

جامعة الجزائر 2 أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم والاجتماعية

قسم علم النفس

العنوان:

أنماط السيادة النصفية للمخ لدى المراهقين وأثرها في تفعيل العلاقة
بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الإرشاد النفسي والصحة النفسية

إشراف الأستاذ:

أ.د. دوقة أحمد

إعداد الطالب:

روبي محمد

السنة الجامعية: 2016/2015

ملخص الدراسة:

أنماط السيادة النصفية للمخ لدى المراهقين وأثرها في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر أنماط السيادة النصفية للمخ في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية، تم استخدام المنهج الوصفي، واختبار فرضيات البحث تم تطبيق أدوات قياس تمثلت في اختبار السيادة النصفية للمخ (تورانس وآخرون 1984 نسخة ج) ومقياس الأفكار اللاعقلانية (هوبر و لاين 1994) ومقياس الصحة النفسية (القرطي والشخصي 1992)، تم تطبيقهم على عينة من المراهقين والمراهقات بلغت (646) وتم الاستعانة بالبرزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) فأسفرت عن النتائج التالية:

- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) ومستوى الأفكار اللاعقلانية ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) لصالح النمط الأيمن.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) لصالح النمط الأيسر .
- عدم وجود فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية ومقياس الصحة النفسية تُعزى لمتغير الجنس.
- وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين.

الكلمات المفتاحية: أنماط السيادة النصفية للمخ_ الأفكار اللاعقلانية_ الصحة النفسية.

Study summary

brain-lateral dominance among adolescents and its impact to activate the relationship between irrational ideas and psychological health

This research aims at studying the patterns of brain-lateral dominance among adolescents and its impact activates the relationship between irrational ideas and psychological health. In doing so, we have relied on Three Study Tools: the scale of brain-lateral dominance (prepared by Torrance et al1984 Version c) and the scale of irrational ideas (prepared by S.Hooper and C.layne1994), and the scale of psychological health (prepared Alqrait and chakssi1992). After verifying the psychometric properties of the research tools, the study was carried out on a random sample of(646). (males and females). The researcher used the descriptive method. the statistical analysis used the statistical Package of social sciences (SPSS), follows the results were as:

- There are a statistical significant correlation at the level(0.01) between the brain-lateral dominance.(Left Style - Right Style- Integrated Style) and the level of the irrational ideas and level of psychological health among adolescents.
- There are a statistical significant differences at the level(0.01) between the degrees of the irrational scale of irrational ideas which return brain-lateral dominance(Left Style - Right Style- Integrated Style) favor Right Style among adolescents.
- There are a statistical significant differences at the level(0.01) between the the degrees of the psychological health scale of irrational ideas which return brain-lateral dominance(Left Style - Right Style- Integrated Style) favor Left Style among adolescents.
- The absence of differences between the degrees of adolescents on irrational ideas and on psychological health return to sex variable.
- There are negative a statistical significant correlationr at the level(0.01) between degrees of the irrational ideas and degrees of psychological health among adolescents.

Keywords:brain-lateral dominance / irrational ideas /psychological health

إهداء:

إلى من أهدونا الحرية والاستقلال

شهادتنا الأبرار.

إلى من علمونا وسهروا على تعليمنا

رجال التربية والتعليم.

إلى من كانت دعواتها تتصعد للسماء تدعوا لي

أمي جزاها الله كل خير

إلى من كلل العرق جبينه وشققت الأيام يديه

إلى من علمني أن الأعمال الكبيرة لا تتم إلا بالصبر والعزيمة والإصرار

إلى والدي أطال الله بقاءه

إلى من كانت لي عونًا وسندًا تُقاسمُني مشقة هذا العمل

إلى زوجتي جزاها الله كل خير

إلى من ابتهجت نفسه بنجاحي إلى مربِّي ومعلم الأجيال بإخلاص

إلى عمي أحمد البسه ثوب الصحة والعافية

إلى الأستاذ المحترم والخلوق النبيل المحب لأهل العلم والمعرفة

إلى أخي سراي عبد النور رحمه الله

شكر وتقدير:

الحمد لله والصلاة والسلام على رسول الله .

نشكر الله ونحمده على فضله أن أنعم علينا نعمة إتمام هذا العمل العلمي ولا حول ولا قوة إلا بالله العظيم وهو الذي يقول في كتابه الكريم «.. لئنَّا يَعْلَمَ أَهْلُ الْكِتَابِ أَلَّا يَقْدِرُونَ عَلَى شَيْءٍ مِّنْ فَضْلِ اللَّهِ وَأَنَّ الْفَضْلَ بِيَدِ اللَّهِ يُؤْتِيهِ مَن يَشَاءُ وَاللَّهُ ذُو الْفَضْلِ الْعَظِيمِ...» **سورة الحديد الآية 29**

وشكر الناس هو من شكر الله عز وجل حيث قال **رسول الله صلى الله عليه وسلم** «.. لا يشكر الله من لا يشكر الناس..»
أخرجه أبو داود في السنن وهو صحيح

فيطيب بي وبكل روح علمية في هذا المقام أن أتوجه ببالح الشكر والتقدير والامتنان للأستاذ **الدكتور أحمد دوقة** على اشرافه على هذا العمل والذي أمدنا بيد العون والمساعدة من بداية اختيار الموضوع إلى لحظة اكتماله ونسأل من الله له الحفظ وأن يديم بقائه خدمة للطلبة.

كما يطيب لي أن أتوجه بالشكر إلى من كان دائماً يشجعني ويتشوق
لاكمال هذا العمل **الدكتور مسيلي رشيد**

وبروح أخوية أتوجه بالشكر الجزيل إلى من وقف بجنبي لحظات تعبتي وإرهاقي من البحث **الدكتور تمار ناجي**.
أشكر الأساتذة الذين تواصلوا معي خدمة للبحث من **الجامعة الأردنية**.
وبكل امتنان **أشكر الموظفين الإداريين** بقسم علم النفس لما مايبذلوه من مهام نبيلة

وبصدر رحب أوجه تشكراتي وتقديري **للأساتذة الأفاضل** الذين أمدوا هذا العمل وقتهم وجهدهم لمناقشته وتصويبه

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
أ	ملخص الدراسة
ج	إهداء
د	شكر وتقدير
هـ	فهرس المحتويات
ط	فهرس الجداول والأشكال
01	مقدمة
الفصل الأول: الخلفية النظرية لمشكلة البحث	
05	1.1. إشكالية البحث.....
11	2.1. فرضيات البحث.....
11	3.1. أهمية البحث
13	4.1. أهداف البحث
14	5.1. تحديد مفاهيم البحث
16	6.1. الدراسات السابقة.....
76	7.1. تعقيب عام على الدراسات السابقة.....
الفصل الثاني: المخ و السلوك تاريخياً وتشريحياً وتكامله مع النمو العقلي وأحداث قيامه	
79	تمهيد
79	1.2. التطور التاريخي لدراسة علاقة المخ بالسلوك.....
90	2.2. أنشطة النصفين الكرويين للمخ.....
98	3.2. مدخل إلى التشريح الفزيولوجي للمخ.....
111	4.2. مراحل النمو العقلي.....
114	5.2. التكامل في اطوار نمو الدماغ ومراحل النمو العقلي.....
115	6.2. تعاريف السيادة النصفية للمخ.....
117	7.2. علاقة السيادة النصفية للمخ ببعض المفاهيم السيكلوجية.....
120	8.2. التأثيرات المعرفية السيكلوجية للسيادة النصفية للمخ
128	9.2. النظريات المفسرة لأداء النصفين الكرويين للمخ.....
132	10.2. قياس السيادة النصفية للمخ.....
147	خلاصة الفصل

الفصل الثالث الأفكار اللاعقلانية تاريخياً تعاريفها خصائصها النظريات المفسرة لها وكيفية علاجها	
149	تمهيد.....
149	1.3. الجذور التاريخية للبحث في الأفكار اللاعقلانية.....
151	2.3. تعريف بالأفكار اللاعقلانية.....
153	3.3. علاقة الأفكار اللاعقلانية ببعض المفاهيم السيكولوجية.....
154	4.3. تصنيفات الأفكار اللاعقلانية.....
156	5.3. مكونات الأفكار اللاعقلانية.....
158	6.3. خصائص الأفكار اللاعقلانية.....
160	7.3. عوامل نشوء الأفكار اللاعقلانية.....
164	8.3. النظريات والنماذج المفسرة للأفكار اللاعقلانية.....
168	9.3. علاج الأفكار اللاعقلانية.....
175	خلاصة الفصل.....
الفصل الرابع الصحة النفسية تاريخياً مفهومها مظاهرها النظريات المفسرة لها وكيفية قياسها	
177	تمهيد.....
177	1.4. الجذور التاريخية للبحث في الصحة النفسية.....
189	2.4. مفهوم الصحة النفسية.....
193	3.4. علاقة الصحة النفسية ببعض المفاهيم السيكولوجية.....
198	4.4. معايير الصحة النفسية.....
200	5.4. نسبية الصحة النفسية.....
202	6.4. مظاهر الصحة النفسية.....
208	7.4. مناهج تأهيل وعلاج تدهور الصحة النفسية.....
211	8.4. العوامل المساهمة في الصحة النفسية عند الفرد.....
218	9.4. النظريات المفسرة للصحة النفسية.....
224	10.4. قياس الصحة النفسية.....
228	خلاصة الفصل.....
الفصل الخامس مرحلة المراهقة حاجاتها ومشكلاتها و التوجهات النظرية المفسرة لها	
230	تمهيد.....
230	1.5. تعريف بالمراهقة.....
232	2.5. علاقة المراهق بالأسرة.....

233	3.5. الحاجات الأساسية في مرحلة المراهقة.....
235	4.5. المشكلات النفسية والسلوكية في مرحلة المراهقة.....
240	5.5. أشكال المراهقة.....
242	6.5. التوجهات النظرية المفسرة لمرحلة المراهقة.....
246	7.5. العوامل الشخصية لدى المراهق المؤثرة في الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية.....
256	8.5. دور الإرشاد النفسي في مرحلة المراهقة.....
260	خلاصة الفصل.....
الفصل السادس :..... السياحة النفسية للمخ وأثرها على الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية	
262	تمهيد.....
262	1.6. الدماغ ومعالجة المعلومات.....
270	2.6. سيرورة العلاقة بين الفيزيولوجيا والمعرفة والانفعال على السلوك.....
282	3.6. المقاربات النفس عصبية لعلاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية.....
290	4.6. سيادة النصف الأيسر وأثره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية.....
291	5.6. سيادة النصف الأيمن للمخ وأثره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية....
293	6.6. تكامل النصفين الكرويين للمخ وأثره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية..
294	خلاصة الفصل.....
الفصل السابع :..... الإجراءات المنهجية للبحث	
296	تمهيد.....
296	1.7. التذكير بفرضيات البحث.....
297	2.7. منهج البحث.....
297	3.7. مجال إجراء البحث.....
298	4.7. الدراسة الاستطلاعية.....
301	5.7. أدوات البحث وخصائصها السيكمترية.....
313	6.7. نتائج الدراسة الاستطلاعية.....
314	7.7. الدراسة الأساسية.....
315	1.7.7. مجتمع البحث وعينته.....
317	2.7.7. مواصفات عينة البحث.....
220	7.7. الأساليب الإحصائية المطبقة.....

الفصل الثامن: عرض نتائج البحث	
322	تمهيد
326	1.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الأولى.....
328	2.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثانية.....
330	3.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة.....
331	4.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة.....
333	5.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة
335	6.9. عرض النتائج الخاصة بالفرضية السادسة
335	7.9. عرض النتائج الخاصة بالفرضية السابعة
336	خلاصة الفصل.....
الفصل التاسع: مناقشة وتفسير نتائج البحث	
338	تمهيد
338	1.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى.....
339	2.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية.....
341	3.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة.....
342	4.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة.....
343	5.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة
345	6.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية السادسة
346	5.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية السابعة
356	5.9. خلاصة نتائج البحث.....
358	6.9. خاتمة واقتراحات البحث.....
قائمة المصادر والمراجع	
قائمة الملاحق	

فهرس الجداول والأشكال

1. فهرس الجداول:

الرقم	المحتوى	الصفحة
1	جدول يبين نشاط النصفين الكرويين للدماغ	95
2	جدول يبين المحتوى التطبيقي لممارسة مناهج الصحة النفسية	210
3	جدول يبين مواصفات العينة الاستطلاعية على حسب المرحلة الدراسية	299
4	جدول يبين مواصفات العينة الاستطلاعية على حسب الجنس	300
5	جدول يبين مواصفات العينة الاستطلاعية على حسب السن	300
6	جدول يبين مفتاح التصحيح لاختبار السيادة النصفية للمخ	304
7	جدول يبين مثال تعليمي لتصحيح علامات اختبار السيادة النصفية للمخ	305
7	جدول يبين أبعاد مقياس الأفكار اللاعقلانية	307
8	جدول يبين طريقة تصحيح مقياس الأفكار اللاعقلانية	307
9	جدول يبين أبعاد مقياس الصحة النفسية	309
11	جدول يبين طريقة تصحيح مقياس الصحة النفسية	309
12	جدول يبين توزيع المراهقين في مجتمع البحث حسب الثانويات وحسب الجنس	315
13	جدول يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب المرحلة الدراسية	317
14	جدول يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب المرحلة الجنس	318
15	جدول يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب السن	319
16	جدول يبين الإحصاءات الوصفية لمتغير أنماط السيادة النصفية للمخ	322
17	جدول يبين الإحصاءات الوصفية لمتغير الأفكار اللاعقلانية	323
18	جدول يبين الإحصاءات الوصفية لمتغير الصحة النفسية	324
19	جدول يبين قيم K-S للبرهنة على اعتدالية توزيع متغيرات البحث	325
20	جدول يبين توزيع الأفراد حسب الأنماط ومستويات الأفكار اللاعقلانية	326
21	جدول يبين دلالة العلاقة بين الأنماط والأفكار اللاعقلانية	327
22	جدول يبين المتوسطات الحسابية للرتب لكل من الأنماط والأفكار اللاعقلانية	328
23	جدول يبين دلالة الفروق في درجات الأفكار اللاعقلانية حسب الأنماط	328
24	جدول يبين دلالة الفروق في درجات الأفكار اللاعقلانية حسب الجنس	330
25	جدول يبين توزيع الأفراد حسب الأنماط ومستويات الصحة النفسية	321

254	شكل يوضح أثر التلفزيون في تفعيل علاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية	22
256	شكل يوضح الانترنت في تفعيل علاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية	23
288	شكل يوضح مداخل النظرية لتأثير السمات الشخصية والحالة المزاجية على التجهيز العاطفي	24
289	شكل يوضح تحسين الصحة النفسية من خلال علاج الأفكار الخاطئة الواردة للدماغ	25
291	شكل يوضح تحسين الصحة النفسية من خلال النصف الأيسر من المخ	26
292	شكل يوضح تحسين الصحة النفسية من خلال النصف الأيمن من المخ	27
293	شكل يوضح تحسين الصحة النفسية من خلال تكامل النصفين الكرويين من المخ	28
300	شكل يوضح مواصفات العينة الاستطلاعية بيانياً	29
314	شكل يوضح أهم أهداف الدراسة الأساسية	30
316	شكل يوضح مواصفات مجتمع البحث بيانياً	31
316	شكل يوضح نسبة عينة البحث	32
317	شكل يوضح مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب المرحلة الدراسية	33
318	شكل يوضح مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	34
319	شكل يوضح مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب السن	35
322	شكل يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير أنماط السيادة النصفية للمخ	36
323	شكل يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير الأفكار اللاعقلانية	37
324	شكل يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير الصحة النفسية	38
326	شكل يوضح توزيع الأفراد حسب الأنماط ومستويات الأفكار اللاعقلانية	39
329	شكل يوضح أثر السيادة النصفية للمخ على مستوى الأفكار اللاعقلانية	40
331	شكل يوضح توزيع الأفراد حسب الأنماط ومستويات الصحة النفسية	41
334	شكل يوضح أثر السيادة النصفية للمخ على مستوى الصحة النفسية	42

مقدمة

يعتبر موضوع الصحة أحد الموضوعات الرئيسية التي نالت الكثير من الاهتمام والبحث والدراسة على يدي الأطباء والعلماء والباحث منذ عدة قرون مضت، ولقد تزايد الوعي لدى المجتمعات والناس في السنوات القليلة الأخيرة بأهمية موضوع الصحة كوسيلة هامة لتنمية وترقية المجتمع، حيث خصص البنك الدولي تقريره السنوي لعام (1993) لقضايا الصحة وحث كافة الدول والمجتمعات باختلاف ثقافتها وحضارتها وتباين أنظمتها على الاستثمار في الصحة باعتبارها سلاحاً استراتيجياً يمكن رفعه في وجه التحديات الاقتصادية والعلمية والسياسية والتكنولوجية، التي قد تواجهها هذه الدول وخاصة النامية منها في المستقبل.

ومع تزايد الاهتمام بمسائل الصحة والمرض، توجه المختصين في علم النفس والصحة النفسية، إلى تفسير السلوك الانساني السوي، من أجل الوصول إلى الدوافع النزوعية لأي سلوك ومن ثمة التحكم فيه والتنبؤ به وفق معطيات علمية مدروسة، والمتفق عليه أن الظواهر النفسية والمعرفية في الإنسان مثل التفكير والذكاء والسعادة والصحة النفسية، يُستدلُّ عنها وفق المؤشرات السلوكية أو الوصول الى حقيقة فهم السلوك عن طريق تلك الدراسات الارتباطية بين جانب نفسي وآخر، علماً أن هذه الارتباطات تؤثر فيها جوانب بيولوجية عصبية تسهم بشكل أو بآخر في إنتاج سلوك معين انطلاقاً من وظائف المخ وخصائصه وكل نصف مخي مسيطر في المخ.

حيث نجد أن هذا التوجه ظهر منذ الستينيات وذلك بدراسة الأنشطة العقلية والوظائف التي يقوم بها المخ البشري حيث يقوم كل نصف منهما بأنشطة عقلية مختلفة، كما أن هناك دراسات تشريحية ونفسية، أظهرت أن قشرة المخ تنقسم إلى نصفين نصف أيسر ونصف أيمن وأن هذين النصفين متصلين بواسطة كتلة من الألياف، كما برهنت العمليات التي فصلت بين نصفين المخ أن لكل جزء أحاسيسه الخاصة وإدراكاته الحسية وخبراته التعلمية الخاصة به ونمط المعالجة للأحداث والوقائع، وأن لكل نصف سلسلة من الذاكرات الخاصة به ولا تكون منفتحة على النصف الآخر.

وبالتالي نجد أن سيادة نصف معين يعد أمراً في غاية الأهمية للحكم على الاختلافات الموجودة على مستوى الأفكار اللاعقلانية أو الاختلافات الموجودة على مستوى الصحة النفسية، وكيف تؤثر السيادة النصفية للمخ على تفعيل هذه العلاقة بين الجانب المعرفي _الأفكار اللاعقلانية_ وجانب انفعالي: _الصحة النفسية_.

ومما سبق يتضح الطرح الذي يريد البحث الحالي تقديمه، لدى فئة عمرية مهمة وهي عينة المراهقين، ويبرز عنصر التشويق في هذه الدراسة حيث تكتسي صبغة الإثارة والفضول لكون الموضوع يتناول الصحة النفسية من منظور نفس عصبي، ولذا سيتناول الباحث هذه الأطروحة في جانبين للوصول الى البرهنة عن المعضلة البحثية التي تثير دهشة القارئ بعامة والمتخصص بخاصة، وتأكيد الافتراض الذي وهب الباحث لطرق باب البحث في هذا الموضوع، جانب نظري وجانب ميداني.

أولاً: الجانب النظري:

يضم هذا الشق متغيرات البحث وكل ماله علاقة بالجانب المفاهيمي والنظري للخوض في الموضوع على بصيرة وفهم وإمام بالموضوع ومعرفة جوهره وأبعاده في سياق الكتابات النظرية والدراسات السابقة متناولين ذلك في ستة فصول، الفصل الأول وسنتناول فيه الخلفية النظرية لمشكلة البحث، والذي سيضم أدبيات الموضوع، إشكالية البحث، أهمية البحث وأهدافه وفروض البحث، والتعريف بمفاهيم البحث، والدراسات السابقة أما الفصل الثاني سنتناول فيه السيادة النصفية الجذور التاريخية للبحث في علاقة السلوك بالدماغ، تعاريفها وظائف المخ التوجهات النظرية المفسرة، أما الفصل الثالث سنتناول فيه الجذور التاريخية لمصطلح الأفكار اللاعقلانية تعريف الأفكار اللاعقلانية خصائصها مكوناتها، النظريات المفسرة لها و كيفية إرشاد وعلاج الأفكار اللاعقلانية، أما الفصل الرابع وسنعرض فيه الصحة النفسية اهتمامات الحضارات تاريخياً بالصحة النفسية، ومفهومها مناهجها والنظريات المفسرة لها، كما سنتناول في الفصل الخامس التعريف بمرحلة المراهقة، العوامل المشكلة للأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية عند المراهقين وحاجاتها والتوجهات النظرية المفسرة لها أما الفصل السادس سنعرض فيه أثر أنماط السيادة النصفية للمخ على كل من الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية والذي سنعرض فيه المقاربات النفس عصبية التي تفسر تأثير

وظائف وأنشطة النصفين الكرويين على عمليات التفكير، وآليات التوازن السليم للصحة النفسية.

ثانيًا: الجانب الميداني:

يضم هذا الشق في ثلاث فصول، الفصل السابع هو الفصل المنهجي وهو كل ماله علاقة بمنهجية البحث والاجراءات الميدانية، لتشمل المنهج المتبع، ومجال الدراسة، وأدوات البحث وخصائصها السيكومترية، والعينة وأهم الأساليب الإحصائية المطبقة.

الفصل الثامن والذي من خلاله نقوم بعرض النتائج المتوصل إليها واختبار الفروض البحثية، وفي الفصل التاسع والأخير سنقوم بمناقشة وتفسير النتائج والخروج بخلاصة لأهم النتائج والتوصيات الاستشرافية.

انطلاقاً من الخطة السابقة الذكر سنشرع في عرض الفصول وبنائها وفق الترتيب السابق الذكر، لتأتي هذه الرسالة إلى إثراء للمعرفة الإنسانية انطلاقاً من العملية الاستقرائية بجوانبها النظرية والميدانية.

الفصل الأول

الخلفية النظرية لمشكلة البحث

1.1. إشكالية البحث.

2.1. فرضيات البحث

3.1. أهمية البحث

4.1. أهداف البحث

5.1. تحديد مفاهيم البحث

6.1. الدراسات السابقة

7.1. تعقيب عام عن الدراسات السابقة

1.1. إشكالية البحث:

يتضح من خلال أعمال الباحثين في مجال العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية سواء على المستوى المحلي أم الأجنبي أعطوا أهمية بالغة لدراسة سيكولوجية النمو وتحليل المراحل النمائية عند الفرد، وهم يتفقوا على أن فهم المرحلة العمرية يُساهم في تخطي الأزمات في مراحل لاحقة، وأن جودة شخصية الفرد هي عبارة عن انعكاس لتلقي محتوى تربوي ونفسي معين في مرحلة ما.

ومن بين المراحل العمرية التي نالت القسط الأكبر من الاهتمام، من قبل الباحثين السيكولوجيين هي مرحلة المراهقة، وذلك قصد دراسة السلوكيات المتعلقة بالمرافقين وشخصيتهم وأسباب انحرافهم، وأسباب توافقهم النفسي، في عدة مناخات أسرية ومدرسية واجتماعية، ويعود كل هذا التركيز والاهتمام إلى التغيرات السريعة والمتقدمة والمفاجئة في الجوانب الفيزيولوجية والفكرية والمزاجية في بداية المراهقة المبكرة، وفي هذا السياق ذكر طه عبد العظيم(2004) أن مرحلة المراهقة تمثل مرحلة انتقالية بين الطفولة والرشد، ويمكن أن نعتبرها العقد الثاني من العمر، وأنها مرحلة نمائية من أخطر مراحل عمر الإنسان.

كما تشهد مرحلة المراهقة ظهور سلوك المشاغبة والجنوح والتدخين وظهور السلوكيات العدوانية فيها وكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية، ومن بينها القلق والاكتئاب والفصام، كما يتعرض المراهق لمجموعة من التغيرات في مختلف جوانب شخصيته الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، وتلعب هذه التغيرات دوراً هاماً في زيادة معاناة المراهقين ومشكلاتهم، كما تلعب ردود فعل الوالدين دوراً في التخفيف من هذه المعاناة أو في رفع معدلات التوتر والمعاناة، ومن ثم تدهور مستوى الصحة النفسية لدى المراهقين.

وفي هذا السياق تأتي مشكلة تدني مستوى الصحة النفسية في مقدمة المشكلات التي تمس فئة المراهقين وهذا ما بينته الكثير من الأبحاث من خلال المقابلات الشخصية مع عدد كبير من المراهقين، أن حوالي نسبة(5%) من المراهقين يُعانون من الاكتئاب المرضي، تتمثل هذه النسبة بـ(25) طالباً في مدرسة ثانوية تضم (500) طالب (Carol. Sharry,2007).

فصُور تدني مستوى الصحة النفسية لدى هذه الفئة عديدة، فنجد تدني مستوى الشعور بالسعادة ونقص في الكفاءة، وتدني مستوى الثقة بالنفس، هي عبارة عن مشاعر انفعالية ووجدانية حساسة يُكوّنها المراهق عن ذاته، في صورة سلبية نتيجة أخطاء وتشوهات في عملية الإدراك اللاعقلاني

والمعالجة غير سليمة للأحداث والمواقف التي تظهر على المستوى المعرفي تنعكس بالسلب على الصحة النفسية لدى المراهقين، وذلك ما دلت عليه دراسة (Muhammad Al-Salameh, 2010) أن الأفكار اللاعقلانية ترتبط عكسياً بمستوى الثقة بالنفس، ومنه فالأفكار اللاعقلانية غير منطقية في محتواها وبنيتها المعرفية ترتبط بالصحة النفسية بخاصة، وترتبط بالاضطرابات الانفعالية والمشكلات النفسية بعامة.

وعند دراسة هذه الأفكار اللاعقلانية نجد أنها تتصف بالعديد من الخصائص، التي جعلتها تبدو بهذه اللاعقلانية، فهذه الأفكار اللاعقلانية تتصف بأنها مطلقة، وجامدة، ولا منطقية، ومنفصلة عن الواقع، وتتجهج على الآخرين وعلى الذات، ومن الأمثلة على هذه الأفكار اللاعقلانية، أن المراهق يحاول كسب رضا كل الناس المحيطين به، أو أن يعتقد الفرد بأن تعاسته ناتجة عن ظروف خارجة عن سيطرته، أو يجب أن يتمتع الفرد بكفاءة عالية حتى يكون له قيمة، أو أن يحاول الفرد تجنب المسؤوليات والمشاكل بدلاً من مواجهتها (فراس أحمد، 2008: 38).

وتؤكد البحوث المسحية على وجود مشكلة الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين إلى جنب مشكلة تدني مستوى الصحة النفسية، وهذا ما خلصت إليه دراسة (صهيب مزنوق، 1996) حول مدى ارتباط الأفكار اللاعقلانية ببعض المتغيرات الشخصية لدى المراهقين، والتي أفرت بأن الأفكار اللاعقلانية تنتشر بنسبة (11.96%) عند الإناث وبنسبة (11.60%) عند الذكور، مما يفسر شيوع اضطراب الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين والتي ترتبط عكساً بعدة مشكلات شخصية ومدرسية، حيث بينت دراسة (جاجان وزينب، 2012) وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الأفكار اللاعقلانية والتكيف الأكاديمي.

ولذا فالصحة النفسية لدى المراهق هي ارتباط متبادل بأفكار غير عقلانية، وهذا ما فسره ألبرت إليس (1979) Albert Ellis على أن المحتوى المعرفي والمتمثل في الأفكار اللاعقلانية له دور في حدوث مشكلات نفسية، ويرى أن التفكير والانفعال والسلوك، جميعها أشكال متلاحمة وأن جانباً كبيراً من الانفعالات لا يزيد عن كونه أنماط فكرية متحيزة، أو تقوم على التعميم الشديد، بل إن التفكير والانفعال يتلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية، بل يصبحان في كثير من الأحيان شيئاً واحداً (إبراهيم عبد الستار 1998). وفي نفس السياق لا يذهب آرون بيك (1990) Aaron Beck بعيداً عن تفسير إليس في حدوث ذلك التشابك بين ما هو معرفي وما هو انفعالي فقد افترض بيك وجود نموذج هرمي يتضمن معارف سطحية زاهرة ببناءات معرفية داخلية، لتفسير الأثر المعرفي للاضطرابات الوجدانية (غادة عبد الغفار، 2007).

ومن هذا المنطلق فالصحة النفسية الجيدة عند المراهقين هو ذلك الارتباط بمحتوى عقلائي يحدث السعادة لدى الفرد، أو بمحتوى غير عقلائي يحدث الشقاء لدى الفرد، كما أشار ممدوح(2009) أن هناك العديد من الدراسات تؤكد على صلة الأفكار اللاعقلانية بشخصية الفرد، وصحته النفسية، ويؤيد هذا الطرح دراسات نفسية عدة، منها دراسة(منيرة الشمسان،1997) التي حاولت التعرف فيها على أنماط التفكير اللامنطقي الشائع لدى طالبات جامعات وعلاقته بالأعراض المرضية وقد تبين وجود علاقة ارتباطية دالة بين التفكير اللامنطقي والأعراض المرضية لدى تلك الطالبات.

كما بينت دراسة شانج وبردويل(Change&Bridwell,1998) وجود علاقة موجبة بين بناء الأفكار اللاعقلانية والاضطرابات النفسية، كما توصل(سلطان العويظة،2007) إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائياً بين الأفكار اللاعقلانية ومستويات الصحة النفسية بلغت ($r=-0.38$) أي يوجد ارتباط عكسي سلبي أي إذا انخفضت الأفكار اللاعقلانية يرتفع مستوى الصحة النفسية لديه، نتيجة انحدار التشوهات في محتوى التفكير.

كما بحثت العديد من الدراسات في الفروق في الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية في ظل متغير الجنس وتضاربت العديد من نتائج هذه الدراسات، وتبقى الكشف عن الفروق في متغير الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية محل بحث، ودراسة، وتقيب، من ناحية الطرح الكشفي، ومن ناحية الطرح الفارقي، ويلاحظ الباحث أن البحث في علاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية مازالت محل بحث وإثبات أو دحض العلاقة بينهما، في البحث الحالي، أو في بحوث أخرى.

فمن الناحية الشمولية هناك جوانب فزيولوجية تساهم في الفروق في درجة الأفكار اللاعقلانية ودرجة الصحة النفسية، ومن ثمة اختلاف العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية نتيجة تأثيرات غير مباشرة للجوانب الفزيولوجية، وبالأخص وظائف الدماغ وخصائصه، باعتبار أن الصحة النفسية عبارة عن تنظيم منسق بين عوامل التكوين العقلي ومراحل التكوين الانفعالي للفرد، يسهم هذا التنظيم في تحديد استجابات الفرد الدالة على اتزان الانفعالي وتوافقه الشخصي والاجتماعي وتحقيق ذاته (الخالدي، 2009:35).

وهذا يتسق مع إحدى فروض النظرية العقلانية لألبرت إليس Albert Ellis والذي يُقر بتأثر انفعال الفرد وسلوكه بالتغذية الحيوية المرتدة، ومستوى التحكم في العمليات الفيزيولوجية "Biofeedback and control of physiological processes"، تتحقق الصحة النفسية إذا ساعدوا الأفراد أنفسهم وقد يتحقق لهم الاضطراب الانفعالي إذا شعروا بالانهزام وانكسار الذات عن طريق رد فعل العمليات الفيزيولوجية للأفراد، فإنهم يستطيعون أحياناً تغيير رد الفعل المضطرب شعورياً، أولاً شعورياً، ومن الدراسات التي تؤكد على هذا الفرض دراسة جرين(1973) Green كاميا(1986) Kamiya، لاريد (1974) Larid، ريتنر(1973) Rutner(هشام إبراهيم، 2008: 51-52).

فيمكن تفسير ارتباط العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية من خلال إبراز الجوانب النزوعية من الناحية العصبية البيولوجية، فلقد اتجهت التعريفات المعاصرة للتعلم إلى ربط بين حدوث التعلم بكل من المخ كتركيب فزيولوجي، والعقل كتركيب سيكولوجي، والهدف هو الوصول إلى فهم اتساع وضخامة ودرجة تعقيد إمكانيات المخ الإنساني وعلاقته بالأداءات المعرفية المختلفة.

ويُشير المفهوم الديناميكي للتكوين العقلي المعرفي، وتجهيز المعلومات، إلى الطبيعة التكاملية التفاعلية المتغيرة للتكوين البيولوجي العصبي، والعقلي المعرفي، والانفعالي الدافعي للإنسان، في استجابته للمحددات البيئية.

ويُمثل هذا المنظور للنشاط العقلي المعرفي أكثر نظريات التكوين العقلي حداثة ومصداقية من حيث الإطار الفلسفي، الذي ينطلق منه والافتراضات التي يقوم عليها، وهي وحدة التكوين البيولوجي العصبي والعقلي المعرفي والانفعالي الدافعي للإنسان.

ومن ثمة فإن الأداء العقلي المعرفي هو نتاج للتفاعل الديناميكي بين هذه الأبعاد أو المحددات وهذه الدينامكية في التأثير والتأثر، ومنه فإن الأداءات ليست ثابتة أو ساكنة في مدخلاتها وعملياتها ونواتجها وفي علاقتها بالمحددات البيئية، كما أن الأداء العقلي المعرفي ينطوي على عدة مصادر منها أن المحددات التكوينية البيولوجية، والعصبية، والعقلية، والمعرفية، والانفعالية، للفرد. والمحددات البيئية المُدرّكة تتحكم في ديناميكية الأداء العقلي(ركزة، 2013: 113-114).

وبناءً على نموذج ارتباط المؤشرات العصبية البيولوجية بالبناء المعرفي والمؤشرات الانفعالية، نجد أن المخ وأجزائه الوظيفية تسهم في ذلك، على اعتبار أن سيادة نصف معين من المخ يفرز عدة سلوكيات وعدة أنواع من أنماط المعالجة للمثيرات، وعلى اعتبار أن المخططات المعرفية عند الفرد هي عبارة عن عملية معالجة لمجموعة من المثيرات وفق وظائف المخ، تنتج العديد أيضاً من المحتويات المعرفية والانفعالات سواء سلبية أم ايجابية.

وهذا ما أشارت إليه العديد من الأبحاث التي أشارت إلى أن كل من نصفي الدماغ متخصص للقيام بوظائف معينة، فالنصف الأيسر من الدماغ يتحكم في المعالجة العقلية، المتضمنة في عمليات اكتساب واستخدام اللغة، في حين أن النصف الأيمن يتحكم في معالجة القضايا البصرية والفضائية والموسيقية والتعرف على أنماط الرسم والتعبير عن المشاعر (أحمد يحي الزق، 2006، 89).

وتشير الأبحاث المتقدمة في هذا الصدد، أن نشاط النصف الأيسر من المخ يتعامل مع الأحداث والمثيرات بطريقة موضوعية وعقلانية، ومنطقية، من الناحية المعرفية، ويتصف بالثبات في العاطفة من الناحية الانفعالية، كما يختص نشاط النصف الأيمن من المخ بالتعامل مع الأحداث والمثيرات بطريقة ذاتية ومتحيزة من الناحية المعرفية، والتناقض العاطفي والوجداني، والاكتئاب من الناحية الانفعالية (السليمان، 1432هـ: 14).

وتحدث جالين (Galen) (1974) عن مدى التساوي بين الإمكانات المعرفية لنصفي المخ وبين العمليات المعرفية الأولية والثانوية، أي أن النصف الأيمن للمخ أساسي، وأن النصف الأيسر للمخ مساعد في تلك العمليات، ويدل هذا على أهمية النصف الأيسر للمخ في عمليات إحباط الذات، بينما النصف الأيمن للمخ تلقائي وفعال، وتظهر أهميته في فهم وتوصيل الانفعالات، ويوضح ذلك مدى أهمية النصفين في التعامل مع البيئة الخارجية والآخرين، في محاولة لشرح المشاعر والإحساسات وظهور الانفعالات المختلفة، ومحاولة النصف الأيسر للمخ كبت تلك المشاعر أو توجيهها، وربما إيقاع الفرد في صراع نفسي وعدم القدرة على التوافق مع البيئة، وكشف بول تورانس P.Torrance (1982) الفروق بين مجموعات الأنماط الثلاثة للسيادة النصفية للمخ (أيسر، أيمن، تكاملي) حسب النمط المسيطر وذلك في بعد التوافق فوجد علاقة ارتباطية سالبة بين النمط الأيمن والأيسر ودرجات التكيف والتجديد، مما يدل على اتساق الميل نحو العلاقة بين النمط الأيمن ونمط الابداع والتجديد، وعلى العلاقة بين النمط الأيسر ونمط التوافق النفسي (معمرية، 2012).

ومن الدراسات والأبحاث التي بحثت في مدى ارتباط الصحة النفسية بوظائف نصفي الدماغ نجد دراسة صلاح مراد(1986) التي اهتمت بدراسة العلاقة بين وظائف نصفي المخ والصحة النفسية وتوصلت إلى وجود علاقة سالبة بين النمط الأيسر والثقة بالنفس، ووجود علاقة موجبة بين النمط الأيمن وكل من الثقة بالنفس، وضبط النفس، والمثابرة لتحقيق الأهداف، وتقبل الفرد لذاته والقدرة على مواجهة الفشل والإحساس بالتفاؤل، والدرجة الكلية للصحة النفسية، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين النمط المتكامل وأبعاد الصحة النفسية" (صلاح مراد وآخرون،1986).

وتشير بعض الأدلة العلمية التي تؤكد على وجود فروق بين الذكور والإناث في وظائف نصفي الدماغ حيث أشارت إحدى الدراسات أن تفوق الذكور على الإناث في استخدام النصف الأيمن من الدماغ وتشابه الذكور والإناث في استخدام النصف الأيسر، واستعمال النصفين معاً في مرحلة ما قبل المراهقة(الشيخ،2004)، ومما سبق نستنتج وجود فروق في نصفي الدماغ وخصائصهما تعزى إلى متغير الجنس كخلفية علمية تؤسس لطرح مشكلة البحث في الدراسة الحالية، فالباحث هنا يريد أن يكشف عن ما إذا كان سيادة نصف معين من المخ يؤثر على طبيعة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية باعتبارها بناء معرفي غير منطقي، وذاتي، ومتحيز، وبين الصحة النفسية باعتبارها جانب انفعالي. ومما سبق تتحدد مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) ومستوى الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين.
- هل توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) .
- هل توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الجنس.
- هل توجد علاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين.
- هل توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) .
- هل توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لمتغير الجنس.
- هل توجد علاقة بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين.

2.1. فرضيات البحث:

- الفرضية الأولى: توجد علاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملية) ومستوى الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين.
- الفرضية الثانية: توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملية) .
- الفرضية الثالثة: توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الجنس.
- الفرضية الرابعة: توجد علاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملية) ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين.
- الفرضية الخامسة: توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملية) .
- الفرضية السادسة: توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لمتغير الجنس.
- الفرضية السابعة: توجد علاقة بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين.

3.1. أهمية البحث:

تبرز الأهمية الأكاديمية للبحث من خلال ما إستقرئه الباحث للعديد من الدراسات السيكولوجية التي تساهم في تشابك العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية، وجد أنه يوجد العديد من العوامل الاجتماعية والثقافية والشخصية في تفعيل هذه العلاقة، لكن تبقى تفسيرات على المستوى الاجتماعي والتربوي فقط.

وما يريد تبياناه البحث الحالي هو إبراز جانب سيكولوجي عصبي مهم، في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية لدى المراهقين، من خلال خلفية نظرية معينة مفادها أن أنماط السيادة النصفية للمخ وخصائص كل نمط من المخ، يمكن أن يساهم في تفعيل العلاقة بين مؤشرات معرفية ومؤشرات انفعالية.

تتجسد فالأخير عن الكشف عن مدى امتلاك المراهقين لمستوى جيد من الصحة النفسية والكشف عن ما يضيفه كل نمط من أنماط السيادة النصفية للمخ بجميع خصائصه ووظائفه في ترسيخ

التفكير العقلاني وغير عقلاني، وأثر ذلك على الصحة النفسية، وكيف يؤثر التموضع العقلي (أيسر - أيمن - تكاملي) في تكوين بناء معرفي معين لدى المراهقين.

وتتجلى أهمية البحث في التنبؤ بمستويات الصحة النفسية لدى هذه الفئة العمرية التي تعتبر من الفئات التي اهتمت بها مدارس العلوم الإنسانية المختلفة لأهميتها، وهنا تظهر أهمية البحث لكونه يهتم بدراسة الصحة النفسية عند المراهقين من خلال جانب عصبي ووظيفي.

كما تبرز أهمية البحث في نقطة جوهرية تتجلى في خاصية المزج بين الحداثة والأصالة للخلفيات النظرية بين تخصصات علم النفس وميادينه المختلفة وهي بين تخصص الصحة النفسية وعلم النفس المعرفي العصبي.

ويمكن تحديد أهمية البحث في النقاط التالية:

- يكتسي البحث أهمية من حيث حداثة الموضوع وما سيضيفه لبحوث الصحة النفسية والإرشاد النفسي من منظور عصبي.
- البحث يتسق مع الطروحات العلمية والمقاربات الجديدة التي تنادي بفرضية التشابك بين الجوانب العصبية والنفس معرفية والانفعالية والمؤشرات السلوكية.
- البحث اهتم بدراسة مجتمع المراهقين بحيث يفيد البحث الحالي بتقديم بيانات مهمة عن البناء المعرفي والعصبي والانفعالي للأسرة والمدرسة وللباحثين عن هذه الفئة الشبانية التي هي محور التنمية البشرية.
- البحث الحالي يتميز بطرح شمولي وبالتالي نتائجه التي سيصل إليها ستكون شاملة ومفيدة للمهتمين بمتغيرات البحث وبعبئة البحث بالخصوص.
- نتائج البحث التي سيصل إليها البحث الحالي تؤسس لبرامج تدريبية إرشادية وعلاجية لتدهور الصحة النفسية على حسب كل نمط من أنماط السيادة النصفية للمخ.

4.1. أهداف البحث:

يسعى البحث الحالي إلى تحقيق أهداف وصفية تتمثل في اكتشاف حقائق علمية عن الصحة النفسية لدى المراهقين من خلال جمع المعلومات التي نستطيع من خلالها تفسير الواقع والكشف الميداني من حيث وصف الظاهرة محل البحث والتنبؤ بالظاهرة والتفسير ودحض أو اختبار منطلقات والتصورات الأولية لإشكالية البحث ومن ثم تثبيت معطيات البحث، ومنه تتحدد أهداف البحث في ما يلي:

- الكشف عن العلاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) ومستوى الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين.
- الكشف عن أثر أنماط السيادة النصفية للمخ على درجات الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية.
- الكشف عن أثر الجنس على درجات الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية.
- الكشف عن العلاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين.
- الكشف عن العلاقة بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين تبعاً لكل نمط من أنماط السيادة النصفية للمخ.

5.1. تحديد مفاهيم البحث:

تعد مرحلة تحديد مفاهيم البحث من بين المراحل الهامة والأساسية، لأنها توضح الإطار التصوري للبحث ومساره، هذا من جهة، كما توضح أهم المفاهيم الجوهرية في البحث والتي هي عبارة عن متغيرات جاءت في سياق عنوان البحث من جهة أخرى، ولذلك يذكر محمد مزيان أن "المفاهيم تؤدي وظيفة تجريد الواقع، نجدها تعبر عن مضامين لنظريات وافترضات بواسطة هذه المفاهيم" (محمد مزيان، 1999).

كما يحاول الباحث وضع المفاهيم في إطارها التصوري أي أن يقوم بوضع هذه المفاهيم أيضاً في إطارها المحسوس الذي يمكننا ملاحظتها ويمكننا قياسها والتي تعبر عن مفاهيم إجرائية.

1.5.1. تحديد مفهوم أنماط السيادة النصفية للمخ:

يحدد السيكولوجي الأمريكي بول تورانس (1982) السيادة النصفية للمخ بأنها: "ميل الفرد إلى أن يعتمد على أحد نصفي المخ أكثر من الآخر في معالجة المعلومات الواردة إليه" (معمرية، 2012)، ومن الناحية الإجرائية تحدد أنماط السيادة النصفية للمخ في الأنماط التالية:

النمط الأيسر: هو ميل المراهقين إلى النمط الأيسر في التموضع العقلي، ويستدل على الأكثر ميلا للنصف الأيسر من المخ من خلال ارتفاع درجتهم على المتوسط، ويستدل على الأقل ميلا للنصف الأيسر من المخ من خلال انخفاض درجتهم على المتوسط وفق المقياس المستخدم في البحث الحالي.

النمط الأيمن: هو ميل المراهقين إلى النمط الأيمن في التموضع العقلي، ويستدل على الأكثر ميلا للنصف الأيمن من المخ من خلال ارتفاع درجتهم على المتوسط، ويستدل على الأقل ميلا للنصف الأيمن من المخ من خلال انخفاض درجتهم على المتوسط وفق المقياس المستخدم في البحث الحالي.

النمط التكاملي: هو ميل المراهقين إلى النمط الأيمن في التموضع العقلي، ويستدل على الأكثر ميلا للتكامل بين نصفي المخ من خلال ارتفاع درجتهم على المتوسط، ويستدل على الأقل ميلا للتكامل بين نصفي المخ من خلال انخفاض درجتهم على المتوسط وفق المقياس المستخدم في البحث الحالي.

4.6.1. تحديد مفهوم التفعيل:

يرادف مفهوم التفعيل في علم النفس مفهوم التعزيز، ويعرف الباحث التفعيل على أنه مثير له احتمالية الاستجابة في قوة العلاقة الارتباطية للسلوكات أو معدلها، ويكون إما تفعيل ايجابي في حالة المعالجة الموجبة للمخ وإما تفعيل سلبي في حالة المعالجة السالبة للمخ.

2.5.1. تحديد مفهوم الأفكار اللاعقلانية:

اعتبر ألبرت إيليس أن الأفكار اللاعقلانية بأنها: "تلك الأفكار السالبة الخاطئة، وغير المنطقية وغير الواقعية، والتي تتسم بعدم الموضوعية، والذاتية، وتتأثر بالأهواء الشخصية، والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة، وعلى مزيج من الظن والاحتمالية، والتهويل والمبالغة والتي لا تتفق مع إمكانيات الفرد الواقعية" (غادة عبد الغفار، 2007)، ومن الناحية الإجرائية تعتبر الأفكار اللاعقلانية تلك الأفكار غير منطقية وغير الموضوعية التي تشكل بناء معرفياً لدى الفرد من خلال أفكار تشكل أبعاد تتمثل في: (طلب الاستحسان، ابتغاء الكمال الشخصي، اللوم القاسي للذات وللآخرين، توقع الكوارث، التهور الانفعالي، القلق الزائد، تجنب المشكلات، الاعتمادية، الشعور بالعجز، الانزعاج لمشاكل الآخرين، ابتغاء الحلول الكاملة)، من خلال ما تدل عليه الدرجة الكلية على المقياس والاتصاف بالتفكير غير عقلائي من خلال ما تدل عليه الدرجة المرتفعة على مقياس الأفكار اللاعقلانية المستخدم في البحث الحالي.

3.5.1. تحديد مفهوم الصحة النفسية:

يمكن تعريف الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبية، يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع بيئته، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً (حامد زهران، 1997، 9)، وتعرف الصحة النفسية إجرائياً هي الدرجة الايجابية على مقياس الصحة النفسية المستخدم في البحث الحالي.

4.5.1. تحديد مفهوم المراهقة:

يحدد معجم الطب النفسي المراهقة "Adolescence" بأنها فترة تقع بين مرحلة الطفولة والنضج وتمتد في الفترة الزمنية بين (13-20 سنة) وتتميز بحدوث تغيرات بدنية ونفسية واجتماعية وقد تحدث خلالها بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية (لظفي الشربيني، بدون سنة: 4). وتتنظر النظرية المعرفية للمراهقة على أنها تطور في المخططات المعرفية، والذي يفكر فيها المراهق على نحو مجرد ويصل إلى نتائج منطقية، كما تتميز مرحلة المراهقة عند بياجيه في قدرة المراهقين على ممارسة العمليات المجردة والتفكير في الإمكانيات المستقبلية والتنبؤ بها، من أبرز خصائص مرحلة المراهقة (صالح أبو جادو، 2003) أما من الناحية الإجرائية في البحث الحالي يمثل المراهقين فئة عادية غير مرضية يتراوح سنهم بين (16-18 سنة).

6.1. الدراسات السابقة:

قبل أن نتطرق إلى عرض الدراسات السابقة، لا بد أن نشير أن العرض لجانب الدراسات السابقة سيكون في ثلاث محاور:

- المحور الأول يضم الدراسات السابقة التي تناولت متغير السيادة النصفية للمخ وعلاقتها ببعض المتغيرات.
- المحور الثاني يضم الدراسات السابقة التي تناولت متغير الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض المتغيرات.
- المحور الثالث يضم الدراسات السابقة متغير الصحة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات.

كما تجدر الإشارة أنه سيتم عرض الدراسات السابقة في كل محور من الأقدم إلى الأقدم حيث يسهل للباحث الاطلاع على الدراسات السابقة بشكل متسلسل من القديم إلى الحديث لمعرفة ما أضافته الدراسات الحديثة للموضوع في سياق تراكمي، مبرزاً في ذلك حداثة تلك الدراسة وما تضيفه هاته الدراسة لتلك الدراسات، والتعقيب على كل محور، وتعقيب عام على كل الدراسات لقصد توضيح المقاربات المنهجية وتخطي التكرار الذي وقع فيه الباحثون ولتصويب الاطار المنهجي للدراسة الحالية.

1.6.1. الدراسات التي تناولت السيادة النصفية للمخ وعلاقتها ببعض المتغيرات:

-دراسة هاريسون وبرامسون (1982) Harrison&Bramson بعنوان "أنماط التفكير وعلاقتها بالسيطرة النصفية في أمريكا" هدفت الدراسة إلى معرفة النسب التكرارية لأنماط التفكير في المجتمع الأمريكي ودور أنشطة الدماغ في تحديد أساليب التفكير، تكونت عينة الدراسة من (1467) فردًا، تم الاعتماد على مقياس أنماط التفكير من إعداد الباحثان، وبعد تحليل النتائج تبين أن نشاط النصفين الكرويين له دور فعال في تحديد أساليب التفكير وأن الفروق في السيطرة الدماغية تؤدي إلى فروق في التفكير وفي طريقة التعامل مع المشكلات.

-دراسة سليمان (1989) بعنوان "أثر الجنس في اختلاف التفكير لدى طلبة الكليات الكويتية" هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين الجنسين في أنماط التعلم والتفكير، وقد أجرى سليمان دراسته على عينة مكونة من (400) طالبًا وطالبة، من جامعة الكويت وضمت العينة طلبة من كليات علمية ونظرية، وتم تطبيق مقياس تورانس لأنماط التعلم والتفكير وأسفرت نتائج الدراسة إلى سيطرة النمط الأيسر، والنمط المتكامل لدى كل من طلاب والطالبات، ووجود فروق دالة بين الجنسين على النمطين الأيمن والأيسر في اتجاه الذكور أي الذكور أفضل من الإناث في استخدام الجانب الأيمن من الدماغ، وكذلك في استخدام الجانب الأيسر من الدماغ، كما أشارت الدراسة إلى تفوق الإناث في استخدام الجانب الأيمن والأيسر معًا مقارنة بالذكور.

-دراسة حنورة وهشام (1989) بعنوان "السلوك الإبداعي ونشاط نصفي المخ لدى مجموعة من طلبة وطالبات المدارس الثانوية بالكويت دراسة عاملية " هدفت الدراسة إلى قياس السلوك الإبداعي ونشاط نصفي الدماغ من زاوية التحليل العاملي، حيث بلغت عينة الدراسة (96) فردًا، من كلا التخصصين من المدارس الثانوية، تخصص أدبي والتخصص العلمي، وقد تم استخدام مقياس التفضيلات السلوكية المنوطة بكلا جانبي الدماغ، ومقياس الأداء الإبداعي لجيلفورد وتورانس، اختبار تورك TorqueTest للكشف عن الجانب المسيطر من الدماغ عند الانسان وكذلك القابلية للإبداع، وقد تم استخدام التحليل العاملي وهو ما أدى إلى إفراز خمسة عوامل اتضح أن أهمها عاملان، عامل للإبداع وعامل شكلي (تشبعت عليه مقاييس تورانس الستة للإبداع) وبينت الدراسة أن عامل الإبداع هو أهم العوامل.

-دراسة القيسي(1990) بعنوان "علاقة أساليب التعلم والتفكير المرتبطة بنصفي الدماغ الأيمن والأيسر بالإبداع والجنس لدى طلبة الصف العاشر بمدينة عمان" هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة التي تربط بين استخدام أساليب التعلم والتفكير المختلفة والمرتبطة بجانبى الدماغ(الأيمن والأيسر) بالإبداع والجنس، وقد توصلت الدراسة إلى دلائل حول تخصص الوظيفي لنصفي الدماغ، حيث تبين أن النصف الأيسر يعالج المعلومات بطريقة منطقية تحليلية، تسلسلية، وخطية، ويُعالج المواد اللفظية والرقمية، أما النصف الكروي الأيمن فيُعالج بمعالجة المعلومات بطريقة غير خطية، أي يتناول عددًا من التغيرات وأنواعًا أخرى من المعلومات في آن واحد والتعامل مع المجاز والصور التمثيلية والتشبيهات والمواد الفنية كالموسيقى والفن والمهمات التركيبية.

-دراسة البيلي(1993) Al Biali بعنوان "علاقة نصف الدماغ التخصص في التفكير والتعلم بكل من الجنس والتخصص الأكاديمي " طُبقت الدراسة على طلبة جامعة الإمارات على عينة قوامها (190) فردًا ممن تتراوح أعمارهم بين(19-24) عامًا، وتوزعت العينة على كلية العلوم بأقسام البيولوجيا والفيزياء والكيمياء(88) طالبًا وطالبة، وعلى كلية العلوم الإنسانية بأقسام التاريخ والاجتماع(102) طالبًا وطالبة، وأستخدم الباحث مقياس تورانس لأنماط التعلم والتفكير، وأشارت النتائج إلى حصول كل من الذكور والإناث على درجات مرتفعة على النمط المتكامل، ودرجات أقل على النمط الأيمن، بينما حصلت الإناث على درجات مرتفعة على النمط المتكامل مقارنة بالذكور الذين حصلوا على درجات مرتفعة على النمط الأيسر، كما حصل طلبة الكليات العملية والنظرية على درجات مرتفعة على النمط المتكامل مقارنة بالنمط الأيمن، وحصل طلبة الكليات النظرية على درجات مرتفعة في النمط المتكامل والأيسر، ولم توجد أي فروق دالة بين الجنسين على النمط الأيسر، بينما كانت هناك فروق دالة بين الجنسين في النمطين المتكامل والأيمن في اتجاه الذكور للنمط الأيمن وفي اتجاه الإناث على النمط المتكامل.

دراسة الشريف (1993) بعنوان "السيادة المخية النصفية وعلاقتها بالأساليب المعرفية الإدراكية" هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على نمط السيادة المخية وعلاقتها بتفضيلات الأفراد الإدراكية، وتكونت عينة الدراسة من طلبة المرحلة الثانوية بدولة الكويت، وكان عدد أفراد العينة (303) طالبًا، وقد تم استخدام أدوات تمثلت في اختبار تورانس الخاص بأنماط التفكير والتعلم، واختبار واتكن Witken للأشكال المتضمنة، وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب ودال إحصائيًا، بين درجات السيادة المخية اليسرى ودرجات الأسلوب الإدراكي المستقل عن المجال الإدراكي، وكذلك أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب ضعيف غير دال بين درجات السيادة المخية اليمنى ودرجات الأسلوب الإدراكي المستقل عن المجال الإدراكي، وكذلك أظهرت النتائج وجود ارتباط سالب ضعيف غير دال بين درجات السيادة المخية اليسرى ودرجات الأسلوب الإدراكي المعتمد عن المجال الإدراكي، ووجد ارتباط موجب ودال بين درجات السيادة المخية المتكامل، ودرجات الأسلوب الإدراكي المستقل عن المجال الإدراكي، ووجد ارتباط سالب غير دال بين درجات السيادة المخية اليسرى، ودرجات الأسلوب الإدراكي المعتمد عن المجال الإدراكي، وعدم وجود ارتباط بين درجات السيادة المخية المتكامل ودرجات الأسلوب الإدراكي المعتمد عن المجال الإدراكي.

دراسة معصومة (1994) بعنوان "التكامل الوظيفي بين النصفين الكرويين للدماغ وعلاقته بالثقافة" هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أداء الفرد العقلي والنصف الكروي الدماغية السائد لديه، وتكونت عينة الدراسة من المجتمعين الكويتي والأمريكي، وذلك باختبار شريحة محدودة من هذين المجتمعين، حيث تم اختيار عشوائي لعدد (95) من الطلبة الأمريكيين يقابلهم (173) من الطلبة الكويتيين، واستخدم في الدراسة اختبار التفضيل العقلي من إعداد كل من (جاكلين وسيكيلادنوفان) وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين درجات الطلبة الكويتيين والطلبة الأمريكيين في التفضيل العقلي لصالح الأمريكيين، كما بينت الدراسة إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين الجنسين في التفضيل العقلي لصالح الإناث، ووجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) في التفضيل العقلي لدى مستخدمي اليد اليسرى ومستخدمي اليد اليمنى لصالح مستخدمي اليد اليسرى، كما بينت الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بالنسبة للتفضيل العقلي (لنمط الأيسر) لصالح الكويتيين والتفضيل العقلي للنمطين الآخرين (المتماثل والأيمن) فقد كانت لصالح الأمريكيين.

-دراسة البيلي (1996) Al Biali بعنوان "العلاقة بين نصفي المخ وحل المشكلات" طبقت الدراسة على طلبة جامعة الامارات على عينة قوامها (78) فردًا ممن تتراوح أعمارهم بين (18-29) عامًا، وتم استخدام اختبار تورانس لأنماط التعلم والتفكير والنسخة الكومبيوترية من اختبار برج هانوي Tower of Hanoi Task لحل المشكلات، وقسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات على حسب النمط المخي السائد(نمط أيمن-نمط أيسر- نمط متكامل) وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين مجموعات الدراسة في حل المشكلات لصالح النمط الأيسر، والنمط المتكامل، من الدماغ في حل المشكلات.

-دراسة مجاهد(1998) بعنوان "أنماط السيادة النصفية ومركز التحكم وعلاقتها بالإنجاز لدى عينة من طلاب الصف الثالث الثانوي بليبيا" هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على علاقة أنماط السيادة النصفية ومركز التحكم بالإنجاز الدراسي والدافع للإنجاز، ولقد تكونت عينة البحث من (395) طالب وطالبة بالصف الثالث الثانوي بالقسمين العلمي والأدبي، تم اختيارهم عشوائيًا من أربعة مدارس ثانوية ببلدية طرابلس بليبيا. ولقد أُستخدم مقياس تورانس لقياس أنماط السيادة النصفية للمخ، ومقياس "كرندل" لمسؤولية الإنجاز العقلي لقياس مركز التحكم، ومقياس "مهريان" للحاجة للإنجاز، والسجلات المدرسية للحصول على مجموعة الدرجات التحصيلية في الفترتين وأظهرت النتائج:

وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات مجموعة النمط المتكامل ومجموعة النمط الأيمن في الإنجاز الدراسي، والدافع للإنجاز لصالح مجموعة النمط المتكامل، كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات مجموعة النمط الأيسر ومجموعة النمط الأيمن في الإنجاز الدراسي لصالح مجموعة النمط الأيسر، كذلك أشارت النتائج إلى وجود تفاعلات دالة إحصائية بين أنماط السيادة النصفية للمخ والجنس، وقد أشارت النتائج أيضًا إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي مجموعة المركز التحكم الداخلي ومجموعة مركز التحكم الخارجي في الإنجاز الدراسي والدافع للإنجاز لصالح مجموعة مركز التحكم الداخلي، ولم يوجد أثر للتفاعل مع الجنس.

-دراسة أبو شعيشع(2000) بعنوان"دراسة الفروق الوظيفية بين نصفي المخ في معالجة المعلومات المعروضة بصرياً" حيث هدف الدراسة إلى معرفة الفروق الوظيفية بين نصفي الدماغ في معالجة المعلومات المعروضة بصرياً، وتكونت عينة الدراسة من(54) طالباً من طلاب علم النفس، وكان نصفهم من ذوي النمط الأيمن ونصفهم الآخر من ذوي النمط الأيسر، استخدمت طريقة العرض التبادلي العشوائي بين نصفي المجال البصري، وكانت المثيرات عبارة عن خمسة أرقام مختلفة دائماً مطبوعة رأسياً على عشر بطاقات مناسبة لجهاز العرض، نصف البطاقات تقع مثيراتها على يمين نقطة التركيز، والآخر منها توجد الأرقام على يسار نقطة التركيز، وتوصلت الدراسة أن مجموعة النمط الأيمن تميزت باسترجاع من نصف المجال الأيسر بصورة دالة إحصائية على الاسترجاع من نصف المجال البصري الأيمن، وتبين عند مجموعة ذوي النمط الأيسر أنهم تميزوا باسترجاع من نصف المجال الأيسر ولكن بصورة غير دالة إحصائية.

-دراسة معمريّة(2001) بعنوان "أثر أنماط السيادة النصفية للمخ والاكنتاب وسلوك حل المشكلات لدى تلاميذ التعليم الثانوي" هدفت الدراسة إلى معرفة أثر أنماط السيادة النصفية للمخ في الاكنتاب وسلوك حل المشكلات لدى تلاميذ التعليم الثانوي، تم اتباع المنهج الوصفي بأسلوب المقارنة، بلغت عينة الدراسة (3479) من تلاميذ وتلميذات السنة الثالثة من التعليم الثانوي بباتنة، تم استخدام اختبار بول تورانس لقياس أنماط السيادة النصفية للمخ، واختبار بيك للاكنتاب B-D-I وقائمة سلوك حل المشكلات من إعداد الباحث، وأسفرت الدراسة على جملة من النتائج أهمها مايلي:

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين الجنسين في النمط الأيمن والأيسر وحل المشكلات البصرية المكانية لصالح الذكور وفي النمط المتكامل والاكنتاب لصالح الإناث ولا توجد فروق في المشكلات اللفظية.
- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.01) في أنماط السيادة النصفية للمخ(أيسر، أيمن ، متكامل) في الاكنتاب والحل المشكلات تعزى إلى التخصص الدراسي لصالح التعليم التقني في الاكنتاب، ولصالح العلوم الطبيعية والانسانية في حل المشكلات البصرية والمكانية.

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.01) في الاكتتاب وحل المشكلات اللفظية والبصرية والمكانية تُعزى إلى تأثير أنماط السيادة النصفية للمخ لصالح النمط الأيمن في الاكتتاب، ولصالح النمط المتكامل والنمط الأيمن في حل المشكلات.

-دراسة حسانين، الشحات (2002) بعنوان " استراتيجيات الذاكرة وحل المشكلات لدى عينة من أنماط السيادة المخية المختلفة -دراسة تجريبية- " هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على الاستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد ذوي أنماط السيادة المخية المختلفة (الأيمن - الأيسر - المتكامل) في أداء مهام الذاكرة (اللفظية - العددية - الشكلية) بالنسبة لعمليتي (التشفير -التعرف) وكذا استراتيجيات حل المشكلات (الرياضية - اللفظية - الشكلية) لدى أفراد تلك الأنماط بالإضافة إلى التحقق من دلالة الفروق الكمية والكيفية بين أنماط السيادة المخية المختلفة، في تلك الاستراتيجيات ولاستخراج عينات أنماط السيادة الدماغية تم استخدام مقياس السيادة الدماغية، وأفرزت العينات التالية:(14) طالبا وطالبة في النمط الأيمن،(11) طالبا وطالبة في النمط الأيسر(18)، طالبا وطالبة في النمط المتكامل، وتم تطبيقهم على عينة الدراسة من إعداد الباحثين وتشمل: مهام الذاكرة والتي تضمن ثلاث مهام منها للكشف عن استراتيجيات تشفير المعلومات (اللفظية - العددية - الشكلية) وثلاث مهام أخرى للكشف عن استراتيجيات التعرف على المعلومات، (اللفظية - العددية - الشكلية)في جلسات فردية وكما تم استخدام ثلاث مهام رياضية لفظية، ومهمة بصرية شكلية كمهام لحل المشكلات وأفرزت النتائج التالية:

- وجود تنوع في الاستراتيجيات المستخدمة في مهمتي التشفير، التعرف اللفظي لدى أنماط السيادة المخية المختلفة بما يعكس وجود فروق كيفية بينها إلا أن هذه الفروق لم ترق (كميا) إلى مستوى الدلالة الإحصائية بالنسبة لتكرار استخدامها لدى أفراد الأنماط الثلاثة.

- ظهور بعض الاستراتيجيات بصورة شائعة لدى الأنماط الثلاثة المختلفة كاستراتيجية التسميع في مهمة التشفير اللفظي، استراتيجية الانتقاء الفئوي في مهمة التعرف اللفظي، ويليها استراتيجيتي البحث العلائقي والتركيب اللغوي في مهمة التشفير اللفظي، واستراتيجية البحث المتسلسل في مهمة التعرف اللفظي .

- ظهرت استراتيجيتي الحصر، التجزيل بصورة شائعة في الأنماط الثلاثة للسيادة المخية في مهمة التشفير العددي. ولكن دون وجود فروق دالة إحصائية في نسب تكرار كل من الاستراتيجيتين في الأنماط الثلاثة، في حين ظهرت فروق دالة إحصائية باستخدام قيمة "Z" لدلالة الفروق بين نسب تكرار استراتيجيتي الحذف عند مستوى (0.05) لصالح طلاب النمط

المتكامل، البحث المتسلسل القائم على الحذف عند مستوى دلالة (0.01) لصالح طلاب النمط الأيسر في مهمة التعرف على العدد لدى الأنماط المخية الثلاثة بما يعكس الفروق الكيفية بينها.

- ظهرت استراتيجيات عدة لدى طلاب الأنماط الثلاثة، ولكنها كانت أقل شيوعاً بينهم مقارنة بمهمتي التشفير اللفظي والعددي، وكانت أكثر الاستراتيجيات تكراراً هي استراتيجيات التصنيف الوظيفي، التصور البصري، التسميع البصري دون وجود فروق دالة إحصائية بين نسب تكرارها في الأنماط المختلفة، في حين ظهرت استراتيجيتي الانتقاء الفئوي، البحث المتسلسل شائعة لدى الأنماط الثلاث في مهمة التعرف الشكلي دون وجود فروق دالة إحصائية بين نسب تكرارها لدى الأنماط المختلفة للسيادة المخية وكان الفرق الوحيد الدال إحصائياً لقيمة "Z" في استراتيجية المقارنة الذهنية للملاحع عند مستوى (0.05) لصالح النمط الأيمن .

-دراسة نوفل(2004) بعنوان "أثر برنامج تعليمي-تعليمي مُستند إلى نظرية الإبداع الجاد في تنمية الدافعية العقلية لدى طلبة الجامعة من ذوي السيطرة الدماغية اليسرى" هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج تعليمي-تعليمي، مُستند إلى نظرية الإبداع الجاد في تنمية الدافعية العقلية لدى طلبة الجامعة من ذوي السيطرة الدماغية اليسرى، تكونت عينة الدراسة بداية من(110) طالباً وطالبة بهدف التأكد من نوع السيطرة الدماغية لديهم من طلبة كلية العلوم التربوية الجامعية، أستخدم في الدراسة المنهج التجريبي، تم الاعتماد على أدوات متمثلة في اختبار السيطرة الدماغية، اختبار كاليفورنيا للدافعية العقلية، أظهرت النتائج أن(18.8%) يستخدم الجانب الأيمن للدماغ، في حين أن(68.18%) من يستخدم الجانب الأيسر بينما أن(13.63%) يستخدمون الجانبين معاً، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في تنمية الدافعية العقلية لدى الطلاب ذوي السيطرة الدماغية اليسرى.

-دراسة ختاش(2005) بعنوان "أنماط السيادة النصفية للمخ متغيرات وسيطة بين الذكاء الوجداني والتفوق الأكاديمي" هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الذكاء الوجداني والتفوق الأكاديمي وأنماط السيادة النصفية للمخ والتفاعل بين المتغيرات الثلاث من خلال أسلوب المتغيرات الوسيطة لدى عينة من التلاميذ المتفوقين والمتأخرين، في امتحان شهادة البكالوريا تم انتهاج المنهج الوصفي الارتباطي، وتم استخدام مقياس تورانس لأنماط السيادة النصفية للمخ ومقياس الذكاء الوجداني لفاروق السيد عثمان، والمعدل العام لامتحان شهادة

البكالوريا(2004)كمعيار للتفوق الاكاديمي، وتم تطبيق هذه الأدوات عينة قوامها(140) تلميذاً وتلميذة مقسمين بالتساوي متفوقين ومتأخرين وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- وجود فروق بين الجنسين في أنماط السيادة النصفية للمخ في النمط الأيمن لصالح الذكور والنمط المتكامل لصالح الاناث ولم توجد فروق في النمط الأيسر، كما دلت النتائج عن وجود فروق بين الجنسين في التفوق الاكاديمي والذكاء الوجداني.
- هناك ارتباط موجب ودال بين الذكاء الوجداني والتفوق الاكاديمي لدى الذكور والاناث.
- وجود فروق دالة بين المتفوقين والمتأخرين في أنماط السيطرة المخية في النمط الأيسر لصالح المتأخرين الذكور والنمط المتكامل لصالح المتفوقين والمتفوقات.
- هناك ارتباط موجب ودال بين النمط التكاملي والنمط الأيمن والذكاء الوجداني لدى الإناث، وارتباط موجب ودال بين النمط التكاملي والذكاء الوجداني لدى الذكور.
- بعد العزل الإحصائي لأنماط السيادة المخية انخفضت قيمة الارتباط بين الذكاء الوجداني والتفوق وأصبح غير دال عند عزل النمط التكاملي لدى الذكور والإناث وعند عزل النمطين(الأيمن والتكاملي) و(الأيسر والتكاملي) معاً انخفضت قيمة الدلالة وأصبح غير دال، أما عند عزل(الأيمن والأيسر) فأدى فقط إلى انخفاض قيمة الدلالة لدى الذكور والإناث، وعندما عزل الأنماط الثلاثة(الأيسر والأيمن والتكاملي) أدى إلى زوال الدلالة الإحصائية للارتباط بين الذكاء الوجداني والتفوق الاكاديمي لدى الذكور والإناث.

-دراسة سليمة مقيدش(2005)بعنوان "العلاقة بين السيطرة الدماغية وعسر القراءة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين السيطرة الدماغية وعسر القراءة، استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، وتم تطبيق أدوات تمثلت في:(شبكة الملاحظة سجل الأداء، اختبار تشخيص القراءة، اختبار رسم الرجل لذكاء الأطفال، استمارة البحث اختبار هاريس للجانبية) على عينة قوامها(26) تلميذ وتلميذة من تلاميذ السنة الثانية والثالثة ابتدائي في ثلاث مدارس من مدينة باتنة، فأسفرت النتائج على:

- عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين النمط الأيمن وعُسر القراءة.

- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث في أنماط السيطرة الدماغية لدى المعسرين قرائيا.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والإناث في نسبة انتشار عسر القراءة لصالح ذكور.
- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المعسرين وغير معسرين في أنماط السيطرة الدماغية .

-دراسة عفاف عبد الله وآخرون(2007) بعنوان"دراسة مقارنة في أنماط التعلم والتفكير وفق الأسلوب المعرفي" هدفت الدراسة إلى التعرف على أنماط التعلم والتفكير السائدة(أيمن_متكامل_أيسر) لذوي الأسلوب المعرفي (مستقل_مختلط_معتمد) تم استخدام المنهج الوصفي بلغت عينة الدراسة(75) وقد تم استخدام أدوات تمثلت في اختبار تورانس الخاص بأنماط التفكير والتعلم، واختبار الأشكال المتضمنة وأفصحت النتائج عن وجود توافق بين الأسلوب المعرفي المستقل عن المجال ووظائف السيادة المخية اليسرى، ووجود توافق بين الأسلوب المعرفي المعتمد على المجال ووظائف السيادة المخية اليمنى، ووجود توافق بين الأسلوب المعرفي المختلط في إدراك المجال ووظائف السيادة المخية المتكامل.

-دراسة سالم(2007) بعنوان"تنمية ما وراء المعرفة باستخدام كل من استراتيجيةKWLH المعدلة وبرنامج دافعية الالتزام وأثره على التحصيل لدى الأطفال في ضوء نظرية المستند إلى الدماغ ونظرية الهدف"هدفت الدراسة إلى التعرف على الآثار الناتجة باستخدام كل من استراتيجيةKWLH المعدلة وبرنامج دافعية الالتزام وأثرها على التحصيل لدى الأطفال ولقد تكونت عينة الدراسة من(62) طالبة من طالبات الصف الثالث الابتدائي في مدارس منطقة الجيزة التعليمية حيث أنتهج المنهج التجريبي وتم استخدام أدوات دراسة تمثلت في:(اختبار ما وراء المعرفة، اختبار الذكاء، اختبار دافعية الالتزام بالهدف)، وأظهرت النتائج أن تعرض المتعلم لبرامج معدة وفق بنية الدماغ ووفق البنية الدافعية لهم تمكنهم من الاستفادة من الخبرات المتعلمة بشكل متعمق، كما تمكنهم من تعميق المعرفة المكتسبة والخاصة بالعمليات الداخلية للتفكير والتعلم والابتكار والتفوق العقلي وأيضًا الاستفادة من ذلك في الارتقاء بمستوى الاستجابات لدى المتعلم إلى التفوق والمهارة في حل المشكلات الحياتية المركبة.

-دراسة نوفل(2007) بعنوان"علاقة السيطرة الدماغية بالتخصص الأكاديمي لدى طلبة المدارس والجامعات الأردنية" هدفت الدراسة إلى بحث العلاقة الارتباطية بين نوع السيطرة الدماغية، واختيار الطالب لفرع تخصصه الأكاديمي، حيث تكونت عينة الدراسة من(453) طالبًا من طلبة المدارس الأساسية والثانوية، وطلبة كلية العلوم التربوية، وطلبة كلية الهندسة، وطلبة كلية التمريض، وأستخدم اختبار سيطرة النصفين الكرويين للدماغ لقياس السيطرة الدماغية لدى عينة الدراسة، أظهرت النتائج شيوخ السيطرة الدماغية لدى عينة الدراسة الكلية، تليها في المرتبة الثانية السيطرة الدماغية اليمنى، ثم السيطرة الدماغية المتوازية، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير التخصص الأكاديمي لصالح طلبة المدارس الأساسية والثانوية، كما كشفت وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نمط السيطرة الدماغية ونوع التخصص الأكاديمي.

-دراسة الجمعية الأمريكية لعلم النفسA.P.A(2007) بعنوان "جزئي الدماغ الأيسر والأيمن يعملان معًا بشكل أفضل عند الطلاب الموهوبين في المرحلة المتوسطة في مادة الرياضيات" هدفت هذه الدراسة إلى معرفة ما إذا كان العقل يعمل بشكل أفضل لدى الطلبة الموهوبين في الرياضيات من الطلبة ذوي القدرات العادية، وتكونت عينة الدراسة من(60) طالبًا، منهم(18) طالبًا موهوبًا في الرياضيات، أظهرت الدراسة النتائج: موهبة الرياضيات عند الذكور أعلى منها عند الإناث، كما أظهرت نتائج الدراسة تفوق الموهوبين على ذوي العادية، كما أظهرت نتائج الدراسة من خلال مشاهدة الأحرف على شاشة الحاسوب، أظهر الموهوبين لإدراكهم للحرف بغض النظر عن وجوده في يمين أو يسار الشاشة أسرع من إدراك العاديين للحرف.

-دراسة الزغلول(2007) بعنوان"مقارنة بين مستخدمي اليد اليمنى واليد اليسرى في إدراك المعاني والأشكال والعلاقات الرياضية" هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق في الإدراك بين مستخدمي اليد اليمنى ومستخدمي اليد اليسرى، اشتملت عينة الدراسة على (50) طالبًا وطالبة،(25) طالبًا من مستخدمي اليد اليمنى و(25)من مستخدمي اليد اليسرى والمسجلين في مساق علم النفس التربوي في جامعة مؤتة، ولجمع البيانات تم تصميم عدد من المواقف اشتملت على: (عبارتين لغويتين كل منهما يحمل معنيين مختلفين_صورتين تتألف كل منهما من نسختين بينهما فرق واحد_تحديد زمن الرجوع في الاستجابة لكل موقف من المواقف

السابقة رصد الاستجابات) وأسفرت الدراسة على وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) في زمن الرجوع بين مستخدمي اليمنى ومستخدمي اليد اليسرى في التمييز بين صور أحد الأشكال، ولم تظهر فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) في زمن الرجوع المتعلقة بالمعادلة الرياضية، ووجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) في زمن الرجوع بين مستخدمي اليمنى ومستخدمي اليد اليسرى في إدراكهم لمعاني العبارات اللغوية وإدراك الأشكال.

دراسة أوزدين (2008) Ozden بعنوان "أثر التعلم القائم على الدماغ في التحصيل الدراسي وبقاء أثر التعلم" هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر التعلم المستند إلى الدماغ على التحصيل الدراسي وبقاء أثره ودوره التعلم لدى طلبة الصف الخامس.

تكونت عينة الدراسة من (44) طالباً وطالبة من مدرسة عبد الرحمان باشا بمدينة كوتاهيا غرب تركيا، منهم (22) في المجموعة التجريبية و(22) في المجموعة الضابطة، أُستخدم اختبار تحصيلي بعدي، وقد أظهرت نتائج الدراسة أداء أفضل بكثير للمجموعة التجريبية التي تستخدم مبادئ التعلم القائم على الدماغ في الاختبار البعدي التحصيلي من المجموعة الضابطة التي درست بالطريقة التقليدية، كما أظهرت النتائج تفوق المجموعة التجريبية التي تستخدم مبادئ التعلم القائم على الدماغ في الاحتفاظ وبقاء أثره ودوره التعلم من المجموعة الضابطة التي درست بالطريقة التقليدية.

دراسة بن فليس (2009) بعنوان " أنماط السيادة النصفية للمخ والإدراك والذاكرة البصريين دراسة مقارنة بين التلاميذ ذوي صعوبات تعلم (الكتابة والرياضيات) و العاديين" هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين التلاميذ العاديين والتلاميذ ذوي صعوبات تعلم الكتابة والرياضيات في بعض المتغيرات المعرفية(أنماط السيادة النصفية للمخ، الإدراك البصري، الذاكرة البصرية) ممن يزاولون دراستهم في السنة الرابعة والخامسة من التعليم الابتدائي بباتنة، حيث انتهج في الدراسة المنهج الوصفي المقارن مع الاعتماد على الملاحظة، المقابلة، واختبار الذاكرة البصرية من إعداد صلاح الدين الشريف وآخرون(1424هـ) واختبار الإدراك البصري، وبطارية الفحص النفسي للطفل (K.ABC) لقياس أنماط السيادة والمعالجة لآلان كوفمان ونادين كوفمان(1998)، تم تطبيقهم على عينة قوامها(105) تلميذ(العاديين وذوي صعوبات التعلم الرياضيات والكتابة) وتوصلت الدراسة إلى جملة من النتائج:

- وجود فروق دالة في نمط المعالجة المتتابعة للنمط الأيسر بين التلاميذ العاديين وذوي صعوبات التعلم الرياضيات والكتابة.
- وجود فروق دالة في نمط المعالجة المتزامنة للنمط الأيمن بين التلاميذ العاديين وذوي صعوبات التعلم الرياضيات والكتابة.
- وجود فروق دالة في الإدراك البصري بين التلاميذ العاديين وذوي صعوبات التعلم الرياضيات والكتابة.
- وجود فروق دالة في الذاكرة البصرية بين التلاميذ العاديين وذوي صعوبات التعلم الرياضيات والكتابة.

-دراسة عبد الوهاب الأنديجاني(2009) بعنوان"الفرق بين الموهوبين والعاديين في استخدام أجزاء المخ وحل المشكلات والتوافق الدراسي لدى عينة من طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية بمدينة مكة المكرمة" هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين الموهوبين والعاديين في استخدام أجزاء المخ وحل المشكلات والتوافق الدراسي، تم استخدام في الدراسة المنهج الوصفي السببي المقارن، وتم استخدام اختبار أنماط السيادة النصفية للمخ لتورانس تعريب مراد(1988) ومقياس حل المشكلات ومقياس التوافق الدراسي من إعداد الباحث وتم تطبيقهم على عينة قوامها(146) طلاب موهوبين و(199) طلاب عاديين تم اختيارهم قصدياً، وأسفرت نتائج البحث عن النتائج التالية:

- وجود فروق دالة بين الموهوبين والعاديين في استخدام كل من الجزء الأيسر من المخ لصالح العاديين، والجزء التكاملي لصالح الموهوبين، ولا توجد فروق في استخدام الجزء الأيمن.
- وجود فروق دالة بين الموهوبين والعاديين في جميع محاور مقياس حل المشكلات والدرجة الكلية، عدا المحور الثالث.
- وجود فروق دالة بين الموهوبين والعاديين في جميع محاور مقياس التوافق الدراسي والدرجة الكلية.
- وجود علاقة سالبة دالة بين درجات التوافق الدراسي وبين الجزء الأيسر من المخ، وموجبة وغير دالة مع كل من الجزء الأيمن والتكامل للمخ لدى الطلاب الموهوبين والعاديين.
- وجود علاقة سالبة غير دالة بين الجزء الأيسر من المخ وحل المشكلات.
- وجود علاقة موجبة ودالة بين الجزء الأيمن من المخ وحل المشكلات عند الموهوبين، وسالبة وغير دالة عند العاديين.
- وجود علاقة سالبة غير دالة بين الجزء التكامل من المخ في حل المشكلات.

-دراسة الأغا(2009) بعنوان"أثر استخدام استراتيجية العصف الذهني في تنمية بعض مهارات التفكير الرياضي في جانبي الدماغ لدى طلاب الصف الحادي عشر" هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر استخدام استراتيجية العصف الذهني في تنمية بعض مهارات التفكير الرياضي في جانبي الدماغ لدى طلاب الصف الحادي عشر للفرع العلمي وبلغت عينة الدراسة(60) طالباً (30) في المجموعة الضابطة و(30) في المجموعة التجريبية ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم في البحث الأدوات التالية:(اختبار السيطرة الدماغية، اختبار مهارات التفكير الرياضي) وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى(0.05) بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لاختبار تنمية بعض مهارات التفكير الرياضي لدى طلاب النمط الأيمن والأيسر ووجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى(0.05) بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لاختبار تنمية بعض مهارات التفكير الرياضي لدى طلاب النمط المتكامل لصالح المجموعة التجريبية، عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى(0.05) في مستوى بعض مهارات التفكير الرياضي لدى طلاب المجموعة التجريبية تُعزى إلى الجانب المسيطر من الدماغ (أيمن، أيسر، متكامل).

-دراسة عيد(2009) بعنوان"برنامج مقترح قائم على جانبي الدماغ لتنمية بعض مهارات التفكير في الرياضيات لدى طلاب الصف الخامس بمحافظة شمال غزة" هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أثر برنامج مقترح قائم على جانبي الدماغ لتنمية بعض مهارات التفكير في الرياضيات لدى طلاب الصف الخامس بمحافظة شمال غزة مقارنة بالطريقة العادية .وذلك بالتجريب على عينة مكونة من (77)طالباً من طلاب مدرسة سعد بن أبي وقاص الأساسية (أ) للبنين، تم اختيارهم قصدياً، وتم توزيعهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية خضعت للبرنامج المقترح و عددها (38) طالباً، و مجموعة ضابطة تم تدريسهم بالطريقة العادية و عددها (39) طالباً، كما قام الباحث بتبني اختبار السيطرة الدماغية من ترجمة عفانة والجيش (2008) اختبار التفكير في الرياضيات من إعداد الباحث و خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :

- وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (0.01) بين متوسطات درجات طلاب المجموعة التجريبية ومتوسطات أقرانهم في المجموعة الضابطة في اختبار التفكير في الرياضيات تعزى للبرنامج المقترح.

- وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (0.05) بين متوسط درجات طلاب المجموعة التجريبية ذوي الجانب الأيمن المسيطر ومتوسط درجات أقرانهم في المجموعة الضابطة ذوي الجانب الأيمن المسيطر في اختبار التفكير في الرياضيات تعزى للبرنامج المقترح، لصالح طلاب المجموعة التجريبية ذوي الجانب الأيمن المسيطر
 - وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (0.05) بين متوسط درجات طلاب المجموعة التجريبية ذوي الجانب الأيسر المسيطر في اختبار التفكير في الرياضيات تعزى للبرنامج المقترح لصالح طلاب المجموعة التجريبية ذوي الجانب الأيسر المسيطر.
 - وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (0.05) بين متوسط درجات طلاب المجموعة التجريبية ذوي الجانبين الأيمن و الأيسر معًا ومتوسط أقرانهم في المجموعة الضابطة ذوي الجانبين الأيمن و الأيسر معًا في اختبار التفكير في الرياضيات تعزى للبرنامج المقترح، لصالح طلاب المجموعة التجريبية ذوي الجانبين معًا.
 - وجود فروق ذات دلالة عند مستوى (0.05) بين متوسط درجات طلاب المجموعة التجريبية ذوي الجوانب (الأيمن، الأيسر، الجانبين معًا) في اختبار التفكير في الرياضيات تعزى للجانب المسيطر، لصالح الجانبين الأيمن والأيسر معًا.
- دراسة حمش(2010) بعنوان"أنماط التفكير الرياضي و علاقتها بجانبي الدماغ لدى طلبة الصف التاسع الأساسي بغزة"هدفت هذه الدراسة إلى دراسة بعض أنماط التفكير الرياضي و علاقتها بجانبي الدماغ لدى طلبة الصف التاسع الأساسي بغزة. و لتحقيق أهداف الدراسة قامت الباحثة بإعداد اختبارين و هما : اختبار السيطرة الدماغية و اختبار أنماط التفكير الرياضي (الاستدلالي-البصري-الإبداعي-الناقد)، و تكونت عينة الدراسة من (134) طالبا و طالبة عينة الدراسة عشوائية عنقودية، و تم تطبيق الاختبارين عليهما، و لقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي و خلصت الدراسة إلى النتائج التالية :
- مستوى التفكير الرياضي لدى أفراد عينة الدراسة كانت نسبته المئوية تساوي(64.37 %) حيث كان التفكير البصري أعلى مستويات التفكير، بنسبة مئوية مقدارها (76.113%) و أقل مستويات التفكير كان التفكير الإبداعي ، بنسبة مئوية مقدارها (32.46%).
 - عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين أنماط مستوى دلالة التفكير الرياضي و السيطرة الدماغية للجانب الأيمن.

- عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين أنماط التفكير الرياضي والسيطرة الدماغية للجانب الأيسر.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين أنماط التفكير الرياضي لدى طلبة الصف التاسع الأساسي تُعزى لمتغير الجنس (ذكور- إناث) لصالح الإناث. ووجود تفاعل دال إحصائياً عند مستوى (0.05) في أنماط التفكير الرياضي إلى يُعزى لتأثير المتغيرين المستقلين الجنس وجانبي الدماغ.

-أزهار يحي قاسم(2011) بعنوان " أنماط التفكير التباعدي المرتبطة بنصفي الدماغ الأيمن، الأيسر لدى طلبة المرحلة الإعدادية وعلاقتها بالتفكير التباعدي "هدفت الدراسة إلى معرفة أنماط التفكير التباعدي المرتبطة بنصفي الدماغ الأيمن والأيسر للمخ، لدى طلبة المرحلة الإعدادية لدى طلبة الصف الرابع بمركز محافظة نينوي بالموصل، شملت الدراسة عينة بلغت(268) طالبًا و(245) طالبة وتم تطبيق اختبار أنماط التفكير المرتبطة بنصفي الدماغ للدليمي(2005) واختبار التفكير التباعدي(2001)، وأظهرت النتائج وجود علاقة ايجابية في نمط التفكير الأيمن والتفكير التباعدي علاقة سلبية بين نمط التفكير الأيسر والتفكير التباعدي.

-دراسة محمد الأمين حجاج(2011) بعنوان " العلاقة بين السيطرة الدماغية واضطراب الإدراك البصري لدى تلاميذ من ذوي صعوبات تعلم الرياضيات دراسة نفس عصبية لحالات، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين السيطرة الدماغية واضطراب الإدراك البصري لدى(10) حالات، من أجل تحقيق هدف الدراسة تم استخدام خمس أدوات للقياس هي: (اختبار تحصيلي في مادة الرياضيات، اختبار رسم الرجل، اختبار نمط السيادة الدماغية، اختبار الإدراك البصري للشكل الهندسي) وقد بينت النتائج أن الحالات العشر رغم معاناتهم جميعاً من اضطراب في الإدراك البصري إلا أن هذا الاضطراب يختلف حسب نمط السيطرة الدماغية لهم، فنجد أن ذوي السيادة الدماغية اليمنى أكثر اضطراباً في الإدراك البصري من ذوي السيادة الدماغية اليسرى، في حين تحصلت الحالات ذات النمط التكاملية على أحسن النتائج.

-دراسة صابر قشوش(2013)بعنوان " العلاقة بين أنماط التفكير(الانظمة التمثيلية: السمي، البصري، الحسي) وبين أنماط الهيمنة الدماغية(A.B.C.D) لدى الجانحين-دراسة ميدانية بمصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح بالمسيلة هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين أنماط التفكير(الانظمة التمثيلية: السمي، البصري، الحسي) وبين أنماط الهيمنة الدماغية(A.B.C.D)، تم انتهاج المنهج الوصفي الارتباطي، وتم استخدام مقياس أنماط التفكير إعداد الباحث، ومقياس نيد هيرمان للهيمنة الدماغية إعداد صالح معمار تم تطبيقهما على عينة قوامهما(26) جانح تم اختيارهم بطريقة قصدية وأسفرت النتائج عن وجود علاقة بين أنماط التفكير(الانظمة التمثيلية: السمي، البصري، الحسي) وبين أنماط الهيمنة الدماغية(A.B.C.D) لدى الجانحين-دراسة ميدانية بمصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح بالمسيلة، ووجود فروق في كل من أنماط التفكير والهيمنة الدماغية بين الجنسين.

-دراسة بن العيفاوي(2013) بعنوان"تقييم نفس عصبي لتناذر الإهمال النصفي الأيسر لدى الأشخاص المصابين بالصددمات الدماغية" هدفت الدراسة إلى كشف وتقييم الإهمال النصفي والبحث عن العلاقة بين الاضطراب الحركي(الشلل النصفي الأيمن) والاضطراب المعرفي(الإهمال النصفي) لدى المصابين بالصددمات الوعائية وكذلك العلاقة بين الإهمال النصفي والسيرورة الأوتوماتيكية والمراقبة للانتباه، تكونت عينة الدراسة من أربعة حالات(ثلاث ذكور وأنثى) تم اختيارهم قصدًا، وقد كشفت الدراسة أن الإصابات الدماغية الوعائية للجهة اليمنى للدماغ ينتج عنها شلل نصفي أيسر وهذا حسب الدراسات التصويرية كما ينتج عنها اضطراب معرفي سلوكي هو الإهمال النصفي الأيسر، من الناحية النفس عصبية فإن الإهمال النصفي ناتج عن اضطراب في الشبكة الانتباهية وبالتالي اضطراب في الانتباه الأوتوماتيكي والمراقبة.

-تعقيب خاص بالدراسات السابقة التي تناولت أنماط السيادة النصفية للمخ:

يتضح مما سبق أن بدايات البحث العلمي في موضوع أنماط السيادة النصفية للمخ بدأ منذ الثمانيات ويتجلى ذلك جلياً في دراسة هاريسون وبرامسون (1982) Harrison&Bramson في الولايات المتحدة الأمريكية، هذا من جهة البدايات البحثية في الموضوع وفي حدود اطلاع الباحث بذلك، أما ما تعلق بالتناولات المنهجية فقد تم تناوله بمنهجيات مختلفة ولدى عينيات مختلفة وبأدوات قياس متنوعة، فيتضح من تلك الدراسات والبحوث السابقة التي درست متغير السيطرة الدماغية شيوع استخدام المنهج الوصفي ذو الطابع التحليلي والارتباطي بنسبة (43.33%) من مجمل الدراسات التي ذكرت كدراسة هاريسون وبرامسون (1982) Harrison&Bramson دراسة القيسي (1990) دراسة البيلي Al Biali (1993) دراسة الشريف (1993) دراسة البيلي Al Biali (1996) دراسة مجاهد (1998) دراسة أبوشعشع (2000) دراسة ختاش (2005) دراسة سليمة مقيدش (2005) دراسة نوفل (2007) دراسة الجمعية الأمريكية لعلم النفس A.P.A (2007) دراسة حمش (2010) أزهار يحي قاسم (2011) دراسة صابر قشوش (2013).

ويتجلى شيوع استخدام المنهج الوصفي ذو الطابع السببي المقارن تلك الدراسات بنسبة (23.33%) من مجمل الدراسات التي ذكرت كدراسة سليمان (1989) دراسة معصومة (1984) دراسة معمريّة (2001) دراسة عفاف عبد الله وآخرون (2007) دراسة الزغلول (2007) دراسة بن فليس (2009) دراسة عبد الوهاب الأنديجاني (2009).

كما شاع استخدام المنهج التجريبي بنسبة (20%) من مجمل تلك الدراسات كدراسة نوفل (2004) دراسة سالم (2007) دراسة حسانين والشحات (2007) دراسة أوزدين Ozden (2008) دراسة الآغا (2009) دراسة عيد (2009).

فالدراسات التي انتهجت منهج دراسة الحالة في دراسة متغير السيطرة الدماغية فهي شحيحة جداً إلا دراستين دراسة محمد الامين حجاج (2011) ودراسة حليلة بن العيفاوي (2013).

أما من حيث طبيعة وحجم العينة في تلك الدراسات والبحوث فقد بلغت عينة الدراسة بين (26) مفحوص كحد أدنى و(1467) مفحوص كحد أعلى في الدراسات الوصفية التحليلية والارتباطية، وبين (75) مفحوص كحد أدنى و(3479) مفحوص كحد أعلى في الدراسات الوصفية المقارنة، وبين (30) مفحوص كحد أدنى و(110) مفحوص كحد أعلى في الدراسات

التجريبية، أما في الدراسات العملية فقد بلغت في دراسة حنورة وهشام (96) مفحوص، أما في البحوث التي اقتصت بمنهج دراسة الحالة فقد تراوحت عدد الحالات بين (4) حالات كحد أدنى و(10) حالات كحد أعلى.

فنشير في هذا الصدد أن طبيعة عينة الدراسة التي نالت القسط الأكبر في تلك البحوث والدراسات السابقة في دراستها لأنماط السيادة النصفية للمخ هي عينة المراهقين والشباب كطلبة في المدارس المتوسطة والثانوية والجامعة بنسبة (80%) باستثناء دراسة هاريسون وبرامسون (1982) Harrison&Bramson التي فحصت عينة من الشعب الأمريكي ودراسة سليمة مقيدش (2005) ودراسة سالم (2007) ودراسة بن فليس (2009) ودراسة محمد الامين حجاج (2012) الذين درسوا عينات من أطفال المدارس الابتدائية، أما دراسة بن العيفاوي (2013) فقد كانت لدى عينة مرضى تناذر الإهمال النصف الأيسر المصابين بالصدمات الدماغية.

ومن التناولات المختلفة في تلك الدراسات فيما يخص أدوات القياس فقد شاع استخدام اختبار بول تورانس Paul Torrance لأنماط التعلم والتفكير لقياس السيادة النصفية للمخ في تلك البحوث والدراسات بنسبة (30%) من مجملها، وباقي الدراسات تنوعت أدوات قياس السيادة النصفية للمخ لديهم فاستخدموا أدوات أخرى كاختبار نيد هيرمان Ned Herrmann في دراسة صابر قشوش (2013) وبطارية الفحص النفسي للطفل (K.ABC) في دراسة بن فليس (2009) واختبار تورك Torque Test في دراسة حنورة وهشام (1989) واختبار هارين للجانبية في دراسة سليمة مقيدش (2005) وباقي الدراسات لم تستخدم أدوات متشابهة لقياس السيادة النصفية للمخ حسب هدف الدراسة وامكانيات كل باحث للحصول على تلك الاختبارات والبطاريات.

ونستنتج من خلال عرضنا للدراسات السابقة التي درست أنماط السيادة النصفية للمخ أن الموضوع دُرِسَ بعدة مناهج وطرائق بحثية متعددة، وبأدوات قياس متنوعة إلا أننا نلاحظ أن تلك البحوث والدراسات السابقة جاءت في سياق الخاصية التراكمية للبحث العلمي في سياق موضوع السيادة النصفية للمخ، أما ما تعلق بالمقاربات المنتهجة في هاته الدراسات فهي تمتاز كلها بالمقاربات علم النفس المعرفي وعلم النفس العصبي وغياب مقاربات أخرى وهذا يعتبر جد منطقي ومناسب من الناحية العلمية.

2.6.1. الدراسات التي تناولت الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض المتغيرات:

-دراسة هوج ودفينباتشر (Hoog&Deffenbacher(1986) هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والغضب والاكتئاب، وذلك على عينة من طلاب الجامعة بلغت (236) طالباً استخدمت (مقياس للأفكار اللاعقلانية والغضب والاكتئاب من مقياس MMPI)، وتوصلا الباحثان إلى أنه عند تصحيح الأفكار اللاعقلانية عند المجموعة التجريبية انخفضت حدة الغضب والاكتئاب لديهم ووجود فروق بين الذكور والإناث في الأفكار اللاعقلانية لصالح الذكور.

-دراسة الريحاني وآخرون (1989) هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاكتئاب لدى عينة بلغت (559) طالباً وطالبةً من مختلف كليات الجامعة الأردنية. وأشارت النتائج إلى مجموعة من الأفكار اللاعقلانية في تفسير التباين في الاكتئاب بنسبة (9.5%) لدى عينة الدراسة بشكل عام، وبنسبة (15.6%) لدى الذكور، و(5.2%) لدى الإناث. كما أظهرت نتائج التحليل التمييزي وجود عامل واحد يُفسر التباين بين مجموعتين من الطلبة (اكتئابية، وغير اكتئابية)، حيث تبدو اللاعقلانية في الجوانب المرتبطة بالميل نحو تعظيم الأمور، والتأكيد على الكمال، وتجنب تحمل المسؤولية في مواجهة الصعاب.

-دراسة باريرا وآخرون (Barrera et al(1988) استخدمت عينة من طلاب ثلاث مدارس كندية عددهم (349) طبق عليهم مقياس بيك، ومقياس المعتقدات الشخصية بحيث قسمت العينة إلى مجموعتين وفق درجات اكتئابهم، مجموعة أخذت درجات أعلى على مقياس الاكتئاب ومجموعة أخذت درجات منخفضة على مقياس الاكتئاب، فأسفرت عن النتائج التالية:

- وضوح التنوع في المعتقدات اللاعقلانية من المراهقة المبكرة إلى المراهقة المتأخرة.
- وجود فروق بين المجموعة التي تعاني من اكتئاب أعلى مقارنة بالمجموعة التي تعاني من اكتئاب منخفض لصالح التي تعاني من اكتئاب أعلى حيث أظهرت شيوع الأفكار اللاعقلانية لديها، وأنهم يفكرون بطريقة تجعلهم معرضين للإحباط مقارنة بالمجموعة الأخرى.

-دراسة الأسمرى (1998) بعنوان "الأفكار اللاعقلانية وغير عقلانية لدى مدمنين الهروين في ضوء نظرية إليس تهدف الدراسة إلى معرفة مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية لدى المجتمع السعودي، والتأكد من صدق نظرية إليس، الكشف عن الأفكار اللاعقلانية والعقلانية لدى المدمنين مقارنة بغير المدمنين ومعرفة الارتباط بين الإدمان والأفكار اللاعقلانية تكونت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة

ضمت (98) من مدمني الهروين في مستشفى الأمل بجدة ومجموعة ضمت (98) من طلاب المرحلة المتوسطة والثانوية بمدارس مكة المكرمة وتمت المماثلة بين المجموعتين على حسب: (السن، الإقامة الحالة الاجتماعية، الدخل، المستوى التعليمي) وقد أستخدم مقياس الريحاني لقياس الأفكار اللاعقلانية فأسفرت نتائج الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين وغير المدمنين وكانت لصالح المدمنين في الأفكار التالية: (طلب الاستحسان، ابتغاء الكمال، توقع الكوارث، التهور الانفعالي، تجنب الصعوبات، الاعتمادية، ابتغاء الحلول الكاملة، الجدية، الاعتقاد بالتفوق على المرأة).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين وغير المدمنين في الأفكار التالية: (اللوم القاسي للذات والآخرين، القلق الزائد، الشعور بالعجز، الانزعاج لمشاكل الآخرين).

-دراسة الجزار جاسم أحمد (2000) بعنوان: علاقة التفكير اللاعقلاني بالذكاء والشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية في كل من الريف والحضر، حيث اشتملت العينة على (200) طالبًا وطالب من طلاب الثانوية العامة من مرحلتها الأولى والثانية من الريف والحضر تضمنت أدوات الدراسة: (مقياس التفكير اللاعقلاني/ اختبار الشخصية الإسقاطي الجمعي/ استبانة الاتجاهات نحو الأسرة والأبناء/ اختبار الذكاء العاملي/ استمارة الحالة الاجتماعية والاقتصادية) وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من التفكير اللاعقلاني وسمات الشخصية والاتجاهات الوالدية والذكاء والمستوى الاقتصادي والاجتماعي.
- تساهم أساليب التنشئة الاجتماعية مثل التشدد والإهمال وتجنب الاتصال في تدعيم وتأصيل الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين.

-دراسة حسيب عبد المنعم (2000) بعنوان "علاقة الأفكار اللاعقلانية بالوحدة النفسية والاكتئاب" هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية والجامعة بلغت (217) طالب وطالبة، تم استخدام (مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال والمراهقين للسيد عبد الله وعبد الرحمان (1994)، اختبار الوحدة النفسية إعداد الباحث)، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين الأفكار اللاعقلانية والوحدة النفسية والاكتئاب.

- وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي ومتوسطي الوحدة النفسية في كل من الأفكار اللاعقلانية والاكنتاب.

- وجود تأثير لعامل الجنس والاكنتاب والتفاعل بينهما على الأفكار اللاعقلانية.

-دراسة كالفنت وكاردينسو(2004) Cardenso&Calvet هدفت الدراسة إلى تحديد المتغيرات المعرفية التي تتوسط الفروق بين الجنسين في كل من الاكنتاب والقلق، واهتمت بدراسة الأفكار غير المنطقية تكونت عينة الدراسة من(856) مراهق من إسبانيا، وأشارت نتائج الدراسة إلى:

- أن الذكور والإناث يظهرون صفحات نفسية مختلفة مما يؤدي إلى اختلافات في مستوى الاكنتاب والسلوك الانحرافي.

- التوجه السلبي نحو المشكلات الاجتماعية هو المتغير المعرفي الأكثر وزناً في تفسير الفروق بين الجنسين في الأعراض الاكتئابية.

- تعكس الأفكار الذاتية تقييم ذات سلبي وفشل ولوم ذات مرتفع وهي خصائص الاكنتاب.

- يعتبر طلب الاستحسان مؤشر معرفي لتفسير الاكنتاب.

-دراسة محمد سليم خميس (2005) بعنوان " علاقة نمط التفكير بالاكنتاب النفسي لدى المراهقين المتمدرسين" هدفت الدراسة إلى توضيح العلاقة بين نمط التفكير والاكنتاب النفسي لدى المراهقين المتمدرسين، استخدم الباحث المنهج الوصفي (التحليلي/المقارن) كما استخدم عدة أدوات تمثلت في: (مقياس نمط التفكير سلبي/ايجابي، من إعداد الباحث/ اختبار بيك BECK لقياس شدة الاكنتاب BDI ترجمة غريب عبد الفتاح)، تم تطبيق هذه الأدوات على عينة بلغت (166) تلميذ وتلميذة من السنة ثانية ثانوي تم اختيارهم بطريقة عشوائية وتوصل إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية دالة بين نمط التفكير والاكنتاب النفسي لدى المراهقين المتمدرسين.

- وجود فروق بين الجنسين في شدة الاكنتاب.

- عدم وجود فروق بين الجنسين في نمط التفكير.

- عدم وجود فروق في شدة الاكنتاب لذوي نمط التفكير السلبي.

- عدم وجود فروق في شدة الاكنتاب لذوي نمط التفكير الايجابي.

- وجود فروق بين المكتئبين وغير المكتئبين من الجنسين في النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل.

-دراسة البنوي(2005) بعنوان "التسرب الدراسي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية"هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التسرب الدراسي والأفكار اللاعقلانية، و ذلك من خلال معرفة الأفكار اللاعقلانية الشائعة لدى المتسربين، والمقارنة بين المتسربين وغير المتسربين في الأفكار اللاعقلانية ومعرفة أثر النوع الاجتماعي و الحالة الاقتصادية لأسرته، وحجم الأسرة، و مهنة الأب ومستواه التعليمي على الأفكار اللاعقلانية لديه. و قد بلغت عينة الدراسة من (300) طالبًا منهم (150) متسربا و(150) غير متسرب، أظهرت النتائج مايلي:

- تنتشر الأفكار اللاعقلانية لدى المتسربين بمتوسطات متقاربة، مقارنة بغير المتسربين.
- وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجات الأفكار اللاعقلانية بين المتسربين وغير المتسربين لصالح المتسربين ما عدا فكرة ابتغاء الكمال الشخصي.
- وجود فروق ذات دلالة احصائية في درجات عينة الدراسة على فكرة ابتغاء الكمال الشخصي وفكرة تجنب المشكلات وفكرة ابتغاء الحلول الممكنة تُعزى للجنس لصالح الإناث.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتسربين في الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الحالة الاقتصادية للأسرة على جميع الأفكار باستثناء فكرة اللوم القاسي للذات والآخرين.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتسربين تعزى لمتغير عدد أفراد الأسرة على جميع الأفكار باستثناء فكرة الانزعاج لمشاكل الآخرين.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتسربين في الأفكار اللاعقلانية تعزى لمتغير مهنة الأب على جميع الأفكار اللاعقلانية باستثناء فكرة ابتغاء الحلول الممكنة.

-دراسة ناصر بن عبد العزيز (2005) بعنوان "تقييم فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى المدمنين على المخدرات-دراسة شبه تجريبية-تهدف الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى المدمنين على المخدرات، العينة المستهدفة بلغت(20) مدمن على المخدرات من مستشفى الملك فهد بالقصيم أُختيروا على حسب درجاتهم على كل من مقياسي القلق والأفكار اللاعقلانية بحيث قسموا إلى مجموعتين مجموعة ضابطة ضمت(10) مدمنين ومجموعة تجريبية ضمت(10) مدمنين حيث طبقت عليهم أدوات قياس تمثلت في:(مقياس القلق للدلمي وآخرون/1993/مقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني/1985/البرنامج الإرشادي) وفي الأخير خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار اللاعقلانية في القياس القبلي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق في القياس القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الأفكار اللاعقلانية في القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق في القياس البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في مقياس الأفكار اللاعقلانية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في مقياس القلق لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في مقياس الأفكار اللاعقلانية للمجموعة الضابطة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية.

-دراسة كينث، ريس(Rice. Kenneth(2006)هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين سمات الكمالفة والاكتئاب، تم تطبيق مقياس لقياس سمات الكمالفة، طبقت على طلاب الجامعة بلغ عددهم (84) طالب على مدى ثلاث أسابيع فتوصلت الدراسة أن هناك علاقة بين سمات الكمالفة غير توافقفة ودرجة الاكتئاب، كما ارتبط الاكتئاب بدرجة نقد الذات، وأوضحت الباحثة أنه هناك ثبات لتلك الخصائص الشخصية عبر الزمن.

-دراسة عبد العزيز حدار (2006) بعنوان "الإكتئاب وعلاقته باختلال التفكير السنني والتحكم المدرك من منظور الاتجاه المعرفي" هدف هذا البحث إلى معرفة ما إذا كان هناك ارتباط بين الاكتئاب والمستوى المنخفض لكل من التفكير السنني والتحكم المدرك، والتعرف على مدى ارتباط كل مكون من مكونات التفكير السنني بدرجة التحكم المدرك والاكتئاب، التعرف على مدى ارتباط كل مكون من مكونات التحكم المدرك، بالتحكم الذاتي والبينشخصي، والتحكم في المجال الاجتماعي، والسياسي على

الاكتئاب استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، مُعتمداً على عدة أدوات تمثلت في: (مقياس بيك للاكتئاب BDI II / مقياس التحكم لبولهاوس Paulhaus / ومقياس التفكير السنني إعداد الباحث) تم تطبيق هذه الأدوات على عينة قصدية بلغت (31) فرد ممن يترددون على العيادات والمراكز الاستشارية توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود ارتباطات جوهرية بين اختلال التفكير السنني والتحكم المدرك المنخفض والاكتئاب إذ يساهم اختلال المتغيرين المعرفيين في نشوء هذا النوع من الاضطراب.
- وجود تداخل وتأثير نسبي متبادل بين التفكير السنني والتحكم المدرك في علاقة أي منهما بالاكتئاب بمعنى أي إسهام كل منهما في علاقة أحدهما بالاكتئاب، بحيث أن هذين المتغيرين (التفكير السنني والتحكم المدرك) لذيهما مساهمة قدرها (99%) في درجة الاكتئاب لدى عين البحث، وهو نتاج للتحريفات المعرفية.

-دراسة سماح شحاتة (2006) بعنوان "العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية لدى المديرين ذوي الاضطرابات النفسجسمية والضغط النفسية والغضب، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والضغط النفسية والغضب لدى عينة البحث، ومعرفة الفروق بين المديرين الذين يعانون من اضطرابات نفسجسمية، والذين لا يعانون في كل من متغير الأفكار اللاعقلانية والضغط النفسية والغضب، كما تهدف الدراسة إلى معرفة الفروق بين المديرين المصابين بمرض السكري والمديرين المصابين بمرض الربو الشعبي في الأفكار اللاعقلانية، تكونت عينة الدراسة الميدانية من (120) مديراً من قطاع الأعمال العام والقطاع الحكومي، بواقع (67) مديراً من ذوي الاضطرابات النفسجسمية و(30) مديراً الذي جاءت إجاباتهم منخفضة على قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية، و(15) مديراً مصاب بمرض السكري و(13) مديراً مصاب بمرض الربو الشعبي، وتم توظيف أدوات قياس تمثلت في: (مقياس الأفكار اللاعقلانية إعداد الباحثة-مقياس الضغوط النفسية إعداد الباحثة-مقياس الغضب لعلاء الدين كفاقي ومايسة أحمد النائل 2000-قائمة كورنل للاضطرابات النفسجسمية إعداد كيف وآخرون ترجمة السيد أبو النيل 1995)، وخلصت نتائج الدراسة إلى:

- وجود علاقة إحصائية دالة بين الأفكار اللاعقلانية لدى مديرين ذوي الضغوط النفس جسمية والضغط النفسية.
- وجود علاقة إحصائية دالة بين الأفكار اللاعقلانية لدى مديرين ذوي الضغوط النفس جسمية والغضب.

- وجود فروق بين المديرين الذين يعانون من اضطرابات نفسجسمية والذين لا يعانون بالنسبة للأفكار اللاعقلانية لصالح الذين يعانون من اضطرابات نفسجسمية.
- وجود فروق بين المديرين الذين يعانون من اضطرابات نفسجسمية والذين لا يعانون بالنسبة للضغوط النفسية لصالح الذين يعانون من اضطرابات نفسجسمية.
- وجود فروق بين المديرين الذين يعانون من اضطرابات نفسجسمية والذين لا يعانون بالنسبة للغضب لصالح الذين يعانون من اضطرابات نفسجسمية.
- عدم وجود فروق بين المديرين المصابين بمرض السكري والمديرين المصابين بمرض الربو الشعبي بالنسبة للأفكار اللاعقلانية.

-دراسة لبنى أحمان (2006) بعنوان "الكف المناعي المكتسب وعلاقته بكل من المعتقدات اللاعقلانية وأسلوب الاستقلال/الاعتماد على المجال الإدراكي، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الكف المناعي المكتسب و كل من المعتقدات اللاعقلانية وأسلوب الاستقلال/الاعتماد على المجال الإدراكي ومعارف الفروقات في هذه المتغيرات لدى عينة البحث، وذلك بانتهاج المنهج الوصفي الارتباطي. بلغت عينة البحث،(58) مرضى و(58) أصحاء، تم اختيارهم بطريقة قصدية من المستشفى الجامعي بباتنة والمستشفى الجامعي بقسنطينة، وذلك بتطبيق أدوات تمثلت في:(استبيان الكف المناعي واستبيان المعتقدات اللاعقلانية من إعداد الباحثة-اختبار الأشكال المتضمن لأولتمان وزملائه لقياس المجال الإدراكي)، فأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- وجود فروق بين المرضى والأصحاء في درجات المعتقدات اللاعقلانية لصالح المرضى.
- وجود فروق بين المرضى والأصحاء في درجات أسلوب الاستقلال/الاعتماد على المجال الإدراكي لصالح الأصحاء.
- وجود علاقة ارتباطية بين الكف المناعي المكتسب والمعتقدات اللاعقلانية.
- وجود علاقة ارتباطية بين الكف المناعي المكتسب وأسلوب المجال الإدراكي.
- وجود فروق بين أفراد العينة الكلية بين الدرجات المرتفعة على المعتقدات اللاعقلانية والدرجات المنخفضة للكف المناعي المكتسب لصالح الذين تحصلوا على درجات مرتفعة في المعتقدات اللاعقلانية.
- عدم وجود فروق جوهرية بين المستقلين عن المجال الإدراكي والمعتمدين على نفس المجال في درجات الكف المناعي المكتسب لصالح المعتمدين.

س-دراسة أبو شعر(2007) بعنوان "الأفكار اللاعقلانية لطلبة الجامعات الفلسطينية و علاقتها ببعض المتغيرات"هدفت الدراسة لمعرفة الأفكار اللاعقلانية لطلبة الجامعات الفلسطينية و علاقتها ببعض المتغيرات حيث استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي حيث تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة و بلغ عدد أفراد العينة (412) من طلبة الجامعات في قطاع غزة و هي (الإسلامية-الأزهر-الأقصى) و قد استخدم الباحث اختبار الأفكار العقلانية و اللاعقلانية من إعداد سليمان الريحاني (1987) و مقياس الوعي الديني من إعداد عبد الرقيب البحيري و عادل الدمرداش (1982) ومن أهم نتائج هذه الدراسة ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الوعي الديني و الأفكار اللاعقلانية بمعنى أن الأفراد ذوو التدين الحقيقي (الجوهري) لديهم الأفكار لا عقلانية أقل من أولئك الذين لديهم تدين ظاهري .
- وجود فروق في الأفكار اللاعقلانية لصالح الذكور .
- طلبة المستوى الأول لديهم أفكار لا عقلانية أكثر من طلبة المستوى الرابع.
- الأفكار العقلانية واللاعقلانية لا تختلف باختلاف مكان السكن لإفراد العينة من طلبة الجامعات الفلسطينية
- ذوي الدخل المتوسط أكثر لاعقلانية من ذوي الدخل المرتفع و من ذوي الدخل المنخفض .
- طلبة جامعة الأزهر أكثر لا عقلانية من طلبة الجامعة الإسلامية .
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة المستوى الأول و طلبة المستوى الرابع في الوعي الديني .الطلبة الذين يسكنون في القرى لديهم وعي ديني أكثر من الطلبة الذين يسكنون في المدن.
- طلبة الجامعة الإسلامية لديهم وعي ديني أكثر من طلبة جامعتي الأقصى والأزهر.

-دراسة غادة عبد الغفار (2007) بعنوان: "الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة، هدفت الدراسة إلى تحديد الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة، أستخدم فيها أدوات تمثلت في: (مقياس بيك لقياس الاكتئاب تعريب أحمد عبد الخالق 1993، ومقياس الأفكار اللاعقلانية مقياس الأفكار اللاعقلانية لهوبر S.Hooper و لاين C.layne تعريب معتز سيد عبد الله ومحمد السيد عبد الرحمان 2002) ، طبقا على عينة بلغت(660) من جامعة بني سويف، فخلصت إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة تنبؤية بين الأفكار اللاعقلانية ومؤشرات الاكتئاب.

- وجود فروق بين الذكور والإناث في نسبة انتشار الاكتئاب وكم ونوع الأفكار اللاعقلانية.
- للتخصص أثر في ظهور الاكتئاب لصالح طلاب الكليات العلمية.
- توصلت الدراسة إلى الكفاءة القياسية لمقياس الأفكار اللاعقلانية الذي لم يستخدم من قبل مع هذه الفئة، وإنشاء معايير له وفقاً للمراعاة المتأخرة.

-دراسة فهد بن حامد (2007) بعنوان "علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية-دراسة مقارنة بين الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين في مدينة الرياض- تهدف الدراسة إلى معرفة مدى انتشار القلق لدى الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين ومدى ارتباط القلق بالأفكار اللاعقلانية، ومعرفة الفروق بين الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين في كل من القلق والأفكار اللاعقلانية، أستخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن، استخدم أدوات قياس تمثلت (مقياس القلق للدليمي وآخرون/1993/مقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني/1985) طبقاً على عينة بلغت(300) مبحوث (150) من عينة الأحداث المنحرفين و(150) من عينة غير منحرفين في المرحلة الثانوية، تم اختيارهم بطريقة المعاينة القصدية، وأسفرت نتائج الدراسة على:

- انخفاض مستويات القلق عند الأحداث غير المنحرفين وارتفاع مستويات القلق عند الأحداث المنحرفين.
- انخفاض مستويات الأفكار اللاعقلانية عند الأحداث غير المنحرفين وارتفاع مستويات الأفكار اللاعقلانية عند الأحداث المنحرفين.
- وجود علاقة بين القلق والأفكار اللاعقلانية.
- وجود فروق في القلق والأفكار اللاعقلانية بين الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين لصالح الأحداث المنحرفين.

-دراسة فطوم البراق (2008) بعنوان "التفكير اللاعقلاني وعلاقته بتقدير الذات ومركز التحكم لدى طلاب جامعات المدينة المنورة، استهدف البحث معرفة مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين طلاب جامعة طيبة وجامعة المدينة المنورة والفروق بينها، والتعرف على طبيعة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وتقدير الذات ومركز التحكم، ومعرفة أثر التخصص(علمي/أدبي) على الأفكار اللاعقلانية. استخدم في الدراسة المنهج الوصفي المسحي لمعرفة مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية والعلاقة المتبادلة بين المتغيرات الثلاث، واستخدام المنهج الوصفي المقارن لمعرفة ودراسة فرضيات الفروق، استخدمت في الدراسة أدوات تمثلت في: (مقياس الأفكار اللاعقلانية/مقياس تقدير الذات/مقياس مركز التحكم)

طبّقوا على عينة بلغت (305) موزعة بين جامعتين جامعة طيبة (163) طالب وضمت جامعة المدينة المنورة (142) طالب، فأسفرت نتائج الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها:

- انتشار الأفكار اللاعقلانية بين طلاب جامعة طيبة والمدينة المنور بنسبة مرتفعة.
- وجود فروق بين متوسطي درجات طلاب الجامعتين لصالح طلاب جامعة طيبة.
- عدم وجود فروق دالة بين التخصصات العلمية والتخصصات الأدبية في الأفكار اللاعقلانية.
- عدم وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية وتقدير الذات لدى طلاب الجامعتين.
- عدم وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية ومركز التحكم لدى طلاب الجامعتين.

