

جامعة الجزائر-2 - أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس

أساليب التفكير وعلاقتها بالصحة النفسية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في الإرشاد النفسي والصحة النفسية

إشراف الأستاذ الدكتور:

الطيب بلعربي

إعداد الطالبة:

آمال بوكايس

السنة الجامعية 2017 - 2018

كلمة شكر و عرفان

الحمد لله حمدا يليق بجلاله و قدره و منته و كرمه و رحمته و توفيقه، فلولاه سبحانه و تعالى ما أنجز عملي هذا و ما أبصر النور.

ثم أقدم شكري الجزيل و امتناني الفائق إلى أستاذي و المشرف على موضوع بحثي الأستاذ الدكتور " الطيب بلعربي "، على كل ما قدّمه من توجيهات و تعليمات علمية و منهجية قيمة، و لأن له من اسمه النصيب الكبير كان بمثابة الأب الثاني علما و نصحا....

كما أبلغ أسمى عبارات الشكر لكل الأساتذة الذين قدموا لي يد العون بالتوجيه في بعض تفاصيل البحث التي كانت تحتاج إلى الاستشارة، وأفادوني من صيب علمهم الوافر...

شكر خاص و امتنان كبير للأستاذ "براهيمي شبلي" الذي تكفل بإنجاز الجانب الإحصائي للدراسة، فله بالغ التقدير و الامتنان.

إلى كل المشاركين في البحث و زملائي الذين أمدوني بيد العون أيا كان نوعه، على رأسهم زميلتي و صديقتي الأستاذة " سعاد بركان " التي تحملت معي مشاق الجانب التطبيقي للبحث، زميلتي د. فتيحة بالمهدي و د. نزيهة بو القمح، شكري الجزيل

كما لا يفوتني أن أقدم شكري الخالص للأستاذ " عز الدين همام " مفتش التعليم الابتدائي و مدير مركز التكوين البيداغوجي للأساتذة لأكاديمية الجزائر غرب بالشرافة، لوقوفه على تسهيل عملية التطبيق الميداني للدراسة و المساهمة فيها.

أتقدم بأسمى عبارات الشكر و التقدير و الامتنان إلى الأساتذة المناقشين على قبولهم مناقشة هذا العمل و على كل مجهود بذلوه لقراءته.

ممتنة لكل من قدم لي العون و لو بكلمة تشجيع و دفع إلى الأمام...

إهداء

إلى من أهديت لها حلمها، بعد أن أهدتني حياتي، إلى رمز الحب و العطاء.....أمي

إلى من رعاني و كان مثلي الأعلى في الحياة.....أبي

إلى حبيبي، إلى سندي.....أخواي

إلى من صبر على انشغالي، و اختار مرافقة دربي بحب...زوجي

إلى من أرى فيها نفسي، إلى بهجة حياتي....ابنتي

إلى حصني، إلى من كنت بينهم دائماً طفلة لا تكبر.....عائلتي الكبيرة

إلى عائلتي الثانية أما و أبا و إخوة و أخوات.....عائلة زوجي

إلى رفيقات العمر و العلم و الدرب.....صديقاتي

إلى كل الناشطين في مجال البحث...

إلى باذلي الجهد و الوقت في سبيل العلم...

إلى كل من ساهم معي في هذا البحث و لو بكلمة...

إلى كل من شجعني و لو بعبارة...

أهدي سهري لإتمام هذا العمل.

فهرس المحتويات

كلمة شكر و عرفان

اهداء

ملخص الدراسة

1 مقدمة الدراسة

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 07 إشكالية الدراسة -
- 21 فرضيات الدراسة -
- 22 تحديد مفاهيم الدراسة -
- 24 أهداف الدراسة -
- 25 أهمية الدراسة -

الفصل الثاني: أساليب التفكير

- 28 تمهيد -
- I - التفكير**
- 29 1-تعريف التفكير
- 34 2- النظريات المفسرة لسيكولوجية التفكير
- 39 3-خصائص التفكير
- 40 4-أدوات التفكير
- 42 5-مستويات التفكير
- 43 6-عادات التفكير
- 44 7-العوامل المعيقة لعملية التفكير السليم
- 45 8- اضطراب التفكير
- 48 9-صفات و خصائص المفكر الجيد
- 50 10- تعليم حرفة التفكير
- II- أساليب التفكير**
- 57 1-تعريف أساليب التفكير
- 59 2-تصنيف أساليب التفكير
- 63 3-النظريات المفسرة لأساليب التفكير
- 78 4-مبادئ أساليب التفكير

84	5-متغيرات تسهم في نمو أساليب التفكير
87	6-أدلة على فاعلية أساليب التفكير في إحداث الاضطراب النفسي و العلاج منه
92	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الصحة النفسية	
94	تمهيد
I- الصحة النفسية:	
95	1-لمحة تاريخية
99	2-تعريف الصحة النفسية
105	3-النظريات المفسرة للصحة النفسية
114	4-مقومات الصحة النفسية
124	5-نسبية الصحة النفسية
127	6-معايير الصحة النفسية
131	7-مناهج الصحة النفسية
II-اضطراب الصحة النفسية: الاضطرابات النفسية	
134	1-تقييم الأسباب
137	2-انتشار الاضطرابات
140	3-أنواع الاضطرابات
140	• الأمراض النفسية (العصاب)
141	• الأمراض العقلية (الذهان)
142	• الاضطرابات السيكوسوماتية
142	• اضطرابات الشخصية
143	• الاضطرابات السلوكية
143	4-التصنيف و الاضطرابات
148	5-أعراض و علامات الاضطرابات
158	6-نماذج عن الاضطرابات
158	• نماذج عن الاضطرابات العصائية
164	• نماذج عن الاضطرابات الذهانية
174	• نماذج عن الاضطرابات السيكوسوماتية
178	• نماذج عن اضطرابات الشخصية
183	• نماذج عن الاضطرابات السلوكية
190	خلاصة الفصل

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

192	تمهيد
192	1- المنهج المتبع في الدراسة
193	2- الدراسة الاستطلاعية
195	3- العينة
201	4- الأدوات المستخدمة في الدراسة
201	• استمارة جمع البيانات
201	• مقياس أساليب التفكير
208	• مقياس الصحة النفسية
211	5- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية
213	6- الأسلوب الاحصائي المتبع
215	خلاصة الفصل

الفصل الخامس: عرض و مناقشة النتائج

217	تمهيد
218	1- اختبار اعتدالية التوزيع
219	2- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الأولى
249	3- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الثانية
252	4- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الثالثة
258	5- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الرابعة
265	6- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الخامسة
273	7- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية السادسة
279	8- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية السابعة
285	9- عرض نتائج وتحليل الفرضية الثامنة
286	10- عرض نتائج وتحليل الفرضية التاسعة
287	11- تفسير الفرضيتين الثامنة والتاسعة
290	12- خلاصة عامة
292	-خاتمة
294	-اقتراحات
297	-قائمة المراجع
	-الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الجدول رقم
70	الربط بين أساليب التفكير واستراتيجيات "برونر" Bruner " للتصور الذهني.	01
119	ثنائيات الصحة النفسية و المرض النفسي لمراحل الحياة المختلفة المحددة من طرف "اريكسون".	02
197	خصائص عينة الدراسة من حيث نوع الجنس.	03
198	خصائص عينة الدراسة من حيث السن.	04
199	خصائص أفراد العينة من حيث بنية أسلوب التفكير.	05
204	ثبات مقياس أساليب التفكير بطريقة إعادة إجراء الاختبار.	06
205	معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس أساليب التفكير.	07
206	نتائج صدق التكوين الفرضي لاختبار أساليب التفكير.	08
207	التحليل العاملي لأساليب التفكير الخمس.	09
209	معامل ثبات مقياس الصحة النفسية "ألفا كرونباخ".	10
210	ثبات مقياس الصحة النفسية باستخدام التجزئة النصفية.	11
211	الصدق التمييزي لمقياس الصحة النفسية.	12
218	نتائج اختبار "Kolmogorov-Smirnov" لاعتدالية التوزيع.	13
219	العلاقة الارتباطية بين أساليب التفكير و الصحة النفسية.	14
249	التنبؤ بأسلوب التفكير الأكثر تحقيقا للصحة النفسية.	15
252	الفروق بين متوسطات الصحة النفسية حسب بنية التفكير.	16
258	الفروق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين متجانستين (ذكور/إناث) في أساليب التفكير.	17
265	الفروق بين متوسطات المجموعات العمرية في أساليب التفكير.	18
273	الفروق بين متوسطي مجموعتي الذكور و الإناث في الصحة النفسية.	19

279	الفروق بين متوسطات المجموعات العمرية في الصحة النفسية.	20
285	تأثير تفاعل عنصري بنية التفكير والسن على الصحة النفسية.	21
286	تأثير تفاعل عنصري بنية التفكير ونوع الجنس على الصحة النفسية.	22

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	شكل رقم
198	خصائص عينة الدراسة من حيث نوع الجنس.	01
199	خصائص عينة الدراسة من حيث السن.	02
200	خصائص عينة الدراسة من حيث بنية التفكير.	03
228	- نموذج نظرية (A-B-C) - لألبرت اليس.	04
232	نموذج القيادة التكاملية وأساليب التفكير الخمسة "لهاريسون وبرامسون".	05
285	تأثير تفاعل السن و بنية أسلوب التفكير على الصحة النفسية.	06
287	تأثير تفاعل الجنس و بنية أسلوب التفكير على الصحة النفسية.	07

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أساليب التفكير والصحة النفسية، وذلك من خلال معرفة العلاقة بين أساليب التفكير الخمسة (التحليلي، التركيبي، المثالي، العملي، والواقعي) كل على حدى والصحة النفسية، إضافة إلى محاولة معرفة أكثر أساليب التفكير تنبؤًا بالصحة النفسية، و تقصي دور بنية التفكير (أحادي، ثنائي، ثلاثي البنية، والتفكير المسطح) في تحقيق الصحة النفسية للفرد، إلى جانب تحري دور كل من السن والجنس في كل من أساليب التفكير والصحة النفسية، وأخيرًا معرفة اذا كان تفاعل كل من بنية التفكير والجنس و تفاعل كل من بنية التفكير والسن يؤثر على الصحة النفسية، اعتمدنا في هذه الدراسة على نظرية "هاريسون وبرامسون" (Harrison & Bramson,1980) (ترجمة مجدي عبد الكريم حبيب،1995)، كما تم الاعتماد على مقياس الصحة النفسية (لصالح فؤاد محمد مكاوي،2002)، حيث بلغت العينة 501 فردا من ذوي التعليم الجامعي ممثلين في أساتذة وطلبة في تخصصات علمية مختلفة. و بعد تطبيق الأساليب الاحصائية المناسبة توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب التفكير المثالي والصحة النفسية، توجد علاقة ارتباطية سالبة بين أسلوب التفكير العملي والصحة النفسية، لا توجد علاقة ارتباطية بين كل من أسلوب التفكير التحليلي، التركيبي، الواقعي والصحة النفسية.
 - أسلوب التفكير المثالي هو الأكثر تنبؤًا بالصحة النفسية .
 - لا توجد فروق في درجات الصحة النفسية تبعًا لبنية أسلوب التفكير (أحادي، ثنائي، ثلاثي البنية، و التفكير المسطح) .
 - توجد فروق في أسلوب التفكير العملي تعزى لمتغير الجنس، ولا توجد فروق في كل من أسلوب التفكير التحليلي، التركيبي، المثالي، والواقعي تعزى لمتغير نوع الجنس.
 - توجد فروق في أسلوب التفكير التحليلي تعزى لمتغير السن، ولا توجد فروق في كل من أسلوب التفكير التركيبي، المثالي، العملي، والواقعي تعزى لمتغير السن.
 - لا توجد فروق في درجات الصحة النفسية تعزى لمتغير نوع الجنس.
 - لا توجد فروق في درجات الصحة النفسية تعزى لمتغير السن.
 - لا يؤثر تفاعل متغيري بنية التفكير ونوع الجنس في الصحة النفسية.
 - لا يؤثر تفاعل متغيري بنية التفكير والسن في الصحة النفسية.
- ولقد تمت مناقشة النتائج في ضوء ما جاءت به أدبيات الموضوع والدراسات السابقة مع إعطاء بعض الإقتراحات.

Abstract

The current study aimed to find out the relationship between each of the five thinking styles (analytic, synthesitic, idealistic, pragmatic, and realistic) and mental health, besides , we tried to know which of the thinking styles is the most predictive of mental health and investigate the role of thinking structure (mono, bipolar, trio, and flat thinking) in achieving mental health of the individuals. In addition, we investigated the role of age and sex in both thinking styles and mental health, and finally to know if the interaction of structure of thinking with sex and the interaction of structure of thinking with age affect mental health . In this study we have relied on the theory of "Harrison and Bramson" of thinking styles, therefore the scale of thinking styles of (Harrison & Bramson, 1980) was used (Translated by Magdy Abdel Karim Habib, 1995);We have also relied on mental health scale (of Saleh Fouad Mohammed Makaoui, 2002). The sample consisted of 501 individuals with undergraduate and graduate levels represented by professors and students in different scientific disciplines.

After applying the appropriate statistical methods, the study reached the following results:

- There is a positive correlation between idealistic thinking and mental health. There is a negative correlation between Pragmatic thinking and mental health. There is no correlation between each of analytic, synthesitic, realistic thinking and mental health.
- Idealistic thinking is the most predictive of mental health.
- There are no statistically significant differences in mental health scores attributed to the structure of thinking styles (mono, bipolar, trio, and flat thinking).
- There are differences in pragmatic thinking style according to the gender variable, and there are no differences in the analytical thinking style, the synthesitic, idealistic and realistic thinking style attributed to the gender variable.
- There are differences in the analytical thinking style attributed to the age variable, and there are no differences in the synthesitic thinking style, idealistic, pragmatic, and realistic thinking style attributed to the age variable.
- There are no differences in mental health scores attributed the gender variable.
- There are no differences in mental health scores attributed to the age variable.
- The interaction of the variables of structure of thinking and sex does not affect mental health.
- The interaction of the variables of structure of thinking and age does not affect mental health.

The results have been discussed in light of the literature of the topic and previous studies, with some suggestions.

مقدمة:

يعتبر تحقيق التوازن و التكيف والانسجام مع الحياة من أصعب الامتحانات التي يمر بها الإنسان على الإطلاق، و يستعمل في محاولته تحقيق متطلبات هذا الامتحان و النجاح فيه طرقا و استراتيجيات كثيرة في صراع مستمر للتغلب على مصاعبه و اجتياز مراحلها، ويعتبر تحقيق قدر معين من الراحة النفسية و الشعور الإيجابي و التوازن الانفعالي والرضا عن الذات من أهم ما يسعى اليه كمكافأة كبرى لنجاحه. تعتبر الصحة النفسية من المواضيع التي تمثل ثقلا حقيقيا في ميزان البحوث النفسية، و تكسب هذه الأهمية كونها تمثل أحسن الحالات الايجابية التي يحققها الفرد الذي استوفى شروط التوازن العام كلها ، فالإنسان في سعيه الدائم والدؤوب لحسم مواقفه اليومية على اختلاف أنواعها و أشكالها في عصرنا هذا والنابعة من اخفاقاته، والتي تعتبر بؤرة الاضطراب أو المرض النفسي، وهو إن حقق الانسجام و التكيف والتوافق والتعامل معها بنجاح حقق هدفه بالحياد عن المنغصات وتحقيق الراحة و الطمأنينة و السعادة و الرضا و بذلك صحته النفسية.

ليس من السهل بمكان أن يكون الانسان في المستوى المطلوب في كل مجالات وميادين حياته التي يخوضها يوميا و التي تمثل تفاصيل حياته اليومية في بيئات تعامله، و أن يؤدي بالفدر اللازم من الأداء لإيجاد الحلول المناسبة في المواقف أو المشكلات التي تتطلب حلا، لذلك يجتد كل ما أوتي من قدرات بيولوجية، نفسية، اجتماعية و معرفية، ليكون في مستوى الأداء ، لذلك نجده مفكرا فذاً بامتياز.

يعتبر التفكير كالهواء الذي نتنفسه، نجدنا لا نتخلى عنه ثانية واحدة، فنحن عندما نتأمل نفكر، وعندما نتصرف نفكر، وفي حالة السكون نفكر، وحينما نتكلم نفكر وفي الصمت نفكر، أكثر من ذلك عندما ننام نجد أفكارنا النهارية تظهر لنا عن طريق الأحلام وعليه يعتبر التفكير من أهم العمليات العقلية التي تساهم في تقدم الانسان ورفيئه، وتضم بدورها عددا هاما من العمليات العقلية في الآن ذاته، وبما أننا نؤمن في علم النفس بالفروق الفردية

كأساس من أسسه، ففي التفكير أيضا تضع الفروق الفردية بصمتها، حيث لا يفكر الأفراد جميعهم بطريقة واحدة و إنما تختلف طرق التفكير من فرد لآخر، فظهر لذلك أنواع أطلق عليها أساليب التفكير، واعتُبرت كطرق واستراتيجيات مكتسبة للتعامل وحل مشكلات ومواقف الحياة اليومية، وفي هذا الصدد قامت عدة نظريات تقترح كل واحدة منها جملة من الأساليب تختلف في عددها و مميزاتها و استراتيجياتها ومبادئها، واعتمدنا في دراستنا على النظرية التي قدمها "هاريسون وبرامسون" والتي تقترح خمسة أساليب للتفكير (التحليلي، التركيبي، المثالي، العملي والواقعي) تتفاوت بين الأفراد من حيث اتباعها بنسب متفاوتة وبنيات مختلفة، وهي لا تعتبر كقدرات أو مكونات للشخصية لأن من لديهم نفس خصائص الشخصية ونفس القدرات يمتلكون طرقا مختلفة للتفكير.

نظرا إلى تعريف أساليب التفكير على أنها أساليب مكتسبة للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية و مواقفها و متطلباتها، لا يمكننا بالضرورة أن نجزم بنجاح هذه الطرق، فالمنطق يقول أنه عندما يتعامل الشخص مع هذه المواقف بأسلوب تفكير معين يمكن له تحقيق الهدف كما يمكن له الفشل، من جهة أخرى فقد تنبه العلماء و الباحثين أن هناك علاقة بين الطريقة التي يفكر بها الفرد و ظهور الاضطرابات النفسية لديه، حيث أن الفرق بين الصحة النفسية و المرض النفسي فرق في الدرجة لا في النوع نظرا لنسبية كل واحد منهما . لذلك نحاول من خلال هذه النافذة أن نعرف ما إذا كان هناك أساليب تفكير أكثر ملاءمة و أكثر تحقيقا للمطالب وحلا للمشكلات، والتي تجعل الفرد يحقق الراحة ويتخطى معظم المشاكل التي إن لم يتخطاها لم يحقق التكيف وبالتالي يقع في عدم التوازن والاضطراب النفسي، بطريقة أخرى ما هي الأساليب التي تحقق الصحة النفسية و التي تكون الأكثر ارتباطا بها من خلال نظرية "هاريسون وبرامسون" اللذان اقترحا خمسة أساليب للتفكير، إضافة إلى محاولة دراسة مختلف الارتباطات والفروق بين عناصر متعلقة بالمتغيرين. و تبلورت فكرة البحث من خلال تقسيمه إلى الخطوات المنهجية التالية:

1- **جانب نظري:** تكوّن هذا الجانب من ثلاث فصول كالاتي:

- **الفصل الأول:** الخاص بالإطار العام للدراسة، و يضم بناء إشكالية الدّراسة

وتساؤلاتها، وصولاً إلى الفرضيات التي تمخّضت عنها، أهمية الدّراسة

وأهدافها و التّحديد لأهم المفاهيم التي جاءت فيها.

- **الفصل الثاني:** تم التطرق فيه إلى موضوع أساليب التفكير، خصص الجزء الأول من

الفصل للتفكير، تعريفه، النظريات المفسرة لسيكولوجيته ، خصائصه، أدواته، مستوياته،

عاداته، العوامل المعيقة لعملية التفكير السليمة، اضطراب التفكير، وصولاً إلى خصائص

المفكر الجيد، و أخيراً تعليم حرفة التفكير.

أما الجزء الثاني فقد خصص لأساليب التفكير، و ذلك من خلال التطرق إلى تعريفها،

وتصنيفاتها، النظريات المفسرة لها، مبادئها، المتغيرات التي تسهم في نموها، و أخيراً أدلة

على فاعلية أساليب التفكير في إحداث الاضطراب النفسي.

- **الفصل الثالث:** و الخاص بالصّحة النفسية، و لقد قسّم هذا الفصل بدوره إلى جزئين:

الجزء الأول خاص بالصّحة النفسية و الذي يشمل: لمحة تاريخية عن تطور مفهوم الصحة

النفسية، تعريفها، النظريات المفسرة لها، مقوماتها، نسبية الصحة النفسية، معايير الصحة

النفسية، و مناهج الصحة النفسية.

أما الجزء الثاني فقد خصص لاضطراب الصّحة النفسية و هو الجزء الذي يتكلم عن

الاضطرابات حيث تطرقنا فيه إلى: تقييم أسباب الاضطراب ، انتشار الاضطرابات ، أنواعها

التصنيف و الاضطرابات، أعراض وعلامات الاضطرابات، و أخيراً نماذج عن

الاضطرابات .

2- **جانب تطبيقي:** و يضم بدوره فصلين:

- **الفصل الرابع:** الخاص بإجراءات الدراسة الميدانية والذي تطرقنا فيه إلى مايلي: المنهج

المتبع في الدّراسة، الدّراسة الاستطلاعية، عينة الدّراسة مع وصف خصائصها، الأدوات

المستخدمة في الدّراسة، اجراءات تطبيق الدّراسة الأساسية، و الأسلوب الإحصائي المتبع في تحليل البيانات و المعطيات المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات القياس.

- **الفصل الخامس:** نعرض في هذا الفصل النتائج التي توصلنا إليها من خلال كل فرضية من فرضيات الدّراسة بعد المعالجة الاحصائية للمعطيات، تحليل وتفسير و مناقشة هذه النتائج في ضوء أدبيات الموضوع و ما توصلت إليه الدّراسات السابقة، و أتبعنا ذلك بملخصة عامة.

و في الأخير خاتمة و اقتراحات .

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

الإشكالية:

يعيش الإنسان في بيئته و هو يساير باستمرار المواقف المختلفة للحياة اليومية، هذه المواقف تشكل مجتمعة مطالب البيئة التي يكون الفرد في علاقة تأثير و تأثر مستمرين معها، حيث تفرض عليه الحاجة إلى التأقلم مع ظروفها، و ذلك لتحقيق الهدف الرئيسي والمتمثل في تحقيق الصّحة النفسية، و التي تتمثل في قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع بيئته و الشعور بالرضا التّام عن سلوكاته ، إضافة إلى قدرته على التكيف و العيش بسلام في هذه البيئة، حيث يعتبر توافقه حالة من الانسجام بينه و بين بيئته تظهر في قدرته على ارضاء أغلب حاجاته، إلى جانب تصرفه تصرفا مرضيا إزاء مطالبها .

يتميز السلوك الإنساني بالمرونة والقابلية للتعديل، و إنّ للفرد قدرة على التكيف المستمر حتى و إن اختلفت هذه القدرة من فرد لآخر، والفرد ينمو نفسيا كما ينمو جسميا، وهو يؤثر في المجتمع و يتأثر به وهو قادر على تحمّل مشكلاته و تنظيم أموره عندما يكون سليما معافى، ولكن تزايد الانفجار المعرفي و التكنولوجي، و التطور الحضاري، وما صاحب ذلك من تغييرات سريعة وعميقة أدت إلى اختلال كثير من القيم و أساليب الحياة التي يعيشها الفرد، كذلك تعدّدت الالتزامات المفروضة على الفرد و تنوعت أساليب إشباعها، ثم تعقدت وسائل التوافق التي يجب على الفرد تعلّمها فزادت أعباء الفرد النفسية والانفعالية.

(الخليدي، وهبي، 1997، ص23)

أدى تعاظم التحديات الحياتية المعاصرة، و تعقيد الحياة المدنية بشكل غير مسبوق، وتضاعف المتطلبات والضغوطات التي تفرضها على الناس، إلى جعل مسألة التكيف والقدرة على إدارة دفة الحياة والنجاح فيهما سواء في العمل أو الزواج أو العلاقات العاطفية أو الانعزاس والتفاعل الاجتماعي أو بناء المشاريع الوجودية مسائل تتطلب توظيفا للقدرات والفرص غير مسبوقين، كما أصبحت تتطلب قدرات عالية على تحمّل الضغوطات والتحويلات والتغيرات المتسارعة في أنماط الحياة على مختلف الصّعد.

(حجازي، 2004، ص12)

يتعلق مصطلح الصّحة النفسية بحالة التوازن العام و القدرة على التكيف و التوافق الذي يؤدي إلى نوع من الاستقرار النفسي الذي يسمح لنا باستخدام مجمل قدراتنا في مواجهة كل هذه المتطلبات الحياتية و الموقفيّة و تأدية متطلباتها. (زهران، 2005، ص9)

لذلك تخطر ببالنا فكرة -الصحة النفسية- عندما يقف الواحد منا أمام مشكلة بارزة من مشكلات السلوك، فإذا لاحظنا أن شخصا ما لا يصدر عنه السلوك الملائم في أثناء تعامله مع ما يحيط به من الأشخاص و الكائنات و المواقف، فإننا نلاحظ أن هذا السلوك غير الملائم يكون مصدرا لمشكلات و صعوبات (القوصي، 1952، ص3) تستطيع بدورها أن تكون مصدرا لاضطراب صحته النفسية. يستعمل الانسان في تعامله مع مشكلات ومواقف حياته اليومية، كذلك مع من يحيط به من أشخاص عدة وسائل من أهمها العمليات العقلية وكذلك ما يعرف بالأساليب المعرفية، حيث تشير الأساليب المعرفية إلى الطرق المفضلة من قبل الأفراد لمعالجة المعلومات لتصنيف النمط التقليدي لتفكير الفرد و إدراكه و طرق تصرفه في مواقف معينة، و يعرف "تينت" (Tennat,1988) الأسلوب المعرفي على أنه عادات الفرد في حل المشكلات و التفكير و الإدراك و التذكر، و يشير "مللر" (Miller) إلى أن الأسلوب المعرفي هو عبارة عن نمط الأداء الذي يتميز بالثبات النسبي في تنظيم إدراك الفرد. ويعرف جيلفورد (Guilford,1997) الأساليب المعرفية على أنها وظائف موجهة للسلوك الانساني تتمثل بعدد من القدرات المعرفية أو الضوابط المعرفية بالإضافة إلى اعتبارها سمات تعبر عن بعض مكونات الشخصية الانفعالية والاجتماعية والعقلية.

(العنوم، 2012، ص 125)

يعتبر التفكير أحد هذه الأساليب المعرفية، و يعد إحدى العمليات العقلية المعرفية العليا الكامنة وراء تطور الحياة الإنسانية و سيطرة الإنسان على كافة الكائنات الحية، واكتشاف الحلول الفعّالة التي يتغلب بها على ما يواجهه في الحياة من مصاعب ومشكلات، بل إن معظم الانجازات العلمية التي حققتها البشرية مبنية على عملية التفكير، هذا بالإضافة إلى أن الأسلوب الذي يفكر به الفرد يعد قوة كامنة تؤثر على كافة تفاعلاته.

ولا ترجع أهمية التفكير إلى كونه أداة لتقدم الإنسان فحسب، بل باعتباره ضرورة وجود واستمرار بقاء على الأرض، لأن الإنسان منذ وجوده، لو لم يكن مفكراً لطرق معيشتة المختلفة و أساليب دفاعه عن نفسه، ما كتب له البقاء و ما استطاع أن يحقق ما حققه من تقدم و رقي، هذا إلى جانب أهمية التفكير الكبيرة في مساعدة الفرد على التكيف مع عالمه الخارجي، لأنه أحد الوسائل التي يستخدمها الفرد لتحقيق و تحسين و تنمية ذاته، كما أنه يساعده في التعبير عن فرديته و تنمية موهبته (الطيب ، 2006، ص 19)، كما أن الأفراد لا يملكون طريقة واحدة في التفكير بل يمتلكون طرقاً مختلفة يطلق عليها أساليب التفكير.

يقدم "فروم " From " تعريفاً لأساليب التفكير بأنها طريقة تعامل الإنسان الخاصة مع

بيئته، إذ تشكل هذه الأساليب استراتيجيات مكتسبة لمواجهة مشكلات الحياة المختلفة

(حبيب، 1997، ص.ص 368،356)، و يضيف "ستيرنبرج" " Sterenberg" الذي يعتبر من أهم الباحثين في مجال أساليب التفكير، أنها مجموعة من الاستراتيجيات والطرق المختلفة التي يوظف بها الأفراد قدراتهم وذكائهم، ويستخدمونها بصورة عامة في حلّ مشكلاتهم التي يواجهونها وانجاز المهام و المشروعات الخاصة و العامة.

(ستيرنبرج، 2004، ص34).

أكد هذه النظرة كل من "هارسون" و "برامسون" "Harrison & Bramson" اللذان قسّما

أساليب التفكير إلى خمسة: التحليلي و التركيبي و العملي و المثالي و الواقعي. إذ أننا نلمس اختلافاً بين الأساليب الخمسة و بالتالي اختلاف تفكير كل فرد حسب أسلوبه، ومنه اختلاف ما يحققه كل فرد من خلال تعامله مع معطيات بيئته. وبالرغم من أن مفهوم أساليب التفكير يعتبر من المفاهيم الحديثة إلا أنه لاقى اهتمام الباحثين الذين فسروه من خلال نظرياتهم المختلفة و تصميم المقاييس المناسبة، حيث اتضحت اسهاماته في مختلف بيئات الفرد الدراسية و المهنية والأسرية ومجالات الحياة العامة، من خلال دراسة المواءمة بين أساليب التفكير في هذه البيئات المختلفة، حيث ظهرت عدة دراسات منها دراسة "ليساتا" (Licata, 2001) و "زهانج" (Zhang, 2002) و "عبد المنعم الدردير" (2004)، الذين درسوا

علاقة أساليب التفكير بسمات الشخصية، و توصلوا إلى وجود علاقات بين بعض أساليب التفكير و بعض سمات الشخصية بدرجات متفاوتة (الطيب،2006، ص.ص43،42). في نفس السياق درس "أنجلوا" (Angelo, 2001) الفروق الشخصية لدى طلاب الجامعة في ضوء نظرية "ستيرنبرج" و توصل إلى وجود علاقة دالة بين بعض أساليب التفكير و بعض سمات الشخصية (Angelo، 2001). إلى جانب دراسات أخرى كدراسة علاقة أساليب التفكير بمهارات التعلم و الاستذكار التي قدمها كل من "زهانج" (Zhang,2001) و "زهانج وستيرنبرج"(Zhang & Sterenberg,2000) الذين توصلوا إلى وجود علاقة دالة بين بعض أساليب التفكير "لستيرنبرج" ومهارات التعلم و الاستذكار لدى طلاب الجامعة. و منهم من اهتم بدراسة علاقتها بدافعية الانجاز، فكانت دراسة لكل من "ونج" و "برناردو و آخرون" (Bernardo & al,2002), (Weng,1999)، و توصلوا إلى وجود علاقة دالة بين بعض أساليب التفكير ودافعية الانجاز لدى طلاب الجامعة. (الطيب،2006،ص42)

نلاحظ عند الاطلاع على الدراسات السابقة في مجال أساليب التفكير من جهة أنّ معظمها ركز على تأثير أساليب التفكير في العملية التعليمية بكافة أطوارها، و كانت دراستها في ميادين أخرى قليلة بالمقارنة معها، من جهة أخرى يشير " ستيرنبرج" إلى أن مفهوم أساليب التفكير لم يحظ بهذا القدر الكبير من الاهتمام لتأثيره في العملية التعليمية فقط، بل لأن له دورا آخر لا يقل أهمية عن اسهاماته السابقة في العملية التعليمية ، و هذا الدور يظهر في مجالات الحياة العامة.

نستخلص مما قدّم عن الصّحة النفسية و أساليب التفكير أن الإنسان يحقق الصحة النفسية عندما يتمكن من إرضاء أغلب حاجاته، إلى جانب تصرفه تصرفا مرضيا سليما إزاء مطالب البيئة، لكن يختلف تعامل كل إنسان مع ما يتوفر لديه من معطيات في البيئة وفق أسلوب تفكيره، أي أن نفس المعطيات و الظروف يتعامل معها الأفراد بطرق مختلفة إذا عدنا إلى تعريف أسلوب التفكير على أنه طريقة تعامل الإنسان الخاصة مع بيئته، حيث تشكل -الأساليب- استراتيجيات مكتسبة لمواجهة مشكلات الحياة المختلفة، حيث يمكن أن

نتوقع أن هناك أساليب تمكّن أصحابها من الوصول إلى الأهداف المرجوة وأخرى لا توصلهم أو توصلهم بدرجات متفاوتة، إذ أن عدم الوصول إلى الحاجة أو الهدف هو أصل عدم التوافق الذي يوصل إلى عدم تحقيق الصحة النفسية. بطريقة أخرى أسلوب تفكير الفرد يستطيع أن يحقق له الصحة النفسية و التوافق مع البيئة كما يستطيع أن يقوده إلى الفشل في مواقف الحياة و مواجهة المشاكل و بالتالي الوقوع في الاضطراب النفسي.

تنبه الفلاسفة اليونان منذ القدم إلى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء و ليس الأشياء نفسها هي التي تسم سلوكنا بالاضطراب أو السواء، و في هذا الصدد يقول " أبيقورس " :
"لا يضطرب الناس من الأشياء و لكن من الآراء التي يحملونها عنها".

أما العلاج النفسي- السلوكي المعاصر فيسلّم أيضا بأن كثيرا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكريّة خاطئة يبنها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، ومن هنا ابتكر المعالجون النفسيون مفاهيم و آراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في اضطراب الصحة النفسية أو الاضطراب النفسي، وتفاوتت هذه المفاهيم، فهي عند "ادلر" (Adler) تشير إلى أسلوب الحياة الذي يتبناه العصابي أو الذّهاني، وعند البعض الآخر تشير إلى أساليب الاعتقاد، و يستخدم البعض الثالث مفهوم "الفلسفة الشخصية"، أما "البرت اليس" (Ellis) فيستخدم مفهوم "الدفع المتعقل"، و بالرغم من الاختلافات الظاهرة في هذه المفاهيم فإن هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه و عن العالم أو اتجاهاته عن نفسه و عن الآخرين.

(ابراهيم، 1980، ص.ص 184، 183).

تظهر هذه الفكرة بشكل واضح في نظرية "البرت اليس" العقلية الانفعالية، حيث تركّز نظرة "اليس" في العلاج العقلاني الانفعالي للإنسان على أن هناك تشابك بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر، ويركّز العلاج العقلاني الانفعالي على أن البشر يفكرون ويشعرون ويتصرفون بشكل متّان (أي في نفس الوقت)، و هم نادرا ما يشعرون بدون أن

يفكروا لأن المشاعر ستثار عادة عن طريق إدراك موقف معين، و يعبر "اليس" عن فكرته بقوله: "عندما يفعلون فإنهم أيضا يفكرون و يتصرفون، و عندما يتصرفون فإنهم أيضا يفكرون و يفعلون، و عندما يفكرون فإنهم أيضا يفعلون و يتصرفون"، و لكي نفهم سلوك قهر الذات يجب أن نفهم كيف يشعر الناس و يفكرون و يدركون و يتصرفون.

(الشناوي، ب ت، ص 96).

أكثر من ذلك فقد اعتبر الدليل التشخيصي الرابع اضطرابات الشخصية أنماطا من التفكير والوجدان و السلوك و أساليب تفاعل مع الآخرين تتسم بالثبات و الاستقرار و لا تعتمد على السياق الذي تظهر فيه. (A.P.A, 1994,p30).

انطلق البحث في ميدان التفكير و الصحة النفسية لتظهر دراسات ربطت بين أساليبه الكثيرة و المتنوعة وفقا للنظريات المتبعة من طرف الباحثين و المقاييس المعتمدة و المقترحة حسب كل نظرية فمنها ما ربط أساليب التفكير و الصحة النفسية بطريقة مباشرة، و منها ما ربطه ببعض عناصرها أو مظاهرها، و منها ما ربطها بالوجه الآخر للصحة النفسية والمتمثل في الاضطراب النفسي .

نجد من ذلك دراسة (Chen Ghi Zhang LF & Sternberg, 2010)، التي درست العلاقة بين الصحة النفسية و أساليب التفكير كما جاءت في نظرية "ستيرنبرغ و واجنر"، على عينة تكونت من 583 طالبا جامعا في مدينة "فوانغتشو" الصينية و كانت النتيجة أنه 6 أساليب من أصل 13 أسلوب للتفكير المقدمة في قائمة "ستيرنبرج" كانت مرتبطة بشكل كبير مع مؤشر الصحة النفسية، و أبدى النمط الهرمي (واحد من أنماط النوع الأول) توقعا سلبيا على مؤشر الشدة العامة بعد الجنس و العمر، و يدعم كل من "زهانج و ستيرنبرج" ارتباط أساليب التفكير بالصحة النفسية مع الإشارة إلى أن لموضوع أساليب التفكير في الصحة النفسية قيمة ثقيلة، و يدعوا لمناقشة تطبيقات أساليب التفكير في تحسين الصحة النفسية.

(Zhang, Sternberg, 2010)

يظهر في نفس الصدد دراسة (بدر، 2007) حيث قامت بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على أساليب التفكير وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية، وقد حدّدت المتغيرات الشخصية في (الميل إلى المعايير الاجتماعية والصحة النفسية)، وذلك على عينة من طالبات الجامعة اللواتي بلغ عددهن (55) طالبة، وأوضحت الدراسة أن أكثر الطالبات تمتعا بالصحة النفسية هن صاحبات التفكير المثالي، كما وجدت الباحثة أن التفكير المثالي منبئ جيد بتمتع الفرد بالصحة النفسية. (بدر، 2007).

درس الباحثون كما سبقت الإشارة العلاقة بين أساليب التفكير وأبعاد وعناصر الصحة النفسية فكانت دراسة (Zara & Sharif, 2011) بعنوان مراقبة العلاقة بين أساليب التفكير وتقدير الذات لدى طلاب المدارس الثانوية قبل الجامعية، ولقد ساهم في الدراسة (200) طالب أجابوا على مقياس "ستيرنبرج وواجنر" لأساليب التفكير ومقياس "روزنبرغ" (Rosenberg, 1965) لتقدير الذات، وأظهرت النتائج أن 72% من التباين المرتبط بتقدير الذات يفسر بشكل عام متغير أنماط التفكير ومكوناته كالتفكير الإداري و التفكير الإبداعي، والقضائي، ووفقا للإحصائيات تبين أن هذه المتغيرات تمكّن من التنبؤ بالمتغيرات المتعلقة بتقدير الذات (Zare, Sharif, 2011, p. 33, 42).

بالإضافة إلى دراسة (Zhang, Postiglione, 2001) التي بينت نفس النتيجة. نجد من جهة أخرى دراسة بحثت العلاقة بين أساليب التفكير ومؤشر آخر من مؤشرات الصحة النفسية وهو المرونة النفسية، وذلك في دراسة (Garcia, 2012) على عينة بلغت (194) فردا من طلبة التدرج من مختلف التخصصات من جامعة "أوكلاهوما سيتي" (Oklahoma city)، وبعد اختبار الفرضية القائلة بأن بعض أساليب التفكير لن تكون أكثر ارتباطا فقط، بل أيضا أكثر تنبؤا من غيرها، أظهرت النتائج دعم الفرضية التي أوضحت دراستها أن ثلاث فقط من أنماط التفكير الثلاثة عشر تنبأت بالمرونة (الأساليب التنفيذية، الخارجية، و التسلسل الهرمي) (Garcia, 2012). إضافة إلى المرونة النفسية نجد الهوية و تكاملها عند الأفراد الأسوياء مما يجعلها مظهرا هاما من مظاهر الصحة النفسية، و لإثبات العلاقة بين

أساليب التفكير والهوية قام (Zhang,2008) بدراسة حول العلاقة بين أساليب التفكير وتطور الهوية عند الطلبة الصينيين، حيث أجاب طلبة من "شنغاي" عن مقياس أساليب التفكير المُراجع حسب نظرية الحكم الذاتي "ستيرنبرج وواجنر"، ومقياس "أروين" (Erwin) للهوية (ESIII) المعتمدة على نظرية "شيكيرنج" (Chickering) للتطور النفسي، النتيجة أنه لم تكن أنماط التفكير مرتبطة بقوة بتطور الهوية فحسب، بل كانت أيضا تمتلك القدرة التنبؤية لهذه الأخيرة (Zhang,2008).

عكس تقدير الذات، تطوّر الهوية والمرونة النفسية باعتبارهم كمؤشرات للصحة النفسية، يمثل القلق كاضطراب أحد أهم مؤشرات انعدام الصحة النفسية ودليل اضطرابها، ومن الدراسات التي تطرقت إلى علاقة أساليب التفكير بالقلق، نجد دراسة (Teymori & Golman,2014) بعنوان أساليب التفكير وعلاقتها بالقلق الاجتماعي، هدفت هذه الدراسة للبحث عن العلاقة بين أساليب التفكير والقلق الاجتماعي لدى طلبة جامعة "آزاد الإسلامية" فرع "زاهدان"، بلغت عينة البحث الذي اعتمد على المنهج الوصفي الارتباطي (375) طالبا و طالبة تتراوح أعمارهم بين 19 و 25 سنة باستخدام مقياس "ستيرنبرج وواجنر" لقياس أساليب التفكير ومقياس القلق الاجتماعي ل "واتسوناند" (Wat-sonand)، ولقد أظهرت النتائج علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب السلطة التنفيذية والأسلوب القانوني والمحافظ والقلق الاجتماعي، كما أظهرت النتائج علاقة ارتباطية سالبة بين أسلوب التفكير العدالي والليبرالي والقلق الاجتماعي، بالإضافة إلى أن أسلوب التفكير القانوني هو أكثر أساليب التفكير تنبؤا بالصحة النفسية. (Teymori & Golman,2014)

نجد في نفس السياق دراسة (Jihan Saber,2011) بعنوان العلاقة بين القلق، أساليب التفكير، أساليب المواجهة، الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي، وبعض المتغيرات الديمغرافية المحددة لدى طلبة جامعة "كنتاكي" (Kentucky)، حيث أوضحت الدراسة إلى جانب تقديم نتائج العلاقة بين مختلف المتغيرات المذكورة سابقا أن أساليب المواجهة غير

المكيفة و التفكير السلبي لهما علاقة مباشرة مع ظهور القلق، حيث يعتبر التفكير السلبي من أهم الأسباب المؤدية للقلق في هذا النموذج. (Jihan Saber,2011).

تذكر الدراسات أن التفكير السلبي يستطيع أن يعمل عمل الوسيط بين عمل الذهن والصحة النفسية للفرد، فيكون له التأثير المعرقل في تحقيق عمل الذهن، أي الجانب المعرفي للفرد لتحقيق الصحة النفسية، وهذا ما أوضحته دراسة (Yeung,2013) التي أطلق عليها عنوان " عمل الذهن بكامل تركيزه (mindfulness)، التفكير السلبي، والصحة النفسية، هدفت هذه الدراسة إلى تحري العمل الأساسي للذهن حيث يعمل بكامل تركيزه ويميل إلى تحقيق الصحة النفسية عند أخذ عامل التفكير السلبي بالحسبان، على وجه التحديد، دور الوسيط الذي يلعبه التفكير السلبي بين العمل الذهني المركز والصحة النفسية، تم أخذ العينات بطريقة كرة الثلج، (111) طالب من جامعة "هونغ كونغ" أجابوا عبر الأنترنت على استبيان يقيس سمة تركيز الذهن الكامل، سلوك الاختلال الوظيفي، القلق، الاكتئاب، والرضا عن الحياة، أظهرت النتائج وجود ارتباط عكسي بين عمل الذهن بكامل تركيزه وكل من القلق وأعراض الاكتئاب، وارتباطا ايجابيا بينه و بين الرضا عن الحياة.

عامل التفكير السلبي وجد دائما كوسيط بين تأثير عمل الذهن والقلق وأعراض الاكتئاب، من ناحية أخرى لم يعمل التفكير السلبي كوسيط في العلاقة التي تربط بين عمل الذهن كامل التركيز والرضا عن الحياة. تهدف هذه الدراسة إلى زيادة فهم كيفية عمل الذهن الفعال في زيادة الصحة النفسية، وهي دليل تجريبي على أن الانقاص من تشوهات التفكير يمكن أن يكون له الدور الهام في تحقيق الذهن المركز والذي يعمل بشكل فعال للصحة النفسية للفرد، أي أن الذهن عندما يعمل بكامل تركيزه دون تدخل التفكير السلبي والمشوه يستطيع أن يحقق الصحة النفسية للأفراد . (Yeung,2013) .

اضطراب الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما تصحبها طرق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة، ولهذا فيجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض، حتى يتيسر له التغيير من سلوكه المضطرب، ومن البحوث التي نشرت

في الميدان مجموعة دراسات كان هدفها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها بعضها ببعض، وانتهى عدد من هذه البحوث إلى إثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام والقلق من مواقف محددة كالامتحانات والدخول في علاقات اجتماعية، إذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقهم الخاصة في التفكير (ابراهيم، 1980، ص.ص 193، 194).

تلقت انتباهنا نقطة أخرى مهمة، هي أن العلاقات بين الشخصية تعتبر من أهم العوامل التي تؤثر على تكيف الفرد مع البيئة وبالتالي على تحقيقه لصحته النفسية، وتلعب فيها أساليب التفكير دورا جوهريا، حيث يذكر "ستيرنبرج" أنه: "كمجتمع فإننا كثيرا ما نخطئ إلى القدرات مما ينجم عنه فروقا فردية ترجع حقا إلى الأساليب التي ترى أنها ترجع إلى القدرات، والنتيجة هي أن الأفراد الذين لا تتفق أساليبهم مع توقعات الوالدين أو الزوج أو الحبيب أو الزملاء أو رئيس العمل يعانون لأسباب خاطئة، فما يرى على أنه غباء، ربما بالفعل ليس سوى سوء توافق بين أسلوب فرد ما وأسلوب فرد آخر، وسوء التوافق هذا يصبح خطيرا بصفة خاصة عندما يقع في المدرسة أو مواقع العمل.

(ستيرنبرج، ت خضر، 2004، ص 24)

إذن تستطيع أن تتسبب أساليب التفكير غير المتوافقة بين الأشخاص في عدم التوافق أو حتى الصراع، و تجعلهم يعانون من سوء التوافق في بعض البيئات الهامة التي تبنى على أساسها صحتهم النفسية، و يمكن أيضا أن تكون هذه نقطة أخرى توحى لنا بإمكانية ارتباط الصحة النفسية للأفراد بأساليب تفكيرهم.

حسب "هاريسون وبرامسون" فإن الاسم التقني لأساليب التفكير هو " أنماط التحقق"، وهي تبنى على طرق هادفة لوضع معنى للعالم، وتعتمد على تفضيلات المكتسبات المبكرة، القيم المتعلمة، و مفاهيم العالم، و طبيعة الحقائق.

معظم الأفراد يفضلون أسلوبا واحدا أو أسلوبين للتفكير لذلك فإنه بواسطة مقياس أساليب التفكير نستطيع أن نقسم الأفراد حسب أساليبهم في التفكير إلى تحليلي، تركيبى، واقعي، عملي، ومثالي، لكن دائما حسب "هارسون وبرامسون" (1984) أغلب الأفراد يبدون

تفضيلات بحيث يبدي البعض تفضيلاً متساوياً لأسلوبين من التفكير وهذا ما نراه في الأسلوب ثنائي البنية، أما عن التفكير ثلاثي البنية فنجد أنه عند الأشخاص الذين يبديون تفضيلاً قوياً لثلاث من خمس أساليب للتفكير، وهم أشخاص يميلون أن يكونوا أكثر ابتكارية، هذا يتدفق من فكرة أن لديهم عدداً أكبر من الأساليب المتاحة، تفكيرهم متعدد الجوانب والاستعمالات، والشخص يعتمد على أسلوب التفكير الأكثر ملاءمة مع الوضعية. لكن من النادر أن لا يبدي الفرد أي تفضيل خاص لأي من أساليب التفكير مثلما نجده في التفكير المسطح، وهي الحالة التي يعطي فيها مقياس أساليب التفكير نتائج متساوية تقريباً في الأساليب الخمسة، هؤلاء الأشخاص يميلون لأن يكونوا غير قابلين للتنبؤ مقارنة بالأفراد الذين يبديون تفضيلاً قوياً للأساليب الأخرى، يميلون لأن يكونوا متكيفين جداً مع الوضعية لكن لا يميلون لأن يكونوا قادة. (Harrison, Bramson, 1884, p.12, 15)

أما فيما يخص نسبة توزيع هذه الأنواع من أساليب التفكير أي من ناحية بناء التفكير، فقد بينت الدراسات أن أغلب الأفراد يمتلكون أسلوباً واحداً في التفكير، يليهم الأفراد الذين يمتلكون أسلوبين للتفكير، وتمثل أقل نسبة الأفراد ذوو الثلاث أساليب للتفكير، كما بين ذلك "هارسون وبرامسون" حيث تمثل نسبة التفكير أحادي البنية 50% من السكان، وتمثل نسبة التفكير ثنائي البنية 35% من السكان، أما نسبة التفكير ثلاثي البنية فبلغت نسبة ضئيلة تقدر بـ 3%.

يضيف "هاريسون وبرامسون" أن الإنسان حقيقة يمتاز بالفردية، لكنه غير قابل للتنبؤ بشكل كامل، وأساليب التفكير المقترحة تمثل فقط النموذج أو الأسلوب الأكثر اتباعاً من طرف كل فرد، فلا يستطيع كل فرد أن يكون تحليلي بشكل كامل، أو تركيبياً بشكل كامل، ولكن تمكننا الأساليب من معرفة إلى أي حد يمكن أن نتنبأ وبطريقة جيدة، كيف يفكر الأفراد الذين يمتلكون قدراً من كل أسلوب تجاه الأشياء. (Pace, 2002, p.90)

تتحكم عدة أشياء في تكوين أساليب التفكير، يذكر "ستيرنبرج" أن الجنس أو النوع يعد متغيراً مناسباً ومؤثراً بشكل أساسي في تنمية أساليب التفكير، ولقد أجرى "وليم بست"

"William Best" دراسة عبر 30 قطرا للصفات المرتبطة بكل من البنين والبنات في هذه الثقافات، وكان هناك اتساقا ملحوظا في الصفات المرتبطة بالجنس، ولقد أشار كل من "بيري" و"بوتنج" و"سيجال" و"دازن" Beiry Poortinga, Segall, and Dasen للاتساق بين الثقافات في أنماط الجنس وكانت ملحوظة جدا، فعلى سبيل المثال تم وصف البنين بصورة أكثر على أنهم مغامرون، متفردون، مبدعون، تقدميون ومخاطرون، والإناث تم وصفهم على أنهم حذرات، معتديات واكتشافاتهن ناقصة، خجولات وخاضعات، وهذه الأنماط تعبر عن الإدراكات وليس عن الحقيقة، وربما قد لا يكون لها في الواقع أي أساس، ولكن عندما نكسب الصغار اجتماعيا ونربهم على الانساق لتصورنا لما يجب أن يصبحوا، فنحن نكسبهم اجتماعيا ونعدّهم اجتماعيا في إطار إدراكتنا، وليس في إطار من الواقع، لذلك إذا كنا نعتقد أن الدور الاجتماعي للذكر هو كذا وكذا، فإن هذا الاعتقاد هو الذي يؤثر فينا وليس حقيقة أن الدور الاجتماعي هو بالفعل كذلك. (ستيرنبرج، 2004، ص173)

كما أن للعمر الزمني أو السن دورا هاما حسب "ستيرنبرج" في تكوين أساليب الأفراد، حيث يتم تشجيع بعض النواحي كالنواحي التشريعية عموما لدى أطفال ما قبل المدرسة، والذين يتم تشجيعهم لتنمية قواهم الابتكارية في البيئة غير المركبة والمقترحة لنا قبل المدرسة، وهناك بعض المنازل بمجرد أن يبدأ الطفل في دخول المدرسة يجد التشجيع من الوالدين على استخدام أسلوب معين في التفكير يقل بالتدريج لضرورة تغييره تماشيا مع ظروف جديدة، كما أن الأطفال متوقع لهم الآن أن يتم إعدادهم اجتماعيا بصورة أوسع للانساق لقيم المدرسة، لكن المرحلة الثانوية و اختلاف المهام والمواد التي يتعامل معها الطالب تتطلب أساليب أكثر ملائمة و هكذا. (الطيب، 2006، ص74)

كما نتوقع أن تخضع الصحة النفسية لنفس المتغيرات من الجنس والسن حيث أثبتت بعض الدراسات أن المرأة أكثر عرضة للمرض النفسي واضطرابات الصحة النفسية، فقد وُجد أن المرأة قبل المراهقة تكون أقل عرضة للاضطرابات النفسية ذات الصلة بالنمو العصبي، ولكن إذا تتبعنا المرأة في مراحل نموها التالية نجدها تمثل غالبية المرضى النفسيين من حيث

احتياجاتهن للرعاية النفسية أو احتياجاتهن للعلاج بالأدوية النفسية (Ashton,1991)، فقد بيّنت معظم الدراسات المجتمعية ازدياد نسبة الاضطرابات النفسية في النساء، خاصة الاضطرابات النفسية البسيطة (Jenkins,1985)، وهناك بعض الاضطرابات التي تكاد تكون أكثر التصفا بالمرأة مثل اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي والبوليميا) (المهدي،2007، ص18).

وقد ثبت على مدى سنوات طويلة من الدراسات و الأبحاث و الملاحظات الاجتماعية أن المرأة ولسبب ما أكثر تعرضا للاكتئاب من الرجل، فهناك من الاحصائيات ما يبيّن أن نسبة تعرض المرأة للاكتئاب ضعف الرجل، بل هناك دراسات تبين منها أنها تصاب بالاكتئاب إلى حد أربعة أو خمسة أضعاف الرجل، حيث أن الاكتئاب الموسمي و الاكتئاب غير النموذجي ينتشر بصورة تكاد تكون محصورة بين النساء.

(الصواف، الجلبى،2001، ص25)

لكن من حيث تحكم السن في الصحة النفسية لم تكن النتائج حاسمة لهذه الدرجة، فقد أوضحت النتائج في دراسة (keys & Westerhof,2012) أن معدلات نوبات الاكتئاب الكبرى أدنى و معدلات الصحة النفسية أعلى عند الفئات العمرية الأكبر سنا (45-54) (55-64) (65-74). في حين بيّنت دراسة (Bridges,2015) أنه يجري تشخيص مرض عقلي أعلى و درجات صحة نفسية أقل بين الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و 74 سنة، و بلغ ذروته في الفئة العمرية التي تمتد بين 55 و 64 سنة (25% للرجال و 41% للنساء)، وكانت أدنى نسبة في الفئات العمرية الأكبر سنا (10% في الفئة العمرية 75-84 سنة، 12% بين الذين تتراوح أعمارهم بين 85 عاما وأكثرهم نساء). وأفاد (Molarius & al,2009) من خلال دراسته أن الأشخاص الأصغر سنا صحتهم النفسية أشد فقرا من الأشخاص الأكبر سنا، و قد وجد أن أفضل صحة نفسية في الفئة العمرية ما بين 65-74 سنة، هذا التناقض في النتائج المتوصل إليها يدعونا إلى إعادة دراسة ارتباط متغير السن بالصحة النفسية.

وبغض النظر عن الجنس أو السن فإن حوالي (450) مليون إنسان يعاني من الاضطرابات النفسية والسلوكية على امتداد العالم، و سيصاب ربع البشر بواحد أو أكثر من هذه الاضطرابات في فترة ما من حياتهم، و يقدر بأن الاضطرابات النفسية العصبية تنتسب بفقد حوالي 13% من سنوات العمر المصححة باحتساب مدى العجز الذي ينجم عن جميع الأمراض و الحوادث في مختلف أرجاء العالم، و تقدر زيادتها بحوالي 15% بحلول العام 2020، تتجم نصف الأسباب المؤدية إلى العجز و الوفاة المبكرة عن الحالات النفسية، لا تمثل الاضطرابات النفسية عبئا سيكولوجيا و اجتماعيا و اقتصاديا فحسب، بل تزيد من مخاطر الأمراض الجسدية (منظمة الصحة العالمية ، 2005، ص 15)، فالشخص المعافى يجب أن يتمتع بالصحة الجسمية و النفسية أيضا، وبالتالي يكون قادرا على التفكير بوضوح، وعلى حل المشكلات المختلفة التي يواجهها في حياته وأن يتمتع بعلاقات جيدة مع أصدقائه وزملائه في العمل والأسرة، وأن يشعر بالراحة والطمأنينة وأن يحمل السعادة إلى الآخرين وفي المجتمع، و هذه النواحي الصحية هي التي يمكن أن تعبّر عن الصحة النفسية (باتل، 2008) في تعريفها بشكل إيجابي من طرف (Keyes,2005) على أنها وجود الرفاه العاطفي في تركيبة مع مستوى عالي من الأداء النفسي و الاجتماعي.

من خلال كل ما قدّم نستطيع أن نخلص إلى التساؤلات التالية:

التساؤل العام:

هل توجد علاقة بين أساليب التفكير والصحة النفسية ؟

التساؤلات الجزئية:

- 1- هل توجد علاقة بين أساليب التفكير الخمسة: التحليلي، التركيبي، المثالي، الواقعي، والعملي، و الصحة النفسية؟
- 2- هل أسلوب التفكير المثالي هو الأكثر تنبؤا بالصحة النفسية؟
- 3- هل توجد فروق في درجات الصحة النفسية تبعا للخصائص البنائية لأسلوب التفكير، أحادي، ثنائي، ثلاثي البنية، و أسلوب التفكير المسطح؟

- 4- هل توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير نوع الجنس؟
- 5- هل توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير السن؟
- 6- هل توجد فروق في الصحة النفسية تعزى لمتغير نوع الجنس؟
- 7- هل توجد فروق في الصحة النفسية تعزى لمتغير السن؟
- 8- هل تتأثر الصحة النفسية بتفاعل العاملين الخصائص البنائية لأسلوب التفكير ونوع الجنس؟
- 9- هل تتأثر الصحة النفسية بتفاعل العاملين الخصائص البنائية لأسلوب التفكير والسن؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

توجد علاقة بين أساليب التفكير و الصحة النفسية .

الفرضيات الجزئية:

- 1- توجد علاقة بين أساليب التفكير الخمسة: التحليلي، التركيبي، المثالي، الواقعي، والعملي، و الصحة النفسية.
- 2- أسلوب التفكير المثالي هو الأسلوب الأكثر تنبؤاً بالصحة النفسية.
- 3- توجد فروق في درجات الصحة النفسية تبعاً للخصائص البنائية لأسلوب التفكير، أحادي، ثنائي، ثلاثي البنية، و أسلوب التفكير المسطح.
- 4- توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير نوع الجنس.
- 5- توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير السن.
- 6- توجد فروق في الصحة النفسية تعزى لمتغير نوع الجنس.
- 7- توجد فروق في الصحة النفسية تعزى لمتغير السن.
- 8- تتأثر الصحة النفسية بتفاعل العاملين الخصائص البنائية لأسلوب التفكير ونوع الجنس.

9- تتأثر الصحة النفسية بتفاعل العاملين الخصائص البنائية لأسلوب التفكير و السن.

تحديد المفاهيم:

▪ **التفكير Thinking**: قَدِّم " طلعت منصور وآخرون" تعريفا شاملا للتفكير بأنه العملية التي ينظّم فيها العقل خبراته بطريقة جيدة من خلال الأنشطة العقلية الديناميكية والمعالجات الذهنية للصيغ "Forms" والمضامين "Contents" باستخدام الرموز مثل الصور الذهنية والمعاني و الألفاظ و الأرقام والإرشادات والتعبيرات، وذلك عند حل مشكلة معينة بحيث تشمل هذه العملية على إدراك علاقات جيدة بين موضوعين أو عنصرين فأكثر من عناصر الموقف المراد حله. (الطيب، 2006، ص21)

▪ **أساليب التفكير Thinking Styles** : يقدم "فروم" "From" تعريفا لأساليب التفكير بأنها طريقة تعامل الإنسان الخاصة مع بيئته، إذ تشكل هذه الأساليب استراتيجيات مكتسبة لمواجهة مشكلات الحياة المختلفة (حبيب، 1997، ص.ص356، 368)، ويضيف "ستيرنبرج" أنها مجموعة من الاستراتيجيات و الطرق المختلفة التي يوظف بها الأفراد قدراتهم و ذكائهم و يستخدمونها بصورة عامة في حل مشكلاتهم التي يواجهونها وانجاز المهام و المشروعات الخاصة والعامة (ستيرنبرج، 2004، ص34) . ويعرفها "هارسون و برامسون" بأنها مجموعة من الطرق أو الاستراتيجيات الفكرية التي اعتاد الفرد على أن يتعامل بها مع المعلومات المتاحة لديه عن ذاته أو بيئته ، وذلك حيال ما يواجهه من مشكلات.

(Harrison & Bramson,1982,p 45)

- أسلوب التفكير التركيبي: Synthesitic Thiking Style

هو قدرة الفرد على التواصل لبناء أفكار جديدة و أصيلة مختلفة عما يمارسه الآخرون و الربط بين وجهات النظر التي تبدوا متعارضة.

أسلوب التفكير المثالي: Idealistic Thiking Style

ويقصد به قدرة الفرد على تكوين وجهات نظر مختلفة تجاه الأشياء، والميل إلى التوجه المستقبلي والتفكير في الأهداف فضلا عن اهتمام الفرد و احتياجاته من جهة، وما هو مفيد للأفراد الآخرين من جهة أخرى.

أسلوب التفكير العملي: Pragmatic Thiking Style

ويقصد به قدرة الفرد على التحقق مما هو صحيح أو خاطئ بالنسبة للخبرة الشخصية التي مر بها، ومنحه الحرية والتجريب لإيجاد طرائق لعمل الأشياء بالاستعانة بالمواد الخام المتاحة له.

أسلوب التفكير التحليلي: Analytic Thiking Style

ويقصد به قدرة الفرد على مواجهة المشكلات بحذر و بطريقة منهجية و الاهتمام بالفاصيل، والتخطيط بحرص قبل اتخاذ القرار، فضلا عن جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات من أجل الوصول إلى الحقائق.

أسلوب التفكير الواقعي: Realistic Thiking Style

ويقصد به قدرة الفرد على الاعتماد على الملاحظة والتجريب من خلال الحقائق التي يدركها ويتضمن الاستمتاع بالمناقشات المباشرة. (Harrison, Bramson,1982,p79)

التعريف الإجرائي لأساليب التفكير: هي الدرجة التي يحصل عليها الفرد في كل أسلوب تفكير على حدى في قائمة أساليب التفكير (لهارسون وبرامسون، 1980) ترجمة (مجدي عبد الكريم حبيب، 1995).

الصحة النفسية Mental Health: هي حالة من التوازن والتكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به إلى أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته و يتقبل المجتمع، بحيث يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والكفاية (الكفافي، 1990، ص 81). ويعرفها "حامد زهران" بأنها: " تلك الحالة النفسية التي تتسم بالثبات النسبي والتي يكون فيها الفرد متمتعاً بالتوافق الشخصي والاجتماعي واللاتزان الانفعالي خالياً من التأزم والاضطراب مليئاً بالتحمس، وأن

يكون ايجابيا خلافا مبدعا يشعر بالسعادة والرضا قادرا على أن يؤكد ذاته و يحقق طموحاته، واعيا بإمكانياته الحقيقية، قادرا على استخدامها في أمثل صورة ممكنة، فمثل هذا الشخص يعتبر في نظر الصحة النفسية شخصا سويا" (محمد علي، 2004، ص95)، وهي باختصار وجود الرفاه العاطفي في تركيبة مع مستوى عالي من الأداء النفسي و الاجتماعي (Keyes, 2005)

التعريف الإجرائي للصحة النفسية: هي الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس الصحة النفسية ل (صلاح فؤاد محمد مكاوي، 2002) .

أهداف الدراسة:

- 1- معرفة طبيعة العلاقة بين أساليب التفكير الخمسة (التحليلي، التركيبي، المثالي، العملي، والواقعي) والصحة النفسية.
- 2- معرفة أساليب التفكير الأكثر تنبؤا بالصحة النفسية.
- 3- التحقق من إمكانية وجود اختلاف في درجات الصحة النفسية تبعا لبنية التفكير (أحادي، ثنائي، ثلاثي البنية، و التفكير المسطح).
- 4- التحقق من إمكانية وجود اختلاف في أساليب التفكير تبعا لمتغير نوع الجنس.
- 5- التحقق من إمكانية وجود اختلاف في أساليب التفكير تبعا لمتغير السن.
- 6- التحقق من إمكانية وجود اختلاف في درجات الصحة النفسية تبعا لمتغير نوع الجنس.
- 7- التحقق من إمكانية وجود اختلاف في درجات الصحة النفسية تبعا لمتغير السن.
- 8- التحقق من إمكانية تأثير الصحة النفسية بتفاعل العاملين: خصائص البنائية للتفكير ونوع الجنس.
- 9- التحقق من إمكانية تأثير الصحة النفسية بتفاعل العاملين الخصائص البنائية للتفكير والسن.

أهمية الدراسة:

- 1- يمكن أن يستفيد جميع أفراد المجتمع من هذه الدراسة بصفة عامة، لأنها تكشف عن أساليب تفكير الأفراد، إذ يمكن لذلك أن يساعد الفرد على زيادة فهمه لذاته وللمحيطين به، و كيف أن لهذه الأساليب دورا فاعلا في حياته و تعامله مع كل بيئات تفاعله.
- 2- قد تسهم نتائج هذه الدراسة في الواقع التطبيقي و ذلك بالتخطيط لعمل برامج مناسبة لتلقين أساليب التفكير و تعليمها، حيث أثبت أن أساليب التفكير يمكن أن تلقن و تعلم في الأطوار التعليمية المختلفة وفق برامج محددة، إذ يمكن أن نستطيع تبين أنجع أساليب التفكير من خلال هذه الدراسة و أكثرها تحقيقا للصحة النفسية و بالتالي سيكون تلقينها هدفا للبرنامج المسطر.
- 3- قلة البحوث في مجال أساليب التفكير في العالم العربي ، و قلة الدراسات الخاصة بأثر أساليب التفكير في مجالات الحياة العامة، إذ اهتمت أغلبها بأثر الأساليب و دورها في العملية التعليمية .
- 4- إن الأفراد عند وجودهم في أي مجال من مجالات الحياة قد تنشأ لديهم بعض الدوافع لتحقيق أهداف معينة و قد يحول دون تحقيقها بعض العوائق، يجب على الفرد أن يعلم أن من أهم هذه العوائق و العوائق قد يكون أسلوب تفكيره بحيث لا يتلاءم مع متطلبات الموقف أو الهدف.
- 5- قد تساعد هذه الدراسة الأشخاص الذين يريدون وضع الشخص المناسب في المكان المناسب، إذ أن الدراسات أظهرت أن بعض الأفراد يمتلكون أساليب تفكير تصلح لبعض المناصب خلافا لأشخاص آخرين، حيث لا تعتبر أساليب تفكير الآخرين سيئة لكنها لا تصلح لهذه المناصب، و هي جد فعالة في مناصب أخرى تناسب استراتيجياتها.
- 6- تبين أن ما يعاني منه بعض الطلبة في المدارس و الجامعات من مشاكل تحصيلية ما هو إلا عدم توافق ما يتقونه بالطريقة التي يتناولونه بها مع أساليب تفكيرهم وبالتالي

ضرورة التلاؤم بين طرق التلقين و أساليب تفكير الطلبة، و معه تبرز ضرورة تغيير طرق التعليم حسب هذه المعطيات و غيرها من المعطيات الحديثة.

7- إتاحة الفرصة لأصحاب القرار لاتخاذ الخطوات اللازمة لتطوير البرامج التربوية التي تسهم في تنمية أساليب التفكير المتنوعة لدى الطلبة والمعلمين في مختلف الأطوار، ليكون لدينا في الأخير أفرادا لديهم أسلوب واضح في التفكير، و هذا يفيد هؤلاء في كل مجالات حياتهم، العلمية، المهنية، العلائقية، و حل مختلف مشكلات حياتهم اليومية.

8- تقديم معطيات يتم الاستفادة منها في دراسات مستقبلية مع عينات و مع متغيرات أخرى، مما يتيح المجال لدراسة هذا الموضوع من زوايا مختلفة و متعددة.

الفصل الثاني:

أساليب التفكير

تمهيد :

يعتبر التفكير إحدى العمليات العقلية الأكثر ارتفاعاً و التي تشهد على تعقد العقل البشري، حيث تلعب الدور الأكثر أهمية في تطور الحياة الإنسانية و حفظ الحياة البشرية، لأن الإنسان منذ و جوده لو لم يكن مفكراً لكيفية بقائه و حفظ حياته ما استطاع الاستمرار والتطور حتى أصبح على الصورة التي هو عليها الآن إذ وصل إلى أعلى درجات الرفاه في مجالات الحياة المختلفة، بحيث كان التفكير دائماً وسيلته لاكتشاف الحلول الفعالة التي يتغلب بها على ما يواجهه من صعاب. بالإضافة إلى كون التفكير قوة الفرد الكامنة التي تؤثر على كافة تفاعلاته، و يرى (Lemaire,1999) في هذا الصدد أن القدرة على التفكير تعتبر واحدة من ميزات الذكاء الإنساني الذي يفرقها عن غيرها من الذكاءات الحيوانية، وهي من بين الصفات الأكثر تطوراً و الأبعد منالاً، إلا أنها الأكثر قوة كوسيلة يستعملها الفرد ليتكيف مع محيطه. لذلك و على مدى القرن العشرين، تناول موضوع التفكير بالدراسة مجموعة من علماء النفس البارزين، منهم فونت Wundt، و جيمس James، وثورندايك Thorndike، ديوي Dewey، واطسون Watson، و فرتهيمر Wertheimer، وكل منهم تناول من زاوية التصور النظري الذي يناصره و يتبناه، و خلال السنوات العشرين الأخيرة شهد التفكير ولادته المعاصرة مرة ثانية، و عاد كموضوع شرعي في علم النفس.

لكن الأفراد لا يمتلكون طريقة واحدة في التفكير، بل يمتلكون طرقاً مختلفة يطلق عليها أساليب التفكير، ورغم أنه من المفاهيم الحديثة، إلا أن مفهوم أساليب التفكير لاقى بدوره اهتمام الباحثين الذين فسروه من خلال نظرياتهم المختلفة و تصميم المقاييس المناسبة، حيث اتضحت اسهاماته في مختلف مجالات وبيئات الفرد من خلال دراسة المواءمة بين أساليب التفكير في هذه البيئات المختلفة، بالإضافة إلى تدخل أساليب التفكير في تفاصيل حياة الأفراد من خلال مساهمتها في سلوكهم و استجاباتهم باعتبارها أساليب واستراتيجيات تعامل الفرد مع مواقف الحياة اليومية و معطياتها .

I - التفكير:

يعد التفكير من أكثر الموضوعات التي تختلف الرؤى حوله، حيث تتعدد أبعاده وتتشابك بما يعكس تعقد العقل البشري وتعقد عملياته، و يبيّن لنا أنه كغيره من المفاهيم المجردة -الذكاء مثلا- والتي يصعب علينا قياسها مباشرة، أو تحديد ماهيتها بسهولة، لذا استخدمه العلماء بمسميات وأوصاف عدة ليميزوا بين نوع وآخر من أنواعه، و ليؤكدوا بذات الوقت على تعقده، و صعوبة الإحاطة بجميع جوانبه. (العتوم،2006،ص17).

يتكلم علماء النفس من خلال عملية التفكير عن المستوى العالي من المعرفة، و أحيانا عن علم نفس التفكير حيث أن المستوى العالي من المعرفة يتضمن عملية التفكير، عملية اتخاذ القرار، حل المشكل، و المعالجة اللغوية. العمليات المعرفية ذات المستوى العالي هي عمليات معقدة و ذلك لعدة أسباب: أولها كونها تفترض استعمال العمليات المعرفية ذات المستوى الأدنى كالترميز أو تخزين المعلومات، من جهة أخرى تفترض أن الفرد يجمع بين عدة عمليات أو مهام للوصول إلى الهدف مثل حل مشكل معين، و أخيرا فإن الأفراد لإتمام مهمة معينة يستغرقون فترات متغيرة تتراوح من عدة ثوان لحل مشكل بسيط إلى عدة أيام أو عدة أسابيع لاتخاذ قرار معقد. (Lemaire,1999,p 192)

1- تعريف التفكير:

ليس هناك اختلاف على الغموض الذي يكتنف التفكير، برغم أننا جميعا نمارسه في كل وقت ، وكثير منا يكاد بصعوبة بالغة، على نحو أو آخر يصفه بطريقة موجزة مركزة واضحة معا، وفي مصطلحات محددة غير غامضة، ولا متداخلة ولا متقاطعة مع غيرها من المصطلحات . (عصر،2001، ص31).

وتباينت وجهات نظر العلماء والباحثين والتربويين حول التعريف العام للتفكير، وقد قدّموا تعريفات مختلفة استنادا إلى أسس واتجاهات نظرية متعددة، فمنهم من يعرفه على أنه عملية سلوكية خارجية، وآخرون يرون أنه عملية معرفية داخلية فالسلوكيون يرون أنه يجب

على علم النفس أن يتعامل مع سلوك الفرد الملحوظ بشكل تجريبي كأساس لمعلوماته، فالعمليات الداخلية لا يمكن ملاحظتها مباشرة .

أما المعرفيون فيقولون أن السلوك هو مجرد نتيجة للتفكير، كما أن التعلم هو نتيجة لمحاولة الفرد الجادة لفهم العالم المحيط به عن طريق استخدام أدوات التفكير المتوافرة لديه، ولذلك يجب أن نركز على عملية تكوّن المعلومات التي تكوّن السلوك، و كيفية تناولها.

(العتوم، 2006، ص18)

لكن من الواضح أن معظم التعريفات اتبعت النموذج المعرفي ، وسيتوضح ذلك من خلال سرد التعريفات التالية :

حيث يعرف "عبد الوهاب محمد كامل" (1983) التفكير على أنه عملية عقلية معرفية وجدانية راقية تبنى وتؤسس على محصلة العمليات النفسية الأخرى كالإدراك والإحساس والتخيل والتذكر والتعميم والمقارنة والاستدلال، ومن ثم يتربع التفكير على قمة هذه العمليات النفسية و العقلية و المعرفية، و كلّما اتجهنا من المحسوس إلى المجرد كلّما كان التفكير أكثر تعقيدا.

ويذكر "عبد المعطي رمضان الأغا" (1993) ، أن مصطلح التفكير يشمل تركيب الأفكار ، تنظيم المعلومات بطريقة ما و إعادة تكوين الخبرة، و تعني كلمة تفكير استخدام المعلومات بطريقة ما تنظمها و تعيد شرحها و ترتيبها أو التأمل فيها.

و يقدم " طلعت منصور و آخرون" تعريفا شاملا للتفكير بأنه العملية التي ينظم فيها العقل خبراته بطريقة جيدة من خلال الأنشطة العقلية الديناميكية والمعالجات الذهنية للصيغ Forms و المضامين Contents و باستخدام الرموز مثل الصور الذهنية و المعاني والألفاظ و الأرقام و الإرشادات و التعبيرات، و ذلك عند حل مشكلة معينة بحيث تشمل هذه العملية على إدراك علاقات جيدة بين موضوعين أو عنصرين فأكثر من عناصر الموقف المراد حله.

و يؤكد "ستيرنبرج و جريجورينكو " "Sternberg & Grigorenko" (1995) على أن التفكير عملية عقلية معرفية تؤثر بشكل مباشر في طريقة و كيفية تجهيز معالجة المعلومات والتمثيلات العقلية المعرفية داخل العقل البشري.

(الطيب،2006، ص.ص 20، 21)

غير أن تعريف "باريل" "Barell"(1991) يميل إلى تعريف السلوكيين حيث يرى أن التفكير بمعناه البسيط يمثل سلسلة من النشاطات العقلية التي يقوم بها الدماغ عند تعرضه لمثير ما بعد استقباله عن طريق إحدى الحواس الخمس، أما بمعناه الواسع فهو عملية بحث عن المعنى في الموقف أو الخبرة.

أما موسوعة علم النفس التربوي فعرفته بأنه نشاط ذهني أو عقلي يتضمن سيلا من الأفكار تبعثه وتثيره مشكلة أو مسألة تحتاج إلى حل، فهو لا يحدث إلا اذا سبقته مشكلة تتحدى عقل الفرد ، فالتفكير مفهوم افتراضي يتضمن سيلا أو تواردا غير منظم من الأفكار والصور والذكريات والانطباعات العالقة في الذهن". (العتوم،2006، ص19)، رغم أن هذا التعريف يتفق إلى حد بعيد مع التعريفات التي تقدم لعملية حل المشكل.

كما يمكن تعريف التفكير بأنه مجال من النشاط الانساني و قدرة الفرد الواحد التي تسمح له بالحصول على المعارف عن الواقع على أساس الاستدلال و الأفعال التفكيرية بالتصورات و المعارف أو المفاهيم، اذن هو أسلوب لبناء الانسان معارف على أساس معارف أخرى و بناء تصورات على الواقع. (روزين،2011،ص18).

يعتمد التفكير على استعمال الرموز، و لذا يمكن أن يكون أكثر اتساعا من المجالات الأخرى، إنه يستخدم ادراكاتنا و نشاطاتنا الحالية في المجالات التي يعنى بها، و لكنه يتصرف بمعانيها بطريقة تتجاوز الحاضر، و من هنا يمكن القول أن التفكير يزيد من توضيح ما نتوصل إليه عن طريق كل من الادراك و الاحساس.

(توق و اخرون،1986، ص204) .

ويتخذ التفكير مظاهرا متعددة منها الحكم و التجريد، والتصوير، والاستدلال، والتخيل، والتذكر، والتوقع، ويبدو التفكير أيضا في عملية حل المشكلات التي تعتمد أساسا على الأفكار أكثر من اعتمادها على الإدراك الحسي، ويشير بعضهم إلى عملية التفكير أحيانا على أنها عملية داخلية أو كلام باطن، ويستخدم فيها الإنسان الرموز اللغوية و العددية .

ويقصر فريق من علماء النفس التفكير على (التفكير الاستدلالي) وهو النشاط العقلي الذي يستهدف حل المشكلات Problem solving أو الوصول إلى اتخاذ قرارات أو اصدار أحكام، و يبدو هذا على وجه الخصوص في التفكير المنطقي، و بعض العلماء يتوسعون في مفهوم التفكير فيطلقونه على "كل نشاط عقلي يستخدم الصور الذهنية أو المعاني أو الألفاظ أو الرموز، و لا يقصرونه على التفكير الاستدلالي وحده. و جوهر عملية التفكير مهما اختلفت تعاريفها هو ادراك علاقات بين المقدمات و النتائج، والتعليل هو ادراك العلاقة بين العلة و المعلول أو السبب والنتيجة، وكذلك الفهم في جوهره عبارة عن ادراك علاقة بين شيء معلوم و شيء مجهول، والتعميم يقوم على أساس ادراك العلاقة بين العام و الخاص أو بين الموقف الحاضر و الموقف المقبل. (عيسوي، 1984، ص.ص 173، 174).

و تقر " جودث جرين" أن صفة التفكير الأساسية هي وجوده ضمن دائرة تحكمننا، أي أننا نملك الحرية أو القدرات على استحضار صورة خيالية للعالم الواقعي الذي نعيش فيه، أو حتى للعالم غير الواقعي (الخيالي). ثم بعد ذلك نجرب سبلا مختلفة من الأعمال والحلول دون الحاجة إلى الالتزام بتنفيذها عمليا. و لذلك قيل أن الخاصية التي يتميز بها التفكير هي قدرة الانسان على تفحص الأعمال أو الأشياء و استعراها بصفة رمزية وخيالية، لا بصفة فعلية. (جرين، 1989، ص9)

المفهوم الشائع في الأدب التربوي أن التفكير هو البحث عن المعنى، إنه اكتشاف متروّ للخبرة، و اعطائها معنى من أجل الوصول إلى الفهم أو اتخاذ قرار أو حل مشكلة، وقد عرفه "جون ديوي" منذ عدة سنوات بأنه " العملية التي يتم بها توليد الأفكار عن معرفة سابقة، ثم ادخالها في البنية المعرفية للفرد، و هو أيضا معرفة العلاقة التي تربط الأشياء

ببعضها و الوصول إلى الحقائق و القواعد العامة، فالتفكير عنده نشاط ذهني يتمثل في أسلوب حل المشكلة و الذي يفترض أن يكون من أهم أهداف التربية.

و يعرفه "دي بونو" (De Bono) في برنامج ال (CORT) (تعليم الفكر) على أنه : العملية التي يمارس الذكاء من خلالها نشاطه على الخبرة و هو عملية يقوم بها الجميع، وليس مقصورا على فئة معينة من الناس، حيث أن للعديد منهم قدرات مختلفة في هذا المجال.

و بشكل عام فالتفكير هو استخدام الوظائف النفسية لحل مشكلة من المشكلات حيث تصاغ لها عدة حلول محكمة ثم يفاضل بينها العقل لاختيار الحل النهائي، وهو تجربة ذهنية تشمل كل نشاط عقلي يستخدم الرموز مثل: الصور الذهنية، و المعاني و الألفاظ، و الأرقام و الذكريات و الاشارات و التعبيرات، و الايحاءات، ثم تحل محل الأشياء و الأشخاص والمواقف و الأحداث المختلفة التي يفكر فيها الشخص بهدف فهم موضوع أو موقف معين. فالتفكير نشاط فكري يتميز بخصائص متعددة منها القدرة على ادراك العلاقات الأساسية في الموقف المشكل، و القدرة على اختيار بديل من عدد كبير من البدائل المتاحة و القدرة على الاستبصار و اعادة تنظيم الخبرات السابقة و القدرة على اعادة تنظيم الأفكار المتاحة بهدف الوصول إلى أفكار جديدة. و البعض يعرفه بأنه قدرة تتكون بالممارسة و تتطور على نحو ارتقائي و تدريجي، و تحتاج إلى توجيه و ارشاد حتى تصل إلى أعلى مستوى، و التفكير لا ينمو تلقائيا لأنه عملية لا تكتسب عفويا أو نتيجة عرضية من خلال محاولات انجاز أغراض أخرى، بل هو عمل يتطلب أداءا فنيا و تعليما مستمرا من أجل تنميته عند المتعلم إلى أقصى ما تستطيعه قدراته. (دياب، 2005، ص، ص 26، 28)

تؤكد التعريفات السابقة ما تمت الإشارة إليه سابقا من تعقد مفهوم التفكير و تعدد أبعاده و تشابكها ، مما يعكس تعقد العقل البشري و تعقد عملياته ، ومع ذلك يمكن القول أن التفكير هو نشاط معرفي يرتبط بالمشاكل و المواقف المحيطة بالفرد و بقدرة الفرد على تحليل المعلومات التي يتلقاها عبر الحواس مستعينا بحصيلته المعرفية السابقة، و بذلك فهو يقوم

بإعطاء المثيرات البيئية معنى و دلالة تساعد الفرد على التكيف والتلاؤم مع المحيط الذي يعيش فيه.

تطرقنا فيما سبق إلى أن العلماء والباحثين قد قدموا تعاريف مختلفة للتفكير حسب اتجاهات وأسس نظرية معينة، لذلك سنعرض أهم النظريات المفسرة للتفكير.

(2) - النظريات المفسرة لسيكولوجية التفكير:

لازال هناك جدل شديد يدور حول ما إذا كان التفكير عملية داخلية، أو أنها عملية موجودة فقط بقدر ما يمكن قياسه منها سلوكيا، فربما يدرس لاعب الشطرنج خطوته التالية لدقائق عديدة قبل أن يستجيب بشكل عملي و صريح، فهل أثناء الوقت الذي يفكر فيه اللاعب مليا بخصوص النقلة أو الحركة التي سيقوم بها يحدث التفكير؟ ويبدو أنه يحدث فعلا، و مع ذلك لا زال البعض يرى أنه لأن سلوك التفكير الصريح ليس قابلا للملاحظة فإن النتيجة النهائية للتفكير لا تقوم على أساس من الملاحظة الواقعية empirical، و لكنها تقوم على أساس من التأمل، و ربما يحل التعريف العام للتفكير بعض هذا الصراع و يساعدنا في ترشيد مناقشتنا. هناك ثلاثة أفكار عن موضوع التفكير هي كالتالي:

1- التفكير معرفي، بمعنى أنه يحدث داخل العقل الانساني، و مع ذلك يتم استنتاجه من السلوك، فيبدو تفكير لاعب الشطرنج للعيان من خلال نقلاته و تحريكه لقطع الشطرنج.

2- التفكير عملية تقوم بمعالجة لأنواع من المعلومات داخل النسق المعرفي، ففي أثناء تفكير اللاعب و تأمله لما سيقوم به من نقلات تالية، تتحد الخبرات السابقة بالمعلومات الحالية و ينشأ عن هذه العملية تغير في معلوماته و معرفته بالموقف (الحالي).

3- التفكير موجه بحيث يفضي إلى سلوك ينتج عنه حل مشكلة ما، أو يتجه نحو الحل، فالنقلة التالية أو تحريك اللاعب لقطعة الشطرنج يتم أولا في عقله، فهو يوجه سلوكه لعبة لكسب المباراة، صحيح أن جميع نقلاته و تحركاته و أفعاله ليست كلها ناجحة، و لكن

الذي يحدث بصفة عامة في عقل اللاعب، أن جميع أفعاله توجه نحو الحل. (سولسو، ت، الصبوة و آخرون، 2000، ص.ص 657، 658)

و لقد فسرت النظريات و الاتجاهات المختلفة في علم النفس مفهوم التفكير وفق مبادئها ومفاهيمها، ويمكن تلخيص أهم هذه النظريات كما يلي:

2-1- النظرية السلوكية:

تعتقد السلوكية أنه بالإمكان وصف السلوك في حدود المثير و الاستجابات، و ميدانها هو التكيف الفردي و الجماعي، و لكن تصور السلوكيين للمثير يتجاوز مجرد استجابة من العضوية، و هي في تغير مستمر عن طريق الاتساع و التكاثر بالإشراط، و الاستجابة الناجحة عن المثير ظاهرة كانت أم خفية، تؤدي إلى التكيف. (جمل، 2005، ص 35) .

كما لم تركز المدرسة السلوكية على تفسير التفكير بشكل مباشر، وإنما اعتبرت أن الخبرة أو التعلم الذي يتشكل نتيجة العلاقة بين المثير والاستجابة هي بمثابة التفكير.

ويرى السلوكيون الجدد أن المثيرات الضمنية و التعزيزية تلعب دورا هاما في تشكيل السلوك و حدوث التعلم، من خلال الدور الذي تلعبه هذه المثيرات في تنمية التفكير، والاستفادة من معلومات الذاكرة . و يعد التركيز على الخبرة و دورها في التعلم بمثابة اعتراف من السلوكيين الجدد بدور التفكير، لأن الخبرة لا يمكن أن تحدث دون التخزين في الذاكرة، و الاسترجاع لهذه الخبرات عند الحاجة. (العتوم، 2006، ص 31)

2-2- النظرية المعرفية:

يرى علماء النفس المعرفيين أن أبسط أنواع تحليل السلوك هو التحليل في ضوء مجموعة من القوانين التي تنتج السلوك نفسه، و برامج الحاسب الآلي التي تجري العمليات الحسابية هي تشبيه واضح. (جرين، 1989، ص 43)

و تعد النظرية المعرفية من أهم النظريات التي فسرت التفكير، حيث تبلور ذلك من خلال دراسة الأسس الفسيولوجية للمعرفة، واتجاه معالجة المعلومات، ونظرية بياجيه:

أ- الاتجاه الفسيولوجي: حاول هذا الاتجاه تفسير السلوك الإنساني بشكل عام والتفكير بشكل خاص من خلال ربط سلوك الإنسان بما يجري داخل الجسم من عمليات فسيولوجية عديدة في الجهاز العصبي، و الغدد و الحواس و غيرها، كما أن محاولة التفكير تتطلب فهم ما يجري في الدماغ بدلا من التركيز على محاولة فهمها كعملية معرفية مجردة . فإذا أردنا معرفة كيف يحل طالب مسألة في الرياضيات فلا بد من دراسة الدماغ و تتبع التغيرات التي تطرأ على دماغه خلال حل المسألة الرياضية.

ويتطلب هذا المنهج معرفة دقيقة لعمليات الدماغ ووظائفه، و هذه مهمة ليست سهلة مع توفر كل التطور المعرفي في دراسة الدماغ . لذلك فإن دراسة التفكير تتطلب التعرف على مناطق الإدراك و الانتباه و الحواس، و اللغة، و الذاكرة ، والتعلم وغيرها والتعرف على طبيعة تركيب هذه المناطق، و دورها في ضبط هذه العمليات المعرفية، ومعرفة آلية انتقال المعلومات في هذه الأجزاء حتى يحدث التفكير .

ب- اتجاه معالجة المعلومات: تبلور هذا الاتجاه مع تطور نظم الحواسيب والاتصال، و بدأ العلماء بدراسة الخطوات و المراحل التي يتم من خلالها معالجة المعلومات وفق نظام معالجة يتم بالتسلسل و التنظيم و يحاكي نظم معالجة المعلومات في الحاسوب، ولذلك فإن العديد من المهتمين بالتفكير يحاولون النظر إلى الإنسان على أنه يعمل كالحاسوب من حيث تكوين المعلومات و معالجتها.

ج- نظرية "بياجيه" في النمو المعرفي: يعتقد "بياجيه" أن هناك وظيفتان أساسيتان للتفكير هما التنظيم و التكيف، و تتمثل وظيفة التنظيم من خلال نزعة الفرد إلى ترتيب و تنسيق الأنشطة المعرفية بشكل متكامل، بينما تشير وظيفة التكيف إلى نزعة الفرد إلى التلاؤم و التألف مع البيئة الخارجية.

وبذلك فإن النظرية المعرفية ترى أن التفكير هو سلسلة من النشاطات المعرفية غير المرئية التي تدير وفق نظام محدد، و يلعب الدماغ دورا مباشرا في تنظيمها، بحيث تنمو وتتطور مع نمو الفرد معرفيا وفق عوامل الخبرة و النضج .

