



جامعة 8 ماي 1945 قالمة
UNIVERSITE 8 MAI 1945 - GUELMA

ISSN : 2661-7927

Vol 1. N°1 : apr 2019

ISSN : 2661-7927

المجلد 1. العدد 1 : أفريل 2019

أبجديات سيكولوجية

دورية دولية علمية محكمة تصدر عن قسم علم النفس - قالمة

Vol I. N° 1, avr 2019 / 2019

المجلد 1. العدد 1. أفريل

University of 8 may 1945, Guelma
Faculty of Human and Social Sciences
Psychology Department



ABC PSYCHOLOGIQUES

ABC PSYCHOLOGIES

Periodical International Scientific Journal published by psychology department: Guelma

N°1 : avr 2019

ISSN : 2661-7927



جامعة قالمة 8 ماي 1948
University of 8 may 1945, Guelma



أبحاث سيكولوجية

في العلوم النفسية والاجتماعية والبيولوجية

مجلة علمية دولية

تصدر عن قسم علم النفس - قالمة

الرقم المعياري الدولي: 2661-7927: ISSN



المجلد 1، العدد الأول أبريل 2019

قسم علم النفس

مدير المجلة:

أ.د. صالح العقون مدير جامع 8 ماي 1945، قلمة

مدير النشر:

أ.د. قاسمي يوسف عميد كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

رئيس التحرير:

د. عبد القادر بهتان، رئيس قسم علم النفس

هيئة تحرير المجلة

جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ التعليم العالي	عسوس عمر
جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ التعليم العالي	ابراهيم بلعادي
جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ التعليم العالي	ماهر فرحان
جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ التعليم العالي	مراجي رايح
جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	إغمين نذيرة
جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	براهمية سميرة
جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	مشطر حسين
جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	حرقاس وسيلة
جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	دشاش نادية
جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	بهتان عبد القادر

الرقم المعياري الدولي: ISSN : 2661-7927

منشورات أبحاث سيكولوجية



Buts du périodique

Le périodique s'intéresse à la publication de recherches scientifiques originales dans le domaine des sciences psychologiques, sociales et biologiques. Notamment les articles, les conférences, les forums, les colloques et les diverses activités formatrices dans différentes disciplines psychologiques (psychanalyse, psychologie clinique, psychologie cognitive, psychoneuroscience, psychologie de la santé, psychologie de l'éducation, psychologie de l'organisation, psychologie expérimentale, psychologie historique, psychologie linguistique, psychologie sociale, sociologie de la santé, philosophie, etc.). Ainsi que tous les travaux qui se croisent avec la discipline de la psychologie.

La revue « ABC Psychologiques » vise spécifiquement à :

1. Encourager les chercheurs, les praticiens, les professeurs chercheurs et les doctorants à faire de la recherche dans le domaine de la connaissance et de son application dans tous ce qu'il concerne l'Homme.
2. Permettre aux chercheurs et aux spécialistes de publier leurs recherches.
3. lectures scientifique des phénomènes psychiques, sociaux et biologiques.

Conditions de publication dans le périodique

1. Le sujet de recherche devrait être originale, une valeur ajoutée, nouvelle, scientifique et cognitive.
2. Le sujet de recherche ne doit pas faire partie d'une recherche publiée, ni d'une thèse universitaire, et ne doit pas être publié, ni promis pour être publiée dans une autre revue.
3. Le périodique publie les sujets de recherche traduits en arabe, à condition que le texte traduit soit accompagné du texte original.
4. Le périodique publie des rapports sur des conférences et séminaires scientifiques et des critiques d'importants livres arabes et étrangers.
5. Le sujet de recherche devrait être caractérisé par la justesse de la langue et l'exactitude de la documentation.
6. La recherche doit être écrite en arabe (taille 14 de Sakal Majalla), français ou anglais (12 de Times New Roman).
7. Le nombre de pages de recherche ne doit pas dépasser vingt (19) pages du périodique, y compris la liste de références.
8. La nécessité d'écrire deux résumés. Un en arabe, et un dans une autre langue.
9. Chaque résumé ne doit pas dépasser 15 lignes, (12 pour l'arabe, et 10 pour les langues étrangères) avec les mots-clés, ainsi que la liste de références.
10. Dimensions du papier modèle 2,5 cm de chaque côté, 1,15 entre les lignes, et taille 16 pour les titres.
11. Accompagner une courte biographie comprenant le nom du chercheur, son diplôme, son université, sa faculté et son département, ainsi que ses plus importantes recherches.
12. Suivez la méthode APA, comme méthode d'écriture, de citation et de références.
13. Les recherches tertiaires devraient être présentées comme suit: Introduction (aborder la nature et but de l'étude, problématique et hypothèses), outils et procédure, résultats, discussion, conclusion et recommandations.
14. Le périodique « ABC Psychologiques » envoie un avis de l'arrivée du sujet de recherche et répond au processus de publication de l'article, qu'il soit acceptable ou non pour publication.

Les sujets de recherches doivent être envoyés à l'adresse électronique suivante:

abcpsychologiques@univ-guelma.dz

أهداف الدورية

تهتم المجلة بنشر البحوث العلمية الأصلية في ميدان العلوم النفسية، والاجتماعية، والبيولوجية. سيما المقالات، ومدخلات المؤتمرات والملتقيات والندوات، ومختلف النشاطات التكوينية، في مختلف التخصصات السيكلوجية (التحليل النفسي، علم النفس العيادي، علم النفس المعرفي، علم النفس العصبي، علم النفس الصّحة، علم النفس التربوي، علم النفس التنظيم، علم النفس التجريبي، علم النفس التاريخي، علم النفس الاجتماعي، علم الاجتماع الصّحة، الفلسفة...)، فضلا عن كل الأعمال التي تتقاطع مع تخصص علم النفس.

تهدف مجلة "أبحاث سيكولوجية" تحديدا إلى مايلي:

1. تشجيع الباحثين: ممارسين، وأساتذة باحثين، وطلبة الدكتوراه على البحث في الميدان المعرفي والتطبيقي في كل ما يخص الانسان.
2. تمكين الباحثين والمختصين من نشر أبحاثهم؛
3. القراءة العلمية للظواهر النفسية، والاجتماعية، والبيولوجية.

شروط النشر في الدورية

1. أن يتسم البحث بالأصالة، والقيمة العلمية والمعرفية المضافة.
2. لا يكون البحث جزءاً من بحوث سابق منشورة أو من رسالة جامعية، وألا يكون منشوراً أو معروضاً للنشر في دورية أخرى..
3. تنشر المجلة البحوث المترجمة إلى العربية، على أن يرفق نص الترجمة بالنص الأجنبي.
4. تنشر المجلة تقارير عن المؤتمرات والندوات العلمية، ومراجعات الكتب العربية والأجنبية المهمة.
5. أن يتسم البحث بسلامة اللسان، ودقة التوثيق.
6. أن يكون البحث مكتوباً باللغة العربية (خط 14 بواسطة Sakal Majalla) أو بالفرنسية أو بالإنكليزية (خط 12 بواسطة Times New Roman).
7. ألا يزيد عدد صفحات البحث على عشرين (19) صفحة من صفحات المجلة بما في ذلك قائمة المراجع.
8. ضرورة كتابة ملخصين. أحدهما بالعربية والآخر بإحدى اللغتين.
9. ألا يتجاوز كل ملخص (15) سطراً، حجم الخط (12) باللغة العربية، و10 باللغة الأجنبية) مع الكلمات المفتاحية، فضلا عن قائمة المراجع.
10. الورقة النموذجية 2,5سم من كل جانب، 1.15 بين الأسطر، العناوين الكبيرة (حجم الخط 16)، والأصغر فالأصغر).
11. أن ترفق البحث سيرة علمية وجيزة تتضمن اسم ولقب الباحث، ودرجته العلمية، وجامعته، وكليته وقسمه، وأهم بحوثه.
12. أن يتبع طريقة الجمعية الأمريكية في الطب (APA) في الكتابة، والفهرسة، وكتابة المراجع.
13. أن يعرض البحث الميداني كالاتي: مقدمة (يوضح فيها طبيعة الدراسة، ودواعي اختيارها، وأهدافها، والاشكالية، والفرضيات)، أدوات الدراسة وطريقة استخدامها، و النتائج و مناقشتها، الخاتمة، والتوصيات.
14. ترسل دورية "أبحاث سيكولوجية" إشعار بوصول البحث، وتجب الباحث بخصوص سرورة المقال للنشر، سواء كان قابلا للنشر أو غيره.

ترسل البحوث إلى البريد الإلكتروني التالي:

abcpsychologiques@univ-guelma.dz



أعضاء الهيئة العلمية

الجزائر	جامعة أوت سكيكدة 1955	أستاذ التعليم العالي	اسماعيل قيرة	الجزائر	جامعة الحاج لخضر باتنة	أستاذ التعليم العالي	نورالدين جبالي
الجزائر	جامعة قسنطينة2	أستاذ التعليم العالي	عيلة رواق	الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ التعليم العالي	ابراهيم بلعادي
الجزائر	جامعة الحاج لخضر باتنة	أستاذ التعليم العالي	بركوز مزوز	الجزائر	جامعة الحاج لخضر باتنة	أستاذ التعليم العالي	بوخميس بوقولة
الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	عبد الحميد حملاوي	الجزائر	جامعة قسنطينة2	أستاذ التعليم العالي	محفوظ بوشلوح
الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	سمير قريد	الجزائر	جامعة البليدة2	أستاذ التعليم العالي	حدار عبد العزيز
الجزائر	جامعة باجي مختار عتابة	أستاذ محاضر أ	عبد الناصر سناني	الجزائر	جامعة باجي مختار عتابة	أستاذ التعليم العالي	رمضان كربول
الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	ليليا بن صويلح	الجزائر	جامعة الحاج لخضر باتنة	أستاذ التعليم العالي	سمير شعبان
الجزائر	جامعة محمد بوضياف المسيلة	أستاذ محاضر أ	عاشور علوطي	الجزائر	جامعة قسنطينة2	أستاذ التعليم العالي	عبد الحميد كربوش
الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	جمال حواوسة	الجزائر	جامعة البليدة2	أستاذ التعليم العالي	عبد العزيز بوسالم
الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	عبد العزيز جاهي	الجزائر	جامعة ورقلة	أستاذ التعليم العالي	عبد الفتاح أبي مولود
الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	عبد الله بوصنورية	الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ التعليم العالي	عمر عسوس
الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ محاضر أ	لخضر غول	الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ التعليم العالي	ماهر فرحان
الجزائر	جامعة الجزائر3	أستاذ محاضر أ	فطيمة بوهاني	الجزائر	جامعة 8ماي 1945 قلمة	أستاذ التعليم العالي	محمد شرقي
الجزائر	جامعة قسنطينة2	أستاذ محاضر أ	محمد بو القمخ	الجزائر	جامعة فرحات عباس	أستاذ التعليم العالي	يوسف حديد
الجزائر	جامعة الجزائر3	أستاذ محاضر أ	بقدي فاطمة	الجزائر	جامعة الجزائر3	أستاذ التعليم العالي	نورة شلوش

من خارج الوطن

المغرب	جامعة الحسن الثاني، الدار البيضاء	أستاذ التعليم العالي	محمد عبدري	الأردن	جامعة اليرموك	أستاذ التعليم العالي	أحمد محمد الحراشيش
مصر و السعودية	جامعي الزقازيق وجزان	أستاذ التعليم العالي	عبد الحميد فتحي	تونس	جامعة تونس	أستاذ التعليم العالي	رياض بن رجب
فرنسا	جامعة فرانكس كوني	أستاذ التعليم العالي	هواري مايدي	الأردن	جامعة أريد الأهلية	أستاذ التعليم العالي	عبدالمهدي محمد صوالحة
المغرب	جامعة الحسن الثاني	أستاذ التعليم العالي	الحسين باعدي	العراق	جامعة ميسان	أستاذ التعليم العالي	علي اليومحمد
العراق	جامعة بغداد	أستاذ التعليم العالي	هاشم حسن	العراق	جامعة بابل	أستاذ التعليم العالي	حسين ربيع
العراق	جامعة بابل	أستاذ التعليم العالي	كامل القيم	الإمارات	جامعة عجمان	أستاذ التعليم العالي	ياس خضر البياتي

العدد (1) أبريل 2019

الرقم المعياري الدولي: ISSN : 2661-7927

منشورات قسم علم النفس. أبحاث سيكولوجية

قائمة المحتويات

2	الخبرة النفسية في مجال المسؤولية الجزائية	141
	د. لشرطريبعة أستاذ محاضر ب. الطالبة: مقدم رشا	
18	تشخيص الأمراض النفسية في المؤسسات العقابية (السجون)	148
	حمدي ريمة (طالبة دكتوراه)	
31	الاتجاه المعرفي- السلوكي وعصرنة العلاج النفسي: مفاهيمه الأساسية وأساليبه العملية.....	
	أ. د. فنطازي كريمة. طالبة دكتوراه: مراد فاطمة الزهراء.	
42	إشكالية السواء واللاسواء وعلاقتها بالمعتقدات الاجتماعية	
	د. فوزيل محمد فؤاد (أستاذ محاضر ب) د. بن شيخ رزقية (أستاذة محاضرة ب)	
55	الخبرة النفسية حلقة الوصل بين علم النفس المرضي والعلوم الجنائية"	
	د. شينا سامية (أستاذة محاضرة أ) طالبة دكتوراه. بوالحيال آية	
69	الفرق بين اضطرابات الطفل والمراهق واضطرابات الراشد، وأهم معايير ضبطها	
	منافقي ياسمين (أستاذة محاضرة "أ") رماش صبرينة (أستاذة محاضرة أ)	
79	الزعة الاجتماعية معيار السواء واللاسواء. (المجرم أنموذجا)	
	د. خياط خالد (أستاذ محاضر "أ") د. حوجوربان (أستاذ محاضر "ب")	
100	الاضطرابات الانفعالية : مقارنة معرفية سلوكية	
	د. عجايي أسماء (أستاذة محاضرة ب)	
114	نحو إعادة النظر في التشخيص للاضطرابات النفسية والمرضية	
	عيدوسي عبد الهادي: طالب دكتوراه، أستاذ متعاقد جامعة سطيف2	
130	السواء واللاسواء في علم النفس المرضي والمعايير الأساسية في تحديدهما	
	طالبة دكتوراه. لكحل وهيبه د. بوزربية سناء	
	Le bilan psychologique de l'enfant: pratique et déontologie	141
	D. SNANI Abdelnacer (HDR)	
	La pratique psychologique et les Aléas de la formation universitaire.....	148
	Mme Abassi Maa (Maitre de conférences)	

الخبرة النفسية في مجال المسؤولية الجزائية

Le statut de l'expertise psychologique dans le domaine de la responsabilité pénale

الطالبة: مقدم رشا

قانون خاص

جامعة الجيلالي بونعامة- خميس مليانة

mayadarine7@gmail.com

05.53.54.37.07

د. لشطر ربيعة أستاذ محاضر

علم النفس الاجتماعي

جامعة باجي مختار- عنابة

lachtarkarima@gmail.com

06.59.99.97.85

Résumé : les tendances récentes en matière de criminologie et de sanctions visent à introduire les conditions de la commutation de peine pour certains crimes, en particulier si le juge dispose des preuves que l'accusé a subi de fortes pressions psychologiques, qui ne justifient pas son infraction pénale mais réduisent le montant de la peine qui peut lui être infligé. Au juge uniquement de soumettre le prévenu à de telles infractions pénales à l'expertise psychique d'un expert compétent.

À la lumière de ce qui précède, le sujet peut être abordé en posant les questions suivantes : Qu'est-ce que l'expertise psychique ? Quelles sont les principales différences entre expertise psychique et expertise psychologique ? Qu'est-ce que la responsabilité pénale ? Quelle est la crédibilité du document d'expertise psychique dans la réalisation d'un procès équitable dans le cadre de la mise en accusation de la responsabilité pénale de l'accusé ? Le juge a-t-il le pouvoir de soumettre l'accusé à une expertise psychique ?

Mots-clés : expertise psychique, morale générale, responsabilité pénale, patient, accusé

ملخص: إنّ الاتجاهات الحديثة في علم الجريمة والعقاب ترمي إلى الأخذ بظروف تخفيف العقوبة في بعض الجرائم خاصة إذا ما توافر لدى القاضي ما يثبت أن المتهم يعاني من ضغوط نفسية حادة، الأمر الذي لا يبرر فعله الجرمي وإنما يخفف من مقدار العقوبة المحتمل توقيعها عليه، ولا يتأتى ذلك للقاضي إلا من خلال إخضاع الشخص المنسوب إليه تلك الأفعال المجرمة إلى خبرة نفسية صادرة عن خبير مختص.

وعلى ضوء ما تقدم ذكره يمكن معالجة الموضوع من خلال طرح التساؤلات التالية: ما المقصود بالخبرة النفسية؟ وما هي أهم نقاط الاختلاف بينها وبين الخبرة العقلية؟ وما المقصود بالمسؤولية الجزائية؟ ما مدى مصداقية ورقة الخبرة النفسية في تحقيق محاكمة عادلة في إطار تحميل المسؤولية الجزائية للمتهم؟ وهل للقاضي واسع السلطة في إخضاع المتهم للخبرة النفسية؟ كلمات مفتاحية: الخبرة النفسية، الآداب العامة، المسؤولية الجنائية، المريض، المتهم

مقدمة

تخضع سلوكيات الأفراد داخل المجتمعات لقواعد النظام العام والآداب العامة التي تشكل في مجملها المعيار الأمثل للسلوك السوي أو السلوك غير السوي. فسلوكيات الأفراد قد تتأثر بعوامل ومؤثرات خارجية (الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، السياسية،...)، وأخرى داخلية متعلقة بالشخص في حد ذاته (عوامل نفسية، عقلية، صحية)، هذه العوامل الداخلية قد تجعل من تصرفاته في أحيان كثيرة سلوكيات غير سوية مخالفة لقواعد النظام العام والآداب العامة والتي قد تكون في نظر القانون فعلا مجرما يجعل الشخص محلا للمتابعة الجزائية ومن ثم تحميله للمسؤولية الجزائية - إذا ما توافرت أركانها- من خلال توقيع العقاب عليه، الذي يختلف في شدته من جريمة إلى أخرى. غير أن الاتجاهات الحديثة في علم الجريمة والعقاب ترمي إلى الأخذ بظروف تخفيف العقوبة في بعض الجرائم خاصة إذا ما توافر لدى القاضي ما يثبت أن المتهم يعاني من ضغوط نفسية حادة، الأمر الذي لا يبرر فعله الجرمي وإنما يخفف من مقدار العقوبة المحتمل توقيعها عليه، ولا يتأتى ذلك للقاضي إلا من خلال إخضاع الشخص المنسوب إليه تلك الأفعال المجرمة إلى خبرة نفسية صادرة عن خبير مختص.

وعلى ضوء ما تقدم ذكره يمكن معالجة الموضوع من خلال طرح التساؤلات التالية: ما المقصود بالخبرة النفسية؟ وما هي أهم نقاط الاختلاف بينها وبين الخبرة العقلية؟ وما المقصود بالمسؤولية الجزائية؟ ما مدى مصداقية ورقة الخبرة النفسية في تحقيق محاكمة عادلة في إطار تحميل المسؤولية الجزائية للمتهم؟ وهل للقاضي واسع السلطة في إخضاع المتهم للخبرة النفسية؟

سوف نحاول الإجابة عن تلك التساؤلات من خلال الخطة التالية:

المحور الأول: ماهية المرض النفسي

المحور الثاني: تقرير الخبرة النفسية

المحور الثالث: أثر المرض النفسي على المسؤولية الجنائية

المحور الرابع: السلطة التقديرية للقاضي في الأخذ بالخبرة النفسية

المحور الأول: ماهية المرض النفسي

أولاً- تعريف المرض النفسي عند علماء النفس

عرف أنه: "حالة نفسية تصيب تفكير الإنسان أو مشاعره، أو حكمه على الأشياء، أو سلوكه وتصرفاته، إلى حد تستدعي التدخل لرعاية هذا الإنسان ومعالجته في سبيل مصلحته الخاصة أو مصلحة الآخرين من حوله" (مدخل إلى الطب النفسي - <http://www.6abid.com/a-892.htm>).

وعرف بأنه: "حالة من عدم التوافق مع المجتمع، وعدم التطور بما يتناسب مع مرحلة النمو، وكراهية النفس والآخرين والعجز عن الإنجاز والركود ورغبة في الوصول إلى الموت" (تعريف المرض النفسي <http://forum.z4ar.com/f55/t80388.html>).

في تعريف آخر بأنه: "اضطراب وظيفي في الشخصية، يرجع أساسا إلى الخبرات المؤلمة، أو الصدمات الانفعالية، أو اضطرابات الفرد مع البيئة الاجتماعية التي يتفاعل معها بألوان من الخبرات المؤلمة التي تعرض لها في الماضي والحاضر وأثرها في المستقبل" (كمال ابراهيم مرسى، 1998، تعريفات الصحة النفسية في الإسلام، ص 39).

كما عرف أنه: "اضطراب في السلوك يظهر لدى الشخص فيؤذيه، ويجرح صحته النفسية وكفايته الإنتاجية، وفائدته في المحيط الذي يعيش فيه من غير أن يجعله عاجزا عن الإنتاج، ومن غير أن يجعل الصلة بينه وبين المحيط حوله معطوبة" (نعيم الرفاعي، الصحة النفسية، ص 267).

وآخر تعريف نورده هو أن: "مجموعة من الانفعالات المركبة من الجانب اللاشعوري المكتسب من الاستعدادات النفسية للإنسان تضم كل منها ذكريات وخواطر انفعالية معينة مؤلمة أو منفرة، لا تستسيغها الذات الحسية فتكبتها في اللاشعور حيث تنشط في دفع الإنسان إلى مسالك شتى من السلوك الشاذ" (عبد العزيز القوصي، 1952، أسس الصحة النفسية، ص 114).

ومن خلال كل ما تقدم يمكننا تعريف المرض النفسي بأنه حالة غير طبيعية تنتاب الإنسان فتؤثر على عقله وتسبب له اضطرابا في تفكيره وإدراكه، أو شذوذا في سلوكه وتصرفاته، واختلاطا في مشاعره وعواطفه، فتعدم أهليته كلية أو تنقصها".

ثانيا- علاقة المرض النفسي بالمرض العقلي

لا يفرق عموم الناس وبل حتى خصوصهم في بعض الأحيان ما بين المرض النفسي والمرض العقلي إلى درجة أنهم يرون أن المرض النفسي ما هو إلا جنونا، فيمتنعون عن زيارة الطبيب النفسي خشية أن يوصفوا بأنهم مرضى بالجنون، غير أن الحقيقة ليست كذلك، كون المرض العقلي (الذهان) يختلف عن المرض النفسي (العصاب) بمجموعة من الفروق كما أن أعراض كل منهما تختلف عن الآخر، وسنوضح ذلك على النحو الآتي:

ثالثا- الفرق بين المرض النفسي والمرض العقلي

يختلف المرض النفسي عن المرض العقلي من خلال ما يلي:

- 1- المرض النفسي ينشأ من عوامل نفسية كالنزعات، والرغبات المكبوتة، ولا دور للوراثة في نشوئها، بينما المرض العقلي ينشأ عن إختلالات عضوية أو وظيفية في الجهاز العصبي، وللوراثة دور متفاوت في نشوئها.
- 2- يقتصر أثر المرض النفسي على اضطراب جزئي في بعض عناصر شخصية المريض، أما أثر المرض العقلي فيبدو في اضطراب جميع أو معظم عناصر شخصية المريض.
- 3- المصاب بمرض نفسي يبقى متصلا بمجتمعه، وقادرا على مواصلة عمله كالمعتاد في أغلب الأحوال، بينما المريض العقلي تنقطع صلته بمجتمعه، ويعيش في عالم خاص به، فيما عدا فترات الإفاقة في الأمراض العقلية التي تتخللها هذه الفترات.
- 4- المريض النفسي لا يفقد الإدراك والإرادة، وإن كان يضعف لديه الإدراك والإرادة، كما أنه لا يفقد الاستبصار إذ يدرك بأنه مريض، في حين يفقد المريض العقلي الإدراك والإرادة أو أحدهما، كما يكون فاقد الاستبصار ولا يعرف شيئا عن مرضه، كما أنه يرفض العلاج لاعتقاده بأنه ليس مريضا، فهو لا يشعر بمرضه، ويجهل شذوذ أحواله وأطواره.

5- الأمراض النفسية تحتاج إلى أخصائي نفسي لعلاجها، فيعالجها المحلل النفسي بعلاج نفسي مع التحليل النفسي لشخصية المريض، مع علاج مادي مساعد كالعقاقير المهدئة أحيانا، أما الأمراض العقلية فتحتاج إلى طبيب أمراض عقلية، وتعالج بعلاج مادي كالصدمات مع علاج نفسي مساعد أحيانا.(أكرم نشأت ابراهيم، 1998، علم النفس الجنائي، ص 91، 92).

رابعا- أعراض المرض النفسي والعقلي

- 1- أعراض المرض النفسي: يتسم المرض النفسي بعدة أعراض أهمها:
 - وجود صراعات داخلية، وتصدع في العلاقات الشخصية، فعادة ما يتسم سلوك العصبيين بالتعاسة، وسيطرة مشاعر الذنب، وعدم الفاعلية في الموقف الاجتماعية ومواقف العمل.
 - ظهور أعراض مختلفة منها: القلق، الخوف، الاكتئاب، الوسواس، الأفعال القهرية، فالمريض النفسي تسيطر عليه أحيانا بعض الاضطرابات المحددة كالخوف الذي لا مبرر له من الإصابة بالأمراض الجسمية، أو بعض الموضوعات التي لا تثير بطبيعتها الخوف.
 - سهولة الاستثارة، والحساسية المفرطة، فالعصابيون بشكل عام أشخاص تسهل إثارتهم، لأنهم تملكهم أحاسيس الكآبة والشعور بالنقص.
 - اضطرابات في النوم والطعام.
 - يبني العصابي عادة خطة تكيفه مع الحياة على أساس الهروب، وتجنب الأسباب التي تؤدي إلى الاضطراب.
 - العصابي يستطيع مواصلة نشاطه وعمله، بالرغم من إحساسه الظاهر بالعجز والتقيد. (أحمد عكاشة، 2003، الطب النفسي المعاصر، ص 115).
- 2- أعراض المرض العقلي: يختص المرض العقلي بجملة من الأعراض أهمها:
 - المرض العقلي عبارة عن اضطرابات نفسية شديدة تصيب الشخصية.
 - المريض العقلي يصبح اتصاله بالواقع ضعيفا أو معطوبا أو معطلا وغير سوي.
 - تفكير المريض العقلي يصير مصابا أو منحرفا.
 - يظهر المريض العقلي وكأنه يعيش في عالم يخصه، ويبدو أن عالمه من نسجه وصنعه، وانه غارق فيه وقانع بما ينطوي عليه (نعيم الرفاعي، الصحة النفسية، ص 242).

المحور الثاني: تقرير الخبرة النفسية

أولا- تعريف الخبرة

تعتبر الخبرة استشارة فنية يلجأ إليها القضاة لتقدير مسألة فنية تقتضي دراية علمية عادة لا تتوفر لدى القضاة، وعرفت بأنها: "إبداء رأي فني من شخص فني مؤهل في شأن واقعة ذات أهمية في الدعوى الجنائية" (جندي عبد المالك، 2008، الموسوعة الجنائية، ص 225).

وتعتبر الخبرة النفسية من بين الأعمال الفنية التي يستعين بها القضاة بمناسبة التحقيق القضائي الذي يقومون به في بعض القضايا الجنائية التي تقتضي معرفة الحالة النفسية للفاعل وقت إقدامه على ارتكاب جريمته للوقوف على مدى مسؤوليته الجنائية، وهذا ما نص عليه المشرع الجزائري في المادة: 68 الفقرة 09 من قانون الإجراءات الجنائية "ويجوز لقاضي التحقيق أن يأمر بإجراء الفحص الطبي كما له أن يعهد على طبيب بإجراء فحص نفسي أو يأمر

باتخاذ أي إجراء يراه مفيدا. وإذا كانت تلك الفحوص الطبية قد طلبها المتهم أو محاميه فليس لقاضي التحقيق أن يرفضها إلا بقرار مسبب" (قانون الإجراءات الجزائية الجزائري). ويتضح من النص المذكور أن الخبرة النفسية جوازية بالنسبة للقاضي، إلا أنه إذا طالب بها المتهم أو محاميه فإنه لا يجوز لقاضي التحقيق رفض طلبه، وإذا حصل وأن سكت عن الإجابة على الطلب، جاز للمعني رفع الأمر أمام غرفة الاتهام عملا بأحكام المادة 143 من قانون الإجراءات الجزائية: "...يمكن الطرف المعني إخطار غرفة الاتهام مباشرة خلال عشرة (10) أيام، ولهذه الأخيرة أجل ثلاثين (30) يوما للفصل في الطلب، تسري من تاريخ إخطارها. ويكون قرارها غير قابل لأي طعن" (قانون الإجراءات الجزائية الجزائري). وما يجب التنويه به هو أن مواد الخبرة المنصوص عليها بباب قاضي التحقيق من 143 إلى 156 بما في ذلك المادة 68 المذكورة أنفا تطبق على جميع الجهات القضائية وهذا ما أشارت إليه المادة 219 من قانون الإجراءات الجزائية التي وردت في باب الأحكام المشتركة في جهات الحكم. (قانون الإجراءات الجزائية الجزائري).

ثانيا- تعيين الخبير النفسي

يختار الخبير النفسي من بين قائمة الخبراء المعتمدين من طرف وزارة العدل، والمسجلين بجدول الخبراء النفسيين المعد من طرف المجالس القضائية، والذين يكونون قد أدوا اليمين القانونية بمناسبة اعتمادهم كخبراء لأول مرة على الشكل التالي: "اقسم بالله العظيم بأن أقوم بأداء مهمني كخبير على خير وجه وبكل إخلاص وأن ابدى رأيي بكل نزاهة واستقلال" (المادة 145 من قانون الإجراءات الجزائية)، كما يمكن الاستعانة بخبراء نفسيين خارج الجدول بشرط تأديتهم لليمين القانونية من طرف القاضي المنتدب قبل الشروع في أعمالهم وهذا ما نصت عليه الفقرات الثلاث الأخيرة من نص المادة 145 من قانون الإجراءات الجزائية: "...ويؤدي الخبير الذي يختار من خارج الجدول قبل مباشرة مهمته اليمين السابق بيانها أمام قاضي التحقيق أو القاضي المعين من الجهة القضائية. ويوقع على محضر أداء اليمين من القاضي المختص والخبير والكاتب. ويجوز في حالة قيام مانع من حلف اليمين لأسباب يتعين ذكرها بالتحديد أداء اليمين بالكتابة ويرفق الكتاب المتضمن ذلك بملف التحقيق".

ويشترط في الخبير النفسي كغيره من الخبراء توفر على الأقل الشروط المنصوص عليها بالمرسوم التنفيذي رقم 95 - 310 المحدد لشروط التسجيل في قائمة الخبراء القضائيين وكيفية كفاءته كما يحدد حقوقهم وواجباتهم، وهي:

- أن يكون المترشح لأعمال الخبرة متمتعا بالجنسية الجزائرية.
- أن تكون له شهادة جامعية أو تكوين مهني.
- التأهيل.
- غياب الجزاءات الجنائية والتأديبية والتجارية. (المرسوم التنفيذي رقم 95-310 المؤرخ في 10 أكتوبر 1995 الجريدة الرسمية رقم 60 لسنة 1995).

هذا ويمكن للخبير النفسي الاستعانة بخبراء آخرين من ذوي الاختصاص لإتمام مهمته على أن يقدم طلبا بذلك إلى القاضي المعين (المادة 149 من قانون الإجراءات الجزائية).

ثالثا- إعداد تقرير الخبرة

ينجز الخبير النفسي تقريراً مفصلاً يشرح فيه جميع الأعمال التي قام بها والإجابات الضرورية حسب المهام المطلوبة منه، ويستمتع للمتهم بغير حضور القاضي المعين ولا محاميه، ثم يودع تقرير خبرته لدى الجهة التي عينته وفي الأجل المحدد (المواد 151 فقرة أخيرة، 153 من قانون الإجراءات الجزائية).

ويحرر التقرير في شكل مكتوب باليد أو بالرقن، ويذكر فيه الخبر مجموعة من البيانات موزعة حسب الأجزاء الثلاثة التالية:

الجزء الأول: يتشكل من البيانات التالية- تاريخ تحريره، - صفة اسم ولقب الخبير المحرر له، مرجعيات الحكم القضائي المنتدب من خلاله للقيام بأعمال الخبرة، ذكر المهام المسندة إليه، والإشارة إلى هوية الشخص المعني بالخبرة. **الجزء الثاني:** يدون فيه الخبر بالتفصيل جميع الفحوص والاختبارات الفنية التي أجراها على المعني بالخبرة النفسية، ومن باب الإضافة العلمية فإن الخبير النفساني في هذه المرحلة يتبع عدة إجراءات ويعتمد بعض الاختبارات نذكرها على النحو الآتي:

إجراءات القياس النفسي ذات الصلة بالسياق الشرعي

من الأدوار الرئيسية للخبير النفسي ذلك الدور الذي يسميه هاوارد الدور الاكلينيكي، الذي يقوم على الخبرة التي يتمتع بها علماء النفس من العمل مع المرضى (العملاء) في وسط علاجي من نوع ما، وعادة ما يتمثل هذا الدور في مساعدة الأشخاص المصابين بمرض أو اضطراب، وهو ما يمنح عالم النفس خبرة في جوانب كثيرة من الشذوذ إضافة إلى مهارات المناقشة التي قد لا يمتلكها المحامون.

في سياقات كثيرة وعند تقييم العميل يستخدم المختص النفسي ما يعرف عموماً باسم إجراءات القياس النفسي وأكثر دقة وتخصصاً "الاختبارات النفسية" (ديفيد كانتر، 2014، ص56، ص57).

يوجد أعداد كثيرة من الاختبارات يمكن أن تكون ذات نفع للإجراءات القانونية، إذ تتضمن تقييماً لأشكال كثيرة للقدرة العقلية والقدرات المعرفية، ويمكن أن تشمل أيضاً قياسات لجوانب متنوعة من الشخصية -سواء كانت أنماط التفاعل مع الآخرين أو الانبساط النفسي أو سبل التأقلم مع التوتر.

يستخدم العديد من هذه الإجراءات ما يعرف بالأساليب الإسقاطية التي تعود أصولها إلى أفكار فرويد عن العقل اللاوعي وتتكون من صور غامضة على أن يفسرها وأشهرها اختبار بقع الحبر لروشاخ، الذي فيه تعرض مجموعة معيارية من لطخات متناظرة (ترجع أصول هذا الأسلوب إلى لعبة "بلوتو" المنزلية)، وعلى المستجيب أن يصف ما يراه في الصورة الغامضة.

وكذا اختبار تفهم الموضوع، وفيه تعرض على العميل صورة ملتبسة والمطلوب أن يروي قصة تناسب الصورة.

أمثلة عن إجراءات التقييم النفسي ذات الصلة بالسياق الشرعي

- تقييم الشخصية:

- الاختبارات الإسقاطية:

• اختبار بقع الحبر لروشاخ.

• اختبار تفهم الموضوع.

- الاختبارات الموضوعية:

• اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية.

• قائمة تقييم الشخصية.

II - التفكير والإدراك:

• مقياس ويكسلر لذكاء البالغين.

• اختبار تتبع الأثر أ - ب.

• مجموعة اختبارات لوريا نبراسكا العصبية الفسيولوجية.

- تقييمات شرعية خاصة
- الحكم المهني المنظم
- خطر العنف الجنسي 20.
- قائمة السيكوباتية – مراجعة –
- بروتوكول تقييم مرتكبي الجرائم الجنسية من الأحداث.
- ستاتيك 2002 (تاريخ المجرم بإعتباره مؤشر على الخطر).
- دليل تقييم خطر العنف.
- التمارض.
- مقابلة منظمة عن الأعراض المبلغ عنها.
- إختبار فقدان الذاكرة.

بعض المتلازمات النفسية التي استخدمت باعتبارها أدلة في المحاكم

- متلازمة الطفل المعنف.
- متلازمة المرأة المعنفة.
- متلازمة الاعتداء الجنسي في الطفولة.
- متلازمة مع الاعتداء الجنسي في الطفولة.
- متلازمة الذاكرة الكاذبة.
- متلازمة باي بروكسي، ويطلق عليها الاضطراب المفتعل باي بروكسي.
- متلازمة الاغتراب الأبوي.
- اضطراب قلق ما بعد الصدمة.
- متلازمة صدمة الاغتصاب.
- متلازمة الذكريات المستعادة. (ديفيد كانتر، 2014، علم النفس الشرعي، ص73).

الجزء الثالث: يذكر فيه بدقة النتائج المتوصل إليها بكل موضوعية وحيادية، لينتهي تقريره بذكر المرفقات إن وجدت، مع التوقيع الشخصي له ووضع ختمه.

ملاحظة: يجوز للقاضي استدعاء الخبير النفسي وسماعه حول نتائج خبرته وهذا بعدما أن يحلف اليمين بأن يعرض نتائج أعماله بذمة وشرف وله أن يراجع تقريره ومرفقاته (المادة 155 من قانون الإجراءات الجزائية).

المحور الثالث: أثر المرض النفسي على المسؤولية الجنائية

قبل التطرق لمعرفة الأثر المرض النفسي على تقدير المسؤولية الجنائية للجاني لابد أولاً من التعرض بشيء من الإيجاز لتبيان المقصود من المسؤولية الجنائية، ثم نستعرض أهم الجرائم التي يمكن أن تكون ميدانا للخبرة النفسية، وفي الأخير مكانة الخبرة النفسية في تقدير المسؤولية الجنائية

أولاً- المقصود بالمسؤولية الجنائية

تقوم المسؤولية الجنائية على أساس الإدراك والاختيار، فالإدراك يعني قدرة الإنسان على فهم ماهية أفعاله وتقدير نتائجها، وهي قدرة واقعية تتعلق بماديات الفعل في ذاته ونتائج هذا الفعل الطبيعية كما هي في الواقع المألوف، وهي

أيضا قدرة اجتماعية تستمد من الخبرة الإنسانية العامة في التمييز بين الخير والشر، أي قدرة الفهم أو الشعور بما ينطوي عليه فعله من خير أو شر.

فالمقصود إذا هو فهم الفعل من حيث كونه فعلا تترتب عليه نتائجه العادية والواقعية، وليس المقصود فهم ماهيته في نظر القانون الجنائي، فإن الإنسان يسأل عن فعله حتى ولو كان يجهل أن القانون يعاقب عليه، إذا فالعمل بقانون العقوبات والتكليف المستخلص منه مفترض، ونتيجة لذلك يكون التمييز متوافرا حتى ولو ثبت لدى الجاني عدم علمه بقانون العقوبات، فهذا العلم لا علاقة له بالإدراك.

والإدراك يختلف عن الإرادة، فالإرادة هي توجيه الذهن إلى تحقيق عمل من الأعمال، ولكنها قد تكون إرادة واعية (تحمل المسؤولية الجنائية) وقد تكون إرادة غير واعية، فالمجنون يريد أفعاله التي يأتها ولكنه لا يدرك مداها ولا يقدر على التفرقة بين ما هو مباح له وما هو ممنوع منه، والأمر يكون كذلك بالنسبة للمريض النفسي متى انعدمت إرادته، بحيث لا يتحمل المسؤولية الجزائية على أفعاله بشرط أن تكون حالة المرض النفسي المعدم للإرادة قد عاصرت جريمته، كما هو الشأن في حالة الجنون وهذا ما نص عليه المشرع الجزائري في المادة 47 من قانون العقوبات: "لا عقوبة على من كان في حالة جنون وقت ارتكاب الجريمة" (قانون العقوبات الجزائري).

وتعتبر حالة المرض النفسي المعدم للإرادة من موانع المسؤولية الشخصية يستفيد منها من توافرت لديه فقط دون غيره من المساهمين معه في الجريمة.

كما يمكن أن تأمر الجهة القضائية بوضعه بمؤسسة استشفائية متخصصة لتلقي العلاج اللازم إلى غاية شفائه، كما هو معمول به في حالة الجنون عملا بنص المادة 47 من قانون العقوبات التي تسمح بوضع المصاب بالجنون بمؤسسة استشفائية للأمراض العقلية بحيث تنص المادة 21 قانون عقوبات على مايلي: "الحجز القضائي في مؤسسة استشفائية للأمراض العقلية هو وضع الشخص بناء على أمر أو حكم أو قرار قضائي في مؤسسة مهياة لهذا الغرض بسبب خلل في قواه العقلية قائم وقت ارتكابه الجريمة أو اعترافه بعد ارتكابها" (قانون العقوبات الجزائري).

ثانيا- أهم الجرائم الموجبة لخبرة نفسية

قبل استعراض أهم فئات الجرائم التي تكون موضوع خبرة نفسية، يتحتم علينا أولا توضيح مفهوم الفعل المجرم.

1- مفهوم الجريمة

أ- الجريمة لغة: مأخوذة من مصدر جرم، والجرم هو القطع، جرمه، يجرمه، جرما، أي يقطعه. والجرم هو التعدي والذنب، والجمع إجرام، جرم فيقال فلان أجرم أي أذنب (ابن منظور، 1994، لسان العرب، ص 445).

ب- المفهوم الاجتماعي للجريمة: عرفها راد كليف براون بأنه: "انتهاك العرف السائد مما يستوجب توقيع الجزاء على منتهكيه" (جلال الدين السيد رمضان، 2001، الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية، ص184)، أو هي "كل انحراف من المعايير التي تتصف بقدر هائل من الجبرية والنوعية والكلية". ومعنى هذا أنه لا يمكن أن تكون جريمة إلا إذا توافرت فيها الأركان الآتية:

- القيمة التي تقدرها الجماعة وتحترمها.
- انعزال حضاري أو ثقافي داخل طائفة من طوائف تلك الجماعة، فلا تعود تلك القيمة تقدر وتصبح غير مهمة لهم.
- اتجاه عدائي والضغط من جانب أولئك الذين يقدرون تلك القيمة الجماعية، ضد الذين لا يقدرونها.
- ج- المفهوم النفسي للجريمة: الجريمة من وجهة نظر علم النفس، هي: "تعبير عن طاقة انفعالية لم تجد لها مخرجا اجتماعيا، فأدت إلى سلوك لا يتفق والأوضاع التي يسمح بها المجتمع".

أما رائد علم النفس فرويد فيرى أن: "الجريمة هي تعبير عن الطاقة الغريزية التي لم تجد لها مخرجا اجتماعيا مقبولا مما حدا بها إلى البحث عن مخرج غالبا ما يكون غير مقبول اجتماعيا" (أكرم عبد الرزاق المشهداني، واقع الجريمة واتجاهاتها في الوطن العربي، 2005، ص45).

أما الجريمة عند ألفريد أدلر، فإنها " مثل المرض النفسي تأتي نتيجة للصراع بين غريزة الذات أي النزعة للتفوق وبين الشعور الاجتماعي".

ويرى ألكسندر أن: " السلوك الاجرامي ما هو إلا نتيجة للاضطراب في مكونات الشخصية الثلاث: الهو، الذات والذات العليا. في تكييفها مع منظومة الأخلاق والمعايير السائدة في المجتمع" (جلال الدين السيد رمضان، 2001 الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية ، ص182).

د- مفهوم الجريمة في علم الإجرام: يعرف علم الإجرام في قاموس مصطلحات على الاجتماع بأنه: " دراسة السلوك الإجرامي، والتركيز على طبيعة وأشكال حدوث الأفعال الإجرامية- الأنماط- وتوزيعها الجغرافي والاجتماعي، وكذا الصفات النفسية والفيزيائية والتواريخ والأصول الاجتماعية للمجرمين، وكذا العلاقات بين الإجرام وغيره من السلوك غير العادي" (فاروق مداس، 2003، ص180).

فالجريمة في علم الإجرام هي: " كل سلوك إنساني معاقب عليه بوصفه خرقا لقيم المجتمع ولمصالح أفراده الأساسية متى كان هذا السلوك كاشفا عن نفسية منحرفة أو عن تكوين إجرامي" (عبد الرحمن العيسوي، 1992، مبحث في الجريمة، ص25).

هـ- مفهوم الجريمة في الشريعة الإسلامية: الجريمة في التشريع الإسلامي، هي: " محظورات شرعية زجر الله عنها بحد أو تعزير" والمحظورات هي إما إتيان فعل منهي عنه، أو ترك فعل مأمور به، وقد وصفت بأنها(شرعية) إشارة إلى أنها محظورة من لدن الشارع الحكيم (أبو زهرة محمد، 1998، الجريمة والعقوبة في الفقه الإسلامي، ص20).

وقد عرفها الفقهاء بأنها: " إتيان فعل محرم أو معاقب على فعله، أو ترك فعل واجب معاقب على تركه" (جابر عوض السيد و أبو الحسن عبد الموجود، الانحراف والجريمة في عالم متغير، 2004، ص134).

فالجريمة وفق مفهوم الشريعة إضافة إلى كونها انحراف دنيوي، فإنها في نفس الوقت معصية دينية يعاقب عليها في الدنيا والأخرة (أكرم عبد الرزاق المشهداني، 2005، واقع الجريمة واتجاهاتها في الوطن العربي، ص38).

و- التعريف القانوني للجريمة: ثمة تعريفات شتى للجريمة من المنظور القانوني منها ما هو قانوني محض ينطلق من كونها ظاهرة قانونية فحسب منها ما هو قانوني-اجتماعي يزاوج في تعريفه للجريمة بين جانبيها القانوني الشكلي من ناحية وبين جانبيها الاجتماعي الواقعي من ناحية أخرى، ولكن يجمع بين كافة هذه التعريفات أنها تستمد عناصرها من نصوص القانون الجنائي ولعل أهمها التعريف التالي: " سلوك إنساني، معاقب عليه، بوصفه خرقا أو تهديدا لقيم المجتمع أو لمصالح الأفراد الأساسية، أو لما يعتبره المشرع كذلك، ووسيلة هذا النص القانون الجنائي" (سليمان عبد المنعم، 2000، النظرية العامة لقانون العقوبات، ص 257، 258).

أهم المداخل النظرية المفسرة للسلوك الإجرامي

النظرية	تفسير الجريمة	
البيولوجية	وجود خلل عضوي في تكوين المجرم. المجرم مطبوع على الإجرام، وعوامله بيولوجية ووراثية، وليس للبيئة أي أثر في إجرامه. ومن أهم رواده: لومبروزو، جارو فالو، انريكو فيريرو، توماس، جودارد بولمان، دجال.	
النفسية	تعزوها إلى سوء التوافق النفسي بين الفرد والمجتمع. الصراع بين مكونات الشخصية. الضعف العقلي، والأمراض العقلية والعصبية. تعبيرا عن الدوافع الغريزية اللاشعورية (المكبوتة). ومن أهم رواده: فرويد، أدلر، يونغ، ردا.	
الاجتماعية	الأنومي	غياب التضامن والتكافل الاجتماعي. الفقر والمشكلات الاجتماعية. التناقض بين الأهداف والوسائل في تحقيقها.
	التفكك الاجتماعي	التنازع والتضارب السائد في المجتمعات الحضرية (المدن). التحضر والتعدد الاجتماعي والكثافة السكانية الكبيرة.
	الافتراق الاختلاط	تنشأ بالمخالطة وتبادل العلاقات مع الآخرين داخل الإطار العام للتنظيم الاجتماعي. سوء أو فقدان التنظيم الاجتماعي. لعدة عوامل وأسباب لها ارتباط بالجريمة.
	الوصم	الوصم الاجتماعي السلبي والرسعي الذي يصنف الفرد كمجرم أو خارج دائرة الأعضاء المألوفين في الجماعة.
	الاضطراب الاجتماعي	ضعف الرابطة بين الفرد والمجتمع. ضعف الانغماس في النشاطات المقبولة اجتماعيا. ضعف الالتزام بتحقيق الأهداف الاجتماعية. ضعف امتثال الفرد لعرف الجماعة.
	الثقافية	وجود ثقافات فرعية متباينة داخل الثقافة العامة. الصراع الثقافي. التخلف الثقافي. الانتقال الثقافي. الفجوات الثقافية. تعقد ومادية الثقافة.
	الاقتصادية	النظام الاقتصادي السائد (الرأسمالية). الفقر، البطالة، الدخل المتدني... الدورات الاقتصادية كالانكماش والرخاء.

<p>خداع وحقد المرأة الوراثي. تحرير المرأة. التنشئة الاجتماعية المختلفة للمرأة. مشاركة المرأة الاقتصادية وخروجها للعمل. ومن أهم رواده: دوركايم، سندرلاند، ادوين لمرت، هيرشي كوهين، أوجيرن، دونالد تافت، ماركس، دي فيرس، بولاك، كارول سمارت، سيمون.</p>	النسوية	
<p>قوى خارجية تؤثر على الفرد: كالفقر، الحرمان، والصراعات، والفرص المحدودة. قوى داخلية تدفع الفرد للجريمة: القلق، الشعور بالدونية... ضعف الاحتواء الداخلي والخارجي يجعل الفرد عرضة للانحراف.</p>	الاحتواء	
<p>فقدان السيطرة. غياب الهدف من الحياة (اليأس). الانفصال عن المعايير التي توجه السلوك. انفصال الفرد عن ذاته (الاستياء) واغترابه عن ذاته. الانفصال عن الأهداف المحددة ثقافيا.</p>	الانغتراب	التكاملية (الشاملة)
<p>استعداد الفرد بعدم قبول قواعد السلوك الاجتماعي واحترام الآخرين في المجتمع. المرض الإجرامي. عوامل بيولوجية ونفسية وفسولوجية. خلل عضوي ونفسي لدى الفرد. عوامل داخلية تتعلق بتكوين الفرد، وعوامل خارجية تؤثر عليه وتضعف من قدرته. من رواده: لوكس، ميلفين سيمان، وي تيليو.</p>	الاستعداد الإجرامي (التكوين)	

2- فئات الجرائم القابلة لإجراء خبرة نفسية: لا توجد فئة بعينها من فئات الجرائم المختلفة المعنية بالخبرة النفسية أو نوع محدد من الجرائم، وإنما يبقى ذلك متروكا لسلطة القاضي المعروضة عليه القضية، هو الذي يحدد ما إذا كان الأمر يستدعي اللجوء إلى خبير نفسي أم لا؟، فضلا عن ذلك فإنه كما سبقت الإشارة إليه يحق للمتهم (الجاني أو الفاعل) أو محاميه طلب عرضه على خبير نفسي، غير أن هذا لا يحول دون محاولة عرضنا لأهم فئات الجرائم التي يمكن أن تكون محلا لإجراء خبرة نفسية، على أن نذكر أهمها على سبيل المثال لا الحصر على النحو الآتي:

أ- فئة الجرائم الماسة بحياة الإنسان

- جناية القتل العمد البسيط 254، 255، 256، 257، 261 من نفس القانون.
المواد: 254، 255، 256، 257، 261 من نفس القانون.

- جناية قتل الأصول المواد 254، 258، 261 من نفس القانون.

- جناية التسميم المواد 254، 260، 261 من نفس القانون.

- جناية القتل مع استعمال التعذيب أو أعمالا وحشية المواد 254، 262، 261 من نفس القانون.

- جناية خطف المؤدي للوفاة الماد تين 293 الفقرة الثالثة، 263 الفقرة الأولى من نفس القانون.

- جنابة خطف الأطفال مع التعذيب أو العنف الجنسي أو طلب فدية أو أدى على الوفاة المادتين 293 مكرر 01 الفقرة الثانية، 263 الفقرة الأولى من نفس القانون.

ب- فئة الجرائم الماسة بالأخلاق

- جريمة المرأة التي أجهضت نفسها المادة 310 من قانون العقوبات.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن المشرع الجزائري في قانون الصحة الجديد لسنة 2018 جاء بالمادة 77 التي تنص على أنه: "يهدف الإيقاف العلاجي للحمل إلى حماية صحة الأم عندما تكون حياتها أو توازنها النفسي والعقلي مهددين بخطر بسبب الحمل"، أي يعمل وقائي متى استدعت الضرورة ذلك وتجنيب المرأة صاحبة الحالة النفسية غير المتوازنة من الوقوع في جريمة الإجهاض، كما حدد الجهة المختصة بالقيام بعملية توقيف الحمل أو الإجهاض، وذلك في المادة 78 من قانون الصحة الجديد: "لا يمكن إجراء الإيقاف العلاجي للحمل إلا في المؤسسات العمومية الاستشفائية" (القانون رقم 11-18 المؤرخ في 02 جويلية 2018 الجريدة الرسمية رقم 46 لسنة 2018 ص 10).

- جنحة ترك مقر الأسرة من أحد الوالدين المادة 330 فقرة رقم 01 من قانون العقوبات.

- جنحة عدم دفع عمدا للنفقة المقررة قضاء المادة 331 من نفس القانون.

- جنابة الفعل المخل بالحياء بالعنف على إنسان ذكر أو أنثى المادة 335 من نفس القانون.

- جنابة الاغتصاب المادة 336 من نفس القانون.

- الفواحش ما بين ذوي المحارم المواد: 334، 335، 336 المرتبطة بالمادة 337 من نفس القانون.

ج- فئة الجرائم الماسة بالمال

- جرائم السرقة المتكررة من نفس الفاعل المواد 350 إلى 359 من نفس القانون.

- جرائم النصب المتكررة من نفس الفاعل والموجه للجُمهور المادة 372 فقرة 02 من نفس القانون.

- جرائم خيانة الأمانة المتكررة من نفس الفاعل المادة 376 من نفس القانون.

د- فئة الجرائم الماسة بحركة المرور

- جرائم القتل الخطأ المقترنة بمخالفة قانون المرور حسب نص المادتين 288 من قانون العقوبات والمادة 69 من

قانون تنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وأمنها، وجرائم الجروح الخطأ التي يتجاوز العجز الكلي المؤقت فيها

الثلاثة أشهر المادة 289 من قانون العقوبات والمادة 70 من قانون تنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وأمنها.

- مخالفات المرور المعنية بنص المادتين 69 و 70 من قانون تنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وأمنها هي:

الإفراط في السرعة، التجاوز الخطير، عدم احترام الأولوية القانونية، عدم الامتثال لإشارات الأمر بالتوقف التام،

المناورات الخطيرة، السير في الاتجاه الممنوع، سير مركبة بدون إنارة أو إشارة أو وقوفها في وسيط الطريق ليلا أو أثناء

انتشار الضباب في مكان خال من الإشارة العمومية، الاستعمال اليدوي للهاتف المحمول أو التصنت بـكلتا الأذنين

بوضع خوذة التصنت الإذاعي أو السمعي أثناء السياقة، تشغيل الأجهزة السمعية البصرية أثناء السياقة. (الأمر رقم

03-90 المؤرخ في 19 أوت 2001 المعدل والمتمم للقانون المتعلق بتنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وأمنها لسنة

2001، ص 09، الجريدة الرسمية عدد 45 لسنة 2009)

ثالثا: قيمة الخبرة النفسية في تقدير المسؤولية الجنائية

لقد قسم علماء النفس الأمراض النفسية من حيث تأثيرها على المدارك العقلية للإنسان ومنه على مدى تحمله للمسؤولية الجنائية إلى نوعين هما:

الصنف الأول: يضم الأمراض التي تؤثر على عقل الفرد فيفقد استبصاره بما حوله، وتضعف كفاءته وإنتاجيته وقدرته في الحكم على الأمور، ويحدث منها أعراض غريبة لم تعهد عن ذلك الشخص، ولم تعرف عنه، بأن تتأثر أحد حواسه أو بعضها بما هو غير مألوف لديه، كسماعه لبعض الأصوات التي لا وجود لها في الواقع، أو وصفه لنفسه بأنه يرى بعض الأجسام دون أن يكون لها أي وجود على أرض الواقع، ومثل هذه الأمراض لها تأثير على المسؤولية الجنائية، ويختلف أثرها حسب اختلاف أنواعها (أكرم نشأت إبراهيم، 1998، علم النفس الجنائي، ص 177). ومنها مرض تسلط الأفكار الخبيثة الذي ينشأ عن ضعف الأعصاب أو الوراثة، ومظهره وقوع الإنسان تحت سلطان فكرة معينة، والشعور القوي الذي لا يدفع بالرغبة في إتيان فعل معين استجابة للفكرة المتسلطة، كمن يعتقد أنه مضطهد، أو أناس يريدون تسميمه فيشعر بالرغبة الجامحة في قتل من يتوهم أنه يريد قتله أو الانتقام منه، حكم هذا النوع من المرضى إلحاقهم بصفة المجانين إن كانوا بأتون أفعالهم وهم فاقدوا الإدراك، وإن لم يكونوا كذلك فإنهم يتحملون مسؤوليتهم الجنائية.

كما أن المريض النفسي المصاب بازدواج الشخصية الذي يظهر في بعض الأحيان بغير مظهره العادي، وتتغير أفكاره ومشاعره، وقد تتغير ملامحه، ويأتي أعمالا ما كان يأتها وهو في حالته العادية، ثم تزول الحالة الطارئة فلا يذكر شيئا مما حدث له بعد أن يعود إلى حالته الطبيعية، وحكمه في هذه الحالة حكم المجنون لا يتحمل المسؤولية الجنائية عن الأفعال الصادرة منه. (عبد القادر عودة، التشريع الجنائي الإسلامي، ص 588، 589).

الصنف الثاني: ويتمثل في الأمراض التي لا تؤثر على عقل الإنسان، ولا يفقد معها استبصاره أو قدرته في الحكم على الأمور، ومثل هذه الأمراض ليس لها تأثير على المسؤولية الجنائية ولكن قد تكون سببا في تخفيف العقوبة حسب تقدير القاضي. (أكرم نشأت إبراهيم، 1998، علم النفس الجنائي، ص 178).

المحور الرابع: السلطة التقديرية للقاضي في الأخذ بالخبرة النفسية:

الخبرة النفسية شأنها شأن باقي أدلة الإثبات الأخرى تخضع للسلطة التقديرية للقاضي، متى اقتنع بها أخذ بها، ومتى رأى عكس ذلك استبعدها، وهذا ما جاء به نص المادة 212 من قانون الإجراءات الجزائية في باب طرق الإثبات: "يجوز إثبات الجرائم بأي طريق من طرق الإثبات ما عدا الأحوال التي ينص فيها القانون على غير ذلك، وللقاضي أن يصدر حكمه تبعا لاقتناعه الخاص" (قانون العقوبات الجزائري المعدل والمتمم).

فالإقتناع الخاص أو الشخصي كما يسمى هو حالة ذهنية ويمتاز بكونه ذو خاصية ذاتية نتيجة لتفاعل ضمير القاضي عند تقديره للأدلة المعروضة أمامه. (أبو عامر: ص 135).

ومن ثمة فإن المطلوب من القاضي هو أن يتوصل إلى التأكيد واليقين وأن يبني حكمه على الإثبات القطعي كونه معيارا موضوعيا، وأن يبتعد عن الذاتية في استخلاص الدليل، ولذا كان لزاما على القاضي عند استبعاده للخبرة الخبرة النفسية كدليل إثبات أن يسبب حكمه تسببا كافيا وإلا تعرض حكمه للنقض، وهذا ما جعل العمل القضائي يستقر في حالة عدم اقتناع القاضي بعمل الخبر اللجوء إلى خبرة مضادة وعادة ما يندب لها فريق من الخبراء حتى تكون الخبرة أكثر مصداقية، ومن هنا يمكننا القول أن الخبرة النفسية سيكون شأنها شأن الخبرة العقلية أو الخبرة المحاسبية، لها قوتها الإقناعية وحجيتها أمام القضاء الجنائي.

خلاصة

خلاصة لكل ما تم ذكره بمتن المداخلة، فالخبرة النفسية تعتبر من أهم الأعمال الفنية التي يمكن اللجوء إليها لتفسير الدوافع الحقيقية وراء إتيان الفاعل (الجاني) لجريمته، ومدى تحمله لمسؤوليته الجنائية، ومما ألماننا بالموضوع فإنه يبقى من بين أهم المواضيع استقطابا للبحث والدراسة، ويحتاج إلى أيام دراسية وملتقيات وطنية ودولية لتبادل الخبرات الأجنبية، ومع ذلك ومن خلال دراستنا هذه فإننا توقعنا عند جملة من النتائج التي تستوجب إسداء حزمة من التوصيات الآتية التي بمقدورها يمكن إثراء الموضوع أكثر وسد بعض النقائص:

النتائج المتوصل إليها:

- انعدام قانون خاص بفئة الخبراء النفسانيين.
- المشرع الجنائي الجزائري لم يقربعد بحالة المرض النفسي المعدم للإرادة كمانع من موانع المسؤولية الجنائية، أو كسبب مخفف للعقوبة.
- لا يوجد نظام قانوني خاص بفئة المرضى نفسيا أو عقليا للتكفل بهم، كما هو معمول به في بعض الدول مثل مصر.
- شح العمل القضائي في اللجوء إلى الخبرة النفسية رغم وجود نص المادة 68 من قانون الإجراءات الجزائية التي يمكن تطبيقها أمام جميع الجهات القضائية.
- عدم اشتراط الخبرة النفسية كوثيقة إلزامية في تكوين ملف الترشح للحصول على رخصة السياقة، وكذا في اللجوء إليها عندما ترتكب جريمة القتل الخطأ أو الجروح الخطأ المقترنة بإحدى الحالات المنصوص عليها بالمادة 69 من قانون تنظيم حركة المرور المعدل سنة 2009، وذلك من أجل تقدير السحب المؤقت أو النهائي لرخصة السياقة حسب درجة خطورة الجريمة وشخصية الفاعل.

التوصيات:

- وضع قانون أساسي خاص بالخبراء النفسانيين، مصدره المادة 68 من قانون الإجراءات الجزائية وأحكام المرسوم التنفيذي رقم 95-310 المؤرخ في 10 أكتوبر 1995 المحدد لشروط التسجيل في قائمة الخبراء القضائيين وكيفية عمله كما يحدد حقوقهم وواجباتهم.

- السماح للأساتذة الجامعيين المختصين في علم النفس العاملين أو المتقاعدين أن يكون خبراء نفسانيون معتمدون لدى الجهات القضائية، كما هو معمول به لدى فئة المحامين والأطباء.
- وضع نص ضمن قانون العقوبات يجعل من حالة المرض النفسي المعدم لإرادة الفاعل سببا من موانع المسؤولية الجنائية كما هو الوضع بشأن حالة الجنون المنصوص عليها بالمادة 47 من قانون العقوبات.
- وضع نظام قانوني خاص بالمرضى نفسيا وعقليا للتكفل بهم، وعدم الاكتفاء بنصوص متفرقة كما هو الشأن بالمادة 77 من قانون الصحة الجديد التي تكلمت عن حالة الإجهاض فقط.
- حث السادة القضاة على تفعيل الماد 68 من قانون الإجراءات الجزائية والعمل بالخبرة النفسية متى كان لها محلا في ذلك، وكذا إعطاء أهمية خاصة للجرائم المرورية متى تعلق بالقتل الخطأ أو الجروح الخطأ واقتربت بظرف من الظروف المذكورة بالماد 69 من قانون المرور سالف الذكر، وهذا من أجل السحب المؤقت أو الدائم لرخصة المرور.
- تعديل نص المادة 56 من القانون رقم 05-17 المؤرخ في 16 فيفري 2017 المعدل والمتمم للقانون المتعلق بتنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وأمنها لسنة 2001، بإضافة الخبرة النفسية الدورية كإجراء وقائي إجباري للتقليل مستقبلا من وقوع الجرائم المرورية.

مراجع

- 1- قانون العقوبات الجزائري.
- 2- قانون الإجراءات الجزائية الجزائري المعدل والمتمم
- 3- القانون رقم 11-18 المؤرخ في 02 جويلية 2018 الجريدة الرسمية رقم 46 لسنة 2018.
- 4- الأمر رقم 03-90 المؤرخ في 19 أوت 2001 المعدل والمتمم للقانون المتعلق بتنظيم حركة المرور عبر الطرق وسلامتها وأمنها لسنة 2001، ص 09، الجريدة الرسمية عدد 45 لسنة 2009.
- 5- المرسوم التنفيذي رقم 95-310 المؤرخ في 10 أكتوبر 1995 الجريدة الرسمية رقم 60 لسنة 1995.
- 6- أكرم، عبد الرزاق المشهداني، (2005): واقع الجريمة واتجاهاتها في الوطن العربي، السعودية: جامعة نايف العربية.
- 7- أكرم، نشأت إبراهيم، (1998): علم النفس الجنائي، عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 8- أحمد، عكاشة (2003): الطب النفسي المعاصر، مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- 9- أبوزهرة، محمد، (1998): الجريمة والعقوبة في الفقه الاسلامي، القاهرة: دار الفكر العربي.
- 10- جابر، عوض السيد و أبو الحسن، عبد الموجود، (2004): الانحراف والجريمة في عالم متغير، القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- 11- جلال الدين، السيد رمضان، (2001): الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- 12- جمال الدين محمد، ابن منظور، (1994): لسان العرب، لبنان.
- 13- ديفيد، كانتر، (2014): علم النفس الشرعي، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة: القاهرة.

- 14- سليمان، عبد المنعم، (2000): النظرية العامة لقانون العقوبات، مصر: دارالجامعة الجديدة للنشر.
- 15- عبد الرحمن، العيسوي، (1992): مبحث في الجريمة، لبنان: دار النهضة العربية.
- 16- عبد العزيز، القوصي، (1952): أسس الصحة النفسية، مصر.
- 17- عبد القادر، عودة: التشريع الجنائي الإسلامي، لبنان: دار الكتاب العربي.
- 18- عبد المالك، جندي، (2008): الموسوعة الجنائية، مصر.
- 19- فاروق، مداس، (2003): قاموس مصطلحات علم الاجتماع، دار مدني للطباعة والنشر.
- 20- كمال، إبراهيم مرسي، (1998): تعريفات الصحة النفسية في الإسلام، الكويت: كلية الشريعة والدراسات الإسلامية.
- 21- نعيم، الرفاعي: الصحة النفسية دراسة سيكولوجية التكيف، الأردن: الطبع والنشر لجامعة دمشق.
- 22- تعريف المرض النفسي وما هو المرض النفسي؟ (<http://forum.z4ar.com/f55/t80388.html>).
- 23- مدخل إلى الطب النفسي – طبيب دوت كوم (<http://www.6abid.com/a-892.htm>).