دراسة فراس أحمد (2008) بعنوان "العلاقة بين أساليب التفكير والأفكار اللاعقلانية لدى طلبة جامعة اليرموك، هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى مساهمة أساليب التفكير حسب نظرية السلطة الذاتية لستيرنبرغ في الأفكار اللاعقلانية، ومدى اختلاف هذه المساهمة باختلاف الجنس، تكونت عينة الدراسة من (358) طالباً وطالبة من البكالوريوس بجامعة اليرموك، وتم تطبيق أدوات تمثلت في: (مقياس أساليب التفكير لستيرنبرغ-مقياس الأفكار اللاعقلانية لكلاجس)، وأظهرت نتائج الدراسة على:

- وجود فروق تُعزى للجنس في أساليب التفكير وفي الأفكار اللاعقلانية.
- أظهر تحليل الانحدار المتعدد أن هناك بعض أساليب التفكير تؤدي بالفرد بشكل أكبر دون غيرها، نتيجة تبني معتقدات لاعقلانية، كأسلوب التفكير الفوضوي والمحلي وأسلوب التفكير الهرمي والأقلي ينتج نتيجة تبني الفرد معتقدات أكثر عقلانية.
- أظهرت النتائج أن القدرة التنبؤية لأساليب التفكير تختلف باختلاف الجنس.

دراسة سلطان العويضة (2008) بعنوان "العلاقة بين الأفكار العقلانية- اللاعقلانية ومستويات الصحة النفسية لدى طلبة جامعة عمان الأهلية" هدفت الدراسة إلى كشف عن نسبة انتشار الأفكار العقلانية - اللاعقلانية، ومستويات الصحة النفسية، وإيجاد العلاقة بينهم لدى عينة متاحة من طلبة جامعة عمان الأهلية، بلغت (181) طالباً وطالبةً وللكشف عن الأفكار العقلانية - اللاعقلانية، تم استخدام مقياس الأفكار العقلانية - اللاعقلانية الذي قام بتعريبه وتقنيته على البيئة الأردنية (الريحاني، 1985)، وأما للكشف عن مستويات الصحة النفسية، فقد تم اعتماد مقياس غولديبرغ وويليام في الصحة العامة أظهرت النتائج:

- انتشار الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد عينة الدراسة، بلغ أعلى من (5) درجات.

- المستوى المتوسط من الصحة النفسية، بلغ (81.2%)، يليه المستوى المنخفض، بلغ (14.9%)، وأخيراً المستوى المرتفع، بلغ (3.9%).
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في جميع الأفكار اللاعقلانية تعزى لمتغير الجنس.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في جميع الأفكار اللاعقلانية تعزى للجنسية.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في جميع الأفكار اللاعقلانية تعزى للتخصص.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستويات الصحة النفسية تعزى للجنس، والجنسية والتخصص.
- وجود علاقة سالبة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية.

دراسة غرم الله الغامدي (2009) بعنوان "التفكير العقلاني والتفكير غير العقلاني ومفهوم الذات ودافعية الإنجاز لدى عينة من المراهقين المتفوقين دراسياً والعاديين بمدينة مكة المكرمة وجدة" هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين المتفوقين دراسياً والعاديين في كل من التفكير العقلاني وغير العقلاني مفهوم الذات، دافعية الانجاز ومعرفة الفروق في كل من هذه المتغيرات على حساب المدينة ومعرفة الارتباط بين التفكير العقلاني وغير العقلاني ومفهوم الذات و دافعية الانجاز، تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي بشقيه (الارتباطي والمقارن)، استخدم في الدراسة أدوات تمثلت في: (مقياس الأفكار اللاعقلانية إعداد سليمان الريحاني 1985-مقياس مفهوم الذات إعداد الباحث 2009-مقياس دافعية الانجاز إعداد الباحث 2009) طبقت على عينة قوامها (400) طالب في المرحلة الثانوية، أُختيروا بالطريقة العشوائية، وأسفرت نتائج الدراسة على:

- انتشار الأفكار العقلانية لدى المتفوقين وانتشار الأفكار غير عقلانية لدى العاديين.
- وجود علاقة ارتباطية بين التفكير العقلاني وغير العقلاني ومفهوم الذات لدى المتفوقين ولا توجد علاقة عند العاديين.
- وجود علاقة ارتباطية بين التفكير العقلاني وغير العقلاني ودافعية الانجاز لدى المتفوقين ولا توجد علاقة عند العاديين.
- وجود علاقة ارتباطية بين مفهوم الذات ودافعية الانجاز لدى العاديين ولا توجد علاقة عند المتفوقين.
- وجود فروق في الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية بين المتفوقين والعاديين لصالح المتفوقين.
- وجود فروق في الدرجة الكلية لمقياس مفهوم الذات بين المتفوقين والعاديين لصالح المتفوقين.

- وجود فروق في الدرجة الكلية لمقياس دافعية الانجاز بين المتفوقين والعاديين لصالح المتفوقين.
- وجود فروق في الدرجة الكلية لمقياس مفهوم الذات بين العقلانيين وغير العقلانيين لصالح العقلانيين.
- وجود فروق في الدرجة الكلية لمقياس دافعية للإنجاز بين العقلانيين وغير العقلانيين لصالح العقلانيين.
- وجود فروق في الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية بين متفوقين مكة وجدة لصالح متفوقين مكة، كما توجد فروق بين عاديين مكة وجدة لصالح عاديين مكة.
- عدم وجود فروق في الدرجة الكلية لمقياس مفهوم الذات بين متفوقين مكة وجدة لصالح متفوقين مكة، كما لا توجد فروق بين عاديين مكة وجدة لصالح عاديين مكة.
- عدم وجود فروق في الدرجة الكلية لمقياس دافعية للإنجاز بين متفوقين مكة وجدة لصالح متفوقين مكة، كما لا توجد فروق بين عاديين مكة وجدة لصالح عاديين مكة.
- دراسة صابر ممدوح (2009) بعنوان " الأفكار اللاعقلانية المؤشرة باضطراب الشخصية كإحدى إشكالات الأمن الفكري " حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن الأفكار اللاعقلانية كعوامل مؤشرة بالذهانية المأخوذة من مقياس الشخصية لأيزنك Eysenk والشعور بالوحدة واضطراب الشخصية وقد طبقت الاختبارات التي تقيس هذه المتغيرات على عينة من طلاب الجامعة قوامها (214) طالب وطالبة موزعين على النحو التالي: (107) ذكور و(107) إناث وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- وجود فروق بين الجنسين في بعض الأفكار اللاعقلانية بين الذكور وبين الإناث.
- وجود فروق بين الجنسين في بعض الأفكار اللاعقلانية حيث أوضحت النتائج أن الذكور أكثر ميلاً للاستنتاجات السلبية، والقبول والرضا المطلق من الجميع، والتأويل الشخصي للأشياء والذهانية عند الإناث التي تملن إلى الاعتمادية والكمالية المطلقة والتهويل والمبالغة في الأمور والتشوه في إدراك الناس والشعور بالوحدة.
- وجود ارتباط بعض أبعاد الأفكار اللاعقلانية بالذهانية والشعور بالوحدة.
- تبين أن بعض الأفكار اللاعقلانية وهي الاستنتاجات السلبية، والقبول والرضا المطلق من الجميع، والتأويل الشخصي للأشياء والاعتمادية والكمالية المطلقة والقلق الناتج عن التهويل والمبالغة في الأمور من المؤشرات الهامة في اضطراب كل من الجنسين.

-دراسة أحمد محمد نوري (2009) بعنوان " الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة في جامعة الموصل" هدفت الدراسة إلى التعرف على الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة بلغت عينة الدراسة(400) طالب وطالبة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاستعانة بمقياس الأفكار اللاعقلانية لمحمد(1992) ومقياس التكيف النفسي والاجتماعي لماير(1995) وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الجنس والمرحلة الدراسية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية تُعزى إلى تفاعل متغير الجنس والمرحلة الدراسية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التكيف النفسي والاجتماعي تُعزى لمتغير الجنس والمرحلة الدراسية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التكيف النفسي والاجتماعي تُعزى إلى تفاعل متغير الجنس والمرحلة الدراسية.
- عدم وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والتكيف النفسي والاجتماعي بين طلبة الجامعة.

-دراسة خالد بن الحميدي (2010) بعنوان "إدراك القبول-الرفض الوالدي والأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل لدى عينة من طلاب جامعة الحدود الشمالية"، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين إدراك القبول-الرفض الوالدي والأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل، كما أُستخدم في الدراسة المنهج الوصفي تم تطبيق أدوات قياس تمثلت في:(استبيان القبول-الرفض الوالدي إعداد رونالد رونر، ترجمة ممدوحة سلامة1986-مقياس الأفكار اللاعقلانية إعداد سليمان الريحاني1985-مقياس قلق المستقبل إعداد زينب محمود شقير1985)، طُبقت على عينة بلغت(360) طالب وطالبة تم اختيارهم عشوائياً توصلت نتائج الدراسة إلى:

- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين إدراك القبول من قبل(الأب والأم) والأفكار اللاعقلانية.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إدراك الرفض من قبل(الأب والأم) والأفكار اللاعقلانية.
- وجود علاقة ارتباطية بين الأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب كلية الآداب وطلاب كلية العلوم في قلق المستقبل تبعاً للسنة الدراسية.

-دراسة دانفة بنت عثمان (2010) بعنوان "الرهاب الاءتماعف وءلاقته بالأفكار اللاءقلانفة لءى عفة من طالبات المرءلة الثانوفة بمءفنة مكة المكرمة" هءفت الدراسة إلى معرفة الفروق بفن طالبات القسم الأءبف وطالبات القسم العلمف؁ ومعرفة الارتباط بفن الرهاب الاءتماعف والأفكار اللاءقلانفة ومدف تأففر الأفكار اللاءقلانفة على الرهاب الاءتماعف فف مرءلة المراهقة؁ أسءءم فف هءه الدراسة المنهء الوصفف؁ كما وظفت أءوات قفاس ءءمءل فف:(مقفاس الرهاب الاءتماعف لرولفن ووف Roulin 1994&Wee؁ ءعرفف مجءف محمد الءسوقف/مقفاس الأفكار اللاءقلانفة لهوبر S.Hooper ولافن C.layne؁ ءعرفف معءز سفء عبء الله ومحمد السفء عبء الرءمان2002) طبقت هءه الأءوات على عفة بلءت(416) ءم اءءفارهم بطرفقة عشوائفة؁ فأسفرء الدراسة عن النءاءء ءالفة:

- ءم وءوء فروق فف ءرءة الرهاب الاءتماعف والأفكار اللاءقلانفة ءعزف إلى ءءصص(علمف/أءبف).
- وءوء ءلاقة ارتباطفة بفن ءرءات الأفكار اللاءقلانفة وءرءات الرهاب الاءتماعف. كما بفنء النءاءء أنه فمكن ءءبؤ بءرءات الرهاب الاءتماعف من ءلال ءرءات الأفكار اللاءقلانفة؁ بءفء فسهم ءل من طلب الاسءءسان والءمال والءهور الانفعالف بنسبة(27.3%) بالءءبؤ بالرهاب الاءتماعف لءى عفة البحث.

-دراسة ءسن بن عف (2010) بعنوان "الأفكار اللاءقلانفة وءلاقءها بإءارة الوقت لءى عفة من طلاب ءامعة ءائل؁ هءفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بفن الأفكار اللاءقلانفة وإءارة الوقت؁ ومعرفة الفروق فف هءفن المءغفرفن ءبعًا للءنس؁ المسءوف الءراسف؁ ءءصص العلمف؁ ءم اسءءءام المنهء الوصفف ءمءء الدراسة أءوات بءء ءمءل فف:(مقفاس الأفكار اللاءقلانفة إءءاء سفلمان الرفءانف1985/ مقفاس إءارة الوقت من إءءاء الباءء2010) طبقت على عفة قوامها(366) طالب منهم(160) ذكور و(206) إناء؁ ءم اءءفارهم بطرفقة المعافنة العشوائفة الطبقة؁ وأسفرء النءاءء على:

- وءوء ءلاقة ارتباطفة بفن الأفكار اللاءقلانفة وإءارة الوقت.
- ءم وءوء فروق بفن الءنسن فف ءرءة الأفكار اللاءقلانفة؁ ففما ءاءء الفروق على فكرة اللوم الزاءء للءاء وللآءرفن لصالء الذكور؁ وفكرة الءلول الكاملة لصالء الإناء.
- وءوء فروق ذاء ءلالة إءصائفة بفن الذكور والإناء فف ءرءة إءارة الوقت لصالء الذكور.

- وجود فروق دالة بين طلاب التخصص الأدبي وطلاب التخصص العلمي على فكرة طلب التأييد والاستحسان، وفكرة اللوم القاسي للذات وللآخرين وذلك لصالح التخصص الأدبي وعلى فكرة تجنب المشكلات وعلاقة الرجل بالمرأة لصالح التخصص العلمي.
- وجود فروق دالة بين طلاب التخصص الأدبي وطلاب التخصص العلمي على كل من: أهمية الوقت، التخطيط، وضع الأهداف والأولويات، مجموع أبعاد إدارة الوقت بفاعلية وذلك لصالح التخصص الأدبي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفكار اللاعقلانية بين السنتين الأوليتين والسنتين الأخيرتين.
- لا يختلف ترتيب متوسط درجات الأفكار اللاعقلانية باختلاف (الجنس، التخصص، المستوى الدراسي).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات إدارة الوقت بين السنتين الأوليتين والسنتين الأخيرتين.
- يختلف ترتيب متوسط درجات الأفكار اللاعقلانية بين الأفراد ذوي الإدارة المرتفعة والأفراد ذوي الإدارة المنخفضة للوقت.
- دراسة زطوطو نعيمة (2010) بعنوان «الاستجابة الإكتئابية لدى المرأة العانس وعلاقتها بغموض التفكير_دراسة مقارنة بين نساء عوانس ونساء متزوجات_هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن الفروق بين المتزوجات والعانسات في استجابات الاكتئاب وفي غموض التفكير بين المجموعتين ومحاولة فحص العلاقة بين الاكتئاب وغموض التفكير، ومعرفة محتوى المضمون الفكري (سلبي/إيجابي) ومن حيث مجرى التفكير (منسق. مشوش. تسلسلي. متقطع) استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، استخدمت أدوات قياس تمثلت في: (مقياس بيك BECK ترجمة غريب عبد الفتاح، واختبار الانزلاق المعرفي Scs ترجمة رشيد مسيلي)، طبقت على عينة قوامها (150) إمرأة عانس و (150) إمرأة متزوجة، تم اختيارهم بالمعينة العشوائية، وأسفرت نتائج الدراسة إلى:
- معاناة المرأة العانس من الاكتئاب.
- تعاني المرأة العانس من غموض في التفكير.
- توجد علاقة طردية بين الاستجابة الاكتئابية وغموض التفكير لدى المرأة العانس.
- توجد فروق جوهرية بين المرأة العانس والمرأة المتزوجة على مقياس الاكتئاب.
- توجد فروق جوهرية بين المرأة العانس والمرأة المتزوجة على مقياس الانزلاق المعرفي.

-دراسة إقروفة صفية (2011) بعنوان "المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وعلاقتها بسوء التوافق الدراسي لدى المراهقين المتمدرسين في السنة الثانية ثانوي-دراسة مقارنة بين المتوافقين وغير المتوافقين دراسياً- هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المخططات المبكرة غير مكيفة وسوء التوافق لدى فئة المراهقين المتمدرسين ومعرفة أي المخططات المعرفية الأكثر مساهمة في ظهور التوافق الدراسي، تم انتهاج أسلوب الدراسة المقارن، وتم استخدام مقياس التوافق الدراسي للزيادي(1964) ومقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لجيفري يونغ(1998) الشكل المختصر(YSQ-S1). تم تطبيقهم على عينة قصدية قوامها(200) فرد، وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالدرجة الكلية لمقياس المخططات المبكرة غير المكيفة لصالح التلاميذ الغير متوافقين دراسياً.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالمخططات غير المكيفة لصالح التلاميذ غير متوافقين دراسياً بحيث تبين أن(08) مخططات من بين(15) مخططاً غير مكيف يؤثر في سلوك التلاميذ الغير متوافقين دراسياً ويتعلق الأمر بمخطط الحرمان العاطفي مخطط الانعزال الاجتماعي، مخطط القابلية للانجراح، مخطط الاندماج، مخطط الفشل التي تدل درجة تأثيرها على أنها تمثل مشكلاً بالنسبة لهم، أما مخطط التخلي/عدم الاستقرار، الحذر/التعدي، والتضحية ونكران الذات، فتدل على درجة تأثيرها على أنها تلعب دوراً هاماً في حياة التلاميذ غير المتوافقين.
- مخطط الحرمان العاطفي، الحذر/التعدي، التخلي/عدم الاستقرار، الانعزال الاجتماعي هي الأكثر شدة على حياة الفرد تتبع من عدم إشباع الحاجة إلى الأمن المتعلق بالارتباط بالآخرين، وأن مخطط القابلية للانجراح، والاندماج والفشل النابعة من عدم اشباع الحاجة إلى الاستقلالية والكفاءة والتي تؤثر وتساهم في سوء التوافق.

-دراسة فاكهة(2011) بعنوان "الأفكار العقلانية واللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى طلبة كلية التربية_صبر-جامعة عمان" هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التفكير العقلاني واللاعقلاني والاكتئاب، كما استهدفت الدراسة محاول الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في التفكير العقلاني واللاعقلاني وكذلك في الاكتئاب، حيث تم استخدام

استبانة التفكير العقلاني واللاعقلاني و استبانة بيك للاكتئاب وتم تطبيقهما على عينة قوامها(292) طالبًا وطالبة. وأسفرت النتائج عن مايلي:

- وجود علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين بعض الأفكار العقلانية واللاعقلانية والاكتئاب.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الأفكار العقلانية واللاعقلانية لصالح الذكور.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الاكتئاب.

-دراسة يوسف مقدادي(2011) بعنوان "بعض المتغيرات الشخصية المتعلقة بالمرهقين والمرهقات دراسة مقارنة" هدفت الدراسة إلى التعرف على بعض المتغيرات الشخصية (الأفكار اللاعقلانية، الاكتئاب، قلق الموت، تقدير الذات) المتعلقة بالمرهقين والمرهقات. بلغت عينة الدراسة (100) طالب وطالبة من طلبة المستوى الأخير في المرحلة الأساسية وطلبة المرحلة الثانوية الذين يُمثلون مرحلة المراهقة المتوسطة، تم اختيارهم قصديًا، تم استخدام اختبار الأفكار اللاعقلانية، قائمة بيك للاكتئاب، مقياس قلق الموت، مقياس تقدير الذات، فأسفرت النتائج عن:

- تفوق الإناث في تبني الأفكار اللاعقلانية مقارنة بالذكور
- عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الاكتئاب
- تفوق الإناث في تبني الشعور بقلق الموت مقارنة بالذكور
- عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تقدير الذات
- وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب وقلق الموت.

-دراسة روبي(2012) بعنوان"الأفكار اللاعقلانية لدى المرهقين وعلاقتها بالاكتئاب"

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب لدى عينة من المرهقين والكشف عن طبيعة العلاقة في جميع الأفكار اللاعقلانية الإحدى عشر التي تحدث عنها ألبرت إليس وعلاقة كل فكرة بالاكتئاب. وللتحقق من ذلك تم تطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال والمرهقين (لمحمد السيد عبد الرحمان ومعتز سيد عبد الله) ومقياس الاكتئاب للأطفال والمرهقين(لأحمد عبد الخالق) على عينة عشوائية عنقودية قوامها(131) مراقب ومرهقة، معتمدين في ذلك على المنهج الوصفي الارتباطي فأسفرت نتائج على:

- وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.01) بين فكرة طلب الاستحسان والاكتئاب.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) بين فكرة ابتغاء الكمال الشخصي والاكتئاب.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.05) بين فكرة اللوم القاسي للذات وللآخرين والاكتئاب.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.01) بين فكرة توقع الكوارث والاكتئاب.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.01) بين فكرة التهور الانفعالي والاكتئاب.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.01) بين فكرة القلق الزائد والاكتئاب.
 - عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين فكرة تجنب المشكلات والاكتئاب، ولا توجد علاقة ارتباطية دالة بين فكرة الاعتمادية والاكتئاب.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.01) بين فكرة الشعور بالعجز والاكتئاب.
 - عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين فكرة الانزعاج لمشاكل الآخرين والاكتئاب، ووجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.01) بين فكرة ابتغاء الحلول الكاملة والاكتئاب.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية عند مستوى (0.01) بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب.
- دراسة عبد العزيز حنان (2012) بعنوان "نمط التفكير وعلاقته بتقدير الذات دراسة ميدانية على طلبة جامعة بشار" هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين نمط التفكير وتقدير الذات والكشف عن الفروق في نمط التفكير وفق لمتغيرات (الجنس، التخصص، التحصيل الأكاديمي، المستوى الدراسي) تم انتهاج المنهج الوصفي، ولتحقيق هدف الدراسة طُبق مقياس نمط التفكير من تصميم الباحثة، واختبار تقدير الذات لكوبر وسميث (Cooper Smith) على عينة قوامها (200) طالبًا من جامعة بشار وأسفرت النتائج عن مايلي:

- وجود علاقة ارتباطية بين نمط التفكير وتقدير الذات لدى طلبة جامعة بشار.
- وجود علاقة ارتباطية بين نمط التفكير الايجابي وتقدير الذات المرتفع لدى طلبة جامعة بشار.
- وجود علاقة ارتباطية بين نمط التفكير السلبي وتقدير الذات المنخفض لدى طلبة جامعة بشار.
- عدم وجود فروق دالة احصائية في نمطي التفكير الايجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة تُعزى إلى مُنغير الجنس.

- عدم وجود فروق دالة احصائية في نمطي التفكير الايجابي والسلبى لدى طلبة الجامعة تُعزى إلى مُتغير الجنس.
- عدم وجود فروق دالة احصائية في نمطي التفكير الايجابي والسلبى لدى طلبة الجامعة تُعزى إلى مُتغير التخصص الدراسي.
- عدم وجود فروق دالة احصائية في نمطي التفكير الايجابي والسلبى لدى طلبة الجامعة تُعزى إلى مُتغير التحصيل الأكاديمي.
- عدم وجود فروق دالة احصائية في نمطي التفكير الايجابي والسلبى لدى طلبة الجامعة تُعزى إلى مُتغير المستوى الدراسي.

-دراسة أبو جحوح(2012) بعنوان "العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية و الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية" هدفت هذه الدراسة للتعرف على العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاضرابات النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية و معرفة مدى انتشار الافكار اللاعقلانية والتعرف على الفروق بين الطلبة تبعاً للجنس، والمستوى الدراسي (الأول و الرابع)، و مكان السكن، وقد استخدم الباحث مقياس الأفكار اللاعقلانية إعداد سليمان الريحاني (1987) و مقياس قائمة الأعراض المرضية من إعداد ليوراند ديرويتش، رونالدس ليمان، لينوكوفي وترجمه للعربية عبد الرقيب أحمد إبراهيم وقام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي حيث تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية واشتملت عينة الدراسة على (533) طالب و طالبة من جامعتين (الأقصى و الإسلامية). وخلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية بين مستوى الافكار اللاعقلانية و الأعراض المرضية.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية تعزى لاختلاف منطقة السكن والمستوى الاقتصادي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف الجنس لصالح الذكور .
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي .

-دراسة هديل(2013) بعنوان "الدلالات الفلسفية للأفكار العقلانية واللاعقلانية بين طلبة جامعة الموصل الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي دراسة وصفية مقارنة" هدفت الدراسة إلى التعرف على الدلالات الفلسفية للأفكار العقلانية واللاعقلانية بين طلبة جامعة الموصل وعلى الفروق في الأفكار تبعاً لاختلاف الجنس وتبعاً لاختلاف التخصص، وتم استخدام المنهج الوصفي بطريقة المقارن، وتم اختيار العينة بطريقة عمدية حيث بلغت(380) طالباً وطالبة وتم الاعتماد على أداة تحليل المحتوى ومقياس الأفكار اللاعقلانية للريحاني(1985) وأسفرت النتائج التالية:

- انتشار الأفكار اللاعقلانية بين الطلبة الممارسين وغير ممارسين للنشاط الرياضي.
- وجود فروق بين الممارسين وغير الممارسين في الأفكار اللاعقلانية لصالح الممارسين للنشاط الرياضي.

- وجود فروق بين الذكور والإناث في الأفكار اللاعقلانية لصالح الإناث.

-دراسة علاء حجازي(2013) بعنوان"القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية بالمدارس الحكومية في محافظات غزة"، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين القلق الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية والكشف عن الفروق بين الطلبة في ظل متغيرات(مكان السكن الجنس المستوى التعليمي للطلبة، المستوى التعليمي للوالدين ،حجم الأسرة، الترتيب الولادي) تم انتهاج المنهج الوصفي التحليلي، وبلغت عينة الدراسة من(888) طالبة وطالبة، وقد استخدم في الدراسة مقياس القلق الاجتماعي ومقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد الباحث، أفرزت الدراسة النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين القلق الاجتماعي و الأفكار اللاعقلانية.
- مستوى القلق الاجتماعي بلغ(70.8%) وأن الوزن النسبي للأفكار اللاعقلانية بلغ(69.1%) حيث احتلت فكرة توقع الكوارث المرتبة الأولى يليها فكرة طلب الاستحسان وابتغاء الكمال الشخصي.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية والقلق الاجتماعي تُعزى لمتغيرات(السكن الجنس، المستوى التعليمي للطلبة، المستوى التعليمي للوالدين ،حجم الأسرة الترتيب الولادي).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الافكار اللاعقلانية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

-دراسة رانية الصاوي(2013) بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لخفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تبوك" هدفت الدراسة لبناء برنامج إرشادي جمعي لخفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تبوك، وأستخدم المنهج التجريبي على عينة قوامها(30) طالبة. تم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تراوحت أعمارهم بين(18-21) سنة، وخلصت النتائج إلى مايلي:

- للبرنامج فاعلية في خفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى الطالبات
- وجود فروق دالة إحصائية بين التطبيق البعدي والتطبيق التبعي وهذا دليل لأثر البرنامج بعد شهرين من التطبيق.

-دراسة بلعسلة فتيحة(2013) بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي في تنفيذ الأفكار اللاعقلانية الداعمة للعدوان وتعديل السلوك العدواني عند المراهق المتمدرس" هدفت الدراسة إلى استقصاء أثر برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي في تنفيذ الأفكار اللاعقلانية الداعمة للعدوان وتعديل السلوك العدواني عند المراهق المتمدرس القائم على النظرية العقلانية الانفعالية لـ ألبرت إليس، وفحص الفروق في مستوى درجات الأفكار اللاعقلانية ومستوى درجات السلوك العدواني بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، تم استخدام المنهج التجريبي، بلغت عينة الدراسة(20) مراهقة ومراهقة(10) في المجموعة التجريبية و(10) في المجموعة الضابطة، تم استخدام أدوات قياس تمثلت في:(مقياس السلوك العدواني لآمال عبد السميع مليجي باضة(1996) ومقياس الأفكار اللاعقلانية الداعمة للعدوان تصميم الباحثة، والبرنامج الإرشادي تصميم الباحثة) وأسفرت النتائج على:

- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات السلوك العدواني في القياس البعدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية.
- وجود فرق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفكار اللاعقلانية في القياس البعدي بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية.
- عدم وجود فرق دالة إحصائية في درجات السلوك العدواني بين القياس البعدي والقياس التبعي عند المجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج
- عدم وجود فرق دالة إحصائية في درجات الأفكار اللاعقلانية بين القياس البعدي والقياس التبعي عند المجموعة التجريبية لصالح المجموعة التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج.

-تعقيب خاص بالدراسات السابقة التي تناولت الأفكار اللاعقلانية:

من خلال ما سبق نستنتج أن موضوع الأفكار اللاعقلانية بدأ البحث فيه كموضوع سيكولوجي قابل للدراسة إجرائياً في بداية الثمانينات وذلك في حدود اطلاع الباحث على التراث الانساني والأدبي ويتجلى ذلك في دراسة هوج ودفينباتشر (Hoog&Deffenbacher(1986 في الولايات المتحدة الأمريكية أما ما تعلق بالتناولات المنهجية فقد تم تناوله بمنهجيات مختلفة ولدى عينيات مختلفة وبأدوات قياس متنوعة.

فيتضح من تلك الدراسات والبحوث السابقة التي درست متغير الأفكار اللاعقلانية شيوع استخدام المنهج الوصفي بشقيه التحليلي والارتباطي بنسبة كبيرة قدرت بـ(72.22%) من مجمل الدراسات التي ذُكرت، كدراسة هوج ودفينباتشر (1986)، Hoog&Deffenbacher باريرا وآخرون (Barrera et al(1988)، دراسة الريحاني وآخرون (1989)، دراسة الجزائر (2000) دراسة حسيب (2000)، دراسة كالفت وكاردينسو (Cardenso&Calvet(2004)، دراسة البنوي (2005) دراسة كينث، ريس (Rice. Kenneth(2006)، دراسة عبد العزيز حدار (2006) دراسة سماح شحاتة (2006)، دراسة لبنى أحمان (2006)، دراسة أبو شعر (2007)، دراسة غادة عبد الغفار (2007) دراسة فهد بن حامد (2007)، دراسة فطوم (2008)، دراسة سلطان العويضة (2008)، دراسة فراس أحمد (2008) دراسة صابر ممدوح (2009)، دراسة أحمد محمد نوري (2009) دراسة حسن بن علي (2010)، دراسة خالد بن الحميدي (2010)، دراسة دانية بنت عثمان (2010)، دراسة فاكهة (2011)، دراسة روبي (2012)، دراسة عبد العزيز حنان (2012)، دراسة أبو ججوح (2012)، دراسة علاء حجازي (2013).

أما من حيث المناهج المستخدمة، فقد شاع استخدام المنهج الوصفي ذو الطابع السببي المقارن بنسبة (16.66%) من مجمل الدراسات التي ذُكرت، كدراسة محمد سليم خميس (2005)، ودراسة غرم الله الغامدي (2009)، دراسة زطوطو نعيمة (2010)، دراسة يوسف مقدادي (2011)، دراسة إقروفة صافية (2011)، دراسة هديل (2013).

فبالنسبة للبحوث التجريبية فقد تم استخدام المنهج التجريبي بنسبة (11.11%) من مجمل تلك الدراسات كدراسة الأسمرى (1998)، دراسة ناصر بن عبد العزيز (2005)، دراسة رانية الصاوي (2013) دراسة بلعسلة فتيحة (2013).

أما من حيث طبيعة وحجم العينة في تلك الدراسات والبحوث فقد بلغت عينة الدراسة بين (31) مفحوص كحد أدنى و(856) مفحوص كحد أعلى في الدراسات الوصفية التحليلية والارتباطية، وبين (100) مفحوص كحد أدنى و(468) مفحوص كحد أعلى في الدراسات الوصفية المقارنة، وبين (20) مفحوص كحد أدنى و(196) مفحوص كحد أعلى في الدراسات التجريبية.

فلاحظ من خلال تلك الدراسات، أن طبيعة عينة الدراسة التي نالت القسط الأكبر في تلك البحوث والدراسات السابقة في دراستها للأفكار اللاعقلانية هي عينة المراهقين والشباب كطالبة في المدارس المتوسطة والثانوية والجامعة بنسبة (83.33%) إلا دراسة الأسمرى (1998) ودراسة ناصر بن عبد العزيز (2005) كانت لدى عينات من المدمنين ودراسة عبد العزيز حداد (2006) كانت لدى عينة من مترددين العيادات والمراكز الاستشارية، ودراسة سماح شحاتة (2006) كانت العينة لدى العمال في القطاع الحكومي ودراسة لبنى أحمان (2006) كانت عينة الدراسة لدى مرضى الكف المناعي المكتسب بمستشفى باتنة الجامعي ومستشفى قسنطينة الجامعي ودراسة زطوطو نعيمة (2010) كانت عينة الدراسة لدى العوانس.

ويتجلى من خلال ما سبق من حيث الأدوات المستعملة في قياس الأفكار اللاعقلانية في تلك البحوث والدراسات حيث غلب استخدام اختبار الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني (1985) بنسبة (27.71%) في المرتبة الأولى يليه مقياس الأفكار اللاعقلانية لهوبر S.Hooper ولاين C.layne، تعريب معتز سيد عبد الله ومحمد السيد عبد الرحمان (2002) في المرتبة الثانية بنسبة (27.71%).

وباقى الدراسات تنوعت أدوات قياس الأفكار اللاعقلانية منهم من قام بتصميم أداة تقيس الأفكار اللاعقلانية كدراسة فراس أحمد (2008) ومنهم من استخدم مقياس الأفكار اللاعقلانية لمحمد (2002)، كدراسة أحمد محمد النوري (2008)، ودراسة زطوطو نعيمة (2010) تمت استخدام الانزلاق المعرفي، ودراسة بلعسلة التي قامت بتصميم مقياس الأفكار اللاعقلانية الداعية للعدوان (2013)، وهذه الدراسات لم تستخدم أدوات متشابهة لقياس الأفكار اللاعقلانية حسب هدف الدراسة وإمكانيات كل باحث للحصول على تلك الاختبارات والبطاريات.

ونسنتج من خلال عرضنا للدراسات السابقة التي اهتمت بموضوع الأفكار اللاعقلانية أن الموضوع دُرِسَ بعدة مناهج وطرائق بحثية متعددة ولأدوات قياس متنوعة إلا أننا اكتشفنا أن تلك البحوث والدراسات السابقة جاءت في سياق خاصية البناء للبحث العلمي في سياق موضوع الأفكار اللاعقلانية خاصةً في البحوث والدارسات التالية كدراسة الأسمرى (1998)، دراسة ناصر بن عبد العزيز (2005)، دراسة رانية الصاوي (2013) دراسة بلعسلة فتيحة (2013) والذي صمموا برامج علاجية ارشادية لتقنين للأفكار اللاعقلانية.

ونلاحظ من خلال تلك الدراسات قل ما نجد دراسات تتبنى مقاربات نظرية في البحث باستثناء دراسة لأسمرى (1998) بعنوان "الأفكار اللاعقلانية وغير عقلانية لدى مدمنين الهيروين في طوء نظرية إيس" ودراسة عبد العزيز حدار (2006) بعنوان "الاكتئاب وعلاقته باختلال التفكير السنني والتحكم المدرك من منظور الاتجاه المعرفي".

3.6.1- الدراسات التي تناولت الصحة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات:

دراسة عبد العزيز حدار (1995) بعنوان "الصحة النفسية من منظور إسلامي دراسة وصفية تحليلية" هدفت الدراسة إلى معرفة ارتباط الصحة النفسية بقوة المعرفة العقائدية ولتحقيق هدف الدراسة تم انتهاج المنهج الوصفي التحليلي، كما تم استخدام مقاييس تمثلت في: (قائمة التوتر SACL.stress arousal check list) لتوم كوكساو كولين مكاي Tom Coxaw Colin MacKey (مقياس بيك للاكتئاب Beak) (قائمة المعرفة العقائدية من إعداد الباحث) (قائمة الممارسة التعبدية من إعداد الباحث) وتم تطبيق الأدوات على عينة بلغت (81) طالب جامعي من جامعة بوزريعة والخروبة بجامعة الجزائر، فأسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية بين القوة العقائدية والممارسة التعبدية من جهة والاكتئاب والتوتر من جهة أخرى وأن الصحة النفسية مرتبطة بالبناء العقائدي ذلك لأن المشكلات النفسية تُعزى في المنظور الإسلامي إلى الخلل والاضطراب الذي يُمس معتقدات وتصورات وأفكار الفرد ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئة الأكثر ممارسة للعبادات والفئة الأقل ممارسة في التوتر والاكتئاب.

دراسة الزبيدي والهزاع (1997) بعنوان "بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة" استهدفت بناء مقياس لقياس الصحة النفسية ومعرفة دلالة الفروق بين الذكور والإناث لعينة من طلبة الجامعة وطبق عليهم مقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحثين، وبعد تحليل البيانات إحصائياً باستخدام معامل الارتباط والوسيط الحسابي والاختبار التائي لعينتين مستقلتين، أظهرت النتائج بأن طلبة الجامعة يعانون من ضغوط نفسية والتي تشكل لهم أزمات نفسية ووجود فروق في الصحة النفسية لدى كل من الذكور والإناث.

دراسة سمين (1997) بعنوان "الأمن والتحمل النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية" هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين الصحة النفسية والأمن والتحمل النفسي على عينة تألفت من (350) طالباً من طلاب الجامعات للمراحل المنتهية. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث ثلاثة مقاييس أحدهما اختبار ماسلو (الشعور - عدم الشعور بالأمن) ومقياس التحمل النفسي ومقياس الصحة النفسية المعد من قبل الباحث، توصلت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية دالة بين متغيرات البحث الثلاثة والتحمل النفسي متغيراً وسيطاً يحول دون حدوث التأثيرات السلبية المتوقعة التي يحدثها الأمن النفسي عن الصحة النفسية وأن الصحة النفسية وظيفة للتحمل والأمن النفسيين ودالة لهما.

دراسة عثمان مجدي (1999) بعنوان "اقتراح منهاج في الصحة النفسية لطلبة الصف العاشر الأساسي" هدفت هذه الدراسة إلى اقتراح منهاج في الصحة النفسية لطلبة الصف العاشر الأساسي من خلال تحديد أهداف عامة ومحتوى لهذا المنهاج والوقت اللازم لتدريسه من وجهة نظر كل من المعلمين و الطلبة في المديرية الثلاث لتربية والتعليم، و تم اختيارهم بطريقة طبقية وعشوائية بواقع (1268) فرداً من طلبة ومعلمين وتم توزيع استبانة، و قد أشارت نتائج الدراسة إلى مايلي:

- موافقة عينة الدراسة على أن تدرس جميع أهداف المنهاج المقترح في الصحة النفسية لطلبة الصف العاشر الأساسي.
- اختار معظم أفراد فئات عينة الدراسة من طلبة و معلمين دراسة المشكلات النفسية في مرحلة المراهقة، والدين والصحة النفسية، والشخصية، والصحة النفسية والجنس، ونماذج من المشكلات الاجتماعية وكيفية التعامل معها في المراهقة، والاضطرابات النفسية، والدوافع والمرشد النفسي والطبيب النفسي، والتكيف النفسي و مبادئ عامة في الصحة النفسية والاختيار المهني.

- فضلوا أن يُدرس المنهاج المقترح في الصحة النفسية لطلبة الصف العاشر الأساسي في فصلين دراسيين خلال العام وبواقع ثلاث حصص أسبوعياً، و تمتد الحصة الواحدة (45دقيقة).

-دراسة الزبيدي (2000) بعنوان "الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعة" استهدفت معرفة الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى أعضاء الهيئة التدريسية حيث طبق الباحث ثلاثة مقاييس لكل من الضغوط النفسية والرضا المهني والصحة النفسية على عينة من أساتذة الجامعة، وبعد تحليل البيانات إحصائياً توصلت الدراسة إلى أن عينة البحث من الذكور والإناث يعانون من ضغوط نفسية والذكور أكثر معاناة من الإناث، وأن المتوسط الحسابي لدرجات الرضا المهني أقل من المتوسط الفرضي، أما المتوسط الحسابي لمقياس الصحة النفسية أعلى من المتوسط الفرضي وأن أعضاء هيئة التدريس يتمتعوا بالصحة النفسية.

-دراسة علي (2001) بعنوان "الصحة النفسية وعلاقتها بموقع الضبط والجنس والعمر لطلبة المرحلة الثانوية " هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصحة النفسية وموقع الضبط والجنس والعمر لطلبة المرحلة الثانوية وبلغت عينة الدراسة(800) من طلبة مدينة بغداد واستخدمت في الدراسة مقياس(كولودبرغ) للصحة النفسية، ومقياس روتر لمركز السيطرة للجابري(1993) وتوصلت الدراسة إلى أن طلبة المرحلة الثانوية يتمتعون بصحة نفسية جيدة، ولا يوجد تأثير لمركز السيطرة والعمر والمرحلة الدراسية في الصحة النفسية، وهناك تأثير لعامل الجنس في الصحة النفسية لصالح الذكور.

-دراسة حسنين(2004) بعنوان"الخبرات الصادمة و المساندة الأسرية و علاقتها بالصحة النفسية للطفل"هدفت الدراسة إلى معرفة الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل بلغت عينة الدراسة (450) طفلاً و طفلة تتراوح أعمارهم ما بين (10-12) عاماً تم اختيارهم عشوائياً واستخدمت الأدوات التالية(اختبار الصدمة، اختبار ضغوط ما بعد الصدمة PTSD اختبار المساندة الأسرية، اختبار العصاب، اختبار روتر لقياس الصحة النفسية) و أظهرت النتائج مايلي:

- وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة و بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية قليلة بالنسبة للصحة النفسية لصالح الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة.
- وجود فروق في درجة الصحة النفسية بين الذكور والإناث.

- وجود فروقا دالة بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة بالنسبة لمستوى العصاب لصالح الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة.

- عدم وجود فروق دالة بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة والذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.

-دراسة أبو العمرين(2004) بعنوان"مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين و الممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية في محافظات غزة" هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المستشفيات الحكومية في محافظات غزة والتعرف على الاختلافات في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين العاملين بمستشفيات محافظات غزة تبعاً لكل من (الجنس، المؤهل العلمي، القسم الذي يعمل به، و عدد سنوات الخبرة) كما هدفت إلى استكشاف العلاقة بين مستوى الصحة النفسية والأداء المهني. بلغت عينة الدراسة من (201) ممرض و ممرضة، العاملين في المستشفيات المركزية في محافظات غزة (مجمع الشفاء الطبي، مجمع ناصر الطبي، مستشفى غزة الأوروبي)، استخدم لجمع البيانات الأدوات التالية: (استبانة لقياس الصحة النفسية لدى الممرضين من إعداد الباحثة، نموذج تقويم الأداء (التقرير السنوي) المعتمد في وزارة الصحة ديوان الموظفين العام)، وأظهرت الدراسة النتائج التالية مايلي:

- وجود تباينات في مستويات الصحة النفسية لدى الممرضين والممرضات، حيث كان مستوى الصحة النفسية لدى الممرضين أعلى منه لدى الممرضات في كل من البعد الشخصي و البعد الاجتماعي و الدرجة الكلية للمقياس.

- عدم وجود تباينات في كل من البعد المهني و البعد الديني.

- عدم وجود تباينات في مستوى الأداء لدى الممرضين والممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الأداء وأبعاده الفرعية.

- عدم وجود علاقة بين الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية ومقياس الأداء المهني.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسط درجات الممرضين و متوسط درجات الممرضات في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية لصالح الممرضين.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى(0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تُعزى للمؤهل العلمي.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات و الممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى إلى القسم الذي يعمل فيه الممرض/الممرضة. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات والممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تُعزى لعدد سنوات الخبرة في جميع أبعاد مقياس الصحة النفسية ما عدا البعد الاجتماعي.
- وجود فروق لصالح سنوات الخبرة الطويلة، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) في مستوى الصحة النفسية لدى الممرضات و الممرضين العاملين في المستشفيات الحكومية تعزى للمستوى الاقتصادي لصالح ذوي الدخل المرتفع.
- دراسة مروان دياب(2006) بعنوان "دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين" هدفت الدراسة إلى معرفة دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين، وقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، تم استخدام الأدوات مقياس الصحة النفسية من إعداد القريطي والشخص (1992) ومقياس المساندة الاجتماعية من إعداد شقير(2002)، تم تطبيق هذه الأدوات على عينة قوامها (550) طالبًا وطالبة من طلبة المرحلة الثانوية، وكانت النتائج كالتالي:
- تعرض المراهقين الفلسطينيين لأنماط متعددة من الأحداث الضاغطة(أسرية، اقتصادية، دراسية، اجتماعية، انفعالية، صحية، شخصية).
- يتمتع المراهقين الفلسطينيون بصحة نفسية جيدة.
- المساندة التي يتلقاها المراهقون تعتبر متوسطة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة المساندة الاجتماعية لدى المراهقين تُعزى لمتغير الجنس.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين ذوي الأسر الصغيرة والمتوسطة والكبيرة في المساندة الاجتماعية .
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين ذوي الترتيب الولادي المتقدم والمتوسط والمتأخر في المساندة الاجتماعية.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضي الأحداث الضاغطة ومتوسط درجات مرتفعي الأحداث الضاغطة بالنسبة لحجم المساندة الاجتماعية لدى المراهقين لصالح منخفضي الأحداث الضاغطة.
- وجود علاقة عكسية دالة إحصائية بين درجات الصحة النفسية ودرجات المساندة الاجتماعية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضي حجم المساندة الاجتماعية ومتوسط درجات مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين لصالح مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية.
- وجود علاقة عكسية دالة إحصائية بين درجات الصحة النفسية ودرجات الأحداث الحياتية الضاغطة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات منخفضي الأحداث الضاغطة ومتوسط درجات مرتفعي الأحداث الضاغطة بالنسبة للصحة النفسية لدى المراهقين لصالح منخفضي الأحداث الضاغطة.

دراسة يزن بشارة(2008) بعنوان العلاقة بين التكيف والتماسك الأسري و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و الصحة النفسية لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في محافظة الكرك" هدفت الدراسة إلى تقصي العلاقة بين التكيف والتماسك الأسري والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والصحة النفسية . بلغ عدد أفرادها(922) طالبًا وطالبة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية عنقودية تم استخدام ثلاثة مقاييس هي:مقياس التكيف والتماسك الأسري اولسون (1983) و مقياس الصحة النفسية كولبرغ. ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وتوصلت الدراسة إلى مايلي:

- وجود علاقة ارتباطية بين التكيف والتماسك الأسري و المستوى الاجتماعي الاقتصادي والصحة النفسية. و قد بلغت أعلى قيمة لمعامل الارتباط بين الصحة النفسية والتماسك الأسري (0.49) وأقل قيمة بين الصحة النفسية و المستوى الاجتماعي و حيث بلغت قيمة هذه العلاقة الارتباطية (0.16).

دراسة عبدالله عبدالله (2008) بعنوان "الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الجزائر هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الاغتراب النفسي والصحة النفسية بأبعادها المختلفة، معتمدا في ذلك على مقياسي الاغتراب النفسي للمرحلة الجامعية لسميرة حسن أبكر(1989) ومقياس الصحة النفسية من إعداد ليونارد، ديروجيتس، ليمان، لينوكوفي تحت عنوان "Symptoms Check List" وقدتم تطبيق هذه الأدوات على عينة مأخوذة بطريقة عشوائية من طلاب جامعة

الجزائر من كليات وأقسام وتخصصات ومستويات دراسية مختلفة، وقد اشتملت عينة الدراسة على (260) طالباً و (119) طالبة وقد تم اعتماد المنهج الوصفي وأسفرت عن النتائج التالية:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظاهرة الاغتراب لدى طلاب الجامعة في الجزائر تبعاً للكليات الأدبية والكليات العلمية عند مستوى الدلالة (0.05).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظاهرة الاغتراب لدى طلاب الجامعة في الجزائر تبعاً لنوع السكن عند مستوى الدلالة (0.05).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظاهرة الاغتراب لدى طلاب الجامعة في الجزائر تبعاً لنوع التخصص الأكاديمي عند مستوى الدلالة (0.05).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ظاهرة الاغتراب لدى طلاب الجامعة في الجزائر تبعاً لنوع السكن عند مستوى الدلالة (0.05).
- وجود علاقة ارتباطية عكسية متوسطة بين ظاهرة الاغتراب والصحة النفسية لدى طلاب الجامعة عند مستوى الدلالة (0.05).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الصحة النفسية لدى أفراد الدراسة تبعاً للجنس. عند مستوى الدلالة (0.05).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الصحة النفسية لدى أفراد الدراسة تبعاً للكليات الأدبية والكليات العلمية. عند مستوى الدلالة (0.05).
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الصحة النفسية لدى أفراد الدراسة تبعاً لنوع السكن عند مستوى الدلالة (0.05).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الصحة النفسية لدى أفراد الدراسة تبعاً للتخصص عند مستوى الدلالة (0.05).
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الصحة النفسية لدى أفراد الدراسة تبعاً للصف الجامعي عند مستوى الدلالة (0.05).

-دراسة راضية حاج لكحل(2008)بعنوان" الصحة النفسية للمسنين دراسة مقارنة بين المسنين في الأسرة الممتدة والأسرة النووية بمدينة بسكرة، هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق في الصحة النفسية بين المسنين في الأسرة الممتدة والأسرة النووية، ولتحقيق هدف الدراسة تم انتهاج المنهج الوصفي، وتم استخدام أدوات دراسة تمثلت في: (المقابلة العيادية النصف موجهة، مقياس التوافق للمسنين لسامية القطان(1982)) وتم تطبيقهم على عينة(260) مسن

بمدينة بسكرة (130) ممن يعيشون مع أولادهم و(130) ممن يعيشون بعيدين عن أولادهم وأسفرت عن النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين في الأسرة النووية والمسن في الأسرة الممتدة، لصالح المسن في الأسرة الممتدة.
- وجود فروق دالة إحصائية في التوافق بين المسنين في الأسرة النووية والمسن في الأسرة الممتدة، لصالح المسن في الأسرة الممتدة.
- وجود فروق دالة إحصائية في التوافق الاجتماعي بين المسنين في الأسرة النووية والمسن في الأسرة الممتدة، لصالح المسن في الأسرة الممتدة.
- وجود فروق دالة إحصائية في الصحة النفسية بين المسنين والمسنات لصالح الذكور.
- وجود ارتباط بين المستوى التعليمي في تأهيل الصحة النفسية لمسنى الأسر النووية وعدم تأثر المسن بالأمية في الأسرة الممتدة لتواجد الأبناء معهم.
- وجود ارتباط بين الصحة النفسية والدخل في الأسرة النووية عكس الأسرة الممتدة.

دراسة نصيرة لمين(2008) بعنوان "الإعاقة البصرية لدى الأبناء وتأثيرها على الصحة النفسية للأسرة-دراسة ميدانية مقارنة بين الوالدين بولاية باتنة- هدفت الدراسة إلى معرفة كيفية تأثير الإعاقة البصرية لدى الأبناء على الصحة النفسية للأسرة، تم استعمال المنهج الوصفي المقارن، تم تطبيق استمارة مقابلة، ومقياس الصحة النفسية للراشدين تصميم الباحث، تم تطبيقها على عينة قوامها(50) أسرة على مستوى ولاية باتنة، وتوصلت الدراسة إلى:

- تؤثر الإعاقة البصرية لدى الأبناء على الصحة النفسية للأسرة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى(0.05) في الصحة النفسية بين الوالدين.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى(0.05) في بعد العلاقات الشخصية الوطيدة بين الوالدين
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى(0.05) في بُعد المشاركة الاجتماعية بين الوالدين.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى(0.05) في الأمارات العصائية بين الوالدين.

-دراسة ربيعة بشير باشا (2009) بعنوان "الاكتئاب ونوعية الحياة عند المرأة المصابة بمرض الصرع_دراسة مقارنة_. هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين مجموعتين من المصابات مجموعة مصابة بمرض الصرع وأعراض الاكتئاب الأساسي ومجموعة مصابة بمرض الصرع والاكتئاب، كما هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين المجموعتين في كل من نوعية الحياة- السير العقلي-نوعية الاكتئاب. وللوصول إلى أهداف الدراسة استعانة الباحثة بمجموعة من أدوات لجمع البيانات تمثلت في: (المقابلة العيادية، اختبار الاكتئاب MADRS لمونتقوميري واستخبار لقياس الاكتئاب، استخدمت تقنية PQVS لقياس مظهر حياتي لنوعية الحياة الذاتية) تم تطبيق هذه الأدوات على عينة على حسب (الجنس، المستوى الدراسي، السن، المستوى الاجتماعي والاقتصادي) موزعة على مجموعتين في كل مجموعة ضمت (25)، استعانة بتحليل المحتوى، وأسفرت نتائج الدراسة إلى:

- وجود علاقة بين العقلنة عند الفرد ودرجة مقاومته للأمراض الجسمية.
- وجود اختلاف في درجة المقاومة والتكيف مع المرض لدى عينة الدراسة.
- تتميز النساء المصابات بنوبات الصرع والاكتئاب بأحسن عقلنة مقارنة بالنساء المصابات بصرع متكررة وبأعراض الاكتئاب الأساسي.
- وجود فروق بين المجموعتين فقد وجدت أن النساء المصابات بصرع متكررة وبأعراض الاكتئاب الأساسي يتميزن بعجز في تداعي الأفكار وفقر في التصورات.
- ضعف العقلنة غالبًا ما يؤدي إلى ظهور الاكتئاب كمؤشر لاختلال تنظيم تدريجي.
- عدم وجود اختلاف في نوعية الحياة بين المجموعة المصابة بمرض الصرع وأعراض الاكتئاب الأساسي، والمجموعة المصابة بمرض الصرع والاكتئاب.
- وجود فروق في نوعية الحياة باختلاف مستويات العقلنة.

-دراسة الفايدي(2009) بعنوان"العلاقة بين الالتزام الديني والصحة النفسية لدى الطلبة السعوديين في جامعة مؤتة" هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الالتزام الديني والصحة النفسية لدى الطلبة السعوديين في جامعة مؤتة، وتكونت عينة الدراسة من (397) طالبًا وطالبة شكلت ما نسبته (76%) من مجتمع الدراسة الأصلي؛ و لتحقيق هدف الدراسة تبنت الباحثة مقياس الالتزام الديني من إعداد الشويعر(1989) مقياس الصحة النفسية من إعداد (مرسي وعبد السلام، 1984) وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين الالتزام الديني و الصحة النفسية لدى الطلبة السعوديين في جامعة مؤتة.

-دراسة سعاد رحماوي(2009)بعنوان " الصحة النفسية وأثرها في الدافعية للإنجاز لدى طالبات السنة الثانية علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا بجامعة بوزريعة" هدفت الدراسة معرفة العلاقة بين درجات الصحة النفسية ودرجات الدافعية للإنجاز، تم الاعتماد على المنهج الوصفي، حيث تم استخدام أدوات بحث منها مقياس الصحة النفسية لفؤاد محمد مكاوي(2002) ومقياس الدافعية للإنجاز لعبد الله محمد خليفة(2006) على عينة قوامها(210) تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية بين درجات الصحة النفسية ودرجات الدافعية للإنجاز لدى طلبة السنة الثانية علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا.
- عدم وجود اختلاف في درجات الصحة النفسية باختلاف التخصص لدى طلبة السنة الثانية علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا.
- عدم وجود اختلاف في درجات الدافعية للإنجاز باختلاف التخصص لدى طلبة السنة الثانية علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا.

-دراسة أحلام كلتين(2010) بعنوان " الضوضاء الصناعية وتأثيرها على الصحة النفسية والجسمية للعامل" هدفت الدراسة لمعرفة آثار الضوضاء الصناعية على الصحة العامة للعمال، تم اتباع المنهج الوصفي التحليلي، حيث تم استخدام أدوات تمثلت في:(مقياس الصحة النفسية لفاروق السيد عبد السلام(1984) ومقياس القلق لسبيرج Spielberg. واستبيان الصحة الجسمية تصميم الباحث وجهاز قياس الضوضاء (Sonomètre) وتم تطبيقها على عينة قوامها(100) عامل بالمؤسسة الوطنية للسكر (ENASUCRE) بولاية عين الدفلى وأسفرت على النتائج التالية:

- وجود علاقة بين الضوضاء الصناعية و الصحة النفسية قدرت بـ(ر=0.70-).
- وجود علاقة بين الضوضاء الصناعية و العلاقات الاجتماعية قدرت بـ(ر=0.56-).
- وجود علاقة بين الضوضاء الصناعية و حالة القلق قدرت بـ(ر=0.69-).
- وجود علاقة بين الضوضاء الصناعية و الصحة الجسمية قدرت بـ(ر=0.62-).
- وجود علاقة بين الضوضاء الصناعية الوضعية السمعية قدرت بـ(ر=0.58-).

-دراسة عليوي(2011) بعنوان " الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى التلاميذ غير المتوافقين دراسياً، هدفت الدراسة إلى معرفة الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى التلاميذ غير المتوافقين مع التلاميذ المتوافقين، تم استخدام المنهج الوصفي حيث تكونت عينة الدراسة(200) تلميذ وتلميذة تم اختيارهم بطريقة عشوائية من ثانويات الدويرة بالجزائر العاصمة، ولتحقيق أهداف البحث تم تطبيق أدوات على عينة الدراسة تمثلت في مقياس الصحة النفسية لممود إمام(1996) ومقياس استراتيجيات المواجهة لبولان Paullan ومقياس التوافق الدراسي ليونجمان، وخلصت إلى النتائج التالية:

- وجود فروق بين التلاميذ غير المتوافقين والتلاميذ المتوافقين في الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة.
- وجود فروق بين التلاميذ غير المتوافقين والتلاميذ المتوافقين في درجة العصابة بالاضطرابات الذهانية والعصابية والسلوكية.
- وجود فروق بين التلاميذ غير المتوافقين والتلاميذ المتوافقين في استخدام نوع استراتيجيات المواجهة بحيث يلجأ غير متوافقين على استخدام استراتيجيات المركزة على الانفعال، بينما يلجأ المتوافقين إلى استخدام استراتيجيات المركزة على المشكل.

-دراسة كامل عباس وأموش محمود (2009) بعنوان " صورة الذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة كلية التربية بجامعة الموصل "هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى صورة الذات والصحة النفسية وعلاقة صورة الذات بالصحة النفسية لدى طلبة كلية التربية وشملت العينة(510) طالبًا وطالبة واستخدم مقياس صورة الذات، ومقياس الصحة النفسية وبعد تحليل البيانات إحصائياً باستخدام معامل الارتباط والاختبار التائي وتحليل التباين، أظهرت النتائج بأن طلبة الجامعة يمتلكون صورة ذات إيجابية فضلاً عن تمتعهم بصحة نفسية جيدة، كما أظهرت علاقة دالة بين صورة الذات والصحة النفسية.

-دراسة نبيلة خلال(2012) بعنوان " التذبذب كمنط جديد في المعاملة الوالدية وعلاقته ببعض متغيرات الصحة النفسية تقدير الذات والاكتئاب" هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاه ردود أفعال الوالدين نحو سلوك الأبناء من حيث الثبات والتذبذب والتقبل والتسامح في المجتمع الجزائري ومعرفة العلاقة بين الثبات والتذبذب في المعاملة الوالدية وعوامل الصحة النفسية. تم انتهاج المنهج الوصفي التحليلي، بلغت عينة الدراسة(710) طالب وطالبة في مختلف

الجامعات الجزائرية، تم استخدام أدوات تمثلت في: (مقياس أنماط المعاملة الوالدية لدويري(2007) ومقياس الصحة النفسية لحمودة وأمام(1996) ومقياس تقدير الذات لكوير سميث(1967)) وأسفرت نتائج الدراسة على مايلي:

- ميل ردود أفعال الآباء والأمهات إلى العقاب والضبط أكثر من التسامح والتقبل.
- وجود اختلاف بين الآباء والأمهات في ردود أفعالهم تجاه سلوك أبنائهم من حيث الثبات والتذبذب بحيث أن الأمهات أكثر ثباتاً وأقل تذبذباً من الآباء في ردود أفعالهن نحو سلوك الأبناء.
- وجود اختلاف في ردود أفعال الأمهات من حيث الثبات أو التذبذب بين الجنسين حيث وجدنا أن ردود أفعال الأمهات أكثر تذبذباً مع الذكور مما هو عليه الحال مع الإناث.
- وجود علاقة ارتباطية سلبية بين ردود أفعال الآباء وتعلق الأبناء بهم.
- الإناث أكثر تعلقاً بالوالدين من الذكور.
- الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور
- المراهقين يعانون من الاكتئاب أكثر من الشباب.
- وجود علاقة ارتباطية بين الاكتئاب وردود أفعال الآباء.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين ردود أفعال الآباء وتقدير الذات الكلي وبعد الذات العامة والمنزل والوالدين والعمل.
- وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الاكتئاب وتقدير الذات.
- أبعاد تقدير الذات تساهم بنسبة(31.1%) في تفسير تباين الاكتئاب ما عد بعد الذات الاجتماعية لم يكن له تأثير.

-دراسة عبد الحليم فول (2012) بعنوان " القيم والصحة النفسية لدى الشباب الجزائري" هدفت الدراسة إلى معرفة النسق القيمي والصحة النفسية لدى الشباب الجزائري تم انتهاج المنهج الوصفي التحليلي ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام اختبار القيم لألبورت فرنون لندي(1951) واختبار ابراهم ماسلو(1908-1970) للصحة النفسية وتم تطبيقهما على عينة عشوائية قوامها(300) فرد فأسفرت النتائج عن:

- النسق القيمي الذي يُميز الشباب الجزائري في القيم الست وهي كالتالي: القيمة الدينية، القيمة الاجتماعية، القيمة الاقتصادية، القيمة السياسية، القيمة الجمالية، القيمة النظرية.

- نسبة (62.80%) من الشباب الجزائري يُعاني من عدم تمتع بالصحة النفسية.

- وجود اختلاف بين الأصحاء نفسيًا وغير الأصحاء نفسيًا فيما يخص ترتيب القيمة الاقتصادية والقيمة الاجتماعية.

- وجود علاقة طردية بين القيمة النظرية و الصحة النفسية، ووجود علاقة عكسية بين القيمة الاقتصادية والصحة النفسية.

-دراسة نادية جازولي (2012) بعنوان " الصحة النفسية عند أبي حامد الغزالي وسيجموند فرويد دراسة ابستمولوجية مع دراسة ميدانية للصحة النفسية" هدفت الدراسة إلى اجراء مقارنة ابستمولوجية بين مفاهيم ابي حامد الغزالي ومفاهيم سيجموند فرويد لمفاهيم الصحة النفسية انتهج البحث المنهج الوصفي المقارن، تم استخدام اختبار منيسوتا المتعدد الأوجه (MMPI2) لهاتاوي وماكسي، ومقياس الرذائل ومقياس الفضائل من إعداد الباحثة تم تطبيقهم على عينة قوامها (200) طالبًا أفسرت نتائج البحث عن مايلي:

- تنص مفاهيم الأمراض عند الغزالي بوجود مرحلة مرضية تتوسط آليات الدفاع وبين أعراض العصاب والذهان وهي مرض الغفلة ومرض سوء الخلق.

- وضوح حدود المرض والصحة عند الغزالي وغموضه عند سيجموند فرويد ووجود قاعدة متينة لعلم النفس عند الغزالي عكس النظريات الغربية في الصحة النفسية.

- وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الفضائل والرذائل بلغت (-0.43) بمستوى دلالة (0.01).

- وجود علاقة ارتباطية بين أصناف الحالات في اختبار الشخصية MMPI2 (الذهانيون والعصابيون والأسوياء) وبين أصناف الحالات في مقياس الرذائل والفضائل (حسنوا الخلق وسيؤوا الخلق والغافلون) حيث قدرت قيمة ك² بـ (10.927) وهي دالة احصائيًا.

- وجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع الرذائل وانخفاض الفضائل والإصابة بالأمراض العصابية والذهانية حيث قدر معامل ارتباط الرذائل بالأمراض بـ (0.74) بمستوى

دلالة (0.01) وقدر معامل الارتباط بين الفضائل والأمراض (-0.39) بمستوى دلالة (0.01).

- وجود ارتباط الصحة النفسية بحسن الخلق وارتباط الأمراض النفسية بسوء الخلق والغفلة.

- دراسة فاضل سعدية (2013) بعنوان "الصحة النفسية وعلاقتها بتحمل الضغوط والدافعية للإنجاز لدى طلبة الجامعة" هدفت الدراسة إلى معرفة الصحة النفسية وعلاقتها بتحمل الضغوط والدافعية للإنجاز، تم استخدام المنهج الوصفي حيث تكونت عينة الدراسة (200) طالب وطالبة تم اختيارهم بطريقة عشوائية من جامعة الجزائر (2) بقسم علم النفس وعلوم التربية، ولتحقيق أهداف البحث تم تطبيق أدوات تمثلت في: (مقياس الصحة النفسية لفاروق السيد عبد السلام (1984) ومقياس تحمل الضغوط لعبد الباسط إبراهيم، ومقياس الدافعية للإنجاز لعبد الله محمد خليفة (2006) ، وخلصت إلى النتائج التالية:

- عدم وجود علاقة ارتباطية بين سلبيات الصحة النفسية (سلوك غير ناضج، عدم استقرار انفعالي، شعور بعدم التكافؤ، معوقات بدنية، مظاهر عصبية) واستراتيجية المواجهة نحو مصدر المشكلة (الفعل النشط، التريث) لدى طلبة الجامعة.

- عدم وجود علاقة ارتباطية بين سلبيات الصحة النفسية، عدم استقرار انفعالي، شعور بعدم التكافؤ، معوقات بدنية، مظاهر عصبية) واستراتيجية المواجهة حول الانفعال (السلبية وعزل الذات، التنفيس الانفعالي) ووجود علاقة فقط مع سلوك غير ناضج لدى طلبة الجامعة.

- وجود علاقة ارتباطية بين سلبيات الصحة النفسية (سلوك غير ناضج، عدم استقرار انفعالي، شعور بعدم التكافؤ، معوقات بدنية)، واستراتيجية المتمركزة حول المشكلة (إعادة التفسير الايجابي، الإنكار) ولا توجد علاقة مع معوقات البدنية لدى طلبة الجامعة.

- عدم وجود علاقة ارتباطية بين سلبيات الصحة النفسية (سلوك غير ناضج، عدم استقرار انفعالي، شعور بعدم التكافؤ، معوقات بدنية)، واستراتيجية المتمركزة على الانفعال (القبول، الانسحاب المعرفي، التفكير الايجابي) ووجود علاقة مع المظاهر الغضبية لدى طلبة الجامعة.

- وجود علاقة ارتباطية بين سلبيات الصحة النفسية (عدم استقرار انفعالي، شعور بعدم التكافؤ) واستراتيجية المتمركزة على العمليات المختلطة (سلوكية معرفية) (البحث عن المعلومات، التحول إلى الدين) لدى طلبة الجامعة.
 - وجود علاقة ارتباطية بين ايجابيات الصحة النفسية (علاقات شخصية وطيدة، مهارات اجتماعية، قيم ومبادئ وأهداف) واستراتيجية الموجهة نحو مصدر المشكلة (الفعل النشط التريث) لدى طلبة الجامعة.
 - وجود علاقة ارتباطية بين ايجابيات الصحة النفسية (علاقات شخصية وطيدة، مهارات اجتماعية، عمل مشبع، قيم ومبادئ وأهداف) واستراتيجية الموجهة حول الانفعال (التفيس الانفعالي، السلبية وعزل الذات) لدى طلبة الجامعة.
 - وجود علاقة ارتباطية بين ايجابيات الصحة النفسية (علاقات شخصية وطيدة، مهارات اجتماعية، قيم ومبادئ وأهداف) واستراتيجية الموجهة حول المشكلة (إعادة التفسير الايجابي، الانكار التريث) لدى طلبة الجامعة.
 - وجود علاقة ارتباطية بين ايجابيات الصحة النفسية (علاقات شخصية وطيدة، مهارات اجتماعية، قيم ومبادئ وأهداف) واستراتيجية الموجهة نحو الانفعال (القبول، الانسحاب المعرفي، التفكير الايجابي) لدى طلبة الجامعة.
 - وجود علاقة ارتباطية بين ايجابيات الصحة النفسية (علاقات شخصية وطيدة، مهارات اجتماعية، قيم ومبادئ وأهداف) واستراتيجية الموجهة نحو العمليات المختلطة (سلوكية معرفية) لدى طلبة الجامعة.
 - وجود علاقة ارتباطية بين سلبيات الصحة النفسية (سلوك غير ناضج، عدم استقرار انفعالي، شعور بعدم التكافؤ، معوقات بدنية، مظاهر عصبية) و الدافعية للإنجاز لدى طلبة الجامعة.
 - وجود علاقة ارتباطية بين ايجابيات الصحة النفسية (علاقات شخصية وطيدة، مهارات اجتماعية، قيم ومبادئ وأهداف) والدافعية للإنجاز لدى طلبة الجامعة.
- دراسة محسن، مهنا (2013) بعنوان " الصحة النفسية وعلاقتها بالندم الموقفي لدى طلاب وطالبات ثانوية المتميزين والمتميزات في مدينة موصل " هدفت الدراسة إلى قياس مستوى الصحة النفسية والندم الموقفي لدى طلاب وطالبات ثانوية المتميزين والمتميزات في مدينة موصل، ومن ثم كشف العلاقة بين الصحة النفسية والندم الموقفي بحسب متغير الجنس بلغت

عينة الدراسة (88) طالبة وطالبة تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة، تم الاعتماد على مقياس الصحة النفسية للدوري (2003) ومقياس الندم الموقفي للأنصاري واعتمده البدراني (2006) وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- تمتع طلبة ثانوية المتميزين والتميزات بالصحة النفسية.
 - وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الندم الموقفي والصحة النفسية
 - عدم وجود فروق في مستوى الشعور بالندم الموقفي بين الذكور والإناث.
 - عدم وجود فروق في مستوى الصحة النفسية بين الذكور والإناث لصالح الذكور.
- دراسة ملوكة عواطف (2014) بعنوان "اتجاهات المعلمين نحو ممارسة مديري المدارس الابتدائية للعلاقات الإنسانية وعلاقتها بالصحة النفسية دراسة ميدانية بدائرة قمار ولاية الوادي" هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات المعلمين نحو ممارسة مديري المدارس الابتدائية للعلاقات الإنسانية وعلاقتها بالصحة النفسية والكشف عن الفروق في ظل بعض المتغيرات (الجنس، الخبرة، المؤهل)، تم انتهاز المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وتم استخدام أداتين، الأولى استبيان الاتجاه نحو ممارسة المدرء للعلاقات من إعداد الباحثة والثانية مقياس الصحة النفسية لفؤاد محمد مكايوي (2002) تم تطبيقهم على عينة من معلمي المدارس الابتدائية بدائرة قمار ولاية الوادي التي بلغت (101)، وكانت النتائج كالتالي:
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اتجاهات المعلمين نحو ممارسة مدرء للعلاقات الإنسانية وصحتهم النفسية.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المعلمين نحو ممارسة مدرء للعلاقات الإنسانية على حسب اختلاف الجنس (إناث، ذكور).
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين في مستوى صحتهم النفسية على حسب متغير الجنس (إناث، ذكور).
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات المعلمين نحو ممارسة مدرء للعلاقات الإنسانية على حسب اختلاف الأقدمية في العمل (جدد، متوسطي الأقدمية، مرتفعي الأقدمية).
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين في مستوى صحتهم النفسية على حسب متغير الأقدمية في العمل (جدد، متوسطي الأقدمية، مرتفعي الأقدمية).
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المعلمين في مستوى صحتهم النفسية على حسب متغير المؤهل العلمي (ليسانس، بكالوريا، مستوى ثانوي).

-تعقيب خاص بالدراسات السابقة التي تناولت الصحة النفسية:

يتجلى مما سبق أن موضوع الصحة النفسية عرف امتداداً لأفكار العديد من الحضارات والفلسفات القديمة لما له من أهمية كبرى لراحة الفرد النفسية والجسمية وسلامة وشفاء الروح من الشوائب والمركبات المرضية، فالإسلام بشموليته أعطى أهمية بالغة لحفظ النفس والارتقاء بها وتأتي دراسة عبد العزيز حدار (1995) لتأصيل الصحة النفسية من منظور نفسي علمي إسلامي، ومنه نقول أن موضوع الصحة النفسية ليس بالجديد، لكن التناولات البحثية الجديدة تقوم بدراسة مؤشرات الصحة النفسية بوجه علمي جديد.

فيتضح من تلك الدراسات والبحوث السابقة التي درست متغير الصحة النفسية شيوع استخدام المنهج الوصفي بشقيه التحليلي والارتباطي بنسبة كبيرة قدرت بـ(88.46%) من مجمل الدراسات التي ذُكرت كدراسة عبد العزيز حدار (1995)، دراسة الزبيدي والهزاع (1997)، دراسة سمين (1997)، دراسة عثمان مجدي (1999)، دراسة الزبيدي (2000)، دراسة علي (2001)، دراسة حسنين (2004) دراسة أبو العمرين (2004)، دراسة مروان دياب (2006)، دراسة يزن بشارة (2008)، دراسة عبدالله عبدالله (2008)، دراسة ربيعة بشير باشا (2009)، دراسة الفايد (2009)، دراسة سعاد رحماوي (2009)، دراسة عليوي (2011)، دراسة كامل عباس وأموش محمود (2009)، دراسة نبيلة خلال (2012)، دراسة فول (2012)، دراسة فاضل سعدية (2013)، دراسة محسن، مهنا (2013) دراسة ملوكة عواطف (2014).

أما شيوع استخدام المنهج الوصفي ذو الطابع السببي المقارن فقد شاع استخدامه في تلك الدراسات بنسبة (11.53%) من مجمل الدراسات التي ذُكرت كدراسة نصيرة لمين (2008)، ودراسة ربيعة بشير باشا (2009)، دراسة جازولي (2012).

أما من حيث طبيعة وحجم العينة في تلك الدراسات والبحوث فقد بلغت عينة الدراسة بين (25) مفحوص كحد أدنى و(1268) مفحوص كحد أعلى، في الدراسات الوصفية التحليلية والارتباطية، وبين (50) مفحوص كحد أدنى و(260) مفحوص كحد أعلى في الدراسات الوصفية المقارنة.

فتجدر الإشارة أن طبيعة عينة الدراسة تنوعت لدى جميع شرائح المجتمع وذلك لأهمية الصحة النفسية للفرد والمجتمع لكن وجدنا من تلك الدراسات شيوع عينة المراهقين من طلبة

الثانوية والجامعة بنسبة (56%) كما اهتمت دراسة عثمان مجدي (1999) ودراسة الزبيدي (2000) ودراسة ملوكة (2014) اهتمت بدراسة الصحة النفسية عن المعلمين والأساتذة، أما دراسة كل من أبو العمرين (2004) ودراسة أحلام كلتين (2010) اهتمت بدراسة الصحة النفسية عند العمال، أما دراسة حسنين (2004) فاهتمت بدراسة الصحة النفسية عن الأطفال المصدومين، وأما دراسة راضية حاج لكحل (2008) اهتمت بدراسة الصحة النفسية عند المسنين، أما دراسة ربعة بشير باشا (2009) اهتمت بدراسة نوعية الصحة النفسية عند مرضى الصرع، أما دراسة نصيرة لمين (2008) اهتمت بدراسة الصحة النفسية عند الآباء والأسرة في ظل تواجد إعاقة بصرية.

ويتضح من الأدوات المستعملة في قياس الصحة النفسية لم يطغى استعمال أداة على أخرى في تلك البحوث حيث تعددت مقاييس واختبارات الصحة النفسية بتعدد حجم وطبيعة العينات التي تمت دراستها بصفة شمولية، لأن الصحة النفسية تشمل جميع الشرائح والفئات من بين الأدوات التي استخدمت في تلك الدراسات لقياس الصحة النفسية، مقياس كولودبوغ للصحة النفسية دراسة على (2011)، ودراسة يزن بشارة (2008)، اختبار روتر لقياس الصحة النفسية للأطفال دراسة حسنين (2004) مقياس القريطي والشخص للصحة النفسية للمراهقين والشباب دراسة مروان دياب (2006)، مقياس الصحة النفسية من إعداد ليونارد دبيرجيتس دراسة عبد الله عبد الله (2008) اختبار ماسلو للصحة النفسية دراسة عبد الحليم فول (2012)، مقياس الصحة النفسية لفاروق السيد عبد السلام الذي أُستخدم في دراسة فاضل سعدية (2013)، ودراسة أحلام كلتين (2010)، مقياس الصحة النفسية للدوري دراسة محسن مهنا (2013) مقياس فؤاد محمد مكاوي تم استخدامه في دراسة سعاد رحماوي (2009) وعواطف ملوكة (2014).

ونستنتج من خلال عرضنا للدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة الصحة النفسية أن الموضوع تُرس بعدة مناهج وطرائق بحثية متعددة ولأدوات قياس متنوعة إلا أننا اكتشفنا أن تلك البحوث والدراسات السابقة جاءت في سياق خاصة التراكمية والأصالة للبحث العلمي في سياق موضوع الصحة النفسية، كما لوحظ انعدام الدراسات التجريبية التي تهدف إلى تنمية الصحة النفسية لهؤلاء الأفراد مما يبرهن على حاجة ماسة لطروحات أخرى في سياق تنمية وتربية الصحة النفسية وتجاوز الإطار الوصفي التحليلي.

ونلاحظ من خلال تلك الدراسات قل ما نجد دراسات تتبنى مقاربات نظرية للصحة النفسية في البحث باستثناء دراسة عبد العزيز حدار (1995) بعنوان "الصحة النفسية من منظور إسلامي دراسة وصفية تحليلية" ودراسة نادية جازولي (2012) بعنوان "الصحة النفسية عند أبي حامد الغزالي وسيجموند فرويد دراسة ابستمولوجية مع دراسة ميدانية للصحة النفسية" والتي كانت تنتهج مقارنة اسلامية مقارنة ابستمولوجية بين مفاهيم ابي حامد الغزالي ومفاهيم سيجموند فرويد للصحة النفسية.

7.1. تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض البحوث والدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة (أنماط السيادة النصفية للمخ، الأفكار اللاعقلانية، الصحة النفسية) يتبين أن تلك البحوث ساهمت في إنتاج التراث النظري والانساني من خلال نتائج بحث يُعمل بها ،فما تعلق بموضوع أنماط السيادة النصفية للمخ فيتبين أنه دُرس بشكل محصور في تخصصات علم النفس العصبي والمعرفي والتربوي والمدرسي والأرطونيا.

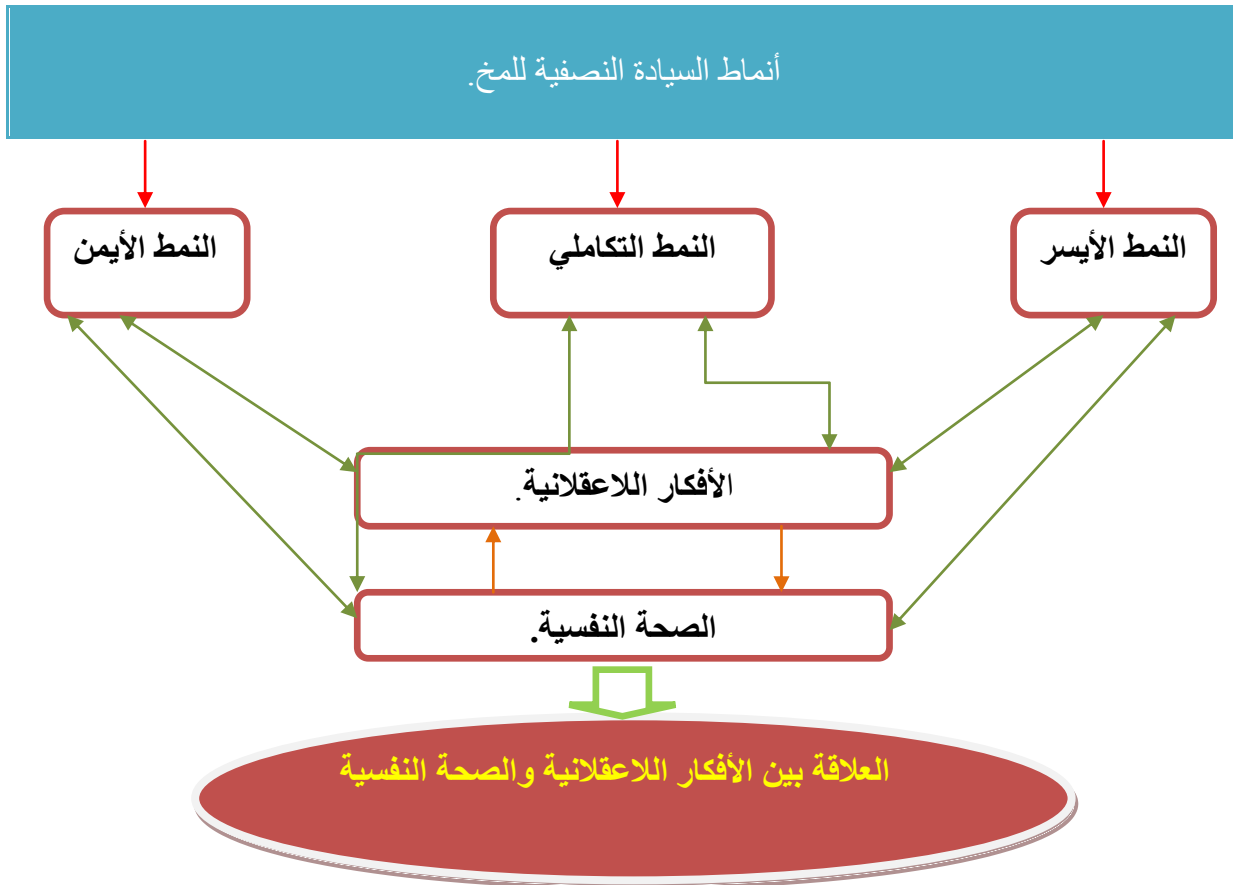
أخذت تلك التخصصات البحث فيه في مشكلات الموهبة والسلوك الابداعي والتفكير الرياضي والتأخر الدراسي واللغوي وصعوبات التعلم بشكل عام، واكتفت تلك الدراسات بإجراء الفروق في متغير الجنس والتخصص، كما اقتصرت تلك البحوث والدراسات على حصر موضوع فعالية السيادة النصفية للمخ في مواقف التعلم المدرسي، علماً أن التعلم أشمل من التعليم، وعدم التطرق إلى فاعلية السيادة المخية في الحياة الشخصية والاجتماعية للفرد.

ونلاحظ غياب البحث في متغير السيادة النصفية للمخ في تخصصات أخرى كعلم النفس العيادي والإرشاد والصحة النفسية، وعدم اهتمام هذه التخصصات بنشاط نصفي الدماغ وأثره على الأمراض النفسية بخاصة والصحة النفسية ومؤشرات التوافق بعامة.

وتتجلى بعض أعمال الباحثين الذين اهتموا بدراسة ارتباط السيادة النصفية للمخ بمؤشرات التوافق النفسي، في دراستين، وهما دراسة معمريّة (2001) "أثر أنماط السيادة النصفية للمخ والاكنتاب وسلوك حل المشكلات لدى تلاميذ التعليم الثانوي"، ودراسة عبد الوهاب الأنديجاني (2009) بعنوان "الفرق بين الموهوبين والعاديين في استخدام أجزاء المخ وحل المشكلات والتوافق الدراسي لدى عينة من طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية بمدينة مكة المكرمة".

ومما سبق يبرهن غياب وشح الدراسات التي تهتم بدراسة أثر نشاط نصفي المخ على الصحة النفسية في حدود اطلاع وعلم الباحث_ مما جعلنا أمام صعوبة بحثية للإجابة عن اشكالية البحث الحالية ضمن سيرورة البحث السيكولوجي وفق تلك الدراسات. أما تعلق بعلاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية فقد أشارت العديد من تلك الدراسات أن الاستنتاجات المعرفية الخاطئة تُدخل الفرد في حالة اللاسواء، ومن تلك الدراسات دراسة أبو ججوح (2012) بعنوان "العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاضرابات النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية". ودراسة فاكهة (2011) بعنوان "الأفكار العقلانية واللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى طلبة كلية التربية_صبر_جامعة عمان"، ودراسة صابر ممدوح (2009) بعنوان "الأفكار اللاعقلانية المؤثرة باضطراب الشخصية" ودراسة سلطان العويضة (2008) بعنوان "العلاقة بين الأفكار العقلانية- اللاعقلانية ومستويات الصحة النفسية لدى طلبة جامعة عمان الأهلية"، إلا أن الدراسات الجزئية شحيحة في هذا السياق_ في حدود اطلاع علم الباحث_.

ومن هذا المنطلق ستطرح اشكالية البحث الحالي في النموذج التالي:



شكل رقم (1) يوضح النموذج النظري لمشكلة البحث (تصميم الباحث)

الفصل الثاني

المخ و السلوك تاريخياً وتشريحياً وتكامله مع النمو العقلي وأدوات قياسه

تمهيد

1.2. التطور التاريخي لدراسة علاقة المخ بالسلوك

2.2. أنشطة النصفين الكرويين للمخ.

3.2. مدخل إلى التشريح الفزيولوجي للمخ.

4.2. مراحل النمو العقلي.

5.2. التكامل في اطوار نمو الدماغ ومراحل النمو العقلي.

6.2. تعاريف السيادة النصفية للمخ

7.2. علاقة السيادة النصفية للمخ ببعض المفاهيم السيكلوجية

8.2. التأثيرات المعرفية السيكلوجية للسيادة النصفية للمخ

9.2. النظريات المفسرة لأداء النصفين الكرويين للمخ

10.2. قياس السيادة النصفية للمخ

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد مسألة دراسة الجوانب العصبية وعلاقتها بالسلوك أهم الموضوعات التي نالت ومازالت محل بحث وتتقيب عن الكيفية التي تؤثر بها الجوانب العصبية على الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية عند الفرد، ولذا سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض لأهم العناصر ذات الصلة بموضوع السيادة النصفية للمخ، انطلاقاً من التطور التاريخي لدراسة المخ، وفيزيولوجية المخ، والجوانب الوظيفية السيكولوجية للمخ، والنظريات المفسرة للسيادة النصفية للمخ، وأخير أهم الأدوات العلمية القياسية للجوانب الدماغية.

1.2. التطور التاريخي لدراسة العلاقة بين المخ والسلوك:

ان اهتمام الفلاسفة والعلماء والباحثين بموضوع العلاقة بين المخ والسلوك لم تكن بالأمر الهين بل مرت بمراحل صعبة، لتجاوز قضية الغموض، لهذا العضو الذي هو مصدر الملكات ومنبع السلوكيات والقدرات، وأساس التوازن، ويمكن عرض ذلك في الجزئيات التالية:

1.1.2. التفسيرات البدائية الأولية للمخ:

تشير الدلائل المستتبطة من الرسوم الموجودة في الكهوف على أن القدماء كان لديهم وعي في العلاقة بين الدماغ والسلوك، فعلى سبيل المثال وُجد هناك من الجماجم التي عملت لها عملية ثقب الجمجمة "Trephination" بهدف إزالة الضغط داخل الجمجمة، الذي يمكن أن يكون ناتجاً عن تورم في الدماغ.

نجد هيروقليطس "Heraclitus" وهو فيلسوف يوناني في القرن السادس قبل الميلاد أشار إلى العقل على أنه فضاء واسع لا يمكن الوصول إلى حدوده، وتبعه فيثاغورس "Pythagoras" حيث كان أول من اقترح أن الدماغ هو المركز للمحاكمات العقلية التي يجريها الإنسان ويلعب دوراً مهماً في الحياة.

أما هيبوقراط "Hippocrates" اعتقد أن الدماغ يسيطر على جميع الحواس والحركات، وتشير المخطوطات على أنه أول من أدرك على أن الشلل يحدث في جهة الجسم المقابلة لإصابة الدماغ وأشار هيبوقراط إلى أن الصرع له خصائص محددة وسبب طبي (الشقيرات، 2005: 20-21).

أما "Plato" اقترح أن للروح ثلاثة أجزاء هي: الشهية، المحاكمة العقلية، المزاج، وربما أخذ فرويد Froud في نظريته في التحليل النفسي مكونات الشخصية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى) من تقسيم بلاتو، واقترح بلاتو كذلك أن الصحة تعود إلى التناغم والتناسق بين الجسم والعقل.

وعلى النقيض نجد "Aristotle" والذي يعتبر فيلسوف مبدعاً اعتقد أن القلب هو مصدر جميع العمليات العقلية.

وعلى ذلك بسبب أن القلب أدياً أنشط ولذلك فهو مركز الروح، وأضاف أنه بسبب عدم وجود دم في الدماغ فإنه يشكل مبرداً للدم الذي يذهب إلى القلب، وقد سميت هذه بفرضية القلب " Cardiac Hypothesis"، والتي افترضت أن القلب هو مركز الانفعالات والحب، ولذلك لا تزال فكرة أرسطو بأن القلب هو مركز العمليات العقلية والانفعالات حتى الآن.

أما في مصر وفي القرن الثالث والرابع قبل الميلاد، فإن المدرسة الاسكندرانية كانت مركزاً للعلماء الذين عملوا في الفسيولوجيا والتشريح، حيث كانوا في العهد البطليموسي "Ptolemaic" يجرون عمليات التشريح في المكان العام.

وهذه العمليات مكنت من ملاحظة الفروق التشريحية وأن أجزاء محددة من الدماغ تسيطر على سلوكات مختلفة، كذلك تشير المخطوطات إلى أنهم تمكنوا من التمييز بين الخلايا العصبية الحسية الحركية، وأن جميع الأعصاب تتصل بالجهاز العصبي المركزي، إلا أنه يبدو أنهم أخطأوا باعتبار أن بطينات الدماغ تسيطر على العمليات العقلية والحركة.

وبعد الميلاد جاء جالين "Jalen" حيث أحدث تقدماً في تشريح الدماغ، بالإضافة أنه طبيب فسيولوجياً تجريبياً، فحدد الكثير من مكونات الدماغ الأساسية، ووصف التغيرات السلوكية التي تنتج عن إصابة الدماغ، إلا أنه اعتبر العمليات العقلية تتمركز في بطينات الدماغ.

وبحلول القرن السابع عشر فإن العلماء كانوا يبحثون عن مكون محدد من الدماغ يمكن أن يكون مسؤولاً عن العمليات العقلية، وجاء رونييه ديكارت "Rene Descartes" الذي افترض أن العقل والجسم منفصلان، ولكنهما يتداخلان مع بعضهما، حيث افترض أن العمليات العقلية تكمن في الغدة الصنوبرية "Pineal Gland" بسبب أنها هي مركز الدماغ (الشقيرات، 2005: 20-21).

2.1.2. إسهامات نظرية فراسة الدماغ لتفسير عمل المخ:

أول نظرية تعتبر شاملة عن كيفية عمل الدماغ هي نظرية فراسة الدماغ "Phernology" التي وضعها جال "Gal" وسبر وهاميم "Super and Heim"، واللذان افترضوا أن القشرة الدماغية (Cerebaral Cortex) وتلافيها تتكون من خلايا وظيفية موصولة مع جذع الدماغ والنخاع الشوكي. ووجدوا أن القشرة الدماغية ترسل إلى النخاع الشوكي (Projects)، وميزا كذلك أن النخاع الشوكي يحوي خلايا ترسل إلى العضلات، كذلك قالا بوجود نصفي الدماغ المتماثلين (Symmetrical)-من وجه نظرهما- وأنها يتصلان عن طريق الجسم الجاسيء (Corpus Callosum).

أما جال "Gal" اعتقد أن الأجزاء المختلفة من القشرة الدماغية لها وظائف مختلفة، ومن خبرته الشخصية لاحظ أن الطلاب ذوي الذاكرة الجيدة يتميزون بعيون كبيرة وبارزة، واعتقد أنه من الممكن أن تتطور منطقة الذاكرة في الدماغ عند هؤلاء، والتي تقع خلف العينين وأنها سببت مثل هذا الكبر والبروز.

إن نظرية فراسة الدماغ تقول إنه إذا كان هنالك منطقة من الدماغ كبيرة من حيث الحجم، فإن مايقابلها من الجمجمة سوف يصبح كبيراً أيضاً، و أن كبر هذه المنطقة في الدماغ يعني تطوراً في وظيفتها، وبالمقابل فإن عدم بروز أو كبر منطقة معينة من الجمجمة تشير إلى أن المنطقة التي تقابلها بالقشرة الدماغية غير متطورة.

وقد لقيت هذه النظرية قبولاً، وتم تطوير أدوات خاصة بها، من مثل قبعة فراسة الدماغ (Phernology cap) وذلك من أجل تحديد وبدقة البروزات أو الانبعاج في الجمجمة وذلك من أجل عمل تنبؤ دقيق عن العمليات النفسية من حيث قوتها أو ضعفها، وهكذا عن طريق ربط وظائف محددة بأماكن محددة بالقشرة الدماغية.

فيرى جال "Gal" أن أساس هذه النظرية هو التمرکز والتي تقول أن وظائف الدماغ تتحدد أو تتمركز في جهة أو منطقة معينة من القشرة الدماغية، حيث افترض أن اللغة تتمركز في الفص الأمامي (الشقيرات، 2005: 21-23).

3.1.2. إسهامات الكشف التشريحي في تفسير عمل المخ:

ساهم بيير فلورنس "Pierre Flourens" الباحث التجريبي الفرنسي في اختفاء نظرية الفراسة وطور أساليب لإزالة و استئصال أجزاء من أدمغة الحيوانات لدراسة سلوكها نتيجة لإزالة أو التلف.

وتضمن أسلوبه إزالة جزء صغير من القشرة الدماغية ومن ثم ملاحظة تغير سلوك الكائن الحي ، ولفحص وظائف القشرة الدماغية المختلفة فقد نوع في الأجزاء التي يحدث فيها تلفاً في القشرة الدماغية، ووجد أنه بعد إزالة أجزاء من القشرة الدماغية فإن الحيوانات في البداية تحركت قليلاً ثم فشلت في الأكل والشرب ولكن مع مرور الوقت شفيت أو استعادت وظائفها وكأنها طبيعية.

هذا النمط من فقدان الوظيفة واستعادتها بقي موجوداً خلال جميع تجاربه، و لم يقدم دعماً لفكرة أن أجزاء مختلفة من القشرة الدماغية لها وظائف محددة.

وخلص فلورنس إلى أنه لا يوجد تركز للوظائف في القشرة الدماغية، كما أقر بيولاند "Bouilland" عكس ما جاء به فلورنس وأيد وجهة نظر جال في أن اللغة تتمركز في الفص الأمامي، حيث قرأ ورقة اجتماع الأكاديمية الملكية الطبية في فرنسا عام (1825) قال فيها " أن اللغة تتمركز في الفص الأمامي وأن أفعال مثل الكتابة والرسم والتلوين تتم باليد اليمنى وأنه يتم السيطرة عليها من النصف الأيسر من الدماغ".

وبعد ذلك جاء داكس "Mare Dax" وبناء على سلسلة من الدراسات الإكلينيكية قال إن اضطرابات اللغة ترتبط دائماً بإصابة في النصف الأيسر من الدماغ.

كما اكتشف بروكا "Paul Broca" مريضاً فقد القدرة على الكلام وكان يقول فقط "Tan" حيث سمي بعد ذلك مرض "Tan" وهو شخص يعاني من شلل في الجزء الأيمن من جسمه وما عدا ذلك فهو يبدو طبيعياً، وتوفي "Tan" عام (1861). وعندما أجري تشريح لدماغه بعد الوفاة تبين أن مكان التلف كان في الفص الأمامي الأيسر. ويرجع بروكا الفضل في وصف العرض السلوكي للحبسة (Aphasia) والذي يشمل عدم القدرة على الكلام على الرغم من أن جهاز النطق سليم، والفهم سليم وربط هذا العرض بجزء من الدماغ (الشقيرات، 2005: 22-23).

وطور مفهوم القشرة المسيطرة (Cerebral Dominance) وعلى ما يبدو فإن هذه كانت بداية فكرة أن للنصف الأيسر والنصف الأيمن وظائف مختلفة.

وعلى الرغم من أن الأعراض الاكلينيكية التي وصفها بروكا كانت موصوفة من قبل أبورتين "Auburtin" وجال وبوليورد الذين قالوا بعلاقة الفص الأمامي باللغة وبالرغم من تحليلاته التشريحية قد انتقدت، وباعتراف بروكا بذلك. إلا أن بروكا يبقى مميّزا وذلك في مساهمته في نظرية التمرکز، ووصفه الاكلينيكي لآثار التلف الدماغى والتشريح العصبى.

وتقديرًا له فقد سميت المنطقة الداخلية الخاصة باللغة باسمه (حبسة بروكا - Broca's Aphasia)، بروكا استعمل في الأصل مصطلح (Aphemia) وتعرض للانتقادات وأُقترح استعمال (Aphasia) من قبل تروسو "Trousseau" وأنتقد بروكا ذلك المصطلح لأنه يعنى (الرجل الذي فقد القدرة على المجادلة) ولكن بعد ذلك أصبحت مقبولة، إلا أنه هناك ممن انتقد وجهة نظر بروكا وعلى رأسهم فيرنيك "Carl vernicke" الذي توصل أن أكثر من منطقة في الدماغ مسؤولة عن اللغة. وأن التلف الذي يشمل منطقة معينة في الدماغ يمكن أن ينتج خلل لا يمكن تميزه عن الذي ينتج عندما يحدث تلف في هذه المنطقة.

ولمزيد من التوضيح فإن ثيودور منيرت "Theodor Meynert" أستاذ فيرنيك "Carl vernicke"، كان أول من اقترح أن القشرة الدماغية الموجودة في الفص الصدغى (Temporal lobe) خلف منطقة بروكا، هي الجزء من القشرة الذي يستقبل ارسالات من الأذن ولذلك فهي قشرة دماغية سمعية. وكذلك فقد شك في العلاقة بين السمع والكلام حيث قام بوصف مريضين يُعانون من تلف في هذه المنطقة وفي ارسالات الى هذه المنطقة.

إلا أن تلميذه فيرنيك "Carl vernicke" قام بإعطاء وصف مفصل عن هذه الحالات من الحبسة المرتبطة بتلف في الفص الصدغى وسميت باسمه (حبسة فيرنيك - Vernick Aphasia)، لقد وفر فيرنيك نموذجًا يوضح تنظيم اللغة في النصف الأيسر من الدماغ.

ويتضمن هذا النموذج برمجة متتابعة في منطقة فيرنيك وفي منطقة بروكا، ويقول إن الانطباع لأصوات الأشياء (Sound images) يخزن في منطقة فيرنك ثم ترسل عبر ممر إلى منطقة بروكا (الشقيرات، 2005: 23-24).

حيث هناك التمثيلات للحركات الصوتية، وإذا حدث تلف في الفص الصدغي فإن حركات الأصوات الموجودة في منطقة بروكا لا تتأثر، ولكن الكلام لا يكون له معنى حيث لا يستطيع الشخص السيطرة على معاني الكلمات ولكنه يستطيع لفظها، أي أن التلف في منطقة بروكا يؤدي إلى فقدان القدرة على الكلام ولكن الانطباعات عن الأصوات لا تتأثر وعليه فإن الحبسة الناتجة عن تلف في منطقة بروكا لا تؤثر على عملية فهم الكلام وإنما تؤثر على عملية إنتاج الكلام.

كما يقترح فيرنيك أنه إذا حدث تلف في الألياف العصبية بين منطقة بروكا ومنطقة فيرنيك ودون حدوث تلف لأي من المنطقتين فإن الكلام يتأثر وينتج عنه عرض سماه (حبسة توصيلية- Conduction Aphasia)، حيث أن فهم الكلام وإخراجه لا يتأثر ولكن لا يستطيع المريض الحكم على معنى الكلمات التي سمعها تلفظ.

فالنصف الأيمن والنصف الأيسر من الدماغ بطريقة منفصلة لهما الأثر في الطرق التي استعملت للربط بين التشريح والسلوك.

وبناءً عليه فقط استطاع ديجيرني "Dejerine" وصف حالة فقدان القدرة على القراءة (Alexia) والذي ينتج عن فصل المنطقة البصرية عن منطقة فيرنيك كذلك استطاع تلميذ فيرنيك لييمان "Liepmann" من وصف العمه الحركي (Apraxia) وهو عدم القدرة على عمل سلسلة من الحركات ناتج عن فصل المناطق الحركية عن المناطق الحسية في الدماغ.

إن أعمالاً مثل أعمال بروكا وفيرنيك أشارت إلى أن السلوك وبطريقة ما يتمركز في منطقة معينة من الدماغ (الشقيرات، 2005: 25-26).

4.1.2. إسهامات الدراسات الالكتروفسيولوجية في تفسير عمل المخ:

يعود الفضل إلى ظهور هذا التوجه التفسيري لعمل للمخ إلى كل من فرتش "Fritsh" وهزق "Hizig" اللذان استعملا أسلوب اثاره الدماغ كهربائياً وذلك عن طريق أقطاب كهربائية توضع على سطح القشرة الدماغية أو داخلها، ومن ثم ايصال تيار كهربائي بسطح القشرة المخية

بحيث استطاع هزق "Hizig" في البداية إحداث حركة في العين أو داخلها عن طريق إثارة الفص الصدغي، ثم تابع مع فرتش "Fritsh" تجاربهم على الأرانب، والكلاب، حيث لاحظا أن القشرة الدماغية يمكن أن تؤدي إلى حدوث حركات ويلاحظ أن القشرة الدماغية يمكن أن تؤدي إلى حدوث حركات في العين.

ويلاحظ أن القشرة الدماغية يمكن اثارها ولكن بطريقة اختيارية فمثلاً إثارة القشرة الأمامية لا تؤدي إلى حدوث حركات في الجهة المقابلة من الجسم، أما إثارة القشرة الخلفية فلا تؤدي إلى حدوث حركة، كذلك فإن إثارة منطقة محددة في القشرة الأمامية تؤدي إلى حدوث حركة في أجزاء محددة من الجسم مثل الرقبة أو الأطراف العلوية.

وهو يقترح أن هناك مراكز طبوغرافية أي تمثيلات طبوغرافية للأجزاء المختلفة من الجسم ولقد قام بارتلو "Bar Tholow" بعدد من التجارب على الحيوانات المختلفة أيدت ما توصل له فرتش وهزق واستمرت عملية استعمال زراعة أقطاب في الدماغ لقياس وظائفه وأصبحت تجري والمريض غير فاقد للوعي.

والياً تعتبر اثاره الدماغ من أحد الوسائل المستخدمة في جراحة الدماغ لأغراض مختلفة وعلى الرغم من ذلك فإن دراسات جولتز "Goltz" التي أجراها على الكلاب لم تؤيد وجهة نظر فرتش وهزق فيما يتعلق بالتمركز، حيث وجد أن إزالة جزء معين من القشرة الدماغية يبدو أنه لا ينهي كلياً وظيفة معينة وإن كان ربما يقلل منها إلى حد ما. (الشقيرات، 2005: 26-28).

وتأتي مساهمات هوجلنجز - جاكسون "Hugblings-Jakson" وهو عالم أعصاب انجليزي أول من أوجد علم الأعصاب الحديث وهو من أوجد مفهوم التنظيم الهرمي لوظائف الدماغ (Hierarchical Organization)، ففكرة جاكسون عن الجهاز العصبي أنه يتكون من عدد من الطبقات المنتظمة في هرم وظيفي، وكل مستوى أعلى من هذه الطبقات يسيطر على سلوك أكثر تعقيداً، وتتم هذه السيطرة أيضاً من خلال الطبقات السفلى أو الدنيا، ووصف الجهاز العصبي على أنه ثلاث مستويات هي: (النخاع الشوكي، جذع الدماغ، القشرة الأمامية).

وعليه فإن مفاهيم جاكسون Jakson تشير إلى دور القشرة في تنظيم سلوكات هادفة وتميزها عن مناطق الدماغ ذات المستوى الأدنى والتي لها علاقة بدعم مكونات السلوك البدائية .

4.1.2. إسهامات نظرية النيرون في تفسير عمل المخ:

تعتبر فرضية النيرون ذات تأثير أساسي في فهم الوظائف النفسية والسلوكية والتي تقول إن الجهاز العصبي يتكون من وحدات منفصلة هي الخلايا العصبية وتتفاعل مع بعضها البعض ولكن غير متصلة جسدياً، أن نظرية النيرون تلقى دعماً اعتماداً على ما توفره من حلول لثلاث مشكلات:

أولاً-كيف ينظم ويدير الجهاز العصبي المعلومات؟

ثانياً-كيف يتكون الجهاز العصبي؟

ثالثاً-كيف يتم الاتصال في الجهاز العصبي ذاته، وكيف يتصل ويتواصل مع العضلات؟.

إن هذه المشكلات الثلاث تم حلها بعدد من المراحل المتتابعة والمتصلة بالتقدم بالأجهزة الميكروسكوبية الدقيقة وفهم كهرباء الدماغ وتطوير أجهزة وأساليب لتسجيل نشاط الخلايا. ففيما يتعلق بالمشكلة الأولى فإن وجهات النظر الأولية بكيف يحرك الجهاز العصبي العضلات تتضمن نظرية هيدرولوكية (Hydraulic) وتعني كلمة (Hydro) سائل، تتطلب سائلاً يسيل من الخلايا العصبية إلى العضلات، هذه النظريات كانت تسمى النظريات البلونية لأنه كان يُعتقد أن الحركة تتم عن طريق تعبئة وتفريغ العضلات (الشقيرات، 2005: 26-28).

وعليه فيرى سقراط أن السائل من بطينات الدماغ يندفع من الخلايا العصبية إلى العضلات فتتحرك إلا أن فرنسيس جلسون " Francis Galsson " فحص نظرية البالون عن طريق وضع ذراع رجل داخل الماء وقياس ارتفاع الماء، عندما تنقبض العضلة.

حيث وجد أن مستوى الماء لا يرتفع، واستنتج أنه لا سائل يدخل إلى العضلات، وبعدها أثبت جلفاني "Glavani" أن اثاره عصب قدم الضفدع تؤدي إلى شد عضلي، ثم توالت بعد ذلك الأبحاث أن الدماغ لا يعمل حسب نظام هدرولويكي.

ومع تطور أسلوب التصبيغ (Staining) في التشريح العصبي حيث أمكن مشاهدة الأجزاء المختلفة من الجهاز العصبي، وكانت الصبغات تستعمل للأقمشة أساساً، ولكن وجد عند استعمالها مع نسيج مقطوع بشكل مصغر، ووجد أن هذه الصبغات اختياريًا تصبغ جسم الخلية، وبعضها يصبغ النواة وبعضها يصبغ الدهن المغلق للنيرون المتصل بجسم الخلية-المحور-.

وبذلك أمكن تمييز مكونات الخلية العصبية، ونفس العملية قام بها جولجي "Golgi" حيث قام بنقع نسيج عصبي بمادة نيترات الفضة، ووجد أن بعض الخلايا بكاملها-جسم الخلية-الشجيرات والمحاور، حيث تغلفت وتشكلت عليها قشرة من الفضة، وهذا مكن من مشاهدة النيرون وعملياته.

ونتائج الفحوص الميكروسكوبية تشير إلى أن الدماغ ليس كتلة مفلطحة مثل الجلو (Jelly) وإنما هو أساساً تركيب هائل ومعقد، وأن كل مجموعة معقدة متصلة مع مجموعات أخرى، وهذا ما يتفق مع ما ثبت حول نظرية النيرون باستخدام المجهر الالكتروني.

كما يمكن أن يحدث هذا الاتصال على حسب شيرنغتون "Sherrington" وهو عالم فسيولوجي انجليزي فحص كيف تتصل الأعصاب بالعضلات واقترح أن الاتصال يتم عن طريق اتصال أسماء بالوصلة العصبية أو التشابك العصبي (Synapse)-وهو من الكلمة اليونانية التي تعني Clasp المشبك- ثم بعد ذلك وبواسطة المجهر الالكتروني أكد أن الوصلات العصبية لا تلمس الخلايا التي تنتهي، بها وأصبحت الفكرة بعد ذلك أن الوصلة العصبية تفرز مادة كيميائية تؤثر على الخلية الأخرى. (الشقيرات، 2005: 29-30).

وفي عام (1949) افترض عالم نفس كندي هو هب دونالد "Donald Hebb" نظرية في التعلم تقول إن الخلايا العصبية و اثارها إما تُكوّنُ وصلات عصبية جديدة، أو تقوي الوصلات الموجودة أصلاً بينها، وربما تصبح وحدة وظيفية، وافترض أن هذا الاتصال-كما ذكر-يشكل الأساس للذاكرة.

5.1.2. إسهامات حركة القياس النفسي في تفسير عمل المخ:

بخصوص القياس النفسي والتحليل الاحصائي فإن أول تجربة كانت تُخصّ الفروق الفردية في العمليات النفسية أجريت من قبل بسيل "Bessel".

حيث لاحظ فروقاً في زمن الرجوع (Reaction Time)-الزمن الذي يمضي بين استقبال مثير معين وحدوث الاستجابة- للعاملين معه في ملاحظة النجوم وضبط الساعة حيث كان يعمل في قرنتش (Greenwich)، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك اختلافات بين الأفراد في زمن الرجوع.

كما أجرى جالتون "Galton" في ثمانينيات من القرن التاسع عشر سلسلة من التجارب بهدف معرفة الفروق الفردية، والتي يمكن أن تفسر التنوع أو الاختلاف في التفوق بين الأفراد، حيث كان يقيس القدرات الفيزيائية، الإدراك، وزمن الرجوع على عينة كبيرة من الأفراد.

واستعمل جالتون طريقة كيوتليت "Quetlet" وهو إحصائي بلجيكي، حيث عرض نتائجه على شكل توزيع تكراري، ورسمها على شكل منحى التوزيع الطبيعي، حيث يشير هذا التوزيع إلى أن البعض كان أدائهم عالياً، والبعض الآخر كان أداءهم متدنياً، والغالبية تقع ما بين العالي والمتدني.

وذلك في جميع الخصائص التي قاسها، قياساً نفسياً وربما كان ذلك بداية تطوير الإختبارات النفسية، إلا أن دراسة جالتون لم تفرق بين الأفراد في زمن الرجوع والادراك، الذين هم يمتازون بخاصية الإبداع

كما نجد الفرد بينيه "Alfred Binet" عالم الفيزياء والبيولوجيا وعالم النفس الفرنسي، قد قدم حلاً للمشكلة التي واجهت جالتون، حيث كان يقوم بعدد من القياسات شملت حجم الرأس، خصائص الوجه ونمط خط اليد، ووجدها غير كافية لتمييز الفروق العقلية. (الشقيرات، 2005: 30-32).

و طور بينيه وسمون "Simon" اختبار ذكاء للأطفال عام(1905) سمي(اختبار بينيه-سيمون Benet-Simon)، وصمم الاختبار لتقييم اصدار الأحكام والفهم والمحاكمات العقلية لأن بنيه اعتقد أنها مكونات أساسية للذكاء.

ولقد خضع هذا الاختبار لتعديلات مختلفة كذلك تم تقنيته على بيئات مختلفة، مثل الأمريكية على يد تيرمان "Terman" عام(1905) وسمي Stanford-Binet.

كذلك تم تقنيته على البيئة العربية على يد عبد الله زيد الكيلاني عام(1978)، كما قام هب دونالد "Hibb Donald" عام(1940)، بتطبيق اختبارات الذكاء على الأفراد المصابين بإصابات بالدماغ (Brain Damage) في كندا، ووصل إلى نتائج مذهلة.

حيث وجد أن اصابات الفصوص الأمامية لا تؤدي إلى تدني مستوى الذكاء، إذ كان يعتقد أن الفصوص الأمامية هي مركز الذكاء، وبالتالي فالقياس النفسي يدرس الجوانب المخية بطريقة متريّة تساعد على الكشف عن بعض جوانب السلوك الانساني (الشقيرات، 2005: 32-33).

يتضح مما سبق أن دراسة المخ، وأجزائه ووظائفه كانت ومازالت تشكل الكثير من الغموض فقد لاحظنا هناك سلوكيات تُدرست وسلوكيات مزال العلم، لم يفصح عن علاقتها بوظائف المخ.

كما ترددت العديد من المصطلحات العلمية والأعضاء العصبية ومسمياتها ومكوناتها، وهذا ما يستلزم أن نوضحه في العنصر اللاحق والذي يتضمن مدخل تشريحي لفيزيولوجيا المخ بنوع من التفصيل.

2.2. أنشطة النصفين الكرويين للمخ:

بعدما تطرقنا إلى الجوانب التاريخية للسيادة النصفية للمخ نقوم بعرض لأنشطة نصفي المخ وفق كل نمط من أنماط السيادة النصفية للمخ: أيمن-أيسر-تكاملي، مبتدئين بشرح حيثية اللاتناظر في الدماغ.

1.2.2. اللاتناظر في الدماغ Asymmetry of the Brain:

إن اللاتماثل يؤدي إلى مفهوم الجانبية (Lateralization) والذي يعني أن وظيفة معينة تتمركز في جانب معين من نصف الدماغ. وهناك عدد من المتغيرات التي ترتبط بمفهوم الجانبية.

أولاً أن تمركز وظيفة ما بجانب معين من الدماغ تتأثر بعوامل بيئية ومحددات جينية مثل الجنس واليدوية، أي تفضيل استعمال يد على الأخرى، بالنسبة لمستعملي اليد اليسرى والإناث يكون اللاتماثل الوظيفي أقل منه عند مستعملي اليد اليمنى والذكور.

ثانياً أن مفهوم الجانبية هو مفهوم نسبي وليس مطلقاً بمعنى أن نصفي الدماغ يلعبان دوراً تقريباً في كل سلوك، فإذا كان النصف الأيسر مهماً جداً في اللغة فإن النصف الأيمن أيضاً له بعض القدرات اللغوية (الشقيرات، 2005: 64).

كما تعود تفسيرات سبب الأفضلية في تفضيل جانب على جانب آخر وهما يستندان إلى التكوينات الوراثية وإلى البيئة فطبقاً لرأي سبيري (1975) فإن تسلط نصف المخ واستخدام يد يتم تحديده بواسطة جينتين لكل منهما أليتان، والجينتين والآليات التابعة لها تضع (9) تكوينات ممكنة لتسلط نصف كرة المخ واستخدام اليد.

وبناءً على ذلك فإن بعض الناس تشدد عندهم تسلط نصف الكرة الأيسر فيستخدمون يدهم اليمنى والعكس، أما التفسير البيئي فيرجع إلى التنشئة والتعلم فالنشاط العصبي يتم على أساس التناسق بين وظائف القشرة المخية بالنصفين الكرويين، والتأثير المتبادل بين عملية الاستثارة وعملية الكف. ونتيجة لكون أنواع السلوك محكومة بالعلاقة بين الكف، والاستثارة والتعليم تغير في الأداء، وهو المسؤول عن تنظيم العلاقة بين العمليات العصبية، بحيث تشكل في نهاية الأمر نظام يحافظ على التكيف وتعديل سلوك الفرد. (ختاش، 2005: 18-19).

وعملية التعلم تقوم بتشكيل ارتباطات وبالتالي تعمل على تعديل خصائص الجهاز العصبي المركزي، إن هذا الطرح يوضح مدى تأثير البيئة في سيادة نمط دماغي على نمط آخر، وهذا ما يُدعم هذا الطرح دراسات عبر ثقافية.

حيث وجد نيشيزاوا Necheizawa أن اليابانيين يسود لديهم النمط التكاملي عكس بعض المجتمعات من خلال دراسة مقارنة لعينات مختلفة (ختاش، 2005: 19).

2.2.2. نشاط النمط الأيمن "Right Style":

يتميز الخاضعون لسيطرة النصف الكروي الأيمن من الدماغ على حسب التجارب والبحوث السابقة، بالقدرة على اكتساب الطاقة من الظروف المختلفة فهم يجدون عادة أن الأشياء الروتينية الجامدة مضجرة وخانقة، ولذلك فهم يستمتعون بالتغيير، وبرامج العمل المرنة، والعمل بصورة عفوية وحسية وبمواجهة التحديات، والانشغال بأكثر من مشروع واحد خلال اليوم، وهم يجيدون أعمال عدة في ظل مواعيد محددة لإنجاز المهام، ولهذا السبب يدع الكثير منهم المشروعات تستمر حتى الدقيقة الأخيرة، كما يتخذون من تحدي المواقف غير التقليدية، مصدرا للتزويد بالطاقة.

ويفضل بعضهم وجود عدد كبير من عناصر الاستثارة الحسية، في منطقة العمل الخاصة بهم مثل الألوان الزاهية، والملصقات، وألوان أخرى من الأعمال الفنية والموسيقية.

ويميل أفراد هذه الفئة أيضاً إلى وضع أعمالهم على مرأى منهم، وهذا ما يفسر وجود أكوام الملفات والأوراق والمعدات في أماكن عمل معظمهم، فضلا عن أن الكثير من هؤلاء بارعون في حل المشكلات، وطرح مجموعة متنوعة من البدائل لموقف ما (ماجي وآخرون، 2000: 147).

كما حاول بول تورانس حصر سمات أفراد هذه الفئة في كونهم يتسمون بالقدرة على التعرف على الوجوه وتذكرها، والاستجابة للتعليمات المصورة والمتحركة، وعلى عكس أفراد النمط الأيسر أفراد هذا النمط غير ثابتين في التجريب والتعلم والتفكير، غير أنهم يتمتعون بالاستجابة العاطفية والشعورية.

وهم يفسرون لغة الأجسام بسهولة تامة، ولديهم القدرة على الإبداع وإنتاج أفكار مبدعة ويميلون إلى التعامل مع المثيرات بطريقة ذاتية (اسماعيل نبيه، 1987: 220).

ويلجؤون إلى حل مشاكلهم بطريقة غير مباشرة، كما يميلون إلى حب التغيير، والقيام بمعالجة عدة مشكلات أو مواقف في الوقت ذاته، وبالاعتماد على الابتكار في ذلك كما يعتمدون على المبادأة والتفكير المجرد.

واللجوء إلى الاستعارة والتشبيه في لغتهم وتقديم المعلومات بالإكثار من التمثيل والحركات كما أن لديهم قابلية للاستجابة للمثيرات الوجدانية والعاطفية، بالإضافة إلى الاعتماد على الخيال للتذكر (اسماعيل نبيه، 1987: 220).

3.2.2. نشاط النمط الأيسر "Left Style":

يقوم ذوي التفضيلات الخاضعة للجانب الأيسر من الدماغ عادة بمعالجة المعلومات على نحو منطقي وتتابعي.

فهم يفضلون التعامل مع البيانات المحددة مع انعدام الرغبة في التعامل مع المعلومات الغامضة والمبهمة، كما يخضعون للقواعد الطولية المستقيمة، والمسائل الرياضية ويميلون إلى العمل بأسلوب خطوة-خطوة، والانتهاؤ من مشروع ما قبل الشروع في غيره.

وهم ثابتون على المبدأ، ولذا فغالبًا ما يصابون بالإحباط إذا تغيرت أو اضطرت خططهم وبرامجهم اليومية، وأفراد هذه الفئة ييغضون تراكم الأشياء بغير نظام، ويفضلون الاحتفاظ بأعمالهم في أماكن منظمة ومرتبطة أو في ملفات عند عدم استخدامها.

وبالإضافة إلى أنهم عادة يفضلون العمل بمفردهم وفي أماكن هادئة، ولهذا تناسب مبادئ إهدار الوقت التقليدية أفراد هذه الفئة الذين يجيدون التخطيط، ووضع الأولويات وجدولة مهامهم اليومية والتركيز على جداول أعمالهم (ماكجي وآخرون، 2000: 146).

والنمط الأيسر يعني استخدام وظائف النصف الكروي الأيسر والتي يحددها تورانس ومساعديه من خلال وصف ذوي السيطرة الأيسر، كونهم يتفوقون في التعرف وتذكر الأسماء، والاستجابة للتعليمات اللفظية وهم ثابتون ومنظمون سواء في التجريب أو التعلم أو التفكير ويميلون إلى كبت عواطفهم وأحاسيسهم ومشاعرهم. (مراد وآخرون، 1982: 118).