2-3- النظرية الجشطالتيّة:

أشار "كوهلر" "Kohler" رائد هذا الاتجاه إلى أهمية تحقيق الفهم الكلي للظواهر، حيث اعتبر أن الكل لا يساوي مجموع الأجزاء، وترى هذه النظرية أن التفكير يجب أن يتم بصورة كلية من خلال النظرة الكلية للموقف، وإدراك العلاقة القائمة بين عناصر الموقف، مما أدى إلى تحديد ما عرف بالتعلم بالتبصر أو الاستبصار الذي يعتمد على الربط بين عناصر الموقف للوصول إلى الحل (العتوم، 2006، ص.ص 32، 34). يرى كل من "كوهلر و كوفكا " "Kohler and Koffka" أن التفكير و الإدراك الحسي يتقرران عن طريق البنية العامة لما أسماه "كوفكا" بالمجال النفسعضوي، كما أن أصحاب هذه النظرية يرون أن الخبرات الإدراكية نتيجة لقوى (فعالة-ديناميكية) تعمل في المجال الإدراكي من أجل أحداث توازن في الأشكال المنتظمة ، أو ما يسمى "بالجشطات Gestalts" ، و ترى النظرية الجشطالطية وفقا لمبدأ التشاكل أو التماثل، أن الإدراكات الحسية التي يمارسها الانسان هي انعكاس مباشر لقوى تنظيمية موجودة في مجال وظائف أعضاء الدماغ، كاستجابة لمجال البيئة الخارجية، و تعرف نظرية التفكير الجشطالتيّة (المشكلة) على أنها انعدام توازن في المجال المعرفي يجب اصلاحه عن طريق إعادة بناء أو تشكيل هذا المجال في هيئة توازن جيد أو شكل منتظم، و لقد أكدت هذه النظرية على الحاجة إلى التفكير المثمر لاكتساب الاستبصار في الحلول الممكنة للمشكلات، فالمتعلم يبدأ ادراك الشكل أولاً، و بعدها يفحص التفاصيل (الجمال، 2005، ص 41) .

2-4- نظرية الفروض:

يرى "برونر" "Bruner" أن عمليات اختبار الفرض وتعديله وقبوله ورفضه تتم تبعا لقواعد معينة في العمليات الأساسية، و يختلف أصحاب النظريات في طبيعة الفروض وقواعد اختيارها و تعديلها في مدى واسع من التعقيد يمتد من افتراض وجود عملية معاينة عشوائية إلى افتراض وجود سلاسل كاملة من الخطوات المعرفية تسمى الاستراتيجيات، ويرى "برونر" أن الفروض تعد أساس السلوك وجوهره وتسمح بالتحكم المعرفي Cognitive Control في الأداء الظاهر (الطيب، 2006، ص 28).

تركز النظرية السلوكية دائما على تفسير الظواهر النفسية بنفس الطريقة تقريبا، وتفسيرها هنا لعملية التفكير بالعلاقة التي تربط المثير و الاستجابة يظهر سطحا إلى حد ما مقارنة مع التعريف الذي قدمته النظرية المعرفية التي فسرتة اعتمادا على عدة أسس، فسيولوجية للمعرفة، و اتجاه معالجة المعلومات، و نظرية "بياجيه"، حيث ركزت عند تفسير عملية التفكير على دراسة الدماغ و التغيرات التي تطرأ عليه خلال هذه العملية كحل مسألة رياضية مثلا، كما ركزوا على المراحل التي يتم من خلالها تكوين المعلومات و معالجتها، وركز "بياجيه" بدوره على تنظيم و تنسيق الأنشطة المعرفية المتدخلة في عملية التفكير بشكل متكامل و كذلك تكيف و تلاؤم الفرد مع البيئة الخارجية .

كما أن النظرية الجشطلطية عندما تقول أن التفكير يجب أن يتم بصورة كلية من خلال النظرة الكلية للموقف، و إدراك العلاقة القائمة بين عناصر الموقف للوصول إلى حل، تجعلنا نفهم أن عملية التفكير لا يمارسها الفرد إلا عندما يريد التوصل إلى حل لموقف معين أو مشكل وهذا ما يخلق التباسا بين مفهوم عملية التفكير و عملية حل المشكل . أما تفسير نظرية الفروض لعملية التفكير على أنها عملية اختبار الفرض و تعديله و قبوله و رفضه تبعا لقواعد معينة في العمليات الأساسية، فهو يشبه إلى حد كبير مبدأ المحاولة و الخطأ عند النظرية السلوكية، و تؤكد أن الفروض تعد أساس السلوك و جوهره و تسمح بالتحكم المعرفي في الأداء الظاهر.

يمكن أن يرجع هذا الاختلاف في تفسير التفكير من نظرية إلى أخرى إلى فهم كل واحدة منها لهذه العملية المعرفية بطريقة معينة حسب وجهة نظر خاصة، مما يدفعنا للتساؤل عن خصائص التفكير.

(3) - خصائص التفكير:

أشارت العديد من الدراسات التي اهتمت بالتفكير كعملية معرفية إلى أنه يتميز بخصائص يمكن إجمالها على النحو التالي:

1- التفكير سلوك متطور و نمائي يختلف في درجته و مستوياته من مرحلة عمرية إلى مرحلة أخرى، و عليه فإن التفكير سلوك تطوري يتغير كما و نوعا تبعا لنمو الفرد و تراكم خبراته.

2- التفكير سلوك هادف فهو لا يحدث في فراغ أو بلا هدف ، وإنما يحدث في مواقف معينة.

3- التفكير يأخذ أشكال أو أنماط عديدة كالتفكير الإبداعي والناقد والمجرد والمنطقي وغيرها.

4- التفكير الفعال هو التفكير الذي يصل إلى أفضل المعاني والمعلومات الممكن استخلاصها.

5- التفكير مفهوم نسبي فلا يعقل لفرد ما أن يصل إلى درجة الكمال في التفكير أو أن يحقق و يمارس جميع أنواع التفكير. و يتشكل التفكير من تداخل عناصر البيئة التي يجري فيها التفكير، والمواقف والخبرة.

6- يحدث التفكير بأشكال وأنماط مختلفة (لفظية، رمزية، كمية، منطقية، مكانية، شكلية) لكل منها خصوصية.

من خلال الخصائص سابقة الذكر يمكن أن نفهم أن التفكير زيادة عنه كونه عملية عامة توجد عند كل الأفراد، فهو يكتسي صبغة خاصة و متفردة عند كل شخص حسب

طريقة نموه، و التي تتدخل فيها عوامل خاصة بالفرد و عوامل أخرى خاصة بالبيئة بما أننا قلنا أنه متطور و نمائي، أي أن ظروف النمو و التطور و إن بدت في أغلبها متشابهة كون أغلبها متعلقة بالنضج الذي يكون تابعا للطابع الانساني المتشابه، إلا أنه يرتبط كذلك بالتعلم الذي تختلف ظروفه و نوعه من انسان لآخر خاصة أنه خاضع للتنشئة على اختلاف أنواعها، لذلك يتخذ التفكير أشكالا كثيرة، و التي أشرنا إليها من خلال الميزة الثالثة كالتفكير الابداعي، و الناقد، و المجرد، و المنطقي، و حتى في درجة فعاليته و نسبيته.

كما أشارت التفسيرات التي أعطيت للتفكير والتي تطرقنا إليها من خلال النظريات بطريقة أو بأخرى إلى الأدوات أو الوسائل المستخدمة عند التفكير و هي التي يتخذها منذ انطلاقه إلى وصوله للهدف.

(4) - أدوات التفكير:

يتم التفكير باستخدام الرموز، و الرمز هو أي شيء يمثل شيئا آخر غيره أو يشير إليه، فالصور الذهنية التي تستدعيها في ذهنك حينما تتذكر شيئا ما غير موجود حاليا إنما هي رمز يمثل هذا الشيء، و الرمز ينقل إلينا معنى معيناً و يمدنا بمعلومات معينة عن شيء أو حادث يمثله، و هنا مجموعة من الرموز التي يستخدمها الإنسان في عملية التفكير و هي كالاتي:

أ- الصور الذهنية: Images : كل منا يعرف بخبرته الخاصة أننا حينما نفكر نقوم بتمثيل صور الأشياء في أذهاننا ، فأنت حينما تفكر في ترتيب رحلة ستقوم بها فإنك تقوم أثناء تفكيرك باستحضار صور الأشياء التي تفكر فيها. ويستخدم الإنسان في تفكيره صور ذهنية من جميع الكيفيات الحسية المختلفة (بصرية و سمعية و شمعية و ذوقية و لمسية وعضلية حركية) غير أن معظم الناس يستخدمون الصور البصرية بكثرة ، و تختلف هذه الصور الذهنية أيضا في قوتها ووضوحها.

ب- المفاهيم: Concepts: إن العالم حولنا زاخر بالأشياء الكثيرة المختلفة، ويلاحظ الإنسان منذ طفولته أن بعض الأشياء تتشابه في بعض الخصائص كما أنها تتميز عن غيرها من الأشياء الأخرى في بعض الخصائص الأخرى، و لا يستطيع الإنسان أن يستجيب إلى كل هذه الأشياء الكثيرة باعتبار أن كلا منها شيء مستقل عن غيره من الأشياء، لذلك يميل إلى تصنيف الأشياء المتشابهة و تجميعها كمفهوم معين و يستجيب لها استجابة واحدة معينة، ويتم تعلمنا للمفاهيم عن طريق عمليتي التجريد Abstraction والتعميم Generalisation . والمفاهيم التي يتعلمها الطفل في أول الأوامر هي المفاهيم العيانية Concrete Concepts وهي المفاهيم المتعلقة بالأشياء المحسوسة، و تكون هذه المفاهيم مركزة حول ذاته أي تدور حول الأشياء التي تشبع حاجاته و رغباته الشخصية.

ت- اللغة : عندما يبدأ الطفل في تعلم اللغة فإنه يتعلم كلمات ترمز إلى مفاهيم ويستطيع حينئذ أن يتناول المفاهيم في تفكيره بطريقة رمزية أي باستخدام الكلمات التي ترمز إليها، و تساعد اللغة الطفل على تعلم مفاهيم جديدة وبذلك يزداد محصوله اللغوي والمفاهيمي و هذا لا شك يزيد من قدرته على التفكير وحل المشكلات .

و لوجود هذه العلاقة الكبيرة بين اللغة و التفكير ، فإن بعض علماء النفس ذهبوا إلى القول بأن "التفكير كلام باطن"، و يمكن أن تحلل عملية تفكيرك في أي أمر ما، و عندئذ فإنك سوف تلاحظ كأنك تكلم نفسك أثناء التفكير، و مما يوضح العلاقة الكبيرة بين اللغة والتفكير ما بينته بعض الدراسات من أن اللغة السائدة في مجتمع تؤثر في طريقة تفكيره.

(الطيب، 2006، ص.ص 30، 32)

و لقد رأى العلماء أن التفكير لا يتم على مستوى واحد و إنما تتم عملية التفكير على عدة مستويات نتعرف عليها في العنصر الموالي.

5- مستويات التفكير :

أ- المستوى الحسي: يدور أغلبه في مستوى الإدراك الحسي، أي يدور حول أشياء مفردة محسوسة و مشخصة لا على أفكار عامة و معاني كلية، فالتفكير يتعذر أو يستحيل أحيانا إن لم يعتمد على الأشياء العيانية المشخصة، في أمثال هذه الأحوال لا تحل المشكلة إلا إذا كانت عناصرها ماثلة في المجال الإدراكي للفرد، فالكبار يضطرون إلى التفكير في هذا المستوى حين يقتضي حل المشكلة وجود منبهات حسية.

ب- المستوى التصوري: فوق المستوى العياني الحسي هناك المستوى التصوري أو التخيلي ، و فيه يستعين التفكير بالصور الحسية المختلفة ، والتفكير بالصور أكثر شيوعا عند الأطفال منه عند الكبار من حيث مقداره ووضوح التصور ، فالكبار الراشدون يكون التفكير بالصور عونا لهم على حل بعض المسائل أو يكون عقبة في سبيل تفكيرهم.

ت- التفكير المجرد: هذا يسلمنا إلى مستوى من التفكير أرقى من المستوى التصوري ألا و هو التفكير المجرد أو المعنوي، و هو يعتمد على معاني الأشياء وما يقابلها من ألفاظ و أرقام، لا على ذواتها المادية المجسمة أو صورها الذهنية، وهو التفكير الذي يرتفع عن مستوى الجزئيات العينية الملموسة، و لا يخفى أن حل المشكلة الواحدة قد يقتضي هذه المستويات الثلاث على درجات متفاوتة.

ث- التفكير بالقواعد و المبادئ: لا يستعين التفكير و يسترشد بالمعاني وهي فرادى فقط ، بل إنه يستعين بها كذلك و قد اختلفت في مجموعات مختلفة، وهو الحال فيما نتعلمه من قواعد الحساب و النحو و آداب السلوك ، فما هذه القواعد كلها إلا مجموعات من المعاني نستهدي بها في تفكيرنا العملي ، كذلك الحال إذا كنا بصدد القيام بمشروع معين يقتضي ضبط الأعصاب و مرونة كافية في التعامل مع الناس ، لذلك يعرف التفكير المجرد أو المعنوي أحيانا بالتفكير عن طريق المعاني والقواعد والمبادئ العامة وذلك في مقابل التفكير الذي يعتمد على الجزئيات والأشياء الخاصة.

(حبيب ، 1996 ، ص.ص 285 ، 287)

يمكن أن تتدخل إلى جانب الوسائل و الأدوات الداخلة في عملية التفكير، بعض العوامل الأخرى التي من شأنها أن تعيق عملية التفكير السليمة. يستطيع أن يؤثر الآخرون في عقولنا عن طريق قوة الايحاء ليجعلونا أقل عقلانية، غير أن هناك بالإضافة إلى ذلك قوى في داخل عقولنا تؤدي إلى التفكير المعوج و اثنتان من هذه القوى هي عاداتنا الفكرية وتحيزاتنا، و هتان القوتان مختلفتان و لكنهما من نوع متشابه إلى حد ما.

(6) - عادات التفكير:

استعملت عبارة "عادات التفكير" للإشارة إلى تلك الاتجاهات التي ينتهجها عقولنا عادة، واستعملت عبارة "التحيز و المحاباة" للدلالة على طرق التفكير المقررة سلفاً بتأثير عوامل انفعالية قوية تعمل لصالحها، أو بتأثير المنفعة الذاتية، أو ارتباطات المرء الاجتماعية مع جماعته أو الجماعات الأخرى، و ما شابه ذلك، و كلا الأمرين: عادات التفكير و التحيز يمكن استغلالهما من طرف المختصين بالدعايات بطرق متشابهة إلى حد ما. إن تكوين العادات التفكيرية عندنا جزء من تلك العملية المألوفة و عملية تكوين العادات في حياتنا، فمعيشتنا اليومية توجهها إلى حد كبير أنماط معتادة من السلوك تأصلت كعادات، إذ أننا في كل يوم ننهض من النوم و نتناول فطورنا و نخرج إلى العمل على طريقة واحدة تقريبا، وتكون هذه العادات على هذه الصورة لها قيمة نفسانية من حيث أنه اقتصاد في الجهد، أما إعمال الفكر في اختيار السبيل المناسب كل يوم و لحظة ففيه عناء، و الأفضل أن يحتفظ به ليستفيد منه في اتخاذ القرارات ذات الشأن. و نفس الشيء يصدق على طرق تفكيرنا وتكوين آرائنا، فعندما نقرأ جرائدنا، نقرأ فيها أخبارا عن مشكلات التمييز العنصري في جنوب افريقيا، و عن التظاهرات هنا و هناك، و عن اختلاف الرأي بين الحكومات، و هلم جرا ، وأغلب الظن أننا نكون قد جزمنا في أنفسنا برأي من قبل حول كل قضية من هذه القضايا من حيث نقاط الحق و نقاط الباطل فيها (أو أن غيرنا كوّن لنا رأيا في ذلك)، و لذا لا نكون في حاجة إلى تكوين رأي جديد عنها. فمن شأن عادات التفكير عندنا أنها تجنبنا

ضرورة اتخاذ قرارات جديدة حول القضايا الخلافية التي تقوم عليها هذه الأخبار في الجرائد وهذا يؤدي إلى الاقتصاد في الجهد الفكري، الذي هو القائدة الكبرى من تكوين العادات التفكيرية. غير أنه يوجد، من الناحية الأخرى، في العادات التفكيرية عائقان خطيران على الأقل، الأول أن صاحب الدعاية إذا علم بالعادات التفكيرية لدى سامعيه يستطيع استعمالها سلاحاً له، والثاني أن عادات التفكير قد تولد فينا ميلاً إلى اغلاق الذهن دون الآراء الجديدة. (ثاولس، 1979، ص.ص 137، 138)

يمكن حصر معيقات عملية التفكير في مجموعة من العوامل المختلفة التي تؤثر على وضوحه وموضوعيته واستقامته، قد يكون بعضها شخصياً خاضعاً للميول والاتجاهات وأخرى تقنية عند القيام بعملية التفكير في حد ذاتها.

(7) - العوامل المعيقة لعملية التفكير السليمة:

أ- العوامل الانفعالية الوجدانية: تؤثر رغباتنا على التفكير، وهذا هو التفكير الارتعابي Wishful Thinking ، الذي توجهه الرغبات لا الواقع وهو نقيض التفكير الواقعي Realistic Thinking .

ب- انتقاء المعلومات والاستنتاجات: فالشخص يميل إلى انتقاء المعلومات التي تؤيد وجهة نظره، وإلى تجاهل المعلومات التي تناقضها.

ت- المعلومات الخاطئة.

ث- التقبل السلبي لآراء السلطة.

ج- الأخطاء المنطقية: مثل التسرع في الانتقال إلى التابع من مقدمات ومعلومات بسيطة أو التسليم بمقدمات معينة قد تكون خاطئة مما يؤدي إلى الوصول لنتائج خاطئة.

(Overskeid, 2000, p.p357,374)

يمكننا أن نلاحظ أن أغلب العوامل التي تعيق تفكير الفرد هي عوامل خاضعة لاتجاهاته و ميوله و رغباته و بالتالي تبعد غالباً عن المنطق الذي يحكم عملية التفكير

الموضوعية و نظرا لتدخل هذه العوامل المذكورة و غيرها ، و التي تلعب دورا معيقا للتفكير، يمكن للتفكير أن يضطرب و لا يصدر بصفة سليمة، و اضطراب التفكير ينظر إليه من خلال بعض الزوايا سنتطرق إليها في عنصر اضطراب التفكير.

(8) - اضطراب التفكير :

يمكن النظر إلى اضطراب التفكير حسب "فيش" "Fiche" (1967) من خلال أربعة معالم عامة هي: محتوى التفكير ، مجرى التفكير، شكل التفكير، حيازة التفكير.

أ- اضطراب محتوى التفكير: ينظر إلى اضطراب محتوى التفكير بصفة عامة على أنه "توهم"، و قد عرف التوهم بأنه اعتقاد بفكرة أو مجموعة أفكار غير متنسقة مع الواقع، ولا مستندة إلى العقل أو المنطق، و يحدد الأطباء النفسيون خمسة أنواع مختلفة من التوهّمات و هي:

1- توهّمات الاضطهاد : حيث يعتقد الشخص اعتقادا خاطئا بأن الآخرين يحاولون إيذائه أو تحطيمه بأية طريقة.

2- توهّمات التلميح(الإشارة): و فيها يعتقد الشخص اعتقادا غير صحيح بأن الآخرين ينظرون إليه و يتحدثون عنه.

3- توهّمات العظمة: و فيها يببالغ الشخص في تقدير أهمية شخصيته بطريقة غير حقيقية، معتقدا أنه أكثر أهمية أو تأثيرا مما هو عليه بالفعل .

4- توهّمات البدن: و فيها يحمل الشخص أفكارا غريبة عن جسده، كأن يعتقد بأن جسمه يتعفن، أو جنسه يتغير، أو تنبعث منه رائحة كريهة.

5- توهّمات التأثير: وهنا يعتقد الشخص اعتقادا خاطئا أنه تحت قوى خارجية لا يستطيع السيطرة عليها.

ب- اضطراب مجرى التفكير: يشير مجرى التفكير إلى تتابع الأفكار وسرعتها واحدة

تلو الأخرى ومن الممكن تحديد خمسة أنواع من اضطرابات مجرى التفكير وهي:

- 1- تطاير الأفكار: حينما يظهر الشخص تطايرا في الأفكار، فإننا نجد الأفكار تنتابح سريعا واحدة تلو الأخرى دون اتجاه عام لعملية التفكير، و يكون تطاير الأفكار مميذا لحالة الهوس، و يحدث تطاير الأفكار أيضا في بعض الحالات الوجدانية.
 - 2- خلط الكلام و الإسهاب: و هو مثل تطاير الأفكار حيث يتضمن حجما ضخما للكلام، و في هذه الحالة يتميز الكلام بسرد تفاصيل تافهة غير ضرورية كثيرة قبل الوصول نهائيا إلى النقطة أو الهدف الأساسي للكلام.
 - 3- كف التفكير أو تأخيره: قد يشكو الشخص من الصعوبة في اتخاذ القرارات وعدم القدرة على التركيز، و فقد الوضوح في التركيز، و هنا يقال أنه قد حدث للتفكير كف أو تأخير.
 - 4- المداومة أو القصور الذاتي: في المداومة تظل الفكرة كامنة في الشعور حتى النقطة التي ترتبط بها و تتعلق، أو من ثم تمنع التقدم في التفكير.
 - 5- إعادة التفكير: حينما يقال أن التفكير قد توقف، يكون هناك تجمد مفاجئ في عملية التفكير، و أحيانا يتبع ذلك البدء في تتابع أفكار جديدة تماما.
- ج- اضطراب شكل التفكير: يرى "ماير" "Mayer" (1974) أن اضطرابات شكل التفكير هي أساسا اضطرابات التفكير المفهومي أو المجرد، و هذا النوع من التفكير شبيه جدا بالتفكير العقلاني، و بناء عليه يمكن النظر إلى اضطراب شكل التفكير من خلال فئتين عامتين وهما: الاستدلال الاستقرائي والاستدلال الاستنتاجي. في حين تجاهلها الأطباء النفسيون والمختصون في الأمراض النفسية و أعطوا أهمية لبعدين آخرين وهما: التفكير العياني في مقابل التفكير المجرد و التضمنين و الشمول.
- د- اضطراب حياة التفكير: لا يستطيع الشخص في الظروف السوية أن يتقبل فكرة أن أفكاره ليست ملكه أو أنه غير متحكم في تفكيره، وهذا هو اضطراب حياة التفكير، ويكون هذا الاضطراب سائدا في الأعراض التالية:

- 1- الوسواس: يعرف "شنايدر" "Shneider" (1925) الوسواس بأنه عدم القدرة على التخلص من محتوى شعوري مما يؤدي بالشخص إلى الاستمرار في سلوك دون سبب.
- 2- سحب التفكير : حينما يشعر الفرد بأن أفكاره تحت تأثير قوى خارجية أو أن الآخرين يشاركونه تفكيره، فهو هنا إنما يظهر أعراض سحب التفكير.

(كولز، 1992، ص.ص 168، 177)

يمكن في هذا الصدد الإشارة إلى شكل آخر من شأنه انتاج صورة من التفكير الخاطيء، و هو خطأ يقع فيه الإنسان بسبب الاخفاق في فهم العلاقة بين الكلمات والوقائع، و هذا الخطأ هو استعمال النظر العقلي أو التفكير النظري في حل المشكلات التي لا يمكن حلها إلا عن طريق المشاهدة و تفسير الوقائع. ففي كثير من المسائل التي نريد الفصل فيها نجد أنه من الصعب جدا الحصول على معرفة تامة و دقيقة بالواقع ذاته، ولهذا فإننا نجد في هذه الحالة ما يغرينا على أن نصور أحكامنا دون الاستناد إلى الوقائع الضرورية، بل قد نجد ما يغرينا على الضن بأن التفكير الدقيق، رغم عدم وجود الوقائع الضرورية، كاف بحد ذاته لسد حاجتنا. مثل هذا التفكير النظري له استعمال معين مشروع. فالإنسان كان بوسعه استعمال التفكير النظري في اكتشاف جميع الحقائق الرياضية البحتة، أي يكشف مثلا أن (2) هو الجذر التكعيبي للعدد (8) و أن العدد (13) عدد أولي، و لكنه ما كان ليستطيع بالنظر العقلي وحده أن يخطو خطوة واحدة إلى الأمام في أي من العلوم، فما كان بإمكانه أن يكتشف شيئا عن طبيعة الانسان إلا بعد أن انصرف إلى جمع المعلومات و الشواهد الواقعية عن الجنس البشري، و لا عن علم الاقتصاد إلا بعد أن انصرف إلى جمع المعلومات عن أمور مثل انتاج السلع و توزيعها، و الاعتقاد بأن الانسان قادر على استنباط شيء ما عن الأمور الحقيقية أو الواقعية بالنظر العقلي وحده وهم من أقدم الأوهام في التفكير البشري.

فالروح المعادية للعلم هي التي تحاول دوماً صرف الناس عن دراسة الواقعة و دفعهم إلى نسج نظريات وهمية خيالية نابعة من أذهانهم وحدها. و هي الروح التي يجب على كل

واحد منا (سواء أكان يشتغل بالبحث العلمي أو في مجال آخر) أن ينبذها من ذهنه، ذلك لأن اتقان فن التفكير والتمكن منه ليس إلا بداية في انجاز مهمة فهم الواقع. و بدون الحصول على الحقائق الواقعية الصحيحة يسوقنا فن التفكير هذا إلى الخطأ والضلال.

(ثاولس، 1979، ص.ص 83، 84)

إذا استطاع الفرد أن يتجاوز كل المعوقات التي تستطيع عرقلة تفكيره من اضطراب في المحتوى أو اضطراب في المجرى أو في الشكل إضافة إلى تجنب الاستعمال الخاطئ للجانب النظري للتفكير، تميز تفكيره ببعض الميزات الايجابية و التي يطلق عليها صفات المفكر الجيد.

9) - صفات وخصائص المفكر الجيد:

يذكر "جلاثورن و بارون" "Glathorn & Baron" أن هناك عدد من السمات العامة التي يتصف بها المفكرون الجيدون منها:

- 1- لديهم الاستعداد للتفكير و قد يجدون فيه.
 - 2- يقومون بأنواع البحوث المختلفة بهمة عند الضرورة و قادرين على تأجيل الحكم.
 - 3- يقدرّون العقلانية تقديرا خاصا، و يعتقدون أن التفكير مفيد لحل المشكلات والتوصل إلى قرارات، و إصدار الأحكام.
 - 4- يرحبون بالمواقف المشكّلة، و يتحملون الغموض.
 - 5- ناقدين للذات بما فيه الكفاية، و ينظرون في احتمالات بديلة وأهداف أخرى.
 - 6- المفكر الجيد متأمل و متأن في استكشاف الأهداف، ويراجع دائما هذه الأهداف كلما كان ذلك ضروريا.
 - 7- متأن في تحليل الاحتمالات، و يستخدم الأدلة التي تتحدى الاحتمالات المفضلة، و يبحث دائما عن أدلة مضادة لاحتمالات القوية وأدلة مؤيدة للاحتمالات الضعيفة
- (يونس، 1997، ص 26).

و يقدم "انيس" "Ennis" مجموعة من ميول و خصائص أصحاب التفكير الجيد، حيث ذكر أن أصحاب التفكير الجيد المثاليين يتميزون بمجموعة من الخصائص العقلية منها :

1- البحث عن الحقيقة: Seeking Truth : إن الأفراد أصحاب التفكير الجيد يهتمون بأن تكون معتقداتهم صحيحة و قراراتهم لها التبرير الكافي عن طريق :

- البحث عن البدائل (الفروض، التوضيحات، الاستنتاجات، الخطط، المصادر، الأفكار).

- وجهة النظر الخاصة بتبرير سلوكه عن طريق المعلومات المتاحة.
- أن يكون ملماً بالمعلومات الكافية و الجيدة من وجهة نظر الآخرين.

2- أن يكون أميناً Being Honest: فيحرص المفكر الجيد على أن يكون أميناً في نظر نفسه و كذلك في نظر الآخرين، و ذلك من خلال السلوكيات الآتية :

- يكون واضحاً بمفهومه و واعياً بوجهة نظر خاصة، و يحترم و جهات النظر الأخرى .

- يؤكد بأدلة و مؤشرات على النتائج .
- البحث عن الأسباب و تقديمها.
- يدخل في اعتباره جميع العوامل المناسبة في المواقف.

3- احترام الآخرين: Respecting Others : يحرص المفكر الجيد على أن يكون لديه منزلة رفيعة و قيمة إذ أنه :

- يستمع بانتباه لوجهات نظر الآخرين.
- يتجنب الازدراء أو الخوف من الآخرين.
- يظهر اهتمامه و حبه لمصالح الآخرين. (حبيب، 2003، ص28)

و يرى "مجدي عزيز ابراهيم" (2004) أن هناك مجموعة من المميزات التي يتسم بها الفرد ذي التفكير السليم هي:

1- لا يتأثر بالانفعال أو العاطفة، و لا يخضع للأهواء الشخصية و الآراء الذاتية.

2- لا يقبل رأياً إلا إذا أقام الدليل على صحته.

3- يتسع صدره للنقد البناء، و يتقبل آراء غيره ، بل و يعدل رأيه في ضوء ما يثبت من حقائق و ما يجد من براهين، و ينتفع بنتائج تفكير غيره، أو بما يصل إليه الآخرون من آراء صائبة. (الطيب، 2006، ص36)

بما أننا نملك صفات المفكر الجيد و التي تحقق لصاحبها و توفر له سلاسة وسلامة في التفكير، تؤثر بدورها على جوانب حياته المختلفة، يتبادر إلى أذهاننا سؤالاً يطرح نفسه، لماذا لا نعلم هذا النوع من التفكير الجيد؟

من الواضح أن هذا السؤال طرح بطريقة أخرى لدى علماء القرن الماضي و كان انطلاقة لما يسمى تعليم حرفة التفكير.

10- تعليم حرفة التفكير:

شرح المربون يطرحون على أنفسهم إبان ستينات القرن العشرين و سبعيناته، سؤالاً كهذا: إذا ما كانت التربية كلها، ببساطة، هي توجيه التفكير في فرع من فروع المعرفة، فلماذا لا نعلم التفكير ذاته؟ لم تكن هذه هي المرة الأولى التي يثار فيها مثل هذا السؤال، ولم يكن مفاجئاً و كانت ردود الاجابات مشككة. من بين أكثر المحللين ذكاء و تبصراً لعملية التفكير في ذلك الزمان الفيلسوف البريطاني "جلبرت رايل" "Gilbert Ryle" ، ولكن في الوقت الذي أدرك فيه "رايل" وجود مهارات تفكير معينة كان يرى أن هذه المهارات يمكن رعايتها فقط ضمن فروع معرفة أكاديمية محددة. فقد سخر من الرأي القائل أن التفكير أمر يمكن تعليمه كموضوع منفصل. كانت مقالات "رايل" الأخيرة حول التفكير تتوجها لمسار حياة طويلة متميزة، و كان الموقف الذي اتخذه بشأن امكانية تعليم التفكير موقفاً لو أدركه غالبية المربين لجنحوا إلى قبوله. و مع ذلك، فقد بدأت تحدث تطورات جديدة هامة حتى قبل موت "رايل" عام 1976م ، كان لها أثراً مباشراً على تعليم التفكير، بل من المحتمل تماماً، كما مثل عمل "رايل" الأخير تعديلاً على السلوكية القاسية التي اعترف بها سابقاً، أن يعيد

النظر في موقفه المشكك من تعليم التفكير في المدارس لو طال به العمر ليشاهد الأطفال منخرطين في عملية نقص مفهوماتي في غرف الصف.

كان تأثير آراء "رايل"، كما تبين، على الجدل الذي أخذ يتطور في الدوائر التربوية ضئيلاً، فالمربون المشبعون بنظام تعليم مرتكز بكآبة على التعليم الاستظهارى (تعليم الحفظ عن ظهر قلب دونما حاجة لفهم ما يحفظ)، بغض النظر عن غلافه التجميلي، قد شرعوا يناقشون بأن تشجيع الأطفال على التفكير بدلا من جعلهم يتعلمون ما تعلم معلومهم من قبل، يعد أمرا جيدا، حتى أن بعضهم أخذ يدعوا إلى جعل الأطفال يفكرون بأنفسهم.

(لييمان، ت الشهابي، 1998، ص.ص 42، 43)

إن تنمية التفكير هي أحد أهم متطلبات القرن الحادي والعشرين، ذلك أن الذكاء حسب "بياجي" يمكن أن يطور و ينمى من خلال البيئة و التدريب، و حتى أن "فنزويلا" أنشأت وزارة للدولة لشؤون تنمية الذكاء الإنسانى، ووضعت "اسرائيل" خططا لتنمية تفكير الجنود و طلاب المدارس، كما طبق "ديبونو" " Debono" العديد من برامج تنمية التفكير، ولم تقتصر العناية بالتفكير على "فنزويلا" و "بريطانيا"، و الكيان الصهيونى، و إنما شملت عددا كبيرا من الدول المتقدمة حتى برز التفكير في مقدمة الموضوعات التربوية، و بات يقال أن التفكير هو موضوع الساعة، و على الرغم من أن التفكير موضوع غامض، يمكن أن نفهم مخرجاته مع عجزنا عن شرحه، فإن الطفل يتعلم التفكير قبل التحاقه بالمدرسة بزمان طويل، و تبقى وظيفة المدرسة في تهيئة الظروف المواتية لنمو مهاراته و التي تؤثر تأثيرا فاعلا في بناء شخصية الفرد، نستدل عليها من خلال قدرته على التجريد و التعميم والتصنيف و القدرة على اتخاذ القرار، و التفكير الناقد، و حل المشكلات.

(جمل، 2005، ص93)

ثمة أسباب تحتم على مدارسنا و جامعاتنا الاهتمام المستمر بتوفير الفرص الملائمة لتطوير قدرات التفكير و مهاراته، و تحسينها لدى الطلبة بصورة منتظمة و هادفة، من أهمها أن التفكير الحاذق لا ينمو تلقائيا، حيث أن التفكير الحاذق الفعال ليس نتاجا اوتوماتيكيا

لدراسة موضوع دراسي بعينه، و لتوضيح هذه الفكرة ربما يحسن التفريق بين نوعين من التفكير: التفكير اليومي المعتاد الذي يكتسبه الإنسان بصورة طبيعية، و بين التفكير الحاذق الذي يتطلب تعليماً منظماً هادفاً و مراناً مستمراً حتى يمكن أن يبلغ أقصى مدى له.

و ينبغي النظر إلى الكفاية في التفكير على أنها ليست مجرد قدرة طبيعية ترافق النمو الطبيعي للطفل، وأن التعليم الهادف يمكن أن يلعب دوراً فعالاً في تنمية التفكير و مهاراته التي تمكن من تطوير الكفايات التفكيرية. إن المعرفة في مجال ما تشكل قاعدة أساسية للتفكير فيه وإن أنجح الأشخاص في التفكير في موضوع ما هم أكثر الأشخاص دراية ومعرفة به، ولكن المعرفة وحدها لا تكفي، و لا بد أن تقترن مع معرفة لعمليات التفكير ومهاراته.

يلعب التفكير الحاذق دوراً حيوياً في نجاح الأفراد و تقدمهم داخل المؤسسة التعليمية و خارجها، لأن أداءهم في المهمات الأكاديمية التعليمية و الاختبارات المدرسية و المواقف الحياتية في أثناء الدراسة و بعد انتهائها (كالعلاقات مع الآخرين و متطلبات العمل) هي نتائج تفكيرهم، و بموجبها يتحدد مدى نجاحهم أو اخفاقهم، و على ذلك فإن فرص الأفراد في النجاح تتقلص إذا لم يقيم المعلمون و المعلمات بتوفير الخبرات المناسبة لتعليم الطلبة وتدريبهم على تنفيذ عمليات و مهارات التفكير اللازمة للمهام الأكاديمية و العامة خارج المدرسة. و قد أورد "باير" (Bayer,1987) ثلاثة أسباب لتعليم التفكير هي:

- التعليم الواضح المباشر لعمليات التفكير و مهاراته المتنوعة يساعد على رفع مستوى الكفاية التفكيرية للطالب.
- التعليم الواضح المباشر لعمليات التفكير و مهاراته اللازمة لفهم موضوع دراسي، يمكن أن يحسن مستوى تحصيل الطالب في هذا الموضوع. و تشير الدراسات إلى أن تعليم المحتوى الدراسي مقروناً بتعليم عمليات التفكير و مهاراته يترتب على تحصيل أعلى كما تقيسه الاختبارات مقارنة مع تعليم المحتوى فقط.

- تعليم عمليات و مهارات التفكير يعطي الطالب احساسا بالسيطرة الواعية على تفكيره، و عندما يقترن مع تحسين مستوى التحصيل الناجم بفعل هذا التفكير، ينمو لدى الطلبة شعور بالثقة يرافقه انجازات في التحصيل المدرسي و غير المدرسي.

اضافة إلى أن العالم يشهد تغيرات هائلة، و الفرد مهما بلغت طاقته لا يستطيع في عصر تفجر المعرفة أن يسيطر على أكثر من جزء يسير جدا من الكم الهائل للمعلومات التي تتدفق عبر وسائل الاتصال المختلفة، و أمام هذا الواقع تبرز أهمية تعلم مهارات التفكير وعملياته التي تبقى صالحة متجددة، و يشير الباحث "ستيرنبرج" (Sternberg,1987) إلى الحقيقة التي تقول: " إن المعارف مهمة بالطبع، و لكنها غالبا ما تصبح قديمة، أما مهارات التفكير فتبقى جديدة، و هي تمكننا من اكتساب المعرفة و محاكمتها بغض النظر عن المكان و الزمان، أو أنواع المعرفة التي تستخدم مهارات التفكير في التعامل معها"

(دياب،2000، ص41، 46)

نجد من أهم المؤيدين لفكرة تعليم و تدريس التفكير و أساليبه "دونالد ترفنجر" و"كارول ناسابا" اللذان قاما بتقديم دروس من خلال أدوات خاصة، حيث قاما بتخطيط دروس أدوات التفكير جميعها بحيث يمكن تنفيذها في الفصل العادي في مدة تتراوح ما بين 40-50 دقيقة، و قد ارتأيا إيجاد مصادر يمكنها تزويد الفرد بتفصيل اجرائي واف (مثل خطط الدروس المكتوبة بشكل مكثف) لمساعدته على تطبيقها بنجاح من خلال الأساتذة، حتى لو لم يكن لدى الفرد قدر كبير من الخبرة، و مع ارشاد واضح في التفكير المنتج، و قدما كذلك ملاحظات تمثل أمورا و متغيرات تساعد إطار الدرس أن يبقى مرنا، بهذه الطريقة سوف يكون الفرد قادرا على استخدام ابداعاته ومهاراته المهنية لتعديل الدروس وفق ما يفضله الأستاذ، و يعكس اهتمامات و حاجات طلابه.

إن دروس أدوات التفكير استنبطت المادة من أبحاث "دونالد ترفنجر" و "كارول ناسابا" و المدخل القائم على الممارسة في التعلم المبدع و حل المشاكل بطريقة ابداعية، إن هذا المدخل يعود إلى أكثر من خمسة عقود من النظرية و البحث و الخبرة التطبيقية، في تطبيق

هذه الأدوات لمستويات عمرية كثيرة، ابتداء من الأطفال و لغاية البالغين، و في كثير من المناطق و الأوساط. هذه الدروس مبنية على المقدمة المنطقية التي تقول أنه من المهم للطلاب أن يتعلموا و أن يذهبوا أبعد من مجرد تعلم المعلومات، و أن يتعلموا على وجه الخصوص كيف يستعملون و يطبقون ما تعلموه لكي يكونوا مفكرين منتجين. و يستخدم المفكرون المنتجون قاعدة معرفتهم الغنية و الاهتمامات و المزايا الشخصية و النماذج الفريدة من التفكير و التعلم ليولدوا امكانيات جديدة، و أن يحلوا و يتخيروا و يطوروا الامكانيات لاتخاذ القرارات و إدارة الاختراع و التغيير و أن يحلوا المشاكل المعقدة، و هم كذلك قادرين على تخطيط طرائقهم أو استراتيجياتهم (الادراكية، و الايجابية، و السلوكية) للتعامل مع أنواع كثيرة من المهمات ، و يراقبوا عمليات تفكيرهم بينما هم يعملون، و أن يصححوا أو يعدلوا استراتيجياتهم و أفعالهم حسب الضرورة في أثناء العمل في أي مهمة.

(ترفنجر ، ناسابا، ت، الحوراني، 2002، ص.ص 10، 11).

عند الإطلاع على الكتب التي تتكلم عن تعليم التفكير نجد أن هذا الموضوع لا يستهوي علماء النفس و العاملين في مجال التربية فقط، إذ نجد علماء الأعصاب والمختصين في مجال الطب العقلي من أكثر المهتمين، و أحسن مثال على ذلك الأبحاث التي جاء بها "نورمان دويدج" في كتابه "الدماغ و كيف يطور بنيته و أداءه" أهمها بحث "مايكل ميرزنيش " الذي وصفه عالم الأعصاب الايرلندي "إيان روبرتسون" بأنه (باحث العالم الأول في مجال لدونة الدماغ)، حقل اختصاص " ميرزنيش " هو تحسين قدرة الناس على التفكير و الفهم بإعادة تصميم دماغهم من خلال تدريب مناطق معالجة محددة تدعى خرائط الدماغ، كي تقوم بالمزيد من العمل العقلي. و قد بين أيضا، ربما أكثر من أي عالم آخر، بتفصيل علمي غني كيف تتغير مناطق المعالجة في أدمغتنا.

(دويدج، 2009، ص.ص 59، 60).

أظهر أيضا أن التفكير و التعلم و الفعل يمكن أن تشغل جيناتنا أو توقفها عن العمل، مشكلا بالتالي التركيب البنيوي لدماغنا و سلوكنا، و هذا الاكتشاف هو بكل تأكيد واحد من أكثر الاكتشافات الاستثنائية في القرن العشرين (نفس المرجع، ص 13).

من خلال سردنا السابق لتعاريف التفكير بأنه العملية التي ينظم فيها العقل خبراته بطريقة جيدة من خلال الأنشطة الذهنية للصيغ و المضامين و باستخدام الرموز مثل الصور الذهنية و المعاني و الألفاظ و الأرقام و الارشادات و التعبيرات ، بحيث تشمل هذه العملية إدراك علاقات جيدة بين موضوعين أو عنصرين فأكثر من عناصر الموقف ، وأنه يشمل تركيب و تنظيم المعلومات بطريقة ما وإعادة تكوين الخبرة ، كما أن كلمة تفكير تعني استخدام المعلومات بطريقة ما و تعيد شرحها و ترتيبها و التأمل فيها، فالتفكير إذن عملية عقلية وجدانية راقية تبنى و تؤسس على محصلة العمليات النفسية الأخرى كالإدراك و الاحساس و التخيل..، و من ثم يتربع التفكير على قمة هذه العمليات النفسية و العقلية و المعرفية.

ومن الواضح أن هذه العناصر التي تدخل في عملية التفكير كالإدراك و التخيل و الربط بين المعلومات تختلف من فرد لآخر، لذلك لا يمكن لكل الأفراد أن يفكروا بطريقة واحدة ، و لذلك كان للتفكير أساليب مختلفة صنفها العلماء و المختصين في مجال التفكير و أساليبه إلى مجموعات أو فئات، و ينتهج كل فرد طريقة معينة في التفكير تحت أسلوب معين عام، و اختلف تحديد هذه الأساليب من نظرية لأخرى حسب مبادئ و مفاهيم كل نظرية.

II - أساليب التفكير:

يعتبر مفهوم أساليب التفكير من المفاهيم الحديثة التي ظهرت في السنوات العشرين الأخيرة، ولقد حظي باهتمام علماء النفس والباحثين لما له من أهمية في جوانب الحياة المختلفة، فوضعوا النظريات التي تفسره والمقاييس المناسبة لقياسه، ولقد نبع اهتمام الباحثين بمفهوم أساليب التفكير نظرا للمساهمة الكبيرة في العملية التعليمية، حيث أن معرفة أساليب تفكير التلاميذ يساعد على اختيار طرق تعليمهم من جهة وتقييمهم من جهة أخرى، وذلك في مختلف المراحل والأطوار التعليمية.

ولابد أن مفهوم أساليب التفكير لم يحظ بهذا القدر الكبير من الاهتمام والبحث لتأثيره في العملية التعليمية فقط، وإنما يتعداها ليشمل كل مجالات الحياة، في العمل والعلاقات العامة والخاصة و التعامل مع مختلف المواقف التي يتعرض لها الانسان خلال حياته اليومية، و يشير "ستيرنبرج" إلى ذلك في قوله أن لأساليب التفكير دورا آخر لا يقل أهمية عن اسهاماته السابقة في العملية التعليمية، وهذا الدور يظهر في مجال الحياة العامة، حيث أن معرفة الأفراد بأسلوب التفكير المفضل لديهم يساعدهم على انتقاء ما يتواءم مع هذا الأسلوب في البيئات المختلفة.

وبالفعل فنحن في الحياة اليومية عندما نشاهد بعض الأشخاص ينجحون في أعمال معينة أو مناصب معينة، ويقومون بأدوارهم ويبعدون، نتوقع أن تكون الأعمال الموكلة إليهم مترافقة مع شيء ما لديهم، و لا شك أن تحقيق النجاح و الابداع يرافقه تحقيقا لنوع من التوازن و الرضا عن الذات و الشعور بالتقبل من قبل الذات و المجتمع، هذه العناصر مجتمعة تمثل بذورا أساسية لتحقيق قدر من التوافق النفسي و الاجتماعي.

وللإلمام بمفهوم أساليب التفكير سنتطرق في هذا الفصل إلى جوانب عديدة تخصه، من شأنها أن توضح لنا مفهومه و ما يتعلق به.

(1) - تعريف أساليب التفكير:

يقدم "فروم" From " تعريفاً لأساليب التفكير بأنها طريقة تعامل الإنسان الخاصة مع بيئته، إذ تشكل هذه الأساليب استراتيجيات مكتسبة لمواجهة مشكلات الحياة المختلفة، ويضيف أنه يمكن الحكم على مثل هذه الأساليب من حيث ما تؤدي إليه من نتائج، فهناك أساليب تفكير منتجة لحلول المشكلات وأخرى غير منتجة، وهذا يكون بناءً على ملاءمة كل أسلوب من أساليب التفكير المستخدمة للموقف المشكل.

(حبيب، 1997، ص.ص 356، 368)

كما يعرفها "عبد الكريم حبيب" بدوره على أنها الأساليب الفكرية التي يتعامل بها الفرد في حل مشكلاته و مواقفه. (حبيب، 1995، ص 14)

و يشير "القطامي" بأنها الطريقة التي يستقبل بها الفرد الخبرة و ينظمها و يسجلها وينجزها و بالتالي يدمجها في مخزونه المعرفي . (القطامي، 1990، ص 158)

بينما يعرف "دي بوير و كورتز" "De Boer et Coertzee" أساليب التفكير بأنها مجموعة من الطرق المعرفية التي تستخدم في إصدار الأحكام و صنع القرار و حل المشكلات، وكل أسلوب من هذه الأساليب يساعد على فهم الشخصية، والعلاقات المهنية بطريقة جيدة.

ويرى "مورفي" "Murphy" أن أسلوب التفكير هو طريقة التعامل المميزة للفرد مع مشكلة ما، تلك الطريقة التي تميز تفردة عن الآخرين والتي تعمل على خدمة الهدف الذي يريد تحقيقه. (قاسم، 1989، ص 40)

ويذكر "هارسون وبرامسون" "Harrison & Bramson" تعريفاً لأساليب التفكير بأنها مجموعة من الطرق أو الاستراتيجيات الفكرية التي اعتاد الفرد على أن يتعامل بها مع المعلومات المتاحة لديه عن ذاته وبيئته، وذلك حيا ل ما يواجهه من مشكلات، هذه الأساليب هي أسلوب التفكير التركيبي، المثالي، العملي، التحليلي، و الواقعي.

(Harrison & Bramson, 1982, p45)

ويرى "ستيرنبرج" أن مفهوم أساليب التفكير يعني مجموعة من الاستراتيجيات والطرق المختلفة التي يستخدمها الأفراد بصورة عامة لحل مشكلاتهم وإنجاز المهام والمشروعات، وسيطرة الفرد الذاتية على عقله، كما يرى أن هذه الأساليب هي في نفس الوقت مرآة داخلية لأنواع السلطات، التي يراها الفرد في العالم الخارجي، وهي متغيرات نوعية عبر المهام والمواقف المختلفة، دينامية وليست أوتوماتيكية، و مكتسبة، أي أنها قابلة للتعلم وتختلف على مدار حياة الفرد.

ويعرف "ستيرنبرج" أساليب التفكير بأنها مجموعة من الطرق المفضلة التي يستخدم أو يوظف بها الفرد قدراته أو ذكائه وهي الطرق أو المفاتيح لفهم أداء الطلاب، فهي الحد المشترك بين الشخصية والذكاء، وأساليب التفكير في ضوء نظرية "ستيرنبرج" هي: الأسلوب التشريعي والأسلوب التنفيذي، والأسلوب الحكمي، والأسلوب الملكي، والأسلوب الهرمي والأسلوب الأقلّي، والأسلوب الفوضوي، والأسلوب العالمي، والأسلوب المحلي، والأسلوب الداخلي، والأسلوب الخارجي، والأسلوب المحافظ، والأسلوب المتحرر.

(Sternberg,1997,p14)

لقد اتفقت كل التعاريف المذكورة على كون أساليب التفكير استراتيجيات خاصة يستخدمها الفرد لمواجهة مشاكل ومواقف الحياة والتعامل معها، و حسب التعريفات فإنه زيادة عن كونها تخضع إلى عوامل شخصية كالأهداف الخاصة و النظرة الخاصة بكل فرد تجاه الأمور و المتعلقة بإدراكه لها، تخضع أيضا بما أنها مكتسبة إلى البيئة و التي تخص ظروف النمو و التنشئة الأسرية و الاجتماعية إضافة إلى التعلم و ما يمر به الفرد من تجارب حياتية، الأمر الذي يكسبها طابعا خاصا لدى كل فرد و يجعل العوامل سابقة الذكر تتحكم فيها و تنسج خصوصيتها تبعا لهذه الظروف، لذلك نجد الباحثين في موضوع أساليب التفكير يقترحون عددا كبيرا منها نظرا لتنوع العوامل المتحكمة فيها و التي تستطيع أن تنتج أوجها متعددة من هذه الأنماط و الأساليب في التفكير.

ولعل "ستيرنبرج" قد أعطى توضيحا موقفا يقرب الفهم إلى درجة بعيدة في كتابه أساليب التفكير، في جزء سماه ما أساليب التفكير ولماذا نحتاج إليها؟ عندما أوضح أن الأسلوب طريقة مفضلة في التفكير، وليس بقدرة، ولكنه يوضح كيفية استخدام القدرات التي نملكها، إننا لا نملك أسلوبا واحدا، بل إننا نملك بروفيلات من الأساليب، فيمكن أن يكون الأفراد متطابقين عمليا في قدراتهم، لكنهم يمتلكون أساليب مختلفة جدا، لكن مجتمعنا لا يحكم دوما على الأفراد ذوي القدرات المتساوية بأنهم في مستوى واحد، ولكن هؤلاء الذين تتماشى أساليبهم مع تلك المتوقعة في مواقف معينة يحكم عليهم بأنهم ذوي مستويات أعلى في القدرات، برغم الحقيقة أن ما هو كائن ليس القدرة ولكنه التناسب بين أنماط هؤلاء الأفراد والمهام التي يواجهونها، فغالبا يمكن ترتيب المهام التي يواجهها الأفراد على نحو أفضل لتناسب أساليبهم أو يمكنهم أن يعدلوا من أساليبهم لتناسب المهام. وفي ظل ما تطرقنا إليه من تعاريف وأعمال أخرى، فقد قدم الباحثون في مجال أساليب التفكير لهذا الأخير تصنيفات عديدة قامت على أسس مختلفة، والتي سنوضحها في العنصر التالي.

(2) - تصنيف أساليب التفكير:

يتفق "فاروق السيد عثمان" (1997) و"محمد عثمان نجاتي" (1995) مع "رجاء محمود أبو علام" (1997) في تصنيفهم للتفكير إلى نوعين هما:

1- التفكير الحر غير الموجّه نسبيا: مثل أحلام اليقظة والأحلام والألعاب الإيهامية وهذا النوع من النشاط العقلي هو مجرد تعبير عن رغبات أو حاجات، ولا يعتمد إلا على علاقات بسيطة قد تكون غير حقيقية، ولذلك فإن هذا النوع أقرب إلى التخيل منه إلى التفكير.

2- التفكير الموجه: الذي يهدف إلى حل مشكلة أو ابتكار شيء نافع ويمكن تقسيم هذا النوع من التفكير إلى قسمين اثنين:

أ- التفكير النقدي أو التقويمي: و هو الذي نلجأ إليه عندما نحاول فحص رأي معين فنقرر مدى صحته، و هذا النوع من التفكير ينتهي بإصدار الأحكام أو الموازنة بين موضوعين أو أكثر للمفاضلة بينهما.

ب- التفكير الإبداعي أو الابتكاري: وهو الذي يستخدم التفكير النقدي لا لمجرد مراجعة رأي معين بل نتاج لشيء جديد ذي قيمة، والعمل الابتكاري يتضمن اختراع شيء يخدم غرضاً معيناً، أو ابتكار شيء جديد، أو اكتشاف علاقات جديدة أو الوصول إلى حل للمشكلات.

ويقدم "مارزانوا وآخرون" "Marzano et Al" تصنيفاً آخر لأساليب التفكير هو: وجود خمسة أبعاد أو عناصر للتفكير، وينبغي النظر إلى هذه الأبعاد على أنها عناصر تنظيم عامة لأنماط التفكير وأبعاد التفكير الخمس هي:

1- **الميتامعرفة:** وهي ببساطة تعني أن يكون الفرد واعياً بتفكيره، والميتامعرفة تتضمن (المعرفة بالذات والتحكم فيها، المعرفة بالعملية العقلية والتحكم فيها).

2- **التفكير الناقد والإبداعي:**

3- **عمليات التفكير:** وتشمل ثمان عمليات لتكوين المفهوم منها تكوين المبدأ، الفهم، حل المشكلات، اتخاذ القرار، البحث، الصياغة، الخطاب اللفظي.

4- **مهارات التفكير الأساسية:** مهارات التحديد، مهارات التحليل، مهارات التذكر، مهارات التنظيم، المهارات التوليدية، مهارات التكامل، مهارات التقييم.

5- **المعرفة بمجال محتوى معين . (يونس، 1997، ص92).**

ويذكر "السيد خير الله" (1976) أن هناك تصنيفاً مختلفاً لأساليب التفكير، فذكر أن أساليب التفكير تنقسم إلى:

1- التفكير العياني: Concrete Thinking

2- التفكير المجرد Abstract Thinking

3- التفكير الخرافي Superstitions Thinking

4- التفكير العلمي Scientific Thinking

5- التفكير الناقد Critical Thinking

6- التفكير الابتكاري Creative Thinking

7- التفكير القائم على التعميم عن طريق تكوين مفاهيم مختلفة.

ويرى "فرج عبد القادر طه وآخرون" (1993) أن التفكير أنواع متعددة فهناك ما يسمى بالتفكير العلمي، وهناك التفكير الابتكاري، والتفكير الاجتراري الذاتي، وهو تفكير يميز الفصامي وشبه الفصامي، وهناك تفكير تباعدي، يتميز بالانطلاق إلى آفاق رحبة غير محدودة، وتفكير تنبؤي قائم على دراسة وتجربة، توجيهي، وتفكير راغب Wishful Thinking، وهو تفكير يوجد في مراحل الطفولة الأولى.

بينما صنف "فهم مصطفى" (2002) أساليب التفكير تصنيفا مختلفا، فهو يرى أن هذه الأساليب هي: (التفكير التحليلي، التفكير الإدراكي، التفكير الديناميكي الفعال، التفكير التخيلي، التفكير الابتكاري، التفكير المجرد، التفكير الواقعي، التفكير الاستدلالي، التفكير الاستنباطي، التفكير العملي، التفكير المثالي). (يبدو أن هذا التقسيم مستمد من تقسيم "هارسون و برامسون"، مع إضافة بعض الأساليب، غير أن معظمها مكررة، و بعضها محتوى في الآخر، فالتفكير الديناميكي الفعال مثلا يمكن أن يكون التفكير العملي). ويمكن كذلك تصنيف أساليب التفكير على أساسين هما الأزواج المتناظرة، الموضوعية والعقلانية والمنهجية كالتالي:

أولا: أساليب التفكير على أساس الأزواج المتناظرة:

1- التفكير الإبداعي في مقابل التفكير التقاربي.

2- التفكير الاستقرائي في مقابل التفكير الاستنباطي.

3- التفكير القائم على الجانب الأيسر في مقابل التفكير القائم على الجانب الأيمن (من

المخ).

- 4- التفكير الابتكاري في مقابل التفكير الناقد.
- 5- التفكير الشكلي في مقابل التفكير غير الشكلي.
- 6- التفكير الاستكشافي في مقابل التفكير التحليلي.
- 7- التفكير الاستراتيجي في مقابل التفكير التكتيكي.
- 8- التفكير الواقعي في مقابل التفكير التخيلي.
- 9- التفكير المحسوس في مقابل التفكير المجرد.
- 10- التفكير البسيط أحادي البعد في مقابل التفكير المعقد ذي العمليات العقلية المرتب (الطيب، 2006، ص48).

ثانيا: أساليب التفكير على أساس الموضوعية و العقلانية والمنهجية: يوجد أسلوبان

رئيسيان للتفكير الإنساني هما:

- 1- الأسلوب غير العلمي لمواجهة المشكلات ويتضمن التفكير الخرافي والميتافيزيقي والتفكير عن طريق المحاولة والخطأ والتفكير بعقول الآخرين.
- 2- الأسلوب العلمي الذي يعتمد على الموضوعية في مواجهة المشكلات وتفسير الظواهر والأحداث، ومن صور هذا الأسلوب، التفكير التأملي، التفكير الحدسي، التفكير الاستدلالي، التفكير الابتكاري (حبيب، 1996، ص46).

ويعتمد التفكير العلمي أساسا على الاستقراء، حيث يبدأ بالجزئيات ليستمد منها القوانين، و بذلك فإن أسلوب التفكير العلمي يتكون من عدد من المراحل أو الخطوات، منها:

- 1- الاحساس بالمشكلة.
- 2- تحديد المشكلة.
- 3- جمع البيانات.
- 4- فرض الفروض.

5- اختبار صحة الفرض.

6- التحقق من صحة الفرض النهائي.

و هذه الخطوات هي محاولة لجعل التفكير يسير بالأسلوب الصحيح و يحقق نتائج منشودة. (جمل، 2005، ص29)

ولقد صنف "ستيرنبرج" "Sternberg" أساليب التفكير تبعاً لنظريته "التحكم العقلي" 1988" إلى ثلاثة عشر أسلوباً للتفكير هي: الأسلوب (التشريعي، التنفيذي، الحكمي، الملكي، الهرمي، الأقلّي، الفوضوي، العالمي، المحلي، الداخلي، الخارجي، المحافظ، المتحرر) (Sternberg,1997,p701)

بينما صنف "هارسون و برامسون" (1982) "Harrison et Bramson" أساليب التفكير تبعاً لنظريته إلى خمسة أساليب للتفكير هي (التفكير التركيبي، التفكير التحليلي، التفكير المثالي، التفكير الواقعي، التفكير العملي) وهذه الأساليب يكتسبها الفرد خلال مراحل نموه المختلفة ومؤثرات بيئته. (Harrison & Bramson,1982,p25)

وهي النظرية المعتمدة في البحث الحالي لذا تم تناولها بشيء من التفصيل في العنصر الخاص بالنظريات المفسرة لأساليب التفكير.

3- النظريات المفسرة لأساليب التفكير:

اختلفت النظريات المفسرة لأساليب التفكير باختلاف مؤلفيها وباختلاف المحتوى الذي تضمنته هذه النظريات وباختلاف الهدف الذي تسعى كل نظرية إلى تحقيقه وتفسيره، وهناك مجموعة من النظريات التي فسرت أساليب التفكير منها:

3-1- نظرية "هاريسون و برامسون" (1982) "Harrison et Bramson":

توضح هذه النظرية أساليب التفكير التي يفضلها الفرد، وطبيعة الارتباط بينها وبين سلوكه الفعلي، كما توضح ما إذا كانت هذه الأساليب ثابتة أم قابلة للتغير؟ وتبين كيف تنمو الفروق بين الأفراد في أساليب التفكير.

وقد أوضحت هذه النظرية أن الطفل يكتسب عددا من الاستراتيجيات يمكن تخزينها، وتتمو هذه الاستراتيجيات وتزدهر خلال مرحلتي المراهقة والرشد كنماذج أساسية في الحياة العملية مما يؤدي إلى تفضيل استراتيجيات خاصة.

(Harrison & al,1983,p.p483,493)

وقد صنفت هذه النظرية أساليب التفكير إلى خمسة أساليب هي: التفكير التركيبي، التفكير المثالي، التفكير الواقعي، التفكير العملي، التفكير التحليلي، وأكدت النظرية على أن هذه الأساليب هي فئات أساسية للطرق المفيدة للإحساس بالآخرين والعالم، وأن أسلوب التفكير التركيبي يأتي كأقل أسلوب من الناحية الانتشارية بين الأفراد، أما الأسلوب الأكثر انتشارا فهو الأسلوب التحليلي، كما أن أسلوب التفكير التركيبي والمثالي ذو توجه قوي نحو القيمة والتفكير الذاتي، أما أسلوب التفكير التحليلي والواقعي فذو توجه قوي وواضح نحو الحقائق والتفكير الوظيفي، أما التفكير العملي فيقوم بدور الجسر للفجوة بين الجانبين وربما يتجاهل أو يرفض الاتجاهين. (Delisi,2000)

وذكرت هذه النظرية أن الفروق في السيطرة النصفية للمخ تتسبب أو تنتج أو تؤدي إلى فروق في التفكير، وفي المدخل إلى تناول المشكلة، وهو ما يؤدي إلى تفضيلات حقيقية في أساليب التفكير، وبناء عليه فإن "هاريسون وبرامسون" "Harrison et Bramson" (1982) يتوقعان أن تؤدي سيطرة النصف الأيسر إلى استخدام استراتيجيات التفكير التحليلي والتفكير الواقعي، أما سيطرة النصف الأيمن فقد تؤدي إلى استخدام استراتيجيات التفكير التركيبي والتفكير المثالي. (حبيب، 1996، ص 63).

وقد قدم "هاريسون وبرامسون" (1982) تفسيراً واضحاً وشاملاً لأساليب التفكير، وأشار إلى أن الأساليب الخمسة للتفكير هي:

1- الأسلوب التركيبي: (Synthesitic style):

يهتم التفكير التركيبي بالتواصل لبناء أفكار جديدة وأصيلة مختلفة تماماً عما يفعله الآخرون، والقدرة على تركيب الأفكار المختلفة والتطلع إلى وجهات النظر التي قد تتيح حلولاً

أفضل تجهيزاً، الربط بين وجهات النظر التي قد تبدو متعارضة، وإتقان الوضوح والابتكارية وامتلاك المهارات التي تؤدي إلى ذلك. والعملية المفضلة للفرد ذي التفكير التركيبي هي التأمل Speculation، كما أن الفرد ذي التفكير التركيبي لا يهتم بعمليات المقارنة أو الإتفاق الجماعي في الرأي أو الموافقة على أفضل الحلول لمشكلة ما. والاستراتيجية الرئيسية للفرد ذي التفكير التركيبي هي الجدلية Dialectic ومدخله إلى المعرفة هو المدخل الديالكتيكي الذي يعتمد على ثلاث مراحل أو عناصر هي: الفرضية العلمية، التضاد والتناقض، التركيب والتخليق.

2- الأسلوب المثالي: Idialistic style

يهتم الأسلوب المثالي في صنع القرار بالآتي: تكوين وجهات نظر مختلفة تجاه الأشياء، والميل إلى التوجه المستقبلي والتفكير في الأهداف، والاهتمام باحتياجات الفرد وما هو مفيد بالنسبة له، وبذل أقصى ما يمكن، بمراعاة الأفكار والمشاعر والانفعالات والعواطف، وتكوين المعاملات وعلاقات مفتوحة، والميل للثقة في الآخرين، والاستمتاع بالمناقشات مع الناس في مشكلاتهم، وعدم الإقبال على المجادلات مفتوحة الصراع. ويمكن تحديد المؤشرات السلوكية للفرد المثالي فيما يلي: الميل إلى الظهور كإنسان لطيف متفتح مبتسم والإكثار من استخدام تعبيرات معينة مثل: "ألا تعتقد أن... يبدو...". والميل إلى التعبير عن المشاعر والأفكار الخاصة بالقيم وأهمية الأهداف وأنه يتسم بحب الاستطلاع وكثرة الأسئلة والتشجيع، لذلك يستمتع بالمناقشات التي تتعلق بمشاعر الإنسان ومشكلاته، ويكره الحديث المتجه نحو المعلومات وكذلك الحديث الواقعي، كما يكره المناقشات المفتوحة ذات الصراعات.

والاستراتيجية الرئيسية للفرد المثالي هي التفكير التمثيلي Assimilative Thinking أو المتعلق بالفهم الجيد حيث يرغب في أن يعيش الناس معا في حب وتجانس، وهذا يتم إذا

اتفقوا على أهداف عامة، ويرى أنه يمكن فهم أية مشكلة من خلال المنظور الكلي حيث العلاقات بين الأشياء والأحداث ومحاولة التقريب فيما بين وجهات النظر.

3- الأسلوب العملي: Pragmatic style

يعني الأسلوب العملي في صنع القرار ما يلي: التحقق مما هو صحيح أو خطأ بالنسبة للخبرة الشخصية المباشرة، وحرية التجريب، وإيجاد طرق جديدة لعمل الأشياء بالاستعانة بالمواد الخام المتاحة، وتناول المشكلات بشكل تدريجي، والاهتمام بالعمل والجوانب الإجرائية، والبحث عن الحل السريع، والقابلية للتكيف.

يمكن تحديد المؤشرات السلوكية للفرد العملي فيما يلي: الميل إلى الظهور كإنسان منطلق اجتماعي ومتسرع في الاتفاق، الإكثار من استخدام تعبير "أنا متأكد أن..." إنه يحاول الاختصار لتوضيح الأفكار، يتسم بالقابلية للاتفاق، قد يبدو منافقا أو غير مخلص، يستمتع باستخدام الوسائل والتقنيات المختلفة، يميل إلى استخدام أمثلة معروفة وشعبية، في حين يكره الحديث الجاف وغير المرح وكذلك الحديث التحليلي والفلسفي.

والاستراتيجية الأساسية للفرد العملي هي المدخل التوافقي Contingency Approach وهي استراتيجية كلية تعتمد على مبدئين هما: ماذا نفع؟ والاعتماد الكلي على الموقف، وهذا المدخل التوافقي ليس سلوكا عشوائيا إنما هو عملية تفاعلية بين الاستجابة والتكيف، ويفترض الفرد العملي وجود قوانين لعملية الحكم على طبيعة المواقف المحيطة به، وهو لا ينظر للبناء المنطقي ولكنه ببساطة يفهمه ويخبره ويمر به.

4- الأسلوب التحليلي: Analytic Style

يعني الأسلوب التحليلي في صنع القرار ما يأتي: مواجهة المشكلات بحرص وبطريقة منهجية والاهتمام بالتفاصيل، التخطيط بحرص قبل اتخاذ القرار، جمع أكبر قدر من المعلومات مع عدم تكوين النظرة الشمولية، الاهتمام بالنظريات والتنظير على حساب

الحقائق، إمكانية القابلية للتنبؤ، إمكانية التجزئة والحكم على الأشياء في إطار عام، الاهتمام بتوضيح الأشياء في إطار عام، الاهتمام بتوضيح الأشياء حتى يمكن الوصول إلى الاستنتاجات.

ويمكن تحديد المؤشرات السلوكية للفرد التحليلي فيما يلي: الميل إلى الظهور بالبعد عن العواطف والجوانب الذاتية، الإكثار من التعبيرات الشائعة الآتية: "هنالك سبب...إذا نظرت منطقياً"، الميل إلى التعبير عن القواعد والقوانين العامة، وهو يشرح الأشياء بنظام ودقة ويتسم بالنظام والحرص والجفاء وقد يبدو عنيداً، في حين يستمتع بالاختبارات العقلانية ويكره الحديث غير العقلاني.

والاستراتيجية الرئيسية للفرد التحليلي هي البحث عن أفضل الطرق Search for the best way ويستخدم الخطوات الآتية في بحثه:

- جمع المعلومات.
- تعريف المشكلة.
- البحث عن حلول بديلة حتى يمكن تقييمها.
- وضع فئة من قرار خاص أو محكات مختارة.
- اختيار أفضل بديل.
- انجاز الحل الذي لا ينهي العمل.
- تقييم النتائج عن الحل للتأكد من أفضل بديل، وإذا كان الحل ليس هو الأفضل، فإنه يبدأ بالعملية من جديد مرة ثانية.

5- الأسلوب الواقعي: Realistic style

يعني الأسلوب الواقعي في صنع القرار ما يأتي: الاعتماد على الملاحظة والتجريب، وأن الأشياء الحقيقية هي ما نخبره في حياتنا الشخصية مثل ما نشعر به ونلمسه ونراه

ونشمه، كذلك فإن ما نراه هو ما نحصل عليه، والتركيز على الحقائق وهو في هذا مختلف تماما (معارض) عن الفرد التركيبي.

ويمكن تحديد المؤشرات السلوكية للفرد الواقعي في الآتي: الميل إلى الظهور كإنسان مباشر وقوي ونشط وواضح، وهو لا يسرع في التعبير اللفظي عن اتفاقه أو عدم اتفاقه، والإكثار من التعبيرات الشائعة الآتية: "من الواضح لي... أن كل إنسان يعرف..."، والميل إلى التعبير عن الآراء، كما يميل إلى الاختصار عن عرض ما يقدمه، وهو يتسم بالصراحة والايجابية، ويكره الحديث النظري بالإضافة إلى الجوانب الذاتية والعاطفية وغير العملية. (الطيب، 2006، ص.ص 49، 52).

• المفاهيم التي جاءت بها النظرية: من خلال البحوث العديدة التي أجريت في

ميدان التفكير، و وضع هاريسون و برامسون مجموعة من المفاهيم هي:

1- أساليب التفكير بوصفها دوافع و مثيرات (As Motivations and

Stratigies) : إن الطفل يتعلم أشياء كثيرة عن العالم و ينمو و يكتسب معرفة أكثر

و خبرة إضافية ليصل إلى أعلى رضا و أقل إحباط مما يؤدي به إلى أعلى مستوى من

الراحة، و في البداية تكون عملية التعلم بسيطة، و يولد معها التفكير شيئا فشيئا، فنجد

الطفل يكتسب الانتباه و الإدراك المباشر لما يريده و يحتاجه من أفكار و أشياء،

ويلاحظ هنا أن الصورة مهمة في مسألة الإدراك، و بذلك يتكون للطفل انطباعات

مفضلة لديه، و تستلزم منه أن يفعل شيئا ما، و أن يسلك طريقة معينة تعود عليه

بفائدة و بعض هذه الأفعال تتجح و سيواجهها مستقبلا، و بعض الأفعال الأخرى تفشل

و تؤدي إلى نتيجة أسوأ، أو لا تعمل ببساطة لذلك بمجرد أن يتمايز عالمه يمكنه أن

يتعرف على ما يريده و ما لا يريده، و من هنا يبدأ الطفل في اكتساب عدد من

الاستراتيجيات التي يمكنه تخزينها، و تقوم الأنشطة الخاصة بطرائق التفكير في تنمية

الظروف المركبة التي تنمو في اطارها هذه الاستراتيجيات و تزدهر و تتحقق خلال

مرحلتى المراهقة و الرشد كنماذج أساسية في الحياة العملية مما يؤدي إلى تفضيل أسلوب خاص. (Pressisen,1985,p43)

2- أساليب البحث و التحقق: هذه الأساليب هي فئات أساسية للطرائق المفيدة للإحساس بالآخرين و العالم، إنها تتكون نتيجة لتفضيلات مكتسبة من البداية لقيم متعلمة، و نتيجة لمفاهيم مختلفة و حقائق معينة، و ترتبط أساليب التفكير بالفراغ التوبولوجي (علم دراسة المكان)، الذي قدمه "شرشمان" (Churchman) عام 1968، والتي عرضت فيما بعد بوصفها مناهج أو طرائق أو أساليب التفكير عني بها الفلاسفة و المفكرون في أبحاثهم و حلقات البحث و الندوات العلمية التي يشاركون فيها.

3- التفكير الوظيفي و التفكير الذاتي: Functional Thinking and Self-

Disciplin Thinking : أوضح "فيبر" (Veber) نوعين من التفكير هما :

- **التفكير الذاتي Self Disciplin Thinking**: ويعتمد على معرفة الفرد الشخصية للعالم، وهو يقوم على الحكم الفردي والحدسي كما يعتمد على المعايير الأخلاقية، ويتكون هذا النوع من التفكير عندما يستقبل الفرد المعرفة من دون تحليل.

- **التفكير الوظيفي Functional Thinking**: ويرجع إلى المناهج العلمية كالرياضيات وعلوم الاقتصاد، ويتكون هذا النوع من التفكير عند استعمال الطرائق التحليلية والتجريبية والتخطيط المدروس، ويجب أن يتعلم هذا النوع من التفكير بإتقان وإذا كان التفكير الذاتي هو التفكير الحدسي والقيم والأحكام الأخلاقية، فإن التفكير الوظيفي هو التفكير الخاص بالمنطق الشكلي والبحث البنائي والكفاءة والكفاية؛ وتصنيف التفكير إلى تفكير وظيفي/ تفكير ذاتي إنما هو تصنيف الحقيقة/ القيمة تبعاً إلى ما أشار إليه "ماكس فيبر" (Garett, 1978,p38) .

ولما كان الوعي الاجتماعي يتطلب الكفاءة و المنطق الشكلي بالطريقة العلمية، وحيث أن أغلب مواقفنا تتطلب مناخاً من القيم فضلاً عن جانب الخبرة الشخصية والمتحفظة والحرص، فإن الأفراد قد يمرون بخبرة توتر نتيجة الجمع بين التفكير

الوظيفي والتفكير الذاتي، ومعنى ذلك أن الأفراد من ذوي التفكير المنتج هم القادرون على التفكير الجيد في أساليب تفكير مختلفة مثل (التفكير التركيبي، التفكير المثالي، التفكير العملي، التفكير التحليلي، والتفكير الواقعي)، والجانبان الأساسيان للتفكير (التفكير الوظيفي و التفكير الذاتي). (حبيب، 1995، ص 247)

4- استراتيجيات تعلم المفهوم : نشر "برونر" (Bruner,1956) ومعاونه كتابا في دراسة التفكير- في بحث استغرق خمس سنوات- وحل المشكلات والتصنيف الإدراكي وعملية القصور الذهني؛ و قد اشتمل على أربع استراتيجيات خاصة بتعلم المفاهيم الواقعية إلا أن النظرية الحالية التي قدمها "هاريسون وبرامسون" قاما بها بمجهودات أكبر خاصة فيما يتعلق بكيفية اتخاذ الفرد للقرارات، ونقوم هنا بربط استراتيجيات "برونر" الأربع للمفاهيم وما يناظرها من أساليب "شارشمان" للتفكير في نظرية "هاريسون و برامسون" 1982، والجدول الموالي يوضح الربط بين أساليب التفكير واستراتيجيات "برونر" للتصور الذهني. (حبيب، 1995، ص 65).

أساليب التفكير	استراتيجيات " برونر" Bruner للتصور الذهني (المناظرة لأساليب التفكير)
التفكير المثالي	استراتيجية الفحص الدقيق و تعني الاحتفاظ بالمعلومات المناسبة في العقل و اختبار الفروض جميعها في الوقت نفسه.
التفكير الواقعي و العملي	استراتيجية الانتقاء الناجح، و تعني اختبار منفرد في وقت ما ، مع تحديد المعلومات للمساعدة في اختبار الفروض .
التفكير التحليلي	استراتيجية التركيز الحذر، و تعني امكانية التغيير والتعديل في أحد البدائل حتى يعثر على الحل الصحيح.
التفكير التركيبي	استراتيجية التركيز على المغامرة، وتعني امكانية التغيير والتعديل في بدائل كثيرة حتى يظهر حل ما.

جدول رقم (01): الربط بين أساليب التفكير واستراتيجيات "برونر" Bruner للتصور الذهني.

5- الأساليب المعرفية Cognitive Styles : أوضح "كلاين" (Klein,1970) أن الفروق

بين الأفراد في رؤيتهم لملاحم مشكلة ما أو للمشكلة ككل، تؤثر في طريقة تقييم هؤلاء الأفراد لأداء الآخرين، و أنواع المواقف التعليمية التي يتعلمون بها بأفضل طريقة، على ذلك تمت دراسة الخصائص المرتبطة بتفضيلات الفرد نمط معرفي معين (محمود، 1988، ص 260). وقد بين "كيلي" (Kelly,1955) مدى وجود اختلاف في تفكير الأفراد في عالمهم، و انعكاسه على ما يشعرون به نحو الحياة. ومن هذا المنطلق بدأت الدراسات في المزيد من بحث الفروق الفردية في التفكير، ولا شك في أن هذه الدراسات ذات قيمة كبيرة لأنها تسهم في فهم الناس بصفة عامة، و في التعامل مع الآخرين و مدى التأثير فيهم، و لا شك أن التكوينات الإنسانية معقدة ومركبة و ليست بسيطة و كمثل على ذلك العلاقة بين التفكير و المشاعر التي تعتبر علاقة تفاعلية و دائرية، فالطريقة التي أرى بها العالم تجعلني أشعر به بطرائق معينة، و الطريقة التي أشعر بها تؤثر فيما أنتبه إليه و كيفية إحساسي به، و على ذلك يظهر إحساس مهم هو: كيف يمكن أن يصنّف الناس بصفة عامة بدلالة مصطلحات أساليب التفكير؟

أولاً : أوضح "ميشل" (Mishel,1979) أن كل فرد متفرد ولا يمكن التنبؤ تمام بسلوكه، فأسلوب التفكير لديه يشرح فقط النماذج الأصيلة، فلا يوجد انسان تحليلي بصفة كاملة أو تركيبية بصفة كاملة ، و يمكن اعتبار التفكير التحليلي خاصية انسانية، تعرفنا مدى قابلية الانسان لتجاوبه الجيد مع ما يفكر به من أشياء.

ثانياً: ان نظرية الاستراتيجيات ذات الدافعية تعطينا مؤشرا و دليلا على امكانية تصنيف الناس بصفة عامة تبعا لأساليب التفكير الدافعة، و لما كان من الممكن أن تتبدل و تتغير طرائق الانسان المعقدة الخاصة بالتفكير و المشاعر و الأدوار، نجد أن أساليب التفكير عبارة عن نظم من الاستراتيجيات التي تكون في خدمة الدوافع التي تدفع الناس، فكلما ازداد النموذج الواقعي بقدر ما يزداد الميل إلى الدوافع الواقعية و القيم الواقعية و النظرة الواقعية للحياة.

6- التفكير ونصفي الدماغ: لا شك في أن كل من نصفي الدماغ يؤدي وظائف عامة، فالنصف الأيمن يتحكم في الوظائف الحركية، و الوظائف العقلية غير الأكاديمية مثل الحدس، الإدراك المجسم، الأداء غير اللفظي، الأعمال اليدوية، فضلا عن الانتاج الفني المجرد، أما النصف الأيسر فيتحكم في الوظائف العقلية المنطقية و الحسابية فضلا عن الوظائف التحليلية والوظيفية و الملاحظات البنائية (حبيب، 1995، ص.ص 246، 247). ولقد تم التعرف على هذه النتيجة من خلال الأفراد من ذوي الاختلالات والاضطرابات في الدماغ، فالأفراد ذوو الخلل في الجانب الأيسر من الدماغ يعانون من فقدان القدرة على الكلام والقدرة على الكتابة، والقدرة على أداء الحساب المنطقي، إلا أنهم يستمرون في أداء الأنشطة غير الأكاديمية، والعكس أيضا صحيح. فالخلل في الجانب الأيمن من الدماغ اتضح في فقدان الاحساس المكاني، والمهارات غير اللفظية والاحساس بالألوان وكذلك الحدس، معنى ذلك أن الفروق في السيطرة النصفية للدماغ تؤدي إلى فروق في التفكير وفي مدخل تناول المشكلات، وهو ما يؤدي إلى تفضيلات حقيقية في أساليب التفكير، وبناء عليه يتوقع "هاريسون برامسون" 1982، أن تؤدي سيطرة النصف الأيسر الى استعمال أساليب التفكير التحليلي والواقعي، أما سيطرة النصف الأيمن فقد تؤدي إلى استعمال أساليب التفكير التركيبي والمثالي، لذلك يمكن التوقع أن يكون المهندسون و المحاسبون ذوي سيطرة عالية للنصف الأيسر بينما يكون الشعراء والكتاب ذوي سيطرة عالية للنصف الأيمن (كامل، 1993، ص52). (الخزاعي، عزيز، 2015، ص.ص 260، 262)

3-2- نظرية جابنس (1985) Gubbins:

قدم "جابنس" Gubbins (1985) مصفوفة لعمليات التفكير تتضمن ستة مستويات تغلب عليها الأبعاد المعرفية، وهذه المستويات هي:

1- مستوى حل المشكلات:

يشمل بعض الخطوات مثل: التعرف على المشكلة وتحديدّها، توضيح المشكلة، صياغة الفروض، صياغة الحلول المناسبة، إنتاج الأفكار المرتبطة بالمشكلة، صياغة الحلول البديلة، اختيار أفضل الحلول، تطبيق الحل (توجيه الحل) الذي تم قبوله، الوصول إلى النتائج النهائية.

2- مستوى اتخاذ القرار:

يشمل صياغة الهدف الموضح فيه وتوضيحه، إظهار الصعوبات والمعوقات التي تعترض هذا الهدف مع تحديد البدائل الممكنة، والتعرف عليها، اختبار ودراسة البدائل، ترتيب البدائل واختيار أفضلها، تقييم المواقف.

3- مستوى الوصول إلى الاستنتاجات:

يندرج تحتها كل من التفكير الاستقرائي والتفكير الانبساطي.

4- مستوى التفكير التباعدي:

يتضمن عمل القوائم بصفات الأشياء والأحداث، إنتاج الأفكار المتعددة (الطلاقة)، إنتاج الأفكار الفريدة (الأصالة)، إنتاج الأفكار المطورة (التحسينات).

5- مستوى التفكير التقويمي:

يشمل التمييز بين الحقائق والآراء، الحكم على مصداقية المصدر والمرجع، الملاحظة والحكم على تقاريرها، التعرف على المشكلات وتحليلها، تقييم الفروض، تصنيف البيانات، التنبؤ بالنتائج.

6- مستوى الفلسفة والاستدلال:

يتم من خلال استخدام المداخل الجدلية والمناقشات المتبادلة.

(الطيب، 2006، ص 53)

3-3- نظرية "كوستا" (1985) "Costa":

حدد كوستا أربع مراحل هرمية للتفكير (تعتمد كل مرحلة على المراحل السابقة لها، وتعد عمليات كل مستوى أساسية للمستوى التالي لها)، وهذه المراحل هي:

المرحلة الأولى: المهارات المنفصلة للتفكير Discret Skills Thinking، وتشمل مجموعة جوانب عقلية فردية منفصلة، وتعد متطلبات أساسية لمستويات التفكير الأكثر تعقداً وهي: إدخال البيانات وتشغيل البيانات واستخراج النواتج بعد تعديلها وتطويرها.

المرحلة الثانية: استراتيجيات التفكير Strategies of thinking، وتتضمن عمليات الربط بين المهارات المنفصلة للتفكير السابقة من خلال الاستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد حينما يواجهون المشكلات والمواقف الصعبة المختلفة، والتي تتطلب حلاً أو إجابات لم تكن معروفة وقتها وهذه الإستراتيجيات هي حل المشكلات والتفكير الناقد واتخاذ القرار والاستدلال والمنطق.

المرحلة الثالثة: التفكير الابتكاري Creative thinking، وتشمل مجموعة السلوكيات التي تتصف بالجدة والاستبصار والتي يستخدمها الفرد لإنتاج أنماط التفكير الجديدة والنواتج المتفردة والحلول الأصلية للمشكلات، وتشمل هذه السلوكيات: الإبداع والطلاقة والتفكير المجازي وتحدي الصعب والحدسية وعمل النماذج والاستبصار والخيال.

المرحلة الرابعة: الروح المعنوية The cognitive spirit، مع توافر المستويات السابقة لا بد من وجود عامل أساسي، وهو أن الشخص المفكر يجب أن يكون لديه قوة الإرادة والاستعداد أو الميل، والرغبة والالتزام، ويتضمن هذا المستوى الصفات الآتية: تفتح الذهن والبحث عن البدائل والتعامل مع المواقف الغامضة وإدراك العلاقات والرغبة المستمرة في التغيير. (Costa,1985,p66)

3-4- نظرية "برسيسون" (1985) "Presseison":

تصنف هذه النظرية عمليات التفكير إلى عمليات أساسية وأخرى مركبة كالآتي:

أولاً: نموذج العمليات الأساسية للتفكير: وتتضمن العمليات الآتية: السببية والتحويلات وإدراك العلاقات والتصنيف واكتشاف السمات الفردية المميزة.

ثانياً: نموذج العمليات المركبة للتفكير: وتتضمن مجموعة العمليات الآتية: حل المشكلات واتخاذ القرارات والتفكير الناقد والتفكير الابتكاري، وهي تعتمد على مجموعة العمليات الأساسية السابقة المذكورة فيه أولاً: ويلاحظ أن كل عملية تفكير مركبة تستخدم في أداء مهمة معينة (من خلال الاستعانة بالعمليات الأساسية السابقة المذكورة فيه أولاً). ويترتب عليها الوصول إلى ناتج معين، ويوضح هذا النموذج أن عملية حل المشكلات تؤدي إلى اتخاذ القرار، وتؤدي إلى التفكير الناقد، ثم يأتي في النهاية التفكير الابتكاري الذي يأتي في قمة السلوكيات والعمليات العقلية المركبة والمعقدة.

(المرجع السابق، ص43)

3-5- نظرية قيادة المخ لهيرمان: (1987) "Herrmann":

تسمى هذه النظرية بـ "نظرية هيرمان للسيادة المخية" (H.B.D.I) Herrmann Brain Dominance Instrument وتعرض النظرية أربعة أساليب للتفكير توضع الطرق التي يتعامل بها الأفراد مع العالم وهي:

1- **الأسلوب المنطقي: (A) Logical Style:** من أهم خصائصه: القدرة على بناء قاعدة

معرفية، والقدرة على فهم ودمج الأبنية والأنظمة والعمليات المعرفية.

2- **الأسلوب التنظيمي: (B) Organizing Style:** من أهم خصائصه: جدولة وتنظيم

الأنشطة والاهتمام بالتفاصيل ووضع أهداف والتحرك نحوها.

3- **الأسلوب الاجتماعي: (C) Social Style:** من أهم خصائصه: القدرة على الاتصال

والتأثير على الآخرين والقدرة على التعامل مع الآخرين.

4- **الأسلوب الابتكاري: (D) Creative Style:** من أهم خصائصه: تخيل البدائل وتخطي

الحواجز والعقبات والحصول على أفكار جديدة. (الطيب، 2006، ص55)

3-6- نظرية التحكم العقلي الذاتي أو نظرية أساليب التفكير لـ "ستيرنبرج"

(Sternberg (1988, 1990, 1997): تعد هذه النظرية من أحدث النظريات التي ظهرت بهدف تفسير طبيعة أساليب التفكير، فقد ظهرت هذه النظرية في صورتها الأولى في عام (1988) باسم "نظرية التحكم العقلي الذاتي"، ثم غير "ستيرنبرج" "Sternberg" من مسماها في عام (1990) لتصبح نظرية أساليب التفكير، وظهرت في صورتها النهائية في عام (1997) وهو العام الذي ظهر فيه كتاب أساليب التفكير لـ "ستيرنبرج" وتبع ظهور هذا الكتاب الكثير من البحوث والدراسات حول تلك النظرية وفي بلدان متعددة (أمريكا، كندا، إسبانيا، الفلبين، استراليا، الصين، هونكونج، مصر) بحيث وصل عدد الدراسات حول تلك النظرية بعد ظهور هذا الكتاب إلى حوالي (55 دراسة) حتى عام 2005، بينما لم يزد عدد الدراسات قبل ظهور هذا الكتاب حول نفس الموضوع عن ثمانية دراسات أجريت في جامعة "Yale" الأمريكية حيث يعمل "روبرت ستيرنبرج".

ويرى "ستيرنبرج" "Sternberg" أن هناك ثلاثة عشر أسلوبا للتفكير تندرج تحت الفئات الخمس: الوظائف (أسلوب التفكير التشريعي، التنفيذي، الحكمي) الأشكال (أسلوب التفكير الملكي، الهرمي، الأقلّي، الفوضوي)، المستويات (أسلوب التفكير العالمي، المحلي)، المجالات (أسلوب التفكير الداخلي، الخارجي)، النزعات (أسلوب التفكير المحافظ، التقدمي). (المرجع السابق، ص.ص 59، 63)

و كان للنظرية السلوكية و المعرفية وجهة نظر فيما يخص أساليب التفكير، فمن وجهة نظر السلوكية، نمط التفكير هو طريقة يستخدمها الفرد في ما يواجهه من مواقف و مثيرات كان قد استخدمها سابقا، و ثبتت صحتها و فعاليتها و بالتالي أصبح يميل الى تكرارها حتى أصبحت سلوكا دائما لديه. وفق هذه الواجهة يمكن القول أن نمط التفكير متعلم، يكتسبه الفرد من خلال استجابته للمثيرات التي يواجهها، و الاستجابات المعززة المتكررة تشكل نمطا تفكيريا لديه. و يرى "سكنر" "Skinner" دائما أن نمط التفكير هو أسلوب يسير به الفرد من

أجل التحكم في البيئة أو أي عناصر أخرى محيطة به، و بذلك يكون نمط التفكير لديه متعلما حسب بيئته.

