



جامعة 8 ماي 1945 قالمة
UNIVERSITE 8 MAI 1945 - GUELMA

ISSN :2661-7927

أبجديات سيكولوجية

دورية دولية علمية محكمة تصدر عن أسم علم النفس- قالمة

Vol I. N° 2, aout 2019

المجلد 1. العدد 2. أوت 2019

Vol I. N°2: aout 2019

ISSN :2661-7927

المجلد 1. العدد 2: أوت 2019

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° 2 : aout 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: ISSN:2661-7927



المجلد 1، العدد الثاني أوت 2019

قسم علم النفس

مدير المجلة:

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

مدير النشر:

أ. د. قاسي يوسف عميد كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

رئيس التحرير:

د. عبد القادر بهتان، رئيس قسم علم النفس

هيئة تحرير المجلة

جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ التعليم العالي	بلعادي ابراهيم
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ التعليم العالي	عسوس عمر
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ التعليم العالي	ماهر فرحان
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ التعليم العالي	مراجي رابح
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	إغمين نذيرة
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	العافري مليكة
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	براهمية سميرة
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	بن صغير كريمة
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	بهتان عبد القادر
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	بودودة نجم الدين
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	حرقاس وسيلة
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	دشاش نادية
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	مشطر حسين
جامعة 8 ماي 1945 قالمة	أستاذ محاضر	مكناسي محمد

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 activités diverses 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 tout ce qui 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 original, 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 publié dans une autre revue.
3. Le périodique publie des 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 de livres importants 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 (20) 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.
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 الصحي، علم النفس التربوي، علم النفس التنظيم، علم النفس التجريبي، علم النفس التاريخي، علم النفس الاجتماعي، علم الاجتماع الصحي، 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 (20) 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 2,5 سم من كل جانب، 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، والأشكالية، والفرضيات)، أدوات الدراسة وطريقة استخدامها، والنتائج ومناقشتها، الخاتمة، والتوصيات.
14. ترسل دورية "أبحاث سيكولوجية" إشعار بوصول البحث، وتجب الباحث بخصوص سيرورة المقال للنشر، سواء كان قابلاً للنشر أو غيره.

ترسل البحوث إلى البريد الإلكتروني التالي:

أعضاء الهيئة العلمية

نورالدين جبال	أستاذ التعليم العالي	جامعة الحاج لخضر باتنة	اسماعيل قيرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة أوت 1955 سكيكدة
ابراهيم بلعادي	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8ماي 1945 قالمة	عبلة رواق	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة2
بوخميس بوقولة	أستاذ التعليم العالي	جامعة الحاج لخضر باتنة	بركو مزوز	أستاذ التعليم العالي	جامعة الحاج لخضر باتنة
محفوظ بوشلوح	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة2	حميد حملوي	أستاذ محاضراً	جامعة 8ماي 1945 قالمة
حدار عبد العزيز	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة2	سمير قريد	أستاذ محاضراً	جامعة 8ماي 1945 قالمة
رمضان كربوش	أستاذ التعليم العالي	جامعة باجي مختار عنابة	عبد الناصر سناني	أستاذ محاضراً	جامعة باجي مختار عنابة
سمير شعبان	أستاذ التعليم العالي	جامعة الحاج لخضر باتنة	ليليا بن صويلح	أستاذ محاضراً	جامعة 8ماي 1945 قالمة
عبد الحميد كربوش	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة2	عاشور علوطي	أستاذ محاضراً	جامعة محمد بوضياف المسيلة
عبد العزيز بوسالم	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة2	جمال حواوسة	أستاذ محاضراً	جامعة 8ماي 1945 قالمة
عبد الفتاح أبي مولود	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	عبد العزيز جاهي	أستاذ محاضراً	جامعة 8ماي 1945 قالمة
عمر عسوس	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8ماي 1945 قالمة	عبد الله بوضنوبرة	أستاذ محاضراً	جامعة 8ماي 1945 قالمة
ماهر فرحان	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8ماي 1945 قالمة	لخضر غول	أستاذ محاضراً	جامعة 8ماي 1945 قالمة
محمد شرقي	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8ماي 1945 قالمة	فطيمة بوهاني	أستاذ محاضراً	جامعة الجزائر3
يوسف حديد	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد الصديق بن يحي جيجل	محمد بو القمح	أستاذ محاضراً	جامعة قسنطينة2
نورة شلوش	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر3	يقدي فاطمة	أستاذ محاضراً	جامعة الجزائر3
			سناء عبيدي	أستاذ محاضراً	المركز الجامعي ع الحفيظ بوالصوف، (ميلة)

من خارج الوطن

أحمد محمد الحراشيش	أستاذ التعليم العالي	جامعة اليرموك، (الأردن)	محمد عبديري	أستاذ التعليم العالي	جامعة الحسن الثاني، الدار البيضاء (المغرب)
رياض بن رجب	أستاذ التعليم العالي	جامعة (تونس)	عبد الحميد فتحي	أستاذ التعليم العالي	جامعتي الزقازيق (مصر) وجازان (السعودية)
عبدالمهدي محمد صوالحة	أستاذ التعليم العالي	جامعة أربد الأهلية، (الأردن)	هوارى مايدي	أستاذ التعليم العالي	جامعة فرانتش كونتي، (فرنسا)
علي البومحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة ميسان، (العراق)	الحسين باعدي	أستاذ التعليم العالي	جامعة الحسن الثاني، (المغرب)
حسين ربيع	أستاذ التعليم العالي	جامعة بابل، (العراق)	هاشم حسن	أستاذ التعليم العالي	جامعة بغداد، (العراق)
ياس خضر البياتي	أستاذ التعليم العالي	جامعة عجمان، (الإمارات)	كامل القيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة بابل، (العراق)
حمدان رمضان	أستاذ التعليم العالي	جامعة الموصل، (العراق)			

العدد (2) أوت 2019

الرقم المعياري الدولي: ISSN 2661-7927

منشورات قسم علم النفس. أبحاث سيكولوجية

ملاحظة: المجلة تعنى بالبحوث القيمة التي تخدم البحث العلمي، والباحث، والطالب، والجامعة، وتعتذر عن عدم نشر ما دون ذلك. للأراء مسؤولية، والمجلة تلقيا على أصحابها.

الاتجاه نحو الهجرة غير الشرعية وعلاقته بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعة

بوسري مصطفى (ط.د.)
جامعة الجزائر 02
suerteouss@hotmail.fr

د. صيفور سليم (أستاذ محاضراً)
جامعة محمد الصديق بن يحي-جيجل
siffsalim@gmail.com

abstract:

The study aimed to explore students' attitudes towards illegal immigration and to verify the causal relationship between these attitudes and life satisfaction. The sample contained 66 students at university of Algiers 02. And to achieve the objectives of this study, two questionnaires were created

The results of the study showed that:

- The degree of tendency of university students to illegal migration is moderate.
- The attitude of students towards migration don't varies according to their degree of life.

Key words: attitude, illegal immigration, life satisfaction, students

ملخص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن اتجاهات طلبة الجامعة نحو الهجرة غير الشرعية، والكشف عن العلاقة السببية بينها وبين الرضا عن الحياة لديهم، ولقد بلغ عدد أفراد العينة (66) طالب وطالبة بجامعة الجزائر 02، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء استبيان مكون من (10) عبارة من طرف الباحث(ة)، وأسفرت نتائج الدراسة على أن:

- درجة اتجاه طلبة الجامعة نحو الهجرة غير الشرعية متوسطة.
 - لا تختلف اتجاهات الطلبة نحو الهجرة باختلاف درجة الرضا عن الحياة لديهم. درجة الرضا عن الحياة لديهم.
- كلمات مفتاحية: الإتجاه، الهجرة غير الشرعية، الرضا عن الحياة، طلبة الجامعة

1. مشكلة الدراسة

ظهرت الهجرة السرية بالجزائر في أواخر الثمانينيات القرن الماضي وذلك بتسلل بعض المهاجرين داخل السفن التجارية الراسية بالموانئ للسفر خفية على متنها ، فتصدى لذلك المشرع بتجريم الفعل بموجب القانون 05/98 المعدل و المتمم للتقنين البحري، فيما اتجه البعض الآخر من المهاجرين الى سلوك الطرق البرية باتجاه الأراضي المغربية، ومن هناك و بتدبير من شبكات مختصة في تهريب المهاجرين مقابل مبالغ مالية معتبرة إلى السواحل الاسبانية التي لا تبعد الا بحوالي 14 كم عن السواحل المغربية ، أو شرقا عبر السواحل التونسية نحو ايطاليا، إلا أنه وبعد تشديد الرقابة على معبر جبل طارق و غلق الحدود مع المغرب، أخذت الظاهرة بعدا آخر ، وذلك بتنظيم رحلات بحرية بواسطة قوارب الصيد انطلاقا من السواحل الجزائرية إلى السواحل الأوروبية، حيث وجدت شبكات التهريب مجالا خصبا لممارسة نشاطها بالجزائر، وذلك في ظل تنامي الرغبة في الهجرة بين أوساط جل فئات المجتمع الجزائري وحتى الأجانب من الأفارقة الذين اتخذوا الجزائر كبلد للعبور.(بن لخضر، 2017ص 06).

ولهذا فإن ظاهرة الهجرة غير الشرعية تأخذ أبعادا جد متشعبة لكونها ظاهرة تشمل فئات وشرائح متنوعة من المجتمع ، كما تتأثر بعدة قطاعات تعنى بضبطها و دراستها من جوانبها المختلفة (الاقتصادي،القانوني التربوي، السياسي) ولهذا تعد قضية الهجرة غير الشرعية محل تقاطع للتناول البحثي المتباين بين الزاوية النفس اجتماعية و التربوية و الزاوية القانونية وغيرها من مجالات البحث، وذلك لتعدد الدوافع المباشرة و غير المباشرة لهذه الظاهرة، إذ يذكر بعض الباحثين وجود أسباب معقدة كالحرب و المجاعة والكوارث البيئية، وأخرى كانهخفاض الأجور و مستويات المعيشة ، بينما يركز بعض الباحثين على العوامل المحفزة للهجرة كأثر الإعلام المرئي و صورة النجاح التي يظهرها بعض المهاجرين عند عودتهم إلى بلدهم الأصل (ختو،2011).

وعليه فإن للجانب النفسي الاجتماعي دوره البارز في قضية الهجرة غير الشرعية سواء كعوامل تقود السلوك أو كمظاهر يمكن من خلالها التنبؤ بالسلوك، وتعد الاتجاهات من أبرز المباحث التي يحاول من خلالها وصف و فهم السلوك في مختلف الميادين، إذ يعتبره ألبرت " حالة من الاستعداد والتأهب العصبي النفسي، تنتظم من خلاله خبرة الشخص، وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثير هذه الاستجابة" (Jean, 2010, p24) كما ذكر ترستون أيضا أن الاتجاه تعميم لاستجابات الفرد يدفع سلوكه بعيدا أو قريبا من مدرك معين. (شحاتة، 2005م، ص23) إذ يمكن لدراسة الاتجاه ان تكون منطلقا لتشكيل قاعدة أساسية لفهم جملة من سلوكات الأفراد و مواقفهم ازاء مختلف القضايا التي تطرأ على الواقع..

كما يعد الرضا عن الحياة إحدى المباحث السيكولوجية التي تكتسي أهمية بالغة وتلقى عناية كبيرة من الباحثين ، وذلك لكونه يرتبط ارتباطا وثيقا بالكثير من مظاهر السلوك والصحة النفسية و موارد الفرد المعززة لتكيفه في وسطه ، وقد توصلت في هذا الصدد دراسة سميرة عبد الله (2001) إلى وجود ارتباط ايجابي بين الرضا وتقدير الذات وارتباط عكسي بين الرضا عن الحياة وكل من الشعور بالوحدة والاكتئاب والغضب، كما توصلت دراسة عويد فريخ (2003) إلى وجود ارتباط دال موجب للرضا عن الحياة بكل من الثقة بالنفس والتفاؤل والوجدان الايجابي.

ومن أهم الفئات التي يركز عليها الاستثمار في رأس المال البشري ، فئة الطلبة الجامعيين، حيث تكتسي المرحلة الجامعية أهميتها من كونها مرحلة التخصص الأخيرة التي يفترض أن تكون مخرجاتها إطارات كانت هدفا لعدة سنوات من الجهد التربوي التعليمي ، ولا شك أن هجرة هذه الشريحة إلى بلاد أخرى تتجاوز إهدارطاقات بشرية إلى تضييع تكاليف تعليمية واقتصادية، فضلا عن كون الهجرة في شكلها غير الشرعي تشكل تهديدا لأمن الشباب، كما تعد هجرة الطلبة الجامعيين غير الشرعية مؤشرا قويا على قوة العوامل الدافعة للهجرة، ومن خلال ما سبق ذكره من خطورة للهجرة غير الشرعية و أهمية فهم الاتجاهات كسمة ذات دلالات وفيرة عن السلوك وباعتبار فئة الطلبة الجامعيين من الشريحة الواعية والطاقات الثمينة في المجتمع تتجسد لنا إشكالية هذه الدراسة التي تنطلق من التساؤلات التالية:

✓ -ما هي درجة اتجاه طلبة الجامعة نحو الهجرة غير الشرعية ؟

✓ -هل تختلف اتجاهات الطلبة نحو الهجرة باختلاف درجة الرضا عن الحياة لديهم (مرتفع)؟

II. فرضيات الدراسة

- درجة اتجاه طلبة الجامعة نحو الهجرة غير الشرعية متوسطة.

-تختلف اتجاهات الطلبة نحو الهجرة غير الشرعية باختلاف درجة الرضا عن الحياة لديهم (مرتفعة، متوسطة، منخفضة).

III. أهمية الدراسة

تكتسي الدراسة أهميتها من كونها تتناول موضوع الهجرة الشرعية الذي بدوره يأخذ اهتماما كبيرا من عدة باحثين في تخصصات مختلفة ، وكذلك من محاولتها للكشف عن العلاقة السببية بين الرضا عن الحياة والاتجاه نحو الهجرة غير الشرعية ، حيث يعد الرضا عن الحياة عاملا ذو ارتباط مهم مع مظاهر السلوك. كما تأتي الأهمية من استهداف الدراسة لفئة الطلبة الجامعيين ، حيث تعتبر هذه الفئة موردا في غاية الأهمية يوجب على المجتمع استثماره والاستفادة منه من أجل الارتقاء

IV. أهداف الدراسة

- الكشف عن قوة الاتجاهات نحو الهجرة غير الشرعية لدى الطلبة الجامعيين.

- الكشف عن الفروق في الاتجاهات لدى الطلبة تبعا لدرجة الرضا عن الحياة.

V. مفاهيم الدراسة

1. الاتجاه

تعريف روكيش: يعرفه "روكيش" بأنه "تنظيم المعتقدات له طابع الثبات النسبي حول موضوع أو موقف معين، يؤدي بصاحبه إلى الاستجابة بشكل تفضيلي" (جلال، 1984م، ص251).

يعرفه ترستون: يعرفه ترستون بأنه "استجابة عامة لدى الفرد إزاء موضوع معين وهذه الاستجابة تتضمن درجة ما من الإيجاب أو السلب يرتبط بموضوع الاتجاه" وذكر ترستون أيضا أن الاتجاه تعميم لاستجابات الفرد تعميما يدفع سلوكه بعيدا أو قريبا من مدرك معين. (شحاتة، 2005م، ص23)

2. الاتجاهات نحو الهجرة غير الشرعية

نعرفها إجرائيا بكونها "الإدراك الايجابي لقضية الانتقال إلى بلاد أخرى بطريقة غير قانونية مع الرغبة في الهجرة عبر تلك الطريقة و التفاؤل بمستقبلها"

3. الرضا عن الحياة

تعريف دينير (Diener2000)

يعرف الرضا عن الحياة هو كيفية تقييم الافراد لحياتهم بأبعادها المختلفة من خلال سمات وصفات الشخصية والفروق الفردية وتتأثر تلك الابعاد بالعوامل الديمغرافية والظروف البيئية والعوامل الثقافية والنضج والواقعية والاستقلالية التي يتمتع بها الفرد ويكون هذا التقييم ذاتي. (Diener: 2000 ;P 146).

تعريف ببلي وآخرون (Bailey & all, 2007):

يعرف ببلي و آخرون (Bailey & all, 2007) الرضا عن الحياة بأنه: " الطريقة التي يدرك بها الفرد لحياته بناء على معرفته الكافية بظروف الحياة و يعرف ايضا بنه التقييم الشخصي لنوعية الحياة كما يعرف بانه كيفية تقييم الافراد لحياتهم من وجهة نظرهم الخاصة (جرادات و عبود 2016، ص 390).

تعريف الدوسقي

يعرفه الدوسقي بأنه " تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقاً لنسقه القيمي، ويعتمد هذا التقييم على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته (الدوسقي ، 1998 ، 162).

تعريف منظمة الصحة العالمية

الرضا عن الحياة هو معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه. (قنون، 2015، ص 101).

4. التعريف الإجرائي

هو تقييم الفرد لمختلف المتغيرات والجوانب المهمة في حياته ويظهر عبر التقدير الذي يضعه الفرد لدرجة رضاه عن مستواه المعيشي وقدراته وشخصيته وكل من وسطه الأسري والدراسي والاجتماعي".

VI. دراسات سابقة

. دراسة عبد الرحمن 2010: التي هدفت إلى الكشف عن دوافع ومبررات الهجرة غير القانونية لدى الشباب، والكشف عما إذا كان هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للشباب واتجاههم للهجرة غير القانونية، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، والمنهج التاريخي، وكانت أدوات الدراسة الاستبانة والمقابلة، وتكونت عينة الدراسة من 425 فرداً في محافظتي القليوبية والشرقية

وكشفت أن أهم أسباب الهجرة، انتشار البطالة، وضعف فرص نجاح المشروعات الصغيرة، والفقر وضعف الدخل، وصعوبة إجراء السفر للخارج بطريقة رسمية، ومشكلات الانتماء، والفراغ، وارتفاع تكاليف الزواج، وبينت الدراسة

أن 86% من عينة الدراسة على استعداد للهجرة ولكن هجرة قانونية، وبلغت نسبة من لا يرغب في الهجرة نهائياً 10% فقط يرفضوا الهجرة غير القانونية، وكشفت أن الذكور هم أكثر ميلاً للهجرة من الإناث . دراسة عويد فريح (2003) وتقصت العلاقة بين الرضا عن الحياة وعدد من متغيرات الشخصية ، لدى عينة كويتية ، طبق على العينة مقياس الرضا عن الحياة من إعداد دينر ، مع مقاييس اهري ، أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في الرضا عن الحياة ، كما أوضحت النتائج أيضاً وجود ارتباط دال موجب لدى الجنسين بكل من الثقة بالنفس والتفاؤل والوجدان الايجابي.

كما قامت سميرة عبد الله (2001) بدراسة عن العلاقة بين أبعاد الرضا عن الحياة وعدد من المتغيرات النفسية ، لدى عينة من المكفوفين السعوديين ، تم قياس الرضا في خمسة مجالات : النفس ، الدين، الأسرة ، الأصدقاء، الحياة ، اظهر نتائج الدراسة غالى وجود ارتباط ستلبي بين الرضا عن الحياة وكل من الشعور بالوحدة والاكتئاب والغضب ، وارتباط ايجابي بين الرضا وتقدير الذات.

VII. نظريات الرضا عن الحياة

1. نظرية التكيف والتعود

يتصرف الأفراد بشكل مختلف اتجاه الأحداث الجديدة في الحياة ، وذلك اعتماداً على نمط شخصيتهم وردود أفعالهم أهدافهم بالحياة لكن نتيجة التعود والتأقلم مع الحدث وبمرور الوقت فإنهم يعودون إلى النقطة الأساسية التي كانوا عليها من قبل الأحداث ، فنتائج الدراسات تشير إلى أن الأفراد من مختلف الأعمار وبغض النظر عن الجنس لا يختلفون في الشعور بالرضا عن الحياة ويرجعون السبب الى مدى التكيف والتأقلم مع الأوضاع الجديدة فقد وجدوا أن الأفراد الذين أصيبوا بإعاقات كانوا في البداية غير سعداء ثم أصبحوا أكثر سعادة فيما بعد نتيجة التكيف مع الأوضاع الجديدة. (شعبان 2013، ص25)

2. نظرية الأهداف

يرى أصحاب هذه النظرية أن الأفراد يشعرون بالرضا عندما يحققون أهدافهم، وتدل الدراسات على أن الأفراد الذين يدركون حقيقة أهدافهم وطموحاتهم وأهميتها بالنسبة لهم وينجحون في تحقيقها يتمتعون بدرجة أعلى من الرضا عن الحياة مقارنة مع أولئك الذين لا يدركون حقيقة أهدافهم مما يؤدي للفشل في تحقيقها وبالتالي الشعور بعدم الرضا. ويعتمد تحقيق الأهداف على الاستراتيجيات المتبعة في تحقيقها والتي تتلاءم مع شخصية الأفراد وتختلف هذه الأهداف باختلاف المراحل العمرية وأولوية هذه الأهداف وفي نفس الإطار يرى "تشينغ" أن الأهداف ممكن إن تنظم وتوجه سلوك الفرد فإذا ما تحققت يكون لها تأثير ايجابي وبالتالي يتحقق الرضا ويؤدي عدم تحقيقها إلى عدم الرضا، وطبعاً فإن هذه الأهداف تتأثر بالمراحل العمرية الفرد بينما يرى "هينغس" انه عندما تكون للأفراد، أهداف مثالية لا يستطيعوا تحقيقها فإنهم يشعرون بعدم الرضا مما يرتبط بمشاعر سلبية. (قنون: 2016، ص107).

3. نظرية التقييم

يرى أصحاب هذه النظرية ان الفرد يمكن أن يحقق الرضا عن الحياة عندما تكون خبراته سارة وممتعة ، بما تولد له مشاعر ايجابية وليست هذه الظروف نفسها مصدر الرضا بل يتوقف على مدى إدراك الفرد للخبرة السارة في هذه

الظروف ، واعتبر هذا الإدراك مسألة نسبية تختلف من شخص لآخر وفق ما يدركه كل فرد من خبرات ممتعة في هذا الموقف ، فقد تبين أن مجرد وضع الأشخاص في حالة مزاجية حسنة يزيد من تعبيرهم عن الشعور بالرضا عن الحياة ككل وتبين أيضا أن بعض الحالات المزاجية العابرة لها تأثير كبير على الشعور بالرضا عن الحياة ككل، وان التفكير المتصل والمدعم بصورة عينية يزيد من الشعور بالرضا.(حسين، 2013، ص 56).

4. نظرية المواقف

ترى هذه النظرية ان الإنسان يشعر بالرضا عندما يعيش في ظروف طيبة يشعر فيها بالأمن والنجاح في تحقيق ما يريد من أهداف فيجد الصحة الطيبة ويحصل على عمل جيد ويكون اسرة متماسكة مع معافاة في البدن، ففي هذه الظروف يكون الفرد راضيا عن حياته ومتمتعا بصحة نفسية. (قنون 2015، ص 107).

5. النظرية التكاملية

مع اختلاف النظريات السابقة في تفسير الرضا عن الحياة فان المتمعن في أفكارها يجدها متكاملة وليست متعارضة لان عوامل الرضا كثيرة وتختلف بحسب الأفراد والثقافات فبعض الأفراد يرضون عن الحياة عندما تكون ظروف الحياة طيبة وتسير وفق ما يريدون وغيرهم يرضون عنها عندما يدركون الخبرات السارة وآخرون يرضون عنها عندما يحققون طموحاتهم وينجزون أهدافهم وهناك من يرضى عن حياته بالمقارنة مع الآخرين وإدراكه لتفوقه عليهم. (شقورة، 2012، ص 35)

VIII. عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من (66) طالبا و طالبة من جامعة ابو القاسم سعد الله الجزائر 02 تم اختيارهم بالطريقة القصدية .

جدول رقم(01) يبين عدد أفراد العينة حسب التخصص والجنس

المجموع	ذكور	اناث	الجنس التخصص
21	08	13	علم النفس
20	09	11	علوم التربية
25	11	14	لغات أجنبية
66	28	38	المجموع

IX. أدوات الدراسة

1. مقياس الإتجاهات

تم بناء مقياس يركز على سلوكيات مكونة للاتجاه نحو الهجرة غير الشرعية ، حيث تمت صياغة 16 عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد كالآتي:

المحور الأول: يمثل الإدراك الايجابي للهجرة غير الشرعية ويضم العبارات من 01 الى 06
المحور الثاني: يمثل الرغبة في الهجرة غير الشرعية ويضم العبارات من 07 إلى 10
المحور الثالث: ويمثل التفاؤل بما بعد الهجرة ويضم العبارات من 11 الى 16
 وتتم الإجابة على فقرات الاستبيان على الطريقة الخماسية من خلال 5 بدائل حسب طريقة ليكرت (لا أوافق تماماً/ لا أوافق / محايد/أوافق/ أوافق بشدة)

2. الخصائص السيكومترية للأداة

صدق الأداة: تم حساب الاتساق الداخلي للأداة عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية والتي بلغ عددها (23) فرداً، على كل محور من محاور الاستبانة والدرجة الكلية للإستبانة وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي spss.21 كما هو موضح في الجدول رقم (02).

جدول رقم (02): يبين معامل الارتباط بين الدرجات على كل محور من محاور الاستبانة والدرجة الكلية

المحاور	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الإدراك الايجابي للهجرة غير الشرعية	0.854	0.01
الرغبة في الهجرة غير الشرعية	0.876	0.01
التفاؤل بما بعد الهجرة غير الشرعية	0.860	0.01

المصدر: من إعداد الباحثين

كما تم التحقق من ثبات الاستبانة باستخدام طريقة الفا كرونباخ حيث بلغ معامل كرونباخ للاستبانة قيمة (0.853) وهي درجة جد مقبولة لثبات الأداة

3. مقياس الرضا عن الحياة

تم بناء مقياس اعتماداً على التعريف الإجرائي للرضا عن الحياة في هذه الدراسة والذي يحدد الرضا كالأتي :
 "هو تقييم الفرد لمختلف المتغيرات والجوانب المهمة في حياته ويظهر عبر التقدير الذي يضعه الفرد لدرجة رضاه عن مستواه المعيشي وقدراته وشخصيته وكل من وسطه الأسري والدراسي والاجتماعي"
 وتتم الإجابة على فقرات الاستبيان على الطريقة الخماسية من خلال 5 بدائل حسب طريقة ليكرت
 وتم حساب مدى البدائل للحكم على درجات الاستجابة: $5-3/1=1.33$ ومنه فإن الدرجة :
 من (01 إلى 2.33) منخفضة، من (2.34 إلى 3.66) متوسطة، من (3.67 إلى 05) مرتفعة

X. الخصائص السيكومترية للأداة

صدق الأداة: تم حساب الاتساق الداخلي للأداة عن طريق حساب معاملات ارتباط بيرسون بين الدرجات على العبارات والدرجة الكلية للمقياس وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي spss.21 كما هو موضح في الجدول رقم (03).

جدول رقم (03): يبين معامل الارتباط بين الدرجات على العبارات و الدرجات الكلية على المقياس

العبرة	الإرتباط	الدلالة	العبرة	الارتباط	الدلالة
1	0.627	0.002	6	0.401	0.064
2	0.562	0.007	7	0.625	0.002
3	0.534	0.011	8	0.556	0.007
4	0.380	0.081	9	0.550	0.008
5	0.729	0.000	10	0.660	0.001

المصدر: من إعداد الباحثين

وتم التحقق من ثبات الاستبانة باستخدام طريقة الفا كرونباخ حيث بلغ معامل كرونباخ للاستبانة قيمة (0.743) وهي درجة جد مقبولة لثبات الأداة متغيرات الدراسة: تم التركيز في هذه الدراسة على متغير اتجاهات الطلبة نحو الهجرة غير الشرعية ، ومتغير الرضا عن الحياة.

الأدوات الإحصائية : تم الاعتماد في هذه الدراسة على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

XI. نتائج الدراسة

1. نتائج الفرضية الأولى

ونصت على " درجة اتجاه طلبة الجامعة نحو الهجرة غير الشرعية متوسطة" وللتحقق من صدق الفرض تم حساب المتوسطات و الانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة على الاستبانة .

جدول رقم (04): متوسطات حسابية وانحرافات معيارية لاتجاهات طلبة الجامعة نحو الهجرة غير الشرعية

الرتبة	المحاور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الدرجة
01	الإدراك الإيجابي للهجرة غير الشرعية	3.48	0.589	متوسطة
03	الرغبة الشخصية في الهجرة غير الشرعية	2.53	1.155	متوسطة
02	التفاؤل بما بعد الهجرة	2.89	1.027	متوسطة
	الدرجة الكلية	2.97	0.681	متوسطة

المصدر من إعداد الباحثين

يلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (02) أن اتجاهات طلبة الجامعة حسب استجاباتهم بدرجة متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم الكلية قيمة (2.97) بانحراف معياري قدره (0.681).

2. نتائج الفرضية الثانية

✓ نصت على " تختلف اتجاهات الطلبة نحو الهجرة باختلاف درجة الرضا عن الحياة لديهم (مرتفعة، متوسطة، منخفضة). وللتحقق من صدق الفرض تم استخدام تحليل التباين الأحادي (Anova).

جدول رقم (04): تحليل التباين الأحادي للفروق بين اتجاهات الطلبة نحو الهجرة غير الشرعية تبعا لدرجة الرضا عن الحياة (مرتفعة، متوسطة، منخفضة)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
داخل المجموعات	1.124	2	0.562	1.21	0.303
خارج المجموعات	29.073	63	0.461		
المجموع	30.197	65			

يتضح من الجدول رقم (05) أن قيمة ف (1.21) دالة عند مستوى 0.303 وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات الطلبة نحو الهجرة غير الشرعية تبعا لدرجة الرضا عن الحياة (منخفضة، متوسطة، عالية).

XII. مناقشة النتائج

دلت النتائج أن اتجاهات الطلبة نحو الهجرة غير الشرعية لا تختلف باختلاف درجة الرضا عن الحياة ، حيث لم تؤيد الفرض الذي تم وضعه للبحث ويمكن تفسير هذه النتيجة بكون الإتجاه نحو الهجرة غير الشرعية قد يخضع لعوامل خارجة عن درجة الرضا عن الحياة ، عوامل قد تتجاوز الوعي بمخاطر الهجرة في حداثها، وقد كشفت دراسة (عبد الرحمن، 2010) أن أهم أسباب الهجرة، انتشار البطالة، وضعف فرص نجاح المشروعات الصغيرة، والفقر وضعف الدخل، وصعوبة إجراء السفر للخارج بطريقة رسمية، مشكلات الانتماء، وعامل الفراغ، وكذلك ارتفاع تكاليف الزواج.

فقد لا تعود إلى الإدراك السلبي لمظاهر الحياة عموما و لظروف الوطن بوجه الخصوص، حيث يمكن لجاذبية صورة الحياة في الدول المتقدمة أن تكون عاملا قويا يولد الإتجاه نحو الهجرة غير الشرعية ، خصوصا في ظل الإنفتاح المعلوماتي الذي يجعل من الشباب في حالة اطلاع على مظاهر الرفاهية و التطور الذي تشهده مختلف الدول المتقدمة في شتى المجالات.

كما يمكن للرضا عن الحياة كسمة تمثل مدركات واتجاهات الفرد نحو مختلف نواحي حياته أن تكون ذات تأثير جزئي في اتجاه الطلبة نحو الهجرة غير القانونية و فقد تؤثر باجتماعها مع ظروف واقية قد لا تتواءم مع مدركات الفرد للحياة، كما يمكن لها أن تتشكل كألية دفاعية تقود نحو تقبل الواقع ، كما يشير الباحثان إلى حدود هذه الدراسة البشرية وما قد يترتب عنها من تأثير على النتائج.

و يعد الرضا عن الحياة مفهوما سيكولوجيا جد متشعب بحد ذاته من ناحية ارتباطه بسلوكيات الفرد و سماته النفسية كما جاء في دراسة سميرة عبد الله (2001) التي توصلت إلى وجود ارتباط ايجابي بين الرضا وتقدير الذات وارتباط عكسي بين الرضا عن الحياة وكل من الشعور بالوحدة والاكتئاب والغضب، وما جاء دراسة عويد فريح (2003) إلى وجود ارتباط دال موجب للرضا عن الحياة بكل من الثقة بالنفس والتفاؤل والوجدان الايجابي، ولهذا يقدر

الباحثان وجود تباين في تقدير الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة باختلاف السمات والعوامل التي قد يكون لها تأثير إما مؤقت أو ذو ثبات نسبي، مما قد يجعل من الفرد يقدر رضاه عن الحياة تقديرا سلبيا بينما يقدر اتجاهها قويا نحو الهجرة غير الشرعية والعكس، وفي مثل هذه الحالات يفضل مضاعفة الجهد في تقنين أدوات القياس و الدقة في تحديد بنودها و لو كانت ذات صدق و ثبات ظاهريين أو قد أثبتهما الاختبار التحكيمي و الإحصائي ، اذ لا بد من التحديد الدقيق للسمات و مؤشراتهما والتحفظ عند هذه الأخيرة من كل العوامل التي تتداخل وترتبط ايجابا مع الرضا و يكون لها تغير سريع في الواقع أو تخضع لتغير الكثير من المعطيات النفسية .

قد تعزى نتيجة انتفاء الفروق نحو الهجرة غير القانونية تبعا لمتغير الرضا عن الحياة إلى شتراك العينة موضع الدراسة في الكثير من معطيات الحياة، وأول مؤشر على ذلك انتماؤهم لنفس المؤسسة التعليمية وبالتالي يشتركون في البيئة الاجتماعية و المنظومة القيمية و البعد والتنظيمي للمؤسسة و عدة معطيات تكون موضع اشتراك في الجامعة.

XIII. مقترحات الدراسة

انتهى الباحثان إلى جملة من المقترحات أهمها:

- إجراء دراسات مماثلة في حدود مكانية و بشرية أكثر اتساعا و تمثيلا للمجتمع
- تجاوز الحلول الأمنية إلى العمل على فهم و ضبط دوافع الهجرة غير الشرعية.
- تضافر جهود مؤسسات المجتمع التربوية و الإعلامية للتصدي لظاهرة الهجرة السرية
- العمل على تعزيز قيم المواطنة و تنمية الاتجاه نحو خدمة المجتمع والوطن
- عقد ندوات تحسيسية للتوعية بمخاطر الهجرة غير الشرعية.

مراجع

- بن لخضر محمد. (2017). *الهجرة السرية للأطفال الجزائريين نحو أوروبا دراسة في ظل المواثيق الدولية و التشريعات الوطنية*. أطروحة دكتوراه . جامعة وهران 2.
- جلال سعد (1984). *علم النفس الاجتماعي*. منشأة المعارف. الإسكندرية. الطبعة الأولى.
- حسين عبد الحميد عيسى. (2013). *الرضا عن الحياة وعلاقتها بالاتزان الإنفعالي والرضا عن الحياة لدى أفراد شرطة المرور*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية غزة .
- ختو فايزة (2011). *البعد الأمني للهجرة غير الشرعية في إطار العلاقات الأورومغاربية*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الجزائر 3.
- الدسوقي مجدي محمد. (1996). *مقياس الرضا عن الحياة*. مكتبة أنجلو المصرية.
- شحاتة سليمان محمد سليمان. (2003). *اتجاهات الأطفال نحو الذات والرفاق والروضة*. مركز الإسكندرية للكتاب. القاهرة.
- شعبان دعاء شعبان. (2013). *الرضا عن الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أسرى المحررين المبعدين عن قطاع غزة*. رسالة ماجستير. كلية التربية. الجامعة الإسلامية غزة.
- شقورة بح. (2012). *المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية*. رسالة ماجستير. كلية التربية. جامعة الأزهر. غزة.
- عبد الرحمن. (2010). *أسباب ميل الخريجين إلى الهجرة و علاقته باتجاهاتهم نحوها وانتمائهم الوطني في محافظات غزة. مجلة جامعة الإستقلال. العدد 2.*
- عبد الكريم محمد جرادات و محمد هاني عبود. (2016). *الرضا عن الحياة و الدعم الاجتماعي لدى المسنين المقيمين في دور الرعاية واولئك المقيمين في بيوتهم الخاصة. مجلة العلوم التربوية و النفسية. المجلد 17 العدد 1.*
- قنون خميسة. (2015). *الرضا عن الحياة وعلاقته بالاستجابة المناعية والدعم الاجتماعي المدرك لدى عينة من مرضى السرطان*. أطروحة دكتوراه جامعة باتنة. الجزائر.
- Diener, E.D. (2000). Subjective Well- Being: the science of happiness and a proposal for national index, *American Psychology*.
- Jean-Claude A, (2000). *Psychologie de la communication théories et méthodes*. 3^{ème} édition, Armand Colin.

تشخيص الاضطرابات النفسية باستخدام الأساليب الإسقاطية:

اختباري الرورشاخ وتفهم الموضوع أنموذجا

حفصي سعاد، (طالبة دكتوراه)

جامعة باجي مختار - عنابة

د. عاشوري صونيا

جامعة باجي مختار - عنابة

Summary

This intervention is an attempt to highlight the importance and use of projection techniques in the diagnosis of mental disorders. Because projection is a basic mechanism through which the examinee reveals his own way of organizing his experiments and structure, and testing the rubbish and test understanding of the subject is one of the most important tests projection because the article submitted related to radiation. It provides the examiner with necessary information about the Umayyad rhythms, kisses, idiosyncrasies, defense mechanisms and personality traits. Therefore, the structure of the personality can be understood and the individual differences are highlighted. In order to develop an appropriate treatment plan in line with the specificity of the situation.

Key words: *Psychological disorders - projection techniques - Rorschach test - Thematic apperception test.*

ملخص

جاءت هذه المداخلة محاولة لإبراز أهمية وكيفية استخدام الأساليب الإسقاطية في تشخيص الاضطرابات النفسية، لأن الإسقاط ميكانيزم اساسي يفصح من خلاله المفحوص عن طريقته الخاصة في تنظيم تجاربه وهيكلتها ويعتبر اختبار الرورشاخ و اختبار تفهم الموضوع من بين اهم الاختبارات الإسقاطية لأن المادة المقدمة متعلقة بصرعات انسانية تعكس المعاش النفسي العميق و المشاعر الدفينة، فهو يقدم للفاحص معلومات ضرورية عن الصرعات الاوديبية والقبل اوديبية، الآليات الدفاعية و سمات الشخصية و بالتالي يمكن فهم بنية الشخصية و ابراز الفروقات الفردية، الامر الذي يساعد الاكلينيكي على وضع خطة علاجية مناسبة تتماشى مع خصوصية الحالة.

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات النفسية - الاساليب الإسقاطية - اختبار الرورشاخ - اختبار تفهم الموضوع.

مقدمة

شهدت العصور الاولى للبشرية جهل الانسان بالاضطرابات الجسمية، النفسية والعقلية وعجزه عن التفرقة بينهما، ولم يكن عنده إلا القليل من الفهم البيولوجي للأجسام البشرية، ولذلك فسر سلوكه الغريب انطلاقاً من عوامل غيبية ميتافيزيقية لها القدرة على الولوج إلى جسم الانسان والتأثير فيه.

ونظراً لإيمان الانسان البدائي ابان العصور الحجرية بالأرواح الشريرة فقد حاول القيام بشيء ما لاستبعادها، فمن خلال دراسة المستحثات القديمة "جماجم الانسان البدائي" شوهدت فجوات ثقب هدفها السماح للأرواح الشريرة المحبوسة داخل الشخص بالهروب، هذه الصورة البدائية لعلاج الاضطراب النفسي هي المحاولات الاولى لدراسة لجراحة المخ والبوادر التاريخية لتقنيات الجراحة النفسية التي استخدمت لعلاج المرض النفسي في القرن العشرين.

أصحاب السلوك الشاذ كانوا يتركون لمهيموا في البرية أو يقيدون بالسلاسل ويتركون في السجون وعادة ما ينظرون إليهم بأنهم نذير شؤم يجب أن يتخلص منهم، مع ذلك شهدت الحضارات القديمة بعض المحاولات لفهم المرض العقلي والنفسي وعلاجه، ففي اليونان القديمة نشأة المعابد الاسكولابية *Aesculapain temples* التي اتخذ اسمها من اسم آلهة الشفاء عند الاغريق القديمة، واصبحت مراكز طبية وملجأً للأشخاص المضطربين نفسياً حيث يقدم لهم رجال الكهنوت الادوية ويوفرون لهم سبل الراحة لكن هذه الخدمة ليست لعامة الناس الذين كانوا يعالجون بالطرق الرهيبة واساليب التعذيب القاسية (شيلدون كاشدان، 1984، ص ص 28-29)

ومنذ ذلك الحين ومجهودات الباحثين تتطور في دراسة الاضطرابات النفسية حتى ظهر علم النفس المرضي بداية من القرن العشرين حيث حاول Ribot وضع منهج باثولوجي للتفرقة بين السواء واللاسواء فنتج عنه فرع مستقل عن علم النفس اسمه علم النفس المرضي.

وتعتبر اشكالية التمييز بين السواء واللاسواء من بين المهام التي تأخذ حيز كبير في دراسات الباحثين في علم النفس المرضي وذلك تصبب الجهود على تطور اساليب التشخيص النفسي.

يعتبر التشخيص *Diagnostic* تقصي عميق لسمات شخصية الفرد، قدراته واستعداداته مما يساعد على فهم مشكلاته، أي أن التشخيص يتطلب جمع المعلومات المتاحة من وسائل ومصادر مختلفة تحليلها وتنظيمها وفق تسلسلها الزمني بقصد التخطيط للعمل اللاحق وهو العلاج النفسي، ويعتمد الاخصائي الاكلينيكي في ذلك على مصادر معلومات مختلفة مثل: المقابلات، الفحوص الطبية، السجلات المدرسية والمهنية والاختبارات والمقاييس.

الاخصائي العيادي يستند فب كل هذا على الاطار المرجعي الذي يستند إليه في نظرية الشخصية، كما أن ممارسته لهذه العمليات يمكن أن تضيف إلى فهمه لسمات الشخصية وصراعاتها ومشكلاتها فهي تكون الاساس من الاطار المرجعي العلمي.

في علم النفس المرضي والممارسة العيادية يتطلب التشخيص عمليات اساسية تشمل على: الملاحظة، الوصف والتصنيف الدقيق والتحليل الدينامي بغية التوصل إلى تصنيف دقيق عن طبيعة و اساس مشكلة الفرد واقتراح العلاج المناسب حسب خصوصية الحالة.

ينظر إلى التشخيص النفسي بوصفه عملية تتكون من مرحلتين: الأولى هي الوصف المبني على كل البيانات التي جمعت عن المفحوص والثانية هي تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط أو نسق له دلالة اكلينيكية (عباس، 1996، ص 31)

لا يقف التشخيص في علم النفس المرضي عند حدود معرفة الاعراض الظاهرة بل يتعداها إلى الكشف عن طبيعة الصراع الذي يعاني منه المفحوص ومعرفة الميكانيزمات التي يوظفها لتخفيف حدة الصراع هل يلجأ إلى النكوص لتفادي الخبرات المؤلمة؟ هل يبرر عيوبه أم يسقطها على الآخرين؟ ما علاقة كل ذلك بمستوى طموحه؟ هذه المعلومات تقدم للسيكولوجي فهما لدينامية الشخصية ومعرفة الاسباب الكامنة وراء الاعراض.

ويبقى الهدف الاساسي للتشخيص في علم النفس المرضي والممارسة العيادية هو ايجاد طريقة للعلاج ومعرفة مآل الاضطراب النفسي، إلى جانب ذلك فالتشخيص الدقيق يساهم في التمييز بين الاضطراب الوظيفي والاضراب العضوي وتقييم درجة الاضطراب الذي يعاني منه وعلى السيكولوجي دائما أن يسأل: كيف نشأ المفحوص على الصورة التي نشأ عليها؟ (عباس، 1996، ص 43)

نظرا لأهمية التشخيص في علم النفس المرضي طور الباحثين اساليب مختلفة لقياس الشخصية وتحديد درجة الاضطراب والحاجة إلى العلاج والمآل المحتمل ومن بين تلك الاساليب الاختبارات الإسقاطية.

البوادر الأولى للإسقاط جاءت اساسا من لعب الاطفال حيث كان الاطفال يقومون بوضع بقع من الحبر على صفائح من الورق و ثم يطبقونها، فتنتج اشكالا متطابقة ومتساوية الألوان يتخذها الاطفال كوسائل للعب.

كما أن السحب قد استخدم ابان الجهود المبكرة لدراسة الشخصية التي قام بها عالم النفس الالماني Stern حيث وضع اختبار صور السحب *Cloud Picture Test*

وقد استخدم اختبار تداعي المعاني كل من جولتون، كاتل وكان اول من استخدم اختبار تكملة الجمل ابيجهاوس عام 1898 وبعد ذلك بقليل نشرت الطرق الإسقاطية المستخدمة حاليا لقياس الشخصية، ففي عام 1921 نشر روشاخ اختبار بقع الحبر الذي عرف باسمه لاحقا (عبد الخالق، 1992، ص 338)

ويعتبر الإسقاط من انجح الطرق في التشخيص الاضطرابات النفسية ففي هذه الاساليب يقوم الفاحص بدلا من أن يسأل المفحوص مجموعة من الأسئلة بعرض مثبر غامض عليه ويطلب منه تفسيره والاستجابة له ويعتبر اختبار الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع من انجح الاساليب الإسقاطية، ولذلك سنحاول من خلال هذه المداخلة الاهتمام بالإسقاط ودوره في تشخيص الاضطرابات النفسية.

1. الإسقاط

الطرق الإسقاطية تعتبر أساليب غير مباشرة لدراسة الشخصية في جوانبها السوية والمرضية وتعتمد هذه الطرق على أساليب الإسقاط.

والإسقاط **Projection** عند فرويد يعزو بها الفرد دوافعه واحساساته ومشاعره على موضوعات العالم الخارجي والهدف منه هو الدفاع ضد القلق والدوافع اللاشعورية ويترتب عن ذلك خفض التوتر والقلق فيثير المفحوص بواسطة منبه غامض ويطلب منه تأويله واعطاء معنى له، وتعكس استجابات المفحوص دوافعه وحاجاته ورغباته ونزعاته وادراكاته وتفسيراته.

ويمكن أن تكون هذه المنبهات الغامضة غير المتشكلة ذات انواع شتى مثل: بقع الحبر وكلمات جمل ناقصة. . . إلخ ويفترض أن تكشف استجابات المفحوص لهذه المنبهات عن نمط شخصيته وقيمه ومثله العليا (عبد الخالق، 1992، ص 340)

فكرة الإسقاط بدأت عند فرويد مرتبطة بالاضطراب النفسي والعقلي، ثم توسع في استخدامها بعد ذلك سلوكيات اخرى وتقوم هذه العملية عند فرويد على:
* الإسقاط عملية لاشعورية.

* يستخدم كعملية لاشعورية للدفاع ضد القلق والدوافع اللاشعورية.

* يحدث نتيجة عزو هذه الدوافع والرغبات والافكار التي تؤدي التي تسبب الألم.

* يترتب عن الإسقاط خفض حدة التوتر لدى الفرد.

ظهر نوع آخر ظهر مفهوم آخر من الإسقاط عند "فرانك" (1939) Frank عندما وصف بعض الوسائل غير المباشرة في دراسة الشخصية بهدف الوصول بالفرد إلى تقييم صفاته دون أن ينتبه إلى أنه يقوم بذلك، فالفرد حين تعرض عليه مثيرات غير متشكلة ومهمة إلى حد ما ويطلب إليه أن يستجيب لها، يسقط على هذه المثيرات المهمة حاجاته ونزواته، وتبدو في صورة استجابات لهذه المثيرات، فحاجاتنا السابقة تؤثر في ادراكاتنا الراهنة.
ومنذ ذلك الحين شاع استخدام الإسقاط في مجال علم النفس الاكلينيكي والمرضي (فيصل، 2001، ص 88)

2. أسس التشخيص بواسطة الاختبارات الإسقاطية ومميزاتها

يعتمد التشخيص بالطرق الإسقاطية على اسس نظرية وعلمية وافتراضات يضعها اصحابها ومن اهم تلك الافتراضات نذكر:

* ينبع الاطار النظري للطرق الإسقاطية من التحليل النفسي في المقام الاول أو الاتجاه الدينامي والممارسة الاكلينيكية التي تؤكد العمليات اللاشعورية.

* تمثل نظرية الجشطالت احد الاسس النظرية للاختبارات الإسقاطية، وذلك في تركيز الجشطالت على ادراك الكل وكيف أنه سابق عن ادراك الجزء.