ويلجؤون إلى الاعتماد على الكلمات والألفاظ لفهم المعاني، والميل إلى التعامل مع المثبرات المحسوسة لتبليغ أفكارهم.

كما يتعلمون بجدية ونظام فيخططون لحل المشكلات بطريقة منطقية، ومحسوسة تقوم على التعامل في وقت الواحد مع مشكلات واحدة فقط، ويلجؤون إلى النقد والتحليل سواء في القراءة أو الاستماع، ويستخدمون اللغة في التذكر(مراد وآخرون،1982: 118).

4.2.2. نشاط النمط التكاملية "Integrated Style":

يقصد بالنمط المتكامل أو التكاملية الاعتماد على نصفين الكرويين الأيسر والأيمن معاً. فهناك من الأشخاص من لديهم أساليب تفكير وطرق عمل تشكل مزيجاً من سمات ووظائف كلا من نصفي الدماغ.

ولا يلاحظ لديهم نزوع نحو نمط واحد من نمطي الهيمنة المخية، إذ يتمتع هؤلاء بقدرة على التعامل مع المواقف بمرونة شديدة، فيعالجون المواقف التي تتطلب تدخل الجانب الأيمن من الدماغ بنفس الاستطاعة التي تتم بها معالجة ما يتطلب تدخل الجانب الأيسر.

ولعل هذه النتيجة لتعودهم منذ البداية على تنشيط كلا النصفين ما ينفي مبدأ الغلبة لأي منها ولذا فأفراد هذا النمط لديهم ميولاً و توجهات متعددة، كونهم يستغلون كامل إمكانيات الدماغ البشري.

فيبدون استعداداً لوظائف ومهام مختلفة وقد يجمعون في اتجاههم بين مجالات ينطوي بعضها ضمن مهام النمط الأيمن، والبعض الآخر ضمن مهام النمط الأيسر.

فالنمط التكاملية قائم على تحصيل التوازن بين تدخل وظائف ونشاطات كلا النصفين الكرويين.

ولقد أثبتت البحوث والدراسات الحديثة في هذا المجال أن خلايا الدماغ شأنها شأن العضلات فهي تفقد وظيفتها بالترك والإهمال، وأن من يستخدمون نصفاً واحداً من أدمغتهم سواء كان الأيسر أو الأيمن فإنهم يصابون بداء العضال المسمى بالزهايمر، في فترات العمر المتقدمة.

واعتبر هذا النمط القائم على التوفيق في الاعتماد على نصفي الدماغ بأنه أسلوب الحياة الأكثر إنتاجاً وابداعاً(تشارلز فيرست،1993: 138).

فمن خلال النمط التكاملي تتم الاستفادة من امكانياته وقدرات جانبي الدماغ معاً، بالإضافة إلى أن إيجاد تكامل بين الجانبين هو الأسلوب الأكثر نفعاً وتحقيقاً لكفاءة الطاقة الدماغية.

ويطلق على ذلك " استخدام المخ كاملاً" بدلاً من استخدام نصف المخ وتجدر الإشارة إلى أنه وفضلاً عن النمط المتكامل فسيطرة أحد النمطين الأيسر أو الأيمن لدى شخص معين لا تعني أن لهذا النصف سيادة كاملة، وكلية ينعدم فيها تدخل النصف المقابل، وإنما تكون الغلبة لأحد النصفين على الآخر، بأن يكون هذا النصف هو المعالج لأغلب المواقف والنشاطات.

فتبدوا سماته وخصائصه البارزة في سلوك الفرد واتجاهاته وفقاً لطبيعة الوظائف الموكلة بها ما يثبط به نشاط النصف الآخر، فيكبت صفاته وخصائصه، فيكون بالتالي للنصف الآخر حظاً قليلاً من التدخل، والمعالجة وفق نوع النشاط الذي يقوم به الشخص. كأن يكون لغويًا قائمًا على الإدراك المكاني والفكر البصري(تشارلز فيرست،1993: 138).

وتشير البحوث أن نسبة السيادة النصفية للمخ متفاوتة حيث بينت دراسة الطبيب بوراوي Bawrawi عام (2002)، خاصة بالمجتمع الجزائري، تبين أن نسبة الأيمن(86%) ونسبة الأيسر(5.9%)، ونسبة المتكامل (7.95%) (حجاج،2011: 32).

وفي ضوء ما سبق عرضه أشارت ميرفت السليمانى (1432هـ:14).

إلى أنه يمكن وضع قائمة بأنشطة النصفين الكرويين في الجدول التالي:

جدول رقم (1) يبين نشاط النصفين الكرويين للدماغ

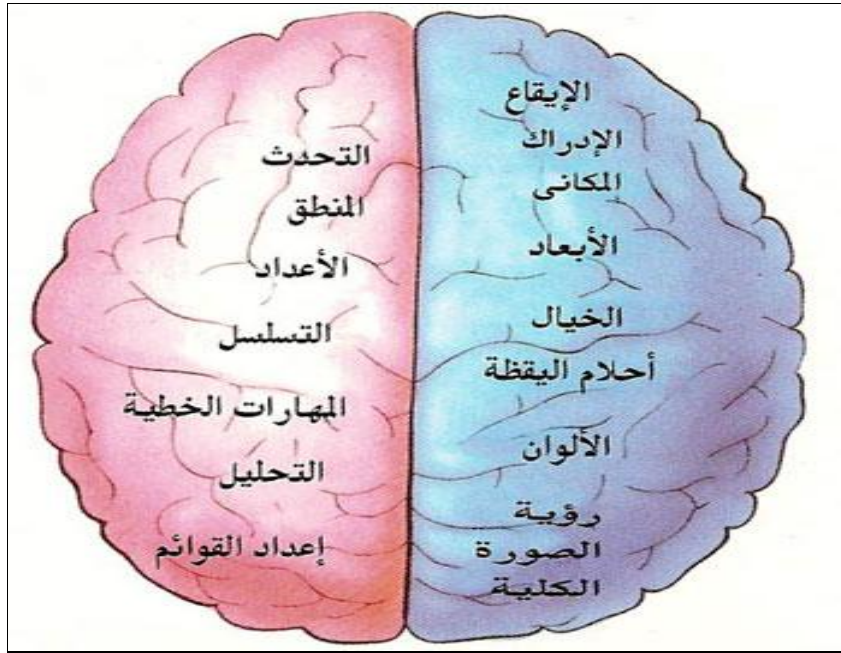
أنشطة النصف الكروي الأيسر	أنشطة النصف الكروي الأيمن
<ul style="list-style-type: none"> • الاستدلال اللفظي والعددي. • التذكر اللفظي والعددي. • قواعد اللغة. • فهم التعبيرات اللفظية وكتابتها. • التذكر المنطقي والواقعية. • الموضوعية في التعامل مع المعلومات. • الثبات في العاطفة(الموضوعية). • التفكير المنطقي والمتسلسل. • التفكير التقاربي. • الاستقبال والتفكير في المجردات. • حب القراءة والنقد. • تعلم الجبر واللغة والطبيعة والكيمياء. • الطريقة الجزئية في التعلم والتفكير. • التروي والواقعية في حل المشكلات. • فهم الحقائق الموضحة والمحددة. • التعامل مع متغير واحد أو مشكلة واحدة. • التحكم في الجانب الأيمن من الجسم. • إدراك نصف المجال البصري الأيمن. 	<ul style="list-style-type: none"> • الاستدلال المكاني. • التذكر المكاني. • الاستعارة والكناية. • فهم تعبيرات الوجه ولغة الأجسام. • الذكريات المعقدة والأحلام. • الذاتية في التعامل مع المعلومات. • التناقض في العاطفة(المرح-السخرية-الاكتئاب) • الحدس والبصيرة. • التفكير التباعدي. • المبادأة والتفكير في المحسوسات. • حب التصوير الزيتي والنحت والرقص. • تعلم الهندسة والموسيقى والفن. • الطريقة الكلية في التعلم والتفكير. • الاندفاع والخيال في حل المشكلات. • فهم الحقائق الجديدة وغير المحددة. • التعامل مع عدة متغيرات في نفس الوقت. • التحكم في الجانب الأيسر من الجسم. • إدراك نصف المجال البصري الأيسر.

يتضح من الجدول أن النصفين الكرويين للمخ لكل منهما نمطا متميزاً عن الآخر في معالجة المعلومات.

وأن الفرق بين النمطين هو الفرق في الأداء(منطقي/غير منطقي) وفي نوع المحتوى وأن هذا الفرق ليس مطلق بل نسبي.

ولقد أشار نيبز Nebes أن النصف الكروي الأيمن يمكن أن يقوم بنشاط النصف الكروي الأيسر إذا سمح له الوقت. وإذا كانت المعلومة مألوفة ومعروفة لديه(ميرفت السليماني، 1432هـ).

ولتلخيص ما سبق نعرض أهم نشاطات النصفين الكرويين في الشكل التالي:



شكل رقم (2) يوضح نشاط النصفين الكرويين للدماغ نقلا عن (<httpswww.google.comsearchh>).

يتبين من الشكل أن نشاط النصف الكروي من الدماغ الأيمن والموضح في الشكل الأزرق يركز على وظيفة معرفية، وهي المعالجة الكلية للمواقف تتصف بالخيال وغير الموضوعية.

أما نشاط النصف الكروي من الدماغ الأيسر يركز على وظيفة معرفية، هو التحليل للمواقف بطريقة متسلسلة ومنطقية.

وفي ضوء ما سبق عرضه من تفصيل لأنشطة النصفين الكرويين وتجدر الإشارة إلى الفروق بين الجنسين في نشاط النصفين الكرويين.

5.2.2. الفروق بين الجنسين في نشاط النصفين الكرويين:

خصص دفيد سوسا D.Sousa فصلا في كتابه-How the brain learns- لتفسير هذه النظرية ووضع الاستراتيجيات الصفية التي تستند إلى شقي الدماغ والتي يستخدمها المعلمون لتأكيد دور النصفين معاً في عملية التعلم. (الريماوي وآخرون، 2008: 467).

حيث ورد في الفصل الخاص بالدماغ تحت عنوان الفروق بين الجنسين أن هناك فروقاً في الحجم الكلي للدماغ لصالح المواليد الذكور وبنسبة (12-20%).

وفي محيط الرأس بنسبة(2%) لصالح الذكور أيضاً، وبالمثل بالنسبة للوزن حيث أن دماغ الذكر البالغ يزن أكثر من الأنثى البالغة (الريماوي وآخرون،2008: 467).

هذا في حين أن الأنثى تمتلك جسماً جاسماً أكبر، مرده إلى زيادة في الألياف بنسبة(3-10%) مما هو لدى الذكر، كما أن هناك زيادة في نسبة السيروتونين لدى الإناث، مما هو لدى الذكور.

حيث ترتبط زيادته بزيادة نسبة الخوف والخبيل وانخفاض الثقة بالنفس، أما انخفاضه فيرتبط بانخفاض مستوى العدوان والتهور والانتحار والادمان والاكنتاب.

كما جاء في كتاب جينسن(Jensen,1998) أن النصف الكروي الأيسر يتطور بسرعة أكبر من النصف الأيمن لدى الإناث، في حين أن النصف الكروي الأيمن لدى الذكور يتطور قبل الأيسر.

هذه الفروق تلعب دوراً في الانضباط الصفي والتفضيلات الرياضية، كما لوحظ أن وظائف التفكير لدى الإناث تنتشر في منطقة واسعة من الدماغ مما يؤدي إلى صعوبات تعلم أقل، ويضيف جنسن " Jensen " أن لدى الإناث تقلبات في هرمونات البروجيستيرون والاستروجين أي أن انخفاض مستويات هرمون الاستروجين يؤدي إلى تحسن في الدرجات، على اختبارات الرياضيات والقدرة المكانية، أما المستويات المرتفعة من هذا الهرمون يتبعها تحسن في المهارات اللغوية والحركية الدقيقة.

وتفيد نتائج دراسات الدماغ أن الإناث يفضلن استعمال النصف الأيسر للدماغ مقارنة بالذكور وعليه، يتفوقن في القدرة اللفظية ويتوجهن أكثر إلى التحليل ويكن أفضل في حل المشكلات، هذا في حين أن الذكور يكونون أفضل من الإناث في الرسم والتلوين، والرياضيات، ويتعاملون أكثر مع العالم المرئي مقارنة بالتعلم اللفظي (الريماوي وآخرون،2008: 467-468).

أما بالنسبة للفروق الجوهرية في جل الأبحاث فقد استقرأ ولخص نتائجها معمريّة بشير(2012) من خلال الدراسات التي أثبتت وجود فروق بين الجنسين فيما يلي(معمريّة،2012: 68):

الفروق في الوظائف اللغوية والبصرية والمكانية بين نصفي المخ أي تخصص النصف الأيسر للمخ في اللغة، وتخصص النصف الأيمن في القدرات البصرية والمكانية أكثر وضوحاً في عينات الذكور، منه في عينات الإناث.

تتوزع الوظائف اللغوية والوظائف البصرية والمكانية بالتساوي على نصفي المخ لدى الإناث مقارنة بالذكور.

يتضح مما سبق أن الدراسات اتفقت على الفروق بين الجنسين في الوظائف اللغوية والوظائف البصرية والمكانية، ومنه نستنتج أن الفروق بين الجنسين في القدرة العقلانية واتخاذ القرار

3.2. مدخل إلى التشريح الفيزيولوجي للمخ:

في حوالي اليوم التاسع من الإخصاب فإن البويضة الملقحة تتكون من طبقة خارجية (Ectoderm) وطبقة داخلية (Endoderm)، ثم بعد ذلك تتكون الطبقة الوسطى (Mesoderm).

وفي حوالي اليوم الثامن عشر بعد الإخصاب يبدأ الجهاز العصبي بالتطور، حيث إن جزء من الطبقة الخارجية من ظهر الجنين تصبح سميكة وتكون الصفيحة (Plat) ثم تكون أطراف هذه الصفيحة قمم، ثم تتحرك بطريقة لولبية باتجاه بعضها على طول الخط الطولي، ويكون اتجاهه من الأعلى إلى الأسفل.

وفي اليوم الحادي والعشرين تلتقي هذه القمم ثم تلتحم معاً مكونة أنبوباً يسمى الأنبوب العصبي (Neural tube)، والذي يُكون فيما بعد الدماغ والنخاع الشوكي (الشقيرات، 2005: 32).

ومما سبق سنتطرق إلى جانبين أساسيين، وهما الجهاز العصبي والدماغ على النحو الآتي.

1.3.2. الجهاز العصبي The Nervous System:

يتكون الجهاز العصبي من شبكة من بلايين الخلايا العصبية المترابطة والمعقدة والمنظمة بشكل كبير حيث يحتوي (1سم³) من الدماغ البشري السليم أكثر من (50) مليون خلية عصبية، تتواصل كل منها مع العديد من الخلايا العصبية الأخرى في شبكات معالجة المعلومات، والذي يجعل من أكثر الحواسيب تطوراً غاية في البدائية، فهو يتكون من جهازين هما (الريماوي وآخرون، 2004):

أولاً-الجهاز العصبي الطرفي:

يشمل الجهاز العصبي الطرفي كل الانسجة العصبية خارج الجهاز العصبي المركزي مثل: (الاعصاب الجمجمية وفروعها والاعصاب الشوكية وفروعها، والعقد والمستقبلات الحسية) ويتفرع عن الجهاز العصبي الطرفي كل من:

- الجهاز العصبي الجسدي (Somatic Nervous System(SNS)
- الجهاز العصبي الذاتي المستقل(Autonomic Nervous System(ANS)
- الجهاز العصبي المعوي(Enteric Nervous System(ENS)

أ. الجهاز العصبي الجسدي:

يتكون الجهاز العصبي الجسدي من خلايا عصبية تنقل المعلومات من مستقبلات جسدية خاصة-تقع بشكل رئيسي في الرأس وجدار الجسم والرئتين- الى الجهاز العصبي المركزي وكذلك من خلايا عصبية حركية من الجهاز العصبي والتي توصل السيلالات العصبية إلى العضلات الهيكلية فقط، عن الجهاز العصبي الجسدي معني بالإحساس والاستجابة.

ب. الجهاز العصبي الذاتي:

يتكون الجهاز العصبي الذاتي المستقل من خلايا عصبية حسية تنقل المعلومات من المستقبلات الحسية الذاتية -تقع بشكل رئيسي في الأمعاء- إلى الجهاز العصبي المركزي ومن خلايا عصبية حركية من الجهاز العصبي المركزي والتي توصل السيلالات العصبية إلى العضلات الملساء والعضلة القلبية، والغدد والنسيج الدهني.

يدير الجهاز العصبي الذاتي الجسم في اوقات التوتر والخطر حيث ينتج حركات والاستجابات اللاإرادية وهو في نفس الوقت يقوم بتهدئة تسارع ضربات القلب ويقلل من التوتر، أي يقوم بوظيفتان متضادتان تهدفان إلى المحافظة على الفرد، يحتوي الجزء الحركي من الجهاز العصبي الذاتي على قسمين:

- القسم السيمبثاوي(Sympathetic
- القسم الباراسيمبثاوي(Para-sympathetic

يعمل الجهازان عكس بعضهم البعض، فمثلاً يقوم القسم السيمبثاوي بزيادة ضربات القلب عن طريق الخلايا العصبية الخاصة به، في حين القسم الباراسيمبثاوي يقوم بتنقيصها.

ت. الجهاز العصبي:

يعرف هذا الجهاز أحياناً باسم دماغ الأمعاء وعمله غير ارادي، يُعتبر هذا الجهاز فيما سبق ضمن الجهاز العصبي الذاتي، يتألف هذا الجهاز من حوالي (100) مليون خلية عصبية في شبكة الأعصاب المعوية، والتي تنتشر على كامل امتداد القناة المعدية المعوية، حيث تعمل هذه الخلايا بشكل مستقل عن الجهاز العصبي الذاتي والجهاز العصبي المركزي إلى حد ما-على الرغم من أنها تتواصل مع الجهاز العصبي المركزي، بواسطة الخلايا العصبية السيمبثاوية والبارسيمبثاوية-، تراق الخلايا العصبية الحسية للجهاز العصبي المعوي التغيرات الكيميائية داخل القناة المعدية المعوية، وتمدد جدرانها. تتحكم الخلايا العصبية المعوية الحركية في انقباض العضلة الملساء للقناة المعدية المعوية، وإفرازات أعضاء القناة المعدية المعوية كإفراز الحمض بواسطة المعدة ونشاط الخلايا الغدية للقناة المعدية المعوية.

ثانياً-الجهاز العصبي المركزي:

يتألف الجهاز العصبي المركزي (الحبل الشوكي-الدماغ):

أ. الحبل الشوكي Spinal Cord:

يتوضع الحبل الشوكي داخل نفق آمن يدعى العمود الفقري (Vertebral Column) والذي يتكون لدى الانسان من (24) عظمة تسمى كل واحدة منها فقرة (Vertebra)، تدخل الأعصاب الحسية للجهاز العصبي الطرفي في الحبل الشوكي في حين تخرج منه الأعصاب الحركية من بين الفقرات بطريقة مرتبة كما تدخل الأعصاب الحسية من القسم الخلفي من الحبل الشوكي بينما تخرج الأعصاب الحركية من القسم الأمامي.

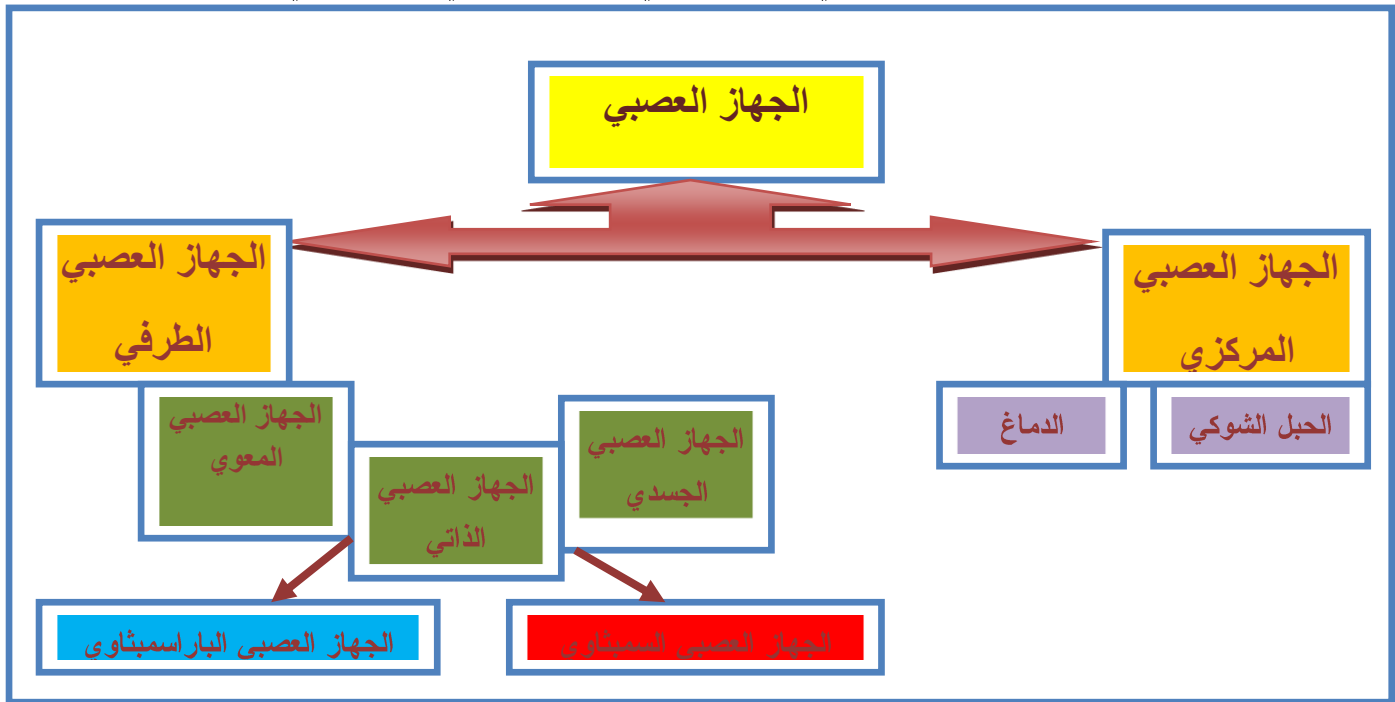
يعمل الحبل الشوكي كطريق سريع لمعلومات الجسم، إن المعلومات التي لا تعالج كلية داخل الحبل الشوكي ذاته ترسل إلى الدماغ بواسطة الممرات الصاعدة. أما المعلومات العائدة من الدماغ فتسلك الممرات الهابطة، تربط الأعصاب الداخلية الأعصاب بعضها البعض داخل الجهاز العصبي المركزي، إما أن ترسل المعلومات إلى العصب الحركي لكي تتشكل استجابة ما، أو تُرسل خلال الحبل الشوكي.

عندما لا تحتاج المعلومات المتوفرة بواسطة الأعصاب الخلية للانتقال عبر كامل الطريق إلى الدماغ من أجل إنتاج استجابة، فإنه يتم إنتاج سلوكيات آلية تسمى منعكسات أو أفعال منعكسة.

ب. الدماغ Brain:

الدماغ عضو على درجة كبيرة من التعقيد في حجم جوزة الهند، ذو لون يشبه الكبد غير المطهو، ويقع داخل تجويف الجمجمة، يزن الدماغ عند الولادة حوالي (450غم) ويتضاعف وزنه خلال السنة الأولى ليصل إلى حوالي (1350غم) في مرحلة الرشد، وتقدر نسبة وزن الدماغ إلى وزن الجسم بحوالي (2%) ولكنه يستهلك من طاقة الجسم من (20% - 25%). ويشبه الجيلاتين الرخو في لزوجته، يحتوي الدماغ البشري حوالي (100) بليون خلية عصبية إضافة إلى عشرة أضعافها من الخلايا الغروية (Glial Cells).

وبعد ما تطرقنا الى مكونات الجهاز العصبي بالتفصيل نأتي إلى تلخيصه في الشكل التالي:



شكل رقم (3) يوضح مكونات الجهاز العصبي. (تصميم الباحث).

2.3.2. الخلايا العصبية:

ورد في العنصر السابق ذكر الخلايا العصبية وبالتالي من العملي وجب توضيح الجانب التشريحي للخلية العصبية باعتبارها الوحدات البنائية الأساسية للجهاز العصبي فالخلايا العصبية أو العصبونات هي مكونات للجهاز العصبي والتي تكون الدماغ والنخاع الشوكي والأعصاب التي تصدر عنهما إلى

باقي أجزاء الجسم والرسائل تنتقل من الدماغ إلى مختلف أجزاء الجسم عبر هذه الخلايا ويقدر علماء الأعصاب عدد الخلايا العصبية في الجهاز العصبي بـ (100) بليون عصبون حيث يتكون العصبون من (الزق، 2006: 83):

أ. جسم الخلية Som:

وهو المسؤول عن حياة الخلية ويحتوي على النواة التي تمثل الجزء الأساسي فيه والنواة هي التي تقوم بعمليات الاستقلاب وإنتاج الطاقة للخلية.

ب. الشجيرات العصبية Dendrites:

وهي عبارة عن مجموعة من الخيوط تخرج من نهاية جسم الخلية، وتستقبل الخلية المعلومات من الخلية المجاورة عن طريق هذه الشجيرات.

ت. الأزرار الطرفية Teminal buttons:

وهي عبارة عن نتوءات صغيرة توجد في مؤخرة النهايات الطرفية وهي تلعب دوراً بارزاً في عملية التواصل بين الخلايا إذ يتم نقل المعلومات من الخلية إلى الخلية المجاورة لها من خلال إصدار مواد كيميائية تسمى النواقل العصبية تنتقل من الخلية إلى الخلية المجاورة، وتسمى المسافة ما بين الأزرار الطرفية والشجيرات العصبية للخلية المجاورة بنقطة الاشتباك (Synapses).

إن حدوث تنبيه لطرف الخلية تتغير نفاذية الجدار مما يسمح بمرور الشحنات الموجبة إلى داخل الخلية ومن ثم خروجها بسبب تغير التركيز، وأثناء خروج الشحنات مرة أخرى من الداخل إلى الخارج يتنبه الجزء الآخر من الخلية، فيحدث له ما حدث للجزء المجاور له من نفس الخلية، وهكذا حتى يصل التنبيه إلى آخر جزء من الخلية-النهايات الطرفية- حيث تخرج مواد كيميائية تسمى النواقل العصبية مثل-الأستيل كولين- الموجودة في الأزرار الطرفية وتنتقل عبر الفراغ الدقيق في نقطة الاشتباك بين الخلية الأولى والثانية فترتبط هذه المواد الكيميائية بمواقع خاصة لها على جدار الخلية الثانية مما ينبه الخلية الثانية وتتغير نفاذية جدارها وينتقل التنبيه عبرها كما في الخلية الأولى.

كما هناك ثلاث أنواع من الخلايا العصبية وهي (الزق، 2006: 84):

- العصبونات الحسية Sensory neurons:

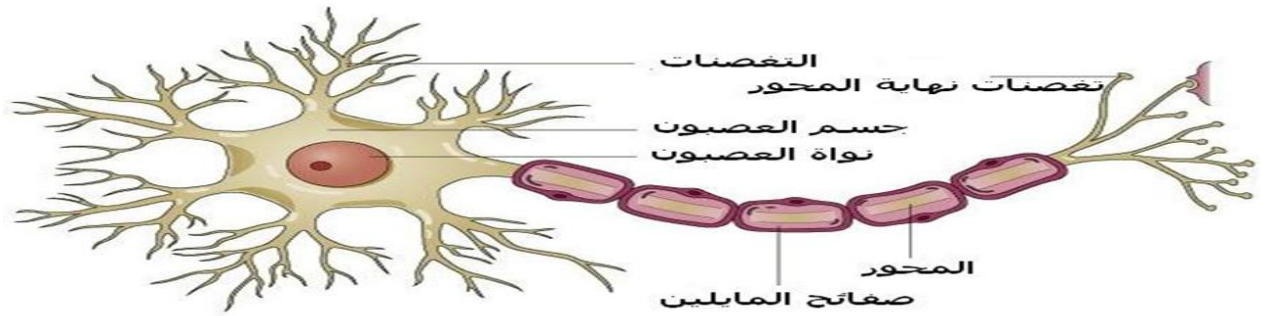
وهذه الخلايا تستقبل المعلومات من البيئة وهي تتصل مع الخلايا المستقبلية في الأعضاء الحسية والتي تكشف عن أي تغير فيزيائي (صوتي-ضوئي-لمسي) أو كيميائي (شمي-ذوقي) يصل إلى الفرد من خلال العين، الأذن، الجلد، الأنف أو الأعضاء الداخلية للجسم إذن فالخلايا الحسية تنقل المعلومات الحسية التي إلى الفرد من خلال الخلايا المستقبلية في الحواس إلى النخاع الشوكية.

- العصبونات الحركية Motor neurons:

تنقل المعلومات من النخاع الشوكي والدماغ إلى باقي أجزاء الجسم والتي تقوم بالاستجابة التي تؤمر بها.

- العصبونات الواصلة Interneurons:

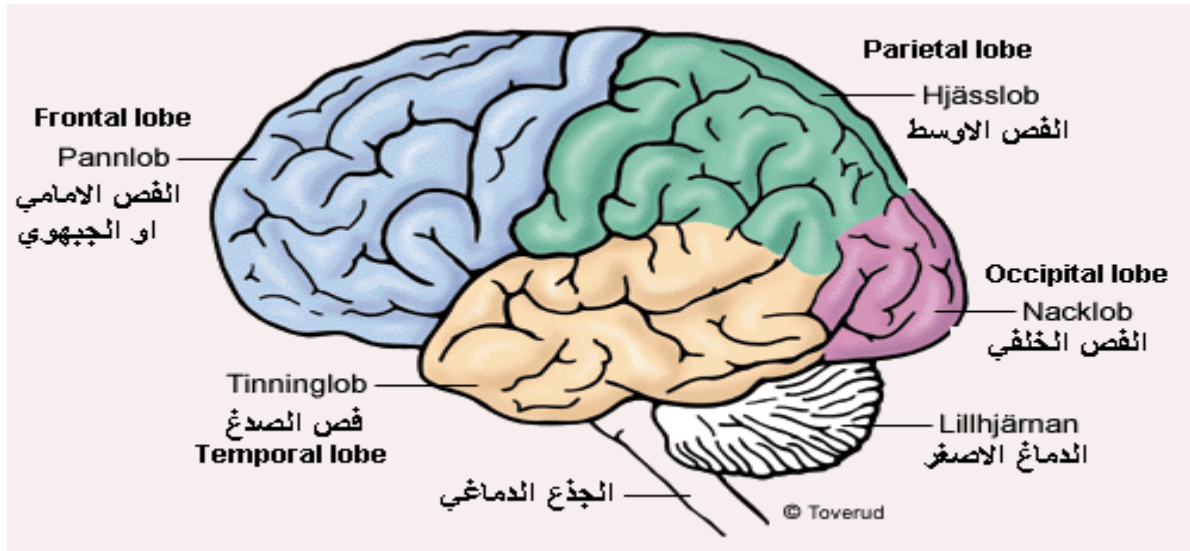
وهي عبارة عن خلايا تصل ما بين الخلايا الحسية والحركية فهي تستقبل الإشارات من الخلايا الحسية أو من خلايا واصله أخرى لتصل في النهاية إلى الدماغ والنخاع الشوكي أو تستقبل الإشارات من النخاع الشوكي والدماغ وتنقلها إلى خلايا واصله مجاورة أو إلى الخلايا الحركية ففي الكائنات الراقية مثل الانسان فإن الخلايا الواصلة هي أكثر أنواع الخلايا العصبية. والشكل الموالي يوضح ذلك:



شكل رقم (4) يوضح مكونات الخلية العصبية نقلا عن (<https://www.google.com/search>).

3.3.2. أجزاء الدماغ:

بعدما تطرقنا إلى الجهاز العصبي بصفة عامة نأتي إلى عرض وتفصيل أجزاء الدماغ حيث ينقسم إلى ثلاث أجزاء يمكن التطرق إليها وفق التقسيم الذي هو في الشكل التالي رقم-5-



شكل رقم (5) يوضح أجزاء الدماغ نقلا عن (www.arab-ency.com).

أولاً. الدماغ الأمامي The For brain:

ويغطي الدماغ الامامي القشرة الدماغية ويتكون كذلك من الجهاز الحدي أو الفاصل والعقد القاعدية وهي تقع في العمق تحت القشرة الدماغية ويشار لها عادة تحت القشرة الدماغية أو مناطق القشرة الفرعية أو السفلية ويشمل أيضاً الدماغ الأمامي المهاد وتحت المهاد، ويمكن التطرق إليهم بالتفصل على النحو التالي (الشقيرات، 2005):

أ. الجهاز الحوفي:

ومن أسمائه أيضاً الجهاز الحدي، الفاصل، الحوفي والطرقي (Limbic System) حدي (Limbic -border) ويسمى أيضاً الفص الحوفي أو الفص الحدي، ويسمى عند بعض التشريحيين بدماغ الزواحف، إلا أن بروكا صاغ وابتكر الاسم (Limbic lobe) عام (1878). وهناك من يقول أن ماكلين "Maclean" هو الذي صاغ وابتكر الجهاز الحدي، ويتكون هذا الجهاز من عدد من التراكيب منها: فرس البحر (Hippocampus) وله علاقة بالذاكرة واللوزة (Amygdala)، ولها علاقة بالسلوك الانفعالي، وتقع في البطين الجانبي في الفص الصدغي، والقبو (Fornix) ويتكون من المحاور التي تصل فرس البحر بأجزاء أخرى من الدماغ بما فيها الاجسام الثديية (Mamillary) في تحت المهاد. هذا بالإضافة إلى التليف الحزامي أو الطوقي (Cingulate gyrus) والحاجز الذي يسمى الحجاب (Septum).

ب. العقد القاعدية Basal ganglia:

وهي تجمع من النواة (Nuclei) وتقع في عمق الدماغ الأمامي وتحت الجزء الأمامي من البطينات (Nucleus) وهو مصطلح لاتيني وتعني (Nu) (نواة) وهي في هذه الحالة مجموعة من النيورونات داخل الدماغ.

فالأجزاء الرئيسية للعقد القاعدية تشمل النواة المذنبة (Caudat nucleus) والقشرة (البطامة) (Putamen) وتعني (Shell) وهي قشرة النواة العدسية، والكرة الشاحبة (Globus pallidus) وهذه الأجزاء الرئيسية متصلة مع القشرة الدماغية والمهاد والتكوين الشبكي وجزء من الدماغ الأوسط والنخاع الشوكي.

كذلك هناك اتصال تبادلي مع المنطقة السوداء (Substantia nigra) حيث يوفر هذا الاتصال الدوبامين (Dopamine) إلى العقد القاعدية، وإذا ما فقد الدوبامين فإن أعراض مرض باركنسون تتطور، كما لعقد القاعدية ثلاث وظائف وهي:

- إذا حدث تلف للأجزاء المختلفة منها فإن هذا يؤدي إلى تغيرات في وضعية الجسم (Posture) وزيادة أو نقصان في التوتر العضلي، و حدوث حركات لا سوية مثل نفضات (Twitches) وحركات لا إرادية منعكسة (Jerks) ورعاش (Tremors) وهور ارتعاش أو اهتزاز لا إرادي.
- بالأخذ بعين الاعتبار دور العقد القاعدية في الحركة فإن لها دوراً في الترتيب التتابعي للحركات لبعض الاستجابات مثل الكلام.

يعتقد أن العقد القاعدية لها دور في التعلم المرتبط بالعادة والعلاقة بين المثير والاستجابة.

ت. المهاد Thalamus:

ويتكون من فصين متصلان بواسطة الجسر من المادة الرمادية يسمى (Massa

intermedia) ويقسم إلى منطقتين ظهريّة وبطنيّة.

المهاد البطني (Ventral thalamus) يوفر مدخلات عامة إلى القشرة الدماغية لتساعد في تعديل نشاطاتها والمهاد الظهري (Dorsal thalamus) يتكون من عدد من النوى كل منها ترتبط بمنطقة محددة من القشرة الدماغية، وهذه النواة توجه المعلومات إلى القشرة الدماغية عن طريق ثلاثة مصادر وهي:

- ترحل المعلومات من الأجهزة الحسية إلى هدفها، مثلا الجسم الركي الجانبي (Lateral geniculate body) يتلقى الارتباطات البصرية والجسم الركي الأوسط يستقبل الارتباطات السمعية، والنواة الجانبية الخلفية-البطنية (Ventral- Posterior) تستقبل الارتباطات بالنسبة للمس والضغط والألم والحرارة من الجسم. وتباعاً فإن الجسم الجانبى الركي يرسل إرتباطات إلى المنطقة (17) في القشرة الخلفية، والجسم الركي يرسل ارتباطات إلى المنطقة (41) في القشرة الصدغية، والنوى الجانبية الخلفية البطنية إلى المناطق (3.2.1) والقشرة الجدارية وجهاز الشم يرسل انطباعاته عن طريق النواة الوسطى الظهرية إلى القشرة الدماغية.

- بعض النواة ترحل المعلومات بين أجزاء مختلفة من القشرة الدماغية، حيث ترسل القشرة الخلفية معلومات وترابطات من وإلى الوسادة-النهاية الخلفية (Pulvinar)- وهي كتلة وسادية الشكل بارزة تكون الجزء الخلفي من المهاد.

- الارتباطات بين قشرة الجهاز الحدي والعقد القاعدية والمخيخ تترحل ارتباطاتهم إلى القشرة الدماغية عن طريق المهاد، وبمعنى آخر فإن المهاد يتوسط هذه الارتباطات وبالتفصيل فإن الجهاز الحدي يرسل ارتباطاته إلى القشرة الأمامية عن طريق النواة الوسيطة (الوسطى) الظهرية، والعقد القاعدية ترسل ارتباطاتها عن طريق النواة الأمامية البطنية، والمخيخ يرسل ارتباطاته عن طريق النواة الجانبية البطنية إلى القشرة الحركية، وتقريباً فإن جميع المعلومات القادمة إلى القشرة الدماغية تمر عبر المهاد.

فالإصابات التي تحدث للمهاد، خصوصاً الناتجة عن إصابات الأوعية الدموية وإلى حد ما الأورام، تحدث ما يسمى أحياناً عرض أو متلازمة المهاد (Thalamic Syndrome) فمثلا الإصابة في المهاد الأيسر، يؤدي إلى تدني في المهارات المعرفية اللفظية أما الإصابة في المهاد الأيمن فترتبط بتدني أو خلل في القدرة المكانية وإدراك الوجوه والقدرة الموسيقية.

وبشكل عام فإن إصابات المهاد تؤثر على ترحيل المعلومات إلى الأجزاء المختلفة للقشرة الدماغية وأحياناً تكون الأعراض الناتجة مؤقتة وهذا قد يعني أن ممرات جديدة يمكن أن تكون قد تكونت.

ث. تحت المهاد Hypthalamus:

يقع تحت المهاد-كما هو واضح-أسفل المهاد، وهو تركيب معقد يحوي العديد من النوى والممرات العصبية ويلعب تحت المهاد دور مهما في تنظيم وتنشيط وتكامل عمليات الجهاز العصبي الجانبي الذاتي، وجهاز الغدد الصماء والوظائف الجسمية، فهو يسيطر على الأجزاء الأمامية والخلفية من الغدد النخامية وما تفرزه من هرمونات، كذلك له علاقة بسلوك الأكل وتنظيم درجة الحرارة وله علاقة بالدافع الجنسي، وظهور الصفات الجسمية الثانوية وله علاقة بالعطش، وله علاقة بتنظيم الهرمونات التي لها علاقة بالهضم والإثارة الجنسية (Medial) يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات سلوكية حادة وذلك بسبب اتصالها مع الفص الأمامي واللوزة، وهذا التلف يمكن أن يحدث بسبب الأورام والتي هي شائعة في الغدة النخامية.

ثانياً. الدماغ الأوسط The Mid brain:

ويتكون من جزئين رئيسيين، السقف (Tectum) والغطاء (Tegmentum) والسقف يقع في الجزء الظهرى من الدماغ الأوسط، وأجزائه الأساسية تشمل الأكيمة العلوية، والأكيمة العلوية السفلية (Superior and Inferior Colliculi).

وهي تظهر على شكل أربعة نتوءات على سطح جذع الدماغ. الأكيمة العلوية هي جزء من جهاز الإبصار، وهي بشكل أساسي لها علاقة بالانعكاسات البصرية وردود الفعل للمثيرات المتحركة أما الأكيمة السفلية، فهي جزء من الجهاز السمعي.

وعليه ومقارنة مع الإنسان فإن الأكيمة السفلية عند الودواط أكبر منها عند الإنسان، وذلك لأنه يستقبل الصدى ويستطيع تحديد التركيب في الفضاء، والسبل والممرات، من الكميات التي تتصل مع الخلايا الحركية وتؤثر على حركة الرقبة والرأس كاستجابة للمعلومات البصرية والسمعية.

أما الغطاء (Tegmentum) فهو يكون الجزء أسفل السقف في الدماغ الأوسط، ويشمل النهاية الأمامية للتكوين الشبكي (Reticular formation)، وعدد من النوى التي تضبط حركة العين والنواة الحمراء والمادة السوداء، والمنطقة البطنية من الغطاء والمادة الرمادية، حول القناة الدماغية (مسال) (Periaqueductal).

فالتكوين الشبكي يتكون من العديد من النوى بشكل مفرد، وهو يتكون أيضاً من شبكة منتشرة من النيورونات، وعمليات تشمل الشجيرات والمحاور ويشغل التكوين الشبكي مركز الدماغ من أسفل حدود النخاع إلى أعلى حدود الدماغ الأوسط، ويشكل التكوين الشبكي نقطة البدء، لنشاط الدماغ الحيوي (Vital activity)، وبسبب ذلك فهو عادة يشار له بجهاز الإثارة-النشاط- الشبكي (Reticular activating system).

حيث يلعب هذا الجهاز دوراً مهماً في إثارة القشرة الدماغية، وفي تنظيم عمليات النوم والاستيقاظ، كذلك فإن النواة الخاصة بإدامة الحياة، وشبكة واسعة من الاتصالات تصل إلى القشرة الدماغية من هذا الجهاز.

فيمكن أن يُثار هذا الجهاز بمثيرات بيئية خارجية أو مثيرات داخلية تؤدي إلى خلل في وظائف هذا الجهاز تظهر على شكل أعراض تقع بين عدم النوم والغيبوبة، في حين أن التلف أو الإصابة للتكوين الشبكي قد يؤدي إلى الوفاة بسبب عجز في التنفس.

وخلل في ضربات القلب أو ضغط الدم، كذلك فإن الإصابات للمستويات السفلى من جهاز الإثارة الشبكي أو المستويات العليا من النخاع الشوكي-في الفقرات الرقبية الأولى والثانية والثالثة--C1-C2 C3 يؤدي إلى خلل في عملية التنفس لأن هذا الخلل، ربما أثر على جذع الدماغ وبالتالي على التكوين الشبكي.

بالإضافة إلى ذلك يلعب جهاز الإثارة الشبكي دوراً مهماً في عملية الانتباه الاختياري، فهو يقرر أي المعلومات تمر إلى القشرة الدماغية، وأي معلومات تُمنع.

وهي وظيفة هامة إذا أخذنا بعين الاعتبار حجم المعلومات القادمة من الحواس والبيئة الخارجية، أي أنه يعمل كمصف للمعلومات، وإذا زادت عملية التصفية فإنه تظهر عند الطفل أعراض الحرمان الحسي (Sensory Deprivation).

أما إذا نقصت عملية التصفية فإن الطفل يصبح سهل التشتت، وأكثر تكيفاً أو مرونة في البيئة التي فيها المثيرات الحسية متدنية، ويجعله متمسك بمثير واحد. (الشقيرات، 2005: 61-63).

وعليه فإن التلف في جذع الدماغ، وخصوصاً جهاز الاثارة الشبكي يحدث خللاً في مستوى الاثارة، والتوجيه ووعي الشخص بالمحيط به.

أما المادة الرمادية حول قناة-مسال-الدماغ، فهي تتكون من أجسام الخلايا التي تحيط بقناة الدماغ، وتمتد من البطين الثالث إلى البطين الرابع، ويحوي هذا التركيب دوائر عصبية بقناة الدماغ وتمتد من البطين الثالث إلى البطين الرابع، ويحوي هذا التركيب دوائر عصبية تسيطر على سلسلة من الحركات التي تميز سلوك نوع معين من الحيوانات، مثل الحركات المرتبطة بالاقترال والتزاوج.

وبالإضافة إلى ذلك أن المورفين (Morphine) والأفيون (Opiates) والتي تعمل على تقليل حساسية العضوية للألم، تعمل إثارة في مستقبلات النيورونات في هذا الجزء أو التركيب.

أما النواة الحمراء، والمادة السوداء فهي أجزاء مهمة من الجهاز الحركي، فهناك حزمتان من المحاور تتبع أو تتبثق من النواة الحمراء، وتشكل أحد الأجهزة الرئيسية التي تحضر المعلومات من القشرة الدماغية والمخيخ إلى النخاع الشوكي، أما بالنسبة للمادة السوداء، فإن التلف يؤدي إلى ظهور أعراض مرض الرعاش (Parkinsons disease).

ثالثاً. الدماغ الخلفي The Hind Brain:

يتكون الدماغ الخلفي، والذي يحيط بالبطين الرابع، من قسمين رئيسيين:

أولاً: الدماغ التالي (Metencephlon) وتعني بعد الدماغ (Afrer brain) ويتكون من المخيخ والجسر.

أما الثاني هو الدماغ البصلي (Mylencephalon) ويتكون من النخاع المستطيل.

فالدماغ التالي هو القسم من الدماغ الخلفي-في حالة نمو الدماغ عند الجنين يشير هذا المصطلح إلى الحويصلتين، اللتين تتكونان عند تمايز الدماغ الخلفي.

-ويشمل المخيخ الدماغ الصغير والجسر (الشقيرات، 2005: 62-64).

أ. المخيخ Cerebellum:

ويتكون من نصفين، وكل نصف متصل بالسطح الظهري للحسر بواسطة حزمة من المحاور العصبية تسمى السويقات المخيخية (Cerebellar Peduncles) وتكون علوية ووسطى وسفلية.

فالتلف في المخيخ يؤثر على التناسق بين الحركات وخصوصاً الحركات الدقيقة والمشى والوقوف، يستقبل المخيخ معلومات سمعية، بصرية، لمسية، ومن الدهليز، وكذلك يتلقى معلومات عن حركة كل عضلة تمت عن طريق الدماغ.

ويعمل الدماغ على تكامل هذه المعلومات حتى تنتج الحركة ناعمة ومتناسقة، كما التلف في المخيخ ينتج خلل في الحركات الارتجافية، وإذا كان التلف شديد فقد لا يتمكن المريض من الوقوف كذلك، فإن المخيخ من أول الأجزاء المتأثرة بالكحول.

وهناك أدلة على أن الأطفال الذين يولدون بدون مخيخ يستطيعوا القيام بوظائفهم على أكمل وجه، ربما بسبب أن أجزاء أخرى من الدماغ قامت بوظائف المخيخ.

وبالإضافة إلى ذلك فإن الدراسات الحديثة تشير إلى أن المخيخ هو المسؤول عن الذاكرة الاجرائية.

ب. الجسر Pons:

هو انبعاث كبير في جذع الدماغ، ويحوي جزء من التكوين الشبكي بالإضافة إلى بعض النوى التي تعتبر مهمة للنوم والاثارة، ويحتوي، أيضاً على نواة كبيرة تحول المعلومات من القشرة الدماغية إلى المخيخ.

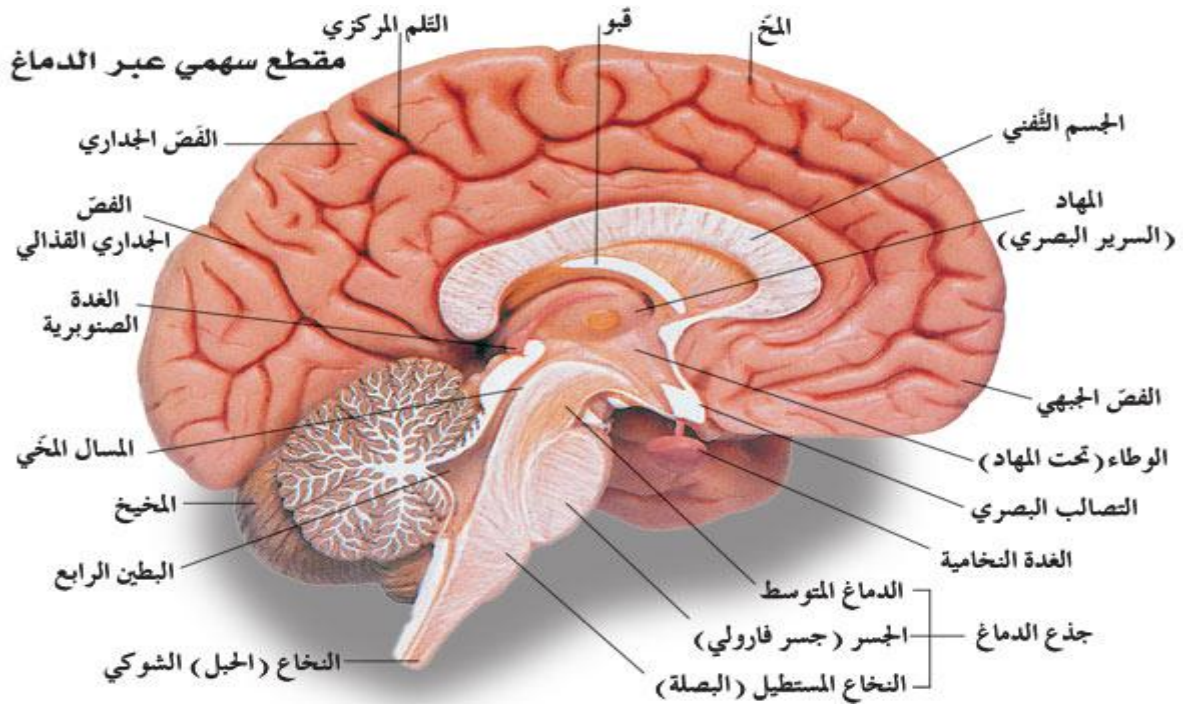
ت. الدماغ البصلي Myelencephalon :

ويتكون من تركيب رئيسي هو النخاع المستطيل (Medulla oblongata) وهو آخر جزء خلفي في جذع الدماغ، ويحوي جزء من التكوين الشبكي، بما في ذلك النوى التي تضبط العمليات الحيوية مثل انتظام عمل أجهزة الأوعية الدموية والتنفس.

ث. النخاع الشوكي Spinal:

ووظيفته الأساسية هي نقل واستقبال المعلومات الحسية الجسدية لتمريرها إلى الدماغ. وتوصيل الرسائل العصبية من الدماغ، وعن طريق الأعصاب الحركية إلى الأجهزة الفاعلة في الجسم مثل الغدد والعضلات (الشقيرات، 2005: 64).

وبعدما تطرقنا إلى كل ما يخص أجزاء الدماغ بالتفصيل، وجب تقديم شكل توضيحي لجميع الأجزاء التي ذكرت في أجزاء الدماغ الثلاث في الشكل رقم-5-



شكل رقم (6) يوضح المناطق الجزئية في الدماغ نقلا عن (www.arab-ency.com).

4.2. مراحل النمو العقلي:

ترجع فكرة مراحل النمو العقلي إلى أكثر من خمس وسبعين سنة خلت، فقد قدم وايت هيد (1929)white head تقسيماً زمنياً للنمو العقلي لدى الأطفال، شبيهاً بذلك التقسيم الذي عرفناه عند بياجيه piaget.

يرى وايت هيد White Head (1929) بأنه ما بين (2-4) سنوات من العمر يخرج الطفل من مرحلة الإنجاز الإدراكي إلى مرحلة اكتساب اللغة وينتهي الطور التالي في حوالي السنة السابعة من العمر والذي يتصف بتصنيف الأفكار والإدراك القوي والواضح، أما قوة الملاحظة والسيطرة فتظهران ما بين السنة الثامنة، والثانية عشرة من العمر، وأما الفترة الواقعة ما بين (12-15) سنة فيجب التركيز خلالها على اللغة، لأن البراعة في اللغة والعلوم تنتهي عند الخامسة عشرة.

يتضح من ذلك أن هناك اتفاقاً كبيراً بين المراحل التي تصورها وايت هيد White Head

(1929) وتلك التي وضعها جان بياجيه Piaget (طارق عبد الرؤوف، ربيع محمد: 2008: 16)

كما وجه فايجوسكي Vyagotsky انتباه علماء النفس إلى التفاصيل الحقيقية في تطور الذكاء والإدراك الإنساني لقد عرف الفترات الحرجة على أنها أوقات تطور أو تغير سريع يحدث عند الأطفال وترتبط بالانتقال من مستوى عقلي إلى مستوى عقلي آخر.

يري فايجوسكي Vyagotsky أن الفترات الحرجة تحدث في السنة الأولى وفي السنة الثالثة وفي السنة الرابعة من العمر أما سن الثالثة عشر، فتتصف بالركود والاستقرار، ولاحظ أيضاً أنه لا يوجد فترات حرجة بعد السنة السابعة عشرة حتى سن البلوغ والرشد.

وهنا نرى اتفاقاً بين الفترات الحرجة وبين نتائج تجارب جان بياجيه وأتباعه، فدراسات بياجيه كانت ومازالت المصدر الرئيس للدلائل التجريبية على وجود أربع مراحل رئيسية في نمو الذكاء والإدراك والمعرفة الإنسانية وهذه المراحل هي (طارق عبد الرؤوف، ربيع محمد: 2008: 16):

-المرحلة الأولى:

تمتد منذ الولادة وحتى السنة الثانية من العمر، ويطلق عليها المرحلة الحسية الحركية "Sensorimotor".

-المرحلة الثانية:

تمتد من السنة الثانية وحتى السنة السابعة من العمر، ويطلق عليها مرحلة ما قبل العمليات الحسية "Preoperational".

-المرحلة الثالثة:

تمتد من السنة السابعة وحتى السنة الحادية عشرة، ويطلق عليها مرحلة العمليات الحسية "Conc eret "Operations".

-المرحلة الرابعة:

وتمتد من السنة الحادية عشرة وحتى السنة الخامسة عشرة، ويطلق عليها مرحلة العمليات المجردة " Formal operations".

لقد ثبت بالتجربة لدى بياجيه وأعوانه أن معظم الأطفال يمرون عبر هذه المراحل الأربعة تعززت هذه النظرية بتجارب أخرى كثيرة، وأهمها ما قام به ويب Webb من دراسة وجود الحلقة الرابطة بين نظرية بياجيه وبين العمر الزمني للطفل.

لقد درس ظهور المرحلة الرابعة(مرحلة العمليات المجردة) لدى أطفال تتراوح أعمارهم ما بين السادسة والحادية عشرة ويتمتعون بمعامل ذكاء مرتفع(160نقطة).

مما يجعل أعمارهم العقلية تقع بين عشر سنوات وثمانية عشرة سنة، لقد جاءت النتائج واضحة لم يظهر أي طفل من الشريحة المشاركة في التجربة، أي أثر لوجود المرحلة الرابعة قبل السنة الحادية عشرة من عمر الطفل الزمني.

وكذلك وجد براون Brown نتائج مشابهة وذلك في ظهور المرحلة الثالثة(مرحلة العمليات الحسية) في السنة السابعة.

إن وصف بياجيه لفترات النمو والاستقرار في تطور الذكاء والمعرفة لهو وصف علمي دقيق يتفق مع وصف نمو الدماغ المرحلي، فيما عدا الطور الأخير الواقع ما بين (14_16) سنة حيث لا يوجد له مثيل في نظرية جان بياجيه.

إلا أن العلاقة التي لوحظت بين أطوار نمو الدماغ عند إيبستين Epsitein وبين مراحل النمو العقلي عند بياجيه شجعت بعض الباحثين على التنبؤ بمرحلة تطور عقلي خامسة تعقب مراحل بياجيه الأربعة.

لقد أشارت أرلين Arlin إلى وجود مثل هذه المرحلة في التطور العقلي، لقد قامت بدراسة مجموعة تتراوح أعمارهم ما بين(19_21) سنة.

وأطلقت على المرحلة الخامسة الجديدة، مرحلة إيجاد المشكلة Problem finding لتميزها عن مرحلة حل المشكلة Problem Solving . وقد يطلق عليها مرحلة التفكير الإبداعي(طارق عبد الرؤوف،ربيع محمد:2008: 17_18).

5.2. التكامل بين أطوار نمو الدماغ وبين مراحل النمو العقلي:

أثناء أي طفرة من طفرات النمو، يعزز الدماغ الامتدادات، والتوصيلات العصبية اللازمة للقيام بوظائف جديدة وتلاحظ هذه العملية بسهولة عند بداية الكلام التلقائي العفوي.

في خلال مدة قصيرة نسبياً نرى طفلاً عمره سنتان ينتقل من مجرد صيحات وكلمات متفرقة هنا وهناك، إلى بناء جملة معقدة، لا يمكن إنجاز مثل هذا الكلام في الواضح إلا بعد تطور الامتدادات العصبية التي تربط مراكز الكلام في الدماغ ببعضها البعض.

فعلى هذا الأساس هل يمكن التحكم في نمو دماغ الطفل أثناء طفرة النمو التي يمر بها، لا يوجد هناك إجابة محددة على مثل هذا التساؤل، ولكن يقتضي التنويه بأن التغذية الجيدة والاستثارة الفكرية والتجارب التعليمية تؤثر بشكل إيجابي على نمو الدماغ وربما تزيد في نمو الشبكات العصبية التي تزيد من فاعلية الدماغ في معالجة وتحليل المعلومات وحل المسائل المعقدة.

والأبحاث في هذا المجال مستمرة، لاحظ روسنز ويغ Rosenz wig مثلاً ازدياد في كثافة قشرة المخ في أدمغة الفئران التي نشأت في بيئة غنية بالطعام والمثيرات والحوافز.

ليس من المعروف حتى الآن أين يحدث النمو بالتحديد في كل طفرة يمكن استخلاص بعض ذلك من طبيعة القدرات العقلية الجديدة التي تظهر عند الطفل خلال طفرة النمو المحددة، فمثلاً يظهر الكلام في حوالي السنة الثانية من العمر، وتظهر القراءة عند السنة السادسة من العمر.

هذا يتزامن مع نمو هام يحدث في منطقة تقع في النصف الأيسر من المخ يطلق عليها التلغيفة الزاوية "Angular Gyrus" هذه المنطقة مسؤولة عن تفسير المعلومات الحسية التي ترد إليها من فلفات الدماغ التي تعالج اللمس والبصر والسمع.

هي الجزء الذي يساعد الإنسان على سماع خرخرة القطة النائمة بعقله ويحس بفروتها عندما يقرأ ويكتب كلمة قط، إن القراءة والتحدث والكتابة وحل المسائل والحساب اليدوي، وكل النشاطات التي تتطلب المعلومات الحسية تتعلق بالتلغيفة الزاوية، إذا ما أصيب الفرد بأي خلل أو تلف في هذه المنطقة فإن معامل الذكاء ينخفض ما مقداره (20-30) نقطة. (طارق عبد الرؤوف، ربيع محمد 2008: 18).

جدول أطوار نمو الدماغ والاستجابة العقلية الإدراكية لها، الطور التكاملي في مناطق نمو الاستجابة العقلية للنمو (3-10) أشهر، ومن (3-10) أشهر تطور الخلايا والمخيخ.

وتطور المرحلة الحسية من (2-4) سنوات والمرحلة الحركية من (4-6) سنوات التليفية الزاوية والسمع والرؤية الثنائية مرحلة ما قبل العمليات.

تطور اللغة واندماج الفكر واللغة (6-8) سنوات ومن (8-10) سنوات التليفية الزاوية مرحلة العمليات الحسية يتعلم القراءة والكتابة (10-12) سنة، ومن (12-14) سنة التليفية الزاوية النصف الأيمن الخلفي قشرة المخ الأمامية في مرحلة العمليات المجردة.

والتفكير المجرد وحل المسائل من (14-16) سنة فما فوق التليفية الزاوية النصف الأيسر الخلفي ايجاد المشكلة والوعي الذاتي.

إن العمر العقلي للإنسان هو عبارة عن مركب من القدرة الموروثة على التعلم ومن التجربة الغنية في حياة الفرد.

وعلى هذا الأساس فمقاييس العمر العقلي المعروفة لا تسمح بتقدير القدرة على التعلم، وخاصة مع ظهور نظرية الذكاء المتعدد (طارق عبد الرؤوف، ربيع محمد 2008: 18_20).

6.2. تعاريف السيادة النصفية للمخ:

تتضارب التعريفات وتختلف في تعريفها للسيادة النصفية للمخ، فمنهم من يعرفها على أنها هيمنة دماغية ومنهم من يعتبرها سيطرة دماغية، ومنهم من يطلق عليها تسمية التوضع العقلي.

ظهر مصطلح السيادة النصفية للمخ أو نمط معالجة المعلومات " Style of information processing " مع بداية السبعينيات من القرن الماضي نتيجة اختلاف وجهات النظر التي تناول منها الباحثون والعلماء الفروق الوظيفية بين نصفي المخ.

فبعضهم تناول هذه الفروق من زاوية أنها تتعلق بالأمور اللفظية، وبعضهم الآخر تناولها من الناحية الكيفية التي يتعامل بها كل نصف في معالجة المعلومات الواردة إليه.

وقد ارتبط مفهوم السيادة النصفية للمخ، بعدة مصطلحات أخرى هي أشبه بالمرادف له ومتطابقة معه وهي (بن فليس، 2009: 68):

- مفهوم أنماط التعلم والتفكير "Style of Learning thinking".
- مفهوم أنماط السيادة المخية "Hemispherity style".
- مفهوم النشاط لنصفي المخ.
- مفهوم السيادة الجانبية.
- مفهوم تخصص نصف الكروي للمخ.

ويشير سولسو "Solso" لمفهوم السيطرة الدماغية على أنها "ميل الأفراد إلى الاعتماد بشكل متسق على نصفي المخ أكثر من الآخر، أو كلاهما، في التعامل مع المعلومات، والمشكلات التي تواجهه (الزقاوي، 2001: 80).

ف نجد بول تورانس يعرف السيادة النصفية للمخ على أنها: "ميل الفرد إلى أن يعتمد على أحد نصفي المخ أكثر من الآخر في معالجة المعلومات الواردة إليه" (هاشم علي، 1985: 24).

ويدل مصطلح الهيمنة العقلية إلى ميل الفرد إلى الاعتماد على أحد نصفي المخ أو الدماغ أكثر من النصف الآخر (محمد نوفل، 2006).

ويشير مصطلح الهيمنة الدماغية في موسوعة الأرفطونيا على حسب برين "F.Brin" "الهيمنة الدماغية هي سيطرة من جسم الإنسان على أخرى يتخللها ميل لاستعمال عين، يد، أو رجل لأعمال محددة" (F.Brin et al, 2004: 40).

ويشير مصطلح السيادة النصفية للمخ في معجم علم النفس والطب النفسي "La dominance cérébrale" إلى تحكم أو ميل أحد النصفين الكرويين المخيين في ممارسة تأثير أكبر من تأثير النصف الآخر على وظائف معينة" (جابر، كفاي، 1991).

يتضح مما سبق أن مصطلح السيادة النصفية للمخ، في مضمونه المفاهيمي هو مصطلح متفق عليه كما دلت المعاجم المتخصصة أو ما جاء به الباحثين.

حيث دلت التعريفات على مفهوم واحد وهو ميل الفرد للاعتماد على جانب مخي أكثر من الآخر في المعالجة.

كما يعرف الباحث السيادة النصفية للمخ أنها " نمطية الفرد وتفضيله لاستخدام أحد النصفين الكرويين المخيين أو كلاهما لمعالجة الأحداث والوقائع والمعلومات الحياتية، وترجمتها وتفسيرها وفق النمط السائد لديه".

7.2. علاقة السيادة النصفية للمخ ببعض المفاهيم السيكلوجية:

1.7.2. الفرق بين السيادة النصفية للمخ و أساليب التفكير:

تعرف أساليب التفكير على حسب هارستون " Hartston " الطرق والاستراتيجيات الفكرية التي يعتاد الفرد أن يتعامل بها مع المعلومات المتاحة أو الانتقال من الحالة الراهنة إلى وضع جديد في موقف جديد(الدردير، 2004، 23).

فنستشف من هذا التعريف أن أساليب التفكير هي استراتيجيات فكرية معتادة بالخبرة للتعامل مع المعلومات، أما السيادة النصفية للمخ هي ميل الفرد للاستخدام أسلوب تفكير أو معالجة مشكلات أو أحداث انطلاقاً من جانب عصبي وظيفي من الدماغ، كل جانب يفرز عدة أساليب تفكير و عدة محتويات معرفية.

فالفرق الجوهرى بين المفهومين، أن أساليب التفكير تبقى على المستوى النمو المعرفي زائد خبرة الشخص في تفضيله لأسلوبه في التفكير. وأن السيادة النصفية للمخ تمزج بين الجانب الوظيفي العصبي والمعرفي.

كما يشترك كل من أسلوب التفكير والسيادة النصفية للمخ، في أن شخص يكون مفضلاً أسلوب تفكيرى معين، هذا من جهة، من جهة أخرى يرى الباحث أن أساليب التفكير جزء معرفي من أنماط السيادة النصفية للمخ.

2.7.2. الفرق بين السيادة النصفية للمخ و أنماط التعلم:

نمط التعلم هو أسلوب التعلم الذي يفضله المتعلم، ويستخدمه دون غيره من الأساليب في دراسته وبه يتم معالجة المعلومات وتخزينها وترميزها واسترجاعها(رواشدة وآخرون،2010: 365).

يشير مصطلح التعلم إلى أنه: "تغير ثابت في السلوك نتيجة جهد يبذله المتعلم عبر خبرات يمر بها" (الريماوي وآخرون:2008: 159).

فيرى الباحث أن موضوع التعلم نال القسط الأكبر من اهتمامات علماء النفس الكلاسيكيون والجدد لما له من أهمية بالغة، فالتعلم هو تغير نسبي في السلوك عن طريق خبرة سواء كانت خبرة سلوكية، أم معرفية، أم انفعالية، أم فيزيولوجية.

فنمط التعلم يستند الى هاته الخبرات المكتسبة عن طريقة الدافعية والتكرار والممارسة، فيرى الباحث أن التعلم أشمل من التعليم، لأن التعليم يشترط توفر عناصر المثلث الديدانكتيكي من: معلم – متعلم –منهاج، أما التعلم فهو داخل وخارج الدراسة بل التعلم مستمر باستمرار حياة الفرد ودوافعه.

فأنماط التعلم عند الفرد من معالجة، وتخزين واسترجاع تختلف باختلاف نمط المفضل لديه في التعلم زائد الخبرة والدافع.

أما السيادة النصفية للمخ، هي الجانب الأساسي، والفيسيولوجي لنقل وتخزين واسترجاع مسارات محتوى التعلم.

ولذا فان السيادة النصفية للمخ تضيف سند عصبي للتعلم، وهذا ما يصطلح عليه بما يسمى التعلم المستند إلى الدماغ.

3.7.2. الفرق بين السيادة النصفية للمخ و الأنظمة التمثيلية:

تعتبر الأنظمة التمثيلية تعبيراً عن كيفية تشكيل تجربتنا في هذا العالم، عن طريق المعلومات التي تتلقاها باستخدام الحواس الخمس(التكريتي،1994: 09).

فبدل التعريف السابق للأنظمة التمثيلية على أنها تفضيل الفرد للاتصال بالمعلومات والأشياء والأحداث عن طريق الحواس الخمس.

كما تتعكس الأنماط التمثيلية الشائعة عند الفرد: نمط سمعي-نمط حسي-نمط بصري، على نوع معالجة المعلومات ونوع المحتوى المعرفي، ونوع الاستجابة الانفعالية، على حسب تفضيل كل شخص لنمط معين. وهذا يبقى على حسب الجانب الحسي، الإدراكي في نقل ومعالجة المثيرات والأحداث.

أما السيادة النصفية للمخ، تترجم المعلومات الواردة على حسب النصف المخي المهيمن والسائد لدى الشخص، فالأنظمة التمثيلية تلعب دور رئيسي في كل من أساليب التفكير، وأنماط التعلم والسيادة النصفية للمخ.

ونستنتج مما طرح من مقاربات للمصطلحات ذات العلاقة بمصطلح السيادة النصفية للمخ، أن المصطلحات السابقة الذكر ذات علاقة بالسيادة النصفية للمخ من حيث المضامين الجزئية، كما تختلف من حيث البعد الإستمولوجي.

فمن خلال ما اطلع عليه الباحث تبين أن كل مصطلح كان في حد ذاته مفهوماً ضمن نظرية معينة، وبعد ذلك تداول بكثرة حتى أصبح مصطلح متفق عليه من طرف أهل الاختصاص.

وتتشرك كل المصطلحات في المنحى المعرفي العصبي، كما لاحظ الباحث أن المصطلحات ستقترب وتتفق أكثر من الناحية الاجرائية الميدانية لكل بحث.

كما تختلف من حيث الأطر النظرية في التراث النفسي والتربوي. والتفكير المنطقي لم يشكل فروعاً جوهرية في أنشطة النصفين الكرويين لدى الجنسين.

8.2. التأثيرات المعرفية السيكلوجية للسيادة النصفية للمخ :

إن سيادة جانب معين من دماغ يفرز العديد من السلوكيات ذات الطابع المعرفي، من المتغيرات المعرفية مثل: (التروي/الاندفاع، الإبداع، اتخاذ القرار، التفكير العقلي/اللاعقلي).

والسلوكيات ذات الطابع السيكلوجي من المتغيرات النفسية مثل: (اضطرابات الشخصية الصحة النفسية). وبالتالي سيتم تناول هاته المؤشرات ابتداءً بالمؤشرات المعرفية، ثم المؤشرات السيكلوجية.

1.8.3. التأثيرات المعرفية للسيادة النصفية للمخ:

_ التروي/الاندفاع المعرفي:

ظهرت المؤشرات الأولى لاكتشاف هذا الأسلوب المعرفي، عندما بدأ كاجان وزملاؤه "Kagan et al" دراساتهم على أسلوب تفضيل الصور الذهنية، وهو اختبار يضم مجموعة من البطاقات تحتوي على أشكال تمثل موضوعات مألوفة.

بحيث يطلب من الطفل أن يصنف هذه البطاقات تبعاً لما يترأى له من أسباب، ثم يطلب منه إبداء تفسيره للتصنيف الذي انتهى إليه.

فتمخضت نتائج هذه الدراسة عن تحديد ثلاثة أسباب شائعة وراء ما انتهى إليه الأطفال من تصنيفات، ووجد أنها تتضمن أسباب تحليلية وأخرى علائقية، وكانت أقلهم شيوعاً الأسباب الاستدلالية.

فالأفراد يميلون إلى أداء استجابة سريعة في المواقف الغامضة، ويرتكبون عدداً أكبر من الأخطاء يُطلق عليهم مصطلح "المندفعين".

بينما يستخدم مصطلح "المتروون" للإشارة به إلى الأفراد الذين يميلون إلى إعطاء استجابة متأنية تستغرق قدراً مناسباً من الوقت، في تأمل ماهية البدائل المتاحة في حل موقف غامض ويرتكبون عدداً أقل من الأخطاء. (معمرية، 2012: -144-145).

فالفروق الوظيفية بين نصفي المخ تؤثر على هذه الاستجابات، فقد بينت نتائج الدراسات أن النصف الأيسر من المخ تحليلي، والنصفي الأيمن من المخ تركيبى.

وكذلك ما استنتجه علماء النفس لوظائف كل نصف مخي، من بينهما أن النصف الأيمن من المخ اندفاعي، وأن النصف الأيسر من المخ متروي.

وهذا ما بينته دراسة كل من كولمان وزنهوزيرن "Coleman et Zenhausern" في تجربتهما لعرض المثيرات على مجموعة السيادة النصفية اليمنى، ومجموعة السيادة النصفية اليسرى، في جهاز العارض السريع.

فجاءت النتائج لتشير أن مجموعة النمط الأيمن كانت أسرع بصورة دالة في الاستجابة من مجموعة النمط الأيسر، بغض النظر عن نوع المثيرين المعروضين.

وهذا يعني أن الاندفاع يرتبط بسيطرة النصف الأيمن للمخ، بينما يرتبط التروي بسيطرة النصف الأيسر للمخ.

-العملية الإبداعية:

توالت الدراسات النفسية حول مفهوم الإبداع وعلاقته بأنماط السيادة النصفية للمخ وأشارت في هذا الصدد نتائج العديد من الدراسات إلى أن نشاط النصف الأيمن للمخ، هو الجانب الذي يعمل بطريقة كلية معتمداً على الحدس والخيال والصور الحسية.

على حين يعمل الجانب الأيسر بطريقة منطقية استدلالية، وعلى الرغم من أن هذه الفكرة تلقت تأييداً لا بأس به من قبل الكثير من الباحثين.

إلا أن هناك أدلة بحثية أخرى تعارضها، حيث وُجد في نتائج هذه البحوث أن بعض القدرات الإبداعية يرتبط بالنصف الأيمن للمخ، وبعضها الآخر يرتبط بالنصف الأيسر للمخ.

فنجذ رينولدز Reynolds وتورانس Torrance يرون أن النصف الأيمن للمخ يسيطر على التفكير الإبداعي، بينما وجد هاشم وحنورة في المجتمع الكويتي أن القدرات الإبداعية ارتبط بعضها بالنصف الأيمن للمخ، وارتبط بعضها الآخر بالنصف الأيسر للمخ. (معمرية، 2012: 144-146).

في حين يرى وست West أن النشاط الإبداعي يستلزم عمل كل من نصفي المخ، فهو يتطلب الاستبصار من النصف الأيمن، كما يتطلب النشاط المنطقي من النصف الأيسر.

وفي دراسة أخرى لتورانس ومراد، تبين أن كلا من نصفي المخ يشتركان في السلوك الإبداعي مع تفوق واضح للنصف الأيمن للمخ.

وفي دراسة أخرى لتورانس ومراد، هدفت إلى معرفة دور نصفي المخ في الأداء على بعض اختبارات القدرات الإبداعية، حيث اوضحت نتائج الدراسة وجود فروق بين المجموعات الثلاثة لصالح مجموعة النمط الأيمن في القدرات الإبداعية وسمات الشخصية الإبداعية والسلوك الإبداعي.

وفي دراسة أخرى لتورانس على ست مجموعات يتراوح عدد أفرادها بين (22) إلى (43) طالباً طبق عليهم اختبارات لقياس القدرات الإبداعية من بينها اختبارات تورانس للتفكير الإبداعي اللفظية والمصورة، واختبارات الارتباطات البعيدة، بالإضافة إلى ثمانية اختبارات لقياس السمات الشخصية والوجدانية والسلوك الإبداعي، وقسم العينات إلى ثلاث مجموعات لدرجاتهم على استبيان التعلم والتفكير، مجموعة النمط الأيمن، ومجموعة النمط الأيسر، ومجموعة النمط المتكامل، وتبين من نتائج الدراسة، وجود ارتباط موجب بين السلوك الإبداعي والنصف الأيسر للمخ، في حين لم يصل الارتباط مع النمط المتكامل إلى مستوى الدلالة.

وفي دراسة أخرى لكل من تورانس وفرازيير Frasier et Torrance توصلت نتائجها إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين القدرات الإبداعية (الطلاقة-الأصالة-المرونة)، وبين كل من النمط الأيمن والمتكامل (معمرية، 2012: 147_146).

يتضح مما سبق أن أنماط السيادة النصفية للمخ تساهم بوظيفة ابداعية عند الافراد.

- اتخاذ القرار:

عملية صناعة القرار هي جزء أساسي من حياة الأفراد الشخصية والمهنية، ويمكن القول القدرة على اتخاذ القرار ومتابعة خطوات تنفيذه تنمي لدى الفرد الاحساس بالإثارة والتشويق وتضفي على حياته الحيوية والنشاط.

ومع أن القرار عملية عقلية إلا أن النظام القيمي والاتجاهات تشكل دوافع موجهة لما يصدر عن الفرد من قرارات، ويتردد الفرد أحياناً، وتشل قدرته على اتخاذ القرارات عندما يعاني الخوف من الفشل أو عندما تتتابه مخاوف ندم ما بعد القرار.

كما أن صحة الفرد ونضجه العقلي محددان هامان لقدرته، على اتخاذ قرارات معقولة وقدرته على المخاطرة، وتحمل مسؤولية قراراته الخاطئة، وما يترتب عليها من عواقب سيئة، فليست جميع قراراتنا صائبة وذات عواقب حميدة. فقد تتضمن في كثير من الأحيان درجة من الخطأ، ولا مفر من ندم ما بعد القرار.

ولكن لا يجوز أن يمنعنا ذلك من اتخاذ القرارات، لأنها ضرورية لتحقيق تكيفنا وقدرتنا على تسيير أمور حياتنا وتحديد مستقبلنا، إن عملية اتخاذ القرار عملية معقدة ذات مراحل متعددة، يتم خلالها التعامل مع قضايا شخصية أو مهنية أو إدارية.

والحصول على معلومات وتوليد أفكار حولها، وتقييم هذه الأفكار، وتحديد المخاطر أو المكاسب، التي يبني عليها واختيار البدائل المتاحة، ثم تنفيذ القرار ومتابعته، وتظهر الحاجة إلى اتخاذ القرار في مواقف متعددة، بعضها يكون مشكلة تتطلب حلاً أو وضعاً يتطلب إجراء نشاط معين.

ومن بين النشاطات الدماغ التي تساهم في اتخاذ القرار نجد وظائف نصفي المخ، فمن خلال ما استعرضناه سابقاً عن أن الاندفاع يرتبط بسيطرة النصف الأيمن للمخ، بينما يرتبط التروي بسيطرة النصف الأيسر للمخ نستشف أن هاته الوظيفة المعرفية مزدوجة في التروي والاندفاع يرتبطان باتخاذ القرارات السليمة أو الخاطئة.

فسيادة النصف الأيمن للمخ ينتج عنه اندفاع وكثرة في القرارات الخاطئة والمتسرعة، وسيادة النصف الأيمن ينتج عنه تروي وكثرة في القرارات الصائبة والمتأنية (رافع، عماد، 2003).

وهذا ما أشار إليه موهان Mohan(1993) أن الأفراد الذين يمتازون بالنمط التأملي-المتروي-هم أكثر ميلاً للتأني في تنفيذ المهمات وأكثر تفحصاً للعناصر المرتبطة بالمواقف.

وبالتالي فهم أقل وقوعاً في الأخطاء واتخاذ قرارات متسرعة غير مدروسة، أما الاندفاعيون فغالباً ما يتسرعون في أداء المهمات، ولا يدققون في جميع عناصر الموقف مما يتسبب في وقوعهم في أخطاء كثيرة أو اتخاذ قرارات متعجلة(رافع، عماد،2003).

ومن خلال هاته العملية القياسية نستنتج أن النصف الأيمن يرتبط باتخاذ القرار الخاطيء، وأن النصف الأيسر يرتبط باتخاذ القرار العقلاني.

- التفكير العقلي/اللاعقلي:

من الناحية المعرفية الانفعالية يضع ألبرت إليس "Ellis" افتراضات معينة حول طبيعة الشخص وحول أصل عدم السعادة، ويرى إليس أن الناس يستطيعون أن يكونوا منطقيين أو غير منطقيين بشكل فريد، وحين يفكر الناس ويتصرفون بشكل منطقي يكونون أكثر سعادة وأكثر إنتاجاً منهم حين يكونون غير منطقيين.

والاضطراب الانفعالي أو التعاسة هو دال للتفكير اللاعقلي ودال للتفكير غير المنطقي وتبدأ تنشئة هذا التفكير اللاعقلي من الناحية الاجتماعية، في مجموعة العائلة خلال الطفولة وهو الوقت الذي يكون فيه الطفل معرضاً للتأثيرات الخارجية.

فالأطفال أكثر اإحاءاً من البالغين، وهم بالتالي معرضون أكثر منهم للضغوط الاجتماعية، وأن الناس يميلون إلى إبقاء كلاً من الأنماط والاعتقادات اللاعقلية وأنماط السلوك اللاعقلية، التي تعلموها حين كانوا صغاراً.

فهذه الاعتقادات غير عقلية من حيث إصرارها بأن اتجاه شخص، أو سلوكه أو فعله أو لابد أن يكون مختلفاً عن الطريقة التي يفكر بها هو، فالناس يأملون أن تحدث الأشياء لمصلحتهم الأفضل ولكن حين تجري الأمور بشكل سيء يغير مصلحتهم يلعنون أنفسهم ويلعنون الآخرين ويميل الناس إلى أن يضطربوا أو ينزعجوا بسبب وجهات نظرهم أو بسبب إدراكاتهم التي يتخذونها نحو الناس الآخرين أو نحو الأشياء أو الأحداث(برهوم،2010).

ومن ناحية مساهمة السيادة النصفية للمخ، في تكوين البناء المعرفي اللاعقلي عند الشخص يشير هيرمان "Herman" أن سيادة المخ تفرز عدة أساليب تفكير منها الأسلوب المنطقي-Logical Style - والشخص الذي يتصف بهذا الأسلوب من التفكير بالقدرة على بناء قاعدة معرفية، والتمكن من فهم ودمج الأبنية والأنظمة والعمليات المعرفية(Herman,1987,171).

ومما سبق التعرض اليه وما أشارت إليه كل من الدراسات التشريحية، والنفسية، والمعرفية أن النصف الأيسر من الدماغ منطقي وواقعي، يعالج الأحداث والموضوعات بطريقة منطقية واقعية خالية من التهويل والمبالغة والتحيز.

وأن الشخص الذي يسيطر عليه النصف الأيسر من الدماغ يؤثر بوجود تفكير عقلي وأفكار عقلانية بدل تلك الأفكار اللاعقلانية.

2.8.2. التأثيرات السيكلوجية للسيادة النصفية للمخ:

- اضطراب الشخصية:

ابتداءً من السبعينات من القرن العشرين بدأ الباحثون يستكشفون إمكان تدخل كل من نصفي المخ بصورة غير متساوية في بعض الأمراض العقلية كالفصام والاكنتاب.

وحصل الباحثون على أولى القرائن بوجود صلة، من هذا القبيل من الدراسات العيادية للمرضى الذين يعانون من تلف في المخ فقد لوحظ أن أعراضاً مشابهة لأعراض مرض الفصام كانت أكثر احتمالاً في الظهور في الأفراد عقب الإصابة بتلف في الجانب الأيسر من المخ.

ولوحظ كذلك أن أمراض المزاج كانت أكثر احتمالاً في الظهور عند الذين تعرضوا للتلف في الجانب الأيمن من المخ، كما وجد الباحثون أدلة عيادية أخرى تشير إلى أن هناك أدواراً غير متساوية لنصفي المخ في ظهور الأمراض العقلية.

وفي هذا الصدد قام بيار هنري Pierre Flor-Henry - بتقديم نتائج تدعم إلى حد ما الفكرة القائلة بوجود علاقة بين الفروق الوظيفية لنصفي المخ والأمراض العقلية، في دراسة أجراها على المرضى المصابين بصرع الفص الصدغي. (معمرية،2012).

والمعروف أن مرضى الصرع غالباً ما يوجد لديهم شذوذ ما، في المنطقة من المخ التي يصدر منها النشاط الصدغي، ممن تظهر عليهم كذلك أعراض ذهانية مع خمسين(50) حالة ممن لا تظهر عليهم أعراض ذهانية.

وعندما قام هذا الباحث بتقسيم هاتين المجموعتين حسب مكان وجود البؤرة الصرعية في الجانب الأيمن أو في الجانب الأيسر للمخ أو في كلا الجانبين، وجد فروقاً دالة احصائياً بين تلك المجموعات الفرعية.

حيث وجد في المجموعة الذهانية أن نسبة منهم يوجد لديهم التلف في النصف الأيسر للمخ أكبر من نسبة ممن يوجد عندهم التلف في النصف الأيسر للمخ من غير الذهانيين.

أما عندما قسم المجموعة الذهانية إلى أربع مجموعات فرعية، حسب طبيعة المرض الذي تعاني منه كل مجموعة، دلت النتائج على أن التلف الموجود في النصف الأيسر للمخ، كان أكثر شيوعاً بين المرضى الفصاميين.

كما أن التلف الموجود في النصف الأيمن للمخ كان أكثر شيوعاً بين مرضى الزهان الوجداني.

وهناك أدلة عيادية أخرى تشير إلى تدخل النصف الأيمن للمخ في الأمراض الوجدانية وقد استمدت هذه الأدلة من النتائج التي حصل عليها الباحثون من دراسة الحالات المرضية التي توجه إلى ناحية واحدة من الرأس.

فما يمكن الاتفاق عليه أن اضطراب الفصام، يرتبط بالسيادة النصفية للمخ اليسرى للمخ، والاكنتاب يرتبط بنشاط السيادة النصفية اليمنى للمخ(معمرية،2012).

-الصحة النفسية:

عملية التكيف والتوافق بانفعالات ايجابية مع الواقع يحتاج منا أن نفهم العوامل العصبية التي تساهم في تأثيرها على مؤشرات الصحة النفسية من تكيف وتوافق.

وفي هذا الصدد تشير مجموعة كبيرة من الدراسات الخاصة بدلالات عدم تماثل النشاط الكهربائي لنصفي المخ والأمور المتعلقة به، أن هذه الظاهرة المتواجدة في كل مكان وفي جميع الأوقات تعد علامة على الجهاز العصبي، الذي لديه تأثيرات تتحدد بالعواطف والانفعالات مما يؤدي إلى اختلاف القشرة المخية لنصفي المخ من حيث تأثيرهما في الانفعال.

وبشكل خاص يرتبط النصف الأيسر بالانفعالات الايجابية والتعامل مع الواقع، بينما يرتبط النصف الأيمن بالانفعالات السلبية والسلوك الإنسحابي.

وترتبط الانفعالات وخاصة الانفعالات الايجابية والقدرات الجيدة على ضبط الانفعالات باستمرار بالتكيف المرن، وبالتالي تكمن العلاقة المحتملة بين عدم تماثل النشاط الكهربائي في نصفي المخ من ناحية والمرونة والقدرة على التأقلم من ناحية أخرى في ارتباط كل منهما بالانفعالات وضبطها.

ويتميز الأطفال الذين لديهم مستويات عليا ومستويات دنيا، في وظائف المرونة والقدرة على التأقلم في عدم تماثل النشاط الكهربائي في الأجزاء المركزية لقشرة المخ، حيث يتميز الأطفال الذين يتكيفون بمرونة، برغم تعرضهم للمعاملة السيئة.

بناء على مؤشرات الصحة النفسية التي تتمثل في:(العلاقات الجيدة مع الأقران، التكيف بنجاح في المدرسة، المعدلات المنخفضة لأعراض الاكتئاب، التحرر من الأعراض الداخلية للمرض النفسي، مثل تعاطي المخدرات والتحرر من الأعراض الخارجية للمرض النفسي، مثل اضطرابات المزاج والقلق). ترتبط هذه المؤشرات بنشاط النصف الأيسر من المخ(Cicchetti,2010: 22).

نستنتج مما سبق أن نشاط نصفي المخ يُنتج العديد من المؤشرات ذات العلاقة بالصحة النفسية سواء ذات الطابع الايجابي أم السلبي.

وتبين أن نشاط النصف الأيمن يرتبط بتدني مستوى الصحة النفسية، من حيث المؤشرات السابقة الذكر. وأن نشاط النصف الأيسر يرتبط بزيادة مستوى الصحة النفسية.

وهذا يدل على الارتباط الشديد بين الحياة النفسية والطبيعة البيولوجية العصبية لدى الفرد، كما نشير هنا مرة أخرى أن البحوث والدراسات شحيحة في هذا السياق.

كما يمكن أن نقر بصورة إجمالية أن السيادة النصفية للمخ تؤثر بشكل أو بآخر في العمليات المعرفية والعمليات النفسية، لدى الفرد. انطلاقاً من نشاط كل نصف من الدماغ وما يضيفه وما يساهم به في هاته الجوانب.

9.2. النظريات المفسرة لأداء النصفين الكرويين للمخ:

إن الأطر النظرية تختلف في تفسيراتها لأداء النصفين الكرويين للمخ، وهذا يرجع الى المنحى العلمي والمنهجي، والتجريبي، لتفسير أداء نصفي المخ، وفق المقاربات النفسية والمعرفية.

1.9.2. النظرية البنائية Structuralism:

اقترن اسم هذا التوجه بعالم النفس الألماني وليم فونت "Wilhelm Wundt" (1879) الذي يعتبر مؤسس علم النفس الحديث، مع تجاربه حول قياس الزمن الفاصل، ما بين سماع المفحوص للصوت واللحظة التي يضغط فيها على مفتاح التلغراف. كإشارة على سماعه الصوت.

كانت هذه التجربة محاولة لقياس السلوك الانساني، عبر مقياس فسيولوجي للدماغ من حيث أنها تقيس كمية الزمن اللازم للدماغ، والجهاز العصبي لترجمة المعلومة إلى فعل، فأعلن بذلك أن العمليات المعرفية، يمكن أن تدرس كمياً أي يمكن أن تقاس (الريماوي وآخرون، 2008: 30).

كما تفسر النظرية البنائية السيطرة المخية بالرجوع إلى التخصص الوظيفي لنصفي المخ، وأن الوظائف المختلفة يتم تجنيبها إلى أحد نصفي المخ، بسبب طبيعة البناء الخاص بالجهاز العصبي وتركز هذه النظرية على الفروق التشريحية بين نصفي المخ الموجودة منذ الميلاد كأساس لوجود فروق بينهما في الوظائف.

فحسب هذه النظرية فإن الوظائف السيكلوجية، تتموضع داخل نصفي المخ، فيتخصص النصف الأيمن ويعمل بطريقة شمولية معتمداً على الحدس و الخيال والصور الحسية. في حين يتخصص نصف المخ الأيسر ويعمل بطريقة منطقية استدلالية تتابعية (عبد الواحد، 2011).

فنستنتج أن النظرية البنيوية، اهتمت بتفسير السيادة النصفية للمخ من منظور بنائي للجهاز العصبي.

فوظائف وأداء النصفين يعود إلى الفروق التشريحية لبناء المخ، كما نلاحظ أن النظرية البنائية لم تتادي بالسيادة المخية من النوع التكاملي.

2.9.2. النظرية الجشطالت Gestalt:

شيد هذا المنحى في علم النفس، مجموعة من العلماء الألمان نذكر منهم كوفكا Koffka وكوهلير Kohler وفرتهيمر Wertheimer في بدايات القرن العشرين(1912)، ومن أهم الأطروحات التنظيرية لهذا المنحى النظري (الريماوي وآخرون، 2008: 31):

- ادراك "الكل" يختلف عن ادراك العناصر المكونة لذلك "الكل"، كل على حدة وذلك في تحد واضح للبنوية التي ذهبت إلى أن "الكل" يقسم إلى عناصر أساسية يدرك كل منها على حدة مما يؤدي إلى ادراك "الكل" الذي هو مجموعة عناصره، فالكل يمتلك من الخصائص المغايرة لخصائص كل عنصر على حدة.

- الحركة الظاهرة "Apparent Motion"-ظاهرة فايPhi ومفادها أن التتالي السريع لنقاط ضوئية ثابتة يخلق خط وهمي للحركة.

- ثمة عدد كبير من قوانين الإدراك ما يزيد عن مئة، وضعها علماء هذا المنحى لوصف الكيفية التي تنظم بها أدمغتنا، العالم الخارجي كقانون التشابه، قانون التجاور، قانون المصير المشترك.

انطلاقاً من هاته الأطروحات التنظيرية لمنحى الجشطالت فإنها تفسر السيادة النصفية للمخ على نحو تكاملي.

وأن النمط التكاملي للدماغ يمتلك من الوظائف المتخصصة في أداء المخ تختلف عن النصف الأيمن من الدماغ، والنصف الأيسر من الدماغ.

3.9.2. النظرية التكاملية:

النظرية التكاملية في طرحها التنظيري هي امتداد لنظرية الجشطالت، حيث تفترض هذه النظرية أن هناك طبيعة تكاملية للنصفين الكرويين للمخ، وأنهما لا يعملان بمعزل عن بعضهما، بل يعملان كمنظومة فائقة التكامل، عند تقديم نمطين مختلفين من المعلومات يتوافق أي منهما على نصف كروي محدد. عندها يحدث توزيع لعبء التجهيز والمعالجة فيما بينهما.

ويبدو أن هذا الاتجاه التكاملي أقرب إلى الواقع، بل إن التكامل الوظيفي للنصفين الكرويين للمخ، ربما يكون واقعاً لا محالة.

ولذا يمكن القول، أنه لا يوجد أداء، مهما كان بسيطاً نتاج نصف كروي واحداً بالمخ، بل يمكن القول، أن أداء الفرد يغلب عليه بصفة عامة توظيف النصفين الكرويين الأيمن والأيسر للمخ معاً بصفة تكاملية.

ويتفق كل من كاسكي Caskey، جيوريت Gueratte، بيرسون Pearson، بيلجر Belger كويلتي Ouilty مع هذا الاتجاه التكاملي، حيث وجدوا أن العين رغم سيطرتها على المجال البصري العكسي فإنها ترسل المعلومات بطريقة غير مباشرة إلى النصف الكروي الآخر.

ومن ثم ترفع إلى كلا النصفين الكرويين وتعالج معالجة مختلفة تبعاً لنمط أي منهما، ولذا فإن أغلب الأفراد ربما يستجيبون للمواقف بتكامل عمليات النصفين الكرويين معاً اعتماداً على متغيرات المواقف المختلفة (عبد الواحد، 2011).

4.9.2. النظرية الوراثة:

أرجع بعض الباحثون سبب ظهور السيطرة الدماغية إلى عامل الوراثة، فتذكر الإحصائيات أن احتمال الحصول على طفل يكتب باليد اليسرى، يكون أكثر عند بعض الآباء أعاسر احتمال نسبته (20%)، والحصول على طفل أعسر إذا كان أحد الآباء أعسر باحتمال نسبته (35%)، إذا كان كلا الأبوين أعسرين.

كما يرجع الباحثون من الناحية التشريحية أن السيادة النصفية للمخ هي نتيجة اللاتناظر الوظيفي في الدماغ. (حجاج، 2011: 33).

اللاتناظر يؤدي إلى مفهوم التخصص الوظيفي أو الجانبية، الذي يعني تمركز وظيفة معينة في جانب معين من نصفي الدماغ.

كما وجد الباحثون من الناحية الجينية أن نمو النصف الكروي المخي الأيسر يكون مبكر على النص الكروي الأيمن، ومنه قد يكون له الأولوية في الوظائف الحركية والعقلية الأولية.

وحسب هيكين وأجيريأجير Hecaen et Ajuriaguerral فالتفضيل اليدوي يبدأ مبكراً في حياة الإنسان أي في حدود الثلاث سنوات، وأشار الباحثون أنه منذ الولادة يكون نصف مخي معين مهياً أو كفى أكثر من النصف الآخر في بعض السلوكات.

5.7.2. النظرية الثقافية-الاجتماعية:

تشير هذه النظرية أن السيطرة الدماغية تكتسب خلال نمو الطفل وتفاعله مع البيئة فاحتمال الحصول على الأيمن يكون أكثر في المدرسة وخاصة مع الخلفية الاجتماعية والبيئية.

وهذا ما أشار إليه جيلبار وويسوكي Gilbert et Wisocki حيث وجد أن نسبة الأشخاص الأعاسر الذين يكتبون باليد اليسرى نتيجة لظروف بيئية هو حوالي (2%) ويرتفع عند (35) سنة إلى نسبة (4%).

مما يعني أن الأفراد الأعاسر الذين يتجاوز سنهم (45) سنة قد وضعوا تحت ضغوط اجتماعية وثقافية لاستعمال اليد اليمنى (حجاج، 2011: 33-34).

10.2. قياس السيادة النصفية للمخ:

تعددت الأدوات والوسائل والتقنيات العلمية لرصد أنشطة النصفين الكرويين، وتوضيح الإصابات الدماغية والمناطق المسؤولة عن الوظائف المختلفة، بعيداً عن القياس الذي يعتمد على التخمين والفراسة.

بحيث يصنف الباحث ذلك ثلاث أصناف، الصنف الأول الأدوات القياسية الطبية، والصنف الثاني أدوات التقييم النفس عصبي، والصنف الثالث جمع البيانات الكيفية والكمية.

أولاً-الأدوات القياسية الطبية:

1-تخطيط الدماغ الكهربائي(EEG) :

استعمل تخطيط الدماغ الكهربائي على الانسان لأول مرة من قبل "Hans Berger" عام (1924) وأول تقرير علمي أعلن عنها نشر عام (1929).

يعتمد تخطيط الدماغ الكهربائي على قدرة عدة أقطاب كهربائية توضع على فروة الرأس على النقاط التغيرات الكهربائية الضعيفة جداً والتي تحصل في قشرة الدماغ وتحويل هذه التغيرات إلى رسم على ورقة خاصة ويسمى الرسم "موجات دماغية" والتي تتألف منها التخطيط.

حيث أسهم تخطيط الدماغ الكهربائي في اكتشاف أن هناك نوعين من النوم واحد يتصف بعدم التحرك السريع للعينين ويتكون من أربع مراحل، والنوع الآخر يتصف بالتحرك السريع للعينين وكل مرحلة من مراحل النوم تظهر موجات دماغية في تخطيط الدماغ، خاصة بها ويمكن تتبعها أثناء النوم.

وأسهم تخطيط الدماغ الكهربائي أيضاً في تشخيص مرض الصرع، ومعرفة مصدر الموجات الدماغية الصرعية في الدماغ، ومعرفة إصابات الدماغ حيث عادة ما تظهر هذه الإصابات موجات دماغية غير عادية.

وساهم كذلك في إظهار الفرق بين عمل نصفي الدماغ، إذ من خلاله تبين أن النصف الأيسر هو الذي غالباً ما يكون هو السائد، ويكون أكثر نشاطاً من النصف الأيمن. عندما يكون الانسان مشغولاً في مهمة لغوية، وأن النصف الأيمن يكون أكثر نشاطاً من النصف الأيسر عندما يكون الانسان مشغولاً في مهمة تحديد الأماكن(الريملوي وآخرون،2008).

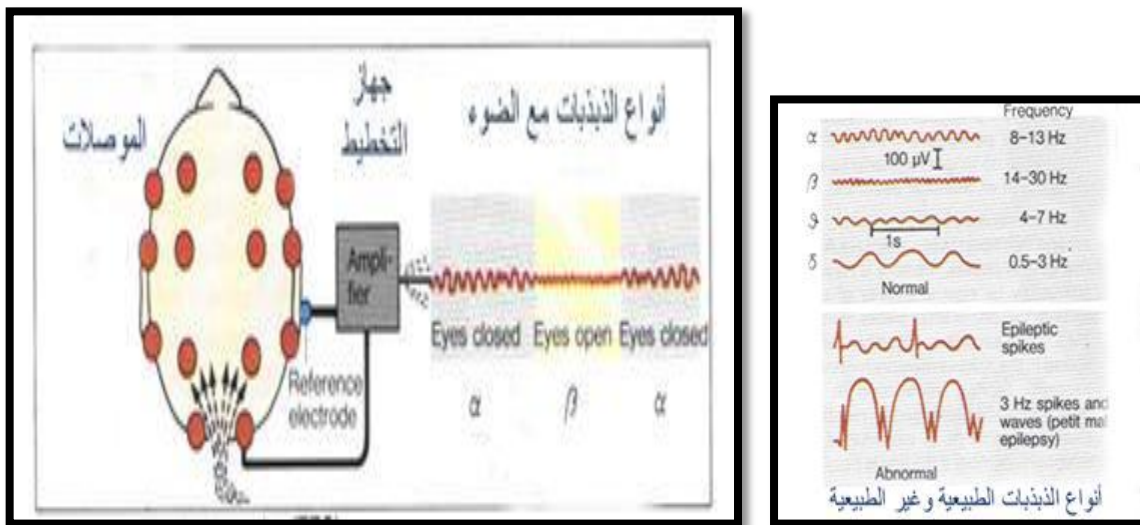
وهذا القياس الطبي عزز انطباع الباحثين واستنتاجاتهم السابقة، من مرضى اصابات الدماغ المختلفة، من الممكن أحياناً أن يكون تسجيل نشاط الدماغ الكهربائي بواسطة أقطاب توضع مباشرة على قشرة الدماغ أو في مناطق أخرى أكثر عمقاً، خاصة أثناء العمليات الجراحية في الدماغ وعندها يكون تسجيل نشاط الدماغ أكثر دقة، ومصدره محدد بشكل أفضل من التخطيط الذي مصدره فروة الرأس.

نجحت جهود الباحثين في ترجمة بعض النشاطات في تخطيط الدماغ، كمؤشر على نوع النشاط الذي يقوم به الإنسان أثناء خضوعه لتخطيط الدماغ.

قسم الباحثون نشاط الدماغ الكهربائي من خلال تخطيط الدماغ إلى أنواع من الأمواج الكهربائية حسب سرعتها محسوبة بالهيرتز (HZ) فمثلاً أمواج ألفا (A) من 8-13 Hz تظهر عندما تكون العيون مغلقة وتضعف عند فتح العينين. وتركيز البصر على شيء ما.

وأمواج بيتا (B) من 14-30 Hz وهي سريعة يزيد تواجدها في تخطيط الدماغ، عندما يكون الشخص بحالة تفكير مثل أثناء مسألة حسابية، وأمواج ثيتا (θ) تظهر هذه الأمواج أثناء القلق، والتوتر والإحباط وأمواج دلتا، (Δ) وهي أقل من 4 Hz تظهر أثناء النوم العميق في المرحلة الثالثة والرابعة من النوم المتصف بعدم التحرك السريع للعينين (الريماوي وآخرون، 2008).

والشكل التالي يوضح عمل تخطيط الدماغ الكهربائي:



شكل رقم (7) يوضح سير تخطيط الدماغ الكهربائي نقلا عن (www.m3aq.net)

2-التصوير الطبقي المحوري(CT Scan):

كان التصوير الطبقي المحوري عام(1972) أول طريقة لتصوير التركيب التشريحي للدماغ بطريقة غير تداخلية، حيث طورت هذه الطريقة من قبل شركة-Godfrey Hormsfield &EMI- حيث فازوا بجائزة نوبل على هذا الاختراع.

مكنت هذه الطريقة الأطباء والباحثين من التحديد الدقيق لأماكن إصابات الدماغ كالأورام والالتهابات والجلطات الدماغية وخاصة الكبيرة منها والتي تكون في الأماكن العلوية عمقا في الدماغ. تعتبر هذه الطريقة لتصوير الدماغ في الوقت الحاضر الأكثر شيوع والأرخص والأسرع في الحصول على صورة واضحة لأجزاء الدماغ، لأخذ صورة طبقية للدماغ.

يوضع المريض في سرير ويكون رأسه داخل آلة التصوير التي تحوي أنبوب الأشعة السينية والذي يرسل أشعة حول الرأس ويلتقط في الجهة المقابلة حول الرأس، من قبل مساحات، تم ربطها في كومبيوتر على شكل صورة لشريحة دماغ تتراوح سماكتها بين(5-10)ملم. ولتحسين نوعية الصورة يتم إعطاء مواد مُظلمة تساعد على إظهار أجزاء الصورة بصورة أوضح.

بالرغم من أهمية التصوير الطبقي المحوري هناك بعض المحددات بقدرته على إظهار المكان الدقيق لإصابات الدماغ، خاصة المجاورة أقل وضوحاً، ومن ناحية أخرى فإن التصوير المحوري لا يعطي أي فكرة عن نشاط الأجزاء المختلفة من الدماغ، ولهذا فقد تطورت طرق أخرى أحدث منه لمساعدة الباحثين في هذا المجال(الريماوي وآخرون،2008). والشكل التالي يوضح عمل التصوير الطبقي المحوري:



شكل رقم (8) يوضح جهاز التصوير المحوري نقلا عن(www.alhejaz.net)

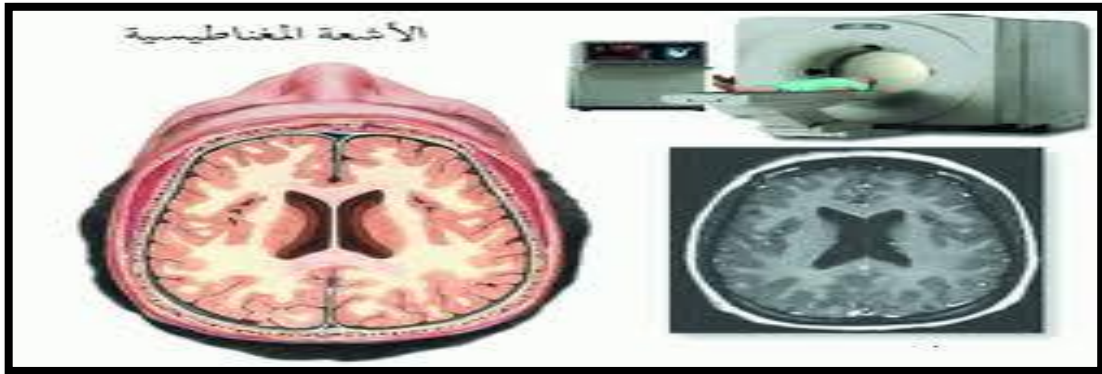
3-التصوير بالرنين المغناطيسي(MRI):

في الوقت الحاضر يعتبر تصوير الدماغ بواسطة الرنين المغناطيسي من أهم طرق تصوير الدماغ وتقوم على التصوير الطبقي المحوري، من حيث قدرته على إظهار أورام الدماغ الصغيرة والإصابات الأخرى في الدماغ ومناطق الجسم الأخرى بصورة أوضح.

يتم التصوير بوضع المريض على طاولة ويكون حول رأسه آلة مجالاً مغناطيسياً قوياً جداً يؤثر على أيونات الهيدروجين في الماء الموجود في أجزاء الدماغ المختلفة، وهذا التغير البسيط في محتوى أجزاء الدماغ المائي، يولد موجة يلتقطها ماسح جهاز الرنين المغناطيسي، ويحولها إلى الكمبيوتر. حيث يُعالجها ويظهرها على شكل سلسلة من الصور الثنائية الأبعاد للأجزاء المختلفة من الدماغ، تختلف الأمواج المنبعثة من الهيدروجين حسب الوسط الموجود فيه، وهذا يظهر الاختلاف الواضح بين أجزاء الدماغ. ويُعد التصوير بالرنين المغناطيسي طريقة جديدة وأفضل من غيرها لأسباب عدة أهمها:

- أنه ليس هناك أشعة تمر في دماغ المريض. كما هو الحال في التصوير الطبقي. ويمتاز بالدقة التشريحية والوضوح حيث تصل قدرته إلى إظهار ورم قطره (1-2ملم).
- ليس له آثار جانبية ما عدا أن بعض المفحوصين يشعرون بالضيق والتوتر أثناء التصوير لوجودهم في مكان ضيق وقد يزعجهم الضجيج العالي الذي يصدره جهاز التصوير بالرنين المغناطيسي(الريماوي وآخرون،2008).

والشكل التالي يوضح عمل التصوير المغناطيسي:



شكل رقم (9) يوضح سير الدماغ مصور بالأشعة المغناطيسية نقلا عن (mafa.riadah.org)

4-التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي(FMRI):

إن هذه الطريقة هي تطور مهم جداً، حدث على التصوير بالرنين المغناطيسي إذ أصبح بالإمكان بالإضافة الى تصوير مناطق الدماغ تشريحياً. أن يلتقط لها صور.

أدى التقدم الهائل في جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الكمبيوتر الى الحصول على صور بسرعة فائقة.

وساعد في تطوير هذه الطريقة أن النشاط العصبي في منطقة ما في الدماغ يسبب زيادة في تدفق الدم إلى هذه المنطقة، وهذا يزيد كمية الهيموجلوبين المحمل بالأكسجين في هذه المنطقة وبواسطة جهاز الرنين المغناطيسي يمكن التقاط مستوى الأكسجين في هذه المنطقة، والذي يمثل مستوى النشاط فيها وهذا المبدأ الذي يعتمد عليه التصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي.

ساهمت هذه الطريقة الحديثة في كشف بعض التفضيلات في تنظيم اللغة في الدماغ فمثلاً باستعمال مجموعة المهمات اللغوية التي تحتاج الى تمييز بينها، سواء له علاقة بالمعنى اللفظي أو سجمي وجد أن السجع وليس الأنواع الأخرى في اللغة أحدث نشاطاً في التلفيف الجبهية السفلى في جانبي الدماغ في النساء، ولكن نفس المهمة في الرجال أحدثت نشاطاً في نفس المنطقة، ولكن في الجهة اليسرى فقط.

وفي دراسة أخرى على مرضى الفصام وُجد أن الهالوس السمعية التي يُعانون منها تحدث نشاطاً في القشرة السمعية الأولية في دماغهم تماماً، كما لو كانوا يسمعون أصواتاً طبيعية من الخارج.

وفي دراسة أخرى وُجد أن الموسيقى وصوت النساء تحدث نشاطاً أصواتاً طبيعية من الخارج وفي دراسة أخرى، وُجد أن الموسيقى وصوت النساء تحدث نشاطاً في نفس المنطقة من دماغ الرجال ولكن صوت الرجال يحدث نشاطاً في منطقة أخرى من دماغهم.

تعتبر طريقة التصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي من أوسع الطرق انتشاراً في دراسة الاضطرابات المعرفية، وعلاقتها المختلفة من الدماغ حسب استعمال غابلييري Gabrieli وفريقه هذه الطريقة لدراسة أجزاء الدماغ التي لها علاقة بمعالجة المعاني. (الريماوي وآخرون،2008).

حيث أعطى المفحوصين مهمتين المهمة رقم(1) تقرير إن كانت مجموعة من الكلمات حرفية أي تدل على أشياء أو مجردة، المهمة رقم(2) تقرير إن كانت مجموعة كلمات مكتوبة بحروف كبيرة. كان وجهة نظر الباحثين أن المهمة الأولى كان لها علاقة بمعالجة المعاني بينما المهمة الثانية ليس لها علاقة بذلك.

أهم النتائج التي ظهرت من خلال تصوير الأشخاص أثناء تأديتهم المهام بواسطة التصوير الوظيفي بالرنين المغناطيسي، أن هناك أجزاء من قشرة الدماغ الجبهية الأمامية اليسرى، كانت أكثر نشاطاً عندما كانت المهمة لها علاقة بمعالجة المعاني (الريماوي وآخرون،2008).

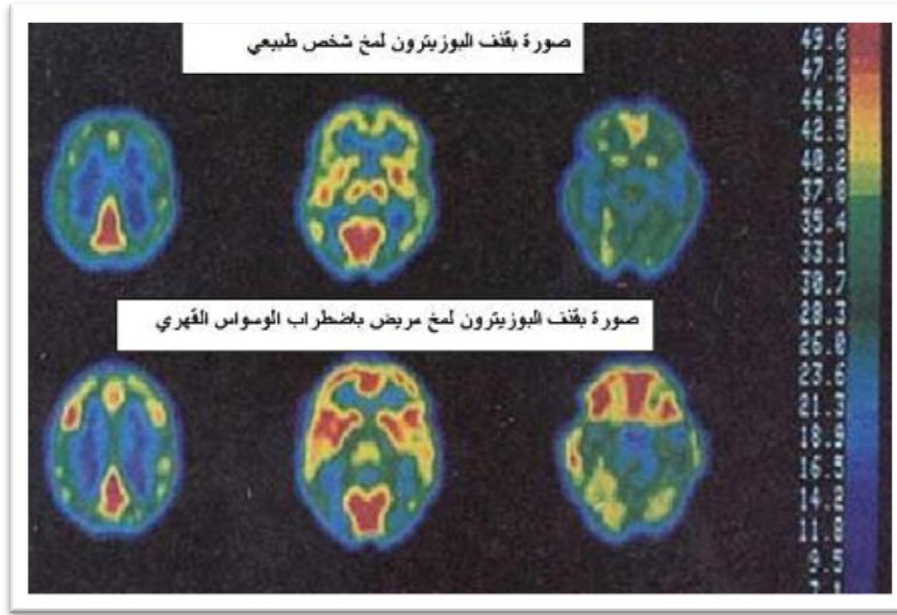
ووجدوا في نفس الوقت أن هناك نشاطاً، عندما كانت المهمة لها علاقة بمعالجة المعاني ووجدوا في نفس الوقت أن هناك نشاطاً في المنطقة السفلية اليسرى من القشرة الدماغية الجبهية الأمامية، عزوها الى مهمة البحث عن المعنى.

ووجدوا كذلك أن الكلمات ذات المعنى، التي تعاملوا معها كان تذكرها أسهل من الكلمات الأخرى التي لا معنى لها.

وكذلك كشفت هذه الطريقة، في الأبحاث التي أجريت على الأشخاص الذين يُعانون من عسر القراءة، وهم يلقون الشعر، والتي توصلوا فيها أن منطقة فرنيك، وفص الجزيرة، لا تنشطان لدى هؤلاء الأشخاص.

بينما تنشط هاتان المنطقتان عند الأشخاص الأصحاء والعاديين، عند قيامهم بنفس المهمة(الريماوي وآخرون،2008).

والشكل التالي يوضح عمل التصوير المغناطيسي الوظيفي:



شكل رقم (10) يوضح تصوير المخ بقفد البروزيترون نقلا عن (<http://www.bcrmh.com/disorders/ocd.htm>)

ثانياً-أدوات التقييم النفس - عصبي:

عملية التقييم تشمل بشكل عام جمع المعلومات من أجل إصدار حكم، أو قرار أو توصية ويقوم الأخصائي علم النفس العصبي الاكلينيكي بعمل تقييم للأمراض، والاضطرابات النفسية مثل القلق الادمان، الاكتئاب.

وتقييم عمليات معرفية مثل الذكاء، والذاكرة، والتفكير المجرد، وغيرها وعادة تجمع المعلومات بواسطة طرق مختلفة تشمل المقابلات الاكلينيكية، ومراقبة السلوك واستعمال الاختبارات النفس-عصبية.

والوسائل التي تقيس النشاط الكهربائي والتصوير العصبي التشخيصي بأنواعه، ولذا يورد

ليزاك Lezak عددًا من وظائف التقييم النفس-عصبي تشمل مايلي(الشقيرات،2005):

1-التشخيص Diagnosis :

وذلك في حالة التشخيص الفارقي، بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية أو المساعدة في عملية التشخيص، لمرض عضوي، وتحديد مكان التلف والأعراض المرتبطة به، سواء كانت خاصة بتأثر الوظائف العليا للقشرة الدماغية أو تأثيرها على الشخصية.

وإن كان التطور الحديث في تشخيص الأمراض التي تصيب الجهاز العصبي قد ساهم في تحديد مكان التلف أو الإصابة في الجهاز العصبي إلا أن هناك بعض الحالات التي تظهر لديها بعض العجز في العمليات النفس-العصبية.

وفي نفس الوقت تشير نتائج التصوير للدماغ، إلى عدم وجود أي خلل واضح وخير مثال على ذلك عجز القراءة التطوري Dyslexia، كذلك عرض ساكس Sacks وهي حالة مريض يعاني من عمى الألوان في حين نظره حاد جداً.

وكان هذا المريض قد تعرض لحادث سير حيث ضربته شاحنة صغيرة وفي غرفة الطوارئ أخبروه أن يُعاني من ارتجاج، وأثناء الفحص تبين أنه في البداية لا يستطيع التمييز بين الأحرف والألوان ثم بعد أيام تحسن إحصاره، وأصبح يميز الأحرف وأصبح نظره كما يقال-مثل الصقر-.

إلا أنه بقي لا يميز الألوان، وكانت نتائج الفحص الطبي سلبية، ولم يظهر أي خلل في الدماغ، لكن الفحص النفس-عصبي المكثف، قدر التلف ليكون في القشرة المترابطة في الفص الخلفي.

وبالإضافة الى ذلك فإن التشخيص الفارقي، يتم تحديد ما إذا كان العجز أو التلف بؤرياً محددًا أو منتشرًا أو ساكنًا ومكان التلف.

2-العناية بالمريض والتخطيط لذلك:

حيث عادة يحول المرضى للحصول على معلومات عن قدراتهم المعرفية، وخصائص شخصيتهم ومدى تكيفهم مع الإصابة وما يرتبط بها من تغيرات سواء معرفية أو جسمية أو نفسية ويقوم الأخصائي بعمل التقييم الأولي، ليكون خط قاعدي عن قدرات المريض وأدائه على الاختبارات النفس-عصبية، وذلك لتحديد التحسن أو التدهور في حالة المريض لاحقاً.

بالإضافة إلى ذلك، فالأخصائي يقوم بتحديد التأثيرات التي أحدثها التلف أو الإصابة في الدماغ على السلوك وكذلك تأثر المهنة التي كان يقوم بها المريض قبل الإصابة.

3-العلاج والتأهيل:

إن كانت عملية العلاج هنا محددة، وتركز على التغييرات السلوكية التي ظهرت عند المريض في التكيف سواءً معرفياً، جسمياً، اجتماعياً، مهنيًا، مع الإصابة. وما نتج عنها من تغييرات. وهنا لا بد من الإشارة إلى أن التلف في خلايا الجهاز العصبي المركزي، هو تلف دائم لذا فإن استعمال مصطلح التأهيل ربما كان أفضل مع المرضى المصابين.

مثلا المريض المصاب بالجلطة قد يفكر في العودة الى عمله، وإذا تم ذلك فإنه يجب أن يُساعد في تطوير بعض الوعي ببعض المشكلات، في العمل التي قد ترتبط بإصابته، وكذلك المريض المصاب إصابة دماغية-أذية-تأثرت عنده الذاكرة المكانية ويعمل في مكان عليه أن يتذكر أماكن الأشياء. فإن هذا النوع من العمل سوف يتأثر، والمريض يجب أن يكون على وعي بمثل هذا العجز.

وطفل المدرسة الذي يُعاني من مشكلات في التعلم بحاجة إلى، تقييم نفس-عصبي لفهم طبيعة هذه الصعوبات، وذلك من أجل وضع برنامج تربوي، يأخذ بعين الاعتبار طبيعة تلك الصعوبات.

4-الدعوى القضائية والقانونية:

ولما كان التلف أو الإصابة أو الخلل في الجهاز العصبي، يؤثر على مهنة الشخص وبطرق مختلفة، فإن التقييم النفس-عصبي، يعتبر ضرورياً لتقدير مدى ذلك التلف وتأثيره على حياة الشخص. وبالتالي لتقدير مدى التعويض الذي يمكن أن يحصل عليه الشخص من الجهة المسببة أو التأمين، أو الضمان الاجتماعي.

مثال ذلك في حالة تقييم الضرر الناتج من حادث سيارة، أو إصابات العمل، أو عدم اتخاذ شركة معينة احتياطات لمنع تعرض العمال لسموم تؤثر على الجهاز العصبي.

ويشمل التقييم هنا كذلك، معرفة مدى قدرة الشخص على الدفاع عن نفسه في المحكمة، وكذلك إن كان سلوك العنف الذي قام به الشخص ناتجاً عن عوامل نفسية، أو أسباب عضوية كالصرع مثلاً.

5-البحث:

يوظف هنا التقييم النفس-عصبي لدراسة تنظيم نشاط الدماغ، وعلاقته بالسلوك وبحث العلاقة بين أمراض واضطرابات الدماغ والإعاقة السلوكية المرتبطة بها.

ويشمل البحث أيضاً دراسة الوظائف الأساسية للدماغ عند الأشخاص غير المصابين ومقارنتها مع ما يحدث في حالة الإصابة.

وهذا مهم لزيادة فهم وظائف الدماغ وكيفية تأثير الإصابة أو التلف على تلك الوظائف والبحث، كذلك يساعد في تطوير وسائل التقييم النفس-عصبية وتقنياتها.

وعادة فإن التقييم النفس-عصبي يخدم أكثر من هدف، فقد يكون التقييم معمولاً أصلاً لأغراض تشخيصية إلا أن احتياجات المريض لم تؤخذ بعين الاعتبار.