أما موقف **المعرفية**، فهو يختلف عما ذهب اليه السلوكيون، حيث أن نمط التفكير بالنسبة للمعرفيين محكوم بعوامل نمائية، ولا يمكن تسريعه و انما المرحلة النمائية هي التي تحدد نمط التفكير لدى الفرد، لذلك يكون تفكيره حسيا حركيا، ويكون عمليا ماديا وجردا.

(قطامي، قطامي، 2000، ص339).

تعتبر نظريتا "هارسون وبرامسون" و"ستيرنبرج" أشهر نظريات أساليب التفكير والأكثر استعمالا، و لقد أوضحت نظرية " هارسون و برامسون" أساليب التفكير التي يفضلها الفرد، و طبيعة الارتباط بينها وبين سلوكه الفعلي، كما بينت ما اذا كانت هذه الأساليب ثابتة أو قابلة للتغيير و كيف تتما الفرقات بين الأفراد في أساليبهم المتبعة في التفكير، أما نظرية "ستيرنبرج" ففكرتها الأساسية هي أن الناس يحتاجون إلى أن يسوسوا أنفسهم عقليا، وأساليب التفكير هي طرقهم في تحقيق ذلك، كما أن هذه الطرق التي يسوس بها الناس أنفسهم هي مرآة داخلية لأنواع الحكومات (السلطات) التي يرونها في العالم الخارجي، لذلك كان تقسيم فئات أساليب التفكير حسب تقسيم الحكومات بالنسبة للمجتمعات وذلك من عدة جوانب: الوظائف، الأشكال، المستويات، المجالات أو المناطق، والنزعات، وهناك أقسام لكل جانب من الجوانب المذكورة - وقد أشرنا إليها سابقا-، أما " هارسون و برامسون" فقد صنفا أساليب التفكير إلى خمسة أساليب هي: التفكير التركيبي، التفكير المثالي، التفكير الواقعي، التفكير العملي، والتفكير التحليلي، وأكدت النظرية على أن هذه الأساليب هي فئات أساسية للطرق المفيدة للإحساس بالآخرين والعالم.

أما النظريات الأخرى فكانت أقل من النظريتين السابقتين شهرة و استعمالا، نجد منها نظرية "جانبس" الذي قدم مصفوفة لعمليات التفكير تتضمن ستة مستويات تغلب عليها الأبعاد المعرفية، ونظرية "كوستا" الذي حدد أربع مراحل هرمية للتفكير حيث تكون هذه المراحل مترابطة اذ أن عمليات كل مرحلة تعد أساسا لعمليات المرحلة التي تليها.

أما " برسيسن" فقد صنف في نظريته عمليات التفكير إلى عمليات أساسية وأخرى مركبة. ومن جهته قدم " هيرمان" في نظرية قيادة المخ، و التي تسمى أيضا "بنظرية هيرمان للسيادة المخية" قدم من خلالها أربع أساليب للتفكير توضح الطرق التي يتعامل بها الأفراد مع العالم. وكما أشرنا سابقا فإن النظريات اختلفت باختلاف المحتوى الذي تضمنته وباختلاف الهدف الذي تسعى إليه، حيث تباينت هذه النظريات في تحديدها لماهية أسلوب التفكير وتفسيره، ومن حيث العناصر والأسس التي اعتمدها في تقسيماتهم و تصنيفاتهم لأساليب التفكير.

ومن خلال وجهتي النظر السلوكية و المعرفية نلاحظ أن النظرية المعرفية ركزت على مراحل نمو التفكير التي قدمها "بياجي" في تفسيره لأنماط التفكير و لم تركز على الظروف الحقيقية التي يتم من خلالها اكتساب نمط تفكير معين من طرف الفرد، وهذا ما ركزت عليه النظرية السلوكية التي كانت أقرب إلى الحقيقة والواقع في تفسيرها، حيث يتشكل نمط تفكير الفرد حسب ظروف البيئة وما توفره من معطيات، حيث السلوكيات الأنجع في التعامل مع مواقف الحياة تصبح تشكل لدى الفرد نمطا نموذجيا يسير عليه وهو في نفس الوقت نمطه في التفكير.

4- مبادئ أساليب التفكير:

فيما يلي المبادئ الأساسية للتفكير:

1- الأساليب هي تفضيلات في استخدام القدرات وليست القدرات نفسها: فإذا لم يكن هناك فرق بين الأساليب والقدرات فنحن لا نحتاج مفهوم الأساليب على الإطلاق، وقد تكون لا لزوم لها مع وجود مفهوم القدرات، وفي الحقيقة بعض الأساليب لا ينظر إليها عندما نجد أنها غير منفصلة (مميزة) عن القدرات.

وبصفة عامة يجب أن تتفق القدرات مع الأساليب، فهناك بعض الأفراد لديهم قدرات لا يملكون الأساليب المناسبة لإبرازها فنحن نحتاج إلى أن نميز بعناية بين الأساليب

والقدرات، وأن نتحقق من أن أساليب الأفراد ربما تتفق أولاً مع قدراتهم، والتي تقودنا إلى النقطة الثانية.

2- الاتفاق بين الأساليب والقدرات يخلق نوعاً جيداً من التكامل الناجح والذي

يكون أفضل من توظيف أي منها بشكل منفرد: فالأشخاص الذين لا تتوافق أساليبهم مع قدراتهم ينتج عندهم شعور بالرعب والرهبة بالفرق بين ما يحبون أن يفعلوا وما يفعلونه بالفعل بصورة جيدة، وجزء من النضج في الحقيقة يظهر ليس فقط عند إدراكك مع من تريد أن تكون، ولكن أيضاً مع من في الحقيقة يمكنك أن تكون.

فالأفراد الابتكاريون الذين ليست لديهم قدرات تحليلية والذين يحبون أن يكونوا ابتكاريين، أو الأفراد ذوو القدرات التحليلية، ولكن ليست لديهم قدرات ابتكارية والذين يحبون التحليل، يصبحون مميزين عن الأفراد ذوو القدرات الابتكارية الذين يفضلون أن يحلوا الأشياء والموضوعات، أو الأفراد ذوو القدرة التحليلية الذين يحبون الابتكار، والأساليب يجب أن تفهم أولاً، وكما أنها مهمة لجودة العمل الذي نقوم به ومتعتنا بهذا العمل فهي مهمة أيضاً بالنسبة للقدرات.

3- اختيارات الحياة في حاجة أن تتفق مع الأساليب وكذلك القدرات: نجد ذلك

غالباً في اختيارات الدراسة، حيث أن معظم الطلبة يتجهون إلى التخصصات التي ترضي في أغلب الأحيان أولياءهم أو أقرانهم أو مجتمعهم أو حتى الأنا الأعلى عندهم بدون إدراك حقيقي إذا كانت تلك التخصصات تتطابق مع قدراتهم أو أساليبهم في التفكير والحياة.

ليس فقط التخصص، ولكن أيضاً اختيارات الزواج يمكن أن تكون أفضل أو أسوأ تطابقاً لأساليب الأفراد.

حتى شاهدت ما يحدث عندما نجد فرداً ما منظم جداً ويحتاج أن يكون لديه كل شيء في مكانه، تزوج فرداً ما يرمي الأشياء في كل مكان ثم لا يستطيع أن يجدها، أو هل شاهدت أو ربما مررت بخبرة فرداً ما يجب أن يكون مع الآخرين ويتزوج من شخص ما غالباً ما يريد أن يكون وحيداً أو منعزلاً.

عندما لا تتطابق أساليبك مع اختيارات حياتك، سوف تدفع ثمن ذلك والآخرون أيضا يدفعون الثمن.

4- الأفراد لديهم بروفيالات أو أنماط من الأساليب وليس فقط أسلوب وحيد:

الأفراد ليس لديهم أسلوب واحد فقط، ولكن لديهم بروفيال من الأساليب، فالفرد الذي يحب أن يكون ابتكاريا ربما يكون منظما جدا أو غير منظم تماما، بالمثل الأفراد المنظمون ربما لا يفضلون أن يكونوا مع الآخرين، ولا يوجد مقياسا ذو بعد واحد للأساليب، أو أكثر كما في حالة القدرات، فالأفراد يتباينون في جميع أشكال طرقهم التي يوظفونها في المواقف المختلفة، ولدنيا ميل إلى أن نرى الأشياء بطريقة غير بعدية أي ذات بعد واحد فقط، ربما يرجع ذلك لطريقة تفكيرنا في مرحلة الطفولة المبكرة، عندما نظهر التمرکز على بعد واحد من الموضوعات وإلى إقصاء الأبعاد الأخرى.

فالطفل ذي السبع (07) سنوات، سوف يعتقد أنه عند تحويل الماء من أنبوية طويلة ورفيعة إلى أخرى أقصر، ثابتة وقصيرة وواسعة، سوف يعتقد أنه يوجد كمية أكبر من الماء في الزجاجة الأصلية لأنها الأطول، فالطفل هنا يعتني ببعد الارتفاع ويهمل بعد الوسع (العرض).

5- الأساليب متغيرة عبر المواقف والمهام المختلفة:

أحب أن أكون مبتكرا في عملي وفي العديد من جوانب حياتي، ولكن ليس في جميع الجوانب المختلفة، ضعني في المطبخ، فإنني أفضل أن يخبرني أحد بما يجب أن أفعله، ولذا فالأسلوب الذي أظهره في مهمة ما، ربما يختلف تماما عن الأسلوب الذي أظهره في مهمة أخرى.

6- يختلف الأفراد في قوة تفضيلاتهم:

يفضل بعض الأفراد إلى درجة بعيدة أن يكونوا مع الآخرين ويعملون معهم، في حين أن الآخرين لديهم تفضيلات طفيفة يمكنهم أخذها أو تركها، وفرص العمل مع الآخرين هي إحدى أوجه اختيار التخصص التي تحدثنا عنها آنفاً، ويختلف الأفراد، ليس فقط في قوى الطاقة الخاصة بتفضيلاتهم، ولكن في كيفية وشدة التفضيل.

7- يختلف الأفراد في مرونتهم الأسلوبية:

إذا كان هناك مفتاح للتكيف، فربما يكون المرونة الأسلوبية، يوجد أحد ينعم بكونه في بيئة تدعم دائماً أساليبه المفضلة، وكلما كان الأفراد أكثر مرونة كلما أمكنهم أن يتكيفوا مع العديد من المواقف.

8- الأساليب تكتسب اجتماعياً:

الأطفال يلاحظون نماذج الدور وغالباً يبدأون في تمثيل هذه الأدوار ، ولذا فالطفل الذي يلاحظ نماذج دور الخاضع خضوعاً كاملاً للدولة أو السلطة يكون بصورة خاصة أكثر احتمالاً لأن يكون خاضعاً خضوعاً للدولة أو السلطة، وهؤلاء الذين يلاحظون نماذج الدور الأكثر مرونة من المحتمل أن يكونوا أكثر مرونة، الطريقة المفضلة الوحيدة للتشجيع على تنمية العديد من الأساليب عن تلك الأساليب الأخرى هو أن تقدم نموذجاً للدور بنفسك.

وإذا كنا آباء، معلمين، مراقبين أو موظفين فإن محاولاتنا لعمل نموذج دور للعديد من أساليب التفكير من المحتمل أن تتجح جزئياً في توصيل هذه الأساليب إلى الآخرين حولنا.

و ذلك لأننا لسنا نماذج الأدوار الوحيدة التي يلاحظونها، إنه من الصعب، على سبيل المثال أن تتنافس مع آلاف النماذج من الأدوار غير الحقيقية وغير المفضلة التي يراها الأطفال في وسائل الإعلام، وشيء آخر هو أن كل فرد له شخصيته المميزة له. وما سوف يصبح عليه الأطفال، هو نتاج للتفاعل بين بيئاتهم وبين أنفسهم كأشخاص ويمكننا التحكم بدرجة ضعيفة إلى حد ما في البيئة التي ينشأ فيها أطفالنا، وما يمكننا أن نفعل لتغيير ما هم عليه كأشخاص، لذا يمكننا فقط فعل ما يسعنا للسيطرة على ما يمكن السيطرة عليه، ربما

يكون ذلك غير كاف لتغيير الآخرين إلى ما نريد أن يكونوا عليه بشكل نموذجي حي، أو أن يصبحوا بشكل معين في المستقبل.

9- الأساليب قابلة للقياس:

في العلوم يعيننا القياس ويهمننا، إذا لم نستطع قياس مكوّن ما فإنه من الصعب أن نظهر أنه موجود حتى، علاوة على ذلك، إذا لم يمكن قياس المكون فإنه يميل إلى أن يبقى في عدم الوضوح العلمي، والأفكار التي ربما تخدع الأفراد، و هذا لا يعطي تقدما و لا يثير أي بحث توسعي.

والقياس مهم جدا في مجالنا، إذا أردت أن تستخدم مكوّنا معيّنا للتشخيص، فإنك في حاجة إلى واحد أو أكثر من المقاييس السليمة لهذا المكون، والمشكلة في مجالنا هي أنه مقابل اتباع نظرية، فإن القياس يتتبأ بنظرية معينة، والنتيجة أننا ننتهي بقياس شيء ما ولكننا لا نعرف ما نقيسه، والمشكلة الأساسية بهذا الشأن تشير إلى ما هو موجود أيضا في قياس الذكاء منذ تم تقديمه لأول مرة، فالأفراد يقيّمون ما يعتقدون أنه الذكاء، بدون أن يكون لديهم إطار للفهم لما يقومون بقياسه، ويعتقد عدد من المنظرين في مجال علم النفس بأن الاختبارات التقليدية للذكاء تقيس فقط جانبا ضيقا نسبيا منه ، والنتيجة هي أن ما نأخذه على أنه فرق بين فردين في مستويات ذكائهم ربما يعكس فقط، الفرق في جزء صغير جدا من مستويات هذا الذكاء.

وبالطبع لا يوجد اختيار أو قياس تام ، ويشمل ذلك اختبار أو قياس الأساليب، أضف الى ذلك أن اختبارات الذكاء تم بناؤها وتفتيحها على مدار فترة طويلة من السنوات، ونجد أن اختبارات الأساليب تم وصفها وتم تجريبيها حديثا.

10- يمكن تدريس وتعليم أساليب التفكير:

على الأغلب، فإن الأفراد يكتسبون أساليبهم من خلال النواحي الاجتماعية، ولكنه من الممكن أيضا أن نعلّم أساليب التفكير، وإحدى طرق تعليم الأساليب هي بواسطة إعطاء الأطفال أو الطلاب المهام التي تتطلب منهم أن يستخدموا أو ينتفعوا بالأساليب التي نريد

تتميتها، ولهذا الغرض يمكن إعطاء الطلاب أنشطة تعليمية واسعة النطاق، تدريبات في مجموعات صغيرة، امتحانات، أوراق بحثية وتحديد الواجبات المنزلية وما شابه ذلك، وكلما استخدم الأفراد أسلوبا معيناً خاصاً، فإنهم يكونون أكثر ارتياحاً مع استخدامه.

11- الأساليب ليست في المتوسط، جيدة أو سيئة:

إن المسألة هي مسألة المواعمة، عندما نتحدث عن القدرات يمكننا الحديث عن من هو الأفضل أو الأسوأ، ولكن يجب أن يكون واضحاً الآن أن الأساليب هي أفضل أو أسوأ فقط في السياق الذي توجد فيه.

12- نحن نخلط بين ملاءمة الأسلوب مع مستويات القدرات:

إن الأفراد والمؤسسات بصفة عامة تميل إلى أن تعطي تقييماً للأفراد الآخرين والمؤسسات الأخرى مثل تقييمهم لأنفسهم، والنتيجة هي أننا نميل إلى أن ندرك هؤلاء الذين يشبهوننا، على أنهم مرتفعين في القدرة، وكنتيجة لذلك، فإن العديد من الأطفال وكذلك الكبار لا يقدرون أبدأ لما هم عليه، ولكن يقدرون لما يتلاءم مع أنماط وأساليب تفكير من يقوم بعملية التقويم (ستيرنبرج، 2004، ص.ص 130، 162).

كانت هذه بعض المبادئ الأساسية لأساليب التفكير والتي تعتبر ضرورية لتقريب فهمنا أكثر، حيث توضح ماهية أساليب التفكير وتمييزها عن بعض المفاهيم التي تبدو مشابهة لها وضرورة الفصل بينها، كما أوضحت طريقة اكتسابها وقابليتها للقياس، بالإضافة إلى أن هذه النقاط التي ذكرها "ستيرنبرج" زيادة على كونها تنطبق على نظريته فإنها تنطبق على نظريات أخرى بما فيها نظرية "برامسون وهارسون" التي اعتمدت في هذا البحث، حيث يتوافقان أيضاً مع "ستيرنبرج"، -هاريسون وبرامسون- في طريقة اكتساب هذه الأساليب، إذ يعتقد كل من "برامسون وهارسون" أن الطفل يكتسب عدداً من الاستراتيجيات يمكنه تخزينها وتتمو هذه الإستراتيجيات وتزدهر خلال مرحلتي المراهقة والرشد كنماذج أساسية في الحياة العملية مما يؤدي إلى تفضيل استراتيجيات خاصة، وسنتعرف الآن على النقاط أو المتغيرات المساهمة في نمو أساليب التفكير.

(5) - متغيرات تسهم في نمو أساليب التفكير:

فيما يلي بعض المتغيرات التي من المحتمل أن تؤثر في نمو أساليب التفكير:

أولاً: الثقافة:

بعض الثقافات أكثر احتمالاً أن تعزز أساليب متنوعة من الثقافات الأخرى، على سبيل المثال، شمال أمريكا تؤثر على الخلق والإبداع وعمل أفضل الاكتشافات وربما يؤدي ذلك إلى تعزيز أكثر نسبة لأساليب معينة (يمكن أن تؤدي إلى الأساليب التشريعية والتنفيذية حسب ستيرنبرج)، والمجتمعات الأخرى، مثل اليابان، والتي بطبيعتها التقليدية أكثر تركيزاً بصورة مرتفعة على الانسياق أكثر واتباع التقاليد، ربما تكون أكثر احتمالاً إلى أن تؤدي إلى الأساليب التنفيذية والمحافظة.

كذلك فإن بعض الآباء لديهم ميل كبير لتشجيع الأسلوب المحافظ وأن يعاقبوا الأسلوب التقدمي، و في مجتمعات أخرى يتم تشجيع الأطفال على طرح مزيد من الأسئلة عما سبق وإن تعلموه، أعتقد أن هذه خلافات ذات قيمة وتأثير كبيرين في نمو أساليب التفكير.

ثانياً: الجنس:

المتغير الثاني الذي يعدّ مناسباً ومؤثراً بشكل أساسي في تنمية الأساليب هو الجنس أو النوع، لقد أجرى "وليم بست" "William Best" دراسة عبر 30 قطر للصفات المرتبطة بكل من البنين والبنات في هذه الثقافات، وكان هناك اتساق ملحوظ في الصفات المرتبطة بالجنس، ولقد أشار كل من "بيري" و "بورتنج" و "سيجال" و "دازن" Beiry, Poortinga, Segall, and Dasen للاتساق بين الثقافات في أنماط الجنس وكانت ملحوظة جداً، فعلى سبيل المثال تم وصف البنين بصورة أكثر على أنهم مغامرون، متفردون، مبدعون، تقدميون ومخاطرون، والإناث تم وصفهم على أنهم حذرات، معتديات واكتشافاتهن ناقصة، خجولات وخاضعات، وهذه الأنماط تعبر عن الإدراكات وليس عن الحقيقة، وربما قد لا يكون لها في الواقع أي أساس، ولكن عندما نكسب الصغار اجتماعياً ونربّهم على الانسياق لتصورنا لما يجب أن

يصبحوا، فنحن نكسبهم اجتماعيا ونعدهم اجتماعيا في إطار إدراكاتنا، وليس في إطار من الواقع، لذلك إذا كنا نعتقد أن الدور الاجتماعي للذكر هو كذا وكذا، فإن هذا الاعتقاد هو الذي يؤثر فينا وليس حقيقة أن الدور الاجتماعي هو بالفعل كذا وكذا .

(ستيرنبرج، 2004، ص.ص 165، 173).

ثالثا: العمر Age

المتغير الثالث هو العمر وبعض النواحي كالتواحي التشريعية بالنسبة لـ"ستيرنبرج" عموما يتم تشجيعها لدى أطفال ما قبل المدرسة، والذين يتم تشجيعهم لتنمية قواهم الابتكارية في البيئة غير المركبة والمقترحة لنا قبل المدرسة، وهناك بعض المنازل بمجرد أن يبدأ الطفل في دخول المدرسة يجد التشجيع من الوالدين على استخدام أسلوب معين في التفكير يقل بالتدرج لضرورة تغييره تماشيا مع ظروف جديدة، كما أن الأطفال متوقع لهم الآن أن يتم إعدادهم اجتماعيا بصورة أوسع للانسحاق لقيم المدرسة ، لكن المرحلة الثانوية و اختلاف المهام و المواد التي يتعامل معها الطالب تتطلب أساليب أكثر ملائمة و هكذا.

(الطيب، 2006، ص.ص 73، 74)

رابعا: أساليب المعاملة الوالدية:

المتغير الرابع هو الأساليب الوالدية، حيث أن ما يشجعه الوالد وما يدعّمه ويثبته هو بالفعل أكثر احتمالا لأن ينعكس في أسلوب الطفل، هل الآباء يشجعون أو لا يشجعون أساليب معينة، فالوالدين يظهران العديد من الأساليب والتي تنعكس بدورها على نمو أساليب التفكير لدى أطفالهم، حين يقوم الطفل بتقليد الوالد الذي يتبع أسلوبا معيناً في التفكير، فإن هذا يثبت ويشجع الطفل على أن يظهر نفس التفرد العقلي.

خامسا: التعليم والعمل:

والمتغيرات الأخرى التي تؤثر على نمو الأساليب هي نوع التعليم ونوع العمل، فالمدارس المتنوعة تثيب وتشجع أساليب مختلفة، وكاستجابة للفرد لنظام الإثابة سيتبع الأسلوب المثاب نظام حياته، والعديد من جوانب الأسلوب تكون أكثر احتمالا لأن يتم

تشجيعها أو أن يتم قمعها، وفي المتوسط فإن المدارس في أغلب أنحاء العالم ربما تكون أكثر إثابة وتشجيعا لبعض الأساليب كالأاليب الداخلية والتنفيذية والمحافظة، وينظر المربون إلى الأطفال على أنهم أذكيا عندما يفعلون ما يطلب منهم بطريقة جيدة.

وترى المدارس نفسها على أنها وكالات اجتماعية، ولكن في إطار يوجب على الأطفال أن يعرفوا كيف يتم تعليم الأشياء في إطار ثقافة معينة، إنه نادر نسبيا أن يتم تشجيع جزء كبير من الاستقلال العقلي ، على الأقل حتى المستويات العليا من التعليم مثل مستوى التخرج أو العمل فيما بعد الدكتوراه (ستيرنبرج، 2004، ص.ص 176، 178).

بعد عرض هذه النقاط الهامة التي تتدخل وتلعب دورا هاما في اكتساب ونمو التفكير عند الأفراد، يمكن الإشارة الى أنه لا بد أن لا تكون هذه العوامل فقط من تساهم في اكتساب ونمو هذه الأساليب، وإنما توجد عوامل أخرى وهنا تجدر الإشارة إلى دور القدرات التي يمتلكها الفرد، لأن الأساليب تتفاعل مع القدرات العقلية، والأفراد يمكن أن يسيروا إلى أنماط معينة تبعا لقدراتهم العقلية وبصفة عامة سيكون التفاعل بين القدرات والأساليب أكثر تزامنا واتزانًا للأفراد الأكثر تكيفا.

يأخذنا هذا إلى نظريات الذكاء لتحقيق المعنى، حيث يقول "ستيرنبرج" أنه بالنسبة للنظرية الثلاثية للذكاء الإنساني، نجد أن الأفراد ذوو الذكاء السياقي هم هؤلاء الذين يستفيدون من نقاط قواهم والذين يعالجون ويتغلبون على أوجه ضعفهم.

وجزء كبير من أوجه الاستفادة من نقاط القوة والتغلب على نقاط الضعف قد تبدو في إيجاد حلقة وصل بين قدرات الفرد وأساليبه المفضلة، والأفراد الذين لا يستطيعون إيجاد حلقة الوصل هذه من المحتمل أن يُحَبَطوا بواسطة عدم التطابق بين كيف يجب أن يؤدوا عملا ما، وما مقدار مقدرتهم على أدائه.

وإذا كانت الأساليب تكتسب اجتماعيا ، فإنه يمكن تعديلها في الغالب والأعم وعلى الأقل لدرجة معينة، ومثل هذا التعديل ربما لا يكون سهلا، ونحن نعرف القليل عن كيفية تعديل أساليب التفكير، لنفترض أنه عندما نتعلم الميكانيزمات التي ربما تكون كامنة وراء مثل

هذا التعديل، فسوف نخطط مسارا مشابها لها و الذي يستخدمه بعض المربون وعلماء النفس في تعليم التفكير .

(6)- أدلة على فاعلية أساليب التفكير في إحداث الاضطراب النفسي و في العلاج

منه.

يذكر " هولمز " (Holmes,1994) أن بعض الاتجاهات المعاصرة في علم النفس تبنت نوعا من التفكير يهتم اهتماما خاصا بالمشكلة النفسية، بحيث لم تجردها من طبيعتها التفاعلية المعقدة، و محور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانبا واحدا من الشخصية و إنما يشمل أربعة جوانب منها و هي:

1- **السلوك الظاهر:** و يتمثل في الأفعال الخارجية و التي قد يتفاوت فيها السلوك الظاهري في التعبير عن الاضطراب، من سلوك لفظي إلى الاندماج في جوانب فعلية من السلوك المضطرب.

2- **الانفعال:** و يتعلق بالجانب الوجداني من الاضطراب الذي يؤثر على الشخص حسب درجة تعرضه لرحمة عدد من الانفعالات السلبية (كالغضب، القلق،...)

3- **التفكير:** و يشير إلى مجموعة الأفكار و المعتقدات و القيم التي يتبناها الشخص نحو ذاته و نحو بيئته، بحيث يؤدي في النهاية إلى اثاره الاضطراب.

4- **التفاعل:** و يقصد به التفاعل الاجتماعي الذي يتمثل في علاقاته بالآخرين، طرقه في معالجة الضغوط و مهاراته الاجتماعية.

إن هذا الاستقطاب الموزع على هذه المحاور الأربع، يبرز وجود حقيقة نفسية بسيطة قد لا يختلف عليها اثنان، و هي أن مشاعرنا أو انفعالاتنا و حتى سلوكنا يتأثر بقوة بما نرسمه من تصورات أو تخيلات . إننا في الواقع لا نستطيع عزل الاضطرابات و المشكلات الشخصية و السلوكية التي تصيب الأفراد عن الطريقة التي يفكرون بها، و ما يحملونه من آراء و اتجاهات و معتقدات نحو أنفسهم و نحو المواقف التي يتفاعلون معها.

و على هذا الأساس يمكن تمييز - في إطار المنحى المعرفي- عددا من النظريات التي ترى بأن الكثير من الاضطرابات النفسية تنتج عن أخطاء أو تحيزات في التفكير، بمعنى آخر أن الأفكار التي تؤدي إلى المرض النفسي تنجم عن مشكلات في الطريقة التي ندرك و نخزن و نسترجع بها المعلومات (يوسف، 2001، ص 99).

- أساليب أخرى من التفكير الخاطيء:

1-المبالغة: و تتمثل في المبالغة في إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية، و إضفاء دلالات مبالغ فيها من الخطر و الدمار فيها. و من الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالذات بالقلق، و من المؤكد أن مجاهدة النفس على الإدراك الموضوعي للواقع (دون مبالغة أو تقليل) يعتبر بمثابة الوسط الذهني الذي يمنح الانسان القدرة و البصيرة على التوجه الفعال لمشاعره وسلوكه.

2-الثنائية و التطرف: و يعرف أيضا بالتفكير المستقطب، قد ينزع الشخص إلى التطرف في التفكير حين تكتنفه مواقف تمس الجوانب الحساسة من نفسه، ويعني التطرف الفكري أن يسم الفرد الأحداث و الوقائع بأنها بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، رائعة أو فضيعة، دون أن يدرك أن الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الأمر سيئا، قد تكون فيه أشياء إيجابية، أو تؤدي إلى نتائج إيجابية، وقد أطلق على هذه الخاصية اسم التفكير المنقسم، أو التفكير ثنائي القطبية، شأنه شأن المقدمات الأساسية التحتية لهذا النوع من التفكير أن تصاغ في حدود مطلقة مثال ذلك: دائما، مطلقا، من المستحيل، بالمرّة. و أحيانا ما يكون التطرف الفكري أحادي القطب، فتدرك الوقائع و الأشياء على سبيل المثال إما غاية في السوء، أو محايدة أو لا تعني الفرد لا من قريب و لا من بعيد، و من ذلك، تلك الخاصية التي تعرف بالفكر الكارثي أو التهويل، و يعني توقع أسوء النتائج المحتملة لأي موقف من المواقف. (بيك، 2000، ص 106)

3-أخطاء الحكم والاستنتاج: في الكثير من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك ناتجا عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو سياق مختلف،

فالفصامي قد يثور على طبيبه لأنه يتصور أنه متواطئ مع بقية العاملين في محاولة السيطرة عليه وعلى تصرفاته، وتسود هذه الأخطاء كذلك بشكل خاص لدى المصابين بالاكئاب، فمن المعروف أن المكتئب يرتكب هذا الخطأ المنطقي عندما يرى في حيرة أو موقف مصدرا للانزعاج، أو الاقلال من الكرامة، أو تقليل الشأن، عندما لا يكون هناك من الدلائل ما يدعو لهذا الاستنتاج والحكم (ابراهيم، 1980، ص.ص 210، 207).

4- التجريد الانتقائي: يرتبط بالتفكير الخاطئ أسلوب آخر يطلق عليه مفهوم التجريد الانتقائي، و هو أن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، و يؤكد لها في سياق آخر، و بعبارة أخرى نزع إحدى التفاصيل عن سياقها فتتوه بذلك دلالة الموقف الكلي، الأمر الذي يشيع في تفكير المكتئبين، حيث تبين أنهم يركزون على جزء من التفاصيل السلبية و يتجاهلون الموقف ككل. (ابراهيم، 1994، ص 186).

5- التأويل الشخصي للأمور: يعتبر الإنسان متمركزا على ذاته، بمعنى أن لكل إنسان عالما خاصا، وأنه هو محور عالمه و مركزه، غير أن هذا لا ينفي أن لدى البشر بصفة عامة قدرة على أن يقيموا أحكاما موضوعية على الأحداث الخارجية و حتى أنفسهم، وأن يفصلوا بين المعنى الشخصي لحدث ما و بين سماته الموضوعية، أي أنهم قادرون على اقامة أحكام على مستويين مختلفين: مستوى يتصل بهم (أو بمجالهم الشخصي) و آخر منفصل عنهم.

أما في الاضطرابات النفسية فنجد أن الأحكام المتمركزة على الذات تسيطر على المرضى وربما تحل محل الأحكام الموضوعية، و يطلق على هذه النزعة التي تفسر الأحداث وفق معانيها الشخصية (أو أنها تنطبق عليهم) تسميات مختلفة مثل: التنسب الشخصي أو ما يعرف بالتمثل الشخصي أو الشخصية (Personalization)، و الإحالة الذاتية -Reference self . (بيك، 2000، ص 104)

6- **التنافر المعرفي:** وهو اعتناق فكرتين متنافرتين عن شيء واحد بحيث تؤدي كل فكرة منهما إلى تصرفات متعارضة مع ما تؤدي إليه الفكرة الأخرى. و من المهم أن نشير إلى أن كثير من جوانب هذا التنافر ينبع أحيانا بسبب قيم اجتماعية خارجة عنا.

(ابراهيم، 1998، ص.ص 381، 382)

7- **التعميم:** التعميم المفرط أو الزائد هو أن ينتقل أو يقفز الشخص إلى تعميم غير مشروع (منطقيا) بناء على واقعة واحدة. و يرى " برتراند راسل" أن اليقين المطلق من ألد أعداء التفكير البشري المنطقي، فهو يقول: " إن البعد عن المطلقات يعتبر في نظري من الأشياء الجوهرية للتعقل و التفكير المنطقي".

(ابراهيم، 1998، ص 308)

هناك من التحليلات النظرية للنتائج الحديثة للعلاج النفسي ما يضيف تأييدا بأن تعديل السلوك في حالة الاضطرابات النفسية و العقلية يتم بسبب التغيير في العوامل الفكرية، و في الأساليب الذهنية للشخص، و يلاحظ أحد المعالجين المحدثين بأن كثير من المعالجين السلوكيين يستخدمون بوعي أو بدون وعي أساليب لعلاج مرضاهم و تعديل معتقداتهم و اتجاهاتهم جنبا إلى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط، يلاحظ مثلا "كانفر" " Kanffer " بأن من بين الأنماط الرئيسية الحديثة في العلاج يوجد نمطان على الأقل يكتسبان فاعليتهما في التأثير على الشخصية بسبب عوامل ذات طابع ذهني و فكري.

في هذا الصدد تنبه "بافلوف" إلى وجود فروق فردية بين أفراد بني البشر من حيث تنوع عمليات الجهاز الاشاري، فبعض الأشخاص ينشط لديهم الجهاز الاشاري الأولي، ويسميه "بافلوف" بالنمط الفني، أي الذين يهتمون بالرؤى المباشر و الأصوات، و البعض الآخر ينشط لديهم الجهاز الاشاري الثانوي، و يسميه "بافلوف" بأصحاب النمط الفكري، وهؤلاء تزداد مهاراتهم في استخدام اللغة و الرموز. و إذا توازن نشاط هذين الجهازين تحدث الدرجات المتوسطة من الأشخاص الذين يوازنون بين استخدامهم للرموز و التعبير. و يعود الفضل إلى قلة أخرى من علماء النفس الفيزيولوجي الروس ممن لحقوا "ببافلوف" لإثبات أن

الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة، فعلى سبيل المثال لاحظ واحد منهم، أن الاستجابات الفسيولوجية لدى مجموعة من الأشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالألم (مثل كلمة ألم أو أنين، أو أذى) لا تختلف عن الاستجابات المصاحبة التي تعبر عنها هذه الكلمات. و قد اتخذ عالمان أمريكيان من النظرية السوفياتية منطلقا لتكوين نظرية في العلاج النفسي تقوم على استخدام العمليات العقلية العليا، فمن رأي "دولارد" و " ميلر" - صاحبها هذه النظرية- أن قدرة الإنسان الخاصة على استخدام اللغة و الاستدلال الرمزي تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره إياها أو على الرموز التي تحملها له ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن إدراكها على أنها استجابة للطريقة التي يدرك بها الشخص موقفا معينا و ليس بالضرورة لخصائص موجودة في الموقف ذاته .

و من البحوث التي نشرت في هذا الميدان مجموعة دراسات كان هدفها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها بعضها ببعض، و انتهى عدد من هذه البحوث إلى اثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام و القلق من مواقف محددة كالامتحانات، و الدخول في علاقات اجتماعية، إذا ما علمنا المرضى أن يعدّلوا من طرقهم الخاطئة في التفكير .

(ابراهيم، 1980، ص. 188، 194).

خلاصة الفصل:

إن معرفة أهمية أساليب التفكير والدور الذي تلعبه في حياتنا كأفراد هدف مهم من أهداف البحث الحالي، ذلك أن تفسير السلوك الإنساني يتوقف على الازدواجية بين التنظيم العقلي و مكوناته و التنظيم الانفعالي و مكوناته، و بات من الضروري الإقرار بتفاعل التنظيم العقلي ممثلا في الوظائف العقلية المعرفية و التي نحصرها هنا بأساليب التفكير، والنشاط الوجداني الانفعالي الذي تعبّر الصحة النفسية عن نشاطه السليم و عن توازنه.

وما يحدث لنا في حياتنا يعتمد ليس فقط على مدى جودتنا في التفكير ولكن كذلك على كيف نفكر، فالأفراد يفكرون بالأساليب المختلفة، بل أن بحثنا يظهر أنهم يفرطون في تقدير المدى الذي إليه يفكر الآخرون و في الطريقة التي يؤدون بها، ونتيجة لهذا يمكن أن يظهر عدم الفهم بين الأفراد، والوالدين والطفل، والمعلمين والطلاب، والرؤساء والمرؤوسين، و العلاقات الأسرية و علاقات الصداقة، ففهم أساليب التفكير يمكن أن يساعد الأفراد في الوقاية من عدم الفهم هذا، أو بالفعل يتوصلون إلى فهم أفضل لأحدهم الآخر ولأنفسهم، وكما يرى " ستيرنبرج" فإننا كمجتمع كثيرا ما نخلط الأساليب والقدرات مما ينجم عنه فروقا فردية ترجع حقا إلى الأساليب التي ترى على أنها ترجع إلى القدرات، والنتيجة هي أن الأفراد الذين لا تتفق أساليبهم مع توقعاتهم أو توقعات الآخرين يعانون لأسباب خاطئة، فما يرى على أنه مشكل كبير في العلاقات ربما بالفعل ليس سوى سوء توافق بين أسلوب فرد ما وأسلوب آخر. حتى في مواقع العمل، ما يرى على أنه فشل في المهام يستطيع أن يرجع إلى عدم توافق أسلوب الفرد مع متطلبات عمله، وسوء التوافق عامة نقصد به عدم تحقيق الفرد للتوافق النفسي والاجتماعي، وهو مؤشر واضح لعدم تحقيقه للصحة النفسية والعكس صحيح.

الفصل الثالث

الصحة النفسية

تمهيد:

يمكننا عند الاطلاع على الأدبيات الخاصة بموضوع الصحة النفسية رصد الكمّ الهائل من المراجع و الكتب التي تخوض في الموضوع، فنجدها تتناول أهم العناصر المتعلقة بالصحة النفسية و أهم تعريفاتها، حيث يتفق معظم المؤلفين على أنها حالة من التوازن الوجداني و الانسجام في القدرات يرافقه توافق و تكيف مع البيئة على اختلاف أنواعها، مما يخلق لدى الفرد حياة اجتماعية و شخصية ناجحة و شعور بالرضا و الكفاية، هذا إلى جانب خلوه من أعراض الاضطراب النفسي الذي لا يكفي نفيه عند الشخص و اختفاء أعراضه دليلا على توفر الصحة النفسية لديه، حيث يستطيع أن يخلوا الفرد من أعراض المرض النفسي رغم ذلك لا يحقق التوافق اللازم مع البيئة ولا ينجح في بناء العلاقات الاجتماعية بشكل لائق أو يتفوق فيما تتطلبه حياته من وظائف ومهام و حل للمشكلات وحسم للمواقف. ومنه نجد للفرد المتمتع بالصحة النفسية ميزات عديدة تعبّر كلها عن قدر كبير من الرضا والتوافق و النجاح في أغلب ميادين الحياة.

إضافة إلى هذه الاتجاهات الإيجابية و السلبية فيما يخص تعريف الصحة النفسية نجد مفهومها يختلف كذلك وفقا لنظريات عديدة تعتبر أمهات النظريات في علم النفس، و تعتبر النسبية من أهم مميزات الصحة النفسية بالإضافة إلى خضوعها لمعايير مختلفة للحكم . ونجد من الجهة الأخرى المقابلة، الاضطراب النفسي كوجه آخر للصحة النفسية، إذ يمكن أن تضرب الصحة النفسية تحت عدة ظروف وأسباب لتعطي أنواعا كثيرة من الاضطرابات تبعا لعدة عوامل موجودة لدى الشخص أو البيئة، و يظهر ذلك من خلال عدة أعراض نستطيع من خلالها تشخيص المرض النفسي على أنواعه، لذلك ظهرت عدة تصنيفات من طرف منظمات و جمعيات نفسية عالمية، بهدف تسهيل تشخيصها وعلاجها. سنتطرق في هذا الفصل إلى كل ما تكلمنا عنه من عناصر بشيء من التفصيل الضروري للإحاطة بهذه المفاهيم الهامة و الجوهرية في موضوع دراستنا .

I - الصحة النفسية:

(1) - لمحة تاريخية:

يعود التكريس المقنن لمصطلح الصحة النفسية و رعايتها إلى أوائل هذا القرن في كل من أمريكا و أوروبا وصولاً إلى بقية أقطار العالم، كما أنه يرتبط بشكل وثيق من حيث الاعتراف به إلى أعمال وحدة الصحة العقلية في منظمة الصحة العالمية بعد الحرب العالمية الثانية.

تجمع الأدبيات التي أرخت لذلك أن حركة الصحة النفسية انطلقت في الغرب بدفع حيوي من " كليفورد بيرز " " BEERS " ، ذلك المريض العقلي من ولاية " كونكتيكت " الأمريكية الذي أمضى ثماني سنوات في مصحة عقلية عاش خلالها تجربة مرة. (دائرة المعارف البريطانية، مجلد 11، 1985) ، و لقد نشر عام 1908 كتابه الموسوم "العقل الذي وجد ذاته" راويًا فيه هذه التجربة - المحنة-، و مازال هذا الكتاب يطبع، و يترجم إلى العديد من اللغات ملهماً أجيالاً من الدارسين و الطلاب و المهنيين العاملين في القطاع بضرورة تحسين ظروف العلاج في المستشفيات، و لقد أسس "بيرز" في نفس العام بمساعدة شخصيات مرموقة جمعية " كونكتيكت " لرعاية الصحة النفسية، Mental Hygiene التي تعتبر الأولى من نوعها ووضع لها دستوراً لازال يحتدى به إلى اليوم في مجال رعاية الصحة النفسية و اتحادات الصحة النفسية: تحسين ظروف المرضى العقلين، الوقاية من المرض العقلي و التأخر، صيانة الصحة النفسية، و نشر الوعي بالموضوع، وفي العام التالي 1909، قاد "بيرز" في نيويورك انشاء اللجنة الوطنية لرعاية الصحة النفسية، التي أدت في النهاية إلى قيام الرابطة الوطنية للصحة النفسية عام 1950. كما كوّن عام 1919 لجنة دولية لرعاية الصحة النفسية ، و أدى ذلك إلى عقد المؤتمر الدولي الأول لرعاية الصحة النفسية عام 1930 في واشنطن، كانت قد أنشئت حتى ذلك الحين جمعيات للصحة النفسية في 25 بلداً.

أما الاتحاد الدولي للصحة النفسية فلقد أنشئ خلال عقد المؤتمر الدولي الثالث في لندن عام 1948، و بلغ عدد الجمعيات المنضمة إلى عضويته 160 جمعية من 50 بلدا حتى عام 1970، و يوفد الاتحاد الدولي الاستشارات و يتبادل الأنشطة مع العديد من وكالات الأمم المتحدة بما فيها منظمة الصحة العالمية التي تأسست فيها وحدة للصحة النفسية في العام 1949، و ما زالت تتوسع أنشطة هذا الاتحاد بشكل كبير كي تنتشر في أكثر من 100 بلد. و في العام 1968 تم الاحتفال بالعيد العشرين للاتحاد خلال المؤتمر الدولي السابع للصحة النفسية في لندن، و انتشر الوعي العالمي بالموضوع باعتباره من القضايا الرئيسية، كما تزايد الوعي بالروابط بين الصحة النفسية و الضغوط السكانية والقلق الاجتماعية، و لهذا فقد تنامت الاهتمامات العامة بالصحة النفسية، و تثقيف الجمهور باتجاه متابعة مساعي بناء بيئة معافاة تطلق النمو الفردي والتنمية الاجتماعية، كما انطلق في أوروبا العديد من البرامج ووضع العديد من السياسات بالتعاون ما بين المنظمات الدولية والحكومية والأهلية وبمشاركة العديد من المهنيين في مجالات الصحة والسكان والعمل والتربية والتنمية، وبذلك خرجت الصحة النفسية ورعايتها من العيادات و المراكز الاستشارية كي تتحول إلى مسألة عامة تدخل في صلب الأنشطة التنموية الاجتماعية.

كما أن المشكلات التي خلفتها الحرب العالمية الثانية أدت إلى المزيد من الاهتمام بالصحة النفسية في كل من أمريكا وكندا وأصبح الموضوع حاضرا بقوة في وسائل الاعلام. وبفضل اعتماد قانون الصحة النفسية الوطنية في أمريكا عام 1946 أصبح ممكنا انشاء المعهد الوطني للصحة النفسية NIMH عام 1949 ضمن ما أصبح قسما للصحة والتربية والرعاية، وتحول هذا المعهد إلى ممول رئيسي للأبحاث النظرية والتطبيقية في الصحة النفسية وعلوم السلوك.

وكان لمنظمة الصحة العالمية دورا هاما في تحديد مفاهيم الصحة النفسية ورعايتها منذ بداية انشائها عام 1946، و ترشّح الاهتمام بالموضوع منذ انشاء وحدة الصحة العقلية في هذه المنظمة عام 1949، التي كونت لجنة من الخبراء برئاسة الطبيب النفسي الانكليزي

"جون بولبي" وهو شخصية مرموقة في هذا المجال ، كان له اسهاما كبيرا في اطلاق حركة الصحة العقلية على مستوى الأمم المتحدة إثر دراساته الهامة جدا حول تأثير العلاقة الأولية مع الأم، ولقد بنيت هذه الدراسات على ممارسته المهنية العلاجية مع الأطفال الذين حرّموا من والديهم بسبب الحرب، وكوّن "بولبي" لجنة الخبراء هذه من نخبة مرموقة من علماء النفس والطب النفسي و علم نفس الطفل، من أشهرهم "جون بياجي".

وخطت وحدة الصحة العقلية خطوة أكثر تقدما في الموضوع حين قدمت لجنة الخبراء المذكورة تعريفا للصحة النفسية أكثر شمولاً وتحديدا في تقريرها الثاني عام 1951، و الذي خططت على أساسه برامجها لثلاثة عقود متتالية. (حجازي، 2004، ص.ص 21، 26)

يعرض "سعد جلال" هذا التعريف كما جاء في التقرير: " لما كانت هناك تعاريف متعددة للصحة العقلية، فإن اللجنة تشعر أنه من المهم أن تضع المفهوم الذي تبنته أثناء المناقشات: إن المفاهيم التي تعرف الصحة العقلية سلبا كحالة يكون فيها الفرد متحررا من الاضطرابات الطبية العقلية ظاهرة لا تبعث على الرضا، كما أن الاحتفاظ بالتلاؤم مع البيئة في كل الظروف كظاهرة للصحة النفسية يعني تجاهل حقيقة كون البيئة قد تكون في وضع تصبح معه الاستجابة الصحية تجاهلها هي محاولة تغييرها، و مع ذلك، و رغم أن الاكراه على التلاؤم مع أي بيئة كانت و لكل بيئة ليست من خصائص الصحة العقلية.

(جلال ، 1986 ، ص.ص 88 ، 89).

شكل هذا التعريف و ما لازمه من توضيح الاطار العام و القاعدة التي انطلق منها وبنيت عليها مختلف التعريفات التي قدمها المختصون و كذلك ما قالوا به من مقومات للصحة النفسية شديدة التنوع.

إلا أن الأهم في عمل لجنة الخبراء هو ما أولته من عناية لبرامج صيانة الصحة النفسية التي أوصت بها في تقريرها الثاني عام 1951، و هي تشبه ما اقترح من برامج على صعيد الصحة العامة و منها: خدمات رعاية الأمهات و الحوامل و الرضع و أطفال ما قبل المدرسة، خدمات رعاية طفل الرياض و الابتدائي، الصحة النفسية المدرسية، الاهتمام

بالمعوقين و المسنين، الدراسات المسحية لرصد و تشخيص مشكلات الصحة النفسية، تقدير واقع الاحتياجات العلاجية و مدى تلبيتها، التدريب و إدارة برامج الصحة النفسية البيئية، التصدي للآفة الاجتماعية: مخدرات ،كحول، سوء تكيف...، العيادات الخارجية و مراكز الرعاية، ظروف العمل و بيئته، فرص العمل، تأطير الشباب و إدماجهم في المجتمع، الأمن الاجتماعي، الصحة الجسمية، و التغذية، و التثقيف الجماهيري و برامج، تأهيل المرضى العقليين و إعادة توفير بيئة اجتماعية تؤمن فرص الانغراس النشط مما يشكل إبراز مقومات التحصين النفسي ، و الطب العقلي الاجتماعي الذي خصص له التقرير السابع عام 1959 من سلسلة تقارير لجنة الخبراء، و يشكل هذا التقرير طرحا متقدما جدا لإعادة تأهيل المرضى العقليين من خلال تنمية الكفاءة الاجتماعية و توفير شروط الانغراس الاجتماعي

(نفس المرجع، 1986، ص.ص 115، 118) .

هكذا تكرست الصحة النفسية و رعايتها عالميا، و كان للعالم العربي نصيبه الطيب من هذا التطور، فلقد انخرطت معظم البلاد العربية في برامج الصحة النفسية، كما تأسست الهيئات الحكومية و الأهلية لذلك، بمسميات مختلفة، و من خلال توجيه الاهتمام إلى جوانب أو قطاعات متنوعة، أما على المستوى العلمي فلقد تأسست العديد من أقسام الصحة النفسية في الجامعات العربية الناشئة، ووضعت برامج دراسية و تدريبية لتخريج الاختصاصيين، كما دخلت الصحة النفسية كاختصاص له رتبة أكاديمية، و لازال هذا القطاع يعرف نموا مضطردا في العالم العربي، رغم اختلاف التسميات و المقاربات و تنوع البرامج، ذلك أنها كلها تصب في الاستراتيجية العامة للصحة النفسية الشمولية للفرد والجماعات و المجتمع.

(حجازي، 2004، ص.ص 26، 28).

(2) - تعريف الصحة النفسية:

تعتبر الصحة النفسية بعدا أساسيا من الأبعاد الخاصة بشخصية كل فرد، حيث أن مستواها و مدى اتزانها أو اضطرابها، و نوع هذا الاتزان أو هذا الاضطراب يحتل مكانة كبيرة في وصفنا للشخص المعين الذي نريد القاء الضوء على شخصيته، فلا يكفي عند وصفنا فردا ما أن نحدد خصائصه الجسمية و أخلاقه و ذكائه و علمه، بل لا بد أن نستكمل كل ذلك بوصفنا لمدى صحته النفسية (صالح و اخرون، ب ت، ص 12)، ولقد قدمت تعاريف عديدة للصحة النفسية و نجد من التعريفات الأكثر شيوعا، هو الذي يذكر أن :

التعريف قبولا بين المختصين في مجال الطب النفسي. (شريت، 2001، ص20)

نجد في نفس السياق تعريف الحنفي: " هي الحالة التي يستشعر معها الشخص بأنه لا يعاني من أية أعراض معوّقة كالتوتر الشديد، القلق و الاكتئاب، و الخوف المرضي، أو صراعات نفسية خطيرة تحول بينه و بين أن يكون على وفاق مع نفسه و بيئته".

(الحنفي، 1992، ص62).

و إذا قمنا بتحليل هذا النوع من التعريفات، نجد أنه يعطي مفهوما ضيقا للصحة النفسية، إذ أن الخلو من أعراض المرض النفسي أو العقلي يعتبر جانبا واحدا من جوانبها، و يمكن للشخص أن يخلو من أعراض المرض النفسي أو العقلي لكن جوانب حياته الأخرى لا تتميز بالاستقرار، كأن يعجز عن إقامة علاقات اجتماعية ناجحة، أو أنه لا يحقق نجاحا في حياته مهما كان نوعه، أو أن لا يكون متقبلا للواقع أو يكون سلبيا، أي أن اقتصار تعريف الصحة النفسية على سلامة الفرد من المرض العقلي والنفسي، وعدم ظهور أعراض للاضطرابات السلوكية الحادة في أفعاله و تصرفاته يعد معنى محدودا وضيقا لهذا المفهوم الواسع.

ويشير المؤلف "عبد الغني شريت" في كتابه " المدخل إلى الصحة النفسية" أن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من المرض ، لأننا نلاحظ أن مجرد الخلو من المرض لا يحتم

قدرة الفرد على مواجهة الأزمات العادية و لا يتبعه الشعور الايجابي بالسعادة، و تعريفها بهذه الطريقة يعد من التعاريف السالبة حيث تفسر الظاهرة بالمظاهر التي يجب ألا تتوافر دون أن تقترب من المظاهر التي توجد مع الصحة النفسية و تنعدم بانعدامها.

ويؤيد ما قلناه أيضا تعريف الصحة النفسية المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة (WHO) سنة 2003 الذي يصفها بأنها " حالة من تكامل الإحساس البدني والعقلي والاجتماعي، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"

وتوجد بالمقابل تعاريف عديدة حددت الشروط الواجب توافرها عند الفرد المتمتع بالصحة النفسية ، إذ اعتبرها " فائز محمد علي الحاج" في حد ذاتها: " الشرط أو مجموعة الشروط اللازم توافرها حتى يتم التوافق بين الفرد و نفسه، وكذلك بينه وبين العالم الخارجي توافقا يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية و السعادة لكل من الفرد و المجتمع الذي ينتمي اليه. (الحاج، 1986، ص175)

هنا يعتبر "علي الحاج" الصحة النفسية الشرط الذي بدونه لا يكون التوافق النفسي والاجتماعي الذي يؤدي إلى الكفاية والسعادة، أي أن التمتع بالصحة النفسية يؤدي إلى التوافق ، في حين أن أغلب من عرّفها من علماء و باحثين يعتبر أن الحالة التي يكون فيها الفرد متوافقا و ايجابيا و محققا لذاته هي التي ندعوها بالصحة النفسية.

ونجد من ذلك تعريف "حامد زهران" : " هي تلك الحالة النفسية التي تتسم بالثبات النسبي والتي يكون فيها الفرد متمتعاً بالتوافق الشخصي والاجتماعي والاتزان الانفعالي خاليا من التأزم و الاضطراب مليئا بالتحمس، و أن يكون إيجابيا خلاقا مبدعا يشعر بالسعادة والرضا قادرا على أن يؤكد ذاته و يحقق طموحاته، واعيا بإمكانياته الحقيقية، قادرا على استخدامها في أمثل صورة ممكنة، فمثل هذا الشخص يعتبر في نظر الصحة النفسية شخصا سويا . (علي، 2004، ص95)

يؤكد هذا التعريف على نسبية الصحة النفسية أي أن الصحة النفسية حالة دائمة نسبية، ويعني ذلك أنها ليست حالة استاتيكية ثابتة إما أن تتحقق أو لا تتحقق، بل أنها حالة

ديناميكية متحركة، نشطة تتغير من فرد إلى آخر، فمن غير الممكن أن تكون مطلقة عند الأفراد، و لا يكاد يوجد شخص كامل في صحته النفسية، كما لا يكاد يوجد شخص تنتفي لديه جميع علاماتها، و عليه فإنه لا يوجد حدّ فاصل بين الصحة و المرض، فلا يوجد مثلاً من هو ذو صحة نفسية مئة بالمئة أو من هو مريض نفسياً مئة بالمئة، لأن هناك تدرج بين فئات المرض النفسي و السواء النفسي، فالصحة النفسية مسألة نسبية تختلف من فرد لآخر مثلها في ذلك مثل بقية جوانب الشخصية كالذكاء و غيره، فلا نستطيع أن نقول أن شخصاً ما كامل الذكاء و آخر ليس عنده ذكاء نهائياً، فإذا كان الشخص يخلو من مظاهر الانحراف والاضطراب أو المرض النفسي الشديد و الواضح نصفه بأنه صحيح نفسياً، كما أن الصحة النفسية تختلف من مجتمع إلى آخر حسب اختلاف الثقافات فمن نجده مريضاً في ثقافة ما قد لا يكون مريضاً في ثقافة أخرى. (صالح و اخرون، ب ت، ص13)

واتفق كل من (دسوقي،1974) و (القوصي،1974) و (الكفافي، 1990) على أن الصحة النفسية هي حالة من التوازن و التكامل بين الوظائف النفسية للفرد، تؤدي به إلى أن يسلك بطريقة تجعله يتقبل ذاته و يتقبل المجتمع بحيث من جراء ذلك يشعر بدرجة من الرضا و الكفاية ". (لكفافي،1990، ص81)

في نفس السياق يعرف "عبد الرحمن عيسوي" الصحة النفسية على أنها: " التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان مع الإحساس الإيجابي بالسعادة و الكفاية"

(عيسوي،1984،ص157)

ومعنى التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة هو خلو المرء من الصراع الداخلي كوقوعه بين اتجاهين مختلفين و متناقضين، كأن يتردد بين تحقيق كرامته في نظر نفسه واشباع جوعه عن طريق السرقة، و الفرد في هذه الحالة يجب أن يكون قادراً على الحسم في مشكلاته بناء على فكرة معينة، و هو شرط من شروط تحقيق الصحة النفسية وفقاً للتعريف السابق.

و إذا كان التعريفين السابقين يؤكدان على التوازن بين الوظائف النفسية و العقلية، فإن التعريف المقدم من طرف منظمة الصحة العالمية سنة 1979 يركز على تحقيق التوازن بين جميع جوانب الحياة الاجتماعية و المادية و الروحية و العاطفية، حيث يؤثر ذلك على الطريقة التي ندير بها أعمالنا و البيئة المحيطة بها. (Goldberg,1979 , p 9)

و يعرفها "ماسلوا": "الصحة النفسية هي التي يكون فيها الفرد إنسانا كاملا بما يتضمنه ذلك من ارتباط الفرد بمجموعة من القيم مثل : صدق الفرد مع نفسه و الآخرين، وأن يكون لديه الشجاعة للتعبير عن آرائه، و أن يتفانى في العمل الذي يجب عليه أن يؤديه، و يعرف دوره جيدا، و يتقبل ذلك جميعا دون اللجوء إلى حيل نفسية" (عباس، 1977، ص5).

يتطرق "ماسلوا" في تعريفه إلى جانب آخر مهم من جوانب الصحة النفسية و هو الارتباط و التمسك بالقيم، و لعل التمسك بالقيم و الاستماتة في الدفاع عنها يأتي من الاقتناع بها وهذا الاقتناع هو الذي يجنب الفرد الوقوع في الصراع ما بين التمسك بها و التخلي عنها بهدف تحقيق بعض المصالح التي تتطلب ذلك، و هو ما ركز عليه تجنب الصراع- في التعريف السابق - لتحقيق الصحة النفسية.

و يشير (Pasquali,1981) إلى فكرة الاقتناع، لكن هنا يجب على الفرد من وجهة نظره

أن يقتنع بنفسه و بإنجازاته، حيث يعرف الصحة النفسية على أنها: "حالة من السلامة

النفسية التي يؤدي الشخص وظيفته معها بتأقلم و راحة ضمن معايير، بحيث يكون مقتنعا

بنفسه وانجازاته " (Pasquali,1981, p 221)

حيث أن الاقتناع بالنفس و الانجازات التي يقدمها الفرد يؤدي إلى الرضا عن النفس الذي يعتبر من دعائم الراحة النفسية التي ذكرها أغلب الذين عرفوا الصحة النفسية كجزء هام من أجزائها.

ويعرف "أحمد محمد عبد الخالق" الصحة النفسية على أنها: حالة عقلية انفعالية

مركبة، دائمة نسبيا من الشعور بأن كل شيء على ما يرام، والشعور بالسعادة مع الذات

والآخرين والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن وسلامة العقل والاقبال على الحياة، مع شعور بالنشاط والقوة والعافية، ويتحقق في هذه الحالة درجة مرتفعة نسبيا من التوافق النفسي والاجتماعي، مع علاقات اجتماعية راضية مرضية" (عبد الخالق، 1993، ص 32).

يلفت نظرنا في هذا التعريف الإشارة إلى الشعور بالنشاط و القوة و العافية، حيث يقصد بها الجانب الجسمي للفرد، و اعتباره جانبا من جوانب الصحة النفسية و شرطا من شروطها، حيث يوجد تأثيرا متبادلا بين وجهين الصحة الجسمي و النفسي، نقصد بذلك أن وجود مرض أو عاهة جسدية يسبب للفرد معاناة نفسية حيث يمكن أن يشعر بالنقص، أو يعتبر نفسه محدود القدرات، أو يحدد المرض مجال حياته، و يصبح عائقا يحول بينه و بين تحقيقه لأهدافه، كما أن المعاناة النفسية تتعكس على الجسم و هذا ما تبينه الأمراض النفسجسدية حيث أنها أمراض جسمية نفسية المنشأ كداء السكري و ارتفاع ضغط الدم.

يعرف " كلاندر " " Klander " الصحة النفسية على أنها: "تقاس بمدى قدرة الفرد على التأثير في بيئته و قدرته على التكيف مع الحياة " (عبد الغفار، 2007، ص 21).

و يضيف " القذاف رمضان" في نفس السياق و زيادة على ما قاله: " تتعلق الصحة النفسية بطريقة توافق الفرد مع بيئته و بقدرته على مغالبة صعوبات الحياة، حتى ولو كانت الظروف المحيطة به غير ملائمة، بالإضافة إلى أن الصحة النفسية ترتبط بطريقة تفكيره وتصرفه، و علاقته مع الآخرين " .

ركز التعريفان على طريقة تكيف وتوافق الفرد مع البيئة و ذلك مهما كان نوع الظروف حتى و إن كانت غير ملائمة، حيث يمكن أن يتسم الفرد بالصحة النفسية و إن كان يعيش ظروفًا قاسية، وليس كل من عاش ظروفًا قاسية يعاني من أمراض نفسية أو عقلية، إذن المهم هو طريقة إدراك هذا الشخص لهذه الظروف و طريقة تعامله معها وحلها، وجاء ربط كل هذا مع طريقة تفكير الفرد مناسبًا، إذ تعتبر طريقة تفكير الفرد استراتيجية مكتسبة لحل المشكلات التي يتعرض لها في حياته اليومية، فإن استطاع الفرد أن يكتسب ويطبق

الاستراتيجية الملائمة لحل مشاكله لم يجد صعوبة في التكيف مع بيئته و التأثير فيها بشكل إيجابي.

و قد اتجهت تعريفات الصحة النفسية وجهات معينة، ظهرت من خلال التعريفات المقدمة وأخرى، و قد ركز كل اتجاه على جوانب معينة رآها قيّمة لتحديد معالم الصحة النفسية، وقد لخص "كولمان" "Coleman" أهم الاتجاهات النظرية التي تظهر في تعريفات الصحة النفسية، علما بأن كل اتجاه من هذه الاتجاهات يقوم بالطبع، على تصور معين للطبيعة الانسانية، و هذه الاتجاهات هي:

1-الاتجاه الطبيعي: يركز على الدوافع الغريزية في الإنسان، مثل الجوع، و الجنس، ويرى أن الصحة النفسية هي القدرة على اشباع هذه الدوافع، على أن يتم هذا الإشباع في الحدود التي وضعتها البيئة، و هو ما يسمى بالموائمة، و الاضطراب العقلي هو الفشل في تحقيق هذه الموائمة.

2-الاتجاه الانساني: و يركز على وجهة النظر القائلة بأن الإنسان كائن عاقل و مفكر ومسؤول و يستطيع أن يسلك سلوكا حسنا ينمي به ذاته و يحققها إذا تهيأت الظروف لذلك، و السلوك الشاذ في هذه الحال ينتج عن إعاقة الانسان في تحقيق ذاته.

3-الاتجاه الثقافي: و يؤكد على الطبيعة الاجتماعية للإنسان، و يرى أن الهدف الأساسي أمام الإنسان هو التوافق مع المتطلبات الاجتماعية، و بذلك تكون الصحة النفسية هنا بقدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية مثمرة مع الآخرين، و فشله في ذلك يعني الاضطراب النفسي. (شريت، 2001، ص43)

ولعل من الأمور الأكثر أهمية التي يركز عليها من يقدم تعريفا للصحة النفسية شأنه شأن تقديم تعريف لأي مفهوم من مفاهيم علم النفس، يكون اعتماده على نظرية من نظريات علم النفس، عديدة هي بالطبع نظريات العلاج النفسي الحديثة، و كل منها يقدم منظورا لما نعتبر أنه يشكل الصحة النفسية استنادا إلى توجهه العلاجي و مفهومه عن الشخصية الانسانية وسلوكها.

3- النظريات المفسرة للصحة النفسية:

3-1- النظرية التحليلية:

يعتبر "فرويد" "Freud" أن الصحة النفسية الكاملة (مجرد خرافة) بعيدة المنال في الحياة الواقعية، و يعتبر أن التوازن بين أركان الشخصية و التفاعل الدينامي بينها (الهو، الأنا، والأنا الأعلى) بما يحقق الإرضاء لمختلف النزعات و يؤدي إلى حالة الوفاق الداخلي يمثل حالة الشخصية المعافاة، إلا أن فرويد لخص الصحة النفسية من منظور وظيفي في ثلاثية: الإنجاز (الابتكار) Creation و الإنجاب Procreation، و الترويح Récreation في نوع من السجع الموفق، يأتي الإنجاز وصولاً إلى الابتكار في المقدمة، كتعبير عن توظيف الطاقات و الإمكانيات في ممارسة حياتية بناءة، يليها الانجاب الذي يستند إلى القدرة على الحب والارتباط الزوجي والعاطفي، و الوصول إلى النضج النفسي الضروري للقيام بأدوار الزوجية والوالدية، و يكملها القدرة على الترويح و الاستمتاع بمباهج الحياة و تجديد الطاقات الحيوية، و الواقع أن المسألة ليست مجرد ولع بالسجع الموفق، بل هي تلخص حقيقة واقع الصحة و المرض على الصعيد الفردي، فمن المعروف أن المرض النفسي يحمل دوما اضطراباً في أحد أركان هذه الثلاثية أو فيها كلها، و إذا أصابها الاضطراب جميعها نكون بإزاء مختلف حالات المرض النفسي أو العقلي الصريح.

(حجازي، 2004، ص41).

عارض "أدلر" نظرة "فرويد" المتمثلة في أن الانسان لا يستطيع أن يصل إلا إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية ، ذلك لأنه في حالة صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الواقع، و يرى - أدلر- أن الإنسان يستطيع أن يتغلب على الشعور بالنقص و يحقق الصحة النفسية عن طريق:

- الميل الاجتماعي و العيش مع الآخرين.
- التنشئة الاجتماعية الصحية.

• وضع أهداف محددة و العمل على تحقيقها بالشكل الذي يسهم في تكوين شخصية متماسكة قادرة على مواجهة الصعوبات (الخواجة، 2010، ص13).

و أكد " فروم " " Fromm " على أهمية العوامل الاجتماعية في تحقيق الصحة النفسية، وأوضح أن الانسان خير، و أن المجتمع غير التسلطي يعمل على بناء شخصية منتجة قادرة على الحب و على توظيف إمكانياتها و تحقيق الحق و العدل.

أما "يونغ" " Young " فقد اعتقد أن مفتاح التوافق والصحة النفسية يكمن في استمرار النمو الشخصي دون توقف، كما يؤكد على أهمية اكتشاف الذات الحقيقية وأهمية التوازن في الشخصية المتوافقة، و يضيف أيضا أن التوافق السوي يتطلب التوازن و إحداث الموازنة بين ميولنا الانطوائية و ميولنا الانبساطية.

(جاسم، 2004، ص.ص 24، 25).

أما " فيلهام رايش " و هو محلل نفسي منشق عن الفرويدية فينظر للمرض النفسي بأنه الوقوع في الجمود الدفاعي للدرع الطّبعية و العضلية، الإنسان المقيد روحا وجسدا كرد فعل دفاعي ضد القلق، أما الصحة النفسية التي تمثل هدف العلاج والشفاء فهي التحرر من القيود النفسية العضلية الذاتية و إطلاق الطاقات الحية كي تتجسد في الحب والحياة، وتتمو في حالة من الحرية النفسية ذات الطابع الإيجابي البناء: السعادة و الانجاز.

(حجازي ، 2004 ، ص 42)

أما "اريكسون" فقد أكد أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على مواجهة مشكلات مرحلة النمو التي يمر بها بنجاح، و أوضح "اريكسون" أن صحة الفرد النفسية في مرحلة عمرية معينة تساعد الفرد في تحقيق التكيف النفسي في المراحل العمرية التالية .

(الغناني، 2003، ص.ص 11، 12).

ويرى "جون بولبي" الطبيب و المحلل النفسي الانجليزي الذي ترأس قسم الصحة النفسية في منظمة الصحة العالمية، أن الصحة النفسية أساس في بناء الطمأنينة القاعدية التي تمثل ثمرة تجربة تعلق إيجابي وطيد ومستقر مع الأم، فالطمأنينة القاعدية هي منطلق الانفتاح

على الدنيا و الناس، و تفتح الإمكانيات و نمو الثقة بالذات، و على العكس فهو يرجع مختلف الاضطرابات النفسية إلى قلق الانفصال، و ما يولده من انعدام الطمأنينة القاعدية التي تؤسس لكل السلوكيات و ردود الفعل الدفاعية المرضية في التعامل مع الدنيا والناس.

(حجازي، 2004، ص42)

3-2- النظرية السلوكية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن السلوك المرضي و الذي يدل على اعتلال الصحة النفسية يمكن تعلمه و اكتسابه، كما يمكن ازالته أو التخلص منه، شأنه في ذلك شأن السلوك العادي، و يرون أن الاضطراب الانفعالي الاجتماعي ينتج عن عامل من العوامل التالية: الفشل في تعلم أو اكتساب سلوك مناسب، تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مرضية، مواجهة الفرد مواقف صراعية تستدعي منه أن يقوم بعملية تمييز و اتخاذ قرارات يعجز عن القيام بها.

(عبد الغفار، 1976، ص40)

إن مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة، استجابات بعيدة عن القلق و التوتر، و عليه يتلخص مفهوم الصحة النفسية وفقاً لهذه الرؤية في القدرة على اكتساب عادات تتناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد و ما تتطلب هذه البيئة.

(الخواجة، 2010، ص14)

و يرى "واطسن" "Watson" و "سكينر" "Skinner" أن عملية التوافق الشخصي لا يمكن أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري و إنما تتشكل بطريقة آلية عن طريق البيئة.

(الهابط، ب ت، ص 38)

و تحدّث "دولار و ميلر" "Dollard and Miller" عن عدة مفاهيم في عملية التعلم و هي المثير و الدافع و التعزيز و الاستجابة، و هي أساس اكتساب الأفراد سلوكيات سواء كانت ايجابية أو سلبية.

(الغاني، 2003، ص12)

و أما " كراسنر " Crasner " فيرى أنه عندما يجد الأفراد أن علاقاتهم مع الآخرين غير مثابة فإنهم قد ينسلخون عن الآخرين و يبذون اهتماما أقل فيما يتعلق بالتلميحات الاجتماعية، و ينتج عن ذلك أن يأخذ هذا السلوك شكلا شادا أو غير متوافق.

(عبد اللطيف، 1998، ص90)

3-3- النظرية المعرفية:

تيار العلاج العقلاني-المعرفي الذي طوره " ألبرت اليس " و تيار العلاج المعرفي الذي طوره "آرون بيك" و مساعدوه حتى غدا من أكثر طرق العلاج النفسي الحديث انتشارا، له وجهة نظر في الصحة النفسية و المرض تركز على القاعدة المعرفية التي يقولان بها على ما بينهما من اختلاف.

تقوم وجهة النظر المعرفية على الفكرة القائلة بأن ما يفكر به الناس و ما يقولونه حول أنفسهم و كذلك اتجاهاتهم و آراؤهم و مثلهم إنما هي أمور هامة و ذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح و المريض. و في أثناء رحلة الحياة فإن الناس يكتسبون مخزونا كبيرا من المعلومات و المفاهيم و الصيغ للتعامل مع المشكلات النفسية التي تصادفهم في حياتهم، وتستخدم من خلال الملاحظة و تنمية و اختبار الفروض و إجراء الأحكام و التصرف بشكل أقرب ما يكون إلى العالم التطبيقي، و يتعلم الناس من خلال ارثهم الثقافي و من خلال التعليم و الخبرة أن يستخدموا الحس العام و أن يصوغوا الفروض و يختبرونها، و أن يقوموا بالتمييز و التعليل من أجل حل الصراعات و الحكم على ما إذا كانوا يستجيبون بواقعية للمواقف التي يتعرضون لها، إلا أن الحس العام يخفف من إمدادنا بتفسيرات للاضطرابات الانفعالية.

و يرى "بيك" أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة و لا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي، و إنما يجري تحليل المثيرات و تفسيرها من خلال النظام المعرفي (العقلي) الداخلي و قد ينتج عن عدم الاتفاق بين النظام الداخلي و المثيرات الخارجية وجود الاضطرابات النفسية. إن ردود الفعل التي يستجيب بها الناس لكثير من المواقف تكون

متسقة، مما يوحي بأن هذه الاستجابات توجهها مجموعة من القواعد، و تشكل هذه القواعد الأساس الذي تنطلق منه تفسيرات الأفراد و توقعاتهم و إرشاداتهم لأنفسهم (ما يقولونه لأنفسهم) و من ثم فهي تقدم إطارا لفهم خبرات الحياة، و مثل هذه الخطوط الإرشادية لا تشتمل فقط على معادلات و صيغ و مقدمات منطقية تمكن الشخص من أن يرتب و يضيف و يركب ملاحظاته حول الواقع بحيث يصل إلى استنتاجات ذات معنى، بل إنها تشتمل أيضا على معايير يمكن من خلالها توجيه تصرفاته و تقويم سلوكياته الشخصية و كذلك سلوك الآخرين.

و يرى "بيك" أن القواعد تمثل جزءا من التراث الاجتماعي للمجتمع الذي يعيش فيه الفرد، و بالتالي فإنها تكتسب من الخبرة الشخصية و ملاحظة الآخرين، و عندما تكون هذه القواعد منفصلة عن الواقع و إذا استخدمت بطريقة عشوائية، فإن من المتوقع أن ينتج عنها مشكلات نفسية شخصية أو مشكلات في العلاقات.

(الشناوي، ب ت، ص.ص 146، 148).

تؤكد نظرية "اليس" من جهتها أن أفكار الفرد هي التي تؤثر في مشاعره و أحيانا توجد، و ترى أن البشر يفكرون و يشعرون و يتصرفون في آن واحد، و يرى "اليس" بأن لدى البشر استعدادا فطريا و ميلا مكتسبا لأن يكونوا عقلانيين، و ينظر إلى البيئة وإلى مرحلة الطفولة على أنهما يساعدان ذلك الميل الفطري لتكوين الأفكار غير العقلانية ونموها.

(الخطيب، 2007، ص 387)

ويرى "اليس" أن هناك تشابكا بين العاطفة و العقل أو التفكير و المشاعر، و تركز النظرية العقلانية الانفعالية على أن البشر يفكرون و يشعرون و يتصرفون بشكل متآن (أي في نفس الوقت) و هم نادرا ما يشعرون بدون أن يفكروا لأن المشاعر تثار عادة عن طريق إدراك موقف معين، و يعبر "اليس" عن فكرته بقوله: "عندما يفعلون فإنهم أيضا يفكرون و يتصرفون، و عندما يتصرفون فإنهم أيضا يفكرون و يفعلون، و عندما يفكرون فإنهم أيضا يفعلون و يتصرفون"، و لكي نفهم سلوك قهر الذات يجب أن نفهم كيف يشعر

الناس ويفكرون و يدركون و يتصرفون. و يقدم "اليس" مجموعة من الأفكار حول طبيعة البشر و الاضطرابات الانفعالية التي يعانون منها. (الشناوي، ب ت، ص96)

ويلخص "اليس" نظريته إلى الشخصية الانسانية في إطار ما يعرف بنظرية (A-B-C) للسلوك، فالناس عادة يأتون للعلاج نتيجة حالة انفعالية أو سلوكية (C) (Consequence) ، تسبب لهم اضطرابا، و غالبا ما يعزون هذا الانفعال أو السلوك إلى أحداث (Activating Events) (A) ، أي حادث خارجي مثل عراك مع صديق، وتوجد هناك علاقة سببية ثابتة بين (A,C) لكن يرى " اليس" أن الناس لا يزعجون بسبب الأحداث نفسها، و لكن بسبب الأفكار التي يكونونها حول هذه الأحداث.

وترى النظرية العقلية الانفعالية أن المسترشد يزرع من النقطة (C) و ليس مما حدث في النقطة (A) ، أو على الأصح بسبب افتراضاته غير العقلانية حول النقطة (B) التي تمثل نظامه الاعتقادي، فمثلا إذا كان هناك شخص أصيب بالاكنتاب في النقطة (C) فإن ذلك ليس لأن شخصا ما رفضه أو لم ينجح في الامتحان في النقطة (A)، بل لأنه أقنع نفسه بأفكار غير عقلانية في النقطة (B). (الخطيب، 2007، ص.ص387، 388)

وتتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه المدرسة القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل و استخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات و حل المشكلات ، و عليه فإن الشخص المتمتع بالصحة النفسية فرد قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية، و هو لا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه، و من المفيد القول في هذا المجال أن بعض الوجوديين يرى أن الصحة النفسية للفرد تكون في حريته في اختيار قيم تحدد إطاره في الحياة و تعطي معنى لحياته. (الخواجة، 2010، ص16).

3-4- النظرية الانسانية:

يرى " روجرز " أن كل فرد قادر على ادراك ذاته و تكوين مفهوم أو فكرة عنها، وينمو مفهوم الذات نتيجة للتفاعل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات، ولكي يحقق الانسان ذاته لا بد أن يكون مفهومه عنها موجبا وحقيقيا، وعليه فإن الإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه، الشخص الذي يتفق سلوكه مع المعايير الإجتماعية و مع مفهومه عن ذاته.

(نفس المرجع، ص 15).

كما يذكر " روجرز " أن الشخصية المعافاة هي تلك المدفوعة بدافع تحقيق الكيان الوجودي حتى أقصى درجات امتلائه و نمائه، و يتوقف النجاح في ذلك على الحصول على التقدير الإيجابي غير المشروط من الأشخاص المرجعيين في حياة الطفل و هو ما يولد ذلك الانسجام العميق بين صورة الذات و مفهومها لدى الشخص و بين تجربته المعاشة، وإذا توافر ذلك فإن الصحة النفسية ستتجلى ببروز الأبعاد الإيجابية البناءة، من كيان الإنسان وقدرته على الحب و التعاطف مع الآخرين و تحمله مسؤولية قراراته و خياراته، وانطلاقه في المشروع النمائي، بذلك يتجلى العطاء و التعبير عن المشاعر الأصيلة. وفي المقابل فإن الاضطراب النفسي على اختلاف درجات شدته يرجع إلى اضطراب الفرد للتخلي عن الوفاق مع ذاته و حاجاته و الرضوخ للتقدير المشروط من الآخرين أي اضطرابه إلى أن لا يكون هو ذاته الأصيلة ، و هنا تبدأ عملية الغربة عن الذات لحساب الرضوخ لآراء الآخرين وأحكامهم و شروطهم، و مع الغربة يبدأ في التجاذب الوجداني و عدم الاتساق بين الرغبات الأصيلة و السلوك مما يؤدي إلى تزوير التجربة الوجدانية و تفجير القلق.

(حجازي، 2004، ص 47) .

من جهته يرى "ماسلو" أن الصحة النفسية هي أن يكون الفرد كاملاً بما يتضمنه ذلك من ارتباطه بمجموعة من القيم منها صدق الفرد مع نفسه و مع الآخرين و أن تكون لديه الشجاعة في التعبير مما يراه صواباً، و أن يتقن في أداء العمل الذي يجب أن يؤديه و أن

يكتشف من هو؟ و ما الذي يريده؟ و ما الذي يحبه؟ و ما هو خير له؟ و أن يتقبل ذلك جميعا دون اللجوء إلى أساليب دفاعية يقصد بها تشويه الحقيقة. (أديب، 2002، ص30)

تعددت النظريات فيما يخص الصحة النفسية، حيث قدمت كل نظرية حسب وجهة نظرها ما هي أهم العوامل التي تحقق الصحة النفسية للفرد مع تحديد أهم مؤشراتنا، وتتوعد بين وجهة النظر التحليلية، السلوكية، المعرفية، و الإنسانية.

يختصر "فرويد" الصحة النفسية في ثلاثية الإنجاز و الإنجاب و الترويح، في إشارة إلى توظيف الطاقات في الممارسة الحياتية و القدرة على الارتباط العاطفي و الوالدي بالإضافة إلى القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، هذا إضافة إلى التوازن بين أركان الشخصية الذي يعتبر بالنسبة إليه الأساس لتحقيق الوفاق الداخلي، لكن "أدلر" أعطى الأهمية إلى جانب آخر عندما ركز على الظروف الاجتماعية المحيطة، حيث أقر أن بعض الأفراد ينمون من خلال عمليات التربية و لديهم اهتمام اجتماعي قوي، و اعتبر أن عدم التوافق (العصاب) شكل خاطئ من أساليب الحياة و الشذوذ الإجتماعي، و يوافقه في ذلك "فروم" إذ يشير إلى أهمية العوامل الاجتماعية في إحداث الصحة النفسية في فكرته التي تفيد بأن المجتمع غير التسلطي يعمل على بناء شخصية قادرة على الحب و على توظيف امكانياتها و تحقيق الحق و العدل، و نجده في ذلك يقف وقفة تكامل بين وجهة نظر "فرويد" ووجهة نظر "أدلر" ، هذه النظرة التي حدى حدها "رايش" الذي ذكر أن الصحة النفسية هي التحرر من القيود النفسية و العضلية الذاتية و إطلاق الطاقات الحية التي تتجسد في الحب والحياة و السعادة و الانجاز. و من جهته، اعتقد "يونغ" أن مفتاح التوازن يكمن في موازنة ميولنا الانطوائية و ميولنا الانبساطية إضافة إلى استمرار النمو الشخصي دون توقف، و يوافق "اريكسون" فكرة "يونغ" عن أهمية النمو في تحقيق الصحة النفسية للفرد. و جاءت نظرة "بولبي" خاصة، حيث أعطى الأهمية للطمأنينة القاعدية التي تعد ثمرة تجربة تعلق إيجابي و طيد و مستقر مع الأم، حيث يرجع مختلف اضطرابات الصحة النفسية إلى قلق الانفصال.

أما أصحاب النظرية السلوكية، فقد اتفقوا على دور البيئة و المحيط في اكساب السلوك المتوافق و غير المتوافق، باعتبارها سلوكات متعلمة و مكتسبة من خلال ما يمر به الفرد من خبرات، حيث يتحدد مفهوم الصحة النفسية عندهم باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة، و يضيف "واطسون" أن ذلك يتم بطريقة آلية عن طريق البيئة و ذلك يعتمد حسب "ميلر" على المثير و الدافع و التعزيز و الاستجابة، كما أثار "كراسنر" نقطة الإثابة أو التعزيز ودورها في تشكل السلوك السليم و بناء العلاقات مع الآخرين.

تتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب النظرية المعرفية القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على استخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة مواقف الحياة المختلفة ، و يعتبر "بيك" و "اليس" أهم المنظرين المعرفيين حيث قدما التفسير الدقيق لحدوث الاضطرابات النفسية المرتبطة بصفة أساسية بالأفكار والانفعال، و تعتبر طريقة " بيك " تطورا كبيرا لما يتبناه "ألبرت اليس"، و يمكن القول أن كليهما يريان في المرض النفسي سيطرة ردود الفعل الانفعالية السلبية على الشخص وسلوكه، و تعود ردود الفعل هذه إلى نظام من الافتراضات المعرفية الخاطئة تبعا ل"اليس" و إلى نظام الأفكار الآلية المرتكزة على نواة من نظام المعتقدات العميقة حول الذات و العالم تبعا ل "بيك" ، الإنسان يتعرض للاضطراب نتيجة لخلل في نظام المعتقدات، أما الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية فهو يتمتع بنظام معتقدات واقعي عقلائي، يفكر بطريقة ايجابية، و موقف من الذات إيجابي كذلك، و يمكن الوصول إلى التفكير الايجابي من خلال دحض نظام المعتقدات الخاطئة و السيطرة عليه.

أما "كارل روجرز" فأشار بدوره إلى أن سوء التوافق قد يحدث عندما لا تتسق سلوكات الفرد مع مفهومه عن ذاته، وأن سوء التوافق ما هو إلا تعبير عن سوء هذا الاتساق، و هو يتفق مع ما أشار اليه "ماسلو" أيضا عندما ركز على أهمية تحقيق الذات في تحقيق التوافق السوي، و يرى "روجرز" أن الفرد المتمتع بالصحة النفسية هو الفرد القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه بما أن كل واحد قادر على إدراك ذاته و تكوين فكرته

الخاصة عنها، تلك الصورة التي يساهم في تكوينها الأشخاص المرجعيين في حياة الفرد، حيث تتسجم هذه الصورة مع التجربة المعاشة ، و يتفق "روجرز" مع التحليلي "فرويد" في النقاط التي تعبر عن صحة الفرد النفسية حيث تظهر من خلال القدرة على الحب و تحمل المسؤولية و انطلاقه في المشروع النمائي الذي أطلق عليه "فرويد" بالإنجاز ، و أضاف "ماسلوا" أن يكون الفرد المتمتع بالصحة النفسية مرتبطا بمجموعة من القيم تحكم تعامله مع الآخرين.

أوضح أصحاب النظريات التي تحدثت عن الصحة النفسية العناصر التي اعتبروها أساسا لإحداثه، فتحدثوا عن العمليات الداخلية النفسية اللاشعورية، و عن مفهوم الذات، وعن البيئة و المجتمع...، و يمكن أن يحدث خلل في أحد هذه العناصر عند بعض الأفراد بحيث أن كل خلل يحدث في هذه العناصر سابقة الذكر يعتبر من عقبات الصحة النفسية و يؤدي بالفرد إلى الحياد عنها متخذا طريق الاضطراب النفسي، كما قدموا من خلال وجهات النظر الخاصة بهم بعض المؤشرات التي تدل إذا توفرت على تمتع صاحبها بالصحة النفسية، وهناك من أطلق عليها مقومات الصحة النفسية.

(4)- مقومات الصحة النفسية:

وضع " ماسلو " و "متلمان" " Maslow & Mittelmann " قائمة بالمحكات التي تصف الشخص السوي الصحيح و هي : شعور كافي بالأمن، درجة معقولة من تقويم الذات، أهداف واقعية في الحياة، اتصال فاعل بالواقع، تكامل و ثبات في الشخصية، القدرة على التعلم من الخبرة، تلقائية مناسبة، فعالية معقولة ، القدرة على اشباع حاجات الجماعة على درجة ما من التحرر من الجماعة (أي الفردية)، رغبات جسدية غير مبالغ فيها مع القدرة على اشباعها في صورة مقبولة، و يمكن تناول خصائص الشخصية المتصفة بالصحة النفسية بالتفصيل على النحو التالي :

4-1- كفاءة الفرد في مواجهة إحباطات الحياة اليومية: تختلف قدرة الناس على تحمل المشاق و الصعوبات العادية التي تواجههم في الحياة، و نجد من بين الناس من ينزعج انزعاجا شديدا لأي تغيير غير متوقع في مجرى الأمور أو لعدم حصوله على ما يريد، ويصل الحال ببعضهم إلى البلبلة الفكرية التامة و الانهيار الشامل عند تعرضهم للإحباطات البسيطة، و على العكس من ذلك، تعرف عن بعض الناس صلابة قوية إزاء متاعب الحياة و أحداثها اليومية و درجة عالية من التحمل و الصمود و مواجهة عقلانية لمواقف الإحباط بحيث لا يطغى الانفعال أو التخبط.

4-2- تقبل الفرد لواقع حدوده و امكانياته: الشخص الواقعي يكون مقدراً لقدراته وللعالم من حوله و هو يقيّم قدراته بطريقة واقعية و لا يبالغ في تصورهما. (Hilgard and al,1975,p4) ، يفهم ذاته فهما واقعيا أو قريبا من الواقع و هذا يهيئ له تجنب كثير من الإحباط و الفشل و يساعده على الإنجاز و التوافق السليم ، و نلاحظ أيضا أن البعض الآخر كثيرا ما يبالغون في تصور قدراتهم و يتوهمون في أنفسهم أكثر مما يستطيعونه فعلا، كما يحاول البعض الآخر أن يهون من شأن نفسه و يركز على عيوبه ونقائصه، و لا يستطيع بسبب ما يعاني منه من مشاعر النقص أن يرى كل إمكانياته وقابلياته رؤية واضحة، و يمكن أن ندرك بسهولة أن تصور الفرد الخاطئ لنفسه أو عدم تقبله للحقائق الموضوعية المتعلقة بشخصه، لا يساعد كثيرا على توافقه النفسي أو على التعامل الناجح مع الآخرين.

4-3- ضبط النفس و التحكم في الذات: تقدير الفرد لعواقب ما يقوم به من سلوك و قدرته على ضبط النفس و كبح أهوائه و نزعاته بإرادته في المواقف المختلفة، من خلال تقدير واقعي لمتطلبات الأمور، و التصرف برؤية في المواقف المختلفة بحيث يكون قادرا على

تحقيق الاتزان بين النواحي الفسيولوجية و النفسية من خلال تأجيل اشباع حاجاته أو تعديلها أو تغييرها، و يعبر هذا الاتزان على نضج الأنا و توازنها مع الضمير و الإرادة دون خلل.

4-4- القدرة على العمل والانتاج: الفرد القادر على استغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى درجة ممكنة من العمل و الإنتاج و تكون علاقاته و زملائه و رؤسائه بالعمل متزنة، يكون قادرا على الإبداع، شاعرا بقيمة العمل في تنمية ذاته و المجتمع الذي يعيش فيه. و يرى (صموئيل مغاريوس، 1974) أن بعض الأفراد يؤدون أعمالا وهم كارهون لها أو أعمالا لا تتناسب مع قدراتهم وامكانياتهم، فقد تكون أعلى من هذه القدرات و قد تكون أقل منها.

(مغاريوس، 1974، ص75)

4-5- تصدي الفرد لمسؤولية ما يتخذه من قرارات و أفعال: يتضح هذا المعيار في كل ما يلتزم به الفرد السوي من قرارات و أفعال، إذ القول لا بد و أن تواكبه أعمال، و أن القول الذي يتضمن قرارا لا بد و أن ينفذ، حيث الإرادة الصالحة الفعالة و الصادقة معبرة عن الالتزام و الحق و الصدق في القول و المسؤولية في الإنجاز و التعامل.

