الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باجي مختار –عنابة –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس والأرطفونيا

فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي للتخفيف من صعوبات الممارسة النفسية لدى الأخصائي النفسي العيادي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (LMD) تخصص: علم النفس العيادي

الطالبة: سلامة نسرين

تحت اشراف البروفيسور: عاشوري صونيا

أمام لجنة المناقشة المكونة من:

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة	الجامعة	الصفة
بومنقار مراد	أستاذ التعليم العالي	جامعة باجي مختار –عنابة–	رئيسا
عاشوري صونيا	أستاذ التعليم العالي	جامعة باجي مختار –عنابة–	مشرفا ومقررا
بن إسماعيل رحيمة	أستاذ محاضر –أ–	جامعة باجي مختار –عنابة–	مشرفا ومقررا مساعد
فنتازي كريمة	أستاذ التعليم العالي	جامعة باجي مختار –عنابة–	عضوا مناقشا
بولهواش عمر	أستاذ التعليم العالي	جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة	عضوا مناقشا
دشاش نادية	أستاذ محاضر –أ–	جامعة 08 ماي 1945 قالمة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية 2023/2022

شكر وتقدير

﴿ ربّ أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين ﴾ (النمل 19)

فالشكر لله عز وجل أوّلا وأخرا، ظاهراً وباطناً على ما منّ به من عون وتوفيق في إتمام هذا العمل.

اللهم لا علم لنا إلاّ ما علّمتنا، إنّك العليم الحكيم، اللهم علّمنا ما ينفعنا وانفعنا بما علّمتنا وزدنا علماً.

وامتثالا لقوله صلى الله عليه وسلم "من لم يشكر النّاس لم يشكر الله عز وجلّ"

أتقدم بالشكر الجزيل والامتنان والعرفان إلى الأستاذة الدكتورة عاشوري صونيا لتفضّلها بالإشراف على هذا البحث وعلى صبرها، ولما بذلته من جهد في متابعة عملي وإمدادي بالتوجيهات والآراء السديدة التي كان لها عظيم الأثر في إكمال هذا البحث، فلها كل الشكر والتقدير وجزاها الله تعالى خيراً.

كما أتقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان للدكتورة الفاضلة بن إسماعيل، اعترافا بفضلها وخلقها وعلمها، وعلى ما قدّمت لي من اهتمام ونصح وتوجيه ودعم صادق، اسأل الله أن يبارك في وقتها وعلمها وأن يجزيه خير الجزاء.

كما أتقدم بالشكر لجميع الأساتذة الأفاضل والزملاء الأعزاء الذين قاموا بتحكيم أدوات الدراسة، وعلى ما قدموه من آراء وتوجيهات قيمة.

شكرا واهداء

إلى صاحب السيرة العطرة وصاحب الوجه الطيب، الذي كان لي سندا طيلة حياتي ولم يبخل عني شيئا، أول شخص نادانا باسم الدكتورة قبل أن أفكر في الدكتوراه، والدي العزيز حفظه الله ورعاه،

إلى من وضع المولى – سبحانه وتعالي– الجنة تحت أقدامها، التي ضحت كثيرا من أجلي، ولم تدخر جهدا في سبيل إسعادي على الدوام، والدتي الغالية،

إلى أخواتي وأخواني الأعزاء وأصدقائي على تشجيعهم وانتظارهم تخرجي وفرحتي بفارغ الصبر

فهرس المحتويات

الإهداء

الشكر والتقدير

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية

فهرس المحتويات.....أ

قائمة الجداول .....هـ

قائمة الأشكال .....

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي للدراسة.....1

مقدمة.....ط

إشكالية الدراسة..... 2

فرضيات الدراسة 13

التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة 14

أهداف الدراسة 15

أهمية الدراسة..... 16

الدراسات السابقة..... 17

الفصل الثاني: الممارسة النفسية.....37

تمهيد..... 38

1- علم النفس الإكلينيكي..... 39

1-1- لمحة عن تطور علم النفس الإكلينيكي..... 39

1-2- العوامل التي ساعدت في تطور علم النفس الإكلينيكي..... 43

1-3- تعريف علم النفس الإكلينيكي..... 45

1-4- المناحي العامة لتعريفات علم النفس الإكلينيكي..... 49
2- الممارسة النفسية..... 54
2-1- تعريف المرض النفسي 54
2-2- تعريف الممارسة النفسية 58
2-3- المصطلحات المتعلقة بالممارسة النفسية 59
2-4- خطوات الممارسة النفسية 66
2-5- وظائف الممارسة النفسية..... 82
2-6- المعايير الأخلاقية للممارسة الإكلينيكية 144
خلاصة الفصل الأول.....158
الفصل الثالث: الأخصائي النفسي العيادي.....159
1- تعريف الأخصائي النفسي العيادي.....160
2- مجالات عمل الأخصائي النفسي العيادي.....161
3- دور الأخصائي النفسي العيادي 165
4- سمات وخصائص الأخصائي النفسي.....193
5- أدوات جمع البيانات للأخصائي النفسي العيادي 196
الفصل الرابع: تكوين الأخصائي النفسي العيادي.....217
تمهيد.....218
1- تكوين الأخصائي النفسي العيادي في الدول الغربية 221
1-1- تكوين علم النفس العيادي في الولايات المتحدة الأمريكية 221
1-2- تكوين الأخصائي النفسي الإكلينيكي في انجلترا 225
1-3- إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي في فرنسا.....226
2- تكوين علم النفس العيادي في الجزائر 226
الفصل الخامس: صعوبات الممارسة النفسية.....238

تمهيد.....239
1- صعوبات الأخصائي النفسي المتعلقة بالجانب الشخصي 239
2- صعوبات تتعلق بدور الأخصائي النفسي العيادي 241
2-2- صعوبات تتعلق بتطبيق الاختبارات.....250
2-3- صعوبات التشخيص النفسي.....253
2-4- صعوبات العلاج النفسي 256
2-5- مشكلات التقرير 258
3- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بالبرامج التكوينية لعلم النفس الإكلينيكي.....259
3-1- تطور البرامج التكوينية.....261
3-2- صعوبات تتعلق بتكوين الأخصائي النفسي العيادي.....260
4- صعوبات تتعلق بتأثير شركات التأمين على الممارسة العيادية 263
5- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بعلاقة الأخصائي النفسي العيادي مع غيره 267
6- صعوبات تتعلق بالمؤسسات العلاجية 268
7- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بالمجتمع.....272
8- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بمدى احترام المعايير الأخلاقية 271
9-تحديات وصف الأدوية في علم النفس الإكلينيكي 274
الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة.....278
تمهيد.....279
1- الدراسة الاستطلاعية.....282
1-1- أداة الدراسة الاستطلاعية.....282
1-2- المنهج المستخدم في الدراسة 282
2- الدراسة الأساسية.....285

2-1- عينة الدراسة وكيفية اختيارها 285
2-2-حدود الدراسة الأساسية..... 299
2-3-أداة الدراسة..... 300
2-4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة..... 310
3-البرنامج المعرفي السلوكي..... 311
الفصل السابع: عرض وتحليل النتائج وفق فرضيات الدراسة 342
1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية الأولى..... 343
1-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى 360
1-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية..... 362
1-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة..... 365
2-عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية الثانية 380
2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى 380
2-2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية..... 384
2-3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة..... 386
الخاتمة 387
قائمة المراجع 387

قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
(01)	يوضح مسح الجمعية النفسية الأمريكية لتقييم نوع العلاج النفسي الي يمارسه أعضاءها من سنة 1960 إلى غاية 2010	127
(02)	يوضح النشاطات الإكلينيكية للأخصائي النفسي العيادي منذ 1995 – 2003	176
(03)	يوضح تصنيف الرتب التابعة للأسلاك النفسانيين للصحة العمومية	182
(04)	يوضح منهاج السنة الأولى جذع مشترك علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا	232
(05)	يوضح منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس	233
(06)	يوضح منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي	233
(07)	يوضح منهاج السنة الرابعة تخصص علم النفس العيادي	234
(08)	يوضح منهاج السنة الأولى ميدان علوم إنسانية واجتماعية	235
(09)	يوضح منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس	235
(10)	يوضح منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي:	236
(11)	يوضح محاور استبيان صعوبات الممارسة النفسية وأبعاده وعدد الفقرات	282
(12)	يمثل توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	286
(13)	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن	287
(14)	يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المؤهل العلمي	288

(15)	يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية	289
(16)	يمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الخبرة	290
(17)	يمثل خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير النظام	291
(18)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير شهادة الباكالوريا	291
(19)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير معدل الباكالوريا	291
(20)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب التربص	292
(21)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان التربص	292
(22)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة التربص	293
(23)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير ساعات العمل	294
(24)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير التوجه النظري	294
(25)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير نوعية الحالات	295
(26)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير مكان العمل	295
(27)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير التوظيف	297
(28)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الخبرة قبل التوظيف	298
(29)	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الرتبة الحالية	298
(30)	يوضح خصائص أفراد المجموعة التجريبية والضابطة حسب العمر والخبرة المهنية والدرجة العلمية والحالات	299
(31)	يوضح محاور أداة الدراسة والعبارات الإيجابية والسلبية	304
(32)	يوضح درجة ارتباط كل محور من محاور أداة الدراسة بالدرجة الكلية	305
(33)	يوضح درجة ارتباط كل بند من بنود المقياس مع المحور الذي ينتمي إليه ومع الدرجة الكلية	307
(34)	يوضح معاملات الصدق الذاتي لأداة الدراسة	309
(35)	يوضح معاملات الثبات بطريقة معامل الارتباط ألفا والتجزئة النصفية لأداة الدراسة	311
(36)	يوضح تعديل البرنامج حسب أراء المحكمين	324

(37)	يوضح مراحل البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة	326
(38)	يوضح جلسات البرنامج	333
(39)	يوضح استمارة تقييم البرنامج	339
(40)	يوضح نتائج المقابلة حول صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب الشخصي	345
(41)	يوضح صعوبات الأخصائي النفسي العيادي حسب الفئات العمرية	349
(42)	يوضح المشكلات التي يتعامل معها الأخصائي النفسي بسهولة	349
(43)	يوضح المشكلات التي يتعامل معها الأخصائي النفسي بصعوبة	350
(44)	يوضح صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بعلاقته مع فريق العمل	350
(45)	يوضح صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بعلاقته مع عائلة المفحوص	351
(46)	يوضح نظرة المجتمع للممارسة العيادية	351
(47)	يوضح صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالتكوين الجامعي	353
(48)	يوضح أسباب عدم فعالية التكوين الجامعي	354
(49)	يوضح مدى وجود التكوين الخارجي لدي أفراد العينة	354
(50)	يوضح التقنيات التي يستخدمها أفراد العينة	355

(51)	**يوضح توزيع مهام أفراد العينة حسب مكان العمل**	356
(52)	**يوضح صعوبات أفراد العينة التي تتعلق بالمهام**	356
(53)	**يوضح صعوبات أفراد العينة التي تتعلق بالإمكانيات**	357
(54)	**يوضح نتائج المحور الأول لأداة الدراسة**	الملاحق
(55)	**يوضح نتائج المحور الثاني لأداة الدراسة**	الملاحق
(56)	**يوضح نتائج المحور الثالث لأداة الدراسة**	الملاحق
(57)	**يوضح مهام الأخصائي النفسي الذي يعمل في المستشفى حسب المدة**	375
(58)	**مهام الأخصائي النفسي الذي يعمل في المراكز البيداغوجية حسب المدة**	376
(59)	**يوضح قياس الفروق للمحور الأول بين القياس القبلي والبعدي للعينة**	381
(60)	**اختبار ت لحساب الفروق في المحور الثاني القياس القبلي والبعدي للعينة**	385
(61)	**اختبار ت لحساب الفروق في المحور الثالث القياس القبلي والبعدي للعينة**	387

الملخص:

عنوان الدراسة: فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي للتخفيف من صعوبات الممارسة النفسية لدى الاخصائي النفسي العيادي

أهداف الدراسة: تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق هدف رئيسي هو: إعداد برنامج معرفي سلوكي لمساعدة الأخصائيين النفسيين العياديين على مواجهة صعوبات الممارسة النفسية، يستند إلى فنيات وأساليب العلاج المعرفي السلوكي ومنهج التدريب التحصيني ضد الضغوط لماكينبوم، وذلك من خلال التعرف على أهم الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي العيادي أثناء ممارسته العيادية، تم الكشف عن فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي من خلال تطبيقه على عينة من الأخصائيين النفسيين العاملين في بعص المراكز البيداغوجية بولاية عنابة.

منهج الدراسة: استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وذلك بتصميم المجموعتين المتكافئتين باختبار قبلي وبعدي، ولمعرفة أثر المتغير التجريبي لهذه الدراسة (برنامج معرفي سلوكي) قامت الباحثة بضبط جميع المتغيرات التي لا تريد دراسة أثرها غير المتغير المستقل وذلك بالمزاوجة بين الأفراد على المتغيرات المراد ضبطها وهي (السن، الخبرة المهنية، الدرجة العلمية، الحالات) وتعيينهم بشكل عشوائي أحدهما في المجموعة الضابطة والآخر إلى المجموعة التجريبية.

كما تم إجراء القياس القبلي بتطبيق استبيان الدراسة "استبيان صعوبات الممارسة النفسية"، ثم طبق البرنامج على المجموعة التجريبية، وثم القياس البعدي عند الانتهاء من تطبيق البرنامج.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 30 أخصائي نفسي عيادي، تم اختيارهم بطريقة قصدية لغرض الدراسة، أما عينة التجربة فقد تكونت من جمع الأخصائيين النفسيين الذين تحصلوا على درجات مرتفعة في استبيان صعوبات الممارسة النفسية، وكان عددهم 14 أخصائي نفسي، وقد تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية وأخري ضابطة.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة الأدوات التالية في الدراسة:

- المقابلة

- استبيان صعوبات الممارسة النفسية: من اعداد الباحثة.
- برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي: من اعداد الباحثة.

وقد جري التحقق من صلاحية الأدوات المستخدمة في الدراسة قبل التطبيق النهائي لها من حيث صدقها وثباتها، وتم اجراء التعديلات الضرورية على الصورة الأولية منها.

نتائج الدراسة:

- يعاني الأخصائي النفسي العيادي في الجزائر من عدة صعوبات ترجع إما لجانبه الشخصي (تأثير ذاتية الأخصائي العيادي على ممارسته العيادية، عدم اتباعه للطريقة العلمية المنهجية واغفال دوره في البحث العلمي بالإضافة إلى التشخيص والعلاج، وعدم توظيف علم النفس في الحياة اليومية...) أو ترجع إلى الجانب العلائقي (علاقته مع أسرة العميل، ومع المجتمع حيث مازالت صورة الأخصائي النفسي غامضة في المجتمع الجزائري ودوره مزال غير واضح، علاقته مع زملاء المهنة خاصة الأطباء والأطباء النفسيين ...) كما ترجع إلى الجانب المهني من توفر الإمكانيات والوسائل الضرورية للممارسة العيادية، وعدم كفاية التكوين والتربص الميداني والتي تؤدي بالأخصائي إلى عدم قدرته على القيام بمهامه الأساسية بكفاءة (تشخيص، الفحص، العلاج)
- التحقق من فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في مساعدة الأخصائي النفسي على مواجهة صعوباته اثناء الممارسة النفسية، حيث لاحظنا أثر المهارات المطبقة في البرنامج (مهارة الاسترخاء، مهارة حل المشكلات، مهارة إدارة الوقت، مهارة الاتصال، مهارة التدريب على الحوار الداخلي الإيجابي) على تخفيف الضغط النفسي لدي الأخصائي النفسي ومساعدته على تغير الأفكار السلبية وزيادة ثقته بنفسه، وتحديد مهامه بدقة ومعرفة مشكلاته ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة لها.

Abstract

Objectives of the study: The present study seeks to achieve a key objective: to develop a behavioral cognitive program to help clinic psychologists cope with the difficulties of psychological practice, based on techniques and methods of CBT and the immunization training approach against pressures of Mckienbaum. This is done by identifying the main difficulties faced by the clinic psychologist during his practice. The effectiveness of the cognitive behavioral program was revealed by applying it to a sample of psychologists working in the pedagogical centers of Annaba state.

Study approach: The researcher used the experimental approach by designing two equal groups with a pre-post test. To determine the impact of the experimental variable of this study (the cognitive behavioral program), the researcher adjusted all variables that did not want to study their effect, except the independent variable, by mating individuals on the variables to be adjusted (age, professional experience, degree, cases) and randomly distributing them to the control group and the experimental group.

The pre-measurement was also carried out by applying the study questionnaire "Psychological Practice Difficulties Questionnaire", and then the program was applied to the experimental group. After that, the post-measurement was carried out after the completion of the program.

Study sample: The study sample consisted of 40 clinical psychologists, who were chosen intentionally for the study. The experiment sample

consisted of all psychologists with high scores in the psychological practice difficulties questionnaire, numbering 14 psychologists, who were evenly divided into two groups, one experimental and one control.

Study tools: The researcher used the following tools in the study:

Psychosocial difficulties questionnaire: made by the researcher.

Behavioral cognitive program: made by the researcher.

The validity of the tools used in the study was verified before their final application in terms of validity and reliability, and the necessary adjustments were made to the initial form.

Results of the study:

- The clinical psychologist in Algeria suffers from several difficulties due either to his personal side (the subjective impact of the clinic specialist on his practice, his failure to follow the systematic scientific method, his disregard for his role in scientific research as well as diagnosis and treatment, and the non-use of psychology in daily life...) or go back to the relational aspect (his relationship with the client's family, with the community where the image of the psychologist remains unclear in Algerian society, and his relationship with colleagues, especially doctors and psychiatrists...). It is also due to the professional aspect, mainly the availability of the necessary possibilities and means of practice, field insufficient training which leads to the specialist's inability to perform his basic functions efficiently (diagnosis, examination, and treatment).

– Verification of the effectiveness of the CBP in helping the psychologist to cope with his difficulties during psychological practice, as we noted the impact of the skills applied in the program (relaxation skills, problem-solving skills, time management skills, communication skills, training skills for positive internal dialogue) on relieving the psychologist's psychological pressure and helping him change negative thoughts and increase his confidence, as well as accurately define his tasks, know his problems, and try to find appropriate solutions to them.

مقدمة

إنّ تعقيدات الحياة العصرية والتنمية الاقتصادية وتعارض القيم الاجتماعية والعولمة وسائل الإعلام والتطور التكنولوجي، وكل ذلك نتج عنه الكثير من الضغوط والاضطرابات النفسية الحادة، حيث انتشرت العديد من الأمراض النفسية والانفعالية ووصف القرن العشرين بأنه عصر القلق والاكتئاب، فرغم التقدم الهائل في جميع مجالات الحياة والتي وفر للإنسان المعاصر طرق ووسائل حديثة سخرت لمساعدته، إلا أن هذا التقدم لم يواكبه وبنفس القدر درجة الراحة والأمان والسكينة النفسية، وقد عرفت هذه المشكلة بين المفكرين والعلماء بأزمة الإنسان المعاصر، وتتمثل هذه الأزمة في أن التقدم في الجانب المادي لم يواكب وبنفس الدرجة التقدم في الجانب النفسي.

فقد أكدت العديد من الدراسات أن السبب الأول لانتشار مثل هذه المشكلات يتمثل في الحروب التي تترك وراءها مشكلات وأزمات نفسية واجتماعية تؤدي إلى ارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية لدى الأسر، وقد وجد "**مارش** 1991" أن معظم الصفات التي يخبرها الأفراد عقب صدمة الحرب تتمثل في الأذى البدني وفقدان السند والعزيز، والأعمال الوحشية التي يتعرضون لها، والتعرض للموت البشع وكل هذه الأشياء وغيرها تترك ترسبات نفسية تتفاعل وتقود إلى العديد من الاضطرابات.(غانم، 2004، صفحة 12)

ومن بين تلك الدراسات نجد في العالم الغربي، دراسة مسحية على خمسة ألاف أمريكي وجد أن 4 %منهم كانوا يعانون من الإضراب المزمن، و11% يشعرون بالاكتئاب النفسي، و19% تملكهم المخاوف من الانهيار العصبي بين لحظة وأخرى، و23% صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل أخصائيين نفسانيين، أما نسبة الذهان فهي تصل إلى أكثر من 1% في المجتمع، والنساء أكثر عرضة من الرجال للإصابة بالأمراض النفسية، وكبار السن يرتفعون أيضا مقارنة مع صغار السن إلى جوانب معينة من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب وفقدان الأمل واليأس. (غانم، 2004، صفحة 14)

وبالنسبة للوطن العربي والجزائر بصفة خاصة، فقد أكدت دراسات عديدة من انتشار العديد من الاضطرابات والمشاكل النفسية، فقد نشرت جريدة الوطن نتائج تحصلت عليها من اللجنة الوطنية البيداغوجية للطب العقلي تشير إلى أن هناك 1 % يعانون من الفصام، و40 % يعانون من اضطرابات نفسية محصورة بين الفصام البسيط مرورا بالاضطرابات القطبية والثنائية والاكتئاب، ونسبة 15 % من الشباب يتعاطون

المخدرات و10000 محاولة انتحار في السنة، كل هذه الإحصائيات تدق ناقوس الخطر لتدخل نفسي متخصص عاجل. (الخنفي، 1988)

وعلى الرغم من الانتشار الكبير للاضطرابات النفسية والعقلية إلا أن معظم أفراد المجتمع الجزائري يعارضون عن طلب المساعدة من طرف الأخصائي النفسي خوفا من المجتمع (سخريته وتعييره)، ويفضلون التستر وإخفاء العجز والضعف عن هذا المجتمع، فلا يلجأ الفرد لطلب العلاج النفسي إلا في الحالات المستعصية، إلا أن حماية الذات والبحث عن تحقيق الصحة النفسية مطلب طبيعي وحياتي يجب أن يقوم به الإنسان العادي دوريا، تبعا للتغير الحاصل في الواقع وضرورة الوقاية من الأمراض النفسية، حيث نجد معظم المضطربين يلجؤون إلى العلاج التقليدي والعلاج بالأعشاب الطبيعية، وهناك من مزال يعتمد على طرق السحر والشعوذة لحل مشاكلهم النفسية والاجتماعية. فالمشكلات الحياتية يمكن التعامل معها كالمشكلات الطبية التي تتعالج بالدواء أو الحقن، إلا أن التعامل مع الاضطرابات والمشكلات النفسية والانفعالية عمل شاق ومعقد، وصارت الحاجة إلى الثقافة النفسية الإكلينيكية ضرورة حتمية لتجنب الوقوع بالمشكلات النفسية والسلوكية والانفعالية.

لهذا يعتبر علم النفس ضروري للتقدم في المجتمعات، ولقد لوحظ أن نشأة علم النفس في العالم العربي لم تكن من تاريخيه وأصوله بل بدأ بتقليد العالم الغربي، فقد أكد "**خليفة**" 1984 في أن البحث في علم النفس ومختلف الفروع التخصصية له لم ينشأ بالآليات والوسائل العلمية مثلما حصل في التاريخ الغربي بفعل عملية تاريخية ذاتية. موصولة بصيرورة في النظر إلى هذه الظواهر ضمن سياق تطور الأفكار والعلوم وتطور المجتمعات، أما بالنسبة للعالم العربي فقد نشأ في سياق عملية تقليد أفرزتها متغيرات خارجية وافدة. ولكن لابد أن نشير رغم أن نشأة علم النفس وفروعه من أصول العلم الغربي، إلا أن العرب ساهم بعد ذلك بالاهتمام بعلم النفس في مجالات محددة مثل "**أحرشاه**" في المغرب ودوره الرائد في تأسيس علم النفس المعرفي، و"**مصطفى صفوان وزيغور** ودورهما في التحليل النفسي. و**فؤاد أبو حطب والكيلاني و**"**عدس وتوق**" في علم النفس التربوي، و"**الخطيب**" في علم النفس الفئات الخاصة، و**فتحي** في رعاية الموهوبين، حيت نشرت العديد من الدراسات والكتب والمقالات النفسية في نهاية القرن التاسع عشر. (غانم، 2004، صفحة 52)

كما اهتمت الجزائر بعلم النفس حيث أنشأت عدة وحدات مختصة في الطب النفسي مثل المركز الصحي البيداغوجي بالجزائر العاصمة 1976، ومصلحة الرعاية النفسية للأطفال المتأخرين دراسيا بالبليدة سنة 1982. أما بالنسبة للمستوى التنظيمي فقد عانى علم النفس من التهميش لسنوات طويلة نتيجة عدم وجود إطار قانوني وتنظيمي ينظمه ويسيره، وهذا ما جعله لا يحظى بالقبول لدى غالبية أفراد المجتمع.

إلا بداية التسعينات صدر القرار رقم 111-91 المؤرخ 27 أفريل 1991 المتعلق بتنظيم مهنة الأخصائي النفسي والتكوين فيها وكيفية الالتحاق بها. حيث بدأ الاهتمام بعلم النفس خاصة في ظل الظروف الاستثنائية والأمنية التي شهدتها الجزائر آنذاك. إلا أن النشاط البحثي المتعلق بعلم النفس فقد كان قليلا حيث اقتصر على عدد قليل من الباحثين أمثال الأستاذ "**خالد بن ميلود**"، "**محفوظ بوسبسي**"، "**سامية بن نونيش**"، حيث كان أغلبهم ممارسين عياديين، فعلم النفس أنداك لم يكن منتشر بشكل كبير في الجامعة الجزائرية.(محمود س.، 2014)

وفي كل هذه التغيرات وما يواكبها من حركية متجددة على جميع الأصعدة فإن مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي تتأثر أكثر فأكثر بذلك، فالتغير السريع الذي يخضع له المجتمع الجزائري، وما يصاحبه من هزات اجتماعية أثر بطبيعة الحال على نفسيات الأفراد، فهذه المهنة تفرض وجودها بشكل كبير، فالحاجة إلى وجود الخدمات النفسية المخصصة أصبحت ضرورة ملحة تفرضها هذه التغيرات.

وحاليا يتوجه الآلاف من الطلبة الجزائريين الحاصلين على شهادة البكالوريا إلى الجامعات لدراسة تخصصات مختلفة، لعدة أهداف ولعل أهمها الحصول على وظيفة في نهاية المشوار الدراسي، ومن هذه التخصصات نجد علم النفس بجميع فروعه، ويعتبر علم النفس الإكلينيكي فرع من فروع علم النفس الحديثة التي تدرس النفس البشرية في جوانبها السوية وغير السوية، الذي يطمح دارسيه بأن يصبح ممارسا إكلينيكيا في المستقبل سواء في المؤسسات الخاصة أو المؤسسات الحكومية، هذه المهنة التي تكون في البداية حلم كل طالب لما يدرس أو يسمع عنها من أنها مهنة نبيلة وإنسانية بالدرجة الأولى، لكن بعد التوظيف يجد الإكلينيكي الممارس نفسه أمام العديد من التحديات التي يجدها في الميدان من عدم الرضا والقناعة لما يقدمه أو عدم التكيف مع متطلبات الوظيفة، حيث تواجه العديد من الصعوبات التي تحول دون تحقيق جودة الممارسة النفسية التي يطمح لها الجميع.

وسنطرح في دراستنا الحالية صعوبات الأخصائي النفسي الإكلينيكي أثناء مهامه سواء تتعلق بالجانب الشخصي للأخصائي أو تتعلق بالجانب العلائقي أو الجانب المهني المؤسساتي. كما حاولنا بناء برنامج معرفي سلوكي يحتوي على مجموعة من المهارات والتقنيات التي تساعد الأخصائي النفسي على مواجهة صعوباته أثناء ممارسته العيادية.

ولقد تضمنت الدراسة جانبين: الجانب النظري وضم: خمسة فصول وذلك على النحو التالي:

الفصل الأول بعنوان: الإطار المفاهيمي للدراسة: تم تخصيص هذا الفصل بالتعريف بموضوع الدراسة من خلال طرح الإشكالية، وبيان أهمية وأهداف الدراسة، وضبط متغيراتها، وكذا عرض الدراسات السابقة العربية، التي أتيح للباحثة الاطلاع عليها والمتعلقة بموضوع الممارسة النفسية وصعوباتها، بالإضافة إلى لعرض بعض الدراسات التجريبية التي اهتمت بإعداد البرامج المعرفية السلوكية، تم التعليق على هذه الدراسات وتوضيح ما استفادت الباحثة منها، ثم التعريف بمصطلحات الدراسة وتوضيح حدودها.

الفصل الثاني بعنوان: الممارسة النفسية: تم التطرق فيه لموضوع الممارسة النفسية بدأ بعرض لمحة عن تتطور علم النفس العيادي، واستعراض أهم التعاريف المقترحة لعلم النفس العيادي، ثم تقديم تعريف الممارسة النفسية، وخطواتها بالإضافة إلى وظائف الممارسة النفسية وفي نهاية الفصل تم تقديم لمحة عن أهم المعايير الأخلاقية الضرورية للممارسة النفسية.

الفصل الثالث بعنوان الأخصائي النفسي العيادي: يتعلق بالأخصائي النفسي العيادي وتعريفه وأهم الصفات والخصائص التي عليه التحلي بها، تم توضيح تكوين وإعداد الأخصائي النفسي، بالإضافة إلى ذكر أهم المجالات التي يعمل بها الأخصائي النفسي، ودوره حسب التشريع الجزائري، وأخيرا أهم الأدوات والوسائل التي يستخدمها الأخصائي النفسي في جمع البيانات.

والفصل الرابع بعنوان: تكوين الأخصائي النفسي العيادي حيث تم تقسيمه إلى تكوين الأخصائي النفسي في الدول الأوربية وتكوين الأخصائي النفسي في الجزائر حتى يتسني المقارنة بينهما.

والفصل الخامس صعوبات الممارسة النفسية: حيث تم فيه تلخيص أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي سواء كانت تتعلق بالجانب الشخصي للأخصائي أو الجانب العلائقي أو الجانب المهني.

أما بالنسبة للجانب التطبيقي فقد ضم فصلين:

وكان **الفصل السادس بعنوان الإجراءات المنهجية للدراسة:** وتضمن المنهج المتبع، ووصف مجتمع الدراسة والعينة، ثم الأدوات المستخدمة والمتمثلة في أدوات جمع البيانات وآلية التحقق من صلاحيتها للتطبيق، وتم وضع عنصر خاص بالبرنامج المعرفي السلوكي تعريفه وتوضيح إطاره النظري، وذكر أهم المصادر التي اعتمد عليها، وكذا توضيح أهداف البرنامج وشروطه وحدوده، كما تم عرض الفنيات المستخدمة في البرنامج، وعرض جلسات البرنامج وتقييمه، وفي نهاية الفصل تم عرض الخطوات المتبعة لتطبيق البرنامج وإجراءاته، والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها من أجل التحقق من صحة فروض الدراسة.

أم بالنسبة **للفصل السابع بعنوان: عرض النتائج وتحليلها:** والأخير تم فيه عرض مفصل لنتائج الدراسة وتفسيرها ومناقشتها على ضوء تساؤلات الدراسة وفرضياتها. بالإضافة إلى عرض نتائج الدراسة وفق الدراسات السابقة.

خاتمة

توصيات الدراسة

قائمة المراجع

الفصل الأول:

الإطار المفاهيمي للدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- أهمية الدراسة

6- الدراسات السابقة

1. إشكالية الدراسة:

إن تطور المجتمع مهما كان يعتمد أساسا على قدرة أفراده ورغبتهم في التطور ومواكبة المجتمعات المتقدمة، وفى حرصهم الدائم على إعلاء راية وطنهم ومكانته وتحسين تطوير مستوى أفراده في جميع المجالات الاقتصادية والعلمية والثقافية والنفسية، حيث يعد المجال الصحي وخاصة الميدان النفسي في عصرنا الحالي من أهم المؤشرات الدالة على سلامة المجتمع، فالتقدم العلمي والتكنولوجي الذي يشهده المجتمع في الألفية الثالثة جعل قضايا علم النفس تحتل الريادة، وأصبح تدريس علم النفس مطلبا أساسيا يلبي حاجيات المجتمعات وخاصة منها المعرفية والتنموية، وتكمل أهمية علم النفس في كونه يرتبط ارتباطا وثيقا بعملية الاستثمار في الإنسان، حيث يؤكد **ميخائيل البيطار** أن قيمة علم النفس تبدو واضحة من خلال الأثر الذي يحدثه في مختلف مجالات الحياة من الدراسة إلى الصناعة، الوظيفة، اختيار المهن، خلق جو مريح في العمل، التعامل مع المجتمع، تفهم الطبيعة البشرية... (كربوش، 2014)

فظهرت تخصصات علم النفس في العديد من المجالات (السياسية القانونية والاجتماعية والتربوية والاقتصادية والعسكرية والطبية) بحيث كل تخصص يهتم بمجال معين. ويعتبر علم النفس الإكلينيكي من أهم التخصصات في علم النفس الذي يهدف إلى فهم الاضطرابات النفسية وعلاجها، والوصول بالفرد إلى التوافق العام، وهذا يتوقف طبعا على كفاءة الأخصائي النفسي العيادي في جعل المريض يتكيف مع مرضه ويتقبل العلاج المناسب ويستطيع التغلب على المشكلات التي يواجهها.

فعلم النفس الإكلينيكي عرف تطورا كبيرا، و أصبح ميدانا مهنيا واسعا، باتساع مجالات الممارسة العيادية في الآونة الأخيرة، فأصبحت تضم العلاج النفسي والتشخيص والتقييم والتدريس والإشراف الإكلينيكي والبحث والتأليف وتقديم الاستشارات والإدارة، ولقد واصل منذ فترة السبعينات من القرن العشرين مسيرة تقدمه وتطوره إلى أن أصبح مهنة قوية ومجالا للدراسة الأكاديمية، وعلى الرغم من العدد الفعلي لأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين لايزال العدد الحقيقي غير معروف بالتحديد، إلا أن التقديرات تشير إلى أن عددهم في الولايات المتحدة الأمريكية مثلا ارتفع من 20000 ألف إلى 63000 ألف أخصائي نفساني عيادي وذلك من الفترة ما بين (1974- 1990) ولقد استمر الأخصائيين النفسانيين العياديين في عملهم باعتبارهم خبراء في مجال التقييم والعلاج النفسي. (كامل، 2010، صفحة 122)

فقد ظهرا حدثان مهمان ساهما في تطور علم النفس الإكلينيكي مهنيا، أولهما كان تأسيس الرابطة النفسية الأمريكية (APA) عام 1892، وتنصيب "**ج. ستانلي هول**" (G. Stanly hall) أول رئيس لها، والحدث الثاني تمثل في افتتاح أول عيادة نفسية في جامعة (بنسلفانيا) على يد عالم النفس الإكلينيكي "**لاينتر ويتمر**"(Lightner Witmer) عام 1896، وقد اهتمت هذه العيادة بعلاج الأطفال الذين يواجهون صعوبات في التعلم، أو الذين يبدون سلوكا مشاكسا في المدرسة، فقد أثرت مجهودات **ويتمر** تأثيرا كبيرا على تطور علم النفس الإكلينيكي فهو الذي أطلق على هذا الميدان اسم علم النفس الإكلينيكي، وأول من درس مساقات جامعية مختصة في علم النفس الإكلينيكي. (داوود، 2017، صفحة 97)

ولقد ظهر تطور علم النفس الإكلينيكي جليا بعد الحرب العالمية الثانية بسبب كثرة المصابين بالاضطرابات النفسية والانفعالية والصدمات العصبية، حيث قام الأخصائيون النفسيون بدور كبير في حل مشاكل هؤلاء الجنود المصابين، مما أدى إلى زيادة الحاجة إلى تخصص علم النفس والمتخصصين في علم النفس الإكلينيكي خصوصا حسب مهارتهم، حيث عرفت مهنة الأخصائي النفسي تقدم مهني سريع ومن أهم دلائله صدور مجلة الأخصائي النفسي الأمريكي عام 1946، ثم صدور قانون للمصادقة على الأخصائيين النفسيين عام 1949، كما تم تأسيس المجلس الأمريكي للمتخصصين في علم النفس المهني**ABEPP** الذي يضمن الكفاءة المهنية للأخصائيين الإكلينيكيين الذين يحملون شهادة الدكتوراه. وفي نفس السنة عقد مؤتمر في بولدر بولاية كولورادو والذي يشكل حدثا هاما في تاريخ علم النفس الإكلينيكي، إذ تمت فيه بلورة نموذج العالم الممارس الذي استخدم في تدريب الأخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين والذي أصبح المبدأ الأساسي في التدريب منذ ذلك الحين، والذي يهتم أساسا في تدريب الأخصائي النفسي على متابعة دراسته في الأقسام الجامعية وتتويج تدريبهم بدرجة الدكتوراه ويشمل هذا التتويج إجراء بحث علمي في أحد مجالات علم النفس الإكلينيكي، ويركز على مدى كفاءة الأخصائي العيادي في التشخيص والعلاج النفسي والبحث، فما يزال نموذج العالم الممارس هو النموذج التدريبي الأكثر استخداما رغم ظهور نقاد له ومعارضين. (العتيبي ف.، 2011، صفحة 11)

وفى عام 1953 ظهرت رابطة المعايير الأخلاقية للأخصائيين النفسانيين مما يعد إنجازا مميزا في تدوين وتصنيف الأخلاقيات السلوكية للأخصائيين النفسانيين، فهذه المعايير والأخلاقيات تحكم ممارسة المهنة، فالممارسة النفسية بطبيعة خصوصيتها وتعاملها مع الجانب الإنساني تتطلب حرص شديد وتنتج التسرع في ممارستها أخطار تبقي خفية معظم الوقت. لذا لابد من الالتزام بتلك المعايير الأخلاقية التي

ترتكز عموما على احترام المهنة فنيا واحترام المستفيد من خدماتها إنسانيا. ثم تولت الرابطة الأمريكية النفسية (APA) القيام بإصدار التوصيات في مجال تدريب النفسانيين والمصادقة على برامج التدريب الإكلينيكي، ففي عام 1970 كان هناك (71) برنامج معترف به للدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي كما أن شعبة علم النفس الإكلينيكي أصبحت تسمي جمعية علم النفس الإكلينيكي (Sourly of chinical psycgology) وهي أكبر وحدة مستقلة في الرابطة (APA). وفي يومنا هذا أكثر من 200 برنامج دكتوراه في علم النفس وكلها معترف بها من قبل الرابطة الأمريكية (APA).(مصطفي، 2016، صفحة 14)

الحديث عن علم النفس الإكلينيكي كعلم منفصل وقائم بذاته يجرنا الحديث عن الممارسة النفسية والتي أضحت تواجه العديد من التحديات بسبب تعدد الطلب على الخدمة النفسية واختلاف المرجعيات النظرية والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية، التي دفعت بالمؤسسات المختلفة كالمستشفيات والمدارس والمراكز والمصانع... للاستعانة بالأخصائي النفسي العيادي من أجل الوصول إلى التوافق مع تلك التغيرات ولتحقيق أكبر قدر من التكيف للمجتمع وللفرد الذي ينمو فيه ويتفاعل معه. وهذا ما دفع بالعلماء والباحثين في علم النفس إلى بناء مشروع مهني للممارس العيادي بدءا بالاهتمام بآليات التكوين التي يخضع لها الممارس العيادي في مساره الجامعي، مرورا بالمرجعيات النظرية التي تقدم له بالإضافة إلى التدريبات التطبيقية التي تسمح له بالاحتكاك المباشر بالحالات وملامسة الواقع الميداني المنتظر.ولا شك أن الاهتمام بالإعداد العلمي وتدريب الأخصائي النفسي وتحليه بالصفات والخصائص اللازمة وتمسكه بالمعايير الأخلاقية أمرا هاما ومتطلبا ضروريا لنجاح العمل العيادي.(بومعزة، 2017، صفحة 02)

ولم يقتصر التطور في علم النفس العيادي على تحديد مجالات المهنة وبرامج التكوين والتدريب بل امتد إلى مسألة اختيار الطلبة الذين يدخلون هذا الفرع من علم النفس ويهتمون بالممارسة العيادية، ووصل الأمر عند بعض الخبراء إلى منع بعض الطلبة من تلقي هذا التكوين الذي يسمح لهم بالممارسة المهنية فيما بعد، وركز هؤلاء الخبراء على تحديد بعض المعايير الموضوعية التي يتم الاستناد إليها في قياس صلاحية الأفراد للتكوين في المهنة العيادية. (بلميهوب، 2013، صفحة 24)

كما ظهر سنة 1995 حدث مهم أثر كثيرا على مهنة علم النفس الإكلينيكي حيث قامت الرابطة النفسية الأمريكية (APA) بالمصادقة رسميا على مواصلة السعي للحصول على امتيازات وصف الدواء من قبل الأخصائيين النفسانيين، وهو حدث أثار جدلا واسعا فقد بين مؤيد ومعارض لهذه المسألة بشدة، فقد

أيده عدد من كبار المسؤولين الرسميين في الرابطة النفسية الأمريكية، حيث أثر على تحديد دور الأخصائي العيادي ونوع التدريب الذي يحتاجه، وممارسته الفعلية. (داوود، 2017)

يعد علم النفس الإكلينيكي أحد تخصصات علم النفس التطبيقية التي تهدف إلى فهم سلوك الفرد باستخدام أساليب علمية لغرض الوصول به إلى التوافق. حيث قامت لجنة معايير التدريب التي تم تشكيلها من طرف الرابطة النفسية الأمريكية (APA) بتقديم تعريف لعلم النفس الإكلينيكي في عام 1935 على أنه: "ذلك الفن (التقنية) الذي يتعامل مع مشكلات التكيف لدى الإنسان، "ويعرف **جارفيلد** علم النفس الإكلينيكي بأنه ذلك الفرع من علم النفس الذي يهتم بمشكلات توافق الشخصية وتعديلها. (مليكة، 2010، صفحة 24)

كما يعرف "**مصطفى سويف**" 1982 علم النفس الإكلينيكي بأنه: "أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث، وهو يعتمد إلى حد كبير على الإفادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية، بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التي تقدم للمرضى النفسيين في مجالات التشخيص، والعلاج، والتوجيه، والتأهيل، وتدابير الوقاية. (الخالدي، 2006)

ويعتبر هذا التعريف عام جدا فهو لا يميز علم النفس الإكلينيكي عن الميادين التطبيقية الأخرى مثل الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي وعلم النفس الاجتماعي.

يعرف "**والين**" علم النفس الإكلينيكي هو "دراسة الجوانب العملية العقلية لسلوك الشواذ عقليا، وفحصهم بالملاحظة والاختبار والتجريب" ويؤكد هذه التعاريف على أن علم النفس الإكلينيكي يقتصر على دراسة الأفراد غير الأسوياء و المعاقين ذهنيا فقط. (الخالدي، 2006)

وقد وضع "**ريزنيك**" **Resnick** التعريف شامل لعلم النفس الإكلينيكي هو كالتالي: علم النفس الإكلينيكي مجال يتضمن القيام بالبحث والتدريس وتقديم الخدمات التي تعنى بتطبيق المبادئ والطرق والأساليب السيكولوجية بغرض فهم سوء التكيف والعجز والضيق في النواحي العقلية والعاطفية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والسلوكية، والتنبؤ بها، والتخفيف منها لدى طيف واسع من العملاء. (داوود، 2017)

حيث أكد "**ريزنيك**" أن علم النفس الإكلينيكي يتضمن مهارات أساسية عديدة تشمل البحث والتدريس والممارسة وتتمثل في التشخيص والعلاج النفسي) بهدف فهم الاضطرابات النفسية وتحديد أسبابها للتمكن من علاجها والتحكم فيها والتنبؤ بها.

تعريف "**Shakow** (1976) لعلم النفس الإكلينيكي على أنه: "فرع من علم النفس ومجموعة من المعارف المتطورة انطلاقا من تقنيات ترابطية وتجريبية ترتكز على مبادئ جينية، ووراثية مشفرة ونفسية بيولوجية ونفسية اجتماعية، ويمكن استخدام هذه المعارف في القياس والعلاج بهدف مساعدة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات سلوكية أو اضطرابات عقلية على التكيف بشكل أفضل وإدراك ذواتهم.

(Huber, 1987, p. 30)

وبهذا التعريف يتسع مفهوم علم النفس الإكلينيكي من مجرد دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية ليتوجه نحو كل استعمالات علم النفس السواء وعلم النفس المرضي وهو ما يجعله يعني بتطبيق وتطوير النظريات والمناهج والتقنيات النفسية على الأفراد والجماعات في وضعيات حياتية مختلفة، حيث يهدف إلى فهم وتفسير الظاهرة النفسية في سواءها أو اضطراباتها والتكفل بحالات اللاسواء بعلاجها أو الوقاية منها.

بالإضافة إلى "**ويتمر**" الذي أكد كذلك أن علم النفس الإكلينيكي لا يقتصر على دراسة الشواذ بل يتسع ليشمل الأسوياء والمتفوقين أيضا.

ولعل أحدث تعريف لعلم النفس الإكلينيكي هو تعريف الشعبة رقم 12 التابعة للرابطة النفسية الأمريكية والذي ينص على أن: "علم النفس الإكلينيكي ميدان يجمع ما بين العلم والنظرية والممارسة من أجل فهم مختلف أشكال سوء التكيف والعجز والضيق، والتخفيف منها أو معالجتها، والعمل على تعزيز تكيف الفرد ونموه الشخصي، ويركز علم النفس الإكلينيكي على الوظائف العقلية والعاطفية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والسلوكية لدى سائر الأفراد في جميع مراحل حياتهم وثقافتهم ومستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية المختلفة." (داوود، 2017)

نرى أن هذا التعريف يؤكد على أن علم النفس الإكلينيكي لا يقتصر على دراسة السلوك غير السوي (المرضي) بل يهتم أيضا بدراسة السلوك السوي والتركيز على وظائفه المختلفة النفسية والعقلية والاجتماعية والبيولوجية لأخذ صورة شاملة على الفرد وتحديد نموه الشخصي في جميع المراحل والانتباه لخصوصية كل مرحلة من مراحل النمو، لأننا لا نستطيع دراسة السلوك المرضي وتشخيصه وتحديد أسبابه دون معرفة السلوك السوي وأهم خصائصه.

علم النفس العيادي ينقسم أساسا إلى قسمين: القسم الأول يشمل البحث العلمي والتنظير، أما القسم الثاني فيشمل الممارسة والتطبيق، فيجد العيادي نفسه أمام هدفين مختلفين: يبرز الهدف الأول خلال الممارسة ويتضمن فهم المعاناة النفسية للآخر من خلال التعامل معه في المقابلة أو أثناء الفحص حيث يفترض على العيادي في الممارسة العيادية التعامل الفوري مع الإنسان الذي يحمل مشكلة أساء فهمها أما الهدف الثاني فيبرز خلال البحث العلمي الذي ينتج المعرفة والقوانين المسيرة والمنظمة لهذه المعرفة والمفسرة لمختلف البناءات النفسية.

ورغم أن معظم العلماء اتفق على أن علم النفس العيادي يشمل كل من النظرية والتطبيق إلا أنه حدث تنافر وتباعد بين النظرية النفسية والممارسة العيادية، وهذا ما جعل منه تخصص أكاديمي ذو طابع ممارساتي يتداخل ويتشابك مع العديد من التخصصات الطبية كالتحليل النفسي والطب النفسي والطب العصبي وغيرها، وفي الوقت ذاته جزء لا يتجزأ عن باقي العلوم التجريبية والسريرية. واختلف بعدها باختلاف المقاربات النظرية كالمقاربة السلوكية والمعرفية والوجودية والإنسانية، وباختلاف تكوين النفسانيين والأكاديميين المؤطرين، واختلاف مرجعياتهم النظرية.

فتدريس علم النفس العيادي كتخصص في إطار أكاديمي يجعلنا نتعامل ليس مع علم النفس العيادي الفردي بل مع العلوم النفسية العيادية، ومن أجل الإلمام بكل من الممارسة العيادية والبحث العلمي يتطلب التكوين في هذا التخصص التركيز على التدريس النظري والتطبيقات والتربصات الميدانية في المؤسسات التي تهتم بالإنسان في مختلف مراحله العمرية، لكون المختص العيادي يحتاج إلى المرجعيات النظرية ليتكيف مع نوعية الطلب ويحدد نوعية التدخل النفسي الملائم للحالة. (جعدوني، 2018)

ورغم ما وصل له علم النفس في البلدان الغربية من تقدم إلا أنه ما يزال متأخرا في البلاد العربية، حيث أوضح "**لطفي دياب**" فيما يخص وضعية علم النفس في العالم العربي أن معظم الدراسات في علم النفس بنيت على ما أنتجه الغرب من نظريات حتى لو استثنينا بعض الأبحاث التجريبية يبقي إسهام العرب في علم النفس ضئيلا، خاصة إذا عنينا بالإسهام الإنتاج الخلاق الذي يدفع بالعلم قدما من ناحية بلورة النظريات أو الإضافة إليها أو استعمالها في تغيير الجو الفكري الذي ظهرت فيه.

وأشار "**محمود بوسنة**" أنه في الجزائر لابد من الإسراع في تطوير علم النفس لأن ذلك سيزيد من سرعة تطور المجتمع، ولا يحدث ذلك بدون بناء مراكز بحث تعمل على توظيف علم النفس وإحداث تراكم معرفي يضمن معرفة صحيحة ويساعد على التكيف مع المحيط. (كربوش، 2014)

دخل علم النفس للجامعة الجزائرية في السنوات الأخيرة من الألفة الثانية، وعرف انتشار واسعا حيث سجلت الإحصائيات المستمدة من مختلف الجامعات تزايد عدد الطلبة المسجلين في علم النفس وعلوم التربية بشكل كبير، ورغم ما تتمتع به فروع علم النفس من خصوصية وحداثة في مجتمعنا إلا أن هناك الكثير من المعوقات في التكوين في هذا التخصص، حيث يجد الأخصائي النفسي نفسه عند مباشرة الممارسة النفسية يواجه عدة صعوبات تتعلق به كمكون، وتتعلق كذلك بالجهة المكونة له (محتوي وتأطير) ليكتشف عدم كفاءته وفعاليته في مجال الممارسة النفسية.

وفي هذا الصدد أشار "**بوفلجة غيات**" أن المتفحص لمناهج الدراسة في علم النفس في الجامعات الجزائرية يجد أنه يغلب عليه الجانب التاريخي والنظري، إذ هناك تركيز على هذا الجانب وإهمال للجوانب المنهجية والتطبيقية. كما يؤكد على ذلك "**السعيد العواشرية**" (2009) بقوله: "أن المستقرأ لأوضاع المتخرجين المتخصصين في علم النفس العيادي يدرك بوضوح أن لديهم انفصام بين معارف ومناهج تخصصهم واحتياجات السوق، وأن هشاشة الأداء المهني للمتخصصين في علم النفس هو من هشاشة معارفهم حول تخصصهم، وبذلك يكون ضعف ورداءة الأداء المهني جزء من لا جودة التأهيل. (الحاج، 2018)

ونلاحظ حاليا انتشار لتخصص علم النفس العيادي ولمهنة الأخصائي النفسي العيادي حيث لا يكاد مستشفى يخل من أخصائي نفسي، وحتى العديد من المؤسسات التربوية أصبحت تحتاج للأخصائي النفسي، بالإضافة إلى ظهور العديد من المراكز والعيادات النفسية التي تهتم بالاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة.

ويعرف "**شحاته**" (1979) الأخصائي النفسي العيادي بأنه: الحاصل على درجة جامعية في علم النفس في إحدى الجامعات المعترف بها، وحور اهتمامه وتخصصه في ميدان علم النفس الإكلينيكي مع حصوله على تدريب في المجال العيادي. (العتيبي، 2011) كما عرفته الرابطة النفسية الأمريكية: "هم مختصين عياديين يساعدون الناس بصفة عامة في التعامل مع المشكلات اليومية كالقلق والمشكلات الأسرية والزواجية وانخفاض الدافعية للعمل، وهناك الأخصائيين النفسانيين المدرسيين الذين يعملون مع

الوالدين والمدرسين والطلاب، لتحسين النمو أو أداء الطالب. أما الغالبية العظمى هم من الأخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين الذين يقومون بتشخيص وعلاج ودراسة الصعوبات والمشكلات الانفعالية والعقلية، حيث يدرب الإكلينيكي على أن يكون معالج نفسي مع الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الشديدة، وأيضا الاضطرابات المتوسطة أو الذين يرغبون في التعامل مع مشكلاتهم بشكل أفضل."

فالأخصائي النفسي الإكلينيكي هو الشخص الذي يستخدم الأسس والتقنيات والإجراءات السيكولوجية، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل الطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي وغيرهم كل في حدود إعداده وإمكانياته، وفي إطار من التفاعل الإيجابي، بقصد فهم ديناميكيات شخصية العميل وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف طرق العلاج، ثم العمل على الوصول بالعميل إلى أقصى توافق اجتماعي –ذاتي ممكن.

ولكي يقوم الأخصائي بدوره على أحسن وجه يجب أن يكتمل تدريبه في مجالات ثلاثة أساسية وهي: التشخيص والبحث والعلاج، وأي نقص في ميدان منها يؤدي إلى الانتقاص من فعالية أداء الأخصائي النفسي الإكلينيكي لوظيفته.(محمود، 2016)

فقد تعددت مجالات تواجد الأخصائي النفسي حاليا حيث أصبح من الضروري توفير الأخصائيين العياديين في جميع التجمعات البشرية، في المصانع والمدارس، والشركات والوحدات الإنتاجية، الجامعات إلى جانب المستشفيات والعيادات ومراكز التأهيل والتدريب، ليقوم الأخصائي النفسي بتقديم الرعاية النفسية لهؤلاء الأشخاص، فهذا التخصص لا يهتم فقط بالفرد المضطرب بل يقدم أيضا خدماته لجميع الأفراد الأسوياء والمرضى على حد سواء. وبهذا زادت مسؤولية الأخصائي النفسي وتعددت أدواره في التعامل مع فئات متعددة ومختلفة مما يتطلب منه تكوين واسع ومتعمق في كافة الفروع التي يمكنه التواجد فيها.

فالإكلينيكي هو شخص خضع لتكوين خاص في تخصص علم النفس العيادي، ويمتلك وسائل كالمقابلة والملاحظة وتطبيق الاختبارات النفسية ودراسة الحالة والتي تمكنه من وضع التشخيص واقتراح خطة علاجية والتنبؤ بمسارها، فالإضافة إلى التكوين يجب أن تتوفر فيه مجموعة من السمات والخصائص الشخصية التي تساعده في التعامل مع الأسوياء وغير الأسوياء وذلك من خلال قدرته على فهم الآخرين. والإكلينيكي في الجزائر هو شخص تلقي تكوينا نظريا لمدة أربعة سنوات في النظام الكلاسيكي، وثلاث سنوات في نظام ل م د في مجموعة من المقاييس مع القيام بتربصات ميدانية تختلف مدتها من جامعة

لأخرى، وبعد تخرجه يوجه إلى الحياة العملية حيث يمكنه التواجه في العديد من المؤسسات (التربوية، السجون، دور العجزة، المؤسسات الصناعية، مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة، المؤسسات الصحية كالعيادات متعدد الخدمات والمستشفيات والمصحات العقلية) ويكون عمله معظم الأحيان مع فريق (أساتذة، مربين، أخصائيين اجتماعيين، أطباء ...) وذلك حسب المؤسسة التي يعمل بها.

فرغم أهمية الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي في المستشفيات والمراكز الصحية والمؤسسات المختلفة، إلا أن دوره مازال غامض ويواجه العديد من الصعوبات سواء المتعلقة به شخصيا في مدي تكوينه والسمات الشخصية التي يتوجب عليه التحلي بها، فالأخصائي النفسي كما يري "**ديفلو**" (1976) يعتمد على نفسه بالإضافة إلى المعلومات النظرية التي تعلمها، فهو داخل في علاقة هو موضوعها ويجب عليه أن يعي نفسه.

ونلاحظ قلة الدراسات التي اهتمت بالممارسة النفسية بالجزائر، نجد دراسة "**بول ديفارج**" (1982) حول مدي ملائمة التكوين العيادي للسياق الثقافي الجزائري التي أجراها علي طلبة علم النفس العيادي بجامعة قسنطينة ومن النتائج التي توصل إليها أن صورة الأخصائي النفسي العيادي الجزائري غالبا ما ترتبط بصورة المرابط "المشعوذ" "المنجم" وأن أغلب المتخرجين من معهد علم النفس غير مستعدين للعمل مباشرة في مجالهم، بل أخطر من ذلك إنهم يختبرون مشاعر عدم الفعالية: لا نعرف ما ذا نفعل؟ لا نعرف أي شيء؟ كما أظهروا خيبة أمل كبيرة بالنسبة لما كانوا ينتظرون. (بلميهوب، 2013)

بالإضافة إلى دراسة "**بوفلجة غياث**" أستاذ بجامعة وهران الذي قام بدراسة ولقع مهنة المساعدة النفسية في الجزائر، وقد هدفت إلى الوقوف على أهم الصعوبات التي يواجهها الأخصائيين النفسيين الناتجة عن سوء التكوين وعوائق الممارسة الميدانية مع محاولة التعرف على أسبابها واقتراح توصيات لحلها، وقد توصلت الدراسة إلى تصنيف الصعوبات إلى ضعف التدريب، ونقص الثقافة النفسية في المجتمع، وعدم الاعتراف بدور الأخصائي النفسي وصراعه من أجل إثبات ذاته بين رجال الدين والسحر والمشعوذين وحتى الأطباء، وأرجع الباحث هذه الصعوبات إلى عدة نقائص منها: نقص التكوين، نقص فهم شخصية الانسان الجزائري حيث أن معظم البحوث والدراسات أجريت إما في أمريكا وأوروبا.(غياث، 2009)

أما بالنسبة لصعوبات مرتبطة بعلاقة الأخصائي مع غيره من زملاءه في الفريق العيادي أو الفريق الإداري أحيانا حيث يعتقد البعض أن الأخصائي النفسي العيادي لديه تكوين محدود وقدرات محدودة

للممارسة التشخيص والعلاج وتقديم الاستشارات النفسية نظرا لضعف تكوينه الجامعي ولأنه لم يتلقى تدريبا وتأهيلا كافيين في هذه المجالات (الصحي، المدرسي، التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة...) وهذا يسبب للأخصائي الشعور بالإحباط والضغوط النفسية التي تعيقه عن أداء عمله كما ينبغي. حيث تؤكد دراسة عادل مصطفى سلطان حول "مدى إدراك الأطباء لدور المختص النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي للأمراض المزمنة" أن معظم العاملين مع الأخصائي النفسي وخاصة الأطباء يرون أنه ليست لديه قدرات لممارسة التشخيص والعلاج وتقديم الاستشارات النفسية فيما يخص الأمراض الجسدية التي تكمن وراءها عوامل نفسية وخاصة فيما يتعلق بالأمراض المزمنة، لأنه لم يتلق تدريبا وتأهيلا كافيين في هذه المجالات. (سلطان، 2012)

كما يواجه الأخصائي النفسي العيادي صعوبات متعلقة بمهنته والمهام الأساسية المكلف بها والبيئة المهنية التي يمارس فيها ممارسته، حيث نجد دراسة "**كلثوم بلميهوب**" (1998) حول المشكلات التي تواجه الأخصائي النفسي والتي وجدت أن معظم العياديين النفسانيين اعتبروا ضعف التكوين في العلاج يشكل أهم الصعوبات التي يوجهونها وأشارت بيانات الدراسة إلى افتقار العياديين إلى التحكم في التقنيات العلاجية الحديثة التي ثبتت فعاليتها وكذا عدم مسايرتهم للتطور الذي يعرفه علم النفس العيادي في العالم المتقدم.

كما أظهرت دراسة "**الصغير**" وآخرون (2010) حول "واقع الممارسة النفسية العيادية في الجزائر"، والتي أجريت في ست ولايات من الشرق الجزائري على عينة قوامها 35 أخصائيا، أو واقع الممارسة اليومية للأخصائي النفسي يعكس عدم فعاليته وغموض دوره سواء بالنسبة له أو للآخرين، ويرجع ذلك إلى وجود هوة بين التكوين النظري والميداني، وإلى غموض في فهم دور المختص النفسي وعدم وعي المجتمع بوظيفته وأهميتها، وإلى عوامل شخصية تتمثل خاصة في توجه بعض الطلبة إلى الاختصاص دون رغبة منهم، وصعوبة استخدام اللغة الفرنسية أثناء الممارسة، وعدم الاستعداد لهذه الوظيفة. (مصطفي، 2016)

لهذا فقد كان هدف هذه الدراسة الكشف عن أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي في الجزائر أثناء أداء مهامه سواء التي تتعلق بجانبه الشخصي أو تتعلق بعلاقاته المهنية أو تتعلق بالمحيط المهني الذي يزاول فيه مهنته، وبعد رصد تلك الصعوبات وتحديد مصدرها، قمنا باقتراح بعض الأساليب والطرق التي تساعده في التغلب على هذه الصعوبات ولتحقيق التكيف والتوافق الذي ينعكس إيجابيا على قيامه بمهامه ومسؤولياته المهنية. وسنحاول في هذه الدراسة رصد أهم الصعوبات التي تواجه مهنة الأخصائي

النفسي العيادي سواء كانت صعوبات شخصية أو علائقية أو مهنية، ثم سنحاول بناء برنامج معرفي سلوكي يقوم على أسس النظرية المعرفية السلوكية وفقا لأسلوب "**ماكنبوم**" (Meichenbaum) في التدريب على التحصين ضد الضغوط النفسية، يساعد الأخصائي النفسي على تعلم مهارات تكيفية مناسبة للتعامل مع الصعوبات والمشكلات التي تواجهه بفاعلية. حيث تم اختيار في هذا البرنامج مجموعة من المهارات والفنيات (مهارة توكيد الذات، مهارة الحوار الداخلي الإيجابي، الاسترخاء، مهارة حل المشكلات، مهارة إدارة الوقت، مهارة التواصل) التي تم تطبيقها باستخدام عدة تقنيات (المحاضرة، المناقشة الجماعية، العصف الذهني، الواجبات المنزلية، التمارين التطبيقية) في جلسات خلال مدة زمنية تراوحت ستة أشهر، وقد أشرنا في الدراسة الحالية اختبار مدى فعالية البرنامج المقترح في مساعدة الأخصائيين النفسانيين على مواجهة صعوباتهم أثناء الممارسة العيادية.

ويعرف **ريتشارد** (1997) البرنامج المعرفي السلوكي هو مجموعة من الإجراءات التي تجسد تصورات في التغيير، وتركز على العملية المعرفية ويدمج فيها الفنيات المعرفية والسلوكية من خلال عدد من الجلسات بهدف إحداث التغيير المطلوب في السلوك.

ومن هنا يمكن تحديد مشكلة الدراسة كما يلي:

- **السؤال الرئيسي الأول:**
  - هل يعاني الأخصائي النفسي العيادي من صعوبات أثناء الممارسة النفسية العيادية؟

التساؤلات الفرعية:

- هل يعاني الأخصائي النفسي العيادي من صعوبات تتعلق بجانبه الشخصي؟
- هل يعاني الأخصائي النفسي العيادي من صعوبات تتعلق بالجانب العلائقي؟
- هل يعاني الأخصائي النفسي العيادي من صعوبات تتعلق بالجانب المهني؟

- **السؤال الرئيسي الثاني:** ما مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية العيادية؟

التساؤلات الفرعية:

1. ما مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب الشخصي للأخصائي النفسي؟

2. ما مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب العلائقي؟
3. ما مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب المهني؟

2. فرضيات الدراسة:

➢ **الفرضية الرئيسية الأولى:**

- يعاني الأخصائي النفسي العيادي من صعوبات أثناء الممارسة النفسية العيادية.

✓ **الفرضيات الفرعية:**

- يعاني الأخصائي النفسي العيادي من صعوبات تتعلق بجانبه الشخصي.
- يعاني الأخصائي النفسي العيادي من صعوبات تتعلق بالجانب العلائقي.
- يعاني الأخصائي النفسي العيادي من صعوبات تتعلق بالجانب المهني.

➢ **الفرضية الرئيسية الثانية:**

- فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية.

✓ **الفرضيات الجزئية:**

- فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب الشخصي للأخصائي النفسي.
- فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب العلائقي.
- فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب المهني.

3. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

1- الممارسة النفسية:

الممارسة النفسية مهما كان نوعها لها خصائص مميزة وليست مجرد تعامل مع مواد ليتم اختبارها واستخلاصها وإعطاء أرقام معينة، بل هي مهنة إنسانية قبل كل شيء، من خلالها يتعامل الأخصائي النفسي مع المفحوص في بعديه الذاتي والموضوعي بناءا على تاريخه الشخصي الذي يتشابك فيه ماضيه وحاضره مع تطلعاته المستقبلية.

هي كل الخدمات النفسية التي يقدمها الأخصائي النفسي العيادي والتي تختلف باختلاف مجالات نشاطه (المجال الصحي، الطب المدرسي، التكفل بذوي الاحتياجات الخاصة، إدارة الأحداث، إدارة السجون...) حيث تتضمن هذه الخدمات في قيامه بالفحص والتشخيص، التكفل النفسي، التكفل المدرسي، المتابعة النفسية، المرافقة والعلاج النفسي. للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية انفعالية أو عقلية، مشكلات تربوية وصعوبات التعلم، مشكلات النطق...) حيث يستخدم الأخصائي النفسي وسائل متنوعة من ملاحظة ومقابلة واختبارات نفسية.

2- الأخصائي النفسي العيادي:

هو مهني يستخدم الأسس النظرية والفنيات السيكولوجية في ميدان الفحص والتشخيص والعلاج من أجل الفهم الدقيق لمستوي الصحة النفسية والمرض لدي المفحوص.

ومن الخصائص التي يجب أن يتوفر فيه هي القدرة على إقامة علاقات فعالة مع الآخرين والاهتمام بهم والإحساس بالمسؤولية المهنية، واحترام معايير المهنة وأخلاقها، وكذا التمتع بالكفاءة المهنية، واحترام الذات وفهمها، التمتع بالقدرة على التعاطف، والأمانة والإخلاص والضبط الانفعالي.

3- صعوبات الممارسة النفسية:

هي مختلف العوائق التي يتلقاها الأخصائي النفسي العيادي أثناء تأدية مهامه في الميدان، سواء تعلقت بتكوينه وجانبه الشخصي أو تتعلق بمستوي علاقاته المهنية والإدارية أو تتعلق بالمحيط المهني الذي يزاول فيه نشاط. ولقد تم الكشف عليها في الدراسة الحالية من خلال استبيان صعوبات الممارسة النفسية من إعداد الباحثة.

4- برنامج معرفي سلوكي:

هو "مجموعة من الإجراءات والتقنيات التي تساعد عن التغيير وتركز على كل من السلوك والعمليات المعرفية، فهو برنامج يعمل بدمج الفنيات المعرفية والسلوكية خلال عدد من الجلسات بهدف إحداث التغير المطلوب في السلوك".

تعريف البرنامج المعرفي السلوكي: بأنه "مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة تستند في أسسها على نظريات وفنيات الإرشاد النفسي، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة والتي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدتهم في تعديل سلوكياتهم وإكسابهم سلوكيات ومهارات جديدة تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدهم في التغلب على المشكلات التي يعانون منها في معترك الحياة".

وتعرف الباحثة البرنامج الحالي بأنه "مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة يستند إلى الفنيات والأساليب للعلاج المعرفي السلوكي ومنهج التدريب التحصيني ضد الضغط لماكينبوم ويتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والتدريبات المنظمة والأنشطة والمهارات والتي تقدم لأفراد العينة التجريبية من الأخصائيين النفسانيين خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدتهم على التعامل مع الصعوبات التي يعانون منها ومواجهتها بفعالية".

4. **أهداف الدراسة**:

أ- **الهدف الرئيسي:**

- التعرف على واقع الممارسة النفسية الإكلينيكية في الجزائر وكشف أهم الصعوبات والعراقيل التي تواجه الأخصائي النفسي العيادي في المستشفيات والمراكز الصحية، وبناء برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي لمساعدة الأخصائي النفسي العيادي.

ب-الأهداف الفرعية:

- النزول للميدان والتعرف على طبيعة دور الأخصائي النفسي العيادي في المؤسسات الصحية المختلفة (المستشفيات، العيادات النفسية، العيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية، وحدات الكشف والمتابعة...)

- تصميم استبيان الدراسة للكشف عن صعوبات الممارسة النفسية، والذي قسم إلى ثلاث محاور رئيسية: صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب الشخصي للأخصائي النفسي، صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب العلائقي، صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب المهني.
- بناء برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي الذي صمم بناء على نظرية ماكنبوم للتدريب ضد الضغوط يتكون من مهارات معرفية وسلوكية، وتطبيقه على عينة الدراسة.
- دراسة مدى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي المقترح في مساعدة الأخصائي النفسي العيادي على مواجهة صعوبات الممارسة النفسية الإكلينيكية.

5. أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة في إلقاء الضوء على الممارسة النفسية الإكلينيكية في الجزائر وإثراء المعارف عليها، والتعرف طبيعة دور الأخصائي النفسي العيادي في المستشفيات والمراكز الصحية، حيث نلاحظ قلة الاهتمام بهذا الموضوع على ساحة البحوث العلمية في الجزائر إلا في المؤتمرات أو الملتقيات أو في مقالات متنوعة أو في متفرقات عبر الانترنيت ولكن قلما نجد كتب أو رسائل علمية تسلط الضوء على الممارسة النفسية وصعوبات الأخصائي النفسي العيادي في الميدان.

بالإضافة إلى ما أسفرت عليه الدراسة الحالية من خلال بناء برنامج معرفي سلوكي مدى فاعلية بعض المهارات المعرفية والسلوكية المطبقة (مهارة توكيد الذات، الاسترخاء، مهارة الحوار الداخلي الإيجابي، مهارة حل المشكلات، مهارة إدارة الوقت، مهارة الاتصال) لمساعدة الأخصائيين النفسيين في مواجهة صعوباتهم المهنية والتخفيف من الضغط النفسي والتخلص من الأفكار السلبية التي تؤثر على الانفعالات والسلوك.

تبرز أهمية الدراسة أيضا في لفت الانتباه الباحثين حول أهمية تصميم برامج ارشادية وعلاجية تساعد الموظفين بصفة عامة في مختلف المهن والأخصائيين النفسيين بصفة خاصة على مواجهة الصعوبات والضغوط المهنية التي يعانون منها.

6. الدراسات السابقة:

1- الدراسات المتعلقة بصعوبات الممارسة النفسية:

✓ **الدراسات العربية الجزائرية:**

➢ **دراسة بلميهوب كلثوم 1994 بعنوان: "إدراك الذات المهنية عند الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين في المؤسسات الصحية بالجزائر" مذكرة لنيل الماجستير بجامعة الجزائر تخصص علم النفس العيادي:**

- هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة إدراك الذات المهنية لدى الأخصائي النفسي العيادي، وإجراء مقارنة بين الذات المهنية الواقعية والذات المهنية المثالية، ومعرفة العلاقة بين إدراك الذات المهنية ببعض المتغيرات الديمغرافية (السن، المستوى التعليمي، مدة الممارسة، الحالة العائلية)
- عينة الدراسة: تم اختيار عينة البحث من أهم المراكز الصحية والمستشفيات وبعض العيادات متعددة الخدمات الواقعة في العاصمة وفي بعض الولايات المتجاورة، وتكونت هذه العينة من 50 أخصائيا نفسيا، تتراوح أعمارهم بين 21 و43 سنة وتحصيلهم الدراسي يقع بين شهادة الليسانس والتحضير لشهادة الدكتوراه، كما تتراوح مدة ممارستهم للمهنة العيادية بين شهرين و15سنة.
- أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة المقابلة، الاختبار السيمنطقي، مقياس الصحة النفسية، مقياس الضغط.
- نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

1- يعاني الأخصائي العيادي من صورة سلبية لذاته المهنية، أي هناك تعارض بين الذات المهنية الواقعية والذات المهنية المثالية.

2- هناك علاقة بين المتغيرات الديمغرافية وإدراك الذات المهنية.

حيث ركزت الباحثة عن معرفة كيفية إدراك الأخصائي العيادي لذاته المهنية، حيث بدأت بتحديد مكونات الذات المهنية أولا، باستخدام التحليل العاملي استطاعت تحديد ثلاث عوامل رئيسية للذات المهنية للعيادي تمثل العامل الأول: الخصائص المهنية الضرورية للممارسة المهنية العيادية، أما العامل الثاني: الخصائص الشخصية للأخصائي النفسي العيادي، العامل الثالث تمثل بالتكوين العلمي. وبينت نتائج البحث أن العياديين الممارسين لديهم تقدير سلبي للذات المهنية، حيث غالبية أفراد العينة يعتبرون أنفسهم لا يمتلكون الخصائص المهنية ولا الخصائص الشخصية بالقدر المطلوب، أما بالنسبة للتكوين العلمي فجميع أفراد العينة اعتبروا أنفسهم لم يتلقوا تكوينا جيدا.

➢ **دراسة عواشرية السعيد" (2009) بعنوان: قراءة في مدى جودة محتوي مناهج تخصص علم النفس العيادي المعتمدة في الجامعة الجزائرية واقتراح آليات تطويره:**

- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى عمل قراءة في واقع محتوي مناهج علم النفس العيادي المعتمد في الجامعة الجزائرية –نظام كلاسيكي– وذلك للبحث في جودته من عدمها وأهم مؤشرات ذلك
- **المنهج:** استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي.
- **عينة الدراسة:** تم اختيار محتوي مناهج التكوين من السنة الأولي إلى السنة الرابعة ومن تم تحليلها ومقارنتها.
- **نتائج الدراسة:**

تلخصت نتائج الدراسة في أن أهم ما يميز محتوي مناهج علم النفس العيادي نظام كلاسيكي غياب المعرفة الضرورية عند المتخرج واللازمة لممارسة المهنة، كمعرفة استخدام المقاييس والاحصاء، وكذا الخمول فيما يخص ما تعلمونه، فبمجرد انتهاء الدراسة تنطفئ المعلومات وتزول، والسذاجة فرغم التكوين العلمي لا يزال الكثير يلجأ في تفسير الظواهر للموروث العامي، والطقوسية التي تظهر في ترديد مصطلحات والعجز عن شرحها وتفسيرها، بالإضافة إلى النقص فيما يجب أن يتلقاه من معرفة علمية وتظهر في عجزه عن الإجابة في مواقف كثيرة وهو في الميدان، ووجود فجوة بين المقاييس العلمية المقدمة وما يراه في الميدان، كما يعاني طغيان النظري عن التطبيقي والتنظيم اللامنطقي للمحتويات، مما يجعل ما يتعلمه المختص غير مناسب وغير كافي مما يؤكد زيادة الفجوة بين الجامعة والميدان.

➢ **دراسة "دبراسو فطيمة" (2010) بعنوان: أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي أثناء الممارسة الميدانية . بسكرة:**

- هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على أهم الصعوبات التي أواجه الأخصائي النفسي أثناء الممارسة السيكولوجية، والتعرف على أسباب هذه الصعوبات من أجل مساعدة باقي المختصين النفسيين على مواجهة هذه الصعوبات في المستقبل ولضمان ممارسة سيكولوجية ناجحة وهادفة ودون عراقيل.
- المنهج المستخدم: استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي.
- الأدوات المستخدمة: استخدمت الباحثة استمارة بالإضافة إلى مقابلات نصف موجهة مع مجموعة من الأخصائيين العياديين.

- عينة الدراسة: وأجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من 36 أخصائيا.
- حدود الدراسة: أجريت الدراسة بمدينة بسكرة والمؤسسات التالية: مصلحة النشاط الاجتماعي والمراكز التابعة لها، مركز إعلام وتنشيط الشباب والمراكز التابعة لها، ومستشفى بشير بن ناصر الجامعي.
- نتائج الدراسة: وتحصلت على النتائج التالية:
  - صعوبات التشخيص 83,33%.
  - ضعف التكوين الجامعي 83,22%.
  - صعوبات تطبيق الاختبارات 77,71%.
  - صعوبات العلاج 61,11%.
  - صعوبات إدارية 52,77%.
  - عدم وجود تعاون بين الأخصائيين 50%.
  - عدم اشتراكهم في الملتقيات الجامعية 33%.
  - النظرة السلبية للمجتمع 25%.

➢ **دراسة "كركوش فتيحة" (2014): الممارسة العيادية بين الراهن والمأمون . دراسة استطلاعية . جامعة بليدة.**

قامت الباحثة بهذه الدراسة وذلك بتوزيع مجموعة من الاستبيانات مكونة من 25 بند على عينة من المختصين والممارسين في مختلف المؤسسات، حيث سلطت الضوء على خصوصية الممارسة العيادية في الجزائر وذلك على هامش عدة مؤشرات كتكوين المختص ومدي تحكمه في الوسائل التشخيصية والعلاجية تم مدي فاعليتها داخل الوسط الجزائري.

أهم النتائج التي تحصلت عليها:

. تتأثر الممارسة العيادية بنوعية التكوين العيادي: حيث وجدت أن نسبة كبيرة (84,78 %) من المبحوثين أقرت بعدم فاعلية التكوين الذي تحصلت عليه في الجامعة.

. تتأثر الممارسة العيادية بمدي معرفة وتطبيق المختص للتقنيات: وجدت أن معظم المبحوثين يملكون معرفة نظرية فقط بخصوص الاختبارات النفسية والشخصية والاسقاطية ولكن تواجههم مشكلة مدي تكيف هذه الوسائل مع الوسط الجزائري.

. تؤثر الصعوبات التي يواجهها المختص العيادي في الميدان على ممارسته العيادية: اتضح أن العيادي يعاني من عدم وجود إطار عمل مناسب وذلك بنسبة 47,82% كما أجمع الممارسون إلى معاناتهم من مشاكل مهنية أخري: شروط عمل غير مريحة، نقص الخبرة، قلة التقنيات، الفهم الخاطئ للدور المختص النفسي، مشكلة اللغة، عدم تعاون الأولياء، التوقيت الإداري المكثف. (كربوش، 2014)

- **دراسة للطالب زهار جمال وترزولت عمروني حورية سنة 2015 بعنوان: معوقات الممارسة النفسية في مؤسسات الصحة العمومية بولايات الشرق الجزائرية.**

. منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الاستكشافي.

. ميدان الدراسة: مؤسسات الصحة العمومية على مستوي الشرق الجزائري.

. عينة الدراسة: اعتمدت الدراسة على مجموعة مكونة من 80 أخصائيا.

. أداة الدراسة: استبيان تم بناءه من طرف الباحث استند على مقياس ليكارت الثلاثي (دائما، أحيانا، أبدا) مع تخصص الدرجات (3، 2، 1) على التوالي لتحديد الاستجابات

. النتائج المتحصل عليها:

- احتل محور التكوين في المرتبة الأولي من حيث الأهمية بنسبة موافق بدائما بلغت 53,12%.
- محور ثقافة المجتمع احتل المرتبة الثانية بلغت نسبته 50,45%.
- أما محور الإمكانيات فقد احتل المرتبة الثالثة بنسبة 48,32%.
- أما محور مهام الأخصائي النفسي احتل المرتبة الرابعة بنسبة 40,90%.
- محور العلاقات المهنية احتل المرتبة الخامسة بنسبة 31,195.

- **دراسة مصطفي منصوري 2016: الأخصائي النفسي العيادي بين التكوين الجامعي والممارسات العملية، جامعة وهران.**

تهدف الدراسة إلى معرفة واقع الممارسة النفسية وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وصمم استبيانا طبقه على عينة مقصودة مكونة من 41 أخصائي من المستشفيات والمراكز الصحية، وأظهرت الدراسة أن الأخصائي النفسي العيادي يعاني من الصعوبات التالية:

. صعوبات تتعلق بالأخصائي النفسي وتكوينه بنسبة 81,46%.

. صعوبات تتعلق بالبيئة المحلية والمحيط الاجتماعي والثقافي بنسبة 76,82%.

. صعوبات تتعلق بالمؤسسة الاستشفائية والمراكز الصحية التي يعمل بها بنسبة 39,63%.

. صعوبات تتعلق بالحالات التي يتابعهم وأسرهم بنسبة 34,75%.

➢ **دراسة برزوان حسيبة 2016 بعنوان: الرضا المهني والكفاءة المهنية لدى الأخصائي النفسي العيادي في الجزائر، مقال مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر**

- **هدف الدراسة:** قامت الباحثة بدراسة ميدانية بهدف تقويم واقع الممارسة المهنية لدى الأخصائي النفسي العيادي في الجزائر، وذلك من خلال دراسة متغيرين أساسيين هما: مدى الرضا المهني لدى الأخصائي النفسي، وما هي مميزات الأخصائي النفسي الكفء مهنيا.
- **عينة الدراسة:** شملت عينة الدراسة 40 مختصا في علم النفس العيادي وهم ممارسون في مختلف قطاعات الصحة لولاية الجزائر العاصمة، تتراوح سنوات خبرتهم في العمل بين عام إلى 15 سنة.
- **أدوات الدراسة:** قامت الباحثة بإعداد استبيان متكون من أسئلة مفتوحة للتأكد من درجة الرضا المهني عند الأخصائي النفسي، وتحديد مميزات الأخصائي النفسي الكفء.
- **نتائج الدراسة:** أسفرت نتائج الدراسة أن أغلب الممارسين العياديين أقروا بأنهم يشعرون بالرضا المهني والتي بلغت نسبتهم ب 50% تم تليها نسبة 17,50 % تشعر بالرضا النسبي (راضي نوعا ما) أما بالنسبة للنسب المئوية التي خاصة بعدم الرضا المهني فقد تراوحت ما بين 5 % و7,50 % و2,50 % كما أن هناك نسبة 5 % من أقروا بأنهم لا يستطيعون تحديد الرضا المهني. أما بالنسبة للنتائج التي تتعلق بكفاءة الأخصائي النفسي فإن أغلب الممارسون العياديون أقروا بأن من مميزات الأخصائي النفسي الكفء هي المهارات الشخصية والتطبيقية بحيث قدرت نسبتهم ب 50% بينما أقرت نسبة ضعيفة 10 % أن مميزات الأخصائي النفسي الكفء هي المهارات النظرية.

➢ **دراسة حافزي زهية غنية و أ. بومعزة فتيحة 2017 بعنوان: "وقفة تقييمية لملمح شخصية الأخصائي النفسي حسب تصورات الطلبة وآراء الممارسين" دراسة وصفية:**

- هدف الدراسة: هدفت الدراسة لمعرفة واقع الممارسة العيادية في الجزائر في ظل جملة من المؤشرات التي تعكس التكوين الأكاديمي الجامعي من مقررات ووحدات دراسية ومداها البحثي والتطبيقي،

ومدى مساهمة هذا التكوين في بناء ملمح واضح للأخصائي العيادي يستجيب مع متطلبات الواقع المهني وجودة الممارسة العيادية.

- أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة استبيان مغلق يتكون من 55 سؤالا واندرجت تحت 6 محاور من تصميم الباحثة.
- عينة الدراسة: تم اختيار عينة من الطلبة تخصص علم النفس العيادي بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة محمد لمين دباغين سطيف، وممارسين عياديين بمختلف المؤسسات.
- منهج الدراسة: استخدمت الباحثة المنهج الوصفي.
- نتائج الدراسة: ونلخص نتائج الدراسة في النقاط التالية:

- عدد سنوات التدريس في التخصص غير كافي حيث أثبت استجابات أفراد العينة أن هذا التخصص يحتاج إلى سنوات أكثر من أجل تفعيل ممارستهم ودفعهم نحو إبراز قدراتهم بكفاءة ومهنية مستقبلا.
- بالنسبة لمحتوي المقررات الدراسية المبرمجة أسفرت نتائج البحث إلى وجود تداخل في المقاييس المبرمجة، حيث اعتبر الممارسين العياديين أن هناك نقص فادح في محتوي المقاييس وكذا توزيعها الزمني، بالإضافة طغيان المعارف النظرية على المعارف التطبيقية.
- تشير استجابات أفراد العينة إلى حاجة الطلبة والممارسين سابقا إلى وجود أساتذة ممارسين لتمكينهم من بناء تصور واضح للممارسة عن طريق الخبرات التي ينقلونها.
- الغياب الشبه تام للوسائل والطرق الحديثة المستعملة في التعليم سببت عدم بناء ملمح واضح للمختص النفسي.
- تشير نتائج الدراسة بصفة عامة إلى أهمية التكوين باعتباره حجر أساسي في بناء بروفيل مهني لدى الطلبة المقبلين على تخصص علم النفس العيادي، فهو يوجه الطلبة نحو ممارسة فعالة من خلال تمكينهم من أليات المختص كالمقابلة والاختبارات النفسية والتقارير النفسية.

➢ **دراسة قدوري الحاج سنة 2018 بعنوان: واقع التكوين الجامعي للأخصائي النفسي في ضوء إصلاح المنظومة الجامعية الجزائرية.**

- **هدف الدراسة:** أجريت هذه الدراسة بهدف التعرف على واقع التكوين الجامعي (النظري والتطبيقي) في علم النفس من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين. وذلك في ضوء متغير نظام التعليم الجامعي (الكلاسيكي، ل م د)

- **عينة الدراسة:** أجريت الدراسة على عينة بلغ عددها 32 ممارسا نفسانيا بمدينة بسكرة
- **أدوات الدراسة:** قام الباحث ببناء استبيان تكون من 30 فقرة موزعة على 5 أبعاد.
- **منهج الدراسة:** استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي.
- **نتائج الدراسة:** يمكننا تلخيص نتائج الدراسة في النقاط التالية:
  - وجود ضعف في التكوين الجامعي بشقيه النظري والتطبيقي، لم يرق إلى المستوي المطلوب تربويا.
  - عدم وجود فروق دالة إحصائيا في استجابات عينة الدراسة تعزي لمتغير نظام الدراسة الجامعي (الكلاسيكي، ل م د)
  - الترتيب لأهم السبل المتبعة من طرف عينة الدراسة لتجاوز مناحي القصور.
  - تقديم مجموعة من الاقتراحات التي يمكن أن تسهم في تحسين فاعلية التكوين الجامعي.

➢ **دراسة بلحاج شريفة تحت إشراف شرفي محمد الصغير 2019 بعنوان "واقع الممارسة الإكلينيكية في الجزائر –القطاع الصحي نموذجا– مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه علوم تخصص علم النفس العيادي:**

- هدف الدراسة: محاولة معرفة واقع الممارسة الإكلينيكية وواقع الأخصائي النفسي الإكلينيكي في المؤسسات الصحية في الجزائر.
- عينة الدراسة: عينة من الأخصائيين الإكلينيكيين الممارسين في الصحة العمومية بمختلف مؤسساتها: مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، مستشفيات الأمومة والطفولة، مصحات عقلية، مصالح الطب المدرسي، والبالغ عددهم 50 أخصائيا إكلينيكيا.
- منهج الدراسة: المنهج الوصفي
- الأدوات المستخدمة في الدراسة: اعتمدت الباحثة في الدراسة على الملاحظة والمقابلة والاستبيان.
- نتائج الدراسة:
  - التكوين الذي يحضع له الإكلينيكي في الجزائر غير كاف ولا يمكنه من ممارسة مهامه باحترافية.
  - يمتلك الإكلينيكي مجموعة من الوسائل والأدوات لكنه لا يتحكم في استخدامها.
  - العلاقة بين الإكلينيكي وبين الفريق العامل معه تتسم بالغموض، والعلاقة بينه وبين زملاء المهنة غير واضحة المعالم.

- يشكل عدم التحكم في اللغة الفرنسية عامل من العوامل التي تساهم في زيادة صعوبات الأخصائي الإكلينيكي.
- أعطى المشرع أهمية للإكلينيكي قانونيا، وأوكله بمهام واضحة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائيا بين الذكور والإناث فيما يخص الصعوبات.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائيا بين التوجه الاختياري والإجباري للتخصص فيما يخص الصعوبات.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائيا تتعلق بشعبة البكالوريا فيما يخص الصعوبات.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائيا بين الإكلينيكيين الذين تلقوا تكوينا بعد التوظيف والذين لم يتلقوا فيما يخص الصعوبات.

✓ **الدراسات العربية:**

1. قام "**عبد الستار إبراهيم**" 1985 بدراسة حول الاعتقادات الشائعة عن علم النفس لدى عينة من الطلاب الجامعيين، وقد أظهرت الدراسة أن نسبة 80 % لديهم اعتقادات خاطئة عن علم النفس وأن المرض النفسي يأتي نتيجة لوجود أرواح شريرة وشياطين، ونسبة 69 % يعتقدون بوجود غرائز تفسر الانحرافات الشائعة، وأن نسبة 49 % يؤمنون بقراءة الكف. (غانم، 2004، صفحة 35)
2. **دراسة فضل سنة 1998 بعنوان أراء الأخصائيين النفسانيين السعوديين في مستشفيات وعيادات الصحة النفسية الحكومية اتجاه أخلاقيات المهنة التي يمارسونها:** حيث بنيت الدراسة النتائج التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أهمية لأخلاقيات المهنة لدى الأخصائيين النفسانيين تبعا لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أهمية لأخلاقيات المهنة لدى الأخصائيين النفسانيين تبعا لمتغير المؤهل العلمي في جميع الأبعاد ما عدا البعد الخامس والذي ينص على العلاقة بين الأخصائي النفسي وأسرة العميل، حيث أظهر هذا البعد وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح مجموعة الحاصلين على درجة البكالوريوس في مقابل مجموعة الحاصلين على درجة الماجستير.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أهمية لأخلاقيات المهنة لدى الأخصائيين النفسانيين تبعا للخبرة.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أهمية لأخلاقيات المهنة لدى الأخصائيين النفسانيين تبعا للموقع الجغرافي.

3. **قام "أبو حطب" 1993 بدراسة حول علم النفس من المنظور المصري والعربي والإسلامي،** وقد ناقش فيها تطور علم النفس في الثقافات المصرية العربية والإسلامية، والتفاعل الأحادي مع علم النفس الغربي والتبعية العقلية والعلاقة البعيدة مع التراث القومي وإعاقة الإبداع في التفكير السيكولوجي وفقدان الهوية المهنية، وقد توصل إلى أن علم النفس يمكن أن يتطور من خلال التفاعل الإبداعي بين التراث القومي والحاجات المعاصرة والحث على الفكر السيكولوجي الإبداعي من خلال الخروج من التبعية إلى الابتكارية، ومن التقليد إلى التجديد، بالإضافة إلى البحث عن هوية مهنية جديدة. (خليفة، 2011)

4. **دراسة عمر هارون الخليفة 2009 بعنوان الأخصائيون النفسانيون في السودان:**

- هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى:

1- معرفة أعداد الأخصائيون النفسانيون في مراكز الطب النفسي حسب طبيعة العمل.

2- معرفة أعداد الأخصائيون النفسانيون في مراكز الطب النفسي حسب النوع.

3- معرفة الدرجات العلمية التي يحملها الأخصائيون النفسانيون بمراكز الطب النفسي.

4- معرفة أعداد الأخصائيون النفسانيون الذين يعملون في المراكز الخاصة.

5- معرفة أعداد الأخصائيون النفسانيون الذين يعملون بوزارة التعليم العام.

- منهج الدراسة: تم استخدام المنهج المسحي بهدف كشف البيانات المتعلقة بالأخصائيين النفسانيين بالسودان.
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من أخصائيون نفسانيون يعملون في 3 أنواع من المؤسسات: 12 مستشفى للطب النفسي بولاية خرطوم، 14 مركز التربية الخاصة بولاية الخرطوم، و7 محليات بولاية خرطوم.
- أدوات الدراسة: تم جمع المعلومات باستخدام المقابلة الشخصية المباشرة مع رؤساء المؤسسات العلاجية في ولاية الخرطوم.
- نتائج الدراسة: بينت الدراسة النتائج التالية:

✓ بلغت أعداد الأخصائيون النفسانيون في تلك المراكز 67 الذين سبق تعيينهم بدوام الكامل، و09 أخصائيا نفسيا يعملون بنظام التعاقد أي بمجموع كلي بلغ 78 أخصائيا نفسيا.

- ✓ بالنسبة للدرجات العلمية التي يحملها الأخصائيون النفسيون بمراكز الطب النفسي: أضحت النتائج أن الغالبية العظمى 57,89 % من حملة البكالوريوس، ونسبة 27,63 % من حملة الماجستير، وتوجد حالة واحدة تحمل درجة الدكتوراه.
- ✓ أعداد الأخصائيون النفسيون الذين يعملون بالمراكز الخاصة: بلغ عددهم 30 أخصائي نفسي بولاية الخرطوم موزعين على 14مركز.
- ✓ أعداد الأخصائيون النفسيون الذين يعملون بوزارة التعليم العام: أوضحت النتائج بأن عدد الأخصائيون النفسيين العاملين برياض الأطفال في ولاية الخرطوم 456 منهم 379 في الرياض الخاص و77 في الرياض الحكومية. (خليفة، 2009)

5. **دراسة فالح بن صنهات الدلبجي العتيبي إشراف عبد الحفيظ سعيد مقدم بعنوان: دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض، رسالة لنيل درجة الماجستير، 2011**

- **هدف الدراسة:** الكشف عن دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية.
- **عينة الدراسة:** تتكون عينة الدراسة من العاملين في بعض المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض (الأطباء، الممرضين، الأخصائيين، الأطباء النفسانيين) وبلغت عينة الدراسة (181) شخص صالحا للتحليل الإحصائي.
- **منهج الدراسة:** استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي.
- **أدوات الدراسة:** استخدم الباحث الاستبانة كأداة للدراسة.
- **أهم نتائج الدراسة:**

- ✓ اتفق أفراد عينة الدراسة غالبا على أن أهم أدوار الأخصائي النفسي الإكلينيكي التي تأتي في المقام الأول تطبيق مقياس الذكاء والقدرات العام ثم التعرف على التاريخ المرضي للمريض.
- ✓ اتفق أفراد عينة الدراسة غالبا على أن أهم المهارات التي يجيدها الأخصائي النفسي الإكلينيكي تأتي أولا مهارة التعرف على دور الأسرة في حدوث الاضطراب النفسي، ثم مهارة إقامة علاقة قوية مع المرضى.

- ✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0,01) فأقل في اتجاهات عينة الدراسة الأطباء، واتجاهات أفراد عينة الدراسة الأخصائيين النفسانيين حول (دور ومهام الأخصائي النفسي) لصالح الأخصائيين النفسيين.

6. **دراسة عادل مصطفى سلطان حول مدى إدراك الأطباء لدور المختص النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي للأمراض المزمنة بمدينة مصراته**، مقال في مجلة الجامعة الأسمرية، العدد 25 سنة 2012:

- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على مدى اختلاف إدراك الأطباء (عينة الدراسة) لدور المختص النفسي الإكلينيكي طبقا لمتغير الجنس.
- التعرف على مدى اختلاف إدراك الأطباء (عينة الدراسة) لدور المختص النفسي الإكلينيكي طبقا لمتغير سنوات الخبرة.

- **عينة الدراسة:** تم اختيار عينة الدراسة من الأطباء بمستشفيات مدينة مصراته التابعة لوزارة الصحة وبلغت عددهم 47 من الجنسين.
- **أداة الدراسة:** قام الباحث بتصميم استبانة كأداء للدراسة تكونت من 30 فقرة.
- **منهج الدراسة:** استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي.
- **نتائج الدراسة:**

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء في إدراكهم لدور المختص النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي وفقا لمتغير الجنس لصالح الإناث.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء في إدراكهم لدور المختص النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي وفقا لمتغير عدد سنوات الخبرة لصالح الأطباء كثيري الخبرة (5سنوات فأكثر) حيث تحصلوا على متوسط أعلي من فئة قليلي الخبرة، وقد يرجع ذلك إلى أن الأطباء ذوي الخبرة أصبح لديهم إدراك تام لقدرات المختص النفسي وأصبح لديهم فهم كبير للمهام التي يقوم بها.

7. **دراسة أمونه تاج السر محمد محمود تحت إشراف عبد الباقي دفع الله أحمد سنة 2014 بعنوان: سمات شخصية الأخصائي النفسي وعلاقتها باتجاهاته نحو المرضى بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم، رسالة لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس:**

- هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على سمات شخصية الأخصائيين النفسانيين وعلاقتها باتجاهاتهم نحو المرضى النفسيين بمستشفيات الطب النفسي بولاية الخرطوم، ومعرفة علاقة سمات الأخصائي النفسي ببعض المتغيرات الديمغرافية لديه مثل: النوع، العمر، الحالة الاجتماعية، الخبرة، المستوى التعليمي).
- منهج الدراسة: استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي.
- أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياس سمات الشخصية، مقياس الاتجاهات النفسية نحو المرضى، واستمارة المعلومات الأولية كأدوات لجمع المعلومات.
- نتائج الدراسة: توصلت الدراسة لمجموعة من النتائج من أبرزها: تباينت سمات شخصية الأخصائي النفسي بين الارتفاع والانخفاض والحياد، فقد تميزت سمة المسؤولية بالارتفاع وسط الأخصائيين النفسانيين العاملين بمستشفى الطب النفسي بولاية الخرطوم، أما سمات الانفعالية والثقة بالنفس، والثقة بالآخرين والتسامح فقد اتسمت بالانخفاض بدرجة دالة إحصائيا. أما سمتين القيادية والاجتماعية فقد اتسما بالحياد.
  - توجد علاقة ارتباطية طردية بين سمات شخصية الأخصائي النفسي المتمثلة في: الثقة بالنفس، والثقة بالآخرين والتسامح، القيادة، المسؤولية، الانفعالية واتجاهاته نحو المرضى.
  - لا توجد علاقة ارتباطية طردية بين سمات شخصية الأخصائي النفس بين السمة الاجتماعية وبين اتجاهاته نحو المرضى.
  - توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى تعليمي لأفراد العينة وبين السمات: الانفعالية، التسامح، المسؤولية، الثقة بالنفس.
  - لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية في سمات شخصية الأخصائي النفسي تبعا لمتغيرات النوع، الحالة الاجتماعية، الخبرة.
  - توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية في سمات شخصية الأخصائي النفسي تبعا للعمر.

8. **دراسة هلال بن خلفان الحضرمي تحت إشراف الدكتور مناريني مصطفي سنة 2016/2015 بعنوان: الأداء المهني ومستوي مهارات الاتصال للأخصائيين النفسانيين من وجهة نظر الأطباء في مستشفيات سلطنة عمان، رسالة لنيل الماجستير في تخصص الإرشاد النفسي**

1- هدف الدراسة: هدفت الدراسة التعرف على مستوي الأداء المهني ومهارات التواصل والعلاقة بينهما لدي الأخصائيين النفسانيين من وجهة نظر الأطباء في مستشفيات سلطة عمان، كما هدفت معرفة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين مستوي الأداء المهني ومستوي مهارات الاتصال التي يمكن أن تعزي إلى متغيرات: الجنس والعمر والمسمى الوظيفي والمستشفى.

2- عينة الدراسة: تكونت من 226 طبيب وطبيبة من العاملين في مستشفيات سلطنة عمان

3- أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس الأداء المهني ومقياس مهارات الاتصال.

4- نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة مستوي مرتفع لكل من الأداء المهني ومستوي مهارات الاتصال للأخصائيين النفسانيين، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين الأداء المهني.

- ✓ **الدراسات الأجنبية:**

9. **دراسة "وايلدمان" 1974** على الإكلينيكيين الذين يشغلون مراكز قيادية في الو م أ بينت أن هؤلاء القياديين يعتقدون أن سيطرة الأطباء على مجال العمل تشكل أكبر معوق للتقدم، ويليها الاعتمادات المالية ونقص الأفراد العاملين، ثم نقص الفهم لقيمة علم النفس ونقص السلطة المتاحة للعاملين في علم النفس، وتعتقد النسبة الأكبر ممن شملهم المسح أن أقسام علم النفس في مؤسسات الخدمة النفسية مثل مستشفيات الأمراض العقلية يتعين أن يرأسها سيكولوجي له سلطة على كل السيكولوجيين في القسم، ويتعين أن يكون لها ميزانية مركزية وسلطة التحكم في المصاريف. (مليكة ل.، 2010، صفحة 23)
10. **دراسة جارفيلد Garfield وكيرتز Kurtz 1976** حول أماكن نشاط الأخصائيين العياديين حيث بينت أن أكبر نسبة من العياديين يعملون في عيادات خاصة، تليها نسبة الذين يعملون في معاهد علم النفس بالجامعات وفي المرتبة الثالثة الذين يعملون في المستشفيات العقلية وغيرها. (بلميهوب، 2013، صفحة 18)
11. **دراسة "توركروس وبروشاشكا"** 1982 فقد قاما بمسح لمعرفة الدرجة العلمية للعاملين في قسم علم النفس وينتمون للجمعية النفسية الأمريكية فكانت النتائج 98,3 % منهم يحملون شهادة الدكتوراه مقابل 1,7 % يحملون شهادة الماجستير، وأقروا 86 % منهم أنهم حصلوا على علاج شخصي بوصفه جزء من تدريبهم المهني وتراوحت ساعات هذا العلاج من 4 إلى 2000 ساعة. (مليكة ل.، 2010)

12. **دراسة ليبسوك ديبلاسيه "Libsock" وآخرون** 1985 مسحية حول دور الأخصائي النفسي والمرشد النفسي في العمل، وقد توصلوا إلى افتقار الأخصائي النفسي والمرشد النفسي إلى الخبرة في العمل مع المعاقين، حيث وجدوا أن الغالبية العظمى منهم لم يتلقوا تدريبا عاليا في التربية الخاصة على الرغم من المتوقع لهم أن يمضوا نصف ساعات عملهم المهني مع المعاقين. (ابراهيم، 2001، صفحة 140)

13. **قام Matthew 1993** بدراسة تهدف معرفة إدراك الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين لدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وذلك على عينة مكونة من 16 طبيب نفسي و20 أخصائيا اجتماعيا من ولاية كونو الأمريكية، وقد أظهرت النتائج أن 41,7 % من أفراد العينة أفادوا بأنهم يقومون بتحويل الحالات للأخصائي النفسي من أجل التشخيص النفسي، كما أوضح 16,7 % أن التشخيص والعلاج هي الأسباب الرئيسية التي تجعلهم يقومون بتحويل الحالات للأخصائي النفسي. كما كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين في إدراكهم لدور الأخصائي النفسي وذلك لصالح والأخصائيين الاجتماعيين الذين يرون أن من أهم مهام الأخصائي النفسي الإكلينيكي قيامه بتقييم شخصية المريض. وأخيرا أظهرت نتائج الدراسة اتفاقا بين الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين على أن العلاج النفسي وممارسة مهام علم النفس الشرعي من الأعمال الهامة التي يزاولها الأخصائي النفسي الإكلينيكي، والتصريح للمرضى بدخول المستشفيات النفسية وعلاج الاضطرابات العقلية الشديدة من الأمور التي لا يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي التعامل معها بكفاءة تامة.

14. **دراسة Knowleset Pryor** 2001 هدفت إلى معرفة اتجاهات الأطباء العموميين نحو الأخصائي النفسي الإكلينيكي على عينة قوامها 105 تراوحت أعمارهم بين 26 إلى 69 سنة، وقد كشفت هذه الدراسة عن اتجاهات الأطباء بشكل عام نحو الأخصائي النفسي الإكلينيكي كانت مقبولة، كذلك أوضحت النتائج أن الأطباء يرون الأخصائي النفسي الإكلينيكي غير كفء، ومن ناحية أخرى أشارت هذه الدراسة إلى أن الطبيبات يحولون المرضى إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي بنسبة أكبر مما يقوم به الأطباء، كما أوضحت النتائج أيضا أن غالبية الأطباء والطبيبات يعتقدون أن الأخصائي النفسي قادرا على المشاركة بفعالية في برنامج العناية الطبية.

15. **دراسة نوركروس" ورفاقه 2004 علي الخلفية الديمغرافية للأخصائيين الإكلينيكيين** حيث قام بتطبيق استفتاء ل694 أخصائيا إكلينيكيا تم اختيارهم عشوائيا من الشعبة 12 (علم النفس الإكلينيكي التابعة للرابطة النفسية الأمريكية، لوحظ أن 37 % منهم من النساء، وأن 7 % فقط كانوا من الأقليات

العرقية، أما بالنسبة للتوجه النظري فقد وصف 29 % من العينة أنفسهم على أنهم شموليين (انتقائيين)، و28 % منهم على أنهم معرفيون، و15 % سيكوديناميون، بالإضافة إلى ملاحظة 12 % فقط من جميع أفراد عينة الإكلينيكيين أظهروا عدم رضاهم عن اختيارهم للعمل في مجال علم النفس الإكلينيكي. (داوود، 2017)

2- الدراسات السابقة المتعلقة بالبرنامج:

1- دراسة "مصطفى عبد المحسن الحديثي ووردة عبد اللطيف محمد محمد (2021) بعنوان: برنامج إرشادي نفسي إيجابي في تمية فاعلية الذات الإرشادية لدى الأخصائي النفسي المدرسي:

- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة التحقق من فاعلية برنامج إرشادي قائم على استخدام بعض فنيات علم النفس الإيجابي في تنمية فاعلية الذات الإرشادية لدى الأخصائي النفسي المدرسي.
- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من 20 أخصائي وأخصائية نفسية (16 إناث، 4 ذكور) من الأخصائيين العاملين بالمدارس الابتدائية والإعدادية والثانوية والذين تتراوح أعمارهم من 27 – 39 عاما)
- **أدوات الدراسة:** استمارة البيانات الديمغرافية من إعداد الباحثة، مقياس فاعلية الذات الإرشادية من إعداد على محمد على وبشري إسماعيل أحمد أرنوط 2015، البرامج الإرشادي القائم على استخدام بعض فنيات علم النفس الإيجابي في تنمية فاعلية الذات الإرشادية لدى الأخصائي النفسي المدرسي من إعداد الباحثة.
- **نتائج الدراسة:** أسفرت نتائج الدراسة على فاعلية البرامج الإرشادي القائم على استخدام بعض فنيات علم النفس الإيجابي في زيادة فاعلية الذات الإرشادية لدى الأخصائيين النفسيين المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

2- دراسة ولاء محمد أحمد عبد الرحمان (2018) بعنوان فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوكيات العزلة لدي الطلبة الجامعيين.

- هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تحسين مستوي المهارات الاجتماعية وخفض سلوكيات العزلة لدى الطلبة الجامعيين.
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 24 طلبة جامعية من طالبات السنة الأولى اللواتي حصلن علة درجات مرتفعة على مقياس العزلة، ودرجات منخفضة على مقياس المهارات الاجتماعية، وهم طلبة كليتي الاقتصاد والعلوم الاجتماعية في جامعة النجاح الوطنية

- أدوات الدراسة: مقياس سلوكيات العزلة من إعداد عابد (2008)، مقياس المهارات الاجتماعية من إعداد ريجو (1990) ترجمة السيد (1998)، برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي.
- نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوكيات العزلة ولصالح أفراد المجموعة التجريبية. كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المهارات الاجتماعية وسلوكيات العزلة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي ولصالح المجموعة التجريبية التي تلقي أفرادها برنامجا إرشاديا قائما على العلاج المعرفي السلوكي. (فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوكيات العزلة لدى الطلبة الجامعيين، 2018)

3- **بوجمان نادية (2016/2015) تحت إشراف بعنوان: بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدي الأستاذة الجامعة المتزوجة. مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس إرشاد وتوجيه:**

- هدف الدراسة: سعت الدراسة إلى تحقيق هدف أساسي هو إعداد برنامج إرشادي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة، يستند إلى فنيات وأساليب الإرشاد المعرفي السلوكي ومنهج التدريب التحصيني ضد الضغط لماكينبوم، والكشف عن فاعلية هذا البرنامج في التخفيف من الضغط النفسي التي تعاني منه الأستاذة الجامعية المتزوجة.
- منهج الدراسة: استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وذلك بتصميم المجموعتين المتكافئتين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والقيام باختبار قبلي وبعدي.
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من(74) أستاذة جامعية متزوجة، وتم اختيار الأستاذات التي تحصلن على درجات مرتفعة في كل من مقياس مصادر الضغط النفسي ومقياس استجابة الضغط النفسي وكان عددهن (13) أستاذة، وقد تم تقسيمهن إلى مجموعتين إحداهما تتكون من 5 أساتذة والأخرى ضابطة تتكون من 6 أساتذة بعد انسحاب أستاذتين من المجموعة التجريبية.
- أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياسين من إعدادها: مقياس مصادر الضغط النفسي، ومقياس استجابة الضغط النفسي، بالإضافة في بناء البرنامج الإرشادي.
- نتائج الدراسة: توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- تعاني الأستاذة الجامعية المتزوجة ضغطا نفسيا وفقا لمقياس مصادر الضغط النفسي، وقد احتلت المصادر المتعلقة بالدرجة العلمية، الأبناء، المصادر العائلية والاجتماعية أعلى المراتب، تليها المصادر المتعلقة بالطلبة والمصادر الاقتصادية، وفي المراتب المتدنية كل من المصادر المعلقة بالزملاء وبالإدارة والمسؤولين، وفي المرتبة الأخيرة المصادر المتعلقة بالزوج.
- تعاني الأستاذة الجامعية المتزوجة ضغطا نفسيا متوسطا وفقا لمقياس استجابة الضغط النفسي وقد جاءت الاستجابات بالترتيب: الاستجابة الفيزيولوجية، الاستجابة المعرفية، الاستجابة الانفعالية وفي الأخير الاستجابة السلوكية.
- يؤثر البرنامج الإرشادي المقترح على الأستاذة الجامعة المتزوجة وذلك بتخفيف الضغط النفسي لديها. (بوجمان، 2016)

4- دراسة بن صالح هداية (2016/2015) تحت إشراف د فقيه العيد بعنوان: فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى المراهق المتمدرس.

- هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى كشف فاعلية برنامج معرفي سلوكي مقترح في خفض حدة الضغوط النفسية لدى المراهق المتمدرس وقياس أثر البرنامج على مستوى التوافق المدرسي والتحصيل الدراسي.
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (22) تلميذ وتلميذة من المرحلة الثانوية، تراوحت أعمارهم ما بين 15- 17 سنة، تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
- منهج الدراسة: اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي.
- أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياس الضغط النفسي لدى المراهق، ومقياس التوافق المدرسي من إعدادها، كما قامت ببناء برنامج علاجي استند على النظرية المعرفية السلوكية والمكون من 20 جلسة.
- نتائج الدراسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الضغط النفسي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس التوافق المدرسي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطات تدرج أفراد نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على التحصيل الدراسي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الضغط النفسي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس التوافق المدرسي، في حين لم تسفر الدراسة عن وجود فروق بين المجموعتين فيما يتعلق ببعد التوافق مع الأستاذ والزملاء
- توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة في الاختبار التتبعي (بعد 3 أشهر) على مقياس الضغط النفسي، وهذا يدل على نجاح البرنامج العلاجي في التخفيف من حدة الضغوط النفسية والرفع من المستوى التوافق المدرسي في حين لم يكن للبرنامج أثر إيجابي على التحصيل الدراسي لدى المراهق. (صالح هـ.، 2016)

5- دراسة "محمد ربيع الصياح" (2013) بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي معرفي-سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي- دراسة ميدانية تجريبية لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الثانوية في مدارس محافظة دمشق الرسمية. رسالة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس -قسم الإرشاد النفسي:

- هدف الدراسة: هدف البحث إعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الثانوية، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات (سنوات الخبرة، العمر، الجنس، المؤهل العلمي)
- أدوات الدراسة: مقياس مسببات الاحتراق النفسي في حياة العمل من إعداد ماسلاش ولايتر (2005) وقد قام الباحث بترجمته وإعداده ليتناسب مع البيئة المحلية، كما صمم الباحث البرنامج المعرفي السلوكي للتخفيف من حدة الاحتراق النفسي.

- منهج الدراسة: المنهج الوصفي التجريبي.
- عينة الدراسة: تضمنت عينة الدراسة 292 مدرسا ومدرسة من المدارس الثانوية العامة الرسمية في مدينة دمشق.
- نتائج الدراسة: أبرز النتائج الدراسة هي التأكد تجريبيا من فاعلية البرنامج الإرشادي في التخفيف من حدة الاحتراق النفسي لدي أفراد العينة التجريبية في القياس المباشر والتتبعي، بالرغم من أن البحث لم يتوصل إلى علاقة جوهرية بين الاحتراق النفسي والمتغيرات الديمغرافية (الجنس، العمر، سنوات الخبرة) لكنه توصل لعلاقة ذات دلالة إحصائية مع مغير المؤهل العلمي. (الصياح، 2013)

3- ما استفادت الباحثة من الدراسات السابقة:

- الاستفادة من الدراسات السابقة في إعداد البرنامج المعرفي السلوكي من خلال الاطلاع على الأسس بناء البرامج المستخدمة سابقا، والاستفادة منها في بناء البرنامج الحالي. واختيار النظرية المعرفية السلوكية التي استند لها البرنامج.

- الاطلاع على أهم الدراسات التي هدفت إلى معرفة صعوبات الأخصائي النفسي للمعرفة أكثر الصعوبات انتشارا في الوسط الجزائري، وهذا ما ساعد الباحثة على استخلاص أسئلة الدراسة وتحديد فرضياتها.

- الاطلاع على أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي ونسبة انتشارها.

- مقارنة نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة والمرتبطة بجوانب هذه الدراسة.

- استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في اختيار المنهج المناسب للدراسة.

- الاستفادة من الدراسات السابقة في منهجية بناء البرنامج المعرفي السلوكي، وتحديد أهم الخطوات المتبعة.

- الاستفادة من الدراسات السابقة في بناء استبيان الدراسة وتحديد محاوره وبنوده.

- الاستفادة من الطرق التجريبية.

التعقيب على الدراسات السابقة:

اشتملت الدراسات السابقة التي تم عرضها على دراسات قديمة وأخرى حديثة، ودراسات أجنبية وأخرى عربية وجزائرية، حيث نجد منها من ركزت على دور الأخصائي النفسي ومنها من درست خصائص الأخصائي النفسي وسماته الشخصية، ومنها من ركزت على التكوين الجامعي ومدى نقصه لممارسة المهنة ومواجهة الميدان، ومنها من ركزت على دراسة الصعوبات التي تواجه الإكلينيكي أثناء تأدية مهامه، حيث توصلت هذه الدراسات إلى وجود صعوبات وعراقيل في الممارسة السيكولوجية.

إذن أكدت معظم الدراسات السابقة أن صعوبات الأخصائي النفسي ترجع إلى بالمرتبة الأولى إلى التكوين، حيث أشارت كل من دراسة دبراسو فطيمة، ودراسة كركوش فتيحة، ودراسة زهار جمال، ومنصوري مصطفي أن صعوبات الأخصائي النفسي تتعلق بالتكوين الجامعي الذي يعتبر غير كافي لقيام الأخصائي النفسي للقيام بمهامه أثناء الممارسة النفسية، وهذا ما اتفق مع الدراسة الحالية التي أسفرت نتائجها بأن التكوين يعتبر من أهم عامل الذي أدى إلى صعوبات الأخصائي النفسي أثناء الممارسة السيكولوجية.

لاحظنا أن معظم الدراسات اهتمت بدراسة التكوين الجامعي للأخصائي النفسي والظروف الفيزيقية، ولكن نلاحظ نقص في الدراسات التي تهتم بشخصية الأخصائي النفسي ومدى تأثيرها على تأديته لمهامه.

الفصل الثاني:

الممارسة النفسية

تمهيد

1- علم النفس الإكلينيكي

1-1- لمحة عن تطور علم النفس الإكلينيكي

1-2- العوامل التي ساعدت في تطور علم النفس الإكلينيكي

1-3- تعريف علم النفس الإكلينيكي

1-4- المناحي العامة لتعريفات علم النفس الإكلينيكي

2- الممارسة النفسية

2-1- تعريف المرض النفسي

2-2- تعريف الممارسة النفسية

2-3- المصطلحات المتعلقة بالممارسة النفسية

2-4- خطوات الممارسة النفسية

2-5- وظائف الممارسة النفسية

2-6- المعايير الأخلاقية للممارسة الإكلينيكية

خلاصة

تمهيد:

عرف علم النفس الإكلينيكي تطورا واضحا في السنوات الأخيرة، حتى أصبح علم قائم بذاته له منهجه الخاص وحدوده وعلماء متخصصون وأهداف محددة وجال بحث محدد، وقد عرف علم النفس العيادي جدالا كبيرا فيما يخص اهتماماته بين الممارسة الإكلينيكية أو البحث العلمي والنظري، وانتهى هذا الجدال بالاعتماد على نموذج العالم الممارس أي لابد للمختص الإكلينيكي أن يكون عالما وممارسا في الوقت نفسه، فالتوجه النظري يرشد ويطور الممارسة العيادية، وفي الوقت نفسه يتم تطوير النظريات من خلال خبرات الممارسة.

وبما أن علم النفس الإكلينيكي يركز على تطبيق مبادئ علم النفس العام عن طريق وسائل القياس المختلفة (الملاحظة، المقابلة، الاختبارات النفسية...)، فهو يركز على الممارسة العيادية التي تعتبر الميدان التطبيقي الأساسي لعلم النفس العيادي، الذي يقوم فيه المختص العيادي بعدة وظائف أساسية أهمها (الفحص والتشخيص والعلاج) بهدف تحديد إمكانيات سلوك الفرد وفهمه والوصول به إلى التوافق والتكيف مع محيطه، ومساعدته على التخلص من مشكلاته النفسية المختلفة.

وسنلخص في هذا الفصل أولا لمحة تاريخية عن علم النفس الإكلينيكي ومراحل ظهوره وتطوره، ومجمل التعاريف التي قدمت لهذا العلم، ثم نتحدث عن الممارسة النفسية وأهم خطواتها ووظائفها ونختم هذا الفصل بذكر أهم المعايير الأخلاقية التي تحكم الممارسة العيادية وتضبطها.

1- علم النفس الإكلينيكي:

1-1- لمحة عن تطور علم النفس الإكلينيكي:

لا يمكننا تحديد فترة زمنية محددة كبداية انطلاق علم النفس الإكلينيكي، فقد تعود البداية إلى فلاسفة اليونان مثل **ثليز وأبوقراط وأرسطو**" الذين كانوا يتفكرون في الإنسان وطبيعة تفكيره وإحساسه ومرضه، وكان ذلك قبل الميلاد بوقت طويل، وفي القرن التاسع عشر بدأت تظهر جذور علم النفس الإكلينيكي من خلال ظهور الحركة الإصلاحية التي قادت إلى تحسين رعاية المرضى العقليين، حيث ظهر عدد كبير من الأشخاص المؤثرين الذين أحرزوا تغييرات إيجابية في حياة المرضى النفسيين حيث خلقت انجازاتهم مناخا استطاع علم النفس الإكلينيكي الظهور بفضله. ففي السابق كانت تفسر الاضطرابات النفسية في الإطار الديني (مرضى يعانون من تلبس الجن والشياطين) أو في الإطار الأخلاقي (مرضى يعاقبون بسبب ذنوبهم ويجب إرشادهم أخلاقيا) وفي كليتا الحالتين يتم إساءة التعامل معهم، بالسجن والتكبيل بالسلاسل، النفي والإهمال الشديد، التعذيب... وعلاجات عنيفة تسبب تفاقم الاضطرابات. (فرحات، 2019)

وخاصة في القرن 18 بدأت حركات تناشد بتحسين وضعية هؤلاء المرضى، وبالتحديد في فرنسا ساهمت حركة الطبيب الفرنسي "**فليب بينيل**" إلى تحسين وضعية المرضي العقليين الذين كانوا يسجنون وتتم معاملتهم بقسوة ووحشية واستطاع إقناع معاصريه وهؤلاء الذين كانوا في السلطة في فرنسا أن المرضي النفسيين ليسوا شياطين وأنهم يستحقون التعاطف والأمل بدل سوء المعاملة والاحتقار، فاستطاع إدارة مستشفى بياتري ومن ثم مستشفى سالبيتريير، وشجع فريق عمل هذه المؤسسات أن يقوموا أثناء علاج أي مريض بتصنيفه ووضع تاريخ الحالة وملاحظات مستمرة، فقد كانت أعمال **بينيل** حجر الأساس في تطور الطب النفسي والتوجه نحو الصحة النفسية، وبالتالي علم النفس الإكلينيكي. (داود، 2017، ص72) وفي الوقت نفسه في انجرترا كرس **وليام توك** (William Tuke) نفسه لتحسين الظروف القاسية التي كان يعيشها المرضى العقليين داخل المصحات العقلية، وقام بتأسيس ملجأ يورك وهو مركز علاج داخلي تتم فيه العناية بالمرضى النفسيين بلطف وكرامة، أما في أمريكا كان **إلي تود**(Eli Todd) يعمل جاهدا لتحسين وتطوير ملجأ في هارتفورد يهتم بالمرضي النفسيين حيث ركز دور العناية المتحضرة بما تتضمنه من احترام ومعاملة أخلاقية إنسانية. كما كانت **دوروثي ديكس** (Dorothée Dix) من الأمريكيين الذين كانوا لهم

تأثير أساسي في حركة الصحة النفسية حيث قامت بحملة مشهورة من أجل تقديم رعاية أفضل للمرضى العقليين، واستطاعت بعزمها وإصرارها أن تقنع المؤسسات الحكومية بمطالبها، وقد حققت ما تسعى إليه واستطاعت بناء مستشفى للمرض العقليين بولاية نيوجرسي في عام 1848. (هاشم، 2018، صفحة 65)

إذن بعدما كان يعتقد أن المرض النفسي يحدث بسبب الالتباس الشيطاني أو السحر، وكان يعامل المريض النفسي معاملة قاسية حيث يعذب ويسجن حتى تطرد تلك الشياطين، ومع التطور تغيرت النظرة لمرض النفسي وظهرت جهود علمية فعلية تهدف إلى إصلاح وضعية المرضي العقليين والنفسيين، وتوضح أعراض المرض العقلي وأسبابه وأن هؤلاء المرضى يحتاجون معاملة بلطف وكرامة، وتأسست عدة مستشفيات تتكفل وترعي هؤلاء المرضى.

بدأ علم النفس الإكلينيكي فعليا منذ ما يقارب عام (1897) وذلك مع اقتراب نهاية القرن التاسع عشر، وقد حدث في تلك الحقبة حدثان مهمان هما تأسيس الرابطة النفسية الأمريكية (APA) عام (1897) وتنصيب **ستانلي هول** كأول رئيس لها، وإنشاء **ليتتنر ويتمر** أول عيادة نفسية عام (1896) في جامعة بنسلفانيا. وقد كان ويتمر يستخدم عيادته لتدريب الأخصائيين النفسانيين والأطباء والاجتماعيين على ممارسة مهنة جديدة هي خبير نفسي والتي تمارس في المجال المدرسي عن طريق فحص وعلاج الأطفال المتخلفين عقليا أو في المجال الطبي.

وأسس "**ويتمر**" أول مجلة في علم النفس الإكلينيكي عام (1907) وهي مجلة العيادة النفسي كما أسس أيضا مستشفى واستعان بالأطباء وبالمتخصصين في تربية العمى والصم وضعاف العقول وكذلك تأسست عام (1932) جمعية السيكولوجيين الاستشاريين والتي أصدرت مجلة علم النفس الاستشاري (1937)، وتأسست في السنة نفسها الجمعية الأمريكية لعم النفس التطبيقي والتي ضمنت كل الفئات المشتغلين بعلم النفس التطبيقي في أربع أقسام كان واحد منها قسم علم النفس الإكلينيكي. تم بعد ذلك زاد عدد الأخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين في مؤسسات ضعاف العقول، وفي المدارس، الجامعات، في المستشفيات العقلية، وعيادات توجيه الأطفال وغيرها من المؤسسات التي تعمل على حل مختلف المشكلات النفسية التي يوجهها الإنسان.

وقد كان لاندلاع الحرب العالمية الثانية (1941) أكبر أثر في تطوير علم النفس الإكلينيكي فقد اشتد الطلب على خدمات الأخصائي النفسي بسبب انتشار اضطرابات انفعالية لدي المجندين، وتنوع دور

الأخصائي الإكلينيكي بعد ما كان منحصرا في مجرد تطبيق الاختبارات أصبح يشمل تطبيق العلاج النفسي بأنواعه الفردي والجماعي، حيث كان يعمل في فريق إكلينيكي. وحتى بعد انتهاء الحرب زاد دور الأخصائيين الإكلينيكيين في تهيئة الرعاية النفسية للأشخاص الذين أصيبوا باضطرابات انفعالية وعقلية بسبب الحرب. (كامل، 2010، صفحة 53)

فقد كان دور الأخصائيين الإكلينيكيين يقتصر في البداية على مجرد القياس والتقييم، أي تطبيق الاختبارات كاختبار الذكاء والقدرات والمهارات المدرسية على الأطفال، ثم توسع دور الأخصائي ليشمل علاج الراشدين، حيث انفجرت نشاطات الأخصائي النفسي الإكلينيكي وامتدت من الطفولة إلى الرشد ومن القدرات إلى الشخصية، ومن التشخيص إلى التكفل والعلاج.

وفي عام (1949) تم عقد مؤتمر حول التعليم العالي في علم النفس الإكلينيكي في بولدر بولاية كولورادو وقد شكل هذا المؤتمر حدثا مهما في تاريخ علم النفس الإكلينيكي، إذ تم فيه بلورة نموذج العالم الممارس في تدريب الأخصائيين الإكلينيكيين والذي أكد على ضرورة تدريب الأخصائيين في التشخيص والعلاج والبحث وأن يتوج تدريبهم بدرجة الدكتوراه والتي تشمل إجراء بحث علمي في أحد مجلات علم النفس الإكلينيكي. ولا يزال نموذج العالم الممارس هو النموذج التدريبي الأكثر استخداما.

وساهم مؤسس التحليل النفسي "**سجموند فرويد**" **Sigmund Freud** بشكل كبير في إرساء فكرة أنه يمكن علاج الاضطرابات النفسية بوسائل نفسية علائقية، حيث ساهمت جهوده في تطور ملحوظ لعلم النفس والطب العقلي، بالإضافة إلى إسهامات **Daniel Lagache** حيث اقترح سنة (1949) نظريته حول علم النفس العيادي أثناء إلقاءه محاضرته في جامعة السربون بعنوان "**علم النفس العيادي والطريقة الإكلينيكية**"، أوضح فيها موضوع علم النفس الإكلينيكي بأنه الدراسة المعمقة لسلوك الإنسان السوي والمرضي، المتكيف وغير المتكيف، حيث وضع أسس علم النفس الإكلينيكي كاختصاص يدرس في الجامعات، واقترح تعريفا خاصا به يميزه عن غيره من التخصصات القريبة منه كالطب العقلي وعلم النفسي المرضي، فاعتبره أسلوب لمقاربة أشمل من علم النفس التجريبي وأقل درجة من المرضية المميزة للطب العقلي، وأكثر استعمالا للأدوات منه في التحليل النفسي، وسطر له حدودا خاصة وحدد منهجه المتمثل في دراسة الحالات دراسة فردية معمقة. ولقد أوضح **Lagache** عن وجود منهجين لعم النفس العيادي: الأول

يركز على الملاحظة والمقابلة العيادية، أما الثاني فهو يتميز بتطبيق الاختبارات. (فرحات، 2019، صفحة 07)

وفي عام (1988) شهد خلافات بين الأخصائيين الإكلينيكيين والعلميين حيث شعر الجناح العلمي الأكاديمي بأن الرابطة النفسية الأمريكية(**APA**) لم تستجب لاحتياجاتهم الأكاديمية وأنها تهتم فقط باحتياجات المهنية للممارسين الإكلينيكيين وهذه الخلافات نتجت عنها تأسيس منظمة منفصلة هي الجمعية النفسية الأمريكية (**APS**) سنة 1988 بقيادة 22 رئيسا، وعقد أول اجتماع للجمعية حقق نجاحا باهرا والآن تصدر من هذه الجمعية نشرة إخبارية شهرية حول الأعضاء وثلاث مجلات علمية هي: العلوم النفسية، العلوم النفسية في خدمة العامة، الاتجاهات الحديثة للعلوم النفسية.

ويتجاوز عدد أعضاء الجمعية النفسية الأمريكية (**APS**) الآن 13000 عضوا وهم أخصائيون في علم النفس الإكلينيكي أو الإرشاد النفسي أو علم النفس المدرسي وكانت أهداف هذه الجمعية:

. تطوير ميدان علم النفس.

. الحفاظ على الأسس العلمية لعلم النفس.

. تطوير فهم الناس للعلوم النفسية وتطبيقاتها.

. تحسين نوعية التعليم.

. تشجيع الأخصائيين على تسخير علم النفس استجابة للمصلحة العامة.

كما ظهر حدثان مهمان (1995) أثران في تطور مهنة علم النفس الإكلينيكي حيث قامت رابطة النفسية الأمريكية بالمصادقة رسميا على حصول امتيازات وصف الأدوية من قبل الأخصائيين النفسانيين، وفي عام (2002) أعدت ولاية نيومكسيكو أول ولاية أمريكية تسن قانون يسمح للأخصائيين النفسانيين المدربين بوصف الأدوية لعلاج الاضطرابات النفسية.

وأخيرا قامت الرابطة النفسية الأمريكية (**APA**) عام 2002 بنشر طبعة جديدة من المبادئ الأخلاقية وقواعد السلوك للأخصائيين النفسانيين. (داود، 2017، صفحة 104)

يذكر "**بورنج**" أن العلم يكتسب شرعيته كعلم متخصص له حدوده عندما يتوفر له العناصر التالية: أن يكون له اسم محدد، وعلماء متخصصون، ودورياته التي تنشر فيها بحوثه، وأن تكون له جمعياته، وقد تحققت كل هذه لعلم النفس الإكلينيكي، حيث أصبح فرع تطبيقي ومستقل من فروع علم النفس له مجال محدد واضح المعالم وله باحثون متخصصون وطلاب يدرسونه محددين مستقبلهم المهني في إطاره، ودورية علمية تنشر بحوثه وبهذا اكتسب علم النفس الإكلينيكي شرعيته.(فرج، 2007، ص 38)

ويختص علم النفس الإكلينيكي أساسا بتطبيق المعرفة والممارسة النفسية في مساعدة كل مصاب باضطراب ما في السلوك أو العقل حتى يستطيع التوافق مع الذات ومع الآخرين والتعبير عن الذات بصورة أفضل. وهو يشمل التدريب والممارسة الفعلية في التشخيص والعلاج والوقاية، بالإضافة إلى إجراء البحوث من أجل زيادة المعرفة السيكولوجية. (عدوان، 2016، صفحة 02)

ولقد اتسعت مجالات الممارسة العيادية في الأواني الأخيرة وأصبحت تضم العلاج النفسي والتشخيص والتقييم والتدريس والإشراف الإكلينيكي والبحث والتأليف والتقديم والاستشارات والإدارة. وعلي هذا فإن علم النفس العيادي أصبح ميدانا مهنيا واسعا جدا.

1-2- العوامل التي ساعدت في تطور علم النفس الإكلينيكي:

ساهمت عدة مجالات في تطور علم النفس الإكلينيكي أهمها:

القياس والتشخيص:

جاءت التطورات في مجال القياس والاختبار العقلي علي يد **فرانسيس غالتون وجيمس كاتل** الذي ابتكر مصطلح الاختبار العقلي، وظهر مقياس **ستانفورد بنيه** (1916) تم صدر اختبار **وكسلر** عام (1969) حيث كان توجهه إكلينيكي عميق، فقد أدت كل هذه الاختبارات في مجال الذكاء والقدرات العقلية إلى تمكين الأخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين من فهم طبيعة الوظائف المعرفية والاختلالات فيها وقياسها بصورة تسمح من وضح الأطفال في الفئات العقلية المختلفة أو التعرف على خصائص أداء بعض المرضي بشكل يساهم في التشخيص. (فرج، 2007، ص 45) حيث شهدت اختبارات الذكاء تطورا مهما وأساسيا في ذلك الوقت بالإضافة إلى اختبارات الشخصية حيث ألحق اختبار **بريسي إكس-أو**(Pressey X-O test) للانفعالات بقائمة و ودوورث للبيانات الشخصية عام 1921، تبعه أيضا اختبار **داوني** للإرادة والمزاج عام (1923)، كما ظهرت قائمة **ألبورت- قيرنون** للقيم (Allport-vernon Study of values)،

إلا أن الحدث الأكبر تمثل في الاختبارات الإسقاطية التي بدأت فعليا عام (1921) بمساهمة الطبيب السويسري "**هيرمان روشاخ**" (Hermann Rorschach) حيث قام بنشر كتابه بعنوان التشخيص النفسي الذي يصف فيه كيفية استخدامه لبقع الحبر في تشخيص المرضي النفسيين، حيث يفترض **روشاخ** أن الأفراد يسقطون شخصياتهم على المثير الغامض أو المبهم في البطاقة. وقد برز وجه آخر من الحركة الإسقاطية (1935) عندما قام كل من "**كريستينا مورجان**" (christina Morgan) و"**هنري موراي**" (Henry Murray) بنشر اختبار تفهم الموضوع وهو اختبار يتطلب من المفحوص أن ينظر إلى صورة غامضة ثم يروي قصة من خلال نشاطات الأشخاص الذين يظهرون في الصورة، وأفكارهم ومشاعرهم، وما يزال اختبار (TAT) أوسع الاختبارات الإسقاطية انتشارا وثانيهم شهرة بعد اختبار الروشاخ. وفي عام (1943) ظهر اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية وهو اختبار موضوعي يستخدم أسلوب التقرير الذاتي ومهمته الأساسية تشخيص المرضي وتصنيفهم بشكل أولي، وبالرغم من وجود اختبارات عديدة تستخدم لهذا الغرض كاختبار الروشاخ إلا أن هذا الاختبار يتميز بعدم ضرورة وجود تفسير نظري للدرجات أو الاستجابات. (داود، 2017، صفحة 77)

فقد مثلت هذه المقاييس وتلك التوجهات دفعة قوية لعلم النفس الإكلينيكي وتلاها ظهور العديد من المقاييس الإكلينيكية المهمة، التي ساهمت بدورها في تطور علم النفس الإكلينيكي، وإمكانية فهم شخصية الفرد وقدراته وبالتالي القدرة على مساعدته في حل مشكلاته المختلفة والوصول به إلى التوافق.

- **تطور أساليب العلاج:**

ظهرت مواكبة لكل ذلك أساليب العلاج النفسي للمرضي العصابيين على وجه الخصوص لعل من أبرز هذه الأساليب التحليل النفسي عند **فرويد** وهناك قبل "**فرويد**" نال "**جين شاركو**"(Charcot Jean) الذي طور أبحاثه حول المرضى الذين يعانون من الهستيريا، حيث لاحظ أنهم يعانون من أعراض جسدية (العمى، الشلل) ولكن لا يبدو لديهم أي سبب عضوي يمكن التعرف عليه، وبدأ شاركو بتجارب إكلينيكية في تنويم المرضى، ثم ظهرت مساهمات "**جوزيف بروير**" (Josef Breuer) و"**سيجموند فرويد**" (Sigmund Freud) في بداية الثمانيات من القرن التاسع عشر، كان **بروير** بعلاج فتاة شابة تدعى "أناو" والتي تم تشخيص حالتها بالهستيريا، وقد ساهم علاجها إلي تطورات نظرية أثرت في الممارسة النفسية العلاجية للسنوات اللاحقة، وقام كل من **فرويد وبروير** بنشر كتابهما "**دراسات حول الهستيريا**" (1895)

مما أثر اهتمام **فرويد** ورجع باريس ليتعلم من **شاركو** المزيد حول الهستيريا. وتعتبر هذه المساهمات نقطة انطلاق التحليل النفسي وهو التطور النظري العلاجي الذي يعتبر بمفرده الأكثر تأثيرا في تاريخ الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي. بدأ التحليل النفسي في بداية القرن العشرين مكرس لعلاج الراشدين، وكانت ممارسته مقتصرة تقريبا على الذين درسوا الطب أساسا، لكن **فرويد** يري أن المحللين النفسانيين لا يحتاجون لتدريس الطب، ورغم اعتراضاته فقد أثبتت المهنة الطبية أن لها حقوق حصريا في استخدام العلاج بالتحليل النفسي، لهذا كان دخول الأخصائيين النفسانيين في مجال العلاج النفسي أمرا صعبا.

بدأ دخول الأخصائيين النفسانيين إلى النشاطات العلاجية تدريجيا ولكن كان عملهم مقتصرا مع الأطفال في العيادات الإرشادية، تقييم القدرات العقلية للأطفال، وتقييم استشارات الآباء والمدرسين، ولكن من الصعب فصل الأداء العقلي والنجاح المدرسي عن النواحي النفسية الأشمل للسلوك. ولذلك كان من الضروري أن يكون عمل الأخصائيين لا يتجاوز تقديم النصح والتوصيات. كما ظهر تيار آخر في العمل المبكر مع الأطفال، ألا وهو العلاج باللعب حيث قامت "**آنا فريد** (Ana Freud) في عام (1928) بتطوير طريقة في العلاج باللعب مشتقة من مبادئ التحليل النفسي، تعتمد بشكل أساسي علي قدرات الشفاء المتمثلة بتحرير القلق والعدوان من خلال اللعب التعبيري. (داود، 2017، صفحة 84) ثم بدأ اتجاه آخر بظهور وهو العلاج السلوكي الذي بدأ بمساهمة **واطسون** في استحداث الخوف العصابي التجريبي لدي الطفل ألبرت وتفسيره لنشأة العصاب وهو التفسير الذي أسهم في استثمار التشريط البافلوفي ثم التشريط الإجرائي **لسكينر** في ابتكار أساليب علاجية مهمة دعمت علم النفس الإكلينيكي. (فرج، 2007، صفحة 45)

ثم بعد ذلك تزايدت مداخل العلاج النفسي حيث ظهرت مداخل جديدة الإنسانية والوجودية والسلوكية المعرفية وأصبحت تنافس أساليب التحليل النفسي الراسخة.