تشخيص الأمراض النفسية في المؤسسات العقابية (السجون)

حمدي ريمة (طالبة دكتوراه)

جامعة باجي مختار عنابة

أستاذة مؤقتة بجامعة 8 ماي 1945، قائمة

orion.rima@gmail.com0779718595

Résumé: le diagnostic en pathologie fait référence à la classification des informations relatives à l'état comportemental et émotionnel de la personne, ainsi qu'au processus de prise de décision relatif à la relation d'une personne à une catégorie neurologique spécifique selon un ensemble de critères spécifiques. Il est impossible de parler de diagnostic et de classification sans faire une liste de maladies convenue. La classification fait référence à l'ordre des catégories de neurones les unes par rapport aux autres. De nombreuses tentatives ont été faites pour développer et classifier les classifications des troubles mentaux, et le classicisme a deux approches descriptives : Classification mondiale des maladies psychiatriques et comportementales (OMS) ou Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux et psychosomatiques (DSM).

Le diagnostic vise à donner une image claire de l'individu afin de fournir une assistance ou un service psychologique et de développer un programme thérapeutique, pierre angulaire du processus d'assistance, qu'il soit simple, avancé ou en profondeur.

Mots-clés : *sémiologie, pathologie, diagnostic, diagnostic*

ملخص: يشير التشخيص في علم النفس المرضي إلى تصنيف المعلومات المتعلقة بالحالة السلوكية والانفعالية للشخص، وتهدف عملية التشخيص إلى تكوين صورة واضحة عن الفرد قصد تقديم المساعدة أو الخدمة النفسية ووضع برنامج علاجي بغية إصلاح الفرد سيما داخل المؤسسات العقابية، ولكي يكون صالحا يعاد إدماجه من جديد في وسطه، والسعي إلى علاجه ومحاربة الجريمة بشتى أشكالها، ولكي يتحقق ذلك لا بد من السعي إلى مفهوم التشخيص في هذا الحيز من خلال تسليط المنهج العلمي في التعامل مع مشاكل اضطرابات السلوك والأمراض النفسية، سواء داخل السجن أو بعد الإفراج عنه. فكيف يتم تشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية في المؤسسات العقابية؟ وما هو دور الأخصائي النفسي في هذه المؤسسات؟

كلمات مفتاحية: السميولوجيا، علم النفس المرضي، التشخيص، التشخيص السيكاتري، النزيل

مقدمة

عرف المرض النفسي أو العقلي منذ قديم الزمان، وظهرت عدة محاولات لفهم وتأمل أعراضها والتعرف على أسبابها، والتي كانت في البداية تنسب إلى الأرواح الشريرة أو الشياطين التي تلج إلى جسد الانسان فتسبب له اضطرابات عقلية ونفسية، ثم أصبح ينظر إليهم باعتبارهم سحرة يودعون في السجون ويعذبون، وتوالت هذه التفسيرات عبر التاريخ في مختلف الحضارات حتى نادى الطبيب الفرنسي فيليب بينيل 1793 بضرورة البحث عن أسباب الأمراض العقلية في البنى البيولوجية والفيسيولوجية للمريض.

وتعتبر الاضطرابات والأمراض النفسية والسلوكية من الظواهر البارزة في حياتنا اليومية والاجتماعية، ويعتبر علم النفس المرضي أحد الفروع التي تهتم بدراسة هذه الظواهر، فهو أحد فروع علم النفس النظرية التي تعتمد عليها الفروع التطبيقية، وهو العلم الذي يهتم بالشق المرضي للظاهرة النفسية ويبحث في السلوك المضطرب أو نواحي العجز في القدرة على أداء السلوك السوي، ويعرفه Bergeret بأنه دراسة الجانب النفسي واضطراباته، يهدف إلى تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية وأسبابها وصراعات الشخص الداخلية أو الخارجية في سعيه للتكيف.

ويشير التشخيص في علم النفس المرضي إلى تصنيف المعلومات المتعلقة بالحالة السلوكية والانفعالية للشخص، كما ويشير لسيرة اخذ القرار لنسب شخص ما إلى فئة نوزولوجية محددة وفقا لمجموعة من المعايير المحددة، فيقوم الاخصائي النفسي بتحديد نوعية المرض او الاضطراب وتسميتها وتصنيفها وفق نظام تصنيفي متعارف عليه.

وبالتالي فإن علم النفس المرضي يعرف على أنه العلم الذي يهتم بالجانب المرضي للظاهرة النفسية، وهو دراسة علمية تزيل الغموض عن أسرار هذه الأمراض ومناهج البحث وقضية التشخيص وأساليب الكشف عن هذه الاضطرابات، فأصبح لهذا العلم دورا بارزا في تطوير مختلف البنى والمؤسسات الاجتماعية، بالتعرف على المشكلات التي يمكن أن تواجه الأفراد في هذه البنى، والمؤسسات العقابية كنموذج، والتي تمثل تجمع غير عفوي لفئة معينة من المجتمع لديها مميزاتها وخصوصياتها، والتي من الطبيعي أن تظهر عليها بعض أنواع الأمراض النفسية، فالعقاب أمر أساسي في أي نظام اجتماعي، والهدف منه ردع المجرم، وإنذار الآخرين ممن تحدثهم نفوسهم بعمل إجرامي، لذلك يعتبر العقاب من أهم أسباب استقرار النظام الاجتماعي.

ولطالما جلب الوسط العقابي اهتمام العديد من الباحثين والفاعلين والخبراء في الصحة النفسية والطب العقلي، ففي هذا المجال وبعد أن كانت توجد تصنيفات تقليدية مثل مجرم مبتدئ ومجرم معتاد أو مجرم محكوم عليه بالإعدام وآخر بالأبدي وأخر بمدة قابلة للتقلص، أصبحت التصنيفات الحديثة مثل: مجرم سوي ومجرم مريض.

فالسوي هو الذي لا يعاني من أي مرض عقلي أو نفسي دفعه إلى ارتكاب جريمته، غير أنه إنسان لا يحترم القوانين الاجتماعية والدينية والعرف، أما الصنف الثاني فهو مجرم مريض، وهذا النوع من الجريمة اهتم العلم الذي عادة لا يدرس الجريمة الناتجة عن جهل القانون أو اهماله، غير أن القانون يعاقب على هذا الفعل. فالعلم انصب على دراسة دوافع الجريمة من خلال دراسة السلوك البشري، ومحاولة فهمه للوصول إلى الأسباب التي تجعل الدوافع تتخطى الموانع والحواجز القانونية والدينية الرادعة، فيقع الإنسان في الجريمة، كما وأوضح الباحثون أن تقييد حرية الإنسان وبقائه في مكان واحد لفترة طويلة إضافة إلا ما قد يتعرض له من تعذيب أو اضطهاد قد يؤدي إلى معاناته من الأمراض والاضطرابات النفسية.

ولكي يتغير وجه المؤسسات العقابية ويتغير مفهومها القديم إلى مفهوم حديث يتسم بالفعالية ويكتسي الطابع الإنساني، ويصون حقوق الأفراد المودعين بها ويتجسد شعار إعادة التربية والتأهيل الذي يحتوي على برنامج متنوعة، يخص فتح مدارس للتعليم العام وورشات للتكوين المهني ومجالات لممارسة الرياضة والترفيه والتعبير عن الرغبات والمشاعر والنمو السليم من الناحية الجسمية وإصلاح الفرد والنفسية، والسعي إلى علاج المجرم ومحاربة الجريمة بشتى أشكالها الجانح، لكي يكون فردا صالحا يعاد إدماجه من جديد في وسطه، ولكي يتحقق ذلك لا بد من موظفين مؤهلين من الناحية العلمية والمعرفية لتعزيز ذلك المسعى بانتهاج المنهج العلمي في التعامل مع مشاكل اضطرابات السلوك والأمراض النفسية، فلا مناص من التعاون مع النفسانيين للمساهمة في المحافظة على التوازن النفسي والشخصي للنزلاء سواء داخل السجن أو بعد الإفراج عنهم، فكيف يتم تشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية في المؤسسات العقابية؟ وما هو دور الأخصائي النفسي في هذه المؤسسات؟

1- مفهوم السجن والمساجين

1-1- مفهوم السجن

يعتبر مفهوم السجن مفهوم قديم، إذ تم تداوله في الكثير من التناولات لما يمثله من ارتباط بواقع الحياة العامة للفرد والمجتمع، والسجون هي تلك المؤسسات المعدة خصيصا لاستقبال المحكوم عليهم بعقوبات مقيدة للحرية وسالبة لها، وهي تشترك في ذلك مع الحكم بالأشغال الشاقة والاعتقال، حيث يحرم المحكوم عليهم من الخروج أو متابعة الحياة بشكل عادي في أجواء طليقة، وعادة ما يرتبط بالسجون عدة مفاهيم وتسميات مثل مراكز التأديب أو دور الإصلاح والتأديب أو التقويم أو مؤسسات إعادة التربية أو غير ذلك من التسميات. و يعرف نظام القانون الجزائري السجن أو المؤسسة العقابية على أنها " مكان للحبس تنفذ فيه وفقا لقانون العقوبات السالبة للحرية، والأوامر الصادرة عن الجهات القضائية، والإكراه البدني عند الاقتضاء. (مصطفى شريك، 2011، ص21-22).

- تصنيف المؤسسات العقابية بالجزائر

تتميز المؤسسة المغلقة بنظام يفرض الانضباط وإخضاع المحبوسين للمراقبة الدائمة وتنقسم المؤسسات إلى:

- مؤسسة وقاية تستقبل المحبوسين مؤقتا والذين لا تتجاوز مدة عقوبتهم سنتين.
- مؤسسة إعادة التربية تستقبل المحبوسين الذين لا تتجاوز مدة عقوبتهم خمس سنوات.
- مؤسسة إعادة التأهيل وهي مخصصة لحبس المحكوم عليهم لمدة تفوق خمس سنوات والمحكوم عليهم معتادي الإجرام والخطيرين والمحكوم عليهم بالإعدام.

ويتعين على المحبوس بمجرد التحاقه بالمؤسسة العقابية احترام النظم والقواعد المعمول بها، واحترام قواعد الانضباط والحفاظ على أمن المؤسسة والصحة والنظافة والامتثال للتفتيش حسب النظام الداخلي.

يتم فحص المحبوسين تلقائيا بمجرد التحاقهم بالمؤسسة العقابية وكلما دعت الضرورة، ويوضع الأفراد الذين تثبت لديهم حالة المرض العقلي أو الإدمان على المخدرات أو المدمن على المخدرات الذي يرغب في إزالة التسمم بهيكل استشفائي متخصص لتلقي العلاج، ويمارس الأخصائيون مهامهم في المؤسسات العقابية تحت سلطة المدير وتحت

رقابة قاضي تطبيق العقوبات، وهم مكلفون بالتعرف على شخصية المحبوس ومساعدته على حل مشاكله الشخصية والعائلية. (سايل حدة وحيدة، أحمد فاضلي، 2015، ص 270).

2-1- مفهوم السجين

عرف السجين على أنه الشخص الذي منعت حريته ومنع من التصرف بنفسه، سواء كان ذلك من خلال وضعه في قبوكما كان سائدا في الوقت الماضي أو كان ذلك من خلال وضعه في بناء مقفل، يوضع فيه الأشخاص المتهمون في انتظار محاكمتهم أو تنفيذ الأحكام الصادرة ضدهم كما هو سائد ومعمول به في الوقت الحاضر. وهو ما يتوافق مع ما ذهب إليه المشرع الجزائري في تعريفه للسجين أو المحبوس، والذي قال عنه أنه الشخص الذي ارتكب جريمة أو أكثر، مخالفا بذلك نصا في القانون عمدا، ومودعا في إحدى المؤسسات العقابية. (مصطفى شريك، 2011، ص 25).

2- سيكولوجية المساجين

يشكل المساجين في المؤسسات العقابية وبالخصوص منها إعادة التأهيل والتربية مجتمعا موازيا للمجتمع الخارجي الذي يتمتع بصفة السوية، والمجتمع العقابي تحكمه ضوابط وقوانين والتي يتعلمها المسجون الجديد تلقائيا عند دخوله السجن، ففي الجزائر أو في أي بلد آخر يكتسب النزول مع مرور الأيام شخصية جديدة مخالفة لشخصيته الأصلية التي تكون قد ضاعت منه في متاهات الشوارع وعلى عتبات الانحراف رغم حفاظه على بعض سماته الشخصية، حيث يجد نفسه مجبرا على التكيف وسط هذا العالم الغريب بعدما عجز عن التكيف مع المجتمع الذي ترعرع فيه، ويستخدم تلك الشخصية مؤقتا كطريقة للعيش فيكتسب سلوكيات تتناسب مع حاجاته ومتطلباته داخل السجن.

وتستمر حياته على نمط معين وإيقاع تتحكم فيه الغرائز والحاجات اليومية ويبقى بين مد وجزر، يستقبل الأيام وينتظر المواسم ويكبر في السن، ومع تراكم الأيام يتأقلم مع مجتمعه الجديد، ومعنى ذلك أنه يتخلى عن الكثير من الصفات الشخصية والطباع الذاتية ويدوب في الشخصية الجماعية الجديدة وذلك بتقليد من سبقوه إلى السجن، ويخضع تلقائيا لتوجيهاتهم، وبذلك تنتقل عقلية المساجين بين بعضهم البعض ويكونون مجتمعا متشاهما.

لكن رغم ذلك فإن النفساني وخلافا لباقي موظفي السجون عندما يلقي نظرة على المساجين سواء داخل القاعات أو في أي مكان يتواجدون به يلمس تضارب سلوكهم وتناقض تصرفاتهم واختلاف استجاباتهم للمؤثرات التي يتعرضون لها واختلاف نظرهم لوضعيتهم العقابية أو حالاتهم النفسية أو ظروفهم الاجتماعية وحتى مكاسمهم الثقافية والمعرفية، وفعلا مثلما تختلف النظرة إلى السجين من لدن أفراد المجتمع، فالسجناء أيضا تختلف نظرة كل واحد منهم إلى نفسه وتقييمه لذاته، إذ نفرق بين من يحكم على نفسه بأنه بطل يحكم تواجدته في السجن، وعلى من يحكم على نفسه بالندالة لأنه ينتمي إلى عالم المساجين، وهذا دليل على رفض الانتماء والتواجد بالسجن، فرغم تعايش المساجين بعضهم مع بعض في نفس الظروف الحياتية إلا أنه توجد بينهم فروقات عميقة نستخلصها من تصرفاتهم.

وسيكولوجية المساجين موضوع مثير للاهتمام، فالحياة في السجن مشحونة بالقلق الذي يعتبر أساسا لمختلف الأمراض النفسية الأخرى التي تنتقل بين المساجين في غالب الأحيان بالإيحاء، فبمجرد سماع مسجون لزميله الذي يتحدث عن القلق أو الأرق أو الاكتئاب مثلا يتأثر بهذا الكلام ويصاب بأحد تلك الأمراض. فالأمراض التي تصيب المساجين جلها أمراض نفسية أو نفسجسدية، علما بأن بعض نزلاء السجن يدخلون إليه وهم مصابون مسبقا بأمراض نفسية متعددة قد تتطور خلال تواجدهم بالسجن فليس كل الأمراض من عمل الحياة العقابية، بل هذه الحياة نفسها تساعد البعض على إيجاد، ذواتهم وتشفي البعض الآخر من عدة أمراض نفسية. (وناس أمزيان، 2010، ص 44).

والهدف الأسمى الذي يسعى إليه النفساني بمختلف طرق العلاج التي يطبقها هو الوصول إلى التوافق الذاتي والاجتماعي للمساجين ومساعدتهم على العيش بأمن وسلام من فتك القلق والحصر والأرق ومختلف الأمراض الأخرى. ولأجل تحقيق الهدف نفسه تغيرت فلسفة الدولة نهائيا في منطق المعاملة العقابية، فمثلا اختيار الحراس لم يعد يقتصر فقط على طول القامة وقوة البدن بل أصبح يتطلب الجانب الثقافي والمستوى الدراسي والتكويني لدى الحارس في محاولة تحويل السجن إلى مؤسسة مخصصة لأن السجن لا يعني أبدا جعل السجن غريبا في موطنه وعن جنسه، فعلا لإعادة التربية وأدميته.

3- الأمراض النفسية في المؤسسات العقابية

يعتبر السجن تجمع غير عفوي لفئة معينة من المجتمع لديها خصوصياتها ومميزاتها، إذن فمن طبيعي أن تظهر عليها بعض أنواع الأمراض الخاصة بها ومعظمها من فعل سمة الانغلاق التي تميز هذا النوع من المؤسسات، فعلى اعتبار أن تجربة الإيداع في السجن والحبس تجربة قاسية ومرهقة بإمكانها تفجير أمراض نفسية لدى السجن، فقد تبين أن نسبة من المجرمين كانوا يعانون من حالة تعرف بهذيان السجن، وهي حالة تستلزم التشخيص والعلاج ليس فقط لمساعدة السجن، وإنما أيضاً للحيلولة دون استخدامها كحيلة أو مبرر لإبعاد مسؤولية المجرم بسبب المرض العقلي الذي يوحى به هذا الهذيان. (جابر نصر الدين، 2007، ص 59).

إضافة إلى ظهور بعض الأمراض النفسية لدى المساجين ويمكن الإشارة إلى بعضها على سبيل المثال وليس الحصر منها: عصاب السجن الذي يسبب في اضطراب الطبع والتفكير لدى النزير الذي لا يستطيع التحكم في عواطفه ورغباته، فيسلك سلوكا منحرفا يسبب له الانزواء، ثم نجد الاكتئاب ومحاولة الانتحار الذي يظهر على شكل كره للحياة والتبرم منها والهروب من المشاركة، وكذلك الانحرافات الجنسية، وكذلك بعض الحالات من الاستعراضية، كما نجد العدوانية الذاتية، حيث يستعمل المسجون جسمه كوسيلة لدفع القلق الذي يصيبه، فنجده يوجه لنفسه ضربات بأي شيء يجده في متناول يده، قصد إلحاق الضرر بجسمه. كما تبرز اضطرابات النوم باختلاف أنواعه، وأكثرها شيوعا هو الأرق. (وناس أمزيان، 2010، ص 35).

وتختلف الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها السجناء داخل السجن من شخص إلى آخر، وأكثرها شيوعا هي: - القلق: إن الظروف التي يعيشها السجن داخل السجن من عزلة عن الأسرة، والحرمان من الكثير مما يرغبه، والاحباطات المتكررة التي يعانها، تؤدي إلى القلق مع شعور بالتوتر والضيق، وهذا ما ينعكس على سلوك السجن من

خلال مخالفته لتعليمات السجن، والشجار المستمر مع زملاء السجن، وافتعال المشاكل والتمارض والتذمر المستمر من الظروف التي يعيش فيها.

- الاكتئاب: إن التواجد داخل السجن والظروف التي يعيشها السجين داخله تؤدي إلى الشعور بالحزن والهم، وتتدنى عنده الروح المعنوية إلى درجة كبيرة، قد تبلغ لدى بعض السجناء أن تصل إلى محاولة الانتحار، وهذا الانتحار يكون بسبب شعوره بأن بقاءه في السجن قد يؤدي به إلى الخروج ثانية إلى الحياة خارج السجن، وأنه لا جدوى من بقاءه داخل السجن ينتظر الموت، مما يعمق هذا التفكير من مشاعر السوداوية ويدفعه أكثر للانتحار.

- اضطرابات النوم: يعد النوم حاجة أساسية تعيد للفرد التوازن النفسي والجسمي، وبيئة السجن لا تساعد السجين على النوم الهادئ الذي يحقق هذا التوازن، بل تساعد على اضطرابات النوم وعدم حصول السجين على النوم الكاف، والذي قد يصيبه بالأرق، حيث يصعب على السجين النوم إلا في أواخر الليل نتيجة فقدان الراحة والطمأنينة والأمن داخل السجن، بالإضافة إلى ما يدور في ذهن السجين من صور ذهنية تؤدي إلى ابعاد النوم. (أحمد محمد الزعي، 2011، ص 288 – 289).

كما ويقول البعض أن العزل مصنع الأمراض النفسية والجسدية، ويقول الادعاء الرسمي لسلطات السجون إن العزل "يهدف للحفاظ على أمن السجن أو على السجناء أو على السجين المعزول نفسه"، تبين الآثار النفسية والجسدية العميقة والأبدية بغالبيتها أن العزل هو أقصى الإجراءات العقابية في نظام السجون على الإطلاق. وهو "إجراء تأديبي وضبطي" يعمل على محو إدراك السجين للزمان والمكان، ويفقده شعوره بنفسه وهويته، ومن ثم تفاعله مع المحيط.

وبحسب تقارير طبية نفسية فإن الضرر النفسي الذي يتسبب به العزل يعتبر خطيراً جداً وغير قابل للشفاء في أحيان كثيرة، إذ تبدأ اضطرابات النوم في الأيام الأولى، ويرافقها فيما بعد أعراض متلازمات اكتئابيه تتحول لاكتئاب مزمن وفقدان الرغبة والإحساس بالأشياء.

كما أوضحت التقارير أن العزل يخلق حالة من الخوف الدائم عند الأسير قد يصل حد إصابته بالاضطراب الذهاني، وهو من الأمراض النفسية الخطيرة يرافقه هلوسات بصرية وسمعية وحالات حادة من الارتباك والتوتر، واضطرابات مستمرة بالتفكير وفقدان للوعي بالمكان والزمان. ولا تكمن خطورة العزل في كونه يفاقم حالة السجناء الذين يعانون أصلاً من أعراض لأمراض نفسية، إنما يصيب الأصحاء المتوازنين نفسياً بهذه الأمراض الخطيرة، التي لا شفاء منها حتى بعد الخروج من العزل أو نيل الحرية.

وللتدليل على ذلك، بحسب تقرير مؤسسة "عدالة" الحقوقية صدر عام 2011 تحت عنوان: "عزل السجناء والمعتقلين في السجون في إسرائيل"، فإن الأسرى القابعين في العزل الانفرادي يعانون من الإصابة بأمراض نفسية بشكل مضاعف قياساً بمن يقبعون في الأقسام العادية للسجن نفسه.

وفي حين أن جزءاً من الأضرار النفسية التي يتسبب فيها العزل من شأنها أن تتلاشى بعد انتهاء مدته، فإن هناك اضطرابات أخرى لا شفاء منها، أي أن الأسرى قد يدخلون العزل أصحاء نفسياً ويخرجون منه مع عجز نفسي مستديم، قد يصل إلى درجة فقدان القدرة على التعامل مع المجتمع بعد تسريحهم وعجزهم عن التعامل مع الفضاء الواسع.

وحسب لا يقتصر الضرر على الجانب النفسي، لأن العزل الانفرادي، بحسب دراسات وتقارير طبية أثبتت بما لا يقبل التأويل، أنه يصيب الأسير بأمراض في الجهاز الهضمي والأوعية الدموية والقلب وفي الجهاز التناسلي وجهاز البول. كما يعاني الأسرى المعزولون من الرجفة والصداع النصفي والإرهاق المزمن، واضطرابات دقات القلب وضيق التنفس والتعرق الشديد. (مي خلف، 2015).

ولابد من الإشارة إلى أن معظم النزلاء قد تناولوا سابقا المخدرات والكحول، لذلك يسعى كل منهم بشتى الطرق إلى الحصول على كمية من المخدرات الصيدلانية المسببة للسعادة، كما يجب الإشارة إلى الوشم حيث يقوم بعض المساجين برسم أشكال معينة معبرة على أوضاعهم وأحوالهم وتحكي قصص حياتهم وترجم مشاعرهم وأحاسيسهم، يخاطبون بها غيرهم ويلجئون إليها عندما يعجزون عن التعبير الشفوي من ناحية، ومن ناحية أخرى فهم يقلدون بعضهم ويتباهون باخضرار أجسادهم ويفتخرون بعدد المحاكمات والسنوات التي قضوها في السجن. (وناس أمزيان، 2010، ص 35 – 36).

كما ونجد في السجن أفرادا مصابون بأمراض عقلية خطيرة، وهذا ما يجعلهم حاملين لمميزات مرضية خاصة، وهذا ما أسفرت عنه دراسة Dumais وأتباعه (2010) وهي تكملة لدراسة Coté وأتباعه (1997) بأن المساجين من الذكور المصابين بهذه الأمراض لديهم بروفيل مختلف عن ذلك الذي يميز المرضى في المستشفى، يظهر المساجين منهم اضطرابات هذائية واكتئاب أساسي، كما تبين انتشار كبير للاضطرابات المرتبطة بتعاطي الكحول والمخدرات وهي نتائج تتماشى مع ما جاء في دراسات حول العلاقة بين تعاطي الكحول والمخدرات وسلوكيات العنف.

وبينت العديد من الدراسات التي أجريت في الوسط العقابي بأن أغلبية المنحرفين لديهم شخصية مضادة للمجتمع، كما تبين في كندا "كبيك" أنه يوجد ½ من المساجين يعانون من أمراض عقلية و 3/1 منهم استفادوا من علاج بالأدوية بسبب هذه المشكلات.

وبينت دراسات متعددة العلاقة بين الانحراف والصحة العقلية للأفراد، ويتعلق الأمر بـ:

- اضطرابات الشخصية (الشخصية المضادة للمجتمع، البينية والنجسية).
 - سوء استعمال الكحول والمخدرات.
 - الاكتئاب والاضطرابات ثنائية القطب.
 - اضطراب الاندفاعية والتحكم.
 - إشعال الحرائق واللعب المرضى والاعتداء الجسدي والجنسي.
 - الاضطرابات الجنسية.
 - الفصام .
 - اضطرابات السيرة وعجز الانتباه أو اضطراب النشاط الحركي.
- وغيرها من الاضطرابات المدرجة في التصنيف الاحصائي المراجع للأمراض للجمعية السيكاترية الأمريكية DSM IV والمرتبطة بالسلوك الانحرافي أو هي في ذاتها فعل إجرامي.

واستنادا لـ Dubret (2013) تنتشر في السجن أربع أنواع من الاضطرابات العقلية:

- الاضطرابات الحصرية الاكتئابية Troubles anxieux dépressifs التي تحمل تعقيدات قد تشكل خطر الانتحار بالسجون (بنسبة 7 مرات أكثر مقارنة بالمجتمع) وهي اضطرابات ثانوية تابعة للحبس وتظهر لدى محبوسين ليس لديهم سوابق مرضية ولا تشكل هذه الاضطرابات سبب حبسهم.
- السلوكيات الادمانية Conduites addictives يشكل الإدمان على الكحول أو المؤثرات العقلية إلى جانب استعمال المواد السامة مصدرا للسلوكيات الانحرافية، وينتشر عدد المساجين من هذا النوع بكثرة في السجون، وبمجرد دخولهم السجن يتعرضون إلى الانسحاب بإكراه.
- الاعتداءات الجنسية Les agressions sexuelles يرتكبها أفراد وتكون سبب حبسهم وهم لا يطلبون الفحص والعلاج، ترتبط هذه الاعتداءات باضطرابات خطيرة للشخصية وكذا اضطرابات في التوجه الجنسي.
- اضطرابات الخلط العقلي Troubles confessionals مثل الفصام المنتشر بنسبة 7% في الوسط العقابي والاضطرابات الذهانية المنتشرة بنسبة 7% و الأمراض العقلية الأخرى بنسبة 14%. (سايل حدة وحيدة، أحمد فاضلي، 2015، ص271).

4- دور الأخصائي النفسي في المؤسسات العقابية

- يعمل الأخصائي النفسي في مراكز مختلفة، حيث يقوم بمهام التشخيص والعلاج والبحث، ومن ضمن هذه المراكز إصلاح المسجونين، ومؤسسات الأحداث والمنحرفين، والتي تعتمد على الأخصائي النفسي في دراسة حالات الجانحين مثلا وإجراء المقابلات معهم لمعرفة دوافعهم، وفهم مشكلاتهم وأنواع الصراعات التي يعانون منها، ليقوم الأخصائي النفسي بكتابة التقارير الخاصة بتلك الحالات.
- أما بالنسبة لدور الأخصائي النفسي حسب قانون تنظيم السجون إعادة التربية، ولاسيما المواد رقم 76 عادة وما يليها منه، والتي تنص على وضع الأخصائي النفسي تحت سلطة مدير المؤسسة، كما يكلف بما يلي:
 - متابعة مجموعة من النزلاء من الناحية النفسية .
 - التعرف على شخصية كل واحد من النزلاء .
 - السعي إلى التأثير في النزلاء إيجابيا .
 - مساعدة النزلاء على حل مشاكلهم الشخصية والعائلية .
 - الإشراف على التعليم والتكوين المهني وكل الأنشطة الثقافية والرياضية .
 - العمل على تكييف جميع التدابير الاممية إلى إعادة تأديب المحكوم عليهم .
 - الالتزام بحضور اجتماعات لجنة الترتيب والتأديب .
 - تقديم التفسيرات اللازمة بشأن أي نزيل يمكن أن يتم الاستفسار حوله .
 - إمكانية تقديم اقتراحات بالإفراج المشروط، أو الالتحاق بورشة خارجية، أو الاستفادة من عطلة لصالح أي نزيل يرى بأن ذلك من مصلحته.
 - مسك ملف شخصي لكل نزيل قدم له العلاج النفسي. (القص صليحة، عطية دليلة، 2014، ص5).

وتزداد أهمية الاخصائي النفسي ودوره يوما بعد يوم في مجال العمل الجنائي، حيث يعد هذا المجال من المجالات المهمة في الحياة، وذلك باعتبار أن المجال القضائي هو المعني بحماية حقوق الأفراد وحررياتهم، وتحقيق

العدالة في المجتمع، وتحقيق الأمن والاستقرار، ولهذا يكمن دور الاخصائي النفسي بتقديم المساعدة من حيث فحص حالات المهتمين، وتقدير الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية التي يعاني منها المساجين، للتمكن من العلاج والتأهيل لهذه الحالات.

5- التكفل النفسي التشخيصي في المؤسسات العقابية

قبل التطرق لكيف يتم تشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية سنقوم بطرح بعض المفاهيم والتي تعتبر ضرورية في مجال علم النفس المرضي.

1- السيميولوجيا أو الأعراضية *La sémiologie*: يعتبر البحث عن الأعراضية أول خطوة يقوم بها المختص أثناء المقابلة، وقد اقترح مصطلح سيميولوجيا في مجال العلوم الإنسانية حتى يميز بينه وبين السيميائية *Sémiologie* في علم اللغات، ويرتكز البحث عن الإشارات *Signes* التي تساعد على وصف الاضطرابات من خلال الملاحظة الدقيقة للإشارات والأعراض في الحالات الباثولوجية والتظاهرات الإكلينيكية لخلل التنظيم، ويتم خلال الفحص السيميولوجي البحث عما يختبره الفرد ذاتيا وما يتظاهر خارجيا من خلال سلوكه، ويقوم المختص بإعطاء معنى للملاحظات السيميولوجية مع الأخذ بعين الاعتبار قصة المريض وإدماج الإشارات والأعراض في إجراء دينامي، مع العلم أن كل حالة هي حالة فريدة في حقيقتها ومعاشها النفسي والذاتي.

- يشير العرض *Symptôme* إلى الإنتاج العفوي المستثار عند المريض، يعبر عن الجانب الملاحظ من الاضطراب، والإشارات إلى الظواهر الواضحة (العرض) التي تمكننا من معرفة ما هو كامن.

وهناك من الباحثين من يميز بين العرض *Symptôme* والإشارة *Signe*، حيث يشير هذا الأخير إلى المظهر الموضوعي للمموس لحالة مرضية أو باثولوجية، أما العرض فتشير إلى الشكاوى الشخصية الذاتية التي يتقدم بها المفحوص، وهو ما أكد عليه مؤلفو (DSM) اللذين يرون بأن "العرض يحدد في الشكاوى الذاتية ويشمل الإشارات الموضوعية لحالة باثولوجية.

- أما زملة الأعراض أو التناذر *Syndrome* فتشير إلى مجموع الإشارات والأعراض المتلازمة التي تسير جنبا إلى جنب، وبشكل تلازمها واقتراها مع بعضها البعض تظاهرة مرضية خاصة قائمة بذاتها.

ولغموض الأسباب المؤدية للاضطرابات النفسية والعقلية حيث تشترك مجموعة أسباب مجهولة مع السبب المباشر، نتحدث عن أنواع الاضطرابات النفسية والعقلية ولاسيما عند تشخيصها وتصنيفها وتبويبها من حيث صورها الإكلينيكية على أنها تلازمات مع ضرورة إعادة النظر فيها بصفة دورية يرجع لاختلاف كل حالة مرضية عن الأخرى.

2- الايتولوجيا أو السببية *Etiologie*: يبحث عن أصل الاضطراب في الحياة الخاصة للمريض، أي البحث عن مسار ظهور الاضطراب، وبالخصوص البحث عن قصة الفرد النفس نشوئية.

3- التزوغرافيا *La nosographie*: وصف امبريقي للأعراض التي تؤدي إلى الاضطرابات لأجل تصنيفها من خلال خصائصها الوصفية، فهو عبارة عن تسجيل للأعراض في منظمة الفهم العالم للاضطرابات النفسومرضية.

4- النزو لوجيا **La nosologie**: وتسمى أيضا **Taxonomie** أي علم التصنيف أو التبويب، ويشير إلى نظام تصنيف الإشارات الباتولوجية بإعطاء مرجعية للاضطرابات في علم النفس المرضي وتبويبها، يستدعي مرجعية نظرية عن أسباب الاضطراب والتغيرات الباتولوجية التي تميز المرض. (حافري زهية غنية، 2016، ص 16-17).

5- التشخيص **Le diagnostic**: دخل مفهوم التشخيص إلى ميدان الإكلينيكي من علم الطب ويقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، ثم نسبها إلى مرض معين، فالتشخيص في الميدان الطبي يعني التصنيف **classification**، أما التشخيص في علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي يعني تقويم خصائص الفرد من حيث قدراته، وسماته، وأعراضه المرضية، مبيناً الأسباب المباشرة للاضطراب. ويشير التشخيص في علم النفس المرضي إلى تصنيف المعلومات المتعلقة بالحالة السلوكية والانفعالية للشخص والتحديد التالي لذلك (بالاسم / البطاقة).

توجد عدة صور للتكفل النفسي بالمساجين أثناء إيداعهم وبعد الإفراج عنهم، ويمكن تلخيص هذه الصور كالتالي:

1-5- التكفل النفسي التمهيدي

من أهم صور التكفل النفسي التمهيدي مساعدة السجن على التخلص من التوترات النفسية والمشاعر السلبية التي تسيطر عليه نتيجة عمليات الضبط والمحكمة والإبداع بالسجن، فالسجين عادة تسيطر عليه أفكار ومشاعر سلبية من أنه شخص مرفوض ومغضوب عليه وأنه قام بارتكاب خطيئة ضد المجتمع، وبسبب ذلك يقع فريسة للقلق والتوتر والإحساس بالخوف والاعتراب.

أيضاً وفي أحيان أخرى، قد يشعر السجين بأنه شخص مظلوم ولا يرى نفسه مذنباً، إذ يقيّم سلوكه تقييماً مغايراً، هذا حسب نظريته الشخصية للحقوق والواجبات، ويؤدي به الشعور بالبراءة إلى العناد والتصلب في الرأي، ومقاومة النظام، ورفض التعامل مع القائمين بأمر إصلاحه وعلاجه.

ويتدخل الأخصائي النفسي في هذه الفترة الحرجة لتهيئة السجن لتقبل بيئة السجن الجديدة، ومحاولة التأقلم معها من خلال استخدام خبرته ومهاراته، أثناء المحادثة والحوار للتعرف على حاجاته والعمل على إزالة هذه التوترات النفسية والمشاعر والأفكار السلبية التي تسيطر عليه عند دخوله السجن. (سيف الدين قدي، 2009).

فتنظم مقابلات استكشافية لصالح المحبوسين بمجرد التحاقهم بالمؤسسة العقابية رغم كونها تلقائية ولكنها تساعد على الحث على طلب المساعدة التي هي أساس العقد العلاجي الموالي، كما تسمح المقابلات الأولى بالتعبير عن المشاعر العدوانية أو الاكتئابية ومنع المرور إلى الفعل عن طريق المحاولة الانتحارية التي تثيرها صدمة الحبس، وقد يضاف الإعلان عن مرض جسدي خطير وغالبا ما يتفاعل المحبوسين مع الأخصائي النفسي ويستجيبون إلى انتظاراته وبالتالي يشكل السجن بالنسبة للبعض فرصة للاتقاء بمعالج. (سايل حدة وحيدة، أحمد فاضلي، 2015، ص 272).

ولتمكين السجن من التأقلم والتكيف مع واقع وطبيعة الحياة داخل السجن يعمل الأخصائي النفسي على تبصيره وتعريفه بنظم المعاملة بالمؤسسة (السجن)، وبرسالتها التربوية ويزوده بمعلومات وشروح حول لوائحها وطبيعة النظام المطبق بها، وغيرها من المعلومات التي يتعين الاطلاع عليها لمعرفة حقوقه وواجباته، وقد تأخذ هذه العملية (تكييف السجن) فترة من الزمن. (سيف الدين قدي، 2009).

2-5- التكفل النفسي التشخيصي والعلاجي:

يتضمن التكفل النفسي التشخيصي في المؤسسات العقابية إجراء فحوص واختبارات قصد التعرف على الأمراض النفسية والجسدية التي قد تكون لدى السجين، على اعتبار أن تجربة الإيداع في الحبس تجربة قاسية ومرهقة بإمكانها تفجير أمراض نفسية لدى السجين، فقد تبين أن نسبة كبيرة من المجرمين كانوا يعانون من حالات تعرف بهذيان السجين، وهي حالة تستلزم التشخيص والعلاج ليس فقط لمساعدة السجين، وإنما أيضاً للحيلولة دون استخدامها كحيلة أو مبرر لإبعاد مسؤولية المجرم بسبب المرض العقلي الذي يوحى به هذا الهذيان.

أما بالنسبة للمرضى العقليين يتعين توجيههم للعلاج في مصلحة الطب العقلي، وفي هذا السياق وبالنسبة لعلاج الاضطرابات العقلية الخطيرة، أشار Dubret (2013) أن السجن لا يشكل مكاناً مناسباً له خاصة إذا رفض المريض تناول الأدوية النفسية والامتنال للعلاج لهذا ينبغي تحويله إلى مؤسسة استشفائية متخصصة يكون بها عمل المختصين مكثف ومتحكم فيه، فالسجن لا يعد مكاناً لعلاج الأمراض العقلية الخطيرة. (سايل حدة وحيدة، أحمد فاضلي، 2015، ص 273).

يشمل التكفل النفسي الملاحظة وإجراء مقابلات عيادية متعددة وتطبيق الاختبارات النفسية قصد تشخيص وتقييم حالات النزلاء (دراسات لتاريخ الحالة) ودراستها دراسة شاملة من النواحي النفسية والعقلية والتعليمية تسهيلاً لرسم طرق علاجهم وتوزيعهم على نشاطات البرنامج التمهيدي المسيطر لهم. (سيف الدين قدي، 2009). وتستعمل دراسة الحالة لجمع البيانات حسب ما تستدعيه الحالة وتدل على الوضع القائم للحالة، حيث نجد أنها تغطي مدى واسعاً من البيانات يشمل ما يلي:

- البيانات الأولية: كالنوع والعمر والحالة التعليمية (أو المهنية) والعنوان.....
 - الشكوى الحالية: وتتضمن وصفاً دقيقاً للأعراض التي يشكو منها السجين وتطورها حتى الوقت الراهن.
 - التاريخ الشخصي: ظروف الحمل والولادة والرضاعة ووقت الفطام والتسنين وضبط الإخراج، بداية المشي، ونمو اللغة، السلوك الطفلي، العادات والهويات.
 - خبرات المراهقة ووقت البلوغ.
 - التاريخ التعليمي: من بداية الدراسة، المستوى العام.
 - أمراض الطفولة الأخرى.
 - الأمراض العائلية: سواء أكانت جسمية أو نفسية أو عقلية.
 - الحالة الاجتماعية للأسرة: بيانات عن الأب والأم، وهل كان الحمل مرغوباً فيه أم لا.
 - الفحص النفسي والعقلي: ويشمل السلوك، المزاج، الانفعالية، السلوك الحركي.
 - المعلومات الإضافية: أي معلومة أخردات علاقة.
- وتتم المقابلة وجهاً لوجه أي يكون الأخصائي موجوداً بحيث يسمح بالتفاعل، تعتمد المقابلة على اللغة والحوار بشكل أساسي لذلك هي شفاهية، وتتضمن المقابلة طرفين أساسيين الأول هو الأخصائي والطرف الثاني هو المفحوص، لا بد من وجود خطة معينة بحيث تشمل المكان والزمان والهدف منها تهيئة أفضل لدراسة التشخيص.

ويمكن جمع بعض المعلومات عن طريق الملاحظة التي قد تكون ملاحظة عابرة وعارضة أو ملاحظة مقصودة فتتيح دراسة السلوك الفعلي في المواقف الطبيعية.

والاعتماد على الاختبارات النفسية والتي تعرف بأنها مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك ، وتصنف الاختبارات والمقاييس النفسية على أساس عدد من المحاور منها اللفظية (التي تعتمد على اللغة بشكل أساسي) في مقابل أدائية أو عملية (التي تعتمد على الأداء اليدوي والمهارة الحركية أو تعتمد على الصور) والاختبارات الفردية (تطبيق على فرد واحد) والاختبارات الجمعية (تطبيق على مجموعات) واختبارات عقلية (تقيس الذكاء والتفكير والانتباه) ومقاييس الشخصية (سواء التي تقيس الأبعاد أو التي تقيس السمات)، وتتعدد الاختبارات التي تصلح في مجال الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، وتعد الاختبارات والمقاييس النفسية أداة مهمة من حيث أنها تكمل المعلومات التي نحصل عليها بطرق مختلفة، وقد تلقى عليها أضواء جديدة، فتكشف عن تركيب شخصية الفرد ومشاعره وقيمه ودوافعه وخصائصه التوافقية وبذلك يكشف لا إراديا عن سمات كامنة تحت السطح الظاهري من شخصيته. (حسام الدين عزب، 2012).

3-5- التكفل النفسي الوقائي أو الاندماجي

نعني بالتكفل النفسي الوقائي والاندماجي ذلك التأهيل النفسي الذي يعمل على تبصير السجين بطبيعة الجرم الذي ارتكبه وبعواقبه وأضراره، فضلاً عن التدخل لإعداد السجين وتهيئته، من خلال الخدمات التعليمية، والمهنية، والترفيهية، والجلسات الإرشادية لمواجهة المرحلة الانتقالية ما بين حياة السجن، والعودة إلى الحياة العادية للتقليل من ظاهرة العودة.

وتهدف خدمات وبرامج التأهيل النفسي معونة ومساعدة السجين وتمكينه من مواجهة مختلف المشاكل النفسية التي يعانيها والتغلب عليها، مثل فقدان الثقة بالنفس، والخوف من الوصم والعار، والشعور بالاكنتاب، والقلق، والخوف والميول العدوانية التي غالباً ما يكون السجين مصاباً بها.

كما يهتم التأهيل النفسي بإعادة بناء الشخصية، وتحقيق توازنها النفسي وإذا تبين أن السجين يعاني من مرض الاكنتاب أو الهوس فإنه يحول إلى أخصائي الطب العقلي. (سيد الدين قدي، 2009).

خاتمة

إنّ الإيداع بالسجون يمثل عبئاً نفسياً على السجين ويؤدي ذلك إلى العديد من الضغوط النفسية، هذه الضغوط يختلف تأثيرها باختلاف قدرة النزلاء من حيث قدرتهم على تحمل الضغوط النفسية، وتشكل هذه البيئة الضاغطة مع الظروف الخاصة بالسجين من الناحية النفسية والاجتماعية والاقتصادية عوامل مرسبه وبيئة خصبه للإصابة بأشكال عديدة من الاضطرابات النفسية.

فإلى جانب العلاج الطبي الجسدي والعلاج الطبي العقلي، تتوافر بمؤسسات إعادة التربية مجموعة من الخدمات النفسية يقوم بها أخصائيون مؤهلون ومدربون على الأساليب العلمية الحديثة في علاج وتأهيل المساجين.

وعلى هذا فإن عملية التشخيص تهدف إلى تكوين صورة واضحة عن الفرد قصد تقديم المساعدة أو الخدمة النفسية ووضع برنامج علاجي وهو بذلك يعتبر الركن الأساسي لعملية المساعدة سواء كانت بسيطة إرشادية أو متقدمة وعميقة علاجية.

مراجع

- أحمد محمد الزعبي (2011). أسس علم النفس الجنائي. دار الزهران للنشر والتوزيع. المملكة الأردنية.
- جابر نصر الدين (2007). السلوك الأغراض والجريمة. مخبر التطبيقات النفسية والتربوية. جامعة منتوري قسنطينة. الجزائر.
- حافري زهية غنية (2016). علم النفس المرضي. مطبوعة الدعم البيداغوجي موجهة لطلبة السنة الثانية ليسانس علم النفس. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة سطيف. الجزائر.
- حسام الدين عزب (2012). علم النفس المرضي. محاضرات في علم النفس المرضي. لمجموعة طلبة الدكتوراه بقسم الصحة النفسية. جامعة عين شمس. القاهرة. مصر.
- سايل حدة وحيدة. أحمد فاضلي (2015). مجالات تدخل الأخصائي العيادي في المؤسسة العقابية. العدد الثالث الخاص بفاعليات المؤتمر الدولي المؤسسة بين الخدمة العمومية وإدارة الموارد البشرية. الذي عقد يومي 17-18 نوفمبر 2015. مخبر التنمية التنظيمية وإدارة الموارد البشرية. جامعة البليدة. الجزائر.
- سيف الدين قدي (2009). الرعاية والخدمات النفسية والاجتماعية في مجال الانحراف والجريمة. 02-11-2009. من الموقع. alwatanvoice.com.
- القص صليحة. عطية دليلة (2014). الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي في تطبيق الاختبارات النفسية في الوسط العقابي. يوم دراسي حول اشكالية استخدام الاختبارات النفسية والمدرسية والمهنية – الواقع والتحديات – . مخبر بنك الاختبارات النفسية والاجتماعية والمهنية. جامعة الحاج لخضر باتنة. الجزائر.
- مجدي أحمد محمد عبد الله (2000). علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية. مصر.
- مصطفى شريك (2011). نظام السجون في الجزائر. نظرة على عملية التأهيل كما خبرها السجناء. أطروحة دكتوراه تخصص علم اجتماع الانحراف والجريمة. قسم علم الاجتماع. جامعة باجي مختار عنابة. الجزائر.
- مي خلف (2015). العزل الانفرادي قبور للأحياء ومصنع للأمراض النفسية. 11-08-2015. بتاريخ 12-10-2018. من الموقع alkhaleejonline.net.
- وناس أمزيان (2010). أي دور للأخصائي النفسي في المؤسسات العقابية؟ مجلة أبحاث نفسية وتربوية. العدد 3. مخبر التطبيقات النفسية والتربوية جامعة منتوري. قسنطينة. الجزائر.

السلوكي وعصرنة العلاج النفسي: مفاهيمه الأساسية وأساليبه العملية-الاتجاه المعرفي

أ.د. فنطازي كريمة.

طالبة دكتوراه: مراد فاطمة الزهراء.

أستاذة محاضرة (أ)

بناء المناهج والبرامج التربوية

جامعة باجي مختار-البوني-عنابة-الجزائر-

جامعة باجي مختار-البوني-عنابة-الجزائر-

fa23zohra@gmail.com

Résumé: la présente étude vise à répondre à la question de savoir qu'est-ce que la thérapie cognitivo-comportementale et quels en sont les principaux principes et techniques ? Quel est son effet réel dans le traitement des troubles mentaux, en particulier ceux généralisés et émergents ?

Nous nous sommes appuyés sur l'approche descriptive et la présentation de cas de traitement par vidéo pour confirmer son efficacité et son économie de temps et d'efforts et nous nous sommes concentrés sur l'apprentissage de la maîtrise de soi et du contrôle des émotions à l'aide de différentes techniques.

Les résultats ont mis en évidence le fait que le pathologiste avait beaucoup d'expérience en endoscopie afin de décrire, classer et comprendre les troubles mentaux et de trouver les méthodes appropriées pour les traiter théoriquement et les appliquer cliniquement.

L'approche cognitivo-comportementale cherche à expliquer les désordres psychologiques d'un être humain (pensée et comportement) et à remporter de nombreux succès dans le traitement de nombreux désordres en raison de sa vitalité et de sa fertilité, et à gagner du temps et des efforts dans le processus de traitement en travaillant sur les deux facteurs de pensée et de comportement qui se complétaient et atteignaient un équilibre psychologique. En plus de souligner l'importance de la transformation des méthodes thérapeutiques adaptées à notre époque et aux derniers développements de notre monde.

Mots-clés : Maladie psychologique, Thérapie comportementale, Thérapie cognitive, Modernisation du traitement

ملخص: هدفت الدراسة الحالية إلى الإجابة عن ماهية العلاج المعرفي السلوكي، وما هي أبرز مبادئه وتقنياته؟ وما أثره الفعلي في علاج الاضطرابات النفسية وخاصة الواسعة الانتشار والمستجدة منها؟

اعتمدنا على المنهج الوصفي وتقديم حالات علاجية عبر الفيديو لتأكيد فعاليته واقتصاده للوقت والجهد وتركيزه على تعلم ضبط الذات والتحكم في انفعالاتها باستعمال تقنيات مختلفة. أبرزت النتائج أنّ علم النفس المرضي عرف الكثير من التنظير بهدف وصف الاضطرابات النفسية وتصنيفها وفهمها والعمل على إيجاد الأساليب المناسبة لعلاجها نظريا وتطبيقها إكلينيكيًا.

وقد سعى الاتجاه المعرفي-السلوكي إلى تفسير الاضطرابات النفسية من جانب متعلق بالإنسان (التفكير والسلوك). وتحقيق الكثير من النجاحات في علاج العديد من الاضطرابات بفضل حيويته وخصوبته، وكسب الوقت والجهد في عملية العلاج بالعمل على عاملي التفكير والسلوك اللذان يكملان بعضهما وتحقيق التوازن النفسي الانفعالي المنشود. فضلا عن تأكيد أهمية التحول لأساليب علاجية تلاءم العصر والمستجدات الطارئة على عالمنا.

كلمات مفتاحية: المرض النفسي، العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، عصرنة العلاج

مقدمة

يقول ماسلو "في يقيني أن موقع علماء النفس في عالم اليوم من أهم المواقع على الإطلاق، وأكد هذا لأن كل العضلات التي تواجه البشرية اليوم من حرب وسلام ونظام وفوضى واستغلال وتأخي وفهم وسوء فهم وسعادة وشقاء وحب وكراهية، جميعها يمكن حلها في ضوء فهم الطبيعة البشرية فهما جيدا وإلى هذا الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكامله وبذاته".

فالمفهوم الحقيقي للصحة النفسية كما اتفق عليه الكثير من علماء النفس هو "أنها ليست مجرد انقضاء المرض أي عدم وجوده، وإنما هي نوع من التوازن الفعال الذي يجعل الإنسان متناسقا مع نفسه ومع من حوله مما يحقق التوازن والتكيف مع الذات ومع المجتمع، بدءا بالأسرة وما يليها وما يحقق التوازن الايجابي مع المجتمع الإنساني" (مجموعة مؤلفين عرب في الطب النفسي، 1999، ص 10) فما قيمة السلوك الإنساني إذن إذا كان لا يفيد الذات والمجتمع بل يضره؟

ومنه جاءت دراستنا هذه للخوض في إحدى المقاربات العلاجية الحديثة والناجحة بدلالة نتائجها وفق مجموعة عناصر التي سنسهب فيها فيما يلي، منها:
الإشكالية :

الأمراض النفسية كمثيلتها العضوية تلازم الإنسان منذ الأزل، ولكن النظرة إليها اختلفت تفسيريا وتكفلا فقد كانت نظرة الإنسان القديم للمرض النفسي من الغرابة بمكان، لأنه لم يكن يحسن تفسيرها أو علاجها إلى غاية القرن التاسع عشر أين كانت الثورة النفسية التي غيرت المفاهيم وجاءت بالحلول للنفوس المتألمة. ومنه تنوعت العلاجات من عقاقير طبية وتنويم مغناطيسي وصددمات كهربائية، اعتقادا بوجود خلل في المخ أو تلف في الأنسجة لعيوب وراثية أو غيرها، لكن فعالية هذه العلاجات أثبتت الدراسات محدوديتها. ثم تلاها العلاج التحليلي "لفرويد" والذي كان بمثابة ثورة في علم النفس العلاجي، وكان قائما على إعادة بناء تنظيم الشخصية حيث يستغرق وقتا وجهدا كبيرين وهو علاج مكلف لا يتاح إلا للميسورين من المرضى.

ثم تلتها حركات العلاج المختلفة بعد الحرب العالمية الثانية، من علاج غيبوبة الأنسولين "لساكل" وعلاج الرجفة الكهربائية "لسيرليتي" وبيني ونما علم الطب النفسي العصبي. ثم جاءت أفكار العلاج الجمعي والمختصر وعلاجات أخرى كثيرة ومتنوعة.

والملفت للانتباه هو أن الأمراض النفسية تتطور ويستجد منها الجديد عبر الزمن، فبعد أن عالج النفسانيون الاكتئاب والقلق والهستيريا والمخاوف المختلفة أصبحنا نسمع عن تحول صراعات الحياة إلى أعراض مرضية كارتفاع ضغط الدم والقرحة المعدية والربو وغيرها من الاضطرابات التي تعرف بالاضطرابات السيكوسوماتية.

والإحصاءات الحديثة تؤكد أن عدد العصبيين يتراوح ما بين 30% و35% من عدد سكان أي دولة، وأن نسبة التعساء من الاضطرابات النفسية والعقلية والاجتماعية تفوق ذلك بكثير وهنا نسجل أن الإنسان قد يوشك فيها على الانهيار العصبي وأن أسلوبه في الحياة لم يعد يجدي معه. (عبد الستار إبراهيم، ص 20، بتصرف)

فقد سجل مركز الخدمات الصحية في إحدى الجامعات الانجليزية أن 4% من الرجال و5% من النساء يعانون من أعراض عصبية أو ذهانية لفترة قصيرة أثناء حياتهم الدراسية، وفي دراسة مسحية على 5000 أمريكي وجد أن 4%

منهم يعانون من اضطرابات مزمنة و11% يعانون من الاكتئاب النفسي والتعاسة و19% تتملكهم مخاوف من الانهيار العصبي من لحظة لأخرى و23% اجتاحتهم مشكلات احتاجت لتدخل نفساني، أما نسبة الذهان فتصل إلى 1% من المجتمع والنساء أكثر عرضة للإصابة من الرجال والكبار تخصهم بعض الأمراض عن صغار السن كالاكتئاب. كما لا يمكن استثناء دول العالم الأخرى النامية منها والمتخلفة، ففي إفريقيا مثلا تصل نسبة الفصام إلى 9% من السكان وفي الهند سجلت ما نسبته 37% من السكان يعانون من إشكال نفسي، كما لا يمكن استثناء الدول العربية رغم عدم وجود دراسات مسجبة دقيقة وثرية، فعندنا في الجزائر سجل أخيرا ما يقرب من 600 ألف حالة تردت على المصححات النفسية أخيرا بكل أنواع الاضطرابات.

والإحصاءات الأمريكية تؤكد على أن بلايين الدولارات تصرف على العقاقير الطبية المهدئة والمنومة، وتحذو بريطانيا على حذوها بما قدره 100 مليون جنيه إسترليني، وعلى الرغم من ذلك لم تحد من الأمراض النفسية. كما أن مضاعفاتها خطيرة من تلف للدماغ مثلا على اثر الصدمات الكهربائية. (المرجع السابق، ص33-34، بتصرف) كل هته الإحصائيات تدل على تفاقم الاضطرابات النفسية من عصاب وذهان مع تنامي مشكلات الحياة وضغوطها، ومست كل فئات المجتمع من عاملين وتلاميذ رجالا ونساء، وما حالات الانتحار والإدمان المختلفة والجرائم البشعة السيكوباتية التي تحدث إلا دليل على إشكال كبير نعيشه في حياتنا النفسية التي لا تعرف استقرارا وتزداد توترا. في المقابل عرفت العلاجات النفسية تنوعا وتطورا من حقبة لأخرى بتطور النظريات النفسية نفسها، فانتقلت جل المصححات عبر العالم من التحليل النفسي إلى العلاج السلوكي إلى المعرفي إلى العلاج الواقعي أملا في الوصول إلى الأفضل والأنجع والأسرع.

وقد أثبتت الإحصائيات المختلفة تدني في نسب الحالات الاكتئابية إلى 35% في عام واحد من التجربة بالعلاج المعرفي السلوكي.

وتضيف دراسات "بيلتر - Bulter" في 2006 حول نفس النموذج العلاجي ومع الاكتئاب دائما وفي فئات مختلفة السن النجاعة الكبيرة له بالنسبة لغيره وفي حدود ال70%. نفس الشيء نلاحظه مع دراسات أخرى جرت في فترة الثمانينات وتطبيقا للإجراءات العلاجية التي وضعها "بيك" وتحت إشراف منظمة الصحة العقلية (N.I.M.H) وقد استفاد منها أكبر عدد ممكن من المكتئبين، وزعوا على مجموعات تلقت المجموعة الأولى علاجا معرفيا سلوكيا صرفا (TCC)، بينما تلقت المجموعة الثانية علاجا اجتماعيا مركزا، أما المجموعة الثالثة فتلقت علاجا دوائيا بحثا، والرابعة علاجا غير دوائي ونفسي آخر فكانت النتائج لصالح الفرق الثلاث الأولى بالتساوي أي ترجيح العلاجين الدوائي والمعرفي السلوكي على العلاجات الأخرى.

(Christine Sarron : 3-4)

ومنه نطرح تساؤلاتنا التالية :

-ما هو العلاج المعرفي السلوكي؟

- وما هي ابرز مبادئه وتقنياته؟

-وما أثره الفعلي في علاج الاضطرابات النفسية وخاصة الحديثة المستجدة على عالمنا اليوم؟

أهداف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى :

- التعريف بطريقة حديثة من طرق العلاج النفسي أثبتت نجاعتها.
- التحليل في ما تركز عليه من مبادئ وأسس وما تستعمله من تقنيات.
- تقديم حالات علاجية مختلفة مجربة.
- أهمية الدراسة: تأتي من أهمية:
- الموضوع ألا وهو العلاج النفسي نظرا لأهميته في تحسين الحياة اليومية التي تشابكت عناصرها.
- أهمية الطريقة العلاجية التي نناقشها ونتائجها المبهرة والمتكيفة مع العصر الذي نعيشه ومشكلاته.
- منهج الدراسة وأدواتها: اتبعنا المنهج الوصفي مع تقديم حالات لتبيان ما عرض من تقنيات علاج.
- العرض: ونستله بالسؤال:
- ما هو المرض النفسي أو العقلي: لكي نتمكن من تعريفه لابد من معرفة علامات اللامرض أو السواء، حتى يمكننا من تحديد اللاسواء أو المرضي، ومن علامات السلوك السوي للفرد نجد:
- النضج ومهارة تطوير شخصية اجتماعية فعالة، والدخول في علاقات اجتماعية ناجحة، يتقبله الفرد نفسه وغيره ممن يتعامل معهم.
- الفاعلية في أداء الدور في الحياة والبحث النشط عن ادوار مهمة في الحياة لتحقيق الإشباع الذاتي.
- التوافق مع الذات وتحقيق الإشباع النفسي والجسدي بكل متطلباته ونمو للقدرات المختلفة كاتخاذ القرار وتسيير الأزمات المختلفة.
- بناء الفلسفة الشخصية في الحياة تمكنه من التصرف بكل كفاءة ونجاح وفق إمكاناته ويحقق التوافق النفسي والاجتماعي.
- ومنه فان المرض النفسي هو سلوك غير عادي لا يحقق للفرد ولغيره السعادة والرضا، وهنا يمكن أن نميز بين نوعين منه: النادر كالجنون والمرض العقلي وكثير الانتشار كالاكتئاب والقلق والوسواس و...
- المرضى النفسي عادة شخص يتسم ب:
- قلة الفاعلية في العمل والعلاقات الاجتماعية وأحيانا يظهر قدرة على ابتكار الجديد وتصرفات لا تختلف عن الآخرين.
- ويميل الأطباء النفسانيون إلى تقسيم المرض النفسي إلى عصاب وذهان فال:
- العصابيون: يتميزون بشخصية سريعة الانفعال، تعيسة تسيطر عليهم أمراض الخوف من بعض الموضوعات أو المرض الجسدي وتوقع الشر رغم عدم وجوده، لكنهم يظهرون قدرة على النشاط رغم القيود الداخلية، وعادة كلنا يمكن أن نتعرض لمواقف عصابية أثرأزمة ما في حياتنا مثال حالات الاكتئاب والقلق والمخاوف المختلفة.
- الذهانيون فئة أخرى من المرضى النفسيين، يطلق عليهم المرضى العقليون أو المجانين، يمتازون بعجزهم عن التكيف مع الحياة دون مساعدة الآخرين، اضطراباتهم حاسمة وخطرة، وتمس التفكير أو السلوك لاجتماعي أو المزاج أو كلها مجتمعة.
- والعصاب مختلف عن الذهان، فالعصابي يعي ما يحدث معه ولا يستطيع الخروج منه دون مساعدة، أما الذهاني فالمرض يصيب حياته الانفعالية والعاطفية والعقلية أيضا فلا يعي ما يحدث معه، خطر على نفسه وغيره في حالات كثيرة منفصل عن مثل حالات الفصام والهوس.

-كما أنه توجد أمراض نفسية تعرف بالأمراض السيكوسوماتية، أي الأمراض ذات المنشأ النفسي، والتي لها أعراض جسدية كارتفاع ضغط الدم والقلولون العصبي. (عبد الستار إبراهيم، ص 16-24، بتصرف)

- تعريف العلاج النفسي: هو نوع من العلاج تستخدم فيه الطرق النفسية للسيطرة على المشكلات أو الاضطرابات ذات الصبغة الانفعالية والتي يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه ويحاول المعالج- المؤهل علميا وفنيا- إزالة الأعراض المرضية أو تخفيفها أو تعطيلها وتحقيق التوافق مع بيئته واستغلال إمكانات هو دفعها في طريق النمو النفسي الصحيح بحيث يصبح أكثر نضجا وقدرة على التوافق النفسي مستقبلا. (<https://VIRTIUELCAMPUS.univ-8>) (19 ص، msila.dz/FACSCHS/?p=2474)

هذا التعريف يؤكد على أن العلاج هو في نفس الوقت يعلم الفرد إدارة أزماته عندما يعيها ويدرك أسبابها، فيتعامل معها ويديرها لصالح توافقه النفسي. ومنه نلاحظ أهمية الوعي الفكري بما يسبب الاضطرابات والترجمة السلوكية لهذا الوعي بتصحيحها مما يجرننا للأخذ بالعلاج المعرفي السلوكي كمدخل للعلاج النفسي.

تعريف العلاج المعرفي- السلوكي (Cognitive-Behavior Therapy (CBT): هو احد طرق العلاج النفسي الحديثة نسبيا ويستعمل في علاج الكثير من الأمراض مثل: الاكتئاب والقلق وتعكر المزاج وغيرها من الأمراض النفسية. ويستند على مساعدة المريض على إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية بهدف تغييرها إلى تفكير وقناعات ايجابية أكثر واقعية، وقد يتزامن مع استعمال الأدوية كما في حالات الاكتئاب.

-وهو مظلة تنطوي تحتها مجموعة من العلاجات تشترك في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع مختلفة من التقنيات ويمكن رصد نحو عشرين طريقة، أهمها:

-التصورات الشخصية لكيلي kelley.

-العلاج العقلاني الانفعالي لاليس Elliss.

-العلاج المعرفي لبيك Beck.

-أسلوب حل المشكلات عند جولد فرويد وجولد فرويد Gold Fred & Gold Fred .

-تعديل السلوك المعرفي عند مانكتباوم Meichenbaum.

ويذكر قايربرن وكلاارك أن مصطلح العلاج المعرفي- السلوكي ظهر في الثلث الأخير من القرن الماضي، وأصبح في وقت قصير العلاج الأساسي في الكثير من دول العالم.

-كما يعتبر اتجاهها علاجيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفتياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمه أيضا من فنيات أخرى إذ يتعامل مع الاضطرابات من ثلاثة أبعاد معرفية وانفعالية وسلوكية. (www.almalhospid.medsa/an/indexphp?viewarticle-05)

ومما تقدم نستطيع تقديم تعريف جامع له: هو نوع من العلاج يستمد أفكاره من علم النفس التجريبي وتطبيقه في المجال الإكلينيكي. تأسس من نظريات التعلم المختلفة والنظريات المعرفية للوظيفة النفسية، خصوصا مع نموذج تحليل المعلومة وقد حثت القوانين الدولية الحديثة على استعماله ومنها منظمة الصحة العالمية، وذلك لما للعوامل المعرفية من تأثير على إنجاح العلاجات الأخرى كاستعمال العقاقير مثلا.

أنواع العلاج النفسي عبر أزمنة ظهوره:

العالم المعالج	العام	تطور العلاج إكلينيكيًا
	1840	أنشئت المصححات العقلية
برنهام	1891	العلاج بالتنويم المغناطيسي
ويتمر	1896	منحى العلاج التربوي
فرويد	1900	تفسير الأحلام والتداعي الحر
ورشستر-برات	1905	بداية العمل بالعلاج النفسي
فرايز	1905	تعليم مرضى فقدان القدرة على الكلام لتلف عضوي استعادتها
جانيه	1906	إخضاع المرضى السيكوباتيين لتعلم استجابة المنافسة خلال المواقف الاجتماعية لضبط الاندفاعية
ديبوا	1908	استخدام الكلام لإحداث التغيير الإيجابي لدى المرضى
ادلر	1922	بداية العلاج الأسري خلال المقابلات العلاجية
انا فرويد	1928	بداية العلاج باللعب لدى الأطفال
مورينو	1932	بداية العلاج بالسيكودراما
الن	1934	تقديم علاج جديد يعرف بالسمعي
كارل روجرز	1942	وضع قواعد العلاج المتمركز حول العميل
لفين ومساعدوه	1948	وضع قواعد جماعات التدريب ضمن العلاج النفسي
سالتز	1950	استخدام الفعل المنعكس الشرطي في العلاج وتعزيزه بالتطمين والتوكيد
دولارد-ميللر	1951	التوفيق بين التحليل النفسي ونظرية التعلم بمفهوم الشخصية والعلاج النفسي
سكيبينر سوليفيار	1953	استخدام نظرية الإشراف الإجرائي في العلاج النفسي قدم نهجه في العلاج
ولي	1958	تحديد مفهوم العلاج النفسي بطريقة الكف المتبادل
جاك لاكان	1960	تبلور التحليل النفسي المعرفي
ماسترز	1963	تبلور العلاج الجنسي
بيرن	1964	ظهور العلاج النفسي وفق منهج التحليل التفاعلي التبادلي
بيك	1954	ظهور العلاج المعرفي للاكتئاب
جوندياندلر	1975	ظهور أسلوب البرمجة اللغوية العصبية

المصدر: (<https://VIRTUUELCAMPUS.univ-msila.dz/FACSCHS/?p=2474>)

من الجدول أعلاه، نلاحظ :

- تطور العلاج النفسي عامة وتنوعه من فترة لأخرى بظهور أفكار جديدة.
- كما نسجل تعزيز للأفكار التي تحاول التركيز على فكر العميل وسلوكه في العلاج.
- حداثة فكرة العلاج المعرفي السلوكي نسبيا بالنسبة للعلاجات الأخرى نتيجة تطور البحوث المختلفة حول التفكير وعلاقته المباشرة بالسلوك.