(صبي، 2003، ص 266)

4-6- الشعور بالرضا عن الحياة: يشير الرضا عن الحياة إلى شعور الفرد بالسعادة العامة و تحرره من التوتر و القلق، و اهتمامه بالحياة و الإقبال عليها بحماس والرغبة الحقيقية في معاشتها، و بناء شبكة من العلاقات الايجابية مع المحيطين به، و قدرة متنامية على مجابهة المواقف المشكلة من خلال طرح بدائل جيدة لحلها، وشعوره المتزايد بالثقة في قدراته و ميله إلى الدعابة، وسعيه الدؤوب صوب إنجاز أهدافه، وعدم الاحساس بالفشل عندما يعجز عن مواجهة بعض المواقف العسيرة، كل هذا من شأنه أن يزيد من طموحاته

الحياتية، فضلا عن إحساسه الداخلي بما حققه من إنجازات أكاديمية مرموقة تمكنه من تبوء موقف وظيفي في المستقبل.

4-7- الشعور بالأمن: جوهر هذا النوع من الحاجة هو الاهتمام المتواصل بحفظ الظروف التي تؤكد إشباع الحاجات، سواء كانت الحاجات بيولوجية أو سيكولوجية، و أكثر حاجات الأمن أهمية هو الأمن الانفعالي، و ينشأ عن شعور الفرد بأنه سوف يكون قادرا على حفظ علاقات متزنة مرضية مع الناس الذين لهم أهمية عاطفية في حياته.

(المليجي، ب ت، ص102)

و تتمثل حاجات الأمن لدى الفرد في حاجته إلى حماية نفسه من العوامل التي يمكن أن يكون لها تأثير غير مرغوب.

4-8- الاستفادة من الخبرة: يعدّل الفرد السوي من سلوكه بناء على الخبرات التي يمر بها في حياته، فهو قادر على تعديل أو تغيير سلوكه في ضوء المتطلبات الحالية و المستقبلية، و تراكم الخبرات يمكنه من التعامل الإيجابي مع المواقف التي يجابهها.

4-9- التوافق النفسي: الكائن و البيئة في علاقة مستمرة، و لكي يتم إحداث استقرار بينهما لابد أن يتبع كل تغيير تغييرا مناسباً للإبقاء على هذه العلاقة مستقرة، و فحوى هذا التغيير هو التكيف و الموائمة و العلاقة المستمرة بينهما هي التوافق، و كثيرا ما يتم استخدام التوافق والتكيف كما لو كانا مترادفين و يمكن تناول هذين المفهومية على النحو التالي:

التوافق هو الرضا بالواقع الذي يبدو هنا والآن مستحيل التغيير، و لكن في سعي دائم لا يتوقف لتخطي الواقع الذي يفتح للتغيير مضيًا به قدما على طريق التقدم والسيرورة (مخيمر، 1979، ص1). و هو ما يعرفه "حامد زهران" : "عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك و البيئة (الطبيعية و الاجتماعية) بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته" (زهران، 2005، ص25).

و هذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد و تحقيق متطلبات البيئة. أما مفهوم التكيف فهو في الأصل مفهوماً بيولوجياً، و كان حجر الزاوية في نظرية "داروين" عن التطور، فالكائن الحي القادر على التلاؤم مع شروط البيئة المتغيرة يستطيع الاستمرار في البقاء، أما الذي يفشل في التكيف فمصيره الفناء، ومن مظاهر التكيف البيولوجي لدى الإنسان ارتداؤه لنوع معين من الملابس و ذلك بهدف التلاؤم مع شروط البيئة الطبيعية (الرفاعي، 1987، ص 28). و التكيف في واقعه هو حالة الاشباع المتوازن لدوافع الفرد وحاجاته، و تعتمد دوافع الفرد في أساسها على ميله الطبيعي نحو الحفاظ على تحقيق مقوماته و امكانياته الذاتية في المستوى البيولوجي و النفسي و الإجتماعي على حد سواء، ففي المستوى البيولوجي نجد أن أجهزة الجسم كلها تعمل في اتجاه التكامل، ما يشار إليه بالتوازن الفسيولوجي Homeostasis و في المستوى النفسي يسعى الفرد للحفاظ على تكامل الذات.

(الشربيني، 2014، ص.ص 20، 23).

و تلفت نظرنا في هذا الصدد القائمة التي قدمها " اريك اريكسون" حسب منظوره لمقومات الصحة النفسية في مراحل الحياة و مهامها التي يكثر ذكرها في كتب علم نفس النمو، وضع "اريكسون" هذه القائمة عام 1950 في كتابه المعروف " الطفولة و المجتمع"، و هي عبارة عن 8 ثنائيات متقابلة بشكل ثنائي الأول منها يمثل حالة الصحة النفسية، بينما يشكل الثاني حالة المرض أو الاضطراب في 8 مراحل عمرية متتالية منذ الميلاد حتى سن الشيخوخة:

المرحلة	حالة الصحة النفسية	حالة المرض	السن
-1	-الثقة القاعدية	- مقابل عدم الثقة	- من الميلاد -1.5 سنة
-2	- الاستقلال	- مقابل الخجل و الشك	- 1.5 - 3 سنوات
-3	- المبادرة	- مقابل الشعور بالذنب	- 3-6 سنوات
-4	- الصناعة والشغل	- مقابل الشعور بالدونية	- 6-12 سنة
-5	- الهوية	- مقابل انتشار الأدوار	- المراهقة
-6	- العلاقات الحميمة	- العزلة	- سنوات الشباب
-7	- العطاء و الانجاز	- مقابل الركود	- سنوات النضج
-8	- التكامل الشخصي	- مقابل الأسى و اليأس	- التقاعد والشيخوخة

جدول رقم (02): ثنائيات الصحة النفسية و المرض النفسي لمراحل الحياة المختلفة المحددة من طرف "اريكسون".

1- **الثقة مقابل عدم الثقة:** الوفاق مع الآخرين في علاقة إيجابية مرضية من ناحية والوفاق مع الذات و حاجاتها من خلال اشباعها، الثقة بالعلاقة و بموضوعها و الثقة بالنفس وإيجابياتها هي أساس الصحة النفسية، وعكسها أساس الاضطراب العقلي، تتوقف الثقة على كمية ونوعية العناية، خصوصا على نوعية العناية التي يتلقاها الصغير: الدنيا بخير وهو بخير، هنا تغرس جذور الهوية والفكرة عن الذات بأنها طيبة و بأن الآخرين طيبون، ومن هنا يترسخ الانتماء وتمثل المعايير، هنا يصبح الطفل قادرا على تحمل الإحباطات التربوية المختلفة طالما أن لها معنى في علاقة إيجابية، و بالتالي يصبح الطفل عصائيا ليس نتيجة للإحباط بل لأن هذا الإحباط يبدو عديم المعنى أو سلبي الدلالة.

2- الاستقلال مقابل الشك و الخجل: إنها معركة التدريب على النظافة ، السيطرة على الطفل من الداخل و إرغامه على النظافة، أو تقبل مبادراته التي تصنع أسس الاستقلال و تقبل ما يخرج منه و يصدر عنه ، و تقبل قدرته على ممارسة إرادته و بناء كيانه والوعي بالذات. على العكس من ذلك، الخجل مرتبط بوضعية الصغير الضعيف الواقع تحت النظرة الناقدة، المحاسبية، الفوقية من قبل الآخرين، إنه الإحساس بالانكشاف والتعرية و معه الشك، لأن الآخرين يسيطرون على تلك المنطقة من الجسد: الخلف، المؤخرة التي تقلت من ملاحظته، الضبط من المؤخرة أساس الشك و أساس مشاعر الاضطهاد ، الآخرون الذين يمارسون تسلطهم و سيطرتهم العدوانية.

3- المبادرة مقابل الشعور بالذنب: إنها المرحلة الحركية و الأخذ و التملك والسيطرة : الاقتحام و التملك، و عكس ذلك الشعور بالذنب ضد هذا النشاط المبادر : عدوانية، سطوة، تنافس من أجل امتلاك الأم و الحصول على مكانة مفضلة لديها و بالتالي على الملكية عموماً، فشل هذه المحاولة يؤدي إلى الرضوخ و مشاعر الذنب و القلق، العبث و الاستكشاف الجنسي و الحشرية الجنسية، و التماهي بالوالدين، بروز الأنا الأعلى وانقسام الشخصية بين نزوات الهو الجامحة و مراقبة الأنا الأعلى الضابطة. المبادرة تسمح للطفل أن يقبل على عالم اللعب و استكشافه و يقبل على الدنيا والآخرين، ويستكشفها و يغتني و تزيد سيطرته على العالم و على ذاته.

4- الشغل و الصناعة مقابل الدونية: إنها ظفر النجاح، ففي البناء و التركيب وصناعة الأشياء خلال مرحلة الكمون (بعد الأوديب) و محاكاة الكبار في أعمالهم، بداية مرحلة الانجاز المدرسي و تعلم المهارات العضلية في الدروس واللعب و تنمية مهاراته وقدراته، لذة الانجاز و الاستيعاب (الانتباه) ، مقابل ذلك الاحساس بعدم التلاؤم و عدم الجدارة ، و الدونية و اليأس من الاتقان و من التباري مع الرفاق : في التعلم والمهارات سواء بسواء، و الدونية تجاه الآخرين، إنه أقل منهم ، النكوص من التباري و المنافسة

إلى الغيرة، بروز الشعور بالرداءة، هنا يأتي دور الروضة للتعويض من خلال التعزيز وتنمية المهارات.

5- الهوية مقابل انتشار الأدوار: هنا تتمثل الصحة النفسية في بزوغ هوية شخصية متكاملة و صورة ذات تتصف بالتماسك و الوضوح مما يمثل المدخل إلى سن الرشد، وفي المقابل يمثل الفشل في بناء هوية متكاملة و طغيان انتشار الأدوار إلى الضياع والتشتت و الوقوع في الصراع النفسي و مشاعر الضياع و الغربة عن الذات، و هي كلّها تشكل جانبا من أبرز اضطرابات المراهقة.

6- العلاقات الحميمة مقابل العزلة: نحن هنا في بداية مرحلة الشباب حيث تصل الشخصية المعافاة ذات الهوية المتماسكة جنسيا و كيانها إلى الانخراط في مشاريع علاقات عاطفية في حالة من القدرة على الحب، أما الشخصية غير المعافاة فهي التي تفتقر إلى هذه القدرة على العلاقات الحميمة و تقع في العزلة والانطواء.

7- العطاء و الإنجاز مقابل الركود: نقصد هنا الشخصية الراشدة التي تتطرق في مشاريع الانجاز و البناء و العطاء و تحقيق الذات، الشخصية القادرة على توظيف طاقاتها بكفاءة في الإنتاج، و القدرة في الآن عينه على حسن توظيف الإمكانيات المتاحة من أجل النجاح في هذا المشروع الوجودي، و على العكس من ذلك تقع الشخصية المضطربة في التعثر و الخيبة، و الركود و ضياع الفرص، و هدر الطاقات.

8- التكامل الشخصي مقابل اليأس و الأسى: تدخل الشخصية مرحلة الشيخوخة وبداية نهاية المسار الوجودي، فأما الشخصية المعافاة فهي التي تعيش في حالة الانسجام والوفاق مع الذات و الكون، بعد مسيرة نمائية انجازية إيجابية لكل المهام العمرية، تدخل الشخصية المعافاة في طور الطمأنينة و السلام و الحكمة، بينما الشخصية المضطربة التي عانت فشل تحقيق مهام المراحل العمرية تقع في الأسى و اليأس نتيجة لضياع الحياة و تبددها.

وبما أن "اريكسون" هو محلل نفسي في الأصل، فإن مهام المراحل العمرية و خصائصها في الصحة والمرض تقوم على الأساس البيولوجي لمراحل النمو كما يتصوّرها التحليل النفسي، إلا أن منظوره هذا متأثر بالثقافة الأمريكية التي رحل إليها في مطلع شبابه، إنها تمثل بامتياز القيم الأمريكية في الاستقلالية و أخلاقيات الإنجاز، ذلك أنه يرى أن الثقافة هي التي تشكل رزمة النمو الفردي ذي الأساس البيولوجي، فالشخصية في صحتها واضطرابها لا يمكن فهمها إلا في سياق المجتمع و ثقافته. (حجازي، 2004، ص.ص 43، 46)

من الواضح أن أغلب الجهود في ميدان خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية كانت غربية، لكن إذا قارناها مع بعض الجهود العربية لوجدناها غير متباعدة، إلا أن الصبغة الثقافية و الدينية بادية على هذه الخصائص المقترحة، و لناخذ اقتراح "القوسي" للتكامل باعتباره أساس الصحة النفسية كمثال للجهود العربية في مجال مقومات الصحة النفسية أو خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية .

يطرح هذا السياق التكامل باعتباره ركيزة الصحة النفسية، و يعني به التكامل ما بين وظائف النفس المختلفة و القدرة على مواجهة الأزمات النفسية و الإحساس بالسعادة والكفاية، يقترب هذا المنظور كثيرا من مفهوم التحليل النفسي في الوفاق النفسي بين القوى النفسية و أركان الشخصية، مما يتيح مجالا لإرضاء الحاجات بشكل متوازن من جانب، ويحرر إمكانات الفعل و العطاء و النماء من جانب آخر، و بذلك يتوفر الشعور بالكفاية والسعادة، و لقد ترك "القوسي" من خلال منظوره هذا الكفاية الحياتية من مثل حل المشكلات و اتخاذ القرارات و المرونة و التفاعل النشط مع العالم و الناس ضمنا على اعتبار أن التكامل النفسي الداخلي يوفر الأساس للانفتاح الايجابي الفاعل على الدنيا.

(نفس المرجع، ص39).

ليس ثمة اتفاق في الحقيقة بين الدارسين و المعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التي تشترطها عملية الصحة النفسية، و لكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عددا من الأوصاف لا يثور حولها جدل كثير في أن من يتصف بها يعتبر على قدر لا بأس به من الصحة النفسية

والنضج، فثمة أربع فئات من السلوك تظهر لدى الأشخاص بعد نجاحهم في العلاج النفسي، كما يمكن أن نلاحظها لدى من نطلق عليهم أسوياء أو متكاملين و غير ذلك من ألفاظ الصحة النفسية.

فهناك **النضج و المهارة في تكوين علاقات شخصية-اجتماعية فعالة**، و الدخول في علاقات اجتماعية دافئة و إيجابية على أن تكون مقبولة من الشخص نفسه و غير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين.

و هناك **التوافق في العمل و المهنة** ، أو بتعبير آخر الفاعلية في أداء الدور أو الأدوار الاجتماعية المنوطة بالشخص، مع البحث النشط عن دور أو أدوار ذات معنى في الحياة إذا ما ظهر -لأي سبب من الأسباب- أن المهنة التي يقوم بها الشخص لا تقدم له الإشباع الذي يسعى إليه.

و هناك **التوافق مع الذات**، و ما يتبع ذلك من قدرة أو قدرات على تعلم خبرات جديدة والاستبصار بالذات بما فيها من ضعف و قوة و قدرة على تحقيق النفس و الأهداف، وتوظيف الإمكانيات الفردية لتحقيق الإشباع المعنوي و الجسمي و الجنسي و ما يرتبط بذلك من نمو في القدرات الابتكارية و اتخاذ القرارات و ضبط الانفعالات السلبية الهدامة كالقلق والعدوان و الاكتئاب و المخاوف التي لا معنى لها. و هناك أخيرا **قدرة الشخص على أن يتبنى نفسه فلسفة عامة في الحياة** تسمح له بأن يتصرف بكفاءة و نجاح يتناسبان مع إمكانياته، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاث: الاجتماعية و السلوكية والنفسية ، وعندما نقول فلسفة عامة لا نعني بالطبع بأن الشخص السوي يجب يكون "كبرتراند راسل" أو "سارتر" ، و إنما نعني بأن يكون للفرد مجموعة من التصورات والقيم والاتجاهات والمعتقدات الشخصية التي تساعده على حب الحياة و الناس و الذات، وتحقيق السعادة والحياة الاجتماعية الفعالة . (عبد الستار، 1980، ص.ص 28 ، 29)

ترتبط خصائص و مقومات الصحة النفسية و إن بدت عالمية بعوامل كثيرة، كعامل الزمان والمكان و الثقافة و الحضارة و الدين، و نحن إذا اقتربنا هذه القوائم فذلك على سبيل

المثال و ليس الحصر، فأغلب الخصائص تبدو متشابهة و مكررة عند أغلب من كتب فيما يخصها، و الشيء الأكيد أنها لا تستطيع أن تتوفر كلها في شخص بعينه، و إن توفرت خاصية منها فلا تستطيع أن تتوفر مئة بالمئة في كل المواقف الحياتية، لذلك تعرف الصحة النفسية بالنسبية، و هذا ما سنتطرق إليه في العنصر الموالي.

(5)- نسبية الصحة النفسية :

أوردنا في التعريف المقترح للصحة النفسية أنها حالة دائمة نسبية و يعني ذلك - من بين ما يعني- أن الصحة النفسية ليست حالة ثابتة إما أن تتحقق أو لا تتحقق، بل إنها حالة ديناميكية متحركة، نشطة و نسبية، تتغير من فرد إلى فرد كما تتباين صفات عديدة كالطول و الذكاء و الاندفاع و السيطرة و حسن المعشر... كما يمكن أن تتغير من وقت إلى آخر لدى الفرد الواحد، و إن كان ذلك في حدود ضيقة، و دون الدخول في تفاصيل التفرقة المهمة والمعروفة في بحوث الشخصية و علم النفس المرضي بين الحالة و السمة، فمن الخصائص التي تميز الصحة النفسية أنها ذات دوام نسبي ، و أن مؤشراتنا تتغير تبعا لعدة متغيرات، و تفصيل ذلك أن مستوى الصحة النفسية يختلف بين الأفراد و لدى الفرد الواحد من وقت لآخر، كما تختلف معاييرها تبعا لمراحل النمو و تتغير كذلك تبعا لاختلاف الزمان والمجتمع، هذا ما نعرض إليه في الفقرات التالية:

5-1- نسبية الصحة النفسية من فرد لآخر: كما يختلف الناس بعضهم عن بعض في كل من الطول و الوزن و ضغط الدم و توتر العضلات، الذكاء و العبقرية، الاتزان و القلق... وغير ذلك، فإنهم يختلفون أيضا في الدرجة التي يحرزونها في الصحة النفسية، و الصحة النفسية نسبية لا مطلقة أي لا تتبع قانون الكل أو اللاشيء ، كما أن كمالها التام غير موجود و انتقاصها الكلي هو أيضا غير متوقع، و تفصيل ذلك أنه لا يكاد يوجد شخص كامل في صحته النفسية (لاحظ أن الأمر ذاته ينطبق على الصحة الجسمية)، و لا يكاد شخص تنتفي لديه جميع علامات الصحة النفسية، فمن الممكن أن نلاحظ بعض الجوانب

السوية لدى أشد الناس اضطرابا، و ليس من المتوقع غالبا أن تضطرب جميع الوظائف النفسية لدى الفرد دفعة واحدة.

5-2-نسبية الصحة النفسية لدى الفرد الواحد من وقت إلى آخر: إن الفرد الذي يشعر بالسعادة و النشوة و الحبور في كل لحظة من لحظات حياته هو شخص غير موجود، كما يصلح نقيض ذلك أيضا، فإن الفرد الذي يشعر طوال سنين حياته بالتعاسة أو الحزن أو القلق أو غير ذلك من الانفعالات السلبية المضايقة هو أيضا شخص لا وجود له، و الحقيقة أن كل إنسان يشعر-خلال حياته كلها- بمواقف سارة و أخرى غير سارة. كيف يمكن إذن أن نحدّد درجة الصحة النفسية أو المرض النفسي لدى شخص ما دمنا نمر جميعا بكل المواقف على اختلافها صعودا أو هبوطا؟

كلما زاد عدد المواقف أو الخبرات الإيجابية و شعور الفرد بالسعادة بالنسبة إليها، ونقص عدد المواقف أو الخبرات السلبية و شعور الفرد بالتعاسة، عدّ الفرد على درجة عالية من الصحة النفسية و عكس ذلك صحيح أيضا، و يمكن أن يثار سؤال مهم في هذا المجال: كيف يمكن تحديد الخبرات أو المواقف الإيجابية و السلبية في حياة كل منا، و تكون الإجابة كما يلي: يمكن تحديدها بطرق عدة، أهمها الاختبارات النفسية التي تقيس درجة الصحة النفسية، و تأسيسا على هذه النظرية الكمية التي تعتمد على إحصاء كل من المواقف الإيجابية و السلبية عن طريق المنحى القياسي (الاختبارات النفسية في المقام الأول) يمكن أن نحدد لفرد ما درجة الصحة النفسية لديه. و لا بد من الاعتراف بأن مثل هذه النظرة التي قدمنا فيها من التبسيط و الذي قد يصل إلى حد الإخلال و ذلك نظرا للمشكلات غير الهيئنة التي تواجه قياس الصحة النفسية، و هذا فضلا عن المشكلات السيكومترية (القياسية النفسية) في المقاييس ذاتها، و أخيرا و ليس آخرا، فإن الحد الفاصل بين الصحة النفسية والشذوذ النفسي ليس نقطة ثابتة أو خطا فاصلا كالفرق بين الأبيض و الأسود، إذ تؤثر في الصحة النفسية مواقف الحياة المتغيرة، و مع ذلك تجدر الإشارة إلى أن نوي الدرجة المرتفعة

من الصحة النفسية لديهم درجة مرتفعة من الثبات النسبي، في حين يتسم ذوو الدرجة المنخفضة من الصحة النفسية بالتغير و التذبذب و التقلب من وقت إلى آخر.

5-3- نسبية الصحة النفسية تبعا لمراحل النمو: يتأثر تحديد الصحة النفسية بمراحل النمو التي يمر بها الإنسان و يتصل ذلك بما يسمى بالمعايير العامة للنمو أو المعايير الشائعة له، فإذا فهمنا الصحة النفسية على ضوء مفهوم السلوك السوي (العادي) فإن إطلاقنا لوصف "سوي" " Normal" يحمل في طياته حكما نسبيا، فقد يعد سلوكا ما سويا في مرحلة عمرية معينة كرضاعة الطفل لثدي أمه حتى سن الثانية، على حين يعد هذا السلوك غير سوي إن حدث في سن الخامسة، و مص الأصابع سلوك سوي في الشهور الأولى من عمر الطفل لكنه يعد مشكلة سلوكية إن حدث مثلا في سن السابعة، كما يعد التبول اللاإرادي أمر سوي عادي في العام الأول من عمر الطفل و لكنه يعد مشكلة سلوكية إن حدث في عمر السادسة، و إنَّ الزيادة المفرطة للنشاط الجنسي في المراهقة لها أمر طبيعي متوقع، و لكنها غير طبيعية إن حدثت في الستين مثلا، مجمل القول أن الحكم على سلوك معين بأنه علامة على الصحة النفسية أو مؤشر للشذوذ النفسي يرتبط ارتباطا وثيقا بمرحلة النمو التي يمر بها الفرد، لذا فإن الصحة النفسية من هذا المنظور أمر نسبي.

5-4- نسبية الصحة النفسية تبعا لتغير الزمان: يعتمد تعيين السلوك الدال على الصحة النفسية على الزمان الذي حدث فيه هذا السلوك، و نقصد بالزمان هنا الحقبة التاريخية، والأمثلة على ذلك كثيرة، فقد كان اللص في "اسبطة" (و هي حكومة مدينة اليونان القديم) لا يعاقب، إذ كان ينظر إلى سلوكه هذا على أنه دليل ذكاء و فطنة، فقد نجح في أن يكون أذكى من شخص آخر لم يتخذ الحيطة الكافية، فاستغفله و تفوق عليه، و لقد كان لذلك الاعتقاد ظروفًا معينة و ملابسات خاصة في ذلك المجتمع في ذلك الزمان (شريت، 2001، ص.ص 15، 17). و مثال ذلك أيضا الجنسية المثلية التي كانت في وقت مضى تعتبر في الدول الغربية جرما يعاقب عليه القانون، و أصبحت الآن محمية بقوانين تعاقب من يجرمها،

و يمنع الاعتداء على ممارستها، فالحكم على الصحة النفسية اعتمادا على المثالين السابقين يجعل عامل الزمان عاملا مهما يحددها و دليلا آخر على نسبيتها.

5-5- نسبية الصحة النفسية تبعا لتغير المجتمعات: تختلف العادات و التقاليد من مجتمع إلى آخر اعتمادا على تغييرهما، فضلا عن عوامل أخرى بطبيعة الحال، وتختلف معايير السلوك الدال على الصحة النفسية أو الشذوذ النفسي.

و نستطيع أن نستخلص من كل هذه النماذج أن الحكم على الصحة النفسية يختلف تبعا لعوامل شتى أهمها الزمان و المكان و مراحل النمو، و لذا تجب الرؤية و يتعين الحذر عند إصدار الأحكام على أنماط السلوك الدالة على التوافق أو سوء التوافق، أي التي تشير إلى الصحة النفسية أو الشذوذ النفسي، إذ يتعين أن تراعي مثل هذه الأحكام مختلف المتغيرات التي تؤثر على الصحة النفسية. (نفس المرجع، ص.ص 19، 20)

من جهة أخرى تتعدد الزوايا التي يمكن لنا من خلالها الحكم على الصحة النفسية من عدمها و يطلق عليها المعايير، فنستطيع أن نتكلم عن الصحة النفسية أو عن تواجدها من عدمه في فرد ما، و يكون الحكم هنا إحصائيا أو اجتماعيا أو اكلينيكيًا أو حتى ذاتيا، لذلك سنتعرف على المعايير التي من خلالها يمكن لنا أن نحكم على الصحة النفسية للأفراد من خلالها .

(6) - معايير الصحة النفسية:

6-1- المعيار الإحصائي:

وفقا لهذا المعيار يشير مفهوم السوية إلى تلك القاعدة الإحصائية المعروفة بالتوزيع الاعتنالي normal distribution، و هو ما يعني أن أي ظاهرة نفسية عند قياسها ومعالجتها إحصائيا تتوزع وفقا للتوزيع الاعتنالي. (فوزي، 2001، ص19)

و لهذا الغرض يتبع منحى "غوس" الذي يظهر على شكل جرس وسطه ذو حجم كبير، حيث أن الوسط هو الذي يظم السواء، و هو الذي يندرج تحته الجزء الأكبر من الأفراد،

وأهمية هذا التعريف تظهر في استقلاله عن كل نظم القيم، و يمكن أن يكون موضوعا بطريقة إمبريقية، لكن يظهر خلط بين المعيار و المتوسط، إذ يعتبر ما يقع قرب المنطقة المسماة اعتدال غير سوي لأنه يدل على الانحراف عن المتوسط، و هذا غير ذي دلالة، فمثلا في التحصيل العقلي عادة ما يعتبر أن متوسط الأفراد في التحصيل العقلي 100 مع انحراف محتمل على الأقل 15 نقطة، هذا ما قد يعني أن الأفراد الذين يقدر التحصيل لديهم بين 85 و 115 هم جزء من الأفراد الذين يقعون في المعدل باعتبارهم الأكثر عددا، وهو لا يعتبر كبيرا مقارنة بالعدد الكبير الذي يمثل المتوسط، إنها إذن ممثلة للمعيار والمتغيرات المقاسة، و من الواضح أن هذا التعريف يبدي مشكلا يتمثل في تسميته بنفس المصطلح "غير سوي" للتحصيل العقلي الأقل من 85، الذي يعني تخلفا عقليا، والتحصيل العقلي الأكثر من 115 الذي يعبر عن ذكاء غير عادي، ويلاحظ أن انحرافه عن المتوسط يعني أنه غير سوي بالمفهوم الإحصائي، السواء إذن أو الصحة النفسية تصبح مصطلحا لا يخضع فقط للمعايير الإحصائية.

(Chabert,2008,p.74 ,75)

6-2-المعيار الاجتماعي:

يرى المعيار الاجتماعي أن المجتمع لا يقبل إلا السلوك الذي يكون في صالحه، أي في صالح مجموع أفراده، و في الوقت نفسه يرفض أي سلوك يهدد تماسكه و استقراره، كما تكمن أهمية المعيار الاجتماعي في تقييم السلوك سواء كان سويا أو شاذا، حيث أن الجماعة لا يمكن أن تتماسك من دون معايير اجتماعية، و تبقى المعايير تحمل صلاحيتها بالرغم من التغيرات التي تحصل من جيل إلى آخر.

(عبيدي، 2000،ص99)

فالعيش في المجتمع أو الجماعة يتطلب وضع قواعد تنظيم السلوكات و التصرفات التي تهدف إلى جعل الأفراد الأكثر اختلافا يعيشون بأقل قدر ممكن من الصراع.

(Chabert,2008,p74)

و يذهب أصحاب هذا المعيار إلى الأخذ بالأمور الإجماعية و ينادون بضرورة إعطاء المكانة الأولى للأسس الاجتماعية في بحث الطبيعة الإنسانية، فالمجتمع كما يرونه يظم

مجموعة من العادات و التقاليد والآراء والأفكار التي تسود سلوك الأفراد الذين يتألف منهم، فإذا ما خرج الأفراد عن هذه المعايير التي تسود مجتمعهم، اعتبر سلوكهم شاذًا، وهكذا يكون التوافق بين سلوك الأفراد وقيم المجتمع هو السواء، و يكون عدم التوافق شذوذاً.

(الرفاعي، 1982، ص 65)

6-3-المعيار الذاتي:

يعتبر من المعايير الحديثة لتحديد طبيعة السلوك (سوي أو غير سوي)، و يقوم هذا المعيار على التقدير الذاتي للفرد، فإذا كان الشخص راضيا عن حياته إلى حد ما، لا توجد لديه خبرات تعكر صفو حياته، فإننا نعرّفه أوتوماتيكيا بأنه شخص سوي.

(الداهري، 2005، ص 38)

ويعرض كلا من "موسي" و"هانت" في كتابهما أسس الشذوذ النفسي، حيث ذهبوا في تحليل البناء الشخصي لكل منّا والآراء التي نقلت عمّن هو الشاذ وعمّن هو السوي، أننا ننظر إلى الناس ونلاحظ ظروفهم وتصرفاتهم، وكثيرا ما نقول عنها أنها سوية حيث تتسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتية، ونقول عنها أنها غير سوية حيث تختلف عنا هذه الأفكار والآراء، وحين نحكم ذاتنا وكيانها الشخصي الفردي نتحدث عما هو سوي أو غير سوي، نحكمها معتمدين على كل ما قبلته و ألفته في خبراتها السابقة، و أكثر ما يكون السوي في نظرنا هو ما يتلاءم مع ما نرغب فيه، أو ما هو غير مرغوب فيه من وجهة نظرنا الشخصية يكون الشاذ.

(القاسم و آخرون، 2000، ص 25)

6-4-المعيار النفسي الموضوعي:

ينطلق هذا المعيار من فكرة النظر إلى وظائف العملية المعقدة التي ينطوي عليها السلوك، ويعتقد أصحاب هذا الاتجاه أن الشذوذ يكمن في الاضطراب الشديد الذي تظهر آثاره في السلوك ووظيفته، حيث يقول "جاترو" في حديثه عن السواء و الشذوذ أن الشاذ ليس في الحادث العجيب و لا هو مجرد الاختلاف عن الغير، إنما يكون الشذوذ في تلك الحالة التي تختلف عن غيرها، و التي يقودنا تحليلنا لها إلى معرفة حول طبيعتها، و تكشف عن

نفسها في المعنى الحقيقي للشذوذ، و إن الحالة النفسية تظهر في عدد من المظاهر يمكن للملاحظ أن يحيط بها، ولا يكفي أن تكون نادرة الوقوع أو عجيبة حتى تسمى الحالة شذوذاً، لكن الشذوذ هو عندما يقودنا التحليل النفسي إلى التأكد من وجود اضطراب وظيفي شديد، حيث أننا نعتمد على الفحص والتحليل في الحكم على الحالة، أي أنها مخالفة للجماعة واعتمادها على الفحص هو الذي يقرر ما إذا كانت الحالة شاذة أم لا.

و تبين أن هناك اتجاهين في تطبيق مفهوم فحص الحالة للتأكد من الشذوذ هما:

- أ- اتجاه يعتمد على تحليل الحالة النفسية في وظائفها و نوع نشاطها و أعراضها والآثار التي تخلفها في سلوك الفرد من حيث أن السلوك محصلة لعمل مجموعة من الوظائف.
- ب- اتجاه ينطلق من نظرية النظم في تكوّن السلوك، وهو ينظر إلى الشخصية على أنها منظومة معقدة تتطوي على عدد من النظم الفاعلة النشطة المتداخلة، و إن الاضطراب الذي يحدث في السلوك ليس إلا أذى لحق بعنصر قابل للتغير ضمن نظام من الأنظمة.

(قديح، 2007، عن سعد، 1989، ص 87)

من الملاحظ حسب ما تناولناه من معايير تحديد الصحة النفسية من عدمها أنها من المفاهيم المعقدة ، يتبدى ذلك من خلال صعوبة تحديدها في الفرد حتى عند اتباع هذه المعايير، لأن لكل معيار نقص في جانب ما كما يعبر عن وجهة نظر أصحابه، لذلك فمن المهم الاعتماد على كل هذه المعايير مجتمعة لكي تعمل بطريقة متكاملة يمكن معها إلى حد ما الحكم على الأفراد بالسواء أو عدمه أو الصحة النفسية من عدمها.

ويعتبر علم الصحة النفسية علماً تطبيقياً له هدفان متكاملان: هدف وقائي و هدف علاجي، و من أجل تحقيق هذه الأهداف يجب اتباع مناهج متعددة و متكاملة فيما بينها، و في هذا الصدد نقترح بعض المناهج الأساسية المتاحة في ميدان الصحة النفسية و هي كالتالي:

(7) - مناهج الصحة النفسية:

7-1- المنهج الإنشائي (الإنمائي):

و هو طريقة بنائية تستخدم مع الأسوياء وصولاً بهم إلى أقصى درجة ممكنة بالنسبة إلى كل منهم من الصحة النفسية، بما يتضمنه هذا المنهج من الكفاءة و الرضا عن الذات والآخرين بالنسبة للمهنة و الأسرة و ذلك بالنسبة إلى الأفراد و المجتمع ككل (شريت، 2001، ص 28)، و يهدف كذلك إلى مساعدة الفرد على النمو السليم و تحقيق التوافق في مختلف الظروف التي يمر بها، و ذلك من خلال التعرف على قدراته و امكانياته و توجيهها بطريقة سليمة (صالح و آخرون، ب ت، ص.ص 19، 20)، و لقد بات كثير من علماء الصحة النفسية مقتنعين بأهمية الجهود النمائية في الصحة النفسية و اعتباروها وقاية بالدرجة الأولى (أبو جويج، 2001، ص 17)، و لعل هذا المنهج لا يخص فقط الصحة النفسية، بل يتعداه إلى الصحة الجسمية كذلك، إذ يعرفه "فوزي جبل" على أنه ما يلجأ إليه الفرد للحفاظ على بناء جسمه و تقوية صحته و زيادة نشاطه و حيويته، و هو ما يسعى إليه الفرد لزيادة سعادته إلى أقصى حد مستطاع و الشعور بالرضا و مباحج الحياة .

(جبل، 2000، ص 19) .

7-2- المنهج الوقائي:

إن المنهج الوقائي في الصحة النفسية هو ما يتبعه الأفراد مع أنفسهم و مع غيرهم ليجنبوا أنفسهم من الاضطرابات النفسية مثل عدم الاستجابة للانفعالات العنيفة و محاولة تقبل الواقع بما فيه من محاسن و مساوئ و مواجهة مشاكل الحياة بهدوء (الهابط، ب ت، ص 24)، و هو مجموع الجهود المبذولة للتحكم في حدوث الاضطراب أو المرض و السيطرة عليهما، أو التقليل من شدة الظاهرة غير المرغوبة كالمرض العقلي، الجنوح، الجريمة، الإدمان على العقاقير، الحوادث،... الخ (شاذلي، 2001، ص 23)، و للوقاية هنا ثلاث مراحل هي:

أ- **الوقاية الأولية Primary Prevention**: تهدف إلى اتخاذ إجراءات مسبقة لمنع

حدوث الاضطرابات النفسية و الأمراض العقلية و غيرها من أنواع الشذوذ العقلي.

ب- **الوقاية الثانوية Secondary Prevention** : الغاية منها انقاص شدة المرض

والتقليل منه و ذلك من خلال الكشف المبكر عن الحالات.

ت- **الوقاية في المرحلة الثالثة Tertiary Prevention** : تهدف هذه المرحلة إلى خفض

العجز الناتج عن المرض العقلي، وجود عمل و التوافق معه، و محاولة انقاص

المشكلات المترتبة عن المرض العقلي و استخدام الوسائل التي تؤهل العمل الذي

يهدف إلى منع الانتكاسة. (شريت، 2001، ص.ص 25، 26)

هذه الأهداف الجزئية للمراحل الثلاث تبدو منطقية و تتماشى مع الهدف الرئيسي، حيث

يذكر "القوصي" أنه من بين الأهداف المهمة لعلم الصحة النفسية هو العمل على تقليل

معدلات انتشار سوء التوافق و المرض النفسي بأنواعه المتعددة، و الهدف الأساسي هو

خفض هذه المعدلات و بخاصة في المستقبل، و يتم ذلك عن طريق وقاية القطاع الأكبر

من الأفراد الذين يتعرضون للخطر أكثر من غيرهم في المستقبل ، و هنا يحضرنا القول

المأثور " الوقاية خير من العلاج" ، حيث يركز المنهج الوقائي على مرحلة الطفولة لأهميتها

في تحقيق النمو للفرد، كما يهتم بالأسرة باعتبارها المؤسسة الهامة المنوطة بها تربية

الأطفال و تنشئتهم، و تهيئة الظروف الملائمة لنموهم السوي، فيحفل بتطوير الآباء

و الأمهات بمختلف الوسائل التي تكفل تنشئتهم لأطفالهم بأسلوب سوي عادي، مع عدم

إغفال أهمية المدرسة و أجهزة الإعلام و مختلف المنظمات الاجتماعية من هذا المجال.

(القوصي، 1988، ص3)

7-3- المنهج العلاجي:

يهدف علم الصحة النفسية من بين ما يهدف إلى الدراسة العلمية للتوافق و الصحة

النفسية، كما يهتم بدراسة حالات سوء التوافق و اختلال الصحة النفسية بمختلف أنواعها

وتصنيفاتها (شريت، 2001، ص27)، و يهتم هذا المنهج بأسباب المرض النفسي وأعراضه

وتشخيصه وطرق علاجه، وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية (زهران، 2002، ص147)، أي أن المنهج العلاجي يهدف إلى مساعدة الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية و عقلية، فبعد أن يتم تحديد نوع المرض تستخدم طرق العلاج النفسي المناسبة و التي تشمل أساليب مختلفة حتى يعود المريض إلى حالته الطبيعية، قادرا على تحقيق التوافق السوي مع نفسه و مع البيئة المحيطة به. (منسي، 2002، ص18)

و الهدف الحقيقي و في كل الأحوال و في كل الدرجات التي يمكن أن يحققها الفرد من الصحة النفسية ، هو المحافظة على توازنها إذا كان متوازنا نفسيا، و محاولة تحقيقها إن كان مضطربا، إذن الهدف الأوحد هو أن يكون الفرد صحيحا نفسيا.

II - اضطراب الصحة النفسية: الاضطرابات النفسية.

اختلال الصحة النفسية بمفهومه العام حالة دائمة أو مؤقتة تبدوا في عجز الفرد وإخفاقه في حل مشكلاته اليومية على ما ينتظره الغير منه أو ما ينتظره هو من نفسه، و يبدو من هذا التحديد لاختلال الصحة النفسية أنه ذو مجالات مختلفة، تتمثل في المجال الاجتماعي الذي يظهر في عجز الفرد عن مجاراة قوانين الجماعة و معاييرها، أو عجزه عن عقد صلات اجتماعية مرضية مع من يعاملهم من الناس و مع والديه و إخوانه و زملائه، وزوجته وأطفاله ، و كذا رؤسائه في العمل، أما في المجال الشخصي، فيبدو في عدم رضا الفرد عن نفسه أو استصغاره إياها و احتقاره لها أو عدم الثقة فيها أو كرهها و إدانتها.

(فهيم، ب ت، ص 390).

و تزوّدنا المحكّات بمظاهر اعتلال الصحة النفسية مثل: سوء التوافق النفسي أو الشخصي، و سوء التوافق الاجتماعي، و سوء التوافق المهني و الدراسي، و الإصابة ببعض الاضطرابات الجسمية ذات المنشأ النفسي التي يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية، مثل قرحة المعدة و السكري و أمراض ضغط الدّم و بعض حالات الشلل الذي لا يكون له سبب عضوي. و من المظاهر الحادة الشديدة لاعتلال الصحة النفسية، المرض النفسي و العقلي

فالمرض النفسي هو نوع من الاختلالات و الاضطرابات الانفعالية التي تشترك في محور أساسي هو القلق و التوتر و الانقباض، أما المرض العقلي فهو نوع من الاختلالات و الاضطرابات التي تصيب الإنسان كالأستجابة لشدة الإجهاد و الضغوط و القلق و استمرار تأثيرها لفترة زمنية طويلة، و هي انعكاسات للتفكك العميق في الشخصية و العجز الشديد.

(عزت، 1986، ص19).

و من الواضح أن الأسباب التي تقف وراء اختلال الصحة النفسية و ظهور المرض النفسي كثيرة، و يذكر "حامد زهران" عندما تطرق إلى هذا الموضوع أن لكل شيء سبب و لا شيء يأتي من لا شيء، و من المبادئ الرئيسية في أسباب الأمراض النفسية بأنواعها مبدأ تعدد و تفاعل الأسباب، فمن النادر أن نضع أيدينا على سبب واحد كالوراثة أو الصدمة، و نقول أنه السبب الوحيد لمرض نفسي بعينه، و تتلخص هذه الأسباب في نتائج تفاعل قوية كثيرة و متعددة و معقدة داخلية في الإنسان (جسمية و نفسية) و خارجية في البيئة (مادية و اجتماعية).

1- تقييم الأسباب :

تنقسم أسباب الأمراض النفسية إلى:

1-1- الأسباب الأصلية أو المهيئة: و هي الأسباب غير المباشرة التي تمهّد لحدوث المرض، و هي التي ترشح الفرد و تجعله عرضة لظهور المرض النفسي إذا ما طرأ سبب مساعد أو مرسّب يعجّل بظهور المرض في تربة أعدتها الأسباب الأصلية أو المهيئة، و يلاحظ أن الأسباب الأصلية أو المهيئة متعددة و مختلفة و ربما استمر تأثيرها على الفرد عدة سنوات، و من أمثلة الأسباب المهيئة: العيوب الوراثية و الاضطرابات الجسمية، والخبرات الأليمة خاصة في مرحلة الطفولة و انهيار الوضع الاجتماعي.

1-2- الأسباب المساعدة أو المرسبة: و هي الأسباب المباشرة و الأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسي مباشرة و التي تعجّل بظهوره، و يلزم لها لكي تؤثر في الفرد أن يكون مهياً

للمرض ، أي أن السبب المرسب أو المساعد يكون دائماً بمثابة القطرة التي يطفح بها الكيل، والأسباب المساعدة تندلع في أثرها أعراض المرض أي أنها تفجر المرض و لا تخلقه، ومن أمثلة الأسباب المساعدة: الأزمات والصدمات مثل الأزمات الاقتصادية و الصدمات الانفعالية و المراحل الحرجة في حياة الفرد مثل سن البلوغ و سن الشيخوخة، أو عند الزواج و الإنجاب أو الانتقال من بيئة إلى أخرى أو من نمط حياة إلى آخر.

1-3- الأسباب الحيوية (البيولوجية): و هي في جملتها الأسباب الجسمية المنشأ أو العضوية التي تطرأ في تاريخ نمو الفرد ، ومن أمثلتها : الاضطرابات الفسيولوجية و عيوب الوراثة و نمط البنية أو التكوين و عوامل النقص العضوي.

(زهران، 2005، ص107).

و الوراثة في الأمراض النفسية أقل وضوحاً منها في الأمراض العقلية، و سبب ذلك يعود إلى حد ما إلى عدم توفر حدود فارقة بين الانفعالات النفسية الطبيعية و بين الحالات النفسية المرضية، ثم إن نسبة كبيرة من ذوي الأمراض النفسية يتحملون شكاوهم المرضية و يحتفظون بها لأنفسهم، و بسبب هذه التحديات تظل النسب الصحيحة للإصابات المرضية مجهولة، و مع هذه الصعوبات فإن التقارير الاحصائية و الملاحظات الفردية العديدة تؤيد كلها وجود نسبة أعلى من الأمراض النفسية في عائلات و أقارب المرضى المصابين.

(الشربيني، 2014، ص73)

1-4- الأسباب النفسية: و هي أسباب ذات أصل و منشأ نفسي، و تتعلق بالنمو النفسي المضطرب خاصة في الطفولة و عدم اشباع الحاجات الضرورية للفرد و اضطراب العلاقات الشخصية و الاجتماعية، و من أهم الأسباب النفسية: الصراع و الإحباط و الحرمان و العدوان و حيل الدفاع (غير التوافقية) و الخبرات السيئة و الصدمة و عدم النضج النفسي و العادات غير الصحية و الإصابات السابقة بالمرض النفسي.

1-5- الأسباب البيئية الخارجية: و هي الأسباب التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الاجتماعي و من أمثلتها: اضطراب العوامل الحضارية و الثقافية و اضطراب التنشئة

الاجتماعية في الأسرة و في المدرسة و في المجتمع...الخ. (زهران، 2005، ص108)، وتعرف البيئة من الناحية النفسية بأنها " مجموع الاستنارات التي يتلقاها الفرد من لحظة اخصاب البويضة في رحم الأم حتى وفاته"، إلا أننا يجب أن ننبه إلى أن مجرد الوجود الفيزيائي للأشياء لا يؤلف في حد ذاته البيئة، و إنما لا بد أن تقوم هذه الأشياء بدور المثيرات للفرد و يتسع التعريف ليشمل ما هو أكثر من البيئة بمعناها الشائع، فيشمل كل صور الاستنارة، كما يمتد إلى حياة الفرد كلها (أبو حطب، 1990، ص.ص 461، 462).

و يلاحظ أن الأسباب الأصلية أو المهيئة و الأسباب المساعدة أو المرسبة، تتضافر كي تظهر أعراض المرض، و أهمها يسمى السبب الرئيسي، و يلاحظ أيضا أن العلاقة بين أسباب المرض النفسي تكاد تكون علاقة تفاضل و تكامل، فنحن نجد أن في حالة وجود أسباب مهيئة قوية يكفي سبب مرسب بسيط حتى يحدث المرض، و كذلك في حالة وجود أسباب مهيئة ضعيفة يلزم سبب مهيب قوي حتى يحدث المرض، و يلاحظ أيضا أن السبب أو الأسباب التي تؤدي إلى انهيار شخصية الفرد قد تؤدي هي نفسها إلى صقل شخصية فرد آخر، ونحن نعرف أن النار التي تذيب الدهن هي نفسها التي تجعل البيض يتجمد، وضغط ثقل معين يتحملة جسم و ينهار تحته جسم آخر، و هكذا فإننا في تحديد أسباب وتشخيص المرض النفسي يجب ألا نبالغ في مجموعة من الأسباب على حساب الأخرى، بل يجب الاهتمام بكل من الحيوية و النفسية و المهيئة منها و المرسب، و لا يفوتنا أن ننبه المعالج النفسي إلى أهمية تحديد الأسباب كما يراها المريض نفسه، و لا شك أن معرفة الأسباب بدقة تساعد في ازالتها وتجعل التنبؤ بنجاح العلاج محتملا جدا (زهران، 2005، ص 108) كما يجب أن يتناول المعالج النفسي تفسير الأسباب المهيئة للمرض النفسي والعقلي بحرص، إن المعرفة لا يمكن أن تكون شاملة إذا ما فسرت تفسيراً حرفياً بمقتضى المعنى الذي يحمله لفظ "العامل" - أو السبب- ، و على ذلك فإنه بالنسبة للعوامل المسببة للمرض لا بد من ترك الباب مفتوحاً، و يتحقق ذلك بتناول تلك الأسباب من وجهات نظر فاحصة واسعة و ربما فلسفية أخرى (خليل، 1983، ص 297).

(2) - انتشار الاضطرابات :

إن الإصابة بالمرض من أوائل الأخطار التي واجهت الانسان منذ بداية الخليقة، فقد اعتبرها الانسان الأول تهديدا للبقاء، فقد أثبتت دراسة بقايا الإنسان الأول أنه كانت له أمراض وكان يعاني ألوانا من الأذى، وكان يحاول أن يلجأ إلى الطبيعة للخلاص من ذلك الأذى وتلك الآلام (غانم، 2004، ص1). كما أن المرض النفسي يعد من أشد العوامل قسوة وعنفا في انتزاع سعادة الإنسان و تدميرها بل وسعادة وأمن المحيطين به أيضا، فالأسرة التي يصاب أحد أعضائها بالمرض العقلي أو النفسي تعاني كلا من التعاسة والبؤس وضيق الصدر، فضلا عما يسببه المرض من إعاقة إنتاجية الفرد وإبداعه وإسهامه في العمل الوطني.

(العيسوي، 1995، ص.ص1، 2)

يشير مرجع "الكسندر وسيلزنك" عن تاريخ الطب النفسي (1966)، إلى أن الجمهور والحكومة و المهتمين بالصحة أصبحوا يعون أن الأمراض النفسية تشكل خطرا على البشرية لا يقل عن أشد الأمراض الجسمية خطورة، و أنه يقدر وجود واحد من عشرة أشخاص في الولايات المتحدة الأمريكية يعاني نوعا من أنواع المرض النفسي، وأن 13% من الشباب الذين يفحصهم الجيش الأمريكي يتبين أنهم غير مناسبين للخدمة العسكرية بسبب اضطراباتهم النفسية، وأن بليوناً ونصف البليون من الدولارات يضيع سنويا في أمريكا بسبب تعييب الناس عن أعمالهم نتيجة اضطراباتهم النفسية، وأنا بدأنا ندرك أخيرا هذه الضربة الفادحة التي تأخذها الأمراض النفسية من طاقات البشر ونتاجيتهم، ويؤيد (جيلمر، 1971) نفس الرأي في مدى انتشار وخطورة الأمراض النفسية على المجتمع والإنتاج، عند اشارته إلى قضاء واحد من كل 13 فردا جزءا من حياته في مستشفى عقلي، وأن واحدة من كل ثلاث عائلات فيها على الأقل واحدا من أفرادها يعاني مشكلة انفعالية خطيرة، وأن نصف أسرة المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية يشغلها مرضى عصبيون ونفسيون، كما يضيف "جيلمر" أن هناك من البيانات ما يشير إلى أن مشكلة الأمراض والاضطرابات النفسية في أوروبا لها نفس الخطورة والحدة.

(البناء، 2013، ص14)

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد المصابين بالاضطرابات النفسية يتراوح ما بين 30-35% من عدد سكان أي دولة، كما يقدر مركز الخدمات الصحية في إحدى الجامعات الانجليزية أن 4% من الرجال و 5% من النساء يعانون من أعراض اضطرابات نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية. و في دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكي، و جد أن 4% منهم كانوا يعانون من الاضطراب المزمن، و 11% يشعرون بالاكتئاب النفسي و التعاسة، و 19% تمتلكهم مخاوف من الانهيار العصبي بين لحظة وأخرى، و 2% صادفتهم مشاكلات احتاجت لتدخل علاجي، أما بالنسبة للذهان فهي تصل إلى أكثر من 1% في المجتمع، كما أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية مقارنة بفئة الرجال، و كبار السن يتزايد لديهم الاضطراب أيضا بمقارنتهم بالصغار في جوانب معينة من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب. و في مسح اجتماعي لحالات الفصام المزمن في مناطق (غانا) الأفريقية، وجد أن نسبة الفصاميين تصل إلى 9% من عدد السكان في مقابل 8% من عدد السكان في دول أوروبا و أمريكا.

و في دراسة أجريت على ثلاث قرى هندية تتكون من 9 آلاف نسمة تبين أن 37% من السكان صرّحوا بأنهم يعانون من أحد الاضطرابات النفسية بشكل أو بآخر، و زادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من الرجال و بين الفقراء أكثر من الأغنياء.

(غانم، 2006، ص.ص 15، 16)

تبين في العالم العربي ، في دراسة أجراها " عبد الستار ابراهيم" حيث قارن بين ثلاث مجموعات من الطلاب في أمريكا و بريطانيا و مصر، تبين أن نسبة المصابين بالقلق تزداد بين الطلاب المصريين يتلوهم الأمريكان ثم الانجليز.

و في دراسة أجراها (أحمد محمد غالي) على 1883 فردا من المقيمين في الكويت من بينهم 450 من الكويتيين الذكور، 557 من الكويتيات ، 575 من غير الكويتيين من الذكور، و 296 من غير الكويتيات، وجد شيوع العصاب بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى، كما أن الإناث عامة سواء كن كويتيات أو وافدات كن

أكثر عصابية، و أن أكثر المجموعات عصابية هي فئات التلاميذ في المرحلة الثانوية وأصحاب المهن.

و في دراسة أجراها " عبد الستار " على 300 طالب و طالبة في المرحلة الجامعية بمدينة البيضاء بليبيا ، توصل إلى أن ما يقارب من 51.6 % من العينة عبرت عن العجز من تأكيد الذات و انخفاض الثقة بالنفس في مواقف التفاعل الاجتماعي، و أن الخجل والانسحاب من التفاعل في المواقف الاجتماعية تنتشر بين ما يقارب من 45% من أفراد العينة و هي نسبة عالية دون شك. (عبد الستار، 1998، ص.ص 33، 39)

و في دراسة أجراها "محمد حسن غانم" و "مجدي زينة " سنة (2005) حول مدى انتشار اضطرابات الشخصية بين فئات اجتماعية و مهنية متعددة في المجتمع المصري، توصلوا إلى حقيقة مؤداها انتشار العديد من اضطرابات الشخصية بفئاتها المختلفة لدى قطاعات متعددة (و غير اكلينيكية) في المجتمع المصري، و إن كانت نسبة الاضطرابات في الإناث أكثر من الذكور بصفة عامة. (غانم، مجدي، 2005)

كما تقدّر بعض الدراسات نسبة الاضطرابات النفسية كآتي:

- عدد المصابين باضطراب الاكتئاب في العالم اليوم تصل نسبتهم الى 7%.
- أكدت تقارير منظمة الصحة العالمية أن حالات الانتحار تقدر ب حوالي 800 ألف حالة كل عام.
- تصل نسبة الاصابة بالتخلف العقلي من 2-4% من السكان.
- يصيب مرض الصرع - و هو أكثر الأمراض العصبية انتشارا - نسبة تتراوح ما بين 0.5-1%.
- يقدر عدد المصابين بحالات العته أو الخرف التي تحدث في مرحلة الشيخوخة بنسبة 5% فوق سن الستين. (غانم، 2006، ص17)

كما يوجد حوالي 40-60% من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات نفسية جسمية، و الاضطرابات النفسية الجسمية أكثر نقشيا في الحضارات

المعقدة التي يشيع فيها الصراع و التنافس و القلق و الخوف و الاستثارات الجنسية المستمرة، و هي أكثر حدوثا في الطبقة المتوسطة، حيث التأثير واضح بالحياة الاجتماعية، و هي أكثر شيوعا لدى الإناث منها لدى الذكور، و نسبة كبيرة جدا من حالات التغيب عن العمل ترجع إلى شكاوى جسمية نفسية ، و أكثر الأعراض شيوعا هي تلك التي تتعلق بالجهاز الدوري، و الجهاز الهضمي، و الجهاز الجنسي. (زهرا، 2005، ص469)

(3) - أنواع الاضطرابات :

إذا كان الطب قد أحيط عبر التاريخ بشيء من الغموض فإن هذا الأمر أكثر ما يتجلى في مجال الأمراض النفسية و العقلية، فما تزال هناك الكثير من العقبات والصعاب في طريق من يحاول أن يستوعب مظاهر أمراض الدماغ و الأمراض النفسية بشكل عام. في مجال الأمراض الجسدية يسهل على الطبيب أن يؤكد وجود المرض أو الإصابة عن طريق صور شعاعية أو تحليل مخبري، و لكن يصعب هذا الأمر في الأمراض النفسية والتي قد لا تتجلى بعلامات جسدية عضوية للمريض، فالمرض النفسي يلاحظ عادة من خلال سلوك المصاب أو دلائل مشاعره و تفكيره، أو في أسلوب نظرته للعالم من حوله، أو كل هذه الأمور مجتمعة، فالمرض النفسي يتوقع عادة عندما يختل واحد من ثلاث جوانب في حياة الانسان النفسية و تصبح غير "طبيعية" أو غير صحية و هذه الجوانب هي: التفكير، المشاعر، و السلوك. (البناء، 2013، ص.ص 16، 17)

3-1 - الأمراض النفسية (العصاب):

إذا أردنا أن نعطي مفهوما عن المرض النفسي أو العصاب نستطيع القول أن: الأمراض النفسية هي عبارة عن مجموعة من الانحرافات السلوكية التي لا تنجم عن اختلال بدني أو عضوي أو تلف في تركيب المخ، و تأخذ هذه الانحرافات مظاهر عديدة من أهمها: التوتر النفسي و القلق و الوسواس و الأفعال القسرية اللاإرادية و المخاوف. فالأمراض النفسية هي

أمراض ليست لها أسباب عضوية لذا يمكن تسميتها أمراضا نفسية المنشأ و يمكن تسميتها أيضا وظيفية، و ذلك لأنها تؤثر على وظائف بعض أعضاء الجسم.

و الأمراض النفسية أو العصاب هو اضطراب وظيفي في الشخصية حيث يحدث فيها نوع من التغير، و لكن الشخصية لا تتصدع تماما فتضل صلة المريض بالواقع سليمة من الناحية الشكلية فيحافظ على مظهره، و يظل سلوكه معقولا إلى حد كبير ، غير أنه تشوبه بعض الغرابة، كما أنه لا تحدث اضطرابات في اللغة و التعبير بشكل ملحوظ، و يكون اضطراب التفكير محدودا و منصبا على المرض نفسه، كما يحدث في حالات الوسواس أو الخوف، و لا توجد هلوسات سمعية أو بصرية، و يظل المحتوى اللاشعوري مبتعدا عن السلوك الظاهر و يظل المريض قادرا على إقامة حوار مع الآخرين.

و في هذا المجال لا بد من التفرقة بين العصاب و المرض العصبي، فالعصاب هو مرض نفسي و المرض العصبي مرض عضوي ينشأ نتيجة لتلف في الجهاز العصبي.

(منسي و آخرون، ب ت، ص.ص 45، 46)

3-2- الأمراض العقلية (الذهان):

الأمراض العقلية أو الذهانية تعتبر من أخطر الأمراض التي تصيب الفرد حيث تؤثر على جميع جوانب الشخصية كالجانب العقلي و الاجتماعي و الانفعالي و السلوكي، إذن المرض العقلي أو الذهان يشير إلى خلل كامل في جميع جوانب الشخصية حيث يجعل الفرد غير قادر على تحقيق التوافق السوي و غير قادر على ممارسة حياته بطريقة طبيعية.

ويمكن تعريف المرض العقلي أو الذهاني على أنه اضطراب كامل في الشخصية بأكملها، يبدوا في صورة اختلال قوي في القوى العقلية، حيث لا يستطيع الفرد التوافق مع البيئة

المحيطة به، كما أن المريض ينفصل تماما عن الواقع. (نفس المرجع، ص 90)

3-3- الاضطرابات السيكوسوماتية:

لقد كثرت شكاوى الناس من بعض الأمراض العضوية التي لم تعرف أسبابها، مما حدى ببعض الأطباء النفسيين إلى البحث عن أسباب هذه الأمراض، و ذلك لما للجانب النفسي من تأثير على الجانب الجسمي و العكس صحيح أيضا، فالأمراض النفسية الجسمية التي تصيب بعض الأفراد ناتجة عن التوتر والقلق والضيق والاكتئاب و الغضب، و الإحباط والكبت الذي يعانون منه، وبخاصة هؤلاء الأفراد الذين يتسمون بالتحكم الزائد في انفعالاتهم، لذلك تظهر نتائج هذا التحكم بصورة اضطرابات وعلل جسمية نفسية (منسي، 2001، ص55) ، و يمكن تعريفها كالاتي: "هي اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي (بسبب الاضطرابات الانفعالية) تصيب المناطق التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي"، و يوجد فرع كامل من فروع الطب النفسي هو الطب النفس جسمي Psychomatic Medecine ، يهتم اهتماما خاصا بهذه الاضطرابات.

(زهران، 2005، ص468)

3-4- اضطرابات الشخصية:

إذا اعتبرنا أن الشخصية تنتج عن مجموع البناءات الذهنية الذاتية التي نقوم بصياغتها طوال فترة حياتنا لتفسير العالم، فإن الشخصيات المرضية تشير إلى اختلال هذه التصورات، أو غيابها أو تصلبها.

ووفق تعاريف اضطرابات الشخصية، فإن الشخصية المرضية تعكس انحرافات لها، بمعنى وجود أنماط سلوكية وأعراض نفسية مرضية تتجلى في اختلال الأداء النفسي والسلوكي والاجتماعي، إذ يمكن تعريف اضطرابات الشخصية على النحو التالي:

حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة (OMS,1983): "هي أنماط سلوكية متجذرة وثابتة والتي تظهر كاستجابات متصلة للعديد من المواقف الاجتماعية و الشخصية المختلفة، وتمثل هذه الأنماط السلوكية انحرافا حادا ومهماً عن الأسلوب الذي يتبناه الفرد في ثقافة معينة، في

الإدراك و التفكير والشعور، وتحديدًا طريقة إقامة العلاقات مع الآخرين، هذا النمط السلوكي يميل إلى الثبات ويمس العديد من مجالات الأداء السلوكي والنفسية.

(حدار، 2013، ص.ص 14، 15)

3-5- الاضطرابات السلوكية:

يطلق مصطلح المضطربين سلوكيا على الأفراد الذين لا يمكنهم السيطرة على انفعالاتهم على نحو جيد يكفي للمحافظة على سلوكهم في نطاق مقبول، وقد تؤثر الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية على حياة الفرد بشكل كبير، حيث تؤثر على علاقته مع أفراد الأسرة والأصدقاء وكذلك على تحصيله و عمله، و بدون تدخل فإن الفرد سيعيش في ألم انفعالي وعزلة، و يندمج في سلوك ضد المجتمع.

و يمكن تعريف المضطربين سلوكيا حسب "كوفمان" "kauffman" كالاتي:

"الأشخاص المضطربين في السلوك هم أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح و مزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعيا، أو يستجيبون بطرق غير مناسبة، و الذين يمكن تعليمهم سلوكات اجتماعية و شخصية مقبولة" (القيوني و آخرون، 1995، ص329).

يندرج تحت كل نوع من أنواع الاضطرابات النفسية عدد كبير من الأمراض، و ليس بالأمر الهين الفصل بينها بطريقة قطعية نظرا لتداخلها و تشابهها في أحيان كثيرة، لذلك ظهر من طرف المختصين اجتهادات للفصل و التفريق بين هذه الأمراض بناء على أعراضها بشكل أساسي، فظهر ما يعرف بالتصنيف فيما يخص الاضطرابات أو الأمراض النفسية.

4- التصنيف و الاضطرابات:

ظهر الاهتمام المبكر بتصنيف الأمراض و الاضطرابات العقلية منذ فترة طويلة تمتد إلى ما قبل الميلاد لدى "أبو قراط" أبو الطب (460-377 ق.م)، و "أفلاطون" (428-347 ق.م) ثم "جالين" (129-199م) خلال القرن الثاني الميلادي، كما كان للفيلسوف و الطبيب العربي "ابن سينا" (980-1037م) اهتماما مماثلا، و من الأسماء الأخرى المهمة التي لا

يغفلها تاريخ تصنيف الاضطرابات "روبرت بورتون" "Burton" (1821-1890م) ، ثم الطبيب الفرنسي "بوازي دي سوفاج" "B.de.Sauvages" الذي صنف 2400 مرض مختلف.

غير أن أكبر و أقرب المحاولات في هذا المجال هي تلك التي قام بها "ايميل كريبلين" (1856،1926م) "Kraepelin" الذي قام بتطوير نسق تصنيفي يتضمن عددا من الحالات التي قدم لها أسبابا مميزة مقدما أوصافا لخصائصها النفسية، و المرض المخي أو عدم السواء المخي المصاحب لها أو المسؤول عنها، و كان لتصنيف "كريبلان" أهمية كبيرة ساعدت على ذيوعه و الاعتراف به على نطاق واسع.

لم يقتصر جهد التصنيف على أفراد، إذ يمكن تتبع جهود تصنيفية أخرى ترتبط بمؤسسات وهيئات مختلفة منذ نهاية القرن التاسع عشر، كانت جميعها بمثابة مقدمات مبكرة للنظم التصنيفية و التشخيصية الحالية، من بين هذه الجهود: النظام التصنيفي الذي أصدرته جمعية المشرفين الطبيين على المؤسسات الأمريكية للجنون في عام 1886م، و هو مقتبس من النظام الانجليزي السابق، كما ظهرت أيضا نظم تصنيفية منافسة أصدرتها مهن مختلفة ومستشفيات أو جماعات حكومية، و من بينها التصنيف الذي أصدرته مفوضية نيويورك للجنون عام 1890م، و ظلت تصدره حتى عام 1968م. غير أن تصنيفا آخر ظهر في الأربعينات عن منظمة الصحة العالمية، و هو عبارة عن ثبت للاضطرابات العقلية والنفسية المختلفة أطلق عليه اسم "التصنيف الدولي التاسع للأمراض"، و رغم حداثة وأهمية هذا التصنيف و قيمته في إرساء لغة علمية مشتركة بين بلاد العالم، نتيجة صدوره عن هيئة دولية، إلا أنه لم يلق قبولا واسعا مقارنة بتصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية، ومن بين الأسباب الجزئية لهذا التقبل المحدود غياب نسق تصنيفي لحالات العته أو الخبل واضطرابات التوافق و الكثير من اضطرابات الشخصية الأخرى، و قد صدرت صورة جديدة لهذا التصنيف باسم "التصنيف الدولي العاشر للأمراض" عام 1990م، و يعد الدليل

التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية أبرز المحاولات المعروفة في مجال التصنيف والتشخيص. (فرج، 2008، ص.ص 105، 106)

اذن نستطيع القول أن التصنيف هو آلية بسيطة واضحة تفسر الاضطرابات، و قد انصبت جهود هائلة على وضع تصنيفات يحتكم إليها لتشخيص الاضطرابات النفسية، و تكون جسرا بين الأطباء و المختصين النفسيين في العالم في استعمال لغة طبية نفسية واحدة، وأيضا جمع المعلومات الاحصائية و استخدامها في الدراسات و الأبحاث، و من أبرز التصنيفات التي ظهرت، التصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الأمراض النفسية و السلوكية ICD-10، و الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات العقلية DSM بطبعاته المختلفة (حسون، 2004، ص2)، و نقترح كمثل لهذه التصنيفات كل من تصنيف المنظمة العالمية للصحة، و الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات النفسية.

4-1- تصنيف منظمة الصحة العالمية: والذي يطلق عليه اختصارا (ICD) International Classification Diseases، و هذا التصنيف قد تم وضعه عام 1946 و تمت مراجعته أكثر من مرة حتى وصل أخيرا إلى المراجعة العاشرة ICD-10 عام 1992، (توجد ترجمة عربية للدليل العاشر أصدرها المكتب الاقليمي لشرق المتوسط). و تم تصنيف الفئات المرضية و التي تتدرج- كمثل ضمن الاضطرابات السلوكية - في الفئات التالية:

- 1- اضطرابات الشخصية و السلوك الناجمة عن مرض أو إصابة أو خلل وظيفي.
- 2- الاضطرابات العقلية و السلوكية الناجمة عن استخدام مواد نفسية فعالة.
- 3- اضطراب الشخصية و السلوك الناجم عن تعاطي الكحول.
- 4- اضطرابات عقلية أو سلوكية أخرى مترتبة عن تعاطي كحول أو مخدرات.
- 5- اضطرابات عقلية أو سلوكية غير محددة مترتبة عن تعاطي كحول أو عقاقير.
- 6- اضطرابات التوافق مع خلل مختلط في المشاعر و السلوك .

- 7- اضطراب التوافق مع خلل أساسي في السلوك.
- 8- الزمّلات السلوكية المصحوبة بخلل وظيفي و عوامل بدنية.
- 9- الاضطرابات العقلية أو السلوكية المصاحبة للنفاس غير المصنفة في مكان آخر.
- 10- عوامل نفسية أو سلوكية مصاحبة لاضطرابات أو أمراض مصنفة في مكان آخر.
- 11- زمّلات سلوكية و اضطرابات عقلية مصاحبة لخلل وظيفي فسيوجي غير محدد.
- 12- اضطرابات الشخصية و المسلك للراشدين.
- 13- اضطرابات نفسية سلوكية مصاحبة للارتقاء و التوجه الجنسي.
- 14- اضطرابات أخرى في شخصية و سلوك الراشدين.
- 15- اضطرابات شخصية و سلوك الراشدين غير محدد.
- 16- المسلك السلوكي المصاحب للتأخر العقلي.
- 17- اضطرابات النماء.
- 18- اضطرابات سلوكية و انفعالية تبدأ عادة في مرحلة الطفولة أو المراهقة.
- 19- اضطرابات سوء المسلك أو الجناح.
- 20- الاضطرابات المختلطة في المسلك و الانفعالات.
- 21- اضطرابات في اللوازم.
- 22- اضطرابات سلوكية و انفعالية أخرى غالبا ما تظهر إبان فترة الطفولة أو في مرحلة المراهقة.

4-2- تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات : هذا الدليل تصدره الجمعية

الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association و الذي يستخدم كأساس

للتشخيص في العديد من دول العالم. (غانم، 2006، ص22)

وقد صدرت حتى الآن 5 مراجعات من هذا الدليل، حيث ظهرت الطبعة الأولى عام 1952

باسم DSM-I ، ثم ظهرت الطبعة الثانية منه عام 1968 باسم DSM-II ، و في عام

1980 صدرت الطبعة الثالثة باسم DSM-III ، وفي عام 1987 تم اصدار طبعة من الدليل

الثالث مراجعة باسم DSM-III-R ، و في عام 1994 صدرت الطبعة الرابعة باسم DSM-IV والتي صدرت منها عدة طبعات آخرها عام 2000، و آخر طبعة أطلقت باسم DSM-V سنة 2011. و يرصد المتابعون وجود فروق أساسية بين كل طبعة و طبعة أخرى. نأخذ على سبيل المثال التصنيف الذي قدم في الطبعة الرابعة DSM-IV و الذي صنف الاضطرابات على النحو التالي:

1- الاضطرابات التي عادة أول ما تشخص في سن الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة وتضم: التخلف العقلي، اضطراب المهارات الحركية، اضطرابات التواصل، الاضطرابات النمائية، اضطرابات عجز الانتباه، و السلوك المخرب و الفوضوي، اضطرابات الاطعام و الطعام، اضطراب العرة، اضطراب الإفراغ، اضطرابات أخرى في سن الرضاعة أو سن الطفولة و المراهقة.

2- اضطرابات الهذيان و العته و اضطراب النساوة، و اضطرابات استعرافية أخرى.

3- الاضطرابات العقلية الناجمة عن حالة طبية عامة غير المصنفة في مكان آخر وتضم : الاضطرابات المتعلقة بالمواد، الاضطرابات المتعلقة بالأمفيتامين، الاضطرابات المتعلقة بالكافيين، الاضطرابات المتعلقة بالحشيش، الاضطرابات المتعلقة بالكوكايين، الاضطرابات المتعلقة بالمهلوسات، الاضطرابات المتعلقة بالنشوق، الاضطرابات المتعلقة بالنيكوتين، الاضطرابات المتعلقة بالأفيون، الاضطرابات المتعلقة بالفينيسيكليين، الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات أو المنومات أو مضادات القلق، الاضطرابات المتعلقة بمواد أخرى (أو غير معروفة).

4- الفصام و الاضطرابات الذهانية الأخرى و تتضمن: الفصام مع تحديد النمط (العشقي الهوسي، نمط العظمة، نمط الغيرة، النمط الإضطهادي، النمط الجسدي، النمط المختلط، النمط غير المحدد).

5- اضطرابات المزاج.

6- الاضطرابات الإكتئابية (الاضطراب الإكتئابي الجسيم، الاضطراب ثنائي القطب)

- 7- اضطراب القلق.
- 8- الاضطرابات جسدية الشكل.
- 9- الاضطرابات المفتعلة.
- 10- الاضطرابات التفارقية.
- 11- الاضطرابات الجنسية و اضطرابات الهوية الجنسية .
- 12- اضطرابات الأكل.
- 13- اضطرابات النوم.
- 14- اضطرابات السيطرة على الدافع غير المصنفة في مكان آخر.
- 15- اضطرابات التأقلم.
- 16- اضطرابات الشخصية.
- 17- حالات أخرى قد تكون مركز اهتمام سريري. (حسون، 2014)

(5) - أعراض وعلامات الاضطرابات :

تشمل أعراض الاضطراب النفسي كل التغيرات التي يشعر بها المريض ويبلغها للطبيب، بينما يقوم الطبيب -المختص النفسي- من خلال المقابلة النفسية باستخراج علامات الاضطراب النفسي عندما يفحص الحالة النفسية للمريض، ويتم التشخيص بضم الأعراض إلى العلامات في وحدة يطابقها الطبيب أو المختص النفسي مع ما هو معروف من المتلازمات Syndromes التي تشكل الاضطرابات النفسية، وسوف نورد في هذا العنوان الأعراض والعلامات النفسية معاً كما نجدها في الوظائف النفسية الرئيسية عندما تضرب لدى المرضى النفسيين، ولا تعتبر كل واحدة من تغيرات الوظائف النفسية التي نصفها هنا في حد ذاتها تشخيصاً، لأن كلاً منها يحدث في العديد من الاضطرابات وعلى سبيل المثال فإن ضعف التركيز إذا اشتكى منه المريض يعتبر عرضاً وإذا لاحظته الطبيب أثناء الفحص النفسي يعتبر علامة، وهو في كلتا الحالتين ليس تشخيصاً وإنما هو تعبير مرضي يحدث

في كثير من الاضطرابات النفسية مع مجموعة أخرى من التغيرات تميز الاضطرابات المختلفة بعضها عن بعض.

وهناك بعض الأعراض والعلامات التي تحمل نفس الاسم الذي يطلق على اضطرابات بأكملها، والتي تشمل تلك الأعراض والعلامات بين مكوناتها الرئيسية، مثال ذلك "القلق" و"الاكتئاب"، لذا يجب تمييز استخدام هذه الكلمات عند الدلالة على أعراض وعلامات التغيرات الوجدانية التي نجدها في كثير من الاضطرابات النفسية عند استخدامها للإشارة إلى الاضطرابات المسماة بنفس الاسم، إذ يكون القلق أو الاكتئاب عرضين أو علامتين رئيسيتين في متلازمة تشتمل على مكونات أخرى ضرورية لتشخيص اضطراب القلق "anxiety disorder" أو اضطراب الاكتئاب "Depression disorder".

(عكاشة، فخر الإسلام، 1999، ص 27)

لا يخلو إنسان من الأعراض وفي نفس الوقت يندر أن تجتمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد، والفرق بين الشخصية السوية والشخصية المريضة من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليست فرقا في النوع، والواقع أن كل فرد لديه استعداد للمرض.

(البناء، 2013، ص 59)

ونلاحظ أن لكثير من أعراض الاضطراب النفسي نظيرا في الأسوياء، ولكنه يدل على الاضطراب النفسي إذا أدى إلى معاناة الفرد ومن حوله، وأدى إلى الإخلال بالممارسة العادية لحياة الفرد وتكيفه أو تلاؤمه في بيئته، وذلك بسبب شدته أو طول بقائه أو فرط تكراره، كذلك فإن العرض النفسي المرضي خارج عما هو مألوف ومعروف للفرد وخارج عما هو سائد ومعروف في المجتمع والجماعة التي ينتمي إليها الفرد، ومن المجموعات الرئيسية لأعراض وعلامات الاضطراب النفسي:

5-1- الجسدية:

يزداد التوتر في عضلات الجسم الإرادية في كثير من الاضطرابات النفسية، معبرا عن التوتر النفسي، مما يؤدي إلى الآلام بأجزاء مختلفة من الجسم، تختلف من فرد إلى آخر

فيشكو المريض من الآلام بالرأس (صداع)، أو بالظهر أو بالصدر أو بالأطراف، كما أنه يشكو من الشعور بالتعب أو الانهك، لأن الارتفاع في التوتر العضلي نوع من انقباض العضلات المستمر، يعقبه شعور بالتعب مثل الذي يحدث بعد الجهد العضلي رغم عدم قيام المريض بأي مجهود عضلي إرادي، ويعود الشعور بالتوتر والضييق الذي يغلب أن يشعر به المريض في صدره إلى زيادة توتر عضلات الصدر فيشعر المريض أن صدره أضيق من المعتاد فلا يكاد يستع للهواء اللازم للتنفس المعتاد، لذلك يلجأ بعض المرضى إلى التنهد مرارا حتى يطمئنوا أن صدورهم يمكن أن تتسع لكل ما يستنشقون من هواء، وكلنا نعلم أن تكرار التنهد من علامات التوتر والضييق، ويرجع تحديد الجزء من الجسم الذي يظهر به التوتر على ما يعتقدده الناس عن ذلك الجزء أو العضو، فالصدر يمثل اللحم في سعته ويحوي القلب الذي يعتبر مركز العواطف، والظهر يرمز إلى القوة والكفاءة (وخاصة القدرة الجنسية)، كذلك فإن لكل فرد نقطة ضعف في جسمه بسبب العوامل الخلقية أو بسبب الأمراض العضوية السابقة، فمثلا يؤدي اضطراب مفاصل وغضاريف العمود الفقري وما يصاحبه من آلام بالظهر إلى عودة آلام الظهر فيما بعد تعبيرا عن التوترات النفسية، دون عودة المرض الجسمي بالعمود الفقري، لأن ظهر المريض أصبح البؤرة التي تجذب تفكيره وتحط عليها همومه.

(عكاشة، فخر الاسلام ، 1999، ص. ص 28، 29)

5-2- عدم القدرة على الانجاز والأداء الجيد:

لا يستطيع الأفراد المصابين بالاضطرابات النفسية أو الذهانية مزاوله النشاطات الموكلة إليهم بإتقان، إذ أنهم يعانون من صعوبة في الاتزان الانفعالي، كما يصعب عليهم أن يقوموا باتخاذ القرار، حيث أن من سماتهم التردد و التشكيك بقدراتهم والتحول من موضوع إلى آخر بسرعة عند حديثهم، ويرجع ذلك لكثرة وجود الصراعات المتولدة من دوافع متعددة، كما أن اتخاذ القرار يتوجب وجود جهود عقلية ونفسية وجسمية واتزان انفعالي لدى الأفراد الأسوياء، وهذا ما لا يحدث لمن هم في حالة اضطراب عقلي ونفسي.

5-3- عدم الثبات الانفعالي أو الوجداني:

الأفراد المصابين بالأمراض العقلية أو النفسية لا يسيطرون على انفعالاتهم، كما أنهم لا يملكون القدرة على الثبات في المكوّن الوجداني، والمقصود بالمكوّن الوجداني هو أحاسيس ومشاعر الفرد نحو قضية ما، أو موقف ما عندما تكون هذه الأحاسيس والمشاعر مستقرة، أما المقصود بالمكوّن الانفعالي هو: عندما تكون هذه الأحاسيس والمشاعر ثائرة وهائجة وقلقة، إن الإنسان العادي يعيش حالات ومواقف متنوعة في شدتها وطبيعتها من فرح أو غضب فتثير من وجدانه انفعالات تظهر على سلوكه، قد تؤدي به إلى الشذوذ والاضطراب الوجداني والانفعالي، أو قد يحكم على الفرد بالسوء إذا لم يظهر على سلوكه مثل تلك العلامات السابقة التي يمكن مقارنتها بسلوك الأفراد الآخرين ممن يتشابهون بالخصائص الثقافية والاجتماعي والعمرية. (منسي، 2001، ص. 94، 95).

5-4- توهم المرض البدني:

يشكو المريض من الألم أو اضطراب الأحاسيس التي يعزوها إلى مرض عضوي أو جهاز معين بالجسم، وينشغل بها إلى حد سيطرتها على فكره ومشاعره، وأحيانا تسيطر على حديثه أيضا، ويعاني المريض من فرط الانشغال بصحته الجسمية وأحيانا يعاني الآخرون من فرط شكواه عما يظن أنه يحمل من الأمراض الجسمية، وقد يؤدي هذا الانشغال إلى اختلاف تكيف المريض في بيئته، وكثيرا ما تحدث هذه الأعراض بعد اطلاع الفرد على معلومات طبية من وسائل الإعلام المختلفة أو من مريض أصيب بمرض جسدي، وتكون الأعراض عادة مشابهة للأعراض التي علم بها الفرد من تلك المصادر.

5-5- الأعراض البدنية التحويلية:

سميت الأعراض البدنية التحويلية كذلك على فرض يقول أن التوتر النفسي يتحول إلى عرض جسدي يمتص ما به من شحنة، فنقل شدة التوتر التي يشعر بها المريض أو يعبر عنها، فيظهر المريض كما لو كان غير مبال بالعرض الجسدي الذي أصابه. تظهر الأمراض الجسمية التحويلية عادة في المجال الحسي أو المجال الحركي الخاضع لإرادة

المريض، كأن يفقد الإحساس في جزء من جسمه، أو يفقد القدرة على الإبصار أو السمع، أو القدرة على إخراج صوته، أو تحريك طرف أو أكثر من أطراف الجسم، أو تهتز أجزاء من جسمه، ويصاب بما يشبه الإغماء، وفي جميع الأحوال يكون نمط الأعراض البدنية متفقا مع مفهوم المريض عن مرض العضو الذي يصيبه العرض. (عكاشة، فخر الاسلام، 1999، ص. ص 30، 31).

5-6- الاضطرابات الإدراكية:

قد يصاب بعض الأفراد بمرض التخيلات غير الواقعية، وهي تظهر نتيجة منبهات خيالية، إذ يرى المصاب بهذه التخيلات بعض الصور أو الأشخاص التي لا يكون لها وجود وهو في حالة الوعي، وقد يكون سبب مثل هذه التخيلات له ارتباطات بالواقع الذي يعيشه الفرد، وللأحداث التي يمر بها والعلاقات الاجتماعية التي تربطه بالأفراد المحيطين به، وكما أن مثل هذه الاضطرابات قد يكون لها ارتباط بالخبرات السابقة للفرد، فإن انقطاع بعض الأفراد عن تناول بعض المنبهات المعتادة فجأة تؤدي لمثل هذه الاضطرابات، كما أن الإفراط بتناولها يؤدي أيضا إلى الفعل نفسه، كذلك حرمان بعض الأفراد من النوم لفترة معينة يؤدي أيضا إلى الاضطرابات الإدراكية لديهم.

5-7- اضطرابات الذاكرة:

المقصود بالذاكرة هو قدرة الفرد على استرجاع المعلومات المكتسبة السابقة بعد استقبالها وإدراكها وترميزها، قد لا تنجح محاولات استعمال المعلومات المخزنة في الذاكرة بصورة مستمرة، وفي مثل هذه الحالات يعزى النسيان إلى الإخفاق في الاستعادة، وقد قدم العديد من التفسيرات لهذا الإخفاق في الاستعادة، منها عدم وجود مؤشرات استعادة مناسبة، أو تدخل بعض العوامل الأخرى، وهذا ما يطلق عليه "تنافس المعلومات" المخزنة بالذاكرة، إن عملية النسيان ثنائية يقابلها التذكر، وهناك ما يسمى بالذاكرة قصيرة المدى والذاكرة طويلة المدى. إن علماء النفس يدرسون النسيان أثناء النوم حيث تبدو الذاكرة طويلة المدى في حالة خمول، كما أنهم يدرسونها في أوقات اليقظة، وبعد مرور فترة من الزمن على حدوث

الأشياء، لذا يمكن القول أن فقدان الذاكرة أو حالة الاضطراب فيها تدل في أغلب الأحيان عندما لا تكون مرتبطة بمرض عضوي، على اضطراب عصابي أو ذهاني. (منسي، 2001، ص. ص 92، 93).

5-8- أعراض وعلامات اختلال الوجدان:

الوجدان هو كل ما يوجد في النفس من مشاعر سواء كانت مرغوبة كالمودة والرحمة والسرور أو غير مرغوبة كالخوف والغضب والحزن.

تتغير المشاعر الوجدانية وتختلف في نوعها وشدتها ومدتها حسب ظروف الحياة والمواقف التي تعرض للأسوياء، وتعرف المشاعر طويلة البقاء بالمزاج، والمشاعر الموقفية المؤقتة بالانفعال، يعبر الإنسان عن وجدانه بوجهه وحديثه وسلوكه كما تتأثر به أعضاؤه الداخلية، ومن أكثر أعراض وعلامات اختلال الوجدان: انتشار المزاج المكتئب، ومزاج الشماق Elation، ومزاج القلق والرهاب والهلع، والهيجان وضحالة الوجدان و تقلل الانفعال Emotional lability، والتناقص الوجداني.

5-9- الإجتزازات الوسواسية:

تتميز الاجتزازات الوسواسية بتوارد أفكار لا يقبلها المريض الوسواسي، ولكنها ترد في تفكيره رغما عنه فيعطيها ذلك صفة القسر، وتكرر بالباح حتى ولو قاوم المريض اجتزارها، وكثيرا ما يستسلم المريض ويكف عن مقاومة هذه الأفكار رغم عدم رضاه عنها، فينفذ محتواها حتى يحصل على بعض الراحة، مثل ذلك وسواس التفكير في النجاسة الذي يؤدي إلى كثرة الاغتسال، و وسواس الشك في قفل الأبواب أو الصنابير الذي يؤدي إلى فحصها عدة مرات للتحقق من قفلها.

5-10- اختلال النشاط الحركي:

قد يختل النشاط الحركي بالزيادة على هيئة تملل وهياج، أو بالنقص في صورة التباطؤ أو الذهول، أو تحدث نشاطات حركية غريبة في قسمت الوجه أو بالتصنع، أو النمطية، أو المعاندة، أو بطء الحركة.

5-11- أعراض وعلامات اختلال الحكم على الأمور:

يختل حكم المرضى على ما يحيط بهم من أحداث وأشياء في الاضطرابات الذهانية والتخلف العقلي بسبب عدم ارتباطهم بالوقوع الذي يعيشون فيه، يخطئ المريض في تقديره لما يحدث في بيئته، فلا يستطيع الحكم على خطورة موقف أو احتياط ضروري، وتختل قدرته على ربط الأسباب بالنتائج فلا يستطيع توقع النتائج كما يتوقعها الأسوياء في أي موقع يعرضون له، ولذلك فإن هؤلاء المرضى غير قادرين على تدبير وتصريف شؤونهم بأنفسهم، وكثيرا ما يخطئون في حكمهم على أنفسهم وعلى حالتهم الصحية، حيث تغيب بصيرتهم بسبب وجود المرض لديهم، ولا يقبلون حكم الآخرين عليهم بأن لديهم مرض نفسي فيرفضون العلاج لقلّة بصيرتهم في الأمور الصحية.

5-12- أعراض و علامة اختلال التفكير:

التفكير هو النشاط العقلي الذي يستخدمه الفرد في أي أمر يسعى لتفهيمه حتى يختار استجابة له، وقد يختل مجرى التفكير في سرعته أو تماسكه، أو بالدوران والمداومة، وقد تختل هيئة التفكير لضعف تجريده، و قد يختل محتوى التفكير بما يحمل من خيال أو أوهام أو وساوس، وفي جميع الأحوال نجد أن حديث المريض هو أفضل مرآة لتفكيره، ولذلك فإن جميع العلامات المرضية للتفكير يمكن استخراجها من المقابلة السريرية (الزيارة العيادية للطبيب).

(عكاشة، فخر الاسلام ، 1999، ص. 32، 42)

تعطى هذه الأعراض بهذه الطريقة لتعبّر عن الأعراض التي يبديها المصابون بالأمراض النفسية (العصابية)، والعقلية (الذهانية) بصفة عامة دون تحديد الأعراض الخاصة بكل منهما، و يكثر استخدام هذان المصطلحان ولو أن لهما دلالة اصطلاحية محددة، وذلك يؤدي إلى سوء التفاهم بين العاملين في مجال الطب النفسي، والواجب أن ينص المفهوم العملي لهما على أن الأمراض العصابية هي حالات تتميز أساسا بوجود القلق مع تغير هيّن في المزاج الانفعالي، بينما يحتفظ المريض باتصاله السوي بما يحيط به من واقع، في حين نجد المريض الذهاني فاقد لاتصاله السوي بما يحيط به من الواقع مع كثرة حدوث

اضطرابات نفسانية واضحة الخروج عن المعتاد، فعند وجود اضطراب انفعالي فإننا نجده يصل إلى عمق واضح، وبينما يحتفظ العصابي ببصيرته فيعرف أنه مريض، نجد الذهاني فاقدا لهذه البصيرة.

ومن هذا يتضح أننا نبني تفرقتنا بين العصاب والذهنان على مدى شدة الأعراض أكثر مما نبنيها على أي عامل آخر، وستبقى هذه الحالة غير المرضية إلى أن يزداد علمنا بأسباب الأمراض النفسية عامة. (ويليس، ماركس، ت فضلي، ب.ت، ص9).

ويمكن أن نقدم في هذا الصدد الأعراض الخاصة بكل نوع على النحو التالي:

• أعراض العصاب:

للأمراض النفسية أو العصابية مجموعة من الأعراض قد تكون واضحة وسهلة و متميزة، وقد تكون غامضة ويصعب أحيانا الوصول إليها، ومن الأعراض العامة للعصاب:

1- القلق: يكاد يكون القلق هو القاسم المشترك الأعظم بين كل الأمراض العصابية، ويجب أن نفرّق بين القلق السوي والقلق المرضي، فالقلق انفعال عادي ينتابنا جميعا، ولكن القلق المرضي هو القلق الشديد الهائل الذي لا يوجد له مبرر في الواقع الخارجي.

2- العجز عن العمل بكفاءة.

