

الباب الثالث

دراسات وبحوث

فى العلاج النفسى

(١٤) العلاج النفسى الدينى.

(١٥) مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى وأثرها

فى عملية الإرشاد والعلاج: دراسة كلىنىكية.

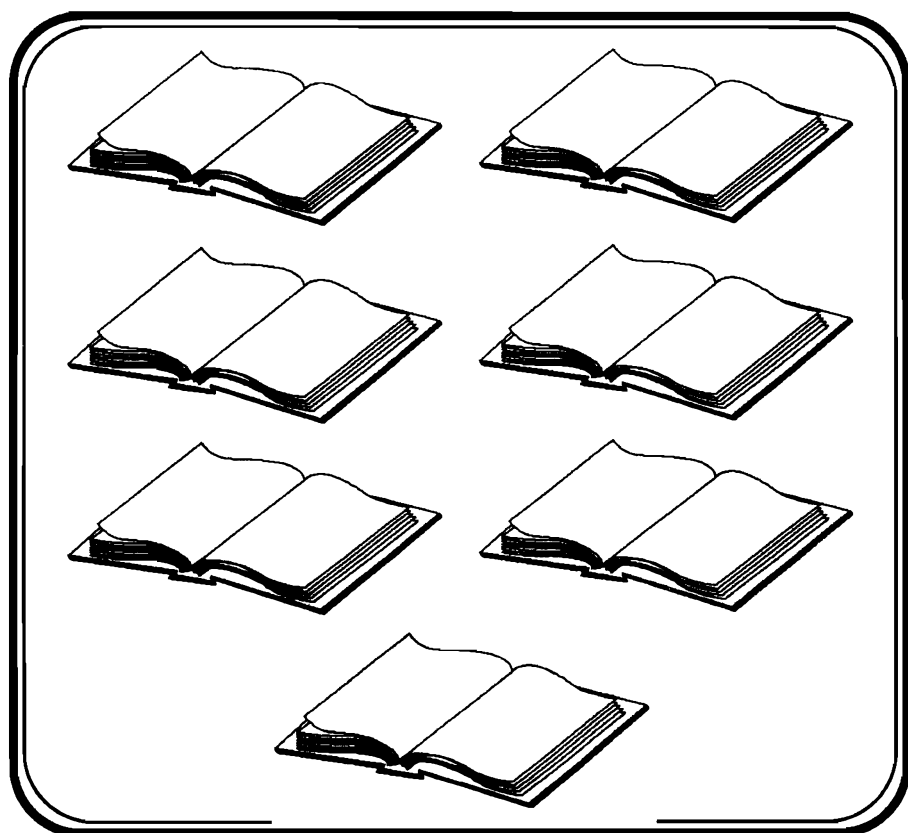
(١٦) العلاج النفسى التربوى للأطفال.

(١٧) العلاج بالموسيقى: دراسة استطلاعية ودعوة للبحث والتطبيق.

(١٨) الوقاية فى مجال الإدمان.

(١٩) الإدمان: منظور حيوى نفسى اجتماعى، ومنظور تنموى وقائى علاجى.

(٢٠) دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى.



[١٤] العلاج النفسى الدينى(*)

مقدمة:

من أهم أهداف التربية والصحة النفسية فى مجتمعنا العربى الإسلامى تنمية المواطن العربى المسلم المصالح، والإنسان الحر صاحب الإرادة والعقيدة، والإيمان، والفرد الذى يعيش فى سعادة وسلامة وسلام.

والتربية بمعناها الواسع تشمل التربية الدينية ، والنمو بمعناه الشامل يتضمن النمو الدينى والأخلاقى، والصحة النفسية بمعناها الكامل تشمل السعادة فى الدنيا والدين.

والصحة النفسية هى حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا واجتماعيا) ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا ، بحيث يعيش فى سلامة وسلام (حامد زهران، ١٩٧٤).

والعلاج النفسى بمعناه العام هو نوع من العلاج نستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات سلوكية ، وفيه يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض السلوكية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته على خير وجه، ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها فى طريق النمو النفسى الصحى ، وبحيث يصبح أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسى فى المستقبل.

والهدف الأسمى مهما كان أسلوبه هو تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسى. وتعدد طرق العلاج النفسى وتستند كل منها على إحدى نظريات الشخصية أو السلوك أو العلاج . ومن طرق العلاج النفسى المعروفة العلاج السلوكى والتوجيه والإرشاد والاستشارة النفسية والعلاج النفسى المركز حول العميل والعلاج بالعمل ... إلخ.

ويأتى العلاج النفسى الدينى كأسلوب أجمع المعالجون على اختلاف أديانهم سواء كانوا مسلمين أو مسيحيين أو يهودا . على أنه علاج يقوم على أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب دينية

(*) مجلة التوثيق التربوى، مركز المعلومات الإحصائية والتوثيق التربوى، وزارة المعارف. المملكة العربية السعودية عدد ٩ (أبريل ١٩٧٥). ص ٢١ - ٣٨.

روحية أخلاقية مقابل العلاج الدنيوى الذى يقصد به بقية طرق العلاج النفسى التى تقوم على أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب وضعها البشر.

أما عن أساس العلاج النفسى الدينى فإنه يقوم على أن الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان، وهو يعلم من خلق. قال الله تعالى ﴿الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ (٧٨) وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ (٧٩) وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ...﴾، وقال تعالى: ﴿أَلَا يَعْلَمُ مَنْ خَلَقَ وَهُوَ اللَّطِيفُ الْخَبِيرُ﴾. والخالق هو الذى يعرف كيف يصير الإنسان سويا، ووضع لذلك القوانين السماوية، وهو الذى يعرف أسباب فساد الإنسان وانحراف سلوكه، وهو الذى يعرف طرق وقايته وصيانته، وهو الذى يدرك بقدرته وحكمته الحاجات النفسية للإنسان ويدبر لها الإشباع عن طريق الحلال، وهو الذى يعرف طرق علاجه وصلاحه. وفيما نرى أن علماء العلاج النفسى يجب أن يستفيدوا من الدين فى العلاج النفسى وأن يلتزموا بقوانين الخالق جل وعلا لأنهم ليسوا أعلم بالإنسان من الله الذى خلقه. وفى عقيدتنا الإسلامية كما قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الدِّينَ عِنْدَ اللَّهِ الْإِسْلَامُ﴾، فالإسلام خاتم الأديان وجامعها. ولذلك فنحن نسترشد بالقرآن الكريم خاتم الكتب السماوية ونسترشد بالحديث النبوى الشريف لأن محمدا ﷺ خاتم الأنبياء والمرسلين (١) قال الله تعالى: ﴿أَمَّا الرَّسُولُ بِمَا أُنْزِلَ إِلَيْهِ مِنْ رَبِّهِ وَالْمُؤْمِنُونَ كُلٌّ آمَنَ بِاللَّهِ وَمَلَائِكَتِهِ وَكُتُبِهِ وَرُسُلِهِ لَا نُفَرِّقُ بَيْنَ أَحَدٍ مِنْ رُسُلِهِ﴾. وقال الله تعالى عن القرآن الكريم ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾. وقال تعالى ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُم مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾. وقال تعالى ﴿قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءٌ﴾. وقال تعالى ﴿إِنَّ هَذَا الْقُرْآنَ يَهْدِي لِلَّتِي هِيَ أَقْوَمُ وَيُبَشِّرُ الْمُؤْمِنِينَ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّا سَمِعْنَا قُرْآنًا عَجَبًا (١) يَهْدِي إِلَى الرُّشْدِ...﴾. وقال الرسول الله ﷺ «إني تركت فيكم ما إن تمسكتم به لن تضلوا من بعدى : كتاب الله وستى».

أسباب الاضطراب النفسى فى رأى الدين:

تعدد أسباب الاضطرابات النفسية إلى الحد الذى قد يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها على حدة. فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها رهنا بسبب واحد.

(١) بقول شوقي:

وارجع إلى سنن الخليفة وتابع نظم الحياة

خذ بالكتاب وبالحديث وسيرة السلف الثقات

ويقول الشاعر:

أفسدتها طبائع الأزمان

ليس كالدين مصلحا لقلوب

حطمتها نوازع الشيطان

ليس كالدين منقذا لنفوس

ومن الأسباب الرئيسة للاضطرابات والأمراض النفسية من وجهة نظر الدين ما يلى:

١ - **الذنوب**: وتعتبر الذنوب والخطايا واقتراف الآثام وارتكاب المعاصى للقلب بمنزلة السموم إن لم تهلكه أضعفته، وهى لا تصدر إلا عن قلب ضعيف الإيمان يستجلب غضب الله (١). قال الله تعالى: ﴿وَمَنْ يَكْسِبْ إِثْمًا فَإِنَّمَا يَكْسِبْهُ عَلَىٰ نَفْسِهِ﴾. وقال تعالى: ﴿لِكُلِّ امْرِئٍ مِّنْهُمْ مَا اكْتَسَبَ مِنَ الْإِثْمِ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ يَكْسِبُونَ الْإِثْمَ سَيَجْزُونَ بِمَا كَانُوا يَفْتَرُونَ﴾.

٢ - **الضلال**: الضلال عن سبيل الله والكفر والإلحاد والبعد عن الدين ومعصية الله ورسوله وعدم ممارسة العبادات وتشوش المفاهيم الدينية يؤدى ولا شك إلى اضطراب السلوك. قال الله تعالى: ﴿مَنْ اهْتَدَىٰ فَإِنَّمَا يَهْتَدِي لِنَفْسِهِ وَمَنْ ضَلَّ فَإِنَّمَا يَضِلُّ عَلَيْهَا﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يَكْفُرْ بِاللَّهِ وَمَلَائِكَتِهِ وَكُتُبِهِ وَرُسُلِهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ فَقَدْ ضَلَّ ضَلَالًا بَعِيدًا﴾. ومن الضلال اتباع الهوى. قال تعالى: ﴿وَمَنْ أَضَلُّ مِمَّنْ اتَّبَعَ هَوَاهُ بَغْيَرٍ هَدَىٰ مِنَ اللَّهِ﴾. ومن الضلال اتباع الشيطان الذى يضل أولياءه ويزين لهم أعمالهم مما يؤدى إلى انحراف السلوك. قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمْ عَدُوٌّ فَاتَّخِذُوهُ عَدُوًّا﴾. ومن الضلال الإعراض عن ذكر الله مما يؤدى إلى الشقاء. قال الله تعالى: ﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يَعْشُ عَنْ ذِكْرِ الرَّحْمَنِ نُقَيِّضْ لَهُ شَيْطَانًا فَهُوَ لَهُ قَرِينٌ (٣٠)﴾. وَإِنَّهُمْ لَيَصُدُّونَهُمْ عَنِ السَّبِيلِ وَيَحْسَبُونَ أَنَّهُمْ مُّهْتَدُونَ. ومن الضلال الغفلة. قال تعالى: ﴿وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنْسَاهُمْ أَنفُسَهُمْ أُولَٰئِكَ هُمُ الْفَاسِقُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿اقْتَرَبَ لِلنَّاسِ حِسَابُهُمْ وَهُمْ فِي غَفْلَةٍ مُّعْرِضُونَ﴾. ومن الضلال التورط وارتكاب ما حرم الله. قال رسول الله ﷺ: «اتق المحارم تكن أعبد الناس».

٣ - **الصراع**: وأخطر الصراعات فى النفس الإنسانية الصراع بين قوى الخير والشر وبين الحلال والحرام، وبين الجانب الملائكى والجانب الحيوانى فى الإنسان، أى أن الصراع قد ينشأ بين النفس اللوامة والنفس الأمارة بالسوء، فيتأثر بذلك اطمئنان النفس المطمئنة ويحيلها إلى نفس مضطربة. ونحن نعرف أن الصراع إذا استحكم صرع الإنسان وأدى إلى القلق الذى يؤرقه. والصراع بين الخير والشر فى النفس دائم ومستمر. وهو كالصراع بين جيشين مع كل منهما عدته وسلاحه فأيهما غلب الآخر قهره وكان الحكم له. فالقلب إذا كان ضعيفا والنفس شهوانية والحظ

(١) قال الشاعر:

وقد يورث الذل إدمانها
وخير لنفسك عصيانها

رأيت الذنوب غيت القلوب
وترك الذنوب حياة القلوب

قليل من التوكل والتوحيد انتصر الشر على الخير. والنفس التى ينتصر فيها الشر تتسلط عليها الوسواس (انظر ابن القيم، ١٩٥٧). وكم يقابل الفرد من صراعات نتيجة للفرق بين القيم المتعلمة والقيم المتوارثة والفرق بين المثل التى يتبناها الفرد وبين الواقع الفعلى.

٤. ضعف الضمير: يقول البعض إن الأمراض النفسية ومظاهر سوء التوافق النفسى هى أمراض الضمير ، أو هى حيلة هروبية من تأنيب الضمير. ويضاف إلى ضعف الضمير الضعف الأخلاقى والانحراف السلوكى الذى يترتب على ذلك (مصطفى فهمى، ١٩٧٠).

٥. أسباب أخرى: هناك أسباب أخرى كثيرة منها:

* الأنانية وإثثار الحياة الدنيا والتكالب عليها.

* اتباع الغرائز والشهوات والتبرج والإغراء.

* الغيرة والحقد وحسد الناس على ما آتاهم الله من فضله.

* الشك والارتباب، وقد قال الله تعالى: ﴿اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ﴾.

أعراض الاضطراب النفسى فى رأى الدين:

أعراض الاضطراب النفسى هى علاماته السلوكية . وكلما أمكن التعرف على الأعراض بدقة وفى وقت مبكر كلما كان ذلك أفضل من الناحية العلاجية حيث يفيد ذلك فى نجاح العلاج ومنع تطور الأعراض . وللأعراض رموز ومعان ووظائف وأهداف منها السيطرة على القلق وخفض التوتر وحل الصراع وتحقيق أو تدعيم كبت وكف الدوافع والنزعات المستقبحة وتهذئة الضمير والهروب من المآزق والتخلص من المسئولية ... إلخ . وعلى العموم تعتبر أعراض الاضطراب النفسى فى رأى الدين استجابة غير سوية لضمير المريض بسبب ما تعرض له من إهمال، أو نتيجة لقيام الفرد بسلوك يتضمن نوعاً من التحدى السافر لتعاليم الدين (حامد زهران، ١٩٧٤).

ومن الأعراض الرئيسة للاضطراب النفسى من وجهة نظر الدين ما يلى:-

١- الانحراف: ويشمل الانحرافات السلوكية ويأتى على رأسها الانحرافات الجنسية . ويشمل أيضاً الانحرافات الاجتماعية المختلفة مثل الكذب والسرقة والعدوان والتمرد وتعاطى المخدرات، وغير ذلك من ألوان السلوك المنحرف.

٢. الشعور بالإثم: ويكون الشعور بالإثم والخطيئة نتيجة ما ارتكبه الإنسان من أعمال وسوس إليه بها الشيطان وكان يود ألا يرتكبها، ويعتبر عنصراً أساسياً فى تكوين العصاب ، وهذا مما يثقل

كاهل الإنسان ويجعله يتوقع العقاب. ونحن نعرف أن محور العصاب هو الخطيئة والشعور بالإثم مما يهدد الذات ويسبب حالة عدم الاتزان النفسى وسوء التوافق الاجتماعى . قال الله تعالى : ﴿إِنَّ الَّذِينَ يَكْسِبُونَ الْإِثْمَ سَيُجْزَوْنَ بِمَا كَانُوا يَقْتَرِفُونَ﴾ . وقال تعالى : ﴿لِكُلِّ أَمْرٍ مِنْهُمْ مَا اكْتَسَبَ مِنَ الْإِثْمِ﴾ .

٣. **الخوف:** ونقصد الخوف المرضى الدائم المتكرر المتضخم الذى لا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه والذى يمتلك سلوك الإنسان ويحكمه ويصاحبه سلوك عصابى قهري .

٤. **القلق:** وهو آفة عصرنا الذى أصبح يطلق عليه «عصر القلق» . وهو خوف غامض غير محدد مصحوب بالتوتر والضييق والتهيب وتوقع الأذى وعدم الاستقرار العام مما يعوق الفرد عن الإنتاج ويجعل سلوكه مضطربا ويصاحب القلق أعراض نفسية جسمية مثل العرق المفرط وصعوبة التنفس والاضطرابات المعوية وسرعة نبضات القلب. وقد يغلب القلق ويصبح هو نفسه عصابا أساسيا ومرضا قائما بذاته هو «عصاب القلق» .

٥ - **الاكتئاب:** وهو حالة يشعر فيها الفرد بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسار النفس والتشاؤم دون سبب مناسب أو لسبب تافه، فيفقد لذة الحياة ويرى أنها خالية من الأمن والسلام لا معنى لها ولا هدف له فيها، فتشبط عزيمته ويفقد اهتمامه بعمله وشئونه ويشعر بتفاهته . ويصاحب الاكتئاب عادة التدهور الحركى والصداع وفقد الشهية ونقص الوزن والإسك والأرق. ويصاحبه أيضا التردد والبطء فى الكلام . وقد يؤدى إلى الانتحار. وقد يغلب الاكتئاب وحده ويصبح مرضا قائما بذاته.

الوقاية الدينية من الاضطراب النفسى:

يوجه علم الصحة النفسية والعلاج النفسى اهتماما كبيرا إلى الوقاية من الاضطراب والمرض النفسى ، أو ما يطلق عليه البعض «التحصين النفسى» . ونحن نعرف أن الوقاية خير من العلاج، وأنها تغنى عن العلاج ، وأن جرام وقاية خير من طن علاج، وأن الطن من الوقاية يكلف المجتمع أقل مما يكلفه جرام واحد من العلاج، فضلاً عن أن حصيلته تشمل المجتمع بأسره. ونحن نعلم أنه للوقاية من المرض النفسى لا بد من معرفة أسباب المرض وإزالتها، وتحديد الظروف التى تؤدى إليها حتى نضبطها ونقلل من آثارها ، ونهتئ الظروف التى تحقق الصحة النفسية .

ولأغراض الوقاية وتحقيق الصحة النفسية يجب الاهتمام بنمو وبناء شخصية المسلم كما حددها الدين .

وفيما يلى أهم معالم الوقاية من الاضطراب والمرض النفسى من وجهة نظر الدين:

١ - الإيمان (التربية الدينية): لقد أجمعت الأديان السماوية على أن السعادة النفسية هى ثمرة مؤكدة للإيمان. ويتضمن الإيمان والتربية الدينية ما يلى:

* **الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله والقدرواليوم الآخر:** وهذا هو عماد الحياة الروحية ومنبع طمأنينة النفس ومصدر سعادتها، بشرط أن تظهر آثار هذا الإيمان فى سلوك الإنسان وعمله الصالح . والإيمان طريق الهداية ويبعد المؤمن عن اقتراف المعاصى التى تشعره بالإثم، ويبعد الإنسان عن اليأس والجزع ويهون عليه المصائب. قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ أُولَئِكَ هُمْ خَيْرُ الْبَرِيَّةِ﴾ . وقال تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ إِنَّا لَا نُضِيعُ أَجْرَ مَنْ أَحْسَنَ عَمَلًا﴾ . وقال تعالى ﴿وَمَنْ يُؤْمِنْ بِاللَّهِ يَهْدِ اللَّهُ قَلْبَهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَإِنَّ اللَّهَ لَهَادِ الَّذِينَ آمَنُوا إِلَى صِرَاطٍ مُسْتَقِيمٍ﴾ . وقال تعالى: ﴿اللَّهُ وَلِيُّ الَّذِينَ آمَنُوا يُخْرِجُهُم مِّنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ﴾ . وقال تعالى: ﴿مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنْتَنِي وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾ . وقال تعالى: ﴿آمَنَ الرَّسُولُ بِمَا أُنزِلَ إِلَيْهِ مِنْ رَبِّهِ وَالْمُؤْمِنُونَ كُلٌّ آمَنَ بِاللَّهِ وَمَلَائِكَتِهِ وَكُتُبِهِ وَرُسُلِهِ لَا نُفَرِّقُ بَيْنَ أَحَدٍ مِنْ رُسُلِهِ﴾ . وقال تعالى: ﴿قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ﴾ . وقال تعالى: ﴿إِنَّ السَّاعَةَ لَآتِيَةٌ لَا رَيْبَ فِيهَا﴾ .

* **حب الله:** وحب الله هو الإيمان الحق الذى تبدو آثاره فى سلوك الإنسان. ومن أحب الله وأحب رسوله وجد حلاوة الإيمان. قال الله تعالى: ﴿قُلْ إِنْ كُنْتُمْ تُحِبُّونَ اللَّهَ فَاتَّبِعُونِي يُحْبِبْكُمُ اللَّهُ﴾ . وقال رسول الله ﷺ: «ثلاث من كن فيه وجد حلاوة الإيمان: أن يكون الله ورسوله أحب إليه مما سواهما، وأن يحب المرء لا يحبه إلا الله ، وأن يكره أن يعود إلى الكفر كما يكره أن يقذف فى النار». ومن أحب الله أحبه الله وأحبه الملائكة وأهل السماء وأهل الأرض. والله يحب من عباده ذوى السلوك السوى ويزيدهم هدى إلى الطريق المستقيم. ففى القرآن الكريم ما يوضح أن الله يحب التوابين ويحب المتطهرين، أن الله يحب المتقين ، وأن الله يحب المتوكلين، وأن الله يحب المحسنين، وأن الله يحب الصابرين . وفى نفس الوقت فإن الله لا يحب المفسدين ، ولا يحب الظالمين، ولا يحب المسرفين، ولا يحب الكافرين، ولا يحب المستكبرين، ولا يحب الخائنين، ولا يحب المعتدين ، ولا يحب من كان مختالا فخورا.

* **تقوى الله:** معنى التقوى أن يتقى الإنسان ما يضره أو يضر غيره وما يغضب ربه مما يجعل لنفسه وقاية من عذاب الله وسخطه فى الدنيا والآخرة، وأن يقف عند حود الله وأن يطيع أوامره التى

فيها الخير وأن يجتنب نواهيه عن ما يضره^(١). قال الله تعالى: ﴿وَتَرَوُا فِانَ خَيْرَ الزَّادِ التَّقْوَى وَاتَّقُونِ يَا أُولِيَ الْأَلْبَابِ﴾. والتقوى تنير البصيرة وتجعل الإنسان قادرا على التفريق بين الحق والباطل. قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن تَتَّقُوا اللَّهَ يَجْعَلْ لَكُمْ فُرْقَانًا﴾. ومن ثمرات التقوى الأمن النفسى والتوفيق والتأييد والنصر فى الدنيا والثواب والرحمة فى الآخرة. قال تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَكَانُوا يَتَّقُونَ (٦٣) لَهُمُ الْبُشْرَىٰ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الْآخِرَةِ﴾. والتقوى تفرج الأزمت ونحل المشكلات. قال الله تعالى: ﴿وَمَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجًا (٢) وَيَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مِنْ أَمْرِهِ يُسْرًا﴾.

✽ **خشية الله**: وخشية الله والخوف من عقابه تؤدى إلى طاعته والبعد عن الشر والشهوات وتريح الضمير وتودى بالإنسان إلى السلوك السليم وتجعله صالحا فى الجماعة الإنسانية. قال الله تعالى: ﴿وَمَنْ يَطْعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ وَيَخْشِ اللَّهَ وَيَتَّقْهُ فَأُولَئِكَ هُمُ الْفَائِزُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُمْ وَرَضُوا عَنْهُ ذَلِكَ لِمَنْ خَشِيَ رَبَّهُ﴾.

✽ **الشكر لله**: وهذا يعنى الاعتراف بفضل الله وإحسانه وحمده والثناء عليه وظهور آثار نعم الله على لسان العبد ثناء واعترافا، وعلى قلبه شهادة ومحبة، وعلى جوارحه انقيادا وطاعة. والشكر يتضمن كل خير يصلح به سلوك الانسان. والشكر واجب على العبد نحو خالقه مصدر كل النعم، وفيه منفعة تعود على الشاكر حيث يطهر نفسه ويقربها من الله ويوجهها الوجهة الصالحة فى إنفاق النعم فى وجوها المشروعة. قال الله تعالى: «الحمد لله رب العالمين». وقال تعالى: ﴿بَلِ اللَّهَ فَاعْبُدْ وَكُنْ مِنَ الشَّاكِرِينَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَإِذْ تَأَذَّنُ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ﴾.

٢. **التدين (السلوك الدينى)**: من المؤكد أن الإنسان المتدين حقا الذى يترجم الإيمان إلى سلوك دينى يرضاه الله لا يعانى قط من المرض النفسى. والإيمان والتدين عقيدة خالصة وعمل مخلص، والسلوك يجب أن يكون وفقا لذلك. والسلوك الذى يخرج على الدين، والذى يأخذ شكل العبادة الآلية، والذى يحاكي السلوك المستورد دون تنقية قد يؤدى إلى نكسة سلوكية وسلوك منحرف يؤدى إلى تشويه الشخصية الفردية والاجتماعية. ويتضمن التدين والسلوك الدينى ما يلى:

(١) يقول الشاعر:

إلا النقى والبر والرشاد

وكل زاد عرصة النفاد

* **عبادة الله:** عبادة الله هى سبيل السعادة و الطمأنينة النفسية، وهى تحرر الإنسان من الطغيان . لقد خلق الله الخلق ليعبدوه. قال تعالى : ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾. ولقد أرسل الله الرسل ليدعوا الناس إلى عبادته وحده. قال الله تعالى: ﴿وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ رَبِّي وَرَبُّكُمْ فَاعْبُدُوهُ هَذَا صِرَاطٌ مُسْتَقِيمٌ﴾. وعبادة الله تتضمن إقامة دعائم الدين وهى الشهادتان والصلاة والصوم وإيتاء الزكاة والحج. قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الصَّلَاةَ تَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ﴾. وقال تعالى: ﴿وَأَقِيمُوا الصَّلَاةَ وَآتُوا الزَّكَاةَ﴾. وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُتِبَ عَلَيْكُمُ الصِّيَامُ كَمَا كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَلِلَّهِ عَلَى النَّاسِ حِجُّ الْبَيْتِ مَنِ اسْتَطَاعَ إِلَيْهِ سَبِيلًا﴾.

* **الإخلاص لله:** وهذا يتضمن أن يكون سلوك الإنسان سويا خالصا غايته رضا الله ، قياما بالواجب فى سائر العبادات وكافة الأعمال ، مسبقا بالنية الحسنة قاصدا وجه الله، ومحاربا أهواء النفس والشهوات ، مما يعود بالخير على الفرد والجماعة . قال الله تعالى: ﴿فَاعْبُدِ اللَّهَ مُخْلِصًا لَهُ الدِّينَ﴾ ، وقال تعالى: ﴿وَمَا أُمِرُوا إِلَّا لِيَعْبُدُوا اللَّهَ مُخْلِصِينَ لَهُ الدِّينَ﴾ .

* **المسئولية:** ويأتى على رأسها مسئولية الاختيار، فالإنسان بنعمة العقل مخير. قال الله تعالى: ﴿وَهَدَيْنَاهُ النَّجْدَيْنِ﴾ . وقال تعالى: ﴿فَمَن شَاءَ فَلْيُؤْمِنْ وَمَن شَاءَ فَلْيُكْفِرْ﴾ . وقال تعالى: ﴿بَلِ الْإِنْسَانُ عَلَىٰ نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ﴾ . وقال تعالى: ﴿كُلُّ نَفْسٍ بِمَا كَسَبَتْ رَهِينَةٌ﴾. وتتضمن المسئولية الجدل فى طلب العلم والمعرفة . قال الله تعالى: ﴿اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ (١) خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ (٢) اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ (٣) الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ (٤) عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ﴾. وقال تعالى: ﴿قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُو الْأَلْبَابِ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّمَا يَخْشَى اللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ الْعُلَمَاءُ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا﴾. وقال رسول الله ﷺ: «من سلك طريقا يلتمس فيه علما سهل الله له طريقا إلى الجنة». وقال ﷺ: «إن الملائكة لتضع أجنحتها على طالب العلم رضا بما يصنع».

* **البعد عن الحرام:** قال الله تعالى: ﴿قُلْ تَعَالَوْا أَتْلُ مَا حَرَّمَ رَبُّكُمْ عَلَيْكُمْ أَلَّا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ مِنْ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ وَلَا تَقْرَبُوا الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطْنٌ وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ ذَلِكُمْ وَصَّاكُمْ بِهِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ (١٥١) وَلَا تَقْرَبُوا مَالَ الْيَتِيمِ إِلَّا بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ حَتَّىٰ يَبْلُغَ أَشُدَّهُ وَأَوْفُوا بِالْعَيْثِ وَالْمِيزَانِ بِالْقِسْطِ

لَا تُكَلِّفُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا وَإِذَا قُلْتُمْ فَاعْدُوا وَلَوْ كَانَ ذَا قُرْبَىٰ وَبِعَهْدِ اللَّهِ أَوْفُوا ذَلِكُمْ وَصَّاكُمْ بِهِ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ ﴿٥٢﴾ وَأَنَّ هَذَا صِرَاطِي مُسْتَقِيمًا فَاتَّبِعُوهُ وَلَا تَتَّبِعُوا السُّبُلَ فَتَفَرَّقَ بِكُمْ عَنْ سَبِيلِهِ ذَلِكُمْ وَصَّاكُمْ بِهِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ ﴿٥٣﴾.

﴿العزة والقوة﴾: قال الله تعالى: ﴿وَلِلَّهِ الْعِزَّةُ وَلِرَسُولِهِ وَلِلْمُؤْمِنِينَ﴾. وقال رسول الله ﷺ: «المؤمن القوى خير من المؤمن الضعيف، وفي كل خير».

٣. الأخلاق (السلوك الأخلاقى): الدين هو الطريق إلى بقاء ودوام القيم الأخلاقية التى تعتبر إطاراً مرجعياً لسلوك الفرد وأسلوب حياته، وبيان ما ينبغى أن يكون عليه التفاعل الاجتماعى السليم. والأخلاق هى الدعامة الأولى لحفظ كيان المجتمع^(١). ولقد جاءت رسالات الأنبياء والمرسلين كلها تحت على الأخلاق الفاضلة. ومن أصول التربية الإسلامية تربية الأخلاق المستمدة من الدين التى تنظم السلوك وتنمى فى الشخصية ضميراً حياً يحاسب الفرد إذا هو أخطأ أو انحرف عن الطريق المستقيم. ولقد وصف الله تعالى رسوله العظيم بقوله: ﴿وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾. وقال رسول الله ﷺ: «اللهم أحسن خلقى فأحسن خلقى». وقال رسول الله ﷺ: «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق». وقال ﷺ: «إن من خياركم أحاسنكم أخلاقاً». وسأل الصحابة السيدة عائشة رضى الله عنها عن خلق الرسول الكريم فقالت: «كان خلقه القرآن». وقال على بن أبى طالب رضى الله عنه: «نعم الحسب الخلق الحسن». والأخلاق الفاضلة كما يدعو إليها الدين تقوم على أسس ودعائم أهمها مايلى:

(١) يقول الشاعر أحمد شوقي:

فإن هم ذهبت أخلاقهم ذهبوا

وإنما الأمم الأخلاق ما بقيت

ويقول:

فليس وراءها لـلـمـمـز ركن

على الأخلاق خطوا الملك وابنوا

ويقول:

وينهب عنهم أمرهم حين تنهب

كذا الناس بالأخلاق يبقى صلاحهم

ويقول:

فإن العقيدة كنز عتيـد

ومن طلب الخلق من كنزه

* **الاستقامة**؛ قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ . وجاء رجل إلى الرسول ﷺ فقال : يا رسول الله قل لى فى الإسلام قولاً لا أسأل عنه أحداً غيرك . قال : «قل آمنت بالله ثم استقم» .

* **إصلاح النفس**؛ قال الله تعالى: ﴿يَا بَنِي آدَمَ إِنَّمَا يَأْتِيَكُمْ رَسُولٌ مِّنْكُمْ يَقْصُودُ عَلَيْكُمْ آيَاتِي فَمَنِ اتَّقَى وَأَصْلَحَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ .

* **تزكية النفس**؛ أى الطهر من الدنس والسمو عن النقائص وترفع النفس وارتفاع قدرها . قال الله تعالى: ﴿قَدْ أَفْلَحَ مَن تَزَكَّى﴾ . وقال تعالى: ﴿قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّاهَا (٩) وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّاهَا﴾ . وقال تعالى: ﴿وَمَن تَزَكَّى فَإِنَّمَا يَتَزَكَّى لِنَفْسِهِ وَإِلَى اللَّهِ الْمَصِيرُ﴾ .

* **معارضة هوى النفس**؛ قال الله تعالى: ﴿وَأَمَّا مَن خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَى (٤٠) فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ الْمَأْوَى﴾ . وقال تعالى: ﴿وَمَن أَضَلُّ مِمَّنِ اتَّبَعَ هَوَاهُ بِغَيْرِ هُدًى مِّنَ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يَهْدِي الْقَوْمَ الظَّالِمِينَ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَإِنَّ كَثِيرًا لِّيُضِلُّونَ بِأَهْوَائِهِم بِغَيْرِ عِلْمٍ﴾ .

* **ضبط النفس**؛ ويتضمن ذلك الحلم ومعارضة هوى النفس والتحكم فى انفعال الغضب وكظم الغيظ . وقال الله تعالى: ﴿وَالْكَاظِمِينَ الْغَيْظَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾ . وقال رسول الله ﷺ : «ليس الشديد بالصرعة إنما الشديد الذى يملك نفسه عند الغضب» .

* **الصدق**؛ وهو يؤدى إلى الثقة والتعاون الاجتماعى . ومن أنواع الصدق صدق الوعد . قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَكُونُوا مَعَ الصَّادِقِينَ﴾ .

* **الأمانة**؛ قال الله تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا﴾ .

* **التواضع**؛ وهو فضيلة هامة . ومن تواضع لله رفعه . قال الله تعالى: ﴿وَلَا تَصْعَرَ خَدَّكَ لِلنَّاسِ وَلَا تَمْشِ فِي الْأَرْضِ مَرَحًا إِنَّكَ لَن تَخْرِقَ الْأَرْضَ وَلَن تَبْلُغَ الْجِبَالَ طُولًا﴾ .

* **معاشرة الأخيار**؛ وهذه تؤدى إلى الخير والنعمة . قال الله تعالى: ﴿وَاصْبِرْ نَفْسَكَ مَعَ الَّذِينَ يَدْعُونَ رَبَّهُمْ بِالْغَدَاةِ وَالْعَشِيِّ يُرِيدُونَ وَجْهَهُ﴾ . وقال بعض الحكماء: «نبئتى من تصاحب أثبتك من أنت» .

* **الكلام الحسن**؛ وهو مصدر للنجاح ومحبة الناس وكثرة الأصدقاء . قال الله تعالى: ﴿وَقُلْ لِعِبَادِي يَقُولُوا الَّتِي هِيَ أَحْسَنُ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَقُولُوا لِلنَّاسِ حُسْنًا﴾ .

* **احترام الغير:** وهذا يؤدى إلى وحدة الجماعة وتماسكها ونشر المودة بينها . قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا يَسْخَر قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰ أَن يَكُونُوا خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلَا نِسَاءٌ مِّن نِّسَاءٍ عَسَىٰ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ وَلَا تَلْمِزُوا أَنفُسَكُمْ وَلَا تَنَابَزُوا بِالْأَلْقَابِ بِئْسَ الْأَسْمُ الْفُسُوقُ بَعْدَ الْإِيمَانِ﴾.

* **الإصلاح بين الناس:** وهو صفة أخلاقية فاضلة تصدر عن إنسان نبيل يحب الخير . قال الله تعالى: ﴿وإن طائفتان من المؤمنين اقتتلوا فأصلحوا بينهما﴾ . وقال تعالى: ﴿وإن خفتم شقاقَ بينهما فابعثوا حكماً من أهله وحكماً من أهلها إن يريدوا إصلاحاً يوفق الله بينهما﴾ .

* **حسن الظن:** قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ وَلَا تَجَسَّسُوا وَلَا يَغْتَب بَّعْضُكُم بَعْضًا﴾.

* **التعاون:** التعاون على الخير للنهوض بالحياة الاجتماعية يؤدى إلى سعادة الفرد ورفاهية المجموع . قال الله تعالى: ﴿وتعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان﴾.

* **الاعتدال:** والقناعة والحد من الإسراف فى الشهوات من طعام وجنس وغير ذلك من متع مادية . قال الله تعالى: ﴿وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَلَا تَجْعَلْ يَدَكَ مَغْلُولَةً إِلَىٰ عُنُقِكَ وَلَا تَبْسُطْهَا كُلَّ الْبَسْطِ فَتَقْعُدَ مَلُومًا مَّحْسُورًا﴾.

* **الإيثارة:** وهو صفة كريمة تتحلى بها النفوس الكبيرة الحالية من الأثرة الساعية لخير الإنسانية وخدمة المجتمع . قال الله تعالى: ﴿وَيُؤْثِرُونَ عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ وَلَوْ كَانَ بِهِمْ خَصَاصَةٌ وَمَن يُوقِ شُحَّ نَفْسِهِ فَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ﴾.

* **العفو:** ويتضمن التسامح والرحمة . وهذا حين يصدر عن نفس كبيرة وعقل راجح يطيب النفوس ويؤدى إلى الصداقة . قال الله تعالى: ﴿وإن تعفوا وتصفحوا وتغفروا فإن الله غفورٌ رحيمٌ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَلْيَعْفُوا وَلْيَصْفَحُوا أَلَا تُحِبُّونَ أَن يَغْفِرَ اللَّهُ لَكُمْ﴾ . وقال رسول الله ﷺ: «الراحمون يرجمهم الرحمن . ارحموا من فى الأرض يرحمكم من فى السماء».

* **العفة:** ويحث الدين على العفة ويشجع على الزواج وينهى عن الزنا . قال الله تعالى: ﴿وَلْيَسْتَعْفِفِ الَّذِينَ لَا يَجِدُونَ نِكَاحًا حَتَّىٰ يُغْنِيَهُمُ اللَّهُ مِنْ فَضْلِهِ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَلَا تَقْرَبُوا الزَّانِيَ إِنَّهُ كَانَ فَاحِشَةً وَسَاءَ سَبِيلًا﴾.

* **الإحسان:** أى السلوك الحسن . ومن صفات المحسن، حسن عبادة الله واتباع هدى رسوله، والجهاد فى سبيله، والتصدق، والصبر، ورعاية ذوى القربى واليتامى والمساكين والجيران

والأصدقاء. قال الله تعالى: ﴿إِنْ أَحْسَنْتُمْ أَحْسَنْتُمْ أَنْفُسَكُمْ وَإِنْ أَسَأْتُمْ فَلَهَا﴾ . وقال تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَيَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَالْبَغْيِ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَمَنْ أَحْسَنُ دِينًا مِّمَّنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ﴾ وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يُسْلِمْ وَجْهَهُ إِلَى اللَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَقَدْ اسْتَمْسَكَ بِالْعُرْوَةِ الْوُثْقَىٰ﴾ . وقال تعالى: ﴿مَنْ جَاءَ بِالْحَسَنَةِ فَلَهُ عَشْرُ أَمْثَالِهَا﴾ .

*** السلام:** وهو تحية الإسلام . والسلام والتحية والاستئذان من أفضل الآداب الاجتماعية والأخلاق العالية. قال الله تعالى: ﴿وَإِذَا حُيِّتُمْ بِتَحِيَّةٍ فَحَيُّوا بِأَحْسَنَ مِنْهَا أَوْ رُدُّوهَا﴾ . وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَدْخُلُوا بُيُوتًا غَيْرَ بُيُوتِكُمْ حَتَّى تَسْتَأْذِنُوا وَتَسَلِّمُوا عَلَىٰ أَهْلِهَا ذَلِكُمْ خَيْرٌ لَّكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ...﴾ .

*** الضمير:** والضمير الحى هو الوازع النفسى القوى الذى يرشد الإنسان للسلوك السوى ويبصره بعواقب السلوك . قال رسول الله ﷺ: «عبد الله كأنك تراه فإن لم تكن تراه فإنه يراك» .

طريقة العلاج النفسى الدينى:

العلاج النفسى الدينى أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم، ويقوم على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية.

وهدف العلاج النفسى الدينى: تحرير الشخص المضطرب من مشاعر الخطيئة والإثم التى تهدد طمأنينته وأمنه النفسى ومساعدته على تقبل ذاته وتحقيق وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسى.

ويحتاج العلاج النفسى الدينى إلى المعالج المؤمن ذى البصيرة القادرة على الإقناع والإيحاء، والمشاركة الوجدانية، الذى يتبع تعاليم دينه ويحترم الديانات السماوية الأخرى.

هذا ويمكن أن يمارس العلاج النفسى كل من المعالج النفسى والموجه والمربي والعالم المسلم، وحبذا لو كان ذلك فى شكل فريق متكامل.

والعلاج النفسى الدينى عملية يشترك فيها المعالج والمريض . والمعالج يتناول مع المريض موضوع الاعتراف والتوبة والاستبصار، ويشتركان معا فى عملية تعليم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة . والمريض يلجأ إلى الله بالدعاء مبتغيا رحمته مستغفرا إياه ذاكرا صابرا على كل حال متوكلا على الله مفوضا أمره إليه.

وفيما يلي أهم خطوات العلاج النفسى الدينى:

١. الاعتراف: نظرية الاعتراف بالذنب وظلم النفس أمام الله نظرية قرآنية ، فقد ذكر فى قصة سيدنا يونس، قال الله تعالى: ﴿وَذَا النُّونِ إِذْ ذَهَبَ مُغَاضِبًا فَظَنَّ أَنْ لَنْ نَقْدِرَ عَلَيْهِ فَنَادَى فِي الظُّلُمَاتِ أَنْ لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنْتُ مِنَ الظَّالِمِينَ (٨٧) فَاسْتَجَبْنَا لَهُ وَنَجَّيْنَاهُ مِنَ الْغَمِّ وَكَذَلِكَ نُنْجِي الْمُؤْمِنِينَ﴾. وضرب القرآن مثلاً آخر من الاعتراف بالذنب بما صدر عن آدم وحواء عليهما السلام عند مخالفتهما أمر الله إذ قالوا: ﴿رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنْفُسَنَا وَإِنْ لَمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ﴾.

والاعتراف يتضمن شكوى النفس من النفس طلباً للخلاص وللغفران. والاعتراف فيه إفشاء الإنسان بما فى نفسه إلى الله . وهو يزيل مشاعر الخطيئة والإثم ويخفف من عذاب الضمير ويظهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها.

ويظهر مفهوم الذات الخاص حيث يكشف المريض عن «هويته النفسية» بقصد العلاج . ولذلك يجب على المعالج مساعدة المريض على الاعتراف بخطاياهم وتفرغ ما بنفسه من انفعالات ومشاعر الإثم المهددة ويتقبل المعالج ذلك فى حياد . ويتبع الاعتراف التكفير عن الإثم والرجوع إلى الفضيلة.

٢. التوبة: وهى طريق المغفرة ، وأمل المخطئ الذى ظلم نفسه وانحرف سلوكه وحطمت الذنوب وهى فى حالة جهالة أى اندفاع وطغيان شهوة وصحا ضميره^(١) . قال الله تعالى: ﴿إِنَّمَا التَّوْبَةُ عَلَى اللَّهِ لِلَّذِينَ يَعْمَلُونَ السُّوءَ بِجَهَالَةٍ ثُمَّ يَتُوبُونَ مِنْ قَرِيبٍ فَأُولَئِكَ يَتُوبُ اللَّهُ عَلَيْهِمْ وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا﴾. والتوبة تحرر المذنب من آثامه وخطاياه وتشعره بالتفاؤل والراحة النفسية. قال

(١) قال الشاعر:

يا نفس توبى قـــــــبل أن	لا تطيعمى أن تتوبى
واســــتغفرى لذنبك	الرحمن غفــــار الذنوب

وقال آخر:

وأنا إذا أخطأت ياربى فـعـفـوك منتظر
لست الملاك ولا النى وما أنا إلا بشر

وقال آخر:

وإن كان ذنبى كلَّ ذنب فإِنَّه
محا الذنب كلَّ المحو من جاء تائباً

رسول الله ﷺ: «التائب حبيب الرحمن، والتائب من الذنب كمن لا ذنب له». والتوبة تؤكد الذات وتجعل الفرد يتقبل ذاته من جديد بعد أن كان يحتقرها ونحن نعرف أن: «كل ابن آدم خطاء وخير الخطائين التوابون». قال الله تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَهُوَ الَّذِي يَقْبَلُ التَّوْبَةَ عَنْ عِبَادِهِ وَيَعْفُو عَنِ السَّيِّئَاتِ وَيَعْلَمُ مَا تَفْعَلُونَ﴾. والتوبة كما يقول الإمام أبو حامد الغزالي (فى إحياء علوم الدين) لها أركان ثلاثة: علم وحال وفعل. فالعلم هو معرفة ضرر الذنب المخالف لأمر الله، والحال هو الشعور بالذنب، والفعل هو ترك الذنب والنزوع نحو فعل الخير. والتوبة لا بد أن يتبعها تغير السلوك المنحرف إلى سلوك سوى صالح. قال الله تعالى: ﴿كَتَبَ رَبُّكُمْ عَلَى نَفْسِهِ الرَّحْمَةَ أَنَّهُ مَنْ عَمِلَ مِنْكُمْ سُوءًا بِجَهَالَةٍ ثُمَّ تَابَ مِنْ بَعْدِهِ وَأَصْلَحَ فَأَنَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾. ومن شروط التوبة العزم على عدم العودة إلى المعاصي والذنوب. قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا تَوْبُوا إِلَى اللَّهِ تَوْبَةً نَصُوحًا عَسَىٰ رَبُّكُمْ أَن يُكَفِّرَ عَنْكُمْ سَيِّئَاتِكُمْ وَيُدْخِلَكُم جَنَّاتٍ تَجْرَىٰ مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ﴾.

٣. الاستبصار: وهو الوصول بالمرضى إلى فهم أسباب شقائه النفسى ومشكلاته النفسية والدوافع التى أدت إلى ارتكاب الخطيئة والذنوب، وفهم المريض لنفسه وطبيعته الإنسانية ومواجهتها وفهم ما بنفسه من خير ومن شر وتقبل المفاهيم الجديدة والمثل الدينية العليا. ويتضمن هذا نمو الذات البصيرة، وهى الذات التى تحكم السلوك السوى للإنسان فى ضوء بعدين رئيسيين: البعد الرأسى الذى يحدد علاقة الإنسان بربه، والبعد الأفقى الذى يحدد العلاقة بين الإنسان وأخيه الإنسان. قال الله تعالى: ﴿وَإِنِّي لَغَفَّارٌ لِّمَن تَابَ وَآمَنَ وَعَمِلَ صَالِحًا ثُمَّ اهْتَدَىٰ﴾. وقال تعالى: ﴿بَلِ الْإِنسَانُ عَلَىٰ نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ﴾.

٤. التعلم: ويتضمن ذلك التعليم واكتساب مهارات وقيم واتجاهات جديدة، ومن خلال ذلك يتم تقبل الذات وتقبل الآخرين والقدرة على ترويض النفس وعلى ضبط الذات وتحمل المسئولية والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، واتخاذ أهداف واقعية مشروعة فى الحياة مثل القدرة على الصمود وعلى العمل والإنتاج. وهكذا يتم تكوين وتنمية النفس اللوامة أو الضمير أو الأنا الأعلى كسلطة داخلية أو رقيب نفسى على السلوك. ويتم تطهير النفس وإبعادها عن الرغبات المحرمة واللا أخلاقية والاجتماعية. ويستقيم سلوك الإنسان بعد أن يتبع السيئات الحسنات فتمحوها، وتطمئن

النفس المطمئنة. قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الْحَسَنَاتِ يُذْهِبْنَ السَّيِّئَاتِ﴾ . وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ (٢٧) ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً (٢٨) فَادْخُلِي فِي عِبَادِي (٢٩) وَادْخُلِي جَنَّتِي﴾.

٥.الدعاء؛ وهو سؤال الله القريب المحيب والاستعانة به والتضرع إليه والالتجاء إليه فى كشف الضر عند الشدائد^(١). قال تعالى: ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَإِنْ يَمْسَسْكَ اللَّهُ بِضُرٍّ فَلَا كَاشِفَ لَهُ إِلَّا هُوَ﴾. وقال رسول الله ﷺ: «إِذَا سَأَلْتَ فَاسْأَلِ اللَّهَ، وَإِذَا اسْتَعَنْتَ فَاسْتَعِنْ بِاللَّهِ». وفى الدعاء سمو روحى يقوى النفس بالإيمان، وهو علاج أكيد للنفس التى أشرفت على الهلاك حين يطلب الإنسان العون من القوى القادر فيشعر بالطمأنينة والسكينة ويزول عنه الخوف مما ينتشله مما هو فيه من الهم والتوتر والضيق. قال الله تعالى: ﴿وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ﴾. ويجب أن يستمر الدعاء فى السراء والضراء. روى عن النبى ﷺ أنه قال: «دعوة ذى النون إذ دعا ربه وهو فى بطن الحوت. لا إله الا أنت سبحانك انى كنت من الظالمين»، لم يدع بها رجل مسلم فى شئ قط، إلا استجيب له.

٦.ابتغاء رحمة الله؛ وفى ذلك قوة روحية تؤدى إلى التفاؤل والأمل وتدخل إلى النفس المعذبة المتشائمة العزاء وتخلصها من الآلام والمتاعب. وبالإيمان والأمل يعالج الفرد ما يعتره من مشكلات متذرعا بالحكمة والصبر مترقبا رحمة الله وانفراج الأزمة. قال الله تعالى: ﴿وَرَحْمَتِي وَسِعَتْ كُلَّ شَيْءٍ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّ رَحْمَتَ اللَّهِ قَرِيبٌ مِّنَ الْمُحْسِنِينَ﴾.

٧.الاستغفار؛ الإنسان غير المعصوم من الخطأ إذا أخطأ وشعر أنه ظلم نفسه وصحبا ضميره لا يقنط من رحمة الله بل يذكره ويستغفره ويسترحمه واثقا فى قوله تعالى: ﴿اسْتَغْفِرُوا رَبَّكُمْ إِنَّهُ كَانَ غَفَّارًا﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَّحِيمًا﴾. وقال تعالى: ﴿قُلْ يَا عِبَادِ الَّذِينَ اسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ﴾. وقال تعالى: ﴿وَالَّذِينَ إِذَا فَعَلُوا فَاحِشَةً أَوْ ظَلَمُوا أَنفُسَهُمْ ذَكَرُوا اللَّهَ فَاسْتَغْفَرُوا لِذُنُوبِهِمْ وَمَن يَغْفِرِ الذُّنُوبَ إِلَّا اللَّهُ وَلَمْ يُصِرُّوا عَلَىٰ مَا فَعَلُوا وَهُمْ يَعْلَمُونَ (١٣٥) أُولَٰئِكَ جَزَاؤُهُمْ مَّغْفِرَةٌ مِّن رَّبِّهِمْ﴾. وقال الله عز وجل فى حديث قدسى: «يا عبادى إنكم

(١) يقول الشاعر:

تخطئون بالليل والنهار وأنا أغفر الذنوب جميعا ، فاستغفرونى أغفر لكم». وروى عن النبى ﷺ أنه قال : «من لزم الاستغفار ، جعل الله له من كل هم فرجا ومن كل ضيق مخرجا ، ورزقه من حيث لا يحتسب».

٨. **ذكر الله**؛ وذكر الله غذاء روحى يث الطمأنينة والهدوء والسعادة فى نفس الإنسان ، ويبعد الهم والقلق ويبعد الأفكار الوسواسية والسلوك القهرى، ويبعد الشيطان الرجيم^(١). قال الله تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾. وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اذْكُرُوا اللَّهَ ذِكْرًا كَثِيرًا (٤١) وَسَبِّحُوهُ بُكْرَةً وَأَصِيلًا (٤٢) هُوَ الَّذِي يُصَلِّيْ عَلَىٰكُمْ وَمَلَائِكَتُهُ لِيُخْرِجَكُمْ مِنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ وَكَانَ بِالْمُؤْمِنِينَ رَحِيمًا﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ اتَّقَوْا إِذَا مَسَّهُمْ طَائِفٌ مِنَ الشَّيْطَانِ تَذَكَّرُوا فَإِذَا هُمْ مُبْصِرُونَ﴾.

٩. **الصبر**؛ الصبر مفتاح الفرج . والصبر وتفويض الأمر إلى الله فضيلة خلقية ونعمة روحية يعتصم بها الإنسان فتهدأ نفسه ويسكن قلبه ويطمئن . والصبر يبعد الشيطان ويرضى الرب ويسر الصديق ويسوء العدو . والصبر عون نفسى هائل يقى الإنسان من الانهيار أمام الشدائد والبلايا والمصائب . ومن الصبر المثابرة على العبادة، ومنه الشجاعة على المكارة، ومنه كتمان الأسرار، ومنه تحمل أذى الناس . قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ (١٥٥) الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ (١٥٦) أُولَٰئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِنْ رَبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَإِنْ تَصَبَّرُوا وَتَتَّقُوا فَإِنَّ ذَلِكَ مِنْ عَزَمِ الْأُمُورِ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَلَنَجْزِيَنَّ الَّذِينَ صَبَرُوا أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾. وقال بعض الحكماء : العاقل يفعل فى أول يوم من المصيبة ما يفعله الجاهل بعد أيام^(٢).