وفي هذه الحالة فإن الاختصاصي أيضاً يقوم ليشمل تنظيم الدماغ غير المألوف أو غير العادي كما يحدث عند مستعملي اليد اليسرى أو التلف الدماغية في الطفولة.

وبشكل عام فإن التقييم النفس-عصبي يهدف إلى الإجابة على الأسئلة التالية(الشقيرات،2005):

أولاً- ماهي الوظائف العليا للقشرة الدماغية التي تأثرت وظيفتها ومدى هذا التأثير من حيث الشدة أو الحدة وماهي الوظائف التي لم تتأثر أو بقيت سليمة.

ثانياً-ما مدى التغيير الذي حصل للمزاج والشخصية والعمليات الانفعالية والسلوك وإلى أي مدى يكون هذا التأثير ناتجاً مباشرة من الإصابة أو التلف أو كردة فعل للإصابة أو المرض؟

ثالثاً-ماهي التأثيرات والارتباطات المتعلقة بهذه التغييرات، في العمليات المعرفية والشخصية والمزاج والسلوك، بشكل عام عند المصاب سواء على قيامه بوظائفه اليومية أو تأثيرها على حياته في المستقبل؟

رابعاً-بالأخذ بعين الاعتبار، القدرات التي تأثرت والقدرات التي بقيت سليمة، والتغييرات في السلوك والشخصية، والمزاج والانفعالات، وماهي الخطة والنصائح بخصوص العلاج والتأهيل؟ وماهي الخطط لمساعدة المريض في التكيف مع العجز أو الخلل في الوظائف؟.

ثالثاً- جمع البيانات الكيفية والكمية:

1- جمع البيانات الكيفية:

تحدد أدوات جمع البيانات الكيفية في التقييم النفس-عصبي، في كل من المقابلة العيادية والتاريخ الاكلينيكي، والخلفية التاريخية للمريض ويمكن شرحها على النحو التالي(الشقيرات،2005: 275-278):

1.1.1. المقابلة العيادية:

توفر المقابلة فرصة لفهم المريض، ومعرفة لماذا يُعمل التقييم ومعرفة الأمور والاهتمامات التي تقلق المريض، كما توفر فرصة لملاحظة المريض في جو بعيد عن التفاعل المنظم والمقنن الذي يكون في حالة إجراء الاختبارات النفسية.

ويمكن أن توفر المقابلة معظم المعلومات الهامة، فيما يتعلق بالتشخيص وخطط العلاج، وتوظف المقابلة الاكلينيكية كذلك، لجمع المعلومات عن المشكلة الحالية، وخلفية هذه المشكلة مما يساعد في تفسير المعلومات التي سوف يحصل عليها الأخصائي من الاختبارات وتساعد أيضاً أن يُكون الأخصائي فرضية حول أسباب العجز أو الخلل المعرفي والسلوكي عند المريض.

ويمكن أن يحصل الأخصائي على المعلومات من المريض نفسه، وأهل المريض وربما زملاءه وأصدقاءه، ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن الأخصائي في الغالب بحاجة إلى أخذ المعلومات من مصادر أخرى غير المريض.

خصوصاً إذا كانت إصابة المريض حادة وتضمنت إصابة في الفص الأمامي، أو كان عند المريض أعراض خرف، ولهذا فإن المقابلة الاكلينيكية تسبق عملية الفحص النفس-عصبي.

2.1. التاريخ الاكلينيكي:

ويشمل شكاوي المريض، تاريخ الإصابة أو المرض، زمن ظهور الأعراض ومُدتها، نتائج الفحص العصبي، تاريخ دخول المستشفى، تاريخ التأهيل والعلاج، المشكلات والأعراض الكامنة.

التغير في حالة المريض خلال السنة الأخيرة، تأثير الإصابة أو المرض على المريض، توقعات المريض، تاريخ استعمال الأدوية، والمشكلات النفسية-السيكيتريية-والانفعالية منذ تاريخ الإصابة.

3.1. الخلفية التاريخية للمريض:

وتشمل الخلفية التاريخية النقاط التالية:

أ. المرحلة النمائية:

المشكلات أثناء الحمل، مكان وتاريخ الولادة، الوزن عند الولادة، المشكلات أثناء وضع الحمل. والتاريخ التطوري، الأمراض في مرحلة الطفولة، والمشكلات الانفعالية، تاريخ صعوبات التعلم تاريخ المشكلات الصحية، تاريخ اضطراب الانتباه والنشاط الزائد، تاريخ الصدمات الجسمية والانفعالية إصابات وصددمات الرأس، والأمراض العصبية النيورولوجية.

ب. السيطرة:

ماهي جهة الأداء المفضلة منذ البداية لتفضيل استعمال اليد اليسرى مثلاً، التغير في عملية التفضيل التاريخ العائلي للعسوية-Sinistrality - وتعني تفضيل استعمال الجهة اليسرى من الجسم. المهارات التي تؤدي بالأيدي المسيطرة وغير المسيطرة.

ت. اللغة:

وتشمل اللغة الأم، اللغات الأخرى التي ينطقها المريض، اللغة المفضلة، المشكلات المتعلقة بالنطق واللغة وعلاجها.

ث. التعلم:

وهي أعلى مرحلة تعليمية وصل إليها المفحوص، الدرجات التي حصل عليها بالمواد التي يُفضلها والتي لا يفضلها في النشاطات اللامنهجية، الجوائز والمكافآت، المسابقات أو الشهادات التي حصل عليها التاريخ العلاجي أثناء الدراسة، الاضطرابات التوصيلية، سبب ترك الدراسة، التدريب الأكاديمي وغير الأكاديمي.

ج. المهنة:

وتشمل المهنة الحالية، وإجابات تتعلق ب: الدخل، آخر مهنة كانت، التاريخ المهني أطول مهنة مكث بها، تاريخ إنهاء المهن أو الأعمال والترقيات التي حصل عليها.

ح. القضايا القانونية والحقوقية:

تاريخ القاء القبض عليه -إذا كان-، نوع الجريمة أو القضية، مرات دخول السجن ومدتها
المشكلات القضائية الحالية، التاريخ القضائي، تاريخ طلب التعويض بسبب الإعاقة أو العجز، القضايا
الحالية في المحكمة.

خ. الخلفية الثقافية:

وتشمل مكان الولادة، العرقية، التمييز العنصري -إذا كان-.

د. الخلفية الدينية:

التغيرات الحديثة في المعتقدات الدينية، القيام بالواجبات الدينية، التمييز الديني، الملاحظات حول
الطقوس والمعتقدات الدينية.

ذ. التاريخ الزواجي:

وتشمل الوضع الزواجي (متزوج، مطلق، أرمل..الخ) عدد سنوات الزواج، عمر وتعليم ومهنة الزوج
أو الزوجة، توقعات الزوجة، الصعوبات الحالية والسابقة المرتبطة بعملية الزواج، الثبات الزواجي
الصراع الزواجي، عدد الأولاد وأعمارهم، صحة الأطفال الجسمية والانفعالية، أين يعيش الأطفال
تأثير الأطفال على المريض، الدعم الحالي للمريض.

ر. الأمور الجنسية:

ويشمل التفضيل الجنسي، الاهتمامات الجنسية، تاريخ المشكلات الجنسية، التغيرات في الطاقة
الجنسية، علاقات غير زواجية غير شرعية، الأمراض الجنسية والاضطرابات الجنسية.

ز. الأسرة:

ويشمل الوالدين، أعمارهم، تعليمهم ودخلهم، ومهنتهم ومعلومات عن شخصياتهم ووضعهم
الزواجي، تاريخ الإدمان على المخدرات والكحول، الأمراض النفسية، التاريخ الجرمي، التاريخ
الصحي، أمراض الجهاز العصبي، علاقتهم مع المريض، ثبات الزواج، الطلاق، الانفصال.

الإخوة وجنسهم وعددهم، تعليمهم، مهنتهم، معلومات عن شخصياتهم، إذا كانوا متزوجين أمراضهم النفسية والجسمية وأمراض الجهاز العصبي إن وجدت، تاريخهم الجرمي، وضعهم الاجتماعي وعلاقتهم مع المريض.

س. الأمراض السيكتيرية النفسية:

الأمراض والصعوبات النفسية والانفعالية، سلوك الانتحار أو محاولة الانتحار، العلاج السيكتيري دخول المستشفيات وأقسام نفسية، الأدوية السيكتيرية، وتاريخ العائلة من حيث الأمراض النفسية وعلاجها.

ش. الضغوط النفسية الحالية:

وتشمل موت أو فقدان القرين أو أحد أفراد الأسرة، الطلاق أو الانفصال صعوبات زواجية صعوبات في العمل، صعوبات مالية، صعوبات جنسية، فقدان الأصدقاء، الصراع مع الآخرين صعوبات أكاديمية، صعوبات لها علاقة بالعمل، حوادث وقعت حديثاً، الإصابات والأمراض الحالية، السفر، مشكلات مع القانون، مشكلات مع أفراد الأسرة.

ص. التاريخ الطبي:

ويشمل تاريخ دخول المستشفى، صعوبات ومشكلات طبية سابقة، وجراحات سابقة والأمراض السابقة.

ض. التاريخ المرتبط بالمشكلات التالية:

إدمان الحمول، نقص الأكسجين، السرطان، تصلب الشرايين، علاج السرطان، أمراض الأوعية الدموية الدماغية، أمراض القلب، خلل في الكورتيزول-Cortisol- خلل أو نقص في بعض الفيتامينات مثل B12،... الخ، السكري.

أمراض الجهاز الهضمي، أمراض جنسية، أمراض الجهاز البولي، الصداع، إصابات الرأس الاليدز، ارتفاع ضغط الدم، نزول أو تدني السكري، أمراض الكبد والكلية، الفشل الكلوي، صعوبات حركية.

2- جمع البيانات الكمية:

هناك أساليب وطرق أخرى جديدة ابتكرها بعض العلماء بعد أن تزايد الاهتمام منذ السبعينيات من القرن الماضي بدراسة الأنشطة العقلية والوظائف النفسية التي يقوم بها المخ البشري وتراكم قدر هائل من عدم التماثل بين أداء النصفين الكرويين بالمخ.

حيث اتجه بعض العلماء إلى بناء وتصميم مقاييس لفظية تقيس أنماط معالجة المعلومات المرتبطة بوظائف نصفي المخ لدى الأفراد (النمط الأيمن، النمط الأيسر، النمط المتكامل).

تعتمد على التقرير الذاتي وتستند الى نتائج البحوث والدراسات السابقة في هذا المجال، ويمكن تطبيقها بشكل جماعي وسهلة الاستخدام والتصحيح، ومنها (عبد الواحد، 2011: 46-47):

1.2. مقياس التفضيلات السلوكية لهاشم وحنورة (1989):

يتكون المقياس من (28) عبارة، كل عبارة بها (3) بدائل، بديل للنمط الأيسر، وبديل للنمط الأيمن وبديل للنمط المتكامل.

2.2. مقياس هيرمان Herrman (1996):

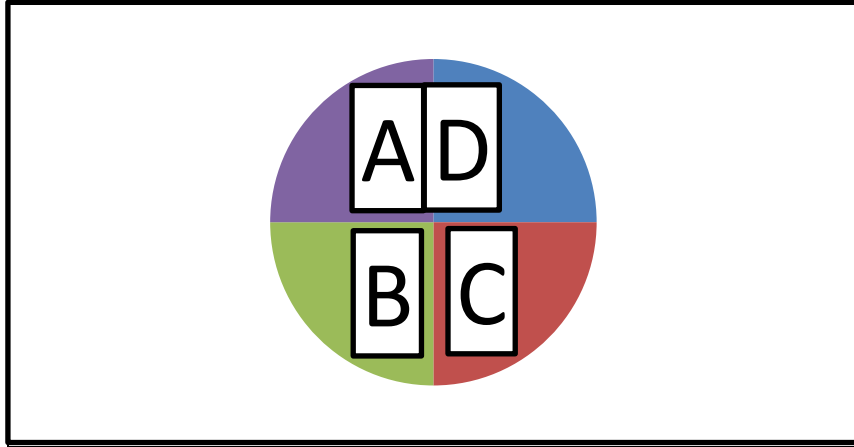
يتكون من (120) فقرة ويحتوي على قاموس للمصطلحات في أول المقياس، وقد صمم لقياس وظيفة المخ، بناءً على مفهوم الأربعة أجزاء الذي وضعه نيد هيرمان Ned Herrman .

حيث يتكون المخ من نصف المخ الأيسر (A)+

نصف الجهاز الطرفي الأيسر (B)

والنصف المخ الأيمن يتكون من (D)+ نصف الجهاز الطرفي الأيمن (C)

كما يوضحه الشكل التالي:



شكل رقم (11) يوضح أنماط معالجة المعلومات لهيرمان نقلا عن (عبد الواحد، 2011)

والمقياس المشار إليه في الشكل رقم (11) يتم تصحيحه بالكومبيوتر عن طريق مجموعة نيد هيرمان العالمية.

كما تجدر الإشارة أنه المقياس طويل نسبياً (120) فقرة، كما أن وضع المصطلحات في أول المقياس يؤدي إلى ارباك المفحوص، وإلى وجود صعوبة في استجابة المفحوصين عليه.

3.2. مقياس مسح المعالجة الإنساني (2000) لتروانس Torrance وتاجارت Tadjart.

3.2. مقياس ياشيموكز وآخرون (1990) Yachimwics et al:

ويتكون من (50) عبارة ذو (3) بدائل بديل للنمط الأيسر، وبديل للنمط الأيمن، وبديل للنمط المتكامل.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى كل ماله صلة بالمخ، ووظائفه، وما موقع موضوع السيادة النصفية للمخ في التراث العلمي، من مصطلحات ونظريات مفسرة وأدوات قياس. أثبتت المادة العلمية المذكورة في هذا الفصل أن موضوع السلوك السوي واللاسوي، يرتبط بالعديد من وظائف نصفي الدماغ. وأن الأبحاث مازالت قائمة تبحث وتنقب في هذا السياق العصبي والمعرفي والنفسي.

بالخصوص ما تعلق بالبناء المعرفي للفرد ومنه، ويأتي الفصل الموالي ليعرض فيه الباحث الطرح النظري الخاص بموضوع الأفكار اللاعقلانية والأطر النظرية لذلك.

الفصل الثالث

الأفكار اللاعقلانية تاريخياً تعاريفها خصائصها النظريات المفسرة لها وكيفية علاجها

تمهيد

1.3. الجذور التاريخية للبحث في الأفكار اللاعقلانية

2.3. تعريف بالأفكار اللاعقلانية.

3.3. علاقة الأفكار اللاعقلانية ببعض المفاهيم السيكلوجية.

4.3. تصنيفات الأفكار اللاعقلانية.

5.3. مكونات الأفكار اللاعقلانية.

6.3. خصائص الأفكار اللاعقلانية.

7.3. عوامل نشوء الأفكار اللاعقلانية.

8.3. النظريات والنماذج المفسرة للأفكار اللاعقلانية.

9.3. علاج الأفكار اللاعقلانية

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعد موضوع الأفكار اللاعقلانية من بين المواضيع الشحيحة من حيث التداول في المراجع العربية وحتى المراجع الأجنبية، والتي تتواجد بصفة غير مباشرة، في تلك المراجع كعناصر فقط في طيات تلك الكتب، ولذلك وجب على الباحث تقديم الأفكار اللاعقلانية من حيث تاريخها تعريفها وارتباط هذا المفهوم بمفاهيم أخرى وأنواعها ومكوناتها وخصائصها وأسباب نشوئها كإطار نظري نستطيع فهم الأفكار اللاعقلانية وطبيعتها مع تقديم طرق للإرشاد وعلاج الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد.

1.3. الجذور التاريخية للاهتمام بالأفكار اللاعقلانية:

تعود الأصول الفلسفية للأفكار اللاعقلانية إلى الفلسفة الرواقية "Stoic Philosophy" فقد أكد ذلك الفلاسفة إبيكتاتس "Epictetus" وأيرليوس "Aurelius" حيث قالوا عن أثر الأفكار والتفكير "إن الإنسان لا يتوتر ويفلق ويضطرب عن طريق الأشياء ولكن بفكرته عن الأشياء".

وقد أشار كل من سبينوزا "Spinoza" وبراتراند راسل "Russell" إلى ذلك في المجتمع الغربي، وقد عبر شكسبير "shakespeare" عن تلك النظرية حيث قال في هاملت "Hamlet" ليس هناك خير أو شر ولكن التفكير هو الذي يجعل الشيء خيراً أو شراً".

وهو يؤكد بذلك أن تفكير الفرد هو المسبب للانفعال، وذلك هو المبدأ الأساسي الذي أقام عليه إيليس "Ellis" نظريته ويذهب إيليس إلى أن فرويد قد أشار إلى ذلك المبدأ في أعماله الأولى مع بروير "Breuer" حيث لاحظ أن هناك أعراضاً هستيرية ذات أصل معرفي.

إلا أنه في أعماله الأخيرة كان يتحدث غالباً عن العمليات الانفعالية وكان يقر من خلال تلك الأعمال أن الاضطرابات الانفعالية منفصلة تماماً عن التفكير وإهتم بنشأة الانفعالات في مرحلة الطفولة.

أما أدلر "Adler" فيرى إيليس "Ellis" أنه المروج الرئيسي للنظرية العقلانية حيث تمثلت أفكاره الدعائم الأساسية لنظرية العلاج العقلاني، وقد عرض إيليس "Ellis" في كتابه "العلاج النفسي - منظور عقلائي انفعالي" فصلاً عن إسهامات أدلر عن النظرية العلاج العقلاني وفتياته بعنوان "العقل والانفعال في علم النفس الفردي عند أدلر". (هشام إبراهيم، 2008: 19).

فقد قال أدلر بأن "سلوك الشخص ينبع من أفكاره" -that a person's behavior springs from his ideas- وأن اتجاه الشخص في الحياة يتحدد من خلال علاقته بذاته والآخرين والعالم الخارجي.

وقد وضع أدلر ما يُعرف بنظرية SOR (مثير Stimulus-تنظيم Organization-استجابة Response) هي تشبه نظرية (ABC) حيث يقول أدلر في ذلك "ليست الخبرة هي التي تسبب النجاح أو الفشل لكن إدراك الفرد نحو هذه الخبرة".

وعلى ذلك فاتجاه الفرد نحو خبرته في الحياة يُمثل الأساس في مستقبل حياته، ويقول أدلر أيضاً "إن انفعالات الفرد لا تتحدد بالمواقف. ولكن تتحدد بالمعاني التي يكونها عن تلك المواقف".

ومن المؤيدين الآخرين للمدخل العقلاني الانفعالي ديوييس "Dubois" وديجرين "Dejerine" وجايلر "Gaukler" حيثُ استخدموا الكثير من المفاهيم التي أوردها إليس في العلاج النفسي مع عملائهم خاصة ما يتعلق منها بالفنيات العلاجية الإقناعية.

أما ألكسندر هيرزبرج "Herzberg" فقد استخدم إحدى الفنيات وهي الواجبات المنزلية "Homework" وذلك لخفض مستوى التوتر لدى العملاء، وقد اعتمد أيضاً على العلاج النشط المباشر.

وكذلك استخدم دولارد وميلر "Dollard and Miller" بعض أساليب التحليل النفسي الفرويدي، والعلاج النشط الموجه والعديد من الفنيات المُستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي.

كما يُوجد العديد من النظريات والأساليب العلاجية، والتي اعتمدت في بعض أساليبها على النماذج المعرفية وذلك بعد عام (1950) حيث قام بنشر نظريته في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي منها نظريات: بيرن Bern، فرانك Frank، كيلي kelly، فلييس Phillips روتر Rotter، ولب Wolpe.

وقد تطور مصطلح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior therapy بمراحل عديدة منذ بداية نشأته، فلقد كان يسمى في الأصل العلاج العقلاني، ثم سرعان ما تغير إلى مسمى العلاج العقلاني الانفعالي وذلك في عام (1961) بعد عدة انتقادات من الممارسين للإرشاد والعلاج، والذي يرو فيه بأنه يتجاهل الانفعالات والسلوك كمتغيرات أساسية في البناء المعرفي للفرد. (هشام إبراهيم، 2008: 18-20).

ثم تغير المصطلح مرة ثالثة عام(1993) ليصبح باسم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وبذلك يعكس المسمى الجديد ثلاث أنماط للتعامل مع الاضطرابات النفسية، فهو يُشير إلى أن الفرد يجب أن يُفكر ويشعر ويعمل بشكل إيجابي لتغيير معتقداته غير العقلانية إذا أراد أن يُغير حياته وبذلك يتضمن هذا الاتجاه الإرشادي والعلاجي الجديد تفاعلاً بين التفكير العقلاني والمشاعر وأنماط السلوك اليومية للفرد(هشام إبراهيم،2008: 18-20).

2.3. تعريف الأفكار اللاعقلانية:

تعتبر الأفكار اللاعقلانية من بين المتغيرات التي أُستدخلت إلى ميدان علم النفس والتي كان من قبل يوحي إلى مفهوم فلسفي بحث، والذي يُعرف بالحركة العقلانية التي تمثل تيار أفلاطون وأتباعه في الفلسفة اليونانية، وفرقة المعتزلة في الحركات الإسلامية، وتمثل لدى الأوربيين بالحركة العقلانية الديكارتية، إلى أن عرفت اهتماماً جاداً من قبل العالم الأمريكي ألبرت إيليس من خلال أعماله في مجال الإرشاد والعلاج النفسي مع مسترشديه كما تبين من خلال العرض التاريخي السابق، ولهذا وجب تقديم تعريفات شاملة لهذا المصطلح عند المختصين في مجال علم النفس.

فمن خلال استطلاعنا لبعض المعاجم المتخصصة وجدنا بأن مصطلح الأفكار اللاعقلانية مرادف لكلمة "Irraational" أي غير منطقي وعقلي، ويستخدم للتعبير على اللاعقلانية "Irrationalism" لوصف الاتجاه إلى الإعتماد على العاطفة والشعور دون العقل، وفي بعض الضلالات المرضية يكون المحتوى غير منطقي فيطلق عليه وصف اللاعقلي(لظفي الشريبي، بدون سنة: 88،89).

كما أورد كل من إيليس "Ellis" و هاربر "Harper"، بأن العقلانية هي أي شيء يؤدي بالأفراد إلى السعادة والبقاء، بينما اللاعقلانية هي أي شيء يعيق السعادة والبقاء للأفراد(سلطان العويضة،2009).

وفي السياق نفسه ذكر نايف القيسي في المعجم التربوي وعلم النفس(2006: 181) "أن التفكير الذي يعتمد فيه الفرد إلى تجاهل الواقع والتنظيم المنطقي، يتصف غالباً بخيالات لا عقلانية والذي يعتبره تفكير مضطرب ومشوش."

يعرف إبراهيم عبد الستار الأفكار اللاعقلانية (1994: 273) بأنها" عبارة عن معتقدات فكرية خاطئة يبنها الفرد عن نفسه وعن العالم وعن المحيط به، تؤدي بالتالي إلى نشوء الاضطرابات الوجدانية والسلوكية لدى الفرد".

ويرى الساملوطي نبيل(1984) "أن للأفكار اللاعقلانية خلل يصيب التفكير، بحيث يخرج عن التفكير العادي وقد يكون الاضطراب على مستوى التعبير ومحتوى الأفكار ونضوب الأفكار، والسطحية في التفكير ويكون الاضطراب مصحوب بالانسحاب الاجتماعي".

وتُعرف الأفكار اللاعقلانية على أنها: "عبارة عن مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير الموضوعية التي تتميز بطلب الكمال والاستحسان وتعظيم الأمور المرتبطة بالذات والآخرين، والشعور بالعجز والاعتمادية"(عبد الله، عبد الرحمان،1994: 8).

ويشير مخيمر إلى أن الأفكار اللاعقلانية عبارة عن: "أفكار لا تتلائم مع إمكانيات الفرد أو ظروف واقعه الموضوعي، وهي قائمة على توقعات لا معقولة ومبالغة في وضع مستويات للسلوك لا يمكن للفرد أن يصل إليها أو يحققها، مما يؤدي لشعوره بعدم الكفاءة وانخفاض تقدير الذات والاضطراب النفسي لدى الفرد"(دانية بنت عثمان،2010: 7).

ومن خلال ما تم طرحه من تعريفات، فإنه يتضح أن مصطلح الأفكار اللاعقلانية مازال لم يرق من كونه مفهوماً يخضع لوجهات نظر مختلفة إلى مصطلح يتفق عليه المختصين في علم النفس ويتفقون في تعريف خصائصه ويضعون له تصنيفات، إلا أنه يتبين من خلال التعاريف السابقة أن الأفكار اللاعقلانية تحمل معاني متفق عليها نسبياً وهي تتجلى في مواصفات اللامنطقية، معتقدات خاطئة انعدام الموضوعية، المبالغة في تضخيم الأمور، وهي مؤشرات تصف جملة وتفصيلاً تعريفاً واضحاً للأفكار اللاعقلانية.

وانطلاقاً مما سبق طرحه، فإن الباحث يرى أن الأفكار اللاعقلانية هي عبارة عن معتقدات غير منطقية في محتواها تشكل بنية معرفية راسخة لدى الفرد تجعله يفكر بطريقة تتصف بالتهويل والمبالغة والتي تتجسد في شكل ينبغيات غير متكيفة ومتوافقة مع إمكانيات الفرد، مما يؤدي به إلى نشوء الاضطراب الانفعالي لديه من قلق واكتئاب، مما تعيق هذه الأفكار اللاعقلانية نوعية الصحة النفسية لديه.

3.3. علاقة الأفكار اللاعقلانية ببعض المفاهيم السيكلوجية:

مما يجدر الإشارة إليه إننا من خلال بحثنا عن تعريفات للأفكار اللاعقلانية صادفنا العديد من المفاهيم النفسية التي تشكل خطأً مع مفهوم الأفكار اللاعقلانية، ولذلك أردنا تبيان وتوضيح بعض المفاهيم الأقرب إلى مفهوم الأفكار اللاعقلانية على النحو التالي:

أولاً-الفرق بين التفكير اللاعقلاني ونمط التفكير:

يشير مصطلح نمط التفكير إلى أسلوب الفرد الذي يتمثل في الطريقة التي يستقبل بها المعرفة والخبرة والمعلومات ويسجلها ويرمزها ويخزنها في مخزونه المعرفي، وبالتالي فهو يسترجعها بطريقة في التعبير إما بوسيلة حسية مادية أو شبه صورية أو رمزية (جمعي بوقفة، 2006: 02) إلا أننا نجد التفكير اللاعقلاني ينتج عن تلك الأحكام التقييمية على الحوادث والأشياء التي تم معالجتها بطريقة غير مباشرة تتسم بالمبالغة والاكتراث، بل هي بناءات خاطئة عن الأشياء والوقائع.

ثانياً-الفرق بين التفكير اللاعقلاني والجمود العقلي "Dogmatism":

الجمود العقلي عند الفرد الدوجماتي أو المنغلق العقل، لا يكون على أساس إيمانه بمجموعة معينة من المعتقدات، وإنما على أساس أسلوبه في التعامل مع هذه المعتقدات (فاروق عبد السلام، 1978) أي يكون الجمود العقلي انطلاقاته داخلية بحتة، عكس التفكير اللاعقلاني نجد انطلاقاته مستمدة من أحداث خارجية ترسخت وتوحدت مع مشاعر انفعالية فتكونت في شكل معتقدات لاعقلانية.

ثالثاً-الفرق بين التفكير اللاعقلاني والعقلنة:

يشير مصطلح العقلنة حسب ربيعة بشير باشا (2009) إلى السيرورات العقلية عند الفرد أو ما يسمى بالسير العقلي الوظيفي، أما الأفكار اللاعقلانية فهي سيرورات لبناءات معرفية نسقية خاطئة.

رابعاً-الفرق بين الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات اللاعقلانية:

لاحظ الباحث عدة دراسات وأبحاث وحتى كتابات تستعمل المصطلحين للتعبير عن معنى واحد، وهذا يرجع إلى الفروقات في الترجمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية فقط.

4.3. تصنيفات الأفكار الالعقلانية:

تعد الأفكار الالعقلانية هي في الأصل رغبات وأشياء يحبها الإنسان ويفضلها، لكنها أخذت طابع المطالب المطلقة والشروط اللازمة التي لا يمكن التنازل عليها، ومن بين تصنيفاتها (حسن بن علي، 2010):

- أفكار تتعلق بالذات:

مثل أحب أن أقتن كل شيء، وإذا لم أفعل ذلك فإنه أمر فضيع، لا يمكن أن أتحملة ومثل هذه الأفكار تؤدي إلى خوف الفرد وقلقه واكتئابه.

- أفكار تتعلق بالآخرين:

مثل يجب أن يعاملني الناس معاملة حسنة وعادلة، وإذا لم يفعلوا ذلك فإنه أمر فضيع، لا يمكن أن أتحملة ومثل هذه الأفكار تؤدي إلى الشعور بالغضب والعدوانية والسلبية.

- أفكار تتعلق بظروف الحياة:

مثل يجب أن تكون الحياة بالشكل الذي أريده وإذا لم يكن كذلك فإنه أمر فضيع، لا يمكن أن أتحملة ومثل هذه الأفكار تؤدي بالفرد إلى شعوره بالأسى والألم النفسي.

كما يمكن أن تصنف الأفكار الالعقلانية في اتجاهين متضادين، أي هناك تفكير عقلائي وهناك تفكير غير عقلائي، نقلا عن (دانية بنت عثمان، 2010):

أولاً_ الأفكار العقلانية: وهي تصنف على حسب مميزاتها التالية:

- المرونة: متى تكون معتقدات الناس مرنة، فإنهم يتكيفون بسهولة مع ظروف الحياة المتغيرة والصعبة.

- المنطقية: المعتقدات التي تكون منطقية تكون لها مغزى وتنتج على نحو هادف، وتتناسب على نحو حسن مع المعتقدات العقلانية الأخرى لدى الناس.

- التطابق مع الواقع: إنه ثمة جدال فيما يخص بعدم وجود مثل هذا الشيء الواقع الموضوعي إلا أن علماء النفس العقلانيين يتمسكون بأن هذه الرؤية دوجماتيكية متشددة فإذا تمسك شخص بالاعتقاد القائل: "أنا كائن غير معصوم أفضل في بعض الأشياء وأنجح في أخرى" فإن هذه الفكرة تحسب بأنها عقلانية بمعنى من المحتمل كثيراً أن تكون صحيحة.

- إنجاز الغايات والأغراض الصحية: إن معتقدات الناس لها قيمة برجماتية عملية، ولهذا فيوسعهم النظر في معتقداتهم وغاياتهم وأغراضهم الصحية، وبذلك يحكمون على تلك المعتقدات سواء ساعدتهم أم أعاقتهم في تحقيق غاياتهم، والمعتقدات العقلانية تساعد على إنجاز الغايات.

ثانياً_ الأفكار اللاعقلانية: وهي تصنف على حسب مميزاتها أيضا إلى:

- التصلب: تكون اعتقادات الناس متصلبة فإن استجاباتهم مع المواقف الضاغطة من المحتمل أن تكون مرنة، وبدلاً من التوافق مع تلك المواقف يحاول هؤلاء الناس إجبار الواقع لكي يتناسب مع معتقداتهم.

- غير منطقية: وهي تأخذ استنتاجات غير منطقية، وبهذا فإن الشخص قد يعتقد بعقلانية أنه من المرغوب أن يتلقى ثناء من آخر بارزاً ثم يستنتج بلا منطقية أن مثل هذا الثناء يعد ضروري بشكل مطلق.

- أنها لا تتطابق مع الواقع: فالشخص الذي يعتقد أنه فاشل يكون من الواضح أنه لا ينطبق مع الواقع، فإنه سوف يفشل في كل شيء يفعلُه وحرافياً لن ينجح في كل شيء.

- تعوق إنجاز الغايات والأغراض الصحية: فتمتد ركز الناس على طبيعة معتقداتهم اللاعقلانية وينظرون إن كانت تحقق له غايات ذات قيمة أم لا، فكثيراً من الواضح تصبح المعتقدات غير عقلانية تعيق إنجاز الغاية.

وقد أورد إليس تصنيفاً آخر للأفكار اللاعقلانية، تضمن أربعة محاور رئيسية، وهي كما ذكرها سلطان العويضة طلب شيء ما غير واقعي من العالم، أو الآخرين، أو من نفسك، المبالغة والتحويل في الأشياء التي تكرهها، عدم القدرة على تحمل الأشياء التي تكرهها، إدانة العالم والآخرين ونفسك.

كما أورد والين وآخرون " Wallen & Others " تصنيفاً شبيهاً لتصنيف إليس للأفكار اللاعقلانية صنّفها إلى أربعة مجالات رئيسية هي: (المطالب غير الواقعية، المبالغة في البغض، التحمل المنخفض للإحباط، التقدير المنخفض للعالم وللذات).

أما برنارد وكرونان "Bernard & Cronan" فقد صنّفوا الأفكار اللاعقلانية إلى أربعة مجالات رئيسية هي: (تحقير الذات، عدم التسامح تجاه القوانين المحبطة، عدم التسامح مع إحباطات العمل، المطالبة بالعدالة) (سلطان العويضة، 2009).

5.3. مكونات الأفكار اللاعقلانية:

تتكون الأفكار اللاعقلانية من الأفكار الإحدى عشر التي وضعها ألبرت إيليس وهي تمثل كل فكرة عن بعد جوهرية يُكون الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد ولذلك سيتم شرح كل مكون على حدى كما ذكرها سلطان العويضة(2009) على النحو التالي:

- طلب الاستحسان "Demand Of Approval": "من الضروري أن يكون الشخص محبوباً ومقبولاً اجتماعياً من المحيطين به" وهذه فكرة لا عقلانية لأنها:(هدف لا يمكن تحقيقه، تحقيق الغايات يفقد الفرد استقلالته فيصبح عرضة للإحباط وأقل شعوراً بالأمن).
- ابتغاء الكمال الشخصي "Personal Perfection": "يجب أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاية والمنافسة والإنجاز لدرجة الكمال حتى يكون ذا أهمية وقيمة" وهذه فكرة لا عقلانية لأنها:(صعبة التحقيق، يصيب الفرد باضطرابات سيكوسوماتية، الشعور بالخوف من الفشل، فقدان الثقة بالنفس).
- اللوم القاسي للذات وللآخرين "Blame Proneness": "بعض الناس يتصف بالشر والندالة والخسة والجبن، لذا يجب تأنيبهم ومعاقبتهم ولومهم" وهذه فكرة لاعقلانية لأنها:(الإنسان غير معصوم من الخطأ، الصواب والخطأ لا يوجد له معيار مطلق، اللوم لا يؤدي إلى تحسين السلوك بل يزيد من اضطرابه).
- توقع الكوارث "Castas trophising": "إنه لمصيبة فادحة أن تسير الأمور عكس ما يريد الفرد" وهذه فكرة غير عقلانية لأن:(ليس كل ما يتمناه المرء يدركه، إذا فشل الفرد من تغيير الموقف فإنه يجب أن يتقبل الموقف، الحدث قد يثير اضطراب الفرد لكن لا يجب أن يصل إلى حد الكارثة).
- التهور الانفعالي "Emotional Irresponsability": "تظهر التعاسة عند الفرد نتيجة عوامل خارجية، والتي ليس بمقدوره السيطرة عليها" وهذه فكرة لاعقلانية لأنها:(الحكم على العوامل الخارجية بأنها المسؤولة ومدمرة قد لا يكون كذلك، لأنه يرجع إلى تأثير الفرد بها وطريقة تفسيره الأمر الذي يسبب له الاضطراب الانفعالي).
- القلق الزائد "Anxious over Concerns": "تستدعي الأشياء الخطيرة والمخيفة ظهور الهم الكبير والانشغال الدائم بالتفكير، وينبغي أن يتوقع الفرد احتمال حدوثها دائماً، وأن يستعد لمواجهةها والتعامل معها"، وهذه فكرة لا عقلانية لأنها:(انعدام الموضوعية في تقدير

- الأمر، يجعل الأحداث ونتائجها تبدو أكبر من حجمها أو أنها أكثر خطورة مما هي عليه في الواقع، مما يؤدي بالفرد إلى قلق غير عادي).
- تجنب المشكلات "Problems Avoidance": من الأسهل أن نتجنب بعض الصعوبات والمسؤوليات بدلاً من مواجهتها" وهذه فكرة للاعقلانية لأنها: (الهروب من المسؤوليات يؤدي إلى تراكمها بدون حلها، ليس بالضرورة أن تكون الحياة السعيدة سهلة).
 - الاعتمادية "Dependency": يجب أن يعتمد الشخص على الآخرين، ويجب أن يكون هناك من هو أقوى منه لكي يعتمد عليه وهذه فكرة للاعقلانية لأن: (الاعتمادية تجر إلى نقص في تقدير الذات، فقدان الاستقلالية، الفشل في التعلم).
 - الشعور بالعجز "Helplessness": تقرر الخبرات والأحداث الماضية الحاضر، ولا يمكن تجاهل أو محو الماضي" وهذه فكرة للاعقلانية لأن: (حلول الماضي قد لا تصلح للحاضر يمكن للفرد التعلم من الماضي ولا ينقاد إليها قسراً والذي كان عاجزاً بالأمس يقدر اليوم).
 - الانزعاج لمشاكل الآخرين "Upset for People's Problems": ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات"، وهذه فكرة غير عقلانية لأن: (الاهتمام بمشكلات الآخرين بدرجة مبالغ فيها ينسيه مشكلاته، مهما كان الإنسان يفكر بمشكلات الآخرين فإنه لا يخفف عنهم).
 - ابتغاء الحلول الكاملة "Perfect Solutions": "هناك دائماً حل دائم وصحيح يجب التوصل إليه لكل مشكلة، وإلا ستكون النتائج خطيرة"، وهذه فكرة غير عقلانية لأن: (عدم وجود حل دائم، الإصرار على التوصل إلى هذا الحل قد يؤدي إلى إخفاق مع مشكلات أخرى، البحث عن مثل هذا الحل يولد القلق والخوف لدى الفرد إذا لم يصل إليها).
- ولذا تعتبر الأفكار الإحدى عشر من الأفكار التي أقرها ألبرت إليس والتي تعتبر من المكونات الرئيسية للأفكار اللاعقلانية لدى الفرد.

6.3. خصائص الأفكار اللاعقلانية:

تتصف الأفكار اللاعقلانية كما أوردتها سماح شحاتة(2006):

- المطالبة "Demandness": تعبر عن تلك العلاقة بين رغبات الفرد ومطالبه المستمرة واضطرابه الانفعالي، بحيث يصر على إشباع تلك المطالب والتي يفرضها بنفسه على نفسه وعلى الآخرين.
- التعميم الزائد "Overgeneralization": أن الفرد يقوم بالتعميم نتائج لا تعتمد على التفكير الدقيق والتي عادة تكون ملاحظات فردية.
- التقدير الذاتي "Self Rating": فالفرد تكون لديه المعرفة بالرؤية الذاتية للأفعال والمواقف لكن الضغوط لها أهمية في تحديد موقف الفرد تجاه الأحداث التي تمر به فيلجأ لنمط تفكير ملثوي عند تقدير القيمة الشخصية، فتظهر تأثيرات سلبية لهذا التقدير، منها الميل إلى تريكبات معرفية خاطئة والمطالب غير الواقعية التي تتعارض مع الأداء.
- الفظاعة "Awfulizing": فالفرد يرغب في تحقيق مطالبه غير منطقية بفضاعة-أي تكون لديه رغبة ملحة لديه- وهذا يؤدي إلى الانفعالية الزائدة وعدم القدرة على حل مشكل بطريقة عقلانية.
- أخطاء العزو "Attribution Error": بحيث يميل الفرد إلى نسب أفعاله الخاطئة للآخرين، مما يؤثر على إدراكه للأحداث الخارجية وحالته الانفعالية وسلوكه، ومن أخطاء العزو اللوم المستمر للذات وللآخرين.
- اللاتجريب "Anti Empiricism": فالأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الفرد ليست مستمدة من الخبرة التجريبية من حيث الدقة والصدق.
- التكرار "Repetition": تكرر الفرد الأفكار اللاعقلانية بشكل لاشعوري، ويساعد على ذلك الضغوط الداخلية والخارجية له.

كما أورد الغامدي غرم الله (2009) سمات وخصائص أخرى للأفكار اللاعقلانية:

- السلبية: فهؤلاء الأفراد يعتقدون أن سبب تعاستهم هي ظروف خارج إرادتهم مثل الحظ وليس بمقدورهم التغلب عليه لأن الظروف أقوى منهم.
- الانهزامية: هو نمط من الشخصية يتجنب الفرد فيها صعوبات الحياة بدلا من مواجهتها، وتؤكد على أهمية عدم الوقوف في وجه القوى.

- الاتكالية: يعتمد الفرد الإتكالي على الآخرين وخاصة الأقوياء منهم لأن هذا ما يجلب له الراحة في أمور حياته.
 - العجز: العاجز هو من لا يستطيع التخلص من أحزان الماضي ومحو أثارها وجعلها في طي النسيان.
 - ضيق الأفق: الأشخاص الذين يتصفون بضيق الأفق، يملكون حلولاً جاهزة، فهناك حل نموذجي لكل مشكلة وإن لم يصلوا إلى الحل تحدث كارثة كما يعتقدون.
 - عدم التسامح: أي أن العقاب الصارم هو الوسيلة الوحيدة لتصحيح الأخطاء، مع عدم القدرة على نسيان الإساءة حتى وإن كان الخطأ بسيطاً.
 - شدة الحساسية: أي أن الأفكار السوداوية عن المخاطر المحتمل أن يقعوا فيها لا تفارق مثل هؤلاء الأفراد، وأن الفشل سوف يلاحق أعمالهم.
 - الإصرار على القبول التام: يرى أصحاب هذه الأفكار أنهم ينبغي يحبهم الآخرين بشكل مطلق ويكونوا راضين عنهم دائماً بغض النظر عما يفعلونه.
- إضافة لما سبق فقد قامت دريدن Dryden بتلخيص أهم خصائص الأفكار اللاعقلانية وهي كالتالي(الأشقر هيفاء، 2004: 91،92):

- ينشأ عنها سخط وتذمر وعدوان وغضب من الناس والآخرين.
- تكون دائماً في صورة الإثبات والنفي بصفة مطلقة، ولا تساعد على التفكير بالاحتمالات.
- أنها غير منطقية ولا تتسق مع الحقيقة والواقع، كما أنها تعيق الفرد من تحقيق أهدافه ورغباته.
- أنها تتصف بالجمود والتطرف .

7.3. عوامل نشوء الأفكار اللاعقلانية:

إن منشأ الأفكار اللاعقلانية يتحدد بعدة أسباب تشكل عوامل لنشوءه وتكونها لدى الفرد في البيئة الاجتماعية والبيئة الأسرية والبيئة المدرسية، فنذكر منها مايلي:
أولاً. أسباب وراثية:

لقد كان العامل الوراثي في نظر بعض أطباء النفس في السنوات الماضية ليس هاماً لدرجة إحداث الأفكار اللاعقلانية، على عكس من الاهتمام الذي يتجه نحو دراسة هذا العامل وأثره في إحداثها في الوقت الحاضر، وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن هذا الاضطراب وُجد في (60%) من عائلات المرضى، ووجد أنه إذا كان أحد الأبوين مصاباً به، فإنه يحتمل أن يصاب الأبناء بنسبة (10%). ولمعرفة أثر العامل الوراثي، قامت دراسات على التوائم المختلفة وبينت هذه الدراسات كيف يلعب العامل الوراثي في إحداث الأفكار اللاعقلانية وتهيئة المريض واستعداده لمعالجة الأحداث بطريقة غير عقلانية.

ويدل على ذلك أبحاث "هستون" وكونجلن والواقع أن هناك اختلافاً في طريقة الاستعداد الوراثي للإضطراب، فالبعض يعتقد أن الاستعدادات تنتقل من خلال مورثات سائدة ومسيطرة، وقد أثبتت التجارب الحديثة خطأ هذه النظرية، ويعتقد آخرون أن الاستعداد الوراثي للاضطراب ينتقل من خلال مورثات متعددة العوامل وليست من خلال مورثات مسيطرة واسترجاعية، ومن هنا نجد التفاعل بين البيئة والوراثة.

بحيث قامت أبحاث على التوائم المتشابهة بحيث قاموا بفصلهم بيئياً فوجدوا أن أحد الإخوة لم يُصب بنفس الاضطراب، وبصورة عامة نقول أن العامل الوراثي هام لكن الذي يُورث هو الاستعداد للاضطراب (الزيات فتحي، 1995: 101).

ثانياً. أسباب بيولوجية:

إن بعض الأمراض العضوية التي تصيب الجهاز العصبي، تؤدي إلى أعراض شبيهة بالأفكار اللاعقلانية لدى الفرد، إن هذه الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي تؤدي إلى ظهور أعراض فصامية، وأن الفصام نفسه يحتمل أن يكون سبب اضطراب فسيولوجي في الجهاز العصبي، وخاصة بعد تطور الأبحاث التي تؤكد على العلاقة بين الصرع والفصام، والتي لوحظ فيها أن العديد من مرضى الصرع يعانون من أعراض فصامية، وأن سببها هو نقص وظيفي في الخلايا العصبية، وهنا تكون الأفكار اللاعقلانية نتاج الخلل الوظيفي في الجهاز العصبي. (العزة سعيد، 2004)

وهذه النتيجة قد تكون سببا في نشوء الأفكار غير عقلانية، كما تؤثر العقاقير والمركبات الكيميائية اضطرابات في التفكير والانفعال.

حيث اتجهت الأبحاث في دراسات الاضطرابات الكيميائية في الهرمونات العصبية مثل السيروتونيين، والدوبامين والأدرينالين لدى مرضى الفصام، وإلى درجة إذا أعطينا بعض الفصامين مركبات كيميائية من هذه الهرمونات زادت أعراضهم بشدة.

ولقد استطاع بعض العلماء استخلاص بروتين معين من دم مرضى الفصام يُسمى تراكسين فإذا أعطي هذا البروتين للإنسان يُصاب بأعراض فصامية وقتية، وكذلك حقن هذه المادة في الحيوانات تؤدي إلى اضطراب في سلوكهم(حمودة محمود،2005).

ثالثاً. أسباب اجتماعية ثقافية:

يُعد المجتمع من بين الأسباب التي تساهم في بناء أفكار سواء أفكار عقلانية أو أفكار غير عقلانية، فقد أوضحت دراسة هارت وهيتنر "Hart&Hittner" أن المعتقدات غير العقلانية إذا أحيطت بتدعيم اجتماعي تطورت ونمت والعكس صحيح.

فالأُسرة تعتبر أول بيئة اجتماعية عن طبيعة وخصائص أفكار ومعتقدات الفرد، إلى جانب الأسرة نجد المدرسة والمؤسسات التعليمية وجماعة الرفاق كلها تلعب دوراً فعالاً في التأثير على أفكار ومعتقدات الفرد. أما الثقافة التي يعيش فيها الفرد تحمل أصول معتقداته وقيمه واتجاهاته وعاداته وتقاليد، فقد أوضحت كل من دراسة كورين "Corin" وأمى "Ami" ودراسة سبيتزي "Spitzzy" وماهوني "Mahony" أن الثقافة والحضارة ومنظومة العادات والتقاليد وما شابه ذلك كله يؤثر على المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لدى الأفراد.

ويرى إليس أن التفكير اللاعقلاني ينشأ في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يكون الطفل حساساً للمؤثرات البيئية الخارجية وأكثر قابلية للإيحاء، كذلك فإن الطفل في هذه المرحلة يعتمد على الآخرين وخاصة الوالدين في التخطيط والتفكير واتخاذ القرارات، فإذا كان أفراد الأسرة لاعقلانيين يعتقدون في الخرافات ويميلون إلى التعصب، ويُطالبون الطفل بأهداف وطموحات لاتصل إليها إمكانياته فيصبح طفلاً غير عقلا في تفكيره (لبنى أحمان،2006).

وهذا ما أورده زكرياء الشربيني (2005): أن الأفكار اللاعقلانية يكون من ورائها الأسرة ووسائل الاعلام وأن مصادر الأفكار اللاعقلانية هي الأب بنسبة(72.22%) و (44.44%) والأصدقاء بنسبة(16.67%) والمدرسة والجامعة بنسبة (11.11%) ووسائل الإعلام(11.11%)، مما يفسر ما تلعبه المحيط الاجتماعي والثقافي في نشوء الأفكار اللاعقلانية.

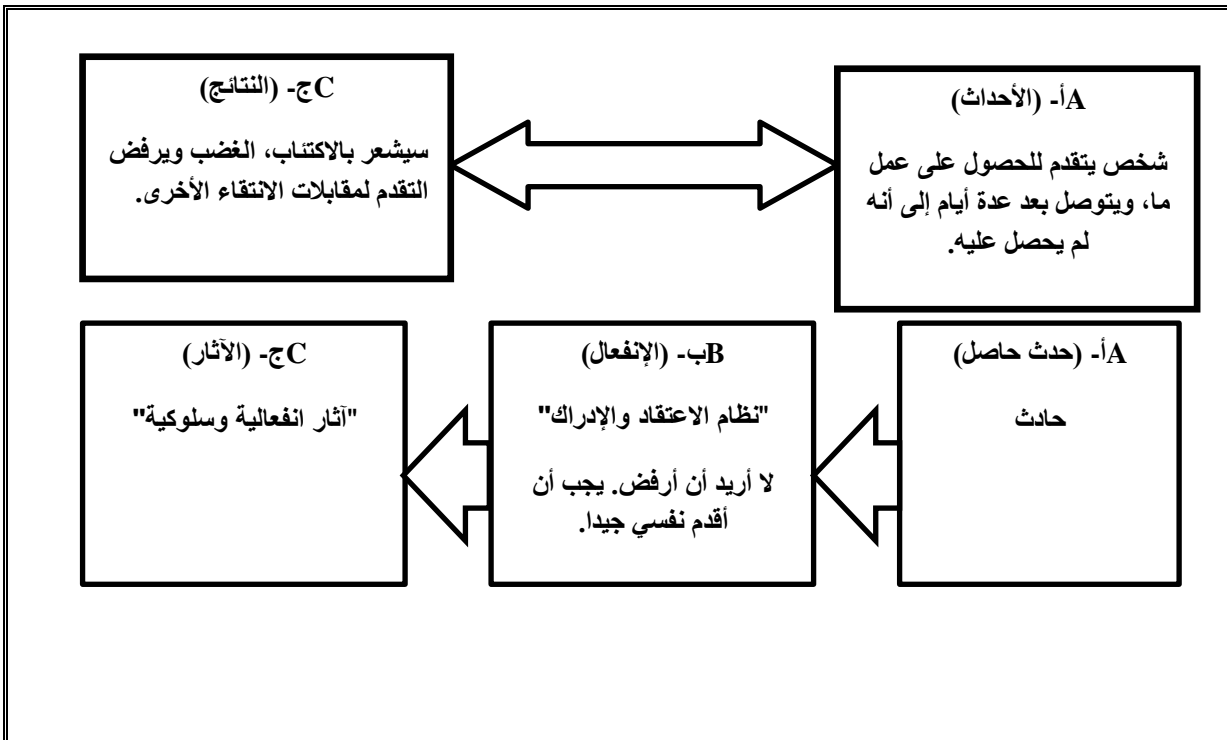
رابعاً. أسباب معرفية:

إن طبيعة معالجة الحوادث والمواقف وإدراكنا لها، من بين الأسباب غير المباشرة وراء تكوين الأفكار اللاعقلانية عند الفرد، حيث يفكر الفرد بطريقة عقلانية وغير عقلانية، فإذا فكر بطريقة عقلانية للحدث فإن النتيجة ستكون سلوكيات صحية.

وإذا فكر بطريقة غير عقلانية للحدث فإن النتيجة ستكون اضطرابات، ومنه تنشأ أفكار غير عقلانية تجاه حدث ما أو موقف ما، وهذا ما أشار إليه ألبرت إليس بأنه يعتقد معظم الناس أن بعض الحالات تسبب انفعالات غير ملائمة وسلوكيات غير مرغوب فيها.

وحسب ألبرت إليس فالأمر ليس كذلك، فليست الأحداث من يسبب آثارا غير مرغوب فيها سواء على المستوى الانفعالي أو السلوكي، ولكن كيفية إدراك حصول هذه الأحداث هي السبب مع الأخذ بعين الاعتبار النموذج (أ.ب.ج) (A-B-C) الموجود أسفله وما استطعنا التوصل إليه هو أن مفهوم هذه الأحداث يحدث بنظام اعتقادنا. (Cottraux,2001:19)

وغالبا فإننا نميل إلى التفكير بطريقة غير عقلانية، مقارنة بما نحن عليه وبالأخرين وبيئتهم. ونستوضح هذا بمثال في موضوع: (البيئة): "لا يجب أن يكون العالم دائما آمينا وعادلا، (الأخرين): "يجب أن يتقبل الناس دائما كل ما أفعل، (أنفسنا): "يجب أن أكون دائما مثاليا في كل ما أفعل". ولتفسير كيفية نشوء الأفكار اللاعقلانية وفق النموذج (أ.ب.ج) A-B-C، نوضح ذلك في الشكل التالي:

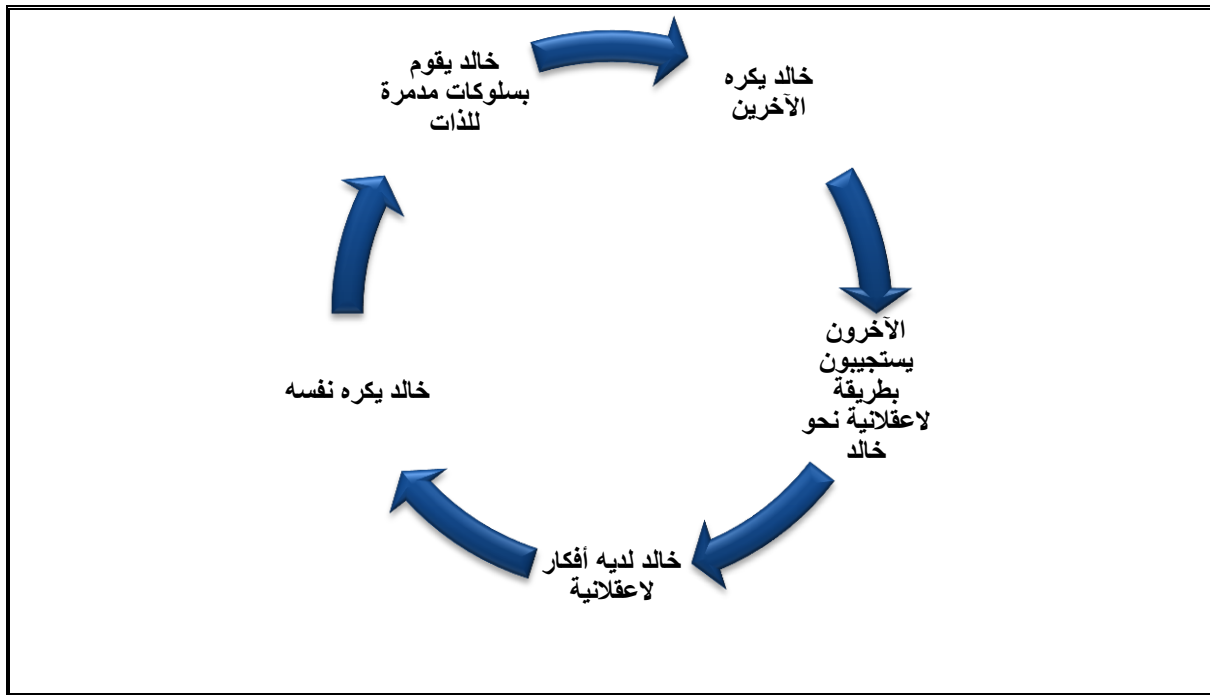


شكل رقم (12) يوضح كيف تساهم الأحداث في البناء غير عقلائي. (Cottraux,2001:19)

يتضح مما سبق أن الأحداث والمثيرات تعتبر مثيرات لتعزيز نشوء الأفكار اللاعقلانية أو الأفكار العقلانية، وذلك حسب طبيعة الأحاديث الذاتية التي تتفاعل مع الحدث.

ومنه فإن الحدث والانفعال ونظام الاعتقاد يدور في حلقة دائرية متسقة، فالحدث يساهم في نشوء الأفكار اللاعقلانية، وطبيعة نظام المعتقدات يترتب عنه نتائج، والنتائج تترتب عنها معتقدات حول الذات وحول الآخرين.

حيث يرى إليس (أحمد أبو سعد، أحمد عريبات، 2009): أن أسباب الاضطراب الانفعالي يجمع بين مصادر معرفية وانفعالية وسلوكية لا تتبع من المعارف أو التفكير فحسب، ولكنها تتأثر بها أيضاً، كما يرى أن سلوكيات الأفراد تتأثر ببيئاتهم الاجتماعية والمادية، ولذا يُعد الفرد مسؤولاً بدرجة كبيرة عما يلحق به من اضطرابات انفعالية، ولتوضيح سيرورة التفكير اللاعقلانية عند الفرد، سيتم توضيح ذلك في الشكل التالي:



شكل رقم (13) يوضح دائرة التفكير غير عقلائي (مفتاح عبد العزيز، 2001)

يتضح مما سبق أن معالجة الفرد للأحداث وأساليب التفكير الخاطئ لها تعد أحد الأسباب المعززة لظهور تركيبات ومعتقدات في بنية الفرد تتصف إما بأفكار غير عقلانية.

8.3. النظريات والنماذج الفسرة للأفكار اللاعقلانية:

هناك نظريات ونماذج تفسر الأفكار اللاعقلانية كغيرها من المتغيرات، ولذا سنحاول عرض تلك من أجل مقارنة نظرية وتوضيح مسار وتوجه البحث الحالي إزاء تلك النماذج والنظريات المفسرة للأفكار اللاعقلانية.

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

أ. الكلاسيكيون:

فرق فرويد بين عمليات التفكير الأولية والثانوية، مؤكداً بأن العمليات الأولية تعني الطاقة الكلية اللاشعورية التي تسعى لتحقيق الإشباع.

في حين أرجع العمليات الفكرية الشعورية المرتبطة بالأنا الذي يرتبط بدوره بالواقع، والتي تعمل على تأجيل إشباع الغرائز.

فمن هذا المنطلق فالأفكار التلقائية اللاعقلانية تقابل اللاشعور عند التحليليون وهي ميكانزمات دفاع نتيجة الفشل في الإشباع الغريزي.

ب. الجدد:

يركز أدلر عكس فرويد على مشاعر النقص والعجز، والعدوان والحاجة للحب والغائية من أجل الكمال والكفاح ونمط الحياة.

ولذا فإن الأفكار اللاعقلانية عنده هي نتاج للنقص والعجز الذي توحى بفشل الفرد على النجاح في الحياة وبلوغ الكمال والحسن.

أما سوليفان فيرى الأفكار اللاعقلانية على أنها صور ذهنية يمتلكها الفرد عن الآخرين وعن النفس، وهذه الصور بالضرورة ليست تمثيلاً صادقاً لأنها كأى إدراك أو ملاحظة تتأثر جداً بطبيعة نظام الذات للفرد، أما لهنري موراي نادى بفكرة الحاجات ومنها الحاجة إلى لوم الذات وتصغير الذات وهي كفكرة ومطلب غير عقلائي لدى الفرد. (أحمد أبو سعد، أحمد عريبات، 2009).

ثانياً: النظرية السلوكية:

أ. الكلاسيكيون:

يركز واطسن وبافلوف وثرندايك على مبدأ المثير والاستجابة، وبالتالي الأفكار اللاعقلانية وفق هذا المبدأ أنه يتشكل في سلوكيات فقط وليس أفكار. ونستدل على تلك الأفكار اللاعقلانية من خلال ظهور المثير الذي أدى بالفرد إلى سلك سلوك غير عقلائي.

ت. الجدد:

ركز وولبي ولازاروس وباندورا ونيل ملير على العمليات المعرفية، ويرو أن الأفكار اللاعقلانية هي سلوكيات تمت اكتسابها من العالم الخارجي. فتنتم معالجتها عقلياً. وبالتالي هي مثير-معرفة-استجابة والاستجابة تمثل: (الأفكار اللاعقلانية). (أحمد أبو سعد، أحمد عريبات، 2009).

ثالثاً: نظرية الواقع:

تقوم نظرية الواقع عند وليام جلاسر سواء في الإرشاد أو تفسير السلوك على ثلاث مفاهيم، وهي الواقع و المسؤولية والصواب والحاجات.

فالواقع يعني أن الأفراد يُدركون العالم الحقيقي، فالتفكير العقلائي عند جلاسر أنه يتجسد في تقبل الواقع ، وأن إنكار الواقع جزئياً أو كلياً هو التفكير اللاعقلاني بحد ذاته (حامد زهران، 1998).

أما مفهوم المسؤولية فهو تعليم الفرد بطريقة عقلائية، وكيف يتقبل الفرد للظروف وكيف يتحملها وينظر للكوارث، على أنها ظرف يمكن أن يُحل.

وبالتالي ينشأ التفكير العقلائي وغير عقلائي من السلوك المسؤول والتي هي تعبر عن أفكار مسؤولة وواعية ومنطقية تجاه الأحداث (الخالدي عطاء الله، 2008).

أما مفهوم الصواب فهي قدرة الفرد على التفكير بطريقة صائبة وتجنب التفكير الخاطئ.

أما مفهوم الحاجات فيشير جلاسر أن (80%) من إدراكاتنا وأفكارنا هي عبارة عن تخيلات شخصية غير منطقية للحاجات، وبالتالي تنشأ الأفكار اللاعقلانية كطرق لتعبير عن حاجات لم يتم إشباعها بطريقة واقعية. (التويجري، 2010).

رابعاً: النظرية الإنسانية:

يركز كارل روجرز على مفهوم الذات ويرى أن الانسان يسعى لتحقيق ذاته وأن لديه القدرة على التفكير السليم إذا ما أزيلت أمامه العقبات.

فينشأ التفكير غير عقلائي تجاه الذات عندما لا يتطابق مفهوم الذات مع العالم الخارجي، وينشأ التفكير غير عقلائي عندما لا تتطابق الذات المدركة بالذات المثالية ولذا فإن الفرد يشعر بالتهديد والقلق ويتصف بالتفكير المحدود،(الخالدي عطاء الله،2008).

خامساً النظرية المعرفية:

إن النماذج المعرفية متعددة، لكن انتقى الباحث النموذج الذي يفسر بقرب متغير الأفكار اللاعقلانية بإسهاب نذكر منها بالخصوص نموذج ألبرت إليس على النحو التالي:

أ.النموذج المعرفي عند ألبرت إليس Albert Ellis:

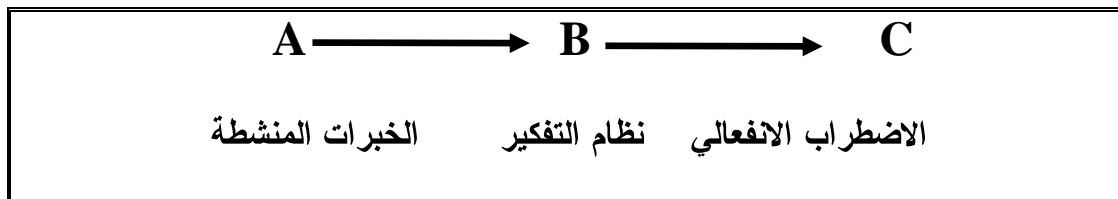
لا يدعي إليس الأصالة فيما يتصل بالمبادئ والمفاهيم التي بنى عليها نظريته أو أسلوبه في العلاج ومع أنه اكتشف كثيراً من خلال خبرته الخاصة إلا أنه يدرك أن هذه المفاهيم قد صيغت من قبل القدامى والمحدثين من الفلاسفة وعلماء النفس والمعالجين والمفكرين الاجتماعيين وغيرهم.

إلا أن نظريته قامت على بعض التصورات والفروض المتعلقة بطبيعة الإنسان وطبيعة التعاسة والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها.

ومن بين هذه التصورات والفروض مايلي(باترسون،1981: 176، 177):

- الإنسان حيوان عاقل متفرد في نوعه وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة.
- الاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي يعتبران نتيجة للتفكير غير المنطقي والتفكير والانفعال ليسا منفصلين، فالانفعال يصاحب التفكير، والانفعال في حقيقته تفكير منحاز ذاتي غير عقلائي.
- يرجع التفكير غير العقلائي في أصله ونشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقي، فالفرد لديه الاستعداد لذلك التعلم بيولوجيا كما أنه يكتسب ذلك من والديه، بصفة خاصة ومن الثقافة التي يعيش بينها.

- الإنسان حيوان متكلم والتفكير يتم من خلال استخدام الرموز الكلامية، ولما كان التفكير يصاحب الانفعال والاضطراب الانفعالي فإن التفكير غير العقلاني يستمر بالضرورة طالما يستمر الاضطراب الانفعالي، وهذا بالضبط يوضح خصائص الشخص المضطرب، فهو يخلد اضطرابه ويحتفظ بسلوكه غير المنطقي بسبب الحديث الداخلي الذاتي الذي يتكون عادة من تفكير غير عقلائي، ومن الملاحظات العلمية أن الجمل والعبارات التي نُحدث بها أنفسنا حين نسترسل في التفكير الحر تشكل دائماً أفكارنا وانفعالاتنا، والإثارة الانفعالية أو التنبيه الذاتي المستمر هو السبب في استمرار السلوك المضطرب، ويوضح ذلك أن الفهم المبسط لأصول وأسس الاضطراب النفسي والذي يقدمه التحليل النفسي ليس كافياً لاستئصال الاضطراب.
- إن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة الحديث الذاتي يتقرر ليس فقط بالظروف والأحداث الخارجية ولكن أيضاً بإدراكات الفرد واتجاهاته نحو هذه الأحداث الخارجية ولكن أيضاً بإدراكات الفرد واتجاهاته نحو هذه الأحداث التي تتجمع على صورة جمل يتم استخدامها أو تمثيلها، ولقد وجد إيليس أن أصل هذا التصور لدى أبكتاتوس Epictetus الفيلسوف اليوناني الذي يقرر أن الناس يضطربون ليس بسبب الأشياء ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يكونونها عن هذه الأشياء ولقد اقتبس إيليس نفس الفكرة من "هاملت" Hamlte وهي أنه لاشيء في الخارج جيد أو سيء ولكن التفكير هو الذي يجعلها كذلك.
- الأفكار والانفعالات السلبية أو المثبطة للذات يجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً ومتعقلاً.
- ولقد فسر إيليس دور الأفكار اللاعقلانية في السلوك المضطرب من خلال نموذج (ABC) حيث يرى أن الأحداث والخبرات المنشطة-ويرمز لها بحرف (A)، ونظام التفكير لدى الفرد يرمز له بالرمز (B) أما الاضطراب الانفعالي الناشئ عن الحدث فيرمز له بالرمز (C).
- ويرى أن الحدث الذي يقع لا ينشأ عنه الانفعال مباشرة إنما ينتج عن منظومة تفكير الفرد، فإذا كان التفكير غير عقلائي وغير منطقي يصبح الانفعال مضطرباً مشوشاً. (غادة عبد الغفار، 2007: 2).



شكل رقم(14) يوضح كيفية حدوث الاضطراب الانفعالي عند إيليس. (غادة عبد الغفار، 2007: 2).

تعقيب عن نموذج ألبرت إيليس:

استقراءً لما جاء في نظرية إيليس من فروض وتصورات ناتجة من خبرته العملية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي وتطلعاته النظرية من تلك الأفكار الفلسفية صاغ نظريته مركزاً على ما يسمى بالأفكار اللاعقلانية والتي اعتبرها أنها المسؤولة عن تلك الاضطرابات الانفعالية لدى الأفراد وهي التي تحدد شقاء الفرد أو سعادته، اكتتابه من عدمه، وهذا ما يميز توجهه عن باقي التوجهات، كما يعتبر توجه المعرفي عند إيليس هو الأقرب في تفسير متغير الأفكار اللاعقلانية في البحث الحالي.

9.3. علاج الأفكار اللاعقلانية:

إن طبيعة الإرشاد والعلاج ونوعه يخضع دائماً لطبيعة المشكلة وإلى طبيعة الفئة التي يتعامل معها المرشد النفسي، وبما أن المشكلة تتعلق بأفكار ومعتقدات غير عقلانية، فإن العلاج والإرشاد سيكون منصّباً على تغيير هذه الأفكار غير العقلانية بأفكار عقلانية، ومن العلاجات التي وضعها ألبرت إيليس في علاج وإرشاد الأفكار اللاعقلانية وضع ما يسمى بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ولذلك ستناول هذا الأسلوب الإرشادي بشيء من التفصيل

أولاً. أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى تحقيق ما يلي (إجلال محمد، 2000):

- تحديد أسباب السلوك المضطرب من أفكار ومعتقدات غير منطقية.
- مساعدة المسترشد في التعرف على أفكاره غير العقلانية التي تسبب سوء توافقه الاجتماعي.
- تمكين المسترشد من الاعتراض على أفكاره غير العقلانية.
- زيادة اهتمام المسترشد بنفسه وتقبله لذاته وتقبله للتفكير العلمي والمنطقي.
- زيادة المرونة لدى المسترشد ومحاربة الأفكار والمعتقدات غير عقلانية والخاطئة لديه.
- التخلص من الأفكار اللاعقلانية بالإقناع العقلي والمنطقي، وإعادة للمسترشد إلى تفكير واقعي والتحكم في انفعالاته عقلياً.

ثانياً.العلاقة العلاجية الإرشادية ودور المرشد فيها:

العلاقة العلاجية هي علاقة تعاونية، يقوم فيها المعالج بتحديد مصادر المشكلة والاضطراب ومساعدة المسترشد على تحديد وفحص أفكاره ويأخذ المرشد النفسي دوراً مباشراً في مساعدته على تغيير أفكاره التي أصبحت جزء من تفكيره واعتقاده. بسبب ما تشربه من البيئة المحيطة به، وجعله أكثر تعاملًا بالحب والمودة والإخاء وأكثر تواصلًا مع زملائه وأفراد مجتمعه الذي يعيش فيه.

ويساعده على تنظيم أفكاره كما أنه يزوده بالأفكار والتخيلات والمعتقدات التي يمكن أن يكون لها دور في إخراجها من تلك المعتقدات والأفكار الخاطئة ويلعب المرشد دور مهم يساعد على تقديم الخبرات الصحيحة للمسترشد أو العميل (أحمد أبوسعد، أحمد عريبات، 2009: 222-223).

ثالثاً. الأساليب الإرشادية والعلاجية:

يستخدم العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي طريقة متكاملة في العلاج، فالمعالجون يطبقون عددًا من الأساليب التي تساعد الأفراد على تطوير معتقدات عقلانية جديدة، وسنعرضها ضمن ثلاث مجموعات (جلال كايد، 2004: 87-92) :

1. المجموعة الأولى: الأساليب المعرفية "Cognitive Techniques"

- العبارات الذاتية "Coping Self-Statements": بتطوير العبارات الإيجابية التي يمكن أن يخاطب العميل بها نفسه فإن المعتقدات العقلانية ستقوى.
- مرجع "Refering": هذه الطريقة تساعد بشكل جزئي الأفراد المدمنين وخاصة المدخنين الذين لديهم تحمل ضعيف للإحباط، حيث يطلب منهم عمل قائمة حسنات وسيئات إيقاف أو الاستمرار في التدخين على أن يفكروا بجدية بهذه القائمة ويقرئونها (10-20) مرة في اليوم.
- تعليم الآخرين "Teaching others": عندما يجري نقاش ما بين العميل وزملائه يقترح إليس أن يتولى العملاء مهمة توضيح الأفكار اللاعقلانية ومناقشتها مع الزملاء واستبدالها بالمعتقدات العقلانية، حيث أن الدخول في نقاش مع الزملاء يعزز قيم وأفكار العميل العقلانية.
- التصور "Visualization": جعل العملاء يراقبون أنفسهم أثناء عمل المهمة الصعبة قد يساعدهم في تطبيق هذه المهمة في الحياة الواقعية، على سبيل المثال

تصوير لقاء ودي ايجابي بتفاصيله مابين العميل ورئيسه المزعج يساعد العميل على التعامل بنجاح مع اللقاء الحقيقي.

- حل المشكلة "Problem Solving": مساعدة الأفراد على توسيع خياراتهم حول ماذا يريدون أن يفعلوا؟ وماذا سيكون عليه الحال في المستقبل؟ فإن REBT " العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive BehaviorTherapy" يساعدهم على اختيار أفكارهم العقلانية، مشاعرهم وأفعالهم بدلاً من أن يواجهوا بقمهم الالاعقلانية المشكلات، فالمعالجون يساعدون العملاء على الوصول إلى الخيارات الناجحة من خلال التعامل مع كلتا المشكلات العملية (إيجاد عمل) والمشكلات الانفعالية (الخوف والقلق بشأن الحصول على عمل).
- الإيحاء الذاتي: يعتقد إليس أن الأفراد مفكرون سلبيون يحدثون أنفسهم بأمور تسبب لهم هزيمة داخلية سواء عن أنفسهم أو عن الآخرين، ويستطيع المعالج أن يتعامل مع العميل بتعليمه كيف يفكر بإيجابية بدل التفكير السلبي، ولكن يجب ان يكون المعالجون حذرون لأن العملاء قد يسيئون استخدام الإيحاء الذاتي، ويقنعون أنفسهم أنهم يستطيعون تحمل ذلك مهما كانت الظروف.
- الخيارات: يملك العميل خيارات أكثر مما يبدو له، والمعالجون في REBT " العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive BehaviorTherapy" يسعون دائماً لجعل العملاء يرون جميع الخيارات التي يملكونها حقيقة، ويسعون لتوليد هذه الخيارات من خلال العملاء والعمل على ربطها مع أفكارهم الالاعقلانية.
- الدقة اللفظية: إن التفكير الإنساني تملوه شوائب بشكل جزئي والسبب يعود إلى عدم دقة اللفظ، فاستعمال الألفاظ غير الدقيقة ينبع من التفكير المشوه، فذلك يجب على المعالجين أن ينتبهوا بشكل خاص إلى الألفاظ التي يستعملها العملاء خلال طرحهم لمشكلاتهم.
- وسائل التسلية واللهو: يؤمن REBT " العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive BehaviorTherapy" بأن الوسائل البدنية مثل تمارين الاسترخاء والتمارين الرياضية هي وسائل إلهاء للعملاء بسبب تركيز العملاء على هذه النشاطات عند ممارستها بدلاً من أن يفكروا بهزيمة أنفسهم والحديث وتكرار التفكير بالأفكار الالاعقلانية.

- المرح والنكات: عادة يلجأ المعالجون في REBT " العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy " إلى استخدام المرح والنكات ليسخروا من الأفكار اللاعقلانية التي يحملها العملاء، وبهذه الوسيلة يستطيع المعالج أن يجعل العميل يضحك على أخطائه ويتقبل نفسه بكل ما فيها من ضعف.
- القصد المتناقض أو الممارسة السلبية للأفكار: إن القصد المتناقض وسيلة لتضخيم الأفكار اللاعقلانية التي يحملها العميل بهدف اكتشاف عدم واقعية ونتيجة لذلك فإنه سوف يتحرك نحو تبني المنهج المضاد وهي الواقعية والعقلانية.

2. المجموعة الثانية: الوسائل الانفعالية Emotive Techniques

- التخيل "Imaging": يستخدم في REBT " العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy " للمساعدة العملاء على تغيير مشاعرهم غير الملائمة كرد فعل على موقف معين، ثم يرى نفسه، بحيث يغير هذه المشاعر إلى عكسها (أي إيجابية وملائمة) مثل الندم والعزم على تغيير السلوك، أو أن يتخيل العميل موقفاً غير سار ويركز على الأفكار التي بنى عليها مشاعره، ثم يقوم بمناقشة الأفكار ويركز على شعوره بعد تركها وتبديلها بأفكار عقلانية.
- لعب الدور "Role Playing": وهو تدريب العميل على بعض السلوكيات لإظهار مشاعره وعواطفه التي لم يكن يدركها سابقاً، وتكرار لعب الدور لموقف اجتماعي يُعطي الفرد فرصة للإحساس بشكل أفضل حول المهارات الاجتماعية وتغيير العبارات العاطفية غير الملائمة.
- تمارين مهاجمة الخجل "Shame-attacking exercises": الغرض من هذا التمرين هو مساعدة العميل أن يشعر بعدم الخجل في حالة اختلافه مع الآخرين بحيث سيكتشف العميل أن تصرفاته ليست محل اهتمام الآخرين، لذلك لا داعي للخجل منها مثل التحدث بصوت مرتفع مع الغرباء، مثل هذه التمارين يمكن ممارستها حتى يتم التعامل مع المشاعر الآسفة والرفض من الآخرين التي تسبب مشاعر الخجل وهدم الذات.

- عبارات ذاتية عنيفة "Forcefull Self-Statements": وتشير إلى تلك العبارات التي تهاجم المعتقدات اللاعقلانية بعنف بهدف المساعدة في تبديل المعتقدات اللاعقلانية بمعتقدات عقلانية.
- اللغة المشحونة انفعالياً "Emotionally charged language": يستعمل المعالجون عادة مع مسترشديهم ألفاظاً وتعابير عاطفية كي يقتبسها العملاء ويستعملونها مع أنفسهم، وهذا الأسلوب مبني على اعتقاد ليس بأن اللغة القوية لها تأثير قوي وتشجيع العميل على تغيير أفكاره اللاعقلانية.
- حوار ذاتي عنيف "Forcefull Self-dialogue": بالإضافة إلى العبارات الذاتية الفردية، فإن حوار مع النفس يمكن أن يكون مفيداً من خلال تسجيل هذه الحوارات والاستماع إليها مراراً وتكراراً مما يساعد العميل على مناقشة ومجادلة أفكاره وأن يعجب بقوته الذاتية.

3. المجموعة الثالثة: الطرق السلوكية Behavioral Methods:

- الأنشطة المنزلية "Activity homework": عادة ما يقوم المعالج بتكليف العميل بالقيام بعمل يخاف منه في العادة أو يتوقعه صعباً مثل هذه الوظائف يجب أن تدرج من السهل إلى الصعب وهكذا.
- العقاب والتعزيز "Reinforcement and Penalties": عندما يتم الأفراد أداء المهمة بنجاح، من المفيد أن يكافؤوا أنفسهم أو يكافؤون، والذين يفشلون في إتمام مهمة قد يعاقبون أنفسهم أو يعاقبون من قبل الآخرين.
- التدريب على استخدام المهارات "Skill Training": ينبع الأساس المنطقي لهذا الأسلوب من أن الإنسان يستطيع ان يتصرف بصورة فعالة مما سيؤدي إلى وجود ميول ضعيفة جداً أو منعدمة لتكوين أفكار لاعقلانية حول الحياة والانجاز في هذا الإطار فإن اندماج العميل في مجموعات وورش تعليم المهارات الاجتماعية المهمة مثل (توكيد الذات، مهارات الاتصال، مهارات مقابلة العمل) ممكن أن تكون مفيدة ومناسبة جداً في العلاج.
- ضبط المثير "Stimulus Control": المعالجون يعلمون العميل في بعض الأحيان على التحكم بدوافع ومثيرات معينة مما يجعل احتمالية تصرفاته غير المقبولة

قليلة، وبهذا فإن هدف هذا الأسلوب هو إعادة بناء الوسط المحيط بالعمل حتى لا يتعرض العميل لأي مثير يحفز على التصرف غير المقبول.

- التغذية الراجعة "Feed back": تعتبر التغذية الراجعة جزءاً أساسياً في العلاج الجماعي ويحصل العملاء عليها من خلال المجموعة العلاجية آخذين بعين الاعتبار إنجازاتهم غير الفعالة وتفكيرهم غير العقلاني، والسلوكيات والعبارات والأفكار التي تسبب هدم للذات، وبالتالي عندما يستخدم الأعضاء التغذية الراجعة فإنهم يستطيعون ممارسة سلوكيات جديدة تقوم على افتراضات جديدة تبعث على الارتياح.

- التبصر "Insight": أشار كل من إليس وبيرنارد Ellis & Bernard إلى توافر ثلاث مستويات من التبصر للعمل على تغيير المشاعر والسلوكيات غير الملائمة.

- المستوى الأول: معرفة العميل أن الاضطرابات لا تأتي من الماضي ولكن من المعتقدات اللاعقلانية التي يحملها أو يكونها الفرد حول الأحداث النشيطة أو المؤثرة.

- المستوى الثاني: يحدث فيه التبصر عندما يتفهم العميل أن السبب وراء بقاءه مكتئباً في الحاضر هو الأفكار التي اكتسبها في الماضي.

- المستوى الثالث: يشير إلى تقبل الأول والثاني من التبصر مع إدراك أن المعرفة لاتغير الأفراد بشكل آلي، مع الوعي بأن التحدي للنشط للمعتقدات اللاعقلانية وتطويرها بمعتقدات عقلانية هو الأساس.

بعدما تم عرض كيف يُمارس العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كأسلوب إرشادي لديه فنيات وأساليب ومهارات في التعامل مع المشكلات بصفة عامة.

سيتم تقديم نموذج خاص في تغيير الأفكار اللاعقلانية وفق النموذج (A-B-C-D-E-F) الذي طوره ألبرت إليس من علاج عقلاي إلى علاج عقلاي انفعالي سلوكي.

كما يمكن الإشارة إلى أن هذا العلاج والإرشاد، لا يصلح مع فئات ضعاف العقول، أو فئات خاصة إنما يصلح مع الأفراد الذين يتميزون بنمو العمليات العقلية، و التبصر من جانب المسترشد لأن هذا الأسلوب الإرشادي يقوم على المجادلة المنطقية لتلك الأفكار.

ودحض كل ما هو غير عقلاي واستبداله بأفكار عقلانية ومنطقية، وسنتطرق إلى هذا الأسلوب الإرشادي بنوع من التفصيل.

4. علاج الأفكار اللاعقلانية وفق نموذج (A-B-C-D-E-F):

تقوم نظرية الإرشاد العقلاني على نموذج تعليمي (A-B-C-D-E-F)

الحرف (A) "ACTIVATING EVENTS" وتعني الأحداث أو الخبرات المنشطة وهي عادة خبرات مؤلمة وغير سارة مثل خبرة الطلاق أو الفشل أو الموت أو الفصل من العمل وهذه الخبرات يتم إدراكها في جو غير عقلائي. وبذلك تكون خبرة لاعقلانية وهي في السلوكية أشبه ما تكون بالمثير أو الحدث غير المرغوب فيه والذي يعمل على استثارة الخوف والقلق لدى الفرد.

الحرف (B) "IRRATIONAL BELIEF SYSTEM" ويعني نسق الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد والتي تؤدي إلى إثارة الاضطراب الانفعالي وتدمير وهزيمة الذات، وهي أشبه في السلوكية بالعمليات الوسيطة.

الحرف (C) "CONSEQUENCE" ويقصد بها النتيجة الانفعالية أو الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد وهي دائماً مرتبطة بنسق المعتقدات والأفكار لدى الفرد، (طه عبد العظيم، 2004: 92).

فإذا كان نسق المعتقدات غير عقلائي كانت النتيجة هي الاضطراب النفسي كما في حالات القلق والاكتئاب، وهي أشبه بالاستجابة بلغة السلوكيين وهذا يعني أن كل استجابة انفعالية سواء كانت سارة أو ايجابية أو مؤلمة وسلبية ورائها بناء معرفي ومعتقدات لدى الفرد سابقة لظهور الانفعالات

ولذا فإن المراحل الثلاث (A-B-C) تعني حدوث الاضطراب الانفعالي نتيجة نسق مركب من معتقدات غير عقلانية لدى الفرد، وهذه المراحل بمثابة المرحلة التشخيصية. فالمرشد النفسي بدوره سيقوم بتغيير نسق المعتقدات في المراحل الثلاث الآتية والتي ستكون في الحروف الثلاث (D-E-F) وهي بمثابة المرحلة العلاجية وتتم وفق:

أولاً. الحرف (D) "DISPUTATION": ويتضمن مفهوم المجادلة والاحتجاج على المعتقدات غير العقلانية والأفكار الخاطئة مما يجعل العميل يتحدى نفسه ويتحدى أفكاره واعتقاداته ويُجادلها ويحتج على عدم منطقيتها ثم يغيرها.

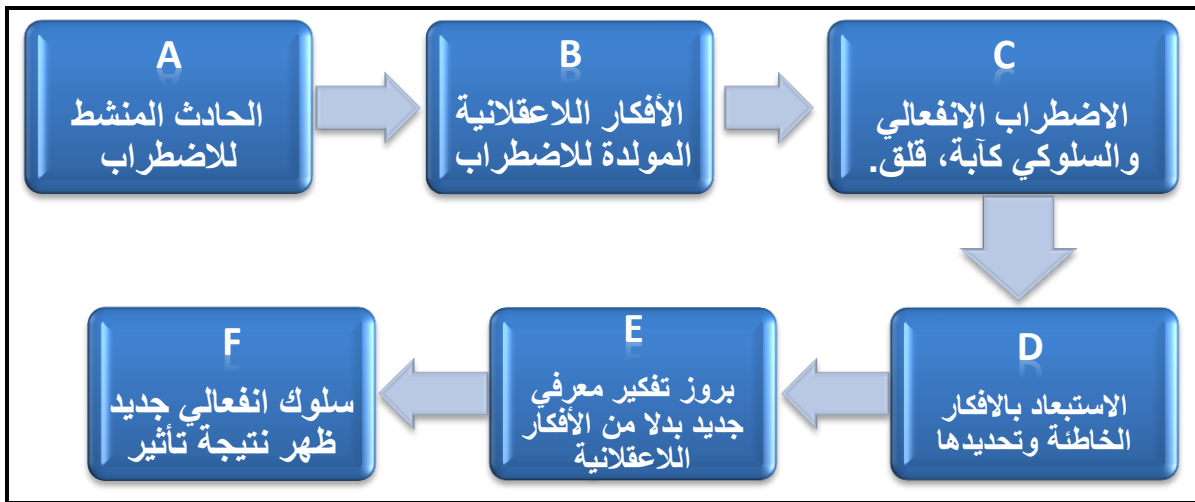
وهنا بداية علاج الأفكار اللاعقلانية وتغييرها، بحيث يقوم المرشد بفحص ومهاجمة الأفكار اللاعقلانية والتي هي سبب الاضطراب النفسي لدى الفرد وتعديلها. (طه عبد العظيم، 2004: 92، 93).

ثانياً.الحرف (E) "FINIAL NEW EFFECT" : ويتضمن التأثير النهائي الجديد الذي يحققه الفرد نتيجة لتغيير أفكاره واعتقاداته غير العقلانية إلى أفكار صحيحة واعتقادات عقلانية.

وبعبارة موجزة أن يقوم المرشد بتغيير الأفكار التي تم مهاجمتها بأفكار عقلانية من خلال تعديل نسق التفكير لدى الفرد وتبنيه فلسفة جديدة.

ثالثاً.الحرف "F" "FEELINGS": وهي تتضمن المشاعر الجديدة التي يشعر بها الفرد بعد أن يصل إلى حالة من الارتياح العام والاستقرار النفسي.

وهي الخطوة الأخيرة والتي من خلالها تتغير انفعالات الفرد السلبية إلى انفعالات موجبة وهو الهدف الرئيسي للإرشاد العقلاي الانفعالي(طه عبد العظيم2004: 92- 93).ولتوضيح خطوات التغيير في الأفكار اللاعقلانية بشكل مختصر تم تلخيص كل ما سبق في الشكل رقم(15):



شكل رقم(15) يوضح علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاضطراب وكيفية علاجها.(طه عبد العظيم2004).

خلاصة الفصل:

بعدما تطرقنا إلى موضوع الأفكار اللاعقلانية نستنتج أنه يحمل في طياته العديد من مسببات الاضطرابات الانفعالية السلوكية النفسية خاصة والصحة النفسية بعامة.

ومنه سنعرض في الفصل اللاحق التناولات النظرية والمفاهيمية للصحة النفسية قصد إعطاء توضيح نظري لهذا الموضوع المهم والمتشعب. التي تهدف جميع تخصصات علم النفس بآلياتها العلاجية والإرشادية للوصول لمستوى صحة نفسية نظرا لدينامكيته على النفس البشرية وفعاليتها في حياة الفرد.

الفصل الرابع

الصحة النفسية تاريخياً مفهومها مظاهرها النظريات المفسرة لها وكيفية قياسها

تمهيد

1.4. الجذور التاريخية للبحث في الصحة النفسية.

2.4. مفهوم الصحة النفسية.

3.4. علاقة الصحة النفسية ببعض المفاهيم السيكلوجية.

4.4. معايير الصحة النفسية.

5.4. نسبية الصحة النفسية.

6.4. مظاهر الصحة النفسية.

7.4. مناهج تأهيل وعلاج تدهور الصحة النفسية.

8.4. العوامل المساهمة في الصحة النفسية عند الفرد.

9.4. النظريات المفسرة للصحة النفسية..

10.4. قياس الصحة النفسية.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

بعد أن تناولنا في الفصلين السابقين أنماط السيادة النصفية لمخ والأفكار اللاعقلانية، فقد ارتأينا في هذا الفصل إلى تناول مفهوم الصحة النفسية، لهذا سيتم التعرض إلى الجذور التاريخية للصحة النفسية ومفهوم الصحة النفسية ومؤشراتها، بالإضافة إلى المعايير والمناهج المتبعة وكذا النظريات المفسرة للصحة النفسية ومنه سيتم التطرق أيضاً إلى خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية أضف إلى ذلك قياس الصحة النفسية.

1.4. الجذور التاريخية للبحث في الصحة النفسية:

1.1.4. الاتجاه الساذج و الصحة النفسية:

كان الاعتقاد السائد بأن المرضى النفسيين تلبسهم روح شريرة وكانوا يسمون بالملبوسين فكانوا يقيدون بالسلاسل، ويوضعون في أماكن مرعبة، ومظلمة ويُعذبون بشدة إلى حد إحداث ثقوب في جماجمهم، بهدف استخراج الأرواح الشريرة.

كما كانوا يُحبسون داخل الأقفاص ويُتركون دون رعاية، ويُعرضون على الناس بغرض التسلية بهم، كما كانت الفكرة السائدة عند قدماء المصريين أن الأمراض تنشأ من غضب الآلهة أو بسبب تقمص أرواح الموتى لجسد المريض، وامتلاكه.

أما اليونانيين القدماء فيرون أن المرض العقلي من عمل الشياطين الذين يتجسدون الناس، وقد ظلت هذه الاعتقادات مُستمرة في العصر الروماني، ثم القرون الوسطى وحتى أواخر القرن الثامن عشر (سليمانى، 2009: 186-187).

2.1.4. الحضارة الإغريقية والصحة النفسية:

اعتبر الإغريق أن الإنسان مكون من نفس وجسد، حيث يتكون الجسد من أصول الكون الأربعة من ماء وتراب وهواء ونار.

وردوا الاضطرابات النفسية التي تصيب الإنسان إلى وجود خلل في إحدى الوظائف العضوية في جسمه، وقسم الإغريق الناس إلى أربعة أنماط مزاجية تبعا للأصول المادية الأربعة لجسم الإنسان.

(المزاج الناري صاحبه يتصف بالشجاعة، والطموح والانفعال حيث تغلب عليه إفرزات الصفراء في الكبد، ويكون عرضة للإصابة بالهوس. أما المزاج الترابي فيتصف به الشخص المتشائم المنقبض كثير التأمل وتغلب عليه إفرزات الطحال ويكون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والمزاج الهوائي شخص يغلب عليه تدفق الدم من القلب يتصف بالمرح حاد الطبع عرضة للقلق والهذيان. والمزاج المائي تغلب على صاحبه إفرزات اللمف في المخ يوصف بأنه بليد خامل، ويكون عرضة للإصابة بالصرع) .

ومما لا شك فيه أن اضطراب الجسد يؤثر على الصحة النفسية للإنسان ولكن هناك من يعاني من علة بدنية ومتوافق مع الحياة والعكس صحيح.

إذن فالنظرة المادية للصحة النفسية غير كافية، وفيما يلي عرض لبعض أفكار علماء الإغريق في مجال الصحة النفسية(المطيري،2005: 53_54) :

أولاً. "أفلاطون" :

ذهب افلاطون إلى النفس ذات طبيعة مادية نقية وطاهرة، تأتي من عالم المثل لتستقر بفعل القوة الإلهية في جسد الإنسان غير النقي وغير الطاهر، ويكون الإنسان في حالة صراع دائم لا ينتهي إلا بمغادرة النفس ذلك الجسد وعودتها إلى عالم المثل، فالصحة النفسية عند أفلاطون لا تتحقق إلا عند انفصال الجسد، وهذا ما يجعل الصحة النفسية صعبة التحقيق .

ثانياً. "أرسطو" :

تعتبر رؤية ارسطو أكثر واقعية، حيث قسم الإنسان إلى مادة (الجسم) وصورة (النفس) ولا يتحقق الوجود الإنساني إلا باتحاد المادة والصورة بالمفهوم الكيميائي، حيث يتولد مركب جديد له خصائص جديدة ومغايرة لخصائص العناصر الداخلة في تركيبه .

يعرف أرسطو النفس على أنها كمال أول جسم طبيعي جاء إلى الحياة بالقوة، أي أن وجود المعوقات التي تعيق الأداء الواضح للإنسان من تغذية ونمو وحركة هي التي تؤثر سلباً على صحته النفسية .

فالتصور الأرسطي يربط الصحة النفسية بمدى قدرة الإنسان على القيام بوظائفه الحيوية على أكمل وجه.

ثالثاً. "سقراط" :

إن مفهوم الصحة النفسية عند سقراط يرتبط بمعرفة الإنسان لذاته ومعرفته للحقائق الفطرية في داخله، مما يؤدي إلى وصوله إلى الحق والخير والجمال والسعادة والفضيلة، لا بد من سيطرة العقل على سلوك الإنسان وأفعاله.

ويتجلى ذلك في احترام القوانين العادلة، ومن لا يحترم تلك القوانين لا بد له من أن ينال عقابه بالدنيا ففي الحياة الآخرة ويفترض سقراط وجود النية الطيبة في الإنسان، ويرى أن الفضيلة هي الوسيلة الأمثل لتحقيق السعادة، ويؤمن سقراط بالحياة الآخرة، ويرى أن النفس الفاضلة عندما تغادر الجسد فإنها ستعيش في سعادة دائمة .

3.1.4. الحضارة الإسلامية والصحة النفسية:

اهتم الإسلام بالصحة النفسية لأفراده والتي لا تأتي إلا عند إشباع الجانب الروحي في نفس الإنسان وقد أشار القرآن الكريم إلى أحوال النفس الإنسانية، في مواضع عدة حيث قال تعالى : (وَمَا أُبْرِئُ نَفْسِي إِنَّ النَّفْسَ لَأَمَّارَةٌ بِالسُّوءِ إِلَّا مَا رَحِمَ رَبِّي إِنَّ رَبِّي غَفُورٌ رَحِيمٌ) . [يوسف، الآية:53]

وقال: (زَيْنَ لِلنَّاسِ حُبُّ الشَّهَوَاتِ مِنَ النِّسَاءِ وَالْبَنِينَ وَالْقَنَاطِيرِ الْمُقَنْطَرَةِ مِنَ الذَّهَبِ وَالْفِضَّةِ وَالْخَيْلِ الْمُسَوَّمَةِ وَالْأَنْعَامِ وَالْحَرْثِ ذَلِكَ مَتَاعُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَاللَّهُ عِنْدَهُ حُسْنُ الْمَآبِ) [آل عمران، الآية:14]

فالنفس الأمارة بالسوء هي تلك النفس التي تزين لصاحبها فعل المحرمات والنفس اللوامة هي تلك النفس التي تعنف صاحبها، وتهده عند قيامه بفعل تلك المحرمات وقال تعالى : (يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَرْضِيَّةً ، فَادْخُلِي فِي عِبَادِي وَادْخُلِي جَنَّاتِي) . [الفجر، الآية:30]

النفس المطمئنة هي النفس التي تخاف ربها وتمتثل لأوامره، وهي التي يسعى إليها المسلم لكونها النموذج الأمثل للصحة النفسية.

فالمسلم لا بد له من أن يؤمن بالله، ويرضى بقدره ويصبر على بلائه، ويثق في عونه ورحمته، ويقنع برزقه، وأن يحرص على أداء ما فرض عليه ربه من عبادات وواجبات، ولضمان تحقيق الصحة النفسية، لا بد من أن تسلم نفس المؤمن (المطيري، 2005: 53_54).

وسلامة النفس لا تتأنى إلا بالتخلي بمكارم الأخلاق، وهذا هو طريق السعادة والراحة قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "وخالق الناس بخلق حسن"، وتحسين الخلق لا يتحقق إلا عندما تتوازن قوى النفس الثلاث وتتعاقد وهي: (القوة العقلية وهي الملكة ومبدأ التميز والفكر والشوق إلى إدراك الحقائق و القوة الشهوانية، هي مبدأ الشهوة وطلب الغذاء واللذة بالمأكل والمشرب والنكاح والملبس والقوة الغضبية هي مبدأ الغضب والإقدام على الأحوال والتسلط والترفع والجاه والعز).

ولم يقتصر اهتمام الدين الإسلامي الحنيف على الجانب النفسي والروحي، بل تتعاده ليشمل البدن، فقد حث الإسلام على العناية بالجسد من خلال إتباع القواعد الصحية في المأكل والمشرب والنوم .

وحدث على معالجة المرض بالتداوي قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: (لكل داء دواء فإذا أصاب الدواء الداء برأ بإذن الله عز وجل).

ولا بد من الإشارة هنا إلى أن الإنسان ليس نفساً وجسداً بل هو كائن اجتماعي، لذلك نظم الإسلام علاقة الفرد بالآخرين، ودعاه إلى احترام الجماعة ومشاركتها آلامها وآمالها وقد استقى علماء المسلمين ومفكروهم آراءهم وأفكارهم حول الصحة النفسية من القرآن والسنة، وقد تفاعلوا أيضاً مع ما قدمته الحضارة الإغريقية في هذا المجال(المطيري،2005: 56_57).

كما كانت العصور الوسطى فترة ازدهار لعلم الصحة النفسية وبداية تغيير الأفكار القديمة المتعلقة بالمرض النفسي، خاصة في البلاد الإسلامية بخلاف العالم الأوروبي الذي كان يعيش في ظلام دامس، وقد اهتم الخلفاء المسلمين والحكام العرب بإقامة المستشفيات.

فكان أول مستشفى في العالم الإسلامي ذلك الذي أنشأه الوليد بن عبد الملك الأموي وذلك عام(88 هـ الموافق لـ707م187)، ثم أنشأ بعده المنصور العباسي دار للعجزة والأيتام.

وأنشأ أيضاً دار لمعالجة الجنون، وتلي ذلك إنشاء عدد كبير من دور المرضى على أيدي الحكام الأيوبيين والفاطميين.

وقد وردت مصطلحات الصحة النفسية في مؤلفات ابن سينا، الرازي، الغزالي، أبي زيد البلخي، أهمها الانفعالات النفسية، الوسواس، الصراع الروحي، والأفعال المنعكسة. وكذلك كتاب الأهواء (سليمانى،2009: 187).

أولاً.الصحة النفسية عند الإمام الغزالي :

يرى الغزالي أن الإنسان مكون من البدن الذي ينتمي إلى عالم الأرض والفساد والفناء، والنفس التي هي جوهر من عالم الملكوت لا يفني بفناء البدن. والنفس هي التي تدبر الجسد وتسوسه بالقوة العاملة.

ومن مفاهيم الصحة النفسية عند الغزالي، حقيقة الإنسان فإن نفس كل شيء هي حقيقته وهي الجوهر الذي يصلح أن يكون محلاً للمعقولات وهو من عالم الزمر والملكوت النفس هي الجوهر الذي يجمع بين عالمين (عالم العقل وعالم الحس). والنفس هي همزة الوصل بينهما.

ويمكن أن تقاس النفس على القوى النفسية المختلفة مثل النباتية أو الحيوانية أو الإنسانية، قد يراد بالنفس المعنى الجامع لقوتي الغضب والشهوة ، وهنا تسمى النفس بالنفس اللوامة ،أما إذا أذعنت للشهوات وتركت الاعتراض عليها فإنها نفس أمارة بالسوء.

والنفس جوهر من شأنه الحفظ والتذكر والتفكير والتمييز والرؤية ، ويقبل جميع العلوم ولا يحصل من قبول الصور المجردة من المواد .

أما مفاهيم الجسم عند الإمام الغزالي، يرى الإمام الغزالي أن الجسم مؤلف من المواد والعناصر الحاملة للروح والنفس، وهو الشكل المنتصب ذو الوجه واليدين والرجلين، الجسم يجري من النفس مجرى الثوب من الجسم، والنفس تحرك الجسم بوساطة قوى خفية ومناسبة.

وأجزاء الجسم هي آلات النفس الجسم، هو الشيء المظلم الكثيف الداخل تحت الكون والفساد المركب المؤلف الترابي الذي لا يتم إلا بغيره، والجسم هو المركب من أجزاء و أطراف وجوهره النفس .

أما مفاهيم القلب عند الإمام الغزالي هو ذلك اللحم الصنوبري الشكل المودع في الصدر وفي بطنه تجويف فيه دم أسود وهو منبع الروح الحيواني، ومعدنه وهو لطيفة ربانية، وهي حقيقة الإنسان المدرك العالم المخاطب المطالب المثاب المعاقب.

والقلب له قسمان من الجنود، قسم يرى بالأبصار كاليد والرجل والأذن والعين واللسان وقسم لا يرى إلا البصائر وهي القوى النفسية للنفس البشرية . (المطيري،2005: 58_59).

أما مفاهيم الروح عند الغزالي قال تعالى : (وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا) [الإسراء، الآية:85] إن الروح من أمر الله عزوجل ، ومهما أوتي الإنسان من العلم والبصيرة فإنه يبقى كائنًا ناقصًا .

فالروح عند الغزالي كالبخار اللطيف الذي ينبع من القلب ليصعد إلى المخ، ثم يهبط مرة أخرى بوساطة العروق فينتشر في جميع أجزاء الجسم ويكون سبباً في الحياة والحركة.

وحقيقة الروح هي الحرارة الغريزية المنبعثة في العضلات والأعصاب وهي موجودة بالبهيمة والفرق بين الإنسان والبهيمة هي وجود النفس البشرية التي أضافها الله له عليه ووهبها له.

أما العقل عند الإمام الغزالي هو العلم بحقائق الأمور هو النفس الإنسانية التي تعقل وتفكر وأنها من عالم العقل، هو معنى دارج بحيث يستخدم لفظ العقل للدلالة على إحدى الصفات النفسية كالإحساس والإدراك والعقل بشكل عام هو النفس الواعية المدركة العارفة .

ويرى الغزالي أن الصحة النفسية للإنسان تتحقق عندما يصل إلى غايته الأساسية وهي الوصول إلى الله وهذا لا يتحقق إلا ببلوغ النفس لكمالها الخاص، حيث ما إن تغادر النفس البدن فإنها تستكمل ذلك الكمال وتشعر حينها بأعظم لذة وعندها تكون قد بلغت السعادة.

أما إذا انشغلت بأمور الدنيا وشهواتها ورذائلها فإنها ما أن تفارق الجسد حتى تشعر بالألم والشقاء بسبب عدم قدرتها على استكمال الكمال الخاص بها يقول الإمام الغزالي " فانه لم يخلق الشهوة والغضب ليكون الإنسان أسيرهما، ولكن خلقهما ليكونا من أسراه، فيسخرهما للسفر الذي أمامه فيجعل أحدهما مركبة ، والأخر سلامة، حتى يعيد سعادته(المطيري،2005: 58_59).

2_تأهيل الصحة النفسية عند أبي زيد البلخي:

ولد أحمد بن سهل البلخي سنة (235)هجري الموافق (849) ميلادي بقرية شاستيان بالقرب من بلخ ومنها أخذ شهرته بالبلخي والتي تقع في بلاد خراسان، نشأ في بيئة ريفية أكسبته هدوء الطبع والرصانة والوقار .

كان والده معلم صبيان، وربما أثر فيه ذلك فعمل مدرساً هو أيضا في بداية حياته العملية. أقبل على دراسة العلوم الشرعية، ثم رحل إلى بغداد لتلقي سائر المعارف في عصره حيث مكث بها ثماني سنوات وتلمذ على يد الفيلسوف أبا يعقوب الكندي.

ركز البلخي في تدبير مصالحي الأبدان والأنفس على حفظ صحتها عليها إذا وجدت، وهذا يدخل في باب الوقاية والتأهيل ولكي تتحقق استدامة سكون قوى النفس وألا يهيج منها هائج والاستقرار في الصحة النفسية وأن يكون ذلك في وجهين (بدري، عشوي، 1424هـ):

_ أن تصان النفس عن الأعراض الخارجية التي هي ورود ما يريد عليها من الأشياء التي يسمعها الإنسان أو يبصرها فتقلقه وتضجره وتحرك منه قوة غضب أو فزع أو غم أو خوف أو ما أشبه ذلك وهذا ما يعرف الآن بالمنهج الوقائي في الصحة النفسية.

_ أن يشغل الإنسان قلبه وقت سلامة نفسه وسكون قواها ما أسست وجبلت عليه أحوال الدنيا من أن أحد لا يصل فيها إلى تحصيل إرادته، وينبغي للإنسان أن يعود نفسه عدم الضجر من كل صغير من الأمور مما يكون لديه عادة التحمل تمكنه من احتمال ما هو أعظم شأنًا من الخطوب والمكاره وقد عدّ البلخي "عملية التعويد" رياضة للأنفس، وهذا ما يسمى اليوم بقدره الفرد على التكيف والتوافق لتحقيق الصحة النفسية والتوازن.

_ أن يعرف الإنسان بنية نفسه ومبلغ احتمالها للأمور الملمة عليه، وذلك لاختلاف الناس في قوة تحملهم للخطوب فإذا عرف الإنسان طبيعته وقوتها بنى على حسب ذلك تدبيره في مطالبه ومقاصده، فان وجد الإنسان نفسه قادراً على عظام الأمور تعرض لذلك وان أحس من نفسه ضعفاً تجنب وجوه المخاطر، وإلا فان حمل النفس فوق ما تتحملة يعرض الإنسان للإصابة بضرر عظيم يناله في نفسه وبدنه.

ورأى البلخي أن الالتزام بهاتين الطريقتين ضماناً لسلامة النفس وحفظ الصحة النفسية واستكمال السعادة، أما مخالفة هذه الطريقة فتؤدي كما يؤكد ذلك البلخي إلى تكدر المعيشة وتتغصها والى اجتلاب الأمراض النفسانية التي تضجر الإنسان وتقلقه، كما أكد أن حفظ سلامة النفس عليها أمر ليس يتهاى في كل الأوقات والأحوال إذا كان غير ممكن في طبيعة الإنسان أن يحفظ قوى نفسه على سبيل السكون والهدوء، وحتى لا يهيج به هائج من أعراض الغضب والفزع والجزع وما أشبهها من الأعراض النفسانية وهي من دنياه في دار هموم وأحزان ومحل نوائب ونكبات مما يقرر البلخي أن الصحة النفسية ثابتة نسبياً وهذا ما تؤكد على التعريفات الحديثة.

أولاً. علاج القلق عند البلخي:

وضع البلخي انفعال الغضب في مقدمة الأعراض التي يجب الحديث عنها ويبرر ذلك بالقول:..وذلك انه عرض كثير ما يعتريه الإنسان ويناله أذاه حتى ربما عرض له في أوقاته المتقاربة من أيامه... "ويرجع سبب حدوث وتكرار هذا العرض إلى الاختلاط بالناس من مختلف الفئات، والتعرض إلى سوء أدبهم أو قلة طاعتهم لاسيما إذا كان الإنسان بطبعة ضجوراً قليل الاحتمال سريع الاهتياج.

ونلاحظ هنت أن البلخي قد عزا الغضب إلى عوامل خارجية وعوامل داخلية وهذا التناول جديد في إطار علم النفس الحديث ضمن ما يسمى بنظرية "...العزو. "Attribution" وللتغلب على الغضب أو قمعه بلغة البلخي، ينبغي للإنسان ان يتبع أسلوبين احدهما يعتمد على تجنيد قواه الداخلية والآخر هو الاستعانة بمصدر خارجي(بدري، عشوي، 1424هـ).

1_ الاستعانة بمصدر داخلي:

وهي الحيل من الفكر التي يعدها ليخطر بها بباله فيتعظ بها فمنها أن يفكر في وقت سكون نفسه وعدم قوة الغضب أنه عرض إن لم يبادر في أول اهتياجه بضبط نفسه عنه، وتركه يتمكن منه كما يقدر على تلافيه وفاته أمره وخرج الأمر من ملكه وهذا شبيهه بتقنية وقف الأفكار عند المعرفيين.

2_ الاستعانة بمصدر خارجي:

وهي المعونة التي يحصل عليها الإنسان من الأتباع والمحيطين به في شكل موعظة أو نصيحة لتفادي عواقب الغضب الخطيرة ومما ينبغي أن يفكر فيه العواقب السلبية التي تصاحب الغضب والتي تؤثر سلباً في البدن كالغيبض والارتعاش والقلق.

ومن الأمور التي يستعان فيها في هذا المجال أن يفكر الإنسان في فضيلة الحلم وموقعه من الفضائل الإنسانية وهذه التقنية شبيهة بتقنية مغارم ومغانم الفكرة عند المعرفيين كما ركز البلخي أن العلاج يتمركز حول السلوك الغاضب وليس للشخص، وأوضح اتساع هذا الأسلوب في علاج الغضب وتسكينه يؤدي تحقيق أمرين(تحصيل رتبة الحلم بلوغ المراد في تغيير الأفكار).

ثانياً. علاج الخوف عند البلخي:

وقد ميز البلخي بين نوعين من الخوف (بدرى، عشوي، 1424هـ):.

1_ فزع طبيعي:

أي من فعل الطبع وهذا الفزع الذي يُعزي الإنسان على البديهة ويرى البلخي أنه لا سبيل لعلاج هذا النوع من الخوف ولا يتوقف هذا الموقف مع اغلب نظريات علم النفس الحديث التي تعزوا نشوء المخاوف إلى عوامل خارجية أكثر مما تعزوها لعوامل داخلية، وإن كان واطسون يُعد الخوف من الانفعالات الأساسية التي تولد مع الإنسان.

2_ فزع عارض:

أي لأسباب خارجية وهذا ما يمكن الاحتياال لدفعه وعلاجه توصل البلخي إلى معالجة الخوف بالحويل التي تقوم على رياضة النفس وتمارينها وهذا الأسلوب الذي اعتمده المدرسة السلوكية المعرفية في علاج المخاوف وغيرها من الاضطرابات السلوكية، وإن كان أسلوب البلخي يختلف عن ذلك لكونه يعتمد أساساً على الوقاية بينما يأتي العلاج عنده في الدرجة الثانية، وفيما يلي الأساليب العلاجية التي اقترحها البلخي لدفع الخوف عن النفس والتخفيف من مضاره:

- أن يفكر الإنسان أن توقع المكاره ربما كان أشد من وقوعها، ذلك لأن المخاوف كما يقول البلخي أكثرها غير ضار، ولذلك يورد البلخي المثل القائل. أكثر ما تخافه لا يضرك وقيل أكثر الروع باطله..
- أن يفكر الإنسان أن المخاوف والأحوال المكروهة التي مرت به بناءً على تجاربه الشخصية وتجاربه الآخرين، قد قاس منها عند توقعها وقبل وقوعها أكثر ومجابهتها عند وقوعها فعلى الإنسان أن يعلم أن أحواله فيما يستأنف من المخاوف التي تستقبله شبيهه بأحواله فيما مر به منها، وكذلك يأخذ هذه العبرة من أحوال غيره في المكاره نالت أقواماً فاحتملوها وهان عليهم مما قاسوا منها أي صرف آفات الخوف عن نفسه.
- أن يعلم الإنسان أن تمكن الخوف الشديد من نفسه مما يحيره ويقلقه ودفع ما يخاف منه بفاعلية.

- أن يجند الإنسان قوة الغضب لدفع آفة الخوف عن نفسه، وهو أن يفكر في أن إظهار الخوف والفرع من خور النفس وفشلها وأنه أمر خاص لضعاف الأنفس من النساء والصبيان وأغنى من استعانة بقوة الأنفة.
- أن يفكر الإنسان أن الشعور بالفرع إنما هو من فعل الطفل الذي لا يعرف الحقائق ومتى عرف الإنسان الحقائق وجربها، فإن ذلك يقلل من فزعه من الأشياء التي يخافها الأطفال عادة. هذه العمليات المعرفية التي اقترحها البلخي للوقاية من الفرع والتغلب على الخوف.

ثالثاً. علاج الاكتئاب عند البلخي:

ميز البلخي بين علاج الحزن المعروف السبب، وعلاج المجهول السبب وعليه فإنه اقترح لعلاج الحزن المجهول السبب أسلوبين، أحدهما جسماني والآخر نفساني (بدري، عشوي، 1424هـ):

1_العلاج الجسماني:

رأى البلخي أن هذا العلاج يقوم على تصفية الدم وتسخينه وترقيته بما يفعل ذلك من الأغذية والأدوية وهذا النوع من العلاج قائم على اعتبار الدم من الأخلط الرئيسية في الجسم، وباعتبار أن الدم ذو تأثير كبير في أنواع الأمزجة المعروفة وعي(السوداوي/البلغمي/الصفراوي/الدموي) وهذه نظرية لم تصمد طويلاً أمام البحث العلمي، ومهما يكن فإنه لا يمكن إنكار تأثير الغذاء والدواء على مزاج الإنسان، فمن المعروف الآن أن للتغذية وللأدوية والأشربة تأثيراً كبيراً في الجانب الوجداني للإنسان.

2_العلاج النفساني:

يقوم هذا العلاج على اجتلاب السرور إلى النفس بالمحادثة والمؤانسة والاستمتاع بما تطيب النفس به وبما يحرك قوة السرور فيها من السماع الطيب وأشباه ذلك من المعاني التي بها تفرح الإنسان وينفي عن نفسه الغم، حيث اعتبر البلخي الموسيقى أسلوباً للعلاج النفسي للحزن، وهو ما يعتمد حالياً في بعض المستشفيات لعلاج الأمراض النفسية والعقلية.

رابعاً. علاج الوسواس عند البلخي:

أكد البلخي أنه كما للأدوية الجسمانية أدوية جسمانية فإن للأدوية النفسانية أشفية نفسانية، ويقوم علاج الوسواس بحيل وتقنيات منها تقنية: حيل داخل النفس وحيل خارجها، وهدف هذه الحيل هو وقاية الإنسان من الوسواس ودفع آفات المخاوف والأحزان عن نفسه (بدرى، عشوي، 1424هـ):

1_ حيل خارجية: نستعين بمصادر خارجية للتغلب على الوسواس ومقاومتها عن حدوثها:

- أن يتجنب الإنسان الوحدة والانفراد لان الوحدة من شأنها ان تهيج على الإنسان الفكر وأحاديث النفس.
- أن يتجنب الإنسان الفراغ فإنه نظير للوحدة، ويكون الفراغ بالاشتغال بعمل ما لطلب المعاش وعلى الإنسان أن يشغل قلبه.
- أن يجد الإنسان صديقاً يبيت له ألامه و وساوسه حتى يستفيد من آرائه ونصائحه.

2_ حيل داخلية: وتعتمد على إعداد أفكار مقاومة للأفكار الرديئة التي تعرض للإنسان وهي نوعان:

_النوع الأول: ويتمثل في الأفكار التي يستعان بها حدوث الوسواس وتشكل جانب وقائي لحماية النفس من الوسواس ومن حيل هذا النوع:

- أن يفكر الإنسان في أن يحظر بباله من الوسواس، ولا يعرف له سبباً واضحاً كالأمراض الصعبة والحروب والأوبئة وهو نوع من الوسواس والهواجس التي اتفقت شهادات معارف من الناس بأنها لا تُعد أن تكون وسواس باطلة، وأنه لا ينبغي الركون إليها والاستسلام لها حتى لا تتغص عليه عيشه وتشغله عما هو أهم وأوجب.
- أن يفكر الإنسان أن نشوء الوسواس راجع إما إلى تغلب المرة السوداء عليه أو إلى إضرار الشيطان به في أسباب أولاه وأخراه.
- أن يفكر الإنسان بأنه إذا قارن ما يعرض له من سوء ظن بنفسه وبأسباب حياته لغيره من الناس المشابهين لحاله، ووجد أنهم لا يُعانون ما يعانيه، وما عرض له شيء لا أصل له وأنه لا يعد أن يكون وسواساً.
- أن يفكر في أن ما يعرض له من وسواس مما ليس له في الظاهر سبب معروف يوجبه فإنه شيء عرض له بالطبع والمزاج ومثله في ذلك مثل إصابة بالأمراض البدنية.

وإذا فكر الإنسان في ذلك قل اكرثائه من الوسوس مثلما بقي اكرثائه من الأمراض التي تصيبه لتعوده عليها وبالتالي فان ذلك يؤدي إلى التخفيف من جزعه وفزعه.

- أن يفكر أن الله تبارك وتعالى جعل لكل ما يكون ويفسد ويبلى مما خلقه في هذا العالم من النبات والحيوان وغيرها عللاً وأسباباً فلا يصلح شيء منها إلا لسبب يكون مقدمة لصلاحه، ولا يفسد منها إلا لسبب يكون مقدمة لفساده.

- أن يفكر في كل شيء من الأشياء التي تكونت لها أسباب وعلل ويتطلب الأمر الوقوف على مما ركب في طباع الشيء من طول مدة أو قصرها ومن قوة أو ضعف.

النوع الثاني: وتتمثل في الأفكار التي يستعان بها عند وقوع الإنسان ضحية الوسوس، ومن الحيل المعرفية التي اقرها لعلاج الوسوس:

- أن يفكر في أمر الطبيعة وقوتها وان الله تبارك وتعالى ركب الأنفس في الأبدان تركيباً متقناً ولذلك يجب أن لا يميل قلب الإنسان في كل علة تعرض له إلى أنها تتلفه أو تتناول به فلا تقلع عنه، فيجعل ما المتأذي بوسوس الصدر عدة يستظهرها عليها في وقت ما تعرض له علة.

- أن يفكر بعد أن الله تعالى خلق الإنسان خلقه لا يجوز أن يسلم معها من أدواء تعرض له في نفسه وبدنه وجعل بلطفه ورأفته لكل داء ودواء وفرق بين تلك الأدوية.

4.1.4. العصور الحديثة والصحة النفسية:

في العقد الأخير من القرن الثامن عشر، وجدت طريقة جديدة في معاملة مرضى العقول، فقد حاول الأطباء استخدام العلاج المعنوي في إنجلترا وفرنسا، وذلك من خلال إظهار المعاملة الحسنة للمرضى بدلاً من المعاملة السيئة، فتم تحرير السلاسل والسماح لهم بحرية في التجوال في المستشفى كما أدت الاكتشافات الطبية في أواخر القرن التاسع عشر إلى تحول في رعاية المرضى من مجرد العطف إلى العلاج والشفاء.

فقد تقدم علم الأعصاب وعلم النفس وصحاحاً كثيراً من المفاهيم الخاطئة حول المرض والمرضى، حيث ظهر الاتجاه العضوي الذي يرد سلوك المريض إلى تلف في المخ أو عيوب وراثية أو اختلال وظهور الاتجاه السيكولوجي الذي يرد المرض إلى عوامل نفسية. (سليماني، 2009: 188).

كما ظهر الاتجاه النفسي الداخلي الذي يُرجع الاضطرابات النفسية إلى أعماق الشخصية وصراعتها، وظهور الاتجاه السلوكي، وهو الذي يُرجع السلوك المريض إلى التعلم بوصفه عادات سلوكية غير توافقية متعلمة نتيجة مثيرات خارجية.

وقد كان لبافلوف فضل الريادة في هذا الاتجاه الذي أصبح مدرسة قائمة بذاتها في علاج الأمراض النفسية.