3- السلوك الجامد المتكرر: تسمى هذه الخاصية أحيانا بالغباء العصابي، ذلك لأن العصابي عادة يتبع أنماطا جامدة في حل المواقف، وكأنه غير قادر على الاستفادة من التجربة.

4- التمرکز حول الذات: فهو دائما مشغول بنفسه أكثر من اللازم، و هو يقارن نفسه بالآخرين، ذو حساسية شديدة لأي نقد يوجه إليه أو أي إطراء له، كما أن أعراضه الجسمية تجعل اهتماماته تدور حول ذاته.

5- الأعراض والشكاوي الجسمية.

6- التعاسة.

7- اضطرابات التفكير، والعمليات الإدراكية واضطراب الذاكرة.

8- اضطرابات العاطفة.

9- اضطرابات الوعي. (شريت، علي، 2004، ص.ص 266، 272)

ويضيف (منسي وآخرون):

1- اللجوء إلى الحيل الدفاعية اللاشعورية للتخلص من مشكلة معينة كالنكوص والاسقاط.

2- عدم الشعور بالأمن والاحباط الدائم وعدم النضج الانفعالي.

3- الشعور بالذنب والشعور بالنقص والدونية.

4- عدم القدرة على التعبير عن المشاعر بطريقة سليمة. (منسي وآخرون، ب.ت، ص 49)

• أعراض الذهان:

أما فيما يخص الأعراض الخاصة بالاضطرابات الذهانية فتوجد بعض الأعراض

العامة التي نجدها عند المرضى المصابين بها، حيث يتفق "ستافورد كلارك" (1959)

"ولورانس شافر" (1955) في أن أعراض الذهان هي:

1- الاستجابة الانفعالية المتطرفة: أي التراوح بين أشد حالات الغناء والإسراف في التشاؤم

والياس، وبين الشعور بالانشراح والمرح المصحوب بالضحك والكلام الصاخب والنشاط

الحركي الزائد، والمريض في هذه الحالة يكون مسرفا في السعادة دون أن يعرف السبب،

ويطلق على هذه الحالة اسم "الهوس" في حالة اصطحاب هذه الحالة بالنشاط الحركي الزائد.

2- **الذهانيات (الهذات):** يعرفها "ستافورد كلارك" بأنها عبارة عن معتقدات شاذة غريبة،

خاطئة، تغلب على الصورة الإكلينيكية وعلى سلوك المريض. (Clark, 1959, p83)

وتثبت هذه الهذانيات Délusions في عقل المريض بشكل غير قابل للتغير وهناك نوعين

منها: الهذانيات المنظمة و الهذانيات غير المنظمة، وتتصف الأولى بالتماسك والإتقان

والقبول في الظاهر، وتتطلب فحصا دقيقا لمحتواها لاكتشاف ما بها من زيف وسخف

وأخطاء، أما الثانية فهي غير متماسكة ومتقلبة من حين لحين، وشفافة في زيفها أي أن

زيفها ظاهر وواضح لا يحتاج لعناء في اكتشافه: وفيه ثلاثة أنواع : (الهذانيات السوداوية

والإضطهادية وهذيان العظمة).

3- **الهلوسات**: ويقصد بالهلوسات Hallucinations رؤية المريض الذهاني أشياء أو أشخاصا، أو سماعه لأصوات تتاديه أو تخاطبه، أو إحساسه بأشياء تلمسه أو يشمّها، دون أن يكون لأي منها وجود في عالم الواقع .

4- عدم التعرف على المكان والزمان والأشخاص.

5- **الخبيل (الانحلال)**: ونعني به انحلال السلوك العقلي للمريض، أي نقص الكفاية الذهنية لديه، وهناك نوعين من الانحلال، أحدها يتعلق بالذاكرة والآخر بالقدرة على التعليم.

6- **التفكك**: ويقصد به عدم قدرة المريض على الربط بين خبراته وأفكاره بصورة متماسكة، وبتعبير آخر لا يستطيع المريض أن يدرك العلاقة بين خبراته الماضية وأفكاره الحالية فلا يستطيع التفكير بوضوح.

7- **البلادة الانفعالية**: وتتمثل في عدم الاكتراث وفي التحرك، وتحدّث (كلام) المريض ببطء، وقد يصل الأمر بالمريض إلى أن يظل فترة طويلة صامتا قبل أن يجيب على سؤال بسيط يوجه إليه، وتظهر البلادة الانفعالية لدى المريض في نمطية الاستجابة، فيقول عن صحته إذ سئل عنها بأنها جيدة وعن المستشفى بأنها جيدة أيضا.

(أبو النيل، 2014، ص. ص 68، 71)

نستطيع القول إذن أن الذهان اضطراب في الجانب العقلي، ويمثل العصاب اضطراب في الجانب الانفعالي، وانطلاقا من عرضنا السابق الخاص بالتصنيف تناولنا بالشرح والتعريف أنواعا خمسة من الاضطرابات نقصد: الأمراض النفسية (العصابية)، الأمراض العقلية (الذهانية)، الأمراض السيكوسوماتية، الأمراض السيكوباتية (اضطرابات الشخصية) والانحرافات السلوكية.

وسنخصص الجزء الموالي لعرض نماذج عن أهم الاضطرابات التي تتعلق بكل نوع على حدى .

6- نماذج عن الاضطرابات :

6-1- نماذج عن الاضطرابات العصابية:

6-1-1- القلق: يعرف (سيجموند فرويد، 1962) القلق بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثير من الكدر والضيق والألم ، يعني الانزعاج، والشخص القلق يتوقع الشر دائما، ويبدو متشائما ومتوتر الأعصاب ومضطربا، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه ويبدو مترددا عاجزا عن البحث في الأمور، ويفقد القدرة على التركيز. (عثمان، 2001، ص18).

فإنسان العصر الحديث يواجه الكثير من التوتر والقلق النفسي، لما تتسم به الحياة المعاصرة من سرعة وتلاحق يجعلنا دائما نلهث وراء النجاح ونخشى الفشل، فنصارع من أجل مزيد من الإشباع لاحتياجاتها المادية والمعنوية، ونعاني من الضيق لأصغر المشاكل وأكبرها. (عارف، 1998، ص33)

إذن يعاني في الحقيقة كل الناس من القلق، لكننا بهذا الصدد لا نقصد القلق العادي الذي يشعر به الفرد في المواقف المبررة والذي ندعوه بالقلق الموضوعي، ولكننا نقصد القلق الذي يشعر به الفرد دون أن يستطيع معرفة سبب مخاوفه والذي نطلق عليه القلق العصابي، حيث تظهر هذه الأنواع من القلق في التقسيم الذي وضعه "فرويد" لأنواع القلق:

- **القلق الموضوعي Objective Anxiety**: وهو ما يسمى بالقلق الواقعي Realistic

Anxiety هذا النوع من القلق أقرب منه إلى الخوف، مثل خوف الفرد من حيوان مفترس، أو من الظلام، وحيث يمكن أن تكون لدى الفرد خبرة انفعالية مؤلمة من الظلام منذ الطفولة .

- **القلق العصابي Neurotic Anxiety**: وهذا النوع من القلق يحدث للفرد دون أن

يستطيع معرفة سبب مخاوفه، فقد يكون على شكل قلق عام عند الفرد سواء في دروسه أو في علاقاته الاجتماعية أوفي منزله أو في مكان عمله، وقد يكون قلقه من موضوع خاص، وقد تكون مثيرات هذا القلق ليس لها علاقة بالموضوع الذي يقلق عليه، مثل

القلق والخوف من منظر البحر أو الخوف من الحشرات، وقد يكون قلق ناتج من توقع حدوث شيء خطير بسبب خبرة مؤلمة كانت قد حدثت من قبل، مثل الخوف من تكرار حدوث هزات أرضية أو من تكرار حدوث نوبة إغماء، وقد لا تكون لمثل هذه الظواهر مقدمات لحدوثها، ويمكن أن ندعو هذا النوع من القلق أيضا بالقلق التفاعلي.

• **القلق الخلقي Moral Anxiety**: يحدث نتيجة الصراع الذي يحدث داخل الشخص وليس صراعا بين الشخص والعالم الخارجي، أي أنه ناتج من ضمير الشخص وخوفه منه عند قيامه بسلوك يخالف عادات وتقاليد وأعراف المجتمع الذي يعيشه فيه. (منسي، 2001، ص41)

وعادة ما يسبق القلق ظهور الأنواع المختلفة من الأمراض النفسية أو يصاحبها، إلا أنه في بعض الأحيان قد يكون هو العرض المرضي الوحيد المستمر دون أن يتطور إلى مرض نفسي معين، ويطلق عليه عندئذ القلق العصابي - كما أسلفنا-.

(البناء، 2013، ص88)

6-1-2-الهستيريا:

هي مرض نفسي عصابي، تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة، وهي عصاب تحولي تتحول فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، وذلك بغرض الهروب من الصراع النفسي، أو من القلق أو من موقف مؤلم بدون أن يدرك الدافع لذلك، وعدم إدراك الدافع يميز مريض الهستيريا عن المتمارض الذي يظهر المرض لغرض محدد مفيد.

واشتق هذا الاسم من اللفظ اللاتيني للرحم "هستيرون"، لأن الفكرة الشائعة في ذلك الوقت أن هذا المرض يصيب النساء فقط، وإن سببه هو انقباضات عضلية في الرحم، وبالطبع فقد تبين خطأ هذه التسمية، فمرض الهستيريا يظهر عند الرجال ولو أنه أكثر شيوعا عند النساء وليس له علاقة بالرحم. (البناء، 2013، ص118)

وتتميز الهستيريا بأعراضها الدرامية التمثيلية كالعمى و الشلل وفقدان الذاكرة، والتي لا يكون لها أساس عضوي، ويعتبر "فرويد" العرض الهستيرى مظهرا رمزيا كنوع كامل من الصراع لم يجد له حلا، ويتصل ذلك بأحداث وقعت في الطفولة. (أبو النيل، 2014، ص78)

وفي الهستيريا تصاب مناطق الجسم التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المركزي (الإرادي) مثل الحواس وجهاز الحركة، وهذا غير المرض النفسي الجسمي، حيث تصاب الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي). (البناء، 2013، ص118)

ظهرت الهستيريا للباحثين أولا في نوعين أساسيين: الهستيريا التحويلية Conversion hysteria وهستيريا القلق Anxiety Hysteria، انصب الاهتمام في النوع الثاني على المخاوف المرضية و بعض حالات القلق العصابي، حيث يظهر الفرد مدافعا عن نفسه في وجه رغبة غير معقولة، بتكوين قلق أو شعور بالخطر يتصل ببعض الأمكنة أو المواقف أو الظروف ينتهي به إلى تجنبها و الخوف الشديد منها، أما الاهتمام في النوع الأول أي في الهستيريا التحويلية، فقد اتجه نحو المظاهر الفسيولوجية التي تتحول إليها حالة نفسية غير مرغوب فيها.

6-1-3 - الوسواس القهري:

تعرف الوسواس على أنها أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى، ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول تخفيفها بأفعال وأفكار أخرى، ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج، أما الدفاعات القهرية فهي: سلوكيات متكررة هادفة وعن قصد، تتم كاستجابة وطبقا لقوانين معينة أو بشكل نمطي، وخطط هذا السلوك لمنع أو لتقليل عدم الراحة أو بعض الأحداث أو المواقف المخيفة، إلا أنه إما أن النشاط غير مرتبط بطريقة واقعية مع ما خطط لمنع أو أنه مبالغ فيه بشدة، ويدرك الشخص أن سلوكه مبالغ فيه وغير معقول، ويمكن أن نستخلص من خلال هذا التعريف أن الوسواس أحداث عقلية والدفعات القهرية أحداث سلوكية، كما قد تحدث الوسواس

والدفاعات القهرية معا أو منفصلة عن بعضها البعض، ويدرك الأفراد دائما أن أفكارهم الوسواسية ودفاعاتهم القهرية ليس لها معنى. (دافيد و آخرون، ت إبراهيم، 2002، ص . ص 471، 472)

فمعظم الأشخاص الذين يعانون من الوسواس لديهم أفكار دخيلة، ولكن بدون أفعال تكرارية معلنة، لكن معظم من لديهم وساوس لديهم سلوك قهري يتخذ أشكالا متنوعة وأكثرها شيوعا الغسل، الفحص بالنسبة للأشخاص الذين يخافون من التلوث عندما يتعرضون للمس مواد معينة و يستمرون ساعات في الغسل والتنظيف، أما الفاحصون فهم الأشخاص الذين يقومون بفحص الأبواب والشبابيك والأفران ليتأكدوا من أنها مغلقة حتى يتجنبوا وفق تصورهم الكوارث والعقاب، والفكرة الأساسية وراء هذه الأعمال لا تزال موضع شك، الوسواس لها علاقة بالرهاب وربما يظهران في المريض نفسه. (حسين، 2013، ص 29) وقد أظهرت دراسة قامت في البيئة العربية فحصت فيها عينة مكونة من أفراد مصريين وأجانب، أن الأعراض تأخذ الأشكال الآتية مرتبة ترتيبا تنازليا:

- 1- أفكار تسلطية دينية ومنها الاجترار الذي يتصل بالأسئلة التي لا يمكن الإجابة عنها عن الذات الإلهية والمقدسات عموما.
- 2- أفكار تسلطية تتعلق بالتلوث.
- 3- أفكار تسلطية جنسية.
- 4- أفكار تسلطية تتعلق بالمرض والعدوى.
- 5- أفكار تتعلق بالانضباط والالتزام والترتيب.
- 6- أفكار تسلطية عدوانية.

(غانم، 2010، ص 52)

يصاحب اضطراب الوسواس القهري عادة أمراض أخرى و شكاوى مثل: الاكتئاب والقلق ومخاوف التجنب، و قد أسفرت نتائج الدراسات الوبائية عن أن حوالي 30% من مرضى الوسواس القهري يعانون أيضا من نوبة اكتئاب أساسي (Karmo et al,1988) ، وقد وجد أن حوالي 40% من مرضى الوسواس القهري يعانون من اضطرابات النوم، ووجود الاكتئاب

لدى مرضى الوسواس القهري مسألة مهمة، لأن بعض الدراسات أسفرت عن أن الاكتئاب الشديد قد يعوق كفاءة العلاج السلوكي للوسواس القهري. (Foa, 1979)

(Foa, Sketee, 1982)، كما تزامن و بشكل مرتفع وجود اضطرابات القلق مع اضطراب الوسواس القهري ، وقد أسفرت نتائج دراسة "راسموسين وتسوانج" (Rusmussen, Tsuang, 1980) عن أن نسبة حدوث المخاوف البسيطة والمخاوف الاجتماعية واضطرابات الهلع لدى مرضى الوسواس القهري خلال فترة ما من حياتهم هي: 30% و 20% و 15% على التوالي.

كما تشير نتائج الدراسات على وجود ارتباط بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الأكل، وقد وجد أن حوالي 10% من مرضى الوسواس القهري لديهم تاريخ مرضي لفقدان الشهية العصبي (Kasniskis et al, 1986)، وأكثر من 33% من مرضى الشره العصبي لديهم تاريخ مرضي للوسواس القهري.

(دافيد و آخرون، ت إبراهيم، 2002، ص. ص 477، 478).

6-1-4 - الفوبيا:

إننا ننظر إلى حالات الفوبيا بجدية، ليس كثيرا كتهديدات إلى الحياة ذاتها (على الرغم من أنها أحيانا تكون كذلك)، ولكن كعقبات لأسلوب الحياة، تمنع حالات الفوبيا الناس من التمتع بكثير من الأنشطة، ابتداء من السفر للعمل أو السفر الشخصي أو حتى المشي الطبيعي، والآخرين الذين يرعون شخصا ما لديه حالة فوبيا يعانون أيضا معه. (بيل، 2011، ص4)

يشير مصطلح الفوبيا إلى خوف شديد مرضي من موضوع، أو من موقف لا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناس و أسويائهم، ومن هنا اكتسب طابعه المرضي، كالخوف من الأماكن المفتوحة والذي يبدو من خوف المريض من البقاء في الأماكن المفتوحة، فإذا دخل غرفة أو منزلا لا يستريح إلا إذا أغلق الباب ويظل قلقا حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا.

(عبد القادر، 1993، ص. ص 604، 605).

حيث نستطيع تعريف استجابة الخوف على أنها غير مناسبة مع الموقف، لا يمكن تفسيرها منطقياً، لا يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً، تؤدي إلى الهروب وتجنب المواقف المخيفة. (عكاشة، 1998، ص130)

وعموماً فإن المواقف أو الأشياء أو الموضوعات التي تستثير الخوف لدى مرضى الفوبيا كثيرة لا يمكن حصرها، من أمثلة الخوف المرضي من الأماكن المرتفعة، والخوف المرضي من منظر الدم، والخوف المرضي من نوع من الحيوانات، ولكل مريض بالفوبيا موقف معين أو موضوع معين أو أكثر هو الذي يخيفه، ولا يظهر عليه الفزع والقلق إلا إذا ظهر موضوع خوفه أمامه، بحيث يظل المريض بالفوبيا عادياً لا تظهر عليه أعراض المرض إلا في حالة ظهور موضوع خوفه، كما تختلف درجة الخوف المرضي من مريض لآخر. (البناء، 2013، ص134).

6-1-5 - الاكتئاب : Depressive neurosis

جاء الكلام عن الاكتئاب العصابي نتيجة لتطور الدراسات الحديثة في الاضطرابات النفسية، وبخاصة منها ما يهتم بحالات الذهان الاكتئابي وأعراضه المختلفة، ولكن هذا الكلام لا يزال يواجه بعض الصعوبات، وما يزال بعض الباحثين أميل إلى الحديث عن ذهان الاكتئاب حتى في الحالات التي يكون أقرب إلى حالة العصاب، ويغلب أن تعود هذه الصعوبات إلى أمرين:

الأول هو أن الناس يتحدثون عن اكتئاب أو انقباض يمرون به من آن لآخر من دون أن يكون حالة اضطراب أو شذوذ، ومن هنا يكون قول أحدهم لآخر، لم أنت مكتئب هذا الصباح ، وقول واحد عن نفسه أنه يشعر بانقباض لا يعرف سببه.

أما الثاني فيعود إلى أن مصطلح الاكتئاب يدخل في تسمية حالة من حالات الذهان حيث يكون الحديث عن ذهان الهوس الاكتئابي أو عن الاكتئاب الهائج، إلا أن وجود حالة من اكتئاب ملح لا تبدو فيه أعراض التعطل العقلي، هو الذي وجه النظر إلى وجود حالة عصابية تختلف عن الاكتئاب الحاد يوماً عند الكثير من الناس وعن ذهان الاكتئاب

الموجود عند قلة ضئيلة من الناس. ويكون بهذا تعريف عصاب الاكتئاب أنه انفعال انقباضي، أو حالة ذاتية من الانقباض، تتكرر بسبب من عوامل داخلية أو خارجية أو بسبب اجتماع الطرفين، وتنطوي على شدة لا يقتضيها الموقف، ولا تكون مرافقة بتعطيل أو اضطراب عقلي مما يميز عادة ذهان الاكتئاب.

(شریت، علي، 2004، ص. ص 328، 329) .

وتتمثل الأعراض الفيسيولوجية المصاحبة في تعبيرات حزينة على الوجه، وتكون شهيته للأكل ضعيفة، كما أن وزنه يبدأ في النقصان، ويشكو باستمرار من الإمساك وقلة النوم، ويستيقظ مبكراً ويجلس لعدة ساعات مستغرقاً في أفكار كثيرة تشغل باله.

(Clarks,1959,p94)

إضافة إلى انقباض الصدر والشعور بالضيق والصداع والتعب لأقل جهد، وخمود الهمة والألم خاصة آلام الظهر و ضعف النشاط العام، أما الأعراض النفسية فتتمثل في انحراف المزاج وتقلبه، عدم ضبط النفس وعدم الثقة فيها، القلق والتوتر، فتور الانفعال و الانطواء والانعزال، التشاؤم المفرط وخيبة الأمل، واجترار الأفكار السوداء، البكاء والتبرم بأوضاع الحياة، عدم القدرة على الاستماع بمباهجها، واللامبالاة بالبيئة، إضافة إلى بطء التفكير والاستجابة، صعوبة التركيز والتردد، و بطء و قلة الكلام وانخفاض الصوت.

(البناء، 2013، ص. ص 162، 163).

6-2- نماذج عن الاضطرابات الذهانية:

يمثل البدء بالاعتلال الذهاني كارثة شخصية شديدة على مساق حياة الفرد، لا تتضمن الاعتلالات الذهانية الفصام فحسب أو الاضطراب الفصامي أو المنفصم العواطف، و لكن تتضمن أيضا الذهانات غير النموذجية والعاطفية، وتصل الذهانات في الحالات النموذجية إلى نتائج أبعد وميادين متعددة على حياة من يعاني من هذه الاضطرابات، تكون ذروة بدء الاعتلالات الذهانية في آخر المراهقة وبداية الكهولة.

يشير الذهان إلى اضطراب نفسي خطير يصيب الشخصية بأسرها، فتضطرب علاقة المريض بعالمه اضطراباً شديداً، وتختل استجابته الانفعالية، كما قد تختل وظائفه العقلية اختلالاً شديداً، أو اختلالاً محدوداً، وهو مصطلح مرادف للمرض العقلي. ويهتم الطب النفسي بالوصف الدقيق لأعراض الذهان ولمختلف فئاته، و ينقسم الذهان إلى مجموعتين رئيسيتين :

(غانم، 2006، ص133)

1-الذهان العضوي:

وهو تلك الاضطرابات العقلية الخطيرة التي ترجع لعوامل فيسيولوجية معروفة لحد كبير، مثل الشيخوخة وتصلب الشرايين في الدماغ والتسممات الناتجة عن تناول الكحوليات وزهري الجهاز العصبي وإصابات الدفاع والصراع، وتقسم هذه المجموعة من الذهان العضوي إلى عدة فئات نذكر منها الفئات الهامة والشائعة منها وهي:

أ- عته الشيخوخة وما قبل الشيخوخة: وتتمثل أعراضها في ضعف الذاكرة القريبة، وثرء الذاكرة البعيدة، ونسيان المريض للأشياء التي تعلمها، كما تظهر علامات الهذاء، وتصاب الحواس بالتدهور.

ب- الذهان العضوي المصاحب لعدوى الدماغ: كالجنون الشللي العام، والذي يتصف بوجود أعراض وعلامات الإصابة العضوية بالزهري في الجهاز العصبي، كما توجد تغيرات مزاجية ويفقد المريض القدرة على كف نوازعه، وتدهور في النواحي الحركية والعقلية ويكون العلاج ببث ميكروب الحمى في المريض لرفع حرارته.

ج- الذهان المصاحب لحالات مخية أخرى: كالذهان المصاحب لحالة تصلب شرايين المخ، ومن الصعب تمييز هذا المرض عن عته الشيخوخة، ولأن تصلب الشرايين يرجع لعوامل غذائية فإن العلاج يتركز في رعاية المرضى غذائياً، بالابتعاد عن المواد الغذائية التي تساعد على تصلب الشرايين.

د- الذهان الصرعي: وتتمثل الخاصية الأساسية للصرع في نوبة تشنجية، وقبل حدوث النوبة يصاب المريض بعلامات ممهدة تشمل حالة قصيرة من الغثيان، ومضات من

الضوء، وتبدأ النوبة الحقيقية عندما يصبح المريض متصلبا ويقع فاقدًا للحس: وبعد ذلك تحدث الحالة التشنجية في شكل انقباضات كما تخرج رغاوي من فم المريض، وقد يعض لسانه ، وتأخذ النوبة بضع دقائق.

هـ- ذهان الإدمان الكحولي وحالات الاعتماد على العقاقير: في حالة التسمم الخفيفة تحدث للمريض حالات مرح Elation ، فتتدفق الأفكار لديه بشكل كبير، واستغراق المريض في تناول الكحوليات يقلبه من الصورة السابقة إلى حالة غير عادية من التهيج والتشكك أو الحزن، كما تقل قدرته على كف سلوكه السابق، وتضعف ذاكرته، وفي حالات الذهان الكحولي الحاد تحدث للمريض هلوسات بصرية كما في الحالات المزمنة، ارتجافات جسمية وعدم القدرة على النوم. (أبو النيل، 2014، ص. ص 71، 74)

و- الذهان المهني: وهي تلك الأمراض أو الذهانات أو الاضطرابات العقلية الناتجة عن التعرض للغازات والأتربة والضوضاء، مما أثمر عن طرح ميدان جديد في البحث (1992) سمي باسم علم السموم السلوكي Behavioral Toxicology .

(Irgren, 1992, p. p 205, 206)

2-الذهان الوظيفي:

يفوق انتشار الذهان الوظيفي Functional Psychoses الذهان العضوي في المستشفيات العقلية، وكان يعتقد فيما مضى أن الذهان الوظيفي يرجع لعوامل نفسية صرفة، لكن يوجه نقد لهذا الرأي ويستند على ذلك بوجود عامل تكويني في الفصام، وتصنف هذه المجموعة من الذهان إلى عدة فئات هي:

أ - أمراض الهوس والاكتئاب: وتشمل عدة أنواع كالنوع الاكتئابي والنوع الهوسي والنوع الدائري، والنوع المختلط، والميلانخوليا الرجوعية.

ب- الفصام: و هو عدة أنواع، كفصام النوبة الحادة غير المتميزة والفصام المبتدئ والفصام الانفعالي والفصام البارانوي والفصام المتأثوني، والفصام الطفلي.

ث-حالات البارانويا: و منها نوبة البارانويا الحادة ، و حالة البارانويا الضلالية المزمنة،
 وحالات البارانويا الهلوسية المزمنة. (أبو النيل، 2014، ص74)
 سنقدم كنماذج عن الاضطرابات الذهانية اضطراب: الهوس و الاكتئاب، الفصام،
 والبارانويا.

6-2-1- الهوس والاكتئاب: أوضح الدليل DSMIII الاضطراب الدوري Cyclothymic
 أو الهوس الاكتئابي Manic depressive أو ما يسمى بالاضطراب ثنائي القطب، وكان
 هذا الاضطراب منفصلا تماما عن الاضطراب الاكتئابي أحادي القطب، استنادا إلى
 مصطلح " كريبلين " (Kraepelin, 1918) الذي وضعه عن الهوس الاكتئابي ليصفه بأنه
 حالة تتميز بفترات طويلة إما من الهوس (المرح) أو الاكتئاب، أو تعاقب كليهما مع فترات
 راحة طويلة بينهما، وقد تحدث هذه الدوريات طوال حياة الفرد ولا تؤدي مطلقا للجنون أو
 الخبل، كما أن الجنون الدوري والهوس الخفيف مجرد وجهين لعملة مرضية واحدة، وقد
 يتواجدان معا في نفس المريض (عسكر، 2001، ص31)، حيث تم تحديد أنواع الاكتئاب
 وحسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية
 للاضطرابات النفسية كالتالي:

I - اكتئاب أولي : Primary

1-أحادي القطب Unipolar

-الاكتئاب مع القلق Mixed dep -Anxiety

-نوبة اكتئاب Depressive

-اضطراب اكتئاب متكرر Recurent

-عسر المزاج.

2-ثنائي القطب Bipolar

-اضطراب وجداني Affective disorder مع هوس

-دورية المزاج Cyclothymia

أخرى:

-الاضطرابات الوجدانية الموسمية Seasonal affective disorders

-اكتئاب وجيز متكرر : Brief recurrent depression

II- اكتئاب ثانوي Secondary

نتيجة الإصابة بمرض آخر عضوي أو نفسي أو من استخدام المخدرات والأدوية.

وتتراوح نوبات الاكتئاب بين متوسط Moderate وحادة Severe مع وجود أعراض جسدية

Somatic أو ذهانية Psychotic. (الشربيني، 2001، ص 102)

ويعرف الهوس في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه -شأنه شأن الاكتئاب-، حالة

مرضية تبدو أوضح ما تكون في الجانب الانفعالي للشخص، والشخص في حالة الهوس

يكون مناقضا تماما لحالة الاكتئاب حيث نجده مملوءا بالنشاط والانشراح والسرور

والبهجة والرضا عن النفس، ويكون نشاطه الحركي والفكري سريعا ومستعبلا، وكثيرا ما

يتعرض المهووس للهلاوس والأفكار الهذائية التي توحى بامتيازه وعظمته وتساند حالة

الانشراح والانبساط التي تميز انفعالاته وتنعكس على تصرفاته، ويرى التحليل النفسي أن

حالة الهوس هي رد فعل لمعاناة الشخص من حالة اكتئاب أعمق يعاني منها.

(طه وآخرون، 1993، ص. ص 829، 833)

6-2-2- الفصام:

إن الفصام هو العلة الذهانية الأكثر تصادفا، ويقدر انتشار الفصام على مدى الحياة

بحوالي 1% ، وأما معدل الانتشار النقطي فهو 0.5% في دراسة العبء العالمي للمرض،

في عام 2000 تبين أن الفصام يشكل 2.8 من السنوات الضائعة بسبب الموت

وحوالي 11% من سنوات العمر المصححة بحساب مدة العجز Daly .

(منظمة الصحة العالمية، 2005، ص 57)

يعرف الفصام أنه أحد الأمراض الذهانية، ويبني هذا التعريف على الوصف الكامل لمظاهر

المرض والاضطرابات السلوكية والفكرية واضطرابات الإدراك والإرادة، بالإضافة للأوهام

والهالوس، و حيث أن التعريف يقوم على وصف مظاهر المرض، فهذا قد يؤدي إلى تفاوت في التعريف و الحدود بين طرف وآخر، وقد اعتمدت في السنوات الأخيرة التعريفات كما جاءت في التصنيف العالمي للأمراض (ICD-10) أو التصنيف الأمريكي الرابع الصادر عن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (DSM4). (سرحان، 2010، ص12)

الفصام هو متلازمة مرضية تضم عددا من الظواهر النفسية النوعية التي يمكن اكتشافها بالفحص الإكلينيكي، ويحدث الفصام قبل سن الخامسة والأربعين ويؤدي عادة إلى تفكك مكونات الشخصية، فمريض الفصام يفكر بطريقة مميزة، كما أنه يسلك سلوكا غير مألوف ويدرك الظروف المحيطة به بطريقة غير معتادة، فالفصاميون يعيشون حياة داخلية تسودها أفكار خيالية ولا يتناسب ما يبدو منه من انفعالات مع ما ويجول بخاطرهم، وهم معزولون عن رفاقهم بحيث يبدو كأنهم قد اعتزلوا الدنيا، قد وصف "كربلين" "Krapelin" هذه المتلازمة سنة 1913 لأول مرة وهو الذي حدد أساسياتها تحت اسم "الخرف المبكر"، وقد كانت هذه خطوة أساسية في تاريخ الطب النفسي الوصفي، إذ أن ما نعرفه اليوم باسم الفصام كان ذلك الوقت مدفونا في خضم من المتلازمات التي تبدو غير متشابهة، أما اسم "الفصام" فقد استخدمه "بلويلر" "Bleuler" الذي كان يرى أن هذه المتلازمة مبنية على عملية تفكك نفسية، تظهر آخر الأمر في شكل تفكك للشخصية، وقد اعتبرها هو أيضا مجموعة من المتلازمات المتشابهة (فصامات) ذات أسباب عدة.

(ويليس، ماركس، ت فضلي، ب.ت، ص39)

ولا يوجد سبب محدد بذاته يمكن أن يكون مسؤولا مسؤولية مباشرة عن حدوث الفصام، لكن هناك عوامل كثيرة متآزرة ومتداخلة لوحظ أنها مرتبطة ارتباطا وثيقا بظهور المرض، ومنها ما يتعلق ب: الوراثة، السن، التكوين الجسمي والشخصية، العوامل البيوكيميائية، تغيرات في المجموع العصبي المركزي، إضافة إلى تغيرات مصاحبات وأسباب نفسية.

وتستطيع أن تظهر أعراضه في: اضطراب التفكير، اضطراب محتوى الفكر (الوهم والضلالات)، اضطرابات الإدراك، اضطرابات امتلاك الأفكار، اضطرابات الوجدان

(العاطفة)، اضطرابات الإرادة والفعل والحركة، إضافة إلى أعراض عامة أخرى كتدهور العادات، وتدهور الصفات الشخصية، وانتقال السمات من النقيض إلى النقيض سلباً، وكذلك إهمال العناية الذاتية بالملبس والمظهر، وفقد الشعور بوحدة الذات، بمعنى أن المريض يشعر بأنه لا شيء وأنه لم يعد له حدود، ويظهر المريض أحياناً اندفاعات نزوية قد تكون سبباً في ارتكابه بعض الجرائم. (العقبابوي وآخرون، 1999، ص.ص 113، 122)

تعددت التصنيفات التي قُدمت للفصام ومنها:

أ- الفصام الهذائي Paranoid schizophrenia:

ويتميز بوجود هذاء وأفكار أو معتقدات غير واقعية-منظمة وثابتة-، مع احتفاظ الشخصية عادة بإمكانياتها العقلية، أو أن محور تصرفات المريض يدور حول هذا الهذاء الذي يعتنقه والذي لا يشك للحظة في واقعيته وصدقته، أما عن الأفكار الهذائية التي يعتنقها الشخص فهي كثيرة، ويمكن حصرها في فئات شائعة ثلاث هي، هذاء العظمة Delusion of grandeur، هذاء الاضطهاد Delusion of persecution وهذاء الغيرة Delusion of Jealousy .

ب- الفصام المفكك Disorganized schizophrenia

ويتسم هذا النوع من الفصام بتفكك الشخصية بصورة شديدة مع وجود العديد من سمات الخلط الذهني، وقد يميل المريض في هذا النوع من الفصام إلى الاكتئاب البسيط، إلا أن الحالة المزاجية تكون حالة من التقلب الوجداني المتطرف ما بين الحزن والفرح، إضافة إلى أن الانفعال يكون غير مناسباً للموقف أو للسؤال، إضافة إلى أن التفكير يتميز بالضحالة والتفكك وعدم الترابط.

ج- الفصام الكتاتوني: Catatonic schizophrenia

ويبدأ هذا النوع من الفصام في سن متأخرة بين 20 - 30 سنة، ويتميز باضطرابات الحركة، وأهم أعراض الاضطرابات الكتاتونية تأخذ المظاهر الآتية: السبات والذهول، الغيبوبة الكتاتونية، الهياج الكتاتوني، السلبيّة المطلقة، المداومة على حركة أو وضع معين،

الطاعة العمياء أو الأتوماتكية، المداومة على الحركات المشابهة، اضطراب الكلام، اضطرابات جسمية.

د- الفصام غير المميز **Undifferentiated schizophrenia**:

وهي حالات ذهانية تستوفي الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة (في باقي أنواع الفصام)، وتعكس السمات الخاصة بأكثر من نوع واحد منها دون بروز واضح لأي مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقي واكتئاب ما بعد الفصام).

هـ - الفصام المتبقي **Residual Schizophrenia**:

ويعد هذا النوع من الفصام مرحلة مزمنة في مسار تطور المرض الفصامي تم فيها انتقال واضح من مرحلة أولية إلى مرحلة ثانوية تتميز بأعراض واختلالات سلبية طويلة المدى، وإن ليست بالضرورة غير معكوسة الاتجاه (بطئ نفسي حركي، قلة نشاط، تبلد في الوجدان، سلبية و افتقاد إلى المبادرة، فقر في كمية أو مضمون الكلام، فقر في التواصل اللفظي و من خلال تعبيرات الوجه، انخفاض مستوى الأداء الاجتماعي).

و - **الفصام البسيط**: مصطلح يشير إلى نوع من الفصام يبدأ بصورة تدريجية، حيث يفقد المريض الدافعية والطموح، ولا تظهر عليه أعراض ذهانية صريحة، ولا يعاني من الهلوس والضلالات، وعرضه الرئيسي انزواء المريض وابتعاده عن المواقف الاجتماعية والعمل ولا يتضمن الدليل الرابع هذا النوع.

وأشارت المعلومات الطبية عن هذا النوع من الفصام إلى الآتي: هذا النوع من الفصام من أصعب الأنواع تشخيصيا نظرا لغياب الأعراض الشديدة وصعوبة تفرقة عن بعض الأمراض واضطرابات الشخصية، يبدأ في سن مبكرة ما بين 15 - 20 سنة.

يزحف ببطء وتدرجيا حتى ينتهي إلى التدهور التام للشخصية، يتميز باضطرابات الوجدان والإرادة والفكر، ينتشر هذا النوع من الفصام بين أقرباء مرضى الفصام، وبين موظفي

الدرجات السفلى، وبين المدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسيا. (غانم، 2011، ص.ص 131، 134)

6-2-3 - البارانويا (جنون الهذاء) Paranoia:

حالة مرضية ذهانية، يميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت، أي الهذيان والمعتقدات الخاطئة عن العظمة والاضطهاد، مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود هلوسات في حالة الهذاء النقي، أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنظمة نسبيا، مع احتفاظها -عادة- بإمكانياتها العقلية دون تدهور ناتج عن استمرار المرض، فعلى سبيل المثال يظل ذكاء الفرد وذاكرته ومعلوماته دون أن يصيبها الضعف إلا على قلة وندرة إذا حدث، ويلاحظ أن محور تصرفات المريض يدور حول هذا الهذاء الذي يعتنقه والذي لا يشك للحظة في واقعيته وصدقته، ويتخذ المريض من إمكانياته العقلية التي لم تتدهور سندا لتبرير صدق معتقداته الهذائية، والدعوة بين الآخرين لتصديقها.

(الرخاوي، 1977، ص 228).

وأهم أعراض الهذاء تتمثل في الأوهام والهذيان والمعتقدات الخاطئة الجامدة و المنظمة الدائمة، التي تغطي على البصيرة، والدفاع بحرارة عن هذه الأوهام والهذيان ومحاولة إقناع الآخرين بها وتوجيه كل الاهتمام نحوها وتمركز السلوك حولها، ويدور الهذاء عادة حول موضوع واحد مثل الزواج أو الدين أو النشاط السياسي، و أوهام التأثير والتأثر، حيث يعتقد المريض أن قوى خارجية تؤثر فيه وتسيطر عليه رغم إرادته، و أوهام جسمية في شكل أفكار غريبة وشاذة عن جسمه (كأن يعتقد أن الناس يتكلمون عنه ووسائل الإعلام تشير إليه) ، التمركز الشديد حول الذات، وتفسير سلوك الآخرين من وجهة نظر شخصية ذاتية بحتة مع الميل إلى تزييف الحقائق وتشويهها، وسوء التوافق الاجتماعي والسلوك الجانح، مع تغلب الغضب والعدوان والنقص الواضح في البصيرة.

وللهذاء أنواع تتمثل في:

أ- هذاء العظمة أو توهم العظمة Delusions of Grandeur :

حيث يعتقد المريض اعتقاداً قوياً بأنه شخص عظيم وأنه أذكى وأقوى البشر، وأنه يحصل على قوة خارجية للكشف عن الظواهر الغيبية أو أنه مرسل بدين جديد لهداية الناس، أو أنه حاكم أو زعيم أو قائد أو بطل كبير أو ملك أو نبي أو رسول..، وعادة ما تتبع هذاءات العظمة إحساس بالنقص وعدم الاستقرار والأمن، ومن ثم ترضي هذه الهذاءات هذا الشعور بالنقص، وتجعله يهرب من المشاكل اليومية وحقيقة أمره.

ب- هذاء الاضطهاد أو توهم الاضطهاد Delusion of persecution :

حيث يعتقد المريض أنه شخص مضطهد مظلوم يسيء الناس معاملته، وأنه ملاحق من قبل هيئة أو منظمة أو شخص معين للاعتداء عليه أو قتله حسداً أو غيرة منه، أو رغبة في التخلص من منافسيه في العظمة وعلو الشأن، فيشكو من أنهم يتعقبونه، ويملأه الخوف والرعب الشديد من المؤامرة التي تدبرها له زوجته أو أقربائه للخلاص منه، فيصبح في شك في كل من حوله، و قد يفسر الحركات البريئة للآخرين على أنها موجهة ضده، فيملأه الشك والغل والميل للانتقام، وقد يصل به الأمر إلى الاكتئاب والتفكير في الانتحار.

ج- هذاء الهلوسة المزمنة:

ويتصف بوجود اضطراب في المجال النفس-حسي Psychosensory ، و يمثل الخلل الأساسي في هذا المرض، فإذا وجدت ضلالات فأنت قد تستطيع أن ترجعها إلى هذا الاضطراب، وقد تأتي الهلوسات من أي مصدر من الحواس الخمس مثل أن يشم المريض روائح كريهة أو يرى مناظر بشعة أو أن يعيش أي هلوسات أخرى، وقد يسمع صوته أو صوتاً داخلياً Inner voice، يهدد أو يعلق أو يؤيد أفعاله وسلوكه بصفة عامة ، كما لا بد أن نشير إلى أن الاضطراب النفسحسي لا يمثل نواة الضلالات فحسب، بل أنه يستمر يشغل حيزاً موازياً للضلالات في الصورة الإكلينيكية.

د- الهذاء التخيلي المزمن:

يتصف بوجود تخيلات مرضية تسيطر جنباً إلى جنب مع الحياة الطبيعية، وهي ظاهرة تمثل إشكالا تشخيصيا، فهي في موقف وسط بين الهلوسات من ناحية وبين صور الذاكرة والذكريات من ناحية أخرى، كما أنها في موقف وسط بين حدوثها في وعي محور جزئي لا هو بالوعي الواضح الثابت كالهلوسات، ولا هو بالوعي البديل المختلف تماما كالانشقاق الهستيري.

هـ- هذاء سن اليأس:

ويتصف هذا النوع من الهذاء بالضلالات أساسا وتكون معبرة عن الخوف من الوحدة والإحساس باقتراب الترك أو الإهمال أو العجز أو الموت، ويصاحب هذه الضلالات في العادة مسحة من الاكتئاب المترتب عليها. وهناك أنواع وتصنيفات أخرى للهذاء أهمها، الهذاء الجنسي، هذاء المشاكسة، هذاء الغيرة، والهذاء المختلط. (البناء، 2013، ص.ص 230، 240)

6-3- نماذج عن الاضطرابات السيكوسوماتية:

النفس والجسم: الإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية، وتتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح، في توازن تحت الظروف العادية لشخصية سوية متوافقة، والجسم يعتبر وسيطا بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي، ويؤدي الضغط الشديد المزمن واضطراب الشخصية إلى أن يضرب هذا التوازن، وهناك علاقة مباشرة بين الانفعالات والجهاز العصبي الذاتي الذي تنتقل إليه هذه الانفعالات عن طريق المهيد Hypothalamus ، والجهاز العصبي الذاتي يترجم التوتر الانفعالي المنقول إليه إلى تغيرات فسيولوجية في وظائف الأعضاء.

وبعد عملية تحويل الانفعالات المزمنة إلى أعراض نفسية جسمية تختفي هذه الانفعالات ولا تظهر على السطح، ويكون التركيز كله على الاضطراب الجسدي، والأجهزة التي يسيطر

عليها الجهاز العصبي الذاتي هي: الجهاز الدوري، الجهاز التنفسي، الجهاز الهضمي، الجهاز الغددي، الجهاز العضلي والهيكلية، الجهاز التناسلي، الجهاز البولي، والجلد. (زهرا، 2005، ص 469) ، وستتطرق هنا إلى أمثلة عن أهم الأمراض والاضطرابات الخاصة بكل جهاز.

6-3-1- اضطرابات الجهاز العصبي: ونأخذ عن ذلك مثال:

• الصداع النصفي (الشقيقة) Migraine :

غالبا ما يكون حادا ويصيب نصفا واحدا من الرأس دون الآخر، وقد يصاحبه حالات "الدوخان" والقيء، في بعض الأحيان يصيب المريض تشوش في الإبصار، ولعل من أهم الأعراض المزعجة أن المريض قد يصاب بعمى نصفي، حيث يعتم أمام نظره نصف مجال الرؤية لكل عين. (قاسم وآخرون، ب.ت، ص 115)

6-3-2- اضطرابات الجهاز الدوري: هي التي تحدث في القلب والدورة الدموية، والقلب عضو هام حساس تؤثر فيه الانفعالات تأثيرا شديدا كالحب والكره والسرور والحزن..، وأهم اضطرابات الجهاز الدوري:

• الذبحة الصدرية: هي عبارة عن تقلص في الشرايين التاجية يعيق سير الدم فيها مؤقتا، وينتج عن ذلك نقص في تغذية عضلات القلب مما يسبب نقص في الأكسجين اللازم لتمثيلها الغذائي، ويتبع ذلك حدوث آلام في الصدر، وقد يؤدي ذلك أيضا إلى عوامل تؤدي بدورها إلى انسداد الشريان وينتج عنه الجلطة الدموية في شرايين القلب مما يعرض حياة المريض للخطر. (زهرا، 2005، ص 473)

ونجد إلى جانب الذبحة الصدرية عصاب القلب، ارتفاع ضغط الدم وانخفاض ضغط الدم.

3-3-3-3-اضطرابات الجهاز التنفسي:

أهم اضطرابات الجهاز التنفسي هي :

- **الربو الشعبي Bronchial Asthma:** تظهر أعراض هذا المرض على شكل ضيق التنفس وتقطع بالنطق، يكون السبب في ذلك هو تورم في جدران الشعب الهوائية المؤدية إلى الرئتين أو تقلص بالعضلات التي تتحكم بهذه الشعب، إن تفسير كثير من علماء النفس لسبب ضيق التنفس لبعض الأفراد المصابين بهذا المرض هو امتداد لعقدة الذنب عند بعض المرضى، فتظهر هذه الأعراض بدلا من البكاء ، وما يؤكد ذلك أن بعض المعالجين النفسيين يستخدمون البكاء وسيلة شفاء من هذا المرض، كما أنه قد ترجع أسباب الربو الشعبي إلى عوامل التنشئة الوالدية غير السوية في المراحل العمرية الأولى لدى الطفل (منسي، 2001، ص.ص 58، 59).

ومن اضطرابات الجهاز التنفسي أيضا التهاب مخاطية الأنف ، الحساسية الأنفية المزمنة، ونزلات البرد .

6-3-4-اضطرابات الجهاز الهضمي:

أهم اضطرابات الجهاز الهضمي هي:

- **قرحة المعدة Gastric Ulcer :** أو القرحة الهضمية، حيث يلاحظ أن القلق الوقتي يؤدي إلى اضطراب معدي مؤقت، كذلك يؤدي القلق المزمن إلى قرحة المعدة، ونحن نعلم أنه بمجرد وصول الطعام إلى المعدة تفرز العصارات المعدية لهضمه، ولكن التوتر الانفعالي يسبب تدفق كمية أكبر من العصارات الهضمية الحمضية تزيد عن الكمية المطلوبة، فتتهدم الطعام ثم تهضم الغشاء المخاطي للمعدة ثم جدارها مسببة القرحة، ويلاحظ أن القرحة أكثر شيوعا لدى الرجال منها لدى النساء.
- هذا إضافة إلى اضطرابات أخرى تتمثل في: التهاب المعدة المزمن، التهاب القولون، فقدان الشهية العصبي، الشراهة، التقيؤ العصبي، الإمساك المزمن والإسهال.

6-3-5- اضطرابات الجهاز الغدي: معظمها نقص أو فرط إفراز الهرمونات وأهمها:

- **مرض السكري Diabetes:** حيث يضطرب التمثيل الغذائي للجلوكوز ويرتفع مستواه في البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الانفعالي. (زهران، 2005، ص 171)

إلى جانب مرض السكري نجد البدانة (السمنة المفرطة)، والتسمم الدرقي (فرط إفراز الغدة الدرقية).

وينتج عن اضطراب الأجهزة الأخرى الاضطرابات التالية:

6-3-6 - اضطرابات الجهاز التناسلي: العنة (الضعف الجنسي عند الرجل) ، القذف المبكر، القذف المعوق، البرود الجنسي، تشنج المهبل، اضطراب الحيض، الحمل الكاذب، العقم، الإجهاض المتكرر والولادة العسيرة.

6-3-7- اضطرابات الجهاز البولي: احتباس البول، كثرة مرات التبول.

6-3-8- اضطرابات الجهاز الهيكلي: آلام الظهر، التهاب المفاصل الروماتزمي، اضطراب العضلات، وضعف الهمة والنشاط.

6-3-9- اضطراب الجلد: الارتيكاريا (Urticaria)، التهاب الجلد العصبي، الحكاك، الإكزيما العصبية، سقوط الشعر، فرط العرق، الحساسية ، حب الشباب.

(زهران، 2005، ص.ص 475، 478)

ولا شك أن اختبار الأعراض يتوقف على ما يلي: وجود استعداد تكويني يقوم على الوراثة، وجود استعداد تكويني نتيجة للخبرات الأولى من الطفولة، ضعف الجهاز المختار (كما في حالات الإصابة والعدوى)، اضطراب عضو مشابه لدى محبوب أو قريب، إصابة أو مرض العضو من قبل في مرض عضوي أو حادث، المعنى الرمزي الذي يضيفه المريض إلى العضو، طبيعة الضغط الانفعالي، و وجود أي مكسب ثانوي محتمل لظهور العرض في عضو معين بالذات.

(نفس المرجع، ص 472)

6-4- نماذج عن اضطرابات الشخصية :

اضطراب الشخصية نوع من الاضطرابات تصبح فيه سمات الشخصية غير مرنة ولا متوافقة، وتسبب لصحابها خلل ملحوظ في أداء وظائفه أو الشعور بالمعاناة، وتظهر على هؤلاء المرضى أنماطا متأصلة وثابتة وغير توافقية في التعامل مع البيئة وإدراكها، وفي التعامل مع أنفسهم وفي تصورهم لذاتهم. (Kaplan, Sadock, 1996, p387)

واضطراب الشخصية يبدو كعدم تكيف في الحياة وخاصة مع ضغوطها، ويبدأ عادة في الطفولة والمراهقة ويعيق علاقات الفرد الاجتماعية، كما يؤثر على إنتاجه في العمل، وتمييزه بعدم المرونة، وقد يلاحظ المحيطون بمريض اضطراب الشخصية أن هناك شيئا غير مريح في التعامل معه، ويصعب عليهم تحديد ما هو، بل يشكون في أنهم السبب في ارتباك علاقتهم به، ولكن قلما يفتتعون أنه مريض نفسي، وعلى هذا قد لا يتجه تفكيرهم إلى طلبهم للمعالجة. كذلك نجد الشخص المصاب باضطرابات الشخصية كثيرا ما يصحّ بعدم الارتياح وعدم الاستمتاع بمباهج الحياة منذ طفولته، إلا أنه أيضا لا يطرق باب العلاج إلا متأخرا تحت حدوث ضغط من ضغوط الحياة، أو عند مواجهة أزمة من الأزمات (مثل أزمة اختيار زوجة أو أزمة طلاق أو فشل في العمل)، وهنا نجد أنه قد يشكو من أعراض اكتئاب أو قلق أو أعراض نفسية جسمية، ولكن عند البحث بعمق في تاريخه السابق يبدو الاضطراب الأعمق هو اضطراب الشخصية.

(عكاشة وآخرون، 1999، ص.ص 188، 189).

وتشمل أهم سمات الشخصية المضطربة: عدم قدرة الفرد على تبديل سلوكه، مشاكل في أماكن العمل، العمل في مهن ومناصب تكون دون طاقتهم وكفاءاتهم، علاقات اجتماعية ولغة مضطربة أو معدومة تماما، سرعة الاستثارة والتبرم بمن حولهم، طلب المساعدة بسبب المشاكل الطبية المرافقة وبسبب المشاكل العاطفية، تفاعلات سلبية شديدة تجاه الأطباء، ضعف القدرة على التحمل، الإصابة بنوع من التقهقر والنكوص، تعتري المصاب تفاعلات

ذهانية عارضة، فقدان المريض تماسه بالواقع، العجز عن القيام بالعمل الوظيفي، واستعمال آليات الدفاع الشاذة. (العزة، 2004، ص.ص 232، 233)

و يصنف الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع اضطرابات الشخصية إلى ثلاث فئات أو طوائف:

- **الطائفة (أ):** وتضم أنواع اضطرابات الشخصية التي تتصف بالغرابة والشذوذ، ويندرج تحت هذه الطائفة اضطرابات الشخصية البارانويدية، شبه الفصامية، والفصامية النوع.
- **الطائفة (ب):** وتضم هذه الطائفة كافة الشخصيات المضطربة والتي يغلب على سلوكها وسماتها التهويل والمبالغة وتقلب الانفعالات وعدم ثباتها، وأيضا عدم اتساق الانفعالات مع الموقف، ويندرج في هذه الطائفة اضطرابات الشخصية النرجسية، والمناهضة أو المضادة للمجتمع والشخصيات البيئية.
- **الطائفة (ج):** ويغلب على الشخصيات التي تندرج في هذه الفئة ظهور القلق والمخاوف بصورة واضحة، وتظم هذه الشخصيات الآتية: المتجنبة، الاعتمادية، الوسواسية القهرية. (غانم، 2006، ص 171)

و من بين أكثر اضطرابات الشخصية شيوعا نجد:

6-4-1- اضطراب الشخصية البارانويدية: هو اضطراب شخصية يتميز بحساسية مفرطة نحو الهزائم والرفض، وعدم مغفرة الإهانات وحمل الضغائن بشكل مستمر، الشك في الآخرين، وميل لتشويه الخبرات من خلال سوء تفسير الأفعال المحايدة على أنها عدوانية وعلى اعتقاد مستمر أن الجميع يريد إلحاق الأذى به. (عكاشة، 1998، ص 573)

6-4-2- اضطراب الشخصية شبه الفصامية:

يتصف الأفراد ذوي اضطراب الشخصية شبه الفصامية حسب (غالفي وحنين، 2005) بالسلبية والسكون وعدم الانتباه وبالانطواء والميل إلى النشاطات المنعزلة والبعد عن التثرثرة، كما يتصفون بخطاب بطيء ورتيب، وبالتحفظ في العلاقات الاجتماعية، وبضعف الإحساس بالألم، وبمظهر بارد، يفتقرون إلى التلقائية في التفاعلات الاجتماعية ويتفاعلون أقل،

ويظهرون القليل من التعبير الانفعالي، أما معرفيًا فيبدون شاردي الذهن، منغمسين في أحلامهم الحميمية، وأهدافهم غالبا ما تكون ضبابية وغير واضحة، و غير محددة.

(حدار، 2013، ص59)

وهو نمط متأصل من عدم الاكتراث بالعلاقات الاجتماعية، والقدرة المحدودة على استشعار الخبرات الانفعالية والتعبير عنها، والذي يبدأ من مرحلة الرشد ويظهر في مواقف مختلفة. (غانم، 2006، ص163)

6-4-3- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع:

تظهر هذه الشخصية لدى الفرد عند ممارسته سلوكيات غير مرغوب فيها ويرفضها المجتمع الذي يعيش فيه، وتبدأ مثل هذه الممارسات والسلوكيات مع الفرد منذ الطفولة وتستمر معه إلى المراحل العمرية اللاحقة، مثل: الكذب والسرقة والعدوان والتخريب والاستهتار بالقيم والعادات، والإساءة لشرف وعرض الآخرين، يسعون دائما وراء اللذة ولا يتعلمون من خبراتهم ولا يحاسبون أنفسهم.

(منسي، 2001، ص 65)

6-4-4- اضطراب الشخصية النرجسية:

وصف (غندرسون وآخرون، 1995) النرجسيون بشعور غير واقعي بأهميتهم وقيمتهم، وهم جد منشغلين بذواتهم إلى درجة احتقارهم للتعاطف أو مواساة الآخرين (حدار، 2013، ص 81)، وفي نفس الوقت يقلل هؤلاء من شأن من حولهم، حتى يضعون أنفسهم في القمة والجميع أقل منهم، ولا يحتمل الفرد منهم النقد وقد يتجههم سريعا لو أبديت له ملحوظة صادقة من تصرف خاطئ قد قام به، وفي نفس الوقت قد يحرص بشدة من هم أقل منه منصبا - في نظره- لو أخطأوا.

يعزو لنفسه أشياء كثيرة خاصة الانجازات الهامة مع أن غيره هو الذي قام بها، وذلك بخلط الواقع مع تخيله أنه مؤثر في كل شيء.

6-4-5- اضطراب الشخصية الهستيرية:

هي شخصية اجتماعية من السهل الإيحاء إليها أو استفزازها، تتقلب بسهولة مع الظروف وانفعالاتها غير ناضجة من حيث عدم ثبات الانفعال أو زيادة كميته بالنسبة للمواقف المختلفة، مع ضحالة المشاعر تجاه الآخرين، فالعطاء للأبناء أو الزوج محدود، كما أن تحملها للمسؤولية ضعيف، فهي دائمة الاعتماد على الغير وعلى لفت النظر، ويعتبر التحايل سمة هامة تحقق للشخصية الهستيرية كثيرا من رغباتها على حساب الآخرين الذين يضطرون إلى التنفيذ، تتميز الشخصية الهستيرية بالمبالغة في وصف متاعبها أو وصف المواقف أو الأحداث التي تمر بها، كما أنها استعراضية في الملبس من حيث اختيار الألوان وكشف أجزاء من الجسم أكثر من اللازم تبعا للموضة ورغبة منها في لفت النظر، و على هذا نجد أن الأنثى تجذب الرجال إليها ولكن عند الزواج يتبين أنها مصابة بالبرود الجنسي. (عكاشة وآخرون، 1999، ص 191)

6-4-6- اضطراب الشخصية الحدية:

وهي الشخصية التي لا يتميز أصحابها بلون أو سمة معينة لمكونات الشخصية، وتنتسم بعدم الثبات الانفعالي سواء كان ذلك مع النفس أو الأصدقاء، وقد تسمى بالشخصية المزاجية، وعادة يقوم هؤلاء الأشخاص بالتهديد للقيام بالسلوك غير المرغوب فيه، وقد ينفذون تهديداتهم في بعض الأحيان مع أنهم غير مقتنعين بضرورة قيامهم بهذا السلوك، حتى ولو كان على درجة كبيرة من الخطورة مثل القتل أو الانتحار. (منسي، 2001، ص 65)

6-4-7- اضطراب الشخصية الوسواسي القهري:

يتميز أصحابها بالنزعة إلى الكمال، عدم المرونة، عدم القدرة على التعبير عن المشاعر الرقيقة والدافئة، الاستغراق في أمور تافهة، لا يحبون التغيير، الإصرار على القيام بالأشياء بالطريقة التي يرتئونها الواحد منهم، معارضة لاعقلانية لتفويض الآخرين بالعمل بسبب الخوف من كون عملهم لا يكون صحيحا وكاملا، ويقومون بتكريس معظم وقتهم وطاقتهم في العمل باستثناء العمل الاجتماعي، بالمقابل يهدرون وقتا طويلا في التفاصيل

والموضوعات الجانبية، وهم أشخاص عديمو القدرة على صنع القرارات، متزمتون وكثيرون التدقيق في قضايا الأخلاق والآداب رغم فقدتها لقيمتها الرمزية، يتسمون بالنظام الزائد، المعاناة من الاكتئاب والقلق إذا حرموا من نشاطاتهم اليومية. (العزة، 2004، ص 243)

6-4-8- اضطراب الشخصية (التجنبية) الاجتنبية:

أهم مميزاتها التوتر والقلق المستمر، عدم الشعور بالأمان والشعور بالنقص مع وجود حساسية زائدة للنقد من الآخرين، وتكون الثقة بالنفس مزعزعة، ومن السهل أن يفقد الفرد حماسه للعمل لو قابلته مشكلة أو معوق، كما أنه يحتاج إلى الصحبة الدائمة لكي يشعر بالاطمئنان، ونظرا لشعور القلق وتضخيم الأمور من حيث احتمال حدوث مخاطر في الحياة اليومية فقد يتجنب الفرد الكثير من الأنشطة، ومما يميز الشخص القلق أن له جهازا عصبيا لا إراديا يتسم بدرجة عدم ثبات، قد تظهر في صورة برودة الأطراف مع وجود عرق طفيف جدا بالكفين باستمرار.

(عكاشة وآخرون، 1999، ص 190)

6-4-9- اضطراب الشخصية التابعة:

يتسم هذا الاضطراب بكثرة الاعتماد على الآخرين مما يجعلهم لا يتخذون مسؤولية القرارات الهامة في الحياة ، كما يتنازل المريض عن رغباته واحتياجاته فيرضخ لرغبات من يعتمد عليهم.

يشعر المريض بالخوف من أن يتخلى عنه الآخرون ويحتاج للتطمين المستمر منهم، كما يشعر بالعجز وانخفاض الروح المعنوية وأنه يفقد القوة والقدرة على الاحتمال، و يلقي اللوم على الآخرين إذا حدثت محنة أو شدة. (نفس المرجع، ص 192) . وقد يعيش الطفل العديد من مواقف الاحباط والفشل بسبب مواقف غير مشجعة ومشبعة في النسق الأسري، ويصبح مع الوقت أكثر اقتناعا بأنه لا يمتلك قدرات ولا ينجز ما يطلب منه، ويفقد ثقته بنفسه ويشعر بالقصور، وقد ينسحب إلى عالم محدود ويتخلى عن اهتماماته، وهو ما يطلق عليه "زملة الطفل القاصر" الذي تشكلت لديه شخصية تابعة في سن الرشد.

(حدّار، 2013، ص.ص 89، 90)

6-4-10- اضطراب الشخصية العدوانية السلبية:

يميل أصحاب هذه الشخصية إلى التخريب والعدوان وإيذاء الآخرين، ولا يعيرون اهتماماً للغير، ويتسمون بالسلوك المعاند ويرجع سبب هذا العدوان إلى التربية والتنشئة الوالدية المتسمة بالعنف والقسر، وتظهر آثار هذه التنشئة على شكل اضطراب عدواني نحو الآخرين عندما يكبرون، كما يتسم هؤلاء الأفراد بالاتكالية ونقص مفهوم الذات، وعادة يمتازون بعدم الثقة بالنفس، وهم كثيرون الانتقاد لعمل الآخرين، ويتصلبون بأرائهم ويتمركزون حول ذواتهم بشكل كبير، ولا يعترفون بوجهة نظر غير وجهة نظرهم (منسي، 2001، ص 66). ومن صفاتهم أيضاً العبوس والمجادلة عندما يطلب منهم فعل شيء ما، المماثلة والتسوية في المواعيد، رفض أي اقتراح لتحسين الأداء والامتناع منه، إضاعة جهد الآخرين بالأداء السيء والامتناع والنفور من الناس الخبراء. (العزة، 2004، ص. ص 243، 244)

6-5- نماذج عن الاضطرابات السلوكية:

إضافة إلى ما قدمناه سابقاً من تعريف لفئة المضطربين سلوكياً، يجدر التنويه إلى أنه قد بذلت جهود مختلفة لتحديد ماهية السلوك العادي وتعريفه وماهية السلوك المنحرف، وقد اقترح "كلاريزيو و مكوي" (Clarizio & Mcooy, 1993) استخدام المحكات التالية لتقييم التعريفات المتعلقة بالاضطراب السلوكي والانفعالي وهي: المستوى النمائي للفرد، الجنس، المجموعة الثقافية التي ينتمي إليها الفرد، مستوى التساهل أو التسامح لدى الأفراد القائمين على رعاية الطفل.

ولقد ظهرت تعريفات متعددة تطرقت لتحديد الاضطرابات السلوكية والانفعالية وتعريفها لدى كل من الأطفال والشباب التي حددت من قبل الأطباء والأطباء النفسيين والمربين والأخصائيين القانونيين، وقد استخدمت تسميات وتعريفات مختلفة تتعلق بالاضطرابات السلوكية منها سوء التكيف الاجتماعي، الاضطرابات الانفعالية، الاضطرابات السلوكية، الإعاقة الانفعالية والانحراف. (يحيى، 2000، ص 15)

وسنأخذ كمثال عن هذه الانحرافات أو الاضطرابات السلوكية: الاضطرابات الجنسية واضطرابات تعاطي المواد المؤثرة نفسياً.

6-5-1- الاضطرابات الجنسية:

تعددت التعريفات التي قدمت للجنس، إلا أن الشيء الثابت أن اسهامات التحليل النفسي في موضوع الجنس قد فتحت الأعين والآذان إلى محاولة فهم طبيعته وإقرار حقيقة أن الحياة الجنسية لا تبدأ عند البلوغ كما هو شائع عند الكثير، بل أن الحياة الجنسية تبدأ مع الميلاد، ولعل أبحاث "كنسي" "Kinsky" وزملائه تثبت هذه الحقيقة، ورغم أهمية الجنس في الحياة الانسانية وأن أهم وظائفه تتلخص في حفظ النوع و استمرار الحياة، إلا أن هذا السلوك قد يأخذ العديد من صور الانحراف أو الاضطراب:

- قد يحدث اضطراب في الوظيفة الجنسية.
- اضطراب في الفعل الجنسي بصورة شاذة .
- اضطراب في هوية النوع.

وهناك من يعتقد بإمكانية التداخل ما بين الوظائف الجنسية والشذوذ الجنسي، ومن العلماء من يعتقد بأن كل فئة قد تكون منفصلة عن الأخرى، بيد أننا نتفق مع ما أورده P.de. Silva من وجود تداخل بين النوعين، وأن هذا الاختلال يكون بدرجات، وأن هذه الدرجة بالطبع تختلف من حالة إلى أخرى، ولن يتم حسم ذلك سوى بالرجوع إلى دراسة تاريخ الحالة. إن اختلالات الذكور من الناحية الجنسية قد تأخذ الأشكال والصور الآتية: ضعف الرغبة الجنسية، العجز الجنسي، سرعة القذف، قذف متأخر، نقص القدرة على الاستمتاع الجنسي، نفور جنسي.

هذه الحالات قد تكون متصلة، فضعف الرغبة الجنسية مثلاً يقود إلى الفشل والانتصاب، وحتى لو تم الانتصاب فإنه قد يكون مؤقتاً، وتظهر تبعاً لذلك العديد من الصور الأخرى من قبيل: الفشل في استمرار العملية الجنسية، سرعة القذف، تأخر القذف، و سرعة القذف تقود إلى عدم الاستمتاع الجنسي. وقد يقود كل ما سبق إلى نفور الطرفين من العملية الجنسية

من الأساس مادامت النتائج المترتبة عليها غير مشبعة لطرف أو لكلا الطرفين في عملية التواصل والتفاعل الجنسي .

في حين أن اختلالات العملية الجنسية لدى فئة الإناث تأخذ الأشكال الآتية:
مستوى ضعيف من الاهتمام أو الرغبة الجنسية، غياب الاستجابة لرغبات الطرف الآخر، عدم القدرة على المواصلة تمهيدا للوصول إلى النشوة، حدوث تشنج مهلي، نقص القدرة على الاستمتاع الجنسي، النفور الجنسي. و هي أمور متدرجة (مثلها في ذلك مثلما سبق أن أوضحنا من نماذج الاختلال الجنسي لدى الذكور)، حيث أن كل حلقة تقود إلى الحلقة الثانية من سلسلة الفشل في الوصول إلى الإشباع الجنسي الكامل والمرضى عنه من كلا الطرفين (الزوج - الزوجة).

وفي تناولنا للاضطراب الجنسي يمكن أن نعرف بأنه خروج الفرد عن المألوف، أي أن الفرد ينحرف برغبته الجنسية، ويسلك إزاء إشباع هذه الغريزة صنوفا من الانحرافات غير المقبولة ثقافيا ودينيا وأخلاقيا في المجتمع الذي يعيش فيه. (غانم، 2007، ص.ص 41، 43).
وهي عموما أي شكل من أشكال الممارسات الجنسية التي لا تستهدف الإشباع الجنسي السوي عن طريق الاتصال الطبيعي والمشروع اجتماعيا بين الذكر والأنثى.

(البناء، 2013، ص291)

ومن أمثلة الانحرافات الجنسية:

أ- السادية: تدل على انحراف ينحصر عامة في استمداد (اشتقاق) اللذة الجنسية مما يلحق الغير من ألم بدني ونفسي (نفس المراجع، ص294)، أي أنه لا يشعر بالمتعة إلا إذا أوقع العذاب بالطرف الآخر، حتى إذا بدا كخرقة بالية هنا يترك آلة التعذيب وينخرط في متعة الممارسة. (غانم، 2007، ص363)

ب- الفيتيشية: حيث يكون الجنس هنا غير مرتبط بالشخص، وإنما بجزء من المتعلقات الشخصية الذي يمتلكها، بمعنى أن الشخص المصاب يسعى جاهدا إلى سرقة جزء من

ملابس المرأة، وأن هذا الجزء يثيره ويوصله إلى قمة النشوة وكأنه بالفعل يمارس الجنس ممارسة كاملة.

ولذا فإن الفيتيشية هي نوع من أنواع الانحراف الجنسي يستبدل بالموضوع السوي موضوعا آخر متصلا به وإن كان غير ملائم بالمرّة لبلوغ الهدف الجنسي السوي، وعادة ما يكون الموضوع الجنسي البديل والأثير لدى الفيتيشي جزءا من الجسم كالشعر أو الأقدام أو موضوعا بعينه على صلة بالموضوع المحبوب وجنسه. (غانم، 2006، ص 68)

ج- المازوخية: تعني اشتقاق الفرد لذّة من قيام الآخرين بتعذيبه وتوجيه العدوان إليه سواء كان عدوانا ماديا كالضرب والإيذاء البدني، أم عدوانا معنويا كتحقير الفرد وإهانتته وجرح كرامته والسخرية منه، وغالبا ما تمتزج المازوخية بالنشاط الجسمي للشخص ذو الطابع المازوخي، فلا يجد لذته الجنسية إلا عندما يعذبه الطرف الآخر ويوقع عليه الأذى والضرر ماديا ومعنويا سواء قبل الفعل الجنسي أو أثناءه، وفي كثير من الحالات تكون المازوخية نوعا من الشذوذ الجنسي أو الانحراف الجنسي سواء لدى الذكر أم الأنثى.

(نفس المرجع، ص 71)

6-5-2- اضطرابات تعاطي المواد المؤثرة نفسيا:

لقد شاع استخدام مفاهيم جديدة لوصف ظاهرة تعاطي المخدرات والمسكرات تحت ما يسمى بالإدمان الذي ارتبط تاريخيا بإدمان الأفيون ومشتقاته والخمور، وسميت هذه المواد بالعقاقير Drugs في الوقت الذي تنطبق كلمة العقاقير في اللغة العربية على العديد من المصطلحات التي تخرج من دائرة المفاهيم النفسية والطبية، ولكون كلمة عقار بالإنجليزية تعني أيضا الدواء، أو كل ما هو مصنّع كيميائيا، في الوقت الذي يكون الهدف من تعاطي هذه المواد هو إحداث التأثير النفسي، فقد تكون هذه المواد طبيعية مثل الأفيون والحشيش والبن والدخان وما إلى ذلك، أو تكون المادة المستعملة مخلقة مثل الخمور والمهدئات والمنومات والمهلوسات وغيرها، أو تكون خارج إطار الاستعمال الإنساني مثل الغراء والبنزين وما إلى ذلك.

ومع تطور الطب النفسي والعلاج النفسي وشيوع ظاهرة تعاطي المواد المؤثرة نفسياً وإنشاء مستشفيات ومراكز ووحدات طبية خاصة لعلاج هذه الفئة، تطور التدخل العلاجي والتأهيلي للمتعاظمي بوصفه مريضاً على نحو ما، فالمواد التي يتعاطها الأفراد تسبب الاضطرابات العضوية التي تحتاج إلى الطبيب الباطني المتخصص، مثل الحالات التسممية الناتجة عن تعاطي المواد، أو الآثار الجانبية للتعاظمي مثل قرحة المعدة واضطرابات الدورة الدموية، وسرطان الرئة، وما إلى ذلك من اضطرابات تحتاج إلى العلاج الطبي العضوي، كما تسبب هذه المواد في اضطرابات نفسية تحتاج إلى تدخل العلاج الدوائي النفسي مثل: الحالات الذهانية التي تنتج عن تعاطي الخمر والمنشطات والحشيش وما إلى ذلك، في صورة من الهذاء، الهلوسات، والهواجس التي تتشابه مع مظاهر الاضطرابات الذهانية، كما تسبب هذه المواد اضطرابات حادة في علاقة الشخص بالآخرين ووسطه الاجتماعي، والتي تحتاج إلى تأهيل اجتماعي في ميدان الأسرة والعمل والعلاقات الاجتماعية بصفة عامة. (عسكر، 2005، ص.ص 19، 21)

يمكن تصنيف المخدرات من حيث تأثيرها إلى مجموعات، لكل مجموعة منها تأثيراتها المتشابهة على الفرد المدمن والمتعاظمي، والتي تسبب مشكلات متنوعة تشمل المشكلات الجسدية والمشكلات النفسية والمشكلات الاجتماعية، وفيما يلي شرح مختصر للمجموعات الرئيسية للمخدرات:

1. المهبطات 2. الأفيونات 3. المنشطات 4. المهلوسات. 5. الحشيش.

نأخذ مثال المهبطات:

- **المهبطات** : تتضمن هذه المجموعة الكحول، الباربيتورات، المنومات والمسكنات الصناعية، وهذه المجموعة من المخدرات لها القدرة على التسبب في درجة من الخمول والكسل والنعاس أو الاسترخاء، كما أنها تسبب فقدان الفرد السيطرة على النفس، وتفقدته مهارة تعلم السلوك الجديد نتيجة لتأثيرها على مراكز في الدماغ، وهذه المجموعة تحدث

تغيرات في النظام العصبي مما يؤدي بالتالي إلى ظهور أعراض الانسحاب عند الفرد المدمن، والانسحاب المفاجئ من تعاطي أي من هذه المجموعة يمكن أن يهدد الحياة. ويعتبر الكحول مثلا من العقارات المهبطة لأنه يبطئ قدرة المخ على التحكم في عمل أعضاء الجسم، وأيضا عن التفكير وعلى اتخاذ القرارات، و على الحكم السوي مهما كان مصدر الكحول وفي أي نوع من أنواع المسكرات، ولذا فإن تأثير الخمر على الإنسان لا يتوقف على نوع الخمر، وإنما على كمية الكحول الموجودة في هذا النوع. والسكر هو حالة مرضية تتميز بسلوك غير طبيعي لبحث واقتناء وشرب الخمر بإفراط، مما يؤدي إلى عدم التحكم في عدد مرات شرب الخمر، وكمية الخمر المستعملة في كل مرة، وينتج عن ذلك تدهور في صحة المدمن وفي حياته الأسرية والاجتماعية والاقتصادية، وبالطبع تتدهور حياته الروحية. (المشاقبة، 2007، ص.ص 47، 49)

يمكن إرجاع أسباب الإدمان إلى عوامل وراثية واجتماعية، وإلى عوامل نفسية كالإحباط والقلق والبحث عن اللذة ومجاملة رفاق السوء واضطرابات الشخصية، وبعد الإدمان الآن مشكلة عالمية تشترك فيها دول العالم لمكافحته، وذلك لما يسبب من أضرار وأضرار بنواحي الحياة كافة، كالنواحي الصحية والاقتصادية والعقلية والنفسية، بحيث أصبحت تخرج الإنسان عن إنسانيته. (منسي، 2001، ص 64)

يعبر الاضطراب النفسي و العقلي عن مفهوم لجانب من السلوك يتعارض مع ما نطلق عليه سلوكا سليما، أو عاديا أو ناضجا، و الاضطراب أو المرض النفسي لا يحقق الرضا والتقبل للشخص أو لمن حوله أو لكليهما معا. و يؤدي المرض النفسي إلى إثارة اضطرابات شاملة في سلوك الانسان قد تشمل حالته الانفعالية، أو تفكيره، أو سلوكه الاجتماعي، أو وظائفه العضوية و الجسمية، أو كل هذه الأشياء مجتمعة في وقت واحد. و إذا غلب الاضطراب على الناحية الانفعالية و الوجدانية كان هناك ما يسمى بالاضطرابات العصابية كالقلق والهستيريا و المخاوف المرضية و الاكتئاب، و إذا كان مصدر الشذوذ اضطرابا في التفكير تكوّن ما يسمى بالمرض العقلي (الذهاني) بأشكاله المختلفة من فصام، و هوس،

وبارانويا، و تنشأ الجريمة و الجناح (الانحرافات السيكوباتية) بسبب اضطراب السلوك الاجتماعي، وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية كالارتفاع في ضغط الدم، و الربو، و القرحة علامة على أن الاضطراب النفسي يؤثر في الوظائف العضوية و البدنية للإنسان، و في كل نوع من أنواع هذه الاضطرابات يشمل الاضطراب الوظائف الأخرى، فالاضطراب في حالة القلق مثلا يصيب الجوانب الوجدانية، و الجسمية، و السلوكية و العقلية..و لو أن مصدر الاضطراب هو الوجدان أساسا. و تشكل الأمراض النفسية بؤرة لمشكلات اجتماعية وعقلية أخرى تعاني منها الدول المتقدمة و دول العالم الثالث على السواء، و قد تبين الاعتماد على نتائج البحوث المسحية و الدراسات التجريبية مدى انتشار الاضطرابات العقلية في العالم العربي و الغربي. كما تحدث الاضطرابات النفسية بسبب التقاء عوامل كثيرة منها الوراثة والأساليب الخاطئة في التنشئة فضلا عن الضغوط و الأزمات البيئية، و التقاء هذه العناصر يرسم دون شك خطط العلاج الفعال لتلك المشكلات، كما يمنحنا البصيرة بالسبل والأشكال التي يجب أن تتطور نحوها أساليب العلاج. (ابراهيم،1980،ص50)

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال ما عرضناه في فصل الصحة النفسية بجزئيه الخاص بالصحة النفسية و الخاص بالاضطراب النفسي، أنه لا يوجد حد فاصل بين الحالتين أي لا توجد نقطة فاصلة تكون نهاية للصحة النفسية و بداية للمرض النفسي، نظرا لنسبية كل واحد منهما . على الرغم من أن تعريفهما على أن الصحة النفسية حالة دائمة نسبيا من الراحة و الرفاه العاطفي و قدر عال من التوازن في كل جوانب الشخصية و الانسجام مع كل معطيات البيئة و القدرة على حل المشكلات مما يجلب كل ما هو ايجابي للفرد و للمحيطين به، و المرض النفسي على أنه حالة دائمة نسبيا تبدوا في عجز الفرد و اخفاقه في حل مشكلاته اليومية مما يجعله و المحيطين به يعانون من التعاسة و الانقباض و البؤس و أحيانا عدم الأمان، يجعلهما يظهران على أنهما متناقضين ، و على الرغم من التصنيفات المتجددة التي أعطيت للأمراض اعتمادا على أعراضها، يبقى أمر التشخيص مشكلا قائما في الاضطرابات النفسية نظرا لتداخل هذه الأعراض. لكن من المهم أن نلفت الانتباه إلى نقطة نعتبرها هامة و هي نقطة التوفيق أو النجاح في حل المشكلات التي قدمت في تعريف كل من الصحة النفسية و الاضطراب النفسي، حيث يعتبر أسلوب التفكير المحرك الجوهرى لحل هذه المشكلات عندما يعتبر الطريقة أو الاستراتيجية الخاصة بالفرد لحل مشكلاته ومواقفه، و هنا تظهر أهم نقطة و هي وقوف أسلوب التفكير وراء حل المشكلات ، والنجاح في حل المشكلات وراء تحقيق التوافق و تحقيق التوافق وراء تحقيق الصحة النفسية، اذن باختصار امكانية وقوف أسلوب التفكير وراء تحقيق الصحة النفسية.

الفصل الرابع:

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد:

سنعرض من خلال هذا الفصل إلى الإجراءات الميدانية للبحث بعد أن تعرضنا إلى أدبيات الموضوع و ما شملته فيما يخص متغيرات الدراسة، و ذلك بالتطرق إلى مختلف الخطوات المتبعة لإنجاز هذه الدراسة ميدانيا، و المتمثلة في: المنهج المتبع، الدراسة الاستطلاعية، عينة الدراسة، الأدوات المستخدمة في الدراسة، إضافة إلى عرضنا لإجراءات التطبيق النهائي لأدوات الدراسة، و المعالجة الإحصائية للبيانات.

1- المنهج المتبع:

يكون اختيار منهج البحث من طرف الباحث حسب ما يناسب بحثه و المعطيات المتوفرة لديه، و الأهداف التي يريد الوصول إليها من خلال دراسته، فالباحث الذي يعنى بجمع المعطيات وتنظيمها ووصفها و التعبير عنها بطريقة كمية مع كشف العلاقة والفروق بينها و بعدها تحليلها و تفسيرها، يستعدي منه الأمر اتباع منهجا يسمح له بانتهاج هذه الخطوات المذكورة و التي تتوفر في " المنهج الوصفي".

و يعرف المنهج الوصفي بأنه " مجموعة الاجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتمادا على جمع الحقائق و البيانات و تصنيفها و معالجتها و تحليلها تحليلا كافيا و دقيقا لاستخلاص دلالتها و الوصول إلى نتائج عن الظاهرة أو الموضوع محل البحث" (الرشيدي، 2000، ص59). و هو يعد طريقة في البحث عن الحاضر، ويهدف إلى تجهيز بيانات لإثبات فروض معينة تمهيدا للإجابة عن تساؤلات محددة بدقة، تتعلق بالظواهر الحالية و جمع المعلومات عنها بأدوات مناسبة وتحليلها.

(الأغا، 2002، ص43).

بعد الخطوات المذكورة من جمع للبيانات وتنظيمها وغيرها من المراحل، تأتي مرحلة التفسير، حيث لا يتوقف المنهج الوصفي على الوصف والتنظيم والكشف عن العلاقات والفروق، وإنما يتعداه إلى ما هو أبعد من ذلك، إذ يتناول نتائجه بالشرح والتفسير والتحليل الدقيق، وفي بحثنا هذا يسمح لنا هذا المنهج بالكشف عن علاقة أساليب التفكير باعتبارها

الطرق و الاستراتيجيات الفكرية التي اعتاد أن يتعامل بها الفرد لحل المشكلات التي تواجهه في حياته اليومية بصحته النفسية التي تستطيع أن تكون نتاجا لبعض الأساليب في التفكير، آخذين بالحسبان بعض العوامل الأخرى التي ظهرت من خلال فرضيات الدراسة.

2- الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى مساعدة الباحث على التعرف إلى الميدان الذي سيتم التعامل معه و فيه خلال الجانب التطبيقي أو الميداني من الدراسة، و ذلك من خلال التعرف إلى الصعوبات التي يمكن أن يواجهها، سواء فيما يخص أدوات البحث أو العينة التي تستهدفها دراسته .

كذلك تمكّنه من تدارك الأخطاء التي يمكنه الوقوع فيها خلال التطبيق النهائي، حيث يتمكن من تقييم مختلف النقائص و التي يستطيع بعد ذلك أن يغير من خلالها أداة البحث مثلا أو يغير العينة المستهدفة - كما سيظهر لاحقا- أو حتى تعديل طرق تقديم أدوات البحث و شرحه للبنود و تفهمه لحساسية المواضيع التي تستطيع أن تمسها (البنود).

وفي الدراسة الاستطلاعية الخاصة بالبحث الحالي تم توزيع عدد من النسخ التي تشمل مقياسا البحث على (100) فرد بطريقة عشوائية، أي لم يراعى فيها استهداف أفراد معينين و ذلك لمعرفة طريقة تعامل كل المستويات (العمرية، التعليمية، جنس المجيب...) مع المقياسين، حيث كان الهدف الأولي اتخاذ عينة عشوائية كعينة للبحث، واحتوت كل نسخة على كل من اسمارة جمع البيانات، و مقياس أساليب التفكير (لهارسون و برامسون وبارليت1980، ترجمة مجدي عبد الكريم حبيب،1995)، و مقياس الصحة النفسية ل(صلاح فؤاد محمد مكاوي،2002)، وذلك في محاولة للتعرف على مختلف النقاط التي تم الإشارة إليها و كانت النتائج كما يلي:

- عدم التمكن من استعادة كل النسخ المقدمة و النسخ التي استعدناها استغرق أصحابها وقتا طويلا في إعادتها .

- إشارة بعض الأفراد إلى عدم فهمهم لأغلب البنود و صعوبة ترتيب الاجابات فيما يخص مقياس أساليب التفكير .
- بعض النسخ المعادة كانت ناقصة بالنسبة للمقياسين (مقياس أساليب التفكير و مقياس الصحة النفسية) .

الملاحظات:

- معظم الأفراد الذين اشتكوا من صعوبة البنود و الاختيار من بين الإجابات و ترتيبها بالنسبة لاختبار أساليب التفكير من الأفراد ذوي المستوى التعليمي دون الجامعي، حيث كانوا يتركون بعض الإجابات الناقصة في مقياس أساليب التفكير وأحيانا لا يجيبون أيضا على المقياس الثاني الخاص بالصحة النفسية، بما أنهم لم يفهموا بنود المقياس الأول، فيعيدون المقياسين فارغين بدون إجابة، في حين كانت البنود مفهومة من قبل الأفراد ذوي المستوى العالي من التعليم مع الإشارة إلى تطلبها تركيزا كبيرا من قبل الفرد المجيب .
- إبداء أفراد العينة ارتياحهم فيما يخص مقياس الصحة النفسية من حيث وضوح البنود و سهولتها بالنسبة للأفراد من كل المستويات .
- من خلال النقاط المذكورة سابقا و الملاحظات المتعلقة بها خلصنا إلى النتائج التالية:
- الاقتصار في توزيع مقياسا البحث على فئة ذوي المستوى الجامعي من التعليم كعينة للبحث و ذلك لتوفر النقاط التالية:
- امكانية فهم بنود المقياس الأول - أساليب التفكير - و اختيار و ترتيب الأجوبة التي يحتويها بسهولة أكثر، و ذلك لتدرب معظم المتخرجين من الجامعة على الإجابة على أسئلة من هذا النوع، عدا عن تفتحهم على عدة مواضيع تشملها بنود المقياس .
- تقدير معظمهم لقيمة البحث العلمي و ذلك يفيد في عدة نقاط منها: الموضوعية في الإجابة، الالتزام بإعادة المقياس، الحرص على ملأ كل البيانات و الإجابة على كل البنود مع الإدراك أن كل إجابة ناقصة تؤدي إلى إلغاء إجابة صاحبها و المراوغة تؤدي إلى

الإنقاص من قيمة البحث. لذلك تم إلغاء المقاييس التي لم يكمل أصحابها الإجابة، والاقتصار في توزيع مقاييس البحث على الأفراد ذوي التعليم الجامعي من أساتذة الأطوار الثلاثة (الابتدائي، المتوسط، الثانوي) من مدارس متفرقة، و طلبة الجامعات في تخصص (علم النفس، الرياضيات) و ذلك في كل من جامعتي : الجزائر 2 بوزريعة، المدرسة العليا للأساتذة القبة على التوالي ، و بلغ عددهم (100) فردا.

تم الحرص على قراءة كل بنود المقياسين من قبل الباحثة قبل تقديم المقياسين للإجابة و التأكد من فهم كل فرد لكل البنود و فهم المطلوب منه لإزالة كل غموض، مع إعطاء مدة كافية لكن مع تحديد وقت إعادة المقياس حسب ما يناسب المجيب من وقت. وعند استلام الاجابات كنا نطلب من المشارك وضع اجاباته داخل ظرف كبير يحتوي العديد من إجابات المشاركين الآخرين لتأكده من حفظ سرية المعلومات التي قدمها. كانت هذه أهم النقاط التي استفدنا منها من خلال الدراسة الاستطلاعية و التي سهلت علينا القيام بالدراسة الأساسية أو النهائية فيما بعد، حيث كشفت لنا عن أهم الصعوبات التي تستطيع أن تواجهها و مكنتنا من محاولة تفاديها.

3- العينة:

يعرف مجتمع البحث على أنه " مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة بين أفرادها يمكن ملاحظتها، هذه الخصائص تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى التي يجرى عليها البحث" (أبو علام، 2007، ص167)، و يعرف أيضا في لغة العلوم الإنسانية أنه: "مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر المحددة مسبقا و التي تتركز عليها الملاحظات. و تكون وحدات البحث هي الأجزاء المكونة لمجتمع البحث" و تسمى أيضا مفردات البحث أو عناصر البحث (انجرس، 2004، ص298). أما العينة فهي: "مجموعة فرعية من عناصر مجتمع بحث معين (نفس المرجع، ص 301). من خلال ما

قدم نعتبر مجتمع البحث الخاص بنا متمثل في الأفراد الحاصلين على مستوى جامعي في التعليم.

عينة الدراسة مقصودة، حيث أن كل مجيب عن مقياس الدراسة و المتمثلان في: مقياس أساليب التفكير و مقياس الصحة النفسية يجب أن يكون: ذو مستوى تعليم جامعي بحيث لا يهّم التخصص، و اقتصرت العينة على أساتذة مختلف الأطوار التعليمية (ابتدائي، متوسط، ثانوي)، و الطلبة الجامعيين في تخصصات مختلفة. و يرى " زياد أحمد الطويسي، 2001" أن الباحث في المجموعة القصدية ينتقي أفراد مجموعته بما يخدم أهداف دراسته، و بناء على معرفته دون أن يكون هناك قيود أو شروط غير التي يراها هو مناسبة من حيث الكفاءة أو المؤهل العلمي أو الاختصاص أو غيرها، و هذه المجموعة غير ممثلة لكافة وجهات النظر و لكنها تعتبر أساسا متينا للتحليل العلمي و مصدرا ثريا للمعلومات التي تشكل قاعدة مناسبة للباحث حول موضوع دراسته.

قدّرت عينتنا ب 501 فرد و تكونت من كل من:

- أساتذة الأطوار التعليمية الثلاثة (ابتدائي، متوسط، ثانوي) في مختلف المواد، حيث تم التطبيق للمقياسين في فترة خضوع هؤلاء الأساتذة للتكوين البيداغوجي لأساتذة قطاع التربية و التعليم، والمسطر من قبل وزارة التربية و التعليم، و ذلك بمركزي ثانوية "محمد اسياخم" و إكمالية "مولاي علي" التابعين لأكاديمية غرب الجزائر بالشرافة - الجزائر العاصمة، وقدّر عددهم ب 257 أستاذا، بنسبة 51.29% من أفراد العينة.