(١) يقول الشاعر محمد الأسمر:

فى كل آن وملء نفسى
ويا لها من نعيم أنس

يارب ذكرك ملء قلبى
فيا لها من نعيم أمن

(٢) يقول الشاعر:

ولو بعد حين، إنه خير مسعد

ومن يستعمن بالصبر نال مراده

ويقول آخر:

للصبر عاقبة محمودة الأثر

إنى رأيت وفى الأيام نجربة

١٠. **التوكل على الله:** التوكل على الله وتفويض الأمر إليه والرضا بمشيئته والإيمان بقضائه وقدره زاد روحى يطمئن النفس ويسكنها ويمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل. قال الله تعالى: ﴿اللَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَعَلَى اللَّهِ فَتَوَكَّلُوا إِن كُنْتُمْ مُؤْمِنِينَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَإِلَيْهِ يَرْجِعُ الْأَمْرُ كُلُّهُ فَاعْبُدْهُ وَتَوَكَّلْ عَلَيْهِ﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ﴾.

استخدامات العلاج النفسى الدينى:

يستخدم العلاج النفسى الدينى بصفة خاصة فى الحالات التى يتضح أن أسبابها وأعراضها تتعلق بالسلوك الدينى وفى حالات القلق، والوسواس، والهستيريا، ونوهم المرض، والخوف، والاضطرابات الانفعالية، ومشكلات الزواج، والإدمان، والمشكلات الجنسية.

خاتمة:

وبعد ، فقد رأينا أن الدين وسيلة لتحقيق الإيمان والأمان والسلام النفسى وهو هبة من الله لخير الإنسان يعينه على الحياة السوية. والدين إيمان وأخلاق وعمل صالح . وهو طريق إلى العقل. والدين محبة وهو الطريق إلى الخلاص والسعادة والسلامة وهكذا نرى أن العلاج النفسى الدينى هو أجود العلاج وأنفعه وأفضله ، وأنجمه، وأكمله وأجمعه. والعلاج النفسى الدينى يحقق الهدف المطلوب وهو النفس المطمئنة التى توفى بين النفس الأمانة بالسوء وبين النفس اللوامة، وتنمية النفس البصيرة.

والله الموفق،

المراجع

- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٣). الوقاية من المرض النفسى . مجلة الصحة النفسية . مارس ١٩٧٣ . ص ٣٢ - ٣٥ .
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٣). الاتجاهات النفسية عند الأولاد والوالدين والمربين نحو بعض المفاهيم الاجتماعية . فى الكتاب السنوى فى التربية وعلم النفس . القاهرة : عالم الكتب . ص ٢٧ - ٧٣ .
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٤). الصحة النفسية والعلاج النفسى . القاهرة : عالم الكتب .
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٤). علم النفس الاجتماعى . (ط٣) . القاهرة : عالم الكتب .
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٥). علم نفس النمو : الطفولة والمراهقة . (ط٣) . القاهرة : عالم الكتب .
- شمس الدين بن قيم الجوزية (مراجعة وتعليق) عبدالغنى عبدالخالق وآخرون (١٩٥٧). الطب النبوى . القاهرة : دار إحياء الكتب العربية .
- عفيف عبدالفتاح طيارة (١٩٧٣). روح الدين الإسلامى (ط١١) بيروت : دار العلم للملايين .
- محمد كامل النحاس (١٩٦٤). الدين والصحة النفسية . مجلة الصحة النفسية العدد الثانى . ص ١ - ٥ .
- مصطفى أحمد فهمى (١٩٧٠). الإنسان وصحته النفسية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- مصطفى عبدالواحد (١٩٧٠). شخصية المسلم كما يصورها القرآن (ط٣) ، القاهرة : مكتبة عمار .

[١٥] مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى

وأثرها فى عملية الإرشاد والعلاج

دراسة كلىنىكية(*)

مقدمة:

يهتم الباحث فى الدراسة الحالية بتقديم نموذج جديد لعملية الإرشاد والعلاج النفسى ، مستخدماً «مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى» - كأداة لإعداد العميل - فى إطار دراسة كلىنىكية ، محاولاً اختبار مدى تأثيرها فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى .

وقد امتدت الفترة الزمنية التى استغرقتها هذه الدراسة الكلىنىكية على مدى ثلاثة أعوام حيث بدأت فى العام الجامعى ١٩٧٢ / ٧١ وانتهت فى نهاية العام الجامعى ١٩٧٤ / ٧٣ .

والمقصود بالإرشاد النفسى هنا «الإرشاد العلاجى غير المباشر» . والمقصود بالعلاج النفسى «العلاج النفسى المركز حول العميل» . وهما توأمان كما هو معروف لدى أخصائى الإرشاد والعلاج النفسى ، والفرق بينهما فرق فى العميل وليس فى العملية ، وفرق فى الدرجة وليس فى النوع .

والإرشاد العلاجى Clinical Counselling هو عملية مساعدة العميل فى اكتشاف وتحليل وفهم نفسه وحاجاته الشخصية والنفسية ومشكلاته السلوكية وحلها ، ومساعدته فى تحديد أهداف تمكنه من أن يعيش فى أحسن صورة بالنسبة لنفسه وبالنسبة للمجتمع ، ومساعدته فى تحقيق أفضل مستوى من التوافق فى علاقاته الشخصية ، ومساعدته فى تحصين وتحسين شخصيته حتى يحقق التوافق فى حاضره ومستقبله ، ومساعدته فى معرفة العلاقة بين الشخصية السوية والنجاح فى الحياة حتى تتحقق له السعادة مع نفسه ومع الآخرين وفى المجتمع بصفة عامة (حامد زهران، ١٩٧٤) .

والعلاج النفسى المركز حول العميل Client- Centered Therapy يعرف أيضاً باسم العلاج غير المباشر أو غير الموجه . وهو مساعدة العميل فى حل مشكلاته الشخصية ذات الصبغة الانفعالية بما يحقق استئناف النمو النفسى السوى . ويركز أساساً عن مفهوم الذات لدى العميل باعتباره حجر الزاوية فى الشخصية ، وتناوله بما يحقق التطابق مع الواقع والتوافق النفسى .

(*) فى الكتاب السنوى فى التربية وعلم النفس، مجلد ٤، ص ٣ - ٨٥ .

ويصلح العلاج النفسى المركز حول العميل لمقبل ناضج لديه درجة من الاستبصار تمكنه من أن يمسك بزمام مشكلته فى يده وأن يعالجها بذكاء تحت إرشاد المعالج غير المباشر .

وسوف نذكر أهم الملامح العملية للإرشاد والعلاج النفسى المركز حول العميل عند الكلام عن الدراسة الكليينكية .

ولقد جاء اختيار طريقة العلاج النفسى المركز حول العميل على أساس أنه كان على الباحث أن يختار إحدى طرق العلاج ، تثبيتاً لمغير هام فى الدراسة وهو متغير طريقة العلاج . وليس معنى هذا الاختيار أنه اختيار تفضيل ، ولكنه اختيار الطريقة التى تتمشى - أكثر من غيرها - مع الأسلوب الذى أراد أن تدور الدراسة حوله وهو تقديم عملية الإرشاد والعلاج النفسى - كإعداد - قبل إجراء العملية نفسها لدراسة آثار هذا الأسلوب .

والأسس المشتركة التى يقوم عليها توأما الإرشاد العلاجى والعلاج النفسى المركز حول العميل كثيرة . وأهم هذه الأسس : حق الفرد فى الإرشاد والعلاج النفسى ، وحقه فى تقرير مصيره ، واستعداده للإرشاد والعلاج ، واحترام فرديته ، وتقبله ، واعتبار عملية العلاج عملية تعلم .

ويقوم كل من الإرشاد العلاجى والعلاج النفسى المركز حول العميل إلى حد كبير على نظرية الذات لكارل روجرز (Rogers ١٩٤٢ ، ١٩٤٦ ، ١٩٤٨ ، ١٩٥١ ، ١٩٥٩ ، ١٩٦٠) ، حيث يلخص العملية فى إقامة علاقة وتهيئة مناخ نفسى يستطيع العميل من خلاله أن يحقق أفضل نمو وتوافق نفسى .

ويعتبر مفهوم الذات - وهو فكرة الفرد عن ذاته أو تعريفه النفسى لذاته - بمثابة محدد هام للسلوك ، ويحتل مكان القلب من نظرية الذات لروجرز .

ولمفهوم الذات مستويات منها : مفهوم الذات المدرك ، ومفهوم الذات الواقعى ، ومفهوم الذات الاجتماعى ، ومفهوم الذات المثالى ، ومفهوم الذات الخاص .

والفرد لديه دافع أساسى لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته . ويمر الفرد بخبرات فى حياته قد تتفق أو لا تتفق مع مفهومه عن ذاته ، فإن اتفقت تبناها وأدت إلى توافقه النفسى ، وإن لم تتفق أدت إلى تهديد مركز الذات وسوء التوافق النفسى . وهنا يرمز الفرد أو يتجاهل خبراته المهددة فتصبح شعورية أو لا شعورية .

ويتفق السلوك غالباً مع مفهوم الذات ، وبعضه قد لا يتفق مع بنية الذات . وفى حالة عدم الاتفاق أو التعارض يحدث عدم التوافق النفسى .

ويسلك الفرد ككل منظم فى المجال الظاهرى (أى الشعورى) كما يدركه وكما يخبره ذاتيا ويعتبره «واقعا». والمجال غير الظاهرى يرتبط بالذات الظاهرية (أى الشعورية) كما يدركها الفرد، وهو غير المجال غير الظاهرى (أى اللاشعورى) الذى يتضمن الأجزاء اللاشعورية من الذات والخبرات.

ويمكن تركيز مستويات الذات فى ثلاثة رئيسة هى:

مفهوم الذات العام: General Self- Concept ويضم مفهوم الذات الواقعى (وهو المفهوم المدرك للذات الواقعية كما يعبر عنه الشخص، ويشمل المدركات والتصورات التى تحدد خصائص الذات الواقعية، وكما تنعكس إجرائيا فى وصف الفرد لذاته كما يدركها هو)، ومفهوم الذات الاجتماعى (وهو المفهوم الاجتماعى المدرك للذات كما يعبر عنه الشخص ويشمل المدركات والتصورات التى تحدد الصورة التى يعتقد أن الآخرين فى المجتمع يتصورونها والتى تمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعى مع الآخرين فى المجتمع)، ومفهوم الذات المثالى (وهو المفهوم المدرك للذات المثالية كما يعبر عنها الشخص ويشمل المدركات والتصورات التى تحدد صورة الشخص الذى يود أن يكون). وهذه المستويات شعورية يعرضها الفرد للمعارف والغرباء والأخصائيين النفسيين (حامد زهران، ١٩٧٦).

مفهوم الذات المكبوت: Repressed Self - Concept وهو الذى يتضمن أفكار الفرد المهددة عن ذاته والتى نجح دافع تأكيد وتحقيق وتعزيز الذات فى تجنيد حيل الدفاع فدفعت بها إلى اللاشعور، ويحتاج التوصل إليه إلى التحليل النفسى.

مفهوم الذات الخاص: Private Self - Concept وهو أخطر هذه المستويات فهو يختص بالجزء الشعورى السرى الشخصى جداً أو العورى من خبرات الذات. ومعظم محتويات مفهوم الذات الخاص خبرات محرمة أو محرجة أو مخجلة أو معيبة أو بغیضة أو مؤلمة غير مرغوب فيها اجتماعيا. ويعتبر مفهوم الذات الخاص بمثابة «عورة نفسية» لا يجوز إظهاره أو كشفه أمام الناس، وتنشط الذات للحيلولة دون ظهور محتوياته الخطيرة المهددة، وفى نفس الوقت تخفق فى كبته فى حيز اللاشعور فتظل محتوياته فى المنطقة الحدية بين الشعور واللاشعور.

وكل إنسان لديه مفهوم ذات: عام (يسهل كشفه)، ومكبوت (يقاوم الكشف بسبب التهديد). والفرق شاسع بين محتويات مفهوم الذات العام ومحتويات مفهوم الذات الخاص. والعميل من السهل أن يقول إن له زوجا أو زوجة، ومن الصعب أن يقول إن له عشيقة أو عشيقا، ويمكن أن يذكر أنه يكسب عيشه من التجارة ولكنه لا يفصح عن أنه يتاجر فى المخدرات أو فى الدعارة.

وقد يعترف بفشله فى العمل لنقص ميله إليه أو لنقص عائدته، وليس من السهل أن يعترف أن فشله فى الحياة يرجع إلى غشه فى الامتحانات أو إلى أن الشهادة التى يحملها مزورة.

ويهتم الإرشاد العلاجى النفسى المركز حول العميل بمفهوم الذات العام (الشعورى المتاح) الذى يتيح فهم الشخصية، ومفهوم الذات الخاص (الشعورى العورى) الذى يهدد الشخصية.

ومن باب الاختصار، نستخدم فى البحث مصطلحات على النحو الآتى:

«المقدمة»	= مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى
«الدليل»	= دليل فحص ودراسة الحالة.
«العميل»	= المسترشد و / أو المريض.
«المعالج»	= المرشد و / أو المعالج النفسى.
«العلاج»	= الإرشاد العلاجى و / أو العلاج النفسى.
«ورقة المعلومات»	= ورقة تجميع وتقييم معلومات الدراسة الكليينكية.

المشكلة:

وهكذا، ومن خبرة الإرشاد والعلاج النفسى، يلاحظ الأخصائيون ملاحظات لها أهميتها الخاصة فى عملية العلاج. ومن الملاحظات التى بلورت مشكلة البحث الحالى ما يلى:

- من أهداف العلاج النفسى مساعدة العميل فى فهم نفسه وحل مشكلاته ومواجهتها وتحويلها من مشكلات تسيطر عليه إلى مشكلات يسيطر عليها، وتعديل السلوك غير السوى، وتعلم السلوك السوى الناضج، والتخلص من المشكلات السلوكية وزيادة البصيرة بالنسبة لها وتعليم أساليب مواجهتها مستقلاً مستقبلاً، وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة، وتغيير مفهوم الذات السالب، وتحقيق تقبل الذات وزيادة قوة الذات وتدعيم بناء الشخصية، وزيادة تقبل وتحمل المسئولية الشخصية بالنسبة لتقدم الإرشاد والعلاج نحو تحقيق هدفه الأسمى وهو التوافق والصحة النفسية.

- جميع المرشدين والمعالجين النفسيين يجمعون على أهمية وضرورة إعداد العميل لعملية الإرشاد والعلاج النفسى بتعريفه دوره فيها حتى يكون فاهماً وإيجابياً ومتعاوناً، وفى نفس الوقت فإن من الملاحظ أن بعض المعالجين يقدمون خدمات العلاج ولا يقدمون المعرفة اللازمة للعميل.

- العميل إذا تحمل مسئولياته فى عملية العلاج وكان تعاونه صادقا، فإن مآل المشكلة أو المرض يكون أفضل .

- وراء كثير من الحالات النفسية محتوى خطير مهدد فى مفهوم الذات الخاص - وليس من السهل الإظهار والبوح فى وقت سريع مناسب فييسر عملية العلاج ويختصر زمنها ، وهو فى نفس الوقت ليس مكبوتا يحتاج استخراجه إلى تحليل نفسى عميق طويل الأمد.

- من أخلاقيات العلاج النفسى سرية المعلومات. فالعميل حين يفضى إلى المعالج بأسرار حياته ومحتوى مفهوم الذات الخاص قد يبوح بسلوك يشعره بالذنب أو يدينه قانونا. ولذلك فهو يحتاج إلى تأكيد مسبق أن كل مايبوح به من معلومات سوف يحاط بإطار كامل من السرية المطلقة وأن أسرارهم سوف تكون فى أمان تام.

- توجد بعض المفاهيم الخاطئة لدى بعض العملاء تمثل حجر عثرة فى سبيل نجاح عملية العلاج النفسى. فيظن البعض أن المرض النفسى مرادف لما يعرفه العامة باسم « الجنون »، وأن العيادة النفسية لا يذهب إليها إلا « المجانين »، ومن ثم فهم يتحاشون العلاج ، وإذا بدأوه فقد ينقطعون عن مواصلته. ويعتقد بعض العملاء أن المعالج يتدخل فى شئون حياتهم الخاصة وتفاصيل سلوكهم وأسرارهم بدرجة كبيرة، و من ثم يبدون مقاومة أثناء العلاج . ويخطئ بعض العملاء فيعتقدون أن على المعالج أن يعمل لهم كل شئ وأن يحل لهم مشكلاتهم، وكأنه يملك قوة سحرية يسخرها فى ذلك، و يصعب عليهم أن يفهموا أن على عاتقهم تقع مسئولية كبيرة فى عملية العلاج. وكثير من العملاء يذهبون إلى المعالج النفسى متوقعين وصف دواء يعالج الحالة. وإذا قال لهم إن الدواء فى حد ذاته لن يحل مشكلاتهم شعروا بخيبة أمل. وقد يستغرق العلاج النفسى بعض الوقت فى جلسات متباعدة فيفقد العميل ثقته فيه وقد يتملكه اليأس ويتجه إلى الدجالين ممن يدعون أنهم «علماء التنويم المغنطيسى والسحر والأعمال»، وأن فى دجلهم الشفاء من كل داء . وكل هؤلاء العملاء يجب تغيير اتجاهاتهم منذ البداية.

- بعض العملاء يحاولون إحالة إلى العلاج ، وقد يكون استعدادهم وتقبلهم لعملية العلاج ليس بالدرجة التى تكون عند المقبلين من تلقاء أنفسهم.

وفى ضوء هذا تبلورت مشكلة البحث الحالى وهى ضرورة إيجاد وسيلة جديدة لإعداد العميل لعملية الإرشاد والعلاج النفسى بتعريفه الأسس التى تقوم عليها وأهمية مفهوم الذات الخاص والبوح بمحتواه وإيضاح بعض الملحوظات عن أهمية فهمه لعملية العلاج، وأهدافها ، وأهمية تعاونه الصادق فيها ، وأخلاقياتها ، وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة التى قد تكون لديه، وأهمية إقباله وتعاونه وتحمله مسئوليته.

وهذه الوسيلة توصل إليها الباحث من خلال خبرته فى الإرشاد والعلاج النفسى وهى «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى»، وتقدم للعميل قبل بدء عملية العلاج، إما فى صورة شفوية، أو كتابية، أو صوتية.

الهدف:

يهدف البحث الحالى إلى تقييم ودراسة أهمية ومدى تأثير تقديم «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» فى عملية الإرشاد والعلاج، على النحو التالى:

١ - دراسة المقدمة من حيث: ملاءمتها بالنسبة للعميل، وأهميتها فى تيسير البوح والانفتاح والكشف الصريح عن محتوى مفهوم الذات الخاص، وأثرها فى توفير بعض الوقت والجهد نتيجة إعداد العميل لعملية العلاج، وفعاليتها فى الحد من آثار عامل مراعاة القبول الاجتماعى وتقليل اللجوء إلى الكذب فى التقارير الذاتية، وفائدتها فى الاستغناء عن ضرورة استخدام اختبارات تشخيصية كثيرة.

٢ - تحديد نوع العميل الذى يستفيد أكثر من تقديم المقدمة على أساس: درجة إقباله واستبصاره، ومستوى تعليمه، وجنسه، ومجال الإرشاد والعلاج.

٣ - معرفة أفضل الظروف لإنجاح عملية العلاج واختصار زمنها فى حالة استخدام المقدمة من حيث: درجة تقبلها والاستفادة بها، والالتزام بالخطوط العريضة الموضحة بها من جانب العميل.

بحوث سابقة:

استعرض الباحث البحوث السابقة المتعلقة بالبحث الحالى، واختار منها ما يندرج تحت المحاور الرئيسة الآتية: الإرشاد والعلاج النفسى المختصر، وفهم واستكشاف الذات ومفهوم الذات الخاص، والبوح والانفتاح فى عملية الإرشاد والعلاج، والإعداد لعملية الإرشاد والعلاج وأثره.

الإرشاد والعلاج النفسى المختصر:

بذل العلماء جهوداً عديدة لإيجاد شكل من العلاج النفسى المختصر الذى يستغرق وقتاً أقصر من الوقت الذى تستغرقه طرق العلاج النفسى المطول، وذلك لمقابلة مطالب الشعب المتزايدة فى العلاج النفسى، وبشرط تحقيق أهدافه فى وقت مناسب. وقد أسفرت هذه الجهود عن ظهور أشكال من التحليل النفسى المختصر، والتحليل التنويمى الإيحائى، والتحليل التخديرى، والتنفيس الانفعالى، وعلاج الشرح والتفسير، والعلاج بالإقناع المنطقى. والتراث العلمى الحالى

فى الإرشاد والعلاج النفسى غنى بالجهود المكثفة. وأقسام الإرشاد والصحة النفسية توجه الدراسات والبحوث نحو تطوير طرق الإرشاد والعلاج النفسى إلى «عملية مختصرة». وعلى سبيل المثال لا الحصر، انظر سترaker (١٩٦٨)، كلاين Kline (١٩٦٠).

فهم واستكشاف الذات ومفهوم الذات الخاص:

فى دراسة سابقة للباحث (حامد زهران Zahran, ١٩٦٦, ١٩٦٧). عن نظرية الذات والعلاج النفسى المركز حول العميل، وجد أن مفهوم الذات مفهوم هام ومركزى فى الإرشاد العلاجى والعلاج النفسى المركز حول العميل. وظهر أن تقرير ومعرفة الجوانب الشعورية للذات ومفهوم الذات أمر ضرورى للحصول على فهم كاف لمفهوم الذات والسلوك والتوافق النفسى. وتؤكد أن أحسن طريقة لفهم السلوك هو من الإطار المرجعى للسالك نفسه، وأنه يجب عمل حساب عامل الدفاع ومراعاة القبول الاجتماعى فى طرق تقييم الذات وفى التقارير الذاتية وفى عملية الإرشاد والعلاج النفسى وبالذات فى حالة وجود مفهوم الذات السالب أو وجود محتوى مهدد فى مفهوم الذات الخاص.

وقام الباحث (حامد زهران، ١٩٧٢). يبحث آخر ودرس مفهوم الذات الخاص فى التوجيه والعلاج النفسى، وتناول مفهوم الذات الخاص بالتفصيل وأدخله كأحد المكونات الهامة فى نظرية الذات وكعنصر هام فى عملية العلاج النفسى المركز حول العميل. وتناول مفهوم الذات الخاص فى اطار نظرية الذات والعلاج المركز حول العميل والمعالج: وبدأ فيه فكرة تقديم «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى». وألف «اختبار مفهوم الذات الخاص» وحدد تطبيقاته هو وبعض الاختبارات الأخرى، ثم تابع عملية التشخيص والعلاج النفسى المركز حول العميل.

وقام تينجلى Tingley (١٩٧١). بدراسة أثر العلاقة وجها لوجه بين المرشد والعميل فى استكشاف العميل لذاته، وبحث أثر تكرار الجلسات الإرشادية فى زيادة استكشاف ذاته. ووجد أن متانة العلاقة والإرشادية والثقة المتبادلة تساعد فى زيادة استكشاف الذات التى تتزايد مع تكرار الجلسات وأن هذا يؤدى إلى فعالية العملية الإرشادية.

البوح والانفتاح فى عملية الإرشاد والعلاج:

يقول جرانوف Granoff (١٩٧١) إن البوح والانفتاح أو كشف الذات يحتاج إلى علاقة إرشادية متينة ودرجة عالية من الرضا عن العملية الإرشادية والإقبال عليها والاتجاه الموجب نحوها.

وأوضحت دراسة ديتون Denton (١٩٧٢) أن قوة ومتانة العلاقة الإرشادية تؤثر تأثيرا حسنا فى فعالية العملية الإرشادية وفى تغيير السلوك. وأكدت كذلك أن البوح والانفتاح من جانب

العمليل عنصر له أهمية بالغة فى نجاح عملية الإرشاد ، ويفيد فى ذلك قوة ومثانة العلاقة الإرشادية ، بينما البوح والانفتاح من جانب المرشد ليس له أهمية .

ودرس لورنس جونز Jones (١٩٧٢) العلاقة بين درجة التمتع بالصحة النفسية والجنس والمستوى الاجتماعى الاقتصادى من ناحية ، وبين البوح والانفتاح من ناحية أخرى . ووجد أن مستوى الصحة النفسية والجنس يؤثران فى عملية البوح ، حيث فى مستوى الصحة النفسية المرتفع يكون بوح الإناث أكثر وأصرح من بوح الذكور فى الأمور الشخصية ، بينما فى مستوى الصحة النفسية المتوسط والمنخفض ، فإن الإناث والذكور يتساوون فى عملية البوح . ولم يجد جونز علاقة ذات دلالة بين المستوى الاجتماعى الاقتصادى وبين البوح فى عملية الإرشاد والعلاج .

وأكدت سوزان كيرث Kurth (١٩٧٢) أهمية البوح والانفتاح فى العلاقات الشخصية والاجتماعية بين المرشدين والمعالجين وعملاتهم ، ودرست المحددات الشخصية والموقفية للبوح الصريح ، ووجدت أن من هذه المحددات الهامة : سمة البوح لدى الفرد ، وفكرته الأولية عن عملية الإرشاد والعلاج .

ووجد أرنيكليف Arneklev (١٩٧٢) أنه عندما يكون هناك تقرير عن الذات يتضمن البوح ، فإن هذا ينشط عوامل الدفاع النفسى لدى الفرد ، ولذلك يجب عمل حساب ذلك تماما فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى .

الإعداد لعملية الإرشاد والعلاج وأثره:

قام كوفكى Kaufki (١٩٧١) ، وجوى Goi (١٩٧١) بدراسة أثر الإعداد لعملية الإرشاد على هيئة تدريب مسبق فى استكشاف وفهم الذات ، وذلك باستخدام تسجيل معد مسبقا بهدف تدريب المسترشد على استكشاف ذاته . ووجد فى هذين البحثين أن التدريب المسبق له تأثير فعال فى استكشاف وفهم الذات ، والاستفادة من عملية الإرشاد وبصفة خاصة فى حالة العملاء الذين يطلبون الإرشاد العلاجى ، فإنهم يكونون أكثر كشفا واستكشافا لذاتهم من أولئك الذين يطلبون الإرشاد التربوى أو المهنى . وأكد الباحثان أهمية التدريب المسبق ، أى تقديم عملية الإرشاد للمسترشد وتعريفه بها قبل إجرائها وذلك فى ضوء ما وجد من أن ذلك يزيد إمكانات المسترشد فى فهم واستكشاف ذاته .

خطة البحث الحالى:

وفى هدى التقديم السابق ، وتحديد المشكلة ، والهدف واستعراض البحوث السابقة ، تم وضع الخطة الآتية للبحث الحالى :

- اقتراح عدد من الافتراضات حول الموضوعات التى سبق تحديدها فى مشكلة البحث، وفى ضوء أهدافه ، وبلاستعانة بنتائج البحوث السابقة .
- اختيار عينة البحث بحيث تضم عينة للدراسة الكليينكية وعينة ضابطة .
- إعداد أدوات البحث المناسبة لدراسة كل من الافتراضات .
- إجراء دراسة إكلينيكية للتحقق من مدى صحة الافتراضات .
- تقرير النتائج التى يتم التوصل إليها وتفسيرها .
- استخلاص التطبيقات والتوصيات التى تفيد المرشدين والمعالجين فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى .

الفروض:

فى حدود التقديم السابق، وتحديد المشكلة، وهدف البحث، وفى ضوء نتائج البحوث والدراسات السابقة، ومن واقع خبرة الباحث فى الإرشاد والعلاج النفسى، وباعتبار أفراد عينة البحث الحالى من العملاء الذين تلقوا الإرشاد العلاج النفسى، اقترح الباحث الفروض التالية:

١ - «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى». حين يقدمها المعالج للعميل قبل بدء عملية الإرشاد والعلاج تؤثر من حيث:

- أ - تيسير البوح والانفتاح والكشف الصريح عن محتوى مفهوم الذات الخاص .
 - ب - توفير بعض الوقت والجهد نتيجة إعداد العميل لعملية العلاج .
 - ج - الحد من آثار عامل مراعاة القبول الاجتماعى وتقليل اللجوء إلى الكذب فى التقارير الذاتية خلال عملية العلاج .
 - د - التخفف من ضرورة استخدام الاختبارات النفسية التشخيصية .
- ٢ - العميل الذى يستفيد بدرجة أكبر من «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» هو:
- أ - العميل المقبل المستبصر بحالته .
 - ب - العميل الأعلى تعليماً .
 - ج - الإناث ذوات المشكلات الشخصية إذا قورن بالذكور .
 - د - العميل الذى يطلب الإرشاد العلاجى «الشخصى» يليه الذى يطلب الإرشاد التربوى يليه الذى يطلب الإرشاد المهنى .

٣ - عملية الإرشاد والعلاج النفسى تتم فى وقت أقصر وبنجاح أكبر فى حالة:

أ - استخدام المقدمة وتقبلها والاستفادة بما جاء فيها.

ب - التزام كل من المعالج والعميل بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة.

العينة:

تكونت عينة البحث الحالى من ٦٠ حالة من بين الحالات التى قام الباحث بإرشادها وعلاجها فى العيادة النفسية التابعة لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس ، خلال الأعوام الجامعية ٧١ / ١٩٧٢ ، ٧٢ / ١٩٧٣ ، ٧٣ / ١٩٧٤ .

وتنقسم العينة الكلية إلى قسمين على النحو التالى:

١ - «عينة الدراسة» وتتكون من ٥٠ حالة، (٢٥ من الذكور، ٢٥ من الإناث). وقد تم اختيار هذا العدد بعد استبعاد حالات الذهان واستبعاد العدد الزائد عن طريق القرعة.

٢ - «عينة ضابطة» وتتكون من ١٠ حالات « (٥ ذكور ، ٥ إناث). وقد اختير هذا العدد من بين الحالات التى تماثل أفراد عينة الدراسة من حيث متوسط العمر، والجنس، ومتوسط درجة التعليم ، والحالة الاجتماعية ، والمهنة، وعدم احتوائها على حالات ذهان.

والمتغير الرئيس الذى يميز بين أفراد العينتين هو أن أفراد عينة الدراسة قدمت لهم «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» بينما لم تقدم لأفراد العينة الضابطة.

وكان كل فرد من أفراد العينة يقسميها يحضر للعلاج مرة واحدة أسبوعيا، وكانت مدة الجلسة ساعة فى كل مرة.

ولما كان أفراد العينة من بين حالات العيادة النفسية التى تخدم أساسا طلاب الجامعات والمدارس ، فقد كان معظمهم من الطلاب (٦٠٪) ، العزاب (٧٢٪) فى مستوى التعليم العالى (٨٢٪) (انظر جدول ١).

جدول (١) بيانات خاصة بأفراد العينة (ن = ٥٠)

النسبة المئوية	البيانات
٪٨٢	مستوى التعليم عال
٪١٢	متوسط
٪٦	دون المتوسط
٪٦٠	المهنة طالب
٪٣٦	موظف
٪٤	غير ذلك
٪٧٢	الحالة الاجتماعية أعزب
٪٢٢	متزوج
٪٤	مطلق
٪٢	أرمل

الأدوات^(١)؛مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى^(٢):

سبق أن أعد الباحث (حامد زهران، ١٩٧٢) موضوعاً بعنوان «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى»، يقدمه المعالج للعميل قبل بدء عملية الإرشاد والعلاج كإعداد مسبق لتعريفه بالدور الإيجابى الذى يجب عليه أن يقوم به والإطار العام لطريقة الإرشاد والعلاج المركز حول العميل.

أما عن محتوى المقدمة فهو على النحو التالى:

- تقديم: يتضمن الترحيب بالعميل وتعريفه بموضوع المقدمة، والاستعداد لمساعدته، وحثه على التعاون، وتأكيد السرية المطلقة للمعلومات.

- إيضاح الهدف: ويوضح هدف الإرشاد والعلاج النفسى وهو تحقيق الصحة النفسية وصيانة الشخصية والتوافق النفسى مع تأكيد أهمية الوقاية كطريق والعلاج كعمل والصحة النفسية كهدف.

(١) جميع أدوات البحث أعدت لأغراض الدراسة الكليينكية الحالية.

(٢) انظر نص «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» فى ملحق «١».

- تحديد المشكلة: ويتضمن توجيهات للعميل تعينه فى تحديد مشكلته بصدق ودقة.
- أسباب المشكلة: ويلفت نظر العميل إلى أن أسباب المشكلات تتعدد وتتفاعل بين داخلية وخارجية ، أصيلة ومساعدة ، حيوية ونفسية واجتماعية . ويستحث على ذكر الأسباب الخاصة بمشكلته كما يراها هو.
- أعراض المشكلة : ويعرف العميل بالأعراض التى تدل وجود المشكلة أو المرض ، وأن لها رموز او معانى ووظائف وأهدافا لابد من معرفتها وأن منها أعراضا داخلية وأخرى خارجية ، ومنها أعراض عضوية المنشأ وأخرى نفسية المنشأ . ويلفت نظره إلى تصنيف الأعراض ونماذج منها. ويستحث على تجميع ما قد يكون لديه من هذه الأعراض كما يشعر بها هو.
- إجراءات الفحص : ويلفت نظر العميل إلى أهمية الفحص وهدفه وشروطه وأهمية الكشف عن مفهوم الذات ومحتوى مفهوم الذات الخاص. وينبه إلى أهمية الفحوص النفسية والاجتماعية والعصبية والطبية.
- أهمية التشخيص: ويوجه نظر العميل إلى أهمية التشخيص الدقيق فى تحديد المآل والعلاج المناسب، ويلفت نظره إلى مسئوليته فى إعطاء المعلومات بالنسبة لدقة التشخيص.
- علمية الإرشاد والعلاج النفسى: وهنا بؤرة التركيز والهدف الرئيس من المقدمة، حيث يعرف العميل بطرق وحالات الإرشاد والعلاج وأهم ملامح عملية الإرشاد والعلاج النفسى الممرکز حول العميل وخطواتها حتى إنهاؤها والمتابعة التى تليها.
- خاتمة : وأخيرا يعرف العميل بأن العملية تستغرق بعض الوقت، ويعرف بنظام الجلسات وزمنها ومواعيدها... إلخ، ويطلب إليه بدء العمل على بركة الله لتحقيق الهدف وهو الصحة النفسية.
- هذا وقد أعد الباحث من المقدمة ثلاث صورة على النحو التالى:
- الصورة الشفوية : ويقدمها المعالج للعميل شفويا وجها لوجه، وهى شخصية يستخدم فيها المعالج ضمير المتكلم «أنا».
- الصورة الكتابية : وتقدم للعميل مكتوبة فى كتيب ليقرأها ، ويستخدم ضمير المتكلم «نحن» بحيث يمكن أن يستخدمها أى معالج (وهذه هى الصورة المنشورة فى ملحق البحث الحالى).

- الصورة الصوتية: وتقدم للعميل مسجلة على شريط بصوت المعالج لسمعها ، ويستخدم فيها ضمير المتكلم «أنا».

وأعد الباحث صيغتين للمقدمة من كل من الصورة الشفوية والصورة الصوتية:

- صيغة المذكر: وتقدم الذكور.

- صيغة المؤنث : وتقدم الإناث.

والصورتان متطابقتان تماما فيما عدا الفرق بين صيغة المذكر وصيغة المؤنث . وعدد محدود من العبارات التى تشتمل على أسباب أو أعراض خاصة بالذكور فقط فلا تقدم للإناث ، أو خاصة بالإناث فقط فلا تقدم للذكور (والصورة الكتابية الموجودة فى ملحق البحث فى صيغة المذكر).

ثم أجرى تحكيم بهدف التثبت من صلاحية المقدمة من حيث المحتوى والصورة والصيغة، فقد تمت لسة حكام من بين العملاء الذين لم يدخلوا ضمن أفراد عينة البحث ^(١) من طلاب وطالبات الجامعة (ثلاثة طلاب وثلاث طالبات)، قدمت لهم الصورة الشفوية ثم الكتابية ثم الصوتية على انفراد وكانت نتيجة التحكيم كما يلى:

- قدم الحكام ملاحظات واقتراحات بتعديل بعض العبارات وتغيير وضع بعض الفقرات، وقد تم تنفيذ هذه الملاحظات والاقتراحات فعلا.

- أجمع الحكام على أنه لا يوجد فرق جوهري ، فالنص واحد والمقدم واحد، والصوت واحد والمستقبل واحد.

- قرر بعضهم أن الصورة الشفوية فيها ميزة المواجهة المباشرة ، إلا أنه قد يتخللها مقاطعة وتساؤلات واستفسارات قد تخرج عن الموضوع ولا تضمن تقديمها مرة واحدة . إلا أن هذا أمر مرغوب، لأن الإجابة عن التساؤلات والاستفسارات هنا تكون فى لحظة سيكولوجية مناسبة وذلك من باب طرق الحديد وهو ساخن.

- أكد بعضهم أن الصورة الكتابية فيها ميزة مراجعة بعض النقاط وإمكان السير بسرعة العميل وليس بسرعة المعالج ، إلا أن فيها عيب احتمال التشتت والسرхан . ومن ينكر هذا على عميل لم يتم شئ بعد فى عملية علاجه؟

- رأى بعضهم أن الصورة الصوتية فيها ميزة تقديمها كجرعة كاملة ومركزة بدون مقاطعة،

(١) حرص الباحث على أن يكون الحكام من خارج أفراد العينة حتى لا يلفت نظر أى من أفراد عينة البحث إلى أن حالته موضع بحث ودراسة.

وأن هذا عيب فى نفس الوقت. لأن العميل قد يحتاج إلى الاستيضاح المباشر بخصوص بعض النقاط. ولقد لفت نظر العميل فى أول التسجيل الصوتى إلى إمكان إيقاف جهاز التسجيل بضغط مفتاح الإيقاف المؤقت للاستيضاح.

- فضل بعضهم التقليل من المصطلحات العلمية الواردة فى المقدمة خاصة غير المألوفة بالنسبة للعميل العادى، إلا أن هذه المصطلحات استبقيت عن قصد بالمقدمة بهدف استشارة بعض أسئلة من جانب العميل مما يحدد ويقود المناقشات خلال عملية العلاج، مع ملاحظة أن المقدمة أعدت أصلاً للعملاء المثقفين، وأنها لا تقدم للأطفال.

- أبدى بعض الحكام تحفظاً تجاه استخدام الشعر والأمثال فى المقدمة بصفة عامة، معللين ذلك بالحرص على أن تكون كل المقدمة بأسلوب علمى بسيط دون أن يتخللها مادة أدبية. ولكن هذا الحكم مردود عليه، لأن الشعر يصور ويتناول الحياة، ويوجد فيه ما يعبر عن المشاعر والمشكلات وما يساعد فى التنفيس الانفعالى والمشاركة الوجدانية (انظر مارجوليس Margolis، ١٩٧٢). ولقد قال رسول الله ﷺ: «إن من الشعر لحكمة». هذا بالإضافة إلى أن الأمثال تعبر عن ثقافة الأمة وتستخدم فى الأحاديث اليومية فى حياة الناس ويتحدد فى ضوئها السلوك الشخصى والاجتماعى. وكل من الشعر المختار والأمثال المناسبة مفيد فى عملية الإرشاد والعلاج لأنه معروف لكل من الطرفين، ويقرب وجهات النظر خاصة ما يعبر عن المشاعر والعادات والتقاليد والحالة والموقف والسائد فى الثقافة والمعايير الاجتماعية... إلخ.

وأعد الباحث استفتاء مختصراً يقدم للعميل بهدف دراسة بعض آثار تقديم المقدمة فى عملية العلاج. وقد صمم الاستفتاء فى صورة مختصرة عمداً، وذلك حرصاً من الباحث على عدم إشعار العميل أنه موضع بحث إلى جانب أنه فى عملية علاج.

ومن أمثلة بنود الاستفتاء:

- تحديد درجة مناسبة المقدمة.

- تحديد درجة استفادة العميل من المقدمة.

- تحديد درجة اقتناعه والتزامه بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة.

- تحديد درجة ضرورة المقدمة والحاجة إليها.

وتعميماً للاختصار الواضح فى استفتاء المقدمة أعد الباحث خطوطاً عريضة بهدف مناقشة المقدمة مع العميل. وهنا محاولة لضرب عصفوريين بحجر واحد، أى دراسة المقدمة ومدى

تأثيرها، وفى نفس الوقت إثراء الجلسات العلاجية بدليل محدد بخطوط عريضة معدة مسبقاً، تدور حول الموضوعات الرئيسة فى محتويات المقدمة كما سبق بيانها.

ويلاحظ أن أخذ المقدمة والمناقشة التى تليها يستغرق جلسة كاملة.

اختبار مفهوم الذات الخاص^(١)؛

أعد الباحث اختبار مفهوم الذات الخاص فى بحث سابق عن «مفهوم الذات الخاص فى التوجيه والعلاج النفسى» (حامد زهران، ١٩٧٢).

ويهدف الاختبار إلى استكشاف جانب هام وخطير من جوانب مفهوم الذات، وهو مفهوم الذات الخاص والمحتويات الشعورية المهددة المخترنة فى أعماق «مستودع» مفهوم الذات الخاص.

وهو اختبار كلىنىكى إسقاطى أنشئ بطريقة إكمال الجمل. ويتكون من ٦٠ جملة ناقصة يطلب من العميل إكمالها، ووضع نجمة أمام الأشياء التى يعتبرها هامة وتستحق عناية خاصة، مع التأكد من سرية الاختبار (ويلاحظ أن العميل لا يكتب اسمه على الاختبار ولكن يكتب رقماً سرياً يحدد له).

وتدور بدايات الجمل حول مشكلات وأسرار وخبرات ومشاعر ومخاوف واتجاهات وأسئلة وأخطاء ومثالب شخصية وسلوك العميل وذلك على النحو التالى:

- المشكلات الشخصية والأسرية والمدرسية والصحية.

- الأسرار الشخصية والأسرية والاجتماعية.

- الخبرات السيئة والذكريات المؤلمة والمواقف الحرجة.

- مشاعر الذنب والنقص والإحباط والتهديد والقلق.

- السلوك الخاطىء أو الشاذ وأسرار السلوك الجنسى.

- الأخطاء الشخصية والأسرية.

- مثالب الشخصية ومظاهر مفهوم الذات السالب.

- الموضوعات المخجلة والأسئلة المحرجة.

- المخاوف المرضية.

- الاتجاهات السالبة نحو الآخرين.

ويتم تقدير درجات اختبار مفهوم الذات الخاص بواسطة معالج ذى خبرة، حيث إن الاختبار وضع أصلاً كاختبار كلينيكي وكأداة فى يد المعالج النفسى. ويتم التقدير كما يلى:

* تحديد الاستجابات ذات الوزن الكلينيكي: ويقصد بالوزن الكلينيكي تقدير المعالج لمدى خطورة محتوى الاستجابة من حيث شذوذه عن السلوك العادى، مع وجود دلالة كلينيكية خاصة. مثال ذلك الاستجابات الآتية للفقرة، الشئ الذى لا أذكره إلا وأنا أتوب إلى الله هو «... علاقة جنسية مع محارم، أو... علاقات جنسية خارج الزواج، أو جنسية ذاتية» هذه كلها استجابات ذات دلالة ووزن كلينيكي، وحتى وزنها الكلينيكي يتفاوت فى الشغل، فالاستجابة الأولى هى ذات الوزن الكلينيكي الأثقل، يليها الاستجابة الثانية، ثم الثالثة... وهكذا. ويعتبر الشخص عادياً إذا خلت استجاباته الكاملة من الدلالات والأوزان الكلينيكية.

* تحديد المشكلة الرئيسية: ويعبر عنها:

- الاستجابة ذات الوزن الكلينيكي التى تتكرر فى ثلاث فقرات فأكثر.

- استجابة واحدة ذات دلالة ووزن كلينيكي بين استجابات عادية فى الاختبار كله.

* تحديد المشكلات الخاصة: ويعبر عن كل منها:

- استجابة واحدة ذات دلالة ووزن كلينيكي.

- استجابة واحدة تعبر عن مشكلة خاصة فى رأى العميل ووضع أمامها علامة نجمة حسب تعليمات الاختبار.

* تحديد درجة تغليف الذات: ويعبر عنها عدد استجابات الامتناع عن البوح وهى استجابة «لاشئ» الذى يزيد على ٢٥٪ من فقرات الاختبار البالغ عددها ٦٠ والتى وضعت جميعها لتستثير استجابات ذات دلالة كلينيكية.

* تحديد درجة المقاومة: ويعبر عنها عدد الفقرات المتروكة بيضاء بدون استجابة الذى يزيد على ٢٥٪ من فقرات الاختبار، وهى التى يتهرب العميل من الإجابة لها.

* تحديد درجة المبادرة: أى درجة المبادرة بالبوح استجابة للمقدمة. ومقياس المبادرة هو الاستجابة إلى اختبار مفهوم الذات الخاص استجابة كاملة فى الجلسة التالية لأخذ المقدمة وعدم التغير فى الاستجابات فيما بعد أثناء عملية العلاج (ويقصد بالاستجابة الكاملة هنا الاستجابة الحالية من وجود دلائل تغليف الذات والمقاومة).

مقياس «ك»^(١)؛

مقياس «ك» أو مقياس الكذب من إعداد الباحث.

وهدف مقياس «ك» هو التعرف على:

- مدى صدق أو كذب المفحوص بصفة عامة، وفى المعلومات التى يدلى بها بصفة خاصة.

- مدى مراعاة القبول الاجتماعى فى استجاباته للاختبارات والمقاييس النفسية.

وقد مر إعداد المقياس بخطوات بدأت بإعداد صورة تجريبية تضم ٥٠ عبارة مختارة مثل مقاييس الكذب الموجودة فى المقاييس النفسية المعروفة مثل قائمة أيزنك للشخصية Eysenck Personality Inventory واختبار الشخصية المتعدد الأوجه Minnesota Multiphasic Personality Inventory وغيرهما من الاختبارات والمقاييس النفسية التى ترجع أصولها كما يقول هانز أيزنك إلى دراسة هارتسهورن وماى Hartshorn & May عن الخلق والعبارات التى يتكون منها المقياس معروف مقدما اتجاه الاستجابة الصحيحة بالنسبة لها فى ضوء ميلها نحو أو عن مراعاة القبول الاجتماعى Social Desirability (وهو ميل دفاعى عن الذات) حيث يحاول الفرد أن يعرض صورة مقبولة اجتماعيا لذاته، وذلك بأن يبرز السمات المقبولة اجتماعيا بصرف النظر عن وجودها لديه . وقد أكد إدواردز Edwards ضرورة ضبط هذا العامل الهدام فى أى دراسة كلينيكية (انظر حامد زهران ، ١٩٧٦).

وأعطيت الصورة التجريبية من المقياس لمائة طالب فى الصف الثانى الثانوى بقصد تحليل الفقرات . وقد تم فعلا إجراء بعض التعديلات وحذف بعض العبارات غير الفارقة فى الاستجابة وأصبح المقياس النهائى يتكون من ٤٠ عبارة تمثل عينة من السلوك الاجتماعى فى الحياة اليومية.

ويطلب من المفحوص الاستجابة للعبارة «بنعم» إذا كان ما يقوله يطابق سلوكه، والاستجابة «بلا» إذا كان ما يقوله لا يطابق سلوكه.

وقد أجرى المقياس النهائى على ٣٠٠ طالب فى الصف الثالث الثانوى لاستخراج المتوسط والانحراف المعيارى. وكان متوسط درجة «ك» ٢٤٫١٢ والانحراف المعيارى ٠٫٦١٠.

والدرجات المرتفعة على مقياس «ك» وهى التى تزيد على ٣٠ (المتوسط + انحراف معيارى)

تشير إلى مايلى:

- ميل المفحوص إلى مراعاة القبول الاجتماعى فى استجاباته للاختبارات والمقاييس النفسية.
- ميله إلى المراوغة والمقاومة والإدلاء بمعلومات غير دقيقة فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.
- وفى هذه الحالات يجب أن تؤخذ استجابات المفحوص بحرص وحذر.
- والدرجات المرتفعة جدا على مقياس «ك» وهى التى تزيد على ٣٦ (المتوسط + انحرافين معياريين) تشير إلى مايلى:
- ميل المفحوص إلى الكذب بصفة عامة، وميله إلى الإدلاء بمعلومات كاذبة فى الاختبارات والمقاييس النفسية.
- ميله إلى الإدلاء بمعلومات كاذبة ومضللة وغير مطابقة للواقع فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.

واستجابات مثل هذه الحالات تكون غير مقبولة وكاذبة.

ومن الملاحظات الجديرة بالذكر أن الحصول على درجة كذب عالية يمكن النظر إليه على أنه سمة شخصية جديرة بالاهتمام فى حد ذاتها خاصة فى عملية العلاج النفسى.

دليل فحص ودراسة الحالة^(١)؛

أعد الباحث ما أسماه «دليل فحص ودراسة الحالة» - كدليل يسترشد به المعالج - فى مرونة - وهو يجمع المعلومات عن العميل ، وذلك حسب عمر وجنس وثقافة العميل ، وحالته الاجتماعية. ويقصد بالمرونة مثلا الكلام بالعامية أو إضافة بعض الشرح والإيضاح المختصر ، أو حذف بعض الفقرات التى تنطبق فقط على الجنس الآخر، أو على المتزوج فقط بالنسبة للأعزب ... إلخ.

ودليل الفحص طويل ومفصل، ولكن فى بعض الحالات يلاحظ المعالج أن حالة العميل لا تستدعى الفحص المفصل، ولذلك فقد وضعت علامة * تميز فقرات «دليل الفحص المختصر» الذى يمكن الاكتفاء به لاحتوائه على الحد الأدنى من المعلومات الأساسية الهامة.

أما عن محتوى دليل فحص ودراسة الحالة فيتكون من سبعة مباحث ، يتضمن كل منها عددا من الفقرات على النحو التالى:

البيانات العامة؛ الحالة ، الوالدان، ولى الأمر، الإخوة والأخوات، القرين ، الأبناء، الأقارب

(١) نظر الطول دليل فحص ودراسة الحالة فإن المجال هنا لا يتسع لنشره بالتفصيل ، ولذلك يكتفى بالإشارة إلى فقراته الرئيسية . أما «دليل فحص ودراسة الحالة»، المفصل فهو موجود فى آخر هذا الكتاب.

الذين يعيشون مع الأسرة ، الأفراد الذين يعولهم، الآخرون الذين يمكن الاستعانة بهم، محيل الحالة أو جهة الإحالة.

المشكلة أو المرض: تحديد المشكلة أو المرض الحالى، تاريخ المشكلة أو المرض ، المشكلات أو الأمراض الأخرى، طريقة حل المشكلات ، الجهود العلاجية السابقة ، التغيرات التى طرأت على الحالة، أسباب المشكلة أو المرض ، أعراض المشكلة أو المرض.

الفحص النفسى: آخر فحص نفسى ، الإصابة السابقة بالمرض النفسى، الأمراض النفسية فى الأسرة ، الذكاء ، القدرات العقلية ، الشخصية ، اضطرابات الشخصية ، الصحة النفسية والتوافق النفسى، الأسباب النفسية للمشكلة أو المرض ، الأعراض النفسية للمشكلة أو المرض، الأمراض النفسية.

البحث الاجتماعى: آخر بحث اجتماعى، المشكلات الاجتماعية السابقة، المشكلات الاجتماعية فى الأسرة، الأسرة، المدرسة، المهنة، المجتمع، عام.

الفحص الطبى: آخر فحص طبى، الإصابة السابقة بالأمراض الجسمية، العمليات الجراحية السابقة، الأمراض الجسمية فى الأسرة، الأمراض الجسمية الوراثية فى الأسرة، الإصابات والجروح السابقة، الحالة الجسمية العامة، بيانات ومعلومات أساسية، أجهزة الجسم، الحواس، العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية، فحوص طبية أخرى.

الفحص العصبى: آخر فحص عصبى، الإصابة السابقة بالأمراض العصبية، الأمراض العصبية فى الأسرة، الأمراض العصبية الوراثية فى الأسرة، المخ، الأعصاب المخية، المخيخ، الحبل الشوكى، الأعصاب الشوكية، الجهاز العصبى الذاتى، الإحساس، فحوص عصبية أخرى.

ملاحظات عامة: فهم العميل لطبيعة وغرض الفحص ، فهم التعليمات ، الاتجاه نحو الفحص، الاهتمام به، الرغبة فى إجرائه، الجهد الذى يبذله، الانتباه، التعاون، القدرة على التعبير عن النفس، مجرى الحديث، النشاط الجسمى، السلوك غير العادى أو الغريب.

أما عن تقدير السمات والقدرات والاستعدادات .. إلخ، فيكون على أساس تحديد درجة وجودها أو عدم وجودها، وليس على أساسى تحديد مجرد وجودها أو عدم وجودها. ويوضح التقدير على أساس مقياس خماسى يمثل درجة وجود السمة أو القدرة أو الاستعداد.

وفى تحديد أسباب المرض وأعراضه يجد المحلل عددا من الأسباب والأعراض بين قوسين ليضع دائرة حول السبب أو العرض حسب الحالة.