* طريقة الفرد في ادراك المنبهات الغامضة وتفسيرها تعكس مختلف الجوانب الاساسية لشخصيته، وظائفه النفسية، حاجاته، قلقه، وصراعاته، وذلك عن طريق عملية الإسقاط.

- *الخاصية الأساسية في الطرق الإسقاطية أنها غامضة و غير محددة البناء، و غير متشكلة، تقدم للمفحوص فيها تعليمات عامة و موجزة، و من ثمة تسمح بأكبر قدر من الاجابة.
- * يقلل غموض المنبهات الإسقاطية من تحكم الفرد في استجاباته لأكبر درجة ممكنة الامر الذي يسهل للفاحص الكشف عن سمات الشخصية.
- * لا يمكن الحكم عن الاستجابات الإسقاطية بأنها صواب أو خطأ بل يحكم عليها بمدى دلالتها على سمات شخصيته، أو بمدى اقترابها من فئة مرضية معينة.
- * لا يعي المفحوص غالبا الهدف من الاختبار وكيف تفسر، لكن مع ذلك لا يمكننا الجزم تماما بأن استخدام الطرق الإسقاطية لا يلحقه التزييف.
- * تعطي الطرق الإسقاطية غالبا صورة كلية عن الشخصية اكثر من قياسات لسمات محددة و منفصلة و بالتالي فهذه الطرق ملمة في التشخيص السيكولوجي.
- * يعتمد اختبار تفهم الموضوع و اختبار تفهم الموضوع للأطفال و المسنين على منبهات اكثر وضوحا مقارنة باختبار الرورشاخ،
- * المشكلات الأساسية في الاختبارات الإسقاطية هي: الصدق و الثبات.
- * لا تقيس الاختبارات الإسقاطية الجوانب السطحية للشخصية بل تبحث اكثر في الخبرات و الصراعات الدفينة (عبد الخالق، 1992، ص ص 340-341)

3. تصنيف الاختبارات الإسقاطية

- اقترح لندي تصنيف الطرق الإسقاطية تبعا لنمط الاجابة المطلوبة من المفحوص إلى:
- * طريقة التداعي: المنبه فيها هو كلمة، جملة، أو بقعة حبر، يستجيب بها المفحوص بكلمة أو عبارة مدركة و من امثلتها اختبار تداعي الكلمات أو اختبار الرورشاخ.
- * طريقة التكوين: تنتج هذه الاستجابات من في هذا النوع من نشاط معرفي بنائي انشائي معقد، كأن يبني المفحوص قصة معقدة اعتمادا على صور اختبار تفهم الموضوع، في هذه الحالة يعتمد تحليل و تفسير الاستجابات على تحليل المضمون.
- * طرق التكملة: يعطي المفحوص عدد من المنبهات كالصور أو الجمل و يطلب منه اعادة ترتيبها أو يحدد تفضيلاتها، أو اختيار احد البدائل منها، و تنظيمها وفقا لنظام محدد مثل اختبار تنظيم الصور.
- * الطرق التعبيرية: مثل اختبار الرسم بالخطوط و الالوان، طرق اللعب و السيكدراما، و يمكن استخدام هذه الاختبارات في كل من التصنيف و العلاج، فهي تكشف عن متاعب الشخص و يمكن أن تجعل الشخص ايضا يقوم بعملية تفرغ لتلك المشاعر المؤلمة (عبد الرحمان، 1998 ص 391)

4. الدلالة المرضية في الاختيارات الاسقاطية

1. 4 اختبار الرورشاخ

يستخدم اختبار الرورشاخ كثيرا في الفحص السيكولوجي وهو يتكون من خمسة بطاقات عشرة ملونة و عشرة غير ملونة وتعرض الواحدة تلوى الاخرى على المفحوص، ويطلب منه أن يذكر ما يرى فيها، وأن يعلق عليها، وعلى الفاحص أن يسجل كل ما يقوله المفحوص ثم يحلله بعد ذلك.

يستخدم هذا الاختبار في تشخيص السلوك المرضي و السوي كما يمكن أن يعطي فكرة عن مستوى النمو العقلي ودرجة الذكاء والكشف عن نواحي وجدانية عميقة لدى الفرد (عوض، 1998، ص111)

بعد أن يقدم المفحوص استجاباته يقدم له الفاحص سلسلة من الاسئلة ليستوضح ما رآه المفحوص في البطاقة وأي ناحية حددت ادراكاته، و منذ عام 1921 اقترح هيرمان روشاخ هذه الطريقة و عدة طرق لتصحيح هذا الاختبار، وانصبت هذه الطرق على تحليل بناء اسلوب الاستجابات ثم مضمون كل منها على حد.

يتعلق البناء بطلاقة المفحوص في الاستجابة للمثيرات، وهل يعطي المفحوص عددا كبيرا من الاستجابات او عدد قليل؟ هل يستجيب للشكل ككل أم لجزء منه؟ إلى اي مدى يعتمد في استجاباته على الشكل، اللون و الظل.

أما المضمون فيتعلق بمدى رؤية المفحوص للبقع كأشكال بشرية، حيوانات، رسوم تشريحية، خرائط و هل هذه الاستجابات شائعة أم عيانية (تايلور، 1998، ص 123)

تتمثل خصوصية اختبار الرورشاخ كونه فضاء للتفاعل بين الواقع و الخيال، فالتوازن يتجلى من خلال القدرة على بناء اجابة تأخذ بعين الاعتبار الواقع و الخيال أما الاختلال فيترجم بانعدام الواقع او الخيال و اختلال التوازن من خلال تركيز استجابات المفحوص في احدى البعدين.

المثير في اختبار الرورشاخ عبارة عن لوحات تتميز بخصائص موضوعية من حيث الشكل و اللون إلا أنها في نفس الوقت مهمة و غير مكتملة و غامضة و هذا بشكل متفاوت حسب اللوحات، هذه الخصائص تمكن من وضع افتراضات بشأن الدلالة الرمزية لهذه اللوحات.

و تمركز الانتاج الاسقاطي حول مواضيع معينة و خاصة تعكس انشغالاته و صراعاته و رغباته حيث أن هناك تكرار لمضامين تعود بصفة منتظمة في بعض اللوحات جعل المختصين يتساءلون حول الاستشارات الهوامية الرمزية لهذا الاختبار فخلص هؤلاء إلى عدم اعتبار مادة الرورشاخ محايدة بل موضوع مرتبط بالواقع رغم أنه غامض على مستوى الادراك، يتميز بخصائص تسهل و تثير التداعيات وفق رمزية معينة، و في هذا السياق تحدث الكثير من الباحثين عن الدلالة الرمزية للاختبار امثال: مينوفسكا و انزيو.

إن كل لوحة من لوحات اختبار الرورشاخ يمكن لها أن تستثير هوامات، تصورات و هوامات تتموضع حسب سجلات مختلفة و عليه يمكن استخلاص مستويات لمحتوى اللوحات من حيث درجة التطور و البدائية فاختبار الرورشاخ يثير عددا من الاشكاليات يمكن الكشف عنها من خلال تظاهرها المباشر و نسبة ظهور هذه الاشكاليات تتفاوت من مفحوص إلى اخر حسب خصوصية الحالة.

خصائص بعض اللوحات المتميزة بايحاءاتها لصور انسانية و حيوانية اضافة لكونها ذات هيئة ثنائية يجعل من هذه اللوحات ميزة استثارة تداعيات علائقية ترتبط بالصورة الوالدية و انماط العلاقات مع هذه الصور و مواضيع الحب و الكره (بلهوشات، 2008، ص 126-127)

إن تقرير الحالة المستخرج من الاستجابات المقدمة لكل البطاقات يقدم رؤية حول الدلالة المرضية فمثلا تقرير العصابي يتصف بنواحي اهمها ظهور صدمة اللون، كبيت الاستجابات الحركية، اعطاء استجابات يغلب عليها عامل اللون على الشكل و التي تشير في نفس الوقت إلى مستوى انفعالي طفلي.

في الهستريا تظهر يقدم المفحوص استجابات منخفضة من حيث الاهتمام بالشكل و تأخذ صدمة اللون عنده الاهتمام الزائد باعطاء استجابات اللون الخالص أو للون و الشكل، و هذا التناقض بين الابتعاد عن اللون و التركيز عليه يعتبر مظهر من مظاهر التناقض الوجداني الذي تتميز به الحالات الهسترية.

و تكثر لدى الهستيري استجابات الشكل الغير محدد و الغير جيد طالما أن الخطأ في تفسير الواقع و الحقيقة يعتبر من سمات الهستيري، و اذا كان الاضطراب متمركزا حول جزء من الجسد يعطي المفحوص استجابات لأجزاء حيوانية و انسانية و استجابات تشريحية.

اما بالنسبة لاضطراب الوسواس القهري فمن اهم ما يلاحظ هو ان تقرير اختبار الروشاخ تكشف عن تناقض وجداني كبير فنجد استجابات لونية و احيانا صدمة اللون ثم إن الشخص الوسواسي يظهر صدمة اللون الاحمر و تظهر ليديه الاستجابات الجزئية كثيرا مقارنة بالشخص العادي و يقل عدد الاستجابات الحركية و الكلية.

في الاكتئاب تقل بوضوح الاستجابات الحركية، و احيانا تختفي تماما الاستجابات اللونية و زمن الرجوع يكون طويلا جدا مقارنة بالشخص العايد و في حالات الاكتئاب الشديد تظهر بوضوح الاستجابات الحيوانية من 70 – 90 % و يطول زمن الرجوع و يعتبر المفحوص أن الاختبار طويل و شاق.

و في الفصام تكون الاستجابات متغيرة كثيرا و ينتقل المفحوص من الاشكال الجيدة البالغة الجودة إلى الاشكال الرديئة تكثر الاستجابات الكلية لكنها من النوع الرديء، و في تقرير بعض الفصاميين نجد استجابات جزئية دقيقة و غريبة و تكون كثيرة و بشكل ملحوظ. و الاستجابات الحركية تكون قليلة.

يحدث احيانا أن يعطي بعض حالات الفصام التخشي عددا عاديا من الاستجابات الحركية و تعطي حالات البارانويا عددا اقل كما يظهر في تقرير المقاومة و الاستمرار على اعطاء استجابات معينة و خصوصا في البطاقات الثلاث الاخيرة و تكثر كذلك الاستجابات التشريحية.

في حالة الفصام البسيط نسبة الاستجابات الجيدة قليلة و الادراك مشوه كما أن الاستجابات التشريحية متوفرة بكثرة. و تكثر عندهم الاستجابة لأجزاء الانسان. أما حالات الفصام الكتانوني فتكون الاستجابات شديدة الانطواء و نمط الادراك من النوع الكلي الخالص. حيث نجد حوالي عشرة استجابات كلية و تقل الاستجابات الجزئية و الجيدة. ترتفع الاستجابات الحيوانية (عباس، 2001، ص 253-256)

2. 4 اختبار تفهم الموضوع

اختبار تفهم الموضوع هو الاخر من الاختبارات الإسقاطية التي تستخدم على نطاق واسع في دراسة الشخصية و تشخيص الاضطرابات النفسية.

يتألف اختبار تفهم الموضوع من مجموعة من البطاقات عليها صور اناس وقد ترك الموقف في كل صورة وكذلك مشاعر الافراد فيها من غير تحديد حتى يمكن أن يعبر المفحوص عما يراه بناء على اتجاهاته، وطرق ادراكه للعالم، إذ أن المطلوب من المفحوص أن يؤلف قصة لكل صورة بحيث تتضمن تفسير للأسباب التي ادت إلى الموقف المبين في البطاقة، وما يفكر فيه اشخاص القصة وما يشعرون به و النتيجة المحتملة لهذا الموقف.

ظهرت العديد من الطرق لتحليل اختبار تفهم الموضوع وعلى وجه العموم فإن الفاحص يبحث اولاً ليرى، أي شخصية اصبحت البطل، فمن المحتمل أن يتقمص المفحوص شخصية البطل عندما يرى هذه القصة ثم يدرس الفاحص تفاصيل كل قصة ماذا قال المفحوص وكيف وماهي حاجاته، ومشاعره ومدى تكرارها (تايلور، 1998، ص 122)

يعتمد هذا الاختبار على مبدأ مؤداه أن الأفراد يميلون إلى تفسير المواقف الانسانية الغامضة بما يتفق مع خبراتهم الماضية، وحاجاتهم الراهنة، وبذلك يسمح للمفحوص الكشف عن انفعالاته وصراعاته المعقدة ويتكون الاختبار من 31 بطاقة منها البطاقة رقم 16 وهي بطاقة بيضاء، بعض البطاقات يمكن تطبيقها على جميع الافراد، البعض الاخر خاص بالرجال والنساء، بعض البطاقات لا يمكن تطبيقها إلا على فئات عمرية محددة وهكذا. وينطلق الفاحص في تفسيره على: المحور الرئيسي للقصة، البطل الرئيسي للقصة، الحاجات الرئيسية للبطل، تصور المفحوص للعالم، صور الاشخاص في نظر المفحوص، الصراعات ذات الدلالة، انواع القلق وطبيعته، الحيل الدفاعية وقوة الذات العليا.

يمكن تحديد نوعية السير النفسي في اختبار تفهم الموضوع بالاعتماد على مقروئية البروتوكول، فهي عموماً تعكس نوعية العلاقة بين الفرد وعالمه الخارجي، وهي تدل على قابلية الاتصال بين الفرد وعالمه الداخلي والخارجي.

ونظراً لأهمية المقروئية فقد تم اعتبار المقروئية الجيدة دالة على سير نفسي جيد والتي يستدل عليها من خلال:

*عدم تميز البروتوكول بالكف: الذي يظهر من خلال وجود فترة كمون كبيرة خاصة الطويلة سواء في بداية أو اثناء القصة، الشيء الذي يدل على وجود رقابة تمنع الغوص في الخيال لنسج القصص التي يجب أن تكون جيدة البناء.

*أن تكون القصص معرفة: اي ان تكون الشخصيات معرفة ومميزة دون خلط بينهم أو تردد فيما يتعلق الجنس والسن، وتربطهم علاقات معرفة اضافة إلى احتواء القصص على صراعات معبر عنها بوضوح، وتعكس النشاط الفكري والواقع النفسي الداخلي فتكون الصراعات مبلورة بحيث يتم ارضائها على المستوى النفسي.

*تنوع السياقات: تشمل القصص على سياقات متنوعة وتميز بالمرونة والمتانة. على العموم تكون المقروئية مرادفاً لعمل ربط متناسق بين البنيات الشعورية واللاشعورية عند توفر الشروط التالية:

*تكون القصص مبنية ومهيكلية.

*تظهر الاساليب المستعملة على شكل لين ومتنوع في ارضان القصة.

*تظهر الوجدانات المرتبطة بالتصورات معدلة حسب المثير (بلهوشات، 2008، ص ص 148-149)

ونميز في اختبار تفهم الموضوع:

*سلسلة الرقابة (A): يتعلق الامر بسياقات تندرج في معظمها في اطار اللجوء إلى الواقع الخارجي، تتضمن سلسلة الرقابة في مجملها سياقات تساهم في بناء القصة، من خلال الرجوع إلى الواقع الخارجي، الثقافة العادات والتقاليد

وجود هذه السياقات بكثافة يعطي بعدا هاجسيا للتنظيم النفسي، ووجود هذه التصورات يعطي فكرة عن مدى غنى وتوفر التصورات.

توفر السلسلة الفرعية الاولى استثمار الواقع الخارجي بالرجوع إلى تفاصيل اللوحة باستمرار ووجود الابعاد الدينية و الثقافية، توفر هذه السياقات توجي بعلاقة جيدة مع الواقع وسلامة الادراك، أما السلسلة الفرعية الثانية فتتضمن استثمار الواقع الداخلي والدينامية النفسية، يتعرف على ذلك من خلال حدة الصراعات والامكانيات الفكرية التي يمكن أن تسمح بارصانها، أما السلسلة الفرعية الاخيرة فتتضمن السياقات ذات النمط الهجاسي كالتحفظات الكلامية، العزل والتكوين العكسي.

*سلسلة المرونة (B): تتضمن السلسلة الفرعية الاولى استثمار العلاقات والسياقات التي تظهر نوع من التنظيم العقلي يكون متمركز حول العلاقة بالموضوع والتي عادة ما يكون فيها الفرد مختلفا على الاخر وتمييزا، تسمح هذه العلاقات باسقاط ما يدور في مخيلة الفرد (اختراع، شخصيات...) الواقع الخارجي يكون مأخوذ من بعين الاعتبار ولكن يحتل مكانة ثانوية أمام التعبير عن العواطف وبصفة عامة عن كل ما يحس به الفرد.

احتواء البروتوكول على هذا النمط يعطينا صورة عن استثمار العلاقات والعواطف والتوترات فيعطي التنظيم النفسي للفرد بعدا هستيريا.

السلسلة الفرعية الثانية تتمثل في سياقات التحويل والتمسرح، حيث أنه في اطار هذه السياقات يستثمر الفرد عالمه الداخلي على غرار ما يحدث في عمل مسرحي أين يعبر عن الصراع من خلال سرد الاحداث والوضعيات العلائقية. والسلسلة الفرعية الاخيرة تتمثل في سياقات ذات نمط هستيري والتي تعود إلى انماط دفاعية هستيرية عندما تظهر مصحوبة بسياقات السلسلة الفرعية الاولى والثانية وبعض سياقات سلسلة الرقابة، يمكن اعتبار أنه كلما ظهرت هذه السياقات بقوة في البروتوكول كلما ظهر الطابع العصابي للشخصية.

*سلسلة تجنب الصراع (C): تسمح هذه السياقات بإظهار انماط من الخطاب التي توجي بانواع من الاضطرابات او اشكاليات خاصة مرتبطة بتجنب الصراع البيئوني نفسي. تحتوي هذه السلسلة على خمسة سلاسل جزئية:

- الاستثمار المفرط للواقع الخارجي من خلال التشديد على الحياة اليومية والعملية، والواقع الملموس والعواطف الظرفية، بنود هذه السلسلة تكتسي طابع ايجابي عندما يكون تواترها معتدلا لأنها تقف حجزا أمام العمليات الهوامية.
- الكف من خلال الصمت داخل القصص او ايجازها بشكل كبير اضافة إلى عدم توضيح دوافع الاشخاص والتعريف بهم، التواتر الكبير لهذه السياقات يضر بنوعية الخطاب ويقلل من مرونة وحركية الحركات النفسية.
- السياقات النرجسية من خلال التشديد على الانطباعات الذاتية اضافة إلى الخصائص الحسية، تسمح هذه السياقات بمعرفة تصور الذات ونوعيته من خلال التعرض إلى عمق الاصابات النرجسية.
- استثمار الحدود من خلال نفاذية الحدود والخلط بين الراوي وموضوع القصة أو من خلال التشديد على المدرك، المثلثة والانشطار.

- السياقات الهوسية او الضد اكتئابية وتظهر من خلال الاستثمار الفائق لوظيفة الاسناد وعدم الاستقرار في التماهيات اللف و الدوران.

*سلسلة العمليات الاولية (E) : تكون هذه السلسلة عادة مؤشرا لتوظيف نفسي ذهاني، حجم هذه السياقات من الناحية الكمية و الكيفية هو الذي يسمح بالتمييز بين السيرورات الاولية، التي تدخل في اطار خطاب عادي و سيرورة اولية تعود إلى توظيف نفسي ذهاني. إنّ وجود هذه السياقات يظهر لنا النفوذية بين مكونات الجهاز النفسي بمعنى اخر تسمح باظهار مرونة في وظيفة ما قبل الشعور، و كلما كانت السيرورات الاولية حاضرة بقوة كلما دل ذلك على هشاشة الانا و ضعفها. و نميز من خلال هذه السلسلة:

- تظهر السلسلة الفرعية الاولى: تشير إلى مستوى الادراك و العلاقة مع الواقع.
 - غزارة العمليات الإسقاطية و التي تعود إلى اضطراب مرتبط بطغيان الحياة الهوامية.
 - اضطراب معالم الهوية و المرجعية من خلال صعوبة تصور العلاقة مع الموضوع و الذات.
 - تظهر هذه السلسلة تشوه الخطاب مما يدل على اضطراب محتوى التفكير.
- في الاخير تجدر الاشارة إلى أنه لا يجب وضع علاقة وطيدة بين سياقات العمليات الاولية و التوظيف الذهاني، حيث انه في بعض البروتوكولات الغياب الكلي لسياقات العمليات الاولية يمكن أن يعود إلى انماط توظيف مرضية (سليمان، 2012، ص ص 27-28)

و يمكن أن نشير إلى بعض الدلالات المرضية من خلال اختبار تفهم الموضوع في الفئات المرضية التالية:

*الفصام: تتميز قصص الفصاميين بالغرابة و الشذوذ و انخفاض مستوى الاصاله، و ظهور التوهم في القصص، وضعف العلاقة بين الصورة و القصة، و انهيار البنيان العقلاني و الوجداني للقصة و تفكك المعني و ادراك و اخطاء ادراكية، و انهيار الاتصال بين الاشخاص، و تنافر محتويات القصص مع تقاليد المجتمع آدابه.

*الاكتئاب: البطء في رواية القصة و كثرة التوقف، اشارات إلى مشاعر الذنب، و الحط من القدرات، و الشعور بالندم، الاشارة إلى مغامرات تنتهي بالفشل، و موضوعات تشير إلى اليأس، الرغبة في الموت و خبرات الفشل العاطفي.

*البارانويا: التهرب و الحذر و الشك في الغموض من الاختبار و انكار تعبير القصة.

*الوسواس القهري: استخدام الالفاظ المتزمتة و الشك و تقدير مشاعر الاخرين، و رفض التنبؤ بالنتيجة أو النهاية و جذب الخيال.

*القلق: تكرار موضوعات الخوف و توقف و حبسة، و مواقف مسرحية درامية عنيفة ارتفاع نسبة الافعال و عدم حسم المواقف المتخيلة (عبد الخالق، 1996، ص 362)

كما يستدل على الصحة و السواء النفسي من خلال:

*علامات الشكل و البناء: تمثيل المواقف و الشخصيات تمثيلا طيبا حسنا، مع تميز القصة بالطول و التناسق الانفعالي و يغلب أن تكون القصة واقعية فيها عنصر الطرافة تتسم بالحيوية و النشاط، و تستغرق القصة فترات زمنية طويلة.

* علامات المحتوى:

بطء الكف و المبادأة و الشجاعة و تقبل التحدي و القيام بالواجب و قدرة على ايجاد حلول للمشكلة.

بطل اجتماعي، علاقات شخصية وقوية و مشاركة في العمل الاجتماعي مع وجود نشاطات انسانية.

بيئة اجتماعية ودودة تتجسد في نماذج الاب و الام، البطل متعاون و صديق ايجابي.

تناسب العقاب مع الجريمة مع محاولة البطل الاصلاح و التقويم. (عبد الخالق، 1992، ص363)

خلاصة

من خلال ما سبق يتضح مدى اهمية عملية الاسقاط في تشخيص الاضطرابات النفسية و ذلك خاصة اختبار الرورشاخ و اختيار تفهم الموضوع فالميكانيزمات العقلية التي يوظفها المفحوص للتجاوب مع وضعية الاختبارين يكون المفحوص مطالب بربط توازن بين متطلبات اللاشعور الذي يمثله الهو، مقتضيات الواقع الذي يمثله الأنا و كذلك قيم المجتمع التي تمثلها الأنا الاعلى.

قائمة المراجع

بلهوشات، رفيقة. (2008). طبيعة الصورة الجسدية و السير النفسي بعد الاصابة بحروق ظاهرة. مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة الدكتوراه علم النفس العيادي: جامعة الجزائر.

تايلور، ليونا. (1988). الاختبارات و المقاييس. (ط. 2). ترجمة سعد عبد الرحمان. القاهرة: دار الشروق.

سليمان، جيلالي. (2012). الانتاج الاسقاطي عند المراهق: دراسة لعينة من المراهقين يطلبون خدمة نفسية. مذكرة تخرج مكملة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة. جامعة تيزي وزو.

عباس، فيصل. (1996). الاختبارات و المقاييس. (ط. 1) بيروت: دار الفكر العربي.

عباس، فيصل. (2001). الاختبارات و المقاييس: تقنياتها اجراءاتها. (ط. 1). بيروت: دار الفكر اللبناني.

عبد الخالق، احمد محمد. (1992). قياس الشخصية. (ط. 1) الكويت: مجلس التعريب و النشر و لجنة التأليف و التعريب.

عبد الرحمان، سعد. (1998). القياس النفسي بين النظرية و التطبيق. (ط. 3). القاهرة: دار الفكر العربي.

عوض، عباس محمود. (1998). القياس النفسي بين النظرية و التطبيق. (د. ط). الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

بعض المشكلات التي تواجه تدريس علم النفس المرضي في الجامعات الجزائرية

د. عبد الله بوصنوبيرة
أستاذ محاضر - أ-

د. جمال حواوسة
أستاذ محاضر - أ-

06.63.80.20.70 / 06.71.22.13.34

houaoussa.djamel@yahoo.fr

جامعة 8 ماي 1945 - قالمة -

Résumé

ملخص

La psychologie a connu une grande propagation, où les universités deviennent une source pour les centres hospitaliers. Et en dépit de tous les efforts dus à la formation des psychologues et des psychopathologues, il existerait des problèmes de formation.

عرف علم النفس انتشاراً واسعاً، وأصبحت الجامعات تزود المستشفيات بالأخصائيين النفسانيين، وعلى الرغم من الجهود التي بذلتها الجامعة الجزائرية في عملية تكوين المختصين في مجال علم النفس المرضي، إلا أنها لا تخل من مشاكل في التكوين.

Le questionnement de notre présentation, consiste dans la réponse à nos interrogations :

الإشكالية التي تسعى هذه الدراسة لاستجلائها تتمثل في محاولة الإجابة عن التساؤلات الآتية: ماهي المشكلات التي تواجه تدريس علم النفس المرضي في الجامعات الجزائرية؟، وماهي حلولها؟

Quelles sont les problèmes qui font face à la formation des psychothérapeutes, ainsi leurs solutions ?

كلمات مفتاحية: التدريس، علم النفس، علم النفس المرضي، الجامعة الجزائرية.

Mots clés : *enseignement, psychologie, psychopathologie, université algérienne.*

مقدمة

يعتبر علم النفس من العلوم الحديثة نسبياً، والتي تم إنشاؤها وإدخالها لأول مرة في المختبرات سنة 1879 على يد عالم النفس الألماني وليام فونت (William Wundt)، وأطلق على هذا العلم اسم علم دراسة الخبرة الشعورية، وأصبح هذا العلم يتولى دراسة النشاط النفسي للإنسان، ويسعى إلى حل مشكلات الوعي لديه بهدف تطويره، وزيادة قدرته على العطاء والانسجام مع الآخرين، وذلك من خلال عدة مناهج عيادية وتجريبية ورياضية مستخدماً أدوات ووسائل عصرية مما زاد من طابعه العلمي، وأدى إلى ظهور العديد من التخصصات لاسيما علم النفس المرضي الذي ظهر سنة 1800 على يد الطبيب الفرنسي فيليب بينال (Pinel)، وبعدها توالى الدراسات على يد (وبينييه، وفرويد، وبياجيه...)، حيث ركزت على الذكاء واضطرابات الطفل، ويُعزى علماء النفس تأخر علم النفس المرضي عن الظهور إلى عدة أسباب منها أن الأمراض والاضطرابات عند الطفل تبدو أقل وضوحاً وتميزاً منها عند الراشد.

وعلى العموم فقد ظهر علم النفس في الجامعات الجزائرية في السنوات الأخيرة من الألفية الثانية، وبدأ تدريسه ضمن أقسام علم النفس وعلم الاجتماع وعرف انتشاراً واسعاً لاسيما علم النفس المرضي، وأصبحت الجامعات تزود المستشفيات بالأخصائيين النفسيين، وخاصة بعد الكوارث الطبيعية والأحداث التي عاشها المجتمع الجزائري في العشرية السوداء، وعلى الرغم من المجهودات التي بذلتها الجامعات الجزائرية في عملية تكوين المختصين النفسيين، إلا أن الكثير من خريجي علم النفس يجدون صعوبات ميدانية تتعلق أساساً بعملية تشخيص الحالات المرضية والفحص النفسي، وربما هذا راجع إلى التكوين الجامعي والطريقة التي درسوا بها هذا التخصص في الجامعات التي تخرجوا منها.

فالتدريس من المهنة التي تتطلب إعداد جيداً، وليس مجرد أداء آلي يمارسه الأستاذ، فهو مهنة لها أصولها وقواعدها، وعملية تعليمية تربوية تقوم على أسس وقواعد ونظريات ونماذج، ولم تعد مهمة الأستاذ في الجامعة مجرد تلقين المعلومات والحقائق والمفاهيم وسردها على الطلبة بل أصبح مهمته توجيه وإرشاد الطلبة وتدريبهم من جميع الجوانب باستعمال الطرق والوسائل الحديثة.

وبالرغم ما شهده التعليم العالي في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا من تطورات أدت إلى تحقيق نتائج ملموسة خاصة من الناحية الكمية كارتفاع عدد الهياكل وأعضاء هيئة التدريس وعدد الطلبة، وتنوع الفروع والتخصصات، إلا أن نمواً سريعاً كهذا طرح عدة مشكلات على مستوى نوعية التكوين ومردوديته، خاصة في مجال تدريس علم النفس كعلم ميداني، ومن هنا جاءت هذه الدراسة للوقوف على بعض المشكلات التي تواجه تدريس علم النفس المرضي في الجامعات الجزائرية في ظل النظام الجديد والتجربة الأخيرة لإصلاح التعليم العالي.

1. - مشكلة الدراسة

اتبعت الجزائر كغيرها من البلدان إجراءات إصلاحية جديدة للتعليم العالي (ل م د) استهدفت تقويم الاعوجاج وتحقيق التكامل بين البرامج والتوجهات التكوينية والتنموية، إلا أن هذه الإصلاحات باءت في كثير من الأحيان بالفشل،

فما زالت الجامعة الجزائرية تتخبط في مشاكل كثيرة وقفت حاجزاً أمام قيامها بمهمتها التي أنشئت من أجلها، فواقعها اليوم لم يرق بعد إلى مصاف الجامعات المتقدمة.

وعلم النفس في الجزائر كباقي العلوم لم يخرج من دائرة التخلف الذي تعيشه الجامعة الجزائرية، ويعود ذلك إلى عدم الاستقرار بالجامعة عموماً واختزال مدة التدريس في كل سنة جامعية، وقلة الاهتمام بالبحث العلمي في المجال النفسي، وعدم اهتمام القائمين على القطاعات المختلفة بنتائج الدراسات العلمية النفسية، بالإضافة إلى قلة مخابر علم النفس بالجامعات الجزائرية، وإن وجدت فهي تفتقر إلى الوسائل والتجهيزات الحديثة، ومن جهة أخرى قلة اللقاءات العلمية بالجامعات الجزائرية، وعدم ربط الأخصائي النفسي بالميدان والمحيط الاجتماعي أثناء التكوين بسبب قلة التربصات الميدانية، كل هذا جعل التكوين ضعيفاً قائماً على الجانب النظري فحسب والذي صار أسلوباً متقدماً بسبب كثرة استخدامه، كما أنه أسهل الطرق في سرد المعلومات، ولا يحتاج إلى ابداع وابتكار.

وبحديثنا عن علم النفس المرضي (Psychopathologie) والذي استعمل كمصطلح بداية في ألمانيا سنة 1878 عن طريق ايمنغوس وجنزيك (Emminghaus & Janzarik) فقد كان يوازي الطب الإكلينيكي، وظهر فيما بعد كفرع قائم بذاته في فرنسا مع بداية القرن العشرين، وغلب عليه الطابع العلمي بإستناده إلى المنهج الباثولوجي الذي ابتكره ريبو (Ribot. T)، الذي حاول فهم علم النفس السواء من خلال دراسة اللاسواء.

أما عن واقع علم النفس بصفة عامة في الجزائر، فقد أشار بوسنة إلى أنه يجب الإسراع في تطوير هذا العلم لأن ذلك سيزيد من سرعة تطور المجتمع، ولا يمكن ذلك بدون إحداث مراكز بحث تعمل على توطين علم النفس وإحداث تراكم معرفي يضمن معرفة صحيحة ويساعد على التكيف مع المحيط. كما أن عدم ظهور أي تنظيم جهوي يسمح للمختصين في علم النفس بنقدية المجهودات الرسمية والتصورات الرسمية بأفكار وتصورات مستقلة تخدم عملية تطوير علم النفس في الجزائر، وتجدر الإشارة إلى أن المجال غير خال تماماً، بحيث أن مجهودات المختصين النفسانيين أدى إلى إنشاء ثلاثة جمعيات على مستوى الجزائر العاصمة (APA, SARP, SAOR) وكل واحدة منها تقدم مساهمات لا يستهان بها فيما يخص تجدير مكانة وأهمية علم النفس. (كركوش، 2014: 205)

وبالرغم من أن تدريس علم النفس له أهمية كبيرة في عملية تكوين الأخصائيين النفسانيين، إلا أنه مازال يعاني العديد من المشكلات - خاصة علم النفس المرضي- منها ما يتعلق بعملية التدريس في حد ذاتها (طرق التدريس التقليدية)، ومنها ما يتعلق بأداء الأستاذ، ومنها ما يتعلق باستيعاب الطلبة، ومن هذا المنطلق ومن خلال هذه المعطيات يمكننا أن نتساءل: ماهي المشكلات التي تواجه تدريس علم النفس المرضي في الجامعات الجزائرية ؟

II. أهمية الدراسة

تنبع أهمية هذه الدراسة من الواقع الذي يعيشه علم النفس المرضي في الجامعات الجزائرية، حيث يعاني العديد من المشكلات وخاصة مسألة تدريسه، فما زالت أغلب الجامعات تعتمد على النظريات الغربية الكلاسيكية والطرق التقليدية في تدريس هذا العلم الذي أصبح يفتقر إلى الجانب العملي الذي يعتبر أنجح الأساليب في ترسيخ المعلومة في ذهن الطالب، وتنقله من المعاني النظرية إلى التطبيق العملي الذي هو التعليم بالممارسة والتكرار. وعليه تحاول هذه

الدراسة تبصير أصحاب القرار بما ينبغي أن يكون في البيئات التعليمية في الجامعات الجزائرية، وتكوين الطالب تكويناً جيداً للحياة العملية، والارتقاء بعلم النفس المرضي الذي يستمد مشكلاته ومعطياته من الواقع المعاش.

III. أهداف الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى محاولة تسليط الضوء على أهم المشكلات التي تواجه تدريس علم النفس المرضي في الجامعات الجزائرية، وكيفية رصدها من الواقع وإيجاد حلول لها، وهذا من خلال الوقوف على علاقة الطالب بالأستاذ والمادة، وطرق التدريس، والوسائل التعليمية،...، كذلك هدفت الدراسة إلى محاولة الخروج ببعض المقترحات التي من شأنها أن تساعد على تطوير تدريس هذا التخصص في الجامعة الجزائرية.

IV. منهج الدراسة

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي، وهذا من أجل استجلاء مشكلات تدريس علم النفس المرضي في الجامعات الجزائرية من حيث محتوى ومضمون البرامج، والوسائل التعليمية والمصادر والمراجع، وطرق التدريس،...، وتم تطبيق هذا المنهج من خلال الاستعانة بالدراسات السابقة في هذا المجال وتحليلها، من أجل الوصول إلى أهم المشكلات التي تعترض عملية تدريس هذا التخصص على المستوى النظري والتطبيقي.

V. مفاهيم الدراسة

1- مفهوم المشكلة:

وهي الصعوبة، ويعرفها إميل ليتري (Littre Emille) بأنها كل عائق يقف مانعاً لتحقيق هدف معين وباعث لزعجة التحدي (Littre, 1967: 54)، ويعرفها إبراهيم يوسف حنا على أنها كل ما يعيق أو يعرقل تحقيق هدف معين يتطلب اجتيازه مزيداً من الجهود العقلية والنفسية. (حنا، 1977: 10)

وتُعرف المشكلة أيضاً بأنها شيء يشعر به الفرد ولكنه لا يجد له حلاً مباشراً، وبدون وعي تكون هناك مشكلة، وقد لا يربط الشخص بين مشكلة يشعر بها وحاجة أساسية عنده مرتبطة بها. فالمشكلة تمثل التعبير الخارجي للحاجة ويمكن أن تعد عرضاً من أعراض الحاجة. (حلمي، 1965: 1)

ومشكلات التدريس هي الصعوبات التي تواجه الطلبة، والمتصلة بالوظائف التدريسية للجامعة، وتشمل البرامج والمقررات، وطرق التدريس، وأعضاء هيئة التدريس، والبحوث والمراجع... الخ.

2- مفهوم التدريس

التدريس علم وفن مكتسب من خلال الخبرة والتدريب والممارسة، إلا أن هناك بعض الاستعدادات الفطرية التي يجب أن تكون متوفرة لكل من يمتحن التدريس الذي يعتبر عملية سلسلة من الأفعال التي غالباً ما يديرها المعلم وحده أو يديرها المعلم بمشاركة بعض المتعلمين أو كلهم بهدف تحقيق التعليم للمتعلمين، ويمكن تلخيص أهداف التدريس في إيجاد الطرق المناسبة لمساعدة المتعلمين على التعلم والنمو المعرفي والوجداني والمهاري، وتصميم الخبرات

التعليمية اللازمة لإتمام عملية التعلم، وتهيئة الأسلوب الذي يناسب عمر المتعلم وخبرته لتتم عملية التعلم. (يحي، المنوفي، 1416هـ: 9)

فالتدريس مجموعة الإجراءات التي يقوم بها الأستاذ مع مجموعة من الطلبة بغية تحقيق أهداف تعليمية محددة، وبالتالي فهو مجموع الإجراءات والنشاطات التعليمية المقصودة التي يتفاعل فيها الأستاذ مع طلبته من أجل تيسير عملية تعلمهم في ضوء أهداف محددة مسبقاً، كما أن التدريس عملية منظمة ومدروسة وليست عشوائية، ويرتكز على ثلاث عناصر أساسية: مدخلات التدريس وهي ما يقوم بها التدريس، وعمليات التدريس أو إجراءات التدريس، ومخرجات التدريس وهي نواتجه.

3- مفهوم علم النفس

إن أصل (علم النفس) يعود إلى اللفظتين اليونانيتين: روح وعلم، ولكنه في اللغات الأوروبية اتخذ التسمية التي جرى تعريبها بكلمة (السيكولوجيا)، والاستعمال النهائي للسيكولوجيا يعود إلى العالم الألماني (كريستيان وولف Wolf) في المؤلفات التي كتبها. (الزين، 1991: 18)

وهناك عدة تعاريف لعلم النفس، فقد جاء في قاموس علم الاجتماع أنه علم دراسة سلوك الكائنات العضوية الحية، بما في ذلك الكائنات الحيوانية والبشرية، مع تأكيد على دراسة السلوك الفردي وعلاقته بالمنهات البيئية. (غيث، 2006: 328)، وتفيد دراسة علم النفس بصفة عامة في فهم السلوك وضبطه وتوجيهه والتنبؤ به، وهو علم يُدرس كتخصص في الجامعات، ليتخرج الطالب إما طبيباً نفسياً أو معالجاً نفسياً، والفرق بينهما أن الطبيب النفسي هو الذي درس علم النفس جامعياً واختص به طبياً، أما المعالج النفسي فهو الذي درس العلاج النفسي أكاديمياً وفي فترة زمنية أقل من تخصص الطبيب النفسي.

4- مفهوم علم النفس المرضي

يُعرفه Bergeret (2003) بأنه دراسة الجانب النفسي واضطراباته، يهدف إلى تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية وأسبابها وصراعات الشخص الداخلية أو الخارجية في سعيه للتكيف. وبالتالي فإن علم النفس المرضي يُعرف على أنه العلم الذي يهتم بالجانب المرضي للظاهرة النفسية، وذلك بدراسة التطور النفسي للفرد واضطراباته بهدف تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية منها والعقلية. (حافري، 2016: 6)

وعلم النفس المرضي (Psychopathologie)، ويُطلق عليه أيضاً علم نفس الشواذ، ويهتم بدراسة الاضطرابات العقلية من حيث تصنيفها ووصفها وميكانيزماتها وتطورها، وهو أحد ميادين علم النفس النظرية، ويبحث في السلوك المضطرب وغير السوي، ويدرس الاضطرابات النفسية والعقلية والأشخاص الذين يصدر عنهم هذا السلوك المرضي، كما يهتم بدراسة اضطرابات الخلق، أي الانحرافات السلوكية أو السلوك اللاأخلاقي والموجه ضد المجتمع.

5- مفهوم الجامعة

هي إحدى المؤسسات الاجتماعية والثقافية والعلمية، فهي بمثابة تنظيمات معقدة تتغير بصفة مستمرة مع طبيعة المجتمع المحلي والعالمي أو ما يسمى بالبيئة الخارجية... وهي ليست مكاناً لتلقي التعليم العالي فقط وإنما بيئة ورسالة. (مرسي، 1977: 10)، فالجامعة مركز للإشعاع الفكري والمعرفي، وتنمية الملكات والمهارات العلمية والمهنية، والتي تمثل الحجر الأساسي في عمليات التنمية الوطنية... فهي مؤسسة اجتماعية تؤثر وتتأثر بالمحيط الذي توجد به، وهي من صنع المجتمع، فهي أدواته في صنع قيادته الفنية، المهنية والفكرية. (دليو، 2001: 90)، وهذا المعنى فهي تمثل مؤسسة تكوينية تعليمية، ونسقاً مفتوحاً، مصدرها المجتمع، إطاراتها، قيمها وأهدافها.

والجامعة الجزائرية مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكون من ثلاث أبنية هي البنية البشرية وتضم الأساتذة والعمال والطلبة، والبنية القانونية والمتمثلة في القوانين التي تضبط أعمالها وعلاقات عمالها وأساتذتها وطلبتها، والبنية المادية وتتمثل في الهياكل والأبنية والمنشآت الموجودة للقيام بوظائفها، وتعتبر الجامعة الجزائرية من أقدم الجامعات في الوطن العربي، فتاريخ تأسيسها يرجع إلى سنة 1909، أما بذورها الأولى فترجع إلى سنة 1877، ومنذ تأسيسها تابعة لوزارة التربية الفرنسية وخاضعة لقوانين التعليم العالي الفرنسي.

VI. مشكلات تدريس علم النفس المرضي في الجامعات

انتشر تخصص علم النفس في الجامعات الجزائرية خاصة مع تعقد الحياة في المجتمع الجزائري وتفاهم أزماته خصوصاً في السنوات الأخيرة (الإرهاب، الفيضانات، الزلازل...) مع تزايد حجم المشكلات النفسية بمختلف ظواهرها فتح المجال بصفة أكبر للأخصائيين النفسيين للتدخل والمساهمة في البحث عن حلول لهذه المشاكل والصعوبات، ومن ثمة ازدادت الحاجة إلى تطبيقات الممارسة النفسية كمهنة تهدف أساساً إلى فهم الاضطرابات النفسية والتخفيف منها وعلاجها. (كركوش، 2014: 207)

تطور علم النفس المرضي في اتجاهين وتمحورت مقارباته هنا حول الراشد وتحت تأثير مفاهيم عديدة، حيث طرح التحليل النفسي علم نفس مرضي لمختلف مراحل حياة الإنسان، وكل مرحلة عمرية من مراحل حياة الإنسان عندها خصوصياتها، وفي اتجاه ثاني اقترح علم النفس المرضي الارتباط بمراحل عمرية معينة، وراح يهتم بكل مرحلة على حدى، مميزاتها ومفاهيمها الخاصة، ويتأثر من التحليل النفسي اكتشف علم النفس المرضي المشاكل النرجسية للراشد، وكانت خطوته الأولى هو ارجاع هذه التسمية إلى علامات عيادية عند الطفل. (أوميلي، 2017: 1)

وما نلاحظه في الجزائر عموماً هو نقص مراكز البحث المختصة في الدراسات النفسية والتربوية، مع العلم أن وزارة التعليم العالي والبحث العلمي شجعت وعملت على إحداث 20 مركز أو وحدة بحث، أغلبيتها في مجال الطاقة والتكنولوجيا.

إن الاهتمام بالتدريس الجامعي وتطوير مستوى أدائه هو محور رئيس لعمل الكثير من أنظمة التعليم في مختلف دول العالم، لأنه هو العنصر الأساسي الذي تقوم عليه العملية التعليمية التي لا يمكن نجاحها إلا بوجوده، غير أن

تدريس علم النفس المرضي في الجامعة الجزائرية يواجه العديد من المشكلات مثل باقي التخصصات في علم النفس، أو في العلوم الأخرى، ويمكن أن نجمل هذه الصعوبات فيما يلي:

1- استعمال طرق التدريس الكلاسيكية

يرى "هيلارد" (Hillard) التدريس مهمة انسانية، حيث تسود النزعة الانسانية العلاقات الفاعلة بين المعلم وطلّبه، وبالقدر الذي تغلب هذه النزعة على مثل هذه العلاقة يكون المعلم قادراً على أن يُعلّم، وتتوفر عند الطلبة الرغبة في أن يتعلموا، وعليه تتوقف القدرة على تبادل الأفكار وتفهم مشاكل الطلبة. (مناع، خمقاني، 2017: 281)

ولهذا فإن تصميم التدريس يشمل جملة من العمليات أهمها عملية التخطيط: وهي المرحلة التي تسبق التدريس، وفيها يحدد المدرس الأهداف العملية، مستوى مادة التدريس، ويدرس خصائص الفئة التي يدرسها، وعملية التنفيذ: وهي المرحلة التي يقوم بها المدرس بتنفيذ القرارات التي اتخذها خلال العملية السابقة، وأخيراً عملية التقويم: وهي القرارات التي تتخذ وتكون لها علاقة بعملية تقويم مستوى أداء المتعلمين. (عطاء الله، 2006: 108)

فالمحتوى العلمي للدرس وطبيعة المادة يؤثران في اختيار طريقة التدريس، فلكل درس محتوى وخصائص تدرس به، ولما كانت المادة متنوعة، لذا فإنه من الضروري تنوع الطرق لتناسب مع طبيعة المادة ومحتواها.

إن الملاحظ لحالة الجامعات الجزائرية اليوم يرى أن معظم الأساتذة مازالوا يستعملون طرق التدريس القديمة التي لا تخرج عن نطاق الإلقاء، حيث يرى كل من جينتر (1964) وربي (1969) أن طريقة التدريس في الجامعة تتراوح بين الطرق التلقينية والطرق الجدلية، حيث تتلخص الأولى في أنها تنحصر في المعلم الذي ينقل المعلومات إلى المتعلم، بينما تتخذ الطريقة الثانية التفاعل بين المعلم وطلّبه حول مسائل معينة محوراً لها. (مادوس وآخرون، 1983: 37)

وتضم طرائق التدريس المحاضرة وهي سلسلة من الإجراءات الإلقائية التي يقوم بها الأستاذ لإيصال أو نقل المعرفة إلى الطلبة، ويعد هذا الأسلوب من أقدم أساليب التدريس في الجامعة، وأكثرها انتشاراً في جامعات العالم (التل وآخرون، 1997: 272)، إلا أن للمحاضرة عيوب منها أنها تجعل الطالب سلبياً، فيكون مستمعاً فقط في المواقف التعليمية المختلفة، وليس له فرصة لطرح الأسئلة والاستفسار، وتسبب له شرود الذهن لأن الطريقة تتطلب منه المتابعة المستمرة لسرد المعلومات، كما أن طريقة المحاضرة لا تأخذ في الاعتبار الفروق الفردية بين الطلبة، فكثيراً ما يختلف الطلبة اختلافاً جذرياً في درجة استيعاب المحاضرة، وغالباً ما تكون دافعية الطلبة للتعلم ضعيفة، وذلك لضعف اشتراكهم فيها من جهة ولكثرة المعلومات وتنوعها من جهة ثانية، كما أنه يصعب على الأستاذ معرفة مستوى الطلبة وقدراتهم واستعداداتهم وميولهم واتجاهاتهم.

إن اختيار الطريقة المناسبة للتدريس لها أثر كبير في تحقيق أهداف المادة، وتختلف الطرق باختلاف المواضيع والمواد وبيئة التدريس، ولكن نلاحظ أن واقع تدريس علم النفس بالجامعات الجزائرية بصفة عامة يعتمد على استخدام الطريقة التقليدية في التدريس (الإلقاء)، والسمة المميزة لهذه الطريقة هو احتكار الأستاذ للحصة، أي أنه يهيمن على نسبة عالية من وقت الدرس، ويحكم سير العملية التعليمية عن طريق تقديم المعلومات وعرض المشكلات والحلول، وخصوصاً عندما يرى أن المعلومات يجب أن تقدم جاهزة للطلاب، ولا يتسع الوقت ليقوم الطالب

باستقصائها أو اكتشافها، وبالتالي يمثل الطالب دور المتلقي السلبي، وتهيمن طرق التلقين والحفظ والتكرار على جو التدريس، مما يعطل قدرات الطالب على التعبير، وعدم تشجيعه على الاهتمام بفهم المعاني واستيعابها وعلى ممارسة ما اكتسبه بشكل عملي.