كما تطورت حركة الرعاية الصحية والعقلية خلال القرن العشرين في إقامة دعائم الرعاية النفسية للأفراد فقد دعا فارلي في فرنسا إلى إنشاء عدد من الجمعيات بهدف إعادة التكيف الاجتماعي للجانحين والمجرمين.

فتم تنظيم الجمعية الوطنية الأمريكية للصحة العقلية، وهدفها الوقاية من المشكلات العقلية تحسين الرعاية العقلية وتطبيق فلسفة الصحة العامة في مجال الطب النفسي.

كما أدت المعرفة الموضوعية للأمراض في هذا المجال إلى قيام علم الصحة النفسية الذي يهتم بالدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي وما يُحققها ويعوقها. وهكذا تطور الاهتمام بالصحة النفسية في مجاله الواسع (سليماني،2009: 188)

2.4. مفهوم الصحة النفسية:

ليس من السهولة بمكان وضع تعريف محدد للصحة النفسية، لأن ذلك يتطلب تحديد ماهية النفس فالصحة النفسية، تكوين فرضي يمكن التعرف عليه من خلال بعض الظواهر الإنسانية التي تخص سلوك الإنسان وشخصيته.

ولقد تعددت وتنوعت تعريفات العلماء والباحثين للصحة النفسية، فما من نظرية أو مذهب أو مدرسة في علم النفس إلا وافترض تعريفاً للصحة النفسية، ويمكن إجمال التعريفات المقترحة للصحة النفسية في فئتين رئيسيتين هما: فئة التعريفات السلبية وفئة التعريفات الإيجابية.

قبل التطرق إلى التعريفات السلبية والتعريفات الإيجابية نقدم تعريف الذي ورد في المعجم الطبي حيث يعرف المعجم الطبي(2002) الصحة النفسية على أنها" غياب الاضطرابات العقلية، التكيف الجيد في الوسط الاجتماعي والتفاعل الجيد في الحياة الشخصية والعملية"(Larousse Médical,2002,p:917).

أ_ فئة التعريفات السلبية:

تضم هذه الفئة جميع التعريفات التي تحدد الصحة النفسية بضعها، أي عن طريق استبعاد كلما لا يتفق معها، ويعرف مصطفى فهمي (1976) "الصحة النفسية بالخلو أو البرء من أعراض المرض العقلي". فهذه الفئة تنتظر إلى الصحة النفسية بانتفاء حالة المرض فإذا كانت حالة المرض موجودة كانت الصحة النفسية مصابة.

وهنا نتحدث عنها بلغة المرض وإن كانت غير موجودة كانت الصحة النفسية حسنة وسليمة ونتحدث عنها عندئذ بلغة الصحة.

وعلى الرغم من قبول هذا التعريف في ميادين الطب العقلي إلا أنه تعرض للكثير من الانتقادات كما يبين بأن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من المرض، كما أن هذا التعريف للصحة النفسية، مفهوم ضيق محدود لأنه يعتمد على حالة السلب أو النفي، فهو يقتصر على جانب واحد من جوانب الصحة النفسية.

فخلو الفرد من أعراض المرض العقلي أو النفسي شرط أساسي للصحة النفسية لكنه يُعد شرطاً ناقصاً غير كامل للدلالة على الصحة النفسية، إن انتفاء الأعراض لا يعني انتفاء الأمراض، فقد تكون العوامل المرضية ما تزال في حالة اكتمال لم تبلغ بعد الظهور الصريح.

فهناك بعض الأمراض النفسية يكون فيها المريض مستنفر داخلياً ولا سوي لكنه خارجياً يبدو متماسك ومنسجم، لذلك لا نستطيع أن نلاحظ معاناته أو صراعاته. تحدد صفات أو خصائص أو شروط إيجابية للدلالة على الصحة النفسية بحيث يمكن من خلالها معرفة مدى تمتع الفرد بالصحة النفسية.

فقد نجد فرداً خالياً من أعراض المرض النفسي أو العقلي لكنه مع ذلك غير ناجح في حياته وعلاقاته بغيره من الناس سواء في العمل أو في الحياة الاجتماعية، فعلاقاته تتسم بالاضطراب وسوء التوافق، ومثل هذا الشخص يوصف بأنه لا يتمتع بصحة نفسية سليمة على الرغم من خلوه من أعراض المرض العقلي أو النفسي.

وهناك الكثير من الناس من نعتبرهم أسوياء لكنهم يشعرون بمعاناة شديدة لا تمكنهم من التمتع بالحياة بينما يوجد لدى الآخر بعض المشاكل والأعراض التي تجعلهم يظهرون كما لو كانوا مرضى ولكن الحقيقة عكس ذلك. (غريب، 1999: 79).

إن عدة تعريفات لا تأخذ بعين الاعتبار الظروف التاريخية والسياسية والاجتماعية المحيطة بالفرد أو بالجماعة، حيث يمر بعض الأفراد والمجمعات أحياناً بظروف غير عادية كالاختلال والاستعمار وهذه الظروف تؤدي إلى ردود فعل غير سوية وإلى اختلال في الصحة النفسية. وفقاً لهذه الفئة من التعريفات، إلا أنه وفقاً للعديد من نظريات علم النفس الأخرى تعد ردود الأفعال هذه سوية وصحية(غريب،1999: 79).

ب_فئة التعريفات الإيجابية:

يمكن القول أن غياب المرض أو الأعراض النفسية ليس كافياً لكي يتصف الفرد بأنه يتميز بصحة نفسية، ومن ثم فإن أصحاب هذه الفئة يذهبون إلى ضرورة توافر عناصر وشروط إيجابية بالإضافة إلى غياب العناصر السلبية لدى الفرد حتى يتصف بالصحة النفسية.

فهم يتفقون على صحة ما ذهب إليه مننجر "Menninger" من أن "الصحة النفسية الكاملة مثل أعلى نسعى كلنا نحوه وإلى تحقيقه، ونصل إليه أحياناً ولا نصل إليه أحياناً أخرى حيث عرف مننجر "Menninger" (1945) الصحة النفسية بأنها" قدرة الفرد على التكيف مع العالم من ناحية ومع الآخرين من حوله من الناحية الأخرى بأعلى قدر من الفاعلية والسعادة، فهي ليست مجرد الإحساس بالكفاية أو الرضا أو القناعة بتنفيذ ما يملى عليه من التعليمات والأوامر بصدر رحب ولكنها كل هذه الأمور مجتمعة.

"في حين يرى أبو هين بأن الصحة النفسية" حالة ومستوى فاعلية الفرد الاجتماعية وما تؤدي إليه من إشباع لحاجات الفرد (أبو هين، 1997: 11_23).

أما جوود Good (1973) فينظر إلى الصحة النفسية على أنها" صحة العقل المناظرة لصحة الجسم المتضمنة في الصحة الفيزيائية "وامتد المصطلح في الاستخدام الحديث ليشمل تكامل الشخصية". أما وولمان Wolman (1973) فيعرف الصحة النفسية بأنها" حالة من التوافق الجيد نسبياً ومشاعر الخير وتحقيق إمكانات وقدرات الفرد" (غريب، 1999: 55).

ويعرف مورجانوكنج Morgan & King (1975) الصحة النفسية بأنها" مصطلح عام يشير إلى التوافق الشخصي المتحرر نسبياً من الأعراض العصابية والذهانية.

في حين يذهب جولدن Golden Son (1984) "إلى اعتبار الصحة النفسية حالة تتميز بوجود الأنا في حالة وجدانية طيبة وتحرر نسبي من القلق وأعراض العجز، والقدرة على إقامة علاقات بناءة والتوافق مع المتطلبات المادية وضغوط الحياة"(عبد الغفار،2011: 21).

ويشير ريبير (1995) Reber إلى أن مصطلح الصحة النفسية يستخدم بصورة عامة وذلك للدلالة على الشخص الذي يؤدي وظائفه بمستوى عالٍ من التكيف والتوافق السلوكي والانفعالي وليس للإشارة إلى غياب المرض العقلي فحسب".

ويعرفها العزة بأنها "حالة يفهم فيها الفرد نفسه من جميع النواحي مثل دافعه لتقدير ذاته وهويته وسعيه نحو النمو وتنمية قدراته وتحقيق ذاته بقدر ما يستطيع، ومحافظة على وحدة شخصيته وتماسكها، وتحكم الفرد في ذاته ومواجهته الظروف المحيطة به واتخاذ قراراته المتصلة بحياته ضمن الظروف البيئية التي يعيشها والعمل على تنفيذ هذه القرارات" (عبد الغفار، 2011: 21).

ويعرفها القوصي (1970) "بأنها التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية" (غريب، 2001: 55).

بينما نجد أن جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي (1992) يعرف أن علم الصحة النفسية بوصفه مدخل عام يهدف إلى الحفاظ على الصحة العقلية، ويقي من الاضطراب العقلي من خلل الوسائل مثل البرامج التربوية وترقية الحياة الانفعالية والأسرية الثابتة، والمستقرة والخدمات العلاجية والوقائية المبكرة وإجراءات الصحة العامة.

ويرى أبو هين الصحة النفسية بأنها "مفهوم مجرد يشير إلى التوازن والتكامل المتجدد والنشط للوظائف النفسية والعقلية للفرد، وتجعل الفرد يسلك سلوكاً اجتماعياً مقبولاً من الفرد ذاته ومن المجتمع المحيط، وأن يشعر من جراء ذلك بدرجة من الرضا والنجاح وتقبل الذات" (أبو هين، 1997: 21).

ويعرف حامد زهران الصحة النفسية "بأنها حالة دائمة نسبياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع البيئة، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وتكون شخصية متكاملة سوية ويكون سلوكه عادياً يعيش في سلام وأمان" (زهران، 1980: 20).

ومما سبق يعرف الباحث الصحة النفسية "على أنها حالة دائمة نسبياً من الشعور بالسعادة والرضا والتوافق النفسي والاجتماعي والارتياح الشخصي وقدرة الفرد على التحرر من الأعراض العصائية والذهانية التي تنتج تماسك في شخصية الفرد".

3.4. علاقة الصحة النفسية ببعض المفاهيم السيكلوجية:

يختلف الكثير من العاملين في مجال الصحة النفسية في تحديد تعريف دقيق لمفهوم الصحة النفسية، وذلك باختلاف مذاهبهم الفكرية واختلاف نظرتهم إلى طبيعة الإنسان، وكيفية تكوين شخصيته ومن أجل فهم موضوع الصحة النفسية، بشكل أشمل سوف يتم النظر إلى ذلك المفهوم من عدة جوانب أهمها:

1.3.4. المفهوم الفلسفي:

ما يزال مفهوم الصحة النفسية غامضاً ويثير الكثير من الجدل وذلك لأن هذا المفهوم يستند لمسلمة فلسفية قوامها المغايرة بين الجسد والعقل وفي إطار هذه المسلمة الفلسفية نجد العديد من الآراء المختلفة التي ناقشت مفهوم الصحة النفسية ومنها:

عرفها (العبيدي، 1999: 51) بأنها "الشخصية بين السواء والمرض وذلك لأن مفهوم الشخصية لا يضطرب بإضطراب مفهوم الصحة النفسية".

ويرى القوصي "أن مفهوم الصحة النفسية يعبر عن التوافق أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ عادة على الإنسان ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية.

ويؤكد القوصي أيضاً أن خلو المرء من النزاع وما يترتب عليه من توتر نفسي وتردد وقدرته على حسم النزاع حال وقوعه هو الشرط الأساسي للصحة النفسية" (القوصي، 1975: 22).

ويذكر مفاريوس Mafriose (1974) "أن مفهوم الصحة النفسية يتمثل بمدى النضج الانفعالي والاجتماعي أو مدى توافق الفرد مع نفسه والمجتمع".

وترى جاهودا Jahoda (1958) أن "مفهوم الصحة النفسية مفهوم بسيط يصف الشخص الصحيح نسبياً بأنه الشخص الذي يسيطر على بيئته بطريقة إيجابية نشطة، تتضح فيها وحدة اتساق الشخصية، ويدرك نفسه والعالم الذي حوله بطريقة واقعية، ويستطيع أن يوظف قدراته بفاعلية دون الاعتماد كثيراً على الآخرين. وأن الشخص الصحيح نفسياً لا بد أن تتوافر فيه لصفات التالية: تحقيق الذات والاستثمار في الحياة، الاتجاهات الإيجابية نحو الذات، مقاومة الضغوط، الاستقلال وإدراك الواقع" (مروان، 2006: 85).

2.3.4. المفهوم الطبي:

يتناول المفهوم الطبي الصحة النفسية من حيث أن الصحة النفسية قد قيست على أساس الصحة الجسمية، وحلت كلمة النفسية محل الجسمية، وكلما عرفت الصحة النفسية بأنها خلو الفرد من الأمراض الجسمية، فهتمت الصحة النفسية كذلك على أنها خلو الفرد من الأمراض العقلية، والنفسية وفي ضوء السلوك اللاسوي، ومن حيث التركيز على الفرد، فهو المسند إليه دائماً في صورة الفاعل.

3.3.4. المفهوم الإيكولوجي:

الإيكولوجيا فرع من البيولوجيا الذي يتناول علاقات الكائنات العضوية، وفي حالة الإيكولوجيا الإنسانية فتعني دراسة النواحي الخاصة في علاقات تعايش الكائنات البشرية معظمها الإنسانية، وقد ظهر هذا المفهوم عقب التغيرات التي ظهرت على المفهوم الطبي للصحة النفسية، ويستند هذا المفهوم على ثلاث مسلمات هي (سامر جميل، 2002: 10):

- أن الوحدة الأساسية لتحليل السلوك يجب أن تكون النظام الكلي المعقد الذي يحدث التفاعل بين الفرد والبيئة.
- أن سلوك البشر يجب أن يفهم على أنه يحدث في سياق طبيعي.
- أن أنسب المداخل وأهمها فائدة في ملاحظة السلوك اللاسوي والمرض النفسي هي البيئة الطبيعية التي يقع فيها السلوك المنحرف والمرض النفسي.

ومن مميزات المفهوم الإيكولوجي التي تميزه عن المفهوم الطبي ما يلي (سامر جميل، 2002: 10):

- أ. المفهوم الإيكولوجي لا ينظر إلى المرض النفسي على أنه نتيجة لأسلوب غير متلائم للشخصية بل إنه ناشئ نتيجة لتعرض الأفراد إلى سلسلة من المشكلات الحياتية، والأحداث الموقفية التي لا تحتل الإهمال وترك أمرها للصدفة بل تتطلب حلاً عملياً وسريعاً.
- ب. المفهوم الإيكولوجي يؤكد أن الصحة النفسية للجميع، وهذا يعني إيجاد أساليب تساعد أفراد المجتمع على حل المشكلات الحياتية اليومية حلاً عملياً وسريعاً.
- ج. الصعوبات النفسية التي يُعاني منها الأفراد سواء في تشخيصها أو علاجها لا تنسب إلى عمليات وصراعات داخل النفس على النحو الذي عرض في المفهوم الفلسفي والمفهوم الطبي، بل إن المفهوم الإيكولوجي ينظر في تشخيصه وعلاجه للأمراض النفسية، إلى عدة متغيرات يُمكن أن تؤثر في أداء وظائف الفرد العقلية والنفسية والاجتماعية.

4.3.4. مفهوم التكيف والتوافق:

إن الكائن وبيئته متغيران، ولذلك يتطلب كل تغييرا مناسباً للإبقاء على استقرار العلاقة بينهما وهذا التغيير المناسب هو التكيف أو المواءمة "Adaptation"، والعلاقة المستمرة بينهما هي التوافق.

ولكن تباين آراء الباحثين في تحديد طبيعة العلاقة بين كل منهما، أبقى على العلاقة الجدية بينهما، فكثيراً ما يستخدم اللفظين التكيف والتوافق، كما لو كانا مترادفين حيث عرفت "عطية" التكيف والتوافق النفسي تعريفاً واحداً.

وهو أن التكيف أو التوافق النفسي هو بناء متماسك موحد سليم لشخصية الفرد، وتقبله لذاته وتقبل الأفراد الآخرين له، وشعوره بالرضا والارتياح النفسي والاجتماعي إذ يهدف الفرد، إلى تعديل سلوكه نحو مثيرات الاجتماعية المتنوعة (صبره، 2004: 25).

كما عرف فهمي الصحة النفسية بأنها "علم التكيف أو علم التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدتها وتقبل الفرد الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية.

فاستخدم المصطلحين بنفس المعنى وذلك بعكس عدد من الباحثين الذين ميزوا بين المصطلحين، مثل "الشاذلي" حيث إعتبر أن التوافق يتضمن الجوانب النفسية والاجتماعية ويقتصر على الإنسان فقط.

بينما يختص التكيف بالنواحي الفسيولوجية ويشمل الإنسان والحيوان معاً، وبذلك تصبح عملية تغيير الإنسان لسلوكه ليتسق مع غيره بإتباعه للعادات والتقاليد وخضوعه للالتزامات الاجتماعية عملية توافق، وتصبح عملية تغيير حدقة العين باتساعها في الظلام وضيقها في الضوء الشديد عملية تكيف" (غريب، 1999: 142).

كما فرق كارلجاسون "karlgarson" بين التكيف والتوافق ذلك أن التكيف يعني عند البيولوجيين أي تغيير في بناء الكائن الحي أو وظيفة تجعله قادراً على البقاء واستمرار نوعه وعندما ينجح الكائن في تكيفه عندئذ يمكن القول بأنه متوافق إذا فشل فإنه سيئ التوافق. (صبره، 2004).

وحيث إن التكيف يشير إلى الخطوات المؤدية إلى التوافق، والتوافق يشير إلى حالة الاستقرار التي يبلغها الكائن، وقد يعدل الكائن بعضاً منه أو إحداث تعديل في البيئة أو يعدل الكائن بعضاً منه وبعضاً من البيئة لإعادة التوافق والتوازن.

ويتناول التوافق نواحي فيزيائية مثل درجة الحرارة ونواحي بيولوجيا وفيزيولوجية مثل تغيير شكل الكائن، أو لونه أو تعديل بعض وظائفه، ونواحي نفسية، مثل تعديل الإدراك الحسي شدة ووضوحاً بحسب قيمة المنبه ودلالاته وتكراره وتحديد انفعاله والنواحي الاجتماعية مثل تطوير دوافعه وتعديل سلوكه بما يتفق مع مستويات مجتمعه بالإضافة إلى مقتضيات الموقف الراهن.... الخ.

فإذا عجز الكائن عن التوافق مع البيئة تماماً وهو ما يسمى عدم التوافق، فقد يكون في ذلك هلاك الكائن، ولكن الأغلب هو أن يحقق الفرد توافقاً ناجحاً، أو على الأقل يحقق شيئاً من التوافق ولو كان فاشلاً غير سوي وهو ما يُسمى سوء التوافق (صبره، 2004).

وقد ذكر "الطحان" ذلك بشكل آخر حيث أشار إلى أن مفهوم التكيف يتمثل في كل أشكال النشاط التي يبذلها الفرد من أجل تحقيق دوافعه وبلوغ أهدافه، وإن النتيجة التي يتوصل إليها الفرد تمثل التوافق، وقد يكون التوافق سيئاً أو طيباً، بقدر نوع الجهود التكيفية التي بذلها الفرد. فعندما تؤول هذه الجهود إلى إشباع حاجات الفرد وإزالة حالة التوتر النفسي، والتحرر من الإحباطات، أو الصراعات التي تواجه الفرد يكون الفرد قد حقق توافقاً جيداً.

أما إذا لم يصل إلى حالة خفض التوتر وإزالة القلق الدال على المعاناة والمكابدة، فعندها نقول إن الفرد سيئ التوافق. لأن أنواع السلوك التكيفي التي لجأ لم تفلح في تحقيق الغاية وهي الوصول إلى حالة الارتياح والرضا (فايد، 2001: 12).

5.3.4. التوافق والصحة النفسية:

يحدث خلط لدى كثير من الباحثين بين الصحة النفسية والتوافق لارتباطهما الشديد مع بعضهما البعض، مع أنهما ليسا اسمين مترادفين لمفهوم واحد، فالصحة النفسية تقترب بالتوافق فلا توافق دون تمتع بصحة نفسية، ولا صحة نفسية بدون توافق جيد، فهدف الصحة النفسية تحقيق التوافق السليم ويعد الفرق في الدرجة، ومن الملاحظ أن كثيراً من الباحثين لا يفرقون بين الصحة النفسية وحسن التوافق ويرون أن دراسة الصحة النفسية ما هي إلا دراسة للتوافق، وأن حالات عدم التوافق مؤشراً لاختلال الصحة النفسية، فلقد عرف الدسوقي علم النفس على أنه علم دراسة التوافق (صبره، 2004: 2).

ولقد عرف فهمي الصحة النفسية بأنها "علم التكيف أو علم التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدتها وتقبل الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والرضا والراحة النفسية" (غريب، 2001: 156).

ويرى باحثون آخرون أن السلوك التوافقي ليس هو الصحة النفسية بل أحد مظاهرها حيث إن الصحة النفسية حالة أو مجموعة شروط والسلوك التوافقي دليل وجودها فلقد ذكر "Schwebel" في العلاقة بين الصحة النفسية والتوافق ما يلي (صبره، 2004: 10):

- الصحة النفسية توافق مستمر، غير ثابتة، وهي هدف دائم، ضروري وأساسي في نمو الشخصية السوية.
 - الصحة النفسية حالة إيجابية تشمل الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية وهذه الجوانب متكاملة تنمو خلال عملية التوافق.
 - الصحة النفسية عملية توافق تهدف إلى إيصال الفرد إلى أعلى مراتب تحقيق الذات.
- ويمكن أن نضع تصوراً لأبعاد مفهوم الصحة النفسية وتعريفها كما هو موضح في الشكل رقم (16)

أبعاد مفهوم الصحة النفسية

البعد الجسدي الفسيولوجي

البعد النفسي الوظائف النفسية "تحقيق الذات فعالية الذات"

البعد الاجتماعي "العلاقات الاجتماعية" "الاستقرار الاجتماعي"

البعد العقلي "الوظائف المعرفية والتفكير المبدع"

البعد الروحي "الإيمان والربانية والطمأنينة"

البعد السلوكي "تهذيب الأخلاق والالتزام بالقيم والابتعاد عن الانحرافات"

البعد الاقتصادي "مستوى الحياة المعيشية والسكن والدخل"

البعد البيئي

البعد الغذائي

شكل رقم (16) يوضح أبعاد مفهوم الصحة النفسية (مفتاح، 2010)

4.4. معايير الصحة النفسية:

تحدد معايير الصحة النفسية بنمط ما يدور في واقع الأفراد وما يواجههم من ضغوطات وتتحدد بمدى غياب عناصر الشعور بالأمن المادي والاقتصادي والاجتماعي فالصحة النفسية نمط إنساني اجتماعي يرتبط بوجود الإنسان وواقعه ومن معايير الصحة النفسية ما يلي:

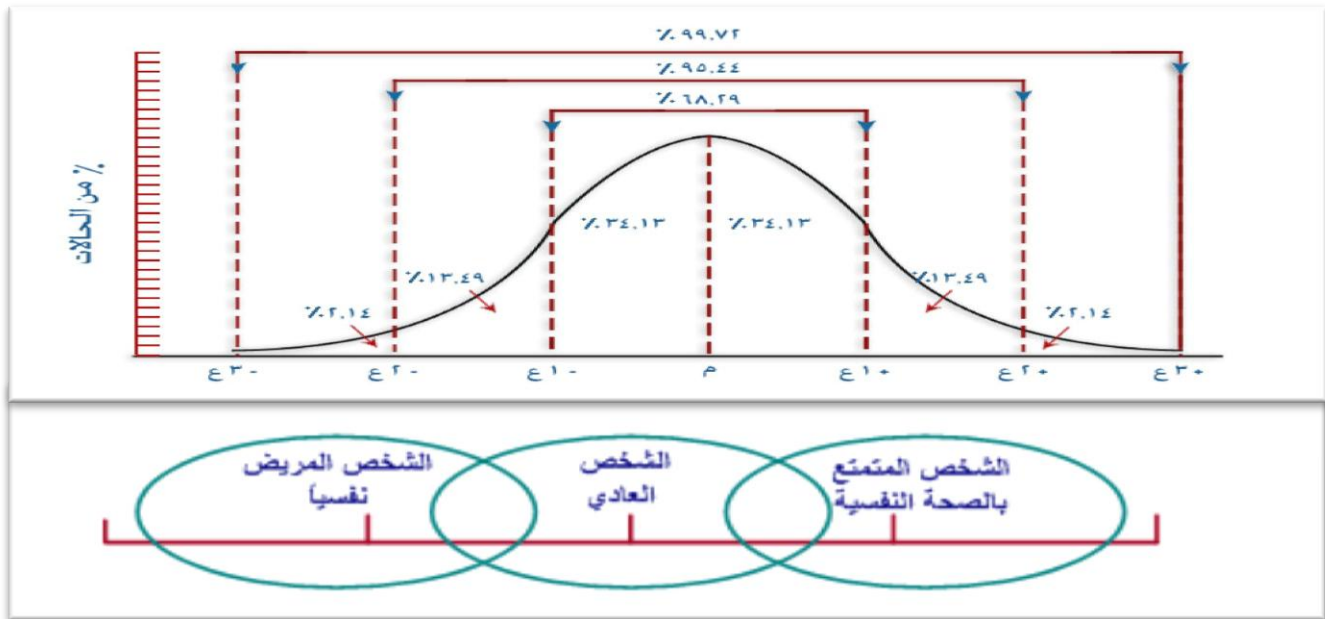
1.4.4. المعيار الإحصائي:

أي ظاهرة نفسية عند قياسها إحصائياً تتوزع وفقاً للتوزيع الاعتدالي بمعنى أن الغالبية من العينة الإحصائية تحصل على درجات متوسطة.

فحين تحصل فئتان متناظرتان على درجات مرتفعة (أعلى من المتوسط) ودرجات منخفضة (أقل من المتوسط).

وبهذا المعنى تصبح السوية هي المتوسط الحسابي للظاهرة فيحين يشير الانحراف إلى طرفي المنحنى إلى اللاسوي فالشخص اللاسوي هو الذي ينحرف عن المتوسط العامل لتوزيع الاعتدالي (العناني، 2000: 36)

ولتوضيح تصنيف درجات الصحة النفسية نوضح ذلك في الشكل الموالي:



شكل رقم (17) يوضح المعيار الإحصائي للسواء واللاسواء (تصميم الباحث)

2.4.4. المعيار الذاتي:

الصحة النفسية السوية تحدد هنا من خلال إدراك الفرد لمعناها فهي كما يشعر بها الفرد ويراهها من خلال نفسه، فالصحة النفسية السوية هنا، هي إحساس داخلي وخبرة ذاتية، فإذا كان الفرد يشعر بالقلق وعدم الرضا عن الذات، فإنه يُعد وفقاً لهذا المعيار غير سوي، فمن الصعب الاعتماد على هذا المعيار كلياً لأن معظم الأفراد الأسوياء تمر بخبرتهم حالات من الضيق والقلق والاكتئاب والخوف والرهاب (غريب، 1999: 137_138).

3.4.4. المعيار الاجتماعي:

تحدد السوية في ضوء العادات والتقاليد الاجتماعية حيث تكون السوية مسايرة للسلوك المعترف به اجتماعياً، ويعني ذلك أن الحكم على السوي أو اللاسوي لا يمكن التوصل إليه إلا بعد دراسة ثقافة الفرد. ويخلو هذا المعيار من مخاطر المبالغة في الأخذ بمعايير المسايرة، أي اعتبار الأشخاص المسايرين للجماعة هم الأسوياء في حين يعتبر غير المسايرين هم الأبعد عن السوية، فهناك خصائص لا سوية كالانتهازية تكتسب مشروعيتها في إطار من الرغبة الاجتماعية، فالمسايرة الزائدة في حد ذاتها سلوك غير سوي (ربيع، 2000: 22).

4.4.4. المعيار الباطني:

هو معيار يجمع بين مزايا معظم المعايير السابقة ويعمل على تجاوز مثاليها فالحكم ليس خارجياً كما هو الحال في المعايير الاجتماعية أو الإحصائية، كما أنه ليس ذاتياً كما هو الحال في المعيار الذاتي.

إنما يعتمد هذا المعيار على أساليب فعالة تمكن الباحث قبل أن يصدر حكمه من أن يصل إلى حقيقة شخصية الإنسان الكامنة في خبراته الشعورية واللاشعورية أيضاً (إيمان فوزي، 2001: 22).

5.4.4. المعيار الباثولوجي:

المعيار الباثولوجي يحدد هذا المعيار الشخصية التي تتمتع بصحة نفسية سليمة بأنها تلك الشخصية الخالية من أعراض مرضية كالقوبيا والحالات الهستيرية لدى العصائبيين أو السلوك المضاد للمجتمع لدى السيكوباتيين أو الهلوسات أو الهذات لدى الذهانيين.

6.4.4. المعيار المثالي:

وفي هذا الاتجاه فان معيار الحكم على السوي واللاسوي هو مدى اقتراب الفرد أو بعده عن المثالية أو الكمال، فالشخصية السوية أو الكاملة أو ما يقترب من ذلك واللاسوي هي الانحراف عن المثل العليا للكمال (الختاتنة، 2012، 47_48).

7.4.4. المعيار الإجرائي:

نظراً لعدم اتفاق العلماء على معيار نظري، ولوجود صعوبات تواجهها المعايير النظرية عند التطبيق العملي، أوصى بعض العلماء بمحك عملي في تبيين الأساليب السوية من الأساليب غير السوية.

ويكون ذلك باقتراح بعض الأسئلة التي تتعلق بالعلاقة بين استجابات الفرد، وبين حاجاته وقيمه من ناحية وبين استجاباته وبيئته من ناحية ثانية، وبين استجاباته وتحقيق ذاته ولصالح المجتمع من ناحية ثالثة.

واعتماداً على هذه الأسئلة يُحاول الباحثون تقدير السواء أو الشذوذ في السلوك ويمكن طرح الأنماط الثلاثة من الأسئلة كما يلي (موسى جبريل وآخرون، 2008: 76_77):

- النمط الأول: إلى أي حد تستطيع استجابات الفرد تمكينه من تحقيق الانسجام بين مختلف حاجاته من ناحية وأهدافه وقيمه من ناحية ثانية؟
 - النمط الثاني: إلى أي درجة تحقق استجابات الفرد تكيفاً إيجابياً مع بيئته؟
 - النمط الثالث: إلى أي درجة تُسهم استجابات الفرد في تحقيق ذاته وفي تقدم الجماعة وتطورها؟
- نلاحظ مما سبق أن سيرورة الصحة النفسية تتخللها النسبية واللاديمومة نتيجة عدة اعتبارات تجعلها ثابتة نسبياً.

والتي تختلف من فرد لآخر ومن سلوك لآخر ومن مجتمع لآخر، وعليه سنوضح في العنصر التي أهم النقاط التي تجل من الصحة النفسية تتصف بالنسبية.

5.4. نسبة الصحة النفسية:

لا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي، كذلك لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي، والصحة النفسية شبيهة في ذلك بالصحة الجسمية، فالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة، لا يكاد يكون له وجود، ولكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تميز حالة المرض عن حالة الصحة.

كذلك التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة، أمر لا يكاد يكون له وجود، ودرجة اختلال هذا التوافق هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها.

وسنتعرض لنسبية الصحة النفسية من عدة نواحي (أبو إسحاق، أبونجيلية، 1997: 21_27):

أ- الناحية الفردية:

الصحة والمرض، السواء واللاسواء، مفهومان نسبيان حيث لا يمكن فهم الواحد إلا بالقياس إلى الآخر من جهة، ومن جهة أخرى ليس هناك خط فاصل بين المرضى والأسوياء. فتقسيم الناس إلى فئتين أسوياء في مقابل المرضى أمر لم يُعد مقبولاً اليوم وذلك لاعتبار أنه ليس هناك حد أقصى أو نهائي للصحة النفسية من جهة. كما أن المضطربون يختلفون في درجة الاضطراب، فالاضطراب يبدأ من المشكلات السلوكية وينتهي إلى الاضطرابات الذهانية الكبرى من جهة أخرى. ولقد بينت نتائج العديد من البحوث أن الفروق بين الأصحاء والمرضى فروق كمية وليست كيفية فروق في الدرجة لا في النوع. فالصحة النفسية بعد يتوزع عليه الناس في صورة خط مستقيم، مُتخذ شكل متصل تتفاوت درجاته كما هو الحال بالنسبة للصحة الجسمية. فكما أن هناك نسبة في الصحة الجسدية، فهناك أيضاً نسبة في الصحة النفسية، أيضاً هناك أصحاء أقرب إلى المرض وهناك مرضى أقرب إلى الصحة، كما أنه ليس هناك من هو في مرض كامل أو في صحة كاملة.

ب- الناحية الاجتماعية:

مفهوم الصحة النفسية يتحدد من خلال العادات والتقاليد والقيم والمعتقدات السائدة، في المجتمع فالمجتمعات تختلف عن بعضها البعض، ومن ثم فإن مظاهر السلوك وأشكاله المعبرة عن الصحة النفسية، حتماً مختلفة من مجتمع لآخر. طالما أن هذه المجتمعات مختلفة ثقافياً وقيماً. فالسلوك الذي يبدو غير سوي في ثقافة ما قد يكون مقبولاً تماماً في غيرها من الثقافات مثال ذلك إقامة علاقة بين صبي وفتاة يعتبر علامة صحة، في مجتمع يؤدي غيابها إلى القلق وطلب العلاج والتدخل من جانب الطب النفسي.

بينما يعتبر ظهورها كارثة وعلامة من علامات الانحراف في مجتمع آخر فالنسبية الثقافية تتضح هنا، فليس هناك سواء مطلق أو لا سواء مطلق.

ت- الناحية الزمانية:

يتحدد السلوك الدال على الصحة النفسية وفقاً لعدد من المتغيرات ومن هذه المتغيرات الزمان الذي حدث فيه السلوك، فما هو سوي اليوم لم يكن كذلك بالأمس وقد لا يكون كذلك في الغد، وما كان شاذاً وغير صحي بالأمس لا يعد كذلك اليوم والعكس صحيح.

والأمثلة عديدة ومتنوعة ومنها قيام أحد الأساتذة الأمريكيين بفصل طالبة جامعية منذ خمسون عاماً، بسبب إصرارها على التدخين داخل قاعة المحاضرة، وذلك لإتيان هذه الطالبة سلوكاً مخالفاً للمألوف، والطريف أن نفس الجامعة فصلت هذا الأستاذ نفسه بعد ثلاثون عاماً وقد أصبح عميداً فيها بسبب إصراره على منع الطالبات من التدخين وهو أمر اعتبرته الجامعة تدخلاً غير مألوف في حريات الطلاب الشخصية.

6.4. مظاهر الصحة النفسية:

- الإيجابية : تتمثل إيجابية الإنسان في قدرته على بذل الجهد في أي مجال، وعلى خضوعه للعقبات التي قد تقف أمامه، فهو لا يشعر بالعجز أمامها بل يسعى دائماً إلى استخدام كافة السبل والوسائل اللازمة لتخطيها.
- التفاؤل :إن الإنسان الذي يتمتع بالصحة النفسية لا بد وأن يتصف بالنظرة المتفائلة للأمور ولكن هذا التفاؤل لا بد له من حدود واقعية فالإنسان، المبالغ في التفاؤل قد يدفعه التفاؤل إلى المغامرة وعدم الحذر عند التعامل مع مواقف حياته المختلفة، وفي المقابل فإن التشاؤم يعتبر من أسباب انخفاض الصحة النفسية عند الأفراد لأنه يعمل على التقليل من دافعية الإنسان في استثمار طاقاته مما يؤدي إلى هدرها واستنزافها.
- تعرف الفرد على إمكاناته وقدراته : يدرك الفرد هنا حقيقة وجود الفروق الفردية بين الناس ويعي تماماً حدود إمكاناته وقدراته لذلك فهو يضع أهدافه الخاصة به، بحيث تتناسب مع تلك الإمكانيات والقدرات، متجنباً بذلك الكثير من عوامل الفشل والإحباط، ومحققاً العديد من الإنجازات والنجاحات، وهناك العديد من الناس من لا يدرك حقيقة إمكاناته واستعداداته، فقد يبالغ البعض في تصويرها، ويضع لنفسه أهدافاً يصعب عليه تحقيقها فينتهي به الأمر إلى الشعور بالفشل والإحباط، في حين يهون البعض الآخر من شأن نفسه ويركز على عيوبه مما يؤثر سلباً على صحته النفسية.
- اتخاذ أهداف واقعية : لعل أحد مظاهر الصحة النفسية هي أن ينتقي الفرد من الأهداف التي يسعى إليها بحيث، يمكن تحقيقها عند بذل جهد إضافي وهذه الأهداف لا بد لها من أن تحقق النفع العام له ولمجتمعه الذي يعيش فيه .
- القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة: تعتبر العلاقات الاجتماعية أحد الركائز الهامة للصحة النفسية (القريطي،2005: 40).

- احترام الفرد لثقافة المجتمع مع تحقيق قدر من الاستقلال عن هذا المجتمع : عندما يسلك الفرد سلوكاً مقبولاً في مجتمعه و متماشياً مع أعراف وتقاليد ومعايير هذا المجتمع مع تميزه بشخصية مستقلة لها رأي حاسم في مختلف القضايا والمسائل التي تعرض عليه واحترامه لجميع الفئات الثقافية في الطبقات الاجتماعية المختلفة فإن هذا الفرد يتمتع بالصحة النفسية السليمة.
- إشباع حاجات الفرد لدوافعه وحاجاته: إن طريقة إشباع الفرد لحاجاته الفسيولوجية والنفسية هي التي تحدد مدى تمتعه بالصحة النفسية، وإن الإفراط أو التقريط في إشباع تلك الحاجات يؤدي إلى إحداث خلل في نموه واتزانة النفسي .
- القدرة على ضبط الذات: أن تقدير الذات لعواقب الأمور وتنبؤه مسبقاً بالنتائج المترتبة على أفعاله , وقدرته على ضبط نفسه والتحكم في سلوكياته من خلال إرجاء إشباع بعض حاجاته أو التنازل عن بعضها من أجل دوافع أهم وأدوم يؤدي به إلى التمتع بالاتزان النفسي والخلو من الاضطراب والانحراف .
- نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه: تحمل مسؤولية الأعمال والمشاعر والأفكار الفرد الصحيح نفسياً قد يتفق أو يختلف مع المعايير القائمة أو الأوضاع المتعارف عليها طالما كان الاتفاق أو الاختلاف مبنياً على أساس من الرغبة في تحقيق سعادة أشمل وإشباع أعم وأكثر دوماً وطالما كان الشخص أميناً مع نفسه مقتنعاً بما يراه فإن سواه يتجلى تحمل المسؤولية ما يقوم به من الأعمال وعدم الهرب من انفعالاته ومشاعره بإسقاطها على الآخرين، وكذلك في تحمله نتائج تفكيره وعدم اللجوء إلى الآخرين ليفكروا له
- ارتفاع مستوى الاحتمال النفسي: تظهر على الفرد علامات الصحة النفسية عند قدرته على مواجهة الظروف الصعبة والأزمات الشديدة والصمود أمامها دون أن يختل توازنه النفسي، ولا يستخدم عندها طرقاً غير سوية كالعدوان والاستسلام وأحلام اليقظة أو التراجع إن الإنسان في هذا الكون معرض لمواقف مختلفة من مواقف الإحباط والقلق , هذه المواقف تعتبر وقفة اختبار للفرد في مدى تغلبه عليه أو خضوعه لها والدخول في دائرة الاضطرابات النفسية وقد قال سبحانه وتعالى في ذلك : (وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ) [البقرة، الآية:155] فالصبر هنا يمثل قدرة الفرد على تحمل مثل هذه الصدمات النفسية التي تمس حياته مباشرة . (القريطي،2005: 41_42).

- إن قدرة الفرد على الصمود حيال المحن والصعاب والشدائد وضروب الإحباط المختلفة دون أن يختل ميزان صحته النفسية يعتبر مظهراً من مظاهر الصحة النفسية، فالمؤمن الحق الذي يؤمن إيماناً كاملاً بقضاء الله وقدره خيره وشره فقد يكون قضاء الله امتحاناً للعبد فما عليه إلا أن يحمد الله على ما أتاه من خير أو من شر فقد يكون الذي نتطلع إليه شراً لنا بينما الشر الذي نرغب عنه قد يكون فيه خيراً حيث قال تعالى : (وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئاً وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئاً وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ) [البقرة، الآية:216]. إلا أن الناس يختلفون في قدراتهم على مواجهة أزمات الحياة , فبعض الناس ينزعجون انزعاجاً شديداً عند حدوث تغيير غير متوقع في مجرى الأمور أو لعدم حصولهم على ما يريدون وقد يصل الأمر بهم إلى الاضطراب والانهيار لمجرد تعرضهم للإحباطات البسيطة وعلى العكس من ذلك فهناك من الناس من يستطيع أن يواجه مشكلات الحياة وأحداثها اليومية بصلافة وقوة مع درجة عالية من التحمل والصمود فيستطيع أن يواجه مواقف الإحباط باتزان وهدوء دون تسرع أو تخطيط . إن درجة مواجهة المشاق فتحمل الصعاب تعتبر من أهم مقاييس الصحة النفسية وإحدى المؤشرات للتكيف السليم.
- ثبات اتجاهات الفرد: تدل على الصحة النفسية السليمة حيث تتميز بعدم التذبذب والتناقض على المدى القصير فنجد أن الفرد يتصرف بتلقائية في أغلب الأمور والمسائل في إطار من المرونة وثبات الاتجاه لا يظهر إلا عند الأشخاص ذوي الشخصيات المتكاملة المستقرين انفعالياً.
- الشخصية المتكاملة : يتسع أفق الحياة النفسية عند الفرد عند تكامل الجوانب البدنية والمعرفية والوجدانية والاجتماعية في شخصيته والواجب على الفرد ألا يهتم بتنمية جانب واحد من تلك الجوانب بل لا بد له أن يضع لنفسه.
- من الأهداف ما يشمل جميع أنواع المعارف والمهارات، فإن فشل في جانب عوضه في جانب آخر فالاستماع بالحياة والتعامل الإيجابي معها يتطلب تحقيق التكامل والتوازن بين ما سبق ذكره من الجوانب، فنحن نحتاج إلى تنمية قوانا العضلية، ونحتاج في نفس الوقت إلى تنمية معارفنا ومداركنا ونحتاج أيضاً إلى إقامة علاقات اجتماعية مثينة مع من حولنا حتى نصل إلى تحقيق التوازن النفسي المطلوب. (القرطبي،2005: 42_46).

- تكامل الدوافع النفسية وانسجامها وانعدام الصراع النفسي: بحيث تؤدي (الشخصية) وظائفها بصورة متكاملة جسمياً وعقلياً وانفعالياً وليس معنى ذلك إنكار وجود دوافع متعارضة في الشخص الواحد ولكن المقصود بهذا هو عدم بروز أي من هذه الدوافع على الفرد فيصبح هو المحرك الوحيد له، وانعدام الصراع النفسي يسمح للإنسان بأن يواجه كل قواه إلى تحقيق حاجاته دون أن يشعر من جراء ذلك بشيء من الذنب والحرمان.

- الراحة النفسية: إن من أهم العوامل التي تحيل حياة الفرد إلى جحيم لا يطاق شعوره بالتعب وعدم الراحة والتأزم من الناحية النفسية في جانب من جوانب حياته وتتضمن أمثلة عدم الراحة حالات الاكتئاب أو القلق الشديد أو مشاعر الذنب أو الأفكار الوسواسية المتسلطة أو توهم المرض وإذا راودت هذه الحالات الفرد كثيراً واستبدلت به إلى درجة تجعله يعيش في حالة من الضيق والتأزم الشديدين فإن ذلك يستلزم مساعدة وتوجيهاً نفسياً وهذا يتوقف على الدرجة التي يستطيع معها تحمل المواقف الضاغطة، ولكن ليس معنى الراحة النفسية أن لا يصادف الفرد أي عقبات أو موانع تقف في طريق إشباع حاجاته المختلفة وفي تحقيق أهدافه في الحياة.

فكثيراً ما يصادف هذه العقبات في حياته اليومية وإنما الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يستطيع مواجهة هذه العقبات وحل المشكلات بطريقة ترضاهم نفسه ويقرها المجتمع إن الإنسان في هذه الحياة معرض لسنوف متعددة ومتنوعة من مواقف الإحباط والصراع ولا يوجد في هذا الكون فرد لا يتعرض لمثل هذه الأزمات مصداقاً لقوله تعالى: (وَنَبَلُوكُمْ بِالْأَسْرِّ وَالْخَيْرِ فِتْنَةً وَإِلَيْنَا تُرْجَعُونَ) [الأنبياء، الآية:35] وقوله تعالى: (وَلَنَبَلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ) [البقرة، الآية:155] فمطالب الحياة كثيرة ومتنوعة والوصول إليها أو الحصول على بعضها ليس بالأمر اليسير وإنما بالجهد الكثير والعناء والمشقة.

بسبب وجود بعض العقبات التي تعترض طريق الفرد عند محاولته الوصول إليه. لذلك نجد أن بعض أفراد الأفراد قد نجح في تجاوز هذه العقبات وتحقيق بعض مطالبه في حين أن البعض الآخر يتعثر دون الوصول إلى المطالب والاستسلام لمثل هذه العقبات. وبالتالي الدخول في دائرة المرض النفسي وعدم الشعور بالراحة النفسية (القريطي، 2005: 45_46).

كما أن الشعور بالراحة النفسية لا يعتمد على الخلو من المرض النفسي فقط ولكن أيضا التمتع بالصحة الجسمية لأن بعض الأمراض العضوية لها تأثير على الحالة النفسية للفرد فتثير عنده القلق والخوف إلا أن استعداد الفرد يبقى له دور في مدى دخوله في دائرة المرض النفسي لأن هناك بعض الأفراد يتعرضون لكثير من مواقف الإحباط والقلق ولكنهم لا يستطيعون التغلب عليها ويبقى توازنهم النفسي مستقر .

- القدرة على التضحية وخدمة الآخرين : قال تعالى: (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا هَلْ أَدُلُّكُمْ عَلَىٰ تِجَارَةٍ تُجِبُّكُمْ مِنْ عَذَابٍ أَلِيمٍ تُوْمِنُونَ بِاللَّهِ وَرَسُولِهِ وَتُجَاهِدُونَ فِي سَبِيلِ اللَّهِ بِأَمْوَالِكُمْ وَأَنْفُسِكُمْ ذَلِكُمْ خَيْرٌ لَّكُمْ إِنْ كُنْتُمْ تَعْلَمُونَ) [الصف، الآية:10]. إن التعاون أمر مطلوب بين أفراد المجتمع في حدود قدرات الفرد وإمكاناته . فالصحة النفسية من هذه الجهة تظهر في تعاون الفرد مع غيره من أجل مجتمعه وضمن شروط قدراته وطاقاته كما تظهر في جهده نحو تحسين إنتاجه ووضعه تحسينا يكون الفرد فيه منطلقاً باتجاه التعاون والمشاركة إن التضحية لها مستويات متعددة، فنجد أن رب الأسرة يضحي من أجل أسرته في سبيل توفير سبل العيش المناسب والضروري والفرد يضحي من أجل مجتمعه باعتبار أنه أحد أعضاء هذا المجتمع، فالفرد يقدم خدمات لباقي أعضاء المجتمع المحتاجين كالفقراء وغيرهم ممن هم في حاجة لخدمات الآخرين ولذلك اعتبرت قدرة الفرد على التضحية وخدمة الآخرين عن طريق البذل والعطاء مؤشرا من مؤشرات الصحة النفسية.

- الصحة الجسمية : لا يتحقق التكامل داخل البدن إلا بسلامة الجهاز العصبي الذي يسيطر على حركة العضلات وعلى الدورة الدموية وعلى إفرازات الغدد ولا بد أيضا من سلامة الجهاز الغدي الذي يضمن التوازن الكيميائي داخل الجسم حيث أن أي خلل في الصحة الجسمية للفرد قد يحول دون تحقيقه لبعض أهدافه وطموحاته , فلا يشعر حينها بالسعادة والرضا ولا يتحقق له الاستقرار النفسي(القريطي،2005 : 46_47).

ويمكن تلخيص مظاهر وخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية حتى يمكن القول أن الفرد يتمتع بصحة نفسية سليمة يجب توافر بعض العلامات أو السمات وهي(ربيع ،2000: 92-99):

- غياب الصراع النفسي الحاد الصراع الخارجي والداخلي.
- النضج الانفعالي، بحيث يعبر الفرد عن انفعالاته بصورة متزنة بعيدة عن التعبيرات البدائية.
- الدافعية الإيجابية للإنجاز التي تدفع الفرد للقيام بأعمال تحقق له النجاح.

- التوافق النفسي المتمثل في العلاقة المتجانسة مع البيئة، بحيث يستطيع الفرد الحصول على الإشباع اللازم لحياته مع مراعاة ما يوجد في البيئة المحيطة من متغيرات.
 - التوافق الاجتماعي ويشمل التوافق الأسري والمدرسي والمهني والاجتماعي بمعناه الواسع.
 - التوافق الشخصي: وهو الرضا عن النفس.
 - الشعور بالسعادة مع النفس: ودلائل ذلك الراحة، الأمن، الثقة، احترام الذات تقبل الذات التسامح مع الذات، والطمأنينة.
 - الشعور بالسعادة مع الآخرين: ويظهر ذلك من خلال احترام الآخرين، إقامة علاقات اجتماعية الانتماء للجماعة، التعاون مع الآخرين، تحمل المسؤولية الاجتماعية، حب الآخرين والثقة بهم.
 - تحقيق الذات واستغلال القدرات: ودلائل ذلك فهم النفس، التقييم الواقعي للقدرات والإمكانات تقبل نواحي القصور، احترام الفروق بين الأفراد، تنوع النشاط وشموله، تقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعياً، تقدير الذات حق قدرها وبذل الجهد في العمل والرضا عن هو الكفاية والإنتاج.
 - القدرة على مواجهة مطالب الحياة، ودلائل ذلك:(النظرة السليمة للحياة ومشاكلها_ العيش في الحاضر والواقع_ مرونة في مواجهة الواقع_ بذل الجهد في حل المشاكل_ القدرة على مواجهة الإحباطات اليومية_ تحمل المسئوليات الشخصية والاجتماعية _الترحيب بالأفكار الجديدة_ السيطرة على البيئة والتوافق معها).
- كما يضيف شعبان مظاهر أخرى أوردها في(شعبان، 1999: 32_34):
- التكامل النفسي: ودلائل ذلك الأداء الوظيفي الكامل المتناسق للشخصية جسماً وعقلياً واجتماعياً ودينياً_ التمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي.
 - العيش في سلامة وسلام ودلائل ذلك: التمتع بالصحة النفسية والجسمية والاجتماعية السلم الداخلي والخارجي_ الإقبال على الحياة والتمتع بها_ التخطيط للمستقبل بثقة وأمان.

7.4. مناهج تأهيل وعلاج تدهور الصحة النفسية:

أولاً_المنهج الوقائي :

يتضمن بذل الجهود الممكنة في الاضطراب أو المرض والسيطرة عليهما حيث أن من أهداف العاملين في مجال الصحة النفسية، هو العمل على تقليل معدلات انتشار الاضطرابات النفسية عن طريق وقاية الأفراد، من التعرض للاضطرابات النفسية بدءاً من مرحلة الطفولة المبكرة عن طريق تدريب الآباء والأمهات، على أساليب التنشئة السليمة خصوصاً في عصرنا الحالي الذي تنتشر فيه الأمراض النفسية بمعدلات عالية، فدرهم وقاية خير من قنطار علاج ، وهناك مراحل ثلاث مراحل للوقاية(القريطي،2005: 48) :

_ الوقاية الأولية " Primary Prevention " :

تهدف إلى وضع ضوابط مسبقة لتجنب حدوث الاضطرابات النفسية ويستخدم في سبيل ذلك عدة وسائل من مثل التشجيع ، وحرية التعبير عن المشاعر والمساندة الانفعالية خلال مراحل المشقة والتعب، والعلاقات الحوارية الفعالة وغيرها من الأساليب الإيجابية .

_ الوقاية الثانوية " Secondary Prevention " :

في هذه المرحلة يكون المرض النفسي في بدايته، لذلك يجب الاهتمام في هذه المرحلة بالكشف المبكر حيث تهدف هذه المرحلة إلى وقف الاضطراب النفسي في مرحلة مبكرة مما يسهل علاج المرض أو الاضطراب.

_ الوقاية في المرحلة الثالثة " Tertiary Pervention " :

في هذه المرحلة يكون المرض العقلي قد أصاب المريض بحالة من العجز فيقوم القائمون على العلاج بمحاولات لخفض هذا العجز، وإنقاص المشكلات المترتبة عليه مع العمل على منع الانتكاسة ويقدم الدكتور حامد زهران طرقاً إجرائية ضد الاضطرابات النفسية وهي كالتالي:

1_ الإجراءات الوقائية الحيوية :

وتشمل الرعاية الخاصة بالصحة العامة وتشمل رعاية الأم، ووقاية الطفل والتخلص من العوامل الخطرة في البيئة، وإعداد الوالدين بالإضافة إلى دراسة العوامل الوراثية والجينات للكشف عن الأمراض الوراثية ومنع انتقالها للجنين.

2_ الإجراءات الوقائية النفسية :

تشمل تدريب الأفراد وإرشادهم إلى طرق التوافق الزوجي والتوافق المهني والتوافق الانفعالي والتوافق الاجتماعي، ويتضمن الفحص الدوري للنمو النفسي للفرد.

3_ الإجراءات الوقائية الاجتماعية :

تهدف إلى تحسين الحياة الاجتماعية للفرد من خلال رفع مستوى معيشتة ورفع الوعي تجاه المرضى النفسيين والاهتمام بالصحة النفسية بنفس مستوى الاهتمام بالصحة الجسمية عن طريق وسائل الإعلام.

ثانياً_ المنهج الإنشائي :

وهنا لا يوجد اضطراب نفسي ، ولكن يتم التعامل مع الأسوياء , والهدف منه الوصول بهم إلى أقصى درجة ممكنة من السعادة والرضا ويمكن تحقيق هذا الهدف السامي من خلال الدراسة العلمية لإمكانات الأفراد ومجالات تفوقهم وإبداعهم والعمل على تنمية هذه الإمكانيات بما يعود بالنفع عليهم

ثالثاً_ المنهج العلاجي:

يهدف علم الصحة النفسية إلى علاج حالات اختلال الصحة النفسية من خلال تقديم الرعاية الصحية والخدمة العلاجية لجميع المرضى تحت إشراف فريق مختص من معالجين ومرشدين نفسيين(القريطي،2005: 49_50).

ويمكن تلخيص تطبيقات مناهج تأهيل الصحة النفسية في الجدول التالي:

جدول رقم(2) يبين المحتوى التطبيقي لممارسة مناهج الصحة النفسية(تصميم الباحث)

المنهج	المحتوى التطبيقي لممارسة مناهج الصحة النفسية
المنهج الوقائي	يتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات و المرض النفسي ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى، ليقبهم من أسباب الامراض النفسية بتعريفهم بها وازالتها أولاً بأول، ويرعى نموهم النفسي السوي ويصنع الظروف التي تحقق الصحة النفسية، وللمنهج الوقائي مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاوله تشخيصه في مرحلته الأولى بقدر الامكان ثم محاولة تقليل أثر اعاقته وازمان المرض وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائي في الاجراء بالوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والنواحي التناسلية الإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسي السوي ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهني والمساندة أثناء الفترات الحرجة، والتنشئة الاجتماعية السليمة ، والإجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية، والتقييم والمتابعة ، والتخطيط العلمي للإجراءات الوقائية ويطلق البعض على المنهج الوقائي اسم (التحصين النفسي).
المنهج الإنشائي	منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق، لدى الأسوياء والعاديين من خلال مرحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الإمكانيات والقدرات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسياً وتربوياً ومهنياً). ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً بما يضمن جودة الحياة للأفراد من خلال تقديم الخدمات النفسية التي تجعل للنمو السوي تحقيقاً للنضج والتوافق والصحة النفسية.
المنهج العلاجي	ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حاله التوافق النفسي والاجتماعي والصحة النفسية ويهتم هذا المنهج بأسباب المرض النفسي وأعراضه وتشخيصه وطرق علاجه ، وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية ويهتم بتطوير الاستراتيجيات العلاجية من أجل علاج اختلالات الصحة النفسية.

8.4. العوامل المساهمة في الصحة النفسية عند الفرد:

أولاً- الأسرة والصحة النفسية:

السعادة الزوجية تؤدي الى تماسك الأسرة بما يخلق مناخاً يُساعد على نمو الطفل الى شخصية متكاملة متزنة الوفاق والعلاقات السوية بين الوالدين تؤدي إلى إشباع حاجه الطفل والأمن النفسي وتوافقه النفسي.

والاتجاهات الانفعالية السوية واتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزوجية، ونحو الوالدية تؤدي الى استقرار الأسرة والصحة النفسية لكافة أفرادها، والعلاقة السلبية لتعاسة الزوجية تؤدي الى تفكك الأسرة مما يخلق مناخاً يؤدي الى نمو الطفل نمو نفسي غير سوي.

فالخلافات بين الوالدين تعكر صفاء جو الأسرة مما يؤدي الى أنماط السلوك المضطرب لدى الطفل كالغيرة والأنانية والشجار وعدم الاتزان الانفعالي، والمشكلات النفسية للزوجين والسلوك الشاذ الذي قد يقومان به يهدد استقرار المناخ الأسري، والصحة النفسية للكل، وتؤثر العلاقات بين الوالدين والطفل على صحته النفسية على النحو الاتي (أحمد العمري،2013):

- العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل في أن ينمو إلى شخص يحب غيره، ويتقبل الآخرين ويثق فيهم.
- العلاقات السيئة والاتجاهات والظروف الغير مناسبة تؤثر تأثيراً سيئاً على النمو النفسي وعلى الصحة النفسية للطفل.
- الصحة النفسية للطفل بشكل عام .. وجود طفل ذوي الاحتياجات الخاصة في الأسرة يترك أثر على علاقات الأم والاب ويترك اثاره على العلاقات بين الوالدين والطفل ويترك اثرا على علاقته بإخوته
- أثر العلاقة بين الإخوة على الصحة النفسية.
- العلاقة المنسوجة بين الإخوة الخالية من تفضيل طفل على طفل أو نوع على نوع المشبعة بالتعاون الخالية من التنافس تؤدي الى النمو النفسي السليم للطفل.
- يجب أن يراعي الوالدين سيكولوجية الطفل الوحيد - الطفل الأكبر - الطفل الأصغر - الطفل الأوسط - الطفل ذوي الاحتياجات الخاصة، لابد أن أعطي للطفل الأكبر مكانة في الأسرة، له خصائصه وله معاملته الخاصة به، وهناك الكثير من الأمور الذي يجب أن توضح للإخوة الذي لديهم أخ ذوي الاحتياجات الخاصة يجب أن لا نحملهم طاقه أكبر من طاقته ويجب أن لا نحملهم طاقه العناية بأخيه ذوي الاحتياجات الخاصة ولا ننسى أنهم أطفال.

ثانياً_خصائص المناخ الأسري الذي يساعد على الصحة النفسية للطفل:

حدد أحمد العمري العديد من خصائص المناخ الأسري الذي يساعد على الصحة النفسية وعدها في النقاط التالية (أحمد العمري،2013):

- إشباع الحاجات النفسية وخاصة الحاجة الى الانتماء والأمن والحب والقبول والاستقرار .
- تنمية القدرات عن طريق اللعب والخبرات البناءة والممارسة الموجهة .
- تعليم التفاعل الاجتماعي واحترام حقوق الآخرين والتعاون والإيثار الآخر عن الذات.
- تعليم التوافق النفسي (الشخصي والاجتماعي)
- تكوين الاتجاهات السليمة نحو الوالدين والإخوة والآخرين)
- تكوين الأفكار والمعتقدات السليمة.
- من خلال تأثيرها المباشر لنمو الطفل بشكل عام تؤثر الأسرة على النمو السوي وغير السوي للطفل وتؤثر في تكوين شخصيته وظيفياً ودينامياً فهي تؤثر في نموه الجسمي ونموه العقلي ونموه الانفعالي ونموه الاجتماعي.
- الأسرة السعيدة تعتبر بيئة نفسية صحية للنمو تؤدي الى سعادة الطفل وصحته النفسية .
- الأسرة المضطربة تعتبر بيئة نفسية سيئة للنمو، فهي تكون بمثابة مرتع خصب للانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والاجتماعية .

ثالثاً_ الصحة النفسية في المدرسة :

من الضروري أن نضع في حسابنا أهمية الصحة النفسية في المجتمع بمؤسساته المختلفة العلمية، والاجتماعية، والاقتصادية...الخ.

وأن تعمل على تحقيق التناغم بين هذه المؤسسات وبصفة خاصة بينها وبين الأسرة والمدرسة، وهذا يحتم تطبيق اتجاهات الصحة النفسية في المجتمع لتجنيب أفرادهم وجماعاته كل ما يؤدي إلى الاضطراب النفسي حتى يتحقق الإنتاج والتقدم والسعادة.

وأن من أهداف الصحة النفسية بناء الشخصية المتكاملة وإعداد الإنسان الصحيح نفسياً في أي قطاع من قطاعات المجتمع.

وأيًا كان دوره الاجتماعي بحيث يقبل على تحمل المسؤولية الاجتماعية ويعطي المجتمع بقدر ما يأخذ أو أكثر مستغلاً طاقاته وإمكانياته إلى أقصى حد ممكن(زهرا، 2005 :21).

فالمدرسة هي الرافد الثاني الذي ينشأ فيه الطفل ..والمدرسة تكمل دور الأسرة ولا بد أن يكون هناك تكامل بين الأسرة والمدرسة ..والمدرسة هي انفصال عن الأسرة . معيار التنشئة في الأسرة (الأب) وممكن أن يتساهل مع الطفل وهناك علاقه انسانية بين الأم والأب ولكن المدرسة علاقه جديدة وجماعة جديدة ولها قوانين تختلف عن الأسرة فالمدرسة المؤسسة الرسمية التي تقوم بعملية التربية ونقل الثقافة المتطورة، و توفير الظروف المناسبة للنمو جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً عند دخول الطفل المدرسة يكون قد قطع شوطاً لا بأس به في التنشئة الاجتماعية في الأسرة.

فهو يدخل المدرسة مزوداً بالكثير من المعلومات والمعايير والقيم والاتجاهات الاجتماعية كما تعمل المدرسة على توسيع دائرة هذه المعلومات والمعايير والقيم والاتجاهات في شكل منظم، ففي المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسيه وزملائه ويتأثر بالمنهج الدراسي بمعناه الواسع علماً وثقافة.

وتتمو شخصيته من كافة جوانبها المنهج المدرسي بمعناه الواسع يشمل الجوانب المنهجية والجوانب اللامنهجية تهتم بالنمو المتكامل بشخصية الطفل الجانب المنهجي ما يتعلق بالمعارف والمعلومات والكتب واللامنهجي يشمل الأخصائي النفسي الموجود في المدرسة ودوره في حل المشكلات والتربية البدنية والنماذج الذي يقدمها المعلمين في السلوك والتفاعل مع أفراد المجتمع في النهاية تصب كلها في المنهج كلما كان الطالب أكثر توافقا وأكثر رضا في المؤسسة كلما كان أفضل في التحصيل الدراسي وفي تلقي المعلومات.

فالمدرسة تُعد مشروع انطلاق الطفل الثقافي المعرفي بشكل رسمي وتميزه بالاستقلال والضبط الداخلي وان تشعر بالمسئولية عن افعالك (أحمد العمري،2013).

كما تضطلع المدرسة بالعديد من المسؤوليات بالنسبة للنمو النفسي والصحة النفسية للفرد نذكر منها ما يلي(الداهري،2005: 25):

- تقديم الرعاية النفسية إلى كل طفل و مساعدته في حل مشكلاته و الانتقال به من طفل يعتمد على غيره إلى راشد مستقل معتمدا على نفسه متوافقا نفسيا.
- تعليمه كيف يحقق أهدافه بطريقة ملائمة تتفق مع المعايير الاجتماعية مما يحقق توافقه الاجتماعي.
- مراعاة قدراته في كل ما يتعلق بعملية التربية والتعليم.
- الاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية في تعامله مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى وخاصة الأسرة.
- مراعاة ضمان نمو الطفل نموا نفسيا سليماً

وتستخدم المدرسة أساليب نفسية عديدة أثناء تربية التلاميذ منها دعم القيم الاجتماعية عن طريق المنهاج وتوجيه النشاط المدرسي، بحيث يؤدي إلى تعليم الأساليب السلوكية المرغوبة وإلى تعليم المعايير الأدوار الاجتماعية والقيم، والثواب والعقاب في عملية التعليم، والعمل على فطام الطفل انفعالياً عن الأسرة بالتدرج وتقديم نماذج صالحة للسلوك السوي إما في شكل نماذج تدرس لهم، أو نماذج يقدمها المدرسون في سلوكهم اليومي مع التلاميذ (العناني، 2000: 56).

كما تساهم العلاقات الاجتماعية في المدرسة في نمو الصحة النفسية للتلميذ والتوافق المدرسي من خلال عدة مؤشرات نذكر منها (أحمد العمري، 2013):

- العلاقات بين المدرس والتلاميذ التي تقوم على أساس من الديمقراطية والتوجيه والإرشاد السليم تؤدي إلى حسن العلاقة بين المدرس والتلاميذ وإلى النمو التربوي والنمو النفسي السليم.
- العلاقات بين التلاميذ والتي تقوم على أساس من التعاون والفهم المتبادل تؤدي إلى الصحة النفسية.
- العلاقات بين الأسرة والمدرسة التي تكون دائمة الاتصال (وخاصة عن طريق مجالس الآباء والمعلمين) تلعب دوراً هاماً في إحداث عملية التكامل بين الأسرة والمدرسة في عملية رعاية النمو النفسي للتلاميذ .
- بقدر تقبل الأقران للطفل بقدر ما يكتسب من تعلم اجتماعي نمائي معزز.
- نشاط مشاعر الغيرة و الرفض وآثاره السلبية على نمو الطفل ومفهوم الذات.
- التكامل والتناقض في أساليب التنشئة الاجتماعية بين الأسرة والمدرسة .
- الطفل المدلل (تحالف الأسرة والطفل ضد المدرسة).
- الطفل المنبوذ (تحالف الأسرة والمدرسة ضد الطفل).

رابعاً_ الصحة النفسية والمجتمع :

إن المجتمع يدفع ثمن تفشي الأمراض النفسية والاجتماعية فيه غالباً من حيث الجهد والمال ومن حيث اتساع دائرة سوء التوافق النفسي والاجتماعي، ومن ثم يجب عمل حساب الإجراءات الوقائية في إطار اجتماعي اقتصادي يحمي الفرد والجماعة والمجتمع ويكفل السعادة للجميع. فمن الضروري أن نضع في حسابنا أهمية الصحة النفسية في المجتمع بمؤسساته المختلفة الطبية والاجتماعية و الاقتصادية والدينية.

وأن نعمل على تحقيق التناسق بين هذه المؤسسات وبصفة خاصة بينها وبين الأسرة والمدرسة ذا يحتم تطبيق اتجاهات الصحة النفسية في المجتمع، لتجنب أفراده و جماعته كل ما يؤدي إلى الاضطراب النفسي، وحتى يتحقق الإنتاج والتقدم والتطور والسعادة ويمكن تلخيص أهداف الصحة النفسية في المجتمع فيما يلي(أحمد العمري،2013):

1 _ بناء الشخصية المتكاملة وإعداد الإنسان الصحيح نفسياً في أي قطاع من قطاعات المجتمع و أياً كان دوره الاجتماعي بحيث يقبل على تحمل المسؤولية الاجتماعية ويعطي المجتمع بقدر ما يأخذ أو أكثر، مستغلاً طاقاته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن وذلك من خلال :

- تحقيق مطالب النمو الاجتماعي للفرد إلى أقصى حد ممكن . جميع المطالب النمائية الاجتماعية أو الجسمية أو النفسية أو العقلية
- العمل على تقبل الفرد للواقع والرضا به .
- تكوين اتجاهات و قيم اجتماعية سليمة لدى أفراد المجتمع
- المشاركة الاجتماعية الخلاقة المسؤولة .
- توسيع دائرة الميول و الاهتمامات لدى أفراد المجتمع .
- تنمية المهارات الاجتماعية التي تحقق التوافق الاجتماعي السوي كلما كان أكثر عطاء في هذا المجتمع وكلما نمت المهارات فيه كلما كان أكثر مشاركة اجتماعيه وكلما كان أكثر تكاملاً في البناء الشخصي والاجتماعي
- تحقيق النمو الديني و الأخلاقي القويم كلما ساهمت في بناء شخص متكامل الشخصية ذو سلوك قويم يتفق مع المعايير الدينية ونسبته البناء الفوقي للمجتمع الذي نستخلص منه المعايير المقبولة داخل هذا المجتمع.

2 _ ضبط سلوك الفرد وتوجيهه وتقويمه في الحاضر، بهدف تحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي كمواطن صالح في المجتمع.

هذا يكون في المؤسسات المختلفة في المجتمع مثل المؤسسة الدينية والرسالة الدينية التي تقدمها للمجتمع، وهي كفيhle بتحديد المعايير الدينية المقبولة، ورضا الفرد بالمجتمع واحترام المجتمع ومثل المؤسسات الاجتماعية وربط أفراد المجتمع، والمؤسسات الأخرى مثل المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية لنمو سليم وصحي للمجتمع والصحة النفسية للمجتمع نفسه من خلال:

- المجتمع الذي يُعاني من التمزق وعدم التكامل بين أجهزته ونظمه ومؤسساته وهيئاته يجب أن يكون عمل المؤسسات في تكامل وتناغم
- المجتمع الذي تسود فيه ثقافة مريضة مليئة بعوامل الهدم والإحباط والصراع والتعقيد
- المجتمع الذي تسود فيه المشكلات الأسرية و المشكلات التربوية .
- المجتمع الذي يسود فيه الجهل والشك والتعصب .
- المجتمع الذي تسوء فيه الأحوال الاقتصادية ويتدهور فيه مستوى المعيشة .
- المجتمع الذي يتدهور فيه نظام القيم ويسوده الضلال والجناح وتحل به الكوارث الاجتماعية .
- إجراءات التخطيط للصحة النفسية للشعب " أفراد المجتمع "
- في ظل ما يُسود المجتمع الحديث من علاقات اجتماعية معقدة وفي ظل عصر القلق الذي نعيشه وواقعا الحضاري، الذي يعاني من الاضطرابات النفسية التي يؤدي إليها التنافس وعدم المساواة والاستغلال .

يحتاج هذا المجتمع إلى تخطيط دقيق للصحة النفسية من خلال الإجراءات التالية(أحمد العمري،2013):

- تهيئه بيئة اجتماعية صديقه آمنة تسودها العلاقات الاجتماعية السليمة وإقامة العدالة الاجتماعية، وإقامة حياة ديموقراطية سليمة تسودها الحرية الشخصية، والاجتماعية والسياسية، بهدف تغيير المجتمع إلى أفضل بما يتفق مع أمال الجماهير ومصالحها وأهداف نضالها حتى تصل إلى مجتمع الرفاهية المتوافق .
- الاهتمام بدراسة الفرد والمجتمع ورعاية الطفولة صناعة المستقبل ورعاية الشباب عصب الأمة ورعاية الكبار الخير والبركة، وحماية الأسرة الخلية الأولى للمجتمع والعناية بمشكلاتهم، والتخطيط الشامل للنشاط الاجتماعي الاقتصادي. ورعاية الشباب والعناية بالطلاب والعاملين والعناية بالمعاقين والتشريعات الخاصة بحماية المسنين .

- مراجعه ورعاية القيم والعادات والتقاليد والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية والطاقات الروحية التي يستمدّها المجتمع من مثله العليا النابعة من الأديان السماوية ومن تراثه الحضاري بما يتحقق الصحة النفسية .
- رفع مستوى الوعي النفسي.
- التعبئة النفسية للشعب لتخطي ما مر به من ضغوط والتغلب على ما يُعاني منه.
- الاهتمام بالتوجيه والارشاد النفسي .
- الاهتمام بمفهوم الوقاية من الأمراض النفسية .
- رفع مستوى الصحة النفسية عن طريق وسائل الإعلام المختلفة .
- رفع مستوى المعيشة والتقريب بقدر الامكان بين مختلف طبقات الشعب فيما يتعلق بالمستوى الاجتماعي -الاقتصادي وفيما يتعلق بالمعايير السلوكية .
- تيسير سائر الخدمات الاجتماعية بالتوسع في إنشاء مراكز الخدمة الاجتماعية ومراكز توجيه الأسرة
- الاهتمام بالتخطيط السكاني و وسائل المواصلات والخدمات الصحية والتعليمية وتوفير فرص العمل.
- إجراء المزيد من البحوث العلمية حول الاضطرابات النفسية الاجتماعية والأسباب الاجتماعية للسلوك المنحرف.
- الاهتمام بعوامل الضبط الاجتماعي يلزم التغيير الاجتماعي المستمر الذي يشهده المجتمع.

9.4. النظريات المفسرة للصحة النفسية:

1.9.4. منظور التحليل النفسي وسيكولوجية الصحة النفسية:

رأى فرويد أن الانسان المتمتع بالصحة النفسية هو القادر على الحب والعمل المنتج ولم يبين فرويد في كتاباته النظرية بدرجة كافية الطريقة التي ينمي بها الأفراد صحتهم النفسية.

حيث تركز جل اهتمامه حول الصراعات التي أعاققت تحقيق الصحة النفسية ورأى فرويد أن طبيعة الكائن الانساني أن يكون عرضة للصراعات الداخلية إن تصور فرويد للطبيعة الإنسانية يترك إمكانية محدودة للصحة النفسية لدى الإنسان.

حيث يرى أن سلوكه مدفوع بدوافع لاشعورية وأنه في صراع دائم بين دوافع لا يقبلها المجتمع ومطالب يفرضها المجتمع ورأى فرويد أن الحياة اللاشعورية عند الفرد هي الأساس من حيث التأثير في سلوك الفرد وأن الشعور لا يشكل إلا جزءاً ضئيلاً من مجمل النشاط النفسي عند الإنسان وقد تحدث عن طاقة(الليبدو) وهي مجموعة من القوى الكامنة التي تظهر من خلال النزعات الجنسية والعدوانية المتأصلة في الفرد.

والتي تعبر عن نفسها بصورة لاشعورية وبني نظريته في تفسير الاضطراب النفسي على أساس الجهاز النفسي المتكون من(الهو-الأنا-الأنا الأعلى).

ولقد أشار فرويد أن قوة الأنا التي تتعامل مع الهو والأنا الأعلى وتحاول أن تتوافق بين أجهزة النفس ويوجه عملية تكيف الشخصية مع البيئة.

إلا أنه مقيد في عمل بما ينطوي عليه الهو من حاجات وما يصدر عن الأنا الأعلى من أوامر ونواهي، فإذا عجز عن التوفيق بينهما يحصل الصراع وعلى ذلك تتمثل الصحة النفسية الجيدة في قدرة الأنا على التوفيق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع. أو الوصول إلى حل للصراع الذي ينشأ بين أجهزة الشخصية ومطالب الواقع.

إلا أن فرويد يرى أن الإنسان لا يستطيع أن يصل إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية، حيث أن الإنسان في صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الواقع. ولقد رفض كثير من أنصار فرويد وتلاميذه أفكاره بسبب النزعة التشاؤمية والإغراق في إعطاء أهمية لدور اللاشعور والتشديد على العوامل البيولوجية بوصفها محددات للشخصية(موسى جبريل وآخرون،2008).

2.9.4. المنظور السلوكي وسيكولوجية الصحة النفسية:

تعتبر المدرسة السلوكية من أهم مدارس علم النفس الحديث، وقد ظهرت كرد فعل على مدرسة التحليل النفسي وهي على مرحلتين السلوكية التقليدية، والتي امتدت حتى عام (1993) والسلوكية الحديثة التي امتدت بعد هذا التاريخ وإلى الآن.

إن هذه النظرية تدور حول محور رئيسي وهو عملية التعلم والتي يشار إليها بنظرية المثير والاستجابة، وترى هذه المدرسة أن السلوك الإنساني الذي يصدر عن الفرد هو استجابة حدثت نتيجة وجود مثير حفز الفرد على الاستجابة.

إن هذا السلوك يمكن ضبطه والتحكم به وأن فشل الفرد في تعلم سلوكيات ناجحة تمكنه من التكيف الناجح مع النفس ومع المجتمع الذي يحيا فيه. يُعتبر عاملاً أساسياً في اختلال الصحة النفسية. وترى أيضاً أن السلوك الذي يصدر عن الفرد هو سلوك مُتعلم بأكمله، سواء كانت هذه السلوكيات سوية أو مرضية أي أن للبيئة أثراً واضحاً في تكوين شخصية الفرد.

وفسرت السلوك المرضي بأنه ناشئ عن فشل الإنسان في تعلم الاستجابات الناجحة التي تساعد على تحقيق وإشباع حاجاته وأهدافه بمعنى تحقيق التوافق أو التكيف مع الموقف فالكائن الحي هو المحك لدراسة المثير الذي يقع عليه.

فإن الفرد يكتسب عادات وتقاليد وقيم تتفق مع ثقافة المجتمع الذي يحيا فيه، بحيث يشعر بالتفاعل مع من حوله من الناس . فهو بلا شك يتمتع بالصحة النفسية، وأما إذا اكتسب عادات لا تتفق مع ثقافة المجتمع فإنه بلا شك يصعب عليه تحقيق التكيف مع ذلك المجتمع، الأمر الذي لا يجعله يتمتع بالصحة النفسية (القريطي، 2005: 63).

يفسر السلوك وفق هذه النظرية في ضوء ما يحدث من تغيرات فسيولوجية عصبية وهو وحدات صغيرة يعبر عنها بالمثير والاستجابة، وأن الارتباط بين المثير والاستجابة ارتباط فسيوكيميائي والمحور الرئيسي لهذه النظرية هو عملية التعلم ونمو الشخصية وتطورها يعتمد على التمرين والتعلم.

والسلوك الشاذ ما هو إلا تعبير عن خطأ مزمن في عمليات الارتباط الشرطي، أما الأمراض النفسية فهي نتيجة لاضطراب في عملية التدريب في الصغر مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في العمل بسبب الخطأ في التفاعلات الشرطية التي تسبب اضطراب الصحة النفسية ونشوء العصاب في القشرة الدماغية. (حنان، 2000: 15_17).

وأن الأمراض النفسية ما هي إلا ردود فعل الجهاز العصبي بسبب فشله في إقامة التوازن بين التفاعلات الشرطية المختلفة قديماً وحديثاً. وما يحدث من تعارض بين عوامل التعلم الشرطي من إثارة أو نهى.

ومن هنا فإن الصحة النفسية السليمة تمثل في اكتساب عادات مناسبة وفعالة تساعده في التعاون مع الآخرين، على مواجهة المواقف التي تحتاج إلى اتخاذ قرارات، فإذا أكتسب الفرد عادات تتناسب مع ثقافة مجتمعه فهو في صحة نفسية سليمة، والمحك المستخدم للحكم على صحة الفرد النفسية هو محك اجتماعي (حنان، 2000: 15_17).

3.9.4. المنظور الجشطلتي وسيكولوجية الصحة النفسية:

يعتبر كل من (كهلر وكوفكا وفرتهمير) من أبرز رواد النظرية الجشططالتية الأوائل مع مطلع القرن العشرين. ويرى هؤلاء العلماء أن تعلم السلوك يحدث نتيجة للإدراك الكلي للموقف وليس نتيجة لإدراك أجزاء لمواقف منفصلة، وتقوم هذه النظرية على أن تعاملنا مع الأشياء من حولنا يخضع بالدرجة الأولى للإدراك الكلي.

والكليات تتكون من مجموعة من العناصر اتحدت مع بعضها البعض أو انتظمت بشكل معين بحيث فقدت خصائصها الفردية الأصلية وأصبح هناك خصائص، جديدة بكليته كما تقوم هذه النظرية على قانون الإدراك أو الجشطلت وهو عملية تنظيم المدخلات في خبرات لها معنى والإدراك في هذه المدرسة له قوانين متعددة تحكمه وقانون الاستبصار وهو طريق التعلم والمعرفة عند الجشطلتين.

فهم الذين وضعوا قواعد وأسس التعلم بالاستبصار، وهو التعلم القائم على إدراك الفرد لعناصر الموقف التعليمي والعلاقات الرابطة بين هذه العناصر، فالمعرفة الناتجة عن عملية الاستبصار يتوقع منها أن تساعد الفرد على التوافق مع ما يعرفه.

وكذلك بالنسبة للإنسان فإنه لا يعرف نفسه أو ذاته إلا عن طريق الاستبصار لتنظيم الذي يضبط حركاتها وسلوكياتها وبالتالي يكون قادراً على التوافق الداخلي مع ذاته، والتوافق الخارجي مع البيئة الطبيعية أو الاجتماعية والروحية وبالتالي التمتع بالصحة النفسية. (الفريطي، 2005: 64).

4.9.4. المنظور الوجودي وسيكولوجية الصحة النفسية:

يعتبر العالم النفساني كيرت ليفين "LEWIN" مؤسس نظرية المجال التي استمدت فكرتها من المدرسة الجشططنتية، التي نشأت مع مطلع هذا القرن في ألمانيا على يد كوفكا وكهالر وغيرهما وازدهرت في فترة قصيرة في أمريكا.

ورغم قصر مدة ازدهارها فقد قدمت مجموعة الأفكار والنظريات وساهمت في إثراء التراث السيكولوجي، بوجه عام وفي هذه النظرية أشار كيرت ليفين إلى أن السلوك هو وظيفة المجال الذي يوجد في الوقت الذي يحدث فيه السلوك، ونتيجة لقوى ديناميكية محركة، يبدأ التحليل الكلي بتمايز الأجزاء المكونة ويُعرف المجال بأنه جمع الواقع الموجود معاً (القريطي، 2005: 64_66).

إن فهم وجهة النظر الوجودية عن الصحة النفسية يتطلب معرفة موقفها من القلق، فالقلق بالنسبة للمنظور الوجودي ليس شعور غير مُسر، أو غير مرغوب فيه فهو العلامة الأولى للتليقظ الفكري، وهو بالتالي بمثابة مثير أو حافز للنمو الشخصي، والصحة النفسية لا تعرف من غياب القلق وإنما باعتماد هذه المعاني للتفاعل معه (حنان، 2000: 18).

ولتفسير الواقع عند الوجوديين تدرك الأشياء بأنها يعتمد بعضها على البعض الآخر ولكل فرد مجاله الحيوي الذي يتكون من مكونات ثلاثة هي (القريطي، 2005: 65):

- الشخص : وهو مجموعة من الخلايا المركزية المحيطة .
- البيئة النفسية : وهي المنطقة الفاصلة بين الشخص وعالمه الخارجي، ومن خلالها تنفذ المثيرات الخارجية القادمة من العالم الخارجي، لتتلون بلون خاص بالفرد ذاته قبل أن تصل الخلايا إلى الخلايا المكلفة بالتعامل معها .
- العالم الخارجي : وهو كل ما يحيط بالفرد، ونعني بذلك البيئة الطبيعية مثل الأرض المناخ العمران، الآلات، والمخترعات والبيئة الاجتماعية الثقافية مثل الناس بعاداتهم وتقاليدهم وقيمهم
- يعتمد تحقيق الصحة النفسية عند الفرد على أداء الوظائف التي يفرضها عليه المجال الحيوي عنده، والمتمثلة في تلقي المثيرات والاستجابات الناجحة لها .
- فالفرد غير قادر على أداء الاستجابة الناجمة عن المثيرات المنبعثة من العالم الخارجي لا يمكنه أن يتوافق مع ذلك العالم، وبالتالي لا يمكنه التمتع بالهدوء النفسي.

ويضع الفلاسفة الوجوديين خمسة معايير للصحة النفسية(حنان، 2000: 20):

- الفرد الممتنع بالصحة النفسية هو القادر على خلق حالة من الاتزان بين الأشكال الثلاثة للوجود الوجود المحيط بالفرد، والوجود الخالص بالفرد، والوجود المشارك في العالم.
 - تتطلب الصحة النفسية الالتزام بالنسبة إلى الحياة، والسعي وراء الأهداف التي يختارها الفرد
 - قدرة الفرد على تحمل مسؤولية حياته.
 - توحد أو تكامل الشخصية.
 - تتحقق الصحة النفسية من خلال الشعور الذاتي أو إدراك الذات من خلال الإرادة. فإن لم يستطع أن يدرك معنى الوجود، ولم يشعر بالحرية، ولا يتحمل مسؤولية أعماله واختياراته، ولا يتقبل نواحي ضعفه أو مدركاً، للتناقضات فذلك يعني الاضطراب النفسي والصحة النفسية السيئة.
- 5.9.4. المنظور الانساني وسيكولوجية الصحة النفسية:

برز المذهب الإنساني في علم النفس ليحتل مركز القوة الثالثة بجانب القوتين الأولى والثانية (التحليل النفسي والمدرسة السلوكية) إبان فترة الخمسينيات واستمرت في الستينات. ولا تزال تنمو وتتبلور ومن أشهر رواد المذهب الإنساني ماسلو "MASLOW" وروجرز "ROGERS" بالإضافة إلى عدد كبير من الكُتاب، الذين عرفوا في مرحلة ما بأنهم يتبعون المنحى الوجودي.

بل وأصبح من الصعب التمييز بين الفريقين ويبدو لنا أن كلا الفريقين يعملان على بلورة المذهب الإنساني يقوم المذهب الإنساني على أساس عدد من المسلمات أهمها(القريطي،2005: 66) :

- الإنسان خير : هذه مسلمة اختلفت بشأنها مدارس علم النفس إذ يسلم التحليل النفسي بعدوانية الإنسان وأنانيته حيث له إلا إشباع رغباته، وخاصة حوافزه الجنسية، ولهذا فهو يقع في صراع مع المجتمع، ويذهب المذهب الإنساني في نظرتة الإيجابية عن الإنسان إلى اعتبار مايبودوا على الإنسان من عدوانية وأنانية بمثابة أعراض مرضية، هي نتيجة لما يلقاه الفرد من إحباطات مختلفة، أو إنكار لحقه في أن يحقق إنسانيته .
- الإنسان حر في حدود معينة : لقد نادى كل من مدرسة التحليل النفسي والمدرسة السلوكية بالحتمية النفسية في المسائل الطبيعية، ولكن آراء المذهب الإنساني تختلف مع المدرستين اختلافاً كلياً، حيث تُعتبر حرية الإنسان من أهم مسلماته، فالإنسان حر في اتخاذ ما يراه مناسباً من قرارات واختيار مايناسبه من أوجه النشاطات.

- الإنسان كائن حي في نشاط مستمر : إن الإنسان في نمو مستمر وهو يسعى دائماً إلى الأفضل والأفضل هو أن يحقق إنسانيته، لذلك يرى أصحاب المذهب الإنساني، أن الإنسان في نشاط مستمر وهادف، أي أن ما يدفعه إلى النشاط رغبته في تحقيق أهداف معينة، وقد ظهرت مصطلحات جديدة تُعبر عن هذه الأهداف مثل تحقيق الذات، والوجود، والتلقائية والاستكثار.
- الخبرة : يعتمد مؤسسوا المذهب الإنساني الأصول الظاهرية والوجودية ، ذلك أن المذهب الذي يؤكد على دراسة الخبرة الحاضرة للفرد، كما يُدركها من يمر بها وليس كما يُدركها الآخرون .
- فهم السلوك الإنساني : إن فهم السلوك الإنساني والطبيعة الإنسانية لا يتحقق إلا من خلال دراسة الأصحاء من الأفراد، وهم في ذلك يختلفون عن الفرويديين، الذين استقوا بياناتهم من دراسات الحالات المرضية .
- لقد فهم أصحاب المذهب الإنساني أن صحة الإنسان النفسية، لا تتحقق بصورة كاملة ما لم يتوافر للفرد شروط تسمح لطبيعة الإنسان أن تأخذ مداها.
- وعندها يكون الفرد قد حقق إنسانيته. كما يقوم علم النفس الإنساني على بعض المعتقدات الأساسية في تفسير الصحة النفسية عند الأفراد منها(سامر جميل،2007: 40):
- أن الإنسان خير بطبيعته "Human Nature is Good" أو على الأقل محايد "Neutral" وأن المظاهر السلوكية السيئة أو العدوانية تنشأ بفعل ظروف البيئة .
- أن الإنسان حر ولكن في حدود معينة، فهو حر في اتخاذ ما يراه من قرارات وقد يكون هنالك مواقف وظروف تحد من حريته.
- التأكيد على السلامة أو الصحة النفسية "Emphasis on Psychological" الدراسة النفسية يجب أن تتوجه إلى الكائن الإنساني السليم وليس الأفراد العصائبيين أو الذهانيين.

6.9.4. المنظور المعرفي وسيكولوجية الصحة النفسية:

يرى المعرفيون أن الصحة النفسية تعتمد على الأقل جزئياً على الطريقة التي يفسر بها الأفراد، وقيمون الحوادث في البيئة.

ويرون أن زيادة الإحساس بالفاعلية الذاتية، يُسهم في تعزيز صحتنا النفسية والجسدية، وأن الذي لديه صحة نفسية هو الذي يفسر الخبرات المهددة بطريقة تمكنه من المحافظة على الأمل. ومن استخدام مهارات مناسبة في حل المشكلات. كما أنه يستخدم استراتيجيات معرفية في مواجهة الضغوط النفسية.

أما الشخص الذي لا يتمتع بصحة نفسية، فهو الذي يفقد الأمل ويشعر بالعجز ولا يتمكن من الاستجابة بفاعلية لمطالب البيئة ، ويعجز عن استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة في مواجهة الضغط النفسي. (جبريل موسى، 2009، 27).

10.4. قياس الصحة النفسية:

قبل أن نتطرق إلى قياس الصحة النفسية وماهي الأدوات نشير إلى مستويات الصحة النفسية بما أن الصحة النفسية حالة غير ثابتة، تتغير من فرد إلى آخر، ومن وقت إلى آخر، لدى نفس الفرد ومن مجتمع إلى آخر، فإن ذلك أن الصحة النفسية، تتوزع على درجات ومستويات مختلفة، وفيما يلي خمس مستويات تميز الصحة النفسية وهي كالتالي(محمد قاسم عبد الله، 2001: 25):

- المستوى الراقى (العادي): هم أصحاب الأنا القوي والسلوك السوي والتكيف الجيد إنهم الأفراد الذين يفهمون ذواتهم ويحققونها، وتبلغ نسبة هؤلاء (يقعون في أقصى الطرف الايجابي في البعد والمنحى الاعتدالي).

- المستوى فوق المتوسط: وهم أقل من مستوى السابق وسلوكهم طبيعي وجيد ونسبتهم (13.5%)

- المستوى العادي(الطبيعي والمتوسط): وهم في موقع متوسط بين الصحة المرتفعة والمنخفضة لديهم جوانب قدر وجوانب ضعف، يظهر أحدها أحياناً ويترك مكانه للأخر أحياناً أخرى، وتبلغ نسبتهم حوالي (68.5%).

- المستوى أقل من المتوسط : هذا المستوى أدنى من السابقين من حيث مستوى الصحة النفسية أكثر ميلاً للاضطراب وسوء التكيف، فاشلون في فهم ذواتهم وتحقيقها، يقع في هذا المستوى الأشكال الانحرافية النفسية والاضطراب السلوكي الحادة، نسبة في (13.5%).

- المستوى المنخفض: قليل جداً الصحة النفسية، وعندهم أعلى درجة الاضطراب وشذوذ النفسي يمثلون خطراً على أنفسهم وعلى الآخرين، ويتطلبون العزل في المؤسسات الخاصة، وتبلغ نسبتهم (25%) تقريباً.

ولقد قام بعض العلماء النفس في وضع قوائم يرون أنها تحدد مدى تمتع الفرد بالصحة النفسية ومن هذه القوائم (المطيري، 2005):
أولاً. قائمة جودا "Jouda" (1958):

تهتم هذ القائمة بالأبعاد النفسية والاجتماعية للفرد، ولا تتعرض لجوانبه الجسمية والروحية حيث تحتوي على المؤشرات التالية :

1. تقبل الذات واحترامها الشعور بالوجود الاستقلالية التلقائية.

2. تكامل الشخصية مرونة الأنا القدرة على تحمل الإحباط والقدرة على تحمل القلق.

3. الاعتماد على النفس.

4. الحساسية الاجتماعية.

5. الكفاءة في العلاقات الشخصية وفي العمل القدرة على التكيف .

ثانياً. قائمة بارون "Baron" (1968):

اقتصرت هذه القائمة على تحديد المؤشرات الأخلاقية والقيمية للإنسان، وأهملت الجوانب الأخرى.

حيث يصف بارون "Baron" الإنسان السوي بأنه ذلك الفرد الذي لا يكذب، لا يفسق ولا يسرق، ولا يغترب، ولا يقتل، ولا يقوم بأي عمل فيه تهديد للحياة .

ثالثاً. قائمة ماسلو "Maslow" :

يرى ماسلو Masslow أن الشخصية السوية لا تتحقق إلا عندما يعرف الإنسان نفسه وإمكاناته، فيكون صادقاً مع نفسه ويتصرف وفقاً لإمكاناته مما يؤدي إلى تقبله لذاته ورضاه عنها فيشعر بالسعادة والراحة النفسية، وتشمل قائمة ماسلو أيضاً ارتباط الفرد بمجموعة من الأبعاد :

1. معرفة الفرد لذاته وإمكاناته :

وهذه مقولة قديمة حيث بدأ سقراط فلسفته ولكي يحققها اتبع المنهج الحوارى الخاص به ومازالت الاتجاهات الحديثة المعاصرة تراها شرطاً ضرورياً بتوافق الإنسان مع نفسه وليتمتع بالصحة النفسية .

2. صدق الفرد مع نفسه:

بأن يتصرف وفقاً لإمكاناته ووفقاً لقيمه دون اللجوء إلى التزييف أو التزوير وهذه مقولة من المقولات الوجودية التي تدعو الإنسان أن يكون هو ولا شيء غير ذلك .

3. قبول الفرد لذاته:

ورضاه عنها , مما يمنحه الراحة والثقة بالنفس والقناعة والطمأنينة .

إن قائمة ماسلو تحدد شرط الصحة النفسية على النحو الشكل التالى :

أعرف نفسك (.....) كن صادقاً معها .(.....)

رابعاً. قائمة صموئيل مقاريوس (1974):

وتشمل المؤشرات التالية :

1. تقبل الفرد لحدود إمكاناته. 5. كفاءة الفرد في مواجهة إحباطات الحياة اليومية

2. استمتاع الفرد بعلاقاته الاجتماعية. 6. اتساع أفق الحياة النفسية

3. نجاح الفرد في عمله ورضاه عنها. 7. إشباع الفرد لدوافعه وحاجاته ثبات الاتجاهات لدى الفرد

4. الإقبال على الحياة بوجه عام. 8. تصدى الفرد لمسؤولية أفعاله وقرارت الاتزان الانفعالي.

إن هذه القائمة لا تختلف كثيراً عن سابقتها من حيث اهتمامها بالجانب النفسي للفرد والجانب الاجتماعي، دون ذكر للجانبين البيولوجي والروحي، ولما كانت المؤشرات المختارة هي مؤشرات إنسانية، فقد ذهبت العينة إلى الموافقة عليها وحددت أول عشرة مؤشرات دالة على الصحة النفسية وهي :

- أن يكون الفرد صادقاً مع نفسه.
- أن يكون لديه الشجاعة في التعبير عما يراه صواباً.
- أن يكون هادفاً مع الآخرين.
- أن يكون متقبلاً لذاته.
- أن يعتمد على نفسه.
- أن يتحمل مسؤولية أفعاله وقراراته.
- أن يتمتع بالاستقلالية.
- أن يكون ثابتاً في اتجاهاته
- أن يكون مرناً.
- أن يتفانى في أداء العمل الذي يحب أن يؤديه .

خامساً. قائمة جهوداً عام (1958):

التي تعتبر من المحاولات الأولى الجامعة حيث قالت بستة مقومات :

- الاتجاه نحو الذات : وهو مكون أساسي يتعلق بالوافق مع الذات وقبولها واحترامها مما يشكل حالة من الوعي الإيجابي بالهوية .
- تحقيق الذات : وهو تنمية إمكانات الفرد إلى أقصى مداها .
- الاستقلال الذاتي : وهو التحرر من المؤثرات الاجتماعية ووعي هذه المؤثرات وقواها السلبية
- التكامل : وهو توفر نظرة محددة للحياة ومقاومة الهواجس والتوازن بين القوى النفسية.
- إدراك الواقع : وهو التحرر من الحاجة إلى تشويه الواقع، والقدرة على التعاطف والحساسية الاجتماعية .
- السيطرة على البيئة : وهي القدرة على الحياة، والكفاءة في العمل والترويح والعلاقات المتبادلة، وحل المشكلات ومواجهة المتطلبات الحياتية .

سادساً. قائمة سوين (1970) وتؤدي إلى مايلي :

- الفاعلية: تحقيق الأهداف والتغلب على المشكلات أو القدرة على حلها بأساليب إيجابية .
- الكفاءة : حسن استغلال الطاقات والإمكانات باتجاه الحصول على أفضل مردود مقابل الجهد المبذول في توظيف الطاقات .
- المواعمة: التلاؤم مع الواقع وتقديره
- المرونة: وهي القدرة على إيجاد البدائل والتكيف الإيجابي للضغوطات أو تحمل الإحباط والتعليم والتغيير
- التكيف : وهو تغيير ما يقبل التغيير وما يجب تغييره، وتقبل ما لا يجب تغييره ، والتكيف مع ما لا يمكن تغييره، والتميز بين هذه الحالات الثلاث .
- الإفادة من الخبرة: وهي تشكل مفتاح النمو الإيجابي الذي يراكم المعارف والتجارب ويزيد من فعالية الممارسة وكفاءتها من خلال تعلم طرق أكثر إنتاجية .
- فاعلية التفاعل الاجتماعي : من خلال مرونة الأدوار والمشاركة الوجدانية والقدرة على حسن اختيار العلاقات وإدارة التفاعلات .
- الشعور بالاطمئنان النفسي : تقدير وقبول الذات والوفاق معها .

خلاصة الفصل:

يتبين من خلال هذا الفصل أن الصحة النفسية، يصعب تعريفها نظراً لاختلاف التوجهات ونسبيتها التي تتغير حسب عدة عوامل، منها العوامل الشخصية والاجتماعية والثقافية، فلا تتحقق الصحة النفسية إلا باشتراك عدة عناصر مهمة. ولا تقوم الصحة العامة إلا بتعزيز الصحة النفسية فليس هناك صحة بدون صحة نفسية.

كما نخلص إلى حقيقة هامة ألا وهي أن الصحة النفسية تعد من السيرورات النفسية لسلامة الجسم والعقل، كما توجد فئة تعاني من تدني الصحة النفسية وهي فئة المراهقين وبالتالي سنتعرض في الفصل الموالي لطبيعة مرحلة المراهقة.

الفصل الخامس

مرحلة المراهقة حاجاتها ومشكلاتها و التوجهات النظرية المفسرة لها

تمهيد.

1.5. تعريف بالمراهقة

2.5. علاقة المراهق بالأسرة

3.5. الحاجات الأساسية في مرحلة المراهقة.

4.5. المشكلات النفسية والسلوكية في مرحلة المراهقة.

5.5. أشكال المراهقة

6.5. التوجهات النظرية المفسرة لمرحلة المراهقة

7.5. العوامل الشخصية لدى المراهق المؤثرة في الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية

8.5. دور الإرشاد النفسي في مرحلة المراهقة

خلاصة الفصل

تمهيد:

استناداً إلى التنظيم المنهجي والتنظيم المعلوماتي، سيتناول هذا الفصل عينة البحث التي هي محل الدراسة والمتمثلة في فئة المراهقين، ولذا سنتطرق إلى كل ماله علاقة بهذه الفئة سواء من ناحية المرحلة، أو خصائصها ومميزاتها، أو ما تعلق بالأطر النظرية التي تُفسر لنا هذه المرحلة، ليسهل إدراك طبيعة مرحلة المراهقة في سياق بحثي علمي لرصد أهم ما تحمله سمات عينة البحث من مميزات فيسيولوجية ومعرفية وجسمية، وهذا ما نريد تبيانه في سياق هذا الفصل.

1.5. تعريف بالمراهقة:

يُعرف أكرم المراهقة (2000: 38): " هي الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي " ثم أورد ملاحظة هامة وهي أنّ هذا التعريف يشير إلى حقيقة هامة، وهي أنّ النمو لا ينتقل من مرحلة إلى مرحلة فجأة، ولكنه نمو تدريجي وأنّه ليس بلوغ الفتى أو بدء مراهقته تعني أنه يمكن الاعتماد عليه ومحاسبته كرجل.

كما يعرفها محمود عبد الرحمن (2001: 241): " هي المرحلة الانتقالية بين الطفولة والرشد والتي تشمل الفترة الزمنية ما بين الثانية عشرة والحادية والعشرين من العمر " ثم قال موضحاً: وهي الفترة التي يبدأ فيها البلوغ في الجانب الجسدي نتيجةً للتغيرات الهرمونية، والتي تتبعها تغييرات سريعة في الأعضاء الجسدية لكل من الذكور والإناث، ممّا يُحدث إرباكاً للمراهق في التكيف مع الأجزاء البارزة في جسده .

تعريف محمد حسين (1998: 290): " تشمل الفترة العمرية من بداية المتغيّرات الجسمية المرتبطة بالبلوغ الجنسي، وتنتهي حدّتها في حوالي الخامسة عشرة، ثم تنتهي في سن الثامنة عشرة تقريباً مع بلوغ سن السّعي والشباب والرّشد وهي الفترة التي يكتمل فيها النضج الجنسي، وهي تختلف من شخصٍ لآخر ."

أما المراهقة في علم النفس فتعني: "الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي"، ولكنه ليس النضج نفسه؛ لأن الفرد في هذه المرحلة يبدأ بالنضج العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي، ولكنه لا يصل إلى اكتمال النضج إلا بعد سنوات عديدة قد تصل إلى عشر سنوات، وهناك فرق بين المراهقة والبلوغ (خولة محمد ناجي، 2009: 2).

فالبلوغ يعني "بلوغ المراهق القدرة على الإنسال، أي: اكتمال الوظائف الجنسية عنده، وذلك بنمو الغدد الجنسية، وقدرتها على أداء وظيفتها".

أما المراهقة فتشير إلى "التدرج نحو النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي". وعلى ذلك فالبلوغ ما هو إلا جانب واحد من جوانب المراهقة، كما أنه من الناحية الزمنية يسبقها فهو أول دلائل دخول الطفل مرحلة المراهقة (خولة محمد ناجي، 2009: 2).

كما تعرف المراهقة في المعجم التربوي وعلم النفس أنها: فترة من العمر تقع بين البلوغ وسن الرشد، تختلف بحسب الأفراد ولكنها تمتد عادة من سن الثانية عشر إلى العشرين وتتميز بالقلق وبظهور دوافع جنسية وبالتوق إلى الاستقلال (نايف القيسي، 2006: 355).

كما تشمل المراهقة ثلاث مراحل تقترن بمدة زمنية، كما تختلف من مجتمع إلى آخر وهي كما وردت (سعيد فؤاد، 2011):

- مرحلة المراهقة الأولى من (11) سنة إلى (14) سنة، وتتميز بتغيرات بيولوجية سريعة.
- مرحلة المراهقة الوسطى من (14) سنة إلى (18) سنة، وهي مرحلة اكتمال التغيرات البيولوجية.
- مرحلة المراهقة المتأخرة من (18) سنة إلى (21) سنة وهي مرحلة الرشد.

وانطلاقاً مما سبق عرضه فيرى الباحث أن المراهقة هي مرحلة تغيرات بيولوجية وعقلية ونفسية لديها آثار على الجوانب الشخصية والنفسية، تتصف المراهقة بمرحلة الانتقال من أجل البلوغ والنضج السليم وصولاً إلى الرشد والتوازن.

2.5. علاقة المراهق بالأسرة:

إن ما يتطلع إليه المراهق من استقلال عن أسرته يعتبر أظهر الأحداث في حياته، فهذا التطور يعرف باسم "الطعام النفسي" يصبوا إليه كل مراهق لأنه يتبين فيه انفراد ذاته عن سواها من سائر أفراد أسرته، وفيه يختبر المراهق مقدار استقلاله الذاتي.

وأن ما يتم تحقيقه خلال هذه الفترة من تحمل للمسؤولية الذاتية يترتب عليه إلى حد كبير ما يحتمل أن ينجزه من نجاح أو ما يستعرض له من إخفاق في الحياة.

وأبرز ما يتصل بتفكيره في الانفراد عن الأسرة هو أن تغير تفكيره هذا إنما هو نتيجة لتغيرات إيجابية ناتجة عن علاقته بالآخرين غير الأبوين من أفراد أسرته.

ولعل هذا الاتجاه يمثل تدهوراً في علاقته بسائر أفراد الأسرة، ولذلك قد يكون قد غير شيئاً في اتجاهاته، ويكون قد كون علاقات خارجة عن نطاق أسرته، ويكون كذلك قد نقل ولاءه ومعاييره الجديدة إلى أفراد قد لا تعرف عنهم الأسرة شيئاً.

بالرغم من حاجة المراهق للحرية، من أجل أن يكون قادراً على اختبار الحياة(الجسماني علي،1994: 227).

ولذا لا بد من التأكيد على أن الإرشاد والحماية من الظروف الخطرة واجب على الأهل، خلال هذه المرحلة، فالتربية الفاعلة في البيت تؤمن للمراهق الانتقال السلس من الارتباط الآمن بالأهل إلى الانفصال عنهم.

وتشير الدراسات إلى الدفء والتقبل داخل الأسرة مع التوجيه غير المتسلط يؤديان إلى مراهقة كفؤة ومتكيفة ومتوازنة.

ومن الطبيعي أن يمر المراهق خلال هذه المرحلة يتوقف خلالها عن النظر إلى والديه باعتبارهما مثاله الأعلى، وعندما يحدث ذلك نلاحظ أن الخضوع لسلطة الوالدين يتقلص بشكل ملحوظ. (صالح أبو جادو،2004: 456).

وهكذا تنشأ المواجهات السلبية بين الأهل والمراهق، وهي ناتجة عن اختلاف جذري في وجهات النظر، وعلى العموم فموقف الكبار والراشدين يتصف بأنه موقف عدواني من المراهق يتخذ أشكالاً مختلفة.

منها الراشد صاحب الخبرة الذي يؤكد على قيمته ومكانته وتفوقه، وموقف الراشد الواعظ الذي يدفع المراهق إلى الامتثال إلى القيم والمعايير والطاعة والاحترام، وموقف الراشد المقرب الذي يُقابل المراهق بإظهار الرعاية والعطف، وأخيراً موقف الراشد الذي يعتبر نفسه في حالة شباب يُحاول تسيير المراهق حسب رغباته (صالح أبو جادو، 2004: 456).

3.5. الحاجات الأساسية في مرحلة المراهقة:

هناك ثلاث حاجات أساسية في مرحلة المراهقة حسب ما أورده فيصل خير الزراد في كتابه مشكلات المراهقة والشباب (2004: 54-57):

أولاً- الحاجات الفسيولوجية:

وهي حاجات تتبع من طبيعة التكوين العضوي والجسمي لدى الفرد، وهي حاجات غالباً ما تكون مشتركة مع الحيوان، وغير متغيرة إلى حد ما، وسهلة الإشباع أو التحقيق ولكنها قوية من حيث التأثير والإلحاح.

وهذه الحاجات تسعى إلى نمو الجسم ونضجه، وإلى تحقيق التوازن الوظيفي والعضوي في الجسم، ومن هذه الحاجات:

(الحاجة إلى الطعام والشراب-الحاجة إلى الهواء والنوم- الحاجة إلى الراحة من التعب- الحاجة إلى طرح الفضلات-الحاجة إلى المحافظة على درجة الحرارة أو برودة معينة في الجسم- الحاجة إلى المحافظة على ضغط معين في الجسم-الحاجة إلى حماية الجسم من الإصابات والتخلص من الألم-الحاجة إلى النشاط والحركة واللعب-الحاجة إلى استخدام الحواس-الحاجة إلى الجنس-حاجات أخرى.....).

ثانيًا-الحاجات النفسية-الوجدانية:

وهي حاجات تعمل على تحقيق التوازن النفسي لدى الفرد، ومما شك فيه أن التوازن النفسي يرتبط بالتوازن العضوي والعكس.

وهذه الحاجات تشير إلى التكامل النفسي لعمليات الإنسان النفسية، والعقلية والوجدانية والاجتماعية والصحية ومن هذه الحاجات:

(الحاجة إلى الأمن والطمأنينة-الحاجة إلى التقدير واحترام الذات-الحاجة إلى الحب-الحاجة إلى التنافس-الحاجة إلى الحرية-الحاجة إلى التفوق والسيطرة-الحاجة إلى إشباع الميول).

ثالثًا-الحاجات الاجتماعية:

وهي متعلقة بالمجتمع، والبيئة المحيطة بالفرد، وهي حاجات تتأثر بعملية الاكتساب والتعلم، وتكون متغيرة حسب المجتمعات والحضارات، وتختلف حسب الأفراد.

وهي حاجات كسابقتها-الحاجات النفسية- صعبة التحقيق، ولكنها تخدم الحاجات العضوية وهي مثل: (الحاجة إلى الاجتماع مع الغير وتكوين علاقات اجتماعية حسنة- الحاجة إلى القيام بالواجبات وتحمل المسؤولية تجاه الغير- الحاجة إلى تكوين أصدقاء- الحاجة إلى المحافظة على الأخلاق والعادات الاجتماعية والتراث-الحاجة إلى المحافظة على النظم والطقوس الدينية السائدة-حاجات أخرى). وقد رتب ماسلو **Maslow** الحاجات الإنسانية في خمسة مستويات ضمن ما يسمى بهرم الحاجات، وهو يلخص جميع العناصر السابقة، كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم(18) يوضح هرم ماسلو للحاجات(أحمد الزق2006: 231).

4.5. المشكلات النفسية والسلوكية في مرحلة المراهقة:

- مشكلة تدني مفهوم الذات لدى المراهق:

إن ما يطرأ على المراهق من تغيرات جسمية، وعقلية، ونفسية يؤثر في شخصيته بصفة عامة، وبمفهوم المراهق لذاته بصفة خاصة، هذا المفهوم الذي يؤثر بدوره في تنظيم مدركاته وخبراته مما يحدد سلوكه.

ويشير العالم بيمر-Beemer في مقالة عن التغيرات النمائية في مفهوم الذات لدى الأطفال والمراهقين، بأن سلوك المراهق يكون حسب مدركاته ومفهومه لذاته، وعادة يزداد وعي المراهق بذاته مع زيادة الحساسية من حيث تقييم هذه الذات، والسبب في ذلك أن عملية البلوغ والنضج الجسمي تحدث تغيرات في اتجاهات المراهق نحو ذاته ونحو الآخرين، مما يؤدي إلى تعديل مفهوم الذات وإعادة تنظيمه، وزيادة تكامله مع نمو المراهق.

ومن العوامل المؤثرة في مفهوم الذات صورة الجسم وما يترتب عن ذلك من مشكلات، وصورة الجسم هي الصورة العقلية التي يكونها الفرد عن جسمه كما يستحضرها في الذهن سواء عن طريق تكوين صورة حقيقية سابقة أو صورة تخيلية، مما يترتب على إدراك المراهق لجسمه بعض الانحرافات عن الواقع أو السوء.

وهذا قد يؤثر في مدركاته وفي سلوكه وتشير بعض الدراسات إلى أن صورة الجسم لدى المراهق هي جملة انطباعات حالية وليست سابقة.

وحسب علماء الأعصاب أن هذه الانطباعات تُنتج عن تجارب حسية-حركية التي يكتسبها المراهق، حيث تمكن من التمييز بين جسمه وعالم الأشياء والآخرين، وهذه التجارب يمكن أن تساهم في تنظيم الإدراك، كما تساهم في زيادة الوعي بالذات والدقة في تقييمها وخاصة مفهوم الذات المثالية.

ويبذل المراهق كل جهده لتدعيم انطباعاته عن مفهوم جسمه، ومفهوم ذاته، وحفظ الذات، (فيصل الزراد 2004: 22-23).

- القلق والاكتئاب لدى المراهق:

إن التغيرات التي تطرأ على المراهق من الناحية الجسمية، والنفسية، والاجتماعية تجعل بعض المراهقين غير مستقرين، وتظهر لديهم أعراض القلق، وبعض الأعراض الأخرى كالذوار والصداع، والأرق، والإحساس بالتعب.

وقد يكون من عوامل القلق لدى المراهق اضطراب العلاقة مع والديه، أو الخوف من زيادة الميول العاطفية نحو الجنس الآخر، وأحياناً يشعر المراهق بأنه قد فقد القدرة على العودة إلى الطفولة السابقة وإلى الوالدين.

وبما أن عملية المراهقة تمثل مرحلة الانفصال الحقيقي عن الوالدين، لذا نجد بعض المراهقين ينتابهم إحساس عميق بالحزن، والوحدة، وأحياناً تستولي عليهم فكرة الموت أو الانتحار أو الجنوح، أو نجد المراهق يختار بديلاً عن الوالدين مثل العم، أو العممة أو الأستاذ أو جماعة الأصدقاء.

كذلك قد يواجه المراهق مشاعر الاكتئاب، ويسعى إلى التخفيف منها بواسطة اندفاعات سلوكية من قبيل أفعال الجنوح مثل تعاطي الخمر، أو الممارسات الجنسية.

وقد يشكو المراهق من الإحساس بالفراغ وهذا يؤدي إلى الحزن، والضجر وإلى ارتفاع مستوى القلق، من دون القدرة على التعبير أو تفسير ما يعانیه من أحزان، وإذا تعرض المراهق لخبرات الفشل والإحباط ولم يستطع حل مشاكله فإنه يلجأ إلى الاكتئاب والانطواء والسلبية. (فصيل الزراد، 2004: 23-24).

- الرهاب الاجتماعي لدى المراهق:

يعتبر الرهاب الاجتماعي نوعاً من أنواع المخاوف المرضية، وهو أحد الاضطرابات التي تشكل خطراً على التفاعل الاجتماعي لدى المراهقين في بداية حياتهم، وتتمثل السمات الأساسية لهذا الاضطراب في الخوف المستمر، والتجنب للمواقف قد يتعرض فيها الفرد للفحص والتدقيق من قبل الآخرين. (دانية بنت عثمان، 2010).

- المشاعر الدينية لدى المراهق:

يمكن اعتبار القيم الدينية والمعتقدات، بمثابة بعد أساسي من أبعاد شخصية المراهق ويرتبط الدين بجميع مجالات الحياة الروحية، والمادية، والفكرية ويعتبر علماء العلاج الديني أن الدين يمكن اعتباره قوة دافعة نحو إصلاح العادات وتوازن السلوك والأخلاق.

وبالنسبة إلى المراهق نجد تغيراً وتطوراً في مشاعره الدينية حيث نجده يميل إلى التأمل، وإلى العبادة، والانشغال بالمثل الدينية، وأحياناً الازدواجية في الشعور الديني حيث يوجد لدى المراهق تعدد الاتجاهات الدينية بين إيمان تقليدي عميق، وبين تحمس للدين، وبين شك وإحاد خاصة عند المراهقين عدا المراهقات.

أما الحماس الديني الذي يحل مكان الاتجاه الديني التقليدي فإنه يأخذ شكل التحرر من البدع، ونقد النواحي الخرافية، وقد ينضم المراهق إلى جماعات دينية، إذا كان من النوع المنبسط، أو يلجأ على التصوف والتأمل إذا كان هذا المراهق من النوع المنطوي.

وقد تسيطر عليه الأفكار الخرافية، والسحر، والشعوذة، والاستعانة بالتمايم والأحجية وقد يلجأ إلى الدين من أجل تصعيد الدوافع والميول الجنسية مع الإحساس الشديد بالإثم والخوف من عقوبة الله عز وجل.

ولاشك أن الدين ينظم أخلاق المراهق وينمي الضمير الفرد والجماعي لديه.

كما يعتبر مشكلة دينية تفرق المراهق وتدخله في بؤر الصراع العقائدي والانحراف عن السلوك الديني السليم. (فيصل الزراد، 2004: 26-27).

- الإدمان على الانترنت لدى المراهق:

مما لا شك فيه أن الانترنت عبارة عن تقدم تقني متطور وهام في العالم، وهو جزء من ثورة الاتصالات، ونافذة نطل من خلالها على العالم، والانترنت تسهل عملية التواصل بين الإنسان والإنسان في العالم.

كما يسهل الأمور العلمية والعملية، مع معرفة ما يجري حول الإنسان في العالم من أحداث، وتقدم علمي وثقافات، وقضايا وغيرها بالإضافة إلى الأخبار الفنية والعسكرية والسياسية والاجتماعية والصحية وغيرها في العالم.

فنحن لا نستطيع أن نمنع هذه التقنية عن المراهقين والأطفال ولكن باعتبارنا مرشدين وآباء ومعلمين بإمكاننا أن نعلمهم الاستخدام المفيدة لهذه التقنية الحديثة، ومن دون أي تأثير سلبي.

إلا أن هناك دراسات علمية في الصحة وعلم النفس تشير على أن الإفراط في استخدام الإنترنت والكمبيوتر يؤثر سلبًا على صحة الإنسان الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية.

وهذا بدوره ينعكس سلبًا على الأسرة والمجتمع والمهنة والواجبات الدراسية والعلاقات وغيرها.

ومن أخطر السلبيات المترتبة على الاستخدام الخاطئ للإنترنت توحد الفرد مع الآلة وزيادة عزله عن باقي الأفراد، ومع التكرار تظهر عادة الإدمان أو الاعتماد على الانترنت بالإضافة إلى هدر الوقت، ونسيان الواجبات اليومية، والابتعاد عن الأنشطة الاجتماعية مثل العلاقة مع الأصدقاء.

كما تظهر أعراض ضعف الحواس، وخاصة حاسة البصر، ومن الطبيعي أن كل ذلك يؤثر على صحة الفرد النفسية والعقلية، خاصة إذا استمر الفرد على عاداته الخاطئة في استخدام الانترنت، لهذا تظهر أهمية الأسرة والمدرسة في التربية والتوجيه والإرشاد لهؤلاء المراهقين. (فيصل الزراد، 2004: 26-27).

- الإدمان على البرامج التلفزيونية لدى المراهق:

أما فيما يتعلق بالمسلسلات التلفزيونية، وبرامج الفضائيات فهي لا تقل أهمية وخطورة في الوقت نفسه عن الإنترنت.

خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار أن ما يعرض في هذه المسلسلات والفضائيات وغيرها يعتبر وسيلة تعلم للمراهقين، عن طرق التلقين المباشر، أو عن طرق المحاكاة والنقلد و النمذجة، وكذلك عن طرق الملاحظة،،(فيصل الزراد، 2004: 26-27).

وكلنا يعلم أن سلوك العنف والعدوان والإرهاب والتوتر هو سلوك مكتسب ويتأثر الأطفال والمراهقون بسرعة بالقذوة الرمزية، من خلال عرض فيلم أو مسلسل.

ومن المؤسف أن الإعلام العربي والفضائيات العربية والبرامج المعدة سخرت كلها لخدمة أغراض التغريب، فأفلام العنف والجريمة والاعتصاب والقتل، والأفلام المدبلجة وغيرها والأفلام الإباحية والإعلانات المغرضة وحتى الأخبار أصبحت كلها موجهة لخدمة التغريب، مما تساعد على تكوين أفكار غير متكيفة مع المجتمع المحلي، وبذلك يحدث ما يسمى بالتناقض الفكري لدى المراهق.

- مشكلة التناقض الفكري والوجداني لدى المراهق:

إن الصراع بين التراث وبين الأصالة والحداثة وصراع بين مخلفات النقل وبين قضايا المنطق والعقل، وصراع بين أمجاد الماضي وآلام الحاضر بما فيه من علمنة وعولمة وصراع بين ما هو كائن وما يجب أن يكون.