الدراسة الكليينيكية:

ملاحظتان هامتان:

فيما يلى ملاحظتان هامتان لابد من ذكرهما فيما يتعلق بالدراسة الكليينيكية الحالية:

- المقصود فى البحث الحالى ليس الكلام عن كل ما يحدث فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى، ولكن المقصود هو التركيز على مايتعلق بموضوع البحث وهو «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» وأثرها فى عملية الإرشاد والعلاج.

- منذ بدأ التفكير فى جميع حالات البحث ، كان التخطيط هو توحيد الإجراءات العامة فى فحص ودراسة الحالات وتقديم أدوات البحث واتباع طريقة موحدة فى الإرشاد والعلاج مع الحالات التى تصلح لها.

العميل:

وفى إطار طريقة العلاج المختارة ، وهى طريقة العلاج الممرززه حول العميل ، ومن الزاوية الخاصة للدراسة الحالية، تركزت عملية العلاج حول العميل الذى يفترض أنه ليس هناك من هو أعرف بنفسه منه، وأن لديه محتوى شعوريا مهددا فى مفهوم الذات الخاصة يدركه ويعى التهديد الناجم عنه، ويخبر شعوريا وفى وعى العوامل الكامنة فى عدم توافقه النفسى، ويكون قلقا ، يدرك الحاجة إلى العلاج ويقبل عليه من تلقاء نفسه، ويكون ذا بصيرة نامية أو قابلة للنمو، ويكون لديه عناصر قوة وقدرة على تقرير مصيره بنفسه، واتخاذ قراراته الخاصة وتحديد فلسفة حياته ، ويمكنه أن يعيد تنظيم مفهوم الذات ، ويكون على استعداد لتحمل مسئوليته فى العلاج وتوجيه نفسه تحت إشراف المعالج.

المعالج:

وقد كرس المعالج (الباحث) جهده فى الاهتمام بإخلاص بحالات العملاء من حيث تقبل كل عميل بدون شروط، بما يحقق شعوره بالأمن، وتشجيعه وفهم وجهات نظره، وحسن الإصغاء ، وتوجيه المقابلات (الجلسات) نحو تحقيق الهدف، وبيع الصداقة، وتجنب موقف الوعظ والنصح وتقييم السلوك، وعكس مشاعر العميل ثانية إليه (كالمرآة) ليقوم العميل بفحصها وتقييمها وتعديلها.. إلخ.

فحص ودراسة الحالة:

وفى جميع الحالات بدأت سلسلة المقابلات العلاجية بالمقابلات المبدئية . وكانت الخطوة

الموحدة فيها هى إجراء فحص ودراسة الحالة على هدى الدليل، بحيث يتم جمع المعلومات اللازمة عن المشكلة أو المرض والمعلومات النفسية والاجتماعية والطبية والعصبية الضرورية.

وكان الدليل المفصل يتبع فى بعض الحالات، بينما الدليل المختصر يتبع فى بعض الحالات الأخرى حسب ظروف الحالة.

وكانت غالبية الحالات ترتاح أكثر إلى الفحص المختصر، بينما بعض الحالات تتقبل الفحص المفصل على أساس أنه يشعرهم باهتمام المعالج تماماً بكل كبيرة وصغيرة.

ويلاحظ أن الجزء الخاص بالفحص العصبى كان يجرى فى بعض الحالات فقط حسب ظروف الحالة، ويحال إلى الطبيب المختص بالعيادة.

تقديم المقدمة:

بعد المقابلة المبدئية التى كانت تستغرق الجلسة الأولى التى تم فيها فحص ودراسة الحالة، كانت المقدمة فى المقابلة التالية (أى فى الجلسة الثانية) كإعداد مسبق وبداية جادة لعملية العلاج.

وقد قدمت المقدمة إلى أفراد عينة الدراسة، ولم تقدم إلى أفراد العينة الضابطة. أما باقى إجراءات الدراسة الكليينكية، فكانت موحدة بالنسبة لأفراد كل من عينة الدراسة والعينة الضابطة.

وكانت المقدمة تقدم فى الصورة التى يطلبها العميل، وبعد تعريفه بأن منها ثلاث صور (شفوية، وكتابية، وصوتية).

استفتاء ومناقشة المقدمة:

وبعد تقديم المقدمة، كان الباحث يجرى استفتاء المقدمة المختصر مع العميل، يلى ذلك مناقشة المقدمة معه.

إجراء اختبار مفهوم الذات الخاص:

من أجل استكشاف محتويات مفهوم الذات الخاص كان الباحث يجرى اختبار مفهوم الذات الخاص على العميل فى الجلسة التالية لتقديم المقدمة. وكان يترك له حرية الاختيار بين أن يكتب هو استجاباته أو يملئها على المعالج.

وبعد الانتهاء من إجراء الاختبار كان الباحث يقدر الدرجات، فيحدد الاستجابات ذات الوزن الكليينكى، والمشكلة الرئيسية، والمشكلة الخاصة، ودرجة تغليف الذات، ودرجة المقاومة، ودرجة المبادرة.

وفى حالات ارتفاع درجة المقاومة (حيث الفقرات المتروكة بدون استجابة تزيد على ٢٥٪ من مجموع الفقرات) كان الباحث يعود بعد مضى بضع جلسات لاستكمال الفقرات المتروكة وتقدير درجاتها.

تطبيق مقياس «ك»:

وللتأكد من درجة تغليف الذات (حيث استجابة «لا شئ» تزيد على ٢٥٪ من مجموع الفقرات)، كان الباحث يطبق مقياس «ك» على العميل، للثبوت من مدى صدقه أو كذبه بصفة عامة وفى المعلومات التى يدلى بها بصفة خاصة، ومدى مراعاة القبول الاجتماعى فى استجاباته، ومدى جديته فى عملية العلاج.

التشخيص:

كان الاهتمام منصبا على الوصول إلى التشخيص الدقيق للحالة، وكان المعالج يضع تشخيصا مبدئيا فى شكل فرض حتى يتأكد تماما فيعتبره التشخيص النهائى.

وكان المعالج يبنى فرض التشخيص على أساس:

- نتائج فحص ودراسة الحالة.

- تحديد المشكلات الرئيسة والمشكلات الخاصة فى اختبار مفهوم الذات الخاص.

- التأكد - فى الحالات التى يلزم فيها زيادة التأكد - باستخدام «اختبار التشخيص النفسى» للباحث (١) وقد تم استبعاد جميع حالات الذهان بعد التأكد باستخدام اختبار التشخيص النفسى.

عملية العلاج:

تمت عملية العلاج فى جميع الحالات - سواء عينة الدراسة أو العينة الضابطة - بطريقة فردية فى إطار الطريقة المختارة وهى طريقة الإرشاد غير المباشرة والعلاج النفسى المركز حول العميل الذى يتميز بوضوح النظرية التى يستند إليها وهى نظرية الذات، وقصر الزمن الذى يستغرقه.

وكان من أهم الأهداف فى كل الحالات، التخلص من والتصرف بخصوص المحتويات المهددة لمفهوم الذات الخاص، وهذا يمثل بعدا هاما من أبعاد التوافق النفسى الصحى.

ووجهت عناية خاصة إلى فهم الإطار المرجعى الداخلى للعميل وفهم سلوكه من وجهة نظره

(١) «اختبار التشخيص النفسى» (للباحث): يقيس القلق، وتوهم الموض، والضعف العصبى، والخوف، والهستيريا، والوسواس والقهقر، والتفكك، والاكتئاب، والهوس، والفصام، والهذاء، والمرض النفسى الجسمى، والاضطرابات الجنسية، والسيكوباتية، ويناسب الشباب والكبار.

هو نفسه وطريقة نظرته إلى الأشياء وطريقة إدراكه للعالم من حوله وطريقة اتخاذه لقراراته من داخل إطاره المرجعى الذاتى.

وفى نفس الوقت ركزت عملية العلاج على زيادة فهم العميل لنفسه بدرجة أوضح، وفهم خبراته فى ضوء الواقع.

وكان الحرص شديداً على تهيئة جو علاجى آمن خال من التهديد، كله حرية وتقبل وثقة متبادلة واطمئنان كامل على سرية المعلومات مما يتيح فرصة البوح بكل شئ، ونقل الخبرات من مستوع الذات الخاص إلى المعالج حينما تزداد ثقة العميل فيه بدون شروط.

وتضمنت العملية بعد ذلك إعادة تكامل بناء الذات، ومناقشة كل المحتويات المهددة فى مفهوم الذات الخاص، ووضع خطة التصرف إزاءها وحلها وذلك بتحويلها من خبرات مؤلمة إلى خبرات معلمة، وسحب الروح الانفعالية منها وتحويلها من خبرات حية نشطة إلى خبرات (محنطة) لا تهدد، والتوافق مع الواقع ... إلخ.

وقد تم هذا فى الإطار العام المعروف لعملية العلاج النفسى والذى يتضمن إلى جانب ما ذكر، التداعى الحر أو الترابط الطليق، والتفسير، والتطهير أو التفريغ الانفعالى، والتعلم وإعادة التعلم، وغو الشخصية ... إلخ.

وكان الوصول إلى التخلص من المحتوى المهدد لمفهوم الذات الخاص، وزيادة استبصار العميل وترجمة البصيرة إلى فعل وسلوك واقعى سوى، وتقبل الذات وحل المشكلات، علامة رئيسة من علامات الشفاء والوصول إلى إنهاء عملية الإرشاد بتقرير ذاتى من العميل.

وللتأكد من تمام نجاح العلاج والشفاء، كانت تتم عملية متابعة لكل الحالات.

ورقة تجميع وتقييم معلومات الدراسة الكليينكية:

أعد الباحث ورقة تجميع وتقييم معلومات الدراسة الكليينكية لتصاحب ملف العميل كملخص لنتائج الدراسة فى كل حالة.

وقد صممت هذه الورقة فى ضوء فروض البحث الحالى والمعلومات المطلوبة للتثبت من مدى تحقق هذه الفروض.

وتشمل ورقة تجميع وتقييم المعلومات على المعلومات الآتية:

- رقم العميل، الجنس، العمر (بالسنة)، مستوى التعليم (عال، متوسط، دون المتوسط)، المهنة، الحالة الزوجية (متزوج، أعزب، مطلق، أرملة).

- تاريخ المقدمة، صورتها (شفوية، كتابية، صوتية)، استجابات العميل لاستفتائها، مناقشة العميل لها، درجة التزامها بها.

- تاريخ اختبار مفهوم الذات الخاص، الاستجابات ذات الوزن الكلينىكى، المشكلة الرئيسة، المشكلات الخاصة، درجة تغليف الذات، درجة المبادرة، ظهور محتويات ذات وزن كلينىكى فيما بعد.

- درجة الكذب ومراعاة القبول الاجتماعى.

- التشخيص، المشكلة (شخصية، تربوية، مهنية، أخرى).

- عدد الجلسات، نتيجة العلاج.

- استخدام اختبارات نفسية أخرى.

- معلومات إضافية (من الدليل مثل درجة الإقبال والاستبصار... إلخ).

- ملاحظات عامة.

دراسة مدى صحة الفروض: (١)

ولدراسة مدى صحة الفروض، عكف الباحث على مقارنة استجابات حالات عينة الدراسة الكلينىكية (الذين قدمت لهم المقدمة) باستجابات حالات العينة الضابطة (الذين لم تقدم لهم المقدمة) فى استجابات مفهوم الذات الخاص (١ - أ، ١ - ب، ١ - ج)، وفى مقياس «ك» (١ - ج). ومدى ضرورة استخدام اختبارات تشخيصية أخرى (١ - د)، ومتوسط عدد الجلسات اللازمة لنجاح عملية العلاج (٣ - أ). كذلك دأب الباحث على دراسة الارتباط بين درجة الإقبال والاستبصار، ودرجة الاستفادة من المقدمة كما تمثل فى درجة نجاح العلاج (٢ - أ)، ودراسة استجابات العملاء ودرجة استفادتهم من المقدمة، كما تمثلت فى درجة نجاح العلاج حسب مستوى تعليمهم (٢ - ب)، ومقارنة استجابات جماعات الإناث باستجابات جماعة الذكور لاستفتاء ومناقشة المقدمة، ودرجة استفادتهم منها بالنسبة للمشكلات الشخصية محددا فى ضوء درجة المبادرة ودرجة نجاح العلاج (٢ - ج)، وتحديد مدى الاستفادة من المقدمة فى ضوء نوع المشكلة «شخصية، تربوية، مهنية» (٢ - د)، ودراسة الارتباط بين درجة اقتناع والتزام العميل بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة وبين درجة نجاح العلاج (٣ - ب).

النتائج وتفسيرها:

فيما يلى أهم النتائج التى أسفر عنها البحث الحالى:

(١) الأرقام والحروف الموضوعة بين قوسين تشير إلى أرقام الفروض (راجع الفروض).

(١ - أ) أوضحت مقارنة النسب المئوية للحاصلين على درجة مبادرة عالية فى اختبار مفهوم الذات الخاص فى كل من عينة الدراسة والعينة الضابطة، أن ٥٨٪ من أفراد عينة الدراسة حصلوا على درجة مبادرة عالية فى مقابل ١٠٪ فقط من أفراد العينة الضابطة. وأوضحت مقارنة النسب المئوية للذين باحوا باستجابات ذات وزن كلىنىكى عال فى اختبار مفهوم الذات الخاص فى كل من العينتين، أن ٧٠٪ من أفراد عينة الدراسة باحوا باستجابات ذات وزن كلىنىكى عال مقابل ٣٠٪ فقط من أفراد العينة الضابطة.

وتفسير ذلك من واقع الدراسة الكلىنىكية ومن نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها، أن المقدمة تطمئن العميل على سرية المعلومات، وتشجعه على البوح بها، وتساعد فى كشف مفهوم الذات الخاص وبسرعة. ولولاها لتردد الكثيرون فى الاستجابة لاختبار مفهوم الذات الخاص لأنه شخصى جدا ويكشف كل الأسرار (خاصة فى الجلسات الأولى). وهكذا فإن للعميل حين يطمئن إلى سرية المعلومات - كما تؤكد ذلك المقدمة - فإنه يكشف عن ذاته الخاصة ويبوح، وطالما باح بكل شئ فكل ما بعد ذلك يهون. ألم يكشف عن «عورته النفسية»؟ فماذا بعد ذلك؟

وواضح أن هذا يثبت الفرض (١ - أ) حيث إن تقديم المقدمة قبل بدء عملية العلاج أفاد فى تيسير البوح والانفتاح والكشف الصريح عن محتوى مفهوم الذات الخاص، وبالتالي فى سير عملية العلاج فى معظم الحالات.

(١ - ب) أظهرت مقارنة النسب المئوية للحاصلين على درجة تغليف ذات منخفضة (تعبر عن كشف الذات) فى اختبار مفهوم الذات الخاص فى كل من العينتين، أن ٦٦٪ من أفراد عينة الدراسة حصلوا على درجة تغليف ذات منخفضة فى مقابل ١٠٪ فقط من أفراد العينة الضابطة. وأظهرت مقارنة النسب المئوية للذين قاوموا أول الأمر، ثم كشفوا عن محتويات مفهوم ذات خاص ذات وزن كلىنىكى فيما بعد (بعد بضع جلسات) فى كل من العينتين أن ٢٠٪ فقط من أفراد عينة الدراسة قاوموا فى البداية، ثم كشفوا عن محتويات ذات وزن كلىنىكى فيما بعد، بينما كانت النسبة المقابلة هى ٣٠٪ من أفراد العينة الضابطة. وقد لوحظ أن حالة من حالات العينة الضابطة لم تكشف عن أهم محتويات مفهوم الذات الخاص إلا بعد حوالى ستة أشهر من بدء العلاج وهذا مما أطال العملية.

وتفسير هذه النتائج، أن المقدمة حين تعد العميل لعملية العلاج تعدل اتجاهاته وتحمله مسئولياته، بما يضمن عدم اللف والدوران فى حلقة مفرغة، وتؤدى إلى الدخول فى الموضوع مباشرة، بل أنها نجحت فعلا فى تحويل عدد من الحالات إلى مجرد «استشارة نفسية» سريعة. ولقد دلت نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها على أنها تسرع بالكشف المبكر عن محتوى مفهوم

الذات الخاص، وأنها تساعد فى اكتشاف واستكشاف وفهم الذات، وأنها تعتبر بمثابة إعداد للحالة وتدريب سابق وضرورى، وأنها تشعر العميل أن هناك اهتماما به وإعدادا مسبقا له وشيئا يعمل من أجله، وأنها تقوم الفكرة السائدة لدى بعض العملاء من أنهم يأتون ويتوقعون أن يعمل لهم المعالج كل شىء، وأنها تغير الصورة الكلاسيكية عن العلاج النفسى بأنه محلل يجلس على كرسى ومريض يستلقى على سرير.

وهذه النتائج تثبت الفرض (١ - ب) حيث إن تقديم المقدمة قبل بدء عملية العلاج أفاد فى توفير بعض الوقت فى الإعداد الأسرع للعميل لعملية العلاج.

(١ - ج) كان معامل الارتباط بين درجات تغليف الذات الخاص وبين درجات الكذب على مقياس «ك» ٠,٧٥ ، وأوضحت مقارنة النسب المئوية للحاصلين على درجة تغليف ذات عالية فى اختبار مفهوم الذات الخاص فى كل من العينتين أن ١٨٪ فقط من أفراد عينة الدراسة، حصلوا على درجات تغليف ذات عالية بينما وصلت درجة تغليف الذات العالية عند أفراد العينة الضابطة إلى ٥٠٪. وفى نفس الوقت أوضحت مقارنة النسب المئوية للذين حصلوا على درجة كذب ومراعاة القبول الاجتماعى للاستجابات على مقياس «ك» فى كل من العينتين أن ٣٤٪ فقط من أفراد عينة الدراسة حصلوا على درجة كذب بينما وصلت نسبة الكذب عند أفراد العينة الضابطة إلى ٦٠٪.

وهذا أمر متوقع يتضح تفسيره مما ورد على لسان أحد العملاء فى التعليق التالى: «لقد أتيت وفى نيتى ألا أقول أى شىء عن أسرارى، وأن أحكى مشكلة وهمية أجرب بها مدى سرية المعلومات خاصة عندما بدأت عملية دراسة حالتى، ولكن بعد أن قرأت المقدمة غيرت رأى تماما ودخلت مباشرة فى صميم الموضوع بمتهى الصدق». وما هو جدير بالذكر أن حالة واحدة فقط من بين جميع الحالات التى قدمت لها المقدمة حصلت على أعلى درجات المقاومة وتغليف الذات وعلى أعلى درجات الكذب، وأنها حينما عرفت ذلك صدرت منها «فلتة لسان» كانت هى بداية انطلاق فى القضاء على المقاومة وتغليف الذات والبوح بمعلومات ذات وزن كينيكي خاص بالمشكلة الرئيسة. ولقد فسرت الحالة كذبها المتعمد رغم قراءة المقدمة بأن الأمر كان يتعلق بموضوع دينى وصفته بأن خطير.

وهذه النتائج تثبت الفرض (١ - ج)، إذ أن تقديم المقدمة قبل بدء العلاج يحد من آثار عامل مراعاة القبول الاجتماعى، ويقلل اللجوء إلى الكذب فى التقارير الذاتية. أى أن المقدمة تساعد فى مقاومة المقاومة لدى العميل وتقلل من درجة تغليف الذات لديه.

(١ - د) أظهرت النسب المئوية للحالات التى بدت فيها ضرورة استخدام اختبارات أخرى فى

كل من العينتين أن ١٦٪ فقط من أفراد عينة الدراسة استدعى الأمر تطبيق اختبارات أخرى عليهم فى مقابل ٣٠٪ من أفراد العينة الضابطة.

وتفسير ذلك من واقع الدراسة الكلينية ومن نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها، أن المقدمة أدت إلى ارتياح العملاء لإشراكهم فى عملية التشخيص وإشعارهم بالشقة ومساعدتهم فى اكتشاف الحقائق عن النفس، وزيادة فهم الشخصية والاطمئنان للوصول إلى أسلوب مكنهم من تحديد المشكلات، دون ضرورة اللجوء إلى طرق أخرى قد تكون طويلة. وكيف لا وقد عرف العميل أن مشكلته المحددة ومرضه يشخص بدقة، بفضل تعاونه هو فى ضوء معرفته بأنه ليس هناك من هو أعرف بنفسه منه. ومن أبلغ ما ذكره أحد العملاء للمعالج فى مناقشة المقدمة حول مدى الاحتياج إلى الاستعانة باختبارات أخرى للتثبت من التشخيص وتحديد المشكلة قوله: «..... وهل إذا اعترف الفرد يكون بحاجة إلى شهود؟!»!

وهذه النتيجة تثبت الفرض (١ - د) الذى مؤداه أن تقديم المقدمة للعميل قبل بدء عملية العلاج قد يؤدى إلى التخفف من (وليس الاستغناء الكامل عن) استخدام الاختبارات النفسية الشخصية.

(٢ - أ) كان معامل الارتباط بين درجة الإقبال والاستبصار وبين درجة الاستفادة من المقدمة كما تمثلت فى درجة نجاح العلاج ٩٨, ٠ وهو معامل ارتباط مرتفع القيمة والدلالة الإحصائية.

وتفسير ذلك من واقع الدراسة الكلينية ومن نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها، أن العميل المقبل على العلاج، المستبصر بحالته، يستفيد بشكل ملحوظ من المقدمة التى تعتبر أول جرعة يشعر فيها بالفائدة التعليمية لعملية العلاج. ولا شك أن العميل المقبل المستبصر «عميل سهل» لديه دافع قوى للاستفادة بكل كبيرة وصغيرة من بداية عملية العلاج حتى نهايتها، وهو أكثر استعدادا للعلاج لأنه يشعر بالحاجة إليه، ويثق فى عملية العلاج ويتوقع الاستفادة منها. ومن المعروف أن الأفراد المقبلين والمستبصرين يكونون أكثر قدرة على كشف واستكشاف الذات. وقد لوحظ فى الدراسة الكلينية أن العملاء ذوى المشكلات الشخصية المقبلين المستبصرين، كانوا ينطلقون فوراً بعد تقديم المقدمة فى الدخول فى صميم الموضوع مما يدل على الاستفادة منها، وكانوا يعبرون عن ذلك فعلاً. وحتى العملاء المكتئبون - المقبلون المستبصرون - كانوا يستفيدون من المقدمة رغم البطء الملحوظ فى قراءتها. ولكن البطء هنا شئ والاستفادة شئ آخر، فالبطء يفسره أن من أهم أعراض الاكتئاب التعب لأقل جهد وخمود الهمة والشرود ونقص الدافعية وصعوبة التركيز. وكذلك العملاء الذين يعانون من توهم المرض - المقبلون المستبصرون - كانوا يستغرقون وقتاً طويلاً فى قراءة المقدمة، وعندما يستفسر عن ذلك يعللونه بالاستفادة ومحاولة تدوين بعض الملاحظات الخاصة. والمعروف أن حالات توهم المرض تتسلط عليهم فكرة المرض

والمبالغة فى الأعراض البسيطة والاعتقاد بأن كل الأعراض تنطبق عليهم، ومحاولة تشخيص المرض ذاتيا. ومما يؤكد هذه النتائج ما وجد من أن مرضى الذهان لا يستفيدون من المقدمة، أى أنها لا تتناسب وحالات الذهان لنقص درجة الاستبصار لديهم، واضطراب حالتهم الانفعالية بما يعوق التركيز والاستيعاب والاستفادة.

وهذا يثبت بكل تأكيد الفرض (٢ - أ) أن العميل المقليل المستبصر بحالته يستفيد أكثر من المقدمة.

(٢ - ب) كان معامل الارتباط بين مستوى التعليم ودرجة الاستفادة من المقدمة كما تمثلت فى درجة نجاح عملية العلاج ٧٩, ٠ وهو معامل ارتباط عال ودال.

وتفسير ذلك أن العميل الأعلى تعليما يكون أقدر على الاستيعاب والاستفادة، إذا قورن بالعميل الأقل تعليما وثقافة. وقد لوحظ أن بعض المصطلحات العلمية بالمقدمة أدت إلى استثارة الأسئلة من جانب العملاء مما حدد وقاد المقابلات العلاجية. ولوحظ أيضاً أن بعض العبارات المجملّة التى تركت كما هى عن قصد استثارت الكثير من الاستفسارات من جانب العملاء الأعلى تعليما مما أفاد فى المقابلات العلاجية.

وفى هذا ما يثبت الفرض (٢ - ب) أن العميل الأعلى تعليما يستفيد أكثر من المقدمة.

(٢ - ج) كشف تحليل استجابات الذكور واستجابات الإناث لاستفتاء المقدمة ومناقشتها عن أن الإناث ذوات المشكلات الشخصية يستفدن من المقدمة بدرجة أكبر نسبيا من استفادة الذكور، حيث عبرن عن ذلك وأكدن ارتياحهن بعد تقديم المقدمة. وأكد ذلك مقارنة النسبة المئوية للحاصلات والحاصلين على درجات مبادرة مرتفعة، ودرجات عالية تؤكد نجاح العلاج فى حالات المشكلات الشخصية، حيث كانت النسبة المئوية للحاصلات على درجة مبادرة مرتفعة من الإناث ٨٠٪ مقابل ٤٠٪ من الذكور، وكانت النسبة المئوية لحالات نجاح العلاج الكامل للمشكلات الشخصية من الإناث ٦٠٪ مقابل ٥٠٪ من الذكور.

وتفسير ذلك أن طبيعة الأنثى بصفة عامة تجعلها أكثر ميلا للاحتفاظ بأسرارها وخبراتها الشخصية والتى تكون ضمن محتوى مفهوم الذات الخاص. فإذا اطمأنت إلى السرية - وهذا ما تؤكدّه المقدمة - بادرت بالبوح، مما يسهل ويعمل على نجاح عملية العلاج كفرصة سنحت لها.

وهذه النتائج تثبت الفرض (٢ - ج) بأن الإناث ذوات المشكلات الشخصية يستفدن أكثر من المقدمة إذا قورن بالذكور.

(٢ - د) كانت النسب المئوية للذين استفادوا أكثر بالمقدمة حسب نوع المشكلة (شخصية أو تربوية أو مهنية) كما اتضح ذلك من نجاح عملية الإرشاد والعلاج، كانت على النحو التالى:

أصحاب المشكلات الشخصية ٨٠٪ ، أصحاب المشكلات التربوية ١٠٠٪ ، أصحاب المشكلات المهنية ١٠٠٪ .

ومما هو جدير بالذكر أن الترتيب حسب درجة الاستفادة من المقدمة من الأكثر إلى الأقل، كان على النحو التالى : أصحاب المشكلات بصفة عامة ، يليهم مرضى العصاب، وأخيرا مرضى الذهان (وهم لا يدخلون ضمن أفراد العينة).

وهذه النتيجة تبدو وكأنها لا توفر دليلا لإثبات صحة الفرض (٢ - د) أن العميل الذى يستفيد أكثر من المقدمة هو الذى يطلب الإرشاد العلاجى (الشخصى) يليه الذى يطلب الإرشاد التربوى ، يليه الذى يطلب الإرشاد المهنى. ولكن المعروف أن المشكلات الشخصية أصعب فى تناولها فى عملية الإرشاد - بصفة عامة - من المشكلات التربوية والمشكلات المهنية، وأن وصول النسبة المثوية للحالات التى تم إرشادها بنجاح كامل من أصحاب المشكلات الشخصية إلى ٨٠٪ فى حد ذاته يعتبر دليلا كافيا على الاستفادة الكبيرة لهؤلاء من المقدمة.

(٣ - أ) كان مستوى عدد الجلسات اللازمة لإتمام العلاج بنجاح بالنسبة لأفراد عينة الدراسة ٨ جلسات مقابل ١٢ جلسة بالنسبة لأفراد العينة الضابطة.

وتفسير ذلك أن العميل الذى يتقبل المقدمة ويستفيد منها، يكون أكثر ميلا لترجمتها إلى سلوك، ويبدأ فى ممارسة مسئولياته الإيجابية منذ أول خطوة فى عملية العلاج. ومما يؤكد تقبل المقدمة والاستفادة بما جاء فيها، ما لوحظ من أن عددا من العملاء طلبوا إعادة قراءة المقدمة أو إعادة سماعها. وقد لوحظ كذلك أن عددا من العملاء طلبوا الاحتفاظ بالمقدمة المكتوبة أو نقل تسجيل المقدمة المسجلة. ولوحظ أيضا أن بعض العملاء أخرجوا أو طلبوا ورقة وقلما وأخذوا يدونون ملاحظات وأسئلة فى ضوء محتويات المقدمة استخدموها أثناء عملية العلاج. وقد لوحظ أن هؤلاء كانوا من أحسن العملاء تعاونا واستجابة فى عملية العلاج.

وهذا دليل يثبت صحة الفرض (٣ - أ) بأن عملية العلاج تتم فى وقت أقصر وبنجاح أكثر فى حالة استخدام المقدمة وتقبلها والاستفادة بما جاء فيها.

(٣ - ب) كان الباحث حريصا على الالتزام بما جاء فى المقدمة مع جميع الحالات، وذلك لتثبيت الجانب الأول من الفرض الأخير (٣ - ب). وكان معامل الارتباط بين درجات اقتناع والتزام العميل بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة (كما جاء فى الاستجابة لاستفتاء المقدمة) وبين نتيجة العلاج ٩٧,٠ وهو ارتباط عال ودال عند مستوى ٠,٠١ .

وتفسير ذلك من واقع الدراسة الكليينكية ومن نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها وتعليقات العملاء الختامية، أن ما جاء بالمقدمة كان كافيا ومقنعا، وله أثر كبير فى تنظيم وإعادة تنظيم أفكارهم عن عملية الإرشاد والعلاج النفسى، وأنهم حرصوا على الالتزام بما جاء فيها من خطوط عريضة، وأنها ضمنت توفير الكلام وأتاحت فرصة تركيز عملية العلاج على مشكلة ومرض العميل، وعرفته منذ البداية مسئولياته وحدوده وما له وما عليه، وعرفته مسئوليات العلاج وحدوده وما له وما عليه، مما وضع عملية العلاج فى إطارها الصحيح، وأن المعالج كان يبرز التزامه بما جاء فى المقدمة حثا للعميل على الالتزام بدوره بما جاء فيها.

وهذه النتيجة تثبت الفرض (٣ - ب) بأن عملية العلاج تتم فى وقت أقصر وبإنجاح أكبر فى حالة التزام كل من المعالج والعميل بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة.

وفيما يلى جدول يلخص أهم نتائج الدراسة الكليينكية فى البحث الحالى:

جدول (٢) ملخص نتائج الدراسة الكليينكية

الفروض	البيانات	النتائج	
		عينة الدراسة	العينة الضابطة
١ - أ	- الحاصلون على درجة مبادرة عالية	٥٨ %	١٠ %
١ - ب	- الذين باحوا باستجابات ذات وزن كليينكى عال	٧٠ %	٣٠ %
	- الحاصلون على درجة تغليف ذات منخفضة (تعبير عن كشف الذات)	٦٦ %	١٠ %
١ - ج	- الذين قاوموا فى بداية العلاج ثم كشفوا عن محتويات مفهوم ذات خاص ذات وزن كليينكى فيما بعد	٢٠ %	٣٠ %
	- معامل الارتباط بين درجات تغليف الذات وبين درجات الكذب	٠,٧٥	
١ - د	- الحاصلون على درجة تغليف ذات عالية	١٨ %	٥٠ %
	- الحاصلون على درجة كذب ومراعاة القبول الاجتماعى	٣٤ %	٦٠ %
	- حالات ضرورة استخدام اختبارات تشخيصية أخرى	١٦ %	٣٠ %

الفروض		البيانات	النتائج	
			عينة الدراسة	العينة الضابطة
٢ - أ	- معامل الارتباط بين درجة الإقبال والاستبصار وبين درجة الاستفادة من المقدمة كما يتضح من درجة نجاح العلاج	٩٨ ر٠		
٢ - ب	- معامل الارتباط بين مستوى التعليم وبين درجة الاستفادة من المقدمة كما يتضح من درجة نجاح العلاج	٧٩ ر٠		
٢ - ج	- الحاصلات على درجة مبادرة مرتفعة من الإناث.	٨٠ ٪		
	- الحاصلون على درجة مبادرة مرتفعة من الذكور	٤ ٪		
	- حالات نجاح العلاج الكامل للمشكلات الشخصية من الإناث	٦٠ ٪		
٢ - د	- حالات نجاح العلاج الكامل للمشكلات الشخصية من الذكور	٥٠ ٪		
	- الذين استفادوا بالمقدمة من أصحاب المشكلات الشخصية	٨٠ ٪		
	- الذين استفادوا بالمقدمة من أصحاب المشكلات التربوية	١٠٠ ٪		
	- الذين استفادوا بالمقدمة من أصحاب المشكلات المهنية	١٠٠ ٪		
٣ - أ	- متوسط عدد الجلسات اللازمة لإتمام العلاج بنجاح	٨	١٢	
٣ - ب	- معامل الارتباط بين درجة اقتناع والتزام العميل بالخطوط العريضة بالمقدمة وبين درجة نجاح العلاج	٩٧ ر٠		

(*) دل اختبار كا ٢ لحساب دلالة الفروق بين النسب المئوية في حالات عينة الدراسة وحالات العينة الضابطة (في الفرض ١ - أ، ب، ج، د) أن جميع الفروق دالة عند مستوى ٠,٠١، كذلك فإن جميع معاملات الارتباط الموجودة في هذا الجدول ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١.

تطبيقات وتوصيات

فىما يلى بعض التطبيقات والتوصيات العملية المشتقة من نتائج البحث الحالى يجب على المرشدين والمعالجين النفسيين مراعاتها.

(١ - أ) يجب الاهتمام بمحتويات مفهوم الذات الخاص فى عملية العلاج وبذل الجهد بكافة الوسائل لتيسير عملية البوح بها.

(١ - ب) يجب التوسع فى نشر الثقافة النفسية الخاصة بالإرشاد والعلاج النفسى فى المجتمع بصفة عامة لتحقيق الأهداف الإنمائية والوقائية، واستغلال وسائل الإعلام فى هذا السبيل.

(١ - ج) يجب عمل حساب الأثر الضار المخرب لعامل مراعاة القبول الاجتماعى فى التقارير الذاتية والاختبارات والمقاييس النفسية، وضبط هذا العامل الخطير فى الدراسات الكليينكية حيث يزداد أثره فى حالات مفهوم الذات السالب ووجود محتوى خطير فى مفهوم الذات الخاص، فكل فرد لديه ميل أساسى لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته والدفاع عنها.

(١ - د) رغم أن القاعدة العامة فى الإرشاد غير المباشر وفى العلاج النفسى المركز حول العميل، هى الثقة الكاملة فى التقرير الذاتى للعميل، ومن ثم عدم ضرورة استخدام الاختبارات النفسية، إلا أن وجود نسبة - رغم أنها منخفضة - من الذين يغلفون الذات ويلجأون إلى مراعاة الرغبة الاجتماعية وحتى الكذب، يشير إلى ضرورة استخدام بعض الاختبارات والمقاييس حين ندعو الحاجة إلى ذلك بدون تردد.

(٢ - أ) يجب مراعاة أن العميل المقبل المستبصر بحالته، له الحق فى تقرير مصيره المبني على احترام ذاتيته مهما كان جنسه أو لونه أو دينه أو مستواه الاجتماعى، ويجب الثقة فى قدرته على حل مشكلاته دون إكراه أو إرغام أو أمر أو نهى أو وعظ أو نصيح، وأن تستغل إمكاناته وإمكانات بيئته إلى أقصى حد توفر له هذه الإمكانيات، وحقه فى أن يحدد أهدافه بنفسه، وأن يقترح الحلول لنفسه ويختار الاستراتيجية المناسبة لتحقيق هذه الحلول والوصول إلى أهدافه استناداً إلى قدرته على حل مشكلاته. وليس هناك من هو أعرف بنفسه منه، ولذا يجب احترام إرادته فى القيام بتنفيذ خطته التى يرسمها بنفسه. وليس هناك إنسان يريد إرادياً أن يكون شقياً، ومن ثم يجب أن يقدم الإرشاد والعلاج النفسى بطريقة «خذه أو اتركه».

(٢ - ب) يجب تصحيح الخطأ الشائع بأن العميل الأعلى تعليماً يكون أكثر جدلاً وأقل اقتناعاً، بعكس العميل الأقل تعليماً وثقافة الذى يكون أكثر سذاجة وأقل جدلاً ويكون تأثير مثوله أمام المعالج له معنى أكبر وتأثير أفضل فى نتيجة العلاج.

(٢ - ج) يجب فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى وضع الفروق بين الجنسين فى الحسبان،

خاصة فى مجتمعنا ، حيث تعمل عوامل عديدة على الحد من بوح الإناث بمشكلاتهن الشخصية بدرجة ملحوظة إذا قورن بالذكور، ومن ثم يجب التركيز على طمأنتهن على السرية المطلقة للمعلومات الشخصية قبل بدء عملية الإرشاد والعلاج ضمانا لنجاحها.

(٢ - د) يجب الاهتمام بإعداد العملاء لعملية الإرشاد على اختلاف أنواع المشكلات التى يأتون بها، بما يودى إلى فائدة ملموسة يحصلها أصحاب المشكلات الشخصية ونجاح كامل لأصحاب المشكلات التربوية وأصحاب المشكلات المهنية. وفى نفس الوقت يجب بذل عناية خاصة لإعداد مرضى العصاب لعملية العلاج النفسى، ويجب التفكير فى وسائل أخرى لإعداد مرضى الذهان لعملية العلاج.

(٣ - أ) يجب العمل على إعداد العميل لعملية العلاج النفسى إعدادا جيدا بما يضمن تحقيق فائدة هذا الإعداد فى عملية العلاج التى يجب أن تكون بحق عملية تعلم اتجاهات نفسية وعادات جديدة وأنماط سلوك جديدة، وأساليب حل مشكلات حتى ينتقل أثر التدريب منها - عن طريق التعميم - إلى حل المشكلات الماثلة مستقبلا.

(٣ - ب) يجب أن يضرب المعالج المثل للعميل بالتزامه بما جاء فى المقدمة، التى تعتبر بمثابة اتفاق ودى بينهما تم عقده قبل بدء عملية العلاج حتى يكون قدوة حسنة له. ويجب أن يبذل المعالج قصارى جهده فى إنجاح عملية العلاج فى ضوء مبادئ وأخلاقيات الإرشاد والعلاج النفسى، والتى من أهمها احترام حق الفرد فى الإرشاد والعلاج كأساس ديموقراطى يقرر كرامة الفرد وقيمه وحقه على المجتمع فى الإرشاد والعلاج كمواطن، حيث أن الحق فى الإرشاد والعلاج النفسى حق لكل فرد ولكل الفرد.

وهكذا وفى ضوء تأكيد أهمية الإعداد لعملية العلاج يوصى الباحث بإعداد «برنامج عن الإرشاد والعلاج النفسى» للإعداد والتدريب المسبق على عملية الإرشاد والعلاج يتضمن مفاهيم أساسية، وتعريفات، وتعليمات، وأمثلة ونماذج عامة بطريقة التسجيل التليفزيونى (دائرة تليفزيونية مغلقة) مع إجراء الدراسات اللازمة عليه تمهيدا لاستخدامه فى العيادات النفسية.

خاتمة

وبعد... فقد أثبتت نتائج البحث الحالى فائدة تقديم مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى كإعداد للعميل قبل بدء عملية الإرشاد غير المباشر، والعلاج النفسى المركز حول العميل، فى تيسير، واختصار الوقت، واقتصاد الجهد... إلخ، مما يشجع على التوصية باستخدامها.

وهكذا.... حاول الباحث أن يكون البحث الحالى ولو مجرد عملية إقدام على تقديم نموذج جديد واستخدام أسلوب جديد فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.

والله الموفق،،

ملحق « ١ »

مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى

بقلم الدكتور حامد زهران

تقديم:

عزيزى القارىء...

هذه مقدمة فى شكل حديث مبسط عن الإرشاد والعلاج النفسى، يقوله المرشد أو المعالج لمن يطلب الإرشاد أو العلاج النفسى قبل بدء الإرشاد والعلاج.

نرجو قراءة هذه المقدمة ، وفهمها جيدا، واعتبارها نوعا من الاتفاق الودى بيننا.

الهدف محدد، وهو الوصول بك إلى أحسن مستوى ممكن من التوافق والصحة النفسية.

جميل أن تطلب بنفسك المساعدة حين تحتاج إليها. ويسرنا أن نساعدك. سوف نضع كل إمكاناتنا لمساعدتك، ونطلب منك أيضاً أن تساعدنا لكى نساعدك. ونرجو منك أن تفهم بدقة كل ما يقال لك. ونرجو أن تتحمل معنا مسئولية تنفيذ كل ما نتفق عليه بدقة تامة.

إننا نهتم بإخلاص بفهمك وفهم مشكلتك. ونرجو أن تساعدنا فى أن نفهمك حتى نساعدك فى زيادة فهم نفسك. إننا مستعدون تماما لأن نسمع منك كل شىء. ستجد لدينا الصداقة والتشجيع وحسن الإصغاء. ستجد لدينا فهما دقيقا لوجهات نظرك. نرجو أن تتوافر بيننا الثقة المتبادلة فى جو سمح كله حرية.

نرجو أن تثق تماما وأن تتأكد أن سرية المعلومات أمر هام جدا، وأن أبسط قواعد الإرشاد والعلاج النفسى «السرية المطلقة» . لا تكتم أى سر ، فأسرارك عندنا فى أمان تام. قل كل شىء، وأى شىء. قل ما لا تقوله لأحد إلا للدكتور.

وسيلقى ما تقوله كل عناية واهتمام.

الهدف: الصحة النفسية

هدف الإرشاد والعلاج النفسى هو تحقيق الصحة النفسية ، والتوافق النفسى، وصيانة الشخصية.

وهذا هو الهدف الذى نسمى لتحقيقه معك.

والصحة النفسية: هى حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن،

ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، بحيث يعيش فى سلامة وسلام.

وهدفنا أن تصبح شخصيتك متمتعة بالصحة النفسية، تتميز بعدة خصائص أهمها:

التوافق: ودلائل ذلك، التوافق الشخصى، ويتضمن الرضا عن النفس، والتوافق الاجتماعى، ويشمل التوافق الأسرى والتوافق المدرسى والتوافق المهنى والتوافق الاجتماعى بمعناه الواسع.

الشعور بالسعادة مع النفس: ودلائل ذلك: الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماضٍ نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق، واستغلال والاستفادة من مسرات الحياة اليومية، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس وتقبلها والشقة فيها، وغو مفهوم موجب للذات، وتقدير الذات حق قدرها، وتذكر أنه ليس هناك مستحضرات للصحة النفسية مثل السعادة. وصدق من قال «اجعل السعادة عادة».

الشعور بالسعادة مع الآخرين: ودلائل ذلك: حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم، والاعتقاد فى ثقتهم المتبادلة، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة وقوية وصدقات اجتماعية متينة، والانتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعى المناسب والتفاعل الاجتماعى السليم، والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، والاستقلال الاجتماعى، والسعادة الأسرية، والتعاون وتحمل المسئولية الاجتماعية. لقد ذهب العلماء والفلاسفة من قديم الزمن إلى أن أساس السعادة الإنسانية هى: الإيمان، الحكمة، الشجاعة، العفة، العدالة، وهى قمة الكمالات الإنسانية.

تحقيق الذات واستغلال القدرات: ودلائل ذلك: فهم النفس والتقييم الواقعى الموضوعى للقدرات والإمكانات والطاقات، وتقبل نواحي القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعيا، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات حق قدرها، واستغلال القدرات والطاقات والإمكانات إلى أقصى حد ممكن، ووضع أهداف ومستويات طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها، وإمكان التفكير والتقرير الذاتى، وتنوع النشاط وشموله، وبذل الجهد فى العمل والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه، والكفاية والإنتاج.

القدرة على مواجهة مطالب الحياة: ودلائل ذلك: النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش فى الحاضر والواقع، والبصيرة والمرونة والإيجابية فى مواجهة الواقع، والقدرة على مواجهة إحباطات الحياة اليومية، وبذل الجهود الإيجابية من أجل التغلب على

مشكلات الحياة وحلها، والقدرة على مواجهة معظم المواقف التي يقابلها، وتقدير وتحمل المسؤوليات الاجتماعية، وتحمل مسؤولية السلوك الشخصي، والسيطرة على الظروف البيئية كلما أمكن، والتوافق معها، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة.

النكامل النفسي: ودلائل ذلك: الأداء الوظيفي الكامل المتناسق للشخصية ككل (جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا، والتمتع بالصحة والعافية ومظاهر النمو العادي).

السلوك العادي: ودلائل ذلك: السلوك السوي المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي، والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس.

العيش في سلامة وسلام: ودلائل ذلك التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية، والصحة الاجتماعية، والسلام الداخلي والخارجي، والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل. «تذكر أن كل إنسان مهندس لبناء مصيره فأحكم هندستك».

ومن أهم أهدافنا الوقاية:

أنت تعرف أن الوقاية خير من العلاج، وأن الوقاية تغني عن العلاج، وأن «جرام» وقاية أفضل من «كيلو جرام» علاج. عود نفسك صيانة شخصيتك واستشر الأخصائيين. واعلم أنه لا يوجد حتى الآن قطع غيار للشخصية. وتذكر أن الإيمان القوى يصلح فساد النفس وهو أكبر وقاية ضد صواعق الزمن وأسلحته النفسية.

ومن أهم أهدافنا أيضا زيادة سعادتك وتوافقك النفسي حتى يتحقق الوصول بك إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية.

نحن طريقنا الوقاية، وعملنا الإرشاد والعلاج النفسي، وهدفنا الصحة النفسية.

المشكلة

إذا كنت ترى إن سلوكك ليس كما تود أن يكون، وأنه مضطرب بدرجة تخرج عن السلوك العادي، بما يعوق حياتك العادية ويؤثر في حياتك الاجتماعية ويؤثر في سعادتك، فأنت في حاجة إلى مساعدة في حل مشكلتك.

تأكد أنك لست أنت الوحيد الذي تعاني من مشكلة. والمشكلات ليست قاصرة عليك وحدك، وأنت تعرف أنه لا يخلو إنسان من بعض المشكلات الانفعالية، أو المشكلات الاجتماعية، أو المشكلات التربوية، أو المشكلات الجنسية .. إلخ.

يقول المثل العامى: «اللى يبص لبلوة غيره هانت عليه بلوته».

ويقول الشاعر: فى كل بيت محنة وبلية ولعل بيتك إن شكرت أقلها
وقد نظن أنك تستطيع إدراك كل أبعاد مشكلتك وحلها بنفسك، ولكن من الأفضل أن تلجأ
إلى الأخصائيين لمساعدتك. ولا شك أن شخصين يفكران فى حل المشكلة أفضل من شخص
واحد، اسمع قول الشاعر: والعين تنظر منها ما دنا ونأى ولا ترى ما بها إلا بمرآة
والفرد القوى هو الذى يواجه مشكلاته مواجهة علمية واقعية، ويعلن الحرب على مشكلاته،
ولا يهرب منها، ولا يتجاهلها، بل يطلب المساعدة فى حلها.

اسمع قول الشاعر: إذا المشكلات تصدين لى كشفت حقائقها بالنظر
ومفتاح الصحة النفسية هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة: يعرف مشكلاته، ويحددها
ويدرسها، ويفسرهما ويضبطها، ويحولها من مشكلات تسيطر عليه، إلى مشكلات يسيطر هو
عليها. إذا كانت مصيبتك قوية فكن أقوى منها.

تذكر أن المشكلات الصغيرة إذا لم تحدد وتحارب ويقضى عليها فى مهدها، نمت وكبرت،
ولذلك يجب عمل حسابها وعدم الإقلال من شأنها مهما تضاءلت بجانب المشكلات الكبيرة،
فالضوء الخافت لا يزول لوجود نور قوى ولكنه يتضاءل بجانبه، إلا أن أثره لا يزال موجودا
وأصل الشر شرارة. والمشكلات التى نتعرض لها تبدأ أصغر من أن نشعر بها إلى أن تصبح أقوى
من أن نحطمها .

لا تطلب منا معرفك مشكلتك تلقائيا ، فالمعالج دكتور وليس منجما.

فكر جيدا وبتريز وحدد، ما المشكلة؟

أسباب المشكلة

لا شيء يأتى من لا شيء،

«ولا دخان بدون نار». ولكل مشكلة سبب أو أسباب. وإذا ظهر السبب بطل العجب. قد
تفكر فى بعض الأشياء التى تعتقد أنها سبب المشكلة، ولكن تذكر أن «ما خفى كان أعظم».
والظاهر من الأسباب قد يكون قليلا إذا قورن بالكثير الخفى، تماما كما فى جبل الثلج فى البحر،
الظاهر منه أقل بكثير من الجزء الخفى.

يقول الشاعر: ولرب بؤس فى الحياة مقنع أربى على بؤس بغير قناع

ومن المبادئ الأساسية فى أسباب المشكلات النفسية مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب. والحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها راجعا إلى سبب واحد. وقد تكون الأسباب داخلية فى الإنسان (جسمية ونفسية) وقد تكون خارجية فى البيئة (مادية واجتماعية).

وهناك أسباب أصلية تمهد لحدوث المشكلة ونهىء الفرد وترشحه للاضطراب مثل: العيوب الوراثية، والاضطرابات الجسمية، وانهيار الوضع الاجتماعى، والخبرات الأليمة خاصة ما كان منها له تاريخ طويل وجذور عميقة فى حياتك.

وهناك أسباب مساعدة وهى الأحداث الأخيرة السابقة لظهور المشكلة مباشرة والتى تعجل بظهورها مثل: الأزمات الاقتصادية، والصدمات الانفعالية، والأمراض الجسمية، والإصابات، والإجهاد، والضعف العام، وغير ذلك من عوامل التفجير للمشكلات.

وقد تكون الأسباب حيوية مثل: اضطرابات أجهزة الجسم، والأمراض، والتسمم، والإصابات، واضطرابات خاصة بالبلوغ الجنسى، والزواج.. إلخ؛ واضطرابات وراثية مثل العاهات والتشوهات الخلقية وغيرها.

وقد تكون أسبابا نفسية مثل: الصراع، والإحباط، والحرمان، والعدوان والخبرات السيئة أو الصادمة، ونقص النضج النفسى، والعادات غير الصحية، والإصابة السابقة بالمرض النفسى.

وقد تكون أسبابا اجتماعية فى الأسرة متعلقة بالوالدين أو الأولاد أو الإخوة أو الزوج فى المدرسة أو فى العمل مثل: سوء التوافق وسوء الأحوال الاقتصادية أو البطالة، أو مع أصدقائك مثل: الصحبة السيئة والضلال... إلخ.

هذه الأسباب عامة ولا تنطبق على كل الناس. ونحن نعرف أن «النار التى تذيب الدهن هى نفسها التى تجعل البيض يتجمد».

وأنت تعرف أن الذى يأكل طعاما عاديا يفيد جسمه، أما الذى يأكل طعاما مسموما فقد يقضى عليه، كذلك فإن الذى يمر بخبرات عادية تصقل شخصيته وتنميها، أما الذى يمر بخبرات أليمة فإنها قد تعصف بشخصيته وتخطمها.

تذكر أن صدمة واحدة قد لا تؤثر فى بناء الشخصية، ولكن تكرار الصدمات يصدعه والانفجار ينسفه.

نرجو أن تساعد فى أن نضع أيدينا على الأسباب الحقيقية الخاصة بالمشكلة.

قل بصدق وأمانة، ما أسباب مشكلتك، كما تراها أنت؟

أعراض المشكلة

الأعراض هى العلامات السلوكية التى تدل على وجود المشكلة، لن تكون كلها لديك ولكن قد تلاحظ وجود واحد أو أكثر منها، وقد يكون بعضها واضحاً من السهل إدراكها، وقد تكون مختفية ليس من السهل إدراكها. ولا يخلو إنسان من الأعراض، ولكن قد تكون الأعراض موجودة بدرجة عادية وليست مرضية.

وللأعراض رموز ومعان ووظائف وأهداف لا بد من معرفتها.

والأعراض إما داخلية مثل الخوف، أو خارجية مثل تصبب العرق، وهى إما عضوية المنشأ واضحة، وإما نفسية المنشأ.

ومن الأعراض مايلى:

اضطرابات الإدراك: مثل : الهلوسات كأن يرى الفرد أشياء أو يسمع أصواتاً ويشم روائح لا وجود لها، والخداع كأن يرى الفرد أشياء أو يسمع أصواتاً أو يشم روائح موجودة فعلاً ولكن فى صورة خاطئة مختلفة عن واقعها، واضطرابات الحواس بالزيادة أو النقصان.

اضطرابات التفكير: مثل : التفكير غير المنطقى أو المشتت أو الوسواسى أو المتناقض ، والأوهام، والمخاوف... إلخ.

اضطرابات الذاكرة: مثل : النسيان، وفقد الذاكرة.

اضطرابات الوعي والشعور: مثل : الدھول، والھذيان.