1-3- تعريف علم النفس الإكلينيكي:

أ- **لغة:** ترجع كلمة **عيادي** إكلينيكي إلى الكلمة اليونانية **Kliné** أي سرير، وتعود إلى التطبيق الطبي، أين يلاحظ الطبيب مرضاه على السرير فيتمكن من وضح التشخيص المناسب وإعطاء العلاج له.

حيث طرح مصطلح "**علم النفس الإكلينيكي**" في البداية للتعبير عن (المشكل) أو لا سواء، مشتق من الكلمة اليونانية التي تعني "سرير" العيادة وتعني مراقبة المريض إلى جانب سريره. وظهر مصطلح "علم

النفس الإكلينيكي" في تسعينات القرن التاسع عشر، في وقت واحد في فرنسا والولايات المتحدة، حيث أنشأ **witmer** عندما عمل في ألمانيا مع **Wundt** عيادة نفسية تقدم نشاطا توجيهيا، أي النصيحة والدعم والمساعدة، بالإضافة إلى اسهامات **Pierre Janet** الذي استخدم مصطلح "علم النفس الإكلينيكي" سنة 1898 وظل يطوره طوال عمره، وعلى الرغم من تنوع بدايات علم النفس الإكلينيكي إلا أن هدفه مشترك يتضمن في محاولة فهم خصوصية الفرد، أداء الفرد، طرقه الخاصة في علاقاته مع الأشخاص، خيال الفرد وعواطفه، أدائه المعرفي، تاريخه الفردي، بهدف المساعدة العلاجية والتعليمية والاستشارة وما إلى ذلك.(perron، 2006)

يمكن تقديم تعريف لعلم النفس الإكلينيكي تحت نوعان من الإجابات:

- علم النفس الإكلينيكي هو ما يتم تدريسه في الجامعة تحت هذا العنوان، مع تسليم الدبلوم النهائي بنفس الاسم.
- علم النفس الإكلينيكي هو ما أفعله.

هذان التعريفان لعلم النفس الإكلينيكي من خلال الشهادة ومن خلال الممارسة مكملين بعضهما البعض، ولكن يفعل معظم علماء النفس الإكلينيكي في الواقع أكثر بكثير مما تم تدريسه في الجامعة، ويختلف تدريس علم النفس الإكلينيكي من مكان إلى آخر.(perron, 2006, p. 4)

علم النفس الإكلينيكي هو ميدان تطبيق المبادئ النفسية التي تهتم أساسا بالتوافق السيكولوجي للفرد. إن موضوع علم النفس العيادي هو الدراسة المعمقة لحالة فردية، أي دراسة الشخصية في بيئتها، فهو يتناول الشخص من حيث هو وحدة كلية حالية، ومن بين أهداف علم النفس العيادي حل المشكلات، فالشخص حامل المشكلة قد أساء حلها يلجأ للأخصائي طلبا للمساعدة فالهدف هنا الاستشارة أو العلاج.

فالأخصائي النفسي يجد في دراسة الحالة الطريق المباشر في صميم المشكلات الإنسانية، فالحياة صراعات متعاقبة والهدف الأساسي للأخصائي النفسي هو حل الصراع والوصول بالفرد للتكيف. (عباس، 1996، صفحة 17)

ويتكون علم النفس العيادي من قطبين أساسيين يعبر أحدهما عن القطب الموضوعي الذي يهتم باستخدام الاختبارات، والآخر القطب الذاتي ممثلا وضعية الفحص والعلاج، ولقد استند علم النفس العيادي إلى هذه الركائز الثلاثة:

1. فمن الطب أخذ الطريقة وهي العيادة وهدفها التشخيص والعلاج.
2. ومن الفلسفة استسقى مفهوما عن الإنسان، وخاصة الاتجاه الظواهري الذي يري بأن كل فرد فريد، ولكل معاشه الخاص الذي لا يمكن تلخيصه في معاش فرد أخر.
3. أما من التحليل النفسي فقد سعى لفهم التوظيف النفسي، أركان الجهاز النفسي، النزوات، الصراعات وآليات الدفاع وما ينجر عنه من أعراض. (صغير، 2010، صفحة 09)

فعلم النفس العيادي هو علم تطبيقي من علم النفس يهدف أساسا للوصول بالفرد إلى التوافق، وقد انفصل من التخصصات المقاربة له كالطب العقلي، وعلم النفس المرضي... وأصبح علم مستقل في مجال بحثه يركز على دراسة الأفراد دراسة فردية معمقة، ولكنه استعان ببعض التخصصات المقاربة كالطب العقلي والتحليل النفسي، علم الاجتماع في فهم شخصية الفرد من كل جوانبها (الجسمية العضوية، فهم الحالة النفسية اللاشعورية ومدى تأثيرها على الفرد، علاقة الفرد مع محيطه...)

يعرف "**لاقاشLagache**" علم النفس العيادي: "هو علم يدرس السلوك الإنساني المتكيف وغير المتكيف، يهدف إلى فهم وتأويل سلوكيات الفرد في إطار المعنى (البنية والنشوء)، وهو الدراسة المعمقة للسلوك الإنساني الفردي الخاص في مختلف شروطه وظروفه (النفسية، الجسدية، المرضية، والمتعلقة بالمحيط، تاريخ الفرد، النضج...) عن طريق الملاحظة والمقابلة العيادية".

بينما كان "**Anzieu Didier**" يسعى دائما إلى تحديد العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي والتحليل النفسي، حيث يرى بأن علم النفس يهتم بكل ما هو علائقي وتكيفي كما يهتم بكل الفئات والأعمار، وأن وظائف علم النفس الإكلينيكي يتمثل في ثلاث نقاط: تكوين الأخصائيين، تشخيص الاضطرابات، تكوين الخبرة.

وفى سنة (1974) أعاد **Anzieu** تعريف علم النفس الإكلينيكي وذلك بإضافة ثلاث مسلمات قاعدية وهي:

1- المسلمة الديناميكية: مفهوم الصراع الذي يعتبر مركزي في علم النفس الإكلينيكي فالفرد دائما في صراع مع نفسه ومع الآخرين ومع محيطه، ولذلك يجب على علم النفس دراسة هذا الصراع من حيث شدته، ومن حيث الميكانيزمات التي يستعملها، وكيفية التعبير عنه، وكيفية حله.

2- المسلمة التفاعلية: فمن أجل فهم المريض وأعراضه في تفاعله مع محيطه العائلي والثقافي، حتى نستطيع معرفة الصراعات والأعراض التي يعيشها الفرد.

3- المسلمة النشوئية: ويقصد بها تاريخ الفرد والذي يعتبر مهم في فهم ظهور السلوك المرضي وأسبابه. حيث نلاحظ أن علم النفس الإكلينيكي في بداياته كان أكثر ارتباط بالتحليل النفسي لكن فيما بعد أثري بنظريات جديدة ومختلفة. (صغير، 2010)

فالعالم **Anzieu Didier** ركز في تعريفه لعلم النفس الإكلينيكي على مدى ارتباطه بالتحليل النفسي، وأنه لا يمكن الحديث عن علم النفس العيادي بعيدا عن التحليل النفسي، ثم طور فكرته حول علم النفس الإكلينيكي وأكد أنه أوسع من التحليل النفسي لأنه تطور بعد ذلك وظهرت عدة اتجاهات ونظريات مختلفة ركزت على مجالات أوسع من التحليل النفسي واللاشعور (السلوكية، المعرفية، الإنسانية...)

التعريف الذي قدمه قسم علم النفس الإكلينيكي(**القسم12**) من الجمعية النفسية الأمريكية (APA) وهو: مجال علم النفس الإكلينيكي يدمج بين العلم، والنظرية، والتطبيق لفهم عدم التوافق، والعجز، والانزعاج والتنبؤ بها وتخفيفها وكذلك زيادة تكيف وتوافق البشر ونموهم الشخصي. ويركز علم النفس الإكلينيكي على المظاهر العقلية، والبيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، والسلوكية، للأداء البشري طوال الحياة، وفي الثقافات المختلفة، وعند كل المستويات الاجتماعية والاقتصادية. (هاشم، 2018، صفحة 37)

وتعرف الرابطة النفسية الأمريكية (1935) علم النفس الإكلينيكي بأنه: الجانب التطبيقي لعلم النفس الذي يهدف إلى تحديد خصائص سلوك الفرد وإمكانياته باستخدام وسائل القياس النفسي، والتحليل والملاحظة. وفي ضوء نتائج الفحوص الجسمية وتاريخ الحالة في سبيل تقديم العلاج المناسب للفرد الذي يعاني من صعوبات التكيف، أو الاضطرابات النفسية والعقلية.

كما يعرف "**مصطفي سويف**" (1982) علم النفس الإكلينيكي بأنه: أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث، وهو يعتمد إلى حد كبير على الإفادة من المعلومات والمهارات التي يمكن تحصيلها من جميع

فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية، بهدف زيادة الخدمة الطبية النفسية التي تقدم المرضي النفسانيين في مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه، التأهيل، وتدابير الوقاية. (الخالدي، 2006، صفحة 37)

ولعل أشمل تعريف لعلم النفس الإكلينيكي الذي قدمه "**شانماجام**" (1981) وهو أنه إحدى ميادين علم النفس الذي يهتم بفهم السلوك غير المتكيف وقياسه، أو تقويمه ومعالجته والوقاية منه أو منعه من الحدوث. (عدوان، 2016)

1-4- المناحي العامة لتعريفات علم النفس الإكلينيكي:

أ- المنحى الطبي:

جاءت تعريفات متعددة تؤكد على الجانب الطبي في علم النفس الإكلينيكي، واعتبرته نقطة الارتكاز في العمل الإكلينيكي و من هذه التعريفات تعريف **هابرمان** (1951) الذي يرى علم النفس الإكلينيكي هو علم النفس الطبي أو العلاجي الذي يؤكد على أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي هو طبيب و أخصائي أعصاب عليه توكل مهمة التشخيص، و كذلك العلاج، و أن هذا المنحى سبق و أكد عليه الطبيب **بيش** (1925) الذي قرر بأن علم النفس الإكلينيكي هو علم مبني على الخبرة الإكلينيكية، و لا ينبغي لأحد أن يعتبر نفسه أخصائيا الإكلينيكي نفسيا ما لم تكن لديه خلفية طبية، و ذهب **بيش** باتجاهه فأشار إلى أن الطبيب العادي هو الآخر يجب أن يؤدي تدريبا نفسانيا إذا كان يعوزه ذلك، لأن المريض بحاجة إلى الرعاية النفسية كدرجة حاجته للرعاية الطبية. (الخالدي، 2006، صفحة 27)

وفى هذا الاتجاه يقرر الطبيب **بيش** (1925) أن علم النفس الإكلينيكي هو علم مبني على الخبرة الإكلينيكية ولا ينبغي لأحد أن يعتبر نفسه أخصائيا إكلينيكيا نفسيا ما لم يكن لديه تدريب وخلفية طبية.

إلا أن هذا المنحى واجه اعتراضات كثيرة بدأها **لوتيت** موضحا بأن علم النفس الإكلينيكي وفق هذا المنظور يعتبر أمرا مخلا بحقيقة الوضع، لأن هذه التعريفات لا تستند على أسس قوية، وهي تعكس الخبرة القديمة للطب بالمفهوم اليوناني، و لقد استقر العصر الحديث على قوة الارتباط بين علم النفس الإكلينيكي و الطب، فلم يكن هناك ثمة حاجة ضرورية بأن يقتصر العلاج النفسي الإكلينيكي على فئة الأطباء و من الشواهد العلمية هناك العديد من أشهر المعالجين النفسانيين الإكلينيكيين في العالم لم يكن لديهم خلفية طبية، و منهم (ث. روجرز، ج. ألبورت، إ.ماسلو)، و من العرب عثمان نجاتي، عبد العزيز القوصي، صلاح مخيمر، أحمد غالي.

إضافة إلى ذلك إن التطورات التي حدثت في مجال التشخيص والعلاج النفسي أثبتت ضعف هذا المنظور، بل اعتبرته تطرفا وغير دقيق بنفس الوقت، نظرا لتعقد مطالب الحياة، وصعوبات التكيف نحو أحداثها المتسارعة، فضلا عن الزيادة الهائلة بالاضطرابات النفسية الأمراض العقلية وتنوعها، مع بقاء الحاجة الملحة للمساعدة النفسية من ذوي المهارة والخبرة التشخيصية النفسية بغض النظر عمن يمتلك خبرة طبية أو لا يمتلكها. (عسكر، 2009، صفحة 30)

ومن وجهة نظرنا نجد أن العلاقة البلازمية بين علم النفس الإكلينيكي وطب النفس كفرض وجودها في رسم خطوات التشخيص النفسي الإكلينيكي للأفراد المرضى، ثم تنفيذ الخطة الملائمة للعلاج ولذلك فإننا نعتقد بأن العيادات النفسية أو المصحات العقلية، وكذلك المستشفيات الخاصة بالأمراض العصبية والعقلية إذا توفر فيها الأخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين، والأطباء النفسانيين فإنها ستحقق نجاحات تشخيصية وعلاجية أكيدة، إذ يتولى الفريق الأول مهمة التشخيص النفسي الإكلينيكي والعلاج النفسي، وتوكل للثاني العلاج الطبي العقلي، أي يجب أن يكون تعاون بين هذان التخصصان للفهم شخصية الفرد من جانبيها الطبي والنفسي

ب-المنحى القياسي:

ويعد **برونير** في مقدمة الداعين لهذه المنحى ويري أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يعني بوسائل التعرف علي الحالات غير العادية والمتمثلة في الاختبارات والمقاييس النفسية والعقلية والشخصية، وهذه الاختبارات هي بمثابة الأدوات الأساسية للتشخيص وبدونها ستكون عملية التشخيص فاشلة وعدم إمكانية التنبؤ بنجاحها في تحقيق الهدف المطلوب، ويؤكد هذا المنحى علي منهج الاستخدام الإكلينيكي للاختبارات النفسية، وقد أكد عليه الكثير من المختصين الذين يرون أن علي الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يهتم بتقييم قدرات الطفل النظرية وتحصيله الدراسي وقدراته الخاصة، وتؤكد هذه الفكرة **ماتير** بقولها أن تشخيص المرض النفسي يجب أن يكون تشخيصا مبنيا علي الاختبارات النفسية فقط، أي يجب أن يكون تحليلا كميا لنتائج الاختبارات.

وفي الوقت الحاضر أخذ بهذا المنحى الكثير من الأطباء العقليين والأخصائيين النفسانيين والمختصين في ميدان الإرشاد، حيث يعتمد إلى حد كبير على استخدام هذه الأدوات في مراحل الفحص المختلفة بغرض

الوصول إلى تحديد دقيق لمستوي كفاءة الوظائف العقلية والنفسية، سواء للتشخيص الاضطرابات تشخيصا دقيقا، أو للتخطيط للعلاج، أو بغرض متابعة الحالة أثناء وبعد علاج معين.

إذن فالمنحى القياسي يري أن علم النفس الإكلينيكي يعتمد أساسا في تقديم الخدمات الإكلينيكية في التشخيص والعلاج على أهمية استخدام الاختبارات والمقاييس كوسيلة رئيسية لتشخيص الأعراض المرضية وتحليلها ومعالجتها. (عسكر، 2009، صفحة 21)

ج- المنحى الشذوذي:

وهذا المنحى الثالث من التعريفات التي سعت إلى تحديد معني علم النفس الإكلينيكي، إذ حدد عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي دراسة الشواذ والأفراد الأقل ذكاء من العاديين كتعريف **جودارد** الذي يري أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يهتم بالفحص الشخصي للفرد الشاذ من حيث قدراته العقلية، ويتفق معه والين الذي يؤكد هو أيضا بأن علم النفس الإكلينيكي لابد أن يركز على كشف الطاقات العقلية للأفراد وخاصة التعرف على الجانب العقلي للفرد الشاذ.

وقد تعرض هذا المنحى إلى انتقاضات تشير إلى ضيق نظرته نحو علم النفس الإكلينيكي فهذا العلم لا يعني فقط بدراسة مشكلة التخلف العقلي أو من هم يختلفون عن الأسوياء في نشاطهم العقلي، بل إنه يهتم أيضا بالأسوياء من الناس لتطوير قدراتهم وإمكانياتهم العقلية والمعرفية، فضلا عن اهتمامه بالمتفوقين منهم. (الخالدي، 2006، صفحة 28)

فعلم النفس الإكلينيكي لا يقتصر على دراسة السلوك الشاذ فقط، لأننا لا نستطيع بطبيعة الحال دراسة وفهم السلوك الشاذ (غير السوي) دون دراسة وفهم السلوك السوي ومعرفة نظريات النمو الطبيعية للفرد لتحديد بعدها الظواهر غير الطبيعية ومحاولة علاجها.

د- المنحى السلوكي:

وتصف هذا المنحني علم النفس الإكلينيكي بأنه العلم الذي يتميز بدراسة سلوك الفرد، ويعتبر ويتمر رائد هذا المنحى، إذ يشير تعريفه إلى منهاج علم النفس الإكلينيكي تتضمن تشخيص الوضع النفسي للفرد أو عقله عن طريق الملاحظة والتجريب، ويؤكد وتمر أن علم النفس الإكلينيكي هو المجال المناسب لدراسة

سلوك الأفراد وإمكانيتهم العقلية وخصائصهم الشخصية، وذلك باستخدام أدوات الدراسة المناسبة كالملاحظة والتجريب، وبالتالي معالجتهم أو مساعدتهم على إنماء هذه الإمكانيات.

وهناك الكثير من العلماء والباحثين الذين أكدوا على هذا المنحى أمثال **دول، جيزيل، تيرمان واطسون**، حيث يرون أن هدف علم النفس الإكلينيكي هو دراسة أنماط السلوك المختلفة وتحليلها والتعرف على عوامل نشأتها واتساقها مع بعضها لتحقيق درجة مناسبة من التكيف مع الأحداث والمواقف والأشخاص، ويستطيع الفرد من خلال السلوك تحقيق مستوي مناسب من الصحة النفسية، كما ينظرون إلى كون هذا العلم بمثابة الميدان الذي يعني بالدراسة والتشخيص، والخصائص النفسية والاجتماعية غير السوية لدي الأفراد ومساعدتهم على التكيف. حيث ركز أصحاب هذا الاتجاه على السلوك باعتباره الميدان والهدف وموضوع الدراسة والتشخيص، أمثال وتمر الذي يرى أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يدرس سلوك الفرد بالملاحظة والتجريب ويتم نمو العقل والنفس بعلاجهما. (عسكر، 2009، صفحة 31)

لكن هذا المنحى تعرض للنقد لأنه اهتم بالجانب التشخيصي وأهمل إلى حد ما جانبا مهما أيضا هو العلاج. وركز على ملاحظة السلوك الظاهر وأهمل الظواهر النفسية المخفية وراء تلك السلوكيات.

هـ-المنحى التوافقي:

يعد **براون** في مقدمة من تحدث على هذا المنحى في تحديد معني علم النفس الإكلينيكي كما نادت به جمعية علم النفس الأمريكية ويحدد المنحى التوافقي علم النفس الإكلينيكي بأنه يهتم بمعالجة مشكلات التوافق النفسي للفرد وتوافقه مع بيئته في سبيل تحقيق مطالبه.

واتسع هذا المنحى في تفسيره لعلم النفس الإكلينيكي حتى صار يؤكد بأن الهدف الأساسي له هو رفع درجة التوافق الشخصي والاجتماعي للفرد، كي يتمكن من اكتساب أنماط سلوكية يستطيع من خلالها أن يحقق ذاته وإنسانيته، ويتمتع بحياة يشعر فيها بالسعادة وتجنب مشاعر القلق والتوتر والإحباط والاضطرابات النفسية المختلفة.

واعتبر العديد من رجال علم النفس الإكلينيكي هذا المنحى هو الأقرب إلى الدافعية والموضوعية، ويفسح المجال لتقديم الخدمات الإكلينيكية للمريض عن طريق وسائل القياس والتحليل والملاحظة لكي يصل به إلى وضع نفسي مناسب لمواجهة مطالب الحياة والتكيف مع أحداثها.

وتعرض هذا المنحى لبعض الانتقادات أهمها أنه فسح المجال لإحداث نوع من التداخل بين المجال الإكلينيكي ومجالات علوم النفس الأخرى كالإرشاد والتوجيه التربوي وأكد أصحاب هذا المنحى على ضرورة وضع حدود معينة لمهام وأهداف علم النفس الإكلينيكي يتميز بها عن غيره. (ياسين، 1981، صفحة 82)

كما يمكننا تلخيص منحيين متميزين في علم النفس الإكلينيكي هما المنحى الكمي الإحصائي والمنحى الذاتي الإكلينيكي:

- **المنحى الإحصائي الكمي:** يتضمن المنحى الكمي إعطاء درجات محددة لمختلف خصائص المريض، وهذا يتيح للأخصائي الإكلينيكي تحديد مدى الارتباط بين أي صفتين أو خاصتين، فالتقنيات الإحصائية تتيح التطبيق الآلي الذي لا يضمن اتخاذ أية قرارات إكلينيكية بمجرد وضع معادلة. والسمة المميزة لهذا المنحى كونها مهما كانت مكوناتها الرياضية معقدة يمكن تطبيقها بمجرد وضع البرنامج أو المعادلة من قبل كاتب بسيط أو حاسوب.

ويكون المنحى الإحصائي فعال وبشكل خاص عندما تكون النتيجة أو الحدث الذي يتم التنبؤ به معروفا أو محددا، ويستعمل بوجه خاص مع عدد كبير من الأشخاص، كما يتصف المنحى الإحصائي بالثبات والموضوعية مقارنة مع المنحى الذاتي الإكلينيكي، فالصيغ والمعادلات المستنبطة موضوعيا والمعايير الصريحة والتنبؤات الموزونة ومعادلات الانحدار كلها تعتبر إجراءات آلية تقلل من احتمال الخطأ.

ويتطلب المنحى الإحصائي من الأخصائي الإكلينيكي أن يحتفظ بسجلات دقيقة من البيانات المستمدة من الاختبارات أو من الملاحظات أو من مواد أخرى ذات الصلة، بحيث تمكنه من وضع التفسيرات والأحكام الإكلينيكية بصورة كمية. وفى هذا المنحى يتجنب الأخصائي الانطباعات غير الرسمية المبنية على الخبرة السابقة، ويساعده هذا المنحى على تقييم العلاقات بين المتغيرات.

- **المنحى الذاتي الإكلينيكي:** يعتبر المنحى الإكلينيكي أكثر ذاتية واعتمادا على الخبرة والحدس، ويركز على تطبيق الحكم على الحالة الفردية، ويعتمد الإكلينيكي في هذا المنحى على دمج المعلومات والأحداث التي تصف سلوك المريض وتاريخه ونتائج الاختبارات الأخرى حيث يأخذ كل شيء بعين الاعتبار، ثم يقوم بوضع سلسلة من التعميمات الاستقرائية التي تربط هذه المعلومات

بعضها البعض، كما يتيح المنحى الإكلينيكي للأخصائي الاستفادة من خبراته الذاتية في تفسير سلوك الآخرين ومشاعرهم.

ويزداد استخدام المنحى الإكلينيكي بسبب صعوبة المنحى الإحصائي التي تكمل في أنه يعتمد على نماذج التنبؤ ومعادلات الانحدار والأخصائي الإكلينيكي سوف يحتاج إلى مدى واسع منها كي يعمل كإكلينيكي، وهذا الميدان في الوقت الراهن ليس فيه من المعادلات الثابتة والصادقة ما يكفي للتنبؤ بنتائج العلاج، أو القيام بالتفسيرات أثناء العلاج، أو التوصية بالاستخدام أي نوع من العلاج (الديني، الإرشاد الأسري، العلاج باللعب...) فالأخصائي المتعب لا تتوفر لديه معادلة انحدار جاهزة حتى للقرارات المهمة، فما بالك بالأحكام العادية التي عليه القيام بها باستمرار. حيث قال **ميهل Meehl**" سنلجأ في معظم الأحيان لاستخدام عقولنا، إذ لا توجد هناك أية صيغ أو معادلات". (داود، 2017، صفحة 448)

إذن تتضمن التفسيرات الإكلينيكية الدمج الحساس للعديد من مصادر البيانات، لتشكل صورة مستقلة مترابطة عن العميل، كما أنها تسعى للوصول إلى فروض قائمة على نظرية للشخصية بحيث تكون واضحة بشكل جيد. ولكن يتوجب على الإكلينيكيون المسؤولين أن يبذلوا ما بوسعهم لتحديد الأدلة التي تتضمنها أحكامهم، ولتوضيح الطريقة التي استخدموها للانتقال من الدلائل على الاستنتاجات، فلا يكفي أن تكون إكلينيكيا ماهرا بل تقع عليك مسؤولة إيصال تلك المهارات للآخرين،

2- الممارسة النفسية:

يركز قدرا كبير من الممارسة النفسية الذي يقوم بها الأخصائيون الإكلينيكيون على "**عدم السواء**" أو يعرف أيضا بالمرض النفسي، حيث يصبح الأخصائيون من خلال تدريبهم وأنشطتهم المهنية على دراية كبيرة بتعريفات الأشكال المختلفة من السلوك غير السوي والطرائق الذي يختلف بها عن السلوك السوي، ولهذا من ضروري تحديد معني دقيق لمصطلح عدم السواء أو الاضطراب النفسي.

2-1- تعريف المرض النفسي:

المرض أو الاضطراب النفسي مصطلح يصعب تعريفه، إذ توجد استثناءات لأي تعريف يمكن التوصل إليه، ومع ذلك من الضروري الوصول إلى تعريف فعلي للمرض النفسي بدلا من الافتراض ضمنا حول الفكرة ذاتها عن طبيعة الأمراض النفسية.

ويعرف المرض النفسي على أنه اضطراب وظيفي في شخصية الفرد نتيجة لوجود خلل أو الانحراف على السواء، ولا يرجع المرض النفسي إلى أسباب عضوية معينة بل يعود بأسبابه إلى خبرات الفرد المؤلمة، أو إلى صدمات انفعالية حادة التي تعرض لها. (الخالدي، 2006، صفحة 193)

وبالنسبة للخرافات الكبيرة بين السلوك السوي والسلوك الشاذ يمكننا ذكر ثلاث تعريفات مقترحة للسلوك الشاذ وكل منها ساهم بجزء مهما في فهم السلوك الشاذ إلا أن أي منها لم يكن كافيا بمفرده:

- **الالتزام بالمعايير الندرة الإحصائية أو انتهاك المعايير الاجتماعية:**

يمثل السلوك السوي في هذا التعريف عندما يميل سلوك الأفراد إلى الامتثال بالمعايير الاجتماعية السائدة أو عندما نلاحظ سلوكيات معينة لديهم متكررة، أما السلوك الشاذ يتمثل بعدم الامتثال للمعايير الاجتماعية صحيح نسبيا.

ويعتبر هذا تعريف الشذوذ أو اللاسواء وفقا للندرة الإحصائية أو انتهاك المعايير الاجتماعية إيجابي وفعال لسببين أساسين:

1- نقاط القطع: يعد نموذج الندرة الإحصائية قابل للتطبيق لأنه يحدد نقاط قطع كمية من حيث طبيعتها، فإذا كانت نقطة القطع على أحد المقاييس 80 درجة، وحاز الفرد على درجة 75 فإن اتخاذ قرار باعتبار سلوك هذا الفرد غير سوي هو قرار صحيح نسبيا، ومبدأ الانحراف الإحصائي هذا يستخدم باستمرار في تفسير الدرجات على الاختبارات النفسية، إذ يقوم واضعوا الاختبارات بتحديد نقطة القطع في دليل الاختبار، وعادة ما يتم ذلك وفقا للانحراف الإحصائي عن الوسط الحسابي الذي تم تحصيله من عينة التقيين "السوية" التي تم تطبيق الاختبار عليها، فتصبح الدرجات المطابقة أو البعيدة عن نقاط القطع ذات دلالة إكلينيكية أي أنها تشير على الشذوذ أو الانحراف.

2- المعرفة الحدسية: قد يبدو واضحا أن تلك السلوكيات التي نعتبرها غير سوية ستقيم بأنها كذلك من طرف الآخرين، فالسعي المتواصل لتعريف ماهية السلوك غير السوي تعريفا محددا لا يبدو أنه يزعجنا.

ويواجه محك المطابقة أو الامتثال للمعايير الاجتماعية عدة مشكلات غذ لا يمكننا تصنيف كل سلوك لا يمتثل أو لا يلتزم بالمعايير على أنه دليل على وجود مشكلة في الصحة النفسية، ومن أهم المشكلات:

1- مشكلة اختبار نقاط القطع: تواجه التعريفات المتعلقة بالالتزام بالمعايير صعوبة في وضع حدود قاطعة متفق عليها بين الصحة والمرض.

2- عدد الانحرافات: من الصعوبات الأخرى التي يواجهها مبدأ عدم الالتزام بالمعايير، تلك الصعوبات المتعلقة بعدد السلوكيات التي على المرء القيام بها حتى يستحق لقب "الانحراف"

3- النسبية الثقافية: يختلف أحكام التصنيف حسب المعتقدات والممارسات الدينية كما قد يختلف الأحكام باختلاف واضعها سواء كانوا أهل أو المدرسة أو السلطات، وقد يؤدي هذا التباين على عدم الثبات في التشخيص، لأن أحكام الأخصائيين الإكلينيكيين أيضا قد تكون نسبية وفقا للجماعات التي ينتمون إليها.

- **الضيق الشخصي:** ويركز هذا التعريف على عامل أساسي هو شعور الفرد بالسعادة أو الحزن، بالسكينة أو الاضطراب، بالرضا أو الحرمان. فالشخص المثقل بالقلق هو شخص غير متكيف، بغض النظر عما إذا كان هذا القلق يؤدي إلى سلوكيات ظاهرة منحرفة بشكل أو بآخر من أساليب التقييم الإكلينيكي (نقل قوائم التقرير الذاتي والمقابلات الإكلينيكية) تفترض أن المستجيب يعي حالته الداخلية أنه سيستجيب بصدق لأية تحريات تتعلق بضيفه الشخصي مما يحرر الإكلينيكي من عبء إصدار حكم. ويعتبر هذا التعريف وفق معيار الضيق الشخصي قابل للتطبيق إلى حد ما، فمن المنطقي اعتبار الفرد السوي قادرا على تقييم شعوره بالمشكلات الانفعالية أو السلوكية، فالعديدولعل التعريف الدقيق والشامل والمعاصر لعلم النفس الإكلينيكي هو التع مطلق حول درجة سوء تكيف ذلك العميل.

❖ **مشكلات هذا التعريف:**

لا يمكننا الاعتماد على تعريف السلوك غير السوي أو الشاذ وفق معيار الضيق الشخصي مع كل الحالات، فقد يصادف الإكلينيكيين أحيانا أفرادا على صلة بسيطة بالواقع، لكنهم يشعرون بالهدوء الداخلي والاستقرار، ومع ذلك نراهم يودعون في المستشفيات. فالتقارير الذاتية يجب إخضاعها أحيانا لمحك أو معيار آخر.

- **العجز أو الاختلال الوظيفي:**

هناك تعريف ثالث للسلوك الشاذ أو غير السوي يتضمن مفهوم العجز أو الاختلال الوظيفي، ولكي يعد سلوك ما شاذ يجب أن يسبب شيئا من المشكلات الاجتماعية (البين–شخصية) أو المهنية للفرد، فالاختلال الوظيفي في هذين المجالين عادة ما يكون واضحا للفرد والأخصائي معا. ومن أهم مميزات هذا التعريف أنه لا يتطلب الكثير من الاستدلال نسبيا، فالمشكلات في كلا المجالين الاجتماعي والمهني غالبا ما تدفع الأفراد للسعي إلى العلاج، وعادة ما يصل الأمر بهؤلاء إلى إدراك حجم مشكلاتهم الانفعالية عندما تصبح لها تأثيرات على أسرهم وعلاقاتهم الاجتماعية، إضافة إلي تأثيرها الواضح على أدائهم في العمل أو الدراسة.

ومن سلبيات هذا التعريف أنه في بعض الأحيان تكون الأحكام المتعلقة بالوظائف الاجتماعية والمهنية نسبية وليست مطلقة، فمن الصعب الوصول إلى إجماع ثابت حول طبيعة العلاقات الاجتماعية للفرد وإسهاماته كموظف أو كطالب، ولهذا اهتم الأخصائيون على تطوير قوائم التقرير الذاتي والمقابلات الخاصة من أجل تقييم الوظائف الاجتماعية والمهنية بطريقة منظمة وثابتة.

من خلال التعريفات السابقة للسلوك الشاذ لها نقاط قوتها وضعفها، فهي قد تفسر حالات معينة من السلوك غير السوي لكنها لا تفسر حالات استثنائية أخري قد لا تتناسب مع أي منها، ومن المهم ملاحظة أن السلوك الشاذ لا يعني بالضرورة وجود مرض نفسي. بل إن مصطلح المرض النفسي يشير غلي مجموعة واسعة من الأعراض التي يمكن ملاحظتها بصورة متكررة، وتتضمن سلوكيات أو خصائص شاذة معينة، وتميل هذه السلوكيات غلي أن تكون متلازمة، أو أن تظهر معا بطريقة نراها في الغالب عند فرد بعينه، وقد يظهر الفرد مدى واسعا من السلوكيات غير السوية ومع ذلك لا يتلقى تشخيصا بالمرض النفسي.

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل المرض النفسي على أنه: "تلك الأنماط أو المتلازمات السلوكية والنفسية ذات الدلالة الإكلينيكية، التي ترتبط بوجود حالات من الضيق (كأن تكون الأعراض مؤلمة)، أو العجز (أي الضعف في ناحية أو أكثر من النواحي الوظيفية)، أو زيادة احتمال المعاناة أو الموت أو الألم أو العجز أو فقدان الحرية بشكل كبير، إضافة إلى ذلك فإن هذه المتلازمات أو الأنماط ينبغي ألا تكون ضمن إطار الاستجابات المتوقعة أو المتفق عليها ثقافيا لحدث معين، كوفاة شخص حميم مثلا، ومهما يكون سببها الأصلي، يجب اعتبارها في الوقت الحالي مظهرا لاختلال سلوكي أو نفسي أو بيولوجي لدى الفرد. كما أنه من غير الجائز اعتبار الانحرافات السلوكية (الدينية أو السياسية أو الجنسية

مثلا) أو الصراعات التي تدور أساسا بين الفرد والمجتمع على أنها اضطرابات نفسية، ما لم تكن الانحرافات أو الصراعات أعراضا لاختلال وظيفي لدى كما وصفه أعلاه.

هناك عدة أوجه جديرة بالملاحظة في هذا التعريف: (أ) المتلازمة (مجموعة من السلوكيات الشاذة) يجب أن ترتبط بضيق أو عجز أو زيادة في احتمال وقوع مشكلات، (ب) الاضطراب النفسي يمثل اختلال وظيفي عند الفرد. (ج) ليست جميع السلوكيات المنحرفة أو الصراعات مع المجتمع إشارات للاضطراب النفسي.

إذن نلاحظ أن تعريف الدليل التشخيصي الرابع المعدل لاضطرابات النفسية تعريف يجمع بين التعريفات الثلاث السابقة للسلوك غير السوي، فهو أكثر شمولية من التعريفات السابقة، كما أنه أكثر تحديدا منها إذ أنه يرتكز على المتلازمات أو السلوكيات غير السوية –المرتبطة بالضيق أو العجز أو على زيادة احتمال وقوع المشكلات. (داود، 2017، صفحة 215)

وفي صفحات المقدمة في آخر إصدار للدليل التشخيصي (DSM 5) يقدم مؤلفوه تعريفا واسعا للاضطراب النفسي: "اضطراب دال إكلينيكيا في المعرفة أو التنظيم الانفعالي أو السلوك والذي يسير على خلل وظيفي في الأداء النفسي والذي يرتبط عادة بدرجة دالة من الكرب أو العجز في العمل أو في العلاقات أو مجالات أخرى من الأداء، بالإضافة على ذلك يقرر التعريف أن ردود الفعل المتوقعة على الضواغط الشائعة ليست اضطرابات نفسية. (هاشم، 2018، صفحة 204)

2-2- تعريف الممارسة النفسية:

هي الطريقة في السعي للوصول إلى داخلية الفرد وفهم هذه الداخلية بهدف الوصول إلى أمور وإشكاليات ذات معني. فالأخصائي النفسي يستثيره أشخاص يشكون من أعراض غير محددة، حيث أنهم يعانون مشاكل الحياة وما يبحثون عنه هو معرفة أنفسهم وتقبل ذواتهم وطرق أفضل لتنظيم حياتهم. فالعلاج النفسي لا يقوم بشفاء الأعراض العصابية فقط بل يساعد أيضا في تخفيف الهموم الشخصية عبر الكلام والممارسة النفسية تهدف إلى التعرف على المفحوص وتحديد مشكلاته (عباس، 1996، صفحة 14)

والممارسة النفسية مهما كان نوعها لها خصائص مميزة وليست مجرد تفاعل مواد ليتم اختبارها واستخلاصها وإعطاء أرقام معينة بل هي مهنة إنسانية قبل كل شيء ومن خلالها يتعامل الأخصائي النفسي

مع المفحوص من بعدين الذاتي والموضوعي بناء على تاريخه الشخصي الذي يتشابك فيه ماضيه وحاضره مع تطلعاته المستقبلية.

وعرفها **رشوان** (2007) بأنها: هي ذلك النوع من الممارسات المهنية المرتبطة بالطب النفسي وتقدم في إطار المؤسسات العمومية التي يكون أهدافها دراسة وعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية منها وهي خدمة متعددة الجوانب يمكن أن تقدم بشكل فردي أو جماعي، وتمارس ضمن المؤسسات الاستشفائية. (منصوري، 2016)

2-3- المصطلحات المتعلقة بالممارسة النفسية:

2-3-1- الالتماس العيادي:

بدأ مفهوم الالتماس العيادي (Approche clinique) عند فرويد والذي يعرفه أنه نوع من" السعي للوصول إلى داخلية الفرد وفهم هذه الداخلية". وأنه يمكن أن يترجم هذا الفهم بعد ذلك إلى مع رفة، أي الوصول إلى أشياء ذات معني.

حيث تتطور مفهوم الالتماس عند **فرويد** مع تطور نظريته في الشخصية، وما يحدث من إشكاليات في العالم النفسي-الداخلي للفرد. كان فرويد يحاول من خلال تقنية التحليل النفسي الوصول إلى لاوعي الآخر، أي استخراج الناحية الإشكالية الداخلية وتمكين الفرد منوعيه للسيطرة عليها وتعقيلها.

ولكن بعد تطور نظرية الشخصية أصبح الالتماس لا يغوص فقط في اللاوعي، وإنما يتناول الشخصية ككل، أي أن البحث عن الإشكاليات والعلاج يقوم على التفاعل الدينامي بين أركان الشخصية (عناصر وقوى الشخصية) وعلى إعادة الصلة بين هذه الأركان المختلفة. فقد مر التحليل النفسي بعدة مراحل: ابتداء من الاستذكار وإخراج الناحية الانفعالية، ثم استكشاف اللاوعي وعودة المكبوت، ثم مرحلة تكوين أركان الجهاز النفسي. (عباس، 1996، صفحة 05)

تم تعددت المقاربات النفسية وتنوعت حيث ظهرت مناهج علمية تساعد في تطوير:

3- علم النفس المرضي.

4- الفلسفة.

5- علم النفس المعرفي.

6- علم النفس الاجتماعي.

7- الطب النفسي.

2-3-2- *المنهج العيادي*:

اعتقد كل من "**ريبو**" و"**جانيه**" أن ملاحظة أعراض المرض يعتمد على معرفة التنظيم السوي للشخصية وذلك بتحليل أكثر صيروراتها تطورا، تحليلا تدريجيا. وعلى هذا الأساس أدخل علم النفس المرضي اتجاها عاما إلى مجال علم النفس السوي والذي يتناول الأشخاص الأسوياء والمرضي على حد سواء وهذا الاتجاه هو المنهج العياديMéthode clinique.

لقد نشأ المنهج العيادي في ظل المهام الطبية، وخاصة الطب العيادي، كرد فعل ضد التجارب المخبرية المصنعة، التي تغفل التعقيد الدينامي في الأحداث العيانية. حيث يقوم المنهج العيادي بشكل معمق على ملاحظة الأفراد (المرضى) وكيفية معاناتهم لمشاكلهم، ومعرفة ظروف حياتهم كلها معرفة تامة، بحيث يتيسر تأويل كل حادث في ضوء جميع الوقائع الأخرى، نظرا لأنها جميعا تشكل كلا ديناميا. هذا ما يجب أن يركز عليه الممارس أثناء معالجة أو إرشاد مرضاه. (عباس، 1996، صفحة 15)

ويشير "**لاقاش** " **Lagache**إلى المنهج العيادي بالمنهج ذي النزعة الإنسانية في مقابل المنهج ذي النزعة الطبيعية، موضحا بين المنهجين كما يلي:

1- الموضوع: يهتم المنهج العيادي بالحالات الشعورية والتجارب الحية بينما المنهج الطبيعي بالسلوك الخارجي المباشر.

2- علاقة الكل بالجزء: يؤكد المنهج العيادي على الفهم بينما المنهج الطبيعي على التفسير.

3- القيم: يهتم المنهج العيادي بالقيم والتوافق، بينما يؤكد المنهج الطبيعي على الميكانيكيا وإنكار الوظيفة والقيم.

فقد عرف "**ويتمر**" (1896) الاتجاه العيادي بأنه:" منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج مرضي عديدين، ودراستهم الواحد تلو الآخر، لأجل استخلاص مبادئ عامة أو تعميمات توحي بها ملاحظة كفاءتهم

وقصورهم." فالعيادة النفسية هي المكان الذي يطبق فيه المنهج العيادي في البحث، والمكان الذي يتدرب فيه علماء نفسانيون على تطبيق علم النفس في مجالات الصحة النفسية والتربوية، والتوجيه المهني والتربوي، والإرشاد النفسي والاجتماعي، والإصلاحية (إعادة التأهيل). وبناء على ذلك فالمعالج النفسي يقوم بمساعدة أفراد يأتون لاستشارته لأنهم يعانون من بعض متاعب الحياة (صعوبات مدرسية، انحرافات اجتماعية، مشكلات نفسية) وحتى الإنسان السوي له مشاكله التي قد يحتاج للنفساني العيادي. (محمود ، 2016، صفحة 23)

إن السيكولوجية العيادية تمتاز بصفة منهجية وهي مراقبة السلوك، والكشف بموضوعية عن تصرفات ومواقف وأوضاع كائن إنساني معين اتجاه مشكلة، ثم البحث عن معنى هذا الموقف وأساسه ومنشئه، وإظهار الصراع الذي أدي إليه والإجراءات التي تهدف إلى حل هذا الصراع. فالموقف العيادي يعمل بصورة مبدئية إلى دراسة الحالات الفردية دراسة معمقة، التي تشكل كل حالة منها شخصا بأكمله، بقصد فهمه ومن ثم علاجه، إذا يستخدم المنهج العيادي في دراسة حالة فردية، ويهدف لأعراض عملية من أجل تشخيص وعلاج مظاهر الاختلال والاضطرابات النفسية.

1- مسلمات المنهج العيادي:

يستند المنهج العيادي إلى مسلمات أهمها:

1- **التطور الدينامي للشخصية:** إذ لا ينظر للشخصية في المنهج العيادي على أنها تنظيم ثابت للنواحي النفسية والجسدية التي تحدد سلوك الفرد ونموذج حياته، بل هي نتاج تفاعل دينامي للإمكانيات الداخلية –النفسية مع العلاقات الإنسانية في إطار اجتماعي معين. إن مفهوم الشخصية في علم النفس هو بناء علمي أعد خصيصا لغرض توضيح الحقيقة النفسية للفرد. ومن هنا ينبغي النظر للشخصية على أنها نتاج الصراع المتفاعل بين القوى الذاتية من جهة وبين القوى الذاتية والموضوعية من جهة أخري.

2- **الشخصية كوحدة كلية:** يؤكد المنهج العيادي على أن الشخصية ليست جزءا من الفرد قابلا للعزل، بل هي كل يعمل، والنظرة العيادية لا تقتصر على قطاع معين، وإنما تضع في اعتبارها كافة الاستجابات التي تصدر عن الفرد من حيث هو كائن إنساني عياني ومشتبك في موقف.

3- **الشخصية كوحدة كلية زمنية:** ويعني ذلك أن استجابات الشخصية اتجاه موقف معين تتضح في ضوء تاريخ حياة الفرد واتجاهه إزاء المستقبل، ومن هنا تعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية في تشخيص وفهم الفرد وعلاقته بالبيئة. (الحجازي، 1993، صفحة 69)

2- أساسيات المنهج العيادي:

إن موضوع علم النفس العيادي هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية، أي دراسة الشخصية في بيئتها، ويميل علم النفس العيادي إلى أن يأخذ صورة المنهج العيادي المسلح بالمقاييس المقننة، أي أنه يتناول الشخص من حيث هو وحدة كلية حالية، وزمنية في موقف. أما من حيث أهداف الممارسة العيادية فتركز من الناحية العملية، أن هناك شخص حامل مشكلة قد أساء حلها، ويلجأ للممارس النفسي طلبا للمساعدة، فالهدف إذن هو الاستشارة أو العلاج، وهذه الأهداف لا يمكن أن تحقق إلا بالاستناد إلى معارف سيكولوجية وعلمية.

فالسمة الأساسية للمنهج العيادي هي الدراسة المعمقة للحالات الفردية، فدراسة الفرد وفهمه لا يمكن تلخيصها برقم، بل يجب لفهم الفرد الحدس المرهفIntuition الذي يفترض أن يكون لدى الممارس النفسي، وبحثه عن الدوافع اللاشعورية، ومشاعره لكي يعرف المناخ الاجتماعي والعاطفي الذي أثر فيه، إذ يعتبر الحدس صفة مميزة للمنهج العيادي. فالممارسون النفسانيون يعتبرون أن الموضوع الذي عليه يطبقون منهجهم هو الفرد المدروس في علاقاته، وفي وجوده، وفى حديثه مع السيكولوجي. فميدان تطبيق المنهج العيادي هو ميدان الذاتية المتداخلة. (عباس، 1996، صفحة 12)

2-3-3- الاستشارة:

يعرفها "**أورفورد**" (**Orford**) الاستشارة: هي العملية التي من خلالها يقوم فرد ما (المستشير) تناط به مسؤولية تقديم خدمة ما للآخرين (العملاء)، بالقدوم طوعي الاستشارة شخص آخر (المستشار) يعتقد بأنه يمتلك خبرة يمكن أن تساعد المستشير على تقديم خدمات أفضل لعملائه.

ويقول كارل "**روجرز**" في كتابه "**الاستشارة والعلاج النفسي**" أن هدف الاستشارة النفسية هو مساعدة العميل على أن يساعد نفسه على حل مشكلاته، وإن وظيفة المستشار النفسي هي مساعدة العميل على أن

يتخلص من انفعالاته المتعلقة بمشكلته حتى يستطيع أن يفكر بطريقة أوضح وأسلم وحتى يستطيع التوصل إلى حل لمشكلته. ويلاحظ أن الاستشارة النفسية تقتصر على دائرة الشعور أو الذات.

ونلاحظ من خلال هذا التعريف أن روجرز يركز في المقام الأول على مسيرة نمو الفرد ونضجه أكثر من التركيز في البحث لإيجاد حل لمشكلته الطارئة.

كما يعرف "**جونسون**"–وهو من تلاميذ **روجرز**– الاستشارة النفسية ضمن لقاء المساعدة ويقول: "لقاء المساعدة هي العلاقة التي فيها يساعد إنسان ما إنسان آخر لكي يتعمق في معرفة ذاته وأن يملك القدرة على أن يكيف حياته بطريقة مسؤولة بحيث تتطابق مع قيمته ومعنى وجوده في المجتمع، ومن هنا نستنتج أن أولى الخطوات هو التعمق في معرفة الذات ثم بعد ذلك محاولة التكيف مع المجتمع بأسلوب ملتزم وبمصداقية حقيقية. (نصيرة، 2012، صفحة 32)

فاستخدام تقنيات التدخل الفردي لا يستطيع المختصين في الصحة النفسية أن يصلوا إلا عدد محدود من العملاء، أما من خلال تقديم الاستشارة للقائمين على تقديم الخدمات للآخرين كالمعلمين وضباط الشرطة ورجال الدين، فيمكنهم الوصول إلى عدد أكبر بكثير من العملاء بطريقة غير مباشرة.

ويمكن النظر للاستشارة من عدة زوايا، فهناك الاستشارات المتعلقة بالصحة النفسية، والتي انبثقت من التقاليد التحليلية السيكودينامية، والتي كانت تمارس عادة في المناطق الريفية، حيث يوجد نقص في العاملين في الصحة النفسية، فلقد أصبحت الاستشارة أسلوبا يساعد العاملين في مجال الصحة النفسية على حل المشكلات النفسية في مثل هذه المناطق. وهناك توجه ثاني انبثق عن التقليد السلوكي، فلكي تطبق تقنيات تعديل السلوك التي أظهرت نجاحا في المختبر كان من الضروري الانتقال إلى مواقف الحياة الفعلية. وللقيام بذلك ينبغي تدريب الأشخاص المتواجدين في بيئة المريض (كالمنزل، المدرسة) لتعزيز السلوكيات المرغوبة بصورة ملائمة. وبهذا أصبحت الاستشارة طريقة لتقديم هذا التدريب.

أما التوجه الثالث فهو تنظيمي مؤسسي، يركز على تقديم الاستشارة في القطاع الصناعي، إذ يعمل الأخصائيون النفسانيون مع الإدارة أو مع قادة مجموعات العمل لتحسين الروح المعنوية والرضا الوظيفي ومستوي الإنتاجية، أو التقليل من عدم الفعالية أو التغيب عن العمل أو غيرها من المشكلات. (داود، 2017، صفحة 746)

2-3-4- *الحكم الإكلينيكي*: (التفسير)

يري "**ل.هـ.ليفي**" (**L.H. Levy**) "إن التفسير هو أهم نشاط منفرد يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي" والتفسير عبارة عن عملية استدلالية تبدأ بمجرد انتهاء عملية التقييم، أي بعد اكتمال المقابلات وبعد تطبيق الاختبارات النفسية، وبطبيعة الحال تعد عملية التفسير أو الحكم الإكلينيكي عملية معقدة، فهي تتضمن خصائص الإكلينيكي كبنيته المعرفية واتجاهه النظري، واستجاباته حول بعض الأسئلة: هل هذا المريض ذهاني؟ أو ما طبيعة هذا المريض، بالإضافة إلى تدخل العوامل الموقفية في عملية التفسير والتي تشمل أنماط المرضي وأصنافهم، والقيود والمتطلبات التي تفرضها طبيعة المكان على التنبؤات الإكلينيكية مثلا يقوم الأخصائي النفسي الذي يعمل في مركز جامعي للصحة النفسية بإصدار مدى واسع من الأحكام (من الإدخال للمستشفى، إلى العلاج النفسي، إلى مجرد ترك الجامعة)

ويسعي الأخصائيون في عملية التفسير جاهدين لاكتشاف أسباب المشكلات النفسية وجذورها، ويحاولون فهم المرضى ومساعدتهم. ويمكن صياغة المشكلات النفسية بطرق مختلفة حسب الاتجاه النظري الذي ينتمي إليه المختص (التحليلي، السلوكي، المعرفي) حيث تختلف التفسيرات التي يقدمها الأخصائي الإكلينيكي التحليلي وبشكل جدري عن تلك التي يقدمها الأخصائي الإكلينيكي السلوكي في مشكلة مثلا إصرار الطفل في محاولاته للنوم في سرير أمه، فكل منهما يفسر هذه المشكلة حسب توجهه النظري فالتحليلي يفسرها عقدة أوذيب لم تحل، بينما السلوكي يضعها في إطار التعزيز. وقد ينتسب الأخصائيون الإكلينيكيون من حيث التفسير على ثلاث فئات أساسية: أولا الأخصائيون الذين ينتسبون على المنحى السيكوديناميي والذي يسعى إلى التعرف على الحالات أو المحددات الداخلية المفترضة، وينظر إلى البيانات المستقاة من الاختبارات الإسقاطية والمقابلات الإكلينيكية غير المقننة وغيرها من المصادر، على أنها إشارات تدل على تلك الحالات الكامنة، كما هناك الأخصائيون السلوكيون فالأخصائي السلوكي يتجنب القيام باستدلالات حول حالات كامنة بل يركز على سلوك المريض الظاهر، ويستخلص الأخصائيون النفسانيون تفسيراتهم من مجموعة من الملاحظات أو الاستجابات للمقابلات أو بيانات الاختبارات بالإضافة إلى استخلاصها من افتراضات إضافية.

ويمكن النظر على البيانات التي جمعت من المرضي بطرق مختلفة، أولا يمكن اعتبار هذه البيانات على أنها عينات: إذ أن هذه الملاحظات والاستجابات أو درجات الاختبار أو غيرها من البيانات ينظر

غليها كعينات لمدى أوسع من المعلومات التي يمكن الحصول عليها خارج غرفة الفحص، وهناك طريقة ثانيا لتفسير بيانات المريض وهي أن تعتبر هذه البيانات إشارة لبعض الأوضاع أو الشروط أو المحددات الكامنة، أي تدل هذه البيانات أو الملاحظات على محددات كامنة. أما بالنسبة للطريقة الأخرى لتفسير بيانات المريض تركز على ارتباط هذه البيانات بأشياء أخري، مثلا ملاحظة سلوك القلق وفتور العاطفة أو عدم القدرة على التركيز على الشخص المكتئب قد تقود الأخصائي النفسي إلى التنبؤ بارتباط هذه الصفات بانخفاض النشاط الجنسي أو العلاقات الاجتماعية أو البحث عن العمل...حيث يمكن تفسير بيانات التقييم من حيث ما تحمله من دلالات على وجود ارتباطات سلوكية أو انفعالية. (داوود، 2017)

مستويات التفسير:

وصف **سندبيرج وتايلور وتايلين(Sundberg, Tayler,Taplin)** ثلاثة مستويات من التفسيرات:

3- **المستوى الأول:** يتضمن المستوى الأول القليل من الاستدلال، وعدم وجود منحى الإشارة، فابتداء من المدخلات وحتى المخرجات عمليا ولا توجد أية خطوات وسيطية، حيث يعتبر هذا المستوى بسيط وفعال في نفس الوقت ويمكن الاستغناء فيه عن الأخصائيين النفسانيين بمستوى عال من التأهيل كي يضعوا استدلالاتهم إذ يمكن التقنيون أو حتى أجهزة الحاسوب القيام بذلك. وتستخدم تفسيرات المستوى الأول في الغالب مع أعداد كبيرة من الأفراد وذلك إذا كان الغرض الأساسي هو المسح والتصنيف مثل اختبار القبول الجامعي.

4- **المستوى الثاني:** تشمل تفسيرات المستوى الثاني نوعين من الاستدلال، النوع الأول الاستدلال بالتعميم الوصفي ويتمثل مثلا بملاحظة الأخصائي الإكلينيكي المريض ثم يستنتج أن السلوك الملاحظ يصف المريض بشكل عام، فينتقل الأخصائي من بعض الدلائل السلوكية إلى تعميمات أوسع، لكنها ضمن المستوى الوصفي. أما النوع الثاني من الاستدلال هو البنية الافتراضية والتي تشير على وجود حالة داخلية والتي تأخذ الإكلينيكي على ما هو أبعد بقليل من التعميم الوصفي. أما تفسيرات المستوى الثالث فتأخذ الأخصائي الإكلينيكي إلى ما هو أبعد من المستوى الثاني باعتبارها أكثر شمولية وتكاملا، ففي هذا المستوى يحاول الإكلينيكي الوصول على فهم متسق وواسع للفرد في موقف، إذ يرسم صورة متكاملة للمحددات النمائية والاجتماعية والنفسية للمريض، تتضمن نظاما نظريا مترابطا من الفرضيات والاستنتاجات. (فرج، 2007، صفحة 133)

2-4- خطوات الممارسة النفسية:

من الخطوات الأولي التي يجب على الأخصائي أن يهتم بها في ممارسته العيادية هي:

- **تهيئة الظروف المادية الفيزيقية:**

- المكان:

والذي يجب أن يتوفر على شروط معينة لخلق وضعية عيادية تشعر المفحوص بالثقة، فالمكان أي الغرفة التي يقابل فيها النفساني مريضه وطريقة ترتيبها من الأمور التي يجب وضعها في الاعتبار فالغرفة النموذجية للممارسة العيادية يجب أن تحتوي على التالي:

- **توفير التهوية والإضاءة المريحة.** أن تكون الغرفة هادئة فالضوضاء ليست مزعجة فحسب بل تؤدي أيضا إلى نشوء قلق وتوتر لدي المفحوص، فيجب أن يشعر المريض أنه في مكان يستطيع أن يعبر عن ذاته ومشاعره دون أي إزعاج أو حرج يقطع مسار الفحص. كما يستحسن أن تخلو غرفة الفحص من كل ما يثير أو يلفت النظر في أثاثها أو زينتها لأن في ذلك مدعاة لتلهي المفحوص وإثارة انتباهه وفرصة لتهربه من مواجهة الموقف، كما يجب أن تخلو من كل ما يثير هوامات ذات شحنة انفعالية كبيرة تؤثر على مسار الموقف العيادي أي مما يجعل المفحوص ميلا للهروب النفسي من وضعية الفحص. (عباس، 1996، صفحة 19)

بالإضافة إلى هذه الاعتبارات المادية يجب أن تأخذ دلالة غرفة الفحص بعين الاعتبار ومدي تأثيرها على المفحوص من الناحية النفسية اللاواعي، حيث قد تثير لدي المفحوصين الهوامات والمشاعر المختلفة التي يحسون بها نحوه. حيث تقول **ميلاني كلاين** أن غرفة العلاج تكتسب دلالة المعالج وتسقط عليها مشاعر المريض المتنوعة اتجاهه، فالغرفة الإدارة مثلا تمثل المدير وتثير كل ما يتعلق به من اتجاهات نفسية، وغرفة المعلمين ترتبط بكل عمليات التفاعل الواعي واللاواعي بين التلميذ والمعلم.

لذلك يستحسن ألا يمارس الأخصائي النفسي عمله في غرفة مثقلة بالدلالات النفسية كدلالات السلطة كأن يمارس عمله في غرفة الإدارة حيث يتخذ النفساني دلالة حليف المدير أو السلطة وستكون هذه السلطة عنصر مؤثر على تفاعله مع المفحوص بشكل غير واع. لذا من الأفضل أن يكون لدي الأخصائي النفسي

مقر مخصص للممارسة النفسية داخل المؤسسة. ومن الضروري عدم إثقال غرفة الفحص بكل ما يمكن أن يثير حتى يستطيع الأخصائي أن يدرك نوع إسقاطات المفحوص.

وبهذا الصدد يستحسن ألا تكون الغرفة صغيرة جدا تشعر المفحوص أنه في سجن وواقع تحت سيطرة الفاحص ولا كبيرة جدا تشعره بالانحسار الذاتي تجاه الحيز المكاني وبالتالي تثير في نفسه أحاسيس الضياع. (الحجازي، 1993، صفحة 46)

ولكن لسوء الحظ يلاحظ أن ظروف ممارسة الأخصائيين النفسانيين لا تمكنهم دائما من مراعاة هذه الاعتبارات على أهميتها، فهم يمارسون في حيث توجد غرفة فارغة ومن الناذر أن يخصص لهم مكاتب أو لا تستوفي الشروط المطلوبة، وعليهم أن يراعوا تأثير المكان على الفحص.

- تهيئة الأخصائي نفسه قبل الممارسة:

على الأخصائي أن يعد نفسه للفحص بغية خلق الجدية والطمأنينة في نفس المفحوص، بأن يتفرغ له تماما، فلا يدعه ينتظر في مكتب الفحص ويقوم ببعض الترتيبات، بل يجب عليه أن يقوم بكل الترتيبات اللازمة مسبقا ويعد المواد التي يحتاجها سلفا ويتأكد من طريقة تطبيقها وتصحيحها فلا يجوز أن يقطع الأخصائي عملية الفحص كي يتأكد من معلوماته فذلك يقلل من قيمة الفحص في نظر المفحوص ويشعره بعدم الجدية. (الحجازي، 1993، صفحة 52)

ويجب على الأخصائي أن يهتم بمظهر وسلوكه حيث لا يثير مظهره أي شعور بالغرابة لدي المفحوص ويكون عاديا ما أمكن. ولعل من أهم الاعتبارات التي يجب على الأخصائي مراعاتها هي الخصوصية وتجنب المقاطعة، فلا شيء يسيء لاستمرار عملية الفحص مثل رنة الهاتف أو سؤال من المساعد الإداري أو طرقات الباب لا تحترم خصوصية الموقف، إن مثل هذه التدخلات تعد مدمرة إلى حد كبير، والأهم من ذلك هو الرسالة الكامنة وراء ذلك، وهي أن المريض ومشكلته يحتلان مكانة ثانوية، فلا يمكن للمساعدين أن يطرقوا الباب أو يقدموا تحويل مكالمة هاتفية للأخصائي إذا ما تم توجيه التعليمات إليهم بعدم القيام بذلك. لأن غياب الخصوصية يؤدي إلى العديد من النتائج الضارة. (داود، 2017، صفحة 252)

وبالاختصار على الأخصائي أن يكون مستعدا لعملية التفاعل مباشرة حين استقبال المفحوص، وأن يشعره أنه متفرغ له ومستعدا للتجاوب معه، بذلك فقط يضمن بداية صحيحة لعملية الممارسة، ومن الخطأ التهاون بالأمور الصغيرة التي تبدو أنها لا تؤثر على علاقته مع المفحوص.

- الاتصال الأولي بالعميل:

بعد تهيئة الظروف المادية الملائمة للممارسة النفسية تأتي الخطوة الثانية وهي كيفية بدء عملية التفاعل بين الأخصائي والمفحوص حيث يحتاج كل منهما معرفة الأخر معرفة تزيل عنه الغموض وتطمئنه وتوجه تفاعله، وعلى الأخصائي أن ينتبه لتصرفاته مع المفحوص لما لها من تأثير على عملية التفاعل فليس هناك أي أمر لا دلالة له في عملية التفاعل خلال الممارسة النفسية.

فالعميل يأتي للأخصائي وهو يملك عدة توقعات على الأخصائي وطبيعة عمله وعلى العيادة، وهو يعاني من مخاوف وقلق فهو يعلق كل مشكلاته على الأخصائي، وعلى الأخصائي أن يناقش كل الاحتمالات ووجهات النظر المتعلقة بالأحداث التي يعيشها، فكيفية بداية الأخصائي العلاقة هي مسألة ذاتية فلكل أسلوبه الخاص يتضمن عناصر ثابتة وأخري متغيرة من حالة إلى أخري تبعا لنوع التفاعل الأولي مع المفحوص، فلا يمكن التعميم ولا تفضيل أسلوب عن الأخر فكل أسلوب له مميزاته وعيوبه وعلى الأخصائي أن يعي تلك المميزات ويحسن استغلالها لخدمة أغراض الممارسة، ويحذر من عيوبه ويحاول ألا تؤثر سلبا على المفحوص. (عسكر، 2009، صفحة 21)

وهناك اعتبارات مهمة يجب التركيز عليها عند الحديث عن الممارسة النفسية:

1- الطلب:

إن كيفية الطلب الموجه من أجل فحص نفسي هامة جدا، فهذا الطلب قد يبادر به المريض نفسه سواء تلقائيا، ولقد بدأت في الوقت الحاضر تتقلص تلك الاعتبارات الاجتماعية التي يشوبها الخجل والخوف من مراجعة العيادات النفسية، ففي هذه الحالة قد يكون المريض مستعد للتعاون لكن هذا لا ينفي شعوره في البداية بالخوف وظهور مقاومات لاشعورية. كما في حالات أخري قد لا يعترف المريض باضطرابه النفسي الذي ينعكس وبشدة على سلوكه الاجتماعي وكيفية تعامله مع أفراد أسرته مما يدفع أفراد أسرته إلى طلب فحص نفسي لذلك المريض، وفي هذه الحالة يجب على المختص أن يتخذ موقفا محايدا ولا يتصرف وكأنه

متعاونا مع الأسرة لأنها قد تكون هي بذاتها محيطا مرضيا، كما قد يأخذ الطلب شكل أكثر رسمية مما يقوم المريض بأعمال عدائية عنيفة تؤاخذ عليها القانون مما يشكل خطرا على نفسه وعلى غيره مما يقدم إلى الفحص النفسي بفعل إجراء قضائي وفي هذه الحالة غالبا ما يكون المريض عدائيا وغير مستعدا للتعاون. (الوردني، 1986) ومن أجل تحديد الطلب يجب أن نأخذ بعين الاعتبار الطريقة التي يقدم بها المرضي الطلب، فهناك الذين لا يستطيعون الانتظار للأسبوع القادم بحيث يجب إعطاءهم موعد على الفور، وهناك الذين يريدون معرفة الأسعار، وعدد الجلسات، قائمة الشهادات المتحصل عليها. غالبا ما يصعب التمييز من خلال الهاتف بين ما هو حقيقي وما هو مجرد مظهر من مظاهر المقاومة.

2- الإطار:

الإطار العلاجي هو فضاء زماني متميز عن الحياة اليومية، كل ما نختبره فيه مهم وله معنى، ويمكن استخدامه لفهم العالم الخاص لكل مريض، لأن هذا الفضاء يتم استشاره بطريقة فردية وذاتية، ويتم فيه اكتشاف أعمق القضايا وذلك اعتمادا على مشاركة المريض، حيث يتم الانتقال بين الداخل والخارج، بين الخيال والواقع، بين الذاتية والموضوعية، يحدد الإطار مساحة تتميز "بمفهوم اللعبة" في هذا المجال، الذي يأخذ لعب الأطفال كنموذج، حيث يتم في الإطار إنشاء مساحة تربط بطريقة ما بين الواقع النفسي الداخلي للمريض وعالمه الخارجي، حيث يشكل الإطار نمط معين من الاتصال يساعد على التعبير عن الرغبات وإشباعها، من خلال مساعدة المريض على تمثيلها ورسمها لفهمها جيدا ضمن العلاقة المزدوجة بين الإطار الخارجي للعميل والإطار الداخلي للمريض. ويجب أن يتناسب الإطار مع أهداف العلاقة العلاجية. (Delourme, 2004, p. 12)

يعتمد الإطار على الوضع المهني للأخصائي النفسي، ويتم أيضا ربط الطريقة التي يتبعها وضع إطار العمل بأصل الطلب (الموضوع نفسه، أسرته، الفريق الذي يعمل معه...)، نمط الممارسة (عام، ليبرالي)، في المؤسسة التي يمارس فيها (مستشفى عام أو نفسي، مدرسة، سجن، مركز تعليمي...)، مهما كان الأمر فيجب الانتباه من البداية لمسألة الإطار، كما أكده **ابليجر Bleger** للقيام بأي عملية بهدف علاجي يجب أن نتحدث في المقام الأول عن الإطار بالمعنى الواسع للمصطلح. تم تعديله وفقا للملاحظات السابقة ويتضمن أيضا الجداول الزمنية والأسعار إن وجدت، الغيابات ونتائجها، تكرارا لاجتماعات وخاصة

أهدافها وهذه الأخيرة يجب أن يأخذ المختص الوقت الكافي لتحديدها وفقا لاحتياجات المريض وعدم فرضها وفقا لتوقعاته الخاصة أو العقائد الإيديولوجية للمدرسة المفضلة لديه.

كما يعتمد الإطار على نموذج نظري يحدد أسباب وطبيعة الاضطرابات النفسية المراد علاجها، فنظرية التحليل النفسي مثلا يستند على فكرة الصراع، حيث يحدد الإطار للمحلل مجال الملاحظة والفحص من الانتباه إلى حركات التحويل المضاد. (Gillieron, 1994, p. 160)

3- المدة:

يعتبر الوقت من المسلمات التي نواجه صعوبة في إتقانها، خاصة في عصرنا حيث أصبح الخوف مصدر قلق فغالبا ما يسأل المرضى: إلى متى سيستمر هذا؟ خوفا من أن تكون علاقة لا تنتهي، ويعد الوقت في مستويين: وقت الجلسة وطول سلسلة المقابلات، حيث يختلف الوقت حسب موضوع الإيقاع الداخلي، قد يحتاج المرء إلى ساعة للتعبير عن نفسه، بينما يفعل أخر ذلك في نصف ساعة، لذا يجب على المختص أن يتكيف مع إيقاع المريض.(Poussin, 2003, p. 26)

4- قيم الأخصائي الإكلينيكي وخلفيته:

يتفق جميع العلماء تقريبا بفكرة تأثير قيم الفرد وخلفيته وتحيزاته على إدراكه، لهذا لابد للأخصائيين الإكلينيكيين أن يتفحصوا خبراتهم الخاصة، وأن يسعوا إلى معرفة الأسس التي تقوم عليها افتراضاتهم الشخصية، وذلك قبل إصدار الأحكام الإكلينيكية على الآخرين. فما يمكن أن يبدو للأخصائي الإكلينيكي دليلا على وجود اضطراب شديد قد يعكس في الواقع ثقافة المريض ليس إلا.

كما يمكن للعوامل المتعلقة بالجندر أن تتفاعل مع قيم الأخصائي الإكلينيكي وخلفيته، فالجهل المطلق للعوامل التي تتصل بالأنماط الجندرية قد يؤدي إلى التقليل من صدق المقابلة الإكلينيكية. يبدو أن الحل يكمن في جعل القائمين على التقييم أثر وعيا بالجندر حيث اقترح أحد الخبراء المقترحات التالية:

يمكن للأخصائيين الإكلينيكيين الذين يسعون تحسين وعيهم الجندري أن يركزوا *على ثلاث* نواح: معرفتهم واتجاهاتهم وسلوكياتهم، ومما يتعلق بالمعرفة يمكن زيادتها من خلال القراءة كقراءة الأبحاث والمقالات النظرية والكتب، أو الالتحاق بمساقات دراسية، أو حلقات بحث حول مسائل الجندر، أما الاتجاهات يمكن أن تعزز من خلال الخبرة والتفاعل مع أشخاص يحملون مفاهيم جندرية تختلف مفاهيم

الفرد (كالأشخاص الذين ينتمون إلى ثقافات أو أديان أخرى، أو يحملون توجهات جنسية مختلفة)، مما يساعد ذلك على توسيع فهمنا للقضايا الجندرية، أما بالنسبة للسلوكيات فتتحسن بالممارسة والتغذية الراجعة مع مشرف من ذوي الخبرة في القضايا المتعلقة بالجندر.

5- الإطار المرجعي للمريض:

لكي يكون الأخصائي الإكلينيكي فعال في تحقيق أهداف الممارسة النفسية، فمن المهم أن تكون لديه فكرة إدراك المريض للقاء الأول، وبهذا الوعي فقط يمكن وضع عبارات المريض وسلوكياته في إطارها الصحيح، فستكون تكوين العلاقة أكثر صعوبة إذ لم يكن الأخصائي الإكلينيكي حساسا لتصورات المريض المبدئية وتوقعاته، فقد يحمل المريض فكرة مشوهة عن العيادة النفسية أو قد يشعر بالخجل لاضطراره لطلب المساعدة.

يعني أن يكون الإكلينيكي مستعدا لاستقبال المريض أي ينبغي أن يكون قد قرأ بحرص أية سجلات متوافرة حول العميل، وتحقق من المعلومات التي قدمها الشخص الذي نظم الموعد، وغير ذلك من الأمور. (داود، 2017، صفحة 264)

حيث تبدأ الممارسة النفسية بأولي خطواتها وهي جمع المعلومات وفي هذه الخطوة يقوم الأخصائي بجمع المعلومات حول المشكلة من مصادرها المتنوعة أي من الأسرة والأصدقاء والمجتمع والغرض هو الوصول إلى فهم المشكلة، أما في الخطوة الثانية يقوم الأخصائي بعملية تنظيم وترتيب المعلومات ثم يقوم بتلخيصها وتبويبها.

وفي الخطوة الثالثة يتوصل الأخصائي إلى معرفة أسباب المشكلة وخصائصها الرئيسية التي يعاني منها.

بعد التشخيص يتنبأ الأخصائي حول التطورات المستقبلية لمشكلة العميل من خلال معرفة كونها معقدة أو بسيطة، ثم يقوم بتقديم خدماته ومساعدته للتخلص من المشكلة وتغيير سلوكه. وأخيرا يتابع الحالة للتأكيد من نجاح هذه الخطوات والتغيرات التي حدثت لدي العميل. (نصيرة، 2012، صفحة 87)

ويمكننا تلخيص أهم المراحل التي يجب أن يمر بها الأخصائي النفسي أثناء ممارسته العيادية في المراحل التالية:

المرحلة الأولى: مرحلة القياس والتقييم.

ومن الطبيعي أن المرحة الأولي من العمل الإكلينيكي مع العميل تبدأ بإجراء القياس أو التقييم، وهذا يتضمن بشكل أساسي فهم مشكلة العميل، وما الذي يحتمل أن يكون سبب هذه المشكلة، ومدى كون العميل راغبا في التغيير. حيث يستخدم الأخصائي النفسي عدة وسائل في جمع المعلومات لمساعدته في عملية التقدير، والوسيلة المبدئية التي عليه استخدامها "المقابلة الشخصية الإكلينيكية" خاصة بالنسبة للعملاء القادرين على توصيل مشكلاتهم بشكل جيد، كما قد أن يستخدم الأخصائي الاختبارات النفسية ومقاييس القدرات المعرفية عند الحاجة إليها. وبعد اكتمال عمليات التقدير

المرحلة الثانية: مرحلة التشكيل أو التكوين.

وهي عملية ربط بين النظرية النفسية والمعلومات المكتسبة من عمليات التقدير، مما يمكن الأخصائي النفسي الإكلينيكي من تطوير صورة للكيفية التي تم بها اكتساب المشكلات النفسية وكون أنها مستمرة، والتشكيل يمكن أن يحدد التأثيرات الحيوية والوراثية (إذا كانت لها صلة) لكنه يركز على العمليات النفسية والاجتماعية، وهذه المرحلة التي تظهر مهارة الأخصائي النفسي في الربط بين النظرية والممارسة، وتعتبر هذه التشكيلات أو التكوينات سلسلة من الفروض عن أسباب مشكلة العميل، والتي يمكن اختبارها في مرحلة التدخلات.

المرحلة الثالثة: مرحلة التدخل:

وبمجرد أن يكتمل التشكيل يبدأ إجراء التدخل النفسي على أساسه، والتدخل يعتمد على منحى تنظيري واحد (العلاج المعرفي السلوكي) أو عدد من الأساليب النظرية المختلفة، وذلك اعتمادا على حاجات العميل والجوانب القوة لديه، وغالبا ما يشترك العميل مع الأخصائي في التخطيط لعملية التدخل وذلك لهدف مساعدة العميل لفهم ما سوف يحدث وهذا يساعد على تطوير نوع من الثقة من جانب العميل في الكيفية التي يمكن أن ينجح بها التدخل. وقد يحتاج التدخل إلى إشراك أفراد من أسرة العميل، وخاصة إذا كانت صعوبات العميل تتعلق بعلاقاته الأسرية. (زراد، 2016، صفحة 279)

وبعد اكتمال عمليتي التشكيل والتدخل يكون من الضروري تقييمهما، أي كيف كانت نتيجة هذا التدخل، وهل حقق التأثيرات المطلوبة، وهذا التقييم يكون عمله بعدة طرق منها مناقشة العميل واستخدام

الاستبيانات التي تتمتع بالصدق من أجل قياس مدي تأثير وفاعلية عمليات التدخل، والتغيير العلاجي غالبا ما يكون تدريجيا.

إذن يحتاج الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى وجود الكفاءات الخاصة بالتقدير، والتشكيل، والتدخل، والتقييم وأن يكون قادرا على عمل ذلك بالتعاون مع المختصين الآخرين في الصحة النفسية، كما يحتاج أن يكون قادرا على التواصل بفاعلية مع العميل لفظيا وغير لفظي، وهذه المهارات التي تم تعلمها خلال مدة التدريب المكثفة للإعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

فالأخصائي النفسي العيادي أثناء ممارسته العيادية يجب عليه احترام الخطوات التالية:

- الكفاءة التي تجعل الأخصائي قادرا على إدارة الجلسة إدارة كفؤا.

- وضع خطة للمقابلة وهذه الخطة يجب أن تكون مرنة وقابلة للتعديل.

- تحديد أهداف المقابلة حيث يترتب على ذلك تحديد المعلومات المرغوبة للوصول إلى حلها

جمع المعلومات عن العميل.

- تحديد الأسئلة الرئيسية التي سوف تدور حولها المقابلة وصياغتها بشكل معقول لسهولة متابعتها

- تحديد أدوات التسجيل التي من الممكن الاستفادة منها واستعمالها في المقابلة لأنها تساعد الأخصائي والعميل على التغذية الراجعة. (نصيرة، 2012، صفحة 86)

المرحلة الرابعة: استخلاص النتائج وكتابة التقارير.

تشكل هذه المرحلة تتويجا لجهد الأخصائي النفسي خلال الممارسة العيادية، فبعد الغوص في عالم المفحوص من خلال مختلف الأساليب التي تمكنه مهنته من استخدامها، تأتي مهمة استخلاص النتائج وضع تقريره على المفحوص. إنها مرحلة التقرير والحكم تثبيت المعطيات في صورة دينامية تعكس شخصية المفحوص الكلية، والتي تصبح قابلة لاستخدام للأعراض العلاج أو التوجيه والإرشاد، وتعتبر هذه العملية حساسة للغاية لكون مهمة الأخصائي ستكون الحكم على المفحوص وتصنيفه، وتعتمد هذه المرحلة على كفاءة الأخصائي ومدى احترامه للمبادئ المهنية والخلقية للممارسة النفسية.

فالقوانين المهنية والأخلاقية للممارسة الإكلينيكية تتطلب أن يقوم المختص بكتابة تقرير موثوق عن علاقته بالعميل، لما لهذا التقرير من أهمية كبيرة، فربما يحدث بعض التناقض بين القوانين والممارسة إلا أن أكثرهم يحتفظ بالتقارير التي تمثل ملاحظات مكتوبة ومطبوعة، التي تساعد في تذكر ما حدث في الجلسات السابقة كما تحافظ على خطة العلاج التي عليه الاستمرار بها في الجلسات اللاحقة، كما قد يشمل التقرير بعض الملاحظات المختصر تشير على الحاجة لتوضيح أو فحص بعض الموضوعات في الجلسة التالية، كما يساعد التقرير في فحص بدقة وبشكل مستمر ما إذا كان العلاج مساعدا ومتطورا، وما هي الطرق التي تزيد من تحسن العميل، إن الوصف المنظم والمستمر لتطور الحالة وتقدمها في تقرير مكتوب يمكن أن يوجه المختص ويساعده في التقويم المتواصل للعلاج ولخطته أيضا. (عسكر، 2009، صفحة 174)

ويمكن تقسيم عمل الأخصائي النفسي في مرحلة كتابة التقرير إلى خطوتين متتاليتين تشكلان وحدة متكاملة هما: تتمثل الخطوة الأولى استخلاص النتائج بتنظيم المعطيات وتحليل المواد التي حصل عليها الأخصائي أثناء الفحص حيث تتطلب هذه الخطوة مهارة فنية وعقلية كبيرة، أما الخطوة الثانية هي كتابة التقرير أي تقديم صورة عن هذه المعرفة للآخرين في تقرير يختلف نوعا وكما تبعا لوضع العلمي من ناحية، وللهدف الأصلي من طلب الفحص من ناحية ثانية والتي تتطلب أساسا حسما والتزاما خلقيا ومهنيا فائقا، وتتمثل الخطوتين في:

أ- استخلاص النتائج:

حيث تتلخص مهمة الأخصائي في الوصول إلى صورة عن المفحوص كشخصية كلية في وضعية كلية. لا شك أن الفاحص يبدأ بتكوين هذه الصورة منذ المراحل الأولى للفحص، ومنذ بحث طلب الفحص والمشكلة الظاهرية التي دفعت إليه وموقف الأهل أو المسؤولين منها، والدافع الذي دفع بهم إلى استشارته، وكذلك من خلال الاستقصاء الاجتماعي أو دراسة تاريخ حياة المفحوص. في الواقع تبدأ هذه الصورة مشوشة تكثر فيها الافتراضات وتشوبها نقاط الغموض وتعدد الثغرات، ولكنها توضح تدريجيا خلال التقدم في الفحص، فمشكلة المفحوص الكلية تتغير تدريجيا، فتزول بعض مواطن الشكوك وتوضح أكثر، أو تصحح أو تغير محور الاهتمام فيها (المشكلة الظاهرية تبدو كأنها عرضية فقط تخفي ورائها مشكلة أهم منها)، ولكن الصورة لا توضح بشكل كافي قبل استخلاص النتائج، فكثير من المعطيات والمواد التي تتجمع لدى

الأخصائي تظل خارج الصورة الدينامية للمفحوص، أو تتكون لديه عدة محاور متعارضة أو متوازنة ينقصها الربط والتنسيق، لذلك فإن استخلاص النتائج تتطلب جهدا ذهنيا مستمرا.

فقد يسير الأخصائي أثناء استخلاص النتائج عبر خطوتين متتاليتين:

– الأولي تحليلية حيث يقوم خلالها بجمع معطيات عن القطاعات الأساسية لشخصية المفحوص وتجربته في الحياة ويحللها، قطاع النشاط الحركي (اللعب ومختلف النشاطات العضلية)، قطاع الوظائف الجسدية والحيوية الأساسية، قطاع الحياة اللاواعية، ففي كل هذه القطاعات يقوم الأخصائي بتقدير الوضعية الحالية بما تتضمنه من أوجه قوة أو ضعف، وعافية أو اضطراب.

– الخطوة الثانية فتتلخص مهمة الأخصائي في تنسيق كل هذه المعطيات في صورة كلية تأخذ صورة البناء الدينامي في جدلية ثباته وحركته، استقراره وصيرورته. وهنا يفترض على الأخصائي أن يستوعب القوى الأساسية المحركة لهذا البناء. وهي قوى متنوعة ومتفاعلة تشكل الشخصية المحصل عليها، بعضها ذاتي واعي يمكن استخلاصه من الطريقة الظاهرية في فهم التجربة المعاش، والبعض غير واع يمكن الوصول إليه من خلال الطريقة التحليلية النفسية والوسائل الإسقاطية، وبعضها علائقي يحدد دور المفحوص ودلالته في شبكة العلاقات العائلية الواعية واللاواعية، وبعضها مؤسسي اجتماعي يشكل الإطار الذي يرسم حدود المفحوص والإمكانيات المتوفرة لدفعه نحو النمو أو نحو المرض، فدينامية الشخصية تتغير في نتاجها وإمكانية تحركها نحو التقدم أو توقفها أو نكوصها تبعا لدينامية المؤسسات التي تعيش بالضرورة ضمنها (المؤسسة العائلية، المؤسسة المدرسية، المؤسسة المهنية، الصداقة..) أي كل من مشكلة المفحوص، أوجه القصور، المأزم التي يعاني منها، أوجه القوة والقدرة على التحمل والتجاوز والتعويض لا يتحدد ذاتيا فقط بل أيضا من خلال التفاعل الجدلي مع تلك المؤسسات والإطار الاجتماعي. فلابد للصورة التي يكونها الفاحص عن المفحوص أن تشمل كل هذه الأبعاد كما تتبادل التحديد جدليا، بهذا فقط يستطيع فهمه للمفحوص وتصل ممارسته درجة عالية من الفاعلية. (الحجازي، 1993، صفحة 174)

عند استخلاص النتائج على الفاحص أن يعبر إلى ما وراء الظواهر حتى يصل إلى ذلك الأسلوب الذي يعطي للشخصية طابعها المنفرد، ويقوم بذلك من خلال العمل على الموازنة بين القوي الفاعلة في الشخصية وعلى مستويات بنائها، حيث ينطلق من تحديد نوع المشكلة التي كانت وراء طلب الفحص، ثم تحديد القطاع الأساسي التي تبرز فيه المشكلة (العلاقات الأسرية، المدرسة، القطاع المهني، الحياة العاطفية،

اضطراب الوظائف الأساسية...) ويحاول البحث عن مدى انتشار هذه المشكلة أو تركيزها في قطاع معين، ثم يأتي إلى دينامية الشخصية وبنائها على المستوي الذاتي ويربطها بمدي تفاعلها مع الأسرة والمؤسسات التي تنتمي إليها، وما دور المحيط في تفجير المشكلة وتحديد دينامية وبناء الشخصية. (الحجازي، 1993، صفحة 175)

فانطلاقا من كل هذه المعطيات والموازنات يتوصل الأخصائي إلى صياغة استنتاجاته وقراراته وتوصياته التربوية أو التوجيهية أو العلاجية. يحدد كيف يوجه الجهد الأساسي، وكيف يوجه الجهد الثانوي، كما عليه أن يحدد مدى ونوع الجهد الموجه إلى المستوي الذاتي من شخصية المفحوص، ومدي ونوع الجهد الموجه إلى المؤسسات والمحيط لكي يدفع بعملية نمو المفحوص وإمكانياته إلى أقصي ما يستطيع.

ب- كتابة التقارير:

فبعد خطوة استخلاص النتائج فلابد للأخصائي أن يقدم كل ما توصل إليه في تقرير إلى طرف ثالث (غير المفحوص)، ويجب على الأخصائي أن يحترم عدة التزامات عند كتابته للتقرير منها: التحلي بالتعقل عند صياغته لتقريره، وأن يعرف مسبقا إلى أين ستوجه تقريره، من سيقرأه، كيف سيستجيب له بحيث يكيف كتابته تبعا لذلك. فتأثير التقرير يتوقف أساسا على نوع الفحص والغاية منه، ألا يذكر الأخصائي كل ما يعرفه لأن كل ما يعرفه قد لا يفيد الآخرين، والكثير منه يدخل ضمن نطاق السر المهني، يقيد الأخصائي نفسه في حدود السؤال المطلوب من الفحص، ويأخذ موافقة المفحوص بشأن ما سيعرضه في تقريره عليه، فليس من حق الأخصائي عرض الأمور التي لا يوافق عليها المفحوص.

ولكي يتمكن الأخصائي من الإيفاء بالتزاماته ينبغي أن يقدم الأمور بالشكل الأكثر ملائمة للمفحوص، بدون تزييف الواقع، بتجميله أو تخفيف حدة أوجه القصور، بل من خلال تأكيده على أفضل الطرق الممكنة للتعامل معه، بحث يصوغ تقريره بشكل يفهمه الآخرين ويتقبلونه، بحث يتمكنوا من مساعدة المفحوص، ويرشدهم إلى أفضل أساليب التعامل معه بشكل يفيدهم ويفيدوه، ويجب على الأخصائي أن يدرك الأسلوب الأفضل في عرض نتائجه وحواره حول الإجراءات الممكنة.

وهناك بعض الاعتبارات التي تؤثر على طريقة وضع التقرير الإكلينيكي من أهمها مصدر الإحالة والأفراد الذين سيوجه التقرير إليهم، ونوع إجراءات التقييم المستخدمة، والمعتقد النظري للأخصائي الإكلينيكي. (داود، 2017، صفحة 170)

***نماذج التقرير وأشكاله:**

تختلف كتابة التقرير من حيث الأسلوب تبعا لوضعية الأشخاص الذين سيوجه لهم، فالمسؤولية الرئيسية للتقرير النفسي هي الإجابة عن سؤال الإحالة ويبذل الأخصائي جهده لتوضيح بعناية وصراحة الأسئلة التي دفعت للتقييم، والغاية من الفحص، فقد يكون بسيطا بعيدا عن المصطلحات التقنية إذا كان موجها لغير الأخصائيين، ويكون مبني بصياغة علمية جيدة إذا كان موجها لمختصين أو لمؤسسة متخصصة.

فالممارسة النفسية الإكلينيكية الجيدة تشير إلى أن التقرير المتعلق بالحالة يستحسن أن يكون مختصرا ويتضمن ملاحظات عن تطورها، وعن إنهاء العلاج وغايته التي وصل إليها، ويختلف التقرير استنادا لكل عميل باعتباره حالة خاصة ومميزة، وسنناقش باختصار أشكال التقارير:

1- **التقرير المختصر**: إن التقرير الأولي عن العميل عادة ما يكون على شكل موجز ومكتوب عن المقابلة، حيث يمثل وصفا مفصلا للمعلومات الجوهرية التي نستخلصها من المقابلة المختصرة، وهذه المعلومات الأساسية تشمل ما يلي:

1- معلومات موجهة.

2- المشكلة أو الاضطراب الحالي.

3- السلوك والأداء الوظيفي الحالي.

4- التاريخ الداعم.

5- الاختبارات والاستشارات.

6- التشخيص السريري.

7- التوصيات العلاجية والإرشادية.

إضافة إلى ذلك فهناك الملخص الذي يضعه الفريق العلاجي أثناء اجتماعهم، والذي يتضمن الأحكام والآراء النهائية حول التشخيص والعلاج، وغالبا ما تتم كتابته بشكل مفصل عن التقرير ويرفق به.

ويتضمن وصف خطة العلاج والتي تضم عادة: أهداف العلاج، الطرق المستعملة، المخاطر الممكنة، والمدة المحتملة للعلاج، واحتمال نجاحه، فمثل هذه العناصر التفصيلية تمثل تطور في مجال الصحة النفسية وتعكس التغيرات الممكنة من وجهة نظر الفريق العلاجي وتنظيم الممارسة المهنية من قبل مختلف المؤسسات والمكاتب. ويساعد التقرير المختصر في الرجوع إليه بسهولة في أي وقت من أجل التأكد من معلومات معينة أو تذكر معلومات هامة قد نسيتها.

2- **التقارير المبنية من الملاحظات اللاحقة والمتتالية:** ويتم في هذا التقرير العمل الإكلينيكي العلاجي بكامله، أي تسجيل كل الجلسات والعلاقات التي أجريت مع العميل، بما فيها المكالمات الهاتفية الهامة، الاتصالات مع الأخصائيين الآخرين أو المؤسسات أو الأفراد الذين لهم صلة بهم كالآباء، الأزواج، المعلمين، الأصدقاء...) فكل هذه الملاحظات يجب أن تتضمن تفصيلات عن الجلسات المنتظمة التي تجرى مع العميل، وهذه الملاحظات المتقدمة والمتتالية تبدأ بوصف مختصر للحالة الاقتصادية للعميل ومظهره وكيفية سلوكه وتصرفه أثناء الجلسة.

3- **تقرير الختام:** ويتم فيه تلخيص بعض التفصيلات عن الأحداث الرئيسية والتعديلات التي حدثت في سلوك العميل، ويجب الإشارة أيضا إلى اتجاه العميل وموقفه من العلاج ورأيه حول دوافعه نحو التغير وانطباعه عن رضاه أو عدم قناعته بالمعالجة، فخبرات العميل وتجربته مع المختص سواء كانت إيجابية أو سلبية تقدم قاعدة يمكنها أن تسهل العلاقات العلاجية اللاحقة أو تعيقها، إن معرفة العقبات والأمور ذات الحساسية الخاصة في المعالجة السابقة تساعد المختص على تجنب الوقوع في المأزق نفسه. وتقرير الختام يجب أن يضم الأحداث التي توحي بنهاية العلاج وإقفاله وإعطاء بعض الخطط والتصرفات للمستقبل. (الستار، 2009)

فقد حدد بعض العلماء والباحثون ثلاث أشكال من التقرير النفسي والتي تمثلت في: التقرير الأولي أو المختصر والذي يتضمن المعلومات الأولية عن المفحوص (حالته الاجتماعية، والاقتصادية، اتجاهاته ودوافعه، موقفه من العلاج، توقعاته عن الأخصائي...) كما يجب أن يتضمن المشكلة الحالية التي جاء العميل يشكي منها، وأخيرا يحدد في هذا التقرير الآراء النهائية للتشخيص والتوصيات العلاجية المناسبة.

وهناك بعض العلماء حدد ثلاث أشكال من التقارير الإكلينيكية حسب المصدر الذي اعتمد عليه:

أ- **التقرير الذي يرتكز على نظرية:** وهو تقرير يعتمد على نظرية معينة (التحليل النفسي مثلا)، وقد يفيد هذا النوع إذا كان التقرير موجها إلى شخص متخصص كمحلل نفسي مثلا أو مؤسسة متخصصة، لكنه يكون ليس له قيمة وغير مفهوم إذا وجه لعامة الناس، كما يعتبر مجرد قوالب جامدة فرضتها نظرية معينة.

ب- **التقرير الذي يرتكز على نتائج الاختبارات:** تعتبر أكثر التقارير شيوعا إذ أنها تعرض نتائج الاختبارات التي طبقت وترتكز على تحليلها وتفسيرها، وعادة ما يدعم الأخصائي آراءه وتوصياته بتقديم نماذج من استجابات المريض في كل اختبار.

ج- **التقرير الموجه نحو المشكلة:** ويعتبر أكثر الأشكال فائدة لأنه يجيب بشكل مباشر عن أسئلة المريض، لكنه يحد من عطاء الأخصائي لأنه يحصره في الإجابة على أسئلة معينة. (محمود ، 2016، صفحة 76)

والواقع أنه لا يوجد نموذج جامد أو عناصر محددة تفرض على الأخصائي عند كتابته للتقرير الإكلينيكي، فالخبرة والممارسة المهنية يحددان لكل أخصائي أسلوبه الخاص في كتابة هذه التقارير.

- **مضمون التقرير النفسي:**

وغالب ما يتضمن التقرير الجوانب التالية:

1- البيانات الأولية الخاصة بالمفحوص: وهي عبارة عن البيانات الأولية الخاصة بالمريض، وعادة ما تكون موجود في ملف المرض عند دخوله للمستشفى وتتمثل في: عمره، جنسه، ووضعه المدني، المهنة، المرحلة الدراسية إذا كان طفل، وضعيته الأسرية (رتبته بين الإخوة، عدد الإخوة وحالة الوالدين من زواج أو طلاق...)

2- المشكلة كما هي مطروحة الآن: فيتحدث الفاحص عن نوعية الاضطراب أو الصعوبة كما عرضت عليه رسميا أو كما هي مطروحة حاليا في البيت أو المدرسة أو المجتمع، أو يعدد أوجه المشكلة إذا كانت لها امتدادات في أكثر من قطاع، ثم يعطي نبذة عن تاريخية المشكلة منذ بدايتها إلى الآن، ويؤكد خصوصا في هذا الصدد على موقف الآخرين منها (الأهل، المعلمون أو المربون) وكيف يعيشونها أو يدركونها.

وتشمل بيانات مفصلة عن شكوى المريض الحالية بألفاظه نفسها من حيث بدايتها، ومدتها، والظروف المصاحبة لها، بالإضافة إلى المعلومات الخاصة بتاريخه المرضي وكيفية استجابته للعلاجات السابقة، ونلخص هذه البيانات في النقاط التالية:

- ✓ الشكوى الحالية كما يذكرها المريض.
- ✓ كيف ومتى بدأت الشكوى.
- ✓ ما هي الظروف المصاحبة لظهور الشكوى.
- ✓ ما الذي ترتب على شكوى المريض.
- ✓ مسار الشكوى من المرض الحالي يتناقص، يتزايد، ثابت.
- ✓ العلاج الحالي الذي يخضع له المريض.
- ✓ هل سبق للمريض أن عان من اضطرابات نفسية أو عقلية.
- ✓ كيف تم علاج تلك الاضطرابات إن وجدت، أي كيفية استجابته للعلاجات السابقة.

(محمود ، 2016، صفحة 78)

3- المظهر العام والسلوك: يحاول الفاحص أن يعطي صورة حية ما أمكن عن الشكل الخارجي للمفحوص، مظهره العام، حالته الجسمية والمزاجية، تعابيره، درجة الاهتمام التي تبدو على هندامه، تصرفاته أثناء الفحص، استقراره أو اضطرابه، إقدامه وجرأته وتلقائيته، وارتياحه أو تردده وخجله وانغلاقه وحذره ومعاناته يعطينا صورة من لغة المظهر والجسد واللغة الحركية وأسلوب تفاعله مع الفاحص، يبين لنا باختصار أي نوع من الناس هو.

4- تاريخ الحياة: يعطي ملخصا عن تاريخ حياة المفحوص، فإذا كان المفحوص طفلا مثلا، يذكر ظروف ميلاده ونشأته الأولى ونوع تجربته الأسرية والأحداث الهامة فيها وردود فعله لها ونوع علاقته بذويه ومكانته بين أخوته، السمعة التي كان يتمتع بها ويصنف من خلالها، ثم يذكر فترات الابتعاد أو الانفصال عن الأسرة إذا وجدت، ظروف كل منها ومدتها وآثارها البادية، ثم يتحدث عن حالته الصحية والأمراض الهامة التي تكون قد ألمت به أو الحوادث التي تعرض لها، وتركت آثارها على نموه أو توازنه النفسي، وتاريخ كل

مرض أو إصابة، ثم يتعرض لنوع علاقاته الاجتماعية، تفاعله مع الآخرين ثم يبين باختصار المراحل الهامة من تاريخه الحياتي ووضعه المؤسسي في المدرسة والمجتمع كي يصل إلى المرحلة الحاضرة التي دعت إلى الفحص مشيرا إلى كيفية بروز العوامل وتطورها التي استلزمته. الغاية من استعراض تاريخ الحياة هذا، هي تبيان كيفية توجه الشخصية، والإطار الذي تم فيه ونوع تجربته المعاش التي جعلته ما هو عليه الآن بمشكلاته وإمكاناته.

بعد ذلك يستعرض الفاحص أهم قطاعات شخصية المفحوص، أو وظائفه الكبرى ويمكن أن يتحدث بهذا الصدد عن:

1- **الوضع العقلي:** يبين النشاط الذهني لدي المفحوص ومستواه وديناميته، ودرجة الانسجام في الأداء الذهني، والتفاوت بين النجاح البارز والفشل في أي القطاعات والدلالة المحتملة لهذا التفاوت، كما يبين الوضع العقلي نتائج روائز الذكاء أو التحصيل التي استخدمها الأخصائي، بحيث يعطي صورة دينامية عن المفحوص ويتجنب العرض الجامد القطعي، بل ينطلق من الملاحظة العيادية أثناء تطبيقه لأي اختبار، والعوامل الممكنة التي تدخلت لتجعل منه نتيجة تعكس أو لا تعكس مستواه الحقيقي، ويحاول التنسيق هنا بين نوعية الأداء التي تحصل عليه من خلال دراسة تاريخ الحالة وتوع علاقته بالفاحص ومستوي تصرفه في الوضعيات الحياتية المختلفة، وبين نتائج روائز الذكاء، والمؤشرات التي تدل على نوع نشاطه الذهني على الروائز الإسقاطية.

2- **الوضع العاطفي والعلائقي:** يتم التركيز هنا على نمط التفاعل والعلاقات الأساسية عند المفحوص، مستوي الدرجة العاطفية في علاقاته، أهمية هذه العواطف بالنسبة له، النمط أو الأساسية للعلاقة عنده، وفي كل الحالات نبين المستوي الخارجي والمستويات الكامنة وراءه.

3- **الحياة اللاواعية وديناميتها:** يستعرض الأنماط الدفاعية الأساسية التي تميز سلوك المفحوص، حالة القلق الكامنة وراء هذه المشكلات التي أتي للفحص بسببها، حيث يبين التفاعل بين الدينامية الذاتية الواعية واللاواعية وموقف المحيط ودوره في تحديد هذه الدينامية.

4- **الموازنة:** هنا يلخص الفاحص كل ما سبق في صورة عن الشخصية الكلية مبينا الخطوط العامة لتوجهها الحياتي ومبرزا الإمكانيات المعوقات الذاتية والاجتماعية والعلائقية التي تميز المفحوص وكذلك السبل الممكنة لتنمية الإمكانيات وتجاوز المعوقات. (الحجازي، 1993، صفحة 182)

***الخلاصة والتوصيات:** يلخص الأخصائي النفسي النقاط الرئيسية من التقرير، وتتضمن ثلاث نقاط أساسية تتمثل في الخلاصة وتشمل عبارات قليلة مكثفة تعكس وبسرعة المعلومات الضرورية والجوانب الأساسية عن الحالة، والتشخيص ويكون شكل التشخيصات الطبية الشائعة مستندا إلى دليل تصنيف الاضطرابات النفسية، والتنبؤ ويعتبر الجزء الصعب في التقرير لأنه يحتاج التحكم، التوصيات التي من الضروري أن تكون متخصصة وتساعد في إرشاد الآخرين على التعامل الجيد مع الحالة، فيجب أن تكون مرتبطة بواقع المريض وظروفه ومتسقة مع النتائج التي استخلصها الأخصائي من خلال دراسته للحالة، وتكون التوصيات ذات طابع علاجي أو تربوي أو تأهيلي، تتضمن تأكيد على أفضل الفرص للمفحوص. (محمود ، 2016)

ويمكن الإشارة إلى بعض الملاحظات التي يتعين على الأخصائي مراعاتها عند كتابة التقارير النفسية:

1. السعي من أجل الوضوح والاختصار، فالتقرير الموجز والواضح أكثر إقناعا وفائدة.
2. جعل التقرير يخاطب مباشرة الجهة التي حولت المريض.
3. تقديم بعض النماذج من استجابات المريض الاختبارات لتوضيح أراء الأخصائي وتوصياته.
4. جعل المريض يركز على أسئلة المريض أو من حوله.
5. الاعتراف بالشك وعدم الوضوح إذا كان هناك شك أو غموض، فنتائج الاختبارات قد تتناقض مع بعضها البعض، وتجاهل هذا التناقض قد لا يخدم المريض بل قد يؤدي إلى ارتباك القارئ.
6. تجنب التفسيرات الذاتية والعبارات الغامضة بل ينبغي أن تكون عبارات التقرير مرتبطة بالمريض. (لرينونة، 2015، صفحة 200)

2-5- وظائف الممارسة النفسية:

2-5-1- التشخيص النفسي الإكلينيكي:

- **تعريف التشخيص النفسي الإكلينيكي:**

اشتقت كلمة تشخيص في اللغة الأجنبية (Diagnostique) من أصل يوناني، وتعني الفهم الكامل، في الميدان الطبي فأن المصطلح يشير إلى فحص الأعراض المرضية واستنتاج أسبابها، وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة، ثم نسبتها إلى مرض محدد. فالتشخيص من الناحية الطبية يعني محاولة فهم المرض

وبيان العلاقة بين الأعراض في زملة مرضية معينة، وبهذا فالتشخيص في الطب هو معرفة كم وكيف المرض الذي يعاني منه المريض، وذلك عن طريق فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها ووضعها في فئة معينة، ثم إطلاق اسم مرض معين علي زملة الأعراض.

أما التشخيص في الطب العقلي وعلم النفس فهو عملية متشابهة حيث يتم استنتاج الأسباب ووضع اسم معين علي مجموعة مترابطة من الأعراض، ولكننا نتعامل مع السلوك الإنساني بكل ما فيه من تعقيدات وأفعال وردود أفعال فلا يوجد تحديد قاطع كما في الطب حيث يوجد أسباب محددة وواضحة للأمراض، لذا لابد للتشخيص النفسي في صورته الدينامية أن ينطلق من دراسة حالة الفرد من جميع جوانبها سواء من ناحية القدرات العقلية أو الميول أو الاتجاهات والدوافع أو الانفعالات، أي الفهم الكلي والشامل للحالة من حيث أسبابها وتطورها. (عباس، 1996، صفحة 34)

يعتبر التشخيص النفسي في جوهره عملية تهدف إلى الوصول إلى قرار لتكوين صورة ملائمة أو نموذج واضح ودقيق لفرد مصاب، وهذه الصورة تتكون من خلال أساليب متعددة مع الحالة، ولهذه الصورة وجهين الأول الصورة التي يكونها المعالج عن المريض، والثاني الصورة التي تتكون لدي المريض عن نفسه، وأن هذه الصورة ليست ثابتة أو نهائية، بل تتغير وتتبدل وتنمو في ضوء ما يستخدم من معلومات عن المريض، وما يصل إليه الأخصائي العيادي نتيجة جهده. وأن مهمة الأخصائي النفسي العيادي تتطلب اتخاذ عدة قرارات يلخصها كل من "**سندبيرج وتيلور**" على الشكل التالي:

3- هل نقبل الحالة المرضية في هذه المؤسسة أم ترسل إلى مؤسسة أخرى؟

4- هل نوعية العلاج داخلي أو خارجي؟

5- هل يبعد المريض عن أسرته أو يبقي على صلة بها؟

وهنا يرى **عطية محمود هنا** أن عملية التشخيص الإكلينيكي يجب أن تراعي قيم المؤسسة، وقيم الفرد. (عنو، 2017، صفحة 14)

ففي مستشفيات الأمراض النفسية لا تستطيع المؤسسة أن ترفض الأفراد الذين يلجئون إليها لأنهم لا يستجيبون للعلاج الاستجابة الكافية، فأين يذهبون؟ وقيم المؤسسة يجب أن تخضع للتقييم فاهتمام العيادات أو مستشفيات خاصة بمشكلات المراهقة أو حالات الضعف العقلي إنما يأتي نتيجة عمليات تقييم الحالات

التي تتردد عليها. وقد أكد العالمان **كرونباك، وجلسر** في بحثهما بعنوان الاختبارات السيكولوجية وقرارات العاملين على النواحي الخمس التالية:

6- ينبغي أن يكون التأكيد على كل ما نحصل عليه من وسائل التقييم وليس فقط على أداة واحدة من أدواته.

7- يجب أن ننظر إلى مشكلات الصدق للاختبارات ولغيرها من وسائل التقييم على أنها تحسينات على الإجراءات المتبعة وليست أمورا تحدث نتيجة الصدفة.

8- يجب أن يكون التخطيط مرحلة مهمة في عملية التشخيص.

9- إن اختبار القيم (الفردية والخاصة بالمؤسسة) أساسي بالنسبة للتقييم.

10- إن القرارات التي تتخذ يجب أن تؤدي إلى التقدم نحو الهدف. (ياسين، 1981، صفحة 119)

فقد أخذ مصطلح التشخيص في البداية من الميدان الطبي الذي كان يقصد به تحديد الأعراض المرضية وتجميعها لتمثل اسم مرض معين، أما التشخيص في علم النفس يعتبر أكثر تعقيدا لأنه يتعلق بالسلوك الإنساني ويفترض أن يدرس حالة الفرد من كل جوانبها (العقلية، الانفعالية، الاجتماعية...) لذا فالتشخيص النفسي يتطلب إعداد وجهد مستمرين من أجل الوصول إلى فهم شخصية حالة وتحديد المشكلة الأساسية وأسبابها.

ففي المجالات السيكولوجية فعملية التشخيص تأخذ عدة معاني وليس لها معني محدد وواضح فقد تعني وصف مشاكل الشخص وحالته الحاضرة أو الأسباب المحتملة لمشاكله أو الأساليب المحتملة اللازمة لحل المشكلة أو التنبؤ بسلوك المريض في المستقبل.

يهدف التشخيص إلى تحديد مكان العلة وطبيعتها ونوعها ودرجة حدتها، دون الاكتفاء بوصف الأعراض المرضية الظاهرة ويهيئ السبيل لتخطيط برنامج علاجي قابل للتطبيق وكذا تنفيذه ومتابعته. (المعطى، 1998)

يقصد بالتشخيص مجمل العمليات التي يتم من خلالها التعرف على المرض أو الزملة المرضية المعينة وتقييم درجة شدتها، ويتعين هنا النظر إلى حقيقة أن الدليل التشخيصي الرابع لا يشخص بل يتضمن المؤشرات الأساسية والمهمة التي تساعد الأخصائي النفسي الإكلينيكي على التشخيص.

فعملية التشخيص تعتمد في جوهرها على شخص الفاحص أو المعالج، وعلى مهارته في الملاحظة والتنبه إلى التفاصيل الجوهرية وتقييم المعلومات المتوفرة لديه، فالدليل التشخيصي لا يشخص الأفراد بل يصف الاضطرابات ويحدد خصائصها، أما تطابق هذه الأوصاف والمحكات مع حالة فردية معينة هو جوهر التشخيص. فالتشخيص لا تحدده المحكات بقدر ما يحدده الأخصائي الإكلينيكي بأساليبه وطرقه في ملاحظة وتقييم وفحص الحالة الفردية. (فرج، 2007، صفحة 119)

فالتشخيص هو الفن أو السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة المرض وهو عملية معقدة تنتج خلال معرفة العمليات المرضية ونوع الاضطراب العضوي أو الوظيفي، ويساعد التشخيص الدقيق في الاختيار السليم لطريقة العلاج التي تتناسب الاضطراب. (زهران، 2005، صفحة 117)

كما يعني التشخيص في علم النفس الإكلينيكي بأنه تقييم خصائص الفرد من حيث قدراته وسماته، وأعراضه المرضية، ودرجة حدتها مبينا الأسباب المباشرة لنشأتها بغية الوقوف على ماهية المشكلات التي يعانيها المريض، وإخضاعها لبرنامج علاجي مناسب لحالته.

وعموما يدل مفهوم التشخيص النفسي الإكلينيكي على أنه: محاولة فهم الاضطرابات النفسية والعقلية للمريض والتنبؤ بسير المرض كقاعدة أساسية تسبق العلاج، أي بمعني اكتشاف الأسباب، وتصنيف الأعراض على أساس أن التشخيص النفسي الإكلينيكي يساعد على وضع التصنيفات، وهي بدورها تساعد على وضع البحوث الإكلينيكية، وكتابة التقارير النفسية، ووصف شخصية المريض حسب نوع مرضه. (الخالدي، 2006، صفحة 30)

ويحتوي التشخيص النفسي عموما على الوظائف التالية:

1- وصف الفرد ومشكلته: يبدأ التشخيص بشكل عام من الشكوى الذي دفعت الفرد للاستشارة النفسية، من الطلب الذي جاء لأجله، ويحاول الأخصائي وضعه في سياق منظم.

2- تحليل تطور المشكلة وأسبابها: محاولة دراسة تطور الاضطرابات النفسية وتحديد العوامل التي أدت إلى تلك الاضطرابات

3- التصنيف وإعطاء التشخيص الفارقي: بناء على المعلومات سيحاول الأخصائي النفسي تحديد القاسم المشترك بين الإضراب الحالي والاضطرابات الأخرى المشابهة من خلال وضعها في فئات

4- القيام بالتنبؤ الإكلينيكي.

5- تقييم التدخلات العلاجية المناسبة. (Huber، 1987)

ويعني التشخيص عموما عملية التعرف على الأعراض المرضية التي يعاني منها المفحوص وربطها بالأسباب والعوامل المؤدية لها من أجل الوصول إلى علاج مناسب لها. ويحتاج التشخيص النفسي بصفة عامة إلى تدريب متخصص على مستوي عال وإعداد فني وممارسة طويلة.

- **مراحل التشخيص النفسي الإكلينيكي:**

هناك بعض العلمان من حدد عملية التشخيص بمرحلتين أساسيتين هما:

1- وصف المعلومات التي تحصل عليها من المريض أثناء عملية الفحص.

2- تفسير هذه المعلومات: وتتم عملية التفسير عن طريق فرض عدد من الفروض المتعلقة بأسباب المشكلة التي يعاني منها العميل ومحاولة إثبات كل منها أو استبعادها. (زهران، 2005، صفحة 188)

كما حدد العالمان "**ساندبيرغ وتيلر**" مراحل التشخيص بالخطوات الأربعة التالية:

- ✓ **مرحلة الإعداد:** وتتضمن عملية الاتصال بين السيكولوجي وكافة المؤسسات العائلية والتربوية والمهنية للتعرف على مشاكل فرد معين وتتضمن أربع خطوات فرعية:

أ- الاتصال بين الأخصائي وكافة المؤسسات السابقة للتعرف على تفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض، وجمع كافة التقارير.

ب- المعلومات الأولية التي يجمعها الأخصائي النفسي في المقابلة المبدئية.

ج- القرارات المبدئية في قبول الحالة أو عدم قبولها، وأهداف التقييم الإكلينيكي.

د- اختيار أدوات التشخيص، من اختبارات ووسائل قياس وزيارات وغيرها.

- ✓ **مرحلة التزويد بالمعلومات:** حيث يتم جمع المعلومات عن الفرد عن طريق أدوات جمع البيانات كالمقابلة مع العميل وأسرته وأصدقائه، وتطبيق الاختبارات التي تعمق للأخصائي فهم العميل وقدراته ومشاكله. وتشتمل هذه المرحلة على خطوتين هما:

أ- المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي والمريض، وقد تستلزم هذه المقابلات تعديلات في أهداف التشخيص ووسائله، وتتضمن كذلك تطبيق الاختبارات التي يري الأخصائي تطبيقها على الحالة.

ب-تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية.

- ✓ **مرحلة تفسير المعلومات:** وهي تنظيم المعلومات التي حصل عليها الأخصائي وتأويل المعاني المتضمنة فيها، وتفسير نتائج الاختبارات، واستخراج كل ما يتصل بها.
- ✓ **مرحلة اتخاذ القرارات:** وتتضمن مناقشة نتائج الحالة وتشخيصها وتوضيح دلالتها، ومن تم اتخاذ قرارات نهائية عن كيفية العلاج لتلك الحالة أسلوب التعامل معها، وكل هذه الأمور توضح في التقرير النفسي بشكل واضح. (محمد، 2004، صفحة 30)

إذن فعملية التشخيص تمر بمراحل تكون أولها جمع المعلومات عن المريض سواء معه مباشرة أو بمقابلة أفراد عائلته وتتضمن هذه المعلومات الأعراض التي يعاني منها والأسباب المتعلقة بها والمشاكل التي يشتكي منها المريض أو محيطه. ويستعين المختص النفسي لتأكيد التشخيص ببعض الاختبارات النفسية الملائمة حسب كل حالة كمقاييس الشخصية والمقاييس الأدائية وتلك الاختبارات التي تقيس السلوك والتوافق النفسي والاجتماعي.

- **العناصر التي يتضمنها التشخيص النفسي:**

أما فيما يتعلق بالعناصر التي يجب أن يركز عليها الممارس النفسي في التشخيص فهي تتمثل في العناصر التالية:

- السوابق النمائية، السوابق الوراثية، السوابق المرضية، السوابق العلاجية، السوابق العائلية.
- الأعراض والعلامات المرضية.
- الأحداث والحوادث السابقة التي تعرض لها طيلة حياته قبل الوقوع في الحالة المرضية.
- الأسباب والعوامل المباشرة وغير المباشرة في ظهور الأعراض والعلامات المرضية.
- الأوضاع والأحوال المادية والاجتماعية للمحيط الذي نشأ فيه المريض. (لرينونة، 2015، صفحة 90)

حيث يحاول الممارس النفسي جمع كل هذه المعلومات الكثير عن المريض وذلك باستخدامه عدة وسائل منها المقابلة التشخيصية، الملاحظة العيادية أو من خلال الاطلاع على ملفات المريض.

وفيما يتعلق بالسوابق المرضية يجب على الممارس أن يتبع خطوات نمو المريض منذ فترة الحمل إلى غاية ظهور المرض بل وحتى السن الذي هو عليه الآن فكل مرحلة نمائية لها دورها في حياة الفرد وأثرها في مساره. فترة الحمل هي أدق مرحلة في النمو لذا ينصح المختصون بمعرفة ما يحدث للجنين داخل الرحم والأهم معرفة ما يحدث للأم فكل ما يتعلق بها يؤثر مباشرة على جنينها.

حيث يسعي الممارس معرفة كل ما يتعلق بفترة الحمل انطلاقا من كونه مرغوب أو غير مرغوب فيه، مدته، الفحوصات الطبية للأم والصعوبات الصحية التي حدثت لها في هذه الفترة ومدي تعرضها لبعض السلوكيات المهددة للجنين كالتبغ والخمر والأغذية غير الصحية ...

ثم يهتم الممارس بالولادة وظروفها من طول مدتها أو قصرها وطريقتها (عادية أو قيصرية) ووضع الجنين عند الولادة (رأسيا، بقدميه أو بالجانب) بالإضافة إلى ملاحظة بعض العلامات المهمة كصراخ الجنين هل صرخ مباشرة أو اضطر الطبيب إلي استخدام وسائل حتى تخرج الصرخة وهل ظهر عليه وضع الاختناق وزرقة.

- **السوابق النمائية:**

يهتم الممارس بمراحل النمو التي يمر بها الفرد منذ الولادة، حيث يطبق مقابلة مع الوالدين (خاصة الأم) للتعرف عن مدة الرضاعة وطبيعتها (طبيعية أو اصطناعية) وكل ما يتعلق بالنمو الحسي حركي ونفسي حركي، ومن أول ابتسامة وتحريك أطراف الجسم والرأس والتحكم فيها وبعدها بداية ظهور الأسنان والوضعيات الأخرى كالحبو ووقوف ومشي وكلام...

وكل نقص أو تأخر في هذه العناصر يحظى باهتمام الممارس حيث قد تدل على خلل عصبي أو نفسي، وكل هذه المعلومات توضح للممارس حالة العميل الصحية.

- **السوابق الوراثية:**

والتي لها أهمية كبيرة في التشخيص فكثير من الأمراض النفسية والجسمية والنفس جسمية لها صلة بالوراثة ولهذا يجب على الممارس أن يبحث عن العلاقات الأسرية خصوصا زواج الأقارب فكثير من الاضطرابات والعاهات المستديمة والإعاقات الذهنية نجد لها أصل في زواج الأقارب، كما يبحث عن أي سوابق مرضية تخص العائلة.

- **السوابق المرضية:**

حيث يؤكد المختصون على ضرورة البحث عن السوابق المرضية في الكشف والتشخيص، حيث يدقق الممارس عن الأمراض العضوية والنفسية التي أصيبت بها الحالة في السابق كما يبحث عن السوابق العلاجية ما إذا تعرض العميل إلي علاج ومدي نوعه ومدته ومدي نجاحه ومدي تعرضه للانتكاسة.(المعطى، 1998)

ونلخص ما يضمن التشخيص النفسي في الخطوات التالي:

1- تحديد العوامل المسببة.

2- التمييز بينها ومدى عمقها.

3- الاضطرابات العضوية والوظيفية.

4- تقدير درجة الاضطراب في مداها وعمقها.

5- التنبؤ بالمسار المحتمل لاضطراب.

6- تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها.

7- تكوين فرض دينامي يتصل بطبيعة العملية الباثولوجيا ومكوناتها. (محمد، 2004، صفحة 25)

❖ **أنواع التشخيص:**

- **أنواع التشخيص حسب نظريات الشخصية:**

من الواضح أن السيكولوجي النفسي يجد نفسه أمام عدد هائل من المصطلحات التي تعبر عن الشخصية أو عن السلوك الشاذ ويجب أن يختار من بينها ما هو جوهري وهام وله قيمة، لذا يأخذ السيكولوجي مفاهيمه من نظريات الشخصية أو المرض النفسي ويعرف مسلمات كل نظرية ويحدد مصطلحاتها تحديدا دقيقا حتى يتمكن من التوصل إلى تشخيص دقيق.

وتختلف نظريات الشخصية وتتشعب بمسلماتها ومصطلحاتها، وكل نظرية سيطرت في وقت ما على تفكير الذين يعملون في ميدان السلوك الشاذ، وسنقوم بتلخيص أربع منطلقات مهمة قدمت عدد كبير من المفاهيم التي يستخدمها السيكولوجيين وساهمت في التشخيص على نحو مميز:

1- المنطلق الذاتي للتشخيص: (المرض النفسي باعتباره له وجود قائم بذاته):

بعدما كان سائدا أن المرض العقلي سببه سيطرة الشياطين والسحرة، بذل العلماء جهودا كبير لمحاولة تفسير الأمراض العقلية علي أنها سوي أمراض كالمرض الجسمي تميزه مجموعة من الأعراض، واستخدم المنهج الطبي لتصنيف الاضطرابات السيكولوجية، وظهرت أولي محولات تصنيف مثل هذه الاضطرابات تصنيف إميل كرابلين في الجزء الأخير من القرن التاسع عشر حيث قسم الاضطرابات إلي اضطرابات عضوية (داخلية المنشأ) حيث افترض أن المرض النفسي يرتبط بمرض جسمي أو فسيولوجي معروف، واضطرابات وظيفية (خارجية المنشأ) والتي لا ترتبط بأي مرض جسمي معروف وهي تنقسم إلي ثلاث مجموعات كبري :

- مجموعات الذهانات.

- مجموعة العصابات.

- الشخصيات السيكوباتية. (هنا، 1991، صفحة 228)

حيث يعتبر المفحوص في هذا المنهج فردا قائما بذاته، وينظر إليه كوحدة منعزلة عما حوله من شروط وظروف، تعتبر إشكالياته وإمكانياته على أنها ذاتية، داخلية نابعة من كيان الفرد أو محدد له. يركز

النموذج المنهجي هنا على العزل أي عزل كل العوامل والمثيرات التي تعتبر دخيلة علة سلوك الفرد، بغية الوصول إلى القوي الذاتية المولدة لهذا السلوك، فالعوامل الخارجية في هذا المنهج لا تأخذ بشكل مباشر بل من خلال انعكاسها على ذاتية المفحوص أو باعتبارها تدخلت تاريخيا في تحديد تلك الذاتية.

ويهدف الأخصائي في هذه الحالة أثناء الفحص النفسي إلى الوصول إلى تشخيص لحالة المفحوص، بحيث يركز على رصد إمكانياته العقلية والشخصية من خلال القياس وتحديد توازنه النفسي من خلال الالتماس العيادي، والأمر في الحالتين يقوم على المنظور الفردي أي حالة المفحوص ككائن مستقل.

وقد عرف هذا المنطلق الذاتي تطورا هاما فيما يخص فهم الإنسان، فبعدما كان ينظر للمريض على أنه تسيطر عليه أحكام سحرية مقدسة أو شريرة، ويتعرض للتجنب والنبذ وحتى التعذيب، برزت الحركة العلمية وأخذ العلماء ينظرون للأشخاص المرضى نظرة موضوعية ويحاولن تصنيف اضطرابات النفس في فئات قائمة بذاتها على غرار أمراض الجسد، حيث ظهر ما يسمى بالتشخيص التصنيفي. تم ظهرت ثورة علمية ثانية تؤكد على سيكولوجية الأعماق ولا تكتفي بالتشخيص التصنيفي وإنما تقوم بتشخيص دينامي للقوى الفاعلة في اللاواعي والتي تحدد من خلال تفاعلها مع السلوك وتعطي الشخصية طابعها المميز. (الحجازي، 1993، صفحة 32)

2- نظرية الملكات والأنماط والسمات:

الملكة هي قدرة فطرية للفرد وهي صفة عامة للإنسان، وتري نظرية الملكات أن كل فرد له ملكات خاصة تميزه عن غيره، وكل ملكة مستقلة عن الملكات الأخرى ولكنها تؤثر فيها، وهدف هذه النظرية هو محاولة الوصول إلى إمكانية مقارنة الأفراد بعضهم لبعض والنقد الموجه لهذه النظرية أنها تري المظاهر التكوينية للسلوك (الملكات) مستقلة عن بعضها داخل الفرد الواحد بينما الفرد هو كيانا موحد.

أما بالنسبة إلى نظرية الأنماط هي نظرية تقوم على تصنيف الأفراد ضمن فئات على أساس خصائص الفرد الداخلية، وظهرت عدة تصنيفات للأنماط كتصنيف **لويس روستان** الذي صنف الأفراد إلى أنماط:

-هضمية -عضلية -تنفسية -مخية

والتي يقابلها تصنيف كرتشمر:

– البدين –الرياضي –الواهن

بالإضافة إلى نظرية **شلدون** الذي ميز بين ثلاثة أنماط:

–النمط الداخلي التركيب.

–النمط المتوسط التركيب.

–النمط الخارجي التركيب.

وهناك نظرية الأنماط **ليونغ** والذي ركز على الخصائص السيكولوجية وقسّم الأنماط إلى:

الانطواء – الانبساط

والنقد الموجه لهذه النظرية هو استحالة وجود أنماط مزاجية لدي الأفراد بنفس درجة اتصافهم بالأنماط الجسمية وأيضا صعوبة التنبؤ بالسلوك الفرد وفقا لتكوينه الداخلي فقط بل تدخل عوامل أخري اجتماعية، ثقافية...

نظرية السمات: يقصد بالسمة خاصية تدل على السلوك وتنقسم إلى سمات فردية وسمات عامة، وتختلف نظرية السمات عن كل من نظرية الملكات والأنماط في قلة اعتمادها على الوراثة وتعطينا طرق عديدة لوصف السلوك ولها القدرة على التنبؤ، ولكنهم جميعهم غفل دور البيئة في تحديد السلوك. (هنا، 1991، صفحة 92)

3– التشخيص الدينامي:

يعني التحليل النفسي مجموعة الملاحظات التي أبداها **سيجمند فرويد** وأتباعه على السلوك البشري، وتعني أيضا نظرية من نظريات الشخصية كما يعني طريقة للعلاج النفسي، وسنركز عن إسهامات فرويد في فهم الشخصية والتشخيص، ومن أهم هذه الإسهامات الحتمية النفسية حيث اعتبر أن السلوك الإنساني مدفوع أو موجه للحصول على أهداف معينة، وتوصل لوجود مصدر للطاقة ينشأ عنه السلوك والممثل في الغرائز البيولوجية الجنسية والتي اعتبرها المصدر الأساسي لمعظم السلوك الإنساني. (ياسين، 1981، صفحة 122)

بالإضافة إلى إسهامات **فرويد** في اللاشعور والذي اعتبره مستودع للأفكار والرغبات والمشاعر التي لا يقبلها المجمع ويحاول الإنسان نسيانها والتي أطلق عليها بالمكبوتات، وافترض فرويد أن أسباب الاضطرابات النفسية تصارع هذه الدوافع للاشعورية مع المحرمات والأخلاقيات التي تفرضها المجتمع لهذا يضطر إلى كبتها بعيدا عن الواقع ولكن يمكن لهذه الدوافع للاشعورية الظهور من خلال الرمزية في الأحلام وفي الأعراض المرضية وفي الخيالات وفي أساليب أخري.

لكن تأكيد نظرية التحليل النفسي على إلا شعور عقد في التشخيص وتضاءل معني الأعراض وأصبح من الضروري اكتشاف الصراعات الداخلية، ووجب استخدام طرق دقيقة وبارعة كالتداعي الحر والتفريغ الانفعالي لاكتشاف وحل هذه الصراعات. (هنا، 1991، صفحة 105)

حيث ركز **فرويد** في وصف الأعراض والبحث عن أسبابها عن الآليات النفسية المختفية وراء الأعراض خاصة عندما لاحظ تداخل العوامل المسببة للأعراض وتشابهها أحيانا واختلافها أحيانا أخرى، بالإضافة إلى فطنته بوجود علاقة بين اختفاء العرض والوعي بالتصور المكبوت في إصابات عقلية مختلفة، حيث صرح بصعوبة التمييز بين تلك الإصابات في قوله سنة 1894: "إن البروز المتزامن للمخاوف مع أعراض هستيرية التي تتكرر بكثرة في الممارسة العيادية يمثل إحدى العوامل التي تصعب الفصل الواضح بين العصابات الأخرى."

ويركز "**بيرون**" في تطرقه لمسألة التشخيص التحليلي على الجانب الوظيفي للاضطرابات النفسية وأعراضها بحيث أن الاهتمام يجب أن ينصب على معاينة عدد من الطرق للتوظيف النفسي الخاص بكل سجل من الاضطرابات، ولا يصبح وصف فرد ما عموما بأنه هستيريا أو هجاسيا إلا أمر ثانوي. فالهجاس والهستيريا وغيرها من الاضطرابات ليست رتبا مصنفة يتوزع بينها الأفراد بصفة مطلقة كما هو الشأن بالنسبة للعلوم الطبيعية (كالنباتات، الصخريات وغيرها..) بل هي نماذج تصنف طرق للتوظيف الذي يجتهد في استخلاص انسجامها وتماسكها مع جهاز نظري مبني بصفة متلائمة، ويتعلق الأمر في هذه الحالة بتعيين ظواهر نموذجية وليست أفراد بذواتهم. إلا أن ما يميز تلك الطرق أو الظواهر النموذجية هو قابلية تجمعها لدى الفرد الواحد لتكون النموذج العام لتوظيفه النفسي، إذ بإمكاننا إيجاد سياقات دفاعية من سجلات متنوعة (هستيرية، هجاسية، اكتئابيه...) تساهم في توضيح السير النفسي لفرد ما مع غلبة نموذج عام لتوظيف نفسي سواء في إطار العصاب أو الذهان أو الحالات البينية.

حيث يرى بيرون أن التوظيف النفسي باعتباره تنظيم متعلق بطريقة أو نمط سير الجهاز النفسي يوصف أو يفهم بتقاطع عدة نماذج وهذا التقاطع هو الذي يحدد مفهوم الشخص. (موسي، 2012، صفحة 49)

فالمنطلق الدينامي يتجاوز الظواهر الخارجية بحثا عن القوي اللاواعية المحركة لها ودراسة تفاعلها. حيث يعتبر أن السلوك سواء السوي أو المضطرب هو نتاج تلك القوي.

فالحاجة التي أكدت على التشخيص الدينامي كون التشخيص التصنيفي لا يوافق دراسة اضطرابات الأطفال وفحصهم، حيث تقول "**آنا فرويد**" في هذا الصدد:" إن التصنيفات الوصفية سواء كانت قديمة أو جديدة لا تساعدنا مطلقا في دراسة اضطرابات الأطفال". إذن فمن الضروري تبني وجهة النظر الدينامية، لأن نفس الفئة المرضية الوصفية يمكنها أن تخفي وراءها بناءات دينامية متفاوتة الواحدة تلو الأخرى. كما أن الفئات الوصفية العرضية في الطب العقلي التقليدي لا تأخذ بعين الاعتبار مرحلة النمو التي وصل إليها الطفل، فتلك المرحلة تعتبر المحك القاعدي للحكم على السواء والمرض في حالته. ذلك لأن تكوين الأعراض ليس له نفس المعنى عند الطفل وعند الراشد، فبينما تكون مستقرة عند الراشد نجدها متغيرة تتحول من حالة إلى أخرى عند الطفل. حتى المعاناة والآلام لا يمكن الحكم على أنها درجة مرض الطفل، لأنها قد تكون مجرد حوادث عابرة. فالطفل أثناء نموه يتذبذب بين التقدم والنكوص، وحتى نتمكن من الحكم على حالة الطفل لابد من ملاحظة قدرته على التقدم نحو النضج ونمو شخصيته في جميع جوانبها وتكيفها مع الوسط الاجتماعي. فطالما كون عملية التقدم والنمو عادية فإن كل الأعراض التي تبدو عليه يمكن اعتبارها عابرة، أما إذا توقفت هذه العملية يجب أن تأخذ الأعراض بعين الاعتبار وبشكل جدي.

فقد أكد العديد من الأخصائيين إلى جانب **آنا فرويد** على عدم صلاحية التشخيص الوصفي الفئوي في حالة الأطفال، بحيث يقول "**أجيريا غيرا Ajuriaguerra**" في هذا الصدد:" إذا كانت مسألة السواء والمرضي عسيرة الحسم لدى الراشد فإنها أكثر تعقيدا لدى الطفل لأنه كائن ينمو، فبالتالي فهو في حالة تغير دائم في تنظيم بناء الشكلية الوظيفية وتجلياتها السلوكية." المهم في الأمر ليس الأعراض ولكن بنية الشخصية، ففي محك التشخيص هناك العديد من العوامل المولدة للاضطراب لدى الطفل ولكن ذلك لا يعني بالضرورة أنها تؤدي إلى عصاب أو ذهان. كما أن بعض حالات العصاب قد تتحسن ويصحح مسارها خلال عملية النمو وبشكل تلقائي أو بفضل تحسن ملائم في الظروف. فكل مرحلة تحمل إذن صراع محتمل

وتتضمن في نفس الوقت إمكانية تجاوز صراعات سابقة. وبالتالي قبل أن نحكم على مأزم معين بأنه سويا أو مرضيا يجب أن نضعه في إطار مرحلة نمو معينة.

فالتمييز بين الأوجاع العابرة والمرض المكون يكون من خلال التاريخ الشخصي، والتوجه الحياتي والنمط العام للوجود، والمرض هو تلك الحالة التي يعجز فيها الطفل عن تجاوز مأزمه أو التكيف مع العالم الخارجي ولمطالبه وحاجاته الذاتية، كما يؤكد "**دياتكين**" على ذلك بقوله:" أن ما يهم هو التنظيم المرضي أو السوي للشخصية." وبالتالي فلا يمكن الحكم انطلاقا من عرض منعزل مهما كانت حدته (خوف، قلق، وساوس...) بل يجب عليا نتساءل حول كل عرض عن أثره على التنظيم العام لنفسية الطفل.

فالتّشخيص الدينامي إذن يتجاوز المظاهر الخارجية ويعتمد على مستوى الحياة اللاواعية حيث يركز على ثلاث أبعاد أساسية: حالة أركان الشخصية (الأنا، الهو، الأنا الأعلى) حالة النزوات الأساسية وطبيعة توظيفها في مختلف الموضوعات الداخلية والخارجية، وشدة كل منها ودرجة التوظيف في كل موضوع ثم بحث التفاعل بين هذه الأبعاد الثلاثة على مختلف مستوياتها: التفاعل بين الأركان، التفاعل بين النزوات، التفاعل على مستوي التوظيفات وشدة كل نوع من أنواع التفاعل في علاقته بسواه. وكل ذلك تظهر صورة دينامية عن بناء الشخصية تمكن الأخصائي من الحكم على حالتها من سواء أو مرض. (الحجازي، 1993، صفحة 44)

والقاعدة الأساسية التي يتخذها هذا التشخيص هي ديناميات المرض النفسي، وفي هذا الشكل لابد من دراسة الحالة دراسة معمقة من جميع جوانبها، وخاصة من ناحية القدرات والانفعالات والقيم والاتجاهات، وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها الفرد، بالإضافة إلى تأثير البيئة والمجال الذي نشأ فيه.

حيث يركز التشخيص الدينامي على التعرف علي أكبر قدر ممكن من العوامل التي أصبحت مسؤولة عن التكوين الشخصي للفرد، وذلك بدراسة معمقة للفرد من جميع جوانبه، مما يساعد على تكوين صورة تشخيصية دقيقة له تم تحديد نوع العلاج المناسب.

ومجمل القول إن هناك ست نظريات علمية على الأقل تنطلق منها أساليب التشخيص والفحص الشامل للمريض بهدف تحديد قائمة مشكلات المريض وأسلوب الكتابة العلمية الذي نستخدمه في كتابة

تقرير علمي عن الحالة من ناحية، وبهدف وضع خطط العلاج النفسي وأهدافها وإجراءات تنفيذها من ناحية أخري. وفيما يلي نلخص النظريات وأساليب الفحص والكتابة العلمية التي انبثقت عنها:

1- النظرية الدينامية: وينبثق عنها أسلوب فحص الأعراض الخفية التي ليس للمريض علم ولا استبصار بها وتشخيصها وعلاجها.

2- النظرية السلوكية والسلوكية المعرفية بكل توجهاتها وينبثق عنها الأسلوب التطوري في اكتساب العادات الخاطئة والتقدير النفسي العيادي الوضعي باستخدام الاختبارات النفسية المقننة.

3- النظرية الخبرية- العملياتية (جميع المدارس الإنسانية والوجودية) وينبثق عنها أسلوب ديناميات العلاقات الشخصية المتبادلة.

4- نظرية الأنساق الأسرية في الممارسة العيادية وينبثق عنها أسلوب الافتراضات المنطقية المسبقة.

5- النظرية الظاهرياتة أو نظرية الحدث أو الموضوع المدرك وينبثق عنها أسلوب الأعراض والمظاهر المرضية المدركة من قبل المريض.

6- النظرية النفسية المعرفية وينبثق عنها الأسلوب التشخيصي والفحوص الشاملة للتقدير النفسي الذاتي والتقدير النفسي الاجتماعي الحيوي والتقدير النفسي الموضوعي والتقدير الانفعالي والمزاجي المعرفي بحيث نرى إلى أي مدى تلتقي تفاصيل هذه الصورة النفسية المعرفية مع ما تذكره أدلة ومصادر تصنيف الأعراض والمشكلات الناجمة عن الأمراض النفسية. (عدوان، 2016، صفحة 120)

بالإضافة إلى التشخيص التصنيفي (السيكاتري) الذي لابد الإشارة إليه:

فالتشخيص السيكاتري هو التشخيص الذي يركز أساسا على الأعراض والعلامات الدالة على المرض أو الاضطراب، ولا يهتم بالوظائف الأساسية العقلية أو المعرفية، لكن رغم كون المنحى الوصفي السيكاتري الذي يتبناه الدليل التشخيصي يشخص الاضطرابات وفق خصائصها الظاهرة فقط فهو يتضمن مجموعة من الأعراض التي يلاحظها الفاحص ولا يتبني الدليل نظرية تفسيرية أو يحدد أسباب مباشرة لأغلب الاضطرابات إلا أنه ضروري للأخصائي النفسي الإكلينيكي فهو يساعده في:

– يمكنه من التعرف على النظام التشخيصي الذي يستخدمه الأطباء النفسانيين شركاءه في الفريق الإكلينيكي.

– يوفر له الخبرة الكافية والفهم الضروري للتقييم النقدي للدليل نفسه.

– يساعده في تكامل جهوده مع الجهود السيكاترية في الممارسة.