السياق التاريخي للعلاج المعرفي السلوكي ورواده :

-ترجع أفكاره الأولى إلى العهد اليوناني، فقد تنبه الفلاسفة أن "إدراك الإنسان للأشياء هو المهم وليس الأشياء نفسها والإدراك هذا هو الذي يحدد نوعية استجابتنا لها" فهذا الفيلسوف إيكتيوس يقول "لا يضطرب الناس من الأشياء بل مما يحملونها عنها"

-كما أشار العلماء المسلمون لأهمية التفكير في توجيه السلوك للسعادة أو للشقاء، فقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار إذا لم يتم تغييرها على تحول إلى دوافع ثم إلى سلوك، حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير.
كما أشار الغزالي إلى "أن بلوغ الأفكار الجميلة يتطلب تغيير الفرد أفكاره عن نفسه ثم القيام بالممارسة العملية للأفكار المراد اكتسابها.

الإسهامات الأولى "لبيار جانيه" -والتي لم تعد تذكر اليوم- وأعماله حيث أسهم في وصف التفكير اللاشعوري والآلي ودور الذكريات الأليمة وأهميتها في إعادة معايشة بعض الأحداث وقد استعمل التقنيات المعرفية -السلوكية والتي تستعمل حتى اليوم في حالات الرهاب والوسواس.

-إسهامات الدول الأنجلوسكسونية وبلدان شمال أوروبا في تطور هذا الاتجاه العلاجي في الستينات، وأعمال "سكينر بندورا بيك" حتى "ألبرت أليس" وغيرهم وقد استمدت طرقها من نظريات علم النفس الكبرى.

وقد أشار بيك أن "دعائم العلاج المعرفي موجودة منذ القدم" وأرجعها إلى الرواقيين بالأساس. ففي النصف الأخير من القرن الماضي تزامنت عدة علاجات تحمل نفس الأفكار المعرفية، أشهرها على الإطلاق منهج بيك في العلاج المعرفي ومنهج ألبرت أليس في العلاج العقلاني الانفعالية ثم منهج ميكنيوم في تعديل السلوك المعرفي ومنهج ويسلر وهانكين والعلاج التقويمي المعرفي ومنهج كيلي للتصورات الشخصية ومنهج ألبرت بانديورا في التعليم الاجتماعية ومنهج نازالوس في العلاج متعدد المناهج ومنهج ماهوني في العلاج التعلم المعرفية ومنهج حل المشكلات لفولدفرايد وفولدفرايد.

ويعد بيك السباق في تحويل النظرة للعلاج المعرفي سنة 1952 بنشر مقاله حول "تطبيق علاجه المعرفي على حالة فصام" ثم تبعه كيلي في تأكيده على أهمية هذا العلاج، كذلك تطوير ألبرت أليس في نفس الوقت وتزامنا معهم لعلاج العقلاني سنة 1955 وابتعاده عن التحليل النفسية حيث يقول "بدا في نفس الوقت في فيلادلفيا معالج آخر يقصد بيك في التخلي عن الفنيات التحليلية وتطوير نوع من العلاج المعرفي"

-وبذلك سبقت التطبيقات الإكلينيكية في العلاج المعرفي- السلوكي التنظير له.

(عن الموقع: www.almalhospid.medsa/an/indexphp?viewarticle-05)

-كما أننا نسجل أنه يأخذ نجاحه وتطوره من نجاح وتطور البحوث العلمية والاجتماعية والتكنولوجية المختلفة فهو يسايرها ويأخذ منها لتطوير تقنيات العلاج. (Christine Sarron)

أهداف العلاج المعرفي السلوكي: من أهدافه :

-تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.

-مساعدة المتعالج على أن يكون واعيا بما يفكر فيه.

-مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.

-تعديل الأفكار التلقائية والمعتقدات غير المنطقية المسببة للأمراض (التغيير المعرفي السلوكي)

-تعليم المتعالجين كفاءات تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.

-تعليمهم تصحيح أفكارهم الخاطئة وتشوهاتهم معرفية.

-تحسين مهاراتهم الاجتماعية في حل المشكلات، وتدريبهم على توجيه التعليمات للذات باستعمال الحوار الداخلي .

-تدريبهم على استراتيجيات معرفية- سلوكية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية وعند مواجهة الأزمات.

مبادئ العلاج المعرفي- السلوكي: يرتكز هذا العلاج على :

-المشاركة الوجدانية: حيث يتفق المعالج والعميل على ماهية المشاكل التي، تتطلب العلاج وهدف العلاج والتخطيط للعلاج ومدته.

-بناء الثقة: بتجنب التسلط من طرف المعالج والعمل على إعطاء المتعالج الكثير من الثقة، حتى يعبر بحرية عن أفكاره ويبدأ محاولات الصواب والخطأ لتحقيق النجاح في تخطي الاضطراب.

-اختزال المشكلة: وذلك بالتعرف على المشكلات وتجميعها والتركيز على العناصر المحورية في المشكلة وتحديد الحلقات لتفادي تناميها.

-تعلم كيف تتعلم: فالمعالج لا يجب أن يحل مشكلات المتعالج بل يساعده على تعلم كفاءات حلها، مثل طرائق حل المشكلات. (بكييري نجية، 2012، ص116، بتصرف)

الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية: تنقسم حالياً إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي :
-إعادة بناء البنية المعرفية.

-العلاج بالتدريب على مهارات المواجهة.

-التدريب على حل المشكلات. (المرجع السابق، ص117، بتصرف)

أبرز النظريات المعرفية السلوكية وتطبيقاتها: الجدول التالي يوضح ذلك: (نحوي عائشة، ص36-40، بتصرف)

التعريف بالنظرية وأهدافها	الفكرة العامة للنظرية	مجالات استخدامها	التقنيات العلاجية	سلبياتها وإيجابيات
نظرية ألبرت أليس Ellis ما يعرف بـ ABC تهدف إلى مساعدة العميل على التفكير العقلاني والمرونة والواقعية في التفكير الحد من النظرة الدونية للذات العيش بواقعية	اضطراباتنا من صنع أفكارنا المشوهة، أفكارك هي من تنشئ مشاعرك ومنها يأتي سلوكك ايجابيا كان أو سلبيا ويكون التشوه عن طريق الاستنتاج النصفي/ والتجريد الانتقائي/ والتعميم الزائد	-علاج القلق والعدوان -علاج اضطرابات الشخصية -اضطرابات الفصام - والاكنتاب -تربية الأطفال والمراهقين على السلوكات السليمة -الإرشاد الأسري	تقنيات معرفية سلوكية -تغيير الأفكار علاج معرفي -تغيير المشاعر علاج انفعالي -تغيير السلوك علاج سلوكي عن طريق - الحوار السقراطي - الرسم الكاريكاتوري - والتخيل والدعابة لعب الدور- الاسترخاء - التدريبات المختلفة	علاج فعال وغير مكلف وقصير المدة غير انه لا يرجع لجذور المشكلة البعيدة -اللاشعور- أي تهمل المكبوتات
نظرية بيك Beck وتهدف إلى جعل العميل يغير مسار تفكيره السلبي الموجه نحو ذاته والآخرين والمستقبل إلى ايجابي ومواجهة نفسه بذلك	أسباب الاضطرابات النفسية تعود إلى أفكار- خاطئة يكونها الفرد عن نفسه وعن الآخرين وعن العالم المحيط به وما يسمى بالفالوث المعرفي السلي في حالة الاكنتاب مثلا	-علاج القلق -علاج الاكنتاب -الشهره المرضي -اضطراب ما بعد الصدمة -الفصام	-الوعي بعمليات التفكير -إعادة البناء الفكري والخيالي لدى العميل -مع تقديم تدريبات بيتية -تحليل النتائج واختبارها في مواقف أخرى -الدحض المستمر للأفكار السلبية واستبدالها بأخرى عقلانية	فعالة في علاج الكثير من الحالات في وقت قصير أكثر وضوحا في وضع التصورات والمخططات العلاجية لكنها تتجاهل اللاشعور لدى الفرد وماضي الفرد وتركز على التفكير الايجابي فقط

استعمالات العلاج المعرفي السلوكي يستعمل في حالات

-الرهاب الاجتماعي وحالات الهلع والخوف من الأماكن العالية ونوبات الهلع المختلفة .

-الوساوس القهرية والقلق العام والاكنتاب.

-المشكلات الجنسية والعلاقات الزوجية المضطربة،

-الوقاية من الانتكاسة في الأمراض والألم المزمن في الأمراض ذات المنشأ النفسي أو العضوي وللتأهيل الاجتماعي للفصامين.

-في حالات الإجهاد التالي للصدمة والفظام من الأدوية.

-وما زالت الدراسات جارية حول إمكانية استعماله في علاج حالات أخرى.

نماذج لتطبيقات ناجحة للعلاج المعرفي السلوكي :

في سنة 2006 تم تجربته مع الاكنتاب في دراسات بيتر Butler وتحت إشراف منظمة الصحة العقلية NIMH وقد استفاد منه أكبر عدد ممكن من المكتئبين وزعوا على 4 مجموعات، تلقت المجموعة الأولى علاجا معرفيا سلوكيا بينما

تلقت المجموعة الثانية علاجاً اجتماعياً مركزاً، أما المجموعة الثالثة فتلقت علاجاً دوائياً بحثاً والرابعة علاجاً غير دوائياً ونفسياً آخر.

فكانت النتائج لصالح الفرق الثلاث الأولى بالتساوي، أي ترجيح العلاجين الدوائيين والمعرفي السلوكي على العلاجات الأخرى، حيث أثبتت تحسن ما نسبته 70% من المتعالجين.

وحسب دراسات أخرى لمورفي وسيمون 1884-1986 وبعد تجارب في العلاج المعرفي السلوكي وجدوا أنه بعد العلاج ينتكس ما نسبته 68% من المعالجين بالأدوية، بينما ينتكس ما نسبته 16% فقط من المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي مما يدل على نجاعته أكثر من الأدوية لأنه أسلوب علاج ووقاية في نفس الوقت.

الخاتمة: بعد العرض السابق حول العلاج المعرفي السلوكي يمكن استخلاص الآتي:

- هذا العلاج من العلاجات الحديثة التي جاءت بعد تجربة طويلة مع التحليل النفسي، واستعمال العقاقير والأدوية المهدئة.

- منطلقات هذا العلاج جاءت بعد تجارب طويلة من العلاجات، من المنظرين أنفسهم وملاحظات سجلوها عن عملائهم. أثبتت التجربة نجاحه في علاج الكثير من الاضطرابات السلوكية كالرهاب بأنواعه والاكتئاب والوسواس القهري مما يجعله علاجاً فعالاً ونجحاً.

- يصلح في علاج الكثير من الاضطرابات المستجدة على عالمنا المعاصر، من قلق واكتئاب وإدمان على أمور عديدة ووسواس مختلفة وإجرام لا عقلاني متهور.

مع تسجيل ما ينسب إليه من انتقادات في كونه يهمل اللاشعور، والخوض في أعماق العقد النفسية، متناسين أن الفكر البشري والإرادة الحرة تستطيع خلق التحدي وتجاوز العقد التي افتعلتها النفس الحساسة لا غير، والعيش في كل طمأنينة وسلام.

وعامة، فإننا نسجل أن:

- العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات الحديثة التي أثبتت نجاحها في تغيير سلوك المرضى النفسانيين، في الكثير من الحالات العصبية خاصة، وفي وقت قصير نسبياً، موفرة الجهد والوقت ومحافظة على صحة المريض الجسدية (عدم استعمال الأدوية غالباً)

- العلاج المعرفي السلوكي دعوة لأعمال العقل، وتجاوز التشويه المفرط للواقع وتحفيز للجهد الخاص للفرد المضطرب وتعليم للسلوكات الإيجابية تفكيراً وشعوراً وممارسة ودعوة للبعد عن الخيال وربط بالواقع بكل إشكالاته فهو علاج العصر بلا منازع.

مراجع

بكري نجية. أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكربين المراهقين. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر-باتنة لسنة 2011-2012.

عبد الستار إبراهيم. العلاج النفسي المعرفي السلوكي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه.

نحوي عائشة. العلاج النفسي عن طريق البرمجة اللغوية العصبية. أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة منتوري- قسنطينة، لسنة 2009-2008.

SARRON C M. (?). Thérapies comportementales-cognitives et dépressions. Pour fondation Pierre Denkier : santé mentale – article 15.

مواقع انترنت

نظرية ألبرت أليس (ملخص). على الموقع: www.syda.ahlamontada.net

نظرية بيك عن متدييات لمسة على الموقع www.lamsaegy.com

فنون خميسة. محاضرات في علم العلاج النفسي للسنة الثالثة عيادي. الموقع: [https://VIRTUUELCAMPUS.univ-](https://VIRTUUELCAMPUS.univ-msila.dz/FACSCHS/?p=2474)

عبد الله عمر سالم الجويهي،: www.almalhospid.medsa/an/indexphp?viewarticle-05

إشكالية السواء واللاسواء وعلاقتها بالمعتقدات الاجتماعية

د. بن شيخ رزقية (أستاذة محاضرة ب)
الإرشاد النفسي، قسم علم النفس
جامعة 8 ماي 1945، قالمة
benchikhpsy24@gmail.com
0542006411

د. فوضيل محمد فؤاد (أستاذ محاضر ب)
علم النفس التربوي، قسم علم الاجتماع
جامعة مولود معمري- تيزي وزو-
moh1204fodil@gmail.com
0671230781 – 0774790240

Résumé: le problème de la séparation des comportements normaux et anormaux est l'un des problèmes les plus difficiles et les plus complexes en raison de la diversité des sociétés et de la diversité de leurs cultures, civilisations, religions, convictions, valeurs et mœurs. Dans une société, un comportement peut être décrit comme un comportement anormal ou socialement inacceptable. Acceptable dans une autre société et décrit comme égal.

Le comportement anormal est décrit comme une signification relative qui varie selon les cultures et même au sein d'une même culture selon les critères des sous-cultures.

Il n'y a pas si longtemps, il existait de nombreuses cultures en Algérie, et parfois nous nous comportions dans une région qui n'en acceptait pas une autre. La campagne ne ressemble pas à la ville par ses coutumes et ses traditions et les habitants du nord sont très différents quant à leur style et à leur conception des habitants du sud. Cette diversité de culture peut sans aucun doute avoir pour résultat une diversité de croyances, d'idées et de comportements, à partir desquels il existe une différence de points de vue et de différence de gouvernance par rapport à un comportement normal ou erroné. Quelle est la différence de points de vue et quelle est la différence de gouvernance entre ce qui est un comportement normal ou anormal?

Mots-clés : égalité, égalité, normes sociales, culture, croyances

ملخص: إنَّ إشكالية الفصل ما بين السلوك السوي وغير السوي يعتبر من الأمور الشائكة والمعقدة بسبب اختلاف المجتمعات وتنوع ثقافتها وحضاراتها ودياناتها ومعتقداتها وقيمها وأخلاقها، فقد نجد سلوكات في مجتمع معين توصف بأنها سلوكات شاذة غير سوية أو بعبارة أخرى سلوك غير مقبولة اجتماعيا، في حين نجدها ومقبولة في مجتمع آخر وتوصف بالسواء.

وقد وصف السلوك الشاذ بأنه مدلول نسبي يختلف باختلاف الثقافات بل ويختلف داخل الثقافة الواحدة وفقا لمعايير الثقافات الفرعية.

وليس ببعيد تعدد الثقافات في الجزائر، فأحيانا قد نسلك سلوكات تقبل في منطقة دون أخرى، فالريف ليس كالمدينة في عاداته وتقاليده والقاطن في شمال الوطن يختلف تماما في طبعه وتفكيره عن القاطن في جنوب البلاد. فهذا التنوع الثقافي قد ينتج عنه بلا شك تنوع في المعتقدات والأفكار والسلوكات، ومنه الاختلاف في وجهات النظر ومنه التباين في الحكم عما هو سلوك سوي أو غير سوي. فما هو الاختلاف في وجهات النظر ومنه التباين في الحكم عما هو سلوك سوي أو غير سوي؟

كلمات مفتاحية: السواء، اللاسواء، معايير اجتماعية، الثقافة، معتقدات

مقدّمة

كثيرا ما يوصف شخصا بالسواء أو باللاسواء فيقع محكوما ما بين السخط والرضاء، فإن كانت أفكاره تتماشى مع لأفكار الجماعة ومعتقداتهم وسلوكاته لا تتناقض مع أفعال وتصرفات العامة فهو الفرد السوي المرغوب فيه والمرضي عنه، وما عدا ذلك فهو في نظر الناس ذاك الفرد اللاسوي في تفكيره وأفعاله، ولن يكون سويا إلا إذا تغيرت أفكاره وتعدل سلوكه بما يتوافق مع الأفكار والسلوك المتعارف عليه.

إن الاهتمام بدراسة الاضطرابات التي يعاني منها الفرد على مستوى سلوكاته والتي من شأنها أن تميزه عن غيره من بقية الأفراد ليست وليد اللحظة بل قديمة قدم التصورات التي كانت تفسر بها الأمراض النفسية والعقلية، ولكم عانت البشرية من الكيفيات اللاعقلانية التي يُتناول بها مثل هذه الاضطرابات حتى بزوغ فجر النهضة العلمية أين باتت الكلمة للعلم والمعرفة وأصبحت التفسيرات تبني على أسس منطقية وعلمية بعيدا عن الدجل والخرافات والمعتقدات الزائفة المبتدعة، فتطورت خلالها طرق العلاج النفسي وازدهرت معه أساليب التكفل النفسي والعقلي بالمصابين بعدما كان يُنظر إليهم نظرة بؤس واحتقار فيعذبون ويضطهدون تحن مظلة الجهل.

لقد اهتم علم النفس المرضي بدراسة اضطرابات الفرد التي من شأنها أن تحول دون تكيفه وتوافقته مع ذاته ومع بيئته المحيطة الأسرية منها أو المدرسية أو الاجتماعية، وقد اختلفت التعريفات لعلم النفس المرضي فمنها من تردها إلى دراسة الاضطرابات السلوكية التي تمس الفرد فيعود سلبا عليه وعلى المجتمع الذي ينتمي إليه وهو تعريف يقارب التعريف السلوكي لعلم النفس بأنه "الدراسة العلمية للسلوك" (عبد الفتاح محمد دويدار، 1994، ص52)، ومنها من تعتبرها جزء من علم النفس الإكلينيكي كما ذهب إلى ذلك بياجي بأنه يهتم "بدراسة التطور النفسي واضطراباته دون الاهتمام بالجانب التقني للعلاجات".

لم يختلف الباحثون في وصف السلوك المرضي بأنه سلوكا لاسويا أو سلوكا شاذا أو ما اصطلاحوا على تسميته بمصطلحات كثيرة كالشذوذ النفسي أو حالات سوء التكيف أو الاضطرابات النفسية، لكنهم اختلفوا في الفصل ما بينه وما بين السلوك السوي، فقد عرف لدى البعض على أنه انعكاسا لإصابة عضوية أو نتيجة لخلل وظيفي أو الاثنين معا، وللبعض الآخر سلوكا لاتوافقيا أو بالأحرى انحرافا واضحا عن المتوسط الذي حدده المجتمع في القدرات والإمكانات العقلية أو التعليمية أو الانفعالية أو الاجتماعية أو الحسية أو الجسمية والصحية، مما يتطلب تدخلا معرفيا متخصص (فتحي السيد عبد الرحيم، 1988، ص16).

إن إشكالية الفصل ما بين السلوك السوي وغير السوي يعتبر من الأمور الشائكة والمعقدة بسبب اختلاف المجتمعات وتنوع ثقافتها وحضاراتها ودياناتها ومعتقداتها وقيمها وأخلاقها، فقد نجد سلوكات في مجتمع معين توصف بأنها سلوكات شاذة غير سوية أو بعبارة أخرى سلوك غير مقبولة اجتماعيا، في حين نجدها مستساغة ومقبولة في مجتمع آخر وتوصف بالسواء.

وقد أشار "مصطفى كامل" (فرج عبد القادر طه وآخرون، بدون تاريخ، ص 227)، في وصف السلوك الشاذ بأنه مدلول نسبي يختلف باختلاف الثقافات بل ويختلف داخل الثقافة الواحدة وفقا لمعايير الثقافات الفرعية.

وليس ببعيد تعدد الثقافات في الجزائر الواحدة، فأحيانا قد نسلك سلوكات تقبل في منطقة دون أخرى، فالريف ليس كالمدينة في عاداته وتقاليده والقاطن في شمال الوطن يختلف تماما في طبعه وتفكيره عن القاطن في جنوب

البلاد. فهذا التنوع الثقافي سينتج عنه بلا شك تنوع في المعتقدات والأفكار والسلوكيات، فما هو الاختلاف في وجهات النظر ومنه التباين في الحكم عما هو سلوك سوي أو غير سوي؟

1- تطور آليات تحديد مفهومي السواء واللاسواء في ظل المنظور الاجتماعي

إن الفرد لا يمكن أن نحكم عليه بالسواء إلا إذا علمنا كيف ومتى يكون اللاسواء، فمن هنا يطرح "أحمد فائق" إشكالية تحديد السواء التي يطلق عليها باسم الصيغ السوية مع مفهوم الأمراض النفسية الاجتماعية، فيذكر بأن "معرفة النادر يؤدي إلى معرفة المألوف، لذلك لابد وأن نبدأ بشذوذ الظاهرة النفسية الاجتماعية"، وتمثل الظاهرة النفسية الاجتماعية "الإنسان" كمفهوم مجرد يثير الانتباه كمياري للسؤال (أحمد فائق، 2001، ص29).

فإذا كان مفهوم السواء مرتبط بالصحة النفسية والعقلية والجسمية فإننا نعتقد جزماً بأن اللاسواء الذي يقابله سيرتبط حتماً بمفهوم المرض الذي يتوزع ما بين الاضطراب الجسدي أو النفسي أو العقلي مع احتمالية التقاء أكثر من اضطراب، ورغم هذا فالمرض لابد أن لا ينحصر.

وقد أشارت "علي المكاوي" بأنه في التأهيل المعرفي للأطباء يتم تزويدهم بالمعارف النظرية والعملية للقيام بالكشف الطبي أو العمليات الجراحية التي في مجملها تهتم بالجانب الجسدي متجاهلة الأسباب المسببة للمرض وارتباطها بالعلاقات السائدة بالمجتمع وعلاقتهم بالبيئة المعاشة التي بتفاعلها مع العوامل البيولوجية تترك بصماتها على جسم الإنسان وعلى أداءه الوظيفي (صولة فيروز، 2014/2013 ص30).

كما يرى أصحاب الاتجاه العقلاني بأن اللاسواء أو المرض ما هو سوى اختلال في التوازن الطبيعي يجب إصلاحه، فأبوقراط قد اعتمد على علاج "الأمزجة"، في المقابل اعتقد الصينيون بفكرة التقابل بين (ين) و(يانغ)، واعتماد بعض المجتمعات الأمية في أمريكا الجنوبية وإفريقيا على تصور يكون فيه التوازن ما بين العنصرين الحار "و البارد" من غير تخطي الحدود، والمرض ما يرمز سوى لذلك هو الاختلال في التوازن (مختار رحاب، الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع، ص175).

وتعتبر النظرية النفسية والنظرية العضوية من أهم النظريات المفسرة للسلوك الشاذ، حيث تفسر النظرية العضوية السلوك الشاذ على أساس أنه يعود إلى أسباب عضوية سواء من خلال تلف في الأنسجة أو من خلال اختلال كيميائي في المخ، وهذان الأمران يكونان نتيجة عيب وراثي أو اضطراب في وظائف الغدد الصماء، في حين تفسر النظرية النفسية فترجع السلوك اللاسوي إلى تعلم أنماط منحرفة من السلوك (شيلدون كاشدان، 1984، ص14).

فمثلاً نجد ظاهرة الشذوذ الجنسي الذي يعتبر فعلاً منبوذاً ويوصف صاحبه بأبشع الأوصاف ويعتبر شخصاً شاذاً جنسياً والأمر ما يزال كذلك في البلدان الإسلامية وحتى المسيحية المتمسكين بما عندهم بحكم الدين والعرف، بل إن الفطرة الإنسانية وحتى الحيوانية تستهجن الفعل ولا تقبله وقد تصدر إزاءه أحكاماً قاسية جداً. وفي المقابل يتحول نفس الفعل في فترة الدفاع عن الحقوق الفردية والجماعية فيصبح فعلاً مباحاً لدى معظم البلدان الأوروبية رغم اعتناقهم المستمر للمسيحية، فيكون بذلك الفرد الشاذ جنسياً فرداً سوياً مثله مثل كل الأفراد الآخرين.

ولنضرب أبسط الأمثلة من خلال الفساد الأخلاقي المتمثل في الرشوة، فهذا الفعل رغم محاربه من قبل السلطة الحاكمة ومن قبل المجتمع وتبسيط أقصى العقوبات على مرتكبيه إلا أنه ضمن إطار متناقض تعتبره العامة المنتمين لنفس المجتمع أمرا "عاديا" وقد يستلطفون الكلمة ويعوضونها بأسماء "كقهوة أو هدية" قصد تبريره.

ليصبح بذلك السواء واللاسواء مفهوميين لموضوع واحد لدى فئة المجتمع، وكأنها تستقيح الفعل لعلها بحقيقة قبحة لكنها تستبيحه بحكم الواقع الذي يفرض ذلك.

إن الفكر المريض والعقيدة الفاسدة وما ينتج عن ذلك من سلوك منحرف شاذ، إذا تفتش في مجتمع أصبح وباء يصعب تقويمه وعلاجه. ولعل المجتمع الجزائري إبان الثورة التحريرية خير مثال على ذلك حين تفتش بينهم ما يصطلح على تسميته بـ "الزردة" أين تذبذب الذبائح لغير الله تعالى ويتقرب بها لغيره سبحانه، وما كان ذلك سوى لإبعاد الشعب الجزائري عن دينه ووطنه. ففي تلك الفترة الحرجة يؤمن الفرد بالأولياء الصالحين فيتبرك بهم ويدعوهم لمساعدته ومساندته في التصدي للعراقيل التي تصيبه في شأن من شؤون الحياة، والويل كل الويل لكل مخالف أو متجاهل لهذه "الزرد"، سيحاكم عليها قطعا وسوف يحرم البركة ويعاقب.

وبالرغم تطور العلم وانتشار المعرفة العلمية ومحاربة التعاليم الدينية مثل هذه العادات السيئة التي توصفها بالبدع، ورغم إلا أن الفرد ينقاد للاعتقاد بما وجد عليه آباءه - وهو العذر الذي يوصف على أنه أقبح من ذنبه-، فكان إتباع وارتكاب اللامعقول واللامنطق بالمفهوم العقلي، أو الخطأ والجهالة بالمفهوم العلمي، أو الهوى والباطل بالمفهوم العقائدي، أو ما لم تتعود عليه الجماعة وما لم تألفها يعتبر من المحذورات والمحرمات التي تحكم على من يتجاوزونها باللاسواء إن كان فكرا أو سلوكا.

وبهذا فحكم المجتمع يبقى نسبيا ما دام لا يزال يحتكم إلى معايير شتى ومختلفة ومتباينة، فيعتمد عليها ليحدد من خلالها السوي واللاسوي من السلوكات التي تصدر عن الأفراد والجماعات المنتمية له.

وقد يتراءى لنا مما ذكر مفهوم الوصمة التي ناد بها أصحاب نظرية الوصم الاجتماعي أمثال (جفمان Goffman) و(كتسوس) و(شور)، وهي تشير إلى "ميل الأغلبية إلى الوصم السلبي للأقليات أو أولئك الذين ينظر إليهم على أنهم منحرفين عن المعايير الاجتماعية والثقافية السائدة" (G.H.Mead, H.S.Becker, 2013)، حيث أظهروا علاقة الدونية التي تجرد الفرد من أهلية القبول الاجتماع، وتتضمن عملية الوصمة أكثر من مجرد الفعل الرسمي من جانب المؤسسات الرسمية وغير الرسمية تجاه الفرد الذي أساء التصرف أو كشف عن أي اختلاف ملحوظ عن بقية الأعضاء. ويتبين بذلك بأن سلوكات الفرد خاضعة لما تقرره البيئة الاجتماعية فإما تصنفها ضمن السلوكات السوية وإما تصنفها ضمن السلوكيات الشاذة اللاسوية، ليكون مفهوم الانحراف عن السواء ماهو في حقيقة أمره سوى صفة يحكم بها المجتمع على السلوك في ضوء العادات والقيم والمعايير السائدة فيه.

فالمجتمعات تكون هي المسؤولة عن "تجديدها للانحراف بالإجماع الاجتماعي بإقرار بعض القواعد، التي يعد انتهاكها انحرافا من منظور بناء ذلك المجتمع، وأن الانحراف ليس خاصية للفعل الذي يرتكبه الفرد، وإنما هو مسألة تتعلق بالمعاني الاجتماعية التي تلتصق بالفعل" (عبد الله سالم عبد الله، 2010، ص 15).

وقد ذكر مجموعة الباحثين المختصين "زينب عبد الزاق و محمد محمد المنعم وفتحي محمد أبو ناصر) خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية التي هي "حالة يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا وشخصيا وانفعاليا واجتماعيا

ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته، واستغلال قدراته إمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، وسلوكه عادي، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلام. " فكانت :

- التوافق. ويعنى به التوافق النفسي.
- الشعور بالسعادة مع النفس.
- الشعور بالسعادة مع الآخرين.
- تحقيق الذات واستغلال القدرات.
- القدرة على مواجهة مطالب الحياة.
- التكامل النفسي.
- السلوك العادي.
- حسن الخلق.

- العيش في سلام وسلامة.(زينب عبد الرزاق غريب، ص9).

2- معايير تحديد السلوك السوي واللاسوي

لقد قدم الباحثون عدة نماذج أو معايير يهدف التفسير والفهم الصحيح للسلوك المرضي وبالتالي الفصل بينه وبين السلوك السوي، نذكر من ذلك:

* المعيار الطبي.

* النموذج الديناميكي.

* المعيار السلوكي.

* النموذج الفينومينولوجي .

* النموذج الإحصائي.

وغيرها من المعايير التي يعتمد عليها في التفرقة بين ما هو سوي وغير سوي من السلوكيات التي يبديها الفرد في بيئته الاجتماعية التي ستحكم عليها كسلوك سوي مرغوب فيه فتقبله أو سلوك غير سوي فتنبذه.

فحين نذكر المعيار الطبي نجده ينظر للسلوك المرضي كجملة من الأعراض لمرض عقلي، ويخالفه في ذلك النموذج الديناميكي الذي يرى في الصراعات النفسية اللاشعورية المصدر الأساسي المسبب للسلوك الشاذ، أما المعيار السلوكي فهو لا يعترف إلا بما هو قابل للملاحظة والتجريب وما سوى ذلك كاللاشعور فلا يلتفت إليه كتفسير (بدره معتصم ميموني، 2005، ص33،32)، والنموذج الفينومينولوجي القائم على الإحساس والحدس اللوعي الداخلي للفرد وفهمه لمعنى الحياة، والنموذج الأخلاقي الذي يؤمن بأن السلوك الشاذ هو نتاج العجز عن تحمل المسؤوليات السلوكية ومواجهة الصعوبات.

وقد حدد "حسين فالج حسين" معايير تظهر لنا السلوك اللاسوي وتميزه عن السلوك السوي وبين بأن ذلك غير ممكن إلا في ظل المعايير كلها مجتمعة، فذكر منهم نوعين من انحرافات الفرد عن المعايير الطبيعية وهما الانحراف الإحصائي أو ما يعرف بالتردد الإحصائي والانحراف عن القيم الاجتماعية أو ما يعرف بالانحراف الاجتماعي، إلى جانب

معيار سوء تكيف سلوك الفرد وتأثيره السلبي عليه وعلى مجتمعه، ومعيار اضطراب الشخصية الذي يستند إلى المشاعر الموضوعية للفرد في حالة التوتر، فكل ذلك يعكس التفسير المختلفة في تحديد مفهومي السواء واللاسواء. (حسين فالج حسين، 2013، ص ص 14-16).

وقد أشار "عبد الفتاح دويدار" في تفريقه ما بين السلوك السوي والسلوك الشاذ بأن السلوك السوي هو ذلك "السلوك الذي يواجه الموقف بما يقتضيه في حدود ما يغلب على الناس" (عبد الفتاح محمد دويدار، 1994، ص54)، لكنه يرى أن التعريف سطحي في تحديد مفهوم السلوك السوي باعتباره السلوك الذي اتفق العامة على صلاحه وبالتالي اعتناقه كسلوك مرغوب فيه، ولا يجده صائبا إلا إذا أخذنا بعين الاعتبار بأن مواجهة الموقف بما يقتضيه لابد أن يتم فيه مراعاة علاقته بالشخص وخبرته، وبشروط الموقف المحيطة، وبالطريقة أو الوسائل العامة. بالمقابل هناك اتجاهات كثيرة كالاتجاه الذاتي والطبيعي والاجتماعي والإحصائي والنفسي والموضوعي التي تطرح آراءها ومعاييرها في تحديد الشذوذ الذي يعبر عن السلوك الشاذ وقد يصطلح في تسميته عدة مصطلحات كالشذوذ النفسي أو حالات سوء التكيف أو الاضطرابات النفسية أو الاضطرابات السلوكية.

وقد أظهرت بعض الأبحاث بأن الفرد قد يبدي سلوكا شاذا أو لاسويا في مواقف معينة وسلوكا متوافقا سويا تجاه مواقف أخرى (عبد الرحمن محمد العيسوي، 1992، ص18) فيكون بعضها مقبولا اجتماعيا وبعضها الآخر، لهذا للتشخيص والتمييز بين ماهو سوي وغير سوي من سلوكات الفرد لابد من الاعتماد على كل هذه المعايير مجتمعة ضمن نظرة تكاملية.

إن من معايير تحديد السلوك السوي واللاسوي الذي عبر عنه "زياد بركات" بالسلي والإيجابي لدى دراسته لمظاهر السلوك السلبي لدى التلاميذ من وجهة نظر المعلمين بأن "السلوك البشري يتصف بالتعقيد وأنه عبارة عن تراكم من مجموعة من الخبرات عبر محطات عمر الفرد المختلفة. لذا، فإن عملية الحكم عليه وتقييمه وتقويمه عملية ليست سهلة أو بسيطة، فمن هنا كان لازماً على علماء السلوك وضع وصياغة مجموعة من المعايير التي يمكن الاعتماد عليها لفهم طبيعة السلوك وتفسيره والحكم عليه بالسلبية أو الإيجابية، أي بالسواء أو عدمه" (زياد بركات، 2009، ص 6).

وقد حدد مجموعة من المعايير بما اتفق عليه كل من (الخطيب الجسماني و Richman و Barlow):

أ- المعيار الذاتي: الذي يعتمد على الأطر المرجعية للفرد، بمعنى الحكم على أنفسنا اعتمادا على القناعات الشخصية، والسلوك السوي يكون ملائم مع رغباتنا، وما نعتقده صحيحا، بينما الشاذ يكون نقيض ذلك.

ب- المعيار الاجتماعي: حيث على الأفراد العمل لبناء وتدعيم القيم والأهداف والأنشطة الخاصة بالجماعة، إلى جانب تكيفهم مع بيئتهم المعاشة.

ج- المعيار الإحصائي: الذي يعتمد على درجة تكرار السلوك وشيوعه بين أفراد الجماعة الواحدة، فالسلوك الصادر عن الأغلبية في إطار الجماعة سلوك سوي، وبالمقابل فالسلوك الصادر عن الأقلية في إطار هذه الجماعة فهو غير سوي.

د- المعيار المثالي: هو معيار يتفق مع الاتجاه الإيجابي في تحديد الصحة النفسية، وهو بمثابة الاتجاه الذي يقابل أو يخالف الاتجاه السلبي في تحديد التكيف السوي والذي يرى أن السواء يتمثل في الخلو من المرض.

هـ- المعيار النفسي الموضوعي: حيث ينظر إلى الشخصية بأنها منظومة تنطوي على عدد من النظم الفاعلة المتداخلة، والاضطراب الذي يحدث في السلوك ليس إلا أذى لحق بإحدى الوظائف النفسية المتعددة ضمن منظومة الشخصية، وأثر ذلك في سائر الوظائف النفسية.

و- المعيار الطبيعي: الذي يرى أصحابه بأن السواء يكون في السلوك وفق ما تقتضيه الطبيعة، أما الشذوذ فيظهر عندما يقوم الإنسان بسلوك مناقض لما تقتضيه الطبيعة، أو عندما ينحرف ذلك السلوك عن طبيعته الأصلية.

ز- المعيار الإجرائي: هو محك عملي إجرائي تتبين من خلاله الأساليب السوية من الأساليب غير السوية نظرا لعدم الاتفاق على معيار نظري محدد والعراقيل التي تواجه هذه المعايير النظرية عند التطبيق العملي (زياد بركات، 2009، ص 6).

كما ارتبط مدلول السواء بالصحة النفسية للفرد ومدلول اللاسواء بسوء التوافق وعدم القدرة على التكيف، لتصبح بذلك عملية التوافق النفسي والاجتماعي جوهر الصحة النفسية (إيمان فوزي، 2001، ص 14)، والشخصية السوية شخصية متوافقة تتميز "بالرضا بالواقع الذي يبدو هنا والآن مستحيلا على التغير ولكن في سعي ذاتي لا يتوقف لتخطي الواقع الذي يفتح للتغير مضيا به قدما فبقدم على طريق التقدم والصبوروة" (صلاح مخيمر، 1979، ص 32).

3- علاقة السلوك اللاسوي بالتفكير الخرافي (اللاعقلاني)

إنّ السلوك السوي واللاسوي كثيرا ما يرتبط بأفكار الفرد ومعتقداته تجاه بعض المواضيع التي يراها البعض غير واقعية ومنافية للعقل والمنطق، وقد يصفها البعض بالأفكار والمعتقدات الخرافية، فلا يؤمن هؤلاء إلا بما هو حسي، في حين يظن البعض الآخر عكس ما يراه غيره خرافي لاعقلاني لامنطقي أي مسلمة وحقيقة لا نقاش فيها بالرغم من عدم توافقها مع الواقع، فقد يكون السبب في ذلك يعود إلى المعتقد الديني الذي يتبناه الفرد أو العادات والتقاليد التي ورثها عن أسلافه وأبائه.

ولقد أظهرت الأبحاث بأن التفكير الخرافي هي مفهوم موضوعي وإحصائي، تقاس إحصابا بمقدار ما يباع من الكتب الخرافية تشير إلى مجموعة العقائد الخاطئة التي يراها "جيمس دريفر" بأنها عقيدة أو نسق من العقائد القائمة على أساس صلة خيالية بين الأحداث غير القابلة للتبرير على أساس عقلي، كما عرفها كل من (دافيد كرتشي D.krech) و(ريتشارد كراتشفييلد R.crutchfied) مفهوم الخرافة بأنها "تلك المعتقدات التي برهنت أنها على خلاف مع الحقائق الموضوعية والتي يحتمل أن يشارك في الاعتقاد بها عدد كبير من أبناء المجتمع والتي تسمح بنسبة بعض الظواهر إلى أسباب غير طبيعية" (عبد الرحمان عيسوي، 1983، ص 13).

إن من معايير السواء واللاسواء إذا أردنا مقابلتها مع ظاهرة الخرافة كمعتقد خاطئ بعيدا عن الواقع ومستقل عن الدلائل العلمية والعقلية، نجد من أهمها المعيار الثقافي الذي يعتمد على مقدار تقارب الأفراد مع ما هو سائد في مجتمعاتهم - وهي تمثل البيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد- (سليم أبو عوض، 2008، ص 204).

كما يظهر المعيار الإحصائي التوزيع الطبيعي أو ما يعرف بالمنحنى الاعتدالي الدالة على التوافق حيث تتجمع في الوسط الأغلبية من أفراد المجتمع الذين يتبنون المعتقدات الراسخة المتعارف والمتفق عليها، وتنتشر في أطرافه

الأقلية ممن يعتقدون المعتقدات المتعارضة مع معتقدات العامة أو الأغلبية من الناس التي يوصفونها بعدها عن التفكير العلمي أكثرها.

وهذا يتجلى التأثير الذي يبديه التفكير الخرافي في تحديد توافق الفرد مع بيئته الاجتماعية وعدم توافقه معها، فمن أفكار عقلانية أو لاعقلانية ينبذها المجتمع ويعتبرها انحرافا يستدعي تقويمه إلى معتقدات وأفكار يمجدها المجتمع ويرفع قدر من يتبناها من الأفراد.

لا يخفى على أحد أن المرء يميل أكثر ما يميل إليه إلى حياة تخلو من سلطان العقل والعلم، يهيم فيها كأنه في فضاء بلا حدود، فيجد لذته في اقرار الممنوع غير المرغوب فيه من قبل الجماعة، لا لشيء سوى لأن الإنسان يهوى اختراق الحدود إذا ما أمر ألا تتعداها، فأعذب الكلام عنده وأوقعها أثرا على نفسه المعبر عن الوجدان دون مواعظ وضوابط أو أحكام.

فمن هنا كان الإيمان بالشيء الذي تؤمن به الجماعة والإنكار وعدم التصديق بما تنكره ولا تؤمن به ولو من غير علم أو بصيرة يمثل الطريق الأمثل إلى المنهج السوي الذي يوصف عنده الفرد فردا صالحا مرغوب فيه ومثالا ورمزا يقتدى به، والعكس تماما لمن خالف الأعراف والتقاليد وما تحمله أحيانا من خرافات التي تتنافى مع العلم والعقل والعقيدة الصحيحة، فحين ينكرها ولا يتبعها أو يسلك سلكا مغايرا لها يوصف حينها باللاسواء فيتحول إلى فرد طالح غير مرغوب فيه ومال سوء يتم تجنبه أينما وجد بل ينبذ ويترد من مجتمعه. وتبقى فرصة الفرد لإعادة إدماجه في مجتمعه مشروطا بتراجعه فيما يراه مناقضا لمجتمعه ويقر بخطأه ويعدل معتقداته أفكاره وفقا لأفكار ومعتقدات ذويه، حينها سيعفى عنه وسيتم إعادة إدماجه في المجتمع ولو بتحفظ ومتابعة إلى حين التأكد من صدقه وعدوله عن الأفكار والسلوكيات المغايرة.

فإذا بحثنا عن أسباب المعتقد الخرافي اللاعقلاني وعلته نجدها تنحصر سواء في إتباع الفرد وتبنيه لأفكار ومعتقدات توارثها مجتمعه جيل بعد جيل، أو في معتقدات وأفكار وسلوكات مستدخلة تم اعتناقها بالرغم من بعدها عن الفكر والمنطق السليم والسلوك المتزن والعقيدة الصحيحة، فالمرض -مثلا- كما ذكر "لابلوتين فرانسوا" يعبر عن سوء الحظ والمصيبة وجدت لتصيب فردا معينا، فهو انعكاس لتلاشي الروابط الاجتماعية التي يعتبر المريض ضحيتها، وعلى هذا فالمرض يكون مرهون سواء بانتهاك ممنوعات الأجداد والجن - بمعنى التعدي على الحدود التي تم رسمها- أو بفعل يعتبر شريرا ويقوم به فرد ما فيتعرض للتمهيش (سليمان بومدين، 2007).

من هنا يتجلى المفاهيم الخرافية اللاعقلانية الذي يسيطر على بعض المجتمعات حيث تبنى مفاهيمها وأحكامها المطلقة على أفرادها إن كانوا أسوياء أم غير أسوياء وفقا لبعدهم أو قربهم من الثقافة السائدة ضمن العادات والتقاليد الموروثة.

4- أساليب تعديل السلوكات غير السوية

هناك مجموعة من الاستراتيجيات والأساليب الإرشادية التي اعتمدت بكثرة بهدف إصلاح وتعديل مشكلات اللاسواء وذلك عبر ثلاثة مستويات وهي:

* الأساليب المرتبطة بالجانب المعرفي

من خلال مواجهة الأفكار اللاعقلانية اللامنطقية غير السوية للفرد وتعديلها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية سوية تؤول به إلى حالة من الاتزان والتوافق العقلي.

* الأساليب المرتبطة بالجانب الانفعالي

عبر الحد من الأحاسيس والمشاعر السلبية المضطربة غير السوية للفرد واستبدالها بانفعالات ومشاعر إيجابية سوية تفضي به إلى حالة من الاتزان والتوافق والضبط الانفعالي.

* الأساليب المرتبطة بالجانب السلوكي

التي تستخدم لأجل تغيير وتعديل سلوكيات الفرد غير السوية سواء المنحرفة منها أو غير المرغوب فيها وتعويضها بأفعال وسلوكيات سوية مرغوب فيها تجعل منه فردا مقبولا اجتماعيا في حالة من الاتزان والتوافق والضبط السلوكي. وقد أوضح " عبد الفتاح محمد سعيد الخواجا" بعض من هذه الأساليب وهي:

1-4- الأساليب المعرفية Méthodes de Cognitives

أ- الحديث الذاتي المستمر: يمكن استخدام هذا الأسلوب لتقوية الأفكار العقلانية كالشخص الذي يخاف من التحدث أمام الجمهور، يمكنه أن يتحدث مع نفسه عدة مرات في اليوم كمثل "أريد أن أحصل على نقطة جيدة في الامتحان، وإذا لم يحدث فلن يتغير العالم".

ب- المراجعة: هذا الأسلوب أكثر ملائمة للذين لا يستطيعون مواجهة حالات الإحباط كالمدمن على تعاطي المخدرات أو التدخين. وكمثال يطلب من المدمن أو المدخن كتابة على ورق بفوائد التوقف عن التدخين وقائمة أخرى بأضرار الاستمرار في الإدمان أو التدخين، ثم يطلب عد ذلك القيام مراجعة كل ما تم تدوينه ضمن هذه القائمة حوالي (10-20 مرة) في اليوم وهذا الأمر يعطي المدمن أو المدخن أسباب جيدة للتغلب على حالة إدمانه أو ارتباطه بالتدخين.

ج- الأسلوب التربوي-النفسي: عندما تنتهي الجلسات العلاجية، فإن العلاج لن يتوقف عند هذا الحد، بل يطلب من المسترشد المطالعة بعض ما له علاقة بحالته من أجل المساعدة الذاتية.

وكذلك السماع لأشرطة مسجلة خلال جلسات العلاج التي تهدف إلى مساعدة المسترشد على تذكر أفضل لبعض النقاط المهمة التي حددها المعالج أثناء الجلسات.

د- تعليم الآخرين: يقترح على المسترشد القيام بإرشاد الآخرين ممن يتبنون أفكار لاعقلانية، فيمحاولة إقناع الآخرين بعدم استخدام الأفكار غير العقلانية واعتمادها في حياتهم فهو يحاول إقناع نفسه بعدم استعمالها كذلك. فهنا يقوم الفرد بإرشاد ذاتي وتحصين من مغبة الوقوع فريسة للأفكار والمعتقدات التي من شأنها أن تصل به إلى انفعالات وأفعال وسلوكيات مضطربة غير سوية.

2-4- الأساليب الانفعالية Méthodes Emotionnelles

يستخدم المعالجون والمرشدون في هذا الإتجاه مجموعة من الطرق الانفعالية منها:

أ- التخيل و التصور: يساعد التخيل المسترشد في تغيير انفعالاته غير المناسبة إلى انفعالات مناسبة، كان يطلب من الطالب مثلا أن يتخيل والديه اللذان يحدان من حريته والذي يسبب له الانزعاج والقلق، يطلب منه أن يتخيل ذلك ولكن دون قلق أو انزعاج أو توتر.

يساعد هذا الأسلوب في تقليل الانفعالات غير السارة و القلق والاكتئاب، يفضل استخدام هذا الأسلوب يوميا ولعدة أسابيع.

ب- لعب الأدوار: إن إعادة تكرار سلوكيات محددة من قبل المسترشد، يساعد على استحضار انفعالات لم يكن على وعي بها.

ج- تمارين/تدريبات مهاجمة الشعور بالخجل: يشجع المسترشد على القيام بأعمال يخجل من القيام بها لكي يتخلص منها، وحتى وإن لم يوافق عليها الآخرين، فهذا الأسلوب يشمل على طرق سلوكية وانفعالية في الإرشاد.

ومن الأمثلة كأن نطلب من المسترشد كواجب منزلي أن يصرخ عاليا طالبا من الحافلة أن تتوقف وعندها سوف يشعر بأن الآخرين غير مهتمين فعليا بسلوكياته.

د- استخدام العبارات الذاتية النشطة: يستخدم هذا الأسلوب من أجل تغيير الأفكار اللاعقلانية التي يعاني منها المسترشد وتعويضها بأفكار جديدة أكثر عقلانية ومنطقية.

كأن يقول المسترشد أنه لمن المفزع أن أحصل على علامة منخفضة في الامتحان (فكرة لا عقلانية)، فيتم استبدالها بجمل تحمل عبارات عقلانية كأن يقول "أريد أن أحصل على علامة مرتفعة جدا، ولكن ليس من الواجب علي".

3-4- الأساليب السلوكية Les Méthodes Comportementales

يستخدم في أساليب سلوكية متعددة وفي أغلب الأحيان تكون على شكل واجبات منزلية منها:

أ- الواجبات المنزلية: يكلف بها المسترشد مثل مراجعة المواقف التي يخاف منها أو يخجل منها، وقد يطلب منه أحيانا واجبات مثل قراءة بعض الكتب التي لها علاقة بحالته.

ب- الإشراف الإجرائي: مثل تعزيز السلوكيات المرغوب فيها بالمكافئة.

ج- أساليب تعديل السلوك وأساليب تشكيها.

د- أساليب الاسترخاء المختلفة.

هـ- أسلوب التخيل: قد يتضمن هذا الأسلوب على جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية.

و- المرح كأسلوب مساعد للعلاج

ز- استخدام الغناء وترديد الكلمات من قبل المسترشد. (عبد الفتاح محمد سعيد الخواجا، 2002، ص ص 296-298).

كما يمكن أن تستخدم أساليب أخرى كمثل

* الأساليب التعليمية النشطة التي يتم من خلالها تعليم المسترشد كيفية التفكير بطريقة عقلانية وعلمية، وكيف يتبع فلسفة عقلانية للحياة ويتجنب الأفكار والمعتقدات غير العقلانية.

أ-التعلم العقلاي الانفعالي.

ب-التدريب العقلاي الانفعالي.

ج-السلوك العقلاي الانفعالي.

د-الإطلاع العقلاي الانفعالي.

هـ-المواجهة العقلاية. (صالح حسن أحمد الدايري، 2005، 527).

خلاصة

إن الحياة لا تخلو من الصراعات والمشكلات التي ترافق الإنسان منذ ولادته، والفرد السليم ملزم بالتكيف مع تحديات الحياة والتوافق مع مستجداتها ضمن الأدوار التي من المفروض يؤديها سواء في بيئته الاجتماعية مع مجتمعه أو الجماعة التي هو عضو فيها له حقوق وعليه واجبات لا بد أن يؤديها، أو في بيئته المهنية كأستاذ ومربي أو كعامل أو مربي التي تلزمه بحفظ الأمانة التي أؤتمن عليها، أو في بيئته التربوية والمدرسية كتلميذ وطالب وما يتطلبه طلب العلم منه من آداب وأخلاق ومثابرة وجهد ونجاح، أو في بيئته الأسرية تلك النواة والرحم والمهد والدفء والحنان الذي رعاها حين كان طفلاً إن أصبح شاباً وكهلاً.

من أجل هذا على الفرد أن يسعى إلى استخدام أفضل ما عنده من إمكانيات وقدرات واستعدادات استخداماً سوياً، ويكون ممن يهذب سلوكه فلا يلاحظ منه إلا الصلاح ويضبط انفعاله فلا يسجل عنه غير المديح ويصقل أفكاره ومعتقداته بما يتوافق مع العقل والمنطق فلا ينقل عنه سوى العلم والحكمة، فحينها سيكون مشكاة خير لنفسه ولغيره، وسيأخذ الكل مثالا يقتدى به في الوصول إلى حالة من الاتزان والصحة النفسية بما يحقق له الصلاح والرضاء والفلاح والسعادة، ويكون نفعاً لنفسه ولأهله وجيرانه ومجتمعه ووطنه.

مراجع

- أحمد فائق (2001): الأمراض النفسية الاجتماعية نحو نظرية في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- إيمان فوزي (2001): في الصحة النفسية، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- بدرة معتصم ميموني (2005): الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر.
- بومدين سليمان (2007): المرض بين المكتوب ومنطق المصيبة، مجلة التواصل،
- حسين فالح حسين (2013): علم النفس المرضي والعلاج النفسي، مركز ديونو لتعليم التفكير، الأردن.
- زياد بركات، (2009): مظاهر السلوك السلبي لدى تلاميذ المرحلة الأساسية من وجهة نظر المعلمين وأساليب مواجهتهم لها، جامعة القدس المفتوحة، منطقة طولكرم التعليمية.
- زينب عبد الزاق غريب، محمد محمد عبد المنعم، فتحي محمد أبو ناصر، (2008): الصحة النفسية، حقيبة تدريبية أكاديمية، مركز التنمية الأسرية، جامعة الملك فيصل، اليعودية.
- سليم أبو عوض، (2008): التوافق النفسي للمسنين، دار أساة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- شeldon كاشدان، (1984): علم نفس الشواذ، ترمة أمد عبد العزيز سلامة، مراجعة محمد عثمان نجاتي، ط2، دار الشروق، بيروت.
- صالح حسن أحمد الداھري، علم النفس الإرشادي، نظرياته وأساليبه الحديثة، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2005.
- الصاوي عبده عد القوي رانيا (جوان 2017): المتغيرات الاجتماعية والثقافية لتصور المرض النفسي وأساليب علاجه، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 01 العدد 05.
- صلاح مخيمر (1979): المدخل إلى الصحة النفسية، ط3، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
- صولة فيروز، (2014/2013): المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه، أطروحة دكتوراه في العلوم، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- عبد الرحمان عيسوي (1983): سيكولوجي الخرافة والتفكير العلمي، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر.
- عبد الرحمن محمد العيسوي (1992): في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، لبنان.
- عبد الفتاح محمد دويدار (1994): في الطب النفسي وعلم النفس المرضي الإكلينيكي، دار النهضة العربية، لبنان.
- عبد الفتاح محمد سعيد الخواجا، الإرشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2002.
- عبد الله سالم عبد الله، (2010): المعرفة والوصم الاجتماعي واتجاهات طلبة الجامعات الأردنية نحو المصابين بمرض الإيدز، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة مؤتة، الأردن.
- علي المكاوي، (1990): علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، تقديم محمد الجوهري، ط1، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،

فتحي السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاي (1988): سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، ج1، دار القلم، الكويت.

فرج عبد القادر طه وآخرون (بلا تاريخ): معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار النهضة العربية، لبنان.
مختار رحاب، (2014)، الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 15.

Mead G H, Howard S, Becker. (2013). Théorie de l'étiquetage: constructionnisme social, stigmatisation sociale, désinstitutionalisation et étiquetage. Livre broché (Google livre) <https://ar.wikipedia.org/wiki/%D9%88%D8%B5%D9%85%D8%A9>.

الخبرة النفسية حلقة الوصل بين علم النفس المرضي والعلوم الجنائية"

طالبة دكتوراه. بوالحبال آية

تخصص علم نفس الصحة

جامعة باتنة1 ayaboulahbal92@gmail.com

0669.07.19.83

د. شينا سامية (أستاذة محاضرة أ)

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

جامعة باتنة1 samiachinar@yahoo.com

.0554.13.39.63

Résumé: la psychologie pathologique joue un rôle important en science criminelle, à travers le rôle clinique d'un psychologue basé sur l'expérience en travaillant avec des patients dans différents contextes thérapeutiques. Ce rôle consiste généralement à aider les personnes atteintes de maladie mentale ou psychologique, ce qui permet au psychologue d'expérimenter de nombreux aspects des anomalies mentales et psychologiques, ainsi que les compétences de discussion que les avocats ne possèdent peut-être pas et qui lui permettent d'obtenir des informations utiles à l'enquête. Le psychologue fait le lien entre la pathologie et la science criminelle.

Dans cette intervention, nous cherchons à mettre en évidence la relation entre psychologie pathologique et science criminelle en considérant l'expérience psychologique comme un lien fort entre deux mondes qui traitent des détails de la psychologie pathologique et fournissent des solutions à la science criminelle qui ne sont pas fournies par d'autres sciences. Il abordera également les bases de l'expérience psychologique et ses conditions et pratiques de formation et soulignera son efficacité à orienter de nombreux problèmes et attitudes à travers l'utilisation des théories de la psychologie de la maladie conformément à la réalité de l'environnement et à la culture de la pension.

Mots-clés : expérience psychologique, pathologie, sciences criminelles

ملخص: يلعب علم النفس المرضي دورا هاما في العلوم الجنائية، فمن خلال الدور الاكلينيكي للأخصائي النفسي الذي يقوم على الخبرة التي يتمتع بها علماء النفس من خلال العمل مع المرضى في أوساط علاجية مختلفة. وعادة ما يتمثل هذا الدور في مساعدة الأشخاص المصابين بمرض أو اضطراب عقلي أو نفسي، وهو ما يمنح للأخصائي النفسي خبرة في جوانب كثيرة من الشذوذ العقلي والنفسي، إضافة إلى مهارات المناقشة التي قد لا يمتلكها المحامون والتي تمكنه من التوصل على معلومات تفيد التحقيق، فالخبرة النفسية للأخصائي النفسي تعتبر حلقة وصل بين علم النفس المرضي والعلوم الجنائية.

نسعى في هذه المداخلة إلى إبراز العلاقة بين علم النفس المرضي والعلوم الجنائية من خلال التطرق إلى الخبرة النفسية كحلقة ربط متينة بين عالمين تحمل تفاصيل علم النفس المرضي وتقدم حلولاً للعلوم الجنائية والتي لا تقدمها غيرها من العلوم. كما سيتم التطرق إلى إبداعات الخبرة النفسية وشروطها التكوينية ولممارساتي وإبراز فعاليتها في توجيه العديد من القضايا والمواقف من خلال توظيف نظريات علم النفس المرضي بما يتوافق مع واقع البيئة والثقافة المعاش.

كلمات مفتاحية: الخبرة النفسية، علم النفس المرضي، العلوم الجنائية.

مقدمة

تعتبر العلوم الجنائية من العلوم العصرية التي تتمتع بأهمية كبيرة نظرا لما تقدمه من خدمات جليلة مهمة للمجتمع والتي تعمل عن الكشف على الجرائم كالتزوير، الاختلاسات المالية، السرقة، الاغتصاب وتحديد مرتكبي هذه الجرائم، فالعلوم الجنائية هي العلوم التي تنظر في فروع الجريمة ومسرحها من بصمات، مواد مخدرة وسموم، آلات حادة، أسلحة ومقدوفات، آثار الحرائق المفتعلة، حمض نووي وسوائل جسدية، آثار دماء وشكلها، ورائق وأي أثر مادي آخر قد يكون مفيدا في الإشارة للجاني، أيضا تولي العلوم الجنائية اهتماما بأساليب أخذ وتخزين هذه الآثار لسهولة فقدانها ولمصادقيتها إذا ما اختلطت بعوامل أخرى لا تتعلق بالجريمة. كذلك نرى دورا هاما لعلم الإنسان في العلوم الجنائية حيث يعتبر أداة محورية في الجرائم التي مر عليها زمن طويل وأصبحت بقايا الضحية بحاجة لفحص خبير لتحديد نوعها وسنها والظروف التي تم حفظ البقايا فيها وما إذا كانت قد تلقت ضربات مميتة.

فالعلوم الجنائية تغطي جميع الجوانب المتعلقة بعلم الجريمة بأنواعها سواء كانت الطبية أو العلمية أو الاجتماعية أو العدلية وتطبيق المعارف. ومما يميز هذه العلوم أنها أصبحت تستخدم وسائل وتقنيات حديثة مختلفة تسخر للكشف عن الجريمة ومن أشهر هذه التقنيات البصمة الوراثية والتحليل الكيمائية والسمية والدراسات المجهرية لأدلة الجريمة ومسرح الجريمة ككل، وعليه فالعلوم الجنائية علاقة وطيدة بالعديد من التخصصات والتي من بينها علم النفس المرضي.

إذ يعتبر علم النفس المرضي أحد فروع علم النفس النظرية التي تعتمد عليها الفروع التطبيقية، فهو يهتم بدراسة الجانب النفسي واضطراباته بهدف إلى تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية وأسبابها وصراعات الشخص الداخلية أو الخارجية في سعيه للتكيف وبالتالي فعلم النفس المرضي هو العلم الذي يهتم بالجانب المرضي للظاهرة النفسية وذلك بدراسة التطور النفسي للفرد واضطراباته بهدف تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية منها والعقلية. ويهتم علم النفس المرضي بجميع أنواع الاضطرابات التي تعيق توافق الفرد مع بيئته الاجتماعية سواء كانت هذه الاضطرابات وجدانية، عقلية، سلوكية، أو نف وجسدية، فتؤدي بالفرد إلى فقدان التوازن الكلي أو الجزئي مع محيطه.

إن علم النفس المرضي يلعب دورا هاما في القضايا الجنائية، إذ يتجلى دوره في إعطاء التشخيص الملائم للحالة النفسية التي يعاني منها مرتكب الجريمة وتبيان أثر الاضطرابات النفسية في وقوع الجريمة، وذلك من خلال تقديم توضيح ما إذا كان مرتكب الجريمة مدرك لما فعله وما إذا فعل ذلك بإرادته، الأمر الذي يسمح أمام قاضي المحكمة باتخاذ قراره والذي يتمثل إما في إسقاط المسؤولية الجنائية عن الجاني أو تخفيفها أو عدم إسقاط المسؤولية الجنائية عنه.

إشكالية

لم يعد علم النفس علماً بسيطاً، وإنما أصبح يصنف ضمن أبرز وأهم العلوم على الساحة النفسية، وذلك للدور الذي تلعبه الجوانب النفسية في جميع جوانب الحياة، بالإضافة إلى تعدد فروعها وميادينها وارتباطها الوثيق بالعديد من العلوم الأخرى. ولعل من أهم فروعها نجد: علم النفس المرضي، علم النفس الجنائي، علم النفس القضائي، علم النفس الشرعي، والتي لهما صلة مباشرة بالعلوم الجنائية حيث تشير هذه الأخيرة إلى العلوم التي تنظر في فروع الجريمة ومسرحها.

فالأخصائي النفسي في المجال الجنائي يهتم بدرجة كبيرة بدراسة سلوك وأفكار المجرمين، وإجراء تقييم لهم لتحديد مدى إمكانية تعرضهم للانتكاسة "أي ما يعرف بظاهرة العود للجريمة"، فصلاً عن هذا فالأخصائي النفسي في المجال القضائي يلعب دوراً كبيراً في تحديد وتعديل مسار القضايا الجنائية وذلك عندما يطلب منه تقديم خبرة نفسية للمحكمة في قضية ما.

فالخبرة النفسية تعتبر حلقة وصل بين علم النفس بصفة عامة وعلم النفس المرضي بصفة خاصة والعلوم الجنائية، ومن كل ما سبق نطرح التساؤلات التالية:

- 1- ما هو التفسير النفسي المرضي للسلوك الإجرامي؟
- 2- ما هي الأمراض النفسية ذات الصلة بالجريمة؟
- 3- ما هي حدود علم النفس المرضي في القضايا الجنائية؟
- 4- ما هي الخبرة النفسية؟ وما هي شروط الخبر النفسي؟
- 5- ما هي أخطاء الأخصائي النفسي أثناء تقديم الخبرة النفسية؟
- 6- ما هي تحديات علم النفس المرضي مع ذوي العلاقة بالدعوى الجنائية؟

الأهداف

تهدف هذه المداخلات إلى تحقيق جملة من الأهداف والتي تتمثل في:

- 1- معرفة التفسير النفسي المرضي للسلوك الإجرامي.
- 2- التعرف على الأمراض النفسية ذات الصلة بالجريمة.
- 3- التعرف على حدود علم النفس المرضي في القضايا الجنائية.
- 4- التعرف على الخبرة النفسية وأهم شروط الخبر النفسي.
- 5- التعرف على أخطاء الأخصائي النفسي أثناء تقديم الخبرة النفسية.
- 6- التعرف على تحديات علم النفس المرضي مع ذوي العلاقة بالدعوى الجنائية.

1. التفسير النفسي المرضي للسلوك الإجرامي

تفسيرات سلوك المجرمين والإجرام أساسية بالنسبة لعلم النفس الشرعي، فهي تشكل الأساس لاعتبارات كيفية تقييم المجرمين، وما إذا كان من الممكن مساعدتهم، لتجنب الإجرام المستقبلي أو "علاجهم" بطريقة ما، وكيفية حدوث ذلك. في حالة الفرض بأنه هناك شيء ما فطري في كون المرء مجرمًا، فسيتركز التقييم والعقاب والعلاج مباشرة على السمات المميزة للجاني. وفي المقابل، في حالة الفرض أن ظروفًا بعينها هي التي تشكل المجرمين، فسيتركز برامج خفض معدلات الجريمة على تلك الظروف وليس على الفرد الجاني، ونتيجة لذلك، يمكن أن يكون للمناظرات حول أسباب الجريمة — والتي قد تبدو نظرية نوعًا ما — تأثير مباشر على سياسات التعامل مع الجريمة وإدارة الجناة، ولها تأثير بالفعل.

في قلب هذه المناقشات ثمة سؤال عما إذا كان المجرمون مختلفين في بعض النواحي الجوهرية عن الأشخاص الذين لم يرتكبوا أية جريمة؟ هل هناك شيء يتعلق بكيفية تكوينهم يجعلهم مختلفين؟ أحد سبل دراسة ذلك هو التفكير ملياً فيما عليك عمله لتصنع مجرماً.