فمن هذا التصور ليس غريباً أن تكون الشخصية مضطربة فكرياً ونفسياً وسلوكياً سواء على المستوى الشعوري الواعي أو المستوى اللاشعوري، وقد زادت هذه التناقضات حدة في وقتنا الراهن وخاصة بين معالم الدين ومعالم الدنيا.

بين التصور والخيال وبين الواقع، بين عالم الغيب وعالم الحياة والمادة، تناقضات بين المدح والهزاء هذا بالإضافة إلى عوامل التغريب والازدواجية الثقافية، والازدواجية الفكرية. (فيصل الزراد، 2004).

وهذه كلها تؤثر على عمليات النمو وتطور الفرد وتؤثر على البناء الفكري والسلوك العام، وبالتالي فيجد المراهق نفسه لا تفرق بين الحقيقة والخيال وبين الصح والخطأ وأين الحلال وأين الحرام، وأين هي معايير السواء واللاسواء، مما يصعب عليه تكوين بناء فكري عقلائي(فبصل الزراء، 2004).

- مشكلة اضطراب الدور:

يسعى المراهق في هذه المرحلة إلى تحديد من هو، ماهي أهدافه ماهي الأدوار التي يمكن أن يلعبها خلال حياته المستقبلية، بعبارة أخرى أنه يسعى إلى تحديد هويته، فالمهمة التي يسعى لها هي أن يطور إحساسا متكاملًا ووعيا بالذات، يشعره بالرضا ويشعره بالاستقلالية والتميز عن الآخرين.

فلكي يحل المراهق أزمة الهوية بشكل ناجح يحتاج لأن يتخذ القرارات التي تخص حياته بنفسه مثل اختيار المهنة، الدراسة، الأصدقاء والمواقف المختلفة أما المراهق الذي لا يحل أزمة الهوية بشكل ناجح فإنه يعني من اضطراب الدور.

وهذا يظهر على شكل انسحاب وعزلة عن الرفاق والأسرة أو تبني آراء ومواقف وقرارات الأسرة.(أحمد الزق، 2006: 127).

5.5 أشكال المراهقة:

نشير أنه لا يوجد في الحقيقة نمط واحد من المراهقين، فالمراهقة تأتي في أشكال متعددة وأساليب متنوعة.

ولهذا ينبغي من التعميم العام على كل المراهقين، ويمكن تقسيم المراهقين حسب الأنماط السلوكية السائدة في كل جماعة منهم على النحو الآتي(طه عبد العظيم، 2004: 160، 159):

- النمط التقليدي الشكلي:

الذي يكون هدفه مساندة الركب والانصياع لمعايير المجتمع والسلطة والأسرة والدين وأشكال هذا النمط ليسوا بالضرورة مبدعين أو مبتكرين.

- النمط المثالي:

ويأتي في أشكال متعددة منها الثوري، والمتمرد، والإصلاحي، والمؤمن بضرورة التغيير الجذري، والخاصية الرئيسية التي تجمع أشخاص هذا النمط بالرغم من اختلاف الأشكال هي السخط العام على المعايير السائدة، والإيمان بضرورة تغييرها وتغيير العالم.

وأشخاص هذا النمط يجنحون لتبني معتقدات قوية تجعلهم يميلون للتنفيذ العملي لأفكارهم بكل ما يمثله ذلك من اشتراك في المظاهرات أو التخريب أو تنظيم الجماعات السياسية ذات الإيديولوجيات القوية.

كذلك يشيع هذا النمط لدى التقدميين والمؤمنين بالإصلاح الاجتماعي طالما أنهم لم يفقدوا لمسة الإحساس بالواقع الاجتماعي، ذلك الواقع الذي يعودون إليه فيما بعد في شكل الأدوار القيادية المهنية كالتدريس أو الطب جنباً إلى جنب مع انغماسهم في أمور المجتمع وتطوره السياسي والاجتماعي.

- النمط الباحث عن اللذة:

وهو الذي يجعل هدفه الحصول على اللذة أينما كانت دون حساب للعواقب، وأشخاص هذا النمط تجد منهم(الدونجوان) على الشاطئ أو ساحة الجامعة أو في مكان الهواء، وبالرغم من أن أشخاص هذا النمط يظهرون على السطح بمظهر السعيد الراضي والمستمتع بالحياة فإنهم من أكثر أنماط المراهقين عرضة للاغتراب والانفصال عن الذات والمجتمع.

- النمط السيكوباتي الجانح:

وهو النمط الذي لم ينجح في تطوير معايير الأخلاقية وبناء الضمير، علاقاتهم بالآخرين باردة غير مكترثة وتخلو من الحساسية لمشاعر الآخرين أو للمبادئ الأخلاقية العامة، ويشتركون مع النمط الباحث عن اللذة في بحثهم عن المتعة الشخصية إلا أنهم لا يشعرون بما يشعر به أصحاب اللذة من شعور بالذنب أو الخجل ولحسن الحظ فإن هذا النمط المدمر لا يشكل إلا نسبة ضئيلة من جمهور المراهقين.

6.5. التوجهات المفسرة لمرحلة المراهقة:

هناك عدة توجهات ونماذج تحاول تفسير مرحلة المراهقة لفهم هذه المرحلة على وجهات متعددة، وبالتالي سيتم عرض لأهمها على النحو التالي:

أولاً_تفسير جماعة علماء النفس الطفولة والمراهقة:

تعتبر نظرية العالم ستانلي H.G.stanley التي ضمنها مجلدين الكبيرين عن المراهقة من أوائل النظريات التي اهتمت بتفسير أزمات المراهقة.

وتتلخص وجهة نظره، في أن مرحلة المراهقة هي عبارة عن مرحلة تغير شديد، أو ميلاد جديد مصحوب بالضرورة بنوع من الشدائد والمحن والتوترات، وصعوبة التكيف في كل موقف يوجد فيه المراهق.

وهي في ذلك تختلف عن مرحلة الطفولة، لأن الطفل وهو ينمو يلخص التطور الاجتماعي للبشرية، ولذلك يكون ماضيه أوغل في القدم من ماضي المراهق، أما المراهق فالأسلاف الذين يجيء على مشاكلهم هو أقرب عهدًا بهم،(فيصل الزراد،2004: 28،29).

لذا تكون خصائص الجنس البشري التي كسبها في مراحل متأخرة من تاريخه قد أخذت تمتلك زمامه شيئاً فشيئاً، فالتطور فيه أقل تدرجاً منه في الطفل وأكثر قفزاً، وإنه بذلك ليوحي بعهد غابر سادته الشدائد والأزمات.

فإذا أخذت فيه الأوضاع القديمة تتحطم حتى بلغ الإنسان في طريقه مرحلة أعلى ومنه فإن ستانلي يعزوا مشكلات المراهقة إلى فترة العمر التي يمر بها المراهق

ثانياً_تفسير علماء الانثروبولوجيا:

إن أهمية هذا النوع من التفسير لمرحلة المراهقة، تكمن في أن علماء الأجناس البشرية استطاعوا خلال دراساتهم الدائرة حول المراهقة اكتشاف أن المظاهر الاجتماعية للمراهقة تختلف من مجتمع لآخر، ومن حضارة لأخرى. (فيصل الزراد،2004: 28،29).

وأن المراهقين يعكسون هذه المظاهر الاجتماعية، فيما يتخذونه من اتجاهات، وما يسلكونه من طرق، فمظاهر المراهقة وخصائصها لا تكون استجابة لتغيرات داخل المراهق نفسه، وإنما تكون استجابة لظروف المجتمع الذي يعيش فيه المراهق.

وتكون بشكل يتميز به هذا المجتمع، ومنه فالأمثلة البارزة لمثل هذه الدراسات دراسة مرجريت ميد M.Mead في مجتمع الساموا بولنيزيا ، فقد تساءلت مارجریت السؤال التالي: هل المراهقة عبارة عن فترة اكتئاب عقلي وانفعالي بالضرورة، ولا سبيل للخلاص منها؟ ثم هل المراهقة تحمل معها صراعات وتوترات وأزمات؟ وأجابت مرجريت ميد بعد أن تتبعت في ساموا جميع نواحي الحياة.

وحاولت أن تجيب أن الأسئلة السابقة، وجدت أن الإجابة تكون بالنفي في مجتمع ساموا نظرا لسهولة المجتمع، مقارنة بالمجتمع الأمريكي الأكثر تعقيدا .

وبالتالي سلوك الكبار في المجتمعات البدائية لا يتقل كاهل المراهقين بقيود وتقاليد مادية واجتماعية.

تجعل من نمو الفتى المراهق مشكلة تؤدي به إلى أزمات نفسية واجتماعية وفكرية، كما يحدث في المجتمعات المتحضرة.

ثالثاً_ تفسير جماعة التحليل النفسي:

يرى فرويد أن مرحلة المراهقة تتميز بشدة الأعراض العصابية عند الفرد، وهذه الأعراض تحددها الطفولة. والنمو الجنسي بالذات الذي يحدث الصراع داخل نفسية المراهقين.

أما يونغ فيعتبر المراهقة عبارة عن فترة رهينة بتيقظ الشعور، ويقصد هنا الشعور بالذاتية أو الآنية، وهذا الشعور يتم تيقظه حين يستطيع الفرد الربط بين المحتويات النفسية، أي تكوين الأنا، ثم التمييز بين المحتويات النفسية، أي بين الأنا وبين الأبوين، وهي العملية التي يسميها يونغ بالميلاد النفسي أو تكوين الأنا. (فيصل الزراد، 2004: 29، 30).

رابعاً_ التفسير الفسيولوجي للمراهقة:

إن من بين التفسيرات الهامة التي تناولت سلوك المراهق بالبحث والتفسير، هو التفسير الفسيولوجي، الذي يرجع إلى تغيرات التي تطرأ على سلوك المراهق إلى عوامل النمو والنضج الفسيولوجي التي يتعرض لها المراهق في هذه المرحلة.

وإن تأثير هذا النمو على المراهق لا يقتصر بحال ما على المظهر الذي ينمو فيه الفرد، بل يتعدى ذلك إلى طريقة استجاباته للمثيرات الخارجية والمحيطه به، وتغير أنماط هذه الاستجابات، بحيث يصبح المثير الخارجي الذي كان يستجيب له المراهق بطريقة ما قبل هذه المرحلة، مدعاة لاستجابة مختلفة كل الاختلاف بعد اكتمال النمو والنضج.

ويتجسد ذلك كله في زيادة إفراز الغدة الجنسية والغدة الدرقية التي تعجل ببدء المراهقة، إلى جانب نمو الوظيفة التناسلية التي ينجر عنها افراز الهرمونات الذكرية والهرمونات الأنثوية وبالتالي التأثير في النواحي البسيكولوجية والجسمية عند المراهقين يبدو واضحاً، حيث يعانون من إعياء وصداع وتوتر نفسي وقلق واكتئاب والحساسية والتردد وعدم الاستقرار (فيصل الزراد، 2004: 31).

خامساً_ التفسير المعرفي لمرحلة المراهقة:

تتجسد مرحلة المراهقة في النمو المعرفي والعقلي المجرد عند بياجيه، بحيث يظهر في هذه المرحلة الاستدلال المجرد والرمزي.

بحيث يستطيع المراهقين وضع فرضيات واختبارها وكذلك يستطيعوا التعامل مع المشكلات وإيجاد استراتيجيات لحلها، ويفكر المراهق في هذه المرحلة على نحو مجرد ويصل إلى نتائج منطقية دون الرجوع إلى الأشياء المادية أو الخبرات المباشرة.

وهذا وتعتبر ممارسات العمليات المجردة والتفكير في الإمكانيات المستقبلية من خصائص هذه المرحلة. (يحي بن عبد الله، 2001: 19).

ولذلك يرى ألبرت إليس أن البشر لديهم استعداد فطري لأن يكونوا عقلانيين ومنطقيين وكذلك أن يكونوا غير منطقيين في مرحلة المراهقة(الشناوي محروس، 1996).

ولذلك تعتبر مرحلة المراهقة عبارة عن أبنية تجريدية إما أن تتسم بالمنطقية وإما تتسم بغير المنطقية لدى المراهقين، وتقابل مرحلة المراهقة عند برونر Bruner مرحلة التمثيلات الرمزية "Symbolic representation" وتحدث هذه العملية تقريباً باكتساب نظام رمزي لتمثيل الأشياء وتعتبر اللغة على سبيل المثال نظام الترميز الرئيسي، الذي يستطيع الفرد من خلاله تمثيل الخبرات.

وينطبق الحال كذلك على أنظمة رمزية أخرى، كالرموز الرقمية التي يستخدمها الرياضيون ويصل الطفل إلى هذه المرحلة عندما تحل النظم الرمزية المختلفة، كاللغة والمنطق والرياضيات محل الأفعال والمدرجات الحسية.

بحيث يغدوا قادرًا على صياغة خبراته في رموز لغوية أو غير لغوية أو معادلات رياضية منطقية، مما يشير إلى تمكنه من تأليف الأفكار وتخزين المعلومات التي تمثل العالم الخارجي على نحو صحيح، والتي يمكن استعادتها بسهولة، وتستخدم اللغة في هذا النوع من التمثيلات كأداة تدويت للخبرة وإدماجها في البناء المعرفي.

واللغة هي أداة التفكير، وهي المميز الرئيسي لنمو التمثيلات المعرفية، حيث أن الهدف الرئيس لنمو التمثيلات هو الوصول إلى درجة يمكن معها استخدام الرموز اللغوية كصور تفكير مخزنة ينقلها الفرد إلى الآخرين عبر كلمات وعبر قاموس يتصف بخصائص مميزة، لذلك فإن قوالب التفكير التي تظهر عن طريق ما يستخدمه الفرد من كلمات وجمل تعكس مخزونه المعرفي، إضافة إلى أنها تعكس أساليب إدراكه وتنظيمه وتخزينه للخبرات على صورة أبنية معرفية.

كما أنها تعكس نوع التمثيلات التي تسيطر على تفكير الفرد في حالات الخبرة المختلفة، وأكثر صور التعبير عن التمثيلات الرمزية تمثيلاً في ظهورها على صورة قضايا منطقية أو السير في حوار متشابك وغير ذلك من الأنشطة الذهنية، بحيث ترتبط عمليات التمثيل بأنماط التفاعل مع البيئة (صالح أبوجادو، 2003: 118، 119).

7.5. العوامل الشخصية لدى المراهق المؤثرة في الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية:

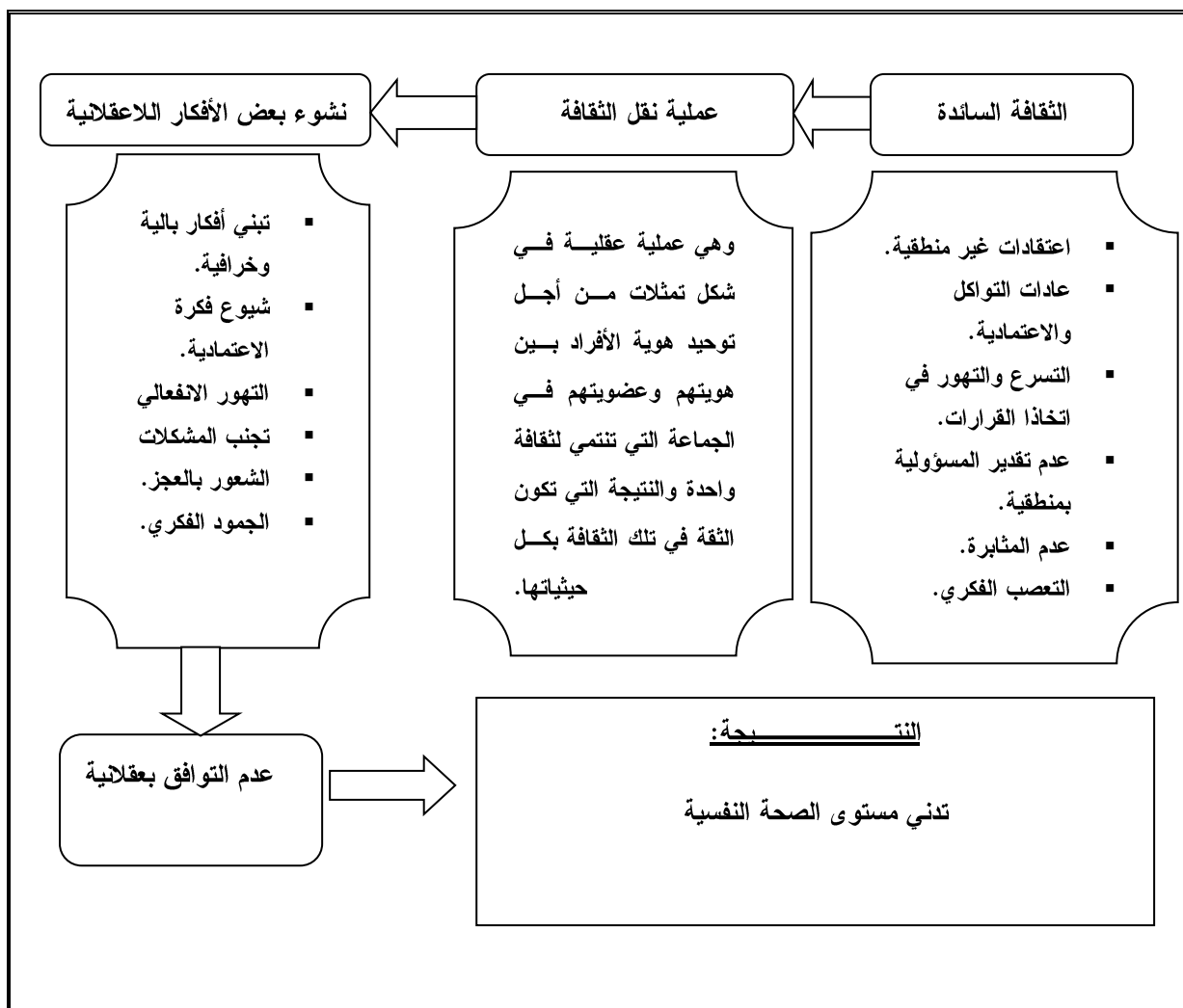
أولاً.الثقافة السائدة ودورها في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية:

إن انتشار بعض العادات السيئة وبعض الأفكار البالية في الثقافة المجتمعية، وسيادة بعض الأفكار الخرافية والاعتقادات غير منطقية من شأنه أن يحد من فعالية المراهق ومن قدراته على تحقيق الأهداف وبلوغ الحاجات، من هذه العادات الاعتمادية والتوكل، والتهور الانفعالي والمتجسد في التسرع في اتخاذ القرارات، وعدم تقدير المسؤولية بمنطقية وعدم المثابرة، كما نجد سيادة الكمالية كسمة مترسخة ثقافياً، وعقدة التعلق الشديد بالماضي، والتزمت الديني والتعصب الفكري(فيصل الزراد2004).

كما يتم نقل الأفكار بين الجماعات في الثقافة الواحدة من خلال عملية عقلية وهي عملية التمثل، أي تمثل مضمون الفئات في هوية الأفراد الاجتماعية ومن خلال عملية التمثل يتكون لدى الأفراد صورة ايجابية عن مجموعتهم، ويبدون بالبحث عما يعزز هذه الصورة الإيجابية وذلك من خلال المقارنة مع جماعات أخرى وبالتالي إيجاد فروق ايجابية لصالح جماعتهم، وهي بعد يتشكل في فكرة طلب الاستحسان من الآخر، وكل هذا قد يؤدي إلى تحيزات معرفية وسلوكية تتجسد في الجمود الفكري، وهذا التوحيد بين الهوية والعضوية يؤدي بالمراهقين إلى تبني استراتيجيات خاصة في تعاملهم مع الأشخاص الآخرين وهذا لوجود عاملين مرتبطين بصورة وثيقة بتمثل الأفكار الخاصة بالجماعة التي ينتمي إليها الشخص والجماعات الأخرى في سياق الثقافات. (بن لمبارك سمية2009).

ومما سبق نستشف أن شيوع ثقافة سلبية معينة، يجر بالمراهقين إلى تبني تفكير غير منطقي وغير عقلاني منقول من الجماعات التي تشكل بالنسبة له الرمز والمثل، مما يؤدي به إلى معالجة المواقف الحياتية انطلاقاً من تلك الأفكار السابقة البالية التي لا تتسجم البتة مع تلك المواقف الجديدة التي تتطلب استراتيجيات حل بطريقة عقلانية، مما يولد له ظهور أفكار توحى بالاعتمادية والشعور بالعجز، جراء عدم المعالجة السليمة للمواقف مما يؤدي به إلى تدهور مستوى الصحة النفسية بالحزن والشعور بالاكنتاب.

والشكل التالي يوضح كيف تساهم الجوانب الثقافية في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية على النحو التالي:



شكل رقم (19) يوضح أثر الثقافة في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية (تصميم الباحث).

ثانياً. المعاملة الوالدية ودورها في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية:

إن المعاملة الوالدية السلبية للمراهقين، والتي تتجسد في الرفض والإهمال والقسوة والإفراط في الانتقاد في الوسط الأسري، يولد لدى المراهق معالجة غير عقلانية لصورة الذات لديه.

فهو دائماً يتسائل عن مصدر وسبب هذه المعاملة، وبالتالي يقوم بعزوا معرفي غير عقلائي لأسباب متعددة غير منطقية، مما يؤدي به إلى تعميم هذه المعاملة على كل المعاملات الإنسانية الأخرى، متجنباً بذلك المشكلات.

ويكون المراهق في حالة من اللوم للذات وللآخرين في هاته المواقف، فالوالدين في الأسرة يلعبان دوراً كبيراً في نشوء أو عدم نشوء الأفكار السلبية واللاعقلانية لدى المراهق، وهذا ما أسفرت عليه دراسة "أودين" التي أجراها حول علاقة الأفكار السالبة لدى المراهقين ودرجة الاتساق والتحكم داخل سياق الأسرة والمزاج الاكتئابي وتبين أن المجموعة التي تتسم بانخفاض الاتساق داخلها تزداد الأفكار السلبية لديهم، وترتفع درجة الاكتئاب لديهم، في حين كان هناك ارتباط بين الأفكار السلبية وأعلى درجات التحكم.

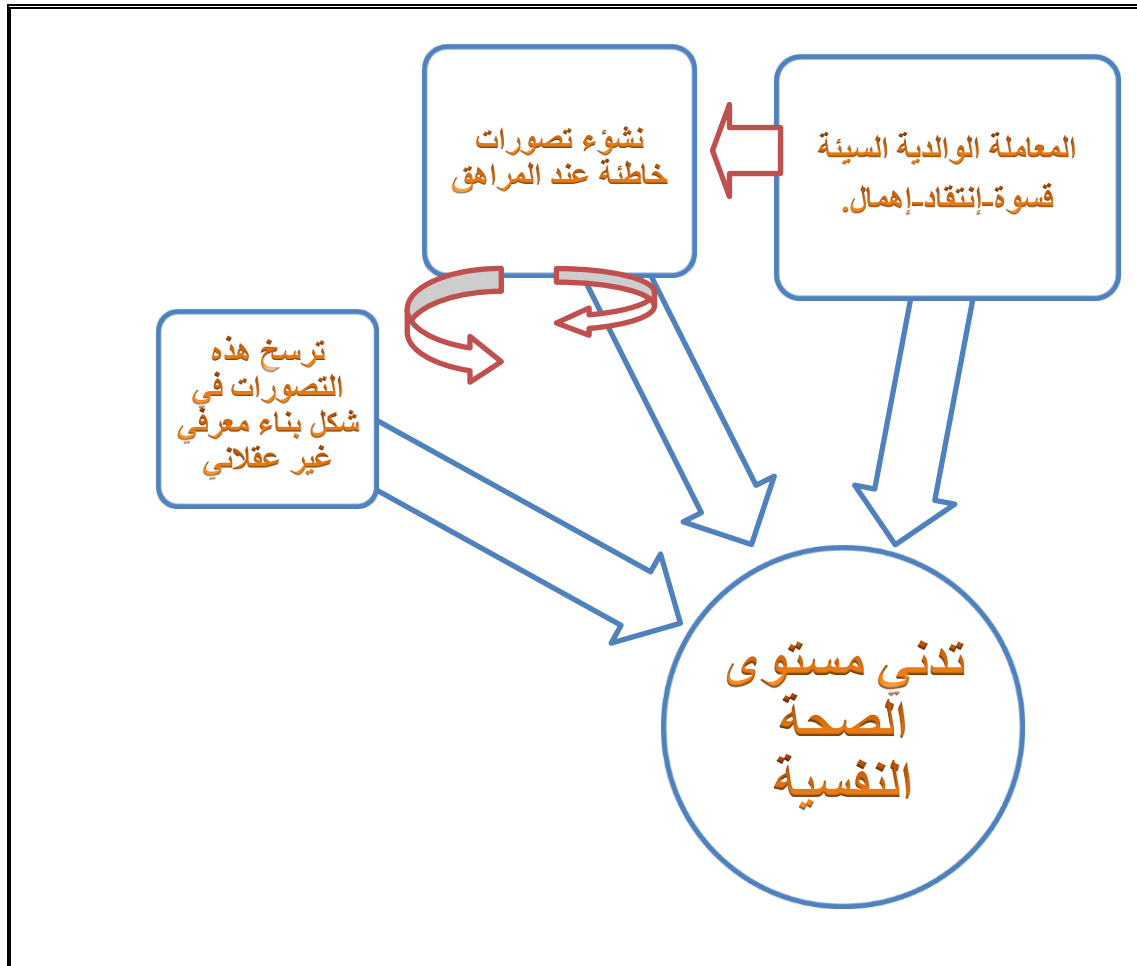
مؤكدین علی أن الأسرة التي تتسم بالانسجام والتفهم تكون أكثر وعياً بأحاسيس المراهقين واحتياجاتهم، مما يقلل أفكارهم السلبية حول المستقبل والآخرين، أما الأسرة الأكثر تحكماً فهي منشأ لعدم التوافق لدى المراهقين. فتزيد من الأفكار السلبية واللاعقلانية لديهم. وهذا يرجع إلى أساليب التنشئة الأسرية القسوة والرفض مما يولد مشاعر اكتئابية لدى المراهق (غادة عبد الغفار 2007).

فأساليب المعاملة السيئة ترسخ تصورا خاطئ لدى المراهقين، تجعلهم دوماً يفكر في طلب حسن الغير والرضا عنهم نتيجة تصورات خاطئة رسخت بناءات معرفية غير منطقية عن أنفسهم، وهذا ما فسره فيكتور شارلس ريمي Victor Charles Raimy، والذي يقرر ريمي فرض التصور الخاطئ لأن الاضطرابات النفسية هي نتيجة المعتقدات الخاطئة-أي التصورات الخاطئة لدى -المراهق-، وتصحيح أو تعديل هذه التصورات يؤدي إلى تحسين عملية التوافق. (مفتاح عبد العزيز 2001: 79، 80).

وهذه النظرية تفترض أن تغيير التصور الخاطيء يقدم منطقاً شاملاً لدى المراهق وتقدم له التوافق وتوصله بواقعه، والواقع الذي تشير إليه النظرية مرتبط بادرآكات المراهقين والذين يتجاهلون جوانب من الواقع الذي يعرفونه.

والتي تكون لديهم تصورات خاطئة أو تشويهات لواقعهم الخاص، وإن مفهوم الذات ينظم ويوجه السلوك، أما التصورات الخاطئة حول الذات فقد تدفع بهم إلى سلوك غير متعلق يؤدي إلى انهزام مستمر (مفتاح عبد العزيز 2001: 80،79).

يتضح مما سبق أن البعد الأسري والمتمثل في المعاملة الوالدية لديه دو في نشوء تصورات خاطئة وغير عقلانية نحو الذات، مما يشكل لنا مشاعر اكتئابية ومشكلات نفسية أخرى تعود بالسلب على شخصية المراهق وصحته النفسية، والشكل التالي يوضح كيف تساهم المعاملة الوالدية في تفعيل علاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية لدى المراهقين.



شكل رقم (20) يوضح أثر المعاملة الوالدية في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية (تصميم الباحث).

ثالثاً. البيئة المدرسية ودورها في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية:

إن بيئة المدرسة بما فيها من وسائل، ونظم وسلطة يمكنها أن تكون عاملاً مساعداً على حسن التكيف النفسي لدى الفرد.

كما يمكنها أن تكون عاملاً معوقاً لتحقيق هذا التكيف السليم، وذلك إذا كانت بيئة المدرسة غير صالحة للدارسين.

ومما لاشك فيه أن المنهج الدراسي، وطرق التدريس، وطرق التقويم، والمدرس والعلاقات الإنسانية السائدة في المدرسة، كل ذلك له تأثيره الإيجابي والسلبي على سلوك المراهقين وعلى نفسياتهم، وعلى إشباع حاجاتهم وتحقيق أهدافهم(فيصل الزراد2004: 65).

ومن بين المتغيرات التي لها صلة بتكوين التفكير غير عقلائي عند المراهقين هي طبيعة العلاقات الإنسانية وبالخصوص المدرس والطاقت التربوي الذي يتواجد في البيئة المدرسية.

بحيث نجد العلاقة التربوية تساعد على ترميم تصورات المراهق حول نفسه، وتكوين علاقة تربوية بين التلميذ والأستاذ تقوم على مسألة الثقة المتبادلة البعيدة عن أفكار التهويل والكمالية، والبعيدة عن مشاعر التسلط.

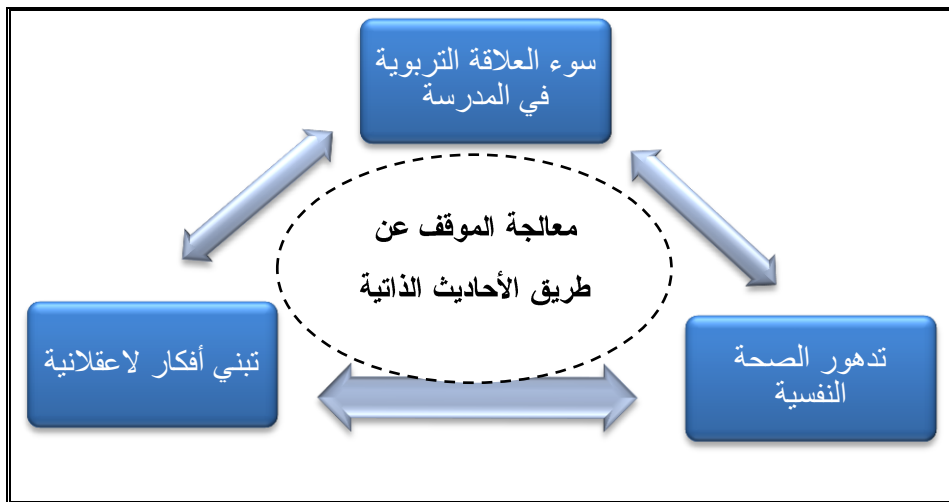
وبالتالي يكون لدى المراهق مفهوم المسؤولية والقيادية في الفصل الدراسي ويدرس بفاعلية، وإذا كانت العلاقة التربوية بين التلميذ والأستاذ، تقوم على معاملة تتجسد في أوامر كأن يقول الأستاذ للتلميذ يجب أن تؤدي ما تقوم به دون أخطاء، مما يكون لدى المراهق بأن خطأه في العملية التعليمية سيثبت للآخرين أنه شخص عديم الفائدة.

ولهذه الاعتقادات عواقب سلبية على المراهق لأنه سوف يشعر بالانزعاج كلما أخطأ بشكل أو بآخر، وربما يلوم الآخرين لينفي مسؤوليته عما يرتكبه من أخطاء، وهذا كله يصب في تبني المراهق تفكير غير عقلائي. والذي يسلك فيه الفرد سلوك غير قيادي وفعال، وهذا ما يؤدي بالمراهقين إلى كراهية البيئة المدرسية انطلاقاً من علاقة تربوية يفتقر فيها التلميذ إلى أبعاد الروح المعنوية داخل المدرسة، لأن ما يحتاجه المراهق من المدرسة ليس الوسائل والمباني والتدفئة فقط، بقدر ما يحتاج إلى معاملة حسنة، وهذا ما تفسره حالة المراهقين الذين تركوا المدارس نتيجة تكوين أفكار غير عقلائية، (ناصر المحارب1423: 88 89).

وهذا ما فسرتة دراسة الريحاني التي هدفت إلى المقارنة بين مجموعتين من المراهقين الذين يتمتعون بقدرات قيادية عليا، ومجموعة تتمتع بقدرات قيادية أقل، فتبين أن الاعتقادات اللاعقلانية لدى المراهقين ذوي القدرات القيادية العليا أقل من المعتقدات اللاعقلانية التي أظهرها المراهقين الذين لديهم مشكلات والذين تركوا المدارس قبل إكمالهم الدراسة (ناصر المحارب1423: 88 89) مما يتولد لدى هذه الفئة مشاعر الاكتئاب والسخط والإحباط.

ويبقى المعاش الاكتئابي لدى المراهق مستمر مادام المدرس دائما يسلك اتجاهه تصورات خاطئة تشكل هذه التصورات لدى المراهق أحاديث ذاتية يعايشها في نفسيته كشل أفكار غير عقلانية.

وهذا ما فسره النموذج المعرفي لـ هيربرت ميكينبوم Meichenbaum ومن بين الفروض والمفاهيم التي أكد عليها ميكينبوم فكرة التدريب على الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية وفكرة هذه الفرضية "أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل الاستجابات الفسيولوجية، وردود الفعل الذاتية الوجدانية والمعارف أي الجوانب المعرفية والتفاعلات الاجتماعية الخاصة بالعلاقات الاجتماعية، ويعتبر الحديث الداخلي أو المحادثة الداخلية Dialogue أحد هذه الأنشطة أو التكوينات"، (مفتاح عبد العزيز2001: 56-58). والشكل التالي يوضح كيفية مساهمة العلاقة التربوية في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية لدى المراهقين.



شكل رقم(21) يوضح أثر العلاقة التربوية في تفعيل علاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية(تصميم الباحث).

رابعًا. الإعلام التلفزيوني ودوره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية:

تلعب الفضائيات دور إعلامي خطير عن طريق الصوت والصورة من خلال حاستي السمع والبصر، وهي تتميز بجذب الانتباه والتركيز لأنها تشغل حواس الإنسان البصرية.

واشتغال هاتان الحاستان تتسجم انسجامًا كاملاً مما تساعد على الجلوس المطول لساعات طويلة لمتابعة البرامج التلفزيونية التي عادةً ما تطول إلى أكثر من ساعتان.

والتلفزيون يعتبر أهم السمعية البصرية، وبذلك لم تعد الفضائيات وسيلة اتصال إعلامية فحسب، بل تجاوزت ذلك من خلال استخدامها بشكل فعال ومؤثر في مجالات التعليم المختلفة مثل تحصيل المعلومات وتكوين المهارات وإثارة الدوافع وتكوين الاتجاهات والعادات وأساليب التفكير وغيرها.

ومن هنا فقد أسهمت الفضائيات بشكل فعال في عملية تحديد تصورات الأطفال والمراهقين عن الأدوار الاجتماعية، فالأطفال والمراهقين بشكل عام يتأثرون بالفضائيات ويتخذونها محوراً لأفكارهم الجديدة. وقد دلت البحوث أن الفضائيات تخرج المراهق من آلام عالم الواقع إلى بهجة عالم الخيال المليئ بالبطولة والأشياء، لأنه يجعل حياة المراهق تميل إلى أبطال وشخصيات محبوبة.

ويتغلب فيها البطل على الصعاب فيضاهي المراهق نفسه بشخصية من الشخصيات ويعيش مع أبطالها ويحس بالحنين إليها كلما شعر بضيق الحياة الواقعية وقصورها وسوء النظرة التي يكونها المراهق عن المجتمع والواقع.

ويرى شرام أن الفضائيات تعمل على تربية جيل له معرفة بالخبرات الخيالية في الترفيه والترويح عن النفس.

في حين لا تهتم بإعطائهم قسطاً من الخبرات الواقعية. (خضر بن كامل 2008).

فالإعلام التلفزيوني يخلق لدى المراهقين فجوة بين ما يتلقوه من المشاهد الإعلامية وبين ما هو معاش في المشاهد الواقعية، فيحدث ما يسمى بالتناقض الفكري والصراع الفكري الذي يولد الاكتئاب نتيجة عدم بلوغ المراهق للحاجات التي تشربها من قنوات الإعلام في الواقع.

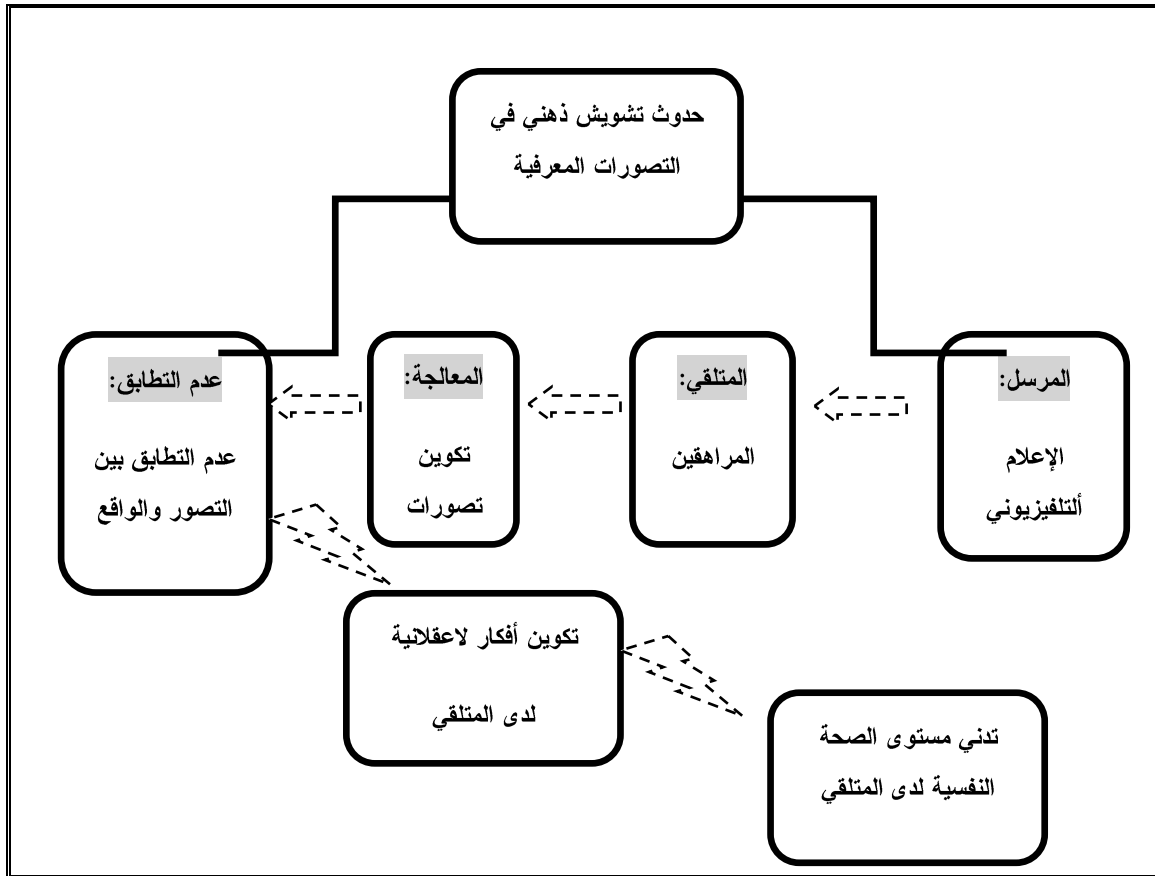
بحيث يغلب عليه التفكير غير عقلائي والمتجسد في طلب الاستحسان ومحاولة بلوغ تلك التصورات التي استلهمها من المشاهد التلفزيونية والتي يعتبرها الرمز وهذا غير متجسد في واقع المراهق وبيئته والذي لا يتوافق مع إمكانياته وقدراته، وهذا نتيجة لتكوينات معرفية غير متوافقة مع الأشياء الموجودة خارج التكوينات المعرفية.

وهذا ما فسره جورج كيلي Gorge Kelly والذي اعتبر أن التصورات النسقية في التفكير والاختيارات والتكوينات كل تستعمل عند الفرد في سياق التنبؤ بالوقائع سواء السارة أو غير السارة انطلاقاً من تكوينات معرفية، كونها الفرد انطلاقاً من المعرفة وانطلاقاً من إنشاءات معرفية سابقة(أبو سعد،عربيات2009: 242).

وهذا ما ينطبق حول مسألة الإعلام التلفزيوني والذي هو بدوره يكون اختيارات وتكوينات معرفية لتصورات ما، يجعلها المراهق مرجعية تفسيرية للحكم العقلائي على الشيء.

وهذه العملية معكوسة لأن الإعلام التلفزيوني ليس مكيفاً على البيئات المحلية، مما يجعل الفرد يفكر عكس ما هو موجود في الواقع، وهذا الأخير يفعل مشاعر سلبية وتدني مستوى الصحة النفسية لدى المتلقي.

والشكل التالي يوضح كيف يساهم الإعلام التلفزيوني في تفعيل علاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية.



شكل رقم(22) يوضح أثر التلفزيون في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية(تصميم الباحث).

خامسًا.شبكة الانترنت ودورها في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية:

إن شبكة الانترنت تعتبر وسيلة اتصال وتواصل، طرأت على المجتمعات ويستعملها جميع الأفراد، كما يعتبر المراهقين الفئة الأكثر ترددًا على شبكة الأنترنت، وذلك لاجداد سبل تواصل تنسم بالنصح والارشاد، لشتى المشكلات.

وهذا ما بينته دراسة جولد وآخرون (2004) بعنوان استخدام المراهقين لشبكة الانترنت لطلب النصيحة والحلول لبعض المشكلات النفسية والتي أسفرت على أن المراهقين يستخدمون الأنترنت لطلب النصيحة بنسبة(18% و80%) منهم يلجأون إلى مواقع الدردشة، أما نسبة(13%) يلجأون إلى مواقع محددة في حل المشكلات المراهقين، ونسبة (7%) من المراهقين يلجأون إلى تبادل الرسائل الالكترونية مع الأصدقاء وأن (5%) من أفراد العينة لم يستطيعوا أن يتوصلوا إلى طريقة صحيحة لطلب النصح والإرشاد من خلال شبكة الانترنت.
(عبد الله بن أحمد1430هـ)

كما أثبتت الدراسة ارتفاع نسبة الذكور من المراهقين الذين يعانون من مشكلات الاكتئاب والقلق وسرعة الغضب والإحباط.

حيث كانت نسبتهم (63%) من أفراد العينة. (عبد الله بن أحمد1430هـ)

وانطلاقاً مما سبق فطلب المراهق النصح والارشاد من شبكة الأنترنت، من أشخاص ومنتديات ومواقع ربما أجنبية، لا تدري بواقع طالب النصيحة، قد تكون غير متوافقة مع بيئة المراهق الثقافية والاجتماعية مما يجعل المراهق رهين نصائح بعيدة، وغير ناجعة في مجتمعه.

مما يسبب له معاناة على المستوى الانفعالي هذا من جهة، من جهة أخرى الإفراط في استعمال شبكة الانترنت يؤدي بالمراهق في الإبحار في أفكار متنوعة، وبدون رقابة فيحدث له تشرب لأفكار غير عقلانية.

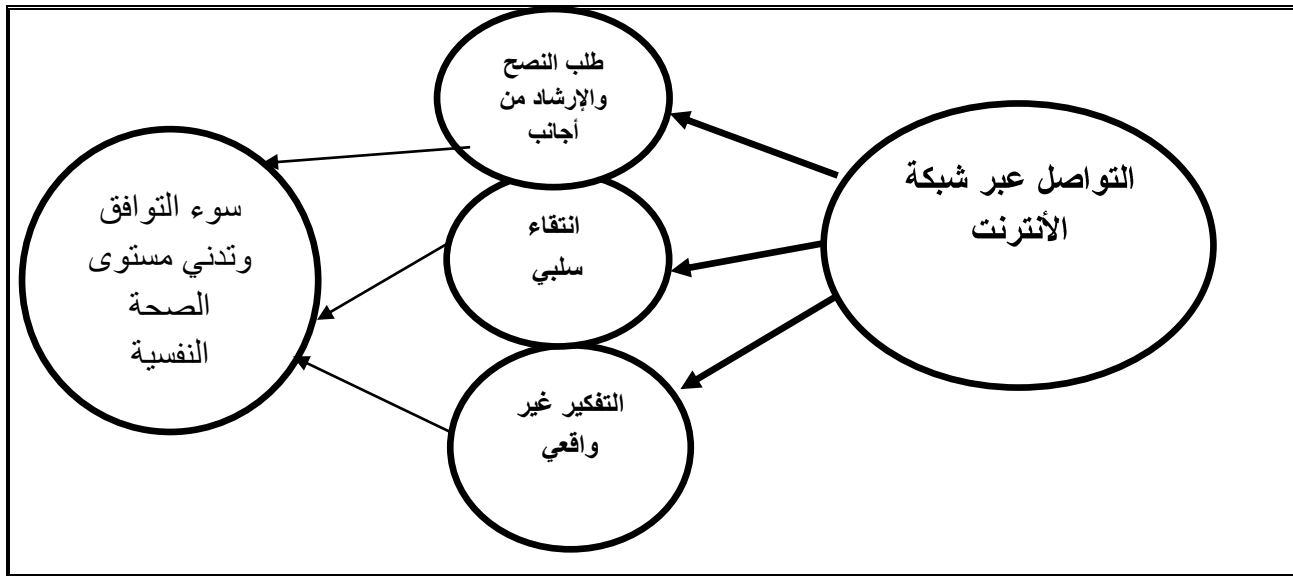
وفي المقابل أيضاً قد يتشرب بأفكار إبداعية وابتكارية، لكن الإفراط على شبكة الانترنت في شكل يبني للفرد بنية معرفية لانسجم مع مناخ عالم المراهق الخارجي.

وفي الوقت نفسه يحدث الاكتئاب نتيجة كل هذا، لأن المراهق أثناء دخوله شبكة الانترنت فهو يستدخل مجموعة من الأفكار سواء السلبية منها أو الإيجابية، فهي التي تكون فيم بعد البناء المعرفي للمراهق.

وهذا ما هو ملاحظ على ما تدلي به شبكة الأنترنت من أفكار ومعلومات تؤشر بحجم كمي لها، في الوقت الذي نجد المراهق مازال في فترة انتقالية من المحسوس إلى التجريد وإلى التصورات.

مما يقد لا يصيب أحياناً في الفهم الأمثل، لتلك الأفكار، أو يتبنى بطريقة مبهمة لهذه الأفكار، فيولد لديه إحساس بشعوره بالعجز تجاه ما يُعرض في شبكة الأنترنت.

والشكل التالي يوضح كيف تساهم الأنترنت في تفعيل علاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية



شكل رقم(23) يوضح أثر الأنترنت في تفعيل علاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية(تصميم الباحث).

7.5. دور الإرشاد النفسي في مرحلة المراهقة:

إن مرحلة المراهقة تتميز بميزة الانتقالية من مرحلة عمرية مستقرة إلى مرحلة عمرية متغيرة تحتاج إلى توجيه وإرشاد لتصويب المعتقدات وتكييف هذه المرحلة وذلك من خلال خدمات التي يوفرها ميدان الإرشاد النفسي لتحقيق صحة نفسية جيدة لدى فئة المراهقين وتتضمن هذه الخدمات ما يلي(طه عبد العظيم،2004: 162،161):

- خدمات نفسية: وتستهدف مساعدة المراهق على تأكيد ذاته وزيادة الثقة بالنفس لديه ومساعدته في البحث عن هويته والتغلب على مشكلاته النفسية وإيجاد الحلول الملائمة لها، كما تتضمن الخدمات الإرشادية في هذا المجال أيضا تزويد المراهق بالمعارف والمعلومات الصحيحة المتعلقة بالثقافة الجنسية وتقبل التغيرات الجنسية التي تطرأ عليه.
- خدمات اجتماعية: وتتضمن مساعدة المراهق على بناء علاقات اجتماعية ناجحة مع أقرانه من الجنسين على أساس من الاحترام المتبادل، مع مساعدته على اكتساب معايير وقيم المجتمع والامتثال لها، وتنمية المسؤولية الاجتماعية لديه بقصد تحقيق التوافق الاجتماعية مع مجتمعه.

- خدمات دينية وأخلاقية: وتتمثل هذه الخدمات في تزويد المراهق بالمعلومات الدينية وحثه على التمسك بالمبادئ والقيم الدينية التي تحميه من الانحراف والابتعاد عن ارتكاب المعاصي والذنوب، والتمسك بأداء الفروض الدينية بانتظام، واللجوء والاعتماد على الله في حل مشكلاته واضطراباته النفسية من خلال التوبة والندم والتحلي بالصبر.
- خدمات مهنية: وتتضمن مساعدته على أن يجد عمل مناسب لقدرته واستعداداته وأن يكون راضيا عن عمله محققا من خلاله ذاته ورغباته وحاجاته والتغلب على المشكلات التي تواجهه في عمله مما يؤدي به في النهاية إلى تحقيق التوافق المهني.
- خدمات تربوية: وتتضمن مساعدة المراهق على اختيار نوع التخصص الدراسي المناسب لقدراته والتخطيط التربوي السليم لمستقبله ليحقق أكبر قدر من التوافق الدراسي إلى جانب مساعدته على التحرر والتخلص من الخوف وقلق الامتحانات ومساعدته على تكوين اتجاهات ايجابية نحو زملائه ونحو معلميه، وأن تعمل المناهج الدراسية على إشباع ما لديه من حاجات ومراعاتها للفروق الفردية بين المراهقين.
- خدمات أسرية: وتتضمن مساعدة المراهقين على إقامة علاقات سليمة مع والديه وإخوته وعلى أن يكون له دورًا فعال كعضو في الأسرة في التصدي لما يعترض الأسرة من مشكلات هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى مساعدة الوالدين على تفهم طبيعة المراهقة ومتطلباتها والتغيرات التي تحدث فيها حتى يتمكن من اجتياز هذه المرحلة بأمان وسلام.
- خدمات صحية: وتتضمن تقديم الخدمات الصحية للمراهق لحمايته من الأمراض والابتعاد عن ممارسة السلوكيات غير المرغوبة كالتدخين والمخدرات لما لها من أضرار جسمية ونفسية على الفرد والمجتمع، فالإدمان والتدخين مرض يدمر صحة الفرد ويقضي على حياته وعلى مستقبله لذا وجب تقديم المعلومات الصحية لتفادي ذلك بعدما تطرقنا إلى أهم الأدوار التي ينبغي تفعيها في عملية الإرشاد النفسي لفئة المراهقين، وهي عبارة عن خدمات تستمد فاعليتها ضمن المنهاج الإنمائي والوقائي في سيرورات الإرشاد النفسي، مع ذلك لا بد من ذكر أنموذج يندرج ضمن المنهج العلاجي في الإرشاد النفسي في الجزئية اللاحقة.

- التدخل الإرشادي في بعض الحالات الحرجة لدى المراهقين:

أ.الحالة: مراهق فكر بالانتحار بعد تكرار رسوبه في الثانوية مما عرضه للانتقاد والسخرية والاحتقار من الأسرة والأصدقاء، وقد كان رد فعل هذا المراهق الانفعال والحزن والاكتئاب والتفكير بالاعتداء على الذات، حاول أن ينتحر بمادة سامة ولكنه لم يمت وتم إسعافه.

ب.تحليل الحالة: من خلال تحليل سلوك هذا المراهق وتحليل الموقف العام نجد مايلي:

- مثير خارجي أو موقف أثار العمليات الفكرية والإدراكية وهو الانتقاد اللاذع بسبب الرسوب.

- تفسير المراهق وأفكاره أو تصوراته الذاتية حول هذا الانتقاد.

- رد فعل المراهق، ويتمثل بالانفعال والحزن والاكتئاب والتفكير بالانتحار.

- إن حديث المراهق مع نفسه عند تعرضه لهذا الموقف يمكن أن يأخذ الشكل التالي:(أنا إنسان فاشل-أنا إنسان لا أتحمّل الانتقادات-أنا إنسان غير محبوب-أن لا أجد الدراسة-الذي انتقدي إنسان ظالم-الرسوب حطم جميع آمالي في الحياة).

ج.التدخل الإرشادي(علاج الحالة):

يساعد المرشد النفسي المراهق على مناقشة الأفكار أو المعتقدات الخاطئة وعدم تضخيمها، وذلك عن طريق أن يسأل المراهق نفسه الأسئلة التالية:

- هل الإنسان معصوم من الخطأ؟

- هل الإنسان الذي يرسب هو إنسان سيء إلى هذه الدرجة؟

- ماذا لو رسبت، هل هي نهاية الحياة، أو نهاية العالم؟

- لماذا إذا أخطأ الإنسان عليه أن يتهم نفسه بالحماسة ويحاول الانتحار؟

- ألا يوجد مجالات أخرى في الحياة يمكن أن يتفوق فيها الإنسان؟ وبعد

المحاورة والنقاش تأتي البدائل(فيصل الزراد،2004: 265،264).

والبدائل التي تأتي بعد المناقشة تأتي من خلال النقاش المنطقي والعقلاني، وذلك في شكل إجابات صحيحة التي يتم من خلالها تعديل البنية المعرفية وتصحيح الأفكار لدى المراهق وبالتالي تعديل سلوكه(محاولة الانتحار) غير السوي، مثل:

نقاش المرشد النفسي للمراهق:.....إنه لأمر غير مزعج وليس مسبباً للكآبة والإحباط ومشاعر الدونية، ويجب أن لا يؤدي إلى الإهانة والانتقاد من الغير....لأن كل إنسان يريد أن ينجح وأن لا يرتكب الأخطاء،...و لو حدث الخطأ قد يكون ذلك بسبب عوامل كثيرة،.....وإن ما يترتب على الرسوب يكون مؤسفاً....ولكن لا يصل إلى درجة الأمر المهين الكارثي....الإنسان ليس كاملاً وليس معصوم....وعلى الإنسان أن يكون موضوعياً مع نفسه وقدراته....وأن يبحث عن حلول بديلة تناسب قدراته.

إن مثل هذا التفكير العقلاني يجعل المراهق يرى الواقع واقعاً من دون تشويه أو مبالغة وحيث يتبين بأن ما فرضه على نفسه من تأويلات أو اتهامات غير منطقية.

هو أمر اختلقه من تفكيره ومن داخله، وهنا تكمن المشكلة وكان عليه بدلاً من لوم نفسه استخدام كامل قدراته لتصحيح أو تعويض الخطأ الذي وقع فيه.

وبهذا يقوم المعالج أو الاختصاصي بتحديد المشكلة وأبعادها والتعرف على الأفكار السلبية التي تهزم الذات، وتدريب المراهق على الاعتماد على نفسه وتنظيم أفكاره وذاته مما يزيد من قدرته على مواجهة مشكلاته(فيصل الزراد،2004: 266).

د.النتيجة المحققة من خلال التدخل الإرشادي:

إن التدخل الإرشادي قد توصل إلى إزالة الأفكار الانتحارية غير العقلانية التي سببت الانزعاج لدى المراهق مما يبرهن فائدته على الصعيد الصحي والاجتماعي لدى المراهق الذي يشكو من مشكلات نفسية.

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال عرض حيثيات هذا الفصل أن طبيعة الأفكار اللاعقلانية ذات تركيبات مختلفة في نشوئها وخصائصها لها ما يميزها عن باقي أنواع وأنماط التفكير الأخرى، كذلك تعتبر الأفكار اللاعقلانية نتيجة كما تعتبر هي السبب في ظهور الاضطرابات الانفعالية وتدهور مستوى الصحة النفسية تعتبر الأفكار اللاعقلانية ذات الارتباط التفاعلي بالصحة النفسية.

وللتعرف على الاساس العلمي لموضوع الصحة النفسية نورد في الفصل الموالي إن استقرائنا للمادة العلمية التي تخص عينة البحث والمتمثلة في فئة المراهقين تم عرضها وفق معيار أهميتها وقربها من الموضوع، حيث ساعدتنا في فهم هذه المرحلة العمرية، من ناحية أبعادها أو من ناحية التعامل معها، ولذا فالفصل الآتي سيحاول توضيح كيف تتفاعل بعض المتغيرات التي يراهن عليها الباحث في شكل ارتباطي، وكيف تتشكل العلاقة التفاعلية بين الجانب المعرفي والجانب الانفعالي عند فئة المراهقين.

الفصل السادس

السيادة النصفية للمخ وأثرها على الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية

تمهيد

1.6. الدماغ ومعالجة المعلومات

2.6. سيرورة العلاقة بين الفيزيولوجيا والمعرفة والانفعال على السلوك.

3.6. المقاربات النفس عصبية لعلاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية

4.6. سيادة النصف الأيسر وأثره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية

5.6. سيادة النصف الأيمن للمخ وأثره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية

6.6. تكامل النصفين الكرويين للمخ وأثره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية

خلاصة الفصل

تمهيد:

يتضح من خلال العديد من النظريات الحديثة في مجال الإرشاد النفسي تنظر بنظرة مغايرة إلى مرحلة المراهقة من منظور معرفي عصبي، وأن الاتجاه الحديث ينظر لمرحلة المراهقة مرحلة تغيرات فسيولوجية في الدماغ، ومرحلة تغيرات في طريقة الترميز والمعالجة والتفكير، والاستمرار من أجل النضج والاتزان في العمليات المعرفية، من أجل الوصول إلى عمليات إجرائية تتلخص في شكل مخططات معرفية، ومحتويات معرفية سليمة، يمكن أن تساعد المراهق في فهم البيئة بطريقة عقلانية. ومنه فستناول في هذا الفصل الدماغ ومعالجة المعلومات وأثر ذلك على الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية، كما يهدف هذا الفصل إلى محاولة الربط بين متغيرات الدراسة وفق عدة مقاربات ونظريات تتناول علاقة المعرفة (الأفكار اللاعقلانية) والانفعال (الصحة النفسية).

1.6. الدماغ ومعالجة المعلومات:

ولتفسير وظيفة الدماغ في معالجة المعلومات تأتي بعدة نظريات تفسر معالجة المعلومات

أولاً. النموذج العصبي لمعالجة المعلومات:

يستوفي هذا النموذج سياقات المعلومة من استقراء الملاحظات الجزئية المختلفة للنشاط العصبي من خلال تصوير التخطيط الكهربائي للدماغ دراسة الخلايا والدراسات الإلكترولوجية للدماغ وتكون المعالجة فيه على النحو التالي (cottraux.2004.p46):

-يتكون الجهاز العصبي المركزي من مجموع وحدات ذات خصائص وظيفية من نوع "Cytocr chitectonic" وعصبية كيميائية غير متجانسة وعادة ما تكون مترابطة للغاية.

-النشاط الكهربائي لهذه الوحدات الوظيفية يأتي من مولدات "electrogenesis" الذاتية ومن منبهات داخلية أو خارجية.

-مختلف هذه الوحدات الوظيفية لها نشاط مستقل نسبياً تنظيم ذاتياً من طرف " afférences réciproques inhibitrices" أو من طرف الهرمونات.

-وانطلاقاً من دينامية النشاط الكهربائي إحدى هذه الوحدات الوظيفية يكون نشط والوحدات الأخرى أكثر أو أقل نشاط أو أكثر أو أقل تثبيط.

-مجمّل هذه النشاطات تكون بصفة فردية ذاتية وفي المستوى الإجمالي للجهاز العصبي المركزي يحدث النظام التفاضلي "pattern d'activation différentiel" يتم به تفعيل التوازن الوظيفي الحيوي.

-تنظيم نشاطات هذه الوحدات الوظيفية لا تعتمد على بنية مركزية ولكن على تنظيم ذاتي والذي ينتج عنه تبادل وظيفي ديناميكي يتفاعل مختلف الهياكل.

-وفقا للحالة الداخلية أو الظروف البيئية تكون إحدى الوحدات الوظيفية أكثر نشاط من الأخرى، وتولد نمط معين تفعيل التفاضلي والذي يكون وراء معالجة معلومة نوع معين من المعلومات.

-تتم عادة معالجة المعلومات في عدة مستويات من التنظيم من خلال عمليات محلية ذاتية ومستوى معين من التنظيم.

-كل هيكل أو شبكة ينتج رد فعل محلي ومحدد وفق للخصائص الهيكلية والوظيفي على مستوى المسؤول.

ثانياً.النموذج المعرفي لمعالجة المعلومات:

وهو يعرف كذلك بنموذج العمليات ينبثق من عدة ملاحظات جزئية للنشاط المعرفي معالجة المعلومة تتم من خلال عدة سياقات عصبية حيوية. ومن عمليات ذات تعقيد متصاعد والتي تظهر تدريجيا خلال النمو.

ومن الأمثلة على ذلك مسارات الذوق، التعزيز، التصنيف، هذه المسارات العصبية الحيوية وهذه المعلومات هي نتيجة لتفعيل كهربائي فزيولوجي ذاتي أو شامل لعدة وحدات وظيفية مختلفة مثل(cottraux.2004.p49):

-التوجه يكون ناتج عن الخاصية التشريحية "Colliculi supérieurs"

-الخوف يكون ناتج عن الخاصية التشريحية أو وظيفية للوزة "L'amygdale"

التعلق وهو عبارة عن تذكّر حسي للشيء المتعلق به ناتج عن الخاصية التشريحية الشبكية الحافية "Hypothalamus" اللوزة، نواة تحت المهاد السريري والمنشطة من طرف الناقل العصبي "Ocytocinergique"

-التخطيط هو ناتج بصفة اساسية من الخاصية التشريحية الوظيفية للفص الجبهي.

هذه السياقات وهذه العمليات ناتجة عن التعلم والتكيف مع البيئة والسلوك الإنساني الأكثر تعقيداً، هذا النموذج من شأنه تقديم اشارة عامة عن القدرات المختلفة لمعالجة المعلومات ولكن لا يُعطي أي دلالة عن الطبيعة الحقيقية للسياقات التي تكون وراء هذه العمليات.

كما أن معظم العمليات لا تتطابق مع وحدة عملية داخل الجهاز العصبي المركزي بل هي نتيجة لدمج نهائي وشامل للمعالجة الشاملة والمختلفة المحرزة في مناطق مختلفة من الدماغ (cottraux.2004.p49).

ثالثاً.نظرية معالجة المعلومات:

هذه النظرية وضعت من طرف "Simon et Kasner" بالنسبة لهذين الباحثين الانتباه هو أساس سياقات، معالجة المعلومة يتكون هذا النموذج من نظام يقض "Arousal" والذاكرة قصيرة المدى "MCT" وذاكرة طويلة المدى "MLT" ومركز معالجة "CT" وسجلات الانتباه "attention in" الانتباه الخارجي هو انتباه موجه نحو العالم الخارجي.

وهذان السجلان لديهما وظيفة ذاكرة تنسيق وترتيب ، إن خلل وظيفي مخي يمكن أن يكون ناتج عن خطأ في إحدى هذه المراكز أو عن اضطراب اتصالي أو تنظيمي يُساعد نظام الربط بين هذه المراكز وسرعة معالجة المعلومة بطرق مختلفة وتعتبر نتاج عن التنظيم المخي.

- سجل الانتباه الخارجي "attention out":

وهو يتضمن عدد سجلات حسية(بصرية-لمسية-سمعية) وهي موجود في المرحلة الأولى من السياقات الذكرية، والتي وصفت من "Sporling" تلتقط المعلومة من طرف الكائن البشري في المقام الأول وفي مدة قصيرة من طرفة السجيل الحسي للذاكرة الخارجية. (بعيسى،2011).

وبعد ذلك الاحتفاظ بالمعلومة المرغوب فيها أو أن هذه المعلومة لم تفقد نتيجة اضطراب احتفاظ الانتباه مثلا، تبعث للتخزين بصفة مؤقتة في الذاكرة قصيرة المدى. بشرط أن كل مرة سياقات مراقبة للمركز معالجة تحمل بالتوازي معها.

تُخزن المعلومة بصفة دائمة في مخزون الذاكرة طويلة المدى، هناك ارتباط وظيفي بين السجل للانتباه الخارجي والذاكرة قصيرة المدى، وهو أنه كلاهما يعالجان معلومات جديدة يعنى غير المؤلفوة.

وسجيل الانتباه الخارجي والمعنى بالذاكرة الحسية بصرية هو بمثابة بوابة الإدراك و الذاكرة والذي يعمل كمخزون تصنيفي الذي يدعم الذاكرة قصيرة المدى.

- سجل الانتباه الداخلي "attention in":

سجيل الانتباه الداخلي له علاقة وطيدة بالذاكرة طويلة المدى عكس سجل الانتباه الخارجي الذي يتصل بصفة خاصة بالإحساس.

يتعلق السجيل الانتباه الداخلي بصفة خاصة بوظيفة تكوين المفاهيم خصوصا ومعالجة النشاطات المؤلفوة حسب (DYKMAN1973-1971) يوجد سياق انتباهي ولكن كذلك هناك بنية للتخزين.

بالنسبة لسيمون(Simon1973) الانتباه له وظيفة المرشح للمعلومة يُحدد ويعين المعلومة في وقت معين وله دور في مركز المعالجة.

لانتباه الانتقائي القدرة على الاحتفاظ من خلال ميكانيزم عصبي فيزيولوجي والذي يسيطر على اليقظة وعلى تنشيط القشري والذي يسمى أيضا بنظام اليقظ. (بعيسى،2011).

- نظام اليقظ "Arousal":

هو حالة تنشيط قشري وظيفته تركز على تحسيس وتنشيط المشابك التي تسهل نقل ورفع امكانية تخزين معلومات جديدة، وبالتالي تعلمها يتكون من نظام كفي قشري ونظام تنشيطي يتمركز في الجذع المخي "Le tronc cérébral"، نظام الكف القوسي في " diencéphale Thalamus hypothalamus" نظام الحافي منذ أعمال (Rikan et coll,1969) هناك اعتقاد بأن الثلاموس يلعب دو في التنشيط القشري ويكون بذلك مركز لمعالجة السياقات الانتباهية.

النظام التنشيطي يتمركز في الجذع المخي هذان النظامان القوس والجذع يعملان كمسيران نصف مستقلان ويكمل إحداها الآخر، ومن خلالهما يتم تميز المنبهات بحيث أن مجموعة المنبهات تعبر إلى "la substanz réticulée" وتحول المجموعة الأخرى إلى القوس وهكذا تقوم بكبح المنبهات.

وكذلك تعين المعلومات المفيدة، ولهذا تعتبر هذه الأخيرة من حيث المستوى الفيزيولوجي كنظام تنشيطي تصاعدي، والقوس كنظام للكف اجتماع هذان النظامان يسمح بتصفية المعلومات ونجاعة الانتباه (بعيسى،2011).

رابعاً.مركز المعالجة:

يعمل مركز المعالجة على ضمان تحول كل المعلومات الجديدة، من الذاكرة قصيرة المدى إلى الذاكرة طويلة المدى. فهي إذن تضمن ترميز واسترجاع الذاكرة قصيرة المدى.

هناك عدة مناطق للمعالجة تتمركز في الفص قبل الجبهي، بالنسبة لاتخاذ القرار بالنسبة للفص "infratemporal" وفي الفص الصدغي الأيسر والأيمن بالنسبة للغة.

يسيطر مركز المعالجة على المعالجة القاعدية بالنسبة للترميز والاسترجاع ولكن في الذاكرة طويلة المدى تخزن التفاصيل والجزئيات. وهنا يجب توضيح ذلك في المراحل الآتية(بعيسى،2011):

- المرحلة الأولى مرحلة التعرف:

هي ما يحدث لحظة دخول المعلومة للجهاز العصبي المركزي، وسميت كذلك بالمرحلة الحسية، إذ يتم من خلالها التعرف بواسطة الحواس على المنبه في الوضعية الراهنة.

هذه المرحلة أساسية، لأنه إذا لم يتم التحليل الجيد للمنبه يمكن أن تحدث عدة أخطاء في الحكم واتخاذ القرارات وهذه المرحلة بدورها تتكون من ثلاث مراحل:

- مرحلة استقبال المعلومة والتقاطها:

قبل كل شيء من المهم التقاط المعلومة ويتم ذلك من خلال أعضاء الحس أين تحول الطاقة الفيزيائية للمنبه إلى رسالة عصبية تنتقل إلى الجهاز العصبي المركزي.

إن مجموع المعلومات المستقبلية تضع صورة واضحة المعالم للوضع الذي أتت منه الذي يكون الكائن البشري جزء منه، إن زمن رد الفعل يتأثر هنا، بحيث يكون قصر كلما كان المنبه قوي، وواضح مثلاً التقاط صوت قوي وظاهر بين مجموعة أصوات يكون سريع من صوت خافت وسط ضجيج.

- مرحلة اختيار المعلومات المفيدة/المرشح الحسي:

من بين العديد من المعلومات الواردة إلى الجهاز العصبي، هناك عدد قليل منها يكون مفيد وذا علاقة بالوضعية الراهنة، وبالتالي يجب أن لا يكون الجهاز العصبي مكتظ بعدد كبير من المعلومات الغير مفيدة.

هنا المرشح الحسي يقوم بتصفية كل المعلومات الغير مفيدة، والتي لا توظف في الوضعية الراهنة ويظهر دور المرشح الحسي، في رفع مستوى كفاءة الأداء من خلال تأثير الانتباه الذي يوجهه المرشح نحو ما هو مهم وأساسي متجاهل وما هو غير مفيد.

- الفهم والتعرف على مدلول المعلومات:

بعد التقاط المعلومة في خصم الحركة الراهنة يجب أن تكون هناك القدرة على التعرف عليها من بين مجموع مدلولاتها.

إذ يمكن أن تكون للمعلومة الواحدة عدة دلالات، وهذا باستعمال المعرفة المخزنة في الذاكرة تسهل عملية التعرف على المنبه في حد ذاته بحيث أن بعض المنبهات بسيطة والتعرف عليها يكون سهل وسريع.

وبهذا زمن رد الفعل يكون قصيراً، هذا ينطبق على كل المنبهات النابعة من الذات لأن التعرف عليها يكون سهل وسريع وبهذا زمن رد الفعل يكون قصير.

هذا ينطبق على كل المنبهات النابعة من الذات لأن التعرف عليها يكون صفة جينية غير مكتسبة أي المنعكسات الفطرية.

في حين أن هناك منبهات تتطلب تعلم حتى تفهم ويتم التعرف عليها ويظهر ذلك من خلال النشاطات المبدئية والرياضية، كما يجب أن تكون هناك المعرفة الشاملة حول مدلولات المنبه حسب السياقات الموجودة فيها.

- المرحلة الثانية مرحلة تعين الاستجابة:

في هذه المرحلة من معالجة المعلومة، الشخص هناك يكون قد تعرف على المعلومات وهو الآن بصدد معرفة بالتحديد، ما يجري حوله ولم يقرر بعد ما يجب القيام به.

إذن في مرحلة التعيين سيقوم الشخص باختيار الاستجابة المناسبة الأكثر ملائمة مع الأخذ بعين الاعتبار الوضعية الموجودة فيها في أغلب الاحيان.

يقوم الشخص باستشارة ذاكرته من أجل إيجاد الاستجابة المتكيفة مع الوضع، ولكن في حالات أخرى أين الوضعية تكون جديدة لم يسبق له وأن وضع فيها الإجابة.

هنا قد لا تكون موجودة في الذاكرة، وفي هذه الحالة عليه بالبحث في الذاكرة طويلة المدى عن الوضعيات المقاربة للوضعية الراهنة، بين المراحل الثلاث لمعالجة المعلومة (بعيسى، 2011).

وتُعد مرحلة التعيين هي الأطول وهذا يعني أن مشاركتها في زمن رد الفعل مهمة أكثر وبالتالي مدة سيرها تختلف من وضعية إلى أخرى لأن زمن معالجة المعلومة يرتفع بعدد اختيارات الاستجابة الموجودة فكلما كانت هناك عدة اختيارات كلما كان زمن رد الفعل أطول (بعيسى، 2011).

- المرحلة الثالثة برمجة الاستجابة:

عندما يقوم شخص بالتعرف على وضعية، وكذا يعين الاستجابة المناسبة عليه الآن بتنظيم وترتيب خطوات استجابة الحركية الهدف من هذه المرحلة، هو ترجمة الفكرة المجردة إلى فعل معين من خلال مجموع الأوامر المعطاة إلى العضلات لتحقيق الاستجابة وهي المرحلة الأخيرة قبل أن يصبح الفعل الحركي ظاهر.

إذن هذه المرحلة لم تؤخذ بعين الاعتبار لدى علماء النفس المعرفيين إلا في سنوات (1960) مع ظهور تجارب هنري و روجرز "Henry et Rogers" حول برمجة الاستجابة الحركية للمنبه.

وخلاصة هذه التجارب أن زمن رد الفعل يتصاعد مع صعوبة الفعل المختار، فقد تمحورت أفكار الباحثان على أن يبرمجه فعل معقد يحتاج المخ إلى وقت أطول من الوقت المستغرق في برمجة فعل بسيط، ولكن ما الذي يجعل الحركة صعبة؟ هناك عدة عوامل أهمها (بعيسى، 2011):

- اعتبرت الحركة معقدة لكثرة العناصر المكونة، لها وبالتالي فإن زمن رد الفعل يتأثر بعدد العناصر المكونة.
- العنصر الثاني المكون لتعقيد الفعل، هو الدقة بحيث كلما كان الفعل دقيق كلما تتطلب أن تكون الحركة مُحكمة وهذا يزيد من زمن رد الفعل.
- هناك عنصر الزمن، فمدة تطبيق الفعل تزيد من صعوبته كلما طالت المدة المستغرقة كلما زاد ذلك من تعقيد تطبيقه.
- قوة الفعل والجهد المبذول كلما كان تطلب الفعل قوة أكبر في تطبيقه كلما استغرق زمن أطول.

2.6. سيرورة العلاقة بين الفزولوجيا والمعرفة والانفعال على السلوك:

أولاً. تشكل الأفكار اللاعقلانية في المخ:

لقد قضى جان بياجي حياته كلها محاولاً الإجابة عن هذه التساؤلات وبعد سنين من البحث منفرداً ومع زملائه أنتج أكثر من خمسين كتاباً ومئات المقالات وكانت هذه الأبحاث هي الأكثر تماسكاً حول تطور التفكير الانساني وقد وصف "Virginia johnsan" (1982) فصي الدماغ الانساني كمنصفيين متماتلين لثمرة الجوز تربطهما حزمة من الألياف تُسمى الجسم الجاسي.

فص الدماغ يؤديان وظائف مختلفة ولكنها متكاملة فالفص الأيسر يعتبر مركز للوظائف المجردة والشكلية والمستقيمة والتحليلية فهو سيد البيانات أو مركز المنطق في الدماغ المنطقي وفيه تأخذ العمليات المنطقية والتعليل الرياضي مكانها، كما أنه مكان ودود مركز اللغة وهو المكان الذي نسمع به أنفسنا ونحن نفكر.

ويعتبر الفص الأيمن مركز العمليات الحدسية والرسومية والفراغية وغير اللفظية والروحية فهو المكان الذي يعمل أثناء النوم، وبه نرى الأحلام في عقولنا، وربما يتشابه مع الذكاء الإبداعي فالفص الأيسر هو سيد البيانات من العقل، بينما الأيمن هو مركز الفن.

وحسب ما أوردت باتي أدواردز "Betty Edwardy" (1979) فإن شيفرة التشغيل التي يستخدمها الدماغ الأيمن سريعة وكلية وفراغية وإدراكية بالرغم من أن شيفرة التشغيل مختلفة من الدماغ الأيسر إلى الدماغ الأيمن، إلا أنها متشابهة من حيث التعقيد لشيفرة الدماغ الأيسر التحليلية.

وفصا الدماغ الأيسر والأيمن يتناقلان المعلومات من خلال الجسم الجاسي حيث يتعاونان ويعملان معاً كل يساهم حسب وظيفته المتخصصة وأحياناً يبداً وكأن منهما هو المسيطر والآخر بشكل أو بآخر يظهر وكأنه لا يعمل.

وقد لاحظ توني بوزان "Tony Buzan" (1974) بأنه عندما يكون الفص الأيسر نشطاً يكون الفص الأيمن بوضع راحة أو وضع موجة ألفا.

وقد وجدت باتي ادواردز بأن البالغين في المجتمع يعانون من صعوبة بالغة في التحول إلى الفص الأيمن عندما يحاولون الرسم. (فالح، 2011: 30-32).

ويبدو أن الفص الأيسر يأخذ بالعمل بدلاً عنه، وأرجعت السبب إلى نقص التربية الفراغية "Spatial Eduction" وسيطرة التعلم المعتمد على الدماغ الأيسر في المدارس.

حيث علق توني بوزان بالقول، بأننا نحتاج لأن نركز على تطوير طرفي الدماغ معاً وعندما يحدث أثر تداؤبي "Synergistic effect" به يتحسن الأداء العقلي في جميع جوانبه ويتعرض الفرد إلى نقص في نمو تفكير المنطقي نتيجة العديد من العوامل التي يتعرض لها في طفولته الأولى وأكثرها عوامل بيئية.

فنمو الطفل في بيئة فقيرة من حيث المثيرات الحسية وعدم توفير العناية الصحية وكذلك عدم تمتعه بالتربية المنزلية، والمدرسية المناسبة لسنه، كلها عوامل تؤدي به إلى أن اضطراب في نمو تفكيره المنطقي (فالح، 2011: 32).

ثانياً. دور الدماغ في تشكل الانفعالات:

حظيت الانفعالات باهتمام المفكرين والفلاسفة من جهة، وعلماء النفس من جهة ثانية وأخذ كل واحد منهم يصفها ويُفسرها من منظور الخلفية النظرية التي يتبناها، الأمر الذي أدى إلى ظهور نظريات عديدة في تفسير طبيعتها، وربما يُعزى مثل هذا الاهتمام بتفسير طبيعة الانفعالات إلى أهميتها البالغة، باعتبارها أحد المكونات الأساسية للسلوك الكلي أو المركب عند الإنسان.

فالانفعالات هي بمثابة همزة وصل ما بين المكون المعرفي من جهة، والمكون السلوكي من جهة ثانية، فظلاً عن الوظائف الحيوية التي تؤديها، كوظائف التكيف والتواصل، وتوجيه السلوك. وتنظيمه، وتنشيطه، وكبحه وضبطه.

ويدرس علم النفس كعلم بيو اجتماعي "Bio_Social Science" نوعاً خاصاً ومميزاً من السلوك، يدعى السلوك الكلي أو المركب وهو عبارة عن سلوك جزئي أو فسيولوجي وترافقه عمليات عقلية معرفية وغير معرفية.

وتتسم العمليات العقلية المعرفية وغير المعرفية، كافة بطيف واسع من الخصائص تتمثل بوجود بروفيل خاص لكل منها يشتمل على طبيعة خاصة بها، لها مكوناتها وصفاتها وأنواعها فهي عمليات تمايزية تكاملية في آن واحد. (محمد بني يونس، 2013: 300).

فكل منها عملية مستقلة عن الأخرى، أي أنها تعمل كمنظومة بنائية وظيفية واحدة متكاملة فضلا عن أنها عمليات افتراضية وليست فرضية أو تخمينية، علاوة على ذلك تتألف كل عملية عقلية من مكونين أساسيين هما، المكون الذاتي أو الداخلي، ويتضمن مكونين فرعيين هما المكون البيولوجي- الوراثي، العصبي، الكيميائي- والمكون السيكلوجي-المعرفي، الدافعي السلوكي، والمكون الموضوعي أو الخارجي. ويشتمل على مكونين فرعيين هما المكون المادي أو الفيزيائي والمكون الاجتماعي.

كما تفسر النظرية البيولوجية التي تعود هذه إلى العالم الفسيولوجي الروسي أنوخن (1946- 1976) وبحسب هذه النظرية فإن الانفعالات هي نتاج بيولوجي لعملية التطور، وهي بمثابة عملية تكيفية.

ووفقا لهذه النظرية يؤدي ظهور الحاجات إلى ظهور الانفعالات السلبية لدى الفرد، التي تنبثق عنها حشد الطاقة اللازمة، وذلك لاختيار الأساليب المثلى في إشباع هذه الحاجات بسرعة، وعندما تصبح الحاجات مشبعة لدى الفرد، تظهر لديه الانفعالات الايجابية التي تُعد بمثابة عوامل معززة ايجابية وعند تثبيت هذه الانفعالات الايجابية في الذاكرة فإنها تعمل على تنشيط ملائم لدافع الإقدام لدى الفرد على اتخاذ القرار المناسب في اختيار الأسلوب الأمثل في إشباع الحاجات لديه.

وأما في حالة عدم انسجام النتيجة المتوقعة للسلوك مع خطته وبرنامجه، فإن ذلك يؤدي إلى ظهور انفعالات ايجابية بصورة متتالية ومتكررة، يؤدي إلى ظهور انفعالات ايجابية لدى الفرد تقضي إلى تعلمه لسلوكات تكيفية.

بينما في حالة فشله المتكرر في إشباع حاجاته، فإن ذلك يؤدي إلى كبح كل من السلوكات التكيفية، وتقصي الأساليب النشطة والفاعلة في تحقيق أهدافه.

وتأسيساً على ذلك، تقوم هذه النظرية على مفهوم الحاجات البيولوجية، السيكلوجية الاجتماعية، باعتبارها حجر الأساس في ظهور الانفعالات السلبية أو الايجابية، على حد سواء أوفي سياق واحد (محمد بني يونس، 2013: 300).

ثالثاً. علاقة المعرفة بالانفعالات من منظور نظريات الأجهزة التنظيمية:

تتناول هذه النظريات، تفسر طبيعة الانفعالات من منظور تشريحي_ عصبي هرموني، وذلك باستخدام من الاستثارة الكهربائية والكيميائية وأساليب الاستئصال الجزئي والكلي من جهة، واستخدام الأجهزة الكهروفيسيولوجية المتطورة، من جهة ثانية، لكل من مناطق الجهاز العصبي، وجهاز الإفراز الداخلي وهناك العديد من نظريات الأجهزة التنظيمية من بينها:

- نظرية النشاط العصبي العالي:

تعود هذه النظرية إلى العالم الفسيولوجي الروسي الحائز على جائزة نوبل لعام (1904) وهو بافلوف وقد انبثقت هذه النظرية عن دراسات وبحوث في مجال فسيولوجيا الجهاز أو النشاط العصبي العالي الذي يُقَابله في الأدبيات السيكلوجية الغربية مجال معرفي يدعى فسيولوجيا السلوك.

وكلا المجالين يدرسان الأساس العصبي للعمليات العقلية العليا، ووفقاً لهذه النظرية يفسر ظهور العمليات العقلية من منظور النشاط الانعكاسي الشرطي، حيث يؤدي ظهور الانفعالات إلى حدوث اختلالات في النمطية الدينامية والروابط الانعكاسية الشرطية.

وأشار كوفاليف(1970) معتمداً على أفكار بافلوف إلى أن السهولة في تشكيل منظومة الروابط العصبية المؤقتة في قشرة المخ، الناجمة عن الظروف الخارجية والداخلية الملائمة ذات الصلة بظهور الانفعالات الايجابية.

في حين أن ظهور الانفعالات السلبية ناجم عن الصعوبة في تشكيل منظومة الروابط العصبية المؤقتة في قشرة المخ، ويشعر الفرد بأن الانفعالات قوية، عندما يتم كسر أو إعادة بناء منظومة الروابط العصبية المؤقتة، وعند حدوث تغيرات في الظروف المعيشية ومتطلبات الحياة.

وبحسب هذه النظرية، تكون المظاهر الانفعالية أكثر وضوحاً في حالي حدوث اختلالات في النمطية، أو تثبيت منظومة الروابط العصبية المؤقتة في قشرة المخ، ووفقاً لرأي بافلوف، يرتبط ظهور الانفعالات الولادية بإشباع أو عدم اشباع الحاجات أو الغرائز. (محمد بني يونس، 2013: 303).

في حين فسر ظهور الانفعالات المتعلمة والهادف لإشباع الحاجات المكتسبة في تاريخ نشوء الفرد وفقاً لآلية الانعكاس الشرطي، وكشف بافلوف آلية الفسيولوجيا لظهور كل من الانفعالات الايجابية والسلبية.

إذ يرتبط ظهور الانفعالات الايجابية بعملية عصبية تدعى الإثارة، بينما يرتبط ظهور الانفعالات السلبية بعملية عصبية مضادة للأولى، تدعى الكبح.

وأشار بافلوف إلى أن الأساس الفسيولوجي لانفعال الخوف يتمثل في حدوث عملية الكبح ووفقاً لآراء بافلوف هناك أساس فسيولوجي لظهور الانفعالات السلبية التي غالباً ما تنشأ عن حدوث تغيرات في كل من نمط المعيشة، وفقدان أشخاص مقربين، وتوقف النشاطات الاعتيادية وحدث تشوهات في المعتقدات وأزمات عقلية.

ويتمثل في الأساس الفسيولوجي لهذه الانفعالات السلبية في حدوث تغيرات، واختلالات في النمطية الدينامية القديمة، وصعوبة في بناء نمطية جديدة وتبعاً لرأيه يؤدي كسر النمطية إلى ظهور الانفعالات السلبية. وهذه بحد ذاتها تعد سبباً، وليس ميكانيكياً فسيولوجياً لظهور الاستجابات الانفعالية. ويُستدل من هذه النظرية باعتبارها نظرية وظيفية ان النشاط العصبي العالي هو دالة الانفعالات. (محمد بني يونس، 2013: 303).

- النظرية التشريرية:

تشير هذه النظرية إلى وجود منحنيين، يكشفان عن العلاقة بين أجزاء الجهاز العصبي من جهة والاستجابات الانفعالية تنحصر من جهة ثانية، وهما منحى الحصر الموضوعي، والمنحى المنظوماتي ويؤكد أنصار المنحى الأول وجود مركز عصبي خاص لكل انفعال.

أي أن ظهور الاستجابات الانفعالية تنحصر في مراكز عصبية محددة وقد بينت التجارب المخبرية على الحيوانات العليا من جهة والتدخلات العلاجية لدى الأفراد المرضى باستخدام التنشيط الكهربائي لأجزاء محددة من المخ أخرى ما يأتي:

-ارتباط كل من الأجزاء الأمامية من الجزيرة "Insula" والأقسام الخلفية من ما تحت السرير البصري والغطاء "Oper culum or tegmetum" ونواة اللوزة بانفعال الخوف.

-ارتباط كل من القسم الأمامي لما تحت السرير البصري واللوزة، والأنوية الانسية من السرير البصري بانفعال القلق.

- ارتباط كل من الأنوية البطنية الأنسية للسرير البصري ومنطقة الحاجز "Septum" والمناطق الجبهة بانفعال المتعة أو اللذة.

ووفقا لنتائج هذ التجارب يتضح أن الاستجابات الانفعالية تتحصر في المراكز العصبية الواقعة تحت قشرة المخ، ومن حيث تاريخ نشوء النوع " Phylogenesis " يشير الباحثون في مجال فسيولوجيا الجهاز العصبي المركزي والانفعالات، إلى دور المخ اللمبي "Limbic Brain" وبالأخص اللوزة في تنظيم الاستجابات الانفعالية، وأن اللوزة تؤدي دوراً مهماً في تقييم المثيرات المسببة للانفعالات.

كما تؤدي دوراً في تنشيط الجهاز العصبي الذاتي، وجهاز الإفراز الداخلي وبالرغم من مشاركة أقسام المخ اللمبي في تنظيم الاستجابات الانفعالية، إلا أنها غير كافية لتنظيم الاستجابات لا تتحصر في مكان عصبي محدد، بل تنتج عن منظومة واسعة من الاقترانات الانعكاسية الشرطية المكتسبة.

هذه النتيجة تدحض فكرة الحصر الموضوعي للاستجابات الانفعالية، وتؤكد صحة المنحى المنظوماتي الذي يشير إلى وجود مخ انفعالي " Emotional Brain " يتألف من منظومة متكاملة ثلاثية العناصر وهي:

-المخ اللمبي(الهايپو_كامبوس_قرن آمون_الحجاب الشفاف_اللوزة)

-ما تحت السرير البصري(32 زوج من الأنوية للجزء الأمامي فيه، المرتبطة بالجهاز العصبي شبه الودي، وللجزء الخلفي منه أيضاً والمرتبطة بالجهاز العصبي الودي)

-المناطق اللمبية للمخ المتوسط(المادة الرمادية المركزية، التكوين الشبكي القريب من المركز) ويُستدل من هذه النظرية باعتبارها نظرية بنائية على البناء العصبي أو التكوينات العصبية المنظمة للاستجابات الانفعالية، وتأسيساً على ذلك يقوم المخ اللمبي بدور المنسق لمختلف أقسام المخ المشاركة في تنظيم الاستجابات الانفعالية. (محمد بني يونس، 2013: 304-305).

نظرًا لأن الحلقة المركزية من المخ اللمبي ذات ارتباط مزدوج، إذ ترتبط بالتراكيب الواقعة تحت قشرة المخ من جهة وبمختلف مناطق قشرة المخ من جهة ثانية.

وأكدت التجارب المخبرية، التي أجريت على الحيوانات العليا من ناحية، والملاحظات الإكلينيكية للأفراد المرضى من جهة أخرى، أثبتت دور قشرة المخ الجديدة في تنظيم الاستجابات الانفعالية.

- النظرية التشريحية_الفسولوجية:

تؤكد هذه النظرية وجود ثلاثة أجهزة مخية ذات صلة مباشرة بتنظيم ثلاث فئات من الانفعالات هي(القلق السرور والسعادة والعنف والذعر).

ووفقا لهذه النظرية، تدعى التراكيب المخية المسؤولة عن تنظيم انفعال القلق بجهاز الكبح السلوكي BIS (Behavior Inhibition System, or BIS) إذ يستجيب هذا الجهاز إلى الإشارات الشرطية المتعلقة بكل من العقاب أو الإشارات الجديدة واستبدال التثبيت الايجابي.

وبحسب هذه النظرية يمكن خفض فاعلية أداء هذا الجهاز وذلك عن طريق استخدام المواد المضادة للقلق كالكحوليات والبايبتورات والنبزودبازين.

أما الجهاز الثاني الذي أشارت إليه هذه النظرية فهو جهاز الكر والفر " Fight-flight system" وهو على صلة مباشرة ووثيقة بتنظيم كل من: انفعالات العنف_ الذعر، وبمقتضى هذه النظرية يستجيب هذا الجهاز إلى الإشارات اللاشرطية العنيفة ويمكن خفض فاعلية أداء هذا الجهاز باستخدام المسكنات "Analgetica" كالمورفين مثلا، علما بأنه لا يستجيب للمواد المضادة للقلق.

وأما الجهاز الثالث الذي أشارت إليه هذه النظرية، فيدعى جهاز سلوك الإقدام (Behavior Approach System)، إذ يستجيب هذا الجهاز إلى الإشارات ذات الصلة بالمكافآت الشرطية ويرتبط هذا الجهاز بتنظيم انفعالات السرور_السعادة.

وبينت هذه النظرية اعتماد الخصائص الفردية للاستجابات الانفعالية على التوازن في عمل الاجهزة الانفعالية الثلاثة، وبحسب هذه النظرية فإنه عندما يتم استثارة جهاز كبح السلوك بدرجة مرتفعة لدى الفرد، فإنه يؤدي إلى ظهور القلق المرتفع لديه. (محمد بني يونس، 2013: 304-305).

بينما تؤدي الاستثارة المرتفعة لجهاز -الكر والفر- إلى ظهور السلوك العدواني أو سلوك الدفاع النشط، في حين تؤدي الاستثارة المرتفعة لجهاز سلوك الإقدام إلى ظهور الانفعالات الايجابية كالسرور_ السعادة _التفاؤل.

وقد أظهرت الدراسات الالكتروفيسولوجية، باستخدام التصوير البزويتروني المحوري الصادر (PET) حدوث نشاط كهربائي قوي في مختلف أقسام الدماغ، في حالة ظهور الانفعالات المتعكسة كالسرور/الحزن مثلا.

ووفقا لفرضية الميكانيوم التحريضي لظهور الانفعالات المتعكسة(الإيجابية والسلبية)، يؤدي تنشيط الانفعالات الايجابية، كالسرور مثلا إلى انتشار أثر التنشيط لتعمل على تحريض غير مباشر للانفعالات السلبية والعكس صحيح.

إذ إن السرور هو دالة بعض الانفعالات السلبية وتتفق هذه الفرضية مع الواقع المعاش، إذ يؤدي الفرح المفرط بالنجاح إلى البكاء، وينتهي البكاء الزائد بوفاة أو فراق عزيز بالضحك أيضا، كما تتفق مع مبادئ التركيز والتحريض العالي.

- نظرية اللاتناظر الوظيفي لنصفي الكرتين المخيتين:

ووفقاً لرأي لوريا(1973) توجد علاقة ارتباطية بين الاستجابات الانفعالية السارة وغير السارة من جهة ونصفي الكرتين المخيتين من جهة أخرى.

إذ ترتبط الاستجابات الانفعالية بوظائف نصف الكرة المخية اليمنى فقط لقد توصل بيريفرزيف(1980) من خلال تحليل الأدبيات السيكوفيسولوجية إلى وجود ثلاث آراء ذات صلة بدور نصفي الكرتين المخيتين في تنظيم الاستجابات الانفعالية وهي:

الرأي الأول: الدور التفضيلي لنصف الكرة المخية اليمنى أما الرأي الثاني الإسهام المشترك لنصفي الكرتين المخيتين معاً في تنظيم الاستجابات الانفعالية مع سيادة نصف المخية اليسرى في تنظيم ذلك والرأي الثالث: نصف الكرة اليمنى ذات صلة بالانفعالات السلبية وارتباط نصف الكرة المخية اليسرى بالانفعالات الايجابية. (محمد بني يونس، 2013: 305-308).

لقد تم التحقق من صحة هذه الآراء تجريبياً إذ يؤدي حدوث تلف في نصف الكرة المخية اليمنى إلى ظهور تغيرات في كل من عملية الإدراك والتعبيرات الانفعالية وبحسب رأي بالونوف وزملائه(1976) يؤدي حدوث نوبات تشنجية في الجانب الأيمن من المخ إلى تدهور حاد في إدراك التعبيرات الانفعالية للصورة.

وبحسب رأي موروزوف(1985-1991) يتم إدراك النبرة الانفعالية المصاحبة للكلام بدرجة أعلى في حالة استقبال الكلام بالأذن اليسرى، وذلك لأن الكلام يرد إلى نصف الكرة المخية اليمنى بينما إذا استقبل الكلام بالأذن اليمنى فإنه يؤدي إلى إدراك مشوه للنبرة الانفعالية المصاحبة للكلام.

وذلك لأنه يصل إلى نصف الكرة المخية اليمنى وأشار كل من بايبيكوف(1971) وبيلي(1975) إلى ظهور شح في التعبير الانفعالي لدى المرضى المصابين ببؤرة تالفة في نصف الكرة المخية اليمنى. ويشتمل على شح في الإيماءات والحركات، ويصبح الكلام على وتيرة واحدة.

أما رأي المجموعة الثانية من العلماء فتشير إلى مشاركة نصفي الكرتين المخيتين معاً في تنظيم استجابة انفعالية واحدة في حين أن الدور الرئيس في التنظيم يُعزى إلى نصف الكرة المخية اليسرى.

وبحسب رأيهم فإن الشروط اللازمة لتحسين المزاج تكمن في تنشيط نصف الكرة المخية اليسرى بينما الشروط الضرورية لتدهور المزاج وتعكيره تتمثل في كبح النشاط في هذا النصف من المخ. (محمد بني يونس، 2013: 308).

وكشف روسالف(1979) عن اعتماد تقييم التعبير الانفعالي للإيماءات على درجة تنشيط نصف الكرة المخية اليسرى، فعند ارتفاع مستوى النشاط في هذا النصف الأيسر من المخ تسود الانفعالات الايجابية.

بينما انخفاض مستوى النشاط فيه، يؤدي إلى سيادة الانفعالات السلبية ووفقاً لأراء العلماء من المجموعة الثالثة بينت الدراسات الإكلينيكية أن التلف في مختلف مناطق نصفي الكرتين المخيتين الكبيرتين معاً يؤدي إلى ظهور تغيرات في الحالات الانفعالية، فعند وجود تلف في نصف الكرة المخية اليمنى، يتبين سيادة ظهور الانفعالات الايجابية يرافقها النشوة والدعابة في حين أن التلف في نصف الكرة المخية اليسرى في الغالب يؤدي إلى ظهور استجابات اكتئابية. (محمد بني يونس، 2013: 308).

لقد كشفت نتائج تجارب تيرزين وزيكوتو (Terzian&Zecotto) وذلك باستخدام محاولة فادا(أي بكبح وظائف أحد نصفي الكرتين المخيتين، عن طريق حقن مادة_أميتا الصوديوم_ في الشريان السباتي الأيمن والأيسر) عن ظهور استجابات اكتئابية، بعد حدوث كبح للنشاط في نصفي الكرة المخية اليسرى وظهور النشوة بعد حدوث كبح للنشاط في نصف الكرة المخية اليمنى.

لقد تأكدت هذه النتائج في دراسات سيكولوجية روسية وذلك باستخدام طرق مختلفة، وحصلت نتائج التجربة التي قام بها دافيدسون وزملاؤه (Davidson et al.1990) على عينة من الأفراد الأسوياء مستخدمين اليد اليمنى وذلك بتعريضهم لمشاهدة فيلم تلفزيوني وتسجيل النشاط الكهربائي باستخدام جهاز تخطيط الدماغ الكهربائي أثناء مشاهدتهم.

بينت ازدياد النشاط في الفص الجبهي الأمامي لنصف الكرة المخية اليسرى عند ظهور الانفعالات الايجابية لديهم، وازدياد النشاط في الفص الجبهي الأمامي لنصف الكرة المخية اليمنى عند ظهور الانفعالات السلبية لديهم.

لقد تأكدت هذه النتائج في دراسة سوفوروف(1978) وبينت دراسة شابكين(2000) أنه يتم تقييم الكلمات ذات الدلالة الانفعالية السلبية من قبل نصف الكرة المخية اليمنى.

اتفقت نتائج هذه الدراسات مع دراسة قام بها كل من دافيدسون وفوكس (Davidson&fox,1982) إذ بينت النتائج أن التقييم الذاتي لحالة السعادة تمثلت في سيادة النشاط في المناطق الجبهية الأمامية لنصف الكرة المخية اليسرى.

وأشارت إلى ازدياد النشاط الكهربائي باستخدام جهاز التخطيط الكهربائي في نصف الكرة المخية اليسرى، عند تقييم الطفل في عمر (10) شهور للوجوه السعيدة وازدياد النشاط الكهربائي في الفصوص الجبهية والمركزية لنصف الكرة المخية اليمنى لدى المرضى المكتئبين.

وفي دراسة أخرى قام بها دافيسون وفوكس، وذلك بإعطاء الطفل الوليد عصيراً حلواً وعصيراً حامضاً ، بينت النتائج ازدياد النشاط الكهربائي عند شرب العصير الحلو في نصف الكرة المخية اليسرى. وازدياد النشاط الكهربائي عند شرب العصير الحامض في نصف الكرة المخية اليمنى(محمد بني يونس،2013: 309).

وأظهرت دراسة فوكس ودافيدسون (Davidson&fox,1992) أن العلاقة القائمة على الحب والعطف والحنان بين الطفل وأمه تؤدي إلى شعوره بالسرور الذي يرافقه ازدياد في النشاط الكهربائي في نصف الكرة المخية اليمنى.

وأكد توماركين وزملاؤه (Tomarken et al,1992) أن سيادة النشاط الكهربائي في نصف الكرة المخية اليسرى يؤدي في الغالب إلى الشعور بالانفعالات الايجابية وإلى ندرة الشعور بالانفعالات السلبية.

ويرتبط المستوى المرتفع للنشاط الكهربائي في المناطق الجبهية لنصف الكرة المخية اليسرى بالشعور بانفعالات ايجابية عند مشاهدة أفلام كوميدية.

في حين يرتبط المستوى المرتفع للنشاط الكهربائي في المناطق الجبهية لنصف الكرة المخية اليمنى بالشعور بانفعالات سلبية عند مشاهدة أفلام تراجيدية.

وتبعاً لرأي دافيدسون (Davidson,1994) يؤدي ابتعاد الأم عن طفلها إلى الشعور بالتوتر الزائد، يرافقه ازدياد في مستوى النشاط الكهربائي في المناطق الجبهية لنصف الكرة المخية اليمنى.

وقد أكد شباكين(2000) نتائج الدراسات التي قام به هيلر "Heller" التي أشارت إلى اعتماد نوع الانفعالات على العلاقة بين النشاط الكهربائي في كل من المنطقة الجبهية لنصفي الكرتين المخيتين اليمنى واليسر وذلك على النحو الآتي:

- إذا كان مستوى النشاط الكهربائي في المنطقة الجبهية لنصف الكرة المخية اليسرى أكبر من متوسط النشاط الكهربائي في المنطقة الجبهية لنصف الكرة المخية اليمنى فإن ذلك يؤدي إلى ظهور الانفعالات الايجابية

- إذا كان مستوى النشاط الكهربائي في المنطقة الجبهية لنصف الكرة المخية اليمنى أكبر من متوسط النشاط الكهربائي في المنطقة الجبهية لنصف الكرة المخية اليسرى فإن ذلك يؤدي إلى ظهور الانفعالات السلبية. (محمد بني يونس،2013: 309).

وتتفق نتائج دراسة دانيلوفافا(2000) مع نتائج هارمون جونز وألين " Harmon _Jonnes et Allen"(1998) حيث فسرا العلاقة بين الانفعالات من جهة ومناطق نصفي الكرتين المخيتين من جهة أخرى بأنها غير مرتبطة بالانفعالات نفسها.

بل تُعزى إلى دافع الإقبال الإحجام المرتبط بنوع الانفعال، إذ إن غالبية الانفعالات السلبية مرتبطة بدافع الإحجام، في حين أن غالبية الانفعالات الايجابية مرتبطة بدافع الإقبال.

ونظرية مفهوم أنماط الجهاز العصبي قد تبين نمطين للإنسان النمط القوي للجهاز العصبي والنمط الضعيف للجهاز العصبي.

حيث يتسم النمط الأول بالحساسية الانفعالية المرتفعة أي بمعنى أن الأفراد الذين ينتمون إلى هذا النمط يستجيبون إلى أدنى شدة إثارة، انفعالية يرافقه فاعلية أداء مرتفعة وقدرة عالية على التحمل والإقبال على سلوك المخاطرة أو المغامرة والاندفاعية العالية.

أما الأفراد الذين ينتمون إلى النمط الثاني فإنهم يتسمون بالحساسية الانفعالية المتدنية، أي أنهم لا يستجيبون إلى أعلى شدة انفعالية فضلا عن أنهم أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الانفعالية.

يتضح مما سبق وجود أساس وراثي عصبي للانفعالات، إلى جانب ذلك هناك أساس كيميائي للانفعالات يتمثل في النواقل العصبية الكيميائية والهرمونات في تنظيم ظهور الانفعالات.

وعليه أشار دانيلوفافا(2000) إلى أن نقص هرمون نورأدرينالين يؤدي إلى ظهور الاكتئاب، على شكل ضجر.

بينما نقص هرمون سيروتونين يؤدي إلى ظهور الاكتئاب على شكل قلق. أي أن النقص في تركيز هذين الهرمونين يؤدي إلى الإصابة باضطراب الاكتئاب.

وأكد دانيلوفافا(2000) أن ارتفاع تركيز هرمون سيروتونين في المخ، يؤدي إلى تحسين المزاج (محمد بني يونس،2013: 310).

3.6. المقاربات النفس عصبية لتفسير علاقة الأفكار اللاعقلانية بالصحة النفسية:

أولاً. نظرية عمليات المعالجة الانتباهية التزامية التتابعية التخطيطية (PASS) (Processus attentionnels simultanés et successifs):

انطلقت نظرية "PASS" لعمليات المعالجة المعرفية من تصور لوريا (Luria 1902-1977) للعمليات الفيزيولوجية والعصبية، كتنظيم أساسي للأداء الوظيفي المعرفي، ويعتبر لوريا من العلماء الذي أثروا على علم النفس العصبي وعلم النفس بصفة عامة والنشاط العصبي المعرفي الوظيفي بصفة خاصة.

وتعتبر هذه النظرية من النظريات المعاصرة التي تتيح مدى واسعاً من الاستجابات عبر الوسائط المعرفية مع التركيز على عمليات المعالجة المعرفية أكثر من الناتج.

لأن العمليات الانتباهية تمكن الفرد من الاختيار القسدي للمثير الهدف في المشكلة موضع الحل أو المعالجة بينما تتجاهل المثيرات الأخرى.

وعمليات المعالجة التزامية تشير إلى التجهيزات والمعالجة التزامية المتعددة الأبعاد والآليات بمعطيات المشكلة المترابطة بينيا والمتفاعلة تزامنيا.

وعمليات المعالجة التتابعية تشير إلى التجهيزات والمعالجة التقدمية على نحو خطي تتابعي للمشكلة، موضوع المعالجة استراتيجية العمل إلى الأمام وعمليات المعالجة التخطيطية.

والتي توجه العمليات الثلاث السابقة من خلال توليد وتعميم الاستراتيجيات بالتالي نقوم بعمليات بوليفية بوظيفية للمدخلات للوصول إلى النواتج المرجوة (ركزة، 2013: 115-116).

- المنطلقات الأساسية لنظرية "PASS":

تعتبر هذه النظرية مهمة لتمييزها بدرجة عالية من الصدق البنائي أو التكويني والصدق المحكي والصدق التنبؤي في قياسها للقدرات المعرفية وأهم الافتراضات التي قامت عليها:

- يعتقد أصحاب هذه النظرية (Naglieri et Das, 1997 Naglier, 1999) أن أي اختبار للقدرات العقلية يجب أن يقوم على نظرية واضحة ومنسقة تتبثق من فهم جيد لوظائف العمليات النفسية الأساسية للمخ.

- أي نظرية للعمليات المعرفية الأساسية يجب أن توفر معلومات للمستخدم من تلك القدرات النوعية المحددة التي ترتبط بالنجاح الأكاديمي والنجاح في العمل والصعوبات التي تحول دون ذلك وأن تتطوي على تشخيص فريقي وتقدم التوجيه لاختيار أو انتقاء البرمجة الفعالة للتدخل.

- أن القدرات الإنسانية يمكن أن تقدم جزئياً بالتحليل العاملي ولا تنتج عنه.

- التأكيد الأساسي للنظرية هو الجمع بين خاصيتين هما:

1. أن قياس العمليات النفسية يجب أن يقوم على استجابات خاضعة للملاحظة والحكم الموضوعي

2. أن هذا القياس يصبح بدون معنى إذا لم يقبل التفسير من خلال البناء النظري الذي قام عليه.

كما يرى أصحاب هذه النظرية أن نمو الوظائف العقلية المعرفية ناتج مشترك للتراكيب الطبيعية العصبية والبيئية والاجتماعية للفرد.

وأن الوظائف العقلية المعرفية العليا للأفراد مثل التفكير تشمل التحدث واللغة لها أصولها العصبية والمعرفية والاجتماعية والبيئية.

كما يُعد دمج العمليات العقلية المعرفية مع التركيبات أو التنظيمات الفسيولوجية العصبية بعكس الطبيعة التكاملية لهذه التنظيمات في علاقتها بالنشاط العقلي المعرفي (ركزة، 2013: 116).

ثانيًا. نظرية المخطط "بيك" «Beek» Théorie de Schéma:

تركز هذه النظرية على آثار القلق والاكتئاب على التجهيز العاطفي أو الوجداني وركزت هذه النظرية على التمييز بين التنشيط الأولي أو المبدئي للطرفيات، والتنشيط القائم على الاشتقاق الذي اقترحه (Grafr et Amndler, 1984).

ويقصد بالتنشيط الأولي الآلية التي من خلالها ينتج المثير اللفظي مختلف آثاره في الذاكرة طويلة المدى، وهي تمثل استراتيجية تنشيط طرفيات المفاهيم التي ترتبط بنفس العلاقة.

ترى هذه النظرية أن الأشخاص ذوي المستوى المرتفع من القلق يبدون نوع من الانتباه الخاص نحو ميزة التهديد الكامنة في المثير، بينما يبدي الأفراد المكتئبون ميل أو قابلية أكثر للاستجابة وإدراك التهديد المرتبط بالمثير ومن ثم تكون لديهم ذاكرة متحيزة، تسترجع بسهولة الخبرات التي تنطوي على التهديد تفوق قدرتها على استرجاع الخبرات الأخرى.

وقام وليام وزملاؤه (Williams et al, 1988) بإجراء بعض التنبؤات الهامة المتعلقة بآثار القلق والاكتئاب على الذاكرة الصريحة والذاكرة الضمنية (الذاكرة المباشرة والذاكرة غير المباشرة).

حيث كانت فرضيتهم أن الذاكرة الصريحة هي إعادة التجمع الشعوري للأهداف الماضية وعكس ذلك لا تستخدم الذاكرة الضمنية إعادة التجميع الشعوري للأحداث الماضية، وإنما تعتمد أساسا على العمليات الأولية والميكانيزم الذي سيثير الترابطات والتداعيات الحرة للخبرات والأحداث الماضية.

ومنه فإن الأفراد المكتئبون يبدون ذاكرة صريحة متحيزة لصالح تذكر واسترجاع المثيرات التي تحتوي على التهديد، أما الأفراد القلقون يبدون ذاكرة ضمنية متحيزة تجاه المثيرات المشبعة بالتهديد.

وقد طور وليام وزملاؤه (Williams et al, 1997) هذه النظرية حيث رأوا أن القلق والاكتئاب ينطويان على تأثيرات ووظائف وتطبيقات مختلفة في تجهيز ومعالجة المعلومات، فالقلق له وظيفة دماغية تجاه الخطر. (ركزة، 2013: 120-121).

ونتيجة لذلك تميل الترابطات المتعلقة بدفع الخطر أو تفاديه أو الوقاية منه إلى الاستثارة أو التنشيط الذي يكتسي أولوية أكبر خلال عمليات التجهيز قصد التحكم أو السيطرة الوقائية أكثر من الطرفيات ذات الطبيعة المفاهيمية المتعلقة بالمعرفة التقريرية.

ومن جهة أخرى في حالة الاكتئاب يميل الفرد إلى عمل نوع من الإزاحة للأهداف التي فشل في تحقيقها، ومن ثم يكون التجهيز المفاهيمي للمواد التي تقبل التعلم داخليا والمرتبطة بالفشل أو اليأس أكثر ارتباطا بهذه الوظيفة من التجهيز القائم على الترابطات الإدراكية المعرفية.

ويميز (وليام وزملاؤه 1997) بين العمليات الإدراكية والعمليات المفاهيمية فالعمليات الإدراكية هي عملية محكومة بالبيانات أو المعلومات أو المدخلات وتمثل عمليات قصديه أساسية تنشط وتستثار في الذاكرة الضمنية.

وعلى الجانب الآخر تمثل العمليات المفاهيمية عمليات تجهيزية من أعلى إلى أسفل تنشط وتستثار اعتماداً على الذاكرة الصريحة.

يفترض وليام وزملاؤه أن القلق يثير وينشط التجهيز الإدراكي للتهديد المرتبط بالمشير بينما يثير الاكتئاب وينشط التجهيز المفاهيمي للمعلومات المرتبطة بالتهديد.

وتقود هذه الافتراضات إلى أن عمل تنبؤات مؤداها أن تحيز الذاكرة الضمنية يرتبط بالقلق وأن تحيز الذاكرة الصريحة يرتبط بالاكتئاب. (ركزة، 2013: 120-121).

ثالثاً. نظرية الشبكة "باور" «Bower» Théorie de Grille :

اقترح (باور وزملاءه 1984) الافتراضات التي تقوم عليها هذه النظرة وهي الانفعالات أو العواطف هي وحدات تتربط في شبكة من المعاني مع العديد من الوصلات لارتباط بالأفكار والأنظمة الفسيولوجية والأحداث والأنماط التعبيرية.

- تختزن المادة الانفعالية في شبكة من ترابطات المعاني في صيغ من الأفكار والتعبيرات
- تحدث الاستثارة وتوزع من طرفية التنشيط إلى النهايات الأخرى التي لها علاقة بها.
- وتقوم هذه الأخيرة بتوزعها على النهايات الأخرى.
- تستثار النهايات الانفعالية من مشير داخلي أو خارجي.

- - تتنامى الأفكار وتستثار من خلال تنشيط النهايات وذلك من خلال شبكة ترابطات المعاني.

- يتكون الشعور من شبكة من النهايات التي يزيد مستوى تنشيطها عن بعض قيم العتبة الفارقة لتنشيط.

- العلاقة بين الحالة المزاجية والاسترجاع: تظهر هذه العلاقة من خلال:

1 - اعتماد التفكير على توافق الحالة المزاجية : تميل الترابطات والتداعيات الحرة للفرد

وتفسيراته وأفكاره وأحكامه وتقديراته إلى التوافق مع حالة المزاجية.

2 - اعتماد الاسترجاع على الحالة المزاجية: يكون الاسترجاع أفضل عندما تتوافق الحالة

المزاجية عند الاسترجاع مع الحالة المزاجية عند التعلم.

حيث تؤثر الحالة المزاجية عند الاسترجاع وتؤدي إلى تنشيط الطرفيات الانفعالية والوجدانية

الملائمة ثم تنتشر هذه التنشيطات وتتوزع إلى الطرفيات المرتبطة بها فإذا كان هناك توافق بين الحالة

المزاجية عند التعلم والحالة المزاجية عند الاسترجاع أدى هنا إلى تنشيط الطرفيات التي تستشير

الوحدات المعرفية المواد تذكرها ومنه يتعاضم الاسترجاع.

وهناك بعض النظريات التي تدعم هذا الأثر منها نظرية تولفنج (Tulving , 1992) للترميز

التي تفترض نجاح الاسترجاع يعتمد على مدى تقارب الحالة المزاجية للفرد عند التعلم مع الحالة

المزاجية له عند الاسترجاع.

3 - اعتماد التعلم على توافق الحالة المزاجية: يكون التعلم أفضل عندما تتوافق الحالة المزاجية

الانفعالية للفرد مع الحالة المزاجية التي عاشها وقت التعلم.

فإذا اتفقت الحالة المزاجية أو الوجدانية للفرد عند التذكر مع حالته عند الاكتساب أو التعلم

ارتفع معدل التذكر وزادت كفاءته والعكس صحيح.

4 - اعتماد مبدأ التكيف المزاجي: إن زيادة التركيز المزاجي يرفع من مستوى التنشيط أو

الاستثارة والتداعيات التي تحصل من خلال شبكة الترابطات التي لها صلة بها. (ركزة، 2013: 122).

-مبادئ تأثير الحالة الوجدانية على الحفظ والتذكر: يتأثر الحفظ والتذكر مع الحالة الانفعالية والوجدانية للفرد وهناك مبادئ تحكم هذا التأثير حتى :

- الخبرات والمعلومات التي تميل إلى أن تستثار أو تنشط خلال الإطار النفسي أو الانفعالي أو الوجداني التي اكتسبت فيه لأن هذا الإطار النفسي يمثل الوسيط المصاحب لهذه الخبرات أو المعلومات.

- يعمل توافق الحالة المزاجية على تنشيط الطريفات التي استثيرت عند الاكتساب والحفظ أو التعلم وهذه الأخيرة تقوم بدورها باستثارة الترابطات القائمة على شبكة ترابطات المعاني في الذاكرة طويلة المدى أو ذاكرة المعاني

- الخبرات والمعلومات التي تكتسب أثناء حالة مزاجية جيدة يتم تعلمها واكتسابها والاحتفاظ بها ومن ثم استرجاعها وتذكرها بصفة جيدة أيضا من تلك التي يتم تعلمها في حالات مزاجية سيئة.

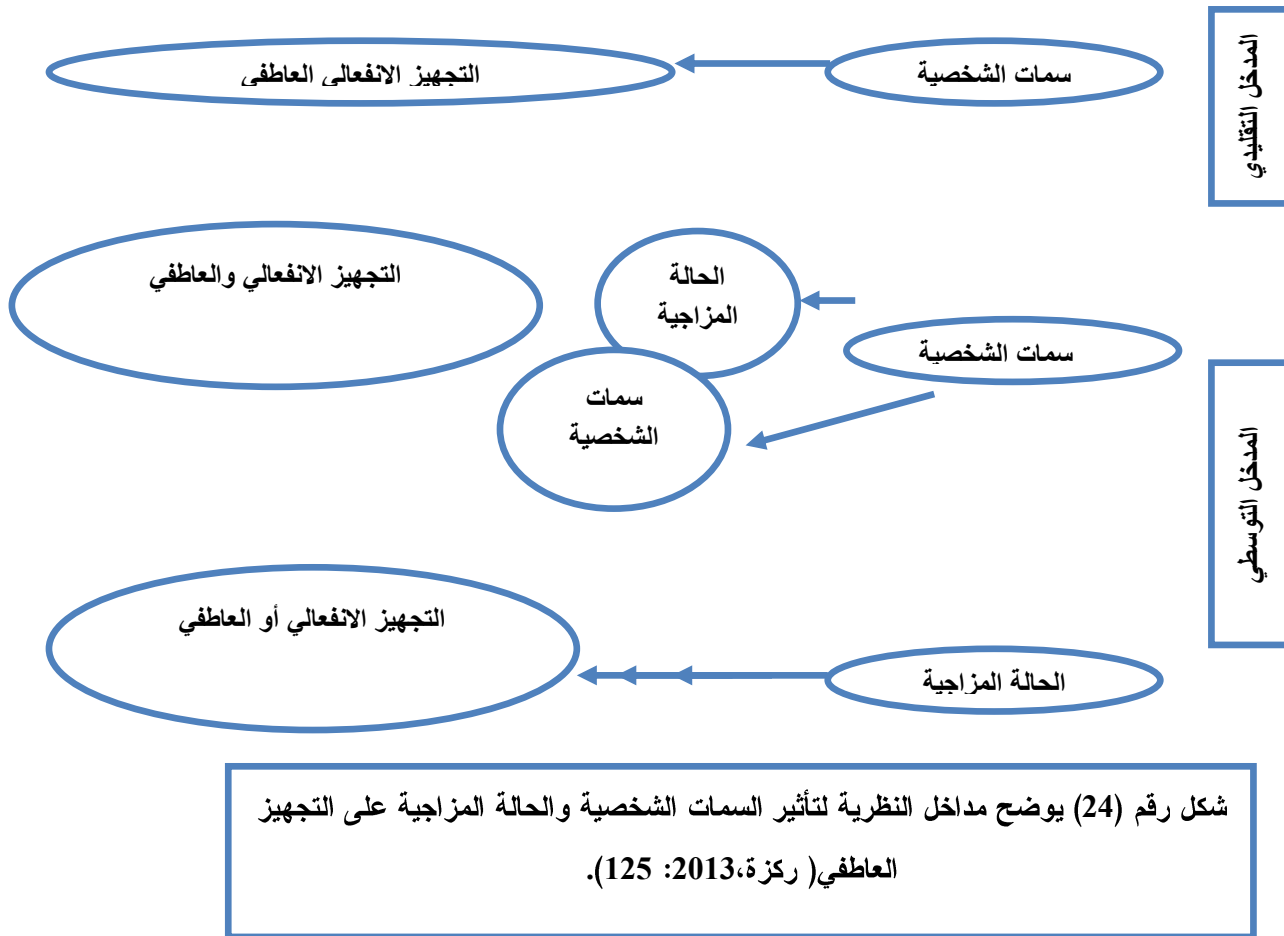
- كلما تشبعت المعلومات بشحنات انفعالية أو وجدانية أو عاطفية أكثر مالت ترابطاتها وبالتالي تداعياتها وشبكات ترابطات المعاني المتعلقة بها إلى القوة والثبات والتناسق مقارنة بتلك التي تكون أقل تشبعا بهذه الشحنات.