ولقد كشفت العديد من الدراسات أن صبغة التدريس التلقيني تغلب على الدراسة الجامعية الأولى (متولي، 1991: 234)، بل وعلى مستوى الدراسات العليا، تلك الصبغة التي لا تسمح بالإبداع والتجديد، ويمكن عزو ذلك إلى الأساليب التقليدية التي يتبعها أعضاء الهيئة التدريسية، والتي تستند - أي الأساليب - على المحاضرة والتلقين، وفي هذه الحالة تكون فرصة الطالب في التعبير عن رأيه قليلة (حواوسة، 1994: 36)، كما أن هذه الطرق تبعث على الملل وتضيق الوقت وتشجع الطلبة على الحفظ واستظهار المعلومات بدلاً من المناقشة وتبادل الآراء، وقد يعود سبب هذه المشكلة إلى عدم إطلاع ومجاراة الأساتذة لما يستجد من طرق ومناهج التدريس الحديثة.

وفي هذه الحالة ينبغي على الأستاذ استخدام أكثر من طريقة في التدريس، فهناك على سبيل المثال طريقة المناقشة وهي سلسلة من الإجراءات التعليمية التي يقوم بها الطلبة بتخطيط وتنظيم وتسيير من قبل الأستاذ لتحقيق أهداف تعليمية... وتعد المناقشة من أساليب العرض والإصغاء والشرح، وهي لا تلغي دور الأستاذ بل تطوره ليمنح الطلبة أدواراً تعليمية (التل وآخرون، 1997: 278)، ويعتبر النقاش من أفضل طرق التدريس، إلا أن تخصص علم النفس المرضي يفتقر إلى ذلك، نظراً لصعوبة التعامل مع الطلبة على المستوى الانفعالي والعقلي من جهة، وصعوبة تطبيق الطريقة في حد ذاتها.

وهناك طرق أخرى للتدريس مثل طريقة المشروع، وطريقة المشكلات، والخرائط المفاهيمية التي تعتبر أداة تخطيط لتمثيل مجموعة من المعاني المترابطة ضمن شبكة من العلاقات، بحيث يتم ترتيب المفاهيم بشكل هرمي من الأكثر عمومية إلى الأقل عمومية والأقل تجديداً، ويتم الترابط بين هذه المفاهيم بخطوط، فهي أداة تعكس البنية المفاهيمية المنطقية والنفسية والمعرفية، وتضم سلسلة من الخطوات التشعبية التي يتم فيها تجريد المعرفة من شكلها الخطي إلى الهرمي. (ريان، 2006: 246)

ولكن الملاحظ أن هذه الطرق غير متبعة في تدريس علم النفس في جامعتنا، وربما هذا راجع إلى غياب المتخصصين في استعمال مثل هذه الطرق، أو أنهم يواجهون مشكلة اتخاذ القرار فيما يتعلق باختيار الطرق المناسبة، كما أن أغلب الطلبة يكتفون بطريقة الإلقاء رغم أنها طريقة تقليدية لا تتوافق مع التطورات التي حدثت في تقنيات التدريس الحديثة، فالمحاضرة قائمة على أسلوب السرد حيث أن الطالب يقوم عادة بدور المتلقي للرسالة، أي بالدور السلبي في اكتساب المعرفة، وهذا النمط التلقيني أدى إلى قتل روح الخلق والإبداع، وأصبح الطالب يكتفي بالنظريات والآراء والمفاهيم الغربية دون إثارة للنقاش، بالإضافة إلى ضعف طرائق التدريس من حيث الأداء والمحتوى، وندرة حصص المناقشة باعتبارها الطريقة المناسبة لكل المواقف التعليمية والتي تؤدي إلى تنمية روح المبادرة، واكتساب الطلبة مهارات التعامل مع الآخرين بطريقة سليمة.

ولما كان الجانب النظري هو الركيزة الأساسية في التدريس، والمبدأ الذي يتقنه الكل بسليباته وإيجابياته، فإن مجموعة من الأساتذة اتكأت على هذا الجانب حتى أفقدته قوته فصار بذلك أسلوباً منتقداً لعدم استخدامه

الاستخدام الأمثل، والسبب في كثرة استخدامه في نظر الأساتذة يعود إلى أنه أسهل الطرق في إلقاء المعلومة، والتخلص من عبء التدريس ومعاناته، والأسرع في انجاز وإنهاء الدرس، ولا يحتاج ذلك إلى إبداع وابتكار، إضافة إلى الراحة وعدم التعب الجسدي والفكري.

2- نقص الوسائل التعليمية الحديثة

الوسائل التعليمية محور هام من محاور التكوين العلمي والمعرفي للطلاب الجامعي، فهي تساعده على الاستيعاب التام للمفاهيم والوقائع، وتساعده على توضيح المعاني وشرح الأفكار. ومن هنا أصبح لهذه الوسائل - كما يقول تركي- مكان بارز في عملية التربية والتعليم في كل مرحلة، وعلى المخطط أن يراعي عند رسم الخطة للمناهج ضرورة العناية بالوسائل المعينة على اعتبار أنها ركن من الأركان الهامة في العملية التعليمية. (تركي، 1982: 116)

وتشمل الوسائل التعليمية الكتب من مراجع ومصادر، وتشمل النماذج والرسوم البيانية والوسائل السمعية البصرية... الخ. إلا أن علم النفس المرضي لم ينل حظه بعد من هذه الوسائل عكس العلوم الأخرى، وهو ما يفسر تأخر البحث العلمي فيه مقارنة مع بقية العلوم، كما أن استعمال الوسائل التعليمية التقليدية والتي لا تخرج عن كونها كتب ومراجع أجنبية احتوت نظريات قديمة من شأنه أن يؤثر سلباً على التكوين المعرفي لدى الطلبة ويخلق نوعاً من الملل، إضافة إلى عدم كفاية هذه الوسائل في تقديم المعلومات والمهارات التي يحتاجها الطلبة بعد تخرجهم مما يؤدي إلى عدم تجاوبهم معها.

وعلى الرغم من أننا نعيش عصر التطور العلمي والتكنولوجي، فإننا نلاحظ أن تدريس علم النفس المرضي يفتقر إلى الوسائل التعليمية الحديثة مثل الكمبيوتر، والأفلام التعليمية، والأجهزة الحديثة... والتي تحقق المتعة والإثارة والدافعية للتعلم. إلا أن استخدام الوسائل لا يعني بالضرورة نجاح العمل التربوي، لأن نجاحه متوقف على تحديد العلاقة بين الهدف والوسيلة، بين الموضوع والمنهج. وهو ما جعل العلماء يشترطون على المعلم مراعاة الجانب النفسي والتربوي عند الاستخدام، ومن ذلك: مراعاة الفروق الفردية، وتحديد الغرض من الاستخدام واختيار الوسائل المناسبة لطبيعة الموضوع، وتنظيم طرق الاستعمال وتجريب الوسيلة قبل العرض والقدرة على التقويم. (عليوان، 2003: 67)

3- النظرة السلبية للطلبة تجاه التخصص والأستاذ

لقد شهد علم النفس عموماً في الجزائر تبايناً في وجهات النظر، حتى أنه في مرحلة ما لم يتم الاعتراف به كعلم، كونه ضرباً من الفلسفة، أو أنه مجرد نظريات غريبة لا يمكن أن تصدق على واقع المجتمع الجزائري الذي له خصوصياته تميزه عن باقي المجتمعات، وبالتالي فقد عانى هذا العلم كغيره من العلوم الأخرى، وما زال يعاني حتى الآن من آراء بعض المفكرين والمثقفين القاصرة حيناً والسلبية أحياناً.

وعلى مستوى الجامعة فقد ساد اعتقاد لدى الكثير من الطلبة أن علم النفس المرضي لا علاقة له بمجريات الواقع، كما أن مجالات العمل بهذا التخصص ضيقة لا تخرج عن نطاق الأخصائي النفسي، وهذه نظرة خاطئة لأنه هناك دراسات نفسية ميدانية واقعية قدمت لنا معرفة وثيقة ودقيقة عن قضايا مجتمعنا، ومن هنا فإن علم

النفس المرضي من دون شك يفيد الطلبة وينضح أفكارهم ويمكنهم من فهم الحياة والنفسية وتعقيداتها، بل ويساعدهم على تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية وفهم الظاهرة المرضية أي اللاسواء، والتي لا يفهمها إلا الأخصائي النفسي.

كما نلاحظ في كثير من الأحيان أن الطلبة منصرفون عن الاهتمام بموضوعات علم النفس المرضي ولاسيما الموضوعات المعاصرة، والسبب في ذلك هو فقدان اهتمامهم بالدرس أو انعدام الدافعية للتعلم، وقد تكون قلة خبرة الأستاذ هي السبب في ذلك أو عدم وجود الرغبة لدى الطلبة في تعلم هذا التخصص. ولعلاج هذه المشكلة يجب استعمال مهارات الإثارة، واستخدام المواد والأجهزة التعليمية، والتخلي عن الأفكار والنظريات التقليدية واستبدالها بفكر جديد معاصر، وذلك ليكون الطالب محور العملية التعليمية، ويحرر فكره ويشغل طاقته في عملية التعلم، كذلك ضرورة إضافة معلومات جديدة في البرنامج الدراسي لمواد علم النفس المرضي، وإثارة النواحي الوجدانية والانفعالية لدى الطالب، والتطرق لوقائع نفسية مستوحاة من مجتمعنا.

وهناك اعتقاد سائد بين الطلبة بأن الأستاذ ينبغي أن يكون مرجعاً شاملاً للمعرفة وهذا غير صحيح، لأنه في الواقع وظيفة الأستاذ تتمحور حول تنظيم وتسهيل عملية التعلم، أي أنه بمثابة (الأستاذ) دليل للطلبة ليتمكنوا من تأدية مهام التعلم بنجاح، ويؤدي هذا الاعتقاد الخاطئ إلى توجيه بعض الأسئلة للأستاذ قد يكون القصد منها الكشف عن قدرته على الإجابة عنها، وفي مثل هذه الحالة يجب على الأستاذ استقبال السؤال باهتمام وإعادة توجيهه إلى الطلبة وحثهم على التفكير في حله، أو تحويل السؤال إلى بحث يجريه الطلبة بمفردهم أو مع مجموعة من زملائهم، كما أنه هناك الكثير من الطلبة يعانون من مشكلة الارتباك الشديد أثناء إلقاء البحوث والأعمال الفردية فتنتقل منهم عبارات غير مترابطة، ويسوقون أمثلة في غير محلها، ويذكرون معلومات خاطئة ويجيبون عن الأسئلة بإجابات بعيدة كل البعد عن الحقيقة.

وقد قام برلينر (Berliner) بدراسة في مجال التركيز على خصائص المعلم، على أن المعلم يجب أن يتحلى بالمرونة المعرفية، والميل إلى الفكاهة، وطريقة تدريس ملائمة، وتمكنه من مادته التي يقوم بتدريسها وكيفية تناولها أو عرضها. أما أغلب علماء التربية ومنهم نيلسون وكلياند (Nelson & Cleland) يرون أن المدرس هو عماد العملية التعليمية وأهم أسسها، وهو الذي يريئ المناخ الذي من شأنه أن يقوي من ثقة التلميذ بنفسه أو يزعزعها، ويشجع اهتماماته أو يحبطها، وينمي قدراته أو يهملها، ويقدم إبداعاته أو يخمد جدوتها، يستثير تفكيره الناقد أو يكفه، ويساعده على التحصيل والإنجاز أو يعوقه. (Barbe,Renzulli,1975: 118)

وينظر بعض الطلبة إلى علم النفس المرضي على أنه علم كلاسيكي في محتواه ونظرياته مثله مثل الفلسفة وعلم الكلام، وهذا تصور خاطئ، إذ أن علم النفس من أهم العلوم الحديثة، وهذا ما أكد عليه جان بياجيه في محاضراته أمام المؤتمر الثامن عشر لعلماء النفس الذي عقد في موسكو عام 1966، حين أكد على أن مستقبل علم النفس يتوقف على صلاته بالرياضيات والفيزياء وعلوم اللغة والاقتصاد السياسي وعلم الأحياء والمنطق وسواها من العلوم التي تؤلف - حسب رأيه- معارف العصر المعقدة. إن إقامة مثل هذه العلاقة والسعي إلى تدعيمها وتعزيزها على الدوام مسؤولية تملها النظرة إلى موقع علم النفس بين سائر العلوم، وقد وجد بياجيه أن هذا العلم يتبوأ مكاناً

حساساً بين العلوم، وهذه حقيقة تؤلف في نظره مصدر فخر واعتزاز للمشتغل فيه، وهذا ما أعرب عنه في المحاضرة المذكورة حين قال: "...أود أن أعرب عن شعوري بشيء من الاعتزاز لأن علم النفس يشغل موقعاً مفتاحياً في منظومة العلوم". (عامود، 2001: 25)

4- عدم مطابقة النظري للعملي وغياب الدراسات الحقلية

من المؤكد أن التركيز على التعليم النظري وإهمال الجانب العملي وحتى مجرد الفصل بينهما لا يخدم العملية التعليمية بأية حال، حيث توصلت إحدى الباحثات من خلال القراءة الأولية للمعطيات المستقاة من الميدان إلى أن كل المبحوثين يملكون معرفة نظرية بخصوص الاختبارات النفسية والاختبارات الشخصية (وتحديداً الاختبارات الاسقاطية مثل راتر تفهم الموضوع والوروشاخ) وكذا اختبارات الذكاء (مثل ويكسلر للأطفال، بروني- ليزين و صورة راي)، إلا أن السؤال المطروح هنا هو مدى تكيف هذه الاختبارات للبيئة والواقع الجزائري ؟، وما جدوى تطبيق الاختبارات إذا لم تراعى فيها الخصوصية الثقافية الجزائرية والعربية ؟ (كركوش، 2014: 217)

كما أن الملاحظ لتدريس علم النفس المرضي بالجامعات الجزائرية يجد أن هناك تفاوت كبير بين ما يدرسه الطلبة من مبادئ ونظريات وبين التطبيق أو رؤية الواقع، أي غياب الدراسات والزيارات الميدانية، ولا شك أن مثل هذا التفاوت بين ما هو نظري، وما هو عملي وواقعي يثير كثيراً من التساؤلات لدى الطلبة.

ومن المعلوم أن علم النفس المرضي لا يكتفي بالجانب النظري فحسب في إثبات الوقائع العلمية، وإنما يحتاج إلى الدراسات والبحوث الامبريقية لإثبات فروضه ومنطلقاته العلمية، أي أن الجانب النظري لا يفهم إلا في ضوء التطبيق أو العمل الميداني، وهذا ما يفتقر إليه علم النفس عموماً في جامعتنا. ويقصد بالعمل الميداني أو الحقلية كما يسمى أحياناً الخروج من المكاتب والتوجه إلى ميدان البحث الذي يراد إجراؤه...وقد يكون العمل الميداني إقامة طويلة، ولكن محدودة في المجال الجغرافي أو المكاني للبحث. (الساعاتي، 1992: 339)

إن معظم الملتحقين بأقسام علم النفس في الجامعات الجزائرية هم من خريجي الأقسام الأدبية، وهؤلاء لا يدرسون المعارف العلمية للعلوم الطبيعية، كالرياضيات والكيمياء والفيزياء والأحياء حتى يتسنى لهم معرفة الإنسان كوحدة بيولوجية ونفسية واجتماعية يتفاعل مع البيئة المحيطة به، ولهذا نجد لدى معظمهم ضعف في الإلمام بالمعارف العلمية الإحصائية والعمل بالمختبرات والعيادات، بالإضافة إلى افتقارهم لتلك الخلفية العلمية الصلبة مقارنة بالجامعات الغربية حيث التعليم مؤسس على العلوم الطبيعية بدرجة رئيسية.

وفي المقابل يمكننا أن نتساءل هل هناك شروط معينة تتبعها إدارة أقسام علم النفس بالجامعات الجزائرية لقبول هؤلاء الطلبة في تخصص علم النفس المرضي ؟ فمعظم المتخرجين في هذا التخصص يواجهون عدة مشكلات لاسيما العاملين بمستشفيات الأمراض النفسية والعصبية، وتتمثل في نقص التأهيل والتدريب وأدوات القياس، والمعلومات البيولوجية والفسولوجية، وهذا راجع إلى الاهتمام بالأدبيات النظرية على حساب الجانب الميداني العملي.

وبالرغم من أن ميدان علم النفس المرضي نظري وتطبيقي في آن واحد، إلا أنه غالباً ما يقدم في صورة نظرية تكاد تكون بحتة، أو قريبة من الآداب والفلسفة، كما أن التريص المغلق أو المفتوح المبرمج في المسار الدراسي للطلاب

يهدف إلى جعله أكثر احتكاكاً بالواقع الميداني، إلا أن نقص التنسيق بين الجامعة والمؤسسات الميدانية أحياناً، أو غياب الاتفاقيات التي تحدد مسؤوليات كل طرف يجعل بعض الطلبة لا يستقبلون جيداً في هذه المؤسسات، مما يحد من المهارات المكتسبة في الميدان.

5- غياب البحوث والدراسات والإنتاج العلمي

إن أهم عامل لتطوير علم النفس المرضي في الجامعات الجزائرية يتمثل في تشجيع البحث العلمي الذي يقوم على الابتكار والأصالة، والتأسيس التجريبي والفيسيولوجي لعلم النفس وتوطينه في البيئة المحلية لمعالجة مشكلات البحث السيكلوجي في الجزائر، وعلى الرغم من أهمية علم النفس المرضي فإننا نرى مع الأسف الشديد عدم اهتمام وزارة التعليم العالي والبحث العلمي بهذا العلم، إذ أنها لم تخصص عدد كاف من مراكز البحث، كما أن الدراسات العلمية السيكلوجية الأكاديمية قليلة جداً، وإن كانت هناك بعض الدراسات الضئيلة في طبيعتها الحال غير كافية لإعطاء صورة واضحة عن معالم هذا التخصص، أو كون هذه الدراسات وصفية لا غير.

إن معظم ما كتب في مجال علم النفس المرضي في الجزائر يعد قليلاً جداً، وإن وجد فإنه يقوم على أساس تعميم القوانين التي نتجت عن دراسات غربية في أمريكا وأوروبا، ونحن بحاجة إلى دراسات ميدانية جديدة نابعة من واقع بيئتنا، ومن هنا فإن علم النفس المرضي في الجزائر وعلى المستوى الأكاديمي يعاني من قلة البحوث والدراسات العلمية الميدانية، أي أن الإنتاج العلمي في هذا المجال يكاد ينعدم تماماً، ولذا يجب علينا كأساتذة وباحثين وطلبة إثراء الدراسات النظرية بالعمل الميداني، فنحن بأمر الحاجة لاختصاص علم النفس المرضي في ظل الظروف الحياتية الصعبة والمعقدة التي يعيشها مجتمعنا، كما أن أغلبية الطلبة لا يحسنون استخدام مناهج البحث في علم النفس، ولا يجيدون إعداد البحوث بطريقة منهجية، ناهيك عن انعدام تقاليد البحث الجماعي، ونقص الأدوات الضرورية للعمل كالمخابر والتجهيزات والتقنيات اللازمة، لذلك كان من الضروري إنشاء هيئات بحثية تعمل على التكفل بالبحث العلمي السيكلوجي واحتياجاته.

وعلى الرغم من التوسع في الجامعات الجزائرية وإنشاء أقسام عديدة لعلم النفس، فإن مكتباتها تفتقر إلى الكتب والدوريات الحديثة المتخصصة في علم النفس المرضي، والسبب في ذلك ربما يعود إلى عدم استيراد الدوريات الأجنبية المحكمة في علم النفس، زيادة على ذلك ضعف الطلبة في المستوى اللغوي لاسيما اللغة الانجليزية، كما أن أغلب المختصين العرب في علم النفس المرضي إسهاماتهم في هذا المجال ضئيلة، إذ يكتفون ببعض المقدمات أو المداخل أو المبادئ أو الأسس في علم النفس. كما أن أغلب الدراسات السيكلوجية في الوطن العربي، قد بنيت على عنصري الاستهلاك والمحاكاة لما يصنع الغرب من نماذج ونظريات وتقنيات إجرائية حيث أنها تفيد الباحث من الناحية المنهجية، إلا أنها لا تحيط في محتوياتها بالخصائص النوعية للإنسان العربي وتصرفاته السلوكية (إنعام، 2007: 30)، وهنا ينبغي الخروج من التبعية المعرفية للغرب.

إن إهمال البحث العلمي في مجال علم النفس المرضي ربما يرجع إلى قلة التدريب والتكوين، بسبب قلة المعامل المجهزة بالمعدات السيكلوجية في أقسام علم النفس أو ما يسمى بالبنية التحتية، وعدم وجود دعم مادي للبحث العلمي، كما أن نشاط هذه الأقسام منحصر في العملية التعليمية (إلقاء المحاضرات والإشراف على الامتحانات) ولم

يتعداها إلى برامج البحث العلمي وخدمة المجتمع، أي عدم وجود اتجاهات ايجابية نحو البحث السيكولوجي عموماً، كما أن بعض الأبحاث في الصحة النفسية قد لا ترق إلى المستوى المطلوب، وهذا راجع إلى ضعف القدرات وغياب مؤسسات ومراكز الأبحاث.

VII. المقترحات والتوصيات

بعد عرض أهم مشكلات تدريس علم النفس المرضي في الجامعات الجزائرية، سنحاول فيما يلي تقديم بعض المقترحات والتوصيات التي من شأنها أن تساعد على تطوير تدريس هذا العلم والوصول به إلى مصاف العلوم الامبريقية الأخرى، وهذه المقترحات والتوصيات هي:

1- ضرورة تحفيز الطلبة على متابعة وحضور المحاضرات بواسطة تحسين طرق التدريس، وجعلها أكثر استجابة لرغبات الطلبة كأن يسودها الحوار والنقاش العلمي والموضوعي، فهناك العديد من الطرق التي يُستعان بها في تدريس علم النفس المرضي كالمحاضرات المتخصصة، وأسلوب الشرح المباشر من قبل المحاضر كتابتاً وتحديثاً، أو باستخدام جهاز العرض المرئي، وهذا يجعل الطلبة يتفاعلون مع الدرس بشكل أفضل.

2- الاعتماد على الزيارات الميدانية نحو الأماكن المتخصصة في تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية، أي ربط الجانب النظري بالجانب الميداني وهذا يساعد الطلبة على اكتساب الخبرة، وتحسس الصعوبات الموجودة في الميدان، وذلك باكتشاف الحالات المرضية الواقعية، والتعرف على كيفية علاجها، وأسباب حدوثها، ونتائج الدراسات المرتبطة بها. ولا شك أن للتطبيق أساسياته التي ينطلق منها عند ترجمة الجانب النظري إلى حيز الواقع الملموس، ولهذا ينبغي تضمين الدراسات الميدانية في مقررات علم النفس المرضي، وتهيئة ذلك للطلبة لربطهم بالواقع المعاش.

3- بناء علاقة قوية بين الأستاذ والطلبة، وكسب محبتهم مع الاهتمام بميولهم ورغباتهم الطبيعية والنفسية، وإتاحة الحرية التامة لهم، ومواجهة سلوكياتهم بمرونة عند التطبيق، مع البعد التام عن الاضطراب والتوتر النفسي وتصحيح الأخطاء والتكرار حتى يتم التطبيق الصحيح، مع ضرورة وضع ضوابط معينة أثناء توظيف الأساتذة المساعدين في الجامعة كتحسين أصحاب الكفاءات من خريجي علم النفس.

4- استخدام المراجع المتعددة والمتخصصة في تدريس علم النفس المرضي، وهذا يساهم في زيادة توثيق الأفكار المطروحة في المحاضرات، ويستعان بالمراجع الحديثة المتوفرة في المكتبة، كالكاتب المتخصصة، أو بشبكة الإنترنت للحصول على بعض المصادر أو المراجع غير المطبوعة لإثراء المحاضرات بالمعلومات الإضافية المهمة.

5- ضرورة الاستفادة من جهود الباحثين القدامى والأجانب في دراساتهم السيكولوجية، مع عدم الركون إليها كلياً، والتعامل معها بحذر حتى لا نقع في تعميم القوانين، لأن ما يصدق على تلك المجتمعات لا يصدق على مجتمعنا.

6- ضرورة ربط الطالب بشبكة الانترنت وتجاوز التقنيات القديمة في التدريس قصد الاستفادة من الخدمات التعليمية التي يقدمها الحاسوب الذي يحمل في طياته فرصاً سانحة لتحسين تدريس علم النفس المرضي، وزيادة أثره على المتعلمين وتقديم بعض الدروس للطلبة عبر شبكة الانترنت، وتعزيز ذلك بالصوت والصورة، مع إعادة

التفكير في برامج وموضوعات علم النفس المرضي، من خلال إجراء بحوث تقييمية لمحتوياتها وذلك بالاستعانة بأساتذة ذوي خبرة في مناهج وطرق التدريس.

7- إجراء بحوث ودراسات ميدانية للكشف عن بؤر الضعف الموجودة في تدريس علم النفس المرضي لإخراجه من النمطية الدراسية المستخدمة، مما يجعل الطلبة مستعدين للبحث والتفاعل مع المحاضرات، ويشاركون في تدريس علم النفس المرضي من خلال الأبحاث التي عملوا عليها سواء بشكل فردي أو جماعي.

خاتمة

إن أهم ما نستخلصه من خلال تحليلنا لمشكلات تدريس علم النفس المرضي بالجامعات الجزائرية، هو الفجوة الكبيرة بين الأهداف التربوية والتعليمية المنشودة التي تسعى الجامعة إلى تحقيقها والمتمثلة في خدمة الفرد والمجتمع، والنتائج المحققة على أرض الواقع والتي تشير إلى عكس ذلك. فالواقع يثبت أن الطرق والوسائل المتبعة في تدريس علم النفس المرضي لا تخرج عن الإلقاء المباشر والكتب والمراجع التي تحتوي على دراسات غربية قديمة، والدليل على ذلك التركيز على الجانب المعرفي النظري، والتهاون في الجانب العملي التطبيقي، علماً أن أفضل أشكال التعلم تتم بالتطبيق الذي يتعدى حدود إلقاء وسرد المعلومات من بطون الكتب. ومن هنا فإننا لم نلاحظ تغييرات جذرية على مستوى علم النفس عموماً منذ تدريسه بالجامعة، وإن كانت هناك بعض التغييرات فهي سطحية جداً، مست الجانب الشكلي ولم تصل إلى الجوهر.

قائمة المراجع

- إبراهيم يوسف حنا. (1977). صعوبات الدارسين والمعلمين والمشرفين في مشروع محو الأمية الإلزامي في قضاء الحمدانية وحلولهم المقترحة لها. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية التربية. جامعة بغداد.
- إنعام علي أحمد. (2007). واقع علم النفس في السودان. دراسة مسحية تاريخية. أطروحة دكتوراه فلسفة في علم النفس (منشورة). جامعة الخرطوم. السودان.
- أومليلي حميد. (2017). محاضرات في مقياس علم النفس المرضي للطفل والمراهق. جامعة سطيف 2: قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا.
- بدر الدين عامود. (2001). علم النفس في القرن العشرين. ج 1. منشورات اتحاد الكتاب العرب. سوريا.
- تركي رابح. (1982). مبادئ التخطيط التربوي. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
- جورج مادوس ف. وآخرون. (1983). تقييم تعلم الطالب. دار ماكجروهيل للنشر والطباعة العربية. المركز الدولي للترجمة والنشر JCT. القاهرة. مصر.
- حافري زهية غنية. (2016). مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس: علم النفس المرضي. قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا. جامعة سطيف 2.
- حسن الساعاتي. (1992). تصميم البحوث الاجتماعية ومناهجها وطرائقها وكتابتها. مكتبة سعيد رأفت. ط 2. مصر.
- حلبي منيرة. (1965). مشكلات الفتاة المراهقة وحاجاتها الإرشادية. دار النهضة العربية. القاهرة. مصر.
- حوامدة باسم. (1994). مشكلات طلبة الدراسات العليا في الجامعة الأردنية. أطروحة دكتوراه. الجامعة الأردنية.

- ريان محمد هاشم. (2006). استراتيجيات التدريس لتنمية التفكير. مكتبة الفلاح. الكويت.
- سعید التل وآخرون. (1997). قواعد التدريس في الجامعة. دار الفكر للطباعة والنشر. الأردن.
- سميح عاطف الزين. (1991). علم النفس. معرفة النفس الإنسانية في الكتاب والسنة. المجلد الأول. دار الكتاب اللبناني. بيروت. لبنان.
- عطاء الله أحمد. (2006). أساليب وطرق التدريس في التربية البدنية والرياضية. ديوان المطبوعات الجامعية. 2006.
- عليوان السعيد. (2003). الوسائل السمعية البصرية في تدريس العلوم الإسلامية. مجلة العلوم الإنسانية. العدد 20. مجلة علمية محكمة نصف سنوية تصدر عن جامعة منتوري. قسنطينة. الجزائر.
- فضيل دليو. (2001). إشكالية المشاركة الديمقراطية في الجامعة الجزائرية. منشورات جامعة منتوري. قسنطينة.
- كركوش فتيحة. (2014). الممارسة العيادية بين الراهن والمأمول: دراسة استطلاعية. مجلة البحوث والدراسات الإنسانية. العدد: 9. جامعة سكيكدة.
- متولي نبيل. (1991). المشكلات التعليمية والمالية والمعيشية لطلاب بعض الجامعات بالسودان. مجلة كلية التربية. العدد: 17. جامعة المنصورة. مصر.
- محمد عاطف غيث. (2006). قاموس علم الاجتماع. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية. مصر.
- محمد منير مرسي. (1977). التعليم الجامعي المعاصر. قضايا واتجاهات. دار النهضة العربية. بيروت. لبنان.
- مناع نور الدين. خمقاني مباركة. (2017). أهمية علم النفس التربوي في حقل التعليمية. مجلة الذاكرة. العدد 8. مخبر التراث اللغوي والأدبي في الجنوب الشرقي الجزائري.
- يجي عايل أحمد. المنوفي عيد جابر. (1416 هـ). المدخل إلى التدريس الفعال. دار الصولتية للتربية. الرياض. المملكة العربية السعودية.
- BARBE, W. B & RENZULLI, J. S. (1975). *Psychology and education of the gifted*. 2nd éd. Irvington Puplichers, Inc.
- LITRE E. (1967). *Dictionnaire de la langue française*. Gallimard, Hachette, Paris.

قراءة في عملية التشخيص في علم النفس المرضي

سميرة براهيمية
أستاذ محاضر صنف (أ)

سنا عبيدي
أستاذ محاضر صنف (أ).
المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميله. الجزائر
sanaabidi@ymail.com 0670060564

Abstract

A question about the word diagnosis may come to mind: What is a diagnosis? How did this word enter into the clinical method and psychopathology? Does the word diagnosis mean classification? Or is there a relationship between them?

There are also other questions from which we started to prepare this paper: What is its definition? Importance and objectives? What are its types? Its stages? Its ingredients? And difficulties?

Keywords: *diagnosis, psychopathology, recent diagnosis, depression.*

ملخص

قد يتبادر إلى أذهان البعض سؤال على وجه التحديد حول كلمة تشخيص ويكون مفاده: ما هو التشخيص؟ وكيف تم دخول هذه الكلمة ضمن الطريقة العيادية وعلم النفس المرضي؟، وهل كلمة تشخيص تعني تصنيف؟ أم هناك تداخل بينهما وعلاقة قد تجمع بينهما، أيضا هناك تساؤلات أخرى متعلقة بالتشخيص انطلقنا منها في إعداد هذه الورقة: ما هو تعريفه؟ أهميته وأهدافه؟ أنواعه؟ مراحلها؟ مقوماته الأساسية؟ وصعوباته؟

كلمات مفتاحية: التشخيص ، علم النفس المرضي،
وقفات حديثة في التشخيص، الاكتئاب.

مقدمة

تهدف المداخلة إلى محاولة التعريف بماهية التشخيص النفسي و إيضاح العلاقة بينه وبين التصنيف والتطرق إلى الصعوبات المواجهة في تشخيص الاضطراب النفسي أو المشكلة النفسية.

-لقد دخل مفهوم التشخيص إلى الميدان العيادي من علم الطب، وكان يقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة، ثم فهم المريض وكشف العلاقة بين الأعراض المرضية ونوع الحالة القائمة.

1-تعريف التشخيص النفسي

مصطلح التشخيص مشتق من المجال الطبي ويعني في الأصل الإغريقي "الفهم الكامل" (لويس كامل مليكة، 2009، ص 62). والذي يتضمن تحديد لطبيعة الاضطراب تحديدا يميزه عن غيره من الاضطرابات التي تنتهي إلى الفئة التصنيفية (الإستخدام الدارج للكلمة بدأ يقصره على المعنى الضيق وهو إطلاق فئة سيكاتيرية تصنيفية على المريض).

التشخيص أول خطوة يقابلها المريض عندما يدخل مستشفى الأمراض العقلية، أو عندما يتوجه إلى إحدى العيادات النفسية، حيث تشخص حالته ويهتم المسؤولون بتحديد مرضه تحديدا دقيقا، ولا يقصد بها مجرد وضع لافتة على المريض يكتب عليها عصابي أو ذهاني، وإنما يقصد به رسم صورة كاملة وشاملة عن الأعراض، وتقويم العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية في نشأتها. (زينب شقير، 2002 ص 35).

ويعرف التشخيص على أنه الفهم الكامل لحالة بغرض التوصل إلى افتراض دقيق عن طبيعة المشكلة الخاصة بالعميل أو المريض وأسسها، أي بمعنى أن التشخيص هو تقويم شخصية العميل (السمات، القدرات، الإنجازات) التي تساعد على فهم مشكلة المريض. إذن من خلال ما تقدم بإمكاننا القول أن التشخيص هو الطريق الذي يتسنى من خلاله التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض، كما أن التشخيص يحتاج شخصا مؤهلا تأهيلا علميا ومدربا تطبيقيا بشكل دقيق. والتشخيص يتضمن سلسلة من الإجراءات والخطوات والتي يتبعها الأخصائي بشكل مرنا ومعتمدا في ذلك على خبرته والتي تمكنه من جمع المعلومات وتحليلها ومن ثم اتخاذ التدابير اللازمة في شأن الحالة.

هناك تعريف آخر شامل للتشخيص نود أن نختم به هذه التعاريف مفاده:(التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها (الكمي والكيفي) ويتم بوسائل متعددة منها الإختبارات المقننة وغير المقننة والمقابلة، ودراسة الحالة والملاحظة، والسجل المدرسي، والظروف العائلية، والسجل الطبي، والتقييم العصبي، ويشير بدقة إلى أسباب المرض المباشرة وغير المباشرة، ويقوم بتحديد مكانها، وطبيعتها ونوعها وحجمها ودرجة حدتها دون الإكتفاء فقط بوصف الأعراض المرضية السطحية (عطوف ياسين، 1986، ص 105).وعلى هذا فالتشخيص العلمي يهيء السبيل لتخطيط برنامج علاجي فقط للتطبيق والتنفيذ كما يتضمن التشخيص الهادف والتنبؤات المستقبلية والإفتراضات المتوقعة.

وإذا كان مصطلح التشخيص مشتقا من الطب إلا أنه في علم النفس يختلف فيه في عدة أمور:

1-1- من حيث أسباب الاضطرابات والمرض

في المجال الطبي هناك إمكانية تحديد الأسباب بدقة، أما في علم النفس فإن التشخيص يصعب كثيرا تحديد الأسباب وعزلها كما تتداخل هذه الأخيرة مع بعضها البعض نظرا لتعدد الظاهرة الإنسانية والنفسية ولذلك يستخدم مفهوم العوامل المساهمة عوضا عن الأسباب. وهناك إمكانية عزل الأسباب عن غيرها من العوامل أما بالنسبة للتشخيص النفسي فهناك صعوبة عزل الأسباب عن بقية العوامل لتداخل الحاصل بين العوامل.

2-1- من حيث تصنيف الاضطرابات

هناك اتفاق على فئات الأمراض العضوية وسهل في كثير من الأحيان الاتفاق بين الأطباء على نوع مرض، الذي تعاني منه الحالة، أما في التشخيص النفسي فتوجد درجة من الاتفاق بين الأطباء النفسيين، فضلا عن صعوبة الاتفاق بين الأخصائيين الإكلينكيين على نوع المرض أو الاضطراب.

3-1- من حيث التنبؤ بمآل الاضطراب

بالإمكان التنبؤ بمآل المرض ومساره في مجال الاضطرابات العضوية، أما فيما يتعلق بالاضرابات النفسية فيكون التنبؤ احتماليا ومتنوعا داخل الفئة التصنيفية الواحدة ويكون بشكل فردي في أغلب الحالات.

4-1- من حيث العلاج

يكون العلاج معروف ومحدد الأمراض العضوية، أما بالنسبة للأمراض النفسية يكون أقل تحديدا وتبعا لكل حالة على حدا.

2- أهمية التشخيص وأهدافه

-تقدير درجة اضطراب الشخصية، إذا كانت هذه الأخيرة تعاني من خلل بسيط أم تفكك؟ أيضا معرفة فيما إذا كانت اختلالات الشخصية ذات أصل نفسي أم ذات أصل عضوي.

- الوقوف على الأسباب المباشرة التي ساهمت في حدوث الاضطراب وهذا يعني تحديد الأسس التي سببها عليها التدخل العلاجي أو الإرشادي المقترح للحالة فيما بعد.

- التعرف على العوامل غير المباشرة والتي ساهمت وتساهم في حدة الاضطراب.

- محاولة التنبؤ بما ستؤول عليه الحالة مستقبلا أو تقدير احتمالات تطور الاضطراب ومساره.

إذن فهدف التشخيص في أساسه معرفيا فهو من الناحية العلمية تتوافر فيه صفة العمومية، ومن ثم فهو لا يكون مجرد تشخيصات جزئية متناثرة، بقدر ما هو فعل ختامي تتكامل فيه التشخيصات الجزئية ضمن النظرة الكلية العامة، أما من الناحية العلمية فالتشخيص يزودنا بقاعدة للعمل إرشادا أو علاجيا. (فيصل عباس، 2002؛ ص 21).

وكلما كان التشخيص مبكرا زادت فرص النجاح، التدخل والعلاج، فهناك كثير من الأمراض مسألة تشخيصها تكون سهلة خاصة إذا تم التعرف عليها في بداياتها و من ثم تكون إمكانية لعلاجها، فحين هناك من الاضطرابات ما تكون مسألة التعرف عليها ليست بالأمر السهل ومثل ذلك الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة وترجع لقصور في النمو النفسي.

3- أشكال التشخيص المعاصر

3-1- التشخيص التصنيفي الطبي: ويتخذ من التصنيف أداة هامة له، وينحصر في تسمية المرض أو شكوى المريض، ويميل له بعض الأخصائيين الاكاديميين رغم أنه أسلوب طبي، وأكثر الحالات التي أثبت هذا الأسلوب جدارته فيها هي حالات المرض الذي يتطلب تدخلا جراحيا وفي هذه الحالة لا بد من الالتجاء للمختصين في جراحة المخ، أما في الحالات النفسية فإن الأمر يختلف اختلافا كبيرا ويرى النقاد أن الأسلوب الطبي لم يفيدنا في فهم المرض أو معرفة أسبابه، والحالة المحددة الخاصة من حالات الأمراض المختلفة للمرض بالذات هي حالة شاذة ونادرة في مجال الأمراض النفسية، فالعصابي القهري قد يكون لديه أعراض هستيرية، كما أن الفصامي قد تبدو عليه مظاهر الاكتئاب الشديد أيضا.

3-2- التشخيص السيكودينامي: القاعدة التي يتخذها التشخيص هي ديناميات المرض النفسية، حيث يتم دراسة الحالة دراسة من جميع جوانبها، وخاصة من ناحية القدرات والدوافع والانفعالات والقيم والاتجاهات وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها الفرد، فضلا عن آثار البيئة والمجال التي نشأ فيها. (زينب شقير، 2002، ص36).

4- مراحل وخطوات التشخيص: سنذكر هذه الخطوات عند (سانديبرج تيلر): حدد هذا العالمان مراحل وخطوات التشخيص بالخطوات الأربع التالية:

1- مرحلة الإعداد.

2- مرحلة التزود بالمعلومات.

3- مرحلة معالجة المعلومات.

4- مرحلة اتخاذ القرارات. (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص 30).

5- أساسيات التشخيص النفسي

حتى يتمكن التشخيص في اختيار نوع العلاج المناسب أو التدخل فهناك مقومات أساسية يتطلب وجودها في العملية التشخيصية .

5-1- الفهم: وهو القدرة على إدراك علاقات الفرد (العميل) بالآخر والمعاني التي يقصدها ،محتوى سلوكه وأفعاله وتصرفاته، ولا يتوقف فهم العميل من قبل العيادي عند إدراكه للوقائع المرتبطة به وإنما يتعداه إلى الشعور به (العميل) والإحساس بخبرته من منظوره الخاص دون أن يترك لذاتيته أن تأخذ حيزا في هذا المجال، إذن فهم العميل يتوقف القدرة على الشعور به والقدرة على وصف أفكاره ومشاعره.

حتى يتمكن العيادي من فهم العميل ومعرفة شخصيته بدقة لا بد من إجراء فحص نفسي له. ويعرف هذا الأخير على أنه فحص يقوم به الأخصائي النفسي عن طريق اختبارات الشخصية ليتمكن من تكوين نظرة عن البوفيل الشخصي للعميل والفحص النفسي ينجر حسب المقابلة الكليينكية التي تتجه لتحديد صراعات العميل، قلقه، دفاعاته، عواطفه والصعوبات التي تشكل نفسيته. (Dictionnaire de Psychologie, 2001, p 70)

ويعتمد النفسي العيادي على مصادر متعددة أثناء الفحص النفسي منها الملاحظة المباشرة المقابلة، التاريخ الاجتماعي، الفحوص الطبية والاختبارات النفسية، السيرة الشخصية للعميل (تاريخ الحالة) ودراسة الحالة هي الإطار الذي تنظم فيه كل المعلومات المتحصل عليها من كل الوسائل التي سبق الإشارة لها وقيمتها والنتائج التي يحصل عليها عن طريق الفرد. وتكون دراسة الحالة الطريقة المفضلة لدى العيادي في فهم السببية (الإيتولوجية Etologie) في المرض النفسي والعقلي. (فيصل عباس، 2002، ص. 20)

2-5- التصنيف: وهو عملية تنظيم ذات تقسيم نوعي -تصنيف دقيق- يفر الأخصائي الأعراض أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات وتصنيف الحالات إلى أنواع متشابهة، والأفراد المرضى إلى مستويات محددة أو درجات محددة أو درجات مرضية. وخطورة التصنيف تأتي حين يستخدمه الأخصائيون كبديل لعملية التشخيص فيصبح عنوانه. وتسميات تصنيفية. (عطوف ياسين، 1986، ص. 108)

3-5- التنبؤ: يتضمن المآل أي التنبؤ بما سيكون الاضطراب لاحقا ويهدف التنبؤ إلى تقدير احتمالات تطور المشكلة أو الاضطراب وهل هو في حاجة لعلاج أم لا؟ ومن حيث العلاج فيتم تحديد نوع العلاج المناسب لإزالة الأعراض الاضطرابية وأسبابها.

-وأهم العوامل التي تفيد فحصها في عملية التنبؤ عن تطور المرض وتقدير نوع العلاج بالإضافة إلى الاختبارات السيكولوجية، المعلومات المتوفرة عن العميل مثل حالته الجسمية، عمره، العلاقة مع بيئته.

- ويكون التنبؤ أحسن في حالة المريض الذي يتوفر لديه دافع قوي لتحسين حالته فيطلب العلاج بنفسه بدل أن يدفع له دفعا.

6- صعوبات التشخيص

1-6- إشكالية الطلب: من بين الصعوبات الأولى التي قد يواجهها العيادي في عملية الفحص النفسي وحتى العلاج والكفالة النفسية، هي تلك المشكلات التي تتعلق بالطلب. فقد يأتي هذا الأخير لأسباب مختلفة وفي سياقات ظرفية متباينة. يجعل من الصعب على العيادي التعرف على فحوى تدخله على وجه الدقة. فقد يكون الطلب محمدا، يتضمن فحص وظيفية معينة، مثل تحديد الجانبية لدى الطفل، أو أدائه في ميدان معين قبل وبعد عملية إعادة تربية متخصصة ما. كما قد يتعلق الأمر بطلب شامل، ذو أهداف تشخيصية وتنبؤية، مثل الاضطرابات السلوكية، الصعوبات المدرسية والأسرية، وظهور بعض الأعراض المعيقة للمحيط، أو للنمو العاطفي والتكيف المدرسي والاجتماعي. في حين قد يكون الطلب دقيقا يتطلب استقصاء نفسيا شاملا، كأن يتعلق الأمر بعسر الكتابة أو عسر الحساب، أو الاستيعاب في مادة محددة. فقد يحدث في بعض الأحيان أن يُظهر الفحص أن المفحوص جيد وذكي،

بعدما كان يُعتقد عكس ذلك، أو أن يُظهر أن هناك هشاشة كبيرة على مستوى الشخصية تضع المفحوص في تهديدات كثيرة ومخاطر عدة، وقد كان يُنظر إليه في السابق على أنه في حالة صحية جيدة، فالتركيز على جانب دون الجوانب الأخرى يعطي صورة غير متكاملة عن المفحوص، وقد يكون بذلك مصدر خطر عليه. كما أنه على العيادي توخي الموضوعية والاستعداد دائما لمفاجأة التشخيص.. يجدر بنا أن نذكر أن الطلب في عملية التشخيص، قد لا يكون واضحا دائما، وإنما قد يتضمن طلبا ضمريا قد يتعارض مع الطلب الصريح. يحدث أحيانا أن يكتفم المفحوص ويخفي السبب الحقيقي للفحص والتشخيص من أجل تحقيق أغراض خاصة به (تدعيم ملف قضائي، تغيير المؤسسة التربوية أو مهنية...). هذا التناقض بين الطلب الصريح والطلب الضمني غالبا ما يضع الأخصائي في حيرة من أمره ويصعب عليه العمل.

2-6- إشكالية مصادر المعلومات : لعل من أهم مصادر المعلومات حول الحالة قيد الفحص والتشخيص هي الحالة نفسها، على اعتبار أن الانسان بنفسه بصيرا. في بعض الحالات يعمد المريض إلى تزيف الحقائق عمدا لكي يتحاشى ويبعد تورطه في مشكلته، أو يحاول أن يعرض نفسه في أحسن صورة للآخرين. عندما يحاول الأخصائي أن يكمل المعلومات الناقصة، فيعتمد إلى استدعاء أقارب الحالة، فقد يلاحظ أن كثيرا ما يمتنع هؤلاء عن تقديم هذه المساهمة، وذلك بحجج وذرائع كثيرة: بعد المسافة، العمل، الخوف من الوصم، وحتى في الحالات التي يتجاوبون فيها، فلا تخلو البيانات التي يقدمونها عن نفس الحالة من التباين والتناقض فيما بينها أحيانا. عندما يقرر الأخصائي استخدام ملاحظته العيادية أثناء المقابلة أو في البيئة الطبيعية للحالة، كثيرا ما يضع نفسه في خطر جمع بيانات مزورة نتيجة احتمال تصنع الحالة، وبالتالي فإننا في الوقت الذي نعتقد أننا بصدد جمع معلومات من مصدرها، لا نكون في واقع الأمر سوى أمام بيانات مشوهة، وبعيدة عن الواقع. يصبح هذا أكثر احتمالا إذا كشف الأخصائي عن هدفه وقرر استعمال الاختبارات المقننة. بدل أن يصل إلى الحقائق، فيمكن أن تستثير هذه التقنيات موقفا دفاعيا لدى الحالة، فتقل درجة الحرية لديها، ويسيطر عليها الكف، فلا نكون بعدها سوى أمام فراغ وفقر يُصعّب علينا عملية الفهم وبالتالي التشخيص والعلاج فيما بعد.