✓ تفسيرات بيولوجية

فرضاً أنك دكتور فرانكنشتاين العصر الحديث وأوكلت إليك مهمة صناعة مجرم، ما الذي ستحتاج إليه لتحقيق المهمة؟ هل ستحتاج إلى أجزاء جسم معينة؟ ربما، كما كان يرى باحثون جادون منذ أقل من مائة عام، كنت ستختار ذراعين طويلتين على نحو مميز علم النفس الشرعي (كتلك التي تملكها القردة)؟ هل ستتبع أيضاً إرشادات تشيزاري لومبروزو — عالم الجريمة الإيطالي ذائع الصيت الذي عاش في القرن التاسع عشر — في بناء الرأس؛ بحيث تحرص على أن يكون به أذنان بارزتان، وشعر كثيف، ولحية خفيفة، وفك عريض، وذقن مربع مستدق، وعظام وجنتين كبيرة، وتجاوزاً مع أفكار العصر الفيكتوري عما يميز المجرم عن الجميع بوجه عام، ربما تود التأكد من أن المجرم الذي صنعته أقصر من الطول المتوسط، أو أطول، وينبغي أن يكون أيضاً أثقل وزناً من غير المجرمين، أو أخف بوضوح. فإن اتبعت هذه الإرشادات، فستحرص أيضاً على أن يكون المجرم الذي صنعته ذا قفص صدري ناتئ مع صدر مشوه خلقياً وكتفين متهدلتين. وسيكون مسطح القدمين أيضاً.

إذا رأيت أن الأمر صار متعلقاً أكثر من اللازم ببنية الجسم، وكنت تعتقد أنه بإمكانك أن تأخذ جسمًا طبيعيًا وتعبث بالهرمونات والتكوين الجيني وغيرها من الجوانب التي تحدد كيفية عمل الجسم لتصنع مجرماً، فأنت بهذا تتبع الفكر الحديث نوعاً ما. فعدد كبير من الخبراء يرون أن الإجرام ناجم عن اضطراب ما بالمخ — أو حتى تلف صغير بالمخ — نتيجة التعرض لحادث، أو مشكلات وقت الولادة. وعلى سبيل المثال، أشارت الأبحاث الحديثة إلى أن هنري الثامن تحوّل من ملك ودود على علاقة طيبة بزوجه إلى حاكم مستبد تخلص من زوجته كالمقصان القديمة بعد أن وقع له حادث أثناء مقارعة بالرمح أدى إلى فقدته الوعي لمدة ساعتين. ويقال إن الضرر الدماغي الذي أصيب به في الحادث غير شخصيته ليصبح أكثر عدوانيةً وعنفاً (كانتر، 2014: 25-26)

✓ تفسيرات علم النفس

لعل أقصر طريق للعثور على شخص يُحتمل أن يصبح مجرماً هو أن تبحث عن شخص لا يقبل بالأعراف الاجتماعية السائدة، ربما نتوقع أن هذا الشخص لا يملك ضميراً يقظاً. وسيزعم أحد التوصيفات النفسية الأكثر تخصصاً أن هذا الشخص لم يبلغ المرحلة الراشدة من التفكير الأخلاقي. رغم أن هذا التوصيف قد يعيد للأذهان الفكرة المثيرة للاستغراب التي كانت موجودة بالقرن التاسع عشر وتقتضي بأن المجرمين أقرب إلى "الأطفال والبدائيين" إلا أنه على الأقل يوفر إطار عمل أكثر تفصيلاً لدراسة العمليات المعرفية للجنة، كما أنه يمهد سبيلاً لاستكشاف ماهية الجانب لدى الأشخاص "السيكوباتيون" الذي يساهم في تصرفهم على النحو الذي يتصرفون به.

وعليه، فإن هذه التفسيرات جزء من عائلة من النظريات النفسية التي تنظر إلى الإجرام على أنه متجذر في طرق إدراك العالم. وهذا يشمل سلسلة كاملة من جوانب الحياة العقلية للفرد بما فيها:

- غياب الوعي بنتائج أية أفعال، لا سيما الوعي بالأشخاص الذين سيعانون جراء تلك النتائج.
- تبرير الأعمال الإجرامية ومحاولات ادعاء ضعف تأثيرها.

- مستوًى متدنٍ من تقدير الذات يخفف النجاح الإجرامي وطأته .
 - استنادًا إلى الاعتقاد أن مخالفة القانون، « تفيد » التقييم العقلاني أن الجريمة توفر مردودًا قيمًا مقابل مجهود بسيط.
 - شعور عام بعدم الرغبة في تأخير الإشباع .
 - أو عدم القدرة على التحكم في الرغبات .
 - يمكن جمع هذه النظريات المتنوعة معًا في ثلاث مراحل نفسية تؤدي إلى السلوك الإجرامي، وهي:
 - المرحلة الأولى هي تفسير الموقف وقد يكون التفسير خاطئًا، مع إساءة الحكم على تلميحات أو تعليقات الآخرين، كما الحال في العبارة التي كثيرًا ما تتردد قبل العنف "إلى من تنظر؟" أو قد يكون الفهم دقيقًا من الناحية العقلانية، لكن يؤخذ الموقف ككل باعتباره موقفًا يستدعي استجابة إجرامية.
 - هذا يقود الجاني إلى المرحلة الثانية، وفيها يؤدي مزيج من الانفعالات وردود الأفعال المعتادة إلى الجريمة. فيمكن تفسير نافذة مفتوحة أنها فرصة للسطو، أو إهانة بالحانة على أنها سبب للعنف، أو يمكن أن تتطور سرقة بنك مدبرة من مناقشات حول الفرص المتاحة.
 - المرحلة الأخيرة هي فقدان الخطير لأي اهتمام حقيقي بتبعات الجريمة (كانتر، 2014: 36-37)
- ✓ حالات الشذوذ

- أظهرت حالات الشذوذ النفسي بأن لها صلة وثيقة بالإجرام، وهي حالة السيكوباتي، ويتميز السيكوباتي بخصائص رئيسية أهمها :
- (أ)- عجزه عن التحكم في غرائزه: فإذا شعر بالحاجة إلى إشباع غريزة ما اندف بكل قواه لإشباعها دون أن تلقى إرادته مقاومة.
- (ب)- تميزه بسلوك اجتماعي منحرف: يتميز السيكوباتي بأنه غالبًا ما يرتكب أعمالًا عدائية للمجتمع كالكذب والغش وخلف الوعود.
- (ج)- السيكوباتي أناني بطبعه: يتميز السيكوباتي بأنه أناني بطبعه إلى أبعد حدود الأنانية ويبدو ذلك من تصرفاته منذ طفولته المبكرة ولا يتخلى عن أنانيته حتى مع أهله وأفراد أسرته.
- (د)- فشله في التجاوب الوظيفي: كقاعدة عامة السيكوباتي لا يجد أعمال وظيفته فهو كثير الخطأ ولا يتعلم من الخطأ شيئًا بل يقع فيه مرارا دون أن يحاول الاستفادة من تجاربه، بل ويرتكب الجرائم عادة لعدم تلاؤمه مع المجتمع وعدم التحكم في غرائزه (منصور، 1991: 49-50)

II. الأمراض النفسية ذات الصلة بالجريمة

إن العلاقة بن الأمراض النفسية والعقلية والسلوك الاجرامي ما زالت غير واضحة وموضوعية وقاطعة ويعود السبب في ذلك إلى مشاكل منهجية مهمة فالاطار التشخيصي للأمراض العقلية ما زال عرضة للتوجهات الاكلينيكية للباحثين ومشاكل الصدق والثبات وكذلك مسألة تمثل العينات. وفيما يلي سنتناول عددا من الاضطرابات الرئيسية والفرعية وعلاقتها بالجريمة.

- أ- الاضطرابات العصبية: تعتبر هذه الاضطرابات من أكثر الاضطرابات انتشاراً، ويوصف الأشخاص المصابين بها بما يلي: التصدع في الشخصية، وجود اضطرابات داخلية، القلق، الحزن والاكتئاب، الوسواس والأفعال القهرية، سهولة الاستثارة والحساسية الزائدة والاعراض الهستيرية. أما بالنسبة لأهم الاضطرابات العصبية ذات العلاقة بالسلوك الاجرامي فهي الاضطرابات الانشاقية والتحولية.
- 1- اضطراب القلق العام: وهو شعور غامض غير سار مصحوب بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر وبعض الاحساسات الجسمية ويزداد نشاط الجهاز العصبي اللاارادي، واذا ما استمر ذلك ينعكس عضويًا على الجسم. وتنقسم الاعراض الاكلينيكية للقلق إلى قسمين:
- القلق الحاد والذي بدوره ينقسم إلى ثلاثة أشكال: 1- الخوف الحاد ويتصف بالتوتر الشديد وكثرة الحركة وعدم القدرة على الاستمرار مع سرعة التنفس والكلام السريع غير المترابط، 2- الرعب الحاد ويتميز بعدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والارتجاف مع ظهور عرق بارق وغزير وفقدان البوصلة الزمانية والمكانية، وقد يكون هذا السكون الحركي اندفاع مفاجئ يجري أثناءه المريض على غير هدى وقد يرتكب جريمة أثناء ذلك، 3- اعياء القلق الحاد ويحدث عندما يستمر القلق لفترة طويلة ويصاب الشخص بالإجهاد والأرق وقد يصاب الفرد بالكثير من التغيرات النفسية.
 - القلق المزمن عندما يستمر لفترة طويلة يتحول إلى أعراض سواء في الجهاز الدوراني أو الهضمي، أو التنفسي، وأيضاً على شكل أعراض نفسية مثل الخوف والتوتر والتهيج العصبي وعدم القدرة على التركيز وادمان الكحول والمخدرات.
- 2- اضطراب الوسواس القهري: يعرف بأنه اضطراب عصبي أولي، حيث تظهر الوسواس على شكل أفكار أو مخاوف أو اندفاعات أو في صورة أعراض قهرية، إلا أن الشخص يحاول مقاومتها ولكن هذه المقاومة تضعف مع الزمن فينهار الفرد نفسياً واجتماعياً. وهناك بعض الحالات التي تندرج تحته ومنها:
- جنون السرقة: يشعر الفرد باندفاع شديد ورغبة جامحة لسرقة أشياء لا قيمة لها، وهنا يكون يعاني من وسواس قهري ولا يمنعه الخوف من تحقيق ذلك وينتهي به المطاف في المحاكم.
 - جنون الحرائق: والشئ نفسه ينطبق على هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من رغبة ملحة في اشعال الحرائق وهنا يرتكب جريمة.
 - جنون الشراب: وهو الرغبة الجامحة والاندفاع للشراب.
 - الجنون الجنسي: حيث تسيطر على الفرد هذه الأفكار الجنسية ويندفع نحو اشباعها والتحرش بالآخرين وهنا قد يرتكب جريمة.
- 3- الاضطرابات الانشاقية والتحولية: تتميز بظهور أعراض مرضية لا شعورية، حيث يكون الدافع هو الحصول على الانتباه أو المنفعة أو الهروب من موقف خطير.
- الاضطرابات الانشاقية: يتحول فيها القلق والصراع النفسي إلى أعراض عضوية على سبيل المثال: شلل الأطراف.
 - الاضطرابات الانشاقية: هنا ينفصل الفرد إلى شخصيات ويرتكب سلوكيات غريبة أو يفقد ذاكرته من أجل جلب الانتباه أو تجنب موقف نفسي مؤلم ومن أشكاله: فقدان الذاكرة والشذوذ الهستيري، ويبدوا هنا الشخص

مدفوعا للقيام بأعمال داخلية والجوال في الأماكن المختلفة وأحيانا قد يتعدى على الآخرين... إلخ، وقد يرتكب جريمة أثناء ذلك (الوريكات، 2014: 149-152)

ب- الاضطرابات الذهانية: والتي تنقسم إلى الذهان الوظيفي والذهان العضوي

1- الذهان الوظيفي: والذي بدوره ينقسم إلى:

- الانفصام: ويتميز باضطرابات التفكير والوجدان والادراك والإرادة والسلوك والتي قد تدفع بالفرد إلى ارتكاب الجريمة.

- الاضطرابات الوجدانية: وتشمل الهوس والاكتئاب والهوس الاكتئابي، واكتئاب سن اليأس، فالشخص المكتئب قد ينتحر أو يقتل الآخرين اعتقادا منه أنه ينقذ نفسه، وقد يغتصب الشخص المصاب بالهوس ويستفز الآخرين جنسيا.

- الذهان العضوي: وهو شكل أساسي ناتج عن خلل دماغي نتيجة مرض أو إصابة، وقد يكون أوليا كما في الأمراض أو ثانويا كما في الاضطرابات الجهازية "المخ" (الوريكات، 2014: 154-155)

ويختلف أثر الأمراض النفسية المجردة والفعلية في المسؤولية الجنائية تبعا لاختلاف أنواعها، مما يقتضي بحث أثر كل نوع منها على انفراد.

أولا. الهستيريا التحولية

1- نوبات الهستيريا التشنجية: يختل ادراك وإدارة المصاب إلى حد فقدهما، لفقده الجزء الأكبر من وعيه، مما يقضي بانعدام مسؤوليته الجنائية، عند ارتكابه جريمة أثناء النوبة، كما يلزم تخفيف مسؤولية المصاب عند ارتكابه جريمة في غير فترات النوبة، بسبب ما يعانيه أصلا من فجاجة وجدانية، تجعل ارادته اقل قدرة على ضبط النفس والسيطرة على العواطف والانفعالات.

2- حالات فقدان إحدى الحواس لوظيفتها هستيريا: والألام البدنية الهستيرية، والقيء الهستيريا، لا تتأثر المسؤولية الجنائية للمريض عند اقترافه فعلا إجراميا، بالنظر لعدم تأثر ادراكه وارادته بهذه الحالات المرضية.

3- نوبات النوم الهستيرية البسيطة والتجوالية: ينعدم ادراك وإرادة المريض لفقدانه الشعور، مما لا يترك أي وجه لمسأله جنائيا في حالة ارتكابه جريمة خلال هذه النوبات.

4- نوبة ازدواج الشخصية: يفقد المريض شخصيته الأصلية ولا يعلم عند عودته إليها بتصرفات الشخصية التي تقوم بها خلال النوبة وبالتالي لا يعد مسؤولا جنائيا عن الجريمة التي ارتكبها أثناء النوبة (نشأت، 2005: 177-

178)

ثانيا: الهستيريا القلقية

التخيلات الفكرية القائمة واحلام اليقظة المثيرة التي تساور المصاب بالهستيريا القلقية، لا تؤثر في ادراكه ولكنها تترك وتضعف ارادته، مما يصلح أن يكون سببا لتخفيف مسؤوليته الجنائية عن الجريمة التي قد يرتكبها.

ثالثا: الهستيريا التسلطية

يفقد المصاب بها الإرادة دون الادراك، فهو يعجز عن مقاومة الدافع الغلاب القهري المتسلط عليه، فيندفع مكرها تحت ضغط تلك القوة الدافعة الى ارتكاب جرائم مع ادراكه لطبيعة تلك الجرائم ونتائجها الوخيمة. حيث أنه

ليس من العدل مساءلة شخص عن فعل ارتكبه دون ارادته في حين أن المسؤولية الجنائية تنعدم بفقدان الإرادة (نشأت، 2005: 178)

رابعاً: هستيريا المعتقدات الوهمية

ان الأوهام الفاسدة التي تسيطر على المصاب بهستيريا المعتقدات الوهمية، تفسد سلامة تقديره، فيتصرف وفق ما تمليه عليه معتقداته الوهمية التي تبدو له كأنها حقائق واقعية، وهي حالة تدل على فساد ادراكه جزئياً، مما يتطلب تخفيف مسؤوليته الجنائية (نشأت، 2005: 179)

خامساً: المخاوف الهستيرية

يقتصر أثر المخاوف الهستيرية على إثارة انفعالات الخوف في نفس المريض من مواقف أو أشياء معينة لا تستدعي الخوف فتحل هذه الانفعالات الحادة بسلامة تقديره وترك ادراكه وارادته، مما يقتضي تخفيف المسؤولية الجنائية اذا كانت الجريمة التي ارتكها ناتجة عن تلك المخاوف.

سادساً: القلق النفسي

التوتر الحاد والاهام المقلقة التي تساور المريض وتأويله القاتم للعوارض العابرة وشدة حساسيته مع ضعف ثقته بنفسه تشوش ادراكه وتضعف ارادته على النحو الذي نرى انها كافية لتبرير تخفيف مسؤوليته الجنائية عن الجريمة التي قد يرتكها في خضم قلقه المتفاقم.

سابعاً: الاعياء النفسي: العناء الفكري الصارم الذي يهيمن على المصاب بالإعياء النفسي، يجعله صريع شعور موهوم بالعجز والتعب مع ما تنتابه من وساوس تفقده الاستقرار وتضعف من قدرة ارادته في السيطرة على تصرفاته واعماله، فيكون جديراً بتخفيف مسؤوليته الجنائية عن الجريمة التي يرتكها خلال معاناته (نشأت، 2005: 180)

III. حدود علم النفس المرضي في القضايا الجنائية

لا يستطيع الخبراء الإدلاء بأرائهم في أي جانب يتعلق بإجراءات المحكمة، إذ يجب ان يكون الرأي في إطار مجال تخصصهم، وهذا أيضاً تحدده قيود قانونية. أحد هذه القيود ينشأ مما يعرف باسم السؤال الفاصل وأحياناً يعرف أيضاً بالسؤال الفاصلة.

وهو السؤال الذي يجب ان تجيب عليه المحكمة نفسها، والذي يكون عادة في قضية جنائية ما إذا كان المدعي عليه مذنباً من عدمه، وقد تأتي أسئلة أخرى قريبة من هذا، على سبيل المثال ما إذا كان المدعى عليه أو أحد الشهود الرئيسيين يكذب. ولكن في جميع القضايا، الفكرة هي أن اجراءات المحاكمة معدة للإجابة على سؤال محدد، ورغم أنه يمكن للخبراء تقديم المساعدة في تقرير الإجابة.

ثمة جانب آخر من الإجراءات القانونية يؤثر على شهادة عالم النفس التي يمكن الإدلاء بها، وهو الحاجة الى تجنب ما يطلق عليها المعلومات المتحاملة، وهذا عائق من النادر أن يضطر الخبراء القانونيون الآخرون الى التعامل معه. وفي حالة محاكم الأسرة والمواقف القانونية الأخرى التي لا يصدر فيها الأحكام إلا المختصون. يسمح للخبير بإدلاء آراءه، المستندة مباشرة إلى خبرته الخاصة، ولكن يجب ألا يشرذ الى ملاحظات على الواقع أو القرار الفاصل الذي يجب أن تصدره المحكمة (كانتر، 2014: 51-50)

والشهادة التي يدلي بها علماء النفس الشرعيون، بوصفهم خبراء في الإجراءات القانونية، مستمدة بصورة كبيرة من تقديم الأفراد باستخدام مقابلات اكلينيكية وأدوات تشخيصية. وهذا يتعارض مع التطبيق المتنامي لعلم النفس على دراسة ما بالمحكمة والتأثير عليه، وهو ما يميل إلى الاعتماد بصورة أكثر مباشرة على علم النفس الاجتماعي أكثر من اعتماده على علم النفس الإكلينيكي واختبارات القياس النفسي.

وكما هو الحال في مجالات أخرى كثيرة من تطبيقات علم النفس، احتلت الولايات المتحدة الأمريكية مركز الصدارة في هذا المجال. وثمة سبب رئيسي لهذا، هو أن النظام القانوني الأمريكي منفتح أكثر بكثير على إجراء الاختبارات، ويسمح بتدخل محامي المرافعات بدرجة أكبر بكثير مما يحدث في المملكة المتحدة. وعلى وجه الخصوص من الممكن في بعض الولايات التحري مباشرة عن كيفية اتخاذ هيئات المخلفين في الواقع للقرارات، بينما في أغلب الدول التي تستعين بهيئات المحلفين، تظل طريقة عمل هيئة المحلفين سرية رغم أنه في فرنسا غالباً ما يكون القاضي حاضراً أثناء اتخاذ هيئة المحلفين للقرار لضمان أنهم يؤدون مهمتهم بشكل سليم. وهذه السرية السائدة تعني بالفعل أن قليلاً جداً معروف عن الكيفية التي تتعامل بها فعلاً العينة العشوائية من الأشخاص المحليين المشكلين لهيئة المحلفين مع الشهادات المقدمة في محاكمة من المحاكمات للوصول إلى قرار (كانتر، 2014: 75)

إن المحاكم بالطبع على دراية بالتحديات التي تشكلها نقاط الضعف هذه، ويحاول علماء النفس إيجاد طرق أكثر فعالية لمحامي المرافعات القضاة من أجل التفاعل مع هيئات المحلفين. وهذا يتضمن تحليل التعليمات بحيث يؤخذ في الاعتبار المستوى التعليمي الذي تفرضه هذه لتعليمات، وتقديم نماذج قرارات خاصة للمحلفين كي يكملوها وأيضاً مخططات التدفق التي يمكن أن ترشد هيئات المحلفين إلى كيفية دراسة الشهادة والوصول لقرار. (كانتر، 2014: 77)

إذن الدور الذي يؤديه الخبير النفسي في المحكمة هو تقديم النصيحة التي ستساعد هيئة المحلفين في الوصول إلى قراراتهم. وفي حالة محاكم الأسرة والمواقف القانونية الأخرى التي لا يصدر فيها الأحكام إلا المختصون يسمح للخبير بالإدلاء بأرائه، المستندة مباشرة إلى خبرته الخاصة، ولكن يجب ألا يرشد إلى ملاحظات على الوقائع أو القرار الفاصل الذي يجب أن تصدره المحكمة (كانتر، 2014: 51)

IV. الخبرة النفسية وشروط الخبير النفسي

إن خبراء النفسانيين عليهم ان يقدموا للمحاكم شهادة تكشف عن حقيقة المجرم، ما إذا كان يعاني من اي اضطراب نفسي او عقلي، ام انه سوي، حتى تتم محاكمته وخضوعه للعقاب بناء على شهادة الخبير. وتسمى هذا الشهادة المتاحة بـ الخبرة النفسية وهي مساهمة يقدم فيها الخبير رأياً نهائياً حول كشفه وتشخيصه للمجرم.

وهي مساهمة يقدمها الخبير يستعان بخدمته النفسية وخبراته، ليبدلي بشهادته بشأن موضوع ما هو مؤهل بفضل التدريب والمعرفة والخبرة، ليقيم رأياً مهنيًا فيه. وتستند هذه الشهادة الى مجموعة من الاعراض (كانتر، 2014: 134)

الخبير في الأساس هو شخص يمتلك معرفة أو خبرة متخصصة ما غير متاحة بدونه للمحكمة.

والخبراء شهود مثلهم مثل أي شخص آخر يمثل أمام المحكمة ويبدلي بشهادته، وعليهم أن يؤدوا القسم ويمثلون لإجراءات المحكمة ولكن وضعهم باعتبارهم خبراء يسمح لهم بتجاوز بيان الوقائع كما يعرفونها. ولا يسمح لهم الا

باطلاع المحكمة على ما يعرفونه يقينياً وحسب. لكن يسمح للخبراء بالارتقاء مرحلة إضافية وتقديم تفسير للوقائع كما يرونها، بمعنى آخر تقديم رأي.

ويمكن ان يمنح هذا المركز المتميز الخبير سلطة أكبر الى حد ما من شخص رأى حدث ما. ومع ذلك يمكن ان يكون الأمر أكثر ذاتية، لأنه يقتضي استعمال الحكمة أو البصيرة. ولهذا ثمة قيود مفروضة على من يقبل بوصفه خبيراً، وعلى أنواع الآراء التي يمكن تقديمها (كانتر، 2014: 49-50)

7. أخطاء الأخصائي النفسي في تقييم الخبرة النفسية

كثيراً ما يقع الأخصائي أو المعالج النفسي في العديد من الأخطاء عند تقييمه للخبرة التي ترتبط بالحالة الانفعالية، خاصة إذا كان الأخصائي حديث الممارسة، ومن بين هاته الأخطاء:

1- التعجل في عملية الدحض أو التنفيذ

من أكبر الأخطاء التي قد يرتكبها الأخصائي هو افتراض أن الحدث أو الخبرة السابقة صحيحة وليست ناتجة عن تشويه في إدراك الواقع، هنا يجب أن يقاوم الأخصائي رغبته في القفز السريع للدحض خاصة إن كان في بدايات حياته المهنية، فمن أكبر الأخطاء التي قد يرتكبها المعالج هي أن يقلل من شأن العوامل الخارجية أو العضوية التي يتقدم بها المريض، فالتشاحن الأسري و العيش مع زوج متسلط عدواني أو زوجة أو أم تكثر من النقد، أو تعاطي عقاقير طبية تؤثر في المزاج أو وجود مرض مزمن، جميعها قد تكون وقائع صحيحة و ليست بكاملها ناتجة عن تشوهات إدراكية، لهذا يجب أن يحذر هنا الممارس العلاجي من القفز السري واستعجال عملية الدحض، فقد يكتشف أن المريض لا يحتاج إلى علاج نفسي بقدر ما يحتاج لفحوصات طبية واجتماعية وأسرية أخرى، أو على الأقل قد يحتاج في مثل هاته الظروف للتعامل مع فريق علاجي، أو تحويل المريض للمزيد من الفحص الطبي أو إحالته إلى أخصائي اجتماعي أو رجل قانون على حسب مصادر الشكوى (إبراهيم، 2008: 133)

2- عدم الإطالة من عملية البحث والتنقيب عن تفاصيل كثيرة عن الحدث السابق والخبرة

فإذا سمح الأخصائي أو المعالج النفسي للمريض أن يسرف في الحديث عن الخبرة السابقة، فقد يؤدي ذلك إلى تأجيل تدخلاته العلاجية ومهاراته في العلاج التي من المفترض أن يكون متدرجاً عليها تدريباً جيداً، وبالتالي هذا قد يؤثر في مصداقيته كأخصائي أو معالج نفسي يتقن مهنته.

3- عدم القفز بين الأطر النظرية المختلفة

فلكل نظرية أساليبها العلاجية الخاصة بها ووجهات نظرها في تفسير المرض النفسي وأساليب التشخيص التي يستخدمها الأخصائي النفسي، ولعل أسوء ما في هذا هو القفز بين أطر نظرية مختلفة وهذا ما يطيل عملية العلاج، فضلاً عن أنها لا تمكن الأخصائي النفسي من تكوين صورة متسقة عن مريضه (إبراهيم، 2008: 134)

4- على الأخصائي النفسي أن يكون أميناً وصادقاً مع مرضاه

في حالات كثيرة قد نجد لدى المريض ميولاً نحو توجهات علاجية دون أخرى (مثلاً يفضل استخدام العقاقير الطبية عن العلاجات النفسية)، في مثل هذه الأحوال على الأخصائي النفسي أن يكون أميناً وصادقاً وأن يساعده في الوصول إلى المتخصصين في الجانب المرغوب لديه.

5- عدم تشجيع المريض على التحدث عن أكثر من مشكلة في آن واحد

يجب على الأخصائي النفسي أن لا يشجع مريضه أو مريضته على التحدث عن أكثر من مشكلة أو مصدر لمشكلة في وقت واحد، لذلك يجب التحدث عن سبب وواحد ومشكلة محورية واحدة يتفق عليها الأخصائي والمريض، على أمل أن يخصص الأخصائي النفسي وقتاً إضافياً آخر للحديث عن المشاكل الأخرى، وفي الكثير من الأحيان يؤدي تركيز الأخصائي على مشكلة واحدة إلى معالجة الجوانب الأخرى أو المشاكل الأخرى بشكل غير مباشر. (إبراهيم، 2008:

(134)

6- تشجيع المريض على تجنب الصياغات المشوشة للخبرة

يجب على الأخصائي النفسي أو المعالج أن يساعد المريض على الدقة في الصياغة والبعد عن العمومية، فمثلاً عندما يقول المريض أن زوجته تتصرف تصرفات غريبة أو سلبية يساعده هنا الأخصائي على أن يحدد الجوانب السلوكية المرتبطة بهذا الوصف، وأن يساعده على إعطاء نماذج وأمثلة للتصرفات المثيرة للقلق أو للاضطراب، بدلاً من القبول بصياغات عامة ومشوشة، ومن أمثلة الصياغات العامة: أعاني من الوحدة، حياتي مضطربة، لا أحد يحبني، لا أحتمل هذه الحياة... إلخ، ولكن من المقبول وضع صياغات مثل:

- افتقاد الأهل.

- رحيل أحد الأصدقاء.

- فشل في الدراسة.

- مرض أو وفاة أحد أفراد الأسرة.

- التورط في قضايا اجتماعية أو قانونية.

- مشاحنات أسرية (إبراهيم، 2008: 135)

VI. علم النفس المرضي في مواجهة الأشخاص ذوي العلاقة بالدعوى الجنائية

الأشخاص ذوو العلاقة بالدعوى الجنائية هم: القاضي وممثل الادعاء العام والمحقق والمتهم والمجني عليه والشاهد والمبلغ والمحامي.

1- نفسية القاضي

دراسة نفسية القاضي تجري عند تقديره للأدلة وتحديد العقوبة، للتعرف على ما قد يساور نفسه من تحيز لا شعوري للمتهم أو للمجني عليه، فإذا تشابهت ظروف تحييط بالقاضي أو أحاطت به في الماضي مع ظروف المتهم، انحاز لا شعورياً إليه، مما يجعله عند تقديره للأدلة يميل للاقتناع بما يرد من أدلة لصالحه وعدم الاقتناع بما يرد منها ضده، كذلك يميل إلى تخفيف العقوبة عند تحديدها في حدود سلطته التقديرية، أما إذا تشابهت ظروف القاضي أو الظروف التي أحيطت به في الماضي مع ظروف المجني عليه، انحاز لا شعورياً إليه، مما يجعله يميل للاقتناع بما يرد من أدلة ضد المتهم وعدم الاقتناع بما يرد منها لصالحه، مع ميله إلى تشديد العقوبة عند تحديدها.

وذلك لاتجاه عطف القاضي على الرغم منه، نحو الخصم الذي تتشابه ظروفه مع نفس ظروفه في الحال الحاضر أو الماضي، فيقضي له بما يتمنى أن يقضى له، فهو بحكم التشابه في الظروف يضع شخصه موضع الخصم الذي يشاطره ظروفه ودمج شخصه في شخصه، وهو حينما يقضي له فكأنما يقضي بذلك لنفسه دون أن يشعر، وهي ظاهرة نفسية معروفة بظاهرة التقمص أو الاندماج أو المشاطرة، وقد يكون الباعث على تحيز القاضي اللاشعوري

مصلحة ذاتية كامنة في نفسه، أو مصلحة أدبية أو عاطفة اجتماعية تعد بذاتها فضيلة، كالعاطفة الوطنية و النزعات القومية، مما يجعله يميل للاقتناع بما يرد من أدلة لصالح من انحاز إليه و عدم الاقتناع بما يرد منها ضده، فيخل بذلك بعدالة الحكم الذي يصدره، لذلك يقتضي أن يكون القاضي حذرا من هذا الانحياز اللاشعوري.

2- نفسية ممثل الادعاء العام

دور الادعاء العام (النيابة العامة) هو تمثيل المجتمع لصالح الحقيقة وليس تمثيل الاتهام وحده كما هو شائع، ومهمته التدقيق في التحري عن الحقيقة، سواء ظهرت في أدلة الإدانة أو أدلة البراءة، وعلى ممثل الادعاء العام وهو المدعي العام أو نائبه (النائب العام أو وكيله) أن يحول دون أن تطغى لديه نزعة الاتهام على نزعة التحري عن الحقيقة.

وكما عليه أن يعمل على عدم إفلات الجاني، فإن عليه أيضا أن يعمل على حماية الأبرياء، وكذلك عليه أن يكون حذرا من الانحياز اللاشعوري للمتهم أو للمجني عليه على السواء. (نشأت، 2005: 33-34)

3- نفسية المحقق

دور المحقق هو البحث عن الحقيقة وليس البحث عن أدلة الإدانة وحدها كما هو شائع، وهو كما يكون موفقا عند توصله إلى أدلة الإدانة، فإنه يكون موفقا أيضا عند توصله إلى أدلة البراءة بحق. كذلك عليه كما على القاضي وممثل الادعاء العام، الحذر من الانحياز اللاشعوري، سواء كان ذلك نحو المتهم أو نحو المجني عليه. (نشأت، 2005: 34)

4- نفسية المتهم

المتهم هو ذلك الشخص الذي تقيم النيابة العمومية ضده دعوى جنائية في جريمة ما وهو يخضع للنيابة بحكم القانون وخضوعه هذا لا يخول المحكمة أن تعمل به ما تشاء وتنتفي صفة الاتهام عن التهم لصدور حكم ببراءته، أما إذا صدر الحكم بإدانتته، يصبح المتهم محكوما عليه. (الداهري، 2011: 244)

تعترى المتهمين ظاهرتان نفسيتان هما: ظاهرة التوتر الشعوري وضيق الصدر وحدة الأقوال والحركات، وظاهرة الحرص على حيك خطة للدفاع، وهاتان الظاهرتان تعتريان المذنب المتوجس من اكتشاف أدلة إدانتته، كما تعتريان البريء المتحزز القلق مما تخبئه له الأقدار.

وتتوقف مدى شدة أو خفة الظاهرتين لدى المتهم، على طباعه الذاتية ومدى استعداده للإيحاء الذاتي بسوء العاقبة ومقدار صبره واتزانته، فالمجرم المعتاد يكون أخف حدة في أقواله وحركاته، من المتهم البريء الذي يصفر ويكفهر وجهه لقاء اتهامه ويكون أشد حدة في أقواله وحركاته.

وكذلك التريث في الإجابة لا يختص به المتهم المذنب وحده لتجنب ذكر ما يفضح جرمه، وإنما المتهم البريء يبطن هو الآخر في الإجابة لتفادي الانزلاق فيما يسيء لموقفه.

كما يجب أن ينصب اهتمام القاضي والمحقق على محاولة استخلاص مدى صحة أقوال المتهم من حالته النفسية مع الأخذ بعين الاعتبار الظاهرتين النفسائيتين سالفتي الذكر.

5- نفسية المجني عليه

تهدف دراسة الحالة النفسية للمجني عليه خلال التحقيق والمحاكمة، لمعرفة درجة تأثره بالأضرار اللاحقة به في التحامل بدعواه على المتهم، أو عما إذا كانت لديه دوافع أخرى لا علاقة لها بالجريمة لتوجيه التهمة جزافا إلى المتهم، كرهبته في الانتقام منه لعداوة سابقة.

كما يجب التمعن بحذر في أقوال المجني عليه، مع الأخذ بعين الاعتبار الظروف التي أحاطت به عند ارتكاب الجريمة ضده وبعد ارتكابها. (نشأت، 2005: 35)

6- نفسية الشاهد

يمكن من خلال استكشاف نفسية الشاهد، التعرف إلى حد ما على مدى صحة أقواله، ومدى قوة ذاكرته، وملكه تقديره، ودرجة تأثره، وما قد يشوب إدراكه من أخطاء، وقد يكون الشاهد مخلصا في شهادته دون أن يكون أميناً فيها، لتوقف أمانة الشهادة على عدة اعتبارات، لا شأن لها بإرادة الشاهد، وإن كان قد خضع لتأثيرها.

ومن هذه الاعتبارات مدى تركيز انتباهه في الواقعة التي كان شاهدا عليها، ومدى مصطلحه الشخصية في التعرف على هذه الواقعة والتدقيق فيها والإحاطة بها، وليس على الشاهد أن يغفل جزء من الحقيقة كتماننا لهذا الجزء، وإنما مرجعه عدم إحاطته بالجزء الذي يغفله أحيانا.

7- نفسية المبلغ

إن إبلاغ السلطة القضائية أو الأمنية عن الجريمة يتم من قبل الجاني نفسه نادرا أو من قبل المجني عليه غالبا أو من شخص لا علاقة له بالجريمة أحيانا، وإن كان الإبلاغ واجبا اجتماعيا مفروضا على كل فرد في المجتمع، يتفاوت مدى أدائه بين الأفراد، تبعاً لمدى الوعي الاجتماعي لدى كل منهم، ولا يؤديه أصلا من ليس لديه مثل هذا الوعي. والمبلغ النموذجي هو الذي يبادر إلى الإبلاغ عن الجريمة في حين علمه بوقوعها دون أي غرض أو مطمع، ولا مبالاة بما قد يثيره الإبلاغ من ضغينة المبلغ ضده، متقبلا عناء التوجه إلى السلطة للإبلاغ، والحضور أمام المحكمة فيما بعد للإدلاء بأقواله.

وقد يكون الدافع للإبلاغ هو كره المبلغ ضده أو طمعا في الحصول على مكافأة مادية أو معنوية.

أما البلاغات الكاذبة التي يعاقب عليها القانون، فإنها قد ترد من مبلغ يروم الأضرار بالمبلغ ضده والانتقام منه، كما قد ترد من مصاب بغية التلفيق (وهي من صور الهستيريا التسلطية) الذي يدأب على تقديم البلاغات الكاذبة دون أي غرض جدي أو غاية معقولة (نشأت، 2005: 36)

8- نفسية المحامي:

المحامي بوصفه المعين للمتهم بما يملكه من ثقافة قانونية، يعتبر ذا علاقة بالدعوى الجنائية، فهو يدافع عن المتهم البريء لإظهار براءته، ويدافع عن المتهم المذنب لتخفيف عقوبته عن جريمة صارت أمرا واقعا، وبذلك يؤدي واجبا إنسانيا، إلى جانب مساعدته للقاضي في إصدار حكم عادل.

وعلى المحامي أن يلتزم في دفاعه بمعطيات الحق، مقتنعا بما يقوله في سبيل أن يقنع الآخرين، محاولا إظهار انفعاله الكاشف عن اقتناعه بعبارة سلسة متسمة بالبساطة والوضوح، متجنباً المواقف المثيرة للقاضي وممثل الادعاء العام (نشأت، 2005: 37)

خلاصة

كخلاصة لما جاء في هذه المداخلة يمكن القول أن الخبرة النفسية هي إحدى الركائز الأساسية التي يركز عليها القضاة أثناء سير مجريات القضايا الجنائية، والتي فكثير من الأحيان تعتبر حلقة الفصل في القضايا الجنائية والتي على أثرها يتخذ القاضي القرار، فالخبرة النفسية تقدم حلولاً للعلوم الجنائية والتي لا تقدمها غيرها من العلوم. فالخبرة النفسية التي يقدمها الاختصاصي النفسي أثناء المحاكمة تحدد ما إذا كان الجاني مدرك وواعي لارتكابه الجريمة وبالتالي يتحول مسؤولية فعلته، وإما يتضح من خلالها للقاضي أن الجاني غير مدرك وواعي لارتكابه الجريمة وفي هذه الحالة تسقط على الجاني المسؤولية الجنائية.

مراجع

- إسحاق إبراهيم منصور. (1991). موجز في علم الإجرام وعلم العقاب. (ط.2). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- أكرم نشأت. (2005). علم النفس الجنائي. (ط.2). عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ديفيد كانتر. (2014). ترجمة ضياء وراد. علم النفس الشرعي. (ط.1). القاهرة: مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة.
- صالح حسن أحمد الدايري. (2011). أساسيات علم النفس الجنائي ونظرياته. (ط.1). عمان: دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع.
- عايد عواد الوريكات. (2014). علم النفس الجنائي. (ط.1). عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- عبد الستار إبراهيم. (2008). عين العقل؟ دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الإيجابي. (ط.1). د.ب: دار الكاتب للطباعة والنشر والتوزيع.

الفرق بين اضطرابات الطفل والمراهق واضطرابات الراشد، وأهم معايير ضبطها

رماش صبرينة (أستاذة محاضرة أ)

جامعة باجي مختار عنابة

منايفي ياسمينية (أستاذة محاضرة "أ")

جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي

0697857329 ymenafi@yahoo.fr

Résumé: parmi les choses les plus importantes qui inquiètent les psychologues depuis leurs débuts, il n'y a pas de plus difficile que le problème auquel nous avons tous été confrontés au cours de notre enseignement. La psychologie n'est pas le problème de la psychologie normale et de la maladie. L'exactitude et la sensibilité ont été sévères chez l'enfant et l'adolescent en raison du manque de maturité et de la difficulté de contrôler toutes les variables, ainsi que l'évolution et la croissance de la continuité. Différents diagnostics et tableaux cliniques ont diffusé. Pour déterminer les maladies et contrôler, et cela est toujours soumis aux développements et changements qui prévalent sur les différentes communautés, ce qui a affecté la capacité des scientifiques à contrôler un problème complet et précis des troubles et des deux et des patients chez l'adulte et l'enfant et l'adolescent. Nous allons essayer, dans cette intervention, d'aider le spécialiste à contrôler certaines conditions et données nécessaires au contrôle du diagnostic.

Mots-clés: troubles psychologiques, enfant, adolescent, adulte, critères de contrôle

ملخص: من بين أهم ما يؤرق علماء النفس منذ بداياتهم بل ولا يوجد أصعب من مشكلة واجهتنا جميعا في دراستنا في بداياتنا و حتى في بدايات تدريسنا لعلم النفس المرضي ألا وهي مشكلة السوي و المرضي في علم النفس سواء عند الراشد والتي تزيد صعوبة ودقة وحساسية بطريقة شديدة عند الطفل و المراهق نظرا لعدم اكتمال النضج و صعوبة التحكم بكل المتغيرات و تطورات النمو و استمراريته، و بعدها اكتشفنا ان هذه المشكلة يعاني منها معظم العلماء في علم النفس المرضي وفيها العديد من المعطيات و المحاولات لتحديدها بل و على أساسها اختلفت العديد من التشخيصات و الجداول الإكلينيكية لتحديد الأمراض و ضبطها و التحكم بها، و هذا راجع دائما للتطورات و التغيرات السائدة على المجتمعات باختلافاتها ما اثر على قدرة العلماء على ضبط واحد و شامل و دقيق لمشكلة الاضطرابات و السواء و المرضي عند الراشد و عند الطفل و المراهق، و سنحاول في هذه المدخلة القاء الضوء على أهمية و تفسير مشكلة السوي و المرضي وكذلك محاولة منا لمعرفة أهم الاختلافات فيما بينها عند الراشد و عند الطفل و المراهق، و مساعدة الأخصائي للتحكم ببعض الشروط و المعطيات اللازمة لضبط التشخيص.

كلمات مفتاحية: اضطرابات نفسية، الطفل، المراهق، الراشد، معايير الضبط

مقدمة

إن الطفل إنسان و فرد من أفراد المجتمع، ليس لديه القدرة الذاتية على تدبير أموره و توفير الموارد الضرورية لحياته و لوحده، و ذلك بسبب صغر سنه و عجزه و عدم نضجه الكافي لفهم حياته و حل مشكلاته فيها ، و لهذا الطفل الكثير من الحاجات التي يكون عاجزا عن ممارستها بنفسه في كثير من الأحيان، أو عاجزا عن حمايتها فالنمو سلسلة متماسكة و متتابعة من تغيرات تهدف الى غاية واحدة هي اكتمال النضج و مدى استمراره و بدء انحداره، و النمو بهذا المعنى يعني انه لا يحدث فجأة بل يتطور خطوة خطوة اذ تخضع مراحل النمو لتتابع منتظم و تتألف مظاهره في سلم متعاقب(مثلا فالطفل يجلس قبل الحبو، يحبو قبل أن يقف، يقف قبل أن يمشي، يصرخ صرخة الميلاد قبل أن يناغي، يناغي قبل أن يتكلم و هكذا يسير النمو في خطوات متلاحقة متتابعة و يتعرض الطفل للعديد من الإحباطات و المشكلات أثناء نموه ، سيرا من الطفولة الى المراهقة ثم الرشد فهو في سيرورة نمو متواصلة إلى أن يصل إلى سن الرشد.

إشكالية

يوجد العديد من المعايير التي تحكم السواء واللاسواء عند الراشد أو عند الطفل والمراهق و هي تختلف في ضبطها و التحكم بها في كل منهما كما أن الاختلافات المنوطة بكل مرحلة عمرية صعبت مهمة تحديد معايير مضبوطة تتحكم بهذه الاختلافات و من هنا وجب على الأخصائيين مراعاة هذه الاختلافات بتفاصيلها ووضع معايير تتناسب و كل مرحلة بدءا من الطفولة إلى المراهقة و الرشد و من هنا حاولنا طرح التساؤل الآتي :

- ما الفرق بين اضطرابات الطفل و المراهق و اضطرابات الراشد ؟ و ما هي المعايير التي يجب أخذها بعين الاعتبار في تحديد و ضبط هذه الاضطرابات ؟

وفي هذا البحث سنحاول ذكر مجمل المعايير بطريقة شاملة ثم نتطرق لها بنوع من التفصيل و التحليل لمعرفة الفرق في تحديدها بين اضطرابات الراشد و اضطرابات الطفل و المراهق.

1-تحديد الكلمات المفتاحية:

1-1-تعريف السواء واللاسواء:

أ-لغة : السواء من سوى يسوي الشيء أي قومه و عدله فجعله سويا .و السواء يأخذ معاني التوازن و العدل و التساوي.

ب-اصطلاحا : غير السوي يطلق على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف و جماعة معينين ، لكن لا يعني أنه مرضي بل هو يخالف المعتاد ، لأن غير العادي ليس مرضيا بالضرورة ، و لا المعتاد سويا دوما السواء و اللاسواء مسألة معقدة و يمكن تناولهما كمفهومين متناقضين مثل الخير و الشر أو دراستهما على أساس جدلية الأضداد.

1-2-الاضطرابات النفسية: الأمراض النفسية تميز عن الأمراض العقلية في الدرجة والعمق والخطورة وتضم الذهانات في الأمراض العقلية أما العصبوبات فإنها تعتبر أمراضا نفسية لكن هذا التمييز غير واضح لان الذهان هو أيضا مرض نفسي حتى وان كان من بينه أمراض ذات المنشأ العضوي مثل خرف الشيخوخة وهذا نظرا لتأثيراته على الجانب النفسي وبالرغم من أن الذهانات والعصبوبات كلاهما يدخلان ضمن الأمراض النفسية و يجب علينا التفريق

بينهما ،وللتفريق يجب علينا القيام بتشخيص وظيفي أي بنيوي وهذا يدفعنا إلى عرض مفهوم البنية حتى لا يستعصى علينا فيما بعد فهم الأمراض والاضطرابات

1-3-المراهقة: المرحلة العمرية من 12 سنة الى 18 سنة.

1-4-الطفل: المرحلة العمرية من الميلاد حتى النضج الجنسي البلوغ ثم المراهقة بمعنى من المهد الى المراهقة

1-5-الرشد: من سن 18 سنة الى الخمسين.

2- معايير تحديد السواء واللاسواء عند الراشد:

1-1-المعيار الذاتي : يتخذ الفرد من ذاته إطارا مرجعيا يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسواء أو نقيضه.

2-2- المعيار الاجتماعي : يتخذ من المجتمع (القيم والنظم الاجتماعية) أساسا للحكم، فالسوي المتوافق اجتماعيا والنقيض بالنقيض.

2-3-المعيار الإحصائي : يتخذ المتوسط أو الشائع معيارا للحكم ، و اللاسوي هو المنحرف عن هذا المتوسط بالزيادة أو بالنقصان (منحني)

2-4-المعيار المثالي : يتخذ من المثل العليا معياره واللاسواء هو الخروج عنها .

2-5-المعيار الوظيفي : يعتبر مرضيا ما يؤلم الفرد أو المجتمع .

2-6-معيار التكيف : لا يعني تقبل قوانين و قيم المجتمع و الإمثال لها بل يقصد به النشاط الذي يجعل الفرد

مرنا قادرا على تحمل التغيرات و الإحباطات و قادرا على الابتكار في حياته بحيث، " الدينامية الأساسية للتكيف ليست التكيف مع المحيط بل تحقيق الذات في المحيط " أي أن تكون للفرد أهدافا و غايات يشخص نحوها.

إذا أمكن تعريف السواء بالنظر إلى التكيف ليس فقط إحداث بعض التوازن إنما هو قدرة رد الفعل لإعادة التوازن المفقود عقب موقف مجهود و من الزاوية النفسية الاجتماعية لا يجدر بنا فهم التكيف كمجرد قبول ما أعطانا إياه العالم الخارجي أو المجتمع

- أما E.Trillat :

فيرفض معيار التكيف ويعوضها بمفهوم قابلية التكيف (المرونة) إذ بالنسبة إليه

الفرد السوي لا يتكيف ابدا بصفة تامة .

لكن المعتل النفسي غير قابل للتكيف.

ويمكن تناول مسألة السواء مرتبطة بمسألة الصحة والمرض، فالمرض هو حياة جديدة تميزها ثوابت فيسيولوجية جديدة ، أن تكون سليما ليس فقط أن تكون سويا في موقف معين ، بل هو أيضا أن تكون سويا في هذا الموقف كما في مواقف أخرى محتملة ، لهذا قيل : الصحة الجيدة هي القدرة على النهوض من المرض

3-مشكلة السوي و المرضي عند الطفل و المراهق: فمشكلة السوي و المرضي معقدة جدا عند الطفل و خاصة إذ

علمنا أن هذا الأخير غير ناضج عاطفيا وفي طريق النمو المستمر و عملية النمو عند الطفل لا تمر بدون صراعات ونوبات ضرورية للنمو أو منها (عقدة أوديب) فالطفل منحصر بين الحياة ، الهوامية و الواقع المعاش و يصعب عليه إشباع الرغبتين و على هذا الأساس فاتخاذ حل و سيطر ليس من الشيء السهل نظرا لمجموعة الإحباطات الناتجة سواء من العالم الخارجي (العقوبات) أو من عدم إشباع الرغبات و بالنسبة لتقبله للإحباط (هذا الشيء نسبي)،

وبالنسبة لكل من الإحباط يكون الطفل في حالة نكوص نوعا ما إلى مرحلة من مراحل السابقة للنمو العاطفي و خلال النمو الطفولي يصبح هذا النكوص عادي عندما يكون مرحلي (وغير كلي و خاصة) عندما يسمح للطفل أن يقابل مرة أخرى المشكل الذي تعرض إليه سابقا وهذا النوع من النكوص ماهي إلا مراحل تمكن في تغيير الإمكانيات الطاقوية لمواجهة الواقع على شكل آخر

إلا أن هذه النكوصات تؤدي إلى سلوكات خاصة بمراحل سابقة و التي تظهر حسب عمر الطفل و كأنها تشكيلات مرضية ، ولكن على الرغم من ظهور اضطرابات في السلوك فإن نمو الشخصية يتكون بشكل عادي فإنه لا داعي للقلق: (الطفل بصدد حل لمشاكله من خلال تجارباته الخاصة كثيرا ما يكون العرض الملاحظ عند الطفل الحل الأمثل لأنه يستجيب إلى نظام مكيف وفق تطور الطفل نفسه ووفق محيطه الحاضر.

4-أسباب صعوبة دراسة مشكلات الطفل و صعوبات تحديد السوي والمرضي عند الطفل والمراهق:

أ.الطفل في مرحلة نمو مستمر وبطريقة مرنة أما الراشد في حالة استقرار

بما أن الطفل مازال في نمو فليس له بنية ثابتة نسبيا مثل ما هو الحال عند الراشد وظهور بعض الأعراض التي تشبه أعراض الراشد لا تعني بالضرورة أن هناك باثولوجية حسب السن تظهر أعراض ليست كلها مرضية بل منظمة للنمو مثل قلق الشهر الثامن بعض الأعراض مرتبطة بالظروف المعيشية أنها انعكاس لهذه الظروف وتزول مع تحسن الوضع النمو يمر بمراحل وكل مرحلة تأتي بإمكانية جديدة تساعد على التخلص من صراعات المرحلة السابقة النمو ليس متساويا في كل جوانبه فهناك وظائف تتطور بسرعة وأخرى ببطء

ب-الفوارق الفردية

إن الأطفال لا يكتسبون المهارات والمعارف في نفس السن لذا يجب اخذ بعين الاعتبار الفوارق الفردية فكل طفل وله إيقاعاته البيولوجية والنفسية والمهم هو الانسجام الذاتي وتوازن الوظائف النفس-اجتماعية حركية

ج - وضع الطفل في قوالب الراشد

لنحذر من استعمال التصنيفات الخاصة بالراشد وتطبيقها على الطفل وهذا للأسباب الذي ذكرناها سابقا الطفل ليس راشد مصغر بل له خصائصه.

.قلة وضوح الاضطراب. اختلاط وتشابه الأعراض.. عدم النضج

. الفحص يكون تحت طلب الوالدين أما بالنسبة للراشد فالطلب منه أو الجهة

. لا يكون واعي بالاضطراب.

. فالموجهة له هي مؤسسة أو هيئة مهنية.

. عند الطفل هناك بعض الاضطرابات يقبلها المحيط وأخرى لا يقبلها (الإفراط في الحركة).

. أعراض المرض يمكن أن لا تظهر في مرحلة عمرية معينة وتظهر في مرحلة لاحقة.

. صعوبة التنبؤ بظهور الأمراض واستمرارها أو اختفاءها.

5-وضع تقسيمات مماثلة للتقسيمات الموجودة عند الراشد لتسهيل تحديد المشكلات عند الطفل وهي كالتالي:

. اضطرابات الحياة الغريزية: اضطرابات النوم ، السلوك العدواني ، اضطرابات السلوك الجنسي.

. اضطرابات الحياة العاطفية: مرض الانفعالات ، المشاعر والمزاج.

. اضطرابات الوعي : اليقظة ، الوعي بالذات ، الوعي بالأحداث.

. الاضطرابات العقلية :الانتباه ،التوجه الزماني، التوجه المكاني ،الذاكرة ، سير الأفكار، التفكير المنطقي ، الأحاسيس بالمواقف .

. الاضطرابات الحسية الحركية .

. اضطرابات التعبير و اللغة.

ان هذه التقسيمات قد تعطي فكرة عن الاضطراب الذي يجب أن يأخذ موقعه في المجموع الوظيفي (أي أن لا يؤخذ بمعزل) وأن يكون في علاقة مع طريقة التواجد في العالم ومعنى هذا التواجد

6-محكات السواء عند الطفل:

أحسن محكات تمكنا أن نعرف أن هذا الطفل سوي أو لا سوي حسب الطبيب الأطفال René Diatkin تتمثل في:
- مرونة الاستثمارات:

* من خلال قدرة الطفل على النشاط المعرفي

* من خلال قدرة الطفل على القيام بأعمال جديدة.

* من خلال ذوق الطفل فيما يتعلق بالحكايات والاستكشاف وحب المعرفة.

-تنوع ميكانيزمات الدفاع

* من خلال جمودها أو مرونتها (استعمال ميكانيزم 1 أو 2 التحويل و النكوص فقط).

* قدرة الطفل على نقل الرغبات الأوديبية إلى أشخاص غير الوالدين (تحديد الهوية الجنسية و الذاتية)

* إثبات دوره في المجتمع و التقمص . تعلق الطفل بالوالدين هل هو دور (واقعي) حقيقي و إذا كان مفرطاً أو انعدام قد يكون هناك اضطراب نفسي خطير.

- يجب أن يكون للطفل القدرة على التكيف مع المجتمع (احترام الطفل للواقع) للتفريق بين الاضطرابات العابرة والحقيقية عند الطفل يجب أن لا نأخذ الأعراض المنعزلة يجب معرفة مرحلة النمو التي وصل إليها، معرفة التنظيم الكلي ن الخاصيات العلائقية للطفل.

فرويد يقول أننا كلنا عصابيين لأن لكل فرد إما بنية عصابية أو بنية ذهانية ، وكل فرد يعيش صراعات أو أزومات يحلها بواسطة آليات الدفاع .

ساندت ملاني كلاين فكرة فرويد - هذه - لكن بنوع من الاعتراض فلا ينبغي حسب رايبا - قول فرويد الحديث عن العصاب كضرورة في بنية كل شخص بل يجب البحث عن العصاب الحقيقي لدى الطفل فلا اعتبار الخوف مثلا كحالة عصابية يمر بها الطفل فعند الأطفال الكثير من المشكلات العصابية هي في الحقيقة محصورة في اضطراب وظيفي واحد ، والمسار من الصراع إلى العرض غالبا أقصر مما هو عليه في عصاب الراشد.

ويرى هارتمان أنه لا يمكن فهم النمو العصابي إذا لم نعلم على تحليل مفصل جدا ومعرفة مدققة لما هو " نمو طبيعي "

حسب Kris تبين الملاحظات أن الصراعات والأزمات لا يمكن تفاديها خلال عملية نمو الطفل يجب النظر إلى هذه الأزمات كأثوية (الأنا) مهمة لهذا النمو، منها ما هو منيع لهذه القابليات وما هو منيع لضعف الأنا إن بعض الأعراض وليدة ظروف معيشية إذ تكون انعكاسا لها و تزول بزوالها أو خفتها أو تحسنها، مثلا : المراهق في نمو سريع على جميع الأصعدة و يعيش أزمة جسمية نفسية اجتماعية تجعله يتصرف بشكل غريب قد يأخذ أشكالا مرضية أحيانا لكنه لا يندرج ضمن إطار مرضي نظرا لكونه يدخل ضمن خصائص هذه المرحلة، و يزول هذا السلوك بعد مرور هذه الأزمة

ويرى De Ajuriaguerra

أن المرض يشكل لا تكيفا مع المقتضيات الحميمية و مع مقتضيات العالم الخارجي، ولا يمكن اعتبار العرض H و السلوك مرضيا إلا بمقارنته بمستوى النمو والموقف الراهن. وعن طريق مجموع منظومة الطفل والمميزات العلائقية نستطيع التفريق بين الاضطرابات المهيكلة ذات الطابع العصبي الصريح و الاضطرابات الانعكاسية العابرة أو الأشكال الانتقالية أو إعادة التنظيمية.

يقول De Ajuriaguerra: "إذا كانت مشكلة السواء والمرض عسيرة عند الراشد فإنها أكثر تعقيدا عند الطفل لأنه كائن ينمو وبالتالي فهو في حالة تغير دائم في تنظيم بناء الأعراض و اختفائها.

و من هنا يصعب تحديد السوي والمرضي لأن السواء نسبي ويتغير حسب الزمن والمحيط. والغير سوي يطلق على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف وجماعة معينة لكن ما هو غير سوي لا يعني انه مرضي بل يختلف عن المعتاد ملاحظته، و لتفادي الغموض يجب تقويم وصفي كمي مثالي لان الغير عادي ليس مرضيا والمعتاد ليس سويا بالضرورة لا يوجد سواء مطلق فكل فرد يستعمل في حياته آليات مرضية لكنهم مؤقتة وليست صلبة وهذا ما يفرقه عن المريض الذي يستجيب دائما بنفس الطريقة.

يمكن فهم السوي والمرضي - كذلك - بناء على السلوك ، و الفرق بين السلوك السوي و السلوك المرضي، السلوك المتسق هو السلوك الملائم للظروف الخصوصية الفردية وللظروف الموضوعية للمحيط الخارجي:

De ajuruaguerra- يقول

" الطفل يكون مرضي عاديا أو عادي مرضيا".

-مرضي عاديا: هناك بعض السلوكيات تظهر عند الطفل تبدو متأزمة (مرضية) ولكنها عادية للنمو (العناد، قلق الشهر 8، أزمة المراهقة).

-عادي مرضيا: سلوك وتصرف الطفل كالراشد في كل المواقف فهو لازل طفل (لا يعيش اللعب في الطفولة).
معيار السواء لدى الطفل هو مدى التقدم نحو النضج، كذلك لا يمكن فهم معطيات السواء و اللاسواء بدون الإشارة الى سيرورة و كيفية عمل الصراع و ضبط اهم الاختلافات بين الصراع المرضي و الصراع السوي
7- الصراع :

لفهم السواء و اللاسواء من الضروري الإشارة أيضا إلى الصراع و معرفة مستوياته و ما هو الفرق بين كل من الصراع المرضي و الصراع السوي

ما يميز المرض هو الصراع و الصراع حتمية ضرورية للنمو. تعتبره انا فرويد صراع ذو طبيعة عصابية.

- الصراع المرضي و الصراع السوي والفرق بينهما:

يجب الرجوع إلى التاريخ الشخصي للطفل (جميع التجارب التي عايشها)

الأخذ بعين الاعتبار الحالة الراهنة للطفل و نمط العيش و هذا الطفل كل صراع لديه إمكانية لتجاوزه أي الطفل.

الاضطراب يمكن أن يظهر في مرحلة معينة ثم يختفي (عدم استقرار في هذه الأمراض).

بنية الشخصية هو المهم في تحديد السواء عند الطفل أو مرضه مع الأخذ بجميع المراحل التي مر بها.

الصراع في المرحلة الأوديبية وقلق الشهر 8 تلاحظ كأنها سلوكيات مرضية.

أتت بمفهوم ساعد على توضيح مسألة السواء عند الطفل و هو خطوط النمو.

إن معرفة معنى خطوط النمو يساعد على توضيح مفهومه الطفل في نموه يتجه بالتدرج نحو الاستقلالية النفسية

والاجتماعية من بين خطوط النمو هناك اتجاه الطفل من التبعية الكلية إلى الاستقلالية العاطفية انتقال الطفل من

الرضاعة إلى التغذية العقلانية، انتقال من تمركز حول الذات إلى التركيز على العالم الخارجي و علاقات مع الآخرين ،

الانتقال من الجسم إلى اللعبة (تكوين علاقات مع هذه اللعبة).

يتجه من اللعب إلى العمل (حركة معينة تؤدي إلى نتيجة معينة

الملاحظة المباشرة للطفل هي التي تحدد مفهوم السواء و اللاسواء عند الطفل.

الصراع هو تنمية ضرورية للنمو و المرض هو عجز عن تجاوز صراعاته و العجز عن التكيف مع المحيط الخارجي و

الحالة الذاتية لما يحدث توقف كلي في مرحلة من المراحل النمو.

خطوط النمو لا يسير بصورة في الحالة العادية هناك توقفات استراحية و نكوص الطفل إلى بعض المراحل السابقة

في الحالة السوية مؤقتة و النكوص الجزئي و هو ضروري للنمو يعطي للطفل الفرصة لاستعادة الطاقة يقوم بإعادة

ترتيب الحالة النفسية له.

التناقض بين متطلبات العالم الخارجي و متطلبات الطفل منحصر بين الحياة الهوامية (رغباته، نزواته) و العالم

الخارجي (احتياجاته) لما يكون هناك عدم توازن إشباع مفرط للهوامات أو يتلقى إحباطات كبيرة أو العقابات

← حدوث صراع مرضي للطفل تبدأ في المراحل الأولى (الأم). : العصاب الطفولي لا مفر منه S.Freud

M.klein: كل طفل يتلقى صعوبات عصابية لكن المشكل الجوهرى هو ليس معرفة إذا كان الطفل يعاني من عصاب

أو لا ولكن معرفة العصابات الخطيرة التي من الممكن أن تسبب له صعوبات كبيرة في المستقبل مثلا: أطفال يتلقون

صعوبات (المراهقة).

8- صعوبات الفحص النفسي للطفل والمراهق

قبل كل فحص يجب أن لا ننسى أن الطفل في تطور وان الزمن عامل علاجي وقد تعترض الفحص بعض الصعوبات:

أ. صعوبات خاصة بالأخصائي النفسي:

يجب على الأخصائي قبل دخوله في أي فحص أن يكون واع بحدوده وان يتحكم في موجات التقمص والإسقاط

تجنب السلوك الإغرائى أو التحكم السلطوي في السلوك مما يدفع الطفل إلى العناد والرفض أو الخوف ولهذا وجب

تحديد العلاقة بين الفاحص والمفحوص على أساس (تحديد إطار العمل والفحص) مكان الفحص يجب أن يكون

حياديا والديكور لا يثير الطفل ويذكره بالبيت كي لا يمنع أو يحد من تركيزه تحديد الزمن يحدد الزمن مسبقا ويجب

أن يحترم من طرف الفاحص والمفحوص وكل تأخر أو تأجيل يدخل في إطاره يحلل ويدرس تحديد البعد بعد جسدي علاقة وجه لوجه دون ابتعاد كبير ولا قرب كي لا يفتح مجال للإغراء

ب . صعوبات مرتبطة بحالة الطفولة :

الطفل قاصر أي انه تحت سلطة ومسؤولية أفراد آخرين وان طلب الفحص لا يأتي من الطفل بل من محيطه لان الطفل لا يبالي باضطرابه ويعيشه كاضطراب في معنى الراشد وفي هذا الصدد نجد "أنا فرويد" تقول " أن ما يدفع الراشد إلى الفحص وطلب العلاج هو وحدة الألم لكن الطفل مادام يستعمل أعراضه بمرونة فهذا يساعده على تجنب الألم لكن معارضة الأولياء وعدم تفهمه ومساعدتهم لذلك هو الذي يسبب الم الطفل" لذا يجب تحليل الطلب والتساؤل عن ماهية معانيه

1 . من يطلب العلاج؟

2 . ما هو السبب؟

3 . باسم أي طفل يقدم الطلب؟

9- التشخيص

التشخيص مصطلح طبي يعني تشخيص الأمراض على أساس أعراض معينة، ولتشخيص سليم يجب مراعاة ما يلي:

- السن

-المحيط العائلي والظروف الحالية

-الفوارق الفردية

تحذر أنا فرويد (Anna Freud) من خطر تشبيه أعراض الطفل بأعراض الراشد وتقول نعتبر ان هناك اضطراب عند الطفل حسب: شدة الأعراض واستمرارها في الزمن؛ تشويها لحياة الطفل وعدم تكيفه؛ مرونة أو صلابة الآليات الدفاعية؛ مدى تحمله للإحباط.

. تغلب القوى النكوصية على القوى التقدمية أي زيادة الصراع بين رغبته في ان يصبح كبيرا وصعوبته في التخلي عن ملذات الطفولة الأمراض النفسية تميز عن الأمراض العقلية في الدرجة والعمق والخطورة وتضم الذهانات في الأمراض العقلية أما العصبوبات فإنها تعتبر أمراضا نفسية لكن هذا التمييز غير واضح لان الذهان هو أيضا مرض نفسي حتى وان كان من بينه أمراض ذات المنشأ العضوي مثل خرف الشيخوخة وهذا نظرا لتأثيراته على الجانب النفسي وبالرغم من أن الذهانات والعصبوبات كلاهما يدخلان ضمن الأمراض النفسية وجب علينا التفريق النفسي وبالرغم من أن الذهانات والعصبوبات كلاهما يدخلان ضمن الأمراض النفسية وجب علينا التفريق بينهما ،وللتفريق يجب علينا القيام بتشخيص وظيفي أي بنيوي وهذا يدفعنا إلى عرض مفهوم البنية حتى لا يستعصى علينا فيما بعد فهم الأمراض والاضطرابات.

التحليل

السواء عند الراشد ليس انعدام المرض و الخلو من أعراضه بل القدرة على الاحتفاظ بحالة مزاجية معتدلة والتوافق مع نفسه ومع بيئته.