- عندما يشعر الفرد بالحزن الشديد يؤدي به هذا إلى نوع من التركيز الاستبطني الذاتي على المعلومات والخبرات المرتبطة بالفشل والإحباط وهذه الحالة تفوق كل صور التجهيز والمعالجة لأية مثيرات خارجية ، سواء كانت هذه المثيرات تتوافق مع حالة الحزن أو تتباين معها. (ركزة، 2013: 123).

رابعاً. نظرية روستنج Théorie de Rusting:

ميزت هذه النظرية بين تأثير كل من السمات الشخصية والحالة المزاجية على نمط ومعدل تجهيز ومعالجة المعلومات المعرفية وترى صاحبة هذه النظرية أن هناك ثلاثة أساليب تؤثر على التجهيز الانفعالي من خلال السمات الشخصية والحالة المزاجية حيث طرحت الفرضيات التالية:

- في ظل المدخل التقليدي: لكل من سمات الشخصية والحالة المزاجية لهما تأثيرات منفصلة أو مستقلة على التجهيز الانفعالي أو العاطفي.
- في ظل المدخل التوسطي: تؤثر السمات الشخصية على التجهيز الانفعالي أو الوجداني أو العاطفي تأثيراً غير مباشر من خلال الحالات المزاجية على هذا التجهيز، وهناك تأثير ذو دلالة لتفاعل كل من السمات الشخصية والحالات المزاجية على التجهيز الانفعالي أو الوجداني العاطفي. والشكل التالي يوضح افتراضات روستنج "Rustin" (ركزة، 2013: 124-125).



يتضح من الشكل تناولت أثر كل من سمات الشخصية أو الحالات المزاجية على التجهيز والمعالجة المعرفية أو التجهيز والمعالجة الانفعالية أو المزاجية على النحو المستقل.

حيث جاءت هذه النظرية لتدرس تأثير كل من سمات الشخصية والحالات المزاجية في تفاعلها وتأثيرها على التجهيز الانفعالي والعاطفي والوجداني.

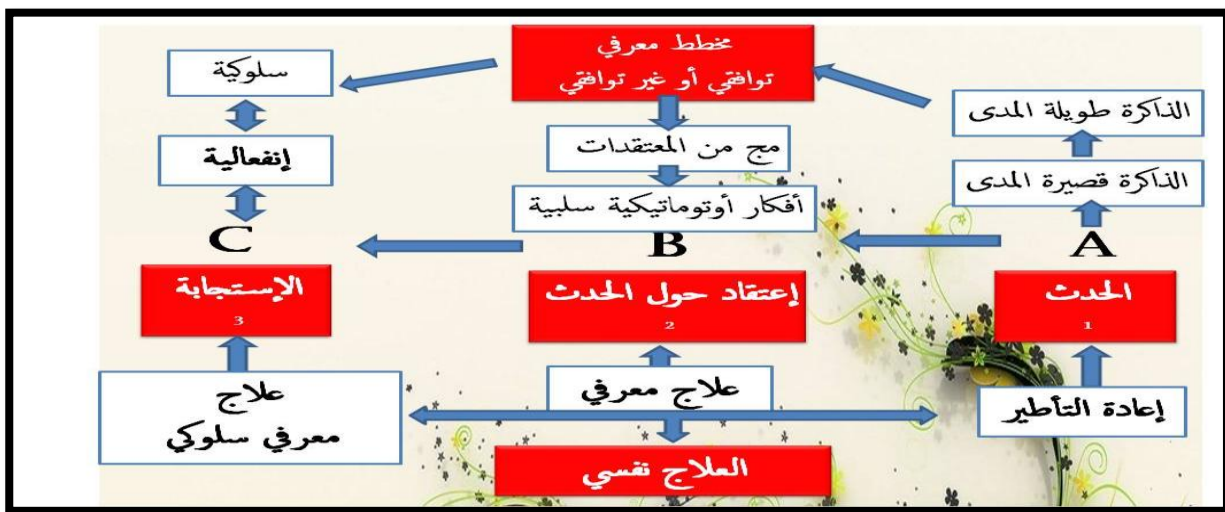
خامساً. مدخل إعادة البناء المعرفي:

غدت البنية المعرفية للفرد أحد المتغيرات المحورية في معرفة الحالة النفسية له، و رغم تباين

تعريف إعادة البناء المعرفي يتعلق بمنهج عقلائي، لعلاج مشكلات الإنسان من خلال تصحيح معارفه و أفكاره وأساليبه العقلية.

فهو رؤية نظرية معرفية تفسير الاضطرابات النفسية تفسيراً عقلياً معرفياً لرسم خطط العلاج، فضلاً عن كونه مدخل يربط اضطرابات الشخصية بالذاكرة والأفكار المتراكمة في العقل الإنساني ومنهجاً للتفسير العقلي المناسب لمشكلات الأفراد الماضية والحالية. و لخص أدلر ذلك في العبارات التالية: سلوك الإنسان هو توأم أفكار، بتعديل الأفكار يتعدل السلوك (ركزة، 2013: 122).

ومما سبق يمكن تلخيص تحسين الصحة النفسية عن طريق علاج الأفكار اللاعقلانية الناتجة عن معالجة الدماغ نوضح ذلك في الشكل الموالي:



شكل رقم (25) يوضح تحسين الصحة النفسية من خلال علاج الأفكار الخاطئة الواردة للدماغ (تصميم الباحث)

4.6. سيادة النصف الأيسر وأثره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية:

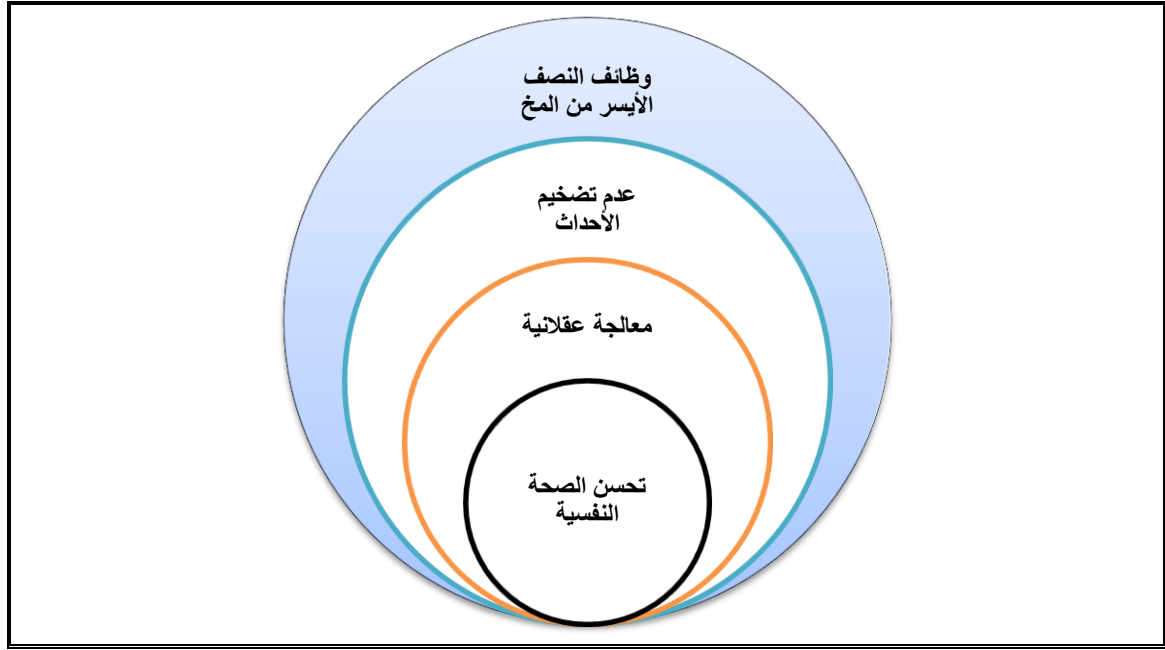
النصف الأيسر للمخ يتميز بوجود مراكز المنطق والاعقلانية والحسابات العقلية والسببية ومراكز الكتابة و القراءة والتحدث (اللغة) ومراكز التحليل والتسلسل المنطقي والاعقلاني والمباشر لذلك يمكننا معرفة مميزات و صفات هذا النصف من المخ.

فهو يستخدم المنطق و يهتم بالتفاصيل و تحكمه الحقائق و يتحكم في اللغة و الكلمات، يهتم بالحاضر والماضي، ويجيد الحسابات الرياضية والعلمية والمنطقية والاعقلانية وإدراكها بطريقة عملية.

لذلك فهو يتعامل بنظرية المعرفة والموضوعية وليس بنظرية العواطف والحدس، لأنه يقر بالحقائق ويمكنه أن يرتبها و يدرك توزيعها ويمكنه وضع الخطط وهو عملي وآمن لا يحب المخاطرة ويمتاز بالثبات في العاطفة والاستقرار للموضوعات بطريقة جزئية ومرت ، وحل المشكلات.

ومنه فهذه المعطيات عن وظائف نشاط النصف الأيسر من المخ تخص جميع نواحي شخصية الفرد، كما أن من خلال هذه المعطيات نستنتج أن النصف الأيسر يعالج الأحداث بطريقة متسلسلة عقلانية، مرتبة متزنة تسمح بالمعالجة العقلانية البعيدة عن المبالغة والتعميم الزائد، والقلق الزائد والتهويل، وتوقع الكوارث.

وهذه المعالجة تسمح بتمتع الفرد بأفكار عقلانية وبصحة نفسية جيدة، كما تجدر الإشارة أن تدهور وظيفة النصف الأيسر من المخ وكبحه يُنتج تدهور واضح في الصحة العقلية والنفسية ويؤشر بظهور أعراض ذهانية وعصابية عند الفرد، ولإبراز تأثير النصف الأيسر من المخ على الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية نوضح ذلك في الشكل الموالي:



شكل رقم (26) يوضح تحسين الصحة النفسية من خلال النصف الأيسر من المخ (تصميم الباحث)

5.6. سيادة النصف الأيمن للمخ وأثره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية:

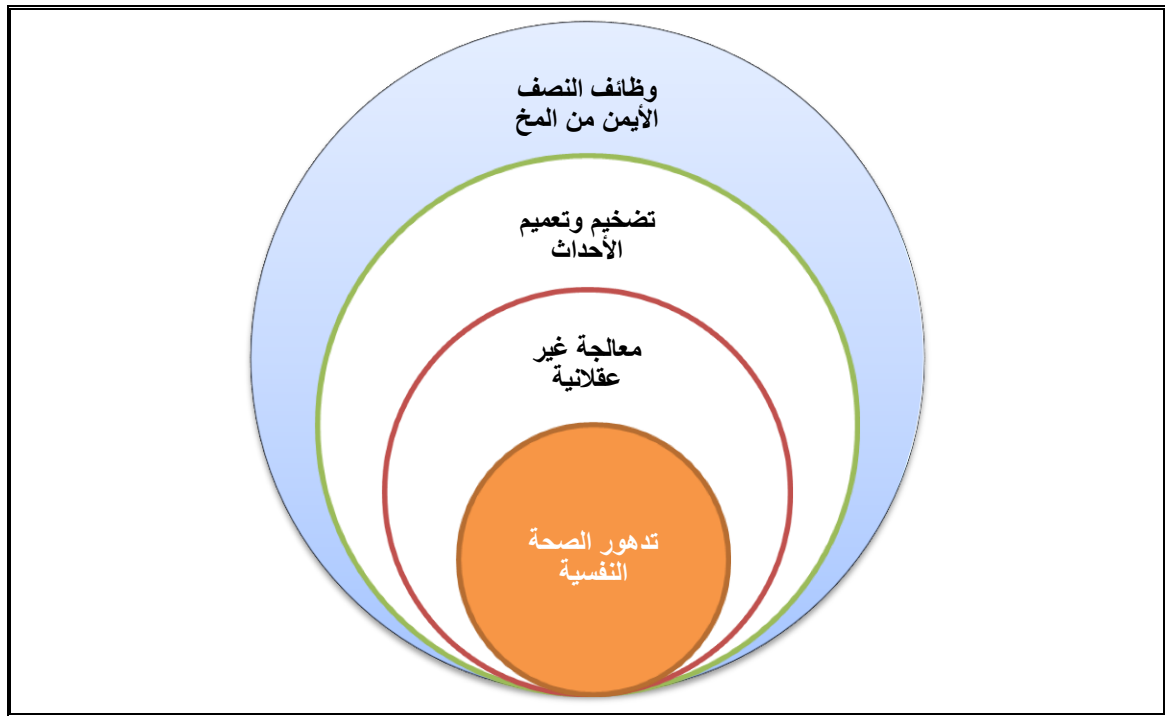
النصف الأيمن يتميز بوجود مراكز التعرف على الوجوه والأشكال ومركز التوافق أو الإيقاع و مراكز المرئيات و مراكز الإبداع والابتكار والتفكير الغير مباشر.

لذلك فهناك مميزات وصفات مختلفة تماماً لهذا النصف من الدماغ، فهو يستخدم الأحاسيس ويهتم بالصورة العامة والشاملة دون التفاصيل وتحكمه التخيلات ويتذكر الصور والرموز والأشكال يهتم بالحاضر والمستقبل وينشط المعتقدات الراسخة ويتعامل بالعاطفة وليس بالمعرفة.

ويفهم المشاعر والدوافع بغض النظر عن المنطق ويمكنه وضع الاحتمالات ومعرفة وظائف الأشياء، وهو ميل للمخاطرة واندفاعي ويمتاز بعاطفة متناقضة ويرتكز على الاستنباط الكلي.

يعاني كثيراً من ضغوط نفسية نتيجة التضخيم وتهويل والقلق الزائد، وهذه المعالجة تسمح بتمتع الفرد بأفكار غير عقلانية وتدهور الصحة النفسية.

كما تجدر الإشارة أن تحسن وظيفة النصف الأيمن من المخ وتحفيزه يُنتج مستوى واضح في الصحة العقلية والنفسية ويؤشر بظهور السلوك السوي عند الفرد ولإبراز تأثير النصف الأيمن من المخ على الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية نوضح ذلك في الشكل الموالي:



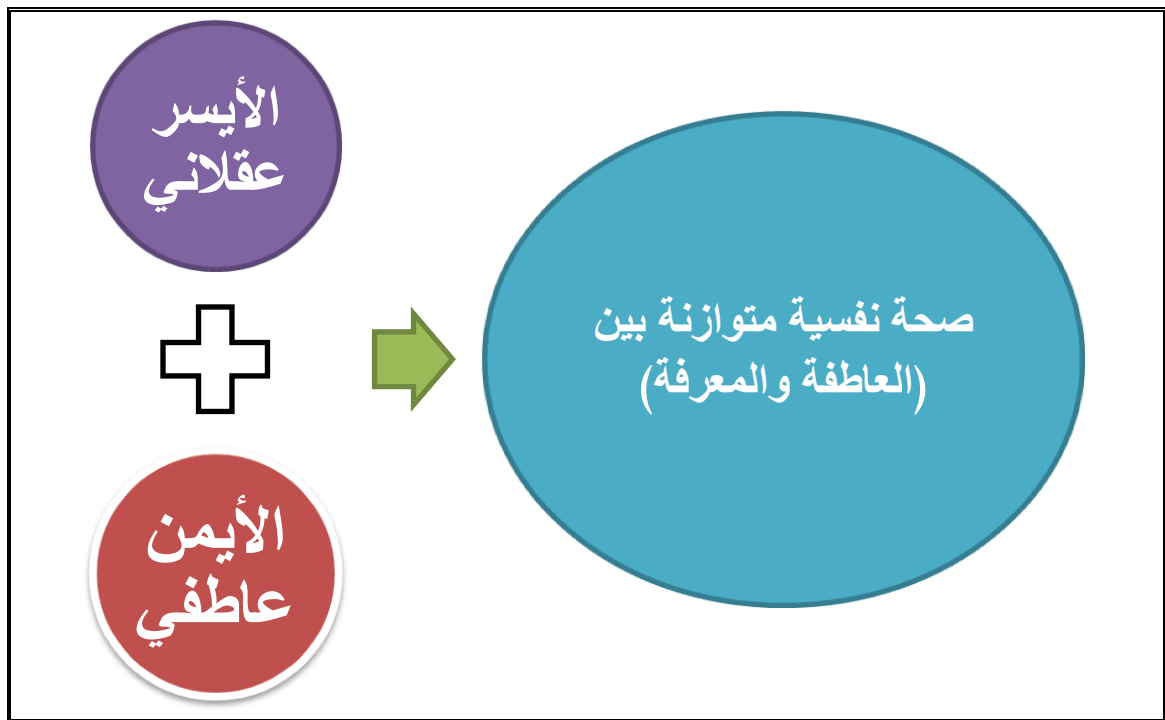
شكل رقم (27) يوضح تحسين الصحة النفسية من خلال النصف الأيمن من المخ (تصميم الباحث)

6.6. تكامل النصفين الكرويين للمخ وأثره في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية:

يختص نشاط النمط التكاملي بتوظيف خصائص النصف الأيسر وخصائص النصف الأيمن من المخ، فهو يعمل على التوازن وتكامل في الشخصية نتيجة توازن بين العاطفة والمعرفة، فهو فعال في معالجة الأحداث بطريقة متكاملة.

كما تجدر الإشارة أن كبح أنشطته يرجع إلى فشله في تناقض بين المنطق واللامنطقي بين المعقول وغير معقول.

وأن تحفيزه ينتج مستوى صحة نفسية جيدة ويمكن توضيح كيفية تأثير النمط المتكامل على الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية في الشكول الموالي:



شكل رقم (28) يوضح تحسين الصحة النفسية من خلال تكامل النصفين الكرويين من المخ (تصميم الباحث)

خلاصة الفصل:

مما سبق نستنتج أن أنشطة الدماغ عدة ومتعددة في بروز الوظائف المعرفية الداعية للتكيف والصحة النفسية مع الأحداث وعيش الفرد بطريقة تخلوا من التشاؤم وفي هذا الصدد قدم (Aspinwal,2001) ثلاث سلوكيات ومعتقدات للأشخاص المتفائلين حيث أنه يمكن للشخص المتفائل: (التعامل مع المعلومات السلبية بنجاح أكبر من المتشائمين، معالجة المعلومات بمرونة أكبر يختلف في تطوير المعلومات الإجرائية، والمهارات في المواجهة ، وحل المشكلات عن المتشائم).

وقد كشف فريق علمي من جامعة ستانفورد الأمريكية أن هناك بعض التغيرات المختلفة في طريقة عمل الدماغ يمكن أن تعطي مؤشرات تسمح بالتفريق والفصل بين الشخصية المتفائلة وتلك المتشائمة، وغطى البحث مجموعة من النساء المختلفات كانت أعمارهن بين تسعة عشر واثنين وأربعين عاما ، وقسمت النساء إلى قسمين من خلال استجوابهن عن مجموعة من الأسئلة، القسم الأول النساء المتفائلات والثاني المتشائمات والعصابيات القلقات، وعرض العلماء على القسمين صورا لمشاهد مفرحة، مثل حفلات أعياد ميلاد، وصور أخرى كئيبة حزينة مثل أجنحة مستشفيات، وفيما كانت عملية عرض الصور مستمرة، قام العلماء بقياس نشاط النساء في عدة أماكن من الدماغ ولاحظ الفريق العلمي إن المرأة المتفائلة استجابت بشكل أقوى للصور السعيدة مقارنة بالنساء القلقات المتشائمات والعكس كان صحيحاً أيضا إذ وجد نشاط غير عادي في أدمغة النساء القلقات العصابيات عندما عرضت عليهن صور كئيبة ومحزنة(فضيلة،2009).

ونشير في هذا الصدد إلى أن البيئة والوراثة هما اللتان تعملان على توجيه المورثات، فتعمل التربية على إخراجها إلى حيز الوجود جميعا.

ولكن بقوتين غير متساويتين فقد يجد الفرد نفسه أكثر ميلا إلى الأفكار اللاعقلانية والأفكار العقلانية ، ولكن في الحالتين فإن مجرد وجود تلك المقومات الفسيولوجية لا تكفي لجعل السلوك سوي وغير سوي ، فلا بد من تغذية الجانب الفزيولوجي وتنميته ؛ ليتفاعل مع المقومات والموضوعات البيئية حتى يستميل ما لدى الإنسان بالقوة إلى وجود بائن وفعلي في الحياة، كما سنسعى في الفصول اللاحقة إلى البرهنة على هذه الطروحات ميدانياً.

الفصل السابع

الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد..

1.7. التذكير بفرضيات البحث.

2.7. منهج البحث

3.7. مجال إجراء البحث.

4.7. الدراسة الاستطلاعية

5.7. أدوات البحث وخصائصها السيكومترية.

6.7. نتائج الدراسة الاستطلاعية.

7.7. الدراسة الأساسية

1.7.7. مجتمع البحث وعينته.

2.7.7. مواصفات عينة البحث

8.7. الأساليب الإحصائية المطبقة.

تمهيد:

يُعدُّ الفصل المنهجي من بين أساسيات البحث العلمي، الذي يُحاول اعتماد منهج علمي للوصول إلى الميدان والتعرف عليه من خلال أدوات قياس تتصف بالثقل العلمي من صدق وثبات وموضوعية لأجل الحصول على بيانات دقيقة و لا يتأتى ذلك، إلا باختيار أحسن الطرق المنهجية والإحصائية التي تجيب عن مشكلة البحث لدى العينة المستهدفة.

لذا سيقدم الباحث كل ذلك في نقطتين أساسيتين هما الدراسة الاستطلاعية التي تعتبر دراسة تمهيدية أولية في الميدان للعينة وللأدوات، ودراسة أساسية بوصفها دراسة جامعة لفرضيات البحث وذلك لاختبارها، واختيار الطريق المنهجي والاحصائي السليم الذي يحاول بواسطته الباحث الاجابة عن تساؤلات البحث.

1.7. التذكير بفرضيات البحث:

قبل التطرق إلى الدراسة الاستطلاعية، لابد من التذكير بفرضيات البحث وهي:

- توجد علاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملية) ومستوى الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين.
- توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملية) .
- توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الجنس.
- وجود علاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملية) ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين.
- توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملية) .
- توجد فروق بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لمتغير الجنس.
- توجد علاقة بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين.

2.7. منهج البحث:

يهدف البحث الحالي إلى دراسة أنماط السيادة النصفية للمخ لدى المراهقين وأثرها في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية، ولمعالجة هذا الموضوع منهجياً لابد من اختيار الطريق المنهجي الأنسب. ويتضح من خلال العنوان أن المنهج الأنسب والملائم لتسيير البحث وفق منهجية علمية محددة والتمكن في الأخير من الاجابة على الإشكالية والأطروحة القائمة في البحث هو المنهج الوصفي.

3.7. مجال إجراء البحث:

أولاً.المجال البشري:

لكل بحث علمي مجال بشري، فالمجال البشري في البحث الحالي هم عينة من المراهقين وبالتالي المجال البشري سيقنصر على عينة من المراهقين تتراوح أعمارهم بين [16-18] سنة وهي تعد لب وجوهر مرحلة المراهقة من حيث الخصائص النمائية والفكرية والشخصية بعامه.

ثانياً.المجال الزماني:

إن البحوث العلمية تراكمية في مجرياتها فكل ظاهرة أو سلوك في علم النفس يتحكم فيه الجانب الزمني، والبحث الحالي تمت مجرياته الزمنية و الدراسة التطبيقية ككل في الفترة الزمنية بين [2012-2014].

ثالثاً.المجال المكاني:

إن عينة المراهقين واسعة، فالمجال المكاني الأقرب لدراسة البحث من الناحية الميدانية هم المؤسسات سواء المهنية أو المدرسية، ومنه فقد شملت الدراسة التطبيقية مجتمع المراهقين المتواجدين ببعض ثانويات ولاية المسيلة، حيث اقتصر البحث على كل من ثانوية عبد المجيد علاهم، وثانوية ابراهيم بن الأغلب التميمي، وثانوية صلاح الدين الأيوبي.

4.7. الدراسة الاستطلاعية:

شرع الباحث في الدراسة الاستطلاعية، في الشهر مارس من الموسم الدراسي (2012/2013) والتي كانت بثانوية عبد الله بن مسعود، الواقعة بولاية المسيلة، الجزائر. لكل دراسة أهداف سوف نوجزها في العنصر الموالي بالتفصيل.

1.4.7. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

كان الهدف من الدراسة الاستطلاعية الكشف عن ميدان الدراسة، وكذلك اتصال الباحث مع العديد من الأساتذة والمساعدین التربويين ومستشاري التوجيه، وللكشف عن ملاحظاتهم حول موضوع الدراسة.

والكشف عن صعوبات الميدان التي يمكن أن تحدث في الدراسة الأساسية. ومحاولة احتكاك الباحث بالمرافقين ومعرفة كيفية التعامل معهم.

والتأكد من الخصائص السيكمترية لأدوات البحث من حيث الصدق والثبات لدى عينة الدراسة الاستطلاعية. كما يمكن تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية في الأهداف التالية:

- الكشف عن ملاحظات الأساتذة والمساعدین التربويين ومستشاري التوجيه، حول عينة المرافقين من حيث الأفكار والسلوك.
- الكشف عن آراء أساتذة العلوم الطبيعية حول متغير أنماط السيادة النصفية للمخ وأثره في شخصية المراهق المتمدرس من حيث التعلم ومن حيث السلوك.
- الكشف عن صعوبة الميدان والتي تتعلق أساساً بالمقاييس والمدة الزمنية للإجابة وظروف التطبيق.
- الكشف عن النقل العلمي لأدوات الدراسة أي الصدق والثبات.

2.4.7. وصف عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية بطريقة قصدية، وكان الهدف الرئيس من الدراسة الاستطلاعية تحديد أهم الخصائص السيكومترية، لكل من اختبار السيادة النصفية للمخ ومقياس الصحة النفسية.

حتى يتسنى لنا القيام بالدراسة الأساسية من خلال أدوات يتوفر فيها القدر المطلوب من الصدق والثبات والقدرة على التمييز، بلغت عينة الدراسة الاستطلاعية (80) مراهقاً في البداية.

وبعد توزيع المقاييس عليهم وإرجاعها أصبحت تتكون عينة الدراسة الاستطلاعية من (74) مراهق فقط، بسبب عدم اكتمال بعض الإجابات على البنود المطروحة عليهم.

ولذا تم إلغاء تلك الإجابات من حسابات العينة الاستطلاعية، وفيما يلي نورد مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية في الجدول رقم (3) والجدول رقم (4) والجدول رقم (5) والشكل رقم (29).

- مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المرحلة الدراسية:

جدول رقم (3): يبين مواصفات العينة الاستطلاعية حسب المرحلة الدراسية.

المرحلة الدراسية	التكرار	النسبة المئوية %
أولى ثانوي	30	40.54
ثانية ثانوي	25	33.78
ثالثة ثانوي	19	25.67
المجموع	74	100

من خلال الجدول نلاحظ أن العينة ضمت مراهقين من جميع المستويات الدراسية أولى ثانوي بنسبة (40.54%) وثانية ثانوي بنسبة (33.78%) وثالثة ثانوي بنسبة (25.67%).

- مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس:

جدول رقم(4): يبين مواصفات العينة الاستطلاعية حسب الجنس.

العينة	التكرار	النسبة المئوية%
ذكور	29	39.18
إناث	45	60.81
المجموع	74	100

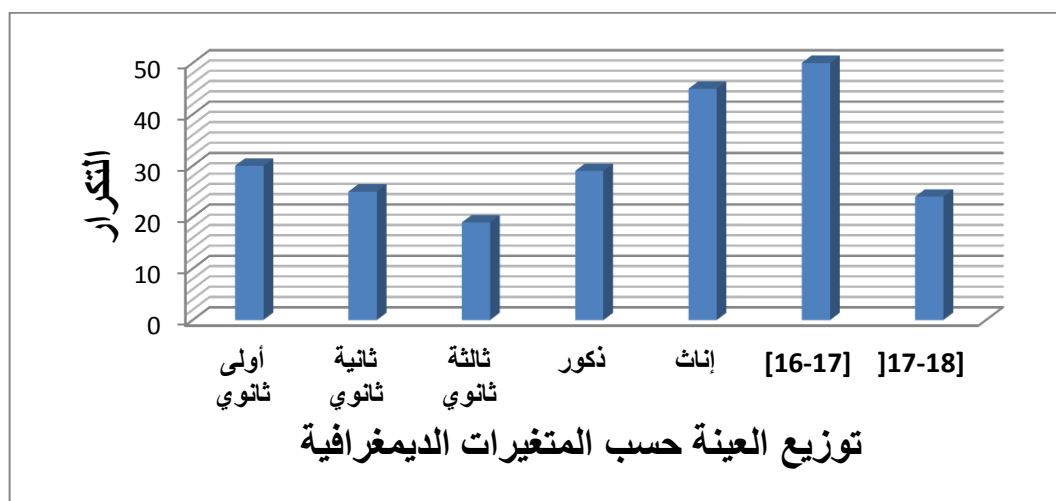
من خلال الجدول يتبين أن عين الدراسة الاستطلاعية ضمت عينة المراهقين من الجنسين الذكور بنسبة(39.18%) والإناث بنسبة(60.81%).

مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن:

جدول رقم(5): يبين مواصفات العينة الاستطلاعية حسب السن.

السن	التكرار	النسبة المئوية%
[17-16]	50	67.56
[18-17[	24	32.43
المجموع	74	100

من خلال الجدول يتبين أن عينة الدراسة ضمت أعمار المراهقين بين(16-17) سنة بنسبة (67.56%) والذين هم بين(17-18) سنة بنسبة(32.43%).



شكل رقم(29) يوضح مواصفات العينة الاستطلاعية بيانياً

5.7. أدوات البحث وخصائصها السيكمترية:

أولاً. وصف أدوات البحث:

1. اختبار السيادة النصفية للمخ:

قام بإعداد هذا الاختبار تورانس وآخرون بعد بحث تحليلي لوظائف النصفين الكرويين للمخ منذ (1984) وقد أسفرت نتائج البحث عن إعداد ثلاث صور (أ.ب.ج) وتعد الصورة (ج) هي من أحدث ما قام به تورانس وآخرون وأطلق عليه مسمى "Human Information processing survey"، وقام علي محمد هاشم (1988) بترجمته والتحقق من صدقه وثباته على البيئة العربية.

وهو اختبار متعدد ومتكون من (40) مجموعة كل مجموعة تشمل ثلاث عبارات أحدهما تتعلق بنمط النصف الكروي الأيسر، والثانية تتعلق بنمط النصف الكروي الأيمن، أما الثالثة تتعلق بالنمط التكامل (ميرفت السليمانى 1433هـ).

- صدق اختبار السيادة النصفية للمخ:

اختبر تورانس فرضاً يقول بوجود ارتباط موجب ودال إحصائياً بين القدرات الإبداعية والفنية والتخيلية والنمط الأيمن وارتباط سالب بين النمط الأيمن ودال إحصائياً بين هذه القدرات والنمط الأيسر ولتحقيق صدق التكوين الفرضي، طُبِقَ هذا الاختبار واختبارات أخرى للقدرات والشخصية الإبداعية على عينة بلغت (33) طالب دراسات عليا، فجاءت النتائج تبين وجود ارتباط موجب ودال إحصائياً بين النمط الأيمن والقدرة والشخصية الإبداعية، وجود ارتباط سالب ودال إحصائياً بين النمط الأيسر والقدرة والشخصية الإبداعية.

تؤيد نتائج هذه الدراسة الفرض الذي تبناه بول تورانس، كما طُبِقَ هذا الاختبار على مجموعتين إحداهما تتكون من (36) طالباً منخرطين في معهد بوفالو "Bouvalo" لحل المشكلات إبداعياً. ومجموعة أخرى من العاديين شملت (324) مراهق. فوجد تفوق المجموعة الأولى على الثانية في النمط الأيمن. (معمرية، 2011).

وللتأكد من الصدق التطابقي قام كوبيس (Coppus 1987) بتطبيق هذا الاختبار واختبار الأصوات والتخيل لتورانس على (29) خريجاً جامعياً، فوجد ارتباطاً موجباً للنمط الأيمن لدليل النمط الأيمن في اختبار الأصوات والتخيلات بمعامل ارتباط (0.63) وسلباً مع دليل النمط الأيسر في اختبار الأصوات والتخيلات بمعامل ارتباط (-0.40)

كما وجد أن النمط الأيسر يرتبط بالسلب مع دليل النمط الأيسر في اختبار الأصوات والتخيلات بمعامل ارتباط (-0.54) بينما كان الارتباط موجباً مع دليل النمط الأيسر في اختبار الأصوات والتخيلات.

أما صدق الأداة في البيئة العربية فقد قام معرب الاختبار بحساب صدق التكوين الفرضي فطبق مع اختبارات القدرة المكانية، واختبار الاتجاه نحو التعلم الذاتي وقائمة سمات الشخصية المبتكرة على عينات مختلفة من تلاميذ السنة الثالثة من التعليم الثانوي.

فوجد ارتباط النمط الأيمن بكل من القدرة المكانية بمعامل ارتباط (0.32) مع الاتجاه نحو التعلم الذاتي بمعامل ارتباط (0.21).

كما اعتمد معرب الاختبار في حساب الصدق التطابقي بين هذا الاختبار وصورة (أ) من أسلوبك في التعلم والتفكير، فوجد معاملات الارتباط بين كل نمط والذي يقابله في الصورة الأخرى هي (0.34) (0.63) (0.54) للنمط الأيسر ثم الأيمن ثم المتكامل وهي معاملات دالة عند مستوى (0.01).

بالإضافة إلى نتائج صدق الأداة في البيئة الأمريكية والبيئة العربية نعرض صدق الأداة في البيئة المحلية. حيث قام معمرية بشير بحساب الصدق التلازمي بين نسخة هذا الاختبار ونسخة (أ) ونسخة (ب) معاً على عينة قوامها (63) تلميذ وتلميذة بمرحلة التعليم الثانوي، حيث توصل لوجود ارتباط بين الاختبار في نسخة المستخدمة ونسخة (أ) في أنماط السيادة النصفية للمخ هي (0.53) (0.58) (0.63) للنمط الأيسر ثم الأيمن ثم التكاملي، وهي معاملات دالة عند مستوى (0.01). (معمرية، 2011).

وجود ارتباط بين الاختبار في نسخة المستخدمة ونسخة (ب) في أنماط السيادة النصفية للمخ هي (0.59) (0.52) (0.58) للنمط الأيسر ثم الأيمن ثم المتكامل وهي معاملات دالة عند مستوى (0.01).

- ثبات اختبار السيادة النصفية للمخ:

اعتمد معد الاختبار في حساب الثبات بالاعتماد على طريقة التطبيق وإعادة التطبيق حيث تراوحت معاملات الثبات للنمط الأيسر بين (0.55) إلى (0.86) وللنمط الأيمن بين (0.65) إلى (0.85) وللنمط التكاملي بين (0.63) إلى (0.82) على عينات مختلفة في العدد تتراوح بين (24) إلى (39) طالبًا ومن تخصصات مختلفة.

أما ثبات الأداة في البيئة العربية فقد قام معرب و مترجم الاختبار بالاعتماد على طريقة التطبيق وإعادة التطبيق، حيث بلغت معاملات الثبات للنمط الأيسر (0.70) وفي النمط الأيمن إلى (0.63) وفي النمط التكاملي إلى (0.71) على عينة قوامها (82) تلميذ وتلميذة.

أما الثبات في البيئة المحلية فقد قام معمريّة بشير بحساب ثبات الأداة بالاعتماد على طريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني مدته (25) يوماً على عينة قوامها (59) تلميذ وتلميذة حيث بلغت معاملات الثبات للنمط الأيسر (0.73) وفي النمط الأيمن إلى (0.69) وفي النمط التكاملي إلى (0.75) (معمريّة، 2011).

- طريقة تصحيح اختبار السيادة النصفية للمخ:

يتكون هذا الاختبار من (40) مجموعة من العبارات وكل مجموعة تشمل عبارات هي: (أ،ب،ج) ويُجاب عنها بأسلوب اختياري من بين ثلاث عبارات.

تتعلق إحداها بوظائف النمط الأيسر للمخ في معالجة المعلومات ورمزها(س) وتتعلق الثانية بوظائف النمط الأيمن للمخ في معالجة المعلومات ورمزها(م)، أما الثالثة فتتعلق بوظائف النمط التكاملي للمخ في معالجة المعلومات ورمزها(ك). ولتوضيح ذلك أنظر الجدول الموالي رقم(6):

جدول رقم(6) يبين مفتاح التصحيح لاختبار السيادة النصفية للمخ(معمرية، 2001)

الرقم	أ	ب	ج	الرقم	أ	ب	ج
1	س	م	ك	21	ك	س	م
2	م	س	ك	22	ك	س	م
3	ك	م	س	23	م	س	ك
4	م	س	ك	24	س	م	ك
5	م	س	ك	25	م	س	ك
6	م	س	ك	26	م	س	ك
7	م	س	ك	27	م	س	ك
8	م	ك	س	28	س	م	ك
9	ك	س	م	29	س	م	ك
10	ك	س	م	30	س	م	ك
11	س	م	ك	31	س	م	ك
12	س	م	ك	32	ك	م	س
13	ك	س	م	33	م	س	ك
14	م	ك	س	34	س	م	ك
15	م	ك	س	35	س	م	ك
16	ك	م	س	36	س	م	ك
17	م	ك	س	37	ك	س	م
18	م	ك	س	38	م	س	ك
19	م	س	ك	39	س	م	ك
20	ك	م	س	40	ك	س	م

يختار المفحوص في كل مجموعة من بين ثلاث بدائل اختيار واحد، ويمكن توضيح ذلك في المثال التالي:

نطلب من المفحوص وضع علامة على الإجابة المناسبة

1	أ-أستمتع بنسخ وتكملة التفاصيل في رسم غير متكامل(×) ب-أستمتع برسم تخيلاتي وأفكاري في رسم عادي ج-أستمتع بكليهما بدرجة متساوية
---	---

من خلال المثال يظهر أن المفحوص قد أجاب باختيار البديل الذي يمثل نمط الأيسر وإذا تكرر هذا التفضيل للإجابة يتحصل درجة تمثل النمط المسيطر، يُمكن توضيح هذا في الجدول الموالي:

جدول رقم(7) يبين مثال تعليمي لتصحيح علامات اختبار السيادة النصفية للمخ(تصميم الباحث)

الأبعاد	رموز الأنماط	المجموع
النمط الأيسر	س	17
النمط الأيمن	م	12
النمط المتكامل	ك	11

تتراوح العلامة النظرية لكل مفحوص في أي نمط من الانماط الثلاثة بين(0 لا سيطرة للنمط إطلاقاً) و(سيطرة مطلقة للنمط40). (توضيح الباحث).

2. مقياس الأفكار اللاعقلانية(للأطفال والمراهقين):

أعد المقياس كل من هوبر S.Hooper ولاين C.layne في ضوء الأفكار اللاعقلانية التي وضعها إليس والتي تشمل:(طلب الاستحسان.ابتغاء الكمال الشخصي. اللوم القاسي للذات وللآخرين. توقع الكوارث. التهور الانفعالي. القلق الزائد. تجنب المشكلات. الاعتمادية. الشعور بالعجز. الانزعاج لمشاكل الآخرين. إبتغاء الحلول الكاملة).

وقد خصص معدا المقياس أربعة بنود لكل فكرة من الأفكار الإحدى عشر التي وضعها إليس بحيث أصبح العدد الكلي لبنود المقياس(44) بنداً. وزعت بصورة عشوائية على الأفكار التي تعبر عنها في صورته النهائية.

وقد تم ترجمته وتكييفه إلى البيئة العربية كل من معتر سيد عبد الله و محمد السيد عبد الرحمان حيث قاما بعرضه على مجموعة من المحكمين لمعرفة مدى انسجام الترجمة مع خاصية المقياس.

تم تجريبه على عينة استطلاعية بلغت (87)، ثم استخرجا معاملات الصدق والثبات للمقياس وأبعاده وطريقة تصحيح المقياس على النحو التالي(عبد الله ، عبد الرحمان: 1994):

- صدق الأداة عند مُعدا المقياس:

قاما كل من معتز سيد عبد الله و محمد السيد عبد الرحمان بحساب معاملات الصدق باستعمال الاتساق الداخلي وذلك لمعرفة مدى ارتباط البند بالدرجة الكلية، حيث تراوحت معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية بين (0.41) و(0.78) وهي كلها دالة عند مستوى الدلالة (0.01).

مع الإشارة أن مُعدا المقياس قد حذف البنود التي لا تتسق مع الدرجة الكلية، كما عمدا معدا المقياس لطريقة أخرى لاستخراج الصدق وهي صدق التحليل العاملي وذلك بالاعتماد على تقنية "لهوتلينج" لمصفوفات الارتباط بين درجات المكونات الإحدى عشر للأفكار اللاعقلانية. وقد لوحظ وجود تشعب لجميع الأفكار اللاعقلانية كلها تشعبات دالة.

أما الصدق في البيئة المحلية فقد قام الباحث بحساب الصدق تم التأكد من صدق هذه الأداة بالاعتماد على طريقة صدق التطاقي.

بحيث قام الباحث بحساب العلاقة بين درجات المقياس ودرجات مقياس معتقدات اللاعقلانية وهو مقياس آخر يقيس نفس الخاصية. حيث توصل الباحث إلى وجود علاقة ارتباطية بين المقياس والمحك بلغت (0.50) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01) على عينة قوامها (45) مراهق ومراهقة في البيئة الجزائرية.

- ثبات الأداة عند معدا المقياس:

قاما كل من معتز سيد عبد الله و محمد السيد عبد الرحمان بحساب معاملات الثبات للمقياس بثلاث طرق.

حيث بلغ معامل الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق (0.83). وبلغ معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ (0.73). وبلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (0.73).

أما الثبات في البيئة المحلية فقد قام الباحث بحساب ثبات المقياس و التأكد من معامل ثبات هذه الأداة بالاعتماد على طريقة التجزئة النصفية.

والذي بلغ (0.80) عند مستوى دلالة (0.01)، على عينة قوامها (45) مراقق ومراقبة في البيئة الجزائرية.

- أبعاد مقياس الأفكار اللاعقلانية:

جدول (8) رقم يبين أبعاد مقياس الأفكار اللاعقلانية

م	أبعاد المقياس	أرقام العبارات
1	طلب الاستحسان.	1-7-17-29.
2	ابتغاء الكمال الشخصي.	13-15-16-27.
3	اللوم القاسي للذات وللآخرين.	28-30-31-32.
4	توقع الكوارث.	14-18-33-34.
5	التهور الانفعالي.	9-19-20-21.
6	القلق الزائد.	8-10-35-36.
7	تجنب المشكلات.	3-5-6-38.
8	الاعتمادية.	37-39-40-41.
9	الشعور بالعجز.	2-4-25-44.
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين.	12-22-23-42.
11	ابتغاء الحلول الكاملة.	11-24-26-43.

- طريقة تصحيح مقياس الأفكار اللاعقلانية:

يصحح المقياس وفق طريقة ليكرت، أي الدرجة المرتفعة على المقياس مؤشر على الأفكار اللاعقلانية، وتتراوح درجة التفكير غير عقلائي بين (44) كأدنى درجة و(220) كأعلى درجة، والجدول التالي يبين باختصار كيف تصحح البنود وعبارات المقياس.

جدول رقم (9) يبين طريقة تصحيح مقياس الأفكار اللاعقلانية.

العبارات	لا ترد لذهني أبدا.	ترد أحيانا.	ترد نصف الوقت	ترد أغلب الوقت	ترد دائماً
العبارات في اتجاه واحد.	1	2	3	4	5

3. مقياس الصحة النفسية:

مقياس من إعداد الشخصي والقريطي(1992)، يهدف هذا المقياس للتعرف على مدى امتلاك الفرد للخصائص الإيجابية التي تساعد على حسن التوافق مع نفسه وبيئته.

وكذلك التحرر من الصفات السلبية أو الأعراض المرضية التي تعوق هذا التوافق ويتكون المقياس من الأبعاد التالية:

(الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس. المقدرة على التفاعل الاجتماعي. النضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس، المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة. التحرر من الأعراض العصبية، البعد الإنساني والقيمي، تقبل الذات وأوجه القصور العضوي) حيث بلغ عدد بنوده(105)، مقسمة على أبعاده الفرعية.

- صدق الأداة عند معدا المقياس:

تم تصميم المقياس والتأكد من صدقه على عينة قوامها(400) فرد وتم الاعتماد في حساب معاملات الصدق على أسلوب التحليل العاملي وكانت معاملات ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية دالة عند مستوى(0.01). وكذلك ارتباط معاملات كل بعد من أبعاد المقياس بالبند الذي ينتمي إليه دالة عند مستوى(0.01).

- ثبات الأداة عند معدا المقياس:

تم تصميم المقياس والتأكد من ثباته على عينة قوامها(100) مفحوص وتم الاعتماد في حساب معامل الثبات بطريقة التطبيق الاختبار وإعادة التطبيق بفارق زمني مدته(21) يوم حيث بلغ معامل الثبات(0.38) عند مستوى(0.01) بالنسبة للدرجة الكلية.

أما في الأبعاد كانت نتائج: الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس(0.74)،المقدرة على التفاعل الاجتماعي(0.72)، النضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس(0.57)، المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة (0.70)، التحرر من الأعراض العصبية(0.65)، البعد الإنساني والقيمي(0.79)، تقبل الذات وأوجه القصور العضوي(0.81) وهي كلها دالة عند مستوى(0.01) (مرزوق العمري2012).

- أبعاد مقياس الصحة النفسية:

جدول رقم(10) يبين أبعاد مقياس الصحة النفسية

م	أبعاد المقياس	أرقام العبارات
1	الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس	[15-1]
2	المقدرة على التفاعل الاجتماعي	[30-15]
3	النضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس	[45-30]
4	المقدرة على توظيف الطاقات والامكانيات في آمال مشبعة	[60-45]
5	التحرر من الأعراض العصابية	[75-60]
6	البعد الإنساني والقيمي	[90-75]
7	تقبل الذات وأوجه القصور العضوية.	[105-90]

- طريقة تصحيح مقياس الصحة النفسية:

جدول رقم(11) يبين طريقة تصحيح مقياس الصحة النفسية.

نوع العبارات	أرقام العبارات	نعم	لا
عبارات سلبية	[15-1] [45-30] [75-60] [105-90]	0	1
عبارات ايجابية	[30-15] [60-45] [90-75]	1	0

يضم مقياس الصحة النفسية عبارات سلبية وعبارات ايجابية حيث تصحح العبارات الايجابية وتتراوح الدرجة بين (0) كأدنى درجة إلى(105) كأعلى درجة.

ثانياً. صدق وثبات أدوات البحث:

1. اختبار أنماط السيادة النصفية للمخ:

- صدق الأداة في البحث الحالي:

من أجل إيجاد معاملات الصدق تم حساب الصدق التطابقي وذلك بحساب العلاقة بين درجات الاختبار المعتمد اختبار تورانس وزملائه (1988) النسخة (ج)، وبين المحك وهو اختبار تورانس وزملائه (1977) النسخة (ب) لأنه يقيس نفس الخاصية.

فكانت النتائج على التوالي ($r=0.74$) ($r=0.59$) ($r=0.43$) للنمط الأيسر ثم الأيمن ثم التكاملي. كما جاءت قيمة معاملات الارتباط كلها دالة عند مستوى (0.01) وهي نسبة ومعاملات تطمئن على صدق وصلاحيه الاختبار للتطبيق.

ومنه نستنتج أن اختبار السيادة النصفية للمخ صادق حيث بلغت نسبة التباين المشترك بين خاصية الاختبار المعتمد في الدراسة الحالية والمحك في النمط الأيسر (82.02%) والنمط الأيمن (76.81%) والنمط التكاملي (65.57%).

- ثبات الأداة في البحث الحالي:

تم التأكد من معامل ثبات اختبار تورانس وزملائه (1988) النسخة (ج) المستخدم في هذه الدراسة، بالاعتماد على طريقة تطبيق الاختبار وإعادة تطبيق الاختبار، وذلك بفواصل زمني (30) يوم، والذي بلغ على التوالي ($r=0.58$) ($r=0.81$) ($r=0.68$) للنمط الأيسر ثم الأيمن ثم التكاملي.

كما جاءت قيم معاملات الارتباط كلها دالة عند مستوى (0.01) وهي معاملات تطمئن على ثبات وصلاحيه الاختبار للتطبيق.

كما نستنتج أن اختبار السيادة النصفية للمخ ثابت حيث بلغت نسبة التباين المشترك بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني في النمط الأيسر (76.15%) والنمط الأيمن (90%) والنمط التكاملي (82%).

2. مقياس الأفكار اللاعقلانية:

- ثبات الأداة في البحث الحالي:

تم التأكد من معامل ثبات هذه الأداة بالاعتماد على طريقة التجزئة النصفية وصحح الطول بمعامل سبيرمان براون والذي بلغ ($r=0.80$)، وهو دال عند مستوى (0.01)، وهو مطمئن على قياس الخاصية الذي نحن بصدد قياسها.

- صدق الأداة في البحث الحالي:

تم حساب معامل الصدق باللجوء إلى طريقة الصدق التطاقي، بحيث لجأ الباحث إلى مقياس المعتقدات اللاعقلانية الذي أعدته لبنى أحمان عام (2003) والذي قامت بحساب معامل ثباته بطريقة التجزئة النصفية على (30) مفحوص بباتنة في الجزائر فوصل معامل الثبات إلى ($r=0.83$).

واستخدم كذلك طريقة معامل ألفا لـ كرونباخ فكان معامل ألفا يساوي ($r=0.88$). حيث تراوح معامل الصدق في جميع الأبعاد بين ($r=0.42$) إلى ($r=0.83$) والأبعاد كلها دالة عند مستوى (0.01)، (لبنى أحمان، 2006).

وفي إطار الدراسة الحالية فقد بلغ معامل الارتباط بين المقياس والمحك ($r=0.39$) وهو دال عند مستوى (0.01) مما يشير إلى صدق المقياس.

3. مقياس الصحة النفسية:

- صدق الأداة في البحث الحالي:

للتأكد من صدق الأداة تم الاعتماد في حساب معامل الصدق على طريقة صدق التلازمي بحيث لجأ الباحث إلى مقياس الصحة النفسية للزبيدي وآخرون (1997) حيث بلغ معامل ثباته بطريقة التجزئة النصفية (0.71) وبلغ معاملات الصدق بطريقة الصدق التطابقي (0.80) على عينة قوامها (120) فرد.

ومن أجل إيجاد الصدق التطابقي قام الباحث بحساب العلاقة بين درجات المقياس المعتمد في البحث من إعداد الشخصي والقريبي (1992) ودرجات مقياس الصحة النفسية للزبيدي وآخرون (1997) وبلغ معامل الصدق ($r=0.33$) وهو دال عند مستوى (0.01) مما يشير إلى صدق المقياس، أما نسبة التباين المشترك فقد بلغ (57.44%) مما يدل على اشتراك المقياسان لقياس نفس الخاصية.

- ثبات الأداة في البحث الحالي:

تم التأكد من معامل ثبات هذه الأداة بالاعتماد على طريقة تطبيق الاختبار وإعادة تطبيق الاختبار بفاصل زمني (30) يوم. والذي بلغ معامل الثبات ($r=0.36$) وهو دال عند مستوى (0.01) مما يشير إلى ثبات المقياس حيث بلغت نسبة التباين المشترك بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني (60%).

6.7. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

كشفت وبينت الدراسة الاستطلاعية على مجموعة من النتائج، نوردتها كآتي:

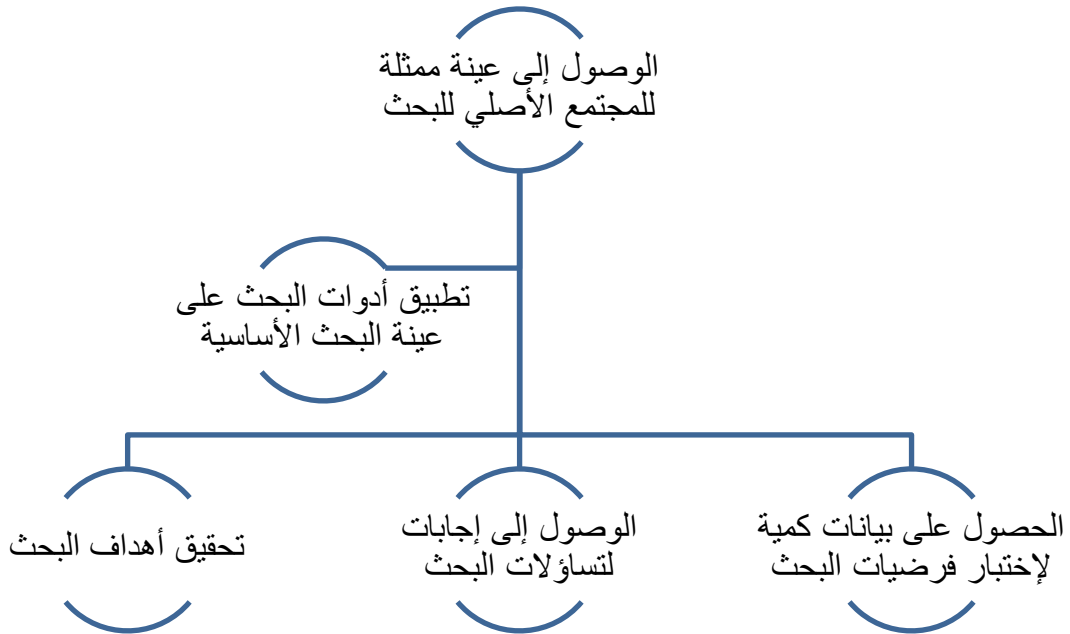
- تعرف الباحث من خلال الدراسة الاستطلاعية على أن ميدان البحث يتسع للكثير من المشكلات البحثية الممكن بحثها من قبل الباحثين آخرين، سواء في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي أو في مجال آخر.
- تبين من خلال الدراسة الاستطلاعية وجود بعض الصعوبات والتي تصب مجملها في تطبيق بطارية مكونة من مجموعة من الاختبارات مما يحد من وقت الإجابة.
- تم الكشف من خلال الدراسة الاستطلاعية أن عينة البحث والمتمثلة في عينة المراهقين يريدون أن يعرفوا عن أساليب تفكيرهم وعن صحتهم النفسية، كما أبدوا حاجتهم الماسة للإرشاد النفسي والمساندة من قبل الآخر، وهذا ما لاحظته الباحثة من خلال تردد بعض المراهقين عليه طلبًا لنتائج الاختبارات النفسية، وهذا دليل على الحاجة الماسة للإرشاد النفسي في مرحلة المراهقة.
- تم الكشف عن آراء أساتذة العلوم الطبيعية حول متغير أنماط السيادة النصفية للمخ حيث أقرّوا بأثر هذا العامل السيكولوجي في شخصية المراهق المتمدرس من حيث التعلم ومن حيث السلوك.
- تم التأكد من الخصائص السيكمترية لأدوات البحث من حيث الصدق والثبات والتي اثبتت صلاحيتها ويمكن الاعتماد عليها في القياس النفسي، للمتغيرات التي نحن بصدد قياسها.

7.7. الدراسة الأساسية:

بعدما زودتنا الدراسة الاستطلاعية ببعض المعطيات سواء ما تعلق بأدوات البحث أو ما تعلق المجتمع البحثي، نمر إلى الجانب الأساسي للبحث، محاولين في ذلك مراعاة كل ما أفرزته الدراسة الاستطلاعية من توضيحات.

1.7.7. أهداف الدراسة الأساسية:

إن الجانب العملي في أي بحث يحاول تكميل جميع الخطوات السابقة من أجل تحقيق افتراضات نظرية على المستوى الميداني، وذلك عن طريق النزول إلى الساحة الإمبريقية لجمع كل ما يتعلق بالظاهرة المدروسة، ولذا ستحدد أهداف الدراسة الأساسية في الشكل التالي:



شكل رقم (30) يوضح أهم أهداف الدراسة الأساسية.

نلاحظ من خلال الشكل أن الدراسة الأساسية للبحث هدفها الأول والرئيس يكمن في تحديد العينة عشوائياً، ثم تطبيق أدوات الدراسة على عينة البحث الأساسية، مروراً باختبار الفرضيات من حيث صحتها، ومن حيث قبولها أو رفضها، ومن ثمة الإجابة عن تساؤلات البحث التي وردت في اشكالية البحث، ومنه تحقيق أهداف الدراسة.

1.7.7. مجتمعات البحث وعينته:

أولاً-مجتمع البحث:

إن الشريحة التي نحن بصدد دراستها والمتمثلة في عينة المراهقين تنتشر في مساحات مكانية واسعة ويصعب تحديدها كوحدة كلية.

وبذلك يصبح من العملي تحديد مجتمع لديه خصائص واحدة يمكن ملاحظتها من أجل اختيار جزء منه لتطبيق إجراءات البحث عليه، أملاً أننا في النهاية سوف نحصل على نفس القيم الموجودة في المجتمع، أو على الأقل يمكن تعميم ما نحصل عليه من العينة على المجتمع.

ولذا يتحدد مجتمع البحث في البحث الحالي جميع المراهقين المتواجدين بثانوية ابراهيم بن الأغلب التميمي، و ثانوية صلاح الدين الأيوبي، و ثانوية عبد المجيد علاهم، بولاية المسيلة/الجزائر، والمسجلين في الموسم الدراسي(2013/2014). بحيث تتموقع هذه الثانويات في وسط المدينة.

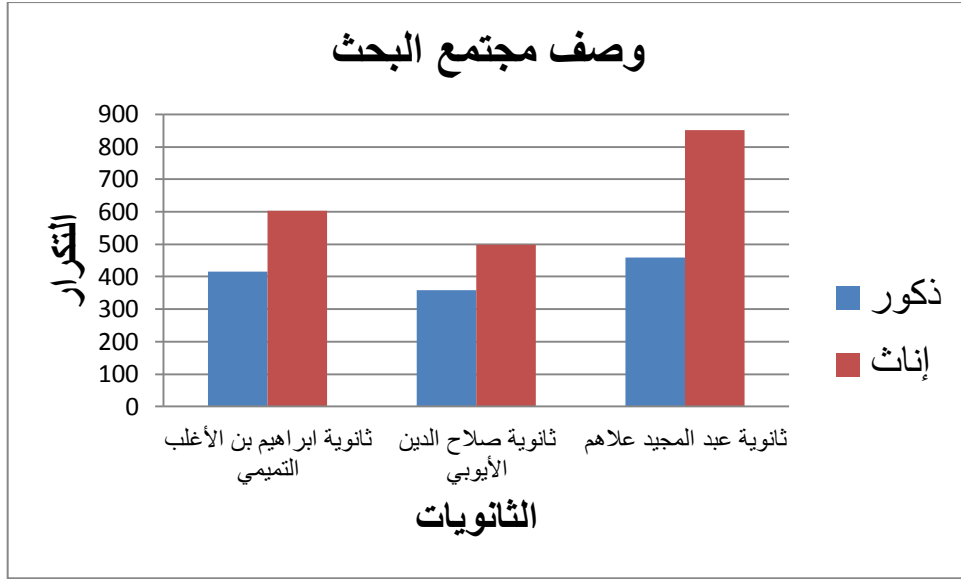
كما أنها تحمل في محتواها صفة التجانس، وتمركز الظاهرة بدلاً من تشتتها ويعتبر هذا الأخير من بين العوامل المساعدة في تحديد المجتمع الصالح والمُتاح للدراسة.

والجدول التالي يوضح تعداد المراهقين المتمدرسين حسب الثانوية المنتسبين إليها وحسب الجنس.

جدول رقم(12) يبين توزيع المراهقين في مجتمع البحث حسب الثانويات وحسب الجنس

التعداد الإجمالي مالي			المجتمع الصالح للدراسة
المجموع	تعداد الإناث	تعداد الذكور	
1018	603	415	ثانوية ابراهيم بن الأغلب التميمي
856	498	358	ثانوية صلاح الدين الأيوبي
1309	851	458	ثانوية عبد المجيد علاهم
3183	1952	1231	المجموع الكلي

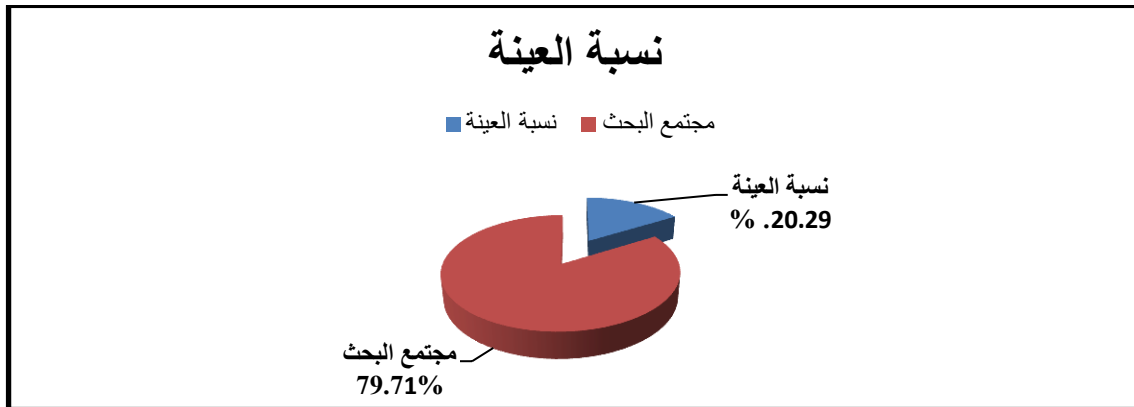
ولتوضيح مواصفات مجتمع البحث بيانياً نعرض ذلك في الشكل التالي:



شكل رقم (31) يوضح مواصفات مجتمع البحث بيانياً

ثانياً-عينة البحث:

تحددت عينة البحث في صورتها الأولية من (670) مراهقاً ومراهقة، من مجتمع البحث أي بنسبة (21.04%) من المجموع الكلي للمجتمع الأصلي بطريقة عشوائية بسيطة. ولكن بعد النزول إلى ميدان التطبيق تغيرت نسبة عينة البحث، وذلك لعدم اكتمال إجابات أفراد العينة على أدوات البحث، وتغيب أفراد العينة وعدم إرجاع المقاييس بصفة كلية ولذا أصبحت عينة البحث في صورتها النهائية تضم (646) مراهق ومراهقة، أي بنسبة (20.29%) من المجموع الكلي للمجتمع الأصلي، ولتوضيح نسبة العينة بشكل تقني، فالشكل التالي يوضح ذلك بيانياً:



شكل رقم (32) يوضح نسبة عينة البحث

2.7.7. مواصفات عينة البحث:

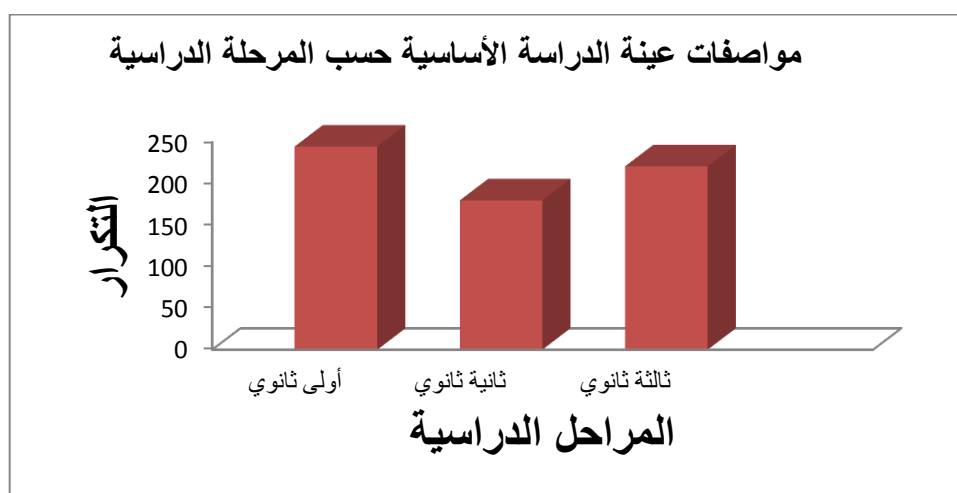
تحمل مواصفات عينة البحث مواصفات ديمغرافية، نوردتها في الجداول والأشكال على التوالي حسب متغير المرحلة الدراسية ومتغير الجنس ومتغير السن.

- مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب المرحلة الدراسية:

جدول رقم(13): يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب المرحلة الدراسية.

المرحلة الدراسية	التكرار	النسبة المئوية%
أولى ثانوي	245	37.92
ثانية ثانوي	180	27.86
ثالثة ثانوي	221	34.21
المجموع	646	100

من خلال الجدول نلاحظ أن العينة ضمت مراقبين من جميع المستويات الدراسية أولى ثانوي بنسبة(37.92%) وثانية ثانوي(27.86%)، وثالثة ثانوي بنسبة (34.21%). والشكل التالي يبين ذلك.



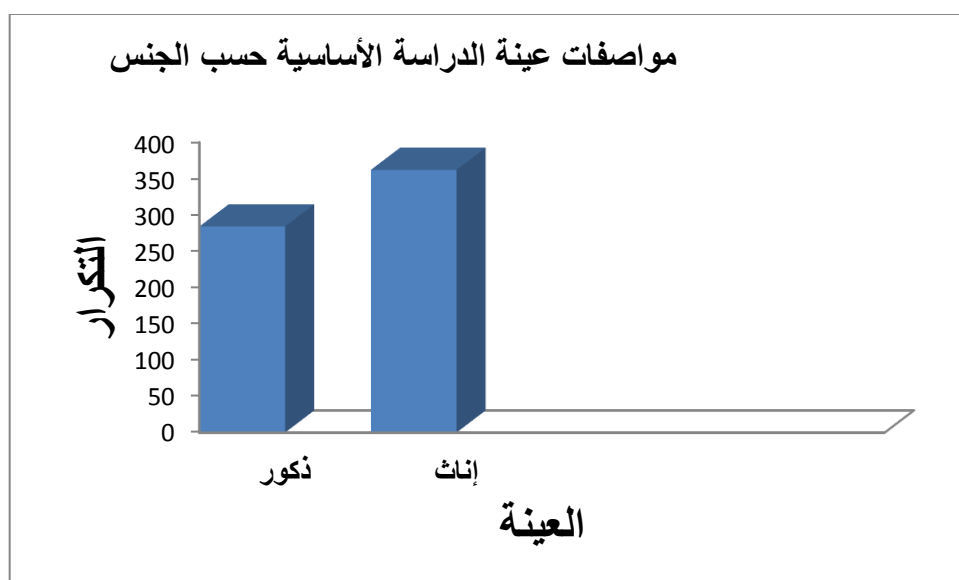
شكل رقم(33) يوضح مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب المرحلة الدراسية.

- مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس:

جدول رقم(14): يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس.

النسبة المئوية %	التكرار	العينة
43.96	284	ذكور
56.03	362	إناث
100	646	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن عين الدراسة الاستطلاعية ضمت عينة المراهقين من الجنسين الذكور بنسبة(43.96%) والإناث بنسبة(56.03%). والشكل التالي يوضح ذلك.



شكل رقم(34) يوضح مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس.

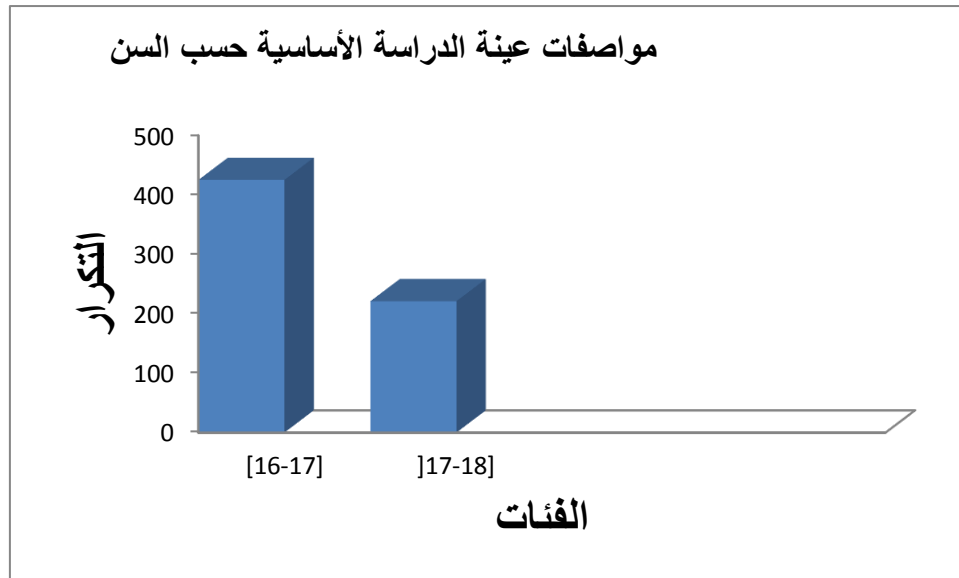
يشير إلى أن المجتمع المدروس يحتوى على عينة الإناث أكثر من الذكور لعدة اعتبارات نفسية واجتماعية وديمغرافية.

- مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب السن:

جدول رقم(15): يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب السن.

النسبة المئوية %	التكرار	السن
65.78	425	[17-16]
34.21	221	[18-17]
100	646	المجموع

من خلال الجدول يتبين أن عينة الدراسة الأساسية ضمت أعمار المراهقين بين (16-17) سنة بنسبة (65.78%) والذين هم بين (17-18) سنة بنسبة (34.21%). والشكل التالي يوضح ذلك.



شكل رقم(35) يوضح مواصفات عينة الدراسة الأساسية حسب السن.

بعدما تم تلخيص مواصفات عينة البحث وصفاً على حسب المتغيرات الديمغرافية، يمكن تقديم تلخيص موجز لخصائص العينة بصفة إجمالية، وهي كالتالي:

- عينة عشوائية
- عينة ممثلة للمجتمع الأصلي في البحوث الوصفية التي تُشترط (20%) في المناسبات وخمسة (5%) في عشرات الآلاف كما أورد ذلك بورق "Borg" وجال "Gall" وستالي " Stanley" (عصمان، عياد، 2002، 187).

- العينة البحثية تضم المراحل الدراسية الثلاث أولى ثانوي بنسبة(37.92%) و ثانية ثانوي(27.86%)، وثالثة ثانوي بنسبة(34.21%)
- العينة البحثية تضم مراهقين من كلا الجنسين، الذكور بنسبة(43.96%) والإناث بنسبة(56.03%).
- تشكل عينة البحث لب وجوهر مرحلة المراهقة والمتمثل في المعدل العمري الذي يتراوح بين [16 - 18 سنة].

8.7. الأساليب الإحصائية المطبقة:

- تمت معالجة البيانات وتحليلها باستخدام الحاسب الآلي باستعمال برنامج (spss) الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية، وتتمثل المعالجات التي تمت للبيانات في الأساليب الآتية:
- مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت المتمثلة في: المتوسط الحسابي الوسيط المدى، الانحراف المعياري، النسبة المئوية، لإعطاء صورة سريعة عن بيانات عينة الدراسة بشكل مختصر ومبسط.
 - استخدام اختبار كلومغروف سمينوف (Kolmogorov-Smirnov) للبرهنة على اعتدالية التوزيع.
 - استخدم اختبار كرامر (Test V Cramér's) لاختبار الفرضية الأولى والرابعة.
 - استخدم اختبار كروسكال واليس (Test Kruskal-Wallis) لاختبار الفرضية الثانية والخامسة.
 - اختبار مان وتي لعينتين مستقلتين (Mann-Whitney-U Test) لاختبار الفرضية الثالثة والسادسة
 - معامل الارتباط بيرسون (Pearson's Correlation) لتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة و لاختبار الفرضية السابعة.

الفصل الثامن

عرض نتائج البحث

تمهيد.

- 1.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الأولى.
- 2.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثانية
- 3.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة.
- 4.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة.
- 5.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة .
- 6.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية السادسة .
- 7.8. عرض النتائج الخاصة بالفرضية السابعة .

خلاصة الفصل

تمهيد:

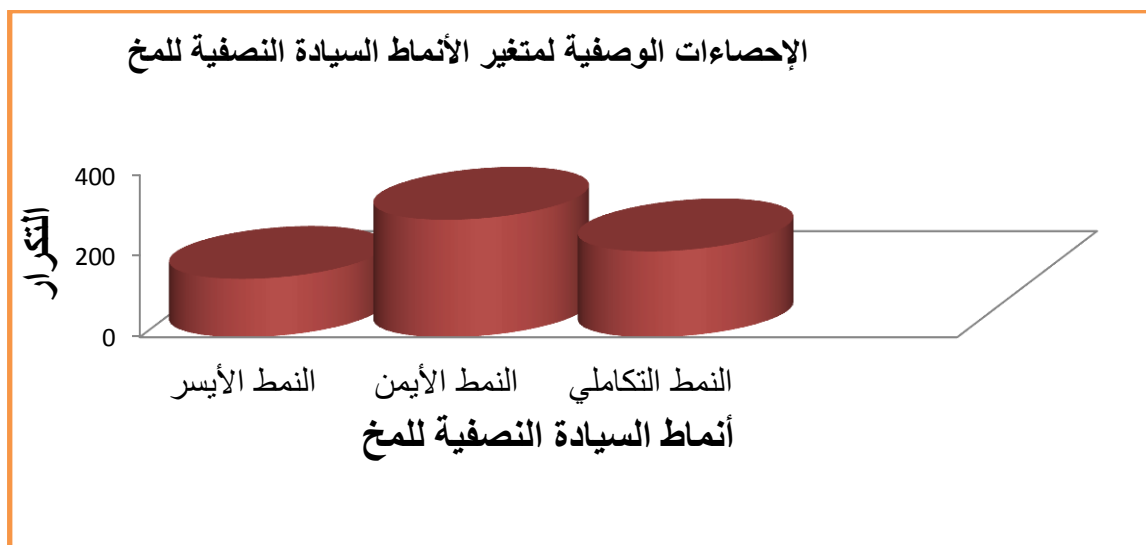
بعد أن تم في الفصل السابق عرض إجراءات البحث الميدانية من خلال تبيان المنهج المستخدم في البحث والتقنيات التي ساهمت في التحليل الكمي لإستجابات أفراد البحث سنقوم بعرض في هذا الفصل لنتائج البحث الميدانية واختبار الفرضيات من حيث قبولها أو رفضها. فقبل أن نستعرض عرض نتائج البحث ومناقشتها نقوم بإعطاء لمحة وصفية عن متغيرات البحث بصورة سريعة ومبسطة على النحو الآتي.

- النتائج الخاصة بمتغير أنماط السيادة النصفية للمخ:

جدول رقم(16) يبين الإحصاءات الوصفية لمتغير أنماط السيادة النصفية للمخ

النسبة المئوية%	التكرار	أنماط السيادة النصفية للمخ
22.29	144	النمط الأيسر
44.89	290	النمط الأيمن
32.81	212	النمط التكاملي
100	646	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن نتائج البحث ضمت مراقبين من الأنماط الثلاث النمط الأيسر بنسبة(22.29%) والنمط الأيمن بنسبة(44.89%)، والنمط التكاملي بنسبة(32.81%). ولتوضيح ذلك بيانيا نعرض الشكل التالي:



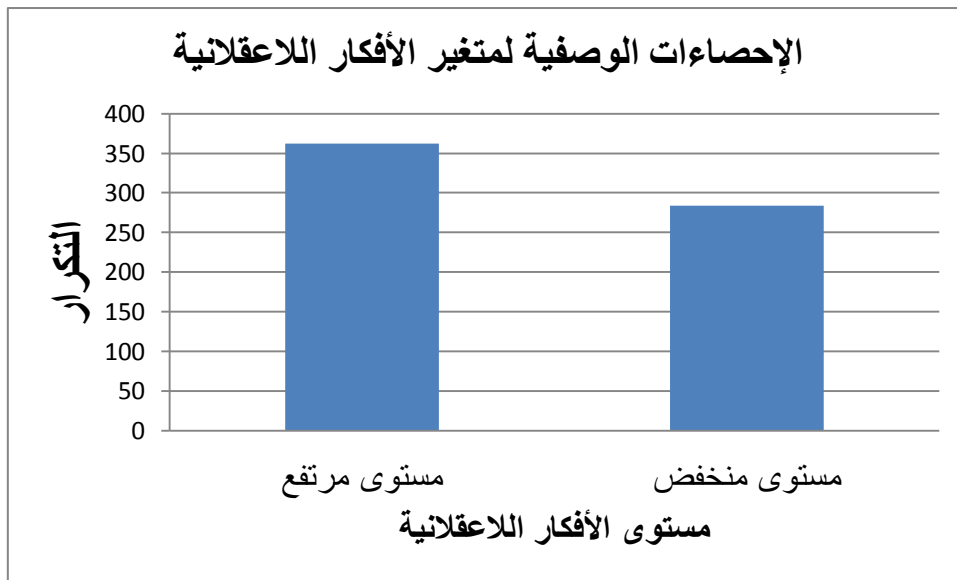
الشكل رقم(36) يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير أنماط السيادة النصفية للمخ

- النتائج الخاصة بمتغير الأفكار اللاعقلانية :

جدول رقم(17) يبين الإحصاءات الوصفية لمتغير الأفكار اللاعقلانية

النسبة المئوية%	التكرار	مستوى الأفكار اللاعقلانية
56.03	362	مستوى مرتفع
43.96	284	مستوى منخفض
100	646	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ شيوع الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين بنسبة (56.03%) أما بالنسبة الأفكار اللاعقلانية المنخفضة فقد بلغت (43.96%). ولتوضيح ذلك بيانياً نعرض الشكل التالي:



الشكل رقم(37) يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير الأفكار اللاعقلانية

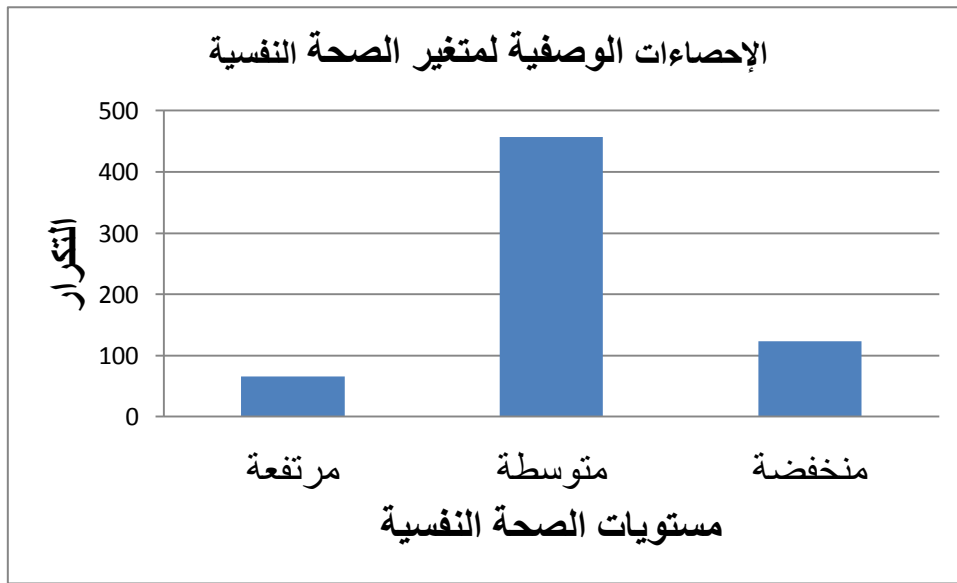
من خلال الشكل يتبين شيوع الأفكار اللاعقلانية بنسبة كبيرة لدى المراهقين، وهذا دليل على تبني أفكار لاعقلانية تخص مرحلة المراهقة في ظل التغيرات الفكرية والفيزيولوجية والنفسية الملازمة لطبيعة وخصائص هذه الفئة العمرية.

- النتائج الخاصة بمتغير الصحة النفسية:

جدول رقم(18) يبين الإحصاءات الوصفية لمتغير الصحة النفسية

النسبة المئوية%	التكرار	مستويات الصحة النفسية
10.21	66	مرتفعة
70.74	457	متوسطة
19.04	123	منخفضة
100	646	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن نتائج البحث تضم ثلاث مستويات من الصحة النفسية المستوى المرتفع بنسبة(10.21%) والمستوى المتوسط بنسبة(70.74%)، والمستوى المنخفض بنسبة(19.04%). ولتوضيح ذلك بيانياً نعرض الشكل التالي:



الشكل رقم(38) يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير الصحة النفسية

من خلال الشكل يتضح انخفاض مستويات الصحة النفسية لدى المراهقين وتمتع بصحة نفسية متوسطة، وذلك يظهر في العديد من سلوكيات المراهقين اليومية والمدرسية والصحية نتيجة عدة عوامل مقارنة بفئات عمرية أخرى.

وقبل التطرق إلى عرض نتائج البحث نعطي صورة مختصرة عن التوزيع الطبيعي لمتغيرات البحث نقوم بعرض نتائج كلومغروف سمينوف "Kolmogorov-Smirnov" للبرهنة على اعتدالية التوزيع وذلك في الجدول الموالي:

جدول (19) يبين قيم K-S للبرهنة على اعتدالية توزيع متغيرات البحث

المعطيات	المتوسط	قيمة كلومغروف سمينوف	الدلالة الإحصائية
المتغيرات	Moyenne	Kolmogorov-Smirnov	
درجات الأفكار اللاعقلانية	125.31	*0.038	دالة
درجات الصحة النفسية	65.25	*0.024	دالة

يتضح من الجدول أن قيم كل من متغير الأفكار اللاعقلانية وقيم متغير الصحة النفسية لا تتوزع طبيعياً ومنه نرفض الفرضية الصفرية القائلة بوجود تطابق بين التوزيع والتوزيع الإعتدالي في قيم الأفكار اللاعقلانية وقيم الصحة النفسية.

ومنه تحقق الفرضية البديلة القائلة بعدم وجود تطابق بين التوزيع والتوزيع الاعتدالي في قيم الأفكار اللاعقلانية وقيم الصحة النفسية.

وانطلاقاً من هذه النتيجة سنعتمد في تحليل النتائج على الأساليب الإحصائية ونمط الإختبارات اللامعلمية.

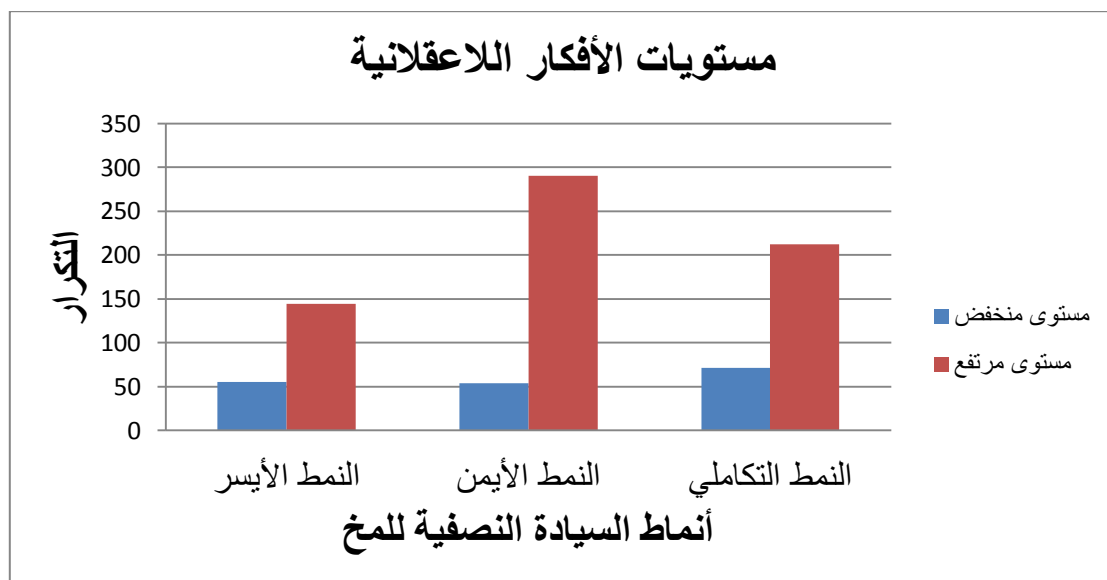
1.8. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على وجود علاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) ومستوى الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين، ولإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كرامر (Test VCramér's) باستعمال الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والتحليلات التالية تبين ذلك.

جدول (20) يبين توزيع الأفراد حسب الأنماط ومستويات الأفكار اللاعقلانية

المجموع	أنماط السيادة النصفية للمخ			مستوى الأفكار اللاعقلانية
	نمط تكاملي	نمط أيمن	نمط أيسر	
180	71	54	55	مستوى منخفض
466	141	236	89	مستوى مرتفع
646	212	290	144	المجموع

ومن خلال ما تم عرضه في الجدول (20) نقدم رسم بياني للمعطيات الرقمية التي وردت في الجدول في الشكل التالي:



الشكل رقم (39) يوضح توزيع الأفراد حسب الأنماط ومستويات الأفكار اللاعقلانية

يتضح من خلال الشكل أن مستوى تزايد الأفكار اللاعقلانية يرتبط طردياً بالنمط الأيمن من الدماغ.

ومن خلال ما تم عرضه في الجدول (20) نأتي لعرض نتائج الاختبار (Test VCramér's) في الجدول الموالي:

جدول (21) يبين دلالة العلاقة بين الأنماط والأفكار اللاعقلانية

المعطيات	قيمة كرامر V	قيمة Vmax	الدلالة الإحصائية
العينة	0.19	0.70	دالة عند 0.01
646			

يتضح من خلال نتائج الجدول وجود علاقة ارتباطية، حيث بلغ مُعامل الارتباط كرامر ($V=0.19$) وهو دال عند مستوى دلالة (0.01). وبمقارنتها بقيمة كرامر القصوى والتي بلغت ($V_{max}=0.70$) نستنتج أن طبيعة الارتباط ضعيف.

ومما سبق نستنتج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$) بين أنماط السيادة النصفية للمخ الثلاث و مستوى الأفكار اللاعقلانية، والفرضية قد تحققت ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية.

2.8. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على وجود فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي). ولإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كروسكال واليس (Test Kruskal-Wallis) باستعمال الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والتحليلات التالية تبين ذلك.

جدول (22) يبين المتوسطات الحسابية للرتب لكل من الأنماط والأفكار اللاعقلانية

المتوسط الحسابي للرتب	حجم العينة	المعطيات المتغيرات
2.10	646	أنماط السيادة النصفية للمخ
125.31		الأفكار اللاعقلانية

ومن خلال ما تم عرضه في الجدول (22) نأتي لعرض نتائج الاختبار في الجدول الموالي.

جدول (23) يبين دلالة الفروق في درجات الأفكار اللاعقلانية حسب الأنماط

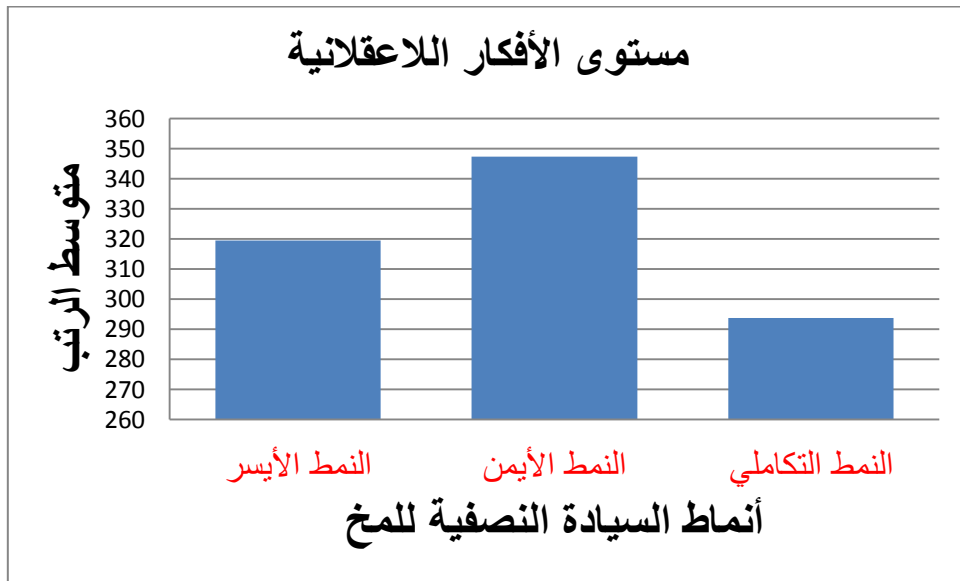
مستوى الدلالة	درجة الحرية	كاي 2	متوسط الرتب	حجم العينة	المعطيات الأنماط*الأفكار اللاعقلانية
دالة عند 0.01	2	10.25	319.42	144	مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى النمط الأيسر
			347.38	290	مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى النمط الأيمن
			293.60	212	مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى النمط التكاملي
				646	المجموع

يتضح من الجدول (23) وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين أنماط السيادة النصفية للمخ الثلاث من حيث تأثيرها على مستوى الأفكار اللاعقلانية مما يعني أن الفرضية قد تحققت ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية.

وبالرجوع إلى متوسطات الرتب نستنتج وجود فروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية حسب أنماط السيادة النصفية للمخ لصالح النمط الأيمن.

حيث بلغ متوسط الرتبة للنمط الأيمن (347.38) وهو أكبر من متوسط الرتبة للنمط التكاملي الذي بلغ (293.60) وأكبر أيضاً من متوسط الرتبة للنمط الأيسر الذي بلغ (319.42).

ولوصف الفروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين حسب أنماط السيادة النصفية للمخ، نقوم بوصفها وفق الشكل الموالي:



شكل رقم (40) يوضح أثر أنماط السيادة النصفية للمخ على مستوى الأفكار اللاعقلانية

يتضح من خلال الشكل رقم (40) أن النمط الأيمن من الدماغ يؤثر بشكل أكبر في مستوى الأفكار اللاعقلانية مقارنة بالنمط الأيسر والنمط التكاملي وهذه النتيجة تشير أن النصف الأيمن من الدماغ مشاعري وغير عقلائي.

3.8. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على وجود فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الجنس.

ولإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان وتني لعينتين مستقلتين (Mann-Whitney- U Test) باستعمال الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والتحليلات التالية تبين ذلك.

جدول (24) يبين دلالة الفروق في درجات الأفكار اللاعقلانية حسب الجنس

مستوى الدلالة	قيمة مان وتني	متوسط الرتب	حجم العينة	المعطيات
غير دالة	50751.50	325.80	384	الجنس* الأفكار اللاعقلانية
		321.17	262	مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى الإناث
			646	مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى الذكور
				المجموع

يتضح من الجدول (24) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الجنس، مما يعني أن الفرضية لم تتحقق ومنه نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية.

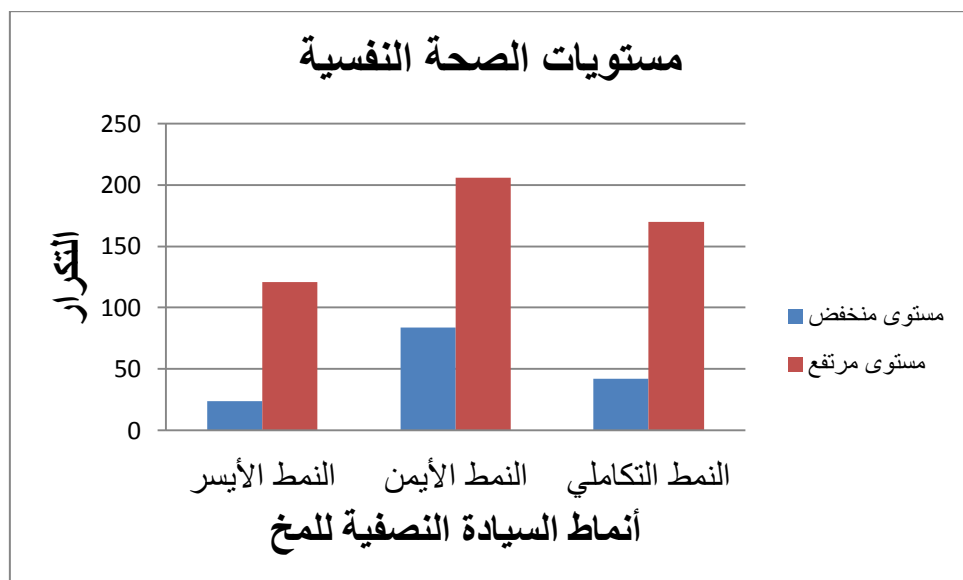
4.8. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على وجود علاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين. ولإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كرامر (Test V Cramér's) باستعمال الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والتحليلات التالية تبين ذلك.

جدول (25) يبين توزيع الأفراد حسب الأنماط ومستويات الصحة النفسية.

المجموع	أنماط السيادة النصفية للمخ			مستوى الصحة النفسية
	نمط تكاملي	نمط أيمن	نمط أيسر	
149	42	84	24	مستوى منخفض
497	170	206	121	مستوى مرتفع
646	212	290	144	المجموع

ومن خلال ما تم عرضه في الجدول (25) نقدم رسم بياني للمعطيات الرقمية التي وردت في الجدول في الشكل التالي:



الشكل رقم (41) يوضح توزيع الأفراد حسب الأنماط ومستويات الصحة النفسية

يتضح من خلال الشكل أن المستوى المنخفض للصحة النفسية يرتبط عكسيًا بالنمط الأيمن من الدماغ.

ومن خلال ما تم عرضه في الجدول (25) نأتي لعرض نتائج الاختبار (Test VCramér's) في الجدول الموالي:

جدول (26) يبين دلالة العلاقة بين الأنماط والصحة النفسية

المعطيات	قيمة كرامر V	قيمة Vmax	الدلالة الإحصائية
العينة	0.13	0.70	دالة عند 0.01
			646

يتضح من خلال نتائج الجدول وجود علاقة ارتباطية، حيث بلغ معامل الارتباط كرامر ($V=0.13$) وهو دال عند مستوى دلالة (0.01)، وبمقارنتها بقيمة كرامر القصوى والتي بلغت ($V_{max}=0.70$) نستنتج أن طبيعة الارتباط ضعيف .

ومما سبق نستنتج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.01$) بين أنماط السيادة النصفية للمخ الثلاث ومستوى الصحة النفسية، والفرضية قد تحققت ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية.

5.8. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على وجود درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي). ولإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار كروسكال واليس (Test Kruskal-Wallis) باستعمال الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والتحليلات التالية تبين ذلك.

جدول (27) يبين المتوسطات الحسابية للرتب لكل من الأنماط والصحة النفسية

المتغيرات	المعطيات	حجم العينة	المتوسط الحسابي للرتب
أنماط السيادة النصفية للمخ	646	2.10	
الصحة النفسية		65.25	

ومن خلال ما تم عرضه في الجدول (27) نأتي لعرض نتائج الاختبار في الجدول الموالي.

جدول (28) يبين دلالة الفروق في درجات الصحة النفسية حسب الأنماط

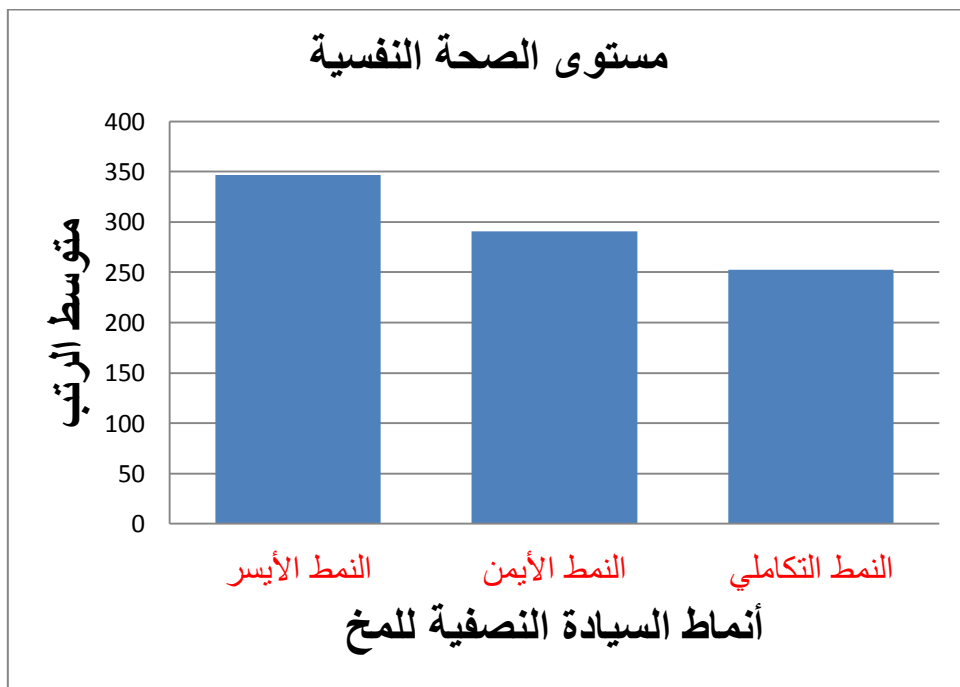
الأنماط* الصحة النفسية	المعطيات	حجم العينة	متوسط الرتب	كاي 2	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مستوى الصحة النفسية لدى النمط الأيسر	144	346.71	16.49	2	دالة عند 0.01	
مستوى الصحة النفسية لدى النمط الأيمن	290	290.57				
مستوى الصحة النفسية لدى النمط التكاملي	212	252.78				
المجموع	646					

يتضح من الجدول (28) وجود فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين أنماط السيادة النصفية للمخ الثلاث من حيث تأثيرها على مستوى الصحة النفسية، مما يعني أن الفرضية قد تحققت ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية.

وبالرجوع إلى رتب المتوسطات نستنتج وجود فروق في مستوى الصحة النفسية حسب أنماط السيادة النصفية للمخ لصالح النمط الأيسر.

حيث بلغ متوسط الرتبة للنمط الأيسر (346.71) وهو أكبر من متوسط الرتبة للنمط الأيمن الذي بلغ (290.57) وأكبر أيضا من متوسط الرتبة للنمط التكاملي الذي بلغ (252.78).

ولوصف الفروق في مستوى الصحة النفسية لدى المراهقين حسب أنماط السيادة النصفية للمخ نقوم بوصفها وفق الشكل الموالي:



شكل رقم(42) يوضح أثر أنماط السيادة النصفية للمخ على مستوى الصحة النفسية

يتضح من خلال الشكل رقم(42) أن النمط الأيسر من الدماغ يؤثر بشكل أكبر في مستوى الصحة النفسية مقارنة بالنمط الأيمن والنمط التكاملي، وهذا يشير أن النمط الأيسر من الدماغ منطقي في معالجة أحداث الحياة، مكنت هذه الفئة من التمتع بالصحة النفسية.

6.8. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لمتغير الجنس، ولإختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار مان وتني لعينتين مستقلتين (Mann-Whitney- U Test)، باستعمال الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والتحليلات التالية تبين ذلك.

جدول (29) يبين دلالة الفروق في درجات الصحة النفسية حسب الجنس

مستوى الدلالة	قيمة مان وتني	متوسط الرتب	حجم العينة	المعطيات
غير دالة	49688.50	317.46	284	الجنس* الصحة النفسية
		328.24	262	مستوى الصحة النفسية لدى الإناث
			646	مستوى الصحة النفسية لدى الذكور
				المجموع

يتضح من الجدول (29) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لمتغير الجنس، مما يعني أن الفرضية لم تتحقق ومنه نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية.

7.8. عرض وتحليل النتائج الخاصة بالفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين. ولإختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearsons Correlation) عن طريق الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) والتحليلات التالية في الجدول التالي:

جدول (30) يبين دلالة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية حسب الأنماط

الدلالة الإحصائية	قيمة (ر)	المعطيات العينة
دالة عند 0.01	-**0.38	النمط الأيسر
دالة عند 0.05	-*0.13	النمط الأيمن
دالة عند 0.01	-*0.36	النمط التكاملي
دالة عند 0.01	-*0.29	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن لكل نمط من الأنماط أثر على العلاقة الارتباطية بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية، فبالنسبة للمراهقين من ذوي النمط الأيسر فقد بلغ معامل الارتباط ($r=-0.38$) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، مما يدل على وجود علاقة سالبة. أما المراهقين من ذوي النمط الأيمن فقد بلغ معامل الارتباط ($r=-0.13$) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على وجود علاقة سالبة ضعيفة، كما بلغ معامل الارتباط لدى المراهقين من ذوي النمط التكاملي بيرسون ($r=-0.36$) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01). مما يدل على وجود علاقة سالبة.

وبمقارنة المعاملات الارتباط حسب كل نمط، نجد أن معامل الارتباط لدى ذوي النمط الأيسر قد تحصلت على قيمة أكبر من ذوي النمط الأيمن والنمط التكاملي.

وبالرجوع إلى النتيجة العامة ككل نجد قد بلغ معامل الارتباط بيرسون ($r=-0.29$) عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين، مما يعني أن الفرضية قد تحققت ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية.

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال هذا الفصل أنه قدم الكثير من المعطيات والنتائج البحثية بصورة رقمية إحصائية، كما أن الفصل اللاحق يكمل ويتم هذا الفصل وذلك بتقديم تفسير ومناقشة لنتائج البحث في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري السيكولوجي، كما يعد الفصل اللاحق فصل يجمع بين الشق التنظيري وتقريبه من الواقع العملي ومن ذلك لإعطاء صورة تفسيرية لمعطيات الدراسة.

الفصل التاسع

مناقشة وتفسير نتائج البحث

تمهيد

- 1.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى
- 2.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية
- 3.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة
- 4.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة
- 5.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة.
- 6.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية السادسة.
- 7.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية السابعة.
- 8.9. خلاصة نتائج البحث

تمهيد:

بعد أن تم في الفصل السابق عرض لنتائج البحث وتحليل واختبار الفرضيات سنتطرق في هذا الفصل عرض مناقشة نتائج البحث، كما سنقوم بعرض مناقشة تتسجم مع معطيات البحث سواء ما تم فرضه من فروض بحثية أو أهداف بحث، أو ما جادت به بعض البحوث والدراسات السابقة، ولذا سيحاول الباحث في هذا الفصل ربط نتائج البحث بالخلفية النظرية والدراسات السابقة بقصد فهم نتائج البحث من منظور تفسيري كمي وكيفي معاً، وإعطاء النتائج مبررات في ضوء تفسيرات منسجمة واستنتاجات ترقى للنموذج الذي وُضع لمشكلة البحث.

1.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

يتضح من النتائج الخاصة بالفرضية الأولى قد ثبت التحقق منها، وهي تقر بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن والنمط التكاملية) ومستوى الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين.

وبربط هذه النتيجة بالدراسات السابقة نجدها تتفق مع دراسة قشوش (2013) التي توصلت إلى الارتباط بين أنماط التفكير وأنماط الهيمنة الدماغية.

وبربط هذه النتيجة مع أهداف البحث نجدها أنها أفصحت عن الكشف عن ارتباط أنماط السيادة النصفية للمخ بدرجات الأفكار اللاعقلانية وتم تصديق التصورات الأولية من حيث اختبار الفرضية والإجابة عن تساؤل البحث بصيغة موجبة.

كما يمكن تعميم النتيجة على المجتمع المدروس فقط، حيث توصلت النتيجة إلى بعض المؤشرات السلوكية للتنبؤ بالظاهرة، كما توصلت إلى أحد أهداف البحث وهو إضافة معرفية للتراث الإنساني مما يفتح الباب إلى توصيات استشرافية.

2.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

يتضح من النتائج الخاصة بالفرضية الثانية قد ثبت التحقق منها وهي تقرأ بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) وذلك لصالح النمط الأيمن.

وبربط هذه النتيجة بالدراسات السابقة نجدها تتفق مع دراسة هاريسون وبرامسون (1982) والتي تقرأ أن النصفين الكرويين له دور فعال في تحديد أساليب التفكير وأن الفروق في السيطرة الدماغية يؤدي إلى الفروق في التفكير وفي تناول المشكلات.

كما تتفق مع دراسة القيسي (1990) والتي أقرت أن النصف الأيمن من الدماغ يقوم بمعالجة المعلومات بطريقة غير منطقية، كما تتفق مع دراسة الشريف (1993) والتي أقرت بعدم وجود ارتباط بين النمط الأيمن والأسلوب الإدراكي المستقل على المجال.

مما يشير أن النمط الأيمن غير مستقل عن المجال أثناء الإدراك التحليلي مما يجعل الإدراك التحليلي بعض الأحيان غير موضوعي ومنطقي وغير عقلائي.

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة مقيدش (2005) والتي بينت عدم وجود علاقة بين النمط الأيمن وعسر القراءة للدلالة أن النمط الأيمن غير فعال للمعالجات المعرفية السليمة والموضوعية.

كما إنفقت نتائج الدراسة مع دراسة عبد الله وآخرون (2007) والتي أقرت بأن النمط الأيمن يُساهم في الأسلوب المعرفي المعتمد على المجال مما يشير إلى عدم الإستقلالية في المعالجة المعرفية ينتج معالجات غير تحليلية جزئية متحيزة غير عقلانية.

كما تقرأ نتائج دراسة بن فليس (2007) أن المعالجة المتزامنة من اختصاص النمط الأيمن كما تتفق مع دراسة حمش (2010) التي أقرت بعدم وجود علاقة بين النمط الأيمن والتفكير الرياضي المنطقي.

كما تتفق مع دراسة أزهار (2011) والتي أقرت أن التفكير التباعدي والتفكير غير منطقي من إختصاص النمط الأيمن من الدماغ. وتتفق مع دراسة حجاج (2011) أن اضطراب الإدراك البصري يكون أكثر عند النمط الأيمن.

وهذا دليل على أن ذوي النمط الأيمن يُعالجون الأحداث بطريقة بصرية يتخللها عمليات التعميم الخاطيء للأحداث والرؤى غير عقلانية.

كما تختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة العيفاوي (2013) والتي بينت أن الإضطرابات المعرفية والسلوكية تُعزى للنمط الأيسر من الدماغ.

وبينت ذلك من الناحية التشريحية من خلال أثر الصدمات الدماغية في ظهور اضطرابات معرفية سلوكية نتيجة الإهمال النصفي الأيسر من الدماغ عند المرضى.

كما تتعارض نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسة عيد (2009) التي أقرت بأن النمط الأيمن منطقي وفعال نتيجة عملية التحفيز.

وبالرجوع إلى نظرية بول تورانس "Paul Torrance" والذي حاول تفسير وحصر سمات ذوي النمط الأيمن من الدماغ حيث أشار أنهم يميلون إلى التعامل مع المثيرات بطريقة ذاتية (اسماعيل نبيه، 1987).

وبالرجوع إلى الجدول رقم (1) والشكل رقم (2) في الصفحة (95 و 96) اللذان يُحددان أنشطة النصفين الكرويين نجد أن النمط الأيمن من الدماغ يتصف بعدة مميزات (التفكير التباعدي، الذاتية الخيال في حل المشكلات الحدس في مقابل غياب المنطق) وهي مؤشرات دالة على أن ذوي السيادة النصفية اليمنى يتصفون بالأفكار اللاعقلانية.

ومنه نستنتج أن النمط الأيمن من الدماغ يؤثر في درجات الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين.

وبربط هذه النتيجة مع أهداف البحث نجدها أنها كشفت عن أثر أنماط السيادة النصفية للمخ على درجات الأفكار اللاعقلانية وتم تصديق التصورات الأولية من حيث اختبار الفرضية والإجابة عن تساؤل البحث بصيغة موجبة.

كما يمكن تعميم نتيجة على المجتمع المدروس فقط، حيث توصلت النتيجة إلى بعض المؤشرات السلوكية للتنبؤ بالظاهرة، كما توصلت إلى أحد أهداف البحث وهو إضافة معرفية للتراث الإنساني مما يفتح الباب إلى توصيات استشرافية.

3.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة:

يتضح من النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة لم يتم التحقق منها وهي تقرُّ بعدم وجود فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الجنس.

وبربط هذه النتيجة بالدراسات السابقة نجدها تتفق مع دراسة البنوي(2005) والتي أقرت بعدم وجود فروق في الأفكار اللاعقلانية بين المتسربين والمتسربات، كما تتفق مع دراسة سليمان العويضة (2008) والتي أقرت بعدم وجود فروق دالة في الأفكار اللاعقلانية تُعزى للجنس.

كما تتفق مع دراسة حسن بن علي(2010) والتي بينت عدم وجود فروق في درجة الأفكار اللاعقلانية بين الجنسين، وتتفق أيضا مع دراسة حنان عبد العزيز(2012) التي بينت أنه لا توجد فروق في التفكير السلبي تُعزى لمتغير الجنس. كما تتفق مع دراسة علاء حجازي(2013) والتي أقرت بعدم وجود فروق في الأفكار اللاعقلانية تُعزى للجنس.

كما تتعارض هذه النتيجة مع دراسة هوج(1986) التي أقرت بوجود فروق بين الذكور والإناث في الأفكار اللاعقلانية لصالح الذكور، كما تعارضت مع نتائج دراسة حسيب(2000) التي بينت وجود تأثير للجنس على الأفكار اللاعقلانية، وتعارضت مع دراسة غادة عبد الغفار(2007) والتي أقرت بوجود فروق في نوع وكم الأفكار اللاعقلانية بين الجنسين، وتعارضت مع دراسة فراس أحمد(2008) التي أقرت بوجود فروق تُعزى للجنس في الأفكار اللاعقلانية.

وتعارضت مع دراسة صابر ممدوح(2009) التي بينت هناك فروق بين الجنسين في الأفكار اللاعقلانية وأن الذكور أكثر ميلاً للاستنتاجات السلبية للأفكار اللاعقلانية، وتعارضت مع دراسة أحمد محمد نوري(2009) التي كشفت عن وجود فروق في الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الجنس. وتعارضت مع دراسة فاكهة(2011) التي بينت وجود فروق في الأفكار اللاعقلانية بين الجنسين لصالح الذكور.

كما تعارضت مع دراسة يوسف علي مقداد(2011) والتي بينت تفوق الإناث في الأفكار اللاعقلانية مقارنة بالذكور، كما تعارضت مع دراسة أبو ججوح(2012) والتي بينت وجود فروق في الأفكار اللاعقلانية لصالح الذكور، وتعارضت أيضاً مع دراسة هديل(2013) والتي توصلت إلى وجود فروق في الأفكار اللاعقلانية تُعزى للجنس لصالح الإناث.

يتضح مما سبق أن هناك تعارض واتفق وهذا يرجع لاختلافات بيئية اجتماعية تخص أساليب التنشئة الاجتماعية والفكرية، كما يمكن القول أن عامل الجنس ليس مؤشر على عقلانية أو عدم عقلانية المراهقين، بل كما بين ألبرت إليس Albert Ellis أن البشر لديهم استعداد فطري لأن يكونوا عقلانيين ومنطقيين وكذلك أن يكونوا غير منطقيين في مرحلة المراهقة (الشناوي محروس، 1996).

ومنه نستنتج أن عامل الجنس لا يؤثر في الأفكار اللاعقلانية، ويربط هذه النتيجة بأهداف البحث نجد أنها كشفت عن عدم تأثير الجنس على درجات الأفكار اللاعقلانية، ومنه توصلنا إلى هدف دحض التصورات الأولية واختبار الفرضية والإجابة عن التساؤل بالسلب، مما نصل إلى أن إمكانية تعميم تصح إلى على المجتمع البحث، مما نصل إلى فتح لتساؤلات بحثية أخرى.

4.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة:

يتضح من النتائج الخاصة بالفرضية الرابعة قد ثبت التحقق منها، وهي تقر بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن والنمط التكاملية) ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين.

وبالرجوع إلى الخلفية النظرية نجد العديد من الأدلة التي تثبت بطريقة مباشرة أو غير مباشرة صحة هذه النتيجة حيث أشار "Cicchetti" (2010) أن مؤشرات الصحة النفسية التي تتمثل في: (العلاقات الجيدة مع الأقران، التكيف بنجاح في المدرسة، المعدلات المنخفضة لأعراض الإكتئاب التحرر من الأعراض الداخلية للمرض النفسي، مثل تعاطي المخدرات، والتحرر من الأعراض الخارجية للمرض النفسي، مثل اضطرابات المزاج والقلق) ترتبط هذه المؤشرات بأنماط السيادة النصفية للمخ وخاصة بنشاط النصف الأيسر من المخ.

وهذا يُعدا شكل من أشكال التكيف بخصائص نصفي الدماغ ولذا بينت دراسة لزن بشارة (2008) وجود علاقة بين التكيف والصحة النفسية.

ومما سبق نستنتج أن وجود علاقة بين أنماط السيادة النصفية للمخ ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين.

كما توصلت الدراسة إلى أحد أهدافها وهي تصديق التصورات الأولية واختبار الفرضية والإجابة عن التساؤل بصيغة موجبة.

كما يمكن القول أن النتيجة الحالية ستعمم إلا على المجتمع الأصلي، كما توصلنا إلى هدف التنبؤ من خلال المؤشرات السلوكية، فمن حيث البناء فهذه المعرفة تساهم في الإضافة العلمية وتثري العديد من أفاق بحثية مستقبلية في مجال الصحة النفسية.

5.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة:

يتضح من النتائج الخاصة بالفرضية الخامسة قد ثبت التحقق منها وهي تفرُّ بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) وذلك لصالح النمط الأيسر.

وبربط هذه النتيجة بالدراسات السابقة نجد أنها تتفق مع دراسة بول تورانس P.Torrance (1982) الذي كشف عن الفروق بين مجموعات الأنماط الثلاثة للسيادة النصفية للمخ (أيسر، أيمن، تكاملي) حسب النمط المسيطر وذلك في بعد التوافق فوجد علاقة إرتباطية الأيسر ودرجات التكيف النفسي.

وتتسق مع دراسة حنورة وهشام (1989) والتي بينت أن مؤشرات السواء تكمن في السلوك الإبداعي والذي هو نتاج إفراز نشاط جانبي الدماغ في النمط التكاملي، كما تتفق مع دراسة القيسي (1990) والتي كشفت أن النصف الأيسر يعالج المعلومات بطريقة منطقية تحليلية، مما يساهم الجانب العقلاني في الصحة النفسية.

ومن بين مؤشرات الصحة النفسية حل المشكلات والتميز بالدافعية للإنجاز كبعد من أبعاد التحرر من الأعراض العصابية نجد دراسة البيلي (1996) تفسر ذلك حيث توصلت إلى أن النمط الأيسر يساهم في حل المشكلات، وفي نفس السياق كشفت دراسة مجاهد (1998) على وجود فروق في الدافعية للإنجاز تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ لصالح النمط التكاملي، كما تتفق أيضاً مع دراسة معمريّة (2001) التي كشفت أن النمط الأيمن يؤثر في الإكتئاب وأن النمط التكاملي والنمط الأيسر يساهمان في حل المشكلات.

كما بينت دراسة نوفل(2004) أن متغيرات الإبداع ونمو الدافعية العقلية لدى النمط الأيسر من الدماغ، كما كشفت دراسة ختاش(2005) أن النمط المتكامل فعال ويرتبط بالذكاء الوجداني.

كما بينت دراسة عبد الوهاب الأنديجاني(2009) مؤشر السواء وفق المعيار الإحصائي للصحة النفسية حيث كشف أنه توجد فروق بين الموهوبين والعاديين في استخدام النمط الأيسر من المخ لصالح العاديين.

وبينت دراسة أزهار(2011) وجود علاقة سالبة بين النمط الأيسر والتفكير التباعدي والذي هو مؤشر من مؤشرات تدهور الصحة النفسية.

واختلفت دراسة عبد الوهاب الأنديجاني(2009) من حيث كشفها على أن النمط التكاملي غير فعال في حل المشكلات والنمط الأيسر يرتبط سلباً بالتوافق النفسي.

وتختلف نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة صلاح مراد(1986) التي بينت وجود علاقة سالبة بين النمط الأيسر والثقة بالنفس، ووجود علاقة موجبة بين النمط الأيمن وكل من الثقة بالنفس وضبط النفس والمثابرة لتحقيق الأهداف، وتقبل الفرد لذاته والقدرة على مواجهة الفشل، والإحساس بالتفاؤل كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة بين النمط التكاملي وأبعاد الصحة النفسية".

ومنه نستنتج أن لأنماط السيادة النصفية للمخ أثر على الصحة النفسية لدى المراهقين، ويربط هذه النتيجة مع أهداف البحث نجدها أنها كشفت عن أثر أنماط السيادة النصفية للمخ على درجات الصحة النفسية، وتم تصديق التصورات الأولية من حيث اختبار الفرضية والإجابة عن تساؤل البحث بصيغة موجبة، كما يمكن تعميم نتيجة على المجتمع المدروس فقط.

حيث توصلت النتيجة إلى بعض المؤشرات السلوكية للتنبؤ بالظاهرة، كما توصلت إلى أحد أهداف البحث وهو إضافة المعرفة للتراث الإنساني مما يفتح الباب إلى تعميق أبحاث أخرى في مجال الصحة النفسية.

6.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية السادسة:

يتضح من النتائج الخاصة بالفرضية السادسة لم يتم التحقق منها وهي تقرُّ بعدم وجود فروق بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لمتغير الجنس.

وبربط هذه النتيجة بالدراسات السابقة نجدها تتفق مع دراسة عبد الله عبد الله (2008) والتي توصلت إلى عدم وجود فروق في درجة الصحة النفسية تبعاً للجنس، كما تتفق مع دراسة ملوكة (2014) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في درجات الصحة النفسية بين الجنسين.

وتختلف نتائج الدراسة مع نتائج دراسة الزبيدي والهزاع (1997) والتي توصلت إلى وجود فروق في الصحة النفسية لدى كل من الذكور والإناث، كما اختلفت مع دراسة الزبيدي (2000) التي بينت أن الذكور أكثر معاناة للضغوط النفسية وتدهور للصحة النفسية من الإناث.

واختلف مع دراسة علي (2001) التي كشفت عن تأثير عامل الجنس على الصحة النفسية لصالح الذكور، كما تختلف مع دراسة كالفنت (2004) والتي بينت أن الذكور والإناث يظهران صفات نفسية مختلفة تفسر الفروق بين الجنسين في الأعراض الإكتئابية.

واختلفت مع دراسة حسين (2004) التي أقرت أن البنات أظهرن صحة نفسية أعلى من البنين واختلفت مع دراسة أبو العمرين (2004) التي أثبتت وجود فروق في مستويات الصحة النفسية بين المرضين والمرضات لصالح المرضين.

واختلفت مع دراسة راضية حاج لكل (2008) التي توصلت إلى وجود فروق دالة في الصحة النفسية تُعزى للجنس لصالح المسنين الذكور، كما تختلف مع دراسة نبيلة خلال (2012) التي بينت وجود فروق بين الجنسين في الإكتئاب لصالح الإناث. واختلفت أيضاً مع دراسة محسن مهنا (2013) والتي أقرت بوجود فروق في مستوى الصحة النفسية بين الجنسين لصالح الذكور.

ومنه نستنتج أن عامل الجنس لا يؤثر على الصحة النفسية لدى المراهقين، ويربط هذه النتيجة بأهداف البحث نجد أنها كشفت عن عدم تأثير الجنس على درجات الصحة النفسية ومنه توصلنا إلى هدف دحض التصورات الأولية واختبار الفرضية والاجابة عن التساؤل بالسلب.

مما نصل إلى أن امكانية تعميم تصح إلى على المجتمع البحث، مما نصل إلى فتح لتساؤلات بحثية أخرى.

7.9. مناقشة وتفسير النتائج الخاصة بالفرضية السابعة:

يتضح من النتائج الخاصة بالفرضية السابعة قد ثبت التحقق منها، وهي تقر بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.01$) بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = -0.29$)، ويتضح من خلال قيمة معامل الارتباط أنها أقل من المتوسط وهي قيمة منطقية ومقبولة جداً لأننا نتعامل مع متغير الصحة النفسية الذي يُعد متغير نسبي وترتبط به العديد من المتغيرات والعوامل، فباقي قيمة معامل الارتباط يعود إلى متغيرات وسيطية ومتغيرات وعوامل أخرى.