3-6- إشكالية تكييف الاختبارات : في إطار الفحص النفسي الهادف إلى التشخيص والتصنيف، يكتفي الأخصائي بتطبيق الوسائل التي تسمح له بتحصيل شامل ودقيق بشأن الحالة. عندما يتعلق الأمر بفحص القدرات المعرفية يمكن التركيز على اختبارات الذكاء والقدرات العقلية كاختبارات وكسلر أو اختبار كوفمان. أما عندما يرتبط المشكل بقضايا نفسية وانفعالية فيصح أن نقتصر على بعض اختبارات الشخصية سواء كانت موضوعية أو إسقاطية، كاختبار الروشاخ. في حين، يمكن أن نقتصر على بعض الاختبارات البسيطة عندما نكون أمام فحص دقيق لوظائف أدائية خاصة، كاختبار مكعبات كوس (Khos) أو شكل ري (Rey). في وضعيات الفحص الشامل قد يتطلب الأمر الدمج بين مختلف أصناف الاختبارات النفسية السابقة بعد معرفة مسبقة بأبعاد وحدود كل تقنية. بيد أن من أهم المشكلات التي تعاني منها هذه الاختبارات تكمن في عدم إمكانية تطبيقها كلها بنجاحة كاملة مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نمائية، كالتوحد أو التخلف العقلي مثلا. عدم دراية العيادي بمزايا ونقائص كل تقنية يصعب عليه اختيار الوسائل الملائمة للمشكلات المطروحة. ويبقى التحدي الأكبر الذي يواجه الأخصائي النفساني كامن في عدم تكييف هذه الوسائل. فإلى أي مدى يمكن أن نثق في مصداقية تقنيات تعاني في حد ذاتها من قلة، أو غياب التكيف؟

هناك من يعتقد أن الاختبارات النفسية لوحدها قادرة على إعطائنا كل ما نحتاجه من معلومات عن حالة ما، وهذا من وجهة نظرنا وهم لا بد أن يصحح. صحيح أن هذه الوسائل مقننة وأظهرت فعاليتها في التشخيص، لكن لا تحقق ذلك إلا في الحالات التي يكون الأخصائي على دراية معمقة بها من حيث التطبيق والتنقيط والتحليل.

5-6- إشكالية المفعول الإيماني للبيئة: كأخصائيين نفسانيين نتعامل مع الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية والمشكلات العلائقية، فإننا على وعي بأن هذه المشكلات غالباً ما تنشأ عن أسباب محيطية (نفسية واجتماعية)، ومن هنا فكثيراً ما نكتشف أن الحالة المرضية التي يعيشها المريض، ما هي إلا النتيجة المباشرة للظروف البيئية المتعفنة التي يعيشها، وبتعبير آخر، فإن المريض لا يكون إلا ضحية، ولا يمثل سوى عرضاً لأسرة أو بيئة هي الأخرى عليه. وقد أشار إلى هذه الإشكالية مراراً بعض الباحثين الجزائريين. (Si moussi et coll, 2002, Medhar, 1990, 2008.) بطبيعة الحال فإن الفاحص يجد نفسه في وضعية معقدة، ويجب عليه أن يقيم على وجه التحديد، إذا ما كان المريض يستجيب بسلوكاته المضطربة "بصورة طبيعية" إلى طلبات "مَرَضِيَّة" للمحيط الذي يعيش فيه؛ أو "بصورة مَرَضِيَّة" إلى طلبات "عادية" صادرة عن المحيط، بمعنى أننا نريد أن نعرف إذا ما كان المشكل مرتبطاً أساساً بالعمل أم بالمحيط الذي يعيش فيه، أو بهما معاً.

قد يتساءل العيادي في بعض الأحيان، هل من الواجب أن يقدم هذه المساعدة النفسية إلى المريض أم إلى بعض المحيطين به، والذين يعتقد أنهم السبب في اضطرابه نتيجة سوء أفعالهم ومواقفهم. لكن مادام هؤلاء لم يتقدموا إلى طلب المساعدة النفسية، فماذا بمقدوره أن يفعل. قد نجد أحياناً مقاومة ودفاع مستمتين من طرف المحيط أو من يمثله عن وجهة نظره الخاصة اتجاه المريض، خوفاً من أن يتجه إليه لوم أو عتاب. أو من أن يستشعر أن له دور ولو ثانوي في إشكالية المريض. في الحالات التي تتكاثر فيها المشكلات النفسية في الأسرة، قد يصعب على الأخصائي النفسي أن يحدد على وجه الدقة الأفراد الذين يكون لديهم دور في توليد المرض، ممن هم ضحايا لذلك. إذ هناك عدة عوامل داخلية قد تجعل فرداً دون غيره يطور مرضاً معيناً من بين بقية الإخوة، بالرغم من أنهم يتعرضون لمثيرات خارجية متشابهة. كثرة المشكلات الاجتماعية كالبطالة والعنف والعدوانية والطلاق والتشرد... يجعل الأخصائي النفسي يجد صعوبة في تحديد الجهة التي لها الدور البالغ في نشوء الاضطرابات النفسية. ويتساءل حينها عن الجهة التي تحتاج أكثر العلاج. (زقار، د. ت، ص ص. 5-8)

أما فطيمة دبراسو (2010) فتشير إلى أنه يمكن تلخيص الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي في التشخيص :

. عدم كفاية البيانات في تقرير الدراسة كغياب فرد هام من الأسرة .

. عدم وجود اختبارات نفسية تناسب شديدي الإعاقة، كنقص أجهزة الكشف والقياس في المدرسة.

. عدم وجود خبرة تطبيقية في التشخيص .

كل هذه الصعوبات تعبر عن نقص التدريب على إجراء دراسة الحالة والتدريب الكافي على التشخيص، إضافة إلى عدم وجود الاختبارات التي يمكن استخدامها في التشخيص، وهذه الصعوبات مفروضة على الأخصائي بحكم ظروف إعدادها عملاً علمياً.

وقد تشكل الأمور المتمثلة بالفاحص صعوبة (الذاتية)، وتعلق بإدراك الذات المهنية، والتي تتصف بضعف الشخصية وافتقارها لخصائص النجاح في الممارسة السيكولوجية نظراً لوجود عدد من الأخصائيين النفسانيين تم توجيههم إلى معاهد علم النفس لملأ الأماكن البيداغوجية، وليس على أساس الرغبة والقدرات، وكذلك تأثر الأخصائيين بنظرة المجتمع التي تفتقر للثقافة النفسية. (دبراسو، 2010، ص. 79)

وهناك صعوبات أخرى نحتها جد هامة منها نذكر:

- 1- تغير التصنيفات التي تستند إلى منطلقات سيكاترية، كما يظهر ذلك في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية، وإن أن هذا يقدم دليلاً على النمو العلمي، في مجال التشخيص النفسي.
 - 2 - عدم وجود تصنيفات شاملة، والتي يمكن أن تستند إلى منطلقات طبية وثقافية واجتماعية، تأخذ في اعتبارها دور العوامل الثقافية في الإصابة، والتعرف على الاضطراب، وفي نجاح العلاج.
- وفي خاتمة هذه الورقة البحثية لا نجد أفضل من عرض هذه القراءة المقدمة لتشخيص حديث لأحد الاضطرابات المزاجية وهو الاكتئاب .

7-وقفات حديثة في تشخيص احد الاضطرابات المزاجية: الاكتئاب

يعد الاضطراب الاكتئابي الرئيسي شائعاً ومكلفاً حيث يصاحبه أعراض شديدة ومستمرة تؤدي إلى إعاقة قيام المريض بدوره الاجتماعي الهام وزيادة عدد الوفيات، كما يعد أحد أهم أسباب الإعاقة في جميع أنحاء العالم. وما زال ارتفاع معدلات العلاج غير الكافي للاضطراب يمثل مشكلة خطيرة.

فعن الجينات والضغط النفسي الاجتماعي: توفر الدراسات التي أجريت على الأسر والتوائم والتبني أدلة ثابتة ومتواترة على أن الاضطراب الاكتئابي الرئيسي اضطراباً وراثياً تتسبب فيه غالباً أو كلياً عوامل جينية، وتشير هذه النتيجة الهامة إلى أن الأخرى ليست على نفس القدر من الأهمية في الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي كما كان مفترض من قبل وعلى أنه لا ينبغي التركيز عليها في العلاج. وتتفق الدراسات المذكورة أعلاه أن تأثير العوامل الوراثية يتراوح بين 30 و 40% بينما تعد العوامل غير الوراثية، التي تفسر النسبة الباقية التي تتراوح بين 60 و 70%. التنوع في قابلية الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي، آثاراً بيئية خاصة بالفرد تشمل آثار خطأ القياس والتفاعل بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية. وغالباً ما تكون هذه الآثار محن حدثت في فترة الطفولة وضغط نفسي مستمر أو حديث نتيجة التعرض لأزمة شديدة في العلاقات الشخصية مثل: التعرض للاعتداء الجنسي أثناء الطفولة، والصدمات الأخرى التي يستمر تأثيرها مدى الحياة، وضعف الدعم الاجتماعي، والخلافات الزوجية، والطلاق. وتشير النتائج أيضاً إلى أن التدخل النفسي الاجتماعي في المدارس وأماكن العمل مثلاً تحمل إمكانات واعدة وهائلة للوقاية من الاضطراب الاكتئابي الرئيسي. كما تعكس تلك النتائج الممارسات الإكلينيكية التي تستخدم العلاجات النفسية التي أثبتت التجارب فاعليتها لعلاج الاكتئاب ويشمل ذلك العلاجات النفسية التي تركز على العلاقات الشخصية أو الديناميكيات النفسية والعلاج السلوكي المعرفي وكذلك نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي، والتي تركز جميعها على نحو مباشر أو غير مباشر على الصعوبات والمهارات المتعلقة بالعلاقات الشخصية. ولكن هذا لا يعني استبعاد وجود عوامل غير وراثية أو نفسية للإصابة غير معروفة تلعب دوراً هاماً لدى بعض المرضى مثل تغيرات

المناخ والحالة الصحية. وتتوقف حساسية الضغط النفسي للاكتئاب على نوع المريض، فبينما يتساوى تأثير الرجل والمرأة بالآثار المسببة للاكتئاب الناتجة عن أحداث الحياة التي تسبب الضغط النفسي إلا أن استجاباتهم تختلف على حسب نوع الباعث على الضغط النفسي، حيث يزداد احتمال إصابة الرجل بالاكتئاب بعد الطلاق أو الانفصال أو صعوبات العمل، بينما تزداد حساسية المرأة تجاه الأحداث الجارية في الشبكات الاجتماعية القريبة منهم مثل صعوبة التأقلم مع أحد الأشخاص، أو حالات الأمراض الخطيرة أو الوفاة. كما تشير هذه النتائج لأهمية إتباع أساليب نفسية اجتماعية تراعي الفروق بين الأنواع في الوقاية من الاضطراب الاكتئابي الرئيسي وعلاجه. وفي مقابل الأدلة المتواترة الناتجة عن الدراسات الوبائية على المجالات العامة لعوامل الإصابة، لا تتوافر أي أدلة متواترة فيما يتعلق بتأثير جينات معينة أو التفاعل بين جينات بعينها والعوامل البيئية في الإصابة بمرض الاضطراب الاكتئابي الرئيسي. كما تشير دراسة العلاقة بين الجينوم وخصائص الأفراد إلى اشتراك العديد من الجينات قليلة التأثير في الأمراض المعقدة مما يزيد من صعوبة تحديدها. وبينما تم تحقيق تقدم في البحث في الجينات التي ترفع معدلات الإصابة بالعديد من الأمراض المعقدة على الرغم من هذه المشكلة المنهجية إلا أن تحديد الجينات التي ترفع معدلات الإصابة بالأمراض النفسية على نحو دقيق ما زال أمرا مستعصيا. وعلى سبيل المثال، اقترح البعض بناء على دراسة المنظور المجتمعي تفاعل أحد الأشكال الجينية في المنطقة الملقنة للحمض النووي لنقل السيروتونين الذي تستهدفه مضادات الاكتئاب مع أحداث الحياة المثيرة للقلق في تسبب الاكتئاب وعلى الرغم من أن هذا التفاعل يعد على درجة عالية من القبول في ضوء المعطيات الحيوية العصبية والإكلينيكية، لم يسفر تحليل أجري مؤخرا لعدد من الدراسات عن وجود ارتباط بين جين نقل السيروتونين وحده أو بالتفاعل مع الضغط النفسي وارتفاع معدلات الإصابة بالاكتئاب. ويرجع النجاح المحدود الذي حققته الدراسات الوراثية التي أجريت على الاكتئاب إلى استخدام نظم التصنيف الحالية بما في ذلك النسخة العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة والنسخة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية، حيث تعتمد هذه الكتيبات التشخيصية على مجموعة من أعراض المسار الإكلينيكي وخواصه التي لا تصف بالضرورة الاضطرابات المتجانسة وانما تعكس الطرق النهائية التي تشترك فيها العمليات الفسيولوجية المختلفة المتعلقة بالمرض. وينبغي أن يعي الطبيب المعالج أن ملف الأسرة يظل أهم مصدر سليم للمعلومات لتقييم المخاطر الوراثية للاضطراب الاكتئابي الرئيسي.

أما عن هرمونات الضغط النفسي والسيبتوكينات : تفرز الغدة الوطائية الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين نتيجة إدراك مناطق قشرة المخ لوجود ضغط نفسي. ويسبب هذا الهرمون إفراز الكورتيكوتروبين النخامي الذي يحفز الغدة الكظرية على إفراز الكورتيزول في بلازما الدم. وتختلف الاستجابة الفسيولوجية للقلق جزئيا حسب النوع: حيث تتجاوز استجابة المرأة للقلق استجابة الرجل له وهو ما يتسق مع زيادة حالات إصابة النساء بالاكتئاب الرئيسي. ويفرز الرجل المزيد من الكورتيزول في مواجهة تحديات تحقيق الانجازات بينما تفرز المرأة المزيد من الكورتيزول في مواجهة تحديات الرفض الاجتماعي. وتكاد تقتصر زيادة مستوى الكورتيزول في الدم على المرضى المصابين بالاكتئاب الحاد المصحوب بالذهان والذين تتمتع العوامل المضادة للكورتيكويدات السكرية لديهم بأثار علاجية. وهناك أدلة متواترة على قيام المحور الوطائي النخامي الكظري بدور رئيسي في

الإصابة ببعض أنواع الاكتئاب، حيث ترتفع مستويات الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكورتيكوبين في السائل الشوكي لدى بعض المرضى المصابين بالاكتئاب.

أما عن الفرضية العصبية للاكتئاب: تتغير عوامل التعرض لنوبات الاكتئاب أثناء فترة المرض، حيث تعد نوبة الاكتئاب الأولى "تفاعلية" إذ تحدث نتيجة عوامل الضغط النفسية الاجتماعية الهامة، بينما تصبح الدورات التالية لها "ذاتية المنشأ" أي تسببها عوامل الضغط النفسي البسيطة أو العفوية. يتوفر دليل متسق أن انخفاض حجم الحصين ومناطق المخ الأخرى يتعلق بفترة الاكتئاب. فيما يعني أن عدم علاج الاكتئاب يؤدي لانخفاض حجم الحصين وهو ما يؤدي بدوره لزيادة الحساسية تجاه الضغط النفسي. وزيادة احتمال تعرض المريض لتكرار النوبات. إلا أنه لا يتوفر أي دليل مادي بخصوص آلية من هذه الآليات حيث لا يتوافر أي جهاز أشعة لفحص عمليات التسمم العصبي والتغذية العصبية في الأجسام الحية على نحو مباشر. جذب العامل العصبي المغذي الناتج من المخ قدر كبير من الانتباه، حيث أظهرت الدراسات قبل الإكلينيكية ارتباطاً بين السلوكيات شبه الاكتئابية الناتجة عن الضغط النفسي وانخفاض مستويات العامل العصبي المغذي الناتج من المخ في منطقة الحصين وقدرة العامل العصبي المغذي الناتج من المخ على التأثير بعد العلاج بمضادات الاكتئاب. ينبغي على الطبيب المعالج إدراك أثر الاكتئاب الذي قد يؤدي المخ وعلاج المرضى المصابين بالاكتئاب على نحو مبكر وفعال قدر الإمكان.

أما عن الإيقاع اليومي: يعتبر اضطراب النوم والإجهاد أثناء النهار مقياس للاضطراب الاكتئابي الرئيسي التشخيصي بإيحاء خلل تنظيم النوم واليقظة لدى المرضى المصابين بالاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك قد تختلف بعض أعراض الاكتئاب من يوم لآخر المزاج والنشاط النفسي الحركي والوصول لذكريات التجارب الإيجابية والسلبية وتعاني مجموعة فرعية من المرضى المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي من اضطراب الإيقاع اليومي. تؤثر بعض التغييرات المعقولة في توقيت دورة الاستيقاظ والنوم لدى الأشخاص صغار السن الأصحاء على مزاجهم التالي، بينما يؤثر التلاعب بالإيقاع اليومي العلاج بالضوء والمنع من النوم والعلاج المرحلي المتقدم، لدى المرضى المصابين بالاكتئاب تأثير مضاداً للاكتئاب. بناء على هذه النتائج، تم وضع حالات خلل النظام اليومي في فرضيات حتى تصاحب نشوء الاضطراب الاكتئابي الرئيسي الارتباط بين دورة النوم واليقظة والمراحل المتقدمة لإفراز الكورتيزول في فترة الليل لدى بعض الأشخاص المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي وأثر مضادات الاكتئاب على الإيقاع اليومي للسلوك والفسولوجي وعلم الغدد الصماء التي تساهم في إنشاء هذه الفرضية الحيوية. على الرغم من هذه النتائج الواعدة العديدة إلا أن الأساسات الجينية والفردية لهذه الفرضية غير معروفة على نطاق واسع، يظل ارتباط الآثار المضادة للاكتئاب لهذه العلاجات الجديدة مثل اجوميلاتين بتطبيع الإيقاع اليومي على نحو مباشر غير معروف. (Hasler, 2010, pp29-33)

ولقد سميت الإستراتيجية المقترحة لتوجيه الجهود بالتوظيف وتقتضي هذه العملية سير التشخيص في مجال الطب النفسي بأسلوب يقوم على عدد من الخطوات وهي: أولاً، يجب تحديد المجموعة التشخيصية التي ينتهي إليها الاضطراب وهو ما يعني ضرورة إجراء تشخيص تصنيفي، على سبيل المثال: اعتبار الحالة العقلية الخاضعة للفحص منتمة لمجموعة الاضطرابات الاكتئابية، ولا تقدم هذه الخطوة الأولى من التشخيص سوى تعريف تشخيصي عام. ثانياً، يجري تعريف المتلازمة، ولا تزال هذه المعلومات التشخيصية هي الأخرى بعيدة عن الدقة، عادة ما تظهر

المتلازمات في شكل غير مكتمل ويعاني العديد من المرضى في الوقت ذاته من أكثر من متزامنة مكتملة أو غير مكتملة لذا، يرى حتمية إجراء خطوة تشخيصية ثالثة والتي أطلقت عليها اسم: توظيف التشخيص وتعني: أولاً وقبل كل شيء، تعريف الأعراض المرضية النفسية التي تتكون منها المتزامنة ومن ثم، الخطوة الأكثر أهمية فحص، وإن أمكن، كذلك قياس الخلل الوظيفي النفسي الذي يكمن وراء أعراض المرض النفسي، ولا يعتبر الخلل الوظيفي النفسي مرادفاً لأعراض المرض النفسي حيث أن عرض المرض النفسي يأتي كنتيجة لحالات الخلل الوظيفي النفسي وتلك هي الكيفية التي تجري بها كل من معاناة المريض من الخلل الوظيفي النفسي وملاحظة المحقق له. أما الخطوة الأخيرة والتي تعتبر بيت القصيد فهي تتمثل في أنه في حالة عدم توافر أية أساليب لقياس حالات الخلل الوظيفي المشتبه فيها، يجب وضع هذه الأساليب.

وختاماً من المنتظر أن تضيف عملية التوظيف على تشخيص الطب النفسي المزيد من الدقة والطابع العلمي والتوائم مع الدراسات البيولوجية الموجهة نحو الهدف والتدخلات العلاجية المتمركزة، ويصبح التشخيص النفسي أكثر دقة وعلمية نظراً لأن حالات الخلل الوظيفي النفسي قابلة للقياس بشكل أفضل بكثير من الفئات المرضية والمتزامنات، بل وبشكل كمي في العادة. (Wayne, Drevets, 2010, pp. 36-39)

قائمة المراجع

- جاسم العبيدي محمد. (2009). علم النفس الإكلينيكي. عمان. الأردن. ط1: دار الثقافة.
- دبرا سو فطيمة. (2010). اهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي أثناء الممارسة الميدانية دراسة ميدانية بمدينة بسكرة . مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية. العدد 11. الجزائر.
- زقار رضوان ، (د. ت). الأخصائي النفسي أمام صعوبات الفحص النفسي والعلاج. المركز الجامعي لتمنراست، موقع www.psy-ar.com/library/?app=book.download.38.1
- عباس فيصل. (2002). العيادة النفسية- مدارس التحليل النفسي- الممارسة النفسية-. بيروت: دار المنهل اللبناني.
- عباس فيصل. (2002). قياس الشخصية، دراسة حالات عيادية. لبنان. ط1: دار المنهل.
- كامل مليكة لويس. (1986). علم النفس الاكلينيكي. لبنان. ط2: دار الفكر.
- محمود شقير زينب. (2002). علم النفس العيادي و المرضى للأطفال والراشدين. عمان. ط1: ، دار الفكر للطباعة.
- محمود ياسين عطوف. (1986) علم النفس العيادي. (الإكلينيكي) بيروت، ط2: دار العلم للملايين.
- LAROUSE (2007). Grand dictionnaire de la psychologie. 1^{er} édition, Paris.
- WAYNE C. DREVETS. (2010). Laureate Institute for Brain Research, Oklahoma, University College of Medicine, Tulsa, OK, USA, ص36-39. *المجلة العالمية للطب النفسي*.
- HASLER G. (2010). Psychiatric University Hospital, University of Berne, Bolligenstrasse 111, 3000 Berne 60, Switzerland, أكتوبر 2010، السنة التاسعة العدد الثالث، *المجلة العالمية للطب النفسي*، ص 29-33.

أهم النظريات المفسرة لعلم النفس المرضي

أ. د. نورالدين جبالي
جامعة باتنة 1

د. سعاد مخلوف
جامعة باتنة 1

souad832@yahoo.fr

06. 66. 99. 99. 50

Abstract:

Since the beginning of humanity, it shows up a lot of attempts to understand and explain the human behavior. Whether it was moderate or immoderate; this one which has a huge importance what concerns mental and moral daisies. Different sequence changes allow for understanding of the emergence of psychopathology, which is one of the branches of psychology. Diseases and mental disorders. It is a scientific study that removes the mystery of the secrets of these diseases and the methodology of research and diagnosis. Our study attempts to answer the following question: what are the most important hypothesis which focused on Genesis of psychological disease's and its causes also the theories which support the Genesis of?

Keywords : *psychology, psychopathology, theories of psychology*

ملخص

منذ بداية الإنسانية ظهرت عدة محاولات لفهم و تفسير السلوك الانساني سواء كان سويا أو غير سوي هذا الأخير الذي كان له الاهتمام الأكبر خاصة فيما يتعلق بالأمراض النفسية والعقلية وقد كانت مختلف التفسيرات تتناسب ومختلف الأنماط السلوك التي ظهرت و تسلسلت عبر الزمان وهذا التسلسل لمختلف التغيرات يسمح لنا بفهم كيفية ظهور علم النفس المرضي هذا العلم الذي هو عبارة عن أحد فروع علم النفس العام يعتني بدراسة الأمراض والاضطرابات النفسية وهو دراسة علمية تزيل الغموض عن أسرار هذه الأمراض ومناهج البحث وقضية التشخيص وأساليب الكشف عن هذه الاضطرابات من ملاحظة ومقابلة, وقد ساهم في ظهور هذا العلم الكثير من النظريات التي ركزت على نشأة الأمراض النفسية و سبب حدوثها و هذا ما سنتطرق إليه في موضوع دراستنا فما هي أهم النظريات التي ساهمت في نشأة علم النفس المرضي؟ أو بعبارة أخرى ماهي أهم النظريات المفسرة لنشأة الأمراض النفسية ؟

كلمات مفتاحية: علم النفس، علم النفس المرضي، نظريات علم النفس

مقدمة

بالنظر إلى علم النفس عامة فإننا نرى أنه تتربع على أديباته نظريات عدة , كل منها تفسر السلوك حسب وجهة نظرها ومنطلقاتها البحثية , وبذلك نحاول عكسه على علم النفس المرضي حيث انه وبتعدد النظريات يتاح لنا النظر عبر مختلف نوافذ هاته النظريات إلى علم النفس المرضي , كل حسب اتجاهها , وحسب طريقتها في معالجة المواضيع الخاصة به , وأهم هاته النظريات :

° النظرية التحليلية.

° النظرية السلوكية.

° نظرية التعلم الاجتماعي.

° النظرية المعرفية.

أولا : النموذج البيولوجي (الحيوي): (The Biological Model)

إن الافتراض الرئيس في هذا النموذج هو أن الجهاز العصبي يتحكم في سائر سلوكيات الفرد السوية وغير السوية وأفكاره، ولذلك فإن أي حدث بيئي أو تناول لعقار ما يؤثر في وظيفة الدماغ، مما يؤثر، أيضا، في تفكير الفرد وسلوكه. ومن وجهة نظر هذا النموذج، تنشأ السلوكيات غير السوية، والاضطرابات النفسية بشكل عام من التغيرات الحاصلة في الوظيفة العصبية، والتي تحدث بدورها بسبب الأحداث الحياتية الصادمة، أو تناول العقاقير، أو حدوث خلل في التوازن الهرموني في الجسم، أو التعرض للمواد السامة الموجودة في بيئة الفرد، أو التعرض لصدمة على الرأس، أو الإصابة بعدوى ما، أو وجود خلل في الجينات، أو بسبب عوامل بيولوجية أخرى وقد أظهرت الكثير من الدراسات ارتباط الإصابة باضطرابات نفسية بحدوث خلل في الدماغ نذكر منها كالتالي :

1-نظرية كريبلين

لقد اعتمد كريبلين (Kraepelin) على الاتجاه البيولوجي في تفسير الأمراض النفسية حيث اعتبر أن المرض النفسي ينتج عن مرض دماغي، ولقد درس مختلف الأمراض النفسية وتصنيفاتها وجمعها في فئات مشتركة، ولقد وضع أشهر التصنيفات النفسية والتي ما زالت تمثل الأساس للتصنيفات المعاصرة، ولقد اعتقد بأن الأمراض النفسية هي الأمراض الدماغية لذلك لم يركز اهتمامه للعمليات النفسية الداخلية كاللاشعور والصراعات في نشوء المرض النفسي وكل ما قام بفعله هو التصنيف الدقيق والدراسة العملية في المسببات العضوية، ولقد تلمذ كريبلين على يد فونت والذي يعتبر أبو علم النفس التجريبي كما أنه طبق نتائج وأدوات علم النفس في الطب النفسي.

وقد قام كريبلين بتقسيم الاضطرابات العقلية الرئيسية إلى فئتين:

أ -العتة المبكر :وهو ذلك المرض النفسي الذهاني الذي يمكن تمييزه من خلال أعراضه، ومن أشهر هذه الأعراض الهلاوس والضلالات والتبدل الانفعالي واختلال الوظائف العقلية والسلوك الشاذ.

ب -الجنون الدوري أو الجنون الدائري أو جنون الهوس/الاكتئاب وهو ذهان تنتاب فيه المريض نوبات من الفرح الزائد والحزن الزائد. ولقد وضع تصنيفه هذا على أساس من عمر المريض وبداية الإصابة بالمرض. (العيسوي ,2001,ص220-

(221

2- دراسات كل روزنهان وسليجمان

حيث يذكر روزنهان وسليجمان أن الأمراض النفسية تنشأ كسوء أداء وظيفي طبيعي أو كعجز كيميائي أو عضوي تشريحي. أي أن الأمراض النفسية تشبه الأمراض العضوية وأنها جميعاً مرض الجسم ويجب معالجتها ضمن منظور طبي عضوي. وأن الأسباب المحتملة للأمراض النفسية هي الاضطرابات البيوكيميائية أو اضطرابات في تركيبه الدماغ، وبناء على ذلك فإن اضطراب الذاكرة قد يحدث بسبب عطب في بعض أجزاء الدماغ المسؤولة عن تخزين الذاكرة، وأن زيادة مادة الدوبامين في الدماغ لها علاقة بمرض الفصام وبشكل مشابه يفسر الاكتئاب بالتركيز على العمليات الحيوية أكثر من التشديد على التفكير المضطرب أو ضعف التوازن النفسي. (اسماعيل أحمد، 2009، ص43).

ثانياً : النموذج السيكودينامي (التحليلي)

بينما هيمنت السلوكية على علم النفس في أمريكا وإلى حد ما في بريطانيا، خلال الأربعين سنة الأولى من القرن العشرين، بدأت مدرسة أخرى بالتطور في فيينا هي مدرسة التحليل النفسي التي طورها سيجموند فرويد و يرى أصحاب هذا النموذج أن الأمراض النفسية تنشأ كنتيجة لما أصاب الفرد في طفولته سواء كانت عيارة عن صدمات أو عدم تلبية حاجات أو الشعور بالنقص كما قررته بعض الدراسات التحليلية كالتالي :

1-نظرية التحليل النفسي لفرويد

يعد فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي حيث كان فرويد طبيب أمراض عصبية يبحث في التفسير للأدمغة ومما تتكون وكيفية علاجها بالعقاقير الطبية، ومن خلال مراجعات المرضى لعيادته في فيينا لاحظ فرويد ظاهرة وهي ما كان يسمى قديماً بالشلل الهستيرى والذي تغير اسمه إلى العصاب التحولي وهو عبارة عن شلل بأحد أعضاء الجسم أو فقدان البصر أو السمع أو أحد الحواس، وأنه ليس هناك أي سبب عضوي لهذا المرض وهذا ما أثار الفضول العلمي لدى فرويد، مما جعله يتأكد بأن هناك أمراض ناتجة عن أسباب غير عضويه، وعندما حاول فرويد علاج هذا المرض استخدم في علاجه عدة طرق منها التداعي الحر أو التفرغ الانفعالي، والتنويم المغناطيسي، وتحليل الأحلام، والكتابة ولاحظ أن هناك تحسن ملحوظ في حالات الشلل الهستيرى ثم بدأ بالبحث وإصدار النظريات حول التحليل النفسي وأطلق على مدرسته مدرسة التحليل النفسي. وتتلخص نظرية فرويد حول سلوك الإنسان بأنها عبارة عن ثلاث أجزاء (الهو و الأنا و الأنا الأعلى) ولكل منهم وظيفته، فالهو عبارة عن الحاجات البيولوجية الأولية للشخص كالأكل والنوم والجنس ولا عقل لها تفكر به وتميز بين ما هو صحيح أو خطأ ولكنها فقط تطلب من الشخص حاجاتها وبالذات الحاجات الجنسية ولكن بأشكال مختلفة، فاللذة الجنسية لدى نظرية فرويد تكمن في كل أجزاء الجسم سواء عن طريق الأكل ومضغ ومص الطعام أو حضن الأم للطفل أو عملية الإخراج أو اللمس الجسدي، والهو قائمة على مبدأ اللذة فقط وتحققها، تماماً كالطفل عندما يحتاج أي شيء كالأكل أو الإخراج أو الحضن دون التفرغ بين الحق والباطل والوقت المناسب وغير المناسب، أما الأنا : فهي عبارة عن مدركات الشخص للواقع من حوله وتنمو الأنا مع التنشئة الاجتماعية للطفل فيبدأ يميز وما هو ممكن تحقيقه أو مالا يمكن تحقيقه، وتسعى الأنا إلى التوفيق بين الواقع Id طلبات الهو والوقت والطلب المناسب وكيفية تحقيقه، أما الأنا الأعلى فهي ضمير الإنسان ومعرفة ما يجوز وما لا يجوز، وهي التي تضغط على الأنا بتحديد طلبات الهى فإما بالموافقة وإما بالرفض أو الموازنة.

والصحة النفسية كما قرره فرويد هو قوة الأنا ونجاحها في تحقيق التوازن بين مطالب الهو والأنا الأعلى والواقع، أما وهن الصحة النفسية فيعني ضعف الأنا وعجزها عن تحقيق هذا التوازن، إما لسيطرة مطالب الهوي، فيصطدم الإنسان بالواقع، أو سيطرة مطالب الأنا الأعلى، فيقسو الإنسان على نفسه، ويكبت رغبات الهو. (مرسي:1988، ص 88).

2-نظرية يونغ

كان يونغ زميلاً لفرويد وتلميذاً له ثم افترق عنه وأنشأ ما يسمى بعلم النفس التحليلي وتتلخص نظرية يونغ بأن مجموع طاقات الحياة أو الليبدو والذي سماه فرويد طاقة جنسية هو ليس جنسياً فقط بل هو ذخيرة كبيرة من غرائز الحياة كلها. وأن اللاشعور الذي ذكره فرويد يمتد إلى أعماق أكبر بحيث ينطلق من اللاشعور الفردي ليلتقي باللاشعور الجمعي العام عند الناس. ولقد سعى يونغ اللاشعور الجمعي باسم اللاشعور السلالي والذي يحتوي على ذخيرة البشرية من عادات وتقاليد ولقد قسم يونغ الشخصية إلى نمطين: نمط منبسط ونمط منطوي ولكل نمط صفاته الخاصة به وتنشأ الأمراض النفسية نتيجة الاندفاع والإلحاح في تلك الطبقات والصفات التي تميز كل نمط وكذلك من مقاومتها ومحاولة تبني لطباع الأخرى. ويقول يونغ عن اختلافه مع فرويد وأدلر " لا أستطيع اتهام أي من هذين الباحثين بالخطأ، وإنما أحاول تطبيق كلتا الفرضيتين على قدر المستطاع، لأنني أسلم تسليمًا تامًا بجداهما النسبية. ولولا أنني عثرت على وقائع اضطررتي إلى تعديل نظرية فرويد، ما كنت لأحيد عن طريقه ونفس الشيء ينطبق على علاقتي بوجهة نظر أدلر. (يونغ،1997،ص82).

3-نظرية أدلر

يعتبر أدلر الزميل الثاني لفرويد مع يونغ ولقد افترق عنهم وكون ما يعرف باسم علم النفس الفردي، ولقد اعتبر أدلر أن الطاقة الدافعة للإنسان ليست جنسية وإنما هي إرادة القوة وحب السيطرة وأن الشعور بالنقص يدفع الفرد للتعويض عنه للحصول على القوة والمكانة. فإذا استطاع التعويض زال عنه شعوره بالنقص وأصبح التعويض وسيلة دفاعية تعزز الثقة بالنفس وتعيد للشخصية توازنها، أما إذا فشل في إيجاد التعويض المناسب فيتحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وهي مصدر أساسي للأمراض النفسية بشكل عام والعصاب بشكل خاص وقد تكون مصادر الشعور بالنقص المدرسة أو الأسرة أو المجتمع. وبنى " أدلر "نظريته في سبب الإصابة بالحالات النفسية الشاذة على ما سماه " طابع الرجولة" الذي يستمد من حب المرء للحياة وحبه للسيطرة على غيره فيها، وهو أساس تعلق المرء بنفسه، وسعيه ليحل في أول الصفوف بأي ثمن كان. (دويدار، 1996، ص90).

وترى نظرية أدلر الشخص باعتباره جزءاً من المجتمع لا سبيل لوجوده بمفرده في الحياة وهو إما في حالة توافق وانسجام مع محيطه وإما في حالة إحجام لا يلبث أن يراها نتيجة نقص فيه وبذلك يكون دائم التفكير في مداراة هذا النقص وإذا لم ينجح ظهرت عليه الأعراض المرضية لذلك تعتقد هذه النظرية أن جميع الحالات النفسية سببها الفشل في الوصول إلى غرض ثابت وقصد محدد.

ثالثاً : النموذج السلوكي:(Behavioral Model)

يرى هذا النموذج أن العوامل البيولوجية والجينات تزود الفرد بالتركيبة الجسدية الأساسية وبالاستعدادات العامة للسلوك، ولكن السلوكيات المحددة (سواء كانت سوية أو غير سوية) تتشكل بواسطة تجارب الفرد في بيئته.

وتختلف النظريات السلوكية وفقاً لعمليات التعلم التي تركز عليها. فالتعلم الإجرائي يركز على العلاقات الوظيفية التي تنشأ بين السلوك والنتائج البيئية المترتبة عليه، وبخاصة التعزيز والعقاب. في حين يركز التعلم الإشرافي على الارتباطات التي تتكون بين المثيرات والاستجابات. وتركز نظرية. وقد أظهرت كثير من الدراسات امكانية إشراف الكثير من الاضطرابات النفسية كالقلق والعجز ويعتبر جون واطسون هو مؤسس هذه المدرسة ولقد عرف السلوكية بأنها توجه نظري قائم على مبدأ أن علم النفس العلمي يجب أن يدرس فقط السلوك القابل للملاحظة، وقد اقترح واطسون عام ١٩١٣ على علماء النفس أن يتركوا للأبد دراسة الوعي والخبرات الشعورية و التركيز فقط على السلوكيات التي نستطيع ملاحظتها مباشرة وقد تمسك بهذا المبدأ بناء على اقتناعه بأن قوة الطريقة العلمية قائمة على كونها قابلة للفحص أي أن الإبداعات العلمية يمكن إما فحصها أو رفضها وذلك عن طريق القيام بالملاحظة المطلوبة، وأن استعمال أي أسلوب سيعيدنا إلى عصر الآراء الشخصية حيث تضع المعرفة. وترى هذه المدرسة بأن السلوك هو أي استجابة أو نشاط قابل للملاحظة تقوم به العضوية، ويصر واطسون أن علماء النفس لا بد وأن يدرسوا ما يقوله الناس أو يفعلونه مثل التسوق، لعب الشطرنج، الأكل، مجاملة صديق. كما تطرق واطسون إلى موضوع أصل السلوك و هل هو وراثي أم بيئي، وقد بسط هذه القضية المعقدة أنه طرح سؤال بسيط حول لاعب شطرنج مشهور: هل الذي أوصله إلى الشهرة الوراثة أم البيئة؟ و كان رأي واطسون أن كل شيء بيئة. لقد أهمل عامل الوراثة و ركز على أن السلوك محكوم كلياً بالبيئة ومن هنا جاءت المعادلة الرئيسية في المدرسة السلوكية:

المثير -> استجابة

وبالرغم من الجدل والنقاشات والتي أثارها أفكار واطسون إلا أن المدرسة أثبتت أقوالها وازدهرت، ومما ساعد في تطور هذه المدرسة هي دراسات عالم الفسيولوجيا الروسي إيفان بافلوف.
(حقي , 1995, ص 169-172).

رابعاً : النموذج الاجتماعي الثقافي

تدرس هذه النظريات علاقة العوامل البيئية الفيزيائية والاجتماعية بالأمراض الجسمية والنفسية، والبيئة الفيزيائية هنا تعني البيئة الجغرافية ودرجة الحرارة والمناخ والضوء، أما المتغيرات الاجتماعية فتعني القواعد والأعراف التي تحرك سلوك الناس في مجتمع ما وتلعب القوة الاجتماعية دوراً أساسياً في نشأة الكثير من الأمراض وتبعاً لهذه النظرية فإن سبب المرض النفسي لا يقع في الشخص بقدر ما يقع في أنماط العلاقات مع الآخرين وأساليب الاتصال والصلات القربانية غير المتوازنة، فسلوك الشخص المريض هو عرض لمشكلات مجتمعية خاصة في الأسرة ولقد نشر كابلان (Kaplan) ١٩٨٣ نموذجاً لبيان دور المؤثرات النفسية الاجتماعية في نشأة الأمراض النفسية عامة. والتركيز على الاكتئاب خاصة ويتضمن نموذج كابلان محورين أساسيين يتفاعلان معاً لإحداث المرض هما:

١- المؤثرات الاجتماعية المحددة.

٢- مجموعة من العمليات النفسية ذات تأثيرات متبادلة وهي العمليات الوجدانية، والعمليات المعرفية، والعمليات السلوكية.

(يوسف، 2001، ص. 142-143). ويرى أصحاب هذا النموذج أن الاضطرابات النفسية يمكن فهمها بشكل أفضل، فقط، عندما ينظر إليها ضمن محيطها الثقافي، ولذلك يركز على عدة عوامل خارجية كعوامل مسببة للاضطرابات

النفسية، مثل: البيئة الملوثة، والسياسات الاجتماعية المتطرفة، وفقدان القدرة على التحكم بالأحداث، والعادات والتقاليد ونوعية الإيديولوجيات الثقافية الشائعة في المجتمع، ونسب البطالة، والفقر في المجتمع. فالاضطرابات النفسية، من وجهة نظر هذه النظرية، نتاج للظروف الاجتماعية التي يعيشها الفرد.

خامسا: النموذج المعرفي

تعتبر المدرسة المعرفية من أحدث المدارس في علم النفس بصفة عامة وفي مجال العلاج النفسي وتفسير الأمراض بصفة خاصة ولقد بدأ علم النفس المعرفي عام 1950 بدراسة الآليات العقلية كالإدراك، والانتباه، والذاكرة، والتفكير، واللغة رغم اعتراض السلوكيين. واهتم علم النفس المعرفي بمعرفة العمليات العقلية لدى البشر لجمع المعلومات من محيطهم الخارجي. وعرفت سنوات الخمسينيات ولادة الكمبيوتر والرجل الآلي كفرع من علم عرف باسم الذكاء الاصطناعي، ولقد آمن بعض علماء النفس المعرفيين أن بناء آلات كهذه تقوم بنجاح بإنجاز مهمات مثل حل مشكلة ما أو تمييز الأوجه، ولقد ساعدت التطورات في مجال الكمبيوتر الباحثين لوضع تصورات للوظائف العقلية وبالتالي إلى الاهتمام بالمدرسة المعرفية ويرى المعرفيون أن هناك أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي ترتبط بظهور الأمراض النفسية:

١- نقص المعلومات وقصور الخبرة في حل المشكلات.

٢- أساليب التفكير الخاطئة.

٣- معتقدات الفرد وأفكاره عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها.

٤- التوقعات السلبية. (اسماعيل أحمد، 2009، ص 50)

سادسا : النموذج الإنساني الوجودي

إذا كانت السلوكية تمثل تيارا من أقوى التيارات المعاصرة في علم النفس، فإن هذا لم يحل دون ظهور تيارات أخرى مختلفة ومعارضة، ومن هذه التيارات علم النفس الإنساني، وهو اتجاه أو مذهب حديث في علم النفس بدأ في الخمسينيات من هذا القرن وهو يمثل نظرة أو فهم للإنسان عند تناولنا بالدراسة النفسية له أكثر مما يمثل مدرسة مستقلة متبلورة ومحددة في دراسة سيكولوجية الإنسان على نحو ما نجدها في المدرسة السلوكية أو مدرسة التحليل النفسي ويرى البعض أن علم النفس الإنساني يمثل قوة ثالثة في علم النفس تقف بين السلوكية والتحليل النفسي. (أبو نجيلة , 2001, ص 14-15).

ولقد ظهرت النظرية الإنسانية عام (١٩٤٠)، وما زال لها شعبيتها إلى الآن. وقد تطورت عن ولقد نشأ الاتجاه الإنساني من خلال أعمال كل من أبراهام ماسلو و كارل روجرز إلى حد ما كرد فعل ضد فرويد وذلك عندما رفض أدلر اعتبار الغريزة كأساس للسلوك وأبرز المدركات الحسية واحتمالية نمو الأشخاص.

والنظريات الإنسانية تختلف عن النظريات الأخرى في رؤيتها للكائن البشري على أنه مختلف عن بقية الحيوانات أو الآلات بامتلاكه للإرادة الحرة، أو قابليته لاتخاذ القرار في مختلف أنواع السلوك، وبذلك يمكنه أن يتحكم أو أن يوجه حياته. وآمن أنصار هذه المدرسة أيضاً أن كل كائن بشري هو كائن فريد، لذلك فإن الطريقة الأفضل لفهم الإنسان لن تكون بإجراء التجارب على عدد كبير من البشر، بل بالتركيز على دراسة التجارب الشخصية للأفراد بكثير من التفصيل. وأسس العالم كارل روجرز طريقة في العلاج تركز كلياً على المريض وجهوده في معالجة نفسه، إضافة إلى استبدال الصور

السيئة التي يعرضها دماغه عندما يهب للقيام بأي تصرف، إذ يكتسب الإنسان هذه الصور التي يعرضها دماغه في كل موقف حياتي من المجتمع المحيط به. وهذا ما أكده ماسلوا في وضعه لهرم الحاجيات حيث يرى أن الانسان إذا استطاع تحقيق حاجاته ابتداء من الجانب البيولوجي وصولاً إلى تحقيق الذات فهو ذو صحة نفسية و العكس فإن تعثر الفرد في وصوله إلى هاته الحاجات يولد له أمراض نفسية. (اسماعيل أحمد، 2009، ص 51).

خلاصة

وفي الأخير نأتي إلى ختام هذا الموضوع المهم الذي تطرقنا فيه إلى أهم النظريات المفسرة لنشوء الأمراض النفسية على اختلاف آرائها فمنهم من فسرها على أنها نتاج لمكبوتات و صدمات كما هو الحال مع فرويد و أصحابه و منهم من فسرها على أنها نتاج لمرض عضوي أو خلل في الدماغ سواء كان انجر عن صدمة أو خلل في الافراز بالنسبة للجهاز الهرموني للدماغ و منهم من أرجعها على أنها سلوك متعلم مثلها مثل السلوك السوي كما هو الحال مع النظرية السلوكية كما رأى بعضهم أن السبب عدم فهم الفرد لذاته فكل هذه الآراء قد ساهمت في تفسير المرض النفسي غير أن كل منها تناولها من جانب و أغفل جوانب أخرى و مما يمكن الختم به كنتيجة أن الاضطرابات النفسية ترجع إلى عدة أسباب تتفاعل فيما بينها هي : إما نفسية أو اجتماعية أو بيولوجية أو حتى متعلمة في بعض الأحيان.

قائمة المراجع

- أبو نجيلة، سفيان محمد. (2001). مقالات في الشخصية والصحة النفسية. مطبعة منصور. غزة.
- اسماعيل أحمد محمد أحمد. (2009). الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية. الجامعة الاسلامية. غزة.
- حقي الفت. (1995). الاضطراب النفسي التشخيص والعلاج والوقاية. مركز الإسكندرية للكتاب. الاسكندرية.
- دويدار عبد الفتاح. (1996). في الطب النفسي. دار المعرفة الجامعية. الاسكندرية.
- عبد الرحمان محمد العيسوي. (2001). الاسلام والصحة النفسية. ط1. دار الراتب الجامعية. بيروت.
- مرسي كمال. (1988). مدخل إلى علم الصحة النفسية. ط1. دار القلم. الكويت.
- يوسف جمعة. (2001). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية. دار غريب. القاهرة.
- يونغ ك. (د. ت.). علم النفس التحليلي. ترجمة نهاد خياطة. دار الحوراء. بيروت. 1997.

أبرز نظريات علم النفس المرضي

د / سامية ابريغم

جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.

Résumé

Les théories concernant l'explication des troubles psychiques, les maladies psychiatriques et les déviations comportementales. La psychopathologie a essayé d'interpréter l'étiologie de ces troubles et maladies. Notre recherche présente les théories majeures de la psychopathologie générale, et du coup propose les meilleurs plans thérapeutiques.

Mots clés : psychopathologie, théories de la psychopathologie

ملخص

تتعدد النظريات الخاصة بتفسير الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية والانحرافات السلوكية، حاول علم النفس المرضي أن تقدم تفسيراً لأسباب الاضطرابات والأمراض، لذلك نسعى من خلال هذه الورقة البحثية تناول أبرز النظريات التي وظفت في علم النفس المرضي الذي يعتبر فرعاً من فروع علم النفس العام، ومن ثم اقتراح أحسن الخطط العلاجية.

كلمات مفتاحية: علم النفس المرضي، نظرياته،

مقدمة

إن الإصابة بالمرض من أوائل الأخطار التي واجهت الإنسان منذ بداية الخلق، فقد اعتبرها الإنسان أول تهديدا للبقاء، فقد أثبتت دراسة بقايا الإنسان الأول أنه كانت له أراض وكان يعاني ألوانا من الأذى وكان يحاول أن يلجأ إلى الطبيعة للخلاص من ذلك الأذى وتلك الآلام.

كما أن الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية تعد من أشد العوامل قسوة وعنفا في إنتزاع سعادة الإنسان وتدميرها بل سعادة وأمن المحيطين به أيضا، فالأسرة التي يصاب أحد أعضائها بهذا النوع من الأمراض والاضطرابات تعاني كلا من التعاسة والبؤس وضيق الصدر، فضلا عما يسببه المرض من إعاقة لإنتاجية الفرد وإبداعه وإسهامه في العمل، وقد يقال أن الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية عصرية حديثة، أو أنها لا توجد في المجتمعات المتقدمة إلا أنها وجدت منذ وجود الإنسان، وتعرف عليها اليونان وفلاسفتهم ثم تناولها علماء العرب بالفحص والتشخيص والعلاج (غانم، 2004، ص15).