اضطرابات الانتباه: مثل : قلة الانتباه، والسرھان، والسهيان، والانشغال.

اضطرابات الكلام: مثل : اللجلجة، واحتباس الكلام.

اضطرابات الانفعال: مثل : القلق، والاكتئاب، والتوتر، والفرع، والتبلىد، واللامبالاة، ونقص الثبات الانفعالى، والشعور بالذنب، والحساسية الانفعالية.

اضطرابات الحركة: مثل : النشاط الزائد، أو الناقص أو المضطرب، وعدم الاستقرار، واللازمات الحركية، والعدوان.

اضطرابات المظهر العام: مثل : اضطراب تعبيرات الوجه، وسوء حالة الملابس، والفوضى.

اضطرابات التفھم: مثل : اضطراب الإدراك الواعى، واضطراب إدراك مضمون الشعور.

اضطرابات البصيرة: مثل : عدم إدراك طبيعة المشكلة وأسبابها وأعراضها.

الاضطرابات العقلية؛ مثل : الضعف العقلى، والخلل.

اضطرابات الشخصية؛ مثل : الانطواء، والعصابية.

اضطرابات السلوك الظاهر؛ مثل : السلوك الشاذ الغريب.

اضطرابات الغذاء؛ مثل : فقد الشهية، والإفراط فى الأكل.

اضطرابات الإخراج؛ مثل : التبول اللاإرادى، والإمساك أو الإسهال العصبى.

اضطرابات النوم؛ مثل : كثرة النوم، والأرق، والمشى أثناء النوم، والأحلام المزعجة، والكابوس.

سوء التوافق؛ مثل : سوء التوافق الصحى، أو الشخصى، أو الاجتماعى، أو الأسرى، أو التربوى، أو المهنى.

الانحرافات الجنسية؛ مثل : الجنسية المثلية، والعادة السرية، والإفراط أو الضعف الجنىسى.. إلخ.

اضطرابات الإحساس؛ مثل : ضعف البصر، وقصور حاسة الشم، وتبلد الحس.

الاضطرابات العصبية؛ مثل : التشنج، والصرع، والشلل.

الأعراض الاجتماعية؛ مثل : سوء التوافق الاجتماعى، والسلوك المضاد للمجتمع.

هذه هى أهم الأعراض ، قد يكون بعضها لديك وأنت تعرفها أكثر من غيرك. لا تحاول أن

تقول: وفى النفس حاجات وفيك فطانة سكوتى بيان عندها وخطاب

نرجو أن تحدد بدقة ومسئولية: ما أعراض مشكلتك كما تشعر بها أنت؟

الفحص

الفحص والبحث والكشف الدقيق هو أهم شىء فى التشخيص الموفق والإرشاد السليم والعلاج الناجح.

وهذا الفحص هو فهم شخصيتك . نريد أن ندرس شخصيتك بطريقة الفحص الشامل

الدقيق. نريد معرفة نواحي ضعفك، وتحديد المشكلات التى تؤثر على سعادتك وصحتك

النفسية، وفهم حياتك الحاضرة والماضية وتطلعاتك للمستقبل، وعلاقة كل هذا بمشكلتك. نريد

أن ندرس المشكلة طولا وعرضا وعمقا. نريد أن نجمع كل المعلومات المتعلقة بالمشكلة وأسبابها

وأعراضها وتاريخها ومحاولاتك لحلها.

ومن شروط الفحص الدقيق أن تعاون فى أن يكون صادقاً وموضوعياً، وأن تبذل أقصى جهد فى هذه العملية، وأن تكون مهتماً بها تماماً.

فكر فى نواحي قوتك كما تفكر فى نواحي ضعفك. فكر فى أجمل خبراتك كما تفكر فى أسوأ خبراتك. فكر فيما يعجبك فى نفسك كما تفكر فيما لا يعجبك فى نفسك.

تكلم عن حاجاتك المشبعة وغير المشبعة.

تحدث عن ذاتك (عن نفسك) كما تدرکها، وكما هى فى الواقع الآن. وتحدث عن ذاتك فى رأى الآخرين. وتحدث عن ذاتك كما تود أن تكون.

اكشف لنا عن ذاتك الخاصة؛ وعن عالمك الخاص. الدخول إلى عالمك الخاص أمر هام جداً. اجعل نفسك كتاباً مفتوحاً حتى يمكن إن نقرأ وإن نفهم وأن نساعد. لكى يعالجك طبيب الأسنان لابد أن تفتح له فمك، ولكى يعالجك الطبيب الباطنى لابد أن تكشف له عن جسمك وترشده إلى مكان شكواك. والمعالج النفسى لكى يعالجك لابد أن تكشف له عن شخصيتك وترشده إلى مشكلتك الخاصة حتى وإن اعتبرتها «عورة نفسية» وأخفيها عن الناس، لا تحجبها عن المعالج.

ليس هناك من هو أعرف بنفسك منك. وأحسن طريقة لفهم سلوكك هى من وجهة نظرك أنت. لذلك نرجو أن تتعاون معنا وأن تهتم بعملية الفحص وتساعدنا حتى نستطيع أن نساعدك. إننا نثق فى تقريرك الذاتى عن نفسك.

وصدق من قال: إن رب البيت أدرى بالذى فيه يكون

كن صادقاً فى ذكر المعلومات وفى إجاباتك إلى أقصى حد، فكلما كنت صادقاً كان ذلك فى صالحك. كن صريحاً فى عرضك للمشكلة إلى أبعد الحدود. لا تخف. لا تخف شيئاً فكلما زادت صراحتك توصلنا بسرعة إلى حل المشكلة. كن شجاعاً، بلور أفكارك أكثر، أخرج كل ما يجثم على صدرك من مشكلات، وألق عن كاهلك كل ما يثقله من متاعب. قل حكايتك من الألف إلى الياء. أقدم وقل كل شيء. لا تقدم ساقاً وتؤخر أخرى. اعمل شيئاً. لا تقف مكتوف اليدين «تتفرج على نفسك وتفرج الناس عليك». يجب أن تعرف أن من كتم سره عن المعالج فقد خدع المعالج وخان نفسه.

قد يحتاج الأمر إلى إجراء بعض الاختبارات النفسية للكشف عن قدراتك وأبعاد شخصيتك. وقد يلزم عمل بحث اجتماعى يتناول مشكلات الأسرة والمدرسة أو العمل أو المجتمع. وقد يلزم إجراء فحص الجهاز العصبي. وقد يستدعى الحال إجراء فحص طبي عام.

إننا نفحص كل كبيرة وصغيرة، فأنت تعرف أن ثقباً صغيراً فى الجدار الذى يحجب الحقيقة يفسح مجال الرؤية من خلفه.

قد يستلزم الحال الاستشارة برأى الآخرين، إذا وافقت أنت على هذا. وقد يستدعى الأمر إحالتك إلى أخصائى آخر، إذا وافقت على ذلك أيضاً.

نرجو ألا يضايقك كتابة بعض المذكرات المختصرة (فى شكل رموز لا يفهمها غيرنا) أثناء الفحص وخلال الجلسات الإرشادية والعلاجية لأن ذلك ضرورى لدراسة كل نقطة أولاً بأول، وحتى لا ننسى، وحتى نعرف مقدار ما تحقق من نجاح عملية الإرشاد والعلاج. هناك قول معروف وهو أن «أضعف حبر أفضل من أقوى ذاكرة».

تأكد أن ما نكتب هو «سرى للغاية».

وتذكر: «ماذا ينفع الإنسان لو ربح العالم كله وخسر نفسه» (من الكتاب المقدس). ساعدنا فى عملية الفحص. كن شجاعاً. كن صريحاً. كن صادقاً.

التشخيص

التشخيص المبكر الدقيق هام جداً وفى مصلحتك.

وهدف التشخيص هو تحديد المشكلة أو الاضطراب أو المرض، وهذا هو الأساس لتحديد الإرشاد الدقيق والعلاج السليم المناسب.

إننا سوف نجمع معاً المعلومات التى نحصل عليها خلال عملية الفحص.

نريد معاً أن نعرف أصل وطبيعة ونوع المشكلة. نريد معاً أن نجمع الأعراض ونحدد المشكلة ونشخص المرض.

والتشخيص الناجح يساعد على التنبؤ بمستقبل الإرشاد والعلاج. ولاحظ أنه كلما عرفت الأسباب بدقة، واتضحَت الأعراض بوضوح، وكان الفحص شاملاً، والتشخيص دقيقاً، وإذا بدأ العلاج مبكراً، وإذا تحملت مسئولياتك فى عملية الإرشاد والعلاج بتعاون صادق، كان التنبؤ بنجاح عملية الإرشاد والعلاج كبيراً جداً إن شاء الله. وإذا تم هذا بنجاح فإن التشخيص الناجح سوف يساعد على اختيار أنسب طرق الإرشاد والعلاج.

وتأكد أننا بعد أن نشخص المشكلة بدقة فإنها سوف تكون «شدة ونزول»

اسمع قول الشاعر: عقدة حلها عسير ولكن ربُ عسر أحاله الله يسراً

واسمع قول شاعر آخر:

ولرب نازلة يضيق بها الفتى ذرعا وعند الله منها المخرج
ضائق فلما استحسنت حلقاتها فرجت وكنت أظنها لا تفرج

وتذكر دائما قول الله تعالى: ﴿إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا﴾.

عملية الإرشاد والعلاج النفسى

عرفت كيف تتعدد أنواع المشكلات وكيف تتعدد أسبابها وكيف تتعدد أعراضها.

والآن لابد أنك توافق معنا أن لكل مشكلة طريقة وأسلوبا معيناً فى علاجها.

العلاج سهل ميسور لو سار كما نرجو إن شاء الله.

اسمع قول الله تعالى: ﴿الَّذِى خَلَقْنِىْ فَهُوَ يَهْدِىْ * وَالَّذِى هُوَ يُطْعِمُنِىْ وَيَسْقِىْ * وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِىْ﴾.

واسمع حديث رسول الله ﷺ: «ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء». اطمئن جداً، فكثيرون قبلك كانوا يعانون من مشكلات أخطر من مشكلتك بكثير، وعن طريق الإرشاد والعلاج النفسى حلت مشكلاتهم ويعيشون الآن فى سعادة تامة.

نرجو أن يكون انجهاك نحو عملية الإرشاد والعلاج انجهاها موجبا وحسنا.

إننا نضع بالاشتراك معك خطة للعلاج، نحن مسئولون عن صحتها، وأنت مسئول عن تنفيذها وترجمتها إلى سلوك. نريد أن نضع أولا خطة قريبة المدى، وثانيا خطة بعيدة المدى.

والعلاج النفسى فى جوهره توجيه إرشاد، تطهير وتطمين، استبصار وتحصين، تقييم وتقويم، تعلم ونمو.

وقد يكون الإرشاد والعلاج عبارة عن استشارة نفسية أو إرشاد نفسى، فردى أو جماعى، يبنى أو اجتماعى، مطول أو مختصر، بالعمل أو بالترويح، طمى أو دينى... إلخ.

لا تلجأ إلى غير المختصين للعلاج النفسى. لا تلجأ إلى مدعى العلم والدجالين والمشعوذين. صحيح أن «الفرقان يتلقف على قشاية، كما يقول المثل، ولكن تأكد أن اللجوء إلى غير المختصين فى العلاج أمر فى غاية الخطورة، ويضر أكثر مما ينفع. اسمع المثل العربى: «أعط القوس باربها». واسمع المثل العامى: «أعط العيش لخبازه».

وعملية الإرشاد النفسى تسير كما يلى:

تهيئة جوارشادى علاجى سار مشبع بالأمن: والفهم والراحة والأمل، خال من التهديد والتوتر والقلق، ويتيح فهم السلوك، قوامه ثلاثة أعمدة أساسية هى: الثقة والصراحة والسرية، جو يتيح لك أن تقول كل شىء، ويتيح الإجابة عن كل أسئلتك والاستجابة لكل تعليقاتك مع الاحتفاظ بكل أسرارك.

إقامة علاقة إرشادية علاجية بين الطرفين: أساسها الفهم المتبادل والشقة المتبادلة والاحترام المتبادل والتعاون المتبادل، وتحمل المسئولية الملقاة على عاتق كل منا. نحن نثق فيك بدون شروط، وأنت تثق فينا بدون شروط. ونريد معا أن نستكمل العلاج ونحل المشكلات بدون شروط. تأكد أن أى شرط يوضع يكون بمثابة العقدة فى المنشار، يعرقل العمل. نريد أن نعمل معا بشجاعة وجد وإخلاص ومثابرة جهد الطاقة. نحن نحتاج إلى الصبر الجميل وطول البال حتى نبلغ الأمل. ولا شك أن «الصبر مفتاح الفرج»، وأن «الدواء الناجح فى شفاء أمراض النفس هو الأمل».

التداعى العراوالترباط الطليق: حيث يرجى ألا تتردد فى ذكر أى شىء وكل شىء خاص بالمشكلة دون قيد أو شرط، وحيث تترك العنان بحرية لأفكارك وخواطرك واتجاهاتك وصراعاتك ورغباتك ومشاعرك وخبراتك تسترسل بطلاقة من تلقاء نفسها دون تحفظ مهما بدت تافهة أو معيبة أو مخجلة أو محرجة أو بغيضة أو مؤلمة.

التفسير: حيث يتم تفسير كل ما يدور أثناء عملية الإرشاد والعلاج فى وضوح كامل وصحيح ومنطقى وعلمى وسهل ومفهوم.

التطهير أو التفريغ الانفعالى: حيث تفرغ ما بنفسك من انفعالات وتنفسها وتتخلص من حمولة نفسك وتطهرها من الشحنات النفسية. تذكر أن حمولتك النفسية لا بد أن تتناسب مع قوتك وطاقتك وقدرتك على التحمل، وأنه يجب دائماً التخلص من الحمولة النفسية الزائدة خاصة إذا كانت قوتك محدودة ومع مرور الزمن. لا تحبس شيئاً عنا، حتى أسرارك لا تجعلها تضايقك أكثر من ذلك. اعلم أن المشكلة النفسية فى حياتك كجمرة النار فى يدك، وكالشوكة فى قدمك، أخرجها أولاً وبأسرع ما يمكن وطهر مكانها. ويمكن تشبيه عملية التفريغ الانفعالى بعملية التحنيط، أى سحب الروح الانفعالية من الخبرة المخيفة فتصبح رغم ظهورها فى حيز الشعور غير مخيفة. والخبرة الانفعالية المخيفة المتربصة بالفرد مثلها كمثل الوحش المفترس يخيف باستمرار حتى وهو بعيد، أما عندما تفرغ الخبرة وتظهر من شحتها الانفعالية تكون مثل الحيوان المحنط،

كان وحشا مفترسا يخيف فعلا ولكن تم صيده والسيطرة عليه وسحب روحه ونخيطه فأصبح رغم وجوده معنا لا يخيف. نرجو أن تتكلم بانطلاق وتظهر مافيك على فيك.

اسمع قول الشاعر:

هم أطلقوا الحزن فارتاحت جوانحهم وما استرحت بحزن فى مدفون

الاستبصار؛ أى فهم الواقع وطبيعة الإنسان، وذلك بالتعرف على نواحي قوتك وإيجابياتك فتزيدها، وعلى نواحي ضعفك وسلباتك فتعالجها وتحولها إلى مصادر قوة وإيجابية، وتنمو بصيرتك وتستفيد من ماضيك وحاضرك فى التخطيط المستنير لمستقبلك. إننا سوف ندرس كل خبراتك المؤلمة السابقة. وإذا كانت إحدى هذه الخبرات المؤلمة قد استبدت بك فسوف نعمل سويا على تحويلها من خبرة مؤلمة إلى خبرة معلمة. اسمع المثل القائل: «ما ضاع من مالك ما علمك» والقائل: «الخسارة اللى تعلم مكسب».

التعلم وإعادة التعلم؛ حيث نتعلم سويا أساليب السلوك السوى، مما يساعد على النمو السوى، وطرق حل المشكلات الشخصية والمشكلات بصفة عامة، وتحقيق التوافق النفسى السليم. لا تتردد فى أن تسأل عن أى شىء فى حياتك بخصوص سلوكك مهما كان خاصا. وسوف نزودك بذخيرة من المعلومات تفيدك فى حل المشكلات بل والوقاية من الأمراض النفسية. أعطنا أذنا واعية، فالهمسة الخفيفة فى الأذن الواعية خير من الصرخة المدوية فى الأذن الصماء. تذكر أنه «ويل لمن لا يعلم، وويل لمن علم ثم لم يعمل». وتأمل المثل الصينى: «إذا جاءك طفل جائع فلا تعطه سمكة، ولكن علمه كيف يصيد السمك، فأنت إذا أعطيته سمكة فقد أطعمته يوما، ولكن إذا علمته الصيد فقد أطعمته طول العمر».

نمو الشخصية؛ من كافة جوانبها (جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا)، وتحديد فلسفة عامة فى الحياة أكثر واقعية، وتوفيقا، وتقبل الخبرات، وتقبل الذات، وتقبل الآخرين.

حل المشكلة وعلاجها؛ وأساس ذلك دراسة المشكلة طولا وعرضا وعمقا وإزالة أعراضها واقتلاع أسبابها من جذورها، لأننا إذا تركنا أسباب المشكلة وجذورها فسوف تنمو مشكلات جديدة، وكذلك استعراض محاولات حلها، ووضع الحلول والحلول البديلة والاختيار بينها وتنفيذ ما ترتضيه. نريد أن نحل العقد التى أصابت خيوط حياتك، وكل عقدة لها حلال. إننا لن نقطع أى عقدة نستطيع حلها، وسوف نحاول ربط أى خيط قد قطع. ويجب ألا ننسى أن حل المعقد يبدأ من أيسر خيوطه. وأهم شىء هو محاولة حصر المشكلة لا تفجيرها، وحلها لا تعقيدها. سيطر

أنت على المشكلة ولا تترك المشكلة تسيطر عليك. سوف تبدأ بنفسك. تذكر أن سعادتك بين يديك. ساعدنا فى تحقيق تقدم فى العلاج. وتحمل معنا مسؤولية ذلك. لا تطلب حلولاً جاهزة أو عمل معجزات. فالمعالج دكتور وليس ساحراً. استفد من تجارب الحكماء لكى تحل مشكلاتك كما يحلها العظماء، فعليك أن تحدد مشكلتك، واقصرها على المهم، وتخلص من التفاهات، وقرر خطة لحلها، ثم لا تدع شيئاً يمنعك عن تنفيذها.

تعديل السلوك: لاحظ أن الإرشاد والعلاج النفسى يتضمن تعديل بعض أنماط السلوك وترويض النفس فى شىء من الصبر والمهارة والأمل. وهكذا وعندما نتجح إن شاء الله سوف يحدث تعديل فى سلوكك ستلمسه، تعديل من السيء إلى الحسن، ومن الغريب إلى المألوف، ومن الشاذ إلى العادى، ومن اللامتوافق إلى المتوافق. قد تجد كل شىء فى أوله صعباً. ردد قول الحكيم: «اللهم هبنى القوة لتغيير ما أستطيع تغييره من الأمور، والصبر على ما لا أستطيع تغييره من الأمور، والحكمة للتمييز بين هذه وتلك. نريد أن نضع بعض أولويات متسلسلة للعمل نسير فى تنفيذها خطوة خطوة. يجب أن نركز البصر على الواضح قبل أن نبحث فى الغامض والمبهم والخفى، ويجب أن نستوفى بحث وإنجاز البسيط القريب قبل أن نشغل بالمعقد والبعيد. ويجب أن نرتب إمكاناتنا فى شكل واقع وممكن ومستحيل. ولا نريد أن نترك الممكن فى طلب المستحيل. إذا قلت لا أقدر فسنقول لك حاول، وإذا قلت لا أعرف فسنقول لك تعلم، وإذا قلت مستحيل فسنقول لك جرب. واسمع حديث رسول الله ﷺ: «إذا أمرتكم بشىء فأتوا منه ما استطعتم، وإذا نهيتكم عن شىء فاجتنبوه». تذكر أنك إذا لم تكن تستطيع أن تعدل سلوكك وتصلح نفسك، فكيف تطمح أن تصلح أنت أو نحن الكون من حولك. تذكر دائماً سلطان الإرادة وقوة العزيمة. اسمع قول الشاعر:

كل صعب من الأمور إذا ما صادف العزم صار بالعزم سهلاً

إنهاء عملية الإرشاد والعلاج: قد تقصر العلاقة الإرشادية العلاجية أو تطول. ويحدد إنهاءها تحقيقنا للهدف، وشعورك بقدرتك على الاستقلال والثقة بالنفس، والقدرة على حل مشكلاتك مستقبلاً، وشعورك العام بالتوافق النفسى والصحة النفسية.

المتابعة: تأكد أننا لن نتخلى عنك، ولابد من التأكد عن طريق المتابعة من تمام شفائك وسعادتك. ولذلك بعد تمام الإرشاد والعلاج إن شاء الله لابد من استمرار الاتصال بين الحين والحين. وهذا يستدعى الاحتفاظ بعنوانك ورقم تليفونك إن وجد. لاحظ أن أبوابنا مفتوحة

وصدورنا رحبة دائما... إنك نستطيع أن تعود فى أى وقت تشعر فيه بالحاجة إلى الاستشارة النفسية.

خاتمة

الإرشاد والعلاج النفسى يستغرق بعض الوقت، ولا يقاس زمنه بالساعات ولكن بالخبرات، ويحتاج إلى عدة جلسات. ومدة الجلسة ساعة. وفى نهاية كل جلسة نتفق على موعد الجلسة التالية. ويجب المحافظة على مواعيد الجلسات بغاية الدقة والاستعداد لها، وذلك لمصلحتك وحتى يتم العلاج بنجاح. ونرجو ألا تتعجل وتحكم على مدى نجاح عملية الإرشاد والعلاج بعد عدد محدود من الجلسات، ولكن يجب الانتظار حتى تتم العملية، وستتم بنجاح إن شاء الله. وسوف يأتى الوقت الذى تقول فيه كما قال الشاعر:

ولقد طالما شقيت ولكن أدركتنى على يدك السعادة

والآن نرجو أن تكون قد استوعبت هذه المقدمة.

ولنعمل على بركة الله لنحقق هدفنا «الصحة النفسية».

والله الموفق

ملحق «٢»

اختبار مفهوم الذات الخاص (١)

تأليف

الدكتور حامد زهران

(لا تكتب اسمك) ولكن اكتب الرقم الذى يحدد لك بين هذين القوسين ()
 الجنس (ذكر / أنثى): المدرسة أو الكلية أو المهنة:
 مستوى التعليم (ابتدائى / إعدادى / ثانوى / عال): السن:
 الحالة الاجتماعية (متزوج / أعزب / مطلق / أرمل): تاريخ اليوم:

التعليمات

فيما يلى ستون جملة ناقصة. اقرأ كل واحدة منها وأكملها بكتابة أول ما يرد إلى ذهنك. اعمل بأسرع ما تستطيع لا تترك جملة دون أن تكملها. إذا لم تتمكن من إكمال جملة ما، ارسم دائرة حول رقمها، ثم عد إليها لتكملها فيما بعد. ضع نجمة * أمام الأشياء التى تعتبرها هامة وتستحق عناية خاصة. تأكد أن هذا الاختبار سرى للغاية.

- ١- الشيء الذى لا يعجبني فى نفسى هو ...
- ٢- أخطر نقطة ضعف فى شخصيتى ...
- ٣- أكثر ما يشعرنى بالنقص هو ...
- ٤- أصعب مشكلة فى أسرتى هى ...
- ٥- أهم سر فى أسرتى هو ...
- ٦- أكبر خطأ فى أسرتى هو ...
- ٧- أسوأ ما فعل أبى هو ...
- ٨- أسوأ ما فعلت أمى هو ...
- ٩- مع أصدقائى من الذكور نتحدث سرّاً فى ...
- ١٠- مع صديقاتى من الإناث نتحدث سرّاً فى ...

(١) حدث تعديل على فقرات اختبار مفهوم الذات الخاص الذى نشر فى بحث سابق (حامد زهران، ١٩٧٢). والصورة الحالية تضم بدايات الجمل وراء بعضها، أما فى نسخ الإختبار العادية فبعد كل جملة سطران.

- ١١- أكبر كذبة كذبتها فى حياتى هى ...
- ١٢- أكبر خسارة فى حياتى هى ...
- ١٣- أنعس يوم فى حياتى هو ...
- ١٤- أكثر شىء أخاف منه هو ...
- ١٥- أخطر ما يهدد حياتى فى الوقت الحاضر هو ...
- ١٦- أخطر ما يهدد مستقبلى هو ...
- ١٧- الموضوع الذى خجلت أن أناقشه مع أحد حتى الآن هو ...
- ١٨- السؤال المحرج الذى لم أستطع أن أوجهه لأحد حتى الآن هو ...
- ١٩- الذكري التى تلح على وأتمنى أن أنساها هى ...
- ٢٠- الشىء الذى يملأ تفكيرى كثيراً ولم أصارح به أحد حتى الآن هو ...
- ٢١- المشكلة التى لا أقولها لأحد ولكنى أقولها للدكتور هى ...
- ٢٢- أكبر سر فى حياتى أخفيه عن الناس هو ...
- ٢٣- الشىء الذى لا أذكره إلا وأنا أتوب إلى الله هو ...
- ٢٤- أكبر ذنب ارتكبته فى حياتى هو ...
- ٢٥- السلوك الذى أندم على أنى فعلته هو ...
- ٢٦- الشىء الذى يعذب ضميرى حين أتذكره هو ...
- ٢٧- الشىء الذى أعمله بدون رضا عنه هو ...
- ٢٨- أقبح خطأ ارتكبته فى حياتى هو ...
- ٢٩- أسوأ خبرة فى حياتى هى ...
- ٣٠- أسوأ شخص عرفته فى حياتى هو ...
- ٣١- أخطر شىء يشوه سمعتى هو ...
- ٣٢- أكبر مصيبة تنغص حياتى هى ...
- ٣٣- الشىء الذى حرصت ألا يعرفه أبى وأمى هو ...
- ٣٤- الشىء الذى أحرص ألا تعرفه زوجتى (أو زوجى) هو ...
- ٣٥- السلوك الشاذ الذى قمت به فى الماضى هو ...
- ٣٦- السلوك الشاذ الذى أقوم به فى الوقت الحاضر هو ...

- ٣٧- أكثر ما يقلقنى بخصوص الحياة الزوجية هو ...
- ٣٨- الشئ الذى أحاول أن أعمله ولكنى أخشى عواقبه هو ...
- ٣٩- أكبر ما يشغلنى جنسيا هو ...
- ٤٠- أهم أسرار حياتى الجنسية هو ...
- ٤١- أغرب ما حدث فى طفولتى هو ...
- ٤٢- أسوأ ما حدث فى سن المراهقة هو ...
- ٤٣- أخطر ما حدث فى المدرسة هو ...
- ٤٤- أسوأ ما حدث فى العمل هو ...
- ٤٥- أخطر ما أعانى منه من الناحية الصحية هو ...
- ٤٦- أشد ما يقلقنى من الناحية الجسمية هو ...
- ٤٧- أخرج موقف وقفته فى حياتى هو ...
- ٤٨- أسخف مقلب تورطت فيه فى حياتى هو ...
- ٤٩- أسوأ ما يقوله الناس عنى هو ...
- ٥٠- أسوأ ما أظنه فى الناس هو ...
- ٥١- أسوأ ما فى معظم النساء هو ...
- ٥٢- أسوأ ما فى معظم الرجال هو ...
- ٥٣- أسوأ ما فى معظم البنات هو ...
- ٥٤- أسوأ ما فى معظم الأولاد هو ...
- ٥٥- الأمل الذى أحاول أن أحققه ولكنى لم أحققه حتى الآن هو ...
- ٥٦- هناك شئ هام لم يرد فى هذا الاختبار هو ...
- ٥٧- الخلاصة أن أخطر ما فى الموضوع هو ...
- ٥٨- الذى يسبب كل متاعبى هو ...
- ٥٩- أغرب ما ألاحظه فى سلوكى هو ...
- ٦٠- أعتقد أن حالتى سوف تتحسن لو ...

ملحق ٣، مقياس «ك»

إعداد

الدكتور حامد زهران

الاسم: تاريخ اليوم: / /
 الجنس (ذكر/ أنثى): تاريخ ميلادك: / /
 المدرسة أو الكلية أو المهنة: العمر: يوم شهر سنة

التعليمات

- املأ البيانات الخاصة بالاسم والجنس والمدرسة... إلخ.
- فى هذا المقياس أربعون جملة تمثل عينة من السلوك الاجتماعى فى الحياة اليومية.
- المطلوب قراءة الجمل الواحدة تلو الأخرى والاستجابة لها على النحو التالى:
- إذا كان ما تقوله الجملة يطابق سلوكك، تكون استجابتك «نعم»، ارسم دائرة حول كلمة نعم مقابل هذه الجملة.
- إذا كان ما تقوله الجملة لا يطابق سلوكك، تكون استجابتك «لا»، ارسم دائرة حول كلمة لا مقابل هذه الجملة.
- اقرأ الجمل بدقة، واستجب لكل منها.
- ليس هناك وقت محدد للاستجابة، ولكن حاول ألا تستغرق وقتاً طويلاً.
- مثال:

أتكلم اللغة العربية بطلاقة تامة نعم لا
 أتكلم اللغة الصينية بطلاقة نعم لا

الرجاء البدء فى الاستجابة للجمل فى الصفحتين التاليتين

- ١- أهتم بنفسى أولاً ثم بالآخرين بعد ذلك. نعم لا
- ٢- أكره أن يجاملنى أحد وأكره أيضاً أن أجامل الآخرين. نعم لا
- ٣- أعامل من هم أقل منى منزلة تماماً كما أعامل من هم أعلى منى منزلة. نعم لا
- ٤- أفضل الفوز على منافسى وأحب المكسب على الخسارة فى المباريات. نعم لا
- ٥- أعامل الناس بالمساواة الكاملة لا فرق عندى بين قريب وبعيد أو غنى وفقير. نعم لا
- ٦- إذا تعارضت مصلحتى مع مصلحة صديق فإننى أفضل مصلحتى أولاً. نعم لا
- ٧- أتلفظ أحياناً ببعض الكلمات المخلة بالأدب. نعم لا
- ٨- أعامل أولاد الأقارب والأصدقاء مثل معاملتى لأولادى أو إخوتى تماماً. نعم لا
- ٩- أحياناً أتحدث فى حق بعض الناس فى غيابهم. نعم لا
- ١٠- لجأت فى بعض الظروف إلى الوساطة لقضاء حاجة أو حل مشكلة. نعم لا
- ١١- أحياناً أؤجل إلى الغد ما يجب أن أعمله اليوم. نعم لا
- ١٢- لو تمكنت وتيقنت أننى لن أضبط فقد أغش فى مسابقة أو امتحان صعب. نعم لا
- ١٣- لقد خالفت بعض أوامر الوالدين عندما تعارضت مع رغباتى. نعم لا
- ١٤- إذا أرسل إلى أحد خطاباً فأننى أرد عليه فى نفس اليوم. نعم لا
- ١٥- لجأت مرة إلى الخداع والكذب على والدى للنجاة من العقاب. نعم لا
- ١٦- أقرأ كل مقال افتتاحى فى الجريدة اليومية. نعم لا
- ١٧- من الجائز أن أركب الأنوييس بدون تذكرة إذا تأكدت أنه لن يرانى أحد. نعم لا
- ١٨- تضطرنى الظروف إلى أن أكذب فى بعض الأحيان. نعم لا
- ١٩- إذا حصلت على درجات أو أشياء أكثر مما أستحق فإننى ألقت نظر المسئولين إلى ذلك. نعم لا
- ٢٠- أنا صريح وأجيب بصدق عن أى سؤال حتى إذا كان عن أسرارى وخصوصياتى الشخصية. نعم لا

٢١- إذا كنت فى الجمر ك فإنتى أعلن عن كل ما معى حتى لو تأكدت أن من

المستحيل الكشف عنه. نعم لا

٢٢- تراودنى أحيانا أفكار قبيحة لا يمكن التحدث عنها. نعم لا

٢٣- أحيانا أعبت فى بعض الأشياء التى لا تخصنى فى المنزل. نعم لا

٢٤- لو كنت مستغرقا فى التفكير وسألنى أحد عما أفكر فيه أقول له بدون تردد. نعم لا

٢٥- عندى أسرار خاصة لا يمكن أن أبوح بها. نعم لا

٢٦- كنت أحيانا أنحاز إلى جانب أحد والدى على حساب الآخر. نعم لا

٢٧- أستطيع أن أرى كل عيوبى وأستطيع أن أتغاضى عن عيوب الناس. نعم لا

٢٨- حدث مرة أن أسأت التصرف مع أحد والدى عندما كنت متضايقا. نعم لا

٢٩- أشعر أحيانا ببعض الضيق من أن مستوى بعض الأسر يفوق مستوى أسرئى. نعم لا

٣٠- إننى دائما أعمل المعروف مع أهله ومع غير أهلى. نعم لا

٣١- أحيانا أجدنى أفضل نفسى على أحد إخوتى أو أخواتى. نعم لا

٣٢- كل عاداتى طيبة ومرغوب وفيها. نعم لا

٣٣- أثور وأغضب أحيانا. نعم لا

٣٤- حدث أن انفعلت وثررت بشدة على أحد أصدقائى المقربين لخطأ ارتكبه. نعم لا

٣٥- يضايقنى أحيانا أن أمرض أو تسوء صحتى. نعم لا

٣٦- عندما كنت مراهقا كنت أفكر فى الأمور الجنسية. نعم لا

٣٧- أضحك أحيانا عندما أسمع النكت القبيحة. نعم لا

٣٨- أحب أن أظهر بمظهر الفاهم للأمور وأتحدث أحيانا عن أمور لا أعلم عنها شيئا. نعم لا

٣٩- أراعى دائما آداب المائدة عندما آكل وحدى فى منزلى كما لو كان يصحبنى

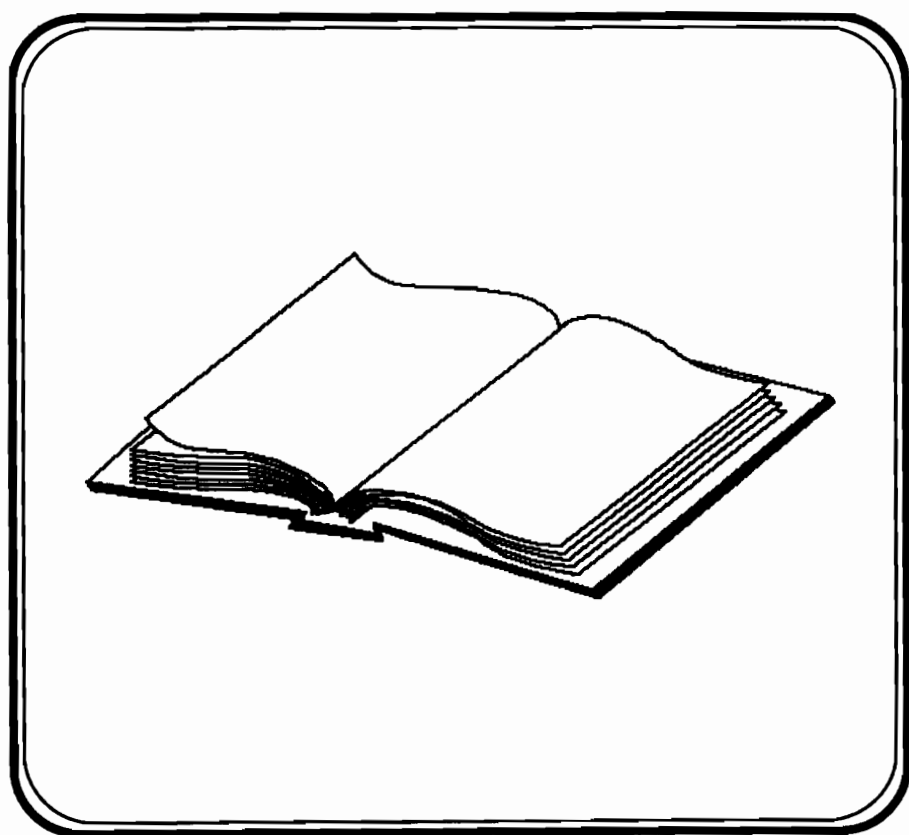
ضيف. نعم لا

٤٠- أحب أن أتعرف على الناس المهمين لأن ذلك يجعلنى أشعر بأننى مهم. نعم لا

المراجع

- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٢). مفهوم الذات الخاص فى التوجيه والعلاج النفسى. مجلة الصحة النفسية، العدد العلمى السنوى. ص ٢٣ - ٤٢.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٤). الصحة النفسية والعلاج النفسى. القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٦). مفهوم الذات والسلوك التربوى للمعلمين بين الواقع والمثالية. مجلة كلية التربية جامعة الملك عبدالعزيز بمكة المكرمة: العدد الثانى. ص ٢٠١ - ٢٤٥.
- Arneklov, B. L. (1972).** The use of defensiveness as a covariate of self-report in the assessment of self-concept among Navajo adolescents. Dissertation Abstracts International, 32 (7A), 3772-3773.
- Denton, J.L. (1972).** An investigation of the measurement of intensity and intimacy in the counseling relationship as related to affective results. Dissertation Abstracts International. 32 (9A), 4941.
- Goi, F.J. (1971).** The effect of actual therapy pretraining upon the depth of self-exploration of university counseling center clinic during the initial interview. Dissertation Abstracts International, 32 (2A), 1211-1212.
- Granoff, M. (1971).** An analysis of meanings and consequences of self-disclosing behavior. Dissertation Abstracts International, 32 (11A), 5844.
- Jones, L. K. (1972).** Relationship between self-disclosure and positive mental health, modeled self-disclosure, and socioeconomic status. Dissertation Abstracts International, 32 (9A), 4953-4954.
- Kaufki, M.A. (1971).** The effect of vicarious therapy pretraining upon the depth of self-exploration during the initial counseling interview. Dissertation Abstracts International, 32 (2A), 739-740.
- Kline, M. V. (1960).** The value and limitation of hypnosis in psychotherapy: Two clinical illustrations. Int. J. Clin. Exp. Hypnosis, 8(4), 263.

- Kurth, Suzanne B. (1972).** Determinants of verbal self-disclosure. Dissertation Abstracts International, 32 (7A), 4106.
- Margolis, G. F.(1972).** The use of poems in counseling theory and practice. Dissertation Abstracts International. 32 (7A), 3693.
- Rogers, Carl. (1942).** Counseling and Psychotherapy: New Concepts in Practice. Boston: Houghton.
- Rogers, Carl. (1946).** Significant aspects of client-centered therapy. Amer. Psychologist, 1, 415-422.
- Rogers, Carl. (1948).** Dealing with Social Tension: A presentation of Client-Centered Counseling as a Means of Handling Interpersonal Conflict. New York: Hids.
- Rogers, Carl. (1951).** Client-Contered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, Carl. (1959).** A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework. In Koch, S. (Ed.) Psychology: A Study of Science. Vol. III. For mulations of the Person and the Social Context. pp. 184-256. New York: McGraw-Hill.
- Rogers, Carl. (1960).** Significant Trends in the Client-centered Orientation. In progress in clinical psychology. Vol. 4. pp. 85-99. New York: Grune and Stratton.
- Straker, M. (1968).** Brief psychotherapy in an outpatient clinic: Evolution and evaluation. Amer. J. Psychiat. 124, 1219-1226.
- Tingley, C.O. (1971).** A study of the influence of client.counselor interpersonal compatibility on client self-exploration in the early process of the one-to-one counseling relationship. Dissertation Abstracts International. 32 (3A), 1285.
- Zahran, Hamed. (1966).** The Self-Concept in Relation to the Psychological Guidance of Adolescents: An Experimental Study. Ph. D. Thesis. University of London.
- Zahran, Hamed. (1967).** The Self-concept in the psychological guidance of adolescents. Brit. J. Educ. Psychol., 37, 225-240.



[١٦] العلاج النفسي التربوي للأطفال^(١)

مقدمة:

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج - وهو شخص مؤهل علمياً وفنياً - بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي، بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل (حامد زهران، ١٩٧٧).

ولقد اتسع ميدان العلاج النفسي ليشمل عدداً من الطرق منها: التحليل النفسي والعلاج النفسي الجماعي والعلاج الاجتماعي، والعلاج بالعمل، والعلاج باللعب، والعلاج السلوكي، والعلاج الممركز حول العميل، والعلاج النفسي الديني، والعلاج النفسي المختصر والإرشاد العلاجي، والاستشارة النفسية. وتزايدت الطرق المساعدة في العلاج مثل العلاج النفسي التدعيمي والعلاج بالقراءة والتأهيل الطبي وإعادة التعليم والعلاج التروحي والعلاج الرياضي والعلاج بالموسيقى والعلاج بالفن.

ومن بين ما تقدم طرق تهتم بالعلاج النفسي التربوي للأطفال مثل: العلاج باللعب والإرشاد التربوي، والإرشاد النفسي خلال العملية التربوية، والعلاج بالقراءة وإعادة التعليم. وقد تخصصت الكثير من المدارس في التربية الإرشادية أو التربية العلاجية^(٢).

والدارس والممارس للعلاج النفسي يجد أن المعالج يتلمس كافة الطرق لتعديل السلوك وتوجيهه إلى مسار نموه السوي. ويعمل كل من الوالدين والمربين على توفير الصحة النفسية في مراحل النمو المختلفة في سبيل تنشئة أفضل للإنسان ومشكلات أقل وقدرة على الوقاية وإمكان العلاج حين يحتاجون إليه (دحام الكيال، ١٩٧٣).

(١) مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ٣ (١٩٨٠). ص ١٦٧ - ١٩٤.

(٢) من الأمثلة على ذلك:

ولقد عكف الباحثون خلال الخمسينات على بلورة طريقة التوجيه النفسي النمائي Developmental Guidance مثل ليتل وتشابمان Little & Chapman (١٩٥٥).

وأخذت الجهود تنمو خلال الستينيات ونشرت الكتابات عن الإرشاد النفسي النمائي Developmental Counselling مثل دنكمير Dinkmeyer (١٩٦٦).

ومنذ أوائل السبعينات اهتم فريق من الباحثين الأمريكيين وعلى رأسهم ماري وود Mary Wood (١٩٧٥)^(١) ببلورة طريقة تجمع بين العلاج النفسي والعلاج التربوي يقوم بها مدرسون - معالجون بهدف تعديل السلوك وتصحيح مساره لتحقيق التقدم السوي في إطار منهج علاجي تربوي محدد. هذه الطريقة أطلق عليها اسم «العلاج التنموي» Devoepmental Therapy أو العلاج النفسي التربوي Psycho-educational Therapy. وفي الدول النامية بصفة عامة حيث ندرة المتخصصين في العلاج النفسي يجب الاهتمام بمثل هذه الطريقة التي يقوم بها متخصصون متوافرون نسبياً مثل المدرسين الذين يعدون ويدربون إعداداً وتدريباً خاصاً.

تعريف:

العلاج النفسي التربوي هو علاج الأطفال المضطربين اجتماعياً وانفعالياً وسلوكياً بواسطة المربين، وهو نموذج علاجي يهدف إلى تسهيل وتحقيق النمو العادي نحو النضج الاجتماعي والانفعالي والعقلي والجسمي من خلال استشارة السلوك السوي والتخلص من السلوك غير السوي.

ويقوم العلاج النفسي التربوي على أساس مبادئ ونظريات التعلم مثل الحوافز والدوافع للنجاح والإثابة والتعزيز... إلخ، لتحسين السلوك البناء وانطفاء السلوك المضطرب غير البناء، ويستغل العناصر الدينامية النفسية ذات الطبيعة المتغيرة مثل المشاعر والصراعات والاتجاهات والقيم ومفهوم الذات، ويستخدمها كعناصر قوية تساعد الطفل على الاستمرار في النمو السوي، ويستخدم الفنيات الخاصة بالعلاقة العلاجية والتربوية لتطوير شخصية الطفل وقدراته وسلوكه.

ويتم العلاج النفسي التربوي على خمس مراحل في إطار منهج علاجي له أربعة أهداف تنموية، ويتضمن خبرات سارة منظمة متتابعة تمثل خطوات في النمو نحو النضج.

وهكذا نجد أن العلاج النفسي التربوي يتعامل مع الطفل من خلال منظار النمو الاجتماعي

(١) من الذين اشتركوا مع ماري وود:

Carolyn Combs, W. W. Swan, L.R Bolster, Diane Weller, Ann Williams, Andrea Lamax, Marylyn Galewski, Cynthia Cook, Ola Jennings, A. Beardsly, Barbara Geter.

والانفعالى السوى، وهو بهذا يعتبر «نموذج غو» وليس «نموذج عجز»، فهو يؤكد العمليات العادية فى نمو الطفل، ويعمل على تقوية هذه العناصر كوسيلة لتدعيم النمو الاجتماعى والانفعالى، وهو إطار تنموى يمكن لتعديل السلوك وبوجهه إلى الأفضل وبأسلوب تربوى تطبيقى عملى فى فصل دراسى علاجى مزود بأدوات اللعب المناسبة ويضم جماعة من الأطفال يتراوح عددهم بين ٥-٨ وتتراوح أعمارهم بين ٣-٩ سنوات (ويمكن أن يستخدم مع الأطفال المعوقين حتى نهاية المرحلة الابتدائية).

ويقوم بالعلاج النفسى التربوى فريق يضم المدرس والمعالج النفسى، ومساعدى فنيين بالتعاون مع الوالدين.

افتراضات أساسية:

الطفل العادى قد يعانى من بعض مشكلات نفسية فى حياته اليومية لا تصل إلى درجة المرض النفسى، ويجب الاهتمام بحل وعلاج هذه المشكلات قبل أن يستفحل أمرها وتتطور الحالة إلى عصاب أو ربما إلى ذهان، أو على الأقل حتى لا تحول دون النمو النفسى السوى ودون تحقيق الصحة النفسية (حامد زهران، ١٩٧٧).

ويقوم العلاج النفسى التربوى الذى يركز على النمو السوى للطفل على افتراضات أساسية لها جذورها فى النظريات والبحوث فى ميادين نمو الطفل والعلاج النفسى والتربية الخاصة ونظريات التعلم وغيرها. وفيما يلى هذه الافتراضات:

١- تتداخل الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل مع الأداء الوظيفى العادى، ومن الصعب فصلها عنه. والعناصر الصحية العادية لدى الطفل المضطرب يتجاهلها الناس عادة، وقد يعتبرونها أحياناً غير عادية. ويمكن تطبيق ذلك عملياً بأن تتضمن خطة العلاج كلا من العناصر السوية والعناصر المضطربة لدى الطفل حتى لا يركز العلاج على المشكلات والنقائص ونقاط الضعف وحتى لا ينسى ويهمل القوى الصحية النامية - وهذا يستثير سرعة النمو والتقدم.

٢- تتابع العمليات العادية للنمو الجسمى والنفسى فى مراحل متتالية معروفة، وهذا التتابع يحدث فيه تغيرات طبيعية خلال عملية النمو ويحدث تلقائياً لدى كل من الأطفال العاديين والمضطربين على السواء، وينتج عن هذا النمو عادة سلسلة من أنماط السلوك والمهارات فى فترات قصيرة من الزمن. ويمكن تطبيق ذلك فى العلاج باستخدام التغير والأنماط السلوكية

الجديدة كمفتاح للعلاج الناجح، خاصة وأن التغيير البناء يحدث عندما نمكن له ونحول دون نمو واطراد السلوك المضطرب حين يحل محله السلوك السوى المطلوب.

٣- عملية النمو العادى فردية إلى حد كبير، ويمكن التنبؤ بمسارها - إذا تساوت العوامل المؤثرة فيها مثل الظروف البيئية والخبرات والبنية الحيوية. ويمكن الاستفادة من هذا بأن تخطط عملية العلاج للنمو والتغيير فى ضوء معيارين، أولهما: التابع العام للنمو العادى بالنسبة لكل الأطفال، وثانيهما: النمط الفردى الخاص بالطفل ونواحى قوته ونواحى ضعفه الخاصة فى ضوء معايير النمو العادى.

٤- تتوقف معرفة الطفل بنفسه، وثقته بنفسه، واستعداده للسلوك فى المواقف الجديدة على توافر الخبرات السارة. ويمكن تطبيق ذلك علاجياً بتوفير فرص النجاح للطفل بحيث يشعر بهذا النجاح حين يقوم المدرس - المعالج بدور المرأة التى يرى من خلالها الطفل هذا النجاح، وكلما كانت خبرات العلاج سارة وواضحة وبسطة وذات مغزى ومؤدية إلى النجاح، كلما اندمج الطفل فيها وكلما نجحت عملية التعلم المطلوبة.

٥- يتعلم الطفل وينمو من خلال الخبرات. ويكون سلوكه الذى يعمل به أكثر أهمية مما يسمعه، وما يخبره يؤثر فيما يتعلمه، والمعنى يأتى من خلال الخبرة. ويمكن تطبيق ذلك عملياً بأن تكون الخبرات العلاجية عنصراً هاماً فى علاج الأطفال حيث إن التعلم من الخبرة أجدى معهم من التعلم من خلال الكلام. ويجب أن يكون العلاج مرتبطاً بعالم الطفل حيث ترتبط الاستجابات المتعلمة خلال العملية العلاجية بنتائج سارة ملموسة فى خبرات الحياة اليومية.

فنيات العلاج النفسى التربوى:

يبدأ العلاج النفسى التربوى بتهيئة المناخ أو الجو التربوى العلاجى المناسب المشبع بالأمن والفهم والتقبل الذى يتيح فهم سلوك الأطفال وأفكارهم وانفعالاتهم ومشاعرهم ودوافعهم وحاجاتهم واتجاهاتهم.

وفى المناخ المناسب تقوم العلاقة التربوية العلاجية التى تسودها البشاشة والتسامح والعمل على تحقيق أهداف العلاج.

ويتيح العلاج النفسى التربوى للأطفال خبرات جديدة سليمة تتيح تعلم السلوك السوى وأساليب التوافق النفسى السليم. وهنا تتحقق عملية نمو تشمل النمو العقلى والانفعالى والاجتماعى لدى الاطفال وتؤدى إلى نمو سليم لمفهوم الذات لديهم.

ويستخدم المدرس - المعالج ما يناسب من فنيات كل من عمليتى التدريس والعلاج بمهارة ومرونة. والمهم ليس ما يقال أو يعمل فقط، ولكن الأهم هو كيف يقال أو يعمل.

ومن الفنيات الرئيسة مساعدة الأطفال على النمو باستخدام أدوات وأنشطة اللعب فى إطار جماعى حيث يعبر الأطفال عن أنفسهم، ويخرجون جزءاً من خبرات حياتهم لا يمكن التعبير عنه لفظياً. ونحن نعلم أن اللعب وأدوات اللعب تساعد الأطفال على النمو وتساعدنا فى تعليمهم وتشخيص مشكلاتهم وعلاجها.

ويستفاد فى العلاج النفسى التربوى بالنشاط اليومى فى اللعب والتدريبات والفن والموسيقى وحتى الأكل والشرب. ويكون التركيز على خبرات الأطفال أنفسهم. فمن المعروف أن الأطفال يحبون أن «يعملوا» أكثر مما يحبون أن «يعمل لهم».

ويلاحظ المدرس - المعالج أن الأطفال يستجيبون للاتصال المباشر المحسوس أكثر مما يستجيبون للاتصال اللفظى المعنوى المجرد، وهذا يحتاج إلى تدريب وممارسة.

ويستعين المدرس - المعالج بمهاراته الشخصية وقدرته اللغوية والحركية فى التأثير على الأطفال حيث يساعدهم، ويشعرهم بالأمن والحب، ويستثير دافعيتهم، ويريحهم ويشبههم، ويتقبلهم وينمى لديهم المهارة فى استخدام اللغة والتعبير عن المشاعر والتنفيس الانفعالى.

والمهم هو معرفة الوقت المناسب لنمو الطفل لاستخدام فنية من الفنيات. وأفضل الفنيات التربوية العلاجية لا تجدى إذا استخدمت والطفل ليس على مستوى من النمو يجعله قادراً على الاستجابة لها.

وفى ضوء الخصائص العامة المشتركة لنمو الأطفال فى مراحل العلاج النفسى التربوى، ومع عمل حساب حالة كل طفل فرد، فإن المدرس - المعالج يمكن أن يعدل الفنيات حسب حاجات الأطفال فى المرحلة المعينة، وفى نفس الوقت يستجيب للفروق الفردية.

وعندما يتقن المدرس - المعالج الإطار الأساسى للعلاج النفسى التربوى فإنه يصبح قادراً على اتخاذ طابعه الخاص وفنائه وتطبيقها بدرجة كبيرة من التأثير والتجاح.

ويلاحظ أن عملية العلاج عملية تغير فى السلوك، والتغير عملية شاقة، وقد يقاومها الطفل، وهذا بمثابة عقبة يجب على المدرس - المعالج مقاومتها بمهارة وفى حينها.

دور المدرس - المعالج:

المدرس هو أقرب شخص إلى الطفل فى المدرسة. والمدرس - المرشد والمدرس - المعالج

تطوران جديديان لشخصية المدرس التقليدي الذي يهتم فقط بتدريس مادة تخصص. ودور المدرس (المعالج) دور مزدوج حيث يكون هو محور العملية التربوية العلاجية المتكاملة (حامد زهران، ١٩٧٦).