- الطلبة الجامعيين، من ثلاث جامعات:

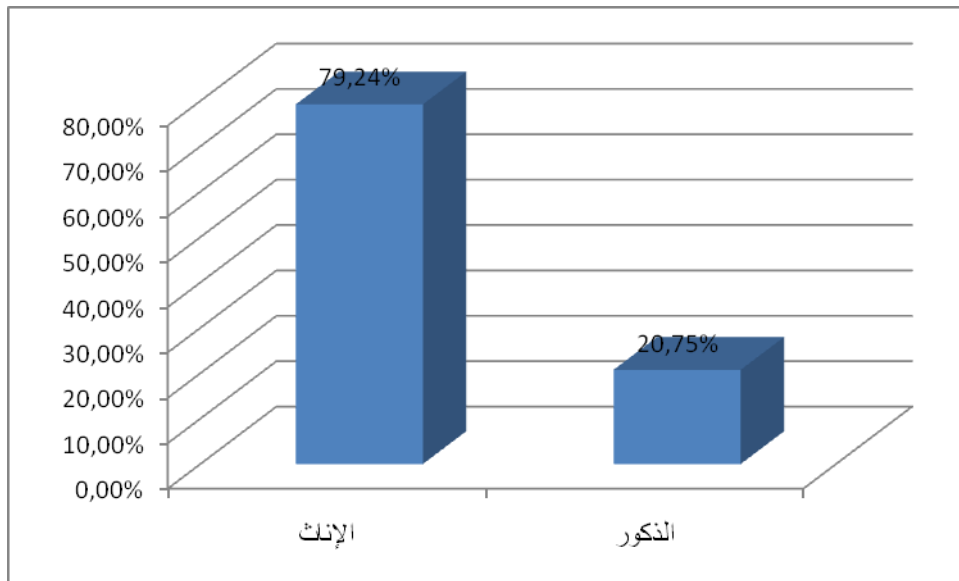
- جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله (قسم علم النفس) و قدّر عددهم ب 93 طالبا، حيث مثلوا نسبة 18.56% من أفراد العينة.
- المركز الجامعي مرسلي عبد الله - تيبازة - (معهد العلوم الاجتماعية) قدر عددهم ب 90 طالبا، و مثلت نسبتهم 17.96% من أفراد العينة.

- المدرسة العليا للأساتذة -القبّة- (قسم العلوم الطبيعية و قسم الرياضيات) عددهم 61 طالبا، و مثلوا نسبة 12.17% من أفراد العينة . مع العلم أن نسبة الطلبة مجتمعين مثلت 48.70% من أفراد العينة.
- ❖ وصف العينة: سيتم من خلال الجداول التالية وصف عينة الدراسة من حيث: الجنس، السن، و بنية التفكير.

أ- وصف العينة من حيث نوع الجنس: يتضح توزيع العينة من حيث الجنس من خلال الجدول التالي:

النسبة المئوية	العدد N	المجموعات
79.24%	397	الإناث
20.75%	104	الذكور
100%	501	المجموع

جدول رقم (03): خصائص عينة الدراسة من حيث نوع الجنس. من خلال الجدول يتضح أن عدد أفراد العينة بلغ 501 فرد، و أن عدد الإناث الذي بلغ 397 أنثى بنسبة مئوية تقدر ب 79.24% أكبر من عدد الذكور الذي قدر ب 104 ذكر حيث بلغت نسبته المئوية ال 20.75%، أي أن أغلب أفراد عينة البحث هم من الإناث. كما نلاحظ ذلك أيضا من خلال الشكل الموالي:



شكل رقم (01): خصائص عينة الدراسة من حيث نوع الجنس.

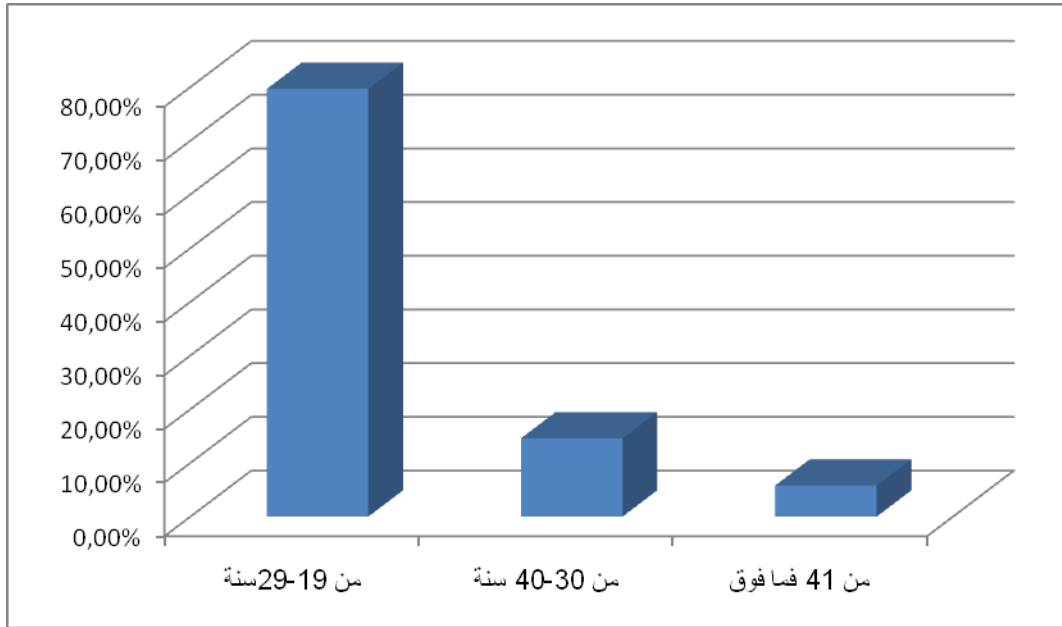
ب- وصف العينة من حيث السن: يتضح تقسيم العينة من حيث السن من خلال الجدول التالي:

النسبة المئوية	التكرارات	الفئات
79.64%	399	من 19-29 سنة
14.57%	73	من 30-40 سنة
5.78%	29	من 41 فما فوق
100%	501	المجموع

جدول رقم (04): خصائص عينة الدراسة من حيث السن.

من خلال معطيات الجدول يتضح لنا أن أكبر نسبة لأفراد عينة البحث تواجدت عند الفئة التي تراوح سنها ما بين ال 19-29 سنة، و التي قدرت ب 79.64% حيث بلغ عدد أفرادها 399 فردا، تليها الفئة العمرية ما بين 30-40 سنة حيث قدرت نسبتها ب 14.57% و بلغ عدد أفرادها 73 فردا، و أقل فئة هم الذين تراوحت

أعمارهم من 40 سنة فما فوق، حيث نستنتج أن العينة فنية أغلبها من الشباب ما بين 19 و 29 سنة، و التوزيع موضح من خلال الشكل التالي:



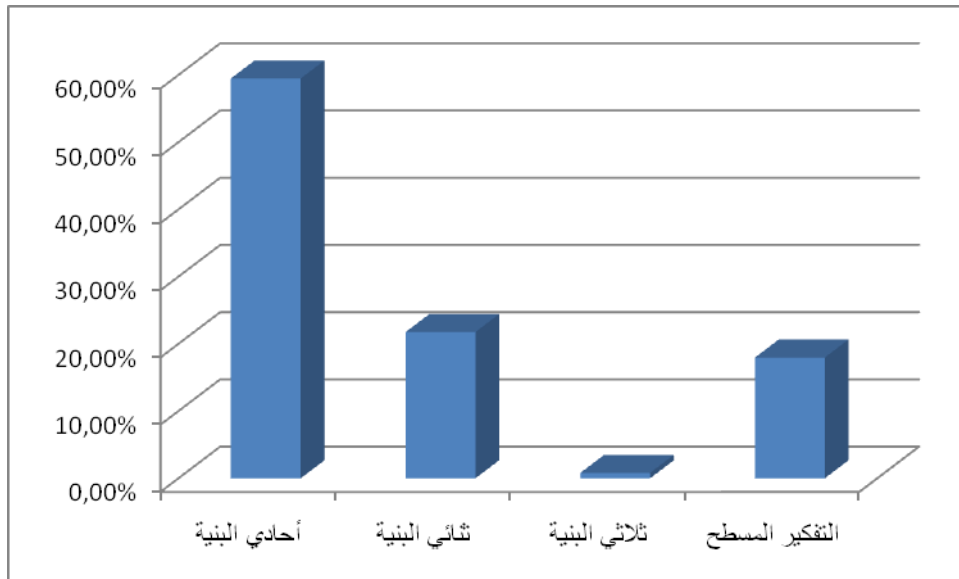
شكل رقم (02): خصائص عينة الدراسة من حيث السن.

ج- وصف العينة من حيث بنية التفكير: يتضح تقسيم العينة من حيث بنية أسلوب التفكير من خلال الجدول التالي:

بنية أسلوب التفكير	التكرارات	النسبة المئوية
أحادي البنية	298	59.48%
ثنائي البنية	109	21.75%
ثلاثي البنية	4	0.79%
التفكير المسطح	90	17.96%
المجموع	501	100%

جدول رقم (05): خصائص أفراد العينة من حيث بنية أسلوب التفكير.

من خلال الجدول أعلاه يتبين أن أسلوب التفكير أحادي البنية هو الأكثر انتشاراً بين أفراد العينة حيث بلغ عدد الأفراد المتبعين لهذا الأسلوب 298 فرداً بنسبة مئوية قدرت بـ 59.48%، يأتي بعده الأسلوب ثنائي البنية الذي بلغ عدد الأفراد الذين يتبعونه 109 فرداً بنسبة 21.75%، يليهما أسلوب التفكير المسطح الذي يقدر عدد أفراد بـ 90 فرد بنسبة مئوية تساوي 17.96%، أما الأسلوب ثلاثي البنية فهو قليل جداً في العينة حيث بلغ الأفراد أصحاب هذا النوع من التفكير الـ 4 أفراد بنسبة مئوية قليلة جداً قدرت بـ 0.79%، و هذا يطابق التوزيع النظري لأساليب التفكير والذي وضع نتيجة الدراسات التي أقيمت بغرض الإحصاء و التوزيع لأساليب التفكير من حيث البنية، و يوضح التوزيع من خلال الشكل الآتي:



شكل رقم (03): خصائص عينة الدراسة من حيث بنية التفكير.

4- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

تم في الدراسة الحالية استخدام الأدوات التالية :

أ - استمارة جمع البيانات.

ب- مقياس أساليب التفكير "لهارسون و برامسون" "Harrison & Bramson"

(1980) (ترجمة مجدي عبد الكريم حبيب، 1995).

ج- مقياس الصحة النفسية (لصالح فؤاد محمد كاوي، 2002).

أ- استمارة جمع البيانات:

قامت الباحثة بإعداد استمارة لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات و المعطيات التي

اعتبرت أساسية للبحث، و مكنتنا أيضا من وصف العينة و تحديد خصائصها،

وتمثلت هذه المعلومات في مجموعة من البيانات شخصية تمثلت في السن، الجنس،

المستوى التعليمي، الإقامة و العمل.

ب- مقياس أساليب التفكير "لهارسون و برامسون" "Harrison & Bramson"

(1980) (ترجمة مجدي عبد الكريم حبيب، 1995):

وضع هذا المقياس "هاريسون و برامسون و بارليت" (Harrison & Bramison

، parlett)، و معاونيهم من الأساتذة بجامعة كاليفورنيا وذلك عام 1980 ، و قد قام الباحث

الأستاذ " مجدي عبد الكريم حبيب" بتكييف الاختبار على البيئة المصرية و العربية ، ثم

تمت عملية التقنين و وضع معايير على عينات كبيرة عام 1996.

يتكون المقياس من 90 عبارة موزعة على 18 موقف من المواقف اليومية التي تواجه

الفرد، و ذلك بوضع خمس عبارات لكل موقف، تمثل كل عبارة منهم حلا لذلك الموقف

حيث يعبر كل حل عن أحد أنماط التفكير الخمسة التي يقيسها الاختبار، وعبارة أخرى يبين

لنا الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد لإيجاد حلول المشكلات التي تواجهه، وهذه الأنماط

ذات عمق و انتشار، كما أنها تنطوي على أسس فلسفية و نفسية عريقة و هي :

أ_ الأسلوب التركيبي (The Synthesitic Style)

ب_ الأسلوب المثالي (The Idealistic Style)

ج_ الأسلوب العملي (The Pragmatic Style)

د_ الأسلوب التحليلي (The Analytic Style)

هـ - الأسلوب الواقعي (The Realistic Style)

المصطلح الفني لأساليب التفكير الخمسة هو "أنماط التحقق"، أي الطرق التي نرى بها العالم و نشعر أو نستفسر بها عما يدور في أذهاننا من أسئلة، إلا أن واضعي الاختبار يفضلون استخدام مصطلح "أساليب التفكير".

وقد كشف هذا الاختبار عن وجود فروق فردية في الدرجات الخام، و من خلال الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في الأساليب الخمسة، يمكن الكشف عن الخصائص البنائية المختلفة لتفكيره على النحو التالي :

إذا حصل المفحوص على درجة 60 فأكثر في أسلوب واحد فقط فبروفيل التفكير هو التفكير أحادي البعد.

إذا حصل المفحوص على درجة 60 فأكثر في أسلوبين فبروفيل التفكير هنا هوثنائي البعد.

إذا حصل المفحوص على درجة 60 فأكثر في ثلاث أساليب فبروفيل التفكير هنا هو ثلاثي البعد.

إذا حصل المفحوص على درجة تتراوح بين 48- 60 في أساليب التفكير الخمسة ، فبروفيل التفكير هنا هو التفكير المسطح.

- تقديم الاختبار:

تشير تعليمات الاختبار إلى أنه لا يحتوي إجابات صحيحة أو خاطئة، و إنما هي أداة تساعد الفرد في التعرف على أساليبه المفضلة في التفكير، و من الضروري الإجابة

بدقة قدر الإمكان في تحديد الطريقة التي يفكر بها الفرد فعلا ، وليست الطريقة الواجب أو المفروض عليه أن يسلكها.

يتكون المقياس من 18 بند ، كل بند عبارة عن جملة متبوعة بخمس إجابات محتملة و المطلوب من المفحوص ترتيب الإجابات الخمس حسب التفكير الفعلي الذي ينطبق عليه (2،3،4،5،1)، مثلا على اعتبار أن 5 تمثل السلوك الأكثر تطابقا عليه و 1 تمثل السلوك الأقل تطابقا عليه أو الأكثر بعدا عنه.

- تصحيح الاختبار :

إن كل موقف من مواقف الاختبار الثمانية عشر متبوع بخمس عبارات تمثل حلول مختلفة لكل موقف، حيث يعبر كل حل عن أحد أنماط التفكير الخمسة من خلال اتفاق مضمونه مع التعريف الإجرائي لهذا النمط .

هذا و يحسب مجموع الدرجات المعطاة لعبارة كل نمط (ثمانية عشر عبارة) على حدى و هو يمثل التقدير الكلي لكل أسلوب، ونفرغ الدرجات في الجدول الخاص "دليل تقدير الدرجات لأساليب التفكير" ، و هذا بالنسبة للأساليب الخمسة التي يقيسها الاختبار ، ولقد صمم الاختبار اعتمادا على طريقة خاصة مؤداها أن مجموع الدرجات الخام التي سيتحصل عليها المفحوص في الأنماط الخمسة تمثل مقدارًا ثابتًا هو 270 .

- تقنين الاختبار:

توصل واضعوا الاختبار إلى إثبات وجود أنماط التفكير الخمسة:
الأسلوب التركيبي ،الأسلوب المثالي ،الأسلوب العملي ،الأسلوب التحليلي ،
والأسلوب الواقعي، وذلك على قطاعات مختلفة من الشباب الجامعي في أمريكا و العاملين في مجالات متعددة كذلك توصلوا إلى صدق الاختبار و ثباته، و لكن لم يشر واضعو الاختبار إلى قيم معاملات الارتباط (هميلة، 2009، ص.ص153،154).

- ثبات الاختبار:

قامت الباحثة (هميلة، 2009) بحساب ثبات الاختبار لمرتين متتاليتين بفاصل زمني يقدر ب (15 يوما) على عينة قدرها (25 ذكور، 25 إناث)، فتوصلت إلى معاملات ثبات مرتفعة. كما قامت بحساب التجزئة النصفية باستخدام معادلة "سبيرمان براون" للتجزئة النصفية بين البنود الفردية و الزوجية فتوصلت إلى معاملات ثبات مرتفعة. و هذا ما يوضحه الجدولين التاليين:

العينة	الجنس	أسلوب التفكير التركيبي	أسلوب التفكير المثالي	أسلوب التفكير العملي	أسلوب التفكير التحليلي	أسلوب التفكير الواقعي
طلاب المرحلة الثانوية	ذكور	0.73	0.66	0.61	0.63	0.69
	إناث	0.69	0.71	0.73	0.63	0.65
طلاب المرحلة الجامعية	ذكور	0.71	0.79	0.73	0.78	0.70
	إناث	0.75	0.80	0.71	0.75	0.72
طلاب الدراسات العليا	ذكور	0.72	0.81	0.73	0.75	0.78
	إناث	0.65	0.75	0.81	0.72	0.75
معلمون والتعليم	ذكور	0.60	0.75	0.82	0.69	0.63
	إناث	0.75	0.72	0.71	0.63	0.75
أعضاء هيئة التدريس	ذكور	0.71	0.63	0.68	0.61	0.65
	إناث	0.65	0.70	0.71	0.63	0.69

جدول رقم (06): ثبات مقياس أساليب التفكير بطريقة إعادة إجراء الاختبار.

يتبين من خلال الجدول أن قيم معاملات الثبات مرتفعة، هذا يدل على ثبات المقياس و يطمئن لإمكانية استعماله في الدراسة الحالية.

العينة	الجنس	أسلوب التفكير التركيبي	أسلوب التفكير المثالي	أسلوب التفكير العملي	أسلوب التفكير التحليلي	أسلوب التفكير الواقعي
طلاب المرحلة الثانوية	ذكور	0.75	0.73	0.70	0.76	0.80
	إناث	0.73	0.82	0.75	0.79	0.71
طلاب المرحلة الجامعية	ذكور	0.66	0.85	0.70	0.73	0.69
	إناث	0.71	0.72	0.65	0.80	0.75
طلاب الدراسات العليا	ذكور	0.65	0.75	0.82	0.81	0.71
	إناث	0.71	0.82	0.75	0.69	0.73
معلمون بالتربية والتعليم	ذكور	0.63	0.71	0.80	0.73	0.69
	إناث	0.78	0.65	0.65	0.72	0.82
أعضاء هيئة التدريس	ذكور	0.73	0.78	0.81	0.86	0.80
	إناث	0.75	0.71	0.72	0.69	0.75

جدول رقم (07): معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس أساليب التفكير.

يمكن أن نلاحظ من خلال الجدول، أن معاملات الثبات مرتفعة، نستطيع من خلالها استنتاج ثبات المقياس و بالتالي إمكانية استعماله في الدراسة.

- صدق الاختبار:

أ- صدق البناء: أوضح واضعوا الاختبار أنه تم تجميع بنود الاختبار و العبارات من خلال نتائج الأبحاث و الدراسات العديدة التي تمت فيما يخص مجالات: حل المشكلات، طرق اتخاذ القرار، طرق وضع الأسئلة، و لا شك أن هذه المجالات إنما تخص طرق وأساليب التفكير المختلفة.

ب- صدق التكوين الفرضي:

قامت الباحثة (هميلة، 2009) بحساب معاملات الارتباط بين أساليب التفكير الخمسة في صدق التكوين الفرضي، وذلك على عينات صغيرة من عينات التقنين عدد كل منها (50) على النحو التالي:

5	4	3	2	1	أسلوب التفكير
0.18-	0.9-	0.37-	0.18-	-	أسلوب التفكير التركيبي
	0.17-	0.14-	0.24-	-	أسلوب التفكير المثالي
		0.13-	0.15-	-	أسلوب التفكير العملي
			0.38-	-	أسلوب التفكير التحليلي
				-	أسلوب التفكير الواقعي

جدول رقم (08): نتائج صدق التكوين الفرضي لاختبار أساليب التفكير.

يتضح من خلال الجدول وجود ارتباطات سالبة دالة بين التفكير التركيبي والتفكير العملي، وكذلك بين التفكير التحليلي والتفكير الواقعي، كما اتضح أيضا استقلال أساليب التفكير الخمسة بعضها عن بعض، انن فهي متعامدة و السبب في ذلك انخفاض عدد المعاملات الدالة، وهذا ما يؤكد أن أساليب التفكير إنما تمثل جوانب مختلفة و متعددة للتفكير .

ج-الصدق العاملي:

أما فيما يخص الصدق العاملي فقامت الباحثة (هميلة، 2009) بإجراء للمصفوفة الارتباطية التي تمثل درجات عينة الطلاب بالمرحلة الجامعية كمثل على الصدق العاملي، و قد استخدمت في التحليل العاملي طريقة "هوتلينج" (المكونات الأساسية)، و لقد أديرت المحاور رياضيا بواسطة معادلة " الفاريماس"، و لقد وجد التشبع دال لا يقل عن: $r=0.30$

العامل الثالث	العامل الثاني	العامل الأول	أسلوب التفكير
0.555		0.688	التفكير التركيبي
0.886-		0.426	التفكير المثالي
	0.445-	0.731-	التفكير العملي
	0.758-	0.526	التفكير التحليلي
	0.707		التفكير الواقعي
1.95	1.339	1.511	الجزء الكامن
%33.89	%26.78	%30.22	نسبة التباين
	%80.891		التباين الكلي

جدول رقم (09): التحليل العاملي لأساليب التفكير الخمس.

يتضح من الجدول أن هناك ثلاثة عوامل رئيسية يتمتع بكل منها بعض أساليب

التفكير:

العامل الأول: يتضمن تشبّعات أربعة مقاييس هي على الترتيب: التفكير العملي، التفكير التركيبي، التفكير الواقعي و التفكير المثالي، و يعتبر هذا العامل ثنائي القطب لأنه يتضمن تشبعا سالبا لاختبار التفكير العملي، و يمكن أن نطلق على العامل الأول "عامل التفكير" و يمكن أن نعتبره العامل العام و نسبة تباين هذا العامل 32.22%.

العامل الثاني: و يتضمن تشبّعات موجبة لاختبار التفكير الواقعي، و تشبّعات سالبة لاختباري التفكير التحليلي و التفكير العملي، لذلك يمكن أن نعتبر هذا العامل ثنائي القطب و يعتبر هذا العامل عاملا طائفيًا، و نسبة تباين هذا العامل 26.78%.

العامل الثالث: يتضمن تشبعا موجبا لاختبار التفكير التركيبي، و تشبعا سالبا لاختبار التفكير المثالي لذلك يعتبر هذا العامل ثنائي القطب، و نسبة تباين هذا العامل 23.89%. و قد استخلصت العوامل الثلاثة ما يقرب 80.89% من التباين الكلي للمصفوفة.

د- **الصدق التلازمي:** استخدمت الباحثة (هميلة، 2009) ثلاث اختبارات كمحكات

خارجية لاختبار أساليب التفكير و ذلك على عينة من طلاب المرحلة الجامعية و هي:

1- اختبار "ويليامز" للمشاعر الابتكارية (احمد قنديل، 1990) يقيس كل من : حب

الاستطلاع، التخيل، تحدي الصعاب، حب المغامرة.

2- اختبار تأكيد الذات (محمد الطيب، 1981).

3- اختبار التحكم الذاتي (عبد الوهاب كامل، 1988).

و لم تستخدم الباحثة هنا الدرجات الخام لاختبار أساليب التفكير، إنما اعتمدت على التكرارات، فتم فصل الأفراد ذوي كل أسلوب على حدى فكانت أعدادهم 48، 8، 6، 24، 12 لكل من ذوي التفكير التركيبي، المثالي، العملي، التحليلي، الواقعي على الترتيب، ثم تمت المقارنة بين المجموعات في المحكات الثلاثة و ذلك باستخدام اختبار "Kruskal-Walls" للكشف عن الفروق بين أفراد المجموعات مختلفي أسلوب التفكير على المحكات الثلاث. (هميلة، 2009، ص.ص 158، 155).

ج- مقياس الصحة النفسية ل (صلاح فؤاد محمد مكاي، 2002):

يقع المقياس في 56 عبارة موزعة على أبعاد مختلفة تمس الصحة النفسية للفرد كالشعور بالسعادة، الرضا في مختلف مجالات الحياة، الراحة النفسية، المعاناة من بعض الاضطرابات من عدمها، تصور نظرة الآخرين، النظرة الى المستقبل. و يجيب المفحوص على عبارات المقياس باختيار ما يقدر أنها الاجابة الأنسب من البدائل الثلاثة المقترحة كاحتمالات متوقعة للإجابة: أوافق، أوافق إلى حد ما، لا أوافق.

- تقدير الدرجات: يتم تقدير الدرجات بالطريقة التالية:

أوافق: 3 أوافق إلى حدّما: 2 لا أوافق: 1

و هذا في حالة العبارات الموجبة و المتمثلة في العبارات التالية:

العبارات: (1، 2، 3، 5، 6، 9، 12، 13، 16، 20، 21، 24، 25، 26، 28، 30، 31، 38، 39، 44، 45، 47، 48، 52).

أما في حالة العبارات السالبة فيتم تقدير الدرجات بالطريقة التالية:

أوافق: 1 أوافق إلى حد ما: 2 لا أوافق: 3

و العبارات السالبة هي:

(4، 7، 8، 10، 11، 14، 15، 17، 18، 19، 22، 23، 27، 29، 32، 33، 34، 35،

36، 37، 40، 41، 42، 43، 46، 49، 50، 51، 53، 54، 55، 56).

- تفسير النتائج:

تقدّر الدرجة الكلية عند جمع درجات الإجابة على عبارات المقياس ب 168 و هي أقصى درجة يمكن أن يتحصل عليها الفرد، حيث تعتبر 56 أقل درجة يمكن أن يحصل عليها الفرد، و يكون التقرير كما يلي: إذا حصل الفرد على درجة تتراوح بين 84 و 168 فان الشخص ذو صحة نفسية، و إذا حصل على درجة تتراوح بين 56 و 83 فان الفرد لا يتصف بالصحة النفسية. (سليمان، 2009)

• الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية:

1-الثبات: للتحقق من ثبات المقياس تم استخدام طريقتين:

أ- طريقة معامل التناسق (ألفاكرونباخ):

بعد جمع البيانات من العينة الاستطلاعية و التي قوامها (100) فرد من ذوي المستوى الجامعي، تم استخدام معامل "ألفاكرونباخ" للتحقق من تجانس البنود و تم التوصل إلى النتائج المدونة في الجدول التالي:

عدد البنود	ألفاكرونباخ	مقياس الصحة النفسية
56	0.875	

جدول رقم (10): معامل ثبات مقياس الصحة النفسية "ألفاكرونباخ".

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن معامل "ألفاكرونباخ" لمقياس الصحة النفسية بلغ (0.875) و هي قيمة مرتفعة تدل على تجانس مرتفع لبنود المقياس، أي أن المقياس يتمتع بخاصية التجانس بين بنوده تطمئن لاستخدامه في الدراسة الحالية.

ب- طريقة التجزئة النصفية:

بعد الحصول على نتائج الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها (100) فرد من ذوي التعليم الجامعي، تم تقسيم قيم الأفراد إلى نتائج تتعلق بالنصف الأول و نتائج متعلقة بالنصف الثاني للاختبار، و باستخدام معامل الارتباط "بارسون" (Pearson) تم التوصل إلى النتائج المدونة في الجدول التالي:

الدالة الإحصائية	بارسون (Pearson)	عدد البنود	مقياس الصحة النفسية
دالة عند 0.01	0.776	28	النصف الأول
		28	النصف الثاني

جدول رقم (11): ثبات مقياس الصحة النفسية باستخدام التجزئة النصفية.

يتضح من خلال الجدول أن معامل الارتباط "بارسون" (Pearson) بين النصفين الأول والثاني لمقياس الصحة النفسية بلغ (0.776) و هي قيمة قوية موجبة دالة احصائياً عند مستوى 0.01 . و باستخدام معادلة تصحيح الطول " لسبيرمن براون" تم الحصول على معامل ثبات كلي يقدر ب 0.86 و هي قيمة ثبات مرتفعة تطمئن لاستخدام المقياس في الدراسة الحالية.

2- الصدق:

للتحقق من صدق المقياس في الدراسة الحالية تم استخدام طريقة الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية)، و ذلك بترتيب نتائج الأفراد في الدراسة الاستطلاعية تنازلياً ثم أخذ (27%) من القيم العليا في الصحة النفسية، و (27%) من القيم الدنيا في الصحة

النفسية، و باستخدام اختبار T test للمقارنة بين متوسطي المجموعتين تم التوصل إلى النتائج المدونة في الجدول التالي:

الدلالة الاحصائية	T test	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	نوع العينة	مقياس الصحة النفسية
دالة عند 0.01	-16.54	3.22	148.04	27	عليا	
		9.29	116.70	27	دنيا	

جدول رقم (12): الصدق التمييزي لمقياس الصحة النفسية.

يتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ 148.04 بانحراف معياري بلغ 3.22، و بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا 116.70 بانحراف معياري قدر ب 9.29. و بلغت قيمة Ttest -16.54 و هي دالة احصائيا عند مستوى 0.01 مما يعني أن للمقياس قدرة تمييزية بين الأفراد في درجة الصحة النفسية و هو ما يطمئن لاستخدامه في الدراسة الحالية.

5- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية:

أ-الإطار الزمني: تم تطبيق الدراسة الميدانية في مدة قدرها سنتين، و الموافقتين للعامين الدراسيين: 2014-2015 م و 2015-2016م.

ب-الإطار المكاني: حيث تم التطبيق في كل من:

- فيما يخص أساتذة الأطوار التعليمية الثلاثة (ابتدائي، متوسط، ثانوي) في مختلف المواد، تم التطبيق في فترة خضوع هؤلاء الأساتذة للتكوين البيداغوجي لأساتذة قطاع التربية و التعليم، والمسطر من قبل وزارة التربية و التعليم، و ذلك بمركزي ثانوية "محمد إسيخام" و إكمالية "مولاي علي" التابعين لأكاديمية غرب الجزائر بالشرافة - الجزائر العاصمة.

- أما فيما يخص الطلبة الجامعيين، فكان التطبيق في ثلاث جامعات:

- جامعة الجزائر -2- أبو القاسم سعد الله (قسم علم النفس).
- المركز الجامعي مرسلني عبد الله - تيبازة - (معهد العلوم الاجتماعية) .
- المدرسة العليا للأساتذة -القبّة- (قسم العلوم الطبيعية و قسم الرياضيات).

و قد انطلقت الدراسة الميدانية بعد تنظيم مقياسا البحث في نسخة واضحة تحتوي أدواتي القياس و قائمة للمعلومات العامة للمبحوث (مع مراعاة عدم التطرق إلى معلومات تشير إلى المبحوث بطريقة مباشرة كالاسم أو العنوان....) في الصفحة الأولى، يليها المقياس الأول لأساليب التفكير، و أخيرا عرض المقياس الثاني الخاص بالصحة النفسية، مع تحديد المطلوب من المبحوث بشكل واضح و مبسط من خلال تعليمة كل مقياس. كنا في كل مرة نجمع عددا من أفراد العينة في قسم أو في مكتب أو قاعة حسب نوعية الأفراد فبالنسبة للطلبة كنا نقدّم المقاييس غالبا في بداية أو نهاية الحصص الدراسية، حيث يتم تقديم المقاييس بعد التعريف بالبحث و أهدافه بصفة عامة، بعدها تقدم التعليمة بشكل واضح و التأكد من فهم كل الطلبة للبنود و للمطلوب بالضبط مع فتح المجال للأسئلة و الشرح و التوضيح، يتم بعدها الإتفاق على موعد لإرجاع النسخ بحيث يتم إعطاء الوقت الكافي و الذي يناسب المجموعة.

أما فيما يخص الأساتذة فتم التوزيع بنفس الطريقة سابقة الذكر في قاعات التكوين . كان بعض الأفراد يجيبون في الحال أي بمجرد استلامهم للمقياس و عددهم قليل جدا، لكن معظم الأفراد فضلوا الذهاب به إلى المنزل لأخذ الوقت الكافي و للتركيز، خاصة فيما يتعلق بالمقياس الأول الخاص بأساليب التفكير الذي يتطلب قدرا من الاطلاع و التأنى في الاجابة بعد فهمها و تحديد الأقرب منها إلى التفكير بالنسبة لكل فرد. بعد عملية التطبيق تم جمع أوراق الاجابة و التأكد من ملئها جميعا دون نسيان أو تجاهل أي بند من بنود المقاييس، الأمر الذي أدى إلى إلغاء بعض الاجابات التي لم يكمل أصحابها الاجابة عن البنود و كان عددها قليل جدا.

بعدها قمنا بعملية التقييط لكل مقياس على حدى، حيث توجد طريقة خاصة لتصحيح مقياس أساليب التفكير عن طريق مخطط تفرغ فيه الاجابات و تجمع به النقاط بطريقة معينة " دليل تقدير الدرجات"، بعدها يتم تحديد درجة المبحوث في كل أسلوب على حدى ، كذلك الأمر بالنسبة لمقياس الصحة النفسية، حيث ينقط، بعدها يتم تقرير درجة الفرد في الصحة النفسية حسب النقطة التي يحصل عليها في المقياس .

بعد إعطاء الدرجة الكلية للمقياسين قمنا بتفريغ النتائج و تنظيمها في جداول حسب ما تطلّبتة الدراسة، لتتم بعدها المعالجة الاحصائية.

6- الأسلوب الاحصائي المتبع:

إن الأسلوب الإحصائي أو المعالجة الاحصائية لا تختلف عن المنهج من حيث تلاؤمها مع المعطيات التي جمعت من خلال المقاييس و أهداف الدراسة، أي ما الذي نريد أن نصل اليه من خلال الدراسة و ما نريد اثباته و هو الأمر الذي يظهر من خلال تساؤلات الدراسة و فرضياتها .

و في الدراسة الحالية تمت الاستعانة ببرنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) و ذلك من خلال تطبيق الأساليب الإحصائية التالية:

- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- حساب الثبات عن طريق معامل التناسق "ألفا كرونباخ".
- حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية باستخدام معامل الارتباط "بيرسون" لدراسة العلاقة بين النصفين الأول و الثاني لمقياس الصحة النفسية.
- معادلة تصحيح الطول ل "سبيرمان براون" لمعامل الثبات الكلي.
- التحقق من الصدق باستخدام طريقة الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية).

- اختبار " كولموجروف-سميرنوف " " Kolmogorov-Smirnov " لاختبار اعتدالية التوزيع.
- اختبار " Levene " للتجانس.
- اختبار " بيرسون " " Pearson " لدراسة العلاقة الارتباطية.
- الانحدار المتعدد لدراسة قابلية التنبؤ.
- "T-test" للكشف عن الفروق بين متوسطي مجموعتين (عينتين مستقلتين).
- اختبار تحليل التباين الأحادي "ANOVA" للكشف عن الفروق بين متوسطات عدة مجموعات.
- اختبار تحليل التباين الثنائي "ANOVA Tow Ways".

خلاصة الفصل:

رأينا في هذا الفصل كيف تساعد الدراسة الاستطلاعية الباحث في التعرف على ميدان الدراسة الذي سيتم التعامل معه خلال إجراءات التطبيق النهائي، و رأينا كيف تم اختيار عينة البحث مع تحديد خصائصها، إلى جانب التعرف على أدوات الدراسة التي تمثلت في استمارة جمع المعلومات و مقياس أساليب التفكير و مقياس الصحة النفسية. و لقد تمت الإشارة الى أن الباحث يختار منهج البحث الملائم حسب ما يناسب الدراسة و أهدافها، لذا كان اختيار المنهج الوصفي كمنهج للبحث استجابة لما ذكر، أما اختيار الأسلوب الاحصائي فلا يختلف عما قلناه عن المنهج إذ يعتمد هو الآخر في اختياره على المعطيات المتوفرة من خلال المقاييس و عينة الدراسة وأهدافها، حيث وضحنا العناصر السابقة بالتفصيل، إذ يمكن اعتبار هذا الفصل تمهيدا للفصل الذي يليه و الذي سيتم فيه عرض النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق كل الخطوات سابقة الذكر، ومناقشتها وتحليلها حسب الدراسات السابقة و ما جاء في الجانب النظري.

الفصل الخامس:

عرض وتحليل و مناقشة النتائج

تمهيد:

بعد عرض الخطوات المنهجية من خلال الفصل المتعلق بإجراءات الدراسة الميدانية، سيتم في هذا الفصل عرض مفصل لنتائج الدراسة بعد المعالجة الإحصائية للمعطيات تبعا لفرضيات الدراسة، حيث سيتم عرض كل فرضية على حدى و إرفاقها بجداول توضيحية متبوعة بتعليق و من ثم مناقشة النتائج المتوصل إليها في ضوء أدبيات الموضوع المتطرق إليها في الجانب النظري، و الدراسات السابقة، كما سيتم في آخر هذا العرض تقديم استنتاج عام يظم تذكيرا بالفرضيات و أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة.

بالإضافة إلى ذلك سيتم عرض:

-خاتمة الدراسة.

-اقتراحات.

1- اختبار اعتدالية التوزيع :

لاختبار اعتدالية التوزيع تم استخدام اختبار "Kolmogorov-Smirnov" (كولموجروف سميرنوف) و كانت النتائج كالآتي:

الصحة النفسية	أسلوب التفكير التركيبي	أسلوب التفكير المثالي	أسلوب التفكير العملي	أسلوب التفكير التحليلي	أسلوب التفكير الواقعي	
1.994	1.502	1.306	1.103	1.268	1.425	Kolmogorov- Smirnov (كولموجروف-سميرنوف)
دالة	دالة	غير دالة	غير دالة	غير دالة	غير دالة	الدالة الاحصائية
501	501	501	501	501	501	العينة N

جدول رقم (13): اختبار "Kolmogorov-Smirnov" لاعتدالية التوزيع.

من خلال الجدول نلاحظ أن قيم اختبار "Kolmogorov-Smirnov" في كل من أسلوب التفكير الواقعي حيث تساوي 1.425، و في الأسلوب التحليلي حيث تساوي 1.268، و في التفكير العملي حيث تقدر قيمة الاختبار ب 1.103، و في التفكير المثالي حيث تقدر ب 1.306، هي قيم غير دالة، و بالتالي فإن توزيعها معتدل، و نلاحظ كذلك أن قيمة الاختبار ف كل من التفكير التركيبي تقدر ب 1.502 وفي الصحة النفسية تقدر ب 1.994 و هي قيم دالة احصائية، و بالتالي توزيعها غير اعتدالي، لكن بمقارنة عدد القيم اعتدالية التوزيع التي عددها 4 و القيم غير اعتدالية التوزيع التي تقدر ب 2، بحيث تتفوق القيم ذات التوزيع الاعتدالي، نستطيع القول أن التوزيع اعتدالي و بالتالي نستطيع استعمال أساليب الاحصاء البارامترية.

1- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: "توجد علاقة بين أساليب التفكير الخمسة (التحليلي، التركيبي، المثالي، الواقعي، والعملي) و الصحة النفسية".
 للتحقق من الفرضية تم الاعتماد على اختبار "بيرسون" Pearson " لقياس العلاقة الارتباطية وجاءت النتائج كالتالي:

أساليب التفكير					
أسلوب التفكير الواقعي	أسلوب التفكير التحليلي	أسلوب التفكير العملي	أسلوب التفكير المثالي	أسلوب التفكير التركيبي	
501					حجم العينة
54.03	57.64	53.32	56.48	48.45	المتوسط الحسابي
5.70	6.45	6.21	5.63	6.48	الانحراف المعياري
-0.06	0.053	-0.09	0.141	0.040	الصحة النفسية
غير دالة	غير دالة	دالة عند 0.05	دالة عند 0.01	غير دالة	الدلالة الاحصائية

جدول (14): العلاقة الارتباطية بين أساليب التفكير و الصحة النفسية.

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة معامل "بيرسون" في التفكير الواقعي تقدر ب -0.061 و هي قيمة غير دالة احصائيا ، معناه لا توجد علاقة ارتباطية بين أسلوب التفكير الواقعي و الصحة النفسية عند أفراد عينة البحث.

و تقدر قيمة معامل بيرسون في أسلوب التفكير التحليلي ب 0.053 وهي قيمة غير دالة احصائيا ، أي أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين أسلوب التفكير التحليلي و الصحة النفسية عند أفراد العينة.

تقدر قيمة بيرسون بالنسبة لأسلوب التفكير العملي ب -0.091 و هي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05، و بما أن قيمة معامل بيرسون هي قيمة سالبة (-0.091) فيمكن

القول أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية بين أسلوب التفكير العملي و الصحة النفسية عند أفراد العينة، و هو ما يدل على انه كلما زاد أسلوب التفكير العملي كلما انخفض مستوى الصحة النفسية.

في حين تساوي قيمة معامل بيرسون بالنسبة للأسلوب المثالي 0.141 و هي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، مما يمكننا من القول أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب التفكير المثالي و الصحة النفسية عند أفراد عينة البحث، و هو ما يدل على انه كلما زاد أسلوب التفكير المثالي كلما ارتفع مستوى الصحة النفسية.

أما بالنسبة لأسلوب التفكير التركيبي فقدرت قيمة معامل "بيرسون" لعلاقته بالصحة النفسية ب -0.04 و هي قيمة غير دالة احصائيا ، معناه لا توجد علاقة ارتباطية بين أسلوب التفكير التركيبي و الصحة النفسية.

اذن توجد علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب التفكير المثالي و الصحة النفسية عند أفراد العينة.

توجد علاقة ارتباطية سالبة بين أسلوب التفكير العملي و الصحة النفسية عند أفراد العينة. و لا توجد علاقة ارتباطية بين كل من اسلوب التفكير التحليلي، التركيبي، و الواقعي والصحة النفسية عند أفراد عينة البحث.

يفيد عدد كبير من الدراسات التي أقيمت في موضوع العلاقة بين أساليب التفكير والصحة النفسية بصفة مباشرة أو العلاقة بمختلف العناصر و الأبعاد التي تضمها هذه الأخيرة بوجود العلاقة بينهما. لكن بما أن كل نظرية تقترح عددا معينا من أساليب التفكير ممثلة في مقياس مقترح، نجد دائما عددا من الأساليب لها علاقة بالصحة النفسية و أخرى ليست لها علاقة، نستشهد في هذا الصدد بدراسة (Chen Ghi Zhang & Sternberg, 2010)، و التي درست العلاقة بين الصحة النفسية و أساليب التفكير كما جاءت في نظرية "ستيرنبرج و واجنر"، على عينة تكونت من 583 طالب جامعي (362 إناث و 221 ذكور، بمتوسط عمري يقدر ب 21.4 سنة، و انحراف معياري يساوي 0.9) في مدينة " فوانغتشو" الصينية

و كان ذلك من خلال اجابة أفراد العينة على قائمة أساليب التفكير المنقحة و قائمة فحص الأعراض التسعين (90) على أساس طوعي أي بطريقة عشوائية، و كانت النتيجة أنه 6 أساليب من أصل 13 أسلوب للتفكير المقدمة في قائمة "ستيرنبرج" كانت مرتبطة بشكل كبير مع مؤشر الصحة النفسية، و أبدى النمط الهرمي (واحد من أنماط النوع الأول في نظرية ستيرنبرغ) توقعاً سلبياً على مؤشر الشدة العامة بعد الجنس و العمر. و يدعم كل من "زهانج و ستيرنبرج" ارتباط أساليب التفكير مع الإشارة إلى أن لموضوع أساليب التفكير في الصحة النفسية قيمة ثقيلة و يدعوا لمناقشة تطبيقات أساليب التفكير في تحسين الصحة النفسية. (Zhang, Sternberg, 2010)

اذن لا يمكن أن نتوقع أن يكون ارتباط كل أساليب التفكير المقترحة في المقياس بالصحة النفسية، و لهذا فقد أوضحت نتائجنا ارتباط اسلوبين للتفكير بالصحة النفسية (المثالي والعملي، الأول ارتباطاً موجبا و الثاني ارتباطاً سالبا)، من أصل خمسة أساليب وهذا ما توافق مع الدراسة المذكورة أعلاه، اذن نستطيع أن نثبت وجود العلاقة بين أساليب التفكير و الصحة النفسية و هذا ما تدعمه الدراسات الموجودة في الموضوع.

نجد في نفس الصدد دراسة (بدر، 2007) التي توصلت إلى نفس النتيجة التي توصلت إليها دراستنا، حيث قامت بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على أساليب التفكير و علاقتها ببعض المتغيرات الشخصية، و قد حددت المتغيرات الشخصية في (الميل إلى المعايير الاجتماعية والصحة النفسية)، و قد تم تطبيق مقياس أساليب التفكير اعداد (هاريسون وبرامسون: تقنين مجدي حبيب)، و مقياس الصحة النفسية اعداد القريطي (1992)، و مقياس الميل للمعايير الاجتماعية اعداد كفاقي، و ذلك على عينة من طالبات جامعة الملك عبد العزيز بجدة اللواتي بلغ عددهن (55) طالبة، و أوضحت الدراسة احتلال الأسلوب التحليلي للمرتبة الأولى، يليه المثالي، و سيادة بروفييل التفكير الأحادي، و كانت أكثر الطالبات تمتعا بالصحة النفسية هن صاحبات التفكير المثالي، كما ارتبط التفكير المثالي بالمعايير الاجتماعية، يليه التفكير التحليلي و الواقعي، كما وجدت الباحثة أن التفكير المثالي منبئ

جيد يتمتع الفرد بالصحة النفسية، كما أن أسلوب التفكير التحليلي يؤثر بدرجة كبيرة في ميل الفرد للمعايير الاجتماعية (بدر، 2007).

يتضح من خلال الاطلاع على الدراسات المتعلقة بموضوع العلاقة بين أساليب التفكير والصحة النفسية أن معظمها لم تربط أساليب التفكير و الصحة النفسية بطريقة مباشرة ومعظمها ربط أساليب التفكير بأبعاد و مؤشرات الصحة النفسية أو بالوجه السلبي لها أي المرض أو الاضطراب النفسي، نذكر على سبيل المثال و ليس الحصر ربط أساليب التفكير بتقدير الذات، المرونة، الهوية، القلق بأنواعه كدليل على انخفاض مؤشر الصحة النفسية.

حيث يعتبر تقدير الذات من أهم مؤشرات الصحة النفسية بالرجوع إلى الجانب النظري، المتعلق بمؤشرات الصحة النفسية، و أثبت ذلك أيضا من خلال الدراسات منها دراسة (ابراهيم سليمان المصري، 2014)، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية في جامعة القدس المفتوحة و علاقة ذلك بمتغيرات (الجنس، العمر، المستوى الدراسي)، و طبقت الدراسة على عينة عشوائية بسيطة مكونة من (80) طالبا ، منهم(32) من الذكور و (48) من الإناث، أظهرت النتيجة إلى جانب نتائج أخرى متعلقة بالعوامل المذكورة أن العلاقة الارتباطية الموجبة بين تقدير الذات و الصحة النفسية ظهرت بدرجة عالية جدا. (المصري، 2014).

و لتوضيح العلاقة بين أساليب التفكير و هذا المؤشر الهام من مؤشرات الصحة النفسية أي تقدير الذات تصادفنا دراسة (Zara & Sharif, 2011) بعنوان "مراقبة العلاقة بين أساليب التفكير و تقدير الذات لدى طلاب المدارس الثانوية قبل الجامعية"، و لقد ساهم في الدراسة (200) طالبا أجابوا على مقياس "ستيرنبرغ و واجنر" لأساليب التفكير و مقياس "روزنبرغ" (Rosenberg, 1965) لتقدير الذات، تم استخدام الأساليب الاحصائية المتمثلة في اختبار t ومعامل بيرسون للارتباط، و تحليل الانحدار، و أظهرت النتائج أن 72% من التباين المرتبط بتقدير الذات يفسر بشكل عام متغير أنماط التفكير و مكوناته كالتفكير الإداري والتفكير الابداعي، و القضائي، ووفقا للإحصائيات تبين أن هذه المتغيرات تمكّن من التنبؤ

بالمتغيرات المتعلقة بتقدير الذات، أيضا يشير معامل الانحدار إلى أن أسلوب التفكير القضائي لا يمكن أن يفسر بشكل مفيد التباين المتعلق بتقدير الذات لدى الطلاب من خلال زيادة تقدير الذات، و أن الطلاب لديهم ميل أكثر إلى أساليب التفكير الابداعي والاداري وأقل ميلا إلى التفكير القضائي. (Zare,Sharif,2011,p.p33,42)

كما قام (Zhang & Postiglione,2001) بدراسة شارك فيها 694 طالبا تتراوح أعمارهم ما بين 17-45 سنة من جامعة "هونغ كونغ" حيث استجاب المشاركون لمقياس أساليب التفكير و مقياس تقدير الذات، و قدّمت مجموعة من المؤشرات الاجتماعية و الاقتصادية، ووجد أنه عندما يتم التحكم في السن تتداخل أنماط التفكير و تقدير الذات، و علاوة على ذلك بغض النظر عن السن فان الطلاب الذين أبدوا أساليب تفكير أكثر تعقيدا و ابداعا أبدوا أعلى درجات من تقدير الذات. (Zhang,Postiglione,2001)

نجد من جهة أخرى دراسة بحثت العلاقة بين أساليب التفكير و مؤشر آخر من مؤشرات الصحة النفسية و هو المرونة النفسية، حيث ترتبط المرونة بالصحة النفسية كما أشرنا سابقا، وبالاعتماد على نظريات الشخصية تؤكد البحوث دور المرونة و الصلابة النفسية في الصحة النفسية للأفراد، وهو ما أكدته دراسة (Reza & al,2015) بعنوان "دور المرونة والصلابة النفسية في الصحة النفسية للأفراد"، حيث اعتمدت على عينة من الرياضيين وغير الرياضيين، وهي تعتبر دراسة مقارنة بين هتين الفئتين، و تكونت العينة من 300 رجل وامرأة موزعة بين الفئتين (رياضيين و غير رياضيين) أي 150 فرد لكل مجموعة، وأجاب أفراد العينة عن كل من مقياس "كونور ديفيدسون" (Connor-Davidson) للمرونة النفسية (CD-RIS) و مقياس "أهفاز" (Ahvaz) للصلابة النفسية والاستبيان العام للصحة النفسية، تم تحليل البيانات من خلال اختبار T test ، معامل بيرسون للارتباط ، تحليل الانحدار المتعدد، و تحليل التباين متعدد المتغيرات. اختلفت مجموعتي الرياضيين وغير الرياضيين

اختلافا كبيرا في القدرة على الصمود (الصلابة النفسية) والمرونة والصحة النفسية، بالإضافة إلى ذلك أظهرت النتائج إلى جانب ما أظهرت أن هناك علاقة ارتباطية موجبة كبيرة بين الصحة النفسية و المرونة كما يمكن للمرونة زيادة الصحة النفسية للرياضيين وغير الرياضيين على حد سواء، و أهمية وجود كل من الصلابة النفسية والمرونة في التنبؤ بالصحة النفسية للفئتين، كما دلت الدراسة أخيرا أن الرياضيين يتمتعون بمعدلات أعلى من المرونة و القدرة على الصمود و الصحة النفسية مقارنة بغير الرياضيين.

(Reza & al,2015)

و هدفت دراسة (Garcia,2012) لتحري العلاقة بين أساليب التفكير و المرونة النفسية وذلك على عينة بلغت 194 فردا من طلبة التدرج (53 ذكر و 138 أنثى، 3 فشلوا في الإبلاغ أو الاجابة) من مختلف التخصصات من جامعة " أوكلاهوما سيتي"(Oklahoma city)، بلغ معدل أعمارهم 24.80 سنة بانحراف معياري يساوي 7.98 حيث اختلفت جنسياتهم بالطريقة التالية : 65.60% قوقازيا، 8.20% ذو أصل اسباني، 7.1% آسيوي أمريكي، 6.6% أفريقي أمريكي، 5.4% أمريكي، 7.1% من جنسيات أخرى أو لم يجيبوا فيما يخص جنسياتهم، و لقد أجاب أفراد العينة على كل من مقياس المرونة النفسية للبالغين (RSA)، المقياس الاستشفائي للقلق و الاكتئاب (HADS)، المؤشر الاعتيادي للتفكير السلبي (HINT)، و مقياس أساليب التفكير المنقح (TSI-RII)، و أسئلة عن بعض المتغيرات الديمغرافية، و كانت النتيجة الأساسية و التي تهمنا إلى جانب نتائج أخرى تعلق بالمتغيرات المذكورة سابقا من خلال المقاييس المستعملة لقياسها، و بعد اختبار الفرضية القائلة بأن بعض أساليب التفكير لن تكون أكثر ارتباطا فقط، بل أيضا أكثر تنبؤا من غيرها بالمرونة، أظهرت النتائج دعم الفرضية التي أوضحت دراستها أن ثلاث فقط من أنماط التفكير الثلاثة عشر تنبأت بالمرونة و هي: أ- الأساليب التنفيذية: التي تتميز بتفضيل التعليم، الهيكلة والانتاجية، ب-الخارجية: التي تتميز بالتركيز على العلاقات الاجتماعية والعمل مع الآخرين، و ج- التسلسل الهرمي الذي يتميز بتفضيل أولويات المهام. (Garcia,2012)

إضافة إلى المرونة النفسية نجد الهوية و تكاملها عند الأفراد الأسوياء مما يجعلها مظهرا هاما من مظاهر الصحة النفسية و لا بد هنا من الإشارة إلى "اريك اريكسون" (Eric Ericson) و منظوره في مراحل الحياة و مهامها التي يكثر ذكرها في كتب علم نفس النمو، حيث وضع "اريكسون" قائمة عام 1950 في كتابه المعروف "الطفولة و المجتمع" وهي عبارة عن مجموعة من 8 ثنائيات متقابلة يشكل الثنائي الأول منها حالة الصحة النفسية بينما يشكل الثاني حالة المرض أو الاضطراب في 8 مراحل عمرية متتالية منذ الميلاد و حتى الشيخوخة، (من الميلاد-1.5سنة، من 1.5سنة-3 سنوات، من 3-6 سنوات، من 6-12سنة، المراهقة، سنوات الشباب، سنوات النضج، التقاعد و الشيخوخة)، ذكر "اريكسون" أن الهوية تعتبر من أهم مظاهر الصحة النفسية في مرحلة المراهقة و بداية الرشد و يسمى المظهر الذي يقابلها كمؤشر لانعدام الصحة النفسية بانتشار الأدوار، و ذكر أن الصحة النفسية في هذه المرحلة تتمثل في بزوغ هوية شخصية متكاملة، و صورة ذات تتصف بالتماسك و الوضوح مما يمثل المدخل إلى سن الرشد، و في المقابل يؤدي الفشل في بناء هوية متكاملة و طغيان انتشار الأدوار إلى الضياع و التشتت و الوقوع في الصراع النفسي و الغربة عن الذات، و هي كلها تشكل جانبا من ابرز اضطرابات المراهقة و بداية الرشد (حجازي، 2004، ص45).

و لإثبات العلاقة بين أساليب التفكير و الهوية قام (Zhang,2008) بدراسة حول العلاقة بين أساليب التفكير و تطور الهوية عند الطلبة الصينيين، حيث أجاب طلبة من "شنغاي" عن مقياس أساليب التفكير المُراجع حسب نظرية الحكم الذاتي "لستيرنبرج و واجنر"، و مقياس "أروين" (Erwin) للهوية (ESIII) المعتمدة على نظرية "شيكيرنج" (Chickering) للتطور النفسي، النتيجة أنه لم تكن أساليب التفكير مرتبطة بقوة بتطور الهوية فحسب، بل كانت أيضا تمتلك القدرة التنبؤية لهذه الأخيرة. (Zhang,2008).

عكس تقدير الذات، تطور الهوية و المرونة النفسية باعتبارهم كمؤشرات للصحة النفسية، يمثل القلق كاضطراب أحد أهم مؤشرات انعدام الصحة النفسية و اضطرابها، و من الدراسات التي تطرقت إلى علاقة أساليب التفكير بالقلق نجد دراسة (Teymori & Golman,2014) بعنوان أساليب التفكير و علاقتها بالقلق الاجتماعي، هدفت هذه الدراسة للبحث عن العلاقة بين أساليب التفكير و القلق الاجتماعي لدى طلبة جامعة "آزاد الاسلامية" فرع "زاهدان" ، بلغت عينة البحث الذي اعتمد على المنهج الوصفي الارتباطي 375 طالبا و طالبة تتراوح أعمارهم بين 19 و 25 سنة باستخدام مقياس "ستيرنبرغ وواجنر" لقياس أساليب التفكير و مقياس القلق الاجتماعي ل "واتسوناند" (Wat-sonand) ، و لقد اظهرت النتائج علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب السلطة التنفيذية و الأسلوب القانوني و المحافظ و القلق الاجتماعي كما أظهرت النتائج علاقة ارتباطية سالبة بين أسلوب التفكير العدالي و الليبرالي و القلق الاجتماعي، بالإضافة إلى أن نمط التفكير القانوني هو أكثر أنماط التفكير تنبؤا بالصحة النفسية.

(Teymori & Golman,2014)

في نفس السياق نجد دراسة (Jihan Saber,2011) بعنوان العلاقة بين القلق، أساليب المواجهة، أساليب التفكير، الرضا عن الحياة و الدعم الاجتماعي، و بعض المتغيرات الديمغرافية المحددة لدى طلبة جامعة "كنتاكي" (Kentucky) ، حيث أوضحت الدراسة إلى جانب تقديم نتائج العلاقة بين مختلف المتغيرات المذكورة سابقا أن أساليب المواجهة غير المكيفة و التفكير السلبي لهما علاقة مباشرة مع ظهور القلق، حيث يعتبر التفكير السلبي من أهم الأسباب المؤدية للقلق في هذا النموذج . (Saber,2011).

تذكر الدراسات أن التفكير السلبي يستطيع أن يعمل عمل الوسيط بين عمل الذهن و الصحة النفسية للفرد، فيكون له التأثير السلبي و المعرقل في تحقيق عمل الذهن أي الجانب المعرفي للفرد لتحقيق الصحة النفسية، و هذا ما أوضحته دراسة (Yeung,2013) التي أطلق عليها عنوان " عمل الذهن بكامل تركيزه (mindfulness)، التفكير السلبي، والصحة

النفسية، هدفت هذه الدراسة إلى تحري العمل الأساسي للذهن حيث يعمل بكامل تركيزه ويميل إلى تحقيق الصحة النفسية عند أخذ عامل التفكير السلبي بالحسبان، على وجه التحديد، دور الوسيط الذي يلعبه التفكير السلبي بين العمل الذهني المركز و الصحة النفسية، تم أخذ العينات بطريقة كرة الثلج، (111) طالبا من جامعة "هونغ كونغ" أجابوا عبر الانترنت على استبيان يقيس سمة تركيز الذهن الكامل، سلوك الاختلال الوظيفي، القلق، الاكتئاب، و الرضا عن الحياة. أظهرت النتائج وجود ارتباط عكسي بين عمل الذهن بكامل تركيزه و كل من القلق و أعراض الاكتئاب، و ارتباطا ايجابيا بينه و بين الرضا عن الحياة. عامل التفكير السلبي وجد دائما كوسيط بين تأثير عمل الذهن و القلق و أعراض الاكتئاب. من ناحية أخرى لم يعمل التفكير السلبي كوسيط في العلاقة التي تربط بين عمل الذهن كامل التركيز و الرضا عن الحياة. تهدف هذه الدراسة إلى زيادة فهم كيفية عمل الذهن الفعال في زيادة الصحة النفسية، و هي دليل تجريبي على أن الانقاص من تشوهات التفكير يمكن أن يكون له الدور الهام في تحقيق الذهن المركز و الذي يعمل بشكل فعال للصحة النفسية للفرد، أي أن الذهن عندما يعمل بكامل تركيزه دون تدخل التفكير السلبي و المشوّه يستطيع أن يحقق الصحة النفسية للأفراد. (Yeung,2013) .

تظهر هذه الفكرة بشكل واضح في نظرية "البرت اليس" العقلية الانفعالية، حيث تركز نظرة "اليس" في العلاج العقلاني الانفعالي للإنسان على أن هناك تشابك بين العقل والعاطفة أو التفكير و المشاعر، و يركز العلاج العقلاني الانفعالي على أن البشر يفكرون و يشعرون ويتصرفون بشكل متآن (أي في نفس الوقت) و هم نادرا ما يشعرون بدون أن يفكروا لأن المشاعر تثار عادة عن طريق ادراك موقف معين، ويعبر "اليس" عن فكرته بقوله: "عندما ينفعلون فانهم أيضا يفكرون ويتصرفون، وعندما يتصرفون فانهم أيضا يفكرون و ينفعلون، وعندما يفكرون فانهم أيضا ينفعلون ويتصرفون"، ولكي نفهم سلوك قهر الذات يجب أن نفهم كيف يشعر الناس و يفكرون و يدركون و يتصرفون.

(الشناوي، ب ت، ص 96)

و يلخص "اليس" نظرتة إلى الشخصية الانسانية في إطار ما يعرف بنظرية (ABC) للسلوك، فالناس عادة يأتون للعلاج نتيجة حالة انفعالية أو سلوكية (C) (consequence) تسبب لهم اضطرابا، و غالبا ما يعزون هذا الانفعال أو السلوك إلى أحداث (Activating Events) (A) ، أي حادث خارجي مثل عراك مع صديق، و توجد هناك علاقة سببية ثابتة بين (A,C) لكن يرى " اليس " أن الناس لا يبرزعون بسبب الأحداث نفسها، و لكن بسبب الأفكار التي يكونونها حول هذه الأحداث.

و ترى النظرية العقلية الانفعالية أن الفرد يبرزع من النقطة (C) و ليس مما حدث في النقطة (A) ، أو على الأصح بسبب افتراضاته غير العقلانية حول النقطة (B) التي تمثل نظامه الاعتقادي، فمثلا إذا كان هناك شخص أصيب بالاكنتاب في النقطة (C) فان ذلك ليس لأن شخصا ما رفضه أو لم ينجح في الامتحان في النقطة (A)، بل لأنه أقنع نفسه بأفكار غير عقلانية في النقطة (B).



الشكل رقم (04): - نموذج نظرية (A-B-C) - "ألبرت اليس"

(الخطيب، 2007، ص388)

لذلك قدم "اليس" مجموعة من الأفكار التي تؤدي إلى الاضطراب، و هي مجموعة من النماذج عن التفكير السلبي و المشوه الذي يؤدي إلى الانفعال السلبي و بالتالي إلى السلوك غير السوي الذي يظهر في مختلف الاضطرابات النفسية و العقلية، حيث رأينا كيف يكون دور هذا النوع من التفكير في عرقلة عمل الذهن في سعيه لتحقيق الصحة النفسية من خلال الدراسة سالفة الذكر.

قام (عبد الخالق و آخرون، 1993) بدراسة لتبيين علاقة محتوى الأفكار التي تدور في ذهن الأفراد قبل النوم أو في فترة الكمون بظهور بعض الانفعالات أو الاضطرابات النفسية، و ذلك على عينة قوامها (177) فردا (93طالب و 84 طالبة) من طلاب الجامعة من كليات الآداب و التجارة و التربية و الزراعة و السياحة و الفنادق (جامعة الاسكندرية، و كلية الدراسات الاسلامية جامعة الأزهر فرع الاسكندرية)، مستعملا كل من قائمة موضوعات التفكير قبل النوم (الصيغة المختصرة)، و قائمة "ويلوي" للميل العصابي ، حيث تم التعرف على محتوى التفكير قبل النوم في فترة الكمون و اشتملت هذه الأفكار على 85 موضوعا، فكّر الذكور قبل النوم في موضوعات متنوعة ذات اتجاه غير محدد و هي التفكير في مشاكل خاصة (محاسبة النفس، شكر الله، الاستيقاظ في موعد محدد، حديث الأصدقاء)، أما الإناث فقد فكرن قبل النوم في موضوعات شتى مثل محاسبة النفس و حل مشكلة محيرة، و خلص الباحث إلى ارتباط الدرجة الكلية على القائمة المختصرة لموضوعات التفكير قبل النوم ارتباطا موجبا بكل من الأرق - التنقل بين الأفكار قبل النوم - الوسواس القهري. (عبد الخالق و آخرون، 1993) .

و يذكر (عبد الستار ابراهيم، 1980) في كتابه العلاج النفسي الحديث أن بحوث الشخصية الحديثة تحمل أدلة مماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية و عمليات التفكير والابداع على توافق الشخصية، فقد تبين مثلا أن الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية والمخاوف الشديدة غير الواقعية من الامتحانات يرتبطان ارتباطا قويا بوجود اتجاهات وأفكار لا منطقية نحو هذه النشاطات، فالشخص يرى المواقف الاجتماعية و الامتحانات مهددتين له، ويبالغ في ادراكهما على أنهما مقياسا لقيمته و قوّته، كذلك تبين أن بعض الأفراد يتبنون معتقدات خاطئة تدفعهم للبحث عن تأييد الآخرين، وتوقع اتفاقهم معهم، فيما يقولون أو يفعلون، ومثل هذا النوع من الأشخاص غالبا ما يعاني من الاضطرابات الانفعالية عندما يتخيل نفسه في موقف يرفضه الآخرون فيه، أو عندما يتعرض لرفض حقيقي، وقد تبين في

عدد من الدراسات للكاتب أن القلق والتوتر النفسي يرتبطان بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفي منها:

التطرف في الأحكام حيث الأشياء إما بيضاء أو سوداء، أي أن الشخص القلق والمتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد، وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة و القلق، لأنه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع دون استخدام تفسيرات أخرى تنتشله من أسر الاستجابة العصابية. و كذلك يميل العصبيون إلى التصلب، أي مواجهة المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير، و هم يتبنون أيضا اتجاهات و معتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتسلطية والجمود العقائدي، مما يحول بينهم و بين الحكم المستقل واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات، كما يميلون للاعتماد على الأقوياء ونماذج السلطة وأحكام التقاليد، مما يحولهم إلى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

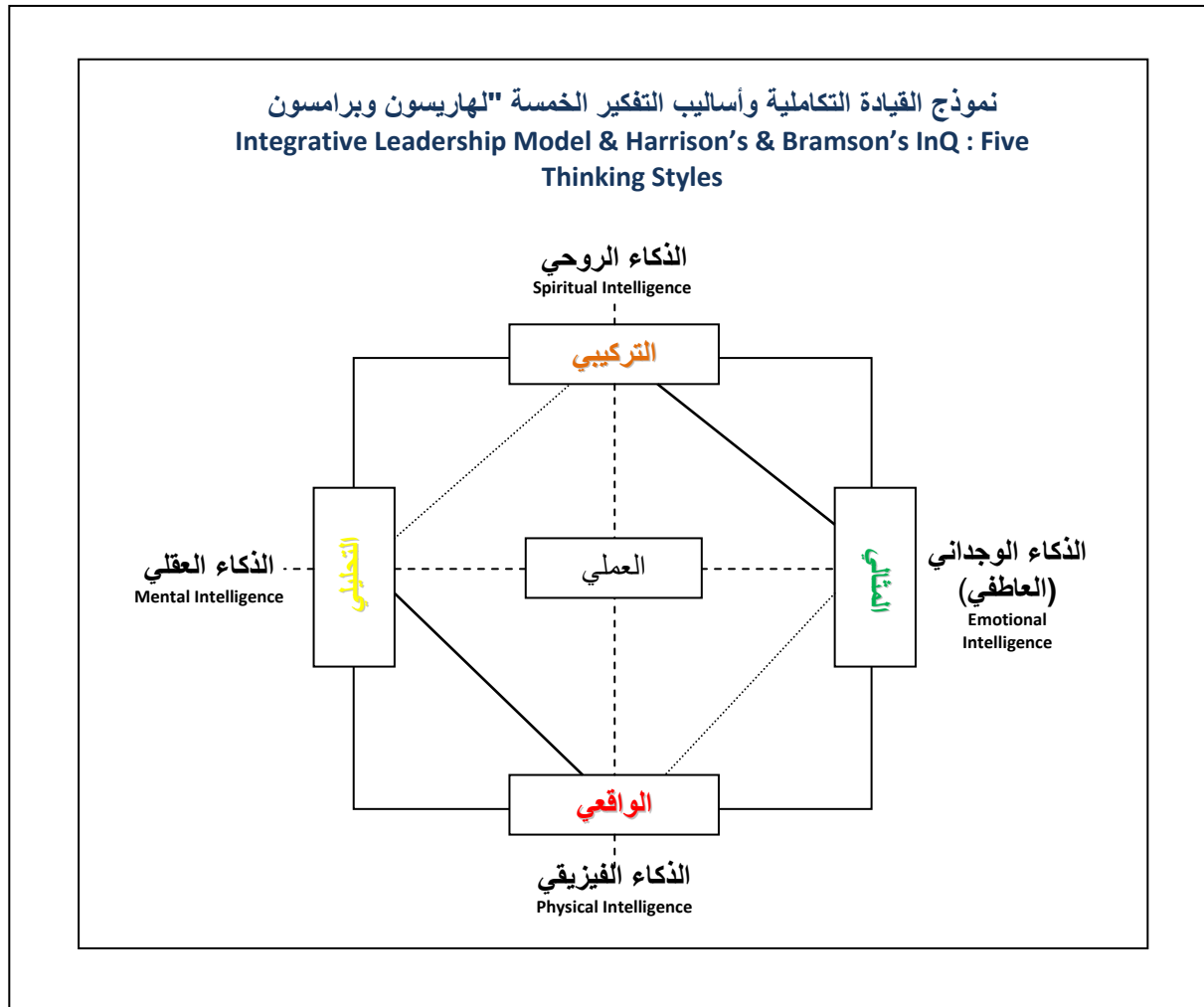
فاضطراب الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما تصحبها اذن طرق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات و عن البيئة، و لهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض، حتى يتيسر له التغيير من سلوكه المضطرب، و من البحوث التي نشرت في الميدان مجموعة من الدراسات كان هدفها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها بعضها ببعض، و انتهى عدد من هذه البحوث إلى اثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام والقلق من مواقف محددة كالامتحانات و الدخول في علاقات اجتماعية، إذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقهم الخاصة في التفكير. (ابراهيم،1980،ص.ص 193، 194).

كل ما ذكرناه إلى الان يستطيع أن يكون مجموعة من الأدلة التجريبية و النظرية عن ارتباط أساليب التفكير و الصحة النفسية و هو الارتباط الذي اتضح من خلال بحثنا بظهور العلاقة الارتباطية الموجبة لأسلوب التفكير المثالي بالصحة النفسية، و العلاقة الارتباطية السالبة لأسلوب التفكير العملي و الصحة النفسية، و عدم ظهور علاقة بين كل من أسلوب التفكير التحليلي،التركيبى، و الأسلوب الواقعي و الصحة النفسية.

تصادفنا عند محاولتنا تفسير هذه النتيجة عمل قام به الباحث (Richard John Hatata) سنة (2005) حيث يذكر أنه في نفس الوقت الذي كان يدير فيه (Edward De Bono) برنامجه "القبعات الستة" في منتصف الثمانينات، كان (Allen Harrison and Robert Bramson) يطوران أداة لم تكن بروفييلات لأنماط الشخصية و لكن بروفييلات أساليب التفكير تدعى "أساليب التفكير الخمسة"، ما كان متشابكا مع هذه الأداة هو أنماط الشخصية المحايدة، ومع ذلك لا يزال يمكن أن تكون ذات صلة لنموذج حياة تكاملي وقيادي. يمكن أن يكون ذلك لأن موضوع ارتباط أساليب التفكير بأنماط الشخصية يطرح نفسه بشدة كموضوع للبحث لذلك كان محور دراسة عدة بحوث، نجد منها دراسة (حسن عمار، 1998) التي هدفت إلى القاء الضوء على العلاقة بين أساليب التفكير وبعض خصائص الشخصية على مجموعة كبيرة من الطلبة مستخدما اختبار عوامل الشخصية للراشدين واختبار أساليب التفكير، وخلصت النتيجة إلى وجود علاقة دالة احصائيا بين أساليب التفكير وبعض سمات الشخصية، حيث وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين الأسلوب التركيبي في التفكير وبين سمة الاكتفاء الذاتي، ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين الأسلوب المثالي في التفكير وبين سمة الذكاء، ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب التفكير العملي والواقعي وبين سمة ضبط النفس عند الذكور، أما بالنسبة للإناث فوجدت علاقات ذات دلالة احصائية بين أسلوب التفكير المثالي و بين سمة ضبط النفس، و بين الأسلوب الواقعي في التفكير وسمة قوة الأنا الأعلى (عمار، 1998). كما بين ذلك أيضا (حبيب، 1995) من خلال تطبيقه لمقياس أساليب التفكير ل "هاريسون و برامسون" ووقائمة "أيزنك" للشخصية على عينة قدرها 180 طالبا بكلية التربية بجامعة طنطا، ووجد ارتباطات دالة بين أساليب التفكير و بعض متغيرات الشخصية المستخدمة في الدراسة، وأكثر أساليب التفكير ارتباطا كانت مع كل من التفكير التحليلي (سالبا مع الميل للعصابية)، والتفكير التركيبي.

(الشرقاوي، 2005، ص 340).

وكان (Richard John Hatata) قد ربط أساليب التفكير الخمسة وفقا لنموذج "مايرز بريغز النوعي" (Meyers Briggs Type Indicator (MBTI) ، المقترح على فريق لإدارة عليا - من درجة الدكتوراه- المسؤولة عن منشأة بحثية بهدف تنمية الذات. تم ربط أساليب التفكير بأنواع الذكاء (الذكاء الانفعالي، الذكاء الفيزيقي، الذكاء العقلي، والذكاء الروحاني) هذا فيما يخص كل من أسلوب التفكير المثالي، الواقعي، التحليلي والتركيبى على التوالي أما فيما يخص أسلوب التفكير العملي فقد تم ربطه مع مفهوم "كارل يونغ" (Carl Yung) الفردية مقابل الشخصية، وهو ما يوضحه الشكل الموالي:



شكل رقم (05): نموذج القيادة التكاملية وأساليب التفكير الخمسة "لهاريسون وبرامسون".

ولقد أطلق على هذا الربط نموذج القيادة التكاملية وأساليب التفكير الخمسة لهارسون وبرامسون. ويختصر (John,2005) خصائص كل أسلوب ونسبة توزيعه بين السكان حسب "هارسون وبرامسون" على النحو التالي:

المفكر التركيبي الذي يجمع قطع اللغز مع بعضها و يمثل (10% من السكان)، المثالي الذي يستخدم أنظمة القيم لتلوين أفكاره و يمثل (30% من السكان)، التحليلي الذي يفسر الحقائق من خلال نموذج عقلي و يمثل (35% من السكان)، الواقعي الذي يهتم فقط بتجربته الخاصة و يمثل (10% من السكان) و البراغماتي الذي طالما عمل بالنظرية أو بالواقع لحل المشاكل و يمثل (15% من السكان). (John,2005)

الدراسات التي تربط الذكاء الروحي و العقلي و الفيزيقي بالصحة النفسية قليلة أو نادرة حسب علم الباحثة، وإن وجدت ليس بالقدر الكافي الذي نستطيع فيه الجزم بارتباط هذه الأنواع من الذكاء بالصحة النفسية، على عكس الذكاء الانفعالي أو الوجداني الذي أثبت عدد كبير من الدراسات ارتباطه مع الصحة النفسية، وهو الذكاء الذي ربط مع أسلوب التفكير المثالي الذي وجد مرتبًا ارتباطًا إيجابيًا مع الصحة النفسية في دراستنا الحالية.

حيث أثبتت دراسة (Garina & Sushil, 2010) العلاقة الارتباطية الموجبة بين الذكاء الوجداني بالصحة النفسية في دراسة أقيمت على طلاب الجامعات بلغ عددهم (200) طالبًا تحت عنوان "الصحة النفسية و علاقتها بالذكاء الوجداني و الكفاءة الذاتية عند طلاب المدارس". (Garina & Sushil, 2010)

ودراسة (Najad & Najad,2012) التي تقصّت العلاقة بين الذكاء الانفعالي بالصحة النفسية عند مديري التعليم (150 مدير تنفيذي) ، و اتضح وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المتغيرين. (Najad & Najad,2012)

إضافة إلى دراسة (قمر،2016) التي هدفت كذلك إلى معرفة العلاقة بين الذكاء الانفعالي والصحة النفسية بالإضافة إلى تأثير بعض المتغيرات لدى طلبة الكلية الذي بلغ

عدددهم (100 طالب و طالبة)، ووجد الباحث أن مستوى ارتباط الصحة النفسية و الذكاء الانفعالي جاء بدرجة مرتفعة. (قمر،2016).

ارتباط أسلوب التفكير المثالي بالذكاء الوجداني حسب (John,2005) و ارتباط الذكاء الانفعالي بالصحة النفسية حسب الدراسات المذكورة يعتبر دليلا على ارتباط التفكير المثالي بالصحة النفسية استنادا لهذه البحوث.

من جهة أخرى اذا أمعنا النظر في النسب المقدمة من طرف (John,2005) والمعتمدة على ما قدمه "هارسون و برامسون" فيما يخص نسب اتباع السكان لأساليب التفكير، نجد أن نسبة اتباع السكان لأسلوب التفكير المثالي تقدر ب 30% بعد التحليلي بنسبة 35%، وهي نسبة كبيرة مقارنة مع نسب كل من التركيبي، الواقعي و العملي الذي بلغت نسبهم على التوالي 10%، 10%، 15%. حيث يمكن لهذه النسبة العالية من اتباع السكان للأسلوب المثالي أن تفسر اتباع معظم أفراد عينة بحثنا الذين يتميزون بالصحة النفسية لهذا الأسلوب. وهذا ما أظهر العلاقة الارتباطية الموجبة بين أسلوب التفكير المثالي و الصحة النفسية في دراستنا.

و إذا أردنا إلقاء نظرة على صفات هذا النوع من التفكير نجد أن الأسلوب المثالي يهتم في صنع القرار بالآتي: تكوين وجهات نظر مختلفة تجاه الأشياء، والميل إلى التوجه المستقبلي والتفكير في الأهداف، والاهتمام باحتياجات الفرد وما هو مفيد بالنسبة له، وبذل أقصى ما يمكن، بمراعاة الأفكار والمشاعر والانفعالات والعواطف، وتكوين معاملات وعلاقات مفتوحة، والميل للثقة في الآخرين، والاستمتاع بالمناقشات مع الناس في مشكلاتهم، وعدم الإقبال على المجادلات مفتوحة الصراع.

ويمكن تحديد المؤشرات السلوكية للفرد المثالي فيما يلي: الميل إلى الظهور كإنسان لطيف متفتح مبتسم والإكثار من استخدام تعبيرات معينة مثل: "ألا تعتقد أن... يبدو...". والميل إلى التعبير عن المشاعر والأفكار الخاصة بالقيم وأهمية الأهداف، وأنه يتسم بحب الاستطلاع وكثرة الأسئلة والتشجيع، لذلك يستمتع بالمناقشات التي تتعلق بمشاعر الإنسان

ومشكلاته، ويكره الحديث المتجه نحو المعلومات وكذلك الحديث الواقعي، كما يكره المناقشات المفتوحة ذات الصراعات.

والاستراتيجية الرئيسية للفرد المثالي هي التفكير التمثيلي Assimilative Thinking أو المتعلق بالفهم الجيد، حيث يرغب في أن يعيش الناس معا في حب وتجانس، وهذا يتم إذا اتفقوا على أهداف عامة، ويرى أنه يمكن فهم أية مشكلة من خلال المنظور الكلي حيث العلاقات بين الأشياء والأحداث ومحاولة التقريب فيما بين وجهات النظر.

(الطيب، 2006، ص 49)

يتضح لنا من خلال الاطلاع على هذه الصفات أن معظمها ينبئ بمهارات اجتماعية كبيرة حيث يركز هذا النوع على بناء علاقات اجتماعية جيدة و يراعي المشاعر و الانفعالات والعواطف...، حيث المحافظة على علاقات سليمة بالأفراد المحيطين يعني التوافق معهم، و الذي يعتبر بدوره جزءا كبيرا من التوافق مع البيئة الذي يعتبر أهم عنصر لتحقيق الصحة النفسية.

أما بالنسبة للتفكير العملي فقد ارتبط ارتباطا سلبا بالصحة النفسية، أي كلما زاد استعمال أو اتباع الشخص للأسلوب العملي نقصت لديه درجة الصحة النفسية، و لتفسير هذه النتيجة نحاول التوغل في صفات هذا النوع من المفكرين حيث يذكر " هاريسون وبرامسون" أن الأسلوب العملي يعني في صنع القرار ما يلي: التحقق مما هو صحيح أو خطأ بالنسبة للخبرة الشخصية المباشرة، وحرية التجريب، وإيجاد طرق جديدة لعمل الأشياء بالاستعانة بالمواد الخام المتاحة، وتناول المشكلات بشكل تدريجي، والاهتمام بالعمل والجوانب الإجرائية، والبحث عن الحل السريع، والقابلية للتكيف.

يمكن تحديد المؤشرات السلوكية للفرد العملي فيما يلي: الميل إلى الظهور كإنسان منطلق، اجتماعي، ومتسرع في الاتفاق، الإكثار من استخدام تعبير "أنا متأكد أن..." إنه يحاول الاختصار لتوضيح الأفكار، يتسم بالقابلية للاتفاق، قد يبدو منافقا أو غير مخلص،

يستمتع باستخدام الوسائل والتقنيات المختلفة، يميل إلى استخدام أمثلة معروفة وشعبية، في حين يكره الحديث الجاف وغير المرح وكذلك الحديث التحليلي والفلسفي.

والاستراتيجية الأساسية للفرد العملي هي المدخل التوافقي Contingency Approach، وهي استراتيجية كلية تعتمد على مبدئين هما: ماذا نفعل؟ والاعتماد الكلي على الموقف، وهذا المدخل التوافقي ليس سلوكا عشوائيا إنما هو عملية تفاعلية بين الاستجابة والتكيف، ويفترض الفرد العملي وجود قوانين لعملية الحكم على طبيعة المواقف المحيطة به، وهو لا ينظر للبناء المنطقي ولكنه ببساطة يفهمه ويخبره ويمر به. (الطيب، 2006، ص50).

وأصحاب هذا التفكير لا يعنون كثيرا بالمعايير المترفعة وقليلو الاعتماد على المدخل المنطقي والمخطط والتفكير الجيد، ويركزون على مدى تحقيق الفائدة، المهم عند أصحاب هذا التفكير (هو ما يحدث) وبذلك تتساوى لديهم الحقائق و أوزانها و ارتباطها بالنتيجة، ويميل هؤلاء إلى تكوين استراتيجيات ووسائل لإتمام الأعمال و اجراء الأشياء ويعنون بإظهار المهارات الاجتماعية اللائقة، يبحثون عن أقرب الطرق للنجاح لذلك فهم يغفلون الأهداف بعيدة المدى (الخراعي، عزيز، 2015، ص663).

يضيف "هاريسون و برامسون" أنهم حرفيون يبحثون عن مورد فوري بدلا من خطة كبرى من شأنها أن تغير العالم، شعار العملي هو "ما العمل" يتفوقون في ايجاد الطرق الجديدة لعمل الأشياء بالأدوات المتوفرة لديهم، يميلون لحل المشكلات بطريقة تدريجية وعمل شيء واحد في وقت واحد، و يعتبر العمليون أقل تنبؤا مقارنة بالأفراد الآخرين الذين يفضلون الأساليب الأخرى للتفكير، الحقائق والقيم لها نفس الوزن، بالنسبة إليهم ما هو العمل هو الأكثر أهمية، مهتمين لوضع خطط و استراتيجيات لتحقيق أعمالهم و يميلون لأن تعجب الآخرين و يوافقون عليها. (Harrison & Bramson, 1984, p13)

بالرغم من وجود عدة صفات ايجابية في الفرد العملي أو البراغماتي، نستطيع أن نستخلص عدة صفات يمكنها أن توقعه في المشاكل التي من شأنها أن تبعده عن الصحة النفسية . من بين هذه الصفات أنه لا يعنى كثيرا بالقيم و المعايير ويركز على مدى تحقيق

الفائدة بالوسيلة الأقرب و الأكثر تحقيقا للهدف، لذلك يمكن أن يتبع بعض الطرق غير السوية من الناحية الأخلاقية أو الدينية أو الاجتماعية... الخ، و يمكن أن يقع فريسة تأنيب الضمير أحيانا أو عدم الرضا عن الذات أو الشعور بالذنب. حيث أوضحت الباحثة (الشبؤون، 2012) أن الشعور بالذنب يعد من أهم المشكلات النفسية التي تعيق الانسان عن التكيف النفسي السليم والذي يؤدي بدوره إلى مشكلات نفسية عديدة يأتي في مقدمتها القلق، وفقدان الثقة بالنفس واللذان لا يقلان في أهميتهما عن الشعور بالذنب.

(الشبؤون، 2012، ص 211).

كما أن البعد عن القيم و المعايير بكل أنواعها يرتبط باعتلال الصحة النفسية، نجد ذلك في دراسات كل من (حوالة، 1990) الذي وجد علاقة عكسية ضعيفة بين القلق الأخلاقي و التوافق النفسي عند طلبة أصول الدين الذي بلغ عددهم (100 طالب)، ووجدت (سهير كامل أحمد، 1991) أن اختلال القيم الدينية عند عينة من السجينات كان من أسباب الجريمة التي تعتبر من مؤشرات الاعتلال النفسي، و قد أظهرت دراسة (ابراهيم المحبش، 1429هـ) وجود علاقة ايجابية بين الإلتزام الديني و الصحة النفسية .

(اسماعيل، 2014، ص.ص 91، 96)

بالعودة كذلك إلى الصفات التي ذكرناها عن المفكر العملي، ذكرنا أنه قليل الاعتماد على المدخل المنطقي و التفكير الجيد، ربما لأنه يسعى بأي طريقة للوصول إلى الهدف ولا يهمله أن تكون الطريقة مدروسة أو منطقية إذ هو يبحث عن أقرب فرصة للنجاح، و شعاره "ما العمل" أي ما الذي يجب أن نقوم به و بسرعة لنصل إلى الهدف، و الواضح أنه لا يعتمد على الأسلوب المنطقي، أو التحليلي لأنه يأخذ وقت كبير مما يتعارض مع ميزة السرعة لديه.

ولقد ذكر (عرفة، 2016) مميزات التفكير الجيد و التفكير الرديء، إذا تفحصناها وجدنا بعضها يتوافق مع هذا النوع من التفكير، حيث يذكر أن صاحب التفكير الرديء: يسعى إلى التفكير ولا يتحمل الغموض، ليس ناقد للذات و يرضى بالمحاولات الأولى، مندفع

ولا ييأس بسرعة، لديه ثقة زائدة في صحة أفكاره، مندفع في اكتشاف أهدافه، يفضل التعامل مع احتمالات محدودة و لا يبحث عن الاحتمالات الأولى، مندفع في اختيار الاحتمالات، يتجاهل الأدلة التي تتحدى الاحتمالات، يبحث عن أدلة مؤكدة للاحتتمالات القوية فقط.

(عرفة، 2006، ص193).

فالشخص الذي يحاول أن يصل إلى أهدافه بسرعة لا تهمة الطريقة، و لا يعتمد كثيرا على القيم و المعايير بأنواعها من المرجح أن تتوفر لديه هذه المميزات للتفكير. اتباع المفكر العملي لمعظم هذه الصفات يمكن أن يجعل تفكيره يميل لأن يكون رديئا حسب وصف الباحث، و بالتالي يكون أقرب إلى عدم تحقيق الصحة النفسية، ندعم ذلك بما ذكره (عبد الستار ابراهيم) عن دور التفكير الرديء في الحياد عن الصحة النفسية و الميل إلى الاضطراب النفسي المشار إليه سابقا.

تلقت انتباهنا أيضا صفة أخرى من صفات الفرد العملي، و هي أنه يعتبر أقل تنبؤا من غيره الذين يتبعون أساليب أخرى للتفكير، قليل التنبؤ معناه لا نستطيع أن نتبأ بسلوكه بصفة كبيرة، أو بردود أفعاله و استجاباته تجاه الأحداث و الأفراد، و هذا ما ندعوه بتوقع السلوكات، يمكن أن يكون هذا سبب في صعوبة توافق الآخرين مع هذا الشخص مما يصعب توافق الشخص مع البيئة، الشيء الذي يتعارض بشكل كبير مع تحقيقه للصحة النفسية كما رأينا في الجزء النظري، خاصة إذا كان الطرف الآخر من أسلوب مختلف، حيث يقول " ستيرنبرج " بهذا الصدد أنه " كمجتمع فإننا كثيرا ما نخطئ الأساليب بالقدرات مما ينجم عنه فروقا فردية ترجع حقا إلى الأساليب التي يرى أنها ترجع إلى القدرات، و النتيجة هي أن الأفراد الذين لا تتفق أساليبهم مع توقعات الوالدين أو الزوج أو الحبيب أو الزملاء أو رئيس العمل يعانون لأسباب خاطئة، فما يرى على أنه غياب، ربما بالفعل ليس سوى سوء توافق بين أسلوب فرد ما و أسلوب آخر، و سوء التوافق هذا يصبح خطيرا بصفة خاصة عندما يقع في المدرسة أو مواقع العمل".

(ستيرنبرغ، ت خضر، 2004، ص24)

نحن في هذا الصدد نحاول معرفة نقاط ضعف هذا النوع من التفكير الذي جعلته في دراستنا يرتبط ارتباطا سالبا مع الصحة النفسية، حيث تم اقتراح بعض النقاط لتفسير هذه النتيجة لكن حسب "هارسون و برامسون" لا يوجد أسلوب تفكير جيد و آخر سيء، و لكل أسلوب نقاط قوة و نقاط ضعف، و الأهم من و جهة نظر "ستيرنبرج" كما ذكرنا سابقا هو التوافق مع البيئات التي يتواجد فيها الفرد.

أظهرت نتيجة دراستنا عدم الارتباط بين كل من الأسلوب التركيبي، التحليلي، والواقعي بالصحة النفسية، و بالرجوع إلى خصائص كل أسلوب نجد التفكير التحليلي:

يعني الأسلوب التحليلي في صنع القرار ما يأتي: مواجهة المشكلات بحرص وبطريقة منهجية والاهتمام بالتفاصيل، التخطيط بحرص قبل اتخاذ القرار، جمع أكبر قدر من المعلومات مع عدم تكوين النظرة الشمولية، الاهتمام بالنظريات والتتظير على حساب الحقائق، إمكانية القابلية للتنبؤ، إمكانية التجزئة والحكم على الأشياء في إطار عام، الاهتمام بتوضيح الأشياء في إطار عام، الاهتمام بتوضيح الأشياء حتى يمكن الوصول إلى الاستنتاجات. ويمكن تحديد المؤشرات السلوكية للفرد التحليلي فيما يلي: الميل إلى الظهور بالبعد عن العواطف والجوانب الذاتية، الإكثار من التعبيرات الشائعة الآتية: "هنالك سبب... إذا نظرت منطقيا" ، الميل إلى التعبير عن القواعد والقوانين العامة، وهو يشرح الأشياء بنظام ودقة ويتسم بالنظام والحرص والجفاء وقد يبدو عنيدا، في حين يستمتع بالاختبارات العقلانية ويكره الحديث غير العقلاني.