– يؤكد أن فهم أي اضطراب لا يكون منفصلا على المغيرات الفيزيقية والاجتماعية وإنه ينعكس على الناتج العام لكل إمكانيات الفرد في صورة مجمل أداءه العام.

– يؤكد على أن المنظور السيكاتري لم يغفل أهمية العوامل النفسية المتعلقة بالاضطرابات المختلفة وأن الدليل عبر عنها في أكثر من محور.

وفي النهاية نؤكد أن الدليل التشخيصي كان جهدا مشتركا أسهم فيه عددا من علماء النفس وعلماء الطب النفسي بصورة تؤكد التكامل بين النظامين العلمين. (فرج، 2007، صفحة 136).

ولهذه الطريقة التشخيصية أهميتها النوعية التي تتضح في النقاط التالية:

1- التواصل وهو يعتبر من الوظائف الرئيسية للتشخيص، إذ من خلاله يمكن نقل كم هائل من المعلومات من خلال مصطلح تشخيصي واحد، حيث يمكن اعتبار التشخيص هنا بمثابة اختزال لفظي لاضطراب نفسي معين، وهذا يساعد على استخدام محكات تشخيصية مقننة لضمان درجة من التشابه أو التماثل بين تصنيف الاضطراب النفسي لدى المرضى وتفيد الأنظمة التشخيصية للاضطرابات النفسية في التواصل بشكل خاص لأن هذه الأنظمة وصفية إلى حد كبير أي أن الأعراض التي تتصف بها الاضطرابات المختلفة تعرض دون الإشارة إلى أي نظرية تتعلق بمسبباتها مما يسمح للاختصاصيين بمختلف تخصصاتهم باستخدامها مهما كان توجههم النظري.

2- إن استخدام التشخيص من شأنه أن يمكن الاختصاصيين من ضبط إجراءات البحث التجريبي في مجال الاضطرابات النفسية، سواء من حيث وجود فئات تصنيفية مرجعية محددا مسبقا، أو من حيث ضبط اختيار العينات وفق خصائص معينة، وغير ذلك من إجراءات ضبط المتغيرات.

3- إنه من المستحيل تقريبا القيام بأبحاث حول سيكولوجية السلوك غير السوي دون وجود نظام تشخيصي مقنن.

4- وأخيرا فأن هذا النوع من التشخيص مهم لأنه يساعدنا في تحديد أي أنواع العلاج يحتمل أكثر فعالية من غيره. (عدوان، 2016، صفحة 117)

لا شك أن هذا التشخيص يساعد الأخصائي على معرفة ماذا يجب عليه فعله، يحدد موقفه من المشكلة ونوع العلاج الملائم والاحتياطات الواجب اتخاذها ولكنه كثير ما يصطدم بعقبات مما يجعل مهمته غير يسيرة حيث يجد نفسه في كثير من الأحيان أمام حالات مزيجة تضم مؤشرات من فئات مرضية مختلفة وحالات بينية تقع ما بين السواء والعصاب أو بين العصاب والذهان دون أن تدخل بشكل قاطع ضمن هذه الفئة أو تلك.

وهذا ما جعل العلماء يضيفوا قائمة من الفئات الجديدة ومن أمثال هذه الفئات نجد: أشباه الفصاميين، أشباه العظاميين، أشباه الصرعي، أشباه الهجازيين، تم تزداد الفئات طولا من خلال الحالات ذات الاستعداد الفصامي، والعضامي أو الذهاني والاستعداد العصابي، والانفعاليين وغير المستقرين، وعديمي النضج النفسي أو العقلي.

حيث يعرض لنا الدكتور "**أندريه بالي**" الفئات التالية في بحث له عن الطفل غير المستقر، وشبه الفصامي غير المستقر، والمتخلف غير المستقر، والاختلالات النزوية وعدم الاستقرار شبه الفصامي غير المستقر، العضامي غير المستقر الاختلال المزاجي الجبلي وعدم الاستقرار شبه الصرعي غير المستقر، شبه الهستيري غير المستقر بالإضافة إلى الحالات البينية ومختلف حالات الاستهياء.

لكن من الواضح أن التصنيف هنا يفقد قيمته التشخيصية والتنذرية وخاصة في حالات الأطفال لأنها تتصف بعدم الاستقرار ودائمة التحويل والتغيير وهذا يصعب وضعها في فئات مرضية معينة، وهناك من علماء من يصنفون اضطرابات الأطفال إلى اضطرابات وظيفية والتي تشمل اضطرابات العادات، اضطرابات السلوك، السمات العصابية، اضطرابات الطبع في الدرجة الأولي وفي الدرجة الثانية يضعون الذهان والعصاب والاضطرابات النفس جسدية ولكن إدراج الأعراض التي تندرج تحت كل فئة صعب شدا ويوجد تداخل كبير فيما بينها. (الحجازي، 1993، صفحة 34)

وينظر الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى التشخيص التصنيفي على أنه يحاول التوصل إلى تسمية مناسبة للمرض أو للمشكلة، وترتبط قيمة هذا النوع من التشخيص ارتباطا وثيقا بكفاية النظام المتبع في تصنيف الأعراض، وتتوقف هذه بدورها على الارتباط بين الأعراض والنظرية التي أخذ بها في أسباب المرض ومدي استجابته لعلاج معين.

وبالرغم من أن التشخيص التصنيفي يركز على دراسة الأعراض والمؤشرات الخارجية فقط إلا أن لديه أهمية كبيرة فهو يساعد الأخصائي النفسي في وضع المفحوص تحت فئة معينة باعتبار ذلك يساعد في التنذر بمستقبل الحالة ووضع العلاج الملائم لها، إلا أنه لا يهتم بدراسة الدينامية الداخلية للمفحوص التي تعتبر جزء مهم جدا لنجاح العمل العيادي، لهذا يجب أن يستخدم مع التشخيص الدينامي للوصول إلى نتائج أكثر الدقة.

2-5-2- *التقدير العيادي*:

يمثل التقدير أقدم وظيفة يقوم بها العيادي وما تزال وظيفته الأساسية، وتقدم هذه الوظيفة الأوصاف الدقيقة لحالة العميل، وتستخدم مثل هذه الأوصاف للوصول إلى القرارات التشخيصية وللتعرف على مواطن القوة والضعف عند العميل، الأمر الذي يقود إلى تسهيل عملية اختيار أهداف العلاج ومراقبة التقدم والتغير في العلاج والاستجابة له. وهي تتطلب أن يكون العيادي دقيقا وتواقا للتعرف على التساؤلات العيادية المهمة قبل القيام بأي تقدير للوظائف النفسية.

ويهدف التقدير العيادي إلى الفهم العميق للعميل وهذا الفهم قد يقود إلى التشخيص كما يقود إلى أشياء كثيرة أخري فهو يقدم أفكار كثيرة أو معلومات حول فردية هذا العميل والقوي التي كونت فرديته وأسباب مشكلته بالإضافة إلى تقديم المؤشرات لحل هذه المشكلة.

ويري المعاصرون من العلماء في علم النفس الإكلينيكي أن التقدير(التقييم) النفسي يجب أن يهتم بالمتغيرات ذات العلاقة الوثيقة بالحاجات العيادية لكل فرد وهناك مجموعتين من مثل هذه المتغيرات: المجموعة الأساسية: تتكون من محتوي الشكوى التي يقدمها المرضي.

المجموعة الثانية: تتكون من المتغيرات العيادية التي ترتبط بالاضطرابات وتشمل المظاهر الطبية والشخصية والمهنية والتاريخ الاجتماعي للمريض وسلوك المقربين للمريض في الماضي والحاضر.

وتتركز مشكلة التقدير أساسا في إيجاد الطرق لملاحظة هذه المتغيرات بأكبر قدر من الدقة الممكنة وإتباع الطريقة العلمية التي تهدف إلي زيادة دقة فهمنا حول الظاهرة المدروسة وتقديم الأوصاف الدقيقة والموضوعية للمفاهيم التي نتعامل معها. (بلميهوب، 2013، صفحة 46)

وقد وضح **مك رينولدز** Mc Reynolds عام (1975) أن هناك سؤالين يجب الإجابة عنهما قبل يمكننا البدء بالتقدير العيادي هما:

1- ماذا نريد أن نعرف؟

2- ما هي الطرق التي تمكننا من الوصول إلى ما نريد معرفته وما هي المصادر إلى ذلك.

إن الإجابة عن السؤال الأول غالبا ما تعبر عن وجهة نظر العيادي حول المتغيرات المهمة وهي تميل إلى تشكيل الإجابة عن السؤال الثاني.

ويسعى التقدير العيادي الحديث لمعرفة أشياء كثيرة عن الناس بالتركيز عليهم مباشرة، دون تحديد لمصادر معينة من البيانات، إذ أن هذا التحديد يزود العيادي بالأنواع العامة فقط من الموجهات الإجرائية والتصورية –المفاهمية. كما ينبغي للعيادي ألا يتحدد بأدوات معينة وإنما يسعى للتعرف على متغيرات العميل نفسه بتقنيات متعددة، وبالرجوع إلى مصادر متنوعة، ويسعى للتعرف على المتغيرات العيادية التي يظهر ارتباطها بالاضطرابات أو المشكلات مثل المظاهر الطبية والشخصية والمهنية والتاريخ الاجتماعي وسلوك مقربين المريض وعوامل الضغط التي يتعرض إليها.

وهكذا فإن تساؤلات التقدير المهمة يمكن أن تمتد من الوظائف الفيزيولوجية إلى العلاقات بالأسرة أو بالمنظمات الاجتماعية الأخرى، أي أن التقدير يشمل المتغيرات البدنية والديمغرافية والاجتماعية والسلوك الظاهر والوظائف المعرفية.

وتتأثر عملية التقدير العيادي بعدة عوامل أهمها:

1- **النموذج النظري:** يلعب النموذج النظري إلي يتبناه العيادي دورا كبيرا في عملية التقدير، حيث أن التساؤلات التي يطرحها العيادي الفرويدي والتقنيات التي يستخدمها تختلف جوهريا عن التساؤلات

والتقنيات التي يطرحها أو يستخدمها السلوكي أو المعرفي، كما أن المصادر التي يلجأ إليها هي الأخرى مختلفة. (بلميهوب، 2013، صفحة 50)

حيث يعتمد اختيار الإكلينيكيين لتقنيات أو أدوات معينة للتقييم على توجههم النظري، الإكلينيكيون السيكوديناميون مثلا يستخدمون طرق تقييم تقدم معلومات عن عناصر شخصية الفرد وصراعاته اللاشعورية ويسمى هذا النوع من التقييم بتقييم الشخصية حيث يمكنهم من استخراج صورة إكلينيكية طبقا لمبادئ ومفاهيم النموذج السيكودينامي، بينما يستخدم الإكلينيكيون السلوكيون والمعرفيون طرق تقييم تقدم معلومات مفصلة عن السلوكيات والمعارف المختلة وظيفيا المحدودة، والهدف من هذا النوع من التقييم هو التقييم السلوكي لإجراء تحليل أدائي لسلوكيات الفرد (تحليل لكيفية تعلم وتدعيم السلوكيات) وقد ابتكرت العديد من التقنيات والأدوات للتقييم في جميع المنظورات النظرية. (فايد، 2004، صفحة 220)

2- خبرات التدريب على استخدام إجراءات التقدير الثابتة والصادقة: أي هل يمتلك العيادي المهارات الضرورية التي تمكنه من الملاحظة الموضوعية، وهل يمتلك القدرة على التفسير الموضوعي، هل يمتلك الخبرة على استخدام التقنيات، وهل يمتلك القدرة والموضوعية في عملية تصحيح البيانات التي توفرها تلك التقنيات، ومدى قدرته على تفسير نتائجها وتبليغ هذه النتائج وربطها بتراث المعرفة العلمية في هذا المجال. أي أن عملية التقدير تتأثر بخبرات التدريب التي يمتلها العيادي فلا يمكنه استخدام تقنية معينة أو اختبار معين وتكوينه لا يسمح له بذلك. (بلميهوب، 2013)

❖ **التصنيف:**

بدأ الاهتمام بالسلوك غير السوي قبل زمن طويل من أول إصدار للدليل التشخيصي، وتظهر مناقشة السلوك غير السوي في كتابات قدماء المصريين والصينيين واليونانيين والرومانيين، وقد كتب "**ايبوقراط**"(460-377 قبل الميلاد) بشكل مكثف عن عدم السواء، ولكنه لم يقدم تفسيرات خارقة للطبيعة كالاستحواذ الشياطين والآلهة، بل أكد في نظرياته لعدم السواء على الأسباب الطبيعية، وبالتحديد أشار إلى عدم التوازن في سوائل الجسم (الدم) البلغم، السوداء، الصفراء على أنه السبب الرئيسي لأشكال مختلفة للمرض النفسي، وكان حديث ايبوقراط عن مسببات المرض النفسي خطوة مبكرة مهمة نحو النظريات الحديثة.

وبعد "**ايبوقراط**" في القرن التاسع عشر، قامت العديد من المدن في أوروبا والولايات المتحدة بإنشاء مصحات لعلاج المرضي النفسيين (بدل وضعهم في السجن وإساءة المعاملة والتعذيب الذي كان يعانون منه من قبل) حيث بدأ الاهتمام بملاحظة الأفراد المصابين باضطرابات نفسية لفترات ممتدة من الزمن، وتنظيمها داخل المصحة وتصنيفهم، حيث اقترح "**فيليب سينل**" في فرنسا بعض الفئات المحددة مثل الميلانخوليا، والهوس والخرف المبكر وغيرها.

ظهرت محاولات عديدة لتصنيف الاضطرابات النفسية في تاريخ الطب النفسي وعلم النفس، وأدت مع مرور الوقت إلى عدد كبير من التصنيفات، حيث وجد **Zubin** 1967 في مراجعته للأدبيات أكثر من 50 نظام مختلفا، البعض يصنف كل اضطراب نفسي على أنه مظهر من مظاهر الكامنة للاضطراب الأساسي، والبعض الآخر يقترح كيانات متمايزة مثل الأمراض النفسية. ومن تم فإن تعدد التصنيفات هذا يثير تساؤلا حول قيمة كل منها. ويشير مفهوم التصنيف إلى ترتيب تعدد الظواهر (الخصائص، السمات، الأفراد) عن طريق ترتيبهم في نظام مقسم إلى فئات كل فئة تتكون من خصائص مشتركة، والتصنيف في علم النفس والطب النفسي يتعلق بأمرين:

6- التنظيم المنهجي لتعدد الظواهر النفسية والطبية.

7- إسناد الظواهر أو الأفراد إلى فئات النظام، وهذه الحالة نتحدث عنها في التشخيص أيضا.

فالغرض من التصنيف الاضطرابات النفسية هو جمع معلومات عن طبيعة الاضطرابات النفسية وأصلها وتطورها، مما يساعد على وضع الأساليب العلاجية، فهناك أنواعا مختلفة من الاضطرابات النفسية وطرق مختلفة لعلاجها، كما يسمح التصنيف كذلك من التواصل بين الأطباء والباحثين.

ويمكن تحديد نظام تصنيف الاضطرابات النفسية وفق جوانب مختلفة تتعلق بالطريقة التي يفهم بها عناصر النظام (الفئة، النوع، البعد) أو تتعلق بمعيار محتوي المعلومات (الأعراض، الأسباب، التكهن، مدة المرض) تعتبر معرفة هذه الجوانب مهمة لتقدير قيمة التصنيف، حيث نبدأ بترتيب عناصر النظام ثم ننتقل إلى معيار المحتوى. (Huber، 1987)

أصبح تصنيف الأمراض النفسية قضية محورية في علم النفس الإكلينيكي منذ تعريف "**ويتمر**" للمجال، ولكنه بدأت نظم تسمية الأمراض النفسية في التشكل بطريقة بدائية، وبالتحديد كانت تصنف

الاضطرابات النفسية في فئتين عريضتين: العصاب(Neurosis) والذهان psychosis فالأفراد العصابيون كان يعتقون أنهم يعانون من بعض الأعراض النفسية (وتتضمن مثلا القلق والاكتئاب والوساوس...) ولكن يبقون على اتصال سليم بالواقع، ولكن الأفراد الذهانيون على جانب آخر يظهرون انفصالا عن الواقع في شكل هلاوس أو ضلالات أو تفكير مشوش كليا. (هاشم، 2018، صفحة 69)

من المعروف أن أول شخص طور نظام تصنيف شامل للأمراض النفسية هو الطبيب النفسي الألماني "**إميل كريبلين**" **Emil Kraplin** (1883. 1923) والذي اقترح أن الأمراض النفسية مثل الأمراض الجسمية يمكن تصنيفها من خلال عوامل مرضية مختلفة كل منها له سبب مختلف، ويمكن وصفه بمجموعة من الأعراض والتي تسمي المتلازمة وهي قائمة من الأعراض للاضطرابات النفسية أو العقلية يمكن وصفها وعلاجها بنجاح كما يحدث في الاضطرابات الجسمية المختلفة. حيث فرق كريبلين بين الاضطرابات خارجية المنشأ والتي تسببها عوامل خارجية، واضطرابات داخلية المنشأ، كما وضع أسماء محددة للكثير من الاضطرابات حيث قدم مصطلح الخرف المبكر Dementia Praecox لوصف اضطراب أصلي المنشأ مشابه لما نعرفه باسم الفصام Schizophrenia لاحقا، كما اقترح كذلك مصطلحات مثل: البارانويا، ذهان الهوس الاكتئابي، الميلانخوليا، الشخصية دورية المزاج، الشخصية التوحدية، وهي مصطلحات لم تذكر قبله، ورغم أن هذه المصطلحات تم استبدالها بعد ذلك إلا أنها ساهمت بدور كبير في الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية. (هاشم، 2018، صفحة 221)

❖ الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية:

تم نشر عن طريق الجمعية النفسية الأمريكية (APA) الدليل تشخيصي إحصائي (DSM -1) النسخة الأولىوقد احتوي هذا الدليل هلي مصطلحات تصف كل فئة من الفئات التشخيصية التي يتضمنها، ثم أتبعت بالنسخة الثانية(DSM-2) المعدلة بعدة مراجعات وفي عام (1968) هذان النسختان من الدليل التشخيصي كانا يتشابهان جدا في الواقع ولكنهما مختلفان تماما عن كل الإصدارات التي نشرت بعد ذلك، واحتوى الإصداران على ثلاث فئات فقط واسعة للاضطرابات: الذهان (والذي يتضمن الفصام حاليا)، والعصاب (والذي يحتوى اليوم على الاكتئاب الرئيسي، واضطرابات ثنائي القطب، واضطرابات القلق)، واضطرابات الشخصية. ويجدر الإشارة أن تعريفات الاضطرابات في الإصداران الأول والثاني للدليل التشخيصي لم تكن ذات أساس علمي أو تجريبي، بل تمثلت أساسا من الحكمة الإكلينيكية لعدد صغير من

كبار الأطباء النفسيين الأكاديميين الذين شكلوا أعضاء مهام الدليل التشخيصي، ومعظم هؤلاء الأطباء كانوا ذوي توجه تحليلي نفسي لذا فلغة الإصداران عكست المدخل التحليلي لفهم البشر ومشكلاتهم. وعموما شكلت هذان الإصداران أوصافا مبهمة للحالات الإكلينيكية، وكانت الفئات التشخيصية محدودة جدا في إمكانية تعميمها واستخدامها من جانب الإكلينيكيين في ممارسة هذا الوقت.

وفي عام (1980) نشرت النسخة الثالثة وكانت مختلفة جدا عن الإصدارين السابقين، حيث قدم مدخلا لتعريف الاضطرابات النفسية واعتمد على النقاط أهمها:

*اعتمد لدرجة أكبر بكثير على البيانات التجريبية لتحديد أي اضطرابات ينبغي تضمينها وكيف يتم تعريفها.

*استخدام معايير تشخيصية محددة لتعريف الاضطرابات، حيث قدم الإصدار الثالث على بعض فقرات الوصف، ثم إتباع هذه الاضطرابات بمعايير محددة (قوائم فحص أساسا) والتي فصلت الأعراض التي لابد أن توجد لكي يتأهل فرد ما لأحد التشخيصات.

* قام بإسقاط أي ولاء لنظرية معينة في العلاج أو المرض النفسي. ولذلك استبدلت لغة التحليل النفسي لإصدارين السابقين بلغة إصلاحية لا تعكس مدرسة تفكير واحدة.

وأهم الملامح التي تميز الإصدار الثالث (DSM-3) حجمه كان أكبر بكثير وأكثر اتساعا بالنسبة للاضطرابات التي ظهرت في الإصدارات السابقة، عرض الإصدار الثالث أوصافا موسعة وأضاف قوائم بمعاييرها المحددة. بالإضافة إلى ذلك قام بتضمين اضطرابات جديدة وصلت لمجموع (265) مقابل (182) في الإصدار الثاني و(106) في الإصدار الأول. (هاشم، 2018، صفحة 210)

وفي (1987) صدرت النسخة الرابعة ثم أتبعت بالطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي المعدل عام (2000) والذي تم فيه وضع مراجعات الدليل التشخيصي السابق وذلك بالاسترشاد بعملية تجريبية من ثلاث مراحل: المرحلة الأولى تم إجراء 150 مراجعة شاملة، وقد أدت نتائج إلى مراجعات التي ساهمت في توثيق الدعم المنطقي والتجريبي للتغيرات التي أدخلت على الدليل التشخيصي الرابع (DSM-4) وفى المرحلة الثانية تم الانتهاء من 40 عملية من عمليات إعادة التحليل الرئيسية لمجموعات من البيانات الموجودة، والتي تم جمعها حول حالات لم تكن المراجعات السابقة قادرة على حسمها بصورة كافية، أما في المرحلة الثالثة فقد أجريت 12 تجربة ميدانية للدليل التشخيصي الرابع بهدف تقييم الفوائد الإكلينيكية والقدرة

على التنبؤ لمجموعات من المحكات البديلة لبعض الاضطرابات (كاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع) وعموما اعتمت النسخة الرابعة المعدلة على بيانات تجريبية ذات مدى أوسع بكثير مما كان الأمر عليه في الإصدارات السابقة من الدليل التشخيصي.

والتقييم التشخيصي للدليل التشخيصي الرابع المعدل هو تقيم متعدد المحاور، إذ يتم فيه تقييم العملاء وفقا لخمسة محاور أو مجالات من المعلومات. وكل محور من هذه المحاور يساعد في التخطيط للعلاج والتنبؤ بالنتائج. حيث يشير المحور الأول إلى وجود اضطرابات إكلينيكية أو حالات أخرى ذات علاقة، باستثناء اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي اللذان تم الإشارة إليهما في المحور الثاني، أما المحور الثالث فيبرز حالات أو مشكلات طبية راهنة قد تكون لها صلة بصياغة أو معالجة الاضطرابات الإكلينيكية لدى الفرد، أما المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتنبؤات الطبية، فقد تم وضعها في المحور الرابع، وأخيرا يتضمن المحور الخامس على تقدير رقمي للمستوى العام للوظائف، ومن الواضح أن كل محور من هذه المحاور الخمسة يساهم بمعلومات مهمة حول المريض، وتزودنا هذه المحاور مجتمعة بوصف شامل لمشكلات المريض الأساسية وضغوطه النفسية ومستواه الوظيفي. (داود، 2017، صفحة 223)

إلى أن وصلت النسخة الخامسة (DSM) والتي نشرت عام 2013 والتي تعتبر من أحدث النسخ التي استخدمت في التشخيص الإحصائي. ومبدأ هذا الدليل التشخيصي حسب النموذج الطبي هو اعتبار السلوكيات المرضية كمجموعة الأعراض التي تعرف باسم الاضطرابات أو الأمراض. ويصنف DSM السلوكيات المرضية كاضطرابات عقلية Troubles mentaux حيث يحتوي هذا المصطلح على خلل انفعالي، خلل في الانشغال المعرفي والعلاقات الاجتماعية مثل (اضطرابات المصدر والاضطرابات الفصامية)، أو يحتوي قصور الاشتغال والذي له دلال مثل (صعوبات على مستوى العمل، العائلة أو حتى على مستوى المجتمع).

كما يحتوي على سلوكيات تظهر خطر المعاناة، الألم، الإعاقة، أو العجز والموت، مثلا الفرد الذي يظهر سلوك محاولات الانتحار أو الاستخدام المتكرر للمخدرات...).

ويجب الإشارة إلى أن هذا الدليل يأخذ في الحسبان الإطار الشخصي، الاجتماعي والثقافي للفرد عند تصنيفه للاضطراب، وأيضا الأخذ بعين الاعتبار المرحلة الزمنية التي يتم فيها هذا التصنيف. (أوباجي، 2019، صفحة 53)

حيث يقدم الدليل الإحصائي وصفا شاملا لمختلف الفئات التشخيصية، أي يقدم معلومات تخص العمر الذي يبدأ فيه الاضطراب، وسيره وانتشاره ومضاعفاته، والأنماط الأسرية، والاعتبارات الثقافية، وكل الخصائص الوصفية والاضطرابات النفسية التي ترتبط بها، والنتائج المخبرية ذات الصلة أيضا. وكل هذه النتائج الوصفية تعزز صدق النظام التشخيصي وثباته.

فالنظام التصنيفي الذي لا يتسم بالثبات هو نظام يعاني من مشكلات خطيرة، ويشير الثبات إلى اتساق الأحكام التشخيصية بين جماعة من المحكمين، وظهرت صعوبات عديدة المتعلقة بهذا الثبات قد تعود إلى عدم اتساق المعلومات التي كان المرضي يدلون بها للأطباء، فقد يكون المريض مثلا منفتحا نسبيا على طبيب معين وأقل انفتاحا على طبيب آخر، وبصفة عامة تعود مشكلة عدم الثبات إلى الأخصائيين الذين يقومون بالتشخيص أو إلى النظام التشخيصي نفسه. (زراد، 2016، صفحة 106)

وللتصدي للصعوبات التي تتعلق بثبات النظام التصنيفي طورت المقابلات التشخيصية المقننة والتي تجبر أخصائي التشخيص بشكل أساسي على الالتزام بتقييم الأفراد وفقا للمحكات الواردة في الدليل التشخيصي DSM فعلى سبيل المثال هناك عدة مقابلات مقننة تقيم أوجه الاضطرابات الواردة في المحور الأول، وعدد آخر من المقابلات التي تقيم اضطرابات المحور الثاني. حيث لوحظ أن المستوى العام من الثبات التشخيصي الذي توصلت إليه الدراسات التجريبية تزايد بشكل كبير بعد إدخال هذه المقابلات المقننة. ومن الواضح أن الالتزام ببناء هذه المقابلات وشكلها قد أدي زيادة ذات دلالة في ثبات التشخيص.

أما بالنسبة للصدق النظام التصنيفي، فللثبات تأثير مباشر على صدق النظام التصنيفي، فطالما المشخصين يفشلون في الاتفاق على التصنيف الملائم للمريض، فلا يمكننا القول إنه يتمتع بالصدق، فهناك عدة عوامل تجعل من النظام التصنيفي أساس صادق لاستخدامه، منها تحديد أسباب المرض بدقة، والتنبؤ بسير المرض، والأشكال المناسبة للعلاج، فمن دون الصدق يصبح التصنيف عبارة عن تمرين عقلي خال من أي قيمة أو جدوى حقيقية.

وأكثر المناحي السائدة في تحقيق صدق بناء تشخيص ما، اقتراح "**روبنز وجووز**" Robins– 1970 Guze خمس مراحل في مقال كلاسيكي لاختبار الصدق التشخيصي لأية متلازمة والمتمثلة فيما يلي:

أ– الوصف الإكلينيكي: بما فيه وصف الخصائص المميزة التي تتجاوز أعراض الاضطراب كالخصائص الديمغرافية.

ب–الدراسات المخبرية: وتشمل الاختبارات النفسية لتحديد الارتباطات الدالة للتشخيص.

ت–التمييز عن الاضطرابات الأخرى لضمان درجة من الاتساق بين الأفراد الذين يقعون ضمن تشخيص ما.

ث–دراسات المتابعة لتقييم ثبات التشخيص بإعادة الاختبار.

ج– الدراسات التتبعية لمعرفة ما إذا كان الاضطراب يسري في الأسرة، بما يشير إلى وجود عنصر وراثي في ذلك الاضطراب.

إن أسلوب المراحل الخمس في تحقيق الصدق التشخيصي ما يزال مؤثرا إلى يومنا هذا، ومعظم الأبحاث الحديثة في علم الاضطرابات النفسية تعتمد على مرحلة أو أكثر من مراحل الصدق التي اقترحها روبنز وجووز. (داود، 2017، صفحة 231)

✓ **خصائص الدليل الإحصائي للتشخيص DSM:**

يسجل الدليل الإحصائي التشخيصي ضمن التيار الوصفي وليس التيار التفسيري لعلم النفس المرضى، فهو يصنف الخصائص السيميولوجية أو بالمصطلح الطبي الأعراض للسلوكيات المرضية، لا يفسر هذا الدليل الأسباب ولا يعتمد على المقاربات النظرية، فالمتمرس يجمع الأعراض ثم يقارنها بتلك المصنفة في DSM ثم يضعها كفرضية تشخيصية في آخر المطاف.

وللدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية عدة صفات نلخصها في النقاط التالية:

1– استخدام المنهج الوصفي: يكتفي الدليل بوصف الأعراض والمتلازمات الإكلينيكية بصورة شاملة ومفصلة دون التعرض للأسباب أو النظريات الخاصة بتفسير هذه الأمراض.

2- لقد وضع مؤلفو الدليل مجموعات من المحكات الخاصة لتشخيص كل مرض، ويشترط تشخيص المرض توفر عدد معين من المحكات التابعة لكل مجموعة.

3- الوصف المنهجي: يعتمد الدليل في وصف الأعراض على الأسلوب المنظم والواضح للأعراض بصورة أساسية وإن كان يعتمد أحيانا على المتغيرات الشخصية أو الزمنية مثل السن عند بداية المرض أو استمرار الأعراض.

4- تحديد شدة المرض: لم يكتفي مؤلفو الدليل بتحديد الفئات التشخيصية، بل اهتموا أيضا بصياغة التعاريف الخاصة بشدة الاضطرابات مثل طفيف، متوسط، شديد. (عسكر، 2009، صفحة 162)

✓ **محاور الدليل الإحصائي التشخيصي (DSM)**

كما يستند DSM على مقاربة متعددة محاور وهي خمسة التي وضعها الباحثون، حيث أن مجموع هذه المحاور يكون طيف من المعلومات الخاصة باشتغال الشخص، ليس مجرد تشخيص نفسي مرضي، والمحاور كالتالي:

8- المحور الإكلينيكي: يحتوي على عدد كبير من الاضطرابات العقلية ما عدا التخلف العقلي.

9- محور الشخصية: يحتوي على اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.

10- محور التشخيص: يحتوي كل الوضعيات الطبية التي تساعد في فهم وعلاج الاضطرابات لكن ليست من السبب المباشر للاضطراب.

11- المحور النفسي الاجتماعي: يحتوي على كل المشاكل النفسية الاجتماعية التي تؤثر على التشخيص والعلاج والتطور للاضطراب.

12- محور الاشتغال العام الحالي: على المتمرس أن يقيم مستوى الاشتغال الحالي الذي يشير إلى الحاجة الحاضرة للعلاج أو أيضا مقارنته بمستوى السابق لمعرفة التطور. (أوباجي، 2019، صفحة 53)

وللدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية عدة صفات نلخصها في النقاط التالية:

1- استخدام المنهج الوصفي: يكتفي الدليل بوصف الأعراض والمتلازمات الإكلينيكية بصورة شاملة ومفصلة دون التعرض للأسباب أو النظريات الخاصة بتفسير هذه الأمراض.

2- لقد وضع مؤلفو الدليل مجموعات من المحكات الخاصة لتشخيص كل مرض، ويشترط تشخيص المرض توفر عدد معين من المحكات التابعة لكل مجموعة.

3- الوصف المنهجي: يعتمد الدليل في وصف الأعراض على الأسلوب المنظم والواضح للأعراض بصورة أساسية وإن كان يعتمد أحيانا على المتغيرات الشخصية أو الزمنية مثل السن عند بداية المرض أو استمرار الأعراض.

4- تحديد شدة المرض: لم يكتفي مؤلفو الدليل بتحديد الفئات التشخيصية، بل اهتموا أيضا بصياغة التعاريف الخاصة بشدة الاضطرابات مثل طفيف، متوسط، شديد. (عسكر، 2009، صفحة 163)

- ✓ **التصنيف الدولي للأمراض العقلية: (CIM)**

ويسمى بالإنجليزية ICD ويعد هنا التصنيف المعيار الدولي الذي يسمح بالأخذ بالحسبان معطيات عدد الوفيات والأمراض.

هو تصنيف طبي مقنن يصنف الأمراض وعدد واسع ومتنوع من الإشارات، الأمراض، الآفات الصدمية، التسممات، الظروف الاجتماعية والأسباب الخارجية للجروح أو الأمراض.

ينشر هذا التصنيف من طرف المنظمة العالمية للصحة (OMS) ويراجع هذا التصنيف بانتظام بهدف إبراز الجهود المبذولة علميا وأيضا تطبيقيا في مجال الطب، واستمرت الطبعة العاشرة CIM 10 ما يقارب 20 سنة. وها نحن نرتقب الطبعة الحادي عشر المرتقب عرضها على الجمعية الدولية للصحة في ماي 2018.

ويتناول CIM ثلاث محاور هي:

1- تشخيص الطب العقلي: كل ما يتعلق بالاضطرابات العقلية.

2- التشخيص الجسدي: الأمراض العضوية.

3- العوامل النفسية الاجتماعية: يحتوي على الوضعيات والظروف النفسية والاجتماعية التي تؤثر على الاضطراب. (أوباجي، 2019، صفحة 53)

ظل التناول السيكاتري مؤثرا على العياديين لسنوات عديدة، وحيث كان السيكاتري مسيطرا على مهارات السيكولوجي وكان يعمل تابعا له، وهو التصنيف التشخيصي الذي يأخذ مسار التشخيص الطبي للأمراض البدنية، والذي ساد في السنوات الأخيرة من الثلاثينات والسنوات المبكرة من الأربعينات وتأثر به العمل العيادي وتجلي أيضا في ميدان البحث العيادي.

وللتصنيف أهمية كبيرة فهو يثري البحث النظري من خلال البحث التجريبي في مجال الاضطرابات النفسية ومعرفة أسبابها ويسهم في عملية إعداد البرامج العلاجية الفعالة. فهو يمثل عملية تبويب الأمراض النفسية أو العقلية تبعا لعنصر محدد ينطلق على أساسه، كالأسباب أو الأعراض، وتصنيف الأمراض العقلية إلى أمراض حادة وأمراض مزمنة وأخري دورية.

فالتصنيف هو عملية ترتيب الظواهر في فئات طبقا لبعض المعايير الموضوعية لهدف واحد أو أكثر حيث يفرز الأخصائي الأعراض أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات ويصنف الحالات إلى أنواع متشابهة والأفراد إلى مستويات محدودة أو درجات مرضية.

وقد اختلفت أسس التصنيف في الوقت الراهن فقد تصنف حسب:

- الأعراض: هناك اضطرابات تحددها أعراضها كهستيريا التحويلية.

- الأسباب: هناك اضطرابات تحدد بأسبابها كالذهان الناشئ عن التسمم بالعقاقير.

- مدة المرض: كما يمكننا تحديد بعض الاضطرابات من خلال مدة المرض. (هنا، 1991، صفحة 92)

فالتصنيف هو طريقة لإعطاء معلومات حول الحالة المرضية، إنه يصف المشكل الذي يعاني منها المريض على أساس الأعراض، ولكن التصنيف غير كافي لوحده لإعطاء الجانب الفردي للشخصية فهو لا يركز على فردانية الشخص، من مزايا وخصائص، وإنما يهتم بجوانب القصور والإعاقات التي تعرقل الفرد على اختيار حياة طبيعية.

ويؤكد المعارضون للتصنيف وخاصة في الأمراض العقلية مبدأ التفريد ودراسة كل حالة على حدة ويرون أنه لا يصلح للأمراض النفسية والعقلية لعدة أسباب:

- إن معظم فئات التصنيف التي قدمها العلماء تهتم بالأعراض الظاهرة.

-تشابه الأعراض خاصة في بداية المرض.

-عمومية التصنيف.

-عدم دقة المعايير والمحكات التي تتخذ للتفرقة بين مرض وأخر.

تأثر كثير من التصنيفات بالممارسات في الطب العام. (محمد، 2004، صفحة 27)

***أنواع التصنيفات:**

توجد في مجال علم النفس المرضي ثلاث تصنيفات كبرى هي:

1- التصنيف الروسي المستند إلى علم الأسباب النفسي المرضي.

2- تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية مع جمعية علم النفس الأمريكية المستند إلى علم الأعراض.

3- محاولات تشخيصية على أساس الأهداف العلاجية.

4- التصنيف العاشر لمنظمة الصحة العالمية. (عدوان، 2016، صفحة 220)

2-5-3- *الفحص النفسي*:

يقصد بالفحص النفسي مجموعة الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدي توازن الشخصية ومدي الخلل الطارئ على هذا التوازن، وهو الذي يساعدنا تحديد خمس متغيرات في شخصية المفحوص وهي:

. التعرف على اضطرابات الشخصية.

. تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.

. تحديد منشأ هذه الاضطرابات.

. فهم أبعاد الشخصية ومدي نضجها.

. مقارنة التناسب بين نضج الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

حيث يقول كل من العالمين**Stern**"و**Robbins**" إن فن الفحص النفسي يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت ومتى يتدخل، ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب علي الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المفحوص وأن يتدرب علي التحكم بمجري الفحص. (النابلسي، 1998، صفحة 11)

يمثل الفحص النفسي وضعية علائقية يقوم بها الأخصائي النفسي بتطبيق معارفه النظرية، ومناهجه التقنية، بغية الوصول إلى فهم ديناميكي لمفحوص يعاني من مشكلة ما. ويتطلب الفحص النفسي معرفة الفرد ككائن متعدد الجوانب (جسدي، نفسي، اجتماعي، معرفي، سلوكي) والنظر إليه أيضا ككائن متكامل الجوانب. فالفحص هو عبارة عن عملية الإبحار في أعماق الشخصية لاستكشاف دوافعها الكامنة وديناميكيتها الشعورية واللاشعورية التي تحركها وتعطيها طابعها الظاهري.

الفحص النفسي هو عملية ترتبط أساسا بالقياس وتطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية بغية الوصول إلى نتائج أكثر دقة وموضوعية، وقد يأخذ الفحص النفسي شكل تطبيق الاختبارات النفسية واستخلاص نتائجها، أو شكل تشخيص حالة انطلاقا من بعض الأعراض الظاهرة والمميزة، وفي حالات أخري يأخذ شكل دراسة شاملة للشخصية بمختلف أبعادها الذاتية والموضوعية قصد الكشف عن جوانبها الديناميكية التي تحركها وتعطيها اتجاها معينا أو نمطا سلوكيا محددا. (زقار، 2015، صفحة 05)

إذن الفحص النفسي في مجمله هو عملية تنقيب دقيق في جوانب الشخصية قصد فهمها والتعرف على حالتها الراهنة ومن تم علاجها أو توجيهها أو تقويتها. وتؤدي شخصية الفاحص دورا أساسيا في هذا العملية فقدرة الفاحص على القيام بالملاحظات دقيقة مشتقة من الطبيعة الداخلية والخارجية للظواهر النفسية والسلوكية والمدرسية، يعتبر من أهم ما يساعده على عدم التحيز وأعطاه التفسيرات الملائمة.

فعدم مراقبة الذات تعتبر من أهم المخاطر التي يقع فيها الفاحص، الأمر الذي يقلل من مصداقية وموضوعية فحصه، ويكمن الفحص النفسي الناجح في قدرة الفاحص على التوصل إلى تشخيص دقيق يسمح بوضع تصور لمسار العلاج الذي يفترض أن ينتهجه للتخفيف أو القضاء على المشكل المطروح. (عنو، 2017، صفحة 11)

الفحص النفسي في رأي "**جييومان**" هو فعل ملاحظة شخصية يقوم بها الفاحص على المفحوص، وتتميز عن غيرها من أشكال الملاحظة أنها سريعة تشمل حيزا زمنيا مختصرا كي تعطي نتيجة، أي ملاحظة

مكثفة وقصيرة، فإذا طالت الملاحظة فإنها تتراخي مما يفقد الفحص صفته المميزة. ويؤكد الأخصائيون المتمرسون على أن الفحص النفساني المكثف يتضمن توظيف جهد كبير في التركيز والحضور من جانب الفاحص، وخلال هذا الفحص يستخدم الفاحص كل الإمكانيات التي بحوزته كروائز أو غيرها من الأدوات. إذا جوهر الفحص في نظر جييومان هو الملاحظة المكثفة التي تتضمن جهدا إيجابيا لتغطية وتصنيف كل المشكلات المطروحة ضمن الوقت المحدد، وتستخدم الروائز كوسيلة لتكثيف الفحص ويتوقف مستوي التكثيف على متغيرين متكاملين:

3- طاقة الفاحص على التركيز والانتباه.

4- قوة الاستيعاب والتسجيل التي تمتلكها تقنياته، ضمن المستلزمات الظرفية للسرعة والهدف.

ويتصف الفحص بخاصتين بنائيتين: الأولى زمنية وثانية علائقية، فأما الزمنية فتتعلق بمدة الفحص أي لا تكون طويلة إلى الحد الذي يؤدي إلى تراخي الانتباه والحضور المركزين للفاحص، وليست قصيرة على الحد الذي لا يسمح بأخذ إلا معلومات قليلة عن المفحوص، فالفترة الزمنية إذا تتحدد ضمن الحصول على المعلومات الكافية التي تسمح بمعرفة وفهم المفحوص. أما علائقيا: فالفحص لا يكون إلا في وضعية علائقية ثنائية بين الفاحص والمفحوص، فتطبيق الروائز الجمعية مثلا لا تعتبر فحصا نفسيا، فالفحص يتطابق مع وضعية التفاعل والتأثر المتبادل بين الفاحص والمفحوص. هذا التفاعل يكاد يشكل العنصر الحاسم للفحص في نظر جييومان، فانطلاقا منه يتصرف المفحوص ويستجيب ويكون الفاحص انطباعاته وبالتالي فكرته على الفاحص.

إلا أن مذهب "**جييومان**" في أن الفحص النفسي هو تلك الفترة الزمنية المحدودة التي تتم فيها الملاحظة المكثفة للمفحوص هو يعتبر ناقص إلى حد ما فالفحص النفسي يتناول أثناء المرحلة العيادية ماضي المفحوص وتطلعاته المستقبلية، كما أن الملاحظة المكثفة قد تتعرض للتحيز والانتقاء من طرف الفاحص مما يجعل المواد الأكثر دلالة تفلت من إدراكه، حيث أن المعلومات المحورية عن حياة المفحوص اللاوعية وديناميةالشخصية لا يمكن اكتشافها في فترة زمنية كهذه، بل يجب التحقق من هذه المعلومات أثناء الفحص النفس من خلال مقابلتها مع مؤشرات أخري تؤكدها أو تغيرها أو تعززها أو تعدلها أو تنفيها، فالملاحظة المكثفة لا تلبي كل هذه المتطلبات.

على أي حال لقد كان الفضل **لجييومان** في طرح مسألة الفحص النفسي للنقاش العلمي مما أتاح الفرصة للوصول إلى تحديد أدق للفحص النفسي، وقد يكون له مبرراته في اتخاذ مذهبه حول الفحص النفسي حيث كان يهدف أساسا إلى دراسة دينامية تركز على عملية التفاعل الثنائي والتي تتطلب مثل ذلك العزل والتحديد أما على مستوي الممارسة العملية فالأمر مختلف. (الحجازي، 1993، صفحة 14)

2-5-4- *العلاج النفسي*:

- **لمحة تاريخية عن العلاج النفسي:**

بدأت الأشكال الأولية للعلاج النفسي منذ مدة طويلة، وخاصة منذ القرن 18، وبفضل الطبيب العقلي "**فليب بنييل**" (1745-1825) **Philippe Pinil** في فرنسا، تم اعتبار الاضطرابات النفسية ولأول مرة أمراضا يمكن علاجها، وعلى الأقل جزئيا، حيث تغيرت نظرة المجتمع للاضطرابات النفسية، وتغيرت طريقة التعامل مع هؤلاء المرضى الذي كان في السابق يتم عزلهم من المجتمع، وأحيانا تعذيبهم ومعاقبتهم، أصبح ينظر إليهم أنهم مرضى يحتاجون إلى العلاج والتكفل والرعاية، وانطلاقا من جهود **بنيل** استمرت العلاجات النفسية في التوسع في العالم. (غانم، صفحة 06)

والعلاج النفسي مر بعدة تطورات منذ الخمسينيات حيث بدأ المنظور التحليلي الذي ظل مسيطرا على العلاج النفسي لسنوات عديدة تم بدأت تظهر نماذج أخري كالنموذج الإنساني والسلوكي والمعرفي.

كانت التساؤلات حول نتائج العلاج النفسي موجودة طوال تاريخ علم النفس الإكلينيكي، وظهرت دراسات حول هذه التساؤلات اتخذت أشكالا كثيرة، ففي منصف القرن العشرين كانت معظم نتائج العلاج النفسي تأتي بشكل قصص سردية، وشهادات فردية ودراسات حالة على شكل وصف شخصي لتحسن الفردي للعميل، مكتوبة من طرف المعالجين أنفسهم، ولم تظهر الدراسات التجريبية المضبوطة لنتائج العلاج النفسي بشكل منتظم إلا بعد خمسينيات القرن العشرين، حيث قام "**أيزنك**"**Eysenck** (1952) بنشر دراسة تاريخية خلال هذه الفترة المبكرة استنتج من خلالها أن معظم العملاء كانوا يتحسنون دون علاج وأن العلاج النفسي بصورة عامة قليل المنفعة، وتعرض بعد ذلك منهجه للنقد وثبت خطأ ادعائه، ولكنه رغم ذلك أسهم في ظهور آلاف الدراسات اللاحقة حول نتائج العلاج النفسي.

فقد ظهرت عدة دراسات تجريبية لتقييم نتائج العلاج النفسي من أهمها دراسة **هانز سترب** الذي قام هو وزملائه بنظريتهم التي تدعي "**النموذج ثلاثي الأطراف**" الذي حدد فيها ثلاث أطراف لديهم مصلحة في مدى نجاح العلاج النفسي، أحد الأطراف هو بالطبع العميل والذي يعتبره محور ارتكاز العلاج لكون العملاء هو هؤلاء الذين تتأثر حياتهم بالعلاج، ويكون متلهفين بشكل كبير لرؤية التغيرات وخاصة بعد استثمار الوقت والمال، ورغم أن آراء العميل ذات قيمة عالية إلا أنها قد تكون متحيزة بشدة، لهذا يختار الباحث للجوء إلى المعالج –الطرف الثاني– كمصدر آخر للتغذية الراجعة، فالمعالج يملك خبرة في الصحة النفسية أكثر من العميل لذا قد تكون لديه توقعات أكثر واقعية، ومع ذلك لمكن لآراء المعالجين أن تكون متحيزة أيضا، فالمعالجين يشهدون فقط شريحة من حياة العملاء، وقد يشعرون أن التقديرات السلبية تنعكس بشكل سيئ على مهارتهم العلاجية الخاصة، أما الطرف الثالث الذي حدده سترب وزملائه هو المجتمع الذي يمكنه أن يأخذ شكل أو دخيل خارجي علة عملية العلاج، والذي لديه مصلحة في كيف يتقدم العلاج، ويمكن أن يتضمن: الجمهور العام، النظام القضائي، أصدقاء وأسرة العميل، أصحاب العمل، بالإضافة في الوقت الراهن إلى شركات التأمين والرعاية المدبرة التي تدفع فاتورة العلاج النفسي.

عبر العقود الأخيرة تراكمت آلاف دراسات للعلاج النفسي، والمراجعات والتحليلات البعدية التي أثبتت مدي فعالية العلاج النفسي، وتلخيصا لتلك الدراسات والمراجعات الشاملة لبيانات فعالية العلاج النفسي قال "**لامبرت**" و"**أوليس**" **Lambert ,Ogles**": "الفكرة الرئيسية المهيمنة على هذا الكيان الضخم من دراسات العلاج النفسي لابد أن تظل كما هي، فالعلاج النفسي نافع، وهذه نتيجة ثابتة عبر آلاف الدراسات ومئات التحليلات البعدية تبدو غير قابلة للنقاش. (هاشم، 2018، صفحة 326)

ويستند العلاج النفسي على النظريات المؤسسة نظريا والمختبرة إمبريقيا حول نشوء الاضطرابات النفسية، فكل شكل من أشكال العلاج النفسي يقوم على نظرية للشخصية واضطراباتها، ويستخدم تقنيات تعديل السلوك مجربة ومختبرة إمبريقيا في دراسات مضبوطة. وقد حققت أبحاث العلاج النفسي في العقدين العشرين من القرن العشرين تقدما كبيرا، وخاصة بالنسبة للممارسة النفسية العلاجية، وهذا ما أكده "**غارفيلد**" و"**بيرغاين** "**Garfield et Bergin**(1994) في كتابهما "العلاج النفسي والتعديل السلوكي. وتوجد اليوم عدة نظريات ومدارسة مفصلة حول أدلة العلاج النفسي، وتعد المبادئ النفسية التكاملية من المؤشرات المستقبلية للتطور الحديث للعلاج النفسي. (رضوان، 2019، صفحة 26)

منذ عام 2004 يمكن فقط للمهني المسجل في السجل الوطني للمعالجين النفسانيين عبر الدليل (Adeli) للمهنيين الصحيين والمدرب من قبل منظمة معتمدة أن يعلن رسميا عن نفسه معالجا نفسيا، وهذا التسجيل الوطني يخضع للتحقق من التدريب في علم النفس المرضي الإكلينيكي لمدة لا تقل عن 400 ساعة وتدريب عملي لمدة خمسة أشهر كحد أدنى، ويكون هذا التدريب لحاملي شهادة الدكتوراه الذي يمنح الحق لممارسة الطب في فرنسا أو شهادة الماجستير الذي يكون تخصصه علم النفس أو التحليل النفسي.(Caria, 2018, p. 6)

- **تعريف العلاج النفسي:**

إن مصطلح العلاج النفسي يقابلها بالكلمة الإنجليزية **Psychotherapy** مكون من مقطعين إغريقيين، يعني المقطع الأول**Psycho** علاج، أمتا المقطع الثاني**therapy** فهي مستمدة من كلمة إغريقية تعني العقل أو العمليات العقلية، أي أن العلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم بها شخص بدور المساعدة لشخص آخر في مجال العمليات العقلية، أي علاج العقل وفي هذا المعني يشمل المصطلح كل الطرق التي تؤثر في السلوك الإنساني بما في ذلك الجراحات واستخدام العقاقير، بالرغم من شيوع فكرة بأن العلاج النفسي هو علاج بالكلام.

يعتبر العلاج النفسي وظيفة أساسية من وظائف السيكولوجي الإكلينيكي، ويعرف على أنه النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفا إلى تحقيق تغير في الفرد يجعل حياته أسعد وأكثر توافقا مع نفسه ومع الآخرين، وهناك عدة أساليب في العلاج النفسي ترتبط بنظريات الشخصية.

حيث بينت دراسة "**تركروس وبروشاسكا**" أن إحدى المهمات الرئيسية للأخصائي النفسي العيادي هي العلاج النفسي، وتتضمن وظيفة العلاج النفسي مساعدة الناس على حل مشكلاتهم النفسية والتعامل مع الضغوطات التي يتعرضون لها في حياتهم. (زهران، 2005، صفحة 190)

يعرف التدخل العلاجي النفسي بأنه وسيلة لإحداث تغيير في سلوك الفرد أو في أفكاره أو مشاعره. ويتم العلاج النفسي في إطار علاقة مهنية، يسعى إليها العميل أو من يقوم برعايته، وقد يخضع الفرد للعلاج من أجل حل مشكلات معينة، أو تطوير قدرات في التعامل مع عجز أو ضعف في ناحية من نواحي السلوك أو المشاعر أو الأفكار، أو حتى لمنع مشكلة متوقعة بدلا من علاج مشكلة راهنة. وفي

بعض الحالات لا يكون التركيز متجها نحو العلاج أو الوقاية بقدر توجهه نحو زيادة قدرة الفرد على الاستمتاع بحياته أو تحقيق إمكانياته الكامنة.

وقد ظهرت عدة تعريفات لمصطلح التدخل العلاجي أو العلاج النفسي، نذكر تعريف عام قدمه "**وولبرغ**":

"العلاج النفسي نوع معالجة المشكلات ذات الطبيعة العاطفية، يقوم فيها شخص مدرب ببناء علاقة مهنية مدروسة مع مريض ما، وذلك بهدف إزالة أو تعديل أو تقليل الأعراض المتواجدة لديه والحد منها، أو التدخل في الأنماط المضطربة من سلوكه، أو تعزيز النمو والتطور الإيجابي في شخصيته.

ويعرفه **بوتر** على أنه نشاط مخطط له من قبل المعالج النفسي هدفه تحقيق تغيير ما لدى الشخص بحيث تصبح توقعاته المتعلقة بتكيفه مع الحياة بناءة أو أكثر سعادة أو كلا الأمرين.

ويفصل "**فرانك**" (1982) على النحو التالي:

"العلاج النفسي هو ذلك التفاعل المخطط له والمشحون بالوجدانية والثقة بين معالج مدرب ومخول اجتماعيا وشخص أخر يعاني. ومن خلال هذا التفاعل يسعى المعالج إلى لتخفيف من ضيق صاحب المعاناة وعجزه، وذلك من خلال التواصل الرمزي الذي يعتمد على الكلمات بشكل رئيسي وبعض النشاط الجسدي أحيانا. وفي علاجه للمريض قد يقوم المعالج (أو لا يقوم) بإشراك أقارب المريض وغيرهم من الأفراد ذوي الصلة. وعادة ما يتضمن العلاج النفسي أيضا مساعدة المريض على تقبل المعاناة وتحملها كجزء حتمي من الحياة، الأمر الذي يجعل منه فرصة للنمو الشخصي." (داود، 2017، صفحة 488)

ويعرف "**أنطون أستور**" العلاج النفسي بأنه "فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية".

ويعرف "**روتر**" العلاج النفسي بأنه "النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفا منه إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته أسعد وأكثر بنائية أو كلاهما معا."

كما يعرف "**فابر كانت**" في الموسوعة النفسية العلاج النفسي بأنه "طريقة التعامل مع المرضى بهدف مساعدتهم على تعديل وتغيير أو إنقاص العوامل التي تقف عقبة في التوافق مع الحياة بفاعلية. ويتم ذلك

من خلال العلاقة المهنية والتفاعل بين المعالج والعميل، ووفقا لطبيعة المشكلة أو اتجاه المعالج تكون الطريقة والأسلوب العلاجين." (غانم، صفحة 19)

- ***العناصر المهمة في عملية العلاج النفسي:***

إن الموقف العلاجي يتكون من ثلاث عناصر أساسية:

1- المعالج النفسي:

هو الأخصائي الذي يقوم بالدور الرئيسي في عملية العلاج النفسي، ويتخرج المعالج النفسي في أحد أقسام علم النفس بالجامعة ويتخصص بالصحة النفسية والعلاج النفسي على مستوي الدراسات العليا حتى الدكتوراه، ويدرس المعالج النفسي علميا المواد المتخصصة في الصحة النفسية والعلاج النفسي والإرشاد النفسي وعلم النفس المرضي وعلم النفس الفسيولوجي وقدر كافي من المعلومات الطبية والاجتماعية اللازمة في العلاج النفسي. والتدريب العملي والخبرة في العلاج النفسي والإرشاد تحت الإشراف ثم في العيادات ومراكز الإرشاد له أهمية كبيرة في إعداد المعالج النفسي.

ويقوم المعالج النفسي مع فريق العلاج بفحص وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية وعلاج العصاب والاشتراك مع الطبيب النفسي في علاج الحالات النفسية الجسمية وحالات الذهان كما يشارك المعالج النفسي في عملية الإرشاد العلاجي. (زهران، 2005، صفحة 190)

المعالج الفعال هو شخص متقبلا، لا يصدر الأحكام، موضوعي، مستبصر، ومهني في آن واحد، وناذر

ما تنطبق جميع هذه الصفات على جميع المعالجين طوال الوقت، ولكن على الأقل تكون لدي المعالج القدرة على السمو على حاجاته الخاصة، والتعامل مع الأشياء بمهارة مهنية، في جو من الخصوصية والفهم والدفء، والخلو من إطلاق الأحكام على المريض، هي تعتبر من الأسباب الأساسية لنجاح العلاج النفسي واستمراره في مجتمعنا. (داود، 2017، صفحة 496)

وهناك مجموعة من السمات الشخصية التي ينبغي على المعالج أن يتحلى بها، حيث اقترح "**كراسنر**" (1963) أن أدبيات البحث في هذا المجال تصف المعالج المثالي على أنه:

ناضج، حسن التكيف، متعاطف، متسامح، صبور، لطيف، لبق، لا يطلق الأحكام، متقبل، متساهل، غير ناقد، دافئ، محبوب، يهتم بالإنسان، يتسم بالاحترام، يراعي العلاقة الديمقراطية بين الناس ويعمل لأجلها، حر من التطرف العرقي والديني، لديه هدف قيم في الحياة، ودود، مشجع، متفائل، قوي، ذكي، حكيم، مهتم، مبدع، يقدر الجمال، ذو تفكير علمي، كفؤ، جدير بالثقة، مثال يقتدي به المريض، واسع الحيلة، حساس عاطفيا، واع بذاته، مستبصرا بمشكلاته الخاصة، تلقائي، لديه حس الدعابة، يحس بالأمان الشخصي، ناضج بما يتعلق بمسائل الجنس، واثق بذاته، مسترخ، موضوعي، يحلل ذاته، واع لتحيزاته، غير متذلل، متواضع، مستقيم، منفتح، صادق، صريح، ذو دراية بالمصطلحات والتقنيات، مخلص مهنيا، وجذاب. وبالتأكيد لا يمكن لأي بشر أن يمتلك كل هذه السمات، فمن المنطق أن يتم التركيز على سمة واحدة أو مجموعة صغيرة من السمات فحسب. فتناول كل هذه السمات مجتمعة شيئا مستحيلا. (موسي، 2012، صفحة 221)

اعتبر "**روجرز**" في نظريته العلاج المتمركز حول العميل، كل من التعاطف والدفء والأصالة شروط ضرورية وكافية لإحداث التغيير العلاجي، ولكن بعض الأبحاث أكدت أن هذه الصفات هي شروط ضرورية لنتائج العلاج الجيد ولكنها ليست كافية. وتم اعتبار هذه الصفات الثلاثة مهارات قابلة للتعلم والتدريب، فقد أكد "**بيرجن وسوين**" (1975) أنها ليست قدرة أصلية كما كان يعتقد سابقا، إلا أن وجودها وتأثيرها يتخلل العلاقة بشكل كلي، بل ويظهر حتى في المعالجات السلوكية.

كما أظهر "**جدال**" (1994) أن هذه السمات الثلاثة لا تعكس صفات المعالج فحسب، وإنما صفات العلاقة العلاجية أيضا. ومن هذه الزاوية يمكن اعتبار هذه الصفات مؤشرات على نوعية التحالف العلاجي بين الطرفين. فلقد أظهرت الدراسات أن كل من التعاطف والدفء والأصالة تعد من العوامل التي تسهم في تحديد النتائج الإيجابية للعلاج.

ويقرر "**بيك**" أن المعالج يقوم بالوظائف التالية:

1- إرشاد المريض لتمكينه من كسب الفهم الذي يمكنه من القيام بمجابهة أكثر فعالية لمشكلاته، وهذه عملية استكشاف المعالج.

2- العمل بوصفه وسيطا لتحسين نوع الخبرات التصحيحية خارج العلاج ويعمل المعالج على إظهار دفء العلاقة وتقبل غير مشروط بأحكام في العلاج المتمركز حول العميل على خلاف العلاج التحليلي فالمعالج في العلاج المتمركز حول العميل يقوم بمساعدة العميل على التحديد الدقيق لمشكلاته والتركيز على المجالات الهامة واقتراح أساليب معينة والتدريب عليها. (صالح، 2013، صفحة 221)

إذن يمكننا تلخيص أهم الصفات التي على المعالج التحلي بها في ثلاث صفات أساسية: التعاطف، الدفء والأصالة، والتي تساعد المعالج للوصول غلى نتائج أكثر إيجابية.

2- العميل (المريض): وهو ذلك الشخص الذي يعاني من آلام نفسية معينة، وجاء لطلب المساعدة لتخلص من ألامه، فغالبية المرضى الذين يأتون للعلاج للمرة الأولى لا يعرفون مما يعانون بالتحديد، لذا لابد للمعالج أن يساعد المريض لتحديد مشكلته بوضوح، ثم يحدد معه أهداف

3- العلاقة المهنية أو التحالف العلاجي:

وكانت بدايات مصطلح التحالف العلاجي في التحليل النفسي، مع "**فرود**" **Freud**ومصطلحات التحويل/التحويل المضاد، وكان ذلك في بدايات القرن العشرين أين تم إدراج العلاقة العلاجية بين المعالج ومريضه وظهرت فائدتها الكبيرة في العلاج. وبعد ذلك 1956 استخدم مصطلح "التحالف العلاجي" لأول مرة من طرف **Zetzel**"، ولكن المؤلف الذي تميز بمصطلح "التحالف العلاجي هو **كارل روجرز** وذلك من خلال ما أسماه "علاقة المساعدة" والتي بين أنها ضرورية وكافية لتحقيق الفعالية العلاجية.

ثم قام "**غيتسون**" **Getson** في سنوات التسعينات، بدراسات موسعة حول هذا الموضوع وبين المفاهيم المختلفة للتحالف. ومنذ عدة عقود أصبح التحالف العلاجي موضوعا للعديد من الدراسات، والتي أجمعت كلها على أهميته كعامل مهم في فعالية العلاجات النفسية. (رضوان، 2019، صفحة 95)

تعتبر العلاقة أو التحالف العلاجي العنصر المسؤول أكثر من غيره على إنجاح العلاج النفسي، رغم أن العلاقة قد لا تعتبر العنصر الأساسي للشفاء ولكن معظم الباحثون يؤكدون على الأهمية الخاصة للعلاقة العلاجية. والتي يجب أن تتحلي بعدة صفات أهمها التقبل والتسامح والفهم الذي يخلو من إصدار الأحكام والثقة التي تساعد الأفراد على مناقشة رغباتهم الخاصة وأسرارهم وخيباتهم بحرية وانفتاح.

وهذه العلاقة تتخذ عدة تسميات: العلاقة العلاجية، التحالف العلاجي، تحالف العمل، وكلمة تحالف (Alliance) ربما هي الأكثر تصويرا لطبيعة العلاقة، ومعظم الدراسات تثبت إلى أنه سواء أكان العملاء راشدين أو أطفال أو أسر، وسواء كان العلاج فردي أو جماعي فإن جودة العلاقة العلاجية تسهم بقوة في نتيجة العلاج. (هاشم، 2018، صفحة 334)

فالتحالف العلاجي لابد أن يرافق سير العلاج النفسي منذ البداية حتى النهاية، لأنه يعتبر أهم عامل يمكننا من التنبؤ بفعالية العلاج النفسي. والتحالف العلاجي رغم اختلاف الأساليب العلاجية فهو يقوم على عدة نقاط مشتركة تتمثل في:

- جودة العلاقة معالج/ مريض، وهذا يرتبط بسلوك المعالج (الحماس، المشاركة الوجدانية الاحترافية...) ومرتبط أيضا بسلوك المريض (الدافعية، الإيمان بالعلاج، الالتزام، القابلية للاستفادة من العلاج...

- البعد العاطفي لهذه العلاقة (الطرفان يقدران بعضهما البعض، حيث أن المريض يحس أنه يتلقى المساعدة والدعم، والمعالج يكون متقبلا ومتحمسا أثناء العلاج.)

- اتفاق المعالج والمريض حول أهداف العلاج النفسي.

- اتفاق المعالج والمريض حول كيفية التي يسير بها العلاج (التمارين المطبقة، التقنيات المستعملة...) (فرحات، 2019، ص95)

فمصطلح التحالف أو العلاقة يعتبر عنصر مهم من عناصر الموقف العلاجي، حيث يؤكد معظم العلماء على مدى أهميتها لنجاح العلاج، فمهما كانت سيرورة العلاج وفعاليته مثالية فإنه بدون التحالف العلاج أو علاقة ثقة بين المعالج والمريض فإنه يفقد جزءا كبيرا من فعاليته.

- ***خطوات العلاج النفسي:***

وتتعدد أشكال التدخل العلاجي بتعدد أنواع المشكلات، لهذا من المستحيل إعطاء وصف دقيق للإجراءات التي تتم على كل الحالات، ولكننا نستطيع وضع وصف عام لنمط الإجراءات الذي يمكن أن تطبق على معظم أشكال المعالجات النفسية:

3- الاتصال الأولي:

يأتي العملاء للمرة الأولي للعيادة أو مكتب المعالج الإكلينيكي، قد يكون بعضهم قلقا، والبعض الأخر متشككا، وهناك من يجهل الفرق بين المعالجة الطبية والمعالجة النفسية، بينما يشعر بعض أخر بالحرج أو العجز من طلبه للمساعدة، لهذا أول خطوة ينبغي على المعالج القيام به هي توضيح طبيعة العيادة النفسية ونوعية المساعدة التي يتم تقديمها فيها، حيث تؤثر هذه الخطوة على موقف المريض ورغبته في التعاون.

وبعدما يتم مناقشة العميل عن سبب مجيئه للعيادة، تأتي الخطوة التالية المتمثلة في المناقشة في عدد من المسائل المحددة: من هم أفراد الفريق المعالج؟ وما هي مؤهلاتهم؟ هل سيكون الاتصال سريا وإذا لم لكون كذلك ما هي الجهات التي يمكنها الحصول على هذه المعلومات. هل يفضل قبول العميل في هذه العيادة أو تحويله إلى أخصائي آخر؟ يجب التعامل مع هذه الأسئلة منذ البداية. (عسكر، 2009، صفحة 26)

ومن الضروري على المعالج أن يقدم الدعم والتفاؤل، ويظهر للمريض أن أموره ستتحسن، بالإضافة إلى الاستبصار الذي يعتبر عامل مهم ومشترك بين أنواع العلاج النفسي، فالعميل سابقا كان يتجاهل مشكلاته، ويجب أن يدرك أن مجرد الاعتراف الصريح بمشكلة ما والتركيز عليها مع المعالج سيبدأ العميل يشعر بالتحسن، ويطرح كل من "**لامبرت وأوليس**" (2004) نموذجا تسلسليا ثلاثيا المراحل للعوامل المشتركة في العلاج النفسي:

1- **المرحلة الأولى تبدأ بعوامل الدعم** مثل: العلاقة القوية بين المعالج والمريض، وود وقبول المتعالج والثقة.

2- **المرحلة الثانية هي عوامل التعلم:** وتتضمن مظاهر مثل: تغيير توقعات العميل عن ذاته، وتغيرات في أنماط تفكيره، والخبرات الانفعالية الصحيحة، والاستبصارات الجديدة.

3-المرحلة الثالثة والأخيرة تتكون من عوامل الفعل مثل خوض المخاطر، وموجهة المخاوف، والتدرب على وإتقان سلوكيات جديدة، والعمل على حل المشكلات.

ويقترح هذا النموذج التسلسلي أن العلاجات النفسية من كل أنواعها تساعد العملاء عن طريق تحريكهم عبر ثلاث خطوات: الاتصال معهم وفهم مشكلاتهم، تيسير التغيير في معتقداتهم وتوجهاتهم نحو المشكلات، وأخيرا تشجيع سلوكيات جديدة وأكثر إنتاجية. (هاشم، 2018، صفحة 336)

4- التقييم:

تأتي هذه الخطوة بعد التفاهم مع العميل وقبول استمراره مع العيادة، حيث يتم فيها ترتيب موعد جلسة أو أكثر بهدف تقييم مشكلات العميل، ويجب أن تكون إجراءات التقييم تبعا لمشكلة العميل، وللتوجه النظري للفريق المختص ولعوامل أخري. وتكون عادة مقابلة إدخال يتم فيها جمع المعلومات حول تاريخ الحالة. والمعلومات أخري يتم جمعها من خلال تطبيق الاختبارات النفسية، وأحيانا يتم مقابلة أفراد عائلة العميل (الزوج، الزوجة، الوالدين، الأصدقاء...) كما يفضل أن يطلب من العميل تسجيل ملاحظاته عن نفسه، سلوكه انفعالاته، مشاعره وذلك في شكل منتظم وفي مواقف مختلفة.

وتكون من الأفضل استشارة أخصائيين آخرين بالنسبة لبعض العملاء، كمتابعة أخصائي في علم النفس العصبي، أو اتخاذ تدابير لإجراء فحص طبي بغرض استبعاد العوامل غير النفسية مثلا. وقد يكون من الملائم استشارة أخصائي اجتماعي أو مرشد مهني عندما يكون لدي العميل مشكلات مرتبطة بأوضاع اقتصادية مثلا، أو ظروف عمل أو بطالة. (عسكر، 2009، صفحة 69)

وبعد استكمال جمع المعلومات وتحليلها، يتم دمجها بصورة أولية، وصياغة مشكلاته بصورة شاملة ومتكاملة في ضوء المعلومات النفسية والبيئية والطبية المتاحة. فهذا التصور التمهيدي حول العميل ومشكلاته كفيل بوضع الخطوط العريضة التي ينبغي اتباعها. وأثناء عملية العلاج قد تحدث تغييرات في هذا التصور وتتغير بذلك أهداف العلاج وطرقه، لذا فعملية التقييم هي عملية مستمرة لا تنتهي بانتهاء المقابلة الثانية أو الثالثة.

5- البداية في العلاج:

بعد إتمام جمع بيانات التقييم، يبدأ المعالج مع العميل بمناقشة طبيعة المشكلة، وما يمكن فعله معها بصورة منظمة، ويطلق المعالجين على هذه الخطوة بفترة التفاوض حول أهداف العلاج، حيث يقوم كل من المعالج والعميل بتعاقد أو تعهد يلتزم فيه المعالج بالتخفيف من مشكلات العميل وذلك بأكثر الطرق الممكنة فعالية، كما يلتزم العميل بدوره بسرد رغباته والإفصاح عما بداخل، فالعقد يشمل عدد من المسائل كأهداف العلاج ومدته وجدول اللقاءات والكلفة والنسق العام للعلاج ومسؤوليات العميل.

وهذا العقد قد يعدل أو يغير مع مرور الوقت، فعلي المعالج أن يتعامل مع العملاء وفق استعدادهم الراهن لتقبل الأمور، وهناك بعض العملاء القلقون بصورة شديدة قد لا يقبلون إلا بعدد محدود من الأهداف أو الإجراءات ومع استمرار العلاج قد يصبح العملاء أكثر انفتاحا وارتياحا، وأكثر قابلية لتقبل مجموعة أوسع من الأهداف والإجراءات. كما قد تكون مع الوقت معلومات إضافية علي العميل، مما يتوجب القيام ببعض التعديلات على خطة العلاج. ومع اكتساب العملاء المزيد من الثقة في العلاج قد يرغب بعضهم بتوسيع مجال أهدافه العلاجية.

إن وضع أهداف العلاج النفسي يعتبر خطوة رئيسية في تكوين العلاقة المهنية بين المعالج والعميل، فالأهداف الموضوعة بوضوح ستزود والمتعالج بمعني المعالجة النفسية وتطورها، ويمكن لتلك الأهداف قد تتغير في الجلسات القادمة، حيث في الجلسات الستة أو الثمانية الأولي يعاد تقييم الأهداف وضع بديل عنها، وترك الأهداف التي يعتقد أنها ضروري استمرارها. وبعد وضع الأهداف الأولية، يقوم المعالج بتحديد نوع العلاج. فقد يكون العلاج متمركزا حول العميل، أو قد يكون علاجا سلوكيا أو معرفيا أو تحليليا، ويجب وصف كل هذه الأمور للعميل بدقة، وفي إطار علاقتها بمشكلات العميل وبالمدة التي يستغرقها العلاج، كما ينبغي تحديد المطلوب من العميل بدقة. (داوود، 2017، صفحة 509)

6- الانتهاء والمتابعة:

عندما يشعر المعالج أن العميل قادر علي تولي مشكلاته بنفسه، عليه أن يبدأ بمناقشة إنهاء العلاج، ويكون إنهاء العلاج عملية تدريجيا يتم فيها تقليص عدد الجلسات، وأحيانا يقوم المعالج بعملية إنهاء العلاج بشكل مفاجئ، ومن المهم مناقشة هذه العملية بالتفصيل مع العميل حول ترك العلاج مع احتمال عودته لجلسات إضافية إذا دعت الحاجة لذلك. ويري العديد من المعالجين أن جلسات تعزيز المناعة أو تعزيز الروح المعنوية التي تتم جدولتها بعد انتهاء العلاج والتي قد تمتد من ستة أشهر غلي سنة كاملة، قد تكون مفيدة وتستخدم هذه الجلسات التعزيزية لمراجعة تقدم العميل، ولتسليط الضوء على المشكلات الجديدة التي برزت في هذه الفترة، وترسيخ الفوائد والمكتسبات التي تم تحقيقها.

- **مراحل التغيير في العلاج النفسي:**

لقد أشار "**بروكاسكا**" وزملاءه إلى أهمية إدراك مراحل التغيير بالنسبة للعميل، بغض النظر عن نوع العلاج الذي يتم تطبيقه، فالعلاج النفسي عملية تتضمن تقدما من خلال مجموعة من المراحل:

1- ما قبل العزم: وهنا لا تكون للمريض نية في تغيير سلوكه في المستقبل القريب، وفي هذه المرحلة يأتي المريض إلى المعالج النفسي بسبب ما يواجهه من الضغوط (كضغوط الأسرة، أو ضغوط العمل...) ويقدر كل من **بروكاسكا ونوركروس** أن نسبة العملاء في هذه المرحلة يتراوح 50% إلى 60%.

2- العزم: وفي هذه المرحلة يكون العميل واعيا بوجود مشكلة لديه، إلا أنه لم يلزم نفسه بعد بمحاولة التغيير، وتقدر نسبة العملاء في هذه المرحلة من 30 إلى 40%.

3- الاستعداد أو التحضير: وهنا ينوي العميل أن يقوم بالتغيير في المستقبل القريب.

4- العمل: وفي هذه المرحلة يبدأ العميل بتغيير سلوكه، أو أفكاره، أو مشاعره أو بيئته اللاتكيفية، وتقدر نسبة العملاء في هذه المرحلة من 10 إلى 20%.

5- الإدامة أو الاحتفاظ: وهنا يعمل العميل علي منع حدوث الانتكاسات، وعلى متابعة المكاسب التي تحققت في مرحلة العمل وزيادتها.

6- الانتهاء: وهنا يكون العميل قد أنهي التغيير اللازم ولم يعد الانتكاس يشكل تهديدا. (داوود، 2017، صفحة 516)

كما قام بعض باحثوا العلاج النفسي بوضع "نموذج مراحل التغير" الذي يوضح أن العملاء يدخلون العلاج عند نقاط مختلفة فيما يتعلق بالاستعداد للتغير، فبعض العملاء يكونون مستعدين للغاية عندما يدخلون للعلاج، بينما آخرون ليسوا كذلك، حيث وصف هذا النموذج النقاط المختلفة التي قد يوجد عندها العملاء من حيث الاستعداد بالتحديد، فالعملاء قد يدخلون العلاج عند واحدة من هذه المراحل:

7- مرحلة ما قبل التأمل: تكون فيه لا نية للتغيير على الإطلاق، هؤلاء العملاء لا يكونون واعيين بمشكلاتهم لدرجة كبيرة، وهم ربما تم الضغط عليهم لدخول العلاج من الأسرة أو الأصدقاء الذين هم أكثر وعيا منهم.

8- مرحلة التأمل: يدرك وجود المشكلة، ويفكر في فعل شيء ما لمخاطبتها، ولكنه ليس مستعدا للالتزام بأي جهد حقيقي في هذا الاتجاه، هؤلاء العملاء عادة مترددون وليسوا مستعدين بعد للتخلي عن منافع السلوك الذي يدركون أنه يسبب نوعا ما من المشكلات.

9- مرحلة التحضير: ينوي اتخاذ فعل على المدى القصير (مثل أسبوع، شهر) هؤلاء العملاء ربما يتخذون خطوات صغيرة ولكنهم لا يحرزون تغييرا مهما أو جذريا.

10- مرحلة الفعل: يمارس بإيجابية تغيير السلوك ويبذل السلوك جهودا واضحة للتغلب على مشكلاته، وأكثر من أي مرحلة أخرى، تتطلب هذه المرحلة جهدا مستمرا والتزاما بالأهداف العلاجية.

11- مرحلة الصيانة: يمنع الانتكاس ويحتفظ بالمكاسب المحققة خلال مرحلة الفعل، هذه المرحلة تدوم إلى الأبد.

ومن المهم أن يقوم المعالجين بتقدير المرحلة من التغيير التي يكون العملاء عندها عندما يطلبون العلاج، وسيكون من الخطأ افتراض أن معظمهم عن مرحلة الفعل، في الواقع تقترح البيانات أن الغالبية العظمى يكونون عند مرحلة سابقة عند بداية العلاج. على ذلك يجب أن تؤكد الأهداف الأولية على زيادة استعداد العملاء للتغير بدلا من إجبارهم على التغير قبل الأوان. (هاشم، 2018، صفحة 345)

- **أساليب العلاج النفسي:**

بالنسبة لأنواع العلاج النفسي التي يمارسها الأخصائيون النفسانيون قام الباحثون عام (1960) لقسم علم النفس الإكلينيكي (القسم 12) من الجمعية النفسية الأمريكية بمسح لتقييم نوع أو توجه العلاج النفسي الذي يمارسه أعضاءها، الأحدث بين هذه المسحات يشمل ردودا من (549) أخصائي ويتضمن مراجعة مقارنة للمسوحات الست السابقة، والنتائج ملخصة في الجدول التالي:

الجدول رقم (01) يوضح مسح الجمعية النفسية الأمريكية لتقييم نوع العلاج النفسي الي يمارسه أعضاءها من سنة 1960 إلى غاية 2010:

التوجه / السنوات	1960	1974	1981	1986	1995	2003	2010
الانتقائي	36	55	29	29	27	29	22
الإكلينيكي							
المعرفي		2	6	13	24	28	31

التحليلي	35	16	30	21	18	15	18
السلوكي	8	10	14	16	13	10	15
الإنساني	6	7	7	12	4	2	
الوجودي							
الجشطلت							

ونلاحظ من هذا الجدول اتجاهات عامة تستحق الإشارة إليها:

- العلاج الانتقائي /التكاملي كان التوجه الأكثر اعتناقا في كل مسح تم تلخيصه حتى 2010، أي أنه في القرن الماضي، كان عدد الأخصائيون النفسانيون يخلطون عدة مداخل أو يستخدمون مجموعة متعددة من العلاجات، ولكن المسوحات تقترح خلط المدخلين المعرفي والسلوكي هو الأكثر شيوعا.
- زاد العلاج المعرفي زيادة لافتة في الانتشار وخاصة منذ ثمانيات القرن العشرين، وخاصة بحلول 2010 أصبح المدخل المنفرد الأوسع انتشارا بمسافة بعيدة عن أي مدخل آخر.
- اعتناق مدخل التحليل النفسي انحدر بشكل كبير منذ 1960 عندما كان يفوت بكثير أي مخل آخر وينافس المدخل الإكلينيكي التكاملي في الشعبية. (هاشم، 2018، صفحة 343)

أولا: العلاج النفسي من المنظور السيكوديناميي:

يكمل هذا الاتجاه في النظرية التحليلية الكلاسيكية التي جاء بها فرويد، ويركز اتجاه التحليل النفسي على الدوافع والصراعات اللاشعورية، لمعرفة أصل السلوك وجذوره، كما أنه يعتمد على تحليل الخبرات السابقة.

في عام(1885) تلقي "**فرويد**" منحة للدراسة في باريس، مع العالم الشهير شاركوا، والذي كان معروفا بأعماله حول الهستيريا التي كانت أعراضها تشير إلى وجود خلل عصبي المنشأ إلا أنه لم تكن هناك أيه أسباب عضوية لها. واستخدم شاركوا التنويم المغناطيسي مع الأشخاص المصابين بالهستيريا، واكتشف أنهم

يسترجعون الأحداث المأساوية التي أدت بهم إلى حدوث الأعراض. وكان "فرويد" معجبا بأعمال شاركوا حيث بدأ في استخدام التنويم المغناطيسي في ممارسته الطبية العصبية.

كما تأثر "**فرويد**" بأعمال **برويير** التي ساعدته على تطوير نظريته الأولية حول الشفاء بالكلام، اللاشعور التفريغ الانفعالي، التحويل، القلق... وعالج الكثير من المرضي باستخدام التنويم المغناطيسي عن طريق تذكرهم للأحداث التي تتعلق بمنشأ أعراضهم، ولكنه سرعان ما تخلي على التنويم المغناطيسي لأنه لا يناسب جميع المرضي واستبدله بالتداعي الحر، حيث فطن فرويد إلى عيوب التنويم فرأي أن بعض المرضى لا يمكن تنويمهم، كما رأى أن الشفاء الذي ينتج عن التنويم كان مقتصرا فقط على إزالة الأعراض المرضية ولم يتناول العلل الرئيسية التي تنتج عنها هذه الأعراض، كما أن الشفاء كان وقتيا فقط فلا يلبث إلا أن يزول أثره بعد فترة طويلة أو قصيرة وتعود الأعراض نفسها إلى الظهور مرة أخرى. كما تفطن فرويد أن نجاح العلاج يتوقف على استمرار العلاقة بين المريض والمعالج ولكي تكن الرابطة الإنسانية تظهر بوضوح أثناء التنويم المغناطيسي. (موسي، 2012، صفحة 04)

أحد الافتراضيات الأساسية للنظرية التحليلية هي الحتمية النفسية، ويتضمن هذا الافتراض أن كل ما نفعله له معني وهدف، وإن هذه الفكرة تساعد المحلل النفسي على توحيد العديد من البيانات في بحثه عن أصل سلوك المريض ومشكلاته، فكل من السلوك الشهواني والسلوك الشاذ والأحلام وزلات اللسان، لها دلالة وتحمل معني معينا.

فالمنحى النفسي الدينامي هو شكل من أشكال العلاج النفسي يهدف إلى الكشف عن الصراعات اللاشعورية التي قد تسبب المرض النفسي.

حيث يقوم المعالج النفسي بمساعدة العميل على التعرف على هذه الصراعات ويأتي بها إلى منطقة الشعور والوعي، ويعتمد معه على تطوير إستراتيجية للتغيير، وأحد أشكال العلاج النفسي الدينامي هو التحليل النفسي وهو نوع من العلاج الذي يعتمد على أعمال فرويد والهدف منه جلب الصراعات اللاشعورية إلى الوعي لمساعدة الفرد على فهم مصدر هذه الصراعات.

وقد افترض "**فرويد**" أن مسببات السلوك المرضي هي الدوافع اللاشعورية، ولهذا يري أن هدف العلاج هو إخضاع الدوافع اللاشعورية إلى الشعور. حيث يعتقد المحلل النفسي أن سبب الأعراض العصابية هو

الصراع ما بين الهو والأنا، والأنا الأعلى ومتطلبات الواقع. فالأعراض تعبير عن مشكلات لاشعورية تحتاج إلى حل.

ويلخص "**فروش**" **Frosh** مفهوم **فرويد** عن التحليل النفسي على أنه عملية علاجية في النقاط التالية:

- ✓ التحليل النفسي طريقة لاستكشاف اللاشعور، والتي قد يكون لها تأثيرات علاجية، ولكنها في جوهرها ليست بالضرورة علاجية في هدفها.
- ✓ الفرض الذي ينص على أن الصراع النفسي ينشأ من خلال تعقيدات أو عقد لاشعورية، يقترح أن التحليل النفسي إذ يجلب محتويات اللاشعور إلى منطقة الوعي والشعور سيكون له تأثير على الحد من الاضطراب النفسي.
- ✓ كان فرويد حذرا من ناحية قوة التحليل النفسي علة إحداث فروق ذات دلالة، لكنه مع ذلك اعتقد أن الحركة من اللاشعور إلى الشعور خطوة ذات أهمية في التقدم نحو الحالة الجيدة للفرد وكذلك الدخول في الحياة الاجتماعية.
- ✓ الأساليب أو الاستراتيجيات (الدفاعات) المختلفة التي يتبناها مختلف الناس، وفى ظروف مختلفة، تعطى شكل لأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية كالعصاب، وحالات الذهان وما إلى ذلك.
- ✓ التحليل النفسي كنوع من العلاج يهدف إلى إيجاد نوع من الاستبصار، وطرائقه الرئيسية في العلاج بفعالية تعتمد على التفسير والتحويل. (زراد، 2016، صفحة 219)

- **أهم الاعتبارات المهمة في العلاج التحليلي هي:**

1- الاستبصار: فالهدف الأساسي من التدخل العلاجي بالتحليل النفسي هو إزالة المشكلات العصابية التي تضعف الفرد، ويعتقد المحلل أن الطريقة الوحيدة والفعالة للوصول إلى هذا الهدف هي الوصول إلى الاستبصار، ويعني الاستبصار الفهم التام للمحددات اللاشعورية لتلك المشاعر أو الأفكار أو السلوكيات اللاعقلانية، والتي تسبب التعاسة للفرد، فعندما يتم مواجهة الأسباب اللاشعورية وفهمها بشكل تام فإن الحاجة للدفاعات والأعراض العصابية ستختفي تلقائيا. وأهم تقنيات التحليل النفسي المختلفة هدفها الأساسي تحقيق الاستبصار.

2- **التفسير**: إن القيام بعملية التفسير جزء مهم من التحليل النفسي، فالتفسيرات القائمة على التحليل النفسي قد تستند إلى مسلمات معينة أو إلى مفاهيم محورية في التحليل النفسي مثل اللاوعي، والحياة الجنسية الطفولية، والكبت. إن أنواع التفسيرات التي يمكن أن يقدمها المحلل النفسي يمكن وضعها في ثلاث مجموعات:

- ✓ المجموعة الأولى: إن مهمة التحليل النفسي جعل كل ما هو غامض مفهوما وواضحا، فالمريض الذي يعاني من أعراض لا يجد لها تفسيرا، قد تبدو لع أكثر خطورة مما هي عليه فعلا. والمعالج يجب أن يقدم تفسيرا يبدو معقولا لأصل تلك الأعراض مما يؤدي إلى الشعور بالاطمئنان.
- ✓ المجموعة الثانية: يهتم التفسير بتتبع الصلات بين الأحداث والأعراض وسمات الشخصية، وغالبا ما تعطي التفسيرات الأهمية لخبرات الطفولة بوصفها عوامل تشكل الشخصية ومشاكلها، فاستنباط معنى الأعراض العصابية قد يتضمن الرجوع إلى طفولة المريض وخبراته والأحداث التي مر بها. ويستطيع التفسير أن يكشف عن استمرارية السلوك التي اكتسب في الطفولة حتى مرحلة الرشد وبالتالي يساعد المريض على أن يقوم بتجريب طرق أخرى للسلوك.
- ✓ المجموعة الثالثة: توضيح التناقض بين ما يقول المريض أنه يشعر به وبين ما يحس به فعلا من خلال وصفه لسلوكه.

فالتفسير في الممارسة النفسية يهدف غاليا إلى لفت الانتباه إلى المتناقضات والكشف عن الصلات الغامضة، واستخراج المعنى مما يبدو غير مفهوم، كما يهدف إلى إزالة الأقنعة التي تخفي شيئا مستورا وغير مقبول. (عباس، 1996، صفحة 21)

وهناك العديد من التقنيات الأساسية التي يستخدمها المحللون النفسيون أهمها:

1- **التداعي الحر**: هو تقنية يقوم بها المحلل النفسي حيث يطلب من العميل أن يقول أي شيء يخطر على باله، أي عبر تعبيرا لفظيا عن أي فكرة تخطر في بالك مهما كانت تافهة غير منطقية أو غير ملائمة أو غير مهمة، والتداعي الحر ليس مهمة سهلة لأن من الصعب أن يتحدث العميل عن أفكاره بتلقائية تامة وبدون مقاومة، إلا إذا نجح المحلل في جعل العميل يشعر باسترخاء كاف لينغمس في التداعي الحر وفي هنا تضح عملياته اللاشعورية أمام المحلل وأمام نفسه. (هاشم، 2018، صفحة 357)

2- **تفسير الأحلام:** تعتبر تقنية تفسير الأحلام من التقنيات المستخدمة في التحليل النفسي، فالأحلام عبارة عن أفكار تكشف عن طبيعة اللاشعور، إذ تعد مثقلة بالأمنيات اللاشعورية، وإذ كانت بصورة رمزية، ويعتقد أن الأحلام أنها إشباع رمزي للرغبات، فهي تزود المحلل ببدائل حول أمنيات الطفولة ومشاعرها، ويتكون الحلم من محتويين المحتوي الظاهر وهو ما يحدث فعلا أثناء الحلم أما المحتوي الثاني هو المحتوي الكامن ويتمثل في المعني الرمزي للحلم.وليس من السهل الوصول إلى المحتوي الكامن فلا يمكن تفسير حلم بمفرده بل يوضح الحلم المعني الحقيقي في حياة الفرد من خلال تحليل سلسلة كاملة من الأحلام. كما أن المرضي كثيرا ما يحرفون المحتوي الظاهر للأحلام عند سردها أثناء الجلسة التحليلية. لهذا يري العديد من المحللين أن الأحلام لا تقدم مؤشرات نهائية حول ديناميات العميل، إلا أنها مؤشرات تساعد المحلل علي صياغة فرضيات يمكن التأكد منها أو نفيها بالمزيد من المعلومات. (داود، 2017، صفحة 465)

3- **التحويل:** التحويل (النقلة) كما يقول فرويد هي عبارة عن تحويل الانفعالات والميول اللاواعية إلى أرض الواقع، وعيشها كأنها حقيقية نابعة من العلاقات مع المعالج أو مع شخصه. بذلك يمكن المريض من تجنب مواجهة ذاته ومواجهة الألم الذي تحدثه النزعات اللاواعية فيما لو برزت إلى حيز الوعي بشكل مفاجئ. ويقول **لاجاش** أن المريض بدل أن يتذكر فإنه يتصرف في النقلة اتجاه المحلل كما كان يتصرف طفلا اتجاه الأشخاص الأساسيين في محيطه. أما فينشل فيحدد النقلة:" أن المريض ينقل إلى الحاضر اتجاهاته الماضية، إنه يضلل نفسه إزاء الحاضر انطلاقا من معطيات الماضي." (الحجازي، 1993، صفحة 79)

فالنقلة هي أفضل وسيلة لإقامة العلاقة بين المعالج والمريض، حيث تشكل على مختلف أشكالها وتغيراتها الأداة الموجهة للنفساني كي ينفذ إلى لاوعي المريض، ويكشف عن ديناميته والقوى الأساسية المحركة في بنيته الداخلية، لذلك على النفساني أن يدرك تماما هذه العملية وما تقدمه من معطيات غنية ذات دلالات بالغة الأهمية. (عباس، 1996، صفحة 19)

ثانيا: العلاج المتمركز حول العميل:

أبرز رواد هذا العلاج "**كارل روجرز**" الذي كان أخصائيا نفسانيا إكلينيكيا مشهورا في "**روتشستر**" في نيويورك يناضل من أجل حل المشكلات النفسية للأطفال المضطربين، وتأثر "**روجرز**" بأعمال "**أوتو رانك**" الذي كان يؤكد على ضرورة إتاحة الفرصة للمريض لتأكيد إرادته.

ويري "**روجرز**" إن الفرد يعيش في عالم من الخبرات، يكون هو محور في هذا العالم، فالخبرة لا يمر بها إلا الشخص نفسه، فهو أفضل مصدر للمعلومات عن ذاته، وقد أدت وجهات النظر هذه بأتباع العلاج المتمركز حول العميل إلي الاعتماد على التقارير الذاتية للعميل كمصدر أساسي للمعلومات، بدلا من الاعتماد على ملاحظات الأخصائي أو نتائج الاختبارات، فأن معرفة الأخصائي النفسي الإكلينيكي الموضوعية للمثيرات ليست كافية للتنبؤ بالسلوك، وإنما عليه معرفة وعي الفرد بهذه المثيرات.

وقد عبر "**روجرز**" عن العلاج النفسي بأنه "إطلاق الطاقات الموجودة فعليا لدي الفرد، والذي يمتلك إمكانيات كامنة والتي تدعي بإمكانيات النمو، والتي يعتمد عليها العلاج المتمركز حول العميل، فكل فرد لديه مثل هذه الإمكانيات إلا أن المهارة تكمل في القدرة على إطلاقها، مما يتيح الفرصة لتحقيق الذات لدي الفرد. وهناك ثلاث سمات للمعالج والتي تساهم في تحقيق ما سبق وهي: الفهم الدقيق، التعاطف، الأصالة. (زراد، 2016، صفحة 230)

فالهدف الرئيسي للعلاج النفسي الإنساني هو تعزيز تحقيق الذات، ويؤمن أتباع هذا العلاج أن المشكلات النفسية (الاكتئاب، القلق، اضطرابات الشخصية، والأشكال الأخرى...) هي نواتج ثانوية لعملية النمو الكامنة، فالأفراد الذين لديهم مشكلات نفسية يمتلكون القدرة والإرادة للنمو نحو الصحة النفسية ولكنها كامنة وعلي المعالج النفسي أن يقوم عبر العلاقة العلاجية بمساعدة هؤلاء الأفراد من استعادة نموهم الطبيعي نحو السلامة النفسية وتحقيق الذات هو ميل فطري أولي لدي كل البشر، يحتاج المعالج فقط إلي تحقيق الظروف الصحيحة لجعله يحدث، والمعالج هنا لا يقوم بعلاج العمل مباشرة بل يقوم بتعزيز العلاج الذاتي لدي العميل عن طريق خلق علاقة علاجية تتسم بشروط أساسية: التعاطف، لتقبل الإيجابي غير المشروط، المصداقية:

- **التعاطف:** يسمي أحيانا (التقمص الوجداني) ويحدث عندما يكون المعالج قادر علي الإحساس بانفعالات العميل كما تحدث له لكي يدرك أحداث حياته بطريقة تعاطفية، والتعاطف يتضمن فهما عميقا وخاليا من إصدار الأحكام لخبرات العميل ويتم فيه تعليق قيم وخبرات المعالج بشكل مؤقت.

والمعالج يري الحياة بعيون العميل ويتبني إطار مرجعيته. حيث يحقق التعاطف أثر إيجابي عميق لدي العميل، ويسمح له بتوضيح مشاعره الخاصة حول نفسه ويمتلك ثقة أكبر في الانفعالات التي يمر بها.

- **التقبل الإيجابي غير المشروط:** هو في الأساس القبول الكامل للشخص الآخر مهما كان، ويقول روجرز أن المعالج الذي يثبت التقبل الإيجابي غير المشروط للعميل يقبل العميل بطريقة كلية وليس بطريقة مشروطة، أي إنه لا يقبل مشاعر معينة لدي العميل ويرفض أخري.. هذا يعني عدم إصدار رأي أو أحكام، وهو يتضمن قبولا لتعبير العميل عن المشاعر أو العدائية، أو الدفاعية، أو غير السوية بنفس درجة قبوله تعبير العميل عن المشاعر الإيجابية والجيدة والناضجة.
- **المصداقية:** التعاطف والتقبل غير المشروط لا قيمة لهما إذ لم يكونا صادقين، إذ يجب على المعالجين الإنسانيين أن يكونوا صادقين في علاقتهم مع العملاء بمعني يكونون حقا متعاطفين اتجاه العملاء ويشعرونهم حقا بشكل غير مشروط. والصدق المعالج والذي أسماه روجرز وأتباعه التناغم أي تطابق ذات المعالج الواقعية والمثالية، يساعد المعالج في تأسيس علاقات علاجية حقيقية، فعندما يحص العميل بأن المعالج يحس به ويتقبله بصدق يميل أكثر إلى المشاركة وإكمال العلاقة. (حمدي، 2008، صفحة 264)

فهذه الشروط الثلاثة (التعاطف، التقبل الإيجابي غير المشروط، المصداقية) هي العناصر الضرورية للعلاقة بين المعالجين الإنسانيين وعملائهم، والتي تمثل بدورها حجر الزاوية في المدخل الإنساني للعلاج النفسي، وكما شرح روجرز " إذا كنت أستطيع خلق علاقة تتسم من طرفي ب:

1- الصدق والشفافية، والتي أعبر فيها عن مشاعري الحقيقية.

2- القبول الدافئ للشخص الآخر وتقدير الآخر كفرد منفصل.

3- القدرة الحساسة على رؤية عالمه ونفسه كما يراها هو.

فإن الفرد الآخر في العلاقة سوف:

1- يصرف نفسه ويفهمها والتي كان سابقا يكبتها.

2- يجد أنه أصبح أكثر تكاملا، وأكثر قدرة على الأداء بفعالية.

3- يصبح أكثر شبه بالشخص الذي يود أن يكون عليه.

4- يصبح أكثر توجيها لذاته وثقة بنفسه.

5- أكثر اكتمالا كشخص، وأكثر تفردا، وأكثر تعبيرا عن ذاته.

6- أكثر فهما وأكثر قبولا للآخرين.

7- قادرا على التوافق مع مشكلات الحياة بشكل أكثر ملائمة وأكثر راحة. (هاشم، 2018، صفحة 349)

ونستطيع أن نلخص أنشطة المعالج الأساسية في فهمه للمشاعر المرتبطة بما يقوله العميل وتوضيحها، ويتجنب إعطاء التفسيرات والنصائح للعميل، ويلقي مسؤولية التقدم في العلاج على كتفي العميل، ويري المعالج ضرورة توضيح الاحترام والطمأنينة والتقبل للعميل وإقناعه بأنه قادر علي الوصول إلى حل لمشكلاته الحياتية. يري "**جرينبرج**" وزملائه أن 75% من استجابات المعالجين الروجرزيين هي انعكاسات لما يقوله العميل. ولقد وصف لنا روجرز المسار العام لعملية العلاج والذي يتضمن سبع مراحل يمر بها العميل:

1- المرحلة الأولى: لا توجد رغبة في الكشف عن الذات أو الاعتراف بالمشاعر الشخصية، وتكون المفاهيم جامدة إلى حد كبير، كما يتم إدراك العلاقات الوثيقة أنها خطرة.

2- المرحلة الثانية: يتم التعبير عن المشاعر أحيانا، إلا أن الشخص لا يزال بعيدا عن خبراته الذاتية، وما يزال إدراكه منصبا على العالم الخارجي بشكل كبير، إلا أنه يبدأ بالاعتراف ببعض مشكلاته وصراعاته.

3- المرحلة الثالثة: وصف المشاعر الماضية على أنها غير مقبولة، هناك قدر أكبر من الحرية في التعبير عن الذات، يبدأ الفرد بالتساؤل عن صدق بنية الشخصية، ويدرك بشكل أولي أن المشكلات داخله لا خارجه.

4- المرحلة الرابعة: الوصف الحر للمشاعر الشخصية للفرد وامتلاكها، بعض الإدراك أن المشاعر طالما أنكرها الوعي قد تبرز في الحاضر، بعض المرونة في المفاهيم الشخصية، هناك بعض التعبير عن المسؤولية، يبدأ العميل بالمخاطرة في بناء علاقات مع الآخرين على أساس عاطفي.

5- المرحلة الخامسة: يعبر العميل بحرية عن مشاعره ويتقبلها، وتصبح الخبرات التي أنكرها سابقا جزءا من وعيه، مع أنها مخيفة، الاعتراف بالصراعات ما بين الأفكار والانفعالات، تقبل المسؤولية الشخصية عن المشكلات، والرغبة في يكون الفرد وفق ذاته.

6- المرحلة السادسة: تقبل المشاعر دون الحاجة إلى إنكارها، إحساس واضح وحر بالخبرات، المجازفة في أن يكون الفرد وفق ذاته في إطار العلاقات مع الآخرين، الثقة بأن الآخرين يتقبلونه.

7- المرحلة السابعة: يرتاح الفرد هنا إلى خبراته مع ذاته، يحس بمشاعر جديدة، ويكون عدم الانسجام والتطابق في حده الأدنى، كما تترسخ لديه القدرة على التعرف على مدي صدق الخبرات. (رضوان، 2019، صفحة 139)

يتميز العلاج النفسي المتمركز حول العميل بوضوح النظرية التي يستند إليها وبالوقت القصير الذي يستغرقه، إن غاية نمو الشخصية حسب هذا المنهج العلاجي هي التطابق الأساسي بين المجال الظاهري الخبرة ومفهوم الذات والتخلص من المحتويات المهددة لمفهوم الذات الخاص وهذا يمثل التوافق النفسي.

وأفضل وسيلة لفهم الفرد هي فهم الإطار المرجعي الداخلي أي فهم سلوك العميل من وجهة نظره هو نفسه وطريقة نظرته للأشياء وإدراكه للعالم وكذلك طريقة اتخاذ لقراراته، وعندما يصل المعالج إلي فهم سلوك العميل في هذا الإطار يساعده علي فهمه بصورة أوضح ومساعدة العميل علي التعرف علي الاختلاف بين عالمه الذاتي الخاص كما يدركه وبين العالم الخارجي الواقعي للموضوع الذي يواجهه، ومن خلال ذلك يظهر أن أفضل أسلوب لإحداث التغيير في السلوك هو أن يحدث التغيير في مفهوم الذات ولا يتم ذلك إلا بعد تهيئة جو علاجي مبني علي الحوار والاحترام الذي يساعد العميل علي بلورة أبعاد مفهومه الذاتي من ناحية، ويساعده علي التعرف علي أكثر الأبعاد تشوها من ناحية أخري، كما يمكنه من نقل خبراته تدريجيا من مستودع الذات الخاصة إلي المعالج وتزداد ثقة العميل بدون شروط.

وهكذا يصبح العميل مستعدا لمراجعة وإعادة تكامل بناء ذاته وتجري عملية مراجعة بنية الذات وتناقش كل المحتويات المهددة في مفهوم الذات الخاص وتوضح خطة لها.

ويعيش العميل خلال عملية العلاج خبراته المؤلمة ويوجهها مباشرة عندما يصل إلى إدراك عدم التطابق بين مفهوم الذات والخبرة أو بين مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي.

وأخيرا يجمع العميل خبراته بدقة في بنية الذات ويصبح أكثر تقبلا لمفهوم لهذه الخبرات ثم يزداد استبصار العميل ويترجم كل ذلك إلى عمل وفعل ويزداد اعتماده على نفسه.

وأهم ما يصل إليه العميل هو تقبل ذاته وتقبل الآخرين وتنظيم مفهومه عن نفسه ليصبح متطابقا مع خبراته وينطلق نحو تحقيق ذاته وبالتالي يصل إلى التوافق النفسي. (زهران، 2005، صفحة 289)

وتجدر الإشارة إلى أن العلاج المتمركز حول العميل ليس مجرد تقنيات وإنما هو عملية أو صيرورة، الأمر الذي جعل روجرز يصرح: أن المعالج لا يمكن أن يحل مشاكل عميله بتعليمه بعض الأمور غير المحددة حيث يقول" لا يمكن لأي تناول مهما كان أن يكون فعالا إذا اعتمد فقط على تقديم المعلومات وطلب قبولها دون مناقشة، وإنما من الأفضل تقديم الشروح حول شخصية الفرد ووصف المراحل التي يمر بها أي تطورها ويعتمد المعالج في كل هذا على إقناع العميل بنمط حياة مرنة.

إن حقيقة العملية العلاجية عند روجرز تكمن في علاقة إذا كان.... فإن، فإذا كان المعالج قد وفر الشروط الضرورية لصيرورة العلاج...فإن التغيير يشكل محورا أساسيا.

ولتقدير نجاح العلاج الروجرزي نشير إلى التقريب بين صورة الذات الواقعية وصورة الذات المثالية في بداية وبعد نهاية العلاج اعتمادا على تصريحات العميل وهذا التقارب بين صورة الذات الواقعية وصورة الذات المثالية يوضح مدي فعالية العلاج المتمركز حول العميل.

إضافة إلى أن العلاج المتمركز حول العميل كما أحد روجرز يصلح مع الاضطرابات العصابية والذهانية واضطرابات الشخصية، ويمكن استخدامه مع الأفراد ومع المجموعات، كما يستخدم مع الأطفال وفي حالات العلاقات الزوجية المضطربة وفي التربية وفي مختلف وضعيات التواصل والتفاعل. فقد أكدت دراسات عديدة فعالية هذا العلاج المتمركز حول العميل منها دراسات روجرز التطبيقية ودراسات باتلر 1970 ودراسة حامد الزهران1976 ودراسة "**بارك ولاري**"1969. (بلميهوب، 2013، صفحة 63)

ثالثا: العلاج السلوكي:

إن التنوع في المناحي السلوكية يجعل من الصعب الوصول إلى تعريف موحد لهذا المنحى، فبعض التعاريف تركز على الاشراط الإجرائي، بينما البعض الأخر يهتم بالإشراط الكلاسيكي، كما هناك مجموعة أخري تركز على المبادئ العامة للتعلم، وفي ضوء هذا التنوع يوضح "**جولدفرايد** "و"**داقيسون**" (1994) بقولهما:

"إننا نعتقد أن أكثر ما يلاءم العلاج السلوكي هو النظر إليه على أنه يمثل توجها نظريا عاما للعمل الإكلينيكي، يندرج فلسفيا ضمن إطار المنحى التجريبي في دراسة السلوك الإنساني. والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا التوجه النظري تحديدا هو أن السلوكيات التي تعد مشكلة، والتي تشاهد في المواقف الإكلينيكية المختلفة، يمكن فهمها بأفضل الطرق من خلال تلك المبادئ المستمدة من التجارب النفسية، وما تنطوي عليه من مبادئ من أبعاد ومضامين تتعلق بتغيير السلوك في المواقف الإكلينيكية. (مليكة م.، 2010، صفحة 129)

يمثل العلاج السلوكي امتداد بالنتائج العلمية وبالمبادئ الرئيسية للمنهج التجريبي من ميدان البحوث الأساسية إلي ميدان العلاج أحد ميادين التطبيق، فهم يستند إلى كل نتائج التجارب والاستنتاجات النظرية التي تهتم بالسلوك الإنساني، سواء كان مصدرها مختصين في علم النفس أمثال "**كلارك**" **وأيزنك** أو مختصين في فروع قريبة كفرع وظائف الجهاز العصبي أمثال "**بافلوف**"، وسواء كان مصدرها اهتموا اهتمام مباشر بدراسة الإنسان أو باحثين أجروا تجاربهم على الحيوان.

وترجع المحاولات العلمية الأولي لهذا إلى عشرينات هذا القرن إلا أنها كانت مجرد جهود قليلة مبعثرة حتى أوائل الخمسينات، حيث ظهرت البدايات في ثلاثة بلدان مختلفة، في الولايات المتحدة الأمريكية حيث بدأ عدد من السيكولوجيين في تطبيق الإشراط الإجرائي على المشكلات الإكلينيكية بتطبيق تجارب العالم "**سكينر**" على الحيوان، وقد طور تلاميذ سكينر وعدلوا إجراءات العلاج حيث قدم "**ليندزلي**" سلسة من الدراسات لتحديد إمكانيات استخدام إجراءات الإشراط الإجرائي مع الراشدين الذين يعانون من اضطرابات عديدة. (بلميهوب، 2013، صفحة 67)

بالإضافة إلى أعمال "**واطسون وراينر**" (1920) وتجربتهما المخبرية التي يستشهد بها بشكل واسع، والتي تدور حول الطفل ألبرت وفأر المختبر وهو تعتبر دليلا على كيفية تشكل العصاب لدي الأطفال، فوفقا لإشراط البافلوفي أعطي ألبرت فأر ليلعب به، وفي كل مرة عند تقديم الفأر كان يظهر صوت مزعج وعال يصاحب ظهور ذلك الفأر. وبعد محاولات قليلة أصبح الفأر (الذي كان مثيرا محايدا في السابق) يستثير استجابة خوف لدي ألبرت، وما لبثت حتى عممت هذه الاستجابة على كل الأشياء ذات الفراء.

كما وضحت "**ماري كوفر جونز**" (1924) كيف يمكن إزالة مثل هذه المخاوف المتعلمة، كان الطفل بيتر في الثالثة من عمره يخاف من الأرانب وجردان أو الحيوانات المتشابهة، ولعلاج هذا الخوف قامت جونز بإحضار أرنب في قفص وقربته بالتدريج من بيتر أثناء تناوله للطعام، وهكذا أصبح المثير المخيف مرتبط بالطعام، وبعد عدة أشهر اختفي خوف بيتر من الأرنب تماما. فهذان التجربتان يعتبران بداية حركة العلاج السلوكي.

وفي جنوب إفريقيا بدأ "**جوزيف ولبي**" بتجاربه حول تقليل المخاوف عند الإنسان عن طريق جعل المرضي خلال حالة من الاسترخاء التصاعدي يتخيلون المواقف التي تظهر فيها مخاوفهم، وتعتبر تقنية ولبي المتمثلة في تقليل الحساسية التدريجي دليلا عمليا على كيفية تطبيق المبادئ الأساسية للتعلم في المواقف الإكلينيكية. (رشوان، 2005، صفحة 129)

الهدف الرئيسي من العلاج السلوكي هو ملاحظة تغيير السلوك الظاهر، وأكد المعالجين السلوكيين في قياس نواتج العلاج عن طريق التغيرات القابلة للملاحظة، فبينما تقوم الأنواع الأخرى من المعالجين (التحليليون، الإنسانيون...) بقياس التغير في العملاء بطرائق أكثر استنتاجيه كالبحث في عقل العميل، الاستبصار... يرفض المعالجون السلوكيون هذه الطرائق ويعتبرونها أقل موضوعية ويركزون عن المظاهر الخارجية للتغيير في العملاء أي يركزون على السلوك الظاهر بدل العمليات العقلية الخفية.

والمعالجون السلوكيون يعتقدون أن الاستبطان لا يجب أن يكون له دور على الإطلاق في العملية الإكلينيكية، بالإضافة إلى ذلك يؤكدون في العوامل التي تؤثر في مشكلات العميل على العوامل البيئية الخارجية أكثر من السمات الشخصية الداخلية. (هاشم، 2018، صفحة 417)

❖ **تقنيات العلاج السلوكي:**

-**تقليل الحساسية التدريجي:** يعتبر أسلوب تقليل الحساسية التدريجي أسلوبا لخفض القلق حيث يطبق عادة عندما يمتلك المريض القدرة على الاستجابة الملائمة اتجاه موقف معين إلا أن استجابته يشوبها القلق أو الخوف أو التجنب. طور هذا الأسلوب كل من "**ساتلي**" (1949) "**وولبي**" (1958) الذي يعتمد على الكف المتبادل وهو مبدأ يركز بشكل أساسي على أن المرء لا يمكنه أن يكون مسترخيا وقلقا في آن واحد. وتتمثل الفكرة هنا في تدريب المرضي على الاسترخاء، وأثناء الاسترخاء يقدم للمرضي سلسلة متصاعدة تدريجيا من مثيرات القلق، وفي النهاية يقل حساسية المريض اتجاه مثيرات القلق والخوف وذلك بفضل تعريضه لها أثناء الاسترخاء، وقد أظهر أسلوب تقليل الحساسية التدريجي فعاليته في حالات الخوف المرضي من الحيوانات، الخوف من الجمهور، القلق الاجتماعي...

يبدأ تقليل الحساسية التدريجي بجمع البيانات ذات الصلة بتاريخ المشكلة لدي المريض، وتشمل المعلومات المتعلقة بالظروف المعجلة والعوامل الممهدة، ويتطلب ذلك تطبيق عدد من المقابلات والاستبيانات والهدف من هذه العملية تحديد مركز القلق لدي المريض، والتأكد من مدي مناسبة أسلوب تقليل الحساسية التدريجي لمشكلة المريض، وبعد ذلك يتم شرح المشكلة للمريض شرحا تفصيليا والتعرف على مستوي قلقه وكيف أثر على استمرار مشكلته، كما يتم شرح الأسس النظرية للأسلوب تقليل الحساسية التدريجي ويجب أن يكون هذا الشرح بلغة يفهمها المريض، فهدف الأخصائي النفسي في هذه المرحلة إقناع المريض بفعالية أسلوب تقليل الحساسية التدريجي في التقليل من قلقه. ومن بعدها تأتي مرحلة التدريب على الاسترخاء حيث يلجأ المعالجون السلوكيون على استخدام أساليب الاسترخاء التدريجي "**لجاكسون**" (1938) إذ يتم تعليم المريض كيفية شد مجموعات عضلية معينة ومن ثم إرخاءها، وأن يقارن بين إحساساته بالاسترخاء والتوتر. ويتم تسجيل تعليمات الاسترخاء صوتيا حتى يتمكن المرضي من الاستماع إليها في المنزل والتدريب عليها. وتكرس عموما ست جلسات للتدريب على الاسترخاء، وقد يطلب من المريض أثناء الاسترخاء تخيل مشاهد مريحة كما قد تستخدم تدريبات التنفس لتعزيز الاسترخاء. وفي النهاية تأتي مرحلة هرم القلق فعند مناقشة مشكلات المريض وتحديدها وتبيان الموقف التي تظهر فيه وكيفية تطورها يكون المعالج والمريض قد عملا معا على بناء الهرم، حيث يتم تحديد الموضوعات المتكررة المتعلقة بصعوبات المريض وقلقه، ثم يتم ترتيبها وفق شدة إثارتها للقلق من تلك المنخفضة إلي المتوسطة إلي الشديدة ويتكون الهرم عادة من 20 إلي 25 فقرة تفصل فيما بينها بفترات زمنية متساوية ويجب أن يكون الهرم خاص بقلق المريض ومشكلاته، ويطلب من المريض أن يتخيل أضعف فقرة في الهرم عندما يكون مسترخيا بشكل تام،

إذ يقوم المعالج بوصف الموقف بينما يتخيل المريض نفسه فيه لمدة 10ثواني تقريبا، ثم ينتقل المعالج بالمريض إلى أعلي الهرم بالتدريج.

-**العلاج بالتعريض:** يعتبر العلاج بالتعريض تقنية من تقنيات العلاج السلوكي، ويعود هذا العلاج إلى جهود "**مازرمان**" (1943) الذي درس ردود فعل القلق والسلوك التجنبي لدي القطط، حيث تضمنت دراسته إحداث سلوكيات عصابية لدي القطط من خلال توجيه الصدمة لها تحت ظروف بيئية معينة، وقد اكتشف أن السلوك التجنبي لدي القطط يمكن إطفاءه إذا أجبرت علي البقاء في موقف الصدمة، وهذه النتائج كانت أساسا لتطوير معالجة القلق عند الإنسان. وهناك الأدلة التجريبية التي تدعم فعالية العلاج بالتعريض في علاج المخاوف ذات المثيرات المحددة، واضطرابات الهلع، رهاب في الأماكن الواسعة، والرهاب الاجتماعي، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الوسواس والسلوك القهري. وفي العلاج بالتعريض يتم تعريض المريض للمثيرات أو المواقف التي يخاف منها أو يتجنبها، ويكون التعريض بالمواجهة الفعلية الواقعية أو المواجهة التخيلية، ويقترح الباحثين مجموعة من الخصائص التي يجب توفرها في العلاج بالتعريض لكي يحقق الفائدة القصوى للمريض:

1- يجب أن يكون التعريض لمدة طويلة لا قصيرة.

2- يجب أن يتكرر التعريض حتى يزول الخوف أو القلق.

3- ينبغي أن يكون التعريض تدريجيا، يبدأ من مثيرات أو مواقف متدنية للقلق تتدرج صعودا إلى مواقف مرتفعة للقلق.

4- ينبغي أن ينتبه المريض للمثير الذي يخاف منه، وأن يتفاعل معه بأكبر قدر ممكن.

5- يجب على التعريض أن يثير القلق. (داوود، 2017، صفحة 630)

رابعا: العلاج المعرفي السلوكي:

بدأ يهيمن التوجه المعرفي في العلاج السلوكي في السنوات الأخيرة، حيث يؤكد المنظور المعرفي للمشكلات الإكلينيكية على دور التفكير في نشوء هذه المشكلات واستمرارها، ويسعي العلاج المعرفي السلوكي إلى إحداث تعديل أو تغيير في أنماط التفكير التي يعتقد بأنها تساهم في مشكلات المريض.

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا حديثا نسبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنيات المتعددة والعلاج السلوكي وما يتضمنه من فنيات، ويعتمد في تعامله مع الاضطرابات المختلفة على ثلاث أبعاد معرفية وانفعالية وسلوكية ويستخدم فنيات وتقنيات مستندة من المنظور المعرفي والسلوكي والانفعالي، ويقوم أساسا على إقامة علاقة علاجية بين المريض والمعالج، حيث يتحمل المريض المسؤولية عن كل اعتقاداته اللاعقلانية وأفكاره المشوهة، كما يتحمل المريض المسؤولية في إحداث التغيير العلاجي المناسب لحالته.

وتمثل الأطر النظرية الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي في الأساليب التي قدمها كل من:

1- العلاج العقلاني السلوكي "**ألبرت إليس**" **A. Ellis**

2- العلاج المعرفي "**أرون بيك**" **A. Beck**

3- التعديل المعرفي للسلوك "**لدونالد ماكنبوم**".**D. Meichenbaum**

حيث يرى "**ماهورني**" (1988) أنه منذ نهاية عقد الثمانيات كان الأمر يقتصر على وجود اتجاهين فقط يتضمنهما المنحى المعرفي السلوكي، يتمثل أولهما في اتجاه إليس بينما الاتجاه الثاني هو اتجاه بيك، حيث عمل كلاهما على دمج الاتجاهين المعرفي والسلوكي بشكل واضح. (محمد، 2004، صفحة 18)

ويستمد هذا الأسلوب العلاجي جذوره من أعمال أرون بيك في الستينات على مرضى الاكتئاب، والذي قدم تطبيقات متعددة وذلك على مدى واسع من التشخيصات الإكلينيكية، وعينات مختلفة من المرضى، وقد تزامنت هذه الأعمال مع أعمال إليس التي ركزت أساسا على الأفكار اللاعقلانية حيث يركز كلاهما على أن أفكار واعتقادات المريض المشوهة والخاطئة هي التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

بالإضافة إلى ظهور الاتجاه الثالث هو اتجاه ماكنبوم الذي يعرف بالتعديل المعرفي للسلوك والذي يركز على الأحاديث الذاتية ودورها في تعديل السلوك. (حجار، 1993، صفحة 39)

وركز "**ماكنبوم**" على الحديث الداخلي واعتقد أن القيام بتغييرات إيجابية في الحوار الداخلي للفرد سيؤدي إلى تغيرات في التفكير والسلوك والشعور لذلك الفرد، وقد عرض نتائجه في شكل تقرير ولم يعرضها في صورة نظرية كاملة أو مصحوبة بالأدلة والممارسة في العملية العلاجية، فقد اعتبر "**باترسون**" **Patterson**نظرية ماكنبوم أنها مجرد بداية ناجحة لمحاولة لم تكتمل بعد في المستوى التنظيري والمستوى

التطبيقي، لكنه مع ذلك قام بخطوة للأمام في مجال العلاج المعرفي السلوكي وفى تفسيره للسلوك وفى محاولة تعديل هذا السلوك، وإذا كان الأسلوب العلاجي يهتم بالأفكار والاعتقادات المختلة وظيفيا فإن هناك نمطين للاختلال الوظيفي يتمثل الأول في اختلال الأداء المعرفي أو العمليات المعرفية وهو يتضمن تلك المشكلات التي تعوق الأداء المعرفي، وفى هذا النمط يعتبر أسلوب ماكنبوم التعليم الذاتي هو الأفضل له الذي يركز على استدخال مجموعة من التعليمات الذاتية، أما النمط الثاني يمثل اختلال المحتوى المعرفي وهو ما يتناول التشوهات المعرفية، والذي اهتم به كل من بيك و إليس.

(بلان، 2015، صفحة 389)

حيث يركز العلاج المعرفي السلوكي عموما على معتقدات المريض التي تعتبر أساس مشكلته، حيث يعتبر المعالج أن المعتقدات المختلة هي سبب الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب والخوف ... فالأفكار والسلوكيات والمشاعر في تفاعل دائم منتظم، والمعالج يركز على هذه المعتقدات حيث يسأل المريض أين تعلمت هذا؟ ويمكن للمريض عندئذ بالرجوع إلى حادثة سابقة في حياته خلقت له ذلك الاعتقاد، ومنذ ذلك الحين وهو يفكر ويتصرف ويشعر بتلك الطريقة. (servant, 2009, p. 18)

ولكن العلاج المعرفي السلوكي بصفة عامة يكز على علي فرضية الارتباط السببي بين المعارف اللاتكيفية، والانفعالات، والسلوكيات، والفسيولوجيا، وأن تصحيح المعارف اللاتكيفية ينتج عنه اختفاء المشكلات النفسية والسعادة النفسية بوجه عام، ولقد تم الحصول علة أدلة علمية قوية عن هذا النموذج العام. (موسي، 2012، صفحة 27)

يشير "**العقاد**" (2001) إلى أن المنطلق الرئيسي للعلاج المعرفي السلوكي هو التأثير المباشر للعمليات المعرفية الداخلية على سلوك الفرد، وأن تغيير تلك السلوكيات يكون بطريقة معرفية– سلوكية، دون أن نلغي الجانب الانفعالي الذي يمثل الدور المحوري في إحداث السلوكيات المضطربة. كما أضاف كترو (2011) أن السلوك والسيرورة المعرفية ليست النقطة الوحيدة المعنية بالتدخلات العلاجية إذ يتدخل الاثنين مع الانفعالات، وأن الاستراتيجيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي تأتي على ثلاث مستويات: معرفية، سلوكية، انفعالية.

ويعرف "**ريتشارد**" (1997) العلاج المعرفي السلوكي: "هو عبارة عن مجموعة من الإجراءات العلاجية التي تجسد تصورات عن التغيير وتضع أهمية أساسية على العمليات المعرفية، وتهدف بصورة إجرائية إلى بعض الممارسات العلاجية لتبديل المظاهر المعرفية. (رشوان، 2005، صفحة 247)

- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي: هناك عدة مبادئ لاتجاه المعرفي السلوكي تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منها من جوانب، وتتمثل في:

* أن العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى حلول.

* أن المعرفة لها دور أساسيا في معظم التعلم الإنساني.

* أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة علة نحو سببي.

* أن الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية لها دور أساسيا في انتاج وفهم من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.

* أن العمليات المعرفية تندمج مع في نماذج سلوكية. (محمد، 2004، صفحة 25)

فالعلاج المعرفي السلوكي يشجع عملائه باستمرار وبشكل تدريجي على التعرف على انفعالاتهم وقبولها، ومعرفة العلاقة بين الأفكار (المعتقدات) والانفعالات حيث يبدأ المعالج بتشجيع العميل عن البحث عن معتقداته غير المعقولة ثم إعادة تشكيلها بصورة أكثر توافقا، وهذه المعتقدات المعقولة الجديدة تساعد في تعديل الانفعالات المحبطة وتعديل السلوك. ويرتكز العلاج المعرفي السلوكي على الخصائص الأساسية التالية:

1- الأسلوب العلاجي: يقوم المعالج بتحضير العميل لمواجهة عدد من المهارات والممارسات، ويوجه مسار العلاج ويحدد التوجهات العلاجية ويشترك مع العميل في تحديد أهدافه، ويتميز الأسلوب العلاجي بالنشاط وبتواصل بشكل متعاطف ومتفهم للعميل.

2- صياغة المشكلة: يقوم المعالج بحجمه أكبر قدر ممكن من المعلومات عن العميل وعن مشكلاته ليس فقط من خلال المعلومات اللفظية التي يقولها العميل بل من خلال ملاحظات المعالج أو إجراء فحص موضوعي شامل، وبناء على هذه المعلومات يتم صياغة المشكلة، ويحدد المعالج

بشكل خاص التفكير الراهن للعميل التي يرتبط بالسلوكيات غير السوية ويساعد على استمرارها، وكذلك رصد الانفعالات والعوامل المفجرة والمرسبة التي ترتبط بالمشكلة الحالية والتي تسبب السلوك غير السوي.

3- العلاقة التعاونية المشتركة: يشارك المعالج العميل في تحديد أفكاره الآلية والمعتقدات المشوهة، كما يشتركا في وضع جدول الأعمال لكل جلسة، ويشجع المعالج العميل على القيام بالواجبات المنزلية والقيام ببعض المهارات العلاجية المختلفة، ومن خلال كل هذا يتمكن المعالج من إقامة علاقة جيدة مع العميل.

4- استخدام العديد من الوسائل والأساليب المساعدة: المهمة الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي هو الوصول إلى صياغة معرفية سلوكية لمشكلات العميل، وهذه الصياغة يتم تنميتها مع الوقت باستخدام عدد من الأساليب والوسائل لمساعدة العميل في تغيير أفكاره المشوهة وبالتالي يتغلب على مشكلاته الانفعالية والسلوكية، ومن أهم هذه الأساليب استخدام أدوات القياس السريعة مثل قائمة بيك للاكتئاب، واستخدام بعض الاختبارات لقياس تصورات وتوقعات المريض لمشكلاته.

5- تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه: يرتكز العلاج المعرفي السلوكي على تعليم العميل على مجموعة من المهارات التي تناسب طبيعة وحدة مشكلته، والتي تؤثر بدورها على مدة العلاج، وتعتبر المشاركة الفعالة للعميل في العملية العلاجية سواء في الجلسات أو في المهام خارج الجلسات عاملا حاسما في كفاءة العميل في معالجة نفسه بنفسه. (مصطفى، 2008، صفحة 49)

2-6- المعايير الأخلاقية للممارسة الإكلينيكية:

لكل مهنة مجموعة من القواعد تحكم ممارستها، تحدد الشروط الفنية لتلك الممارسة والخصائص التي يجب أن يتمتع بها من يريد أن يمتهنها ونوع علاقته مع الجمهور التي تتوجه إليه أو يستفيد من خدماته. وخاصة المهن التي تشكل التسرع في ممارستها خطرا عاما أو خاص وتعتبر الممارسة النفسية من بين هذه المهن خصوصا أن الأخطار التي تنتج عنها تظل خفية معظم الوقت، كما أنها تمس أكثر الجوانب حساسية من وجود الإنسان والتي تتمثل في حياته الحميمة وما يشكل اعتبار لذاته وقيمته المعنوية التي تتطلب أكثر قدر من الاحترام واليقظة حين التعامل معها.

وينقسم بعض العلماء أهم الالتزامات الأخلاقية التي على الأخصائي النفسي احترامها إلى إلتزمات نحو المفحوص:

أ- التزامات نحو المفحوص:

يجب على الأخصائي أن يلتزم بعدة قواعد هامة في تعامله مع المفحوص أثناء عملية التفاعل بينهما، وذلك باحترامه والنظر إليه كإنسان له معاناته وتجربته التاريخية وصيرورته، ولا يكتفي برؤيته كحالة أو فئة تشخيصية أو يختزله ببعض الخصائص التي تهمه أو تزعجه ويريد التخلص منها، ونلخص هذه القواعد في النقاط التالية:

1- الحفاظ على توازن المفحوص ومصالحه: يعتبر أول التزام تجاه المفحوص المحافظة على التوازن النفسي لذلك المفحوص، ومساعدته على النمو والتقدم والمعافاة الدائمة من كل سوء، وهذا يتضمن تقبل المفحوص كما هو وفهم معاناته والتعاطف مع تجربته الوجودية، ويعتبر التقبل غير المشروط أحد الأركان الأساسية للعلاقة العلاجية والذي يعني تقبل مقاومة المفحوص وتذبذبه ومعاناته وحيرته. فعلي الأخصائي أن يساعد العميل في التمكن من التعبير عن ذاته ومواجهة مشكلاته وه/ذا يتطلب الكثير من التعاطف والأناة وخلق الطمأنينة كما يتطلب الوقت الكافي حتى يسترجع العميل قواه لمواجهة مشكلاته ومواجهة ذاته وهي مواجهة ليست بالسهلة في أي حال.

كما يجب على الأخصائي أن يتجنب المعرفة بأي ثمن، كأن يحاول الضغط علي العميل بأساليب والاستجواب المباشرة أو أساليب الإلحاح للوصول إلى المعلومات التي تفيده في معرفة ذلك العميل. ويجب على الأخصائي أن يكون معالجا بالدرجة الأولي في أسلوب إدارته للفحص كي يفهم، وأن يفهم كي يعرف وأن يعرف كي يساعد المفحوص للوصول إلى إنسانيته، وماعدا ذلك قد يكون علميا تقنيا ولكنه بالتأكيد ليس ممارسة نفسية. (الحجازي، 1993)

2- الالتزام بالحياد والموضوعية:

تعتبر الموضوعية من العناصر التي لابد على المختص أن يتصف بها، وأن ينتزع ذاتيته بقدر المستطاع، وذلك بتقبله للمفحوص كما هو، بدون التدخل في شخصه فهو يعالج الحالة بما فيها (معتقداتها،

اتجاهاتها، أفكارها...) فلا يقدم أي اتقاذات أو أحكام مسبقة اتجاه هذه الحالة. (لرينونة، 2015، صفحة 104)

ويعتبر الحياد والموضوعية المثل الأعلى للممارس النفساني، ولكن قبل أن يصل إليهما بشكل كلي في الواقع، فالمعرفة النفسية لاهي موضوعية ولا محايدة في الحقيقة لأنها تمر باستمرار من خلال ذاتية الفاحص، فما يقدمه الفاحص للمفحوص من معطيات وما يدركه الفاحص من هذه المعطيات رهن بتفاعل لاوعي كل منهما مع لاوعي الآخر. وهذا المقصود بأن الفحص النفسي هو تفاعل بين ذاتيين. كما عبر عليه **فرويد** بقوله: إن لاوعي الطبيب يتوصل بفضل إنتاج لاوعي المريض الذي يصل إليه من تكوين صورة واضحة عنه. كما يؤكد "**جاك كوسينيه**" على ذلك بقولك: "يحاول الفاحص أن يستخدم شخصيته الخاصة حيث يستخدم أذن تصغي إلى الشخص المفحوص، وأخري تصغي إلى ذاته هو". فالإنصات إلى الذات المتأثرة بما يبعث الأخر من معلومات والمؤثرة فيها لا تقل أهميتها عن الإنصات للأخر.

ولهذا يشدد "**فرويد**" عل أهمية أن يكون لاوعي الفاحص قادر علي التقاط لاوعي المفحوص، كما يؤكد على ضرورة انتباه الفاحص لمقاوماته اللاواعية تجاه المواد التي يقدمها المفحوص. حيث تبرز المقاومة اللاواعية عند الفاحص كل مرة تمس فيها المواد التي قدمها المفحوص مأزم الفاحص أو مخاوفه أو الرغبات التي يتجنبها، وعندها فإنه يستجيب بشكل سلبي لاواعي يتراوح ما بين الفتور والبرود العاطفي والنفور أو النبذ العدائي شبه الصريح أو يتهرب من الوضعية، أو يصاب بظاهرة العمى المعرفي تلك الظاهرة التي تجعله عاجزا عن إدراك أمور من النوع الذي يثير انفعالات شديدة لديه. وهو لذلك قد يلجأ وبدون أن يدري لتحويل وضعية الفحص والتفاعل مع المفحوص بما يخدم حاجته إلى تجنب المشاعر التي تزعجه وليس كما هو مفروض نظريا إلى ما يخدم مصلحة المفحوص والغاية من الفحص.

كما على الفاحص أن يحذر تدخل رغباته الذاتية الواعية واللاواعية في إدارته للفحص مما يحوله كذلك إلى وضعية تخدم هذه الرغبات بدل أن تخدم الهدف العلمي، كما قال **فرويد** فإذا أطاع الممارس ميوله الذاتية زور كل ما يقدم له.

بالإضافة إلى ذلك ضرورة احتفاظ الممارس بحالة وسط من التفاعل العاطفي بينه وبين المفحوص. فلا ينخرط في علاقة عاطفية يتماهى فيها بمعاناة المفحوص ولا هو يتصرف ببرود كلي. فإذا هو انخرط في علاقة عاطفية فقد بصيرته وقدرته على التحليل العقلاني لما تحصل عليه من معلومات، أما إذا تصرف

ببرود كلي فقد يبعد المفحوص الذي يشعر أنه منبوذ قبل الفاحص. بل عليه أن يتعاطف إلى الحد الذي يسمح له أن يتفهم المفحوص ويساعد على التغلب على مآزمه ومعاناته. (الحجازي، 1993، صفحة 65)

3- شمولية النظرة:

ونقصد بذلك النظر إلى المفحوص كشخص كلي في وضعية كلية، سلوكه ومشكلاته هما نتيجة التفاعل والتداخل والتحديد المتبادل بين القوي الفاعلة في وجوده. وذلك بدل العزل وتجميد المفحوص في قوالب محددة كما يقول **لويس كورمان** في مقدمة كتابه الفحص النفسي للطفل: من الضروري الاحتفاظ دائما بنظرة جدلية وتاريخية، تهتم بالماضي والحاضر والمستقبل وجدلية العلاقة تشمل مجمل شروط وظروف وعلاقات المفحوص.

4- **تجنب السطحية والتسرع:**

من أكثر الأخطار التي يجب الحذر منها أثناء الممارسة النفسية التسرع في إطلاق الأحكام انطلاقا من أعراض أو مؤشرات سطحية، والتي قد يقع فيها الأخصائي النفسي لعدة أسباب منها رغبته في الحصول على نتائج سريعة لإثبات مهارته المهنية أو بسبب ضيق الوقت أو ميله إلى التعميم التشخيصي انطلاقا من بعض الأعراض التي قد يلاحظها في فئة عيادية معينة.

فالتسرع والسطحية يؤديان إلى عجز الأخصائي النفسي من فهم المفحوص ومعرفة ديناميات شخصيته، فالمعرفة النفسية تتطلب تعمق ودقة في الدلالات والجزئيات المخفية وراء الظواهر والسلوكيات الظاهرة لذلك يجب علينا أن نستكشف كل سلسلة الدلالات للوصول إلى المعرفة الحقيقية. فعلي المختص أن يأخذ وقته الكافي وأن يعطي المفحوص وقته الكافي للنضج المعرفي وبروز المقاومة المتبادلة. (عباس، 1996، صفحة 45)

أن الغاية في حديثنا على الالتزامات نحو الممارسة النفسية تهدف إلى التنبيه إلى ضرورة اليقظة في كل ممارسة نفسية وإلى الوعي بكل تعقيداتها، بذلك فقط يضمن الأخصائي نفسه نضجا مهنيا فعليا ويضمن لمهنته الاحترام والمكانة اللائقة. وبما أن الأخصائي النفسي يتعامل مع الإنسان فيجب عليه أن يتبع قواعد الأخلاق التي ركزت على فكرة احترام الشخص والكرامة الإنسانية. (favori, 1988, p. 11)

ظهرت المواثيق الأخلاقية الحديثة في ميدان الممارسة الإكلينيكية في الخمسينيات من القرن العشرين، وذلك عندما أصدرت جمعية علم النفس الأمريكية الميثاق الأول في عام (1953) تحت اسم معايير السلوك الأخلاقي للأخصائيين النفسانيين ثم بعدها أصدرت هذه الجمعية عدة تعديلات لمعايير الأخلاقية للأخصائي النفسي إلى أن صدرت الصورة الأخيرة في عام (2002) باسم المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسانيين ومعايير السلوك.

وتحمل المراجعة التي ظهرت عام (2002) للمعايير الأخلاقية للأخصائيين النفسانيين وقواعد السلوك خمسة مبادئ عامة، إضافة إلى معايير أخلاقية محددة تتعلق بالأنشطة المختلفة للأخصائيين الإكلينيكيين: التقييم، التدخل العلاجي، العلاج النفسي، البحث، الأنشطة الجنائية...وتتضمن المبادئ العامة ما يلي:

- **الإفادة وعدم الإيذاء:** يسعى الأخصائيون النفسيون دوما من أجل فائدة ومصلحة أولئك الذين يخدمونهم، وعدم إيذائهم.
- **الأمانة والمسؤولية:** هناك مسؤولية مهنية وعلمية للأخصائيين النفسيين نحو المجتمع، ونحو إقامة علاقات تتسم بالثقة.
- **النزاهة:** من المفروض أن تتسم جميع نشاطات الأخصائي النفسي بالنزاهة، والسعي بالتحلي ممارستهم بالشفافية والدقة والصدق.
- **العدالة:** إن لجميع الأشخاص الحق في الوصول إلى مهنة علم النفس، والإفادة منها، لذا ينبغي على الأخصائيين النفسيين أن يدركوا احتمالات تحيزهم وحدود كفاءتهم.
- **احترام حقوق الأشخاص وكرامتهم:** يحترم الأخصائيون النفسيون حقوق جميع الناس وكرامتهم، ويتخذون جميع التدابير التي تتضمن حماية هذه الحقوق.

وبالرغم من هذه المبادئ العامة ليست قواعد إلزامية من الناحية الفنية، إلا أنها تعمل كموجه للأخصائيين النفسيين، أما المعايير الأخلاقية المحددة فهي بمثابة قواعد إلزامية للسلوك، إذ أن الرابطة الأمريكية (APA) تلزم أعضاءها بالالتزام بهذه المعايير. (داود، 2017، صفحة 143)

يعد الميثاق الأخلاقي لجمعية علم النفس الأمريكية الأشمل بين المواثيق الأخلاقية التي صدرت عن جمعيات أخري مماثلة، ويحتوي هذا الميثاق من مجموعة من المبادئ العامة التي يسعي الأخصائي النفسي للالتزام بها أثناء ممارستهم لأدوارهم المهنية.