وبربط هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة نجدها تتفق مع نتائج دراسة حدار (1995) والتي كشفت عن وجود ارتباط بين القوة العقائدية والممارسة التعبدية والإكتئاب والتوتر، والصحة النفسية مرتبطة بالبناء العقائدي وتصورات وأفكار الفرد.

وتتفق مع نتائج دراسة شانج وبردويل Change & Bridwell (1998) والتي توصلت إلى وجود علاقة موجبة بين بناء الأفكار اللاعقلانية والإضطرابات النفسية.

وتتفق مع دراسة عثمان مجدي (1999) والتي توصلت أن المعارف الايجابية تساهم في الصحة النفسية، وتتفق مع دراسة حسيب (2000) والتي كشفت عن ارتباط التفكير اللاعقلاني بالوحدة النفسية.

كما بينت دراسة الجزار (2000) أنه توجد علاقة بين الأفكار اللاعقلانية وسمات الشخصية كما بينت دراسة محمد خميس (2005) وجود علاقة ارتباطية دالة بين نمط التفكير والاكتئاب النفسي لدى المراهقين، كما بينت دراسة مروان دياب (2006) إلى هناك علاقة عكسية بين الصحة النفسية والأحداث الحياتية الضاغطة.

وبينت دراسة كيث ريس (2006) وجود علاقة بين سمات الكمالية غير توافقية ودرجة الاكتئاب وارتباط الاكتئاب بدرجة نقد الذات. حيث تطابقت نتيجة البحث الحالي أيضاً مع نتائج دراسة سلطان سليمان العويضة (2008) والتي كشفت عن وجود علاقة سالبة عند مستوى (0.05) بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية.

كما يُعد الاغتراب النفسي شكلاً إجتماعياً يظهر في سلوك المراهقين والشباب حيث بينت دراسة عبد الله عبد الله (2008) وجود علاقة إرتباطية سالبة بين الإغتراب النفسي والصحة النفسية.

كما أن التفكير غير عقلائي تُجاه مفهوم الذات وصورة الجسم يرتبط بتدني الصحة النفسية وهذا ما بينته دراسة نصيرة لمين (2008) لتأثير الإعاقة البصرية لدى الأبناء على الصحة النفسية للأسرة، أما من الناحية التحليلية فإن نقص العقلنة مظهر من مظاهر الارتباط بالصحة النفسية المتدهورة، وهذا ما خُصت إليه دراسة ربيعة باشا (2009) أن ضعف العقلنة يؤدي إلى ظهور الاكتئاب كمؤشر لإختلال تنظيم تدريجي ووجود فروق في نوعية الحياة باختلاف مستويات العقلنة.

كما أن التفكير العقلائي في الممارسات الدينية يُساهم في الصحة النفسية وهذا ما توصلت إليه دراسة الفايدي (2009) وجود علاقة إرتباطية بين الالتزام الديني والصحة النفسية، كما أن فكرة العجز والإعتمادية فكرتان لاعقلانيتان ترتبطان بتدني دافع الانجاز، وهذا ما بينته دراسة سعاد رحماوي (2009) بوجود علاقة إرتباطية بين درجات الصحة النفسية والدافعية للإنجاز.

كما أن مؤشرات الأفكار العقلانية الانفعال والقلق الزائد، والتعامل مع الضغوط في المؤسسة التربوية بطريقة عقلانية مؤشر عن الصحة النفسية، وهذا ما توصلت إليه دراسة حسن بن علي (2010) وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية وإدارة الوقت.

واتفقت نتيجة البحث الحالي مع نتائج دراسة دانية (2010) والتي كشفت عن وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والرهاب الاجتماعي، وبينت دراسة خالد بن الحميدي (2010) وجود علاقة إرتباطية بين الأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل، كما بينت دراسة إقروفة صفية (2011) أن سوء التوافق مؤشر على المخططات المعرفية غير المتكيفة. كما توصلت إلى وجود فروق فيما يتعلق بالمخططات المعرفية غير متكيفة لصالح غير متوافقين دراسياً.

كما توصلت دراسة يوسف مقداي (2011) إلى وجود علاقة إرتباطية بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب وقلق الموت.

كما بينت دراسة أبو ججوح (2012) وجود علاقة طردية بين الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية.

كما يلعب التفكير العقلاني دور إيجابي في شخصية الفرد ونوعية حياته من قيم إنسانية وفضائل حيث بينت دراسة عبد الحليم فول(2012)، وجود علاقة عكسية بين التفكير في القيمة الإقتصادية والصحة النفسية.

كما كشفت دراسة جازولي(2012) بوجود علاقة ارتباطية بين ارتفاع الرذائل وانخفاض الفضائل والإصابة بالأمراض العصبية والذهانية، وارتباط الصحة النفسية بحسن الخلق وارتباط الأمراض بسوء الخلق والغفلة.

كما تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة علاء حجازي(2013) والتي أقرت بوجود علاقة إرتباطية بين القلق الاجتماعي والأفكار اللاعقلانية، كما بينت دراسة فاضل السعدية(2013) وجود علاقة بين إيجابيات الصحة النفسية والإنسحاب المعرفي والتفكير الإيجابي.

وبربط هذه النتيجة بنتائج الدراسات السابقة نجدها تتفق مع دراسة الريحاني وآخرون(1989) والتي بينت أن التباين في الإكتئاب يعود للأفكار اللاعقلانية كما أشارت دراسة باريرا وآخرون(1989) أن الأفكار اللاعقلانية تجعل الأفراد يفكرون بطريقة تجعلهم معرضين للإحباط.

كما تتفق مع دراسة الأسمرى(1998) التي بينت تأثر الصحة النفسية لدى المدمنين نتيجة أفكار لاعقلانية كطلب الإستحسان وتوقع الكوارث والتهور الانفعالي وتجنب الصعوبات والإعتمادية وإبتغاء الحلول الكاملة.

كما بينت دراسة ناصر بن عبد العزيز(2005) أن تحسين وتعديل الأفكار اللاعقلانية ممكنة حيث أظهرت الدراسة وجود فروق في درجة القلق والأفكار اللاعقلانية تعزى للعلاج العقلاني الانفعالي.

كما بينت دراسة حداد (2006) أن التفكير السنني والتحكم المدرك يساهمان في انتاج التحريفات المعرفية ومن ثمة الاكتئاب، كما توصلت دراسة لبنى أحمان(2006) إلى وجود فروق بين مرضى الكف المناعي المكتسب والأصحاء في درجة المعتقدات اللاعقلانية لصالح المرضى.

كما بينت دراسة فهد بن حامد(2007) أن الأفكار اللاعقلانية تتخفض عند الأحداث غير منحرفين(الأصحاء نفسيًا) وترتفع الأفكار اللاعقلانية عند المنحرفين(الغير الأصحاء نفسيًا).

كما بينت دراسة غرم الله الغامدي(2009) أن الأفكار العقلانية تنتشر لدى المتفوقين مقارنة بالعاديين، كما أن الأفكار اللاعقلانية تؤثر في التجربة الحياتية حيث توصلت دراسة زطوطو نعيمة(2010) أن الاستنتاجات حول الذات وغموض التفكير ينتج إستجابة إكتئابية.

كما تتسجم نتيجة الدراسة مع البحوث العلاجية للأفكار، حيث توصلت دراسة رانية الصاوي(2013) أن الأفكار تؤثر في المستوى العام للصحة النفسية وأن الأفكار قابلة للتدريب والتعديل حيث أفصحت نتائج الدراسة أن للبرنامج الإرشادي العقلاني الإنفعالي فاعلية في خفض الضغوط النفسية وخفض الأفكار اللاعقلانية، كما تتفق مع دراسة بلعسله(2013) والتي توصلت أن هناك فاعلية للبرنامج الإرشادي الجمعي المعرفي السلوكي في تنفيذ الأفكار اللاعقلانية الداعمة للعدوان وتعديل السلوك العدواني عند المراهق.

كما بينت دراسة محسن مهنا(2013) وجود علاقة عكسية بين الندم الموقفي والصحة النفسية ومنه نستنتج أن الأفكار اللاعقلانية والمتغيرات المساهمة في بنائها ترتبط بدرجة الصحة النفسية لدى المراهقين.

وبربط هذه النتيجة مع أهداف البحث نجدها توصلت إلى الكشف عن وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية، كما توصلت الدراسة إلى أحد أهدافها وهي الكشف عن طبيعة العلاقة التي تبين أنها عكسية.

كما بينت النتائج الخاصة بالفرضة السابعة، وجود علاقة سالبة بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين حيث بلغ معاملات الارتباط بيرسون ($r=-0.38$) ($r=-0.13$) ($r=-0.36$) لدى المراهقين من ذوي النمط الأيسر وذوي النمط الأيمن وذوي النمط التكامل على التوالي.

حيث بينت النتائج أن كل من النمط الأيسر يؤثر في تفعيل العلاقة بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين في الإتجاه الإيجابي وذلك في تعديل هذه العلاقة في تقليل من الأفكار اللاعقلانية وزيادة الصحة النفسية.

كما أن النمط الأيمن ظهر تأثيره ضعيف في تعديل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية مما نستنتج أنه جزء من الدماغ مشاعري وغير منطقي يتأثر بالتحريفات والتشوهات في معالجة الأحداث الحياتية، والحكم الخاطيء، مما يدخل الفرد في مشاعر وجدانية تؤثر على مستوى الصحة النفسية.

وبربط نتيجة هذه الدراسة بنتائج البحوث والدراسات السابقة نجد العديد من الدراسات تبرر هذه النتيجة كدراسة هاريس وبرامسون (1982) إلى أن نشاط النصفين الكرويين له دور فعال، كما بينت دراسة القيسي (1990) أن النصف الأيسر يعالج المعلومات بطريقة منطقية تحليلية والنصف الأيمن بطريقة غير منطقية، كما بينت دراسة البيلي (1996) أن النمط الأيسر والنمط التكاملي يلعبان دور فعال في حل المشكلات.

كما بينت دراسة مجاهد (1998) أن النمط التكاملي فعال في بناء سلوك دافعية للإنجاز، كما بينت دراسة معمريّة (2001) أن النمط الأيمن غير فعال ويؤثر في الاكتئاب، وأن النمط الأيسر والنمط التكاملي يساهمان في حل المشكلات.

كما بينت دراسة حسانين الشحات (2002) أن البحث المتسلسل للمهمات العقلية يُعزى للنمط التكاملي والنمط الأيسر، كما بينت دراسة نوفل (2004) أن الدافعية العقلية من إختصاص النمط الأيسر من الدماغ.

كما بينت دراسة ختاش (2005) أن أنماط السيادة النصفية للمخ متغيرات وسيطية في تفعيل العلاقة بين التفوق الدراسي كجانب معرفي والذكاء الوجداني كجانب انفعالي.

وهي نتيجة تتسجم مع نتيجة البحث الحالية من حيث الشكل وتختلف من حيث الجوهر، كما بينت دراسة عفاف عبد الله وآخرون (2007) أن النمط المتكامل يساهم في ظهور الأسلوب المعرفي المختلط المتوازن الشامل، وأن النمط الأيسر يساهم في ظهور الأسلوب المعرفي المستقل عن المجال.

أما النمط الأيمن يساهم في ظهور الأسلوب المعرفي المعتمد على المجال، كما بينت دراسة سالم (2007) والتي بينت أن وظائف الدماغ تلعب دور فعال في إكساب الفرد ديناميكي في الحياة والنجاح وحل المشكلات الحياتية المركبة، كما تعد الصحة النفسية والأفكار اللاعقلانية مظاهر معرفية متعلمة ذات أساس فطري كما أشار ألبرت إيس، فقد بينت دراسة أوزدين "Ozeden" (2008) أن تحفيز الدماغ يساهم في بقاء وإستمرارية أثر التعلم.

وبالرجوع إلى الخلفية النظرية المفسرة للأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية نجد أن تشكل البناء المعرفي وإكتساب التوازن الإنفعالي يرجع إلى أساس التعلم، ويساهم في ذلك خبرة الدماغ بخاصة والأساس الفسيولوجي بعامة.

حيث تشير النظرية العقلانية الانفعالية أن الكائن الإنساني يصنع اضطراباته الإنفعالية بنفسه وأنه يولد ولديه رغبة قوية للقيام بذلك وأنه يتعلم من خلال الإشراف الاجتماعي تدعيم وتعزيز تلك الرغبة غير العقلانية، وتؤكد أن لدى الكائن الإنساني بالرغم من ذلك قدرة كبيرة على الفهم الواضح إذا حصل على المساعدة للخلاص من تفكيره الخاطئ، وإنفعالاته المضطربة وسلوكه غير الوظيفي (هشام إبراهيم، 2008).

كما بينت الأبحاث أن الذين يعانون من أعراض فصامية سببها هو نقص وظيفي في الخلايا العصبية، وهنا تكون الأفكار اللاعقلانية نتاج الخلل الوظيفي في الجهاز العصبي وهذه النتيجة قد تكون سببا في نشوء الأفكار غير عقلانية (العزة سعيد، 2004).

كما تجدر الإشارة أن التكيف بالنواحي الفسيولوجية يشمل الإنسان والحيوان معاً، وبذلك تصبح عملية تغيير الإنسان لسلوكه ليتسق مع غيره بإتباعه للعادات والتقاليد وخضوعه للالتزامات الاجتماعية عملية توافق وتُصبح عملية تغيير حدقة العين بإتساعها في الظلام وضيقها في الضوء الشديد عملية تكيف (غريب، 1999: 142).

وذلك إن هذا السلوك يمكن ضبطه والتحكم به، وأن فشل الفرد في تعلم سلوكيات ناجحة تمكنه من التكيف الناجح مع النفس ومع المجتمع الذي يحيا فيه، يعتبر عاملاً أساسياً في اختلال الصحة النفسية.

ونرى أيضاً أن السلوك الذي يصدر عن الفرد هو سلوك مُتعلّم بأكمله سواء أكانت هذه السلوكيات سوية أو مرضية، أي أن للبيئة أثراً واضحاً في تكوين شخصية الفرد وفسرت السلوك المرضي بأنه ناشئ عن فشل الإنسان في تعلم الإستجابات الناجحة التي تساعد على تحقيق وإشباع حاجاته وأهدافه بمعنى تحقيق التوافق أو التكيف مع الموقف. (القريطي، 2005: 63).

فالكاثن الحي هو المحك لدراسة المثير الذي يقع عليه، فإن الفرد يكتسب عادات وتقاليد وقيم تتفق مع ثقافة المجتمع الذي يحيا فيه، بحيث يشعر بالتفاعل مع من حوله من الناس. فهو بلا شك يتمتع بالصحة النفسية وأما إذا إكتسب عادات لا تتفق مع ثقافة المجتمع فإنه بلا شك يصعب عليه تحقيق التكيف مع ذلك المجتمع الأمر الذي لا يجعله يتمتع بالصحة النفسية (القريطي، 2005: 63).

و لقد توصل بيريفرزيف(1980) من خلال تحليل الأدبيات السيكوفيسيولوجية إلى نصف الكرة اليمنى ذات صلة بالانفعالات السلبية، وارتباط نصف الكرة المخية اليسرى بالإنفعالات الايجابية.

لقد تم التحقق من صحة هذه الآراء تجريبياً إذ يؤدي حدوث تلف في نصف الكرة المخية اليمنى إلى ظهور تغيرات في كل من عملية الإدراك والتعبيرات الانفعالية.

وبحسب رأي بالونوف وزملائه(1976) يؤدي حدوث نوبات تشنجية في الجانب الأيمن من المخ إلى تدهور حاد في إدراك التعبيرات الانفعالية للصورة وبحسب رأي موروزوف(1985-1991) يتم إدراك النبرة الانفعالية المصاحبة للكلام بدرجة أعلى في حالة إستقبال الكلام بالأذن اليسرى، وذلك لأن الكلام يرد إلى نصف الكرة المخية اليمنى، بينما إذا استقبل الكلام بالأذن اليمنى فإنه يؤدي إلى إدراك مشوه للنبرة الانفعالية المصاحبة للكلام، وذلك لأنه يصل إلى نصف الكرة المخية اليمنى.

وأشار كل من بايبينكوف(1971) وبيلي(1975) إلى ظهور شح في التعبير الانفعالي لدى المرضى المصابين ببؤر تالفة في نصف الكرة المخية اليمنى، ويشتمل على شح في الإيماءات والحركات ويصبح الكلام على وتيرة واحدة أما رأي المجموعة الثانية من العلماء فتشير إلى مشاركة نصفي الكرتين المخيتين معاً في تنظيم إستجابة إنفعالية واحدة، في حين أن الدور الرئيس في التنظيم يُعزى إلى نصف الكرة المخية اليسرى.

وبحسب رأيهم فإن الشروط اللازمة لتحسين المزاج تكمن في تنشيط نصف الكرة المخية اليسرى بينما الشروط الضرورية لتدهور المزاج وتعكيره تتمثل في كبح النشاط في هذا النصف من المخ.

وكشف روسالف(1979) عن اعتماد تقييم التعبير الانفعالي للإيماءات على درجة تنشيط نصف الكرة المخية اليسرى، فعند إرتفاع مستوى النشاط في هذا النصف الأيسر من المخ تسود الانفعالات الايجابية. (محمد بني يونس، 2013).

بينما انخفاض مستوى النشاط فيه، يؤدي إلى سيادة الانفعالات السلبية ووفقاً لأراء العلماء من المجموعة الثالثة بينت الدراسات الإكلينيكية أن التلف في مختلف مناطق نصفي الكرتين المخيتين الكبيرتين معاً يؤدي إلى ظهور تغيرات في الحالات الانفعالية، فعند وجود تلف في نصف الكرة المخية اليمنى، يتبين سيادة ظهور الانفعالات الايجابية يرافقها النشوة والدعابة في حين أن التلف في نصف الكرة المخية اليسرى في الغالب يؤدي إلى ظهور استجابات اكتئابية.

وكشفت نتائج تجارب تيرزين وزيكوتو (Terzian&Zecotto) وذلك باستخدام محاولة فادا(أي) بكبح وظائف أحد نصفي الكرتين المخيتين، عن طريق حقن مادة_أميتا_الصوديوم_ في الشريان السباتي الأيمن والأيسر) عن ظهور استجابات اكتئابية بعد حدوث كبح للنشاط في نصفي الكرة المخية اليسرى وظهر النشوة بعد حدوث كبح للنشاط في نصف الكرة المخية اليمنى.

وتأكدت هذه النتائج في دراسات سيكولوجية روسية وذلك باستخدام طرق مختلفة، وحصلت نتائج التجربة التي قام بها دافيدسون وزملاؤه (Davidson et al.1990) على عينة من الأفراد الأسوياء مستخدمين اليد اليمنى وذلك بتعريضهم لمشاهدة فيلم تلفزيوني وتسجيل النشاط الكهربائي باستخدام جهاز تخطيط الدماغ الكهربائي أثناء مشاهدتهم.

بينت النتائج أن ازدياد النشاط في الفص الجبهي الأمامي لنصف الكرة المخية اليسرى عند ظهور الانفعالات الايجابية لديهم، وازدياد النشاط في الفص الجبهي الامامي لنصف الكرة المخية اليمنى عند ظهور الانفعالات السلبية.

و تأكدت هذه النتائج في دراسة سوفور وفا(1978) وبينت دراسة شابكين(2000) أنه يتم تقييم الكلمات ذات الدلالة الانفعالية السلبية من قبل نصف الكرة المخية اليمنى.

واتفقت نتائج هذه الدراسات مع دراسة قام بها كل من دافيدسون وفوكس (Davidson et fox,1982) إذ بينت النتائج أن التقييم الذاتي لحالة السعادة تمثلت في سيادة النشاط في المناطق الجبهيية الأمامية لنصف الكرة المخية اليسرى.

وأشارت إلى ازدياد النشاط الكهربائي باستخدام جهاز التخطيط الكهربائي في نصف الكرة المخية اليسرى، عند تقييم الطفل في عمر (10) شهور للوجوه السعيدة وازدياد النشاط الكهربائي في الفصوص الجبهيية والمركزية لنصف الكرة المخية اليمنى لدى المرضى المكتئبين. (محمد بني يونس،2013).

وفي دراسة أخرى قام بها دافيسون وفوكس، وذلك بإعطاء الطفل الوليد عصيرا حلوا وعصيرا حامضا، بينت النتائج ازدياد النشاط الكهربائي عند شرب العصير الحلو في نصف الكرة المخية اليسرى.

وازداد النشاط الكهربائي عند شرب العصير الحامض في نصف الكرة المخية اليمنى باستخدام جهاز تخطيط الدماغ الكهربائي وأظهرت دراسة فوكس ودافيدسون (Davidson et fox,1992) أن العلاقة القائمة على الحب والعطف والحنان بين الطفل وأمه تؤدي إلى شعوره بالسرور الذي يرافقه ازدياد في النشاط الكهربائي في نصف الكرة المخي اليمنى.

وأكد توماركين وزملاؤه (Tomarken et al,1992) أن سيادة النشاط الكهربائي في نصف الكرة المخية اليسرى يؤدي في الغالب إلى الشعور بالانفعالات الايجابية وإلى ندرة الشعور بالانفعالات السلبية.

ويرتبط المستوى المرتفع للنشاط الكهربائي في المناطق الجبهية لنصف الكرة المخية اليسرى بالشعور بانفعالات ايجابية عند مشاهدة أفلام كوميدية، في حين يرتبط المستوى المرتفع للنشاط الكهربائي في المناطق الجبهية لنصف الكرة المخية اليمنى بالشعور بانفعالات سلبية عند مشاهدة أفلام تراجيدية.

وتبعاً لرأي دافيدسون (Davidson,1994) يؤدي ابتعاد الأم عن طفلها إلى الشعور بالتوتر الزائد، يرافقه ازدياد في مستوى النشاط الكهربائي في المناطق الجبهية لنصف الكرة المخية اليمنى(محمد بني يونس،2013).

كما اقترح باور وزملاءه(1984) أن الانفعالات أو العواطف هي وحدات تترابط في شبكة من المعاني مع العديد من الوصلات لارتباط بالأفكار والأنظمة الفسيولوجية والأحداث والأنماط التعبيرية.

حيث تختزن المادة الانفعالية في شبكة من ترابطات المعاني في صيغ من الأفكار والتعبيرات كما أن تفاعل النمط التكاملية والنمط الأيسر مع الأفكار يحدث عملية التكيف مع البيئة ومن ثمة الصحة النفسية. (محمد بني يونس،2013).

ومما سبق نستنتج أثر أنماط السيادة النصفية للمخ لدى المراهقين في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية لصالح النمط الأيسر.

وبربط هذه النتيجة مع أهداف البحث نجدها توصلت إلى أحد أهدافها وهي تصديق التصورات الأولية واختبار الفرضية والإجابة عن التساؤل بصيغة موجبة، كما يمكن القول أن النتيجة الحالية ستعمم إلا على المجتمع الأصلي.

كما توصلنا إلى هدف التنبؤ من خلال المؤشرات السلوكية، فمن حيث البناء فهذه المعرفة تساهم في الإضافة العلمية والتأسيس لبحوث تجريبية مستقبلية.

كما توصلنا من خلال هذه النتيجة إلى اختبار النموذج التصوري لإشكالية البحث والتي تعد نتيجة هادفة تتموضع بامتياز بالمقارنة مع أهداف البحث وهي صلاحية النموذج للتطبيق الميداني.

8.9. خلاصة نتائج البحث:

- من خلال استقراءنا لحيثيات البحث، والذي كان هدفه العام هو الكشف أثر أنماط السيادة النصفية للمخ لدى المراهقين في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية، ومن خلال النتائج الإحصائية فقد أفرز البحث نتائج هامة يمكن تلخيصها فيما يلي:
- وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) ومستوى الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) لصالح النمط الأيمن.
 - عدم جود فروق بين درجات المراهقين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تُعزى لمتغير الجنس.
 - وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين أنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) ومستوى الصحة النفسية لدى المراهقين.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لأنماط السيادة النصفية للمخ (النمط الأيسر، النمط الأيمن، والنمط التكاملي) لصالح النمط الأيسر .
 - عدم وجود فروق بين درجات المراهقين على مقياس الصحة النفسية تُعزى لمتغير الجنس.
 - وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الصحة النفسية لدى المراهقين.

خاتمة واقتراحات البحث

خاتمة واقتراحات البحث

قدم البحث نتائج تخدم مجال الصحة النفسية، حيث فسّر السلوك الإنساني من خلال مقاربات معرفية ومقاربات نفسية ومقاربات عصبية، وذلك بدراسة موضوع الأفكار اللاعقلانية على المستوى البيولوجي المعرفي الاجتماعي، وعندما تم التطرق إلى البحث ككل بجوانبه النظرية والتطبيقية فإنه خلص إلى نتائج حول تأثير الخصائص المعرفية للمخ على الصحة النفسية لدى المراهقين.

والبحث توصل إلى نتائج تُخص في مجملها الأفكار والتفكير الناتج عن الدماغ المؤثر في الصحة النفسية، والتي من المعروف علمياً بأن أية فكرة تحدث تأثيراً وظيفياً في دماغ الإنسان وبما أننا نتكلم اليوم عن التأثيرات البيولوجية التي تؤثر بشكل فاعل في تشكيل أفكارنا ومشاعرنا وسلوكنا.

وبين البحث أن نظام المخ ووظائفه له دور في وظيفتين نفسييتين في غاية الأهمية الأولى هي المشاعر، وكل ما يتصل بها من حيث ارتباطها مع الأحداث الخارجية وتخزين الذكريات المشحونة عاطفياً والنظر إلى الأمور من خلال إعطاء بعد عاطفي لها، والثانية هي البعد العقلائي للأفكار والسلوك السوي في المحيط الاجتماعي.

كما قدما البحث نتائج مفادها أن الفكرة أو الانفعال السلبي يُحدث تغييراً سلبياً والفكرة أو الانفعالات الإيجابية تُحدث تغييراً إيجابياً في الصحة النفسية.

وهذه الحقيقة العلمية التي توصل إليها البحث تتفق مع الحكمة القائلة بأنك نتاج لما يكون عليه دماغك. (You are what your brain is).

كما تجدر الإشارة أن البحث لم يُهمل متغير الجنس وحاول أن يدرس تلك الفروق الجوهرية بينهم في كل من الأفكار اللاعقلانية والصحة النفسية والتي تبينت أن الفروق البيولوجية لا تكفي للحكم عن الفروق بين الجنسين بمعزل عن التدريب والبيئة الثقافية والاجتماعية.

وبالتالي التدريب يُحدث التجانس والتشابه في الوظائف النفسية والعقلية وهذا الاستنتاج يُعارض الكثير من الأبحاث العلمية والسيكولوجية منها خاصة التي مازالت تؤمن بالجمود في وظائف الدماغ وتتجاهل بناءاته العصبية والمعرفية في ضل بيئة التعلم.

كما توصلت نتائج البحث واتفقت مع مسلمات علم النفس التجريبي وعلم النفس المعرفي وعلم النفس السلوكي من خلال أن الصحة النفسية تتحكم فيها الخصائص الفارقة، والعمليات المعرفية، وبيئة التعلم أو المحيط الاجتماعي.

كما برهن البحث أنه لا يمكن دراسة الصحة النفسية بمعزل عن هذا النموذج الثلاثي، سواء من الناحية التنظيرية أو من الناحية العلاجية أو الإرشادية، كما خرج البحث بالعديد من الاقتراحات نوردها فيما يلي:

- العملية الإرشادية لا بد أن تقوم على مراعاة الفروق الفردية بعامة والفروق في أنماط السيادة النصفية للمخ بخاصة سواء في التوجيه أو الإرشاد أو بناء البرامج الإرشادية والعلاجية.
- دمج اختبار السيادة النصفية للمخ في قوائم الاختبارات النفسية لدى المرشدين النفسيين في الثانويات والمدارس.
- نوع الإرشاد والعلاج يستند إلى دراسة الحالة وبالتالي لا بد على المختصين في مجال الإرشاد والصحة النفسية الانتباه إلى حالة وسيطرة الدماغ من أجل التأهيل الوقائي السليم بالخصوص ما تعلق بالضغط النفسي.
- تصميم برامج علاجية إرشادية لتنمية الصحة النفسية والأفكار العقلانية لدى المراهقين ذوي النمط الأيمن من الدماغ.
- إجراء دراسة مماثلة بعنوان " أنماط السيادة النصفية للمخ لدى المراهقين وأثرها في تفعيل العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والتعب العصبي "
- إجراء دراسة مماثلة بعنوان " أنماط السيادة النصفية للمخ وأثرها في اتخاذ القرار لدى مديري المؤسسات الاستشفائية".

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

✓ القراءان الكريم

✓ الحديث الشريف

أولاً: المراجع باللغة العربية:

أ-الكتب :

- 1) ابراهيم عبد الستار (1994)، العلاج النفسي السلوكي المعرفي أساليبه ومبادئه تطبيقه، دار الفجر، جدة. السعودية.
- 2) أبو اسحاق، سامي أبو نجيلة سفيان(1997)، محاضرات في الصحة النفسية، الجامعة الإسلامية، غزة فلسطين.
- 3) أبو جورج مروان(2001)، المدخل الى الصحة النفسية، ط1 ، دارالمسيرة للنشر ، الأردن.
- 4) أبو هين، فضل(1997)، دراسة في الصحة النفسية، فلسطين، غزة، فلسطين.
- 5) إجلال محمد سرى(2000)، علم النفس العلاجي، ط1، عالم الكتب، القاهرة.مصر.
- 6) أحمد أبو أسعد، أحمد عربيات (2009)، نظريات الإرشاد النفسي والتربوي، ط1، دار المسيرة، الأردن.
- 7) أحمد يحيى الزق (2007)، علم النفس، دار وائل لطباعة والنشر، عمان.الأردن.
- 8) أكرم رضا (2000)، مراهقة بلا أزمة، ط1، دار التوزيع والنشر الإسلامية ، مصر.
- 9) إيمان فوزي (2001)، دراسات في الصحة النفسية ، مكتب زهراء الشرق للنشر، القاهرة، مصر.
- 10) باترسون، ترجمة عبد العزيز الفقي(1990)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، دار القلم الكويت.
- 11) برهوم، موسى عيسى(2010) الموجز في الارشاد وتطبيقاته، دار الشروق، عمان،الأردن.
- 12) تشارلز فيرست، ترجمة سيد رصاص محمود، (1993) الدماغ والفكر، ط2، دار المعرفة دمشق سوريا.
- 13) التكريتي محمد(1994)، آفاق بلا حدود، ط1، دار الخلدونية، الجزائر.
- 14) الجسماني عبد العلي(1994)، سيكولوجية الطفولة والمراهقة وخصائصها الأساسية، ط1 الدار العربية للعلوم. بيروت.لبنان.
- 15) جلال كايد ضمرة(2004)، الاتجاهات النظرية في الإرشاد، ط1، دار الصفاء، عمان. الأردن.
- 16) حامد عبد السلام زهران (1998)، التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، مصر.
- 17) حامد عبد السلام زهران(2005)، الصحة النفسية و العلاج النفسي ، الطبعة الرابعة، عالم الكتب، القاهرة .مصر.
- 18) حمودة محمود عبد الرحمان (2005) أسرار النفس، مكتبة دار الوفاء، الكويت.
- 19) الخالدي عطاء الله فؤاد (2008)، الإرشاد والعلاج النفسي-النظرية والتطبيق-. دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن.
- 20) رافع النصير الزغلول، عماد عبد الرحيم الزغلول(2003)، علم النفس المعرفي، دار الشروق عمان.الأردن.
- 21) ربيعة محمد شحاتة (2000)، أصول الصحة النفسية، ط2، مؤسسة نبيل للطباعة، مصر.
- 22) رجاء محمود، أبو علام(2011)، مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات القاهرة. مصر.
- 23) الربماوي محمد عودة وآخرون(2008)، علم النفس العام، ط3، دار المسيرة، عمان الأردن.
- 24) الزيات فتحي مصطفى (1995)، الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات، ط2 مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت.

- 25) السامالوطي نبيل محمد توفيق (1984) الإسلام وقضايا علم النفس الحديث، دار الشروق، السعودية.
- 26) سامر جميل رضوان (2002)، الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- 27) سامر جميل رضوان (2007)، الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- 28) سناء حامد زهران (2004)، إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب عالم الكتب مصر.
- 29) الشقيرات محمد عبد الرحمان (2005)، مقدمة في علم النفس العصبي، ط1، دار الشروق عمان الأردن.
- 30) صالح أبو جادو محمد علي (2003)، علم النفس التربوي، دار المسيرة، ط3، عمان.الأردن.
- 31) صالح أبو جادو محمد علي (2004)، علم النفس التطوري "الطفولة والمراهقة"، دار المسيرة الأردن.
- 32) صالح حسن الداھري (2005)، مبادئ الصحة النفسية، ط1، دار وائل للنشر، عمان، الأردن.
- 33) صبحي عبد اللطيف المعروف، (2005)، نظريات الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، ط1، مؤسسة الوراق الأردن.
- 34) صبره محمد علي (2004)، الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية الأزاريطة، مصر.
- 35) طارق عبد الرؤوف عامر، ربيع محمد (2008)، توظيف أبحاث الدماغ في التعلم، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الاردن.
- 36) طه عبد العظيم حسين (2004)، الإرشاد النفسي النظرية التطبيق التكنولوجيا، ط1، دار الفكر، عمان.الأردن.
- 37) عبد الحميد العناني حنان (2000): الصحة النفسية، ط1، دار صفاء للنشر، عمان، الأردن.
- 38) عبد الغفار عبد السلام (2011)، مقدمة في الصحة النفسية، دار النهضة العربية، مصر.
- 39) عبد الله معتز، عبد الرحمان السيد (1994) إعداد مقياس للأفكار اللاعقلانية للأطفال والمراهقين، مكتبة الأنجلو المصرية.مصر.
- 40) عبد المنعم الدردير (2004)، دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، ج1، ط2، عالم الكتب، مصر.
- 41) عبد الواحد سليمان (2011) المخ البشري والذكاوات المتعددة، ط1. العربية للنشر والتوزيع، مصر.
- 42) العزة سعيد حسني (2004) تمرير الصحة النفسية، دار الثقافة، عمان.الأردن.
- 43) عصمان سركر، عياد سعيد امطير (2002)، البحث العلمي أساليبه وتقنياته، ط1، دار الكتب.ليبيا.
- 44) غريب، عبدالفتاح (1999)، علم الصحة النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- 45) فاروق عبد السلام (1979)، التنظيم المعرفي للشخصية عند روكيش. ط5، دار الثقافة للطباعة، مصر.
- 46) فايد حسين، (2001)، الاضطرابات السلوكية، طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 47) فيصل خير الزراد، (2004)، مشكلات المراهقة والشباب في الصحة النفسية، ط2، دار النفائس، لبنان.
- 48) كارول فيتز باتريك. جون شاري، Carol. Sharry- ترجمة سهى نزيه كركي (2007)، الغلب على اكتئاب المراهقين، مكتبة العبيكان، ط1، الرياض.السعودية.
- 49) كاملة فرخ شعبان (1999)، الصحة النفسية للطفل، ط1، دار صفاء للنشر، عمان، الأردن.
- 50) مالك البدري، مصطفى عشوي، (1424هـ) مصالح الأبدان والانفس لأبي زيد البلخي، مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الاسلامية، المملكة العربية السعودية.
- 51) المحسيري خالد رشيد (1983)، مدخل إلى الخدمة الاجتماعية الطبية النفسية، مطابع نجد الرياض.السعودية.
- 52) محمد القاسم عبد الله (2001)، مدخل إلى الصحة النفسية، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن.
- 53) محمد حسين (1998)، العشرة الطبية مع الأولاد وتربيتهم، دار التوزيع والنشر الإسلامية مصر.
- 54) محمد محروس الشناوي (1996)، العملية الإرشادية والعلاجية، ط1، دار غريب، القاهرة.مصر.

- 55) محمد مزيان (1999) مبادئ في البحث النفسي والتربوي، ط2، دار الغرب للنشر والتوزيع الجزائر.
- 56) المطيري معصومة سهيل (2005)، الصحة النفسية مفهومها اضطراباتها، ط1، دار حنين للنشر، الأردن.
- 57) مفتاح محمد عبد العزيز (2010)، مقدمة في علم النفس الصحة، ط1، دار وائل للنشر، عمان الأردن.
- 58) مفتاح محمد عبد العزيز، (2001)، علم النفس العلاجي - اتجاهات حديثة، دار قرطبة، مصر.
- 59) موسى جبريل، نزيه حمدي، نسيم داود، صابر أبو طالب (2009)، التكيف ورعاية الصحة النفسية، الشركة الوطنية العربية المتحدة للتسويق والنشر، القاهرة، مصر.
- 60) هشام إبراهيم عبد الله، (2008)، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي - أسس وتطبيقات - ط1، دار الكتاب الحديث، القاهرة مصر.

ب-المجلات والدوريات :

- 1) أبو شعيشع (2004)، دراسة الفروق الوظيفية بين نصفي المخ في معالجة المعلومات المعروضة بصرياً، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة الامارات المتحدة العدد (1). المجلد (29)..
- 2) Cicchetti, D. (2010)، مفكرة المرونة والقدرة على التأقلم في حالات اضطراب الشديد متعدد المستويات، المجلة العالمية للطب النفسي، العدد (3).
- 3) أحمد محمد نوري (2009). " الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة في جامعة الموصل، مجلة التربية والتعليم المجلد (16)، العدد (2).
- 4) أزهار يحي قاسم (2011)، أنماط التفكير التباعدي المرتبطة بنصفي الدماغ الأيمن، الأيسر لدى طلبة المرحلة الإعدادية وعلاقتها بالتفكير التباعدي، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد (10)، العدد (4).
- 5) جاجان جمعة محمد، زينب أحمد يونس، (2012). التكيف الأكاديمي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة جامعة دهوك، مجلة دراسات التاريخية والحضارية، المجلد (4) العدد (11).
- 6) حسيب عبد المنعم عبد الله (2000)، الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لطلاب المرحلتين الثانوية والجامعية، مجلة العلوم التربوية، العدد (1).
- 7) حنورة مصري وهشام عبد الله (1989). " السلوك الإبداعي ونشاط نصفي المخ لدى مجموعة من طلبة وطالبات المدارس الثانوية بالكويت دراسة عاملية " مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، الجزء (1).
- 8) رانية الصاوي (2013) " فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لخفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تبوك "، مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، الجزائر. العدد (11).
- 9) ركزة سميرة، (2013). المقاربة النفسية العصبية للانفعالات مجلة دراسات نفسية، مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية، العدد (8).
- 10) رواشدة ابراهيم، نوافلة وليد، العمري علي، (2008). أنماط التعلم لدى طلبة الصف التاسع في إربد وأثرها في تحصيلهم في الكيمياء، مجلة الاردنية في العلوم التربوية، مجلد (6) العدد (4).
- 11) الريحاني، سليمان وحمدي، نزيه وأبو طالب، صابر. (1989) الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى طلبة الجامعة الأردنية. مجلة دراسات، المجلد (16)، العدد (6)، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- 12) الزبيدي، كامل علوان والمزاع ، سناء مجول، (1997). بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، العدد (22).
- 13) الزغلول عماد عبد الرحيم،(2007). مقارنة بين مستخدمي اليد اليمنى واليد اليسرى في إدراك المعاني والاشكال والعلاقات الرياضية، مجلة العلوم التربوية كلية التربية جامعة قطر العدد(12).
- 14) زكرياء أحمد الشريبي(2005)، الأفكار اللاعقلانية وبعض مصادر اكتسابها-دراسة على عينة من طالبات الجامعة-مجلة دراسات نفسية - القاهرة. مصر. المجلد(15) العدد(4)،
- 15) سالم أماني سعيدة سيد(2007).، تنمية ما وراء المعرفة باستخدام كل من إستراتيجية المعدلة KWLH وبرنامج دافعية الالتزام وأثره على التحصيل لدى الأطفال في ضوء نظرية المستند إلى الدماغ ونظرية الهدف، معهد الدراسات النفسية، جامعة القاهرة، مصر ، مجلة العلوم التربوية، العدد (12).
- 16) سلطان بن موسى العويضة(2008)العلاقة بين الأفكار العقلانية - اللاعقلانية ومستويات الصحة النفسية عند عينة من طلبة جامعة عمّان الأهلية، مجلة رسالة الخليج العربي، العدد(113).
- 17) الشريف نادية (1993)" السيادة المحية النصفية وعلاقتها بالأساليب المعرفية الإدراكية" مجلة التربية والتنمية، القاهرة، العدد(2) .
- 18) الشيخ محمد محمود (1998)، العلاقة بين أسلوب التعلم والتفكير المعتمد على أفضلية استخدام نصفي الدماغ والتأزر الحركي-البصري المنفرد والتنائي، مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (52).
- 19) عبد الله معتز (1998)، الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم، مجلة دراسات في الصحة النفسية، دار قباء القاهرة. الجزء(1)
- 20) عبد الله معتز، عبد الرحمان السيد(1996)، إعداد مقياس للأفكار غير عقلانية لدى الأطفال والمراهقين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد(41.40).
- 21) غادة محمد عبد الغفار (2007)الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة دراسات نفسية، مجلد (17)، العدد(3).
- 22) فاكهة جعفر محمد(2011)، الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى طلبة كلية التربية-صبر-جامعة عمان، مجلة كلية التربية، العدد(12).
- 23) فراس أحمد الحموري (2008)، العلاقة بين أساليب التفكير والأفكار اللاعقلانية لدى طلبة جامعة اليرموك، مجلة العلوم التربوية والنفسية - كلية التربية جامعة البحرين - المجلد(10) العدد(3).
- 24) كامل عبد الحميد عباس، وأموش عبد القادر محمود(2009). " صورة الذات وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة كلية التربية بجامعة الموصل، مجلة تكريت للعلوم الإنسانية المجلد(16) العدد(8).
- 25) مجاهد سالم محمد (1998). " أنماط السيادة النصفية ومركز التحكم وعلاقتها بالإنتاج لدى عينة من طلاب الصف الثالث الثانوي بليبيا" مجلة كلية التربية ، جامعة الفاتح، ليبيا، العدد(22).

- (26) محسن محمود أحمد الكيكي، مهنا بشير عبد الله (2013) بعنوان "الصحة النفسية وعلاقتها بالندم الموقفي لدى طلاب وطالبات ثانوية المتميزين والمتميزات في مدينة موصل" مجلة التربية والتعليم المجلد، (20). العدد (1).
- (27) محمد بني يونس (2013)، تفسير الانفعالات من منظور المدرسة السيكولوجية الروسية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد (6) العدد (2).
- (28) محمد حسانين محمد، مجدى محمد احمد الشحات (2002) " استراتيجيات الذاكرة وحل المشكلات لدى عينة من أنماط السيادة المخية المختلفة، دراسة تجريبية"، مجلة كلية التربية بينها، المجلد (12) العدد (52).
- (29) محمود عبد الرحمن حمودة (2001)، مجلة الطفولة والتنمية، مجلة محكمة، تصدر عن المجلس العربي للطفولة والتنمية. العدد (1).
- (30) معصومة ابراهيم أحمد (1994). " التكامل الوظيفي بين النصفين الكرويين للدماغ وعلاقته بالثقافة" مجلة المؤتمر الدولي الأول لمركز الإرشاد جامعة عين شمس عن قضايا ومشكلات الارشاد النفسي، الجزء (2) العدد (1).
- (31) موسى جبريل (2009)، علاقة التكيف الزواجي بالصحة النفسية وتقدير الذات لدى الابناء، مجلة دراسات، جامعة عمار ثلجي الأغواط، العدد (12، 19-53).
- (32) ناصر بنت إبراهيم المحارب (1423هـ)، المشكلات الاجتماعية والنفسية للمراهقين في المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة لبرامج المنح، العدد (1.5).
- (33) نوفل محمد بكر (2004). " أثر برنامج تعليمي-تعليمي مُستند إلى نظرية الإبداع الجاد في تنمية الدافعية العقلية لدى طلبة الجامعة من ذوي السيطرة الدماغية اليسرى"، مجلة المعلم/الطالب، معهد التربية التابع للأنروا، اليونسكو، دائرة التربية والتعليم، عمان الاردن العدد (2.1).
- (34) نوفل محمد بكر (2006)، علاقة السيطرة الدماغية بالتخصص الأكاديمي لدى طلبة المدارس والجامعات الأردنية مجلة جامعة النجاح للأبحاث. المجلد (21). العدد (1)
- (35) نوفل محمد بكر، (2007). علاقة السيطرة الدماغية بالتخصص الأكاديمي لدى طلبة المدارس والجامعات الأردنية، مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الانسانية ، جامعة النجاح نابلس فلسطين. العدد (1) المجلد (21).
- (36) هديل داهي عبد الله (2013). " الدلالات الفلسفية للأفكار العقلانية واللاعقلانية بين طلبة جامعة الموصل الممارسين وغير الممارسين للنشاط الرياضي دراسة وصفية مقارنة"، مجلة الرفادين للعلوم الرياضية، المجلد (19) العدد (60).
- (37) يوسف مقدادي (2011) " بعض المتغيرات الشخصية المتعلقة بالمراهقين والمراهقات دراسة مقارنة" مجلة المنارة، المجلد (17)، العدد (3). جامعة آل البيت الأردن.

ج- الرسائل والمذكرات الجامعية:

- (1) أبو جحجوح ضياء عثمان خالد (2012) " العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية و الاضرابات النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية" مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الاسلامية غزة، فلسطين.
- (2) أبو شعر عبد الفتاح عبد القادر محمد (2007) " الأفكار اللاعقلانية لطلبة الجامعات الفلسطينية و علاقتها ببعض المتغيرات" مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الاسلامية غزة، فلسطين.
- (3) أحلام كلتين (2010) " الضوضاء الصناعية وتأثيرها على الصحة النفسية والجسمية للعامل، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر (2).

- (4) الأستري حسين احمد(1996) الأفكار العقلانية وغير العقلانية لدى مدمنين المهروين وغير المدمنين في ضوء نظرية ليس. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- (5) الأشقر هيفاء عبد المحسن (2004) " اثر برنامج علاجي عقلاي انفعالي سلوكي جمعي في خفض قلق التحدث أمام الأخرجات لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية في جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير، كلية التربية.الرياض.
- (6) الأغا مراد هارون(2009)، أثر استخدام استراتيجية العصف الذهني في تنمية بعض مهارات التفكير الرياضي في جانبي الدماغ لدى طلاب الصف الحادي عشر، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية غزة، فلسطين.
- (7) إقروفة صفية (2011) " المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة وعلاقتها بسوء التوافق الدراسي لدى المراهقين المتمادرسين في السنة الثانية ثانوي-دراسة مقارنة بين المتوافقين وغير المتوافقين دراسياً مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (8) بعيسي زهرة(2011)، اضطراب الوظائف التنفيذية(التخطيط اليبونة الذهنية والكف) وعلاقته ببطء معالجة المعلومة عند المصاب بالصدمة الدماغية الخطيرة، دراسة نفسية عصبية في الوسط الإكلينيكي الجزائري، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر(2).
- (9) بلعسلة فتيحة(2013) " فاعلية برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي في تنفيذ الأفكار اللاعقلانية الداعمة للعدوان وتعديل السلوك العدواني عند المراهق المتمادرس"، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر(2).
- (10) بن العيفاوي حليلة(2013) " تقييم نفس عصبي لتناذر الإهمال النصفي الأيسر لدى الأشخاص المصابين بالصدمة الدماغية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر(2).
- (11) بن فليس خديجة(2009) " أنماط السيادة النصفية للمخ والإدراك والذاكرة البصريين دراسة مقارنة بين التلاميذ ذوي صعوبات تعلم (الكتابة والرياضيات) و العاديين" رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة قسنطينة، الجزائر.
- (12) بن لمبارك سمية (2009)، أسلوب الدوجماتية لدى الطلبة الجامعيين، مذكرة ماجستير غير منشورة، علم النفس المعرفي، جامعة باتنة، الجزائر.
- (13) البنوي منى إبراهيم(2005) بعنوان " التسرب الدراسي و علاقته بالأفكار اللاعقلانية" مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، عمان ، الأردن.
- (14) جازولي نادية (2012) الصحة النفسية عند أبي حامد الغزالي و سيجموند فرويد : دراسة إبستمولوجية مع دراسة ميدانية للصحة النفسية عند أبي حامد الغزالي رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (15) الجزائر جاسم أحمد محمود(2000) علاقة التفكير اللاعقلاني بالذكاء والتنشئة الاجتماعية لدى عينة من تلاميذ الحضر والريف، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنفوية، كلية الآداب، قسم علم النفس، مصر.
- (16) جمعي بوقفة (2006)، العلاقة بين أنماط التفكير والتفاوت والتشاؤم، مذكرة ماجستير غير منشورة، باتنة، الجزائر.
- (17) حسن بن علي الزاهري(2010) " الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بإدارة الوقت لدى عينة من طلاب جامعة حائل، أطروحة دكتوراه غير منشورة.
- (18) حسنين عائدة عبد الهادي(2004) " الخبرات الصادمة و المساندة الأسرية و علاقتها بالصحة النفسية للطفل، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الاسلامية غزة، فلسطين.
- (19) حمش نسرين محمد(2010) بعنوان " أنماط التفكير الرياضي و علاقتها بجانبي الدماغ لدى طلبة الصف التاسع الأساسي بغزة"، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية ، غزة.، فلسطين.

- (20) خالد بن الحميدي (2010) "إدراك القبول-الرفض الوالدي والأفكار اللاعقلانية وقلق المستقبل لدى عينة من طلاب جامعة الحدود الشمالية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم القرى.
- (21) ختاش محمد(2005)، أنماط السيادة النصفية للمخ متغيرات وسيطة بين الذكاء الوجداني والتفوق الأكاديمي، مذكرة ماجستير غير منشور، جامعة باتنة، الجزائر.
- (22) خضر بن كامل محمد الحياني(2008)، أثر الفضائيات على المراهقين والمراهقات في المملكة العربية السعودية من وجهة نظر التربويين والتربويات، مذكرة ماجستير، جامعة كلومبوس، الولايات المتحدة الأمريكية.
- (23) دانية بنت عثمان عبد الحي دهولي(2010)، الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بقسميها العلمي والأدبي بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى-مكة المكرمة.
- (24) راضية حاج لكحل(2008) " الصحة النفسية للمسنين دراسة مقارنة بين المسنن في الأسرة الممتدة والأسرة النووية بمدينة بسكرة، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (25) ربيعة بشير باشا (2009) " الاكتئاب ونوعية الحياة عند المرأة المصابة بمرض الصرع_دراسة مقارنة تنبؤية لخمسين امرأة عن طريق عمل العقلنة، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (26) روي محمد(2012) بعنوان " الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين وعلاقتها بالاكتئاب" مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر(2).
- (27) الزبيدي ، كامل علوان (2000)، الضغوط النفسية وعلاقتها بالرضا المهني والصحة النفسية لدى أعضاء الهيئة التدريسية في الجامعة ، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة بغداد.
- (28) زوطو نعيمة (2010) " الاستجابة الإكتئابية لدى المرأة العانس وعلاقتها بغموض التفكير_دراسة مقارنة بين نساء عوانس ونساء متزوجات _ مذكرة ماجستير غير منشورة بالجزائر(2).
- (29) الزقاوي نادية مصطفى (2001)، مساهمة البيئة التعليمية في تعزيز السيادة المخية.رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة وهران الجزائر.
- (30) سعاد رحماوي(2009) " الصحة النفسية وأثرها في الدافعية للإنجاز لدى طالبات السنة الثانية علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا بجامعة بوزريعة، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (31) سليمان عبد الله (1989) " اختلافات التفكير بسبب الجنس لدى طلبة الكليات الكويتية"، مذكرة ماجستير، كلية التربية، جامعة الكويت.
- (32) سليمان جميلة(2009)، علاقة الفضاء المتربي بالصحة النفسية لدى سكان أحياء القصبة بالجزائر العاصمة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر(2).
- (33) سليمة مقيدش(2005) " العلاقة بين السيطرة الدماغية وعسر القراءة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة، الجزائر.
- (34) سمين، زيد بهلول (1997)، الأمن والتحمل النفسي وعلاقتها بالصحة النفسية ، رسالة دكتوراه الجامعة المستنصرية ، كلية الآداب .
- (35) شحاتة سماح السيد عبد السلام شحاتة(2006)، الأفكار اللاعقلانية لدى المديرين ذوي الاضطرابات النفسجسمية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، المنصورة، مصر.

- (36) الشمسان منيرة (1997) التفكير اللاعقلاني وعلاقته بالأعراض المرضية لدى طالبات الجامعة رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود، الرياض.
- (37) صابر قشوش (2013) " العلاقة بين أنماط التفكير (الانظمة التمثيلية: السمعي، البصري، الحسي) وبين أنماط الهيمنة الدماغية (A.B.C.D) لدى الجانحين-دراسة ميدانية بمصلحة الملاحظة والتربية في الوسط المفتوح بالمسيلة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة المسيلة، الجزائر.
- (38) عبد الحليم فول (2012) " القيم والصحة النفسية لدى الشباب الجزائري" مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (39) عبد العزيز حدار (1995) " الصحة النفسية من منظور إسلامي دراسة وصفية تحليلية"، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (40) عبد العزيز حدار (2006) " الإكتئاب وعلاقته باختلال التفكير السنني والتحكم المدرك من منظور الاتجاه المعرفي" أطروحة دكتوراه غير منشورة بجامعة الجزائر(2).
- (41) عبد العزيز حنان (2012) بعنوان " نمط التفكير وعلاقته بتقدير الذات دراسة ميدانية على طلبة جامعة بشار"، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر.
- (42) عبد الله بن أحمد بن علي آل عيس الغامدي، (1430هـ)، تردد المراهقين على مقاهي الانترنت وعلاقته ببعض المشكلات النفسية من طلاب المرحلة الثانوية بمكة المكرمة، مذكرة ماجستير غير منشورة، السعودية.
- (43) عبد الله عبد الله (2008) " الاغتراب النفسي وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الجزائر، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (44) عبد الوهاب الأنديجاني (2009) " الفرق بين الموهوبين والعاديين في استخدام أجزاء المخ وحل المشكلات والتوافق الدراسي لدى عينة من طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية بمدينة مكة المكرمة"، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
- (45) عثمان مجدي (1999) " اقتراح منهاج في الصحة النفسية لطلبة الصف العاشر الأساسي مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، عمان ، الأردن.
- (46) عفاف عبد الله ، لمى سمير حمودي، نهاد محمد علوان (2007) بعنوان " دراسة مقارنة في أنماط التعلم والتفكير على وفق الأسلوب المعرفي"، بحث وصفي، كلية التربية الرياضية للبنات، جامعة بغداد.
- (47) علاء علي حجازي (2013) " القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية بالمدارس الحكومية في محافظات غزة" مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة فلسطين.
- (48) علي إلهام فاضل (2001) " الصحة النفسية وعلاقتها بموقع الضبط والجنس والعمر لطلبة المرحلة الثانوية " مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد، العراق.
- (49) عليوي نوال (2011)، الصحة النفسية واستراتيجيات المواجهة لدى التلاميذ غير المتوافقين دراسياً مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (50) عيد أيمن رجب (2009)، برنامج مقترح قائم على جانبي الدماغ لتنمية بعض مهارات التفكير في الرياضيات لدى طلاب الصف الخامس الأساسي بغزة، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.

- (51) غرم الله الغامدي (2009) "التفكير العقلاني والتفكير غير العقلاني ومفهوم الذات ودافعية الإنجاز لدى عينة من المراهقين المتفوقين دراسياً والعاديين بمدينتي مكة المكرمة وجدة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم القرى.
- (52) فاضل سعدية(2013) " الصحة النفسية وعلاقتها بتحمل الضغوط والدافعية للإنجاز لدى طلبة الجامعة، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر(2).
- (53) فالخ يمينة(2011)، فاعلية برنامج ارشادي لتنمية القدرة على حل المشكل باستخدام التفكير المنطقي لدى طلبة علم النفس بالجزائر، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر(2).
- (54) الفايد ضيف الله(2009) " العلاقة بين الالتزام الديني والصحة النفسية لدى الطلبة السعوديين في جامعة مؤتة رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، عمان الأردن.
- (55) فطوم الوراق (2008) "التفكير اللاعقلاني وعلاقته بتقدير الذات ومركز التحكم لدى طلاب جامعات المدينة المنورة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى.
- (56) فهد بن حامد بن صالح العتزي(2007)، علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية-دراسة مقارنة بين الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- (57) القيسي هند رجب(1990) " علاقة أساليب التعلم والتفكير المرتبطة بنصفي الدماغ الأيمن والأيسر بالإبداع والجنس لدى طلبة الصف العاشر بمدينة عمان، مذكرة ماجستير غير منشورة. جامعة الاردن.
- (58) لبنى احمان (2006) الكف المناعي المكتسب وعلاقته بكل من المعتقدات اللاعقلانية وأسلوب الاستقلال/الاعتماد على المجال الإدراكي، رسالة ماجستير غير منشورة ، باتنة، الجزائر.
- (59) محمد الأمين حجاج(2011)،العلاقة بين السيطرة الدماغية واضطراب الإدراك البصري لدى تلاميذ من ذوي صعوبات تعلم الرياضيات، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر(2).
- (60) محمد سليم خميس (2005) بعنوان" علاقة نمط التفكير بالاكْتئاب النفسي لدى المراهقين المتمدرسين" مذكرة ماجستير غير منشورة بجامعة الجزائر(2).
- (61) محمد صهيب مزنونق (1996) ، الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين، رسالة ماجستير غير منشورة كلية التربية جامعة عين شمس.
- (62) مرزوق العمري(2012)، الضغوط النفسية المدرسية وعلاقتها بالإنجاز الأكاديمي ومستوى الصحة النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة الليث، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
- (63) مروان عبد الله دياب(2006) "دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة غزة، فلسطين.
- (64) معمريه بشير(2001) " أنماط السيادة النصفية للمخ والاكْتئاب وسلوك حل المشكلات لدى تلاميذ التعليم الثانوي، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة وهران.الجزائر.
- (65) ملوكة عواطف(2014) " اتجاهات المعلمين نحو ممارسة مديري المدارس الابتدائية للعلاقات الإنسانية وعلاقتها بالصحة النفسية دراسة ميدانية بدائرة قمار ولاية الوادي" مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة ورقلة.الجزائر.
- (66) منصور بن علي أحمد غوني(2006)،فاعلية استخدام برنامج مقترح في تنمية نمط تعلم النصف كروي الأيمن للدماغ لدى طالبات العلوم بالمرحلة المتوسطة بالمدينة المنورة،جامعة طيبة، مذكرة ماجستير غير منشورة.

- (67) ميرفت السليمانى (1433هـ)، أنماط معالجة المعلومات للنصفين الكرويين للمخ وأساليب التعلم لدى عينة من طالبات الصف الثالث ثانوي بمدينة مكة المكرمة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
- (68) ناصر بن عبد العزيز بن عمر الصقهان (2005)، تقييم فعالية العلاج العقلاي الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى المدمنين على المخدرات-دراسة شبه تجريبية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- (69) نبيلة خلال (2012) " التذبذب كمنمط جديد في المعاملة الوالدية وعلاقته ببعض متغيرات الصحة النفسية تقدير الذات والاكتئاب" رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة الجزائر (2).
- (70) نصيرة لمن (2008) " الإعاقة البصرية لدى الأبناء وتأثيرها على الصحة النفسية للأسرة-دراسة ميدانية مقارنة بين الوالدين بولاية باتنة، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة الجزائر (2).
- (71) هاشم علي محمد، (1985)، علاقة النصفين الكرويين على بعض مقاييس القدرات العقلية لدى طلاب المرحلة الثانوية، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية بشبين الكوم-مصر.
- (72) يحيى بن عبد الله بن يحيى الرافي (2001)، أثر بعض المقررات المقدمة للطلاب الجدد بكلية المعلمين بالدمام في نمو التفكير التجريدي وفق نظرية بياجيه، ماجستير علم النفس تخصص تعلم-جامعة أم القرى، السعودية.
- (73) زين بشارة خليل (2008) " العلاقة بين التكيف و التماسك الأسري و المستوى الاجتماعي الاقتصادي و الصحة النفسية لدى طلبة الصف العاشر الأساسي في محافظة الكرك، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.

د-المعجم والقواميس:

- (1) الفيشاوي سعد، (1996)، معجم علم النفس المعاصر وتطبيقاته.
- (2) نايف القيسي (2006) المعجم التربوي وعلم النفس، ط1، دار أسامة للنشر ودار المشرق الثقافي. عمان الأردن.

هـ-الروابط الالكترونية:

- (1) التويجيري (2010)، النظرية الواقع عند وليام جلاسر، <http://w3.-afaq-n-net>
- (1) <http://www.bcrmh.com/disorders/ocd.htm>
- (2) <httpswww.google.comsearchh>
- (3) <httpswww.google.comsearchhl>
- (2) mafa.riadah.org
- (3) www.alhejaz.net
- (4) www.arab-ency.com
- (4) www.arab-ency.com
- (5) www.m3aq.net
- (5) أحمد العمري (2013) الصحة النفسية لذوي الاحتياجات الخاصة
www.ckfu.org/vb/attachment.php.
- (6) سعيد فؤاد (2011)، خصائص مرحلة المراهقة، <http://www.saaaid.net/tarbiah/107.ht>

- 7) صابر ممدوح 2009: الأفكار اللاعقلانية المؤثرة باضطراب الشخصية، كإحدى إشكالات الأمن الفكري
[http:// www.minshawi.com/node/817](http://www.minshawi.com/node/817)
- 8) عبد الله عثمانية (2009) الاكتئاب ونظرياته:
<http://www.acofps.com/vb/showthread.php8175>
- 9) فضيلة عرفات (2009) التفاوض والتفاوض مفهومها أسبابها والعوامل المؤثرة فيها
<http://www.alnoor.se/author.as>

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

أ-الكتب :

- 1) Al-Biali.M,(1996) Inferred hemispheric style and problem-solving performance,preceptual and motorskills.
- 2) .Kenneth ,Rice(2006)، Are perfectionists mor vulnerrable to depression,study finds monitorin psychology,May,V(37)
- 3) Al-Biali.M,"(1993)، Thinking style Gender and Academic major among united arab emirates college students,preceptual and motorskills
- 4) Cardenoso,calvete(2006). Desarrallo del inventario de creencias irracionales para adolescentes devlobement of the irrational beliefs inventory for adolescents, Psicologia Conductual V(12) .
- 5) Cottraux. Jean (2001).les thérapies comportementales et cognitives. 3em edition.paris.
- 6) F.Brin et Courrir et E Ledere et VMasy.(2004). dictionnaire d'orthophonie, edition, (2)em
- 7) Harrison and barmson R (1982) Style of thinking Strategies for asking question Making decision and solving problem .NY.Anchou press.
- 8) Larousse médical(2002),ediction larouse-paris

ب-المجلات والدوريات :

- 1) American psychological Association, (2005). "Interhemis pheric intervaction during global-local processing in mathematicly gifted adolescents,average-abiliy youth and collge students,university of melbourne, Australia.Journal psychology. V (18).No.(2)
- 2) Blaney,et al(1980), Tho neasures of depressive cantion.their association with depressive and witer each other ,Journal of abnormal psychology,V (89) N(5).
- 3) Herrmann,D (1987) Task appropriateness of mnemonic techniques.Perceptul and Motor Skills.V(64).
- 4) Hoog,Deffenfacher(1986) Irrational Beliefs Deperssion Anger Among College Studets Journal of College Student personal,julu27 V(4).
- 5) Muhammad Al-Salameh(2010) Irrational Belifs among Jordanian College Students and Relationship With Self-Confidence Journal of Asian Social Science,V(07),N(05),May2011
- 6) Ozden.Muhammed(2008).the effects of brain-based learning an academic achievement and retention of knowledege in science course ,electronic Journal of scence education Andolu unversity.turkey. Vol (12).No,(1).

الملاحق

الملحق رقم (1) استمارة البيانات للمفحوصين.

الملحق رقم (2) اختبار السيادة النصفية للمخ.

الملحق رقم (3) مقياس الأفكار اللاعقلانية.

الملحق رقم (4) مقياس الصحة النفسية.

الملحق رقم (5) الدرجات الخاصة بالصدق والثبات لاختبار السيادة النصفية للمخ.

الملحق رقم (6) الدرجات الخاصة بالصدق والثبات لمقياس الصحة النفسية.

الملحق رقم (7) الدرجات الخام لنتائج البحث

الملحق رقم (8) جداول SPSS

الملحق رقم (9) رخصة التطبيق الميداني

الملحق -01-

استمارة البيانات

للمفحوصين

قبل البدء في عملية الإجابة نطلب منك ملأ المعلومات التالية:

الاسم واللقب:

تاريخ ومكان الازدياد:

الجنس أنثى. أم ذكر؟:

في إطار بحث ميداني نعرض عليك مجموعة من الأسئلة والعبارات التي تقيس حالتك الشخصية وكيف تفكر وبما تشعر المطلوب الإجابة على العبارات وذلك بوضع علامة (×) أمام البديل المناسب علما أنه لا توجد إجابات صحيحة أو إجابات خاطئة وإنما الأسئلة تعبر عن طريقة تفكيرك الخاص وحالتك النفسية الخاصة بك

ستجد طريقة اختيار الاجابة سأوضح لك ذلك بأمثلة

المثال الاول:

الرقم	العبارات	التفضيل
1	أ-أفضل سماع الموسيقى أكثر من المطاعة	.....
	ب-أفضل المطاعة أكثر من الموسيقى×.....
	ج-انا أفضلهما الاتنين	.....

المثال الثاني:

الرقم	العبارات	تردد دائما	تردد أغلب الوقت	تردد نصف الوقت	تردد أحيانا	لا تردد لذهني أبدا
3	يجب علي أن أكون شخصا أفضل.	×				

المثال الثالث:

الرقم	العبارات	نعم	لا
1	عادة أجد رغبة في الحديث عن نفسي وعن إنجازاتي أمام الآخرين	×	

الملحق -02-

اختبار السيادة النصفية للمخ

الرقم	العبارات	التفضيل
1	أ-أتذكر جيدا الأشياء التي درستها بعناية.	.....
	ب-أتذكر جيدا التفاصيل والحقائق التي لم أدرسها بعناية أو المستوحاة من البيئة .	.....
	ج-لا يوجد فرق في قدرتي على تذكر المجالين السابقين.	.....
2	أ-أحب قراءة القصص الخيالية .	.....
	ب-أحب قراءة القصص الواقعية.	.....
	ج-أحب قراءة كليهما بدرجات متساوية.	.....
3	أ-استمتع بكل من أحلام اليقظة والتخطيط الواقعي بدرجة متساوية.	.....
	ب-استمتع كثيرا بأحلام اليقظة والخيال.	.....
	ج-استمتع أكثر بالتخطيط الواقعي.	.....
4	أ-أفضل الاستماع للموسيقى أثناء القراءة أو البحث.	.....
	ب-أفضل الهدوء التام أثناء القراءة والبحث.	.....
	ج-استمتع الى الموسيقى فقط عندما أقرأ للتسلية وليس أثناء القراءة الجادة.	.....
5	أ-أحب كثيرا أن أكتب القصص.	.....
	ب-أحب كثيرا أن أكتب المقالات العلمية.	.....
	ج-لا فرق عندي بين كتابة القصص أو كتابة المقالات العلمية .	.....
6	أ-عند الحاجة الى العلاج النفسي، أفضل أن أعالج مع الاخرين وبطريقة جماعية.	.....
	ب-عند الحاجة الى العلاج النفسي، أفضل أن أعالج بمفردي وبطريقة سرية.	.....
	ج-لا فرق عندي بين العلاج النفسي الجماعي أو العلاج النفسي الفردي.	.....
7	أ-استمتع برسم تخيلاتي وأفكاري في رسم عادي.	.....
	ب-استمتع بنسخ وتكملة التفاصيل في رسم ما غير كامل.	.....
	ج-استمتع بكليهما بدرجة متساوية.	.....
8	أ-أصدق دائما وأتأثر بكل ما يقال لي دون فحص أو تدقيق.	.....
	ب-أصدق أحيانا وأتأثر بكل ما يقال لي دون فحص أو تدقيق.	.....
	ج-لا أصدق ولا أتأثر بكل ما يقال لي إلا بعد فحص وتدقيق.	.....
9	أ-لا فرق عندي بين القصص الغامضة وقصص العنف.	.....
	ب-أفضل قصص العنف.	.....
	ج-أفضل القصص الغامضة.	.....
10	أ-لا تفضل عندي بين الجبر والهندسة.	.....
	ب-أفضل الجبر على الهندسة.	.....
	ج-أفضل الهندسة على الجبر.	.....
11	أ-أفضل تنظيم الأشياء بطريقة ترتيبية تسلسلية تتابعية.	.....
	ب-أفضل تنظيم الأشياء بطريقة تكشف العلاقات بينها.	.....
	ج-أفضل كليهما بدرجة متساوية.	.....
12	أ-أنا جيد في تذكر المعلومات اللفظية كالشعر والقصص والجمال الشفاهية.	.....
	ب-أنا جيد في تذكر الأنغام والأصوات الموسيقية.	.....
	ج-أنا جيد في تذكرهما بنفس الدرجة.	.....
13	أ-أستطيع تنظيم نشاطاتي الشخصية كالواجبات الدراسية في الوقت المتاح لي بسهولة.	.....
	ب-أفضل توفير الوقت الكافي لتنظيم نشاطاتي الشخصية.	.....
	ج-أجد صعوبة في تنظيم نشاطاتي الشخصية في حدود المتاح لي.	.....
14	أ-أنا متغير المزاج باستمرار.	.....
	ب-يتغير مزاجي قليلا.	.....
	ج-أنا ثابت لا يتغير مزاجي غالبا.	.....

.....	أ-أنا ماهر في التعامل مع الحيوانات.	15
.....	ب-أنا متوسط في مهارتي في التعامل مع الحيوانات	
.....	ج-لا أستطيع التعامل مع الحيوانات.	
.....	أ-لا تفضل عندي بين القطط والكلاب.	16
.....	ب-أفضل القطط.	
.....	ج-أفضل الكلاب.	
.....	أ-استمتع بالتهريج والمرح مع من حولي.	17
.....	ب-استمتاعي بالتهريج أو الجد يعتمد على طبيعة المناسبة التي أحضرها.	
.....	ج-لا أحب التهريج والمرح مع من حولي .	
.....	أ-أكون دائما شارد الذهن.	18
.....	ب-أكون أحيانا شارد الذهن.	
.....	ج- غالبا لا أكون شارد الذهن.	
.....	أ-عندما أشاهد الاعلانات فاني أتأثر بالعناوين الجذابة والمناظر السارة والانغام المثيرة.	19
.....	ب- عندما أشاهد الاعلانات فاني أتأثر بالمعلومات عن المنتجات المختلفة التي تبين أفضلها.	
.....	ج-أتأثر مبدئيا بوسيلة الاعلان عندما تقدم معلومات عن نوعية المنتجات فقط.	
.....	أ-لا تفضل عندي للتعلم بالأمثلة والتجارب على التعلم بالتلقين اللفظي.	20
.....	ب-أفضل التعلم بالأمثلة والتجارب.	
.....	ج-أفضل التعلم بالتلقين اللفظي.	
.....	أ-يناسبني مناقشة القصص المقروءة أو إعطاء أمثلة توضيحية بدرجة متساوية.	21
.....	ب-يناسبني أكثر مناقشة القصص المقروءة.	
.....	ج-يناسبني أكثر إعطاء أمثلة توضيحية للقصص المقروءة.	
.....	أ-يناسبني بدرجة متساوية سواء سرد القصص أو تمثيلها.	22
.....	ب-يناسبني أكثر سرد القصص.	
.....	ج-يناسبني أكثر تمثيل القصص.	
.....	أ-استمتع أكثر بمشاهدة الرقص الشرقي.	23
.....	ب-استمتع أكثر بسماع الشعر الموزون.	
.....	ج-استمتع بدرجة متساوية بكل من مشاهدة الرقص الشرقي وسماع الشعر الموزون.	
.....	أ-أفضل ممارسة الرقص بطريقة منظمة(رقص البالي).	24
.....	ب-أفضل ممارسة الرقص بطريقة ارتجالية عشوائية.	
.....	ج-أفضل ممارسة كلا الرقصين بدرجة متساوية.	
.....	أ-استمتع بتفاعل مشاعري مع الآخرين.	25
.....	ب-استمتع بتفسير وتوضيح تفاعل المشاعر بين الآخرين.	
.....	ج-أفضل بدرجة متساوية كلا من استمتاعي بتفاعل مشاعري مع الآخرين واستمتاعي بتفسير تفاعل المشاعر بين الآخرين.	
.....	أ-يمكنني التفكير أفضل عندما أكون مستلقيا في فراشي.	26
.....	ب-يمكنني التفكير أفضل عندما أكون جالسا.	
.....	ج-يمكنني التفكير بنفس الدرجة سواء كنت مستلقا في فراشي أو كنت جالسا.	
.....	أ-أفضل أن أكون ناقدًا موسيقيا.	27
.....	ب-أفضل أن أكون مؤلفًا موسيقيا.	
.....	ج-أفضل كليهما بدرجة متساوية.	
.....	أ-أنا ماهر في التنبؤ البديهي بالنتائج.	28
.....	ب-أنا ماهر في التنبؤ العلمي الاحصائي بالنتائج.	
.....	ج-أنا ماهر بدرجة متساوية في كل من التنبؤ البديهي والعلمي الاحصائي بالنتائج.	

.....	أ-انتبه بصفة عامة إلى الشرح اللفظي.	
.....	ب-لا أكون بصفة عامة مستريحاً أثناء الشرح اللفظي.	29
.....	ج-أستطيع التحكم في انتباهي أثناء الشرح اللفظي.	
.....	أ-استمتع بتحليل القصص.	
.....	ب-استمتع بسررد القصص بطريقة مبتكرة.	30
.....	ج-استمتع بدرجة متساوية بكل من تحليل القصص وسردها بطريقة مبتكرة.	
.....	أ-أفضل المسيرة (المماثلة في الرأي) بصفة عامة.	
.....	ب-أفضل المغامرة (الاختلاف في الرأي) بصفة عامة.	31
.....	ج- تفضيلي للمسيرة أو المغامرة يعتمد على الموقف الذي أواجهه.	
.....	أ-لا تفضيل عندي للمهام المحددة على المهام غير المحددة.	
.....	ب- أفضل المهام أو الواجبات المحددة	32
.....	ج-أفضل المهام أو الواجبات المحددة.	
.....	أ-أفضل التعلم بطريقة الاكتشاف الحر أو التعلم الذاتي.	
.....	ب- أفضل التعلم المنظم في حجرات الدراسة	33
.....	ج- لا تفضيل عندي بين التعلم بطريقة الاكتشاف الحر والتعلم بالطريقة منظمة	
.....	أ-ذاكرتي قوية في استرجاع المعلومات اللفظية كالأسماء والتواريخ.	
.....	ب-ذاكرتي فيس استرجاع الصور المكانية كالأشكال والوجوه	34
.....	ج-ذاكرتي قوية في استرجاع كليهما	
.....	أ-أفضل قراءة الأفكار الأساسية.	
.....	ب-أفضل قراءة التفاصيل والحقائق بصفة خاصة.	35
.....	ج-أفضل قراءة كل من الأفكار الأساسية والتفاصيل بدرجة متساوية.	
.....	أ-أنا ماهر في ترتيب وتسلسل الأفكار.	
.....	ب-أنا ماهر في إدراك العلاقات بين الأفكار.	36
.....	ج-أنا ماهر بدرجة متساوية في ترتيب الأفكار وإدراك العلاقات بينهما.	
.....	أ-لا تفضيل عندي لتبويب وتنظيم القراءات في صورة جداول على تلخيصها.	
.....	ب-أفضل تبويب وتنظيم القراءات في صورة جداول.	37
.....	ج-أفضل تلخيص القراءات.	
.....	أ-إنتاج الأفكار أكثر متعة لي.	
.....	ب-التوصل إلى الخلاصة والاستنتاج أكثر متعة لي.	38
.....	ج-يتمتعني بدرجة متساوية كل من إنتاج الأفكار والتوصل إلى الاستنتاجات.	
.....	أ-أنا ماهر في حل المشكلات بطريقة منطقية وعقلية.	
.....	ب-أنا ماهر في حل المشكلات بطريقة بديهية.	39
.....	ج-أنا ماهر بدرجة متساوية في حل المشكلات بطريقة بديهية وبطريقة منطقية وعقلية.	
.....	أ-أتشوق إلى تحسين بعض الأشياء مثل تشوقي تماماً لاختراع أشياء جديدة.	
.....	ب-أنا أكثر تشوقاً إلى تحسين بعض الأشياء.	40
.....	ج-أنا أكثر تشوقاً إلى اختراع أشياء جديدة.	

الملحق -03-

مقياس الأفكار الالاعقلانية

رقم	العبارات	لا ترد لذهني أبدأ.	ترد أحياناً.	ترد نصف الوقت	ترد أغلب الوقت	ترد دائماً
1	إذا لم يكن للشخص أي أصدقاء فهذا يعني أن لا أحد يحبه.					
2	أعتقد أنه ينبغي أن أكون مختلفاً عما أنا عليه الآن.					
3	يجب عليّ أن أكون شخصاً أفضل.					
4	أعتقد أنني أحتاج إلى تغيير بعض الأشياء عن نفسي.					
5	أعتقد أنه ينبغي أن أكون أكثر وسامة مما أنا عليه.					
6	أعتقد أنه ينبغي أن أكون حسن الطلعة (بشوش).					
7	الشخص الذي ليس لديه أصدقاء يكون بالتأكيد تعيساً.					
8	أنزعج بخصوص العديد من الأشياء أو الأمور أو الأحداث.					
9	من الطبيعي أن أشعر بالقلق عندما لا تسير الأمور كما أريد.					
10	أعتقد أنه من الطبيعي أن أنزعج على الأشياء والأمور التي تخصني.					
11	أنا شخص محظوظ.					
12	أعتقد أنني بحاجة إلى التفكير في مشاعر الآخرين أولاً قبل مشاعري.					
13	أعتقد أنني بحاجة إلى المزيد من الثقة بالنفس.					
14	أشعر بالاستياء (الضيق) نتيجة لأشياء كثيرة فعلتها من قبل.					
15	أشعر بالضيق من تدخين السجائر.					
16	أعتقد أنني سأحب نفسي أكثر لو كان لي أصدقاء كثيرون.					
17	تزعجني أفكار الآخرين عني.					
18	أضطرب حينما لا تسير الأمور المهمة بالشكل الذي أريده.					
19	أعتقد أن الناس لا تعاملني بالشكل الذي يجب أن يعملونني به.					
20	أضطرب عندما يؤدي شخص مشاعري.					
21	أعتقد أن معاملة الناس لي تؤثر على حبي لنفسي.					
22	أعتقد أنني أناني لأنني أفضل نفسي على الآخرين.					
23	إذا أذيت مشاعر صديق لي وشعرت بالحزن عليه فهذا يعني أنني أحبه.					
24	أعتقد أنه يجب على كل شخص أن يعرف ما يريد من حياته.					
25	أعتقد أن أفعال الشخص تعطيني فكرة جيدة عنه.					
26	الأشياء التي تحدث لي يجب أن لا تحدث.					
27	أشعر بالاضطراب عندما أرتكب خطأ.					
28	ليس من حق الناس أن يجعلونني أشعر بالتعاسة.					
29	أشعر بالاضطراب الارتباك حينما يضحك أحد عليّ.					
30	يجب أن يعاقب الناس على الأشياء السيئة التي يعملونها.					
31	يجب أن يعاقب الأطفال الذين لا يعملون واجباتهم المدرسية.					
32	الطفل الذي يفعل أشياء سيئة يكون هو الآخر سيئاً.					
33	أشعر بالاضطراب عندما لا أحصل على ما أريده.					
34	يفلقتي الذهاب إلى المدرسة إذا لم أعمل واجباتي جيداً.					
35	أنزعج بخصوص مستوى أدائي في المدرسة.					
36	أخاف أن تعضني الكلاب.					
37	لا أستطيع المذاكرة بمفردي.					
38	من السهل عليّ ترك لعبة منهزم فيها بدلاً من أن أكملها للنهاية.					
39	أعتقد أنه من الأفضل لو أنني أن يعملوا الأشياء التي لا أستطيع عملها.					
40	يفلقتني أن أعمل الأشياء بنفسني.					
41	أحتاج للناس الآخرين لكي يخبرونني بطريقة عمل الأشياء.					
42	أشعر بالاضطراب إذا صرخ أحد أصدقائي في المدرسة بصوت عالٍ.					
43	غالباً ما تسير الأمور عكس ما أريده وأتمناه.					
44	الحياة ليست حسنة بسبب الأشياء التي حدثت لي في الصغر.					

الملحق -04-

مقياس الصحة النفسية

م	العبارات	نعم	لا
1	عادة أجد رغبة في الحديث عن نفسي وعن إنجازاتي أمام الآخرين		
2	أشعر بأنه لا يمكنني التغلب على كثير من المشكلات لو لم يساعدي الآخرين.		
3	أشعر غالباً بأنه ليس لدي آراء مفيدة أقترحها على الآخرين		
4	أعتقد أنني لست في مستوى كفاءة ومقدرة معظم زملائي		
5	أنا حساس جداً لما يبديه الآخرون من نقد لتصرفاتي		
6	يعاملني والدي كما لو كنت طفلاً صغيراً.		
7	أعتقد أن زملائي لا يهتمون كثيراً بما أبديه من آراء وأفكار		
8	أشعر بعدم كفاءتي إلى درجة تعوقني عن إنجاز معظم أعمالي		
9	أشعر أنني أفتقد إلى مواهب وقدرات كثيرة لدرجة تجعلني أخجل من نفسي		
10	غالباً لا يثق أقاربي في مقدرتي على مساعدتهم ولو في بعض الأمور البسيطة		
11	أشعر بعدم ثقتي في نفسي وبأنني عبء على غيري		
12	يصعب علي إبداء رأيي في مواجهة جماعة من الناس حتى لو كان هذا الرأي عن موضوع أعرفه جداً		
13	يصعب علي الجلوس ساكناً لفترة طويلة.		
14	أستغرق في أحلام اليقظة بحيث لا أشعر مطلقاً بما يدور حولي		
15	أهرب دائماً من بعض المشكلات والمصاعب لعدم قدرته على مواجهتها		
16	أحرص على تبادل الزيارات مع زملائي وأصدقائي.		
17	عادة أستمتع بتبادل الأفكار والآراء مع زملائي وأصدقائي		
18	أستمتع كثيراً بالعمل مع الناس كما هو الحال في عمليات البيع والشراء		
19	أحرص على المشاركة في الأنشطة الترويحية مع الآخرين		
20	يسعدني عادة مشاركة زملائي وأصدقائي بعض الرحلات والمعسكرات.		
21	أحرص على المشاركة في الجماعات الخاصة بالخدمات والأنشطة الاجتماعية		
22	تسمح لي علاقاتي الوثيقة ببعض أساتذتي بالتحدث معهم بحرية في مختلف شؤوني الخاصة		
23	تربطني علاقات وثيقة ببعض الأشخاص بحيث أثق فيهم وأتمنهم على أسراري		
24	غالباً يسعدني المشاركة في الحفلات والمناسبات الاجتماعية.		
25	أرى أنه من الأفضل أن يسهم الفرد بدور إيجابي في الأنشطة الاجتماعية، ولا يكتفي بمجرد الاستمتاع بها.		
26	عادة تشجعني أسرتي على تبادل الزيارات مع أصدقائي		
27	تربطني علاقات طيبة ببعض الأسر بحيث أشعر معها كما لو كنت بين أهلي		
28	أجد متعة كبيرة في تبادل الزيارات مع الأصدقاء والزملاء		
29	أشعر بالثقة والاحترام المتبادلين بيني وبين أفراد أسرتي		
30	ترحب أسرتي بمشاركتي في مناقشة الأمور واتخاذ القرارات المتعلقة بحياتنا		
31	عادة تتغير مشاعري بين حب وكراهية نحو الآخرين بصورة سريعة.		
32	غالباً تنتابني نوبات من الحزن والفرح دون سبب معقول		
33	إنني أغضب إذا ما ضايقتني أحد ولو بكلمة بسيطة		
34	أجدني قلماً معظم الوقت إزاء ما قد يحمله المستقبل		
35	يخيل إلي أن هناك من يتتبعني أينما أذهب		
36	أحاول دائماً احترام مشاعر الآخرين حتى لو اختلفوا معي في الرأي		
37	غالباً أتصرف فوراً في بعض المواقف دون ترو أو حساب لما يترتب على ذلك من نتائج		
38	أحاول الدفاع عن آرائتي بشتى الوسائل دون اعتبار لمشاعر الآخرين		
39	غالباً لا أشعر بالسعادة لأشياء قد يفرح لها الآخرون كثيراً		
40	لا بد أن يؤثر الفرد ويثر لكرامته عندما يذكره الآخرون بسوء.		
41	عادة يصعب علي نسيان ما يوجهه الآخرون من إساءات.		
42	غالباً أستغرق في أحلام اليقظة بحيث لا أشعر مطلقاً بما يدور حولي.		
43	أنا لا أعامل الآخرين بالمثل حتى لو كانوا غير عاديين.		
44	أستغرق في الخيال طويلاً حتى لو كنت بين أصدقائي		
45	أشعر بالثقة والاحترام المتبادلين بيني وبين أفراد أسرتي.		
46	ترحب أسرتي بمشاركتي في مناقشة الأمور واتخاذ القرارات المتعلقة بحياتنا.		
47	بإمكانني أن أواصل عملاً ما لفترة طويلة حتى لو واجهتني بعض المشكلات والصعوبات		
48	بإمكانني أن أستغرق في أداء عملي لدرجة لا أشعر معها بمن حولي.		
49	يسعدني بذل أقصى جهد ممكن في أداء عملي مهما كلفني ذلك من مشقة.		
50	أحرص دائماً على بذل كل ما في وسعي لإتقان العمل الذي أقوم به.		
51	أرى أن قيمة الإنسان تكمن في مدى إخلاصه في أداء عمله مهما كان بسيطاً		
52	أحاول عادة إنجاز أعمالي دون تباطؤ عملاً بالحكمة القائلة "لا تؤجل عمل اليوم إلى الغد"		
53	أشعر بأن مجال دراستي سيفيدني كثيراً في مستقبل حياتي.		
54	إنني حريص على التخطيط لمختلف أمور حياتي لا اعتقادي أن النجاح في الحياة لا يتحقق بالصدفة.		
55	أحاول مواجهة مشكلاتي بنفسي دون الاعتماد كثيراً على الآخرين.		
56	عادة أشعر بالنشاط والحيوية عندما أكون مشغولاً بعمل ما.		

57	عادة أفكر في أهمية ما أقوم به من أعمال ومدى فائدتها للجميع قبل أن أقدم عليها
58	أعتقد أن قيام الفرد بعمل ما بصورة روتينية أو عشوائية لا بد وأن يعرضه للملل والإخفاق.
59	هناك أمور كثيرة في الحياة تثير اهتمامي وتحفزني على العمل.
م	العبارات
لا	نعم
60	غالبًا أحرص دائمًا على تحمل مسؤولياتي وأداء واجباتي قبل أن أطلب بحقوقى.
61	أعاني من اهتزاز (رعشة) بعض أجزاء جسمي في كثير من الأحيان
62	عادة أعاني من تكرار نوبات الإمساك أو الإسهال الشديد.
63	أعاني من ضيق في التنفس في كثير من الأحيان رغم عدم وجود سبب عضوي واضح.
64	تعاودني نوبات من الصداع في معظم الوقت.
65	تعاودني الأحلام المزعجة (الكوابيس) في كثير من الأحيان.
66	أشعر بتوتر خلف رقبتى في كثير من الأحيان.
67	أشعر عادة بفقدان شهيتى للطعام.
68	أشعر بالتعب والإجهاد في كثير من الأحيان رغم عدم وجود سبب عضوي واضح لذلك
69	يصعب علي تذكر ما سبق لي دراسته أو قراءته ولو منذ فترة قصيرة.
70	أجد صعوبة كبيرة في تركيز انتباهي أثناء القراءة أو استماعي لمحاضرة ما.
71	غالبًا أتحدث بسرعة كبيرة مما يجعلني أتجلىج أو أتأني.
72	يصعب علي الجلوس ساكنًا لفترة طويلة.
73	يصعب علي التخلص من بعض العادات مثل: (قضم الاضافر) أو وضع أصابعي في فمي.
74	غالبًا تعاودني تقلصات في معدتي رغم عدم وجود سبب عضوي لذلك.
75	أعاني من الأرق بحيث لا أستطيع الاستغراق في النوم بدرجة كافية.
76	ينبغي ألا يحاول الإنسان تحقيق غاياته على حسب الآخرين.
77	غالبًا أعامل الآخرين بالأسلوب الذي أحب أن يعاملونني به.
78	أميل إلى الإشادة بحسنات الآخرين ومزاياهم أكثر من التنويه بعيوبهم
79	ينبغي أن يستمتع الفرد بمعرفة الآخرين بغض النظر عما يحققونه لي من منافع.
80	من الضروري أن يلتزم الفرد بالصدق والأمانة حتى لو لم يعامله الناس بالطريقة نفسها.
81	أحاول دائمًا احترام مشاعر الآخرين حتى لو اختلفوا معي في الرأي.
82	أحاول عادة الوفاء بوعدى لأن وعد الحر دين عليه.
83	من رأي أن كل إنسان سيحني حتمًا نتائج عمله سواء أكان خيرًا أم شرًا.
84	يجب على الفرد أن يحرص على حقوق الآخرين بقدر حرصه على حقوقه.
85	أعتقد أنه لا يجب إصدار أحكام على الناس دون معرفة كافية بهم
86	أعتقد أن الإنسان لا بد أن يتسم بالخلق الحسن فالعلم وحده لا يكفي.
87	أعتقد أنه من الأفضل عدم الإسراف في إهداء النصح للآخرين.
88	يسعدني التخفيف عن الآخرين وقت الشدائد حتى لو لم يكونوا من معارفي.
89	أعتقد أنه من الأفضل عدم مواجهة الناس بأخطائهم بصورة مباشرة.
90	أفكر كثيرًا قبل أن أقدم على عمل قد يضر بمصالح الآخرين.
91	أرى أن الفائدة المرجوة من المعوقين جسميًا لا تتناسب مع حجم ما ينفق عليهم
92	أرى أن الأفراد ثقيلي الوزن يكونون موضع سخرية الآخرين دائمًا.
93	عادة ما ينتابني شعور بأنني لا أصلح لشيء.
94	أشعر غالبًا بأن زملائي أفضل مني في مظهرهم الجسمي عمومًا.
95	أفضل غالبًا التعامل مع من هم أصغر مني سنًا.
96	أنا لست راضيًا عن نفسي.
97	غالبًا ينظر الناس إلى الصم و ثقيلي السمع على أنهم أقل كفاءة من غيرهم
98	أعتقد أنه لا يجب أن يطلب الناس أي مساعدة من فرد مبتور الساق أو مشلول.
99	غالبًا يعاني الشخص القصير من الشعور بالنقص والقصور بين زملائه.
100	عادة يكون الفرد ذو الصوت الغليظ موضع تهكم زملائه وسخريتهم.
101	غالبًا يخجل الفرد من أشياء مثل: (تشوه أسنانه أو عدم انتظامها)
102	ينتابني شعور دائم بأن فكرة الناس عني أقل مما يجب.
103	غالبًا يميل الفرد المصاب ببعض النمش في وجهه إلى الانطواء والبعد عن الآخرين.
104	يبدو أن الناس يعتبرون المكفوفين أقل منهم لذا يتجنبون التعامل معهم.
105	غالبًا يعتقد الناس أن ضعاف البنية (الجسم) لا حول لهم ولا قوة ولا يتقون في مقدرتهم على إنجاز أي شيء لهم

الملحق-05-

الدرجات الخاصة بالصدق
والثبات لاختبار السيادة
النصفية للمخ

إعادة الإختبار			الاختبار		
C	B	A	C	B	A
13	13	14	10	12	18
9	14	17	8	12	20
10	13	17	6	14	20
2	19	19	9	10	22
13	11	16	8	14	18
8	15	17	12	9	19
11	14	15	6	16	17
7	15	18	7	11	22
13	11	16	13	11	16
24	6	10	11	12	17
20	4	16	7	12	21
9	15	16	9	15	16
10	11	19	10	11	19
10	11	19	10	11	19
17	13	10	17	13	10
18	10	12	18	10	12
10	8	22	10	8	22
28	2	10	28	2	10
14	9	17	14	9	17
22	8	10	22	8	10
12	11	17	12	11	17
10	12	18	10	12	18
7	13	20	7	13	20
8	14	18	8	14	18
8	13	19	8	13	19
8	14	18	8	14	18
5	15	20	5	15	20
10	9	21	10	9	21
5	13	22	5	13	22
14	10	16	14	10	16
8	13	19	8	13	19

13	12	15	13	12	15
13	11	16	13	11	16
6	17	17	6	17	17
10	13	17	10	13	17
12	10	18	12	10	18
9	13	18	9	13	18
10	13	17	10	13	17
12	13	15	12	13	15
8	8	26	8	8	26
14	7	19	14	7	19
8	10	22	8	10	22
3	13	24	3	13	24
8	11	21	8	11	21
11	11	18	11	11	18
20	4	16	20	4	16
10	13	17	10	13	17
9	13	18	9	13	18
9	13	18	9	13	18
3	12	25	3	12	25
9	14	17	9	14	17
3	9	28	3	9	28
9	11	20	9	11	20
14	8	18	14	8	18
14	9	17	14	9	17
11	13	16	11	13	16
10	10	20	10	10	20
12	12	16	12	12	16
10	14	16	10	14	16
11	12	17	11	12	17
10	11	19	10	11	19
9	15	16	9	15	16
8	13	19	8	13	19
10	12	18	13	13	14

8	12	20	9	14	17
6	14	20	10	13	17
9	10	22	2	19	19
8	14	18	13	11	16
12	9	19	8	15	17
6	16	17	11	14	15
7	11	22	7	15	18
13	11	16	13	11	16
11	12	17	24	6	10
7	12	21	20	4	16
المحك			الاختبار		
C	B	A	C	B	A
10	12	18	14	10	14
8	12	20	11	7	18
6	14	20	6	14	18
9	10	22	9	10	20
8	14	18	8	14	16
12	9	19	12	9	17
6	16	17	6	16	15
7	11	22	7	11	20
13	11	16	13	11	14
11	12	17	11	10	17
7	12	21	7	10	21
9	15	16	9	13	16
10	11	19	10	9	19
10	11	19	10	9	19
17	13	10	13	8	17
18	10	12	12	10	16
10	8	22	14	3	21
28	2	10	7	10	17
14	9	17	14	7	17
22	8	10	12	8	18

12	11	17	10	11	17
10	12	18	8	12	18
7	13	20	5	13	20
8	14	18	6	14	18
8	13	19	6	13	19
8	14	18	6	14	18
5	15	20	3	15	20
10	9	21	8	9	21
5	13	22	3	13	22
14	10	16	12	10	16
8	13	19	8	13	17
13	12	15	13	12	13
13	11	16	13	11	14
6	17	17	6	17	15
10	13	17	10	13	15
12	10	18	12	10	16
9	13	18	9	11	18
10	13	17	10	11	17
12	13	15	12	11	15
8	8	26	8	6	26
14	7	19	14	5	19
8	10	22	8	8	22
3	13	24	3	11	24
8	11	21	6	11	21
11	11	18	9	11	18
20	4	16	5	11	22
10	13	17	8	13	17
9	13	18	7	13	18
9	13	18	7	13	18
3	12	25	3	10	25
9	14	17	9	12	17
3	9	28	3	7	28
9	11	20	9	9	20

14	8	18	14	6	18
14	9	17	14	7	17
11	13	16	11	11	16
10	10	20	10	8	20
12	12	16	12	10	16
10	14	16	10	12	16
11	12	17	11	10	17
10	11	19	10	11	17
9	15	16	9	15	14
8	13	19	8	13	17
13	13	14	13	13	12
9	14	17	9	14	15
10	13	17	10	13	15
2	19	19	2	19	17
13	11	16	13	11	14
8	15	17	8	15	15
11	14	15	11	14	15
7	15	18	7	15	16
13	11	16	13	11	14
24	6	10	6	17	15
20	4	16	4	14	20

الملحق -06-

درجات الصدق

والثبات الخاصة بمقياس

الصحة النفسية

إعادة الاختبار	الإختبار
55	86
47	72
54	69
50	68
55	63
50	66
55	70
55	61
56	57
52	57
56	55
50	53
46	41
37	43
46	73
57	71
57	75
55	60
51	74
51	51
55	68
46	54
55	72
50	66
47	60
50	57
42	53
46	61
50	46
43	55
47	79
47	77
50	74
47	54
43	56
42	39
46	57
41	51
40	58
48	83
44	68

47	75
44	72
47	76
45	50
43	55
41	80
42	65
49	56
39	48
41	66
44	57
50	41
42	45
43	64
47	49
44	81
46	65
40	55
41	42
45	57
47	47
37	46
46	58
41	51
53	63
48	55
44	50
44	57
47	69
38	55
48	56
52	65
45	58

المحك	المقياس
49	86
41	72
48	69
44	68
41	63
44	66
45	70
48	61
46	57
42	57
46	55
50	53
36	41
37	43
46	73
52	71
47	75
45	60
51	74
51	51
50	68
42	54
44	72
44	66
42	60
45	57
42	53
46	61
50	46
43	55
47	79
47	77
50	74
47	54
43	56
42	39

46	57
41	51
40	58
48	83
44	68
47	75
44	72
47	76
45	50
43	55
41	80
42	65
49	56
39	48
41	66
44	57
50	41
42	45
43	64
47	49
44	81
46	65
40	55
41	42
45	57
47	47
37	46
46	58
41	51
43	63
48	55
44	50
44	57
47	69
38	55
48	56
41	65
40	58

الملحق -07-

النتائج الخامة للبحث

درجات الصحة النفسية	مستوى الأفكار اللاعقلانية	نمط السيادة النصفية للمخ	الجنس
57	LOW	A	mal
56	LOW	A	mal
63	LOW	A	mal
71	High	A	famel
81	High	A	famel
66	High	A	famel
53	High	A	famel
69	High	A	famel
82	High	A	famel
60	LOW	A	mal
59	LOW	A	mal
62	LOW	A	mal
57	LOW	A	mal
87	LOW	A	mal
77	LOW	A	mal
60	LOW	A	mal
47	LOW	A	mal
57	LOW	A	mal
56	LOW	A	mal
63	LOW	A	mal
71	LOW	A	mal
81	LOW	A	mal
66	LOW	A	mal
53	LOW	A	mal
69	LOW	A	mal
82	High	A	famel
60	High	A	famel
59	High	A	famel
62	High	A	famel
57	High	A	famel
87	High	A	famel
77	High	A	famel
60	High	A	famel
47	High	A	famel
75	High	A	famel
69	High	A	famel
61	High	A	famel
80	High	A	famel
63	High	A	famel
56	High	A	famel
52	High	A	famel
73	High	A	famel
65	High	A	famel
53	LOW	A	mal
51	LOW	A	mal
72	LOW	A	mal

83	LOW	A	mal
51	LOW	A	mal
72	LOW	A	mal
53	LOW	A	mal
77	LOW	A	mal
66	LOW	A	mal
68	LOW	A	mal
51	LOW	A	mal
70	LOW	A	mal
63	LOW	A	mal
62	LOW	A	mal
67	LOW	A	mal
75	LOW	A	mal
69	High	A	famel
50	High	A	famel
88	High	A	famel
79	High	A	famel
67	High	A	famel
61	High	A	famel
93	High	A	famel
78	High	A	famel
90	High	A	famel
64	High	A	famel
87	High	A	famel
75	High	A	famel
77	High	A	famel
57	LOW	A	mal
56	LOW	A	mal
63	LOW	A	mal
71	LOW	A	mal
81	LOW	A	mal
66	LOW	A	mal
53	LOW	A	mal
69	LOW	A	mal
82	LOW	A	mal
60	LOW	A	mal
59	LOW	A	mal
62	LOW	A	mal
57	LOW	A	mal
87	LOW	A	mal
77	LOW	A	mal
60	LOW	A	mal
47	LOW	A	mal
57	LOW	A	mal
56	LOW	A	mal
63	LOW	A	mal
71	LOW	A	mal

81	LOW	A	mal
66	LOW	A	mal
53	LOW	A	mal
69	LOW	A	mal
82	LOW	A	mal
60	LOW	A	mal
59	LOW	A	mal
62	High	A	famel
57	High	A	famel
87	High	A	famel
77	High	A	famel
60	High	A	famel
47	High	A	famel
75	High	A	famel
69	High	A	famel
61	High	A	famel
80	High	A	famel
63	High	A	famel
56	High	A	famel
52	High	A	famel
73	High	A	famel
65	High	A	famel
53	High	A	famel
51	High	A	famel
72	High	A	famel
83	High	A	famel
51	High	A	famel
72	High	A	famel
53	High	A	famel
77	High	A	famel
66	High	A	famel
68	High	A	famel
51	High	A	famel
70	High	A	famel
63	High	A	famel
62	High	A	famel
67	High	A	famel
75	High	A	famel
69	High	A	famel
50	High	A	famel
88	High	A	famel
79	High	A	famel
67	High	A	famel
61	High	A	famel
93	High	A	famel
78	High	A	famel
90	High	A	famel

64	High	A	famel
87	High	A	famel
75	High	A	famel
77	High	A	famel
74	High	B	famel
62	High	B	famel
69	High	B	famel
62	High	B	famel
50	High	B	famel
67	High	B	famel
77	High	B	famel
45	High	B	famel
73	High	B	famel
75	High	B	famel
48	High	B	famel
47	High	B	famel
52	High	B	famel
63	High	B	famel
60	High	B	famel
61	High	B	famel
64	High	B	famel
66	High	B	famel
78	High	B	famel
79	High	B	famel
67	High	B	famel
65	High	B	famel
51	LOW	B	mal
52	LOW	B	mal
52	LOW	B	mal
78	LOW	B	mal
64	High	B	famel
65	High	B	famel
60	High	B	famel
60	High	B	famel
55	High	B	famel
54	High	B	famel
57	High	B	famel
72	High	B	famel
76	High	B	famel
70	High	B	famel
71	High	B	famel
67	High	B	famel
73	High	B	famel
53	High	B	famel
76	High	B	famel
53	High	B	famel
79	High	B	famel

84	High	B	famel
55	High	B	famel
50	High	B	famel
82	LOW	B	mal
70	LOW	B	mal
49	LOW	B	mal
64	LOW	B	mal
51	LOW	B	mal
32	LOW	B	mal
47	LOW	B	mal
49	High	B	famel
76	High	B	famel
53	High	B	famel
58	High	B	famel
41	High	B	famel
75	High	B	famel
85	High	B	famel
46	High	B	famel
79	High	B	famel
79	High	B	famel
49	High	B	famel
53	LOW	B	mal
67	LOW	B	mal
83	LOW	B	mal
64	High	B	famel
69	High	B	famel
62	High	B	famel
41	High	B	famel
74	High	B	famel
50	High	B	famel
52	High	B	famel
60	High	B	famel
59	High	B	famel
53	High	B	famel
76	High	B	famel
45	High	B	famel
57	High	B	famel
61	High	B	famel
77	High	B	famel
59	High	B	famel
59	High	B	famel
31	High	B	famel
49	High	B	famel
84	High	B	famel
76	High	B	famel
55	High	B	famel
53	High	B	famel

57	High	B	famel
69	High	B	famel
48	High	B	famel
71	High	B	famel
71	High	B	famel
66	High	B	famel
57	High	B	famel
62	High	B	famel
53	High	B	famel
52	High	B	famel
52	High	B	famel
67	High	B	famel
71	High	B	famel
61	High	B	famel
55	High	B	famel
59	High	B	famel
68	LOW	B	mal
55	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
67	LOW	B	mal
66	LOW	B	mal
62	LOW	B	mal
61	LOW	B	mal
66	LOW	B	mal
69	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
66	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
76	LOW	B	mal
77	LOW	B	mal
67	LOW	B	mal
75	LOW	B	mal
56	LOW	B	mal
73	LOW	B	mal
62	LOW	B	mal
53	LOW	B	mal
50	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
78	LOW	B	mal
81	LOW	B	mal
71	LOW	B	mal
74	LOW	B	mal
67	LOW	B	mal
64	LOW	B	mal
51	LOW	B	mal
48	LOW	B	mal
81	LOW	B	mal

57	LOW	B	mal
56	LOW	B	mal
80	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
68	LOW	B	mal
72	LOW	B	mal
75	LOW	B	mal
75	LOW	B	mal
74	LOW	B	mal
62	LOW	B	mal
69	LOW	B	mal
62	LOW	B	mal
50	LOW	B	mal
67	LOW	B	mal
77	LOW	B	mal
45	LOW	B	mal
73	LOW	B	mal
75	LOW	B	mal
48	LOW	B	mal
47	LOW	B	mal
52	LOW	B	mal
63	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
61	LOW	B	mal
64	LOW	B	mal
66	LOW	B	mal
78	LOW	B	mal
79	LOW	B	mal
67	High	B	famel
65	High	B	famel
51	High	B	famel
52	High	B	famel
52	High	B	famel
78	High	B	famel
64	LOW	B	mal
65	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
55	LOW	B	mal
54	LOW	B	mal
57	LOW	B	mal
72	LOW	B	mal
76	LOW	B	mal
70	LOW	B	mal
71	LOW	B	mal
67	LOW	B	mal
73	LOW	B	mal

53	LOW	B	mal
76	LOW	B	mal
53	LOW	B	mal
79	High	B	famel
84	High	B	famel
55	High	B	famel
50	High	B	famel
82	High	B	famel
70	High	B	famel
49	High	B	famel
64	High	B	famel
51	High	B	famel
32	High	B	famel
47	High	B	famel
49	High	B	famel
76	High	B	famel
53	High	B	famel
58	High	B	famel
41	High	B	famel
75	High	B	famel
85	High	B	famel
46	LOW	B	mal
79	LOW	B	mal
79	LOW	B	mal
49	LOW	B	mal
53	LOW	B	mal
67	LOW	B	mal
83	LOW	B	mal
64	LOW	B	mal
69	LOW	B	mal
62	LOW	B	mal
41	LOW	B	mal
74	LOW	B	mal
50	LOW	B	mal
52	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
59	LOW	B	mal
53	High	B	famel
76	High	B	famel
45	High	B	famel
57	High	B	famel
61	High	B	famel
77	High	B	famel
59	High	B	famel
59	High	B	famel
31	High	B	famel
49	High	B	famel

84	High	B	famel
76	High	B	famel
55	High	B	famel
53	LOW	B	mal
57	LOW	B	mal
69	LOW	B	mal
48	LOW	B	mal
71	LOW	B	mal
71	LOW	B	mal
66	LOW	B	mal
57	LOW	B	mal
62	LOW	B	mal
53	LOW	B	mal
52	LOW	B	mal
52	LOW	B	mal
67	LOW	B	mal
71	LOW	B	mal
61	LOW	B	mal
55	LOW	B	mal
59	LOW	B	mal
68	LOW	B	mal
55	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
67	LOW	B	mal
66	LOW	B	mal
62	LOW	B	mal
61	LOW	B	mal
66	LOW	B	mal
69	LOW	B	mal
60	LOW	B	mal
66	LOW	B	mal
60	High	B	famel
76	High	B	famel
77	High	B	famel
67	High	B	famel
75	High	B	famel
56	High	B	famel
73	High	B	famel
62	High	B	famel
53	High	B	famel
50	High	B	famel
60	High	B	famel
78	High	B	famel
81	High	B	famel
71	High	B	famel
74	High	B	famel
67	High	B	famel

64	High	B	famel
51	High	B	famel
48	High	B	famel
81	High	B	famel
57	High	B	famel
56	High	B	famel
80	High	B	famel
60	High	B	famel
68	High	B	famel
72	High	B	famel
75	High	B	famel
75	High	B	famel
53	High	C	famel
56	High	C	famel
62	High	C	famel
69	High	C	famel
80	High	C	famel
87	High	C	famel
67	High	C	famel
79	High	C	famel
88	High	C	famel
75	High	C	famel
47	High	C	famel
69	High	C	famel
72	High	C	famel
76	High	C	famel
61	High	C	famel
83	High	C	famel
57	High	C	famel
76	High	C	famel
68	High	C	famel
46	High	C	famel
89	High	C	famel
83	High	C	famel
57	High	C	famel
68	High	C	famel
71	High	C	famel
73	High	C	famel
70	High	C	famel
80	High	C	famel
85	High	C	famel
77	High	C	famel
60	High	C	famel
55	High	C	famel
75	High	C	famel
47	High	C	famel
46	High	C	famel

76	High	C	famel
80	High	C	famel
76	High	C	famel
63	LOW	C	mal
64	LOW	C	mal
60	LOW	C	mal
78	LOW	C	mal
78	High	C	famel
64	High	C	famel
50	High	C	famel
57	High	C	famel
55	High	C	famel
44	High	C	famel
94	High	C	famel
51	High	C	famel
77	High	C	famel
71	High	C	famel
51	High	C	famel
46	High	C	famel
79	High	C	famel
72	High	C	famel
66	High	C	famel
75	High	C	famel
52	High	C	famel
63	High	C	famel
75	High	C	famel
55	High	C	famel
54	LOW	C	mal
57	LOW	C	mal
79	LOW	C	mal
86	LOW	C	mal
79	LOW	C	mal
60	LOW	C	mal
64	LOW	C	mal
94	High	C	famel
89	High	C	famel
59	High	C	famel
45	High	C	famel
66	High	C	famel
78	High	C	famel
72	High	C	famel
51	High	C	famel
61	High	C	famel
55	High	C	famel
56	High	C	famel
82	LOW	C	mal
72	LOW	C	mal

82	LOW	C	mal
62	High	C	famel
65	High	C	famel
60	High	C	famel
48	High	C	famel
63	High	C	famel
56	High	C	famel
74	High	C	famel
71	High	C	famel
72	High	C	famel
57	High	C	famel
79	High	C	famel
86	High	C	famel
79	High	C	famel
60	High	C	famel
64	High	C	famel
94	High	C	famel
89	High	C	famel
59	High	C	famel
45	High	C	famel
66	High	C	famel
78	High	C	famel
72	High	C	famel
51	High	C	famel
61	High	C	famel
55	High	C	famel
56	High	C	famel
82	High	C	famel
72	High	C	famel
82	High	C	famel
62	High	C	famel
65	High	C	famel
60	High	C	famel
48	High	C	famel
63	High	C	famel
56	High	C	famel
74	High	C	famel
71	High	C	famel
72	High	C	famel
53	High	C	famel
56	LOW	C	mal
62	LOW	C	mal
69	LOW	C	mal
80	LOW	C	mal
87	LOW	C	mal
67	LOW	C	mal
79	LOW	C	mal

88	LOW	C	mal
75	LOW	C	mal
47	LOW	C	mal
69	LOW	C	mal
72	LOW	C	mal
76	LOW	C	mal
61	LOW	C	mal
83	LOW	C	mal
57	LOW	C	mal
76	LOW	C	mal
68	LOW	C	mal
46	LOW	C	mal
89	LOW	C	mal
83	LOW	C	mal
57	LOW	C	mal
68	LOW	C	mal
71	LOW	C	mal
73	LOW	C	mal
70	LOW	C	mal
80	LOW	C	mal
85	LOW	C	mal
77	LOW	C	mal
60	LOW	C	mal
55	LOW	C	mal
75	LOW	C	mal
47	LOW	C	mal
46	LOW	C	mal
76	LOW	C	mal
80	LOW	C	mal
76	LOW	C	mal
63	LOW	C	mal
64	LOW	C	mal
60	LOW	C	mal
78	LOW	C	mal
78	LOW	C	mal
64	LOW	C	mal
50	LOW	C	mal
57	LOW	C	mal
55	LOW	C	mal
44	LOW	C	mal
94	LOW	C	mal
51	LOW	C	mal
77	LOW	C	mal
71	LOW	C	mal
51	LOW	C	mal
46	LOW	C	mal
79	LOW	C	mal

72	LOW	C	mal
66	LOW	C	mal
75	High	C	famel
52	High	C	famel
63	High	C	famel
75	High	C	famel
55	High	C	famel
54	High	C	famel
57	LOW	C	mal
79	LOW	C	mal
86	High	C	famel
79	High	C	famel
60	High	C	famel
64	High	C	famel
94	High	C	famel
89	High	C	famel
59	LOW	C	mal
45	LOW	C	mal
66	LOW	C	mal
78	LOW	C	mal
72	LOW	C	mal
51	LOW	C	mal
61	LOW	C	mal
55	LOW	C	mal
56	LOW	C	mal
82	LOW	C	mal
72	LOW	C	mal
82	LOW	C	mal
62	LOW	C	mal
65	LOW	C	mal
60	LOW	C	mal
48	LOW	C	mal
63	High	C	famel
56	High	C	famel
74	High	C	famel
71	High	C	famel

الملحق -08-

جداول SPSS

الإحصاءات الوصفية:

أنماط السيادة النصفية للمخ

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide أيسر نمط	144	22,3	22,3	22,3
أيمن نمط	290	44,9	44,9	67,2
تكاملي نمط	212	32,8	32,8	100,0
Total	646	100,0	100,0	

الأفكار اللاعقلانية

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide منخفضة	284	44,0	44,0	44,0
مرتفعة	362	56,0	56,0	100,0
Total	646	100,0	100,0	

الصحة النفسية

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide متوسطة	457	70,7	70,7	70,7
منخفضة	123	19,0	19,0	89,8
مرتفعة	66	10,2	10,2	100,0
Total	646	100,0	100,0	

اختبار التوزيع الاعتدالي:

Test Kolmogorov-Smirnov pour un échantillon

	الأفكار	الصحة	الأنماط
N	646	646	646
Paramètres normaux ^{a,b}	Moyenne	125,3127	65,2539
	Ecart type	23,85268	11,85915
Différences les plus extrêmes	Absolue	,038	,061
	Positif	,037	,059
	Négatif	-,038	-,061
Statistiques de test	,038	,061	,229
Sig. asymptotique (bilatérale)	,024 ^c	,000 ^c	,000 ^c

نتائج البحث

الأفكار اللاعقلانية

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approx. ^b	Signification approx.
Nominal par	Phi	,249			,000
Nominal	V de Cramer	,191			,000
Intervalle par	R de Pearson	-,087	,040	-2,227	,026 ^c
Intervalle					
Ordinal par	Corrélation de	-,070	,041	-1,784	,075 ^c
Ordinal	Spearman				
N d'observations valides		646			

a. L'hypothèse nulle n'étant pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur asymptotique standard en envisageant l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

الصحة النفسية

		Valeur	Erreur standard asymptotique ^a	T approx. ^b	Signification approx.
Nominal par	Phi	,207			,000
Nominal	V de Cramer	,131			,000
Intervalle par	R de Pearson	,034	,040	,861	,390 ^c
Intervalle					
Ordinal par	Corrélation de	,040	,040	1,014	,311 ^c
Ordinal	Spearman				
N d'observations valides		646			

a. L'hypothèse nulle n'étant pas considérée.

b. Utilisation de l'erreur asymptotique standard en envisageant l'hypothèse nulle.

c. Basé sur une approximation normale.

Test de Kruskal-Wallis الأفكار

Rangs

type	N	Rang moyen :
afkar أيسر	144	319,42
أيمن	290	347,38
تكاملتي	212	293,60
Total	646	

Tests statistiques^{a,b}

	afkar
Khi-deux	10,259
ddl	2
Sig. asymptotique	,006

a. Test de Kruskal Wallis

b. Variable de regroupement : type

Test de Kruskal-Wallis الصحة

Rangs

type	N	Rang moyen :
sahaha أيسر	144	346,71
أيمن	290	290,57
تكاملتي	212	352,78
Total	646	

Tests statistiques^{a,b}

	sahaha
Khi-deux	16,490
ddl	2
Sig. asymptotique	,000

a. Test de Kruskal Wallis

Test de Mann-Whitney الأفكار

Rangs

sexe	N	Rang moyen :	Somme des rangs
afkar ذكور	284	325,80	92526,50
إناث	362	321,70	116454,50
Total	646		

Tests statistiques^a

	afkar
U de Mann-Whitney	50751,500
W de Wilcoxon	116454,500
Z	-,277
Sig. asymptotique (bilatérale)	,782

Test de Mann-Whitney الصحة

Rangs

sexe	N	Rang moyen :	Somme des rangs
sahaha ذكور	284	317,46	90158,50
إناث	362	328,24	118822,50
Total	646		

Tests statistiques^a

	sahaha
U de Mann-Whitney	49688,500
W de Wilcoxon	90158,500
Z	-,729
Sig. asymptotique (bilatérale)	,466

العلاقة بين الافكار والصحة

Corrélations

		الأفكار	الصحة
الأفكار	Corrélacion de Pearson	1	-,291**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	646	646
الصحة	Corrélacion de Pearson	-,291**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	646	646

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

العلاقة في الأيسر

Corrélations

	VAR00006	VAR00007
VAR00006	1	-,384**
Corrélacion de Pearson		
Sig. (bilatérale)		,000
N	144	144
VAR00007	-,384**	1
Corrélacion de Pearson		
Sig. (bilatérale)	,000	
N	144	144

** . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

العلاقة في اليمين

Corrélations

	VAR00008	VAR00009
VAR00008	1	-,139*
Corrélacion de Pearson		
Sig. (bilatérale)		,018
N	290	290
VAR00009	-,139*	1
Corrélacion de Pearson		
Sig. (bilatérale)	,018	
N	290	290

* . La corrélacion est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

العلاقة في التكاملي

Corrélations

	VAR00010	VAR00011
VAR00010	1	-,364**
Corrélacion de Pearson		
Sig. (bilatérale)		,000
N	212	212
VAR00011	-,364**	1
Corrélacion de Pearson		
Sig. (bilatérale)	,000	
N	212	212

** . La corrélacion est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الملحق -09-

رخصة التطبيق الميداني

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التربية الوطنية

المسيلة في : 2019/10/14
مدير التربية

إلى السيد(ة): م. م. المصطفى
صاحب الدين التويحي + عبد المجيد + م.
! بلهم بآله علي التحيمة
الموضوع : ترخيص بإجراء (تربص - بحث) ميداني بالمسيلة

مديرية التربية لولاية المسيلة
مصلحة التكوين و التفتيش
مكتب التكوين
رقم : 2019/10/8.2.4

بناء على مراسلة

جامعة : الجزائر (2)

قسم : علم النفس و علوم التربية بتاريخ : 2019/10/14 تحت رقم :
يرخص للطلبة الآتية أسماؤهم :

الرقم	اللقب و الاسم	تاريخ و مكان الميلاد	رقم البطاقة
01	أول محمد	13/10/1986 المسيلة	1324
02			
03			
04			

بالدخول إلى : المؤسسة :

خلال الفترة من : 2019/10/14 إلى : 12 جوان 2019

لإجراء (تربص - بحث) ميداني في المحاور التالية :

أبواب المساحة المنصبة للمخبر لدى المراقبين و إشرافهم في
تفعيل العلاقة بين أستاذ و تلميذ و أهمية التقييم

1. العمل وفق ما يسمح به القانون و عدم التطرق إلى ما يمس السر المهني
2. الالتزام التام من طرف المتربصين باحترام القانون داخل مؤسسة الاستقبال و تحملهم المسؤولية إزاء الإخلال بذلك .
3. استغلال المعلومات المتحصل عليها خلال التربص في خدمة الجانب العلمي للمحاور السالفة الذكر لا غير .
4. وضع رزنامة عمل لفائدة المتربصين من طرف المسؤول الأول لمؤسسة الاستقبال خلال الفترة المحددة .

المطلوب من مسؤول المؤسسة الاستقبال اتخاذ كل الترتيبات اللازمة لانجاز العملية في ظروف عادية طبقا للتوجيهات الالفة الذكر .

ع / مدير التربية و بتفويض منه
رئيس مصلحة التكوين و التفتيش

رشيد عليوي