. سوء التوافق و عدم التكيف هو المعيار الاجتماعي و الثقافي فما تعتبره بعض المجتمعات مرضا قد يكون في مجتمعات أخرى عاديا(بعض الانحرافات و الشذوذات)، أما بالنسبة للطفل توجد سلوكات لا يحاسبه المجتمع عليها و تعتبر عادية ويمر بها الطفل أثناء النمو أما إذا ظهرت هذه السلوكات عند الراشد اعتبرت مرضية مثلا: السلوك في مرحلته الآتية يكون عادي أما اذا أصبح الطفل راشدا وقام بسلوكات مرحلية سابقة بفعل النكوص مثلا اعتبر غير عادي أو مرضي لكن حسب مستويات النكوص (كلي او جزئي)

كذلك هناك مثال آخر: بعض السلوكات مثل السرقة و الكذب وغيرها يتعلم الطفل معايير ضبطها في سن معين فالطفل في عمر مبكر لا يفرق بين الكذب و السرد الخيالي لاحداث غير موجودة و كذلك لا يفرق بين قيمة ملكي و ملكية الآخرين فالطفل يعرف هذه السلوكات

بعد سن 8-9 سنوات مثال (هوس الكذب و التخيل، هوس السرقة وغيرها)

. التعاسة الشخصية ، الألم، الكرب، عدم الراحة الذاتية، الحصر النفسي الدائم كلها معايير تعرقل حياة الفرد وتعتبر معايير للسواء بالنسبة للراشد.

. الاختلال الوظيفي الضار فهناك اضطرابات عند الراشد واضحة المعالم لان الجهاز النفسي اكتمل في البناء و كذلك البنية واضحة المعالم مكتملة البناء، لهذا نجد أعراض اضطرابات الراشد واضحة و محددة أحسن من الطفل لأنه لازال في طور النمو على جميع المستويات حتى البنيوية منها، فبنيته النفسية غير مكتملة وهو لازال في طور النمو كذلك هيئات الجهاز النفسي لم تكتمل بعد لهذا يفضل استخدام عبارات مثل تركيبات مرضية، تنظيمات مرضية ، او استجابات اكتئابية او غيرها من الاستجابات أحسن من استخدام اضطراب او مرض فهذه التركيبات قد تزول أو تتغير مع النمو لان بنية الطفل لم تتكون كليا و نهائيا لتكون ثابتة لهذا فان المعيار الأساسي في تحديد السواء و اللاسواء عند الطفل والمراهق هي السيرورة نحو التقدم والنضج وان لا تكون السلوكات معرقلة فإذا عرقلت أو ثبطت أو كفت أو حدث توقف على مستوى النمو اعتبر العرض مرضيا.

. هناك شروط معينة تتعلق أيضا بسن الطفل لتحديد حدة و مدة و زمن المشكلة فهناك سلوكات قد تبدو مرضية لكنها لازمة للنمو وتعتبر مطلب من مطالب النمو فهناك عقد لازمة لتقدم و نمو الطفل مثل : عقدة أوديب، عقدة الكترا، الصراع الأوديبي ، أزمة المراهقة وغيرها .

. استخدام الآليات الدفاعية تختلف من الراشد الى الطفل.

. الاتصال غير الفعال و الاستجابات الانفعالية الغير ملائمة و ظهور علامات و أعراض عدم تناسب السلوك مع الموقف.

. انحراف الشخص عن توقعات و أنماط سلوك مجتمعه.

. قصور التحكم الذاتي و عدم القدرة على تحمل الإحباطات.

خاتمة

من الصعب جدا ضبط و بدقة مسألة السواء و اللاسواء عند الطفل و المراهق إلا إذا راعينا الاختلافات بينه و بين الراشد كما يجب التعامل معه على أساس انه في سيرورة النضج و التطور ، و احترام متطلبات و عقد لازمة للنمو و إعتبرها مطلبا أساسيا للتقدم و أن العصاب شيء لا بد من حدوثه أثناء نمو الفرد ، وأهم نقطة يجب مراعاتها عدم وضع الطفل في قوالب الراشد و مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال في اختلاف سن اكتسابهم للمهارات، فلكل مميزاته و خصوصياته في تحديد الاضطرابات و المشكلات و التركيبات أو التنظيمات المرضية.

مراجع

حجازي، عبد الكريم. (2004). *موسوعة الطب النفسي*. الطبعة الأولى. دار أسامة للنشر و التوزيع الأردن.
خالد خياط. (2016). *محاضرات في علم النفس المرضي للطفل و المراهق*، بسكرة : جامعة بسكرة.
رواق عبلة. (2003، 2004). *محاضرات في علم النفس المرضي للطفل و المراهق*. قسنطينة: منشورات جامعة منتوري قسنطينة.

السعيد شلبي، صافي فاز. (2003). *أمراض الطفل و تميزه*. الطبعة الاولى. دار الفكر للطباعة والنشر و التوزيع.
عبد الله ، محمد قاسم. (2002). *مدخل الى الصحة النفسية* . الطبعة الثانية. دار الفكر الأردن.
القوصي، عبد العزيز. (1995). *أسس الصحة النفسية*. الطبعة الثانية. دار الثقافة للنشر و التوزيع القاهرة.

www.psychologist.blogspot.com

النزعة الاجتماعية معيار السواء واللاسواء. (المجرم أنموذجا)

د. حوحوريان (أستاذ محاضر "ب")

جامعة محمد خيضر بسكرة

houhourayane@yahoo.com

0661809229

د. خياط خالد (أستاذ محاضر "أ")

جامعة محمد خيضر بسكرة

khalkhi@live.fr

0555259636

Résumé: la distinction entre individu normal et anormal selon la théorie d'Adler revient au groupe et à son appartenance à ce groupe. Son sentiment d'appartenance au groupe et sa tendance à la coopération sociale octroie le sentiment de sécurité. Il est le soutien nécessaire pour le fonctionnement naturel de la vie. Le sentiment de l'inégalité est celui qui crée le sentiment d'infériorité. L'individu, encore une fois, peut adopter un style déterminé pour compenser ses lacunes, et il peut adopter un style négatif comme la déviance pour réaliser ses fins. Dans notre communication, nous avons abordé la définition de la tendance sociale ayant été proposée par la psychologie individuelle comme critère principal pour déterminer la normalité et l'anormalité. Nous abordons l'explication de ce critère depuis la définition du criminel comme modèle.

Mots clés : normalité, anormalité, criminel, criminalité, tendance sociale.

ملخص: إن التمييز بين الفرد السوي والفرد الغير سوي حسب النظرية الادليرية يعود إلى الجماعة وانتماء الفرد لتلك الجماعة، فإحساس الفرد بالانتماء للجماعة والتعاون والنزوع الاجتماعي يوفر لنا الشعور بالأمن والأمان. وهو السند الضروري للسير الطبيعي للحياة. فإحساس الفرد بعدم المساواة هو الذي يولد الشعور بالنقص مما يجعل الفرد يتخذ أسلوبا محددا لتعويض القصور الذي يوجد عنده، وقد يتخذ أسلوبا التعويض السلبي كالانحراف لتحقيق اهدافه الغائية وبلوغ السمو.

ففي هاته المداخلة حاولنا التطرق إلى مفهوم النزعة الاجتماعية التي اقترحها علم النفس الفردي كمعيار أساسي لتحديد السواء واللاسواء. فسعيننا لتفسير هذا المعيار من خلال اتخاذنا للمجرم كنموذج.

كلمات مفتاحية: السواء، اللاسواء، المجرم، الجريمة، النزعة الاجتماعية.

مقدمة

إن الإنسان كائن اجتماعي لا يستطيع العيش بمفرده، وهو في حالة اتصال مستمر ودائم مع الأفراد المحيطين به. فمنذ ولادته ونشأته في الحياة لا يعيش بمعزل عن الآخرين، بل يحتاج إلى رعاية خاصة من طرف المحيطين وبالأخص من طرف الأم. واعتبر علم النفس الفردي أن الشعور الاجتماعي يظهر بسبب الضعف الطبيعي للكائنات الإنسانية، إذ أن الفرد يحتاج للجماعة لتحقيق وجوده والحفاظ عليه. واعتبر أدلر أننا لا نستطيع الحكم على الإنسان من حيث السواء واللاسواء إلا من خلال نزعته الاجتماعية ومدى تكافله مع الآخرين، واستعمال هذا المعيار لقياس تصرفاته وأفعاله وحتى أفكاره.

1. السواء واللاسواء

السواء و اللاسواء مسألة معقدة تخضع لجدلية الأضداد . وفي حصره للتعريف المختلفة للسواء تحدث دُأجورياقيرا عن توجه يرى السواء كقيمة إحصائية تطابق بين السوي والشائع وتوزع الأشخاص حسب منحنى قوس. وتحدث أيضا عن - السواء القيمي - أي ما يجب أن يكون، وعن السواء المثالي المتغير حسب المجتمعات. كما تحدث عن السواء بمعيار التكيف وهو قدرة الفرد على التوازن وعلى رد الفعل لإعادة التوازن المفقود عقب موقف مجهد. ومن المنظور النفسي الاجتماعي لا يفهم التكيف كمجرد قبول ما أعطانا إياه العالم الخارجي أو المجتمع بل هو كما قال نوتين "المبدأ الدينامي الأساسي ليس التكيف مع العالم بل هو تحقيق الذات في هذا العالم". أما تيريلات فيرفض معيار التكيف وعوضه بمفهوم ومعيار قابلية التكيف. وتناول بعض الباحثين مسألة السواء واللاسواء مرتبطة بمسألة الصحة والمرض، فأن تكون سليما ليس فقط أن تكون سويا في موقف معين ، بل هو أيضا أن تكون سويا فيه كما في مواقف أخرى محتملة ، لهذا قيل : الصحة الجيدة هي القدرة على النهوض من المرض. بينما فهم آخرون السوي والمرضي بناء على السلوك ، معتبرين الفرق بين السلوك السوي والسلوك المرضي ليس فرقا في الطبع إنما في الشكل، فالسلوك المتسق هو السلوك الملائم للظروف الخصوصية الفردية للعضية وللظروف الموضوعية للمحيط الخارجي معا (De Ajuriaguerra.1980. 152-154)

إن مسألة السوي واللاسوي هي أكثر تعقيدا بالنسبة للطفل والمراهق بحكم كونهما في حالة نمو وتغير ، حيث أن بناء مرفولوجيته ووظيفيته في حالة حركة وتظاهراته السلوكية غير ثابتة بعد. فالفرد قبل الرشد ليس له بنية ثابتة لكونه مازال ينمو، وظهور بعض أعراض الراشد لا تعني بالضرورة حالة مرضية، لذلك ينبغي الحذر من استخدام التصنيفات والتشخيصات والأحكام الخاصة بالراشد على الطفل والمراهق.

2. النزعة الاجتماعية

إن الطفولة هي أكبر مرحلة يحتاج فيها لرعاية كبيرة من طرف المحيطين به وخاصة الأم ، حيث يحظى فيها بسند من إنسان آخر بحكم ضعفه عند قدومه إلى هذا العالم وعجزه تماما عن الحياة المفردة. هو لن يستطيع مقاومة ظروف الطبيعة إلا مقاومة طفيفة، لذلك هو في حاجة دائمة إلى رعاية وتكفلات الآخرين ومساعدتهم له لحفظ بقائه، وغداؤه الخاص ونمط حياته يستدعيان حماية شديدة من قبل القائمين عليه. هكذا، لن يستمر وجود الفرد إلا إذا وجد ظروفًا معيشية طبيعية ملائمة، وهذه لا تتوفر إلا ضمن الجماعة. من ثم، تعد الجماعة والحياة الجماعية ضرورة قصوى من الناحية الوجودية الطبيعية، كما أن لها أهمية كبيرة في تكوين شخصيته لأن الحياة

الجماعية هي وحدها ما يمكّن الإنسان من تطوير ذاته واكتساب كل متطلبات الحياة ومواجهة العقبات التي لن يفلح في تخطيها الفرد المعزول إطلاقاً.

إن النزعة الاجتماعية ملكة فطرية، تتكشف أولى دلائل وجودها عندما يبدأ الطفل محاولاته الأولى للبحث عن التعاطف والحنان من خلال التقرب من البالغين. فحب الطفل يتوجه دائماً نحو المحيطين به وهذا السعي الودي يختلف في شدته من فرد لآخر، وتباين في طريقة تعبيره. كما أنه يظهر حتى في طريقة حديث الفرد وأفعاله وسلوكاته.

في الواقع، نمو شخصية الكائن الإنساني وثيق الصلة بنزعة الاجتماعية. ومن الضروري أن نتعامل مع الفرد ككائن اجتماعي، وإذا فهمنا هذه الحقيقة حق الفهم فإننا قد نكون اكتسبنا وسيلة مهمة جداً لفهم السلوك البشري ومعياراً حاسماً لتقييمه. وقد اعتبر أدلر (b-1930) أننا لا يمكننا التقييم النفسي لأي فرد إلا بمقاربة شعوه وفكره وأفعاله إلى مفهوم النزعة الاجتماعية وقياسهم بها. إنها تلعب دوراً كبيراً جداً في قدرة البشر على الكلام والتفكير المنطقي: الوظيفتان المقدستان للكائن البشري. بديهي أن الإنسان المعزول لا يحتاج إلى معرفة استخدام اللغة، فالبشرية حاولت تطويرها لأن ضرورتها كانت قطعية. لكن الاستخدام الصحيح لها سوف يتأخر لدى كل طفل تنقصه تلك الرابطة الأساسية بالمجتمع وكبُر وحيداً بعيداً عن أفراد الجماعة. أما الموهبة الخطابية فلا يكتسبها ولا يطورها إلا الفرد المهتم بالآخرين وكثير الاحتكاك بالمحيطين به، الذي تبنى أسلوب التكافل الاجتماعي. هذا الفرد يعيش في اتصال دائم مع الآخرين ويضطر إلى استعمال اللغة والحس الجماعي في صلواته معهم فينمي ويكتسب روحاً جماعية تكافلية.

إن النزعة الاجتماعية بصفتها ملكة فطرية يستمر وجودها طالما استمر وجود الفرد ولا تزول إلا بوفاته. وقد أشار أدلر (1927. 54) إلى أن الطفل لا يمكن أن يفقد شعوره الاجتماعي لأن هذا الشعور يكون قد رسخ بداخله بقوة. لكنها يمكن أن تتعرض للتدهور والاضمحلال في بعض الحالات تحت ضغط الظروف النفسية العسيرة، بينما يمكن أن تحظى بالتكبير والتوسيع في الحالات المستحبة والمطلوبة، وهذا الأمر يعود للفرد في حد ذاته.

إجمالاً، تعتبر النزعة الاجتماعية مركبة شخصية أساسية فطرية، لا يخلو منها أي كائن بشري، فهي تؤثر في وجهة حياتنا ومشاعرنا وأفكارنا وأفعالنا. وهي دوماً حاضرة لدى كل فرد، حيث تتجلى في سعي الأفراد للظهور أو التظاهر في صورة من الكمال. كما أننا يمكننا أن نتلمس وجودها أحياناً من خلال ميل الأفراد إلى إخفاء الأفكار والمشاعر والأفعال المضادة للنزعة الاجتماعية. بل حتى أولئك الذين يخرقون قواعد النزعة الاجتماعية تضطربهم إلى المراوغة والمناورة من خلال صياغة سلسلة مسوغات يستبيحون من خلالها خروقاتهم لبقايا نزعتهم الاجتماعية قبل الشروع في جرائمهم، أو يبررون بها جرائمهم بعد إتيانها.

3. أهمية النزعة الاجتماعية

من وجهة نظر علم النفس الفردي، توفر النزعة الاجتماعية لكل فرد إحساساً بالأمن يمثل السند الرئيسي له في الحياة. ويستحيل على أي فرد إنكار تبعية الكائن البشري الروحية إلى النزعة الاجتماعية. هذا لا يعني أن كل الأفراد يسلكون دوماً الطريق الذي تمليه عليهم، إنما يعني أنه سيضطر إلى بذل جهد كبير لأجل مخالفتها. لا شخص فوق هذا الكوكب يستطيع القيام بأي فعل مخالف للنزعة الاجتماعية دون تسويغه أو تبريره أمامها بطريقة أو بأخرى. من هنا

كان ذلك الاضطراب لإفراق كل تفكير أو تصرف بمبرراته المعقولة أو الموضوعية أو أي مبررات مخففة على الأقل، حتى لو كانت واهية. وتنتج تقنية العيش والتفكير والتصرف من إرادتنا الدائمة في الحفاظ على ارتباطنا بهذه النزعة الجماعية الإنسية إما بأن نؤمن بتحقق هذا الارتباط أو على الأقل بإبداء ذلك ظاهرياً. (Adler,A. 1927. 144)
عموماً، الفرد المتمتع بنزعة اجتماعية كافية يشعر بأنه في بيته حيثما حل وارتحل فوق سطح هذا الكوكب، وحتى خارجه. ويشعر بالقرابة والمساواة مع إخوته وخلانه وأقرانه ومع كل البشر والمخلوقات. من هذا الشعور تتحرر قدرته على بناء العلاقات الاجتماعية واكتساب الأصدقاء، وعلى ربط صلات مع كل ما في هذا الوجود من كائنات حية وجمادات. إنه كائن متكافل جيد، وهذه الصفة النبيلة هي التي تهبه ملكة النظر السديد والسمع والفهم الصائبين. والطفل الذي نشأ على نهج التكافل يبدي اندفاعاً هائلاً في نشاطه ويتجاوز العقبات بسهولة ويفرز استعداداً أحسن لمواجهة مقتضيات الحياة ومسائلها الاجتماعية. ومن ثم يوفر لنفسه فرص النجاح في حياته الدراسية و المهنية والاجتماعية.

4. نمو النزعة الاجتماعية

حسب أدلر (1929/1927) تبدأ عملية النزعة الاجتماعية من خلال الاتصال الأول للطفل مع الأم لأنها أول شخص في الوجود يبني علاقة معه ويتعلق به، فالأهمية الفائقة لوجود الأم في حياة الطفل تتجلى بوضوح في كونها تمثل الـ "أنت" المجدد للاتجاه الاجتماعي عند الطفل. إنها تزوده بنموذج اجتماعي جدير بالثقة والتعلق والارتباط. وهنا بالضبط تكمن أول وظيفة أمومية جسيمة، إنها تتمثل في توفير عتبة نمو النزعة الاجتماعية وتنشيط هذا الميراث. فالمنتوج البيولوجي للنزعة الإنسية (الطفل) موكل إلى رعاية هذه الأم قبل أي واحد غيرها.
وجعل أدلر (Adler.1929. 150-151) وظيفة الأم الثانية في تحضير الطفل لمواجهة مسائل الحياة وتوسيع اهتمامه إلى الآخرين وإلى الحياة الاجتماعية. لا بد عليها أن تعرف كيف توقظه إزاء أبيه وكل إخوته ابتداءً، ونحو كافة بني البشر والمخلوقات خصوصاً. وما يتوجب على الأم من هذه الزاوية التنموية التطورية والاجتماعية هو تنشئة طفل متكافل وشريك يحب المساعدة .

إن الصلة أم-طفل ذات أهمية حاسمة في تنمية النزعة الإنسية، ونحن ندين للنزوع الفطري إلى العاطفة والتعاطف الأموميين بالقسم الأكبر من النزعة الاجتماعية لدى بني البشر. ولا تكفي الصلة الجيدة مع الأب أو الأجداد لشغل هذه المهمة أو ملء الفراغ الذي قد يصيبها. وقد اعتبر أدلر (1933. 134-135) أن الصلة الجيدة مع الأب أكثر من الأم تفصح عن الفشل من جهة الأخيرة، مما يعني تقريباً دوماً مرحلة ثانية في حياة الطفل الذي خيبته أمه.

5. معيقات النمو السوي للنزعة الاجتماعية

إن النزعة الاجتماعية ضرورية ومهمة في حياة الفرد والمجتمع ككل بناءً على الفوائد العائدة على الفرد النازع اجتماعياً وعلى المجتمع الذي أنشأ أفراداً اجتماعيين متعاونين ومتكافلين، وثمار هذه التنشئة في تطور ورقي الحياة البشرية على العموم.

غير أننا أحياناً نجد الأمور تسير عكس النمو السوي للنزعة الاجتماعية لدى الفرد وتكون عكس مقتضيات النمو الصحي للنزعة الاجتماعية. قد نجد الطفل تعرض لمواقف تعرقل النمو السوي لهاته الأخيرة مما قد يحثه على اتخاذ أو تبني موقف معاد ووجهة مستهجنة. وأبرز هذه المواقف نجدها خلال حدوث مشكلات في بناء العلاقة مع

الأم خصوصا ومع أفراد الأسرة عموما، لأنهم يشكلون الوجهة الأساسية للطفل. وكما بيننا سابقا أهمية دور الأم الضروري في تكوين وتنمية الحياة الاجتماعية للطفل.

يقول أدلر (1933، 133-134): "في بحثنا عن المواقف التي تعترض الطفل وتدفعه في وجهة مستهجنة وتعرّس وغالبا ما تمنع نمو النزعة الاجتماعية لديه، سنصادف دوما هذه المشاكل الخطيرة ذات الأهمية القصوى: مشكلتي الطفل المدلل والمنبوذ ومشكلة القصور العضوي الفطري".

إن الأم المتمركزة حول ذاتها وتسعى حصريا لخدمة ذاتها، تفشل في بناء العلاقة السوية مع ابنها، حيث أنها ستقصر في تربيتها لطفلها وتفشل في القيام بوظيفة الأمومة على الوجه الصحيح، مما قد ينشئ لنا طفلا مضمحل الشعور الاجتماعي، لأنها حرمتها من تشكيل صورة إيجابية حول المحيط الذي ينتهي إليه (خياط خالد، 2018، 160-161). فلا يشعر بالانتماء إلى هذا المحيط ويشعر بالغرابة عن الناس.

أكد أدلر أن مثل هؤلاء الأفراد لا يتواجدون في الصف الأول من النشاطات النافعة اجتماعيا. وإن حملتهم ظروف رغبة إلى ذلك فلن يحسنوا الحفاظ على وضعيتهم. سيخفقون في الإجابة على مسائل الحياة الثلاثة (الصدقة والمهنة والحب) بفعل نقص اهتمامهم بالآخرين وكونهم غير محضرين لهذا النهج، بينما حلّ هذه المسائل لا يتواجد خارج مجال النزعة الاجتماعية.

ومن بين المعوقات الأخرى هي تذكير الطفل بضعفه وصغره. إن الواجب علينا هو تدريب الطفل على الشجاعة والسماح له بإبداء اهتمامه نحو أي أمر مفيد. وكل نقد يجب أن لا يوجه إلا لنجاح وتنمية القدرات لديه. ويكره توجيه الطفل ويستحسن السماح له بحرية الاختيار. ومن الخطأ إقصاء الطفل من مجتمع البالغين وحرمانه من طرح الأسئلة والكلام وتوبيخه ومعايرته بأطفال آخرين. وبالموازاة مع ذلك، من الخطأ أيضا أن نعطي قيمة كبيرة لشخص الطفل مما قد يدفعه للغرور والكبر بشدة (خياط، 2018، 162-163).

النزعة الاجتماعية معيارا للسواء

في علم النفس الفردي، الأشخاص الذين يربطون علاقات اجتماعية جيدة ويتكافلون مع الآخرين من الجنسين هم أشخاص يعيشون ضمن روضة السواء. ومن الناحية النفسية هم يملكون الطاقة والشجاعة الكافية لمواجهة مسائل الحياة والصعوبات التي تأتيهم. وسواء قصدوا ذلك أم لم يقصدوه فإن المجتمع سينال منافع من أفعالهم وأعمالهم. هذا الصنف المستحب من الناس يوصف بأنه ذو نزعة اجتماعية عالية أو كافية، أي أنه يشعر بالانتماء والمساواة مع أفرادها ويسعى للمساهمة في رفاهيتها. هاته الميزات تفتقد في حالة المعتلين نفسيا: فلا هم متوافقون اجتماعيا ولا هم متوافقون نفسيا أمام مسائل الحياة. من ثم، كان الفرد غير السوي هو ذلك الشخص المتدني النزعة الاجتماعية (ADLER, A. 1927, 49).

من جهة أخرى اعتبر أدلر (1930-a) أن الانحرافات عن السواء تعبر عن طموح كبير تزواج مع درجة من النزعة الاجتماعية. ولغة كلام الشخص اللاسوي لو فهمناها بدقة ستبين لنا أننا أمام فرد يكافح لإحراز اعتراف بقيمته، وهو يصارع بكل قواه لإحراز السمو والتفوق مهما كان الثمن باهظا. ومن الواضح أنه يصبو باستمرار إلى السيطرة على محيطه لأجل التخلص من شعوره بالقصور خارج ضفة النزعة الاجتماعية، حيث يسعى لتحقيق المنفعة المتمركزة على الذات بعيدا عن التكافل والتعاون ومراعاة مصلحة الجماعة.

إجمالاً، صنف أدلر السواء واللاسواء وفق معياره للصحة النفسية وهو النزعة الاجتماعية. فالسواء عند أدلر يتمثل في النمط المفيد اجتماعياً والقادر على حل مسائل الحياة بطرق خصبة مثمرة للفرد ولجماعته، أما النمط اللاسوي فهو الفرد العقيم اجتماعياً والذي يتهرب من الحلول التكافلية لمسائل الحياة ويجب عنها بطرق متمركزة على مصالحته الشخصية الآنية، بعيداً عن المنفعة العامة.

6. المجرم والجريمة

الجريمة هي كل سلوك مخالف للقوانين، قد يكون فعلاً أو امتناعاً عن الفعل. يتراوح هذا السلوك بين ثلاث مستويات: أدنى مستوى هو المخالفة، وهي سلوكيات لا تشكل خطورة على المجتمع لكنها قد تسبب أضراراً متفاوتة للأفراد والممتلكات أو النظم مثل مخالفة قوانين المرور؛ وأوسط المستويات الجنحة، وهي تعدي على القوانين والنظم يشكل خطورة متوسطة على المجتمع ونسيجه مثل الجرح العمدي والنشل؛ أما أخطر المستويات فهي الجنائية، وهي مساس بالقوانين والنظم يشكل خطراً جسيماً ضد الأفراد أو المجتمع برمته أو الدولة مثل القتل العمدي والتجسس لصالح دول أخرى.

من ثم، يمكننا تعريف المجرم بأنه صاحب كل سلوك متعمد يحدث في المجتمع اضطراباً ما أو يخرق قواعد الضبط الاجتماعي، أي أن هذا السلوك متمركزاً على الذات بعيداً عن التكافل الاجتماعي ويلحق ضرراً متفاوت الخطورة بالمجتمع أو بعض أفرادها. وغالباً ما يدين القانون هذا السلوك ويقضي له جزاءً مقابل.

7. النزعة الاجتماعية لدى المجرم

غالباً ما كتب أدلر عن الشعور بالقصور على أنه إحساس الفرد بأنه في موضع دوني. رأى أدلر أن الشعور بالقصور ينتج جزءه الأكبر من المقارنات التي يعقدها في طفولته بينه وبين أفراد أسرته، إنه "مقارنة للذات" يقوم بها الفرد منذ الوهلة التي يقدر فيها على التفاعل مع الأفراد المحيطين به. وأوضح رودلف دريكورس (1979) أن الشعور بالقصور ينشأ عن كون الفرد ذا قصور بدني أو اجتماعي أو مقارنة مع الأهداف والمعايير الشخصية له؛ فأولى مجالات القصور المدرك هي مقارنة مفهوم الذات مع صورة ذات مثالية تتضمن الخصائص البدنية؛ وثاني مجالاته تناقض بين مفهوم الذات وتقييمات الفرد للمحيط، بما في ذلك المحيط الاجتماعي؛ أما آخر مجالاته -والذي اعتبر شكلاً من أشكال الذنب- فهو يعرف على أنه التناقض بين مفهوم الذات والقانون الأخلاقي للفرد (خياط خالد، 2018، 182-183).

ورغم أن مشاعر القصور ليست دوماً مبررة إلا أنها لها دائماً قاعدة معينة. وتعمل كقوة دافعة، كنقطة انطلاق ونمو كل اندفاعات الطفل نحو تحديد هدف يرجو منه كل تهدئة لوخزات الدونية وتحسين مستقبله ونحو تعبير مسلك يبدو له قادراً على إيصاله لهدفه الغائي في السمو (ADLER, A. 1927. 64). وما دامت مشاعر النقص قائمة دائماً في نفس الفرد وتثير التوتر بداخله، فإن هناك دائماً في ثنايا ذاته حركة تعويضية غايتها التخلص من هذا القصور والشعور بالسمو. والاتجاه الذي ستأخذه هذه الحركة التعويضية يخضع للدرجة التي بلغتها نزعتة الاجتماعية، التي ستحدد هل سيكون سلوك الفرد مثمراً أو عقيماً.

بالنسبة لأدلر (1930، 1931)، لا يتخذ الشعور بالقصور دلالة لاسوية إلا إن كانت الوسيلة المساعدة على النجاح في معركة التفوق معطلة، أو إن أخذ هذا الشعور أبعاداً لا تطاق، نحن هنا صرنا أمام عقدة قصور. هذا

الشعور الشاذ بضالة القيمة يحث الفرد على تقليص مجال نشاطه لتفادي الوقوع في شرك الانكسار ويهرب من مشكلاته ويسعى بالضرورة إلى تحصيل تعويضات سهلة وإشباعات سطحية، وفي نفس الوقت يببالغ في تضخيم العوائق ويثني من شجاعة الفرد ويسبب له خورا ويضيق عليه الطرق المؤدية إلى النجاح.

بالنسبة للنفساني الأدلري، يعد المجرمون والمنحرفون أكبر شريحة يتجلى لديها بوضوح -منذ الطفولة- نقصا في الشجاعة إلى جانب نقص النزعة الاجتماعية في نشاطهم. والشذوذات الجنسية تعزى إلى الوراثة من قبل الشواذ أنفسهم ومن قبل بعض المؤلفين الذين يعتبرون التظاهرات الشذوذية للطفولة فطرية أو اكتسبت عقب خبرة معاشة، والحقيقة عكس ذلك، ففي علامات على تربية سيئة التسيير ونقصا فادحا في الشجاعة والثقة بالنفس وتعبيرا صريحا عن نزعة اجتماعية مفلسة يمكن ملاحظتها بوضوح في أشكال أخرى من سلوكهم.

آمن أدلر (1931. 143) أن المجرم شخص فشل إلى حد معين في عملية الاندماج الاجتماعي. وتتباين إخفاقات المجرمين تباينات شديدة: فبعضهم يكون إخفاقه أقل من غيره فيقتصر في إجرامه على جريمة صغيرة ولا يتعدها، وسوى هؤلاء يقترف جرائم كبرى ويعاودها، وبعض المجرمين يتزعم الإجرام فيخطط ويصمم الجريمة ويقود مرتكبها. والأمر كله يتوقف على طبيعة نسق العيش الذي يتبناه المجرم.

لما تحرى أدلر (1931) عن أسباب تبني فرد ما للنهج الإجرامي وجدها كامنة في سوابق تربيته. من الناس من يكافح في الحياة في سبيل تعويض قصور عضوي وراثي كان أو مكتسبا. وهذا الفرد قد ينتهج طريق التعويض السوي المستحب كما قد ينتهج سبلا تعويضية غير سوية ومستنكرة. وهناك من نشأ مدلا فأفسده التدليل حتى ظن أن الدنيا كلها لا بد أن تستجيب له ولطلباته ونزواته. وهناك من شب يعاني الحرمان فلما اشتد ساعده راح يحاول الانتقام تعويضا عن حرمانه. وثمة من نشأ في ظل القسوة فلما آنس في ذاته القوة شرع في رد الكيل إلى مصدر القسوة الحقيقي أو الرمزي. وهناك من الأفراد من يقعون تحت التغيير أو الإغراء أو التهديد فينحرفون انحرافات تضر بهم وينال شررها المجتمع، وهذه عين الخطر. نجد الأفراد الذين يعانون من ضعف تكويني أو قصور عضوي ما يُحوّلون مشاعر القصور تلك تجاه كل السلوكات غير السوية، لأجل الانتقام من ذاته ومن مجتمعه. والأشخاص المدللون أو المهملون تماما غالبا ما تؤدي بهم هذه التربيّات المتطرفة إلى اتخاذ أهداف للسمو متعارضة مع مصلحة الفرد والمجتمع.

8. منهاج العيش الإجرامي

أكد أدلر (1929) أن أخطر أهداف التفوق يمكن أن توجد في الأمراض العقلية وفي الظواهر الإجرامية وكل أنواع الأعمال المنحرفة، وهي تنسب إلى رغبة جامحة في السمو منطقية على نقص في المشاعر الاجتماعية البناءة. إن المجرم شأنه شأن أي إنسان يصبو إلى هدف ويتوق إلى السمو؛ لكن ما يفرقه عن سائر الناس أنه يلتمس طريقا منحرفا لتحقيق بغيته، حيث يكافح لنيل مأربه خارج رفاهية الجماعة. ويتبنى هدفا من وحي مشاعر قصوره، يتوهم أنه سيأخذ به نحو التفوق متصورا نفسه شخصا قاهرا لإرادة حماة الأمن قادرا على خرق القانون معتديا على المصالح الاجتماعية بلا رادع. لذلك نبه أدلر (1931. 151) أن بإمكاننا أن نتبين عقدة القصور لدى المجرم في مسلكه، فهو يرجو الذهاب بعيدا في المنحى الإجرامي لأنه يشعرويتوهم أنه عاجز عن النجاح في غيره. إذ هو ينظر إلى ذاته من داخل ذاته فتبدو له نفسه على حقيقتها حيث يرى أنه عاجز على النجاح إذا سلك طريقا مستقيما، ويقصي كل ما

بوسعه تحفيزه على النشاطات المفيدة للجماعة. طموحه المستثار بإنجازات زملائه الأسوياء يحثه على إخفاء مشاعر قصوره. ويتخذ بدلا من ذلك مظهرا كاذبا منميا في نفسه عقدة سمو، فيوهم نفسه بأنه شجاع مقدام وأنه الأكثر ذكاءا. هكذا يقود نفسه إلى أفعال لا اجتماعية أو مضادة للمجتمع يحاول من خلالها إثبات ذاته. لذلك نجد الطفل ذا الميول الإجرامية دوما جد معجب بنفسه. هذا العتو ذو نفس الأصل مع طموحه ويدفعه دون انقطاع إلى السعي نحو التميز بصيغة أو بأخرى. ولأنه مقتنع بأنه لن ينجح بالسبل الإيجابية المفيدة فإنه يشخص نحو الجوانب الفالسة من الحياة (أدلر ألفرد، 1929. 272)

إن الأطفال والمراهقين المنحرفين يتوغلون في السلوكات الإجرامية والمنحرفة تدريجيا خلال مساهمهم الدراسي أكثر فأكثر، ليختتموا مساهمهم بإجرام جامع. قد يشكلون عصابات أو ينضمون إلى عصابات قائمة وبيدؤون السرقات ويشرعون في الانحرافات الجنسية والأخلاقية التي يشعرون من خلالها بأنهم بلغوا نضجا كاملا. إنهم يسعون إلى تغذية طموحهم الجامح نحو السمو والتفوق، ولأن أفعالهم لم تكتشف بعد، فإنهم يشعرون بقدرتهم على ارتكاب أوقح الجرائم.

يؤمن أدلر واتباعه بأنه لا ينبغي النظر للمجرمين بوصفهم شواذا عن الجنس البشري، لأنهم لا يختلفون عن جميع الناس في شيء سوى أنهم ضلوا السبيل والمعايير الاجتماعية العامة والمتعارف عليها. أما الوراثة والبيئة فلم تفرضوا على المجرم أو المنحرف هاته التوجهات والسلوكات. كما وصف أدلر (1931) المجرمين بأنهم أشخاص يتصفون بدرجة من الجبن، فهم يحاولون تجنب العقبات وحل مسائل الحياة من خلال مناج عيشهم العقيم والجرائم التي يرتكبونها. إنهم يجمعون في الظلام في المناطق المعزولة على ضحاياهم شاهرين أسلحتهم في وجه الضحية المفزوعة قبل أن تتمكن في الدفاع عن نفسها. وتلك الطريقة الوضيعة يظنون أنهم يملكون قدر كبير من الشجاعة، بينما هم في الحقيقة جبناء. يجب أن لا ينخدع الناس من تصرفاتهم الإجرامية أو أن يقبلوا وجهة نظرهم الخاطئة، فإن الجريمة هي وسيلة الجبان في تقليد الأبطال. هم يسعون نحو هدف غائي زائف ولا يستخدمون المنطق السليم في التفكير.

ويمكننا أن نلخص وجهة نظر أدلر (1929-ب. 272) حول المجرم في عبارته التالية: "كل قاتل جبان يتوهم أنه بطل... لأن المجرم يلقي التشجيع بسبب الاعتقاد بأن الجريمة هي على الأقل عمل شجاع. والحقيقة أن الخوف سبب الجرائم الأكثر شناعة".

9. توصيات حول تربية الطفل على نزعة اجتماعية سوية

في كتابه "معنى الحياة" قدم ألفرد أدلر (1933. 137-138) حزمة من التوصيات التربوية التي تسمح بتنمية طفل ذي نزعة اجتماعية سليمة، يشعر بالانتماء للجماعة ويشعر بالمساواة مع أفرادها، ويسعى للمساهمة في رفاهيتها. ويمكننا تلخيص أبرز توصياته في النقاط التالية:

- اعتبر أدلر أن نمو النزعة الاجتماعية وثيق الصلة بعلاقة الطفل بأمه، واعتبر هذه العلاقة هي القلب النابض للنزعة الاجتماعية. ولا يمكن لأي أحد آخر أي ينوب فيها عن الأم مهما كانت قرابته من الطفل.

- تلعب شخصية الأب الدور الثاني من حيث أهمية. فلا يحق للأب أن تستحوذ على الطفل وتحرم الأب من فرصة بناء علاقة معه بالصفة الحميمة المطلوبة.

- لا ينبغي أن يظهر أو يُقدّم الأب كمصدر تهديد أو مُورّع للعقوبات على الطفل، بل على الأب تخصيص وقت كاف يقضيه قرب الطفل، وأن يبدي عاطفة كافية تجاهه كي لا يتقهقر إلى الواجهة الخلفية.
- بالمقابل، لا يحق للأب أن يستبعد الأم من خلال صب حنان جامع على الطفل.
- يمنع على الأب أن يفرض تأديبا فظا على الطفل بغية تقويم الحنان الأمومي، لأنه يقرب الطفل أكثر من أمه.
- من الخطأ محاولة الأب فرض سلطته المطلقة ومبادئه الخاصة على الطفل، فهذا قد يجلب له الطاعة الآنية لكنه لن يخلق أبدا روح التكافل الاجتماعي في وجدان الطفل.
- إن الخلافات الأسرية والتباينات في التربية بين الوالدين عوامل يمكن أن تتلف بسهولة نمو النزعة الاجتماعية. فالعلاقة بين الوالدين يجب أن تكون علاقة تكاملية مبنية على التعاون والتكافل لتربية أبنائهم تربية سوية. ولا يمكنهما تربية الأطفال على مبدأ التكافل الاجتماعي والتعاون وهم لا يملكون القدرة أو الرغبة في التعاون.
- يعد موعد الوجبات الغذائية ذا أهمية كبرى في تنمية النزعة الاجتماعية، لذلك يجب توفير مناخ أسري حميمي خلال كل الوجبات خاصة في مطلع اليوم عند الفطور. وهذه المناسبة هي الأسوأ لمحاسبة أو انتقاد الطفل أو توبيخه.
- إن كل إطرء أو انتقاد يجب أن يوجه إلى نجاح أو فشل السلوك فقط، ولا يوجه أبدا لشخصية الطفل فهذا أمر يؤجج مشاعر القصور لدى الطفل ويكسر ثقته بنفسه وتقديره ذاته.
- لا ينبغي أبدا تذكير الأطفال بصغرهم ونقص معرفتهم وضعفهم أو إقصاءهم من مجتمع البالغين. إن الطفل يعلم منذ ولادته أنه صغير وضعيف مقارنة بالمحيطين به، فيجب علينا أن لا نرسخ هاته الفكرة في دماغه. علينا دفعه للأمام وفسح المجال نحو تدريب شجاع له والسماح له إن أبدى اهتماما نحو أمر معين وإخباره أن البدايات صعبة.
- من الضروري والمهم إعطاء الحرية للطفل في الكلام وعدم السخرية منه والضحك عليه وتوبيخه ومعايرته بأطفال آخرين. كل هذا يتلف العلاقة معه ومع الآخرين، وقد يؤدي إلى موقف متزمت من خجل أو انطواء.
- في المقابل من الأمور المؤذية للنزعة الاجتماعية إعطاء الطفل انطبعا قويا بقيمته الشخصية دون أن يقدم مساهمة أو يبذل مجهودا يبرر استحقاقه لها.
- ينبغي تفادي إظهار قلق كبير أمام مرض الطفل أو في مواقف خطيرة معينة، لأن القلق والحيرة والدموع لا يساعدون الطفل المريض أو المكروب بل يدفعونه إلى الانتفاع من وضعيته، بل يجب الانفعال الوجداني بعقلانية وبدفاع ملائم.
- لا بد أن يلحق الطفل مبكرا، القيم المتساوية للجنسين ودوره الجنسي. لأن في الحالة العكسية كما اعترف أدلر يمكن أن يغترف الطفل من حضارتنا المتقهقرة فكرة أن المرأة تمثل درجة سفلى والرجل يحتل المراتب العليا. وهذا يمكن أن يحوّل الصبيان بسهولة إلى متكبرين بما تحمله هذه الصفة من عواقب وخيمة على المجتمع، ويحوّل الفتيات إلى مسترجلات بما تحمله هذه الصفة من مفاسد، لأن الارتباب حول جنسهم يُتبع بتحضير منقوص لدورهم الاجتماعي والجنسي.

خاتمة

تعتبر النزعة الاجتماعية إحدى المركبتين الأساسيتين في تكوين شخصية الفرد، (المركبة الأخرى هي السعي نحو السمو). وهي معيار الصحة النفسية، فإن كانت النزعة الاجتماعية للفرد كافية فهو يعتبر شخصا سويا، أما إن كانت نزعته الاجتماعية غير كافية فهو شخص غير سوي، إما شخصا مضطربا أو منحرفا أو مجرما أو شاذا. فالحياة النفسية تسير وتنمو من خلال سعي الفرد نحو السمو والكمال من أجل التخفيف من مشاعر القصور. في سبيل ذلك يتبنى الفرد ذو النزعة الاجتماعية المتدنية حركة تعويضية في الضفة غير المفيدة من الحياة، مثل الأجرام. إن المجرم شخص يعتربه شعور جامح بالقصور يحث سعيه الفطري نحو السمو بطريق جد طموحة ونشطة، لأن المجرم شخص منقوص النزعة الاجتماعي فإنه سيختار هدفا للسمو خارج نطاق المساهمة في رفاية الجماعة. وهكذا يباشر حركته التعويضية في المسلك اللااجتماعي أو المضاد للمجتمع. وهو في مسعاه هذا يتوهم انه يحقق سموا ورفعة، في حين أن سلوكياته الإجرامية تكشف عن شخص جبان تعوزه شجاعة العيش السوي السليم، لأنه يفتقر إلى اليقظة في قدرته على النجاح في الحياة بالمسالك السلمية المفيدة.

مراجع

- أدلر، ألفرد (1927). *الطبيعة البشرية*. ترجمة: عادل نجيب بشرى. المجلس الأعلى للثقافة. القاهرة. مصر. 2005.
- أدلر، ألفرد (1929-أ). *الحياة النفسية*. ترجمة: محمد بدران وآخرون. لجنة التأليف والترجمة والنشر. القاهرة. مصر. 1944.
- أدلر، ألفرد (1929-ب). *العصاب*. ترجمة: أحمد الرفاعي وفارس ضاهر. دار ومكتبة الهلال. بيروت. 1982.
- أدلر، ألفرد (1931). *معنى الحياة*. ترجمة: عادل نجيب بشرى. المجلس الأعلى للثقافة. القاهرة. 2005.
- خالد خياط (2004-2003). *النزعة الاجتماعية لدى المجرم*. رسالة لنيل شهادة المجيستار في علم النفس الاجتماعي. جامعة منتوري قسنطينة. الجزائر.
- خالد، خياط (2018). *علم النفس الفردي - اعرف نفسك بنفسك بنظرية ألفرد أدلر*. مخبر التطبيقات النفسية والتربوية. جامعة عبد الحميد مهري - قسنطينة 2. الجزائر.
- ADLER ,Alfred. (1927). *Connaissance de L'Homme*. Payot. Paris. France. 1949.
- (-1929-a). *Understanding Life. One world publication*. Oxford. England. 1997.
- (1929-b). *Ecole et psychologie individuelle comparée*. Payot. Paris. France. 1975.
- (1930.a). *Pratique et théorie de la psychologie individuelle comparée*. PBP. Paris. France.
- (1930.b). *Education des enfants*. PBP. Paris. France. 1977
- (1933). *Le sens de la vie*. Traduit par : Herbert Schaffer. PBP. Paris. France.
- SLAVIK, S & CARLSON,J (2006). *Readings in the Theory of Individual Psychology*. Routledge. New York. 2006.

المعاناة النفسية عند الطفل من منظور السواء أو المرض: دراسة تحليلية

د. مهري نادية (أستاذة محاضرة "ب")

0671618898

جامعة تبسة

د. أوباجي يمينة (أستاذة محاضرة "أ")

0799137933 yaminapsycho@yahoo.fr

جامعة 20 أوت 1955

Résumé : l'objectif de cette communication est de révéler la problématique de la normalité et du pathologique chez l'enfant. Par ailleurs, nous insistons sur le fait que la psychopathologie infantile ne correspond pas à la psychopathologie de l'adulte.

Plusieurs études ont montré qu'il est difficile de supposer une barrière étanche entre processus normaux et pathologiques chez l'enfant, surtout quand on se réfère à une approche maturative. Le développement est, en effet, la perspective fondamentale de l'étude du psychisme normal ou pathologique de cet enfant. Par exemple, les manifestations pathologiques infantiles et la souffrance psychique évoluent rarement vers les pathologies de l'adulte, malgré le lien entre enfant et adulte qui repose sur les vestiges de l'infantile chez ce dernier.

Mots clés : *normalité, pathologique, enfant, souffrance psychique, développement.*

ملخص: تهدف هذه المداخلة إلى طرح إشكالية السواء و المرض عند الطفل، ومن جهة أخرى، فإننا نؤكد بان علم النفس المرضي للطفل لا يطابق علم النفس المرضي للراشد .

وضحت العديد من الدراسات مدى صعوبة تحديد هذين المفهومين تحديدا دقيقا، و وضع حدود بين سيرورات السواء و المرض عند الطفل. خاصة، عند الرجوع إلى مقارنة النضج. كما يعد النمو أيضا تصورا جوهريا لدراسة نفسية الطفل، سواء كانت سوية أو مرضية. فالتظاهرات التي قد تطبع السلوك المرضي للطفل و معاناته النفسية لا تتطور بالضرورة نحو الاضطرابات الخاصة بالراشد، رغم وجود علاقة مشتركة بين الطفل و الراشد فيما يتعلق بالآثار الطفولية التي يحتفظ بها هذا الأخير.

كلمات مفتاحية: السواء، المرضي، الطفل، المعاناة النفسية، النمو

مقدمة

إن التمييز للحد الفاصل بين مفهوم السواء و المرض في الصحة العقلية، أصبح ضرورة ملحة في الوقت الحاضر وذلك بسبب الرهانات الجديدة التي فرضت على الطب العقلي و على التخصصات الطبية التي تواجه زيادة في الطلبات و أيضا لظهور مصطلح "المعاناة النفسية" *la souffrance psychique* التي يشعر بها الفرد دون اصابته بأي مرض نفسي واضح.

لقد وضع Conguilhem أن مصطلح السواء و المرض هما كلمتان متلازمتان ، حيث قام بدراسة حاول البحث من خلالها عن التجانس و الاستمرارية على مستوى هذين المفهومين، و استخلص أن " الشخص السوي هو الذي بإمكانه التكيف مع محيطه" (Bergeret,1974,p123)

أما Sillamy يرى أن " السواء هو ما يتطابق مع القواعد و المعايير و هو مفهوم نسبي، مختلف حسب المحيط الاجتماعي- الثقافي و أيضا حسب المراحل الزمنية" (Sillamy, 1999, p180)

لقد كان المختصون في علم النفس المرضي أكثر حذرا في تمييزهم للسواء، إذ حاولوا إعطاء تعريفا للسواء مستقلا عن مفهوم البنية، و قد بينوا أن أي شخص يوجد في حالة سوية مهما كانت مشاكله عميقة، و استطاع مواجهة هذه الأخير و التكيف مع ذاته و مع الآخرين دون معاناة داخلية و دون الوصول إلى المستشفى أو للمصحة العقلية.

أما Claude Bernard وضع كل جهوده لأجل فهم ما هو مرضي، فبالنسبة له " الحالة المرضية ما هي إلا انحراف كمي لحالة السواء".

و يرى كل من Minkowski و Goldstein و آخرون أن المرض هو كل ما خرج عن إطار الخضوع للمحيط الذي لا يتوافق مع التأهيل و الدمج. (Marcelli et Cohen, 2012, p 27)

و وضع S.Freud أن المرض يحدد في معنى واحد فقط و هو العصاب « *la névrose* » فالشخص السوي أو المريض مرتبط باختفاء أو عدم اختفاء لعقدة الأوديب (عدم حل عقدة الأوديب يعتبر مرض) كما بين أيضا أنه من الصعب إثبات علميا الحالات السوية و المرضية لأن Freud يعتبر وجود هوة بين العصابين و الأسوياء بدليل قوله " كلنا عصابيون" و هذا ما أكده مخطط الصحة النفسية الذي وضع في سنة 2005-2008، و الذي يتضمن ثلاثة أبعاد:

- الصحة العقلية الإيجابية: و تهتم بالتفتح الشخصي.
- الضيق النفسي الإستجابي: و المرتبط بالوضعيات و الصعوبات الحياتية.
- الاضطرابات العقلية: ترجع إلى التصنيفات التشخيصية التي تعتمد على معايير و على أفعال علاجية مستهدفة، و تشمل هذه الاضطرابات، الأمراض المزمنة و الخطيرة التي تسبب إعاقات للفرد.

وتهدف هذه المداخلة إلى طرح إشكالية السواء و المرض عند الطفل، لأن طبيعة المشاكل النفسية المرضية تختلف من الطفولة إلى سن الرشد، كما بينت الدراسات وأعمال الباحثين في هذا المجال، ويحاول الكثير من هؤلاء إعطاء مفاهيم حتى وأن كانت نسبية لمصطلح السواء و المرض خاصة عند الطفل.

فموضوع علم النفس المرضي للطفل هو تقييم للطبع المرضي المنشأ أو هو عبارة عن تنظيم للتصرف أو لعدة تصرفات التي يسلكها هذا الطفل، و حتى يمكننا وضع تقييم موضوعي يفترض فهم إطار السواء فهما جيدا، خاصة المتعلق بمسار نمو الطفل. كما يجب أن نأخذ بعين الاعتبار وجهات النظر العرضية التي بإمكانها الكشف عن الاضطرابات الطفولية بدء بتقييم وزنه وصولا إلى وظيفته الدينامية. و حسب وجهة النظر البنائية فهي تقوم بتحديد موقعه على مستوى البنية، أما من وجهة النظر الجينية و المحيطية والتي اعتبرها أصحابها أن لها أفضلية في تقييم الاضطرابات مع التأكيد أن البنية هي المصدر أو المحور الأساسي في إطار التطور الجيني و المحيطي.

لهذا فإن تطور طب العقل الأطفال كان مصدره منبعين أو تيارين مختصمين:

فالأول مصدره تيار التربية و الثاني مصدره علم النفس المرضي للراشد و قد تم بناءه (الطب العقلي للأطفال) انطلاقا من التطبيق الاكلينيكي التجريبي. (Gueniche, 2011, p16)

فالمشكل لا يحمل على الإطلاق ما هو موجود خلال نمو الطفل و علم النفس المرضي الخاص به فهو خاص بالإعداد الجيني الفطري أو المساهمة المحيطية المكتسبة.

و كما ذكرنا سابقا أن المشاكل النفسية و حتى الاستراتيجيات لهذه المشاكل بين الطفل و الراشد تدفع بالدارسين إلى التمييز بين هذه المشكلات أو الاضطرابات.

هذا ما دفعنا إلى دراسة السواء و المرضي عند الطفل في حالة المعاناة. محاولين معرفة إلى أي مدى تصبح المعايير التي وضعت عن طريق علم النفس المرضي عند الراشد غير ملائمة عندما يتعلق الأمر بالطفل؟ و هل يمكن تحديد معايير السواء و المرض عند الطفل تحديدا واضحا؟

1. المعاناة النفسية للطفل

لقد اهتم الباحثون في مجال علم النفس المرضي و الطب العقلي بالمعاناة النفسية للطفل في بداية القرن العشرين، حيث كان اهتمامهم منصب خاصة على بيداغوجيا الأطفال الذين يعانون من القصور أو إعاقة معينة، كالذين يعانون من الصمم، و التخلف الذهني و هذا ما دفع المختصين إلى انشاء مراكز مختصة و أصبح الكشف عن التخلف الذهني مهمة أساسية آنذاك و أدركت معاناة الطفل و لمدة طويلة من الزمن تحت فئتين جوهريتين هما : فئة الأغبياء و فئة الطبيعيين.

2. مفهوم النمو عند الطفل

إن النمو سلسلة من التغيرات تهدف إلى تكيف الفرد مع الحاجات الداخلية في محيط خارجي (الأشياء والأشخاص)، بتقاليده وعاداته، آلامه وآماله والأعراض الخارجية ما هي إلا رد فعل لمتطلبات الداخل والخارج وتتطلب تبصرو فهم ومساعدة في تهيئة أحسن الظروف الممكنة لوقاية الطفل من الإحباطات الشديدة التي تفوق إمكانياته التكيفية بالمفهوم التكويني الذي ذكره Piaget. يجب أن يكيف المحيط تدخلاته حسب الإمكانيات الخاصة بكل طفل وبيئته الخاص ومفهومه وتحمله. والنمو في معناه العام هو التغيرات المختلفة التي تطرأ على الفرد :

- تطور عضوي، عضوي، كيميائي.
- تطور فكري.
- تطور نفسي، اجتماعي، ثقافي. (معتصم ميموني، 2005، ص 43)

فالنمو لا يعني أن تضاف معلومات إلى أخرى فقط بل إعادة وتنظيم وبهذا نستطيع اعتبار النمو عملية تمايز تدريجي وإضافة معلومات وإعادة تنظيم للمعارف والمهارات والإمكانيات.

3. عوامل النمو

تلعب عوامل النمو دوراً أساسياً إذ اهتم الباحثون كل في مجال تخصصه بهذه الأخيرة التي تؤثر على تطور الطفل ونضجه في مجالات عدة، حيث اجمع معظم الدارسين أن نمو الطفل يعتمد على عوامل عدة أهمها:

العوامل الوراثية والبيولوجية، عندما نتكلم عن العامل الوراثي فإننا نقصد الطراز العرقي genotype والطبع الوراثي Phénotype وكل التأثيرات الفيزيائية والثقافية للمحيط. أما إذا تكلمنا عن العامل الفطري فهو مصطلح أكثر شمولية ونقصد هنا كل ما يوجد عند الطفل أثناء ولادته، فالفطري يشمل الوراثي إضافة إلى ما حدث في الحياة الجنينية. أما من جانب النضج البيولوجي فالنضج هو التطور الذي يسمح للأجهزة أن تصبح وظيفية، فنضج الجهاز العصبي هو تكوين مادة الميلين وتطور جسم الخلية العصبية. وهناك أيضاً نضج بيوكيميائي وبيوكهربائي فيما يتعلق بتطور التسجل الكهربائي داخل الدماغ. (Despinoy, 2002, p9)

أما العوامل البيولوجية غير الوراثية فتتمثل في التغذية التي تلعب دوراً هاماً في عملية النمو والنقص في المواد الأساسية لهذه الأخيرة كالبروتينات والسكريات...يؤدي إلى اختلال التوازن واضطراب النضج وهذا له آثار عضوية ونفسية هامة. وفي نفس الوقت يرتبط هذا العامل بالمحيط وظروفه.

ويركز البيولوجيين على أهمية الإثارة لتطوير إمكانيات الفرد، فالمراكز الدماغية تتطور تحت تأثير الوراثة وتأثير المحيط وتنشيط الخلايا لأجل تكون علاقات جديدة. يفسر علماء النوروفيزيولوجيا ذلك على أساس تكوين الأنساق العصبية تحت تأثير الوراثة وظروف المحيط مما يؤثر على تطور الدماغ وخاصة تطور شبكة العلاقات بين الخلايا العصبية. كما بين الباحثون أهمية العوامل البيئية والعوامل الفيزيائية وأيضاً العوامل الاجتماعية والثقافية.

كما لا ننسى العامل النفسي الذي أعطى له علماء النفس أهمية قصوى و بين الكثير منهم مدى تأثير الطفل بما يجري داخل المحيط الذي يعيش فيه لأنه كائن حي و نشط يؤثر و يتأثر، فنمو الطفل ليس حصيلة العامل الوراثي و البيولوجي و تفاعله مع العامل البيئي فحسب، بل تأثير الطفل من جهته على المحيط بسلوكياته، برفضه، أو قبوله بخضوعه أو تمرده. ويشير Brazelton " حساسية و دقة مدى تأثير الطفل على محيطه. كل طفل منذ ولادته له إيقاعات خاصة به: النمو، الأكل، الغضب، الهيجان... وهذه السمات تؤثر في المحيط و تؤثر في الأم خاصة بل تدفعها إلى البحث عن أفضل الطرق للتكيف مع طفلها، لأن عدم تكيفها مع خصائصه قد يؤدي إلى اضطرابه مبكرا. هذا ما جعل صعوبة تحديد مفهوم السواء و المرض عند الطفل.

4. مكانة العرض Le symptôme ضمن الاقتصاد النفسي للطفل

إن الطفل كائن حي ينمو حيث تكمن الصعوبة في تموقع قيمة اللاتنظيم العرضي و يكون الاضطراب عند الطفل في أشكال مختلفة حسب كل فرد، تارة يكون توقف مبكر inhibition précoce لكل ما هو نشاط و دينامية لحياة الطفل اليومية يقوده إلى انقطاع العلاقات و عدم القدرة على المكتسبات (في حالة الذهان) و تارة أخرى يكون في شكل توقف ينتج عنه عدم القدرة أو بطء في الاكتسابات لكن دون انقطاع علائقي (في حالات العصاب).

إن الدراسات الأولى التي كانت على مدار مسار النمو عند الطفل قد أوضحت بأن النوبات و الصراعات التي ظهرت بطريقة حتمية ضمن سيرورة النمو، البعض منها مصدرها الكفاءات الجديد و البعض الآخر على العكس تقود إلى الهشاشة. (Jeffrey et al, 2009, p67)

و نخلص إلى أنه يجب أن نقدم العرض بطريقة مختلفة عما هو عليه في حالة الأمراض عند الراشد، لا يحتوي على نفس القيمة لكن يجب أن يحمل دائما مجمل الوظيفة التي يشغلها خلال مسار النمو قبل إمكانية التحكم في احتمالية القيمة المرضية (أين عدم الوضوح للمقاربات العرضية المحضنة)

إن أول ما بين صعوبة تصنيف بعض التصرفات في إطار السلوك السوي و المرضي هما A.Freud و M.Klein

إن كلتاهما وفيتان للموروث الفرويدي، لكن كل منهما تؤكد على معطيات مختلفة:

بالنسبة لـ M.Klein تتحدث عن الحياة النفسية للطفل منذ البداية وقد أكدت أن اللاشعور يختلط مع التجارب الطفولية في كل بداية حياة، حيث تفتح أيضا مسار لفهم النماذج النفسية المرضية والتي لم يكشفها Freud والخاصة بالذهان خاصة. (Ajuriaguerra, 1974, p234)

أما A.Freud ترى أن الحياة النفسية للطفل لا يعبر عنها إلا عند خروجه من المرحلة النرجسية الأولية، أين يفتح الطفل تدريجيا على العلاقات المعقدة و الموضوعية. فالأم في هذه الحالة الرمزية لها أهمية كبرى، لأن لها دور صا

الإثارة pare-excitation الذي يمكن أن يقوم به أنا الطفل غير الناضج. وفي هذا المعنى، يمكن أن نفهم أهمية الدور الأمومي le rôle maternel.

إن الطفل السوي ليس بعيدا دائما عن المشاكل النفسية، إذا كان القلق لديه، و التجاذب الوجداني، و العوائق التي تقف أمام تكيفه مع الواقع تفوق حدود معينة و إذا كانت الصعوبات التي يعاني منها تنعكس سلبا عليه و على محيطه بشكل كبير و شديد، يمكننا القول في هذه الحالة أنه طفل عصابي enfant névrosé دون نقاش. و ما يميز الطفل السوي عن الطفل العصابي هي تلك الاستجابة التي يظهرها العصابي من خلال سلوكه غير المناسب اتجاه الصعوبات التي تواجهه.

إن أشكال التعبير عن القلق هي جد متنوعة لدى الطفل و ممكن أن تكون عابرة أو قد تتحول إلى تظاهرات نفسية مرضية على الأقل غير ظاهرة أو العكس. و ممكن أن تتبين صعوبة بناء العلاقة بين العرض و القلق الكامن مثل:

- الرعب الليلي، اضطرابات النوم، النوم المضطرب مع تواتر في اليقظة أو طقوس النوم.
- صعوبات التغذية، تقلب في الشهية، فقدان الشهية، تباطؤ في التغذية أو ظهور اضطرابات سلوكية أثناء الأكل و على المائدة.
- النشاط و الحيوية الزائدة أو المفرطة و الذي يميزه اضطراب في المزاج، و يعد كمؤشر لعدم الطاعة أو وسيلة للتعويض الزائد للقلق الذي يمكن أن يتجنبه.
- إن الطفل الذي يخفي تعصبه نتيجة الاحباطات التي يتلقاها من محيطه تحت ما يسمى متطلبات التربية التي تفرض التكيف العام، حيث يصبح الطفل ناضجا و فطنا و الهدف الجوهرى هو مقاومة القلق و الشعور بالذنب، حيث يسعى بالبحث في المحيط الذي يعيش فيه عن الحماية و المساعدة و المساندة لدرجة وصوله إلى التبعية (للوالدين أو للموضوع). فمثلا إذا كان طفلا لا يحب الرسم و لا التمثيل و لا المسرح، و إذا لم يكن لديه الرغبة في المشاركة داخل القسم و لا الرغبة في النشاطات الرياضية و الترفيهية. فالطفل هنا قد يكون مثبط Inhibé اتجاه اللعب، كما يظهر عدم القدرة على استحضار ما يجول في خياله. يمكن القول في هاته الحالة أن الطفل يعاني من تثبيط عميق Une profonde inhibition ، و يعاني أيضا من كبت معتبر لحياته الخيالية رغم أنه بإمكانه أن يتكيف و لا يظهر أي اضطراب بعينه. و ترى A.Freud أنه من الضروري التمييز بين متغيرات السواء و التكينات النفسية المرضية الانتقالية و النكوص إلى نقاط تثبيطات سابقة. حيث أكدت على مصطلح "مسار النمو Ligne de développement، و هي تريد أن تترجم الأحداث الخارجية المعاشة من طرف الطفل كحدث داخلي.

إن مسارات النمو تشمل مراحل النمو الليبيدية و وظائف الأنا. كما وضحت A.Freud تكوينات التسوية و الحلول التي استطاع الطفل ايجادها، كما بينت أيضا نمط الميكانيزم الدفاعي الذي يستخدمه الطفل بهدف التكيف مع الوضعية التي تحد من تحقيق حاجياته الغريزية. فمثلا مسار النمو الذي له صلة بالمرحلة الفمية و الذي يبدأ من المص و الفطام عند الرضيع وصولا إلى الطريقة و الكيفية التي يتغذى بها الراشد و هي اعتبارات عقلانية توضع ضمن

العوامل العاطفية. و بالنسبة لكل طفل و بلوغه إلى مستوى معين لأحد المسارات الخاصة بالنمو، فقد يكون نتيجة التفاعل بين نمو النزوات و التفاعل الخاص بنظام الأنا-الأنا الأعلى، و أيضا استجاباتهم لمؤثرات المحيط.

و عندما يحصل عدم التوازن في أي مسار من هذه المسارات الخاصة بالنمو فلا يمكن اعتباره مرض بذاته، فعدم الانسجام المعتدل ما هو إلا تحضير طبيعي للاختلافات الكبيرة التي توجد بين الأفراد. كما تتعلق هذه المسارات بالتغذية أيضا، و اكتساب النظافة و معنى المسؤولية و اكتساب صورة الجسد و المرور من التمرکز حول الذات نحو العلاقات بين الإنسانية. و أضافت A.Freud أنه من الضروري معرفة الكيفية التي يظهر بها الطفل معاناته النفسية و وعيه بحالته المرضية من جهة و استجابة والديه للأعراض التي تظهر على الطفل من جهة أخرى، فالأطفال في سن مبكر غير مباليين بالأعراض التي تظهر عليهم عكس الراشدين (الوالدين) الذين يعانون كثيرا جراء معاناة أبنائهم، فالرعب الليلي عند الطفل يسبب الحصر L'anxiété للوالدين رغم أن الطفل لا ينشغل بهذا على الإطلاق. كما أن نوبات الغضب و الصراخ لديه تثير اهتزاز العائلة، لكن هذا الأمر يعد حيلة بالنسبة للطفل للهروب من موقف معين. فمن منظور عام يمكن القول أننا لا نستطيع إلغاء وجود ما يسمى بالقصور عند الطفل Déficience، كما لا يمكن اعتبار أي قصور بمثابة عصاب.

تكمّن أهمية علم النفس المرضي في الاختلاف الذي يأخذه بعين الاعتبار سواء كان للجنس أو البعد الثقافي، حيث تناولت المقاربة النفسية المرضية هذه النقطة المهمة و هي: كيف تؤثر ثقافة الوالدين على تكيف الطفل؟ و كيف تستجيب مختلف أنظمة الرعاية للقصور الذي يعاني منه الطفل؟ فعلم النفس المرضي له وضعيات ينتج عنها أمراض استجابية تزول إثر تعديل هذه الوضعيات مباشرة.

5. الدراسة النفسية المرضية لسلوكيات الطفل

إن من بين الحقول النظرية التي تناولت بالتحليل علم النفس المرضي للطفل بهدف فهم سلوكياته و تحليلها تحليليا معمقا، هي الوسيلة النفسية التحليلية التي تبدو أكثر تكيفا في هذا المجال، و أول عناصر التحليل لهذه الوسيلة هي عسر الاشتغال للعلاقات "طفل-والدين".