وتنقسم هذه الوثيقة إلى مقدمة وخمسة مبادئ أساسية التي تم ذكرها تتعلق بالمنحى الصحيح في السلوك والممارسة، وبناء العلاقات على الثقة والمسؤولية والتكامل والعدالة واحترام حقوق الناس وكرامتهم، يلي ذلك عشرة أقسام رئيسية تتناول المجالات المختلفة للممارسة المهنية هي الآتي:

1 – المعايير الأخلاقية: ويتضمن جل القضايا الأخلاقية، وسوء الممارسة والصراعات بين المعايير والقواعد المؤسسية التي يعمل الأخصائي فيها، والتعاون مع اللجان المسؤولية عن الأخلاقيات....

2 –الكفاءة: ويتضمن هذا القسم حدود الكفاءة وتقديم الخدمة في الظروف الطارئة ومواصلة دعم الكفاءة، وأسس إصدار الأحكام المهنية والعلمية، وتوجيه العمل للآخرين والمشكلات والصراعات الشخصية. والكفاءة العلمية والتي تعتبر شرط أساسي للمهنة والرخصة الإدارية للمهنة وهي التسريح الفعلي للمهنة والتي تخص الطلبة والباحثين الذين يقومون بتربصات ميدانية أو أبحاث ويتحتم عليهم أخذ تسريح إداري ولابد من مشرف علي تربصهم وبحثهم الميداني. حيث يكرس ميثاق أخلاقيات الجمعية النفسية الأمريكية (2002) قسما كاملا للمعايير الأخلاقية لموضوع الكفاية وبصورة عامة الأخصائيين الإكلينيكيين الأكفاء هم الذين يملكون القدرة والمهارة والخبرة الكافية للإكمال المهام المهنية التي يتولونها، فهم يقدمون الخدمات ويدرسون ويجرون البحوث مع العينات في هذه المجلات في حدود كفايتهم بناء تعليمهم وتدريبهم وخبرتهم تحت الإشراف والاستشارة والخبرة المهنية. (لرينونة، 2015، صفحة 106)

وإن الحصول على درجة الدكتوراه أو رخصة في علم النفس لا تجعل الشخص كفؤ بكل الأنشطة المهنية فلابد للأخصائي النفسي أن يكون كفؤ بالتحديد للمهمة معينة. ولا يكفي للأخصائيين النفسانيين فقط أن يصبحوا أكفاء ولكنهم أيضا أن يضلوا أكفاء وحسب المعيار الأخلاقي (يمارس الأخصائيين الإكلينيكيين جهودا مستمرة لتطوير كفايتهم والإبقاء عليها). ومن مظاهر الكفاية والتي لابد أن يظهرها الأخصائيون النفسانيون الكفاية الثقافية والتي تؤكد على ضرورة فهمهم العوامل المرتبطة بالعمر أو النوع أو العرق أو الثقافة أو الدين أو اللغة أو الوضع الاجتماعي الاقتصادي من أجل التنفيذ الفعال لخدماتهم أو للبحث.

فالأخصائيون الكفء يدركون أن العملاء يختلفون بطرائق مهمة ويختارون الخدمات التي تناسب تنوعهم الثقافي، وهذه الكفاية يمكن الحصول عليها بعدة طرق والتي تتمثل في العمل الدراسي، والخبرة المباشرة، والجهود لزيادة الوعي الذاتي لدي الأخصائي نفسه، والقراءات التي تكفلها الجمعية النفسية الأمريكية تساهم أيضا بشكل مهم في الكفاية الثقافية للأخصائيين الإكلينيكيين. (هاشم، 2018، صفحة 165)

3 – **العلاقات الإنسانية:** ويتضمن قضايا التعصب والتمييز بين الناس والتحرش الجنسي، والعلاقات المتعددة، وتضارب المصالح، واستغلال العلاقات، والتعامل مع المهنيين الآخرين، والحصول على الموافقة للعلاج، والخدمات النفسية المقدمة من هيئات أو منظمات.

4 – **الخصوصية والثقة:** ويتناول هذا الجزء القضايا الخاصة بالحفاظ على الثقة، وحدود الثقة، وعمليات التسجيل، والكشف والبوح بالمعلومات، واستخدام المعلومات لأغراض أخري.

5 – **الإعلان والتصريحات العامة:** ويتعلق هذا الجزء بتجنب التصريحات الخادعة، والصادرة من أشخاص آخرين، ووصف ورش العمل، والبرامج التعليمية، والعروض المقدمة في وسائل الإعلام.

6 – **حفظ السجلات والأجور:** بما في ذلك توثيق العمل المهني والحفاظ على السجلات، ومنع تبادل المنافع مقابل العمل المهني بين الأخصائي النفسي والعملاء، وتقديم معلومات صحيحة للجهات الممولة للبحوث، وقضايا الإحالة بين المهنيين.

7 – **التعليم والتدريب:** ويهتم بوضع البرامج التعليمية والتدريبية، وتصريح الطلاب بالمعلومات الشخصية والعلاج الفردي أو الجماعي، واختبار الطلاب ومن يخضعون بالإشراف.

8 – **البحوث والنشر:** ويتضمن إجراء البحوث والتعامل مع المفحوصين والمرضي، ونشر البيانات وحقوق المؤلفين، وترتيب أسماء الباحثين والقضايا الأخلاقية المتعلقة بملكية البيانات.

9 – **التقييم والقياس:** ويتضمن النصوص الخاصة بأسس القياس الاختبار وأهمية الحصول على الموافقات قبل إجراء الاختبارات، ومسؤولية تصحيح الاختبارات وتفسير النتائج ....

10 – **العلاج:** ويتضمن القضايا الخاصة بالعلاج والأساليب المستخدمة، وضرورة الحصول على الموافقات قبل العلاج، والعلاقة بين المعالج والعميل. (فرج، 2007، صفحة 318)

فعندما تظهر أي قضية أخلاقية يجب أن يتخذ الأخصائي النفسي أكثر القرارات الممكنة أخلاقيا، والميثاق الأخلاقي للجمعية النفسية الأمريكية (2002) لا يقدم أي نماذج معينة لاتخاذ القرار، لكن هناك عدة خبراء أكدوا على مثل هذه النماذج، من بينهم "**سيليا فيشر**" التي عملت كرئيس لفريق عمل ميثاق الأخلاقيات بالجمعية النفسية الأمريكية، وهي اللجنة المسؤولة عن إصدار (2002)، حيث اقترحت في كتابها "**فك شفرة ميثاق الأخلاقيات**" نموذجا لاتخاذ القرار الأخلاقي كما يلي:

- قبل أن تظهر أي معضلة أخلاقية، أسس بفعل ما هو ملائم أخلاقيا.
- اجعل نفسك على درجة جيدة بالميثاق الأخلاقي للجمعية النفسية الأمريكية.
- استشر أي قوانين والمبادئ التوجيهية المهنية ذات الصلة للموقف المعنى.
- حاول فهم أراء الأطراف المختلفة المتأثرة بالأفعال التي قد تتخذها، استشر زملائك (مع التحلي بالسرية دائما) للحصول على معلومات ومناقشات إضافية.
- حدد وقيم بدائلك.
- اختر ونفذ مسار الفعل الذي يبدو ملائما أخلاقيا.
- راقب وقيم فعالية مسار نشاطك.
- عدل واستمر في تقييم الخطة الأخلاقية حسب الضرورة.

وقبل الانتقال إلى استخدام أي نموذج اتخاذ قرار أخلاقي خطوة بخطوة، يجب أن يكون الأخصائيون النفسانيون مجهزون للتعامل مع المعضلات الأخلاقية، فعمل الأخصائي النفسي أخلاقي بالدرجة الأولي وليس مجرد ممارسة روتينية لذا من الأفضل أن يكون لديه نموذج محدد مسبقا لاتخاذ القرار مرشده الوحيد. (هاشم، 2018، صفحة 149)

تعديل للميثاق الأخلاقي للمشتغلين في علم النفس:

صدر هذا التعديل للميثاق الأخلاقي للمشتغلين في علم النفس في نوفمبر 2007، ويعتبر هذا الميثاق دستورا تعاهدي بين المتخصصين العاملين في الخدمة النفسية ونقصد بهم الحاصلين على الليسانس أو البكالوريوس أو الماجستير أو الدكتوراه في علم النفس، يلتزمون وفقا له بالسلوك الهادف.

كما يلتزم بهذا الميثاق أصحاب المهن التي تقدم خدمات معاونة للخدمة النفسية كالأطباء النفسانيين والأخصائيين الاجتماعيين ...ويتضمن هذا الميثاق المعدل ما يلي:

1 – المبادئ العامة للميثاق الأخلاقي المعدل:

– يحافظ الأخصائي النفسي على مظهره العام، متجنبا المبالغة محترما في هيئته ملتزما بالأخلاق الحميدة.

– يلتزم الأخصائي النفسي بصالح العميل ورفاهيته ويتجنب كل ما يتسبب في الإضرار به.

– يسعي الأخصائي النفسي إلى إفادة المجتمع ومراعاة الصالح العام، والدين والدستور والقانون.

– على الأخصائي أن يكون متحررا من كل أشكال التعصب الديني أو الطائفي .....

– يحترم الأخصائي النفسي في عمله حقوق الآخرين واتجاهاتهم وقيمهم التي قد تختلف عنه ولا يتورط في أي تفرقة على أساسها.

– يقيم الأخصائي النفسي علاقة موضوعية متوازنة مع العميل أساسها الصدق والثقة ولا يسعي لاستغلاله أو الاستفادة من العميل بصورة مادية أو معنوية إلا في حدود الأجر المتفق عليه مقابل الخدمة المقدمة، على أن يكون الأجر معقولا ومتفق مع القانون والأعراف السائدة.

– لا يقيم الأخصائي النفسي علاقة شخصية مع العميل يشوبها الاستغلال الجنسي أو المادي ...

– على الأخصائي النفسي مصارحة العميل بحدود وإمكانيات النشاط المهني دون مبالغة أو خداع.

– لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات فنية أو أساليب مهنية لم يتدرب عليها أو لا يجيدها أو لا يطمئن إلى صلاحيتها لاستخدام.

– لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات أو أجهزة تسجيل إلا بعد استئذان العميل أو موافقته.

– يوثق الأخصائي النفسي عمله المهني بأقصى قدر من الدقة، وبشكل يكفل لأي أخصائي أخر استكماله في حالة العجز عن الاستمرار في المهنة بأي سبب من الأسباب.

– لا يجوز نشر الحالات التي يدرسها الأخصائي النفسي أو يبحثها أو يعالجها أو يوجهها مقرونة بما يمكن للآخرين من كشف أصحابها (كأسمائهم، أو أوصافهم) منعا للتسبب في أي حرج له أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم.

– يقوم الأخصائي النفسي بعمليات التقويم أو التشخيص أو العلاج في إطار العلاقة المهنية فقط، وتعتمد تقاريره على أدلة تدعم صحتها كالمقاييس والمقابلات، على ألا يقدم هذه التقارير إلا للجهات المعنية بالعلاج، وعدا ذلك لابد أن يكون بأمر قضائي صريح. **(الميثاق الأخلاقي لعلم النفس)**

فللممارسة النفسية قوانين ومبادئ تحدد معالمها وطرق تطبيقها على الممارس النفسي التعرف عليها والالتزام بها والتي تنقسم إلى:

1- **القسم الأول:** الصفات التي لابد للممارس النفسي التحلي بها والتي تتمثل في ما يلي: قوة الشخصية والثقة بالنفس، الأمانة، الأصالة، المرونة القدرة علي الإقناع، التفكير التحليلي، روح المسؤولية. إذ تمثل هذه الصفات مفتاح نجاح الممارس النفسي، فهو بذلك يتمكن من تأطير العلاقة بينه وبين المفحوص، وتسيير المقابلة سواء كانت تشخيصية أو علاجية كما ينبغي أن تكون، ومساعدته على الخروج من أزمته النفسية.

2- **القسم الثاني:** فيتضمن المبادئ المتعلقة بالإطار الإجرائي للمهنة والتي تتمثل في:

- الإطار الزماني: وهو الوقت الذي يتفق عليه كلا الطرفين (المختص والمفحوص) التي يمكن إجراء الحصص العيادية أي متى وكم تدوم الحصة، هذا الاتفاق يساعدهما على السير قدما في علاقتهما العيادية.
- الإطار المكاني هو المكان الذي تجري فيه الحصص العيادية والتي لابد أن يكون مستقر ومناسبا حتى يساعد المفحوص على التكيف ويقوي العلاقة العلاجية ويضفي الثقة المتبادلة بين الطرفين.
- الاستعداد الكلي للمفحوص أي التفرغ والتجرد من كل المسؤوليات إلا مسؤوليته اتجاه المفحوص والاستقبال المرحب والمتواصل والتعاون معه قصد مساعدته في محنته ومشاكله النفسية والوجدانية.

- الإنصات المتمعن والذي يعتبر أداة ضرورية في مهنة المختص النفسي حتى يتمكن من فهم وضعية المفحوص ويركز على كل ردة فعل وهيئة ووضعية وحركة وصمت وابتسامة وثرثرة وتقطع في الكلام وهيجان وبكاء وضحك وغيرها من السلوكيات التي تنجم من طرف المفحوص. (لرينونة، 2015، صفحة 104)

التفهم الوجداني والذي يعتبر عنصر ضروري في أخلاقيات مهنة المختص النفسي ويعني تفهم المختص لوضع المفحوص وتقديرا له ومرافقته في وضعه المرضي وتقديم يد المساعدة بمهنته وتحكم في الحيادية الذاتية.

- السرية: تعد السرية من أقوي الخصائص بالممارسة الأخلاقية لعلم النفس الإكلينيكي وهي ضمن المبادئ العامة في احترام حقوق وكرامة الناس ويتمثل في معيار الحفاظ على السرية والذي يبدأ يقول على الأخصائيين النفسانيين تحمل مسؤولية اتخاذ احتياطات لحماية المعلومات السرية.

فالممارسة في علم النفس تؤكد على السرية فهي مهنة مؤتمنة من جانب الناس لتقديم تفاصيل خصوصية شخصية من أج لكسب ثقة العميل، ولكن هناك مواقف يكون على الأخصائيين فيها ملتزمين بكسر قاعدة السرية، مثل المواقف التي تضمنتها قضايا بالمحاكم.

وكذلك عندما يكون العميل طفلا أو مراهقا حيث يواجه الأخصائيين الإكلينيكيين صعوبات في خدمة القصر ويجبر الأخصائي النفسي يكشف تفاصيل محادثاته مع الطفل أو المراهق مع والديه وبطبيعة الحال الطفل يتراجع في مناقشة مشكلاته الشخصية مع الأخصائي عندما يعلم أن الأخصائي يشارك والديه بتلك المعلومات التي يسمعها، وفي الوقت نفسه من حق الوالدين معرفة تقدم طفلهما في العلاج النفسي ونجاح الممارسات الإكلينيكية مع الأطفال تعتمد أساسا على إشراك الوالدين في علاج الطفل. وفي بعض الأحيان يستطيع الأخصائيين النفسانيين مناقشة مشكلة السرية صراحة مع الطفل ومع والديه ويمكن الوصول إلى اتفاق مقبول متبادل. (هاشم، 2018، صفحة 154)

كما يمكنا تلخيص أهم المبادئ التي يجب على الممارس النفسي الالتزام بها أثناء تعامله مع الحالات النفسية في النقاط التالية:

– الالتزام بالمهنية وبأخلاق المهنة.

- الاستعداد اللامشروط أثناء الحصص التشخيصية والعلاجية.
- الخبرة والمهارة في التعامل مع المريض وأهله وذويه.
- التحكم في زمام الأمور والموضوعية أثناء المقابلة.
- المهنية والمرونة في فن الاتصال.
- التفهم والنضج التعاملي في حالات الهيجان والتوتر لدي المفحوص أو من يرافقه.
- الدراية بمستلزمات كل حالة في معالجتها.
- الإلمام بطرق بدء وقفل الحصص سواء التشخيصية أو العلاجية. (لرينونة، 2015، صفحة 104)

✓ **الأخلاقيات ومبادئ التي تخص التكوين:**

فالتطور الذي وصلت إليه المهنة العيادية لم يكن وليد الصدفة، بل نتيجة جهود متواصلة، بذلها العياديون حيث ركزوا كامل جهودهم في وضع البرامج التكوينية لإعداد الممارسين، فقد أدركوا أن التكوين الجيد هو أساس الممارسة الجيدة.

وبعدما تحقق لهم ذلك لم يكتفوا به بل راحوا يبحثون عن سبل المحافظة عليه، حيث قوموا بدراسات حول أهم المعايير التي تحدد كفاءة من يريدون الممارسة، فليس كل من لديه شهادة هو بالضروري أخصائي عيادي يمكنه الممارسة متى يشاء، وهذه المعايير والقوانين لا توجد تقريبا إلا في أمريكا.

فحسب دراسة "**فيشتر**" **Fichter** "**وويتشن**" **Witchen** فإن أغلب البلدان التي تناولتها الدراسة لا تملك تشريعا فيما يخص تنظيم المهنة العيادية، بينما كل الولايات الأمريكية لديها قوانين لتحديد المهنة.

والغرض من هذه القوانين حماية الناس من الممارسين الذين لا تتوفر فيهم الكفاءة المطلوبة، وخصوصا بعد التطور الكبير في عدد البرامج العيادية، وهناك قانونين لتحديد كفاءة الأخصائي العيادي ليسمح له بالممارسة في أمريكا:

أ- الرخصة:

✓ **شروط تربوية:** دكتوراه في علم النفس أو ما يعادلها مما يقره مكتب التأهيل.

- ✓ **الخبرة:** لابد من خبرة سنة أن سنتين تحت الإشراف في مؤسسة يقرها مكتب التأهيل.
- ✓ **إجراء امتحان:** التسجيل في هذا الامتحان يتضمن بعض الشروط الإدارية، الامتحان الكتابي (وفي بعض الولايات يرفق بامتحان شفهي) يتضمن من 150 إلى 200 سؤالا حول جميع ميادين علم النفس الأساسية (علم النفس العام، الفارقي، الاجتماعي، المنهجية، الإحصاء، البحث، بناء الروائز، الممارسة المهنية، التقدير، العلاج، المشاكل المهنية.)
- ✓ **شروط إدارية:** بلوغ سن محدد، المواطنة، الإقامة، بالإضافة إلى ضرورة التمتع بأخلاق حسنة.

ب –الشهادة: تمنع استعمال اسم الأخصائي النفسي على الذين لا تتوفر لديهم الشروط التي يحددها القانون. (بلميهوب، 2013، صفحة 100)

3- الأخلاقيات التي تخص التقييم الإكلينيكي:

هناك مبادئ وأخلاقيات تخص التقييم بالتحديد حيث يلزم ميثاق الأخلاقيات (2002) الأخصائيين النفسانيين باختيار الاختبارات التي تكون ملائمة لغرض التقييم والمجتمع الذي يتم تقييمه.

واختيار الاختبار يجب أن يتضمن عدد من العوامل منها كفاية الأخصائي، وثقافة العميل، ولغته، وعمره، وصدق وثبات الاختبار، والأخصائيون الذين يقومون ببناء اختبار جديد يجب عليهم تأكيد صدقه وثباته وتقليل تحيز الاختبار وإرفاقه بكراسة تعليمات متماسكة سهلة اللغة.

كما يركز الميثاق الأخلاقي (2002) على أمان الاختبار حيث يلزم الأخصائيين بضرورة حماية أسئلة الاختبار والبنود والمثيرات الأخرى الداخلة في الاختبارات السيكولوجية. ولا يسمح الأخصائيون للعملاء أخذ مواد الاختبار معهم إلى المنزل أو نسخها فوتوغرافيا لأن هذا يفقد قيمة الاختبار ويساء استخدامه ويؤدي إلى معرفة مسبقة للاختبارات النفسية ويعطي بطبيعة حال نتائج غير صادقة.

وعلي الرغم من أن الأخصائيين ملزمين على حماية مواد الاختبار فهم مجبرون على كشف بيانات الاختبار إلى العملاء عند الطلب وفي حالة الاعتقاد أن بيانات الاختبار أسيء استخدامها أو ستضر بالعميل. (هاشم، 2018، صفحة 166)

يسعي علم النفس العيادي مستندا على نموذج العالم الممارس، إلى تحقيق هدفه الرئيسي والمتمثل في بناء مهارة الفحص والتشخيص في شكل قوائم من المشكلات كبديل للتشخيص الطبي النفسي ومهارة التخطيط لوضع خطط علاجية نفسية ناجحة مع الأخذ بالاعتبار ثلاث قضايا في غاية من الأهمية والخطورة معا:

- تكامل النظرية (أي النظرية النفسية) مع الممارسة العيادية وفقا لتحيز علمي يقوم على التجريب على محك الواقع وليس للتحيز الانفعالي العاطفي المسبق.
- تكامل مجلات الخبرة البشرية المعقدة مع الممارسة العيادية.
- توظيف الأسلوب الشخصي في تنظيم الحالة المرضية وكتابة تقرير علمي عنها يلتزم بالأخلاقيات المهنية عن كل تفاصيل الحالات المرضية. (عدوان، 2016، صفحة 117)

فالغرض من هذه المعايير الأخلاقية والتشريعات هو حماية الناس من الممارسين الذين لا تتوفر لهم الكفاءة والمعايير المطلوبة، خصوصا بعد التطور الكبير التي عرفته مهنة الممارسة العيادية، وحتى لا يفقد الناس ثقتهم في هذه المهنة.

إذن تعتبر هذه المبادئ والمعايير الأخلاقية ضرورية تساعد الأخصائي النفسي العيادي في تعامله مع الحالات النفسية سواء في التشخيص أو الفحص أو العلاج، والتي إذا التزم بها المختص النفسي أوصلته إلى النتائج المرجوة والمرغوب فيها.

خلاصة الفصل:

مما سبق عرضه نلاحظ أن علم النفس الإكلينيكي مر في تتطور بعدة مراحل، فبعدما كان ينظر للمريض النفسي على أنه معاقب أو ملبس بالشياطين ويعامل معاملة قاسية، أصبح يدرك على أنه مريض يحتاج إلى علاج وتكفل خاص، وتطورت بعد ذلك النظريات التي تهتم بدراسة وفهم الاضطرابات النفسية وعلاجها، كما زاد الاهتمام بالمختص النفسي العيادي واتسعت مجالات نشاطه، حيث أصبحت تشمل كل من المستشفيات والعيادات والمدارس والمراكز النفسية والمراكز العسكرية...

وخصصنا بالذكر عن الممارسة الإكلينيكية حيث لاحظنا نقص الدراسات حولها، فحاولنا التطرق لأهم خطواتها ووظائفها الرئيسية المتمثلة في التشخيص والفحص والتصنيف والعلاج، التي تعتبر المهام الأساسية للمختص النفسي العيادي، فهم العمليات الضرورية التي لا يمكن الاستغناء عنها في مهنة الممارسة العيادية، ويفضلها يتمكن المختص النفسي من فهم الحالات والوصول بها إلى التوافق.

وتختلف أساليب التشخيص والعلاج باختلاف الخلفية النظرية التي ينتهجها للمختص العيادي في الميدان العيادي، فإذا كان محلل نفسي يوجه اهتمامه العيادي في فهم الحالة نحو ماضي المريض وخبراته الطفولية وبناءه النفسي وميكانيزماته الدفاعية، أما إذا كان سلوكي فهم يهتم بحاضر المريض ويساعده على تعديل سلوكه غير متكيف، وذلك باستخدام أساليب الإشراط والتعلم والتقليد...أما بالنسبة للمختص المعرفي فيوجه اهتمامه نحو إدراك المريض وفهمه، حيث يركز على الأفكار والمعتقدات الخاطئة هي سبب الاضطرابات النفسية ويساعد المريض على محاولة تعديلها وتصحيحها.

ورغم اختلاف الأساليب والمناهج التي ينتهجها الأخصائي النفسي العيادي أثناء أداء مهمته العيادية، فلابد له أن يحترم بعض المعايير والمبادئ الأخلاقية التي تتحتم على كل أخصائي نفسي اتباعها والعمل بها.

الفصل الثالث:

الأخصائي النفسي العيادي

تمهيد

1- تعريف الأخصائي النفسي العيادي

2- مجالات عمل الأخصائي النفسي العيادي

3- دور الأخصائي النفسي العيادي

4- سمات وخصائص الأخصائي النفسي

5- أدوات جمع البيانات للأخصائي النفسي العيادي

خلاصة

تمهيد:

يعتبر الأخصائي النفسي العيادي محور الممارسة النفسية فهو الذي يحرك ويتحكم في كل ما يتعلق بها، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى التعريف بالأخصائي النفسي ومجالات عمله، كما سنتطرق إلى

ومهامه ودوره حسب التشريع الجزائري والسمات الشخصية له وأدوات جمع البيانات التي يستخدمها العيادي.

1. تعريف الأخصائي النفسي العيادي:

يعرف "**ألان**" الأخصائي النفسي العيادي هو الذي يدرس الحياة العاطفية، العقلية والسلوكية للأفراد فهو يستعمل طرق خاصة للتحليل والتقييم والعلاج النفسي والإرشاد والوقاية.

فهو عالم نفسي يستخدم علومه للبحث الدقيق لتأكد من موضوعية عمله كما يستخدم طرق علمية لغرض فهم الآخرين والوصول بهم إلى التوافق.

وهو مختص في العلوم الإنسانية ومتخصص في تحليل السلوك فهو يدرس الإنسان في ديناميكيته الفردية وفي علاقاته مع الآخرين، وتكمن أهميته في التقييم والتشخيص، الوقاية، المساندة، الكفالة النفسية الفردية أو العائلية، العلاجات النفسية، البحث، التكوين، والإشراف على الفرق. (برزوان، 2016)

العيادي أو الأخصائي النفسي هو مهني يستخدم الأسس النظرية والفنيات السيكولوجية في ميدان الفحص والتشخيص والعلاج من أجل الفهم الدقيق لمستوي الصحة النفسية والمرض لدي المفحوص ومن الخصائص التي يجب أن تتوفر فيه هي القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين والاهتمام بهم، والإحساس بالمسؤولية، واحترام معايير المهنة وأخلاقياتها، والتمتع بالكفاءة المهنية واحترام الذات وفهمها، التعاطف، الأمانة والضبط الانفعالي. (زقار، 2015)

إن الأخصائي النفسي هو الشخص الذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات والذي يتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق العيادي كالطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي ... كل في حدود عمله، في إطار من التفاعل الإيجابي بقصد فهم ديناميات شخصية المفحوص، وتشخيص مشكلاته والتنبؤ

باحتمال تطور في حالته ومدي استجابته لمختلف أساليب العلاج ثم العمل للوصول بالمفحوص إلى توافق ذاتي – اجتماعي. أي أن الأخصائي هو الذي يجمع بين دوره بوصفه عالما ودوره بوصفه ممارسا عياديا.

ويعتبر "**مارتن**" (1980) أن المختص في علم النفس الإكلينيكي هو الشخص الذي يحصل على الدرجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي مع التدريب على القياس والتقويم والعلاج والبحث العلمي في هذا الحقل. (ياسين، 1981، صفحة 85)

2. مجالات عمل الأخصائي النفسي العيادي:

تعتبر المجالات التشخيصية والعلاجية للحالات النفسية من المناطق الهامة التي يقوم بها الأخصائي النفسي، حيث يقوم بدور أساسي في تقديم خدمات متكاملة بأساليب حديثة ففي مجال التشخيص يتميز الأخصائي بالتأهيل والتدريب على مهارة استخدام القياس النفسي وهو مجال هام يتم فيه تحديد استخدام أداوت واختبارات متعددة، ويمكن حصر مجالات الأخصائي النفسي في المجالات المتعددة لعلم النفس، والتي تنقسم إلى مجالات نظرية ومجالات تطبيقية:

- **مجالات نظرية:** والتي تهدف إلى توليد المعرفة واكتشاف القوانين التي تحكم السلوك وتطوير النظريات، وتختلف مجالات المختص النفسي باختلاف فروعها لنجد أهمها ما يلي:

أ- في مجال علم النفس التجريبي: يقوم المختصون في هذا المجال بإجراء تجارب علمية دقيقة لدراسة سلوك الإنسان والحيوان، وعادة ما تجرى هذه التجارب في المختبرات النفسية في الجامعات ومراكز البحث، وتهدف هذه التجارب إلى تغيير هذه الظواهر واكتشاف القوانين التي تحكم السلوك الإنساني، وتتميز تجارب العاملين في هذا المجال باستخدام استراتيجيات بحثية دقيقة ومحكمة واستخدم أجهزة دقيقة جدا لقياس استجابات ورود فعل الفرد أو الحيوان في الموقف التجريبي، وغالبا ما ينتمون في هذا المجال إلى المدرسة السلوكية أو المعرفية.

ب- في مجال علم النفس الفيزيولوجي: وينتمي هؤلاء إلى المدخل العصبي البيولوجي، ويهدفون إلى اكتشاف العلاقة بين العمليات البيولوجية والسلوك. ويدرسون مثلا كيث تؤثر كيميائية الدماغ والإفرازات الهرمونية في المواقف المختلفة من مواقف التعلم والتذكر والانفعال.

ت- في مجال علم النفس التطوري: يعمل الأخصائيون في هذا المجال على دراسة مجمل التغيرات التي تطرأ على شخصية الفرد منذ الإخصاب حتى الوفاة، فشخصية الفرد تنمو من الناحية الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية واللغوية والأخلاقية. ومن أهم التساؤلات التي تطرحها الباحث في هذا المجال: كيف يتطور الطفل من حيث عدة جوانب، التعلق بالوالدين، اللغة، النمو الحسي الحركي، التفاعل الاجتماعي...

ث- في مجال علم النفس الاجتماعي: ويدرس الكيفية التي يتفاعل بها الأفراد مع بعضهم البعض سواء أفراد أو جماعات ويهتمون بقضايا الامتثال، الطاعة، القيادة، التنافس، الانحراف.

ج- في مجال علم النفس الشخصية: يركز الأخصائي على دراسة السمات والخصائص الثابتة نسبيا عند الفرد، تلك السمات التي تجعل الفرد يسلك بشكل مختلف نسبيا عن الآخرون، وكذلك تتفاعل هذه السمات مع العوامل الموقفية للتأثير على السلوك، فسلوك الفرد يتأثر بسماته الشخصية: الانطواء، القلق الذكاء... وكذلك يتأثر بالعوامل الخاصة بالموقف مثل الأفراد الذين يتفاعل الفرد معهم مثل عددهم وسنهم وسماتهم ومدى ألفته يهم. ويركز الباحثون في هذا المجال على دراسة مواضيع مثل مفهوم الذات والعدوان والنمو الخلقي والأدوار الجنسية...

ح- في مجال علم النفس الشواذ: يدرس الأخصائي اضطرابات السلوك والشخصية ويقسم السلوك الغير السوي إلى عدة أنواع منها: العصابي، الذهاني، الاضطرابات النفس جسدية.

- **المجالات التطبيقية:**

أ- في مجال علم النفس الإكلينيكي أو العيادي: يعمل الأخصائي كمختص عيادي ويعمل على دراسة وتشخيص وعلاج السلوك غير السوي، أي المشكلات والأمراض السلوكية والنفسية، والأخصائي النفسي الإكلينيكي يخضع لتدريب مكثف لتشخيص وعلاج مشكلات نفسية متعددة يمكن أن يمر بها الأفراد تتراوح بين الحزن بسبب وفاة شخص عزيز إلى الفصام العقلي، أما أكثر المشكلات شيوعا والتي يتعامل معها الأخصائي الإكلينيكي فتشمل القلق، الاكتئاب، الخوف الوسواس، انحراف الأحداث، الإدمان. وبعض علماء النفس الإكلينيكي يجرون أبحاث علمية تتراوح بين تحديد الأعراض المبكرة للاضطرابات النفسية إلى دراسة العلاقة بين أساليب التفاعل الاجتماعي بين أفراد الأسرة والاضطراب النفسي.

ب- في مجال علم النفس الإرشاد: وهو مثل علم النفس الإكلينيكي يتعامل الأخصائي مع المشكلات النفسية للأفراد ولكن من نوع خاص، فهو يتعامل مع المشكلات التربوية والاجتماعية والمهنية، وكل مؤسسة تربوية بحاجة إلى مرشد نفسي ليساعد الطلبة على اختيار المهنة التي تناسب قدراتهم وطرق الدراسة الفعالة ورفع تقدير الذات وأساليب التعامل مع مشكلات الحياة اليومية مثل المشكلات مع الرفاق في السكن الجامعي، ويقوم بإحالة الأفراد ذوي المشكلات النفسية الحادة أو المزمنة إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي أو الطبيب النفسي، وهناك الإرشاد الأسري الذي يساعد الأزواج على فهم حاجاتهم ومشكلاتهم وطرق التعامل مع هذه المشكلات.

ت- في مجال علم النفس التربوي: والذي يهتم بشكل خاص بالعملية التعليمية وكيفية تأثيرها على الطالب وأساليب تطورها، فهو يهتم مثلا بكيفية تعلم الأنواع المختلفة من السلوكيات الإجرائية والوجدانية والمعرفية والاجتماعية وبأساليب فهم الذكاء وطرق تنميته، وبتطوير استراتيجيات تدريسية أفضل، فالمختص النفسي التربوي يضع الخطط التربوية لتنمية شخصية الطالب من كافة جوانبها الجسمية والعقلية والاجتماعية والأخلاقية.

ث- في مجال علم النفس المدرسي: حيث أن المشكلات المدرسية النفسية غالبا ما تظهر خلال سنوات الدراسة الأولى، لذا فالمدارس بحاجة إلى الأخصائي للتعامل مع هذه المشكلات، فالأخصائي النفسي المدرسي يركز على تقييم وعلاج مشكلات الأطفال والطلبة في المرحلة الابتدائية والثانوية الذين يعانون من مشكلات أكاديمية وانفعالية، فالأخصائي النفسي المدرسي يستخدم المفاهيم والمناهج النفسية لتطوير برامج في محاولة لتحسين ظروف التعلم للطالب، وهو يقدم النصائح والإرشاد للمدرس والطالب كما يستخدم التقييم التشخيصي للشخص وللاستعداد الدراسي انطلاقا من المشكلات الأكاديمية ويعمل على تعميم أجواء صافة ملائمة نفسيا للطالب.

ج- في مجال علم النفس الصناعي والتنظيمي: ويهدف إلى تطبيق الأساليب ونتائج الأبحاث النفسية لحل المشكلات التي تظهر في المجال الصناعي ففي بداية هذا المجال كان يستخدم اختبارات الذكاء والاستعدادات لاختيار العمال ووضعهم في الأماكن المناسبة حسب قدراتهم واستعداداتهم، فالأخصائي النفسي يحدد طريقة وحجم ونوع وتوقيت المكافأة للمتدرب، ويشارك

في تحليل المهمة المعقدة إلى مهام متدرجة في الصعوبة ويختار الوقت المناسب لتدريب الأفراد الذين يستفيدون منه، ويحدد طول مدة التدريب ويساهم في تطوير اتجاهات إيجابية عند العمال نحو العمل. كما يعمل على إرشاد العمال وتمنية أخلاقيات المهنة لديهم، ويحدد طرق الاتصال الفعالة بين الرؤساء والمرؤوسين ويساهم في تشكيل معدات فعالة مناسبة لبيئة العمل.

ح- في مجال علم النفس العسكري: ويهتم بالمشكلات والقضايا النفسية في المجال العسكري مثل اختيار الأفراد للمهام مختلفة وتعيينهم وتدريبهم واستشارة دافعيتهم وحالتهم المعنوية وتصميم المعدات العسكرية والحرب النفسية.

خ- في مجال علم النفس البيئي: ويدرس الأخصائي النفسي العلاقة بين البيئة الطبيعية والمادية وسلوك الأفراد، حيث أن سلوك الفرد يتأثر بالبيئة التي يعيش فيها، فطبيعة المنزل والكثافة السكانية والفوضى والضوضاء والتلوث والجمال والانسجام في البيئة من العوامل الطبيعية التي تؤثر على سلوك الفرد. (نصيرة، 2012، صفحة 147)

وقد تختلف مجالات عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي من بلد إلى أخر ومن حين إلى آخر في نفس البلد، بل إنها تختلف من مدرسة فكرية لأخرى في نفس المكان والزمان، ولم يعد يقتصر عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي على العمل في المستشفيات العقلية والمصحات النفسية، وإنما امتد ليشمل أيضا العيادات المدرسية والعسكرية، بالإضافة إلى مراكز التوجيه والإرشاد في المدارس والجامعات، كما امتد نشاط الأخصائي الإكلينيكي للسجون والإصلاحيات، ومؤسسات التخلف العقلي ومراكز الجانحين، ومؤسسات علاج الإدمان على الكحول والمخدرات. وحتى مجالات الصناعة والإنتاج تستعين بالأخصائيين النفسانيين للقيام بشؤون التوجيه والإرشاد النفسي للعاملين، من أجل صحة نفسية أفضل وطاقة أكبر على العمل والإنتاج. (محمود ن.، 2016، صفحة 17)

كما نجد الأخصائيين الإكلينيكيين يعملون في العديد من المؤسسات، في كليات الطب وعيادات الجامعات والعدد الأكبر يعملون في مستشفيات الصحة العقلية، وهناك من يعمل في المستشفيات العامة وفي مراكز علاج الراشدين والأطفال.

وللسيكولوجيين الإكلينيكيين أدوارا هامة في المؤسسات العامة الأخرى مثل مدارس المتخلفين عقليا والسجون ودور الإصلاح ومراكز التأهيل للأحداث الجانحين ومؤسسات فاقد البصر والصم والمعوقين

جسميا. كما استخدمت الصناعة العديد من السيكولوجيين لمواجهة مشكلات اختيار العمال وفقا لخصائصهم الشخصية، وكذلك يقوم السيكولوجيين بتقديم استشاراتهم للمؤسسات الحكومية فيما يتعلق بمشكلات قياس الشخصية والاختيار والصحة النفسية. (هنا، 1991، صفحة 27)

3. دور الأخصائي النفسي العيادي:

يعبر عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي مرتكزا على ثلاث مسؤوليات أساسية هي التشخيص والعلاج والبحث ومن هذه المسؤوليات تتفرع عدة مهام ونشاطات مختلفة، يمكنا تقسيم النشاطات التي يمارسها السيكولوجيين الإكلينيكيين إلى ثلاث مجموعات من المهارات أو الأساليب:

– المجال الأول المهارات في قياس الذكاء والقدرات العامة: وهذا النشاط لا يقتصر في مجرد قياس القدرة الحالية للفرد بل يتضمن أيضا تقدير إمكانياته وكفاءاته وأثر المشكلات والظروف التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية.

– المجال الثاني: والذي يتعلق بقياس الشخصية ووصفها وتقويمها وما يتضمنه من تشخيص السلوك المضطرب، وليس بهدف تحديد المرض الذي يشكو منه الفرد فقط، بل محاولة وصف الظروف السيكولوجية للفرد وصفا تفصيليا ودقيقا قدر الإمكان.

– المجال الثالث من مجالات الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية هو العلاج النفسي ويقصد به مختلف الطرق والأساليب التي يستعملها المعال ج قصد مساعدة المريض على فهم نفسه والوصول إلى توافق أفضل.(Huber، 1987)

كما يقوم الأخصائيين الإكلينيكيين بأعمال أخري إضافة إلى هذه الوظائف التطبيقية الثلاث، فعدد كبير منهم يقوم بالتدريس وإجراء البحوث، وبناء نظريات جديدة وأكثر ملائمة للطبيعة الإنسانية.

وقد قسم بعض العلماء أدوار الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى أربع تقسيمات متصلة مع بعضها وهي كالتالي:

أ– **دور الأخصائي النفسي في الفحص والتقدير**: يلعب الأخصائي النفسي الدور الرئيسي في عمليات التصنيف المختلفة، والتشخيص الفارقي حيث يحاول التمييز بين الذهان والعصاب وبين الاضطراب الوظيفي

والعضوي، ويستطيع الأخصائي الإكلينيكي باستخدام الاختبارات والمقاييس النفسية المختلفة أن يقدم تقييما لمدى واسع من الوظائف والقدرات ومظاهر السلوك وخصائص الشخصية مثل الذكاء والانتباه والإدراك والذاكرة بمختلف مستوياتها وأنواعها واللغة والكلام والأداء النفسي والحركي والنشاط الزائد والانبساط والانطواء والقلق والاكتئاب والمخاوف، وهناك عدة دراسات تعكس ما يمكن أن يقوم به الأخصائي النفسي في مجال الفحص والتقدير للمرضى النفسيين والعقليين وذوي الاضطرابات السلوكية وذلك باستخدام العديد من الاختبارات النفسية والمقابلات والملاحظات.

ب- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في العلاج: فدور الأخصائي النفسي في العلاج تزداد أهميته وتعدد جوانبها مع مرور الزمن، ففي ظل الازدياد الكبير للاضطرابات النفسية والعقلية بفعل تعقد الحياة وبحكم التطور التقني والحضاري المذهل أصبح العلاج النفسي من واجبات الأخصائي المدرب بحكم تخصصه، ويعني العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاجات يستخدم أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات سلوكية وانفعالية تبعا للمدرسة التي يتبعها المعالج النفسي.

وهناك العديد من أنواع العلاج النفسي كالعلاجي الجماعي أو الفردي، العلاج التحليلي وكذلك العلاج المتمركز حول العميل والعلاج المعرفي السلوكي... ويتم استخدام هذه الأنواع حسب نوع الاضطراب وعمر المريض وتعقد المشكلة وتوافر العوامل المسيرة للعلاج النفسي مثل الذكاء والطلاقة اللغوية والقدرة على التجاوب الانفعالي أو السلوكي، وهناك العديد من الأساليب العلاجية يمكن أن يستخدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي حسب فاعليتها المجربة مع نوعية المرض وعمر المريض ومن تلك الأساليب العلاج السلوكي يستخدم مع الاضطرابات السلوكية والذي يحاول حل مشكلات المريض السلوكية بأسرع وقت ممكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض (كاللجلجة، التبول اللاإرادي والنشاط الزائد وغيرها) وأسلوب الاسترخاء لعلاج القلق، والتدريب السلبي لعلاج الخلجات، والعلاج بالتنفير لعلاج السمنة والإدمان والشره المرضي، والعلاج بالغمر لعلاج القلق والمخاوف والانطواء الاجتماعي، والعائد الحيوي لعلاج الصداع الناشئ عن التوتر ومشكلات النوم، بالإضافة إلى العلاج باللعب والعلاج بالعمل والعلاج البيئي...

ج- دور الأخصائي النفسي في تفسير الاضطرابات السلوكية: يركز دور الأخصائي النفسي في مجال الاضطرابات السلوكية في البحث عن أسباب الاضطرابات النفسية والسلوكية بالاعتماد على النظريات والمناحي النفسية المختلفة ومنها المنحى التحليلي والسلوكي والمعرفي والوجودي والفردي والاجتماعي، حيث

يتعاون الأخصائي المدرب مع بقية الفريق العلاجي في تقديم استبصارات جديدة عن الأسباب المحتملة التي تفسر حالة المريض الذي يتعاملون معه مما يساعد ذلك في التشخيص والعلاج والتنبؤ بالحالة.

د- دور الأخصائي النفسي في إجراء البحوث: يمثل القيام بالبحث وظيفة هامة من الوظائف التي يجب أن يقوم بها **الأ**خصائي الإكلينيكي، وهناك خمسة أنماط من البحوث ذات الطابع الإكلينيكي التي يجب أن تتوفر لدى الأخصائي الإكلينيكي:

1- إجراء التجارب السلوكية على الحيوانات ويهدف للوصول إلى فروض محددة عن الطبيعة البيولوجية في الاضطرابات النفسية.

2- التحقق من الفروض التي توضح طبيعة الاضطرابات النفسية في مختلف الجماعات والفئات المرضية.

3- الفحص والتدقيق العملي في دراسة أسباب الاضطرابات النفسية.

4- المقارنة بين الأنواع المختلفة من العلاج.

5- الكشف عن العلاقات التي يمكن الحكم بها على إمكانية شفاء مريض معين.

تعتبر البحوث أساس العمل في أي مجال من المجالات ومنها الخدمة النفسية، وأداء الأخصائي النفسي لأدواره بشكل متقن يرتبط بمدى إجراءه للبحوث العلمية التي تعينه على هذا الإتقان.

ويمكن أن تخدم البحوث التي يجريها الأخصائي الإكلينيكي في مجال الاضطرابات النفسية أو السلوكية على وجه العموم عددا من القضايا والأهداف مثل قضية التصنيف من حيث وضع النظم التطبيقية ورفع درجات ثباتها وصدقها والبرهنة على تجانسها، بالإضافة إلى قضية التشخيص من حيث إرساء المحكات التشخيصية من خلال فحص الوظائف والقدرات، وأيضا قضية العلاج من حيث تخطيط ومتابعة وتقديم البرامج العلاجية، والمقارنة بين الأساليب العلاجية المختلفة، وقضية المآل والعوامل والمؤشرات التي تؤدي إلي تحسن المآل كإجراء دراسات حول دور العوامل المعرفية أو السلوكية أو الضغوط النفسية أو الاجتماعية أو أي عوامل أخري في حدوث المرض ومدى انتشاره، وغير ذلك من البحوث الهامة والضرورية التي يجب على الأخصائي الإكلينيكي أن يكون مستعدا لها ومدربا عليها.

إذن من أجل أن يكتمل تدريب الأخصائي الإكلينيكي يجب أن يشمل المجالات الرئيسية الثلاثة هي التشخيص والعلاج والبحث، وأي نقص في ميدان منها قد يؤدي إلى انتقاص من فعالية الأخصائي الإكلينيكي لوظيفته. (العتيبي ف.، 2011، صفحة 22)

ويؤكد "**شابيرو**" أن علم النفس الإكلينيكي كعلم تطبيقي يجب أن يعمل من خلال الطريقة العلمية، وأن مثل هذا العمل يتضمن الوصف الدقيق للمشكلات التي يتعامل معها وصياغة الفرضيات التفسيرية البديلة التي تعتمد أو تدعم بالمعرفة في ميدان علم النفس العام، واختيار هذه الفرضيات بالاختبارات المناسبة والتجارب والملاحظات العيادية الدقيقة، إذ أن ما يسمى بالملاحظات النوعية والحدسية (التي تقوم على الحدس) تعتبر فرضيات غير صالحة وضعيفة ما لم يتم التأكد منها تجريبيا.

ومن الضروري توضيح دور الطريقة العلمية في جميع مظاهر العمل الممارس حتى بالنسبة للتفاعلات التي تحدث بين لحظة وأخرى، الخاصة بالمرضى. إذ ليس هناك فروق بين العمل الإكلينيكي والبحث، فكل منهما يهدف إلى زيادة الدقة أي دقة الأفكار حول الاختلالات السيكولوجية والتعامل معها تجريبيا وعلاجيا. (بلميهوب، 2013، صفحة 93)

فقد قدر أن أكثر من 50% من البحوث التابعة للمعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) بأمريكا هي من إنتاج الأخصائيين النفسيين كما جاء في تقرير لجنة الصحة العقلية عام 1981.

كما بينت دراسة "**توركروس وبروشاسكا**" أن 7,9 % من العياديين هم باحثون. ويقوم العياديون ببحوث في مجالات مختلفة، حيث قدم "**براون**" (1972) قائمة بهذه المجالات والتي تضم: علم النفس الصيدلاني، تطور المشكلات في الشيخوخة، بناء الاختبارات ومدى صدقها، الشخصية، التشخيص والتوافق، نظرية التحليل النفسي، إجراءات العلاج، أمراض الدماغ، التخلف العقلي، الذهانات والعصابات والاضطرابات النفس جسمية، مشكلات الأسرة والزواج، بالإضافة إلى اختبار مدى فعالية أنواع العلاج النفسي، التصميم المنهجي، تحليل التجارب. وقد استطاع العياديون وضع تصميمات تجريبية في بحوثهم العلمية مما أدي إلي نقص الهوة بين البحث الأكاديمي والممارسة العيادية، بعد أن تلمس العياديون الباحثون الحاجة الماسة والملحة لاستعمال الطرق تجريبية في البحث العيادي وفي الممارسة العيادية على سواء، ومن أفضل التصميمات التجريبية التي تناسب الممارسة العيادية التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد Expérimental single subject design الذي يضع تأكيدا على الطريقة التجريبية نفسها وينطلق من

فلسفة العلوم الطبيعية لذلك فهو يسمح بدراسة العلاقات السببية بين المتغيرات. (بلميهوب، 2013، صفحة 97)

وهناك أنواع عديدة من التصميمات التجريبية أهمها:

1- التصميم التجريبي ذي الضبط المحكم: حيث اتجهت الأبحاث التجريبية في العقود الأخيرة إلي المزيد من الدقة والأحكام فأبتكر الباحثون تصميمات تحقق درجات عالية نسبيا من الضبط أملا في الوصول إلى المستوى الذي بلغته التجارب في العلوم الوصفية، ومما هو جدير بالذكر أن جوهر هذا النوع من التصميم العالي الضبط هو المجموعة الضابطة وسنذكر نماذج من التصميمات ذات الضبط المحكم:

- تصميم المجموعة العشوائية الاختيار ذات الاختبار القبلي والبعدي.
- تصميم المجموعات الأربع العشوائية.
- تصميم المجموعة الضابطة العشوائية الاختيار ذات الاختيار البعدي فقط.

2- التصميمات ذات الضبط الجزئي: من الصعوبة على الباحث في بعض المواقف أن يضبط كل العوامل المطلوبة لذلك يلجأ إلى نوع من التصميمات تعرف بذي الضبط الجزئي ومن نماذج هذا النوع من التصميم:

- تصميم المجموعة الضابطة اللاعشوائية الاختيار ذات الاختبار القبلي والبعدي.
- التصميم الدوري المجموعات.
- تصميم المجموعة الواحدة ذات الاختبارات المسلسلة القبلية والبعدية.
- تصميم المجموعة الضابطة ذات الاختبارات المسلسلة القبلية والبعدية.

1- **التصميم التجريبي ذو الحد الأدنى من الضبط:** يعرف باسم تصميم المجموعة الواحدة ذات الاختبار القبلي والبعدي، ويعد هذا النوع من أبسط أنواع التصميم التجريبي لما فيه من ضبط قليل، إذ يتناول عادة مجموعة واحدة يجري عليها اختبار قبلي في بداية التجربة تم اختبار بعدي في نهايتها بعد التعرض للمتغير المستقل. (العزاوي، 2008، صفحة 147)

ويهتم هذا التصميم أساسا بسلوك الفرد وبتنوع هذا السلوك، فالتنوع في سلوك الفرد وأدائه وهو ما يتعرض للتحليل التجريبي، لذلك فهو لا يحتوي على مقارنات بين المجموعات، فبدلا من مقارنة معدل الأفراد الذين يتعرضون للعلاج بمعدل أداء الأفراد الذين لا يتعرضون له، فإن هذا التصميم يقارن أداء الفرد نفسه تحت ظروف العلاج، وبدون العلاج، ويبذل الباحثون جهودا كبيرة لتحديد متغيرات الفرد نفسه تحت الظروف التجريبية.

ويتوفر هذا التصميم على الحكم التجريبي لأنه يتضمن عدد من ميكانيزمات التحكم الإجرائية التي توفر خطة شاملة لعزل أثار المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة، وتستبعد المتغيرات الدخيلة، وترفض الفرضيات البديلة، الأمر الذي يحقق الصدق الداخلي للنتائج التي يتم التوصل إليها، كما أنه يتوفر على ميكانيزمات أخرى تحقق الصدق الخارجي للنتائج دون حاجة للتقنيات الإحصائية، إذ أنه ينطلق من افتراض أساسي هو أن التعميم يبني على أساس التكرار. (بلميهوب، 2013، صفحة 95)

وقد توسع الباحثون العياديون في استخدام هذا التصميم في السنوات الماضية، إذ وجدوا من خلال بحوثهم وممارستهم أن هذا التصميم أكثر ملائمة للبحث في علم النفس العيادي من التصميم التجريبي الكلاسيكي تصميم المجموعات، لأنه يهتم أساسا بتطبيق البرامج العلاجية، ولأنه يسمح بالدراسة الواسعة والمكثفة للحالات الفردية، بالإضافة إلى قدرته على التحكم في المتغيرات ذات الدلالة الإكلينيكية عند المرضى الأفراد.

كما وجدوا أن هذا التصميم يحقق أهداف الممارسة العيادية بجوانبها الثلاثة: التشخيص والعلاج والتقويم، لذلك فهو يقلل الهوة بين البحث الأكاديمي والخدمة الإكلينيكية ويجعل أحدهما مكملا للآخر، وتوصلوا من الناحية الأخرى إلى أن إستراتيجية التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد تتفوق على استراتيجيات تصميم المجموعات في الميدان العيادي في مجالات عديدة منها:

- أنها تسمح بتقييم آثار العلاج على الحالات الفردية.
- أنها تحرر العيادي من ضرورة اختيار المجموعات الواسعة والمتعددة، إذ أن الباحث العيادي يواجه دوما مشكلة عدم التمكن من تشكيل مجموعات كثيرة ومتعددة من المضطربين، عندما يرغب في بحث العلاقات السببية بين الظواهر التي يدرسها.

- أنها تحرر العيادي من ضرورة اختيار العينة الممثلة للمجتمع، هذا الاختيار الذي يفرضه التصميم التجريبي الكلاسيكي والذي يكون أحد المعوقات الأساسية التي يواجهها الباحث حيث يتعذر عليه مثل هذا الاختيار في غالب الأحيان.
- أنها تحرر العيادي من ضرورة التعيين العشوائي، أو من ضرورة تحقيق التماثل بين المجموعات، هذا الاختيار الذي غالب ما يحول دون استخدام المنهج التجريبي في بحوث علم النفس العيادي. وهكذا أصبح الباحثون العياديون بفضل تطوير هذا التصميم، قادرين على بحث العلاقات السببية بين المتغيرات بعد أن كانوا يواجهون معوقات عملية كبيرة في هذا المجال.
- أنها تعتمد على القياسات المتكررة والمتعددة والمتابعة قبل العلاج وأثناء العلاج وبعد العلاج، لذلك فإن هذا القياس يقدم صورة أفضل لمسار التغيرات في المتغيرات التابعة، بالمقارنة مع تصميم المجموعات، الذي غالبا ما يعتمد على القياس القبلي والبعدي، ومن ثم يسمح بدراسة واسعة ومكثفة للحالات الفردية مما يضمن مستوي عاليا من منطق التعميم.
- لأنها تحرر العيادي من الدلالات الأخلاقية المتعلقة بعدم تقديم العلاج للمجموعات الضابطة التي هي في حاجة إليه.
- لأن تسمح بتقدير فعالية العلاج.
- لأنها أكثر مرونة من إستراتيجية تصميم المجموعات لذلك فهي تسمح بالتعديل خلال مسار البحث والممارسة العيادية، الأمر الذي يقود إلى بناء برامج عيادية جديدة.
- لأنها تسمح لجميع الأفراد الذين يشتركون في البحث بالاستفادة من الخدمة العيادية المباشرة.
- أنها تمكن العميل من اختيار إجراء علاجي معين وتفضيله حيث أنها تتوفر على عدد من الإجراءات العلاجية ذات الفعالية المتكافئة. (بلميهوب، 2013، صفحة 97)

حدد"**جولدنبرج**" الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفسي ب:

1- عمل الاختبارات النفسية والمقابلات الإكلينيكية من أجل تشخيص الحالة.

2- الإرشاد والعلاج النفسي للأفراد والأزواج والأسر والجماعات.

3- عمل البحوث النفسية من نمو الشخصية ووظائفها وأسباب المرض النفسي وطرق العلاج النفسي وغيرها.

4- اختيار وتدريب الجماعات غير المهنية كالمساعدين في مجال الصحة النفسية والجماعات التطوعية والإشراف عليهم.

5- تقديم الاستشارات النفسية للمؤسسات العلاجية من أجل وضع برامج لعلاج والوقاية من المرض النفسي. (العتيبي ف.، 2011، صفحة 27)

يتنوع دور الأخصائي في المجال الطبي وخاصة في مجال مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية وفي العيادات النفسية تبعا لخطة الموضوعة من الفريق العلاجي وحسب اتفاق أفراد الفريق على الأسلوب العلمي المناسب للممارسة العلاج النفسي.

ويعتبر العمل الأساسي للأخصائيين النفسيين داخل المستشفيات والعيادات النفسية هو التشخيص، حيث يتم تحديد المشكلة التي يعاني منها العميل ومعرفة الاضطرابات النفسية والعقلية ونوعية

الأعراض التي تظهر على المريض. وتظهر مهارة الأخصائي النفسي في التشخيص المبكر لأن اكتشافها مبكرا له دوره الفعال في نجاح العلاج.

ويؤكد "**فرانك**" وآخرين (1990) على ضرورة أن يكون للأخصائيين النفسيين دور فعال في تطوير السياسة العامة فيما يتعلق بالعلاج النفسي داخل مستشفيات الصحة النفسية التابعة لهيئة الصحية العالمية أو في العيادات النفسية والمستشفيات الخاصة وقد ألفت الرابطة النفسية الأمريكية اللوم على بعض منظمات الصحة لفشلها في تحويل المرضي أو العملاء إلى الأخصائيين النفسانيين للتشخيص والعلاج. وأكدت بأن الأخصائيين النفسانيين في وضع يسمح لهم بالمشاركة في السياسة الصحية والعلاجية للأمراض النفسية أو العقلية وذلك من خلال خبراتهم وتدريبهم الإكلينيكي نظرا لدورهم الحيوي النفسي والاجتماعي والمحللين في تشخيص وعلاج المرض، ومن تم فلابد من إدخال المفاهيم النفسية إلى مهنة الطب بجميع تخصصاتها. (فايد، 2004، صفحة 224)

كما اقترح "**كيلي**" (1998) عدة استراتيجيات تساعد الأخصائي النفسي في أداء مهام عمله بالمستشفى منها تكوين شبكة من العلاقات المهنية والاجتماعية مع مختلف العاملين بالمستشفى والعمل بروح الفريق إضافة إلى المبادأة والمبادرة في العمل.

فالأخصائي النفسي في المجال الطبي يتعامل مع مجموعة من الفئات المختلفة سواء كانت أفراد كالطبيب أو المريض، وقد يعمل بشكل جماعي كتعامله مع الفريق الطبي أ أو يعمل في إطار المجتمع المحلي الموجود فيه وهنا تتعدد وتختلف طرق ووسائل الاتصال المستخدمة مع كل فئة من هذه الفئات وهذا ما يبرر أهمية مهارة الاتصال للأخصائي النفسي في مجال العمل. (مناريني، 2015، صفحة 9)

وقد حدد "**اللوزي والزهراني**" (2012) عناصر الأداء المهني للأخصائي النفسي إلى خمسة عناصر:

1-العناصر التنفيذية: وتتمثل في قدرة الأخصائي النفسي على تحديد شروط ومتطلبات العمل في المجال الطبي والقدرة على الإنجاز في ظل الموارد والإمكانيات المتاحة بالمستشفى، وقدرته علي التعامل مع المشكلات المرضية ذات الطابع النفسي والاجتماعي جنبا إلي جنب مع الفريق الطبي.

2- العناصر الأكاديمية: وهي الدرجة العلمية التي حصل عليها الأخصائي النفسي ومدي معرفته بمهام العمل وأهدافه والمعرفة النظرية التي يمتلكها في نفس المجال.

3- العناصر التطورية: وتتمثل في عمل الأخصائي النفسي على نفسه من خلال اكتساب المزيد من الخبرات والمهارات والمشاركة في الندوات والمؤتمرات التي تعني بمجال عمله كأخصائي نفسي وكل ما يستجد في مجال المهنة.

4- العناصر الأخلاقية: متمثلة بمدي التزام الأخصائي النفسي بمبادئ المهنة والعمل في المجال الطبي كالمحافظة على أسرار المريض وخصوصيته، وطلب الاستشارة وقت الحاجة والقدرة على تحمل المسؤولية.....

5- العناصر الاجتماعية: التي تتضمن علاقة الأخصائي النفسي مع الفريق الطبي، وعلاقته مع إدارة المستشفى وبقية العاملين، وعلاقته المهنية مع المرضي وأسرهم.

وقد أشار "**سلطان**" (2003) إلى ثلاث أبعاد تميز أداء الأخصائي النفسي وهي:

. الجهد المبذول: ويقصد به كمية الجهد أو مقدار الطاقة الجسمية أو العقلية التي يبذلها الأخصائي النفسي في المستشفى أثناء قيامه بمهامه في فترة زمنية معينة وينعكس ذلك الجهد ايجابيا على المريض.

- نوعية الجهد: يقصد بها مدي الدقة والمهارة والابتكار والسرعة التي يتسم بها الأخصائي النفسي في الجهد الذي يقوم عمله مع الفريق الطبي أو أثناء تعامله مع مختلف الحالات المرضية ومدي خلو ذلك الجهد من الأخطاء.
- نمط الأداء: ويقصد به الطريقة والأسلوب التي ينفذ بها الأخصائي النفسي مهامه الوظيفية. (مناريني، 2015، صفحة 06)

وقد أقيمت سلسة من الدراسات حول النشاطات الذي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي ما بين عامين 1973 و1995، وقد تضمنت كل واحدة من هذه الدراسات عينة عشوائية من الأخصائيين المنتسبين لشعبة علم النفس الإكلينيكي(الشعبة 12) التابعة للرابطة النفسية الأمريكية(APA) حيث قام جارفيلد وكورتز بفحص أكثر من 800 استبانة تم جمعها عام 1973، بينما قام "**تورکورس وبروكاسكا**" بدراسة حوالي 500 استبانة تم جمعها عام 1981، كما قام **نوركروس وبروكاسكا وجالافر** بتحليل 579 استبانة جمعت عام 1986، كما قام **نوكورس وبروكاسكا وكارس** بجمع استبيانات من 546 أخصائي إكلينيكي في عام 1994- 1995، وأخيرا قام **نوركروس** وزملائه باستطلاع آراء 694 أخصائي إكلينيكي عام 2003، ونتائج هذه الدراسات موضحة في الجدول رقم 02.

يتضح من الجدول رقم (02) أن العلاج النفسي بمختلف أنواعه هو النشاط الأكثر شيوعا لدي الأخصائيين الإكلينيكيين وهو الذي يشغل وقتهم في جميع الاستبيانات منذ 1973 وحتى 2003، كما يعتبران التقييم والتشخيص نشاطان أساسيان بدورهما، كما نلاحظ تزايد نسبيا نشاط البحث العلمي عبر السنين(ليشغل حوالي 14% من نشاطات المستجيبين عام 2003) نظرا على حقيقة أن 39% من عينة عام 2003 كانوا متفرغين للعمل في العيادات الخاصة، فمن المهم أن نلاحظ أن هناك من الأخصائيين الإكلينيكيين من لا ينشر ولا ورقة بحث واحدة، وأن ما نسبة 40-50% مما ينشر من البحوث هي نتاج 10-15% فقط من الأخصائيين النفسانيين. كما يعتبر التدريس نشاط شائع نسبيا لدي الأخصائيين الإكلينيكيين، أما بنسبة للإدارة فقد ظل الوقت المكرس لها ثابتا بصورة دالة مما يعكس البيروقراطية السائدة في المجتمع الحديث. (داوود، 2017، صفحة 33)

الجدول رقم (02) يوضح النشاطات الإكلينيكية للأخصائي النفسي العيادي منذ 1995 – 2003:

النشاطات الإكلينيكية	نسبة المنخرطين به	
	1995	2003
العلاج النفسي	84	81
التشخيص/ التقييم	74	64
التدريس	50	49
الإشراف الإكلينيكي	62	50
البحث العلمي	47	51
تقديم الاستشارات	54	47
الإدارة	52	53

المصدر: د فوزي شاكر طعيمة داود، 2017، ص33

نلخص عمل الأخصائي النفسي في ثلاث مسؤوليات أساسية هي التشخيص والعلاج والبحث ومن هذه المسؤوليات تتفرع المهام الخمس التالية:

- ✓ العمل في العيادات النفسية أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية أو العقلية ويقوم فيها بالتشخيص أو العلاج أو بهما معا، كما يشرف على البحوث الإكلينيكية.
- ✓ العمل في المؤسسات الإصلاحية كمؤسسات الأحداث والمنحرفين ويقوم فيها بدراسة الحالات، وتقديم الاقتراحات الخاصة بتلك الحالات، ويساعد في توجيه الأفراد والعمل على تكيفهم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.
- ✓ العمل في ميادين الخدمة الاجتماعية، والإسكان، والتعمير، والصناعة ومكاتب العلاقات العامة مؤسسات التأمين ومكاتب التدريب والتوجيه المعنوي للقوات المسلحة.
- ✓ العمل في مجالات التوجيه المهني والتربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية والجامعية على اختلاف مراحلها، فيها يساعد الأخصائي النفسي الطلبة على اختيار التخصصات التي يلاءم إمكانياتهم ويقوم بدراسة مشاكلهم وإيجاد الحلول لها. ويستخدم في عمله الاختبارات والمقاييس

التي تساعده في التشخيص والتوجيه والإرشاد، كما يقوم بعملية العلاج طبقا لحجم المؤسسة وظروفها.

- ✓ العمل في مراكز البحوث متابعة الدراسات التربوية والصحية والاجتماعية، ويعمل في مراكز التخطيط والتنظيم والإدارة. (ياسين، 1981، صفحة 92)

3-1 دور الأخصائي النفسي العيادي حسب التشريع الجزائري:

جاءت نص المادة 47 كما يلي يقوم النفسانيون العياديون من الدرجة الأولي تجاه الأشخاص المتابعين أو الموضعيين في المؤسسات أو المصالح المتخصصة التابعة للشؤون الاجتماعية بمهام الوقاية والعلاج وإعادة التربية والاعتبار. فهم مكلفون بما يأتي:

– تطبيق الروائز النفسية دوريا وتفسيرها وتشخيص المرض النفسي وإبداء رأي عيادي حسب الحالة.

– المتابعة الفردية والجماعية للأشخاص المعنيين.

– المشاركة في اجتماعات فريق التكفل المتعدد الاختصاصات وفي اللجنة أو المجلس النفسي التربوي التابع للمؤسسة.

وفضلا عن ذلك يقوم النفسانيون العياديون من الدرجة الأولي بفحص خارجي خاص بالأشخاص الذين تتوفر فيهم شروط الالتحاق بالمؤسسة. (خرخاش، 2009)

اهتمت الجزائر كغيرها من الدول بتطوير الممارسة النفسية، فكانت البداية الأولي لتأسيس الخدمة النفسية العمومية من خلال قانون أساسي صدر في الجريدة الرسمية في إطار المرسوم التنفيذي المؤرخ في 16 أفريل1973، واستمر المشرع الجزائري في إصدار مراسيم تنفيذية أخري مؤرخة في 27 أفريل 1991 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالأخصائيين في علم النفس وحدد فيه مهام جديدة.

. المرسوم التنفيذي رقم 91. 111 مؤرخ في 12 شوال 1411 الموافق 27 أبريل وهو يتضمن القانون الأساسي الخاص بالأخصائيين في علم النفس.

1 . سلك الأخصائيين في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية.

الباب الأول: مدونة الأسلاك

المادة 16: تشمل مدونة الأسلاك الخاصة بالنفسانيين للصحة العمومية ما يلي:

– سلك النفسانيين العياديين للصحة العمومية.

– سلك النفسانيين في تصحيح التعبير اللغوي للصحة العمومية.

المادة 17: يشتمل سلك الأخصائيين في علم النفس العيادي على رتبتين:

– رتبة أخصائي في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية.

– رتبة أخصائي رئيسي في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية.

– رتبة أخصائي ممتاز في علم النفس العيادي التابع للصحة العمومية.

الفرع الأول: تحديد المهام

المادة 18: يكلف الأخصائيون في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي بالقيام بالمهام الآتية:

. اختبارات سيكولوجية.

. تحصيلات بسيكولوجية.

. تشخيص وتنبؤات سيكولوجية.

. توجيهات.

. مساعدة بسيكولوجية (توجيه، إرشادات، مرافقات سيكولوجية للمصاب بمرض خطير .....)

المادة 19: الأخصائيون في علم النفس الرئيسيون التابعون للصحة العمومية تحت سلطة المسؤول السلمي وفقا لاختصاصاتهم عند الاقتضاء وفي الهياكل التي عينوا فيها بالمهام التالية:

. استعمال تقنيات نفسية علاجية متخصصة.

. عمل في المؤسسة.

. تكوين الطبيين وشبه طبيين بالعلاقة مع المريض.

. استعمال بعض العلاجات النفسية الخاصة.

. العلاجات النفسية المدعمة.

. معالجة السلوك.

. معالجة الذكاء (عند الرضيع والطفل)

. رفع مردودية سير الفرق الصحية بإدارة العلاقات الإنسانية.

. مداومة جماعية.

. ديناميكية الجماعة.

. بسيكودراما.

. يشاركون في تكوين الأخصائيون في علم النفس العيادي. (بومعزة، 2017، صفحة 07)

الفرع الثاني: شروط التوظيف

المادة 20: يوظف الأخصائيون في علم النفس العيادي عن طريق مسابقة علي أساس الاختبارات من بين المترشحين الحائزين علي ليسانس في علم النفس فرع الطب العيادي أو شهادة معادلة لها.

المادة 21: يوظف الأخصائيون في علم النفس العيادي الرئيسيون التابعون للصحة العمومية كما يأتي:

1/ بالمسابقة على أساس الشهادات من بين:

– المتخصصين في علم النفس الحاصلين على شهادة ما بعد التدرج في نفس الاختصاص.

– المختصين في علم النفس المثبتين (3) سنوات أقدمية بهذه الصفة.

– الحاصلين على شهادة ما بعد التدرج في علم النفس العيادي، أو على شهادة معادلة لها.

2/ بامتحان مهني في حدود 30% من المناصب المطلوبة شغلها من بين الاختصاصين في علم النفس العيادي التابعين للصحة العمومية ولهم 5 سنوات أقدمية بهذه الصفة.

الفرع الثالث: أحكام انتقالية للإدماج:

المادة 22: يدمج في سلك الاختصاصين في علم النفس العيادي الاختصاصين في علم النفس العيادي التابعون للصحة العمومية، المترسمون والمتمرنون الذين يعملون في الهياكل الصحية التابعة لوزارة الصحة.

المادة 23: يدمج في سلك الاختصاصين في علم النفس العيادي الاختصاصين في علم النفس العيادي التابعون للصحة العمومية:

– الاختصاصيون في علم النفس التابعون للصحة العمومية الحائزون على شهادة ما بعد التدرج في علم النفس العيادي أو شهادة معادلة لها.

– الاختصاصيون في علم النفس الذين لهم 5 سنوات أقدمية بهذه الصفة الذين شغلوا بصفة المنصب النوعي للاختصاص في علم النفس الرئيسي.

– الاختصاصيون في علم النفس التابعون للصحة العمومية الذين لهم 8 سنوات خدمة فعلية وشغلوا وظيفة عالية أو منصب عالي وسيروا أو نسقوا مشاريع ودراسات وبحوث وأعمال تحقيق في الاختصاص.

– الاختصاصيون في علم النفس التابعون للصحة العمومية الذين لهم 5 سنوات ممارسة فعلية بهذه الصفة وتابعوا تكوين إضافيا مدة 6 أشهر على الأقل.

الباب الثاني المناصب العليا: الأحكام المطبقة على المنصب العالي التابع لسلك النفسانيين للصحة العمومية:

الفرع الأول: تحديد المهام:

المادة 41: يكلف النفساني المنسق للصحة العمومية بما يأتي:

– تنسيق وتأطير فريق من النفسانيين للصحة العمومية.

– تنظيم عمل الفريق.

- السهر على الانضباط في إطار ممارسة المهنة.

- ضمان التنسيق مع المستخدمين الطبيين وشبه طبيين والإداريين.

- تقييم نشاطات النفسانيين للصحة العمومية.

- دراسة واقتراح كل تدبير يرمي إلى تحسين نوعية الخدمات.

الفرع الثاني: شروط التعيين:

المادة 42: يعين النفسانيون المنسقون للصحة العمومية من بين:

- النفسانيين العياديين الرئيسيين والنفسانيين في تصحيح التعبير اللغوي الرئيسيين للصحة العمومية على الأقل، الذين يثبتون ثلاث سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

الباب الرابع: تصنيف الرتب والزيادات للمنصب العالي:

المادة 43: تطبيقا للأحكام المادة 118 من الأمر 06-03 المؤرخ 19 جمادى الثاني عام 1427 الموافق ل 15 يوليو 2006، يحدد تصنيف الرتب التابعة للأسلاك النفسانيين للصحة العمومية طبقا للجدول التالي:

الجدول رقم (03) يوضح تصنيف الرتب التابعة للأسلاك النفسانيين للصحة العمومية:

السلك	الرتب	التصنيف	
		الصنف	الرقم الاستدلالي الأدنى
النفسانيون العياديون للصحة العمومية	نفساني عيادي للصحة العمومية	12	537
	نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية	14	621

	نفساني عيادي ممتاز للصحة العمومية	19	713
النفسانيون في تصحيح التعبير اللغوي للصحة العمومية	نفساني في تصحيح التعبير اللغوي للصحة العمومية	12	537
	نفساني في تصحيح التعبير اللغوي رئيسي للصحة العمومية	14	621
	نفساني في تصحيح التعبير اللغوي ممتاز للصحة العمومية	16	713

الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية/ العدد43، ص8

4 الفريق العيادي الذي يعمل معه الأخصائي النفسي العيادي:

يتكون الفريق العلاجي الذي يعمل معه الأخصائي النفسي من عدة مختصين حيث يتعاون معهم في تشخيص الحالات وعلاجها كل حسب تخصصه في نواحي مكونات الشخصية المختلفة، حيث نجد المختص الطبي والمختص الاجتماعي ومختصين آخرين، وسنعرض فكرة عامة عن كل هؤلاء:

1- المختص الطبي: وينبغي أن يكون حاصلا على بكالوريوس في الطب على الأقل، مضافا إليه دبلوم في الطب العقلي، كما يجب أن يكون على درجة كافية من التدريب في أعمال العيادات النفسية بحيث يقضي ستة شهور على الأقل كفترة تدريبية في إحدى العيادات تحت إشراف خبير، ويجب أن يكون ذلك التدريب في عيادة مختصة بتدريب المختصين مثل عيادة التدريب بلندن، وقد يكون في العيادة الواحدة عدة مختصين طبيين لذلك من أحسن تخصص بعضهم بطب الأطفال.

وينبغي أن يكون المختص الطبي ملما بعلم النفس، وخاصة سيكولوجية النمو وسيكولوجية الطفولة، حيث لاحظ "**ويتمر**" **Witmer** أن الكثير من المختصين في الطب العقلي ينقصهم الإلمام بسيكولوجية الطفولة، والكثير من مشكلات الأطفال لا ترجع إلى أساس عضوي أو فسيولوجي بل تكون أسبابها متصلة بالعلاقات العائلية وتفاعل الطفل مع البيئة، لهذا لا يجب أن ننظر للوالدين أنهما مصدر للمعلومات أو منفذين فقط بل يجب الاهتمام بهم والانتباه من تصرفاتهم وانفعالاتهم مما لها تأثير على مشكلة الطفل.

وينبغي أيضا أن يكون المختص الطبي ملما الماما كافيا بالظروف الاجتماعية المحيطة وعلى دراية كافية بأعمال المؤسسات التي يقضي فيها المريض وقته ويتعاون معها في تحسين حالة المريض، حيث يأخذ بعين الاعتبار تأثير نفسية المريض بعلاقاته مع من حوله.

وتكمل وظيفة المختص الطبي في تشخيص الحالة من الناحية الجسمية والطبية العقلية بمقابلته وتوجيه عدة أسئلة حول شكوى المريض وأسبابها، سواء كانت من النواحي التشريحية أو الوظيفية أو الصحة العامة. ويقوم ببعض نواحي الكشف الطبي كقياس ضغط الدم أو عمل الأشعة أو عمل بعض التحاليل التي يراها ضرورية.

ولهذا تخصص للمختص الطبي قاعة خاصة مزودة بأدوات الكشف الطبي ومستلزماته المختلفة كأن يكون بها أجهزة لقياس الحواس مثل الأوديومتر لقياس دقة السمع، أو أجهزة قياس التنفس، أو قياس التيارات العصبية... كما يكلف المختص الطبي بتقارير عن كل حالة في السجل الخاصة بها.

2- المختص الاجتماعي: يعتبر دور المختص الاجتماعي ضروري ضمن الفريق العلاجي لأهمية تأثير القوى الديناميكية في حياة الأسرة والوسط الاجتماعي في المشكلات النفسية، وتأكيدا لضرورة عدم الاكتفاء بدراسة الفرد من الناحية الطبية والنفسية فقط، بل لابد من أن تكون هذه الدراسة في ضوء العلاقات الاجتماعية المحيطة بالحالة موضع البحث. وهذا يتطلب الاتصال والتغلغل ببيئة الحالة، وتقصي العوامل المتفاعلة في تكوين المشكلة. وهذا ما يكون دور المختص الاجتماعي حيث يجمع المعلومات الضرورية عن الحالة الاجتماعية من جميع نواحيها، ويقوم بالاتصال بالبيئات ذات الصلة بها سواء كان ذلك في المنزل أو المدرسة أو المصنع أو الملجأ أو المستشفى وغير ذلك، وتشمل هذه البيانات نوع الشكوى وتاريخها، ثم المحاولات التي بذلت قبل الالتحاق بالعيادة لعلاج المشكلة مثل العلاجات السابقة، الاستشارات التي يقدمها المحيطون بالحالة والتي قد تؤثر في تقدمها أو تعقدها. ثم دراسة الفرد بمن يحيطون به ونظرتهم للمشكلة، كما يجمع البيانات المتصلة بتاريخ حياة الفرد والعلاقات العائلية السائدة في المنزل من استقرار عائلي أو تفكك في الأسرة أو نزاعات ...

لذا ينبغي على المختص الاجتماعي أن يتواصل مع المؤسسات المختلفة التي قد تساعده في جمع بياناته عن الحالة كالمدرسة أو المستشفى أو المصنع... كما يشارك المختص الاجتماعي في عمل

الإحصائيات والأبحاث المأخوذة من حالات العيادة، كما يقوم بتقارير عامة حول أعمال العيادة ونواحي نشاطها، كما يشترك في اجتماعات المختصين للمناقشة في تشخيص حالة والاقتراحات اللازمة لعلاجها.

2- **مختصين آخرون:** يستعين الأخصائي النفسي في عمله بمختصين في نواحي مختلفة من التشخيص والعلاج النفسي. فمثلا يجب أن يساعده مختبر الذكاء أو من يتدربون على إجراء الاختبارات العقلية كاختبار الذكاء واختبارات الشخصية وغير ذلك. فإجراء الاختبارات النفسية يحتاج إلى تدريب وإعداد خاص، ولا يصح أن يوكل أمرها إلى المختص الطبي أو المختص الاجتماعي إلا إذا أعد الإعداد اللازم لهذا الغرض. بالإضافة إلى أرطفوني التي يختص بحالات الأطفال أو الكبار ممن يعانون مشكلة تتعلق بعيوب النطق والكلام، وينبغي أن يكون هذا المختص معدا الإعداد اللازم للقيام بمهمته، ويوجد بلندن معهد خاص لإعداد هذا نوع من المختصين حيث يلتحق به الطلاب بعد الحصول على شهادة الدراسة الثانوية فيقضون به ثلاث سنوات يدرسون في أثناءها مواد دراسية متعلقة أمور النطق والكلام، كعلم مخارج الأصوات وعلوم التشريح ووظائف الأعضاء مع الاهتمام الخاص بجهاز الكلام وفسيولوجية الأنف والأذن والحنجرة. (بركات، 1952، صفحة 43)

يذكر "**حامد زهران**" أن هناك ثلاث نماذج سائدة لإمكانيات العمل ضمن عمل متكامل:

– **النموذج الأول:** هو التخصص الواحد، حيث يجتمع مجموعة من الأشخاص المتخصصين في المجال نفسه للتعاون على رعاية حالات تقع ضمن اختصاصهم، مثل اجتماع عدد من المعالجين النفسانيين للتبادل الخبرات والتشاور حول الحالات التي يتناولونها، والغالب أن لهذا الفريق طبيعة تدريبية تعليمية.

–**النموذج الثاني:** فريق متعدد التخصصات ويتألف من مجموعة من الأشخاص المتخصصين في مجالات مختلفة ويهتمون في نفس الوقت بظاهرة أو بحالة محددة تمت اختصاصهم إليها بشتى من الصلة، مثل اجتماع الطبيب النفسي مع طبيب الأسرة مع المعالج النفسي بالإضافة إلى المتخصص الاجتماعي أو المتخصص في التربية الخاصة لتغطية جوانب مختلفة تتعلق بطبيعة الأشراف والرعاية للحالة موضوع البحث.

-**النموذج الثالث:** فريق البين تخصصي ويضم أشخاص من تخصصات قريبة من بعضها أو هي تخصصات فرعية لتخصص أشمل كاجتماع الطبيب النفسي مع طبيب الأعصاب وطبيب التغذية، أو اجتماع المعالج النفسي مع المرشد النفسي واختصاصي القياس النفسي.

ويقصد بالفريق العلاجي في الأدبيات النفسية النموذج الثاني والذي يضم أشخاص من اختصاصات متنوعة كاجتماع طبيب الأسرة والطبيب النفسي والمعالج النفسي والمرشد النفسي وقد يمتد ليشمل اختصاصي القانون والمتخصصين في الدراسات الدينية في بعض الحالات مع إمكانية دخول بعض أفراد أسرة المريض ضمن إطار هذا الفريق. (سلطان ع.، 2008)

وتحدد مهام أعضاء الفريق بالدرجة الأولي في التفهم والانفتاح والتقبل لاختصاصات الآخرين وخبراتهم ووجهات نظرهم، بهدف تحقيق الرعاية المتكاملة للحالات التي تقع ضمن مجال اختصاصهم. إن اندماج أعضاء الفريق في وحدة متكاملة يقلق من الحساسيات الناجمة عن موضوع تراتب السلطة بين أعضاء الفريق، وينعكس هذا إيجابيا على مستوي الخدمة المقدمة قبلهم للأفراد.

السمات التي يجب أن تتوفر في أعضاء الفريق يمكن تحديدها في النقاط التالية:

- معرفة كل فرد من أفراد الفريق بحدود اختصاصه ودوره في الفريق.

- المعرفة الجيدة بالمسائل التي تتطلب استقاء المعلومات منها ومواجهتها بشكل مشترك من اختصاصات مختلفة أو ما يسمي المجالات البينية.

-المعرفة الجيدة بطبيعة اختصاص بقية أفراد الفريق وما يستطيع كل منهم تقديمه.

- تطوير أفراد الفريق قدراتهم والمشاركة المتبادلة في برامج الفريق ككل.

وقد أشارت "**مارك**" وآخرون (1991) إلى اتفاق الفريق العلاجي في مستشفيات الصحة النفسية والذي يشمل على الأخصائيين النفسانيين والأطباء النفسانيين والأخصائيين الاجتماعيين والمحلين النفسانيين على المستوي القومي في الاهتمام بالأداء السيكولوجي الصحي الجيد في علاج العملاء. والتأكيد على الأخصائيين النفسيين في الاهتمام بالإسهام الفعال في علاج الحالات المرضية المختلفة. وهكذا يعد دور الأخصائي النفسي من الأدوار البارزة في الفريق العلاجي بالمستشفى أو العيادة النفسية وهو الطبيب النفسي،

الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، أعضاء آخرون في العيادة (مؤقتون، دائمون) وحيث يكون دور الأخصائي الإكلينيكي مركزا على القيام بالمقابلات العميقة مع العميل للتعرف على خبراته الماضية وأفكاره وتخيلاته التي تعبر عن شخصيته العميقة، كما يعتمد على الوسائل الإسقاطية التي تعتمد على تقديم مثيرات غامضة (مثل اختبار الروشاخ) حتى تعطي المريض فرصة في إدراكه لهذه المثيرات أن يسقط حاجياته اللاشعورية ودوافعه الداخلية التي تحكم سلوكه الظاهر.

وقد استمر الأخصائيون النفسانيون لمدة مائة عام في دراسة المرض العقلي وعمل الأبحاث العلمية، وقدموا إسهامات عديدة في مجال اكتشاف وتشخيص وعلاج الفصام والاضطرابات العقلية الأخرى، ولقد كانوا يعتمون على العلاج الجماعي لمساعدة المرضى على تنمية مهاراتهم حتى يعيشوا حياة تتسم بالاستقلالية. حيث يرى "**جونسون**" (1989) **Jahnson** أن الأخصائي النفسي له دور فعال في مستشفيات الأمراض النفسية، فقد اهتم أعضاء الاتحاد القومي للمرضى العقليين بمحاولة التوصل إلى أحسن علاج ممكن للمرضى العقليين وأمكن تحقيق هذا الهدف بمساعدة المختصين في مجال الصحة النفسية بما في ذلك الأخصائيين النفسانيين، حتى استطاعوا استخدام الأساليب العلاجية المناسبة لهؤلاء المرضى، بالإضافة إلي العلاج النفسي للأسر الذي يوجد عندهم مريض عقلي، والتعاون بين الأخصائي والأسرة في دراسة التاريخ التطوري للحالة والأعراض النفسية التي تنتاب المريض، وبهذا نجد أن الأخصائي النفسي له دور كبير في مجال علم النفس المرضي وفي علاج المراهقين والأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية. (فايد، 2004، صفحة 132)

وفي النفس يرى "**بيرنيهم وماريس**" 1989 أن الأخصائي النفسي يقدم الإرشاد لأسر المرضى عقليا، كما يرشد هيئة العاملين بالمستشفيات العقلية إلى معرفة مهام وأعباء أقارب المرضى والالتزام بالسرية التامة بالعلاقة العلاجية، حيث يشعر المريض وأقاربه غالبا بالحساسية الشديدة نتيجة لوجوه هذه الأمراض لاعتقادهم بأنها وصمة عار من قبل المجتمع.

ويوضح بعض علماء النفس مدى الدور الذي يلعبه الأخصائي النفسي في علاج الأمراض السيكوديناميةومنهم "**كوشرام ومايس**" (1989) حيث اهتم كلا منهما بالدور الفعال الذي يقوم به الأخصائيون النفسيون في علاج المشكلات النفسية المترتبة على مرضى الإيدز، وتخفيف مشاعر القلق والاكتئاب، وانخفاض تقدير الذات، بالإضافة إلى مدى تأثير الأخصائيين النفسيين بحكم كونهم خبراء في

تغيير وتعديل سلوكيات أفراد المجتمع ودراسة العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية إلى الانحراف الجنسي، وتعليم عامة الناس كيفية تجنب العوامل المسببة لمرض الإيدز. كما اهتم "**إليوت وجراملينج**" (1990) بمعرفة الدور الذي يلعبه الأخصائي النفسي في مجال العلاج النفسي لذوي الأمراض الجسمية وخاصة المرضى ذوي الاضطرابات الجسمية المزمنة، حيث يوضح لنا مدي دور الأخصائي في إعادة التوافق النفسي ومفهوم الفرد عن ذاته والقدرة على مواكبة الواقع والتكيف مع الظروف المرضية، ويستخدم الأخصائيون النفسانيون أحدث فنيات القياس النفسي لقياس مدي التوتر والقلق الناجم عن المرض الجسمي. كما يساهم الأخصائي النفسي بقدر كبير في التوجيه والإرشاد النفسي لذوي الأمراض السيكوسوماتية وهذا يتطلب منه الإلمام بالوسائل العلاجية المختلفة.

بالإضافة إلى فريق PMI الذي يعمل في مراكز الطفولة المسعفة والذي يتكون من طبيب أطفال وأخصائي نفسي وممرضات أطفال وسكرتير، والذين يتشاركون بعدة مهام مثل رعاية الأطفال، والقيام بتقارير، ويقوم الاخصائي النفسي بالتدخل حسب الطلبات والاحتياجات والمهام الموكلة إليه. وفريق ASE الذي يتكون من أخصائي نفسي ومعلمين متخصصين وأخصائيين اجتماعيين وسكرتير طبي اجتماعي ومربيات، حيث يضمن الفريق متابعة الأطفال الموكلين للتبني. (schauder, 2007, p. 153)

5 مؤسسات الصحة النفسية التي يتواجد فيها الأخصائي النفسي العيادي:

اهتمت المجتمعات بصحة أفرادها النفسية من خلال إقامتها لمؤسسات الرعاية النفسية وتوفر هذه المؤسسات للأفراد خدمات متعددة تشمل أشكالا من العناية والتوجيه والإرشاد والعلاج ثم التأهيل بعد الاضطراب أو الإصابة ومن أهم هذه المؤسسات التي ترعى الصحة النفسية:

أولا: المستشفيات: تشمل هذه الفئة من المؤسسات تلك المراكز التي تتوفر فيها شروط الإقامة، ويكون مدى عملها وتخصصها واسعا، وتكون الوسائل فيها كثيرة ومتنوعة، ويمكن أن تنقسم إلى عدة أنواع:

1- **المستشفى العام للأمراض العقلية:** والذي ينحصر عمله بالاضطرابات النفسية الشديدة وتوافر إمكانيات ضخمة مثل وسائل التشخيص أو وسائل العلاج الطبية والنفسية وتدخل في ذلك المركبات الصيدلانية والصدمات الكهربائية ووسائل العلاج النفسي المختلفة.(رشوان، 2005، صفحة 123)حيث تهتم هذه المستشفيات بالمشكلات النفسية والعقلية التي تطورت مع مرور الزمن بسبب إهمال علاجها إلى درجة تؤثر

على صاحبها وعلى المحيطين به تأثيرا شديدا ملموسا، من حيث تعذر الانسجام مع المجتمع، أو قيام الشخص بنشاطاته اليومية وأداء عمله بحيث يصبح حالة مرضية.

وتتفاوت هذه المشكلات في شدتها ودرجاتها من مظاهر القلق والضيق النفسي والشعور بالتعب وغيرها من الأعراض التي يشعر بها الكثير من الأشخاص العاديين إلى حالات الهياج وعدم ضبط النفس ومظاهر الشذوذ المتفاوتة التي تصل في حالتها القصوى إلى ما يسمي بالجنون. (بركات، 1952، صفحة 10)

2- **مستشفيات الليل ومستشفيات النهار:** وتأخذ هذه المستشفيات اسمها من الفترات الزمنية التي تمارس خلالها مهماتها ويضم المستشفى النهاري كل الوسائل اللازمة للخدمات النفسية، والرعاية خلال النهار ويأتي المريض لهذه المستشفيات في النهار للاستفادة من الخدمات ويعود ليلا إلى بيئته الطبيعية، أما المستشفى الليلي فيعمل ليلا ويقدم خدماته للمرضى الذين يحتاجون لوقاية ليلية ومداومة خلال الليل.

3- **القسم أو الجناح النفسي في المستشفيات العامة:** نظرا للعناية الزائدة في الدوائر الصحية بالعوامل النفسية وبصلة المرض الجسمي بالمرض النفسي، أقيم في المستشفى العام المختص بالأمراض الجسمية جناح خاص بالأمراض النفسية وتتوفر فيه وسائل التشخيص والعلاج.

ثانيا: العيادات النفسية: تعتبر العيادات النفسية إحدى مؤسسات الخدمة الاجتماعية التي تهدف للتوافق والانسجام بين الفرد والمجتمع، حيث تعتبر من الوسائل المساعدة على تحسين الصحة النفسية للأفراد بدراسة المشكلات التي تواجههم، وبمعرفة الإمكانيات المستطاعة للجهود التي ترفع من شأن هؤلاء الأفراد وشأن المجتمع، وبفهم القوى الهدامة التي يمكن أن يؤدي تجاهلها إلى المرض النفسي أو اضطراب حياة الفرد وحياة من يحيطون به.

إذن فالمقصود بالعيادات النفسية تلك المؤسسات الاجتماعية التي تختص ببحث وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية للأفراد عن طريق دراسة حالتهم من جميع نواحيها، وتتبع كل حالة في ماضيها وحاضرها قصد توجيهها لمستقبل مزهر، وذلك بتعاون فريق من الأخصائيين الذين تشمل نواحي تخصصهم مكونات الشخصية كلها، من البيولوجية الطبية، والنفسية العقلية، والاجتماعية، حيث يتكون الفريق من الأخصائي

الطبي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي وغيرهم، ويتعاون جميعهم في بحث كل حالة بحثا شاملا ليكون التوجيه والعلاج على أساس سليم. (بركات، 1952، صفحة 10)

تظهر العيادات النفسية في أشكال مختلفة، بعض هذه العيادات واسع ويضم عددا كبير من الأخصائيين وبعضها ضيق، بعضها عام من حيث من يعتني بهم وبعضها خاص بالأطفال والمسنين والعمال. بعضها تابع لمؤسسات حكومية أو اقتصادية أو اجتماعية.

حيث يشير المنشغلون بهذه العيادات على ضرورة تحديد وظيفتها، أي يجب أن تحدد كل عيادة لنفسها أنواعا معينة من الحالات التي تستطيع خدمتها ومساعدتها بحسب إمكانياتها وأغراضها، يجد نجد عيادات تقتصر فقط على حالات الأطفال، وأخري تهتم بحالات الكبار فقط، كما أن بعض العيادات تزيد في تحديد عملها باختيار أنواع خاصة من المشكلات النفسية حيث لا تقبل الأنواع الأخرى التي لا يمكنها معالجتها. لهذا تتعدد العيادات النفسية لأنواع مختلفة:

1-**العيادات النفسية العامة:** وتتبع هذه العيادات للدولة أو لمؤسسة اجتماعية أو خيرية أو اقتصادية أو مدرسية، وتضع عددا كبيرا من الأخصائيين الذي يتعاونون في معالجة الحالات، منهم طبيب نفسي أو أكثر معالج نفسي إكلينيكي أو أكثر، متخصص نفسي في الخدمة الاجتماعية، وتقدم هذه العيادات العلاج للأشخاص الذي يحالون عليها مع بقائهم مع الجماعة، وتستخدم وسائل مختلفة للتشخيص والعلاج، وتستقبل هذه العيادات غالبا الحالات التي تعاني من اضطرابات حادة. (رشوان، 2005)

- **عيادات إرشاد الأطفال:** وهى عيادات تبحث عادة عن حالات مشكلات الأطفال اليومية، حيث تتفاوت هذه المشكلات في البساطة والتعقيد، ومن أبرزها مخاوف الطفل، وعناده ومقاوته، أو كونه خجولا جدا ومنطوي، أو ميله للعزلة وأحلام اليقظة، ومشكلة مص الأصابع أو قضم الأظافر، أو كونه نشطا أكثر من اللازم بحيث يمتد نشاطه إلى التخريب والتدمير، أو كونه قلقا وعصبيا، بالإضافة إلي مشكلات النوم والأكل، ومشكلات التبول اللاإرادي، وعيوب النطق أو التلعثم في الكلام، أو بعض الاضطرابات المتعلقة بالتأخر الدراسي وبعض انحرافات الأطفال في السلوك كالمشكلات الجنسية أو السرقة أو غيرها.

- **العيادات النفسية التربوية:** وتهتم هذه العيادات بسير التلميذ الدراسي أو سلوكه المدرسي، ومن أهم الخدمات التي تؤديها هذه العيادات هي التوجيه حيث تقوم ببحث حالة التلاميذ المتقدمين إليها لمعرفة

ميولهم وقدراتهم العقلية ومستواهم التحصيلي، تم توجيههم إلى أنواع التعليم والمدارس التي يمكن أن يسير وفيها بنجاح. كما تهتم هذه العيادات أيضا بحالات الذين يعانون من عجز في متابعة التعليم بسبب نقص الذكاء أو الضعف العقلي، أو بسبب عاهة جسمية أو بسبب اضطرابات العلاقات العائلية بشكل يجعل من الصعب على التلميذ مواصلة دراسته بانتظام، وحالات أخري تتعلق بسوء علاقة التلميذ بغيره من التلاميذ أو بالمعلم. بالإضافة إلى حالات التأخر الدراسي في ناحية معينة من نواحي الدراسة كحالات التأخر في الحساب أو القراءة أو الكتابة، إذن تهتم هذه العيادات بمختلف المشكلات التي تظهر آثارها في حياة التلميذ المدرسية.

– **العيادات النفسية للأحداث المنحرفين:** وهي العيادات التي تختص في المشكلات العدوانية التي امتدت للعبث بحقوق الغير، وأصبحت مشكلات خاضعة لسلطة القانون، ولهذا يطلق عليها جرائم الأحداث، ومن أمثلها حالات القسوة علي الأطفال أو الحيوانات، وحالات التعدي عن الغير بالضرب أو الأذى أو القتل، حالات التخريب والإتلاف وإيقاع الضرر بممتلكات الغير، وحالات إشعال الحريق، وحالات السرقة والنهب والاغتصاب والاعتداءات الجنسية، حالات التشرد والهروب، وأيضا حالات الانتحار وغيرها... وكل هذه المشكلات تتفاوت درجاتها في مقدار الضرر والنتيجة، وتعالج العيادات النفسية حالاتها من حيث البحث عن دوافعها وأسبابها وآثارها في الصحة النفسية، بقصد تقويم الحدث وإصلاحه، بناءا علي دراسة العوامل الذاتية والاجتماعية التي أدت إلي ارتكاب هذه الذنوب والآثام. (بركات، 1952، صفحة 10)

- **وظائف العيادات النفسية:**

لا يقتصر نشاط العيادات النفسية على مجرد دراسة الحالات ومشكلاتها المختلفة فحسب، وإنما يشمل وظائف مختلفة تهتم بتحقيق الأغراض الآتية:

– **الغرض القافي والوقائي:** تعتبر العيادة النفسية مركزا لتوجيه الإرشادات والتوجيهات العلمية المتعلقة بالصحة النفسية، عن طريق ما تقوم به من محاضرات ونصائح يحضرها الآباء والأمهات والشباب وغيرهم. وقد دلت التجارب على تجاوب الأمهات ومن يهمهم تربية الأطفال مع هذه الاجتماعات وتكوين جماعات صغيرة للمناقشة في القضايا التي تخص التربية التي تعقد تحت إشراف العيادة، حيث يجري فيها تبادل الرأي في معاملة الأطفال وموقف الكبار حول التغيرات العقلية والمزاجية التي تحدث في مراحل نموهم المختلفة، كقضية المراهقة مثلا، كما تقوم بعض العيادات أحيانا باستعراض نماذج من الحالات المختلفة

لتوضيح حاجتها للمساعدة ومدى ما يمكن للآباء والأمهات وغيرهم عمله نحوها. ونوجد في أمريكا أنواعا عديدة من العيادات تهتم بهذه الناحية كل الاهتمام وتدعى Visitin Clinics. ويساعد على تحقيق هذا الغرض ما تصدره العيادات من نشرات ومطبوعات تشمل نماذج وأمثلة عملية عن واقع الحالات التي تم بحثها فعلا في العيادة، وتهدف بذلك إلى التأثير المباشر في تحسين أساليب الأفراد في السلوك والمعاملة والعادات مما يؤدي إلى رفع مستوي الصحة النفسية بينهم.

-**الغرض العلمي:** يمكن للعيادة النفسية أن تكون محطة ناجحة للبحث العلمي، إذ أن فيها مجالا واسعا للاستفادة من تحليل الحالات، والحصول بطريقة مباشرة على المعلومات الصحيحة عن المشكلات النفسية المختلفة وعواملها الكثيرة، حيث تستطيع البحث عن العوامل المشتركة بين أنواع معينة من الحالات، وأن تقف على خطوات تطور المشكلة النفسية وأثر التربية الأولى في نشأتها، وهذا يساعد كثيرا على التأكد من مدي صحة النظريات العلمية التي يقول بها بعض العلماء فيما يتعلق بعوامل تكوين الاضطرابات النفسية والعقلية. ويرتبط بهذا الغرض العلمي أيضا قيام المختصين بالعيادة بتبسيط الحقائق العلمية في علم النفس وجعلها ذات قيمة تطبيقية بحيث يمكن أن تطبق في المسائل التربوية اليومية، وذلك عن طريق الاتصال المباشر بميادين الحياة العملية والاشتراك مع الآباء والمدرسين والمسؤولين عن المصانع ورجال القانون والدين وغيرهم في بحث الحالات ودراسة أساليب السلوك المختلفة.

ويمكن للعيادات أن تساهم في المجال التعليمي بالإرشاد في وضع وتنظيم برامج التعليم، وفي تحسين أساليب التربية وطرق التدريس، وفي توجيه الاختبارات المدرسية إلى القيمة التشخيصية التي تهدف إلي تقدير ما يمكن للتلميذ أن يصيبه في عمله، وفي أهمية تنظيم السجلات المدرسية التي تتناول شخصية التلميذ وأساليب سلوكه من جميع النواحي والتي يجب أن تستكمل وأن تنتقل معه أين يذهب من فصل إلي آخر ومن مدرسة إلي آخري، التي تمثل عاملا مساعدا على توجيه مستقبله.

وكثيرا ما تعمل هذه العيادات على تأليف الاختبارات النفسية التحصيلية وتجريبها وتقنينها، للاستفادة منها في النواحي القياس العقلي وأغراضه المختلفة.

- **الغرض التدريبي:** ومن أهم وظائف العيادة النفسية إعداد وتدريب الأخصائيين النفسانيين في مختلف النواحي التي تهتم بها، فتقوم بتدريب مختصين نفسيين تحت إشراف ذوي الخبرة من أفراد فريقها. ومن أمثلة العيادات النفسية التي تهتم بهذا الغرض التدريبي عيادة لندن التدريبية المشهورة والتي تسمى London

Training Centre ومن هذه العيادات أيضا العيادات النفسية الملحقة بمعاهد علم النفس. ولهذا نجد عددا من المختصين الذين يقضون مدة ستة أشهر وسنة تحت التدريب بعد حصولهم على المؤهلات العلمية في نواحى تخصصهم، ويقوم هؤلاء بمساعدة المختصين وتعهد إليهم مسؤولية إرشاد وبحث الحالات بالتدريج.

- **الغرض التشخيصي العلاجي:** وهذا هو عمل العيادة النفسية الأساسي الذي يتلخص في تشخيص الاضطرابات النفسية للحالات التي ترد إليها وتقديم المساعدة والعلاج الممكن. وتختلف أنواع المساعدات التي تقدمها هذه العيادات حسب نوع المشكلة وظروف الحالة وتنقسم هذه المساعدات أحيانا إلى نوعين وهما:

1- تقديم المساعدة الجزئية ويحدث هذا عادة في الحالات التي تكتفي فيها بتشخيص حالة ثم إحالتها إلى مؤسسة خاصة أو إلى جهة أخري أقدر على المساعدة، بحيث يقتصر عمل العيادة هنا علي إرشاد الحالة لخير الطرق الممكن إتباعها معها، ومن أمثلة ذلك ما يحدث في حالة ضعاف العقول حيث تكتفي بقياس ذكائهم والتأكد من درجة النقص العقلي عندهم مع تقديم الإرشادات الممكنة في معاملتهم.

2- تقديم المساعدة الكلية: حيث تقوم العيادة بواجب التشخيص والعلاج بما يتطلب الانتفاع بجهود المختصين جميعا متعانون كل من ناحيته، وبما يطلبه ذلك من تتبع لتطور العلاج حتى ترك الحالة للعيادة وهذا ما يسمي بالخدمة التتبعية.

ثالثا: مراكز الرعاية والتأهيل: وتضم هذه الفئة من المؤسسات المراكز التي تقدم خدمات خاصة للأفراد الذي يعانون من سوء التكيف أو الذين خرجوا إلى الحياة بعد فترة من العلاج النفسي الناجح، وتختلف هذه المراكز عن المستشفيات من حيث أهدافها وتكوينها والوسائل المتوفرة فيها، ومن بين هذه المراكز نجد:

1- مراكز الرعاية العامة: وتوفر هذه المراكز فرص لقاء بين الأشخاص الذين عانوا من اضطرابات نفسية شديدة ونجح العلاج النفسي في مساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم وتوفر هذه المراكز عادة وسائل التسلية المختلفة والكثير من الأدوات التي تقدم الرعاية النفسية الجيدة على طريقة العلاج الجماعي.

2- مراكز رعاية المسنين: ينحصر عمل هذه المراكز على رعاية مشكلات التكيف التي يعانيها المسنون حيث توفر لهم مكان مناسب للقاء فيما بينهم كما توفر تعلم مهارات جديدة تتناسب مع مستوي قوتهم ومحاولة شغل وقت فراغهم بممارسة الرياضة أو بعض الهوايات، كما تضمن هذه المراكز مكان إقامة لهم،

والكثير ما يكلف عدد من المسنين إدارة أشكال من النشاط داخل المركز وهو تكليف يتم عادة بالانتخاب أو الاختيار للأنشطة. (رشوان، 2005، صفحة 128)

3- **مراكز التوجيه المهني:** وتهتم هذه المراكز بالأشخاص العاديين ولكنهم بحاجة إلى الإرشاد والتوجيه لخير ما يناسبهم من الأعمال وما يساعدهم على النجاح في الحياة. فلهذه المراكز أهمية خاصة بفئة العمال ومحيطهم وفي تنشيك الصناعة وتحسين الإنتاج، حيث تقدم البيانات اللازمة عن مختلف الأعمال والمهن والصناعات الممكن للشخص أن يختار منها ما يناسب قدراته، كما تركز هذه المراكز على أهمية دراسة الشخص نفسه دراسة تحليلية لنواحي قوته وضعفه ومعرفة ميوله وقدراته وإمكانياته بقصد توجيهه إلى ما يناسبه من المهن والأعمال. ويمتد نشاط هذه المراكز إلى تحليل خطوات العمل في الصناعات المختلفة، وهذا يساعد كثيرا على توجيه الأفراد لأنواع العمل المناسبة خصوصا في حالات ذوي العاهات ومن يعانون نقصا في ناحية ما يمكن إلحاقهم بأنواع من العمل المناسب لهم والذي يؤدي إلى نجاحهم ورضاهم النفسي.

4- **المراكز النفسية الحربية:** وتهتم بالحالات المتعلقة بالجنود أو الضباط الذين يريدون معرفة مدى صلاحيتهم لأنواع الأعمال الحربية وأسلحة الجيش المختلفة عن طريق قياس استعداداتهم وقدراتهم العقلية وصفاتهم المزاجية، وتقوم هذه المراكز أيضا بدراسة حالات الانهيار العصبي والأمراض النفسية التي تؤثر في الروح المعنوية للقوى المحاربة، بحيث يستبعد من هذه القوات من لا يصلح للخدمة العسكرية، وبحيث تعالج الحالات الممكن تحسنها لتوجه إلى أنواع مناسبة من الأعمال العسكرية. (بركات، 1952، صفحة 10)

5- **المركز الطبي النفسي:** هو هيكل مركزي لخدمة المستشفيات العامة التي تتمثل مهمتها في تلقي جميع طلبات الرعاية من الأشخاص الصابين بأمراض نفسية وعقلية، حيث تظهر فيه مظاهر متنوعة لعلم النفس المرضي، يغطي عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي في قطاع الرضع والأطفال والأحداث مجالا سريريا واسعا، وتتضمن تدخلاته على مستويات مختلفة من نظام الرعاية الصحية (العمل الإكلينيكي، العلاج النفسي، والعمل داخل المركز مع فريق الرعاية الصحية، والعمل داخل المركز مع المتخصصين في مجال الطفولة. (schauder، 2007)

6- سمات وخصائص الأخصائي النفسي العيادي:

لابد أن تتوفر لدي الأخصائي النفسي مجموعة من الصفات الإيجابية التي تجعله عنصرا ناجحا في تعامله مع الأسوياء وغير الأسوياء. وتصبح هذه السمات ضرورية لأنها تساعده علي حسن التكيف مع الظروف المختلفة.

ويجب أن تكون لديه قدرة خاصة على فهم الآخرين ودوافعهم وإحباطا تهم، وأن تكون لديه شخصية ثابتة وناضجة ذات توزن انفعالي ونظرة شاملة وبعيدة لكل ما يتصدى له واجبات.

أكدت اللجنة التي ترأسها شاكو والتي شكلت بقرار من الجمعية الأمريكية أن الذكاء الفائق لا يصنع وحده الأخصائي النفسي الجيد لذلك لابد من الاهتمام بالبعد الأخلاقي والإنساني في تكوين الأخصائيين العياديين، وخلصت إلى تحديد الخصائص الشخصية الآتية:

- المهارات العالية.
- الأصالة وسعة الحيلة.
- حب الاستطلاع.
- الاهتمام بالأفراد كأشخاص.
- أن يتمتع الأخصائي النفسي بقدر عالي من الاستبصار لدوافعه ومشاعره ورغباته وحاجاته.
- الحساسية لتعقيدات الدوافع.
- التحمل.
- القدرة على تكوين علاقات طيبة ذات أثر مع الآخرين.
- المثابرة.
- المسؤولية.
- اللباقة.

- القدرة على ضبط النفس.

- الإحساس بالقيم الأخلاقية.

- الأساس الثقافي الواسع.

- الاهتمام العميق بعلم النفس عامة وعلم النفس العيادي خاصة. (بلميهوب، 2013، صفحة 14)

- أن يتمتع بمستوي عال من الضبط الانفعالي والذاتي لأن تكامل الشخصية والاتزان من العناصر الضرورية التي توحي بالثقة. وأن يكون مخلصا أمينا محافظا على وعوده، مستخدما كافة مهاراته ومعلوماته لمصلحة المريض، بعيدا عن مظاهر الاستغلال.

- أن يكون الأخصائي اجتماعي وعلى مستوي أكاديمي عال.

- وأن تكون لديه قدرة على المرونة والقيادة والإبداع والصبر وحسن الإصغاء. (ياسين، 1981، صفحة 88)

- قدرات جسمية وصحية مناسبة لقيامه بواجباته في عمله

- اتزان انفعالي مع اتزان في الشخصية يكسب صاحبه القدرة على ضبط النفس والنضج الانفعالي

التي لا تشوبه نزعات اندفاع وعدم تحمل مسؤوليته.

- اتزان عقلي مناسب يتضمن معارف ومعلومات عامة من العلوم المهنية المختلفة مع نسبة ذكاء

مناسبة مع سرعة البديهة مع بعض القدرات الخاصة.

- قيم اجتماعية تتضمن سمات أخلاقية سوية والتحكم في نزعاته في أهوائه الخاصة وقادر علي

السيطرة على مشاكله الخاصة وفصلها جانبا عند مساعدة الآخرين.

- يجب عللي الأخصائي النفسي أن تتوفر فيه بالإضافة إلى الصفات السابقة الانتباه الكافي الذي يجعله يدرك وجهات نظر المريض وأن يكون شجاعا لا يخاف من المرض أو العدوي ولا يتأفف من القذارة أو المناظر غير المريحة.

كما يميز الأخصائي النفسي بسمات شخصية بشوشة متزن كحسن الإنصات الإيجابي المتفاعل ذو عواطف دافئة واضحة معبرا في أحاسيسه وفي خلجاته دقيق الإدراك شفاف الحس فطن قادر علي نقد ذاته يعترف بالخطأ ويسعي لطلب المساعدة وعليه أن يكون أمينا دقيقا في التعبير عن عواطفه. (رشوان، 2005، صفحة 365)

ويمكن أن نلخص أهم الخصائص التي يجب أن تتوفر في الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

1- يحتاج الإكلينيكي للنجاح في مهنته كفاءة شخصية وقدرة على اتخاذ قرارات ملائمة في أكثر المواقف غموضا، فقد يجد الأخصائي النفسي الإكلينيكي نفسه في مواقف غير متوقعة، وعاجزا عن المساهمة في الميدان إذا لم يكن على درجة كبيرة من الثقة بالنفس والكفاءة والمبادرة.

2- القدرة على تكوين علاقات إنسانية ولكن مهنية بمرضاه وجمهوره، حيث يحتاج الإكلينيكي إلى أن ينمي علاقة إنسانية دافئة ولكنها يجب أن تكون في الوقت نفسه واقعية ومهنية. ولهذا يؤكد كثير من المعالجين على لأهمية التعاطف بالمريض والذي يعني إحساس المعالج بمشكلة المريض كما يعيشها، وهو يختلف عن العطف أو الشفقة، ومن أحد أساليب إظهار التعاطف والمشاركة الإصغاء للمريض وتشجيعه على الحديث عن نفسه بتقبل واهتمام دون نقذ أو حكم أو موافقة أو عدم موافقة.

3- إدراك المريض في إطاره الاجتماعي والتصرف بمقتضي ذلك، فالمريض ليس شخصا مجردا عن واقعه الاجتماعي، والأخصائي الناجح يدرك جيدا تأثير الظروف الاجتماعية والبيئية التي تحيط بالمريض.

4- إدراك الذات وفهمها، وأن يكون متفهما لعيوبه ومزاياه، وتطوير إمكانياته، وهذا عمل ضروري لكل إكلينيكي سواء كان اهتمامه موجها للبحث أو العلاج أو الاستشارة، فالأخصائي النفسي المؤثر هو من يستطيع أن يحقق التوازن بين حاجته للانغماس أو البعد عن عمله، وأن يعرف متى ينشط ومتى ينسحب ويتراجع.

5- كما تتطلب الممارسة الإكلينيكية تمسك الأخصائي بالمعايير الاجتماعية والقانونية، والحذر من التصريحات العامة، والحفاظ على المعلومات الخاصة بالعميل، وتجنب الإعلان والدعاية، والحفاظ على نتائج الاختبارات وعدم إشاعتها إلا للضروريات المهنية، فضلا عن ضرورة الحيطة عند إجراء البحث العلمي على الإنسان أو الحيوان. (محمود ، 2016، صفحة 19)

7- أدوات جمع البيانات للأخصائي النفسي العيادي:

لا يشترك جميع السيكولوجيين في استخدام الأدوات لجمع المعلومات علي العميل، فأنواع المعلومات التي يجمعها السيكولوجي تختلف حسب اتجاهه النظري وبذلك تختلف الأدوات والاختبارات التي يستخدمها وسنصف باختصار أهم الوسائل والأدوات التي يستخدمها الإكلينيكي بصفة عامة:

1 – الملاحظة الإكلينيكية:

الملاحظة هي عملية مشاهدة أو متابعة لسلوك ولظواهر محددة أو أفراد لفترة زمنية محددة ضمن ترتيبات بيئية تتضمن الحياد والموضوعية لما يتم جمعه من معلومات وبيانات.

تعتبر الملاحظة أداة مهمة وأساسية في تقييم العميل، تهدف إلى جمع البيانات التي يصعب جمعها بالأدوات الأخرى، وتساعد الإكلينيكي في العمل التشخيصي وفي اتخاذ القرار المناسب فيما يخص العلاج سواء كان فرديا أو جماعيا أو عن طريق اللعب ...

وتستخدم الملاحظة في الحالات التي لا تتوفر لقياس السمة أدوات أخري، أو في حالات مقاومة الأفراد لما يوجه لهم من أسئلة أو عدم إدراكهم لحقيقة اتجاهاتهم ودوافعهم، كما تستخدم في المقابلة والاختبار فهي تساعد على الحصول على معلومات أكثر دقة وموضوعية. (أنجلس، 2004، صفحة 31)

فالملاحظة تعد من الأدوات الأساسية التي يستخدمها الفاحص لتشخيص حالة المريض، وهي لا تقل أهمية عن الأدوات الأخرى التي تستخدم في جمع المعلومات كالمقابلات والاختبارات النفسية، بل أن نتائج المتحصل عليها من هذه الأدوات يصعب العمل بها بدون ملاحظة ظروف الاستجابة والتغيرات الانفعالية للعميل، فالملاحظة قد تكشف الكثير عن شخصية العميل والتي يحتمل أن تؤثر في نتائج الاختبارات.

ويعتبر Daniel lagache 1949 الملاحظة الإكلينيكية من أولى الأساليب لجمع المعلومات حيث يطلق عليها الملاحظة "المسلحة"، ولكن لا يمكن استخدام الملاحظة المباشرة دون استخدام الأدوات الأخرى المتخصصة، فمهما كانت شاملة ودقيقة إلا أنها تعطي معلومات غير كاملة عن الاضطرابات النفسية والأداء العقلي للطفل، فإجراء المقابلة الإكلينيكية ومراقبة سلوك طفل أثناء المقابلات يعتبر كافية للتشخيص النفسي، وفهم الأداء النفسي للطفل بالكامل لا يمكن الوصول إليه بالملاحظة البسيطة. (petot, 2008, p. 8)

1 – 2 أنواع الملاحظة:

– **ملاحظة في عين المكان:** هي تقنية مباشرة للتقصي العلمي للبيانات تسمح بملاحظة مجموعة ما (قرية، جمعية، مدرسة ...) بطريقة غير موجهة من أجل القيام عادة بسحب كيفي بهدف فهم المواقف والسلوكيات.

– **الملاحظة المنتظمة:** وتستخدم عندما يتعلق الأمر بوصف صادق للسلوكيات والتنبؤ بها. هنا عملية جمع المعلومات يسيطر عليها الطابع الكمي حيث يقوم الإكلينيكي بتسجيل متكرر للسلوكيات الظاهرية بهدف الوصول إلى التنبؤ بها.

– **الملاحظة المشاركة:** هي ملاحظة تتطلب الاندماج في مجال حياة الأشخاص محل الدراسة مع مراعاة عدم تغيير أي شيء في الوضع ، يعتبر الأنثروبولوجيين هم أول من مارس الملاحظة بالمشاركة من خلال عيشهم في وسط المجموعات البشرية بغية دراستها عن قرب ، كما استخدمها علماء الاجتماع من أجل تقصي دراستهم للمسارات الفردية ضمن أوضاع معينة، ومن ذلك الوقت بدأ الاختصاصيون الآخرون باستخدام هذه التقنية للاقتراب من الواقع ، والعيش في وسط الأشخاص محل الدراسة أو علي الأقل البقاء معهم لمدة كافية كي نشارهم حياتهم اليومية من أجل ملاحظتهم .

– **الملاحظة دون المشاركة:** وهي ملاحظة التي لا يشارك فيها الملاحظ في حياة الأشخاص محل الدراسة، بل يكتفي بملاحظتهم من الخارج. (أنجلس، 2004، صفحة 184)

كما يصنف برنستين الملاحظات طبقا لما إذا كانت تتم في مواقف طبيعية أو مضبوطة:

- **الملاحظة الطبيعية:** وهي من طرق البحث التي يفضلها الباحثون في العلوم الإنسانية والاجتماعية وتعني ملاحظة الإنسان في محيطه الطبيعي (المدرسة، المنزل، العمل.....ما هذا؟) وكل مكان يخلق خلفية لفهم طبيعة سلوك العميل والعوامل التي تحفز هذا السلوك، ويمكن أن تدوم الملاحظة الطبيعية لفترات طويلة أو فترات مستمرة ، ويركز علماء النفس الإكلينيكيين علي ملاحظة السلوك الذي يمكن أن نستنتج منه خصائص الشخصية، كما يركزون علي أهم التغيرات التي أوصلت العميل إلي المستشفى أو العيادة كقضم الأظافر، التدخين، الأفكار الو سواسية .....وحتى يتمكن الإكلينيكي من التحكم في الملاحظة الطبيعية يجب عليه تحديد جوانب محددة من السلوك المراد

ملاحظته، ويمكنه الرجوع إلي سجلات حياة العميل في المدرسة أو في مراكز الشرطة أو في المستشفى... والتي تساعده علي معرفة معلومات مهمة عن العميل، ويصنف رايت Wright طرق الملاحظة الطبيعية إلى نوعين: أحدهما يسمى الملاحظة المفتوحة وهي التي يجريها الباحث دون أن يكون لديه فرض معين يسعى لاختباره، وتهدف عموما إلى الحصول على فهم أفضل لمجموعة من الظواهر السلوكية التي تستحق مزيدا من البحث اللاحق. والنوع الثاني يسميه رايت الملاحظة المقيدة وهي تلك التي يسعي فيها الباحث إلى اختبار فرض معين وبالتالي يقرر ماذا يلاحظ ومتى. (محمود ، 2016، صفحة 36)

- **الملاحظة المضبوطة:** وبسبب صعوبة الملاحظة الطبيعية في الكثير من الحالات لأنها تتطلب وقت طويل وجهد كبير لجأ الباحثون إلى الملاحظة المضبوطة والتي تلاحظ فيها استجابة العميل لأحداث مخططة ومقننة، وبحيث يتحكم الملاحظ في طبيعة وتوقيت المنبهات. وقد استخدم باركر وزملاءه هذه الملاحظة في دراسة استجابة طفل للإحباط حين يمنع مثلا عن لعبة محببة له. (كامل، 2010، صفحة 165)

الملاحظة العيادية:

تهتم الملاحظة العيادية بنفسية الفرد والسياقات النفسية فهي ملاحظة بالمنظور التحليلي فمنها ملاحظة الفرد بعينه كملاحظة المولود الجديد في سلوكه حالة اليقظة وحالة النوم وفي علاقته مع أمه حالة الرضاعة، ومنها الملاحظة العيادية أثناء الفحص النفسي للفرد وذلك بملاحظته وهو يستجيب للمقابلة التشخيصية أو عند الاستجابة للروائز النفسية.

وترتكز الملاحظة العيادية على الإنصات لما يقوله المفحوص وملاحظة الأفكار والترابط بينها ونسقها وتكرارها بالإضافة إلى ملاحظة لغة المفحوص هل يستخدم الماضي أو الحاضر أو المستقبل والنبرة التي يتلفظ بها وكذلك ملاحظة لغة الجسد من إشارات ووضعيات وهيئات يتخذها وهو في الجلسة العيادية. (لرينونة، 2015، صفحة 48)

❖ **خطوات الملاحظة الإكلينيكية:**

تشتمل الملاحظة على الخطوات الأساسية التالية:

– اختيار: يتوجب على الملاحظ أولا اختيار ما يلاحظه من أشخاص وفئات السلوك، والأحداث والمواقف وأوقات الملاحظة.

– استشارة: ثم بعد ما يختار ما سيلاحظه يقرر ما إذا كان يستشير سلوكا أو موقفا أو ينتظر حدوث السلوك أو الموقف بصورة طبيعية.

– تسجيل: ثم ثالثا يخطط لطريقة تسجيل الملاحظات إما يعتمد على الذاكرة أو يستعين بالمعينات السمعية – بصرية، أو تسجيلات الوظائف الفسيولوجية، أدوات قياس الزمن ...

– تشفير وترميز السلوك: وهي أخر خطوة وهنا يستعين بنظام تشفير وترميز الملاحظات في صورة قابلة للاستخدام. (مليكة م.، 2010، صفحة 165)

– إعداد استمارة الملاحظة: تجرى الملاحظات العلمية وفق استمارة أو بطاقة أو نموذج يكون دليل للباحث في ملاحظته وأداته في جمع المعلومات وتسجيلها، ويجب أن تتوفر هذه الاستمارة على عدة شروط تضمن سلامتها كأداة بحث ومن هذه الشروط:

1– أن تبني استمارة الملاحظة على نظرية تتعلق بطبيعة السلوك موضوع الملاحظة، حيث يطلب من الباحث استعراض الدراسات السابقة والأبحاث المتعلقة بموضوع الملاحظة، ويستخلص منها الأساس النظري لهذا الموضوع ويحدد الفروض التي يريد أن يحققها، وفي ضوء هذا كله يصوغ محتوى استمارته ويحدد عناصرها الأساسية.

2– أن تكون العناصر المتضمنة في الاستمارة تعبيرا عن مقومات سلوكية محددة تعين الباحث على وصف السلوك موضوع الملاحظة وتشخيصه وتقويمه موضوعيا.

3– يفضل قبل صياغة الاستمارة وتحديد شكلها النهائي تجريبها بالقيام بعدد من الملاحظات الأولية حيث يتم في ضوءها مراجعة هذه الاستمارة وإكمال نواقصها أو توضيح جوانب الغموض فيها. (العزاوي، 2008، صفحة 154)

أساليب الملاحظة: لأنه لا يمكن للباحث أن يلاحظ بطريقة عرضية أو ارتجالية، فقد ابتكرت أدوات متعددة لتساعد الباحث على إجراء ملاحظات أكثر موضوعيا وثباتا ومن بين هذه الأساليب:

– **بطاقات الملاحظة:** يعتد الباحثون على بطاقات الملاحظة لتسيير عملية تسجيل البيانات، حيث يسجل فيها عددا من البنود التي تتعلق بالمشكلة، وتجمع في فئات إن أمكن، ويترك بعد كل بند مسافة للملاحظ تكتب فيه كلمات وصفية قليلة. وتساعد هذه الوسائل على عدم إغفال أي دليل وتمكن من تصنيف البيانات.

– **العينة الزمنية:** تتطلب هذه الطريقة أن يسجل الفرد تكرار الصور الملاحظة للأحداث، خلال عدد الفترات الزمنية المحددة والموزعة توزيعا منتظما.

– **اليوميات السلوكية والسجلات القصصية:** تستخدم في جمع البيانات كتابة الباحث تقريرا واقعيا عما قاله المفحوصين أو فعله في موقف ملموس، وبدون تاريخ، ويصف الموقف الذي حدث فيه، وبعد تجميع سلسلة من هذه الملاحظات المباشرة لسلوك مهم خلال فترة زمنية قد يصل إلى بيانات كافية تكشف له مدي تطور المفحوص وتكيفه.

– الآلات الميكانيكية: حيث لا تتأثر الآلات الميكانيكية بعوامل التحيز الشخصي ولا أخطاء الذاكرة، بل تحفظ تفاصيل الواقعة في صورة يمكن إعادتها، بحيث يمكن أن يدرس الوصف الكامل لحدوثها مرات متعددة وبعمق. (محمود ، 2016، صفحة 38)

2 – المقابلة الإكلينيكية:

تعتبر المقابلة أداة هامة من أدوات البحث العلمي في علم النفس الإكلينيكي، وفى غيره من العلوم. وتبرز أهمية المقابلة في الميدان الإكلينيكي كونها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في مجالي التشخيص والعلاج. ومن هنا تبرز نوعين أساسين للمقابلة أولهما تلك التي تجري بهدف التشخيص وتقييم الشخصية تسمي بالمقابلة التقييمية وهي التي تجري في مرحلة مبكرة وغرضها الرئيسي فهم الإكلينيكي لمشكلات العميل لكي يستطيع التخطيط والعلاج، والأخرى المقابلة العلاجية والتي تصمم لغرض فهم المريض لمشكلاته وإحداث التغيرات المرغوبة في السلوك والمشاعر. حيث يكمل الفرق بينهما في الهدف الذي يتوقعه الأخصائي من إجراء المقابلة.

فالمقابلة سواء كان الهدف منها التقييم ووضع المحكات التشخيصية أو تغيير الشخصية وعلاجها فهي تحتاج إلى الخبرة والتدريب بالإضافة إلى الإلمام بالفنيات الرئيسية التي تساعد على حسن إجراءها وتحقيق الأهداف منها. (الستار، 2009، صفحة 107)

فالمقابلة تهيئ الإكلينيكي لدراسة متكاملة للعميل عن طريق المحادثة المباشرة والملاحظة للتوصل إلى الصياغة التشخيصية التقييمية ثم العلاجية.

ويؤكد العالمان "**شافر ولازاروس**" بأن الاختبارات ليست في حقيقة أمرها سوي مقابلة مقننة، وليس هناك بديل للمقابلة في الخدمات النفسية فهي على هذا المحور الأساسي فيها.

ويري العالم "**لانديز**" أن المقابلة أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية وبدونها لا يتمكن الباحث من الوصول إلى بيانات ذات طبيعة دينامية. (ياسين، 1981، صفحة 400)

وتعرف المقابلة بصفة عامة هي موقف اتصال لفظي أي محادثة بين اثنين أو أكثر بهدف الوصول إلى معلومات من أحد الطرفين (العميل) أو التعديل في جوانب معينة من سلوكه، ويضعان كل من "**بنجمان**" و "**مور**" هذا التعريف القصير للمقابلة: "هي محادثة موجهة لغرض محدد غير الإشباع الذي تحققه المحادثة نفسها". (الستار، 2009، صفحة 108)

كما يعرف **Rebert** مصطلح المقابلة على النحو التالي: "هي إجراء تبادل الكلام مع شخص واحد أو أكثر هذا تعريف المقابلة بصفة عامة، والمقابلة في علم النفس الإكلينيكي فتبادل الكلمات يأتي في ظروف خاصة، فمصلح إكلينيكي يأتي من الطب من العيادة، وأن العيادة هو ما يتم إجراءه على سرير المريض، حيث ظهرت العديد من الفحوصات السريرية اليوم، كالأشعة الصينية، والتصوير الأشعي، والمقابلة الإكلينيكية يستخدمها الإكلينيكي كأداته الخاصة، حيث يستمع ويشاهد ويتحدث بشكل أفضل دون لمس المريض، فهي مقابلة شفوية وليست فحصا جسديا، والاتصال غير اللفظي مهم للغاية فهو يرافق الصمت التي يتخلل الكلام. (chiland, 1983, p. 29)

2 – 2: أنواع المقابلة الإكلينيكية:

2-2-1 أنواع المقابلة حسب الهدف من إجراءها:

تختلف أنواع المقابلة حسب الغرض (الهدف) الذي تتم من أجله ومهما كان هدف المقابلة تشخيصيا أو إرشاديا أو علاجيا... فأن جمع البيانات والفهم المتكامل لشخصية العميل هو القاسم المشترك الذي تتصدي له المقابلة بشتى أنواعها.

1. المقابلة الإكلينيكية:

المقابلة الإكلينيكية هي الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائي النفسي الإكلينيكي في كل من التشخيص والعلاج، ويصعب الفصل بين التشخيص والعلاج فهما يكملان بعضهما، حيث يبدأ المختص بإجراء المقابلة التشخيصية وذلك بجمع المعلومات لفهم وتحديد مشكلات المريض، وتحديد أهم الأعراض التي يعاني منها، ثم يأتي دور المقابلة العلاجية التي يخطط فيها التدخلات العلاجية المناسبة للحالة، وتشمل المقابلة الإكلينيكية النقاط التالية:

1- إقامة علاقة ودية مع المريض، وهي علاقة ضرورية للعمل الإكلينيكي.
2- الحصول على المعلومات على المريض ومشكلاته.
3- تزويد المريض بمعلومات عن أعمال العيادة والبرامج الممكنة في خطوات مقبلة، وظروف وشروط العلاج وتكلفته...
4- دعم إرادة المريض للتحسين من خلال العلاج إذا كان ضروريا. (القرني، 2017)

فقد حدد "**لويس مليكة**" (1980) معني المقابلة الإكلينيكية بصورة عامة على أنها تتضمن عمليتي التشخيص والعلاج، مؤكدا على صعوبة الفصل بين التشخيص والتنبؤ والعلاج في المقابلات الإكلينيكية، وأشار إلى أن عملية التشخيص في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي تتطلب عمليات خاصة بتقويم السمات المختلفة لشخصية المريض، مما يساعد الإكلينيكي على فهم مشكلاته بناء على تجميع تلك المعلومات المتاحة واللازمة عنه، وتحليلها، وأن عملية التنبؤ عبارة عن رسم ومباشرة خطة العلاج النفسي للمريض ومتابعتها وتقويم نتائجها. (الخالدي، 2006، صفحة 106)

تهتم المقابلة الإكلينيكية بالمشاعر والدوافع وكامل الخبرات في حياة العميل أكثر من اهتمامها بآثار خبرة معينة، وفي هذه المقابلة يلاحظ السلوك غير اللفظية مثل ملامح الوجه وسرعة الكلام لدلالاتها التشخيصية وتختلف المقابلة الإكلينيكية طبقا للهدف منها.

2- المقابلة التشخيصية:

وقد نشأت المقابلة التشخيصية من خلال الممارسات في مجال الطب في المستشفى وفي ظلال فكر كرابلين، وترتكز على أعراض المريض بقصد التوصل إلي وصف دقيق عن نوع و فترة دوام المرض وتاريخه في الماضي واحتمالات مساره مستقبلا، وغالبا ما تتميز هذه المقابلة بكونها جامدة ومحددة مسبقا، وينتهي الأخصائي منها بصورة دقيقة محددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدى الحالة، ومتى ظهرت، وكيف تطورت...

وأشارت كتابات في ميدان الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي، أن المقابلة التشخيصية تهدف للحصول على صورة كاملة ودقيقة لشخصية المريض، يستطيع من خلالها تحديد جوانب القوة والضعف، ويكون من المعلومات التي يتحصل عليها وصفا تصنيف لشخصية العميل. ويري "**كورشين**" أن المقابلة التشخيصية تركز بصورة أساسية على دراسة الأعراض التي تظهر على المريض، حتى يمكن وصفها بدقة، وقد أوضح أن المقابلة التشخيصية يجب أن تعطي عدة مجالات هي:

1- العمليات العقلية، وطرق التفكير.

2- الخلل الحسي والإدراكي.

3- الوعي بالزمان والمكان والأحداث.

4- التعبيرات الانفعالية.

5- الاستبصار الداخلي ومفهوم الذات.

6- السلوك العام والمظهر الشخصي. (الخالدي، 2006، صفحة 107)

يستخدم الأخصائي أسلوب المقابلة التشخيصية لاكتساب أنواع من المعلومات المصممة التي يحتاجها في عمل التشخيص، أو بناء الحالة، ولهذا يحتاج منه إلى إجراء المقابلة بطريقة منظمة ومخططة مسبقا. واتجاه المقابلة التشخيصية يتحدد من استجابات الحالة لكل الأسئلة الموجهة لها، وتساعد المقابلات التشخيصية المخططة المختص من اتخاذ قرارات حول التشخيص والوظيفة. ومن بين إحدى تقنيات هذه المقابلة التشخيصية المخططة مقابلة معروفة باسم "المقابلة التشخيصية الإكلينيكية العلاجية المخططة في

كتيب التشخيص والإحصاء الرابع، والتي تتم استخدامها في تحديد التشخيص، وهي عبارة عن مقابلة مجزأة ومخططة يستجيب بها العميل لسؤال واحد يتحدد من خلاله السؤال التالي. وهذا يجعل المعالج يحدد الأعراض الرئيسية التي تظهر لدى العميل، ومدى شدتها (على مقياس من 1 إلى 3) وما إذا كانت الأعراض ومدى شدتها تتفق مع المعايير الموجودة في كتيب التشخيص والإحصاء الخاصة باضطراب معين.

وتساعد هذه المقابلة التشخيصية المنظمة في كتيب التشخيص والإحصاء الرابع، على تقديم مستويات مرتفعة من دقة التشخيص لأنواع مختلفة من الاضطرابات، وهذا ما أكده العديد من العلماء أمثال: "ميللر"، "داشر"، "كولينز"، "جريفس" و"بروان". (زراد، 2016، صفحة 122)

ويحتاج إجراء المقابلة التشخيصية إلى ضرورة الحصول على معلومات كافية من المريض تتضمن:

***التاريخ السابق للمريض:** كيف ظهرت وتطورت أعراضه المرضية، والمآل الذي قد وصلت إليه.

***فحص عمليات التفكير وقدرة المريض على التعامل بالمفاهيم المجردة،** واستخدام اللغة، والتذكر القريب أو البعيد، والقدرة على حل المشكلات المعقدة...

***اضطرابات الإدراك:** كالهلاوس، الخداعات البصرية، الجمود الإدراكي...

***الانتباه والوعي:** أي مدي وجود التشتت، أو اضطراب إدراك الزمان والمكان، القدرة على تركيز الانتباه لفترة معينة.

***الاستبصار بالمرض:** أي قدرة المريض على إدراك حقيقة مرضه والأسباب الذي أدت إليه.

*المظهر والسلوك: تعبيرات الوجه، الملبس، لوازم حركية أو حسية بارزة، طريقته في التعبير عن نفسه. (الستار، 2009، صفحة 106)

3 . المقابلة الممهدة للعلاج النفسي:

يحتاج مختلف الأفراد قبل بدء العلاج إلى تمهيد وإعداد، وهدف هذه المقابلة تعريف المريض بطريقة العلاج وتعاونه مع الأخصائي وغرس الثقة عنده لأن دافع المريض بالشفاء من أقوي الدعائم لنجاح العلاج،

كما تساعد هذه المقابلة على تعديل الاتجاهات الخاطئة لدي المريض نحو المعالجين، وتزيد من ثقته بهم وتعمل على تقوية دافعه لقبول العلاج.

والمقابلة العلاجية تهدف إلى إدراك المريض لحقيقة وضعيته وحالته المرضية، واستبصار لمعاناته، وتقديم الخدمة النفسية التي يحتاجها العميل. ويري "**كورشين**" أن المقابلة العلاجية تعتبر وسيلة مؤثرة وفعالة لتنمية التفاعل بين المعالج والمريض، من أجل مساعدته على التخلص من محنته، وتسهيل حل مشكلاته. بناءا على المعلومات التي تحصل عليها من المقابلات التشخيصية. (الخالدي، 2006، صفحة 104)

4. المقابلة ما قبل وما بعد إجراء الاختبارات النفسية:

تجري المقابلة قبل إجراء الاختبار حيث تساعد على تهيئة المريض عقليا ونفسيا لأداء الاختبار والتخفيف من مخاوفه التي قد تؤثر على صحة الاختبار، حيث هناك من الأفراد من يعتبرون الاختبارات النفسية أمرا جديدا ويتطلب ذلك عملية التحضير والتبصير، كما تجري المقابلة بعد الاختبار لكي يتم إعلام المريض عن نتائج الاختبار الذي طبق عليه. (عسكر، 2009، صفحة 92)

2-2-3 . أنواع المقابلة حسب بناءها:

- **المقابلة المطلقة (الحرة):** وهي المقبلات القائمة على أسئلة مفتوحة، غير محددة الإجابة، وعلى المستجيب أن يجيب بما يراه مناسبا، حيث تعتبر غير المقيدة بموضوعات أو أسئلة ولا تعليمات محددة، وتمتاز هذه المقابلة بالمرونة والحرية حيث يترك المجال للعميل للتعبير عن مشاعره وأفكاره، ما تتميز أنها تسير بطريقة تلقائية إلا أن هذا النوع من المقابلات يتطلب خبرة خاصة وتدريب طويل من طرف الأخصائي.