وترتبط المفاهيم القديمة بالاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية بمفاهيم متعددة كإتباع الشياطين والابتعاد عن الآلهة، والجن، والسحر، والشعوذة، والعين الشريرة، تملك الشخص من طرف الأرواح. . . إلخ.

وبمرور الوقت تم الاستعانة بالمقاربات العضوية والوراثية حيث تم ربط كل اضطراب نفسي، وعقلي، وانحراف سلوكي بمسبباته العضوية، والتكوينية الوراثية، بعد ذلك جاءت النظريات النفسية التي ركزت على العوامل النفسية في نشوء الاضطراب النفسي والعقلي، من هاته النظريات تولد ما سمي بعلم النفس المرضي، حيث تم استعمال مفردة علم النفس المرضي لأول مرة من طرف (Emmingaus,1878)، ليشير إلى الطب النفسي العيادي الذي يهتم بالمرضى لكن بصفة فردية، ولقد مر هذا الأخير بعدة تطورات، إلا أن جاء (فرويد، Freud) ليضع الأسس لمقارباته التحليلية لتصبح أحد النماذج التفسيرية لعلم النفس المرضي. وحاليا يعتبر (Jasper) من الأوائل الذين تناولوا علم النفس المرضي بمفهومه الحالي (زروالي، 2016، ص ص8-9).

من خلال كل هذا وغيره سوف نقوم من خلال هذه الورقة البحثية بالتعرف على أهم النظريات التي حاولت واجتهدت أن تقدم تفسيراً لأسباب الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية. والمتمثلة في كل من النظريات:الوراثية، والبيولوجية، والصيدلالية والعصبية، والكيميائية، والتحليلية، والسلوكية، والمعرفية، والنسقية، الإنسانية، الثقافية الاجتماعية، والبيئية، مع محاولة وضع تصور تقيمي لهذه النظريات.

ا. النظرية الوراثية

سمحت الأعمال الجينية الكلاسيكية بالتأكيد على تدخل العوامل الوراثية كمسببات للكثير من الاضطرابات العقلية، خاصة في الاضطرابات الفصامية واضطرابات ثنائية القطب والإدمان الكحولي والخلفة العقلية. في مقابل سمح التطور الحاصل في الأبحاث الجينية الجزئية بالتأكيد على وجود مسجلات جنية التي تسمح بحصر العوامل الجينية المفترضة خلال الوصل الجيني، ويتمثل هدف التحليلات الخاصة بالوصل الجيني في تحديد ما إذا كانت مجموعة من الأنماط الظاهرة مثلاً (الفصام أو نموذج الشخصية المرضية) بإمكانها نقل - سواء بطريقة مستقلة أو بطريقة غير مستقلة - سجلاً جنياً خاصاً بعائلات مصابة. بالرغم من تعدد الأبحاث في هذا المجال، ظلت المعطيات الخاصة بالاضطرابات النفسية والأمراض العقلية غير مؤكدة، فالمبادئ الجينية (التكرار الجيني ونسبة تكرار الأفراد الحاملين للجينات المعبرة عن النمط الظاهري للاضطراب) لم يتم تحديدها لحد الآن، مما استدعى الاستعانة بطرق أخرى كالطريقة الشفعية للأشياء والطرق الترابطية والاختبار الافتراضي للجينات المرشحة، مثل الجينات المرمزة الخاصة بالمستقبلات وبالتركيبات الأيضية للموصلات العصبية. وبالرغم من تطور الأبحاث الجينية وبالرغم من دقة معايير التشخيص يظل تحديد النمط الظاهري غير واضح في الطب النفسي، حيث لم يتمكن أي مسجل جيني لحد الآن من تحديد مؤكد لأي أحد منه (زروالي، 2016، ص ص 15-16).

ا. النظرية البيولوجية

تعتمد النظرية البيولوجية في تفسير حدوث الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية وفقاً لأكثر من منظور بناءً على العديد من الدراسات التي تنصب اهتماماتها على الجوانب البيولوجية (أي الخاصة بالجسم ومكوناته الداخلية). ويرى أصحاب هذه النظرية أن الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية هي نتاج ومحصلة الخلل في وظائف أعضاء جسم الإنسان، الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجاً لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها من الغدد الأخرى في جسم الإنسان فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة (الثيروكسين) في الدم على سبيل المثال لا الحصر. وهذا الاتجاه المرتبط بعلم البيولوجيا التي يرى بأن للوراثة دور واضح في ظهور الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية، حيث يرى بأن المورثات تلعب دوراً في وجود هذه الأخيرة، كما أن لعمليات النمو و الأيض (التمثيل الغذائي) دوراً في ذلك، وكذلك الحساسية للأدوية ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوانات المنوية والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامل للأمراض كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري، وعدم وجود بيئة رحيمة مناسبة لديها، وتعرضها لمرض السكري، ومشاكل الحمل وما قبله وما بعده، والتسمم الولادي، ونقص الأوكسجين أثناء الولادة وتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسيرة، وتعرضها لأشعة (X)، وعدم مراجعتها للطبيب والقيام بالفحوص اللازمة للاطمئنان على سلامة المولود، كلها أسباب قد تكون مسؤولة بمستويات عن وجود إعاقات لدى هذا المولود وتعرضه للاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية (العزة، 2002، ص 44).

III. الصيدلالية والعصبية الكيميائية

فيما يخص النظرية الصيدلالية والعصبية الكيميائية فقد أكدت على دور الدوبامين والنوادرينالين والسيروتونين في التوصيل العصبي، وعلى مساهمة هاته النواقل في تنشيط مختلف العقاقير النفسية، كما سمحت التقنيات الكشف المورفولوجي الوظيفي للدماغ بتوصيف تشريحي ووظيفي للمسالك وللأنظمة الأمانية الأحادية، وبتحديد المستقبلات الخاصة بهاته النواقل.

لقد افترضت النظرية الدوبامينية وجود ارتباط بين المظاهر المنتجة للفصام وما بين الفرط الوظيفي للأنظمة الدوبامينية وارتباط المظاهر السلبية والتخلفية للفصام بنقص في توظيف هاته الأنظمة. إضافة إلى ذلك، وبفعل التطور الكبير والمتسارع الحاصل في تقنيات الكشف الدماغي، فقد تم الكشف عن الدور المؤثر لمواد أخرى خاصة الأسيتيكولين وبعض البببتييدات الدماغية كالمسكنات الداخلية المنشأ (مثل أندورفينات) أو البببتييدات غير المسكنة حيث تلعب هاته المواد دوراً مهماً في التوصيل والتعديل العصبيين للمسالك العصبية (زروالي، 2016، ص ص 13-14).

IV. النظرية التحليلية

تشكل نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية السيكو دينامية كما طوره " فرويد Freud " في أوائل القرن العشرين في فهم الاضطراب السلوكي، فقد أكد " فرويد Freud " على أن الاضطرابات السلوكية تنتج من القوى النفسية الداخلية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، فهذه القوى تتفاعل في تنفيذ الأنشطة العقلية الشعورية واللاشعورية، فالصراعات يجب أن يتم حلها بطريقة ناجحة في نطاق الوعي حتى لا تؤدي إلى اضطرابات السلوك، كما يجب أن يوفق الأنا بين نزاعات الهو وضوابط الأنا الأعلى ومتطلبات الواقع الخارجي، أما إذا لم تحل الصراعات بطريقة ناجحة أو إذا لم تستطع الأنا التوفيق بين نزاعات الهو وضوابط الأنا الأعلى والواقع الخارجي فكل هذا سوف يؤدي إلى اضطرابات السلوك (Bootzin & Joon, 1996, P. 55).

وقد اقترح " فرويد Freud " عام (1905) أن عمليات تطور الشخصية تتم خلال سلسلة من مراحل النمو النفسي الجنسي، وأن التثبيت والنكوص إلى أحد المراحل يؤدي إلى الاضطراب السلوكي فعل سبيل المثال لا الحصر اضطرابات الشخصية مثلاً ترجع إلى المراحل النفسية الجنسية المبكرة من النمو، فقد افترض " فرويد Freud " أن التدريب على أعمال النظافة يمكن أن يؤدي إلى تثبيت على المرحلة الشرجية، وإذا ما أصبح الشخص مثبتاً على هذه المرحلة، فإنه سوف يكون مقاوماً لتحقيق النمو الناضج للشخصية

وقد أكد " فرويد Freud " على تنشئة الفرد تنشئة سوية خلال الخمس السنوات الأولى لأن لها دوراً، فالصدمات النفسية التي يتعرض لها تجعله في حالة تثبيت بحيث لا يستطيع الفرد اجتياز مرحلة إلى المرحلة التي تليها الأمر الذي يظهر على شكل نكوص أو تراجع سلوكي يكون مسؤولاً عن وجود الاضطرابات السلوكية فيما بعد، كذلك " فرويد Freud " على صدمة الميلاد التي يعتبرها مصدر للقلق الذي يؤدي إلى الاضطرابات السلوكية على أساس أن الفرد قد فقد الأمن والطمأنينة عندما خرج من بطن أمه.

أما عالم النفس التحليلي التفاعلي "بيرن Berne" يرى بان السلوك المضطرب ناتج عن طرق تنشئة الفرد الخاطئة المتمثلة في المنوعات والحرمان العاطفي، وعدم تعامل الأفراد بالأنا الراشدة وتعاملهم بالأنا الطفلية، في حين تعتبر "هورني Horney" أن الثقافة لها دور في ظهور الاضطراب السلوكي.

أما "سوليفان Solivan" فقد اعتبر أن سبب الاضطراب السلوكي ناتج عن نقص في قدرة الفرد على إنشاء علاقات وتفاعلات ناجحة مع الآخرين (العزة، 2002، ص ص. 45-45).

٧. النظرية السلوكية

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني فطري منعكس، أي أنه عبارة عن فعل أو ما يطلق عليه (مثير استجابة)، وفسرت سلوك الإنسان على أنه فطري منعكس، فقد ربطت بين المنبه والاستجابة بصورة آلية محضة دون النظر إلى طبيعة المنبه ودن اعتبار لشعور الفرد وحالته النفسية رغم أن المنبه الواحد قد يثير استجابات مختلفة في أشخاص مختلفين أو في الفرد نفسه من حين لآخر (ملحم، 2001، ص. 44).

وتؤكد النظرية السلوكية على أن كلا من أنماط السلوك السوية والشاذة يتم اكتسابها من خلال التعلم، وأن السلوك يتحدد بواسطة البيئة التي يعيش فيها الشخص ويكتسب منها سمات سلوكية معينة، وعلى سبيل المثال نجد أن هناك عوامل تحدد ما إذا كان الشخص سوف يصبح مجرماً أو رجل دين، وهذه العوامل هي خبرات التعلم التي يكتسبها الفرد من البيئة، والسلوك المضطرب يظهر من عمليتي تعلم أساسيتين هما: الإشراف الكلاسيكي والإشراف الإجرائي.

والجدير بالذكر هنا أن النظرية السلوكية تركز في تفسيرها للسلوك المضطرب على الكيفية التي تم بها تعلم هذا السلوك المضطرب، و لا تركز على السبب.(فايد، 2004، ص ص. 43-44)، وعلى كل تفسر النظرية السلوكية الاضطرابات السلوكية وفق ما يلي:

- 1 – الاضطراب السلوكي هو نتيجة تعلم سلمي ولهذا لا يجب اعتباره مرضاً.
- 2 – التركيز على خبرات الفرد وتاريخه.
- 3 – أصحاب النظرية السلوكية، عند التعامل مع الاضطراب السلوكي لا يعطون حكماً على الأشخاص وإنما يوصون بالعلاج فقط.
- 4 – يفترض أصحاب هذه النظرية أن الاضطراب السلوكي تسببه عوامل بيئية، ونتيجة لهذا فإن الشخص المضطرب سلوكياً ليس مسؤولاً عن هذا الاضطراب (الريماوي وآخرون، 2004، ص. 45).

٧١. النظرية المعرفية

يفترض أنصار النظرية المعرفية أن الاضطراب السلوكي يرجع إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من خلال خبراته وأفكاره، فالاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التكيفية، وإذا كان السلوكيون يعتقدون أن السلوك المضطرب يتم تعلمه عن طريق الإشراف والتدعيم فإن أنصار النظرية المعرفية يرون أن السلوك المضطرب يمكن أن يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد، فقد أوضح "باندورا Bandura" أهمية العوامل المعرفية (أفكار الناس ومعتقداتهم) في تنظيم السلوك

العدواني، فقد يميل بعض الأشخاص القائمين بالعدوان إلى تبرير استخدامهم للعدوان كأن يقول أن الضحية ظالمة أساساً أو أنها هي التي دفعت بي لارتكاب السلوك العدواني (لوم الضحية). (عبد القوي، 1995، ص. 54) كما ركز أنصار النظرية المعرفية على المتغير الدخيل أو الوسيط بين المثير والاستجابة ألا وهو التفكير، فالأطفال الذين قاموا بتقليد النماذج الوالدية ربما فكروا قبل القيام بالسلوك العدواني قائلين (أنه إذا كان شخص كبير (القدوة) يستطيع ضرب الدمية، فنحن نستطيع أيضاً ضربها).

وفيما يتعلق بنشأة واستمرار الاضطرابات السلوكية، فيعتبر نموذج " بيك Beck " عام (1967) أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً، حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية " بيك " وجميع الأفراد لديهم صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئتهم والاحتفاظ بمعلومات ايجابية، أما الأفراد المضطربون سلوكياً فلديهم صيغ معرفية سلبية، تتصف بما يلي:

- 1 - استدلال تعسفي أو خاطئ أي أن الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف.
- 2 - تجريد انتقائي يتم الوصول منه إلى استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة.
- 3 - المبالغة في التعميم.
- 4 - التضخيم والتقليل اللذان يتضمنان أخطاء في الحكم على الأداء.
- 5- لوم الذات/ (فايد، 2004، ص ص. 46-47)

كما تعد نظرية " أليس Ellis " من الإسهامات القيمة ذات التوجه المعرفي والتي اهتمت بنشأة وأسباب الاضطرابات السلوكية، حيث تتلخص وجهة نظره في النقاط التالية:

- يرى أن هناك تشابكاً بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر.

- إن أي إنسان لديه مجموعة من الأفكار العقلانية والأفكار غير العقلانية والسلوك العقلاني يؤدي إلى الصحة والسعادة (عكس السلوك اللاعقلاني).

- إن التفكير اللاعقلاني هو نمط متحيز في التفكير ذو طبيعة ذاتية وغير منطقية.
- ينشأ التفكير غير العقلاني نتيجة للعديد من أساليب التعلم في الصغر.
- إن استمرار حالة الاضطراب السلوكي نتيجة لحديث الذات، ومن خلال إدراكات الفرد للظروف والأحداث التي تحيط به والاتجاهات نحوها.
- إن أي فرد لديه مجموعة من الأفكار غير العقلانية تم تحديدها في مجموعة من الأفكار وهذه الأفكار هي المسؤولة عن الاضطراب السلوكي، وتتخلص هذه الأفكار غير العقلانية في الأفكار الآتية:

1. من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من قبل كل المحيطين به بلا استثناء.
2. أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة والانجاز حتى يمكن اعتباره شخصاً ذا أهمية.
3. بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والحقارة والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يوجه إليهم اللوم والعقاب.
4. أنه لمن المؤسف أن تسير الأمور على غير ما يريد الإنسان.
5. أن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها.
6. أن الأشياء الخطيرة والمخيفة تعتبر رسمياً سبباً للانفعال البالغ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها حتى لا تدهمه على حين غرة.

7. إنه من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية على أن نواجهها.
8. ينبغي على الفرد أن يكون مستنداً على آخرين، وأن يكون هناك شخص أقوى منه يستند إليه.
9. أن الخبرات والأحداث المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر، وأن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده.
10. ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات وأحداث غير سارة.
11. هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة (فايد، 2005، ص ص 174-176).

VII. النظرية النسقية

تستمد هذه النظرية جذورها من أبحاث الأنجلو سكاسونية، وهي تقترح لتفسير الأعراض النفسية والعقلية ضمن تفاعلات الفرد مع محيطه الاجتماعي وعلاقاته مع الآخرين، وبالخصوص علاقاته وتفاعله مع المحيط العائلي، وتمثل الأعمال الأكثر جلباً للإهتمام في التحليل النسقي للفصام. وبالنسبة لهذه النظرية يعتبر المريض ضحية لنظام عائلي مرضي حيث يتمثل العامل المفتاحي لتطور أي اضطراب عقلي في نموذج التواصل والتفاعل المتواجد داخل الخلية التي يترعرع فيها المريض وينمو، خاصة فيما يتعلق بمفهوم الرابطة المزدوجة الفصامي يكون قد انصاع خلال حياته لنموذج من التواصل المفارق يتميز بوجود رسالة يبعث بها شخص في وضعية مهيمنة (الأم مثلاً)، تتضمن وجوب استجابتين متناقضتين، فإذا كانت هاته الرسالة تتضمن أمراً يجب تنفيذه يتوجب على الفرد أن لا ينصاع له لكي يطيع أمره مثلاً في حالة إذا قيل له كن تلقائياً، حيث تضع مثل هاته الأوامر المفارقة الفرد في مأزق حقيقي يدفع ثمنه النفسي غالباً إذا ما حاول تجاوزه وعليه وحسب هاته المقاربة تعتبر اضطرابات التواصل من أهم العوامل المسببة لحدوث الفصام (زروالي، 2016، ص 20).

VIII. النظرية الإنسانية

تشكل النظرية الإنسانية القوة الثالثة في علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسي والسلوكية وهو يضم مجموعة اتجاهات صاغها علماء ذوي خلفيات متباينة ورؤى مشتركة، و الحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدا بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم طائفة علماء النفس الإنساني عندما اخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتياً من خلال قدرته على التعلم الذاتي وتوظيفه لقدراته وإمكانياته من أبرز روادها:

- كارل روجرز: 1902-1987 عالم نفس أمريكي، تلقى تعليمه في جامعة وسليكنسن وكلية المعلمين بجامعة كولومبيا، حيث انصب اهتمامه على علم النفس الإكلينيكي. منح درجة الماجستير بجامعة كولومبيا 1928 و الدكتوراة سنة 1931. وكان أول تعيين له بوظيفة هامة في مركز توجيه روتشستر Rochester Guidance center بنيويورك حيث طور مادة كتابه عن "العلاج الإكلينيكي للطفل المشكل" (1939) و في سنة 1940 انتقل إلى جامعة أوهايو حيث كتب كتابه البالغ التأثير عن "الإرشاد والعلاج النفسي الذي نشر سنة 1942. وبعد ثلاث سنوات قبل روجرز تعيينه في جامعة شيكاغو: حيث أصبح مديراً لمركز الإرشاد. وفي سنة 1946 انتخب مديراً لرابطة علماء النفس

الأمريكيين. ونشر روجرز أعمالاً من بينها أيضاً: العلاج المتمركز حول العميل: ممارسته الجارية ومضمونه ونظريته (1951) وعدداً من المقالات التطبيقية في المجالات العلمية.

- أبراهام ماسلو 1916-1972 عالم نفس أمريكي له سمعة كبيرة في مجال علم النفس الإنساني، اهتم في دراساته بالأفراد الذين يعملون في مجالات حياتيه مختلفة ويعانون من مشكلات نتيجة لهذا العمل. كما حرص في دراسات أخرى على دراسة الشخصيات المشهورة والمبدعة، وذلك لمعرفة الكيفية التي يحققون بها الإنجازات في مجالات أعمالهم. ومن خلال جملة الدراسات التي أجراها توصل إلى أن الذي يتحكم أو الذي يلعب الدور الأساسي هو السعي لتحقيق الذات، إذ يرى ماسلو أن الشخص الذي يحقق ذاته هو الشخص الذي لديه دافع للإبداع واستخدام جميع إمكانياته في عمله أو مهنته أو وظيفته، ويتفق بذلك مع كارل روجرز، الذي يرى أن الإنسان لديه دافع فطري لتحقيق ذاته، وأن الفشل أو الاحباطات التي تعترض طريق تحقيق ذاته هو الذي يؤدي إلى ظهور الأعراض أو المشكلات المرضية لديه، كما لديه نظرية هرم ماسلو لحاجيات الإنسان المشهورة.

1. مبادئ نظريات الذات

تتلخص الأسس التي تعتمد عليها نظرية الإنسانية فيما يلي:

- 1.1 الكائن العضوي Organisation وهو الفرد بكليته.
- 2.1 المجال الظاهري *Phenomenal* وهو مجموع الخبرة.
- 3.1 الذات وهي الجزء المتميز من المجال الظاهري وتتكون من نمط الإدراكات والقيم الشعورية بالنسبة ل (أنا) وضمير (المتكلم). وقد ابرز روجرز طبيعة هذه المفهومات وعلاقتها المتداخلة، سلسلة من تسع عشر قضية، وسوف نقدم هذه القضايا والتي قدمها روجرز في كتابه (العلاج المتمركز حول العميل) (1951).
- 4.1 من أهم أسس نظرية الذات أن العميل يجب أن يكون المحور الذي تتمركز حوله عملية التوجيه أو العلاج إذ أن هذه النظريات تقوم على الإيمان بأن العميل لديه عناصر القوة والقدرة على تقرير مصيره بنفسه وعليه إن يتحمل المسؤولية التامة للقيام بذلك. والإطار المرجعي الداخلي للعميل هو الحقيقة الموضوعية التي يجب إن يتوصل إليها المعالج وذلك بمحاولة دخول عالم العميل الخاص فإذا تم هذا تمكن المعالج من إدراك وجدانيات العميل وانفعالاته وساعده على التوصل إلى البصيرة.
- 5.1 يجب على المعالج إن يضيء على فترة المقابلة جوا من السماحة والتقبل مما يساعد على التخفيف من خطر التهديد الذي يهدد ذات العميل وهذا يصوره يساعد العميل على إن يتقبل نواحي في ذاته لم يكن ليتقبلها من قبل ويساعده ذلك أيضاً على التعبير عن وجدانيات كان يعجز عن التعبير عنها ويمهد لتقبله لنفسه لتقبله للآخرين.
- 6.1 إن أهم عنصر في العلاقة العلاجية هو الجانب الانفعالي فالتشخيص والمعلومات وتاريخ حياة الفرد ليس لها أهمية الجو الذي يصغه المعالج على العلاقة بينه وبين العميل والذي يقوم على الإخلاص والدقة والتقبل والفهم.
- 7.1 التأكيد تن الفرد الإنساني ليس حيوانا وانه ليس مجرد آلة إنما هو كيان كلي موحد قوي ايجابية وإبداعية وطموحات في تحقيق الذات والوجود الشخصي والإنساني.
- 8.1 الاهتمام بدراسة الإنسان وفهمه على أساس انه كيان متكامل بدلا من تقسيمه إلى فئات أو تجزيته إلى وحدات نوعية تضاف إلى بعضها البعض.

9.1. التأكيد على قيمة الإنسان وكرامته والعمل على تنمية قواه وامكاناته الايجابية يستوي في ذلك الفرد العادي وغير العادي.

10.1. الاهتمام بالخبرات الشعورية كما يعيشها الفرد ويعانها والمعنى الذي تتخذه هذه الخبرات بالنسبة له والتأكيد على ادراكاته لنفسه ولخبراته الشخصية وللآخرين وللمجال المحيط به كأساس لتفسير سلوكه وفهم شخصيته. يعد مفهوم الذات مفهوما محورا في معظم هذه النظريات كما يعد تحقيق الذات وتأكيد الدافع الرئيسي الذي يسعى الإنسان لإشباعه وهو يفوت الدوافع الفيزيولوجية.

2. مسلمات النظرية

تتضمن نظرية الذات أربعة مكونات تتلخص فيما يلي:

1.2. الخبرة : يمر الإنسان في حياته بسلسلة متواصلة من الخبرات، هي كل ما يؤثر في سلوكه من محيطه او من داخله وهذه الخبرات بعضها ينسجم مع مفهوم الذات عند الفرد ويؤدي إلى تحقيق السرور والتوافق النفسي لديه وبعضها غير سار لأنها لا تنسجم مع مفهوم الفرد لنفسه (مفهوم الذات) ولا مع القيم الاجتماعية وبالتالي تؤدي إلى عدم الرضا وعدم التوافق.

2.2. الفرد: يرى روجرز إن لدى كل فرد دافعا قويا لتحقيق ذاته، وهو في تعامله مع المحيط والواقع الذي يعيش فيه يسعى لتحقيق ذاته بكسب حب الآخرين واحترامهم وتقديرهم وقبولهم له. وخصوصا الجماعة المرجعية أو الأشخاص المهمين في حياته من أبوين ومعلمين ومستولين

3.2. السلوك: السلوك هو ما يقوم به الفرد من نشاط عقلي أو جسدي أوهما معا من اجل إشباع حاجاته كما يدركها في الواقع. ومعظم السلوك يتفق مع مفهوم الذات والمعايير الاجتماعية وهذا يؤدي إلى التوافق النفسي عند الفرد، أما إذا تعارض سلوك الفرد مع فهمه لذاته ومع معايير مجتمعه فإنه لن يرضى عن السلوك ويلجأ إلى إنكار ويشعر بعدم الراحة والسعادة وسوء التوافق.

وأفضل طريقة لفهم سلوك الفرد. حسب روجرز هي الحصول على المعلومات من التقارير الذاتية التي يكتبها الفرد عن وجهة نظره هو ومن خلال خبراته وبعد فهم سلوك الفرد يمكن تعديل الخاطئ منه من خلال تغيير مفهوم الفرد عن ذاته.

4.2. المجال الظاهرياتي: وهو المدركات الشعورية للفرد في بيئته وهو عالم الخبرة المتغير باستمرار ويتعامل الفرد مع المجال الظاهري كما يدركه هو، سواء كان إدراكه صحيحا أو خاطئا، والمجال الظاهري يرتبط بالجانب الشعوري من الذات وهو يختلف عن المجال غير الظاهري الذي يرتبط بالاشعور والذي لا تعطيه نظريات الذات أهمية في تفسير سلوك الفرد.

3. فرضيات نظرية

قدم روجرز مجموعة من الافتراضات تمثل مجتمعة نظرية متكاملة بالنسبة للشخص والسلوك، حيث تحاول هذه النظرية تفسير الظواهر المعروفة السابقة وكذلك الحقائق الخاصة بالشخصية والسلوك، وتتضمن هذه الافتراضات ما يلي:

1.3. إن كل فرد يوجد في عالم من الخبرات المتغير هو مركزه، وأن هذا العالم المتغير هو المجال الظاهري، وإن هذا العالم في معظمه لا شعوري، و جزءا صغيرا منه هو الذي يدركه الفرد شعوريا، غير أن هذه الخبرات اللاشعورية

يمكن أن تصبح شعوريا عند الحاجة. حيث أنها توجد في اللاشعور، هذا العالم الخاص من الخبرة لا يمكن أن يعرف للفرد نفسه، وان المعالج يمكنه التعرف على هذا العالم إلا من خلال الفرد نفسه ولكن قد لا يكون الفرد لديه القدرة على هذه المعرفة ويقوم المعالج هنا بدور المساعد لتنمية هذه القدرة لدى العميل، وبناءا على ذلك يكون الشخص أفضل مصدر للمعلومات عن خبراته واما يوجد في عالمه الخاص.

2.3. يستجيب الفرد للمجال الظاهري ككل منظم بمعنى إن الفرد يستجيب للمجال بطريقة جشطالتيية أي يفرض فكرة تجزئة المجال.

3.3. نزعة أساسية هي تحقيق و إبقاء و تقوية الفرد الذي يعيش الخبرة فالفرد نظام واحد ديناميكي يعد الباعث الواحد فيه تفسيراً كافياً للسلوك بأكمله.

4.3. سلوك الفرد في أساسه محاولة موجه نحو هدف، و الهدف هو إشباع الحاجات التي يخيها الفرد في مجاله كما يدركه.

5.3. كل سلوك موجه يصدر عن الفرد يصاحبه انفعال يسهل له مهمته. وتختلف شدة الانفعال طبقاً لما يحمله الموقف من أهميته بالنسبة للفرد.

6.3. إن أفضل محاولة لفهم السلوك تكون من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه والذي يفصح عنه في اتجاهاته.

7.3. تتمايز الذات من المجال الإدراكي الكلي والذات هي مجموع الخبرات التي تنسب جميعها إلى سئ واحد هو أنا.

8.3. نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة، ومع آراء الآخرين المستمرة تجاه الفرد يتكون مفهوم الذات هو نمط تصوري منظم، مرن ولكن متسق من ادراكات وعلاقات إلى (أنا) أو ضمير المتكلم مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم

9.3. تشكل القيم المرتبطة بالخبرة المباشرة بالبيئة والقيم التي يستخدمها الفرد عن الآخرين جزءاً من بناء الذات.

10.3. تتحول خبرات الفرد التي تحدث له في حياته إلى:

أ/ صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات.

ب/ يتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات.

ج/ يحال بينها وبين الوصول إلى صورة رمزية

بمعنى إن الإدراك انتقائي ويتحدد هذا الانتقاء بمحك أساسي هو مدى اتساق الخبرة مع صورة الذات لدى الفرد في أثناء عملية الإدراك.

11. اتساق الذات ، تتسق معظم الطرق التي يختارها الفرد لسلوكه مع مفهومه عن ذاته.

12. قد يصدر سلوك عن خبرات وحاجات عضوية لم تصل إلى مستوى التعبير الرمزي ، وربما لا يتسق هذا السلوك مع بناء الذات.

13. ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الفرد عدداً من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ الشعور.

14. يتوفر التوافق النفسي عندما يصبح مفهوم الذات في وضع يسمح لكل الخبرات الحسية والحشوية للفرد بان تصبح في مستوى رمزي وعلى علاقة ثابتة و متسعة مع مفهوم الذات.

15. تدرك الخبرات التي لا تتسق ومفهوم الذات كتهديد، و تقيم الذات دفاعاتها ضد الخبرات المهددة عن طريق إنكارها على الشعور.

16. في ظل ظروف معينة يمكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثيل الخبرات إلي لا تتسق مع مفهوم الذات وجعلها متضمنة في بناء الذات.
17. عندما يدرك الشخص ويتقبل في جهاز متسق و متكامل كل خبراته الحسية والحشوية فانه يصبح بالضرورة أكثر تفهماً للآخرين و أكثر تقبلاً لهم كأشخاص منفصلين.
- 18.: ولكي يتحقق للفرد توافق متكامل وصحي لا بد له إن يقيم خبراته باستمرار حتى يحدد ما إذا كانت هناك ضرورة لإحداث تعديل في بناء القيم. (أكاديمية علم النفس، د.ت)

IX. النظرية الإنسانية الوجودية

تقدم النماذج الإنسانية الوجودية طريقة لفهم الاضطراب السلوكي تختلف عن الطرق التي اتبعتها النماذج السابقة، فتبنى النماذج الإنسانية الوجودية أساساً بأن الاضطراب ينتج من فشل في النمو وتحقيق الوجود بالقوة. وتؤكد على أن الناس يمتلكون القوة البشرية الدافعة للنمو والقدرة على أداء كامل، وإذا ما أتيحت الفرص والظروف المناسبة للنمو، فإن الناس سوف تكون محددة لمصيرها وسوف يمارسون حق الاختيار والمسئولية، وسوف يحققون ذواتهم.

ووفقاً لهذه النظرية فالاضطراب السلوكي هو فشل في النمو والتطور، وأن الصحة لا تكون بالضرورة هي غياب المرض، ولكنها شيء ما ايجابي، كما تؤكد هذه النظرية على التغيير من الشذوذ إلى أو القصور في النمو إلى الأداء الكامل، فعلى الناس أن يحققوا اختياراتهم بحرية، أما إذا قبل الشخص دون وعي قيم الآخرين واختياراتهم، فإن هذا الشخص سوف يفقد حينئذ الإحساس بالذات ويصبح متناقضاً.

وتمثل الذات موضوعاً مركزياً لدى علماء النفس الإنسانيين، فقد أكد " روجرز Rogers " أن كل فرد لديه حاجة إلى تقدير ذاته على نحو إيجابي، وإنطلاقاً من اتساقه مع توجهه الذاتي فقد عرف الاضطراب السلوكي بأنه (إخفاق المرء في تقدير ذاته بصورة إيجابية، أو بأنه تفاوت مفرط بين مفهوم الذات والمفهوم المثالي)، ونظراً لنمو مفهوم الذات من خلال إدراك المرء لتقييم الآخرين له فإن اضطراب المرء سلوكياً وإخفاقه في تحقيق إمكاناته يرجعان بصفة جوهرية إلى إخفاقه في الحصول على احترام إيجابي من الآخرين.

علاوة على ذلك فإن الفشل في إشباع حاجات أساسية يؤدي إلى القصور في التطور الذي يؤدي بدوره إلى الاضطراب السلوكي، وقد وصفت نظرية الدافعية " لماسلو Maslow " التدرج الهرمي للحاجات الأساسية بدءاً من الأكثر قوة مثل الحاجة الفزيولوجية، والحاجة إلى الأمن، ثم الحاجة إلى الحب، والحاجة إلى التقدير والاحترام، وأخيراً الحاجة إلى تحقيق الذات، التي تمثل أعلى درجات هرم الحاجات النفسية ووفقاً " لماسلو " فإن كل شخص لديه حاجة لتحقيق ذاته، ولديه إرادة حرة من أجل تحقيق سلامته وصحته ولديه دافع من أجل تحقيق ذاته أو تطوره، ويتكون النمو السوي غير المضطرب من عملية تحقيق ذاته وإمكاناته، في حين يحدث اللاسواء (الاضطراب) نتيجة لإحباط تلك الحاجة (فايد، 2005، ص 37-38).

X. النظرية الثقافية الاجتماعية

تمثل وجهة النظر الثقافية الاجتماعية للاضطرابات السلوكية إحدى النظريات العديدة التي حاولت تفسير أسباب السلوك المضطرب، حيث يؤكد أنصار هذه النظرية على أن هناك عوامل ثقافية فعالة في نطاق كل مجتمع تحدد السبب في أن أنماط سلوكية معينة تكون سوية، وأن أنماط أخرى تكون غير سوية فما يمكن اعتباره غير سوي في مجتمع معين قد يكون سويًا في مجتمع آخر حيث أن الانحراف عن المعايير الاجتماعية يرتبط بثقافة معينة وليس مرتبطًا بثقافات أخرى فرعية.

ويقترح أنصار هذه النظرية مجموعة من الأشكال السلوكية التي ينظر إليها بوصفها مضطربة والمتمثلة في:

- 1 - انحراف الشخص عن توقعات المجتمع الذي يعيش فيه.
- 2 - انزعاج الآخرين من تصرفات الشخص.
- 3 - القيام بسلوك غير متوافق مع الآخرين ومحطم للذات (Kauffman & Hallahan, 1992, P. 65)

XI. النظرية البيئية

يركز أصحاب هذا الاتجاه على تفاعل القوى الداخلية والخارجية هو الأساس في حدوث السلوك، فالاضطراب السلوكي ينظر إليه علماء النفس البيئيون على أنه سلوك غير مناسب ولا يتوافق مع ظروف الموقف. وينظر أصحاب الاتجاه البيئي إلى السلوك الإنساني على أنه نتاج التفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد وبين الظروف في الموقف، أن تفسير القوى الداخلية وتفاعلها مع القوى الخارجية يختلف بناء على اختلاف تخصصات أو ميادين علماء البيئة، فمثلاً يركز علماء الاجتماع على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الفرد، بينما يركز علماء البيئة الأطباء إلى العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج لفرد معين ويحللون التفاعل بين هذا الفرد وبين بيئته، وفي حين يركز علماء البيئة التحليليون على التفاعل الأسري وتأثير ذلك على شخصية الفرد ويدرسون نمط التفاعل الذي يحدث بين أفراد الأسرة، إن التركيز في جميع وجهات النظر ضمن الاتجاه البيئي هو التفاعل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها بدون الاهتمام بتفسير لماذا يسلم الناس بالطريقة التي يسلكونها. لذلك على من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي أن يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الفرد وعن البيئة التي يتفاعل فيها ومعلومات تتعلق بنمط سلوك الفرد في مواقف مختلفة يتم جمعها وكذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في البيت والجيرة والمدرسة (القمش، والمعايطة، 2007، ص ص 46-47).

XII. التعقيب عام على النظريات المفسرة للاضطرابات السلوكية

نستخلص من العرض السابق لأبرز النظريات التي حاولت أن تقدم تفسيراً للاضطرابات السلوكية أن وجهات نظرها متعددة، فأصحاب النظرية البيولوجية يركزون في تفسير السلوك المضطرب عن البحث عن العوامل الموجودة داخل الشخص، وبالرغم من أن أصحاب هذه النظرية يستندون إلى أسس علمية وموضوعية للوقوف على أسباب الاضطرابات السلوكية إلى أنهم تؤخذ عليهم ما يلي:

- يتصور أصحاب البيولوجية أن الاضطرابات السلوكية تعود إلى سبب معين هو الاختلالات الكيميائية أو توقف في نمو الخلايا أو خلل على مستوى إفراز الهرمونات، أو في عمل المورثات، وذلك قياساً على الأمراض الجسمية، ولكن من الصعب الإسقاط والمساواة بين أسباب الأمراض الجسمية وأسباب الاضطرابات السلوكية.

- يتجاهل أصحاب هذه النظرية الأسباب البيئية والاجتماعية رغم نتائج الدراسات التي أكدت وجود أسباب بيئية متعددة تكمن وراء الاضطرابات السلوكية.

- إهمال الجانب النفسي تماماً والتركيز على أعضاء الجسم كمسبب رئيسي لاضطراب السلوك.

في حين يرى أصحاب النظرية السيكودينامية أن اضطراب السلوك هو نتاج الصراع القائم بين الهو والأنا الأعلى وعجز الأنا على إيجاد حل مناسب لهذا الصراع، أيضا إلى الصدمات النفسية التي يتعرض لها الفرد خاصة في السنوات الخمس الأولى من طفولته، هذه الأخيرة التي تؤدي إلى عرقلة مراحل النمو النفسي والتي حددها رائد التحليل النفسي "فرويد Freud" والتي تعرف بالثبوت وخاصة في المرحلة الشرجية، كما يرجع أنصار هذه النظرية الاضطرابات السلوكية إلى عجز الفرد على إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين، لكن ما يؤخذ على هذه النظرية أنها جعلت من الإنسان محكوم بغرائزه ودوافعه لدرجة ألغيت فيها العقل.

بينما يستند أصحاب النظرية السلوكية التي تفسر اضطرابات السلوك على أن السلوك متعلم يتعلمه الفرد من البيئة التي يعيش فيها، حيث تعتبر هذه النظرية أن الإنسان ابن بيئته بما تحتويه من مثيرات متعددة، ولكن ما يؤخذ على أصحاب هذه النظرية أنهم يركزون على الأعراض فقط، يرفضون العمليات الداخلية المحركة للسلوك المضطرب، كما أن هذه النظرية نبالغ في دور البيئة في إكساب السلوك المضطرب وتقلل من الأسباب الأخرى كالأسباب النفسية والوراثية والفزيولوجية.

وكما يبدو من العرض السابق أن النظرية المعرفية قدمت إسهامات عديدة في مجال تفسير الاضطرابات السلوكية، حيث ركز المعرفيون على العمليات العقلية والوظائف المعرفية، فالأشخاص الذين يجدون صعوبة في توظيف هذه القدرات العقلية وفي استغلال الوظائف المعرفية يكونون معرضين للإصابة باضطراب السلوك، كما أنها تركز على الأفكار غير عقلانية والغير منطقية والمسئولة على ظهور السلوك المضطرب لدى الأفراد.

ورغم هذه الإسهامات الكبيرة التي قدمتها النظرية المعرفية في مجال تفسير الاضطرابات السلوكية إلا أنها وجهت لها عدة انتقادات أبرزها أن النظرية المعرفية ركزت على الأفكار الغير منطقية كسبب في حدوث السلوك المضطرب، وألغت الأسباب الأخرى وكان الأفكار أصبحت المحك الوحيد الذي يؤدي إلى الاضطرابات السلوكية.

في حين أن النظرية الإنسانية الوجودية قدمت تفسيراً لفهم الاضطرابات السلوكية يختلف عن التفسيرات التي اتبعتها النظريات السابقة، فالبنسبة لأصحاب هذه النظرية أن الاضطرابات السلوكية تنتج عن فشل في النمو وتحقيق الوجود وفي إشباع الحاجات الأساسية التي حددها "ماسلو Maslow" في التدرج الهرمي للحاجات الأساسية، ومع أن هذه النظرية اختلفت في طريقة طرحها لأسباب المعاناة من الاضطرابات السلوكية إلا أنها لم تسلم من الانتقادات الموجهة إليها والمتمثلة في أن هناك أفراد تم إشباع حاجاتهم الأساسية ولكنهم يعانون من الاضطرابات السلوكية.

أما أنصار النظرية الثقافية الاجتماعية فهم يعتقدون بأن الاضطرابات السلوكية ناتجة عن العوامل الثقافية والاجتماعية التي تسبب في حدوثها من جهة وفي الحكم عليها من جهة أخرى، فالبنسبة إليهم السلوك المضطرب هو السلوك الذي خالف توقعات المجتمع، إلا أن هذا التفسير قد أهمل حقيقة أن العوامل الثقافية والاجتماعية قد تتغير داخل المجتمع الواحد من مرحلة زمنية إلى أخرى، ومن مكان محدد داخل الثقافة إلى مكان آخر في الثقافة نفسها.

بينما يركز أصحاب النظرية البيئية في تفسيرهم لنشأة الاضطرابات السلوكية على تفاعل القوى الداخلية والخارجية، فالاضطراب في السلوك هو ناتج على التفاعل بين الفرد وبيئته، هذا التفاعل الذي يتميز بعدم التوافق. وفي ختام هذا العنصر يجدر الإشارة إلى أن بعض المهتمين بالاضطرابات السلوكية قد صنّفوا أسباب الاضطرابات السلوكية:

الأسباب البيولوجية: تعتبر العوامل البيولوجية، حسب هذا التصنيف، هي المسئولة عن الاضطرابات السلوكية الشديدة، وتتمثل هذه العوامل في العوامل الجينية، والعوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة مثل عوامل سوء التغذية، وتناول العقاقير والأدوية والأمراض التي تصاب بها الأم الحامل ثم العوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة وخاصة إصابات الدماغ.

الأسباب البيئية: وتعتبر العوامل البيئية من الأسباب الواضحة في الاضطرابات السلوكية، ويقصد بالأسباب البيئية تلك الأسباب المرتبطة بالعوامل الأسرية أو المدرسية.

أ- الأسباب الأسرية:

- نمط العلاقة بين الطفل وأبويه.

- نمط التربية الأسرية وخاصة التربية المتشددة أو الفوضوية.

- الإهمال الزائد، التدليل الزائد، الحماية الزائدة.

ب - الأسباب المدرسية

- نمط المعاملة المتشددة.

- أشكال العقاب التي تمارسها الإدارة المدرسية (العقاب غير المدروس، وغير المبرر).

- طرائق التدريس غير المناسبة.

- مقارنة الطفل بأقرانه باستمرار (سالم، 1994، ص ص. 388-389).

خلاصة

نستخلص من العرض السابق للنظريات المفسرة الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية، أنه لا يجب التحيز لنظرية معينة، بل ينبغي أن توجد نظرة تكاملية لتحديد الأسباب الكامنة وراء حدوث المرض النفسي والعقلي والسلوك المضطرب، حيث أن كل نظرية قدمت اجتهادات أصيلة في مجال تقديم تفسيراتها لأسباب لهذه الأخيرة، إلا أنه لا توجد نظرية تعد نموذجاً مفضلاً أو شاملاً في التفسير، ولذلك يجب الاعتماد على كل وجهة من وجهات نظر كل نظرية، وهذا من أجل الوصول إلى تحديد الأسباب المفسرة، لكي نصل إلى تحديد الأسباب بشكل دقيق، لأن كل نظرية لا نستطيع الاعتماد عليها اعتماداً كاملاً، حيث كل واحدة تنظر إلى جوانب وتهمل جوانب أخرى وتبقى هذه النظريات في تخصص علم النفس المرضي ما هي إلا محاولة لسبر أغوار الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية ومحاولة تلمس الأسباب الحقيقية.

قائمة المراجع

- الريماوي، محمد، وآخرون. (2004). *علم النفس العام*. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة.
- زروالي لطيفة. (2016). *علم النفس المرضي للراشد*. وهران: منشورات دار الأديب.
- عبد القوي سامي. (1995). *علم النفس الفزيولوجي* (ط. 2). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- العزة سعيد حسني. (2002). *التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية* (ط. 1). عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
- غانم، محمد حسن. (2006). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية* (ط. 1). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- فايد حسين. (2004). *علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)* (ط. 1). القاهرة: مؤسسة حورس الدولية، ومؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- فايد حسين. (2005). *المشكلات النفسية الاجتماعية* (ط. 1). مصر: جامعة حلوان.
- فايد، حسين. (2005). *العلاج النفسي، أصوله، تطبيقاته، أخلاقياته* (ط. 1). مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- القمش مصطفى، والمعايطة خليل. (2006). *الاضطرابات السلوكية والانفعالية* (ط. 1). عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة.
- ملحم سامي. (2001). *سيكولوجية التعلم والتعليم*. عمان: دار المسيرة للنشر والطباعة.
- أكاديمية علم النفس. (د.ت)، تم استرجاعها في بتاريخ: 10/جويلية/2018، من <https://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=16726>

BOOTZIN,R,JOON,R. (1996). *Abnormal psychology current perspectives* (6nd ed). New York :Mcgraw-hill.

HALLAHAN ,D KAUFFMAN,J. (1991). *Exceptional children; Introduction to special education* (5nd ed). New Jersey :Englewood cliffs, N, J, Prince Hall.

الإدمان على المخدرات: مقارنة نفسية نظرية

La toxicomanie : une approche psychologique théorique

د. غوافرية رشيدة

علم النفس العيادي

arnyliu43150@yahoo. fr ; 0696211650

Résumé

La toxicomanie signifie l'usage répété d'une ou plusieurs substances psychotropes ou autres. Au point où le toxicomane est préoccupé par l'addiction. Ainsi, elle dévoile l'incapacité ou le refus d'interrompre, ou de réguler l'abus. Souvent les symptômes de sevrage apparaissent en cas de l'abstention. La vie du toxicomane devient sous le contrôle de la drogue, au point d'esclavage ça veut dire une autre activité. La toxicomanie est donc un comportement malade qui demande une intervention thérapeutique d'une équipe intégrée pour libérer l'individu de la toxicomanie et de son impact, à travers sa mise dans des centres spécialisés dans le traitement de la toxicomanie.

Mots-clés : *toxicomanie / drogues / approche psychologique.*

ملخص

الإدمان يقصد به التعاطي المتكرر لمادة مهذنة، لدرجة أن المتعاطي أو المدمن يكشف عن انشغاله الشديد بالتعاطي أو الادمان، كما يكشف عن عجز أو أي رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة المخدر إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر، وعليه فالإدمان على المخدرات سلوك مرضي، يتطلب تدخل علاجي من فريق متكامل لتخليص الفرد من الإدمان وأثره من خلال أيدعه مراكز متخصصة للعلاج من الإدمان

كلمات المفتاحية: الإدمان، المخدرات، مقارنة نفسية

مقدمة

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات و الإدمان عليهما من اخطر المشاكل النفسية الاجتماعية التي عرفتها الإنسانية لما تسببه من خسائر بشرية ومادية، وقد ظهرت في جميع المجتمعات، وعرفتها مختلف الحضارات. وتمس عدة أفراد من مختلف الطبقات الاجتماعية. إذ جلبت اهتمام الكثير من المختصين في علم النفس و الاجتماع والطب ورجال الدين وغيرها من تخصصات ولها تأثيرات سلبية على حياة الفرد و المجتمع فمتعاطي على المخدرات يشكل خطرا على حياة الآخرين من حيث انه عنصر قلق و اضطراب لأمن المجتمع في سعيهم للبحث عن فريسة يقتنصونها، كما يشكلون خطرا كبيرا على أنفسهم وعلى حياتهم نتيجة التعاطي مما قد يقودهم في النهاية إلى أن يصبحوا شخصية سيكوباتية أو إجرامية حاقدة على المجتمع لا تعرف سبيلا لأهدافها إلا بالعدوان أو الضغط، وبذلك تصيب الطاقة البشرية المتواجدة في المجتمع وبصفة خاصة الشباب وهي بلك تصيب حاضر الأمة و مستقبلها. وسأحاول في هذا المقال إبراز مفهوم الإدمان وتشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل الإحصائي للتشخيص وبعض النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات وأسباب الإدمان على المخدرات و الآثارها و تعرف على شخصية المدمن، وكذلك اثر الإدمان على المخدرات وأثره في اختلال الوظائف النفسية وقبل ذلك سنقوم بتحديد المفاهيم الإجرامية للمصطلحات.