1.5 عسر الاشتغال للعلاقات المبكرة "طفل-والدين"

إن الطفل الصغير اعتبر كأنبوب هضمي سلبي أمام كل مثير، فالدراسات النفسية الخاصة بالنمو و المشتركة مع أعمال المحللين النفسيين الذين بحثوا في مجال الطفل و الرضيع و حتى الجنين الذي هو أيضا في تفاعل مستمر مع محيطه، و يتميز بكفاءات مبكرة خاصة و إدراكات حسية تطبع الحياة النفسية لهؤلاء. أما الطفل الصغير له قابلية و استعداد للتفتح على العالم الخارجي، و يظهر ذلك من خلال النشاطات و الممارسات التي يقوم بها مما ينتج عن ذلك التفاعلات بينه و بين محيطه.

2.5 العلاقات المبكرة

قبل ميلاد الطفل يكون له تاريخ وهومات التي بنيت من طرف كل ولي حيث كان لها تأثيرا كبيرا عليه، فقد أطلق عليه علماء علم النفس "الرضيع الهوامي" "Bébé fantasmatique" والذي كان بذهن و تصور والديه قبل إدراكه و ميلاده (Lebovici, 1983).

بالنسبة للأم فإن الحمل في الأشهر الأولى من الحياة تظهر كحظة استجابية لحياتها الهوامية هذا من جهة، أما من جهة ثانية تظهر كانبعاثات لصراعاتها الطفولية، و من جهة ثالثة تظهر كانشغال أمومي أولي والذي يعتبره Winnicott كمرض عادي، حيث يستمر عدة أسابيع بعد الولادة و يختفي تدريجيا. و قد أطلق عليه هذا الباحث اسم "الأم الطيبة كفاية" "Une mère suffisamment bonne".

3.5 عوامل عسر الاشتغال

إن الاختلالات الخاصة بتفاعل أم-طفل بإمكانها أن تظهر من خلال عدة زوايا، فمن وجهة نظر علم الأسباب بعض عوامل الخطر بإمكانها اتلاف و بشكل واسع للتبادلات العاطفية و هذه الأخيرة ممكن أن تكون مرتبطة بالأولياء أو الأطفال، فمن جانب الأم قد تتعرض إلى اكتئاب ثانوي Une dépression secondaire عند الولادة أو إلى اكتئاب حقيقي قبل أو بعد الولادة، و هذا مرتبط بوجود طفل الذي يثير الإشكالية الاكتئابية أو يرتبط أيضا بعمل حداد، اجهاض، انفصالات... ففي الأشهر الأولى من حياة الطفل يعتبر هذا كعامل خطر كبير يمكن أن يحدث اختلالات تفاعلية مرضية بين الطفل و أمه.

6. تصنيف الاضطرابات الطفولية

استخدم خلال عدة سنوات في علم النفس المرضي تصنيف خاص للاضطرابات المتعلقة بالطفل يتضمن خمسة محاور:

المحور الأول: يعتبر كتشخيص أولي (مثال الاجهاد، اضطراب الوجدان، أو اضطراب التعلق).

المحور الثاني: يشمل تصنيف العلاقة و يتمحور حول (تحليل التفاعلات).

المحور الثالث: يتضمن اضطرابات و ظروف الصحة الجسمية و العصبية و النمائية و العقلية، و هنا يمكن إحصاء المشاكل المرتبطة (بما قبل البلوغ أو المرتبطة بالإعاقات).

المحور الرابع: ويشمل عوامل الاجهاد النفسي الاجتماعي و الخاصة (الاستشفاء، فقدان أحد الوالدين، الفقر، الكوارث الطبيعية و يخص هذا النمو الانفعالي). (Bioy et Fouques, 2012, p23)

المحور الخامس: يتضمن المستوى العامي و يخص (تقييم نوعية اللعب، مستويات التصور التي وصل إليها الطفل حسب السن).

7. عوامل الخطر وعوامل الحماية

إنّ التفسير لمصادر الاضطرابات النفسية المرضية في مرحلة الطفولة كثرت في المحيط المهني لعلم النفس الإكلينيكي و الطب العقلي و التربية، و أيضا في الأوساط العامة فكل يفسر حسب تصوره. ففي مجال اضطرابات السلوك مثلا البعض يؤكد أن السبب هو استقالة الوالدين و البعض الآخر يضعون اللوم على الأساتذة و ضعف دافعيتهم للعمل بسبب العدد الهائل للتلاميذ داخل القسم الواحد، و آخرون بينوا بأن الأطفال العدوانيين و العنيفين هم من أصل عنيف لأن أوليائهم أنفسهم عانوا من صعوبات عديدة نفسية كانت أو اجتماعية، و هم نتاج لمجتمع عنيف.

أما النموذج البيو نفسي اجتماعي حدد عوامل الخطر من خلال العوامل الشخصية، العائلية، الاجتماعية و الثقافية، و هي عوامل تزيد من احتمال ظهور الاضطرابات النفسية المرضية و تمثل مختلف أطر النمو الخاصة بتطور كل فرد. إن هذه الأطر هي العناصر البنائية لهذا النموذج و الذي أشار إليه الدليل الإحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM.

و هذا النموذج الصادر في جزئه الأكبر عن أعمال Bronfenbrenner التي تمحورت حول "بيئة النمو الإنساني" حيث يؤكد هذا النموذج أن كل طفل هو في مركز دائرة التأثيرات و التي أعطى لها اسم النظام المصغر Microsystème، النظام الداخلي Mésosystème، النظام الكبير Macrosystème، النظام الخارجي Exosystème.

كما يعتبر هذا النموذج كوسيلة لتفكير فعال من جهة لأنه يدمج المصادر المتنوعة التي تؤثر على النمو الإنساني، و من جهة أخرى لأنه يعكس مختلف التصورات التي توجه البحث في علم النفس المرضي النمائي، المقاربات البيولوجية، النفسية، العائلية، الاجتماعية و الثقافية و التي تعتبر كأسباب للاضطرابات.

و تتمثل دوائر التأثير للنموذج البيو نفسي الاجتماعي فيما يلي:

- **النظام المصغر:** يتضمن الأشخاص و المواضيع التي يتلقاها الطفل في حياته اليومية خلال السنوات الأولى من عمره، و تعتبر العائلة النظام المصغر الأساسي للطفل، لكن يتوسع هذا النظام تدريجيا ليشمل المدرسة، الزملاء و النشاطات التي يشارك فيها الطفل خارج المنزل.
- **النظام الداخلي:** يعكس ما هو موجود في النظام المصغر للطفل و الذي يتميز بالتداخل فيما بينه و تأثير بعضهم على بعض. مثلا الطفل الذي يكون دائما شاهدا على الصراعات الزوجية داخل البيت غالبا ما يكون لديه مشاكل في المدرسة، نفس الشيء بالنسبة للطفل الذي يعاني من صعوبات التعلم أو من رفض أقرانه له، فقد يطبع سلوكه العدوانية و عدم الطاعة للوالدين خاصة و للعائلة عامة.
- **النظام الخارجي:** يمثل مختلف الأنظمة الاجتماعية التي تؤثر على الطفل بشكل مباشر و غير مباشر، و أيضا الإطار البيئي الذي يساعد على نموه، فالأطفال مثلا يتأثرون بالعلاقات الاجتماعية التي تربط أوليائهم مع

أصدقاءهم، زملاءهم في العمل و مع الأولياء أنفسهم. كما بينت الدراسات أن أمهات الأطفال العدوانيين كن يسلكن الأسلوب العقابي و غير المتسامح اتجاه أطفالهن. (Dumas,2007,p 42).

وقد يتأثر الأطفال أيضا بوسائل الإعلام و الإعلانات، كما يتأثر بمحيطه البيئي و المتمثل في المكان الذي يعيش فيه كالحج غير اللائق و الخطير و المنعدم فيه الرعاية الصحية و فرص الترفيه التي تعد نادرة.

● النظام المكبر: و يتمثل في الاتجاهات، المعتقدات و الممارسات التربوية و الاجتماعية التي تتقاسمها الثقافة و تعد الإطار الذي ينمو فيه الطفل. نجد في مجموع المجتمعات الصناعية مثلا العديد من الأطفال يعانون من صعوبات التعلم، حيث تزداد خطورة هذه الصعوبات جراء المناخ الثقافي الذي يركز على النجاح المدرسي و الاجتماعي.

فمختلف هذه الأنظمة تندرج ضمن نظام زمني، أين تتطور عبر الزمن. و هذا يعني أن تأثير عوامل الخطر تتطور حسب مرحلة نمو الطفل و حسب الأحداث التاريخية و التغيرات الاجتماعية و الثقافية. فالطلاق له آثار بالغة خلال مرحلة الطفولة، إضافة إلى أن نمو العديد من الأطفال بإمكانه أن يطبعه أفعال عنيفة نتيجة الصدمة.

إن المناخ غير الأمن الذي يتميز به المحيط العائلي صفة خاصة و المحيط الاجتماعي بصفة عامة يكون السبب في زيادة عوامل الخطر التي تؤثر على نمو الأطفال و تسبب في ظهور اضطرابات نفسية مرضية خاصة الاضطرابات الحصرية. فالأطفال الأكثر هشاشة Vulnérables هم أنفسهم ذوي طبيعة خوافية أو قلقة و أيضا الذين يعانون من حرمان عاطفي و الدعم الأسري هم أكثر عرضة للاضطرابات.

إن هذا الوصف لنموذج البيو نفسي اجتماعي بإمكانه إعطاء تصور بأن الطفل يعتبر كدمية تحركها قوى خارجية في أغلب الأوقات مستقلة عن إرادته. و يرى Bronfenbrenner العكس حيث أشار إلى أن: "النمو الإنساني هو نتيجة لسيرورة التفاعلات المشتركة و التي تصبح تدريجيا أكثر تعقيدا بين العضوية البيولوجية و النفسية النشطة و بين الأشخاص، المواضيع و الرموز التي يلقاها الطفل بمحيطه". هذه النقطة الهامة تدل على أن خصائص الطفل سواء كانت سوية أو مرضية هي في نفس الوقت نتيجة لسيروراته التفاعلية المشتركة و أيضا السبب لتفاعلات جديدة التي سيكون لها تأثير على نموه مستقبلا. (Dumas, 2007, pp 44-45)

خاتمة

نستخلص من هذه الدراسة أن هدف علم النفس المرضي للطفل هو تقييم الطبع ذو المنشأ المرضي أو المنظم للسلوكيات التي تظهر لديه، حيث يفرض هذا التقييم معرفة إطار السواء الخاص بمسار نموه، كما يفرض أيضا تقييم الاضطراب من خلال الكشف عنه حسب وجهات النظر العرضية.

و تكمن أهمية علم النفس المرضي للطفل في تلك الإجراءات التي يعتمد عليها في التقييم و التنبؤ بخطورة المرض. و لهذا أقر الباحثون أن علم النفس المرضي للطفل يختلف عن ذلك للراشد لأن الطفل ليس هو الراشد، و هذا ما يميز خصوصية مرحلة الطفولة التي تبقى في طور النمو سواء كان نموا نفسيا أو جسميا. لهذا أي عرض نفسي مرضي يظهره هذا الطفل فإنه يتموقع ضمن المقاربة الخاصة بنضجه.

مراجع

بدرة معتصم ميموني، (2005)، *الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق*، ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- DE AJURIAGUERRA.. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. 2éd. Masson. Paris.
- BERGERET .J. (1974). *La personnalité normale et pathologique*. Dunod Paris.
- BION, A. et FOUQUES. D.(2012). *Psychologie clinique et psychopathologie*. 2éd.Dunod. Paris.
- DESPINOY, M. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Armand Colin. Paris.
- DUMAS., J-E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. 3éd. De Boeck. Paris.
- GUENICHE, K. (2011). *Psychopathologie de l'enfant*. 3éd. Armand Colin. Paris.
- JEFFREY, N et al. (2009). *Psychopathologie*. 7éd. Pearson éducation. France.
- MARCELLI .D et COHEN.D. (2012). *Enfance et psychopathologie*. 9éd. Elsevier Masson. Paris.
- SILLAMY, N. (1999). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse. Paris.

الاضطرابات الانفعالية: مقارنة معرفية سلوكية

د. عجايي أسماء (أستاذة محاضرة ب)

جامعة محمد الشريف مساعديّة، سوق اهراس -

0774632400asma_adjabi@yahoo.fr

Résumé: cet article vise à présenter une présentation théorique sur la tendance comportementale cognitive en psychologie et nous nous concentrerons spécifiquement sur sa contribution à l'interprétation de la façon dont les divers troubles émotionnels se produisent en présentant les principaux modèles qui ont été établis pour elle, principalement dans le modèle d'Aaron Beck, Albert Alice.

L'hypothèse de base de cette tendance à interpréter la causalité des perturbations émotionnelles est celle du processus qui relie la pensée à l'émotion et au comportement, et donc le type de pensée (fausse, irrationnelle, négative) qu'une personne pense aux événements qu'elle subit.

Le contenu cognitif de la personne (ses croyances, ses idées) joue un rôle important dans la création de divers troubles émotionnels. Faron Beck découvre donc que les idées fausses de la personne sur elle-même, le monde et l'avenir, sont exagérées et exagérées, trop généralisées, de l'abstraction sélective binaire, sélective, en sautant aux conclusions, Ce n'est rien qui le fasse souffrir de divers troubles émotionnels.

Albert Ellis, du modèle ABC, dans lequel il a expliqué que les événements d'une personne ne sont pas la cause du désordre psychologique, mais plutôt de la façon dont il y pense, et conclut que les perturbés émotionnellement pensent de manière irrationnelle. Il a conclu qu'il y avait onze idées irrationnelles à porter et à réfléchir, provoquant divers troubles émotionnels. Alors que Donald McBawm a commencé à dire que la conversation interne négative est ce qui cause le trouble émotionnel.

Mots-clés: maladie mentale, maladie mentale, trouble émotionnel, thérapie cognitivo-comportementale

ملخص: تهدف الورقة البحثية إلى تقديم عرض نظري عن الاتجاه المعرفي السلوكي في علم النفس وسنركز بالتحديد على إسهامه في تفسير كيفية حدوث مختلف الاضطرابات الانفعالية من خلال عرض النماذج الكبرى التي أسست له والمتمثلة أساسا في نموذج آرون بيك، ألبرت أليس، دونالد ميكنباوم

الافتراض الأساسي لهذا الاتجاه الذي ينطلق منه في تفسير سببية حدوث الاضطرابات الانفعالية هو تلك السيرة التي تربط التفكير بالانفعال ثم السلوك وبالتالي فنمط التفكير(الخاطئ، اللاعقلاني، السلبي) الذي يفكر به الشخص تجاه ما يواجهه من أحداث هو سبب وقوعه فيها.

فالمحتوى الإدراكي للشخص (معتقداته، أفكاره) تلعب دورا هاما في إحداث مختلف الاضطرابات الانفعالية وعليه فارون بيك يرى بان نمط تفكير الشخص الخاطئ الذي يحمله تجاه ذاته والعالم والمستقبل والذي يتسم بالتهويل والتضخيم، التعميم الزائد، الثنائية، التجريد الانتقائي، القفز إلى الاستنتاجات، الكل أو اللاشيء هو الذي يعرضه للمعاناة من مختلف الاضطرابات الانفعالية.

أما ألبرت أليس وانطلاقا من نموذج ABC الذي وضع من خلاله أن الأحداث التي يتعرض لها الشخص ليست هي سبب وقوعه في الاضطراب النفسي وإنما طريقة تفكيره تجاهها، كما توصل إلى أن المضطربين انفعاليا يفكرون بطريقة غير عقلانية. وقد خلص إلى أن هناك إحدى عشرة فكرة لاعقلانية حملها والتفكير بها يسبب مختلف الاضطرابات الانفعالية.

في حين أن دونالد ميكنباوم انطلق من أن الحديث الداخلي السلبي هو الذي يحدث اضطرابه الانفعالي.

كلمات مفتاحية: المرض النفسي، المرض العقلي، الاضطراب

الانفعالي، العلاج السلوكي المعرفي

مقدمة

تعد الاضطرابات الانفعالية احدي أشكال الاضطرابات النفسية وهي من الخبرات النفسية التي قد يعيشها الإنسان في أوقات ومراحل معينة ، فعند تعرضه لبعض الأحداث والمواقف قد تسبب له الشعور بالخوف أو القلق وحتى الاكتئاب ما يعيق توافقه النفسي فيعبر عنهم بأعراض جسمية ، معرفية ، سلوكية ، وجدانية .

وقد قدمت مختلف الاتجاهات النظرية في علم النفس تفسيرات لسببية حدوث الاضطرابات الانفعالية على اختلاف أشكالها ، فالاتجاه التحليلي ارجع سبب وقوع الشخص فيها لذلك الصراع اللاشعوري ولخبرات الطفولة ، أما السلوكيون فيعتقدون أن الاضطرابات الانفعالية ما هي إلا إعادة لما جمع من عادات سلوكية خاطئة مكتسبة حتى أنها اختزلت سلوك الإنسان ككل في ثنائية مثير واستجابة .ولكن وفي النصف الأخير من القرن العشرين ظهر اتجاه نفي اللاشعورية التي سلم بها التحليلين وألغى نظرة السلوكيين للإنسان الذي اعتبرته وكأنه آلة ، فانطلق من أن الإنسان كائن عقلاي يفكر قبل أن ينفعل ويسلك وبذلك قدم إجابة عن سبب اختلاف استجابات الأفراد حتى وان تعرضوا لنفس الموقف .

فدور طريقة التفكير والعمليات العقلية للذات أغفلت في النظريات السابقة اعتبرهما مؤسسو الاتجاه المعرفي السلوكي مدخلا تفسيرا وعلاجيا لجميع الاضطرابات النفسية وليس الانفعالية فحسب .كما يعتبر هذا الاتجاه أن هناك ارتباط بين التفكير والانفعال والسلوك .ولذلك إذا فكر الإنسان بطريقة عقلانية فسينتج عن ذلك انفعال ايجابي أما إذا فكر بطريقة خاطئة ولا عقلانية فان ذلك سيوقعه في الاضطراب الانفعالي .

لذلك فمن خلال هذه الورقة البحثية سنتطرق للرؤية التفسيرية التي قدمها رواد الاتجاه المعرفي السلوكي في كيفية حدوث الاضطرابات الانفعالية مع تبيان المكون المعرفي لكل شكل من أشكال الاضطرابات الانفعالية .

1 – الاضطرابات الانفعالية : المفهوم ، الأنواع .

إن الانفعال هو حالة شعورية مركبة يصاحبها نشاط جسدي وفسولوجي مميز ، والسلوك الانفعالي سلوك مركب يعبر إما عن السواء الانفعالي أو عن الاضطراب الانفعالي .

و الاضطراب الانفعالي هو حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو النقصان ، فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقا لا يعتبر اضطرابا انفعاليا بل يعتبر استجابة انفعالية عادية وضرورية للمحافظة على الحياة ، أما الخوف الشديد من مثير غير مرغوب فانه يعتبر اضطرابا انفعاليا . (حامد زهران ، 2005 ، 420).

وقد ذكرت رابطة الطب النفسي الأمريكية أن الخاصية الجوهرية التي تميز الاضطرابات الوجدانية – بصفتها وحدة تشخيصية – تتمثل في تعكر الحالة النفسية واضطرابها ، وهي تتحدد في قالب أو نمط يذكر بالسرور أو الكدر بصفته انفعالا ممتدا يضي على الحياة النفسية بأسرها لونا من الألوان ، كما يتضمن عموما اكتئابا أو ابتهاجا . (م. كولز ، 2011 ، 192)
ومن خصائصه :

- أن الانفعال حالة تغير مفاجئ تشمل الفرد كله ولا تتيح للفرد الاحتفاظ بتوازنه .
- أن الانفعال بطبيعته ظاهرة نفسية .
- أن الانفعال حالة قوية مصحوبة باضطرابات فسيولوجية داخلية وعمليات عقلية .

- أن كل انفعال له مظهرا خارجيا تعبيريا .
- يتخذ الانفعال صورة أزمة عابرة طارئة ولا يبقى زمنا طويلا. (سليمان إبراهيم ، 2014 ، 36) .

ومن الاضطرابات الانفعالية نجد :

1.1. المخاوف (الفوبيا) :

تصنف الجمعية الأمريكية للطب النفسي المخاوف ضمن أعراض القلق (السير ماثروورث وآخرون ، 1990 ، 26) ، لذلك فهو حالة من القلق المحدد والمرتبط بموضوع معين يتميز بخوف شديد غير معقول وغير منطقي ، أي الخوف الشديد من أشياء لا تخيف بالعادة كالخوف من الأماكن المغلقة أو الواسعة أو المزدحمة أو الأماكن العالية أو المصاعد الكهربائية أو الخوف من بعض الحيوانات كالقطط أو من السيارات... الخ . والمضطربون هنا يخافون بصورة شديدة قد تصل إلى الفرع والتي تظهر ببعض أعراض القلق كالعرق ودقات القلب... الخ (نبيل سفيان ، 2004 ، 182)

2.1. القلق

القلق هو حالة انفعالية معقدة والتي غالبا ما تنجم عن الخوف ، تحدث عندما يتوقع الفرد أن وضعا في المستقبل أو حدثا أو ظرفا يمكن أن يشكل له تهديدا لمصالحه والذي لا يمكن ضبطه أو التحكم فيه (Clarck, David & Beck, Aaron 2012,15) .

- يعرف معجم اكسفورد القلق على أنه : " إحساس مزعج في العقل وينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل " (مسعودي رضا ، 2017 ، 361).

وتتحدد أعراض القلق في :

1. الأعراض الجسدية

- زيادة معدل ضربات القلب وخفقانه .
- ضيق التنفس .
- ألم أو ضغط في الصدر .
- الشعور بالاختناق .
- الدوخة والدوار .
- التعرق ، ارتفاع الحرارة ، القشعريرة .
- غثيان ، ألم معدي ، إسهال .
- ارتجاف ، ارتعاش .
- تنمل أو وخز في الأذرع والساقين .
- عجز ، عدم توازن ، التعب .
- توتر وتصلب العضلات .
- جفاف الفم .

2. الأعراض المعرفية

- الخوف من فقدان السيطرة وعدم القدرة على المواجهة .
- الخوف من الموت أو التعرض للأمراض جسدية .

- الخوف من الجنون .
- الخوف من التقييم السلبي من الآخرين .
- أفكار أو تصورات أو ذكريات مخيفة.
- صعوبة التركيز، التشويش، الارتباك .
- تصورات غير واقعية، خيالية.
- ضعف الذاكرة .
- اضطراب الانتباه، فرط الشعور بالتهديد .
- اضطراب في التفكير، فقد المنطقية .

3. الأعراض السلوكية

- تجنب الأشخاص والأوضاع .
- الهروب .
- البحث عن الأمان والاطمئنان .
- الأرق، الاستثارة، التسرع .
- فرط التنفس .
- عدم النشاط .
- صعوبة في الكلام .

4. الأعراض الانفعالية

- الشعور بالتوتر.
- الشعور بالخوف، الهلع، الرعب .
- الانفعالية، الذعر، العصبية .

نفاذ الصبر، الإحباط . (Clark, David & Beck, Aaron , 2012,15).

و تتشابه إلى حد بعيد مظاهر القلق مع مظاهر الخوف، لكن الخوف يعتبر عامل بقاء لجميع الحيوانات لهذا السبب فالقابلية للخوف هي ميزة موجودة عند جميع الكائنات الحية، ولكن عند الإنسان تضاف إليه الأبعاد المعرفية والمظاهر الفسيولوجية لينتج هذا الشعور الذي يختص به الإنسان " القلق " . وفيما يطلق عليه بالأبعاد الوجودية فإن القلق يكون له علاقة بالوعي : إدراك للضعف (الهشاشة) وللخطورة (Borgeat, François et Zullino, Daniele , 2004,10) .

3.1 . الاكتئاب

- هو شعور الإنسان بالحزن والكدر واليأس وفقدان الاهتمام وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء سار أو ممتع، فمريض الاكتئاب يفقد الرغبة في الشهية والإحساس لكل ما كان يشتهي من قبل بل لا يجد طعاماً أو لذة لأي شيء في الدنيا . (كلثوم بالمهوب ، 2015 ، 93)
- تعرفه منظمة الصحة العالمية على أنه اضطراب نفسي شائع يظهر من خلال المزاج الاكتئابي و فقدان الميل أو صعوبة الشعور بالمتعة و الشعور بالذنب و انخفاض تقدير الذات و مشكلات في النوم و الشهية و انخفاض مستويات الطاقة الجسدية و قلة التركيز (بيداء جميل ، 2016 ، 226) .

- وهو مصطلح يستخدم لوصف مزاج أو أعراض أو زملة أعراض لاضطرابات وجدانية وتشمل الحالة المزاجية للاكتئاب في الشعور باليأس والكآبة والحزن وانقباض الصدر، كما تتمثل الأعراض في مجموعة من الشكاوي التي تتجمع في زملة تشير إلى سلسلة عريضة من الاختلال النفسي الحيوي الذي يتغير بحسب التكرار والشدة والمدة (معمرية بشير، 2006 ، 22) .
- يعرف معجم العلوم النفسية الاكتئاب على انه : " حالة من القنوط تتصف بمشاعر من عدم الكفاية وانخفاض الفاعلية والتشاؤم فيما يخص المستقبل (سليمان ابراهيم ، 2015 ، 228) .
- يستخدم تعبير الاكتئاب بطرق مختلفة كان يستخدم لوصف الحالة المزاجية أو لتعريف زملة مرضية و باعتباره تعبيراً تصنيفياً في الطب النفسي فالمزاج الاكتئابي يعني خبرة عدم السعادة أو الكدر وقد يتضمن مشاعر نفاذ الصبر أو مشاعر الذنب والشعور بفقدان القيمة وانخفاض تقدير الذات وفتور الهمة واللامبالاة.
- وتصف الزملة الاكتئابية تجمعاً من الأعراض وهي تتضمن بشكل عام المزاج الاكتئابي ، فقدان الاهتمام والقلق واضطراب النوم ، فقدان الشهية ونقص الطاقة والأفكار الانتحارية ، وقد توجد فيها حالات بكاء وبطء في الحديث والفعل وأحياناً ما توجد أعراض انسحابية ويعاني بعض المرضى من الهلوس .
- والاكتئاب أيضاً مفهوم تصنيفي وقد صيغ في تصنيفات ثنائية متعددة (هوس - اكتئابي) ، كامن ، استجابي ، عصابي وذهاني على أسس من التاريخ والأعراض (س.ليندراي و ج.بول ، 2000 ، 105) .
- وهناك على الأقل ثمانية عوامل متضمنة توجي بان هناك اكتئاب :
- 1- القنوط والجزع : والذي يبدو في سمات مثل فقدان تقدير الذات وتوقيرها ، الشعور بيبغض الآخرين وكرههم الشعور بالوحدة والعزلة ، فقدان الثقة بالنفس وهن العزيمة ، افتقار اللذة والسرور في المعيشة ، فراغ وافتقار داخلي ، مشاعر العجز والابتئاس وحمل أفكار انتحارية في الذهن .
 - 2- الذنب : مشاعر أو توهم بالذنب ولوم الذات .
 - 3- الحزن : البكاء والشعور بالحزن .
 - 4- الخمول والتبليد : فقدان الاهتمامات ، فقدان الطاقة ، فقدان الدافعية بالإضافة إلى الكسل والبلادة والعجز عن الحصول على الإشباع والرضا من أي شيء .
 - 5- التوتر: قلق البال ، الإثارة والاهتياج ، سرعة الغضب ، التردد .
 - 6- الاهتمام الجسدي : انهماك وانشغال كامل بالصحة وبوظائف الجسم ، شكاوي من آلام متواصلة ومن ضعف وتعب وإرهاق .
 - 7- أعراض جسمية : تناقص في الوزن ، فقدان الشهية ، نوم قليل ، إمساك .
 - 8- تأخر وبطء : تناقص في النشاط الحركي ، انكباح التفكير وتعطله . (م. كولز ، 2011 ، 221).
- من خلال الإسهامات النظرية ، تلخص هذه الأبعاد الأربعة صورة عامة عن العوامل النفسية والاجتماعية التي تسهم في حدوث الاكتئاب :
- 1- يحمل المتعرضون للاكتئاب معلومات سلبية عن ماضيهم وحاضرهم ومستقبلهم .
 - 2- يفتقرون ومنذ مدة طويلة للخبرات السارة (التدعيم الايجابي) أو قد تعرضوا لدرجة مرتفعة من الحرمان .
 - 3- يعتبرون أن المساندة الاجتماعية لهم غير كافية .
 - 4- يشعرون بالإحباط لأنهم يعتقدون أنهم عاجزين عن تحقيق أهدافهم (Isabelle Soucy Chartier and all ، 2013 ، 180) .

وقد أشار " ميلجروبولي " أن الشعور باليأس هو المحور الأساسي في الاكتئاب ، ويعزى الفرد الأمل واليأس إلى قدرته على انجاز أهداف معينة ، وهذا التقدير يعتمد على النجاح السابق في أهداف معينة وعادة ما يشعر المكتئب باليأس فيما يتعلق بمستقبله فنجده :

- يعتقد أن مهارته لم تصبح بعد مؤثرة من اجل الوصول إلى أهداف .
 - يعتقد بالفشل بسبب عدم كفاءته الذاتية وانه يجب أن يعتمد على الآخرين .
 - يشعر أن جهوده السابقة لتحقيق الأهداف بعيدة المدى قد باءت بالفشل .
- و بالرغم من أن اعتقاد المكتئب بأنه غير قادر على انجاز أهدافه ، إلا أن هذه الأهداف تبقى هامة بالنسبة له ، لذا نجده مستغرقا في هذه الأهداف التي لم يستطع انجازها . (رشاد موسي ، 1998 ، 25)

2- النماذج المعرفية السلوكية : الرواد والافتراضات

بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين ، وذلك نتيجة التوجه إلى فكرة أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار (هبة محمد ، 2014 ، 533).

وكلمة " السلوكي " مأخوذة من مصطلح السلوك (Behavior) وهي الأفعال أو ردود الأفعال التي يقوم بها الشخص كاستجابة لمنبه أو مثير خارجي أو داخلي.

بينما كلمة " المعرفي " فهي مشتقة من مصطلح استعراف (cognition) ويقصد به العمليات الذهنية التي تهتم بتصنيف وتخزين ودمج المعلومات التي يتعرض لها الإنسان مع المعارف الموجودة لديه مسبقا واستخدام هذه المعارف فيما بعد وهذه العمليات تشتمل على الإدراك والانتباه والتذكر والربط والحكم والتفكير الواعي (جابر نصر الدين ، بومجان نادية ، 2013 ، 209).

ويستخدم مصطلح " معرفي - سلوكي " ليشير بصفة عامة إلى العلاج النفسي الذي يتبنى الافتراضات التالية كافتراضات أساسية لدراسة وعلاج الاضطرابات النفسية متضمنة فيها العلاج المعرفي الذي وصفه " بيك " وتمثل تلك الافتراضات الأساسية في:

1. الأنشطة المعرفية تؤثر في السلوك .
 2. الأنشطة المعرفية من الممكن مراقبتها وتغييرها .
 3. التغيير المرغوب للسلوك قد يتم من خلال التغيير المعرفي (جابر نصر الدين ، بومجان نادية ، 2013 ، 208)
- كما تركز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يلعبه التفكير أو المعتقد في ظهور الاضطراب النفسي للشخص ، فالعنصر المعرفي حسب هذه النظرية يعتبر العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية وخلق رد فعل انفعالي ، على هذا فالاضطراب النفسي تسببه التأويلات الداخلية للمنبهات الصادرة عن النفس أو عن المحيط الخارجي . (فاطمة صادقي ، 2014 ، 193) .

1.2.1.2. أرون بيك :

يرى " بيك " أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية تشمل على المعلومات أو الأفكار أو المفاهيم والافتراضات و الصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو ، ويسلم بان الأمزجة النفسية والمشاعر السلبية تكون نتاجا لمعارف محرفة ولإعقلانية . (بسمة شامخ ، هدية حسن ، 2013 ، 593) .

تشمل نظرية " بيك " في الشخصية على الخصائص التالية :

- خلال مراحل الحياة يتعرض الأفراد للعديد من الأحداث ، المواقف التي تثير بعض الأفكار الآلية وغير الوظيفية.
- تتميز هذه الأفكار الآلية بخللها الوظيفي فهي ضيقة جدا ، واسعة جدا أو شديدة التطرف أو غير دقيقة.

- عادة ما تكون أفكار الفرد المختلفة مشتقة من معتقدات أساسية (جوهرية) عميقة أو مواقف مختلفة .
يكتسب الأفراد بشكل عام هذه المعتقدات الأساسية في مرحلة الطفولة. (John Sommers Flangan , Rita Sommers Flangan , 2004 , 267 ,) .

- هذه الأفكار التلقائية والمعتقدات الأساسية والاضطرابات العاطفية المرتبطة بها يمكن تعديلها عن طريق العلاج المعرفي والذي لا يركز ولا يتطلب اكتشاف ماضي العميل .

وصف " بيك " نموذج المعرفي مؤكدا على الإدراك (الأفكار التلقائية) والمخططات ، يعتمد الإدراك (الأحداث الحقيقية أو المتخيلة) في الوعي على المواقف أو الافتراضات (المخططات) التي يتم تنميتها من خلال التجارب السابقة ، فمثلا إذا كان الشخص يعتمد في تفسيره للتجارب على انه يجب أن يكون كفو فقد يهين على مخططات تفكيره " ما لم أقم بأداء كل عمل بشكل مثالي فانا فاشل " وبناء على ذلك فتفاعله مع الموقف يكون من حيث كونه كفو (يلزم على نفسه الكفاءة) حتى وان كان ليس مختصا في ذلك الموقف .

ومن التشوهات المعرفية التي توصل إليها " بيك " والتي تسهم في نشوء الاضطرابات النفسية نجد :

- الاستدلال التعسفي :

يشبه هذا التشويه " القفز للاستنتاجات " وهو مشابه للتفكير الكارثي عند " ليس " ، حيث يتخيل الأشخاص دون أي دليل منطقي أسوأ نتيجة يمكن أن تحدث لهم .

- التجريد الانتقائي :

في هذا التشويه يتم تجاهل معظم المعلومات ذات الصلة بالموقف في حين يتم التركيز على احد التفاصيل الثانوية و الذي يستمد منها الاستنتاج السلبي .

- الشخصنة :

ضحيا هذا التشويه يأخذون كل شيء بطابع الشخصنة ، فمثلا إذا لم يلق احدهم عليهم التحية فسيستخلصون أنهم مخطئون ، هذا النمط من التشويه قد ينتج عنه القلق أو حالة من جنون العظمة ، قد يكون هذا التشويه مرتبط بمخطط أساسي أنهم من الأشخاص غير الجديرين بالثقة " إذا كنت لا أراقب الجميع في جميع الأوقات فسيستغلني احدهم " .

- التفكير الثنائي أو المستقطب :

يعد هذا النمط من التفكير كثير الشيع بين الأشخاص الذين لديهم سمات شخصية حدية أو نرجسية ، فهم يقيمون الأشخاص أو الحالات على أنها سوداء أو بيضاء ، جيدة أو سيئة .

- العنونة والتصنيف :

يستخدم الأشخاص جميعا صفات يلصقونها لوصف أنفسهم و الآخرين ، ولكن قد يعلق الناس على الآخرين صفات غير دقيقة أو غير صحيحة رغم عدم فائدتها .

- التضخيم والتصغير :

هذا التشويه يشير إلى الأفراد الذين يبالغون في التقدير أو يقللون من القيمة ، مثل أن يبالغ الأفراد في احتمالية فشلهم في الاختبار ، أو عندما يقللون من حجم عملهم الشاق أو التقليل من احتمالية نجاحهم في المستقبل.

- التعميم المفرط

يحدث هذا التشويه عندما يعمم الفرد حكمه ويتوصل إلى استنتاج بناء على عدد مفرد أو قليل من الحوادث ، وقد يحدث التعميم المطلق ويكون الاستنتاج غير مبرر (John Sommers Flangan , Rita Sommers Flangan , 2004 , 269)

2.2. ألبرت اليس :

يشير " اليس " إلى أن التفكير والانفعال والسلوك لدى الإنسان فيه جوانب لا تنفصل عن بعضها البعض بل إنها تتفاعل جميعا بصورة ذات دلالة (بسمه شامخ ، هدية حسن ، 2013 ، 590) . ويرجع " إليس " نشوء الأمراض النفسية إلى ما تم تعلمه من أفكار غير عقلانية من الناس المهمين خلال فترة الطفولة (بفعل التنشئة الاجتماعية) بالإضافة إلى ما يبتدعه الأطفال أنفسهم من اعتقادات غير منطقية وخرافات، وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الاعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار . وتنتج معظم الانفعالات من التفكير ويشكل اللوم للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الاضطرابات الانفعالية. ولذلك فإن الاضطرابات الانفعالية تنتج عن أنماط التفكير الخاطئة وغير المنطقية ومن ثم لا بد من مساعدة الأفراد في التغلب عليها واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية ويشير " إليس " إلى أن نسق الاعتقادات لدى الفرد يتكون من جزأين وهما :

1- الأفكار اللاعقلانية :

وتعتبر هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية للفرد والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغط، حيث تسيطر على تفكير الفرد وتوجه سلوكه وهي عبارة عن معارف وأفكار غير واقعية وغير امبريقية وغير مرنة في طبيعتها وغير ملائمة لأنها تؤدي إلى نتائج انفعالية سلبية ، ويعبر عنها الفرد في شكل الينبغيات و الفرد الذي يقع تحت وطأة الضغوط النفسية يجد نفسه يفكر في الأمور بطريقة كمالية مطلقة. وهذا (جابر نصر الدين ، بومجان نادية ، 2014 ، 217) التفكير الكمال يتحول إلى مصدر للاضطراب بسبب نقص جوانب غير معلومة ومخاوف من العجز عن الوصول إلى كمال ليس له وجود فعلي.

2- الأفكار العقلانية

وهي التي تكون منطقية ومتسقة مع الواقع وتساعد الفرد على تحقيق أهدافه والتوافق النفسي و التحرر من الاضطرابات الانفعالية و تؤدي بالفرد إلى الإبداع والإنجاز والايجابية و التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. (جابر نصر الدين ، بومجان نادية ، 2014 ، 217).

يعتبر " اليس " أن البشر لديهم القدرة على التفكير بطريقة عقلانية أو بطريقة غير عقلانية غير أن لدى البشر ميل قوي للتفكير بطرق خاطئة وغير عقلانية وهذا هو مصدر يؤس الإنسان وشقاؤه . وقد استخدم " اليس " نموذج (ABC) لوصف نظريته في النسبة له :

- يمثل (A) حدث التنشيط الذي حدث في حياة الفرد .
- ويشير (B) إلى المعتقد الذي يحمله الفرد إزاء حدث التنشيط .
- ويشير (C) يشير إلى العواقب الانفعالية والسلوكية الناتجة عن معتقد الفرد (John Sommers Flangan , Rita (Sommers Flangan , 2004 , 265)
- اعتقاد غير عقلائي : حدث تنشيط غير سار

عندما يواجه الأفراد أحداث تنشيط تكون غير منسجمة مع توقعاتهم (B) فقد تتفاعل مع معتقداتهم غير العقلانية (IBS) ، فبدلاً من أن يقول الشخص " انه لأمر مؤسف ، انه سيئ للغاية ، فهم يقولون " يجب أن يكون لدي ، يجب أن أكون.... ، يجب أن أكون قد حققت هدفي " ، إضافة إلى ذلك فإنهم يقولون " انه لأمر فضيع أن يتحقق هدفي " ، " لا أستطيع تحمل ذلك " ، " أنا شخص سيئ " وهكذا ، فهذه المعتقدات اللاعقلانية تساهم في خلق الاضطرابات النفسية فيتبعها عواقب انفعالية مثل " اشعر بالاكتئاب و اليأس " أو " أنا حزين للغاية " وقد تكون العواقب سلوكية : التجنب ، الهجوم ، أو مجموعة من ردود الفعل غير المناسبة.

- اعتقاد عقلاني : حدث تنشيط سار

عندما يكون حدث التنشيط غير سار فقد تنجم حوله العديد من المعتقدات والنتائج المختلفة ، فمثلا وبالرجوع إلى المثال السابق إذا أخفقت كيبي في امتحان لها (حدث التنشيط) فقد تحمل اعتقاد (B) مثل : هذا أمر سيئ للغاية ، أنا لا أحب أن افشل في الامتحان قد تعاني من مشاعر سوية نتيجة الإحباط بسبب أدائها في الامتحان وقد تختار الدراسة بجدية للاختبار القادم حتى لا تواجه هذه النتيجة السلوكية مرة أخرى . (Richard S.Sharf , 2010, 337)

وقد وضع " اليس " إحدى عشرة فكرة لا عقلانية تكون سببا في إحداث الاضطرابات وهي :

- 1- من الضروري أن يكون الفرد محبوبا من كل الأشخاص ذوي المكانة في المجتمع ، وأن يحصل دائما على تقديرهم واستحسانهم لأفعاله.
- 2- إذا أراد الفرد أن يكون جديرا بأي قيمة في المجتمع ، فعليه أن يتميز بالكفاءة والإنجاز في العمل بدرجة عالية.
- 3- يوجد في كل المجتمعات بعض الأفراد ذوي النفوس الدنيئة والشريرة ، وهؤلاء يجب أن نوقع عليهم أشد العقوبة.
- 4- إذا لم تحدث الأمور بالطريقة التي يتوقعها الفرد ويتمناها ، فليس هناك أمل قط في أي شيء.
- 5- أسباب تعاسة الإنسان خارجة عن إرادته و أنه لا يوجد أي إنسان بإمكانه التحكم في قدره ومصيره .
- 6- إذا تعرض الإنسان لخطر ما ، فإنه من الطبيعي أن يشعر بالخوف وعدم الارتياح بل بالذعر الشديد ، لأنه لا محالة من وقوع المحذور.
- 7- إن تجنب أو تحاشي بعض مصاعب الحياة أو عدم تحمل المسؤولية أسهل بكثير من مواجهة الصعوبات و تحمل المسؤوليات.
- 8- يجب على المرء أن يعتمد على الآخرين في تحقيق بعض أهدافه، وأنه بحاجة إلى شخص ما أقوى منه لكي يشعر بالثقة والأمن.
- 9- لن يستطيع الإنسان أن يتخلص من ماضيه ، فالماضي هو الذي يحدد الحاضر فإذا حدث شيء ما في حياة أي إنسان ، فإن أثر هذا الشيء سيظل قائما بلا حدود في حياته كلها.
- 10- ينبغي أن يترجع الفرد ويحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات و اضطرابات.
- 11- لا يوجد سوى حل واحد لجميع المشكلات الإنسانية . و أن البشرية ربما تصاب بكارثة إذا لم نعتز على هذا الحل (احمان ليلى ، 2016 ، 293) .

يقسم " DRYDEN " و "ELLIS" هذه المعتقدات غير المطقية إلى ثلاث فئات : المطالب حول الذات ، المطالب حول الآخرين ، المطالب حول العالم . وقد أتى " اليس " بمصطلح الوجوبيات / الينبغيات ليضم جميع عبارات الوجوب ، فالوجوب حسبه ينمي المعتقدات اللاعقلانية ويؤدي إلى الاضطراب النفسي فعلى سبيل المثال " كيبي " عندما تقول " يجب أن احصل على (A) في الامتحان أو سأكون شخصا عديم القيمة أو لن احد يحترمني أبدا ، فهو مثال عن اعتقاد غير عقلاني يمكن أن يؤدي إلى شعورها بالقلق ، الخوف ، الهلع والتوتر تجاه الامتحانات (Richard S.Sharf , 2010,338) .

ينظر " اليس " إلى الأفكار اللاعقلانية على أنها مصدر للاختلال الوظيفي العقلي ويؤكد أن هناك ثلاث فئات أساسية من الأفكار اللاعقلانية وكل فئة تؤدي إلى نتائج معينة :

- 1- يجب أن أكون (كفتا ، منجزا ، محبوبا دائما من الجميع وإلا كنت شخصا لا قيمة له) ، هذه الفكرة اللاعقلانية تؤدي إلى الشعور بالهلع والقلق والاكتئاب .

- 2- يجب أن يعاملني الأشخاص المهمون في حياتي بلطف وعدالة ولا يعرضونني للإحباط و ان يراعوا مشاعري في كل الأوقات وإلا فأنهم أشرار يجب أن يوجه لهم اللوم والانتقام والعقاب الشديد لتعاملاتهم البغيضة وغير اللطيفة لي ، وهذه الفكرة من المتوقع أن تؤدي إلى مشاعر الغضب والسلوك العدواني والانتواء .
- 3- يجب أن تسير الأمور والظروف دائما في الاتجاه الذي أريده وان تعطيني كل ما أريده بسهولة مع اقل قدر من الإحباط وإلا فان الحياة تصبح شاقة بغيضة لا تطاق ، وهذه الفكرة من المحتمل أن تؤدي إلى الإشفاق على الذات وانخفاض القدرة على تحمل الإحباط (عبد الحميد حسن ، فوزية الجمالي ، 2003 ، 197)

3.2. دونالد ميكنبوم :

انطلق ميكنبوم من الفرضية التي تقول بان الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تلعب دورا في السلوكيات التي يقومون بها ، فهذا الاتجاه يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله والى طريقة عزوه لسبب هذا الانفعال هل هو سببه أم الآخرون ؟. كما يرى ميكنبوم بان الانفعال الفسيولوجي بحد ذاته ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد ، ولكن ما يقوله الفرد لنفسه حول المثير وهو الذي يحدد انفعالاته الحالية . (يوسفي حدة ، 2011 ، 67).

3-النموذج المعرفي السلوكي في تفسير الاضطرابات الانفعالية :

1.3.الخوف :

في حالة اضطرابات الخوف يكون توقع المضطرب للأذى الجسدي والنفسي مقصورا على مواقف محددة ، فالخوف يتأسس من مواقف محددة من تصور مغالي فيه من جانب المريض وهو تصور يصبغ هذه المواقف بصبغة الخطر ، فمثلا المصاب برهاب الأنفاق يخشى أن النفق سينهار عليه وانه سيختنق أو يصاب بمرض حاد يهدد حياته ولن يجد أحدا ينقذ حياته . (ارون بيك ، 2000 ، 74) .

2.3.القلق

يسيطر على تفكير المصاب باضطراب القلق أفكار مفادها وجود خطر يهدد نطاقه الشخصي ، فهو يتوقع أحداثا مؤذية له ولأسرته ولتملكاته أو لمركزه ومكانته وغيرها من القيم المعنوية التي يقدرها ، وكثير من مرضى القلق يتركز خوفهم على الأذى النفسي بالدرجة الأساس ، فيكون الهاجس الغالب على احدهم هو أن الآخرين وحتى أصدقائه سوف يرفضونه ويهينونه ويحتقرونه ، فتوقعات الأذى البدني والنفسي ترتبط بالقلق وتوثق به . (ارون بيك ، 2000 ، 37).

يرى " اليس " أن حجم القلق الذي يمكن أن يسببه الفرد لنفسه ينشأ و يتزايد لو اعتقد الفرد انه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والانجاز في كل شيء حتى يمكن أن يعتبر انه ذو أهمية ، ويمكن أن يتسبب الفرد في القلق الاجتماعي أيضا لذاته إذا اعتقد انه من الضروري بالنسبة له أن يكون محبوبا من كل المحيطين به و مرضيا عنه منهم . (عادل محمود، 1999 ، 162).

و تؤكد النظرية العقلانية الانفعالية على ثلاثة أشكال من القلق النفسي العائد إلى الأفكار اللاعقلانية :

- 1- انه من المرعب والمخيف أن لا اعلم ما يجب عمله .
 - 2- أنا لا استطيع فهم ذلك ، أنا لا استطيع أن أتحمّل أمورا حدثت لي و يجب أن لا تحدث لي .
 - 3- أنا شخص لا قيمة له وغير مرغوب فيه إذا لم اعلم جيدا و اكسب استحسان الآخرين .
- هذا ويمكن تعريف القلق من وجهة نظر العقلانية الانفعالية بأنه الانشغال بخوف مبالغ فيه ، و ينشأ من الانشغال الكبير لما يفكر به الآخرون تجاه الفرد وهذا الخوف يصبح قاهرا للذات ، إلا أن الفرد يستطيع التغلب على هذا القلق و يضبطه عن طريق التفكير بطريقة عقلانية ، ذلك أن القلق ينتج أساسا من الفكرة اللاعقلانية وهي "إن

الأخطاء و المخاوف أمور تستدعي الانشغال و الاهتمام الدائم بها " (عبد الحميد حسن ، فوزية الجمالي ، 2003 ، 199).

كما أن القلق حسب "ليس" يتصل بمفهوم التحمل المنخفض للإحباط ، كما يصف نوعين من القلق : قلق الانزعاج ، القلق النفسي . ففي القلق النفسي يكون الشعور بقيمة الذات مهددا عند الأفراد و يشعرون بأنه يجب أن يكون أداؤهم جيدا ، كما يعتقد الأفراد انه إذا ما لم يحصلوا أو لم يفعلوا ما يجب عليهم فعله أو الحصول عليه فان نتائج ذلك ستكون وخيمة لأنهم يعتقدون أن إحساسهم بالقيمة قد يتعرض للتهديد . (Richard 337 , 2010, S.Sharf).

3.3. الاكتئاب :

لقد صنف " بيك " أعراض الاكتئاب في المظاهر التالية :

- 1- المظاهر الانفعالية : مثل فقدان القدرة على الاستمتاع والابتهاج .
- 2- المظاهر الدافعة : نقص الإرادة ، الاتكالية ، الرغبة في الهروب ، الموت .
- 3- المظاهر التعريفية : التقليل من قيمة الذات ، الشعور باليأس والعجز ، تضخيم المشكلات .
- 4- المظاهر الجسمية : سرعة التعب ، الأرق ، فقدان الطاقة الجنسية . (محمد عيسى ، 2016 ، 98)

يفترض " بيك " أن الاكتئاب يقدم مخططات معرفية و لا شعورية تتمركز في الذاكرة طويلة المدى، و تقوم بتصفية المعلومة و لا تحتفظ إلا بالملامح السلبية للتجربة المعاشة. تحتوي المخططات على مجموعة من القواعد الصارمة و تظهر على شكل أوامر مثل يجب أن أنجح دائما ، و تكون عبارة عن مبادئ ضمنية و نادرا شعورية و موجبة للأحكام التي بينها الفرد على نفسه و تترجم على شكل فقد تقدير الذات ، و التردد و التشاؤم و الأحكام الحزينة عند المكتئب. (بن عصمان رحيل جويده ، 2012 ، 170).

كما يرى " بيك " أن الاكتئاب يبدأ بخبرة فقدان شيء ما بالنسبة للمريض، و الفقدان قد يكون حقيقيا و قد يكون افتراضيا أو كاذبا و في كلتا الحالتين فانه مبالغ فيه و يدرك على انه دائم وثابت أولا يمكن إعادته أو إرجاعه، و ينظر إليه المريض على انه انعكاس لوجوده بذاته أو انعكاس لخصائصه أو مستوى كفاءته، و يؤدي بالتالي إلى تكوين مفهوم سلبي عن الذات فحواه انه (الخاسر أو عديم القيمة أو الأهلية)، فالمريض يعزو سبب الفقدان أو الحادث أو الكارثة إلى التصور الشائن في ذاته هو و ينظر المريض إلى كل خبرة تالية حتى و لو كانت على درجة قليلة من السلبية أو الغموض على أنها انعكاس لعجزه الذاتي .والمقارنة التي يعقدها بين ذاته و بين الآخرين تزيد من تحقير ذاته لديه و النتيجة النهائية هي الرفض الكلي للذات . و هذه النظرات السلبية إلى الذات في نفس المريض و توقعاته في المستقبل، و يؤدي اليأس إلى موت الدافعية ، فما دامت النتائج المتوقعة أو المستقبل المتوقع سلبيا فليس هناك داعي لبذل الجهد و النتيجة النهائية لهذا التشاؤم هي الأفكار و الرغبات و المحاولات الانتحارية و التي تعتبر معقولة على أساس المقدمة السابقة. أما المقدمة الثانية التي يركز عليها الانتحار فهي الاعتقاد بان الآخرين من حوله سوف تكون أحوالهم أفضل إذا مات هو . وهكذا فان وجود هذا المفهوم السلبي عن الذات و وجود التفسير السلبي للأحداث والخبرات و وجود النظرة السلبية للمستقبل تكون الثلاثي المعرفي للاكتئاب.(عبد الكريم غالي ، 2013 ، <https://www.iasj.net>).

وقد أوضحت الدراسات التي أجريت وفقا لهذه للنظرية المعرفية السلوكية أن الانحراف و التشويه المعرفي لدى الاكتئابيين يظهر في تحريف خبرات النجاح والفشل و توقعات النجاح و تحريف الإدراك إذ يري مثل هؤلاء الأفراد الأحداث بما هم عليه و ليس بما هي عليه ، إلى جانب تحريف الذاكرة حيث يكثر نسيان المعلومات الايجابية المرتبطة بالسعادة والسرور (عادل محمود ، 1999 ، 162).

إذن فهذه الانحرافات أو التشوهات المعرفية تنتهي بتحول حقيقة الفرد إلى معاش مؤلم وبالتالى إلى مخطط اكتئابي ، فالفرد في هذه الحالة ينغلق في عدم النشاط ، عدم الإنتاج ، والعجز وفقدان الإرادة للقيام بأي شيء له علاقة بوجوده وحياته واستمراره رغم التجارب المعاشة (كبداني ، 2009 ، <https://www.asjp.cerist.dz>)

خاتمة

قدمنا من خلال هذه الورقة البحثية عرض نظري عن ماهية الاضطرابات الانفعالية و التي هي مجموع الخبرات المؤلمة والمزعجة التي قد يعاني منها الفرد في أي مرحلة من مراحل نموه ، قد تظهر في شكل خوف (مرض) غير معقول وشديد من مواضيع أو أشياء قد لا تسبب بالعادة للأفراد الآخرين الأعراض المرضية المصاحبة له . أو قد تكون في شكل قلق و الذي يعد الخوف من أعراضه يسببه إحساس الإنسان بان هناك خطرا أو تهديدا سيلحق به أو بمصالحه و الذي له أعراض تتشابه كثيرا مع " الاكتئاب " ، و لكن الاكتئاب أعراضه اشد و أعمق و قد يكون في بعض الحالات مرحلة تمهيدية لمشكلة الانتحار .

لقد اعتبر أصحاب الاتجاه المعرفي السلوكي أن الطريقة التي يفكر بها الفرد هي السبب في حدوث مختلف الاضطرابات الانفعالية ، فاعتبر "بيك" أنها نتاج نمط تفكير خاطئ تتمحور حول النظرة السلبية للذات وللآخرين و للمستقبل (الثالث المعرفي) ، ف ي حين اعتبرها "اليس" أنها نتاج تفكير لاعقلاني متمثل في تلك الوجوبيات التي يفرضها الشخص على نفسه و الآخرون و الظروف ، أما "مايكنباوم" و التي ركزت أعماله بالأساس علي كيفية التحصين ضد الضغوط إلا انه يعتبر إجمالاً أن الاضطرابات الانفعالية ما هي إلا نتاج لتحديث داخلي سلبي يحدث به الفرد نفسه عند مجابهته للأحداث غير السارة .

لابد أن نضيف في الأخير أن الاتجاه المعرفي السلوكي الذي يعد من احداث الاتجاهات في علم النفس لم يعتمد فقط في تفسيره للاضطرابات الانفعالية على الطريقة الخاطئة والمختلة في التفكير ولكنه يرى أيضا أن العلاج من هذه الاضطرابات الانفعالية لابد أن يركز على تعديل البناء المعرفي للمضطرب انفعاليا بإمداده بطرق جديدة في التفكير بعد التوضيح له عدم فائدة الطريقة التي كان يفكر بها و دورها في خلق الاضطراب لديه و ذلك بالاعتماد على استراتيجيات معرفية و أخرى سلوكية لكي يتم تصحيح الخلل المعرفي المسؤول عن إحداث الاضطراب الانفعالي.

مراجع

أحمان ليلي (2016) ، المقارنة المعرفية لاضطرابات الشخصية ، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية ، 9 (1) ، 237-

251.

ارون بيك (2000) ، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية ، ترجمة عادل مصطفى ، دار الأفق العربية ، القاهرة ، الطبعة الأولى .

بالمهوب كلثوم (2015) ، العلاج المعرفي للاكتئاب في بيئة تتسم بالعنف الأسري والفقر ، دراسة حالة ، دراسات

نفسية ، 6 (12) ، 93-100.

بسمة كريم شامخ ، هدية جاسم حسن (2013) ، اثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد الشارد لدي

طلقات المرحلة الابتدائية ، مجلة الأستاذ ، 1 (204) ، 583-626.

- بشير معمريّة (2006) ، الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار وقلق الموت وفقا لارتفاع وانخفاض الذكاء الوجداني ، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية ، 3 (4) ، 19-31 .
- بن عصمان برحبل جويده (2012) ، الملامح المعرفية للاكتئاب ، مجلة الإنسان والمجتمع ، (4) ، 104-171 .
- بيداء هاشم جميل (2016) ، الخجل وعلاقته بالاكتئاب لدى طلبة جامعة بغداد ، مجلة البحوث التربوية والنفسية ، (50) ، 421-448 .
- جابر نصر الدين ،نادية بومجان (2013)،الاتجاهات الرائدة في الإرشاد المعرفي السلوكي ، مجلة علوم الإنسان والمجتمع ، (6) ، 205-234 .
- حامد زهران (2005) ، الصحة النفسية والعلاج النفسي ، القاهرة ، عالم الكتب ، ط4 .
- رشاد عبد الله موسى (1998) ، دراسات في علم النفس المرضي ، مؤسسة المختار ، القاهرة ، ط2 .
- س.ليندراى ، ج. بول (2000). ، علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، ترجمة صفوت فرج ، القاهرة ، مكتبة الانجلو مصرية.
- سليمان عبد الواحد إبراهيم (2014) ، الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية رؤية في إطار علم النفس الايجابي ، دار الوراق ، عمان ، ط1 .
- السير ماثروورث وغيره (1990) ، الثقافة النفسية ، 1 (2)، دار النهضة العربية ، بيروت .
- عادل محمود (1999)، العلاج السلوكي المعرفي ، القاهرة ، دار الرشاد
- عبد الحميد حسن ، فوزية الجمالي (2003) ، الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية لدى عينة من طلبة جامعة السلطان قابوس ، مجلة العلوم التربوية ، (4) ، 195-249 .
- عبد الكريم غالي محسن (2013)، الاكتئاب لدي طلبة الجامعة وعلاقته بالجنس والتخصص ، مجلة دراسات وبحوث التربية ، 37 ، 106-138 . <https://www.iasj.net> ، 2018/10/10 .
- فاطمة صادقي (2014)، الآثار النفسية للإدمان على المخدرات ، دراسات نفسية وتربوية ، (12) ، 191-202 .
- كبداني خديجة (2009)، التوظيف النرجسي لدى الحالات الاكتئابية ، الباحث ، 1 (3) ، 237-248 .
- <https://www.asjp.cerist.dz> ، 2018/10/10 .
- م. كولمز (2011) ، المدخل إلى علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة عبد الغفار الدمياطي وآخرون ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .
- محمد عيسي (2016) ، مستويات الاكتئاب وفقا لنوع الزمرة الدموية ، افاق فكرية ، 5 (8) ، 93-119 .
- مسعودي سالمة (2017)، قلق المستقبل المهني لدي طلبة جامعة الشهيد حمة لخضر بالوادي ، مجلة العلوم النفسية والتربوية ، 6 (1) ، 358-376 .
- نبيل سفيان (2004) ، المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي ، القاهرة ، دارايتراك ، القاهرة .
- هبة مؤيد محمد ، (2014) ، استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لأطفال اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، مجلة الآداب ، (107) ، 525-551 .

يوسفى حدة (2011) ، التدريب التحصيلي ضد الضغوط كأسلوب من أساليب العلاج السلوكي المعرفي عند ميكنيوم ، دراسات نفسية (6) ، 49-74.

CLARCK, D & BECK, A. (2012). *The Anxiety and worry workbook: The cognitive behavior solution. Guilford press, New York .*

BORGEAT, F et ZULLINO, D. (2004). Quelques questions fréquentes ou non résolues concernant l'anxiété et les troubles anxieux. *Santé mentale au Québec*, 29(1)(9-22), <https://www.erudit.org/fr/revues>.

SHARF R-S. (2010). *Theories of psychotherapy and counseling. U S A ,5th edition .*

FLANGAN J, SOMMERS R, FLANGAN. (2004). *Counseling and psychotherapy theories. In context and practice. By J WILEY & SONS, Inc, Canada .*

SOUCY I, CHARTIER & ALL (2013). Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuel. *Pleine conscience et psychiatrie* 38, (2), 179-194, www.id.erudit.org/iderudit /1023995ar

نحو إعادة النظر فى التشخيص للاضطرابات النفسية والمرضية - من DSM إلى تقرير الحالات الاكلينيكية-

عبدوسى عبدالهادى: طالب دكتوراه، أستاذ متعاقد جامعة سطيف2

amalidabriz@gmail.com 07.78.79.74.10

Résumé: malgré les mises à jour effectuées par le DSM-5, pour de nombreux universitaires et médecins, il n'est pas très crédible, car il inclut des principes basés sur le renforcement de la communication afin d'éviter les aspects objectifs de la classification des troubles avec interprétation erronée. Les troubles ont été classés en fonction de l'évolution des cas cliniques ou de l'approche des opinions et des convictions de certains chercheurs.

Par conséquent, il est nécessaire de procéder à une évaluation objective du guide, notamment en termes de théorie fondamentale concernant la situation pratique de la psychiatrie et de la psychologie clinique.

Dans cet article, nous tenterons de répondre aux questions précédentes avec la littérature disponible, mais avant cela, nous discuterons de la validité et de la fiabilité du DSM-5 pour diagnostiquer le problème de la classification des maladies en critiquant les limites inhérentes au diagnostic taxonomique, à l'exposition aux paramètres Un cas clinique qui conduirait à une approche plus fiable et standard pour identifier les problèmes de santé mentale.

Mots-clés : Classification des maladies - Manuel diagnostique et statistique des troubles - Évaluation objective des troubles - Paramètres d'état clinique

ملخص: بالرغم من التحديثات التي جاءت بها الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5)، فإنه بالنسبة للكثير من الأكاديميين والأطباء أنه لا يتمتع بمصداقية كبيرة، ذلك أنه يتضمن مبادئ تستند إلى التركيز على تعزيز التواصل ليغفل جوانب موضوعية في التصنيف للاضطرابات تحمل تفسيرات خاطئة، فهل تم تصنيف الاضطرابات على أساس تطور الحالات اكلينيكية أم بالمقاربة مع آراء وقناعات بعض الباحثين الذاتية؟

لذلك لابد من عمل تقييم موضوعي للدليل، خصوصا من الناحية التأصيلية النظرية فيما يتعلق بالحالة العملية للطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي.

سنحاول من خلال ورقتنا العلمية هذه الإجابة على الأسئلة السابقة بما يتوفر من أدبيات حول الموضوع، لكن قبل ذلك سنعمل على مناقشة مدى صلاحية وموثوقية الدليل التشخيصي DSM-5، في تبيان إشكالية تبويب الأمراض، وهذا من خلال نقد القيود المتأصلة في التشخيص التصنيفي، والتعرض لإعدادات الحالة الاكلينيكية التي من شأنها أن تؤدي إلى اتباع منهج أكثر موثوقية ومعيارية لتحديد مشكلات الصحة العقلية.

كلمات مفتاحية: تصنيف الأمراض-الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات - التقييم الموضوعي للاضطرابات - إعدادات الحالة الاكلينيكية

يشكل مبحث الصحة النفسية أهمية كبرى بالنسبة للأفراد والمجتمعات، وقد ازدادت وتيرة الاهتمام هذه بالنظر لجملة التطورات الحاصلة في مجالات برامج الرعاية والتكفل.

في ضوء المتغيرات الحديثة، يعاني عدد متزايد من الأفراد من مشاكل الصحة العقلية، ففي عام 1990، قدرت دراسة حول العبء العالمي للأمراض التي تعزى إلى الاضطرابات العقلية أو استخدام المواد المخدرة بأنها تمثل أكثر من ربع جميع الأمراض غير المميتة، بين عامي 1990 و2010، ازداد عبء الاضطرابات النفسية بنسبة 37.6% (Whiteford,2013).

حيث استرعت هذه المؤشرات انتباه منظمة الصحة العالمية لصياغة خطة عمل عالمية تهدف إلى محاربة الاضطرابات العقلية والإعاقة، وتعزيز الصحة العقلية (World Health Organization,2013). وبوجود كم هائل ومتنوع من التشخيصات، التي تضع معايير سياقاتها في المعاناة المشتركة، بما جعل العديد من العلماء والأطباء والمختصين ينوون إلى أهمية البحث بشكل موضوعي وعدم الميل إلى الإفراط في عملية التشخيص.

ومن بين المساهمات العالمية الفاعلة في إثراء جوانب التشخيص يبرز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، والذي يعد أداة محورية تستخدم على نطاق واسع لتشخيص الاضطرابات النفسية، وتشرف على إعداده الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، ومع تخطيه للطبعة الخامسة (DSM-5) فقد لاقى هذا الدليل انتقادات واسعة من قبل العديد من الأكاديميين والأطباء والمختصين، وذلك على خلفية اعتقاد التسليم بما جاء في مصوغات قراراته حول الكثير من الاضطرابات التي قد لا تحمل مصداقية التقدير لمعايير تشخيصها قيمة مرتفعة مقارنة مع ما هو موجود من اختلافات بين بيئة وأخرى.

وعلى النقيض من ذلك، بالنسبة لجمهور المتلقين، فإنه غالباً ما يصاغ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية على أنه "الكتاب المقدس للطب النفسي" وهذا ما يبدو عليه الدليل: فالناس يعتقدون في دقته وشرعيته، إلى حد كبير دون شك. ويمكن أيضاً أن يقال أن الدليل يعمل إلى حد ما في أساس اقتصاد الطب النفسي. ولا يقتصر الأمر على تسهيل نظام الاعتقاد، بل يبقى أداة اقتصادية مهمة لإدارة تدفق الأموال المستثمرة في الرعاية الصحية العقلية. على أساس هذا النظام التصنيفي يتم اتخاذ القرارات بشأن قضايا مثل سداد التعويضات، والحق في المعونة المالية، وتخصيص الوسائل عبر مقدمي الرعاية الصحية. (Stijn Vanheule,2017 ,P14)

ولأجل ذلك، لا ينبغي أن يتم أخذ هذا التصنيف وغيره من الطبقات السابقة على أنه أمر مسلم به، وإنما الأولى أن يتم البحث في كفاءات تقييمه وإعادة النظر في محددات بناءه سواء من خلال معرفة نقاط قوته وضعفه أو بالتعرض للأسس النظرية التي يقوم عليها ومكانته في المناقشات التاريخية حول الحالة العلمية للطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي.