ويطلق على هذا النوع من المقابلة بالمقابلة غير البنائية، وهي التي يسأل فيها الإكلينيكي أسئلة مفتوحة، تتبعها مبادرات مشوقة، ولا تضع قيود على ما يمكن للعميل مناقشته، ويسمح نقص البناء التي تتميز به للإكلينيكي بأن يركز على محاور هامة لا يمكن أن يتوقعها من قبل، وكذلك تعطيه تقديرا أفضل للموضوعات التي تكون هامة للعميل. (فايد، 2004، صفحة 217)

ومن صعوبات هذا النوع من المقابلات هو صعوبة تصنيف الإجابات التي يحصل عليها، وذلك بسبب غزارة البيانات التي يمكن أن يجمعها من خلال أسئلته والإجابات المطروحة عنها، كما قد يخرج المستجيب عن موضوع المقابلة ويتوسع في أمور كثيرة قد لا تخدم هدف المقابلة.

- **المقابلة المقيدة:**

وهي المقابلة المقيدة بأسئلة محددة للإجابة عليها من طرف العميل وتتميز بضرورة الحصول على المعلومات المهمة وتوفير الوقت، ومن أمثلها تلك الأسئلة التي تتطلب الإجابة عنها بنعم أو لا، أو موافق، محايد، غير موافق، ويتميز هذا النوع من المقابلات بسهولة تصنيف البيانات ومعالجتها إحصائيا. ولكن من عيوبها هو النقص في المرونة والجمود وتفويت الفرصة للحصول على المعلومات التي تهم العميل ويرد أن يتحدث عنها بالتفصيل.(عاشور، 2017، صفحة 95)

تدعى أيضا المقابلة البنائية والتي يسأل فيها الإكلينيكي سلسلة من الأسئلة معدة سابقا، ويستخدمون في بعض الأحيان قائمة مقابلة منشورة (مجموعة معيارية من الأسئلة والمحاور مصممة للاستخدام في كل المقابلات) وتغطي مثل هذه الأشكال من المقابلات البنائية نفس القضايا الهامة، وتتم مقارنة الاستجابات الخاصة بفرد بتلك الخاصة بالآخرين، وغالبا ما تشمل المقابلات البنائية فحص الحالة النفسية، وتصمم أسئلة وملاحظات هذه المقابلة للكشف عن الطبيعة الدقيقة والدرجة الخاصة بالأداء الشاذ للعميل، وتغطي الأسئلة على نحو منهجي مجالات الأداء مثل الوعي بما يحدث، والتوجه بالنسبة للوقت والمكان، واتساع الانتباه، الذاكرة، وعمليات التفكير، المزاج، والمظهر. (فايد، 2004، صفحة 215)

- **أنواع المقابلة حسب عدد المشاركين:**

- **المقابلة الفردية:** وهي المقابلة التي تتم بين الأخصائي وعميل واحد. وذلك حتى يشعر الشخص بالحرية والاطمئنان، ويعبر عن نفسه بتلقائية.

- **المقابلة الجماعية:** وهي المقابلة التي تتم بين الأخصائي ومجموعة من العملاء يشتركون في نفس المشكلة. وتمتاز المقابلة الجماعية بكونها تقدم معلومات أكثر فائدة، فعندما يجمع عدة أفراد من خلفيات متقاربة أو متباعدة لكشف مشكلة ما، أو لتقويم مشروع ما، يكون بمقدورهم جمع معلومات كثيرة، من خلال تقديم وجهات نظر مختلفة حول الموضوع، كما يستطيع مساعدة بعضهم البعض في استدعاء المعلومات، أو تثبيتها أو التحقق منها.

وتشجع المقابلة الجماعية الأفراد على الصراحة والاسترسال في الحديث ما داموا يشاهدون ويسمعون غيرهم في الاجتماع، وتصبح عندهم الرغبة في الحديث والمنافسة الجارية.

وتفيد المقابلة الجماعية في حالات الجانحين أو تقويم نزلاء السجون، أو حل المشكلات الاجتماعية في إحدى الهيئات أو الأوساط الاجتماعية. (العزاوي، 2008، صفحة 143)

- **المقابلة الاختتامية:**

وهي تهدف إلى تخفيف قلق العميل فيما يخص نتائج المقابلات والاختبارات والملاحظات التي توصل إليها الإكلينيكي ومن الذي يطلع عليها، وهنا يكمل دور الإكلينيكي في توضيح للعميل مدي سرية المعلومات وتقديم تفسير حذر وموجز لنتائج التقييم وطمأنة العميل وعائلته، كما توضح المقابلة الختامية خطوات المتابعة المستقبلية. (مليكة م.، 2010، صفحة 128)

1 – 3 خطوات المقابلة الإكلينيكية:

- الإعداد (بناء دليل المقابلة):

ينبغي أن يسبق المقابلة إعداد وتخطيط لها بحيث يتم تحديد الخطوات العريضة التي تدور حولها المقابلة أهمها تحديد أسلوب بدء المقابلة وتحديد الأسئلة الرئيسية ووضعها في دليل المقابلة وهو الأداة التي ترتكز عليها مقابلة البحث، يتضمن كل الأسئلة التي يحتمل طرحها أثناء المقابلة، إنه يحتوي أيضا كل ما نريد معرفته تماشيا مع تحديد مشكلة البحث. تحضر الأسئلة على أساس التحليل المفاهيمي التي يجب أن يتم في المرحلة الأولي، وينبغي أن يركز دليل المقابلة على المعلومات الدقيقة والمهمة. (أنجلس، 2004، صفحة 263)

حيث يمكننا تقسيم المقابلة إلى ثلاث أجزاء أساسية:

- **بدأ المقابلة:** تبدأ المقابلة ببدء تحديد الأخصائي الموعد بينه وبين الحالة، ويمكن أن يعرف الكثير من المعلومات عن الحالة من خلال الاتصال المبدئي بالحالة، أو من خلال ما يكتبه عامل الاستقبال عن الحالة، ويفضل بعض العلماء أن يقوم الأخصائي نفسه باستقبال المريض وأخذ صورة مبدئية عن الظروف العامة المحيطة به واتجاهاته، فهذا يساعده على بلورة الفروض الأساسية للمريض وبعض التوقعات عن سلوكه، حيث يؤكد "**جونسون**" أن الملاحظات الأولى لسلوك المريض من قبل الأخصائي نفسه تشكل عملية رئيسية في بناء بداية المقابلة. فمن المهم أن يلاحظ الأخصائي تصرفات المريض أي كيف يجلس؟

وكيف يستجيب للتحية؟ وهل يبادر النظر أو يتجنب ذلك؟ وكذلك ملاحظة تعبيرات الوجه، ونبرات الصوت وحدته أو انخفاضه، ومدى اهتمامه بملبسه ومظهره وطريقة حديثه.

ويحذر العلماء تجاهل المريض في بداية المقابلة، والاهتمام بالمصالح أخرى، فالممارس الإكلينيكي الجيد هو من يضع مصلحة العميل في الاعتبار الأول، كما يجب أن تبدأ المقابلة في الوقت المحدد ليس قبل ولا بعد، فعندما تبدأ قبل وقتها المحدد قد تفسر للمريض الاهتمام المبالغ فيه وقد يشك في دوافع الأخصائي نحوه، وأيضا عندما تبدأ متأخرة عن موعدها فقد تفسر عدم الاهتمام والنفور، ينبغي على الأخصائي الاهتمام بهذه النقاط لأنها تؤثر في مسار المقابلة بعد ذلك. (الستار، 2009، صفحة 218). تشكل المقابلة الأولي طورا هام قد يكون حاسما في سياقها اللاحق إذ ترسم لدى المريض صورة مبدئية على الأخصائي وتقييمه للفحص النفسي، حيث يتفاعل المختص بمرونة مع خصوصية الموقف وأن يبدأ باستماع هادئ وزرع مناخ من الثقة والراحة حتى يخفف من قلق المريض ومقاوماته. وهذا الموقف يعطي المجال الكامل للمريض للتعبير عن آلامه ومشاكله، متجنبا قدر المستطاع التدخلات والتوجيهات والنصائح، حيث يلتزم الأخصائي صمتا متفتحا يدفع المريض للمبادرة بصياغة الاتصال حسب أسلوبه وعبر شكواه التي دفعته للزيارة العيادة النفسية. كما قد يلجأ الأخصائي إلى تشجيع المريض عن الحديث بإعطائه كلمات أو تعبيرات يراها مشحونة بالانفعالات والدلالات الهامة لدفع المريض إلى تقديم المزيد من التفاصيل وذلك لتجنب ارتفاع شحنة القلق أو امتداد الصمت. (الوردني، 1986، صفحة 126)

– **الجزء الوسط من المقابلة:** يستحسن أن يساعد الأخصائي العميل في الاسترسال في الحديث وشرح متاعبه ومشاكله، ويفتح باب الحوار معه فغالبا ما يأتي العميل مشوشا ويعجز عن بداية شرح مشكلاته، وذلك بسؤال المريض عن سبب قدومه للمستشفى أو العيادة، وأن يقدم بعض العبارات المختصرة التي تساعد لفتح باب المناقشة وإعطاء فكرة للمريض على أنه تعرف عنه بعض الشيء وأنه مهتم بحالته بشكل أنه اتصل بأخصائيين آخرين للحصول على المعلومات الأولية عنه. ومن هنا يبدأ المريض بذكر مشاكله الأساسية، ومن ضروري بعد ذلك أن يترك الحوار يسير بشكله الطبيعي الذي يسمح بتفاعل جيد ومعلومات أفضل، ومن الخطأ محاولة وضع الأخصائي قيودا في مسار المقابلة في هذه المرحلة، وأن يصر على توجيه المقابلة وفق نقاط محددة البناء في ذهنه. إذ

يتبع الأخصائي مخططا متكاملا لكن ضمن مرونة تسمح باستخراج الفقرات الرئيسية لمبدأ الفحص النفسي

شاملة معطيات دقيقة حول تاريخ المريض وقصته الحالية وحول مواقفه الصراعية وكيفية تصرفه حيالها ثم تقييم عام لشخصية المريض ومركباتها. (الستار، 2009، صفحة 219)

– **الجزء الختامي وإنهاء المقابلة:** يعتبر من الأمور الصعب التي تواجه الممارسين هي إيجاد طريقة ملائمة لإنهاء المقابلة، ومن الضروري احترام بعض الممهدات لإنهاء المقابلة التي إذا عمل بها الأخصائي قد يتجنب الكثير من المشكلات الخاصة بإنهاء المقابلة، فلابد أولا أن يكون الأخصائي قد نجح في زرع روح الطمأنينة والراحة لدى المريض، فبطبيعة الحالة تخلق المقابلة لدى الكثير من المرضى موقفا مشحونا بالانفعالات بسبب الموضوعات الحساسة والمشكلات التي أثيرت فيها والذكريات المؤلمة التي استرجعها المريض، بالإضافة إلى بعض الأسرار التي تجرأ المريض على قولها لأول مرة في حياته، لذا يجب أن يشعر المريض في نهاية المقابلة بالراحة والثقة والأمل الإيجابي في نجاح العلاقة. كما يجب على الأخصائي أن يقوم بالتعاون مع مريضه في نهاية المقابلة بتلخيص كل توصل إليه من أفكار وحاجات المريض وقيمه وتفسيرات عن مصادر المشكلات في حياة المريض وأن يكون هذا التلخيص مصحوبا ببعض التوصيات الضرورية الواقعية. (العزاوي، 2008، صفحة 150)

فقرار إنهاء المقابلة ليس سهلا على الأخصائي الإكلينيكي، لذا يجب إيجاد الطريقة الملائمة لذلك، في الختام الجلسة يجب أن يشارك الأخصائي النفسي ما استطاع أن يكونه من أفكار عن مصادر المشكلات في حياة المريض وحاجاته وقيمه، ومدى توقعه بشأن المستقبل، ولابد إعطاء العميل تلخيص عن مشكلاته من واقع عباراته خلال المقابلة، ويكون التلخيص مصحوبا ببعض التوصيات الضرورية.

إذن فمهمة الإكلينيكي الرئيسية هي فهم العميل كما يقول الطبيب النفسي الأمريكي "**هاري ستاك سوليفان**" أن مهمة المقابلة الرئيسية هي اكتشاف من هو العميل.(الخالدي، 2006، صفحة 138)

إذن فهدف المقابلة الإكلينيكية هي فهم العميل ومشكلاته حيث يبحث الإكلينيكيون على معلومات مفصلة عن مشاكل ومشاعر الشخص الحالية، والمواقف والعلاقات الحياتية الحالية، والتاريخ الشخصي. وذلك من أجل الوصول إلى تشخيص مناسب والذي يؤدي بطبيعة الحال إلى علاج مناسب..

يعتبر بناء وتشكيل المقابلة من القواعد الأساسية في الخوض في مقابلة ناجحة، ولقد اختلف المختصون في مجال البحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية في تشكيل أولويات المقابلة ولكنهم اتفقوا في النقاط الرئيسية التالية التي تعتبر خطوات أولي للإعداد الجيد للمقابلة:

. تحديد مكان وزمان وتاريخ المقابلة.

. شرح هدف وأعراض المقابلة للعميل بوضوح وتحديد.

. ضمان الجو المريح والحر والخاص لجلسات المقابلة.

. ملاحظة السلوك وردود الأفعال والدفاعات لدي العميل والاستعداد المسبق للتحكم فيها ورسم استراتيجيات احتوائها.

. البدء بحديث مكشوف غير متكلف والتقدم التدريجي نحو توضيح أهداف المقابلة والدور المطلوب من العميل.

. إظهار الدفء والود للعميل بحيث يشعر بالأمن والطمأنينة مما يشجعه على الأجوبة دون تردد.

. البدء بموضوعات محايدة التي لا تحمل صبغة انفعالية تم الانتقال التدريجي مع تطور العلاقة نحو الموضوعات والأسئلة ذات الطابع الانفعالي.

. صياغة الأسئلة بشكل واضح.

. إعطاء الوقت الكافي للعميل في إجاباته والإصغاء المتمعن من طرف الأخصائي.

. يوجه القائم بالمقابلة العميل نحو الالتزام بالأسئلة المطروحة وحصرها بالاتجاه الذي تهدف إليه المقابلة.

. يجب أن تعبر الأسئلة عن غرض من المقابلة وبلغة سهلة تساعد العميل علي الإجابة عنها دون تردد. (لرينونة، 2015، صفحة 56)

. وصف الطريقة التي وصل بها العميل إلي المقابلة سواء كانت تحويلا من مؤسسات أخري أو شخصية.

. تعريف الشخص أو الأشخاص المشاركين في المقابلة ببعض الإرشادات اللازمة لنجاح المقابلة.

. تأكيد السرية التامة للبيانات التي تجري أثناء المقابلة ليطمئن العميل ويخفض توتره ويقدم كل ما عنده من مشاكل ومشاعر بكل راحة. (القرني، 2017، صفحة 85)

❖ **الأسس المنهجية للمقابلة:**

ذكت العالمة "**غاريت**" سبع أسس منهجية للمقابلة:

1 . **الإصغاء الدقيق:**

تؤكد العالمة غاريت بأن الإصغاء الدقيق عند الأخصائي يعتبر من أبرز الأسس المنهجية في المقابلة الناجحة، والإصغاء ليس مجرد الاستماع بل هو مشاركة وجدانية كاملة للعميل الذي يقوم بتفريغ لمشاعره وآلامه وإحباطاته.

2 . **الأسئلة الهادفة:**

يجب للأسئلة أن تكون على هدف محدد، وتشير العالمة غاريت غلي أن توجيه الأسئلة لكي يكون هادفا يجب أن يتضمن مضمونين:

- الحصول على معلومات وافية وبيانات دقيقة.

- توجيه المقابلة من اتجاه عقيم إلى أخر مفيد.

وترى أن الأسئلة التي تجاب عليها (نعم /لا) لا تفي بالغرض ولابد من أسئلة تتيح للمريض التعبير عن مشاعره وذلك عن طريق الأسئلة الإيحائية والطريقة غير المباشرة والتي تعتمد على التعبير الحر.

3 . **إدراك الدوافع اللاشعورية:**

إن الأخصائي الخبير يحاول دائما أن يقرأ تعبيرات المريض ووجهه وكلماته وسلوكه وحركاته وتصرفاته لأنها كلها تعكس دوافعه اللاشعورية وبذلك يتمكن الأخصائي في سرعة فهم الحالة وربط صاحبها بالإطار الواقع كلما حاول الخروج من إطار الواقع.

4 . كشف وملاحظة التناقضات الوجدانية:

يواجه الأخصائي النفسي أثناء المقابلة مع (المريض أو الأب) تناقضات وجدانية ذات دلالة باثولوجية فالمريض يريد مساعدة جدية ولكنه غير قادر علي طلبها بصراحة، ويطلب النصائح ولا ينفذها. كما يظهر التناقض الوجداني في كون المعلومات التي يعطيها العميل للأخصائي يقوم بعكسها في سلوكه. والأخصائي الإكلينيكي الخبير يجب أن يضع عدة احتمالات لهذا التناقضات الوجدانية لدي العملاء والتي تظهر من دوافع لاشعورية، ويجب عليه مساعدتهم على حل هذه التناقضات.

5 . التقبل المبصر:

إن من الأسس المنهجية للمقابلة الناجحة أن يتقبل الأخصائي العميل كما هو، ويعني ذلك تقبل الاتجاهات والانفعالات والعلل مع توضيح الأخطاء بأسلوب تدريجي فيه الكثير من اللباقة.

6 . الوئام والعلاقة الحميمة المسؤولة:

يجب على الأخصائي النفسي بما لديه من مهارة وخبرة أن يدرك جيدا كيف يبني علاقة مهنية قائمة على التآلف والمودة من الطرفين، وأن كل من العميل والأخصائي له مسؤوليات مشتركة لنجاح المقابلة، فلابد للعميل أن يغير من اتجاهاته وسلوكه والتعاون مع الأخصائي.

وتبدو مهمة التعرف على الانفعالات والمشاعر والاتجاهات وتكوين القدرة على الإحساس بوجودها ودرجتها ووصفها صعبة للغاية ولا يمكن اكتسابها من الدراسة الأكاديمية فقط ولكنها تحتاج إلى خبرة ومستمرة وكثرة الاحتكاك بالناس وبما لهم من مشكلات واقعية تتكون تدريجيا تلك القدرة.

7 . تفسير البيانات والنتائج:

إن المقابلة بين الأخصائي والعميل ما هي إلا تكوين الافتراضات واختبار صحة هذه الافتراضات. وتلعب خبرة الأخصائي بجانبيها النظري والمهني دورا هاما في عملية تفسير البيانات. وحينما يتأكد الأخصائي بأن فروضه قد ثبتت صحتها أو يقوم بتعديلها إذا لم تتوافق مع توقعاته فلا يقدم تفسيره للحالة أو الأب إلا عندما يتأكد من تفسيره يساعد الحالة أو الأب، وفقد يواجه الأخصائي صعوبة عدم تقبل الحالة أو الوالدين التفسير والتحليل الصريح للبيانات أو الاختبارات تحت دوافع لاشعورية. (ياسين، 1981، صفحة 410)

❖ **مبادئ المقابلة:**

تحدث علماء كثيرون حول المبادئ الأساسية للمقابلة ومن أبرز هؤلاء العلماء "**هادلي**" و"**ديكسون**"، وبراون... مبادئ المقابلة عند "هادلي":

- **وضع الأساس السليم للمقابلة:** ويتم بالاحترام المتبادل وعدم التعالي ومحاولة فهم المريض وتقبله، والاستعداد للمشاركة في حل مشكلاته.

- **البدء السليم للمقابلة:** ويتم بتوضيح غرض المقابلة للعميل وإشعاره بالمسؤولية المشتركة.

- **وضع الأسئلة بصورة واضحة:** ويجب ألا تكون الأسئلة غامضة أو يكون بها أي نوع من أنواع الانحياز أو الإيحاء.

- **ترتيب الأسئلة طبقا لمستوي قلق المريض:** ويبدأ الأخصائي بتشجيع المريض بأسئلة تدريجية مرتبة ليضمن التعاون مع العميل.

- **السرعة المعقولة المناسبة أثناء المقابلة:** يستحسن أثناء المقابلة عدم الإسراع وعدم البطء وأن يثير الأخصائي أسئلة جديدة بمجرد انتهائه من الأسئلة الأولي.

- **تسجيل المقابلة بأسرع وقت ممكن:** يعتبر تسجيل المقابلة ضروريا سواء كان أثناء الحديث أو بعده، وسواء كان على الورق أو باستخدام التسجيل الصوتي بموافقة العميل، ومن الأخصائيين من يفضل فقط كتابة نقاط أساسية. (عمر، 1987، صفحة 58)

- **تسجيل المقابلة:**

يتم تسجيل الوقائع والمعلومات التي يحصل عليها الإكلينيكي من المفحوص وذلك للتأكد من صحتها، ويجب أن يراعي الأمور التالية عند قيامه بالتسجيل، من بينها عدم الاستغراق في الكتابة والتسجيل، لأن ذلك يربك المفحوص، ويجب أن ينتبه من أن يحذف أمور مهمة أو تعبير أو تجربة تساعده في فهم مشكلة العميل أكثر، كما لا يمكنه أن يضيف أو يضخم في أي معلومة بل يسجلها كما تم ذكرها.

لقد اختلف العلماء حول طرق تسجيل المقابلة فكل اتخذ الطريقة المناسبة مع مستوي العميل والمناسبة مع نوع المقابلة وغرضها وأهدافها ويمكننا تلخيص خمس طرق لتسجيل المقابلة:

1 . الكتابة من الذاكرة بعد انتهاء المقابلة.

2 . تقدير استجابات العميل علي مقياس التقدير الذي سبق إعداده والتدرب على استخدامه من طرف القائم بالمقابلة والعميل.

3 . وجود نظام سابق للتصنيف والترميز يمكن استخدامه، كأن يرسم علامة في مسافة تترك لهذا الغرض.

4 . التسجيل الحرفي لكل ما يقوله العميل أثناء المقابلة.

5 . استخدام أجهزة التسجيل الصوتي بعد موافقة العميل أو بغير علمه.

ورغم أن لكل طريقة عيوبها ومزاياها فإن غايتها رفع درجة الصدق والثبات لبيانات المقابلة، وتبقي لكل حالة طريقتها الخاصة المناسبة لها وهنا تبرز مهارة الإكلينيكي في استخدام الأداة الملائمة في المكان اللائق وفي الوقت المناسب وفي الحالة الخاصة. (سعد، 2009، صفحة 63)

ثالثا: دراسة حالة:

تعتبر طريقة دراسة الحالة طريقة تقليدية في معظم بحوث علم النفس، تركز على الفرد وتهدف إلى التوصل إلى فروض، وهي الوعاء الذي ينظم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي والفحوص الطبية والاختبارات السيكولوجية، ففي الموقف الإكلينيكي تتشابك المتغيرات والعلاقات حيث يصعب استخدام المعالجة التجريبية، لذلك يفضل الإكلينيكي دراسة الحالة التي تدور حول الكائن الإنساني في تفرده.

حيث أخذ علم النفس الإكلينيكي مصطلح "دراسة الحالة" عن الطب العقلي الذي كان يعتمد على مصطلح "تاريخ الحالة" ويقصد به تاريخ المرض الحالي أو الأمراض التي تشكل التاريخ الطبي للمريض، وقد استخدم هذا المصطلح بالرغم من اعتراض بعض الإكلينيكيين عن مصطلح "حالة" التي تشير إلى كائن إنساني يعاني من اضطراب بدني أو نفسي، لكن الباحثون في العلوم الإنسانية استخدموا مصطلح تاريخ الحياة أو الوثائق الشخصية والذي اتسع حيث أصبح يشمل بالإضافة إلى الوثائق الشخصية التاريخ الطبي والاجتماعي للشخص، وبيانات الاختبارات السيكولوجية ونتائج المقابلات مما أصبح يطلق على هذه الطريقة

بدراسة الحالة التي تشير أساسا إلى عملية جمع البيانات واستخدامها إكلينيكيا. (محمود ، 2016، صفحة 26)

يؤكد "**جوليان روتر**" بأن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر عدد من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو الحالة، وتتضمن هذه المعلومات طبيعة المشكلة وظروفها ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته واحباطاته، وقد تأتي المعلومات من الوالدين والأسرة أو رفاق العمل أو أساتذة المدرسة وتساهم أيضا الاختبارات النفسية عند ضرورتها وفي وقتها المناسب في كشف القدرات العقلية والمهارات والميول المهنية، وبالإضافة إلى المعلومات والتفاصيل التي يعطيها الطبيب عن الحالة الصحية للعميل، وإصابات الدماغ ويزودنا الأخصائي الاجتماعي بتاريخ الحالة الاجتماعي وظروف العائلة ودخلها المالي ومشكلاتها وتأثيرها علة حالة المريض. أما الدكتور "**محمود الزيادي**" فيؤكد بأن تاريخ الحالة أداة قيمة تكشف لنا عن وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحالي وهذه خطوة أساسية في العمل الإكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته، بأسلوب علمي منظم. وهذا يساعد الأخصائي على وضع العروض الأولية التي يحاول فيما بعد اختبار صحتها من خبراته التشخيصية السابقة. (ياسين، 1981، صفحة 350)

إذن تعتبر دراسة الحالة دراسة معمقة ومطولة للمفحوص بغرض فهم حالته النفسية والخصائص المرتبطة بحالته ومعرفة مشكلاته والوصول إلى الأسباب الحقيقية وراءها، ويمكن اختبار الفرضيات جيدا في دراسة الحالة في حالة نفيها، وذلك باكتشاف وقائع تناقضها، أما في حالة تأكيدها تصبح غير ضرورية، لأن في هذه الحالة لا يمكن مراقبة الفرضيات البديلة.

ومن إيجابيات دراسة الحالة أنها تقترب من الحقيقة الواقعية، كما تمكن من وصف الظواهر النادرة، وطرح الفرضيات ونفي بعضها، اهتمام انتقائي وذاكرة اختيارية للمختص والمفحوص.

أما من بين سلبياتها صعوبة تكرار الملاحظات المقدمة بهدف مراقبتها، نقص تأكيد الروابط السببية بين الأحداث بسبب مشكلة عزل الأسباب، لذا لابد من اللجوء إلى أساليب أخري. (لرينونة، 2015، صفحة 200)

خلاصة:

الأخصائي النفسي العيادي هو شخص يستخدم الأسس النظرية والفنيات السيكولوجية في ميدان التشخيص والفحص والعلاج، ويتميز بسمات وخصائص شخصية أهمها القدرة على فهم ومساعدة الآخرين، وتختلف مهامه حسب أماكن ومجالات عمله، وتنحصر بين التوعية والمرافقة والتشخيص والعلاج والبحث العلمي، وهو يقدم خدماته لكل الفئات العمرية (أطفال، مراهقين، راشدين، رجال، نساء...) في الحالات المرضية وحتى غير المرضية، ويختلف دوره حسب البلاد حيث حدد التشريع الجزائري مهامه، وهو يعمل داخل فريق عمل.

الفصل الرابع:

تكوين الأخصائي النفسي العيادي

1- تكوين الأخصائي النفسي العيادي في الدول الغربية

1-1- تكوين علم النفس العيادي في الولايات المتحدة الأمريكية

1-2- تكوين الأخصائي النفسي الإكلينيكي في انجلترا

1-3- إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي في فرنسا

2- تكوين الأخصائي النفسي العيادي في الجزائر

تمهيد:

تقوم الدول بإعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي إعدادا مكثفا في الجانبين النظري والتطبيقي، ليواجه أعباء عمله ومسؤولياته، وذلك بإحاطته بكافة فروع علم النفس التي تعتبر الأرضية الصلبة والأساسية لتكوين الأخصائي النفسي، ويختلف إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي حسب الدول فالدول الغربية لها إعداد يتميز ببرامج خاصة ومكثفة تختلف على البرامج المتبعة في الدول العربية بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة، وسنتطرق في هذا الفصل بعرض تكوين الأخصائي النفسي في بعض الدول الغربية المتقدمة (الولايات المتحدة، فرنسا، إنجلترا) وتكوين الأخصائي النفسي في الجزائر.

لقد أصبح علم النفس العيادي حاليا في الدول المتقدمة يستقطب عددا كبيرا من الدارسين، حيث يوجد حاليا تقريبا 20.000 طالب على مستوى الدكتوراه في قسم علم النفس في أمريكا وكندا والعدد الأكبر منهم بنسبة 33% يدرسون علم النفس العيادي.

وهذا الإقبال الكبير على علم النفس العيادي جعل "**نيومان**" **Newman** أحد علماء النفس يقول:" إن شروط متابعة الدراسات العليا في علم النفس وخصوصا في علم النفس العيادي يمكنها أن تصبح أكثر صعوبة من الالتحاق بكلية الطب."

كما أن معظم المنخرطين في جمعية علماء النفس الأمريكية (APA) هي مجموعة الأخصائيين النفسانيين العياديين، إذ بينت دراسة "**كووكا**" **Cucaعام** 1975 أن العياديين يشكلون حوالي 36% من المنخرطين في هذه الجمعية. ويعل ذلك يعود إلى ما تتميز به مهنة الأخصائي العيادي عن باقي مهن المساعدة الأخرى من حيث التكوين، حيث أصبح العيادي يتلقى تكوينا منهجيا نظريا وعمليا يمكنه من الحصول على معلومات نظرية وتقنية لتقدير السلوك وتفسيره من جهة، ولتعديله وتغييره من جهة أخرى.

ويقول "**كيلير**" Kieller 1977 في هذا الصدد: "الأطباء العقليون يتلقون تكوينا طبيا وشيئا قليلا حول دراسة السلوك الإنساني ولا يتلقون أي خبرة في مجال البحث العلمي. "وما يميز الأخصائي العيادي في العالم المتقدم هو أنه باحث وممارس في نفس الوقت، وهو يبني ممارسته العيادية استنادا إلى أسس وشروط المنهج العلمي، حيث يؤكد" **ميهل**" ذلك بقوله:" إذا كان هناك شيء يبرر وجودنا بالإضافة إلى انخفاض أجرتنا، هو كوننا علميا في مجال السلوك الإنساني." (بلميهوب، 2013، صفحة 17)

يرى **chabrier et benedetto**" أن تكوين المختص في علم النفس العيادي هو عبارة عن سيرورة دينامية تستدخل الفرد المتكون (دينامية شخصية) في محاور بنيوية مع محيط التكوين (ظروف خارجية). والممارسة في علم النفس العيادي تستوعب أن يتلقى الفرد ما يكفي من المعطيات النظرية والتطبيقية والتي تخوله بالقيام بنشاطات ومهام أساسية المتمثلة في الفحص النفسي، التدخل النفسي، التقدير، والتكفل والعلاج النفسي.

وبالرغم من هذا التنوع في التكوين بالنسبة الممارسة النفسية إلا الأصل فيها يعود أساسا في التحكم في عملية الفحص النفسي الذي يعتبر من بين الدلالات الكمية والكيفية لوجه هذه الممارسة. (بومعزة، 2017، صفحة 15)

إن تكوين الأخصائي النفسي قائم على أساسين متكاملين هما الإعداد النظري والإعداد التطبيقي، حيث يتضمن الإعداد النظري معرفة المعلومات الضرورية التي تخص الاضطرابات النفسية والسلوكية، بتوازي مع معرفة مسار النمو الطبيعي والسوي للفرد. بالإضافة إلى الجانب المنهجي والتقني والتعرف على القياس النفسي والإحصاء الذي يعد ركيزة الفحص والتشخيص. أما الإعداد التطبيقي فيهدف إلى الاحتكاك بالميدان والاتصال المباشر بالحالات المرضية قصد أخذ صورة ملموسة عن الاضطرابات النفسية وكيفية التعامل معها، ويكون الإعداد التطبيقي تحت إشراف ذوي الخبرة والمهارة العالية حيث يحرص الأخصائي على إثراء معارفه النظرية وربطها بالوقائع الميدانية. ويجدر الإشارة أن هناك فريق من العلماء من يركز على التدريب والممارسة العيادية وهو يفضي لاحقا إلى الدكتوراه في علم النفس (Psy.D) وفريق آخر من العلماء يركزون على التدريب على البحث ومهارات المنهج وهو ما يؤول لاحقا إلى دكتوراه الفلسفة (PH.D) التقليدية التي يتم التركيز فيها على البحث العلمي الأكاديمي. (زقار، 2015، صفحة 10)

1- تكوين الأخصائي النفسي العيادي في الدول الغربية:

بدأ علم النفس بظهور عدة نماذج ومحاولة المزج بينها مثل علم النفس التجريبي من ألمانيا، والقياس النفسي من بريطانيا، والوضعية من النمسا، وتعززت هذه المدارس المستوردة وتكيفت مع النماذج السيكولوجية الأمريكية مثل السلوكية والوظيفية.

1-1- تكوين علم النفس العيادي في الولايات المتحدة الأمريكية:

- بداية تدريب المتخرجين في علم النفس الإكلينيكي في الولايات المتحدة الأمريكية:

خضع تدريب المتخرجين الإكلينيكيين في علم النفس لتغيرات كثيرة في خمسين السنة الماضية، فبعد الحرب العالمية الثانية كان توجد حاجة متزايدة للأخصائيين النفسانيين المؤهلين لتغطية الحاجات الانفعالية والنفسية والطبية للهيئة العسكرية العائدة من الخارج في الولايات المتحدة، واستجابت الجمعية النفسية الأمريكية (APA) بتطوير منهج رئيسي لتدريب الأخصائيين النفسيين، وفى عام 1949 أعلن مؤتمر بلودر عن نموذج العالم الممارس. (فايد، 2004، صفحة 186)

إن هذه التغيرات التي طرأت على برامج تدريب الأخصائيين الإكلينيكيين تعكس أوضاع عمل الأخصائيين من عدة نواح، فابتداء من منتصف الستينات من القرن الماضي، حدثت نقلة على صعيد الإكلينيكيين من العمل الأكاديمي في الجامعات إلى العمل في العيادات الخاصة، لذا زادت الشكوى من عدم كفاءة نموذج العالم – الممارس في تدريب الأخصائيين الممارسين، كما أن التدريب على المهارات الإكلينيكية ضعيفا وقاصرا، بالإضافة إلى كون أعضاء الهيئات التدريسية غافلون عن الاحتياجات التدريبية للممارسين في المستقبل. وقد صدرت عن مؤتمر **فيلVail**عام 1973 مصادقة صريحة على نماذج تدريبية بديلة تلبي احتياجات الممارسين في المستقبل، كما أن البدائل المتمثلة بدرجة الدكتوراه في علم النفس ونموذج المعاهد المهنية، يمكن إرجاعها لمواقف التي تبناها الأشخاص الذين حضروا ذلك المؤتمر، ومن الواضح أن هذه البرامج البديلة أصبحت مؤثرة بشكل متزايد ويمكن الاستدلال على ذلك من أعداد خريجيها الجدد من حملة الدكتوراه، حيث يوجد توجه واضح لدعم اختيار أو تعيين أولئك الأخصائيين الإكلينيكيين الذين يمارسون العمل الإكلينيكي بدرجة الدكتوراه في علم النفس. (داوود، 2017، صفحة 121)

منذ عام 1980 تمنح حوالي 3000 شهادة دكتوراه في علم النفس سنويا في الولايات المتحدة، وهي أكثر من أعداد الدكتوراه في بقية أجزاء العالم، والولايات المتحدة أكبر عملية تطور في علم النفس لم تتأثر بالاضطرابات السياسية والاقتصادية والاجتماعية مقارنة مع الدول الأخرى. ففي هذه الولايات هناك حوالي 580 عالم نفس و140 باحث في علم النفس لكل مليون نسمة. ، فمن خلال الدراسة الموسعة **لهوفستيد Hofstede 1980** نلاحظ تناسب واضح بين المحتوى والنظريات والمناهج المستخدمة مع نماذج القيم الأمريكية.

واستمر تدريب المتخرجين في الارتقاء، وحديثا نشرت الجمعية النفسية الأمريكية (APA) خطوطا إرشاديا جديدة لبرامج الدكتوراه في علم النفس المهني. وركزت الخطوط الإرشادية على كفاءة الطلاب الذين يتطلبون برامج دكتوراه ومراكز داخلية لتحديد المهارات التي أراد مدربهم أن يظهروها قبل التخرج، واستلزم هذا الأمر تطوير طرق منهجية تقويمية لتأكيد التناغم مع الخطوط الإرشادية المقبولة. (فايد، 2004، صفحة 185)

ومن أهم المعايير التي حددتها الجمعية النفسية الأمريكية في برامج تخرج الأخصائيين النفسيين:

1- الكفاءة: بحيث يجب أن تتوفر لدى طلاب علم النفس الكفاءة والتي يستلزم أن تتكون من المهارات القابلة للملاحظة والقياس، وفي نفس الوقت يسمح للطلاب بمجموعة متنوعة من المجالات (مثلا العلاج النفسي: سيكوديناميي أو السلوكي، البحث: الكمي أو الكيفي) وبعدما تحدد المهارات المتعلقة بالكلية الخاصة بالتدريب يتم تطوير طريقة قياس السلوكيات الرديئة، ويوضح هذا القياس مدي كفاءة الشخص، ويجب تقييم السلوك قبل التدريب ويتبع بعد ذلك بمجموعة من النشاطات التعليمية التدريبية المتنوعة، واستخدام عروض من شرائط سمعية مرئية وتغذية راجعة شفهية بخصوص نقاط القصور في مهارات معينة واقتراحات بالنسبة للعلاجات، حيث تساعد تلك الوسائل في تحسين المهارة. وبمجرد أن يظهر الطلاب كفاءة في مجال معين، فإنهم يجب أن يظهروا تقديرا للقضايا القانونية والأخلاقية والثقافية المتعلقة بالممارسة. (فايد، 2004، صفحة 187)

وهناك عدة أوجه مهمة للكفاءة من أهمها يجب على الأخصائيين الإكلينيكيين أن يعرفوا دائما مستوي تدريبهم بدقة، فلا يجب على منه يحمل درجة الماجستير منهم أن يخبر الآخرين بأنه دكتور، كما أن مجرد مناداته من طرف بعض الناس بلقب دكتور ليس كافيا، وإذا تدرب الإكلينيكي ليكون مرشدا نفسيا، فيجب أن يقدم نفسه بناءا على ذلك لا على أنه أخصائي إكلينيكي، والأخصائيون الإكلينيكيون ملزمون بالسعي إلى تقديم أنفسهم بصورة دقيقة فيما يتعلق بتدريبهم وبسائر أوجه كفاءتهم. وهذا يعني بطبيعة الحال أنه لا ينبغي عليهم القيام بالمعالجات أو الإجراءات التقييمية التي ينقصهم التدريب فيها أو الخبرة تحت إشراف مختص، وعندما يكون هناك أي شك حول كفاءات معينة لديه، فمن المفروض أن يبحث الأخصائي عمن يمكنه الإشراف عليه من ذوي الخبرة.

بالإضافة إلى ضرورة أن يكون الإكلينيكي حساسا اتجاه مساءل العلاج والتقييم التي يمكن أن تتأثر بالجندر أو الخلفية الإثنية/ العرقية للمريض، أو بعمره أو توجهه الجنسي أو دينه، أو بإعاقته أو مستواه الاقتصادي والاجتماعي. (داوود، 2017، صفحة 144)

- تقييم الكفاءة لدى الأخصائيين الإكلينيكيين:

يعتبر كثير من الباحثين أن اكتساب المهارات الخاصة بالعلاج النفسي وتقويمها يجب أن تتم من منظور ارتقائي، فيحتاج المبتدئون إلى معلومات بخصوص معرفتهم وفهمهم للمبادئ الأساسية، وهكذا يتم تقويم مهارات مستوي قبول الطلاب من خلال استخدام الاختبارات، ويستلزم هذا تقييم لسعة معرفة الفرد

وكذلك للأداء في النماذج التي تحاكي بشدة الممارسة الواقعية، ويجب أن تشمل طرق التدريب التعلم المبني على المشكلة، والإشراف الوثيق بالممارسة، وكتابة اقتراحات البحث.

وعندما تسمح كفاءة الطلاب لهم بالأداء بشكل مستقل، فإن التقويم المباشر يكون مطلوبا، وقد يتضمن هذا التقويم دراسات بحثية، واستعراض سجلات أو تقديمات حالة، كما يجب أن يشمل تغطية مفصلة للقضايا الأخلاقية المتعلقة بالممارسة النفسية. وقد يهتم المشرفون بكيفية تحكم الطلاب للعناصر الفردية مثل درجات الاختبار والمعالجة عموما، وتقويم الكفاءة الخاصة بمهارات إدارة ممارسة الطالب، ويتم الخطوة الأخيرة في تقويم الكفاءة عن طريق انتقاء الحالة، والإعداد أو التوقيت المحدد للتقارير، وفي مجال حفظ الوثائق والمسندات، تحدد الكلية الكفاءات وتزود الطلاب بتعريف السلوكيات غير مقبولة، وتعطى أمثلة لكيف يمكن أن تظهر المهارات، ويطلب من الطلاب أن يجمعوا المادة التي توضح الكفاءة ويقدموها إلى الكلية. (فايد، 2004)

وقد أصبح علم النفس يستقطب عدد كبير من الدارسين، حيث يوجد حاليا تقريبا 20.000 طال على مستوى الدكتوراه في قسم علم النفس في أمريكا وكندا والعدد الأكبر منهم (33%) يدرسون علم النفس العيادي، كما أن أكبير نسبة من المنخرطين في جمعية علماء النفس الأمريكية (APA) هي مجموعة الأخصائيين العياديين، إذ بينت دراسة "**كووكا**" 1975 أن العياديون يشكلون حوالي 36 % من المنخرطين في هذه الجمعية.

فالأخصائي النفسي الاكلينيكي في أمريكا يصبح بعد درجة الماجستير (الترخيص، 4 سنوات) متخصص في علم النفس الإكلينيكي خلال دورة تدريبية تشمل التدريب في مجال البحث وتنتهي بعد أربع سنوات على الأقل بأطروحة تقدم انجاز بحث أصلي، إلى جانب العمل التطبيقي تحت اشراف (سنة واحدة)، فمجال علم النفس الإكلينيكي يهتم بالتوجه الأخصائي الشخصي واكتساب المعرفة الفنية والممارسة التي تطبق في سياق موقفه الاكلينيكي تمكنه من مساعدة مرضاه في حل مشاكلهم، وتفسير وتعديل وتقييم السلوك واضطراباته وهذا ما يميزه على الأطباء النفسيين، أكد Kiesler 1977 على هذا بقوله:" يتلقى الأطباء النفسيين تدريبا طبيا معياريا وتدريبا رسميا قليلا في دراسة السلوك البشري بدون خبرة بحثية تقريبا، أما علماء النفس الإكلينيكيون التدريب في الطب ويتلقون مجموعة واسعة من الخبرات البحثية الشاملة، ويشاركون لمدة 5 سنوات أو أكثر في دراسة واسعة للسلوك البشري. وبالتالي فتخصص علم النفس الاكلينيكي تمكن الأخصائي أن يصبح عالما ممارسا."

كما يقول الطبيب **Meehl** في هذا الموضوع: "إذا كان أي شيء يبرر وجودنا أننا نفكر علميا في مجال السلوك البشري، وأننا نعود إلى تقاليد عريقة من أصول علم النفس التجريبي في دراسة الخطأ البشري، وتطبيق الأساليب الكمية على نتائج نشاطنا المعرفية، إذا لم يكن هذا الالتزام المنهجي قويا بما يكفي للتنافس مع التزامات الأطباء اتجاه أدوات تشخيص معينة فسنفقد المساهمة الفريدة لتخصصنا." (Huber، 1987، صفحة 250)

1-2- تكوين الأخصائي النفسي الإكلينيكي في انجلترا:

أن تتدرب لتصبح أخصائيا نفسيا إكلينيكيا يتطلب نوع من الخبرة ومهارة وتكريس، فبمجرد أن يختار الطالب علم النفس الإكلينيكي كمهنة له فإنه يحتاج إلى الحصول على المؤهلات والخبرات اللازمة، حتى يستطيع الالتحاق بدورة التدريب الخاصة بذلك، وفي إنجلترا يحتاج الطلبة إلى الحصول على الدرجة الأولى في علم النفس أو ما يعادلها (دورة دراسية مكافئة) مما يجعلهم لائقين للحصول على عضوية جمعية علم النفس البريطانية (BPS) وطالما لديهم هذه المؤهلات فإنهم يتمكنون من أخذ مكان في دورة تدريب إكلينيكي علاجي، وهذه الدراسات تعني بدلالة الخبرة والقدرات في ثلاث مجالات أكاديمية: الأكاديمي، العلاجي الإكلينيكي، البحوث. فبالنسبة للخبرة الأكاديمية فإن معظم الدورات التدريبية يتطلب الالتحاق بها درجة أولى أو أعلى من الثانية أكاديميا مع وجود وزن إضافي يعطي للدراسات العليا مثل الدورات الخاصة بالماجستير والدكتوراه (PH.D) ويتوقع أيضا من المتقدمين أن تكون لديهم خبرة علاجية إكلينيكية في مجال الصحة العقلية من العمل داخل مجتمعات أو وحدات الصحة النفسية، أو العمل كأخصائي نفسي مساعد، أما الوظيفة الأخيرة التي يجب أن تتوفر لدي الطلبة المتقدمين هي امتلاك مهارات جيدة في البحث وهذه الوظيفة التي تميز الأخصائي النفسي عن غيره من التخصصات الأخرى في مجال الصحة النفسية والعقلية، وهذه المهارات مهمة لأنها تمنح الأخصائيين الإكلينيكيين القدرات الضرورية لفهم وتقييم التراث النظري الإكلينيكي العلاجي، واستخدام مهارات البحث في تقييم الخدمات والتدخلات وإجراء وتنفيذ البحوث التي قد تؤدي إلى تطوير نظريات نفسية وتدخلات جديدة.

وطلبات الالتحاق بالدورات التدريبية في إنجلترا تتم إدارتها من خلال "دار الترخيص لدورات الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي، وتهتم هذه الدورات بالإضافة إلى إثبات وجود القدرات الأكاديمية والبحثية، والخبرة الإكلينيكية العلاجية، بوجود السلوكيات الاجتماعية البين شخصية ومهارات الاتصال القوية والوعي

الذاتي، ولقد لوحظت زيادة كبيرة في الالتحاق بهذه الدورات في إنجلترا بين عامي 2009 و2012 حيث وصل عددهم (3857 متقدما للحصول على 586 مكانا. (زراد، 2016، صفحة 282)

1-3- إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي في فرنسا:

ففي فرنسا يمارس المهنة حاليا حوالي 36000 أخصائي نفسي منهم 45% يعملون في القطاع العام، و30% في القطاعات الاجتماعية والتضامنية وما بين 5 و10% في القطاع الخاص حيث يبلغ متوسط أعمارهم ال45,8 سنة وتمثل النساء في هذا المجال 73,6 من مجموع الأخصائيين الممارسين حسب إحصائيات LINSEE

في فرنسا يكون الشخص أخصائي اكلينيكي إذا تحصل على بكالوريا + 5 سنوات من التكوين الجامعي، ويكون كأستاذ مكون إذا تحصل على بكالوريا + 5سنوات + 3سنوات، اما الإكلينيكي الممارس فيجب ان تكون لديه دراسات عليا إضافة إلى التخصص في أحد ميادين علم النفس العيادي وقد درس العلاجات النفسية، وتخصل على تكوين في كيفية ضبط النفس.

ويحتوي تكوين المختص النفسي في فرنسا في الناحية النظرية إعطاء الطالب نظرة شاملة على مختلف محتويات البرنامج التكويني، من علم النفس العام والتحليلي والاجتماعي والأبستمولوجيا، مع مقاييس أخرى ذات العلاقة بعلم النفس كالفلسفة والفيزيولوجيا وعلم الاجتماع والمنطق وأيضا الإحصاء، والأعمال التطبيقية والتربصات ضرورية أيضا للطالب في علم النفس العيادي، ولابد أن ترافق وتكمل التكوين النظري، والكثير من الطلبة يحاولون الحصول على تربصات ميدانية فرو حصولهم على شهادة الليسانس، كما أن الجامعات كانت تعقد اتفاقيات مع مراكز لتربص الطلبة ولكنها لا تدون في معظم الأحيان. (بلحاج، 2018)

2- تكوين علم النفس العيادي في الجزائر:

يؤكد الكثير من الباحثين والعلماء أن مسيرة علم النفس في الجزائر لم تبدأ إلا في مطلع السبعينات من القرن العشرين، بالرغم من وجود بعض المناهج الموروثة عن العهد الاستعماري التي كانت معظمها موجهة لتكريس الفكر الاستعماري، إلا أنه في ظل هذه الظروف لا يمكن الحديث عن علم النفس حقيقي بمواصفات موضوعية منهجية. (بوحفص، 2006)

فقد بدأت حركة علم النفس في الجزائر بعد الاستقلال شبه منعدمة بسبب المغادرة الجماعية للممارسين والأطباء النفسانيين للجزائر، مما انجر عنه ترك ما يقارب 6 آلاف سريرا لمرضى الأمراض العقلية والنفسية ممن كانوا يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية جراء مخلفات الفترة الاستعمارية، فيما مان عدد الأخصائيين النفسانيين إلى غاية سنة 1978 في الجزائر سوى ثلاثة وأربعون أخصائي نفساني في الصحة العمومية على المستوى الوطني، من بينهم أحد عشر أجانب. (Kacha، 2012)

حيث يرى "**مقداد**" 2016ا أن علم النفس في الجزائر حله كحال علم النفس في أغلب البلدان النامية، فهو علم النفس الغربي، فقد تعتبر الساحة النفسية خالية، وأن هناك حاجة ماسة إلى علم النفس في مجال التدريس والممارسة، وهذا ما أدى إلى النقل الحرفي لعلم النفس من الغرب في سنوات الاستقلال الأولى وقد تمت عملية النقل بدون أي غربلة... فلم تتمكن الجامعات الجزائرية من تكييف علم النفس الغربي إلى البيئة الجزائرية بما فيها من دين وقيم وعادات وتقاليد... وبقيت تجتر ما تم نقله من دون هضم. (لحسن، 2019)

لقد ظل علم النفس في الجزائر في مراحله الأولى يعتمد بصورة أساسية على النظريات والمنطلقات والاختبارات والمقاييس النفسية ذات المنشأ الغربي، الأمر الذي أدى إلى اتسام علم النفس في الجزائر بالسمة الغربية بدلا من أن يكون له هويته المتميزة، القائمة على معطيات وخصوصية الثقافة الجزائرية، ما جعل مناهجنا التعليمية في علم النفس لا تقوى على التجرد من هذه العلاقة والارتباط باتجاهات سيكولوجية لا علاقة لها بخصائص الفرد الجزائري ومقومات الأساسية، مما أدى إلى انعدام منهجية أصلية تعالج الواقع الاجتماعي، وافتقاد موضوعات علم النفس في الجزائر لهويتها التي تميزها عن المجتمعات الغربية مما حد من قدرتها على معالجة هذا الواقع. (سمايلي، 2014)

ولعل أكبر تحدى يواجه علم النفس في الجزائر هو تحدي التوطين، فعلى الرغم من أن عمر علم النفس في الجزائر يتجاوز مئة سنة، إلا أن الملاحظ سيرى أن علم النفس المدرس في الجامعات الجزائرية والممارس في المصحات والعيادات النفسية هو علم النفس كما نشأ في البلد الأصلين، على الرغم من أن البلدان التي تكون فيها علماء النفس الجزائريين هل البلدان العربية كمصر، والبلدان الأوروبية كفرنسا وبريطانيا، والبلدان الأمريكية وعلى رأسها أمريكا وكندا، إلا أنه لم تكن هناك محاولات لتوطين علم النفس وإنتاج علم النفس محلي يستفيد منه حقيقة من يتعلم ومن يمارس، لأن العلم الغربي لا يمكن صاحبه من الاستفادة الفعلية منه. (خليفة، 2008)

فالواقع الجزائري يختلف تماما في نظرياته ومنهجيته وتطبيقاته لأن خصوصية التكوين النفسي لأي مجتمع يفترض أن تتشكل تبعا للتوجهات الثقافية ومرجعياتها التي بدورها تعمل على توطين المعرفة وتسمح في التعامل مع النظريات والمنهجيات بشكل انتقائي. بما يخدم عمليات تفعيل الخصائص الثقافية المجتمعية لتوظيفها في عملية التنمية الوطنية وهو ما تفقده مناهجنا وموضوعاتنا في علم النفس، بالرغم من المحاولات الإصلاحية لمناهجه ومقرراته في إطار نظام ل م د لجعلها أكثر انسجاما مع متطلبات الحياة الاجتماعية للفرد الجزائري وانفتاح تخصصاته وفروعه وتكييفها مع متطلبات سوق العمل والتحديات العالمية في مجال المعرفة، ويمكن تلخيص هذه الواقع في النقاط التالية:

- معظم الكتب والمؤلفات النفسية الصادرة في الجزائر، قد وضعت لغاية تعليمية بحثه، ولم تكن هذه المراجع والدراسات تهدف إلى رفع مستوى الثقافة النفسية لدى القارئ عامة وزيادة وعيه، كما أنها تتميز بالقدم وانعدام الأصالة، وتقوم على الترجمة والاقتباس، وتناقش قضايا منفصلة تماما على البيئة والثقافة الجزائرية.
- معظم الكتب والمؤلفات النفسية تعتمد على التكرار والاجترار لدرجة الاستهلاك مع طغيان الطابع الأكاديمي النظري بعيد عن الجوانب التطبيقية العملية، بسبب نقص معاهد للتكوين والتدريب، والمختبرات، والمراكز النفسية، وما وجد منها عادة ما يقترن بشهادة جامعية أو تغيير وضعية مهنية.
- الغموض القانوني في مجال الصحة النفسية، إذ أن القانون يعطي كل الصلاحيات لطبيب النفسي، سواء تعلق الأمر بالخبرة أو تقييم الحالة النفسية وتشخيصها، وغيرها من الصلاحيات القانونية في حين نجد الأخصائي النفسي مهمش ومجرد من هذه الصلاحيات. (سمايلي، 2014)

✓ **مسار علم النفس في الجامعة الجزائرية:**

يمكننا تتبع الجذور التاريخية لعلم النفس في الجزائر من خلال نشأة التعليم العالي بالجزائر أثناء العهد الاستعماري، حيث أسست سنة 1859 أول مدرسة عليا للطب، ثم فتحت سنة 1879 كل من مدرسة الحقوق، ومدرسة العلوم، ومدرسة الآداب، وانتهى تجمع هذه المدارس الأربعة بتأسيس جامعة الجزائر سنة 1909، على نمط الجامعات الفرنسية.

ظهرت معالم علم النفس في الجزائر عند تأسيس الجامعات والمعاهد التي اهتمت بتدريسه فقد كانت جامعة قسنطينة 1969 تضم كلية علم النفس التي يتلقى فيها الطلاب جميع العلوم النفسية. بالإضافة إلى المعهد العالي للعلوم الاجتماعية التابع لجامعة وهران الذي كان يضم قسما لعلم النفس. وهي في الحقيقة

كانت امتداد للنموذج الفرنسي، تمنح تكوينا في الثقافة العامة وفي علم النفس العام، وعلم النفس الطفل، وعلم النفس المراهق، وعلم النفس الاجتماعي تدرس في كليات الآداب، أما تخصصات علم النفس الفيزيولوجي العام وعلم النفس الفيزيولوجي المقارن تدرس بكليات العلوم يتوج من خلالها الطالب بشهادة الليسانس في إحدى الجامعات. **(Kacha, 2012)**

كان علم النفس يدرس كمقرر فرعي في كلية الطب ضمن قسم الأمراض العصبية، كمقرر فرعي ضمن قسم الفلسفة في كلية الآداب، مندمجا ضمن مقرر أشمل يضم مجمل العلوم الاجتماعية والإنسانية، ورغم أنه مقرر جزئيا لكنه يستدعي اهتمام الكثير من الطلبة. (بوحفص، 2006، صفحة 20)

تمت صلاحيات التعليم العالي بمقتضى مجموعة من القوانين –المراسيم– المؤرخة في 25 أوت 1971، المتضمنة "تنظيم أنواع التعليم وشهادات التعليم العالي" في الجزائر. وما يهمنا في هذا المقام موسومان، أولهما 224– 72 المؤرخ في 25 أوغست 1971، المتضمن "تنظيم الدروس للحصول على شهادة الليسانس في علم النفس." وثانيهما المرسوم رقم 230–71 المؤرخ في 25 أوغست 1971 المتضمن "تنظيم الدروس للحصول على شهادة الليسانس في علوم التربية.

حيث حددت هذه النصوص القانونية مدة الدراسة للحصول على شهادة الليسانس –البكالوريوس– في علم النفس أو في علوم التربية، بأربع سنوات بعد الحصول على شهادة البكالوريا –الثانوية العامة– كما حددت المقررات الدراسية وطرق إنجازها في جوانبها النظرية والتطبيقية، موضح ملمح الخريج في كل تخصص، ودوره في المساهمة في حل مشكلات التنمية الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، مع التركيز على خصوصيات المجتمع الجزائري.

وفي سبعينات القرن المنصرم، اعتمد إصلاح 1971 مقررين منفصلين لكل من علم النفس المرسوم (224–71) وعلوم التربية (230–71)

وفي الثمانينيات جرى تعديل آخر للمقررات الدراسية (سمي إصلاحا) جمع بين علم النفس وعلوم التربية على مستوى السنتين الأولى والثانية كجذع مشترك في مقرر دراسي واحد، وتم الفصل بينهما خلال التخصص (السنة الثالثة والرابعة). حيث وضع لعلم النفس مقرراته الدراسية التي غطت فروعه الرئيسية، كعلم النفس العيادي وعلم النفس العمل والتنظيم. (بوحفص، 2006)

بعدها ظهر تدريس تخصص علم النفس بفروعه في الجامعات الجزائرية، حيث وضح "محمود بوسنة" (1998) معطيات خاصة بتطور عدد المتخرجين على مستوى ليسانس في جامعة الجزائر، وجامعة قسنطينة، وجامعة وهران ما بين 1980 – 1995 وذلك حسب الجنس، حيث تول إلى تضاعف عدد المتخرجين في النصف الأول من التسعينات مقارنة مع النصف الأول من الثمانيات، ووصل تطور عدد المسجلين في علم النفس وعلوم التربية ما بين 1990 – 1997 بكل من جامعة الجزائر، قسنطينة، وهران، باتنة، ورقلة، إلى الآلاف إذ بلغ عددهم سنة 1997– 1998 إلى أكثر من 4500 مسجل في معاهده علم النفس وهو الأمر الذي أدى التفكير في تنويع مجالات العمل وذلك بتطور عدد التخصصات. (كربوش، 2014، صفحة 216؛ كربوش، 2014)

ومع نهاية الثمانينيات وبداية التسعينات، أجريت تعديلات على المقررات الدراسية في الجامعة الجزائرية، مست بشكل أساسي مقررات السنة الأولى في كافة التخصصات، حيث جمعت التخصصات خلال السنة الأولى من التعليم الجامعي في شكل جذور مشتركة، تجمع التخصصات المتجانسة، لكي يتم التحكم أكثر في عملية توجيه الطلبة. نتيجة الأعداد المتزايدة من الحاصلين على شهادة البكالوريا، المقبلين على التعليم العالي، ومحدودية هياكل وإمكانيات استيعابهم. فجمعت العلوم الاجتماعية في جذع مشترك، وعلوم الطبيعة والحياة في جذع آخر، والعلوم والتكنولوجيا في جذع ثالث. وفيما يخص الجذع المشترك للعلوم الاجتماعية يتلقى الطالب مقررات دراسية عامة في كل علم من العلوم الاجتماعية، يتم بعدها (خلال السنة الثانية) توجيهه إلى جذع مشترك آخر، سمي لجذع المشترك لعلم النفس وعلوم التربية، حيث يدرس مقررات من علم النفس، ومقررات من علوم التربية، وفي نهاية السنة الثانية يوجه الطالب إلى أحد فروع علم النفس أو أحد فروع علوم التربية ليقضى السنتين الثالثة والرابعة. ويتوج العملية بحصوله على شهادة الليسانس.

ومع بداية الموسم الجامعي 2001/2000 تم إلغاء نظام الجذوع المشتركة، وتم الرجوع إلى نظام السابق لها، وعليه فقد تم تعويض الجذع المشترك للعلوم الاجتماعية بالجذع المشترك لعلم النفس وعلوم التربية، الذي لا يزال ساري المفعول إلى يومنا هذا.

كان تخصص علم النفس في الجزائر فرعا من فروع علم الاجتماع إلى غاية استحداث نظام الكليات والأقسام في السنة الجامعية 2002– 2003 كجذع مشترك (علم النفس، علوم التربية، الأرطفوني).

وفي بداية الموسم الدراسي 2006/2005 تم اعتماد مناهج ومقررات دراسية جديدة، وهو ما سمي اصطلاحا بنظام (ل م د) تماشيا مع ما هو جار في الفضاء الأوروبي في إطار مسار بولونا. (بوحفص، 2006)

وفي السنوات العشر الأخيرة 2010/2009 تم تقدم كبير بالنسبة لعلم النفس في الجزائر، حيث تم تسجيل 281 طالب جديد في شهادة الماجستير في علم النفس وعلوم التربية، تفرعت مناهج الدراسات العليا للميادين التالية: علم النفس العيادي والصحة النفسية، علم النفس التربوي، علم النفس العمل والتنظيم، القياس النفسي، الإرشاد التربوي، أمراض النطق واللغة، علم النفس الاجتماعي، علم النفس المعرفي.

ويمكن تقسيم المنهاج الخاص بتكوين علم النفس في الجزائر على النحو التالي:

1- النظام الكلاسيكي:

1-1 منهاج السنة الأولى جذع مشترك علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا:

يتضمن منهاج الجذع المشترك علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا مجموعة من المعارف الموزعة على ثمان مقاييس، لكل مقياس محاضرة وتطبيق أسبوعيا ما عدا اللغة الأجنبية (فرنسية أو إنجليزية) فلها حصة واحدة أسبوعيا، ويقدر زمن الحصة الواحدة بساعة ونصف والجدول التالي يوضح هذه المقاييس:

الجدول رقم (04) يوضح منهاج السنة الأولى جذع مشترك علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا:

الأرقام	المقياس	طبيعة التدريس
01	مدخل إلى علم النفس	محاضرة + تطبيق
02	مدخل إلى علوم التربية	محاضرة + تطبيق
03	الأنثروبولوجيا	محاضرة + تطبيق
04	مدخل إلى الأرطوفونيا	محاضرة + تطبيق
05	منهجية	محاضرة + تطبيق
06	علم النفس الاجتماعي	محاضرة + تطبيق
07	الإحصاء	محاضرة + تطبيق

2-1 منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس:

يتضمن منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس مجموعة من المعارف موزعة على سبعة مقاييس، ولكل مقاييس محاضرة وتطبيق أسبوعيا، ما عدا اللغة الأجنبية (فرنسية، إنجليزية) فلها حصة واحدة أسبوعيا، ويقدر زمن الحصة ساعة ونصف، ونوضح هذه المقاييس في الجدول التالي:

جدول رقم (05) يوضح منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس:

الرقم	المقاييس	طبيعة التدريس
01	القياس النفسي	محاضرة + تطبيق
02	الإرشاد والتوجيه المدرسي والمهني	محاضرة + تطبيق
03	مدخل لعلم النفس التنظيم والعمل	محاضرة + تطبيق
04	مدخل لعلم النفس المرضي	محاضرة + تطبيق
05	علم النفس الفيزيولوجي	محاضرة + تطبيق
06	سيكولوجية النمو ونظريات الشخصية	محاضرة + تطبيق
07	لغة أجنبية	محاضرة

3-1 منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي:

يتضمن منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي مجموعة من المعارف موزعة على ثمانية مقاييس، ولكل مقياس محاضرة وتطبيق أسبوعيا، ما عدا اللغة الأجنبية (فرنسية، إنجليزية) فلها حصة واحدة أسبوعيا، ويقدر زمن الحصة ساعة ونصف، بالإضافة إلى تربص ميداني في المؤسسات المتخصصة، ونوضح هذه المقاييس في الجدول التالي:

الجدول رقم (06) يوضح منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي:

الرقم	المقاييس	طبيعة التدريس
01	علم النفس المرضي لطفل والمراهق	محاضرة + تطبيق
02	علم النفس المرضي للراشد	محاضرة + تطبيق

03	اضطرابات النمو الحس حركي	محاضرة + تطبيق
04	اضطرابات اللغة والوظائف الرمزية	محاضرة + تطبيق
05	تقنيات الفحص العيادي	محاضرة + تطبيق
06	الاضطرابات النفس جسدية السيكوسوماتية	محاضرة + تطبيق
07	تشريح وفيزيولوجية أمراض الجهاز العصبي والحواس	محاضرة + تطبيق
08	لغة أجنبية	محاضرة

1-4 منهاج السنة الرابعة تخصص علم النفس العيادي:

يتضمن منهاج السنة الرابعة تخصص علم النفس العيادي مجموعة من المعارف موزعة من سبع مقاييس بعضها سداسي، ولكل مقياس محاضرة وتطبيق، ويقدر زمن كل حصة ساعة ونصف، إضافة إلى تحرير المذكرة التي تتوج كل هذه الدراسة، والجدول التالي يوضح هذه المقاييس:

الجدول رقم (07) يوضح منهاج السنة الرابعة تخصص علم النفس العيادي:

الرقم	المقاييس	طبيعة التدريس
01	علم الأدوية (سداسي)	محاضرة
02	منهجية البحث في علم النفس العيادي (سداسي)	محاضرة + تطبيق
03	العلاجات النفسية (سداسي)	محاضرة + تطبيق
04	أخلاقيات المهنة (سداسي)	محاضرة + تطبيق
05	دراسة الحالة	محاضرة + تطبيق
06	علم الإجرام والانحراف	/
07	مذكرة تخرج	/

2-نظام ل م د :

2-1 منهاج السنة الأولى ميدان علوم إنسانية واجتماعية:

يتضمن منهاج السنة الأولى ميدان علوم إنسانية واجتماعية تسع مقاييس، بمحاضرة وتطبيق، يقدر زمن الحصة بساعة ونصف، والجدول التالي يوضح هذه المقاييس:

الجدول رقم (08) يوضح منهاج السنة الأولى ميدان علوم إنسانية واجتماعية

الرقم	المقاييس	طبيعة التدريس
01	مدخل إلى علم الاجتماع	محاضرة
02	الإحصاء الوصفي	محاضرة + تطبيق
03	الفرد والثقافة	محاضرة + تطبيق
04	مدخل إلى الاقتصاد	محاضرة + تطبيق
05	مدخل إلى الفلسفة	محاضرة + تطبيق
06	منهجية البحث: مدارس ومناهج	محاضرة + تطبيق
07	مدخل إلى علم النفس	محاضرة + تطبيق
08	مدخل إلى الأنثروبولوجيا	محاضرة + تطبيق
09	لغة أجنبية	محاضرة

2-2 منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس:

يتضمن منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس تسع مقاييس بمحاضرة وتطبيق، زمن كل حصة بساعة ونصف:

الجدول رقم (09) يوضح منهاج السنة الثانية جذع مشترك علم النفس:

الرقم	المقاييس	طبيعة التدريس
01	القياس النفسي	محاضرة +تطبيق

02	علم النفس النمو والفروق الفردية	محاضرة + تطبيق
03	علم النفس المعرفي	محاضرة + تطبيق
04	علم النفس الفسيولوجي	محاضرة + تطبيق
05	منهجية وتقنيات البحث	
06	تكنولوجيا الاتصال وتوثيق المعلومات	محاضرة + تطبيق
07	نظريات الشخصية	محاضرة + تطبيق
08	نظريات التعلم	محاضرة + تطبيق
09	لغة أجنبية	محاضرة

2-3 منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي:

يتضمن منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي تسع مقاييس بمحاضرة وتطبيق، زمن كل حصة بساعة ونصف، بالإضافة إلى المذكرة التي تتوج العام الدراسي:

الجدول رقم (10) يوضح منهاج السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي:

الرقم	المقاييس	طبيعة التدريس
01	علم النفس المرضي للطفل والمرأة	محاضرة +تطبيق
02	اضطرابات الشخصية عند الراشد	محاضرة + تطبيق
03	اضطرابات السلوك	محاضرة + تطبيق
04	اضطرابات الحسية الحركية والأدائية	محاضرة + تطبيق
05	اختبارات الشخصية/ علم النفس الأدوية	
06	علم النفس العيادي ودراسة الحالة	محاضرة + تطبيق
07	أخلاقيات المهنة	محاضرة + تطبيق
08	اضطرابات اللغة	محاضرة + تطبيق
09	لغة أجنبية	محاضرة
10	المذكرة	/

(بلحاج، 2018، صفحة 62)

فحتى يصبح الأخصائي النفسي على ما هو عليه فإنه يتلقى تكوينا بيداغوجيا يركز على الإعداد النظري والتطبيقي، ففي الجزائر يتم ذلك بعد الحصول على شهادة البكالوريا في شعبة الآداب أو شعبة العلوم، حيث يوجه الطالب إلى فرع علم النفس حسب النظام الكلاسيكي ليتبع الدراسة لمدة سنتين جدع مشترك لتخصص في السنة الثالثة إما علم النفس الإكلينيكي، أو التربوي، أو الأرطفوني، ويكمل بذلك التخصص في السنة الرابعة ويقوم بإعداد مذكرة التخرج، وحاليا يتم التوجيه في نظام الـ LMD أين يحصل الطالب على الليسانس ثم الماستر تم الدكتوراه.

خلاصة:

إذن فالدول المتقدمة تولي اهتماما كبيرا بتكوين الأخصائي النفسي، وتخصص له مقاييس وبرامج مكثفة ومعمقة تساعد على حصوله للخبرة العيادية وتحضيره للممارسة النفسية، عكس تكوين الأخصائي النفسي في الجزائر الذي يعتبر غير كافي فمن خلال ما قدمناه فيما يخص مناهج تدريس علم النفس الإكلينيكي نستخلص بأننا بحاجة ماسة إلى مناهج تعليمية تتطابق مع المناهج المتعارف عليها عالميا، والتي تتطابق مع الاحتياجات الفعلية للميدان، وتقليل الفجوة بين النظرية والتطبيق.

وحتى نصل إلى المستوى المطلوب في الخدمة النفسية يجب أن تكيف المناهج الدراسية وفق حاجات وتطلعات الإكلينيكي بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة.

الفصل الخامس:

صعوبات الممارسة النفسية

تمهيد

1- صعوبات الأخصائي النفسي المتعلقة بالجانب الشخصي

3- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بالبرامج التكوينية لعلم النفس الإكلينيكي

4- صعوبات تتعلق بتأثير شركات التأمين على الممارسة العيادية

5- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بعلاقة الأخصائي النفسي العيادي مع غيره

6- صعوبات تتعلق بالمؤسسات العلاجية

7- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بالمجتمع

8- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بمدى احترام المعايير الأخلاقية

9-تحديات وصف الأدوية في علم النفس الإكلينيكي

تمهيد:

يعتبر فهم الإنسان والتنبؤ بسلوكه والتحكم فيه أمر جد معقد وينطوي على تحد عظيم فالإنسان أشد تعقيدا من أي شيء أخر، العلوم الطبيعية تتميز بأنها قادرة على دراسة موضوعها تحت ظروف يمكن ضبطها نسبيا فنتائج الضبط يمكن ملاحظتها مع نتائج الحرارة المضبوطة، وبناء الكائنات الحية التي تتكون من خلية واحدة يمكن فحصه تحت الميكروسكوب، وكذلك يمكن دراسة نموها وانحلالها في جميع الأوساط الكيميائية، أما في دراسة الإنسان فنحن نتعامل مع موضوع معقد ولا يمكن معالجته تجريبيا بسهولة.

والأمر الذي صعب في دراسة الإنسان هو تغير الإنسان المستمر عبر الزمن واختلافه عن غيره، فلكي نفهم سلوك الإنسان ونتنبأ به ينبغي أن ندرك خبراته الماضية، ولا يوجد شخصان لهما نفس الخبرات، ولا يبديان نفس الاستجابة لنفس الخبرات، فكل شخص يعتبر شخصا فريدا متميزا عن غيره ومن الصعب جدا الوصول إلى قوانين عامة عن سلوكه. وفي هذا الفصل سنتطرق إلى صعوبات الأخصائي النفسي أثناء تعامله مع العميل.

1- صعوبات الأخصائي النفسي المتعلقة بالجانب الشخصي:

بقدر ما تبدو الممارسة النفسية سهلة وبسيطة بقدر ما هي صعبة فعلا، حيث تمثل الممارسة النفسية إغراء للطلاب الدارسين علم النفس بصورة تؤدي إلى الاتجاه إلى هذا الطريق دون توفر الإعداد الكافي دراسة وتدريبا، فطالب علم النفس بعد قراءة عدد من المؤلفات في علم النفس أو دراسة منهج في علم النفس أو التدريب على بعض الروائز النفسية يعتقد أنه قادر علي اكتشاف نفسيات الآخرين وتبيان عقدهم وتقدير ذكاءهم.

الأمر مختلف تماما فليس هناك مهنة تحتاج إلى إعداد وجهد مستمرين كالممارسة النفسية وقد يبدو ذلك الجهد غير متناسب كليا مع المكانة الاجتماعية والمادية المتواضعة التي يمكن للأخصائي الوصول إليها.

بالإضافة إلى أن الممارسة النفسية لا تتم كما هو الحال في المهن الأخرى من خلال التقنيات والمعرفة النظرية فقط بل تتم أساسا من خلال ذاتية الأخصائي. فهي تفاعل من نوع خاص بين ذاتين ذات الأخصائي وذات العميل وعلي الأخصائي تعميق معرفته بتقنياته وأدواته بالإضافة إلى تعميق معرفته بذاته

الواعية واللاواعية، ميولها وتحيزها وتفضيلها، ونقاط قوتها ونقاط ضعفها، ونقاط الانفتاح والمقاومة، ولهذا يمكننا التأكيد أن فاعلية الممارسة النفسية تعتمد أساسا على درجة الوعي بالدينامية الذاتية ومستوي النضج الشخصي ثم تأتي النقاط التالية فيما بعد. (الحجازي، 1993، صفحة 119)

فالأخصائي النفسي مطالبا بالوصول إلى درجة عالية من التبصر بذاته وبمحيطه، إذ يجب أن يكون للأخصائي أذنان، واحد تنصت لذاته من أجل مراقبة عالمه الداخلي والتحكم فيه، والأخرى تنصت للمفحوص، من أجل جمع البيانات العيادية التي تساعد على التشخيص وفهم الحالة، حيث يؤكد "**كوسيني**" أن الأخصائي النفسي يشكل بذاته أداة عمله الأثمن.

وهذه الدرجة العالية من التبصر بالذات والتحكم في السياقات الداخلية لا تأتي بسهولة، إذ لابد لها من تهيؤ واستعداد يوازيها عمل ميداني على الذات تحت إشراف خبير.

ترجع مدي نجاح الممارسة النفسية في المقام الأول إلي ذات الأخصائي النفسي أي درجة نضجه الشخصي وتوازنه النفسي وقدرته على الإصغاء والفهم ونقل ما فهمه للمفحوص أو للآخرين في الموقف العلاجي، ومدي قدرته في التعمق أثناء الإنصات إلى ذاته وبذلك يتمكن من النفاذ إلى عالم المفحوص.

والمشكلة هنا تكمل في أن إعداد وتدريب الأخصائيين النفسانيين مازال يركز على النظريات والتقنيات فقط ويهمل الجانب الأساسي الذي يتمثل في الإعداد الشخصي أي مدي وعي الأخصائي النفسي بذاته، وهذا الذي يدفع ذهاب النفساني إلي ميدان الممارسة وهو لا يتقن استخدام سلاحه الأساسي ويكتفي باستخدام أدوات بديلة (الاختبارات، الروائز) والتي لا تصل إلى مستوي الممارسة النفسية ومدي عمقها. (الحجازي، 1993)

كما يؤكد "**ديفلو**" (1965) في هذا الصدد: "إن التكوين لمدة 5 أو 6 سنوات لا يصنع الأخصائي النفسي الناجح، لذلك يتحدث الأخصائيون عن التكوين الشخصي، فالأخصائي النفسي يعتمد في ممارسته بالإضافة إلى معلوماته النظرية على نفسه (شخصيته) فهو نفسه داخل بعلاقة ويعتبر هو موضوع في هذه العلاقة، فلابد أن يعي ذاته". (بلميهوب، 2013، صفحة 136)

وبما أن واجبات الأخصائي النفسي الإكلينيكي تتضمن بحث مشكلات التوافق والقدرة على تقييمها موضوعيا، فقد اعتبرت شخصية الأخصائي النفسي الإكلينيكي، وتوافقه من العوامل الهامة لنجاحه في مهنته، إذ يكون الفرد ممتاز في التحصيل الأكاديمي غير أنه أخصائي نفسي غير كفء.

2-صعوبات تتعلق بدور الأخصائي النفسي العيادي:

ظلت المهمة الأساسية لعلم النفس العيادي لسنوات طويلة تتمحور حول التقدير والتشخيص، وقد تجلي ذلك من خلال تعريف علم النفس الإكلينيكي الذي قدمه قسم علم النفس الإكلينيكي لجمعية علم النفس الأمريكية (APA) والذي يتمثل فيما يلي:

علم النفس الإكلينيكي صورة من صور تطبيق علم النفس العام، يهدف إلى تحديد إمكانيات السلوك، وخصائصه عند الفرد، عن طريق وسائل القياس والتحليل والملاحظة. بالإضافة إلى نتائج الفحص الجسمي والتوصيات الخاصة بتحقيق تكيف الفرد.

ومن هذا التعريف تحدد الدور الأخصائي النفسي العيادي بالقيام بالتشخيص ووضع المقترحات والتوصيات فقط. ومن هذا المنطلق اعتبر علم النفس العيادي فرعا ثانويا واعتبر الأخصائيون أقل مرتبة من نظائرهم في الدوائر الأكاديمية، حيث كانوا يقضون معظم أوقاتهم في تطبيق الاختبارات السيكولوجية.

حيث ذكر "**أيزنك**" هذه الوضعية وانتقدها بشدة بقوله إن عدد كبير من الأخصائيين الإكلينيكيين العاملين في المصحات النفسية يرضون لأنفسهم دور الحرفي التابع، الذي لا يعدو أن يكون مساعد الطبيب العقلي، وهم يمتلكون قليلا من المعرفة المتخصصة في الاختبارات التي يطبقوها وفقا لتوجهات التي تقدم لهم من طرف السيكاتريين الذين غالبا ما يطلبون منهم تطبيق اختبار الروشاخ لمساعدتهم على عمل تشخيص فارقي.

وتؤكد مقولة "**أيزنك**" أن العياديون يتحملون مسؤولية وضعيتهم المهنية السيئة، لافتقارهم للمعرفة الضرورية في مجال تخصصهم من جهة، وقبولهم بدورهم الثانوي التابع من جهة أخرى.

فالكثير من النفسانيين كانوا يختزلون عملية الفحص النفسي في مجرد تطبيق روائز كمية تعطي نتائج كمية، حيث يكتفون بتلخيص نتائج الروائز بشكل رقمي كتعبير لا جدال فيه عن واقع المفحوص، تاركين إجراءات التشخيص والتوصيات التي يجب عملها اتجاه مشكلة المفحوص للغير، سواء للطبيب إذا كانوا يعملون في مستشفى أو للإدارة إذا كان عملهم في مدرسة أو مؤسسة للرعاية. (بلميهوب، 2013)

فالفحص في هذا المنظور يأخذ جانب القياس النفسي من إجراء كلي يقوم فريق من العاملين تحت إشراف طبيب أو مسؤول، حيث هذا ما يقوم به العديد من النفسانيين المبتدئين الذين لم يتدربوا بما فيه

الكفاية على الالتماس العيادي، فيقتصرون عملهم على القيام بما يتقنونه وهو تطبيق الروائز وهم خاضعين لسلطة الطبيب العقلي، أو رئيس فريق تربوي الذين يجعلون منه جزءا مساعدا في عملهم دون الاعتراف له بحق الممارسة العيادية أو التشخيص العيادي، وقد يستمر النفساني في هذه التبعية مكتفيا بهذا الدور التابع الروتيني، أو يرفضه ويحاول التقدم في الممارسة النفسية عن طريق النضج والكفاءة المهنية. حيث يؤكد "**جيرمان**" على أن الفحص النفسي لا يختزل على مجرد عملية القياس أو التكميم، وذلك بقوله:" عملية الفحص تتجاوز وتستوعب وسائل الفحص. فالاستعانة بوسائل الفحص تعتبر مرحلة من مراحل الفحص العديدة وتأتي عادة بعد الالتماس العيادي، كي تساعد الأخصائي على حسم بعض الغموض، أو لتقدير بعض الإمكانيات بشكل كمي بغية التشخيص والتنذر. (الحجازي، 1993، صفحة 11)

وقد ظهرت دعوات لرفض هذه الوضعية، الأمر الذي أدي إلى مشكلات كثيرة بين المهنة العيادية والمهنة السيكاترية، بخصوص دور ومسؤوليات الأخصائي النفسي العيادي ودور ومسؤوليات الطبيب النفسي.

حيث نظم "**سيشور**"(1920) مؤتمر شاركت فيه تسع اتحادات تنتمي إلى المهن الطبية والنفسية وبعض المهن الأخرى، وفيه تعاهد المؤتمرون على أن تحاول كل مهنة رفع مستوى إعداد المنتميين إليها. كما قرروا أن يجمع التعامل مع المريض بين إعداد كل من الطبيب النفسي والأخصائي النفسي.

كما ركزوا العياديون جهودهم على إقامة منظمات ترعي مصالحهم، منها إنشاء الجمعية الأمريكية لعلم النفس الإكلينيكي (APA) عام (1917)، والتي أصبحت تعرف بقسم علم النفس الإكلينيكي في الجمعية الأمريكية.

كما تأسست جمعية السيكولوجيين الاستشاريين عام (1932) والتي أصدرت مجلة علم النفس الإكلينيكي في عام نفسه، والتي كان أحد أهدافها الدفاع عن مصالح الأخصائي النفسي وغيره من الأخصائيين التطبيقيين.

هذه الفترة اتسمت بظهور مبادرات تدعو إلى ضرورة إعادة النظر في مناهج إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي من جهة، وضرورة تعريف وتحديد علم النفس العيادي بصورة دقيقة وتوضيح علاقة المهنة العيادية بالمهن الأخرى. (كامل، 2010، صفحة 41)

وكل هذه الجهود أدت إلى تغيرات هامة في علم النفس الإكلينيكي كعلم وكمهنة، حيث اتسعت دائرة التشخيص ولم تعد تقتصر على قياس مستوي الذكاء والقدرات العقلية والمهارات المدرسية للأطفال، بل توسعت لتشمل الراشدين والمستشفيات العقلية. حيث لوحظ اتساع في مجال نشاطات الأخصائي النفسي العيادي التي امتدت من الطفولة إلى الرشد ومن القدرات إلى الشخصية، ومن التشخيص إلى التكفل بالمرضى والعلاج. وخاصة خلال الحرب العالمية الثانية اشتد الطلب على خدمات الأخصائي النفسي العيادي نتيجة لارتفاع نسبة المجندين الذين لم يستطيعوا القيام بالخدمة العسكرية بسبب اضطراباتهم الانفعالية.

حيث عمل الأخصائيون النفسيون خلال الحرب واكتسبوا خبرات قيمة في أكثر من مجال، مثل فحص المتقدمين للتجنيد لفرز من لا يصلحون منهم للخدمة العسكرية، وتوزيع الأفراد على مختلف المراكز العسكرية، وتقديم العلاج الفردي والجماعي، وكان الأخصائي النفسي يعمل في فريق ويتعاون مع الطبيب النفسي في معظم الحالات.

وبانتهاء الحرب العالمية الثانية واجه المسؤولون مهمة شاقة، وهي تهيئة الرعاية النفسية لأعداد كبيرة من المجندين الذين أصيبوا باضطرابات نفسية وعقلية عديدة، الأمر الذي تطلب خلق وظائف عديدة للأخصائيين النفسانيين وتشجيعهم عن طريق تقديم المنح الدراسية والتدريب العملي في المستشفيات العسكرية.

أدى التوسع في فترة ما قبل الحرب العالمية الثانية في مجال علم النفس العيادي، في الولايات المتحدة الأمريكية وخصوصا في المستشفى الحكومي العسكري، إلى تمديد المجال لانتقال التدريب من مستوي الماجستير إلى مستوى الدكتوراه، حيث بدأ علم النفس الإكلينيكي في الجامعات فرع نظري لعلم النفس العلمي وذلك في إطار كليات الآداب والعلوم، حيث كان يركز على التدريس والبحث والجهود الأكاديمية.

ومع ظهور صراع بين الباحثين والأساتذة الذين يهتمون بإجراء البحوث ونشرها، وبعض طلبة الدراسات العليا والإكلينيكيين العاملين في الميدان الذين يشكون دائما بأن مثل هذه البحوث تافهة أو غير علمية، أو أنها مجرد أعمال غايتها الوحيدة الحصول على المكافئات والترقيات، وبعض الطلبة كانوا يشكون بأنهم يتلقون فيضا كبير من التعليم في مجالات تحليل التباين ونظريات الاشراط ومبادئ علم النفس الفسيولوجي، مقابل نقص ملموس في مجالات العلاج النفسي والاختبارات التشخيصية. (داود، 2017، صفحة 112)

حيث ظهرت حاجة ماسة لترسيخ مهنة علم النفس العيادي على أرضية متينة، لمعرفة مدي فعالية إجراءاتها، وضرورة أن يمتلك علماء النفس العياديون القدرة على تمكنهم من العمل كعلماء وكأصحاب مهنة، أي قدرتهم على إجراء البحوث تساوي قدرتهم على الممارسة العيادية، وهذا ما مهد لانعقاد مؤتمر **بولدر- كولورادو** (1949) وظهور ما يسمي بنموذج العالم الممارس، حيث ذكر في أحد المقالات التي قدمت في مؤتمر بولدر:

"يجب أن يتلقى الممارسون مجالهم الطبي تدريبا على ثلاث وظائف هي التشخيص والبحث والعلاج، إلى جانب الإسهامات الخاصة لاختصاص النفسي العيادي كباحث". (الصبوة، 1999، صفحة 51)

إذن تلك هي الأحداث والمواقف التي قادت إلى المطالبة بالتغيير، فقد تطلع نموذج بولدر إلى مهنة تضم ممارسين بارعين، قادرين على تقديم أبحاثهم الخاصة والاستفادة من أبحاث الآخرين، والهدف من ذلك إيجاد مهنة يمارس فيها الأخصائي النفسي الإكلينيكي عمله بمهارة وحساسية، لكنه في الوقت نفسه يساهم في تشكيل البناء المعرفي الإكلينيكي من خلال معرفته بكيفية تحويل الخبرات إلى فرضيات قابلة للاختبار، وكيفية اختبارها. حيث يركز **بولدر** على توحيد منظم للمهارة الإكلينيكية والأمبريقية المنطقية للعلم، ذلك لأن انفصال الأخصائي الممارس عن مصدر المعرفة يحيله إلى شخص يستهلك المعلومات بصورة سلبية.

لقد ظل نموذج **بولدر** موجودا، إلا أن الجدال حوله ما يزال مستمرا، حيث يزداد انقسام الأخصائيين النفسانيين إلى فئتين: فئة تهتم بالممارسة بشكل أساسي، وأخرى تهتم بالبحث بشكل أساسي، وبالرغم من اعتقاد الكثيرين أن نموذج العالم الممارس قد خدمهم بشكل جيد وناجح، إلا أن بعضهم يرون أنه نموذجا تعليميا ضعيفا يستحق غضب النقاد وسخطهم. (داود، 2017، صفحة 113)

إذن كان في بداية الأمر يقتصر دور الأخصائي النفسي العيادي على مجرد تطبيق الاختبارات، حيث كان يعمل كتابع للطبيب النفسي فقط، ومع تطور الذي شهده علم النفس الإكلينيكي تم إعادة النظر إلى برامج تكوين الأخصائي النفسي وأقيمت اجتماعات تؤكد على فصل بين المهنة الطبية العقلية ومهنة الممارسة النفسية، وأصبح علم النفس الإكلينيكي علم قائم بذاته، واتسع دور الأخصائي النفسي ليشمل التشخيص والعلاج.

وظهر بعدها جدال بين الإكلينيكيين الممارسين والإكلينيكيين الباحثين، وهذا ما أدي إلى ظهور ما يسمي: نموذج العالم الممارس الذي أكد على ضرورة أن يكون المختص الإكلينيكي عالما باحثا، وممارسا

في وقت نفسه، ورغم كل هذا التطور لا تزال هناك خلافات بين الممارسين والباحثين، فهناك من يركز على البحث في علم النفس الإكلينيكي، وهناك من توجه إلى الممارسة بشكل أساسي. (داوود، 2017)

من بين الكثير من المهن تعد مهنة الأخصائي النفسي العيادي من أصعبها تحديدا من حيث نوع النشاط والمهام والدور والمكانة التي يمكن أن يشغلها، فهو لا يمارس مهنته في فراغ ولا يتمتع في أغلب الأوقات بالاستقلال الذي يؤمن له الحياد وانعدام التأثر بالضغوط الذين يتطلبهما العمل العيادي. وتتلخص أهم الصعوبات المتعلقة بتحديد دور الأخصائي النفسي إلى صعوبات في المقابلة العيادية وصعوبات في تطبيق الاختبارات وصعوبات في التشخيص والعلاج النفسي:

2-1 صعوبات المقابلة الإكلينيكية:

توحي بعض البحوث أن الأخطاء التي يرتكبها الممارس في المقابلة تشمل الكثير من الجوانب:

- الإسراف في الحديث وكثرة الكلام: فالممارس الجيد هو الذي يختصر كلامه ولا يكثر من مقاطعة المريض.
- خطأ محاولة العلاج أو تقديم المساعدة: المقابلة لا تتجه مباشرة نحو العلاج النفسي، بل يجب أن تركز أولا على الفهم المتعمق للمريض، لهذا ينبغي للممارس الجيد أن يحسن الإصغاء والاهتمام بالمعلومات التي يحصل عليها ولا يندفع نحو تقديم النصائح العلاجية، يري جونسون أن المقابلة الأولى هي من أسوأ الأوقات التي يمكن تقديم فيها النصح والعلاج، مهما كانت ثقتك بصحة استنتاجاتك عن أسباب ومصادر الاضطراب في حياة المريض. فهذا الاندفاع لتقديم الخدمات العلاجية قد يؤدي إلى نتائج وخيمة وضارة في حياة المريض وصحته.
- خطأ إعطاء أكثر من سؤال في وقت واحد: يقوم الأخصائيون المبتدئون بسبب إحساسهم بالقلق وعدم الخبرة إلى سؤال المريض عن بعض الظروف المحيطة به كالأسرة ثم لا يلبث أن ينتهي من سؤاله حتى يضيف له أسئلة أخري محاولا توضيح السؤال مثلا كيف تشعر في حياتك الزوجية؟ هل تتشاجر مع زوجتك كثيرا؟ ولكنه بهذه الطريقة قد يعجز عن تفسير الإجابات التي تأتيه من المريض، كما يسبب بهذا ارتباك المريض بإعطائه الكثير من الأسئلة. ولهذا يجب أن يدرب الأخصائي نفسه على إلقاء سؤال واحد والالتزام بالصمت والإصغاء قبل أن يدفعه القلق إلى إلحاق أسئلة أخري لا تفيده في شيء.

- خطأ توجيه أسئلة مغلقة: يفضل الممارسون المتدربون على العلاج وإجراء المقبلات الأسئلة المفتوحة التي تثير النقاش وتساعد على تبادل الحوار والاتصال عن الأسئلة المغلقة التي يجاب عنها بنعم أو لا.

- توطيد العلاقة بين الأخصائي والحالة: فعلاقة بين الأخصائي والعميل يجب أن تكون علاقة مهنية بدرجة الأولى، تبنى على هدد أسس منها التعاطف وهو يختلف عن العطف والشفقة، ويعد نوع من المشاركة الوجدانية الضرورية لنجاح العلاقة الإكلينيكية ويتضمن التفهم وليس بالضرورة الموافقة على كل ما يقوله المريض. والتعاطف يجب أن يعكس شعور بالتقدير من قبل المعالج للمشاعر المريض محاولا معايشتها.

- توجيه الأسئلة: يعتبر توجيه الأسئلة أثناء إجراء المقابلة إكلينيكية ليس استجواب، أي لا تكون مجرد إلقاء مجموعة من الأسئلة، بل يجب للتساؤل الجيد أن يساعد الأخصائي والمريض على توضيح المصطلحات الغامضة التي يأتي بها المرضي ومحاولة تصحيح أفكاره الخاطئة بمرونة ويحاول الأخصائي للكشف عن التناقض في تفكير المريض من خلال التساؤل الموجه التي يظهر للمريض الرغبة في مساعدته وليس إظهار القدرة على الجدل وتجهيل الآخرين والحكم على تصرفاتهم بالتناقض.

- ملاحظة التغيرات: حيث يلاحظ الأخصائي التغيرات والسلوكيات التي تطرأ على المريض أثناء المقابلة والتي تنقسم إلى سلوكيات لفظية وتشمل نبرة الصوت، طريقة الكلام، مدي تغير نمط الحديث، وبعض السلوكيات التي تساعد على مناقشة وتفسير مشكلات المريض. بالإضافة إلى سلوكيات غير اللفظية المتمثلة في تعبيرات الوجه، الاحتكاك البصري، الحركات الإرادية، وإشارات اليد وفرك اليدين...كلها أمور يجب الانتباه لها لأنها تكشف عما يعاني منه المريض من قلق أو صراع أو الرغبة في التسلط، فملاحظة وقت ظهور مثل هذه الإشارات يعطي الممارس معلومات هامة عن الموضوعات الانفعالية في حياة المريض التي يجب أن يركز عليها الممارس.

بالإضافة إلى صعوبات التي قد تواجه الأخصائي أثناء المقابلة العيادية كيفية التعامل مع صمت العميل، عادة ما يحدث مواقف من الصمت أثناء المقابلة، والإكلينيكي النفسي المبتدئ يجد صعوبة بالغة في مواجهة فترات الصمت، فالصمت قد يكون له وظيفته في تهيئة الوقت اللازم لتجميع أفكاره، وقد يخطأ

الإكلينيكي إذا تسرع في إكمال حديث العميل بكلمة مناسبة، لأن ذلك قد يزيد من شعور العميل بالنقص. (مليكة ل.، 2010، صفحة 121)

وينبغي على الأخصائي أن يحسن التعامل مع هذه المواقف، فلا يجب أن يتسرع باعتقاده أن صمت العميل يدل على أنه أنهي حديثه في ذلك الموضوع فيندفع لإلقاء أسئلة أخرى وهذا سيحرمه من كثير من المعلومات الانفعالية والعقلية التي قد تفيده في فهم مشكلة عميله، لذا فالممارس الجيد هو الذي يدرب نفسه على حسن الإصغاء وتحمل الصمت وتجنب القفز لكسر الصمت بأسئلة تشتت انتباه المريض عن الموضوع الرئيسي، فقد يحاول المريض بصمته تجميع أفكاره الرئيسية. ولكن عندما يستمر صمت العميل كما في الحالات الذهانية أو الاكتئابية وإصراره على عدم الكلام فلا يجب على الممارس إجباره على الحوار بل من الأفضل إنهاء المقابلة لكي يستأنفها في وقت آخر. (الستار، 2009، صفحة 126)

كما يجب على الأخصائي الانتباه إلى بعض الأمور التي قد تؤثر على سير مقابلته العيادية مع العميل من بين هذه الأمور:

1- تأثير قيم الأخصائي الإكلينيكي وخلفيته:

المقابلة الإكلينيكية ليست وقتا ولا مكانا مناسبا ليعمل الإكلينيكي فيه على حل مشكلاته الخاصة، فأحيانا قد يكون الإكلينيكي غير مستقر مهنيا أو قليل الخبرة، أو قد تؤدي مشكلات المريض أو خبراته أو حواراته إلى تذكير الإكلينيكي بمشكلاته الخاصة. أو إلى تهديد قيمه أو اتجاهاته أو تكيفه، وفي هذه الحالة يجب عليه أن يقاوم الإغراء المتمثل في اهتمامه بنفسه بأي طريقة، ويركز كل اهتمامه على المريض.

ومن المؤكد أن هذه المسألة تبقي نسبية إلى حد ما فلا أحد يستطيع التحكم بذاته بحيث لا توارده الأفكار التي تشتت تركيزه، لكن على الإكلينيكي توقي الحذر وتجنب مناقشة آراءه ومشكلاته الشخصية أمام العميل، ولتعامل بقدر من المرونة.

حيث يؤكد الكثير من العلماء على فكرة تأثير قيم الفرد وخلفيته وتحيزاته على إدراكا ته، لهذا ينبغي على الأخصائيين الإكلينيكيين أن يتفحصوا خبراتهم الشخصية، وأن يعرفوا الأسس التي تقوم عليها افتراضاتهم الشخصية، وذلك قبل إصدار الأحكام الإكلينيكية على الآخرين، فقد يبدو للإكلينيكي دليلا لوجود اضطراب شديد لدي العميل قد يعكس في الواقع ثقافة العميل ليس إلا. (داوود، 2017، صفحة 262)

قد يحصل أثناء المقابلة التشخيصية أن يستغرق الأخصائي النفسي بالتفكير حول نفسه ويركز حول ذاته ويهمل التفكير بالمريض ومتابعة تطوره، وأعراضه المرضية. فقد كشفت دراسات قام بها "**بولانسكي**" عن انطباعات المرضى عن سلوك الأخصائي وتقييم جهودهم، بأن بعض الأخصائيين يحصل عندهم نوع من الابتعاد والصمت بعض الوقت أثناء المقابلة، بل بعضهم تنتابه فترات من التشتت وانعدام التركيز على المرضى، وهي الاستجابة الصادرة عنهم في وصف معاناتهم وشكواهم مما يخلق نوعا من الشعور بالإحباط.

وحذر "**شافر**" من أن يتحول الأخصائي النفسي إلى رجل ذي سلطة قانونية أو دينية على المريض تحت ضغط ميوله وانفعالاته، ودوافعه اللاشعورية، مما يفسد المقابلة ويضلل نتائجها. فاعتدال سلوك الأخصائي الإكلينيكي بين الدقة والتسامح هو السلوك الذي يساعد على الوصول إلى النتائج المطلوبة لنجاح العمل التشخيصي النفسي. (عنو، 2017، صفحة 50)

2- الإطار المرجعي للمريض:

لكي يكون الأخصائي النفسي الإكلينيكي فعالا في تحقيق أهداف المقابلة، من الضروري أن تكون لديه فكرة واضحة عن إدراك العميل للقاء الأول. وبهذا الوعي فقط يمكنه فقط عبارات وسلوكيات المريض. فالإكلينيكي سيواجه صعوبة في تكوين الألفة بينه وبين العميل عندما لا يدرك تصورات المريض المبدئية وتوقعاته، فقد يحمل العميل فكرة مشوهة حول العيادة أو قد يشعر بالخجل لاضطراره إلى طلب المساعدة، فقد يجبر المريض على السعي لطلب المساعدة من طرف الأهل أو الزملاء.

فقد تختلف تصورات العملاء حول ذهابه إلى الأخصائي النفسي، فهناك من يثير لديهم شعور بالعجز أو عدم الكفاءة، فيستجيب بالتكتم والصمت، ومنهم من يتظاهر بالشجاعة ويحاول إظهار تنافسه مع الإكلينيكي وأنه لا يمتلك الكثير ليقدمه حقا، وهناك من المرضى من يتطلع للإكلينيكي على أنه المنقذ الوحيد لحالته، وأنه المداوي العظيم وصانع المعجزات، وهذه النظرة ستتغير بطبيعة الحال مع الوقت.

لذا ينبغي على الإكلينيكي أن يتطلع كل السجلات المتوافرة حول العميل، ويتعرف عن كل المعلومات التي يمكنه الوصول إليها عن العميل قبل لقاءه، فهذا الاستعداد يقلل من هدر الوقت واستنزاف المقابلة في مراجعة مواد يكون العميل قد أدلي بها سابقا لأحد أعضاء الفريق الإكلينيكي في العيادة النفسية.

كما يجب على الإكلينيكي أن يحدد هدف المقابلة تحديدا واضحا، فقد يكون هدفها تقييم المريض بغرض إدخاله للمستشفى، أو بهدف إعطاء معلومات يتطلب المريض معرفتها، أو كانت المقابلة بناء على

الإحالة فعلى الإكلينيكي أن يتأكد من كل المعلومات المطلوبة من قبل الشخص الذي أحال المريض. فمن المحبط أن يكتشف الإكلينيكي لاحقا أنه قد أساء فهم سبب المقابلة.

فعلى الأخصائي الإكلينيكي التحلي بالموضوعية وأن يبقي تركيزه منصبا على هدف المقابلة، فالموضوعية لا تعني الفتور أو البعد أو التحفظ، بل تشير بشكل أساسي أن يشعر الإكلينيكي بدرجة من الأمن، بحيث يبقي هادئا ومتماسكا، ولا ينسي هدف المقابلة، فإذا تعامل العميل بغضب وهاجم الإكلينيكي أو شك في قدرته، ينبغي على الإكلينيكي أن يتفه عميله وأن يكون على مستوي من الشعور بالأمن بحيث يميز بين ما هو الواقع والقوى التي تدفع العميل لمثل هذا السلوك. (داوود، 2017، صفحة 265)

3- صعوبات المقابلة مع العميل عندما يكون طفلا أو مراهقا:

تتزايد صعوبات الإكلينيكي أثناء تطبيق المقابلة عندما يكون العميل طفلا أو مراهقا، حيث تعد من هذه الصعوبات خوف الأطفال والمراهقين مناقشة مشكلاتهم الشخصية وأسرارهم مع العميل إذا عرفوا أن الأخصائي سيخبر بها الوالدين، وطبيعي من حق الوالدين معرفة مدي نقدم طفلهم في العلاج النفسي، كما تعتبر الممارسات الإكلينيكية فعالة عندما يصبح الوالدين مشاركين إيجابيين في علاج الطفل.

من الممكن أيضا مناقشة الأخصائيين الإكلينيكيين مسألة سرية المعلومات بصراحة مع الوالدين والطفل وأن يصل إلى اتفاق مقبول متبادل، أي أن يتفاوض مع الوالدين بأن يكشف لهم المعلومات عن طفلهم ولكن بظروف محددة، وهذه الظروف تخص مثلا تعرض الطفل للأذى من سلوك الآخرين أو سلوكهم هم، أو المعلومات العامة حول الحالة النفسية للطفل ومدي تقدمه في العلاج، ومع تقديم التبرير المنطقي للوالدين أن مثل هذا الاتفاق يفيد في تحسن الطفل. لكن قد يرفض الوالدين هذا الاتفاق، فقبول مثل هذا الاتفاق يتعلق أساسا بالمتغيرات الثقافية الداخلة في العلاقات بين الوالدين والطفل. ويقدم "**كوتشر**" و"**دانيل**" النموذج التالي كنمط أساسي لما يقوله الأخصائي النفسي لعميل مراهق ووالديه معا عند بداية العلاج:

"العلاج النفسي يعمل بأفضل صورة عندما يمتلك الناس الثقة في سرية محادثاتهم، وفي الوقت نفسه يريد الوالدين بالفعل الشعور بالثقة حول حسن حالة طفلهما، وبما أن الوالدين كانا في وقت ما مراهقين، فأنتما بالتأكيد تعرفون أن المراهق قد يود استخدام العلاج النفسي للتحدث عن الجنس، أو الكحول، أو الأنشطة الأخرى، التي قد يقرها الوالدين. دعونا نتحدث عن كيف يمكننا طمأنة طفلكما حول سرية معلوماته

بحيث يستطيع الكلام بصدق حول ما في ذهنه وفي الوقت نفسه طمأنة والدك بخصوص أمنه". وعندما يقبل الوالدين هذا الاتفاق فإنهما يضعان قدرا كبيرا من الثقة في حكم الإكلينيكي.

بالإضافة إلى قضية التعامل مع القصر تتضمن إساءة معاملة الطفل، فكل ولاية لديها قوانين تشترط على أخصائي الصحة النفسية كسر قاعدة السر للإبلاغ عن إساءة معاملة مؤكدة أو مشكوك فيها للطفل. فبعض المواقف تتطلب أن تتحول مسؤولية الأخصائي الإكلينيكي الرئيسية إلى المنع الفوري للأذى، ومثل هذه المواقف واجبة التحذير، حيث تتطلب من الأخصائي إصدار أحكام صعبة. وتكمن الصعوبة في هذه المواقف مدي اكتشاف حدوث الإساءة بالفعل، خاصة مع الأطفال الذين ليسوا مستعدين للكلام بدرجة مناسبة، أو الذين قد يبالغون في ادعائهم على الوالدين، أو الذين قد تكون مهاراتهم في التواصل محدودة. ويبقى الهدف الرئيسي للأخصائي النفسي في العلاج هو تحسين حالة الطفل ولكن في الحالات التي يشك فيها إساءة معاملة الطفل فإن الوصول إلى هذا الهدف قد يكون أمرا معقدا. (هاشم، 2018، صفحة 156)

2-2- صعوبات تتعلق بتطبيق الاختبارات:

أن الاختبارات النفسية هي أدوات ووسائل هامة يستخدمها الأخصائي النفسي في عمليات تقدير إمكانيات الفرد، وفي التشخيص والتنبؤ والتوجيه والإرشاد النفسي، كما يمكن الاستفادة منها في دراسة السلوك الإنساني والحصول على بيانات هامة عن شخصية الفرد، إذا أحسن استخدامها ووضعت لها ضوابط وأمكن معرفة معايير ثباتها وصدقها ودلالتها الإكلينيكية وحدودها التي تقيس القدرة أو السمة المطلوب قياسها.

فالاختبار أداة هامة يتيح للسيكولوجي الحصول على مجموعة كبيرة من الدرجات والمعلومات عن الفرد واكتشاف قدراته وإمكانياته وتحديد نقاط القوة والضعف فيه. غير أنه لا ينبغي التركيز على المعني المجرد للأعداد الإحصائية في نتائج الاختبار بل من الضروري أن نذهب إلى المعني الكيفي لهذه الدرجات أي فهم دلالتها النفسية، أي معرفة كيفية أداء سلوك المفحوص وأبعاده الذاتية والموضوعية وظروفه الخاصة في موقف معين. (عباس، 1996، صفحة 14)

في إطار الفحص النفسي والتشخيص والتصنيف يكتفي الأخصائي النفسي بتطبيق الوسائل والاختبارات التي تعطيه معلومات شاملة ودقيقة عن الحالة، في ما يخص القدرات المعرفية يتم تطبيق اختبارات الذكاء والقدرات العقلية كالاختبارات "**وكسلر**" أو اختبار "**كوفمان**"، أما في ما يتعلق بالمشكلات

النفسية والانفعالية يطبق اختبارات الشخصية سواء كانت موضوعية أو إسقاطيه كاختبار الروشاخ، وقد يقتصر علي بعض الاختبارات البسيطة في حالة فحص لوظائف أدائية خاصة كاختبار مكعبات" **كوس**"، أما في وضعيات الفحص الشامل قد يتطلب الأمر الدمج بين مختلف أصناف الاختبارات النفسية بعد معرفة مسبقة بأبعاد وحدود كل تقنية.

فأغلب الاختبارات والمقاييس النفسية المتداولة اليوم في البلدان العربية بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة تم أعدادها في الغرب وخاصة في أمريكا، لذلك هل مقاييس غير متحررة ثقافيا إلى حد يصعب تطبيقها في الواقع العربي والجزائري. وقد أكدت بعض الأبحاث الثقافية ذات الطابع المقارن في علم النفس وجود عدة مشكلات تنشأ من جراء الاختبارات الثقافية، فكل ثقافة تتميز بمعايير وقيم ومفاهيم تختلف عن الثقافات الأخرى، أول هذه المشكلات اللغة ومدى قدرتها على التعبير عن مختلف المعاني، فنقل عبارة من لغة إلى أخرى كثيرا ما يطرح مشكل المقابل في اللغة المقصودة والذي ينقل بأمانة المعنى المقصود في اللغة الأصل، بالإضافة إلى تصميم الاختبارات الأدائية المناسبة للثقافات المختلفة، فكل ثقافة منطقها وأشياء متداولة فيها مألوفة، كما تعتبر مشكلة اختلاف نسب Cronbach, Thorndike على مشكلة اختلاف دافعية الإنجاز عند الأفراد من مجتمع إلى آخر وهي تعتبر عاملا أساسيا في تحديد الاستجابات في بعض الاختبارات، منها اختبارات الذكاء والقدرات الخاصة واختبارات الشخصية والاسقاطية.

لهذا أصبح نقل الاختبار من بيئة وتطبيقه في بيئة أخرى مختلفة يتطلب الاهتمام باعتبارات سيكولوجية، قياسية، ثقافية، وهذا ما ذهبت إليه الجمعية العالمية للقياس النفسي في دليلها الصادر 1996 والمحرر من طرف العديد من علماء النفس والقياس المهتمين بتكييف الاختبارات لاستعمالها عبر الثقافات المختلفة.(العزيز، 2015)

ولكن هناك عدة مشكلات التي تعاني منها هذه الاختبارات التي نلخصها فيما يلي:

. عدم إمكانية تطبيقها كلها مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نمائية كالتوحد أو التخلف العقلي.

. عدم معرفة العيادي بمزايا وعيوب كل تقنية يصعب عليه اختيار الوسائل الملائمة للمشكلات المطروحة.

. عدم تكييف هذه الاختبارات والتي تعتبر أهم مشكلة يعاني منها أغلب الأخصائيين النفسانيين.

. الاعتقاد بأن الاختبارات النفسية لوحدها قادرة على إعطائنا كل ما نحتاجه من معلومات عن الحالة هو اعتقاد خاطئ ويجب أن يصحح، صحيح أن هذه الوسائل مقننة أظهرت فاعليتها في التشخيص ولكن هذا لا يتحقق إلا إذا كان الأخصائي على دراية معمقة بها من حيث التطبيق والتنقيط والتحليل بالإضافة إلى تدريبه على بناء الملاحظات ومعرفة رصدها.

. كما قد يستغرق المختص النفسي في الاستخدام الاختبارات النفسية والتحاليل الرقمية الإحصائية ويهمل التعمق في دراسة شخصية الفرد ككائن فريد في ذاته.

فتحتاج أغلب الاختبارات النفسية لأن تدرس من طرف فرق البحث في مختلف المخابر الجامعية المتخصصة، ليتم بعد ذلك تكييفها مع المجتمع الجزائري وحينها تصبح ناجعة عند استعمالها بعد التدرب عليها وإتقان العمل بها. (زقار، 2015، صفحة 09)

حيث تظهر الممارسة العيادية أن الكثير من الاختبارات المعتمدة تعاني من قصور وتضع العيادي في مأزق وفي حرج وفي أخطاء تقييمية لإمكانيات ومهارات الفرد، وقد تؤدي به إلى توصيات غير ملائمة ومجحفة في حقه، وذلك لأنها تظهر انحرافات ناتجة عن الاختلافات المتواجدة في المهارات المعرفية وفق متغير الطبقة الاجتماعية للأفراد. ويشير "**Satter**" إلى أن ليس هناك اختبار من شأنه القضاء تماما على تأثير التعلم والخبرات الثقافية. محتوى مواد الاختبار واللغة التي صيغت بها الأسئلة، اتجاه الاختبار، وفئات تصنيف الاستجابة، ومعايير تسجيل النقاط، والمعايير الإصلاحية كلها مرتبطة بالثقافة.

بالإضافة إلى عدم وجود اختبارات تناسب شديد الإعاقة، كنقص أجهزة الكشف والقياس في الميدان.

لهذه الأسباب نواجه صعوبة في الوصول إلى تقديرات دقيقة عن صدق الممارسات الإكلينيكية، حتى الاختبارات النفسية قد تفشل في التنبؤ بقدر معقول بسلوك الأفراد الذين تجري عليهم التجربة في مواقف معملية مضبوطة، ويبقي البرهان على فعالية بعض الاختبارات وتنبئها نسبيا فلقد أجريت مئات الدراسات لاختبار صدق اختبار **الروشاخ**، وأكدت هذه الدراسات بأن صدق اختبار **الروشاخ** غير معروف وأن فائدته تعتمد إلى حد كبير على الشخص الذي يستخدمه.

وأيضا فيما يخص اختبارات القدرة العامة، حيث يتمكن للسيكولوجي بالقيام بتنبؤات هامة فيما يتعلق بإمكانية تعلم المواد الأكاديمية، ولكن لا تزال إمكانية الوقوع في أخطاء كثيرة في التنبؤ وذلك إذا لم يركز المختص على جميع الظروف التي تدخل في موقف الاختبار، وحقائق أخري هامة عن الفرد.

إذن حتى لو كانت الاختبارات متطورة تطور تاما ومؤلفة بعناية وموضوعية، فإن التنبؤ بسلوك فرد معين هو عملية ذاتية تعتمد على الخبرة والاتجاه النظري.

أما بالنسبة لمقاييس الشخصية نجد صعوبة في تصور المتغيرات الأساسية، وتأثير الموقف الاجتماعي للاختبار نفسه على استجابات الفرد على الاختبار، وأيضا تواجه صعوبة في مشكلة ما إذا كان الاختبار يقيس ما يفترض أن يقيسه، فمشكلة صدق اختبارات الشخصية يمكن التغلب عليها ولكنها صعبة ومعقدة، ففهم دلالة الاستجابات على بعض مقاييس الشخصية يتطلب التحليل والحكم الذاتيين للاختبار، والظروف الذي أجريت فيه الاختبار بالإضافة إلى التركيز على المعلومات الأخرى المهمة عن الشخص. (هنا، 1991، صفحة 178)

2-3- صعوبات التشخيص النفسي:

يعد التشخيص الركيزة الأساسية لنجاح الممارسة الإكلينيكية، فهو يساعد في وضع خطة العلاج المناسب للحالة، وبقدر ما يكون التشخيص واقعيا ودقيقا وشاملا، يكون احتمال النجاح كبيرا، ويحقق النتائج المرجوة من العمل الإكلينيكي.

مهما اختلفت مهام المختص النفسي وتعددت فقد يستدعي لتقديم الرعاية الصحية، وأحيانا لتقديم خبرة أو استشارة، وقد يقوم لتقدير أهلية أشخاص معينين لمهام بذاتها، وفي بعض الأحيان للمشاركة في فرق رعاية طبية متخصصة، كما قد يطلب منه التدخل في حالات استعجاليه معينة، كما قد يتلقى إحالات من المهنيين الممارسين في مجالات نشاطه، فهما تعددت تلك النشاطات وتنوعت فإن المهمة التي لا يكاد يخلو منها أي نشاط من تلك الأنشطة بل ويعتبر مهمة محورية فيها جميعا هي مهمة التشخيص، وهي ليست مهمة سهلة لما يبني عليها من تبعات أخلاقية وقانونية، وما ينجر عنها من تحمل لمسؤولية الآخر على درجة كبيرة من الخطورة، وهي من أجل ذلك تستدعي كثيرا من الحيطة والحذر والتروي والتمحيص وفى جميع النواحي قبل أن يقوم المختص العيادي باتخاذ قراره النهائي. (خطاب، صفحة 45)

وفى الحقيقة قد تحدث للمختص العيادي بعض الحوادث التي قد تشكل مأساة حقيقية، فقد يتلقى إحالات من بعض الأطباء العامين أو المتخصصين من أجل المساعدة النفسية، فيشرع في ذلك باعتبار ما ورد في خطاب الإحالة، وفجأة يظهر أن بعض تلك الإحالات التي ربما وجهت إليه بأعراض نفسية محضة هي في الحقيقة تعاني من سرطان أو التهاب في الدماغ أو هبوط في السكر، ويكون قد عرف ذلك بعد

فوات الأوان. وقد يطلب منه أحيانا المساهمة في التشخيص فيلجأ إلى تقنيات للفحص ثم يقرر بناء على ما توصلت إليه تلك التقنيات من دلالات، ولكن تأتي النتيجة مخيبة لكل توقع، بسبب إما لكون تلك التقنيات غير مقننة تقنينا سليما، أو أن معاييرها أصبحت غير صالحة بسبب القدم، أو أنها صيغت انطلاقا من مسلمات نظرية معينة وليدة بيئة مختلفة وغير مكيفة لجميع المجتمعات، أو أنه غير متمرس وغير مدرب كفاية لوضع القرار النهائي في بيانات تلك الأدوات.

كما قد توجه للمختص العيادي دعوة ليقرر إمكان إجراء عملية جراحية لشخص يعاني من اضطراب نفسي، وهو لم يصادفه خلال مساره التكويني أو المهني فلا يدري ماذا يصنع. وقد يعرض عليه المشاركة في علاج بعض الحالات المرضية الحرجة كما في حالات أمراض القلب أو بعض الأمراض الخطيرة في مراحلها المتقدمة فيجد نفسه عاجزا عن تقدير وتقييم الحالة النفسية العامة عند هؤلاء ناهيك عن المساهمة في العلاج. وقد يكلف أحيانا بمتابعة وتقييم بعض الملفات مثل ملفات ضحايا العنف، وتقديم تقارير مفصلة عن ذلك للجهات الوصية فيجد نفسه يواجه مسؤوليات تتعلق حقوق الآخرين.

فالمختص النفسي أمام كل هذه التحديات يجد نفسه عاجزا في حلها بسبب ضعف برامج تكوينه، ويستخدم وسائل تفتقر للموضوعية. (عدنان، 2016)

من المشاكل الأساسية في التشخيص هي مشكلة ثبات التشخيص، حيث يقع فيها الأخصائي النفسي بسبب عدم تحديد الأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية تحديدا واضحا، بالإضافة إلى هذه المشكلة نجد كذلك عدم الدقة في المعطيات أو عدم اكتمالها أو المبالغة في التبسيط كل هذا قد يصعب من عملية التشخيص، وقد يستغرق الأخصائي في ماضي المريض ويهمل حاضره وسلوكه الحاضر وكل هذا يؤدي إلى تشخيص خاطئ وناقص.

إلى جانب هذا من الأخطاء المحتملة في التشخيص اهتمام المختص بوصف ما يعانيه العميل من مشاكل وأمراض ويهمل ما يمتلك من قدرات ومواهب يمكن الاستفادة منها في تكيفه النفسي.

وبناء على ذلك يمكن القول إن عملية التشخيص مهمة صعبة وتحتاج برامج تكوينية نظرية وعملية طويلة المدى ومستمرة، وتحت إشراف دقيق وحازم. ولقد لوحظ عمليا حالات تشخيص خاطئة، يمكن تترتب عنها عواقب أخلاقية وقانونية وخيمة. بالإضافة إلى إجراءات علاجية مغلوطة. ومن بين الحالات الواقعية نجد: تشخيص حالة من الحالات على أنها فصام من فريق من الأطباء والنفسانيين وأساتذة علم النفس

العيادي في الجامعة وعولجت بناء على هذا الأساس ثم ظهر أنها تعاني من هبوط في غلوكوز الدماغ. ومنها أيضا حالة أحيلت على المختص النفساني من طرف بعض الأطباء من أجل حالة أرق، وبعد عملية التشخيص النفسي التي لم تتبين طبيعة هذا الأرق أحيلت على مصلحة جراحة الأعصاب أين توفيت بعد مدة بسبب داء الكلب، ومن هذه الأمثلة كثيرا في إطار مهمة التشخيص وهذا ما يؤكد صعوباته الجمة.

علم النفس الإكلينيكي أحد المجالات التي تشهد تغيرا مستمرا، وبالرغم من أن مهمة الأخصائي النفسي الأساسية هي تطبيق المبادئ النفسية على مشكلات الأفراد، إلا أن الطرق والأطر المهنية التي يسعي لتحقيق هذه المهمة من خلالها تخضع لتغير مستمر، ومن غير الواضح ما إذا كانت هذه التغيرات إيجابية أو أنها تعكس أزمة هوية كبيرة، تنذر بوقوع خلل في هذا التخصص.

فهناك عدد كبير من الأخصائيين النفسانيين المدربين حديثا الذين يتجهون للعمل في العيادات الخاصة، فقضايا الترخيص والمصادقة والمشاركة في برامج الرعاية الصحية الحكومية، وغيرها من الأمور النقابية، يبدو أنها تشغل بال الأخصائي النفسي بشكل متزايد. كما أن معظم ممن يحملون شهادات اقل من الدكتوراه، يتم توظيفهم بصورة متزايدة في العديد من الأماكن التي تعني بالصحة النفسية. حيث يقوم هؤلاء بأعمال روتينية كتطبيق الاختبارات النفسية، المساعدة في العلاج الجمعي، القيام ببعض الوظائف الإدارية وغير ذلك من الأعمال. (داوود، 2017، صفحة 65)

- **صعوبات تشخيص المشكلات النفسية في الطفولة والمراهقة:**

دراسة المرض النفسي في الطفولة والمراهقة تعتريها مجموعة من الصعوبات غير موجودة في دراسة المرض النفسي لدى الراشدين، حيث تتمثل هذه الصعوبات في:

1- صعوبة تقييم المشكلات النفسية أو السلوكية في سياق الطفولة كون الطفل كائن ينمو ويتطور، فعلى سبيل المثال: تبليل الفراش يعتبر شيء طبيعي تماما لدى الرضع بينما يكون علامة على القلق أو مشكلات التوافق بعد السن 5 سنوات، كما قد تعتبر بعض العلامات والأعراض كالخجل والانسحاب أمر طبيعي في فترات النمو الاجتماعي عندما يتطلع الطفل التفاعلي الاجتماعي ويتعلم كيفية التواصل اللفظي مع الآخرين، ولكن قد تعتبر مثل هذه العلامات في المراهقة المبكرة العلامات الأولي للمرض النفسي، بالإضافة إلى ذلك قد يمرون الأطفال بمراحل قصيرة يعانون فيها ببعض المشكلات السلوكية أو مخاوف أو قلق ولكن سرعان ما تختفي هذه المشكلات فجأة وبدون أي

تدخل. وقد يشتكي بعض الآباء من معاناة أطفالهم من رفض الطعام، الخوف من الضجيج، الخوف من الغرباء أو الخوف من أنواع معينة من الحيوانات... ولكن سرعان ما تختفي هذه المسائل في غضون أيام أو أسابيع. لهذا قبل اعتبار السلوكيات مرضية وتحتاج لتدخل علاجي لدى الأطفال يجب أن نضع بعين الاعتبار ما هو طبيعي في سن معين.

2- المعارف الشخصية للأطفال ضعيفة لأنهم غير ناضجين بعد، فقد يشعرون إلى حد ما بالخطأ ولكنهم غير قادرين على تحديده بالسم مثل القلق أو الاكتئاب، وقد ينقلون بشكل واضح كيفية إحساسهم مع الآخرين، وعلى المعالج أن يستنتج الحالات النفسية من سلوك الطفل الظاهر ويقرر ما إذا كان هذا السلوك طبيعيا بالنسبة لمراحل النمو التي يمر بها الطفل.

3- الفروق الثقافية أو الحضارة تؤثر في النظر إلى سلوكيات الطفل، وإذا كانت تمثل مشكلات أو لا، فمشكلات السلوك الخارجي تظهر بشكل واضح في كثير من المجتمعات الغربية، ولكن بعض الثقافات الشرقية لديها مستويات منخفضة نسبيا في هذا النمط من المشكلات.

فالتصنيف يضم جانبين الجانب الأول يشمل الاضطرابات الخارجية، والتي تضم لمشكلات الخارجية للسلوك مثل العدوانية، النشاط المفرط، الاندفاعية، أما الجانب الثاني يضم الاضطرابات المستدمجة الداخلية، والتي لها مظاهر داخلية أكثر مثل الخبرة الاكتئابية، القلق، الانسحاب الاجتماعي. (زراد، 2016، صفحة 993)

2-4- صعوبات العلاج النفسي:

يواجه الأخصائي النفسي المبتدئ أثناء قيامه بمهنة العلاج النفسي عدد من القضايا المعقدة والمشكلات المركبة، وأهم المشكلات التي يواجها هي تلك المتعلقة بالصفات الشخصية التي يجب علي المعالج أن يتحلى بها والتي تتضمن عدد من الصعوبات والارتباكات الأولية، فالرغبة في أن يكون المعالج قادرا علي تقديم المساعدة للآخرين هي ميزة ذات أهمية كبيرة في ممارسة العلاج، حيث تحقق حاجاته في أن يكون محبوبا وموجها ومتحكما وتشبع رغباته كمعالج نفسي ولكنه يكون أقل قدرة للاستجابة لحاجات عميله، فهو بذلك يعرقل عملية العلاج من خلال عدم إعطاء فرصة للعميل أن يطور أساليب التعامل والتكيف ومهارات اتخاذ القرار وهذه الطريقة ربما تزيد من مشكلات العميل في حياته اليومية.

وبالرغم من أن من المفيد أن يعتمد المعالج على خبراته الشخصية في تفهم العميل الذي يتعامل معه، إلا أن من الضروري أن يدرك أن مشاعره وخبراته الخاصة تختلف عن مشاعر عميله، بالإضافة إلي

حالة خوف المعالج في أن يبدو غير كفء أمام العميل وعدم تقبل أنه لا يحتاج أن يقدم إجابة عن أي تساؤل يطرحه العميل، إذ من ممكن أن يأخذ وقتا للتفكير حول الاستجابة لموضوع ما، ويخبر العميل أنه يرغب في التفكير بموضوع ما قبل الإجابة، فالخوف من الفشل ومن فقدان العميل يخلق مشكلات حادة لدي المعالج حيث يبدو متوترا متردد، كما قد يشعر بعض المعالجين بعدم الاطمئنان بسبب عدم التقدم في العلاج أو التطورات البطيئة التي تحدث، وأغلب المعالجين متسرعين في إحداث التغيير المطلوب خلال العلاج، لهذا نجدهم يشتكون من عدم التقدم و التغير عند العميل، فقد يكون من الصعب علي المعالج تقويم وتقدير التغير والتطور الحادث بسبب عدم خبرته بالتطورات طويلة المدى والتي تحتاج لوقت طويل عند العميل كي تظهر.

بالإضافة إلى الصعوبات المتعلقة بمخاوف العميل حيث يأتي للعلاج في حالة من التوتر والضيق ويبحث عمن يساعده في حل مشكلاته، ويجب على المعالج أن يناقش كل الاحتمالات ووجهات النظر المتعلقة بالأحداث التي يعيشها، وهناك من يتعامل مع تلك المخاوف بمحاولة خداع العميل والتصرف على أنه يفهم حالته، أو إبداء التسلط ومحاولة التحكم في العميل.

بسبب كثرة أساليب وتقنيات العلاج النفسي يجد الأخصائي النفسي نفسه حائر في اختيار الطريقة المناسبة فهناك طريقة تكون مناسبة لمريض ولكنها لا تساعد مريض أخر، وتكون فعالة في يد معالج ولكن غير فعالة في يد معالج أخر.

وقد يقرر الأخصائي في تبني الإطار التحليلي ويتجه نحو فهم دينامية الشخصية والبحث عن الأسباب العميقة التي تختفي وراء الظاهرة المرضية، لكن هذا يكلفه الوقت الطويل والجهد الكبير في مجتمع يميل إلى تبني الحلول السريعة والسحرية التي لا تتطلب الكثير من الجهد. كما أن المجتمع كثيرا ما يتذمر من المفاهيم الجنسية المرتبطة بالحياة النفسية للأفراد نتيجة الحشمة والعادات الراسخة في أذهان الأفراد. (زقار، 2015، صفحة 11)

يعد التحليل النفسي عملية طويلة ومكلفة، إذ تستغرق من 3 على 5 سنوات، فالإعداد المكلف للأخصائيين الذين يمارسون التحليل من شأنه الإبقاء على كلفته الباهظة. وبالتالي فقد أصبح التحليل النفسي علاجا مقتصرا على الموسرين، أولئك الذين لديهم المال والوقت الكافيين للبحث عن حلول لعصاباتهم، إضافة إلى ذلك فإن إجراءات التحليل تحتاج على الأفراد الأذكياء نسبيا، والمثقفين وذوي الخبرة في الحياة،

وذلك لكي يكونوا قادرين على تقبل متطلبات العلاج، ونتيجة لهذه الأسباب فإن نسبة بسيطة فقط ممن يلجئون إلى العلاج التحليلي، أما الفئات الفقيرة وغير المثقفة والأقليات وكبار السن وذوي الاضطرابات الشديدة، وأولئك الذين يشكون من أعباء الحياة وبعدم قدرتهم على مواكبتها، كلهم مرضي غير مهيئين للتحليل النفسي.

ولهذا يعتبر العلاج بالتحليل النفسي علاجا فاشلا، فهو بطبيعته غير قادر على حل معظم المشكلات المتعلقة بالصحة النفسية، نجد "**ولبي**" الذي ينتقد الطريقة التحليلية التي تجعل المرضى يمكثون في العلاج لفترات طويلة، وخصوصا حين لا يكون هناك أي دليل على حدوث التحسن. ويذكر "ولبي" بعض الأمثلة التي قدمها "**شمايدبرج**" (1970)، في إحدى الحالات استمر رجل عمره 54 سنة مدة 30 عام في العلاج التحليلي دون أي تحسن يذكر، كما يشير إلى أن إحدى النساء التي لجأت للتحليل النفسي دون وجود أعراض محددة لديها، فطورت لاحقا أعراض الرهاب من الأماكن المفتوحة، وبعد 12 سنة من العلاج أصبحت أسوء ما كانت عليه في بداية العلاج. (داود، 2017، صفحة 571)

وقد يلجأ الأخصائي النفسي ربحا للوقت للنموذج السلوكي، لكونه يتناسب مع السرعة التي يميل إليها الأفراد، لكن سرعان ما يدرك بأن هذه التقنيات تركز على القضاء على الأعراض، باعتبارها سلوكيات متعلمة مما يرفع من خطر عودة هذه الأعراض من جديد، وبما أن العلاج السلوكي يحتوي علي عدة تقنيات ووسائل، يجب علي العيادي الاطلاع عليها كلها والتدرب عليها جدا، حتى يتمكن من النجاح في مساعدة عملائه باستعمال العلاج السلوكي وتقنياته المختلفة.

كما قد يلجأ الأخصائي النفسي إلى العلاج المعرفي نظرا لكونه حديثا ويهتم بالدرجة الأولي بالمجال المعرفي، فيصحح الأفكار الخاطئة ويعدل الإدراكات المعوجة، ويرفع من مرونة التفكير ويبعث الروح الإيجابية للعميل، لكن ليس من السهولة إعادة هيكلة معارف الإنسان خصوصا لما يتعلق الأمر بمعتقداته وهذا بطبيعة الحال يحتاج تدريب عميق وخبرة، حتى ينجح العيادي في هذا العلاج. (زقار، 2015، صفحة 15)

2-5- مشكلات التقرير:

من أهم مشكلات التي تواجه الأخصائي النفسي أنه ليس الشخص الذي يتخذ القرارات النابعة من استنتاجاته (كما هو الحال بالنسبة للطبيب) بل الذي يستخدم هذه الاستنتاجات هو طرف ثالث عادة قد

يكون (الأسرة، المدرسة، أو المحكمة، مركز التربية والعلاج...) فليس للأخصائي سلطة فرض توصياته على هذا الطرف، فهو لا يضمن كيفية تأويل هؤلاء الأطراف لاستنتاجاته التي وصل إليها، كما لا يضمن استخلاصهم نتائج لا تبررها معطياته مطلقا، فهذا الأمر يحدث غالبا لأن السلطة التي طلبت الفحص تعطي لنفسها الحق في تأويل الاستنتاجات بما يناسب غايتها أو دوافعها، مما قد لا يتوافق مع مصلحة المفحوص.

بالإضافة إلى ذلك فإن الفحص النفسي لا يقتصر على التحقق من واقع راهن (كما هو الحال التشخيص الطبي مثلا) بل يستخرج القيم الثابتة في الشخصية ويعرض ديناميتاها الأساسية، والمشكلة تكمل في مصير هذا العرض والحذر من الحكم على المفحوص من قبل الطرف الثالث بشكل يحرف الواقع أو يستخدم هذه القيم الثابتة كتعزيز لوجهة نظره، حيث يجد الأخصائي نفسه في وضعية خلقية كبيرة من الصعب عليه تجاوزها.

فهناك من يحاول التهرب من واجبه بإعلان عدم مسؤوليته سلفا عن مصير التقرير والاستخدام الذي سيؤول إليه، وهو بطبيعة الحال موقف غير مقبول، وهناك من يحاول بمرونة أن يلطف الواقع بدرجات متفاوتة فلا يجزم ولا يؤكد ويبقي استنتاجاته تحت المحتمل والممكن والمشروط وباعتبارات شتى. ففي هذه الحالة يبقي مستخدم التقرير في غموض نوعا ما، وهناك من يتجنب الخوض في الأمور الحساسة ويكتفي بالعموميات، وهذا موقف لا يليق بالأخصائي النفسي الذي تركز مهمته على التعمق في الفهم والمعرفة، وهناك من يبالغ في تجميل الواقع بحيث يتجاهل أوجه القصور ويخفف من شأنها ويبالغ في الأمور الإيجابية وهذا أيضا يعتبر مخالف للأمانة العلمية مما فيه من تحريف للواقع قد يؤدي إلى قرارات خاطئة أو متفاعلة بشكل لا يعكس الواقع، أو تجاهل لخطورة المشكلة وعدم اتخاذ القرارات اللازمة لعلاجها. (الحجازي، 1993، صفحة 168)

3- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بالتكوين في علم النفس الإكلينيكي:

3-1- تطور البرامج التكوينية في علم النفس العيادي:

طرأت عدة تغيرات على برامج الدراسات العليا في الأربعين سنة الماضية، فابتداءا من الستينات من القرن الماضي، حدث تغيير على صعيد عمل الإكلينيكيين من العمل الأكاديمي في الجامعات إلى العمل في العيادات الخاصة. وهذا أدي بطبيعة الحال إلى ظهور الشكوى من طرف نقاد نموذج **بولدر**، والذين اعتبروه محدود وغير كافي لتدريب الأخصائيين الممارسين، كما أكدوا أن التدريب على المهارات الإكلينيكية

حسب هذا النموذج ضعيفا وقاصرا، بالإضافة إلى كون أعضاء الهيئات التدريسية غافلون عن الاحتياجات التدريبية للممارسين في المستقبل. فقد صدرت عن مؤتمر **فيل** للتدريب (1973)، مصادقة صريحة على نماذج تدريبية بديلة تلبي احتياجات الممارسين في المستقبل، بالإضافة على البدائل المتمثلة بدرجة الدكتوراه في علم النفس ونموذج المعاهد المهنية، حيث أصبحت هذه البرامج البديلة مؤثرة بشكل متزايد، ويمكن الاستدلال على ذلك من أعداد خريجيها الجدد من حملة الدكتوراه. فهناك توجه واضح لدعم اختيار أو تعيين أولئك الأخصائيين الممارسين الذين يمارسون العمل الإكلينيكي بدرجة الدكتوراه في علم النفس.

حيث أن هناك عدة صعوبات قد تؤثر على حيوية ونجاح البرامج التدريبية التي تم ذكرها من بين هذه الصعوبات:

- يعتقد بعضهم أن هناك عدد كبير من الأخصائيين النفسانيين الذين يتوجهون نحو الممارسة. وهذا الأمر بطبيعة الحال قد يؤثر وبشكل جوهري على عدد الطلبة الذين يلتحقون ببرامج الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي. ففي السنوات الأخيرة تزايد عدد طلبات الالتحاق المقدمة للحصول على الامتياز نسبة الشواغر المتاحة، ونتج عن ذلك عدم قدرة بعض الطلبة على تأمين موقع يحصلون من خلاله على خبرة الامتياز، وإذا ضاق نطاق الامتياز وسوق العمل، فمن الطبيعي أن تتأثر البرامج التي تقوم بتدريب طلبتها على الممارسة بشكل أساسي (المعاهد المهنية، والمعاهد التي تمنح درجة الدكتوراه في علم النفس) وخاصة المعاهد المهنية التي تعتمد مواردها بشكل كبير على الرسوم الدراسية وقبول أعداد كبيرة من الطلبة.
- سيكون للثروة التي حدثت في إدارة الرعاية الصحية في أمريكا تأثيرها على حجم الطلب على الأخصائيين الإكلينيكيين في المستقبل، وعلى مناهج برامج التدريب أيضا. حيث ستركز أكثر على المساقات الدراسية التي تتضمن التدخلات العلاجية المختصرة والمدعمة تجريبيا، والتقييم المركزي أو البؤري، وعلية برامج التدريب التي لا توظف هيئة مخصصة في هذه المجلات قد تخرج طلاب يفتقرون إلى المهارات المطلوبة للمنافسة في سوق العمل. (داود، 2017، صفحة 128)

3-2- صعوبات تتعلق بتكوين الأخصائي النفسي العيادي:

ركز المسؤولون الاهتمام بالبرامج التكوينية بالتعاون مع الجامعات لتحسين مكانة المهنة العيادية ولضمان كفاءة المشتغلين فيها، حيث لم تكن هذه البرامج التكوينية رسمية للعياديين في بداية الحرب العالمية

الثانية، فالقليل منهم كان حاصلا على شهادة (PHD) والبعض كان حاصلا شهادة (MAS) والأغلبية العظمى كانت تعمل بشهادة (BAS) أو بأقل من هذه الشهادة حيث لكي يشترط لممارسة المهنة العيادية غير بعض الدروس في القياس وعلم النفس المرضي وربما نمو الطفل، الأمر الذي أدي إلي غموض صورة الأخصائي النفسي.