والاستراتيجية الرئيسية للفرد التحليلي هي البحث عن أفضل الطرق Search for the

best way ويستخدم الخطوات الآتية في بحثه:

- 1- جمع المعلومات.
- 2- تعريف المشكلة.
- 3- البحث عن حلول بديلة حتى يمكن تقييمها.
- 4- وضع فئة من قرارات خاصة أو محكّات مختارة.

5- اختيار أفضل بديل.

6- انجاز الحل الذي لا ينهي العمل.

7- تقييم النتائج عن الحل للتأكد من أفضل بديل، وإذا كان الحل ليس هو الأفضل،

فإنه يبدأ بالعملية من جديد مرة ثانية.

صاحب التفكير التركيبي يهتم بالتواصل لبناء أفكار جديدة وأصيلة مختلفة تماما عما يفعله الآخرون، والقدرة على تركيب الأفكار المختلفة والتطلع إلى وجهات النظر التي قد تتيح حولا أفضل تجهيزا، الربط بين وجهات النظر التي قد تبدو متعارضة، وإتقان الوضوح والابتكارية وامتلاك المهارات التي تؤدي إلى ذلك. والعملية المفضلة للفرد ذي التفكير التركيبي هي التأمل Speculation، كما أن الفرد ذي التفكير التركيبي لا يهتم بعمليات المقارنة أو الإتفاق الجماعي في الرأي أو الموافقة على أفضل الحلول لمشكلة ما.

والاستراتيجية الرئيسية للفرد ذي التفكير التركيبي هي الجدلية Dialectic ومدخله إلى المعرفة هو المدخل الديالكتيكي الذي يعتمد على ثلاث مراحل أو عناصر هي: الفرضية العلمية، التضاد والتناقض، التركيب والتخليق.

أما عن التفكير الواقعي فيعني أسلوبه في صنع القرار ما يأتي: الاعتماد على الملاحظة والتجريب، وأن الأشياء الحقيقية هي ما نخره في حياتنا الشخصية مثل ما نشعر به ونلمسه ونراه ونشمه، كذلك فإن ما نراه هو ما نحصل عليه، والتركيز على الحقائق وهو في هذا مختلف تماما (معارض) عن الفرد التركيبي.

ويمكن تحديد المؤشرات السلوكية للفرد الواقعي في الآتي: الميل إلى الظهور كإنسان مباشر وقوي ونشيط وواضح، وهو لا يسرع في التعبير اللفظي عن اتفاقه أو عدم اتفاقه، والإكثار من التعبيرات الشائعة الآتية: "من الواضح لي... أن كل إنسان يعرف..."، والميل إلى التعبير عن الآراء، كما يميل إلى الاختصار في عرض ما يقدمه، وهو يتسم بالصراحة والايجابية، ويكره الحديث النظري بالإضافة إلى الجوانب الذاتية والعاطفية وغير العملية.

من الملاحظ أن لكل أسلوب من أساليب التفكير ميزات كثيرة مع وجود بعض الصفات السلبية، و هذا شيء يميز كل أنواع أساليب التفكير، و نعود هنا إلى فكرة أننا لا نستطيع اعتبار أسلوب ما جيد و آخر سيء، الأهم هو توافق الأساليب مع البيئات، المواقف، و الأشخاص. (ستيرنبرغ،2004). إذن يمكن أن يكون المشكل الحقيقي في عدم القدرة على التوافق مع البيئة.

تعتبر العلاقات بين الشخصية من أهم مظاهر هذا التوافق، و تلعب دورا هاما في تحقيق الصحة النفسية إذا كانت سليمة، و ذكرنا سابقا أنه من معايير الصحة النفسية التوافق مع البيئة، حيث أن الكائن و البيئة في علاقة مستمرة و لكي يتم الاستقرار بينهما لا بد أن يتبع كل تغيير تغييرا مناسباً للإبقاء على هذه العلاقة مستقرة. (مخيمر،1979،ص1).

و يلعب نمط التفكير دورا هاما في أبعاد العلاقات بين الشخصية كما أثبت ذلك (Kocak,Onen,2014) و ذلك في دراستهما الموسومة ب "أبعاد العلاقات بين الشخصية وعلاقتها بنمط التفكير الإجتزاري عند طلبة المرحلة الثانوية"، حيث هدفت الدراسة إلى تحليل مستويات التفكير الإجتزاري، و أبعاد العلاقات بين الشخصية عند هؤلاء الطلبة الذين بلغ عددهم 550 طالبا، حيث أن اليأس من المستقبل و الميل نحو التقييم الذاتي السلبي و التي تتبع من نمط التفكير الإجتزاري للأفراد تعتبر المفاهيم الرئيسية للاكتئاب من قبل المنظرين (Abramson & al ,1989,Beck,1967) ، لذلك فإن هذه الدورات الهامة للتفكير المعاشة خلال مرحلة المراهقة قد تؤدي إلى تلك الاضطرابات النفسية، كما تنعكس الاضطرابات النفسية التي شهدتها سنوات المراهقة على العلاقات بين الشخصية الحالية المستقبلية للأفراد، حيث يجب أن تحلل مراهقة طلاب المدارس من حيث ميولهم للتفكير علاقاتهم بين الشخصية ، و خلصت الدراسة إلى أن العلاقات بين الشخصية للطلاب المشاركين كانت مرتبطة بمستويات أنماط التفكير لديهم. الأفراد الذين لديهم مستويات التفكير المجتزة عالية ليست قادرة على استشعار مشاعر خاصة بسبب التناقضات العاطفية، هذا هو البعد الذي كان بين أبعاد العلاقات الشخصية التي كانت لها قيم درجات أقل. الاعتماد على الموافقات

مع الآخرين و الثقة بالآخرين لها علاقة كبيرة مع التفكير الاجتزازي، و يشير إلى أن الأفراد الذين لديهم أنواع علاقات شخصية مستقلة يقدرون الثقة في علاقاتهم (Mackenzie & Shwitzer,2001) . الثقة أو انعدام الثقة تجاه الآخرين يعتبر عاملا مؤثرا على العلاقات بين الشخصية (Imamoglu,2008)، بالإضافة إلى ذلك ينبغي اعتبار أن المكونات البيولوجية تؤثر على العلاقات الفردية و تؤدي إلى الفروق الفردية في المواقف و السلوكات. (Steiner,Pappalardo,Gurung,2002) .

(Koçak,Onen,2014)

ولقد درس (الخراعي وعزيز،2015) التداخلات الثنائية بين أساليب التفكير، وذلك في دراسة مست مرشدي ومرشدات المدارس الثانوية الذين بلغ عددهم (400)، مطبقا مقياس "هاريسون و برامسون" لقياس أساليب التفكير، وكانت النتيجة أن التداخلات الثنائية لأساليب التفكير التي يفضلها مرشدي ومرشدات المدارس الثانوية هي التداخل الثنائي لأسلوبي التفكير (التركيبى-المثالى)، يليه التداخل الثنائي لأسلوبي التفكير (التركيبى-العملي) و(التركيبى-التحليلي) و(المثالى-العملي) و(المثالى-التحليلي) و(العملي- التحليلي) و(التركيبى-الواقعي) و(المثالى-الواقعي) و(العملي-الواقعي) و(التحليلي-الواقعي) أخيرا على التوالي.

(الخراعي،عزیز،2015) .

إلى جانب دور العلاقات بين الشخصية للتوافق مع البيئة الذي يعتبر أساسيا لتحقيق الصحة النفسية، حيث تلعب أساليب التفكير دورا في بناء هذه العلاقات، يظهر الدور بالغ الأهمية للمهارات الاجتماعية التي تمثل حجر الأساس لبناء العلاقات بين الشخصية و مع المجتمع ككل، و التي تعتبر جزءا مهما للتوافق مع البيئة الذي يعتبر بدوره أساسيا لتحقيق الصحة النفسية، ولأساليب التفكير أيضا مساهمة كبيرة في المهارات الاجتماعية للفرد، يظهر ذلك من خلال دراسة استهدفت المهارات الاجتماعية و أساليب التفكير كمثال عن أساليب التوجه للحياة، حيث تعتبر أساليب التفكير كبروفيلات اجتماعية معرفية لدى المجموعة

المستهدفة من طلاب علوم المكتبات، يعرف أسلوب التفكير بالطريقة المفضلة للتفكير وهو مزيج من أساليب التفكير العالمية وهي حسب نظرية "ستيرنبرج" : المحلية، الداخلية، الخارجية، الليبرالية والمحافظة، في هذا البحث تم تطبيق مقياس أساليب التفكير "لستيرنبرج وواجنر" ، للكشف عن أنماط التفكير السائدة لدى الطلبة، كما تعتبر المهارات الاجتماعية المتطورة من السمات المهمة للعلاقات الشخصية الناجحة، ولقياسها تم الاعتماد على مقياس المهارات الاجتماعية (Riggio,1986) الذي يميز بين 7 مهارات اجتماعية مختلفة، وكسمة هامة من أنماط التوجه للحياة تم قياس التفاؤل بمقياس (Scheier, Carver,1985) وأجري البحث على 49 طالبا تم اختيارهم بالطريقة العنقودية. النتائج تقسم الطلبة إلى مجموعتين أساسيتين، مجموعة أكثر تفاؤلا و أكثر توجهها اجتماعيا، وتفضل العمل في ظل ظروف منظمة تنظيما جيدا، في حين المجموعة الثانية أكثر انطواء و تحب العمل في حالات جديدة و صعبة، و تتميز بأساليب تفكير أكثر تطورا (العالمية، الخارجية، والمحافظة)، ومن المفترض أن هؤلاء الطلاب يمكن أن يصبحوا أحسن تجهيزا للعمل في وظائفهم كمختصين في المعلومات إذا ركزنا الاهتمام على سماتهم السوسيو معرفية، خلال فترة العملية التعليمية.

تختار المجموعة الأولى المهارات الاجتماعية و العمل الجماعي، وهنا يعني أنها يمكن أن تكون أكثر نجاحا في العمل مع مستخدمي المكتبة، إذ أنهم يستطيعون أن ينظموا أنواعا مختلفة من التفاعل الاجتماعي، على سبيل المثال، ساعات القراءة، اجتماعات النقاش، القراء و النوادي...الخ، كما أنها ترى الاختلافات و الفشل في العمل على أنها مواقف مؤقتة تتعلق بالوضعيات، إذ رؤيتهم المتفائلة تساعدهم على حل المشاكل في المواقف الاجتماعية بفعالية. الطلاب في المجموعة الثانية لديهم مهارات اجتماعية أقل تطورا ولكن حساسيتهم الاجتماعية ظاهرة بشكل أفضل، هؤلاء الطلاب أكثر توجهها ذاتيا ويفضلون التكيف الاجتماعي، ليسوا متفائلين جدا، ومع ذلك، لديهم أساليب تفكير أكثر تطورا وهي ستكون أكثر نجاعة كأخصائيي المعلومات. ومع ذلك فإننا نستطيع التكهن بأن الطلاب المنتمين

إلى المجموعتين سيكونون ناجحين كأخصائيين في المعلومات وفي عملهم مع المستخدمين بدرجات متفاوتة. وفي الأخير يمكن التوصية لتحسين العملية التعليمية بالاستراتيجيات الملائمة لتعزيز أساليب التفكير المختلفة و التي يمكن أن تؤدي إلى المزيد من حل المشاكل المختلفة ، ويقول "ستيرنبرج" أن هناك أساليب تفكير أكثر تقبلا بالنسبة إلينا من أخرى، لذلك يجب بناء عملية تربوية منظمة للغاية لتعزيز السلوكات الأكثر مرونة وتكيفاً لوضعيات حل المشكل، وفي " سلوفينيا" توجد بالفعل بعض البرامج التعليمية لتعزيز مفهوم الذات والتي يمكن تحسينها مع نتائج البحوث لدينا ويمكن أن تشمل أيضا عوامل مثل أنماط التفكير، المهارات الاجتماعية، والتوجه نحو الذات (Kabal,2000) . و أخيرا وليس آخرا ووفقا لما توصل اليه (Seligman) فإنه من المستحسن للغاية استخدام استراتيجيات تحفيز مختلفة من أجل تعليم توجيهات الحياة المتفائلة . (Zabukovec,Kobalgrum,2004)

نحن عندما نحاول تفسير ما جاءت به نتائج الدراسة الحالية نحاول أن نقف على الأسباب الرئيسية التي أدت إلى ظهورها.

يمكن أن ترجع هذه النتيجة إلى خصوصية بحثنا، إذ أن كل فئة من فئات المجتمع تظهر صفات مختلفة في الأساليب الأكثر تفضيلا أو الأكثر ارتباطا بمختلف المتغيرات المختارة من قبل الباحثين ، تلفت انتباهنا نقطة تطرق إليها (حبيب،1995) حينما أراد معرفة الأسباب التي تتحكم في ظهور أساليب تفكير معينة لدى الأفراد، فقام بدراسة حول "نشاط النصفين الكرويين للمخ كمحدد لاستراتيجيات التفكير في ضوء نظرية "هاريسون وبرامسون" و بعض متغيرات الشخصية، مع توقع امكانية التنبؤ باستراتيجيات التفكير من خلال بعض وظائف النصفين الكرويين بالمخ مع تحديد بعض متغيرات الشخصية المستخدمة في البحث، و ذلك على عينة تكونت من (180) طالبا بكلية التربية جامعة طنطا، و اتضح من خلال نتائج البحث أن نشاط النصفين الكرويين بالمخ له دور فعال في تحديد استراتيجيات التفكير، و لم يكن لها دور فعال في تحديد نوعية بروفييل التفكير. و برز دور النمط الأيمن في كل من التفكير التركيبي و التفكير العملي، أما دور النمطين الأيسر والمتكامل فيظهر

تأثيرهما على التفكير الواقعي، و يشترك كل من الأنماط الثلاثة (النمط الأيمن، الأيسر، المتكامل) في التأثير على التفكير المثالي و التفكير التحليلي.

يمكن أن يشجع أنواع معينة من التفكير أيضا نوع التعليم كما جاء في الجانب النظري، وقد يكون هذا النوع من التفكير خاصا بالأفراد ذوي التعليم الجامعي الذين استهدفتم الدراسة الحالية.

قدم (أبو عوف وقطامي، 1997) بحثا يوضح الفكرة بعنوان "التدريس الجامعي ودوره في تنمية التفكير"، ولقد برزت المشكلة من الملاحظات والأبحاث والدراسات النظرية التي دعت إلى الحاجة إلى مزيد من البحوث في مجال دراسة التفكير وطبيعته وأساليب تنميته داخل الصف الجامعي، و قد شكلت مشكلة البحث احدى التحديات التربوية والنفسية التي يواجهها المدرس الجامعي، و التي تتطلب المعالجة التي يقوم بها من أجل تحسين معالجات الطلبة الذهنية و تفكيرهم، و زيادة فاعليتهم في ادارة العمليات الذهنية المعرفية باستخدام وسائل تعليمية وتدريبية يشكل فيها المحتوى المكون الأساسي لذلك.

(أبو عوف، القطامي، 1997).

كما يمكن أن تؤدي دراسة تخصص ما بعينه إلى تنمية التفكير في اتجاه معين، وهو ما أوضحته دراسة (ديسقورس، تمار، 1997) اللذان أرادا معرفة دور مناهج الرياضيات في تنمية القدرات التفكيرية العليا، حيث توصلا أن لمناهج الرياضيات دور في تنمية قدرات التفكير، غير أن أغلب المناهج الموجودة في الوقت الحالي تعمل على عرقلة بعض جوانبه، لذلك اقترحا أن دور معلم الرياضيات في تدريس التفكير يتمثل في برنامج يتضمن العديد من المهارات التي تندرج تحت ثلاث محاور رئيسية هي: استراتيجيات تعليم التعلم، استراتيجيات تعليم التفكير من خلال محتوى الرياضيات، و استراتيجيات تعليم الاستنتاج و الاستدلال.

(ديسقورس، تمار، 1997).

قدم (Huang,2002) كذلك دراسة حول أساليب التفكير عند عينة من أساتذة المدارس وطلبة الجامعة تخصص الرياضيات. حيث درست أساليب التفكير عند 18 مدرس و 15

طالب جامعي في ميدان الرياضيات، باستخدام مقياس "هارسون و برامسون" لأساليب التفكير، أظهر تحليل التباين متعدد المتغيرات أن 21 من الإناث بين معلمة و طالبة جامعية اتبعن أكثر الأسلوب المثالي أكثر من 12 ذكر المتبقية كما أوضحت أن الطالبات الإناث يتبعن أكثر الأسلوب التحليلي أكثر من الطلبة الذكور. في حين يفضل المعلمين الذكور التفكير التحليلي أكثر من المعلمات الإناث. و على العموم فإن الأسلوب الأكثر تفضيلاً هو الأسلوب التحليلي، وكان الأقل تفضيلاً هو الأسلوب التركيبي. (Huang,2002).

إن اتباع هذا العدد من الإناث للأسلوب المثالي يعزز نتيجة دراستنا حيث أن معظم أفراد عينتنا هم إناث من طلبة وأساتذة أو معلمين في مختلف التخصصات. يمكن أن يؤثر عدد كبير من العوامل في هذه التفضيلات منها تخصص التعليم، المستوى التعليمي، التربية، ظروف المعيشة، والثقافة....

يقول "ستيرنبرج" أن بعض الثقافات أكثر احتمالاً أن تعزز أساليب متنوعة من الثقافات الأخرى، على سبيل المثال، شمال أمريكا تؤثر على الخلق والإبداع وعمل أفضل الاكتشافات وربما يؤدي ذلك إلى تعزيز أكثر نسبة لأساليب معينة (يمكن أن تؤدي إلى الأساليب التشريعية والتنفيذية حسب ستيرنبرج)، والمجتمعات الأخرى، مثل اليابان، والتي بطبيعتها التقليدية أكثر تركيزاً بصورة مرتفعة على الانسياق أكثر واتباع التقاليد، ربما تكون أكثر احتمالاً إلى أن تؤدي إلى الأساليب التنفيذية والمحافظة.

كذلك فإن بعض الآباء لديهم ميل كبير لتشجيع الأسلوب المحافظ وأن يعاقبوا الأسلوب التقدمي، وفي مجتمعات أخرى يتم تشجيع الأطفال على طرح مزيد من الأسئلة عما سبق وإن تعلموه، أعتقد أن هذه خلافاً ذات قيمة وتأثير كبيرين في نمو أساليب التفكير.

(ستيرنبرج، 2004، ص 172).

كان الاستعمال الأول لمسائل المنطق اللفظي في دراسة التأثيرات الثقافية في التفكير من قبل العالم السوفياتي "لوريا" (1971) و زملائه في دراسات جرت في سنة 1931 في المناطق النائية من "أوزبكستان" آسيا الوسطى، استلهم هؤلاء العلماء النفسيون نظرية

"فيغوتسكي" في النمو العقلي التي تقول أن الخصائص النوعية للعمليات العقلية المعقدة تقررها ظروف الحياة الاجتماعية والنشاط العملي، وذلك في سعيهم إلى تحديد ما إذا كانت الإصلاحات الاقتصادية التي أدخلت إلى "أوزباكستان" بعد الثورة قد أدت إلى تغييرات في المهارات المعرفية والإدراكية للأهالي المحليين، أعد لوريا من أجل دراسة التفكير قضايا منطقية بسيطة واستخدمها في صيغة نصف تجريبية، نصف مقابلة، مع أربع جماعات أساسية تتفاوت في الدرجة في المؤسسات الاجتماعية الحديثة: نساء مسلمات أميات في القرى النائية غير منخرطات في النشاط الانتاجي، رجال أميين في القرى ذاتها يمارسون أساليب زراعية تقليدية، نشطاء شبان منخرطين في الزراعة الجماعية، و قد نال بعضهم قليلا من تعلم القراءة و الكتابة، نساء منتسبات إلى مقررات في مدارس تعليم المعلمين، واتخذت الفروق الظاهرة في الأداء بين الجماعات التقليدية والجماعات الحديثة دليلا على صحة نظرية "فيغوتسكي" . (ليرد، ميسن، ت شيش، 2010، ص.ص 486، 487)

و كدليل آخر على أن كل بيئة تطور أساليب معينة من التفكير نجد كذلك دراسة (Golian,1999)، التي ركزت على تقصي أساليب التفكير السائدة لدى عينة من عمال المكتبات، و الغرض من هذه الدراسة هو التحقق العلمي مما إذا كانت هناك اختلافات في أنماط التفكير بين كبار المسؤولين الإداريين في المكتبات العاملين في الخدمات العامة والتقنية، مع عضوية مؤسساتية في رابطة البحوث المكتباتية (ARL) ، قدرت العينة 97 مشاركا حيث طبق عليهم مقياس أساليب التفكير "لهارسون و برامسون"، و بعد تطبيق اختبار "ANOVA" كأسلوب احصائي تم التوصل إلى عدة استنتاجات أهمها: الامكانية الهائلة لأمناء المكتبات المشاركين في الدراسة من تطوير المرونة و الفعالية و أسلوب التفكير المسطح (التفكير المسطح يعني الاستعداد لاستخدام خمسة من أساليب التفكير مع فعالية متساوية تبعا للوضع، حيث يستعمل الأسلوب الأكثر ملائمة للموقف). النتيجة الثانية تمثلت في تأثير التنظيم العالي أو المنظمات المتباينة على أسلوب التفكير الفردي. إذن توصلت الدراسة إلى استنتاج هام مفاده الامكانية الطبيعية لأمناء المكتبات لتطوير نمط

التفكير المسطح، بحيث يعتبره الأصول من المفكرين الأكثر مرونة، ابداعية، و أفضل تكيفا لاستخدام أسلوب التفكير الأفضل لحل المشاكل القائمة على الحالة.

تم تفسير هذه النتيجة عن طريق تأثير التمايز التنظيمي، على تفضيل الفرد لأسلوب معين من التفكير وفقا لنظرية التمايز، فعندما تنمو المنظمات في حجم بيئتها تصبح أكثر تعقيدا، في محاولة لإدارة التنظيم و الوحدات الفرعية، مثل الخدمة العامة للمكتبات و ادارة الخدمات التقنية، و في الوقت المناسب، تصبح هذه الوحدات الفرعية التنظيمية متباينة أكثر عن الوحدات الفرعية الأخرى من أجل التصدي لها، هناك عمل إجراءات محددة، المطابقة في هذه الوحدات الفرعية يصبح العمل المطلوب من الأفراد بإدراك الحاجة إلى التصرف بسرعة فائقة، و التفكير مثل بقية وحداتهم أو مثل مشرفهم الفوري لكي تعتبر فعالة، ناجحة، و جزء من المجموعة. (Golian, 1999)

في نفس الصدد يذكر (Khasawnek,2011) عن (Fjell &Walkhovd,2004) أنه قد اكتسب بناء التفكير اعترافا واسع النطاق على مدى العقد الماضي، و يسعى أصحاب العمل إلى الحصول على خريجين من ذوي التفكير المعقد و المتعدد الأبعاد و القدرة على تطبيق الحدس و البصيرة و المرونة الادراكية، من أجل البقاء في بيئة عمل مضطربة و متغيرة باستمرار. (Khasawnek,2011)

اذن توضح هذه الدراسة أيضا أن للبيئة التي يكون فيها الفرد بمختلف أنواعها دورا في انتاج أساليب تفكير معينة تتوافق مع متطلبات هذه البيئة، و هنا نرجع دائما إلى فكرة "ستيرنبرج" الذي يضع في المقام الأول توافق أساليب التفكير مع البيئة و هو حسب ما رأيناه إلى الآن من بحوث نظرية و تطبيقية الأهم لتحقيق الصحة النفسية.

3- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أن : " أسلوب التفكير المثالي هو الأسلوب الأكثر تنبؤا بالصحة النفسية".

لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على حساب الانحدار المتعدد، و كانت النتائج كالآتي:

الدالة	قيمة F	الدالة	قيمة T	B	
		0.052	1.945	267.889	الثابت
		0.251	1.149-	0.597-	الواقعي
		0.389	0.862-	0.446-	التحليلي
		0.219	1.231-	0.638-	العملي
		0.633	0.477-	0.245-	المثالي
		0.264	1.117-	0.569-	التركيبى
دال عند 0.05	2.934				

جدول رقم (15): التنبؤ بأسلوب التفكير الأكثر تحقيقا للصحة النفسية.

من خلال الجدول يتضح أن قيمة F تقدر ب 2.934 وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05، لكن التنبؤ بالنسبة لكل أسلوب جاء سلبي أي تنبؤ بطريقة سلبية، وبما أن نتيجة أسلوب التفكير المثالي كانت الأقل سلبية، وبما أن نتيجة الفرضية السابقة تقول أن التفكير المثالي يرتبط ارتباطا ايجابيا بالصحة النفسية فإننا نستطيع اعتبار التفكير المثالي الأكثر تنبؤا بالصحة النفسية.

يتوافق هذا مع دراسة (بدر، 2007) ففي دراستها المتعلقة بأساليب التفكير و علاقتها ببعض المتغيرات الشخصية التي حددت بالمعايير الاجتماعية و الصحة النفسية على عينة قدرت ب (55) طالبة، أن أكثر الطالبات تمتعا بالصحة النفسية هن صاحبات التفكير المثالي، كما ارتبط التفكير المثالي بالمعايير الاجتماعية، يليه التفكير التحليلي و الواقعي، كما وجدت الباحثة أن التفكير المثالي منبئ جيد بتمتع الفرد بالصحة النفسية، و أن أسلوب التفكير التحليلي يؤثر بدرجة كبيرة في ميل الفرد للمعايير الاجتماعية (بدر، 2007).

تعتبر الدراسات في مجال التنبؤ بالصحة النفسية من خلال أساليب التفكير قليلة جدا حسب علم الباحثة، و أهم التنبؤات من خلال أساليب الصحة النفسية كانت في ميادين أخرى حيث أثبت (Park et al, 2005) أنه بالإمكان التنبؤ بالموهبة العلمية للطلاب من خلال التعرف على أساليب تفكيرهم، كما بين (Zhang, 2000) في دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين مداخل (طرق) التدريس وأساليب التفكير لدى عينة من المعلمين بلغ عددهم (76) معلما، أن النتائج أظهرت دعم جزء من التنبؤ الخاص بالعلاقات بين إدراك المعلمين لبيئة عملهم وأساليب تفكيرهم و طرق تدريسهم.

لقد نظرنا في تفسيرنا للفرضية الأولى إلى خصائص كل أسلوب من أساليب التفكير على حدى ، و اذا بحثنا في صفات كل أسلوب نجدها متقاربة فيما يخص الجودة و كلها لديها مميزات و نقاط قوة و بعض نقاط الضعف كما تم الاشارة سابقا. يعود بنا الحديث إلى أهمية نقطة رئيسية تصادفنا أيضا في محاولة شرحنا لهذه النتيجة، و تتمثل في أن الأهم ليس تحقيق أسلوب معين للصحة النفسية وعدم تحقيق أسلوب آخر لها، أو قدرتنا على التنبؤ بالصحة النفسية من خلال أسلوب معين و عدم قدرتنا على هذا التنبؤ من خلال أسلوب آخر، لكن المهم هو تحقيق الصحة النفسية من خلال ملائمة أساليب التفكير للبيئات المختلفة التي يعيش فيها الفرد و يتعامل مع ظروفها و خاصة أفرادها. و نرجع في ذلك إلى قول "ستيرنبرج": "كمجتمع فإننا كثيرا ما نخلط الأساليب بالقدرات مما ينجم عنه فروقا فردية ترجع حقا إلى الأساليب التي يرى أنها ترجع إلى القدرات، و النتيجة هي أن الأفراد الذين لا تتفق أساليبهم مع توقعات الوالدين أو الزوج أو الحبيب أو الزملاء أو رئيس العمل يعانون لأسباب خاطئة، فما يرى على أنه غباء، ربما بالفعل ليس سوى سوء توافق بين أسلوب فرد ما و أسلوب آخر، و سوء التوافق هذا يصبح خطيرا بصفة خاصة عندما يقع في المدرسة أو مواقع العمل". (ستيرنبرج، ت خضر، 2004، ص24)، و باعتبار أن أسلوب التفكير هو طريقة تعامل الانسان الخاصة مع بيئته، إذ تشكل هذه الأساليب استراتيجيات مكتسبة لمواجهة مشكلات الحياة المختلفة، فإن توافق الفرد مع البيئة يتوقف

عليها و بالتالي تحقيقه للصحة النفسية. و أوضحت عدة دراسات أهمية ملائمة أساليب التفكير للبيئات منها دراسة (Delisi & al,1998) ، حيث قدم هذا الأخير تقريرا عن نتائج دراسة لأنماط التفكير عند تنفيذي تكنولوجيا المعلومات المتوسطة و العليا، من الولايات المتحدة الأمريكية، و خلافا للاعتقاد السائد فإن هذه الفئة من السكان أظهرت نتائج أقل بكثير مما كان متوقعا في أسلوب التفكير التحليلي، و نسبة أعلى بكثير مما كان متوقعا في أسلوب التفكير المثالي، و نحن نمضي في القول بأن هذا التصور الخاطئ يضر بشكل خطير بالمصالح الوظيفية لتكنولوجيا المعلومات، و يحد من المساهمة التي يمكن أن تقدمها للمؤسسة ككل، و لتصحيح التصور الخاطئ. نحن نصف ثلاث استراتيجيات رئيسية يمكن لتنفيذي تكنولوجيا المعلومات استخدامها، و أيضا مناقشة كيف يمكن للمديرين التنفيذيين استخدام المعرفة من أساليب تفكير الآخرين لتكون أكثر من ذلك مؤثرة و فعالة، مع العلم أنهم كانوا يعتقدون أن المشكل في عدم تحقيق هذه المؤسسة للنجاح و الاحترام و التطور هو تميز أفرادها التنفيذيين بضيق الأفق و الأسلوب التحليلي المخالف لمتطلبات المهنة.

أوضحت هذه الدراسة ما كان عكس توقعات المدراء، و ما نستطيع أن نستخلصه من هذه الدراسة هو أن بعض أساليب التفكير تصلح لبعض التخصصات و بعض المناصب ولا تصلح لبعضها الآخر، لا لأنها سيئة بل لأن صفاتها لا تتطبق مع متطلبات المهنة، وهذا ما ينطبق كذلك على الحياة العامة و العلاقات بين الشخصية. (Delisi & al,1998) .

يضيف "هاريسون و برامسون" أن الانسان حقيقة يمتاز بالفردية، لكنه غير قابل للتنبؤ بشكل كامل، و أساليب التفكير المقترحة تمثل فقط النموذج أو الأسلوب الأكثر اتباعا من طرف كل فرد. لا يستطيع كل فرد أن يكون تحليلي بشكل كامل، أو تركيبى بشكل كامل، ولكن تمكننا الأساليب من معرفة الى أي حد يمكن معه أن نتنبأ و بطريقة جيدة كيف يفكر الأفراد الذين يمتلكون قدرا من كل أسلوب تجاه الأشياء. (Pace,2002,p90).

4- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: " توجد فروق في درجات الصحة النفسية تبعاً للخصائص البنائية لأسلوب التفكير، أحادي، ثنائي، ثلاثي البنية، والأسلوب المسطح" للتحقق من صحة هذه النتيجة تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين "ANOVA" و كانت النتائج موضحة في الجدول:

الدالة الاحصائية	قيمة F	متوسط التباينات	درجة الحرية	مجموع التباينات	
غير دال	1.225	204.301	3	612.903	ما بين المجموعات
		166.814	497	82906.367	داخل المجموعات
		/	500	83519.269	المجموع

جدول (16): الفروق بين متوسطات الصحة النفسية حسب بنية التفكير.

يتضح من خلال الجدول أن قيمة "F" تساوي 1.22 ، وهي قيمة غير دالة احصائياً، إذن لا توجد فروق دالة احصائياً في درجات الصحة النفسية تعزى إلى بنية التفكير. حسب "هاريسون و برامسون" فإن الاسم التقني لأساليب التفكير هو " أنماط التحقق" وهي تبنى على طرق هادفة لوضع معنى للعالم، وهي تعتمد على تفضيلات المكتسبات المبكرة، القيم المتعلمة، مفاهيم العالم، و طبيعة الحقائق.

معظم الأفراد يفضلون أسلوباً واحداً أو أسلوبين للتفكير لذلك فإنه بواسطة مقياس أساليب التفكير نستطيع أن نقسم الأفراد حسب أساليبهم في التفكير إلى تحليلي، تركيب، واقعي، عملي، ومثالي. لكن دائماً حسب "هارسون و برامسون" (1984) أغلب الأفراد يبدون تفضيلات بحيث يبدي البعض تفضيلاً متساوياً لأسلوبين من التفكير و هذا ما نراه في الأسلوب ثنائي البنية، أما عن التفكير ثلاثي البعد فنجد عند الأشخاص الذين يبدون تفضيلاً قوياً لثلاثة من خمس أساليب للتفكير، هم أشخاص يميلون أن يكونوا أكثر ابتكارية، هذا يتدفق من فكرة أن لديهم عدداً أكبر من الأساليب المتاحة، تفكيرهم متعدد الجوانب

والاستعمالات، والشخص يعتمد على أسلوب التفكير الأكثر ملاءمة مع الوضعية. لكن من النادر أن لا يبدي الفرد أي تفضيل خاص لأي من أساليب التفكير مثلما نجده في التفكير المسطح، وهي الحالة التي يعطي فيها مقياس أساليب التفكير نتائجًا متساوية تقريبًا في الأساليب الخمسة، هؤلاء الأشخاص يميلون لأن يكونوا غير قابلين للتنبؤ مقارنة بالأفراد الذين يبدون تفضيلاً قويا للأساليب الأخرى، يميلون لأن يكونوا متكيفين جدا مع الوضعية لكن لا يميلون لأن يكونوا قادة. (Harrison, Bramson, 1984, p.12, 15)

أما فيما يخص نسبة توزيع هذه الأنواع من أساليب التفكير أي من ناحية بناء التفكير - أحادي البنية، ثنائي البنية، ثلاثي البنية-، فقد بينت الدراسات أن أغلب الأفراد يمتلكون أسلوباً واحداً في التفكير، يليهم الأفراد الذين يمتلكون أسلوبين للتفكير وتمثل أقل نسبة الأفراد ذوي الثلاث أساليب للتفكير، كما بين ذلك "هارسون و برامسون"، حيث تمثل نسبة التفكير أحادي البنية 50% من السكان، وتمثل نسبة التفكير ثنائي البنية 35% من السكان، أما نسبة التفكير ثلاثي البنية فهي نسبة ضئيلة تقدر ب 3%. (Hatata, 2005).

ولقد تبين ذلك أيضاً من خلال الدراسات حيث أوضحت دراسة (Harypursat & al, 2005) التي أسهمت في تحديد أساليب تفكير طلبة السنة الثانية للإعلام الآلي والتكنولوجيا في غرب مدينة "Campus" بجامعة "Kwazulu-Natal" الموجودة في "Durban" بجنوب أفريقيا، الدراسة تبحث إلى أي مدى توجد علاقة بين أساليب تفكير الطلبة الذي بلغ عددهم 134 طالبا و علاماتهم الدراسية، تم شرح البروفيلات أو أساليب التفكير من خلال مصطلح التفكير أحادي البنية، ثنائي البنية، و ثلاثي البنية، و كانت النتائج أن المفكرين أحادي البنية كان عددهم 122 طالبا و مثلوا نسبة 91% من الطلبة

(7 تركيبيين، 37 مثاليين، 12 براغماتيين، 62 تحليليين، و 4 كانوا واقعيين)، و كان عدد الطلبة ثنائيي بنية التفكير 11 طالبا بنسبة 8% (واحد كان مثالي-عملي، واحد كان تحليلي- تركيبي، اثنان كانوا تحليلي- واقعي، 4 تحليلي-عملي، و 3 كانوا مثالي- تحليلي). أما عن المفكرين ذوي البنية الثلاثية فشخص واحد فقط كانت لديه هذه البنية أو

هذا التفضيل، حيث كان تفكيره عملي-تحليلي-واقعي. في حين لم يكن أيًا من الطلبة يفضل مستوى آخر من التفكير أي التفكير المسطح. العلاقة بين علامات التحصيل و التفكير أحادي البنية توضح علاقة ارتباطية موجبة ضعيفة، في حين توضح البنية ثنائية التفكير عدم وجود علاقة بينه و بين نقاط الامتحان، الفرد صاحب التفكير الثلاثي البعد تحصل على علامة C كنقطة في الامتحان، هذا يدل على أن مجموعة المفكرين قد لا تكون قادرة على حل المشكلة بشكل تعاوني سوف يؤثر على بناء النظم (Harypursat & al,2005)، حل المشكل يمكن أن يرتبط بالصحة النفسية بما أن تكيف و توافق الفرد يعتمد عليه كما تمت الإشارة سابقا.

في نفس السياق هدفت دراسة (Najla Ibrahim,2014) إلى الكشف عن بروفيلات أساليب التفكير المفضلة لدى طلبة التربية الخاصة مرتفعي و منخفضي السعة العقلية وعلاقتها بالقدرة على اتخاذ القرار في ضوء نموذج "هاريسون و برامسون" حيث حددت الدراسة تفضيلات كل فئة (مرتفعي و منخفضي السعة العقلية) فيما يخص كل من أساليب التفكير التحليلي، التركيبي، المثالي، الواقعي و العملي، إلى جانب ذلك توصلت الدراسة إلى أن نسبة كبيرة من الطلاب مختلفي السعة العقلية (62% لدى مرتفعي السعة العقلية، و60% لدى منخفضي السعة العقلية) كان بروفيل التفكير لديهم هو التفكير أحادي البعد، يليه التفكير ثنائي البعد، و كانت نسبتهم متقاربة في المستويين (16% لدى الطلاب مرتفعي السعة العقلية، و 18% لدى الطلاب منخفضي السعة العقلية) و أخيرا البروفيل الثلاثي البعد حيث كانت نسبتهم قليلة جدا (3% لدى الطلاب مرتفعي السعة العقلية، و 1% لدى الطلبة منخفضي السعة العقلية). (Ibrahim,2014)

يتضح من خلال كل الدراسات أن التفكير ثلاثي البعد يتواجد عند عدد قليل جدا من الأشخاص، كذلك فإن الدراسات الموجودة فيما يخص بنية التفكير اقتصر على التوزيع فقط أو نسبة التواجد بين الأشخاص و لا توجد إلى الآن دراسات بينت لنا دور هذه البنية في تحقيق التوازن أو الصحة النفسية حسب علم الباحثة.

نقترح كتفسير لهذه النتيجة المتمثلة في عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجات الصحة النفسية تبعا لبنية التفكير (الأحادية، الثنائية، الثلاثية، و التفكير المسطح)، أن التفكير إن كان بسيطا أو معقدا في النهاية هو طريقة الانسان الخاصة للتكيف مع البيئة، و مواجهة مواقفها اليومية، و من الواضح أن "برامسون" عند وصفه لأسلوب التفكير المتعدد اعتبره نوعا من أنواع التفكير الابتكاري عندما ذكر أنهم: "هم أشخاص يميلون أن يكونوا أكثر ابتكارية، هذا يتدفق من فكرة أن لديهم عددا أكبر من الأساليب المتاحة، تفكيرهم متعدد الجوانب والاستعمالات، والشخص يعتمد على أسلوب التفكير الأكثر ملاءمة مع الوضعية" (Harrison, Bramson, 1884, p13)

لكن لا يمكننا حسب الدراسات أن نعتبر التفكير الابتكاري و المبدع دائما شيئا إيجابيا بالنسبة للأشخاص، فقد وجد (H.Ellis) في دراسته لعينة من العباقرة أن نسبة 4% منهم كانوا ذهانيين، أي بنسبة مضاعفة قياسا بما هو موجود في المجتمع الكلي، أما المعطيات التي أوردها (E.M.East) فقد بينت أن نسبة الاضطرابات النفسية عند الناس المبدعين تمثل 2% في حين أن النسبة لدى المجتمع الكلي تمثل 5%، وتشير معطيات أكثر حداثة كأبحاث (Goertzel) إلى أن هناك نسبة قليلة من المرضى العقلين لدى المبدعين، وأكد (لانج ايشبوم) أن أغلبية المبدعين العباقرة لم يكونوا ذهانيين بل كانوا سيكوباتيين (الشخص المضاد للمجتمع)، فالبعض أصيب بالمرض بعد انتاج أعماله المميزة، أي تعرّض لاضطراب الشيخوخة مثل "كانت-كوبرنيك، ستاندال، مارادى-لينه"، و يرى "ايشبوم" أن السيكوباتي انفعالي، حساس، فوضوي، غير مستقر في الحياة العاطفية، غير هادئ داخليا، و لديه جوع دائم للإثارة و التجديد و الميل نحو الأحلام و الخيالات الغريبة.

(عبد المختار، عدوي، 2011، ص.ص 23، 24)

في حين اقترح "ايزنك" (Eysenck, 1995) وجود علاقة بين الابداع و الذهانية، بينما عثر (Rawlings & al, 1998) على وجود العلاقة بين الابداع والعصابية والذهانية والانفتاح

على الخبرة، بالإضافة إلى ذلك وجد (Martindale, Dailey, 1996) أن الابداع يرتبط بعامل الذهانية والانبساطية.

ويميل كل من (May, Maslow, Rogers) للقول أن العلاقة بين الابداع و المرض العقلي علاقة عكسية، ويرى "ماكينون" وزملاؤه أنه لا يوجد أي دليل عملي لتأييد الافتراض بوجود علاقة بين الابداع والعصاب. فقد وجد (Barron) من خلال تطبيق اختبار الشخصية متعدد الأوجه M.M.P.I على مجموعة من الكتاب الكبار، وجد أنهم أكثر صحة و أكثر مرضا في الوقت نفسه من وجهة النظر النفسية مقارنة بالمجتمع الكلي، فهم أكثر اضطرابا من الناحية النفسية، ولكنهم يملكون طاقة كبيرة في التأثير الاجتماعي، وهم فعّالون ينالون الاحترام و التميّز لكنهم يحملون معاناة تجاه العالم الخارجي.

لكن على الرغم من الدعم لسمة عامل الذهانية كسمة أساسية للإبداع، إلا أن بعض نتائج الدراسات توصلت إلى عدم الارتباط بتلك السمة، حيث قام كل من (Kline & Cooper, 1986) بتطبيق استبيان الشخصية "لأيزنك" واختبارات السلوك الابداعي، وأظهرت النتائج أنه لا يوجد ارتباط بين عامل الذهانية والإبداع على كل المستويات.

(نفس المرجع، 2011، ص 25).

نجد إلى جانب الابداع عنصر الحكمة، و الذي يعتبره "ستيرنبرج" التوازن بين الابداع والذكاء وزحزحة الأفكار الجديدة وفقا لمدى ملائمتها، فقد يكون من السهل توليد أفكار جديدة، ولكن الحكمة لها دور في التمييز العقلاني، يمكن للشخص المبدع الذكي أن ينتج عددا من الأفكار الجديدة و لكن بدون الحكمة يمكن أن تتسم تلك الأفكار بالحماسة و عدم مناسبتها، و من المعقول أن يكون الابداع أكثر ارتباطا بالذكاء عن عامل الذهانية، بالنظر في العمليات المعرفية المقترحة الكامنة وراء الابداع، فبقدره عالية من الذكاء يمكن اكتساب قدر أكبر من المعرفة وبالتالي يمكن ايجاد المزيد من التشابه والاختلاف من أجل ايجاد الارتباط بين فكرتين، فمن خلال الفهم يمكن العثور على النتائج الجديدة المناسبة واختبارها،

وبالرغم من أن عامل الذهانية يمكن أن يقود إلى زيادة الأفكار الجديدة، فهذا لا يعني تواجد الضرورة لملائمتها، كما يجب أن تقترن الجودة و الحدائة بالملائمة لكي يكون هناك إبداع.

(Sternberg,2011,p362)

إذن لا يعني وجود الابداع والابتكار تواجد الصحة النفسية والتوازن النفسي بالضرورة، أي كما نستطيع أن نحقق الجانب الايجابي من هذا النوع من التفكير المتعدد نستطيع أيضا أن نحقق الجانب السلبي، وهو نفس الشيء الذي لمسناه من خلال التفكير أحادي البعد، أي هناك الجانب السلبي والايجابي في كل أسلوب على حدى، و بالتالي هناك بعض الأساليب تحقق الصحة النفسية في بيئات معينة، و أخرى لا تحققها، إذن نفس الشيء ينطبق على كل أنواع البروفيلات، الأحادية أو المتعددة (الثنائية و الثلاثية والتفكير المسطح) فالمهم دائما هو تحقيق التوافق مع البيئات، و مناسبة السلوكات الصادرة عن الشخص صاحب أسلوب التفكير المعين مع المواقف و اصابته للحلول المناسبة وفقا لأسلوبه للتفكير، و إن كانت أساليب التفكير المتعددة تبدو أنها عبارة عن نماذج تسعى لأكثر قدر من التكيف لإمكانية استعمالها لأكثر من أسلوب و اختيارها للأنسب تبعا للموقف، إلا أنها من حيث تحقيق الصحة النفسية لا تختلف عن البنية الأحادية فكلها محاولات للتكيف مع البيئة والأهم هو تحقيق كل منها للهدف المنشود.

5- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: " توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير نوع الجنس". لاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار "T" لدراسة الفروق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين و النتائج موضحة في الجدول:

المجموعات	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار Levene	الدلالة	قيمة اختبار T	الدلالة
أسلوب التفكير الواقعي	397	53.86	5.70	0.050	0.823	-1.24	0.21
ذكور	104	54.65	5.71				
أسلوب التفكير التحليلي	397	57.65	6.57	2.113	0.147	0.05	0.95
ذكور	104	57.61	5.96				
أسلوب التفكير العملي	397	53.79	6.17	1.346	0.247	3.29	0.001
ذكور	104	51.55	6.05				
أسلوب التفكير المثالي	397	56.51	5.44	1.152	0.284	0.20	0.83
ذكور	104	56.38	6.32				
أسلوب التفكير التركيبي	397	48.17	6.48	0.517	0.472	-1.90	0.05
ذكور	104	49.52	6.18				

جدول رقم (17): الفروق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين متجانستين (ذكور/إناث) في أساليب التفكير.

يتضح من خلال الجدول أن كل قيم اختبار ليفين Levene بالنسبة لأبعاد أساليب التفكير غير دالة و هو ما يدل على أن المجموعتان (ذكور/إناث) متجانستان و باستخدام اختبار T test تم التوصل إلى النتائج التالية:

تقدر قيمة اختبار T بالنسبة لأسلوب التفكير الواقعي ب -1.24 ، و هي قيمة غير دالة احصائياً، اذن لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي الذكور و الاناث في أسلوب التفكير الواقعي.

و تبلغ قيمة اختبار T بالنسبة لأسلوب التفكير التحليلي 0.05 و هي قيمة غير دالة احصائيا ، اذن لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي الذكور و الاناث في أسلوب التفكير التحليلي.

أما بالنسبة لأسلوب التفكير العملي فقد قدرت قيمة اختبار T ب 3.29 و هي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، و منه يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في أسلوب التفكير العملي لصالح الإناث.

وتقدر قيمة اختبار T في أسلوب التفكير المثالي ب 0.20 ، و هي قيمة غير دالة احصائيا، اذن لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي الذكور و الاناث في أسلوب التفكير المثالي.

أما بالنسبة لأسلوب التفكير التركيبي، فقد بلغت قيمة T -0.90 ، وهي قيمة غير دالة احصائيا، اذن لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي الذكور والاناث في أسلوب التفكير التركيبي.

اذن يتضح لنا من خلال الجدول أن الفروق في أساليب التفكير غير ذات دلالة احصائية تبعا لمتغير الجنس و ذلك بالنسبة لأساليب التفكير الواقعي، التحليلي، المثالي، والتركيبي. كما تظهر النتائج ان هناك فروق ذات دلالة احصائية في أسلوب التفكير العملي تبعا لمتغير الجنس لصالح الاناث.

يذكر " ستيرنبرج" أن الجنس أو النوع يعد متغيرا مناسباً ومؤثراً بشكل أساسي في تنمية أساليب التفكير، و لقد أجرى "وليم بست" "William Best" دراسة عبر 30 قطر للصفات المرتبطة بكل من البنين والبنات في هذه الثقافات، وكان هناك اتساق ملحوظ في الصفات المرتبطة بالجنس، ولقد أشار كل من "بيري" و"بوتنج" و"سيجال" و"دازن" Beiry, Poortinga, Segall, and Dasen للاتساق بين الثقافات في أنماط الجنس وكانت ملحوظة جدا، فعلى سبيل المثال تم وصف البنين بصورة أكثر على أنهم مغامرون، متفردون، مبدعون، تقدميون ومخاطرون، والإناث تم وصفهن على أنهن حذرات، معتديات واكتشافاتهن

ناقصة، خجولات وخاضعات، وهذه الأنماط تعبر عن الإدراكات وليس عن الحقيقة، وربما قد لا يكون لها في الواقع أي أساس، ولكن عندما نكسب الصغار اجتماعيا ونربهم على الانسياق لتصورنا لما يجب أن يصبحوا، فنحن نكسبهم اجتماعيا ونعدهم اجتماعيا في إطار إدراكاتنا، وليس في إطار من الواقع، لذلك إذا كنا نعتقد أن الدور الاجتماعي للذكر هو كذا وكذا، فإن هذا الاعتقاد هو الذي يؤثر فينا وليس حقيقة أن الدور الاجتماعي هو بالفعل كذا وكذا.

(ستيرنبرج، 2004، ص173)

ولقد جرت عدة دراسات في هذا الموضوع والتي أثبت معظمها وجود الدلالة الاحصائية في بعض الأساليب وعدم ظهورها في أساليب أخرى، وهي نتائج تتوافق مع التي تحصلنا عليها في دراستنا، نبدأ بدراسة (Osterman,2015) التي هدفت إلى تقصي العلاقة بين أساليب التفكير و الجنس على عينة قدرت ب (101) فرد أجاب على استبيان التقرير الذاتي عبر الانترنت، قسمت أساليب التفكير حسب المقياس المعتمد إلى أسلوب خطي، متوازن، وغير خطي، و لقد انقسم أفراد العينة حسب السن إلى 11 ذكرا بنسبة 11% و 91 أنثى بنسبة 89% من العدد الكلي للعينة، وأظهرت النتائج الخاصة بالجنس أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين أساليب التفكير والجنس حيث وجد أن المرأة تميل إلى أسلوب تفكير أكثر توازنا من الرجل لذلك اتبعت أسلوب التفكير المتوازن الخطي، أما الرجال فكانوا يميلون إلى أسلوب التفكير غير الخطي.

(Osterman,2015)

كما هدفت دراسة (Solange,2009) إلى التعرف على تأثير الجنس إلى جانب عوامل أخرى على أساليب التفكير الابداعية و تكونت العينة من (1752) فرد (780 رجلا و 972 امرأة) يعيشون في أربع ولايات برازيلية، حيث اعتمد الباحث على مقياس "أساليب التفكير والابداع". أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في بعض أساليب التفكير و الابداع. (Solange,2009). في نفس السياق هدفت دراسة (Pian,2014) إلى استكشاف العلاقة بين الجنس و نمط التفكير بالنسبة للدماغ (الأيسر و الأيمن) مع القدرة على التفكير الابداعي على عينة قدرت ب 216 فرد، من ضمن ما توصلت اليه الدراسة أن

اختبار "MANKOVA" أشار إلى أن الجنس كان مرتبطاً بشكل كبير مع القدرة على التفكير الإبداعي مع ذلك لم يتم العثور على تأثير تفاعلي كبير للمتغيرين على القدرة على التفكير الإبداعي الكلي. (Pian,2014)

و قام (نادر فتحي قاسم، 1989) بدراسة العلاقة بين أساليب التفكير لدى الشباب الجامعي وعدد من المتغيرات النفسية والاجتماعية، و قد أُجريت الدراسة على عينة قوامها (900) طالبا من طلاب السنوات النهائية بالكليات المختلفة بجامعة عين شمس الذين طبق عليهم مقياس "هاريسون و برامسون" لأساليب التفكير، و قد كشفت الدراسة عن اختلاف أساليب التفكير باختلاف الجنس حيث تفوّقت الطالبات على الطلبة في كل من أسلوب التفكير المثالي و التركيبي، وأيضا وجدت ارتباطات دالة بين أساليب التفكير و متغيرات الشخصية المستخدمة في الدراسة. و لقد وجد (عجوة، 1998) في دراسته التي استهدفت أساليب التفكير و علاقتها ببعض المتغيرات على عينة قدرها (132) طالبا و طالبة فروقا دالة احصائيا بين الذكور و الإناث في أسلوب التفكير المحلي و أسلوب التفكير المحافظ لصالح الإناث. و لقد بينت نتائج دراسة (شليبي، 2002) أن الطلاب الذكور يتميزون عن الإناث بأسلوب التفكير التنفيذي. أما (طاحونة، 2003) فقام بدراسة بعنوان "دراسة أساليب التفكير في ضوء بعض المتغيرات" التي كان متغير الجنس من ضمنها في كل من مصر و السعودية، تم أخذ العينة عشوائيا حيث تكونت عينة المصريين من (265) طالبا و تكونت عينة السعوديين من (240) طالبا طبق عليهم مقياس "هارسون و برامسون" لأساليب التفكير، و توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في أساليب التفكير لدى العينة المصرية، و بالنسبة للعينة السعودية فقد فضّل البنون الأسلوب المثالي و الأسلوب التحليلي، بينما فضّل البنات الأسلوب التركيبي و العملي. أما الدردير (2003) فقد بينت دراسته التي حاول من خلالها التعرف على أساليب التفكير المفضلة لدى عينة من طلاب كلية التربية بقنا، أن الطلاب يتميزون عن الطالبات بأسلوب التفكير الحكمي، بينما تتميز الطالبات بأسلوب التفكير التنفيذي، المحافظ، العالمي، الهرمي، و الأقلّي). كما أثبت (Balkis & Isikert,2005) أن

أساليب التفكير تختلف باختلاف الجنس في دراسة بهدف التعرف على العلاقة بين أساليب التفكير وأنماط الشخصية على عينة تكونت من (367) طالبا وطالبة من طلاب السنة الثالثة من المرحلة الجامعية. كما وأوضحت دراسة (رمضان، 2001) التي كان هدفها التعرف على أساليب التفكير الشائعة لدى عينة من الطلاب بالمراحل التعليمية المختلفة ودراسة أثر عدة متغيرات من بينها الجنس، وتوصلت الدراسة بالنسبة لمتغير الجنس إلى وجود فروق بين الجنسين في أساليب التفكير (التشريعي، المحلي، المحافظ، الملكي، والداخلي). إلى جانب (البدران، 2003) الذي أظهرت نتائج دراسته تفوق الإناث على الذكور في استخدام أساليب التفكير (التشريعي، التنفيذي، الهرمي، والخارجي) في حين تفوق الذكور على الإناث في استخدام أساليب التفكير (الملكي، الفوضوي، المحلي، الداخلي، المحافظ). كما استطاع (بقيعي، 2012) أن يثبت أنه توجد فروق دالة احصائيا في أساليب التفكير (القضائي، العالمي، والفوضوي) تعزى إلى متغير الجنس و لصالح الذكور، في دراسته التي تناول من خلالها أساليب التفكير والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى الطلبة المعلمين في الجامعات الأردنية على عينة قدرت ب (109) طلاب معلمين وطالبات معلمات. يظهر من خلال دراسة (فيصل، محسن، 2011) التي هدفت إلى معرفة علاقة أساليب التفكير بالإدارة المالية الشخصية لدى موظفي الدولة في ضوء بعض المتغيرات منها الجنس، على عينة بلغ عددها (600) موظف، أن هناك فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث في أساليب التفكير و ذلك بتفوق الإناث في الأسلوب (المثالي، العملي، والواقعي) وتفوق الذكور في الأسلوب (التركيبي والتحليلي)، واتفقت هذه الدراسة مع نتائج دراستنا من حيث الفروق بين الذكور والاناث في أسلوب التفكير العملي، وهي متفقة أيضا مع دراسة (Ernel,1992)، ودراسة (حبيب، 1995) ودراسة (المنصور، 2006)، و يمكن أن يرجع سبب تفوق الاناث في هذا الأسلوب حسب (حبيب، 1995) إلى أن أصحاب هذا الأسلوب يتميزون بأنهم يتعاملون مع الانفعالات والمشاعر باعتبارها حقائق إذا كانت مناسبة للموقف، وهذا ما يفسر مرور الإناث بعدد من الانفعالات في اليوم الواحد، كذلك أن الإناث بصفة

عامة هن أكثر دقة و قوة في الملاحظة، و لا شك أنهن يتصفن في نفس الوقت بشدة تأثير العاطفة و تأثير الجوانب الانفعالية، وتقل لديهن الموضوعية نوعا ما، مما يفسر وجود أسلوب التفكير العملي لديهن (حبيب، 1995، ص27) ، أما من الناحية التطبيقية فقد تطرقنا سابقا إلى أن صاحب التفكير العملي يريد الوصول إلى الأهداف المختلفة بأسرع وقت و بغض النظر عن الوسائل المتبعة، ربما أصبح الإناث يتبنين هذا النوع من التفكير تماشيا مع الأدوار الاجتماعية -الجديدة إلى حد ما- والتي فرضت على جزء كبير منهن، من أهمها العمل داخل و خارج المنزل وضرورة التوفيق بينهما، مما يجعلهن يتبنين الاستراتيجية سابقة الذكر من أجل التوفيق بين متطلبات البيت والعمل والمتوفرة من خلال أسلوب التفكير العملي.

على عكس ما بينته كل الدراسات سألقة الذكر يظهر من خلال دراسة (بلقوميدي، 2012) التي هدف من خلالها إلى التعرف على العلاقة بين أساليب التفكير و تقدير الذات في ضوء متغيري الجنس و التخصص، باستعمال مقياس "هاريسون و برامسون" لأساليب التفكير على عينة تقدر ب(118) تلميذ و تلميذة في المستوى الثانية ثانوي بمدينة وهران بالجزائر، أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين (ذكور -إناث) في أساليب التفكير المتبعة، و لقد تماشت هذه النتيجة مع نتيجة دراستنا من حيث عدم وجود فروق بين الجنسين في أساليب التفكير الأخرى ما عدا التفكير العملي، أي في أساليب التفكير التحليلي، التركيبي، المثالي و الواقعي. يمكن أن يعود ذلك إلى أن متطلبات الحياة والمواقف التي يتعامل معها كل من الذكر و الأنثى من خلال مواقف الحياة اليومية التي يعيشانها لا تختلف كثيرا أو هي متشابهة على الأغلب ، باعتبار أساليب التفكير استراتيجيات مكتسبة للتعامل مع متطلبات و مواقف الحياة اليومية، فالعوامل المساهمة في تكوين أسلوب التفكير خاصة فيما يتعلق بالثقافة و التعليم و ما نريده من كل جنس، أصبح متشابها إلى حد بعيد، لذلك لا نلمس اختلافا واضحا في أساليب التفكير المتبعة من طرف كل جنس.

يظهر من خلال الدراسات أن معظمها أثبتت وجود الفروق ذات الدلالة بين الجنسين أي بين الذكور والإناث في أساليب التفكير المتبعة، حيث تظهر دائماً الفروق في بعض أساليب التفكير حسب الأساليب المقترحة من طرف النظرية و المقياس المستخدم، و لا تظهر هذه الفروق في الأساليب الأخرى، و هذا ما ظهر كذلك في دراستنا حيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في الأسلوب العملي لصالح الاناث، و لم تظهر فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في أساليب التفكير التحليلي، التركيبي، المثالي، و الواقعي.

6- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية الخامسة :

تنص الفرضية الخامسة على أنه: "توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير السن". ولاختبار صحة الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الاحادي "ANOVA" و النتائج مدونة في الجدول الآتي:

الدالة	قيمة F	متوسط التباينات	درجة الحرية	مجموع التباينات	المجموعات	أساليب التفكير
غير دالة	0.244	7.980	2	15.95	-ما بين المجموعات	أسلوب التفكير الواقعي
		32.702	498	16285.53	-داخل المجموعات	
			500	16301.48	-المجموع	
دالة عند 0.01	5.487	224.361	2	448.722	-ما بين المجموعات	أسلوب التفكير التحليلي
		40.890	498	20363.45	-داخل المجموعات	
			500	20812.172	-المجموع	
غير دالة	1.956	75.282	2	150.564	-ما بين المجموعات	أسلوب التفكير العملي
		38.478	498	19162.09	-داخل المجموعات	
			500	19312.65	-المجموع	
غير دالة	0.756	24.024	2	48.048	-ما بين المجموعات	أسلوب التفكير المثالي
		31.765	498	15819.11	-داخل المجموعات	
			500	15867.16	-المجموع	
غير دالة	0.914	37.918	2	75.83	ما بين المجموعات	أسلوب التفكير التركيبي
		41.475	498	20654.57	-داخل المجموعات	
				20730.41	-المجموع	

جدول رقم (18): الفروق بين متوسطات المجموعات العمرية في أساليب التفكير.

من خلال الجدول يتضح أن قيمة F بالنسبة لأسلوب التفكير الواقعي تقدر ب 0.244 وهي قيمة غير دالة احصائيا ، إذن لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات العمرية في أسلوب التفكير الواقعي.

وبلغت قيمة F بالنسبة لأسلوب التفكير التحليلي 5.487 ، و هي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ، إذن يمكن القول أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات العمرية في أسلوب التفكير التحليلي لصالح الفئة العمرية الأولى، أي التي يمتد عمرها ما بين 19 و 29 سنة.

وتقدر قيمة F بالنسبة لأسلوب التفكير العملي ب 1.95 ، وهي قيمة غير دالة احصائيا، اذن لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات العمرية في أسلوب التفكير العملي.

أما فيما يخص أسلوب التفكير المثالي فبلغت قيمة F ال 0.756 وهي قيمة غير دالة احصائيا، اذن لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات العمرية في أسلوب التفكير المثالي.

وقدرت قيمة F بالنسبة لأسلوب التفكير التركيبي ب 0.194 ، و هي قيمة غير دالة احصائيا، اذن لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعات العمرية في أسلوب التفكير التركيبي.

يتضح من خلال الجدول أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في أساليب التفكير الواقعي، العملي، المثالي، و التركيبي، و توجد فروق ذات دلالة احصائية في أسلوب التفكير التحليلي تعزى لمتغير السن لصالح المجموعة الأولى التي يمتد عمرها ما بين 19-29 سنة. يمكن أن ترجع هذه النتيجة إلى عدة أسباب من أهمها خصائص العينة، حيث يقدر عدد أفراد العينة الذين نظمهم هذه الفئة ب 399 فرد، بنسبة 79.64% بالنسبة لأسلوب التفكير التحليلي، لذلك رجح هذا الأسلوب عند هذه الفئة، كما يمكن أن يعود ذلك إلى أن معظم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 19 و 29 سنة هم من الطلبة، حيث بالعودة إلى ما يتطرق إليه "ستيرنبرج" - كما سيظهر لاحقا- عن كون الأفراد تتغير أساليب تفكيرهم حسب مرحلة الحياة التي يمرون بها، و كون هذه الفئة تمر بمرحلة التعليم الجامعي في تخصصات مختلفة، و هي مرحلة تتطلب هذا النوع من التفكير التحليلي بالعودة إلى خصائصه التي تم

التطرق اليها سابقا، لذلك ظهرت هذه النتيجة التي تنص على وجود فروق في التفكير التحليلي عند الفئات العمرية المختلفة لصالح الفئة العمرية الأولى.

يتم تشجيع بعض النواحي كالنواحي التشريعية بالنسبة لـ "ستيرنبرج" عموما لدى أطفال ما قبل المدرسة، والذين يتم تشجيعهم لتنمية قواهم الابتكارية في البيئة غير المركبة والمقترحة لنا قبل المدرسة، وهناك بعض المنازل بمجرد أن يبدأ الطفل في دخول المدرسة يجد التشجيع من الوالدين على استخدام أسلوب معين في التفكير يقل بالتدريج لضرورة تغييره تماشيا مع ظروف جديدة، كما أن الأطفال متوقع لهم الآن أن يتم إعدادهم اجتماعيا بصورة أوسع للانسحاق لقيم المدرسة ، لكن في المرحلة الثانوية، اختلاف المهام و المواد التي يتعامل معها الطالب تتطلب أساليب أكثر ملائمة و هكذا.

(الطيب، 2006، ص74)

نفهم من كلام "ستيرنبرج" عن استعمال الأطفال في مرحلة المدرسة لأساليب تفكير معينة كان الأهل أساسا قد شجعوهم على استعمالها في مرحلة ما، حيث يضيف أنه عند وصولهم للمرحلة الثانوية و اختلاف المهام التي يتعامل بها الطلبة يتطلب أساليب أكثر ملائمة، نفهم أن الأفراد في مراحل لاحقة من العمر و نظرا لاختلاف متطلبات البيئة التي تتغير بتغير العمر تتغير كذلك أساليبهم في التفكير تماشيا مع الظروف الجديدة، يبدوا الأمر منطقيًا إذا رجعنا إلى تعريف أساليب التفكير التي يعتبرها "ستيرنبرج" طريقة الفرد المكتسبة لمواجهة مواقف الحياة اليومية، لكن هل ذلك ضرورة حتمية، أي هل من غير الممكن أن يحتفظ الفرد بأسلوب واحد طول حياته إذا كان ذلك الأسلوب يساعد الفرد على التوافق مع مواقف حياته المعتادة، أو بطريقة أخرى ألا يمكن لأسلوب تفكير واحد أن يستعمل في كل المواقف، إذا كان الأمر كذلك فأصحاب الأساليب المتعددة هم الأشخاص الأكثر توافقًا مع المواقف باعتبار امتلاكهم لعدة أساليب للتفكير و امكانية استعمال الأسلوب الأكثر نجاعة حسب الموقف. رغم أنه حسب نتيجة الفرضية السابقة لا توجد علاقة بين بنية أسلوب التفكير وتحقيق الصحة النفسية. لذلك و للإجابة على هذا النوع من الأسئلة نقتراح القيام

بدراسات تتبعية طولية لمعرفة تغير الأساليب عند الفرد الواحد عبر تقدمه في العمر و هل كل الأفراد يقومون بهذا التغيير أو هو أمر يقتصر على بعض الأفراد دون الآخرين.

يذكر "ستيرنبرج" في كتابه "أساليب التفكير" أنه قام بدراسة تحت عنوان "أساليب التفكير عند الأساتذة" على عينة قدرت ب (85) أستاذا (57 انثى و 28 ذكر) في أربع مدارس من أنواع مختلفة على نطاق واسع (الخاصة، العامة، و الاجتماعية الاقتصادية المتنوعة)، نجد عدة تأثيرات متنوعة هامة مع مراعاة كل من الصف، سن الاستاذ، موضوع التدريس، والايولوجية، و لقد وجد "ستيرنبرج" أن المعلمين الأكثر خبرة حصلوا على درجات أعلى في الأسلوب التنفيذي، و المحلي، و المحافظ عن المعلمين الأصغر سنا. إنه من الصعب أن نعزل السن عن سنوات الخبرة في التدريس، حيث يوجد ارتباط مرتفع جدا بين المتغيرين، ويوجد تفسيرين لهذه النتائج، قد يكون أحدهما أو كلاهما صحيحا، الأول أن المعلمين يصبحون أكثر تنفيذية و محلية و محافظة في أسلوب تفكيرهم مع تقدمهم في السن، والثاني هو أن الفرق يرجع الى المجموعة التي ينتمي اليها الشخص، و تقترح هذه النتائج أن المعلمين يميلون الى التضييق من تركيزهم مع تقدم العمر، و الأساليب الممكن أن تصبح أكثر جمودا و تسلطا، و سواء كان هذا الميل يرجع الى الاحتراق أو الانهك النفسي و عدم احتمال الابتعاد عن السلطة مع التقدم في السن، أو الاختلاف بين الأجيال، فنحن لا نستطيع أن نكون متأكدين من هذه النقطة. (Sternberg,1997)

تماشيا مع رأي "ستيرنبرج" يبين (Solange,2009) في دراسته للتعرف على أثر السن والجنس على الأساليب الابداعية للتفكير، وتكونت العينة من 1752 فردا (780 رجلا و 972 امرأة) تتراوح اعمارهم بين 17-72 سنة يعيشون في أربع ولايات برازيلية، حيث اعتمد الباحث على مقياس " أساليب التفكير والابداع"، تبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الفئات العمرية في بعض أساليب التفكير والابداع. (Solange,2009)

غير أن دراسة (Osterman,2015) أظهرت نتائج مخالفة تماما، و هي الدراسة التي اعتمدنا عليها في تقسيمنا للفئات العمرية في دراستنا الحالية، حيث درست العلاقة بين

أساليب التفكير و السن و متغيرات أخرى، على عينة قدرت ب (101) شخص أجابوا على استبيان التقرير الذاتي عبر الانترنت، ولقد قسمت أساليب التفكير حسب المقياس المعتمد إلى: خطي، متوازن، و غير خطي، بينما قسمت فئات السن إلى أربع فئات كالاتي: الفئة الأولى (من 21-29 سنة) و مثلت 20 فردا بنسبة 20%، الفئة الثانية (من 30-39 سنة) وضمت 39 فردا بنسبة 39%، أما الفئة الثالثة (من 40-49 سنة) و ضمت 12 فردا بنسبة 12%، و الفئة الرابعة التي تكونت من 7 أشخاص من 50 سنة فما فوق بنسبة 7%.

أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية بين أساليب التفكير و السن. و يقر الباحث أن هذه النتيجة تتناقض مع قائمة البحث التجريبي الذي يقدم دليلا على أن أنماط التفكير لها علاقة بالعمر حسب كل من (Alkalai & Chajut,2009) و (Vance & al,2007).

وفي عام (2011) وجد كل من (Groves, Vance, Choi) أن سنوات من التعليم الرسمي قد تسهم في تنوع الاستفادة من أنماط التفكير الخطية و غير الخطية، و قد وجدت دراسات تجريبية أخرى أيضا وجود ارتباط بين السن و نمط التفكير.

(Gardner,Scherer,Tester,1998)

تم في دراسة (Stock,2012) استخدام مجموعتين عمريتين لدراسة العلاقة بين الشيخوخة المعرفية والتفكير الاحتمالي، وتوفير قدر أكبر من التباين في مجموعة من الفروق الفردية، و باستخدام عينات من المشاركين الشباب (18-32) والمشاركين الأكبر سنا (أكثر من 60 سنة) وجدت الدراسة أنه لم يكن هناك أي تأثير للعمر على الأداء المنطقي على الرغم من التنبؤات بأن الأفراد الأكبر سنا سوف يظهر لديهم التفكير التحليلي أقل من المجموعة الأصغر سنا، ومع ذلك كان هناك تأثير تفاعلي بين شكل المهام والفئة العمرية، حيث أن أداء المشاركين الأقدم لم يستفيدوا من صياغة التردد مما يشير إلى أنهم إما لم يستعدوا لسبب تحليلي، أو أنهم كانوا مستعدين للقيام بذلك ولكن كانوا غير قادرين على القيام به بقدر ما يمكنهم الحصول على الاجابة الصحيحة من الناحية المعيارية. أكثر من المستغرب، لم يكن هناك علاقة ثابتة بين أساليب التفكير وأداء التفكير. (Stock,2012)

هناك احتمال آخر هو أن كبار السن قد يتفوقون فعلا على الأصغر سنا في بعض المهام بسبب زيادة المعرفة و الخبرة و/أو الحكمة، الحكمة كموضوع يختلف إلى حد ما عن الذكاء (Stuart,Hamilton,2006) غالبا ما تؤخذ لتكون شكلا من أشكاله أو مؤشرا للقدرة الذي يزيد عبر العمر. (Staudinger,1999) تفحص الحكمة من " نظرية الحكمة" كالمعرفة على مستوى الخبراء والحكم في براغماتية الحياة الأساسية. مما يوحي بأن الحكمة هي في حد ذاتها مجالا محددًا من الخبرات، و قد يكون لها تأثيرا ضئيلا في نوع المهمة المستخدمة في مجال التفكير، حيث يكون المشاركون أكثر احتمالا بكثير لتحقيق الاجابة الصحيحة من خلال النظر في البيانات الاحصائية فقط . و ربما يكونوا أكثر عرضة للسقوط فريسة لأخطاء المنطق إذا تم وضع الخبرة السابقة في الاعتبار. ووجد (Staudinger,1999) أن الحكمة لا تزيد بشكل ملحوظ بين الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و 75 سنة، أو على الأقل إذا كان هناك زيادة ستشارك في تعويض التدهور المعرفي مما يؤدي إلى تسوية الأداء.

(Staudinger,1999).

من غير الخبرة، مجال الإدراك الاجتماعي قد اقترح مرة أخرى أن العمر يرتبط مع حساسية أكبر للإشارات، مثل استخدام السلوكيات وتحديد سمات الشخصية، ووضع الأحكام الاجتماعية حول الآخرين. (Staudinger,1999)

وجد كل من (Hess,Osowski,Leclerc,2005) أيضا أن حساسية أكبر لهذه الاشارات كانت مقترنة بالخبرة الاجتماعية، و أن الخبرة الاجتماعية أدت إلى تخفيف أثر العمر، بحيث يبدو أن الزيادة المرتبطة بالعمر في الأداء ترجع جزئيا إلى كبار السن و مستويات أكبر من المشاركين في الخبرة في اتخاذ مثل هذه الأحكام. (Hess & al,2005)

وفي مناقشة لأهمية العاطفة في حل المشكل يحدد (Blanchard fields,1996) فروقا نوعية أكثر في الطريقة التي يتبع بها الأكبر سنا نهج التفكير المنطقي، مع تفكيرهم بالمهام الملموسة كونهم موجّهين في كثير من الأحيان بالمخططات الاجتماعية أكثر من نظرائهم الأصغر سنا، و يقترح نفس الباحث نوع من نضوج عملية التفكير، مما يوحي مرة أخرى أن

كبار السن يصبحون أكثر اعتمادا على الخبرات و أقل من ذلك على التحليل، لكن الأداء لن يعاني بالضرورة نتيجة ذلك. ويشير (Fontaine & Penniquin,2000) إلى أن التناقض الموجود في الأدبيات الخاصة في هذا المجال قد يكون راجعا إلى نقص في القياس ومستويات التعليم . (Stock,2012) .

قامت (Miriam Metzger & al,2015) بقياس الوعي و المهارات في تقييم مصداقية المعلومات عبر الانترنت لما يقارب (3000) طفل تتراوح أعمارهم بين 11 و 18 عاما، بثلاث طرق مختلفة أحدها ينطوي على عرض مؤقت "خدعة" . وأكدت نتائجها أن بعض الخصائص الانمائية و الديمغرافية يمكن أن تجعل الشباب أكثر فعالية في تقييم المعلومات. الملاحظة كانت أن الأطفال الأكبر سنا يستخدمون استراتيجيات تقييم أكثر مصداقية للتحليل، بما في ذلك كونهم أكثر وعيا بالمصداقية كمشكلة محتملة للمعلومات عبر الانترنت، و كانوا أقل عرضة للاعتقاد بمواقع الخدعة مقارنة بالأطفال الأصغر سنا.

عندما ينضج الأطفال يصبحون مستهلكين للمعلومات الأكثر تعقيدا ويكونون أكثر قدرة على استخدام الاشارات السياقية لتقييم المعلومات، كما اكتشف الباحثون أن الأساليب المعرفية لدى الشباب أثرت على كيفية تقييمهم للمعلومات في جميع النتائج باستثناء الاعتقاد بمواقع الخدعة، ظهرت متغيرات نمط التفكير بما في ذلك الحاجة إلى الادراك والتفكير المرن والايمان بالحدس كأقوى التنبؤات بوعي الشباب بمشاكل المصداقية وتقييم مهارات المعلومات.

إن الانفتاح على وجهات نظر مختلفة ومتضاربة والرغبة في التفكير بجد حول المشاكل أدى إلى زيادة استخدام التقارير عن مخططات تقييم مصداقية أكثر جدوى، في حين أن الايمان بالحدس والثقة بالآخرين دفع الشباب إلى أن يكونوا أكثر ثقة بالمعلومات عبر الانترنت. لكن عندما يتعلق الأمر باستكشاف تأثير التدريب الرسمي في تقييم المعلومات على الانترنت، اكتشف المؤلفون أنه على عكس ما كانوا يتوقعون، " الشباب الذين أفادوا أنهم تعرضوا لمزيد من التدريب على تقييم مصداقية الانترنت كانوا أكثر عرضة

للاعتقاد أيضا بمواقع الخدعة حتى و إن كانوا أكثر عرضة لاستخدام استراتيجيات تقييم تحليلية، هذه النتيجة المفاجئة تشير إلى أنه على الرغم من أن التدريب يمكن أن يساعد الأطفال على تقييم المواد، فإن ذلك لا يعني بالضرورة أنه سيفعل ذلك بطريقة فعالة.

(Metzger & al,2015)

يتبين من خلال هذا العرض الذي كان في صيغة النقاش أكثر منه في صيغة البرهنة على ارتباط أو تأثير السن في أسلوب التفكير من عدمه، يتبين لنا أن المسألة فيما يخص السن متداخلة لدرجة كبيرة بحيث المسألة تمس العوامل التي يعتمد عليها أسلوب التفكير في تكوينه وتطوره، بحيث أن السن يعتبر من العوامل التي تساهم في نمو أساليب التفكير ونحن من خلال نتائج الدراسات نجده أحيانا مرتبطا بهذه الأساليب و أحيانا أخرى غير مرتبطا بها، وفي نفس الوقت نجد أسلوب التفكير متأثرا بظروف أخرى ذكرت من خلال الدراسات، لكن أغلبها لم تجب عن السؤال الذي انطلقنا منه في تفسير النتيجة الحالية وهو: هل من غير الممكن أن يحتفظ الفرد بأسلوب واحد طول حياته إذا كان ذلك الأسلوب يساعد الفرد على التوافق مع مواقف حياته المعتادة، وبما أن الفرد في الأساس لا يعتمد على أسلوب تفكير واحد مئة بالمئة و تفكيره عبارة عن مزيج من أساليب التفكير المختلفة مع سيادة أسلوب واحد (أو اثنين أو ثلاثة إذا تكلمنا عن التفكير متعدد البنية) ، لذلك وللإجابة على هذا النوع من الأسئلة نقترح القيام بدراسات تتبعية طويلة لمعرفة تغير الأساليب عند الفرد الواحد عبر تقدمه في العمر، وهل كل الأفراد يقومون بهذا التغيير أو هو أمر يقتصر على بعض الأفراد دون الآخرين.

7- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على أنه: " توجد فروق في درجات الصحة النفسية تعزى لمتغير نوع الجنس"، وللتحقق من الفرضية تم الاعتماد على اختبار T-test للفروق بين متوسطي مجموعتي الذكور والإناث في الصحة النفسية وجاءت النتائج كآتي:

المجموعات	العدد N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار Levene	الدلالة	اختبار T	الدلالة
الإناث	397	134.279	12.96	0.99	غير دال	-0.53	غير دال
الذكور	104	135.038	12.79				

جدول رقم (19): الفروق بين متوسطي مجموعتي الذكور و الإناث في الصحة النفسية.

يتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي لدرجات الصحة النفسية بالنسبة للإناث يقدر بـ 134.27 و المتوسط الحسابي بالنسبة لدرجات الصحة النفسية للذكور يقدر بـ 135.03 أما الانحراف المعياري فقدّر بـ 12.96 للإناث و 12.79 للذكور، ويظهر من خلال الجدول أن قيمة Levene تساوي 0.99 وهي قيمة غير دالة احصائياً مما يعني أن المجموعتان (ذكور/إناث) متجانستان. ويتضح من خلال الجدول أنّ قيمة Ttest تساوي -0.53، وهي قيمة غير دالة احصائياً، مما يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي الإناث و الذكور في الصحة النفسية.

يبدو أن الرأي القائل بأن المرأة أكثر عرضة للمرض النفسي ليس صحيحاً على إطلاقه، وإن كان صحيحاً في بعض الحالات، فقد وجد أن المرأة قبل المراهقة تكون أقل عرضة للاضطرابات النفسية ذات الصلة بالنمو العصبي، ولكن إذا تتبعنا المرأة في مراحل نموها التالية نجدها تمثل غالبية المرضى النفسيين من حيث احتياجاتهن للرعاية النفسية أو احتياجاتهن للعلاج بالأدوية النفسية. (Ashton,1991)

وقد بينت معظم الدراسات المجتمعية ازدياد نسبة الاضطرابات النفسية في النساء، خاصة الاضطرابات النفسية البسيطة (Jenkins,1985). و هناك بعض الاضطرابات التي تكاد تكون أكثر التصقا بالمرأة مثل اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصبي و البوليميا)، في حين أن ادمان الكحول و المخدرات يكون أكثر التصاقا بالرجل، (و إن كانت هذه التعميمات بدأت تتغير في السنوات الأخيرة بعض الشيء). (المهدي،2007، ص18).

ويبدو أن ارتباط المرأة ببعض الاضطرابات يكون أوضح من ارتباط الرجال بها نأخذ على سبيل المثال الاكتئاب حيث أن للمرأة وضع خاص معه، فقد ثبت على مدى سنوات طويلة من الدراسات والأبحاث والملاحظات الاجتماعية أن المرأة ولسبب ما أكثر تعرضا للاكتئاب من الرجل، فهناك من الاحصائيات ما يبين أن نسبة تعرض المرأة للاكتئاب ضعف الرجل، بل هناك دراسات تبين أنها تصاب بالاكتئاب إلى حد أربعة أو خمسة أضعاف الرجل، حيث أن الاكتئاب الموسمي والاكتئاب غير النموذجي ينتشر بصورة تكاد تكون محصورة بين النساء. (الصواف، الجلي،2001، ص25)

لكن اذا اتجهنا للفصام نجد أن بعض الاحصائيات تقول أنه يصيب المرأة بنفس النسبة التي يصيب بها الرجل، كذلك يكون الفصام عند النساء من النوع الموجب في الغالب، بينما عند الرجال فمن النوع السالب. (نفس المرجع، ص 21)

ووجدت بعض الإحصائيات أن المرأة أقل إصابة بالفصام من الرجل، إضافة إلى أن طبيعة المرض تكون أقل، واستجابتها للعلاج تكون أفضل ومآل المرض عموما يكون أفضل مقارنة بالرجل، ويبدو أن هذا يرجع لاختلافات جينية تؤدي إلى اختلافات في الحساسية للدوبامين (Kumar et al,1993).

إن معظم النساء يثقن في الآخرين بسهولة و لهذا فليس من المستغرب أن تكون سمات الشخصية البارانونية المتصفة بالشك في الآخرين و توقع الشر والأذى بالناس أقل انتشارا بين النساء منها بين الرجال، كما أن الاضطرابات المتصفة بالوسواس القهري تنتشر بين معظم النساء والرجال على حد سواء بنسبة متساوية تقريبا. واضطرابات الوظائف الجنسية منتشرة

بين الرجال و النساء على حد سواء. وهناك من الباحثين من عزی كثرة انتشار الأمراض النفسية بين النساء إلى أن المرأة أكثر استعدادا من الرجل لأن تستشير الطبيب وأكثر تقبلا للعلاج. أي أن الزيادة في عدد المراجعات إلى عيادات الطب النفسي كان السبب في نتائج تلك الاحصائيات، وليس لأن الرجل أقل تعرضا لمشكلات الحياة وكروبها. (الصواف، الجلي، 2001، ص.ص 24،26) بحيث أن المرأة أكثر شجاعة و أكثر قدرة على التعبير عن معاناتها النفسية (المهدي،2007،ص 17). يتضح هذا أكثر من خلال دراسة (زقوت،2001) التي هدفت إلى الكشف عن الفرق في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي بين كل من المترددين على المعالجين النفسيين والمترددين على المعالجين التقليديين بقطاع غزة و هل يتأثر ذلك بمتغير الجنس، بينت أنه يوجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاتجاه نحو المرض النفسي ترجع إلى عامل الجنس، حيث وجد أن الذكور لديهم اتجاهات معاصرة أكبر من الإناث ولديهم الشعور بالوصمة أكبر منهن.

رغم أنه في بعض البيئات تكون الاتجاهات نحو المرض النفسي وطلب العلاج متساوية، وهذا ما توضحه دراسة (بركات وحسن،2006) التي هدفت إلى معرفة الفروق الفردية في كل من الرضا عن التخصص الدراسي والصحة النفسية على عينة بلغت (228) طالبا وطالبة ممن يدرسون في جامعات شمال فلسطين، وقد خلصت الدراسة إلى أن أغلبية الطلبة لديهم اتجاهها ايجابيا نحو المرض والعلاج النفسي حيث أظهرت ما نسبته (75.9%) ميلا موجبا نحو المرض و العلاج النفسي، بينما أظهرت ما نسبته (24.1%) ميلا سالبا نحو ذلك. و أظهرت عدم وجود فروق دالة احصائيا نحو المرض و العلاج النفسي تبعا لمتغير الجنس. و توصل (الطراونة و آخرون،2001) إلى نفس النتيجة من خلال دراستهم التي هدفت إلى معرفة أثر جنس الفرد إلى جانب عوامل أخرى على الاتجاهات نحو المرض النفسي حيث توصل إلى عدم وجود أثر ذو دلالة احصائية لمتغير جنس الفرد على الاتجاهات نحو المرض النفسي.

توضح معظم الأبحاث التي تطرقنا إليها إصابة المرأة والرجل على حد سواء بالاضطراب النفسي الذي يدل على اعتلال الصحة النفسية وذلك بنسب متفاوتة تتفوق النساء في بعضها ويتفوق الرجال في بعضها الآخر، ونجد النسبة متساوية في بعض الاضطرابات الأخرى، كما أن الإحصائيات التي جعلتنا نعتقد أن المرأة أكثر إصابة من الرجل بالاضطرابات النفسية بحيث تعتبر أقل صحة نفسية منه راجعة إلى طبيعة المرأة في كونها أكثر جرأة في التصريح بمعاناتها النفسية وبالتالي أكثر زيارة للعيادات النفسية. ولعل هذه نقطة تفسر النتيجة التي توصلنا إليها من خلال نتائج بحثنا في أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في الصحة النفسية.

و لقد انققت نتائج دراستنا مع عدة دراسات منها دراسة (الأسدي، 1998) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الصحة النفسية و الابداع لدى الفنان العراقي، كما هدفت إلى معرفة الفروق في مستوى الصحة النفسية تبعاً لمتغير الجنس، بينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الصحة النفسية بين الفنانين الذكور والفنانات الإناث. كما أوضحت دراسة (زهران، 1995) التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين بعض جوانب الصحة النفسية و الرضا المهني لدى طلاب وخريجي شعبة التعليم الابتدائي لكليات التربية مع مقارنتهم ببعضهم البعض من ناحية، ومقارنتهم بقرائهم من طلاب وطالبات وخريجي شعبة التعليم العام لنفس الكليات على عينة تكونت من (718 طالب وطالبة، أهم نتيجة كانت أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الصحة النفسية بين طلاب وطالبات (ذكور/اناث) شعب التعليم العالي.

من جهتها (عثمان، 2016) التي درست الصحة النفسية لدى نزلاء السجون و علاقتها ببعض المتغيرات على عينة قدرت ب (100) نزيل و نزيلة، أظهرت من خلال نتائجها المتعلقة بالجنس أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الصحة النفسية تعزى لمتغير الجنس. و أوضحت دراسة (الصادق، 2008) التي حاول من خلالها معرفة مستوى الصحة النفسية في مرحلة التقاعد لدى الذكور و الاناث، تكونت عينة الدراسة من (245)

مفحوص، وتوصلت الدراسة الى مجموعة من النتائج أهمها أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث في الصحة النفسية في مرحلة التقاعد.

رغم هذا العدد من الدراسات التي حدت حدو نتائج دراستنا إلا أن البعض الآخر منها تعارض مع هذه النتائج التي توصلنا اليها، نذكر من ذلك دراسة (بن عوف، 2011) التي هدفت إلى معرفة الفروق الفردية في كل من الرضا عن التخصص الدراسي و الصحة النفسية، على عينة قدرها (300) طالبا و طالبة من المرحلة الجامعية يدرسون بخمس جامعات من ولايات الخرطوم، و بينت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور و الإناث في مستوى الصحة النفسية. وأظهر (الوشلي، 2003) في دراسة هدفها الكشف عن الصحة النفسية لدى طلبة جامعة صنعاء وعلاقتها بالضغوط النفسية على عينة قدرها (409) طالب وطالبة من كليات متنوعة التخصصات، وجود فروق نوعية ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث في معظم أبعاد الصحة النفسية والدرجة الكلية لها وهذه الفروق لصالح الذكور. في نفس السياق قامت (أبو العمرين، 2008) في دراستها التي هدفت إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية بمحافظة غزة، بالتعرف على الاختلافات في مستوى الصحة النفسية لديهم تبعا لعدة متغيرات منها الجنس، وأوضحت النتائج وجود تباينات في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين و الممرضات، حيث كان مستوى الصحة النفسية للممرضين أعلى منه لدى الممرضات في كل من البعد الشخصي والبعد الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس. و من جهته (العيد، 2005) الذي هدفت دراسته إلى تسليط الضوء على واقع الصحة النفسية للطالب الجامعي، حيث تكونت عينة البحث من (640) طالبا وطالبة، و بينت النتائج فيما يخص متغير الجنس وجود فروق دالة في البعد العيادي، المتعلق بالاكنتاب و الغضب والتوتر لصالح الذكور، في حين البعد العيادي الخاص بالقلق كان لصالح الإناث.