وتوازيًا مع ذلك، ارتأى العديد من الباحثين والأطباء أن يتم استحداث منهج بحثي نوعي يركز على بناء الحالات الاكلينيكية، والتي من شأنها أن تساهم بفاعلية أكبر في إعطاء تصورات دقيقة حول تقييم الصحة العقلية للأفراد، ومن ثمة تكوين قاعدة بيانات معرفية تسمح للمختصين بمجال التشخيص من التنبؤ بطبيعة التدخلات المبكرة الواجب القيام بها، وإجراءات تصميم البرامج المساعدة على التقليل من حدوث الظاهرة.

2/ تحديد المصطلحات:

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات:

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) هو الكتيب الذي يستخدمه المتخصصون في الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية والرائد الرسمي في العالم لتوجيه تشخيص الاضطرابات العقلية. يحتوي DSM على أوصاف وأعراض ومعايير أخرى لتشخيص الاضطرابات العقلية. ويوفر لغة مشتركة للأطباء للتواصل مع المرضى ويضع تشخيصات ثابتة وموثوقة يمكن استخدامها في البحث عن الاضطرابات النفسية. كما يوفر لغة مشتركة للبحث والتطوير في المستقبل.

التقييم الموضوعي للاضطرابات

حسب ما جاء من خلال الجمعية الأمريكية للطب النفسي فإن إنشاءها تم من أجل مراجعة DSM لعقد، مع عملية تقييم غير مسبقة تضمنت سلسلة من الأوراق و13 مؤتمرا علميا برعاية المعاهد الوطنية للصحة. جمع هذا الإعداد ما يقرب من 400 عالم دولي وأنتج سلسلة من الدراسات والمقالات التي تمت مراجعتها من قبل الزملاء. قامت فرقة العمل ومجموعات العمل للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس، والمؤلفة من أكثر من 160 طبيبا وباحثا عالميا، بمراجعة الأدبيات وقدمت توصيات. وافق مجلس أمناء الجمعية الأمريكية للطب النفسي على اعتماد المعايير النهائية لـ DSM-5، ليعين لجنة لمراجعة العلمي من خبراء الصحة العقلية لاستعراض وتوفير التوجيه بشأن قوة أدلة على التغييرات المقترحة. قامت لجنة المراجعة العلمية بتقييم قوة الأدلة القائمة على قالب محدد من المدققين. بالإضافة إلى ذلك، قدمت لجنة الصحة العامة والعيادات، نسخة منقحة من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. (American Psychiatric Association, 2018) بالرغم من التحديثات والتنقيحات التي شهدتها الدليل التشخيصي والإحصائي، إلا ان معايير التقييم الموضوعي للاضطرابات لم تلق التأييد من قبل الكثير من الباحثين، وهو ما استدعى ضرورة إعادة النظر في منطلقات تصنيفه للاضطرابات.

- إعدادات الحالة الاكلينية

تعتبر إنشاءات الحالة الاكلينية شكلا من أشكال البحث النوعي، والقائمة على الممارسات الاكلينية التي من شأنها أن تعمل على بناء توصيفات جيدة وقابلة للاستعمال للمشاكل ونقاط القوة في عمل شخص ما، ويتم استحداثها في أثناء القيام بالعمل مع الفرد.

3/ ديناميات اتخاذ القرار: مسألة الموثوقية في التشخيص

1-3 التشخيص والدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية DSM:

تشير المنشورات المتعلقة بالتشخيص منذ الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية إلى الجهد الكبير الذي يبذله الكثيرون من حيث تحسين موثوقيته في الطب النفسي. ويتضح ذلك في الدليل التشخيصي (DSM-5, P 5)، حيث ينص على أن "DSM كان حجر الزاوية للتقدم الكبير في الموثوقية". في حين أن العديد من أنصار DSM يعترفون بأن صلاحيتها لا تزال محل إشكاليات غير محلولة، ويبدو أن معظمهم يعتقدون أن الدليل يبسر إجراء تقييم موثوق به نسبيا للمعاناة الإنسانية.

مع استخدام المعايير الوصفية منذ DSM-III، تغير كل هذا، حيث تم العثور على لغة لا لبس فيها تسمح بتقييم أكثر صرامة للسلوكيات التي يمكن ملاحظتها. ومع ذلك، فإن الفكرة المقبولة عمومًا عن "التقدم الكبير في الموثوقية" ليست حقيقة مثبتة، ولكن هناك افتراض يستحق دراسة أعمق.

إن مسألة الموثوقية معقدة ولا يمكن فصلها عن السؤال حول كيفية تفكير المرء في التشخيص على هذا النحو. فيدايات التشخيص استندت على النماذج الأولية التي وصفت أشكالًا مختلفة من علم النفس المرضي، والتي تم توثيقها بمجموعة من الرسوم الإكلينيكية. وقد استفاد الأطباء من هذه الأوصاف النموذجية في تقييم ووصف مدى تشابه شكوى مريض معين مع تلك الواردة في الكتابات، والتي تنتهي عادة بتأكيدات قاطعة على نوع المرض الذي يعاني منه المفحوص. (Stijn Vanheule, 2017, P11)

لتعرف الطبعة الثالثة من الدليل (DSM-III) ازدهارًا في هذه الأزمنة ووعدت بعصر جديد من الصرامة العلمية. فتم الاستعانة بالتشخيص القائم على النموذج الأولي، في حين كان التشخيص المعتمد على المعيار على أساس مبادئ التفكير الطبي الحيوي مفترضًا. في هذه المرحلة، يُفترض في كثير من الأحيان أن التشخيص النفسي قد أحرز تقدمًا كبيرًا منذ الثمانينيات. حيث أن الاعتمادية الإحصائية من DSM تعد مزيدة مبالغ فيها بشكل كبير. في عام 1997، قدمت ك. كوتشينزو و S.A. كيرك هذا الادعاء، لكن التجارب الميدانية التي أُجريت لـ DSM-5 على وجه الخصوص توضح أن "مسيرة الأخبار الجيدة" حول موثوقية الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM) أخفت نقاط ضعفها على مدى عقود. ولذلك فقد بنيت التصورات النقدية من التحول الذي مس التشخيص المبني على النموذج الأولي إلى التشخيص المعتمد على المعيار.

2-3 سياقات التصنيف للاضطرابات النفسية

يعد النهج المستند على القائمة المرجعية للتشخيص الذي يمكن العثور عليه في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) جديد نسبيًا على تخصص الطب النفسي. قبل التشخيص DSM-III، يبدأ التشخيص النفسي عادة من النماذج الأولية. في ذلك الوقت، لم تكن كتيبات الطب النفسي تحتوي على قوائم من المواد، ولكن على "الصور السريرية": أوصاف سردية لأشكال مختلفة من علم النفس المرضي. إن النهج النموذجي قديم قدم الطب النفسي نفسه ويمكن العثور عليه بالفعل في أعمال المخترع الفيزيائي فيليب بينيل. في كتابه "أطروحة عن الجنون"، لا يستعرض بينيل (1806) فقط المبادئ الأساسية لنظامه الجديد، بما في ذلك العلاج الأخلاقي والطبي للجنون، ولكنه يوفر أيضًا دراسة عن "أنواع" مختلفة من "التشوه العقلي". (Pigeaud, 2001).

من الواضح أن نهج بينيل للأمراض العقلية ركز على وصف الشكل الأصلي، أو النوع الأساسي، للاضطرابات الخمسة التي يميزها، ومن هنا جاءت فكرة أنه أوجد منهجًا نموذجيًا للتشخيص. بعد بينيل، سيطر المنهج النمطي لفترة طويلة على مجال الطب النفسي. أما المرجعيات التي توجز الأمراض العقلية المختلفة، فكثيرًا ما كان يتم إيلاء الاهتمام لحالة المريض العقلية الحالية، وأنماط على مستوى المسببات وتاريخ المرض، والتنبؤات والنتائج النموذجية.

والفرق الرئيسي بين هذا النهج القائم على النموذج الأولي والطريقة المرجعية في الدليل التشخيصي يندرج في سياق أن التشخيص بالأنماط الأولية يركز على مجموعات من الخصائص، ولا يتم تقييم السلوكيات الخاصة بشكل منفصل، ولكن يتم فحصها من حيث الأنماط التي تشكل عمل الشخص.

من بين الأسباب التي جعلت النسخ الأولى من الدليل والإحصائي تأخذ الشكل الضعيف هو أن الأطباء النفسيين الأمريكيين في البداية لم يؤمنوا بأهمية وضع أنظمة تشخيصية تصنيفية (Strand, M 2011). من ناحية، كان لديهم مفهوم شامل للصحة العقلية، من ناحية أخرى، فهم يصابون بمرض فردي، مما يجعلهم يركزون على المريض بدلاً من التركيز على فئة المرض المجردة.

وبقيام الجمعية الأمريكية للطب النفسي بتطوير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (1952)، فقد أدى البعض إلى الاعتقاد أن المفهوم المدرج في اسم الدليل "بالإحصائي" مردّه إلى الأدلة التي يستند إليها وهذا أبعد ما يكون عن الحالة، وهو يشير فقط إلى أن فئات اضطراب DSM قد تكون بمثابة أساس للتبويب التصنيفي، وبالتالي توفر بيانات اسمية للحسابات الإحصائية.

فإن هذا يتركنا مع السؤال الخطير للغاية حول ما إذا كان مثل هذا التوجّه نحو التصنيف يمكنه منحنا تشخيصاً دقيقاً للمعاناة النفسية للفرد، فتطوير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لم يكن مدفوعاً بالفعل بالمعضلات الإكلينيكية، ولكن بسبب المخاوف الإدارية التي دفعت بالبيروقراطيين وعلماء الاجتماع على حد سواء الحصول على إحصائيات حول مشاكل الصحة العقلية. لذلك وبالبحث يمكن أن نشير إلى أن مفهوم "التشخيص" (من "diagignoskein" اليونانية)، والذي يعني "التمييز" وكذلك إلى "معرفة كاملة".

في سياق إجراءات التشخيص الإحصائي للاضطرابات النفسية، لا يهتم التشخيص كثيراً بتطوير معرفة دقيقة حول ظروف الصحة العقلية للفرد، وإنما ركز ببساطة على التمييز بين الاضطرابات المختلفة. لذلك فإنه ومنذ البداية، كان الدليل التشخيصي DSM يساوي إلى حد كبير بين التشخيص والتصنيف، تاركاً جانباً الوصف السردي المتقن للأداء العالمي للمريض.

كما يمكن القول إنه من بدايته اقترب الدليل التشخيصي للأمراض النفسية بطريقة طبيعية، وبالتالي أغفل تجربة علم النفس المرضي وتضمينه السياقي. احتوى الدليل الإحصائي على 106 اضطرابات، وهي زيادة ملحوظة عن 22 اضطراباً محدداً في الدليل الإحصائي لعام 1918 لاستخدام المؤسسات للمجانين.

لم تركز التجارب الميدانية التي رافقت DSM-IV بشكل خاص على موثوقية إعادة الاختبار. وبتركيزها على اضطرابات معينة، فقد اختبرت بشكل أساسي كيف أدت التغييرات في معايير التشخيص إلى تغيير معدلات الانتشار على سبيل المثال، في دراسة صغيرة الحجم للموثوقية متعددة المواقع، قام زاناريني وزملاؤه (2000) بتقييم 52 حالة نفسية مع قضاة مدربين متعددين في تصميم إعادة اختبار الاختبار. من تسعة اضطرابات الشخصية التي تم اختبارها، ثمانية كانت عادلة إلى موثوقية جيدة، في حين كان واحد (اضطراب الشخصية المدعورة) ضعف الموثوقية.

من حيث هذه المعايير، كانت ثلاث فئات من التجربة الميدانية DSM-5 للمرضى البالغين موثوقية جيدة للغاية، وسبعة موثوقية جيدة، أربعة موثوقية مشكوك فيها، وواحد موثوقية غير مقبولة. في التجربة الميدانية DSM-5 للأطفال، كان التشخيصين اثنين موثوقية جيدة جداً، وهما موثوقية جيدة، وهما موثوقية مشكوك فيها، واثنين من موثوقية غير مقبولة. في حين أن تلك الفئات ذات الموثوقية غير المقبولة قد تم حذفها من النسخة النهائية من الدليل التشخيصي والإحصائي DSM-5، يبقى أن قيم kappa مماثلة لتلك التي تم الحصول عليها في عام 1974.

الجدول 1.1: يوضح معاملات كابا kppa من التجارب الميدانية DSM-5 لدى المرضى البالغين (Regier et al.)
 (2013) وثلاث مجموعات من تفسيرات معامل kappa باستخدام معايير مختلفة

فئة الاضطراب	معامل kappa	تفسير معايير Spitzer و 1974 Fleiss	تفسير معايير Landis 1977 Koch	تفسير معايير Clarke et al. 2013
انقسام الشخصية	0.46	غير مقبول	صادق إلى جيد	جيد
الانقسام العاطفي	0.50	غير مقبول	متوازن إلى جيد	جيد
إثنائي القطب	0.56	غير مقبول	عادل إلى جيد	جيد
إلاكتئاب الشديد	0.28	غير مقبول	ضعيف	مشكوك فيه
إلاقلق الاكتئابي المختلط	0.00	غير مقبول	ضعيف	غير مقبول
إضطراب القلق العام	0.20	غير مقبول	ضعيف	مشكوك فيه
أ. ما بعد الصدمة	0.67	غير مقبول	عادل إلى جيد	جيد جدا
أ. جسدي معقد	0.61	غير مقبول	عادل إلى جيد	جيد جدا
اضطراب الشراهة	0.56	غير مقبول	عادل إلى جيد	جيد
أ. استخدام الكحول	0.40	غير مقبول	عادل إلى جيد	جيد
أ. العصبي الخفيف	0.48	غير مقبول	عادل إلى جيد	جيد
أ. العصبي العميق	0.78	نتيجة مرضية	ممتاز	جيد جدا
إصابات دماغية خفيفة	0.36	غير مقبول	ضعيف	مشكوك فيه
اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع	0.21	غير مقبول	ضعيف	مشكوك فيه
اضطراب الشخصية الحدية	0.54	غير مقبول	عادل إلى جيد	جيد

هناك مشكلة مهمة تظهر في المقدمة في التجربة الميدانية DSM-5 ، وهي أن تشخيص اضطرابات المزاج (التشخيص النفسي الأكثر تكرارًا) لا يمكن الاعتماد عليه أكثر مما وجد في دراسة مراجعة سبيتزر وفليس (1974). في 1970 الاضطرابات العاطفية على وجه الخصوص لديها موثوقية مشكوك فيها. بعد مرور 40 سنة، أصبحت معاملات الموثوقية أسوأ، وقد يكون هذا نتيجة لتحديد الاكتئاب على نطاق واسع، بما في ذلك معايير التشخيص التي هي غامضة للغاية، وإهمال متغيرات السياق (Maj,2012).

يمكن القول أنه على مر السنين تم تطوير عدد من المقابلات الموحدة التي لديها موثوقية جيدة لتقييم الاكتئاب (على سبيل المثال، Trajkovic وآخرون 2011، وليامز وكوباك 2008). كما ان هناك مسألة أخرى لا تزال مهمة بالكامل هي أنه في حين أن هذه التجربة الميدانية تمكنت من تقدير الاعتمادية لبعض الاضطرابات، فإنه لم يتم اختبار غالبية فئات التشخيص DSM-5 على الإطلاق.

وفي مقابل ذلك، فقد تكون الحسابات البيوجينية للاضطرابات العقلية فعالة في الحد من وصمة العار لدى الأفراد الذين لديهم بالفعل موقف مقبول تجاه مرضى الصحة العقلية، ولكن لديهم تأثير أقل بكثير-أو حتى تزيد من وصمة العار-بين الأفراد الذين يحملون تحيزًا سلبيًا بالفعل (Kvaale and Haslam 2016).

في افتتاحية DSM-5 وعلى النقيض من ذلك، فإنه بالنسبة لممارسة الطب النفسي العامة، تشير بيانات الموثوقية التشخيصية إلى أن ثلثي المرضى سيحصلون على تشخيص رئيسي DSM-5 موثوق في الزيارة الأولى. نظرا لحقيقة أن معاملات الموثوقية المقبولة لوحظت 4/ فقط من فئات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، ونظراً لضعف الاعتمادات الملحوظة للاضطرابات النفسية المرتبطة بالقلق والاكتئاب، فإن هذا الادعاء مبالغ فيه بشكل خطير. (Freedman et al. 2013,P3)

وهكذا، فتح البحث في الموثوقية التشخيصية عن غير قصد مجالاً آخر للتحقيق عن ماهية الاضطرابات النفسية وكيفية يمكن تصور أعراض الصحة العقلية. في النقاشات حول التشخيص والتقييم غالباً ما يقال إن الموثوقية شرط ضروري للصحة. قبل أن نتمكن من التوصل إلى أن الأداة تقيس الظاهرة التي نريدها، يجب أن نكون مقتنعين بالفعل بأن الأداة تؤدي إلى نتائج مستقرة. إن بحث الموثوقية عن بما لا يدع للشك على مصداقية الدليل التشخيصي العلمية، لكن هذا لا ينبغي أن يجعلنا نخجل من مسألة الصلاحية ومن فحص الكيفية التي يتم بها تصور أفضل لعلم النفس المرضي.

4- الافتراضات القائمة على الأعراض والسياق: مسألة الصلاحية في التشخيص

1-4 نحو حساب وظيفي لعلم النفس المرضي:

ترتكز التصورات حول التشخيص بكونه مجالاً متجزاً بصفة جيدة في المعرفة حول علم النفس المرضي، ينظر إليه على أنه فنّ سريري، وهو ما يتطلب وجود أطباء مدربين تدريباً جيداً ويتمتعون برؤية جيدة للعلامات المرضية الطفيفة. الذهاب ضد فكرة التشخيص باعتباره مجرد مشروع واقعي وآلي يتعلق فقط بمراقبة وتقييم علامات الاضطراب العقلي تقوم على الحجة الرئيسية التي أدلي بها، وهي أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، يعتقد أن سياق الفرد (أي تاريخ الحياة الشخصية، والظروف الاجتماعية، والخلفية الثقافية) يلعب دوراً معتدلاً بسيطاً فيما يتعلق بتشكيل الأعراض والتعبير عنها. حيث يتبع الدليل في الأساس منطقاً قائماً على الإشارة، والذي يتناغم مع افتراض وجود مخالافات بيولوجية على أساس الاضطراب العقلي. من خلال القيام بذلك، يقوم الدليل التشخيصي لإدارة الأزمات برعاية وجهة نظر ساذجة إلى حد ما عن الاضطرابات العقلية، والتي لا تغذي فقط إعادة الدمج ولكنها تشوه حقيقة أن الدليل التشخيصي والإحصائي يعتمد على أسس براغماتية، لتوجب أهمية طلب الحصول على حساب ذاتي الانعكاس ومراعاة السياق من علم النفس المرضي.

من الناحية العملية، يكون التشخيص في DSM بسيطاً للغاية، فباستخدام مجموعات قياسية من معايير الاشتمال والاستبعاد لكل اضطراب، يقوم اختصاصي التشخيص بمراجعة شكاوى المريض ويقرر التشخيص الذي يشير إليه. والواقع أن التشخيص المحوري المستند إلى DSM يمثل قوائم المراجعة المختصرة التي يتم إعدادها لكل اضطراب. وتشمل هذه الأعراض الرئيسية ومواصفات الحد الأدنى لمدة الشكاوى، ودلائل على حالات أخرى قد تثير أعراضاً مشابهة. إجمالاً، يميز ال DSM-5 ما بين (347) اضطراباً عقلياً (يمتد على 677 صفحة) مجعماً في 20 فئة واسعة، مثل "الاضطرابات الاكتئابية"، "الاضطرابات العصبية المعرفية"، و"طيف الشيزوفرينيا وغيرها من الاضطرابات الذهانية." وبجانب قوائم التحقق هذه، يحتوي الدليل التشخيصي DSM أيضاً على وصف موجز لكل اضطراب. توضح هذه الأوصاف الخصائص التشخيصية للاضطراب المعطى (أي طورها ودراسمها، انتشارها، التشخيص الفارق المتعلق بالظروف الأخرى، والاعتلال المشترك)، التي توفر إطاراً أوسع قليلاً لتفسير المعلومات الواردة في قوائم المراجعة. كما يركز DSM على تجميع الأعراض العقلية في مجموعات للاضطرابات المتلازمات، مع إيلاء اهتمام أقل لديناميات المرض المميزة والعمليات النفسية النموذجية.

2-4 كيف يأخذ DSM في سياق الحساب:

على الرغم من التركيز الثابت إلى حد ما على ميزات الاضطراب التي تشكل الصور الاكلينيكية، فقد يلاحظ القارئ الحذر من DSM-5 التعليق على استخدام الدليل، حيث يتم تخصيص فقرة واحدة للعلاقة بين التشخيص (على أساس المعايير القياسية) واستخدام المعلومات السياقية. "الهدف النهائي لصياغة الحالة السريرية هو استخدام المعلومات السياقية والتشخيصية المتاحة في وضع خطة علاجية شاملة مستندة إلى السياق الثقافي والاجتماعي للفرد".

قد يكون الترويج لاستخدام المعلومات السياقية وتشجيع صياغة الحالة الثقافية في عملية اتخاذ القرارات السريرية موضع ترحيب، يأخذ التشخيص للدليل الاحصائي في اعتباره الكائن البشري بالإضافة إلى السياق وراء الأعراض . يشير العديد من الأطباء النفسيين الرئيسيين إلى أنه في الممارسة الاكلينيكية غالباً ما يستخدم DSM بطرق الاختزال. العديد منا محاصرون بأوامر قضائية لإجراء مقابلات وتشخيص المرضى في أسرع وقت ممكن، وأحياناً حتى للقضاء على سجلاتنا السردية "القديمية" و "غير الفعالة" التي تلخص المرض الحالي والتاريخ الماضي، واستبدالها بقوائم مراجعة للمعايير التشخيصية في كثير من الأحيان، يميل التشخيص إلى التقليل من الشكاوى، حيث لا تستوعب الأنشطة التي تستغرق الكثير من الوقت، مثل صياغة الحالة السريرية والثقافية الدقيقة، جدول أعمال الطبيب النفسي .

ووفقاً للدليل، عند إجراء التشخيص، يجب النظر في "التاريخ السريري" بالإضافة إلى "ملخص العوامل الاجتماعية والنفسية والبيولوجية" التي ربما تكون قد ساهمت في حدوث هذا الاضطراب، مثل "الشدة والنزاهة النسبية". يمكن أخذ معايير قائمة التحقق في الاعتبار (DSM-5, P19). لكن السؤال الذي يثيره هذا البيان هو بالضبط كيفية تصور العلاقة بين الأعراض والعوامل السياقية .

3-4 الفروق في التشخيص الوصفي:

يوفر الدليل التشخيصي والاحصائي قائمة المراجعة لتشخيص الاضطرابات العقلية بطريقة وصفية وأخلاقية. يتم تعريف كل اضطراب من حيث معايير الاشتمال والإقصاء، والتي يمكن أن يعتمد عليها المحترف من أي اضطراب يعاني منه الشخص. تستند عملية اتخاذ القرار هذه إلى قائمة بالسمات الوصفية لكل اضطراب، مع جرد للأعراض يستكشف طبيب التشخيص ما إذا كان فرد معين يفي بعدد كاف من معايير الاشتمال بالإضافة إلى بعض المواصفات التي من شأنها استبعاد تشخيص اضطراب معين. (Berrios and Marková, 2006, P32)

لكل اضطراب في DSM-5، يتم استخدام نفس قالب معايير الاشتمال والاستبعاد، بعض الاضطرابات تستبعد بعضها البعض. حيث أنه ومنذ اعتماد المنهج القائم على قائمة التدقيق، يتبع DSM نظاماً متعدد الجوانب: فهو يرسم ملامح واسعة لمعظم الاضطرابات، مما يعني أن الأشخاص الذين يعانون من نفس الاضطراب قد يكون لديهم بالفعل أعراض جانبية مختلفة تماماً. تكمن قوة التشخيص متعدد الأشكال في أنه يغطي التباين، بما يمكن من تصنيف المرضى الذين لديهم أعراض جانبية مختلفة ضمن فئة واحدة.

حل DSM-5 جزئياً مشكلة التشخيص المتعدد عن طريق إضافة مقاييس شدة الأبعاد لمجموعات من الأعراض لبعض الاضطرابات. كحالة اضطراب طيف التوحد واضطراب استخدام الكحول، ولكن ليس للإصابة بالاكتئاب الشديد أو الفصام. وأن التحليل التفصيلي للشبكة الذي تم فحصه إلى أي مدى ساهمت الأعراض في فئات الاضطراب الأوسع نطاقاً يبين أن أعراض DSM الفردية تختلف اختلافاً جوهرياً في ارتباطها بفئة التشخيص التي ينبغي أن تنتمي إليها (Boschloo et al. 2015).

ولا يزال DSM-5 يستخدم مبدأ التصنيف متعدد الأساليب بطريقة صارمة من أي وقت مضى. على هذا النحو، من المحتمل أكثر أن شخصين لهما نفس التشخيص لا يملكان إلا القليل من السمات، وفي بعض الأحيان لا سمات

مشتركة. في حالة مرض انفصام الشخصية، قد يحصل أحد الأفراد على التشخيص بسبب وجود الهلوسة والكلام غير المنظم، وأخر بسبب الأوهام والأعراض السلبيه (أي تناقص التعبير العاطفي أو الإضعاف). (DSM-5,P99)

4-4 البحث في ما وراء التشخيص المبني على الإشارات: الأعراض باعتبارها منشآت شخصية

ومن المثير للاهتمام أن النظرية السيميائية تميز عنصراً ثالثاً في دراستها حول الاستخدام البشري للعلامات الدلالية. والمشار إليه هو المفهوم أو الفكرة التي تربط البشر باستخدامهم للإشارات. يتم إنشاء إعلانات معلوماتية في الوقت الذي يحاول فيه البشر فهم العالم، وإعطاء دلالات للمعاني، وبناء التماثيل العقلية. ليتم إنشاء الإشارات بواسطة الأفراد ذوي الإحساس، ويعتمد محتواها على الطريقة الدقيقة التي يفسرها الشخص العلامات التي يستخدمها ويدركها. في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، لا تحظى الدلالة التي ترتبط بمؤشرات الضائقة بالاهتمام. من المفترض، أن الإحساس المتصل بالأعراض هو شعور عام: يعتقد أن الأشخاص العاديين والمهنيين المدربين لديهم نفس الشيء في الاعتبار عند مناقشة الأعراض المحددة. (Decker 2013).

والسؤال هو ما إذا كان هذا التركيز على جودة الإشارات الذهنية تشبه علامة وإهمال البعد الدلالي في التشخيص النفسي له ما يبرره. إذا لم يكن هذا هو الحال، فإن دراسة كيفية استخدام الأفراد للدلالة على فهم معاناتهم يجب أن تكون أكثر مركزية لدراسة علم النفس المرضي. من الخصائص الهامة للتشخيص الإحصائي الوصفي للـ DSM أنه يتعامل فقط مع الكائن الذي يمكن ملاحظته. ما يغفله هو أن الناس لديهم دائماً علاقة انعكاسية لأفعالهم وأعراضهم.

تشير هذه العلاقة الانعكاسية إلى أن الأشخاص يفسرون دائماً عناصر الضائقة التي يواجهونها. يحدّد التفسير المعنى الذي ينسبه الناس إلى تجربتهم في الضيق، ويرشدهم في تأهيل محتهم كمشكلة أو لا.

5/ الاختلالات المفسرة للاضطرابات النفسية:

1-5 من المعاناة النفسية إلى الاضطراب العقلي والعودة مرة أخرى:

1-1-5 ماذا نشخص؟

عندما يكون الفكر أو الشعور أو السلوك مضطرباً، فهل يعد ذلك ضمن نطاقات علم النفس المرضي، أو مؤشراً لوجود اضطراب عقلي؟ عند إجراء التشخيص، فإننا نتخذ قرارات بشأن إجراءات وتفاعلات محددة. على سبيل المثال، هذا هو الأكثر وضوحاً في DSM، مع قوائم التحقق من معايير الاضطراب التي تحتاج إلى تقييم. لتأخذ على سبيل المثال تشخيص اضطراب تشتت الانتباه مع فرط النشاط في معياره الأول من خلال ما يلي: "في كثير من الأحيان لا يعبر اهتماماً وثيقاً بالتفاصيل أو يرتكب أخطاء لا مبالية في العمل المدرسي أو في العمل أو أثناء الأنشطة الأخرى (الإغفال أو تفويت التفاصيل، يكون العمل غير دقيق)»، وآخر واحد في القائمة هو: "غالبا ما يكون النسيان في الأنشطة اليومية (القيام بالأعمال المنزلية، والمكالمات العائدة، ودفع الفواتير، وحفظ المواعيد)" (DSM-5، ص 59).

ما هو ملحوظ حول هذه المعايير هو أنها مكتوبة بلغة غامضة، مما يعني أنها تترك مساحة كبيرة للتفسير والتقدير.

يشير إريك بارنز وجوزفين جونستون (2011) في تقرير خاص بمركز هاستينغز، بأن التشخيصات المتجذرة في التقييمات، هي دائماً ما تكون محملة بالقيمة.

في أثناء صياغة وتطبيق معايير تشخيصية وخطوط توجيهية، وأحكام قيمية وآراء شخصية حول ما هو طبيعي أو لا يحدد تصرفاتنا: "لا يتم كتابة الحدود الدقيقة بين، على سبيل المثال، القلق الصحي وغير الصحي أو العدوان الصحي وغير الصحي في الطبيعة، وهي مفصلية من قبل البشر الذين يعيشون ويعملون في أماكن وأزمنة معينة (Parens and

Johnston 2011,P4)

نظرا للتأثير المركزي للقيم الأخلاقية، يجب إيلاء عناية كبيرة فيما يتعلق بأفكارهم السائدة في الحكم التشخيصي حول ما هو مقبول وما هو طبيعي.

عند إجراء التشخيص، يتم تقييم الأداء العقلي والاجتماعي للفرد. يتطلب التشخيص الدقيق أن يقوم التشخيص بتفكير عميق عند الحكم على سلوكيات محددة وحالات ذهنية. يقوم التشخيص بتقييم ما إذا كان شخص ما يتحمل الأداء إلى علم النفس المرضي أو الشذوذ أو الاضطراب العقلي. علم النفس المرضي، والشذوذ، والاضطراب العقلي هي السمات التي تمثل خرائط التشخيص. وهذه المفاهيم الثلاثة لا ينبغي التفكير في مرادفات لها.

2-1-5 علم النفس المرضي:

من الناحية الاثنية، فإن مفهوم علم النفس المرضي متجذر في كلمة "شفقة"، والتي تنبع من الكلمة اليونانية القديمة "paschein"، وتشير إلى المعاناة. يشير علم النفس المرضي إلى تجربة الشدة التي تزعج أداء الفرد.

في تأملاتها الفلسفية حول موضوع الطب النفسي، تجسد راشيل كوبر (2005) هذا بقولها أنه من أجل تأهيل الحالة العقلية على أنها مرضية أو اضطرابية، فلا بد من توافر ثلاثة شروط متضمنة في:

➤ يجب على الفرد أن يواجه حالته العقلية كمؤشر على أمر سيئ.

➤ يجب أن تتألم (الحالة) من خلال ما تعيشه وأن تكون غير سعيدة.

➤ يجب أن تكون حالتها العقلية قابلة للعلاج. (Laroi 2012).

في المجموعة الأولى، تشكل تجربة العبء المفرط سببا لتشخيص المرض، وهو أمر غير موجود في الحالة الثانية. توضح كوبر هذا الأمر على أنه منخفض: "أقترح هنا التفكير في الأمراض بطريقة مماثلة للطريقة التي نفكر بها في الأعشاب الضارة". (Cooper 2005, p. 46)

ويشدد المعيار الثاني على أنه لا يمكن إجراء تشخيص سريري للمرض إلا إذا كان الشخص يعاني من سوء الحظ بسبب خصوصياته في أداء وظيفته. يعاني الناس إذا استطاعوا أن يتذكروا أو يتصوروا حياة لم تكن فيها بعض الجوانب غير المرغوبة من العمل غير موجودة. عندما يكون مثل هذا التطلع لصورة ذاتية مثالية تحررت من الحالة السلبية التي يشهد عليها حاليا غير موجودة، يجب على الأطباء عدم إعطاء أي تشخيص.

المعيار الثالث يضيف إلى القائمة هو أنه لا يمكن تشخيص المرض النفسي إلا إذا كانت الحالة التي يقاومها الشخص هي العلاج النفسي. هذه الخاصية، التي تفسرها كوبر بطريقة طبية للغاية، تمكننا من التمييز بين مشاكل الصحة العقلية والظروف الأخرى. بالنسبة للفحص، يمكن اعتبار الفقر أيضاً حالة مؤلمة يعانيها الناس.

3-1-5 ما هو بائوس؟

قدم ريكور (1992) ورقة بعنوان "المعاناة ليست هي الألم" -إن المعاناة ليست هي نفس الألم الذي يوفر إطارا حول كيفية التعبير عن المعاناة والضيق. كما أن تحليله لا يعتمد على التزاوج السريري، يمكن تطبيق تأملاته على المشاكل النفسية. (Vanheule and Devisch 2014).

على المستوى الإكلينيكي، يجب دراسة الفحوصات بعناية في كل حالة على حدة فيما يتعلق بما يعيشه المريض وطريقة تعبيره عن الضيق. ولذلك، يجب على أخصائي التشخيص قبل كل شيء أن يصفوا ويوثقوا على وجه الخصوص قدر المستطاع كيف يعبر الفرد عن خصوصية ما وصفه DSM-5 على أنه "ضائقة". يجب أن يكون لدى المحترفين الدقة في كيفية تعامل المريض التي تولد العزلة من الآخرين. وبالمثل، يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أن المعاناة غالباً ما يتم التعبير عنها من خلال المآزق: عدم القدرة على الكلام، واتخاذ الإجراءات، والحوار، والقيمة الذاتية.

عندما يناقش الأطباء مجال علم النفس المرضي، يتم توجيه تركيزهم في الغالب نحو العوامل التي تقوض الاتساق العقلي، أي الأخطاء التي تحدث في حياة المرضى. وتثير المناقشات الأخيرة بشأن الصحة العقلية والمرض العقلي اهتماماً متزايداً بالعوامل التي تشكل القوة والعوامل المؤلمة في عمل الأشخاص. (Manwell et al. 2015).

4-1-5 الاضطراب العقلي حسب DSM-5:

يعتبر التشخيص المعنون الطريقة التي يتعلق بها المرء بالنفس وبالآخرين، وبمسألة ما إذا كانت الشفقة تدخل في هذه التجربة. إذا بقي التركيز فقط على الشذوذ، على النقيض من ذلك، فإن المعايير الخارجية وآراء الآخرين تقف في المقدمة. من المميز أن الأفراد الذين يتسببون في العواقب فيما يتعلق بالآخرين، والأشخاص الذين ينحرف عملهم النفسي الاجتماعي بشدة عن المعدل، هم مرشحون لهذا التشخيص غير الطبيعي. هناك سؤال آخر يمكننا طرحه وهو ما هو موقف DSM في هذه المناقشة؟. في الصفحات التمهيدية من DSM-5 (ص 20) يمكن العثور على التعريف التالي للاضطراب العقلي:

"الاضطراب العقلي هو متلازمة تتميز باضطراب شديد المعنوية سريريا في إدراك الفرد، أو تنظيم العاطفة، أو السلوك الذي يعكس خللا في العمليات النفسية أو البيولوجية أو التطورية التي تؤدي وظيفته العقلية. وترتبط الاضطرابات العقلية بضائقة أو إعاقة كبيرة في الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من الأنشطة الهامة. إن الاستجابة المتوقعة أو المعتمدة من الناحية الثقافية للضغوط الفردية أو المشتركة، مثل وفاة أحد الأقرباء، ليست اضطرابا معنويا. السلوك المنحرف اجتماعيا (على سبيل المثال، السياسي أو الديني أو الجنسي) والصراعات التي تكون في المقام الأول بين الفرد والمجتمع ليست اضطرابات عقلية ما لم ينجم الانحراف أو الصراع عن اختلال وظيفي في الفرد، كما هو موضح أعلاه."

يشير هذا التعريف إلى أن الاضطرابات العقلية، تعد إشكالية مفاهيمية تعترف على أنها مجموعات نموذجية من الأعراض والعلامات التي يمكن ملاحظتها سريريا والتي تشكل كل متلازمات. من المفترض أن هذه المتلازمات تدل على وجود "خلل وظيفي كامن" في المجال النفسي أو البيولوجي أو النمائي.

ولذلك فكرة الخلل الوظيفي، مفهوم لا يشرحه الدليل التشخيصي DSM، تفترض وجود فكرة واضحة حول ما ينطوي عليه الأداء النفسي والبيولوجي أو التطوعي الفعال. يستند هذا المنطق على فرضية أن جهازنا العقلي يعمل على غرار مخطط بيولوجي وتصميم تصوري، لا يعمل بشكل كاف في حالة الاضطراب العقلي. تكمن المشكلة الرئيسية في أن العلماء لا يعرفون في الواقع كيف سيتم تنظيم النشاط العقلي "الوظيفي"، ونتيجة لذلك، فإن جميع تقييمات الخلل الوظيفي تعتمد على تقييم مفعم بالقيمة. ليكون الهدف منه الحفاظ على التفاعلات المؤلمة عن بعد.

يأخذ DSM تركيزاً أولياً على الصفات السلوكية، وبالتالي يفرض على أساليب السلوك والتجارب المتطرفة. في تحليلاته، يبني ويكفيلد بقوة على فكرة أنه على وجه الخصوص السلوكيات المتطرفة الإحصائية التي دخلت قوائم مراجعة الدليل التشخيصي والإحصائي DSM. قد يكون هذا صحيحاً جزئياً، لكن يمكن للمرء أن يرى أن المعايير تعكس تماما الأحكام الأخلاقية الصارخة على السلوكيات التي لا يتحملها الآخرون. معايير ADHD توضح هذا جيدا.

ومن المثير للاهتمام أيضاً أن ويكفيلد (2010) يشدد على البعد المشحون بالقيمة في التشخيص: فالأعراض متضمنة في النصوص، ولها معنى أخلاقي يتناغم مع السياق والفرد. على هذا النحو، يحذرننا من مقارنة معيارية للخلل الوظيفي الذي يبدأ فقط من آراء الآخرين، والمعلومات الإحصائية حول الأداء البشري، وبالتالي نطلب منا أن نأخذ بعين الاعتبار منظور الشخص التشخيصي في التقييمات التشخيصية. وعلى النقيض من ذلك، لا يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ضرورة البناء على التجربة الجزئية للفرد المشخص. ونتيجة لذلك، فإن الانحراف عن المتوسط الإحصائي، وآراء الآخرين فيما يتعلق بعدم قابلية سلوك شخص ما للفرد، تميل إلى أن تكون محورية لتقييم الخلل الوظيفي. (Wakefield. J, 2010, P343).

6/ العمل مع صيغ الحالة الاكلينيكية: اعتبارات منهجية

لا يقوم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بإحضار عمليات التكوين هذه والعلاقة الذاتية الانعكاسية لدى الأشخاص إلى أعراضهم، وبالتالي لا يقدم تقديراً صحيحاً لعلم النفس المرضي. ينطلق الـ DSM-5 من فكرة أن الاضطرابات النفسية مبنية على أساس بيولوجي. يتناقض هذا المبحث إلى حد كبير على اعتبار أنه يشير إلى التفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية، وهو ما يعني أنه وفقاً لتطورات البيولوجية الخاصة، فإن صلاحية الدليل التشخيصي الـ DSM-5 تترك الكثير مما هو مرغوب. (Berrios, 2009)

ومع ذلك، لا يوجد بديل بسيط للـ DSM قصد التحول إلى نظام تصنيف مختلف، بما لا يمكن من وضع حلول قطعية لمشاكل تتبع إجراءات هذا النوع من التشخيص. وفقاً لأفكارنا المتعلقة بالتأقلم حول الأعراض النفسية، يجب ألا يركز التشخيص في المقام الأول على اكتشاف الاضطرابات، ولكن على توضيح دور ووظيفة الأعراض داخل شخص ما، على أن يكون التشخيص في مجال الصحة العقلية موجهاً وظيفياً بدلاً من التركيز على الفوضى.

6-1 التشخيص الموجه وظيفياً:

من أجل تقديم تشخيص وظيفي، يمكن الإشارة إلى مضامين أفكار فرويد، الذي يبرز في عمله تحول دقيق لكنه هام في استخدام مفهوم "التشخيص". حيث يستخدم مصطلح "تشخيص" في البداية في المعنى الطبي الكلاسيكي للإشارة إلى مجموعة من أعراض المرض التي تشكل مجتمعة كيان مرض مثل الهستيريا. وعلى هذا الأساس، وكنيجة لتطور الأبحاث والدراسات، تكوّن محتوى صياغة الحالة من مواد من الاجتماعات السريرية، مثل مواد المحادثة من الجلسات، أو الملاحظات التي يتم جمعها في وحدة المستشفى، أو بيانات من الاختبار النفسي.

في صياغة الحالة، يناقش أحد متخصصي هذه المادة بهدف التعبير عن كيفية تنظيم المشاكل. النظرية ضرورية لبناء مثل هذه الحالة، مما يدل على أن النظريات المختلفة على الأرجح تؤدي إلى أنواع مختلفة من التفسير. مميّزاً، عند التفكير في أعراض معينة، سيركز المعالج السلوكي على عمليات التعلم، المحلل النفسي على حالة اللاوعي، ومعالج الأسرة على ديناميات العلاقة. تستخدم النظرية في هذا السياق لقراءة المادة وفهم شيء من تعقيدها. يجب أن تعمل النظرية كبوصلة، ولكن من غير المجدي أن تصبح المفاهيم قيوداً يجب على المريض وضعها.

يضطلع الطبيب التشخيصي بمهمة وصف هذا الأمر بدقة شديدة. بشكل ملموس هذا يؤدي إلى صياغة الحالة أو بناء الحالة. يتدفق تشخيص قائمة التحقق المستندة إلى اضطراب في عملية إعطاء التسمية الخاصة به. ويولد التشخيص الموجه وظيفياً سرداً منظماً ليعبر عن كيفية تنظيم عمل الشخص واختلال وظيفته.

من خلال التركيز بشدة على وصف استباقي، والذي يسمح للنهج الموجه وظيفياً بتجميع المعلومات حول الأعراض على مستوى المجموعة، كما يمكن من إجراء تخطيط من أسفل إلى أعلى لكيفية ترابط الأعراض. تماشياً مع ورد من خلال أبحاث (Borsboom et al. 2011) (Borsboom) (Borsboom and Cramer 2013) (و Wigman et al. 2013).

إن أنماط تجميع الأعراض تقدم صورة أكثر وضوحاً عن أشكال علم النفس المرضي عما يمكن أن تقدمه الـ DSM. بما أن النهج الموجه وظيفياً يركز بشكل كبير على الأعراض، فمن المؤكد جداً أن تركز أبحاث علم النفس المرضي في المستقبل على تحديد وتمييز أنواع الأعراض النفسية، وعلى دراسة الطريقة التي تتغير بها الأعراض بمرور الوقت ومن خلال التدخلات.

2-6 صياغة الحالة في المجال التشخيصي:

منذ الأيام الأولى للعلاج النفسي، تم استخدام إنشاءات حالة لفهم كيفية تنظيم مشكلات الشخص، يمكن اعتبار فرويد الشخص الذي طور أول تركيبات الحالة النفسية، جنبا إلى جنب مع فرويد وبروير (1895). في غضون ذلك، تغيرت الكثير من المؤشرات. على سبيل المثال، انطلاقا من عدم الرضا عن المقاربة التصنيفية البحتة للمشاكل النفسية في مجال الطب النفسي، ابتكر المعالجون السلوكيون منهجية التحليل السلوكي. وفي أعقاب كارل روجرز، بدأ المعالجون النفسيون الموجهون نحو العميل بالعمل مع تركيبات الحالة، على أساس دراسة موجزة للتعريفات التي يستخدمها المؤلفون ذوو الخلفيات النظرية المختلفة، في هذا الصدد، تذكر ستورمي (Sturme) أن صياغة الحالة لها عادة الخصائص الأربعة التالية:

- 1- يناقش الجوانب الأساسية للحالة، أي أنه لا يدرج التفاصيل التي لا نهاية لها حول المريض ومحتوى الجلسات.
 - 2- دمج المعلومات حول الحالة في سياق فكرة متماسكة حول طبيعة المشاكل التي يعاني منها المريض.
 - 3- دائمة ما تكون تركيبات الحالة مؤقتة وتعكس ما يعرفه الطبيب حتى ذلك الحين. بعبارة أخرى، قد تضمن المعلومات الإضافية دائما إمكانية مراجعة رأيها في قضية ما.
 - 4- تهدف صياغة الحالة إلى إعطاء التوجيه للعلاج. (Sturme, 2009, P8)
- صياغات الحالة تعبر عن بنية معقولة، لكن التفسير لا يكتمل أبداً. إن المعرفة التي نبنها مع مرور الوقت غير مؤكدة ولا يمكن تعميمها ببساطة على حالات أخرى.
- بالإضافة إلى ذلك، لا يوجد ما يضمن أن أي نوبات لاحقة مع نفس المريض ستترتب مرة أخرى بغياب أحد الأقرباء. كما أن بناء الحالة عادة ما يتم بناءه على أساس المادة التي يتم جمعها في فترة زمنية محدودة. ومن ثمة فهي ليست ملاحظات طولية تعكس المسار الفعلي الذي تطورت من خلاله الأعراض، ولكن المعلومات التي تعبر على الأكثر عن العلاقات المنطقية بين جوانب معينة من عمل شخص ما. ليمثل هذا السبب الغير مبرر لاستخلاص النتائج السببية في حالة البناء، وتبعاً لهذا يجب أن تكون إنشاءات الحالة الاكلينيكية أكثر من مجرد مواقف نفسية، ودمج المعلومات حول الأعراض في إطار زمني يميز تكوينه بالإضافة إلى التطور عبر الزمن.
- هذه الخصائص تشير إلى أن صياغة الحالة هي افتراض منطقي. يبدأ التشخيص من خلال الإصغاء والملاحظة -وفي بعض الأحيان يتم استكمال بنتائج الاختبار، ويجلب المعلومات المجمعة إلى الحوار مع الأفكار النظرية وبيانات الأبحاث حول الآليات والهياكل النفسية. في هذا التفاعل بين المادة الاكلينيكية والمعرفة النظرية. (Stijn Vanheule, 2017, P182)

يقوم اختصاصي التشخيص، بالاستفادة من التفكير الاستقرائي، ببناء فرضية منطقية مقبولة حول كيفية تنظيم مشاكل الفرد. يتكون العمل في صياغة الحالة من جدلية متواصلة بين جمع البيانات السريرية والقراءة النظرية عن المادة التي تم جمعها. بحيث ينشئ أخصائي التشخيص تفسيراً ذا صلة ومعرفة لأداء الفرد اليومي، دون افتراض أنه يمكنه تقديم تفسير صحيح تماماً.

بالنظر إلى الطبيعة المؤقتة لصياغة الحالة، فمن الممكن أن يشرح اثنان من أخصائيي التشخيص سير عمل المريض بطرق مختلفة، خاصة عندما يستخدمون أطراً نظرية مختلفة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تكون كلتا الإنشاءات وثيقة الصلة وتوضح إطاراً معقولاً حول المشكلات التي يصارعها شخص ما. من أجل تحديد الصيغة الأفضل، يحتاج المرء إلى اتخاذ موقف براغماتي، تعتمد قيمة صيغة الحالة على مدى تمكين الطبيب من الاستجابة بشكل مناسب.

3-6 البحث النوعي كإطار منهجي:

من خلال تركيزه القوي على الدراسة الشاذة للمنطق الذاتي في عمل المريض، فإن هذا النوع من التشخيص هو في حد ذاته يمثل طريقة ضعيفة، أي أنها تتأثر بشدة بأسلوب التشخيص، وأخطاء التفكير أو المفاهيم المسبقة في عملها. وهو ما يستوجب القيام بعملية الربط للتشخيص الوظيفي عن طريق صياغة الحالة، سعياً لتنظيم هذا الشكل من التشخيص الاكلينيكي. تستلزم صياغة الحالة الجيدة الموجهة نحو الوظيفة طريقة لمراقبة الجودة تساعد أخصائي التشخيص على تحسين صحة وموثوقية اتخاذهم للقرار.

لا يمكن اعتبار صياغة الحالة الاكلينيكية مجرد شكل من أشكال البحث النوعي. يهدف من خلاله الاستقصاء الاكلينيكي إلى صياغة توصيف جيد وقابل للاستعمال للمشاكل ونقاط القوة في عمل شخص ما، وغالباً ما يتم بناؤه أثناء العمل مع فرد: من خلال الاجتماعات الاكلينيكية (المناقشات والملاحظات والاختبار) يتم جمع المواد، وبينما تفعل ذلك يتم بناء الأفكار المتعلقة بتنظيمات الشخص من خلال عمله اليومي. ويكون الوقت المستغرق في بناء صيغة الحالة أقل بكثير من الوقت المستغرق في الاتصال الاكلينيكي الفعلي. من ناحية أخرى، فللبحوث النوعية تركيزاً أكثر تعميماً وتهدف إلى بناء المعرفة الخاضعة للمراقبة والتي تحمل إلى أبعد من الوضع الشخصي للمشاركين. من أجل تحقيق هذا النوع من المعرفة، يعمل المرء مع أشكال تحليل بيانات مكثفة للوقت، والتي تستغرق وقتاً أطول بكثير من جمع البيانات.

يأمل الباحث هيجت وزملائه في بناء المعرفة لمساعدة الآخرين على فهم كيفية تنظيم جانب من جوانب الواقع. يوجد مثال على مثل هذه الدراسة النوعية في أعمال نيكول هيجيت وزملائه (Highet & al, 2014). وبالتعاون مع الزملاء، فحص كيفية أن الاكتئاب التالي للولادة وقلق ما بعد الولادة متضمنان في عالم النساء اللاتي يكافحن مثل هذه التجارب. على أساس 28 مقابلة، تبين أن تجارب الخسارة والإحباط تبدو على أساس هذه الأشكال من القلق والاكتئاب. وتشير إلى دور التغيرات المرتبطة بالحمل (مثل تغيير شكل جسم الشخص) وخيبات الأمل التي تسير جنباً إلى جنب مع الحمل والأمومة (مثل المضاعفات مع الولادة أو النزاعات حول الأبوة والأمومة مع الشريك). ومع ذلك، فإن نقاط القواسم المشتركة بين مختلف الباحثين النوعيين لم تؤد إلى تطوير طريقة نوعية مقبولة بشكل عام، ولكن إلى مجموعة متنوعة من الأساليب التي تعمل بجانب بعضها البعض. تتعايش عدة طرق للاستقصاء النوعي وغالباً ما يكون لها أهداف مختلفة (Madill and Gough 2008, P179).

4-6 ضمان الجودة في صياغة الحالة التشخيصية:

إحدى الأفكار التي يبدو أنه تم التوصل إلى توافق في الآراء بشأنها هي أن البحث النوعي يكون صلباً فقط إذا اجتاز الاختبار النقدي لمعايير الجودة المنهجية. حيث شهدت السنوات القليلة الماضية نشر دراسات عامة حول العوامل التي يجب أخذها في الاعتبار عند مراقبة جودة البحث النوعي. والفكرة الأساسية هي أن سلامة البحث العلمي لا تعتمد إلى حد كبير على نوع البيانات التي تجمعها -الكمية أو النوعية- ولكن على المنهجية المستخدمة. تشير الأبحاث السليمة من الناحية العلمية إلى أن المصادر التي قد تشوه عملية اتخاذ القرار مستبعدة قدر الإمكان، أو يتم التحكم فيها باستخدام الانعكاس المنهجي. لتندرج هذه المقاربة على ثلاث نقاط اهتمام رئيسية تسعى لمراقبة جودة البحث النوعي في صور: الانعكاسية والموثوقية والصلاحية.

تعد الانعكاسية أمراً محورياً لضمان الجودة الجيدة، وتشير إلى الحاجة إلى موقف نقدي شامل. أما تتعلق الموثوقية بأهمية العمل المنهجي واستبعاد المصادر المحتملة للتشويه. في حين تركز الصلاحية على الجهود المبذولة لضمان صحة النتائج.

فممارسة التشخيص الكلينيكي، يستدعي إيلاء المزيد من الاهتمام لسلامة ودقة العمليات التي نستخلص من خلالها استنتاجات بشأن حالة الصحة العقلية للأشخاص، لتكون البيانات التشخيصية ذات آثار بعيدة المدى، متمحورة حول (ما هي التدخلات التي يتم أو لا يتم اتخاذها؟ وما هي الخصائص التي تنسب إلى الشخص؟)، ولذلك يجب أن يكون لها أساس جيد ومبني بعناية.

خاتمة

لقد كانت ولا تزال عملية تشخيص الاضطرابات النفسية موضع تناول من قبل العديد من الباحثين، وبالرغم من تواجد صيغ متعددة للتصنيفات التي شملت معايير أغلب الاضطرابات وتوافقاتها مع الأطر النظرية، وخاصة جوانب ما تضمنه الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة، إلا أن التحولات النوعية التي شهدتها هذا الدليل جعلت الكثير من المهتمين في موقف نقدي، يدعوا إلى ضرورة البحث في موثوقيته بالنظر إلى أن الممارسات الداعمة لنهج الدليل التشخيصي للأعراض العقلية محدودة، ولا يعزز الدليل فرص اتخاذ القرارات الصحيحة والدقيقة، والتي بإمكانها أن تأخذ بعين الاعتبار تقييمه من خلال الممارسات الكلينيكية المتضمنة في علم النفس المرضي، وهذا باتباع نهج بحثي علمي يستند إلى إنشاءات بناء الحالة وصياغتها لضمان الوصول إلى المهنية الخاصة بالصحة العقلية، بما تمكن من فهم أعمق للتشخيص الدقيق لمشكلات الأفراد من جهة، ولا تتأثر بالذاتية والعوامل الدخيلة التي من شأنها أن تحول دون معرفة دقيقة بتشخيص الاضطرابات النفسية، ومن ثمة اتخاذ الاجراءات مناسبة تجاهها.

مراجع

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.(2018):<https://www.psychiatry.org/>
- BERRIOS. G. E.. & MARKOVÁ. I. S. (2006): Symptoms : Historical perspective and effect on diagnosis. In M. Blumenfield & J. J. Strain (Eds.). *psychosomatic medicine* (pp. 27–38). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- BOSCHLOO. L. VAN BORKULO. C. D.. RHEMTULLA. M.. KEYES, BORSBOOM. D. & SCHOEVERS. R. A. (2015): *The network structure of symptoms of the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. PLOS ONE.
- COOPER. R. (2005): *Classifying madness – A philosophical examination of the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Dordrecht: Springer.
- DECKER. H. (2013): *The making of DSM-III*. New York: Oxford University Press.
- FREEDMAN. R.. LEWIS. D. A.. MICHELS. R.. et AL. (2013): The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns. *American Journal of Psychiatry*. 170. 1–5.
- HIGHET. N.. STEVENSON. A. L. PURTELL. & COO. S. (2014): *Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety*. Women and Birth. 27. 179–184.
- JESTE.V.; JEFFREY A. LIEBERMAN. . David FASSLER. & AL (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition DSM-5. American Psychiatric Association. Washington. DC-London. England New School Library.
- KVAALE. E. P.. & HASLAM. N. (2016): Motivational orientations and psychiatric stigma: Social motives influence how causal explanations relate to stigmatizing attitudes. *Personality and Individual Differences*. 89. 111–116.

- LAROI. F. (2012): How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in non-patients? *Frontiers in human neuroscience*. 6. 25.
- MADILL. A.. & GOUGH. B. (2008): Qualitative research and its place in psychological science. *Psychological Methods*. 13. 254–271.
- MAJ. M. (2012): Validity and clinical utility of the current operational characterization of major depression. *International Review of Psychiatry*. 24. 530–537.
- MANWELL. L. A. et AL. (2015): *What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey*.
- PARENS. E.. & JOHNSTON. J. (2011): *Troubled children: Diagnosing, treating and attending to context: A hastings center special report*. Hastings Center Report. 41(2). 1–32.
- PIGEAUD. J. (2001): *Aux portes de la psychiatrie. Pinel. l'ancien et le moderne*. Paris:Aubier.
- Psychiatrists/practice/dsm/feedback-and-questions/frequently-asked-questions (07/10/2018).
- REGIER. D. A.. NARROW. W. E.. CLARKE. D. E.. et AL. (2013): DSM-5 field trials in the United States and Canada. part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*. 170. 59–70.
- STIJN VANHEULE (2017): *Psychiatric Diagnosis Revisited*. Ghent University. Ghent. Belgium. Library of Congress.
- STRAND. M. (2011): Where do classifications come from? The DSM-III. the transformation of American psychiatry. and the problem of origins in the sociology of knowledge. *Theory and Society*. 40. 273–313.
- STURMEY. P. (2009): *Case formulation: A review and overview of this volume*. In P. SturmeY (Ed.). *Clinical case formulation: Varieties of approaches* (pp. 3–32). Oxford: Wiley-Blackwell.
- VANHEULE. S.. & DEVISCH. I. (2014): Mental suffering and the DSM-5: A critical review. *The Journal of Evaluation of Clinical Practice*. 20. 975–980.
- WAKEFIELD. J. C. (2010) :Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*. 19. 337–351.
- WHITEFORD. H. A.. DEGENHARDT. L.. Rehm. J.. et AL. (2013). *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. The Lancet. 382. 1575–1586.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization.

السواء واللاسواء في علم النفس المرضي والمعايير الأساسية في تحديدهما

د. بوزيرية سناء

bouzpsy@gmail.com

جامعة باجي مختار، عَنابة

طالبة دكتوراه. لكحل وهيبة

gharbilekhel@gmail.com

جامعة باجي مختار، عَنابة

Résumé: le sujet de la psychologie pathologique est le phénomène de la maladie, ou l'air, et entre les deux et Llaw, de nombreux scientifiques ont essayé de se tenir à leurs limites et à leurs dimensions, ainsi que des critères différents qui déterminent la nature des deux patients.

Nous essayons d'expliquer les concepts de langage, puis de terminologie, tant du point de vue des psychologues et des psychiatres que du point de vue des sociologues, tout en introduisant le concept de ceux-ci dans un groupe de scientifiques tels que "Freud", "Eric Fromm" et "Abraham Ma Salo". Nous abordons ensuite les concepts de langage linguistique et de terminologie, ainsi que du point de vue des psychologues et de la sociologie, en indiquant certains de ses indicateurs, puis nous passons aux attributs spécifiques du comportement des comportements normaux et non linéaires et du diagnostic clinique des deux concepts.

Afin de faciliter l'identification d'un caractère normal et d'un caractère non violent, nous devons clarifier les normes de comportement normal et négatif (auto, social, statistique, idéal, psychologique), ainsi que les critiques à l'encontre de chaque critère.

Nous pouvons dire que les principaux défis auxquels sont confrontés ceux qui travaillent dans le domaine des maladies mentales sont la définition du comportement normal ou satisfaisant, car toutes les définitions se caractérisent par le manque de cohérence, et toutes les situations ou manifestations dans lesquelles ce concept est mis en évidence s'expliquent facilement parce que les scientifiques considèrent le concept sous des angles particuliers. Du point de vue de chacun, non seulement la tâche est difficile, mais des facteurs culturels et idéologiques rendent encore plus difficile la différence entre les limites de la maladie.

Mots-clés : autisme, normes, pathologie

ملخص: إن موضوع علم النفس المرضي هو الظاهرة المرضية، أو اللاسواء، وبين السواء واللاسواء حاول العديد من العلماء الوقوف عند حدودهما وأبعادهما، واختلفت المعايير التي تحدد ماهية السواء والمرضي.

سنحاول في هذه المداخلة توضيح مفهوم السواء لغة، ثم اصطلاحا، وذلك حسب وجهة نظر علماء النفس والطب النفسي وكذا من وجهة نظر علماء الاجتماع، معرجين أثناء ذلك على مفهوم السواء عند مجموعة من العلماء أمثال "فرويد" و"إريك فروم" و"أبراهام ما سلو". ثم ننتقل إلى مفهوم اللاسواء لغة واصطلاحا، كذلك من وجهة نظر علماء النفس والاجتماع، مشيرين إلى بعض مؤشراتنا، ثم ننتقل إلى الصفات المحددة للسلوك السوي واللاسوي، والتشخيص العيادي للمفهومين.

وبعدها ننتقل إلى الأبعاد التي تؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد السواء واللاسواء، ولكي يسهل علينا التعرف على الشخصية السوية واللاسوية لابد لنا من توضيح معايير السلوك السوي واللاسوي (الذاتي، الاجتماعي، الإحصائي، المثالي، النفسي)، إضافة إلى الانتقادات الموجهة لكل معيار.

ويمكننا القول أن التحديات الرئيسية التي تواجه الذين يعملون في مجال الأمراض النفسية هو تعريف السلوك السوي أو المرضي، لأن كل التعاريف تتسم بكونها لا تصمد كتعريف ثابت متسق، ويفسر بسهولة كل المواقف أو المظاهر التي يبرز فيها هذا المفهوم، لأن العلماء يُنظرون للمفهوم من زوايا خاصة ومن وجهات نظر فردية، وليس هذا فحسب ما يصعب المهمة بل أن العوامل الثقافية والإيديولوجية تصعب بصورة أكبر حدود السواء والمرضي، فقد تعددت المحكات واختلفت المعايير التي تحدد ماهية كلا منهما.

كلمات مفتاحية: السواء، اللاسواء، معايير، علم النفس المرضي

مقدمة

إنّ موضوع علم النفس المرضي هو الظاهرة المرضية ، وبين السواء و اللاسواء حاول العديد من العلماء أن يقفوا عند حدودهما و أبعادهما، لأن استخدام هذين المصطلحين يُحاطان بكثير من الصعوبات، حيث أن التحديات الرئيسية التي تواجه الذين يعملون في مجال الأمراض النفسية هو تعريف وتشخيص السلوك السوي أو المرضي، فكل التعاريف تتسم بكونها لا تتسم بتعريف ثابت ومتسق يفسر بسهولة كل المواقف أو المظاهر التي يبرز فيها هذا المفهوم.

فالعلماء يُنظرون إلى المفهوم من زوايا خاصة، ومن وجهات نظر فردية، وليس هذا فحسب ما يعقد المهمة بل أن العوامل الثقافية والإيديولوجية تصعب بصورة أكبر حدود السواء والمرض فقد تعددت المحكات و اختلفت المعايير التي تحدد ماهية السواء والمرض، وكذلك هو الحال في تشخيص السواء واللاسواء وخاصة عند الطفل، وذلك راجع إلى خصوصية مراحل النمو السريعة في الطفولة وعدم اكتمال بنية الشخصية واستقرارها، مما يجعل الأمر دقيقا وحساسا، وذلك سعيا للتدخل المبكر من طرف العاملين في الميدان للوصول إلى العلاج المناسب لكل حالة.

إشكالية

لقد شغلت صحة النفس البشرية وسقمها حيزا واسعا من اهتمام الباحثين والمفكرين عبر حضارات متعاقبة من الزمن، بعدما كان ينظر للمريض النفسي على أنه ساحرا وخرافيا ومهمشا اجتماعيا، مألّه المناسب هو الحرق والموت، ليأخذ الجدل مجراه في التفريق بين المرض العقلي والمرض النفسي، ومحاولة تفكيك الشفرات الدقيقة القائمة بينهما.

فلطالما عانى علم النفس بين جدلية ما هو نفسي وما و عقلي، وبين الوعي واللاوعي، ليشق طريقا صعبا للانشقاق عن باقي العلوم الأخرى، حتى يصبح علما قائما بحد ذاته ليخرج من الجدلية في الخلط بين المفاهيم وحدود دراساته وتدخلاته في تشخيص وتفسير مختلف الظواهر والأمراض التي تعترق المجتمع، ليصبح ما يسمى بعلم النفس المرضي المجال الخاص بالصحة النفسية، والقائم على مجمل تداعياتها ومشاكلها.

وأصبح للمريض حيزه الخاص من الاهتمام والعناية، بدءا به عند العرب في العصر العباسي أين أسست له مستشفيات طبية خاصة به في بغداد، كانت تضاهي أحدث طرق العلاج المعروفة آنذاك كالعلاج بالموسيقى والمؤانسة والعلاج الأسري، لأن العلماء عندها كانوا لا يفصلون بين النفس والجسد، في حين أخذ الغرب شوطا كبيرا في الفصل القاطع بين العقل والجنون كأحد مظاهر الانحراف والتخلف والأمراض الروحانية.

وعليه فإن التحديات الرئيسية التي تواجه العاملين في مجال الأمراض النفسية هو تحديد السلوك السوي والمرض، وضبط كافة الأعراض والسمات الخاصة بكل سلوك على حدى، وكيفية التشخيص والتفسير والعلاج، لأن جدلية الاختلاف التي تضفي طابع النسبية على المفهومين انطلاقا من اختلاف المواقف والخبرات التشخيصية، وزوايا النظر الذاتية للباحثين في مجال علم النفس المرضي، وتبعاً لذلك لتنوع معايير تحديد السواء واللاسواء، وعليه يقع على عاتقنا الخوض في هذا الإشكال انطلاقا من الإجابة على التساؤلات التالية :

- ما هو السواء واللاسواء حسب وجهات نظر الباحثين؟
- ما هي الصفات المحددة للسلوك السوي واللاسوي؟
- ما هو التشخيص العيادي للسواء واللاسواء؟
- ما هي الأبعاد التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند تحديد السلوك السوي واللاسوي؟
- ما هي المعايير المعتمدة في تحديد السلوك السوي واللاسوي؟

أولاً- مفهوم السواء واللاسواء :

تزداد أهمية مسألة السواء واللاسواء منذ البدايات الأولى لعلم النفس والطب العقلي، إلا أنها لم تحسم بعد وقد انصب اهتمام العديد من الباحثين حول هذه الجدلية نذكر منهم: S.Freud, A. Freud, Klein, Jung, Minkowski, ... ويشير تقرير اللجنة الرئيسية الأمريكية للصحة النفسية (1978) إلى تأكيد ضرورة توضيح المقصود بالسواء خلال جميع أطوار الحياة. ولا زال منذ ذلك الحين الأمر غير محسوم، ويحتاج إلى الكثير من العمل لاستقصاء وتحديد معنى السلوك السوي، وفيما يلي سنحاول تحديد بعض المفاهيم التي حاولت وضع تعريف لكل من السواء واللاسواء :

1- مفهوم السواء:

أ- لغويًا: تستخدم مصطلحات "السواء والسوي" في اللغة العربية مقابل "Normality and Normal" بالإنجليزية وتأتي هذه الأخيرة من الكلمة "Norma" وهي عبارة عن أداة مربعة لقياس الزوايا القائمة تستخدم للنجارة، وتعني لغويًا: متماش مع، أو مكون لمعيار مقبول، أو نموذج أو نمط، وبالتالي الحالة أو الدرجة أو الكمية العادية.