1- المفاهيم الإجرائية

-الإدمان حسب المنظمة العالمية للصحة: على انه استحالة السيطرة على ممارسة ما ينتج اللذة أو تقلل من الإحساس بعدم الراحة و التخلص من تبعيتها على الرغم من نتائجها السلبية حيث يتطور موضوع الإدمان ويصبح تدريجيا (عكاز) أين يجد الشخص نفسه عاجز من دونه بحيث يسيطر ذلك السلوك على حياته (Ballaloud, 2015, p. 05)

- تحدد المنظمة العالمية للصحة OMS مفهوم " المخدر " كالآتي: كل مادة تدخل الجسم بأي طريقة، منتجة تغيير في السيورورة الطبيعية للجهاز العصبي المركزي للفرد، قادرة على خلق تبعية جسمية و نفسية (المصدر البرنامج) عند التحدث عن المخدرات، يجب الأخذ بعين الاعتبار مفاهيم أساسية :

- التحمل : يحدث تدريجيا ويبطئ بعد استهلاك لنفس الجرعة المادة المخدرة يصبح من الصعب الحصول على الحالة على الحالة المتحصل عليها سابقا مما يدفع بالشخص إلى استهلاك نفس المادة لكن باستهلاك نفس المادة لكن باستهلاك كميات مرتفعة تدريجيا وبصفة متقاربة. (Tremblay, 1971, p. 9)

-التبعية النفسية والتبعية الجسدية: ينتج وراء تعاطي الفرد للمادة المخدرة و المؤثر العقلي حالتين الأولى تلك التي تسمى الحالة تبعية النفسية و الثانية الحالة الجسمية فيقصد بالأول الإحساس بالراحة و النشوة عند تناول العقاقير أو المؤثرات العقلية أين يتعود عليه جسم المتعاطي الى درجة يتعلق بها نفسيا وعند غياب تلك المخدرات في تناول المتعاطي تولد عنده روح الكآبة و الانزعاج والتي توصله أحيانا للانهييار العصبي و كذا الانتحار (أنور العمرو سي، د. ت نشر ص 64)

-أما الحالة التبعية الجسمية فيقصد بها طلب المدمن للمخدر بشكل كبير بحيث اذا غابت المادة المخدرة عنده سوف يولد عوارض جسمية منها الارتعاشات القوية وانقباض عضلاته و ظهور تشوهات و ترفق أيضا باضطرابات في سلوكه مثل القلق الشديد و التوتر الدائم (بن شيخ اث ملويا، 2010، ص. 25)

- أعراض الفطام : في حين عرفت أعراض الفطام، بأنها مجموعة الأعراض و الاضطرابات الجسدية و النفسية المؤدية إلى توعك المدمن عند الانقطاع المفاجئ عن استهلاك مادة معينة.

2- تشخيص الإدمان على المخدرات حسب DSM4

- تصنف في المحور الثالث على أساس حالات طبية عامة

*تناذر الفطام الخاص بالمادة المتعاطاة :

-يتم تعاطي المادة بكميات اكبر و أثناء مدة أطول مما معمول به

-رغبة دائمة أو جهود مضمية للتخفيف أو في استعمال المادة

-قضاء وقت مهم في نشاطات للحصول على المادة أو استهلاك المادة أو بالتخلص من تأثير التعاطي

-الانسحاب أو التقليل من النشاطات الاجتماعية المهنية أو ترفيهية المهمة بسبب استهلاك المخدرات

-الاستمرار في تعاطي المخدر رغم أن الشخص على دراية بالآثار النفسية و الجسمية التي تسببها المادة

*مؤشرات التبعية للمواد المخدرة حسب DSM4:

-فان استخدام مادة مخدرة تؤدي إلى اضطراب السير أو الم له دلالة عيا دية تتميز بثلاثة أو أكثر من التظاهرات التالية :

- تحدث في أي فترة خلال الشئ عشرة شهرا التي تطهر فيه الأعراض:

-الاطاقة أو التحمل :و التي تعرف من خلال العرضين التاليين –

*الحاجة إلى كميات المتزايدة للحصول على حالة التسمم أو التأثيرات المرغوب فيها

*انخفاض في آثار المخدرات نتيجة تعاطي المستمر لنفس الكمية

-بالنسبة لسوء استخدام المخدر:- يركز تشخيص سوء استخدام العقاقير و المخدرات على تحديد أنماط السلوك

اللاتكفي أو المشكل لتعاطي المادة ويتميز هذا النمط بوجود تظاهرة على الأقل من التظاهرات التالية خلال فترة اثني

عشرة شهرا

*التعاطي المتكرر للمخدر يؤدي إلى عدم القدرة على القيام بواجباته الأساسية في العمل في المدرسة أو في البيت

*التعاطي المتكرر في وضعية خطر مادي (جسي)

*مشاكل قانونية متكررة مرتبطة بتعاطي المخدر

*التعاطي المستمر رغم المشاكل الاجتماعية التي تسبب فيها

3- النظريات المفسرة للإدمان للمخدرات

1-3 -المدخل السلوكي

يرجع أسباب السلوك إلى الخبرات السابقة للفرد ويعتمد بشكل كبير على الاشتراط الإجرائي وقانون الأثر الذي

يدك ران تشكيل السلوك الذي يجلب المكافأة يتم تعزيزه ومن ثم يصبح سلوكا نموذجيا لكل فرد نتيجة للإشباع

النفسى الناجم عن هذه الأنشطة ومن ثم ووفقا لهذا الاتجاه فان الممارسة والتكرار هي التي أوجدت هذا السلوك عن

طريق تدعيمه وتعزيزه من خلال تزويد المدمن بالشعور الايجابي الداخلي الذي يتحقق بعد تناوله المخدر (بشيري ، د.

ت، ص. 16)

3-2- مدرسة التحليل النفسي

إن إدمان المخدرات وسيلة علاج ذاتي يلجا إليها الشخص لإشباع حاجات طفيلية لاشعورية كما أن نمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتثبيت الطاقة الغريزية في منطقة الفم وعندما ينمو الطفل ويكبر تظهر على شخصيته صفات التثبيت ومنها الطاقة الغريزية في منطقة الفم وعندما ينمو الطفل ويكبر تطهر على شخصيته صفات التثبيت ومنها السلبية الانتكالية عدم القدرة على تحمل التوتر النفسي للألم و الإحباط أي عدم النضج -ويرى آخرون من هذه المدرسة أن لدى المدمن الاستعداد لحل مشاكله باستخدام المواد التي تؤثر على الانفعال وأن هذا الاستعمال هو في الواقع الأمر بديل للخبرات الجنسية الطبيعية في الشخص العادي ويعزو (نايت Knight) التثبيت الفسي إلى تدليل الأم لطفلها ومحاولتها حمايته من أب قاس متناقض مع نفسه في تصرفاته (الدامراداش، 1990، ص. 34)

3-3 - النظرية المعرفية السلوكية

وتفترض النظرية المعرفية أن معظم المشكلات النفسية ناجمة عن عمليات التفكير الخاطئة، وتشكل أنماط التفكير لدى الفرد العامل الرئيس الذي يحدد سلوكه، والعمليات المعرفية تؤدي دورًا حاسمًا في تعديل السلوك المعرفي. وحيث إن العمليات المعرفية تتوسط العلاقة بين المثبرات والاستجابات، فإن الفرد عندما يتعرض لمثير يعطي تفسيرًا له، والاستجابة التي تصدر عنه تعتمد بالضرورة على معنى المثير والتفسير الذي يعطيه الفرد، ويعتقد معدلو السلوك المعرفيون أن هذه الحقيقة هي التي تفسر استجابة الناس بطرق مختلفة للمثبرات المتشابهة. ويحاول تعديل السلوك المعرفي تغيير السلوك، من خلال التركيز على كيفية إدراك الفرد للمثبرات البيئية وتفسيره لها، وليس من خلال تغيير الظروف البيئية نفسها بطريقة مباشرة كما هو في تعديل السلوك عمومًا، إن معرفة وجهة النظر التي تشير إلى أن تحديد السلوك الشاذ، بما فيه الإدمان، يعتمد إلى حد كبير على المعرفة الخاطئة. ودور الإرشاد هو تعديل الإدراكات السلبية أو المحبطة التي يبدو أنها تطيل بقاء أعراض الاضطرابات الانفعالية وتقويتها، ومن الممكن تعليم الأفراد ملاحظة هذه الأفكار وتغييرها. وبهذا فإن الإرشاد يكون موجّهًا بشكل رئيس نحو تغيير الأفكار الخاطئة والمشوهة غير التكيفية، وما يتعلق بها من (احمد شاهين، 2015، ص. 363)

اهتم اغلب المختصين في النظريات المعرفية السلوكية بدراسة سلوكيات محددة تمثلت في الشراهة المرضية الإدمان الكحولي إلا انه لم يتم تحدد بعد نظرية خاصة بالإدمان لكن بوجود بيانات مهمة للباحثين يمكن تشكيل نموذج نظري لتفسير الإدمان لكن بوجود

تعتبر التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية أكثر استعمالا في حالات الإدمان، تفسره المدرسة المعرفية السلوكية على انه دافع لا يقاوم للالتزام بسلوك ضار الملاحظة في السلوكيات الادمانية تطهر دور ظاهرة التعلم، دور علاج بعض الانفعالات ولكن دور الاشتراط الإجرائي باعتبار أن الآثار الناتجة عن تعاطي المادة ستصبح السبب في تعاطي المادة وان النتائج السلبية للاستهلاك سوف تدفع بصفة عكسية إلى اللجوء إلى المادة للتخلص من هذه الآثار أعمال(بيك) تدل على أن معالجة المعلومة تعتمد على بنينات معرفية (واعية تعالج المعلومات أوتوماتيكيا تعطي معنى للمعاش والتي تقوم مع مساعدة سيرورات معرفية محددة بتحويل الموافق إلى أحداث معرفية تسبب أو تحافظ على بعض السلوكيات

-كما تعتبر هذه النظرية أن تعرض الفرد إلى منشطات داخلية (كالقلق و الاكتئاب الغضب.) أو خارجية متعلقة بالأماكن و الأشخاص الذين لهم علاقة بالمخدرات ممكن أن تجعله ينح والى إتيان سلوكات ادمانية، وبذلك تعتبر هذه المثبرات المنشطة عوامل خطر تعمل على تنشيط المعتقدات القاعدية و تأخذ المعتقدات القاعدية شكلان أساسيان معتقدات التوقع و التي تبني من عمليات معرفية تربط الأحداث بما يتم توقعه من نتائج ا د أن في حالة الإدمان تكون لدى المدمن توقعات ايجابية للإدمان اكبر من عدد وقيمة التوقعات السلبية وهذه التوقعات تعزز في خبرة قصيرة المدى و غالبا ما نشمل على توقع المتعاطي لارتفاع الفعالية الاجتماعية بعد استعمال المخدر أما الشكل الثاني للمعتقدات القاعدية وهو معتقدات محق استجابة الانضغاط (التسكين) حيث يتعلم الفرد أن العقاقير يمكن أن تخفض من استجابته الجسدية للضغوط فهي تلقن وتشجع استخدام العقار في مواقف و خصائص الفرد مثل الاستجابة و الحساسية للضغط (الشناوي، 1998، ص. 442)

4-3- نظرية التعلم الاجتماعي

أما "باندورا" "Bandura" فقد اهتم بالتعليم بالملاحظة، الذي بين من خلاله أن الإنسان يمكن أن يكتسب سلوكيات جديدة دون تدعيم واضح وحتى دون وجود فرصة الممارسة هذا السلوك، حيث رأى أطفال في سن ما قبل المدرسة نموذجا لشخص بالغ يتسم بالعدوانية، ويقوم بلكم دميمة وضربها. فالأطفال الذين لاحظوا النماذج السامية أو لم يشاهدوا أي نماذج من العنف لن تظهر عليهم مظاهر العدوان (باتشيف، د، ت، ص. 175).

- وبما أن النظرية تؤكد أن السلوك يتم تعلمه بالتقليد و التعلم الاجتماعي فان هناك أربعة مفاهيم أساسية يجب توافرها حتى *تتم عملية تقليد السلوك:

- 1- الانتباه و الاهتمام : اذا كنت تريد أن تتعلم شيئا فلا بد أن تكون مركز اهتمامك عليه
- 2- القدرة على الاحتفاظ و التذكر: لكل ما شاهدته من سلوك سواء كان على صورة أو كان باستخدام اللغة
- 3- إعادة تأدية السلوك : وهي الترجمة الحقيقية لعملية الاهتمام و الاسترجاع إلى سلوك حقيقي ولا بد من الإشارة إلى أن الشخص يمتلك المقدرة على القيام بهذا الأداء ة تطويره باستمرار إلى درجة التقليد الحقيقي و الفعلي للسلوك
- 4- الحافز أو الدافع : حيث لن تنجح الخطوات السابقة اذا امتلك الشخص الحافز الصادق للتقليد (دعيس و محمد، 1994، ص. 128)

4- أسباب الإدمان

جدول رقم(1) يظهر أسباب الإدمان على المخدرات

العقار	الفرد المدمن	البيئة
- تركيبية وخواصه الكيميائية	- عوامل وراثية	- الأسرة و التربية.
- طريقة استعماله.	- الشخصية	- التقاليد و العادات و -
- مدى توفره و سهوله	- الأمراض النفسية	الحضارة و الدين.
الحصول عليه.	- الأمراض الجسمية	- الظروف الاقتصادية
- نظرة المجتمع للمادة		- الكوارث و الحروب

(عادل الدامراداش، 1990، ص. 26)

5- أثار المخدرات

الجدول (2): ملخص عن النتائج المترتبة عن الإفراط في استهلاك المخدرات على المدى القصير.

نتائج فردية	نتائج على الاسرة	نتائج على المجتمع
- تدهور الحالة الصحية	- قلق و معاناة نفسية.	- زيادة الصراعات الاجتماعية.
- فقر مادي و اجتماعي.	- فقر مادي.	- زيادة المصاريف الصحية.
- الابتعاد عن القيم الدينية و الأخلاقية.	- تلف العلاقات الاسرية.	- زيادة الإنحرافات
- عزلة الفرد.	-	- نقص الإنتاج الاجتماعي و الاقتصادي للمجتمع.

برنامج الوقاية من الإدمان ومن الانتكاس ص. 17

6- شخصية المدمن

أ- تركيب الشخصية : دلت معظم الدراسات في هذا المجال على أن تركيب الشخصية يعتبر من العوامل المساهمة في تعاطي المخدرات فأسباب التعاطي ولو تنوعت لا تعد إلا وان تكون ذات دلالة على أن المتعاطي يتميز بخلل و اضطراب في الشخصية فهو يعاني قدرا كبيرا من القلق و الاكتئاب و التوتر ونقد الذات مما يدفعه إلى الاستمرار في التعاطي، ففي دراسة التي أجراها سعد المغربي (1966) عن سيكولوجية تعاطي الأفيون ان الإدمان عملية تكيفيه وظيفية دينامية، وان هناك استعداد تكوينيا معيناً يبدأ في مراحل النمو النفسي المبكر و يؤدي الى القابلية على الإدمان وان شخصية المدمن تتميز بالضعف الذات و الكف و العدوان و اضطراب و التوحد وعدم الثقة

ب- ديناميت المخدرات :لقد تناولت مجموعة من الدراسات ديناميت شخصية متعاطي المخدرات التي قام حسن مصطفى دسوقي (1993) لأن متعاطي الأفيون لديهم حالة وسمة القلق و الميل العصابي وانعكس ذلك على ضعف الأنا و تدبده وعدم كفايته مع سلبية صورة الذات

ويمكن أن يبدي المدمن شخصية اعتمادية ويعرف علماء النفس و الأطباء العقليين الحالات التي لديها ميل في ان تصبح في تبعية إلى مخدر أو سلوك ما على أنهم أولئك الأشخاص الذين لا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم حيث يعرفها (انجلس و انجلس، 1958) على أنها حالة طلب الفرد مساعدة الآخرين أو طلب الدعم المادي منهم، وهي حالة تعتبر عن ثقة الثقة بالنفس و الميل إلى مساعدة الآخرين(شاكر مجيد، 2015)

- تسمى الشخصية الاعتمادية حسب DSM 4 اذا ما انطبقت عليها المحكات التالية حيث يجد الموضوع :

*صعوبة في اتخاذ القرارات في حياته دون الرجوع إلى الآخرين لطلب الدعم المساندة و النصح

*الحاجة إلى تقدير الآخرين لمسؤولياته في مختلف المجالات المهمة في الحياة

*صعوبة بدء مشاريع أو القيام بأعمال بمفرده (بسبب فقدان الثقة في أحكامه الخاصة او في قدراته

*البحث الدائم عن دعم الآخرين إلى درجة القيام إراديا بأشياء غير مقبولة للفت الانتباه

*الشعور بالألم أو الضعف عندما يكون وحيدا حيث ينتابه خوفا مبالغ يتمحور على عدم القدرة على

- تتميز شخصية سيكولوجية المدمن بسمات أبرزها :

*ضعف الأنا المدمن أو ذاته: ومن ثم فليس له القدرة على مواجهة مشاعر الإحباط و الألم فهو يريد كل شيء سهل ومتاح أمامه دون اعتبار الواقع ومتطلباته، وهو أيضا يفتقر إلى الحزم و الحسم وبعده النظر و لا يقوى على تأجيل رغباته و يسعى لإشباع غرائزه وهو عموما يشعر بالعجز عن مواجهة المشكلات و الوقوف أمامها ومحاولة حله

*الترجسية: المدمن شخص يحب ذاته ويعشقها ومن ثم تتسم علاقته بالآخرين بالاضطراب لان الحب بالنسبة للترجسي ليس حبا حقيقيا فالآخر بالنسبة له ليس أخر حقيقي له كيانه قائم بذاته وإنما هو مجرد أداة يحب نفسه من خلالها ومن فتفاعله من الواقع هش لأنه غير قادر على تحقيق صدقات و علاقات طيبة قوية ومستمرة مع الآخرين، وحالة التخدير لدى المدمن ترده إلى المرحلة الأولى من النمو الترجسي حيث لا تمايز بين الذات و الموضوع أي الأم... فالطفل و الثدي، الأم كيان واحد وحيث الحصول على الإشباع الكلي و اللذة التامة هو اعتبار المطلق للذات

*العجز على إقامة علاقات مع الأخر: فهو لا يستطيع إقامة علاقات ثرية مشبعة مع الآخرين لما لديه من اتجاهات عدوانية سلبية ومقاومته لا عتماديته الشديدة على الآخرين و اندفاعيته التي لا يستطيع التحكم فيها بسهولة ولذا يلجأ للتعاطي لتسهيل قدراته على التواصل مع الآخرين (وديع شكورا، ص. 20)

7- الإدمان على المخدرات وأثره في اختلال الوظائف النفسية

هناك حقيقة أولية تشير إلى أن تعاطي المخدرات يقدرن باختلال دائم في عدد من الوظائف النفسية و العقلية ذات الأهمية البالغة في حياة الفرد وفيما يلي أهم الوظائف النفسية التي يصعب الاختلال:

-دقة الإدراك الانتباه التذكر الذاكرة.

-اضطراب الوجدان حيث ينقلب المتعاطي من حالة مرح و النشوة و الشعور بالرضا و الراحة بعد التعاطي إلى حالة الخمول و الركود و التبلد و الاكتئاب حيث تشير الأبحاث إلى وجود علاقة اقترانية بين تعاطي الأفيون و الأعراض الاكتئابية.

-ظهور الاضطرابات السايكارية العقلية ومن أخطرها الفصام وهد نتيجة التعاطي الكثيف أو طويل المدى

-التعرض لنوبات الفزع و القلق العنيف وضعف الانتباه.

-اختلال إدراك الزمان و المكان والحجم فيحس المتعاطي بالدقائق مثل الساعات ويعتقد الأشياء القريبة ابعده منه ويرى كل ما هو صغير ضخيم (اسماعيلي، 2011، ص. 99)

8- التفاعل بين الإدمان و الجنوح

سنقوم بتحليل العلاقة بين استهلاك المخدرات و الجنوح، رغم ان كل منهما يمكن دراسته على حدة.

فان أحد أهم الآثار الناجمة عن استهلاك المخدرات هي ارتفاع نسبة الجنوح، كما أثبتته العديد من الأبحاث العالمية (Bean, 2013 ; Infante, Barrio& Martin, 2003 ; Kopak, Vartanian, Hoffman, & Hunt, 2013 ;) Lundholm, Haggard , Möller, Hallqvist, & Thiblin, 2013 ; Ramos & Garrote, 2009 ; Redondo , Kopak et al (2013) و Villanueva & Calabuig, 2004 ; Garrido, 2013) . مثلا في دراسة "كوباك" وآخرون (2013) ،

توصلا إلى أن عددا كبيرا من الجانحين يعترفون إن الكحول أو المخدرات تمثل عاملا مهما في سلوكياتهم الجانحة.

رغم كل شيء يبقى تحليل الارتباط بين استهلاك المخدرات و الانحراف صعب للغاية، لأن الأمر غير متعلق بارتباط مباشر بل بعلاقة غير مباشرة و احتمالية مرتبطة بكل تأكيد بعوامل ذات التأثير المشترك Rondondo & Garrido,

(2013). هذه الصعوبة تزداد حدة بسبب بنقص وجود أرقام موثوقة حول السلوكيات الجانحة المرتبطة باستهلاك المواد المخدرة.

ما يزيد من صعوبة الأمر، انه يجب التمييز بين الجنج التي تكون تحت تأثير المواد المخدرة و تلك المرتبطة بصناعة وترويج المخدرات (Allen 2015، Villanueva & Callabuig, 2004).

في نفس السياق أظهرت المعطيات المتحصل عليها من الميولات العالمية "prison global trends"، انظر الجدول رقم 5، "Allen 2015" أن نسبة الأفراد المحاكمين بجنح الحيازة أو الترويج (العمود 1 من الجدول 3)، هي أضعف من نسبة المحبوسين المستهلكين عادة للمواد المخدرة (العمود 2).

الجدول (4): يبين النسب المتوسطة لكل قارة، للمحبوسين المصنفين في فوجين: مستهلكي المخدرات من جهة ومحكوم عليهم بسبب تهم صناعة و المتاجرة بالمخدرات من جهة أخرى.

القارة	النسبة المتوسطة للمحكوم عليهم بجنح الحيازة او المتاجرة بالمخدرات	النسبة المتوسطة للمحبوسين المستهلكين بالعادة للمخدرات
أوروبا	06 .17	73 .23
أمريكا	67 .26	67 .51
آسيا	00 .29	50 .48
إفريقيا	00 .49	-

أما التفسير الثاني الخاص بالعلاقة بين استهلاك المخدرات و الانحراف، فعلى عكس التفسير الأول تماما: يرى ان الانحراف ليس ناتج عن الاستهلاك و إنما هو السبب الأساسي للاستهلاك، بمعنى ان الإدمان هو امتداد للسلوك المنحرف و الجانح.

أما التفسير الثالث فقد جاء كنتيجة للدراسات التي لم تثبت أي رابط بين استهلاك المواد المخدرة و الجنوح، إذ ترى أن السلوكين ينتجان عن تأثيرات مشتركة و ليس بسبب تأثير أحدهما على الآخر).

إن كل من استهلاك المواد المخدرة و الجنوح ينتميان عادة لنفس نمط حياتي منحرفو إشكالي، و يتأسسان وفقا لعوامل خطر مشتركة مثل: التهميش، البطالة، البعد الأسري، نقص تنظيم الوقت، الروتين،

أخيرا من المهم التفرقة بين استهلاك الكحول و استهلاك المواد المخدرة الأخرى فانطلاقا من علاقتهم بأنواع الجنج (Kopak et al 2013, Villanueva & Calabring 2004)، إذ أن استهلاك الكحول يزيد من احتمالية ارتكاب جنح عنيفة،

على العكس تماما فان استهلاك المواد المخدرة الأخرى يكون مرتبط بجنح بسيطة أو ذات صلة مباشرة بالمتاجرة.

و كخلاصة، فقد أظهرت العديد من الأبحاث الرابط الوثيق بين المواد المخدرة و الانحراف (Bean 2013; Infante, Barrio & Martin 2003; Kopak et al 2013; Lundholm et al 2013; Ramos & Garrote 2009; Redondo 2004; Villanueva & Calabuig 2004; Garrido &), لكن لم يتم تحديد وجهة الرابط أو مدى متانته بوضوح. أيضا في إطار معالجة المدمنين الجانحين، ينبغي التمييز بين الجنج المرتبطة بالمتاجرة بالمخدرات و تلك التي حدثت تحت

تأثيرها، إضافة إلى التمييز بين الجنج المرتبطة باستهلاك الكحول (عادة ما تكون جد عنيفة) و تلك المرتبطة بأنواع المخدرات الأخرى (ضد الممتلكات الخاصة، المتاجرة بالمخدرات...).
رغم كل هذه الصعوبات و العجز الذي يواجهه في ميدان الأبحاث المرتبطة بصلة المخدرات بالجنج، إلا أن ضرورة تطبيق العلاجات المتخصصة للمنحرفين المدمنين مهمة للتقليل من خطر انتكاسهم. (دليل البرامج الوقائية من الإدمان ومن الانتكاس ص 18 ص 22)

خاتمة

إنّ الإدمان على المخدرات من الآفات الخطيرة التي تمس الفرد و الأسرة و المجتمع وتعرف توسعا كبيرا فالشخص المدمن يصبح يعيش تحت تأثير المادة التي يتعاطها وعدم القدرة على الامتناع عليها وفي حالة الامتناع أو عدم تناولها أو عدم أخذ الجرعة اللازمة يصبح الفرد يعاني من أعراض مزعجة، هنا لابد من إخضاع الفرد للعلاج في مراكز متخصصة وفق برنامج علاجي متكامل ويشمل المكونات الأساسية (المكون النفسي و الاجتماعي و الطبي) وتلعب الأسرة دورا مهما و في علاج المدمن وتخلص من إدمانه ومساعدته على أن يصبح فردا فعالا في المجتمع، فتضافر جميع الجهود و جميع هيئات المجتمع أمر مهم لأجل الحد من هذه الظاهرة الخطيرة التي تمس أهم فئة في المجتمع إلا وهي فئة الشباب.

قائمة المراجع

- ارنوط بشيري إسماعيل. (د. ت). إدمان الانترانت وعلاقته بكل من أبعاد الشخصية والاضطرابات النفسية لدى المراهق. كلية الآداب قسم علم النفس جامعة الزقازيق
- اسماعيلي يامنة. (2011). دور الإرشاد النفسي في علاج ووقاية المدمنين على المخدرات. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر
- بن شيخ اث ملويا لحسن. (2010). المخدرات والمؤثرات العقلية. دار هومة بوزريعة، الجزائر
- الدامراداش عادل. (1999). الإدمان على المخدرات مظاهره وعلاجه. عالم التربية. الكويت
- دعيس إبراهيم، محمد يسرى. (1994). رؤية في أنثروبولوجيا الجريمة. وكالة البنا لنشر والتوزيع
- شاكور مجيد سوسن. (2015). اضطرابات الشخصية أنماطها قياسها. ط2 دار الصفاء للنشر والتوزيع. عمان
- شاهين محمد أحمد. (2015). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض الإدمان الانترانت لدى عينة من طلبة جامعة. مجلة جامعة الأقصى. سلسلة العلوم الإنسانية المجلد 19 العدد 2 .
- شكور جليل وديع. (د. ت). الإدمان سرطان المجتمع. مكتبة المعارف بيروت. ط2
- العمرو أنور سي. (د. ت). المخدرات أثارها وأنواعها وجرائمها وعقوبتها. دار الفكر الجامعي كلية الحقوق إسكندرية.

BALLALOU D. (2015). Les addictions. *Journal officiel de la république française*. Paris

TREMBLAY D. (1971). *Soins psychiatriques*. Edition du renouveau pédagogique. Ottawa canada

اختبار تفهم الموضوع كأداة للتشخيص في علم النفس المرضي

بورزق يوسف

طالب دراسات عليا – الجزائر 2-

youssefbourzeg@yahoo.fr

أم الخيوط إيمان

طالبة دراسات عليا- سطيف 2-

Jouri.layen1990@gmail.com

Résumé

Le but de cette feuille est de définir le test de TAT comme technique projective, utilisée par l'examineur clinique pour explorer la dynamique du sujet, aider à diagnostiquer le cas, et finaliser l'examen psychique.

Nous essayons de le présenter selon Murray (1935), en abordant sa définition, son importance dans la recherche clinique et psychosomatique, et les stades de son déroulement.

Mots clés : *test projectifs, TAT, diagnostic, fonctionnement psychique*

ملخص

تهدف هذه الورقة البحثية إلى التعريف باختبار تفهم الموضوع TAT كتقنية إسقاطية يستخدمها الفاحص العيادي للتعرف على دينامية شخصية المفحوص، وتساعد على تشخيص الحالة، والتدقيق في الفحص النفسي.

سنحاول تقديم رائز تفهم الموضوع TAT (موراي، 1935)، من خلال تعريفه، تطوره، أهميته في مجال البحث العيادي والسيكوسوماتي، ومراحل سيره.

كلمات مفتاحية: اختبارات إسقاطية، تفهم الموضوع، تشخيص، توظيف نفسي.

1- إشكالية الدراسة

يستخدم مصطلح الإسقاط في الفيزيولوجية العصبية وعلم النفس للدلالة على العملية التي تترافق فيها واقعة عصبية أو نفسية كـي تتموضع في الخارج أما بالانتقال من المركز إلى الأطراف أو بالانتقال من الشخص إلى الموضوع. أما المعنى التحليلي المحض يدل على العملية التي ينبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات والمشاعر والرغبات وحتى بعض الموضوعات التي يتنكر لها أو يرفضها في نفسه كـي يوضعها في الآخر سواء أكان هذا شخصا أو شيئا، وهنا يقول فرويد يضع الفرد في الأنا كل الموضوعات التي تبدوله مصدر اللذة فهو يجتافها ومن جهة أخرى يطرد من داخله كل ما هو مصدر للضييق والانزعاج.

ثم ادخلت هذه الأبعاد في الاختبارات الإسقاطية سنة 1950 على يد المحلل النفسي الأمريكي بيوتروفكسي خصوصا بعد أن شبه متن الاختبار الإسقاطي بالحلم ودعى إلى اعتماد تقنية تاويل الأحلام في دراسة المتون الإسقاطية، وهكذا يعرفه اناستازيا ويوربينا على أنه إجراء يتضمن نوع من المهام غير المتشكلة نسبيا وهذه الميزة هي التي تجعل عدد الاستجابات الممكنة التي تسمح بها تلك المهام غير محدودة، ولأن هدف الطريقة الإسقاطية هو أن تترك المجال واسعا أمام مخيلة الفرد لذلك لا تقدم التعليمات الخاصة بها إلا في صورة عامة ومختصرة. (برونوكولوفرو هيلين ديفيدسون، دس: 50)

وينقل سامي علي عن فرانك أنه بفضل التقنيات الإسقاطية يمكننا فهم شخصية الفرد ونؤدي بها إلى الإفصاح عن طريقتها الخاصة في تنظيم التجربة وإعطائها مجالا (مواضيع، مواد، تجارب) قليل الهيكل، حتى يتمكن الفرد من إسقاط نظرته على الحياة المعنى الذي يعطيه لها قيمه... وخاصة إحاسيسه تأثير بذلك إسقاط العالم الخاص المتعلقة بشخصية الفرد لأن هذا الأخير لا يبد أن ينظم المجال يترجم المادة ثم الاستجابة لها (Sami, 1970: 247) ولهذا نسعى في هذه الورقة البحثية إلى إبراز ما هو هذا الاختبار؟ أهميته؟ كيفية تطبيقه ومراحله؟

2- تعريف الـTAT

مجموعة الميكانزمات العقلية المستخدمة في هذه الوضعية الفريدة من نوعها، أين يطلب من الشخص أن يتخيل قصة انطلاقا من لوحة بمعنى آخر بناء رغبة من خلال واقع معين. (Shentoub, 1987: 26)

3- وصف الاختبار

اختبار الـTAT أو اختبار تفهم الموضوع هو اختبار إسقاطي يهدف المعرفة الدقيقة و العميقة لسير الجهاز النفسي للفرد، ينصح به في جميع الوضعيات التي تتطلب فحصا نفسيا سواء يهدف البحث أو العلاج أو التشخيص حيث يعطي معلومات جيدة حول بنية الشخصية ونوعية التنظيم العقلي، وكذا عن الأساليب الدفاعية فيمكننا إعطاء فرضية عن حول الإشكالية المرضية للمفحوص. (Anzieu, Chabert, 1983, p.32)

4- تطور الاختبار

وضعه الطبيب البيوكيميائي هنري ميراي بمساعدة زميله مورقان سنة 1935 في مختبر العيادة النفسية بهارفارد، ثم طوره فيما بعد سنة 1938 معتمدا على نتائج كتابه حول الشخصية "أبحاث حول الشخصية" والذي تكلم فيه عن دور الثنائية حاجات - ضغط في تنظيم وبناء الشخصية، وفي سنة 1943 نشر ميراي الصيغة النهائية للاختبار مع دليل الاستعمال (مرجع سابق، ص132). في شكله الأول يحتوي على 31 لوحة مرقمة من 1 إلى 20 تمرر في

حصتين وينطلق من فرضية مفادها أن القصص التي يسردها الشخص تمثل وصفا مموها لسلوكه الحقيقي في الحياة الواقعية وذلك سنة 1935. وفي سنة 1943 اقترح مبدأ الاستنساخ الرأسي الذي يفيد بأن القصص المسرودة من طرف الشخص تحتوي على شخص بطل يتقمصه هذا الأخير وينسب إليه دوافعه الشخصية من جهة، ومن الجهة الأخرى يمثل الأشخاص الذين هم في تفاعل مع البطل القوى الضاغطة الموجودة في المحيط الاجتماعي والعائلي الحقيقي، ووجهت له عدة انتقادات فالمرادفة بين السلوكات الحقيقية وارضان السلوكات الخيالية دفعت الباحثة الفرنسية شنتوب تركيز على الفرضية القائلة بان نماذج بناء وارضان القصص المسرودة من طرف الأشخاص تدل على الميكانزمات الدفاعية المميزة لتنظيم النفس مرضي. ولم يبق لأعمال ميراي الا قيمتها التاريخية بحكم انه صاحب الاختبار وله كل الحق العلمي في الانتساب إليه مهما كانت التغيرات الحاصلة على الاختبار أو طريقة الاستعمال.

قد اعتمدت شنتوب في تحليلها للاختبار على ما جاءت به المدرسة الأمريكية (, Leopld , Balken, Kagan, Holt, Schafer, Rapaport, Hartman,)، سواء في جانب النقد أو الأطروحات التي تقدموا بها حيث ترى انه بإمكاننا الوصول إلى الرغبات اللاشعورية للفرد انطلاقا من التحليل التجريدي للقصص عوض التركيز على محتواها الظاهر. حيث يتم ذلك من خلال المعايير ما بين السرد القصصي للشخص والمضمون المبتذل لكل لوحة من ناحية ومن خلال الاضطرابات التي يبديها الشخص أثناء بناء السرد القصصي في حد ذاته من ناحية أخرى، وإن بناء قصة الاختبار هو فعل التنظيم أكثر منه فعل التخيل أما ما يتعلق بمحتوى القصص فانه لا يهمل إذ بإمكاننا تفسيرها نسبة إلى هذا التناول الجديد نسبة إلى نوعية الصراع وآليات الدفاع وتقمصاته وعلاقاته بالمواضيع المختلفة. فالذي نبحت عنه من خلال بروتوكولات TAT لست قصة الصراع المتعلقة بالمحتوى الظاهر لكن الذي يهمنا هي الطريقة التي ينظم بها الأنا إجابته في وضعية صراعية تخلقها المادة والاختبار والوضعية في عمومها.

وفي سنة 1970 وبمساعدة روزين دوبراي قامت شنتوب بإكمال نظرية السياقات من خلال تحليل الاختبار إلى محتوى ظاهر ومحتوى كامن حيث يمثل المحتوى الظاهر العناصر الأساسية الموجودة في اللوحة، أما المحتوى الكامن فهو الذي بإمكانه أن ينشط الإشكالية الخاصة بالفرد من جديد أثناء تمرير الاختبار، وتتمثل فرضية هذا الانجاز في أن اللوحات تمثل وضعيات مرتبطة بالصراعات العالمية وبالأخص الاوديوية، ترتبط معظم اللوحات بالاختلاف بين الأجيال و/أو الاختلاف في الجنس. وترى شنتوب أن الاختبار يعلمنا عن الإمكانيات التي يمتلكها الأنا من اجل أن يضع مسافة فاصلة بينه وبين الموضوع المدرك. وهكذا فالاضطرابات التي نجدها في بناء القصة تدل على اضطراب في وظائف الأنا المتعلقة بالصراع الدفاعي الذي أحيته الهوامات المثارة من طرف اللوحة. وحتى يتسنى لنا ذلك لابد أن نعرف الكيفية التي يتم بها سياق ارضان البروتوكول في لوحات الاختبار. (Anzieu, Chabert, 1983, p.147)

5- أهمية TAT في البحث النفسي السوسوماتي:

- الفحص النفسي باستعمال هذا الاختبار يبين لنا موقف الفرد الدقيق ضمن إطار الحركة الدينامية التطورية التي يتجه فيها عندما نراه، وهو يبين صلاحية وفعالية تدخل جراحي أو علاجي في هذه الفترة من حياة الشخص أو العكس.

- يدرس النواحي الموقعية والدينامية والاقتصادية حيث من الناحية الموقعية يبين النقص الوظيفي لما قبل الشعور، ومن الناحية الدينامية يبين غياب المرونة، ومن الناحية الاقتصادية يبين تجمد الحركات العدوانية وحركات اللبيدو.
- يرى مارتي أن الTAT يسمح بتقدير التنظيم العقلي للمفحوص حيث سمح بتبين تنوع البنيات العقلية الأساسية ل20 شخص مصاب بنفس المرض وهو داء السكري ذو التبعية للإنسولين.
- يسمح بتوضيح نماذج السير النفسي للمرض السيكوسوماتي من حيث أهمية ومعنى الانشغالات الجسمية ودرجة سحب الاستثمار للنشاط الهوامي بالإضافة إلى فرط الحساسية والتبعية المفرطة للمحيط.
- يسمح بتحديد النسب الدينامية للشخصية وتحديد أثار النشاط الهوامي الغير مستثمر وتقدير الإعدادات الدفاعية التي تستطيع تحمل مواجهة مواقف صراعية، حيث تجد شنتوب تلاءما واضحا بين درجة فساد التنظيم السوماتي والاختلافات في نوعية التنظيمات الدفاعية التي تظهر في الTAT فكلما كانت عدم المعاوضة الجسمية خطيرة تكون الآليات الدفاعية ممثلة بقللة كما تترك المكان لسيطرة السياقات من النوع العملي.

6- سياق ارضان السرد القصصي:

إن قصة رائز تفهم الموضوع ليست نتاجا معرفيا يقدم في شكل تكيفي هو البروتوكولات ذاتها، وإن كان النشاط المعرفي له دور لا يهمل في هذا المنتج، وبالتالي فإن اهتمامنا في الدراسة سوف لن يتركز على الحاجات أو الدوافع التي أدت إلى هذا الشكل التكيفي، وإنما سيتركز على النمط الخصوصي والفردى لسير الشخص في كل وضعية مولدة للصراع.(Shentoub, 1987, pp.29-30). ونجد الفرضية التي تنطلق منها شنتوب حول عملية ارضان القصة نتيجة تقديم التعليمات تمر بالمراحل التالية:

المرحلة الأولى : إدراك المحتوى الظاهري للوحة.

المرحلة الثانية : تنشيط الالتماسات الكامنة للصورة.

إدراك التصورات والعواطف اللاشعورية المنشطة بالمحتوى حيث يحدث المحتوى الكامن للوحة نكوصا إلى تصورات لاشعورية ترافق بالعواطف المرتبطة بها. وتتوقف عملية ارضان فيما بعد على إمكانية الأنا في التعامل مع الغرائز المثارة تبعا لقدرته الإدماجية، طبيعة الأثار الذكورية المثارة وتصدر الهدف اللاشعوري المتمثل في انجاز قصة تكون ذات علاقة مع المحتوى الظاهر، وهنا تتولد الهوامات الشعورية التي تشهد من جهة إمكانية حل الصراع عن طريق عمل عقلي مترابط يقع بين مختلف مستويات التوظيف العقلي.

المرحلة الثالثة : المركب تصورات - وجدانات.

يكون غير منظم على غرار كل ما له علاقة بالسياقات الأولية بحكم انه لا شعوري، يمكن أن يكون في متناول ما قبل الشعور أو الشعور وبالتالي يصبح مرمزا بواسطة اللغة أو لا يكون في متناوله وبالتالي لا يكون هناك ترميز وتعبير لفظي.

المرحلة الرابعة: تولد الرغبة الشعورية المتمثلة في القصة المسرودة.

هذا ما يدل على التسوية الأصلية والذي قام به الشخص وهو في وضعية طلب متناقضة تضع متطلبات الشعور واللاشعور في مواجهة مكشوفة، فالبروتوكول يبين إمكانية حل الصراع من عدمه وذلك باستخدام عمل

الربط بين مختلف مستويات السير العقلي كما يبين النماذج العقلية المستخدمة في إعطاء ذلك الحل (مرجع سابق، ص.31)

1-6- شرح سياق الTAT من وجهة النظر الاقتصادية

من وجهة النظر الاقتصادية يؤمن عمل الربط عبر تقسيم الطاقة فيمكن له بالتالي أن يستمر بطريقة اختيارية إما في التصورات الهوائية و/ أو في العمليات الدفاعية اللاشعورية، وإما في الوظائف الشعورية، فحسب فرويد فإن الكمية هي التي تسيطر على النوعية أثناء نشاط السياقات اللاشعورية، وعليه فإن الاستثمارات المكثفة للتصورات المنشطة من طرف المحتويات الكامنة للصورة لا تعد فحينما يستثمر الموضوع المدرك بإفراط يكون الأنا غير خاضع لمبدأ الواقع، بمعنى آخر عدم تمييز الصورة الهلوسية من الإدراكات الصحيحة فتغلب البرتوكول السياقات الأولية. وعلى هذا نقول أن القصة الناجحة أو النموذج المثالي هو الذي يكون فيه السرد القصصي خاضع للعملية الثانوية بطريقة صحيحة مع حضور الصدى الهوائي وهذا دليل على نجاح عمل الربط حيث يكون الاستثمار هنا متجانس نسبيا ما بين استعمال السياقات الأولية والثانوية. (مرجع سابق، ص. 32) بتصرف.

2-6- سياق ارضان الTAT حسب الموقعية الثانية

إن سياق ارضان الTAT لا يختلف عن سياق ارضان أي اختبار إسقاطي آخر، بحكم أن عملية الارضان في DPI لصاحبه R. Perron الذي أولاه بالشرح الكافي خلال تعرضه لسياقات الارضان من منظور الموقعية الثانية وهو ما لم تتوسع فيكا تشوب في تفصيله. حيث تمارس الهومات اللاشعورية المنشطة من طرف اللوحة المقدمة للشخص ضغطا على الأنا لكي يعبر عن ذاته فيخضعها الأنا بدوره إلى مجموعة من الأساليب الدفاعية وتسمى بأساليب التحويل التي يعتبر الإلغاء أولها، حيث يظهر الدفاع على انه كل ما يعارض عودة رجوع المكبوت ويمكن أن نميز فيه مرحلتين الأولى تتميز بنشاطات سياقات الإزاحة التكثيف و Figmabilité حيث نحصل على سرد جد خصوصي يتميز بتنوع في الصور العنيفة التي تفجرها شحنة قلق معبرة. هذه الصور العنيفة تخضع بالضرورة إلى التحويل لكنها تتميز بقرنها من منابعها العمومية على أن مثل هذه الحالات تعتبر نادرة. ثم تأتي مرحلة ثانية لاسترجاع الانسجام لأجل التوصل إلى سرد مقبول وناجح، وهو ما يكافئ الارضان الثانوي للمادة الحلمية لكن هذا العمل يتميز بأنه خاضع لقوانين جد خصوصية لخطاب درامي ملقى من طرف شخص طليق، وهذا ما يلخصه بيرون بقوله " من الهوام اللاشعوري إلى غاية هذه الرغبة التي تمثل السرد تحدث مجموعة كبيرة من التحولات التي يؤلف فيما بينها الارضان الدفاعي، هذه التحولات لا تجتمع هكذا دون تنظيم بل إنها تتوافق وترتبط فيما بينها حسب قواعد تكون من خلالها نظاما للتحويل" (Perron,1969, p.72)

7- مراحل سير الاختبار

1-7- مرحلة الإجراء

يجب أن ننظر في وضعيته إلى العلاقة بين المحاور الثلاثة وهي الفرد الاختبار والأخصائي النفسي، فالمعطيات المجمعة تأخذ بعين الاعتبار تفاعل كل من المادة والتعليم والأخصائي النفسي. وحتى يتم فهم سياق الاختبار يجب التعرض للوسائط الثلاثة التي تحدد وضعيته وهي:

المادة 1-1-7

إن مادة الـ TAT ليست حيادية فهي تدل على الصراعات العالمية حيث توجد دائما مرجعية لتحويلات اللبيدو والعدوانية، سواء في سجل الإشكالية الاوديوية أو في سجل إشكالية أكثر بدائية حيث اعتمدت شنتوب في تفسيرها على البناء الاوديوي دون التعرض له كمرحلة تطويرية، وإنما تناولته كنموذج مبني يجعلنا نتعرف على الوضعيات التي من الممكن أن تكون النظام الاوديوي أو ما قبل الاوديوي وقد قلصت الباحثة عدد اللوحات إلى 18 باعتبارها أكثر تعبيراً وفعالية يتم تمريرها في حصة واحدة دون إعادة التعليم باحترام الترتيب ومراعاة تمرير اللوحة 16 في الأخير. ويبين الجدول التالي ترتيب تقديم اللوحات حسب الجنس والعمر. (Shentoub, 1987, p. 117)

الرقم	1	2	3	4	5	6GF	6BM	7GF	7BM	8	9	10	11	12	13	13B	13MF	19	16	
رجل	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
امراة	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
ولد	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
بنت	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

2-1-7- التعليم:

اقترحت شنتوب التعليم التالية « تخيل قصة انطلاقا من اللوحة » أو « *Imaginez une histoire à partir de la planche* » والتعليم الجزائرية المكيفة هي "نوريلك تصاور ونطلب منك تخيل وتحكي لي حكاية على كل تصوية" وهذه التعليم تعطى في البداية ولا تكرر، وهذه التعليم هي تضع المفحوص في وضعية صراع وتناقض داخلي فهي من جهة تدعو إلى الرقابة الشعورية التي تأخذ بعين الاعتبار المحتوى الظاهر للصورة التي تمثل الواقع. وذلك من خلال بناء قصة منطقية ومنسجمة ومقبولة أي الخضوع إلى سياقات العمل الثانوي. ومن جهة فان التعليم تعني ضرورة انخفاض عتبة الرقابة لإنشاء قصة بواسطة فعل التخيل الذي يعني النكوص والدخول في الهوامات و السياقات الأولية. و المهم في هذه العملية هو القدرة على ربط الاثنين معا في حركة واحدة وفريدة حيث يتم التوازن والربط بين تصور الأشياء وتصور الكلمات، مبدأ الواقع ومبدأ اللذة، هوية الإدراك وهوية الفكرة، الرغبة والدفاع وعموما نقول الصراع بين متطلبات الشعور ومتطلبات اللاشعور. (مرجع سابق : 118)

3-1-7- الأخصائي العيادي

يعتبر الفاحص من عناصر الوضعية الاسقاطية حيث يستثمره المفحوص وجدانيا حتى قبل رؤيته، وبالتالي فعلى الفاحص أن يكون حياديا لا يتدخل ولا يطرح الأسئلة مع تجنب أي حكم أو تعليق من شأنهما إقامة علاقة واقعية. وفي نفس الوقت الحد من النشاط التحويلي فشخصية المفحوص هنا تستثمر إما ايجابيا أو سلبيا ، أو بطريقة متجاذبة ثم إن دور الأخصائي لابد أن يركز على فرض المادة والتعليم وتسجيل كلام المفحوص وتدخلاته، وهذا ما يجعل منه ممثلا للرغبة و الواقع في آن واحد، ومنشطا للرغبة والدفاع كما يمكن أن يلعب دور الإسناد والدعم. والفاحص المبتدئ الذي يتميز سلوكه بالتسامح أو الرقابة المفرطة يؤدي إما إلى تثبيط المفحوص، أو عكس ذلك فيكون البروتوكول إما فقيرا جدا أو عبارة عن قصص درامية طويلة للغاية.