يمكن أن ترجع نتائج الدراسة إلى خصائص العينة المتكونة بشكل أساسي من الطلبة والأساتذة، بحيث لديهم نفس الاهتمامات و نفس المشاكل مما لم يظهر الفروق في الصحة

النفسية لديهم كما أن أغلبهم تمتعوا بالصحة النفسية ولم توضح نتائج أغلبهم أي معاناة نفسية حسب المقياس الذي استعملناه في دراستنا. يمكن أن يرجع ذلك أيضا إلى الاستقرار العام الذي يبديه كل من الأساتذة و الطلبة بحيث أهم ما يريد أن يحققه الطالب هو النجاح في الدراسة وهو وإن فكر في المستقبل الذي يجهل معالمه فهو يكتفي غالبا بالحاضر إذا كان قد حقق الهدف المقترن بالمرحلة التي يمر بها، فهو مسؤول عن الحاضر وهو مستقر إذا كان يجتاز مرحلة الدراسة بنجاح، أما من جهة الأساتذة فقد أبدى أغلبهم صحة نفسية جيدة ذكورا أو إناثا، يمكن أن يعود عدم الاختلاف في درجات الصحة النفسية بالنسبة للذكور و الإناث إلى نقطة تطرقنا إليها سابقا وهي تشابه الظروف التي يمر بها كل من أفراد عينة الدراسة طلبة كانوا أم أساتذة والمتعلقة بمتطلبات الأدوار الموكلة إلى كل من الذكر و الأنثى في وقتنا الحالي.

8- عرض نتائج وتحليل وتفسير الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على أنه: "توجد فروق في درجات الصحة النفسية تعزى لمتغير السن".

لاختبار هذه الفرضية اعتمدنا على اختبار تحليل التباين الأحادي "ANOVA" و النتائج مدونة في الجدول الآتي:

المجموعات	مجموع التباينات	درجة الحرية	متوسط التباينات	F	الدلالة
ما بين المجموعات	931.708	2	465.854	2.809	غير دال
داخل المجموعات	82587.562	498	165.838		
المجموع	83519.269	500			

جدول رقم (20): الفروق بين متوسطات المجموعات العمرية في الصحة النفسية.

يظهر من خلال الجدول أن قيمة "F" تساوي 2.80 ، وهي قيمة غير دالة احصائياً، وهذا معناه أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجات الصحة النفسية تعزى لمتغير السن أو العمر الزمني.

لقد تعارضت نتائج بحثنا الحالي مع نتائج أغلب الدراسات التي أقيمت في هذا الصدد والتي درست العلاقة بين الصحة النفسية و السن.

حيث تناولت دراسة (keyes & Westerhof,2012) التحقيق في ارتباط نوبات الاكتئاب الكبرى و ارتفاع الصحة النفسية مع العمر الزمني و الذاتي (الحقيقي و المثالي)، العينة من الولايات المتحدة الأمريكية و هي عينة عشوائية من البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 25-74 سنة، تم جمعها عام 1995 بلغ عددها 3032 فرد.

أوضحت النتيجة أن معدلات نوبات الاكتئاب الكبرى أدنى و معدلات الصحة النفسية أعلى عند الفئات العمرية الأكبر سناً (45-54) (55-64) (65-74). كان العمر

الشخصي مرتبطا بالعمر الزمني، مع التقدم في العمر، يميل الكبار الى الشعور بسن أصغر، ويريدون أن يكونوا أصغر سنا من أعمارهم الفعلية. كما كان متوقعا من نموذج العمر الذاتي كاستراتيجية تكيفية، الشعور بأن الفرد أصغر سنا كان مرتبطا أقل مع مؤشر نوبات الاكتئاب الكبرى و مرتبطا بصفة أكبر بمؤشر الصحة النفسية.

يوصل الباحث شرح نتائجه حيث أظهر شيئا هاما هو، عدم وجود النوبات الكبرى للاكتئاب ووجود الصحة النفسية ليس من المرجح بين الفئات الثلاثة التي سبق الذكر أنها الأكبر سنا من عتبة الوسط، نذكر أن معدلات انخفاض الصحة النفسية في كل مجموعة عمرية أكبر بعد ذروتها في الفئة العمرية 45-54 سنة رغم أنها ظلت أعلى من معدلات النوبات الإكتئابية الكبرى التي تراجعت مع العمر الزمني، و تظهر هذه النتيجة أن النوبات الإكتئابية والصحة النفسية ليست متعكسة و بالتالي توفير مزيد من الأدلة على النموذجين مستمر. (keyes & Westerhof,2012)

يبين الباحث من خلال الدراسة أيضا أن الشعور بسن أصغر أو ما أطلق عليه السن المثالي، كان استراتيجية تكيفية ملائمة لزيادة الصحة النفسية و التقليل من نوبات المرض النفسي، الشعور بسن أصغر هو ادراك شخصي، أي أن ادراك السن أو اعتبار الشخص نفسه صغيرا هو الاستراتيجية التي ساعدته أن يحقق قدرا أكبر من الصحة النفسية و ليس السن الحقيقي في حد ذاته.

اضافة إلى هذه النتائج فقد بينت عدة دراسات أنه يجري تشخيص مرض عقلي أعلى بين الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و 74 سنة، و بلغ ذروته في الفئة العمرية التي تمتد بين 55 و 64 سنة (25% للرجال و 41% للنساء)، و كانت أدنى نسبة في الفئات العمرية الأكبر سنا (10% في الفئة العمرية التي تتراوح بين 75- 84 سنة، 12% بين الذين تتراوح أعمارهم بين 85 عاما و أكثرهم نساء). (Bridges,2015)

استندت في نفس الصدد دراسة (Molarius & al,2009) إلى استبيان للرأي البريدي، أرسل إلى عينة عشوائية من الرجال والنساء تتراوح أعمارهم بين 18-84 سنة في عام 2004، وبلغ معدل الاستجابة العامة 64%، وتغطي المنطقة التي شملت التحقيق 55 بلدية يبلغ عدد سكانها نحو المليون نسمة في وسط السويد، و يضم مجتمع الدراسة 42448 مستجيب، تم قياس الصحة النفسية مع الأعراض التي تم التبليغ عنها ذاتيا من (القلق والاكتئاب) وقد تم التحقيق في العلاقة بين الظروف الاجتماعية و الاقتصادية وعوامل نمط الحياة وأعراض الصحة النفسية باستخدام النموذج متعدد الانحدار. أفاد حوالي 40% من النساء و30% من الرجال بأنهم يعانون من القلق الشديد أو المعتدل، وأفاد الأشخاص الأصغر سنا بأن صحتهم النفسية أشد فقرا من الأشخاص الأكبر سنا، و قد وجد أن أفضل صحة نفسية في الفئة العمرية ما بين 65-74 سنة. (Molarius & al,2009)

لكن ليس في كل الأحوال نجد أن كبار السن يتمتعون بالصحة النفسية ، فغالبا ما يعاني المسن ضعفا جسما عاما في الاحساس والعضلات والعظام والنشاط الجسمي الداخلي، وضعفا عاما في البصر وبدء ظهور أعراض الشيخوخة هذه تظهر عند كل انسان ولها علاقة سلبية بالصحة النفسية، حيث أظهر هذه العلاقة (Kemp & Quintana,2013) من خلال تأثير الحالة المزاجية، اضطرابات القلق المرضي، والاعتماد على الكحول على عمل القلب. والكبر في السن يترافق في كثير من الأحيان مع سن التقاعد وبالتالي غالبا ما يؤثر هذا على دخل الأسرة مما يؤدي إلى بعض المعاناة المادية وفي أحيان كثيرة إلى الكثير منها، والتي غالبا ما تؤدي الى عدم الراحة النفسية وأحيانا اضطراب الصحة النفسية، فقد وجد (Mason,2011) أن انخفاض المستوى المادي و الفقر يترافقان دائما مع الانخفاض في الصحة النفسية بحيث يترافق مع بعض اضطراباتها بحيث يؤدي كل من العاملين إلى الثاني، أي يستطيع أن يؤدي الفقر الى اعتلال الصحة النفسية ويؤدي اعتلال الصحة النفسية إلى الفقر بسبب عدم القدرة على العمل و كسب العيش (Mason,2011)، ووجدت البحوث الوبائية في البلدان المنخفضة و متوسطة الدخل علاقة قوية جدا بين العديد من

نستطيع أن نلمس عدم الاختلاف في درجات الصحة النفسية حتى إذا عدنا إلى الوراء في السن و إن كانت شريحة لا تضم عينة دراستنا الحالية، فقد قام الباحث (Lawrence et al,2015) برصد أو احصاء اضطرابات الصحة النفسية المتمثلة في (اضطراب الفطرب في الحركة والنشاط ونقص الانتباه، اضطراب الاكتئاب الرئيسي ، واضطراب السلوك) عند الأطفال والمراهقين، وأظهر أن الانتشار بين الفئة العمرية بين 6-11 سنة (2013-2014) تقدر ب 10.9% أما عند الفئة التي تتراوح أعمارها بين 12-17 سنة قدرت ب 11.3% . (Lawrence et al,2015)

هتئين النسبتين إذا أردنا مقارنتهما نجدهما غير متباعدتين اطلاقا فالفرق بينهما أقل من درجة لجميع الاضطرابات، مما يدفعنا للقول أنه حتى عند الفئات الأصغر والتي لا تتضمنها عينتنا لم تظهر فروقا واضحة في نسبة انتشار الأمراض الذي يعبر عن انخفاض درجات الصحة النفسية، و إن كانت الصحة النفسية لا تعني فقط غياب الاضطرابات النفسية لكن وجود الاضطرابات ينفي وجودها بالضرورة.

يمكن أن تكون هناك علاقة بين الصحة النفسية والعمر عندما تتدخل بعض العوامل الأخرى التي يمكن أن تكون ذات أهمية لبعض الفئات أكثر من الفئات الأخرى، ففي دراسة حاول من خلالها (Jitender & al, 2011) أن يعرف كيف تستطيع أن تختلف الصحة النفسية للفئات العمرية المختلفة بتدخل عامل ثالث هو دخل الأسرة، حيث اتخذ من الانتحار دليل على اعتلال الصحة النفسية، و قسم العمر الى مجموعتين، المجموعة الأولى تتراوح أعمارهم بين (20-54) عاما أما الفئة الأخرى فتمتد من (55 عاما فما فوق)، وبينت النتائج العلاقة بين العمر والصحة النفسية على مستوى المجموعة ، حيث وجد أن هناك تفاعلا كبيرا بين العمر والدخل فيما يتعلق بجميع الاضطرابات النفسية ومحاولات الانتحار، حيث أن الارتباط بين المستويات الدنيا للدخل و احتمال حدوث اضطرابات نفسية كان كبيرا في جميع فئات الاضطرابات النفسية (باستثناء الادمان) للمشاركين الذين تتراوح أعمارهم بين

20 و54 عاما، ولم تكن هناك ارتباطات هامة بين مستوى الدخل والاضطرابات النفسية بين الأشخاص الذين يبلغون من العمر 55 عاما فأكثر.

(Jitender & al, 2011)

أيضا يمكن أن تتدخل استراتيجيات المواجهة في كل الأعمار إذ أن الضغوط يتعرض لها الناس في كل عمر وطريقة التعامل مع هذه الظروف هي التي تصنع الفرق ليس السن، كذلك التكيف والتوافق مع الوضعيات المختلفة، وأساليب التفكير كما سبق وأن رأينا في تحقيق الصحة النفسية من خلال الدراسات و التفسيرات المقدمة في الفرضية الأولى.

9- عرض نتائج وتحليل الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على أنه: "تتأثر الصحة النفسية بتفاعل عاملي الخصائص البنائية لأسلوب التفكير و نوع الجنس".

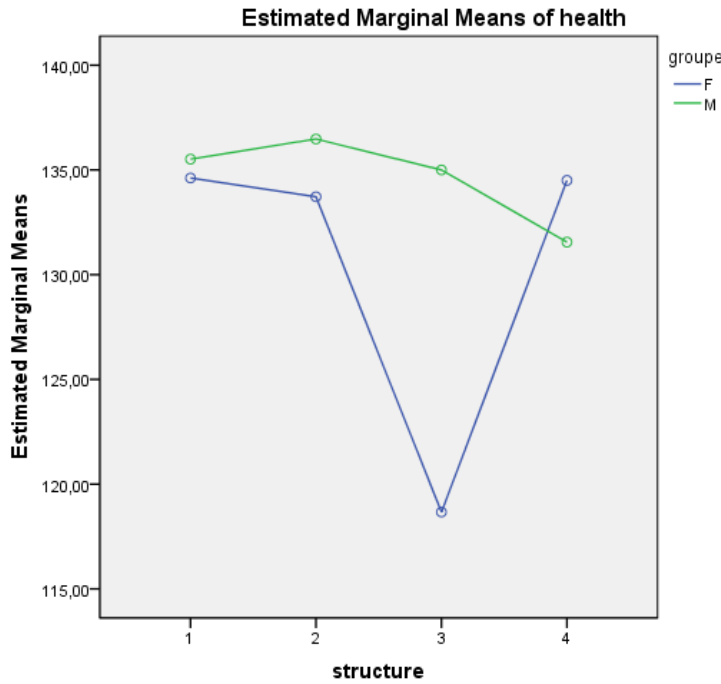
و لاختبار هذه الفرضية اعتمدنا على اختبار تحليل التباين الثنائي "ANOVA two ways" و جاءت النتائج كآآتي:

الدالة	قيمة F	متوسط التباينات	df	مجموع التباينات	المصادر
غير دال	1.176	196.606	1	196.606	نوع الجنس
غير دال	0.765	127.800	3	383.401	بنية أسلوب التفكير
غير دال	0.903	150.952	3	452.857	الجنس*بنية أسلوب التفكير

جدول رقم (21): تأثير تفاعل عنصري بنية التفكير و نوع الجنس على الصحة

النفسية.

يتضح من الجدول أن قيمة "F" تساوي 0.903 وهي قيمة غير دالة احصائياً، لذلك يمكننا القول أن الخصائص البنائية في علاقتها مع الجنس لا تؤثر في حدوث الصحة النفسية، كما لا يمكن القول أن عاملي الخصائص البنائية والجنس قد تفاعلا، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (06): تأثير تفاعل نوع الجنس و بنية أسلوب التفكير على الصحة النفسية.

10- عرض نتائج وتحليل الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على أنه: "تتأثر الصحة النفسية بتفاعل عاملي الخصائص البنائية لأسلوب التفكير والسن".

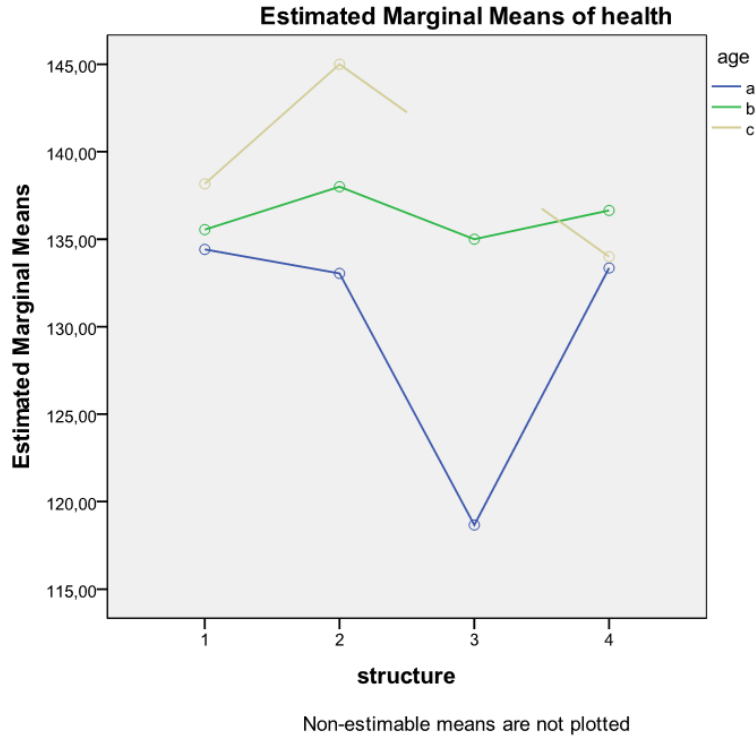
ولاختبار هذه الفرضية اعتمدنا على اختبار تحليل التباين الثنائي "ANOVA two

ways" و جاءت النتائج كالاتي:

المتغيرات	مجموع التباينات	df	متوسط التباينات	قيمة F	الدلالة
السن	973.330	2	486.665	2.939	0.054
بنية أسلوب التفكير	583.052	3	194.351	1.174	0.319
السن*بنية أسلوب التفكير	826.227	5	165.245	0.998	غير دالة

جدول رقم (22): تأثير تفاعل عنصري بنية التفكير و السن على الصحة النفسية.

يتضح من الجدول أن قيمة "F" تساوي 0.99 418 و هي قيمة غير دالة احصائيا، أي انه لا يؤثر تفاعل عاملي السن واساليب التفكير على الصحة النفسية، كما لا يمكن القول أن عاملا السن و أساليب التفكير قد تفاعلا ، و هذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (07): تأثير تفاعل السن و بنية أسلوب التفكير على الصحة النفسية.

تفسير الفرضيتين الثامنة والتاسعة:

تعتبر نتيجة هذه الفرضية محصلة للنتائج التي تحصلنا عليها سابقا من حيث أن الجنس لم يؤثر على الصحة النفسية، بصفة أدق لم تظهر فروق بين فئتي الإناث والذكور في درجات الصحة النفسية، وحتى عندما درسنا تفاعله مع بنية التفكير لم يتفاعل وبالتالي لم يؤثر بطبيعة الحال مرة أخرى على الصحة النفسية، نفس الشيء نستطيع أن نقوله عن فرضية السن حيث اتضح من خلال الفرضية السابقة أن السن لا يؤثر على الصحة النفسية ونحن من خلال نتائج الفرضية تبين لنا عدم وجود فروق بين المجموعات العمرية في الصحة النفسية، و بما أن السن لم يتفاعل مع بنية التفكير فهو لا يؤثر كذلك على الصحة النفسية. من جهة أخرى عندما أخذت بنية التفكير كعامل مستقل فإنه لم تظهر الفروق بين مجموعات بنيات التفكير المختلفة (التفكير الأحادي البنية، الثنائي البنية، الثلاثي البنية، والتفكير المسطح) في درجات الصحة النفسية أي أن بنية التفكير لم يكن لها دورا في الصحة النفسية للأفراد، لذلك وبنفس الطريقة عندما درسنا تفاعل بنية التفكير مع كل من

الجنس والسن، عدم وجود التفاعل الذي ظهر من خلال النتيجة المقدمة أدى إلى عدم التأثير على الصحة النفسية.

نستطيع أن نستشهد في هذا المقام ببعض الدراسات التي تم التطرق إليها من خلال تفسير الفرضيات المتعلقة بعدم ارتباط كل من السن، الجنس و بنية التفكير بالصحة النفسية منها دراسة (keyes & Westerhof,2012)، (الصواف، الجلي،2001)، (المهدي،2007)، (زقون،2001)، (بركات و حسن،2006)، (الطراونة و آخرون،2001)، (زهرا،1995)، (الأسدي،1998)، (عثمان،2016)، (الصديق،2008)، (Harrison,Bramson,1984) (John,2005)، (Ibrahim,2014)، (Harypursat & al, 2005).

تعتبر الدراسات المشابهة لهذه الفرضية نادرة حسب علم الباحثة، و من الدراسات التي نستطيع أن نشير إليها دراسة ل (Zhang,2010) ، حيث تفيد هذه الدراسة بدراستين تهدفان إلى مزيد من التمييز بين أساليب التفكير والقدرات مع الأخذ بعين الاعتبار آثار كل من العمر والجنس على بنية التفكير والقدرات. استجابت مجموعتان مستقلتان من طلبة المدارس الثانوية لمخطط أنماط التفكير المنقحة واجتازت اختبار قدرات "ستيرنبرج" الثلاثية (المستوى H) ، وقد اشارت كلتا المجموعتين من النتائج إلى أنه على الرغم من امكانية تحديد علاقات ذات دلالة احصائية بين أنماط التفكير والقدرات، فعندما يتم وضع العمر والجنس في أنماط التفكير والقدرات في الدراسة 1 و 2 بمعاملات الارتباط الصفري حيث أن العمر والجنس هما مجموعة واحدة من المتغيرات وأسلوب التفكير ومقياس القدرة هو الآخر. وفي كل النموذجين، سجل الطلاب الأكبر سنا والطلاب الذكور أعلى بكثير من القدرات التحليلية والابداعية مقارنة بالطلاب الأصغر سنا والطالبات، أيضا في كلا النموذجين تميل الإناث والطلاب الأكبر سنا للحصول على درجة أقل بكثير على أنماط التفكير من النوع الأول.

ومع ذلك، هل هذه الارتباطات ذات دلالة احصائية قوية بما يكفي لجعل أي معنى عملي؟ هل يمكن لهذه العلاقات أن تكون قطعة أثرية من الخصائص الديمغرافية للطلاب؟

(Zhang,2010)

وكما تم استعراضه سابقا، فإن العمر والجنس قد يكون لهما آثار على كل من الأساليب ، لكن عندما تم أخذهما كعامل واحد متفاعل لم يتضح التأثير، وهذا يشبه ما حدث مع العاملين الذين درسنا تأثير تفاعلها على الصحة النفسية في فرضيتين منفصلتين ودرس التفاعل لكل من الجنس والسن مع بنية التفكير حيث لم يظهر التفاعل ولم يظهر التأثير على الصحة النفسية. مثل هذه النتيجة لا ينبغي أن تكون مفاجئة بالنظر إلى نتائج الفرضيات السابقة، وكما نوقش سابقا من خلال مراجعة الأدبيات ونتائج الدراسات، وبطبيعة الحال، يمكن أن يكون هناك العديد من المتغيرات الأخرى التي تخلق التخلف في التفاعل والتأثير بين البنيات والمتغيرات المختلفة، والفهم الحقيقي لهذا التفاعل والتأثير يتطلب جدول أعمال بحث دائم و دقيق.

خلاصة عامة:

هدفت هذه الدراسة إلى تحري العلاقة بين أساليب التفكير وموضوع يعتبر من أهم مواضيع علم النفس في مجال البحث والمتمثل في الصحة النفسية، وتحقق هذا التصور من خلال فرضيات الدراسة التي كانت على النحو التالي:

فرضيات الدراسة:

1- توجد علاقة بين أساليب التفكير الخمسة: التحليلي، التركيبي، المثالي، الواقعي، والعملي، والصحة النفسية.

2- أسلوب التفكير المثالي هو الأسلوب الأكثر تنبؤًا بالصحة النفسية.

3- توجد فروق في درجات الصحة النفسية تبعًا للخصائص البنائية لأسلوب التفكير (أحادي، ثنائي، ثلاثي البنية، و التفكير المسطح).

4- توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير نوع الجنس.

5- توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير السن.

6- توجد فروق في الصحة النفسية تعزى لمتغير نوع الجنس.

7- توجد فروق في الصحة النفسية تعزى لمتغير السن.

8- تتأثر الصحة النفسية بتفاعل العاملين الخصائص البنائية لأسلوب التفكير و نوع الجنس.

9- تتأثر الصحة النفسية بتفاعل العاملين الخصائص البنائية لأسلوب التفكير والسن.

وجاءت النتائج بعد الدراسة الاحصائية كما يلي:

- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب التفكير المثالي والصحة النفسية، توجد علاقة ارتباطية سالبة بين أسلوب التفكير العملي والصحة النفسية، لا توجد علاقة ارتباطية بين كل من أسلوب التفكير التحليلي، التركيبي، الواقعي والصحة النفسية.
- أسلوب التفكير المثالي هو الأسلوب الأكثر تنبؤًا بالصحة النفسية.

- لا توجد فروق في درجات الصحة النفسية تبعاً لبنية أسلوب التفكير (أحادي، ثنائي، ثلاثي البنية، و التفكير المسطح) .
 - توجد فروق في أسلوب التفكير العملي تعزى لمتغير نوع الجنس، ولا توجد فروق في كل من أسلوب التفكير التحليلي، التركيبي المثالي، والواقعي تعزى لمتغير نوع الجنس.
 - توجد فروق في أسلوب التفكير التحليلي تعزى لمتغير السن، ولا توجد فروق في كل من أسلوب التفكير التركيبي، المثالي، العملي، والواقعي تعزى لمتغير السن.
 - لا توجد فروق في درجات الصحة النفسية تعزى لمتغير نوع الجنس.
 - لا توجد فروق في درجات الصحة النفسية تعزى لمتغير السن.
 - لا يؤثر تفاعل متغيري بنية التفكير و نوع الجنس على الصحة النفسية.
 - لا يؤثر تفاعل متغيري بنية التفكير والسن على الصحة النفسية.
- ولقد جاءت بعض النتائج مطابقة لما افترضناه في الدراسة ونتائج أخرى منافية، حيث تحققت الفرضية الأولى من خلال ارتباط أسلوب التفكير المثالي ارتباطاً إيجابياً مع الصحة النفسية، وارتباط أسلوب التفكير العملي ارتباطاً سالباً معها، وتحققت الفرضية الثانية من حيث إمكانية التنبؤ بالصحة النفسية من خلال الأسلوب المثالي، أما الفرضية الثالثة والخاصة ببنية أسلوب التفكير فلم تتحقق، حيث لم تظهر الفروق في الصحة النفسية تبعاً لبنية أسلوب التفكير، كما تحقق جزء من الفرضية الرابعة بوجود فروق في أسلوب التفكير العملي تعزى لمتغير نوع الجنس، كذلك تحقق جزء من الفرضية الخامسة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في أسلوب التفكير التحليلي تعزى لمتغير السن، كما لم تتحقق كل من الفرضية السادسة الخاصة باختلاف درجات الصحة النفسية تبعاً لمتغير نوع الجنس، والفرضية السابعة الخاصة باختلاف درجات الصحة النفسية تبعاً لمتغير السن، وأخيراً لم تتحقق الفرضية الثامنة و التاسعة الخاصة بتأثير تفاعل عامل بنية أسلوب التفكير وكل من نوع الجنس والسن على التوالي على الصحة النفسية. و هذا ما حاولنا تفسيره من خلال مناقشة هذه النتائج في ضوء أدبيات الموضوع و ما جاءت به نتائج الدراسات السابقة.

خاتمة:

يعتبر موضوع أساليب التفكير من أعقد المواضيع في الدراسة و البحث، يظهر هذا من خلال المعطيات النظرية الكثيرة و المتدخلة فيه، كذلك في تشابه هذه الأساليب و إن ظهرت على أنها مختلفة من حيث التسميات و المبادئ العامة، إذ نجد أن تداخلها في بعض التفاصيل يخلق بعض الالتباس عند محاولة الفصل بينها، كذلك من ناحية أن العوامل المتدخلة فيها و المساعدة على تكوينها نظريا هي نفس العوامل التي لم تظهر اختلافا واضحا بين فئات الأفراد عند توفيرها التنوع الذي من المفروض يجعلنا نلمس هذا الاختلاف الواضح ، نجد من ذلك مثلا تحصلنا على نتيجة مفادها أن الجنس و العمر لم يكونا مؤثرين بطريقة ملحوظة في أساليب تفكير المثقفين من ذوي التفكير الجامعي رغم تدخله من الناحية النظرية في تكوين أسلوب التفكير، و نحن في هذا الصدد نفترض أنه لو غيرنا العينة لكانت النتيجة مخالفة، مما يدعونا لتوسيع البحوث في هذا المجال و اقتراح أنواعا أخرى من البحوث من أهمها الدراسات التتبعية، يظهر هذا التعقيد أيضا من خلال الاختلاف في نتائج الدراسات التي تطرقنا اليه من خلال عرضنا في الفصل الأخير بغرض مناقشة النتائج و تفسيرها . من جهة أخرى يعتبر من أهم المواضيع التي تطرح نفسها كضرورة للتناول و البحث لأنه ينتمي إلى موضوع الأساليب المعرفية التي أثبتت تدخلها في كل مواضيع علم النفس ، في الشخصية، في الاضطرابات، في الصحة، في التحصيل، في التعامل مع الأشخاص...، ويتدخل في التعامل مع كل البيئات التي يعيش فيها الانسان، وبالتالي يحدد أسلوب تفكيره طريقة تعامل الفرد مع هذه البيئات واستراتيجيات حله لمشاكلها، وما هي أولوياته اتجاهها، وحتى كيفية إدراكه لهذه البيئة من الأساس.

ولأن نجاح الفرد في كل هذه النقاط يحدد تكيفه من عدمه ولأن التكيف والانسجام أساس تحقيق الصحة النفسية كان موضوع أساليب التفكير موضوعا مرتبطا بطريقة حتمية مع الصحة النفسية، وارتباطهما يعني قدرة الشخص على أن يتبنى فلسفة عامة في الحياة تسمح

له بأن يتصرف بكفاءة ونجاح يتناسبان مع إمكانياته، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة: الاجتماعية، والسلوكية والنفسية.

يعتبر موضوع أساليب التفكير من جهة أخرى ثلاثة من المواضيع الحديثة والدقيقة، حديثة تجعل عامة الأفراد والأفراد البعيدين عن التخصص يجهلون المصطلح، أو لا يملكون دراية كافية عن خصوصياته، ودقيقا، نلمس دقته في العبارات المكونة لمقاييسه ووسائل جمع المعلومات الخاصة به، بحيث لا يستطيع أي فرد الإجابة عنه و الفرد المجيب يجب أن يمتلك مستوى معين من الثقافة والتعليم، وهذا ما أدى بنا إلى اختيار أصحاب المستوى الجامعي كعينة للبحث. ولعل مقاييس الصحة النفسية لا تخلوا من الخصوصية، والتطرق إلى حياة الانسان الشخصية والخاصة تضع الفرد المشارك في أي بحث من بحوثها في موقف اختيار صعب بين الصراحة والعفوية من جهة، و الحفاظ على الصورة الخارجية التي يجب أن تظهر للمجتمع وإن كانت منافية لما هي عليه بالفعل لأن سلامتها تعتبر معيارا فرديا و اجتماعيا يحاول الفرد الحفاظ عليه لحماية واجهته الشخصية والاجتماعية. إن جمع الصحة النفسية و أساليب التفكير في موضوع واحد لمعرفة العلاقة بينهما و كيفية تفاعل العناصر المتدخلة فيهما كان أمرا يطرح نفسه بشدة، وكان منطلقا لفكرة البحث الحالي، حيث وضحنا الفكرة في تساؤلات أجابت عليها فرضيات استلزمت الاستقصاء لإثباتها أو نفيها، وذلك من خلال تطبيق المقاييس اللازمة لجمع البيانات، ثم المعالجة الاحصائية، حتى الوصول إلى تحليل وتفسير مختلف النتائج المتوصل إليها من خلال الدراسات السابقة وما جاءت به أدبيات الموضوع.

اقتراحات:

لقد مرت الدراسة الحالية في محاولتها استقصاء الفرضيات عبر عدة مراحل، توصلنا من خلالها و من اطلعنا على الموضوع من زوايا مختلفة إلى عدة نقاط نستطيع تقديمها كأهم الاقتراحات كالتالي:

- بعض المقاييس تتطلب عينة يتماشى مستواها العقلي أو التعليمي مع بنودها، خاصة فيما يتعلق بمقياس كمقياس أساليب التفكير، لذا نقترح بناء أدوات أساليب التفكير بحيث تكون صالحة التطبيق لكل أفراد المجتمع و كل مستوياته، بهدف الحصول على نتائج أكثر قابلية للتعميم.
- اتضح لنا من خلال الاطلاع على عدد كبير من الدراسات أنه في دراسة دور بعض العوامل المتدخلة كالسن، توصلت هذه الدراسات إلى نتائج متناقضة بدرجة كبيرة لذلك نقترح إقامة بعض الدراسات التتبعية الطولية التي تفيد في الحصول على نتائج أكثر دقة في هذا المجال.
- بعدما توصلنا إلى أسلوب التفكير الأكثر ارتباطا بالصحة النفسية - و المتمثل في أسلوب التفكير المثالي-، نقترح بناء برنامجا خاصا لتعليم هذا النوع من الأساليب، وذلك استنادا إلى الدراسات التي أثبتت إمكانية تعليم أساليب التفكير و التي تم التطرق إليها سابقا في الجانب النظري، وهذا خاص بالفئة التي تم أخذها كعينة لهذه الدراسة، و المتمثلة في فئة المثقفين من ذوي التعليم الجامعي.
- القيام ببحوث تدرس علاقة أساليب التفكير بالصحة النفسية على عينات أخرى، خاصة أطفال المراحل المبكرة، و بناء برامج تعليم الأنواع التي أظهرت البحوث أنها الأكثر ارتباطا بالصحة النفسية عند هذه الفئة، و ذلك بهدف تأصيل تعليم أسلوب التفكير الصحي عند الفرد منذ المراحل المبكرة من حياته لتفادي وقوعه لأكبر قدر ممكن في المشاكل الناتجة عن أساليب التفكير التي يكون لديها دور جوهري في ظهور الاضطراب و الحياد عن الصحة النفسية.

- ادخال مادة علمية لتعليم أساليب التفكير في كل المراحل التعليمية بما في ذلك الجامعات، تعنى بتعليم أساليب التفكير الصحية.
- الموافقة بين أسلوب تفكير الفرد و كل ما يتلقاه من معلومات لتفادي الوقوع في أهم مشكلات التحصيل التي يكون سببها عدم التوافق بين أسلوب تفكير الفرد و طريقة التلقين.
- أخذ عامل أسلوب التفكير في الحسبان عند بناء العلاقات الثنائية أيا كان نوعها، بحيث ما يعتبر فشلا في بعض العلاقات ما هو إلا عدم توافق بين أسلوب تفكير فرد و فرد آخر.
- معرفة أسلوب تفكير كل فرد يتقدم لأي منصب من مناصب العمل أو أي وظيفة مهما كانت لوضعه في المكان المناسب، حيث أن هناك أفراد يمتلكون أساليب تفكير أكثر تناسبا مع مناصب معينة، بحيث تعتبر هذه أول خطوات التوافق مع البيئات الذي يعتبر أساس الصحة النفسية.

قائمة المراجع

I- المراجع باللغة العربية:

1-الكتب:

1. أبو الفداء محمد عزت محمد عارف (1998): **عالج نفسك من القلق و التوتر**، دار النصر للطباعة الإسلامية، القاهرة.
2. أبو النيل محمود السيد (2014): **الصحة النفسية، برنامج التعليم المفتوح**، جامعة عين شمس.
3. أبو حطب فؤاد (1990): **القدرات العقلية، الأنجلو المصرية، القاهرة**.
4. أبو حويج مروان (2001) : **المدخل إلى الصحة النفسية، ط2**، دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة، عمان.
5. أبو علام رجاء محمد (2007): **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية**، دار النشر للجامعات، مصر.
6. آرثر بيل (2011): **الفوبيا: الخوف المرضي من الأشياء و التغلب عليها**، ترجمة عبد الحكم الخزامي، ط1، الدار الأكاديمية للعلوم، القاهرة.
7. آزاد علي اسماعيل (2014): **الدين و الصحة النفسية، ط1**، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، الولايات المتحدة الأمريكية.
8. الأغا إحسان (2002): **البحث التربوي و عناصره: مناهجه و أدواته، ط4**، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
9. باتل فيكرام (2008): **كتاب الصحة النفسية للجميع، ط1**، ورشة الموارد العربية، بيروت، لبنان.
10. البنا أنور حمودة (2013): **الأمراض النفسية و العقلية، ط2**، مكتبة الطالب الجامعي بالأقصى، غزة، فلسطين.
11. بيك آرون (2000): **العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية**، ترجمة عادل مصطفى، ط1، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت.

12. ترفنجر دونالد.ج ، ناسابا كارول (2002): أسس التفكير و أدواته، تدريبات في تعليم التفكير بنوعيه الابداعي و الناقد، ترجمة منير الحوراني، دار الشرق، بغداد.
13. توك محي الدين، عدس عبد الرحمن (1984): أساسيات علم النفس التربوي، جون ويلي و أولاده، انجلترا.
14. ثاولس روبرت (1979): التفكير المستقيم و التفكير الأعوج، ترجمة حسن سعيد الكرمي، عالم المعرفة، الكويت.
15. جاسم محمد محمد(2004): مشكلات الصحة النفسية، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
16. جبل محمد فوزي (2000): الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية الازراطية، الاسكندرية.
17. جمعة سيد يوسف (2001): النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
18. جمل محمد جهاد (2005): العمليات الذهنية و مهارات التفكير، ط2، دار الكتاب الجامعي، العين، الامارات العربية المتحدة.
19. جودث جرين (1989): التفكير و اللغة، ترجمة عبد الرحمن عبد العزيز العبدان، عالم الكتب للطباعة و النشر، الرياض.
20. جونسن-ليرد فيليب نيكولاس ، وانسن بيتر كاتكارت (2010): التفكير: مطالعات في علم المعرفة، ترجمة أديب يوسف شيش، منشورات وزارة الثقافة، الهيئة العامة السورية للكتاب، سوريا.
21. حبيب مجدي عبد الكريم (1996): التفكير: الأسس النظرية و الاستراتيجيات، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
22. حجازي مصطفى (2004): الصحة النفسية: منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت و المدرسة، ط2، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء، المغرب و بيروت، لبنان.

23. حدار عبد العزيز (2013): **تشخيص اضطرابات الشخصية، جسور للنشر والتوزيع، الجزائر.**
24. حسين عبد القادر (1993): **تعريف مصطلح المخاوف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعادة الصباح، القاهرة.**
25. حسين فالح حسين (2013): **علم النفس المرضي و العلاج النفسي، ط1، مركز "دي بونو" لتعليم التفكير، المملكة الأردنية الهاشمية.**
26. الحنفي عبد المنعم (1992): **موسوعة الطب النفسي، ج2، مكتبة مدبولي، القاهرة.**
27. الخالدي أديب (2002): **المرجع في الصحة النفسية، ط2، الدار العربية للنشر والتوزيع، المكتبة الجامعية، غريان ليبيا.**
28. الخطيب صالح أحمد (2007): **الإرشاد النفسي في المدرسة: أسسه و نظرياته وتطبيقاته، دار الكتاب الجامعي، العين.**
29. الخليدي عبد المجيد ، وهبي كمال حسن (1997): **الأمراض النفسية و العقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، ط1، دار الفكر العربي، بيروت.**
30. الخواجة عبد الفتاح (2010): **مفاهيم أساسية في الصحة النفسية و الإرشاد النفسي، ط1، دار البداية ناشرون و موزعون، عمان ، الأردن.**
31. الداھري صلاح حسن (2005): **مبادئ الصحة النفسية، ط1، دار وائل للنشر، عمان.**
32. دويدج نورمان (2009): **الدماغ و كيف يغير بنيته و أداءه، ترجمة رفيق غدار، ط1، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت.**
33. رجر دافيد.س، أدنا.فواب، بارلو ديفيد.ه (2002): **مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية، دليل علاجي تفضيلي، مكتبة الأنجلو المصرية.**
34. الرشيدى بشير صالح (2000): **مناهج البحث التربوي: رؤية تطبيقية مبسطة، دار الكتاب الحديث، الكويت.**

35. الرفاعي نعيم(1982): الصحة النفسية، ط2، المطبوعات الجامعية، جامعة دمشق، سوريا.
36. زهران حامد عبد السلام (2002): دراسات في الصحة النفسية، ط1، عالم الكتاب، مصر.
37. زهران حامد عبد السلام (2005): الصحة النفسية و العلاج النفسي، ط4، عالم الكتاب للنشر و التوزيع، القاهرة.
38. ستيرنبرج روبرت (2004): أساليب التفكير، ط1، ترجمة عادل سعد يوسف خضر، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
39. سرحان وليد (2010): الفصام، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
40. سهيل رزق دياب (2000): تعليم مهارات التفكير وتعلمها في الرياضيات، pdf factory pro trial version, www.pdfactory.com
41. سولسو روبرت (2000): علم النفس المعرفي، ترجمة محمد نجيب الصبوة وآخرون، ط2، الانجلو المصرية، القاهرة.
42. السيد الهابط محمد (بدون تاريخ): التكيف والصحة النفسية، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
43. شاذلي عبد الحميد (2001): الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، ط2، المكتبة الجامعية، الاسكندرية.
44. شاهين عمر ، الرخاوي يحي (1977): مبادئ الأمراض النفسية، ط3، مكتبة النصر الحديثة، القاهرة.
45. الشربيني السيد كامل منصور(2014): الصحة النفسية للعاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار العلم و الايمان للنشر و التوزيع، مصر.
46. الشربيني لطفي (2001): الاكتئاب: المرض و العلاج، منشأة المعارف، الاسكندرية.

47. الشرقاوي أنور محمد (1995): **العمليات المعرفية و تناول المعلومات**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
48. الشرقاوي مصطفى خليل (1983): **علم الصحة النفسية**، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت.
49. شريت أشرف محمد عبد الغني (2001): **المدخل إلى الصحة النفسية**، منشورات جامعة الاسكندرية، الاسكندرية.
50. الشناوي محمود محروس (ب ت): **نظريات الإرشاد و العلاج النفسي**، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، مصر.
51. صالح أحمد محمد حسن ، قاسم ناجي محمد (ب ت): **الصحة النفسية و علم النفس الاجتماعي و التربية الصحية**، ج1، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.
52. صبره محمد علي (2004): **الصحة النفسية و التوافق النفسي**، دار المعرفة الجامعية، مصر.
53. صفوت فرج (2008): **علم النفس الاكلينيكي**، ط1، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
54. الصواف منى ، الجبلي قتيبة (2001): **الصحة النفسية للمرأة العربية**، ط1، مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع، القاهرة.
55. الطويسي زياد أحمد (2001): **مجتمع الدّراسة و العينات**، مديرية تربية البتراء، الأردن.
56. الطيب عصام على (2006): **أساليب التفكير: نظريات و دراسات و بحوث معاصرة**، عالم الكتب، القاهرة.
57. عباس محمد عوض (1977): **الموجز في الصحة النفسية**، ط1، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
58. عبد الحليم عبد اللطيف مدحت (1998): **الصحة النفسية و التوافق الدراسي**، دار النهضة العربية، مصر.

59. عبد الخالق أحمد محمد (1993): أصول الصحة النفسية، ط2، دار المعرفة الجامعية، مصر.
60. عبد الستار ابراهيم (1980): العلاج النفسي الحديث، عالم المعرفة، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب، الكويت، العدد 27، مارس 1980.
61. عبد الستار ابراهيم (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه و ميادين تطبيقه، دار الفجر للنشر و التوزيع، القاهرة.
62. عبد الستار ابراهيم (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه و أساليبه علاجه، عالم المعرفة، الكويت.
63. عبد الستار ابراهيم (1998): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ومبادئ تطبيقه، ط2، مطبعة الموسكي، القاهرة.
64. عبد السلام عبد الغفار (2007): مقدمة في الصحة النفسية، ط1، دار الفكر، الأردن.
65. عبد المختار محمد خضر ، عدوي انجي صلاح الدين (2011): التفكير النمطي والابداعي، ط1، مركز تطوير الدراسات العليا و البحوث، جامعة القاهرة.
66. عبيدي محمد (2000): علم النفس العام، دار بو حالة للطبع، الجزائر.
67. العتوم عدنان يوسف (2006): تنمية مهارات التفكير: نماذج نظرية و تطبيقات عملية، دار المسيرة، عمان.
68. العتوم عدنان يوسف (2012): علم النفس المعرفي: النظرية و التطبيق، ط3، دار المسيرة، الأردن.
69. عرفة صلاح الدين محمود (2006): تفكير بلا حدود، عالم الكتب، القاهرة.
70. العزة سعيد حسني (2004): تمييز الصحة النفسية، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
71. عزت دري حسن (1986): الطب النفسي، ط3، دار القلم، الكويت.

72. عسكر عبد الله (2001): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، الانجلو المصرية، القاهرة.
73. عصر حسني عبد الباري (2001): التفكير: مهاراته واستراتيجيات تدريسه، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.
74. عكاشة أحمد (1998): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
75. عيسوي عبد الرحمن (1984): علم النفس بين النظرية و التطبيق، دار النهضة العربية، بيروت.
76. عيسوي عبد الرحمن (1984): معالم علم النفس، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
77. عيسوي عبد الرحمن (1995): العلاج النفسي، منشأة المعارف، الاسكندرية.
78. غانم محمد حسن (2004): دراسات اكلينيكية لحالات عربية، المكتبة المصرية، الاسكندرية.
79. غانم محمد حسن (2006): الاضطرابات التنفسية والعقلية و السلوكية، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
80. غانم محمد حسن (2007): الاضطرابات الجنسية: تعريف الانحرافات، التشخيص، الأسباب، الوقاية، العلاج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
81. غانم محمد حسن (2010): المرأة و اضطراباتها النفسية و العقلية، ايتراك للطباعة والنشر و التوزيع، القاهرة.
82. فاديم روزين (2011): التفكير و الإبداع، ترجمة نزار عيون السود، ط1، الهيئة العامة السورية للكتاب، دمشق.
83. فاروق السيد عثمان (2001): القلق و إدارة الضغوط النفسية، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.

84. فائز محمد على الحاج (1986): بحوث في علم النفس العام، القسم الأول، ط5، المكتب الاسلامي، الرياض.
85. فرج طه، قنديل شاكر، حسين عبد القادر، كامل مصطفى (1993): موسوعة علم النفس و التحليل النفسي، دار سعادة الصباح، القاهرة.
86. فهمي سامية (ب ت): المشكلات الاجتماعية من الممارسة في الرعاية و الخدمات الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
87. فوزي إيمان (2001): في الصحة النفسية، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
88. القاسم جمال مقال (2000): الاضطرابات السلوكية، ط1، دار صفا للنشر والتوزيع، عمان.
89. القذاف رمضان محمد (1998): الصحة النفسية و التوافق، ط2، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
90. القريوني يوسف (1995): المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، دبي، الامارات العربية المتحدة .
91. قطامي يوسف، قطامي نايفة (2000): سيكولوجية التعلم الصفي، ط1، دار الشروق للنشر و التوزيع، الأردن.
92. الكفافي علاء الدين (1990): الصحة النفسية، ط3، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
93. كولز.إ.م (1992): المدخل إلى علم النفس المرضي الاكلينيكي، ترجمة عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي و آخرون، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
94. ليبمان ماتيو (1998): المدرسة و تربية الفكر، ترجمة ابراهيم يحي الشهابي، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، سوريا.
95. مشاقبة محمد أحمد (2007): الإدمان على المخدرات: الإرشاد و العلاج النفسي، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
96. منسي حسن (2001): الصحة النفسية، ط2، دار الكندي للنشر و التوزيع، الأردن.

97. منسي عبد الحميد محمود (2002): الصحة المدرسية و النفسية للطفل، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.
98. منسي محمود عبد الحليم (ب ت): الصحة النفسية و علم النفس الاجتماعي والتربية الصحية، ج2، مركز الاسكندرية للكتاب، الاسكندرية.
99. المهدي محمد عبد الفتاح (2007): الصحة النفسية للمرأة: صورة من العيادة النفسية، ط1، دار اليقين للنشر و التوزيع، المنصورة، مصر.
100. موريس انجرس (2004): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية: تدريبات عملية، ترجمة بوزيد صحراوي و آخرون، إشراف مصطفى ماضي، دار القصة للنشر، الجزائر.
101. ويليس جيمس، ماركس.ج.أ (ب ت): الموجز الارشادي عن الأمراض النفسية، ترجمة محمد عماد فضلي، المركز العربي للمطبوعات الصحية الأكمل، الكويت.
102. يحي خولة أحمد (2000): الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، دار الفكر، عمان.
103. يونس فيصل (1997): قراءات في مهارات التفكير و تعليم التفكير الناقد والتفكير الابداعي، دار النهضة العربية، القاهرة.

2-الرسائل و الأبحاث:

104. أبو العمرين ابتسام (2008): مستوى الصحة النفسية للعاملين بمهنة التمريض في المستشفيات الحكومية لمحافظة غزة و علاقتها بمستوى أدائهم، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
105. الأسري أمال محسن (1998): الصحة النفسية و علاقتها بالإبداع لدى الفنان العراقي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب الجامعة المستنصرية، العراق.

106. بن عوف أمل علي (2011): الرضا عن التخصص الدراسي لدى طلاب بعض الجامعات في ولاية الخرطوم و علاقته بالصحة النفسية، رسالة ماجستير في علم النفس التربوي، جامعة السودان للعلوم و التكنولوجيا.
107. زقون سمير (2001): الاتجاه نحو المرض النفسي لدى المترددين على المعالين النفسيين و التقليديين و علاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
108. زهران محمد حامد (1995): دراسة العلاقة بين بعض جوانب الصحة النفسية والرضا المهني لدى طلاب وخريجي شعبة التعليم الابتدائي بكليات التربية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
109. سليمان جميلة (2009): علاقة الفضاء المنزلي بالصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة بالجزائر العاصمة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر 2.
110. الشبؤون دانيا (2012): الشعور بالذنب و علاقته بمتغيري القلق و الثقة بالنفس: دراسة ميدانية لدى تلاميذ الصفين الرابع و التاسع من التعليم الأساسي في مدارس محافظة دمشق الرسمية، رسالة دكتوراه، جامعة دمشق، كلية التربية، قسم علم النفس.
111. الصديق محجوب محمد أحمد (2008): الصحة النفسية في مرحلة التقاعد وعلاقتها ببعض المتغيرات السيكولوجية ، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دنقلا، السودان.
112. عثمان رانيا محمد الحسن (2016): الصحة النفسية لدى نزلاء السجون وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير، جامعة الرباط الوطني.
113. عمار محمد علي حسين (1998): أساليب التفكير و علاقتها ببعض خصائص الشخصية لدى طلاب الجامعة (دراسة مقارنة)، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

114. قاسم نادر فتحي محمد (1998): العلاقة بين أساليب التفكير لدى الشباب الجامعي و عدد من المتغيرات النفسية و الاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.
115. قديح كمال زرعي (2007): آثار العدوان الاسرائيلي على الصحة النفسية لدى أطفال فلسطين، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.
116. قويدري لطيفة (2009): التوافق النفسي الإجتماعي المدرسي للطفل وعلاقته بعمل الأم، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر2.
117. هميلة نعيمة (2009): أساليب التفكير و علاقتها بحل المشكلات عند الطلبة الجامعيين ، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر2.
118. الوشلي أمة الرازق محمد أحمد (2003): الصحة النفسية لدى طلبة جامعة صنعاء وعلاقتها بالضغط النفسية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة صنعاء، اليمن.

3-المجلات العلمية و الدوريات:

119. أبو عوف فاروق، قطامي يوسف (1997): التدريس الجامعي و دوره في تنمية التفكير، المؤتمر الأول بكلية التربية، جامعة السلطان قابوس، اتجاهات التربية و تحديات المستقبل، سلطنة عمان.
120. بقيعي ناقر أحمد عبد (2012): أساليب التفكير و العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى الطلبة المعلمين في الجامعات الأردنية، مجلة جامعة الخليل للبحوث- ب، المجلد 7، العدد (1)،(ص.ص 31، 107).
121. بلقوميدي عباس (2012): أساليب التفكير و علاقتها بتقدير الذات في ضوء متغيري الجنس و التخصص: دراسة مقارنة على تلاميذ المرحلة الثانوية، مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية، العدد 9 ديسمبر، (ص.ص 211، 231).

122. حبيب مجدي عبد الكريم (1997): أساليب صنع القرار في ضوء بعض خصال الشخصية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة المنوفية، العدد (02)، (ص.ص 356، 368).
123. الخزاعي علي صكر جابر، عزيز إيمان فخري (2015): أساليب التفكير وتداخلاتها الثنائية لدى مرشدي ومرشدات المدارس الثانوية، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية و الإنسانية، جامعة بابل، العدد 19.
124. الدردير عبد المنعم أحمد (2003): أساليب التفكير لدى المعلمين وتلاميذهم وأثرها على التحصيل الدراسي، دراسات عربية في علم النفس، المجلد 2، العدد (4) أكتوبر، (ص.ص 25، 130).
125. ديسقورس ناجي، التمار جاسم محمد (1997): دور مناهج الرياضيات في تنمية مهارات التفكير العليا، مجلة مستقبل التربية العربية، مركز ابن خلدون للدراسات الانمائية بالتعاون مع جامعة حلوان، المجلد 3، العدد 9 .
126. السيد أحمد البهي (2004): العلاقة التفاعلية بين بعض أساليب التفكير والتمثيل المعرفي بمستوياته على التفكير الابداعي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (14)، العدد(44)، (ص.ص 1، 42).
127. طاحون حسين (2003): دراسة مقارنة بين أساليب التفكير لدى طلاب الجامعة و علاقتها ببعض المتغيرات عند الطلاب المصريين و السعوديين، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (43) يناير، (ص.ص 36، 86).
128. الطراونة حسن (2001): الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها ببعض المتغيرات، دراسات، العلوم التربوية، المجلد 28، العدد(2)، (ص.ص 402، 421).
129. عبد الخالق أحمد محمد (1993): محتوى التفكير قبل النوم: دراسة مسحية ارتباطية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالقاهرة، العدد4.

130. عوجة عبد العال (1998): أساليب التفكير و علاقتها ببعض المتغيرات، مجلة كلية التربية، جامعة بنها، المجلد (9)، العدد (33)، (ص.ص 363، 425).
131. غانم محمد حسن ، مجدي زينة (2005): اضطرابات الشخصية لدى فئات غير اكلينيكية مصرية، مركز الدراسات النفسية، جامعة القاهرة، الحولية الثالثة، ابريل.
132. فقيه العيد (2005): أهمية الصحة النفسية للطلاب الجامعي: دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لدى طلاب جامعة تلمسان-الجزائر، مجلة جامعة دمشق، المجلد (23)، العدد 2 ، (ص.ص 273، 298).
133. فيصل سناء مجول، محسن عذراء صدق جعفر (2011): أساليب التفكير وعلاقتها بالإدارة المالية الشخصية لدى موظفي الدولة، مجلة أبحاث البصرة (العلوم الانسانية)، المجلد 36، العدد3، (ص.ص 231، 285).
134. قمر مجذوب أحمد محمد (2016): الصحة النفسية و الذكاء الوجداني وعلاقتها ببعض المتغيرات (دراسة على عينة من طلبة كلية مروي التقنية)، مجلة العلوم النفسية و التربوية، 2(1)، (ص.ص161، 183).
135. كفاح زياد حسن بركات (2006): الاتجاه نحو المرض النفسي و علاجه لدى عينة من الطلبة الجامعيين في شمال فلسطين، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد (9)، (ص.ص36، 48).
136. المصري ابراهيم سليمان (2014): تقدير الذات وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة الخدمة الاجتماعية وجامعة القدس المفتوحة، مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، جامعة القدس (فلسطين)، العدد 13.

4- مصادر أخرى:

137. المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، جمعية الطب النفسي الأمريكية (2004)، ترجمة تيسير حسون (اختصاصي الطب النفسي -دمشق-).
138. المرشد في الطب النفسي، إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، منظمة الصحة العالمية (1999)، المكتب الاقليمي للشرق الأوسط.
139. الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة و الخيارات السياسية، التقرير المختصر، منظمة الصحة العالمية(2005)، المكتب الاقليمي للشرق الأوسط.

I - المراجع باللغة الأجنبية:

140. American Psychological Association (1994) : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, D.C.
141. Ashton , H (1991): Psychotropic Drug Prescribing for Women. British Journal of Psych, 158 (Suppl.10), 30-35.
142. Balkis, M. Isiker, G (2005): The Relationship Between Thinking styles and personality types, Social Behavior & Personality: An International Journal, Vol. 33: pp203-294.
143. Bridges,S (2015) : Mental Health, Problems, The Health and social care Informations Center , Vol 1.
144. Chabert, C .Benoit, V (2008): Psychologie Clinique et Psychopathologie, Presses Universitaire De France,6, avenu Deille,75014 Paris.
145. Chao,L. Huang,J(2002) : Thinking Styles of school Teachers and university Students in Mathematics, Volume: 91, ussue: 3, pages: 931-934.
146. Chua, y, P (2014): Effects of gender and thinking style on students Creative thinking ability, Procedia- Social and Behavioural Sciences, 116 (2014): 5135-5139.
147. Costa, A. (1985): The behaviors of intelligence, IN.A.L? Costa (ED), Developing Minds, Alexandria: ASCD Publishing Company. P 66.

148. Delisi, P, S. Ronald, L, D. Barry Z, P (1998) : ALEO'S-Eye View of the IT Function, Business Horizons, Volume 41, Number 1: 65-74.
149. Delisi,P (2002): "I Think I am, there fore...": An inquiry into the thinking styles of it executives and professional", (On-line): available: http://www.org-synergies.com/thinking_styles.htm.
150. Eysenck, H,J (1995): Can We study intelligence using the experimental method? Journal of Intelligence, 20, 217-228.
151. Funk, M. Drew, N. Knapp, M(2012) : Mental health, poverty and development, Journal of public mental health, 11 (4): 166-185.
152. Garcia,E (2012): The Relationship between Thinking styles and resilience, university of science and arts chikasha, Oklahoma.
153. Goldberg,D,p . Hillier, V,F,A, (1979): Scaled version of General Health Questionnaire Psychological Medicine.
154. Golian,L,M (1999): Thinking styles preferences Among Academic Librarian: Practical types for Effective Work Relationship, education Doctorate from the Florida Atlantic University, college of Education, Department of Educational Leadership, April 8-11,Droit , Michigan.
155. Gupta,G . Kumar,S (2010): mental health in relationship to Emotional intelligence and self Efficacy among College Student, Journal of the Indian Academy of applied psychology, Vol .36,No. 1, 61-67.
156. Harrison, R . Bramson, S. Bruvold, W. Parlette, N (1983): An Investigating of The items characteristics reliability, and validity of the inquiry mode questionnaire, Educational and psychological Measurment 43(2) : 483-493.
157. Harrison,R. Bramson,S (1982): The Art of Thinking, The classic guide to increasing Brain Bower, Berkley Publishing groupe, New york.
158. Harypirsat,R. Lubbe,S. Klopper,R(2005): The thinking styles of a groupe of Information Systems and Technology Students, Alternation 12. 1 a, 263-280 .
159. Hatata,R,J (2005): Integrative Leadership International : “Helping Individuals and organizations become integrated “ lesson on the path, May 6, Volume 1, No.35.

160. Hess, T.M. Osowski N,L . Leclerc, C,M. (2005): Age and experience influences on the complexity of social inferences . *Psychology and aging*, 20, 447-459.
161. Ibrahim,N (2014): Profiles Favorite ways of Thinking Among Students Special Education Hight and Low Mental Capacity and it's Relationship to the Decision-Making Ability, a study in light of Harrison and Bramson Model Based Control Half of the Brain, *Journal of Arabic Studies in Education and Psychology* ,Issue 48 p 1:13-45.
162. Irgren, A . Serber, A (1992): Psychologist Approaches in Neurotoxicology , some introductory remarks, *Applied Psychology: An International Review*.
163. Jitender, S. Tracie, O. Afifi, K (2011): Relationship between Household Incone and Mental Disorders: Findings From a Population – Based Longitudinal Study, *Arch Gen Psychiatry*, 68 (4): 419-427.
164. Kaplan, H . Sadock, B (1996): *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*, Second Edition, Williams & Wilkins, London.
165. Kemp,A,H . Quintana, D,S (2013) : The Relationship between mental and physical health rate variability, *International Journal of psychology : official journal organization of psychophysiology* . 89 (3): 288-296.
166. Keyes, C,L,M . Westerhof,G,J (2012): Chronological and Subjective age differences in Flourishing mental health and major depressive episode, *Aging and Mental Health* Vol. 16,No.1, 67-74.
167. Keyes, C,L,M, (2005): Mental Illness and/ or mental health? Investigating anxious of the complete state model of health, *Journal of Consulting and clinical psychology*, 73,539-548.
168. Khasawnek, S (2011): Thinking styles preferences of vocational students at the university level: A prespective Workforce Development Approach, *International Journal of Applied Educational Studies*.
169. Klaczynski, P,A . Robinson, B (2000): Personal theories, intellectual ability and epistemological beliefs: adult age differences in every day reasoning biases, *psychology and Aging*, 15: 400-416.
170. Koçak,C . Seda,A, O (2014): The Analysis on Interpersonal Relationship Dimensions of Secondary school Thinking styles student According to their Ruminative Thinking Skills, *Procedia, Social and Behavioral sciences* (143): 784-787.

171. Kumar , R. Marks ,M. Wieck, A (1993): Neuroendocrine and Psychosexual Mechanisms in post-partum Psychosis . Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry, 17: 571-579.
172. Lawrence, D. Johnson, S. Hafekost, J. Boterhoven De Haan, K. Sawyer, M. Ainley, J. Zubrick, S,R (2015): The Mental Health of children and Adolescents : Report on the second Australian child and adolescent Survey of Mental Health and Well being, Department of health, cambara, Commonwealth of Australia.
173. Lemaire ,P (1999): Psychologie Cognitive, De Boeck & Larcier s.a., Département De Boeck Université Paris, Bruxelles.
174. Mahmoud,J,S,R (2011): The Relationship of anxiety, Coping, Thinking styles, Life Satisfaction, Social Support, and Selected Demographics among young adult college student, university of Kentucky, Doctorate Dissertation.
175. Martindale, C. Daily, A (1996): Personality and International Differences, Volume 20, Number (4): 409-414.
176. Mason, A (2011): Mental Health and poverty : A poisonous relationship, ACROSS, National conference in Melbourne.
177. Metzger, M,J . Flamagin, A,J. Markov, A. Grassman, R. Bulger,M (2015) : Believing the Unbelievable Understanding young People’s Information literacy Beliefs and Practices in United States, Journal of children and Media, 9(3): 325.
178. Molarius,A . Eriksson,K,B,C. Erikson ,H,G. Bostron,L (2009): Mental Health Symptoms in relation to socio-economic conditions and life style Factors – a population- based study in Sweden Licensee Biomed Central Public Health p. p 9-302 .
179. Nejad,M,M . Nejad,A,S(2012) : The Relationship between Emotional intelligence and Mental health education managers in Khoy city of Iran, European Journal of Experimental Biology, 2 (5): 1728-1732.
180. Osterman,M,D (2015): Exploring Relationships between Thinking styles and sex, Academic major, Occupationals Working in Museums, A dissertation submitted in Partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Education, Florida International University Miami, Florida.
181. Overskeid , G (2000): “Why do we think! Consequences of regarding thinking a behavior “, The journal of psychology, 134(4): 357-374.

182. Pace,R,W (2002): Organisational Dynamism : Unleashing Power in the work force, QUORUM Books , West port, Connecticut, London.
183. Park ,K. Park, H. Choe , H (2005): The relationship between Thinking Styles and Scientific Giftedness in Korea, Journal of secondary Gifted Education, Vol.16, (2-3): 87-97.
184. Pasquali,E,A (1981) : Mental Health Nursing, Cultural approach, st. Louis, C.V. Company.
185. Rawlings, D. Twomey, F. Burns, E, . Morris, S (1998): Personality, Creativity and aesthetic preference : Comparing Psychotism, sensation seeking, Schizotypy, and openness to experience Empirical Studies of art,16,153-178.
186. Reza,M, K. Masoud, H. Zahra B.Y (2015): The Role of Resilience and Hardiness in Mental health of athletes and non-athletes, Bull. Env , Pharmacol, life sci,Vol 4(2): 37-43.
187. Solange,N,W (2009) : Age and Gender impact to thinking and creating styles, European journal of Education and psychology, Vol 2, N1,pp.37-48.
188. Stafford,C,D (1959) : Psychiatry Today, A pelican Book, London.
189. Standinger, V.M.(1999): Older and Wiser? Integrating results on the relationship between age and Wisdom- related performance, International journal of Behavioral Development , 23:641-664.
190. Sternberg,R,J (1997): Thinking Styles, Cambridge University Press, United kingdom.
191. Sternberg R.J.(2001): What is the common thread of creativity ? its dialectical relation to intelligence and Wisdom, American Psychologist , 56, 360-362.
192. Stock,R,M,A (2012): Adult age Differences in thinking Styles and Probabilistic Reasoning : The Effect of Natural Frequencies, A thesis Submitted in Partial fulfillment of the requirements of Liverpool, John Moores University, for the degree of Doctor of Philosophy.
193. Stuart –Hamilton , I (2006): The psychology of aging: an introduction Gates head, Jessica Kingsley Publishers.

194. Teymoori,S. Golman, R. Samagooeles, W, M (2014): investigation of Relationship between Thinking styles with social anxiety in student of Islamic university of Zahedan branche, JK welfare & pharماسcope Foundation, International journal of review in life sciences, 4(1):12-16.
195. Vlasta, Z. Darja, K,G (2004) : relationship between student thinking styles and Social Skills, Psychology Science, Volume 46, Supplement I p 156-166.ty
196. World Health Organization (2003): Investing in Mental Health, Department of Mental Health and Substance Dependence.
197. Yeung,W,S (2013): Mindfulness, Negative Cognition and Mental health, Discovery – SS Student E- journal Vol.2,49-67.
198. Zahang, L ,F (2010) : Do age and gender make a difference in the Relationship between intellectual styles and abilities ?, European journal of psychology of Education, Volume 25,Issue1, pp87-103.
199. Zare, H. Sharif, N(2011): Surveying The Relationship between thinking styles and self-esteem among high school and pre-university girl student, TLR,1(45):33-42.
200. Zhang, C, G . Sternberg,R.J (2010): Mental Health and Thinking Styles in Sternberg s Theory: an exploratory study, Psycho Rep, De 4 107 (3): 784-794.
201. Zhang, L,F (2008): The relationship between thinking styles and identity development among Chinese students, The American Journal of Psychology,121 (2) :255-271.
202. Zhang,L,F. Postiglion,G,A (2001) : Thinking styles, self esteem, and socio-economic status, personality and individual differences 31, 1333-1346.
203. Zhang,L (2000): The Relationship Between Thinking styles Inventory and study process Questionnaire, personality and Individual Differences , Vol 29, 841-856.

الملاحق

ملحق رقم 01: إستمارة جمع البيانات

تقوم الباحثة بإجراء دراسة بعنوان "أساليب التفكير و علاقتها بالصحة النفسية" بهدف الحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس.

يوجد أمام كل مشارك مقياس "هارسون ورامسون" (Harrison & Bramson)

لأساليب التفكير، يحتوي على ثماني عشرة (18) بند، كل بند متبوع بخمس (5) إجابات محتملة، ومقياس الصحة النفسية الذي يحتوي على مجموعة من العبارات التي يمكن من تقدير مستويات الصحة النفسية عند الأفراد.

نحيط علم السادة المشاركين أن هذه المعلومات لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط. مع فائق الاحترام و الشكر الجزيل لتعاونكم.

معلومات خاصة بالمشارك:

يرجى من السادة المشاركين وضع اشارة (x) في المكان المخصص ممايلي:

- الجنس: ذكر () أنثى ()
 - السن: () (كتابة السن)
 - المستوى التعليمي: ما قبل الجامعي () جامعي ()
 - عدد الأولاد: () (كتابة العدد)
 - الإقامة: المدينة () خارج المدينة ()
 - العمل: الإدارات و المؤسسات الحكومية () التعليم () خاص () أخرى ()
- يوجد أمامكم مقياس "هارسون و برامسون" (Harrison & Bramson) لأساليب التفكير يحتوي على 18 بند ، كل بند متبوع ب 5 اجابات محتملة.

ملحق رقم 02: مقياس أساليب التفكير لـ "هارسونوبرامسون"

عليكم أن تشيروا الى الترتيب حسب ما ينطبق عليكم في المربع الفارغ الى اليمين، حيث تعطى (5) نقاط للإجابة الأقرب اليكم و (4) نقاط للإجابة التي تأتي بعدها و هكذا نرتب 1،2،3 حيث تدل النقطة 1 على الاجابة الأقل قربا من تصرفكم.

لا يستخدم أي رقم أكثر من مرة واحدة لأي مجموعة من الخمس اجابات حتى لو كان هناك رقمين ترون أنهما أقرب اليكم، عليكم اختيار واحد منهما، اليكم هذا المثال للتوضيح:

عندما أقرأ تقريرا "موضوعا" من كتاب، أنا أهتم ب:	
2	- نوعية الكتاب
5	- الأفكار الرئيسية
1	- الفهرس
3	- مواد الملحقات و الجداول
4	- النتائج و التوصيات

حيث الاجابة التي تحمل الرقم 5 هي الأقرب الى المجيب، و التي تحمل الرقم 4 تأتي بعدها و هكذا، حيث الاجابة التي تحمل الرقم 1 هي الأبعد عن تصرفه.

ملاحظة:الرجاء قراءة العبارات بتمعن قبل الاجابة.

أ-	عندما يكون هناك صراع (جدال) بين الناس على بعض الأفكار، فأميل أنا الى الجانب الذي:
-	يعرف و يحاول أن يوضح (يكشف) الصراع.
-	يعبر عن القيم و المثاليات المتضمنة في الموضوع بالطريقة الأحسن.
-	يعكس آرائي و خبراتي الشخصية بالطريقة الأفضل.
-	يقترب من الموقف بأكثر منطقية.
-	يعبر عن الجدل (المناقشة) باختصار و أكثر جدية.
ب-	عندما أبدأ العمل في مشروع جماعي، فالذي يكون أكثر أهمية لي هو:
-	فهم أهداف و قيمة المشروع.
-	اكتشاف الأهداف و القيم لأفراد المجموعة.
-	تحديد ما يجب علينا تجاه المشروع.
-	فهم الفوائد التي تعود على المجموعة من المشروع.
-	تنظيم و ترتيب المشروع و عدم توقفه.

ج- بصفة عامة، أستوعب الأفكار الجديدة بطريقة أفضل بواسطة:	
- ربطها و ارجاعها للأنشطة الجارية و المستقبلية.	
- تطبيقها على المواقف الصعبة.	
- التركيز و التحليل الدقيق.	
- فهم مدى تشابهها للأفكار المألوفة.	
- مدى اختلافها مع أفكار أخرى.	
د- ان الرسومات البيانية و التوضيحية في كتاب أو مقالة، عادة بالنسبة لي تكون:	
- أكثر فائدة من الأسلوب الروائي (الكلام)، اذا كانت دقيقة.	
- مفيدة اذا كانت توضح حقائق هامة.	
- مفيدة اذا كانت مقترنة و مشروحة بأسلوب روائي (الكلام).	
- مفيدة اذا كانت تخلق أسئلة على الأسلوب الروائي.	
- ليست أكثر أو أقل فائدة من الأسلوب الآخر.	
ه- اذا طلب مني أن أقوم بعمل مشروع (بحث) فمن المحتمل أن أبدأ ب:	
- محاولة وضع المشروع في رسم تخطيطي منظوري تفصيلي.	
- تقرير ما اذا كنت سأقوم به وحدي أم أحتاج الى مساعدة	
- توقع النتائج المحتمل أن تظهر.	
- تحديد اذا كان المشروع يجب أو لا يجب عمله.	
- محاولة وضع صيغة الموضوع بصيغة شاملة بقدر الامكان.	
و- اذا اضطررت أن أجمع معلومات من الجيران عن شيء يهم المجتمع، فسوف أفضل أن:	
- أتقابل مع كل فرد على حدة و أسأل أسئلة محددة.	
- أعقد اجتماع مفتوح و أطلب منهم طرح وجهات نظرهم.	
- أعمل مقابلات شخصية مع مجموعة صغيرة و أسأل أسئلة عامة.	
- أتقابل مع أشخاص أساسيين لمعرفة أفكارهم.	
- أطلب منهم اعطائي المعلومات التي لديهم و لها صلة وثيقة بالموضوع.	
ز- من المحتمل أن أعتقد أن هذا الشيء حقيقي أو صحيح اذا كان.	
- ضد المعارضة	
- يتناسب مع أشياء أخرى أعرفها.	
- قد تبينت اقامته (صحته) بالممارسة العملية.	
- يعمل على وجود احساس منطقي علمي.	
- يمكن اثبات صحته بحقائق ملحوظة.	
ح- عندما أقرأ مقالة في مجلة أثناء وقت فراغي، فمن المحتمل أن تكون عن:	
- كيف يحل الشخص مشكلة شخصية أو اجتماعية.	
- قضية سياسية أو اجتماعية مثيرة للجدل.	
- ملخص لبحث تاريخي أو علمي.	
- شخص أو حدث فكا هي شيق لفرد ما.	
- سرد حقيقي لخبرة شيقة لفرد ما.	

ط- عند قراءة تقرير في العمل، فسوف أنتبه بالأكثر الى:	
- علاقة النتائج بخبرتي الخاصة.	
- هل يمكن انجاز التوصيات أم لا .	
- صدق النتائج الخاصة بالبيانات التي تم تخزينها.	
- فهم كاتب التقرير للأهداف و الأغراض	
- الاستدلالات و الاستنتاجات التي تنتج من البيانات.	
ى- عندما أكون مضطرا لاتمام مهمة ما، فأول شيء أريد معرفته هو:	
- ماهي أحسن وسيلة لإتمام المهمة.	
- من يريد اتمام المهمة و متى.	
- لماذا تستحق المهمة اتمامها.	
- ما هو تأثيرها على المهمات الأخرى التي يجب اتمامها.	
- ما هي الفوائد الفورية من اتمام المهمة.	
ك- عادة، أتعلم أكثر عن كيف أقوم بعمل شيء جديد بواسطة:	
- فهم كيفية ارتباطه بأشياء أخرى أعرفها.	
- أن أبدأ في الحال بقدر الامكان في عمل هذا الشيء.	
- الاستماع الى وجهات النظر المختلفة عن كيفية اتمام الأشياء.	
- احضار شخص يوضح لي كيف يتم هذا الشيء.	
- تحليل كيفية اتمام الشيء بالطريقة الأفضل.	
ل- اذا اختبرت أو امتحنت فسوف أفضل:	
- مجموعة من الأسئلة الموضوعية(اختبار من متعدد) عن الموضوع.	
- مجادلة مع زملائي الذين يمتحنون أيضا.	
- جلسة شفوية تغطي ما أعرفه.	
- أن أعطي تقرير اخباري يوضح ما طبقته و تعلمته.	
- تقرير مكتوب يتناول الخلفية النظرية و الطريقة (الوسيلة).	
م- الناس الذين أحترم قدراتهم أكثر، من المحتمل أن يكونوا:	
- فلاسفة و رجال دولة.	
- كتاب و معلمين	
- مديروا المشاريع و رؤساء المحاكم.	
- اقتصاديون و مهندسون.	
- فلاحون و صحفيون.	
ن- بصفة عامة، أجد النظرية (الفكرة) مفيدة اذا كانت:	
- لها علاقة بالنظريات و الأفكار الأخرى التي تعلمتها.	
- تفسر لي الأشياء بطريقة جديدة.	
- تشرح المواقف ذات العلاقة بطريقة منظمة.	
- تساعد على توضيح خبراتي و ملاحظاتي الخاصة.	
- لها تطبيق عملي ملموس.	

ش- عندما أقرأ مقالة عن موضوع مثير للجدل، أفضل أن:	
-	يوضح لي المقال الفوائد لاختيار وجهة نظر.
-	يضع المقال الحقائق في مجال الجدل.
-	يلخص المقال القضايا المتضمنة بطريقة منطقية.
-	يقوم المقال بتعريف القيم التي يدعمها الكاتب.
-	يلقي المقال الضوء على الجانبين للقضية ويوضح الصراع بينهما.
س- اذا قرأت كتابا خارج مجال تخصصي، فالاحتمال الأكبر أن يكون ذلك بسبب:	
-	اهتمام معين لتحسين معرفتي المهنية.
-	اخباري بأنه سيكون مفيد و ذلك عن طريق شخص احترامه.
-	الرغبة في زيادة المعرفة العامة.
-	الرغبة في الخروج عن مجال تخصصي و ذلك للتغيير.
-	حب الاستطلاع لتعلم الكثير عن هذا الموضوع الخاص.
ص- اذا تعرضت الى مشكلة فنية لأول مرة، فيجب علي أن:	
-	أحاول ربطها و ارجاعها الى مسألة أو نظرية أكثر اتساعا.
-	أبحث عن طريق لحل المشكلة بسرعة.
-	أفكر في عدد من الطرق التي قد تعوق حل المشكلة.
-	أبحث عن طرق قد يكون الآخرون استخدموها في الحل.
-	أحاول ايجاد أحسن اجراء لحلها.
ض- بصفة عامة، أميل بالأكثر الى أن:	
-	أجد وسائل أستخدمها بطريقة جيدة بقدر الامكان.
-	أتوقع كيف أن الطرق غير المتشابهة يمكنها أن تعمل معا.
-	أكتشف طرق أفضل و أحدث.
-	أحاول ايجاد طرق ووسائل تعمل بأسلوب جديد و أفضل.
-	أقوم بتقييم الوسائل و الطرق و الواجب عليها أن تعمل.

ملحق رقم 03: مقياس الصحة النفسية

أجب عن كل عبارة بوضع علامة (x) في المكان الذي يناسب اجابتك .

أوافق	أوافق الى حد ما	لا أوافق	العبارة	
			1 معاملة الآخرين تجعلني راض عن نفسي	
			2 أشعر بالسعادة لأن حياتي جديرة بأن تعاش	
			3 أشعر أن الآخرين راضين عني	
			4 منذ الصغر و أنا أعاني من بعض الأمراض المزمنة	
			5 أشعر بالسعادة لأنني قادر على حل مشاكلي	
			6 أشعر بأن تخصصي له مستقبل	
			7 رغم بذل مجهود لإنجاز أعمالي الا أنني غير راض عن نفسي.	
			8 أشعر أنني أعاني من بعض المشكلات النفسية	
			9 أشعر أن معظم أصدقائي راضين عني	
			10 أشعر باليأس عندما أجد الآخرين غير سعداء	
			11 تخصص دراستي له قيمة، لكن ليس في بلدي	
			12 أشعر أنني راض عن نفسي رغم ضغوط الحياة	
			13 منذ صغري و الآخرين يتقبلونني	
			14 أود الذهاب الى طبيب نفسي لكن الظروف تحول دون ذلك	
			15 ليس لدي عزيمة و ارادة لإيجاد معنى في حياتي	
			16 أكون سعيدا عندما أكون راض عن حياتي.	
			17 أود أن أغير من تخصص دراستي لأن لا قيمة له	
			18 منذ فترة و اليأس يملأ حياتي	
			19 رغم تصرفاتي الجيدة الا أن الآخرين غير راضين عني	
			20 الحب هو الأساس الذي يجعل لحياتي معنى	
			21 اقترابي من الله يجعلني راض عن نفسي	
			22 أشعر بالخوف من المستقبل	
			23 أشعر أنمستقبلي المادي غير مستقر	
			24 أشعر بالراحة عندما أجد الآخرين سعداء	
			25 عندما ألتزم بقضاء الشعائر الدينية، تكون حياتي ذات قيمة	
			26 أشعر أن الله راض عني	
			27 الشعور باليأس يقلل من همتي	
			28 رغم أن الآخرين لا يقبلون نوع دراستي الا أنني أحبه	
			29 بعض أقاربي يعانون من بعض الأمراض النفسية	

			أشعر بالأمان عندما أكون مع الآخرين	30
			أحاول أن أتصرف بطريقة من خلالها يتقبلني أقربائي	31
			رغم محاولاتي لحل مشاكلي، إلا أنني أشعر بعدم الأمان	32
			الأمر المادية تستدعي اهتمامي أكثر من أي شيء آخر	33
			لا أشعر بالسعادة رغم أنني راض عن نفسي	34
			أشعر بالقلق تجاه مستقبلي	35
			الآخرون ينظرون لنوع دراستي بغير اهتمام	36
			أشعر أنني أعاني من بعض الاضطرابات النفسية	37
			رغم ان حياتي مليئة بالضغوط إلا أن السعادة تلازمي	38
			معنوياتي المرتفعة لها دور في إيجاد معنى في حياتي	39
			أظهر للآخرين أنني سعيد و لكنني غير ذلك	40
			أشعر بالخوف دون سبب منذ الصغر	41
			منذ فترة و أنا أعاني من الأرق	42
			حياتي مليئة بالحزن رغم قلة المشاكل بها	43
			أرى أن مهنتي في المستقبل لها قيمة	44
			أتمد أن أحسن من أفعالي كي يتقبلني الآخريين	45
			الإحباط المتكرر يجعل حياتي بلا معنى	46
			رغم أن الحزن لا يفارقني، إلا أنني أعمل بجدية	47
			لا أجد صعوبة من الناحية المادية في حياتي.	48
			أشعر بالرضا عن ذاتي لعدم التزامي بواجباتي الدينية	49
			أشعر أن السعادة الحقيقية لا توجد في حياتي	50
			أشعر بالقلق لعدم اطمئناني على مستقبلي المادي	51
			أشعر بالرضا لأنني أعمل بجدية	52
			رغم أن نوع دراستي له قيمة إلا أنني أشعر بأنه غير مريح ماديا	53
			أشعر باليأس سريعا عندما أقع في أي مشكلة	54
			لا أتقبل ذاتي لقصوري في القيام بواجباتي	55
			مهما أربح من أموال، إلا أنني أشعر بالعجز المادي	56

ملحق رقم (04): نتائج الدراسة الاحصائية باستعمال برنامج SPSS

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		realistic	analytic	pragmatic	idialistic	synthesitic	health
N		501	501	501	501	501	501
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	54,0319	57,6487	53,3293	56,4870	48,4591	134,4371
	Std. Deviation	5,70990	6,45169	6,21493	5,63332	6,43901	12,92434
Most Extreme Differences	Absolute	,064	,057	,049	,058	,067	,089
	Positive	,052	,030	,049	,053	,067	,046
	Negative	-,064	-,057	-,044	-,058	-,038	-,089
Kolmogorov-Smirnov Z		1,425	1,268	1,103	1,306	1,502	1,994
Asymp. Sig. (2-tailed)		,034	,080	,175	,066	,022	,001

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

الفرضية : توجد علاقة بين أساليب التفكير و الصحة النفسية

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
realistic	54,0319	5,70990	501
analytic	57,6487	6,45169	501
pragmatic	53,3293	6,21493	501
idealistic	56,4870	5,63332	501
synthesitic	48,4591	6,43901	501
health	134,4371	12,92434	501

Correlations

		realistic	analytic	pragmatic	idealistic	synthesitic	health
health	Pearson Correlation	-,061	,053	-,091*	,141**	-,040	1
	Sig. (2-tailed)	,171	,238	,041	,002	,370	
	N	501	501	501	501	501	501

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

الفرضية: توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير نوع الجنس

Group Statistics

groupe	N	Mean	Std. Deviation	Std. ErrorMean
realistic F	397	53,8690	5,70468	,28631
M	104	54,6538	5,71452	,56035
analytic F	397	57,6574	6,57962	,33022
M	104	57,6154	5,96805	,58522
pragmatic F	397	53,7935	6,17936	,31013
M	104	51,5577	6,05769	,59401
idialistic F	397	56,5139	5,44559	,27331
M	104	56,3846	6,32656	,62037
synthesitic F	397	48,1788	6,48275	,32536
M	104	49,5288	6,18322	,60631

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
realistic	Equal variances assumed	,050	,823	-1,248	499	,212
	Equal variances not assumed			-1,247	160,946	,214
analytic	Equal variances assumed	2,113	,147	,059	499	,953
	Equal variances not assumed			,063	174,434	,950
pragmatic	Equal variances assumed	1,346	,247	3,298	499	,001
	Equal variances not assumed			3,336	163,645	,001
idialistic	Equal variances assumed	1,152	,284	,208	499	,835
	Equal variances not assumed			,191	145,437	,849
synthesitic	Equal variances assumed	,517	,472	-1,908	499	,057
	Equal variances not assumed			-1,962	167,253	,051

الفرضية: توجد فروق في أساليب التفكير تعزى لمتغير السن.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
realistic	Between Groups	15,959	2	7,980	,244	,784
	Within Groups	16285,530	498	32,702		
	Total	16301,489	500			
analytic	Between Groups	448,722	2	224,361	5,487	,004
	Within Groups	20363,450	498	40,890		
	Total	20812,172	500			
pragmatic	Between Groups	150,564	2	75,282	1,956	,142
	Within Groups	19162,095	498	38,478		
	Total	19312,659	500			
idealistic	Between Groups	48,048	2	24,024	,756	,470
	Within Groups	15819,117	498	31,765		
	Total	15867,166	500			
synthesitic	Between Groups	75,836	2	37,918	,914	,401
	Within Groups	20654,575	498	41,475		
	Total	20730,411	500			

Multiple Comparisons

Scheffe

Dependent Variable	(I) age2	(J) age2	MeanDifference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						LowerBound	UpperBound
analytic	1	2	-2,63144*	,81402	,006	-4,6300	-,6329
		3	-1,29228	1,22984	,576	-4,3117	1,7271
	2	1	2,63144*	,81402	,006	,6329	4,6300
		3	1,33916	1,40362	,635	-2,1069	4,7852
	3	1	1,29228	1,22984	,576	-1,7271	4,3117
		2	-1,33916	1,40362	,635	-4,7852	2,1069

يتضح من خلال الجدول أن فارق السن بين الفئة الاولى و الثانية سالب و هو دال عند مستوى (0.01) مما يدل على ان الفئة الاولى كانت الاعلى في متوسطها في الاسلوب التحليلي عن المجموعات الاخرى.

الفرضية : توجد فروق في الصحة النفسية تعزى لمتغير نوع الجنس

Group Statistics

groupe	N	Mean	Std. Deviation	Std. ErrorMean
health F	397	134,2796	12,96868	,65088
M	104	135,0385	12,79785	1,25493

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
health	Equal variances assumed	,000	,991	-,533	499	,595
	Equal variances not assumed			-,537	162,804	,592

الفرضية: توجد فروق في الصحة النفسية تعزى لمتغير السن.

ANOVA

health

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	931,708	2	465,854	2,809	,061
Within Groups	82587,562	498	165,838		
Total	83519,269	500			

الفرضية الخامسة: توجد فروق في الصحة النفسية تبعا للخصائص البنائية للتفكير

ANOVA

health

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	612,903	3	204,301	1,225	,300
Within Groups	82906,367	497	166,814		
Total	83519,269	500			

الفرضية : أسلوب التفكير المثالي هو الأكثر تنبؤاً بالصحة النفسية.

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	synthesitic, idialistic, pragmatic, realistic, analytic ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: health

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,170 ^a	,029	,019	12,80117

a. Predictors: (Constant), synthesitic, idialistic, pragmatic, realistic, analytic

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2403,581	5	480,716	2,934	,013 ^a
	Residual	81115,688	495	163,870		
	Total	83519,269	500			

a. Predictors: (Constant), synthesitic, idialistic, pragmatic, realistic, analytic

b. Dependent Variable: health

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	267,889	137,697		1,945	,052
	realistic	-,597	,520	-,264	-1,149	,251
	analytic	-,446	,517	-,223	-,862	,389
	pragmatic	-,638	,518	-,307	-1,231	,219
	idialistic	-,245	,514	-,107	-,477	,633
	synthesitic	-,569	,509	-,284	-1,117	,264

a. Dependent Variable: health

الفرضية : تتأثر الصحة النفسية بتفاعل العاملين أساليب التفكير و السن

Between-Subjects Factors

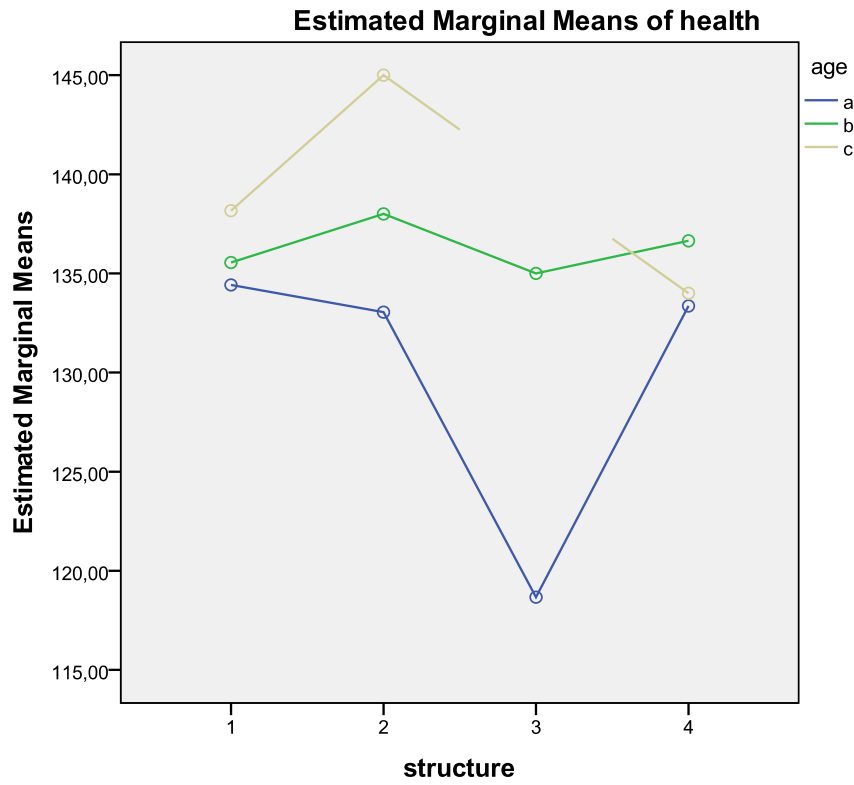
		N
age2	1	399
	2	73
	3	29
structure	1	298
	2	109
	3	4
	4	90

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: health

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2368,929 ^a	10	236,893	1,430	,163
Intercept	808907,789	1	808907,789	4884,327	,000
age2	973,330	2	486,665	2,939	,054
structure	583,052	3	194,351	1,174	,319
age2 * structure	826,227	5	165,245	,998	,418
Error	81150,340	490	165,613		
Total	9138263,000	501			
Corrected Total	83519,269	500			

a. R Squared = ,028 (Adjusted R Squared = ,009)



Non-estimable means are not plotted

الفرضية : تتأثر الصحة النفسية بتفاعل العاملين الخصائص البنائية ونوع الجنس.

Between-Subjects Factors

		N
groupe	F	397
	M	104
structure	1	298
	2	109
	3	4
	4	90

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: health

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1115,722 ^a	7	159,389	,954	,465
Intercept	760162,309	1	760162,309	4547,863	,000
groupe	196,606	1	196,606	1,176	,279
structure	383,401	3	127,800	,765	,514
groupe * structure	452,857	3	150,952	,903	,439
Error	82403,547	493	167,147		
Total	9138263,000	501			
Corrected Total	83519,269	500			

a. R Squared = ,013 (Adjusted R Squared = -,001)