ويعمل المدرس - المعالج متعاوناً مع الطبيب النفسي، والأخصائي النفسي، والأخصائي الاجتماعي، الذين يشتركون معاً كفريق يتولى مسؤولية العلاج النفسي التربوي للأطفال بالتعاون مع أسرهم.

ويعد المدرس - المعالج إعداداً خاصاً في كليات التربية حيث يدرس مع مواد الإعداد التربوي والنفسي - وعلى مستوى الدراسات العليا - مواد الإعداد الإرشادي والعلاجي وعلم نفس النمو وعلم النفس الاجتماعي والتربية الخاصة والتدريب العملي على المهارات التربوية والعلاجية المتخصصة.

ويعمل المدرس - المعالج مع أطفال مضطربين انفعالياً محرومين ثقافياً ذوي سلوك غريب قد يصاحبه اتجاهات رفض موجهة إليهم، ويقابله مستويات اجتماعية متباينة وتوقعات مختلفة من أسر الأطفال، وعليه أن يكون مستعداً للتدريس في مجال النمو الاجتماعي - الانفعالي في إطار برنامج جذاب للطفل في حاضره، ثم يسير قدماً خطوة خطوة عبر سلسلة من معالم النمو، ولا بد أن يتعامل مع الواقع الاجتماعي وإمكانات النجاح والفشل فيه، وعليه أن يستغل الدافعية وأن يكون هو نفسه متوافقاً نفسياً وعامل حفز قويا في عملية العلاج، ويجب عليه أن يحدد أهداف النمو والعلاج التي يسعى لتحقيقها وطريق وخطوات تحقيق هذه الأهداف في إطار من المرونة والتجديد والابتكار، مع بذل الجهد والصبر والبصيرة والثقة في الذات والتعاطف مع الأطفال وأسرهم (صموئيل مغاريوس، ١٩٧٣).

المنهج العلاجي:

يقوم العلاج النفسي التربوي على أساس منهج علاجي تنموي Developmental Therapy Curriculum. والمنهج العلاجي عبارة عن إطار عام مرن يعتبر بمثابة الخطوط العريضة أمام المدرس - المعالج لتخطيط خبرات مناسبة ومهارات سلوكية متتابعة يتعلمها الطفل المضطرب بهدف تحقيق النمو السوي اجتماعياً وانفعالياً نحو النضج.

ويسترشد بالافتراضات السابقة في تخطيط وبناء المنهج العلاجي، وذلك على النحو التالي:

- يجب أن يكون المنهج مرناً بدرجة كافية ليغطي أي اضطراب انفعالي أو مشكلة سلوكية لدى الطفل المضطرب.

- يجب أن يشتمل المنهج على خبرات متتابعة تستثير النمو وتستخدم المهارات الجديدة التي تظهر خلال رحلة النمو لدى الطفل.
- يجب أن يكون المنهج قابلاً للتعديل حسب الفروق الفردية بين الأطفال، وفي نفس الوقت يكون قابلاً للتطبيق في مواقف جماعية.
- يجب أن يكون المنهج واسعاً بدرجة تكفي للاستخدام العلاجي، وأن يكون في نفس الوقت محدداً وقابلاً للتقييم الموضوعي من جانب المربين والوالدين.
- يجب أن يتضمن البرنامج عمليات أساسية مثل: الخبرات العملية الملموسة، والتعلم البناء، بما يتناسب مع مستوى نمو الطفل الفرد، وفي الإطار العام لنمو الأطفال بصفة عامة.
- ويتضمن الإطار العام للمنهج العلاجي أربعة مجالات متكاملة لها إجراءات متداخلة. والمجالات الأربعة هي: السلوك، والاتصال، والتنشئة الاجتماعية، والتحصيل الأكاديمي.
- ١. السلوك: ويتناول الاستجابات التوافقية التي يقوم بها الطفل للمثيرات البيئية. وحين يستجيب الطفل لمثيرات البيئة ويكون واعياً بها، ومع الوعي بالبيئة تنمو عمليات أخرى مثل الاستجابات الحركية والتحكم في الجسم والمشاركة في النشاط وتنمو مهارات أكثر تقدماً مثل التحكم في دوافع السلوك وتنظيمه تبعاً لتوقعات الآخرين وفي ضوء المعايير الاجتماعية.
- ٢. الاتصال: ويعتبر عنصراً أساسياً من عناصر التفاعل الاجتماعي سواء كان لفظياً أو غير لفظي، ويتضمن الإشارات والملاحظات والتقليد والحديث. ومع تقدم الاتصال يتعلم الطفل الإصغاء ووصف مشاعره وخصائصه ومشاعر الآخرين وخصائصهم والتعبير عن المعلومات والمشاعر لفظياً.
- ٣. التنشئة الاجتماعية: وتتضمن التنشئة الاجتماعية العلاجية عملية إدماج الطفل في خبرات جماعية، وهي امتداد لعملية التنشئة الاجتماعية التي يخبرها الطفل منذ بدء وعيه بالكبار والرفاق في تعامله ولعبه. وتأخذ عملية التنشئة الاجتماعية العلاجية شكلاً تنموياً عندما يتقن الطفل مهارات تفاعلية اجتماعية ناجحة مع الآخرين. وليتم ذلك لابد أن يكون وعي الطفل بنفسه وثقته بنفسه واهتمامه بالآخرين قد نما. وتتضمن عملية التنشئة الاجتماعية لعب الأدوار، واقتراح الأنظمة الاجتماعية والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية التي يقترحها الآخرون، والتعرف على خصائص الآخرين، واختيار الأصدقاء، ومساعدة الآخرين، والمشاركة الفعالة في نشاط الجماعة.

٤. **التحصيل:** ويتضمن عمليات عقلية معرفية تساعد فى تحقيق المسار العادى للنمو العقلى والتحصيل. ويشتمل هذا المجال على مهارات أكاديمية مثل التآزر الحسى الحركى والمهارات الإدراكية وتدريب الذاكرة وإدراك العلاقات والفروق والتصنيف وتكوين المفاهيم والمهارات اللغوية واستخدامات الأشياء والتعرف على التفاصيل ومفاهيم الأعداد والحفظ. وهذه المهارات الأساسية تؤدى إلى مهارات أكثر تعقيداً مثل التعبير وفهم العلامات والرموز بما يفيد الطفل فى الاتصال بالآخرين. وأخيراً تنظم هذه العمليات فى شكل مهارات أكاديمية مثل حل المشكلات وتشجيع الابتكار.

أهداف المنهج العلاجى؛

ينبغى أن يخطط المنهج بصورة عامة فى شكل أهداف مفهومة، وهذه الأهداف ينبغى أن تراعى كل جوانب النمو (ول، د، ت).

ويهدف المنهج العلاجى أساساً إلى تحقيق النمو والنضج الاجتماعى والانفعالى. وواجب المدرس - المعالج فى تربية وعلاج الأطفال المضطربين انفعالياً هو توجيه كل طفل إلى وجهة معينة خاصة فى اتجاه تقدمى. وهناك دائماً طرق واتجاهات ومهارات بديلة للتوجيه. وبعض المهارات مستقيم ومباشر وبعضها دائرى وغير مباشر. ويجب دراسة حالة الطفل جيداً بحيث يمكن تحديد معالم الطريق المؤدى إلى الأهداف. فأهداف المنهج العلاجى هى العلامات ومعالم النمو الرئيسة التى تحدد الطريق إلى النضج. وتختلف المسافات إلى كل هدف باختلاف الأطفال ومشكلاتهم وحسب الفروق الفردية وحسب إمكانيات المدرس - المعالج. وقد نجد أن اتباع بعض المهارات الجانبية بجوار المهارات الرئيسة ضرورياً للوصول إلى الهدف. ولنتذكر دائماً أن الوقت عنصر هام وخرج فى حياة الطفل النامى، لذلك يجب عدم الإكثار من المسارات الجانبية لتحقيق الأهداف حتى يصل الطفل إلى الهدف فى وقت مناسب ودون تأخير. ومن المهم أن يخرج كل طفل من الجلسة العلاجية التربوية وقد تعلم وأتقن نمطاً سلوكياً جديداً يشعر به ويمارسه.

ولابد قبل الانتقال إلى تحقيق هدف جديد الانتهاء من تحقيق الأهداف السابقة عليه.

مراحل العلاج النفسى التربوى وأهدافه وإجراءاته؛

يتضمن العلاج النفسى التربوى خمس مراحل علاجية متتالية يتم فيها إجراءات العلاج فى مجالاته الأربعة، بما يؤدى إلى التوافق النفسى للطفل.

وتمثل مراحل العلاج النفسي التربوي تكاملاً بين مظاهر النمو: جسمياً وعقلياً، واجتماعياً وانفعالياً. ويمكن تطبيق هذه المراحل على مدى عمرى يمتد حتى نهاية مرحلة الطفولة، وعلى مشكلات عديدة، وفي مستويات ثقافية واجتماعية - اقتصادية متباينة.

وفي كل مرحلة وكل مجال هناك تتابع لأهداف محددة تمثل معالم النمو الرئيسة. ويتقدم الأطفال في النمو وبينهم فروق فردية ولكل منهم سرعة نمو خاصة عبر مراحل العلاج وفي إطار كل مجال من مجالات المنهج العلاجي.

ولكل مرحلة فنيات وأدوات وخبرات خاصة.

وليس من الضروري أن يبدأ العلاج النفسي التربوي من المرحلة العلاجية الأولى. وتحدد مرحلة البدء حسب مرحلة نمو الطفل وأهداف علاجه..

وفيما يلي وصف لمراحل العلاج النفسي التربوي وأهدافه وإجراءاته:

المرحلة الأولى؛^(١) الاستجابة للبيئة بسرور؛

الوصف العام؛ الاستجابة للبيئة بسرور، ويتضمن ذلك الثقة في النفس وفي الآخرين.

الأطفال؛ يضم فصل المرحلة الأولى حوالى خمسة من الأطفال ذوى السلوك الغريب الذين يضايقون من يعيشون معهم أو حتى من يخالطونهم ولو لفترة وجيزة من الزمن. والعالم بالنسبة لهؤلاء الأطفال ملئ بالإحباطات، ويشعرون بعدم الراحة، وأن الآخرين لا يفهمونهم وهم أيضاً لا يفهمون الآخرين، واستجاباتهم غير سوية لأنهم أقلعوا عن الاستجابة السوية أو أنهم كانوا أصلاً لا يستجيبون استجابة سوية لأنهم لم يتعلموها من قبل، ويكاد تراجعهم وانسحابهم من عالم السلوك السوى البناء يكون كاملاً. هذا ويحسن أن يحضر الأطفال أول يوم مع والديهم ويقابلهم المدرسون - المعالجون.

دور المدرس - المعالج؛ مثير ومشبع للحاجات الأساسية عند الأطفال. وهو يأخذ بأيدي الأطفال فى حنان ويضع أرجلهم على الطريق السليم، ويبحث حياة جديدة من داخل هؤلاء الأطفال كانت ساكنة ولا تتحرك، وهو يتدخل تدخلاً مستمراً (للعناية والإثارة).

الفنيات؛ يستفاد بالنشاط اليومي، واللغة، والتكرار، والأنشطة الرئيسة هي: اللعب والعمل،

(١) الزمن الذى تستغرقه مراحل العلاج النفسي التربوي لا يقاس بالساعات ولكنه يقاس بالخبرات التى يمر بها الطفل أثناء عملية العلاج. وعلى العموم فإن أقل زمن للمرحلة العلاجية الأولى مثلاً هو ساعتان على مدى خمسة أيام أسبوعياً لمدة عشرة أسابيع.

والتدريبات، والفن، والموسيقى، والأكل والشرب. وليس هناك وقت محدد لكل نشاط ولكن يحدد الاستمرار فيه رغبة الأطفال وقدرتهم.

الخبرات التربوية العلاجية: فى بيئة بسيطة ومألوفة، جذابة ومغرية، مثيرة للنشاط (الحسى) يعيش الأطفال الخبرات التربوية العلاجية، ويلمسون هناك شيئاً مثيراً ومدعماً قد أضيف إلى حياتهم. ويعمل المدرس - المعالج على كسب ثقة الأطفال. وبالتدريج يعرفون أن الأنماط السلوكية القديمة غير مفيدة وغير مرغوبة ومضايقة بالنسبة لهم وبالنسبة للآخرين، وهم يشعرون أنهم غير مرفوضين بسبب هذه الأنماط السلوكية القديمة، ولكنها يعاد تنظيمها وتوجيهها إلى استجابات جديدة تسرهم وتسرع الآخرين.

أولاً: الهدف السلوكى: الثقة فى الجسم والمهارات^(١).

(١١١) الاستجابة لمثير حسى بالانتباه لمصدره استجابة جسمية أو بالنظر إلى موضوع المثير أو الشخص (تستخدم أشياء متحركة ومثيرات سمعية وبصرية ولمسية وشمية وذوقية كعزف المدرس على آلة موسيقية).

(٢١١) الاستجابة لمثير بانتباه أطول لمصدره (الاستمرار فى الانتباه إلى الشيء أو الشخص بعد الاستجابة الأولى، كالاستمرار فى النظر والاستماع إلى الموسيقى بعد النظرة الأولى).

(٣١١) الاستجابة حركياً لمثيرات بيئية مفردة ومحددة: شىء، شخص، صوت (يستجيب الطفل استجابة حركية أو لفظية مناسبة لأمر مثل: «اعطنى الكرة»).

(٤١١) الاستجابة جسمىاً لمثيرات بيئية ولفظية ومركبة (عن طريق التقليد مثل «افعل هذا»، وعن طريق توجيه لفظى، والمشاركة فى العمل مثل اللعب فى الماء بقارب صغير، ويمكن تقديم مساعدة عملية ولفظية).

(٥١١) تعلم مهارات مساعدة النفس (كالذهاب إلى دورة المياه وغسل اليدين، واللبس، مع التعبير اللفظى أو غير اللفظى عن هذه المهارات وممارستها).

(٦١١) الاستجابة المستقلة لأدوات اللعب (استجابة تلقائية).

(٧١١) الاستجابة تلقائياً فى النشاط الجماعى (كالانتقال إلى النشاط التالى المخطط بدون مثير مادى، فمثلاً إذا أعلن أن الوقت وقت اللعب، فإن الطفل يتحرك إلى الملعب تلقائياً، ويمكن استخدام تلميحات لفظية أو لمسية).

(١) الأرقام الموجودة بين الأقواس تشير إلى مراحل العلاج وأهدافه وإجراءاته من اليمين إلى اليسار على الترتيب. وتقرأ الأرقام رقماً رقماً من اليمين إلى اليسار.

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات لتحقيق الحاجات.

(١٢١) الانتباه لشخص يتكلم (ينظر الطفل مباشرة لمن يبدأ الحديث).

(٢٢١) الاستجابة لمثيرات لفظية بسلوك حركي (بعد طلب أو أمر، ويستجيب الطفل بالحركة أو بالإشارة أو بالاختيار).

(٣٢١) الاستجابة لمثير لفظي وشيء واحد استجابة لفظية واضحة ومناسبة (يستجيب الطفل لفظياً لأسئلة الاستفهام عن الأشياء الموجودة في محيطه البيئي).

(٤٢١) المبادأة الاختيارية بحديث لفظي تقريبي للحصول على شيء محدد أو القيام بنشاط محدد (كما في تسمية الأشياء التي يستخدمها أو يطلبها مثل المشروبات والمأكولات وأدوات اللعب بطريقة طفلية تقريبية مثل «أمبو» للماء).

(٥٢١) استخدام كلمات صحيحة - بدلاً من الكلمات الطفلية - للحصول على الاستجابة من الكبار (مثلاً «ماء» بدلاً من «أمبو»).

(٦٢١) استخدام كلمات صحيحة - بدلاً من الكلمات الطفلية - للحصول على الاستجابة من الأطفال الآخرين (في أوقات اللعب مثلاً).

(٧٢١) استخدام تتابع صحيح لكلمات ذات معنى في شكل جمل للحصول على استجابة مرغوبة من الكبار أو الأطفال في الفصل (لا تقبل اللغة الغريبة).

ثالثاً: هدف التنشئة: الثقة في راشد والاستجابة له.

(١٣١) الوعي بالآخرين (ينظر الطفل إلى راشد أو طفل آخر عندما يتكلم معه الراشد أو الطفل الآخر مباشرة أو عندما يلმسه للتنبيه).

(٢٣١) الانتباه إلى سلوك الآخرين (ينظر الطفل إلى راشد أو طفل آخر، كما يحدث عندما يتحرك المدرس أو يساعد طفلاً آخر).

(٣٣١) الاستجابة لراشد عندما يناديه باسمه (ينظر الطفل إلى الراشد).

(٤٣١) تقليد أفعال بسيطة مألوفة يقوم بها الكبار (كالإشارات والكلمات البسيطة مثل غسل اليدين وبناء المكعبات).

(٥٣١) القيام بألعاب منظمة منفردة (مثل بناء المكعبات والعرائس والتزحلق، وذلك بتوجيه من المدرس إذا لزم الأمر).

(٦٣١) الاستجابة لطلبات الكبار اللفظية وغير اللفظية بالذهاب إليهم (يتجه الطفل نحو الراشد وينظر إليه).

(٧٣١) الاستجابة لطلب لفظى منفرد يوجه إليه مباشرة (يتبع الطفل التوجيه اللفظى من الراشد بحركة جسمية مناسبة عندما يأمره بالجلوس أو إحضار شىء مثلاً).

(٨٣١) التعبير عن بدايات ظهور الذات معبراً عن ذلك باستخدام الضمائر الشخصية مثل: «أنا» «ملكى» أو النظر إلى نفسه فى المرأة، أو الاعجاب بعمله).

(٩٣١) الاتصال بالكبار تلقائياً (يتحرك الطفل نحو الكبار ويجلس إليهم ويلفت أنظارهم بالكلمات أو الإشارات).

رابعا: أهداف التحصيل: الاستجابة للبيئة بعمليات تصنيف وتميز ومفاهيم لغوية وتآزر جسمى.

(١٤١) الاستجابة بمهارات حركية بسيطة فى نشاط حركى بسيط فى مستوى عامين (مثل بناء برج من ٦-٧ مكعبات أو قطار من ٢-٣ مكعبات).

(٢٤١) تقليد كلمات أو أفعال الكبار عندما يطلب منه ذلك (مثلاً: يقول المدرس مع السلامة ويشير بيده، والطفل يقلده).

(٣٤١) الاستجابة بالتمييز بين الأشياء البسيطة (استجابة حركية أو لفظية بتقديم أحد شيئين مختلفين عند طلبه، مثل طلب القلم وأمام الطفل قلم ومسطرة).

(٤٤١) التذكر قصير المدى للأشياء والأشخاص (مثل معرفة الأشياء والأشخاص الغائبين فى الجماعة).

(٥٤١) الاستجابة التصنيفية لأشياء متماثلة النوع مختلفة الشكل (كوضع أشكال هندسية مختلفة الشكل مثل مربع ومثلث ودائرة فى لوحة بها فراغات لهذه الأشكال).

(٦٤١) التذكر قصير المدى للتعبيرات اللفظية (مثل عبارة تتكون من ثلاث كلمات)..

(٧٤١) القيام بنشاط جسمى متآزر فى مستوى أربع سنوات (مثل ركوب دراجة بثلاث عجلات، والوقوف متوازناً على رجل واحدة).

(٨٤١) المزاوجة بين الصور المتماثلة (عندما يقدم له صوراً متماثلة ومعها صور مختلفة ويشير إلى الصور المتماثلة برسم دائرة حولها).

(٩٤١) تعرّف أسماء الألوان (مثل اختيار اللون المطلوب بين ثلاثة ألوان كالأحمر والأزرق والأصفر).

(١٠٤١) التآزر بين العين واليد فى مستوى أربع سنوات (مثل بناء كوبرى من المكعبات وعمل عقد من الخرز ورسم دائرة).

(١١٤١) تعرف أجزاء جسمه (العين واليد والقدم والأنف والركبة، بالإشارة أو اللفظ).

المرحلة الثانية: الاستجابة للبيئة بنجاح؛

الوصف العام: الاستجابة للبيئة بنجاح، ويتضمن ذلك تعلم المهارات الفردية.

الأطفال: يستجيبون فعلاً: ولكن استجاباتهم مازال غير مؤدية إلى النجاح الذى يساعد معظم الأطفال على النمو ويشعرهم بالارتياح. والطفل قد يجرى ويصرخ ويلعب ويحطم، وهو قد يقدم أو ينسحب، وقد يتكلم كثيراً أو يصمت، وقد يتعاون أو يقاوم مقاومة سلبية.

دور المدرس - المعالج: مرآة يعكس لفظياً نجاح الطفل، ويوجه السلوك القديم ليؤدى إلى نجاح ملموس، حيث يتعلم الطفل كيف يتكلم وكيف يعمل وكيف يلعب بأساليب جديدة تجلب النجاح وتؤدى إلى الثقة فى النفس. ويتدخل المدرس - المعالج كثيراً (مادياً ولفظياً).

الغنيات: يستفاد بالنشاط اليومى، وتوجيه الأطفال إلى التزام الحدود.

الخبرات التربوية العلاجية: يعد المجال البيئى بحيث يتيح فرصة ممارسة أنشطة تؤدى إلى الثقة فى النفس والاتصال والاستكشاف والنجاح. وتستبدل استجابات الأطفال السابقة المؤدية إلى الفشل ويعاد توجيهها وتغييرها إلى استجابات جديدة وسلوك ناجح يجعل الطفل يقول «أستطيع أن أفعل... بنجاح».

أولاً: الهدف السلوكى: المشاركة فى نشاط الجماعة بنجاح.

(١١٢) استخدام أدوات اللعب على نحو ملائم، والقيام بنشاط اللعب العادى (وتشمل أدوات اللعب دمية وأدوات تمثل الحياة اليومية).

(٢١٢) الانتظار دون تدخل مادى من المدرس (مثل انتظار الطفل دوره فى الكلام أو اللعب، وقد يساعده المدرس لفظياً).

(٣١٢) المشاركة فى أنشطة مثل: وقت العمل، ووقت القصة، ووقت الشرب والطعام دون تدخل مادى من المدرس (مع تشجيع الطفل كلما شارك وأكمل النشاط إلى نهايته).

(٤١٢) المشاركة فى أنشطة مثل: وقت اللعب، ووقت الموسيقى، ووقت الفن دون التدخل المادى

من جانب المدرس (وقد يساعد المدرس لفظياً، مع تشجيع الطفل كلما شارك وأكمل النشاط إلى نهايته).

(٥١٢) المشاركة التلقائية فى النشاط اليومى ودون تدخل ماذى من المدرس (يقوم الطفل ببعض المبادأة فى النشاط الجماعى، وقد يساعده المدرس لفظياً).

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات للتأثير فى الآخرين بنجاح.

(١٢٢) الاستجابة لطلبات الآخرين بكلمات معروفة ذات معنى (مثل إجابة طلب طفل أو راشد).

(٢٢٢) استخدام عدد من المفردات اللغوية يناسب العمر الزمنى (ويجب التأكد من أن الطفل يفهم لغة الكلام حتى إذا كان كلامه هو معوقاً بعض الشيء).

(٣٢٢) التعبير لفظياً لوصف الانفعالات المشاهدة فى الصور كالسرور والحزن والخوف والغضب (بالإشارة أو الكلمة).

(٤٢٢) استخدام تتابع كلمات بسيط لطلب أو رجاء من طفل أو راشد آخر بطريقة مقبولة اجتماعياً فى الفصل (يجب أن يكون الأسلوب مألوفاً).

(٥٢٢) استخدام كلمات لتبادل معلومات بسيطة مع راشد (يبدأ الطفل المحادثة).

(٦٢٢) استخدام كلمات لتبادل معلومات بسيطة مع طفل آخر (مطلوب التلقائية).

ثالثاً: هدف التنشئة: المشاركة فى الأنشطة الجماعية بنجاح.

(١٣٢) المشاركة التلقائية فى أنشطة محدودة موازية مع طفل آخر. مستخدماً مواد مماثلة دون تفاعل معه (مثلاً: يلعب بسيارة بينما زميله يلعب بطائرة).

(٢٣٢) المبادأة بحركات مناسبة نحو طفل آخر فى إطار نشاط الطفل (يبدأ الطفل من خلال الإشارة والعمل - تفاعلاً اجتماعياً مناسباً مع طفل آخر، مثل الاشتراك معه فى اللعب).

(٣٣٢) المشاركة فى نشاط اجتماعى مع توجيه لفظى (يعطى الطفل أدوات أو لعب لطفل آخر).

(٤٣٢) المشاركة فى أنشطة تعاونية أو مشروعات مع طفل آخر أثناء وقت اللعب، داخل أو خارج الفصل (يشارك الطفل بنشاط مع طفل آخر، كما يحدث فى حفل شاي مثلاً، ويمكن تقديم المساعدة اللفظية أو اللمسية).

(٥٣٢) المشاركة فى أنشطة تعاونية أو مشروعات مع طفل آخر أثناء أنشطة داخل الفصل (يشارك الطفل بنشاط مع الآخرين، كما يحدث فى تمثيل دور معين ورفاقه يتابعونه، ويمكن تقديم مساعدة لفظية أو لمسية).

رابعاً: هدف التحصيل: تحصيل مفاهيم لغوية عن التشابه والاختلاف، والاستعمالات، والألوان، والعمليات الحسابية، والتصنيف، والتأزر الجسمى.

(١٤٢) معرفة استعمالات الأشياء وأدوات اللعب (مثل الكرة والعرائس).

(٢٤٢) تعرف التفاصيل فى الصور بالإشارة أو الكلمات (عندما يطلب إليه تحديد ذلك).

(٣٤٢) العد من الذاكرة حتى ١٠ (ذكر الأرقام).

(٤٤٢) عد أشياء واحداً واحداً حتى ٥ (تستخدم مكعبات مثلاً).

(٥٤٢) تسمية الألوان: أسود، بنفسجى، برتقالى، أخضر (يختار الطفل اللون عندما يذكر له، ويطلب منه تسمية ألوان أشياء أو رسوم تقدم له).

(٦٤٢) عد أشياء واحداً واحداً حتى ١٠ (تستخدم مكعبات مثلاً).

(٧٤٢) التأزر بين العين واليد فى مستوى خمس سنوات (مثل رسم إنسان ورسم مربع ومثلث).

(٨٤٢) تعرف الفروق بين الأشكال، والرموز والأرقام (تقدم أشكال ورموز أرقام على لوحات فى شكل مجموعات بين كل منها واحد مختلف يطلب تعرفه).

(٩٤٢) تصنيف فقرات مختلفة ولكن بينها خصائص عامة مشتركة إلى أنماط (مثل تصنيف عدد من الصور إلى إنسان وحيوان).

(١٠٤٢) كتابة الاسم الأول دون مساعدة (يقدم له نموذج مكتوب لتقليده).

(١١٤٢) تمييز المفاهيم المتناقضة (تستخدم صور ويطلب التمييز بين: أعلى وأسفل وتحت وفوق، وصغير وكبير، وحار وبارد، وأول وآخر).

(١٢٤٢) القيام بنشاط جسمى متأزر فى مستوى خمس سنوات (مثل القفز بتبادل الأقدام).

(١٣٤٢) تعرف مجموعات من الأشياء يصل عددها إلى ٥ (تستخدم بطاقات عليها نقط ويسأل عن عددها).

(١٤٤٢) الاستماع إلى القصص (يقروها أو يحكيها المدرس ويسمعاها الطفل ويتابعها).

المرحلة الثالثة: تعلم المهارات الجماعية:

الوصف العام: تعلم المهارات الجماعية، ويتضمن ذلك تطبيق المهارات الفردية فى المواقف الجماعية.

الأطفال: يبدون سلوكاً أكثر قبولاً عن ذى قبل، ولكنه مازال أكثر عدوانية وثورة من أى مرحلة أخرى من مراحل العلاج. وهم يخدعون معظم الناس بخجلهم وحيائهم. وهم يبدون بالنسبة للوالدين والمدرسين والمعارف نموذجاً متناقضاً يجمع بين الخير والشر والحسن والسيء. وهم يضعون القواعد ثم يطلبون أن يستثنوا من مسايرتها، وهم يرفضون أن يحدثوا الكبار عن مشكلاتهم ويحدثوا رفاقهم عنها، وهذا يلاحظ فى المنزل وفى فصل العلاج النفسى التربوى على حد سواء.

دور المدرس - المعالج: مرآة يعكس المشاعر والتقدم، ومشجع، ومحدد للحدود، ويذل كل وقته وجهده بإخلاص، حيث يلاحظ أن الأطفال فى هذه المرحلة يحتاجون وهم يتعلمون المهارات الاجتماعية إلى حساسية وصبر، وهو يتدخل لفظياً بتكرار.

الأطفال: إيضاح المشاعر، والمحافظة على التماسك.

الخبرات التربوية العلاجية: فى إطار خبرات من الحياة اليومية يكون التركيز على الجماعة والمشاركة الجماعية ونتاج السلوك. وتتاح الفرصة للأطفال الذين يجاهدون من أجل التوافق فى مجتمع يتكون من جماعات لها قواعد. إنهم يتسمون إلى عالمهم الخارجى فى المجتمع، كما ينتمون إلى الجماعة العلاجية. وهذا يجعل التركيز فى هذه المرحلة على الجماعات والتوقعات.

أولاً: الهدف السلوكى: تطبيق المهارات الفردية فى العمليات الجماعية.

(١١٣) تذكر قواعد الجماعة وإجرائاتها لفظياً (مثل قواعد المباريات والحديث).

(٢١٣) الإسهام فى تحقيق توقعات الجماعة وعملياتها سلوكياً (مثل تحديد ما يجب عمله فى المناقشات).

(٣١٣) تحديد العواقب إذا لم تتحقق توقعات الجماعة (مثل تحديد عواقب السلوك الجماعى الخاطىء فى مواقف متعددة).

(٤١٣) إعطاء أسباب بسيطة لتوقعات الجماعة (مثل معرفة أسباب الثواب والعقاب عند مسaire أو مغايرة القواعد الجماعية، ويمكن استخدام تلميحات لفظية عند مسaire أو مغايرة القواعد الجماعية، ويمكن استخدام تلميحات لفظية من المدرس).

(٥١٣) تحديد طرق أكثر ملاءمة للسلوك فى مواقف محددة (مثل تحديد بدائل سلوكية فى المواقف الاجتماعية عن طريق أسئلة ومناقشات جماعية).

(٦١٣) الامتناع عن السلوك غير الملائم، وعن كسر قواعد الجماعة إذا قام بذلك الآخرون (مثل الامتناع عن الاشتراك فى السباب أو الشجار، مع مساعدة لفظية من المدرس).

(٧١٣) التمكن من ضبط النفس ومسايرة عمليات الجماعة (مثل المشاركة فى الأنشطة الجماعية للفصل حسب القواعد، مع مساعدة من المدرس).

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات للتعبير عن النفس فى المواقف الجماعية.

(١٢٣) تقبل الثناء والنجاح بسلوك ملائم وضبط النفس (مع الاستمرار فى السلوك الناجح).

(٢٢٣) استخدام كلمات مناسبة تلقائية لوصف أفكاره، ونشاطه، وعمله، أو ذاته، (لراشد أو طفل آخر).

(٣٢٣) استخدام كلمات أو إشارات مناسبة لإظهار الفخر بعمله ونشاطه، أو ذكر عبارات موجبة عن نفسه (عندما ينجح فى إنجاز عمل فى اللعب أو الرسم مثلاً).

(٤٢٣) استخدام كلمات أو إشارات مناسبة لإظهار المشاعر تجاه البيئة والأدوات والناس والحيوانات (يستخدم المدرس أنشطة الفصل الدراسى لاستثارة الاستجابة).

ثالثاً: هدف التنشئة: الحصول على الرضا فى النشاط الاجتماعى.

(١٣٣) القيام بدوره دون تذكرة لفظية من جانب المدرس (أثناء المباريات مثلاً).

(٢٣٣) المشاركة فى الأدوات والأنشطة (مثل إعطاء بعض الألوان لرفاقه عند طلبها أثناء الرسم، مع أقل قدر من التذكرة اللفظية من جانب المدرس).

(٣٣٣) اقتراح أنشطة واختيار أدوات لعب ليقوم بها أعضاء الجماعة مع عرض الاقتراح أو الاختيار على المدرس (مثل اقتراح استخدام أدوات الموسيقى بدلاً من الغناء).

(٤٣٣) المشاركة بطريقة مناسبة فى الأنشطة التى يقترحها الأطفال الآخرون (كما فى أنشطة وقت اللعب).

(٥٣٣) إظهار الصداقة بتفضيل طفل معين أو أطفال معينين (ويظهر ذلك فى الجلوس كثيراً بجواره أو اللعب معه).

(٦٣٣) تعرف خصائص الآخرين ووصفها (مثل الفروق فى اللون والشعر والحجم والطول).

رابعاً: هدف التحصيل: تحصيل مفاهيم لغوية معبرة، والتعبير عن الخبرات بالرموز والمفاهيم، ومعرفة مفاهيم وظيفية محددة لحماية الجسم، والتآزر الحركى.

(١٤٣) تعرف مجموعات من الأشياء يصل عددها إلى ١٠ (يستخدم بطاقات عليها نقط ويسأل عن عددها دون عدد النقط، ويمكن استخدام ورق اللعب أو الدومينو).

(٢٤٣) الانتباه متجهاً من اليمين إلى اليسار فى الأداء البصرى الحركى (مثل النظر فى كتاب صور، بادئاً بالصفحة اليمنى ثم اليسرى، وترتيب صور تدل على النمو أو قصة بادئاً من اليمين إلى اليسار).

(٣٤٣) تعرف أسماء الألوان المكتوبة (أحمر، أزرق، أصفر).

(٤٤٣) تعرف الكلمات المكتوبة (اسمه، كرسى، قلم).

(٥٤٣) تعرف الأعداد وكتابتها من ١ - ١٠ (مثلاً العدد ١ = واحد، وعدد الأشياء وكتابة عددها).

(٦٤٣) كتابة اسمه واسم عائلته والتاريخ (ينقلها من نموذج مكتوب له).

(٧٤٣) التآزر بين العين واليد فى مستوى ست سنوات (مثل رسم إنسان له ذراعان ورجلان وملابس، وربط الحذاء).

(٨٤٣) القيام بنشاط جسمى متآزر فى مستوى ست سنوات (مثل رمى ومسك الكرة والمشى إلى الخلف والتصفير المنتظم).

(٩٤٣) تعرف الأعداد وكتابتها من ١١ - ٢٠ (مثلاً العدد ١٥ = خمسة عشر، وعد الأشياء وكتابة عددها).

(١٠٤٣) كتابة الحروف الهجائية أو كلمات بسيطة (مع استخدام أو عدم استخدام نموذج).

(١١٤٣) القيام بعمليات حسابية بسيطة فى الجمع والطرح حتى رقم ١٠ (نسبة نجاح ٩٠٪).

(١٢٤٣) استخدام مفاهيم رقمية مثل الأول والخامس والأخير (فى صور أشخاص).

(١٣٤٣) الاستماع إلى قصة والاستجابة بإجابات مناسبة إلى أسئلة (لفظياً أو بالإشارة كالموافقة أو الضحك فى مواقف مناسبة).

(١٤٤٣) قراءة كلمات بسيطة أساسية فى جمل (١٠٠ كلمة فى مستوى الصف الأول الابتدائى بنسبة نجاح ٩٠٪).

(١٥٤٣) القيام بعمليات حسابية بسيطة في الجمع والطرح حتى رقم ٢٠ (دون حمل ودون استلاف وبنسبة نجاح ٩٠٪).

(١٦٤٣) كتابة كلمات أساسية من الذاكرة أو إملاء (٣٠ كلمة بنسبة ٩٠٪).

(١٧٤٣) المشاركة في نشاط جماعي لحكاية قصص من الخبرة (معلمياً المدرس أو مرتباً صورياً).

المرحلة الرابعة: المشاركة في العمليات الجماعية،

الوصف العام: المشاركة في العمليات الجماعية، ويتضمن ذلك تحقيق الرضا، وتقدير الجماعة. وهذه المرحلة مهمة ومثيرة بالنسبة لكل من الأطفال والمدرسين - المعالجين.

الأطفال: يكونون كجماعة أكثر تماسكاً، يخططون ويجهزون، ويقومون بأنشطة بناءة ومثيرة ويبدلون جهدهم للتفاهم مع الآخرين من الجماعات الأخرى.

دور المدرس - المعالج: مرآة يعكس الواقع والنجاح، ويقوم بدور مرشد وقائد الجماعة ويبدل جهده لكي يستمر التأثير الفعال لخبرات هذه المرحلة، ويندمج أكثر مع الجماعة ويضع نصب عينه تحقيق أهداف البرنامج، وهو يتدخل تدخلاً متقطعاً ليقرب الحياة الواقعية.

الفتيات: أهمها المناقشات الجماعية لحل المشكلات، والتخطيط الجماعي. وعموماً يخف في هذه المرحلة استعمال الفتيات المتخصصة نسبياً، ويكون التركيز الرئيس على خبرات الأطفال واندماجهم المتزايد في المدرسة ومع الأسرة والمجتمع الخارجى.

الخبرات التربوية العلاجية: تتاح خبرات تقرب الحياة اليومية مع التوقعات العادية، مع التأكيد على خبرات التعلم، وتقريب إيضاح الواقع، ولعب الأدوار، وتيسير رحلات ميدانية في جو مرح، مع إتاحة فرصة التخطيط الذى يقوم به الأطفال. ويكون العمل مع الأطفال في هذه المرحلة ساراً، فهم يكونون أعضاء مشاركين نشيطين في الجماعة بعد أن يكونوا قد نجحوا في خبراتهم في المراحل السابقة. ويكونون على استعداد للتمسك بالقواعد التى وضعتها الجماعة لأنهم يعرفون المنطق وراءها ويعرفون نتائج مخالفة هذه القواعد.

أولاً: الهدف السلوكي: المشاركة الفردية في نشاط الجماعة لإنجاحه.

(١١٤) الاستجابة بأسلوب ملائم للاختيار لدور القيادة في الجماعة (عندما يختار كقائد وعندما لا يختار كقائد، في لعبة مثلاً).

(٢١٤) المشاركة التلقائية في أنشطة جديدة كانت تتجنب من قبل (مثل تسجيل الصوت في مسجل، دون تدخل المدرس).

(٣١٤) القيام بسلوك ملائم بديل تجاه الآخرين (مثلاً في حالة التشاجر يبتعد عنه ويخبر المدرس).

(٤١٤) التعبير لفظياً عن السبب والنتيجة والعلاقة بين المشاعر والسلوك، بين الجماعة وبين الأفراد (كما في حل المشكلات جماعياً).

(٥١٤) الاستجابة للإثارة والإغظة لفظياً مع ضبط النفس جسماً (كما في المشادات وقت اللعب أو وقت العمل مع الاستمرار في اللعب أو العمل، مع مساعدة لفظية من المدرس).

(٦١٤) الاستجابة لاقتراحات خاصة بخبرة واقعية جديدة أو التغيير مع ضبط النفس لفظياً وجسماً (مثل اقتراح الانضمام إلى نشاط معين بدلاً من نشاط آخر، والاقتراحات يمكن أن يقدمها المدرس أو طفل آخر).

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات للتعبير عن الوعي بالعلاقات بين المشاعر والسلوك الفردي والجماعي.

(١٢٤) تعرف مشاعر الآخرين لفظياً: الفرح والحزن والغضب والخوف (إما تلقائياً أو كاستجابة لأسئلة).

(٢٢٤) تعرف مشاعر نفسه: الفرح والحزن والغضب والخوف (بالإشارة أو لفظياً).

(٣٢٤) استخدام كلمات للمدح الآخرين ومساعدتهم (أثناء اللعب أو النشاط اليومي).

(٤٢٤) التعبير عملياً عن الخبرات والمشاعر من خلال الفن، والموسيقى، والتمثيل (مثل التعبير عن مشاهدات رحلة بالرسم).

(٥٢٤) استخدام كلمات تعبر عن مشاعره الخاصة تلقائياً وبوضوح (أثناء المباريات مثلاً).

(٦٢٤) استخدام كلمات تعبر بوضوح عن وعيه بمشاعر الآخرين (الرفاق والراشدين).

(٧٢٤) التعبير عن خبرات ومشاعر الحياة الواقعية عن طريق القص أو الفن أو التمثيل أو الموسيقى مع التعبير اللفظي المصاحب (مثل قص خبراته الواقعية للرفاق).

ثالثاً: هدف التنشئة: التلقائية الناجحة كعضو في الجماعة.

(١٣٤) اقتراح نشاط اجتماعي ينصب على جماعة الرفاق مباشرة (مثل اقتراح لعبة أو تمثيلية، دون مشاركة المدرس).

(٢٣٤) التعبير لفظياً عما يفضلُه بين زملائه في الجماعة بتحديد الخصائص الشخصية (مثل خصائص التفوق).

(٣٣٤) المساعدة المادية أو اللفظية لطفل آخر في ورطة، ومساندة الآخرين (كما يحدث في حالة تعثر أحد الرفاق في أداء عمل معين).

(٤٣٤) المشاركة في تخطيط نشاط الجماعة وفي حل المشكلات (مثل تحديد مكان قضاء رحلة واقتراح التصويت على ذلك، دون تدخل المدرس أو بأقل تدخل ممكن).

رابعاً: هدف التحصيل: استخدام العلامات والرموز بنجاح في العمل المدرسي وفي الخبرات الجماعية.

(١٤٤) كتابة الاسم بالكامل ، والعنوان والتاريخ (من الذاكرة).

(٢٤٤) قراءة وكتابة مفردات أساسية في جمل كاملة (تلقائياً)

(٣٤٤) قراءة وكتابة كلمات كمية تعبر عن المسافة، والزمن، والنقود، والكسور (تلقائياً)

(٤٤٤) المساهمة في مشروعات الجماعة التي تتطلب مهارة في التعبير (مثل الاشتراك مع الرفاق في قص قصة أو القيام بدور في تمثيلية) .

(٥٤٤) كتابة قصة عن خبرة فردية شخصية (يكتب الطفل مع مساعدة المدرس له في الكلمات الصعبة) .

المرحلة الخامسة: تطبيق المهارات الفردية والجماعية في مواقف جديدة:

الوصف العام: تطبيق المهارات الفردية والجماعية في مواقف جديدة، ويتضمن ذلك التعميم والتقييم.

الأطفال: يصلون إلى مستوى من النمو يسمح بتطبيق ما تعلموه من مهارات فردية وجماعية في مواقف جديدة تمهيداً لتعميمها في مواقف في الحياة الواقعية.

دور المدرس - المعالج: مدرس ومرشد ومعالج. ويكون تدخله في هذه المرحلة قليلاً وغير مباشر.

الفتيات: إيضاح الواقع والعلاقات بين المشاعر والسلوك ونتائجه. وإظهار القيمة الإثائية للسلوك الاجتماعي والانفعالي الناجح حين تستخدم المهارات الاجتماعية المتعلمة وحين يتج عنها مشاركة ناجحة في العمليات الجماعية.

الخبرات التربوية العلاجية: تتاح مواقف طفولة عادية ومحاادثات عن خبرات الحياة الواقعية مع المساعدة في مواقف حل المشكلات. وتكوين المهارات مستقبلاً وتكون نماذج الخبرات والمواقف متدرجة من مواقف في الفصل ومواقف في المدرسة إلى مواقف في المجتمع الخارجي.

أولاً: الهدف السلوكى: الاستجابة لخبرات الحياة الحرجة بسلوك توافقى بناء.

(١١٥) الاستجابة لخبرات تفاعلية وموقفية حرجة مع اقتراحات بناءة للتغير (كما يحدث فى حالات سلوك حل المشكلات).

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات لتكوين وتدعيم العلاقات الاجتماعية.

(١٢٥) استخدام كلمات لبدء علاقات إيجابية مع الآخرين والاستمرار فيها (مع الرفاق ومع الراشدين).

ثالثاً: هدف التنشئة: المبادأة وتكوين علاقات اجتماعية فعالة مستقبلاً.

(١٣٥) المبادأة فى العلاقات الشخصية والاجتماعية الفعالة والمحافظة عليها (دون تدخل المدرس).

رابعاً: هدف التحصيل: استخدام العلامات والرموز بنجاح فى الخبرات المدرسية والسلوك الشخصى.

(١٤٥) الكتابة لتوصيل معلومات للآخرين (الرفاق أو المدرس).

(٢٤٥) القراءة للمتعة الشخصية ولتحصيل معلومات شخصية (يختار الطفل ما يقرؤه).

(٣٤٥) التعبير عن المشاعر والاتجاهات (نثراً أو غناء أو شعراً، مع الكتابة).

(٤٤٥) القراءة للحصول على معلومات عن مشاعر وسلوك الآخرين للنمو الشخصى.

تقييم فعالية العلاج النفسى التربوى:

يجب أن يتم تقييم موضوعى لفعالية العلاج النفسى التربوى وبرنامجه بالنسبة لكل طفل على حدة.

ويمكن تحديد مدى فعالية العلاج ومدى استفادة الأطفال المضطربين منه بطرق منها:

* أسلوب نظرى: وذلك بمقارنة المفاهيم النظرية لطريقة العلاج النفسى التربوى بالمفاهيم النظرية لطرق العلاج المعروفة والموثوق بها.

* أسلوب عملى: وذلك بتقييم المنهج العلاجى بعد استخدامه باستعمال دليل كإطار مرجعى يتضمن تحديد أهداف المنهج العلاجى الرئيس وإجراءاتها الموضوعية فى شكل جزئيات سلوكية محددة ويمكن قياسها. فمثلاً هدف المرحلة الأولى للعلاج النفسى التربوى هو: الاستجابة للبيئة بسرور، وهذا يمكن تحقيقه بتحقيق أهداف سلوكية وأهداف تنشئة وأهداف

تحصيل محددة ومفصلة فى شكل إجراءات سلوكية معينة. وهكذا بالنسبة لباقي الأهداف (انظر مراحل العلاج النفسى التربوى وأهدافه وإجراءاته).

تعليق:

وهكذا نجد أن طريقة العلاج النفسى التربوى تتميز بما يلى:

- تجمع بين أسلوب علم النفس والتربية.
- تيسر للطفل المضطرب انفعالياً وسلوكياً خبرات غو عادية.
- تستخدم التغيرات العادية فى النمو كوسيلة وإطار علاجى.
- تستخدم منهجاً علاجياً محدد الأهداف مرن الإجراءات.
- تستخدم عملية تقييم مستمرة مندمجة مع المنهج العلاجى.

وتحتاج طريقة العلاج النفسى التربوى إلى مزيد من الجهد لتطويرها، بحيث تغطى أكبر عدد ممكن من مشكلات السلوك فى الطفولة مع تحديد وتخصيص مشكلات واضطرابات معينة بدلاً من الشمولية والعمومية التى هى عليها الآن. كذلك فإن طريقة تقييم فعالية العلاج النفسى التربوى يجب أن تشمل ضمن ما تشمل سرعة تقدم الطفل فى تحقيق الأهداف المحددة، والهدف العام، وهو التوافق والصحة النفسية للطفل. وحذا لو جربت طريقة العلاج النفسى التربوى مع المراهقين. والباب مفتوح أمام الدراسات والبحوث العلمية.

المراجع

- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٦). التوجيه والإرشاد النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط٢). القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧ أ). علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة (ط٤). القاهرة: عالم الكتب.
- دحام الكيال (١٩٧٣). الصحة النفسية والنمو. بغداد: مطبعة دار السلام.
- صموئيل مفاريوس (١٩٧٣). الصحة النفسية والعمل المدرسي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- وول و.د. (ترجمة) إبراهيم حافظ (د.ت.). التربية والصحة النفسية. القاهرة: دار الهلال.
- **Bachrach, J. N. (1978).** The effects of developmental therapy on emotionally disturbed males varying in race and socioeconomic status. Dissertation Abstracts International, 38, 7 (A), 4086-4087.
 - **Blank, M. & Solomon, F. (1969).** How shall the disadvantaged child be taught. Child Development, 40, 47-61.
 - **Dinkmeyer, D. (1966).** Developmental counseling in the elementary school. Personnel & Guidance J., 45, 262-266.
 - **Lieberman, D. A. (Ed). (1974).** Learning and the Control of Behavior. New York: Holt, Rinehart & Winston.
 - **Little, W. & Chapman, A.L. (1955).** Developmental Guidance in the Secondary School. New York: McGraw-Hill.
 - **Taylor, H.J.F. (1971).** School Counselling. London: Macmillan.
 - **Wood, Mary M. (Ed) (1975).** Developmental Therapy: A Textbook for Teachers for Emotionally Disturbed Young Children. Baltimore: University Park Press.

[١٧] العلاج بالموسيقى

«دراسة استطلاعية، ودعوة للبحث والتطبيق»(*)

مقدمة:

هذا البحث يعتبر «تقطوعة بحثية»، أو بلغة علمية «دراسة استطلاعية».

يتحدث الكتاب والدارسون والباحثون عن:

العلاج بالموسيقى. Music therapy OR Musical therapy OR Musicotherapy.

الموسيقى كعامل علاجي Music as a therapeutic agent

الموسيقى العلاجية الطبية Iatromusic

الموسيقى العلاجية Curative music OR Therapeutic music

استخدام الموسيقى في علاج المرضى The use of music in the treatment of the sick

فن الموسيقى كعلاج The art of music as therapy

(شيكوفينكسكي Schipkowensky ، ١٩٧٧).

والعلاج بالموسيقى هو تعامل موسيقى مع المريض بهدف علاجي وهو حل المشكلات والتغلب على الاضطرابات وعلاج الأمراض النفسية والوصول إلى حالة التوافق والصحة النفسية.

ومن بين أهداف العلاج بالموسيقى تحسين السلوك الاجتماعي ونمو الشخصية ككل عن طريق خبرات موسيقية مدروسة.

ويقوم بعملية العلاج، المعالج الموسيقي المتخصص Music Therapy Clinician الذي يجمع بين علم النفس والموسيقى (كريتشلي وهينسون Critchley & Henson ، ١٩٧٧).

والعلاج بالموسيقى أحد مجالات العلاج بالفن Art Therapy وهو أشيعها وأكثرها استخداما لأنه أيسرها وأكثرها اقتصادا في الوقت والجهد (كارل سيشور Seashore ، ١٩٦٧ ،

(*)مجلة دراسات تربوية، جزء ٣ (يونيو ١٩٨٦) ص ٥٣ - ١٠٧.

الباحث أستاذ الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة عين شمس، وحاصل على دبلوم معهد الموسيقى العربية.

ثاير جاستون Gaston، ١٩٦٨، جاي روثاى Rothary، د. ت. روزا موند شوتر - دايسون وكليف جبريل Shuter- Dyson & Gabriel، ١٩٨١، ديانا دويتش Deutsch، ١٩٨٢).

هدف البحث:

تهدف الدراسة الاستطلاعية الحالية (المرحلة الأولى) إلى: بلورة إطار نظري عن أسس العلاج بالموسيقى، وتقديم إطار مرجعي لعملية العلاج بالموسيقى، واستطلاع رأى الموسيقيين بخصوص إمكانية استخدام الموسيقى (المحلية والعالمية) فى العلاج النفسى فى بيئتنا العربية، وتحديد المقطوعات الموسيقية المهدئة والمنشطة التى تصلح لذلك.

تهدف الدراسة الميدانية التالية - إن شاء الله - (المرحلة الثانية) إلى : تجريب عدد من المقطوعات الموسيقية المهدئة والمنشطة، وإعداد برنامج للعلاج بالموسيقى، ودراسة آثاره العلاجية على عينة من المرضى النفسيين.

أسس العلاج بالموسيقى:

يقوم العلاج بالموسيقى على أسس راسخة أهمها أن الموسيقى علم وفن وعلاج . والموسيقى تنتمى إلى ميدان العلم، وإبداع الفن، وتؤثر فى الحالة النفسية والجسمية حيث ينتظم إيقاع الحركة داخل الجسم بواسطة موجات الموسيقى عن طريق إحداث الاسترخاء أو النشاط المفيد للحالة المرضية، وعن طريق إحداث نسبة معينة من التوافق بين التنفس وسرعة النبض والحالة الانفعالية بصفة خاصة والحالة النفسية بصفة عامة.

والموسيقى - كلفة شائعة ذات إمكانات تعبيرية واسعة وكبيرة - بعناصرها الرئيسة - اللحن والهارمونية والإيقاع - تروق للجميع وتناسب كل إنسان رجلا كان أو امرأة، صغيرا أو كبيرا، غنيا أو فقيرا (ضياء أبو الحب. ١٩٧٠).

والموسيقى خبرة عالمية بمعنى أن الجميع يشارك فيها، وتعبر عن كل أبعاد الخبرة البشرية. والموسيقى عالم لكل فرد خبراته فيه سواء كان مؤلفا أو عازفا أو مستمعا أو معالجا... إلخ.

وهكذا يقوم العلاج بالموسيقى على أساس أنها تؤثر فى السلوك بوجه عام، ولها أثر فسيولوجى وأثر اجتماعى وأثر عقلى وأثر تربوى.

الموسيقى وأثرها فى السلوك (بوجه عام):

دأب العلماء فى مجال علم النفس الموسيقى Psychomusicology على دراسة أثر الموسيقى فى السلوك الإنسانى.