حيث يقول "**أيزنك**" في هذه الأساس (1950) أن الشخص الذي يدعى أنه أخصائي نفسي عيادي قد يكون شخصا متميزا جدا لديه كفاءة أكاديمية عالية وذو خبرة تبلغ 20 أو 30 سنة في الميدان، وقد يكون طالبا حديث التخرج بدون أي خبرة ميدانية، له القدرة على تطبيق مقياس الذكاء لبنيه غير أنه لا يفهم علاقة هذا المقياس بمشكلة العميل.

ويؤكد "**شاركو**" (1948) أن برامج التكوين والتدريب في علم النفس العيادي لم تكن منظمة أو مبنية على أسس صلبة، حيث كان اكتساب المعرفة والتجربة الضروري للعمل العيادي الكفء هو في أغلب الأحيان اجتهاد فردي.

ويوضح "**ديفلو**" (1965) في هذا الصدد إن التكوين لمدة 5 أو 6 سنوات لا يعطينا مختصا نفسيا كاملا، لذلك يتحدث الأخصائيون عن التكوين الشخصي، فالأخصائي النفسي يعتمد في ممارسته بالإضافة إلى المعلومات النظرية، فهو نفسه داخل في علاقة، ويعتبر موضوع هذه العلاقة فلابد أن يعي نفسه. (بلميهوب، 2013، صفحة 10)

فإن كانت المهنة العيادية في بعض البلدان المتقدمة وبالخصوص في أمريكا قد بلغت أقصى ما يمكن أن يحلم به العياديون، فإنها مازالت في البعض الآخر من البلدان المتقدمة ناهيك عن البلدان المتخلفة في المراحل الأولي من التطور.

فالجامعة الفرنسية على سبيل المثال التي تعتمد عليها الجامعة الجزائرية في وضع البرامج التكوينية، تقر أنها متخلفة كثيرا في التكوين والممارسة، بالقياس إلى جامعات أوروبا وأمريكا، ويقول "**بيتون**":**piton** في هذا الصدد "إن كل من زار جامعات أوروبا خاصة ألمانيا وهولندا، فإنه حتما يدرك أن التكوين المهني للأخصائيين النفسانيين يتم في ظروف أحسن منه في فرنسا.

حيث يركز الخبراء النفسانيين جل اهتمامهم على تغيير البرنامج التكويني للعياديين وتطويره، كما يقول "**بيتيني**" ولنا أن نحلم بتكوين جامعي للعياديين مغاير تماما لما هو عليه الآن، على غرار ما يحدث في البلدان الأخرى.

كما يقول "**ويندفريد**" في هذا الصدد: "إن مشكلة التكوين تطرح بشكل أكثر حدة مع تزايد المشكلات وتعقدها، لذلك لابد من توفير تكوين صلب في الجانب النظري والميداني حتى تتوفر الكفاءة التي هي شرط من شروط الممارسة العيادية".

بالإضافة إلى دراسة "**ديفارج**" على طلبة علم النفس بجامعة قسنطينة، حول مدي ملائمة التكوين العيادي للسياق الثقافي الجزائري، وقد وجد الباحث أن هناك صورة غامضة للأخصائي النفسي الجزائري، إذ أنها غالبا ما تقترن بصورة المرابط أو المنجم (المشعوذ)، الذي يعرف ما يدور في أذهان الناس بمجرد التطلع في أعينهم، فهو في نظر المجتمع لا يختلف كثيرا عن الطالب أو المنجم.

وقد عبر الطلبة على هذه الصورة بقولهم: الممارس العيادي هو الشخص الذي يقوم بجميع الأدوار ماعدا دوره الحقيقي، فهو في المستشفى يقوم بدور المنشط وممرض ومساعد اجتماعي ونادرا ما يكون أخصائيا نفسيا، فهو غالبا ما يتصف بالشخص الرزين الهادئ الذي يرفع معنويات الغير.

وتزداد الصورة سوءا عند الأخصائي الذي يعمل في مصلحة الطب العقلي، حيث يقول "ديفارج": تعتبر مصلحة الطب العقلي المصلحة التي لم يجد العيادي الجزائري مكانة فيها ولم يستطع فرض كفاءته، فهو يعمل تابعا للطبيب العقلي الذي يطلب منه أن يطبق الروشاخ، من أجل مساعدته في التشخيص وأحيانا يسند إليه مهمة التكفل ببعض الحالات، يقوم فيها العيادي بمقابلة المساعدة والمساندة أكثر مما يقوم بالعلاج النفسي. (بلميهوب،2013، ص22)

يبدأ تكوين الأخصائي النفسي بدخول الطالب في الجدع المشترك لمدة سنتين، يستنزف فيه الطالب جزءا من طاقته وجهده لينتقل إلى التخصص بعدها، حيث ترهقه كثرة الأدبيات والنظريات العلمية السيكولوجية، رغم أن هذا الميدان نظري وتطبيقي إلا أنه غالبا ما يقدم بصورة نظرية تكاد تكون بحث فالمقررات النظرية تطغي بصورة كبيرة على الحصص التطبيقية، التي تجعل الطالب يحتك بالميدان.

ورغم وجود بعض التربصات الميدانية إلا أنها غير كافية، ومدتها قصيرة، بالإضافة إلى نقص التنسيق بين الجامعة والمؤسسات الميدانية، الأمر الذي صعب هذه التربصات على الطلبة. (زقار، 2015، صفحة 09)

فإعداد الأخصائي النفسي يتفاوت في قيمته ومستواه من جامعة إلى أخري، ومن معهد إلى أخر، ويفتقر كثيرا إلى التخصص وتطغي عليه العموميات، وهذه العمومية هي التي تؤثر في تكوين صورة موحدة ومحددة عن الأخصائي النفسي وعن نشاطه الأساسي.

4- صعوبات تتعلق بتأثير شركات التأمين على الممارسة العيادية:

لقد ساهمت المعارضة المبكرة من قبل مهنية الطب النفسي، في منع الأخصائيين الإكلينيكيين من المشاركة في ممارسة العلاج النفسي بصورة مستقلة، وقد تغلب الإكلينيكيين على ضغوط الطب النفسي وتأثيره الفعال في معظم أنحاء الولايات المتحدة، وفازوا بحق الممارسة المستقلة. فقد زال الجدال وأصبح الأطباء النفسانيين يقبلون الوضع القانوني الجديد الذي وصل إليه الإكلينيكيين، حيث تدافع معظم الأخصائيون النفسانيون نحو العيادات الخاصة لملء تلك الفجوات القائمة في مجال الصحة النفسية، وأصبحوا الآن يمارسون عملهم في استقلالية تامة.

وبعد استقل الإكلينيكيين في ممارستهم بدأ العلاج النفسي يندرج ضمن شركات التأمين، وأصبح الممارسون مؤهلين للحصول على التعويضات المادية، وهذا ما دفع المهنيون الطبيون بالقيام بحملات لمنع الأخصائيين الإكلينيكيين من الحصول على هذه التعويضات ما لم يتم تحويل المرضي إليهم، حيث تحولت المعركة بين الأطباء النفسانيين والأخصائيين الإكلينيكيين حول قضية التعويض الذي تقدمه شركات التأمين للأخصائيين الإكلينيكيين دون تدخل من الأطباء. (داود، 2017، صفحة 138)

إن تقديم الخدمات النفسية تحتاج أن تكون نشطة ومتاح الحصول عليها، بسبب الانتشار السريع للاضطرابات النفسية، فحسب منظمة الصحة العالمية فإن مشكلات الصحة النفسية في إنجلترا هي السبب الأكبر والوحيد في العجز، وتساهم بنسبة (22,8%) من العبء الكلي مقارنة بنسبة مئوية (15,9%) للسرطان، (16,2%) لأمراض القلب والأوعية الدموية. ومن هذا فالاكتئاب وحده يحسب له (7%)، وحتى في أكثر البلدان تطورا، نجد واحد في كل خمسة لديه تشخيص بوجود مشكلة نفسية في أي وقت محدد، طبقا لإحصائيات إدارة سوء استخدام المواد وخدمات الصحة النفسية الأمريكية، والمشكلات النفسية العامة

التي تساهم في هذه الأرقام تتضمن كل من القلق، واضطرابات القلق، اضطرابات المزاج مثل الاكتئاب الرئيس، والمشكلات النفسية الأكثر شدة مثل الذهانات هي أقل انتشارا نوعا ما، وتبلغ (5%) من السكان، كما أن نحو (3,7%) يبلغون وجود أفكار انتحارية في لاثني عشر شهر الماضية.

ويترتب على هذا الانتشار الكبير للمشكلات النفسية زيادة التكلفة الاقتصادية التي يتحملها المجتمع، لحل هذه المشكلات، فزيادة عن الشدة والكرب والخلل الوظيفي الذي ينتاب الفرد بسبب المشكلات النفسية، يصبح من ضروري على الحكومات تقديم خدمات نفسية مناسبة، وتكوين مجموعات عمل ذات تدريب جيد لمساعدة هؤلاء الذين يعانون من المشكلات النفسية المختلفة، فقد ظهرت الحاجة لتخفيف العبء الاقتصادي لهذه المشكلات، إضافة إلى مساعدة الفرد على الشفاء من حالة الكرب والشدة، لهذا انصب الاهتمام على اتجاه إعادة البناء والتدريب للعاملين في مجال تقديم الخدمات القومية، مثل خدمات الصحة القومية الإنجليزية، ومن بين هذه الخدمات هناك برنامج تحسين الحصول على العلاجات النفسية، في الولايات المتحدة، والذي يقدم التدريب لعدد كبير من ممارسي العلاج النفسي، وانعقد هذا البرنامج سنة (2006) على أساس أنه فعال في تقديم الخدمات، واستخدام التدخلات القائمة على دليل مثل العلاج المعرفي السلوكي، لعلاج المشكلات النفسية، وأنه سيعود بكثير من الناس لأعمالهم بسرعة، ويقلل من تكاليف مشكلات الصحة النفسية، وبعدها ظهرت عدة إسهامات تركز على بناء تخصص الرعاية الصحية النفسية والعقلية، وطبيعة الممارسة العلاجية والإكلينيكية. (زراد، 2016، صفحة 264)

وهناك عدد من أنظمة إدارة الرعاية الصحية، وكلها تحاول ضبط التكلفة والتقليل من استخدام الخدمات، وتحافظ على نوعية هذه الخدمات في الوقت نفسه، نذكر منها منظمة الحفاظ على الصحة (HMO) يتم توظيف عدد محدد من الأخصائيين لخدمة أولئك المشمولين بالتأمين، حيث تكون كلفة جميع الخدمات ثابتة، ومنظمة مقدم الخدمة المفضل (PPO) تقوم بتوقيع عقود مع أخصائيين خارجين (مع نسبة من الخصم) لتلبية احتياجات أعضائها، ويمكن القول إنه مقابل نسبة الخصم هذه يتلقى الأخصائيين أعداد متزايدة من الإحالات.

وهذه الأنظمة الحديثة نسبيا في تقديم الخدمات تملي الأخصائيين الإكلينيكيين تعريفات جديدة لما تمثله المعالجة النفسية، وأشكالا جديدة من الممارسة أيضا. حيث ناقش "**كامنجر**"Cummings(1995) بعض هذه التحولات الجوهرية توصل لما يلي:

(أ) الجلسات العلاجية مع المرضى ستكون أقل، وستكون أعداد المرضى الذين يعالجون سنويا أكبر.

(ب) المعالجات ستكون مختصرة (جلسات أقل) ومتقطعة (قد لا تتم متابعة العميل لعدة أسابيع)

(ت) يعمل المعالج كمحفز للعملاء كي يحدث التغيير في حياتهم.

(ث) تحدث التغيرات في معظمها خارج نطاق المعالجة.

(ج) العلاج لا يكون نهائيا، وإنما يمكن إيقافه بعد أن يتضح تقدم العميل.

(ح) يكون اللجوء على مصادر المجتمع (مثل المدمن المجهول، الآباء دون شركاء) على أوسع النطاق.

(خ) تأخذ معظم المعالجات شكل العلاج الجمعي، وتتضمن برامج نفسية تعليمية مقننة مثل التدريب على إدارة الضغوط النفسية.

ففي السنوات الأخير بعدما كان العملاء يدفعون الأجرة مباشرة من جيوبهم، أصبحت شركات التأمين تعترف بشكل متزايد باستحقاق ممارسات الأخصائيين النفسيين وتضمينهم تحت تغطيتها، ورغم أن ما يزال بعض العملاء يدفعون ثمن العلاج بأنفسهم، يستخدم معظمهم منافع تأمينهم الصحي والرعاية المدبرة، أي المعطاة من طرف شركات التأمين الصحي لدفع مقابل العلاج النفسي على أقل جزئيا، ولكن وجود طرف ثالث يدفع الرسوم له تأثيرات كبيرة في العلاقة العلاجية، وعلى عمل الأخصائي الإكلينيكي. (هاشم، 2018، صفحة 105)

فقد تؤثر إدارة الرعاية الصحية على الاتجاه العام المتعلق بتوظيف الأخصائيين الإكلينيكيين، من حملة الدكتوراه والذين ينوون العمل كممارسين إكلينيكيين.

إن تكلفة الأخصائيين الممارسين من مستوي الماجستير ومن شبه المهنيين، تعتبر الأرخص في تقديم الخدمات نفسية، وينظر إليها على أنها بديل اقتصادي جذاب بالنسبة لشركات إدارة الرعاية الصحية. (داود، 2017، صفحة 133)

حيث يؤكد بعض العلماء على أن شركات التأمين الصحي تؤثر بشكل كبير على الممارسات اليومية للأخصائيين الإكلينيكيين، من بينهم "**المورفي**" وآخرون (1998) الذي يشير أن الأخصائيون يقررون أن

ممارستهم تأثرت بشكل سلبي بالرعاية الصحية، لأن شركات التأمين الصحي تفرض تحكما أكثر من اللازم على القرارات الإكلينيكية. حيث أشارت إجاباتهم أن تأكيد التأمين الصحي على الجوانب المالية عادة، يزيد الصعوبة عليهم في تقديم خدمات نفسية أخلاقية ملائمة. كما أشار معظمهم على مشكلة السرية، لأن في السابق كان الأخصائيون الإكلينيكيين يتحكمون مباشرة في سرية ملفاتهم الخاصة، ولكن حاليا يفرض عليهم مشاركتها مع شركات التأمين. وهناك دراسات أخرى للأخصائيين الإكلينيكيين أكدت على التأثير السلبي للرعاية الصحية على عملهم، حيث اتخذ هذا الجانب السلبي عدة أوجه: معدل دفع أقل مما يدفعه العملاء الذين يقومون بالدفع بأنفسهم، الكثير من وقت العمل الإكلينيكي يضيع في الأوراق الورقية، والاتصالات الهاتفية وغيرها من التفاعلات مع شركة الرعاية الصحية، وعدد كبير من الإحباطات.

بالإضافة إلى تأثيرات الرعاية الصحية على عملية التشخيص، حيث أن معظم شركات التأمين الصحي تشترط تشخيص الدليل (DSM) للدفع مقابل العلاج. لأن قرارات تشخيص الأخصائي تعتمد على ما إذا كان العميل أم شركة التأمين هم من يدفعون مقابل العلاج. (هاشم، 2018، صفحة 107)

إلا أن تدريب العالم– الممارس أو العالم الإكلينيكي يوفر بعض الفرص في بيئة إدارة الرعاية الصحية، فالأخصائيون النفسانيون لديهم مميزات تثير اهتمام نظام شركات كبرى تسعي للربح ومن بين هذه المميزات مثلا:

- لديهم توجه تجريبي يركز على دراسة النتائج، مما يساعد على التقليل من التحيزات المهنية والحد منها.
- لديهم مهارات تختلف عن مهارات الأطباء.
- يمكنهم التركيز على الوقاية من المشكلات الصحية، والتركيز على الصحة بدلا من المرض.
- يدركون مدي تأثير البيئة على السلوك.

وقد وضع "**بروسكوسكي**"(Broskowski،1995) عددا من التوجهات الإصلاحية في الرعاية الصحية على تدريب الأخصائيين النفسيين وعملهم، فأولا من المحتمل لسوق عمل الممارسين المستقلين (الذين يعملون في العيادات الخاصة) أن يستمر في التقلص، وعكس ذلك فمن المحتمل أن تزيد فرص الأخصائيين الإكلينيكيين الذين يتخصصون في مجال الصحة النفسية، وذلك أن هؤلاء الأفراد نتيجة تدريبهم أقدر على توسيع نطاق خدماتهم، بما في ذلك تلك المتعلقة بالرعاية الطبية. ثانيا، إن زيادة التركيز على

المسائل والنتائج العلاجية ستفتح أبوابا للأخصائيين الإكلينيكيين الذين لديهم خبرة في البحث الإكلينيكي والسيكومتري، حيث ستتم الاستعانة بهم لتصميم وتقييم الدراسات التي تبحث في النتائج العلاجية للمرضى، ومدى رضا المرضى عنها، ومدى تأثير المعالجات النفسية المختلفة، وأخيرا فإن برامج التدريب في علم النفس الإكلينيكي تحتاج إلي التركيز على تدخلات العلاج النفسية المجدية والفعالة من حيث التكلفة، وتوفير التدريب الإكلينيكية في أماكن تقديم الرعاية الصحية، ودمج الدروس التعليمية في أبحاث الخدمات الصحية التطبيقية لبرامجها. (داوود، 2017، صفحة 133)

5- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بعلاقة الأخصائي النفسي العيادي مع غيره:

كما أن صورة الأخصائي النفسي لازلت مبهمة بالنسبة للكثير من الأفراد الذين يلجئون لاستشارته أو يوجهون إليه، حيث يوجد أراء وأفكار شعبية مسبقة عن النفساني والتي يؤمن بها الأفراد فهي تشوش الواقع وتعرقل قدرة الأخصائي عن المساعدة.

أما في علاقة الأخصائي النفسي في عمله وسط الفريق الطبي (الطبيب العقلي، الأخصائي الاجتماعي، المحلل النفسي، المرشد التربوي....) يواجه عدة صعوبات حيث يعتبر معظمهم الأخصائي النفسي يتدخل في النشاط المخصص لهم، الطبيب العقلي يري أن العلاج النفسي من اختصاصه هو وأن النفساني غير مؤهلا علميا وتقنيا لذلك.

والجميع يريدون حصر دوره في مجرد تطبيق الروائز وهو نشاط جد ضيق ضمن الممارسة العيادية. والجميع يريدون له أن يكون عنصرا مساعدا لهم في نشاطهم معتبرين إسهامه المهني مكملا لعملهم. فإذا كان الأخصائي مبتدئا ولم يكمل إعداده بعد لن يستطيع فرض ذاته وسيكتفي بدور تطبيق الروائز، أما إذا وصل إلى مرحلة متقدمة من النضج المهني والكفاءة، فقد يفرض نفسه ولكنه يتعرض إلى خلافات متنوعة بين العاملين معه داخل المؤسسة، وهذه الخلافات قد تؤثر على جو العمل الجماعي، وتعطل تضافر الجهود من أجل خدمة المفحوص.

والكثير من المؤسسات تعاني من هذه المشكلة ويكون ضحيتها الأولي هو المفحوص، وليس الأخصائي النفسي المسؤول الوحيد عن هذه المشكلة، بل السبب الرئيسي هو عدم وضوح المهام وحدودها والتداخل الحتمي في نشاطات وواجبات مختلف الأخصائيين، كما تعتبر تفاوت الكفاءة المهنية ومستوي

الإعداد بين لأخصائيين النفسانيين السبب، الذي يمهد السبيل أمام ظهور هذه المشكلات في وجه الممارسة النفسية. (الحجازي، 1993، صفحة 175)

تتأثر العلاقة بين الفاحص والمفحوص بالإطار المؤسساتي الذي يتم فيه الفحص، كما تتأثر بالأفكار الشائعة عن النفساني من المجتمع الذي يعيش فيه، بالإضافة إلى موقفه هو من ممارسته كل هذه النواحي تطرح مشكلات تعيق عمله.

فصورة الأخصائي تأخذ أشكال مختلفة في نظر المفحوصين، قد تكون صورة ايجابية تثير الطمأنينة وتدفع إلي طلب المساعدة فقد ينظر إليه كمساعد الطبيب النفسي ، أو مفرج الكروب وفي هذه الحالة يقبل المفحوص ويحدث بما يسمي الانفتاح العلائقية الذي يسهل مهمة النفساني أو صورة سلبية تثير الريبة والخوف والحذر كالنظر إليه كصاحب سلطة يستغل بوسائله الخاصة أسرار المفحوص ويستخدمها ضده (في المحكمة ، السجن ، في المراكز الإصلاحية) وهنا يعاني النفساني من حالة من الرفض والمقاومة التي تصعب عليه القيام بعمله وقد تخلق لديه انفعالات سلبية اتجاه المفحوص.

كما تتأثر الممارسة النفسية بموقف الأخصائي النفسي من الدور الذي يعطي له من المؤسسة، التي يعمل بها، وفي علاقته ببقية العاملين فيها، ومكانته بينهم وعلاقته مع السلطة، ونظام التوقعات الذي يفرض عليه وأي شكل من أشكال الخلافات في هذه العلاقات، قد يسبب نوع من التحيز ضد السلطة أو ضد العاملين وهذا يفقد للأخصائي حياده ومن تم بصيرته وهذا بطبيعة الحال ينعكس سلبيا في علاقته مع المفحوص.

بالإضافة إلى ذلك موقف الأخصائي النفسي من ممارسته على المستوي العقائدي، أي ما هي الوظيفة المعيارية التي تعطي له على المستوي المجتمع المحلي، وإلى أي مدي يشعر أن هذه الوظيفة تتمشي مع القواعد المهنية والخلقية للممارسة النفسية، كل ذلك يجعل الأخصائي في حالة من التأزم الوجودي والمعنوي الذي لا يسمح له بالقيام بمهمته بالهدوء والحياد المطلوب. وقد يندفع إلى اتجاهات متعددة تتراوح بين التجاهل الكلي للبعد المعياري لعمله، وبين الشك بالممارسة النفسية، حيث يلجأ إلى تجاهل عمليا أثناء الممارسة ما يشكك فيه نظريا بدافع كسب القوت. (الحجازي، 1993، صفحة 178)

6- صعوبات تتعلق بالمؤسسات العلاجية:

لعل من أهم المشكلات التي تواجهها العديد من المستشفيات النفسية هي نقص أعداد المعالجين المدربين، ورغم أن معظم الناس تعتقد أن أسلوب العلاج في المتشفيات أسلوبا واقعيا لحل المشكلات الانفعالية الصعبة، إلا أن الرعاية في المستشفى بطبيعتها خلقت قدرا من المشكلات، تساوي تلك التي استطاعت أن تحلها، وعلى مدى السنين أصبحت المستشفيات النفسية (وخصوصا تلك الحكومية منها) عبارة عن مستودعات أو صناديق للوصاية. إذ أن الرعاية فيها تكون هامشية عادة، بل وحشية أحيانا بمعنى الكلمة. كما أن الفريق المهني نجده يعاني من نقص شديد كما ونوعا، حيث مازال معظم العلماء مقتنعين (تجريبيا) أن الرعاية الداخلية في المستشفيات ليست أسلوبا علاجيا فعالا بشكل خاص.

بالإضافة على نقص العاملين، فبالرغم من تواجد أعداد أكبر من الإكلينيكيين والأطباء النفسيين إلا أن الطلب على خدماتهم ما يزال يفوق تزايد عددهم، فقد اتجه العديد من الوافدين الجدد إلى العيادات الخاصة، كما كرس عدد آخر منهم نفسه للتدريس والبحث، على أيه حال فكل ما زودت به المستشفيات والعيادات الخارجية من مختصين مدربين بالكاد يفي بمتطلباتها، وقد ظهرت عدة تيارات اجتمعت لتعوض هذا النقص الحاد في العاملين بالمستشفيات والعيادات.

حيث تنبأ "**ألبيط** باستحالة تدريب أعداد كافية من الأخصائيين في مجال الصحة النفسية بحيث تلبي الاحتياجات الراهنة والمستقبلية، وأوصى بالسعي نحو الوقاية كاستراتيجية ممكنة في هذا المجال.

فمنذ الخمسينات من القرن الماضي بدأ الناس يشكون من فعالية العلاج النفسي ومدي تأثيره الفعال، حيث يتساءل بعضهم عن صحة فرضية العوامل النفسية الداخلية كسبب لوجود المشكلات، بالإضافة لكلفته العالية والتزايد في توجه الأخصائيين الإكلينيكيين نحو الممارسة في العيادات الخاصة، فقد دفعت العوامل الاقتصادية هذه بالعلاج النفسي بعيدا عن متناول الفقراء والمحرومين. (داود، 2017، صفحة 727)

7- مشكلات الممارسة النفسية المتعلقة بالمجتمع:

إن فهم الصحة النفسية والممارسة النفسية لا يكتمل إلا بإدراجهما في السياق الاجتماعي، فالأبعاد الاجتماعية تؤثر بطبيعة الحال على الممارسة النفسية، حيث لا يخفي علينا دور المتغيرات الاجتماعية في اللجوء إلى الممارسة النفسية، وتحديد الخلفيات الاجتماعية في تنميط المرض والسلوك المرتبط به، ومغزى الأوضاع الطبقية في مواجهته، بالإضافة إلى دور البيئة الاجتماعية والأسرة في بعض الاضطرابات النفسية وفى اتخاذ القرار الطبي. ولهذا قرر الممارسين المهنيين النفسانيين على ضرورة التأهيل الاجتماعي للممارس

النفسي لتحسين تعامله مع المجتمع والتعرف على حاجياته الصحية والنفسية ومواجهتها بكفاءة، وبالتالي فإذا أدرك الممارس النفسي صورة الواقع الاجتماعي، والقيم والتصورات الاجتماعية لدى أفراد المجتمع طالبي الخدمة، استطاع أن يكمل مهنته بكفاءة.

فالممارسات النفسية وما ينجر عنها من مفاهيم ومعتقدات وممارسات متداولة في حياة افراد المجتمع الجزائري اليومية صيغت حوله خطابات كثيرة ومتنوعة مما أدى إلى ترسيخها في الخيال الجمعي لأفراد المجتمع الجزائري وبالتالي فالمرض والصحة مجالان للتعبير عن المعتقدات والقيم السائدة وهو ما يمكن اعتباره معرفة اجتماعية تتضمن تفسيرات مختلفة حول جانب مهم من حياة الإنسان، الأمر الذي دفع بالبعض إلى الحكم على أن لا فائدة من اللجوء إلى الممارسة النفسية حتى وإن كانت حديثة، لإن أشكال الممارسات النفسية تظهر أنماط الثقافة المحلية.

فالنمط يعني تمثيل اجتماعي يعني أن كل فرد يرسم خلال عمليات التبادل المعلوماتي مع الآخر صورا ذهنية ناجمة عن الأحكام المكونة حول الأشياء المختلفة التي تخص المحيط الاجتماعي، فالصورة النمطية للممارسة النفسية في المجتمع الجزائري هي تصور يتصف بالتصلب والتبسيط المفرط للمجتمع، حيث يتصف الأشخاص المستفيدين من الممارسة النفسية على أنه موسوس، مجنون...

وتقريبا جل هذه المكونات النمطية السلبية يعاد إنتاجها ويحافظ عليها المجتمع في منظومته الفكرية وإن كانت محرفة أحيانا للواقع ومشوهة للحقيقة.

ومن بين أهم الأسباب التي تدفع أفراد المجتمع الجزائري إلى تكوين صورة سلبية عن الممارسة النفسية هي:

1- بعض الأدوية النفسية التي استخدمت في القرن الماضي لمعالجة بعض الأعراض والأمراض النفسية تؤدي إلى التعود.

2- بعض الأمراض النفسية المزمنة تستدعي العلاج المستديم، فطبيعة تلك الأمراض التي تحتاج علاج يمتد مدى الحياة وتدفع بالمريض إلى متابعة الأدوية مدى الحياة.

3- تعميق بعض المستفيدين من الممارسة النفسية هذه النظرة في نفوس الناس.

لقد كان علاج المرضى النفسيين في المجتمع الجزائري في القديم يتم على يد رجال الدين أين تستعمل بعض الطقوس كالرقية وغيرها، ولذلك انتشرت بعض المعتقدات وساد التطرف بالإيمان في الأمور الغيبية كالسحر وتلبس الجان، وفي بعض الأحيان كان يتم حجز المرضي ويتعرضون لأسوء أنواع المعاملة مثل التقييد بالأغلال المثبتة في الحيطان لفترات طويلة، ولا يتم التصريح بهذه الحالات المرضية أبدا، وهذا ما أدي إلى ركود الأبحاث في الممارسة النفسية في المجتمع الجزائري وإلى تخلف هذا الفرع من فروع الطب، وبالتالي عدم إدراك أفراد المجتمع لحقيقته ومدى فائدته

إضافة إلى ذلك فإن النظرة الدونية لأفراد المجتمع للمريض النفسي ربما كان أحد الأسباب الأساسية في رفض الناس للطب النفسي فلقد استطاعت جميع العلوم تقريبا أن تثبت مكانتها وجدارة علمائها في حين أنه قد عجز الطب النفسي أن يحقق ذات المكانة، وأن ينجح بنفس الجدارة التي نجحت بها غيره من العلوم.

يرى أفراد المجتمع الجزائري بأن هناك خلل وظيفي داخل المؤسسة الاستشفائية، حيث يري الفرد الجزائري أن هناك أدوار يجب أن تتوفر في الممارس للصحة النفسية، أي يكون لديه قدرا من المعرفة المتعلقة بالتخصص التي تعتبر الأساس في الممارسة النفسية، والتي تعتبر الموجه بكل ما يتخذ من قرارات، واستنادا على المعرفة النظرية يجب أن يكون لديه قدرا من المهارات، تمكنها من تأدية خدمة جيدة للمرضى، كما يجب على الممارس النفسي أن يحافظ على مستواه ونظامه باعتباره ينتمي إلى جماعة مهنية تلقي قيمة ومكانة لدي أفراد المجتمع.

بالإضافة إلى نظرة الفرد الجزائري إلى الممارس النفسي على أنه سيدخل المريض في دوامة، فهذا المفهوم مخالف للحقيقة إنما هو مستنبط من أفكار أخري تجمعت في أذهان أفراد المجتمع مستمد من حكايات الناس عن المريض الذي لا يشفي، ويضل مترددا مستديما على الطبيب معتمدا عليه.

إن كثيرا من أفراد المجتمع يعتقدون أن الممارسة النفسية غير مستقرة، وهذه الصورة كونها أفراد المجتمع الجزائري وذلك لأن العلاج النفسي اعتمد في بداياته على التحليل النفسي والتعمق في شخصية الفرد وطول مدة العلاج بالإضافة إلى مفاهيم الجنس التي لا يستوعبها المجتمع الجزائري. (قرليفة، 2016)

8- صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بمدى احترام المعايير الأخلاقية:

تقرر المعايير الأخلاقية قواعد لسلوك الأخصائي النفسي، وقد صيغت أغلب المعايير الأخلاقية بصورة عامة، بهدف تطبيقها على الأخصائيين النفسيين مختلفي الأدوار، على الرغم من أن تطبيق معيار

أخلاقي قد يختلف اعتمادا على السياق الذي يطبق فيه، فالمعايير الأخلاقية ليست شاملة شمولا تاما، يعني ذلك ليس كل سلوك يتعين بالضرورة أن يكون إما أخلاقيا أو غير أخلاقيا.

فيتوجب على الأخصائي احترام الدستور الأخلاقي الذي قد يطبق عليه من خلال الهيئات النفسية في الولايات أو المحاكم أو أي هيئات عامة أخرى. حيث يطبق الدستور على كل الأعمال المتصلة بالأنشطة ذات الطابع النفسي، أي يطبق على الأنشطة الإكلينيكية والإرشادية، والبحوث، والتدريس، والإشراف على المتدربين، وتطوير أدوات القياس، والإرشاد التربوي، والإرشاد المؤسسي، والتدخل الاجتماعي، والإدارة، والأنشطة الأخرى التي تتعلق بالمجال الذي يميز السلوك الشخصي للأخصائي النفسي.

وقد وصفت إجراءات تسجيل وحفظ شكاوى السلوك غير الأخلاقي، وعمليات فحصها ودراستها وحلولها، في القواعد والإجراءات الحالية للجنة القيم الخاصة في جمعية علم النفس، كما وصفت الإجراءات التي تتخذها الجمعية في حالة مخالفة الدستور الأخلاقي، بما في ذلك التأنيب الرسمي، اللوم، والفصل من الجمعية، وتحويل الموضوع إلى هيئات أخرى. أما الشكاوى التي تتطلب تدخلا مثل التلف المالي أو الخسائر المالية الناتجة عن ادعاء مخالفة أخصائي نفسي للدستور الأخلاقي، فيمكن اللجوء فيها إلى التفاوض الشخصي، أو إلى الهيئات الإدارية أو المحاكم.

ويؤكد الدستور الأخلاقي على مجموعة من القضايا الجوهرية، شديدة الأهمية والتي تناولها العديد من الباحثين، ومن أهم هذه القضايا:

1- قضية التحيز: تؤكد أكثر المبادئ التي تحكم عمل الأخصائي النفسي على أهمية تحرر الأخصائي الإكلينيكي من كل الممارسات التي تضمن تفرقة بين الناس، حيث يؤكد الميثاق الأخلاقي على هذه النقطة ويوضح المجالات التي يحدث التحيز فيها والخلفيات التي ينطلق منها، وهي التحيز ضد الجنس الآخر، أو ضد عرق معين، أو ضد أفراد من بلد مختلف، أو أبناء العقائد الدينية والمذهبية الأخرى، أو أشخاص من مراحل عمرية مختلفة، أو أصحاب الإعاقات، أو أصحاب الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية المعينة، أو أصحاب الاختيارات الجنسية المختلفة. (فرج، 2007، صفحة 321)

6- **الضغط النفسي عند الأخصائيين النفسانيين:**

يؤكد **كينيدي** أن الضغط يلقي اهتماما كبيرا في الوسط المهني والعام، بل يعتبر الموضوع الأكثر انتشارا في الثمانيات، حيث عرف انتشارا في الكثير من المهن وخاصة المهن التي تهتم بالخدمات النفسية عموما وعند المعالجين النفسانيين على وجه الخصوص، حيث تؤدي واجباتهم المهنية إلى الضغط.

ويؤكد "**باركلي**" (1977) أن ما يجعل الضغط أكثر حدة في المهن الإنسانية هو المتطلبات التي تفرضها هذه المهن والتي تختلف عن متطلبات المهن الأخرى، لأن العاملين في المهن الإنسانية يستعملون أنفسهم كأدوات لتحقيق حاجات المرضى الذين غالبا ما لا يعبرون عن تقديرهم وامتنانهم.

ووضح "**مازالاش**" (1981) بأن الضغط يظهر بصورة أكثر شيوعا عند الذين يتعاملون مباشرة مع الناس.

ووجدت دراسات عديدة أخرى أن الضغط أكثر شيوعا عند المختصين النفسانيين مقارنة بالمهن الإنسانية الأخرى ونجد منها دراسة مازالاش (1978) التي بينت أن أسباب الضغط عند المختصين النفسانيين تعود إلى عدة عوامل أهمها:

- الاحتكاك الدائم بالمضطربين حيث يري **باينز** و**مازالاش** أن العمل الطويل مع المرضى يزيد من الاحتمال الإصابة بالضغط.
- حدة اضطرابات المرضى خاصة مع المرضى بالمرض المزمن.
- طول المدة الزمنية للعلاج النفسي.
- طول مدة العمل في مجال الصحة العقلية.
- عدم تغيير المرضى، أو الاختلاف بين توقعات العلاجية وتطور المريض.

كما أكدت دراسة "**فاربر**" (1982) حول الضغط عند المعالجين النفسانيين أن السبب الرئيسي للضغط عند المعالجين النفسانيين هو عدم النجاح في العلاج، حيث وجد نسبة 73% من العينة المدروسة أشرت إلى أن عدم النجاح في العلاج هو السبب الرئيسي للضغط، كما أكد 75% من العينة من الناحية الأخرى أن سبب الرضا المهني يرجع على النجاح في مساعدة المرضى على التغيير والشفاء، وهكذا خلصت

الدراسة أن الفشل في العلاج هو السبب الرئيسي للضغط عند المختصين النفسانيين، وأن النجاح في العلاج يعمل على وقايتهم من التعرض للضغط. (بلميهوب، 2013، صفحة 36)

9- تحديات وصف الأدوية في علم النفس الإكلينيكي:

من الناحية التاريخية كانت القدرة على وصف علاج دوائي للعميل هو أحد الفوارق بين الأطباء النفسيين والأخصائيين الإكلينيكيين، ومع هذا في السنوات الأخيرة حين بدأ بعض الأخصائيين الإكلينيكيين بالمطالبة بالعمل بصورة مستقلة دون تدخل المهن الطبية وغيرها، وزاد طموح هؤلاء الأخصائيين حيث سعوا وراء الحصول على "امتيازات وصف الدواء"، حيث بدأت هذه الحركة في العقدين الأخريين من القرن العشرين والعقد الأول من القرن الحالي، وتطورت إلى مستوي المواجهة الصريحة والجدال الجاد، حيث نشرت الجمعية النفسية الأمريكية عددا ضخما من المقالات، التي تدافع فيها عن امتيازات وصف الدواء، وقدمت اقتراحات من أجل تدريب الأخصائيين النفسيين ليصبحوا أكفاء في المعرفة الضرورية لوصف الدواء بأمان وفاعلية. بالإضافة إلى ذلك قام عدد من الأخصائيين النفسانيين بالدفاع عن هذه الحركة، منهم "**باتريك دي ليون**" الرئيس السابق للجمعية النفسية الأمريكية، و"**مورجان سامونز**" الخبير الشهير في علم العقاقير النفسية، "**وروبرت ماكجراث**" مدير تدريب الأدوية النفسية ما قبل الدكتوراه في كلية علم النفس بجامعة فيرلي ديكنسون.

وأحرزت حركة امتيازات الدواء انتصارات كبيرة عندما قامت ثلاث ولايات- نيومكسيمو، لويزيانا، وإليونز- بمنح امتيازات الدواء للأخصائيين الحاصلين على تدريب ملائم في أعوام 2002، 2003، و2004، على الترتيب. والعديد من الولايات الأخرى تقبلت هذا الموضوع بصورة جادة في السنوات الأخيرة، كما حدثت عدة خطوات مهمة ساهمت في تطوير هذه الفكرة منها تأسيس القسم (55) من الجمعية النفسية الأمريكية سنة (2000)، وكذلك برامج تدريب علم الأدوية النفسية المتاحة للأخصائيين النفسيين في الجيش الأمريكي. (هاشم، 2018، صفحة 87)

على أية حال فقد أثيرت قضية سعي الأخصائيون النفسيون وراء امتيازات وصف الدواء جدلا كبيرا، حيث يري بعضهم أن التوجه غير الدوائي لعلم النفس الإكلينيكي هو الميزة الأساسية التي تميزه كمهنة من المهن الصحة النفسية، ولا تزال هذه القضية محل جدل كبير بين معارض ومؤيد، أما الذين أيدوا وسعوا وراء فكرة امتياز وصف الدواء يبررون تأييدهم هذا بعدة حجج ومبررات، ولقد نوقشت هذه الحجج والمبررات

في مقابلة أجريت عام (1995) مع المدير التنفيذي لمديرية الممارسة المهنية التابعة للرابطة النفسية الأمريكية، وأكد عليها آخرون يؤيدون امتيازات وصف الدواء، ونلخص هذه الحجج:

أولا: الحصول على امتيازات وصف الدواء يتيح للإكلينيكيين تقديم مدى أوسع من المعالجات، ومعالجة أعداد واسعة من العملاء، إذ ستصبح المعالجات بالأدوية خيارا متاحا يسمح للإكلينيكيين بالانخراط بشكل متزايد في معالج الحالات، التي تلعب الأدوية دورا أساسي في علاجها (الفصام).

ثانيا: والميزة الإيجابية الثانية لهذا الامتياز هي إمكانية زيادة الفاعلية من حيث الكلفة في رعاية المرضى، الذين يحتاجون على المعالجة النفسية والمعالجة الدوائية في الوقت نفسه. فغالبا ما يحتاج هؤلاء الأفراد أكثر من أخصائي (طبيب نفسي، أخصائي نفسي للمعالج المعرفية السلوكية) ومن الناحية الاقتصادية والعملية ومن الأفضل اللجوء إلى أخصائي واحد في الصحة النفسية يمكنه تقديم جميع هذه المعالجات.

بالإضافة إلى كون امتيازات وصف الدواء ستمنح الأخصائيين النفسيين ميزة تنافسية في سوق الرعاية الصحية، كما ينظر بعضهم قضية هذه الامتيازات على أنها تطور طبيعي في السعي المتواصل لعلم النفس الإكلينيكي نحو بناء مهنة متكاملة في الرعاية الصحية، بدلا من بقائه مجرد مهنة في مجال الصحة النفسية.

كما عارض البعض فكرة حصول الأخصائيون النفسانيون على امتيازات وصف الدواء، وعبروا عن قلقهم من هذه الفكرة باعتقادهم أن هذه الامتيازات قد تقلل من شأن الأشكال النفسية من العلاج، وذلك لأن الأدوية بطبيعة الحال تعمل بشكل أسرع، ومن المحتمل أن تكون أكثر نفعا من العلاج النفسي، والكثير منهم يخشون أن تأخذ التفسيرات البيولوجية للحالات الانفعالية أولية على التفسيرات النفسية. (داود، 2017، صفحة 137)

فعندما يقوم الأخصائيون النفسانيون بوصف الدواء سيحدث تحولا كبيرا داخل المهنة من العلاج بالكلام إلى العلاج بالأدوية، حيث يصبح العملاء يفضلون العلاج الدوائي على العلاج النفسي، وتتغير بطبيعة الحال نشاطات الأخصائي النفسي من اهتمامه بتقدير العمليات المعرفية والسلوكية والانفعالية، إلى تركيزه على خفض الأعراض عن طريق الأدوية الصيدلية، حيث عبر "**كمنجس**" عن هذه الحالة بقوله:

"بلا شك سيؤدي اكتساب سلطة كتابة الدواء إلى توسيع كبير للقاعدة الاقتصادية للممارسة النفسية، وعندما يأتي هذا اليوم يبقي أن نرى ما إذا كانوا سينبذون العمل الشاق للعلاج النفسي لصالح المنفعة من جدول الأدوية الموصوفة." (هاشم، 2018، صفحة 91)

كما أن حصول الأخصائي النفسي على امتياز وصف الدواء قد يدمر علاقته مع الطب النفسي، وبالطب بشكل عام، وقد ينتج عن هذه الصراع دعاوي قضائية مكلفة مالية. إضافة إلى الأتعاب القانونية اللازمة لتعديل قوانين الترخيص الحالية، فقد يؤدي سوء ممارسة وصف الدواء إلي زيادة تكلفة التبعات القانونية.

ومع هذا التطور الحاصل في نشاطات الأخصائي النفسي الإكلينيكي يجب أن يتزامن مع التخمين في التدريب المستقبلي للأخصائيين الإكلينيكيين، ليصبحوا أكفاء للحصول علي امتيازات وصف الدواء، ففي عام (1993) قامت الهيئة المؤقتة الخاصة بعلم النفسي الدوائي التابعة للرابطة النفسية الأمريكية(APA) بنشر توصياتها المتعلقة بمعايير الكفاءة في تدريب الأخصائيين الإكلينيكيين على تقديم الخدمات للأفراد الذين يتلقون أدوية نفسية، وقد حددت هذه الهيئة ثلاث مراحل للكفاءة والتدريب النفسي الدوائي، وقررت أن أولئك الذين يتمون هذه المرحل بنجاح هم فقط المؤهلين لوصف الدواء:

المرحلة الأولى: التدريب الأساسي في علم النفس الدوائي: وتشمل الكفاءة في هذه المرحلة معرفة الأسس البيولوجية لعلم النفس الدوائي العصبي، والإحاطة بأصناف الأدوية المستخدمة للعلاج، إضافة إلي المعرفة بالمواد التي يمكن عند استخدامها أو الإدمان عليها (مثل الكحول، الكوكايين)، ولإكمال هذه المرحلة من التدريب يوصي بدراسة مساق عام في علم النفس الدوائي فصل دراسي واحد.

المرحلة الثانية: الممارسة المشتركة: وتتيح الكفاءة في هذه المرحلة أن يعمل الفرد كمستشار في علم النفس الدوائي، أي يتعمق في معرفة علم النفس الدوائي وفي العقاقير التي يسوء استخدامها، وكفاءة في التقييم التشخيصي، والتقييم الجسمي، وفي فهم تفاعلات الأدوية والأعراض الجانبية لها، كما من المفروض القيام بتدريب عمليا في علم النفس الدوائي، حيث أوصت الهيئة بضرورة التحاق الأخصائي الإكلينيكي بمساقات في مختلفة هذه المجالات وبخبرة عملية تحت إشراف خبراء مختصين.

المرحلة الثالثة: امتيازات وصف الدواء: يجب التأكد في هذه المرحلة من كفاءة الأخصائي الإكلينيكي في ممارسة وصف الدواء بشكل مستقل. وقد أوصت الهيئة بضرورة توفير خلفية قوية على مستوي الدراسة الجامعية الأولى في العلوم البيولوجيا (مساقات متعددة في الأحياء، الكيمياء، الرياضيات، الصيدلية) وبسنتين من الدراسات العليا في علم النفس الدوائي (26 ساعة معتمدة) تم العمل كمقيم نفسي صيدلي بعد انتهائه من الدكتوراه. (داود، 2017، صفحة 140)

فلا بد من تدريب الأخصائيين النفسيين في مجال التدريب الصيدلي حتى يتمكنوا من وصف الدواء ولكن هذا التدريب يتطلب إضافته إلى برامج الدراسات العليا، وهذا سيزيد طولها عدة فصول دراسية، كما أن هذه التدريبات تفتقر للهيئة التدريسية ذوي الخبرة لتدريس مثل هذه المقررات، بالإضافة إلى كون مثل هذا التدريب يشترط فترات طويلة من الزمن. وتؤكد الدراسات أن الأخصائيون الذين حصلوا على امتيازات وصف الدواء في ولاية نيومكسيكو ولويزيانا هم شريحة قليلة جدا.

خلاصة:

يمكن القول من خلال ما سبق أن الأخصائي النفسي يواجه عدة صعوبات تتعلق بعوامل مختلفة، منها ما يتحمل الأخصائي النفسي مسؤوليتها والتي تتعلق بجانبه الشخصي وسماته وكيفية تعامله مع المرضى، ومدي احترامه للمعايير الأخلاقية التي تحكم المهنة، ومنها ما تتحمل مسؤوليتها أطراف أخرى مثل الجامعة من حيث عدم كفاية التكوين والتربص، والإدارة من حيث عدم المساواة بين الموظفين، والمجتمع بكل مؤسساته وهيئاته من خلال عرقلته للعمل العيادي وعدم تفهمه لمهام الأخصائي النفسي، وبين كل هذه الأطراف يبقي الأخصائي العيادي يعاني من صعوبات متجددة مختلفة من مؤسسة لأخرى، ولابد أن تتحمل كل هذه الأطراف مسؤوليتها للتخفيف أو القضاء على كل هذه الصعوبات.

الفصل السادس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

1-الدراسة الاستطلاعية

2- الدراسة الأساسية

- المنهج المستخدم
- عينة الدراسة
- حدود الدراسة
- أداة الدراسة

تمهيد:

تعتمد الدراسة على جانبين الجانب النظري الذي يحتوي على المفاهيم النظرية والجانب التطبيقي الميداني الذي يكمله، وفي الجانب الميداني تطرقنا إلى فصلين فصل الإجراءات المنهجية للدراسة، وفصل عرض نتائج الدراسة.

وفي هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة يتضمن عرضا مفصلا للدراسة الاستطلاعية (أدواتها، هدفها، نتائجها) مجتمع الدراسة، والعينة المأخوذة منه، وأدوات الدراسة، وكذا طرق التحقَق من صدق هذه الأدوات وثباتها، إضافة إلى حدود الدراسة المكانية وزمانية ومتغيراتها المنوطة بالبحث، والمنهج المستخدم أي والمعالجة الإحصائية التي اتبعتها الباحثة، للتأكَد من فرضيات الدراسة.

أولا: الإجراءات المنهجية للدراسة:

1- الدراسة الاستطلاعية:

تكتسي الدراسة الاستطلاعية أهمية كبيرة في عملية البحث حيث تهدف إلى الإحاطة بموضوع الدراسة أو الظاهرة من جميع جوانبها، حيث يرى "**محمد مسلم**" بأن الدراسة الاستطلاعية تساعد على إنضاج الفرضيات وتحديدها كما تساعد على اختيار أدوات البحث المناسبة.

تعتبر الدراسة الاستطلاعية حجز الأساس في أي بحث علمي، ولكل باحث يسعي للوصول إلي:

. اختصار الوقت والجهد قبل أن يباشر موضوعه.

. التعرف على المفحوصين وكسب ثقتهم.

. التعرف على أبعاد وحدود البحث ميدانيا.

. تحديد موضوع الدراسة بدقة.

. تحديد المتطلبات والتقنيات اللازمة في البحث.(ملحم، 2007)

وتعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة منهجية مهمة لا استغناء عنها في أي بحث حيث تساعدنا في التقرب من الميدان والتعرف أكثر على مجتمع الدراسة، حيث بدأت الباحثة بالدراسة الاستطلاعية في بداية شهر ديسمبر 2019، انتقلت إلى مستشفى الأطفال بولاية عنابة (السنتيراز) وعيادات نفسية خاصة وعيادات

متعددة الخدمات بالإضافة إلى المراكز البيداغوجية التابعة للضمان الاجتماعي، ووحدات الكشف والمتابعة لبعض المدارس، بولاية عنابة حيث تم اختيار العينة الاستطلاعية والتي قدرت ب40 أخصائي نفسي مزوع في تلك الأماكن، لمحاولة التقرب من الأخصائيين النفسانيين والتعرف على أهم المهام والنشاطات التي يقومون بها، وملاحظة وضعية الأخصائي النفسي في الميدان بشكل عام من مكان العمل ومدى توفير الوسائل والامكانيات اللازمة، وطبيعة علاقاته مع زملاء العمل ومع الحالات التي تأتي إليه، ومدى تأثير السمات الشخصية و التكوين الجامعي والتكوين خارج الجامعة على قيامه بدوره، حيث قامت الباحثة بتطبيق مقابلات واستبيانات مفتوحة لكشف أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي في الميدان أثناء ممارسته النفسية.

- ✓ **الهدف من الدراسة الاستطلاعية:**

- بناء استبيان الدراسة: عن طريق الدراسة الاستطلاعية وبالرجوع إلى الدراسات السابقة قمنا ببناء استبيان صعوبات الممارسة النفسية الذي يتكون من ثلاث محاور: المحور الأول: متمثل في صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب الشخصي، المحور الثاني: صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بالجانب العلائقي، المحور الثالث: صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بالجانب المهني.

- قمنا بحساب الخصائص السيكومترية للأداة المعتمدة في الدراسة، استبيان صعوبات الممارسة النفسية، ويتم عرض نتائج للتأكد من صدق وثبات الأداة في الدراسة الحالية.

- أخذنا فكرة عامة عن وضعية الأخصائي النفسي في الميدان وحددنا أهم الصعوبات التي يعاني منها: حيث لاحظنا المكان الذي يتواجد فيه الأخصائي النفسي خاصة في المستشفى وعيادات متعددة الخدمات، هو مكان بعيد وغير مريح ومظلم مقارنة بأماكن المستشفى الأخرى، بالإضافة إلى عدم توفر مكتب خاص لكل أخصائي نفسي، نقص توفير الوسائل والامكانيات التي يحتاجها الأخصائي النفسي للقيام بمهامه، كما اشتكى الأخصائيين النفسانيين من عدم كفاية التكوين للقيام بمهنتهم على أكمل وجه.

- ساعدتنا الدراسة الاستطلاعية على تحديد فرضيات الدراسة بدقة، وتحديد متغيرات الاستبيان حيث استندت الباحثة في بناء الأداء إلى موريس أنجلس 2004 لتفكيك المفهوم إلى أبعاد تم

تجزئة البعد إلى فقرات، حيث قسمت الاستبيان إلى ثلاث محاور رئيسية الموضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (11) يوضح محاور استبيان صعوبات الممارسة النفسية وأبعاده وعدد الفقرات

المحاور	الأبعاد		البنود
صعوبات الأخصائي النفسي العيادي التي تتعلق بالجانب الشخصي	السمات الشخصية		2-4-6-7-9-12-19-21
	المهارات الإكلينيكية		1-3-5-11-13-17-18-20
	احترام المعايير الأخلاقية		8-10-14-15-16-22
صعوبات الأخصائي النفسي العيادي التي تتعلق بالجانب العلائقي	علاقة الأخصائي النفسي العيادي بالعميل		1-2-15-17-24-25
	علاقة الأخصائي النفسي العيادي بفريق العمل	الفريق الطبي	3-5-6-7-10-13-14-18-20-22
		الفريق الإداري	8-9-12-21
	علاقة الأخصائي النفسي العيادي بالمجتمع	أسرة العميل	4-11-16-19
		أفراد المجتمع	
صعوبات الأخصائي النفسي العيادي التي تتعلق بالجانب المهني	المهام		5-8-9-10-11-12-13-17-20-23-25
	الظروف الفيزيقية		1-2-18
	التكوين		4-6-7-16-21-24

	القوانين المهنية		27-22-19-15
	الرضا عن العمل		26-3

أداة الدراسة الاستطلاعية:

بهدف التعرف على الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي في الميدان قمنا بتطبيق مقابلات واستبيانات مفتوحة اعتمدت على سؤال الأخصائيين بصفة مباشرة 3 أسئلة مفتوحة:

- ما هي الصعوبات الشخصية التي تواجه الأخصائي النفسي في الميدان؟
- ما هي الصعوبات العلائقية التي تواجه الأخصائي النفسي في الميدان؟
- ما هي الصعوبات المهنية تواجه الأخصائي النفسي في الميدان؟

2- الدراسة الأساسية:

2-1- المنهج المستخدم في الدراسة:

يقول "**مورفي Murphy**"إن أهم حدث في علم النفس الحديث هو إدخال **المنهج التجريبي** والاعتماد عليه بشكل واضح، ففي هذا المنهج لا يقف الباحث عند مجرد وصف موقف أو تحديد حالة أو تاريخ للحوادث الماضية، بدلا من أن يقتصر نشاطه على ملاحظة ما هو موجود ووصفه يقوم عامدا بمعالجة عوامل معينة تحت شروط مضبوطة ضبطا دقيقا لكي يتحقق من كيفية حدوث شرط أو حادثة معينة ويحدد أسباب حدوثها.(النعيمي، 2015، صفحة 217)

فالتصميم التجريبي للباحث كالرسم الهندسي المعماري، فإذا جاء مبهما أو غير دقيق جاءت نتائج البحث ضعيفة القيمة ومبهمة، أما التصميم الذي يحسن الباحث وضعه وصياغته فإنه يضمن الهيكل السليم والإستراتيجية المناسبة التي تضبط له بحثه وتوصله لنتائج يمكن الاعتماد عليها في الإجابة عن الأسئلة التي طرحتها مشكلة البحث وفروضه، فالتصميم يقترح على الباحث الملاحظات التي ينبغي أن يقوم بها،

والأسلوب الذي ينبغي عليه أن يتبعه، كما يقترح عليه الأدوات الإحصائية المناسبة وكيفية تحليل المادة التي يجمعها والنتائج المحتملة التي يمكن أن يستخلصها من التحليل. ولا يوجد نوع واحد من التصميم التجريبي يصلح لكل بحث، بل تختلف أنواع التصميم التجريبي حسب طبيعة المشكلة، وظروف العينة التي يختارها. (العزاوي، 2008، ص118)

مميزات المنهج التجريبي:

يوضح **بوحوش والذنيبات (1995)** مميزات المنهج التجريبي في الخصائص التالية:

- يعتبر أكثر المناهج صلابة، وصرامة.
- قدرته على دعم العلاقات السببية.
- التحكم في التأثيرات المتبادلة على المتغير التابع.

تقويم المنهج التجريبي: يعتبر **بوحوش والذنيبات (1995)** التجريب أكثر الأساليب كفاءة في الوصول إلى معرفة موثوقة، إذا استخدم في حل المشكلات، للأسباب التالية:

- إمكانية تكرار التجربة تحت نفس الشروط العلمية، يسمح بجمع الملاحظات، والبيانات من قبل أكثر من باحث مما يساعد في التأكد من ثبات، وصدق النتائج.
- يستخدم الباحث متغير مستقل عمدا، ليرى تأثيره على المتغير التابع، مع ضبط كل المتغيرات الأخرى، مما يسهل تقديم الأثر النسبي للمتغيرات.

أما بالنسبة لمشكلات الأسلوب التجريبي:

- ارتكاب أخطاء عند الضبط، واختيار العينات.
- هناك متغيرات غير قابلة للمعالجة، كحقائق المفحوصين الذاتية: المكانة الاجتماعية، الدين، والمعتقدات الأيديولوجية...

- مشكلة ضبط كل العوامل الأخرى. لأنّه يفترض على الباحث تثبيت سائر العوامل المشاركة في الموقف التجريبي، والمحيطة به، ليحصل على نتائج تأثير المتغير المستقل، في المتغير التابع فقط، دون تدخل أي من العوامل الأخرى.

غير أنّه يصعب ضبط كل العوامل في التجريب، خصوصا إذا كانت التجارب في الميدان: النفسي، التربوي، الاجتماعي، لتعقيد الظواهر المدروسة.

- صعوبة إيجاد مجموعات متكافئة.
- صعوبة استخدام التجريب في دراسة الظواهر الإنسانية، أين يكون للتجريب أخطاره.

وللتصميم التجريبي عدة طرق منها: طريقة المجموعة الواحدة: يعتبرها عبد "**الحفيظ وباهي**"**(2002)** أبسط التصميمات التجريبية، تستخدم فيها مجموعة واحدة من الأفراد، ويلاحظ الباحث أداء أفراد البحث، قبل، وبعد إدخال المتغير التجريبي، ويقيس مقدار التغيَر الحاصل في المتغير التابع، الذي يفترض تأثيره نتيجة إدخال المتغير التجريبي. ويلخص هذا التصميم، في الخطوات التالية:

1- يجرى قياس قبلي على المجموعة، قبل إدخال المتغير التجريبي (المستقل).

2- يتم إدخال المتغير التجريبي على المجموعة، وفقا للشروط التي يضعها الباحث.

3- يجرى قياس بعدي على المجموعة، بعد انتهاء التجربة، لقياس تأثير المتغير التجريبي (المستقل)، على المتغير التابع.

4- يحسب الفرق بين القياسين (القبلي، والبعدي)، ويتم اختبار دلالته إحصائيا.

إذن في هذه التجربة الخاصة بالمجموعة الواحدة، يضيف الباحث عاملا واحدا معروفا بالمجموعة، ثم يقيس التغيَر الحاصل إذا تم حدوث تغيَر.(قنديلجي، 2013، صفحة 81)

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج التجريبي الذي يتميز بتخصيص أفراد العينة وتوزيعهم على مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة من حيث يجب تكافئ الأفراد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، ويتضمن هذا المنهج عدة تصميمات، إذ يجب على الباحث اختيار الأنسب لمتغيرات دراسته، لذا فقد تم اعتماد تصميم المجموعة الواحدة (اختبار قبلي واختبار بعدي)، حيث أن هدفنا من الدراسة تطبيق برنامج

معرفي سلوكي وقياس أثره وتحديد فاعليته من خلال التحليل الإحصائي لنتائج القياس القبلي والبعدي لأداء أفراد المجموعة التي خضعت للتجريب، حيث تم إجراء الدراسة وفق تصميم المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة باستخدام ثلاث خطوات تلي عملية اختيار مجموعة البحث، ففي الخطوة الأولى: يتم إخضاع أفراد مجموعة البحث لاختبار قبلي (استبيان صعوبات الممارسة النفسية) يقيس المتغير التابع (صعوبات الممارسة النفسية)، ثم الخطوة الثانية: يتم تعريض نفس مجموعة البحث للمعالجة التجريبية، المتغير المستقل (البرنامج المعرفي السلوكي)، وفى الخطوة الثالثة: يتم إعادة إخضاع نفس مجموعة البحث للاختبار البعدي (هو نفسه الاختبار القبلي)، وقد تمت المقارنة بين رتب متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي، لمعرفة فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية لدى الأخصائي النفسي العيادي.

2-2- عينة الدراسة الأساسية:

وتتدرج خصائص عينة الدراسة في الخصائص التالية:

- **خصائص العينة:**

1-حسب متغير الجنس:

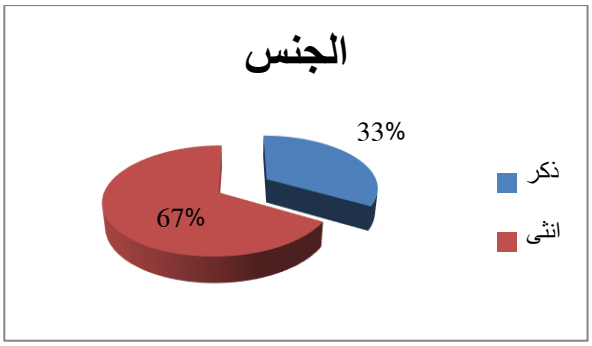
جدول رقم (12) توزيع العينة حسب متغير الجنس:

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	10	33.3
أنثى	20	66.7
المجموع	30	100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

نلاحظ من خلال الجدول **رقم** (12) أعلاه أن أغلبية أفراد العينة كانوا من الإناث بنسبة 66.7**%**، بينما نسبة الذكور بلغت 33.3**%**، حيث نلاحظ ارتفاع كبير لعدد الإناث مقارنة بالذكور بين أفراد العينة، ويمكن تفسير ذلك أن عدد الأخصائيات الممارسات الإناث أكبر من عدد الأخصائيين الذكور، وذلك يرجع إلى أن رغبة الإناث في العمل بالممارسة العيادية أكبر من رغبة الذكور.

الشكل رقم (02): دائرة نسبية تمثل الجنس



المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجاتExel

2-حسب متغير السن:

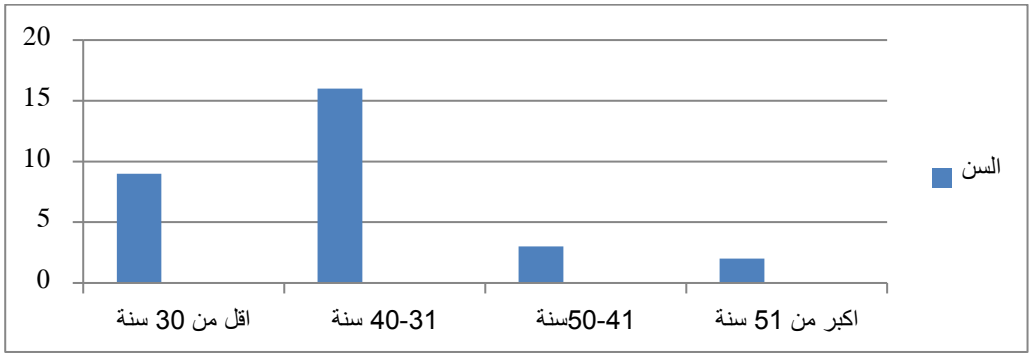
الجدول رقم (13): يوضح توزيع العينة حسب متغير السن.

السن	التكرار	النسبة المئوية
اقل من 30 سنة	9	% 30
31-40 سنة	16	% 53.3
41- 50 سنة	3	% 10.0
أكبر من 51 سنة	2	% 6.7
المجموع	30	% 100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أعلاه أن أغلبية أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين (31- 40) سنة بنسبة بلغت 53.3%، تليها الفئة (اقل من 30) سنة بنسبة 30%، ثم الفئة (41- 50) سنة بنسبة بلغت 10.0%، تليها نسبة 6.7 %أعمارهم أكبر من 51 سنة، ونستخلص من خلال هذه النسب أن أغلب الأخصائيين الاكلينيكيين شباب قدرت أعمارهم أقل من 40 سنة.

الشكل رقم (03): أعمدة بيانية تمثل السن



المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

3- حسب متغير المؤهل العلمي:

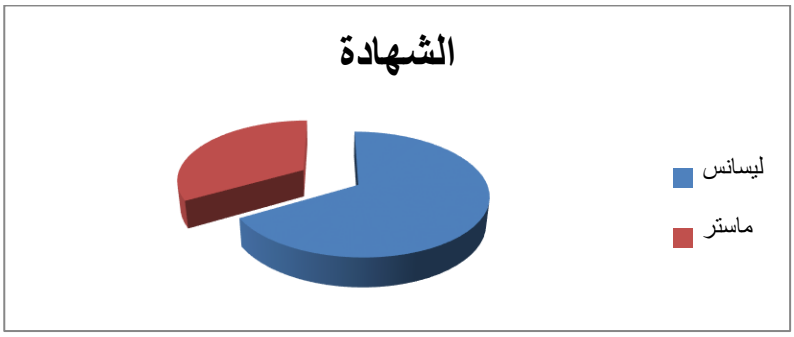
الجدول رقم (14): يوضح توزيع العينة حسب متغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	التكرار	النسبة المئوية
الليسانس كلاسيك	12	% 40
الليسانس ل م د	06	% 20
الماستر	09	% 30
الماجستير	02	% 6,66
الدكتوراه	01	%3,33
المجموعة	30	% 100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أعلاه الذي يصف عينة توزيع الأخصائيين العياديين حسب متغير المؤهل العلمي فقد كان أغلب أفراد العينة متحصلين على شهادة الليسانس كلاسيك قدرت ب 12 أخصائي نفسي أي بنسبة 40 %، ونفسر ذلك أن الأولية في التوظيف لحاملي شهادة ليسانس كلاسيك، وأن مناصب العمل المتوفرة قليلة جدا، كما أن سنة التخرج تؤخذ بعين الاعتبار في التوظيف، وبالتالي فالأولية في التوظيف للمتخرجين في الدفعات السابقة، ثم تليها 09 أخصائي متحصل على شهادة الماستر، تم تأتي نسبة الأخصائيين المتحصلين على شهادة ليسانس ل م د والذي بلغ عددهم 6 حالات، مقابل 02 أخصائيين متحصلين على شهادة الماجستير، وأخصائي واحد فقط متحصل على شهادة الدكتوراه، وهذا يفسر أن أغلب الأخصائيين الممارسين اكتفوا بشهادة الليسانس وركزا على الممارسة الإكلينيكية، ولم يهتموا بالبحث العلمي وترقية شهاداتهم للدراسات العليا.

الشكل رقم (04): دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب المؤهل العلمي



المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

4-حسب الحالة الاجتماعية:

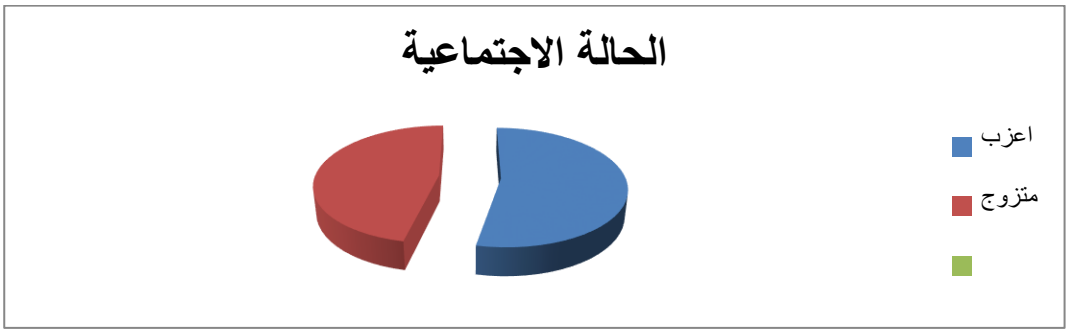
الجدول رقم (15) يوضح توزيع العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية
أعزب	16	% 53.3
متزوج	14	% 46.7
المجموع	30	% 100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) أعلاه أن أغلبية أفراد العينة من العزاب بنسبة بلغت 53.3%، بينما المتزوجين بلغت نسبتهم 46.7%.

الشكل رقم (05): دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية



المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

5-حسب سنوات الخبرة:

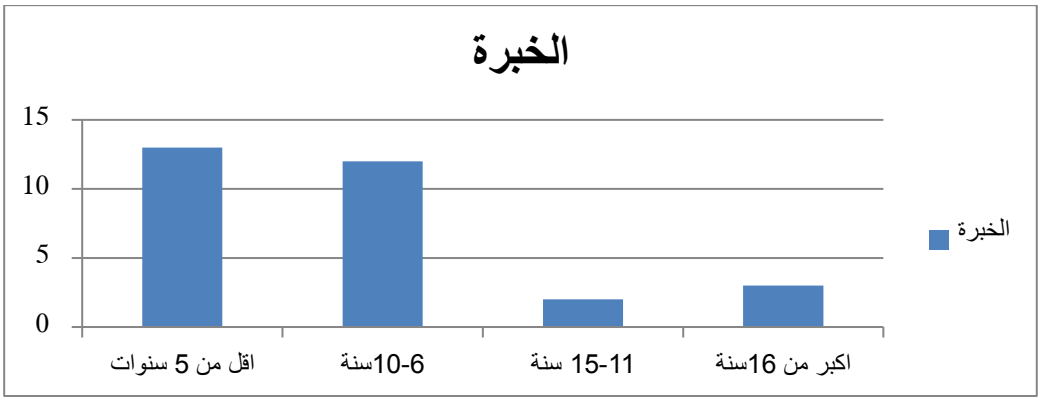
الجدول رقم (16): يوضح توزيع العينة حسب متغير سنوات الخبرة.

الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
اقل من 5 سنوات	13	% 43.3
6- 10سنة	12	% 40.0
11-15 سنة	2	% 6.7
أكبر من16 سنة	3	% 10.0
المجموع	30	% 100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) أعلاه أن أغلبية أفراد العينة لديها خبرة اقل من 5 سنوات بنسبة بلغت 43.3%، تليها نسبة 40.0% لديهم خبرة من (6- 10) سنوات، ثم نسبة 10.0 % لديهم خبرة أكبر من 16 سنة، ثم نسبة 6.7 % لديهم خبرة (11-15) سنة.

الشكل رقم (06): أعمدة بيانية تمثل الخبرة



المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

7-حسب متغير النظام:

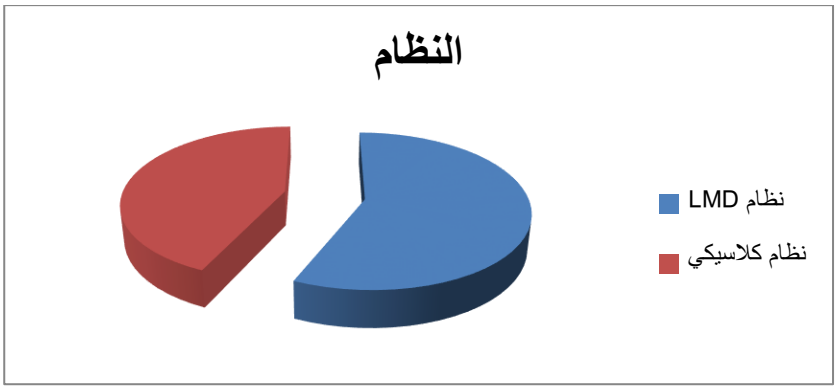
الجدول رقم (17) يوضح توزيع العينة حسب متغير النظام

النظام	التكرار	النسبة المئوية
نظام LMD	17	56.7%
نظام كلاسيكي	13	43.3%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية أفراد العينة درسوا نظام LMDبنسبة بلغت 56.7%، بينما الذين درسوا نظام كلاسيكي بلغت نسبتهم 43.3%.

الشكل رقم (07): دائرة نسبية توضح توزيع العينة حسب متغير النظام



المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

8- حسب تخصص البكالوريا:

جدول رقم (18) يوضح توزيع أفراد العينة حسب شهادة البكالوريا

شهادة البكالوريا	التكرار	النسبة المئوية
تخصص أدبي	20	67%
تخصص علمي	10	33%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلب الحالات كانت تخصص أدبي بلغت عددها 20 أخصائي نفسي أي بنسبة تراوحت ب 67 %، مقابل 10 حالات تخصص علمي، حيث يعتبر تخصص علم النفس خاص بالشعب الأدبية مع ذلك هناك نسبة من العلميين من يفضلون اختيار هذا التخصص.

9- حسب معدل البكالوريا:

جدول رقم (19) يوضح توزيع أفراد العينة حسب معدل البكالوريا

معدل البكالوريا	التكرار	النسبة المئوية
من 10-11	10	33%
من12-13	15	50%
من 13-14	05	17%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أعلى نسبة 50 % تحصلت على معدل ما بين 12-13، تم تليها نسبة 33 % تحصلت على معدل ما بين 10-11، و5 حالات فقط تحصلوا على معدل ما بين 13- 14، وهذه النتائج تؤكد أن الأشخاص الذين يتوجهون إلى تخصص علم النفس هم تلاميذ كانت معدلاتهم في شهادة البكالوريا منخفضة، وهذا ما منعهم في التسجيل في تخصصاتهم أخري، ليجدوا أنفسهم في تخصص علم النفس سواء برغبة منهم أو من دون رغبة.

10- حسب التربص:

جدول رقم (20) يوضح توزيع أفراد العينة حسب التربص

التربص	التكرار	النسبة المئوية
تم	28	95%
لم يتم	02	5%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أغلب الأخصائيين العيادين والذين بلغ عددهم 28 حالة أجريت التربص الميداني أثناء التكوين الجامعي، مقابل نسبة حالتين فقط لم تجري التربص، وهذا يفسر أن أغلبية الممارسين العياديين قد خضعوا للتربص الميداني المقرر أثناء الدراسة.

11- حسب مكان التربص:

جدول رقم (21) يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان التربص

مكان التربص	التكرار	النسبة المئوية
مستشفى	07	23,33%
مستشفى الأمراض العقلية	12	40%
مركز الأمومة والطفولة	05	17%

عيادة متعددة الخدمات	06	20%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن أعلى نسبة من الأخصائيين العياديين أجريت تربصها بمستشفى الأمراض العقلية بنسبة قدرت ب 40 %، تم تليهم نسبة 20% أجريت تربصها بالعيادات متعددة الخدمات، تم تأتي في المرتبة الثالثة المستشفيات بنسبة 17,5 %، و5 حالات أجريت تربصها في مركز الأمومة والطفولة، ، ، ونستنتج من خلال هذه النتائج أن أغلب الأخصائيين النفسانيين بنسبة 82,5 % أجريت تربصها في مؤسسات الصحة العمومية (مستشفى الأمراض العقلية، مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، مركز الأمومة والطفولة) وهي نسبة عالية جدا، وهذا يرجع إلى تعدد هذه المؤسسات وتعدد مصالحها الاستشفائية، وتوفر الحالات وتنوعها وبقاءها لفترات طويلة في هذه المؤسسات مما يساعد الطلبة على تطبيق أدوات بحثهم وإكمال دراستهم الميدانية.

12- حسب مدة التربص:

جدول رقم (22) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة التربص

مدة التربص	التكرار	النسبة المئوية
أقل من أسبوع	06	%20
أسبوع	11	%37
أسبوعان	09	%30
أكثر من أسبوعان	04	%13
المجموع	30	% 100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

من خلال الجدول يتضح أن أعلى نسبة من الأخصائيين العياديين كانت مدة تربصها أسبوع فقط بنسبة 52,5 %، تم تليها نسبة 47,5 % قدرت مدة تربصها أسبوعان، بينما نسبة 25 % دامت مدة تربصها أقل من أسبوع، أما أخر نسبة والتي قدرت ب10 % فقط أكدت أن مدة تربصها دامت أكثر من أسبوعان، إذن يتضح من خلال النتائج أن عدد الأخصائيين العياديين الذين كانت مدة تربصها محصورة بين أسبوع وأقل من أسبوع هو 31 أخصائي وهو عدد كبير بنسبة 77,5 % وهي نسبة عالية، وهذه المدة قليلة جدا لا تسمح للطلبة للاستفادة من الميدان والتعرف على الحالات وتطبيق أدوات البحث، فالتربص يعتبر فترة استطلاعية لمكان العمل مستقبلا، ويتطلب مدة لابس بها حتى يتمكن الطالب من استكشاف مكان العمل ومعرفة أهم أدوار الأخصائي العيادي فيه.

13- حسب ساعات العمل:

جدول رقم (23) يوضح توزيع أفراد العينة حسب ساعات العمل

ساعات العمل في اليوم	التكرار	النسبة المئوية
نصف اليوم	09	22,5%
يوما كامل	29	72,5%
نظام المراقبة	02	5%
المجموع	30	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

من خلال الجدول يتضح أن أغلبية الأخصائيين العياديين بنسبة 72,5 % تعمل وفق نظام دوام يوم كامل (8 ساعات في اليوم) ونسبة 22,5 % فقط تعمل بنظام نصف يوم، أما نظام المراقبة فهناك حالتين فقط بنسبة 5 %، حيث نلاحظ من خلال هذه النسب أن أغلب الإكلينيكيين يعملون بدوام كامل لا يراعي الظروف الخاصة للمهنة.

14- حسب التوجه النظري في الممارسة العيادية:

جدول رقم (24) يوضح مدى توزيع أفراد العينة حسب التوجه النظري:

التوجه النظري	التكرار	النسبة المئوية
التحليل النفسي	02	%6
السلوكية	05	%16
المعرفية	04	%13,33
المعرفي سلوكي	08	%30
بدون تناول	09	%27
مختلف التناولات	02	%7
المجموع	30	% 100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات Exel

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلب أفراد العينة ينتمون إلى التناول المعرفي السلوكي بلغ عددهم 09، تم تأتي المجموعة التي ليس لهم أي تناول والتي قدرت ب 08 أفراد، تم تأتي الأفراد الذين يهتمون بالسلوكية ثم المعرفية عل الترتيب، أما بالنسبة للتحليل النفسي فقد احتل أخر المرتبة قدر ب 02 فقط.

حيث نلاحظ أن هناك عدد من العياديين الجزائريين يمارس عمله كأخصائي نفسي دون أن تكون لديه أية فكرة عن التناول النظري التي يعمل على أساسه، فهم يعملون وفق لاجتهادهم الشخصي فقط. فقد حظر **وينفريد** من هذا الوضع قائلا: أن وجود معالجين لا يعرفون الإطار النظري للعلاج الذي يتعاملون به أخطر من وجود معالجين على وعي ودراية بالإطار النظري الذي يعملون فيه، حتى عندما يكون هذا الإطار ناقصا أو قديما قد أكل عليه الدر وشرب يحمل العديد من التناقضات حيث مثل هذا الإطار يخضع عموما للتساؤل والتقييم. (بلميهوب، 2013)

15- حسب نوعية الحالات:

جدول رقم (25) يوضح مدى توزيع أفراد العينة حسب نوعية الحالات:

الحالات	التكرار	النسبة المئوية
الأطفال	19	64%
المراهقين	00	00
الكبار	00	00

مختلف الأعمار	11	37%
المجموع	30	100%

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسبة 64 % من الأخصائيين العياديين يتعاملون مع فئة الأطفال، ونسبة 37 % من الأخصائيين النفسيين من يتعاملون مع مختلف الأعمار من أطفال ومراهقين وكبار، وهي نسب متقاربة مما يوضح أن أغلبية الأخصائيين يتعامون مع الأطفال فقط من بينهم الذين يعملون في المراكز البيداغوجية، والذين يعملون في عيادات خاصة بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، أو مع حالات من مختلف الأعمار خاصة أطفال ومراهقين والذين نجدهم في مستشفى الأطفال (السنتيراز) والذين يعملون في الطب المدرسي أي وحدات الكشف والمتابعة، ولكن لا يوجد أي أخصائي نفسي مختص بالكبار فقط أو مراهقين فقط.

16- حسب متغير مكان العمل:

الجدول رقم (26): يوضح توزيع العينة حسب متغير مكان العمل:

مكان العمل	التكرار	النسبة المئوية
مستشفيات	**03**	**% 7,5**
عيادات متعددة الخدمات	**04**	**%13,33**
عيادات خاصة	**09**	**% 30**
المراكز البيداغوجية	**06**	**% 20**
وحدات الكشف والمتابعة (المدارس)	**08**	**%26,66**
المجموع	**30**	**% 100**

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

من خلال الجدول أعلاه أن أعلى نسبة قدرت 30 % تمثلت في الأخصائيين الذين يعملون في العيادات الخاصة، وذلك يرجع لصعوبة العمل في المستشفيات وصعوبة التعامل مع الفريق الطبي، وصعوبة التعامل مع المرضي خاصة المصابين بالأمراض المزمنة وخاصة أن الأخصائيين النفسيين يشتكون من نقص التكوين المناسب الذي يساعدهم على فهم الأمراض العضوية، وكيفية التعامل مع المرضي ومع

الفريق الطبي لذا فأغلب الممارسين العيادين فضلوا فتح عيادات خاصة، تم تأتي في المرتبة الثانية نسبة 26,66 % الأخصائيين الذين يعملون في الطب المدرسي (وحدات الكشف والمتابعة) حيث أصبح يتوفر عدد لابس به من الأخصائيين العياديين في المدارس وذلك بسبب كثرة انتشار المشكلات النفسية والسلوكية بين التلاميذ، وفي المرتبة الثالثة تأتي نسبة الأخصائيين الاكلينيكيين الذين يعملون في المراكز البيداغوجية، ويفسر ذلك وجود عدد لابس به يعملون فيها بسبب تعدد المراكز البيداغوجية، وكذا نوعية الحالات التي تبقي بحاجة للمتابعة النفسية لفترات طويلة، وذلك يرجع أيضا لكثرة انتشار الاضطرابات العقلية بين الأطفال كالتخلف العقلي والتوحد، تم تأتي العيادات متعددة الخدمات والتي قدرت نسبة الأخصائيين العياديين الذين يعملون بها ب 04 % فقط حيث لاحظنا وجود أخصائي اكلينيكي واحد فقط على مستوي العيادة في أغلب الأحيان نظرا لطبيعة العمل الذي يكون في أغلب الأوقات مع الحالات الخارجية، وفي الأخير نجد مستشفيات الطفولة بنسبة قدرت ب 7,5 %.

17- حسب متغير التوظيف:

الجدول رقم (27) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير التوظيف

التوظيف	التكرار	النسبة المئوية
مباشرة بعد التخرج	09	% 30
من 2- 4 سنوات	12	% 40
من 5-7 سنوات	07	% 25
أكثر من 7 سنوات	02	% 5
المجموع	30	%100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

من خلال أعلاه يتضح أن أعلى نسبة من الأخصائيين العياديين بقيت مدة تراوحت بين 2-4 سنوات قبل التوظيف بنسبة 40 %، تم تليها نسبة 30 % وظفت مباشرة بعد التخرج، ونسبة 25 % بقيت 5-7 سنوات دون توظيف، ونسبة 5 % فقط بقيت أكثر من 7 سنوات دون توظيف، إذن يظهر من خلال هذه النسب أن أغلبية الحالات بيقت مدة تراوحت من عامين إلى أربع سنوات دون توظيف وهي مدة كبيرة وذلك يرجع نقص توفر مناصب العمل بالنسبة للأخصائي النفسي.

18- حسب الخبرة قبل التوظيف:

جدول يوضح رقم (28) توزيع أفراد العينة حسب الخبرة قبل التوظيف

الخبرة قبل التوظيف	التكرار	النسبة المئوية
نعم	24	% 80
لا	06	% 20
المجموع	40	% 100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

من خلال الجدول يتضح أن نسبة 80 % من أخصائيين العياديين كانت لديهم خبرة قبل التوظيف، وهي نسبة كبيرة ويرجع ذلك في مشاركتهم في العقود ما قبل التوظيف، و20 % فقط ليست لهم خبرة قبل التوظيف والذي كانت لهم فرصة التوظيف مباشرة بعد التخرج.

19- حسب الرتبة الحالية:

جدول رقم (29) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الرتبة الحالية:

الرتبة الحالية	التكرار	النسبة المئوية
نفساني عيادي للصحة العمومية	09	% 22,5
نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية	05	% 12,5
وتبة أخري	16	% 65
المجموع	30	% 100

المصدر: من إعداد الباحثة بناءا على مخرجات spss25

من خلال الجدول أعلاه أن أعلي نسبة من الأخصائيين العياديين المشاركين في البحث الحالية والتي قدرت ب65 % من رتب مختلف يتوزعون بين أخصائي مدرسي وأغلبهم من يعملون في العيادات الخاصة لا يملكون رتبة معينة، تم تأتي في المرتبة الثانية نسبة 22,5 % برتبة نفساني عيادي للصحة العمومية، أما في الأخير نجد نسبة 12,5 % برتبة نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية، ونفسر ذلك بعدد سنوات الخبرة المهنية فالرتبة التي يبدأ بها الأخصائي النفسي مهنته في القطاع الصحي هي نفساني عيادي للصحة العمومية، تم تأتي الترقية بعد ذلك إما من خلال الحصول على شهادات عليا (ماجستير، أو ماستر) أو من خلال قوائم التأهيل ويكون ذلك بعد العمل الفعلي في رتبة نفساني عيادي للصحة العمومية لمدة 10 سنوات كما هو موضح في القوانين التشريعية الخاصة بمهنة الأخصائي العيادي.

- **العينة التجريبية:**

بهدف اختبار فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في مساعدة الأخصائيين النفسانيين لمواجهة صعوباتهم، قامت الباحثة بالخطوات التالية لاختيار عينة التجربة (المجموعة التجريبية، المجموعة الضابطة):

1- اعتمدت الباحثة على نتائج تطبيق مقياس الدراسة (مقياس صعوبات الممارسة النفسية) في اختيار المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من عينة الدراسة التي قدرت ب 30 أخصائي نفسي عيادي والتي ذكرت سابقا، وذلك وفق درجاتهم على المقياس.

2- تم اختيار الأخصائيين النفسانيين الذين حصلوا على درجات مرتفعة في المقياس وقد بلغ عددهم 14 أخصائي نفسي، ثم تم توزيعهم بطريقة عشوائية على مجموعتين متساويتين إحداهما ضابطة تكونت من 07 أخصائي نفسي، والأخرى تجريبية تكونت أيضا من 07أخصائي نفسي.

3- تم التكافؤ بين مجموعتي الدراسة: لقياس فاعلية برنامج معرفي السلوكي الذي تم بناءه في الدراسة الحالية لمساعدة الأخصائيين النفسيين على مواجهة صعوباتهم، قامت الباحثة بتحقق من مدى تكافئ خصائص العينة بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب المتغيرات الديمغرافية (العمر، الخبرة المهنية، الدرجة العلمية، الحالات) وتعيينهم بشكل عشوائي أحدهما إلى المجموعة التجريبية والآخر إلى المجموعة التجريبية، والجدول التالي يوضح خصائص العينة على المجموعتين الضابطة والتجريبية:

الجدول رقم (30) يوضح مدى توزيع أفراد المجموعة التجريبية والضابطة حسب العمر والخبرة المهنية والدرجة العلمية والحالات:

المتغيرات		المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		المجموع	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
العمر	35-28	03	%42.85	04	%57.14	07	%100
	45-35	04	%57.14	03	%42.85		
الخبرة المهنية	من عام – 3سنوات	04	%57.14	02	%28.57	07	%100
	من5 – 10سنوات	02	%28.57	02	%28.57		

	من 10- 15 سنة	01	%14.28	03	%42.85		
الدرجة العلمية	الليسانس الماستر الماجستير	04 02 01	%57.14 %28.57 %14.28	03 04 00	%42.85 %57.14 00	07	%100
الحالات	الأطفال	07	%100	07	%100	07	%100

يتضح من الجدول رقم (30) أن عينة الدراسة تتكون من 14 أخصائي نفسي، يتوزعون على مجموعتين ضابطة وتجريبية على التساوي كل مجموعة تكونت من07 أفراد، تراوحت أعمارهم ما بين 28 – 45 سنة، كما يتضح من الجدول أن أغلب أفراد العينة تتراوح سنوات خبرتهم من عام إلى 10 سنوات، أما من حيث الدرجة العلمية نلاحظ أن أغلب أفراد العينة في المجموعتين يتوزعون بين درجة الليسانس والماستر مع حالة واحدة متحصلة على درجة الماجستير، أما بالنسبة للحالات فكل أفراد العينة يتعاملون مع الأطفال، حيث نلاحظ أن هناك تكافئ بدرجة مقبولة بين المجموعتين.

2-3- حدود الدراسة الأساسية:

2-3-1- الحدود البشرية: تمت هذه الدراسة على عينة من الأخصائيين الممارسين في الصحة العمومية بمختلف المؤسسات: مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، عيادات خاصة، مراكز بيداغوجية، مصالح الطب المدرسي (وحدات الكشف والمتابعة) حيث بلغ عددهم 30 أخصائي نفسي إكلينيكي.

2-3-2- الحدود الزمنية: تمت الدراسة الحالية في فترة ما بين سنة 2019 و2020.

2-3-3- الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة الأساسية في مؤسسات الصحة العمومية بولاية عنابة: بعض العيادات النفسية الخاصة والعيادات متعددة الخدمات، وبعض المراكز البيداغوجية التابعة للضمان الاجتماعي ومستشفى طب الأطفال "السنتيراز" ولاية عنابة، ووحدات الكشف والمتابعة بمدرسة مسلم البوني.

2-4- أداة الدراسة:

1- مقابلة:

- **البيانات الشخصية:**

ويعتبر مدخل للمقابلة التي تجمعنا بالأخصائي للحصول على بعض المعلومات العامة عنه، والمتمثلة في الجنس، المؤهل العلمي، العمر، الحالة الاجتماعية، سنوات الخبرة، نوع الحالات، التوجه النظري، التخصص، مكان العمل.

ثم تم تقسيم أسئلة المقابلة إلى ثلاث محاور أساسية حددت في ثلاث جوانب رئيسية:

أ- الجانب الشخصي.

ب-الجانب العلائقي.

ت-الجانب المهني.

وتعتبر هذه المحاور الثلاثة معايير أساسية لتحديد كفاءة الأخصائي النفسي العيادي، إذ أن الممارسة العيادية تتطلب خصائص شخصية معينة وخصائص مهنية محددة، ولا يمكن أن تتم إلا بوجود إطار علائقي سليم.

- **المحور الأول: صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب الشخصي:**

- ماهي الصفات الشخصية التي تراها ضرورية للممارسة المهنة؟
- كيف كانت نظرتك للميدان أول مرة؟
- كيف تنظر إلى عملك كأخصائي نفسي عيادي؟
- ما هي المهارات التي تراها ضرورية لقيامك بمهامك كأخصائي نفسي؟
- هل أنت راض عن عملك؟

- **المحور الثاني: صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب العلائقي:**

ويحتوي هذا المحور على أسئلة تخص علاقة الأخصائي النفسي مع غيره:

- ما هو نوع الحالات التي تتعامل معها؟
- كيف تأتي إليك؟
- ما هي الحالات التي تتعامل معها بسهولة؟
- ما هي الحالات التي تتعامل معها بصعوبة؟
- متي تحتاج مقابلة أسرة العميل؟ كيف تكون هذه المقابلات؟
- من فريق العمل الذي تعمل معه؟
- هل تقومون بإحالة الحالة إليك إذا وجدوا أنها تحتاج إلى تدخل نفسي؟
- كيف تنظم المهام فيما بينكم كفريق عملي؟
- كيف ينظر إليك عمال المؤسسة من الزملاء والعمال والإدارة؟
- هل المجتمع يعرف مهنة الممارسة العيادية ويقدرها؟

- **المحور الثالث: صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب المهني:**

- ما نوع المؤسسة التي تعمل بها؟
- ماهي مدة عملك فيها؟
- هل تمتلك مكتب خاص بك؟
- هل تتوفر المقاييس والاختبارات التي تحتاجها في الممارسة العيادية؟
- هل تتوفر والوسائل والمقاييس التي تساعدك في عملك كأخصائي نفسي عيادي؟
- ما هي أهم المهام التي تقوم بها داخل المؤسسة؟
- ما هي أصعب مهمة بالنسبة إليك؟
- كيف تتعامل مع حالات صمت العميل؟

- هل ما تلقيته في الجامعة كان كافيا للقيام بدورك في الميدان؟
- ماهي المقاييس التي استفدت منها في الميدان؟
- هل استفدت بالتربصات الميدانية التي قمت بها في الجامعة؟
- هل ترى أن هذه التربصات كافيا؟
- ما هي أهم الصعوبات التي واجهتك عند قيامك بالتربص الميداني؟
- إذا أتيحت لك فرصة إعادة التكوين ما هي أهم العناصر التي تراها مهمة؟
- ما هي أهم الاختبارات والمقاييس التي تطبقها بشكل عام؟
- هل قمت بتدريب خاص على نوع معين من الاختبارات؟
- ما هي الأساليب العلاجية التي تستخدمها؟
- هل قمت بتكوين خاص على نوع معين من أنواع العلاجات النفسية؟
- هل يدفع لك الأجر الذي تستحقه حسب تعبك؟

2- الاستبيان:

اعتمدت الباحثة على استبيان صمم لغرض الدراسة وهذا بعد الاطلاع على الاستمارة التي صممها الباحث "**فالح بن صنعات العتيبي**" في دراسته عن "دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض" سنة 2011، والاستمارة التي صممتها "**بلميهوب كلثوم**" في دراستها حول "الأخصائي النفسي بين الواقع والمأمول" سنة 2013، بالإضافة إلى دراسة "**بالحاج شريفة**" حول "واقع الممارسة النفسية الإكلينيكية في الجزائر (القطاع الصحي نموذجا) سنة 2019، حيث تكون استبيان الدراسة من أربعة محاور نذكرها على الترتيب:

- المحور الأول: يشمل متغيرات خاصة بالمبحوثين (الجنس، العمر، الشهادة العلمية، الخبرة، نوع النظام، مكان العمل، نوع الحالات، التوجه النظري)

- المحو الثاني: محور الصعوبات التي تتعلق بالجاني الشخصي للأخصائي النفسي: ويتكون 16 بند (8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23)

- المحور الثالث: محور الصعوبات التي تتعلق بالجانب العلائقي: ويتكون من 25 بند (28-33-34-35-36-39-42-45-46-47-48- 24-25-26-27-29-30-31-32-37-38-40-41-43-44)

- المحور الرابع: محور الصعوبات التي تتعلق بالجانب المهني ويتكون من (49-50-51-52-53- 54-55-56-58-59-60-64-66-67-68-76-82)

ويتكون الاستبيان من عبارات سالبة وعبارات موجبة:

***العبارات السالبة:** تعتبر صحيحة إذا كانت الإجابة عليها بـ: لا أوافق بشدة

***العبارات الموجبة:** تعتبر صحيحة إذا كانت الإجابة عليها بـ: أوافق بشدة

وتمت الاستعانة بطريقة ليكارت الخماسي حيث تحدد الاستجابة على كل بند وفقا لمقياس متدرج من(1-5) بحيث يمثل الرقم (5) أوافق بشدة، والرقم (4) أوافق والرقم (3) محايد والرقم (2) لا أوافق والرقم (1) لا أوافق بشدة، هذا بالنسبة للعبارات الموجبة، أما بالنسبة للعبارات السالبة يتم عكس التصحيح.

الجدول التالي يوضح البنود الإيجابية والبنود السلبية للاستبيان:

الجدول رقم (31): يوضح محاور أداة الدراسة وعبارات كل محور

المحاور	البنود الإيجابية	البنود السلبية
محور صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب الشخصي	8-9-10-11-12-13-14.	15-16-17-18-19-20-21-22-23.

محور صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب العلائقي	-28-33-34-35-36-39-42- .48-47-46-45	-24-25-26-27-29-30- -31-32-37-38-40-41- .43-44
محور صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب المهني	-49-50-51-52-57-61-62- -63-65-69-70-71-72-73- .74-75-77-78-79-80-81	-53-54-55-56-58-59- -60-64-66-67-68-76- .82

أ- صدق الأداة:

- **صدق المحكمين:** تم عرض الاستمارة على مجموعة من الأساتذة الجامعيين في قسم علم النفس بجامعة عنابة.
- **صدق الاتساق الداخلي:**

قامت الباحث بحساب صدق الاتساق الداخلي لأداة الدراسة عن طريق حساب معامل برسون لإيجاد الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس الأربعة والدرجة الكلية للمقياس كما هو موضح في الجدول:

الجدول رقم (32): يوضح درجة ارتباط كل محور من محاور أداة الدراسة بالدرجة الكلية

المحاور	الارتباط بالدرجة الكلية
المحور الأول	0,35*
المحور الثاني	0,17*
المحور الثالث	0,47*
المحور الرابع	0,71**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (39) بالنسبة للمحور الأول بعد ما قمنا باستبعاد بعد (الشهادة، التوجه النظري) أصبح دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,05) له ارتباط بالدرجة الكلية، وكذلك بالنسبة لمحاور الثلاثة حيث كانت دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0,01) وتتراوح معامل ارتباطها بين (0,17 و 0,71)

- **حساب معامل برسون لإيجاد الارتباط بين كل بند من بنود المقياس مع المحور الذي ينتمي إليه، وارتباط كل بند مع الدرجة الكلية للمقياس كما** هو موضح في الجدول:

الجدول رقم (33): يوضح درجة ارتباط كل بند من بنود المقياس مع المحور الذي ينتمي إليه ومع الدرجة الكلية بالنسبة للكل محور من المحاور للاستبيان:

رقم البند	المحور الأول	الدرجة الكلية
الجنس	0,17*	0,165
العمر	0,45*	0,077
الحالة الاجتماعية	0,51*	0,20
الخبرة	0,59**	0,18
نظام	0,48*	0,101
مكان العمل	0,05*	0,18*
الحالات	0,52*	0,48*
رقم البند	**المحور الثاني**	**الدرجة الكلية**
01	0,47*	0,38
02	0,20	0,62**
03	0,052	0,43*
04	0,13	0,55**
05	0,53*	0,67**
06	0,68**	0,28
07	0,49*	0,56**
08	0,64*	0,46*
09	0,50*	0,39
10	0,38*	0,11
11	0,13	0,68**
12	0,62**	0,28

0,48*	0,17	13
0,65**	0,38	14
0,55*	0,57**	15
0,65**	0,14	16
0,32	0,45*	17
0,46*	0,31	18
0,17	0,52*	19
0,55*	0,20	20
0,06	0,06*	21
0,03	0,33*	22

الدرجة الكلية	المحور الثالث	رقم البند
0,40*	0,12	01
0,22	0,45*	02
0,51*	0,43	03
0,30	0,24	04
0,37	0,51*	05
0,64**	0,70**	06
0,21*	0,08	07
0,39	0,50*	08
0,33*	0,28	09
0,23*	0,10	10
0,24*	0,18	11
0,03	0,32*	12

0,12	0,22	13
0,37	0,48*	14
0,15	0,45*	15
0,67**	0,23	16
0,46*	0,15	17
0,67**	0,23	18
0,38	0,31*	19
0,46*	0,55*	20
0,51*	0,65**	21
0,50*	0,49*	22
0,41*	0,12	23
0,57*	0,13	24

المحور الرابع	الدرجة الكلية	رقم البند
0,49*	0,17	01
0,22	0,23*	02
0,03	0,30*	03
0,26*	0,4*	04
0,39	0,51*	05
0,06	0,20*	06
0,70**	0,60**	07
0,52*	0,40	08
0,46*	0,19	09
0,52*	0,56*	10
0,35	0,62**	11

0,31	0,49*	12
0.11	0,35*	13
0,52*	0,16	14
0,27	0,25*	15
0,56*	0,31	16
0,07	0,24*	17
0,49*	0,30	18
0,48*	0,51*	19
0,54*	0,39	20
0,08	0,35	21
0,28	0,59**	22
0,50*	0,59**	23
0,21*	0,07	24
0,25	0,56*	25
0.74**	0,64**	26

نلاحظ من خلال الجدول رقم (33) أن كل بنود الاختبار، بعد استبعاد البنود التي ليس لها ارتباط، كان لها ارتباط مع المحور الذي تنتمي إليه، حيث كانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01) وتتراوح معامل ارتباطها بين (0,07-0,70) كما أكدت النتائج أن كل بنود الاستبيان كان لها ارتباط مع الدرجة الكلية للاختبار، فكانت دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01) وتتراوح معامل ارتباطهم (0,18-0,74)

-الصدق الذاتي:

الجدول رقم (34) يوضح معاملات الصدق الذاتي لأداة الدراسة:

المحاور	الارتباط بالدرجة الكلية
المحور الأول	0,49
المحور الثاني	0,77
المحور الثالث	0,63

المحور الرابع	0,72

نلاحظ من الجدول أعلاه رقم (30) بعد حساب معاملات الصدق الذاتي، أن كل معاملات محاور أداة الدراسة مرتفعة تتراوح بين (0,49 – 0,77) وذلك يشير الصدق الذاتي لأداة الدراسة.

ب-ثبات الاستبيان:

قامت الباحث بحساب ثبات الاستبيان من محاوره الفرعية باستعمال طريقة التجزئة النصفية وحساب معامل ألفا كرونباخ كما هو موضح في الجدول:

الجدول رقم (35): يوضح معاملات الثبات بطريقة معامل الارتباط ألفا والتجزئة النصفية لأداة الدراسة:

المحاور	معامل الارتباط ألفا	التجزئة النصفية معامل الارتباط "سبيرمان"	عدد العبارات
المحور الأول	0,54	0,35	9
المحور الثاني	0,76	0,81	22
المحور الثالث	0,62	0,31	25
المحور الرابع	0,71	0,94	27
الدرجة الكلية	0,80	0,65	83

من أجل معاينة درجات الاستبيان قامت الباحثة بحساب معامل ألفا كرونباخ، نلاحظ من جدول أعلاه أنه بلغ المعامل في المحور الأول (0,54) والمحور الثاني (0,76) والمحور الثالث (0,62) أما المحور الرابع والأخير (0,71) أما بالنسبة للدرجة الكلية لثبات الاستبيان قدرت ب(0.80). حيث تعتبر هذه المعاملات دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة **0,01**، حيث نلاحظ كل معاملات الارتباط مرتفعة مما تشير إلى ثبات الأداة المستخدمة في الدراسة.

كما استخدمت الباحثة التجزئة النصفية بحساب معامل "سبيرمان–برسون" وتم إيجاد معاملات الارتباط تتراوح ما بين (0,31 و0,94) أما الدرجة الكلية للأداة الدراسة بلغت 0,65، وهي درجات مرتفعة مما تؤكد على ثبات الأداة المستخدمة للدراسة.

2–5– الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

يحتل الإحصاء والتقنيات الإحصائية أهمية بالغة في الأبحاث العلمية الحديثة إذ تخلو أي دراسة ميدانية من معالجات إحصائية تتعرض لأصل الظاهرة المدروسة وتصور واقعها في قالب قياسي رقمي، لذا يلجأ الباحث إلى جمع المعطيات الخاصة بالدراسة ويعمل على تحليلها ومعالجتها إحصائيا، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية التي تتناسب مع المنهج المتبع في الدراسة وطريقة البيانات والتساؤلات والفرضيات للوصول إلى مناقشتها.

وبما أن الدراسة تندرج ضمن الدراسات الوصفية فإن الأساليب الإحصائية المناسبة هي:

1– التكرارات والنسب المئوية للتعرف على الخصائص الشخصية والوظيفية للأفراد عينة الدراسة وتحديد استجابات أفرادها اتجاه عبارات المحاور الرئيسية التي تتضمنها أداة الدراسة.

2– المتوسط الحسابي Mean وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد الدراسة عن المحاور الرئيسية كما يفيد في ترتيب المحاور حسب أعلى متوسط حسابي.

3– الانحراف المعياري: Standard Deviation" للتعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، ولكل محور من المحاور الرئيسية عن متوسطها الحسابي، ويلاحظ أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في استجابات أفراد عينة الدراسة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، إلى جانب المحاور الرئيسية، فكلما اقتربت قيمته من الصفر تركزت الاستجابات وانخفض تشتتها بين المقياس.

معامل "سبيرمان–براون Brown Spearman": يرى **السيد (1978)** أنَ استخدامه يكون بهدف تصحيح طول معامل الثبات، المحسوب بطريقة التجزئة النصفية.

معامل الارتباط التتابعي "بيرسون Correlation Coefficient": استعماله يكون بهدف معرفة ما إذا كان هناك ارتباط بين الدرجات المتحصل عليها على المقاييس الثلاثة، بين التطبيق، وإعادة التطبيق، لحساب معامل الثبات.

اختبار "ت" "T. Test": أستعمل بهدف قياس الفروق بين المتوسطات غير المرتبطة للعينات المتساوية، وتحديد اتجاه الفرق بين درجات عينة الدراسة.

تم حساب هذه المعاملات، من خلال استعمال الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية **(SPSS-25)**.

3- البرنامج المعرفي السلوكي:

3-1- تعريف البرنامج المعرفي السلوكي: هو مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة تستند في أساسها على نظريات وفنيات الإرشاد النفسي، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة والتي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدتهم في تعديل سلوكياتهم وإكسابهم سلوكيات ومهارات جديدة تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدهم في التغلب على المشكلات التي يعانون منها في الحياة.

وتعرف الباحثة البرنامج الحالي بأنه:" مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة يستند إلى الفنيات والأساليب للعلاج المعرفي السلوكي، ومنهج التدريب التحصيني ضد الضغط لـ: "**ماكينبوم**" ويتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والتدريبات المنظمة والأنشطة والمهارات والتي تقدم لأفراد العينة التجريبية من الأخصائيين النفسانيين، خلال فترة زمنية محددة، بهدف مساعدتهم على التعامل مع الصعوبات التي يعانون منها ومواجهتها بفعالية".

3-2- أهداف البرنامج:

3-2-1- الهدف العام: يسعى هذا البرنامج بصفة عامة إلى مساعدة الأخصائيين النفسانيين على مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي يعانون منها، سواء كانت صعوبات شخصية أو صعوبات مهنية أو صعوبات علائقية.

3-2-2- الأهداف الخاصة للبرنامج التدريبي المقترح:

1- تزويد الأخصائيين النفسانيين بمعلومات عن مفهوم الممارسة النفسية وتوعيتهم بالصعوبات التي يتعرض لها الأخصائي النفسي أثناء ممارسته النفسية.

2- التعرف على أهم الصعوبات التي يعاني منها الأخصائي النفسي أثناء أداءه لمهامه.

3- تعريف مهارة توكيد الذات ومدى أهميتها في مساعدة الأخصائي النفسي على الدفاع عن الحقوق الشخصية والتعبير عن الانفعالات والمشاعر بحرية بالإضافة إلى القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية.

4- مساعدة أعضاء المجموعة على تحديد الأفكار اللاعقلانية لديهم واستبدالها بأفكار عقلانية وتوضيح مدى تأثيرها على السلوك والانفعال.

5- إكساب أعضاء المجموعة مهارة حل المشكلات واستيعابهم لمدى فعاليتها في التخفيف من الضغوط المهنية.

6- إكساب أعضاء المجموعة مهارة إدارة الوقت، وكيفية استثماره بالشكل الصحيح.

7- تثقيف الأخصائيين النفسانيين بأهمية مهارة الاسترخاء وتدريبهم على بعض أساليبها وتشجيعهم على ممارستها يوميا.

8- توعية الأخصائيين النفسانيين بضرورة التمكن من مهارة الاتصال وتدريبهم على بعض مهارات الاتصال مثل: مهارة الإصغاء، ومهارة الصمت.

3-3- الخلفية النظرية التي يستند عليها البرنامج:

يستند البرنامج على أسس العلاج المعرفي السلوكي التي تعتمد على ثلاثة عوامل أساسية متداخلة هي الأفكار، الانفعالات، والسلوكيات، فهي ترى أن الأفكار والمفاهيم الخاطئة تحدد سلوك الفرد وانفعالاته، وأن احداث تغيير في السلوك والانفعالات يعتمد على إحداث تغيير جوهري في الجانب المعرفي، مما يعني

- **نظرية التعديل المعرفي السلوكي:** يرتكز التعديل المعرفي السلوكي لماكينبوم على تغيير الجانب اللفظي للذات، حيث يري ماكينبوم أن الأفكار والجمل والتعبيرات التي يخاطب بها الفرد نفسه تؤثر على سلوكه، حيث تشترك كل نماذج العلاج المعرفي السلوكي على أن الأفكار الخاطئة وغير المناسبة تؤثر على السلوك والانفعال، ولكن ماكينبوم في نظريته حول التعديل السلوكي يركز على

الحديث الداخلي، ويركز على تعليم الأفراد كيفية مراقبة أنفسهم وتقديم تعليمات للذات قبل الاندفاع والإسراع في الأمور، ويساعدهم على التخلص من التحدث للذات بطريقة انهزامية سلبية واستبداله بالتحدث مع الذات بطريقة أكثر إيجابية.

ويري ماكينبوم أن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءه المعرفي هو السبب المباشر في عملية تغير السلوك الفرد، كما يري بأن عملية التغيير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية الامتصاص أن يمتص الفرد سلوكا بديلا جديدا بدلا من السلوك القديم، وأن يقوم بعملية التكامل بمعني يبقي الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه.

وقد صاغ ماكينبوم طريقتين في العلاج النفسي حظيت بأهمية كبيرة هما:

1- التدريب على التعليم الذاتي.

2- التدريب على التحصين ضد الضغوط النفسية.

1- نموذج التدريب على التعليم الذاتي:

ويتضمن هذا التدريب التعرف على الأفكار والتعبيرات الذاتية السلبية المرتبطة بالضيق والكدر والمشقة للفرد ومساعدته على تعديل التعبيرات الذاتية السلبية واستبدالها بتعبيرات ذاتية إيجابية، وذلك من خلال التدريب على التعليم الذاتي، حيث يتعلم الفرد أن ما يعانيه من قلق وضغوط هو نتيجة سوء تفسيره وتأويله للموقف الذي يتعرض لها، حيث يتضمن هذا النموذج تعليم الفرد أن يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة والمشوهة، وتغيير معتقداته المختلة وظيفيا والتي تعرضه لخبرات مؤلمة، والتي تؤثر على الأنماط السلوك والانفعالات.

ويتضمن هذا التدريب ثلاث مراحل أساسية وهي:

- **المرحلة الأولي: مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية:** وتتمثل في تعليم الأفراد كيفية ملاحظة سلوكياتهم، وكيف يتحدث الفرد مع نفسه ويعبر عن سلوكه، وتهدف هذه الخطوة إلى مساعدة الفرد لمعرفة سلوكياته غير الملائمة، وتحديد الأحاديث الذاتية السلبية والأفكار غير المناسبة، وتوضيح مدي علاقتها بمشاعره وعلاقاته الشخصية والاجتماعية، فمراقبة الذات تساعد أن ينظر الفرد بمشكلاته وسلوكياته غير التكيفية، مما يعطيه تفهما وأملا في الضبط والتغير.

- **المرحلة الثانية: توليد حوار داخلي جديد:**

بعد ما يتعلم الأفراد كيفية ملاحظة سلوكياتهم غير المتكيفة وتحديد الأحاديث الذاتية السلبية، تأتي خطوة الثانية وهي تعلم بدائل سلوكية جديدة، وذلك بتغيير ما يتحدثون به لأنفسهم بطريقة إيجابية فعالة، وذلك بتعلم حوار ذاتي جديد يخدم كموجه لسلوك جديد ونتيجة لذلك فإن هذه العملية تؤثر على البناءات المعرفية للفرد.

المرحلة الثالثة: تعلم مهارات جديدة:

تتمثل هذه المرحلة في تعليم الأفراد مهارات تكيفية جديدة أكثر فعالية، والتي تمارس في مواقف حياتية واقعية، وفي نفس الوقت يستمر الأفراد في التركيز على التحدث مع أنفسهم بجمل وعبارات جديدة ثم ملاحظة وتقييم النتائج، وعندما يحصلون على ردود أفعال مختلفة من الآخرين، إن ثبات وبقاء ما يتعلمونه يتأثر بدرجة كبيرة لما يقولونه لأنفسهم.

حيث يؤكد ماكينبوم أن ما يقوله الفرد حول السلوكيات الجديدة التي اكتسبها والنتائج المترتبة عليها سيؤثر في السلوك وسيبقي ويعمم إلى مواقف أخرى، إذن نموذج التدريب على التعليم الذاتي يركز على ثلاث عمليات أساسية:

1- البناءات المعرفية.
2- الحوار الداخلي.
3- السلوكيات الناتجة عن ذلك.

وعليه فعملية العلاج تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره، والحديث السالب المتعلق به، وتحاول استبداله بحديث داخلي جديد متكيف ينتج سلوكا متكيفا يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة لدى الفرد بدلا من القديمة، ومن ثم إحداث السلوك المرغوب، وتعميمه ومحاولة تثبيته.

* **نموذج التدريب التحصيني ضد الضغوط:** تعد هذه الطريقة هامة ومن طرق التعديل المعرفي السلوكي، طورها "**ماكينبوم**" سنة **(1985)**، وتشبه عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتستند هذه الطريقة إلى فكرة رئيسية مفادها "أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية واجتماعية وتعمل هذه الطريقة على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة، وتعمل هذه الطريقة على تطوير قدرة الفرد بالتدريج على التعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداته وعباراته الذاتية في مواقف الشدة والضغط.

والتحصين ضد الضغط هو أسلوب شمولي يستخدم مهارات متعددة سلوكية ومعرفية تؤدي إلى تحسين مستوى التكيف العام للفرد، ويهتم بتعديل الأحاديث الذاتية أي الحوار الداخلي والأفكار الآلية، لأنها تؤدي إلى تشتيت انتباه الفرد عن المهمة والانشغال بتوقع الفشل وما ينتج عنه من خسارة في تقدير الآخرين

وتقدير الذات والمركز الاجتماعي، ويتألف التدريب على التحصين ضد الضغط من عدة مهارات مثل: إعادة بناء الجانب المعرفي، حل المشكلة، التدريب على الاسترخاء...والتي صممت لتعليم الفرد كيفية التكيف مع المشاكل الحالية والمستقبلية. حيث اعتقد "**ماكينبوم**" أن التدريب على التطعيم ضد التوتر (التحصين ضد الضغط) يمكن استعماله لأهداف وقائية وعلاجية كذلك مع مجتمع كبير من الناس الذين عاشوا تجارب التوتر والضغط.

وتشتمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل متداخلة:

1- المرحلة الأولى: مرحلة التصور العقلي أو تكوين المفاهيم:

تعتبر هذه المرحلة تعليمية في طبيعتها، ويتعاون فيها المعالج والمتعالج مع العملاء على إقامة علاقة تعاونية إيجابية بينهم، وتتضمن هذه المرحلة تزويد العملاء بمعلومات عن ماهية الضغوط وطبيعتها وتأثيراتها السلبية على جوانب الشخصية للفرد، فسيولوجيا ومعرفيا وانفعاليا، ويستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة والمناقشة، كما تتضمن تعليم المشاركين كيفية تحديد الأفكار والأحاديث السلبية والانهزامية التي تساهم في شعورهم بالقلق والتوتر، ويلي ذلك مناقشة أهداف البرنامج وأساسه المنطقي وتفسير الفنيات التي تستخدم، وإقناع العملاء بضرورة الالتزام بالبرنامج وأداء ما يطلب منهم من واجبات منزلية كممارسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال البرنامج.

2- المرحلة الثانية: مرحلة اكتساب المهارات

تهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المشاركين على تعلم واكتساب مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع الموقف الضاغطة الذي يتعرضون له في البيئة وذلك من خلال تدريب المشاركين في البرنامج على مجموعة من الفنيات كالتدريب على الاسترخاء...، ويتضمن التدريب كذلك التأقلم المعرفي حيث يتعلم المسترشد أن السلوكيات التكيفية وغير التكيفية مرتبطة بالحوار الداخلي، ومن خلال هذا التدريب يكتسبون منظومة جديدة من الحديث والحوار الداخلي ويتدربون عليه، وقد طرح "**ماكينبوم**" بعض الأمثلة لهذا الحديث التكيفي الذي يتم التدريب عليه في مرحلة التدريب على التحصين ضد الضغط:

1- ما هي الطريقة للاستعداد ومواجهة الضاغط (مسبب القلق)؟ بمعنى ماذا عليا أن أفعل؟ هل باستطاعتي تطوير خطة للتعامل مع التوتر والقلق؟

2- كيف لي أن أواجه أتعامل بما أو بمن يسبب توتري؟ إعادة الصياغة ما هي الطرق التي قد تساعدني على التعامل مع ما يسبب التوتر، كيف لي أن أواجه هذا التحدي؟

3- كيف أتقلم مع المشاعر الضاغطة؟ ماذا أفعل الآن وفي الوقت الحاضر؟ وكيف لي أن أسيطر على مخاوفي؟ كيف لي أن أواجه هذا التحدي؟

4- كيف يمكنني أن أعزز حديثي مع نفسي؟ كيف أكافئ نفسي؟

فخلال هذه المرحلة يتمكن الفرد من اختيار المهارات الأكثر نفعا له في المواقف، والتي تساعده على مواجهتها، ويجري هذا التدريب من خلال النمذجة، وأداء الدور، واستخدام المواقف المشابهة للواقع، واستخدام التخيل على نحو مشابه لتقليل الحساسية التدريجي، ثم تعطى واجبات منزلية لاختبار الواقع بشكل متدرج، بعدها يتم مراجعة هذه الواجبات وتقديم التغذية الراجعة حول الأداء.

وتنقسم مهارات المواجهة إلى:

* المهارات الوسيلية للمقاومة: والتي نعني بها مهارات التركيز على المشكل وتتضمن عدة استراتيجيات:

- مهارات جمع المعلومات.

- مهارات حل المشكلات والتفكير المنطقي.

- المهارات الاجتماعية.

- مهارات الاتصال.

- التوكيدية.

- إدارة الوقت.

* مهارات التهدئة للمواجهة: وهي مهارات تنظيم الانفعالات وتتضمن عدة استراتيجيات:

- المراقبة الذاتية لرصد الأفكار التلقائية.

- تعديل الحوار الذاتي ومواجهة المقولات الذاتية.

- إعادة البناء المعرفي للأفكار اللاتكيفية المسببة للتوتر.

- تحويل (تشتيت) الانتباه.

- التعبير عن المشاعر والانفعالات (التفريغ الانفعالي).

- الاسترخاء.

- استخدام المساندة الاجتماعية.

- تعزيز الذات.

مرحلة التطبيق:

يتم فيها تشجيع المشاركين على تطبيق ما تعلموه من مهارات وتنفيذها على أرض الواقع وذلك للتأكد من مدى فاعليتها ومن ضمان عدم عودة الفرد إلى الشعور بالقلق والتوتر والوقاية من الانتكاسة، وفي النهاية يتم لفت انتباه الفرد إلى أن ما حققه من نجاح إنما كان نتيجة جهده الخاص وأنه المسؤول عما حدث له وأنه بإمكانه خفض الضغوط والقلق لديه.

ويكون التركيز في هذه المرحلة على تطبيق المهارات والالتزام بها في الحياة اليومية، فمن الواضح أن تعليم مهارات التأقلم عملية معقدة وبالنسبة للمشاركين فإن النطق بأشياء جديدة وإيجابيا لذواتهم–إعادة الصياغة– ليس كافيا لإحداث التغيير، فهم بحاجة إلى أن يتدربوا على مثل هذا الحديث مع النفس تم تطبيق المهارات الجديدة في مواقف الحياة اليومية، وحتى يتم التدريب على هذه المهارات يشارك العملاء في العديد من النشاطات بما فيها التخيل، لعب الأدوار، النمذجة، مع اتخاذ الاحتياطات اللازمة لتجنب الانتكاسة ويتم ذلك بتدريب المسترشدين على ما يسمي (الوقاية من الانتكاسة) والذي يتألف من القيام بإجراءات لمعالجة هذه النكسات المحتمل مواجهتها عندما يحاول العملاء تطبيق ما تعلموه في الحياة اليومية.

ويؤكد "**ماكينبوم**" أهمية هذه المرحلة حيث توفر للفرد الفرصة لمواجهة المواقف الضاغطة، وتعلم السيطرة عليها في جو آمن بدون تهديد حقيقي، وتتضمن هذه المرحلة شقين هما:

*تهيئة تطبيق المهارات: ويتم ذلك من خلال:

- تخيل المواجهة.

- لعب الدور.

- تعريض العميل تدريجيا داخل الجلسات.

- استخدام التعرض التدريجي الواقعي (الواجبات المنزلية).

*الصيانة والتعميم: ويتم فيها بناء الإحساس بالكفاءة والفعالية الذاتية في مقاومة الضغوط المختلفة، وكذلك مراجعة مواقف الإخفاق، وتشجيع العميل على تطبيق ما تم اكتسابه من مهارات ووسائل حسب مقتضيات الموقف الضاغط، كما يتم في هذه المرحلة الاتفاق على إجراءات المتابعة للمحافظة على ما تم اكتسابه من مهارات.(بوجمان، 2016)

3-4- مصادر بناء البرنامج:

- الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بتصميم البرامج المعرفية والسلوكية منها دراسة "**مصطفى عبد المحسن الحديثي ووردة عبد اللطيف محمد محمد**" حول: برنامج إرشادي نفسي إيجابي في تمية فاعلية الذات الإرشادية لدى الأخصائي النفسي المدرسي. ومذكرة لنيل شهادة الدكتوراه للباحثة "**بومجان نادية**" بعنوان:" بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية، بالإضافة إلى دراسة "**محمد ربيع الصياح**" حول: "فاعلية برنامج إرشادي معرفي- سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي (دراسة ميدانية تجريبية لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الثانوية في مدارس محافظة دمشق الرسمية).

- اشتقت الباحثة الإطار العام للبرنامج من النظرية السلوكية والمعرفية وفقا لنموذج "**ماكينبوم**" التدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية «وهو أسلوب شمولي يستخدم مهارات معرفية سلوكية تؤدي إلى تحسين في مستوى التكيف العام للفرد، ويتم ذلك من خلال تقديم المعلومات والتدريب على المهارات والتطبيق في الواقع.

- الدراسة الاستطلاعية الميدانية والتي تمت بتوزيع استبيان مفتوح وإجراء مقابلات مع الأخصائيين النفسانيين للتعرف على أهم الصعوبات التي يعانون منها.

3-5- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

يجب أن يحتوي كل برنامج على فنيات وأساليب ملائمة تسهم في تحقيق أهدافه وتساعد بذلك في تنفيذ البرنامج، وأهم الفنيات التي استخدمت في البرنامج الحالي:

- **المحاضرة:** استخدمت هذه الفنية في تقديم المعلومات لأفراد العينة عن ماهية الممارسة النفسية وأهم الصعوبات التي يعاني منها الأخصائي النفسي بالإضافة إلى تعريفهم بالبرنامج من حيث عدد جلساته ومدته وأهدافه وأسسه النظرية.

- **الحوار والمناقشة:** وتتمثل هذه الفنية في تبادل الرأي والتحاور حول موضوع الجلسة، وتوضيح النقاط الغامضة، والرد على الأسئلة وتشجيع أفراد العينة على المشاركة والتفاعل الإيجابي في المناقشة وتعزيز التفاعل بين الباحث والأخصائيين وبين الأخصائيين فيما بينهم.

- **الواجب المنزلي:** وتتضمن هذه الفنية تكليف الأخصائيين ببعض الواجبات في نهاية كل جلسة، وممارسة ما تدربوا عليه في المواقف اليومية المتنوعة، كما تتم مناقشة هذه الواجبات في بداية كل جلسة لتحقيق التقدم في البرنامج.

- **أسلوب الاسترخاء:** إن التدريب على الاسترخاء قد انتشر وأصبح واسع الاستعمال كأسلوب لتعليم الناس للتكيف مع الضغوطات والتوترات التي يواجهونها في الحياة اليومية، وهذا الأسلوب يهدف إلى استرخاء عضلات الجسم والذهن. ويتضمن المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تدريب أعضاء العينة التجريبية على عملية الاسترخاء والتشجيع على ممارستها يوميا.

- **الحوار الداخلي الإيجابي:** وتتمثل هذه الفنية في مساعدة الأخصائيين النفسانيين المشاركين في البرامج على التعرف على العبارات الذاتية التي يحدثون بها أنفسهم وتحديد العبارات السلبية منها واستبدالها بعبارات إيجابية والتي تكون مفيدة في بناء الثقة بالنفس ومواجهة الصعوبات والمشاكل.

- **إدارة الوقت:** وتتمثل هذه الفنية في تدريب أعضاء المجموعة التجريبية على مختلف الأساليب والوسائل والمهارات التي يمكن استخدامها لإدارة الوقت، كترتيب الأولويات، وجدول الأعمال وتنفيذها...

- **حل المشكلات:** تتضمن هذه الفنية تدريب الأخصائيين النفسانيين في البرنامج على مهارة حل المشكلة ومراحلها وممارستها على كل مشكل يمرون به في حياتهم اليومية.

– **الاتصال:** تعد مهارة الاتصال من المهارات المهنية الضرورية للنجاح المهني للأخصائي النفسي، ويعرف الاتصال بأنه عملية نقل وتبادل المعلومات والخبرات والمعرفة إما شفويا، أو باستخدام اللغة غير اللفظية بهدف الإقناع والتأثير على السلوك. ويتم فيها تعريف الأخصائيين النفسانيين المشاركين في البرنامج على مفهوم الاتصال والتعرف على بعض مهاراته مثل: مهارة الصمت، الإصغاء، طرح الأسئلة...

3-6- صدق البرنامج:

- **صدق المحكمين:**

تم عرض البرنامج بصورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المحكمين لتحكيم البرنامج وإبداء ملاحظاتهم وآراءهم حول كيفية بناء البرنامج وتنفيذه، وكذا مدى دقة الصورة الأولية ومدى تغطيتها للموضوعات المستهدفة، ويبلغ عدد الأساتذة المحكمين ستة أساتذة متخصصون في علم النفس، ولهذا الغرض أعدت الباحثة استمارة خصصت لإبداء آرائهم على البرنامج والجلسات المكونة له، الملحق رقم (02) يوضح استمارة تحكيم البرنامج التي وزعت على الأساتذة المحكمين.

وبعد اطلاعهم عليها قدم المحكمون مجموعة من الآراء والملاحظات المهمة وبعض التعديلات التي ساهمت في تطوير هذه الصيغة، ونذكر منها:

- الأسس النظرية للبرنامج.
- أهداف البرنامج.
- تعديل مصطلحات البرنامج.
- الفنيات المستخدمة في البرنامج.
- زيادة مدة البرنامج إلى ثلاث أشهر بعدما كانت شهرين فقط.
- تقليص زمن الجلسات الأولى إلى مدة خمسة وأربعين دقيقة وتمديد باقي الجلسات إلى مدة تسعين دقيقة.

الجدول رقم (36): يوضح نقاط تعديل البرنامج حسب أراء المحكمين:

قبل التعديل	بعد التعديل	نوع التعديل
تدريب الأخصائيين النفسانيين على مهارة الاسترخاء العضلي والاسترخاء الذهني والتنفس العميق	المناقشة مع الأخصائيين بأهمية الاسترخاء العضلي وتشجيهم على ممارسته يوميا	إعادة الصياغة
تدريب الأخصائيين عن تقنية الحديث مع الذات	تدريب الأخصائيين عن الحوار الذاتي الإيجابي ومعرفة العلاقة بين الحديث الذاتي السلبي والاستجابة للصعوبات	إعادة الصياغة
تطبيق مهارة الأفكار اللاتلقائية	تم حذفها والاعتماد على مهارة الحوار الذاتي فقط	الحذف

3-7- التطبيق الفعلي للبرنامج:

- **عنوانه:** بناء برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي لمساعدة الأخصائي النفسي العيادي في مواجهة صعوباته أثناء الممارسة العيادية.
- **غرضه:** يسعى هذا البرنامج بصفة عامة إلى مساعدة الأخصائيين النفسانيين على مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي يعانون منها، سواء كانت صعوبات شخصية أو صعوبات مهنية أو صعوبات علائقية.
- **طبيعته:** برنامج فردي.
- **مصدره:** برنامج معرفي سلوكي.
- **الإطار النظري للبرنامج:** استند البرنامج إلى نموذج التدريب التحصيني ضد الضغوط لماكينبوم" سنة (1985)
- **حجم الجلسات:**11 جلسة من جلسة إلى جلستين أسبوعيا.
- **مدة الجلسة:** 45 دقيقة، إلى 90 دقيقة.
- **طبيعة الجلسات:** مغلقة.
- **مدة المتابعة:** شهرين

- **مكان إجراء البرنامج:** المراكز البيداغوجية التابعة للضمان الاجتماعي، ومستشفى طب الأطفال السنتيراز وبعض العيادات النفسية بولاية عنابة.

انطلقت الدراسة الأساسية بعد إتمام الدراسة الاستطلاعية، فبعد تطبيق استبيان الدراسة على مجموعة الدراسة، والمكونة من 30 أخصائي نفساني من كل المراكز النفسية البيداغوجية للأطفال المتخلفين عقليا بالحجار والبوني، ومستشفى طب الأطفال (السنتيراز) بولاية عنابة، والعيادات النفسية.

بدأنا بتطبيق البرنامج المقترح على عينة مكونة من 07 أخصائيين نفسانيين وذلك خلال السنة الدراسية (2021/2020) واستغرقت مدة التطبيق حوالي (12) أسبوعا أي ثلاث أشهر من أكتوبر (2020) إلى ديسمبر (2020). واستغرقت الجلسة الواحدة بين (45 –90) دقيقة. وكما يشير "**بترو فيسا Pictro Fesa**"**(1984)** أن الفترة الزمنية المثالية في الجلسة الواحدة من الإرشاد الجماعي تقدر بساعة ونصف حتى تسمح لكامل الأعضاء بالمشاركة ويحصل المسترشد على الاهتمام الذي كان يتوقعه من الإرشاد الجماعي. (الخطيب، 2013، صفحة 173)

حيث قامت الباحثة في الدراسة الحالية بتطبيق برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي يستند إلى نظرية ماكنبوم في التدريب ضد الضغط، ووفقا للتصميم التجريبي القائم على المجموعتين المتكافئتين (الضابطة والتجريبية) يتم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية من الأخصائيين النفسانيين دون تعريض المجموعة الضابطة له، ثم يتم قياس أثره في القياس البعدي، ثم تقوم الباحثة بالمقارنة بين نتائج المجموعة الضابطة والتجريبية، لمعرفة فيما إذا كان البرنامج قد أحدث فرقا، فإذا ظهرت فروقا في متوسطات القياس البعدي بين المجموعتين فإنا نستنتج أن البرنامج له تأثير وأنه سبب الاختلاف والتغيير، ويقاس ذلك من خلال التغيرات الحاصلة في درجات الأخصائيين النفسانيين على استبيان الدراسة (استبيان صعوبات الممارسة النفسية)

- **خطوات تطبيق البرنامج:**

المرحلة الأولى تمثلت في

أ- ضبط متغيرات الدراسة:

- **المتغير المستقل:** ويتمثل في البرنامج المعرفي السلوكي.

- **المتغير التابع:** والمتمثل في كشف صعوبات الممارسة النفسية المتعلقة بكل من (الجانب الشخصي، والجانب العلائقي، والجانب المهني).
- **المتغيرات الدخيلة:** (الجنس، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة، مكان العمل).

ب-القياس القبلي: تم فيه تطبيق استبيان صعوبات الممارسة النفسية على مجموعة البحث قبل تطبيق البرنامج.

المرحلة الثانية: التطبيق الفعلي للبرنامج:

- **الأسس النظرية للبرنامج:** استند البرنامج كما ذكرنا سابقا على نظرية التعديل المعرفي السلوكي لماكينبوم، خصوصا على نموذجين أساسين هما نموذج التدريب على التعليم الذاتي، نموذج التدريب على التحصين ضد الضغوط، حيث يؤكد ماكينبوم على أهمية الحوار الداخلي ومدى تأثيره على سلوك الفرد وانفعالاته، وركز على ضرورة ملاحظة الفرد لحديثه الداخلي وتقييمه (إيجابي أو سلبي) ومعرفة كيفية تأثيره على سلوك الفرد، فكل ما يقوله الفرد عن نفسه من أحاديث سلبية انهزامية تؤدي به إلى سلوكيات غير متكيفة، ويسبب له اضطرابات نفسية وانفعالية مختلفة، لهذا يؤكد "**ماكينبوم**" في عملية العلاج على ضرورة تحديد الحديث الداخلي السلبي وتغييره إلى حديث إيجابي فعال.

  ومن هذا المنطلق اخترنا:

  أ- المراقبة الذاتية:

ويعتمد هذا الأسلوب على المراقبة الذاتية للسلوك عن طريق تلك الأفكار الناتجة عن مواقف الحياة المختلفة، وتسجيل جل المعلومات بدقة، حيث يتم استخدام هذا الأسلوب من خلال الطلب من الأفراد تسجيل جميع أنشطتهم ساعة بساعة لمدة أسبوع على الأقل، مع تسجيل جل الانفعالات المصاحبة لكل نشاط قام به الفرد.

وقد تم تطبيق هذا الأسلوب في البرنامج من خلال تدريب أعضاء المجموعة التجريبية على ملاحظة ذواتهم وذلك عن طريق تسجيل أهم المواقف التي مرت بهم مع تحديد الأفكار والانفعالات المصاحبة لكل موقف، مع التركيز على مدى تأثير الأفكار والأحاديث الذاتية على سلوكياتهم أثناء تلك المواقف. مراعين في ذلك:

- فحص الأفكار الذاتية للتمكن من تحديد مدى دقتها وفائدتها.

- تحديد الأفكار الذاتية السلبية.
- التعرف على العلاقة التي تربط كل من التفكير والسلوك والانفعال.
- التعرف على الأخطاء والأفكار الخاطئة التي حدثت أثناء المواقف.
- القدرة على تبني بدائل أكثر تكيفا مع المواقف.

حيث تم تطبيق مقياس الحياة المتوازنة لطارق سويدان الذي تم اختياره من طرف الباحثة، وهو مقياس يحتوي على عد عبارات في كل مجال من مجالات الحياة (المجال الديني، الصحي، المجال الفكري والثقافي، المجال الاجتماعي، المجال العملي والمالي..) ويستطيع الفرد تقييم نفسه في كل مجال، وتحديد نقاط الضعف في كل مجال من مجالات الحياة، حتى يتمكن الفرد من مراجعة نفسه ومحاولة التقليل من السلبيات وتصحيح أخطاءه وتطوير نفسه في الجوانب التي أهملها.

ب-التدريب على التحصين ضد الضغوط:

ويعتبر هذا الأسوب من أهم الاستراتيجيات التي قدمها ماكينبوم في مجال التعامل مع المشكلات والمواقف الضاغطة، حيث يتم في هذا الأسلوب تدريب الأفراد على إدارة المشكلات والمواقف الضاغطة بطريقة ناجحة، وذلك بالتركيز على تغيير أفكارهم وعبارتهم التي يتحدثون بها لذواتهم في تلك الموقف. وقد تم تطبيق عدة مهارات تساعد أعضاء المجموعة على تغيير ذواتهم واكسابهم القدرة في التعامل الناجح مع المشكلات وإدارة وتعزيز الذات بطريقة فعالة، وذلك وفق ثلاث مراحل حددت حسب نظرية **ماكينبوم** للتدريب على التحصين ضد الضغوط كالتالي:

1- **المرحلة الأولى: مرحلة التصور العقلي أو تكوين المفاهيم:** وقد تم التركيز في هذه المرحلة على:

- التعرف على أعضاء المجموعة التجريبية وكسب ثقتهم.
- تزويد أعضاء المجموعة التجريبية معلومات وأفكار حول المفاهيم الأساسية (الممارسة النفسية، صعوبات الممارسة النفسية) حيث تمت المناقشة حول أهم المهام التي يقوم بها الأخصائي النفسي، والتي تختلف حسب المكان المتواجد فيه، وحسب الحالات التي يتعامل معها، كما تمت المناقشة حول أهم الصعوبات والمشكلات التي يواجهها الأخصائي النفسي بشكل عام سواء تتعلق بجانبه الشخصي، أو الجانب العلائقي أو الجانب المهني.

- تزويد أعضاء المجموعة التجريبية معلومات وأفكار حول البرنامج المعرفي السلوكي الذي سيتم تطبيقه مع الأخصائيين النفسانيين المشاركين في البرنامج. حيث تم عرض محاضرات وتوزيع بطاقات تشرح البرنامج من حيث إطاره المرجعي وأهدافه والمهارات التي سيتم تطبيقها، ومدته، وتم الاتفاق على مواعيد الجلسات، وضرورة احترام الوقت وضرورة تطبيق ما يتم عرضه من مهارات وواجبات منزلية.
- توضيح لأعضاء المجموعة التجريبية طبيعة العلاقة بين الصعوبات والضغوطات والعوامل المعرفية لدي الشخص، حيث تلعب أنماط التفكير والحديث الداخلي الذي يحملها الفرد الدور الكبير في الاستجابة بطريقة سلبية للمواقف المختلفة.
- تدريب أعضاء المجموعة على تحمل مسؤولية مشكلاتهم وضغوطاتهم وذلك بوعييهم لأنماط تفكيرهم والطريقة التي يفسرون بها المواقف.