2-7-2- طريقة تمرير الاختبار

1-2-7- الزمن

نقيس زمن الكمون وكذلك الزمن الكلي، والمميزات الاكلينكية ليست مسئولة عن التفسيرات في حدود الفعالية أو الخصائص كاختبارات الذكاء، ولكن حسب الدرجة السمات الاكلينكية مبينا على الأكثر أو الأقل قوة نشاط المفحوص، أو ميله إلى الكف ومن الأحسن استخدام ساعة وإخفاها.

(.) تعني توقف بسيط من 1 إلى 5 ثانية. (..) تعني التوقف من 5 إلى 15 ثا.

(...) تعني التوقف من 16 ثا فما فوق. (') تعني دقيقة مثلا 2 د. (") تعني ثانية مثلا 2 ثا.

(TLI) الكمون الأولي نعتبره انطلاقا من 20 ثانية فما فوق. (Perron,1969, p.125)

2-2-7- اخذ النقاط الهامة:

من الضروري تدوين كامل الخطاب مع مراعاة الاختصارات وإعادة البناء مع مراعاة الوفاء للنص، مع أن تأويلات المختص تكون ملغاة وعمل TAT يتأثر انطلاقا من التحليل الصريح للقصة.

3-2-7- التدخلات أثناء التمرير:

يقوم الأخصائي بترتيب العلاقة مع الموضوع عن طريق خبرته وحساسيته، ويأخذ الأخصائي بعين الاعتبار التدخلات مع التقييم أثناء التمرير، حيث يسجل مثلا ما هي الأحاسيس التي تقدم المساعدة أثناء حالات الكف دون التطفل أو إجباره... كل المميزات الضرورية لأخذ نماذج استثمار العلاقة (Shentoub, 198, p.119).

3-3-7- الفرز:

عند الانتهاء من تمرير الاختبار وتجميع البروتوكول ينتقل الأخصائي إلى عملية الفرز بمعنى الانتقال للتحليل وتفسير البروتوكول. هذه العملية التي تؤخذ من نص القصة التي يرويها المفحوص المسجل نظام تقديم اللوحات ويتضمن الفرز مرحلتين هما تحليل القصص والتركيب.

4-7- تحليل المادة: (المحتويات الظاهرة والباطنة)

منذ 1970 أكمل شنتوب و دوبراي نظرية سياقات ال TAT واقترحت تحليل المادة في ضوء المحتوى الظاهر والكامن , وحققت الإجراء الأول لهذه الطريقة وبشكل خاص يتعلق بتحليل محتوى القصص من خلال :

➤ الحوافز العوامل الداخلية والسمات العامة للبطل.

➤ تأثيرات المحيط.

➤ تسلسل وحل عقدة القصة.

➤ تحليل المواضيع.

➤ الاهتمامات والأحاسيس.

ويتم تحليلها من خلال محورين هما المحور النرجسي و المحور الموضوعي.

1-4-7- المحور النرجسي: استثمار تصور الذات

المحور النرجسي يختبر نوعية استثمار تصور الذات في مصطلحي الهوية و التماهي، ويشير مصطلح الهوية إلى مجموعة السياقات النفسية الأصلية للفرد ليصل إلى تصور استمرارية وجوده. بناء الهوية يستند إلى صورة الجسم بالنسبة إلى صلابته وعلى فعالية السياق الفردي واختلافه بالنسبة للآخرين والمحيط. ويقصد بمصطلح التماهي أنه

عملية نفسية يتمثل الشخص بواسطتها احد مظاهرها أو خصائص أو صفات شخص آخر، ويتحول كلياً أو جزئياً تبعاً لنموذجه تتكون الشخصية وتتمايز من خلال سلسلة من التماهيات. تكوين علامات التماهيات المفترضة توصلنا إلى الاقتراب من الهوية ومعارف مختلف الأجناس والأجيال والمرتبطة بالاديب وسياقات التماهي تسجل في البنية مع النمو وتبدلات الاديب (Perron,1969:35)

2-4-7- المحور الموضوعي: تصور العلاقات

يقصد بمصطلح العلاقة مع الموضوع أسلوب الفرد في علاقته بعالمه.

5-7- تقديم وتحليل اللوحات:

كل لوحة من الTAT قابلة لتحريض إشكالية خاصة أما مصطلح تصور الكلمات فيرجع إلى الهوام غير أن الاختبار الأساسي يتغير في أسلوب الفرد في تجنيد السلوكات النفسية المقدمة في القصة، وتكمن الفرضية الأساسية في المحتويات الكامنة للمادة والتي تخص عقدة الأديب أو القلق والاكتئاب وتقريباً كل المواضيع التي تتعلق بالتنظيم النفسي والتي تحتويها إشكالية اللوحات.

1-5-7- المحتويات الظاهرة و الكامنة للوحات الTAT:

اللوحه	المحتوى الظاهر	المحتوى الكامن
1	طفل يضع رأسه بين يديه وينظر إلى كمنجة أمامه.	يبعث إلى صورة طفل مع التأكيد على الفجاجة الوظيفية تجاه موضوع الراشد، وهو الموضوع القضيبى وينصب الصراع حول صعوبة استعمال هذا الموضوع في الوقت الحالي في طرفين متعارضين هما الوضعية الاكتئابية (العجز وعدم القدرة) والوضعية العظامية.
2	مشهد حقل رجل ومع حصان. امرأة متكئة إلى شجرة فتاة تمسك مجموعة من الكتب في المستوى الأول من الصورة.	يبعث إلى العلاقة الأديبية ويدور الصراع حول موقف الشاب الراشد من الزوجين.
3BM	شخص مكبوب إلى جانب السرير (الجنس والسن غير محدد) بالإضافة إلى وجود شيء بجانبه غير واضح.	يبعث إلى الوضعية الاكتئابية الأساسية مع ترجمة جسدية (لا يوجد الصراع ولكن يوجد فقدان للموضوع).
4	إمرأة بجانب رجل يشيح بوجهه عنها (فرق في الجنس لكن لا فرق في الجيل).	يبعث إلى علاقة زوجية صراعية واضحة ذات قطبين العدوانية-الحنان.
5	امرأة متوسطة العمر تضع يدها على مقبض الباب وتنظر إلى داخل الحجره.	يبعث إلى صورة أنثوية التي تدخل وتنظر. ينصب الصراع أمام هذا النوع من اللوحات على إمكانية أو عدم إمكانية التوضع بالنسبة لهيئة أنانيو - عليا
6BM	رجل في المقابل يظهر مشغول البال وامرأة مسنة تنظر إلى جهة أخرى.	يبعث إلى العلاقة أم - ابن في سياق عدم الارتياح يدور الصراع هنا حول تحريم الاقتراب الأديبي.
7BM	رأساً رجلين جنب إلى جنب، المسن ينظر الشاب الذي تظهر عليه التكشيرة (اختلاف في السن دون الجنس، ولا تظهر الفجاجة الوظيفية)	هناك تقارب من نوع أب - ابن في سياق متحفظ من جانب الابن على مستوى الأفكار في قطبين هما الحنان والمعارضة.

8BM	رجل مستلقي عليه رجلان بادية و يوجد طفل في المستوى الأول للصورة إلى جانبه بندقية (لا اختلاف في الجنس و يوجد اختلاف في السن، ولا تظهر الفجاجة الوظيفية)	يبعث إلى مشهد العدوانية المفتوحة مع حضور لرجال راشدين وولد في سياق وضعيات متعارضة نشيط/ سلبي. يبعث إلى مشكل الاعتداء الجسدي الذي يمكن أن يعاش على مستوى الخصاص أو مستوى التدمير.
6GF	إمرأة شابة تجلس في المستوى الأول ملتفتة نحو الرجل الذي ينحني عليها (ليس هناك في الجيل و إنما فرق في الجنس)	يبعث إلى علاقة جنسية غيرية في سياق الرغبة اللبيدية و الدفاع ضد هذه الرغبة (بما فيها الشعور بالذنب).
7GF	إمرأة بيدها كتاب تطأطئ نحو فتاة صغيرة شاردة الذهن وكأنها تحلم وتمسك بلعبة بين ذراعيها. (اختلاف في الجيل، ووجود الفجاجة الوظيفية)	يبعث على العلاقة من نوع أم - بنت مع نوع من التحفظ من البنات (المنافسة - التقمص). يدور الصراع حول تقمص الأم الذي تقوم به الفتاة بتشجيع من أمها.
9GF	إمرأة شابة خلف الشجرة تحمل أشياء في يدها و تنظر إلى شابة أخرى تجري من الناحية السفلية المقابلة.	يبعث إلى وضعية من التنافس الأنثوي في سياق درامي. يجب أن يدور الصراع حول التنافس الأنثوي الذي يظهر من خلال التشابه ما بين المرأتين من جهة ويظهر وكان احدها تراقب هروب الأخرى.
10	زوجان متعانقان.	يبعث إلى التعبير اللبيدي كما يمكن أن تتعدد التفسيرات بسبب عدم الوضوح. مع الأخذ بعين الاعتبار الحالة الدرامية التي يبرزها التباين بين الأبيض والأسود.
11	منظر فوضوي مهمم يرافقه تباين شديد للظل والضوء.	إعادة إحياء إشكالية قبل- تناسلية هناك بعض العناصر المبنية بوضوح (الجسر. الطريق...). ممكن أن تسمح بالرجوع إلى مستوى اقل بدائية.
BG12	منظر غابي إلى جانبه مجرى المياه مع وجود شجرة و قارب في المستوى الأول. أما المستوى الثاني فيظهر نباتات ورسومات غير واضحة	تعتبر كثرة ارتياح و تبعث الفرد إلى التنوع في استجاباته الحسية و الوجدانية. ويدور حول القدرات الأولية للتمييز بين العالم الداخلي والخارجي و يبعث إلى نشاط إدراكي معروف بالنسبة للتجارب قبل التناسلية "الطيبة"
13B	طفل صغير جالس على عتبة كوخ ذو ألواح متباعدة.	يبعث إلى مدى قدرة البقاء وحيدا تشير إلى الفجاجة الوظيفية و إلى عدم الأمان الأمومي المرموز له بالكوخ داخل الصورة.
MF13	امرأة مستلقية صدرها عاري و يوجد في المستوى الأول رجل يضع ذراعه على وجهه.	يبعث إلى التعبير عن الجنس و العدوانية ما بين الزوجين.
19	صورة سريالية لبنت تحت الثلج أو لباخرة وسط العاصفة مع الأشباح والأمواج...	إعادة تنشيط إشكالية قبل تناسلية كما يمكن للمنه أن يحيي هنا محتوى و محيط يسمحان بإسقاط الموضوع الجنسي السيئ وهي تدفع إلى الإسقاط و إلى استحضار هوامات مثيرة للخوف.
16	لوحة بيضاء بالنسبة للشمس.	يبعث إلى الأسلوب الذي يبني به الفرد مواضعه المفضلة و إلى العلاقات التي يقيمها معها، وفي غياب الركيزة الصورية تصبح العناصر التحويلية أكثر رسوخا في كلام المفحوص.

2-5-7- تحليل القصص:

تسمح ورقة الفرز بكشف وتجميع سياقات ارضان الخطاب، هذه السياقات يمكن أن تكون واضحة.

7-5-3- تقديم ورقة الفرز

لا تبين ورقة الفرز كامل نماذج التوظيف الموجودة في كل التنظيمات النفسية وهي عبارة عن شبكة مرصوفة كمرجع لتقدير وتنقيط خصوصيا بناء كل القصص، وهي مقسمة إلى فئات كبرى أو سلاسل تحتوي مجموعة من السياقات وقد مرت بعدة تغيرات ابتداء من 1969.1978-1987-1990 وأصبحت السلسلة س تسمى تجنب الصراع بدلا من الكف، والغنية بأربعة سلاسل جديدة وذلك من خلال تطبيق الTAT في العامل المتعلقة بتوظيف الحدود و عدة تغيرات طرأت على هذه الورقة وهي موجودة في الدليل التطبيقي الجديد لسنة 2003.

7-5-4- تحليل ورقة الفرز

كل محور يقدم بشكل وصفي مع تجنب كل تعريف تفسيري مرافق بمثال مختار ليوضح بداية تنفيذ السياق الموجود في قلب النص دون استيعاب حضور سياقات أخرى من نفس السلسلة أو من سلسلة أخرى. والتفاسير التي تهدف إلى إما وظيفة السياق أثناء الخطاب وإما السبب متعلق بالإشكالية أو المتعلق بالسياقات الأخرى بأي حال من الأحوال لا يفرق بين تحليل التفاصيل ومن القيام بالإجراء الكلاسيكي.

7-6- التركيب:

هذه المرحلة تعتمد على ملاءمة ورقة الفرز بكاملها لكي نحدد سياقات ارضان الخطاب ومميزات كامل البروتوكول ، كما أن هذه المرحلة تمكننا من تحليل مختلف التنظيمات الدفاعية و طرح الفرضيات التي تتعلق بنماذج التوظيف النفسي للفرد.

7-6-1- تجميع سياقات ارضان السرد القصصي

هي مرحلة مهمة لتحليل البروتوكول لتسهيل تقييم التنظيم الدفاعي المميز داخل التوظيف النفسي كما أن هذه المرحلة تتكون من تقييم كمي بسيط والمرفق بقائمة خاصة من السياقات المستخدمة والتي توجب على الأخصائي الخبرة المتعلقة بنتائج تحليل البروتوكولات. أثناء التطبيق ولتجميع سياقات البروتوكول يجب وضع علامة على السياقات المستخدمة على ورقة الفرز مع مراعاة:

➤ كثرة ظهورها.

➤ و/أو وزنها في السياقات المتداعية.

هذين المعيارين لا يرتبطان بالضرورة ببعض السياقات التي تأتي بكثرة في القصة غير أن تسجيل حضور الميكانزمات الدفاعية مهم على المستوى النفسي مرضي والتي تخص سياقات التنظيم الدفاعي بمعنى جميع السياقات التي تتطلب معرفة السيرورة الكمية والنوعية.(Perron,1969:160)

المقاربة الكمية

توازن نسبة كل محور يجب أن يكون بدقة حسب أهمية المستوى النفسي مرضي وينقط كل سياق بالطريقة التالية:

-إشارة (+) معناه حضور الأسلوب الدفاعي.

إشارة (++) معناه أسلوب متكرر.

إشارة (+++) معناه استعمال مكثف للأسلوب.

إشارة (←) معناه استعمال طفيف للأسلوب.

و بهذا تحصل على التقييم الذي يسمح بفضل العلامات الموجودة على ورقة الفرز بالكشف عن وزن بعض السياقات والتوزيع الموجود وسط الفئة والسيرورات بين مختلف سجلات التوظيف بداية بسياقات أي كل الوضعيات الممكنة التي تظهر في الغنى والتعقيد النفسي لكل فرد.

المقاربة النوعية

يضاف إلى هذا أهمية الإشارة إلى بساطة عمل التقييم الكمي الذي لا يكفي وقد يسبب أخطاء بارزة في التقييم والمكان الذي تحتله مختلف سياقات ارضان الخطاب غير متطابقة وتتعلق بنمط العمل النفسي الذي تنتمي إليه. ونحن لا نعطي نفس الأهمية في تقييم أسلوب التوظيف النفسي للسياقات التي تبين السلوكيات الضرورية والمتضمنة في تمرير الاختبار كوصف المادة وتبين السياقات الميكانيزمات الدفاعية النشيطة أو المركبة مثل التأكيد على الصراع النفس- داخلي أو التهويل ويجب تقييم تشكيلة السياقات المستخدمة من طرف المفحوص على طبيعتها كما أن اتصالها مع سياقات نفس السلسلة أو سلسلة أخرى. هذا العمل يتفق مع تنفيذ تركيب السياقات الحاضرة وتقييم التشكيلة الدفاعية التي يستخدمها المفحوص بمعنى اقتراح تحليل التنظيم الدفاعي الذي يستند إلى ورقة الفرز في القياس الذي يسمح بتنوع سياقات الخطاب وكيفية انتشارها المرضي(مرجع سابق،ص148).

7-6-2- ارضان السرد القصصي للبروتوكولات:

ولتقييم السرد القصصي للTAT يجب مراعاة ما يلي:

- أسلوب بناء القصص.
- تشكيلة السياقات و اتصالها فيما بينها.
- الصدى الهوامي للمحتويات الكامنة للمادة.
- زمن التعبئة الدفاعية.

حيث نوضح طبيعة السياقات المستخدمة وقيمتها الاقتصادية والدينامية وخاصة تركيبها الزخرفية لنماذج التوظيف النفسي.

7-6-3- الإشكالية

إن المحتويات الظاهرة والكامنة للوحات تمكنا من الرجوع إلى الصراع الاوديبى أو العلاقة التمهيدية وتوجد حالات تتجاوز فيها الهوامات واقع اللوحة، حيث يمكننا حينها وضع فرضية بان المفحوص يمكنه معالجة مختلف الإشكاليات بدون أن يختل التنظيم في دينامية صراعية بنيوية.

والمهم طريقة ارضان الإشكاليات في اللوحات، تمرير اللوحات في نظام مابين يتضمن تسلسل نشط لاستعمال الوضعيات الأكثر رمزية والأقل غموضا للأقل رمزية والأكثر غموضا. هذا السير قابل للتغيير المحتمل للطاقة المقلقة وتترك العمل للهيئات الأخرى للصراع خاصة عند مواجهة المحرضات العدوانية ونستنتج الإشكاليات من خلال الوضعيات الخاصة لكل لوحة من خلال الدينامية الراسخة في التسلسل من بداية إلى نهاية التمرير بمعنى العمل المرتبط أو الغير مرتبط للتصورات والوجدانات.

4-6-7- الفرضيات المتعلقة بالتنظيم النفسي

نضع في الأخير الفرضيات المتعلقة بالتنظيم النفسي ومختلف نماذج التوظيف التي ينظمها المفحوص ونستنتج هذه الفرضية من خلال تحليل العناصر المنقطة في ورقة الفرز، حيث أن تقييم وإدماج محتويات القصص المتتالية تكون بالاستناد إلى العناصر التالية:

➤ نوعية السياقات المتداعية.

➤ توزيع الاستثمارات النرجسية والموضوعية.

➤ القدرة على ارضان الصراعات.

و النزوغرافية التحليلية الكلاسيكية تعتبر الإطار المرجعي (مرجع سابق، ص. 148) بتصريف.

قائمة المراجع

برونوكلوبفرو هيلين ديفيدسون. (د.ت). *تكنيك الورشاخ*. ترجمة حسين عبد الفتاح، السعودية.

ANZIEU D, CHABERT C.(1983). *Les méthodes projectives*, 7^{ème}, Paris,

BRELET .F (1998). *Le TAT fantasme et situation projective*, Dunod,

PERRON, R (1969). *Manuel d'utilisation clinique de l'épreuve projective thématique DPI*. Paris.

SAMI, A. (1970). *De la projection, une étude psychanalytique*. Paris, Payot, 1^{éd}.

SHENTOUB ,V (1987). *TAT théorie et méthode* ,Paris.

SHENTOUB, V. (1958). *Rausch de Traubenbergr, les techniques projectives* ,Paris.

Le parcours historique de la psychopathologie en Algérie

بن عيسى فريدة

جامعة العربي بن المهيدي أم البواقي

0773199852

Résumé

S'intéresser à la santé mentale d'une société donnée, c'est forcément s'intéresser à la prise en charge de ses pathologies mentales et psychiques.

Par notre contribution, nous voulons dresser l'historique de l'évolution de la notion de la santé mentale qui est étroitement liée à la psychopathologie. Un parcours historique de la notion de maladie mentale ou trouble psychologique est très particulier, vu les étapes par lesquelles elle a cheminé.

Jadis, la société traditionnelle prenait en charge tout le malaise psychologique. Des pratiques étaient établies à partir d'un héritage culturel (*El Nachra*) et de la religion musulmane (*El Rokia*).

Mots clés : *psychopathologie, Algérie, santé mentale, thérapie*

ملخص

الاهتمام بالصحة العقلية لمجتمع ما، بالضرورة هو الاهتمام بالتكفل بأمراضه العقلية النفسية.

من خلال مداخلتنا، نريد الخوض في تاريخ تطور مفهوم الصحة العقلية التي بالضرورة على علاقة بعلم النفس المرضي. مسار تاريخي لمفهوم المرض العقلي أو اضطراب نفسي خاص، سيما المراحل التي مرّ بها.

بالنسبة للمجتمع التقليدي التكفل بأغلب حالات المرض النفسي، سيما العلاجات المستمدة من الإرث الثقافي (النشرة)، فضلا عن الدين الاسلامي (الرقية..).

كلمات مفتاحية: علم النفس المرضي، الجزائر، الصحة العقلية، العلاج

Introduction

Dans toutes les sociétés, la psychopathologie correspond à l'étude des fonctionnements et les causes des troubles psychologiques qu'ils soient légers ou graves. Pour la plupart des chercheurs, la connaissance de ces troubles est façonnée par le contexte social et politique pendant lequel ils se développent. Effectivement, chaque société a son propre registre nosographique, mais l'identification des pathologies n'est pas une simple affaire. Les croyances tiennent une place importante dans vie sociale, et la visite des sains était un rituel qui aidait à guérir. Un personnage de Haddad (1960, p. 72) disait « *Ma femme alla souvent à Constantine prier Sidi Rached afin qu'il m'exorcisât du démon qui me rongeaît* » Il faut rappeler aussi que chaque sain a sa spécialité de soins et guérison

Un bref historique sur la pathologie mentale

Depuis la Grèce antique, les troubles psychologiques étaient connus. La pathologie mentale à l'époque était identifiée soit comme une folie soit comme une mélancolie. Les romains mettaient le fou dans les prisons et lui donnaient le nom de *Visamus* qui veut dire une personne privée de raison avec des comportements étrangers aux valeurs humaines.

A l'apogée de la médecine arabe, et au temps de *El Razi* (Xème siècle) et *Ibn Sina* (XIème siècle) la médecine humorale dominait considéré la folie comme résultant d'un excès de la bile noire dans l'organisme. L'excès de ce fluide provoque un désordre mental dont les symptômes sont l'agitation, l'anxiété, la tristesse et la mélancolie. (Mekki-Berrada, 2010, p. 14) Rappelant que la mélancolie chez les grec signifie bile noir.

Le terme fou en arabe (المجنون) a un double sens, il désigne un état de déperdition de la conscience ou un état de possession. Et dans le dialecte *le Mahboul* (مهبول) désigne une personne qui souffre d'hallucinations et de délire ou une personne envoutée ou ensorcelée. Ce terme peut qualifier au sens figuré aussi une personne nerveuse (مقلق).

Dans la région de Constantine, la pratique *El Nachra*, qui « renvoie à une thérapie dont l'articulation intuitive d'étapes et de rituels appelés à être périodiquement renouvelés, est supposée procurer à la malade la guérison recherchée. » (Chelbi, 2002) est une ancienne pratique propre aux femmes souffrant de problèmes psychologiques. Ces derniers se rapprochent des symptômes hystériques et les rites de *la Nachra* ont un pouvoir d'abréaction. Par ailleurs, et dans toutes les régions algérienne, *Le taleb* (le guérisseur) était l'acteur principal dans la prise en charge des troubles psychologique, que ce soit pour les enfants, les femmes ou les hommes.

Vu le mode de vie des algériens à cette époque, les maladies psychologiques n'étaient pas très complexes ni semblables à celles de nos jours. La littérature écrite (Dib M, Feraoun M) et la littérature orale rapportent que la personne qui souffrait de délire et hallucination, appelé de nos jours psychose était considéré comme une personne bénie. « *فيه البركة* ».

Durant la colonisation française, les choses ont empiré, une psychiatrie coloniale a vu le jour, avec l'instauration d'idées racistes et xénophobes. Elle était inaugurée par le psychiatre Moreau de Tours qui a affirmé que la maladie mentale est fortement tolérée au Maghreb musulman, et ce, du fait du climat et de la pratique de l'Islam. (Fanon, 1961). En 1896, le psychiatre Meilhon, a publié l'aliénation mentale chez les arabes ou il explique que le trait dominant de la folie des arabes est leur tendance à la violence. (Laoudj, 2010)

Dans cette situation de mépris et de racisme, la population algérienne est accrochée à ses traditions et ses pratiques traditionnelles chapoté par *le taleb*.

Mais, la vie des algériens n'est plus simple comme avant. La maltraitance, l'injustice, la pauvreté, la famine, les maladies.

La guerre de la libération (1956), les maux de la population ont diversifiés, Fanon (1961) parle des conséquences psychopathologiques de la guerre et de la torture. Dans son livre les « *damnés de la terre* », Fanon évoque les différents troubles psychologiques engendrés par la terreur, la souffrance, la torture et la mort. Après l'indépendance, les blessures sont restées ouvertes, les traumatismes de la guerre de la libération et les souffrances engendrées par la colonisation française n'ont jamais été pris en charge.

Après l'indépendance La société algérienne était en pleine mutation, l'exode rurale, le passage accéléré de la vie paysanne à la vie citadine, l'évolution démographique, la scolarité des enfants et le travail de la femme. Tous ces changements n'étaient pas sans conséquences. Bien que la psychiatrie commence à s'imposer et à prendre en charge les maladies mentales lourdes (psychoses, névroses), le recours à la pratique de la thérapie traditionnelle est resté toujours présent dans les soins.

Un nouveau syndrome est apparu après les années 90 et la décennie noire, le PTSD (psycho trauma). Une nouvelle entité clinique s'est introduite, le corps universitaire et médicale (médecins, psychiatres et psychologues...) et dans l'urgence s'étaient formés. Nous pouvons dire que la psychopathologie a bien suivi le développement et les mutations de la société. D'autres événements traumatiques ont suivi, comme les inondations, le séisme. Actuellement, la société algérienne vit dans un autre climat anxiogène (violence de tous types, crimes, délinquance, viol et meurtre des enfants...) où nous observons des problèmes psychologiques récurrents (qui se répètent).

Dans ce nouveau contexte psychopathologique, certes, les acteurs de la santé mentale interviennent avec un diagnostic (identifier) les troubles psychologiques selon les critères reconnus par la communauté scientifique internationale (DSM, CIM10...) et proposent des psychothérapies adéquates. Mais, la société garde ses représentations sociales de la maladie mentale et des problèmes psychologiques soumises à la « logique traditionnelle » et le recours à des thérapies soutenues par le coran et des croyances et qui sont mieux tolérées par la société, (le malade dans ce cas est vu comme victime). Peut-on dire que la société a ses propres registres d'explication dans le domaine de la psychopathologie ?

Dans les pratiques actuelles, « *El Roukia* » a la part du lion dans l'interprétation et dans la prise en charge. Le mal vient de l'extérieur, on n'est pas très loin de la pensée magique.

Parcours historique de la psychopathologie en Algérie

Tout d'abord, il faut penser aux séquelles psychologiques de la 1ère et de la 2ème guerre qui n'ont même pas été identifiées par la médecine coloniale de l'époque. Les soldats algériens en revenant de ces deux guerres, ont probablement souffert de traumatismes, mais comme la prise en charge médicale était inexistante, c'était le savoir traditionnelle qui les a pris en charge (entre le Taleb et la phytothérapie traditionnelle).

Dans cette Algérie coloniale, une psychopathologie de l'indigène s'est développé par des médecins psychiatres à leur tête, Porot (1918). Porot, s'est inspiré de la mentalité primitive, présentée par Levy Bruhl (2018) qui est imprégnée de la politique coloniale basée sur l'ethnologie comparative des civilisations. Selon cet auteur, cette mentalité primitive a deux caractéristiques ; elle est prélogique et mystique.

Elle est prélogique, puisque le primitif n'a pas atteint la causalité (Piaget), son intelligence est peu développé et n'a pas abouti à la pensée logique de synthèse et à l'abstraction. La pensée

chez le primitif est mystique se repose sur des expériences mystiques qui manque à une conscience claire. Il croit à l'efficiences des puissances occultes, à une réalité invisible où règne des forces surnaturelles. Il a souvent un objectif affectif mais pas cognitif ; il cherche la présence et l'action de puissances surnaturelles, plutôt que des causes physiques objectives. (universalis)

Porot a repris cette théorie et l'a adapté à son travail pour parler de la psychologie de l'indigène. Il écrit que le « primitivisme de l'indigène nord-africain, bien qu'il soit partiel et fragmentaire, imprime tout de même à sa pathologie mentale des caractères particuliers »(cité par Chebili,2015, p. 166) Et pour confirmer son hypothèse, Porot parle de la fréquence inhabituelle de la sénilité précoce qu'il rencontre en consultation. (Chebili)

Porot pense aussi que l'indigène présente une sémiologie spécifique et une vie affective archaïque. Ainsi, « sur le plan symptomatique, on constate une débilité avec son cortège d'attributs secondaire, la crédulité et la suggestibilité. Le délire des patients n'atteint pas la structure paranoïaque, puisque la construction délirante reste à l'état débauche, la suggestibilité, la religiosité, la crédulité complètent la caractérologie des patients. » »(cité par Chebili, p. 166) l'indigène se caractérise par un entêtement qui mène « à la production de formules grossières, véritables hystéries de sauvage, crises violentes et brutales, rythmiques de la tête et du cou, persévération indéfinie d'attitudes caricaturales à la simulation, le tout entremêlé d'idées de possession sans véritable concept délirant » (cité par Chebili, p. 166)

La vie affective de l'indigène, toujours selon Porot est caractérisée par l'apathie, l'absence d'émotivité et l'anxiété se manifeste peu. (Chebili)

Porot a aussi soutenu la théorie du criminel-né et il parle de l'impulsivité criminelle des nord-africains comme résultat du primitivisme. Dans un article publié en 1926, Porot avec un autre collègue Dr Arrii ont essayé de dresser les particularités psychopathologiques des comportements criminels. Ils avancent que le comportement criminel est du à une impulsivité soutenu par des facteurs constitutionnels propres à la race. Chez l'indigène, les auteurs parlent d'une carence morale au point que l'indigène cède sans frein à ses instincts d'autant plus que les coutumes ancestrales et les superstitions le maintiennent à un niveau archaïque de développement. (Chebili)

Dans cette article, les deux auteurs ont défini deux groupes de patients chez les indigènes dans le premier groupe, nous trouvons « l'impulsivité morbide a été un accident manifestement pathologique, au cours d'états morbides bien caractérisés » (cité par Chebili, p. 166)

Dans le second groupe les auteurs parlent des impulsivités constitutionnelles où nous trouvons, «quelque étrange qu'ait pu paraître le crime par la futilité des mobiles, le caractère de sauvagerie de l'acte, l'amoralité foncière, l'absence de remords et le fatalisme cynique du meurtrier, il ne saurait être considéré cependant comme un accident pathologique ; il tire son énormité des éléments même de la personnalité tenant à la race, aux mœurs, aux croyances, au des instincts » (cité par Chebili, p. 166)

Dans la même ligné d'idée, Pierson, introduisit le "concept" de « *paléophrénie réactionnelle* » pour rendre compte de « *l'impulsion morbide en milieu nord-africain* ». Selon cet auteur, c'est le cerveau reptilien qui commande chez l'indigène, notamment dans les situations de violence. (Chebili)

Ceci-dit, Porot pense que la race du Nord-Africain se caractérise par une infériorité mentale d'où son impulsivité criminelle et il propose même une hypothèse

« il pouvait s'agir d'une certaine fragilité des intégrations corticales, laissant libre jeu à la prédominance des fonctions diencephaliques. Ainsi, pourrait s'expliquer la fréquence de l'épilepsie, de l'hystérie, des syndromes mimiques grossiers, des états d'agitation psychomotrice » (Porot, 1939, cité par Chebili) Ici, Porot cherche à trouver une explication neurologique à son hypothèse.

Malgré que cette théorie était très raciste, Porot a apporté un grand changement à la psychiatrie de Blida. Il avait proposé une démarche thérapeutique innovatrice que Dr Chebili résume en cinq points (p. 165)

Premièrement, il faut traiter le plus précocement possible. Deuxièmement, il ne faut pas négliger les aspects économiques et sociaux et mettre en place des programmes d'aide face aux grands fléaux représentés par l'alcoolisme et la toxicomanie. Troisièmement, les psychiatres devront satisfaire à une formation adaptée avec pour obligation, non seulement de connaître la pathologie mentale, mais aussi les bases de la coutume et de la culture maghrébine. Quatrièmement, travailler dans le respect des coutumes locales en n'hésitant pas à impliquer la famille dans le processus de guérison. Cinquièmement, il convient, dans les asiles, de favoriser un cadre familial où les repères des patients maghrébins seront de ce fait mieux conservés.

Pour la thérapie, il a utilisé les chocs insuliniques, les chocs au *cardiazol*. Les sismothérapies. Des activités sociothérapeutiques, l'installation d'une ferme, des ateliers de tissage et de vannerie.

Plusieurs structures ont vu le jour ; un centre psycho – pédagogique, des dispensaires d'hygiène mentale, un pavillon de fillette arrières, et un service social qui prend en charge les enfants (l'équivalent de la pédopsychiatrie)

Porot a présenté la sémiologie de l'indigène, en se basant sur les observations faites pendant ses consultations. Il parle de troubles provoqués sous l'influence des superstitions, et qui peuvent disparaître par la suggestion, donc, il est suggestible. Il se caractérise aussi par l'entêtement, le puérilisme ; il se rapproche de l'enfant puisque il est immature, mais il n'a pas la pulsion épistémologique de ce dernier. Porot pense que l'indigène n'a pas d'appétit scientifique, il n'a pas d'idées générales, il n'a que des syllogismes simples, parfois stupides dans ses conclusions. La race indigène possède une infériorité mentale qui génère une impulsivité criminelle due à un défaut biologique.

Il faut revenir sur l'histoire de l'Algérie pour analyser et comprendre pourquoi l'algérien n'a pas évolué. Même si l'algérien pendant la colonisation présentait des carences intellectuelles, ce n'est pas parce qu'il était inférieur à la race européenne, mais la colonisation était déjà défavorable à son développement.

Porot a jugé l'algérien en le comparant avec l'européen, sans tenir compte des deux contextes qui sont très différents historiquement et culturellement. La théorie de Porot est ethnocentriste dans la lignée d'une politique coloniale et aussi par la suite au racisme en donnant des arguments scientifiques aux politiciens.

La psychopathologie de l'algérien durant la guerre de la libération

« Le peuple algérien, cette masse d'affamés et d'analphabètes, ces hommes et ces femmes plongés pendant des siècles dans l'obscurité la plus effarante ont tenu contre les chars et les avions, contre le napalm et les services psychologiques, . . le lavage de cerveau, Ce peuple a tenu malgré les faibles, les hésitants, les apprentis dictateurs. Ce peuple a tenu parce que

pendant sept ans, sa lutte lui a ouvert des domaines dont il ne soupçonnait même pas l'existence. » Frantz Fanon, *Les Damnés de la terre*

Franz Fanon était le premier médecin à étudier « les perturbations provoquées par la colonisation, analyse avec profondément toute la violence de la situation coloniale » (Seffahi, 2013 p. 209)

Franz Fanon est venu travailler dans l'Algérie coloniale à l'hôpital psychiatrique de Blida. Il a adhéré rapidement au mouvement de la libération de l'Algérie. Dans son livre les damnés de la terre, Fanon a mis toute la richesse de son expérience en tant que psychiatre, des situations psychologiques produites par la guerre coloniale. Dans son livre, il a théorisé la violence émancipatrice qui est l'opposé de la décharge épileptique et la violence indigène dont la psychiatre coloniale parle.

La violence émancipatrice, selon Fanon (1987) est un processus de symbolisation, comporte un moment de triomphe où l'autre tout puissant apparaît comme une chose relative et pensable. Mais elle est surtout maîtrise de la violence subie, structuration d'un point de vue sur elle, élaboration symbolique de l'acte plus que simple recherche du rapport de force.

Le témoignage de Fanon prouve que l'algérien n'est plus cet indigène géré par une impulsivité criminelle et stagné dans un stade bas de l'évolution humaine (*prélogique*).

Il a présenté des cas qu'il a suivis à l'hôpital psychiatrique de Blida. Fanon n'a pas vraiment respecté le classement des maladies et le diagnostic de l'époque. En lisant ce qu'il a écrit, nous constatons qu'il parle de tableaux clinique propre au contexte algérien ; état de colonisation et la situation d'être colonisé. Aussi, il était le premier médecin à dénoncer la torture en évoquant ses conséquences psychologiques. Nous allons présenter succinctement les catégories des maladies, telles que Fanon les proposer.

Série A les troubles mentaux de type réactionnel où il parle de cinq cas :

Le premier est celui d'un homme qui souffre d'impuissance sexuelle consécutif au viol de sa femme par des militaires français avec l'apparition de d'autres symptômes comme l'anxiété, l'anorexie, l'insomnie état d'anxiété.

Dans le deuxième cas, il parle d'homicides indifférenciés chez un rescapé d'une liquidation collective. cet homme souffrait d'hallucinations, de délires.

Le troisième cas concerne une psychose anxieuse grave à type de dépersonnalisation après le meurtre forcené d'une femme. Le cas présenté à l'heure de son hospitalisation les symptômes suivants lèvres sèches, les mains constamment moites, incessants soupirs soulèvent la poitrine, insomnies tenace, deux tentatives de suicide, attitude d'écoute hallucinatoire en donnant l'impression qu'il assiste à un spectacle, pensées floues, une dépersonnalisation (approuvé par plusieurs symptômes).

Ces symptômes sont apparus après que le patient (un jeune homme) a tué la femme d'un colon pour venger sa mère tué et sa sœur enlevée.

Série B : le premier cas concerne l'assassinat d'un jeune garçon, par deux garçons âgés de 13 et 14 ans. Ils ont assassiné leur camarade de classe en le poignardé. Durant les entretiens mené par Fanon, les deux garçons ont répété les mêmes propos ; notre camarade ne nous a rien fait, mais comme les français tuent les arabes, nous avons-nous aussi tué un français. Ces deux garçons ne présentaient aucune pathologie aussi, ils n'éprouvent aucun sentiment de culpabilité.

Le deuxième cas est celui d'un jeune algérien de 22 ans qui souffre d'un délire d'accusation et conduite – suicide déguisée en acte terroriste. Le cas présente d'hallucinations auditives (insulte, des voix..), tachycardie.

Dans le troisième cas, Fanon parle de troubles de comportements chez les jeunes algériens moins de 10 ans. (p. 247)

Le quatrième cas est consacré aux psychoses puerpérales chez les femmes réfugiées. (p. 249)

Série C est consacré aux cas de torture qui présentaient des modifications affectivo-intellectuelles et des troubles mentaux. (p. 249). dans cette série, Fanon a parlé de plusieurs types de torture et des tableaux psychiatrique spécifique à chaque type

- Tableau psychiatrique après les tortures indifférentes dites préventives (p. 249) dépressions agitées, anorexie mentale, instabilité motrice.
- Tableau psychiatrique après les tortures à l'électricité cénesthopathies localisées ou généralisées, apathies, aboulie, désintérêt, peur phobique de l'électricité.
- Tableau psychiatrique après le sérum de vérité stéréotypies verbales, perception intellectuelle ou sensorielle opacifiée, crainte phobique de tout tête-à-tête, inhibition.

Série D les troubles psychosomatiques

- Ulcères d'estomac ce trouble est fréquent chez les jeunes de 18 à 25ans. Il se présente avec des douleurs, vomissement, amaigrissement, tristesse, et irritabilité.
- Coliques néphrétique des douleurs à paroxysme nocturne sans la présence de calculs.
- Troubles de règles chez les femmes soit une aménorrhée soit des douleurs importantes.
- Hypersomnies par tremblement idiopathiques il s'agit d'un tremblement généralisé chez le jeune adulte.
- Blanchissement précoce des cheveux Fanon a observé ce trouble chez les rescapés de centre d'interrogatoire. Une canitie totale ou partielle apparait accompagnée d'asthénie profonde avec désintérêt et impuissance sexuelle.
- Tachycardies paroxystiques accompagnée d'angoisse, l'impression de mort imminente, et la fin de la crise est marquée par une importante sudation. (p. 261)
- Contracture généralisée, raideur musculaire il s'agit de la difficulté à l'exécution de quelques mouvements comme marcher, ou monter les escaliers à cause d'une atteinte des noyaux gris dans le cerveau. Le patient est tendu c'est comme il est entre la vie et la mort. Fanon, cite les propos d'un malade je suis déjà raide comme un mort. (Fanon, p. 261)

Ces tableaux cliniques que Fanon a développé représentent les premières études sur le psychotraumatisme liés à la guerre de libération. Effectivement, les séries ABCD, constituent les critères et les signes cliniques du PTSD ; l'évènement traumatique, la reviviscence, la répétition et le cortège des signes neurovégétatifs. Cherki A, a qualifié Fanon de psychanalyste de la pensée coloniale. (

Fanon, pense que la violence ou la criminalité dont parle le colonisateur, est le résultat de sa propre violence ; la réponse de contre-violence était inévitable dans la mesure où le colonialisme a été une agression violente. (Fanon,)

Cette violence se rapproche de la violence fondamentale développée par Bergeret, qui est innée et nécessaire à la survie. Cette violence fondamentale est constituée d'instincts de conservation et aussi constitue un support à l'étayage de la pulsion de la vie (ou la libido) qui aboutit à la créativité et s'oppose à l'agressivité. Fanon, précise que cette violence est une violence rédemptrice et elle ne résulte pas d'une vengeance. Et l'aliénation des individus est imposée par l'aliénation de tout un peuple.

D'un autre côté, Crocq (1999), dans son livre « traumatisme de guerre » a évoqué les séquelles de la guerre d'Algérie concernant les soldats français. Il a mentionné dans son livre qu'un des enseignements de la guerre d'Algérie sera l'importance des séquelles tardives avec des reviviscences pénibles et des sentiments d'insatisfactions et d'amertume. Crocq souligne que les premières publications faisant état de ces névroses de guerre tardives ne paraîtront qu'en 1965, alors ces soldats sont restés dans l'indifférence quasi générale. Crocq cite quelques symptômes spécifiques à ces soldats revenant de la guerre d'Algérie l'alcoolisme était la maladie vedette, des syndromes anxieux, hystériques, psychosomatiques entrant dans le tableau clinique de la réaction émotionnelle aiguë. D'autres symptômes relèvent de la phase d'état, insomnie, l'agitation, l'indiscipline, anxiété, asthénie, les ruminations mentales dépressives. Crocq ajoute que la guerre d'Algérie a donné lieu et donne encore lieu à d'inévitables pathologies psychiatriques de combat, immédiat ou différées, transitoires ou durables.

La question qui nous interpelle, quelle était la situation psychologique de nos combattants, moudjahidines pendant et après la guerre de libération? Nous n'avons pas trouvé de recherches concernant de leur état de santé mentale.

La psychopathologie après l'indépendance

Comme les écrits sont rares sur cette période, nous allons citer un témoignage d'un médecin Martine Timsit qui exerçait à l'hôpital psychiatrique de Blida dans les années 62 -64. Lors d'un séminaire organisé à Alger par la SARP en 2018 sous le thème mémoire et traumatisme. Dr Timsit dans sa communication – témoignage nous a appris qu' « Au moment de la proclamation de l'indépendance, on a reçu des dizaines de personnes (algériens) qui souffraient de bouffés délirantes en perdant la raison de façon très brutale. » Dr Timsit précise « il y avait énormément de gens qui perdaient la raison et présentaient des troubles psychiatriques. C'était un nombre important et la situation était alarmante. Elle ajoute que le personnel de la santé n'était pas formé à ce type de situation « on pensait que ces gens perdaient la raison et puis c'est tout ». C'est après un recul de plusieurs années que Dr Timsit a compris ce qui s'est passé.

Après l'indépendance, la société a pu maintenir ses valeurs, et cela malgré la déstabilisation de la colonisation française qui avait un impact significatif sur ses structures et même sur son fonctionnement. La famille est la première cellule qui a maintenu le fonctionnement de la société. Plusieurs facteurs ont participé dans ce changement en plus de l'urbanisation, la scolarité des enfants prolongées et surtout celle des filles, les mass-médias et ces dernières années les nouvelles technologies de la communication. Cette nouvelle situation a enchaîné d'autres changements dans les comportements des nouvelles générations. Tout changement a ses conséquences, plusieurs pathologies étaient développées comme la délinquance, les suicides, et aussi une ascension de la maladie mentale.

Certes, après l'indépendance, l'Algérie a connu plusieurs événements, mais les plus dramatiques étaient ceux liés la décennie noire. Les années 90, l'Algérie était confrontée à une autre guerre, contre le terrorisme. Une violence extrême qui a laissé des milliers de traumatisés. Les médecins psychiatres et les psychologues n'étaient pas formés aux psychopathologies développées dans ce nouvel contexte. Pour répondre à cette urgence, des formations accélérées étaient organisées pour le corps intervenant (médecins et psychologues) afin de prendre en charge (diagnostic, psychothérapies) les victimes de cette violence, et nous avons commencé à parler du traumatisme psychique et du PTSD.

D'autres phénomènes ont vu le jour dans ce contexte déstabilisé par plusieurs facteurs ; les séquelles du terrorisme à long terme, changement accéléré de la société, instabilité politique. Et nous pensons à *El Harga*, cette immigration clandestine qui ne se fait pas sans conséquences psychopathologiques.

Discussion

Le sujet qui souffre de troubles psychologique, quelque part il renvoie une partie du malaise groupal. Selon l'approche systémique, il faut le replacer dans son groupe pour déchiffrer le symptôme et revenir même sur l'inconscient collectif. Le parcours historique de la psychopathologie en Algérie avait suivi son processus historique jalonné d'évènements traumatiques (les guerres) et d'autres évènements dramatiques (famines, tremblement de terre, inondations...)

Le diagnostic posé par la psychiatrie coloniale considéré l'algérien indigène, comme un criminel-né et quelqu'un qui présente une contracture musculaire généralisée signe d'une immaturation neurologique et le classe comme un primitif. Les études médicales actuelles ont montré que ces raidissements musculaires sont signes de troubles psychologiques, comme la dépression ou le psycho-trauma où nous observons l'hypervigilance et des tensions accompagnées de contractures musculaires, des douleurs musculo-squelettiques et des douleurs dorso-lombalgies. Nous supposons que « l'indigène » était dans un contexte traumatique et les perturbations physiques ou mentales dont l'algérien a souffert à cette époque sont du dans leur globalité à la violence exercée par le colonisateur et à des situations anxigènes auxquelles il était confronté d'une façon chronique. Loin de la théorie raciste de la médecine coloniale, il faut situer l'algérien dans l'universalité, les troubles psychologiques qui se sont manifesté chez lui, ne se sont pas liés à sa constitution, mais, ces troubles sont reconnus par la nosographie développée par différents chercheurs (francophones et anglo-saxons).

Par ailleurs, pour comprendre la fonction de la maladie il faut la situer dans son contexte culture pour interpréter tout désordre psychologique. Selon Roland Gori (cité par Costa Pereira M E, 2010, p. 101) il faut dégager la psychopathologie de l'emprise idéologique consistant à considérer que la seule approche légitime du pathos humain réside dans sa description dans un langage strictement médical. Si un malade attribue son malaise psychologique à un envoutement, il faut respecter cette explication et tenir compte des thérapies proposées par son groupe d'appartenance et à quelles il croit.

Dans le contexte actuel, la société algérienne souffre de beaucoup de maux et de souffrance psychologiques qu'il faut prendre en charge. Mais comme la culture de santé mentale n'est pas encore très réponde, le malade dans la majorité des cas, consulte tout d'abord un *Raqui*, avant de s'adresser à un psychiatre ou un à psychologue. Dans toutes les sociétés dites traditionnelles, « les guérisseurs » occupent une place prépondérante et le déni de ces pratiques brouille toute démarche thérapeutique.

Le praticien de la santé mentale doit prendre, à notre avis le système nosologique du groupe social en considération ; les diagnostics et les traitements. Autrement dit, la dimension social et culturel de la maladie mentale ou psychologique, sont importante à connaître. Il ne faut pas tenir que le rationnel des pratiques thérapeutiques, la symbolique est essentielle. (Fainzang S, 2000)

Conclusion

Dans ce travail, nous avons cité succinctement, les grandes périodes de l'histoire algérienne, riches d'évènements traumatiques et déstabilisants qui ont engendré de profondes perturbations dans le fonctionnement psychologique des individus. Par conséquent, une recrudescence rapide des troubles et des maladies d'ordre mental dans la société.