وهناك علاقة وثيقة بين المثير الموسيقى والاستجابة الناتجة التي تثيرها في المستمع. وللموسيقى خصائصها الإيقاعية التي نستجيب لها بأسماعنا وبكل حركات أجسامنا وخفقات قلوبنا وخيالنا. وتستثير الموسيقى استجابات لدى المستمعين، تتجلى في شكل تغيرات ظاهرية في السلوك، فمن المستمعين من يظل ساكنا بلا حراك، ومنهم من يتحرك في شكل هوس.

وللموسيقى أثر يختلف باختلاف السن والجنس، فآثرها على الأطفال يختلف عنه لدى الشباب وعنه لدى الشيوخ. ويختلف لدى الذكور عنه لدى الإناث، وهي على العموم تصاحب الإنسان من المهد (موسيقى المهد) إلى اللحد (الموسيقى الجنائزية). وهناك تأثير يختلف حسب نوع الموسيقى إذا كانت عسكرية أو دينية أو راقصة أو تصويرية... إلخ، حيث يختلف تأثير الإيقاع والتألف واللحن. كذلك تؤثر الثقافة الموسيقية والتعليم الموسيقى وعادات السمع الموسيقى والتذوق الموسيقى.

والتفاعل مع الموسيقى يكون عن طريق السمع والإحساس السمعي والمعنى العقلي والإدراك الموسيقى والتجاوب الانفعالي إلى درجة التوحد مع اللحن. ومن هنا تبدو الفروق الفردية في التذوق الموسيقى (كريتشلى وهينسون Gritchley & Henson، ١٩٧٧).

وقد استخدم الإنسان الموسيقى منذ وقت طويل لتساعده في العلم كما في التربية والتعليم، وفي العمل كما في التركيز والتعاون، وفي اللهو كما في الغناء والرقص، وحتى في الحرب والعبادة.

والموسيقى سلاح ذو حدين: فالموسيقى السارة تشرح الصدر، بينما الموسيقى الحزينة قد تؤدي إلى مزيد من الحزن. وإذا قيل إن الموسيقى تطرد الشيطان فهي في نفس الوقت قد تدعوه في الحفلات الصاخبة.

ويلاحظ أن الموسيقى تؤثر في سلوك الكائنات غير البشرية. ويلاحظ أن قوتها تروض الوحوش المفترسة كما في السيرك. ونحن نعرف أثر الموسيقى على الخيل، وأثر الموسيقى الهندية على الثعابين.

الموسيقى وآثرها الفسيولوجي:

الموسيقى لها أساس فسيولوجي ولها أثر فسيولوجي.

ويقوم الجهاز العصبي بصفة خاصة وأجهزة الجسم المختلفة بصفة عامة بدور هام هنا. ويذهب البعض إلى أن في جسم الإنسان توجد مصادر للموسيقى في النبض وفي التنفس، ربما لها تأثير،

حتى وإن كانت موجات الصوت الصادرة عنها غير مسموعة، ولكنها موجودة بدليل أننا نسمعها بالسماعة الطبية. وهذه الموجات الصوتية الصادرة من أجهزة الجسم متناغمة. وتختلف درجة التناغم بين الأفراد، وتختلف في الفرد الواحد من وقت لآخر، حسب صحته وحيويته وحالته الانفعالية. ولذلك نتوقع عدم الاستمرارية في قدرة الجسم الإرسالية للصوت أو الموسيقى وفي قدرته الاستقبالية للصوت أو للموسيقى. والذي يسمع نبض فرد يغنى بصوت مرتفع، يجد أن النبض يستجيب لقوة الصوت. والذي يستمع أداء مغن حنجرتة ملتتهبة أو أحباله الصوتية ملتتهبة أو صدره أو قلبه مريض أو صحته ضعيفة، يجد أن صوته ضعيف منخفض. واسمع قلب المحب حين يرى محبوبه، أو يسمع ما يذكره به من موسيقى أو غناء. وبالمثل إذا تأثرت الآلة الموسيقية بطرق أو خدش أو تشويه، تأثر الصوت الصادر عنها فيكون أشبه بصوت المريض المتعب «يثن».

والموسيقى - كفن انفعالي - لها تأثير فسيولوجي حيث تتأثر وظائف أعضاء الجسم بالاستماع إلى الموسيقى، مثل الخطب بالرجل أو تحريك اليد أو الرأس وتغير النبض والضغط وسرعة التنفس. وتؤثر تآلفات الصوت «الموسيقى» في الإنسان بكل كيانه وكل أجهزته (الجهاز العصبي والحسي والدوري والتنفسي والهضمي)، كما أنها تؤثر في تأخير التعب العضلي والعقلي.

وهناك تأثير فسيولوجي ميكانيكي للموسيقى، فهي صوت منغم إيقاعي يحدث ذبذبات في الهواء، عبارة عن موجات صوتية يصل إلى الأذن ويؤثر في طبليتها ويؤثر في العصب السمعي، الذي يحمل الرسالة الصوتية إلى المراكز العصبية في المخ، فتجعل الفرد يدرك الصوت الإيقاعي المنغم ويستمتع باللذة الحسية. والجهاز العصبي له خاصية حفظ وتخزين الأنغام واستدعائها. والموسيقى تؤثر في موجات المخ الكهربائية. ومن الملاحظ أن الأم تغنى برفق وهدهوء وبطء لطفلها الصغير. وهذا يؤثر على جهازه العصبي فيسترخي ويهدأ أو ينام. كذلك فإن الموسيقى السريعة Allegro و Presto العالية القصيرة الصاخبة تؤثر مباشرة على الأعصاب.

والخبرة الموسيقية بطبيعتها خبرة حسية إدراكية تتدرج من الإحساس البسيط والإدراك البسيط وبالتالي إلى الاستجابة البسيطة، إلى أعلى مستوى من الإحساس والإدراك والاستجابة (التذوق والتعقل والتأمل) (ويليام سيرز Sears ، ١٩٦٨).

ومما يؤكد الأثر الفسيولوجي للموسيقى، أن من النظريات المعروفة في علم النفس الموسيقى «نظرية النبض» Pulse Theory والتي من مقولاتها إنه إذا كانت الذبذبات مقياس التقدم في الخط اللحني متطابقة مع إيقاعات نبضات قلب المستمع، فإن الموسيقى تكون مناسبة له ولا تسبب أى تهيج أو انزعاج أو إثارة. أما إذا انحرف الإيقاع الموسيقي عن الإيقاع السوي لنبضات قلب

المستمع زيادة أو نقصانا، فإننا نجد أنه إذا كان تعاقب اللحن بوحدات مقياس الذبذبات أبطأ من نبضات القلب، فإنه يثير في الفرد ذكريات هادئة وقائمة وحزينة ويأسفة، وإذا كانت الوحدات الإيقاعية للحن مسرعة بالنسبة لنبضات القلب فإنها تثير في الفرد المرح والطرب والنشاط.

الموسيقى وأثرها الانفعالي،

الموسيقى خبرة انفعالية متنوعة في محتواها بتنوع الانفعالات الإنسانية نفسها (نوردوف وروينز Nordoff & Robbins ، ١٩٧٥).

والموسيقى لها أساس انفعالي ولها أثر انفعالي، فالنغم تعبير انفعالي يؤثر في الانفعالات. وتعرف الموسيقى بأنها لغة تعبر عن الانفعالات والعواطف والمشاعر، وهي أقوى الفنون تحريكا للانفعالات والعواطف. والموسيقى تلازم الإنسان في حبه وفي مرحه، وفي احتفاله وحتى في حزنه. وعندما يندمج الفرد مع الموسيقى مؤدياً أو مستمعا فإنه يخبر محتواها الانفعالي ويعيشه. والموسيقى بكل ما تشتمل عليه من تجريد، وما تبدو عليه من أنها ليست بذات معان، تنتسب إلى عالم الانفعالات بكل عمق.

والعناصر النفسية في الموسيقى كثيرة، وعلى رأسها إثارة الانفعالات والمشاعر. وجميع عناصر الموسيقى كالإيقاع اللحني والتوافق الصوتي ومقاس ذبذبة النغم والإيقاع واللون النغمي... إلخ تؤثر في الحالة الانفعالية للمستمع، فتضعه في مكان ما بين طرفي الفرح الشديد والحزن المفرط، أو في مكان ما بين السعادة والمرح أو التهيج والاستثارة.

والنغمات الموسيقية - كتنظيم جمالي - تحدث تأثيرا سارا يوحى بالسعادة والأمل، طالما كانت في حدود مناسبة من الشدة. أما إذا كانت أشد وأعلى وأسرع فإنها تحدث الإثارة والتهيج الانفعالي، وإذا كانت أرق وأضعف وأبطأ فإنها تحدث التهدئة الانفعالية.

وهناك أصوات من طبيعتها أن تكون مفرحة ومرحة تتفق مع الحب والحنان والطرب، وأخرى محزنة أو قاسية أو مروعة، وعند سماعها يتجاوب الفرد انفعاليا وعاطفيا معها.

هذا ويمكن استخدام الموسيقى للتحكم في الانفعالات المختلفة وتوجيهها كما في تخفيف حدة التوتر والقلق.

وعلى العموم فإن الموسيقى لها أهميتها الخاصة في التربية الانفعالية Emotional Education.

الموسيقى وأثرها الاجتماعي،

تقدم الموسيقى عادة في حفلات استماع وفي إطار اجتماعي، وتسهم بدور هام في التفاعل

الاجتماعى، وتجعل الإنسان أكثر تفاعلا وتيسر الاتصال الاجتماعى، وتساعد فى العمل التعاونى وتتيح فرصة التنافس فى شكل مقبول اجتماعيا. وقد يصاحب الموسيقى الآلية الغناء والأصوات البشرية التى تردد أغنيات محببة مما يفيد فى جوانب النمو الاجتماعى.

والموسيقى تثير النزعة القومية. وكلنا نعرف أن السلام الوطنى والأناشيد القومية وأغانى الحنين إلى الوطن تثير دموع المغتربين.

والموسيقى باعتبارها لغة الانفعال تؤثر فى المشاعر وترتبط بالفكر، والفكر يرتبط بالسلوك، والسلوك يرتبط بالأخلاق، ومن ثم ترتبط الموسيقى بالأخلاق.

هذا وتستخدم الموسيقى فى زيادة الإنتاج بشرط ألا تكون جاذبة للانتباه حتى لا تصرف العامل عن عمله. فالموسيقى تستخدم لتسليية العمال وتنظيم نشاطهم فى المصانع، وفى الأعمال الثقيلة والحرف التى تحتاج إلى مجهود كبير لإثارة الحماس وتقليل الملل. وفى الحرب تساعد الموسيقى الجنود على تحمل العناء والجهد. والموسيقى العسكرية باعتبارها الرمز المسموع للزمن المنظم تنظم المشى. والموسيقى العسكرية السريعة القوية تسرع ضربات قلوب الجنود وتثير حماسهم لخوض المعركة فى الميدان لتحقيق النصر. وتستخدم الموسيقى فى الأغراض الدينية، فهى تساعد فى التعبير عن السلام العقلى والتقوى والخير. رجال الدين البوذيين ينشدون الأغنيات الدينية مع الموسيقى. والموسيقى تستخدم مع التراتيل والصلوات فى المعابد والكنائس.

وبالإضافة إلى ما سبق، تلخص آمال صادق (١٩٨٠) أثر الموسيقى فى تنمية النواحي الاجتماعية فى : تنمية روح الفريق (الفرق الموسيقية)، وتنمية الإحساس بالمبادأة والمسئولية الاجتماعية والثقة بالنفس، والإسهام فى تمضية وقت الفراغ فى نشاط تربوى موجه.

الأثر العقلى للموسيقى:

للموسيقى أثر عقلى حيث تثير خيال المستمع، خصوصا إذا صاحبها غناء صوتى يفسر معانيها. وتلعب الثقافة الموسيقية للمستمع دورا هاما فى الاستجابة لها، أى أنها تتضمن عنصرا عقليا معرفيا. فالفرد يستفيد من ثقافته وخبراته الموسيقية فى الاستجابة للموسيقى. وكلما ازدادت المعرفة الموسيقية كلما ازدادت هذه الاستجابة (نبيلة ميخائيل، ١٩٧٨).

وبالإضافة إلى ذلك فإن للموسيقى أثرها فى تنمية النواحي العقلية، وخاصة تنمية الإدراك الحسى، وتنمية القدرة على الملاحظة، وتنمية القدرة على القراءة والكتابة الموسيقية، وتنمية القدرة على التنظيم المنطقى، وتنمية الذاكرة السمعية، وتنمية الإحساس والإدراك الزمنى، وتنمية

الإحساس اللمسى والبصرى والتصور الحركى، وتنمية القدرة على الابتكار، وزيادة المعلومات، وتحسين تعلم المواد الدراسية (آمال صادق، ١٩٨٠).

الموسيقى وأثرها التربوى:

كل مقطوعة موسيقية تعتبر هدية ثقافية قيمة تقدم للجنس البشرى.

والموسيقى أداة فعالة فى التربية، فهى تساعد التلاميذ فى تعلمهم وفى لعبهم.

ومنذ وقت طويل دخلت الموسيقى فى التربية والتعليم لتسهم فى النمو المتكامل للمتعلم. وقد كان النظام التربوى فى اليونان يستند إلى الموسيقى. وقد وضعوها جنباً إلى جنب مع العلوم الرئيسة. فهى واحدة من أربعة تتعامل بالقياسات هى : الهندسة والفلك والحساب والموسيقى.

وفى الوقت الحاضر يستفاد من الموسيقى تربوياً فى نواح كثيرة. فالموسيقى رياضة مسموعة أو رياضة صوتية . ويمكن تحليل القيمة الرياضية للمقطوعة الموسيقية، وفى ذلك تدريب للأذن وتدريب للمخ. والموسيقى تنمى الإدراك الدقيق للزمن والتتابع والتناغم ، وتعلم التناسب والنظام.

والموسيقى تنمى الاستمتاع العقلى المعرفى، وتنمى التذوق الجمالى، والحكم الجمالى. وفوق هذا وذاك فإن الموسيقى توسع الإدراك، وهى مجال رحب للابتكار.

وهكذا نجد أن وجود الموسيقى فى البرنامج التربوى والعلاجى يعتبر معلماً من معالم برنامج متطور. ويقترح روبرت ويليامز Williams (١٩٧٨) أن تدخل الموسيقى كجزء مندمج فى الخطة التربوية فى التعليم وتعطى أهمية متساوية مع باقى المواد.

التشخيص بالموسيقى:

الموسيقى من أحب الفنون التى يستجيب لها الإنسان . ولا يحتاج لكى يفهمها ويتذوقها - بالضرورة - إلى ثقافة خاصة أو الإلمام بقواعدها وأصولها، وهى تمتاز بالانطلاق غير المحدود، فليس المفرداتها ولا لأصواتها ولا لأنغامها معنى محدد، ينقل للمستمع صورة واحدة ثابتة لا تتغير مع تغير اللحن. ولذلك يختلف تأثير اللحن الواحد على عواطف كل مستمع ، ويتشكل هذا التأثير حسب مقدرة المستمع على تقبل اللحن وفهمه، وعلى استيعاب المعنى الذى يحمله. والمقطوعة الموسيقية الواحدة يمكن أن يصاحبها كلمات حب أو كلمات هجاء. والأنغام الموسيقية توحى بمدى واسع من الاستجابة التى هى ليست جزءاً من الأنغام ولا من مكوناتها. فالنغم لا يصف أو يحدد بشكل معين حادثة خاصة أو فعلاً معيناً، إنه مجرد نغم أو لحن وإيقاع ورموز

موسيقية لا تعبر عن معان مطلقة أو ثابتة . وأية معان أو أفكار أو مشاعر تقترب منها إنما تصدر عن ذات المستمع المتذوق.

وهكذا فإن الموسيقى بطبيعتها تتطلب سلوكا واستجابة مباشرة ومستمرة . وهذه الاستجابة يمكن ملاحظتها ودراستها والاستفادة منها تشخيصيا . وعلى سبيل المثال فإن الموسيقى الراقصة تستخدم لتشخيص السلوك الاجتماعي للمرضى النفسيين بصفة عامة.

والموسيقى تثير في المستمع ذكريات وخبرات سابقة مختزنة، وتعبّر عما يختلج في النفس من عواطف وانفعالات، لذلك يمكن استخدامها كأداة للحصول على عينات من هذه الخبرات الانفعالية والخيالات اللاشعورية التي تعبر عن المشاعر الخاصة، تتمركز حول الذات التي تستجيب لسماعها وتتلون بالمزاج الشخصي للمستمع، وتكشف عن النشوة والمرح أو الحزن والاكتئاب.

والموسيقى توصل إلى الحياة الانفعالية للفرد. والتفاعل الموسيقى يتوقف على شخصية الفرد وعلى شخصية الموسيقى Character of the music (نوردوف وروبينز Nordoff & Robbins, ١٩٧٥).

ويقول فؤاد زكريا (١٩٥٦) إن الموسيقى تتميز بعنصر الغموض والإبهام الذي يكون مادتها. والتنظيم النغمي، والتذوق النغمي لدى المستمع يتضمن نوعا من الإسقاط، فالنغم الموسيقى يتألف من جزئين، أولهما يحصل من الخارج (الظاهرة الصوتية الفيزيائية)، وثانيهما ينبثق من الأعماق، معبرا عن حالة المستمع ملونا بخبراته التي يربطها بالنغم وبحالته النفسية - أي أنه يسقط ما لديه من مشاعر وانفعالات واتجاهات على الموسيقى.

وقد عكف علماء النفس على استخدام الموسيقى كمثير إسقاطي، ووجدوا أنها وسيلة إسقاطية صالحة، لأنها أداة غير متشكلة يستطيع المخصوص أن يشكّلها وفق ما يترأى له، فيسقط عليها ما يتجاوب في أعماقه من المعاني والخبرات والانفعالات الخاصة.

وهكذا يستعان بالاختبارات الإسقاطية الموسيقية في استخراج محتويات لا شعورية وكشف النقاب عن دينامياتها المسيطرة في سلوك الأفراد المضطربين نفسيا. وقد وجد أنه يمكن باستخدام هذه الاختبارات الإسقاطية الموسيقية، الكشف عن الرغبات اللاشعورية والحيل الدفاعية والصراعات الكامنة. وكذلك يمكن تشخيص حالات العصاب والذهان والتمييز بينها وبين الأفراد العاديين (الأسوياء) (ضياء الدين أبو الحب، ١٩٧٠).

ومن أساليب التشخيص بالموسيقى «الاختبار الموسيقي» حيث يختار المريض الموسيقى التي

يفضلها والتي لا يفضلها للتعرف على حالته النفسية والمزاجية وميوله ورغباته وأحاسيسه وحالته المرضية. ومعروف أن الفرد حين يختار مقطوعة موسيقية فإنه يختارها بالذات لأنها تعبر عن حالته وعن مشاعره الذاتية وعن خبرته الشخصية.

وقد يطلب من المريض (الموسيقي) ارتجال مقطوعة موسيقية Improvisation تعبر عن مشاعره وأحاسيسه الخاصة، وتكشف عن مظاهر استقراره أو اضطرابه. ويساعد ذلك في تشخيص حالته المرضية. ويلاحظ أن القرع الشديد على الطبول يعبر عن أعراض نفسية.

وقد يقدم للموسيقى المريض مقطوعات موسيقية، ويطلب منه إبداء رأيه فيها ونقدها وتحليلها، ويستفاد من ذلك تشخيصيا.

استخدام الموسيقى في العلاج؛

العلاج بالموسيقى - كتنخصص - علاج حديث نسبيا. ولقد مر تطور العلاج بالموسيقى بتاريخ طويل.

في الماضي؛

استخدمت الموسيقى علاجيا منذ أقدم العصور.

ففي مصر القديمة كان كهنة معبد أبيدوس (وهو أكبر مراكز الطب في مصر القديمة) يعالجون مرضاهم بالترتيل المنظم.

وفي تاريخ استخدام الموسيقى في العلاج يأتي ذكر أورفيوس Orpheus (١٣٥٠ ق. م.) واستخدامه للموسيقى لتحسين الحياة العقلية للإنسان وتهذيب عواطفه والوصول إلى علاج المرض.

ومن رأى أفلاطون أن الإنسان الفاضل هو الذى تتناغم حياته مع الموسيقى. وفي نظر فيثاغورث فإن الموسيقى أعلى من الحواس وتحتاج إلى درجة عالية من المستوى العقلى لفهمها.

ومن خلال تعاليم أفلاطون وأرسطو وغيرهما من فلاسفة الإغريق القدماء لفت الأنظار إلى ما للموسيقى من أهمية فى ميدان التعليم والعلاقات الإنسانية والفن والاحتفالات الدينية والحياة العامة. وأصبحت الموسيقى ضرورية للمحافظة على الصحة العقلية والجسمية ولعلاج الأمراض الوظيفية وحتى الأمراض العضوية (شيبكوفينسكى Schipkowensky ، ١٩٧٧).

وفي المجتمعات البدائية استخدم المعالجون الأغاني فى العلاج فرديا وفى جماعات يشارك فيها المرضى وأقاربهم، واستخدموا الموسيقى البدائية والطبول لاستدراج الأرواح الشريرة، وكانوا

يخيفونها بالطبول الشديدة. وكانوا يعتقدون أن الأغاني لها أصل وتأثير فائق للطبيعة Supernatural. وكان الهنود الحمر يستخدمون الموسيقى والغناء والرقص للاستعانة بها في علاج المرضى.

وتحدث أبو قرط - وهو من أكبر الأطباء القدامى - عن أهمية الموسيقى علاجياً. وورد في الإنجيل ما يشير إلى أنه عندما دخلت الأرواح الشريرة إلى جسم شاول (حوالي ١١٠٠ ق. م.) أخذ داود النبي (الذي أصبح ملكاً بعد شاول) العود وعزف عليه بيده وانتعش شاول وخرجت الروح الشريرة من جسمه وأصبح معافى.

ومن بين العلماء العرب والمسلمين الذين عرف عنهم استخدامهم للموسيقى في العلاج، الرازي (٨٥٠ - ٩٢٣)، وابن سينا (٩٨٠ - ١٠٣٧) وهو من عباقرة الطب الذين استخدموا الموسيقى لعلاج مرضاهم. ويقول إخوان الصفا إن ألحان الموسيقى تصورات ونغمات ولها في النفوس تأثيرات. ومن الألحان والنغمات ما يسكن سورة الغضب ويحل الأحقاد ويكسب الألفة والمحبة (ضياء أبو الحب، ١٩٧٠). ومعروف أن العرب قد أدخلوا استخدام الموسيقى في مستشفيات الأمراض العقلية قبل أوروبا بحوالي أربعة قرون على الأقل.

وساد الاعتقاد في القوة العلاجية للموسيقى في الحضارات المتعاقبة والمتعددة حتى عصر النهضة في علاج حالات العصاب والذهان.

وفي بعض الثقافات - ومنها مصر - يستخدم الزار - وأصله أثيوبيا - كإحدى وسائل العلاج الشعبي، حيث يستخدم فيه الموسيقى البدائية والغناء (أغاني الزار) والرقص (رقص الزار) والبخور والعطايا لطرد الأرواح التي تتلبس بالمرضى، على أساس الاعتقاد بأن زيارة الأرواح (الأسياء) لجسم الفرد هي التي تسبب له الأمراض النفسية والجسدية. ويقوم المعالج (الكودية) بدور الوسيط بين المريض (العروس) والزار (الأسياء) (فاطمة المصري، ١٩٧٥). وتلخص نبيلة ميخائيل (١٩٧٤) تأثير الزار في أن الموسيقى والطلل والرقص تحدث حالة من الإثارة العصبية تدفع المرضى إلى حالة تشبه حالة الهوس ثم الإرهاق وأخيراً إحساس المرضى - المعتقدين في الزار - بالتخلص من حالتهم المرضية، والشعور بأنهم أصبحوا أكثر راحة وصحة.

الوضع الحالي:

وتطور الحال منذ سنة ١٩٤٩ إلى حد كبير، وأصبح هناك إجماع بين الخبراء والباحثين على أهمية استخدام الموسيقى في العلاج النفسي، وزاد الاهتمام بالعلاج بالموسيقى على أسس علمية مدروسة. وأسست جمعيات للعلاج بالموسيقى في بعض الدول.

وتطورت وتوالى البحوث والدراسات فى العلاج بالموسيقى. وتعددت المجلات العلمية المتخصصة فى العلاج بالموسيقى، ومنها على سبيل المثال لا الحصر

-Music Therapy

- Journal of Music Therapy.

تطلعات المستقبل؛

تنشر البحوث والدراسات الكثيرة المبتكرة المتقدمة التى تملأ المجلات العلمية الدورية فى العلاج بالموسيقى بمستقبل مشرق وتقدم ملموس.

ومن أهم ملامح المستقبل اطراد تطور أساليب العلاج بالموسيقى مع التطور العلمى والتكنولوجى، واستخدام الحاسب الآلى والدوائر التلفزيونية المغلقة والفيديو .. إلخ.

عملية العلاج بالموسيقى؛

العلاج بالموسيقى لكى يكون مؤثرا لابد أن يكون فيه قدر كبير من الابتكار. والخطوط العريضة التالية تمثل مجرد إطار مرجعى، وليس تحديدا لإجراءات جامدة لعملية العلاج بالموسيقى.

الإعداد للعملية؛

قبل البدء فى العملية العلاجية، يجب الإعداد لها حيث يكون قد تم تشخيص الحالة وتحديد العمر والمستوى الثقافى والهوايات والحالة الصحية والعضوية والفسولوجية للمريض. ومنذ البداية، وعند الإعداد للعملية العلاجية، يجب أن يحدد المعالج أهداف العلاج جسميا وانفعاليا واجتماعيا بحيث يتحقق قدر من السعادة المتزايدة (حامد زهران، ١٩٧٨).

المناخ العلاجى؛

تبدأ عملية العلاج بالموسيقى بتهيئة المناخ أو الجو العلاجى المناسب، ويتضمن ذلك إعداد المكان المناسب وتعريف المريض بملامح عملية العلاج ودوره فى ذلك، فى جو علاجى مريح سار مشبع بالأمن والفهم والتقبل يبعث على الطمأنينة والأمل.

ويلاحظ أن الموسيقى تحسن المناخ العلاجى والتفاعل الاجتماعى بين المعالج والمريض، وبين المرضى فى العلاج الجماعى. كذلك فإن الموسيقى تتيح فرصة الترفيه والتنشيط اللازم للمناخ العلاجى مما يسر تحقيق الهدف العلاجى.

العلاقة العلاجية:

فى المناخ العلاجى المناسب تقوم العلاقة العلاجية من خلال جلسات العلاج، ويتطلب نجاح العلاج بالموسيقى أن يكون فى إطار من التقبل والفهم المتبادل والتعاون بين المعالج والمريض. وتتضمن العلاقة العلاجية التفاعل والاتصال بين المريض والمعالج، وإذا تكونت قناة اتصال موسيقى بين المعالج والمريض، يجب أن تكون مفتوحة وحررة، وهذا يسمى الألفة الموسيقية Musical rapport، وهذا ينشط الاستجابة ويسر التخلص من الخوف، وتحقيق قدر من السرور وقدر من الثقة فى الموقف العلاجى. وإذا كان المريض له اهتمامات موسيقية يمكن استغلال هذا الاهتمام فى إنشاء وتدعيم العلاقة العلاجية والتجاوب بينه وبين المعالج فى ضوء الاهتمام المشترك.

والمعالج الموسيقى الدارس الذى يجيد الارتجال والابتكار الموسيقى يملك لغة ممتازة للاتصال مع المريض، وهو يعبر موسيقيا ويتابع تعبيرات وجه المريض ولمحاته وحركاته وسلوكه، من خلال تنوع الأداء فى ضوء الزمن واللحن والهارمونية والإيقاع والسكتات... إلخ، وهو يصور سلوك المريض ويتابع نشاطه بحرية وارتجال وابتكار (بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins، ١٩٨٥).

الخبرة الموسيقية العلاجية:

تتطلب عملية العلاج بالموسيقى وضع برنامج موسيقى يناسب الحالة لتحقيق الهدف العلاجى.

وقلب البرنامج الموسيقى العلاجى هو الخبرة الموسيقى التى تناسب شخصية المريض الذى يوضع فيها فتؤثر فى سلوكه حين يعيها سمعيا (إيقاعا وطبقة وعلوا) وبصريا (قراءة ومتابعة فى الأداء) ولمسيا (مع الآلة) (ويليام سيرز Sears، ١٩٦٨).

وتتضمن الخبرة الموسيقية العلاجية موسيقى مرتجلة مبدئية استكشافية تعدل لتناسب إيقاعات المريض وسلوكه حيث يهيم المعالج موقفا يتمكن من خلاله أن يشخص وأن يعالج، لأن المريض يستجيب موسيقيا وشخصيا. ويلاحظ أن كيفية ومدى استجاباته تحدد مجرى الارتجال الذى يقوم به المعالج ليحتوى المريض فى الخبرة الموسيقية.

ويحرص المعالج على الحصول على استجابة المريض صوتيا أو إيقاعيا أو غير ذلك. ومن أنماط الاستجابات التى تشاهد: حرية كاملة فى الإيقاع، حرية غير مستقرة فى الإيقاع (نفسيا أو عصبيا)، حرية محدودة فى الإيقاع، إيقاع قسرى، إيقاع مضطرب، إيقاع انفعالى، إيقاع مشوش،

عزف على الآلة، غناء مصاحب، دندنة مصاحبة، متابعة التغير في اللحن (بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins ، ١٩٨٥).

الموسيقى العلاجية:

الموسيقى العلاجية لها أنواع يجب الاختيار من بينها بما يتفق مع الحالة الخاصة لكل مريض، ومدى تقبله وتذوقه لها واللون والأسلوب الذي يفضلُه. وأهم أنواع الموسيقى العلاجية أربعة هي:

الموسيقى المهدئة (الهادئة): وهي تتكون من السلم الصغير، تكون لينة وهادئة، متوسطة أو منخفضة الطبقة، متصلة (التغير فيها تدريجي)، يغلب على لحنها التكرار، تموجاتها بطيئة، زمنها بطيء، تناسب سرعتها سرعة التنفس، إيقاعها هادئ، ولحنها بسيط، تعزفها عادة آلة واحدة مثل الفلوت أو الكمان. ومن أمثلتها التقاسيم الحرة والمواويل. ولها تأثير مهدئ جسميا ونفسيا، وتستخدم لتهدئة المرضى المتهيجين.

الموسيقى المنشطة (المثيرة): وهي تتكون من السلم الكبير، وتكون قوية، عالية الطبقة، متقطعة وغير منتظمة، خالية من الرتابة، تموجاتها سريعة، زمنها سريع، متنوعة الآلات، بها مفاجآت مثل الانتقال من مقام لآخر، إيقاعها واضح وقوي، ذات تآلفات معقدة، تعطى قوة عند سماعها. ومن أمثلتها المارشات العسكرية. ولها تأثير منشط لتنشيط مرضى الاكتئاب والفصام التخشى.

موسيقى الاسترخاء (النومة): وهي منخفضة وهادئة. وتكون رتيبة خالية من المفاجآت والتنوع، كثيرة التكرار، تعزفها آلة واحدة غالبا، زمنها بطيء، هادئة النبر، إيقاعها غير محدد ومنتظم ورتيب، غير متنوعة. ومن أمثلتها موسيقى أغاني المهد. ولها تأثير يبعث على الاسترخاء والنوم.

الموسيقى السارة (المفرحة): وهي متوسطة الهدوء والسرعة والزمن والتكرار والإيقاع. ومن أمثلتها الموسيقى الراقصة. ولها تأثير مفرح مطرب مبهج ممتع مريح ترفيهي.

التداعي الحر:

عن طريق التداعي الحر أو «الترباط الطليق» يطلق المريض العنان لأفكاره وخواطره واتجاهاته وصراعاته ورغباته وإحساساته تداعي وتسترسل حرة مترابطة تلقائيا. والموسيقى وسيلة مفيدة في هذا. فهي قد تظهر أفكارا فوق الموسيقى Extramusical وتداعيا حرا للأفكار والمشاعر - كوسيلة إسقاطية. إنها حقا تتيح فرصة التعبير عن الذات (سواء في الأداء أو الاستماع).

التنفس الانفعالي:

والتنفس الانفعالي أو التفريغ الانفعالي يعتبر بمثابة تطهير للشحنات النفسية الانفعالية. وعن طريقه يمكن التخلص من التوتر النفسى.

والموسيقى من أهم وسائل مساعدة المريض فى عملية التنفس الانفعالى. إنها تستثير الكثير من الاستجابات الانفعالية لدى المريض. فهى تستثير السرور والفرح الشديد (مما يؤدى إلى النشوة) أو الحزن العميق (مما قد يؤدى إلى ذرف الدموع). وهى أيضا تستثير الهدوء والسكينة أو الإثارة والاندفاع، وهى تستثير الحماس والشجاعة أو الفزع، وهى تستثير الابتهاج أو الغضب.

والموسيقى تساعد فى التنفس الانفعالى، حيث تنعكس فيها أنات الحزانى والمفجوعين، وزفرات المحبين ومتع اللاهين والعابثين. ومن الناحية الانفعالية فإن الموسيقى تهدئ الانفعال وتخفف الحزن والأسى وتجلب السرور والسعادة والبهجة.

والموسيقى تيسر التعبير الانفعالى عن النفس (بقبول اجتماعي)، سواء إيجابا أو سلبا فى إطار مقبول اجتماعيا كما فى الموسيقى الراقصة مثلا.

والموسيقى تخفف التوتر النفسى، وما يعترى حياة المريض من متاعب، فهى تجعله يقلع من خلالها عن التفكير فى متاعب الحياة اليومية ويستسلم إليها وهو يسبح فى عالم الخيال.

التفسير:

ويتناول التفسير العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج وكل ما كشف عنه التداعى الحر والتنفس الانفعالى وعلاقة هذا كله بخبرات المريض ومشكلاته. ويتناول التفسير أيضا الأعراض المرضية وعلاقات المريض الشخصية والاجتماعية وهدف حياته وأسلوب حياته... الخ.

ويجب أن يكون التفسير مرتبطا بشخصية المريض وحالته فى حاضره وفى ضوء الواقع هنا والآن. ويجب أن يكون التفسير واضحا كاملا وصحيحا ومنطقيا وبجرعات مناسبة، وفى ضوء النظريات العلمية وبأسلوب مناسب فى لغة يفهمها المريض حتى يقبله.

الاستبصار:

الاستبصار هو أهم عناصر فهم الذات. والتداعى الحر والتنفس الانفعالى والتفسير إجراءات تفيد فى استبصار المريض وفهم نفسه ومعرفة مصادر اضطرابه ومشكلاته وتعرفه نواحي قوته ونواحي ضعفه وإيجابياته وسلبياته. والاستبصار يجعل المريض أكثر قدرة على التحكم فى سلوكه.

والموسيقى العلاجية تدعم الاستبصار والوعى بالذات.

التعلم وإعادة التعلم:

الخبرة الموسيقية العلاجية يجب أن تتيح للمريض خبرة تيسر تعلم السلوك السوي وأساليب التوافق النفسى السليم. ويجب العمل على حدوث التعلم التدريجى لحرية التعبير وإقامة اتصال مناسب من الآخرين كعوامل أساسية للعلاج.

والموسيقى تتيح للمريض فرصة تعلم مهارات اجتماعية واقعية وأنماط سلوك شخصى مقبول اجتماعيا (وهذا مطلوب فى التفاعل الاجتماعى الناجح مع رفاق السن وفى المجتمع بصفة عامة)، ثم ينتقل أثر هذا التعلم والتدريب من الموقف العلاجى إلى مواقف الحياة اليومية عن طريق عملية التعميم.

تعديل وتغيير السلوك:

يعتبر تعديل وتغيير سلوك المريض من أهم أهداف عملية العلاج، ويهدف إلى تعديل وتغيير الاضطرابات السلوكية المتعلمة من السئ والغريب والشاذ واللاتوافق إلى الأحسن والمألوف والعادى والمتوافق.

والموسيقى تستلفت انتباه المريض، ويصاحبها ارتباطات وأفكار، وتؤدي إلى سلوك يمكن توجيهه الوجهة الصحيحة عن طريق المعالج. والموسيقى تيسر السلوك المنتظم مع الواقع، لأنها واقع يحياه المريض فى الخبرة الموسيقية. والموسيقى تنظم السلوك حسب مستويات الاستجابة الجسمية (بدءا من حالات الإعاقة الجسمية إلى حالات المهارة الجسمية الفائقة).

والموسيقى تنظم السلوك حسب مستويات الاستجابة النفسية، مثل الحالة المزاجية (سعيد أو حزين أم مكتئب أو مهووس)، ومثل الدافعية للإنجاز (منخفضة أو عالية)، ومثل القدرة التعليمية (متأخر عقليا إلى متفوق عقليا). والموسيقى تتيح تنمية السلوك ذاتى التوجيه لدى المريض حين تيسر له الخبرة الموسيقية المؤدية إلى النجاح وتحمل مسئولية توجيه الذات واتخاذ القرارات.

والصمت الذى يصاحب الاستماع للموسيقى هو الآخر صمت علاجي Therapeutic Silence. فمرضى العصاب أو مرضى الذهان حين ينصتون إلى الموسيقى لا يتكلمون إلى مخالطهم أو ذويهم فيقلعون عن الكلام (السام) عن مخاوفهم ووساوسهم وهلاوسهم التى ينشطها التكرار والتى قد تؤثر على الآخرين خاصة الأزواج والأولاد (كرينشلى وهينسون Critchley & Henson ، ١٩٧٧).

تغير الشخصية:

عندما تنمو بصيرة المريض ويتعلم أساليب سلوكية جديدة، فإن ذلك يعتبر من مظاهر تغير شخصيته.

ومع تقدم العلاج بالموسيقى وتكرار الجلسات، واطراد نمو الشخصية وتغيرها، يكون المريض لنفسه فلسفة عامة فى الحياة لتحقيق أهداف جديدة أكثر واقعية، ويشعر بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والتفكير السليم والقدرة على حل مشكلاته. وعلى العموم فإن الموسيقى كفن تضيف إلى تكامل شخصية الفرد بصفة عامة.

الأثر العلاجى الخاص للموسيقى:

للموسيقى دور وتأثير خاص فى علاج الأمراض النفسية. وتخطط الخبرة الموسيقية العلاجية وتوجه لتحقيق آثارها العلاجية الخاصة المرجوة لدى المريض.

والموسيقى تجلب السرور، وتبعد المريض عن أعراض مرضه. وهى تفجر ينباع الانفعال. وتخفف المخاوف، وتنمى إمكانات التعبير عن النفس. والموسيقى تدرب إحساس المريض بالجمال حين يسهم بفعالية فى الإيقاعات والأغاني والعزف الموسيقى إذا أمكن. وهى تنقل المريض المنطوى من عالمه الذى انسحب إليه إلى منبسط يتفاعل مع العالم الخارجى المحيط به. والموسيقى تزيد التفاعل بين المعالج والمريض وتحبى الخبرة الموسيقية العلاجية بصورة أفضل، وتثير حماس المريض وشعوره بتحقيق النجاح، وهى تيسر خبرات تؤدى إلى النجاح وتؤكد، والنجاح يؤدى إلى مزيد من النجاح. والموسيقى توسع مجال الخبرة التى يشعر فيها المريض بنفسه وتنمى الشعور بقيمة الذات ومكانتها وتحقيق الذات، والافتخار بالذات، وتنمى ثقته بنفسه.

والموسيقى تتيح فرصة تعويضية للعميل المعوق مما يساعده فى تقبل ذاته والتخفف من تأثير إعاقته.

إنهاء العلاج:

وبعد التأكد من تحقيق أهداف عملية العلاج تنهى العملية مع ترك الباب مفتوحا أمام المريض لكى يعود فى أى وقت يشعر فيه بالحاجة إلى ذلك.

تقييم العلاج:

لابد من تقييم عملية العلاج وإجراءاتها ونتائجها فى ضوء أهدافها، وأهمها مدى نمو شخصية المريض ومدى توافقه النفسى وتمتعه بالصحة النفسية.

ويتوقف نجاح عملية العلاج بالموسيقى على عوامل من أهمها شخصية المعالج، وشخصية المريض، ونوع المرض، وأسلوب العلاج.

ويتم تحديد مدى التحسن الذى حدث - وهل هو تحسن كبير أو قليل، دائم أو مؤقت، حقيقى أو ظاهرى. ويستخدم فى عملية التقييم التقارير الذاتية ومقاييس التقدير وقوائم المراجعة والاختبارات ... إلخ.

هذا ويجب أن يشترك فى عملية تقييم العلاج كل من المريض والمعالج وباقى الأخصائيين المشتركين فى عملية العلاج وكل من يهمه أمر المريض كالوالدين والرفاق.

المتابعة:

تحتاج عملية العلاج بالموسيقى بعد تمامها وشفاء المريض إلى متابعة منظمة للتأكد من استمرار تقدم الحالة واستفادة المريض من الخبرات العلاجية فى مواقف الحياة العامة فى الواقع.

عيادة العلاج بالموسيقى:

أفضل مكان لعملية العلاج بالموسيقى هو «عيادة العلاج بالموسيقى» Music Therapy Clinic كعيادة متخصصة، وإن لم توجد فحجرة العلاج بالموسيقى فى العيادة النفسية (باربارا ميمورى Memory، ١٩٨٥).

وفى حجرة العلاج بالموسيقى توجد على الأقل آلة (غالباً بيانو أو أورج) يجيد المعالج العزف عليها وبجوارها طبله. ويمكن أن يوجد عدد آخر من الآلات الموسيقية البسيطة والمتنوعة، بالإضافة إلى أجهزة الراديو وأجهزة التلفزيون والمسجلات وأجهزة الفيديو.

وإلى جانب حجرة العلاج بالموسيقى توجد حجرات خاصة بالاختبارات النفسية والموسيقية وحجرة المكتبة الموسيقية وحجرة خاصة بطرق العلاج.

أساليب العلاج بالموسيقى:

هناك أساليب متعددة للعلاج بالموسيقى أهمها ما يلى:

العلاج بسمع الموسيقى (السمع الموسيقي):

وفيه يسمع المريض مقطوعات موسيقية. وهو حين يستمع يسرح بفكره مع الألحان وينسى مرضه فى لحظات الاستماع والاستمتاع. ولذلك عدد من الأساليب أو الفنيات منها:

* العلاج بالخلفية الموسيقية : Background Musical Therapy ، ومعظمها موسيقى هادئة

تسمع فى ساعات محددة فى العيادات والمستشفيات عن طريق الراديو أو التلفزيون أو المسجلات، وتذاع فى صوت معتدل خلال ساعات العمل والغذاء والقراءة والتسلية. ويلاحظ أنه فى العلاج النفسى يتحدث المرضى أسهل عند وجود خلفية موسيقية (ويليام سيرز Sears، ١٩٦٨).

* العلاج بالتأمل الموسيقى: Contemplative Musical Therapy ، ويفترض فيه أن المريض يهتم بالفن بصفة عامة، وبالموسيقى بصفة خاصة. ويسبق الجلسة الموسيقية معلومات عن المؤلف والمقطوعة. ويلبى السمع مناقشة حول الانفعالات التى تثيرها الموسيقى. ويمكن استخدام هذا الأسلوب فرديا أو جماعيا. ويلاحظ أن الموسيقى التى يقع الاختيار عليها يجب أن تناسب الحالة الانفعالية للمريض ومرضه إن كان مكتئبا أو يعانى من القلق أو الهوس... إلخ. فمثلا فى حالة الهوس تستخدم الموسيقى المرحية، وفى حالة الاكتئاب تستخدم الموسيقى الحزينة مما ييسر الإفصاح عن الخبرات المرضية من خلال التأمل ورد الفعل. وقد يرتجى المعالج مقطوعات موسيقية تعبر أولا عن مشكلة المريض أو يختار المقطوعة المعبرة عن المشكلة ويلاحظ المعالج تعبيرات المريض أثناء السمع، ويطلب منع التفكير فى مشكلته وتجارب حياته، وتكون الإضاءة قوية. وبعد ذلك يرتجى أو يقدم مقطوعة هادئة تبعث على الثقة والطمأنينة فى نفس المريض، وتزيل آثار المقطوعة الأولى المثيرة. وأثناء السمع إلى المقطوعة الثانية يسترخى المريض ويطلب منه التفكير فى كل ما هو جميل فى الطبيعة وفى خبراته، وتكون الإضاءة ضعيفة. وأخيرا يرتجى المعالج أو يقدم مقطوعة منشطة مرة أخرى ليقظ المريض من حالة الهدوء والاسترخاء، بهدف بعث الثقة فى النفس والإقبال على الحياة. ويطلب منه التفكير فى الأنشطة الفنية والاجتماعية والرياضية المعبرة عن النشاط الاجتماعى. وتكون الإضاءة قوية.

* الاسترخاء مع الموسيقى الهادئة: يستلقى المريض وتعزف الموسيقى الهادئة أو المنومة مع تنظيم التنفس وتركيز الفكر على شئ واحد إلى أن يتم الاستيقاظ تدريجيا وفى هدوء بواسطة موسيقى متدرجة الشدة. وقد يستعان فى ذلك بفنيات أخرى للتخلص من التوتر الجسمى.

العلاج بالعزف بالموسيقى:

وفيه يؤدى المريض (الموسيقى) بنفسه مقطوعات موسيقية. ولذلك عدد من الأساليب أو الفنيات منها:

- العلاج بالأداء الموسيقى: Executive Musical Therapy ، وهو عبارة عن أداء موسيقى يقوم به المريض العازف فرديا أو المرضى جماعيا. وقد يصاحب العزف غناء. وفى حالة عدم

إجادة المريض للعزف على آلة يمكن إشراكه في الأداء، بأن يبدأ المعالج بالعزف المرتجل ويشجع المريض على استخدام الطبله والمصاحبة الإيقاعية بالتدرج. ويمكن أن يبدأ المريض بالإيقاع ويتابعه المعالج بعزف لحن مرتجل يساير إيقاعه. ومعروف أن معظم مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية تكون فرقا موسيقية وفرق إنشاد (كورال). والكورال يقوى الثقة بالنفس ويحسن التفاعل الاجتماعي، ويدعم الشعور بالقيمة الاجتماعية، ويحمي المريض من ضغط الأداء المنفرد. ويعرف المرضى أن الأداء ليس أداء محترفين ولكنه أداء علاجي، ولذلك فهم يسرون بأى أداء ولا يشعرون بالنقص. وفي حالة حسن الأداء فإن المستمعين يشجعون الفريق، وهذا فيه إثابة ذات قيمة تدعيمية عظيمة. ويلاحظ أن الأداء الموسيقى يتطلب تدريبا مسبقا فى لقاءات (٢ - ٣ أسبوعيا لمدة ساعة مثلا) على مقطوعات شائعة وأغان شعبية تختار عادة من بين الموسيقى والأغاني المرحية المتفائلة. ويمكن أن يقود الفريق أو الكورال أحد المرضى بصفة دورية أو متكررة. وهذا يحسن ديناميات الجماعة بتحسين التفاعل وزيادة الثقة فى حسن الأداء والنجاح والقيمة. وفى بعض المستشفيات يتم بالفعل تكوين أوركسترا تضم عددا من المرضى. ويفيد الأداء الموسيقى العلاجي Executive Iatromusic فى فترة العلاج وفترة التأهيل.

- العلاج بالابتكار الموسيقى: Creative Musical Therapy يركز هذا الأسلوب على الخبرات المؤثرة (المثيرة للمشاعر) حيث يحدث التنفيس الانفعالي إما بالتأليف الموسيقى (الارتجالي) أو بالغناء. والموسيقى هنا تعتبر وسيلة تحويل انفعالي ينفس الصراعات الشخصية والاجتماعية. ويمكن المزج بين الأداء الموسيقى والابتكار الموسيقى للتعبير عن الانفعالات القوية (المرح والحزن والغضب والاشمئزاز... إلخ)، ويمكن أن يتم ذلك من خلال الدراما النفسية أثناء الأداء نفسه. وهنا يشجع المريض (أو المرضى) على اختيار التعبير الموسيقى لمقطوعات موسيقية وإيقاع الحركات التى تؤدى.

العلاج بالسمع الموسيقى والإيقاع الحركي؛

وهنا تستخدم الموسيقى مع الإيقاع الحركي لتصريف المشاعر الداخلية الكامنة، وتصريف الشحنات والتخلص من الضغوط الداخلية بحرية الحركة المصاحبة للموسيقى. ويبدأ هذا الأسلوب بموسيقى قوية نشطة تحرك جميع أعضاء الجسم وتؤدى إلى الشعور بحب الحياة وتنشيط القلب، وتحقيق التوافق والانسجام بين نشاط الجسم الداخلى والعالم الخارجى.

العلاج بالموسيقى مندمجاً مع طرق العلاج النفسى؛

يستند العلاج بالموسيقى إلى نظريات العلاج النفسى ويتخذ منها إطاراً مرجعياً. وهذا يتيح

للعلاج بالموسيقى الاندماج من طرق العلاج النفسى الأخرى التى تقوم على أساس تلك النظريات. وفيما يلى أمثلة على ذلك:

هناك العلاج التحليلي بالموسيقى Analytical Music Therapy ، ويتضمن استخدام الكلمات والموسيقى المرتجلة من جانب كل من المريض والمعالج للكشف عن الحياة الداخلية للعميل ولتيسير نموه. وفى أول الأمر يتكلم المريض عن أى شئ يبدو مهما بالنسبة له شخصيا. ومن هذه المادة يختار المعالج مع المريض عنوانا للموسيقى المرتجلة، ثم يتيح فرصة التعبير الحر عن المواد اللاشعورية عن طريق الخيالات والذكريات والانفعالات التى تبرز فى شعور المريض أو كأنفعال لا شعورى منقول من المريض إلى المعالج فى شكل تحويل أو تحليل تحويل (مارى بريستلى Pristly، ١٩٨٠).

وهناك تطبيق العلاج بالموسيقى فى إطار طريقة العلاج المركز حول العميل حيث تستخدم الموسيقى لتمكين العميل من التعبير عن نفسه وخبراته الداخلية (إدوارد أسموس وجانيت جيلبيرت Asmus & Gilbert، ١٩٨١).

وهناك أيضا تطبيق العلاج بالموسيقى فى إطار طريقة العلاج السلوكي، وفى إطار طريقة العلاج بالواقع (انظر باربارا ويلر Wheeler، ١٩٨١).

الموسيقى كمساعد:

تستخدم الموسيقى كمساعد مشترك Combined مع طرق العلاج الأخرى سواء العلاج الطبى النفسى أو العلاج الطبى مما يدعم أثرها. وفى هذه الحالة لا تكون الموسيقى هى النشاط الرئيس فى عملية العلاج، ولكنها تكون علاجا مصاحبا لأنشطة علاجية أخرى. ويحتاج الأمر إلى اختيار مقطوعات موسيقية تتفق مع العلاج المصاحب.

وقد استخدمت الموسيقى كمساعد فى إحداث وإنهاء التنويم الإيحائى. وقد كان أنطون ميسمر Mesmer يعزف بنفسه أحيانا على الهارمونيك موسيقى هادئة ومنومة عند إحداث حالة التنويم ثم مرحلة ومنشطة عند إنهاؤها. وقد عرف هذا باسم التنويم الإيحائى الموسيقى Musical Hypnosis.

وتدخل الموسيقى ضمن البرنامج العلاجى فى مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية حيث يقسم المرضى إلى فئات حسب شخصياتهم وأمراضهم، ويقدم لكل فئة العلاج المناسب.

والعلاج بالموسيقى يعتبر أساسيا فى العلاج بالترويح. ويمكن أن تصبح الموسيقى إحدى

هوايات المريض. وتدخل الموسيقى فى عملية العلاج باللعب خاصة فى حالات الأطفال .
ويصاحب العلاج بالموسيقى العلاج بالعمل.

والعلاج بالموسيقى مهم عندما يزواج بينه وبين العلاج النفسى التربوى للأطفال، وبينه وبين الإرشاد النفسى خلال وقت الفراغ (حامد زهران، ١٩٨٠).

والموسيقى علاج مساعد مفيد أيضا فى أساليب العلاج الجماعى مثل العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى (السيكودراما) والرقص العلاجى الجماعى Remedial Dances خاصة ما يكون منه شعبيا.

والعلاج بالموسيقى الهادئة له أثر فعال عندما يصاحب العلاج بالاسترخاء Relaxation Therapy.

والعلاج بالموسيقى له قيمة كبيرة فى العلاج النفسى التحررى Liberating Psychotherapy حيث يقلل من آثار سيطرة الاضطرابات الانفعالية والأفكار الوسواسية والهذات والهوسات وسيطرة السلوك الغريزى.

ويفضل الجراحون استخدام الموسيقى الهادئة أثناء إجراء العمليات الجراحية. وفى أفريقيا تستخدم الموسيقى الصاخبة (غالباً موسيقى الطبول) أثناء عملية الختان (خاصة وأنها تجرى فى مرحلة المراهقة أحيانا). وكذلك تستخدم الموسيقى فى جراحات الفم والأسنان.

والعلاج بالموسيقى مهم فى فترة النقاهة بعد العلاج النفسى أو الطبى النفسى أو الطبى.