2- **المرحلة الثانية: مرحلة إكساب المهارات والتدريبات:**

وتحتوي هذه المرحلة على باقي الجلسات حيث قامت الباحثة بتزويد المشاركين بمهارات معرفية سلوكية (مهارة توكيد الذات، الاسترخاء، مهارة حل المشكلات، إدارة الوقت، مهارة الحوار الداخلي، مهارة التواصل.) حيث قامت الباحثة بتعريف المشاركين في البرنامج على كل مهارة من خلال عدة أنشطة كالمحاضرة والمناقشة الجماعية والعصف الذهني وعرض بعض الأشرطة والفيديوهات لتدريب الاسترخاء، وباوربوينت... وتوضيح مدى أهمية كل مهارة للتخفيف من صعوبات الأخصائي النفسي ومساعدته على التفريغ الانفعالي ومواجهة الضغط النفسي، وتدريب المشاركين على بعض المهارات التي تساعدهم على التعامل مع الصعوبات المهنية التي تواجههم أثناء الممارسة العيادية كمهارة حل المشكلات ومهارة إدارة الوقت، بالإضافة إلى مهارة التواصل التي تعتبر مهارة أساسية للأخصائي النفسي تقوم عليها مهنته حيث لا يستطيع أن ينجح الأخصائي النفسي في عمله عندما لا يبني علاقة مهنية جيدة مع عميله تقوم على الثقة، لذا عرضت الباحثة أهمية مهارة التواصل وضرورة التحكم فيها وذكر بعض مهاراتها حيث اختارت الباحثة مهارتين من مهارات التواصل التي رأت أنهما مهمتين للأخصائي النفسي مهارة الصمت ومهارة الإصغاء.

3- **مرحلة التطبيق والمتابعة:**

وفي هذه المرحلة قامت الباحثة بتطبيق المهارات المكتسبة مع المشاركين في البرنامج، وذلك بتطبيق بعض الأنشطة والتمارين والواجبات المنزلية التي تساعدهم على المحافظة والاستمرار على تلك المهارات والتدريبات في حياتهم اليومية وعدم التوقف منها بمجرد انتهاء البرنامج، والجدول التالي يوضح مراحل تطبيق البرنامج:

الجدول رقم (37): مراحل البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة

مراحل البرنامج	المحتوى
المرحلة الأولى	-التعرف على المفاهيم الأساسية: الممارسة النفسية، الصعوبات المتعلقة بالجانب الشخصي، العلائقي، الجانب المهني. -التعريف بالبرنامج المعرفي السلوكي وأسسه النظرية (نموذج "**ماكينبوم**" في التدريب على التحصين ضد الضغوط) أهدافه، فنياته. -إقامة علاقة قوية مع الأخصائيين المشاركين في البرنامج. -كشف أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي من خلال تطبيق الأدوات اللازمة (القياس القبلي).
المرحلة الثانية	4- تزويد الأعضاء المشاركين تقنيات ومهارت معرفية سلوكية (مهارة توكيد الذات، الاسترخاء، مهارة حل المشكلات، إدارة الوقت، مهارة الحوار الداخلي، مهارة التواصل.) العرض والمناقشة حول التعريف بكل مهارة وإبراز أهميتها بالنسبة للأخصائي النفسي العيادي
المرحلة الثالثة	-التركيز على تطبيق المهارات التي تم التدرب عليها -التركيز على تنظيم انتقال التغيير والحفاظ عليه من موقف تطبيق البرنامج إلى الحياة اليومية. -تأكيد أهمية اكتساب الأعضاء المشاركين مهارات التعامل مع الصعوبات والمشكلات في المستقبل. - تقييم البرنامج والمتابعة.

ح- التنفيس والتفريغ الانفعالي:

يعرف "**نيكول وباولينو**" التنفيس عن المشاعر بأنها: عملية قوية من التعبير عن المشاعر المكبوتة ومواد الصراع، فهو عملية معرفية وعضوية في نفس الوقت، حيث تشمل استرجاع واستذكار المادة المكبوتة مع ترافق التعبير العضوي عن ذلك بالضحك أو الصراخ أو الدموع.

وقد فسرت النظرية المعرفية فعالية التفريغ النفسي على النحو التالي: أم وجود الأفكار السلبية الخاطئة تؤدي إلى تشويه في البنية المعرفية عند الشخص، حيث يساعد التفريغ على التخلص من الأفكار السلبية التي تثير الشعور بالذنب، والشكوك والتساؤلات حول المشكلات والمواقف الضاغطة، فالتفريغ الانفعالي يهدف إلى توضيح الفرد حقيقة ما حدث، وهذا التوضيح يخفض من الشعور بالذنب ولوم الذات، وبالتالي يخفض من هجوم الأفكار التلقائية السلبية.

حيث يهدف التفريغ الانفعالي إلى:

1- التعبير عن الأفكار والانطباعات والمشاعر.
2- تعزيز البنية المعرفية وذلك بفهم الحدث وردود الفعل اتجاهه.
3- التدريب على التعبير عن المشاعر بحرية من خلال المشاركة.

وقد قام كل من **أرمسترونغ وكلاهان ومرمر** Armstrong. Callahan. Marmer ، بوضع نموذج لمراحل التفريغ الانفعالي، ويشمل على أربع مراحل أساسية :

- المرحلة الأولي: يتم فيها التقديم ووضع الخطوط العريضة للحدث، تم بعد ذلك إتاحة الفرصة للمشاركين لسرد ما جري أثناء الحدث الضاغط.
- المرحلة الثانية: وتشمل الحديث عن المشاعر وعن الاستجابات التي وردت بعد وقوع الحدث الضاغط.
- المرحلة الثالثة: وتشمل الحديث عن استراتيجيات المقاومة المستخدمة في مواجهة الحدث الضاغط، ويتم فيها إعطاء معلومات عن استراتيجيات المقاومة الصحية والمرضية، ويتم فيها أيضا التركيز على وسائل التكيف التي قام بها الشخص نفسه استجابة للأحداث السابقة، وأيضا التركيز على استراتيجيات المقاومة التي يقوم أفراد المجموعة باستخدامها.

- المرحلة الرابعة: ويتم فيها إغلاق المواضيع التي فتحت في النقاش، والتحضير إلى مرحلة العودة إلى ما قبل الحدث الضاغط، للخروج من الحالة السلبية التي قد يبقي فيها بعض العملاء. (بوجمان، 2016)
- **أسلوب الاسترخاء:**

إن التدريب على الاسترخاء قد انتشر وأصبح واسع الاستعمال كأسلوب لتعليم الأفراد كيفية التكيف مع الضغوط والتوترات التي يواجهونها في الحياة اليومية، ويهدف أسلوب الاسترخاء إلى استرخاء عضلات الجسم والذهن.

كما يعتبر التدريب على الاسترخاء من أهم التقنيات التي تستخدم في مقاومة التوتر والقلق والضيق، إذ يتم تدريب الفرد على تعلم استجابة الاسترخاء المضاد للقلق، ويعرف (عبد الستار 1998) الاسترخاء بأنه "توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر" حيث أثبت مدى أهميته ونجاحه في التغيير والتعديل من الأفكار الخاطئة التي يتبناها الفرد والتي قد تكون من أسباب الاضطرابات الانفعالية، وقد قمنا في البرنامج المقترح بتطبيق نوع الاسترخاء الذي قدمه جاكسون (1938) وهو ما يسمي بالاسترخاء التصاعدي الذي يعتمد على تدريب كل عضلة من عضلات الجسم على الاسترخاء بدءا من الذراع، الرأس، حتي القدمين... أنظر الملحق رقم (03)

ويعرف أيضا "**كورتيز**" الاسترخاء بأنه: "الوسيلة المنهجية التي تحدث العديد من التغيرات الفسيولوجية في الجسم، والتي يسترخي من خلالها كل من العقل والجسم، وهو نقيض استجابة الإجهاد والضغوط."

وتتعدد فوائد الاسترخاء فهو يساعد على استكشاف الذات والاستبصار حيث يقود الفرد على استخدام قدراته الذهنية من خلال التركيز على عضلات جسمه في أثناء عملية الشد والإخاء.

ويتفق عدد كبير من الباحثين في تحديد فوائد ممارسة تمارين الاسترخاء على نحو منتظم في الفوائد التالية:

1- خفض مستوى القلق والتوتر النفسي.
2- تقليل الاستثارة العقلية والعصبية وتقليل مستوي التوتر في العضلات، وزيادة الوعي بالجسم.
3- خفض ضغط الدم، وتحسين الدورة الدموية.
4- تحسين مستويات اليقظة والتركيز، إضافة إلى تحسين كلي في أداء المهارات الجسمية والاجتماعية والعملية.

5- زيادة الطاقة الإنتاجية.

6- كما يستخدم كأجراء علاجي ووقائي لخفض أعراض الضغط المتوقع حدوثها.

ويمكن القول إن الاسترخاء هو انسجام وتفاهم ما بين العقل والجسم، لمحاولة استراحة العقل من التفكير المتواصل، واستراحة عضلات الجسم من الشد والاجهاد الدائم.

وتتعدد فنيات ومهارات الاسترخاء نذكر منها:

- **الاسترخاء العضلي التدريجي:**

ويرتبط هذا الأسلوب بالطبيب النفسي **جاكبسون** Jacobson الذي يعد أول من استخدم هذه الطريقة على نحو منتظم، حيث أكد أن هذه المهارة لا تحتاج إلى أي تخيل، أو قوة إرادة، أو إيحاء، إنما تقوم على افتراض أن رد فعل الجسم على الأفكار والأحداث المثيرة للتوتر والقلق يتمثل في التوتر العضلي، وإذا تمكن الفرد من إرخاء العضلات فإن ذهنه سيصل إلى حالة من الهدوء والراحة من خلال خفض الجهاز العصبي الذاتي، حيث يجري تدريبه على تغيير إحساسه بالتوتر وتصريفه من كل موضع من المواضيع العضلية الرئيسية.

- **التنفس العميق:**

ووفقا لهذه المهارة يجري التدرب على التنفس البطني العميق والذي يمكن من خلاله ردع استجابة الضغوط واستثارة تدفق هرمون الأندروفين المهدئ لكي يصبح الفرد أكثر وعيا لأفكاره التي تنطوي على الضغوط.

والغرض من التنفس هو السماح لكرات الدم الحمراء بتنشيط الجسم بالتقاط الأكسجين من الرئتين وحمله عبر الجسم إلى كل خلية وعصب وعضو وعضلة، وما أن تطلق خلايا الدم الأكسجين حتى تلتقط ثاني أكسيد الكربون، وتعيده إلى الرئتين للتخلص منه، مما يؤدي إلى تهدئة العقل والشعور بالسلام الداخلي.

- **أسلوب التأمل:**
- **أسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية:**

يعتمد هذا الأسلوب أساسا على إلقاء محاضرات على الأعضاء المشاركين في البرنامج، ويليها مناقشات يتبادل فيها الأعضاء الآراء ويكتسبون مزيدا من المعارف والأفكار بهدف تغيير الاتجاهات، وتعديل الأفكار، والمشاعر، والسلوك نحو الذات ونحو الآخرين. وبهذا تساعد المناقشات الجماعية على تبادل المعلومات

والخبرات، وتساهم في تدريبهم على التفكير الموضوعي في المشكلات، حيث شجعت المناقشة الجماعية أعضاء المجموعة على التعبير عن مشاعرهم، ومشاركة مشكلاتهم مع الآخرين، وعلى التفريغ الانفعالي وهذا ما ساعدهم على التفريغ والتنفيس الانفعالي وخفض حدة الضغط والتوتر.

- **الواجبات المنزلية:**

تساعد هذه التقنية الأعضاء المشاركون في البرنامج على تطبيق أهم المهارات التي تم التدرب عليها في المواقف الحياتية، حيث تمكنهم من تحديد الأفكار غير العقلانية ومعرفة مدى تأثيرها على سلوكهم وانفعالاتهم، والتالي يستطيعون تعديلها.

إذن يهدف البرنامج المعرفي السلوكي الذي تم تطبيقه وفق تلك المراحل، إلى مساعدة أعضاء المجموعة على إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك، وتعليمهم أن يحددوا ويقيموا أفكارهم وتخيلاتهم، وذلك لمعرفة الخاطئة منها، وتصحيحها لأفكار إيجابية فعالة، وذلك باستخدام مهارات معرفية سلوكية متعددة، تساعدهم على مواجهة مشكلاتهم، وتدريبهم على توجيه تعليمات إيجابية وفعالة للذات، كما تساعدهم في الاستجابة بطريقة أكثر فعالية في المواقف الحياتية المختلفة.

3-8- جلسات البرنامج:

تكون برنامج الدراسة الحالية من 11 جلسة، حيث احتوت كل جلسة على فنيات وأنشطة معينة تساعد على تطبيق مهارات التي تم اختيارها لمساعدة الأخصائي النفسي في تجاوز صعوباته، ولكي جلسة موضوعا وأهدافا تنظم سير البرنامج، ومدة كل جلسة تراوحت من (90-45 دقيقة) حسب الظروف التي يمر بها الأخصائيين داخل مكان عملهم، بدأت الباحثة في الجلسات الأولي بعرض وتقديم محاضرات ومعلومات للمشاركين في البرنامج تخص البرنامج بشرح مفصل (إطاره النظري والمهارات والتدريبات التي ستطبق فيه) تم تقدم الباحثة مطبوعة تحتوي على أهم ما جاء في الجلسة للأخصائيين من أجل الرجوع إليها وقت الحاجة، وفي الجلسات الأخرى قامت الباحثة بمناقشة مهارات البرنامج حيث خصصت كل جلسة بمهارة معينة ومحاولة تدريب المشاركين عليها، **وسنلخص تلك المهارات في:**

- **مهارة توكيد الذات:** ويتم في هذا المهارة مساعدة أعضاء المجموعة على التعبير عن مشاعرهم وآرائهم تعبيرا مباشرا، وبأسلوب مقبول اجتماعيا، حيث تساعد التوكيدية الفرد في إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين، والتدريب على استجابات جديدة بهدف زيادة الكفاءة والثقة بالنفس وتقدير

الذات وضبط الذات وخفض القلق والتوتر، حيث يعتبر التدريب التوكيدي من المهارات الاجتماعية المهمة للفرد والتي تساعده على فهم ذاته، والقدرة على التفاعل مع الآخرين دون قلق، وأن يعبر على مشاعره ويدافع على حقوقه دون المساس بحقوق الآخرين.

- **مهارة الحوار الداخلي الإيجابي:** وهذه التقنية التي ركز عليها ماكينبوم، حيث ركز على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره ومن تم سلوكه، فالحديث الذاتي له تأثير قوي وشديد لأننا عن طريق التحدث مع ذواتنا نبرمج أنفسنا إما إيجابيا أو سلبيا، لذا ركزنا في هذه الجلسة على ضرورة تحديد الفرد لحديثه الذاتي، ومحاولة تغيير البرمجة السلبية التي برمجنا عنها أنفسنا في الماضي، لأن البرمجة السلبية تؤثر على التقدير الذاتي للفرد، وعلى صورته الشخصية، كما تؤدي إلى ضعف الثقة بالنفس وضعف التحكم في الذات. حيث حاولنا من خلال هذه التقنية مساعدة الأعضاء على تحديد مضمون الحديث الداخلي، ثم العمل على تعديله وتصحيحه، وتدريبهم على السيطرة على الأحاديث السلبية لديهم والتي تؤثر على سلوكياتهم والاستجابة الانفعالية لديهم.
- **مهارة الاسترخاء:** وتهدف هذه المهارة إلى تدريب أعضاء المجموعة على القيام ببعض التمارين التي تساعد على الاسترخاء، ومحاولة تطبيقها في المواقف الحياتية المختلفة.
- **مهارة حل المشكلات:** تساعد هذه المهارة الأعضاء على تطبيق مجموعة من الخطوات التي تساعدهم على حل مشكلاتهم والتأقلم معها بطريقة بناءة وأكثر فعالية.، حيث تم في هذا البرنامج المقترح التطرق إلى جملة من المشكلات التي يواجهها الأخصائي النفسي ومحاولة تقديم حلول وبدائل مناسبة لها.
- **مهارة إدارة الوقت:** تعتبر أهم مهارة يجب على الفرد التحكم فيها لكي ينجح في أي مجال، لأن الذي لا يحسن إدارة وقته لا يستطيع إدارة أي شيء، وتعتبر من المهارات السلوكية التي تساعد الفرد على تعديل سلوكه وتغيير العادات السلبية التي يمارسها في حياته، واستغلال وقته الاستغلال الأمثل.
- **مهارة التواصل:** وتعد مهارة مهمة للأخصائي النفسي فهي لب الممارسة العيادية،

ونراعي في بداية كل جلسة مناقشة الواجبات المنزلية وما قمنا به في الجلسة السابقة مع المشاركين لتذكير بخطوات البرنامج الصحيحة وتثبيتها جيدا، أما في الجلسات الأخيرة تم تقويم البرنامج ومناقشة إيجابياته وسلبياته وتحديد ما قد تم تحقيقه من أهداف وما الذي لم يتحقق، وشكر المشاركون في البرنامج على تعاونهم معنا وتفهمهم رغم الظروف التي كانوا يمرون بها فقد كانت فترة انتشار كورونا مما سبب لهم

الضغط أثناء عملهم وخاصة في المستشفى، ورغم هذا تعاون معنا واستعطنا إنهاء البرنامج، تم تطبيق القياس البعدي. وفيما يلي جدول يوضح محتوي البرنامج والجلسات المكونة له.

الجدول رقم (38) يوضح جلسات البرنامج:

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الفنيات المستخدمة	موضوع الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	**تمهيد وتعارف**	**- الحوار والمناقشة الجماعية** **- الواجب المنزلي**	- الترحيب بأعضاء المجموعة. - تقديم الباحثة نفسها لأعضاء المجموعة. - تحقيق التعارف أعضاء المجموعة فيما بينهم. - التعريف بالبرنامج من حيث إطاره النظري، عدد جلساته، مدته، أهدافه. - تشجيع أفراد المجموعة وتنبيههم بضرورة الالتزام بمواعيد البرنامج. **واجب منزلي:** نطلب من أعضاء المجموعة البحث عن المقصود من هذه المفاهيم: الممارسة النفسية، صعوبات الممارسة النفسية...	
الجلسة الثانية	**تكوين المفاهيم الأساسية للدراسة**	**- محاضرة** **- مناقشة جماعية** **- مطويات**	- نناقش الواجب المنزلي. - نقوم بتزويد أعضاء المجموعة بمفاهيم الدراسة الأساسية: والمتمثلة في: الممارسة النفسية، صعوبات الممارسة النفسية (الصعوبات	

	القياس القبلي: تطبيق استبيان الدراسة.		الشخصية، الصعوبات العلائقية، الصعوبات المهنية). – تعريف أعضاء المجموعة بالمفاهيم النظرية التي استند منها البرنامج: نموذج (ماكنبوم) التدريب التحصيني ضد الضغوط، مهارات الوسيلة للمواجهة، مهارات التهدئة للمواجهة. – تطبيق استبيان صعوبات الممارسة النفسية على عينة الدراسة. **واجب منزلي:** نطلب من أعضاء المجموعة ذكر أهم الصعوبات التي يعانون منها.	
الجلسة الثالثة	**التدريب علي مهارة توكيد الذات**	**– محاضرة** **– بطاقة ملاحظة لتوكيد الذات** **– تمرين للتدريب التوكيدي:** **– التعرف على أسلوب التعامل مع الآخرين.** **– تقييم الذات وتحديد مواقف الضعف.**	– نناقش الواجب المنزلي. – نتعرف على أهم الصعوبات الشخصية التي يعاني منها الأخصائي النفسي. – التعريف بمهارة توكيد الذات ومدى أهميتها: * الدفاع عن الحقوق الشخصية والفردية. * التصرف وفق مقتضيات الموقف. * التعبير عن الانفعالات والمشاعر.	

		– مراقبة الذات **– الممارسة الاستثنائية عن طريق التخيل والصور الذهنية.** **– الممارسة الفعلية وتقييم الأداء بنجاح.**	* القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية. – التعريف بأنماط التعامل مع الآخرين (سلبي، توكيدي، عدواني). **واجب منزلي:** نطلب من أعضاء المجموعة ذكر المواقف التي مروا بها وذكر استجابتهم نحو كل موقف وتحديد الأسلوب.	
الجلسة الرابعة	**التدريب على الاسترخاء العضلي**	**– فيديوهات توضح تمارين الاسترخاء.** **– الحوار والمناقشة الجماعية.**	– مناقشة الواجب المنزلي. – التعريف بالاسترخاء وفوائده وأنواعه. – توضيح لأعضاء المجموعة أهمية الاسترخاء. – نبدأ بإعطاء تمارين للتدريب على الاسترخاء العضلي والتنفس العميق وتطبيقه داخل الجلسة. – تمرين لتطبيق الاسترخاء الذهني. **واجب منزلي:** حث أعضاء المجموعة على ممارسة هذه التمارين يوميا مع تحديد الصعوبات التي تواجههم أثناء التمارين.	
الجلسة الخامسة	**التدريب على الحوار**	**– محاضرة**	– مناقشة الواجب المنزلي.	

	الداخلي الإيجابي	**– تمرين الحوار الداخلي الإيجابي**	– تخصيص (20)دقيقة من زمن الجلسة لإعادة تمارين الاسترخاء. – تعريف أعضاء الجماعة بالمقصود من الحوار الداخلي الإيجابي. – التدريب على تحديد الحوار الداخلي. **واجب منزلي:** تطبيق تمرين الحوار الإيجابي.	
الجلسة السادسة	**التدريب على مهارة حل المشكلات**	**– محاضرة** **– خطة حل المشكلات**	– مناقشة الواجب المنزلي والتذكير بما قيل في الجلسة السابقة – تعريف أعضاء الجماعة بمهارة حل المشكلات. – التعريف بخطوات حل المشكلات. – نطلب من أعضاء المجموعة ذكر أهم المشكلات التي تواجههم ومحاولة تطبيق مراحل مهارة حل المشكلات على مشكلة من مشكلاتهم. **الواجب المنزلي:** توزيع خطة عمل لحل المشكلات.	
الجلسة السابعة	**التدريب على مهارة إدارة الوقت**	**– محاضرة** **– جدول تنظيم الأنشطة**	– مناقشة الواجب المنزلي. – التعريف بمهارة إدارة الوقت. – توضيح أهمية إدارة الوقت.	

			– التعرف على أهم الوسائل والطرق التي تساعد على إدارة الوقت. – ضرورة وضع جدول (خطة عمل) تحدد فيها أهم المهام التي يجب القيام بها يوميا وتنظيمها حسب الأوليات. **الواجب المنزلي:** نطلب من أعضاء المجموعة بناء جدول للأنشطة والمهام التي يجب القيام بها يوميا مع ذكر الوقت والمدة المتطلبة لكل مهمة وكيفية استثمار للوقت.	
الجلسة الثامنة	**التدريب على مهارة الاتصال**	**– محاضرة** **– تمرين التدريب على الحوار والمناقشة**	– مناقشة الواجب المنزلي. – التعريف بالاتصال وأنواعه وعناصره. – التعريف بمهارات الاتصال: مهارة الإصغاء، مهارة الصمت، مهارة طرح الأسئلة... **الواجب المنزلي:** – تطبيق تمرين التدريب على الحوار والمناقشة. – التحضير لمهارة الصمت ما المقصود بها؟، وعلى ماذا يدل صمت العميل؟	

الجلسة التاسعة	**التدريب على مهارة الصمت ومهارة طرح الأسئلة**	**–محاضرة** **– مناقشة جماعية**	– مناقشة الواجب المنزلي. – تعريف بمهارة الصمت. – التعريف بأنماط الصمت وكيفية التفريق فيما بينها **واجب منزلي:**نطلب من أعضاء المجموعة تحديد مواقف الصمت التي مروا عليها مع ذكر نمط الصمت وكيفية التعامل معه.	
الجلسة العاشرة	**التدريب على مهارة الإصغاء**	**– محاضرة** **– تمرين لقياس مهارات الإنصات**	– مناقشة الواجب المنزلي. – التعريف بمهارة الإصغاء. – الفرق بين الإصغاء والإنصات. **– واجب منزلي.**	
الجلسة الحادي عشر	**القياس البعدي** **إعادة تطبيق استبيان الممارسة النفسية**	/		
الانتهاء والتقييم	**تطبيق استمارة تقييم البرنامج**		– الحوار والمناقشة الجماعية. – توجيه الشكر للأعضاء المشاركين في البرنامج على تفاعلهم والتزامهم بحضور الجلسات، واحترام الوقت.	

			– المناقشة مع الأفراد المشاركين إيجابيات وسلبيات البرنامج. – تطبيق استمارة تقييم البرنامج.	

5- تقييم البرنامج المعرفي السلوكي المقترح:

إن تقييم البرنامج عملية مهمة تكشف عن مدى فعالية البرنامج ومدى نجاحه في تحقيق الأهداف المسطرة وإحداث التغيير المطلوب، حيث قامت الباحثة بتقويم البرنامج وذلك بتوزيع استمارة على المشاركين في البرنامج تحتوي على أهم النقاط التي يقوم عليها البرنامج لمعرفة وجه نظرهم وانطباعاتهم ومدى ارتياحهم للجلسات والمهارات المطبقة، وتحديد الأهداف التي وصلنا إليها من خلال تطبيق البرنامج، ومعرفة أهم المهارات التي نالت اهتمامهم عن غيرها. وفي الأخير طلبت الباحثة منهم إعطاء اقتراحات يمكن أنتطبق في برامج مقترحة أخري. ونوضح في الجدول التالي استمارة تقييم البرنامج:

الجدول رقم (39) يوضح استمارة تقييم البرنامج:

العبارات	التكرار نعم	النسبة	التكرار لا	النسبة	التكرار نوعا ما	النسبة
1- هل استطعت تحديد أهم الصعوبات التي تواجهك في الميدان	04	%57.14	01	%14.28	02	%28.57
2- هل استطعت تحديد ردود افعالك بالضبط إزاء المواقف الصعبة الضاغطة التي تواجهك	03	%42.85	01	%14.28	03	%42.85
3- هل استطعت تحديد انفعالاتك إزاء المواقف الصعبة التي واجهتك	01	%14.28	01	%14.28	05	%71.42
4- هل استفدت من مهارة توكيد الذات	02	%28.57	02	%28.57	04	%57.14
5- هل تعلمت أن تسترخي بسهولة عند مواجهتك للصعوبات	05	%71.42	00	00	02	%28.57
6- هل تعلمت تحديد الحوار الداخلي السلبي المتعلق بالموقف	07	%100	00	00	00	00

7- هل تعلمت استبدال الحديث الداخلي السلبي إلى حديث إيجابي فعال	07	%100	00		00	00
8- هل تعلمت تدوين وقتك بفاعلية	05	%71.42	00	00	02	%28.57
9- هل تعلمت اختيار الحلول المناسبة للمشكلة	04	%57.14	01	%14.28	03	%42.85
10- هل استفدت من مهارة التواصل	05	%71.42	01	%14.28	01	%14.28
11- هل استفدت من مهارة الإصغاء	03	%42.85	02	%28.57	02	%28.57
12- هل استفدت من مهارة الصمت	03	%42.85	00		04	%57.14
13- هل شعرت بانخفاض مستوى الصعوبات التي تواجهها بعد انتهاء البرنامج	05	%71.42	00		02	%28.57
14- هل شعرت بأن البرنامج حقق لك فائدة وتغيير	05	%71.42	00	00	02	%28.57

يتضح من خلال الجدول رقم (39) أعلاه أن أغلب الأخصائيين النفسانيين المشاركون في البرنامج أكدوا أن البرنامج حقق لهم فائدة وأحدث تغيير وذلك بنسبة 71 %، حيث استطاعوا بداية بتحديد أهم الصعوبات التي تواجههم بدقة حيث يمكنوا من تجاوزها، كما أقر معظمهم أنهم أصبحوا قادرين على تحديد ردود أفعالهم إزاء المواقف الصعبة، وأكد كل المشاركين في البرنامج على أنه استفاد من مهارة الحوار الداخلي الإيجابي، حيث تعلم الأخصائيين تحديد حوارهم الداخلي السلبي المتعلق بالموقف وتغييره إلى حديث إيجابي فعال، كما استفاد الأخصائيين من مهارة إدارة الوقت التي ساعدتهم كثيرا في تنظيم أولياتهم وتحديد مهامهم بالضبط، أما بالنسبة للاسترخاء فقد أكدت نسبة 71 % أنهم استفادوا منها فقد ساعدتهم كثيرا على التفريغ الانفعالي والتخفيف من الضغط النفسي، ونسبة 57 % أكدت على أنها تعلمت مهارة حل المشكلات واستطاعت تطبيقها في حل مشكلاتها المهنية، كما استحسن معظم المشاركون نسبة 71 % لمهارة التواصل واستفادوا كثيرا من المعلومات والتدريبات المتعلقة بها، وأكد كل الأخصائيين النفسيين المشاركين على استفادتهم من مهارة الصمت التي اعتبروها فكرة جيدة من طرف الباحثة، حيث كان صمت العميل يعتبر مشكلة يعانون منها ويعجزون على فهمها، فقد ساعدهم التدريب على مهارة الصمت كثيرا في فهم أسباب صمت العميل وكيفية التعامل معه، وأخيرا فقد صرح معظم أفراد المشاركون في البرنامج بنسبة 71 % بأن البرنامج ساعدهم على التخفيف من نسبة الصعوبات التي كانوا يواجهونها.

استنتاج عام:

يمكننا تلخيص لأهم الخطوات التي تم من خلالها تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي في المراحل التالية:

1- **مرحلة القياس القبلي:** وتمت في هذه المرحلة تطبيق أداة الدراسة المتمثلة في استبيان صعوبات الممارسة النفسية، قبل البدء في تطبيق البرنامج، على المجموعتين التجريبية والضابطة التي تم اختيارها والتكافئ بينها، وقمنا بإبلاغ المجموعة الضابطة من الأخصائيين النفسيين بأنهم لا يمكنهم حضور جلسات البرنامج، واتفقنا معهم على إعادة تطبيق استبيان الدراسة عليهم في وقت محدد، وذلك من أجل المقارنة بين التطبيقين القبلي والبعدي لتحديد مدى فعالية البرنامج إحصائيا.

2- **مرحلة تنفيذ البرنامج:** بعد التأكد مع أفراد العينة التجريبية من الأخصائيين النفسانيين على إمكانية تطبيق البرنامج، تم الاتفاق على مكان ومدة تطبيقه حسب ظروف عملهم، وتم تحديد مواعيد الجلسات بناء على رغبة الأخصائيين بحيث يلاءم كل أفراد المجموعة، وحدد معدل الجلسات جلستين أسبوعيا بمعدل (45 – 90) للجلسة الواحدة. حيث قامت الباحثة بتنفيذ البرنامج وفق أسلوب معرفي سلوكي لماكينبوم، مستخدمة فنيات متعددة تمثلت في (المحاضرة، المناقشة الجماعية، التنفيس الانفعالي، العصف الذهني، واجبات منزلية، أشرطة وفيديوهات...) وطبقت مهارات معرفية سلوكية (مهارة توكيد الذات، الاسترخاء، الحوار الداخلي الإيجابي، مهارة حل المشكلات، مهارة إدارة الوقت، مهارة التواصل) من أجل مساعدة الأخصائي النفسي على مواجهة صعوباته.

3- **مرحلة القياس البعدي وإعادة تطبيق أدوات الدراسة:** جري إعادة تطبيق أداة الدراسة (استبيان صعوبات الممارسة النفسية) في الجلسة الأخيرة من البرنامج، ومناقشة الأخصائيين مدى استفادتهم من جلسات البرنامج والأهداف التي تم تحقيقها في أثناء التطبيق. كما تم تطبيق أداة الدراسة على أفراد المجموعة الضابطة من اليوم التالي من انتهاء البرنامج، ثم تم استرجاع الاستبيان وقياسها بالأساليب الاحصائية والمقارنة بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، والمقارنة بين القياس القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية.

ومنه نستنتج أن البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم وبالاستناد إلى طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط **لماكينبوم** كان له دور فعال وواضح في توعية الأخصائيين النفسانيين في كيفية مواجهة صعوباتهم، حيث سمح لهم الفرصة لتحديد صعوباتهم بالضغط ومعرفة أسبابها، تم محاولة التخفيف منها

قدر المستطاع، حيث ركز محتوي البرنامج على العلاج المعرفي السلوكي الذي يقوم على أن المعتقدات والأفكار الخاطئة والسلبية تؤدي إلى مشاعر سلبية وإلى سلوكيات غير متكيفة، لذا لابد من تغيير تلك الأفكار الخاطئة وتعلم طرقا أكثر ملائمة للتفكير حتي نصل إلى سلوك سوي متكيف. وتعتبر طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط ماكنبوم هي إحدى طرق العلاج المعرفي السلوكي التي تقوم على تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عميلة التفكير حيث تعمل على تزويد الفرد بالمعلومات والمهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة، وقد عملت الباحثة بتوضيح الأخصائيين مدى تأثير الأفكار على السلوكيات والمشاعر، حيث أكدت على ضرورة ضبط الحديث الداخلي الذاتي الذي ركز عليه ماكنبوم، حيث يجب أن ندرك ما نقوله لأنفسنا ونركز على أحاديث إيجابية فعالة من أجل تعديل انفعالاتنا وسلوكياتنا.

كما اتاح البرنامج فرصة للأخصائيين النفسانيين للتفريغ الانفعالي، من خلال الحوار والمناقشة الجماعية حيث مجرد الحديث عن صعوباتهم وتحديد مصدرها خفف من ضغوطاتهم، بالإضافة إلى جلسات الاسترخاء والتأمل ساعدت المشاركون على التنفيس وأصروا على المحافظة عليها، بالإضافة إلى مهارة حل المشكلات التي أعطت فرصة للأخصائيين المشاركين على طرح مشكلاتهم ومناقشتها ومحاولة الوصول إلى حلول لها، ما أعطى نوعا من الراحة والاطمئنان.

فقد عبر الأخصائيين المشاركون على مدى استفادتهم من المعلومات التي قدمت لهم، فقد كانت فرصة لتذكيرهم لضرورة التدريب على مثل هذه المهارات المعرفية السلوكية لخلق مشاعر إيجابية وراحة نفسية تساعدهم على مواجهة صعوباتهم بطرق أكثر تكيف.

الفصل السابع:

عرض وتحليل النتائج وفق فرضيات الدراسة

عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية الأولى

عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية الثانية

عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية الأولى:

- **عرض نتائج المقابلة:**

3-1- نتائج المقابلة:

- المحور الأول: صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب الشخصي:

قمنا بتجميع نتائج المحور الأول في ثلاث فئات:

1- **الفئة الأول: الخصائص الشخصية:** والتي تندرج تحت عدة مؤشرات يمكن تحديدها في النقاط التالية:

- الثقة بالنفس.
- التحكم في الذات
- الطريقة العلمية
- القدرة على إقامة علاقات اجتماعية.
- الحياد والموضوعية.

2- **الفئة الثانية: المهارات الإكلينيكية:** والتي تندرج تحت عدة مؤشرات يمكن تحديدها في النقاط التالية:

- مهارة الاقناع
- مهارة الإصغاء
- القدرة على اتخاذ القرارات
- القدرة على التواصل.
- القدرة الأكاديمية واحترام الطريقة العلمية

3- الفئة الثالثة: احترام المعايير الأخلاقية:

4- الفئة الرابعة: النظرة المستقبلية:

نوضح في الجدول التالي نتائج المحور الأول:

الجدول رقم (40) يوضح نتائج المقابلة حول صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب الشخصي:

الفئة	الفئة الفرعية	التكرارات	النسبة المئوية
الخصائص الشخصية	الثقة بالنفس	14	%35
	التحكم في الذات	06	%15
	الحياد والموضوعية.	20	%50
المجموع		40	% 100
المهارات الاكلينيكية	مهارة الاقناع	06	% 15
	مهارة الإصغاء	09	% 22,5
	القدرة على اتخاذ القرارات	04	% 10
	القدرة على التواصل	02	% 5
	الطريقة العلمية	19	% 47,5
		40	% 100
احترام المعايير الأخلاقية	سرية المعلومات	12	% 30
	احترام قيم واتجاهات المفحوص	05	% 12,5
	التسرع والسطحية	18	% 45
	شمولية النظرة الانسانية	05	12,5
المجموع		40	% 100
النظرة المستقبلية	ايجابية	15	% 37,5

	سلبية محايدة	07 18	% 17,5 % 45
المجموع		40	100

- **التحليل الكمي للمحور الأول:**

يتضمن هذا الجدول الفئة الخاصة بالصعوبات التي تتعلق بالجانب الشخصي لدى الأخصائي النفسي، وتشمل أربع فئات فرعية: الخصائص الشخصية، المهارات الإكلينيكية، احترام المعايير الأخلاقية، النظرة المستقبلية، حيث نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن من أهم الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي والتي تتعلق بالخصائص الشخصية والتي تمثلت في الثقة بالنفس، التحكم في الذات، الحياد والموضوعية، حيث جاءت الموضوعية في المرتبة الأولي بأعلى نسبة 50 %، تم تليها الثقة بالنفس 35 % وفي المرتبة الأخيرة أتت التحكم في الذات بنسبة 15 %.

أما بالنسبة للصعوبات التي تتعلق بالمهارات الإكلينيكية نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أن صعوبة في مهارة اتباع الطريقة العلمية تحصلت على أعلى نسبة 47.5 %، تم تأتي مهارة الإصغاء في المرتبة الثانية بنسبة 22,5 %، وفي المرتبة الثالثة أتت مهارة الإقناع بنسبة 15%، وبعدها مهارة اتخاذ القرار بنسبة 10 %، وفي المرتبة الأخيرة القدرة على التواصل بنسبة 5 %.

كما لاحظنا من خلال الجدول أعلاه، أن الصعوبات التي تتعلق احترام المعايير الأخلاقية، التسرع والسطحية احتلت المرتبة الأولي نسبة قدر ب 45 %، وفي المرتبة الثانية سرية المعلومات بنسبة قدرت ب 30 %، أما في المرتبة الأخيرة احترام اتجاهات المفحوص وشمولية النظرة بنسبة متساوية قدرت ب 12,5 %

وفيما يخص النظرة المستقبلية نلاحظ أن المرتبة الأولى تمثلت في نظرة محايدة والتي قدرت بنسبة 45 %محايد، وتليها في المرتبة الثانية نظرة إيجابية بنسبة 37,5.

- **التحليل الكيفي للمحور الأول:**

ويتكون المحور الأول من ثلاث فئات رئيسية (الخصائص الشخصية، المهارات الاكلينيكية، مدى احترام المعايير الأخلاقية، النظرة المستقبلية)، بالنسبة للصعوبات التي تتعلق بالخصائص الشخصية نجد أن أكبر نسبة من الأخصائيين النفسانيين أكدوا على الموضوعية، حيث اعترفوا بصعوبة إبعاد مشاكلهم الشخصية

أثناء قيامهم بمهامهم، من خلال تصريحهم "يرهقني التفكير بمشاكلي الخاصة" و" أجد صعوبة في إبعاد مشاكلي الخاصة أثناء تعاملي مع العميل" حيث تعتبر الموضوعية مهمة جدا في الممارسة النفسية العيادية ولكن يصعب تحقيقها بشكل كلي في الواقع، لأن المعرفة النفسية لا هي موضوعية ولا محايدة في الحقيقة لأنها تمر باستمرار على ذاتية الفاحص، فكل المعطيات والمعلومات التي يقدمها الأخصائي النفسي للعميل تنبع من خبرته الشخصية والظروف الخاصة التي مر بها، حيث يحاول أن يفهم الآخر من خلال ما يتركه من انعكاسات ذاتية عنده، لذا فقد لابد للأخصائي النفسي أن يفهم ذاته جيدا حتي يستطيع فهم الآخر، واستبصار بدوافعه واتجاهاته وتقييم نقاط ضعفها وقوتها، ويحاول إدراك مخاوفه ومعاناته والرغبات التي يتجنبها لأنها تجعله عاجزا عن إدراك مشاكل العميل حيث تثير انفعالات شديدة لديه، بالإضافة إلى الصعوبات التي تتعلق بالخصائص الشخصية نجد الثقة بالنفس والتحكم في الذات حيث أكد الأخصائيين علي صعوبة التحكم في انفعالاتهم وخاصة مع الحالات الصعبة التي تتطلب الصبر وسعة البال، بالإضافة إلى شعورهم بالضغط بسبب عدم وجود أي تحسن مع الحالات التي يتعاملون معهم يوميا، وصعوبة اقناع الوالدين الذين ينتظرون حلول فورية لمشاكل أولادهم، فالأخصائي النفسي يعمل يوميا مع أشخاص يعانون من مشكلات نفسية وعقلية مختلفة وبدرجات متفاوتة، ويختلفون في توقعاتهم وما ينتظرون من الأخصائي النفسي، لذا فقد اعتبرت شخصية الأخصائي النفسي العيادي وتوافقه مع ذاته من العوامل المهمة لنجاحه في مهنته، حيث يؤكد ديفلو أن الأخصائي النفسي يعتمد في ممارسته العيادية بالإضافة إلى معلوماته النظرية على نفسه، فهو نفسه داخل في علاقة يعتبر موضوع هذه العلاقة لذا لابد أن يعي ذاته، اذ يشترط أن يكون الممارس العيادي حياديا وموضوعيا ولكي يكون حياديا لابد أن يكون قادرا على التحكم في الذات بحيث يعرف نفسه، ويكون على قدر عال من الاستبصار بدوافعه ومشاعره وحاجاته من جهة، ويدرك نواحي النقص ومخاوفه من جهة أخرى، حتي يتمكن من السيطرة على هذه النواحي ولا يتركها تؤثر على عمله.

أما بالنسبة للمهارات الإكلينيكية لاحظنا أن أكبر نسبة كانت صعوبة في اتباع الطريقة العلمية أثناء الممارسة النفسية، حيث أكد الأخصائيين العياديين على ضعف تركيزهم في بحوث العلمية التي تتعلق بعلم النفس العيادي، حيث أغلبهم يجهلون دورهم في البحث العلمي بالإضافة إلى العلاج والتشخيص، فقد أكدت الكثير من الدراسات على ضرورة اتباع الممارس العيادي الطريقة العلمية، لأنها تساعدها على وصف المشكلات التي يتعامل معها وصفا دقيقا، ويتمكن بذلك صياغة الفرضيات البديلة التي تدعم بالمعرفة النفسية النظرية،

تم اختبار هذه الفرضيات بالاختبارات المناسبة والتجارب والملاحظات العيادية الدقيقة، والتأكد من صحتها تجريبيا، إذ ليس هناك فرق بين البحث الأكاديمي والممارسة العيادية، فكل منهما يهدف إلى زيادة الدقة في التعرف على الاضطرابات السيكولوجية والتعامل معها تجريبيا وعلاجيا. حيث يؤكد علماء النفس الإكلينيكي أمثال شابيرو وسيلجمان ورونهان ونيل وبيك ولازاروس وغيرهم على أن الممارسة العيادية يجب أن تتم في إطار الطريقة العلمية أي يلتزم الممارس العيادي بشروط المنهج العلمي وبخطواته الأساسية، انطلاقا من تحديد مشكلة العميل وصياغة فرضيات معينة قابلة للاختبار، ولاختبار صحة الفرضيات يقترح العيادي برنامجا علاجيا معينا ويعمل على التصميم المناسب لهذا البرنامج، التصميم الذي يوفر جميع ميكانيزمات الضبط والتحكم في المتغيرات ليتمكن من إقصاء جميع التفسيرات المنافسة أو البديلة. (بلميهوب، 2013) وانطلاقا من ذلك لابد أن يتوفر التكوين الجامعي على برامج تعرف الطلبة بخطوات المنهج العلمي وشروطه الأساسية وبالتصميمات التجريبية المناسبة للبحث الأكاديمي وللممارسة العيادية على سواء.

وفي ما يخص الصعوبات التي تتعلق بمدى احترام المعايير الأخلاقية، لاحظنا أن أكبر نسبة تعلقت بالتسرع والسطحية، حيث أكد المختصين النفسيين على صعوبة تحديد مشكلة العميل بدقة، وذلك يرجع لضيق الوقت الذى يخصصه لكل حالة لكثرة عدد الحالات، كما ترجع لنقص التكوين في التشخيص الدقيق، فالظاهرة النفسية عميقة و متعددة المستويات والأبعاد لا يمكن فهمها بمجرد ملاحظة الأعراض والظواهر السلوكية، فالأخصائي النفسي أن يأخذ الوقت الكافي لاستكشاف شخصية العميل وتحديد مشكلاته، وتجنب التسرع في إطلاق الأحكام على العميل من خلال أعراض أو مؤشرات سطحية، وذلك يعتبر من أهم الالتزامات الأخلاقية التي يتوجب على الأخصائي النفسي التحلي بها والتي تتضمن احترام المفحوص والتركيز مع كل معطياته بدقة وضرورة اليقظة في كل ممارسة عيادية.

أما عن النظرة المستقبلية فهي حسب استجابة الأخصائيين العياديين نظرة مبهمة غير واضحة حيث أكد معظمهم مدى غموض صورة الأخصائي النفسي في الجزائر عكس ما يوجد في البلدان الأخرى، حيث يجد نفسه مهمشا ولم يجد الظروف المناسبة التي تساعده على حب المهنة وتطويرها.

- **المحور الثاني: صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب العلائقي:**

وينقسم هذا المحور إلى ثلاث محاور رئيسية:

1- الفئة الأولي: علاقة الأخصائي النفسي بالعميل:

2- الفئة الثانية: علاقة الأخصائي النفسي بزملاء المهنة:

3- الفئة الثالثة: علاقة الأخصائي النفسي مع المجتمع.

- **التحليل الكمي للمحور الثاني:**

1- **الفئة الأولي: علاقة الأخصائي النفسي بالعميل:** التي تتدرج إلى فئات فرعية:

- **صعوبة الأخصائي النفسي وفق الفئات العمرية:**

الجدول رقم (41) يوضح صعوبات الأخصائي النفسي العيادي حسب الفئات العمرية

الحالات	التكرار	النسبة المئوية
كل الفئات	00	00
أطفال	24	% 60
مراهقين	15	% 37,5
أطفال ومراهقين	00	00
راشدين ومسنين	01	% 2,5
المجموع	40	% 100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلبية الأخصائيين النفسيين أكدوا على أن أكثر الفئات العمرية صعوبة هي فئة الأطفال والتي احتلت المرتبة الأولى بنسبة 60 %، تم تليها فئة المراهقين بنسبة 37,5 %، أما الراشدين احتلت المرتبة الأخيرة بنسبة 2,5 %.

- **المشكلات التي يتعامل معها الأخصائي النفسي بسهولة:**

الجدول رقم (42) يوضح المشكلات التي يتعامل معها الأخصائي النفسي بسهولة

المشكلات	التكرار
المشكلات المدرسية	20
المشكلات المهنية	10
مشكلات أسرية	07
اضطرابات اللغة	05
اضطرابات مؤقتة موقفية	14
الحالات المتعاونة	15

يوضح الجدول أعلاه أن المشكلات التي يجد الأخصائي النفسي سهولة في التعامل معها، المشكلات المدرسية التي حصلت على أكبر تكرار، تم تليها الحالات المتعاونة، تم تأتي في المرتبة الثالثة المشكلات الموقفية والمشكلات المهنية، وفي الأخير نجد المشكلات الأسرية واضطرابات اللغة.

- **المشكلات التي يتعامل معها الأخصائي النفسي بصعوبة:**

الجدول رقم (43) يوضح المشكلات التي يتعامل معها الأخصائي النفسي بصعوبة

المشكلات	التكرار
اضطرابات جنسية	**22**
التوحد	**15**
التخلف العقلي	**15**
اضطرابات نفس جسمية	**05**
الادمان	**11**
كل الحالات	**05**

يوضح الجدول أعلاه أن أهم المشكلات التي يجد الأخصائي النفسي صعوبة في التعامل معها المشكلات الجنسية التي احتلت المرتبة أولي بأعلى تكرار قدر ب22، تم تليها التوحد والتخلف العقلي بنفس العدد والذي قدر ب 15، ثم الادمان الذي احتل على المرتبة الثالثة، أما في المرتبة الأخيرة نجد الاضطرابات نفس جسدية.

2- الفئة الثانية: علاقة الأخصائي النفسي بزملاء المهنة:

- **علاقة الأخصائي النفسي مع فريق العمل:**

الجدول رقم (44) يوضح صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بعلاقته مع فريق العمل

الاستجابة	التكرار	النسبة المئوية
علاقة تعاون واحترام	12	% 30
يقدرون ما أقوم به من مهام	09	% 22
لا يقدرون بما أقوم به من مهام	13	% 32,5
لا أدري	06	15 %

المجموع	40	100 %

من خلال نتائج الجدول نلاحظ أكبر نسبة من الأخصائيين الممارسين 32,5 % استجابت بأن زملاء العمل لا يقدون ما يقوم به من مهام، ونسبة 30 % أكدت على أن علاقتها مع زملاء العمل علاقة تعاون واحترام، أما في المرتبة الثالثة تأتي نسبة 22 % التي أقرت أن زملاء المهنة يقدرون ما يقوم به من مهام، وفي المرتبة الأخيرة نجد نسبة 15 % أقرت بأنها لا تعرف نوع علاقتها مع زملاء المهنة.

الفئة الثالثة: علاقة الأخصائي النفسي مع المجتمع:

أ- صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بعلاقته مع عائلة المفحوص:

الجدول رقم (45) يوضح صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بعلاقته مع عائلة المفحوص

نوع العلاقة	التكرار	النسبة المئوية
تعاون	12	%30
تجاهل	28	%70
المجموع	40	% 100

يوضح الجدول أن أغلب الأخصائيين النفسانيين يعاني من تجاهل عائلة المفحوص لدوره وعدم الاعتراف بمجهوداتهم بنسبة قدرت ب 70 %، تم تليها نسبة الأخصائيين النفسانيين الذين وجدوا تعاون من طرف أسرة المفحوص بنسبة 30 %.

ب-صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بعلاقته مع المجتمع:

الجدول رقم (46) يوضح نظرة المجتمع للممارسة العيادية

المجتمع	التكرار	النسبة المئوية
نظرة إيجابية	09	% 22,5
نظرة سلبية	25	% 62,5
لا يعرف المهنة	06	% 15
المجموع	40	% 100

نستخلص من الجدول أن أغلب الأخصائيين النفسيين أكدوا على أن المجتمع الجزائري مزال ينظر نظرة سلبية للممارسة العيادية، حيث احتلت النظرة السلبية أكبر نسبة قدرت ب 62,5 %، مقابل نسبة 22,5% اعتقدت أن المجتمع أصبح ينظر للممارسة العيادية نظرة إيجابية، بينما 15 **%** اعتقد أن المجتمع يجهل مهنة الممارسة العيادية.

ت-التحليل الكيفي للمحور الثاني:

وانقسم هذا المحور إلى ثلاث فئات رئيسية تمثلت في (علاقة الأخصائي النفسي بالعميل، علاقة الأخصائي النفسي بزملاء العمل، علاقة الأخصائي النفسي بالمجتمع)، فالأخصائي النفسي بما أنه يتعامل مع كل الفئات العمرية من أطفال، مراهقين وكبار يجب أن يحترم خصوصية كل فئة خصوصا وهذه الفئات يعانون من مشكلات نفسية وانفعالية مختلفة، وقد أكد أغلب أفراد العينة أن فئة الأطفال هي أصعب فئة كونهم واجهوا عدة صعوبات في تعاملهم معها، منها كونهم صغار يصعب تعريفهم بحقيقة مرضهم، كما يجد صعوبات في إقناع أولياءهم بكيفية التعامل مع طفلهم المريض، ويجد مقاومات عديدة من طرف الأولياء في عدم تقبل حالة طفلهم، وعدم اتباع نصائحه، وهذا ما يزيد في تعبه مع الحالات دون وجود أي نتائج مرضية، دون أي تحسن ملحوظ يشجعه أكثر على مواصلة مهامه.

وترجع صعوبة الأخصائي النفسي أيضا إلى تعدد المشكلات التي يتعامل معها واختلافها، حيث فقد أكدت استجابات المبحوثين أن أهم المشكلات التي وجدوا صعوبة في التعامل معها هي الاضطرابات الجنسية وذلك يرجع حسب رأيهم إلى كون المجتمع الجزائري مزال جد محافظ ولا يقبل الحديث أو الاعتراف بالتربية الجنسية، فكل ما يتعلق بالجنس وبالتربية الجنسية يحاط بالغموض والتكتم والسرية ويعتبر من المحرمات، بالإضافة إلى ضعف الأجهزة الاحصائية التي تساعد على اعطاء احصائيات مضبوطة على مدى انتشار المشكلات الجنسية، ومحاولة المجتمع التكتم وعدم إظهار مثل هذه الظواهر، وكل هذا الصمت أدي إلى تفشي الكثير من المشكلات الجنسية مثل العنف الجنسي والشذوذ والاغتصاب وغيرها، حيث واجه الأخصائي النفسي صعوبة في توضيح حقيقة المشكلات الجنسية وكيفية تجنبها واقناع بضرورة التربية الجنسية في هذا المجتمع الذي يرفض تماما الاعتراف بها، والتوحد والتخلف العقلي اللذان عرفا انتشارا واضحا في السنوات الأخيرة، حيث يحاول الأخصائي النفسي تدريب هؤلاء الأطفال المضربين على القيام بالنشاطات اليومية بشكل مناسبة، وتنمية قدراتهم الجسمية والعقلية حتي يحصلوا على فرص تعلمية تناسب قدراهم، وهذه النشاطات يحتاج إلى وقت وجهد من طرف الأخصائي النفسي وتدريب وتكوين مستمر حول طبيعة

اضطراباتهم وأعراضها وكيفية التعامل معها، وقد أظهر النتائج أن الممارسين وجد صعوبة في التعامل مع هؤلاء الأطفال بسبب قصور التكوين، فالتكوين الجامعي لم يقدم إلا معطيات سطحية حول مثل هذه الاضطرابات، كما أنهم اعترفوا بنقص اطلاعهم على البحوث والدراسات الحديثة حول الاضطرابات النفسية والعقلية حتي يتسني لهم وضع تشخيص دقيق تم تحديد برنامج علاجي وتدريبي مناسب.

أما المشكلات التي وجد المبحوثين سهولة نوعا ما في التعامل معها هي المشكلات المدرسية حيث تمكنوا من تطبيق بعض التقنيات الحديثة المجربة والتي أعطت نتائج إيجابية، حيث تحصلوا على نتائج ملموسة في مدة قصيرة، بالإضافة إلى الحالات المتعاونة حيث أن أكدوا أن الحالات التي تتبع النصائح وتأخذ بإرشاداته الأخصائي النفسي تسهل مهامه وتساعده على الوصول إلى التحسن المطلوب.

- **المحور الثالث: صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب المهني:** حيث قمنا بتجميع نتائج هذا المحور في الفئات التالية:

1- الفئة الأول: التكوين

2- الفئة الثانية: المهام.

3- الفئة الثالثة: الامكانيات.

أ- التحليل الكمي للمحور الثالث:

1- الفئة الأولي: التكوين

- **التكوين الجامعي:**

الجدول رقم (47) يوضح صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالتكوين الجامعي

التكوين الجامعي	التكرار	النسبة المئوية
غير فعال	32	% 80
فعال	08	% 20
المجموع	40	% 100

من خلال النتائج نلاحظ أن نسبة كبيرة قدرت ب 80 % من الأخصائيين العياديين أقروا بعدم فعالية التكوين الذي تحصلت عليه في الجامعة، حيث أكد هؤلاء سبب عدم فعالية التكوين الجامعي إلى العناصر المحددة في الجدول التالي:

الجدول رقم (48) يوضح أسباب عدم فعالية التكوين الجامعي

التكوين	التكرار	النسبة المئوية
غير مفيد	02	% 5
غير كافي	10	% 25
يغلب عليه الطابع النظري	15	% 37,5
باللغة العربية	05	% 12,5
غير مرتبط بالواقع	08	% 20
المجموع	40	% 100

نلاحظ من خلال النتائج أن أكبر نسبة من الأخصائيين العياديين والتي قدرت ب 37,5 % أرجعت سبب فعالية التكوين الجامعي إلى كونه يغلب عليه الطابع النظري، تم تأتي في المرتبة الثانية نسبة 25 % أقرت على أن التكوين الجامعي غير كافي، تم نسبة 20 % أرجعت سبب عدم فعالية التكوين الجامعي إلى كونه غير مرتبط بالواقع، تم تليها نسبة 12,5 % أرجعت السبب إلى كونه بالغة العربية، في المرتبة الأخيرة تأتي نسبة 5 % التي أكدت على أن التكوين الجامعي غير مفيد.

- **التكوين الخارجي:**

الجدول رقم (49) يوضح مدى وجود التكوين الخارجي لدي أفراد العينة

التكوين الخارجي	التكرار	النسبة المئوية
وجود تكوين	05	% 12,5
عدم وجود تكوين	35	% 87,5
المجموع	40	%100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الأخصائيين الممارسين نسبة 87,5 % لم يقوموا بأي تكوين خارج الجامعة، رغم أنهم اعترفوا بعدم فعالية التكوين الجامعي.

2- الفئة الثانية: الصعوبات التي تتعلق بالمهام:

ث- أهم التقنيات المطبقة من طرف الأخصائيين النفسيين:

الجدول رقم (50) يوضح التقنيات التي يستخدمها أفراد العينة

الفنيات المستخدمة	التكرار	النسبة المئوية

المقابلة العيادية	03	%7,5
المقابلة العيادية والاختبارات والاسترخاء	05	% 12,5
المقابلة والاختبارات الإسقاطية	03	% 7,5
المقابلة واختبارات الرسم	18	% 45
المقابلة والاختبارات والعلاج المعرفي السلوكي	05	% 12,5
المقابلة والاختبارات الشخصية	06	% 15
المجموع	40	% 100

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أن الأخصائيون العياديون يستخدمون في أغلب الأحيان المقابلة العيادية واختبارات الرسم التي تمثلت في (رسم العائلة، الرسم الحر، رسم الرجل، رسم الشجرة)، ثم تأتي في المرتبة الثانية نسبة 15 % الأخصائيين النفسيين الذين يستخدمون المقابلة العيادية والاختبارات والتكفل النفسي بذوي الاحتياجات الخاصة، وفي المرتبة الثالثة نجد نسبة الأخصائيين الذين يستخدمون المقابلة والاختبارات والعلاج المعرفي السلوكي والمقابلة والاختبارات والاسترخاء والتي تحصلت على نفس النسبة قدرت ب12,5 %، وفي المرتبة الأخيرة نجد الأخصائيون العياديون الذين يستخدمون المقابلة العيادية فقط و تقنية المقابلة والاختبارات الإسقاطية بنفس النسبة 7,5%.

3- مهام الأخصائي النفسي العيادي حسب مكان العمل:

الجدول رقم (51) يوضح توزيع مهام أفراد العينة حسب مكان العمل

مكان العمل		مهام الأخصائي النفسي
العيادات الخاصة		- تحديد الاحتياجات النفسية الأطفال الديم يدخلون جدد للعيادة - يقوم الأخصائي النفسي بتدريب الأطفال المضطربين نفسيا وسلوكيا على أنشطة الحياة اليومية (الأكل، الشرب، عادات النظافة... - مقابلة الأولياء
	مصلحة جراحية	- يقوم الأخصائي النفسي بإعداد المرضي للعمليات الجراحية

المستشفى	مصلحة الأمراض المزمنة	- يهيئ الأخصائي النفسي المرضى لتقبل المرض ومرافقتهم وحثهم على الأمل ومواصلة العلاج
	مصلحة بتر الأعضاء	- يطلب من الأخصائي النفسي إقناع المرضى بضرورة التخلي عن عضو من أعضاء من أجل صحته العامة.
المراكز البيداغوجية التابعة للضمان الاجتماعي		- تدريب الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة على المهارات والأنشطة الضرورية للحياة. - مقابلة أولياء الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة
وحدات الكشف والمتابعة		- ملاحظة عامة للتلاميذ - تشخيص المشكلات النفسية التي يتعرض لها التلاميذ والتي يتم احالتها من المعلم أو الأخصائي الاجتماعي أو الإدارة المدرسية أو الوالدين. - التكفل النفسي بالتلاميذ المضطربين نفسيا - يشارك في توجيه التلاميذ فيما يخص (التخصص، طرق الحفظ والجيد، المشكلات النفسية المرتبطة بالمرحلة السنوية، صعوبات التعلم) - اكتشاف التلاميذ ذوي صعوبات التعلم والمشكلات الدراسية - يقوم الأخصائي النفسي بتحويل الحالات النفسية إلى المراكز المتخصصة التي تتكفل بها أكثر من المدرسة

- **صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالمهام التي يقوم بها:**

الجدول رقم (52) يوضح صعوبات أفراد العينة التي تتعلق بالمهام

المهام	التكرار	النسبة المئوية
التشخيص	**10**	**% 25**
الملاحظة العيادية	**05**	**% 12,5**
المقابلة العيادية	**10**	**% 25**
تطبيق الاختبارات النفسية	**05**	**% 12,5**

التكفل النفسي والمرافقة النفسية	**03**	**%7,5**
العلاج	**07**	**% 17,5**
المجموع	**40**	**% 100**

يوضح الجدول أن أكثر المهام التي يقوم بها الأخصائي النفسي صعوبة هي التشخيص والمقابلة العيادية اللذان تحصلا على أكبر نسبة والتي قدرت ب 25 %، تم تليها صعوبة في العلاج بنسبة 17,5 %، أما في المرتبة الثالثة نجد الملاحظة العيادية وتطبيق الاختبارات النفسية، أما في المرتبة الأخيرة جاءت صعوبة في التكفل النفسي.

4- الفئة الثالثة: الامكانيات:

الجدول رقم (53) يوضح صعوبات أفراد العينة التي تتعلق بالإمكانيات

الصعوبات	التكرار	النسبة المئوية
قلة المكاتب والأماكن المخصصة لدراسة الحالات	11	% 27,5
نقص المقاييس والأدوات الخاصة لتقييم وتشخيص الحالات	13	% 32,5
سوء التجهيزات المكتبية من (الإضاءة، التهوية، الأثاث، السجلات، الأجهزة)	08	% 20
ضعف الراتب المخصص للأخصائي النفسي	05	% 12,5
نقص الحوافز الخاصة بالأخصائيين	03	% 7,5
المجموع	40	% 100

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أن أكبر نسبة 32,5 % من الأخصائيين الممارسين أكدت على أن أهم الصعوبات التي تتعلق بالإمكانيات تخص نقص المقاييس والأدوات الخاصة بتقييم وتشخيص الحالات، تم تليها نسبة 27,5 % أكدت على مدى معانتها من قلة المكاتب المخصصة لدراسة الحالة، أما نسبة 20 % أقرت بأنها تعاني من سوء التجهيزات المكتبية، تم تليها نسبة 12,5 % أكدت على ضعف الراتب المخصص للأخصائي العيادي، وأخر نسبة قدرت ب 7,5 % أقرت بنقص الحوافز الخاصة بالأخصائيين.

ب- التحليل الكيفي للمحور الثالث:

1- الصعوبات التي تتعلق بالتكوين:

نلاحظ من خلال النتائج أن معظم المبحوثين أكدوا أن التكوين الجامعي غير فعال، وأن معظم صعوباتهم المهنية ترجع إلى نقص التكوين، فقد أشار "وينفريد" Winfrid " أن مشكلة التكوين تعتبر من أكثر المشكلات حدة في علم النفس العيادي، لذا من لابد توفير تكوين صلب في الجانب النظري والتطبيقي حتي تتوفر الكفاءة التي هي شرط من شروط الممارسة النفسية. حيث أكد هؤلاء سبب عدم فعالية التكوين الجامعي إلى أنه يغلب عليه الطابع النظري، فالمقررات في علم النفس تقدم أغلبها بصورة نظرية، حيث يركز فيها على التعمق في النظريات السيكولوجية، مقابل نقص شديد في التربصات الميدانية التي تجعل الطالب يحتك بالميدان، وذلك بسبب عدم التنسيق بين الجامعة والمؤسسات الميدانية أحيانا، غياب الاتفاقات تحدد مسؤولية كل طرف مما يجعل بعض الطلبة لا يستقبلون جيدا في هذه المؤسسات، إضافة إلى نقص التأطير العلمي في بعض هذه المؤسسات، وغياب الاشراف الفعال للطلبة داخل تلك المؤسسات وهذا ما أدي إلى عجز الطالب في علم النفس من اكتساب المهارات الميدانية الضرورية للممارسة العيادية، فقد أشار "بوفلجة غياث" إلى أن مناهج الدراسة في علم النفس يغلب عليها الجانب التاريخي النظري، إذ نري أن الجامعات الجزائرية ركزت على هذا الجانب وأهملت الجوانب المنهجية والتطبيقية.

كما أرجعت استجابات الباحثين سبب عدم فعالية التكوين إلى كونه غير كافي للقيام الأخصائي النفسي بدوره في الميدان، وذلك بتصريحهم بعدم كفاية محتوي البرامج في علم النفس العيادي لسد الحاجات التدريبية الضرورية للممارسة العيادية والتي أدت إلى صعوبة قيام الأخصائي النفسي بمهامه الأساسية المتمثلة في الفحص والتشخيص والعلاج والتي ترتكز كلها على كفاءة التكوين.

كما أكدت بعض استجابات أن عدم فعالية التكوين يرجع إلى كونه باللغة العربية، حيث واجه هؤلاء صعوبات كثيرة أثناء الممارسة العيادية ترجع إلى عدم تمكنهم من اللغات الأجنبية، مثل

وبسبب هذا القصور في التكوين الجامعي استدعي من بعض الأخصائيين الممارسين الاعتماد على أنفسهم في تحسين مستوي تكوينهم وذلك بمحاولة الاحتكاك بذوي الخبرة من أهل التخصص، ومن خلال الالتحاق ببعض الدورات التدريبية، ولكن معظمهم اشتكوا بعدم وجود تكوينات خارجية فعالة بل معظمهم دورات بسيطة قصيرة لا تقدم معطيات ميدانية متعمقة في الممارسة العيادية وفعالية المقابلة العيادية، بالإضافة إلى نقص حضورهم في الملتقيات والمؤتمرات التي تقدم معلومات قيمة في التخصص، وعدم عقد لقاءات دورية تساعد على تبادل الخبرات فيما بينهم.

2-الصعوبات التي تتعلق بالمهام :

اتضح من خلال النتائج أن أغلب المبحوثين يستخدمون المقابلة العيادية واختبارات الرسم، وذلك بسبب نقص توفر الاختبارات النفسية لديهم في الميدان، بالإضافة إلى نقص تكوينهم على تطبيق الاختبارات النفسية وتحليلها، فقد أظهروا المبحوثين أنهم يملكون معرفة نظرية للكثير من التقنيات كالمقابلة والاختبارات الإسقاطية وتقنيات العلاج النفسي، إلا أنهم لا يملكون المهارات الازمة لتطبيقها، تم نجد نسبة من الأخصائيين الذين يستخدمون المقابلة واختبارات الشخصية، أما بالنسبة للاختبارات الإسقاطية فهناك نسبة قليلة تستخدمها، لأنها تقنيات متعمقة تستند إلى خلفية نظرية عريضة في التحليل النفسي وتتطلب مهارة كبيرة تقوم على خبرة إكلينيكية واسعة، أما بالنسبة للتقنيات العلاجية أكد معظمهم استخدام العلاج المعرفي السلوكي،

كما ظهر من خلال النتائج أن الأخصائيين العياديين يعملون في أماكن متعددة في المؤسسات الصحية، التي تشمل المستشفيات والعيادات الخاصة والعيادات المتعددة الخدمات والمراكز البيداغوجية، بالإضافة إلى وحدات الكشف والمتابعة التابعة بمدارس، وتختلف أدوارهم باختلاف المؤسسة التي يعمل بها، وباختلاف الحالات التي يتعاملون معها، حيث تتعدد مهام المختص النفسي وتتفرع، حيث نجده يقوم بتقديم الرعاية الصحية في المستشفيات والمراكز الطبية، أما في المدارس تخص مهامه بتقدير قدرات التلاميذ والتكفل بمشكلاتهم السلوكية والمدرسية، ولكون الأخصائي لم يتلق التكوين الضروري لأداء جميع هذه الأدوار فأنه وجد صعوبة في القيام بدوره على أحسن وجه، حيث نجده عاجزا عن تحديد دوره بالضبط داخل المؤسسة، فقد صرح أغلبهم بأنهم يعاني من عدة صعوبات تتعلق بمهامه التي يؤديها ومن أهمها صعوبة التشخيص والمقابلة العيادية، وذلك يرجع لعدة أسباب أولها قصور التكوين، حيث يركز المنهاج الحالي في علم النفس العيادي في تدريسه للأدوات التشخيصية على قواعد عامة غير مرتبطة بالواقع الراهن، فالمقابلة العيادية مثلا تختلف في قواعدها حسب المجالات، ففي المجال الصحي تخضع لقواعد غير تلك التي تخضع لها في المجال التربوي أو القضائي، والاختبارات النفسية يختلف تطبيقها حسب المجال حيث تخضع لخصائص وطبيعة المجال التي تطبق فيه، لهذا فالوصول إلى تشخيص دقيق يفترض على المختص العيادي تلقي معارف ترتبط بالمجال الذي يجد نفسه فيه، وهذا ما يفتقر إليه المنهاج التكويني الحالي في علم النفس العيادي.

تم تأتي صعوبة في تطبيق الاختبارات حيث لاحظنا أنه يعاني من نقص الوسائل والأدوات التي تساعده على قياس المشكلات النفسية الحديثة التي تواكبه يوميا، فغالبا ما تتوفر لديه وسائل قديمة تدور الشكوك حول قيمتها العلمية ولا تفيده في حل المشكلات المعاصرة، أما بالنسبة للأخصائيين الذين يعملون في المستشفيات فقد صرحوا أنهم بالرغم من أنهم يمتلكون الاختبارات والوسائل التي تساعدهم في الفحص والقياس النفسي إلا أنهم لا يعرفون تطبيقها ولا تحليل بياناتها، ذلك يرجع لنقص التكوين فالطالب أثناء التكوين لم يتعرف على أدوات التقدير إلا بطريقة سطحية لا تمكنه من الاعتماد عليها عندما ينتقل إلى الممارسة في الميدان، ولم يجدوا تكوينا خارجي على كيفية تطبيق وتحليل تلك الاختبارات.

أما في يخص صعوبة العلاج فقد أكد معظم المبحوثين أنهم يفضلوا تطبيق التقنيات المعرفية السلوكية وذلك لكونها تحتوي على الكثير من المهارات سهلة الاستخدام وتتناسب مع السرعة التي يميل إليها الأفراد في علاجهم لمشكلاتهم الحياتية بصورة عامة، ولكن تكمن صعوبة في تطبيق مثل تلك التقنيات أنها تهتم بالدرجة الأولي بالمجال المعرفي وتصحيح أفكار الفرد حتي يتنج عنها سلوكيات سلوكية، وليس من السهولة إعادة هيكلة معارف الإنسان، بعد ما تم برمجته سلبيا لسنوات عديدة، خصوصا لما يتعلق الأمر بمعتقداته، أما العلاج التحليلي فقد عرف اهتمام ضئيلا وقلة استخدامه وذلك لأنه يتطلب وقتا طويلا جهد كثير، وخبرة في معرفة الأسباب العميقة التي تختفي وراء الأعراض الظاهرة، في مجتمع يميل إلى الحلول السهلة السحرية والسريعة، كما أن المجتمع يتذمر من المفاهيم الجنسية المرتبطة بالحياة النفسية للأفراد، نتيجة الكبت والحشمة ومحاولة إخفاء هذه الظواهر الجنسية وعدم الاعتراف بها.

ج- الصعوبات التي تتعلق بالإمكانيات:

نستنتج من خلال النتائج أن الأخصائي النفسي يواجه صعوبات في الميدان تتعلق بمدى توفر الإمكانيات، حيث أكدت أفراد العينة من مدى معانتهم من نقص الوسائل والأدوات التي تساعدهم في التقييم والتشخيص، كما يعاني بعض المبحوثين من غياب الإطار المكاني المستقر، أو في حالة وجوده فهو لا يتماشى مع معايير السير الحسن لعملية الفحص، الأمر الذي يعتبر معرقلا بشكل متعب للممارسة العيادية ويعاش بمثابة ضغط مستمر للمختص النفسي.

2. نتائج استبيان صعوبات الممارسة العيادية:

بعد تطبيق استبيان صعوبات الممارسة النفسية على عينة الدراسة، وبعد حساب التكرارات والنسبة وجدنا أن الأخصائي النفسي في الجزائر يعاني من عدة صعوبات، سواء تتعلق بالجانب الشخصي، أو الجانب العلائقي أو الجانب المهني المؤسساتي.

1-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى: "يعاني الأخصائي النفسي العيادي من صعوبات تتعلق بالجانب الشخصي"

نلاحظ من الجدول رقم (54) أن صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق **بالسمات الشخصية** وخاصة مشكلة الذاتية التي جاءت أعلي نسبة حيث أكد 55% من أفراد العينة معاناتهم من ضعف القدرة على إبعاد المشاكل الخاصة أثناء الممارسة العيادية، فخصوصية الممارسة النفسية تجعلها لا تمارس بموضوعية كلية وتجرد كلي من ذاتية الفاحص، والمعرفة النفسية لا هي موضوعية ولا محايدة لأنها تمر باستمرار من خلال ذاتية الفاحص، ولأنها تتعامل مع أشد جوانب الوجود الإنساني حساسية أي حالة الإنسان الداخلية وخصائصها الذاتية، ونتائجها تكون لها تأثير حاسم على مصيره سواء على مستوي التشخيص أو التوجيه أو العلاج.(الحجازي، 1993)

وتأتي في المرتبة الثانية صعوبة الأخصائي النفسي التي تتعلق بمدي التحكم في **المهارات الإكلينيكية** حيث أكد (45%) من أفراد العينة مدي معاناتهم من عدم إتباع الطريقة العلمية أثناء ممارستهم العيادية ونقص الاطلاع على البحوث النفسية والدراسات العلمية في علم النفس العيادي، حيث أقرت هذه النسبة بعدم اهتمامهم بالبحث العلمي رغم أنه يعتبر من المهام الأساسية للأخصائي النفسي، وذلك لعدم وجود هيئة تشجع على البحث العلمي وتحفز للمقالات والنظريات الجديدة في علم النفس، وبسبب عدم توفر الوقت للمختص النفسي الذي يقضي وقته في التعامل مع الحالات وتدريبهم والتكفل بهم، كما هناك من الأخصائيين من يجهل تماما أنه من مهامه الأساسية بالإضافة إلى التشخيص والعلاج النفسي القيام بالبحث العلمي، حيث لم يقوموا بأي بحث علمي منذ أن تركوا الجامعة ونسوا منهجية البحث العلمي. حسب الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية/العدد 43 22 يوليو 2009 الفرع الأول تحديد المهام، المادة 19 يكلف الأخصائيين النفسانيين العياديين للصحة العمومية بـ:

6- انجاز تقنيات نفسية علاجية متخصصة.

7- القيام بالخبرة النفسية.

8- المشاركة في التقييم والبحث في مجالات اختصاصهم.

المادة 20 يكلف النفسانيين العياديين للصحة العمومية ب:

9- إدارة أشغال البحث والقيام بالتحقيقات في مجالات اختصاصهم.(الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 43/ ، 2009)

ولقد أكد العديد من العلماء ضرورة إتباع الطريقة العلمية في الممارسة العيادية، حيث أشار "**فاريس Pharess**" حيث قال: أنه ليس من المهم تحقيق النتائج الإيجابية مع المرضى بأية طريقة كانت وإنما لابد من إتباع الطريقة العلمية في الممارسة العيادية. ويقول "**شابيروو**"**chappiro**في هذا الصدد أن العلم الإكلينيكي كعلم تطبيقي يجب أن يعمل من خلال الطريقة العلمية، وإن مثل هذا العمل يتضمن الوصف الدقيق للمشكلات التي يتعامل معها وصياغة الفرضيات التفسيرية البديلة التي تعتمد أو تتدعم بالمعرفة في ميدان علم النفس العام، واختبار هذه الفرضيات بالاختبارات المناسبة والتجارب والملاحظات العيادية الدقيقة، وهذا ما يؤكد على ضرورية الطريقة العلمية و الاطلاع على البحوث والدراسات النفسية وخاصة الحديثة في جميع مظاهر عمل الممارس النفسي، حتى بالنسبة للتفاعلات التي تحدث بين لحظة وأخرى الخاصة بالمرضي، إذ ليس هناك فرق بين الممارسة العيادية والبحث الأكاديمي فكل منهما يهدف إلى زيادة الدقة حول الاختلالات السيكولوجية والتعامل معها تجريبيا وعلاجيا.(بلميهوب، 2013)حيث يشتكي غالبية الممارسون العياديون من وجود فجوة بين المعرفة النفسية (النظرية) وممارسة هذه المعرفة، فعلم النفس العيادي ينقسم إلى قسمين: يشمل القسم الأول البحث العلمي والتنظير، ويشمل القسم الثاني الممارسة والتطبيق، فيجد العيادي نفسه أمام هدفين مختلفين: يبرز الهدف الأول خلال الممارسة أي إطار المقابلة ويمثل أساسا في فهم المعاناة النفسية للآخر ومحاولة الولوج إلى مكونات حياته الداخلية، ويتوجب على العيادي لتحقيق هذا الهدف أن يستجيب لكل من الواقع النفسي الذاتي والواقع النفسي الغيري والواقع المادي الموضوعي، أما الهدف الثاني فيبرز خلال البحث العلمي الذي ينتج المعرفة والقوانين المسيرة والمنظمة لهذه المعرفة والمفسرة لمختلف البناءات النفسية، والتي تساعد العيادي في التفكير في الظاهرة النفسية وفي الاضطرابات النفسية المختلفة واستخراج أسبابها واقتراح طرق علاجها والوقاية منها، أما الممارسة العيادية فهي تفرض التعامل الفردي مع الإنسان (الحالة) الذي يحمل مشكلة أسيء حلها، وفهم مشكلته ومحاولة علاجها والتكفل بها. حيث أشار (**Rousilon**) إلى أهمية استيعاب الفجوة بين النظرية والتطبيق في علم

النفس العيادي، ودافع عن فكرة العلاقة الانتقالية بين القطبين، حيث يري أن نمط التقييم في العلوم النفسية العيادية ينتقل بتحويله إلى ممارسة.(جعدوني، 2018)

بالإضافة إلى نسبة **35 %**أقرت بصعوبة إقناع المفحوص بما يناسب حالته النفسية، حيث أكد المختص النفسي بصعوبته في إقناع المريض على إتباع نصائح وإجراءات تساعده لتحسين حالته، فهناك المرضى بمرض المزمن الذين يرفضون إتباع العلاج لعدم تقبلهم للمرض، كما هناك من يحمل معايير اجتماعية خاطئة ولا يعترف بدور الأخصائي النفسي ولا يأخذ بنصائحه، حيث تؤكد دراسة **فطيمة دبراسو** 2010 حول مصادر الضغط النفسي وأثره على مهنة الأخصائي النفسي أن من بين الصعوبات التي تواجه الأخصائيين النفسانيين في الممارسة العيادية في الجزائر، صعوبة في التعامل مع الحالات وعدم تفهم العميل لتوجيهات المختص النفسي وإخفاء معلومات مهمة عليه لعدم ثقته به.(حومة، 2015)

أما فيما يخص توظيف مبادئ علم النفس في الحياة اليومية احتل نسبة 60 %، فبما أن علم النفس نشأ في العالم الغربي يصعب تطبيقه على المجتمع الجزائري، فمثلا يدرس الطالب المدرسة التحليلية وخاصة نظريات **سجموند فرويد** كنظرية النمو النفسي الجنسي ونظرية الليبدو وتأكيده على أن الإنسان مجبر وليس مخير، كيف ينقلها إلى المحيط الخارجي، وكيف يعتمد عليها في حياته اليومية. فمزال علم النفس في الجزائر يواجه تحدي عدم انفتاح منهجيات وموضوعات العلوم النفسية على الواقع الاجتماعي المعاش، وتمركزه في دائرة الجامعات والمصحات والعيادات النفسية جعله يفتقد إلى المشاركة الفعالة في خدمة المجتمع وتنميته ومواجهة التحديات التي تحدث في حياة الفرد الجزائري اليومية.(سمايلي، 2014)

أما في ما يخص مدى تحكم الأخصائي النفسي في الثقة بالنفس فقد استجابت نسبة 35**%** بمحايد و5**%** فقط ب لا أوافق وهذا يدل أن هناك تردد في ما يخص التمتع بالثقة بالنفس، وعدم الاعتراف وفضل معظم أفراد العينة الرضوخ والاستسلام للوضعيات المهنية التي اعتادوا عليها بحيث لا يرون في أنفسهم القدرة على التغيير، كما لاحظنا أنهم يتمتعون بطموحات وتوقعات محدودة بسيطة تعكس حالتهم النفسية التي تميزت بالشعور بالعجز وغياب الرغبة في التجديد وتقبل الوضعية المهنية كما هي.

عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

- **يعاني الأخصائي النفسي من صعوبات تتعلق بالجانب العلائقي**

نلاحظ من خلال الجدول رقم (55) أن الأخصائي النفساني يعاني من صعوبات علائقية، حيث احتلت صعوبته في التعامل مع أسرة العميل أكبر النسب، ونلاحظ ذلك في نسب المرتفعة في أغلب البنود

حيث أكدت نسبة 70%عدم تعاون أسرة العميل معهم أثناء الممارسة، ونسبة 45%عدم احترام أسرة المفحوص النصائح المقدمة، بالإضافة إلى نسبة 50 %أقرت أن أسرة العميل تنتظر حلول سحرية من الأخصائي النفسي، حيث يكمل دور الأخصائي النفسي مع أسرة العميل خاصة في حالة إذا كان العميل طفل، من خلال توفير المساندة الاجتماعية المناسبة للمريض من أفراد العائلة، وإشراكهم في التكفل الفعال بالمريض من خلال الأدوية والحمية الغذائية والالتزام العلاجي، وكذا التكفل النفسي بأفراد العائلة الذين يقع عليهم الضغط وقد يصابون بحالة من الاكتئاب. كما ترجع معاناة الأخصائي النفسي أثناء علاقته مع أسرة المفحوص إلى اختلاف ثقافة المفحوص (اعتقادات، القيم والمعتقدات الدينية والروحية...) فمزال لحد الآن أشخاص يؤمنون بتأثير الشعوذة والسحر، فقد تؤثر اختلاف ثقافة الفاحص عن ثقافة المفحوص على طبيعة تواصله مع المفحوص وأسرته، وتركيز المختص على مرجعيات ونظريات الذي درسها في علم النفس قد لا يسهل عليه فهم مخاوف المريض وانشغالاته وتجاربه واحتياجاته. ويمكن لمشكلة الفهم والتواصل أن تضر بمصداقية التشخيص وتوليد صراعات ويشجع على عدم الالتزام بالفحص والعلاج. حيث تؤكد دراسة "**على تعوينات**" حول دور الممارسات السيكولوجية في ترقية الصحة النفسية في الجزائر 2018 أن أفراد المجتمع الجزائري بالرغم من أنهم يرغبون بالاستشارة النفسية ويحتاجون إليها إلا أن الخوف من المجتمع والتطلع للظهور بصورة الكمال، يجعلهم يعرضون عن طلبها بمحاولتهم التستر وإخفاء العجز والضعف عن هذا المجتمع الذي ينظر لمن يطلب المساعدة النفسية أو للمتردد للعيادات النفسية، على أنه مجنون الذي يعد بدوره عيبا يجب إخفاؤه بربطه أو حبسه أو التخلي عنه، حيث يعرضون على طلب الاستشارة النفسية إلا في الحالات الحرجة، والحالات العادية فيلجؤون إلى العلاج التقليدي كالتداوي بالأعشاب وطرق السحر والشعوذة لحل مشاكلهم النفسية والاجتماعية إن لم نقل حتى في أقصى الحالات المرضية وأشدها أحيانا.(تعوينات، 2018)

كما نلاحظ من استجابات أفراد العينة أن الأخصائي النفسي تعترضه صعوبات في علاقته مع فريق العمل، حيث أكدت نسبة 65 % على معاناتها من صعوبة تحديد مهامه ودوره الخاص داخل فريق العمل، بالإضافة نسبة 35 % أقرت بمعاناتها من تدخل فريق العمل في صميم عمل الأخصائي النفسي، وبعد 21 "عدم تقديم يد المساعدة للأخصائي النفسي" احتل نسبة 45 %، بالإضافة إلى بعد عدم إحساس الأخصائي بفاعليته وسط الفريق العيادي نسبة 45 %، حيث اشتكى أفراد العينة من صعوبة التعامل مع أفراد الفريق وخاصة الأطباء منهم الذين يحتقرون دور الأخصائي النفسي في التشخيص والعلاج النفسي،

وبسبب عدم تحكم الأخصائيين النفسانيين في استعمال اللغة الفرنسية التي تعتبر اللغة الأساسية في المؤسسات الصحية وعدم التعرف على المصطلحات الطبية ونقص خبرتهم في كتابة التقارير الطبية، ونقص ثقافتهم حول الأمراض الجسدية كل هذا يعرقل تعاملهم مع الفريق الطبي. حيث أشار "**ولدلمان**" 1974 في دراسة أجراها على الاكلينيكيين الذين يشغلون مراكز قيادية في الولايات المتحدة الأمريكية أنهم يعتقدون أن سيطرة الأطباء في مجال العمل تشكل أكبر عائق لتقدمهم.

كما اتفقت هذه النتائج مع دراسة **غربي العربي وسليمة سايحي** (2012) التي أكدت مدي معاناة الأخصائي النفسي من النظرة السلبية للعاملين معه بحيث بلغت 55 % فمهنة الأخصائي العيادي مازالت تعاني من النظرة السلبية من زملاء المهنة سواء الإداريين والفريق الطبي. بالإضافة إلى دراسة "بوفلجة غياث" بجامعة وهران حول (واقع المساعدة النفسية في الجزائر) التي توصلت إلى أن أهم الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي هي صراعه لإثبات ذاته حتى مع الأطباء، وعدم الاعتراف بدور الأخصائي النفسي.

أما بالنسبة للصعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالعلاقات الإدارية، فقد أكدت نسبة 50 % بعدم وجود من يسمع شكواه داخل المؤسسة التي أعمل بها، بالإضافة إلى بعد "تكليف الأخصائي النفسي بأعمال إدارية ليس لها علاقة بالمهنة" الذي احتل نسبة 35 %، وهذا قد أدى إلى إرهاق الأخصائي وضياع الوقت. فلا تتاح للأخصائي النفسي فرصة للتجديد والابتكار داخل المؤسسة التي يعمل بها وذلك لأن أغلب مهامه تتعلق بتنفيذ القرارات الصادرة عن المراسم التنفيذية، حيث يفرض عليه قانون خاص ينظم عمله ويحدد مهامه، وهذا لا يشجعه على تجريب أفكار ووسائل جديدة في ممارسته، حيث يجد نفسه عاجزا أمام أي فكرة يريد تطبيقها، وهذا ما يعيق الأخصائي أثناء التعامل مع المشكلات الجديدة الطارئة في المؤسسات التي يعمل بها خاصة المؤسسات الاستشفائية، حيث أكدت دراسة منصوري (2012) حول واقع الممارسة النفسية في الجزائر أنه من الصعوبات التي يعيشها المختص العيادي هو عدم الاعتراف بضرورة وجوده في المؤسسات الاستشفائية بدليل غياب هياكل مخصصة لعمله وضعف التعاون معه من الفريق الطبي. كما يعاني الأخصائي من صعوبات تتعلق في علاقته مع العميل، فقد أقرت نسبة 50 %على عدم تقدير العميل لجهد الأخصائي، و40 % أكدت صعوبة التعامل مع الحالات، وخاصة في تعامله مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يتطلبون معاملة خاصة، كما يتعامل الأخصائي النفسي في مستشفى مع

حالات مرضية حرجة كالأمراض المزمنة في مراحلها الخطيرة فيجد أخصائي صعوبة في تقييم حالتهم النفسية والتكفل بهؤلاء ومساعدتهم على تقبل المرض ومواصلة حياتهم بشكل طبيعي.

1-2- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

- **يعاني الأخصائي النفسي من صعوبات تتعلق بالجانب المهني**

من خلال الجدول أعلاه رقم (56) نلاحظ أن صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالتكوين احتلت المرتبة الأولى، حيث أقرت نسبة 50 % أن التكوين الجامعي في تخصص علم النفس العيادي غير كافي للممارسة النفسية، ونسبة 40 %واجهتها صعوبات أثناء التربص الميداني، بالإضافة إلى نسبة 35 % أقروا بمعاناتهم من نقص التكوينات التدريبية في علم النفس العيادي وغلاء أسعارها، نستنتج من استجابات أفراد العينة وجود العديد من نواحي القصور والنقص في تكوين الأخصائي النفسي وعدم كفايته لسد الحاجيات الضرورية للممارسة النفسية، والتركيز على النظري وقصور في المستوي التطبيقي وخاصة في مجال العلاجات النفسية والتشخيص وضعف التركيز على الاختبارات النفسية، وهذا يؤدي إلى التقليل من مستوي الأداء عند الفحص أو التشخيص أو العلاج، كما لاحظنا واقع التربصات الميدانية تعد أهم المعوقات التي تعيق الطالب في علم النفس، من حيث قلتها وعدم الإشراف عليها، وعدم وجود اتفاقية بين الجامعة وأماكن التربص. فالتكوين له أهمية كبيرة وهو ركيزة أساسية لنجاح الممارسة النفسية بكل جوانبها، فإذا كان تكوين الأخصائي النفسي نظريا وتطبيقيا في الوجه المطلوب فذلك ينعكس على بقية العوامل الأخرى فتسهل مهامه داخل المؤسسة التي يعمل بها، كما ينعكس على علاقته مع المفحوصين حيث تزيد ثقتهم بدوره. حيث اتفقت دراستنا هذه مع دراسة **لوشاحي فريدة** (2015) التي أكدت أن التكوين في الجزائر أكاديمي محظ وليس مهني مع قلة التربصات الميدانية أثناء المسار الدراسي، والتكوين النظري للسيكولوجي جد ثري لكنه في الواقع بحاجة إلى التجديد في محتويات المقاييس حتى تتماشي مع المتغيرات.

بالإضافة إلى دراسة "**الصغير**" التي أكدت أن أهم الصعوبات التي تواجه الطلبة في علم النفس العيادي هو ضعف التكوين الأكاديمي وخاصة في الاختبارات وطرق العلاج، ووجود هوة بين التكوين النظري والميداني، ونقص الممارسة وقصر فترة التدريب أثناء سنوات التدرج، ونقص في عدد المؤطرين. ودراسة (بن أحمد وسماحي بوحجرة. 2012) حول تخصص علم النفس العيادي التي أكدت على ضرورة التدريب الميداني في مؤسسات العمل وتحت إشراف مختصين.

بالإضافة إلى صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالظروف الفيزيقية، التي احتلت المرتبة الثانية بعد التكوين فقد أقرت نسبة 40 % نقص المقاييس والأدوات الخاصة لتشخيص وتقييم الحالات، ونسبة 35 % أكدت عدم توفر الإمكانيات اللازمة للقيام بالممارسة العيادية، حيث بين الأخصائيين النفسانيين أنهم لا يملكون مكتب خاص لإجراء الفحص النفسي والمقابلات العيادية وتطبيق العلاجات النفسية، مما يؤثر سلبا على الممارسة السيكولوجية وعلاقة الأخصائي بالعميل، وقد اتفقت هذه النتائج مع دراسة كركوش (2014) التي ترى أن المختصين النفسيين يعانون من غياب الإطار المكاني المستقر، أو في حالة وجوده فهو لا يتماشى ومعايير السير الحسن لعملية الفحص النفسي، الأمر الذي يعتبر معرقلا بشكل متعب للممارسة ويعاش بمثابة ضغط مستمر. بالإضافة إلى نقص المقاييس والأدوات الخاصة بتشخيص وتقييم الحالات، وعدم وجود الاختبارات النفسية بالشكل الكافي التي يعتمد عليها الأخصائي النفسي في عملية التشخيص والممارسة السيكولوجية، حيث لاحظنا أنهم يضطرون إلى الاعتماد على المقابلات والاختبارات المتوفرة كاختبار رسم الرجل ورسم الشجرة والتي تعتبر غير كافية خاصة عند التعامل مع الكثير من الحالات. وهذا ما اتفق مع نتائج دراسة **تاروليت (2010)** التي خلصت إلى مجموعة من المعوقات التي تعترض عمل السيكولوجي في الميدان ومن بينها معوقات خاصة بالوظيفة ومحيط العمل، حيث أكد في دراسته على ضعف الإمكانيات المتوفرة للأخصائيين النفسانيين من اختبارات نفسية، ومكتب يزاولون فيه أعمالهم، لهذا قد ينزل الأخصائي النفسي للميدان وهو لا يتقن سلاحه الأساسي فيضطر لتطبيق أدوات بديلة الروائز، وليس من الأكيد الجزم بفعالية هذه الممارسة، ورغم توفر بعض الاختبارات النفسية المتعلقة بقياس ذكاء والاختبارات الإسقاطية في المستشفيات مقارنة مع المراكز والعيادات النفسية، إلا أن المختصين النفسيين صرحوا بعدم معرفتهم بكيفية تطبيق وتفسير وتحليل تلك الاختبارات وذلك بسبب نقص التدريبات التكوينية التي تتعلق بتطبيق الاختبارات وتحليلها.

أما الصعوبات التي تتعلق بمهام الأخصائي النفسي العيادي تعتبر جد مهم لأنها تتعلق بالممارسة المهنية اليومية لعمل الأخصائي النفسي، فهي تتعلق بالتباين الكبير بين ما هو مطلوب من الأخصائي النفسي في مهنته الرسمية وما يواجهه فعلا في الواقع من ظروف صعبة تؤثر على تأديته لمهامه. فإن نقص القدرة على التشخيص الدقيق احتل نسبة 30 %، وتتفق نتائج دراستنا مع دراسة رضوان زقار (2015) حيث ارجع سبب معوقات الممارسة النفسية لقلة وعي الأخصائيين النفسيين بمهامهم في التشخيص، بحيث كلما وعي العيادي بها وحاول التحكم في شروط الفحص قلت صعوباته. أما فيما يخص

مهارة تطبيق الاختبارات وتحليلها وتفسيرها فقد أقرت 30 % بعدم تحكمهم في تطبيق الاختبارات وتفسيرها، فقد أكدت دراسة دبراسو (2010) أن نسبة 77,7 % من الأخصائيين النفسيين أكدوا معاناتهم من صعوبات تطبيق الاختبارات والتي تعتبر كأداء أساسية يستخدمها الأخصائي النفسي لمساعدته في تشخيص الحالة. بالإضافة إلى مشكلة عدم تكييف الاختبارات النفسية مع المجتمع الجزائري التي تخلق معيقات كثيرة للأخصائي النفسي، فالاختبارات معظمها لا تتطابق مع المعايير والقيم والمبادئ الاجتماعية للمجتمع الجزائري، وهذا ما أكد عليه الكثير من الدراسات كدراسة (كركوش، 2014) التي أكدت أن المختصين العياديين يملكون معرفة نظرية بخصوص الاختبارات النفسية والاختبارات الشخصية وكذا اختبارات الذكاء ولكن المشكل المطروح هو مدى تكيف هذه الاختبارات للبيئة والواقع الجزائري، وما جدوى تطبيق الاختبارات إذا لم تراعي فيها الخصوصية الثقافية الجزائرية والعربية. بالإضافة فيما يخص العلاج النفسي أقرت نسبة 25 % فقط بعدم القدرة على تحديد الأساليب العلاجية لكل اضطراب حسب الحالة.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرئيسية الثانية:

تنص هذه الفرضية على "**فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مساعدة الأخصائي النفسي على مواجهة صعوبات الممارسة النفسية**" حيث يركز هذا البرنامج على تطبيق مهارات معرفية سلوكية (مهارة توكيد الذات، التدريب على الحوار الداخلي الإيجابي، فنية الاسترخاء، مهارة إدارة الوقت، مهارة حل المشكلات، مهارة التواصل) ويستند على نظرية "**ماكنبوم**"، وسنقدم ملخصات الجلسات المقترحة لنوضح مدى تجاوب عينة الدراسة مع المهارات والفنيات المطبقة، أي نستخلص مدى تجاوب عينة الدراسة مع محتوى البرنامج، واستيعابها لكل ما تضمنه، حتى يمكننا الحكم على مدى فعالية هذا البرنامج في مساعدة الأخصائي النفسي على مواجهة صعوباته.

2-1 تقديم نموذج لملخص عام للجلسات البرنامج:

2-1-1/ **الجلسة الأولى: العنوان: تمهيد وتعارف:** حيث قامت الباحثة بعد الترحيب بأعضاء الجماعة، بتقديم نفسها للأخصائيين، والطلب من كل واحد التعريف بنفسه، والعمل على بناء علاقات حسنة، وخلق جو ملائم، ثم قامت بتعريف البرنامج (خلفيته النظرية، عدد جلساته، مدته، أهدافه، الفنيات المستخدمة)، وتوزيع أوراق تحتوي على كل المعلومات التي تتعلق بالبرنامج عليهم، وبعد الاتفاق مع أعضاء المجموعة، وتكوينهم صورة واضحة عن البرنامج، والاتفاق على بدأ العمل مع الاتفاق على الوقت الذي يناسبهم، ويمكن تلخيص أهم الخطوات التي تم الاتفاق عليها فيما يلي:

1. التعريف باستبيان الدراسة، والذي تضمن ثلاث محاور: المحور الأول: صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب الشخصي للأخصائي النفسي، والمحور الثاني: صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب العلائقي، والمحور الثالث: صعوبات الممارسة النفسية التي تتعلق بالجانب المهني. حيث يحاول هذا الاستبيان الكشف عن أهم الصعوبات التي يعاني منها الأخصائي النفسي سواء كانت شخصية أو علائقية أو مهنية.
2. شرح الأسس التي يقوم عليها البرنامج المقترح من قبل الباحثة، وأهدافه ومحتواه، والمدة التي يستغرقها، مع الاتفاق على أسلوب العمل، ومواعيد الجلسات ومكانه.
3. تم الاتفاق على الجلسة القادمة، وطلب من أعضاء المجموعة القيام بالواجب المنزلي والمتمثل في التفكير في المصطلحات التالية: ماذا تعني لك مصطلح الممارسة النفسية؟ ما هي أهم الأدوار التي تقوم بها يوميا؟، محاولة تلخيص أهم الصعوبات التي تواجهك أثناء أدائك لمهامك.

2-1-2/ الجلسة الثانية: العنوان: القياس القبلي لمتغيرات الدراسة:

1-تطبيق استبيان الدراسة، للحصول على درجات القياس القبلي لمتغير الدراسة (صعوبات الممارسة النفسية).

2- التعريف بمفاهيم الدراسة (الممارسة النفسية، والمفاهيم النظرية التي استند إليها البرنامج (نموذج ماكينبوم للتدريب التحصيني ضد الضغوط، مهارات وسيليه للمواجهة، مهارات التهدئة للمواجهة...).

3- كشف أهم الصعوبات التي يعاني منها الأخصائيين النفسيين (الجانب الشخصي، العلائقي، المهني) قبل الشروع في تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي المقترح.

بعد التعرف على أعضاء المجموعة التجريبية وتقديم تعريف شامل للبرنامج (إطاره النظري، جلساته، أهدافه، الفنيات والمهارات التي ستطبق فيه، مدته...) بدأنا بأول خطوة في تطبيق البرنامج وهي تطبيق استبيان الدراسة المتمثل في استبيان صعوبات الممارسة النفسية، ثم قمنا بالمناقشة الجماعية حول أهم المفاهيم التي لابد من التعرف عليها قبل البدء في التطبيق الفعلي للبرنامج، قمنا باختيار أول مفهوم هو الممارسة النفسية حيث طرحت الباحثة على أفراد العينة التجريبية السؤال التالي: ماذا يعني لك مصطلح الممارسة النفسية؟ حيث تمت الإجابة على هذا السؤال حسب طبيعة المهام المكلف بها كل أخصائي نفسي في المكان الذي يعمل فيه، فالأخصائي النفسي المتواجد في المستشفى كانت الممارسة النفسية بالنسبة له مختصرة على التكفل بالمرضى الذين يعانون من أمراض جسدية مزمنة (سرطان، سكري...) ومساعدتهم

على تقبل المرض والالتزام بالعلاج وأخذ الأدوية. بينما الأخصائي النفسي الذي يعمل في المراكز البيداغوجية فالممارسة النفسية بالنسبة له مقتصرة على التكفل بالأطفال المضطربين نفسيا وعقليا وتدريبهم على أهم الأنشطة اليومية، ومقابلة الأولياء وشرح لهم حالة طفلهم وكيفية التعامل معه. ثم تم عرض نتائج الاستبيان وتبادل الآراء حول أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي أثناء ممارسته العيادية، حيث اتفق معظم أعضاء المجموعة أن أهم الصعوبات تواجه الأخصائي النفسي ترجع إلى نقص التكوين، ونقص الاختبارات والوسائل الضرورية للقيام بمهامه، عدم توفر المكان المناسب للفحص النفسي المتوفر على شروط تساعد على سير المقابلة العيادية بالشكل المطلوب، تكليف الأخصائي النفسي بأعمال إدارية ومسؤوليات ليست من اختصاصه، صعوبة في التعامل مع الأطفال المرضى بالمرض المزمن حيث يجهلون المرض ويرفضون الالتزام بالدواء، صعوبة إقناع الأولياء بتقبل مرض طفلهم، إجبار الأخصائي النفسي على إخبار المريض بطبيعة مرضه المزمن، تحمل الأخصائي النفسي مسؤولية التصرفات الغير لائقة من طرف الأطفال المضربين نفسيا وعقليا، انتظار حلول سحرية من الأخصائي النفسي وفي أسرع وقت، يعاني من تهميش من طرف المختصين الذين يعملون معه وتدخل منهم في أعماله الخاصة...

ثم قامت الباحثة بعرض محاضرة عن تعريف البرنامج (إطاره النظري، الفنيات المستخدمة، أهدافه، جلساته) وتوزيع ملحق يتضمن كل هذه المعلومات بالتفصيل الملحق رقم (01) يتضمن الإطار النظري الذي استند له البرنامج والمهارات والفنيات المستخدمة وأهداف البرنامج ومدته وجلساته.

واجب منزلي: الطلب من أعضاء الجماعة ذكر أهم الصعوبات الشخصية التي واجهتهم أثناء ممارستهم العيادية، وتحضير لأول مهارة ستطبق في البرنامج هي مهارة توكيد الذات، ماذا نقصد بمهارة توكيد الذات ومدى أهميتها بالنسبة للأخصائي النفسي.

2-1-3/ الجلسة الثالثة: التدريب على مهارة توكيد الذات:

1- نقوم بمناقشة الواجب المنزلي ونتعرف عن أهم الصعوبات التي واجهت أعضاء الجماعة والتي يرون أنها تؤثر على ممارستهم العيادية بشكل واضح.

2- التعريف بمهارة توكيد الذات: عن طريق المحاضرة والمناقشة الجماعية نقدم معلومات ملخصة وأساسية عن مهارة توكيد الذات.

3- التعريف بأسلوب المراقبة الذاتية: حيث طلبنا من عينة الدراسة التعريف بأنفسهم وتقييم أنفسهم.

4- التعريف بأساليب مهارة توكيد الذات: عن طريق المناقشة الجماعية نلخص أساليب مهارة توكيد الذات (التوكيدي، السلبي، العدواني).

فقد بدأنا في الجلسة الثالثة بعد الترحيب بأعضاء المجموعة التجريبية بعرض محاضرة حول مهارة توكيد الذات لإعطاء فكرة عامة لأفراد المجموعة حول هذه المهارة، تعريفها، أهم العناصر التي تستند إليها كالثقة بالنفس والتعبير عن المشاعر، وتعريف السلوك التوكيدي وأبعاده الأساسية ومدى أهمية اكتساب هذا السلوك، وختمنا المحاضرة بالحديث عن التدريب التوكيدي وأهم مهاراته. (المحاضرة رقم 01)

ثم بدأنا مباشرة بالمناقشة حول المعلومات التي قدمت في المحاضرة، وتطبيق أسلوب المراقبة الذاتية حيث طلبت الباحثة من كل شخص من أفراد العينة أولا أن يعرف نفسك بذكر أهم الصفات التي تميزه عن غيره، ويحاول تقييم نفسه في كل الجوانب (النفسي الشخصي، الاجتماعي، الثقافي، المهني...) ويتعرف على موقعه في هذه الجوانب ونقاط القوة والضعف، حتى يستطيع أن يطور من ذاته. قدمت الباحثة على أفراد المجموعة مقياس يساعدهم على تقييم ذواتهم وهو مقياس لطارق سويدان مقياس الحياة المتوازنة يحتوي على عدة بنود لجوانب الحياة المختلفة (ملحق رقم01) وكل فرد يحتفظ بنتائج هذا المقياس لنفسه، وإذا كان يفضل أن يصرح بها فهذا أفضل، وأكدنا على أن معرفة الذات تتطلب معرفة للأفكار، والسلوك (المهارات والأفعال)، والمشاعر ويجب مراقبهم للتعرف على الذات.

وبعد تقييم كل شخص نفسه، قامت الباحثة بعرض فكرة (تكرار التأكيدات) وهي فكرة أخذتها الباحثة من كتب للتنمية البشرية وخاصة كتاب معجزة الصباح للكاتب هال إلرود ترجمة محمود عاطف، ولقد ذكر تفصيل أكثر حول فكرة التأكيدات في المحاضرة رقم (02) حيث يجب الالتزام بتكرار تأكيدات معينة والتي يتم اختيارها حسب حاجة كل فرد من أفراد العينة في التغيير الذي يحتاجه في كل جانب، وتكرارها يوميا بصوت عالي فهذا يترك انطباعا جيدا إيجابيا للعقل الباطني، وهي فكرة أعجبت أفراد العينة وأصروا على تطبيقها.

ثم قمنا بالمناقشة حول أساليب مهارة توكيد الذات الثلاثة (التوكيدي، السلبي، العدواني) مع ذكر بعض المواقف التي مروا بها وتحديد الأسلوب المناسب لكل موقف. الملحق رقم (02)

واجب منزلي (01):

نطلب من أعضاء المجموعة تسجيل جميع أنشطتهم لمدة أسبوع مع تحديد جل الانفعالات المصاحبة لكل نشاط، وذلك بهدف تمكن كل فرد منهم معرفة أهم المواقف التي تثير الضغط بالنسبة إليه وتحديدها بدقة حتى يستطيع تجنبها. ملحق الواجب المنزلي رقم (01).

الواجب المنزلي (02):

الطلب من أعضاء الجماعة من أجل معرفة أسلوب مهارة توكيد الذات الذي يستخدموه، ذكر المواقف التي مروا بها ومع تحديد استجاباتهم لكل موقف وتحديد أسلوب التعامل الذي استخدموه. أنظر ملحق الواجب المنزلي رقم (02).

2-1-4/ الجلسة الرابعة: التدريب على الاسترخاء:

قامت الباحثة بمناقشة تعريف وفائدة الاسترخاء مع أعضاء المجموعة، وضرورة التدريب عليه ومحاولة تطبيقه يوميا للتخلص من التوتر والإجهاد، ولتحكم أفضل في الذات والانفعالات. لأن الأخصائي بحاجة إلى حالة هدوء بعد تجربة انفعالية عاشها مع عميله أو تجربة شخصية أو جهد جسمي شاق، ويجب أن يختار مكانا مريحا هادئا بعيدا عن الضوضاء، ويتصور حالات باعثة عن الهدوء، وأن يرخي العضلات ويتنفس بعمق. حيث استخدمت الباحثة تدريبات الاسترخاء العضلي المأخوذة من سلسلة عالم المعرفة، العلاج النفسي الحديث للمؤلف "عبد الستار ابراهيم"، وقد تم تسجيل هذه التدريبات بصوت الباحثة ليقوم أفراد المجموعة التجريبية بالاستماع إليها وتطبيقها وتنفيذ تعليماتها، حيث بدأت هذه التدريبات بالتدريب على استرخاء الذراع والكتفين تم بعد ذلك منطقة الرأس، لأن الكثير من العوامل المهدئة للتوتر تتركز على القدرة على السيطرة على منطقة الرأس وعضلات الوجه، ملحق رقم (03) ويفضل غلق العينين لابتعاد عن التشتتات البصرية، مع وضع نغمات هادئة.

وبعد الانتهاء من تدريبات الاسترخاء العضلي طلب من أعضاء المجموعة التجريبية أن يصفوا شعورهم وحالتهم النفسية، كما تم توزيع فيديوهات تتضمن تدريبات الاسترخاء العضلي على أفراد المجموعة ليتمكنوا من ممارسة الاسترخاء بأنفسهم كواجبات منزلية.

بالإضافة إلى الاسترخاء حاولنا لفت الانتباه إلى أهمية التأمل في مساعدة الأخصائي على التحكم الانفعالي وتحسين القدرة على التركيز وتقليل التوتر، وضرورة تطبيق تمارين التأمل يوميا صباحا، مع الامتنان والشكر فهذا يشعر الفرد بالسلام والطمأنينة والتفاؤل، ويفضل أن تطبق تمارين التأمل في مكان هادئ، مع وضع موسيقي هادئة، ويجلس جلسة مريحة ويغمض عينيه ويتنفس بعمق (زفير من الفم ببطء)

ووضع اليد على القلب ويبدأ بالامتنان والتفكير في نعم الله، (تمرين التأمل والامتنان لـ: "مجدي عبيد") تم توزيع فيديوهات تمرين التأمل على أفراد المجموعة التجريبية ليتمكنوا من تطبيق هذا التمرين كواجبات منزلية. والتنبيه إلى ضرورة أن يكون لنا عادات للاسترخاء والتأمل نقوم بها باستمرار لتبدأ صباحك بنشاط وطاقة.

2-1-5/ الجلسة الخامسة: التدريب على الحوار الداخلي الإيجابي:

نبدأ الجلسة دائما بمناقشة الواجبات المنزلية، وتخصيص (20) دقيقة لإعادة تمارين الاسترخاء والتأمل، ثم عرضنا في هذه الجلسة محاضرة حول تعريف الحوار الداخلي وأنواعه: الأحاديث الذاتية السلبية والإيجابية، وأن التحدث مع الذات هو مجموعة من الأفكار والسلوك والمشاعر التي يكون الفرد مهيأ لها من الناحية البيولوجية، أنظر المحاضرة رقم (03) حيث قامت الباحثة مع أعضاء المجموعة بمناقشة علاقة التفكير بالسلوك والمشاعر وكيف تؤثر الأفكار التلقائية على سلوكياتنا وتعاملنا مع الآخرين، ومشاعرنا وانفعالاتنا، والحرص الشديد لما نقوله لأنفسنا عندما يواجهنا أي موقف، حتى نستطيع التحكم في ذاتنا. وقامت الباحثة بعدها بتطبيق تمرين الحوار الداخلي الإيجابي الملحق رقم (04): تدريب أعضاء المجموعة على التحدث مع الذات بشكل إيجابي. أنا أخصائي نفسي ناجح، أستطيع التغلب على كل الصعوبات، أستطيع أن أجد حل لكل مشكلة قد تواجهني أثناء عملي. كما قمنا بمساعدة أعضاء المجموعة على تحديد الأفكار اللاتلقائية والانفعالات المترتبة عنها ومدى تأثيرها في سلوكنا.

واجب منزلي:

الطلب من أعضاء المجموعة التفكير في أهم المواقف التي مرت بهم مع ذكر الأفكار والأحاديث الذاتية التي طرأت في أذهانهم أثناء الموقف، وأهم الانفعالات المترتبة، وإعادة تطبيق تمرين الحوار الداخلي الإيجابي. ومراقبة أنفسهم وتقييمها. ملحق الواجب المنزلي رقم (03)

2-1-6/ الجلسة السادسة: التدريب على حل المشكلات:

بعدما قمنا بمناقشة الواجب المنزلي والتذكير ما جاء في الجلسة السابقة، قمنا بتعريف مهارة حل المشكلات وعرض محاضرة حل المشكلات (المحاضرة رقم 04)، وتوضيح أهم خطوات هذه المهارة والتي تمثلت فيما يلي:

1- تحديد المشكلة: أي تعريف المشكلة وتحديدها بلغة إجرائية واضحة قابلة للقياس.

2- جمع المعلومات عن المشكلة: وتتضمن محاولة الإلمام بجميع أطراف المشكلة وجمع المعلومات عن المشكلات من مصادرها المختلفة باستخدام مجموعة من الوسائل والأدوات.

3- وضع البدائل: ويشير إلى وضع البدائل والمقترحات لحل المشكلة.

4- موازنة البدائل واختيار البديل الأفضل: يتم ترتيب البدائل من حيث الأفضلية وتحديد البديل المناسب والفعال أكثر لحل المشكلة.

5- وضع خطة لحل المشكلة: يتم في هذه المرحلة مناقشة وضع خطة إجرائية لحل المشكلة تتلاءم مع إمكانيات الأشخاص وطبيعة المشكلة.

قامت الباحثة بعد الترحيب بأعضاء الجماعة بعرض محاضرة حول مهارة حل المشكلات، ثم طلبت الباحثة من كل عضو من أعضاء المجموعة التفكير في مشكلات حصلت معهم، ومحاولة تحديدها بدقة ثم البحث عن البدائل والمقترحات المناسبة لحل تلك المشكلات. ولا بد من أن يتبَع خطوات لمواجهة تلك المشكلة، أوَل هذه الخطوات أن يدرك أنَه يعاني من مشكلة، ويستطيع تحديدها بالضبط، وأن يكون واعي بمشاعره عند إدراكها، ويقدَر حجمها. بعدها يأتي موقف التفكير التلقائي (الأوتوماتيكي)، وتذكيرهم مدى تأثير نوعية أفكارهم حول ذلك المشكل، لأنَ أغلب تلك الأفكار تكون سلبية، مما يؤدي إلى تضخيم تلك المشكلة وشعورهم بالعجز عن حلها أو التكيف معها. ثم تأتي خطوة التفكير قبل القيام بأيَ سلوك، أي توضع المشكلة على شكل سؤال، يحاول الشخص الإجابة عنه، ثم يضع عدَة حلول لها، بعدها يبحث، ويختار الحل الأمثل. وهذه طريقة منظمة في البحث عن حل لمشكلة ما. ولمواجهة هذه المشكلة على أرض الواقع، لا بد من تعلَم التأمل فيها، والتأمل الإيجابي.

الواجب المنزلي04: توزيع خطة عمل لحل المشكلات على أعضاء المجموعة، وطلب منهم ملأها بأهم المشكلات التي واجهتهم مع تطبيق خطوات مهارة حل المشكلات على كل مشكلة. ملحق الواجب المنزلي رقم (04)

2-1-7/ الجلسة السابعة: التدريب على مهارة إدارة الوقت:

قمنا في هذه الجلسة بشرح مفهوم إدارة الوقت ومدى أهميته في تحقيق الأهداف المرجوة، وضرورة إعطاء كل مهمة من مهام أعضاء المجموعة الوقت المحدد لها، حتى لا تضيع الأولويات ولا تختلط المهام، (المحاضرة رقم 05) وحتى نتمكن من التحكم في إستراتيجية إدارة الوقت لابد من إتباع عدة خطوات:

- تحديد المهام الضرورية (الأولويات) التي يجب القيام بها يوميا.

- تحديد المهام الثانوية التي سوف تنجزها.
- التزم بخطة أو برنامج تضع فيه كل المهام والمسؤوليات التي سوف تنجزها مع تواريخ البداية والنهاية، حتى تتمكن من ضبط وقتك.

بعدما قمنا بتعريف لمهارة إدارة الوقت ومدى أهميتها في تنظيم الفرد لذاته واستغلال الوقت الاستغلال الأمثل لتحقيق أهدافه (المحاضرة رقم 05) حيث تم اختيار مهارة إدارة الوقت وذلك لمدى أهميتها في الكثير من المجالات، فإدارة الوقت هي إدارة الذات بمعني أن الإدارة الفعالة للوقت تعني مدى إدارتك لنفسك، حيث يعرف القعيد 2001 أن إدارة الوقت هي عملية الاستفادة من الوقت المتاح والمواهب الشخصية المتوفرة لدينا لتحقيق الأهداف المهمة التي نسعى إليها في حياتنا مع المحافظة على تحقيق التوازن بين متطلبات العمل والحياة الخاصة وبين الجسد والروح والعقل.

كما يعرف الكايد إدارة الوقت هي إحدى العمليات التي تستطيع بها أن تنجز المهام والأهداف التي تمكنك من أن تكون فعالا في عملك وتشمل هذه العملية مراحل ضرورية تستهدف تحديد احتياجاتك ومتطلبات الوظيفة حسب أهميتها ومطابقتها مع الوقت والمصادر المتاحة أو المحتملة.(الفقهي، 2009) حيث ساعدت الباحثة أفراد المجموعة على تحديد المهام الأساسية التي يتوجب عليهم القيام بها كل يوم، وتختلف تلك المهام حسب المكان الذي يعمل فيه الأخصائي النفسي، حيث اكتشفنا أن الأخصائي النفسي المتواجد في المستشفيات يعمل في جو منظم نوعا ما مقارنة مع الأخصائي النفسي الذي يعمل في المراكز البيداغوجية والعيادات النفسية، والجدول التالي يوضح المهام الأساسية التي يتوجب على الأخصائي النفسي المتواجد في المستشفيات القيام بها يوميا:

الجدول رقم (57) يوضح مهام الأخصائي النفسي الذي يعمل في المستشفى حسب المدة:

المدة	الحالات	المهام
الصباح (8 إلى 9صباحا)	وحدة الرضع –أ– والرضع –ب– (0–5سنوات) وحدة الكبار (5سنوات – 15 سنة) وحدة الاستعجالات	دورات استطلاعية للأطفال المرضي داخل السرير (داخل المستشفى)

9 صباحا إلى 12 يوم الأحد يوم الاثنين يوم الثلاثاء يوم الأربعاء يوم الخميس	– – الأطفال المرضي بالربو – الأطفال المرضي بالكلي – الأطفال المرضي بالسكري – الأطفال المرضي بأمراض الدم – الأطفال المرضي بالأمراض العصبية	الاهتمام بالمرضي (خارج المستشفى)

أما مساءا يهتم الأخصائي النفسي بالأطفال الذين يأتوه من الخارج للاستشارة يعانون من (صعوبات مدرسية، فرط الحركة، التبول اللاإرادي، اضطرابات سلوكية انفعالية) حيث يقوم الأخصائي فقط بتشخيص الحالة عن طريق مقابلة الأولياء ثم توجيهها مباشرة إلى الجهة التي تناسب حالة الطفل وتتكفل بها (الطب المدرسي، مصلحة الطب العقلي للأطفال، مصلحة الأمراض العصبية، مصلحة أمراض الغدد...)

أما الأخصائيين النفسانيين الذين يعملون في العيادات النفسية والمراكز البيداغوجية لهم الحرية أكثر في تنظيم وقتهم وتحديد مهامهم الأساسية والثانوية، ففي المراكز البيداغوجية يتعاملون مع الأطفال المتمدرسين الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية مختلفة الشدة، ويقوم الأخصائي النفسي بمقابلة الأولياء والمعلمين الذين يدرسون هؤلاء الأطفال، وتوجيههم بكيفية التعامل مع الأطفال المضطربين. فقد ساعدت مهارة إدارة الوقت الأخصائيين النفسانيين على تنظيم عملهم ووضع جدول خاص لمهامهم التي يتوجب عليهم القيام بها يوميا، حيث قامت الباحثة بمشاركة أفراد المجموعة التجريبية من أخصائيين نفسانيين بوضع الجدول التالي التي اتفقنا عليه ولاحظنا أنه يسهل عليهم القيام بمهامهم اليومية:

الجدول رقم (58) مهام الأخصائي النفسي الذي يعمل في المراكز البيداغوجية حسب المدة

الوقت	الحالات التي يتعامل معها الأخصائي النفسي	المهام
الصباح 08 إلى 10	الأطفال شديدو الإعاقة	التكفل بالطفل المضطر

12 – 10	الأطفال الذين يعانون من إعاقة خفيفة	التكفل بالطفل المضطر
12 تماما	مقابلة الأولياء	شرح حالة طفلهم
مساءا	ملاحظة شاملة كل أطفال المركز وتحديد الأطفال الأكثر تضررا الذين يحتاجون إلى تكفل خاص	

واجب منزلي: نطلب من أعضاء المجموعة وضع خطة أو جدول تنظم فيه أهم الأنشطة والمسؤوليات التي عليه القيام بها يوميا، مع تحديد تواريخها ومدى أهميتها. ملحق الواجب المنزلي رقم (05)

2-1-8/ الجلسة الثامنة: التدريب على مهارة الاتصال: حيث قمنا في هذه الجلسة بالخطوات التالية:

- التعريف بمهارة الاتصال ومدى أهميتها في نجاح مهنة الممارسة العيادية، التعرف على أنواع الاتصال اللفظي وغير اللفظي، والتركيز على مدى تحكم الأخصائي في الاتصال غير اللفظي أي فهمه للغة الجسد، الإيماءات، وتعبيرات الوجه...
- الطلب من أعضاء المجموعة ذكر أهمية الاتصال بالنسبة لهم.
- مناقشة الآراء وعرض وجهات نظر أعضاء المجموعة.
- التعريف بمهارات الاتصال (مهارة الإصغاء، الصمت، طرح الأسئلة، عكس المشاعر، مهارة التلخيص، التغذية الراجعة...) والمناقشة مع أعضاء المجموعة أهم المهارات الاتصالية الضرورية بالنسبة لعملهم.

بعد الترحيب لأعضاء المجموعة قامت الباحثة بعرض محاضرة تشرح مهارة الاتصال (المحاضرة رقم 06)، حيث بدأنا بتعريف عملية الاتصال بكونها يتم فيها نقل الأفكار والمعلومات اللازمة ولاستمرار العمل، والتي تؤثر وتتأثر بمكونات السلوك الفردي، والعوامل المؤثرة على طرفي الاتصال، وذلل من خلال قنوات معينة يتم فيها نقل الأفكار والمعلومات لتحقيق هدف معين. وذكرنا العناصر التي تنمي عليها عملية الاتصال المتمثلة في (المرسل، الرسالة، قناة الرسالة، المستقبل، الفهم المشترك للرسالة، التغذية الراجعة)،

وقد يتم الاتصال بصورة مباشرة من خلال المحادثة الفعالة، كما قد يتم عن طريق رسائل غير لفظية تتلائم مع المحادثة مثل هزة العيون، ونبرة الصوت، وحركات الجسم ....، وركزت الباحثة من خلال المناقشة مع أفراد المجموعة عن أهمية تدريب المهارات الاتصالية لمهنة الأخصائي النفسي، حتى يتمكن من فهم مشكلة العميل ويكسب ثقته، ويجب أخذ بعين الاعتبار المعلومات الديمغرافية للعميل (العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية...) حتي يتسني للأخصائي اختيار أسلوب الاتصال المناسب لذلك،

بالإضافة إلى لفت الانتباه إلى تأثير المسافة بين الأخصائي والعميل واتجاه على عملية الاتصال حيث تحدثنا عن مناطق التفاعل الأربعة التي تحدد سلوكنا ومسافتنا اتجاه الآخرين حسب العلاقة التي تربطنا بالآخرين، ولقد تمت عرض كل هذه المعلومات بتفصيل أكثر في المحاضرة رقم (06)

فلابد للأخصائي النفسي أن يتحكم في عدة مهارات تتعلق بمهارة الاتصال نذكر منها:

- الاتصال البصري الجيد: ويعني توجيه الانتباه للعميل والاهتمام الكامل به، حتي يثق بالعملية العلاجية، ويراعي فيه التباعد الجسدي والتقارب المعنوي بين الأخصائي والعميل.
- احترام المسافة الشخصية: حيث تحدد منطقة ارتياح بين الأخصائي النفسي والعميل تقدر بذراع في العرف الأمريكي مثلا، وتتحدد عموما حسب تقدير الأخصائي النفسي وما يلاحظه على عميله من علامات ارتياح أو انزعاج، فكل أخصائي أسلوبه الخاص في ذلك.
- التحكم في النغمة الصوتية: فالطبقة الصوتية وحجم الصوت ومعدل حديث الأخصائي ينقل للعميل الكثير عنه، فإما تترك راحة وثقة، أو العكس وتؤثر بذلك على الممارسة العيادية.
- تسيير الحوار: ونقصد بها قدرة الأخصائي النفسي على تتبع حديث العميل، حيث يختار إذا كان يقبله كله أو بعضه على حسب تقديره له وهذا يعتمد على توجهاته النظرية وقناعاته وتدريباته أيضا.
- البحث عن دلالة الألفاظ: وهنا تكمن قدرة الأخصائي النفسي الحقيقية، على فهم العميل ومشكلته، مما يسهل عملية العلاج، فكلما أحسن المختص تفسير حديث عمليه كلما تمكن من مساعدته.
- إدارة الصمت والاستفادة منه.
- الاصغاء الجيد: يدل على التجاوب مع الطرف الآخر وعن طريقه يفهم الأخصائي أفكار العميل ويعطيه انطباع بالاهتمام والثقة.

واجب منزلي: تطبيق تمرين التدريب على الحوار والمناقشة، ملحق رقم (07)

كما تم الطلب من أعضاء المجموعة ملئ المعلومات التي في الجدول:

أشياء تعرفها أنت عن نفسك ويعرفها الآخرون	أشياء لا تعرفها أنت عن نفسك ويعرفها الآخرون

أشياء تعرفها أنت عن نفسك و لا يعرفها الآخرون	أشياء لا تعرفها أنت عن نفسك ولا يعرفها الآخرون

نطلب من أعضاء المجموعة التحضير لمهارة الصمت وما المقصود منها؟، وعلى ماذا يدل صمت العميل؟

2-1-9/ الجلسة التاسعة: التدريب على المهارات الاتصالية مهارة الصمت:

- مناقشة الواجب المنزلي.
- التعريف بمهارة الصمت.
- التعريف بأنماط الصمت سواء كان من طرف الأخصائي أو من طرف العميل.
- مناقشة على ماذا يدل صمت العميل ومحاولة تفهمه وكيفية التعامل معه.

واجب منزلي: نطلب من أعضاء المجموعة تحديد مواقف الصمت التي مروا بها، مع ذكر النمط الذي يدل عليه وكيفية التعامل معه. ملحق رقم (09)

قامت الباحثة بتعريف ما ذا نقصد بمهارة الصمت، وضرورة تدريب الأخصائي عليها لاستخدامه في المواقف المناسبة وتفهم صمت العميل ومحاولة التعريف بين أنواع الصمت سواء من طرف الأخصائي أو من طرف العميل، كما تم عرض على ما يدل صمت العميل حتى يستطيع الأخصائي تفهم صمت العميل ويدرك كيف يتعامل معه. إِنظر إلى المحاضرة رقم (07)

بدأنا بمناقشة التعريف بهذه المهارة وكيف يستخدمها الأخصائي وكيفية التعامل مع صمت العميل، فالصمت من الفنيات التي تساعد على التواصل الجيد وتعكس الاهتمام رغم التناقض الظاهري بين مظاهرها و وظيفتها حيث يمكن للمعالج أن يستثمر الصمت على نحو جيد في خدمة أهداف المقابلة العلاجية، وعلى المعالج أن يميز أنواع الصمت وأن يقرأ صمت العميل ما يعني وماذا يدل لأنه قد يعني على التعاون أو عدم الثقة أو إرهاق أو جهل بأسئلة المعالج أو تحدي له ولقدرته على المساعدة أو عدم قدرة العميل على ترتيب أفكاره وعلى المعالج أن يفهم صمت العميل ودوافعه وأن يدخل لتناول هذه الدوافع التي تعيق التواصل. (كفافي، 1999، ص58)

فقد قمنا بشرح أنماط الصمت كيف فسرها بعض العلماء وعلى ما يدل حتي يستطيع الأخصائي التعامل معه. أرجع الملحق رقم 08.

الواجب المنزلي رقم 06:

نطلب من أعضاء المجموعة تسجيل أهم مواقف الصمت التي واجهتهم سابقا مع اختيار نمط الصمت وكيفية التعامل معه. ملحق الواجب المنزلي رقم 06.

2-1-10/ الجلسة العاشرة: التدريب على الإصغاء:

- مناقشة الواجب المنزلي.
- التعريف بمهارة الإصغاء: توضيح المقصود بمهارة الإصغاء، والمناقشة مع أفراد العينة مدى أهمية هذه المهارة. المحاضرة رقم (08)
- المناقشة حول مراحل التي تمر بها عملية الإصغاء لدى الأخصائي النفسي العيادي (الانصات التعاطفي، الانصات النشط، الانصات الانتقادي) وتوضيح كيف يمر الأخصائي بين هذه المراحل.
- توضيح الفرق بين مصطلح الإصغاء والاستماع والانصات. المطوية رقم 09
- **واجب منزلي:** نطلب من أعضاء المجموعة الإجابة عن تمرين حول امتلاك مهارة الإصغاء. ملحق الواجب المنزلي رقم (07)

بعدما قامت الباحثة بالترحيب بأعضاء المجموعة كالعادة بدأت بالمناقشة حول الواجب المنزلي وتذكير ما قيل في الجلسة السابقة حول مهارة الاتصال، تم عرضت الباحثة المحاضرة التي قامت بتحضيرها حول مهارة الإصغاء ووزعت مطبوعات للمحاضرة على أعضاء المجموعة للاستفادة من المعلومات التي قدمت في المحاضرة، وأكدت على أهمية الإصغاء إلى الذات والتدريب عليه، لأنه يسهل الإصغاء للآخرين، وقمنا بالمناقشة حول مراحل الإصغاء الثلاثة التي يمر بها الأخصائي النفسي في تعامله مع العميل (الانصات التعاطفي، الانصات النشط، الانصات الانتقادي) وطلبت الباحثة من كل عضو إعطاء أمثلة عن كل نوع من أنواع الانصات.

كما ذكرنا أعضاء المجموعة بالفرق بين كل من الانصات والاستماع والإصغاء، وأن الإصغاء والاستماع هما من أعلي درجات السمع اللذات يتطلبا التركيز والفهم والتحليل.

2-1-11/ الجلسة الختامية:

يتَم في هذه الجلسة سؤال أعضاء المجموعة مباشرة، حول البرنامج بإعطاء آرائهم حول: محتوياته، زمن الجلسات، مكان الجلسات، محتوى البرنامج، الجماعة، الوسائل المستخدمة (مهارة توكيد الذات، مهارة حل المشكلات، إدارة الوقت، تدريب الحوار الإيجابي، تقنية الاسترخاء، والتمارين...وكل ما يخص هذا البرنامج. وتطبيق القياس البعدي، وإعادة تطبيق الاستبيان على أفراد العينة.

يتم تقديم الشكر لأعضاء المجموعة، على تقديمهم المساعدة للباحثة، كذا حضورهم للجلسات في الوقت المحدَد، وتفاعلهم مع الجماعة.

2-1-12/ التقييم:

يتم تقييم مدى فعالية البرنامج المصمَم للأخصائيين النفسانيين في هذه الدراسة، حيث نريد معرفة مدى فاعلية محتوى البرنامج في محاولة مواجهة الصعوبات التي يعاني منها الممارس النفسي العيادي. وتم هذا التقييم على مرحلتين: المرحلة الأولى تكون قبل التعرَض لتنفيذ البرنامج المعرفي السلوكي (القياس القبلي)، والثانية بعد انتهاء فترة تنفيذ محتوى البرنامج، أي بعد مرور (11) جلسة، يتكوَن منها البرنامج، والحصول على درجات المفحوصين عليها، بما يسمى (القياس القبلي) أثناء الجلسة الثانية، أما القياس البعدي الذي تم في الجلسة الختامية وقد تمَ الحصول على نتائج، من خلال تطبيق الاستبيان المستخدم في الدراسة.

2- عرض نتائج الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية الثانية:

حيث قسمت الفرضية الرئيسية الثانية إلى ثلاث فرضيات فرعية حسب محاور الاستبيان، كل واحدة تمثل نوع معين من الصعوبات (الشخصية، العلائقية، المهنية) واستخدمت في كل واحدة مهارات تناسب صعوبات الأخصائي النفسي وتساعده على مواجهتها. وتحصلنا على نتائج التحليل الإحصائي، أجريت التحليلات الإحصائية لهذه الدراسة باستخدام الحاسب الآلي (حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS 22- حيث تم حساب اختبار "ت" "T , Teste لحساب دلالة الفروق بين درجات عينة الدراسة على مقياس صعوبات الممارسة النفسية المستخدم في الدراسة، المراد التعرف على تغيرها قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي الذي تم بناؤه. سيتم فيما يلي عرض ومناقشة، وتفسير هذه النتائج:

2-1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

- **فعالية برنامج معرفي سلوكي لمواجهة الصعوبات الشخصية للأخصائي النفسي**

اعتمدنا في هذا البرنامج على فنيات (مهارة توكيد الذات، تقنية الاسترخاء، تدريب الحوار الداخلي الإيجابي) تساعد الأخصائي النفسي على مواجهة الصعوبات التي تتعلق بالجانب الشخصي وللتحقق من صحة هذه الفرضية، قمنا باستخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (59): يوضح قياس الفروق للمحور الأول بين القياس القبلي والبعدي للعينة.

الفئات	العدد(n)	المتوسط الحسابيM	الانحراف المعياريSD	قيمةT	مستوى الدلالةP
القياس القبلي	7	54.85	4.77	0.843	0.43غير دالة
القياس البعدي	7	59.00	13.55		

المصدر: برنامج spss 25

يتضح من خلال الجدول رقم (59) أنّه لا توجد فروق دالة إحصائيا في المحور الأول للعينة بين القياس القبلي حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 54.85 بانحراف معياري 4.77، بينما في القياس البعدي المتوسط الحسابي 59.00 والانحراف المعياري 13.55 وبما أن قيمة الدلالة المعنوية 0.43 وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة 0.05 فان هذا غير دال إحصائي وعليه فإن الفرضية الجزئية الأولي: فعالية برنامج معرفي سلوكي لمواجهة الصعوبات الشخصية للأخصائي النفسي غير محققة. وعليه فإن الفرضية الجزئية الأولى: **فعالية برنامج معرفي سلوكي لمواجهة الصعوبات الأخصائي النفسي العيادي التي تتعلق بالجانب الشخصي** غير محققة. وذلك لكون الجانب الشخصي معقد لأنه يتعلق بشخصية الفرد، لذا فالصعوبات التي تتعلق بالجانب الشخصي تتطلب وقت لفهمها ومن تم مواجهتها، وبما أن مدة البرنامج لم تتفاوت 6 أشهر كانت غير كافية لمساعدة الأخصائيين في مواجهة صعوباتهم التي تتعلق بالجانب الشخصي، ولكن رغم ذلك عرفت المهارات التي طبقتها الباحثة استحسان من طرف الأخصائيين وتحمسوا لتطبيقها ومتابعتها، حيث قامت الباحثة باختيار تطبيق فنيات ومهارات التي تضمنت في مهارة توكيد الذات، تقنية الاسترخاء، تدريب الحوار الداخلي الإيجابي، والتي اعتقدت أنها تساعد الأخصائي النفسي على مواجهة بعض صعوباته الشخصية كضعف توكيد الذات والقلق والتوتر والضغط النفسي لكونه يتعامل مع حالات مرضية ومشكلات نفسية طلية الوقت، يحتاجون المساعدة من الأخصائي الذي لا يستطيع تقديم هذه المساعدة على أكمل وجه وهو في حالة نفسية سيئة، فشخصية الممارس العيادي تلعب دور مهم في فعالية الممارسة العيادية وقيامه بمهامه على أكمل وجه، حيث أكدت الكثير من الدراسات على أهمية الهوية في الممارسة العيادية من بينهم دراسة "**castro**"**(2002)** التي أشارت إلى خصوصية الممارسة العيادية مقارنة مع الممارسات الصحية الأخرى، وتساءلت عن وجود مهنة المختص العيادي تختلف عن مهن أخرى في مجال الصحة، وللإجابة على التساؤل عملت على تحليل نشاط المختص العيادي كما هو مدرك من

شركاء العمل وكذا من طرف المختصين أنفسهم، وركزت في دراستها على الهوية المهنية المدركة وبعض العوامل التي تعيق التعريف بتميز المختص العيادي ومهامه. (زهية، 2017، ص102)

حيث تعتبر مهارة توكيد الذات مهمة للأخصائي النفسي فهي تساعد على تحقيق أكبر قدر ممكن من فاعلية ونجاح علاقاته الاجتماعية خاصة لأن مهنته تعتمد على مدى نجاح علاقته مع المفحوص، حيث ساعدنا أفراد العينة على تحديد أسلوب تعاملهم مع الآخرين (التوكيدي، العدواني، السلبي) والتنبيه إلى ضرورة تقييم أنفسهم وراء كل موقف، ويعرف **دافيد كبير** (1996) التدريب التوكيدي على مجموعة من الفنيات لمساعدة الأفراد على التعبير على حقوقهم وانفعالاتهم ومشاركتها في المواقف المختلفة بطريقة أكثر فاعلية، والتدريب على استجابات جديدة بهدف زيادة الكفاءة والثقة بالنفس وتقدير الذات وضبط الذات وخفض القلق الاجتماعي، وتعد مهارة توكيد الذات نمط خاص من المهارات الاجتماعية التي ترتكز على أن يتصل الفرد بذاته. (حلاسة، 2016، ص12)

فقد كانت فرصة للأخصائيين النفسانيين ليعبروا عن انفعالاتهم ويقيموا أنفسهم أثناء تعاملهم مع الحالات، فقد مكنتهم فنيات البرنامج والواجبات المنزلية من مراجعة العديد من المواقف التي مرت بهم والتعلم كيفية التعامل معها في المستقبل بشكل أكثر إيجابية وتوكيدية، وتبين البحوث والدراسات أن الأشخاص الذين يتصفون بتوكيد الذات يعبرون عن مشاعرهم داخل الجماعة بكل حرية، لهذا فهم يعطون للآخرين فرصة أكبر لتعبير عن مشاعرهم.