وهو ما يختلف عنه المعنى في اللغة العربية، فلقد ورد في قاموس لسان العرب المحيط، سواء الشيء مثله، أي مساو له، وسواسية. وسواء الشيء وسطه لاستواء المسافة إليه من الطرفين. المكان السواء هو المتوسط بين مكانين. والسواء هو الاستقامة. (مصطفى حجازي، 2004، ص 60).

ب- اصطلاحًا:

- يرى كل من موسى Moss وهانت Hunt أننا ننظر إلى الناس ونلاحظ تصرفاتهم فنحكم عليها على أنها سوية، إذا كانت تنسجم مع أفكارنا وأرائنا الذاتية.

- ويرى كولمان Coleman أن السواء يكون في السلوك الذي يوفر النمو ويحقق إمكانيات الفرد والجماعة. (سامي محمد ملحم، 2015، ص 57).

- ويشير السواء إلى حالة التكامل الوظيفي والقدرة على توافق الفرد مع نفسه وبيئته والشعور بالسعادة.

- وقد وضع الباحثون عددا من الصفات اعتبروها محددة للسلوك السوي وتمثل في: القدرة العامة على المواءمة والتكيف، القدرة على الإشباع الذاتي، الكفاءة في القيام بالأدوار الاجتماعية، القدرة الذهنية وضبط الانفعالات والدوافع، الاتجاهات الإيجابية نحو الذات والمجتمع، الاستقلالية والتكامل. وهو ما يمكن تلخيصه فيما يلي:

- الكفاءة: الشخص السوي متسامح مع أخطائه الشخصية دون المساس بتكامل شخصيته، ويتقبل الإحباط وقادر على الابتكار في حياته.
- الفعالية: فالشخص السوي قادر على الابتكار وله أهداف محددة.
- الملائمة: تصرفات الشخص السوي ملائمة لإدراكاته ومتناسبة مع الواقع، وقادر على التحكم في التقلبات الوجدانية .
- المرونة: وتشير لقدرة الشخص السوي على التوافق مع مختلف المواقف الحياتية، مع القدرة العالية على التصرف باتساق دون تصلب أو جمود.
- القدرة على التواصل الاجتماعي: وتتميز العلاقات الاجتماعية للشخص السوي بالاقتراب والاستقلال في الوقت ذاته، وتكون لديه علاقات شخصية واجتماعية فعالة.
- تقدير الذات: يتصف الشخص السوي بتقدير إيجابي للذات دون إفراط أو تفريط، ووجود إحساس مميز للهوية الذاتية. (<http://www.dspace.univ-setif2.dz>..)

-ويرى "فرويد" أن الشخص السوي هو القادر على الحب والعمل، وتجدر الإشارة إلى أن "الحب" من وجهة نظره يشمل مدى واسعا من الأفعال يمتد من حب الأشياء والأشخاص والموضوعات والأفكار والوطن إلى الجنس والتناسل.

- أما "رايش" فيرى أن الشخص السوي هو القادر على أن يخبر المتعة الجنسية الكاملة، فالقدرة على الوصول إلى الذروة الجنسية هي أكبر علامة على صحة الشخصية.

- في حين يرى "سوليفان" أن الشخصية السوية هي تلك الشخصية ذات العلاقات الجوارية الواقعية أو غير الإبدالية أي التي تتأثر في علاقتها الحالية بالخبرات السابقة مع أناس سابقين والتي تتعامل مع الناس كما هم الآن.

- ويرى من جهته "أبراهام ماسلو" أن السواء هو تحقيق الذات ومنه فالفرق بين السوي والمرضي في هذا المجال هو فرق كمي في الدرجة وليس كئيفيا في النوع، فالسواء لا يسير وفقا لمبدأ الكل أو لا شيء. <http://www.acofps.com>

26/08/2018 à 21:15.

2- مفهوم اللاسواء

أ- لغة:

في اللغة العربية يقابل اللاسواء كلمة الشذوذ والتي أتت من الفعل شَذَّ، شذوذا أي انفرد عن الجمهور ونذر بهم، ويُقال خالف القياس وشذ عن الأصول أي خالفها، ويقول النحاة (أصحاب النحو) شَذَّ من القاعة أي خرج منها، ويقابل مصطلح اللاسواء في اللغة الفرنسية كلمة (Anormale) والتي تتكون من السابقة (A) والكلمة (normale) والتي تعني السواء والعادي، ويقصد بها مجتمعة الاختلاف عن العادي والمتوقع. ويكون هذا الاختلاف في الغالب غير مرغوبا فيه، والملاحظ أن المعنى اللغوي لمصطلح اللاسواء أو الشذوذ لا يحمل المضامين السلبية التي نلحقها سواء كان ذلك على المستوى المتخصص أو غير المتخصص

ب-اصطلاحا:

- اللاسوي من الوجهة النفسية: ويقصد به انحراف عما يُعد سويا، أو المختلف عن العادي وعن القاعدة العامة، فالشاذ يرادف المرض وغير المتوافق.

-أما في الإحصاء فيشير المصطلح إلى الدرجات الخارجية عن النطاق السوي أو المدى المتوقع للدرجات، والمستبعد عن فئة المتوسط في التوزيع.

-اللاسوي من الوجهة الاجتماعية: هو الخروج عن القواعد المرسومة اجتماعيا من قبل فرد أو مجموعة أفراد ينتمون لنفس الجماعة، ويسلكون غير سلوك الجماعة. <http://www.acofps.com>.

-ومن المحددات التي وضعها العلماء لتحديد السلوك اللاسوي نذكر ما يلي:

- الانحراف عن المعايير الطبيعية الإحصائية: فالسلوك اللاسوي يكون منحرفا عن المعيار الطبيعي.
- الانحراف عن القيم والاعتبارات الاجتماعية الطبيعية: فالسلوك المنحرف هو الذي يسير بعيدا عن قيم وأعراف المجتمع، ولكن السلوك الذي يعتبر طبيعيا في مجتمع يعتبر غير طبيعي في مجتمع آخر.
- سوء تكيف السلوك: السلوك غير سوي هو الذي له تأثيرات عكسية على الفرد والمجتمع، أي سوء التكيف.
- اضطراب الشخصية: ويعرف هذا المحدد اللاسواء استنادا إلى المشاعر الموضوعية للفرد في حالة التوتر بدلا من سلوك الفرد، فمعظم الأشخاص يشخصون بكونهم مرضى عقليا عندما يشعرون بالبوؤس والقلق والكآبة...وفي بعض الأحيان يكون التوتر العلامة الوحيدة على الشذوذ.

ولا يوجد واحد من التعريفات يصف بصورة كاملة اللاسواء أو السلوك الشاذ، وفي معظم الحالات يؤخذ بعين الاعتبار في تشخيصه جميع المعايير الأربعة. (حسين فالح حسين، 2013، ص16).

ثانيا-التشخيص العيادي للسواء واللاسواء

يعد التشخيص مسألة إجرائية ضرورية، خصوصا حين نكون بصدد صحة الطفل النفسية، وتشخيص حالة السواء واللاسواء، أو على مستوى سلوكه أو على مستوى شخصيته بأكملها، وهو من الضروريات التي تملها واجبات الرعاية والتدخل المبكر، وتحديد نوعه ومقداره وتوقيته، للوصول إلى الوقاية والعلاج. وعلى الرغم من تعدد النماذج على هذا الصعيد، إلا أننا سنقتصر على اثنين منهما يمكن أن يمثل ما عداهما وهما:

1-النموذج السلوكي:

قدمت لنا نظرية سكينر في الاشتراط الإجرائي أربعة معايير عملية وسهلة التطبيق في تحديد السواء واللاسواء في سلوك الطفل، ومن المعروف أن هذه المدرسة لا تهتم بغير السلوك القابل للملاحظة والقياس في سوائه ولاسوائه، باعتبار أن السلوك متعلما بتأثير من المحيط، والأمر هنا هو بالتدخل لتعزيز السلوك السوي، أو لتعديل السلوك غير السوي، ويتعين الحكم على السلوك غير المرغوب دخلا لإطفائه وتعلم سلوكات بديلة مكانه، من خلال

مؤشرات تجريبية قابلة للملاحظة والقياس: تكرار السلوك، شدته، مدته، وتلاؤمه مع الموقف، وكلما تكرر حدوث هذه المؤشرات كان السلوك أكثر اضطراباً وأشد حاجة للتدخل.

أ- تكرار السلوك: إذا تكرر السلوك بشكل واضح، وبارتفاع مقارنة بالحالات العادية، نكون إزاء حالة اللاسواء، وفي المقابل فإن غياب الاستجابات المألوفة لبعض المثيرات تشكل مؤشراً لسلوك لا سوي أيضاً.

ب- مدة استمرار السلوك: لا يكفي تكرار السلوك للحكم على لا سوائه، بل لابد من قياس وملاحظة مدة استمراره.

ج- شدة السلوك: يضاف إلى ما سبق مؤشر شدة الاستجابة أو ردة الفعل على مثير معين، في الحالات السوية تتناسب الاستجابة مع المثير بشكل عام، على أن تتفاوت في ذلك حدوده من حالة لأخرى، أما إذا لم يكن هناك تناسباً مطلقاً ما بين المثير والاستجابة فإننا نكون بصدد السلوك اللاسوي.

د- تلاؤم الاستجابة: يقصد بالتلاؤم أحد الأمرين، إما الاستجابة لمثير بسلوك من نفس نوعه، ونقصد هنا تلاؤم الاستجابة للمثير، أو الكفاءة التكيفية للوضعية، ويقصد بها مهارات التعامل مع الوضعيات الحياتية التي يفترض أن تكون في المرحلة العمرية التي وصل إليها الطفل، والتي تؤهله للقيام بها بنجاح، فإذا لم يتمكن من اكتساب المهارات السلوكية الخاصة بسنه وجنسه، نكون بصدد سلوكيات لا سوية. وكلما كنا بصدد أكثر من محك واحد منها في حالة سلوك معين تكون درجة اللاسواء أشد.

2- النموذج السيكو دينامي:

أ- الأسس: إن المنظور الدينامي ينطلق من بنية الشخصية الكلية، وتقدير القوى المكونة لها، المتفاعلة فيما بينها داخليا، ومع المحيط الأسري والاجتماعي خارجيا، والسلوك من هذا المنظور محصلة هذه الحالة المركبة المتفاعلة وغير الثابتة. ويتم بحث اللاسواء والسواء استناداً إلى البعد التاريخي الذي يمثل حصيلة التجربة الماضية ونوعها، والبعد الأفقي الاجتماعي المتمثل في التفاعل مع دوائر المحيط المختلفة، وهكذا يتخذ السلوك منحى مركباً في مصادره وآلياته وتوجهاته، كما أن كل حالة تبقى حالة فريدة بحاجة إلى الدراسة الشاملة لاستيعاب خصائصها وتقدير مدى سوائها واضطرابها.

ويحذر أصحاب هذا النموذج الركون إلى السلوكيات الظاهرية للطفل والحكم عليه انطلاقاً منها فقط، فقد تكون هناك مشكلة أو أزمة أو صراع في منطقة أخرى من الشخصية، أو في مجال آخر من مجالات تفاعله مع المحيط، كما أن الشدة الظاهرية للأعراض قد لا تكون ذات صلة مرضية بالضرورة.

كما يجب الأخذ بعين الاعتبار تشخيص السواء واللاسواء في الطفولة، إلى أن تداخل الأعراض يجعل الفصل بينهما أمراً صعباً، إذ أن التداخل يؤدي إلى التذبذب في السلوكيات، كما أن لكل مرحلة عمرية أزماتها وبالتالي أعراضها السلوكية أو الانفعالية التي تزول تلقائياً بتجاوز هذه المرحلة والتقدم في النمو.

ب- المحكات:

- الاستخدام الهادف والقصدي للطاقات الحيوية والإمكانات.

• السيطرة البناءة على الذات والمحيط.

• القدرة على السيطرة على القلق.

• القدرة على تحمل الإحباط.

ج- خطوط النمو: ينطلق من منظور خطوط النمو التي وضعتها أنا فرويد من تقويم النمو الطبيعي للطفل، فحتى نفهم الصحة النفسية والمرض، لا بد أن نولي أهمية لنمو الطفل السوي في خصائصه ومراحل، ويشكل اللاسواء عندها الانحراف الجلي الذي يتخذ طابع الاستمرار عن مسار النمو العادي تبعاً لسلاالم النمو التي وضعها علماء النفس الطفل، وهنا من الضروري تقدير حالة الانسجام مع المرحلة العمرية وخصائصها، ودرجة التبكير أو التأخير فيها. (مصطفى حجازي، 2004).

ثالثاً- الأبعاد التي تؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد السواء واللاسواء:

يذهب الطبيب النفسي " ستافورد كلارك" في كتابه psychiatry to-day أن اللاسواء النفسي لدى الفرد يتحدد بتوفر الشروط التالية:

- شدة المعاناة من الأعراض المرضية.

- استمرار الأعراض لفترة طويلة.

- عدم تناسب الاستجابة مع المثير.

* الشدة: ويقصد بها أن الأعراض كالقلق والتوتر والاكنتاب قد تعمقت في الذات حتى أصبح تأثيرها واضحاً، وبشكل بارز في معاناة الشخص منها.

* الاستمرار: يقصد به أن هذه الأعراض موجودة لدى الفرد منذ فترة طويلة، ومازال يعاني منها.

* عدم تناسب الاستجابة مع المثير: بمعنى أن الفرد في استجاباته المختلفة لمن يحيطون به، ولكافة المثيرات الموجودة في البيئة لا تكون هذه الاستجابات مناسبة للمثير، وذلك لعدم مسايرة هذه الاستجابات لما هو متفق عليه بين أعضاء الجماعة أو المجتمع. (محمود السيد أبو النيل، 2014، ص 31، 32).

2- المعايير المعتمدة في تحديد السلوك السوي واللاسوي

إن النظر إلى السلوك الذاتي على أنه سوى أو غير سوي يواجه كثيراً من الصعوبات والاختلاف بين الباحثين، نسبة لتداخل العناصر المرتبطة بالسلوك، ولقرب بعض درجات الاستواء من بعض درجات اللاسواء ولذلك تعددت المحاولات لوصف السلوك العادي حسب المعايير التالية:

أولاً: المعيار الذاتي

ويتمثل في شعور الفرد أو عدم شعوره بالرضا عن سلوكه، هذا المعيار يشتمل على حكم الفرد على سلوكه، فإذا كان راضياً عنه فليس لديه مشكلة، ونتيجة لذلك لا يرى أنه بحاجة إلى معالجة، فالإنسان السوي هو الذي تنسجم أشكال

سلوكه مع آرائنا وأفكارنا الذاتية، فالسوية هي توافق سلوك الناس مع أفكارنا الذاتية وبذلك فإننا نحكم ذاتنا في الحكم على الناس وتصرفاتهم.(آمنة أحمد، 2010، ص25).

ويرى من يتخذ هذا المعيار في تحديد السواء واللاسواء أن الفرد يتخذ من نفسه إطارا مرجعيا، يرجع إليه في الحكم على السلوك السوي أو الشذوذ، والبيديهي أن هذا المعيار يتضمن الإطار الاجتماعي استنادا إلى عملية التطبيع الاجتماعي، والمحك العام في هذا المعيار هو ما يشعر به الشخص، وكيف يرى نفسه من ناحية الاتزان والسعادة، أي أن السوية هي إحساس داخلي.(www.acofps.com.shawthread)

* الانتقادات الموجهة إلى المعيار الذاتي

- 1- لا يترك مجالاً للكشف عن معيار عام وغير شخصي يميزه بين ما هو سوي وما هو شاذ.
- 2- لا يمكن تسيير عامة الناس على حسب رأي شخص واحد وأن نطلق الأحكام جزافا ووفقا لرأينا الذاتي.
- 3- الأحكام التي تصدر على أساس المحك الذاتي تتعرض كثيرا لمواقف الحياة العامة، فإنه لا يمكن الركون إليه باعتباره محكا علميا دقيقا.
- 4- إن المحك الذاتي يصل لإصدار أحكام السواء والشذوذ في بعض الحالات للتشويه والتحريف، وذلك بحكم دوافع الفرد واتجاهاته وعلاقاته بالآخرين(https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr_1)

ثانياً: المعيار الاجتماعي

من المعروف أن المعايير الاجتماعية هي الاتجاهات والعادات والقيم التي توجه استجابات أعضاء الجماعة، وتحقق تطابقا في التصرفات أو في الأحكام مما يزيد من وحدة الجماعة، ويعني هذا أنها تعتبر إطارا مرجعيا للفرد، وحسب نظرية المعيار الاجتماعي فإن السواء هو موافقة أو تطابق السلوك مع نمط مقرر يخضع لمستوى ثقافي وعقائدي سائد، ويتمثل اللاسواء في عدم الامتثال لذلك.

وعليه فمن الواضح جدا أن هذا المعيار يركز على مرجعية الجماعة للحكم على السلوك بأنه سوي أو غير سوي، وهو ما يدفع للقول أن هذه المرجعية تجعل من السواء واللاسواء يختلف من مجتمع إلى آخر، وبالتالي عدم ثباته وتغيره من بيئة إلى أخرى، فقد أظهرت الدراسات الميدانية في الأمراض النفسية، أن ما تعتبره بعض المجتمعات مرضا يستحق العلاج، ينظر إليه في مجتمعات أخرى على أنه نوع من السلوك المقبولة والمرغوب فيها، وقد وجد العلماء أن وجهة النظر الاجتماعية تنظر إلى السلوك اللاسوي على أنه انحراف وليس مرضا خاصا.

وفي هذا الصدد وضع "سكوت" محكه الخاص بسوء التوافق الاجتماعي معتمدا بوضوح على هذا المفهوم، الذي يرى فيه أن التوافق يتحدد انطلاقا من معايير المجتمع بأكمله، أو من معايير بعض الجماعات الفرعية داخل نطاق المجتمع الواحد.(www.acofps.com.shawthread)

* الانتقادات الموجهة إلى المعيار الاجتماعي:

- 1- يعتمد المحك الاجتماعي على مجازة القيم الاجتماعية والثقافية السائدة، وهي قيم متغيرة من زمن لآخر.
- 2- يمكن أن يتحيز المجتمع إلى مجموعة من القيم الاجتماعية دون غيرها.

3- هناك أشكال كثيرة من السلوك تعتبرها مجتمعات شاذة، في حين أن مجتمعات أخرى لا تعتبرها كذلك " باختلاف العقائد والثقافات".

4- قد يختلف أبناء المجتمع الواحد على السلوك اللاسوي وذلك حسب طبقاتهم الاجتماعية وأوضاعهم الاقتصادية.

5- هناك أشكال من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات ويصعب تعميمها على كافة

المجتمعات (https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr_1)

ثالثاً: المعيار الإحصائي

يقوم هذا المعيار على اعتبار أن السواء هو الحالة المتوسطة بناء للتوزيع الاعتدالي، وكما هو معروف يفترض هذا المفهوم بأن الناس في أي مجموعة بشرية يتوزعون إحصائياً تبعاً للشكل الجرسى في مختلف الصفات والخصائص، ومنها السواء يقع بـ68 بالمئة من السكان في الوسط، ويتوزع 32 بالمئة الباقون إلى قسمين متساويين.

القسم الأول في المنحنى هو الأدنى الذي يشتمل على الحالات المرضية الصريحة وحالات التخلف، بينما يشتمل القسم الثاني العناصر التي تفوق المتوسط، وتدخل في فئة التميز في الخصائص، وتزداد حدة المرض أو التميز ويقل العدد كلما تحركنا إلى طرفي المنحنى، وعليه تكون الفئة الوسطى الشائعة هي المعبرة عن السواء بالمعنى الاعتيادي، حيث يتشابه الناس في خصائصهم ومستوى نشاطهم الوظيفي.(مصطفى حجازي، 2004، ص63).

* الانتقادات الموجهة إلى المعيار الإحصائي

1- يعتبر البعيدين عن المتوسط غير أسوياء، فهو بذلك يعتبر المتفوقين عقلياً والأذكياء شواذ.

2- إنه يركز على السلوك الظاهري بغض النظر عن أسبابه.

3- إن الابتعاد عن المتوسط ليس بالضرورة علامة على الشذوذ وعدم السواء. (https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr_1)

رابعاً: المعيار النفسي:

وهو الانحراف عن الصحة النفسية ، وفي هذه الحالة يتم الحكم على السلوك في ضوء ما تقوله نظريات علم النفس عن التكيف النفسي . ولعل أهم نواقص هذا المعيار تتمثل في تجاهل حقيقة أن الفرد ليحقق التكيف النفسي ليس شخصاً غير عادي، وأن ذلك لا يعني أن من لديه مشكلة بحاجة إلى علاج، المعيار قد يجعل معظم الناس غير عاديين، وأن الكمال ليس من صفات البشر وقد يولد لدى الإنسان الشعور بالعجز، حتى ولو لم تكن لديه مشكلة نفسية بل أن محاولة الفرد على تحقيق ما هو مثالي قد تخلق لديه مشكلات مختلفة.(أمينة أحمد، 2010، ص25).

* الانتقادات الموجهة إلى المعيار النفسي:.

1- إن الخلو من المرض النفسي لا يعني تمتع الفرد بالصحة النفسية.

2- يفترض تجانس الأفراد المضطربين نفسياً وبالتالي طريقة علاج واحدة.

3- صعوبة إخضاع هذا المحك للقياس والتقدير النفسي الموضوعي الدقيق.

3- انخفاض ثبات التشخيص النفسي، فقد يقع المعالج في تشخيص خاطئ وبالتالي يؤدي به إلى إتباع علاج خاطئ، ومن أسباب التشخيص الخاطئ: عدم دقة نظام التصنيف، واعتماده علي الخبرة العلاجية (الذاتية) أكثر من الدراسات التجريبية الإحصائية موثوقة، والمرضى عينات لهم صفات خاصة ونادرة من الصعب اعتمادها، لأنهم يخضعون لأحكام الفروق الفردية. (1 <https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr>)

خامسا: المعيار المثالي

عند الكلام عن المعيار الإحصائي وجد أن هذا المعيار لا يصلح لكل السمات والخصائص، وذكرنا أنه لا يمكن أن تعتبر الزيادة في الذكاء شذوذاً أو انحرافاً، حيث أن هذه الحالة أمر مرغوب فيه ومطلوب في المجتمع، والذي يقوم بالدرجة الأولى على ما يقدمه الأذكاء فيه من تخطيط وتنفيذ، كذلك الأمر بالنسبة للعديد من الخصائص الأخرى كالصحة البدنية والجمال والقوة. ولقد أشار ايزنك إلي أنه في ضوء ذلك فإننا لا بد أن نضع معياراً آخر بديلاً للمعيار الإحصائي ألا وهو المعيار المثالي أو النموذجي، وهو المعيار الذي يأخذ كل فرد علي عاتقه الاحتذاء به ومحاولته باستمرار الاقتراب منه بجعل سلوكه يتطابق معه. وبناء علي هذا المعيار فإننا نطلق علي الشخص بأنه سوي كلما اتفق سلوكه مع المثل العيا. ونطلق علي الشخص بأنه شاذ، كلما كان سلوكه غير متفق وبعيدا عن المثل العليا، إلا أن أهم ما يؤخذ علي هذا المعيار أن الشيء المثالي أمر لا وجود له في الثقافة التي يعيش فيها الإنسان، ويعتبر هذا المعيار تطرفاً في تحديد السواء وإن كان هناك اتفاق جماعي. علي أن ارتفاع مستوي الجمال وارتفاع مستوي الذكاء يعتبر مثالية، ومن الناحية العملية نجد أن الأخذ بهذا المعيار يحيل أفراد الثقافة – باستثناء قلة – إلى أفراد غير أسوياء. (محمود السيد أبو النيل، 2014، ص32).

* الانتقادات الموجهة إلى المعيار المثالي.

- 1- غير واقعي فلا يوجد إنسان يخلو من النقص والصراع وجوانب الضعف.
- 2- عدد الأفراد الذين يحققون هذا المعيار قد يكون نادر جدا من الناحية الإحصائية، وقد لا يوجد على الإطلاق في المجتمع.
- 3- إذا صدق هذا المعيار فإن الأسوياء ندرة والشواذ هم الغالبية.

4- نسبي لأنه يستمد أصوله من الأحكام الخلقية والقيم وليس من الواقع. (1 <https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr>)

وأخيرا فإن هذه المعايير كانت ولا زالت حلا لمشكلة تعريف السواء واللاسواء، لكن هذه الحلول هي حلول جزئية وليست كاملة ونهائية. فكل معيار يركز على جانب ويهمل جانبا آخر أو بقية الجوانب الأخرى، وعليه تبرز الحاجة إلى منظور متكامل تتم فيه الاستفادة من كل هذه المعايير.

خاتمة

يتعين على المتتبع لخصائص الشخصية السوية أن يفهم أنها تخضع جميعها لمستويات نسبية، فليس من المتوقع أن يكون الشخص نموذجاً كاملاً في كل منها، فقد يكون متخلفاً إلى حد ما في واحد أو أكثر من هذه الخصائص، ولكنه يتمتع بصحة نفسية عامة جيدة أي أنه يعتبر سويًا، ولكن إذا كان متخلفاً في كثير من هذه الخصائص أو ضعيفاً بشدة في واحد أو اثنين منها فإنه يعتبر في هذه الحالة شاذًا.

وفي ظل عصر العولمة والانفتاح وارتفاع درجات الجودة من درجات الاقتدار المهني والمعرفي والاجتماعي، وهو ما يفرض تجاوز جدلية السواء واللاسواء ومعايير تحديدهما، وبناء برامج نمائية تقوم على أسس علمية واضحة ودراسات بحثية دقيقة، للاهتمام بالمريض النفسي، وتجاوز الموقف القطعي بين المرض النفسي والعقلي، والاهتمام به كوحدة خاصة، ثم إعطائه حقه من الجانب التطبيقي لعلم النفس المرضي ألا وهو الإرشاد النفسي.

مراجع

- أمنة يس موسى أحمد (2010). *الصحة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى النازحين بمعسكر أبو شوكة بمدينة الفاشر ولاية شمال دارفور*. رسالة ماجستير في علم النفس. جامعة الخرطوم.
- حسين فالح حسين (2013). *علم النفس المرضي والعلاج النفسي*. ط1. مركز ديونو للنشر والتوزيع. الأردن.
- سامي محمد ملحم (2015). *الإرشاد النفسي عبر مراحل النمو*. ط1. الإعصار العالمي للنشر والتوزيع. عمان الأردن.
- مصطفى حجازي (2004). *الصحة النفسية*. ط2. المركز الثقافي العربي. الدار البيضاء المغرب.
- محمود السيد أبو النيل (2013). *الصحة النفسية*. جامعة عين الشمس. القاهرة.
- حافري زهية. *محاضرات في علم النفس المرضي*. من الموقع www.dspace.univ-setif 2.dz. تاريخ الاطلاع: 2018/08/26. 20:25.
- السواء واللاسواء في علم النفس المرضي. (www.acofps.com.shawthread)، تاريخ الاطلاع: 2018/08/26. 20:30
- بحث حل أكاديمية علم النفس: https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr_1 (6/09/2018)

Le bilan psychologique de l'enfant: pratique et déontologie

D. SNANI Abdelnacer (HDR)

سناني عبد الناصر (أستاذ محاضراً)

كلية الآداب والعلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة باجي مختار، عنابة

0782824137; psychologie78@gmail.com

Résumé : dans la clinique de l'enfant, quel que soit le lieu de sa pratique, le bilan psychologique fait l'objet d'attentes diverses. La question du diagnostic semble toujours y être inscrite et, d'une certaine manière, celle-ci convoque aussi la perspective pronostique. Est-il possible – de quelle manière et jusqu'à quel point – de répondre à l'un et l'autre des versants de cette demande qui engage non seulement une conception de la psychopathologie infantile, mais également celle des possibilités tout comme des limites offertes par le bilan ainsi pensé ?

Mots clés : bilan psychologique¹, enfance, déontologie, diagnostic

ملخص: في عيادة الطفل ، أيا كان مكان ممارسته ، فإن التقييم النفسي هو موضوع توقعات مختلفة. يبدو دائماً أن مسألة التشخيص مسجلة فيها ، وبطريقة معينة ، فإنها تستدعي أيضاً المنظور النذير. هل من الممكن - كيف وإلى أي مدى - الرد على جانبي هذا الطلب الذي لا يكفي فقط بتصور علم النفس المرضي الطفلي ، بل أيضاً بالإمكانيات والقيود؟ عرضت من الميزانية العمومية حتى الفكر؟

الكلمات المفتاحية: التقييم النفسي ، الطفولة ، علم الأخلاق ، التشخيص

Introduction

¹ Le terme examen psychologique a été remplacé par bilan à cause de sa connotation négative =réussite/échec. le substantif « psychologue » est pris dans son sens épïcène, désignant à la fois les hommes et les femmes. Ici ce qui nous intéresse c'est la compréhension psychique du sujet dans sa globalité, ce n'est pas seulement une simple passation d'un outil.

Le bilan psychologique, héritier de la psychologie « scientifique » du XIX^{ème} siècle. Enrichi, par la suite, des apports de la psychanalyse, des différentes théories de l'intelligence et, aujourd'hui, des neurosciences cognitives, le bilan psychologique a toujours été à la croisée de débats politiques et d'affrontements idéologiques. Ces derniers sont essentiellement liés aux antagonismes sur lesquels reposent les différents paradigmes théoriques. Selon les experts, le positionnement éthique éclairé de chacun pourrait limiter ces dérives. Ils appellent à la pleine responsabilité du praticien quant à la pertinence de chaque bilan psychologique, au choix de la méthode et des outils utilisés et une position plus remarquable qu'il n'y paraît dans ces temps où certains voudraient utiliser les psychologues comme des techniciens « aux ordres ». (Lévy, Missler, 2010)

Pourquoi faire un bilan psychologique ?

Un jour, la question peut se poser pour soi, pour son enfant, jeune ou adolescent...Souvent, il y a un élément déclencheur à cette question, un élément provenant d'une source interne ou externe. Interne ? Des intuitions vous taraudent, un sentiment d'être différent, de ne pas entrer dans la norme, d'être en décalage... Externe ? une discussion entre amis qui vous autorisent à des analogies que vous ne vous permettiez pas avant ; un enseignant qui vous alerte sur le comportement de votre enfant alors perçu comme "hyperactif", "insolent", "indiscipliné", "provocant" ou au contraire "isolé", "renfermé", "dans sa bulle" ; brillant ou avec des difficultés, ce qui peut ou pas faire écho à ce que vous vivez au quotidien...Tous ces signaux, non exhaustifs car propre à chacun, peuvent s'exprimer par un besoin de mieux se comprendre, jusqu'à un mal-être profond, pour la personne elle-même ainsi que de son entourage, souvent impuissant à l'aider . Faire un bilan ne revient pas à enfermer quelqu'un dans une case. Faire un bilan revient au contraire à essayer de mieux comprendre le fonctionnement cognitif (raisonnement, mémoire, capacités attentionnelles...) pour un individu unique, dans son contexte de vie, à un moment déterminé. Il s'agit pour le psychologue de mettre en phase des données chiffrées qui témoignent de certaines aptitudes avec une personnalité, pour identifier les points forts et les points de faiblesse, personnels, les axes potentiels d'évolution et l'accompagnement si nécessaire. (Agius, 2016)

1- Le bilan psychologique : Conception et déroulement

2-1 – Conception

Le bilan psychologique est un acte ponctuel, une prise à un instant, permettant de révéler un mode de fonctionnement, un état psychique, d'identifier d'éventuels symptômes liés à cet état, et d'apprécier la qualité des relations avec son environnement. Ce bilan doit donc impérativement bénéficier d'un temps spécifique qui se distingue des autres temps d'investigation, en dehors de tout acte médical, même si une même personne se charge de différents domaines. (Guide FFT)

Autrement dit, le bilan psychologique est une forme « d'évaluation », à un moment précis de la vie de l'enfant, sur son fonctionnement intellectuel et affectif. Il permet de cerner ses potentialités, ses points forts, ses capacités cachées, ses difficultés, ses problématiques (gestion du stress, apprentissage, mémorisation, attention, émotivité...).. .. Par exemple, le bilan avec un enfant qui connaît des difficultés scolaires permet d'obtenir des informations essentielles sur ce qui inhibe la réussite scolaire. A l'opposé, le bilan psychologique chez un

enfant curieux, avide de connaissances, peut révéler, une précocité ou un surdouement. (Morin-Andréani, 2018)

2- 2-Le déroulement

Le bilan psychologique se déroule : sur plusieurs séances qui ont des durées variables en fonction de l'âge, du comportement (concentration, agitation, anxiété, etc.) et de la problématique du sujet (phobie scolaire, troubles du comportement, échec scolaire, etc.).

2-2-1-Les différentes étapes du bilan psychologique

1 – Entretien préliminaire (60 minutes environ)

Le premier entretien se déroule avec l'enfant et les deux parents de préférence. Il s'agit d'un entretien approfondi afin de mieux comprendre la demande. L'histoire de l'enfant, son développement, ses événements de vie, son parcours de soin, l'environnement pouvant être source de souffrance sont des éléments qui seront abordés lors de cet entretien.

2 – Passation de tests

•Tests d'efficience intellectuelle (120 minutes) Des tests d'efficience intellectuelle sont proposés, communément appelés « test d'intelligence », ils permettent de mesurer le Quotient Intellectuel (QI). Le principal test utilisé avec les enfants et adolescents est le WISC-IV (enfant de 6 à 16 ans). Le WPPSI-III est utilisé pour des enfants de 2 ans et 6 mois à 6 ans. Ils évaluent les aptitudes intellectuelles générales et fondamentales (logique, raisonnement, vocabulaire, compréhension...). Des tests complémentaires peuvent également être utilisés (NEMI II, D48)

•Tests de personnalité (60 minutes)

Afin d'avoir une évaluation globale, des épreuves évaluant le fonctionnement psychique sont proposées. Il s'agit de méthodes dites « projectives » (TAT, Patte noire...) ou des tests de la personnalité (RCMAS, SEI, NEOPI-R, MMPI-A...). Ils évaluent la sphère affective et relationnelle. Ces tests permettent d'identifier comment l'enfant construit ses relations avec son entourage, comment il gère ses émotions lorsqu'il se retrouve en situation de mal-être.

Cette étape présente un intérêt particulier car les émotions et un mal-être affectif peuvent engendrer des répercussions sur le développement intellectuel. Il sera ainsi possible de proposer une meilleure prise en charge globale.

3 – Restitution (60 min environ)

Dans un dernier temps, un entretien dit de restitution est proposé aux enfants et à ses parents. Cet entretien permet de reprendre les éléments de l'entretien préliminaire et de donner les résultats chiffrés aux tests. De plus, il permet notamment d'apporter un éclairage, de donner du sens au mal-être de l'enfant. Des pistes de réflexions et des solutions de prise en charge possibles seront proposées. Un compte-rendu écrit est également donné à la fin de l'entretien. (PIANGERELLI, ?) .

2- La demande d'un bilan psychologique : Dans quels cas demander un bilan psychologique ?

La demande pour la réalisation d'un bilan psychologique peut émaner de différentes personnes : des parents, de l'école ou encore d'un médecin. De plus il peut être réalisé à tout âge, dans le cas où une souffrance existe et que le « diagnostic » peut permettre d'apporter une aide efficace et adaptée à l'enfant. Le bilan peut donc se centrer sur l'évaluation du fonctionnement intellectuel et/ ou affectif. **Ce type de bilan est notamment préconisé si l'on remarque chez l'enfant :**

- un problème de concentration/d'attention
- un retard ou trouble du langage
- un retard ou trouble perceptif et/ou moteur
- des difficultés de sociabilité ou dans les relations interpersonnelles
- Difficultés scolaires et/ou troubles des apprentissages (dyslexie par exemple)
- Lorsque l'on s'interroge sur une précocité ou un possible déficit intellectuel
- Problèmes de comportement (agitation, agressivité, retrait social, ennui, isolement...)
- Présence d'un mal-être chez l'enfant (exemples de symptômes de mal-être : pleurs fréquents, tristesse, énurésie, encoprésie, troubles de l'appétit, troubles du sommeil, tics et rituels...)
- Anxiété, stress (phobie scolaire, anxiété de performance, angoisse de séparation.) (Piangerelli,)

3-1-Les principaux outils d'évaluation

Phase 1-Le bilan de compétences intellectuelles ou test d'intelligence

Le principe d'un bilan de compétences intellectuelles ou test d'intelligence est de proposer une série d'épreuves standardisées, identique pour tous, qui sert de point de repère pour identifier les capacités de l'enfant à résoudre ou à répondre aux problèmes posés et à gérer l'anxiété qui en découle. L'efficacité d'un enfant, exprimé sous forme de scores, est alors comparée aux résultats d'enfants du même âge. Le QI. n'est donc pas un score absolu qui détermine une « quantité/niveau » d'intelligence mais un score relatif qui permet de comparer l'efficacité de l'enfant à celle d'un groupe d'enfants du même âge. Les échelles d'intelligence les plus connues sont les échelles de Wechsler, ainsi que le k-abc ...

Phase -2-Le bilan affectif ou de personnalité

Ce type de bilan vise à appréhender l'organisation psychologique général de l'enfant. Il vient généralement compléter le bilan des compétences intellectuelles mais il peut aussi se réaliser de façon indépendante, lorsqu'un bilan cognitif ne se justifie pas. Il existe plusieurs approches pour explorer la personnalité de l'enfant. Il peut s'agir d'épreuves qui approchent globalement la personnalité ou d'épreuves qui s'attachent à en éclairer une composante particulière.

Ces épreuves permettent donc une exploration minutieuse de la dynamique affective et du fonctionnement émotionnel. Elles sont intéressantes dans l'approche de la construction identitaire de l'enfant, et dans la compréhension de son mode de fonctionnement relationnel.

Ainsi, que ce soit au travers d'entretiens cliniques, d'épreuves projectives (rorschach, tat, cat...) ou de questionnaires (inventaire d'estime de soi, échelle d'anxiété, de dépression, capacité à gérer la frustration, trouble du sommeil ou de l'alimentation...), le bilan de personnalité indique les zones de fragilité de l'enfant, les troubles psychologiques éventuels mais aussi les ressources disponibles. Le psychologue peut ainsi proposer un suivi thérapeutique adapté. (Lukasik?) Ainsi, l'articulation des résultats entre l'épreuve intellectuelle et l'épreuve projective est indispensable pour analyser les différents axes de développement du Sujet et proposer, si nécessaire, la prise en charge la plus adaptée à ses difficultés. (Agius)

4-Bilan psychologique : compte rendu

L'enquête auprès de psychologues est articulée autour de trois questions principales : pourquoi communiquer ? Quels éléments communiquer ? Comment communiquer ?

Les modalités de transmission des données du bilan psychologique dépendent des interlocuteurs, et de l'origine de la demande et de l'utilisation des données de ce bilan. Selon les partenaires des nouvelles attentes seront différents, ce qui implique des langages distincts.

Quelques généralités

- ✚ Tenter de faire un compte rendu court à l'écrit et à l'oral. L'important est de rendre compte des éléments dégagés lors de cette rencontre éléments du fonctionnement psychique.
- ✚ Distinguer le compte rendu oral du compte rendu écrit. Ce compte rendu se réalise pendant, est donné au sujet lors d'un autre rendez- vous. Le compte rendu écrit est souvent demandé mais cela pose des problèmes car il laisse une trace que peut représenter pour le sujet une vérité absolue. Il peut être réutilisé ultérieurement. Le compte rendu ne se résume pas à répondre à la question initiale. Qui a motivé la demande d'un bilan ? Il faut discuter avec le sujet mais aussi avec des professionnels des éléments dégagés par le bilan pour confronter différents points de vue qui sont susceptible de correspondre aux différentes facettes de personnalité d'un sujet. Ex : le sujet peut se comporter tout à fait différemment d'autres personnes.
- ✚ Quand la question initiale qui a motivé le bilan à un but diagnostique, cela ne permet pas de rendre compte de la spécificité d'un sujet. Il ne faut pas que les particularités individuelles ne soient pas perdues dans une généralisation.
- ✚ Épreuves de niveau : on rend compte des potentialités de l'individu et de ses difficultés spécifiques.
- ✚ Ne pas restituer les chiffres, les notes des différentes épreuves de niveau au sujet.
- ✚ Situer l'homogénéité du fonctionnement.
- ✚ Épreuves projectives : les informations délivrées par des épreuves projectives sont beaucoup plus délicates car elles ouvrent sur le domaine privé du sujet, de son intimité. Il est interdit de donner le contenu des réponses du sujet à une tierce personne.
- ✚ La richesse du matériel des épreuves projectives déborde largement de la question initiale.
- ✚ Parfois on a trop de données à l'issue d'un bilan psychologique (ne pas tout utiliser).

- ✚ Il faut transmettre tout ce qui va dans l'intérêt du sujet, de son bien-être. Parfois certains points vont être omis car ils vont renforcer le blocage et les défenses du sujet. Ou dire ces informations autrement pour qu'elles soient bien utilisées, de façon favorable.
- ✚ On ne dit pas forcément la même chose aux parents, aux enfants et aux professionnels. Il faut être prudent avec les professionnels car on ne sait pas comment ils vont l'utiliser.
- ✚ Il faut adapter son langage à l'autre en soignant la forme et le fond. C'est au psychologue de s'adapter à l'autre et pas l'inverse (le bilan psychologique.data.over-blog-kiwi.com/0/87/68/23/.../ob_5fd548_le-bilan-psychologique 25 févr. 2014

5-Les frontières et l'originalité du bilan psychologique

Le bilan n'est pas quelque chose qui sera toujours identiques dans toutes les situations. Il est nécessaire d'envisager le contexte de passation pour situer les frontières et l'originalité du bilan. Ex : contexte secondaire, juridique, médical de la passation d'un bilan. Le clinicien a le droit de refuser de faire un bilan psychologique s'il considère que ce n'est pas pertinent. Le clinicien doit bien analyser, comprendre les moteurs et les motifs de la demande d'un bilan chez le sujet mais elle est le reflet d'une souffrance, de questions que se pose le sujet. C'est pour cela que le bilan doit être précédé d'un entretien. (le bilan psychologique) Pour cela, le bilan consiste à apporter un éclairage sur :

- Les différentes modalités de conduites psychiques dont dispose un sujet.
- La manière dont s'organise un sujet pour faire face à son monde intérieur (réalité psychique) et à son environnement (réalité externe). (Guide FFT)

Conclusion

Le bilan psychologique d'un enfant a pour but de répondre à une d'aide ou de conseil formulée par le sujet lui et/ou son entourage.il se construit dans le cadre d'une relation du psychologue avec la personne concernée. Dans ce cadre, le praticien applique les connaissances théoriques, les méthodes et les instruments de sa discipline afin de récolter les informations nécessaires pour comprendre le fonctionnement psychique et relationnel de la personne et pour élaborer une réponse a la question posée. A toutes les étapes de bilan, le psychologue tient compte du fait que les enfants sont en cours de développement physique, affectif, intellectuel, psychomoteur et social. Il est attentif à la complexité et à la singularité de chaque personne examinée qu'il situe toujours dans son contexte familial, éducatif, social et culturel. (Grégoire, 2010)

Donc, l'objectif et la finalité du bilan psychologique seront d'appréhender la personne dans sa globalité (sphère affective émotionnelle, sphère cognitive et intellectuelle), d'apporter des explications sur le fonctionnement d'un enfant ou d'un adolescent, de poser un diagnostic le plus précis possible en vue d'apprécier l'aide qu'il pourra lui être apporté pour son propre épanouissement personnel. (Jason, ?)

Références

- AGIUS G. (2016). *Pourquoi faire un bilan psychologique?* www.gaelleagius-psy.com/new-blog/ décembre 25
- GREGOIRE J, et al. (2010). L'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant, novembre, consensus. www.examenpsy.org
- GUIDE FFT – Bilan psychologique : Fédération française de tennis guide d'entretien, de restitution et de suivi du bilan psychologique des joueurs et des joueuses dans le cadre de la surveillance médicale règlementaire,
- JASION F. *Le bilan psychologique de l'enfant et/ou l'adolescent.* <http://www.fabienjasion-psychologue.fr>
- LE BILAN PSYCHOLOGIQUE www.data.over-blog-kiwi.com/0/87/68/23/.../ob_5fd548_le-bilan-psychologique. 25 févr. 2014
- LE-BILAN-PSYCHOLOGIQUE. www.win2pdf.com
- LEVY, A., MISSLER S. (2010). Conférence de consensus : l'examen psychologique et l'utilisation des mesures en psychologie de l'enfant, *A.N.A.E.* n° 109 - p318-322
- LUKASIK M. (?). Bilan psychologique : enfant & adolescent, *psychologue-enfant-adolescent-adulte-chambery.com*
- MORIN-ANDREANI P. (2018). Le bilan psychologique - tests de qi, précocité, personnalité, www.morin-andreani-psychologue.fr
- PIANGERELLI R. Bilan psychologique, WORDPRESS.COM. Thumeries (59) www.fft.fr/sites/default/files/pdf/guide_tf_bilan_psychologique.

La pratique psychologique et les Aléas de la formation universitaire

Mme Abassi Maa (Maitre de conférences)

Psychologie clinique
Université Annaba Badji Mokhtar

Résumé : L'enseignement de la psychologie a pris aujourd'hui sa place à l'université. Dès lors elle a dû combiner sa prétention scientifique avec la dispense d'un savoir académique. Seulement, nous sommes aujourd'hui attendus sur le marché de l'efficacité thérapeutique. Le savoir en psychologie doit être unifiant, la pratique clinique est une pratique du particulier (*Pedinielli*) même si son objet peut être le social, ou les nouvelles pathologies inhérentes à la postmodernité (*Lessourd*). Elle se présente comme une pratique qui implique à plus d'un titre ce particulier.

Cette réflexion vise à réfléchir à l'intérêt des formations, à la pratique psychologique, à ce qui peut se présenter du côté du patient dans le cadre du changement.

Mots clés : *pratique psychologique, savoir, formation universitaire.*

الممارسة السيكلوجية و خصوصية التكوين الجامعي

ملخص: لقد أخذ تعليم علم النفس اليوم مكانة هامة في الجامعة الجزائرية وارتبط علميا بضرورة تقديم معرفة أكاديمية حقيقية. إننا اليوم مطالبين بفعالية علاجية تجمع ما بين ميدان المعرفة في علم النفس و حقل الممارسة العيادية. هذه الأخيرة التي تعد ممارسة خاصة حتى ولو كان موضوعها المجتمع أين تطرح كممارسة تقتضي هذه الخصوصية.

الكلمات المفتاحية : الممارسة العيادية، تكوين جامعي، معرفة

Introduction

On ne saurait admettre débat sur la pratique psychologique sans parler de l'enseignement de la psychologie qui aujourd'hui pris place dès lors a du combiner sa prétention scientifique avec la dispense d'un savoir académique. Seulement, nous sommes aujourd'hui attendus sur le marché de l'efficacité thérapeutique. Le savoir en psychologie doit être unifiant, la pratique clinique est une pratique du particulier (Pedielli, 1994) même si son objet peut être le social, ou les nouvelles pathologies inhérentes à la postmodernité (Lessourd, 2006) elle se présente comme une pratique qui implique à plus d'un titre ce particulier.

Parler aujourd'hui de pratique psychologique relève d'une équation difficile à résoudre ; Quelle formation et pour quel métier d'avenir, un peu cette cacophonie qui revient après chaque promotion des étudiants en master clinique, sachant que la formation et les objectifs y afférant n'ont pas posés de problème pour le marché du travail, seulement à partir de l'année 2014/2015 nous assistons à un amalgame quant aux projets de formation de master en psychologie toute spécialité confondue. Notre souci a commencé avec le retour des échos des étudiants en situation de stage pour la préparation des rapports et mémoire de fin de formation.

Les institutions d'accueil pour les stages sont inefficaces et insuffisantes et ne peuvent répondre à une forte demande et assurer l'encadrement pour les métiers de demain, aussi que les réels besoins de la société s'entremêlent et s'accroissent. La délinquance par excellence, le crime, l'inceste, les mœurs, la mortalité infantile, la mort du nourrisson et les nouvelles addictions aux réseaux sociaux, les suicides, le harcèlement, l'accompagnement du troisième âge et les soins palliatifs. Tout ce désordre social doit s'inscrire dans les projets de formation, et la pratique psychologique d'aujourd'hui doit répondre à ces demandes.

Cela fait trente ans que la psychologie évolue en Algérie, de l'écoute au marketing institutionnel et au marketing bienveillant et bien d'autres prestations. Prenons l'exemple de la consultation de psychologie clinique ; cependant ce que l'on enseigne mais seulement d'un point de vue méthodologique et en rapport à la rigueur scientifique, ce qui importe est de soutenir un sujet au sein d'un dispositif (Abassi M, 1993).

Ce qui confère à l'entretien clinique c'est sa densité, son urgence, son risque et sa valeur, il s'agira alors de la capacité du psychologue clinicien à laisser « flotter » son écoute, mais faut-il ensuite qu'il soutienne le sujet pour qu'il parle ? En effet dans un entretien clinique le sujet est emporté par son dire et ne sait pas le plus souvent ce qu'il dit. Il nous livre quelque fois ses opinions et ses représentations. Là le sujet peut s'arrêter ...il faut être proche de ce qui refuse ou hésite à s'exprimer ; souvent le psychologue ne sait pas trop comment s'orienter, et il ne sait pas garder le contrôle de la situation et c'est là tout l'embarras. Jeune étudiant il ne sait plus si les entretiens qu'il a le privilège de mener sur son lieu de stage doivent lui permettre de mener son stage à bien ou sont amenés à se réduire à une note de recherche !

Est-il en train d'affronter une question, celle du savoir ?

Cet aspect est défini justement et prudemment comme une intervention suivie à visée thérapeutique. Ici il faudrait ouvrir une parenthèse, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adolescents victimes de traumatismes divers, anorexiques, psychotiques, ou de patients addicts nous savons aujourd'hui que les dispositifs mis en œuvre s'ils ne s'appuient que sur le protocole classique de la verbalisation, ne peuvent suffire à activer les capacités symbolisantes selon les cliniques actuelles. Ici le clinicien doit chercher un autre outil pour une plus grande efficacité des soins.

Pour quelle pratique institutionnelle ?

La pratique institutionnelle c'est d'abord un projet, mais s'il est porté et développé par un leader charismatique peut prendre forme de séduction ou d'autorité. La pratique c'est dans l'agir professionnel qu'elle doit commencer et non pas d'une manipulation psychologique en provenance d'une autorité extérieure. Le projet c'est une mise au travail d'une pensée d'équipe, une idée force avec un objet commun et une prise de sens, une dimension transcendante et en fin un organisateur psychique qui développe la vie de groupe.

D'ailleurs une institution fonctionne à partir d'un organisateur inconscient et le projet (management) en est une expression. Nous relevons quelques fois des formes d'effraction, ou de l'illusion quand ces « psy » appliquant à la lettre la procédure de prise en charge systématique des victimes, sans se soucier un seul instant du champ de la demande, On parlera d'acharnement thérapeutique.

Comment s'étonner que certains psychologues s'affichent un jour avec l'étiquette de **thérapeute** ou **coach**, dans la mesure où le seul critère retenu est l'efficacité quant à atteindre un résultat précis d'avance. On l'observe de plus en plus, problème d'identité professionnelle. Qu'en est-il de l'apprenant, l'étudiant?

Le psychologue (apprenant) est figé dans ce savoir sans autant pouvoir analyser et essayer de raisonner en " **clinicien** " c'est-à-dire construire l'histoire de l'autre et apporter une réponse, quelque fois l'écoute suffit. La technique ne peut pas ne pas se valider elle-même, d'ailleurs aujourd'hui de plus en plus le sujet vient avec l'attente explicite d'une réponse à un problème qui se pose ou même quand un problème peut se poser, la plainte ne se formule plus, elle se dépose, au sens où on dit qu'on dépose une plainte auprès de qui de droit. (Reniers, Pinel&Guillen, 2011). Si cette réponse ne vient pas comme cela semblait attester dans les prétentions, c'est donc que le psychologue n'est pas à la hauteur, il est incompetent ; et là la boucle est bouclée. L'espace est établi donc pour que de nouvelles formes de plaintes prennent corps dans les consultations.

Il ne s'agit plus tant pour le dire simplement, de dire, c'est-à-dire d'élaborer verbalement le symptôme, il s'agit de revendiquer la réponse à ce symptôme.

Encore faut-il que l'intervention ait un référentiel théorique pour l'asoir, ici l'éthique serait galvaudée. On entend parler de savoir universitaire, qui ne correspond pas aux réalités du terrain ! Encore que la théorie est aléatoire ! Qu'en est-il de la psychothérapie ? D'ailleurs elle

relève d'une dynamique nécessairement extérieure au savoir, plus largement à la formation, dynamique foncièrement subjective forcément impliqué dans cet acte, qui exige, bien au-delà de quelque savoir ou savoir-faire, ce qu'on appelle communément « un travail sur soi » (Reniers, 2011). Ce schéma simpliste de l'application de techniques apprises peut remettre en question le terme de psychothérapie car selon Reniers... « Être psychothérapeute, c'est admettre une double rencontre, celle de l'autre, à savoir le patient, mais aussi cette part d'altérité fondamentale en soi, qui seule permet l'aménagement d'un espace de travail psychiqueici il s'agit selon (Reniers, 2011)... qu'il ne peut y avoir psychothérapie que si la dimension de sujet y peut trouver quelque place à s'exprimer, ou à s'élaborer ».

Aussi, il ne faut pas oublier que si le clinicien est instrument de mesure, il fait cependant partie de la réalité et influence sur cette réalité qu'il est censé d'évaluer. Dans la pratique beaucoup de symptômes latents n'attirent pas l'attention et lorsqu'ils parlent, il est difficile d'apporter des solutions thérapeutiques. Comment se fait le passage d'un savoir universalisant à une pratique singulière ? Ici il serait nécessaire de veiller à une réelle confrontation de l'étudiant à ce qui sur le terrain s'impose au titre de la différence : Le terrain de stage. !!

L'expérience du stage peut-être travaillée, promouvoir une liberté de parole dégagée de toute évaluation. On ne saurait négliger l'importance de l'enseignant chargé de telles séances ; c'est en clinicien et non en enseignant qu'il doit se situer. Aussi faut-il s'interroger sur le rapport au savoir ? Comment les choses se présentent-elles ? Habituellement d'un côté le savoir universitaire et officiel, de l'autre une pratique fondamentalement particulière.

On apprend la nosographie, les rouages des mécanismes et tout l'art du clinicien sera de retrouver sur la scène ou se trouve l'autre « le patient ». Pareil clivage repose sur le contenu et le seul lien avec la pratique est celui d'une mise en application de ce contenu et cela donnant caution à l'officialité d'un titre celui du psychologue et à celle d'une place délimitée celle du patient. Donc chacun y trouve une place par avance établi et dans laquelle on n'a d'autres principes que d'y entrer.

Ce passage du savoir à une pratique ne s'interroge pas, ici est toute la question !

Quelle pratique clinique ?

La pratique clinique est en grande souffrance aujourd'hui, doit-elle enfin assumer sa part de ratage vis-à-vis des attentes académiques, c'est là qu'on s'accordera à dire que "c'est en clinicien qu'on doit transmettre quelque chose d'une clinique qui reste toujours à écrire" dans l'exacte limite qu'impose sa fonction qui porte sur ce qui, d'un subjectif qui interroge, ne peut pas ne pas s'écrire dans la rencontre du patient. la limite, bien sur sera d'orienter l'étudiant, ou plutôt de pointer l'occurrence d'un possible espace de travail extérieur à l'université lorsqu'une dimension trop personnelle en vient à prendre place dans de telles séances (Reniers)... et si la clinique est forcée d'intégrer les petites cases du savoir programmé par les instances ministérielles qui n'ont jamais vu un patient, c'est en clinicien également qu'il convient de réagir en tenant cette pression. En quoi reconnaissons- le enfin, le dérangé n'est pas forcément aujourd'hui celui qu'on a toujours cru. Aussi faut-il le rappeler qu'il ne s'agit pas de mettre simplement à l'index de telles pratiques mais de souligner ce qui s'y oublie, à

commencer par cette exigence d'un discernement qui ne saurait porter restrictivement sur telle ou telle situation objective à la quelle on doit faire face en tant que praticien, mais sur ce qui peut et doit rester d'une subjectivité en construction, à savoir celle de l'enfant. Et on aura compris qu'on ne saurait établir quelque loi, quelque méthodologie, sans tomber dans les travers de cette objectivation. Aujourd'hui on est dans l'exigence d'un « défaire » plutôt que celle d'un énième nouveau « savoir faire ». Défaire, ce n'est pas détruire l'existant, il s'agirait « simplement » d'aménager le temps et l'espace d'une parole qui doit-être entendue (Reniers). Faudrait-il encore dire « simplement », c'est ce que cette parole ne peut se déployer qu'à la condition que l'adulte, le praticien, admette son silence. Et à ce titre, franchement les discours sociaux, notamment ceux qui soutiennent les pratiques sociales, juridiques et psychologiques, ne vont pas vraiment en ce sens en privilégiant à grand fracas l'efficacité présumée de telle ou telle mesure en mettant l'accent sur la réponse à court terme plutôt que sur le terme nécessaire celui d'une pause indispensable permettant qu'une parole puisse se poser. En quoi, s'il s'agit d'un discernement nécessaire, sans doute faut-il avant de considérer celui qui doit porter non plus seulement sur la construction de l'adulte qui confond toujours « enfant » et « enfance », mais sur ce qui se trouve engagé en lui-même au titre d'un agir qui répond le plus souvent d'une logique de passage à l'acte dont il est seul à tirer jouissance et bénéfice (Reniers 2012), un discernement est nécessaire car le champ de la parole qui se voit lui-même convoqué dans la réflexion, tant il est vrai que l'enfant participe tout comme l'adulte de cette construction d'une réalité qui ne saurait donc n'avoir de statut qu'imaginaire. Ce discernement est abordé ici au niveau de ce que la pratique clinique peut apporter en enseignement, sachant combien la théorie a été étonnement silencieuse sur ce thème (Reniers).

Envisager la question du discernement chez l'enfant, c'est donc admettre avant tout cette donne essentielle qu'une telle opération repose sur une élaboration foncièrement subjective et non sur des données simplement perceptives qui renverraient à quelques réalités neutres. Voilà une distinction essentielle à retenir qui recoupe celle vue plus haut à propos du discernement (celui de l'adulte vis-à-vis des capacités de jugement de l'enfant de l'enfant face aux situations qu'il rencontre).

En tout cas tout ce qui peut se dire de l'enfant, c'est à l'adulte et à lui seul qu'on le doit, à celui qui a perdu ce dont il parle ou fait analyse (adultus : celui qui agrandi –Gaffiot, p 51).

Il reste cependant, au-delà de cette distinction ou discernement, un élément qui reste commun à l'enfant et à l'enfance qui s'avère déterminant au plus strict niveau de la pratique. Que ce soit du côté de l'adulte par rapport à son enfance ou du côté de l'enfant, un écart infranchissable se présente entre ce qui se trouve comme énoncé et celui qui l'énonce. Il s'agit là de bien plus qu'une nuance. Il s'agit ici de prendre la mesure de ce qu'une telle distinction peut apporter dans la pratique du psychologue clinicien qui est avant tout confronté au déploiement d'une parole qui ne peut être réduite au contenu qu'elle possède (Reniers D, 2012). Aussi (Foucault, 1978) a montré qu'aux classes nosographiques le psychologue (apprenant) doit reconnaître une fois sur le terrain chez qui le patient qu'il a en face de lui, le particularise par rapport aux autres patients autant que par rapport à ces classes apprises à l'université. C'est que le statut épistémologique dont se réclame l'objet de la psychologie clinique est unique en son genre (Reniers, 2011).

Il est toujours intéressant de revenir à l'étymologie des mots qu'on emploie. On trouve alors souvent matière à approfondir, parfois même à remettre en question l'usage de ceux-ci ; Et au jour d'aujourd'hui les équipes de formation devraient œuvrer à améliorer la formation de la pratique psychologique au quotidien, un enseignement d'orientations théoriques imposant une psychologie dynamique qui ose parfois se qualifier "d'humaniste". Ces équipes qui se forment autour de principes ; concertation, coordination, disponibilité et tolérance pour dépasser toute situation conflictuelle et remettre de l'ordre tant bafoué quelque part ...

Ces équipes qui doivent croire que les compétences se cultivent jour après jour et que le psychologue de demain est attendu sur le marché de l'efficacité thérapeutique.

Quant à la place et l'identité de l'étudiant, cet apprenant, ce cadre de demain, portera-t-il ce métier pour en faire un savoir, un savoir scientifique ? Ou la rigueur ne laisse place au placage, au non sens ni à la médiocrité.

Le débat sur cette question serait peut-être des plus douloureux à entendre face au chaos dans lequel se retrouve aujourd'hui cette discipline. Les tenants de la formation redoutent leurs places en société ; la tutelle doit revoir les prestations avec cette nouvelle formule des masters harmonisés (intitulé du nouveau master proposé par la tutelle) ; la nouvelle donne bascule entre les neurosciences et la psychologie enseignée jusqu'à lors.

Un palliatif au manque ressentis au niveau des soins et des thérapeutiques qui n'ont pas faits leurs preuves. D'ailleurs rappelons que certains enseignants redoutent les soins pour déficients ! Quel non sens auquel nous assistons. A rappeler que toute la formation en psychologie repose sur l'intérêt et l'efficacité que proposent les nouvelles médiations, ces nouvelles thérapies qui autorisent l'interprétation d'inspiration psychanalytique sans passer par le transfert ; là aussi il ne s'agit pas d'expression mais de création ou le sujet peut s'inventer, s'autoriser pour se reconstruire. L'enseignement, les projets pédagogiques en termes de formation, la recherche, les stages, les travaux de fin de formation particulièrement, fin de licence et les masters, les futurs doctorants...le tutorat, et, les outils de suivi comme le syllabus lequel l'on ne reconnaît le destinataire ni la finalité, le devenir des manuscrits en termes travaux de recherches : magister, master et le doctorat, seront-ils exploités.

Devant ce panorama il est assez aisé de démontrer que l'enseignement universitaire en psychologie admet un décalage insurmontable. Cet espace du savoir ou la parole doit circuler ou chacun doit occuper une place, développer des stratégies, semble altéré. Beaucoup de questions nous ont interpellées ? Il serait aberrant de tenir cette mise au travail comme susceptible d'être inscrite sous la forme de quelque programme préétabli et officiel, et surtout elle ne peut faire l'économie de la prise en compte essentielle de la dimension subjective qui se présente au niveau de l'étudiant. Cette dimension subjective constitue l'espace authentique dans lequel la mise au travail du savoir peut et doit être réalisée. On contestera sans doute la marge qui alors se présente en impossibilité de tenir dans l'absolu pour vérifiable la capacité pour un étudiant d'être ou non déclaré comme apte à recevoir le titre de psychologue clinicien. Beaucoup d'interrogations à propos de certains étudiants qui sont en errance à la recherche de quelque chose qu'on ne peut cerner face à un mutisme et une négativité devant toute initiative intellectuelle. Un phénomène caricatural ou il ne peut occuper son statut

d'étudiant et faire la révérence au statut de l'enseignant. L'incivilité, les dégradations des valeurs pédagogiques, l'ignorance totale des obligations allant jusqu'au marchandage en fin d'évaluation. C'est un peu le non sens ou l'échec, son propre échec à reproduire des valeurs, même les plus élémentaires ; la discipline. Le titre de psychologue serait-il alors condamné à devenir simple « attestation » écrite, malléable à souhait dans les institutions et les directives ministérielles ? **Il, y a vraiment lieu d'être inquiet pour la profession.**

Conclusion

Faudrait-il pallier licence et master pour les formations professionnalisantes ? Comment se reconnaître dans un profil de métier ? Faut-il revoir les enseignements ?

Cette réflexion se veut réconciliante et prometteuse en termes de prestations pédagogiques. Si on devait s'inscrire dans l'équation **L M D (licence , master , doctorat)**, la formation continue spécialisée, la recherche sur le terrain et l'ouverture vers d'autres disciplines s'impose ; l'imagerie cérébrale, la génétique, et l'environnement sont les jalons des cliniques nouvelles ? Mais peut-être la fonction de la clinique et de sa transmission (plus que de son enseignement) doit-elle enfin assumer sa propre part de subversion, de ratage vis-à-vis des attentes académiques. Voilà donc sur quoi l'on devrait prétendre dans les futurs enseignements de la psychologie clinique et essayer de pallier avec d'autres disciplines.

Bibliographie

- ABASSI M., (1993). *Le dit et le non-dit dans la consultation de psychologie infantile.* Approche pour la compréhension du symptôme, thèse de magister soutenu à l'université d'Alger 2.
- FOUCAULT M., (1978). *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical.* Paris, Puf.
- GAFFIOT F.(1934). *Dictionnaire Latin –Français.* Paris : Hachette
- LEBRUN J.P.,(1997). *Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique.* Toulouse, Ères.
- LESSOUR S,(2007). La mélancolisation du sujet postmoderne. *Clinique méditerranéenne*, 75, 13-26.
- PEDINIELLI J.L (1994). *Introduction à la psychologie clinique.* Paris, Nathan.
- RENIERS D., (2011). *De l'université à la pratique psychologique d'un raté nécessaire.* Laboratoire SHS.CEC. Unité de recherche en psychologie OCES (organisation, clinique et sujet). Université catholique de Lille. De la mélancolisation à la quérulence comme figure de la plainte à la postmodernité. *Cliniques Méditerranéennes*, 83.
- RENIERS D., (2012). *Enfant et enfance d'un discernement nécessaire : approche psychologique.* Dans *recherches familiales*. 2012 11(N°9). www.cairn.info .
- RENIERS, D ., PINEL, C & GUILLEN. (2011). *Dépôt de plainte*