أشكال العلاج بالموسيقى:

هناك شكلان متكاملان للعلاج بالموسيقى:

● **العلاج الفردى بالموسيقى، Individual Music Therapy** ويتضمن التفاعل الموسيقى Musi-cal interaction بين المعالج والمريض. ويركز على استغلال النشاط والحساسية الموسيقية للمريض والمعالج. ويهتم بتعديل بعض الاستجابات وأنماط السلوك المرضى فى إطار الخبرات الشخصية الفردية للمريض.

● **العلاج الجماعى بالموسيقى، Group Music Therapy**، ويأخذ شكل عزف جماعى أو غناء أو هما معا (فريق أو كورس أو كورال)، وهذا يشجع المشاركين المشتركين المتقاربين فى مشكلاتهم واضطراباتهم ويستثير حماسهم واهتمامهم، وينشط حياتهم العقلية والانفعالية .
ويصاحب العلاج الجماعى بالموسيقى أنشطة عملية جماعية وعلاقات اجتماعية. وتستخدم

الإثابة والتغذية الراجعة لرفع الروح المعنوية، كلما شارك الأفراد فى النشاط الموسيقى للجماعة بنجاح . وتكون الخبرة الموسيقية الجماعية متضمنة خصائص انفعالية درامية وانتباها عقليا وتأزرا حسيا حركيا بالإضافة إلى الفائدة المؤكدة من الناحية الاجتماعية . وقد تدخل الموسيقى مع التمثيل النفسى (السيكودراما) كمشاركة ، ويلعب الأفراد أدوارهم فى نشاط ومسئولية وتعاون . وحين تتم المشاركة فى خبرة جماعية مرنة سارة وجذابة كالفناء الجماعى مع العزف أو التمثيل المسرحى مع الغناء والعزف، فإن هذا يتيح فرصة نحو السلوك الاجتماعى التوجيهى حين يتوافق أداء الفرد مع أداء الآخرين. وفى الإطار الجماعى يهتم المعالج بكل فرد مراعيًا حاجاته وقدراته ومشكلاته الشخصية. فقد يكون أحدهم يحتاج استثارة والآخر تنظيمًا والثالث يحتاج استعادة ثقته بنفسه... وهكذا.

استخدامات العلاج بالموسيقى:

يستخدم العلاج بالموسيقى مع الجميع مهما اختلف المرض أو العمر أو الحالة الاجتماعية الاقتصادية ويستخدم مع كثير من الحالات، وفيما يلي أمثلة لذلك:

حالات المشكلات:

فى حالات الاضطرابات السلوكية يدور البرنامج العلاجي الموسيقى حول خفض السلوك المضطرب وزيادة السلوك السوى فى حالات تأخر النمو، وتحسين التفاعل الاجتماعى واجتذاب العميل نحو أنماط أفضل من السلوك . ويلاحظ أن الموسيقى تيسر الاتصال بالفرد المنسحب أو المنطوى أو المتباعد. كذلك فإن الفرد المضطرب سلوكيا يستجيب للإيقاع المنتظم والحركات الإيقاعية. ومعروف أن الموسيقى المهدئة تخفف درجة التوتر وتحقق الاسترخاء. وقد ثبت نجاح العلاج بالموسيقى فى حالات الجناح (سوزان هانسر Hanser، ١٩٨٣).

وفى حالات الاضطرابات العاطفية، نجد أن الموسيقى تستهويهم بما تتضمنه من لغة انفعالية. ويوضع لهم برنامج موسيقى بهدف تفريغ الطاقة الانفعالية العدوانية أو الهجومية حسب الحالة. وهنا يمكن أن تلعب الموسيقى الارتجالية دورا أساسيا. هذا وتساعد الموسيقى على إخراج الطاقة الزائدة من الجسم وتساعد على التخلص من التوتر النفسى الذى يسبب الاضطراب العاطفى ويصاحبه.

وفى اضطرابات النوم مثل حالات الأرق، تفيد الموسيقى الهادئة والنومة. فهى تؤدى إلى الميل للنعاس.

وفى أمراض الكلام، تستخدم الموسيقى والغناء لتدريب اللسان وتحسين النطق. وقد ثبت نجاح العلاج بالموسيقى فى تحسن حالات الحبسة (احتباس الكلام).

وفى حالات التخلف العقلى، يقبل الأطفال على الأنشطة الموسيقية بدرجة أكبر من الأنشطة الأخرى. وحسب حالة كل متخلف يعد برنامج تعليم علاجى بالموسيقى، لتحقيق تغيرات سلوكية مرغوبة تساعد فى التوافق. والموسيقى كلفة لا كلامية تناسب المتخلفين عقليا بسبب افتقارهم فى معظم الحالات إلى القدرة الاتصالية. والاتصال الموسيقى يكسر حاجز اللغة بالنسبة لأفراد هذه الفئة. ويفضل المتخلفون عقليا العلاج الجماعى بالموسيقى، حيث يشعر المتخلف المشترك فيه بقيمته الذاتية وبعصويته فى الجماعة ويشعر بالإنجاز والنجاح وبالتالي بالرضا وتقدير الذات. ويلاحظ التأثير الحسن للأداء الموسيقى فى الوظائف النفسية الحركية وفى الاستجابات العصبائية. والموسيقى التى تقدم للمتخلفين عقليا تكون خالية من الفكر المجرد. وأنسب المقطوعات الموسيقية للمتخلفين عقليا هى الألحان البسيطة مع بعض التكرار ومصاحبة الإيقاع الحركى والاستماع والغناء البسيط والعزف البسيط إن أمكن. وبطبيعة الحال تكون الموسيقى والأداء بسيطا مثل التصنيف أو الحركة البسيطة المصاحبة للموسيقى أو دق الطبول أو استخدام المثلث أو الإكسيليفون والغناء البسيط.

وفى حالات بقاء التعلم والتخلف الدراسى، تعتبر الموسيقى عنصرا مشوقا للتلاميذ الذين لا يقبلون على المواد الدراسية، وتؤدى إلى تغيرات إيجابية فى مستوى السلوك الاجتماعى ومستوى التحصيل ومستوى السلوك الانفعالى ومستوى الأداء الحركى ومستوى القدرة الإدراكية (فيرنر بروبست Probst ، ١٩٨٤).

وفى حالات الإعاقة - بصفة عامة - نجد أن الموسيقى من أنجح وسائل الاتصال بالمعوق ويلاحظ أن للأداء الموسيقى قيمة علاجية حيث يؤثر تأثيرا واضحا فى نمو المعوق. وكذلك فإن للأداء الموسيقى قيمة تعويضية مطلوبة خاصة فى العزف والاشتراك فى العزف الجماعى، حيث يشعر المعوق بقيمته كعضو عامل وهام فى الجماعة، ويكسبه الثقة فى نفسه ويشعره بقيمته، ويجعله يقبل أكثر على الحياة. والموسيقى تقدم للمعوق شيئا يستطيع أن يفهمه وأن يتجاوب معه وأن يستمتع به وأن يفسره كما يشاء هو وحسب إمكانياته دون خوف أو قلق، وهى قد تغيره من شخص منسحب إلى نجم اجتماعى (بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins، ١٩٨٥).

وبطبيعة الحال فإنه فى حالات الإعاقة تستخدم الآلات الموسيقية البسيطة التى تناسب الإعاقة.

وفي حالات العميان بصفة خاصة تفيد الموسيقى - كفن مسموع - يحقق تكامل الأساليب السمعية والإحساس بالحركة، ويساعد على الانطلاق والثقة بالنفس والنمو النفسى والاستقلال الاقتصادى . وفى حالة الإعاقة الجسمية، مثل حالات القصور الحركى كمعجز حركة الساقين أو الذراعين، تفيد الموسيقى المنشطة بمصاحبة تدريبات حركية رياضية لتقوية العضلات مما يساعد على استخدام الأطراف بطريقة معبرة، ويساعد فى ذلك الإيقاع وبناء اللحن مما يؤدي إلى التأزر الحركى والتحكم المطلوب.

حالات العصاب؛

فى حالات القلق يخفف العلاج بالموسيقى من حالة التوتر النفسى والخوف المختلط بالقلق. وفى حالات الخوف تفيد السعادة التى تصاحب الموسيقى فى التخفيف من الخوف المرضى. وفى حالات الاكتئاب تتم الاستفادة إلى أكبر درجة من الموسيقى المنشطة والسارة والمرحة التى تنشط المريض وتطرّد الأفكار الحزينة. وقد ثبت نجاح آلات مثل الفلوت والهارب فى رفع الروح المعنوية لمرضى الاكتئاب. وفى حالات الهستيريا (خاصة التشنجات) يكاد أثر التيار الموسيقى يشبه أثر التيار الكهربائى العلاجى.

وفى حالات توهم المرض يساعد العلاج بالموسيقى على إخراج المريض من الاستغراق فى ذاته وإبعاده عن التركيز على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوى. وفى حالات عصاب السجن تخفف الموسيقى الكثير من معاناة المريض.

حالات الذهان؛

أفضل آثار العلاج بالموسيقى فى حالات الذهان هى حين يجمع بينه وبين العلاج النفسى والعلاج الطبى (جمال ماضى أبو العزائم، ١٩٦٣).

وفى حالات الفصام يفيد العلاج المساعد بالموسيقى للتغلب على الذاتية وانغلاق الذات والاجترار العقلى والتفكير الاجترارى. وتستخدم الموسيقى المهدئة فى حالات الفصام الحركى الهياجى، وتستخدم الموسيقى المنشطة فى حالة الفصام الحركى التخشبى.

وفى حالات الأطفال الذهانيين الذين يعيشون فى عزلة عن العالم (الأطفال التوحدين) تكون الموسيقى وسيلة دخول ممتازة إلى شعور الطفل ووعيه.

وفي حالات الهوس، تهدئ الموسيقى المريض المتهيج وتستدرجه إلى الهدوء بل إلى النوم.
وفي حالات الذهول يعرض المريض لتألفات موسيقية جميلة تجذب انتباهه واستماعه.

حالات المرض النفسى الجسمى:

فى حالات اضطراب الجهاز الدورى - حيث ثبت وجود علاقة قوية بين الإيقاعات الموسيقية وبين إيقاعات ضربات القلب - تزيد الموسيقى الصاخبة ضربات القلب، بينما تنقصه الموسيقى الهادئة. وفى حالات ارتفاع ضغط الدم ترفعه الموسيقى المنشطة والصاخبة.

وفي حالات اضطراب الجهاز الغددى تؤثر الموسيقى تأثيرا طيبا فى علاج اضطراب إفراز الغدد.

وفي حالات اضطراب الجهاز التنفسى، يمكن الاستعانة بالموسيقى السريعة أو البطيئة لإسراع أو إبطاء التنفس حسب المطلوب.

حالات المرض العضوى:

يفيد العلاج بالموسيقى فى علاج القلق والخوف من الموت فى حالات الأمراض المزمنة والخطيرة كالسرطان (ترودى فاجين Fagen ، ١٩٨٢).

وثبت أن للعلاج بالموسيقى فائدة فى تخفيف حدة الشعور بالألم وتخفيض القلق السابق لإجراء العمليات الجراحية. وفى مجال طب التوليد تستخدم جلسات العلاج بالموسيقى من ٤ - ٨ أسابيع قبل الولادة حيث تستخدم الموسيقى المحببة لتخفيف آلام الوضع عند سماعها (سوزان هانسر Hanser، ١٩٨٣).

وفي حالات الضعف العضلى، تستخدم الآلات المناسبة مثل آلات الإيقاع لتقوية حركة اليدين، والآلات الوترية لتقوية عضلات اليد والأصابع ، وآلات النفخ لتقوية عضلات البطن والتنفس... وهكذا.

وفي علاج الأسنان، تستخدم الموسيقى لتؤدى إلى الاسترخاء الذى يهدئ المريض ويشعره بالراحة ويجذبه إليها، ويعمد عنه الإحساس بالألم. هذا طبعا بالإضافة إلى استخدام المخدر.

وفي حالات الغيبوبة تفيد المقطوعات الموسيقية المنشطة والمحببة.

وتفيد الموسيقى فى تنشيط يقظة المخ بصفة عامة. وقد ثبت فعالية ذلك إلى حد ما فى حالات إصابات المخ الشديدة، وفى حالات الشلل المخى.

بحوث ودراسات سابقة:

* عكف علماء النفس بصفة عامة، وعلم النفس الموسيقى بصفة خاصة، وعلم النفس الفسيولوجى على دراسة أثر الموسيقى فى السلوك مروراً بأثرها فى السمع والأعصاب ودراسة طبيعة الأحاسيس والمشاعر لدى المستمع للألحان الموسيقية ودراسة الجوانب الفيسيولوجية والوجدانية والتدوية للموسيقى، واهتموا أيضاً بدراسة القدرة الموسيقية.

قام سوبشاك Sopchack (١٩٥٥) بدراسة الفروق الفردية فى الاستجابة للأنماط الموسيقية المختلفة وعلاقتها بعدد من المتغيرات، وأنشأ اختبار التأثير الانفعالى للموسيقى وهو يتكون من مختارات موسيقية متنوعة (مأثورة Classic وشائعة Popular وشعبية Folklore) ومعها قائمة للخصائص التأثيرية الانفعالية لهذه المقطوعات يستجيب لها المفحوص. واستخدم الاختبار مع عينات من النساء والرجال. ووجد أن الاستجابات للموسيقى تتباين بالنسبة إلى كون الموسيقى مأثورة أو شائعة أو شعبية. ووجد أن استجابة المفحوص تعين حالته الانفعالية. فالمفحوص المنشرح الصدر يستجيب بما يعبر عن التفاؤل والمرح، بينما الحزين يستجيب بما يعبر عن التشاؤم والاكتئاب. ولم توجد فروق بين الجنسين فى الاستجابات الانفعالية على الاختبار المستخدم.

وفى بحث مارثا بانكس Banks (١٩٨١)، تمت دراسة علاقة الانفعالات بالموسيقى من وجهة نظر العلاج بالموسيقى. واستخدمت مثيرات موسيقية متنوعة من حيث الإيقاع والزمن والآلات. وتعرضت عينة لاستماع الأنواع المختلفة من الموسيقى، وطلب إلى الأفراد تقييمها من حيث ارتباطها بشمانية انفعالات على مقياس تقدير. والانفعالات هى : الاهتمام، الاستمتاع، الاندهاش، التوتر، الاشمئزاز، الغضب، الحجل، الخوف. وأوضحت الدراسة أن الموسيقى تثير الانفعالات فعلاً، وأن الزمن Tempo له علاقة دالة بالنسبة لانفعالات: الاهتمام والاستمتاع والتوتر، وأن السياق الموسيقى Musical Context مهم بالنسبة للتغيرات الانفعالية، حيث وجد أن التغير فى الزمن من بطئ إلى سريع يستثير انفعال التوتر.

وفى بحث بريلماير Preblmayer (١٩٨٥)، تمت دراسة مدى التطابق بين الانفعال والتعبير الموسيقى. وتم عرض ٤٠ مقطوعة موسيقية للتحكيم فى ضوء عدد من المحركات ذات المقاييس التساعية. وتكونت جماعة للتحكيم من ٦٠ دارساً للموسيقى (فى فيينا بالنمسا)، وكان من بينهم (٢٠ مصرياً). وكان من بين المحركات: التنشيط، وإثارة الانفعال، والإحباط والتهدئة. ووجد أن هناك علاقة دالة بين التعبير الموسيقى وهذه المحركات.

* وأجرى العديد من البحوث لدراسة مدى فعالية العلاج بالموسيقى فى علاج المشكلات والعصاب والمرض النفسى الجسمى والمرض العضوى.

ففى دراسة بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins (١٩٨٥) عن العلاج بالموسيقى مع الأطفال المعوقين استخدم العلاج الفردى بالموسيقى وكذلك العلاج الجماعى بالموسيقى مع مجموعة من المعوقين عددهم ٧٥ تتراوح أعمارهم بين ٤ - ١٧ سنة ومقيمين إقامة داخلية فى إحدى مدارس المعوقين، وكانت إعاقاتهم عقلية (خاصة فئة المنغولية)، وكلامية (خاصة الحبسة) وإعاقات متعددة. وتخلل البرنامج التربوى والعلاج بالموسيقى رحلات وزيارات لمعاهد المعوقين. وقد أظهرت النتائج فعالية العلاج بالموسيقى مع هذه الفئات من المعوقين.

وفى بحث كريستين هاردينج وكيث بالارد Harding & Ballard (١٩٨٢) أجريت دراسة لمعرفة مدى فعالية العلاج بالموسيقى على عينة من الأطفال المعوقين جسميا فى سن ما قبل المدرسة تتراوح أعمارهم بين ٣ - ٥ سنوات ولديهم عيوب فى النطق واستخدم معهم العلاج بالأنشطة الموسيقية. ولوحظ تحسن فى استجاباتهم للأسئلة، وتحسن فى مبادأة الحديث.

وفى بحث تريسيا كراوس وهيرب جالواى Krauss & Galloway (١٩٨٢) استخدم العلاج بالموسيقى مع العلاج الكلامى مع حالتين من الأطفال سمعهما عادى ولكنهما يعانيان من عجز الحركة وتحسنت حالتهما نتيجة للعلاج.

واهتم بحث ستورن شيفلى Shively (١٩٨٥). بدراسة الآثار العقلية المعرفية والسلوكية للموسيقى على عينة من الأطفال زائدى النشاط Hyperactive children عددهم ٣٢ وتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٤ سنة. وتعرض الأطفال لواحد من أربعة أساليب للعلاج بالموسيقى تختلف حسب الشدة (مرتفع - منخفض) وحسب الزمن (سريع - بطئ). والأساليب الأربعة هى : موسيقى مرتفعة وسريعة، موسيقى مرتفعة وبطيئة، موسيقى منخفضة وسريعة، وموسيقى منخفضة وبطيئة. وطلب من أفراد العينة القيام بعمل عقلى معرفى أثناء العلاج بالموسيقى وأثناء عدم استخدام الموسيقى. ولم تظهر النتائج فروقا جوهرية بين أساليب الموسيقى الأربعة، ولم تظهر فروقا جوهرية بين استخدام الموسيقى وعدم استخدامها مع هذه الفئة من الأطفال.

وقامت جودى ويزمان Weissman (١٩٨٢) بتصميم نموذج لتخطيط برنامج نشاط موسيقى لمقابلة حاجات وتحقيق أهداف علاجية لجماعة من المستن. وتم تحديد الحاجات والأهداف العلاجية: الحسية والإدراكية والحركية والعقلية والاجتماعية والانفعالية وصورة الذات. واستخدم أسلوب تحليل النشاط فى اختيار وتصميم الأنشطة الموسيقية المستخدمة فى العلاج.

وتضمن هذا كله برنامجا علاجيا اشتمل على ٥٠ هدفا علاجيا و ١٨٥ هدفا سلوكيا و ٣٠ نشاطا موسيقيا و ٢٠ نشاطا موسيقيا للأفراد المسنين (تحت الرعاية). وأثبت البحث فعالية البرنامج مع المسنين.

وأجرى ستيفين رونر وريتشارد ميلر Rohnner & Miller (١٩٨٠) دراسة عن إمكانات استخدام الموسيقى لخفض القلق لدى مجموعة من مرتفعى القلق عددهم ٣٢١ فردا. واستخدم العلاج بالموسيقى مقابل عدم استخدامه مع جماعة ضابطة. ووجد أن الموسيقى فى مقابل لا موسيقى لا تخفض القلق.

وفى بحث جودى ليفين - جروس وروبرت سوارتز Levine - Gross & Swartz (١٩٨٢) استخدم مقياس القلق كحالة وكسمة مع ١١ مريضا مزنا متوسط أعمارهم ٥٨ و ٤٠ سنة قبل وبعد علاج جماعى لمدة ٨ أسابيع لتحديد ما إذا كان الاشتراك فى العلاج بالموسيقى يؤدى إلى إحداث تغييرات فى سمة وحالة القلق لدى الأفراد. واستخدم ٨ أفراد كجماعة ضابطة. وكان هدف العلاج بالموسيقى هو تخفيض سمة وحالة القلق بدرجة أكبر من مجرد الاكتفاء بالعلاج الجماعى، حيث يساعد العلاج بالموسيقى على التفاعل الاجتماعى ويشجع على تنفيس المشاعر والتوترات. وقد أكدت النتائج تحقيق هذا الهدف.

وأجرى جون جارمو Garmo (١٩٨٤) بحثا لدراسة أثر الزمن والميزان الموسيقى فى تخفيض القلق. واستخدم مقطوعات موسيقية تختلف فى الزمن Tempo (بطئ - سريع) والميزان Meter (ثلاثي 3/4، رباعي 4/4). أما الخصائص الأخرى للمقطوعات الموسيقية فكانت متماثلة مثل: النسيج والخط اللحني والهارمونية والبناء وعلو الصوت والطابع. وتكونت العينة من ٤٠ فردا نصفهم موسيقيون ونصفهم غير موسيقيين يعانون من القلق على أساس استخدام قائمة القلق الحالة والسمة State Trait Anxiety Inventory. ووضع كل فرد فى خمس خبرات موسيقية: زمن سريع ميزان ثلاثي، زمن سريع ميزان رباعي. زمن بطئ ميزان ثلاثي، زمن بطئ ميزان رباعي، لا موسيقى. وطبق اختبار القلق بعد كل خبرة. وأظهرت النتائج أن الموسيقى بصفة عامة تخفف القلق بدرجة أكبر من عدم استخدامها. ولكن لم تظهر فروق جوهرية بين أثر الزمن والميزان حيث كان قد افترض أن الموسيقى ذات الزمن البطئ تخفف القلق بدرجة أفضل من الموسيقى ذات الزمن السريع، وأن الموسيقى ذات الميزان الثلاثي تخفف القلق بدرجة أفضل من الموسيقى ذات الميزان الرباعي.

واستخدمت ليندا بيرن Byrne (١٩٨٢) العلاج بالموسيقى مع سيدة مسنة (٧٨ سنة) تعاني من الاكتئاب. وعلى مدى ٧ جلسات كل جلسة ساعة، استخدمت موسيقى البيانو ومقطوعات

موسيقية منشطة مسجلة. وطبق على الحالة مقياس الاكتئاب للكبار Geriatric Depression Scale قبل العلاج وبعده. ولوحظ تحسن الحالة بعد العلاج.

وقام بروس ألبيرت Albert (١٩٨٠) بدراسة آثار الموسيقى المهدئة والمنشطة ووجود المعالج وغيابه على الهلوسات السمعية. وكانت العينة ٨ مرضى ذهانيين لديهم هلوسات سمعية. وتعرض كل واحد منهم لأربع جلسات مدة كل منها ٢٨ دقيقة، منها ١٤ دقيقة سماع موسيقى إما مهدئة وإما منشطة و ١٤ دقيقة بدون موسيقى. وحضر المعالج فى جلستين وغاب فى جلستين. وأظهر البحث أن الهلوسات السمعية تقل مع وجود الموسيقى المهدئة مع وجود المعالج. وأجرى كلايد سكيلى وجورج هاسليرود Skelly & Haslerud (١٩٥٢) بحثاً عن الموسيقى والفعالية العامة عند عينة من الفصامين المتبلدين، ودرسوا ردود فعل الفصامين لسماعهم لمقطوعات موسيقية. وتوصل الباحثان إلى نقص قدرة الفصامين على التفكير المجرد، ونقص قدرتهم على تكوين الصور الخيالية خلال الإنصات للموسيقى.

وقامت نبيلة ميخائيل (١٩٧٣) ببحث عن تأثير الموسيقى فى تخفيف آلام المرضى، لدراسة مدى تأثير الموسيقى على الإنسان نفسياً وفسولوجياً، وإمكانية استخدامها بشكل علمى مدروس فى العلاج. واستخلصت التأثيرات المختلفة للموسيقى وفقاً لصفاتها سواء كانت موسيقى حزينة أو راقصة أو هادئة أو منومة، مع تحديد نماذج لبعض المقطوعات المتعلقة باختلاف الاستجابات. وتم الإهتمام بعرض وتقييم النتائج العالمية المتعلقة بالعلاج بالموسيقى خاصة فى مجال الأمراض العضوية والنفسية، والعلاقة بين العلاج بالموسيقى وأساليب العلاج الأخرى. وركزت الدراسة العملية على تأثير ضغط الدم الشريانى خفضاً ورفعاً. وأظهرت النتائج أن الجرعة الموسيقية العلاجية لرفع ضغط الدم ترفعه أثناء سماع الموسيقى، وأن تأثير الموسيقى هو نفس تأثير الدواء بعد ستة أيام من تعاطى المريض له.

وقامت نبيلة ميخائيل (١٩٧٨) ببحث آخر عن الموسيقى وعلاج الأمراض العضوية. وأجرت تجارب عملية عن أثر الموسيقى على نسبة الكورتيزون فى الدم ثم على ضغط الدم الشريان والنبض تحت مؤثرات مختلفة. وتم ذلك على عدد من مرضى مستشفى القصر العيني (١٨ فرداً عينة ضابطة، ١٨ فرداً عينة مع الموسيقى الهادئة، ١٨ فرداً عينة مع الموسيقى الصاخبة). وأظهرت النتائج أن الموسيقى المهدئة تؤدي إلى خفض كل من ضغط الدم وسرعة النبض ونسبة الكورتيزون فى الدم، وأن الموسيقى الصاخبة تؤدي إلى رفعها.

* وتناولت البحوث أساليب العلاج بالموسيقى المتنوعة، والعلاج بالموسيقى فى إطار طرق علاجية أخرى.

ففى البحث الذى أجراه بروس هوارد Howard (١٩٨١) درس آثار الاستماع إلى مقطوعات موسيقية معدة مسبقا على مدى عمق وتكرار كشف الذات Self - disclosure. وكان عدد أفراد العينة ٧٢ طالبا جامعيًا تتراوح أعمارهم بين ٢١ - ٢٦ سنة (بمتوسط ٢٣ر٤ سنة) حصلوا على درجة متوسطة على استفتاء جورارد لكشف الذات. وقسمت العينة إلى ثلاث جماعات: جماعة استماع للموسيقى (طلب منهم سماع موسيقى)، جماعة سمع الموسيقى (نفس الموسيقى موجودة ولم يطلب منهم الاستماع إليها)، جماعة ضابطة (بدون موسيقى). وأعطى للجماعات تعليمات لكشف الذات. وبعد تعريض الجماعتين الأولى والثانية للموسيقى طلب من أفراد العينة الحديث عن أنفسهم . وطبق عليهم استفتاء جرين لكشف الذات (تكلمة جمل) Green's Sentence Completion Blank for Measuring Self - Disclosure، وأجرى مع كل منهم مقابلة. وقيمت نتائج المقابلة فيما يتعلق بمدى الكشف عن الذات على مقياس خماسى. ووجدت فروق دالة بين جماعتى الاستماع للموسيقى والجماعة الضابطة (بدون موسيقى) فى تكرار كشف الذات. أى أن الاستماع إلى الموسيقى يزيد من تكرار كشف الذات.

وقام مايكل ستوبس Stubbs (١٩٨٢) ببحث لدراسة آثار الخلفية الموسيقية على كشف الذات. وقدمت الموسيقى فى ثلاثة أشكال: آلة فقط، غناء فقط، آلة وغناء معا. وتم قياس كشف الذات عن طريق الإشارة إلى الذات ومدى خصوصية الكشف عن الذات ومعدل الكشف عن الذات. وكانت عينة الدراسة ٤٨ طالبا جامعيًا تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٢٥ سنة (بمتوسط ٢٠ر٣ سنة) ولم يتعرض أى منهم للعلاج النفسى لمدة عام كامل قبل إجراء الدراسة. وأظهرت النتائج أن وجود الخلفية الموسيقية يؤدي إلى مزيد من كشف الذات أكثر من عدم وجودها. ووجد أيضا أن وجود كل من الخلفية الموسيقية والغناء يؤدي إلى مزيد من كشف الذات أكثر من الموسيقى وحدها والغناء وحده وعدم وجود أى منهما. وهكذا أوضح البحث أن الموسيقى لها تأثيرها الفعال فى زيادة الكشف عن الذات من خلال زيادة الإشارة إلى الذات وزيادة خصوصية الكشف عن الذات وزيادة معدل الكشف عن الذات.

وقامت فيرجينيا كيلر Kibler (١٩٨٣) ببحث لدراسة أثر الموسيقى وأثر استرخاء العضلات وأثرهما معا على خفض التوتر. وكانت العينة ٧٦ طالبا فى ثلاث جماعات متكافئة . وتلقت كل جماعة إما موسيقى مهدئة Sedative Music أو استرخاء عضلى Muscle Relaxation أو موسيقى مهدئة مع استرخاء عضلى كعلاج. واستخدم انقباض الأوعية الدموية لقياس مستوى

التوتر قبل وبعد التدخل العلاجي. وأظهرت النتائج تحسنا في حالة الموسيقى المهدئة مع الاسترخاء العضلي.

وقامت نانسي ويلز Wells (١٩٨٤) بدراسة أثر الموسيقى كمثير في كتابة القصة في جماعة من المراهقين المشتركين في العلاج النفسي الجماعي بينما تعزف الموسيقى أثناء الكتابة الابتكارية. وطلب من كل فرد أن يؤلف قصة من اختياره وابتكاره. ووجد أن الأفراد الذين لم يكونوا مقبولين من جانب الجماعة في العلاج الجماعي العادي تحسن قبولهم في حالة إضافة الموسيقى إلى العلاج النفسي الجماعي.

وفي بحث فلورنس تيسون Tyson (١٩٧٩) تمت دراسة حالة امرأة عمرها ٢٧ سنة مريضة بالفصام تخاف أن يعتدى عليها أحد وتعانى من الاكتئاب والانسحاب إلى الخيالات، وترفض الموسيقى (وهي تخصصها) كإحدى صور رفضها لذاتها. واستخدم العلاج بالموسيقى مع العلاج بالواقع في علاج الحالة بنجاح.

وقدم جون جاجنون Gagnon (١٩٨٥) بحثا حول استخدام أسلوب الجشططت الموسيقى Musical Gestalten في العلاج النفسي مع مجموعة من الموسيقيين الذين يعانون من صراعات نفسية في إطار طريقة العلاج الجشططتى. ووجد أن المقطوعات الموسيقية العلاجية لها خاصية شاملة الصيغة (جشططت) يدركها المستمع ويعرف من خلالها العمليات النفسية الداخلية للموسيقار. ووجد أن الجشططت الموسيقى يفيد في عملية تشخيص الصراعات النفسية لدى الموسيقيين، ويفيد في علاجهم، ويحسن أداءهم الموسيقى.

* وبذلت الجهود البحثية لإنشاء اختبارات تستخدم فيها الموسيقى للتشخيص والعلاج.

فقد أنشأ ضياء الدين أبو الحب (١٩٥١) اختبار التقمص الوجداني الموسيقى وهو وسيلة إسقاطية تقدم فيه مقطوعات موسيقية ويطلب من المفحوص ذكر الأفكار والذكريات التي ترد إلى ذهنه عند استماعه إليها.

ووضع كينيث بين Bean (١٩٦٥) اختبار القصص الموسيقية. وهو اختبار إسقاطي سمعي يتكون من ١٦ مثيرا موسيقيا. ويطلب من المفحوص بعد سماع كل واحد أن يحكى قصة خيالية مستوحاة مما سمع. وتحليل القصص يمكن التوصل إلى ديناميات الشخصية. وبتطبيق الاختبار على عينات من الأسوياء والذهانيين (الفصامين) وجدت فروق دالة إحصائية ولم توجد فروق بين الذكور والإناث في جماعة الأسوياء.

وقام ضياء الدين أبو الحب (١٩٦٧) بإنشاء الاختبار الموسيقى الإسقاطي. وهو يتكون من

خمس مختارات موسيقية هي: كونشيرتو البيانو رقم ٢٠ (الحركة الأولى) (Mozart)، السيمفونية الرابعة (الحركتين ٣، ٤) (Brahms)، السيمفونية رقم ٧ (الحركة ٤) (Beethoven)، السيمفونية رقم ٦ (Pathetique)، (الحركة ٤) (Tchaikovsky)، (الحركات ١، ٢، ٣) (Stravinsky). وبعد الاستماع إلى كل مقطوعة يستجيب المفحوص على استمارة تشتمل على: المشاعر التي تستثيرها المقطوعة، درجة حب المقطوعة، القدرة على التعرف على عنوان المقطوعة واسم مؤلفها. وكان الهدف من الاختبار هو التمييز بين الفئات الكلينيكية (العصابيين والذهانيين). وأوضحت النتائج أن الموسيقى تصلح أداة إسقاطية لقياس الشخصية، وخاصة الجوانب اللاشعورية منها، وأن الاختبار الإسقاطي الموسيقي يميز بين الفئات الكلينيكية (العصابيين والذهانيين) وبينها وبين الأسوياء.

*** وهنا يمكن تلخيص أهم نتائج البحوث والدراسات السابقة فيما يلي:**

فيما يتعلق بأثر الموسيقى في السلوك:

- تتباين الاستجابة للموسيقى بالنسبة لكونها ماثورة أو شائعة أو شعبية.
- تحدد استجابة الفرد للموسيقى وحالته الانفعالية، فالفرد المنشرح الصدر يستجيب بما يعبر عن التفاؤل والمرح، بينما الحزين يستجيب بما يعبر عن التشاؤم والاكتئاب.
- الموسيقى تستثير الانفعالات وتتأثر الانفعالات بالزمن والسياق الموسيقي.
- توجد علاقة دالة بين التعبير الموسيقي وبين التنشيط وإثارة الانفعال والإحباط والتهدة.

وفيما يتعلق بمدى فعالية العلاج بالموسيقى:

- العلاج بالموسيقى فعال مع المعوقين .
- العلاج بالموسيقى يؤدي إلى تحسن عيوب النطق لدى الأطفال، ويفيد مع علاج الكلام في علاج حالات أمراض الكلام.
- برامج النشاط الموسيقي العلاجي تفيد في مقابلة حاجات وتحقيق أهداف علاجية لدى المستن.
- العلاج بالموسيقى يخفف القلق، ويحسن حالات الاكتئاب.
- الموسيقى المهدئة تقلل الهلوسات السمعية لدى مرضى الذهان.
- الجرعات الموسيقية المهدئة تخفف ضغط الدم المرتفع، والجرعات المنشطة ترفع ضغط الدم المنخفض.

وفيما يتعلق بأساليب العلاج بالموسيقى:

- الاستماع إلى الموسيقى يزيد من تكرار كشف الذات وزيادته.
- الموسيقى المهدئة مع الاسترخاء العضلى تؤدي إلى خفض التوتر.
- الموسيقى مع العلاج النفسى الجماعى تحسن من نتائجه.
- العلاج بالموسيقى يستخدم بنجاح مع العلاج بالتحليل النفسى والعلاج السلوكى والعلاج المركز حول العميل والعلاج الجشطلتى والعلاج بالواقع.
- وفيما يتعلق بإنشاء اختبارات موسيقية للتشخيص:
- الموسيقى تصلح كأداة إسقاطية لقياس الشخصية خاصة الجوانب اللاشعورية، وتميز بين العصبيين والذهانيين والأسوياء.

أداة البحث:

- تم إعداد «استفتاء العلاج بالموسيقى» (١) (مرفق).
- وهدف الاستفتاء هو الاسترشاد برأى عينة من الموسيقيين فى تحديد خمسة بنود هى:
- مدى توافر المقطوعات الموسيقية العربية الصالحة للاستخدام فى العلاج بالموسيقى.
- مدى استخدام العلاج بالموسيقى فى مصر.
- المقارنة بين الموسيقى العربية (المحلية) والموسيقى الغربية (العالمية) من حيث إمكانية الاستخدام فى العلاج بالموسيقى.
- أفضل مقطوعة موسيقية «مهدئة»، ومؤلفها، وتصنيفها (محلية / عالمية، كلاسيكية / شائعة/ شعبية)، وسبب اعتبارها مهدئة (رقيقة / حاملة / شاعرية/ عذبة / مريحة / بطيئة)، وأفضل الآلات لأداء الموسيقى المهدئة.
- أفضل مقطوعة موسيقية «منشطة» ومؤلفها، وتصنيفها (محلية/ عالمية، كلاسيكية/ شائعة / شعبية)، وسبب اعتبارها منشطة (مثيرة / مهيجة / محفزة / سريعة)، وأفضل الآلات لأداء الموسيقى المنشطة.
- ويضم الاستفتاء خمسة أسئلة تغطى هذه البنود، بالإضافة إلى بعض البيانات اللازمة عن أفراد العينة.

العينة:

أعطى «استفتاء العلاج بالموسيقى» «١» فرداً لعينة تضم ٥٠ فرداً (٣٠ من أعضاء هيئة التدريس والمدرسين المساعدين والمعيدون بكل من كلية التربية الموسيقية جامعة حلوان ومعهد الموسيقى العربية القاهرة، (كموسيقيين محترفين)، و ٢٠ من طلاب كلية التربية الموسيقية ومعهد الموسيقى العربية (كموسيقيين هواة). وتضم العينة تخصصات جميع الآلات الموسيقية التي تدرس بكلية التربية الموسيقية (بجميع أقسامها) ومعهد الموسيقى العربية (بقسمي الدراسات الحديثة والدراسات العربية).

تحليل البيانات:

تم تحليل بيانات «استفتاء العلاج بالموسيقى» «١» على النحو التالي:

- حساب النسب المئوية للاستجابات على الأسئلة ١، ٢، ٣، والخاصة بمدى توافر المقطوعات الموسيقية العربية (المحلية) الصالحة للاستخدام في العلاج بالموسيقى، واستخدام العلاج بالموسيقى في مصر، والمقارنة بين الموسيقى العربية (المحلية) والموسيقى الغربية (العالمية) من حيث إمكانية الاستخدام في العلاج بالموسيقى.

- حساب التكرارات والأهمية النسبية للاستجابات على السؤالين ٤، ٥ للمقطوعات المذكورة، وصفاتها المهدئة والمنشطة، والآلات الموسيقية المفضلة لأداء الموسيقى المهدئة والمنشطة.

النتائج:

أسفر تحليل بيانات «استفتاء العلاج بالموسيقى» «١» عن النتائج التالية:

١ - يعتقد ٧٦٪ من أفراد العينة أن الموسيقى العربية (المحلية) بها مقطوعات تصلح للاستخدام في العلاج بالموسيقى.

ويعتقد ٢٤٪ منهم أنها ليس بها مقطوعات تصلح.

٢ - سمع ٦٠٪ من أفراد العينة عن «العلاج بالموسيقى» كعلاج يستخدم في مصر. ولم يسمع ٤٠٪ منهم عن ذلك.

٣ - قرر ٨٨٪ من أفراد العينة أن الموسيقى الغربية (العالمية) أكثر ثراءً من الموسيقى العربية (المحلية) من حيث إمكانية الاستخدام في العلاج بالموسيقى. وقرر ١٢٪ أن الموسيقى العربية (المحلية) أكثر ثراءً من الموسيقى الغربية (العالمية).

٤ - يوضح جدول (١) أفضل المقطوعات الموسيقية «المهدئة» مرتبة حسب أولويتها تكراريا، ومؤلفها، وتصنيفها.

- يضاف إلى هذا الجدول أن أسباب اعتبار المقطوعات الموسيقية مهدئة على الترتيب هي كونها:

(الأرقام هي تكرار كل صفة).

حاملة (١٤)، رقيقة (١٢)، شاعرية (٨)، مريحة (٧)، عذبة (٦)، بطيئة (٣).

- ويضاف أيضا أن أفضل الآلات لأداء الموسيقى المهدئة على الترتيب هي:

(الأرقام هي تكرار كل آلة).

الكرمان (١٥)، البيانو (١٠)، الفلوت (٨)، الناي (٥)، الهارب (٣)، الشيلو (٣)، الوترية (٢)، آلات الإيقاع الخفيف (١)، الجيتار (١)، العود (١)، آلات النفخ الخشبية (١).

٥ - يوضح جدول (٢) أفضل المقطوعات الموسيقية «المنشطة» مرتبة حسب أولويتها تكراريا، ومؤلفها، وتصنيفها.

- يضاف إلى هذا الجدول أن أسباب اعتبار المقطوعات الموسيقية منشطة على الترتيب هي كونها:

(الأرقام هي تكرار كل صفة).

سريعة (١٨)، محفزة (١٧)، مثيرة (١٠)، مبهجة (٥).

- ويضاف أيضا أن أفضل الآلات لأداء الموسيقى المنشطة على الترتيب هي :

(الأرقام هي تكرار كل آلة).

البيانو (١٧)، النحاسيات (١٠)، آلات الإيقاع (٥)، الفرقة (٣)، الأورج (٣)، العود (٢)، القانون (٢)، الأكسيليفون (١)، آلات الإيقاع السريع (١)، الجاز (١)، الجيتار (١)، الساكسفون (١)، آلات النفخ (١)، آلات النفخ الخشبية (١)، الوترية (١).

توصيات:

١ - ليتنا نقوم بمزيد من البحوث في مجال العلاج بالموسيقى (يشترك فيها علماء النفس والموسيقى).

٢ - ليت العلاج بالموسيقى يتواجد في عياداتنا ومستشفياتنا.

- ٣ - ليتنا نجمع الموسيقى العلاجية العالمية والمحلية ونصنفها ونجربها ونطورها.
- ٤ - ليت علماء النفس والموسيقيين يهتمون بالعلاج بالموسيقى، بحيث توجد نوعيات من التأليف الموسيقي العلاجي (المحلي) المقصود من أجل استخدامه فى العلاج النفسى.
- ٥ - ليتنا نصل من خلال البحوث والدراسات العلمية إلى برامج موسيقية محددة تحديدا موضوعيا لعلاج بعض الاضطرابات أو الأمراض المحددة بحيث يؤدي تعريض المريض لهذه البرامج إلى التحسن والشفاء .
- ٦ - ليتنا نعمل على إعداد معالجين مدربين على العلاج بالموسيقى.
- ٧ - ليتنا نهتم بالعلاج بالموسيقى فى إطار أعم وأشمل وهو العلاج بالفن بكافة مجالاته.
- ٨ - ليتنا نجري البحوث والدراسات المتخصصة حول العلاج الموسيقي بالاسترخاء
- ٩ - ليتنا نستخدم العلاج بالموسيقى على الأقل كعلاج مساعد.
- ١٠ - أرجو - إن شاء الله - (إما شخصياً أو مع تلاميذى من طلاب الماجستير والدكتوراه) أن أستكمل المرحلة الثانية المكملة لهذا البحث والخاصة بتجريب عدد من المقطوعات الموسيقية العلاجية، وإعداد برنامج للعلاج بالموسيقى ودراسة آثاره العلاجية على عينات من المرضى النفسين.

استفتاء العلاج بالموسيقى ، ١

(إعداد الدكتور حامد زهران)

- الاسم (إن أردت): المهنة:
- المعهد أو الكلية: البلد (المدينة / القرية):
- التخصص والآلة: المستوى الدراسي:
- العمر (بالسنة): الاهتمام بالموسيقى (محترف / هاوي):
- استرشادا برأيك (كموسيقى) - للاستفادة به فى بحث علمى عن «العلاج بالموسيقى»، المرجو التكرم بالإجابة عن الأسئلة التالية من وجهة نظرك، وفى ضوء ثقافتك الموسيقية.
- ١ - هل تعتقد أن الموسيقى العربية (المحلية) بها مقطوعات تصلح للاستخدام فى العلاج بالموسيقى ؟ (نعم) (لا)
- ٢ - هل سمعت عن «العلاج بالموسيقى» كعلاج يستخدم فى مصر؟ (نعم) (لا).
- ٣ - أيهما أكثر ثراء من حيث إمكانية الاستخدام فى «العلاج بالموسيقى»؟
(الموسيقى العربية «المحلية») (الموسيقى الغربية «العالمية»).
- ٤ - ما أفضل مقطوعة موسيقية تعتبرها «مهدنة»؟
المقطوعة هى:
مؤلفها:
- تصنيفها: (محلية ، عالمية) (كلاسيكية ، شائعة ، شعبية)
لماذا تعتبرها «مهدنة»؟ (رقيقة، حاملة، شاعرية، عذبة، مريحة، بطيئة).
- ما أفضل الآلات لأداء الموسيقى «المهدنة»؟
٥ - ما أفضل مقطوعة موسيقية تعتبرها «منشطة»؟
المقطوعة هى:
مؤلفها:
- تصنيفها: (محلية ، عالمية) (كلاسيكية ، شائعة، شعبية)
لماذا تعتبرها «منشطة»؟ (مثيرة، مهيجة، محفزة، سريعة).
- ما أفضل الآلات لأداء الموسيقى «المنشطة»؟
- انتهى الاستفتاء ،،،، شكرا

جدول (١) أفضل المقطوعات الموسيقية «المهدئة»

المقطوعة	تكرارها	مؤلفها	تصنيفها
المساء Nocturne	٧	Chopin	عالمية / كلاسيكية
مقطوعات شوبان (عموما)	٥	Chopin	عالمية / كلاسيكية
صوناتا ضوء القمر Moon Light	٤	Beethoven	عالمية / كلاسيكية
(الحركة الأولى)			
التقاسيم الحرة	٤	أى عازف ماهر	محلية / عالمية
مقطوعات ديوبسى (عموما)	٤	Debussy	عالمية / كلاسيكية
ضوء القمر Claire de Lune	٣	Debussy	عالمية / كلاسيكية
كونشيرتو البيانو	٣	Chopin	عالمية / كلاسيكية
الموسيقى الخفيفة بطيئة الإيقاع	٣	أى عازف ماهر	محلية / شائعة
أغاني المهد	٢	Schubert	عالمية / كلاسيكية
الصباح Morning Mood	٢	Peer Gynt	عالمية / كلاسيكية
النهر الخالد	٢	محمد عبدالوهاب	محلية / شائعة
ياللى كان يشجيك أنيني	٢	رياض السنباطي	محلية / شائعة
قصة حب Love Story	٢	Seegman	عالمية / شائعة
الكونشيرتو الثاني	١	Rachmaninov	عالمية / كلاسيكية
حييتى Mon Amour	١	Last	عالمية / شائعة
المرح	١	Strauss	عالمية / كلاسيكية
السيمفونية الناقصة	١	Schubert	عالمية / كلاسيكية
السيمفونية التاسعة	١	Beethoven	عالمية / كلاسيكية
زهور	١	حسين جنيد	محلية / شائعة
الموشحات مستحدثة الألحان	١	فؤاد عبدالمجيد	محلية / شائعة

جدول (٢) أفضل المقطوعات الموسيقية «المنشطة»

المقطوعة	تكرارها	مؤلفها	تصنيفها
رقصة السيوف Sabre Dance	٥	Khachaturian	عالمية / كلاسيكية
الموسيقى سريعة الإيقاع	٥	أى عازف ماهر	محلية / عالمية
الدانوب الأزرق	٤	Strauss	عالمية / كلاسيكية
الأناشيد الوطنية	٤	سيد درويش	محلية / شائعة
السيمفونية رقم ٤٠	٣	Mozart	عالمية / كلاسيكية
بولونية Polonaise	٣	Chopin	عالمية / كلاسيكية
مقطوعات شوبرت (عموما)	٣	Schubert	عالمية / كلاسيكية
المارشات العسكرية	٣	-----	محلية / عالمية
رقصة النار Fire Dance	٢	De Valla	عالمية / كلاسيكية
السيمفونية البطولية Eroika	٢	Beethoven	عالمية / كلاسيكية
كسارة البندق (رقصة المزامير)	٢	Tchaikovsky	عالمية / كلاسيكية
موسيقى نشيد الله أكبر	٢	محمود الشريف	محلية / شائعة
موسيقى نشيد قم يا مصرى	١	سيد درويش	محلية / شائعة
بحيرة البجع (ج ٣)	١	Tchaikovsky	عالمية / شعبية
Flight of the Bumble Bee	١	Korsakov	عالمية / كلاسيكية
كونشيرتو البيانو	١	Tchaikovsky	عالمية / كلاسيكية
الثورة Revolution	١	Chopin	عالمية / كلاسيكية
السيمفونية الخامسة (القدر)	١	Beethoven	عالمية / كلاسيكية
لحن الفنون	١	محمد عبد الوهاب	محلية / شائعة
لحن الخلود	١	فريد الأطرش	محلية / شائعة
فرحة	١	نورا على حسن	محلية / شائعة
سماعى راسن القصبجي	١	محمد القصبجي	محلية / شائعة
موسيقى تمرينات الصباح	١	على حسونة	محلية / شائعة
DISCO	١	-----	عالمية / شائعة

- آمال صادق (١٩٨٠). أثر الموسيقى في تنمية سلوك الطفل . مجلة كلية التربية جامعة عين شمس . عدد ٣، ص ١١١ - ١٢٦.
- جمال ماضى أبو العزايم (١٩٦٢). الموسيقى كوسيلة من وسائل العلاج فى الطب النفسى . مجلة الصحة النفسية . يونيو ١٩٦٣، ص ١٨ - ٢٥.
- حامد زهران (١٩٧٨). الصحة النفسية والعلاج النفسى، (ط٢). القاهرة : عالم الكتب.
- حامد زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسى. (ط٢) القاهرة: عالم الكتب.
- حامد زهران (١٩٨٠). العلاج النفسى التربوى للأطفال. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس . عدد ٣، ص ١٦٧ - ١٩٤.
- ضياء الدين أبو الحب (١٩٧٠). الموسيقى وعلم النفس : دراسة تحليلية لاستجابات الفئات الكلينيكية (الذهانيين والعصابيين) لاختبار إسقاطى موسيقى مع مقارنتها باستجابات الأسوياء. بغداد: مطبعة التضامن. (عن رسالة الدكتوراه، كلية التربية جامعة عين شمس، ١٩٦٧).
- عائشة صبرى وسمحة الخولى (١٩٥٨). التربية الموسيقية، القاهرة : الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.
- فاطمة المصرى (١٩٧٥) الزار : دراسة نفسية وأثروبولوجية. القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.
- فرج العنترى (١٩٧٥). هذه هى الموسيقى . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
- فرج العنترى (١٩٨٥). الموسيقى والإنسان. القاهرة : وزارة الثقافة.
- فؤاد زكريا (١٩٥٦). التعبير الموسيقى. القاهرة: مكتبة مصر.
- نبيلة ميخائيل (١٩٧٣). أثر الموسيقى: الإيقاع والنغم فى تخفيف آلام المرضى. رسالة ماجستير. المعهد العالى للتربية الموسيقية.
- نبيلة ميخائيل (١٩٧٨). الموسيقى فى علاج الأمراض العضوية. رسالة دكتوراه، كلية التربية الموسيقية جامعة حلوان.
- ALBERT, Bruce M. (1980). The effects of sedative / simulative music and experimenter presence / absence on auditory hallucinations. Dissertation Abstracts International (B), 41, 3, 1097.
- ASMUS, Edward P. & GILBERT, Janet P. (1981). A client centered model of therapeutic intervention. Journal of Music Therapy, 18, 1, 41-51.
- BANKS, Martha E. (1981). Emotion and music: A correlation study. Dissertation Abstracts International (B), 41, 8, 3167.
- BEAN, Kenneth L. (1965). Scoring and interpreting to semistructured sound-effect. Journal of Projective Techniques & Personality Assessment, 29, 151-160.
- BYRNE, Linda A. (1982). Music therapy and reminiscence: A case study. Clinical Gerontologist, 1, 2, 76-77.
- CRITCHLEY, Macdonald & HENSON, R.A. (Eds.) (1977). Music and the

- Brain: Studies in the Neurology of Music. London: William Heinman.
- **DEUTSCH, Diana (Ed.) (1982).** The Psychology of Music. New York: Academic Press.
 - **FAGEN, Trudy S. (1982).** Music therapy in the treatment of anxiety and fear in terminal pediatric patients. Music Therapy, 2, 1, 13-23.
 - **GAGNON, John H. (1985).** Gestalt therapy with musicians and musical metaphor: The use of musical Gestalten for diagnosis. Dissertation Abstracts International (B), 45, 11, 3606.
 - **GARMO, John C. (1984).** An examination of the effects of tempo and meter upon anxiety reduction. Dissertation Abstracts International (B), 45, 5, 1427-1428.
 - **GASTON, Thayer (Ed.) (1968).** Music in Therapy. New York: Macmillan.
 - **HANSER, Suzanne B. (1983).** Music therapy: A behavioral perspective. Behavior Therapist, 6, 1, 5-8.
 - **HARDING, Christine & BALLARD, Keith D. (1982).** The effectiveness of music as a stimulus and as a contingent reward in promoting the spontaneous speech of three physically handicapped preschoolers. Journal of Music Therapy, 19, 2, 86-101.
 - **HOWARD, Bruce A. (1981).** An investigation of the effects of music on self-disclosure. Dissertation Abstracts International (B), 42, 5, 2059-2060.
 - **KIBLER, Virginia E. & RIDER, Mark S. (1983).** Effects of progressive muscle relaxation and music on stress as measured by finger temperature response. Journal of Clinical Psychology, 39, 2, 213-215.
 - **KRAUSS, Tricia & GALLOWAY, Herb (1982).** Melodic intonation therapy with language delayed apraxia children. Journal of Music Therapy, 19, 2, 102-113.
 - **LEVINE-GROSS, Jodi & SWARTZ, Robert (1982).** The effects of music therapy on anxiety in chronically ill patients. Music Therapy, 2, 1, 43-52.
 - **MEMORY, Barbara C. (1985).** Music therapy clinical supervision: The effect of planning and evaluating supervision sessions on satisfaction with supervisor skills. Dissertation Abstracts International (A), 45, 12, 3574.
 - **NORDOFF, Paul & ROBBINS, Clive (1975).** Music Therapy in Special Education, London: Macdonald & Evans.
 - **NORDOFF, Paul & ROBBINS, Clive (1985).** Therapy in Music for Handicapped Children. London: Victor Gollancz.
 - **PREBLMAYER, J.P. (1985).** Emotional dimensions of musical expression-experience and their relations to attribute-dimensions of music and emotion-experience. Dissertation Abstracts International (C), 46, 2, 2604-2605.
 - **PRIESTLY, Mary (1980).** Analytical music therapy and the detour through

- fantasy". Birtish Journal of Projective Psychology & Personality Study, 25, 1, 11-15.
- **PROBST, Verner (1984)**. Instrumental lessons with handicapped children and youth. Tenth International Research Seminar, 28 June-5 July 1984, Canada.
 - **ROHNER, Stephen J. & MILLER, Richard (1980)**. Degress of familiar and affective music and their effects on state anxiety. Journal of Music Therapy, 17, 1, 2-15.
 - **ROTHARY, Guy C. (n.d.)**. The Power of Music and the Healing Art (3rd Impression). London: Kegan Paul.
 - **SCIPKOWENSKY, N. (1977)**. Musical therapy in the field of psychiatry and neurology. In CRITCHLEY & HENSON, pp. 433-445.
 - **SEASHORE, Carl E. (1967)**. Psychology of Music. New York: Dover.
 - **SHIVELY, Storne L. (1985)**. The effects of musical tempo and intensity of hyperactive children. Dissertation Abstracts International (B), 45, 9, 3085.
 - **SHUTER-DYSON, Rosamund & GABRIEL, Clive (1981)**. The Psychology of Musical Ability (2nd.Ed.). London: Methuen.
 - **SKELLY, Clyde & HASLERUD, George (1952)**. Music and the general activity of apathetic schizophrenics. Journal of Abnormal & Social Psychology, 47, 188-192.
 - **SOPCHACK, Andrew L. (1955)**. Individual differences in response to different types of music in relation to sex and other variables. Psychological Monographs. 69, No. 396.
 - **STUBBS, Michael B. (1982)**. The effects of background music on self-disclosure. An interview analogue study. Dissertation Abstracts International (B), 43, 4, 1270.
 - **TYSON, Florence (1979)**. Child at the gate: Individual music therapy with a schizophrenic woman. Art Psychotherapy, 6, 2, 77-83.
 - **WEISSMAN, Judy A. (1982)**. Meeting selected needs and treatment goals of aged individuals in long-term care facilities through the theapeutic use of music activities. Dissertation Abstracts International (B), 42, 12, 4757.
 - **WELLS, Nancy F. & STEVENS, Ted (1984)**. Music as a stimulus for creative fantasy in group psychotherapy with young adolescents. Art in Psychotherapy, 11, 2, 71-76.
 - **WHEELER, Barbara (1981)**. The relationship between music therapy and theories of psychotherapy. Music Therapy, 1, 9-16.
 - **WILLIAMS, Robert B. (1978)**. Music therapy: How it helps the child. Psychology of Music, 6, 1, 55-60.