وعليه استفاد المشاركين في البرنامج من التدريب التوكيدي:

- التعريف على مفهوم التوكيدية.
- التمييز بين الأسلوب العدواني والأسلوب السلبي والخضوع والأسلوب التوكيدي الفعال.
- التعبير عن المشاعر والانفعالات بصدق ووضوح.
- تطوير مستوي وعيه لذاته والعمل على التقدير الذاتي.
- القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل يعزز الاحترام المتبادل.
- إتاحة الفرصة للمشاركين في البرنامج للتنفيس والتفريغ الانفعالي وذلك بمشاركة الشحنات الانفعالية والخبرات الضاغطة التي كانت مكبوتة، والمناقشة حول أسبابها وكيفية التغلب عنها.

بالإضافة إلى التدريب على الحوار الذاتي الإيجابي الذي عرف استحسان كبير من طرف الأخصائيين العياديين الذين رغم معرفتهم أهميته إلا أنهم لم ينتبهوا في السابق تطبيقه على أنفسهم، حيث يعد الحديث الذاتي تعبيرا عقليا ولفظيا عن الصورة التي يحملها الفرد عن نفسه، والتي تشكلت من خلال تراكم خبراتنا

الحياتية وتفاعل الخصائص الشخصية مع المؤثرات الأسرية والبيئة، وبعد عرض معلومات وأفكار عن مدى أهمية الحوار الداخلي، بدأنا بتدريب أفراد المجموعة التجريبية على تحديد أحاديثهم الذاتية وتصنيفها (سلبية، إيجابية) ثم محاولة تعديلها والسيطرة على الأحاديث الذاتية السلبية وتغييرها إلى أحاديث ذاتية إيجابية، ومراقبة أثرها على سلوكهم وانفعالاتهم في الكثير من المواقف الحياتية.

وعليه فقد عملت الباحثة على مساعدة الأخصائي النفسي المشارك في البرنامج على التخلَص من الأفكار والأحاديث الذاتية السلبية والاتجاهات غير المعقولة، واستبدالها بأحاديث إيجابية وأفكار معقولة، واتجاهات بناءة واتبعت في ذلك خطوات رئيسية تمَ الإشارة إليها في الفصول السابقة، ويمكن أن نلخصها هي كالتالي:

- **الخطوة (01):** مساعدة الأخصائي النفسي على تحديد الحوار السلبي الذي يقوله لنفسه بعد أي موقف، ومعرفة أفكاره غير المنطقية اتجاه أي موقف يمر به.
- **الخطوة (02):** نوضَح للأخصائي طبيعة العلاقة بين حواره الداخلي وأفكاره، وبين انفعالاته وما يعانيه من توتر وقلق وضغوط تؤثر بالتأكيد على قيامه بمهامه على أكمل وجه.
- **الخطوة (03):** أن نجعل الأخصائي النفسي يستبدل حواره الداخلي وتفكيره، ويتخلى عن الحديث الذاتي السلبي والأفكار غير العقلانية.
- **الخطوة (04):** نؤكد للأخصائي النفسي ضرورة الالتزام في ملاحظة والتركيز على حواره الداخلي وأفكاره أثناء أي موقف من مواقف حياته اليومية، حتى يستطيع السيطرة على كل ما هو سلبي انهزامي ويركز على أن يكون ما يفكر فيه وما يقوله لنفسه ايجابيا ومشجعا.

كما يحتاج الأخصائيين النفسانيين لتقنية الاسترخاء والتأمل للتخلص من الضغوط المهنية والشخصية التي قد تؤثر على قيامهم بمهامهم على الوجه المطلوب، ويعرف "**سويني Sweeney**" الاسترخاء: بأنه: "حالة أو استجابة مدركة إيجابية يشعر فيها الشخص بالتخلص من التوتر والإجهاد". (بن صالح، 2016، ص99)

حيث قمنا بتمارين وتدريبات تعتمد على التنفس العميق وشد العضلات وإرخاءها بهدف إراحة الجسد المرهق والتخلص من القلق والتوتر، ساعد الاسترخاء على تحقيق الهدوء النفسي، والتفريغ الانفعالي والمساعدة على تحمل المشكلات المهنية والإدارية التي تواجه الأخصائي، بالإضافة إلى الحرص على تطبيق تمارين التأمل يوميا صباحا مع الذكر والامتنان الذي ساعد كثير على تقبل المختص لذاته و لظروفه

المهنية وأن يحمد الله تعالى دائما على نعمه، يساعد على تصفية الذهن والتالي يستطيع التركيز أكثر ويبدع في قيامه بمهامه، وتذكير بأن مهنته تعتمد على الجانب الإنساني وحب مساعدة الآخرين، فتطبيق التأمل الصحيح المتعمق يعتبر فرصة ثمينة لاكتشاف الذات وتحديد مناطق الضعف والسلبية في الكثير من جوانب الحياة (الجانب الصحي، النفسي، الجانب الديني، الجانب المهني، الجانب الثقافي) بهدف الوصول إلى الاتزان الانفعالي، وبالتالي يستطيع التحكم في الانفعالات والسيطرة على مشكلاته الخاصة حتى لا تؤثر على علاقته مع المفحوص، ومحاولة إبعاد مشاكله الخاصة على قدر المستطاع. وبالتالي يتفاعل مع عميله بنشاط وطاقة إيجابية أكثر.

فالمناقشة الجماعية على أهمية التأمل والاسترخاء أدت إلى اقتناع أفراد المجموعة التجريبية بضرورة الالتزام بتطبيق تمارين الاسترخاء والتأمل يوميا، وبدون وضع الحجج حيث كانوا يقولون إنهم ليس لديهم وقت لذلك، ولكن بعد بداية تطبيق التمارين والتنفس العميق والتأمل الصحيح مع الذكر والامتنان عبروا على إحساسهم بنشاط وتفاعل وإيجابية، ويجب أن يمارسوه لمدة ساعة يوميا حتى يصلوا إلى النتائج المطلوبة.

2-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

- **فعالية برنامج معرفي سلوكي لمواجهة الصعوبات التي تتعلق بالجانب العلائقي للأخصائي النفسي العيادي:**

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، قمنا باستخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الفرضية الجزئية 02:

الجدول رقم (60): اختبار ت لحساب الفروق في المحور الثاني القياس القبلي والبعدي للعينة.

الفئات	العدد(n)	المتوسط الحسابيM	الانحراف المعياريSD	قيمةT	مستوى الدلالةP
القياس القبلي	7	64.85	8.59	0.306	0.77 دالة
القياس البعدي	7	65.71	8.30		

المصدر: برنامج spss 25

يتضح من خلال الجدول رقم (59) أنّه لا توجد فروق دالة إحصائيا في المحور الثاني للعينة بين القياس القبلي حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 64.85 بانحراف معياري 8.59، بينما في القياس البعدي المتوسط الحسابي 65.71 والانحراف المعياري 8.30 وبما أن قيمة الدلالة المعنوية 0.77 وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة 0.05. فان هذا دال إحصائي وعليه فإن الفرضية الجزئية ثانية محققة.

بالنسبة للجانب العلائقي الذي يعتبر مهم جدا للأخصائي النفسي لأن نجاح الممارسة العيادية تتوقف على قيام المختص النفسي علاقة مهنية ناجحة مع العميل، لذا اخترنا تدريب عينة الدراسة على مهارة الاتصال، وقد اعتبر **كاجان ونوبل** 1969 مهارة الأخصائي النفسي الأساسية والخطوة الأولى هي المهارات الاتصالية التي تعتمد على عدة أمور أهمها تفهم نمط تفكير العميل، السلوك غير اللفظي، العلاقة العلاجية أو الارشادية. وقد سجل أعضاء العينة التجريبية تحسنا على مستوى درجات مهارة الاتصال بعد تطبيق البرنامج، حيث كان تدريب مهارة الاتصال فرصة للأخصائيين النفسيين للتذكير بمدى أهمية الاتصال ولفت انتباههم لأهمية لغة الجسد والمسافة ومناطق التفاعل، بالإضافة إلى مناقشتهم حول تأثير نبرة الصوت على عملية التواصل، حيث تعتبر نبرة الصوت جانب من الجوانب المعبرة عن الاهتمام وتحفز التواصل بين المعالج والمتعالج، فطبقة الصوت وحجمه ومعدل الحديث قادرة على أن تنقل الكثير من المشاعر التي يكنها الأخصائي للعميل، لذا أكدنا على ضرورة تتناسب نبرة الصوت مع عمر وشخصية المريض، وقد أظهر **shever**إن استخدام المفاتيح أو العلامات شبه الصوتية يمكن أن تنقل الرسائل المتضمنة للمستويات العالية من الثقة أو المستويات المنخفضة من الثقة، فالصوت العالي الجاف مع الإيقاع السريع ينقل الثقة بالنفس، بينما الصوت الناعم الهادئ مع النبرة المنخفضة والإيقاع المنخفض والإيقاع البطيء ينقل انخفاض الثقة بالنفس، وهذه العلامات الدالة على الثقة بالنفس تؤثر في إدراك المتعالج للمعالج وخبرته وجاذبيته وجدارته والاحترام والإشباع الذي يتوقعه المتعالج من العلاقة العلاجية. (كفافي، 1999، ص58)

بالإضافة إلى التركيز على كيفية استخدام الأسئلة بالنسبة للأخصائي النفسي حيث لاحظ **مالوني ووارد** 1976 أن أسئلة الأخصائيين الإكلينيكيين قد تصبح بالتدريج أكثر تقنينا أثناء سير المقابلة، ويميز هذان العالمان بين عدة أنواع من الأسئلة، بما فيها المفتوحة، والأسئلة التسهيلية، والاستضاحية، وأسئلة المواجهة، والأسئلة المباشرة، وكل هذه الأسئلة مصمم بطريقة خاصة لتعزيز الاتصال، كما يخدم كل منها هدف معين، أو ينفع نمطا من المرضى دون غيره.(داوود، 2017)

ولقد اخترنا من بين المهارات الاتصالية مهارة الإصغاء والتي يعتبر من ضروري للمختص النفسي التحكم فيها حتى يستطيع فهم العميل والقدرة على مساعدته، ويشير زيادة سنة 2009 إلى أن الإصغاء الجيد هو المصدر الأكبر في جمع البيانات والحقائق المتعلقة بالموقف، وهو وسيلة لتقبل الأفكار وانتقالها من العميل إلى الأخصائي، إذ لابد من التجاوب الفكري مع العميل ومشاركته مشاركة وجدانية معتدلة، فالإنصات الجيد للعميل يؤكد له ذاته ويحقق له اعتباره كما يعتبر الاصغاء وسيلة لتفريغ الانفعالات السلبية عن يعبر العميل عن نفسه بحرية دون مقاطعة وباهتمام من طرف الأخصائي. حيث يعتبر الاصغاء مهارة يتبعها الأخصائي النفسي خلال المقابلة مع العميل، والتي تساعده على فهم مشكلة العميل وذلك بالتركيز على كل ما يصدر من العميل من أقوال وتصرفات وإيماءات...حيث يساعد الإصغاء الجيد في بناء الألفة وتوثيق العلاقة بين الأخصائي النفسي والعميل، ويشعر العميل بالارتياح والطمأنينا والاقبال الإيجابي على التواصل مع الأخصائي والإدلاء بالمعلومات دون تردد.

ومهارة الصمت التي تعتبر من الفنيات التي تساعد على التواصل الجيد حيث يمكن للأخصائي النفسي أن يستثمر الصمت على نحو جيد في خدمة أهداف العلاقة المهنية وأن يميز بين أنواع الصمت وأن يقرأ صمت العميل ما ذا يعني؟ وعلى ما يدل؟ فعلى الأخصائي النفسي أن يفهم دوافع الصمت حتى لا يعيق عملية الاتصال، فلابد للأخصائي النفسي أن يتدرب على فهم صمت العميل وتقبله، دون مقاطعته بالحديث أو طرح الأسئلة لأن هذا يؤدي إلى تشتت ذهن العميل عن الموضوع الأساسي،

2-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

- **فعالية برنامج معرفي سلوكي لمواجهة الصعوبات التي تتعلق بالجانب المهني للأخصائي النفسي العيادي:** وللتحقق من صحة هذه الفرضية، قمنا باستخدام اختبار "ت" لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات عينة الدراسة قبل وبعد تطبيق البرنامج، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (61) اختبار ت لحساب الفروق في المحور الثالث القياس القبلي والبعدي للعينة.

الفئات	العدد(n)	المتوسط الحسابيM	الانحراف المعياريSD	قيمةT	مستوى الدلالةP
القياس القبلي	7	56.14	6.86	2.88	0.02 دالة

القياس البعدي	7	64.00	8.06		

يتضح من خلال الجدول رقم (61) أنّه توجد فروق دالة إحصائيا في المحور الثالث للعينة بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، حيث بلغ المتوسط الحسابي للقياس القبلي 56.14 بانحراف معياري 6.86 بينما في القياس البعدي المتوسط الحسابي 64.00 والانحراف المعياري 8.06 وبما ان قيمة الدلالة المعنوية 0.02 وهي قيمة اقل من مستوى الدلالة 0.05. فان هذا دال احصائي وعليه فإن الفرضية الجزئية 3محققة.

حيث لاحظنا أن تطبيقنا لمهارات (حل المشكلات، مهارة إدارة الوقت) كانت مفيدة للأخصائيين النفسانيين حيث استطاعوا أن يحددوا مشاكلهم وإدراك لوجود مشكلة أو صعوبة يسهل في البحث عن الحل ومواجهة تلك الصعوبات فقد استفاد أعضاء المجموعة من تطبيق مهارة حل المشكلات التي ساعدت على تحديد مشاكلهم بدقة ومحاولة وجود حل مناسب أو تغيير في الطريقة التي ينظر إليها كل فرد للمشكلة.

قد بينت نتائج القياس القبلي أن ابرز المشكلات المهنية التي تواجه الأخصائي النفسي هي صعوبة في تحديد دوره الخاص في الميدان، بالإضافة إلى نقص التكوين الذي شكل له صعوبة في القيام بمهامه الأساسية خاصة تطبيق الاختبارات وتفسيرها وتحليلها، التشخيص، مهارة المقابلة، والصعوبات التي تتعلق بالظروف الفيزيقية (عدم توفر مكتب خاص، ونقص الإمكانيات الضرورية) وبدأنا بترتيب هذه المشكلات حسب الأولوية والقدرة على إيجاد حل لها، حيث أهم مشكلة أكدت عليها أفراد المجموعة هي مشكلة التكوين لأنها تؤثر على جميع المشكلات المهنية التي تواجههم، وحاولنا معهم تلخيص أهم أسباب نقص التكوين والتي حددت في النقاط التالية: الاعتماد على التكوين الجامعي فقط وإهمال الاطلاع على الدراسات والبحوث التي تخص الاضطرابات النفسية، والدراسات الحديثة في التشخيص والعلاج النفسي، فقد أسهم البرنامج المعرفي السلوكي على خفض مستوي الصعوبات التي تواجه أفراد المجموعة التجريبية فقد كان فرصة لهم ليعبروا عن مشاكلهم وانفعالاتهم فهذا التعبير يعد تفريغ انفعالي ساعدهم على تخفيف القلق والضغوطات المهنية، وتمت متابعة أفراد المجموعة تطبيق مهارات حل المشكلات والمناقشة الجماعية فيما بينهم حول أهم المشاكل التي يواجهونها والاستفادة من خبرة بعضهم البعض في إيجاد الحلول المناسبة لتلك المشكلات، حيث أثبت تلك المهارة فعاليتها في تنظيم ذواتهم والتفريغ عن انفعالاتهم وحل بعض مشاكلهم ومحاولة تطبيق خطوات مهارة حل المشكلة على مشكلاتهم اليومية.

بالإضافة إلى مهارة إدارة الوقت التي كانت مهمة وساعدت الأخصائيين على تنظيم مهامهم واستغلال وقتهم الاستغلال الأمثل والالتزام بكتابة الأهداف التي عليهم القيام بها يوميا دون نسيان أي جانب من جوانب الحياة حتى يكون هناك توازن بين الجانب الديني والاجتماعي والمهني. حيث تعرف مهارة إدارة الوقت بأنها مختلف الوسائل والطرائق التي تعين الفرد للاستفادة القصوى من وقت عمله من خلال تحقيق أهدافه وخلق التوازن في حياته ما بين الواجبات والرغبات والأهداف. حيث يحدد لوري ميشل 1999 مبادئ فعالة في إدارة الوقت في العناصر التالية:

- الوعي بالذات.
- استخدام الوقت بشكل ملائم.
- تحديد الهدف.
- زيادة الكفاءة الشخصية.
- وضع جدول أوقات النشاط.
- وضع جدول أوقات الاسترخاء.

ويري أن الأفراد يصبحون أكثر فاعلية في استخدام أوقاتهم عندنا يعرفون بشكل واضح ما يريدون القيام به من مهام وأنشطة وما يحتاجون ما يفعلوه لأداء تلك المهام والأنشطة. (بوجمان، 2016)

أما بالنسبة للفرضية الرئيسية الثانية: **فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية:** فبعد عرض جلسات البرنامج وتطبيق المهارات والفنيات التي استمدت من نظرية ماكنبوم النظرية المعرفية السلوكية، وتلخيص كل ما قمنا به مع أعضاء المجموعة التجريبية، وعرض نتائج الفرضيات الجزئية التي قمنا بتقسمها حسب صعوبات الأخصائي النفسي، حيث حددنا مهارات المتمثلة في (مهارة توكيد الذات، مهارة الاسترخاء، مهارة الحوار الداخلي الإيجابي) لمواجهة الصعوبات الشخصية للأخصائي النفسي، فمهارة توكيد الذات كانت مهمة ومفيدة جدا في اكتشاف الخصائص الشخصية للأخصائي النفسي وتطوير معرفته بذاته، وتقوية ثقته بنفسه ويتمكن من التعبير عن مشاعره بكل تلقائية، وهذا ما يساعد على بناء علاقات سليمة ومتكافئة مع الآخرين، حيث تعتبر التوكيدية من المفاهيم الحديثة في مجال علم النفس، وكان أول من أشار إلى هذا المفهوم العالم الأمريكي **سالتر** 1949 على أنه سمة من سمات الشخصية مثل الانطواء أو الانبساط، وجاء بعده **ولب** 1958، **ولازاروس** 1966، اللذان أعاد صياغة هذا المفهوم بحيث أصبح يشير إلى قدرة يمكن تدريبها وتطويرها، وتتمثل في التعبير عن النفس

والدفاع عن الحقوق الشخصية، وأشار إلى هدف العلاج النفسي يكون تدريب الفرد الذي يعاني من المرض النفسي أو المرض العقلي على أن يطور إمكانياته عن التعبير عن التوكيدية والثقة بالنفس في المواقف التي كان يعجز فيها عن ذلك. حيث عرفها المختصين بأنها تعني أن يكون الفرد قادرا على التصرف في مختلف المواقف الاجتماعية بطريقة واثقة تسمح له بحماية مصالحه وحقوقه دون إضرار بالآخرين أو بمصالحهم، ومن أهم الركائز التي تستند لها توكيد الذات الثقة بالنفس والتعبير عن المشاعر، فالثقة بالنفس هي مفتاح تفجير المواهب والكفاءات الكامنة لدى الفرد مما تمكنه من تدريب قدراته على بناء علاقات سليمة مع الآخرين، كما تتضمن التوكيدية التلقائية والحرية في التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية معا، مما تساعدنا على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية والنجاح في علاقات اجتماعية مع الآخرين. (ابراهيم ع.، 2008، صفحة 28)

بالإضافة إلى مهارة الحوار الداخلي الإيجابي الذي ساعدت أعضاء المجموعة التجريبية في تغيير طريقة حديثهم مع أنفسهم وتوعيتهم إلى ضرورة الانتباه على ما نقوله لأنفسنا يوميا، فالحديث الإيجابي يدعم الجانب النفسي ويحقق التوازن، عكس الحديث السلبي الذي يحطم الفرد ويؤثر على سلوكه وشخصيته، ويري "ألبرت إليس" أن التحدث مع الذات هو مجموعة الأفكار والسلوك والمشاعر السلبية والإيجابية التي يكون الفرد مهيأ لها من الناحية البيولوجية، حيث يتعلم الفرد أن يفكر ويتصرف ويشعر بأشياء معينة لنفسه وللآخرين. ويشير **سليغمان** أن الطريقة التي يتحدث بها الفرد مع ذاته تفسر بواسطتها الأشياء التي تحدث، فهي الأكثر تأثيرا على أنفسنا من وقوعها، فالطريقة التي يتحدث بها الفرد مع نفسه اتجاه الأشياء والحوادث البيئية تؤثر في السلوك المستقبلي للفرد وقد يكون لها مضامين في صحته الجسمية والنفسية. لذا يعتبر الحديث الداخلي الإيجابي مهم في مواجهة الصعوبات والضغوطات، حيث يرى بيك أن التحدث الإيجابي مع الذات هو أسلوب لإدراك المعلومات بطريقة صحيحة، وهذا الأسلوب ينعكس في سلوك الفرد عند تعامله مع المواقف الضاغطة، فالشخص الذي يكون مقداما في مواجهة للضغوط هو شخص متفاءل لديه تحيز إدراكي نحو الابعاد الإيجابية للموقف.

ولاحظنا من خلال نتائج الدراسة مدى استفادة الأخصائيين النفسانيين أعضاء المجموعة التجريبية من هذه المهارات، حيث أعطتهم فرصة لتقييم أنفسهم في العديد من الجوانب، والتعرف على ذواتهم وتحديد خصائصهم الشخصية، كما استفادوا من معلومات وتدريبات جديدة تساعدهم على التحكم في انفعالاتهم والتعامل مع الضغوطات بطريقة أكثر تكيف، كالمواظبة على الحوار الداخلي الإيجابي، وتكرار التوكيدات

يوميا، والحفاظ على تمارين الاسترخاء والتأمل، الذي يعطيهم طاقة إيجابية تساعدهم على قيام بمهنتهم بطريقة أكثر تفاءلا.

أما بالنسبة للصعوبات العلائقية فقد اخترنا المهارات التي تمثلت في (مهارة الاتصال) واخترنا فنيتن من هذه المهارة هما فنية الصمت وفنية الإصغاء، ومن خلال نتائج الدراسة تحققت هذه الفرضية، فالممارسة العيادية تقوم أساسا على طبيعة العلاقة التي يكونها الأخصائي النفسي مع العميل، وقد استفاد أعضاء العينة التجريبية من مهارة الاتصال التي تم عرضها بالتفضيل في المحاضرة والمناقشة الجماعية، ومن خلال تطبيق تمارين للتدريب فنية الاصغاء وتمارين للتعرف على فنية الصمت وكيفية التعامل معه، حيث استحسن أفراد العينة هذه التمارين وساعدتهم للمعرفة أهمية هذه الفنيات أثناء ممارستهم العيادية.

أما بالنسبة للصعوبات المهنية فقد اخترنا المهارات التي تمثلت في (مهارة حل المشكلات، ومهارة إدارة الوقت) وقد تحققت هذه الفرضية من خلال نتائج الدراسة، حيث استفاد أعضاء المجموعة التجريبية من مهارة حل المشكلات واستطاعوا من خلال المناقشة الجماعية تحديد أهم المشكلات المهنية التي تواجههم، وتطبيق خطوات مهارة الحل المشكلات عليها، لأن مجرد الحديث عن المشكلات ومعرفة أسبابها بالضبط تساعد على خفض التوتر والقدرة على إيجاد الحلول الممكنة، ومهارة إدارة الوقت التي تعتبر مهمة في حياة الفرد بصفة عامة فهي تنظم حياة الفرد وتساعده على خلق التوازن بين جميع جوانب حياته.

ثانيا: مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة:

لقد هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن صعوبات الأخصائي النفسي العيادي أثناء الممارسة النفسية العيادية، وبناء على نتائج الدراسة الاستطلاعية واطلاعنا على التراث العلمي لموضوع الدراسة فقد وضعنا الفرضيات التالية:

- **الفرضية الرئيسية الأولى: يعاني الأخصائي النفسي من صعوبات تتعلق بجانبه الشخصي:**

فقد لاحظنا حسب النتائج أن الأخصائي النفسي العيادي يعاني من صعوبات شخصية تتمثل خصوصا في تأثير ذاتية الأخصائي النفسي على ممارسته العيادية فقد أقر أفراد العينة صعوبة إبعاد مشاكلهم الخاصة أثناء الممارسة النفسية، فقد لاحظنا نقص كبير فيما يخص الدراسات التي اهتمت بكشف الصعوبات الشخصية لدى الأخصائي النفسي العيادي، لكننا وجدنا دراسة "**كلثوم بلميهوب**" التي أكدت أن من الصفات الشخصية الضرورية للممارسة العيادية صفة الحياد والموضوعية والقدرة على التحكم في الذات ولكي يكون الممارس العيادي حيادي وموضوعي يجب أن يكون قادرا على التحكم في الذات، بحيث يعرف نفسه ويدرك نواحي قصوره ويكون على قدر كبير من الاستبصار بدوافعه ومشاعره وحاجاته.

كما اتفقت دراستنا مع دراسة " **أمونة تاج السر**" **(2014)** التي أظهرت نتائجها أن من بين السمات التي اتسمت بالانخفاض لدى الأخصائيين النفسانيين سمة الحياد والموضوعية، حيث وجدت أن من ملامح الأخصائي النفسي أنه لم يكن متحيزا ولم يستطيع إبعاد تجاربه الشخصية عن موضوع العلاج. بالإضافة إلى الصعوبات الشخصية لاحظنا عدم اهتمام الأخصائي النفسي بالبحث العلمي واحترامه للمنهجية العلمية، حيث يجهل معظم الأخصائيين دورهم في البحث ويركزون فقط على التشخيص والفحص النفسي والعلاج، فقد أكدت العديد من الدراسات على ضرورة اتباع الطريقة العلمية في الممارسة العيادية، فقد ذكر "**ديفارج**" في هذا الصدد أنه في إحدى المصالح الطبية التي كثرت فيها ظاهرة الانتحار، قام رئيس المصلحة بإحضار إمام فألقي عليهم الدروس والمواعظ، فانخفضت ظاهرة الانتحار، فقد استخدم الإمام وسائل دينية حققت النتائج المرغوبة. فلابد على الممارس العيادي أن يتمكن من القيام بدوريه الرئيسين المكملين لبعضهما هما الممارسة العيادية والبحث العلمي، ويتصف بالمرونة ولا يتمسك باتجاه نظري معين، بل يتعرف على العديد من الاتجاهات النظرية الحديثة والتقنيات في إطار الطريقة العلمية. فقد حذر العلماء أمثال "**ماهوني**"

و"**ثورني**" **من** الانتماء الأعمى إلى تناول معين لأنه يجعل مهنة العيادي عبارة عن منعكس أو وظيفة آلية، بحيث تصبح التقنيات الموضوعية والتغيرات الجديدة في الممارسة المهنية غير مرغوب فيها، فهو يرفض كل جديد لأنه تعود على القيام بعمله بطريقة مألوفة وفقا للإطار النظري المعين، رغم ما يتطلبه الموقف من تعديل بناء على النتائج العلمية والبحوث التجريبية.

أما بالنسبة للصعوبات التي تتعلق (الثقة بالنفس، التحكم في الانفعالات) رغم أنها حصلت على نسب قليلة فهي تحتاج تعمق أكثر ومقاييس خاصة بها، إلا أنها مهمة ومن الضروري القاء الضوء عنها. فقد أكد دراسة "**أمونة تاج السر محمد محمود**" من أهم السمات التي اتسمت بالانخفاض لدى الأخصائي النفسي تمثلت في سمة الانفعالية التي تعني أن الفرد له القدرة على أن يملك نفسه في المواقف المثيرة للانفعال، فلا تصدر منه الاستجابات الانفعالية السالبة وغير المرغوبة مثل الخوف والغضب الحزن وغيرها ... بحيث يجب أن يكون منزها عن موقف القوة والتأثير في مريضه بغية تغير اتجاهه (الفكري، أو السياسي، أو العاطفي)

- **الفرضية الجزئية الثانية: يعاني الأخصائي النفسي من صعوبات تتعلق بالجانب العلائقي:**

لاحظنا في دراستنا الحالية أن الأخصائي النفسي يعاني من صعوبات في علاقاته المهنية خاصة الأخصائيين النفسانيين الذين يعملون في المستشفيات يشتكون في علاقتهم مع الأطباء. وتتفق دراستنا مع دراسة "**وايلدمان**" **1974** على الإكلينيكيين التي بينت أن سيطرة الأطباء في مجال العمل تشكل أكبر معوق للتقدم في عمل الإكلينيكيين. بالإضافة إلى دراسة **Matthew 1993** حيث أظهرت نتائج الدراسة اتفاقا بين الأطباء النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين على أن العلاج النفسي وممارسة مهام علم النفس الشرعي والتصريح للمرضى بدخول المستشفيات النفسية وعلاج الاضطرابات العقلية الشديدة من الأمور التي لا يستطيع الأخصائي النفسي العيادي التعامل معها بكفاءة.

- **الفرضية الجزئية الثالثة: يعاني الأخصائي النفسي من صعوبات تتعلق بالجانب المهني:**

حيث تتفق دراستنا الحالية مع العديد من الدراسات التي أثبتت أن التكوين هو أهم مشكلة يتواجه الأخصائي النفسي في الجزائر وتعيق مهامه، فالتكوين في علم النفس العيادي لا يزال بعيدا عن حياتنا اليومية فهو مجرد تكوينا نظريا صرفا. حيث أكدت دراسة "**كركوش فتيحة**" فيما يخص التكوين ومدى فعاليته سواء في الجامعة (التكوين الرسمي) أو في المؤسسات الخارجية أن نسبة كبيرة تراوحت 84 %من المبحوثين أقرت بعدم فعالية التكوين الذي تحصلت عليه في الجامعة، وقد أرجع هؤلاء المبحوثين سبب عدم فعالية التكوين الجامعي إلى العناصر التالية: غير مفيد، غير كافي، نظري وغير مرتبط بالواقع، ضعيف واللغة العربية،

غير مقنع. بالإضافة إلى دراسة "**الحاج شريفة**" (2019) التي أظهرت نتائجها أن متوسط الإكلينيكيين الذين استجابوا بأنهم يعانون من صعوبات بسبب التكوين وصل 1,90 وهي قيمة مرتفعة بالنسبة لحجم العينة، أي أن أكثر من 25 إكلينيكي أقروا بوجود صعوبات في الممارسة تعود إلى عامل التكوين بصفة عامة. أما بالنسبة للصعوبات المهنية التي تتعلق بمهام المختص النفسي وجدنا صعوبة في التشخيص، وعدم التحكم في التقنيات وصعوبة في اختيار الأسلوب العلاجي المناسب، علي الترتيب حيث توافقت هذه النتائج مع العديد من الدراسات منها دراسة "**رضوان زقار**" (2015) التي أرجعت سبب صعوبات الممارسة النفسية لنقص أو قلة وعي الأخصائيين النفسانيين بمهامهم في التشخيص والعلاج بحيث كلما وعى الأخصائي النفسي بها وحاول التحكم في شروط الفحص والعلاج قلت الصعوبات، كما تتفق دراستنا الحالية مع دراسة "**سامر جميل**" (2010) الذي أبرز أن مشكلة العلاج في الوطن العربي تتمثل في ضعف الأداء وقلة التمكين من الطرائق والتقنيات العلاجية. ودراسة "دبراسو فطيمة" التي أكدت أن من أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي تمثلت في صعوبات التشخيص بنسبة 83,33% وصعوبات العلاج 61%.

كما نجد من بين الصعوبات المهنية التي تواجه الأخصائي النفسي تتعلق بمدى توفر الوسائل والإمكانيات الضرورية للممارسة العيادية، حيث أثبت نتائج الدراسة أن حصول الأخصائي النفسي على مثل هذه الوسائل التي تساعده في القياس والتشخيص يبقي صعب لأنها باهظة الثمن، كما أن تطبيقها يبقي عسير لأنه يتطلب كفاءات وتكوين خاص، لم يمنحه التكوين الجامعي بكفاية للطالب في علم النفس العيادي، كما أن هناك بعض الاختبارات والمقاييس غير مكيفة وغير مقننة على مجتمعنا الجزائري فهي تخص المجتمعات الغربية الأخرى وبالتالي تطبيقها على أفراد مجتمعنا لا يعطي مصداقية لنتائجها، بالإضافة إلى دراسة "**عواشرية السعيد**" سنة 2009 التي أكدت أن أهم ما يميز محتوي مناهج علم النفس العيادي نظام كلاسيكي غياب المعرفة الضرورية عند المتخرج واللازمة لممارسة المهنة، كمعرفة استخدام المقاييس والاحصاء، وكذا الخمول فيما يخص ما تعلمونه، فبمجرد انتهاء الدراسة تنطفئ المعلومات وتزول، والسذاجة فرغم التكوين العلمي لا يزال الكثير يلجأ في تفسير الظواهر للموروث العامي، والطقوسية التي تظهر في ترديد مصطلحات والعجز عن شرحها وتفسيرها، بالإضافة إلى النقص فيما يجب أن يتلقاه من معرفة علمية وتظهر في عجزه عن الإجابة في مواقف كثيرة وهو في الميدان، ووجود فجوة بين المقاييس العلمية المقدمة وما يراه في الميدان، كما يعاني طغيان النظري عن التطبيقي والتنظيم اللامنطقي للمحتويات، مما يجعل ما يتعلمه المختص غير مناسب وغير كافي مما يؤكد زيادة الفجوة بين الجامعة والميدان

بالإضافة إلى صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بثقافة المجتمع التي لاحظنا أنها تؤثر بشكل كبير على الممارسة العيادية، فقد أكد دراسة "**بن أحمد قويدر**" مشكلة البعد بين التكوين الجامعي والواقع الاجتماعي حيث نلاحظ العديد من خريجي الجامعة يصطدمون بالواقع، حيث يتدمرون من قيمة التكوين لديهم على أنه غير كاف نظرا لصعوبة الممارسة المهنية وصعوبة تقبل الأشخاص لهذا النوع من الممارسة المتواجدين ضمن المجتمع الجزائري والذي يتأثرون بطبيعة الحال بثقافة المجتمع التي كان لها نصيب في تكوين شخصيته سواء العادية أو المرضية. حيث يجد انفصالا بين المعارف النظرية للممارسة العيادية المستمدة من الثقافة الغربية ويحاول إسقاطها على ثقافة مختلفة ينتج عنه تصادم بين واقع له خصائصه ومعرفة نظرية لها خصائصها.

- **الفرضية الرئيسية الثانية: فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي في مواجهة صعوبات الممارسة النفسية:**

حيث استنتجنا من خلال تطبيق برنامج معرفي سلوكي الذي هدف لمساعدة الأخصائيين النفسانيين على مواجهة صعوباتهم، حيث تم تطبيق فنيات ومهارات على عينة من الأخصائيين النفسانيين، وتم بعدها قياس البعدي لمعرفة مدى فعالية هذا البرنامج، وقد تحصلنا من خلال النتائج تحقيق فرضيتين من فرضيات الدراسة وهما:

- فعالية برنامج معرفي سلوكي لمواجهة الصعوبات التي تتعلق بالجانب العلائقي للأخصائي النفسي
- فعالية برنامج معرفي سلوكي لمواجهة الصعوبات التي تتعلق بالجانب المهني للأخصائي النفسي.

حيث لاحظنا أن المهارات التي طبقت على عينة الدراسة كانت ذات فعالية، واستفاد عينة الدراسة التجريبية من التمارين والواجبات التي تم تطبيقها، والمعلومات المفيدة التي تم مناقشتها. وقد اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة "**مصطفى عبد المحسن الحديثي**" حول برنامج إرشادي نفسي إيجابي في تنمية فاعلية الذات الإرشادية لدى الأخصائي النفسي المدرسي، ، والتي هدفت للتحقق من فاعلية برنامج تم تطبيقه على عينة من الأخصائيين النفسانيين الذين يعملون في المدارس، قائم على بعض فنيات علم النفس الإيجابي، حيث أشارت النتائج تحسن في سلوك الأخصائيين النفسيين من تعزيز الذات الإرشادية لديهم بشكل عام، وضمن مجالات فاعلية الذات الإرشادية من توقعات المرشد فيما يتعلق بكفاءته الشخصية والعملية، وتوقعات المرشد حول قدرته على إقامة علاقة إرشادية ناجحة، توقعات المرشد حول قدرته على

تحديد مشكلة المسترشد وتشخيصها، توقعات المرشد حول قدرته على تحديد وصياغة الأهداف الإرشادية، توقعات المرشد حول قدرته على اختيار الطريقة الإرشادية، توقعات المرشد حول قدرته على تقويم النتائج، توقعات المرشد حول قدرته على إقفال الحالة وإنهاء الإرشاد. حيث وجدت الباحثة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس فاعلية الذات الإرشادية وأبعاده بعد تطبيق برنامج فنيات علم النفس الإيجابي لصالح المجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج الإرشادي دون أفراد المجموعة الضابطة، حيث وفر البرنامج الفرصة لزيادة بعض الجوانب والمهارات المرتبطة بفاعلية الذات الإرشادية لدى الأخصائيين النفسيين.

ومن أهم المهارات التي تم تطبيقها مهارة توكيد الذات وتعتبر مهارة اجتماعية تشير إلى ثقة الفرد بنفسه، والقدرة على التعبير عن مشاعره الإيجابية والسلبية، بصورة ملائمة ومقاومة للضغوط التي تواجهه في المواقف الحياتية، كما تعتبر توكيد الذات من أهم المحددات الأساسية للشخصية، لما لها من دور في تكوين المعتقدات التي يحملها الشخص على ذاته، والقيمة التي تعطيها لتلك المعتقدات، وهي نتائج معتقداته الذاتية، والبيئة المحيطة به، حيث تعتبر من أهم المهارات الشخصية التي تساعد الفرد على التعرف على ذاته وتساعده على التعبير عن مشاعره وأفكاره، وخاصة الأخصائي النفسي العيادي الذي يتوجب عليه أن يكون على قدر كبير من الاستبصار بدوافعه وأفكاره ومشاعره، وحاجاته ورغباته، حتي يتمكن من التحكم في ذاته وفهمها، وبالتالي يستطيع من فهم العميل، ويدرك جيدا نواحي النقص في شخصيته ومخاوفه، حتي يتمكن من السيطرة علي هذه النواحي ولا يتركها تؤثر على عمله، ولقد لخص كل من Hong ; Cooker 1984 خصائص توكيد الذات في الخصائص التالية:

- القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية، والآراء المتفقة مع الآخرين، أو المختلفة عنهم.
- الدفاع عن الحقوق الخاصة.
- المبادأة بالتفاعل الاجتماعي.
- رفض مطالب غير معقولة.

وفي البداية فقد أعد "**ولبي**" 1958 التدريب التوكيدي كعلاج للأفراد ذوي أسلوب الحياة السلبي أو غير المتكيف، وقد انتشر نجاح التدريب التوكيدي في علاج مجموعة من المشكلات الإكلينيكية، تتضمن الانحراف الجنسي، والاكتئاب، والصراعات الزوجية...

لذا فقد ساعدت مهارة توكيد الذات أفراد العينة على إعادة ضبطهم لذواتهم وتحديد نقاط ضعفها وقوتها والحرص على ضرورة التقييم الذاتي المستمر، واتفقت نتائج دراستنا مع دراسة "**نووم**" Nnoum سنة 2010 التي هدفت إلى فحص فاعلية التدريب التوكيدي في تحسين المهارات الاجتماعية لدى المراهقين، والتي استخدمت تصميم قبلي وبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة، والتي أجريت بإحدى الثانوية في نيجيريا، إذ تلقت المجموعة التجريبية برنامج إرشادي لمدة ستة أسابيع بواقع ثمانية جلسات إرشادية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية التدريب التوكيدي في تحسين المهارات الاجتماعية وخفض سلوكيات العزلة لدى المراهقين في المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج الإرشادي، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة الضابطة التي لم تتلق التدخل.

بالإضافة إلى دراسة **محبي وآخرون** 2012 **Mohebi** دراسة هدفت إلى التعرف على أثر برنامج تدريبي توكيدي في خفض القلق الأكاديمي لدى الطلبة ما قبل الجامعة بمدينة جون أباد بإيران، وتكونت عينة الدراسة من 89 طالبا وطالبة مرحلة ما قبل الجامعة، واستخدم الباحثون مقياس القلق الأكاديمي، ومقياس راثوس للتوكيدية، وتم إجراء خمسة جلسات تدريبية عن التوكيدية على المجموعة التجريبية، وجلسة كانت للآباء والمعلمين لتعريفهم بالتوكيدية، وتضمنت جلسات البرنامج فنيات لعب الدور، والمناقشة والحوار، والممارسة العملية، والتعزيز، واستغرقت كل جلسة 90 دقيقة، وبعد ثمانية أسابيع تم تطبيق القياس التتبعي على أفراد المجموعة التجريبية، وبينت النتائج وجود أثر للتدريب على التوكيدية في خفض القلق الأكاديمي لدى أفراد العينة التجريبية. ودراسة **محمد ومحروس وعبد العزيز سنة** 2016 حول فاعلية التدريب التوكيدي على المهارات الاجتماعية ومستوي القلق والرضا الذاتي لدى عينة من المرضى النفسيين، إذ تكونت عينة الدراسة من 15 مريض يعانون من اضطرابات نفسية مختلفة، ويتلقون خدمات علاجية في مستشفى العباسية بالقاهرة، واستخدمت الدراسة مجموعة من أدوات القياس لقياس أداء الأفراد: مقياس المهارات الاجتماعية، مقياس توكيد الذات، ومقياس الرضا الذاتي، ويتكون البرنامج العلاجي المستخدم من 15 جلسة بواقع جلستين أسبوعيا ولمدة 90 دقيقة لكل جلسة، كما تم قياس أداء المجموعة قبل وبعد التدخل الإرشادي، وأظهرت نتائج الدراسة فعالية برنامج توكيد الذات في تحسين مستوي الرضا الذاتي والمهارات الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة.

بالإضافة إلى تطبيقنا لمهارة التدريب على الحوار الداخلي فقد عرفت استحسانا كبير بين أفراد العينة، ويعد **دونالد ماكينبوم** أول من استخدم أسلوب الحديث الذاتي لمساعدة الفرد على التخلص من مشكلة ما

وذلك عن طريق تغيير طريقة التحدث مع الذات بالأسلوب السلبي واستبداله بالحديث مع الذات الإيجابي، حيث يقوم هذا الأسلوب على افتراضية مفادها أن الأشياء التي يقولها الفرد لنفسه يمكن أن تلعب دورا بارزا في تحديد السلوكيات التي يقوم بها.

حيث ركز **ماكنبوم** في نظريته على أهمية تدريب الأفراد على كيفية ملاحظة أنفسهم، كيف يفكرون وكيف يشعرون، وكيف يتصرفون، وكذلك يلاحظون الأثر الذي يتركونه على الآخرون، ويركز على التحدث الذاتي و توجيه التعليمات للذات، والضبط الذاتي، باعتباره العنصر الأساسي في توجيه السلوك، ويقصد به أن الأشياء التي يقولونها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها، فالسلوك يتأثر بمظاهر متنوعة من الأنشطة الشخصية المبنية على افتراضات متعددة، وتشمل هذه الأنشطة كل من الاستجابات البدنية، ردود الفعل الانفعالية، والمعارف، وقد قام ماكنبوم بالعديد من البحوث والدراسات التي أظهرت أثر الحديث الذاتي على سلوك الأطفال الاندفاعيين، كما قام **ماكنبوم** مع زميله **جودمان** 1971 بدراسات لأطفال مفرطي الحركة تم تدريبهم على التحدث مع أنفسهم كطريقة لضبطها، حيث قام بعرض مجموعة من المهام عليهم، يقوم خلالها شخص راشد بالقيام بسلوك معين وهو يتحدث بصوت عال، وبعد ذلك طلب منهم القيام بنفس المهام، وقام بتوجيهات بصوت مرتفع، وبعد ذلك طلب منهم القيام بنفس المهام خلال توجيههم لذواتهم بطريقة داخلية، وقد نجح **ماكنبوم** في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ومشكلات سلوكية مثل الاندفاعية، والنشاط الزائد، والعدوانية عن طريق استخدام التعليمات الذاتية، ودلت النتائج تلك الدراسات إلى فاعلية كبيرة لاستراتيجية التدريب على الحديث الذاتي في علاج تلك المشكلات.

بالإضافة إلى دراسة **ماكنبوم** حول الضغط النفسي الذي يشير فيها إلى أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد إلى الضغط النفسي تتأثر بشكل كبير للكيفية التي يقيم بها هذا الفرد مصدر الضغط، ومتأثرة بما يشعر به من إثارة، حيث يؤكد في نظريته أن ليست الإثارة البدنية هي التي تضعف الفرد بل ما يقوله الفرد عن هذه الإثارة هو الذي يحدد ردة الفعل لديه. ويركز في علاجه على تدريب الأفراد على تقديم التعليمات الإيجابية للذات، وتعليمهم كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، وتعليمهم ضرورة التوقف والتأمل والاستماع جيدا قبل الاستجابة، ومساعدتهم على الحوار الداخلي الإيجابي المشجع قبل الاندفاع والإسراع في الأمور، حيث يعد الحديث الذاتي تنفيس لاشعوري للضغط الشديد ولابد أن يركز الفرد لما يقوله لنفسه، ويرتبط الحديث الذاتي بموقف الضغط النفسي والقدرة على المواجهة، وله تأثير على سلوك الفرد في هذا

الموقف، وتزيد درجة القلق والتوتر عند الفرد بسبب نقص تقدير الفرد لذاته وسيطرة الأفكار السلبية عليه، حيث يعتبر من أحد وظائف الحديث الذاتي في تغيير الوجدان والتفكير والسلوك هو التأثير على عمليات الانتباه والتقويم، أما الوظيفة الثانية للحديث الذاتي هي التأثير على البني المعرفية وتغييرها، حيث يري **ماكنبوم** أن حدوث تفاعل بين الحديث الذاتي للفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد، كما يري بأن عملية التغيير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية الامتصاص، أي أن يمتص سلوكا جديدا بدلا من السلوك القديم، تم يقوم الفرد بعملية التكامل، بمعني أن يبقي الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه، وعلى المعالج أن يدرك المحتويات الإدراكية التي تمنع حدوث سلوك جديد لدى العميل، وما هو الحديث الداخلي الذي فشل الفرد في أن يقوله لنفسه، كما يجب على المعالج أن يعرف حجم ومدى مشكلة العميل، وماهي توقعات العميل من العلاج، وأن يتدرب العميل على تسجيل أفكاره ومشاعره قبل وأثناء وبعد مواجهته لأي مشكلة.

فقد أثبت الدراسات الحديثة أن الحديث الذاتي له أهمية كبيرة وذو تأثير قوي وشديد لأنه يبرمج العقل الباطني، ويؤثر على وظائف الجسم، فمعظم الناس يبرمجون منذ الصغر على أن يتصرفوا بطريقة معينة، ويتكلمون بطريقة معينة، ويعتقدون اعتقادات معينة، ويشعرون بأحاسيس سلبية من أسباب معينة، وإذا استمرو بنفس التصرفات أصبحوا سجناء برمجتهم واعتقاداتهم السلبية، التي تحد من قدراتهم على الحصول على ما يستحقونه في الحياة، وقد أكدت ذلك دراسة "**كلاس**" 1977 والتي أجريت على مرضى أحد المستشفيات، حيث استخدمت عينة من ثلاث مجموعات الأولي تكونت من مرضى مصابين بأمراض القلب، والثانية من المراجعين في الطب العام، والثالثة من الأصحاء، وأظهرت النتائج أن المصابين بأمراض القلب أكثر ميلا ينظروا للأشياء نظرة سلبية، ويتحدثون لأنفسهم حديث سلبي نتيجة ذلك يظهرون استجابات تتميز بتغيرات فسيولوجية تؤدي إلى دمار القلب والأوعية الدموية، إذ أن الجهاز العصبي يختلف بصورة أساسية بين الأشخاص الذين ينظرون نظرة سلبية والذين ينظرون نظرة إيجابية إلى الأشياء، فالجهاز العصبي السمبتاوي لدى الأشخاص ذوي النظرة السلبية في استثارة مستمرة مما يؤدي إلى زيادة في افراز الأدرينالين والنور أدرينالين وبالتالي تحدث تغيرات في ضغط الدم وضربات القلب والتي تزيد من تكوين الكولسترول الذي يعد أحد عوامل الخطر المؤدية إلى الإصابة بالمرض.

ولقد كان لاستخدام مهارة حل المشكلات والتدريب على خطواتها دور مهم لاكتشاف مشكلات أفراد المجموعة التجريبية والمناقشة حولها ساعدهم على التفريغ الانفعالي والتخفيف من التوتر والضغط والقدرة

على إيجاد الحلول الممكنة، وقد أكدت العديد من الدراسات التي اعتمدت على مهارة حل المشكلات على فعاليتها في التخفيف والحد من الضغوط النفسية، منها "**دراسة هورتن**" 1990 التي أكدت نتائجها على التأثير الإيجابي لأسلوب حل المشكلات في خفض الضغط النفسي لدى الطلبة، ودراسة مصلح 2003 التي استهدفت فحص أثر برنامج ارشادي جماعي نفسي للتدريب على حل المشكلات في خفض التوتر النفسي لدى الطالبات، والتي أسفرت نتائج دراسته أثره الإيجابي للتخفيف من التوتر النفسي لديهم.

بالإضافة إلى دراسة **زواوي** 1992 بدراسة هدفت إلى تحري أثر برنامج للتدريب على مهارات حل المشكلات في خفض التوتر النفسي، وقد تكونت عينة الدراسة من 63 طالبا من مدرستين ثانويتين في مدينة عمان، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن المجموعة التي تلقت برنامجا تدريبيا في مهارة حل المشكلات أصبحت أكثر كفاءة في حل المشكلات من المجموعة الضابطة ونقص بذلك مستوي التوتر النفسي لديها. كما قام "**زريقي**" 2000 بدراسة هدفت إلى قياس أثر التدريب على مهارة حل المشكلات في الضغط النفسي وتقدير الذات لدى المراهقين في مدينة عمان، تكونت عينة الدراسة من 48 طالبة وطالبة موزعين على أربع مجموعات، أثنين تجريبية واحدة ذكور وأخرى إناث، واثنين ضابطة من الجنسين ذكور وإناث، حيث توصل الباحث إلى أن البرنامج الإرشادي لمهارة حل المشكلات كان فعالا في خفض الضغط النفسي لدى طلاب المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة من الجنسين، وتوصل كذلك إلى أنه لا أثر للبرنامج الإرشادي في تحسين تقدير الذات لدى العينة التجريبية من الجنسين، حيث لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية ما بين المجموعتين التجريبية والضابطة فيما يتعلق بتقدير الذات.

وبالنسبة لمهارة الاتصال تتفق دراستنا مع دراسة "**بدر بن مطلق الحربي**" حول فعالية برنامج تدريبي في تنمية مهارات الاتصال لدى المرشدين الطلابيين بمدينة بريدة سنة 2013، التي أظهرت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مهارات الاتصال بعد تطبيق البرنامج، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية. حيث أوصى الباحث بضرورة العمل على تدريب المرشدين الطلابيين على مهارات الاتصال وضرورة تبني البرنامج التدريبي من قبل المهتمين لتنمية مهارات الاتصال لدى العاملين في الإرشاد. بالإضافة إلى دراسة "**المحتسب والعبادسة**" 2013 التي هدفت إلى معرفة مستوي مهارات الاتصال الارشادي لدى المرشدين التربويين بقطاع غزة، وتكونت عينة الدراسة من 114 مرشدا ومرشدة، كان منهم 56 ذكر و58 أنثي من العاملين في المدارس الحكومية،

واستعمل الباحثان مقياس مهارات الاتصال الارشادي من اعدادهما، وأظهرت الدراسة عدة نتائج أهمها: تفاوت نسب انتشار المهارات موضع الدراسة عند المرشدين، إذ سجل الجانب المعرفي أعلي الدرجات، عدا مهارة الانفتاح والمواجهة، وإدارة جلسات الارشاد الفردي، أما في الجانب التدريبي فقد تركزت معظم تقديرات المرشدين حول الاستجابة (بدرجة متوسط) باستثناء مهارات (الانصات، طرح الأسئلة، المناقشة) كما أشارت النتائج إلى عدم وجود علاقة دالة بين المعرفة والتدريب، على حين تأكد وجود علاقة بين المعرفة والقدرة والممارسة، وبين كل من التدريب والممارسة والقدرة، وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة بين مكونات الاتصال الارشادي (المعرفة بالمهارة، التدريب على المهارة، القدرة على ممارسة المهارة، الممارسة الفعلية للمهارة) لدى المرشدين تعزي إلى متغير النوع أو مكان العمل.

وقد تم اختيار مهارة مهمة من مهارات الاتصال المتمثلة في مهارة الإصغاء لما لها أهمية لدى الأخصائي النفسي ولها أثر كبير فعالية علاقاته مع العميل، فهي تساعد الأخصائي النفسي على التركيز على فهم العميل ومشاعره، واتجاهاته، وتحديد عناصر مشكلته بالضبط، وقد أشارت العديد من الدراسات أن 75 % من العلاقات الإنسانية تعتمد على مهارة الإصغاء الفعال، فهي تعكس مستوي اهتمام الأخصائي النفسي لما يقوله العميل، وتساهم في بناء الألفة وتساعد على توثيق العلاقة المهنية، فيشعر العميل بالارتياح والاقبال الإيجابي على التواصل مع الجلسات العلاجية.

بالإضافة إلى التدريب على مهارة الاسترخاء الذي يعتبر من أبرز الاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها في التخفيف من حدة التوتر والضغط النفسي، حيث أظهرت نتائج دراستنا مدى أهمية التمارين الاسترخاء التي تم تطبيقها لأفراد العينة، فقد أكدت دراسة بالوغ Balog 1979 على تأثير التمرين الجسمي والتدريب على الاسترخاء العضلي على مستوي التوتر النفسي، وتكونت عينة الدراسة من 21 طالب من طلاب جامعة ماريلاند قسمت إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولي وهي المجموعة التجريبية التي تلقت تدريبات على التمارين الجسمية، والمجموعة الثانية وهي المجموعة التجريبية التي تلقت تدريبات على الاسترخاء العضلي التدريجي، في حين لم تتلق المجموعة الثالثة المتمثلة في المجموعة الضابطة أي نوع من أنواع العلاج، وقد استخدم جهاز التخطيط الكهربائي للعضلات لقياس مستوي التوتر النفسي قبل وبعد العلاج، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الأولي والمجموعة التجريبية الثانية فيما يخص انخفاض مستوى التوتر النفسي، بينما أظهرت

النتائج فروقا ذات دلالة إحصائية بين نتائج المجموعتين التجريبيتين والمجموعة الضابطة لصالح المجموعتين التجريبيتين في انخفاض مستوى التوتر النفسي.

واتفقت دراستنا مع دراسة **كرسويل Creswell** سنة 2012، التي هدفت إلى فحص فاعلية الاسترخاء والتدريب على إدارة الضغوط في خفض مستوي سلوكيات العزلة لدى الشباب الجامعي، إذ تكونت عينة الدراسة من 40 مشترك تم توزيعهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تلقت البرنامج الإرشادي لمدة ثمانية أسابيع، ومجموعة ضابطة لم تتلق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي القائم على الاسترخاء وخفض الضغوط النفسية، وقد أظهرت النتائج فاعلية التدريب على الاسترخاء في خفض سلوكيات العزلة لدى المجموعة التجريبية، ولم تظهر النتائج فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدى المجموعة الضابطة التي لم تتلق المعالجة.

بالإضافة إلى تطبيق مهارة الاسترخاء تم الاستعانة بأسلوب التأمل الذي استفاد منه أيضا أفراد العينة، والذي يتمثل في الابتعاد عن الأنشطة اليومية والأمور الشخصية وكل المواقف الضاغطة والتركيز على إيقاع التنفس، حيث بينت دراسة **ولاس Walace** إلى وجود تغيرات عضوية مصاحبة لعملية التأمل ولتي يجمعها في: انخفاض استهلاك الأكسجين يخفف العبء على القلب، أبطاء الإيقاع المخي، انخفاض مستوي الاستثارة للجهاز العصبي، كما أكدت الكثير من الدراسات أهمية عملية التأمل في علاج والوقاية من العديد من المشكلات النفسية كالقلق والوسواس والاكتئاب والميل العدواني...

كما تم تطبيق مهارة إدارة الوقت والتي تعتبر هي كذلك من أهم المهارات التدريبية وذلك لكونها تعتبر من أهم الركائز التي تساعد الفرد لإدارة ذاته، وقد حققت نتائج إيجابية وساعدت أفراد العينة على تحديد مهامهم بالضبط التي كانوا يصعب عليهم تحديدها في ظل واقع عمل الأخصائي النفسي في الجزائر وغموض القوانين التي تحكم الممارسة العيادية، فقد حاولنا في برامجنا التدريبي عن طريق تطبيق بعض التمارين البسيطة مساعدة أعضاء المجموعة التجريبية على تنظيم وقتهم داخل العمل وخارجه، مع ضرورة تخصيص وقت للاسترخاء والتأمل والتقييم الذاتي المستمر الذي يساعد الفرد على معرفة ذاته جيدا وتجنب أي تقصير في أي جانب من الجوانب الحياتية المختلفة، وقد أثبتت العديد من الدراسات مدى أهمية إدارة الوقت في الكثير من المجالات، منها دراسة قامت بها الجمعية الطبية الأمريكية في كولومبيا، والتي طبقت على نحو أربعين ألف مريض هدفها معرفة الوقت الذي يقضيه المريض في عيادات الجمعية، فاكتشفت أنه يتراوح بين عشر إلى عشرين دقيقة، ووجدت أن انتظار المريض إذا طال عن هذه المدة، فإن التقصير سيكون من

جانب أطباء الجمعية، وهكذا رأت أن من واجب الجمعية تعويض المرضي الذين ينتظرون أكثر من هذه المدة، وقد أعدت الجمعية إيصالات كل منها بخمسة دولارات تعطي للمريض عن كل دقيقة يقظيها بعد العشرين دقيقة المحددة، وللمريض الحق أن يستخدم هذه الإيصالات في شراء الأدوية والمستلزمات الطبية أو أن يحصل عليها نقذا، كذلك تم توقيع خصومات على الأطباء المتهاونون في أداء عملهم، طبقا للمعايير التي وضعتها الجمعية، وقد صرح د. وليام جاكوب رئيس الجمعية أن خدمة المرضي تحسنت بعد هذه الإجراءات. (الفقهي، 2009) كما تؤكد دراسة **أبو شيخة والقريوتي** (1991) أن الوقت عنصرا محدودا من عناصر الإنتاج، ولابد من استثماره لتحقيق الأهداف، فإدارة الوقت هي إدارة مرتبطة بالذات البشرية، أي أنها متعلقة بالمشاعر والأفكار والسلوك، وكذلك تتعلق بالجوانب الموضوعية، بالإضافة إلى الجوانب التقنية. كما يشير خليل أن إدارة الوقت هي المهارات السلوكية التي تهتم بقدرة الفرد على تعديل سلوكه وتعديل العادات السلبية التي يمارسها في حياته، بهدف تدبير وقته واستغلاله الاستغلال الأمثل، والتغلب على الصعوبات التي تعوقه عن تحقيق رسالته وأهدافه.

كما اتفقت دراستنا مع دراسة "**مسمار**" (1993) حول أثر برنامج إرشادي جمعي تدريبي في تنظيم الوقت على مهارة تنظيم الوقت والتحصيل لدى طالبات الصف الأول الثانوي في مديرية عمان الكبرى، بهدف بناء برنامج للتدريب على مهارة تنظيم الوقت واستقصاء فاعلية هذا البرنامج في تحسين تنظيم الوقت، وقد استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وشملت عينة متكونة من 32 طالبة من طالبات الصف الأول الثانوي بمدرسة وادي السية الثانوية للبنات، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالو إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة على متغير التحصيل الدراسي، وفاعلية البرنامج المطبق في تحسين مهارة تنظيم الوقت لدى الطالبات، ولم يكن فعالا في تحسين مستوي التحصيل الدراسي.

الخاتمة

خاتمة:

من خلال ما تحصلنا عليه بداية من الجانب النظري من معلومات وتوضيحات متعلقة ببدايات ظهور علم النفس الإكلينيكي، وأهم المراحل التي مر بها وعوامل تطوره، وصولا إلى علم النفس الإكلينيكي الحديث وأهم رواده، وبعدها خصصنا في الحديث عن الممارسة النفسية ووظائفها الأساسية التي تتمثل في التشخيص والفحص والتصنيف والعلاج النفسي، وأهم المعايير الأخلاقية التي تحكمها، وتطرقنا بعدها إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي وكل ما يتعلق به من تعريفه، وسماته وخصائصه ومهامه، ومجالات عمله، وأهم التقنيات والوسائل التي يستخدمها العيادي أثناء العمل الإكلينيكي، حيث نجدها عديدة ومتنوعة من الناحية النظرية، لكن في الواقع نجد أن الأخصائيين لا يتحكمون فيها وذلك يرجع إلى عدم كفاية التكوين والتربص الميداني، وإما لعدم توفرها في مؤسسات العمل، وحتي الاختبارات والمقاييس المتوفرة فهي غير مكيفة على المجتمع الجزائري، ثم تحدثنا عن إعداد الأخصائي النفسي في الدول الغربية بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة، لنجري مقارنة بسيطة بين برامج تدريس الطالب في علم النفس بين الجزائر والدول الغربية، حيث نكتشف أن تدريس علم النفس في الجزائر ينتهج نفس ما هو متعارف عليه عالميا لكن ليس بنفس الدقة، ولا بنفس الحجم الساعي، بل يمر على أغلب المفاهيم والنظريات النفسية مرور الكرام لضيق الوقت، هذا ما يشكل فيما بعد أكبر عائق أمام الأخصائي النفسي أثناء الممارسة الإكلينيكية الميدانية، بالإضافة إلى الجانب التطبيقي والتربصات الميدانية التي غالبا ما تحدث على شكل وثائق إدارية شكليا فقط لتسهل على الطالب الحصول على علامات تساعده في النجاح، لينصدم أثناء الممارسة الميدانية بعدم قدرته على تسيير جلسة مقابلة، وعدم قدرته على تشخيص الاضطرابات النفسية الحديثة والمتشابهة، وعدم قدرته على قراءة رسالة توجيه من طبيب معين...

وخصصنا الفصل الأخير في الجانب النظري للحديث عن صعوبات الممارسة النفسية حيث تحدثنا عن أهم الصعوبات والعوائق التي تعيق الأخصائي النفسي من العديد من الجوانب، منها التي تتعلق بالأخصائي النفسي وسماته وخصائصه الشخصية، ومنها من ترجع إلى التكوين وعدم كفايته للقيام بالممارسة النفسية العيادية على أكمل وجه،

يجب النظر إلى التخصص نظرة تستحق مستواه وخدماته منذ التوجه إليه بعد النجاح في شهادة البكالوريا وحتى التخرج وممارسة المهام، وذلك من خلال تحمل كل الأطراف مسؤوليتها في تخفيف أو القضاء على صعوبات الأخصائي النفسي، بداية من الجامعة من خلال فرض تدابير خاصة تتعلق باستقبال الطلبة

وقبولهم في التخصص وفق شروط محددة، وإعادة النظر في التكوين الجامعي ومحتوياته، والحجم الساعي للمقاييس الأساسية.

بالرغم من أننا نشهد توظيف للأخصائيين الممارسين في مختلف القطاعات (المستشفيات والمصحات والعيادات ومؤسسات إعادة التربية والمراكز البيداغوجية ووحدات الكشف والمتابعة...) إلا أن عملية التوظيف في غياب توفير الظروف المناسبة ليست كافية، بل إنها تولد صعوبات على مستوى الممارسة العيادية الفعالة.

ونستنتج من الدراسة الحالية الواقع الذي يعيشه الأخصائي النفسي في الجزائر من معاناته من عدة صعوبات سواء ترجع إلى جانبه الشخصي وسماته الشخصية، أو تتعلق بعلاقاته المهنية وإدارية، أو تتعلق بالمؤسسة ومدى توفر الإمكانيات والوسائل اللازمة،

ولعل تناول الدراسة الحالية لصعوبات الأخصائيين النفسانيين في الجزائر حيث وجدنا أنها ترجع في المرتبة الأولى إلى التكوين الذي يعتبر غير كافي للقيام بممارسة عيادية فعالة، فعندما يوظف هؤلاء يجدون صعوبة في نقل ما تعلموه في الجامعة إلى محيط العمل.

ودراستي الحالية حول إشكالية واقع الممارسة العيادية في الجزائر قد يقود في المستقبل إلى طرح هذه الإشكالية ودراستها بشكل أكثر تفصيلا، كما قد يقود إلى ضرورة القيام بتعديلات في البرامج التكوينية لعلم النفس العيادي نظرا لانعكاساتها على مردودية الممارسة العيادية، فقد استنتجنا من خلال الدراسة الحالية أن التركيز على البرامج التكوينية للأخصائي النفسي وتطويرها والاهتمام أكثر بالجانب التطبيقي العملي يفتح آفاق جديدة أمام الممارسة العيادية، وذلك بتكوين أخصائيين نفسانيين أكفاء قادرون على مواجهة تحديات الميدان، الأمر الذي يقود إلى تحسين صورة الأخصائي النفسي في المجتمع، ويجعله يفرض ذاته المهنية مما يقدمه من خدمات ومساعدات لتخفيف من معاناة الناس وآلامهم.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

1. ابراهيم ,ف .ف .(2001) .*بحوث ودراسات في سيكولوجية الإعاقة* .

2. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد .(2009) . /43

3. الحاج ,ق .(2018) .واقع التكوين الجامعي للأخصائي النفسي في ضوء إصلاح المنظومة الجامعية الجزائرية.22 .p .

4. الحجازي ,م .(1993) .*الفحص النفسي –مبادئ الممارسة النفسية تقنياتها، خطواتها، واشكالياتها* – .

5. الخالدي ,أ .م .(2006) .*مرجع في علم النفس الإكلينيكي* .

6. الخطيب.(2013) .

7. الستار ,ا .ع .(2009) .*علم النفس الإكلينيكي* .

8. الصبوة ,م .ن .(1999) .*مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي* .

9. الصياح ,م .ر : .(2013) .فاعلية برنامج إرشادي معرفي–سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي – دراسة ميدانية تجريبية لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الثانوية في مدارس محافظة .

10. العتيبي ,ف .ب .(2011) .دور الأخصائي النفسي.

11. العتيبي ,ف .ب .(2011) .دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض.

12. العزاوي ,ك .(2008) .*مقدمة في منهج البحث العلمي* .

13. العزيز ,ب .ع .(2015) .اشكالية صلاحية الاختبارات النفسية غير المكيفة في الممارسة السيكولوجية في الجزائر.

14. الفقهي ,ا .(2009) .*إدراة الوقت* .

15. القرني ,م .س .(2017) .*التشخيص الإكلينيكي والممارسة العلاجية* .

16. المعطى ,ع.(1998) .

17. النابلسي ,م .أ .(1998) .*أصول الفحص النفسي ومبادئه* .

18. النعيمي ,م .ع .(2015) .*طرق ومناهج البحث العلمي* .الوراق.

19. الوردني.(1986) .

20. أنجلس ,م .(2004) .*منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية* .

21. أوباجي ,ي .(2019) .*مطبوعة للدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي* .

22. برزوان ,ح .(2016) .الرضا المهني والكفاءة المهنية لدى الأخصائي النفساني العيادي في الجزائر.322 .p .

23. بركات ,م .خ .(1952) .*عيادات العلاج النفسي* .

24. بلان ,ك .ي .(2015) .*نظريات الارشاد والعلاج النفسي* .

25. بلميهوب ,ك.(2013) .

26. بوجمان ,ن .(2016) .بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة.

27. بوحفص ,م .(2006) .علم النفس في الجزائر النشأة والمسار وآفاق التطور.

28. بومعزة ,ف .(2017) .وقفة تقيمية للملمح الأخصائي النفساني حسب تصورات الطلبة وآراء الممارسين .15 .p .

29. بومعزة ,ف .(2017) .وقفة تقييمة لملمح الأخصائي النفسي العيادي.02 .p .

30. تعوينات ,ع ,2018) .جوان .(دور الممارسات السيكولوجية في ترقية الصحة النفسية في الجزائر . p. 350.

31. جعدوني ,ا .(2018) .العلوم النفسية العيادية بين التنظير والممارسة.

32. حجار ,م .ح .(1993) .*فن الارشاد النفسي السريري)الإكلينيكي (الحديث المختصر .*

33. حمدي ,ن .ع .(2008) .*الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر .*

34. حومة ,ر .ح .(2015) .الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي وعلاقتها بالرضا الوظيفي في مدارس ذوي الاحتياجات الخاصة .12 .p .

35. خرخاش ,أ .(2009) .مداخلة في ملتقي مغاربي حول العلاج النفسي بين التكوين والممارسة.

36. خطاب ,م .أ .*التشخيص الإكلينيكي –دليل الاختبار النفسي التشخيصي . –*

37. خليفة ,ع .هـ.(2009) .

38. خليفة ,ع .هـ .(2008) .*أفاق توطين علم النفس في العالم العربي .*

39. خليفة ,ع .هـ .(2011) .*أفاق توطين علم النفس في العلم العربي .*

40. داود ,ف .ش .(2017) .*علم النفس الإكلينيكي .*

41. داوود ,ف .ش .(2017) .*علم النفس الإكلينيكي .*

42. رشوان ,ع .ا .(2005) .*الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال النفسي والعقلي .*

43. رضوان ,س .ج .(2019) .*ممارسة العلاج النفسي والأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي .*

44. زراد ,ف .خ .(2016) .*علم النفس المرضي .*

45. زقار ,ر .(2015) .الأخصائي النفسي أمام صعوبات الفحص والعلاج.5 .p .

46. زهران, ح .غ .(2005) .*الصحة النفسية والعلاج النفسي* .

47. سعد, أ .أ .(2009) .*التشخيص والتقييم في الإرشاد* .

48. سلطان, ع .م .(2008) .مدى تصور الأطباء لدور المختص النفسي الإكلينيكي كأحد أعضاء الفريق العلاجي للأمراض المزمنة بمدينة مصراتة.10 .p .

49. سلطان, ع .م .(2012) .مدي إدراك الأطباء لدور المختص النفسي العيادي.

50. سمايلي, م 03 ,2014) .ديسمبر .(واقع ومستقبل علم النفس في الجزائر –موضوعاته ومنهجياته – .p. 10 .

51. شريفة, ب .(2018) .واقع الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية في الجزائر.

52. صالح, ع .ح .(2013) .*قواعد قياس الشخصية بين النظرية والتطبيق* .

53. صالح, ه .ب .(2016) .فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الضغوط النفسية لدى المراهق المتمدرس، .

54. صغير, ش .م ,2010) .جوان .(واقع الممارسة النفسية العيادية في الجزائر.09 .p .

55. عاشور, ن .س .(2017) .*منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية* .

56. عباس, ف .(1996) .*التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية في المقاربة العيادية* .

57. عدنان, ي ,2016) .جوان .(التشخيص النفسي بين قصور التكوين وآفاق الممارسة.113 .p .

58. عدوان, ي .(2016) .التشخيص النفسي بين قصور التكوين وآفاق الممارسة.02 .p .

59. عسكر, ع .ا .(2009) .*علم النفس الإكلينيكي* .

60. عمر, م .م .(1987) .*المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي* .

61. عنو, ع .(2017) .*محاضرات في الفحص النفسي العيادي* .

62. غانم, م .ح .*اتجاهات حديثة في العلاج النفسي* .

63. غانم, م .ح .(2004) .*تمهيد لعلم النفس* .

64. غانم, م .ح .(2004) .*علم النفس الإكلينيكي* .

65. غياث, ب .(2009) .واقع المساعدة النفسية في الجزائر.59 .p .

66. فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوكيات العزلة لدى الطلبة الجامعيين.(2018) .

67. فايد, ح .(2004) .*علم النفس الإكلينيكي* .

68. فتيحة, ك.223 .p .(2014) .

69. فرج, ص .(2007) .*علم النفس العيادي* .

70. فرحات, ب .(2019) .*مدخل إلى السلوكيات المعرفية السلوكية* .

71. قرليفة, ح, 2016) .جوان .(ذهنية أفراد المجتمع الجزائري للممارسة النفسية، .143 .p .

72. قنديلجي, ع .ا .(2013) .*منهجية البحث العلمي* .

73.لحسن, ب .ا 02 ,2019) .ديسمبر .(علم النفس والأرطوفونيا في الجزائر أي علاقة بالقطاع المستخدم.54 .p .

74. لرينونة, م .ي .(2015) .*أسس علم النفس* .

75. محمد, م .ج .(2004) .*علم النفس الإكلينيكي* .

76. محمود, ن .(2016) .*علم النفس الإكلينيكي بين النظرية والتطبيق* .

77. محمود, س, 2014) .ديسمبر .(3واقع ومستقبل علم النفس في الجزائر.21-1 .pp .

78. محمود, ن .ع .(2016) .*علم النفس الإكلينيكي النظرية والتطبيق* .

79. مصطفى, م .ع .(2008) .*العلاج المعرفي السلوكي المختصر* .

80. مصطفي ,م .(2016) .الأخصائي النفسي بين التكوين والممارسة.14 .p .

81. ملحم ,س .م .(2007) .*مناهج البحث في التربية وعلم النفس* .دار المسيرة.

82. مليكة ,ل .ك .(2010) .*علم النفس الإكلينيكي* .

83. مليكة ,ل .ك .(2010) .*علم النفس الإكلينيكي* .

84. مليكة ,م .ل .(2010) .*علم النفس الإكلينيكي* .

85. مناريني ,م .(2015) .لأداء المهني ومستوى الاتصال للأخصائيين النفسانيين من وجهة نظر الأطباء في مستشفيات في سلطة عمان.

86. منصوري ,م .(2016) .الأخصائي النفسي العيادي بين التكوين الجامعي والممارسات العيادية.

87. موسي ,م .ع .(2012) .*العلاج المعرفي السلوكي المعاصر* .

88. نصيرة ,ب .(2012) .دوافع طلب الاستشارة النفسية في الممارسة التربوية.-

89. هاشم ,أ .ا .(2018) .*علم النفس الإكلينيكي* .

90. هنا ,ع .م .(1991) .*علم النفس الإكلينيكي* .

91. ياسين ,ع .م .(1981) .*علم النفس العيادي* .

. **Caria, A. (2018). Professionnels de la psychiatrie .**

. **Delourme, A. (2004). Pratiquer la psychothérapie .**

. **Huber, W. (1987). La psychologie clinique aujourd'hui .**

. **Perron, r. (2006). la pratique de la psychologie clinique .**

. **Poussin, G. (2003). La pratique de L'entretien clinque**

الملاحق

الملحق رقم (01) الاستبيان المفتوح في الدراسة الاستطلاعية:

بصدد إنجاز مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه بعنوان: "فعالية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من صعوبات الممارسة النفسية لدى الأخصائي النفسي العيادي"، حضرت الطالبة هذا الاستبيان المفتوح بغية تزويدنا بمعلومات تفيدنا لإكمال الدراسة، وتوضح لنا أهم الصعوبات التي تواجهها كأخصائي نفسي.

تقبل منا عبارات الشكر والتقدير على تعاونك معنا، ونتأكد لك أن هذه المعلومات التي زودتنا بها لا تستعمل إلا لغرض إثراء هذه الدراسة.

- ✓ **ما هي أهم المشكلات والصعوبات التي تواجهك في مشوارك المهني.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ✓ **ما الصعوبات التي تواجهك والتي تتعلق بالجانب الشخصي للأخصائي النفسي؟**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

✓ **ما الصعوبات التي تواجهك والتي تتعلق بالجانب العلائقي؟**

✓ **صعوبات تتعلق بعلاقاتك مع زملاء العمل**

.....

.....

.....

.....

✓ **صعوبات تتعلق بعلاقتك مع العميل وأسرته**

.....

.....

.....

.....

✓ **صعوبات تتعلق بعلاقاته مع إدارة المؤسسة التي تعمل بها:**

.....

.....

.....

.....

- **ما الصعوبات التي تواجهك والتي تتعلق بالجانب المهني؟**

✓ **صعوبات تتعلق بإمكانيات ووسائل العمل:**

.....

.....

.....

✓ **صعوبات تتعلق بمهامك كأخصائي نفسي عيادي**

.....

.....

.....

✓ **صعوبات تتعلق بالتكوين**

.....

.....

.....

استبيان صعوبات الممارسة النفسية

في إطار البحث العلمي نرجو مساهمتكم الفعالة للكشف عن الصعوبات التي تواجه الأخصائيين النفسانيين ولنتمكن من بناء برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي لمواجهة هذه الصعوبات، و ذلك بالإجابة الصادقة على عبارات الاستبيان (نلتزم بسرية هذه المعلومات)

وشكرا جزيلا على تعاونكم

البيانات الأولية:

1- الجنس:

2- العمر:

3- الشهادة العلمية:

4- الحالة الاجتماعية:

أعزب

متزوج

5- سنوات الخبرة:

نوع النظام:

مكان العمل:

التوجه النظري:

6 – نوع الحالات التي أتعامل معها:

أطفال مراهقين راشدين كل الأعمار

المحور الأول : الصعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب الشخصي

الرقم	العبارات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة		
1	ضعف القدرة في بناء علاقات اجتماعية							
2	ضعف القدرة في إبعاد مشاكلي الخاصة أثناء الممارسة النفسية							
3	نقص الاطلاع علي كل ما يخص الممارسة النفسية وعلم النفس العيادي							
4	عدم القدرة علي التحكم في الانفعالات							
5	صعوبة في اتخاذ القرارات المهنية							
6	ضعف الثقة بالنفس							

7	ضعف حب مهنة الأخصائي النفسي العيادي					
8	الالتزام بسرية المعلومات الخاصة بالحالات					
9	التحلي بالهدوء والاتزان الانفعالي					
10	احترام القيم والمعايير الاجتماعية					
11	القدرة علي إقناع المفحوص علي ما يناسب الوضعية العلائقية					
12	القدرة في التحكم الذاتي الانفعالي					
13	القدرة في التواصل اللفظي					
14	احترام اتجاهات وقيم ومعايير المفحوص					
15	الالتزام بالمواعيد المحددة للجلسات مع العميل					
16	احترام خصوصية المفحوص					
17	توظيف مبادئ علم النفس في الحياة اليومية					
18	القدرة أكاديمية وعلمية كبيرة					
19	عمل الأخصائي النفسي هو عمل إنساني بالدرجة الأولي					
20	الإلمام الثقافي الواسع للنجاح أداء المهنة					
21	الانشغال بالتفكير في المشاكل الخاصة يعرقل أداء مهامه					
22	احترام شروط المهنة وقوانينها					
23	العمل بالعقد العلاجي					

المحور الثاني : صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب العلائقي:

الرقم	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	سهولة التعامل مع الحالات					
2	قدرة فهم الحالات					
3	عدم تفهم فريق العمل دور الأخصائي النفسي					
4	صعوبة في تعاون أسرة المفحوص أثناء الممارسة النفسية					
5	عدم الإحساس بفاعلية وسط فريق العمل					
6	عدم تبادل المعلومات والأفكار وسط فريق العمل					
7	يستطيع تحديد مهامه ودوره الخاص داخل فريق العمل					
8	المشاركة في جل الاجتماعات التي تعقد في المؤسسة التي يعمل بها					
9	لا يجد من يسمع لشكواي داخل المؤسسة العمل					
10	احترام أعضاء فريق العمل وجهات نظره وقراراته الخاصة					
11	احترام أسرة المفحوص نصائحه المقدمة					
12	الالتزام بأعمال إدارية ليس لها علاقة بالمهنة					

13	تبادل المعلومات والتشاور مع أعضاء الفريق حول الحالات التي نتناولها					
14	يقوم أعضاء الفريق بتوجيه الحالة إلي الأخصائي النفسي إذا وجدوا أنها تحتاج إلي تدخل نفسي					
15	صعوبة في كسب ثقة المفحوص					
16	صعوبة في توجيه أسرة المفحوص في كيفية التعامل معه					
17	عدم تقدير العميل لجهد الأخصائي					
18	نقص ثقة الفريق العمل بقدرة الأخصائي علي التشخيص والعلاج					
19	تنتظر أسرة العميل حلولا سحرية من الأخصائي					
20	تدخل الفريق العمل في صميم عمل الأخصائي					
21	عدم تقديم يد المساعدة للأخصائي					
22	عدم اعتبار الأخصائي عضو في الفريق العمل					
23	لا يستخدم الأخصائي أجهزة التسجيل أو أجهزة أخري إلا بعد استئذان العميل					
24	يحرص علي أخد موافقة العميل في أي قرار					
25	يمتلك القدرة علي التواصل مع مختلف الفئات العمرية					

المحور الثالث :صعوبات الأخصائي النفسي التي تتعلق بالجانب المهني

الرقم	الفقرة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
1	توفر الإمكانيات اللازمة للقيام بالممارسة النفسية					
2	نقص المقاييس والأدوات الخاصة لتشخيص وتقييم الحالات					
3	الأخصائي النفسي راضي عن مهنته					
4	إن ما تلقاه في الجامعة يؤهله للعمل في الميدان					
5	القدرة علي إحداث تغيير إيجابي في ما يتعلق بالمفحوص وبمحيط العمل					
6	التكوين الجامعي في تخصص علم النفس العيادي غير كافي للممارسة النفسية					
7	نقص القدرة علي فهم الدراسات والبحوث المتعلقة بالاضطرابات النفسية وعلاجها					
8	نقص القدرة علي التشخيص الدقيق والمناسب للاضطرابات النفسية					
9	مهارة تطبيق الاختبارات وتفسيرها وتحليلها					
10	صعوبة في وضع التشخيص الدقيق المناسب للاضطراب الذي تعاني منه الحال					
11	القدرة علي تحديد الأساليب العلاجية المناسبة لكل اضطراب حسب الحالة					
12	مهارة في تطبيق المقابلة بأنواعها مع المفحوص					

13	القيام بالملاحظة العلمية الدقيقة للسلوك المضطرب					
14	ضعف الحوافز والرواتب الخاصة بالأخصائيين النفسانيين					
15	لا تدعم وزارة الصحة مهنة الأخصائي النفسي بسياسات وإجراءات واضحة					
16	واجهتنه الكثير من الصعوبات أثناء التربص الميداني الخاص بالمذكرة					
17	مشكلة عدم تكييف الاختبارات علي المجتمع الجزائري					
18	سوء التجهيزات المكتبية الخاصة بالمكاتب(الإضاءة، التهوية، الأثاث، الأجهزة.....)					
19	عدم وجود تحديد رسمي لمهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي					
20	ضعف قدرة الأخصائي علي الإصغاء الجيد					
21	الاستفادة من المقاييس المقررة في التكوين الجامعي					
22	غموض النصوص الرسمية المنظمة للمهنة					
23	تكليف بمهام ليست من اختصاصه					
24	نقص التكوينات التدريبية في علم النفس الإكلينيكي خارج الجامعة وغلاء أسعارها					
25	تداخل الأدوار بينه وبين غيره من المختصين					
26	يغير مهنته لو سمحت له الفرصة لذلك					
27	توجد هيئة أو جهة تتكفل بحقوق الأخصائي النفسي					

جامعة باجي مختار –عنابة–

كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس علوم التربية والأرطوفونيا

استمارة تحكيم البرنامج المعرفي السلوكي المقترح

سعادة الأستاذ الدكتور المحترم... السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته وبعد..

أستاذنا الفاضل: في إطار إنجاز رسالة الدكتوراه في تخصص علم النفس العيادي بعنوان "فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي للتخفيف من صعوبات الممارسة النفسية لدى الأخصائي النفسي العيادي"

وبعد الكشف عن صعوبات الممارسة النفسية عن طريق الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها بتطبيق مقابلات على الأخصائيين النفسانيين الذين يعملون في المستشفيات والعيادات النفسية بالإضافة إلي تطبيق استبيانات مفتوحة، والاطلاع علي الدراسات السابقة قمنا ببناء هذا البرنامج المعرفي السلوكي المبني علي التفريغ النفسي الذي يتكون من مجموعة من المهارات المعرفية السلوكية المقترحة لمساعدة الأخصائي النفسي علي مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي تواجهه (صعوبات شخصية، صعوبات علائقية، صعوبات مهنية)

ونظراً لما تتمتعون به من خبرة متميزة ومكانة علمية، يسر الباحثة: سلامة نسرين أن تضع بين أيدكم هذه الاستمارة الخاصة بتحكيم تصميم البرنامج التدريبي راجية منكم تحكيم هذا البرنامج وذلك بوضع علامة (✓) في المكان المناسب من الخانات التي تحمل عنوان (مناسبة، مناسبة نوعا ما، غير مناسبة) وكذا إعطاء البديل والاقتراحات في حال عدم الموافقة على الصياغة اللغوية للفقرات أو كل ما يتعلق بالموضوع، ونلتمس منكم أن تسدوا لنا كل النصح.

مع جزيل شكري وتقديري لتعاونكم

اسم ولقب الأستاذ المحكم:	الدرجة العلمية:
الجامعة التي يدرس بها:	التخصص:

إعداد الطالبة: نسرين سلامة

المشرف الأول: عاشوري

المشرف الثاني: بن إسماعيل

السنة الجامعية: 2020/2019

جدول رقم (01)

البند	مناسبة	مناسبة نوعا ما	غير مناسبة	ملاحظات
أولاً: تقويم البرنامج ككل				
هل المنطلقات النظرية التي استند عليها البرنامج منطقية؟.				
هل الأسس التي يقوم عليها البرنامج علمية؟				
هل مقدمة البرنامج واضحة؟				

هل أهداف البرنامج واضحة ومحددة؟				
هل تنظيم البرنامج مناسب؟				
هل هناك تسلسل منطقي بين وحدات البرنامج؟				
هل أسس التقويم في البرنامج مناسبة وموضوعية؟				
هل تحديد مستوى إتقان لا يقل عن (08%) في كل وحدات البرنامج يعد مناسباً؟				
ثانياً: تقويم محتوي البرنامج				
أ- المقدمة:				
هل عنوان البرنامج يعبر عن الفكرة العامة المتضمنة فيه؟				
هل المقدمة واضحة وتمهد لمحتوي البرنامج؟				
هل النظرية التي بني عليها البرنامج مناسبة للمحتوي البرنامج				
ب-الأهداف:				
هل تم تحديد الأهداف بوضوح في كل جلسة من جلسات البرنامج؟				
هل تتسم أهداف البرنامج بالواقعية وقابليتها للتطبيق؟				
ج- تحكيم المحتوى				

هل محتوى البرنامج ينتمي للأهداف المسطرة؟				
هل يتصف المحتوى بتنوع الأنشطة وتكاملها؟				
هل يتسم المحتوى بالدقة العلمية؟				
هل الأنشطة التعليمية مرتبطة بالأهداف؟				
هل تساعد المعارف النظرية في البرنامج على التطبيق في الميدان؟				
هل الزمن المخصص لكل جلسة مناسب لتحقيق الأهداف؟				
هل تساعد الأنشطة المتضمنة في الجلسات الأخصائي في مواجهة صعوباته؟				
هل المواد اللازمة لكل جلسة تدريبية مناسبة لتحقيق الأهداف الإجرائية؟				

ملاحظات عامة تودون إبدائها ولم ترد في البنود السابقة:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الإطار العام للبرنامج وتعليماته

مقدمة:

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته وبعد

نقدم إليكِ هذا البرنامج المقترح لمساعدة الأخصائي النفسي على مواجهة صعوباته أثناء الممارسة النفسية سواء كانت صعوبات شخصية أو علائقية أو مهنية، وقد استند هذا البرنامج على النظرية المعرفية السلوكية وفقا لنموذج ماكنبوم في التدريب التحصيني ضد الضغوط. وقبل أن تبدئ في دراسة البرنامج، هناك بعض المصطلحات التي ينبغي أن يتم تعريفها، حتى يسهل عليك دراسة هذا البرنامج وهي:

- **الممارسة النفسية: هي الطريقة في السعي للوصول إلى داخلية الفرد وفهم هذه الداخلية بهدف الوصول إلى أمور وإشكاليات ذات معني.**

فالأخصائي النفسي يستثيره أشخاص يشكون من أعراض غير محددة، حيث أنهم يعانون مشاكل الحياة وما يبحثون عنه هو معرفة أنفسهم وتقبل ذواتهم وطرق أفضل لتنظيم حياتهم. فالعلاج النفسي لا يقوم بشفاء الأعراض العصابية فقط بل يساعد أيضا في تخفيف الهموم الشخصية عبر الكلام والممارسة النفسية تهدف إلى التعرف على المفحوص وتحديد مشكلاته. (عباس، 1997، ص 14)

- **صعوبات الممارسة النفسية: هي مختلف العوائق التي يواجهها الأخصائي النفسي أثناء ممارسته العيادية والتي قد تتعلق بجانبه الشخصي، أو بالجانب المهني أو الجانب العلائقي.**

- **برنامج معرفي سلوكي: هو مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة يستند إلى فنيات وأساليب معرفية سلوكية ومنهج التدريب التحصيني ضد الضغوط لماكنبوم وهو مجموعة من المعلومات والخبرات والتدريبات المنظمة والأنشطة والمهارات التي تقدم لأفراد العينة التجريبية من أخصائيين نفسانيين بطريقة جماعية خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدتهم على مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي يعانون منها.**

- **التفريغ الانفعالي: يعرف نبيل شعبان التنفيس الانفعالي باعتباره تفريغ أو تصريف الشحنة الانفعالية عند المسترشد أو تطهير الذات من الانفعالات والتوترات ومشاعر الخوف والآلام المحبوسة أو المكبوتة داخل الذات.**

أولاً: أهداف البرنامج:

1- الهدف العام:

يسعى هذا البرنامج بصفة عامة إلى مساعدة الأخصائيين النفسانيين على مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي يعانون منها سواء كانت صعوبات شخصية أو صعوبات مهنية أو صعوبات علائقية.

2- الأهداف الخاصة للبرنامج التدريبي المقترح:

9- تزويد الأخصائيين النفسانيين بمعلومات عن مفهوم الممارسة النفسية وتوعيتهم بالصعوبات التي يتعرض لها الأخصائي النفسي أثناء ممارسته النفسية.

10- التعرف على أهم الصعوبات التي يعاني منها الأخصائي النفسي.

11- تعريف مهارة توكيد الذات ومدي أهميتها في مساعدة الأخصائي النفسي على الدفاع عن الحقوق الشخصية والتعبير عن الانفعالات والمشاعر بحرية بالإضافة إلى قدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية.

12- مساعدة أعضاء المجموعة على تحديد الأفكار اللاعقلانية لديهم واستبدالها أفكار عقلانية وتوضيح مدي تأثيرها على السلوك والانفعال

13- إكساب أعضاء المجموعة مهارة حل المشكلات ومدي فعاليتها في التخفيف من الضغوط المهنية

14- إكساب أعضاء المجموعة مهارة إدارة الوقت

15- تثقيف الأخصائيين النفسانيين بأهمية مهارة الاسترخاء وتدريبهم على بعض أساليبها وتشجيعهم على ممارستها يوميا.

16- توعية الأخصائيين النفسانيين بضرورة التمكن من مهارة الاتصال وتدريبهم على بعض مهارات الاتصال مثل مهارة الإصغاء، ومهارة الصمت، مهارة طرح الأسئلة، مهارة التغذية الراجعة.

ثانياً: الفئة المستهدفة: أخصائيين نفسانيين يعملون في العيادات والمراكز النفسية.

ثالثا: المدة الزمنية: يستغرق تنفيذ البرنامج 11 جلسة.

رابعاً: الخلفية النظرية التي يستند عليها البرنامج:

* التدريب التحصيني ضد الضغوط:

وتعد هذه الطريقة طريقة هامة من طرق التعديل المعرفي السلوكي، طورها ماكنبوم سنة 1985، وتشبه عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، وتستند هذه الطريقة إلي فكرة رئيسية مفادها " أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية واجتماعية وتعمل هذه الطريقة علي تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة، وتعمل هذه الطريقة علي تطوير قدرة الفرد بالتدريج علي التعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداته وعباراته الذاتية في مواقف الشدة والضغط.

والتحصين ضد الضغط هو أسلوب شمولي يستخدم مهارات متعددة سلوكية ومعرفية تؤدي إلي تحسين في مستوي التكيف العام للفرد، ويهتم بتعديل الأحاديث الذاتية أي الحوار الداخلي والأفكار الآلية لأنها تؤدي إلي تشتيت انتباه الفرد عن المهمة والانشغال بتوقع الفشل وما ينتج عنه من خسارة في تقدير الآخرين وتقدير الذات والمركز الاجتماعي، ويتألف التدريب علي التحصين ضد الضغط من عدة مهارات مثل إعادة بناء الجانب المعرفي، حل المشكلة، التدريب علي الاسترخاء...والتي صممت لتعليم الفرد كيفية التكيف مع المشاكل الحالية والمستقبلية. حيث اعتقد ماكنبوم أن التدريب على التطعيم ضد التوتر (التحصين ضد الضغط) يمكن استعماله لأهداف وقائية وعلاجية كذلك مع مجتمع كبير من الناس الذين عاشوا تجارب التوتر والضغط.

وتشتمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل متداخلة:

- المرحلة الأولي: مرحلة التصور العقلي أو تكوين المفاهيم:

وتعتبر هذه المرحلة تعليمية في طبيعتها، ويتعاون فيها المعالج والمتعالج مع العملاء علي إقامة علاقة تعاونية إيجابية بينهم، و تتضمن هذه المرحلة تزويد العملاء بمعلومات عن ماهية الضغوط وطبيعتها وتأثيراتها السلبية علي جوانب الشخصية للفرد، فسيولوجيا ومعرفيا وانفعاليا، ويستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة والمناقشة، كما تتضمن تعليم المشاركين كيفية تحديد الأفكار والأحاديث السلبية والانهزامية التي تساهم في شعورهم بالقلق والتوتر، ويلي ذلك مناقشة أهداف البرنامج وأساسه المنطقي وتفسير الفنيات التي تستخدم، وإقناع العملاء بضرورة الالتزام بالبرنامج وأداء ما يطلب منهم من واجبات منزلية كممارسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال البرنامج.

- المرحلة الثانية: مرحلة اكتساب المهارات:

وتهدف بشكل أساسي إلى مساعدة المشاركين على تعلم واكتساب مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع الموقف الضاغطة التي يتعرضون لها في البيئة وذلك من خلال تدريب المشاركين في البرنامج علي مجموعة من الفنيات كالتدريب علي الاسترخاء ...، ويتضمن التدريب كذلك التأقلم المعرفي حيث يتعلم المسترشد أن السلوكيات التكيفية وغير التكيفية مرتبطة بالحوار الداخلي، ومن خلال هذا التدريب يكتسبون منظومة جديدة من الحديث والحوار الداخلي ويتدربون عليه.

فخلال هذه المرحلة يتمكن الشخص من اختيار المهارات الأكثر نفعا له في المواقف، والتي تساعده على مواجهتها، ويجري هذا التدريب من خلال النمذجة، وأداء الدور، واستخدام المواقف المشابهة للواقع، واستخدام التخيل على نحو مشابه لتقليل الحساسية التدريجي، تم تعطي واجبات منزلية لاختبار الواقع بشكل متدرج، بعدها يتم مراجعة هذه الواجبات وتقديم التغذية الراجعة حول الأداء.

وتنقسم مهارات المواجهة إلي:

* المهارات الوسيلية للمقاومة: والتي تعني بها مهارات التركيز علي المشكل وتتضمن عدة استراتجيات:

- مهارات جمع المعلومات.

- مهارات حل المشكلات والتفكير المنطقي.

- المهارات الاجتماعية.

- مهارات الاتصال.

- التوكيدية.

- إدارة الوقت.

* مهارات التهدئة للمواجهة: وهي مهارات تنظيم الانفعالات وتتضمن عدة استراتيجيات:

- المراقبة الذاتية لرصد الأفكار التلقائية.

- تعديل الحوار الذاتي ومواجهة المقولات الذاتية.

- إعادة البناء المعرفي للأفكار اللاتكيفية المسببة للتوتر.

- تحويل(تشتيت) الانتباه.

- التعبير عن المشاعر والانفعالات (التفريغ الانفعالي)

- الاسترخاء.

- استخدام المساندة الاجتماعية.

- تعزيز الذات.

مرحلة التطبيق:

ويتم فيها تشجيع المشاركين على تطبيق ما تعلموه من مهارات وتنفيذها علي أرض الواقع وذلك للتأكد من مدي فاعليتها ومن ضمان عدم عودة الفرد إلي الشعور بالقلق والتوتر والوقاية من الانتكاسة، وفي النهاية يتم لفت انتباه الفرد إلي أن ما حققه من نجاح إنما كان نتيجة جهده الخاص وأنه المسؤول عما حدث له وإنه بإمكانه خفض الضغوط والقلق لديه.

ويكون التركيز في هذه المرحلة علي تنظيم انتقال التغير والحفاظ عليه موقف العلاج إلي الحياة اليومية، فمن الواضح أن تعليم مهارات التأقلم عملية معقدة وبالنسبة للمشاركين فإن النطق بأشياء جديدة وإيجابيا لذواتهم ليس كافيا للإحداث التغيير، فهم بحاجة إلي ليتدربوا لمثل هذا الحديث مع النفس تم تطبيق المهارات الجديدة في مواقف الحياة اليومية، وحتى يتم التدريب علي هذه المهارات يشارك العملاء في

العديد من النشاطات بما فيها التخيل، لعب الأدوار، النمذجة، مع اتخاذ الاحتياطات اللازمة لتجنب الانتكاسة ويتم ذلك بتدريب المسترشدين علي ما يسمي (الوقاية من الانتكاسة) والذي يتألف من القيام بإجراءات لمعالجة هذه النكسات المحتمل مواجهتها عندما يحاول العملاء تطبيق ما تعلموه في الحياة اليومية.

ويؤكد ماكنبوم أهمية هذه المرحلة حيث توفر للعميل الفرصة لمواجهة المواقف الضاغطة، وتعلم السيطرة عليها في جو آمن بدون تهديد حقيقي، وتتضمن هذه المرحلة شقين هما:

*تهيئة تطبيق المهارات: ويتم ذلك من خلال:

- تخيل المواجهة.

- لعب الدور.

- تعريض العميل تدريجيا داخل الجلسات.

- استخدام التعرض التدريجي الواقعي (الواجبات المنزلية).

*الصيانة والتعميم: ويتم فيها بناء الإحساس بالكفاءة والفعالية الذاتية في مقاومة الضغوط المختلفة، وكذلك مراجعة مواقف الإخفاق، وتشجيع العميل علي تطبيق ما تم اكتسابه من مهارات ووسائل حسب مقتضيات الموقف الضاغط، كما يتم في هذه المرحلة الاتفاق على إجراءات المتابعة للمحافظة على ما تم اكتسابه مهارات. (جابر عبد النصر، ص197)

مصادر بناء البرنامج:

- الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بتصميم البرامج المعرفية والسلوكية منها مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه للباحثة بوجمان نادية بعنوان" بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدي الأستاذة الجامعية، بالإضافة إلي دراسة محمد ربيع الصياح حول "فاعلية برنامج إرشادي معرفي- سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي (دراسة ميدانية تجريبية لدي مدرسي ومدرسات المرحلة الثانوية في مدارس محافظة دمشق الرسمية.

– اشتقت الباحثة الإطار العام للبرنامج من النظرية السلوكية والمعرفية وفقا لنموذج ماكنبوم" التدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية «وهو أسلوب شمولي يستخدم مهارات معرفية سلوكية تؤدي إلي تحسين في مستوي التكيف العام للفرد، ويتم ذلك من خلال تقديم المعلومات والتدريب على المهارات والتطبيق في الواقع.

– الدراسة الاستطلاعية الميدانية والتي تمت بتوزيع استبيان مفتوح وإجراء مقابلات مع الأخصائيين النفسانيين للتعرف على أهم الصعوبات التي يعانون منها.

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

يجب أن يحتوي كل برنامج على فنيات وأساليب ملائمة تسهم في تحقيق أهدافه وتساعد بذلك في تنفيذ البرنامج، وأهم الفنيات التي استخدمت في البرنامج الحالي:

– المحاضرة: استخدمت هذه الفنية في تقديم المعلومات للأفراد العينة عن ماهية الممارسة النفسية وأهم الصعوبات التي يعاني منها الأخصائي النفسي بالإضافة إلى تعريفهم بالبرنامج من حيث عدد جلساته ومدته وأهدافه وأسسه النظرية.

– الحوار والمناقشة: وتتمثل هذه الفنية في تبادل الرأي والتحاور حول موضوع الجلسة، وتوضيح النقاط الغامضة، والرد على الأسئلة وتشجيع أفراد العينة على المشاركة والتفاعل الإيجابي في المناقشة وتعزيز التفاعل بين الباحث والأخصائيين وبين الأخصائيين فيما بينهم.

– الواجب المنزلي: وتتضمن هذه الفنية تكليف الأخصائيين ببعض الواجبات في نهاية كل جلسة، وممارسة ما تدربوا عليه في المواقف اليومية المتنوعة، كما تتم مناقشة هذه الواجبات في بداية كل جلسة لتحقيق التقدم في البرنامج.

– أسلوب الاسترخاء: إن التدريب على الاسترخاء قد انتشر وأصبح واسع الاستعمال كأسلوب لتعليم الناس للتكيف مع الضغوطات والتوترات التي يواجهونها في الحياة اليومية، وهذا الأسلوب يهدف إلى استرخاء عضلات الجسم والذهن.

ويتضمن المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تدريب أعضاء العينة التجريبية على عملية الاسترخاء والتشجيع على ممارستها يوميا.

– الحوار الداخلي الإيجابي: وتتمثل هذه الفنية في مساعدة الأخصائيين النفسانيين المشاركين في البرامج على التعرف على العبارات الذاتية التي يحدثون بها أنفسهم وتحديد العبارات السلبية منها واستبدالها بعبارات إيجابية والتي تكون مفيدة في بناء الثقة بالنفس ومواجهة الصعوبات والمشاكل.

– إدارة الوقت: وتتمثل هذه الفنية في تدريب أعضاء المجموعة التجريبية على مختلف الأساليب ووسائل والمهارات التي يمكن استخدامها لإدارة الوقت، كترتيب الأوليات، وجدول الأعمال وتنفيذها...

– حل المشكلات: تتضمن هذه الفنية تدريب الأخصائيين النفسانيين في البرنامج على مهارة حل المشكلة ومراحلها وممارستها على كل مشكل يمرون به في حياتهم اليومية.

– الاتصال: تعد مهارة الاتصال من المهارات المهنية الضرورية للنجاح المهني للأخصائي النفسي، ويعرف الاتصال بأنه عملية نقل وتبادل المعلومات والخبرات والمعرفة إما شفويا، أو باستخدام اللغة غير اللفظية بهدف الإقناع والتأثير على السلوك.

ويتم فيها تعريف الأخصائيين النفسانيين المشاركين في البرنامج على مفهوم الاتصال والتعرف علي بعض مهاراته مثل: مهارة الصمت، الإصغاء، طرح الأسئلة...

جلسات البرنامج:

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	الفنيات المستخدمة	موضوع الجلسة
الجلسة الأولي	تمهيد وتعارف	– الحوار والمناقشة الجماعية – الواجب المنزلي	– الترحيب بأعضاء المجموعة – تقديم الباحثة نفسها لأعضاء المجموعة. – تحقيق التعارف أعضاء المجموعة فيما بينهم

			– التعريف بالبرنامج من حيث إطاره النظري، عدد جلساته، مدته، أهدافه. – تشجيع أفراد المجموعة وتنبيههم بضرورة الالتزام بمواعيد البرنامج. واجب منزلي: نطلب من أعضاء المجموعة البحث عن المقصود من هذه المفاهيم: الممارسة النفسية، صعوبات الممارسة النفسية،
الجلسة الثانية	تكوين المفاهيم الأساسية للدراسة القياس القبلي: تطبيق استبيان الدراسة.	– محاضرة – مناقشة جماعية – مطويات	– نناقش الواجب المنزلي. – نقوم بتزويد أعضاء المجموعة بمفاهيم الدراسة الأساسية: والمتمثلة في: الممارسة النفسية، صعوبات الممارسة النفسية (الصعوبات الشخصية، الصعوبات العلائقية، الصعوبات المهنية). – تعريف أعضاء المجموعة بالمفاهيم النظرية التي استند منها البرنامج: نموذج ماكنبوم التدريب التحصيني ضد الضغوط، مهارات الوسيلة للمواجهة، مهارات التهدئة للمواجهة. – تطبيق استبيان صعوبات الممارسة النفسية على عينة الدراسة.

			واجب منزلي: نطلب من أعضاء المجموعة ذكر أهم الصعوبات التي يعانون منها.
الجلسة الثالثة	التدريب على مهارة توكيد الذات	- محاضرة - بطاقة ملاحظة لتوكيد الذات - تمرين للتدريب التوكيدي: - التعرف على أسلوب التعامل مع الآخرين. - تقييم الذات وتحديد مواقف الضعف. - مراقبة الذات - الممارسة الاستثنائية عن طريق التخيل والصور الذهنية. - الممارسة الفعلية وتقييم الأداء بنجاح.	- نناقش الواجب المنزلي. - نتعرف على أهم الصعوبات الشخصية التي يعاني منها الأخصائي النفسي. - التعريف بمهارة توكيد الذات ومدي أهميتها: * الدفاع عن الحقوق الشخصية والفردية. * التصرف وفق مقتضيات الموقف. * التعبير عن الانفعالات والمشاعر. * القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية. - التعريف بأنماط التعامل مع الآخرين (سلبي، توكيدي، عدواني). واجب منزلي: نطلب من أعضاء المجموعة ذكر المواقف التي مروا بها وذكر استجابتهم نحو كل موقف وتحديد الأسلوب

		–	
الجلسة الرابعة	التدريب على الاسترخاء العضلي	– فيديوهات توضح تمارين الاسترخاء. – الحوار والمناقشة الجماعية.	– مناقشة الواجب المنزلي – التعريف بالاسترخاء وفوائده وأنواعه – توضيح لأعضاء المجموعة أهمية الاسترخاء – نبدأ بإعطاء تمارين للتدريب على الاسترخاء العضلي والتنفس العميق وتطبيقه داخل الجلسة – تمرين لتطبيق الاسترخاء الذهني واجب منزلي: حث أعضاء المجموعة على ممارسة هذه التمارين يوميا مع تحديد الصعوبات التي تواجههم أثناء التمارين.
الجلسة الخامسة	التدريب على الحوار الداخلي الإيجابي	– محاضرة – تمرين الحوار الداخلي الإيجابي	– مناقشة الواجب المنزلي – تخصيص 20 دقيقة من زمن الجلسة لإعادة تمارين الاسترخاء – تعريف أعضاء الجماعة بالمقصود من الحوار الداخلي الإيجابي. – التدريب على تحديد الحوار الداخلي. واجب منزلي:

			تطبيق تمرين الحوار الإيجابي.
الجلسة السادسة	التدريب على مهارة حل المشكلات	– محاضرة – خطة حل المشكلات	– مناقشة الواجب المنزلي والتذكير بما قلناه في الجلسة السابقة – تعريف أعضاء الجماعة بمهارة حل المشكلات. – التعريف بخطوات حل المشكلات. – نطلب من أعضاء المجموعة ذكر أهم المشكلات التي تواجههم ومحاولة تطبيق مراحل مهارة حل المشكلات على مشكلة من مشكلاتهم. الواجب المنزلي: توزيع خطة عمل لحل المشكلات.
الجلسة السابعة	التدريب على مهارة إدارة الوقت	– محاضرة – جدول تنظيم الأنشطة	– مناقشة الواجب المنزلي – التعريف بمهارة إدارة الوقت – توضيح أهمية إدارة الوقت – التعرف على أهم الوسائل والطرق التي تساعد على إدارة الوقت – ضرورة وضع جدول (خطة عمل) تحدد فيها أهم المهام التي يجب القيام بها يوميا وتنظيمها حسب الأوليات الواجب المنزلي:

			نطلب من أعضاء المجموعة بناء جدول للأنشطة والمهام التي يجب القيام بها يوميا مع ذكر الوقت والمدة المتطلبة لكل مهمة وكيفية استثمار للوقت.
الجلسة الثامنة	التدريب على مهارة الاتصال	– محاضرة – تمرين التدريب على الحوار والمناقشة	– مناقشة الواجب المنزلي – التعريف بالاتصال وأنواعه وعناصره – التعريف بمهارات الاتصال: مهارة الإصغاء، مهارة الصمت، مهارة طرح الأسئلة.... الواجب المنزلي: – تطبيق تمرين التدريب علي الحوار والمناقشة – التحضير لمهارة الصمت ما المقصود بها، وعلي ماذا يدل صمت العميل
الجلسة التاسعة	التدريب علي مهارة الصمت ومهارة طرح الأسئلة	–محاضرة – مناقشة جماعية	– مناقشة الواجب المنزلي – تعريف بمهارة الصمت – تعريف بأنماط الصمت وكيفية التفريق فيما بينها واجب منزلي:

			نطلب من أعضاء المجموعة تحديد مواقف الصمت التي مرت بهم مع ذكر نمط الصمت وكيفية التعامل معه.
الجلسة العاشرة	التدريب على مهارة الإصغاء	– محاضرة – تمرين لقياس مهارات الإنصات	– مناقشة الواجب المنزلي – التعريف بمهارة الإصغاء – الفرق بين الإصغاء والإنصات – واجب منزلي
الجلسة الحادي عشر	القياس البعدي إعادة تطبيق استبيان الممارسة النفسية		

البرنامج

المعرفي

السلوكي

المقترح

جامعة باجي مختار –عنابة–

كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس علوم التربية والأرطوفونيا

فعالية برنامج معرفي سلوكي مبني على التفريغ الانفعالي للتخفيف من صعوبات الممارسة النفسية لدى الأخصائي النفسي العيادي

إعداد الطالبة: نسرين سلامة

المشرف الأول: عاشوري

المشرف الثاني: بن اسماعيل

السنة الجامعية:2023/2022

وبعد الكشف عن صعوبات الممارسة النفسية عن طريق الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها بتطبيق مقابلات على الأخصائيين النفسانيين الذين يعملون في المستشفيات والعيادات النفسية بالإضافة إلى تطبيق استبيانات مفتوحة، والاطلاع على الدراسات السابقة قمنا ببناء هذا البرنامج المعرفي السلوكي المبني على التفريغ النفسي الذي يتكون من مجموعة من المهارات المعرفية السلوكية المقترحة لمساعدة الأخصائي النفسي على مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي تواجهه (صعوبات شخصية، صعوبات علائقية، صعوبات مهنية)

أولاً: محتوى البرنامج:

أهداف البرنامج:

1- الهدف العام:

يسعى هذا البرنامج بصفة عامة إلى مساعدة الأخصائيين النفسانيين على مواجهة صعوبات الممارسة النفسية التي يعانون منها سواء كانت صعوبات شخصية أو صعوبات مهنية أو صعوبات علائقية.

2- الأهداف الخاصة للبرنامج التدريبي المقترح:

17- تزويد الأخصائيين النفسانيين بمعلومات عن مفهوم الممارسة النفسية وتوعيتهم بالصعوبات التي يتعرض لها الأخصائي النفسي أثناء ممارسته النفسية.

18- التعرف على أهم الصعوبات الشخصية التي يعاني منها الأخصائي النفسي.

19- تعريف مهارة توكيد الذات ومدي أهميتها في مساعدة الأخصائي النفسي على الدفاع عن الحقوق الشخصية والتعبير عن الانفعالات والمشاعر بحرية بالإضافة إلى قدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية.

20- مساعدة أعضاء المجموعة على تحديد الأفكار اللاعقلانية لديهم واستبدالها أفكار عقلانية وتوضيح مدي تأثيرها على السلوك والانفعال

21- إكساب أعضاء المجموعة مهارة حل المشكلات ومدي فعاليتها في التخفيف من الضغوط المهنية

22- إكساب أعضاء المجموعة مهارة إدارة الوقت

23- تثقيف الأخصائيين النفسانيين بأهمية مهارة الاسترخاء وتدريبهم علي بعض أساليبها وتشجيعهم علي ممارستها يوميا.

24- توعية الأخصائيين النفسانيين بضرورة التمكن من مهارة الاتصال وتدريبهم علي بعض مهارات الاتصال مثل مهارة الإصغاء، ومهارة الصمت، مهارة طرح الأسئلة، مهارة التغذية الراجعة.

ثانياً: الفئة المستهدفة: أخصائيين نفسانيين.

ثالثا: المدة الزمنية: يستغرق تنفيذ البرنامج 11 جلسة.

- مصادر بناء البرنامج:

- الاطلاع على الدراسات السابقة المتعلقة بتصميم البرامج المعرفية والسلوكية منها دراسة "مصطفى عبد المحسن الحديثي ووردة عبد اللطيف محمد محمد" حول: برنامج إرشادي نفسي إيجابي في تمية فاعلية الذات الإرشادية لدى الأخصائي النفسي المدرسي. ومذكرة لنيل شهادة الدكتوراه للباحثة "بومجان نادية" بعنوان:" بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية، بالإضافة إلى دراسة "محمد ربيع الصياح" حول: "فاعلية برنامج إرشادي معرفي- سلوكي لخفض درجة الاحتراق النفسي (دراسة ميدانية تجريبية لدى مدرسي ومدرسات المرحلة الثانوية في مدارس محافظة دمشق الرسمية).

- اشتقت الباحثة الإطار العام للبرنامج من النظرية السلوكية والمعرفية وفقا لنموذج "ماكينبوم" التدريب التحصيني ضد الضغوط النفسية «وهو أسلوب شمولي يستخدم مهارات معرفية سلوكية تؤدي إلى تحسين في مستوى التكيف العام للفرد، ويتم ذلك من خلال تقديم المعلومات والتدريب على المهارات والتطبيق في الواقع.

- الدراسة الاستطلاعية الميدانية والتي تمت بتوزيع استبيان مفتوح وإجراء مقابلات مع الأخصائيين النفسانيين للتعرف على أهم الصعوبات التي يعانون منها.

- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

يجب أن يحتوي كل برنامج على فنيات وأساليب ملائمة تسهم في تحقيق أهدافه وتساعد بذلك في تنفيذ البرنامج، وأهم الفنيات التي استخدمت في البرنامج الحالي:

– **المحاضرة:** استخدمت هذه الفنية في تقديم المعلومات لأفراد العينة عن ماهية الممارسة النفسية وأهم الصعوبات التي يعاني منها الأخصائي النفسي بالإضافة إلى تعريفهم بالبرنامج من حيث عدد جلساته ومدته وأهدافه وأسسه النظرية.

– **الحوار والمناقشة:** وتتمثل هذه الفنية في تبادل الرأي والتحاور حول موضوع الجلسة، وتوضيح النقاط الغامضة، والرد على الأسئلة وتشجيع أفراد العينة على المشاركة والتفاعل الإيجابي في المناقشة وتعزيز التفاعل بين الباحث والأخصائيين وبين الأخصائيين فيما بينهم.

– **الواجب المنزلي:** وتتضمن هذه الفنية تكليف الأخصائيين ببعض الواجبات في نهاية كل جلسة، وممارسة ما تدربوا عليه في المواقف اليومية المتنوعة، كما تتم مناقشة هذه الواجبات في بداية كل جلسة لتحقيق التقدم في البرنامج.

– **أسلوب الاسترخاء:** إن التدريب على الاسترخاء قد انتشر وأصبح واسع الاستعمال كأسلوب لتعليم الناس للتكيف مع الضغوطات والتوترات التي يواجهونها في الحياة اليومية، وهذا الأسلوب يهدف إلى استرخاء عضلات الجسم والذهن. ويتضمن المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تدريب أعضاء العينة التجريبية على عملية الاسترخاء والتشجيع على ممارستها يوميا.

– **الحوار الداخلي الإيجابي:** وتتمثل هذه الفنية في مساعدة الأخصائيين النفسانيين المشاركين في البرامج على التعرف على العبارات الذاتية التي يحدثون بها أنفسهم وتحديد العبارات السلبية منها واستبدالها بعبارات إيجابية والتي تكون مفيدة في بناء الثقة بالنفس ومواجهة الصعوبات والمشاكل.

– **إدارة الوقت:** وتتمثل هذه الفنية في تدريب أعضاء المجموعة التجريبية على مختلف الأساليب والوسائل والمهارات التي يمكن استخدامها لإدارة الوقت، كترتيب الأوليات، وجدول الأعمال وتنفيذها...

– **حل المشكلات:** تتضمن هذه الفنية تدريب الأخصائيين النفسانيين في البرنامج على مهارة حل المشكلة ومراحلها وممارستها على كل مشكل يمرون به في حياتهم اليومية.

– **الاتصال:** تعد مهارة الاتصال من المهارات المهنية الضرورية للنجاح المهني للأخصائي النفسي، ويعرف الاتصال بأنه عملية نقل وتبادل المعلومات والخبرات والمعرفة إما شفويا، أو باستخدام اللغة غير اللفظية

بهدف الإقناع والتأثير على السلوك. ويتم فيها تعريف الأخصائيين النفسانيين المشاركين في البرنامج على مفهوم الاتصال والتعرف على بعض مهاراته مثل: مهارة الصمت، الإصغاء، طرح الأسئلة...

- جلسات البرنامج:

الجلسة الأولي:

- **هدف الجلسة: تمهيد وتعارف، التعريف بالبرنامج**
- **الفنيات المستخدمة:**

- المحاضرة: حيث قامت الباحثة بعرض المحاضرة الأولي حول التعريف بالبرنامج بصفة عامة وتوضيح للأعضاء المجموعة كل المعلومات المتعلقة بالبرنامج من إطاره النظري، مدته، أهدافه، عدد جلساته، المهارات التي ستطبق فيه.

- الحوار والمناقشة الجماعية

-الواجب المنزلي

الجلسة الثانية:

- **هدف الجلسة: القياس القبلي**
- **الفنيات المستخدمة:**

- استبيان الدراسة: قامت الباحثة بتطبيق استبيان الدراسة على أفراد المجموعة التجريبية.

- الحوار والمناقشة حول صعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي في الميدان ومحاولة تحديدها إلى صعوبات شخصية، صعوبات علائقية، صعوبات مهنية.

- الواجب المنزلي

الجلسة الثالثة:

- **هدف الجلسة: التدريب على مهارة توكيد الذات**

- **الفنيات المستخدمة:**

  - **محاضرة**
  - **الحوار والمناقشة**
  - **بطاقة ملاحظة لتوكيد الذات**
  - **تمرين للتحديد أسلوب توكيد الذات (الأسلوب التوكيدي، الأسلوب العدواني، الأسلوب السلبي)**
  - **الواجب المنزلي**

الجلسة الثالثة:

- **هدف الجلسة: التدريب على الاسترخاء**
- **الفنيات المستخدمة:**

  - **تمرين لتطبيق الاسترخاء الذهني.**
  - **فيديوهات توضح تمارين الاسترخاء.**
  - **الحوار والمناقشة حول أهمية الاسترخاء العضلي والتنفس العميق وتطبيقه داخل الجلسة.**
  - **الواجب المنزلي**

الجلسة الرابعة:

- **هدف الجلسة: التدريب على الحوار الداخلي الإيجابي**
- **الفنيات المستخدمة:**

  - **تمرين الحوار الداخلي الإيجابي.**
  - **المحاضرة**

- الحوار والمناقشة
- الواجب المنزلي

الجلسة الخامسة:

- هدف الجلسة: التدريب على مهارة حل المشكلات
- الفنيات المستخدمة:
  - المحاضرة.
  - خطة حل المشكلات
  - الحوار والمناقشة
  - الواجب المنزلي

الجلسة السادسة:

- هدف الجلسة: التدريب على مهارة إدارة الوقت
- الفنيات المستخدمة:
  - المحاضرة
  - الحوار والمناقشة
  - جدول تنظيم الأنشطة والمهام
  - الواجب المنزلي

الجلسة السابعة:

- هدف الجلسة: التدريب على مهارة الاتصال
- الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة
- تمرين التدريب على الحوار والمناقشة.
- الواجب المنزلي

الجلسة الثامنة:

- هدف الجلسة: التدريب على مهارة الصمت
- الفنيات المستخدمة:
  - المحاضرة
  - الحوار والمناقشة
  - تمرين يساعد على تحديد أنماط الصمت
  - الواجب المنزلي.

الجلسة التاسعة:

- هدف الجلسة: التدريب على مهارة الإصغاء
- الفنيات المستخدمة:
  - المحاضرة
  - الحوار والمناقشة
  - تمرين لقياس مهارات الإنصات
  - الواجب المنزلي

الجلسة العاشرة:

- هدف الجلسة: القياس البعدي

- **الفنيات المستخدمة:**

  - **إعادة تطبيق استبيان الممارسة النفسية**

الجلسة الحادي عشر:

- **هدف الجلسة: تقييم البرنامج:**
- **الفنيات المستخدمة:**

  - **الحوار والمناقشة الجماعية**
  - **استمارة تقييم البرنامج**

الواجبات المنزلية:

الواجب المنزلي 01:

نطلب من أعضاء المجموعة تسجيل جميع أنشطتهم لمدة أسبوع مع تحديد جل الانفعالات المصاحبة لكل نشاط، وذلك بهدف تمكن كل فرد منهم معرفة أهم المواقف التي تثير الضغط بالنسبة إليه وتحديدها بدقة حتى يستطيع تجنبها.

الأنشطة	الانفعالات

الواجب المنزلي 02:

الطلب من أعضاء الجماعة من أجل معرفة أسلوب مهارة توكيد الذات الذي يستخدموه، ذكر المواقف التي مروا بها ومع تحديد استجاباتهم لكل موقف وتحديد أسلوب التعامل الذي استخدموه.

الموقف	أسلوب مهارة توكيد الذات	الاستجابة

واجب منزلي 03:

الطلب من أعضاء المجموعة التفكير في أهم المواقف التي مرت بهم مع ذكر الأفكار والأحاديث الذاتية التي طرأت في أذهانهم أثناء الموقف، وأهم الانفعالات المترتبة، وإعادة تطبيق تمرين الحوار الداخلي الإيجابي. ومراقبة أنفسهم وتقييمها.

الموقف	التفكير المصاحب للموقف	الأحاديث الذاتية	الانفعالات المصاحبة

الواجب المنزلي 04: خطة عمل لحل المشكلات:

هل لديك مشكلة تريد حلها، اتبع الخطوات التالية:

الخطوة 1: صف المشكلة، ما الذي يحدث أو لا يحدث، وما مشاعرك اتجاه المشكلة، حاول كتابة كافة التفاصيل:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الخطوة 2: أكتب جميع الطرق الممكنة لحل المشكلة، أكتب أكبر عدد ممكن من الحلول التي تخطر في بالك حتي التي تبدو حمقاء بالنسبة إليه، وتذكر أن أحد هذه الحلول قد تكون طلب المساعدة من الآخرين:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الخطوة 3: اختر أفضل حل وجربه، إذا كان حلا ناجحا أهنئك، وإذا لم يكن فجرب الحل الثاني في الأفضلية، استمر في تجريب الحلول ولا تيأس حتي تصل للحل الناجح:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الواجب المنزلي رقم 05:

نطلب من أعضاء المجموعة تسجيل أهم مواقف الصمت التي واجهتهم سابقا مع اختيار نمط الصمت وكيفية التعامل معه:

الموقف	نمط الصمت	كيفية التعامل معه

ملاحق البرنامج

الملحق رقم (03)

أساليب مهارة توكيد الذات

أولا: تتضمن أول خطوة في التدريب علي تأكيد الذات أن يتعرف كل فرد من أعضاء المجموعة علي أسلوبه في التواصل مع الآخرين من بين ثلاثة أساليب من التواصل وهي:

***الأسلوب السلبي:**

ويعني العجز عن التعبير عن المشاعر والأفكار والرغبات بطريقة مباشرة، والشخص السلبي هو يكثر الصمت ونقد الذات وكثرة الاعتذار والتضحية بمصالحه ورغباته الخاصة من أجل الآخرين.

وأيضا أصحاب هذا النمط يتسمون بدرجة عالية من القلق الاجتماعي، وكثرة المعتقدات الخاطئة التي تشوه إدراكه لذاته وللآخرين.

***الأسلوب العدواني:**

صاحب هذا الأسلوب يستهين بالناس ويسخر من متطلباتهم وأفكارهم، ويعبر عن رأيه ويطالب بحقوقه علي حساب الآخرين، يتميز بصوت مرتفع ذي النبرات الحادة، استخدام اليدين بكثرة وعلامات عدم تقبل الآخر، الميل للسخرية والتهكم علي الآخرين.

- الأسلوب التوكيدي:

يستخدم الشخص طرقا من التواصل تتسم بتقدير الذات واحترام النفس والحقوق الشخصية دون التقليل من احتياجات الآخرين وحقوقهم في التعبير والنمو المستقل. والأسلوب التوكيدي ييسر على الشخص من أن يتواصل مع الآخرين ويتفاعل معهم بسهولة وتساعده على اكتساب التقدير والكسب المتبادل.

يتسم الأسلوب التوكيدي بالفاعلية وبقوة التعبير المباشر عن المشاعر والحقوق دون خرق حقوق الآخرين والتواصل الذي يتراوح من الإصغاء المصحوب بالانتباه لوجهات النظر الأخرى مع استخدام الإشارات الدالة على تفهم مشاعر الآخرين ووجهات نظرهم. وصاحب هذا الأسلوب لديه القدرة على الحوار ومدح الآخرين وتحمل النقد بدون عداء أو انتقام من قائله.

ملحق رقم (04)

- **تمرين الاسترخاء (تقليل الحساسية التدريجي):**

1/ التدريب على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة:

نموذج التدريب العضلي هذا مأخوذ من مصادر متعددة لأنه يجمع بين مزايا كثيرة من ناحية وله فاعلية من ناحية أخرى.

1- 1/ التدريب على إرخاء اليدين والكتفين:

استلقي على أريكة أو كرسي وفي وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك، أغمض عينيك، وأصغ إلي. سأنبهك الآن إلى بعض الإحساسات أو التوترات في جسمك وسأبين لك بعدها أنه باستطاعتك أن تقلل منها وأن تتحكم فيها. جميل. إن جسمك الآن لا يزال في وضعه المريح ولا تزال عيناك مغمضتين في استرخاء لطيف (لحظة صمت). وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولا. كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليسرى بشكل خاص. أغلق راحة يدك اليسرى- أغلقها بإحكام وبقوة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر، وتشتد انتبه لهذا التوتر والشد. لاحظه. والآن دع هذا. افتح يدك اليسرى وأرخها وضعها على مكان مريح على مسند الركبة ولاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء (عشر ثواني صمت). والآن مرة أخرى كرر ذلك: أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة ولاحظ التوتر والشد من جديد. لاحظه ثم من جديد دع هذا كله. افتح يدك اليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء. (عشر ثواني صمت).

لنتجه الآن ليدك اليمنى. أغلق بإحكام راحة اليد اليمنى ولاحظ التوتر في اليد اليمنى والذراع (خمس ثواني صمت). والآن استرخ، استمر في وضعك المريح وأرخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن في وضعها المريح. استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تحس به (عشر ثواني).

كرر هذا من جديد أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام وقوة. لاحظ ما هي عليه من شد وتوتر. أرخها ودعها في وضع مريح فاردا أصابعك (إبراهيم، 1994، ص. ص. 171-172)

باسترخاء. لاحظ أيضا أن هناك تنميلا

ولينا قد بدأ ينتشر في ذراعيك اليمنى واليسرى. كلا ذراعيك الآن قد بدأ يسترخيان...ويسترخيان.

والآن دعنا نتجه إلى راحة اليد. اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد. أدرس هذا التوتر، ولاحظه. والآن استرخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (عشر ثواني) كرر هذا مرة أخرى. اثن معصمك إلى الخلف واشعر بالشد في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد. ثم استرخ وأرخ معصميك. عد بهما إلى وضعهما المريح. دع نفسك على سجيتها. واشعر باسترخاء أكثر فأكثر.

والآن أطبق بإحكام كفيك، واثنهما في المقدمة في اتجاه الذراعين الى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع. حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه. والآن استرخ. أسقط ذراعيك بجانبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه الآن (عشر ثواني صمت) كرر هذا مرة أخرى. اقبض كفيك بإحكام واثنهما في اتجاه الكتفين محاولا أن تلمسهما بقبضتك. توقف وأسقط ذراعيك واسترخ. أشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر (عشر ثواني).

والآن دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين. ارفع كتفك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفك. لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة أدرس هذا التوتر ولاحظه. توقف استرخ عائدا بكتفيك إلى وضع مريح. دع عضلاتك على سجيتها أكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر والاسترخاء كرر ذلك مرة أخرى. ارفع كلا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الأذنين. لاحظ التوتر في الكتفين والرقبة. أدرس هذا التوتر في تلك العضلات. والآن استرخ أرخ عضلات كتفك، وعد بهما إلى وضع مريح. أدرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثواني).

1-2/ التدريب على إرخاء الوجه والرقبة: تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك الآن عليك أن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن جلدها قد (تكرمش). (إبراهيم، 1994، ص. ص. 172-173)

والآن استرخ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعها المسترخي. أرخها أكثر فأكثر (عشر ثواني). كرر هذا من جديد على جبهتك. ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة، وأعلى العينين. والآن أرخ الجبهة، واسترخ بعضلاتها. ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (عشر ثواني).

والآن أغلق عينيك بإحكام، أغلقهما بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين (خمس ثواني). والآن أرخ تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثواني). كرر هذا من جديد. أغلق عينيك بإحكام وقوة. والتوتر يشملهما. استمر (خمس ثوان). والآن استرخ.. ودع عضلات عينيك على سجيتها في وضعها المريح المغمض (عشر ثواني).

والآن أطبق فكيك وأسنانك بأحكام كما لو كنت تعض على شيء. لاحظ التوتر في الفكين (خمس ثوان). والآن دع فكيك واسترخ ودع شفتيك منفرجتين قليلا، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (عشر ثواني). مرة أخرى أطبق الفكين. لاحظ ما فيها من توتر (خمس ثوان). والآن دع ذلك واترك نفسك على سجيتها، مسترخيا أكثر فأكثر (عشر ثواني) والآن اتجه إلى شفتيك، ضمها، واضغط بكل منهما على الآخر بإحكام. جميل. اضغط كل منهما على الآخر بكل ثقلك، ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم والآن استرخ وأرخ عضلات شفتيك ودع ذقنك في وضع مريح. مرة أخرى اضغط شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم. استمر (خمس ثوان). لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدأت تتراخى بعد هذا الشد والاسترخاء المتوالي. الآن كل يديك، وجهك، وذراعيك، وكتفيك، ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية في وضع هادئ.

والآن لنتجه إلى الرقبة. اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند عليها. اضغطها إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات. استمر. أدرس ذلك والآن دع ذلك.

وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي أنت عليه الآن. استمر الآن فيما أنت فيه، أكثر فأكثر، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع. كرر هذا من جديد. شد برأسك إلى الخلف. ولاحظ التوتر (إبراهيم، 1994، ص. ص. 173-175) المستثار. استمر في ذلك لحظة (خمس ثوان). والآن دع تلك وانتقل إلى استرخاء عميق.. عميق (عشر ثواني).

والآن مد رأسك إلى الأمام، كما لو كنت ستدفع بذقنك إلى صدرك. لاحظ التوتر الذي يحدث الآن في الرقبة. والآن استرخ. دع كل هذا واسترخ على سجيتك (عشر ثواني). كرر ذلك. ادفن ذقنك في صدرك. استمر في ذلك قليلا (خمس ثوان). والآن استرخ أكثر فأكثر (عشر ثواني).

1-3/ التدريب على إرخاء عضلات الظهر، الصدر، البطن والساقين:

والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر. قوس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر في الظهر، خاصة في الجزء الأعلى. استرخ الآن. وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي فاردا ظهرك في وضع مريح سواء أكنت على كرسي أم أريكة، ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر والاسترخاء الحالي (عشر ثواني). مرة أخرى قوس الظهر. لاحظ التوتر المستثار. استمر قليلا (خمس ثوان) والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخي، تاركا كل شيء على سجيته (عشر ثواني). والآن خذ نفسا عميقا. شهيقا عميقا، لاحظ الآن أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن. والآن استرخ وكن على السجية. وتنفس الهواء. واستمر في تنفسك العادي. ولاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (عشر ثواني). أعد ذلك من جديد. خذ شهيقا عميقا، واكتمه، ولاحظ التوتر، والعضلات التي تشتد. والآن ازفر وتنفس بطريقة عادية ومريحة، تاركا عضلات الصدر والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (عشر ثواني).

والآن اقبض عضلات البطن. شدها إلى الداخل. حافظ على هذا الوضع قليلا. والآن استرخ، ودع تلك العضلات تتراخى. استرخ ودع نفسك على سجيتها (عشر ثواني). أعد هذا من جديد شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتوترها. لاحظ هذا التوتر وادرسه (خمس ثوان). والآن استرخ ودع كل شيء يتراخى في عمق أكثر فأكثر. توقف عن أي شد، وتخلص من أي توتر في أي عضل ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالي (عشر ثواني). (إبراهيم، 1994، ص. ص. 175-176)

والآن افرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع. أفردهما حتى تلاحظ التوتر المستثار في منطقة الفخذ (خمس ثوان). والآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح، واسترخاء محسوس (عشر ثواني). أعد هذا من جديد. ألصق ركبتك، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد في الفخذين (خمس ثوان). والآن استرخ.

أرخ عضلات جسدك دع كل الأعضاء على سجيتها وتخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (عشر ثواني).

والآن إلى بطن الساق. حاول أن تشد عضلاتها بأن تثني قدميك إلى الأمام باتجاه الوجه انتبه أنك عندما تثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر بالشد والتوتر، والانقباضات في بطن الساق وفي القصبة على السواء. والآن استرخ بالقدمين وأعدها إلى وضعها السابق، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء. (عشر ثواني). والآن هذه المرة: اثن قدميك للخلف في اتجاه رسغ القدم، محاولا أن تجعل أصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبة الساقين وبطنها استمر قليلا. والآن عد إلى سجيتك مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعها السابق. ساعد نفسك على الاسترخاء أعمق وأعمق من قبل (عشر ثواني).

والآن إن كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريبا وأنت تلاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. وتلاحظ أنك إن تشد عضلات أعضائك وأن توترها وبنفس القدر تستطيع أن تسترخي بجسمك كله. إنك تسترخي، وإذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية فحاول أن ترخيها. وارجع معي من أسفل إلى أعلى كل عضلات أعضائك إذا لم تكن مسترخية فأرخها حالا- عضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (خمس ثوان) أرخ عضلات الفخذين، والركبة وبطن الساق، القصبة (خمس ثوان). العجز والردفين (خمس ثوان) البطن وأسفل الوسط (خمس ثوان) أعلى الظهر، والصدر، والكتفين (خمس ثوان) راحة اليد والأصابع والذراعين (خمس ثوان) الرقبة (خمس ثوان)..جبهتك مسترخية (خمس ثوان)..كل عضلاتك مسترخية ومستلقية في وضع مريح. والآن استمر في الوضع المريح وسأعد من واحد إلى عشرة. وفي كل مرة حاول أن تسترخي أعمق فأعمق.1-2-3-4-5-6-7-8-9-10. جميل إنك قد أخذت قسطا وافيا من الاسترخاء الآن وسأعد تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما أصل إلى واحد ستفتح عينيك وتستيقظ في نشاط هادئ (إبراهيم، 1994، ص. ص. 177-178)

5-4-3-2-1 عيناك مفتوحتان، وأنت الآن في يقظة وفي كامل نشاطك دون قيود. (إبراهيم، 1994، ص. ص. 177-178)

أنماط الصمت:

يصعب علي المرشد (الأخصائي) المبتدئ أن يستخدم هذه الفنية بالكفاءة المرجوة لأنه لا يطيق صبرا علي الصمت إذا كف العميل من حديثه وتوقف عن كلامه ليسترد أنفاسه ويعيد ترتيب أفكاره.

أنماط الصمت:

يجب علي المرشد(الأخصائي) أن يفرق بين الأنماط المختلفة للصمت حتي يدرك كيفية التعامل مع أي منها أو كيفية استخدامها في المواقف المتباينة بدرجة عالية من الكفاءة مما يحقق الهدف منها.

اقترح مايرز ومايرز 1973 عدد من الأنماط المختلفة للصمت:

– قد يدل الصمت علي الكره حيث يعكس ما يخفيه العميل من غضب وعدم الرغبة في حضور المقابلة.

– قد يدل الصمت علي الحيرة أي عجز العميل عما يريد قوله.

– قد يدل الصمت علي تشبع الحديث حيث يعكس رفض العميل علي الاستمرار في نفس الحديث لاعتقاده بأنه استوفي حقه أو هروبا من الاسترسال فيه.

– قد يدل الصمت علي الحزن مثل حزن العميل علي عزيز فقده، أو خبرة حزينة لا يريد التحدث عنها.

– قد يدل الصمت علي التحدي أي تشكك العميل غير اللفظي علي مقدرة المرشد علي مساعدته في عبور أزماته.

كما نميز 3 أنماط أساسية من الصمت نعبر عنها:

*** صمت يفرض نفسه عن كل من المرشد والمسترشد علي حد سواء**

***صمت المرشد الذي يساعده ليحقق أهدافا هاما تسهم في تنفيذ خطته العلاجية**

***صمت المسترشد**