Nous voulons mettre l'accent sur un point important dans la prise en charge de la psychopathologie et aussi dans le travail de la prévention, c'est celui de la transmission intergénérationnelle des psychopathologies. À titre d'exemple, la transmission intergénérationnelle des traumatismes de la première génération à la deuxième. Les enfants des traumatisés des années 90 ont grandi, et probablement plusieurs cas étaient contaminés par les traumatismes de leurs parents. Si nous ne faisons pas le lien entre les traumatismes des parents et les manifestations psychopathologiques actuelles, nous serons face à des pathologies indéchiffrables et ainsi, nos démarches thérapeutiques seront aberrantes.

En guise de conclusion, l'histoire de la psychopathologie en Algérie est marquée par des guerres et une série d'évènements traumatiques. La prise en charge des troubles psychologiques qui en découlent exige certes une formation aux nouveaux diagnostics et aux nouvelles thérapies énergétiques, mais aussi une écoute attentive à la nosographie et aux pratiques thérapeutiques traditionnelles nous semble essentielle.

Bibliographie

- CHEBILI S, (2015). La théorie évolutionniste de l'École d'Alger : une idéologie scientifique exemplaire, in *L'Information psychiatrique* n° 91, p. 163–8.
- CHERKI A, (2000). *Portrait*, éd. du Seuil.
- COSTA Pereira M E, (2010). D'un pathos à l'autre la psychopathologie clinique et les discours de souffrance, in *Cliniques méditerranéenne*, n°82
- CROCQ L, (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob
- DIB M, (1952). *La grande maison*, Seuil.
- LAOUDJ M. (2010). *Journal el-watan*. 30/11/2010)
- FANON F. (1987). *Les damnés de la terre*, ENAG éditions.
- FAINZANG S, (2000) La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale, in *Revue Ethnologie Comparatives*, n°1, Université de Montpellier3, France.
- HADDAD M. (1960). *L'élève et la leçon*, René Julliard.
- LEFEBRE P, CROCQ L, SAUVAGET R, BERNOT P, SAVELLI A (1986). Archives neuropsychiatriques de la guerre d'Algérie étude de 1280 dossiers de l'hôpital militaire de Constantine, *Médecine et armées* vol. 14, n°4, pp. 303 – 310.
- MEKKI-BERRADA A et Col. (2010). *L'islam en anthropologie de la santé mentale* Lit Verlag Berlin
- SEFFAHI M (2013). *Autour de François Laplantine, D'une rive à l'autre*, édition archives contemporains
- MAURY L, (2018). Lévy-Bruhl et La mentalité primitive URL,[http://journals. openedition. org/bibnum/697](http://journals.openedition.org/bibnum/697)

Troubles du langage et déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

BOUCHERIT Saci

Maitre-assistant A

Université Badji Mokhtar Annaba

boucherit.saci@gmail.com ; 0669628476

Résumé

ملخص

La comorbidité élevée entre les troubles spécifiques du langage écrit (TSLE) et le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) a retenu notre attention. Cette comorbidité n'est pas sans conséquence sur le profil cognitif de ces enfants. En effet, les difficultés liées au TDA/H viennent se surajouter aux difficultés liées aux troubles du langage. Ces enfants ayant le double diagnostic troubles du langage et TDA/H ont donc de grosses difficultés lorsqu'ils sont en situation d'apprentissage.

Mots clés : troubles du langage, trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité TDA/H, troubles d'apprentissage

لفت انتباهنا تلك المصاحبة المرضية المرتفعة لكل من الاضطرابات الخاصة اللغة المكتوبة و اضطراب تشتت الانتباه مع أو بدون فرط الحركة، هذه المصاحبة المرضية لا تخلو من عواقب على البروفيل المعرفي لهؤلاء الأطفال. وبالفعل، فإن الصعوبات المرتبطة بتشتت الانتباه مع أو بدون فرط الحركة جاءت لتضاف للصعوبات المرتبطة باضطرابات اللغة. هؤلاء الأطفال لهم تشخيص مزدوج يتمثل في اضطرابات اللغة وتشتت الانتباه مع أو بدون فرط الحركة، وهم يعانون من صعوبات كبيرة عندما يكونون في موقف تعلم.

كلمات مفتاحية: اضطرابات اللغة، تشتت الانتباه مع أو بدون فرط الحركة، اضطرابات التعلم.

Préambule

Sous la rubrique « déficit de l'attention et comportements perturbateurs », le DSM-IV définit un ensemble de troubles qui entretiennent des liens réciproques encore mal connus, mais indéniablement très étroits et complexes avec les troubles des apprentissages. Les trois principaux diagnostics dans cette rubrique sont : le trouble déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble des conduites (sous-entendu conduites sociales) et le trouble oppositionnel avec provocation, souvent considéré comme une forme précoce des deux premiers. Le trouble déficit d'attention avec hyperactivité représente la comorbidité psychiatrique la plus fréquente chez les dyslexiques. Alors que la prévalence de chacune des deux affections est d'environ 5-7 %, il est admis que 25 à 40 % des enfants hyperactifs souffrent de troubles de lecture, alors que 15 à 40 % des dyslexiques remplissent les critères de déficit d'attention avec hyperactivité. De même, il a de longue date été démontré que les enfants présentant des troubles de lecture ont un risque 5 fois plus fort de présenter des comportements antisociaux que le reste de la population, alors que des travaux plus récents ont révélé la fréquence élevée de troubles de lecture dans des populations de délinquants et d'enfants avec troubles des conduites. Globalement, cependant, on admet que les troubles du comportement chez les dyslexiques sont « médiés » par la plus grande fréquence chez eux de signes d'hyperactivité. Pour autant, la question du mécanisme sous-jacent à cette association est loin d'être résolue. Pour certains, la plus grande fréquence de troubles de la lecture chez les sujets hyperactifs serait la seule conséquence de difficultés de compréhension liées au déficit d'attention. Pour d'autres, au contraire, il existerait bien un lien, sans doute d'ordre génétique, entre les deux affections. Dans cette conception, le déficit d'attention avec hyperactivité peut être considéré comme un autre syndrome « dys ». L'association « dyslexie et hyperactivité » sera également traitée dans le chapitre sur les troubles associés comportementaux et émotionnels. (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1998. p 37)

1 - TDAH et les troubles d'apprentissages

La littérature la plus abondante concerne l'association troubles des apprentissages, en général ou dyslexie en particulier, et trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Si un enfant présente soit une dyslexie, soit un TDAH, le risque qu'il manifeste l'autre trouble est évalué autour de 25 à 40 %, voire une fourchette de fréquence encore plus large dans certaines études. Le choix des critères de définition pour le TDAH et les troubles des apprentissages, les instruments de mesure, l'âge de l'enfant et le lieu de recrutement sont autant de facteurs pouvant expliquer la disparité de la fréquence de cette comorbidité selon les études. Ce type d'association est également fréquemment retrouvé dans une population d'enfants français.

Plusieurs hypothèses de causalité peuvent être soulevées. La première hypothèse est que le TDAH peut conduire à l'échec scolaire, que l'on invoque un facteur psychopathologique ou un facteur cognitif (déficit des fonctions exécutives) à l'origine du trouble comportemental. La seconde hypothèse est que l'échec scolaire engendre une hyperactivité, qu'il s'agisse d'un vrai syndrome TDAH ou plutôt d'une phénocopie. La troisième hypothèse suggère une origine commune sous-tendant les deux troubles. (De Ajurriaguerra. 1951. pp 389-399)

Cette dernière hypothèse semble être privilégiée dans l'étude du *Colorado Learning Disabilities Research Center* qui recherche l'étiologie de la dyslexie et des troubles comorbides dans un échantillon de 394 jumeaux. L'existence d'une ou des deux troubles (TDAH et dyslexie) est explorée à partir de questionnaires rétrospectifs (sur l'existence d'un TDAH ou d'une dyslexie dans l'enfance des parents et chez les enfants), de l'échelle du DSM-IV du TDAH, ainsi que d'une évaluation des compétences en lecture et orthographe (*Peabody Individual Achievement Test*) réalisée chez les enfants. Les auteurs trouvent que les enfants dyslexiques ont significativement plus de troubles d'allure psychiatrique que les non-dyslexiques. Parmi ces troubles, ils distinguent deux groupes : les troubles dits « externalisés » (agression, délinquance, trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites) et les troubles « internalisés » (anxiété, dépression). Si les dyslexiques présentent plus fréquemment des troubles des deux types, une analyse par régression logistique montre que seuls ceux du deuxième groupe entretiennent un lien direct avec la dyslexie, lorsque le facteur hyperactivité est contrôlé. En d'autres termes, la fréquence plus élevée de troubles comportementaux de type externalisé chez les dyslexiques semble directement liée à la comorbidité entre dyslexie et hyperactivité. (Berger, Ferrant, 2003. pp 212-222)

L'association entre anxiété et dépression, d'une part, et dyslexie d'autre part est indépendante de l'hyperactivité, qu'il s'agisse d'une comorbidité ou de la conséquence d'un vécu négatif par l'enfant de ses difficultés d'apprentissage. En outre, fait remarquable, le lien entre dyslexie et troubles externalisés est spécifique du sexe masculin, alors que celui entre troubles internalisés et dyslexie est plus fort chez les dyslexiques de sexe féminin. Quant au facteur génétique, il apparaît dans cette étude qu'au sein d'une paire de jumeaux où seul l'un des enfants est dyslexique, la présence de troubles externalisés est commune aux deux jumeaux alors que les troubles internalisés sont spécifiques aux individus dyslexiques, suggérant ici encore un facteur génétique commun pour les troubles externalisés (incluant au premier chef l'hyperactivité) et non pour les troubles internalisés. (Berges, Bergès-Bouines, 2003. p 157)

Des travaux récents en génétique moléculaire semblent confirmer cette hypothèse en montrant un lien entre l'association TDAH + dyslexie et certains sites sur le chromosome 14 ou encore les chromosomes 16p et 17q, de même qu'entre le polymorphisme d'un gène codant pour un récepteur adrénergique (ADRA2A) et l'association comorbide dyslexie-hyperactivité. Citons enfin la possibilité d'intervention d'un phénomène dit de « *non-random mating* ». Telle que proposée initialement par Faraone et coll. (1993), cette hypothèse est basée sur l'observation que les épouses d'hommes souffrant de TDAH seraient plus souvent elles-mêmes dyslexiques, de sorte que, de par la transmission génétique indépendante des deux affections, leurs enfants auraient plus de risque d'être porteurs des deux troubles, une constatation qui n'a pas été confirmée dans une étude plus récente.

Finalement, cette tendance actuelle à considérer la comorbidité entre les deux affections comme essentiellement constitutionnelle ne doit pas occulter le fait que les troubles d'attention, symptôme cognitif majeur du tableau de TDAH, ont nécessairement une influence négative sur les apprentissages en général. Plusieurs études ont ainsi montré que les formes inattentives de TDAH sont les plus à même de retentir négativement sur les apprentissages et sur les performances scolaires. Enfin, comme le font remarquer ces derniers auteurs, le trouble d'attention est source d'importantes frustrations et de possible démotivation dans les apprentissages en général, et les apprentissages fondamentaux (lecture,

écriture, calcul) en particulier. Le trouble de l'attention peut aussi être « défensif », élaboré par l'enfant dans une tentative désespérée de rehausser son estime de soi, devenant ainsi une composante plausible de ses difficultés et participant au « cercle vicieux » de l'échec scolaire. Pour éviter ces effets confondants lors des études scientifiques, la priorité semble devoir être donnée aux études longitudinales multidimensionnelles, les plus à même d'affirmer le sens de la causalité suspectée entre deux types de symptômes. Ici, comme dans beaucoup d'autres domaines en matière de troubles des apprentissages, il convient de garder à l'esprit le caractère multifactoriel des effets observés en clinique, même si les observations des chercheurs sont relativement univoques. (Biederman, Newcorn, Sprich, 1991. pp 564-577)

En résumé, la comorbidité entre trouble déficit de l'attention/hyperactivité et troubles des apprentissages est une réalité. Même s'il n'est pas possible d'affirmer le lien de causalité, la part des facteurs génétiques ou des conséquences psychopathologiques à l'origine de cette association, il est une fois de plus indispensable d'évaluer chez les enfants porteurs d'un trouble des apprentissages les compétences attentionnelles et le degré d'hyperactivité, ainsi que les autres symptômes psychopathologiques associés, afin d'en déduire les conséquences thérapeutiques.

2 - Un développement atypique du cerveau »

L'autre cause serait environnementale. Les troubles se développeraient plus facilement lorsque la stimulation parentale, l'environnement culturel et socio-économique seraient défaillants. Des recherches sont également en cours pour comprendre ce qu'il se passe durant la grossesse. Il semblerait qu'une ambiance hormonale à un moment précis favoriserait le développement des particularités cérébrales du dyslexique », explique le Docteur Michel Habib. Le cerveau du dyslexique intéresse particulièrement les scientifiques. Les enfants souffrant de troubles « dys » auraient « un développement atypique du cerveau ». Les compensations mises en place lors de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture participeraient à favoriser le développement de certaines zones du cerveau afin de suppléer aux parties déficientes. « **Trois types de dyslexie** » :

Les causes restent encore une source de recherche et d'attention particulière. « Environ 10% des enfants souffrent de troubles spécifiques des apprentissages. Un enfant dyslexique aura souvent des troubles associés. Nous pouvons parler de 'constellation dys', c'est-à-dire un ensemble d'unités en relation étroite, avec une cause commune qu'on ne connaît pas » (voir le tableau de la page suivante). Dysphasie, dyscalculie, dyschronie, dysorthographe, dyspraxie..., autant de troubles souvent liés à une dyslexie. Aujourd'hui, nous savons qu'il existe trois types de dyslexies : la dyslexie phonologique, où l'enfant parle mal dès le début et où il éprouve des difficultés à mettre ensemble les sons et les lettres.

La dyslexie visio-attentionnelle, où l'enfant parle bien et manie très tôt le lexique mais où il sera tout de même en difficulté au CP. Il aura du mal à traiter la succession de lettres en mot. Ces enfants présentent souvent des troubles de l'attention qui, dans les cas les plus graves s'apparentent à un TDAH (trouble déficit de l'attention hyperactivité).

Enfin, la dyslexie-dyspraxique, où l'enfant va présenter des troubles articulatoires, marchera tard... Pour lui, c'est surtout l'écriture qui le gênera plus que la lecture ». Pour chaque cas, un dépistage et des prises en charge adaptées peuvent être proposées.

Résodys, association créée en mai 2002, s'organise en réseau de soins afin de favoriser le dépistage et d'homogénéiser les connaissances sur les troubles des apprentissages. 6 pôles de proximité sont mis en place dans la région pour contribuer au diagnostic des troubles dys. Des équipes pluridisciplinaires établissent un dossier unique par patient. Elles proposent une évaluation des troubles et la mise en œuvre de la prise en charge de l'enfant. (Billard, Ducot, Pinton, 2006. pp 23-31)

3 - L'altération des fonctions exécutives

3-1- Modèle cognitif développemental de Sonuga-Barke (2005)

Ce modèle suggère que le déficit des fonctions exécutives peut être non seulement une résultante du TDA/H mais surtout un facteur déclenchant. Ainsi le déficit exécutif serait à la base de la symptomatologie du TDA/H qui, lui-même, dégrade les performances dans les tâches exécutives. En découle une diminution de l'expérimentation de ces tâches ce qui renforce alors le déficit exécutif et donc le TDA/H.

Sonuga et Barke (2005) avancent ainsi l'idée que le modèle à deux voies, avec d'un côté le déficit en fonctions exécutives, et de l'autre l'aversion de délai, induirait l'impulsivité chez les enfants TDA/H. (Birraux, 2001. p 68)

3-2- Les composantes des fonctions exécutives

Selon le DSM IV, les fonctions exécutives correspondent aux capacités de pensée abstraite, de planification, d'initiation et d'exécution des séquences d'action ainsi que le contrôle et l'arrêt d'un comportement complexe. On distingue généralement au moins huit composantes des fonctions exécutives, à savoir : la stratégie, la planification, le maintien de l'attention, la mémoire de travail, la flexibilité mentale, l'inhibition et le contrôle. Parmi celles-ci, l'attention et la mémoire sont considérées comme deux des fonctions exécutives jouant un rôle primordial dans les apprentissages. (Cantwell, Baker, 1991. pp 88-95)

3-3- Attention et mémoire : deux voies d'accès à l'apprentissage

L'attention et la mémoire se développent par étapes depuis le plus jeune âge avant de parvenir à maturité à l'adolescence. Chez la plupart des enfants, ces étapes de développement s'effectuent normalement sans intervention externe des parents ou des enseignants. Chez les enfants ayant un TDA/H l'attention et la mémoire ne sont développées que partiellement, ce qui rend plus ou moins inefficaces les efforts fournis pour acquérir de nouvelles connaissances.

3-3-1- L'attention

La fonction d'attention permet le maintien en activation du plan d'organisation d'une tâche jusqu'à sa réalisation complète. Allport (1989), note qu'elle joue un rôle important dans la mise en place de stratégies. Selon lui, les fonctions attentionnelles contribuent à la cohérence et à la continuité d'un comportement orienté vers un but, mais aussi à la flexibilité du comportement (stratégies alternatives). Ainsi ces fonctions jouent un rôle fondamental dans l'apprentissage. Plusieurs types d'attention sont décrits par les études américaines :

L'attention soutenue : elle permet à l'individu d'orienter intentionnellement son intérêt vers une ou plusieurs sources d'information et de le maintenir pendant une longue période, sans discontinuité. La vigilance est une composante de l'attention, elle requiert un état d'alerte continu de la part du sujet, sur de plus longues périodes de temps (plusieurs heures). Elle

régule le niveau d'éveil. Les sujets ayant un TDA/H auraient des difficultés à maintenir cette vigilance à un niveau optimal. (Diatkine, 1972. pp 37-47)

L'attention sélective permet de trier les informations dans le but de ne retenir et de ne traiter que celles qui sont pertinentes pour l'activité en cours. Cette attention nécessite l'inhibition des informations parasites et l'amplification des informations pertinentes. (Exemple : écouter le professeur sans tenir compte des bavardages de ses camarades).

L'orientation spatiale de l'attention en est une forme particulière. Elle permet d'orienter l'attention sur une zone définie dans l'espace. Elle peut être mise en jeu volontairement ou être déclenchée par un stimulus. Elle est étroitement liée à l'orientation du regard. Les sujets inattentifs ont des difficultés à se concentrer et à persévérer sur une tâche nécessitant une attention orientée sur des éléments particuliers à détecter. La division de l'attention intervient lorsque deux tâches sont effectuées de façon simultanée (exemple : écrire et écouter en même temps). L'attention divisée permet de partager une attention sélective entre deux ou plusieurs sources distinctes. La capacité d'attention divisée se retrouve fréquemment en contexte scolaire, lorsque l'enfant doit écouter l'enseignant tout en recopiant une phrase écrite au tableau. Lorsque l'attention divisée est acquise la copie s'effectue sans effort intentionnel. Les enfants TDA/H ne peuvent réaliser correctement une double tâche car la première parasitera systématiquement la seconde, et inversement. (Flagey, 1977. pp 471-492)

3-3-2- La mémoire

La mémoire joue également un rôle déterminant dans les apprentissages scolaires. Selon Larry Squire (1987) : « *L'apprentissage est le processus d'acquisition d'informations nouvelles alors que la mémoire concerne la persistance de l'apprentissage sous un état qui peut se manifester plus tard.* » Il n'est pas nécessaire qu'il y ait intention consciente d'apprendre, auquel cas on parle d'apprentissages implicites. Il existe plusieurs stades de fonctionnement de la mémoire : l'encodage, le stockage et la récupération.

L'encodage désigne le traitement des informations reçues en vue de leur stockage. Ce stade comporte l'acquisition (enregistrement des informations sensorielles et analyse) et la consolidation (création d'une représentation de plus en plus forte).

Le stockage permet de garder une trace permanente de l'information. Pour que le stockage d'information ait lieu il est indispensable qu'il y ait une attention dirigée vers le stimulus à mémoriser. De plus, les répétitions sont fondamentales et requièrent un certain délai optimal pour être efficaces. Le caractère nouveau, original, facilite la mise en mémoire, en focalisant l'attention sur le message qui est plus attractif. Enfin, la situation spatio-temporelle et affective ou le « contexte » dans lequel est prodiguée une connaissance renforce l'apprentissage intentionnel. Toutes ces modalités favorisent un stockage de bonne qualité.

La récupération est le rappel de l'information stockée qui permet sa représentation consciente ou l'exécution du comportement appris.

Il existe plusieurs types de mémoire, la mémoire à long, à moyen et à court terme, dite de travail. Nous allons nous intéresser à cette dernière. Il semblerait que la mémoire de travail soit un facteur commun à l'ensemble des fonctions exécutives. Elle permet non seulement le maintien et la manipulation des informations pertinentes pendant la tâche en cours (cognitive

ou motrice), mais aussi le maintien des buts, et des étapes de la planification. Elle est donc indispensable à la réalisation de tâches complexes. (Flagey, 1996. pp 29-37)

La mémoire de travail stocke un nombre d'informations limité et effectue des opérations mentales. Le contenu peut provenir des entrées sensorielles ou avoir été extrait de la mémoire à long terme. Dans les deux cas, elle contient des informations qui peuvent être manipulées et traitées. Chez les enfants TDA/H, la mémoire de travail est perturbée, du fait notamment du manque d'attention sélective et soutenue. En effet, il est plus difficile de garder en mémoire les informations lorsqu'elles ne sont ni sélectionnées de façon pertinente, ni organisées, en vue d'être traitées. Johnson et Richman (1999) montrent qu'il existe chez ces enfants un problème de mémoire spécifique. Les tests de mémoire peuvent aider à révéler si un enfant a des troubles d'apprentissage à cause de problèmes d'attention auditive (du fait de l'hyperactivité) ou à cause d'une difficulté de mémoire de rappel. Ils révèlent alors que malgré la médication (qui diminue les problèmes d'attention), les enfants gardent des difficultés mnésiques. Ainsi, le méthylphénidate peut améliorer l'attention chez les enfants hyperactifs, mais n'améliore pas leurs capacités mnésiques, ce qui a pour conséquences des difficultés d'apprentissage.

Michèle Mazeau, dans son ouvrage sur les troubles mnésiques de l'enfant (1997), note que les apprentissages scolaires intentionnels nécessitent un effort cognitif important. Les élèves doivent exercer un travail volontaire et spécifique dans le but de mettre en mémoire toutes les connaissances qui leur sont instruites en classe. Les enfants TDA/H dont la mémoire de travail est perturbée, doivent donc fournir davantage d'efforts cognitifs à l'école que les autres enfants.

Mazeau relève aussi que la capacité de mémorisation, nommée rétention, est proportionnelle à la pertinence et à la profondeur du traitement, à la stratégie du codage et aux efforts cognitifs mis en œuvre. Or, comme nous allons le voir, ces prérequis aux apprentissages font parfois défaut chez l'enfant TDA/H. (Flagey, 2002. p 195)

3-4- Les stratégies de résolution de problème :

Elles permettent l'évaluation et la mise en place de la meilleure et de la plus adaptée des solutions possibles en vue d'atteindre un but défini.

Chez les enfants TDA/H les stratégies de résolution de problème sont déficitaires. D'une part, leurs capacités insuffisantes de catégorisation, d'abstraction, et d'organisation spatio-temporelle des informations ne permettent pas la mise en place de stratégies d'observation efficaces. D'autre part, les stratégies d'élaboration qui permettent l'anticipation et la définition du problème à résoudre ne sont pas utilisées de façon optimale. Enfin, les stratégies de réponse qui impliquent d'examiner les conséquences des hypothèses émises, de les vérifier une fois produites, et éventuellement de mettre en place des solutions alternatives, sont également atteintes. (Touzin, Mouren-Simeoni, 2000. pp 176-183)

3-5- La planification

Elle permet l'organisation temporelle, séquentielle des différentes étapes nécessaires à la mise en place de la stratégie. C'est donc une fonction indispensable à la résolution de problème.

La planification se base sur des plans ou des schémas, acquis auparavant, et qui, lorsqu'ils sont stockés en mémoire, peuvent être réadaptés à une situation nouvelle. Le premier stade de la planification met en jeu des stratégies par essai-erreur. Puis, à force d'expérimentation, se mettent en place des règles d'action conduisant à la solution, et favorisant l'anticipation de la réponse à donner. La planification nécessite alors une bonne maîtrise de la notion de temps, or les enfants TDA/H ont des difficultés à estimer les durées temporelles et à se les représenter mentalement. Ils perçoivent le temps plus long que les autres enfants. D'autre part, ils présentent des difficultés à préparer une action à l'avance. En effet, cela nécessite de se projeter dans le temps, d'anticiper sur les objectifs à atteindre et de garder en mémoire les moyens qui pourront être utilisés pour la résolution de problème. Le TDA/H inscrit son action dans le présent comme si elle n'avait pas de passé ni d'avenir. (Willcutt, Pennington, 2000. pp 179-191)

3-6- La flexibilité mentale

La flexibilité mentale est la capacité à générer diverses hypothèses, à les manipuler et à les confronter (évaluer les risques et bénéfices de chacune) en vue de sélectionner la plus adaptée. Celle-ci est réduite chez les enfants TDA/H qui sont d'autant plus défavorisés que le temps d'évaluation qu'ils s'octroient avant l'émission d'une réponse, est insuffisant. De plus, leur tendance à persévérer dans leur raisonnement initial ne permet pas une adaptation aux variations environnementales. (Mises, 2001. p 109)

3-7- Inhibition, contrôle et délai de réflexion

3-7-1- L'absence de délai de réflexion

La désorganisation temporelle ne permet pas à l'enfant de fonctionner par étapes (travail séquentiel), ce qui engendre souvent une réalisation de la tâche précipitée et de mauvaise qualité. En effet, ils privilégient le processus simultané (stimuli perçus comme un tout) par rapport au processus séquentiel (stimuli intégrés en chaîne). Le travail scolaire qui exige un déroulement séquentiel de la pensée et; donc du raisonnement est alors presque impossible. Se surajoutent à cela les difficultés attentionnelles décrites précédemment, on comprend alors mieux à quel point il leur est difficile de finir leurs devoirs sans en oublier une partie ou de prendre en compte tous les éléments indispensables à la compréhension et la résolution du problème posé. De plus, cette absence de délai de réflexion ne permet pas l'inhibition des réponses spontanées ou en cours. Au niveau comportemental, cela s'illustre par de l'impulsivité et une hyperactivité, symptômes majeurs du TDA/H. Quant à l'inattention, elle résulterait d'un déficit de contrôle et de gestion des interférences, qui pourrait également expliquer l'hyperactivité. (Rose, 1994. pp 177-190)

3-7-2- Contrôle et gestion des interférences

Les enfants TDA/H présentent une grande sensibilité au contexte immédiat. La présence de sources d'interférence internes et externes dont l'inhibition est insuffisante, ainsi que leur difficulté de contrôle comportemental, les perturbent dans leurs activités. Il leur est difficile de manipuler et de stocker des informations en mémoire à court terme puisqu'ils n'inhibent pas les stimuli externes lors d'une réalisation de tâche. Par ailleurs, les enfants TDA/H présentent une capacité à s'autodistraindre par la présence d'une hyperactivité langagière, d'une agitation motrice ou par la présence de pensées parasites. Leur mémoire de travail est donc affectée, ce qui a un impact sur la capacité à pouvoir se représenter mentalement les informations. (Semrud-Clikeman, Biederman, 1992. pp 439-448)

De plus, leur incapacité à observer un modèle durant un temps minimum ne permet pas la prise d'informations ce qui induit des difficultés d'imitation de comportements nouveaux et complexes par l'observation d'autrui. Or l'imitation est un des processus les plus utilisés dans les apprentissages. Ainsi, l'absence du délai de réflexion, le déficit en contrôle et gestion des interférences expliqueraient l'ensemble de la triade symptomatique du TDA/H. (Shalev, Auerbach, 1995. pp 1261-1268)

3-7-3- Le rétrocontrôle

Il correspond à la capacité à vérifier ses performances et son comportement pendant ou en fin de tâche pour s'assurer que le but fixé est atteint. Chez les enfants TDA/H les rétrocontrôles ne sont pas effectués, ainsi, les erreurs ne sont pas repérées, l'autocorrection est donc impossible. (Standford, Hynd, 1994. pp 243-253)

Les fonctions exécutives définies ci-dessus interviennent dans plusieurs situations telles que : les nouvelles tâches, la recherche volontaire d'informations en mémoire, l'élaboration de nouvelles séquences de comportement, l'inhibition de réponses inappropriées, les doubles tâches, la détection et la correction des erreurs dans l'exécution d'un nouveau plan ou encore le maintien d'une attention soutenue sur une longue période.

Outre ce déficit dans les fonctions exécutives et l'aversion de délai vu précédemment, Sonuga et Barke relèvent une anomalie dans les circuits de récompense. (Stevenson, Langley, 2005. pp 1081-1088)

Conclusion

Même si ceci semble paradoxal avec le caractère spécifique des troubles des apprentissages, la littérature comme la réalité clinique nous montrent que les enfants en souffrant ont aussi fréquemment des troubles comportementaux ou émotionnels. Il peut s'agir de troubles externalisés, dont le plus fréquemment étudié est l'hyperactivité et le déficit d'attention. Il peut s'agir aussi de troubles internalisés, moins visibles, qu'il convient de rechercher. Nous ne sommes pas aujourd'hui en mesure de définir précisément la relation de causalité. Néanmoins, la possibilité de cette association doit être reconnue pour une prise en compte des deux types de troubles sans exclusion. Les approches abordant différemment le développement de l'enfant, l'un cognitif basé sur les neurosciences, l'autre psychique basé sur les modèles psychanalytiques, sont loin d'être incompatibles. Elles peuvent même, à condition que l'une n'exclue pas l'autre, permettre une prise en charge de l'enfant dans sa globalité et sa diversité tant au plan cognitif, qu'au plan de sa relation à son environnement.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP). **Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with language and learning disorders.** *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1998.
- AJURRIAGUERRA J DE. **À propos des troubles de l'apprentissage de la lecture ;** critiques méthodologiques. *Enfance* 1951.
- BERGER M, FERRANT A. **Le travail psychanalytique dans la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages.** *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2003.
- BERGES J, BERGÈS-BOUNES M, CLAMETTES-JEAN S. **Ce que nous apprenne les enfants qui n'apprennent pas.** Édition Erès, Paris, 2003.

- BIEDERMAN J, NEWCORN J, SPRICH SE. **Comorbidity of attention disorders.** *Am J Psychiatry* 1991.
- BILLARD C, DUCOT B, PINTON F, COSTE-ZEITOUN D, PICARD S, WARSZAWSKI J. **Validation de la BREV, Batterie clinique d'évaluation des fonctions cognitives, en comparaison à une batterie de référence, dans les troubles des apprentissages.** *Arch Fr Ped* 2006.
- BIRRAUX A. **Les troubles des fonctions cognitives** In : Psychopathologie de l'enfant. Edition Impress, Paris, 2001.
- CANTWELL DP, BAKER L. **Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders.** *J Learn Disabil* 1991.
- DIATKINE R. Conditions psychologiques nécessaires à l'apprentissage de la lecture. In : **La Dyslexie en question. Difficultés et échec d'apprentissage de la langue écrite.** STAMBAK M, VIAL M, DIATKINE R, PLAISANCE E (eds). Arnaud Colin 1972.
- FLAGEY D. L'évolution du concept de troubles instrumentaux. *Psychiatrie de l'enfant* 1977.
- FLAGEY D. **Les enfants à troubles instrumentaux : des sujets pour toutes les théories.** *Dialogue-Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille* 1996.
- FLAGEY D. **Mal à penser, mal à être. Troubles instrumentaux et pathologie narcissique.** Paris : Gallimard, 2002.
- TOUZIN M, MOUREN-SIMEONI MC. **Les troubles des apprentissages des enfants hyperactifs.** *Ann Psychiatr* 2000.
- WILLCUTT EG, PENNINGTON BF. **Comorbidity of Reading disability and Attention-Deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype.** *J Learn Disabil* 2000.
- MISES R. **L'exclusion de la psychopathologie. À leur tour les enfants dyslexiques.** *La Lettre de Psychiatrie Française* 2001.
- ROSE C. **Lecture, croyances, doute et fragilité.** Le « dilemme existentiel » des enfants non lecteurs. In : Les enfants hors du lire. PRÉNERON C, MELJAC C, NETCHINE PAÏDOS S (eds). Recherche Bayard éditions, Editions Inserm/CTNERHI, Paris, 1994.
- SEMRUD-CLIKEMAN M, BIEDERMAN J, SPRICH-BUCKMINSTER S, LEHAMAN BK, FARAONE SV, NORMAN D. **Comorbidity between ADDH and learning disability: a review and report in a clinically referred sample.** *J Am Acad of Child Psychol Psychiatry* 1992.
- SHALEV RS, AUERBACH J, GROSS-TSUR V. **Developmental dyscalculia, behavioral and attentional aspects: a research note.** *J Child Psychiat* 1995.
- STANDFORD LD, HYND GW. **Congruence of behavioral symptomatology in children with ADD/H, ADD/WO, and learning disabilities.** *J Learn Disabil* 1994.
- STEVENSON J, LANGLEY K, PAY H, PAYTON A, WORTHINGTON J, et coll. **Attention deficit hyperactivity disorder with reading disabilities: preliminary genetic findings on the involvement of the ADRA2A gene.** *J Child Psychol Psychiatry* 2005.

L'enfant et l'animal : prédateur ou protecteur ?

Journée d'étude Internationale (5 février 2019)

Intervenants (dans l'ordre de passage),

JACQUES BERLIOZ, Directeur de recherche au CNRS

UMR 8558, Centre de recherches historiques (Anthropologie historique du long Moyen Âge – AHLOMA, intégrant le Groupe d'anthropologie de l'Occident médiéval).

Contacts : jacques.berlioz@gmail.com

Conférence inaugurale. « Quelle est la place de l'animal au sein des croquemitaines du Moyen Âge et de la Renaissance ? »

Les croquemitaines du Moyen Âge et de la Renaissance, bien attestés, ont de multiples figures, souvent difficiles à définir. Cette communication voudrait présenter un panorama rapide de ces différents types de croquemitaines (du *barbo* à la main de *Cristal et Clarie*, XIII^e s.) en montrant quelle est l'importance de l'animal dans ces croyances imposées : petits loups d'Egbert de Liège, loups garous, etc.). En un mot replacer l'animal au sein des croquemitaines du Moyen Âge. Les croquemitaines, à l'égal pour le monde adulte des revenants et des multiples créatures diaboliques, devaient façonner l'esprit de l'enfant médiéval et de l'adulte qu'il devenait. La peur qui est l'un des fondements de la culture chrétienne médiévale se voyait prolonger au-delà de la première enfance, même si, tôt ou tard, l'enfant comprenait que les croquemitaines, animaux ou non, n'existaient pas.

Travaux de Jacques Berlioz sur les croquemitaines médiévaux

- « Masques et croquemitaines. À propos de l'expression 'Faire barbo' au Moyen Âge », dans *Croyances, récits et pratiques de tradition*, Mélanges Charles Joisten, Mélanges d'ethnologie, d'histoire et de linguistique en hommage à Charles Joisten (1936-1981), *Le Monde alpin et rhodanien*, 1-4, 1982, p. 221-234.

- en collaboration avec Danièle Alexandre-Bidon, « Le masque et la barbe. Figures du croquemitaine médiéval », dans *Les croquemitaines. Faire peur et éduquer*, *Le Monde alpin et rhodanien*, 2-4, 1998, p. 163-186.

- « Un Petit chaperon rouge médiéval ? 'La petite fille épargnée par les loups' dans la *Fecunda ratis* d'Egbert de Liège (début du XI^e siècle) », dans *Merveilles et contes*, Boulder, Colorado, vol. V, n° 2, December 1991, p. 246-263. –Trad. angl. « A Medieval 'Little Red Riding Hood', 'The Little Girl Spared by the Wolwes' in the *Fecunda ratis* of Egbert of Liège (early 11th Century) », dans *Medieval Folklore*, New York, 3, 1994 [paru en 1995], p. 39-66.

- « La Petite Robe rouge », dans J. Berlioz, Claude Bremond et Catherine Velay-Vallantin, dir., *Formes médiévales du conte merveilleux*, Paris : Stock, 1989 (coll. Stock/Moyen Age), p. 133-139.

- en collab. avec Marie Anne Polo de Beaulieu, « Les prédicateurs connaissaient-ils la notion de jeux éducatifs ? Enquête dans quelques collections de récits exemplaires (XIII^e-XV^e siècle) », dans *Ludica. Annali di storia e civiltà del gioco*, Trévise, Italie, 23, 2017, p. 109-126.

- *Les croquemitaines médiévaux*, ouvrage en préparation pour les Editions Arkhê, Paris.

ALESSANDRA SCACCUTO

Étudiante mastérienne (Master 2)

École Normale Supérieure de Paris ; 1 rue Maurice Arnoux, 92120 Montrouge, Campus ENS
Montrouge, Bâtiment B, Alessandra.Scaccuto@ens.fr**Callisto et Arcas : mère chasserresse et fils, prédateur et proie, proie et chasseur**

La chasserresse Callisto, après avoir enfanté Arcas, est métamorphosée en ourse et son enfant lui est enlevé. Quinze ans après, Arcas rencontre par hasard sa mère-ourse, et, effrayé, se prépare à tuer l'animal... Telle la version du mythe chez Ovide. En m'appuyant aussi sur les autres auteurs qui en parlent, j'aimerais me pencher sur une telle histoire, où une mère, privée de sa forme humaine et donc de la parole, mais gardant ses sentiments d'auparavant, retrouve son fils sans pouvoir se faire reconnaître. J'aimerais dégager les possibles enjeux du rapport entre mère et fils : le contact entre l'animal et le jeune, n'aboutit-il qu'au risque d'être réciproquement tué ? En effet, Callisto constitue un danger pour Arcas en tant qu'animal prédateur, tandis qu'Arcas est le potentiel meurtrier de cet animal, inconscient du matricide qu'il a failli commettre. L'interaction niée entre mère et fils se transforme ainsi en une rencontre redoutable entre un animal prédateur et un enfant chasseur.

MELISSA TIRELDoctorante en Archéologie, Université Rennes 2, Lahm, CREeAH UMR 6566.
12 rue Nicolas Appert 44100 Nantes Melissa.tirel60@gmail.fr

L'animal et les sépultures de jeunes enfants en Gaule romaine : dernier compagnon dans la tombe ou révélateur de la non-sépulture ?

En Gaule romaine, il n'est pas rare de mettre au jour dans les nécropoles des sépultures d'enfants en bas âge installées avec celles des adultes. Toutefois, les fouilles archéologiques de ces ensembles funéraires ont montré un déficit très important pour la classe d'âge des 0-4 ans qui devrait être très fortement représentée. Nous savons désormais qu'une partie de ce déficit peut s'expliquer par une localisation autre, puisque les très jeunes enfants étaient inhumés dans des contextes multiples (domestique, artisanat, public, zone de rejet, zone à l'abandon, etc.), de prime abord non-funéraires. Certaines de ces sépultures de nouveau-nés et de nourrissons, quel que soit le contexte de découverte, ont parfois été associées à un dépôt animalier (chiens, oiseaux, brebis, etc.), dans ou à proximité immédiate de la tombe. Ces dépôts, qui apparaissent le plus souvent sous la forme de restes osseux (hors consommation), semblent dans certains cas avoir fait l'objet de véritables sépultures.

Comment comprendre ces dépôts animaliers qui, pour beaucoup, accompagnent des défunts qui n'ont peu, voire pas vécu ? Faut-il les interpréter comme un dépôt intentionnel qui vise à protéger le défunt dans son dernier voyage ? Ou ces dépôts animaliers reflétaient-ils des pratiques funéraires pour les animaux et les jeunes enfants proches, traduisant ainsi la non-consideration des jeunes enfants par les vivants ?

CHLOE PLUCHON-RIERA

Doctorante à l'Université Grenoble Alpes (L.A.R.H.R.A.) sous la direction du Pr. Guillaume Cassegrain. Contact : chloe.pluchon@univ-grenoble-alpes.fr

Amical ou cruel ? La représentation du jeu entre enfants et animaux dans la peinture italienne de la Renaissance.

L'enfant et l'animal ont en commun l'amour du jeu. Une thématique qui, au cours de la Renaissance, va devenir grandissante, à la fois par le nombre de ses représentations et par l'espace pictural qui lui est réservé. Ces scènes divertissantes sont le reflet de l'importance nouvelle accordée aux enfants et aux animaux dans la peinture, mais plus largement dans la société grâce à l'influence de la pensée humaniste. L'enfant est particulièrement au cœur de ce mouvement qui a fait de l'éducation, selon toute logique, un domaine primordial, puisque d'elle dépend la bonne construction de l'homme humaniste.

Si son but est d'élever l'enfant au-dessus de l'animal, les représentations du jeu viennent remettre en question son succès, tant les deux figures y paraissent proches. Le jeu apparaît dès lors comme un point de bascule entre deux états. De compagnons de jeu, ils peuvent se transformer en une victime et son bourreau, ou bien faire passer l'enfant ou l'animal de protecteur à prédateur, transformant le jeu bienveillant en un jeu sadique, capable de brouiller les frontières entre l'homme et l'animal.

SARAH CREPIEUX DUYSCHÉ

Doctorante en histoire de l'art, Centre François-Georges Pariset, Université Bordeaux-Montaigne, 63 av. Victor Hugo, 33700 Mérignac.
sarah.crepieux@etu.u-bordeaux-montaigne.fr

L'animal familial dans le portrait d'enfant au siècle des Lumières : entre précepteur et métaphore du danger.

En France et en Angleterre au XVIII^e siècle, un nouveau regard porté sur l'enfance rend celle-ci digne d'être portraiturée. En témoigne le goût pour le thème de l'enfant avec un animal familial, peint par Greuze, Drouais ou encore Vigée Le Brun. Dans ces tableaux, les animaux sont l'image du bonheur domestique et de la nouvelle éducation où ils ont un rôle pédagogique. Ainsi, c'est aux chatons qu'incombe la découverte du rôle maternel des petites filles, et aux chiens celui d'apprendre aux garçonnets l'usage de l'autorité. L'animal symbolise aussi le danger des mauvais penchants alors prêtés à l'enfance, tels « l'incontrôlabilité », la paresse, la lubricité, ou la cruauté qu'ils peuvent faire endurer à leurs animaux. Dans d'autres tableaux, l'animal peut être la figuration zoomorphique des dangers que représente le monde des adultes face à la candeur de l'enfance. Ainsi le chien peut devenir une figure protectrice de la chasteté d'une enfant, ou l'oiseau, une métaphore de l'innocence perdue.

LAËTITIA NADAUD

Doctorante en études chinoises, école doctorale Bordeaux-Montaigne, thèse dirigée par M. Angel Pino, étudiante en anthropologie à l'université de Bordeaux. 16 rue de Caudéran, 3300 Bordeaux lae.nadaud@gmail.com

La petite fille qui murmurait à l'oreille des poneys. Quand les petites filles découvrent l'équitation.

Depuis les années 60, en France, à la suite de l'émergence d'une société de loisirs, la pratique de l'équitation qui auparavant était destinée aux hommes, a été progressivement adoptée par les plus jeunes. L'apparition de structures adaptées à l'enseignement aux plus jeunes, ainsi que d'un système fédéral reconnu internationalement, participa à une évolution du cavalier moyen qui correspond à une adolescente de 15 ans, devenant le fer de lance de la filière équestre française. Je montrerai alors pourquoi ces jeunes filles se tournent de plus en plus vers cette discipline, en portant mon attention sur les soins accordés à l'animal qui s'inscrivent dans un *continuum* de valeurs imposées par la société avec l'univers des poupées et des têtes à coiffer. Puis dans un deuxième temps, j'évoquerai l'idée d'une rupture avec la domination masculine, par la maîtrise d'une monture de 200 kilos, rompant avec le symbole de virilité que l'équitation revêt. Ce travail s'inscrit dans un travail anthropologique, avec un terrain situé à Bordeaux.

ABDELKADER BEHTANE

HDR en psychologie clinique et psychopathologie. Université 8 Mai 1945, Guelma (Algérie).
Mail : behtane.abdelkader@univ-guelma.dz; abehtc2i@gmail.com

L'animal comme vecteur de socialisation pour l'enfant

« *Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ? (...)*

– *C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « créer des liens...*

– *Créer des liens ?*

– *Bien sûr, dit le renard. Tu n'es encore pour moi qu'un petit garçon tout semblable à cent mille petits garçons. Et je n'ai pas besoin de toi. Et tu n'as pas besoin de moi non plus. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais, si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre.*

Tu seras pour moi unique au monde. Je serai pour toi unique au monde »

Saint-Exupéry, *Le petit prince*, 1943.

Le lien ambigu entre enfant et animal a inspiré pléthore d'histoires. Des recherches récentes montrent que l'animal comme l'enfant peuvent être à la fois prédateurs et protecteurs, maternant et frustrateur, père et mère. Elles insistent sur le lien privilégié entre enfant et animal : l'animal est à la fois le compagnon de vie et le confident mais il peut aussi être une source de danger pour l'enfant (morsures). Également, l'enfant peut faire du mal à son animal de compagnie. Au-delà de cette ambiguïté, nous nous interrogeons sur la relation privilégiée existant entre animal et enfant. Ainsi, on éduque un animal comme on éduque un enfant. Nous voyons que l'animal est perçu comme une part de nous-même, voire il est notre miroir, notre part cachée. Notre communication portera sur les bienfaits de la « médiation animale » au niveau du développement de l'enfant.

Mots-clés : *Relation enfant-animal, Médiation animale, Développement, Affection, Éducation.*

MURIELLE NAVARRO

Docteure en arts plastiques (théorie, pratique et histoire) à l'Université Bordeaux-Montaigne (laboratoire MICA) - Adresse internet : murielle.follot.navarro@outlook.fr
Sujet de thèse : Cannibalisme des récits populaires dans l'art, Histoires et portraits de famille

« En faim de conte », un Petit Chaperon rouge dévoré ou dévorant ?

Une variante orale du Petit Chaperon rouge nous invite à un repas *eucharistique* où le loup prédateur sacrifie la grand-mère pour sa petite fille, avant d'envisager de la dévorer à son tour. L'héroïne s'appropriera alors le pouvoir de procréer en ingérant symboliquement les organes *génésiques* de son aïeule. Ce conte cannibalique dissèque le destin biologique féminin par la représentation d'un loup miroir en nous renvoyant à trois générations de femmes.

Notre projet de communication se propose d'approcher ces relations complexes entre l'animal et l'enfant dans la portée psychanalytique et ethnologique de ce conte, en abordant les œuvres d'artistes qui ont revisité plastiquement cette histoire toujours à réinventer. Dévorer ou être dévoré ? Comment ce thème de la dévoration, avec ses problématiques ambivalentes de l'enfance, est-il imaginé aujourd'hui ? Comment mettre des images sur des mots, sur des maux ?

JEANNE-LISE PEPIN

Doctorante en Études Théâtrales, sous la direction de Sandrine Dubouilh
Université Bordeaux-Montaigne. EA 4593 CLARE (Centre ARTES)
24 rue Tour Carrée, 50100 Cherbourg-en-Cotentin. pepin.jannelise@gmail.com

Le loup et la petite fille dans la réécriture scénique du *Petit Chaperon rouge* par Joël Pommerat : la rencontre spectaculaire de deux solitudes

Cette communication aura pour but d'étudier le traitement narratif et scénique du personnage du loup dans *Le Petit Chaperon rouge* de la Compagnie Louis Brouillard. Ce spectacle a été créé en 2004 et a remporté en 2018 le Molière du Jeune public. Aujourd'hui encore, il poursuit sa tournée nationale et internationale.

Bien que la fin du conte soit ici - à double titre - positive, la petite fille et la grand-mère sont sauvées et le loup n'est pas condamné, la noirceur qui caractérise ce dernier n'est en rien éludée. Personnage complexe - manifestement seul comme l'est cette petite fille qui s'ennuie chez elle, il est dans un premier temps la joie d'une rencontre avec l'altérité, avant de rejoindre les attendus du conte, incarnant alors la figure d'un prédateur dont le désir et l'appétit ne peuvent être endigués.

Cette communication intégrera également la question de la réception de ce spectacle par de jeunes spectateurs. En effet, trois temps de rencontre d'une heure chacun ont été menés auprès de classes du cycle primaire (CE1/CE2 - CE2 et CE2/CM1) du département de l'Eure en novembre 2018, à la suite de la représentation du spectacle le 19 octobre 2018 au sein du Tangram (Scène Nationale Evreux-Louviers).