[١٨] الوقاية فى مجال الإدمان (*)

مقدمة:

يوجه علم الصحة النفسية وعلم الطب النفسى اهتماماً كبيراً إلى الوقاية بقدر ما يوجهان من عناية إلى التشخيص والعلاج (حامد زهران، ١٩٧٨). ومعروف أن الوقاية خير من العلاج، وأنها تغنى عن العلاج، وأن جرام وقاية خير من طن علاج.

وقد أكدت توصيات المؤتمر المصرى الأول للطب النفسى الذى عقد فى القاهرة فى مارس ١٩٨٦ على ضرورة الاهتمام بالوقاية، ويدخل فى ذلك الاهتمام بالنواحى النفسية والتأهيلية فى وسائل الإعلام والمدارس ودور العبادة ومؤسسات العمل.

والقارىء لكتب الطب النفسى والعلاج النفسى فى موضوع الإدمان يجد عادة تعريفاً للإدمان ومدى حدوثه وتصنيفه وأسبابه وأعراضه وآثاره جسمياً ونفسياً واجتماعياً ثم علاجه، دون إشارة - فى معظم الأحيان - إلى الوقاية منه.

المشكلة:

الإدمان مشكلة متعددة الأبعاد، فهو مرض جسمى ونفسى واجتماعى يحتل مركزاً هاماً فى دائرة اهتمام عدد من المختصين. وحل مشكلة الإدمان يشمل نواحى طبية ونفسية واجتماعية وقانونية واقتصادية بل وسياسية أيضاً (جمال ماضى أبو العزائم، ١٩٦٦).

وحجم مشكلة الإدمان فى تزايد مستمر عالمياً ومحلياً (عفاف عبدالمنعم، ١٩٨٤).

والإدمان بكافة صوره وأشكاله خطر يؤثر تأثيراً مخرباً فى حياة الفرد والأسرة والمجتمع، فهو يدمر شخصية الفرد، ويهدم الأسرة ويدهور الإنتاج كما وكيفاً مما يسبب خسارة قومية فادحة. وعلى الرغم من هذا، فمن السهل الوقاية منه، ومن الممكن علاجه - إذا حدث - فى أغلب الأحوال (أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

وسواء اعتبرنا المدمنين مرضى أم مجرمين فإن لهم الحق فى العلاج (جمال ماضى أبو العزائم، ١٩٩٦).

(*) المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان: «الوقاية - العلاج - المتابعة». القاهرة (سبتمبر ١٩٨٨).

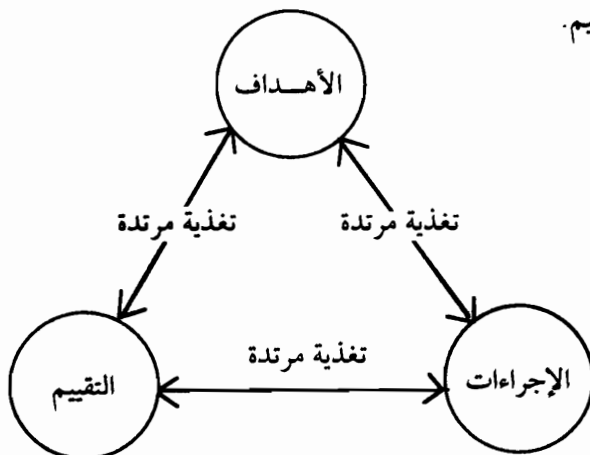
والرأى الذى نتبناه هو أن الإدمان - فى حد ذاته - مرض، وأن شخصية المدمن مضطربة، وإذا ارتكب المدمن جريمة نتيجة لرغبته الملحة للتعاطى بأى ثمن حتى ولو بارتكاب الجرائم - فهذا فى الأغلب والأعم يعتبر من أعراض المرض.

ولا شك أننا جميعاً نعرف خطورة الإدمان وآثاره المدمرة، والدولة - بكافة أجهزتها - مهتمة بهذه المشكلة. وهناك جهود تبذل وبحوث تجرى، ولكن المشكلة تتفاقم وتزداد. وقد يرجع ذلك إلى أن أهداف الوقاية غير واضحة أو غير مناسبة أو لا تحققها الإجراءات الوقائية المتبعة التى قد تستخدم أساليب وطرقاً نظنها مناسبة وفعالة، وهى ليست كذلك، لأننا قد لا نهتم بعملية التقييم.

والمجتمع العاقل هو الذى يهتم بإجراءات الوقاية من الإدمان ويتحرك قبل وقوع الكوارث وقبل انتشار الوباء بهدف اجتثاث المشكلة.

منظومة الوقاية فى مجال الإدمان:

يمكن تناول الوقاية فى مجال الإدمان فى شكل منظومة ذات ثلاث حلقات هى: الأهداف، والإجراءات، والتقييم.



منظومة الوقاية فى مجال الإدمان

والحلقات الثلاث للمنظومة متكاملة ودينامية ويؤثر كل منها فى الأخرى بطريقة التغذية المرتدة، نجاحاً أو فشلاً، ففى حالة النجاح نملو بالأهداف ونحسن الإجراءات ثم نقيم، وفى حالة مزيد من النجاح نملو بالأهداف أكثر ونحسن الإجراءات أكثر... وهكذا فى شكل حلزوني صاعد. أما فى حالة الفشل (حسب التقييم) فقد يكون هناك عيب فى الأهداف كأن تكون مرتفعة

ولا يمكن تحقيقها بالإجراءات المتاحة، وقد تكون الإجراءات غير مجدية، وقد يكون التقييم نفسه به عيب كأن يكون شكلياً أو غير مناسب.

والحلقات الثلاث للمنظومة تشتمل على مجالات معرفية وأخرى مهارية وثالثة وجدانية.

والمجال المعرفى هو ما يتعلق بمعرفة الحقائق والمفاهيم والمبادئ، وله طبقات سبع تعلو إحداها الأخرى وهى: التذكر (واستدعاء المعلومات)، والفهم، والتطبيق (فى مواقف محددة)، والتحليل (أى تحليل المعلومات إلى عناصرها الأولية)، والتركيب (أى نسج معلومات جديدة من العناصر الأولية)، والتقييم، والابتكار (أى الإبداع).

والمجال المهارى يشتمل على المهارات اللازمة سواء بسيطة أو مركبة، ومنها النشاطات الحركية واللغوية والحسية الحركية.

والمجال الوجدانى يشتمل على كل ما يتعلق بالاتجاهات والمعتقدات والميول والقيم، مثل الاعتقاد فى أهمية الجهود الذاتية والدافعية فى الوقاية، وله مستويات فى الانتباه والاستجابة والحكم القيمى والتنظيم القيمى (بوتفين وإينج Botvin & Eng، ١٩٨٢، بوتفين وآخرون Botvin et al، ١٩٨٤).

وفى إطار منظومة الوقاية، تنظم الوقاية فى ثلاث مراحل: الوقاية الأولية، والوقاية الثانوية، والوقاية فى المرحلة الثالثة (حامد زهران، ١٩٧٣).

الوقاية الأولية: Primary Prevention وتهدف إلى منع حدوث الإدمان، أو تقليل حدوثه فى المجتمع، أو التدخل بمجرد أن يلوح خطر الدخول فى الإدمان لدى المعرضين لذلك. وتوجه الوقاية الأولية المناسبة والشاملة على نطاق واسع إلى الأفراد العاديين والأسر وجماعات الرفاق وجماعات العمل خاصة فى قطاع الشباب. ومن إجراءات الوقاية الأولية: منع الأسباب التى تؤدى إلى حدوث الإدمان والتدخل الفورى عند بزوغ مثل هذه الأسباب، ودراسة سلوكيات الإدمان ونمط حياة المدمن والعوامل الفردية التى قد تؤدى إلى الإدمان، والتشجيع على تبني أنماط سلوك الوقاية من الإدمان (لورانس والاك وماريلين وينكلبي Wallack & Winkleby، ١٩٨٧). وتضطلع بإجراءات الوقاية الأولية المؤسسات الاجتماعية والمدارس ودور العبادة ووسائل الإعلام والأسرة، ويقوم بالعبء الأكبر الأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والوالدان والأشخاص المهمون فى حياة الفرد (هارولد فيسوتسكى Visotsky، ١٩٦٧).

الوقاية الثانوية: Secondary Prevention وتهدف إلى التعرف المبكر على الإدمان، والتدخل

العلاجى المبكر لحالات الإدمان فى كل الأعمار، وبمعنى آخر فإن الوقاية الثانوية تحاول تشخيص الإدمان فى مرحلته الأولى بقدر الإمكان للمبادرة بالعلاج والوقاية من المضاعفات والإدمان (إرفينج بيرلين Berlin ، ١٩٦٧). ومن إجراءات الوقاية الثانوية: الاهتمام بالتشخيص الفارق بين مظاهر الجناح المختلفة وبين الإدمان فى بدايته، والانتباه إلى أى تغيير مفاجئ فى السلوك أو الدراسة أو العمل، وما قد يصاحبه من البدء فى الإدمان، والمبادرة باتخاذ الإجراءات العلاجية.

الوقاية فى المرحلة الثالثة: Tertiary Prevention وتهدف إلى تقليل أثر الإعاقة الباقية بعد الشفاء من الإدمان (مثل نقص القدرة مهنيًا أو التفكك الأسرى)، وتهدف كذلك إلى الوقاية ضد النكسة وإلى عدم عودة المدمن الذى تم علاجه مرة أخرى إلى الإدمان. أى أنها تعتبر امتداداً للعلاج (ألفريد فريدمان Freedman ، ١٩٦٧). ومن إجراءات الوقاية فى المرحلة الثالثة: خدمات التأهيل الشامل بعد العلاج لإعادة المدمن السابق لتحقيق أعلى مستوى من التوافق الممكن عند عودته إلى المجتمع، وهذا يحتاج إلى متابعة مستمرة، وإعادة التطبيع الاجتماعى للمدمن السابق، وهذا يركز على عودته إلى وضعه الاجتماعى العادى مع التخلص من تأثير كونه مدمن سابق على حياته الأسرية والمهنية والاجتماعية (جمال ماضى أبو العزائم، ١٩٦٦).

ويلاحظ أن الإجراءات الوقائية بمراحلها الثلاث يجب أن توجه إلى كل الفئات العمرية منذ الطفولة وخلال مرحلة الشباب ثم الرشد وحتى الشيخوخة. ويلاحظ أيضاً أن إجراءات الوقاية الأولية ضرورية ويترتب عليها إجراءات الوقاية الثانوية والوقاية فى المرحلة الثالثة.

الأهداف:

تتمثل أهداف الوقاية من الإدمان فى النتائج السلوكية المرجوة التى يتوقع تحقيقها بعد اتخاذ إجراءات الوقاية.

وتتحدد الأهداف فى ضوء حاجة المجتمع وظروفه الاقتصادية والاجتماعية ومدى انتشار الإدمان وخطورته. وهذه الأهداف يحددها الأخصائيون فى مجالات الطب النفسى والعلاج النفسى والخدمة الاجتماعية والاقتصاد والقانون والأمن والمواطنون أصحاب المصلحة والمتفعون بالخدمات الوقائية.

وتحدد الأهداف مقدار المعارف والمهارات والاتجاهات المنتظر تحقيقها لدى المواطنين الذين توجه إليهم الخدمات الوقائية فى مجال الإدمان.

وهناك أهداف عامة، أهمها: اكتساب السلوك الوقائى، وهو كما يقول مايكل كالتان

Calnan (١٩٨٥) يتضمن أبعاداً عديدة، تحددها عوامل اجتماعية وديموجرافية خاصة التعليم والطبقة الاجتماعية.

وهناك أهداف بسيطة، مثل: تهيئة بيئة وظروف تضمن وتيسر اكتساب السلوك الوقائى.

وأهم الأهداف هى الأهداف الإجرائية (أى التى تتمثل فى سلوك وقائى يمكن ملاحظته وقياسه). ومن أهم الأهداف الإجرائية للوقاية من الإدمان:

- معرفة وسائل الوقاية بغرض نشر الدعوة وبدء حملة نوعية لمقاومة الإدمان.
- الإلمام بأسباب الإدمان ودوافعه بغرض تجنب الوقوع فيها.
- الإلمام بأعراض الإدمان بغرض التعرف عليها.
- معرفة درجات ومراحل الإدمان بغرض توقي الوقوع أو التماهى فيها.
- معرفة الآثار الضارة للإدمان ومخاطره بغرض التحذير منه.
- فهم أبعاد شخصية المدمن بغرض التعرف المبكر عليها.
- اكتساب مهارة الإقناع بغرض التأثير الوقائى الفعال.
- ممارسة مهارات الوقاية بغرض الاستفادة العملية منها.
- متابعة برامج الوقاية بغرض تنفيذها فى مواقف الحياة العملية.
- تطبيق وسائل تجنب الانخراط فى الإدمان بغرض الاستفادة منها فى الوقاية الأولية.
- تطبيق الوسائل الأولية لعلاج الإدمان بغرض الاستفادة منها فى الوقاية الثانوية.
- المشاركة الفعالة فى أنشطة جمعيات مكافحة الإدمان بغرض الحد من انتشاره.

الإجراءات:

تتضمن الإجراءات: المحتوى والطرق والوسائل التى تحقق أهداف الوقاية من الإدمان.

ويقدم المحتوى، وتتضمن الطرق، وتستخدم الوسائل، فى أساليب متعددة ومتنوعة منها: المحاضرات، والمناقشات، والتدريبات، والتعلم الذاتى.

وتتم الإجراءات على أيدى خبراء متخصصين من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ورجال القانون والأمن والاقتصاد وعلماء الدين.

ويراعى اشتراك الأفراد اشتراكاً إيجابياً، وأن تستثار دافعيتهم بشتى الطرق، وأن يوجهوا إلى إدراك العلاقة بين الأهداف والإجراءات المتبعة لتحقيقها، حتى يلمسوا تقدماً عن طريق التقييم.

المحتوى:

ويتضمن المحتوى موضوعات أهمها: دوافع الإدمان، وأنواعه، ومواده، وأسبابه، وأعراضه، وآثاره، وعلاجه.

دوافع الإدمان: ويقصد بها كل ما يحرك الفرد نحو الإدمان، ويجعله يتعاطى مادة الإدمان بانتظام (عفاف عبدالمنعم، ١٩٨٤). ويلخص حسن الساعاتى (١٩٦٣) أهم دوافع الإدمان التى يعتقد فيها المدمن فى: تناسى الهموم واستجلاب السرور، وتحقيق لذة جنسية كبرى، واستشعار روح الجماعة المرحية، وإجادة العمل، والعلاج.

أنواع الإدمان: ويصنف الإدمان إلى إدمان عقار واحد، ومتعدد العقاقير، والحديث والمزمن، والأولى والمرضى، والفردى والوبائى، وإدمان المنشطات، وإدمان المهدئات.

مواد الإدمان: وأهمها: الأفيونات، والحشيش، والقنات، ومثيرات الهلوسة، والمنبهات، والأمفيتامينات، والكحول، والمخدرات، والمسكنات، والمهدئات، والمنومات.

أسباب الإدمان:

وللوقاية من الإدمان لابد من تعرف أسبابه وإزالتها، وتحديد الظروف التى تؤدى إليها وضبطها والتقليل من آثارها (لويس جونيونج - شيبيرز وهانز هاجين Gunning-Schepers & Hagen، ١٩٨٧). ومن أسباب الإدمان:

- أسباب نفسية: مثل اضطراب الشخصية، والتوتر، وعدم الاستقرار، والاكتئاب، والقلق، والخوف، والوسواس، والهروب من الواقع، والجنس، والمشكلات المتراكمة وعدم القدرة على حلها والهروب بدلاً من مواجهتها، وسوء التوافق، والصدمات.

- أسباب اجتماعية: مثل الصحبة السيئة التى تستخدم الضغط والإغراء والتيسير، وحب الاستطلاع (والجربة)، والتقليد والمغايرة، والبحث عن المتعة، ووقت الفراغ غير المرشد، وبيئة الإدمان، والمشكلات الزوجية، وتفكك الأسرة، وغياب الأب، والسلوك الجانح، والسلوك المضاد للمجتمع، والسلوك الإجرامى.

- أسباب حيوية: ومنها اعتماد الجسم على العقار، وتسمم الجسم بالعقار، والإدمان من خلال العلاج، وسهولة صرف العقاقير الطبية.

- أسباب أخرى: مثل عدم الالتزام بالقيم الدينية والأخلاقية، والبطالة والمشكلات المهنية وضغط العمل، ومشكلات التقاعد، والدخول الطفيلية، ونشاط عمليات التهريب (سعد المغربى، ١٩٦٦). (بيتر ناثان وساندرا هاريس Nathan & Harris ، ١٩٧٥ . أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

أعراض الإدمان:

وتتناول البداية (التحمل، والتعود، والاعتماد النفسى والفسىولوجى)، والتعاطى (بالتدخين، والشرب، والحقن، والشم، والاستحلاب، والبلع، وفى المشروبات)، والسلوك المضاد للذات وللمجتمع، وهوس التسمم... إلخ.

آثار الإدمان:

يتم تناول آثار الإدمان المدمرة، وأهمها:

- جسمياً: حيث يشاهد تلف الجهاز العصبى شاملاً المخ والمخيخ والحبل الشوكى والأعصاب، واضطراب الحواس، واضطراب الإدراك، وأمراض الجهاز الهضمى مثل قرحة المعدة وتليف الكبد، وأمراض الجهاز الدورى مثل أمراض الدم، وأمراض الجهاز التناسلى مثل الضعف الجنسى.

- نفسياً: اضطراب الوظائف العقلية ومنها على سبيل المثال: الخمول والنسيان واضطراب التفكير والسلبية والانطواء والقلق والخوف والاكتئاب.

- اجتماعياً: الإهمال وتفكك الأسرة وانخفاض الإنتاجية والسلوك الإجرامى.

- شخصياً: ومن التغيرات التى تصيب شخصية المدمن (والتي توجه إليها الجهود الوقائية) التمرکز حول الذات، وعدم النضج الاجتماعى، والتذبذب الانفعالى، ونقص البصيرة، والانطوائية (مصطفى سوف، ١٩٦٦، ريتشارد سوين، ١٩٧٩، أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

علاج الإدمان:

ويتضمن التقدم الاختيارى للعلاج وأهميته، والعلاج الطبى المتدرج باستخدام البدائل، وعلاج أعراض الانسحاب ثم التوقف، والعلاج النفسى السلوكى والتحليلى، والإرشاد النفسى والعلاج الدينى والعلاج بالعمل، والعلاج البيئى والاجتماعى والترويجى، والرعاية اللاحقة، والمتابعة، والتأهيل، وعلاج مصاحبات الإدمان مثل الاكتئاب والسيكوباتية والفصام.

الطرق:

تم الإجراءات الوقائية باتباع العديد من الطرق التي تركز في جملتها على بناء الشخصية السوية وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي، ومعرفة دوافع الإدمان وتقليلها، ودراسة أسباب الإدمان والوقاية منها والتحذير من آثار الإدمان والتخلص منها. وتتم جميع الإجراءات الوقائية في إطار عمل فريق متكامل ومتعاون (منظمة الصحة العالمية World Health Organization، ١٩٦٧). وفيما يلي إشارة إلى أهم الطرق التي تتضمنها الإجراءات الوقائية:

- الإرشاد النفسي: بخصوص الإدمان وأسبابه والكوارث التي يسببها، ويحسن أن يتم ذلك في إطار جماعي. ويركز الإرشاد النفسي الوقائي في مجال الإدمان على حل مشكلات الشباب، ويهتم بالإرشاد التربوي مما يحقق التوافق الدراسي، والإرشاد المهني مما يضمن التوافق المهني وتجنب المشكلات المهنية، والإرشاد الزواجي تحقيقاً للتوافق الزواجي.
- العلاج النفسي: ويهتم بتحقيق التوافق النفسي، وتستخدم طرق العلاج المناسبة لحالات الإدمان. ويهتم كذلك بتقديم المشورة والمساندة أثناء الفترات والمواقف الحرجة والتوجيه إلى مواجهة الواقع بدلاً من الهروب عن طريق الإدمان (فاروق عبدالسلام، ١٩٧٧).
- الخدمة الاجتماعية: وتتضمن إجراء البحوث الاجتماعية، والتدخل البيئي وتعديل البيئة الاجتماعية، وتهدف إلى تحقيق التوافق الاجتماعي وحل المشكلات الاجتماعية.
- العمليات التربوية والتعليمية: وتتضمن التربية والتنشئة الاجتماعية السليمة وتعلم وتبني فلسفة حياة سليمة، وتعلم المهارات المتعلقة بالصحة النفسية والتوافق الشخصي والاجتماعي والمهني. ويفيد في هذا الكتابات العلمية المبسطة عن الإدمان ومعناه وآثاره طبياً ونفسياً واجتماعياً وقانونياً واقتصادياً، والتوجيهات الوقائية (أحمد وجدي، ١٩٦٠. عبدالرؤوف ثابت، ١٩٦٤).
- التدخل الطبي: ويتركز في الرعاية الصحية العامة، والتدخل العلاجي المتخصص للإدمان.
- التشريعات: وتحتاج إلى تطوير مستمر لتكون مانعة رادعة لكل من تسول له نفسه جلب وترويج المخدرات والعقاقير، وكذلك سن التشريعات الخاصة بالخمور وبيعها وتناولها في المحال العامة وتقديمها في الفنادق وعلى الطائرات وغيرها - إن لم يكن كبذل إسلامي - فمن باب الوقاية.
- خدمات الرعاية: وتتضمن الفحوص والبحوث الشاملة الدورية طبياً ونفسياً واجتماعياً.

- التدخل المباشر: حيث يتم تقديم خدمات الوقاية من الإدمان على أيدي الأخصائيين المدرسين الذين يتعاملون مباشرة مع الأفراد الذين يحتاجون إلى الخدمات الوقائية، ومع ذويهم والمحيطين بهم. وقد يأخذ إجراء التدخل المباشر شكل الإرشاد والتعليم أو العلاج المبكر. ويمكن أن يحال أمثال هؤلاء الأفراد من شديدى التعرض للإدمان عن طريق المعلمين أو رجال الشرطة أو علماء الدين أو الوالدين.

- الدراسات والبحوث: حيث تتطلب الوقاية فى مجال الإدمان إجراء البحوث والدراسات العلمية والمسحية التى تتناول المشكلات السلوكية بصفة عامة، ومشكلة الإدمان بصفة خاصة، وتركز على مدى حدوثه - كمأ وكيفاً - فى المناطق الجغرافية، والمستويات الاجتماعية الاقتصادية، مما يساعد فى تحديد مناطق الإدمان حيث يجب تركيز الجهود الوقائية والعلاجية للقضاء على أسبابه وتجنب آثاره، والتعرف المبكر على الحالات التى تحتاج إلى خدمات وقائية خاصة.

الوسائل:

تتنوع وسائل تحقيق إجراءات الوقاية من الإدمان فى المؤسسات النفسية والاجتماعية والطبية والدينية والإعلامية ومراكز البحث العلمى والمعاهد العلمية المتخصصة فى هذا المجال. وكلها تعمل فى إطار من التكامل والتعاون، وأهم هذه الوسائل هى:

- الأسرة: ومن المهام الوقائية التى تستطيع الأسرة القيام بها، إقامة علاقات أسرية سليمة بين أعضاء الأسرة، وتحديد مسئوليات أعضاء الأسرة فى الوقاية من الإدمان، وإشباع الحاجات وحل الصراعات والتغلب على الإحباطات، وتهئية المناخ الأسرى الصحى المناسب المشبع بالأمن النفسى والحب، وتجنب المناخ الأسرى الذى يؤدى إلى التفكك واحتمال التعرض للإدمان، وتهئية الظروف التى تبعد المدمن عن الانتكاس، واتباع أساليب التربية السليمة والبعد عن الأساليب الخاطئة وآثارها المدمرة، وتوجيه الأولاد فى اختيار الأصدقاء الصالحين، ومتابعة أحوالهم بعين يقظة، وتوفير القدوة الحسنة أمام الأولاد (محمد عماد فضلى، ١٩٦٩).

- المدرسة: ويقوم المدرسون والأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون فى المدرسة بدورهم الوقائى من الإدمان حيث يطبقون توجيهات التربية وعلم النفس، ويعقدون اجتماعات ولقاءات ومناقشات مع الطلاب وينضم إليهم فيها الأطباء النفسيون وعلماء الدين والاقتصاد والآباء.

- وسائل الإعلام: بكافة أنواعها (الإذاعة والتلفزيون والصحافة والسينما والمسرح والنشرات العامة والإعلانات) وتركز على برامج التوعية الجماهيرية بكل ما يتعلق بالوقاية من الإدمان

مثل حوار مع المتخصصين والخبراء فى مجال الإدمان وإعداد أفلام فيديو وأفلام تسجيلية لمقابلات شخصية مع مدمنين ومع ذويهم وزملائهم، للاستعانة بها فى برامج الوقاية من الإدمان.

- دور العبادة: وتركز على الجانب الدينى، وأن الإدمان غير مقبول دينياً، وتشرح رأى الدين فى الإدمان.

- الصحبة (جماعة الرفاق): خاصة الصحبة الحسنة حيث العلاقات الاجتماعية الصحية، وتجنب الصحبة السيئة، والبعد عن التجريب، وتحمل المسؤولية الاجتماعية (أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

- العيادات النفسية: وتقدم خدمات العلاج النفسى، وتلعب دوراً هاماً خاصة فى الحالات المبكرة للإدمان (جمال ماضى أبو العزايم، ١٩٦٦).

- مراكز الإرشاد النفسى: وتقدم خدمات الإرشاد النفسى اللازمة.

- مراكز الخدمة الاجتماعية: وتهتم بتوفير الطرق السوية للسلوك الجماعى للشباب، وتقديم الخدمات الاجتماعية اللازمة فى حالات الإدمان.

- مراكز التأهيل: وهى تضطلع بتقديم خدمات التأهيل بهدف إعادة المدمن السابق بعد علاجه إلى أعلى مستوى من التوافق الممكن عند عودته إلى المجتمع.

- مؤسسات العمل: وهى تستطيع أن تسهم فى خدمات الوقاية عن طريق تنظيم العلاقات المهنية والإنسانية السليمة وظروف العمل التى تحقق التوافق المهنى والرضا عن العمل وعن الدور المهنى.

- النوادى: وفيها (وفى مراكز الشباب) يمكن ترشيد وقت الفراغ واستغلال أنشطته بأساليب جماعية، وممارسة الأنشطة الرياضية وممارسة الهوايات بشكل محبب ونافع (محمد فخر الإسلام، ١٩٦٧). ويمكن إنشاء نوادى التائبين بعد فترة العلاج حيث يجد المدمن التائب نفسه بين أفراد مروا بنفس تجربته ونجحوا فى التخلص من الإدمان مما يزيد الثقة فى النفس والحماس. وهذه النوادى تعترف بالمدمن التائب كإنسان محترم (محمد عماد فضلى، ١٩٦٩).

- الجمعيات: ومن أهمها جمعيات منع المسكرات، وتقوم بدورها فى نشر الوعى عن الإدمان ومضاره.

- المجتمع: وعلى نطاق واسع فى المجتمع يتم ما يضمن تهيئة رأى العام ضد الإدمان، ومقاومة الأفكار الخاطئة عن الإدمان مثل: الأثر الجنسى للحشيش.

- مراكز البحث العلمى: وهذه تقوم بدور بحثى متخصص على نطاق واسع فى إجراء البحوث المسحية، والبحوث حول أساليب الإدمان وآثاره، وإعداد برامج الوقاية من الإدمان (محمد فخر الإسلام، ١٩٦٧).

- المعاهد العلمية المتخصصة: وهذه تقوم بدور متكامل مع مراكز البحث العلمى، وتهتم بصفة خاصة بتطوير طرق علاج الإدمان.

التقييم:

نقصد بالتقييم تقدير قيمة الإجراءات الوقائية فى مجال الإدمان، وإلى أى حد تمت الإفادة منها، والحكم على مدى تحقيق الأهداف، وإلى أى مدى تغير السلوك الوقائى نتيجة لذلك، باستخدام معيار للقياس.

والهدف الأساسى للتقييم هو تشخيص نقاط القوة والضعف وصولاً إلى تصحيح المسار وتحسينه حين تطور الأهداف، وتحسن الإجراءات الوقائية.

ويتناول التقييم:

- أهداف الوقاية ومدى مناسبتها وإمكانية تحقيقها.
- الإجراءات الوقائية بدرجاتها الثلاث، التى تقوم بها المؤسسات العامة والخاصة.
- جهود القائمين بالإجراءات الوقائية ومدى فاعليتها.
- السلوك الوقائى الذى يتبعه الأفراد نتيجة للإجراءات الوقائية.
- التقييم نفسه من حيث مدى سلامة التخطيط له وإعداد برامجه وأدواته ووسائله وتنفيذه.
- وتتعدد أساليب التقييم، ومنها ما هو كمى ومنها ما هو كفى. ويجب تخطيط أساليب التقييم وإعداد الأدوات وتنظيمها وتوافر الدقة والموضوعية والمعيارية والتدريب عليها، والخبرة فى استخدامها وتقرير النتائج وتفسيرها. ويمكن استخدام بعض أساليب التقييم قبل تقديم برامج الوقاية وأثناءها وبعدها.

ومن أهم أساليب التقييم:

- الملاحظة العلمية المنظمة لعينة من السلوك الوقائى فى مواقف الحياة اليومية الطبيعية.
- المقابلة الشخصية الفردية والجماعية بغرض التقييم.
- دراسة الحالة، وفيها يستفاد بأكثر قدر من المعلومات عن الحالة.

- الاستفتاءات، وتتضمن أسئلة ترتبط بالوقاية من الإدمان خاصة لقياس الاتجاهات وتقييم مدى تحقيق الأهداف ومستوى المواد المقدمة وأوجه الاستفادة منها.
- مقاييس التقدير ذات الوحدات المدرجة كما يحدث فى تقدير الجهود الوقائية.
- قوائم التقدير، أو قوائم المراجعة كما يحدث فى تقدير مدى فاعلية الإجراءات المستخدمة.

برامج الوقاية:

بقدر ما تتوافر برامج الوقاية من الإدمان، بقدر ما يكون المجتمع محظوظاً (آن فولتز Foltz، ١٩٨٢). وحبذا لو أعدت برامج وقاية مخططة منظمة على أسس علمية فى إطار منظومة الوقاية من الإدمان.

ويقوم بتخطيط هذه البرامج وتنفيذها وتقييمها لجنة وفريق من المسؤولين المتخصصين، لتحديد أهداف البرامج، وإجراءات تحقيق الأهداف، والإمكانات والميزانيات اللازمة، وإجراءات تقييم البرامج. وباختصار فإن برنامج الوقاية يحدد: ماذا (المحتوى)، ولماذا (الأهداف)، وكيف (الإجراءات)، ومن (المسؤولون)، وأين (المكان)، ومتى (الزمان).

والهدف الأكبر للبرنامج هو تحقيق أهداف الوقاية من الإدمان من خلال الإجراءات. وتوجه برامج الوقاية أساساً إلى الأكثر عرضة للإدمان (عفاف عبدالمنعم، ١٩٨٤).

والمجتمع فى حاجة ماسة إلى مثل هذه البرامج الوقائية التى تتكلف أموالاً وتتطلب ميزانيات يجب توفيرها. ونحن نعلم أن ما تتكلفه البرامج الوقائية أقل بكثير مما تتكلفه البرامج العلاجية. ويحدد مستوى البرنامج كما ورد فى منظومة الوقاية، وكذلك يحدد مكانه وزمانه بدقة وعناية.

ويلاحظ أن تنفيذ إجراءات برنامج الوقاية يحتاج إلى اتخاذ التدابير اللازمة لنجاحه فى تحقيق أهدافه، ومنها: تعاون جميع المسؤولين عنه كل فى اختصاصه، وتحديد خطة زمنية للتنفيذ، واستخدام الوسائل المتطورة، واتباع الطرق الحديثة، والاستفادة من إمكانات التطور العلمى والتكنولوجى الحديث فى تنفيذ البرنامج. هذا وتركز آن فولتز Foltz (١٩٨٢) على أهمية الفحص الدورى والتشخيص والعلاج.

ومن الضرورى تقييم البرنامج الوقائى بهدف التقويم أى الإصلاح والتصحيح والتحسين وتلافى أوجه النقص فى خدماته ووسائله وطرقه وتنفيذه. ويتبع فى تقييم البرنامج الوقائى خطوات تتضمن تحديد وسائله ومعايير وطرقه، وتحليل نتائج عملية التقييم وتفسيرها، واقتراح

خطوات تقويم وإصلاح البرنامج فى ضوء نتائج عملية التقييم. ومن أهم طرق التقييم: الدراسات المسحية، ومقارنة الطرق والأساليب المتبعة، ودراسة التغيرات السلوكية الوقائية، ومتابعة مدى النجاح الفعلى، واستطلاع رأى المسئولين والمستهدفين.

مثال: دور المدرسين فى الوقاية من الإدمان:

المدرسة هى المؤسسة التربوية الرسمية فى المجتمع. والمدرس هو المسئول الأول عن التربية والتعليم. والتربية عملية حياة يتعلم فيها الفرد الحياة عن طريق نشاطه وبتوجيه من المعلم.

ويأتى ذكر المدرسة والمدرسين بعد الأسرة والوالدين مباشرة فى التنشئة الاجتماعية وفى التربية والتعليم وأيضاً فى الوقاية حيث يمكن الاضطلاع بإجراءات الوقاية الأولية.

ويدخل المدرس ضمن فريق المسئولين عن الوقاية من الإدمان سواء فى تحديد الأهداف والإجراءات والتقييم.

والمدرس - بحكم عمله - يعطى المعارف ويعلم المهارات وينمى الوجدان.

والدور الرئيس للمدرس يتجلى فى الوقاية الأولية التى تهدف إلى منع حدوث الإدمان أو تقليل حدوثه. ويمكن للمدرس أيضاً أن يلعب دوراً فى الوقاية الثانوية التى تهدف إلى التعرف المبكر على الإدمان، حيث يتاح للمدرس فرصة الانتباه إلى أى تغيير مفاجئ فى سلوك طلابه، أو فى دراستهم وما قد يصاحب ذلك من البدء فى الإدمان.

وحيث توجه الإجراءات الوقائية من الإدمان إلى الشباب من الطلاب بصفة خاصة، فإن المدرس يلعب دوراً رئيساً وهاماً، حيث يسهم إسهاماً عملياً فى إكساب الطلاب السلوك الوقائى من الإدمان.

ويستطيع المدرس أن يسهم فى تحقيق الكثير من الأهداف الإجرائية للوقاية من الإدمان، مثل: التعرف بوسائل الوقاية من الإدمان وأسبابه ودوافعه وأنواعه ومواده ودرجاته ومراحله وأعراضه وآثاره الضارة، وأبعاد شخصية المدمن.

ويمكن للمدرس أن يشارك فى استثارة دافعية طلابه لإدراك العلاقة بين أهداف الوقاية من الإدمان والإجراءات المتبعة لتحقيقها حتى يلمسوا تقدماً عن طريق التقييم.

والمدرس هو المسئول الأول عن العمليات التربوية والتعليمية المستخدمة ضمن إجراءات الوقاية من الإدمان، والتى تتضمن التربية والتنشئة الاجتماعية السليمة، وتعلم وتبنى فلسفة حياة سليمة، وتعلم المهارات المتعلقة بالصحة النفسية والتوافق الشخصى والاجتماعى والمهنى.

وفي المدرسة، يقوم المدرسون مع الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين بدورهم الوقائي من الإدمان، حيث يطبقون توجيهات التربية وعلم النفس، ويعقدون اجتماعات ولقاءات ومناقشات مع الطلاب، وينضم إليهم فيها الأطباء النفسيون وعلماء الدين والاقتصاد والآباء.

وفي إطار المدرسة، يستطيع المدرس المشاركة في عملية تقييم الإجراءات الوقائية في مجال الإدمان، وإلى أي حد تمت الاستفادة منها، والحكم على مدى تحقيق الأهداف، وإلى أي مدى تغير السلوك الوقائي نتيجة لذلك.

والمدرس - بحكم إعداده وتدريبه - يستطيع استخدام أساليب تقييم إجراءات الوقاية من الإدمان مثل: الملاحظة العلمية المنظمة، والمقابلة الشخصية، ودراسة الحالة، والاستفتاءات، ومقاييس التقدير، وقوائم التقدير.

وفي برامج الوقاية، يستطيع المدرس المشاركة في تخطيطها وتنظيمها وتنفيذها وتقييمها ضمن فريق المسؤولين عن الوقاية من الإدمان.

توصيات:

فيما يلي بعض التوصيات التي نأمل تحقيقها:

- * إنشاء مركز متخصص في بحوث الإدمان.
- * إجراء بحوث ودراسات عن مدى انتشار الإدمان وعدد المدمنين، ومواد الإدمان في المجتمع بحسب السن والجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والبيئي.
- * تخصص بعض الأخصائيين في الوقاية من الإدمان.
- * إدخال الوقاية من الإدمان ضمن المقررات الأساسية في إعداد الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين.
- * إقامة المزيد من المصحات الخاصة بالمدمنين.
- * إعداد برامج وقائية متكاملة وتجريبها وتنفيذها على نطاق واسع.
- * دراسة وتطوير التشريعات الخاصة بالإدمان، لتكون جامعة مانعة رادعة، وفي نفس الوقت متمشية مع الجوانب الطبية والنفسية والاجتماعية.

المراجع

- أحمد عكاشة (١٩٨٥). الإدمان خطر. القاهرة: كتاب اليوم الطبي.
- أحمد وجدى (١٩٦٠). أثر المخدرات على الصحة النفسية. مجلة الصحة النفسية. أكتوبر ١٩٦٠. ص ١٠-١١.
- جمال ماضى أبو العزيم (١٩٦٦). المدمنون: هل هم مجرمون أم مرضى؟ ماذا بعد حملات رجال الشرطة على مروجى المخدرات ومدمنيها؟ مجلة الصحة النفسية. سبتمبر ١٩٦٦. ص ٦٢.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٣). الوقاية من المرض النفسى. مجلة الصحة النفسية. مارس ١٩٧٣. ص ٣٢-٣٥.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨). الصحة النفسية والعلاج النفسى (ط٢). القاهرة: عالم الكتب.
- حسن الساعاتى (١٩٦٣). تعاظم الحشيش كمشكلة اجتماعية. من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- ريتشارد سوين (ترجمة) أحمد عبد العزيز سلامة (١٩٧٩). علم الأمراض النفسية والعقلية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- سعد المغري (١٩٦٦). سيكولوجية تعاظم المخدرات. رسالة دكتوراه. كلية الآداب جامعة عين شمس.
- عبد الرؤوف ثابت (١٩٦٤). الإدمان على المخدرات. مجلة الصحة النفسية. العدد الأول ١٩٦٤. ص ٢٧-٣٠.
- عفاف محمد عبد المنعم (١٩٨٤). العوامل النفسية والاجتماعية التى تؤدى إلى إدمان المخدرات وآثارها على السلوك. رسالة ماجستير. كلية الآداب جامعة الأسكندرية.
- فاروق سيد عبد السلام (١٩٧٧). سيكولوجية الإدمان. القاهرة: عالم الكتب.
- مصطفى سوياف (١٩٦٦). تعاظم الحشيش: آثاره النفسية والاجتماعية. مجلة الصحة النفسية. سبتمبر ١٩٦٦. ص ٧-١٠.
- محمد عماد فضلى (١٩٦٩). دور العائلة والمجتمع فى مشكلة الإدمان. مجلة الصحة النفسية. مايو ١٩٦٩. ص ٨-١٢.
- محمد فخر الإسلام (١٩٦٧). الطب النفسى الوقائى. مجلة الصحة النفسية. مارس ١٩٦٧. ص ٢٧-٣٠.
- Berlin, Irving N. (1967). Secondary Prevention. In Freedman and Kaplan (Eds.). pp. 1541-1548.
- Botvin, G.J. & Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. Preventive Medicine, 11, 199-211.
- Botvin, G.J. et al. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. Addiction Behavior, 9, 137-147.

- **Calnan, Michael (1985).** Patterns in preventive behavior: A study of women in middle age. *Social Science & Medicine*, 20, 263-268.
- **Foltz, Anne M. (1982).** An Ounce of Prevention: Child Health Politics Under Medicaid. Cambridge: MIT Press.
- **Freedman, Alfred M. (1967).** Tertiary Prevention. In Freedman & Kaplan (Eds.). pp. 1548-1551.
- **Freedman, Alfred M. & Kaplan, Harold I. (Eds.) 1967.** Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins.
- **Gunning-Schepers, Louise J. & Hagen, Hans (1987).** Avoidable burden of illness: How much can prevention contribute to health. *Social Science & Medicine*, 24, 945-951.
- **Nathan, Peter E. & Harris, Sandra L. (1975).** Psychopathology and Society. New York: McGraw-Hill.
- **Visotsky, Harold M. (1967).** Primary Prevention. In Freedman & Kaplan (Eds.). pp. 1537-1541.
- **Wallack, Lawrence & Winkleby, Marilyn (1987).** Primary prevention: A new look at basic concepts. *Social Science & Medicine*, 25, 923-930.
- **World Health Organization (1967).** Services for the prevention and treatment of dependence on alcohol and other drugs. Report No. 363. Geneva: WHO.

[١٩] الإدمان

منظور حيوى نفسى اجتماعى
ومنظور تنموى وقائى علاجى

مقدمة:

الإدمان خطر داهم مدمر يهدد سلامة الفرد والأسرة والمجتمع، يقضى على شبابنا وأبنائنا الذين هم أمل تقدمنا (ابتسام محمد على وآخرون ، ١٩٨٩).

والإدمان مشكلة متعددة الأبعاد: حيوية نفسية اجتماعية Biopsychosocial تربوية اقتصادية دينية قانونية أمنية، لها آثار سيئة متعددة على الفرد والأسرة والمجتمع، وتتطلب بذل الجهود التنموية الوقائية العلاجية.

والإدمان له تاريخ قديم، خاصة إدمان الأفيون الذى عرف باسم «نبات السعادة» منذ الحضارة السومرية القديمة، والفراعنة عرفوا الأفيون واستخدموه كدواء. ودخل الحشيش مصر عن طريق الشام فى منتصف القرن الثانى عشر الميلادى فى عهد الدولة الأيوبية. والأفيون والحشيش كانا أشيع المواد فى مصر حتى الحرب العالمية الأولى، تلى ذلك الكوكايين ثم الهيروين ثم الأقراص. والإدمان أحد أضلاع مريع الرعب، والأضلاع الأخرى هى: التطرف والإرهاب والجناح. ونجدد الإشارة إلى ما يلى:

* الإدمان مشكلة محلية وإقليمية وعالمية.

* نحن نسمع أن التجارة العالمية فى مواد الإدمان قيمتها حوالى ٥٠٠ مليار دولار، ونسمع عن عمليات غسل بعض هذه الأموال القذرة.

* الجرائد لا تخلو من أخبار الإدمان.

* مصر دولة إنتاج واستهلاك وعبور.

* نحن نزرع ونصنع ونتاجر ونعاطى.

* قيمة مواد الإدمان فى السوق المصرية تقدر بحوالى ثلاثة مليارات من الجنيهات.

* عدد قضايا تجارة الإدمان حوالى ٤٠,٠٠٠ قضية.

* نحن - بالإدمان - نخرب بيوتنا بأيدينا.

تعريف الإدمان: Addiction

الإدمان هو اعتماد فسيولوجى نفسى، واعتياد، واستخدام قهرى، وتعاطى متكرر لعقار طبيعى أو مركب، يؤثر على الجهاز العصبى (تنشيطاً أو تثبيطاً)، تهدئة أو أو تسكيناً أو تخديراً أو تغيباً، أو تنبئها أو تنويمها، وإذا منع أدى إلى أعراض منع نفسية وجسمية (إجلال سرى، ١٩٩٠).

والإدمان محنة ونقمة. والإدمان لذة وألم. والإدمان هوس تسمم.

ويلاحظ أن حالة الإدمان تتصف بما يلى:

* وجود رغبة قهرية ملحة فى الاستمرار فى تعاطى العقار والحصول عليه بأي وسيلة.

* زيادة الجرعة المستخدمة بصورة مطردة.

* الاعتماد النفسى والجسمى على العقار.

* ظهور أعراض الامتناع عند الإقلاع فجأة.

* ظهور آثار ضارة على الفرد المدمن والأسرة والمجتمع.

والاعتماد على العقار هو حالة من الاعتماد النفسى والجسمى تنتج عن الاستخدام المزمن للعقار بشكل متقطع أو مستمر. والاعتماد النفسى بالاعتياد هو الرغبة النفسية فى تكرار استخدام العقار، وذلك لأسباب انفعالية.

ومعروف أن تعاطى كميات كبيرة من المنومات والمهدئات والمثيرات، يمكن أن يؤدي إلى إدمان هذه العقاقير (شارلز شيفر، هيوارد مليمان، ١٩٨٩).

ملدى حدوث الإدمان:

الإدمان مشكلة محلية وإقليمية وعالمية، تزداد انتشاراً.

والإدمان أكثر شيوعاً: فى الطبقات الدنيا أكثر منه فى الطبقات العليا، ولدى المنحرفين أكثر منه لدى الأسوياء، ولدى المجرمين أكثر منه لدى العاديين، ولدى الذكور أكثر منه لدى الإناث، ولدى المشككين أكثر منه لدى المتوافقين، ولدى الشباب أكثر منه لدى باقى الأعمار.

تصنيف الإدمان:

يمكن تصنيف الإدمان على النحو التالى:

* إدمان عقار واحد، مقابل الإدمان متعدد العقاقير.

* الإدمان الحديث، مقابل الإدمان المزمن.

* الإدمان الأولى، مقابل الإدمان العرَضى.

* الإدمان الفردى، مقابل الإدمان الويائى.

* الإدمان المتعمد (سوء الاستخدام)، مقابل الإدمان غير المتعمد نتيجة العلاج الطبى.

ويمكن تصنيف المواد التى تحدث الإدمان على أساس تأثيرها على النحو التالى:

* المخدرات: تنوم وتخفف الألم. وأهمها الأفيونات «من شجرة الخشخاش»، أفيون، مورفين «أقوى مخدر للألم» (مسحوق / محلول)، هيروين «ديامورفين» (من مشتقات المورفين)، كودايين «دواء الكحة» (من مشتقات المورفين) + الحشيش، البانجو (من نبات القنب).

* المسكنات: Sedatives تسكن الألم، مثل: باربيتورات، باربيتون، فينوباربيتون، أميلوباربيتون، بنتوباربيتون. بيتيدين (من بديلات المورفين).

* المهدئات: Tranquilizers تهدئ وتخفف الألم، مثل، فالسيوم، فالينيل، ليبريوم، أتيفان، أكوانيل، ترانكيلان، لارجاكتيل، روهينول (أبو صلية).

* المنشطات / المنبهات: Stimulants تنبه، ومضادة للتعب، مثل: أمفيتامين، ميتامفيتامين (آيس)، ديكسامفيتامين، ماكستون فورت، الكوكايين (من نبات الكوكا، ينشط الجهاز العصبى)، القات (ينشط الجهاز العصبى المركزى).

* المنومات: تحدث النوم (تهبط وظائف المخ)، مثل: لومينال، كلورال، سيكونال، أميتال.

* المهلوسات: تثير الهلوسة، مثل L.S.D. «Lysergic Acid Diethylamide» (وهو أقوى مهلوس، قرص أو طابع)، الميسكالين (من صبار المسكال، مسحوق / سائل).

* المسكرات: مثل الكحول والخمر.

* الشعبيات: مثل الكثة (الفراء) المذيبات الطيارة، الأسيتون (مزيل طلاء الأظافر)، التينر (مخفف الطلاء)، التريبتينا، البنزين، السبرتو.

طرق تعاطى مواد الإدمان:

يتم تعاطى مواد الإدمان عن طريق مداخل مختلفة بحسب نوع المادة، وحسب درجة الإدمان، وأشيع الطرق هى:

* التعاطى عن طريق الفم: كما فى مضغ القات، واستحلاب الأفيون، وبلع الأمفيتامين، وشرب الخمر أو الكودايين، وفى مشروبات مثل الشاي أو القهوة مثل الأفيون.

* التعاطى عن طريق الحقن: تحت سطح الجلد أو فى الوريد كما فى المورفين. وتعرف هذه الطريقة باسم «الخط الرئيس» Main Line .

* التعاطى عن طريق الشم: كما فى حالة الكوكايين.

* التدخين: كما فى حالة البانجو والحشيش.

(إجلال سرى ، ١٩٩٠).

مراحل الإدمان:

قد يبدأ الإدمان عند إساءة استخدام الدواء، أو عند استخدام عقار لغير غرض طبي، أو عند تعاطى مادة من باب التجريب أو من باب الترويح.

ويبدأ الإدمان عادة فى صورة اعتماد نفسى، حيث يشتاق المتعاطى إلى التخفف من التوتر وإلى الشعور بالسعادة، ومع استمرار التعاطى ينشأ الاعتماد الجسمى.

* مرحلة ما قبل الإدمان (مرحلة التحمل Tolerance): حيث يبدأ التعاطى التجريبى، وحيث يكثر الفرد من تعاطى العقار أكثر من الاستعمال العادى، فينشأ لديه تحمل لتأثير العقار، فيتعاطى جرعات متزايدة ليحصل على التأثير المطلوب.

* مرحلة الإنذار بالإدمان (مرحلة التعود Habituation): حيث يعود الفرد تعاطى العقار بانتظام منفرداً ودون الصعوبة العادية، وقبل الأحداث والمواعيد الهامة، وفى الصباح لخفض التوتر، وحدوث التعاطى رغم المقاومة الشديدة، وحدوث اعتماد نفسى على العقار، وحدوث توتر وضيق عند إيقاف التعاطى.

* مرحلة الإدمان (مرحلة الاعتماد Dependence): حيث يحدث اعتماد نفسى وفسىولوجى على العقار، ويصبح من الصعب التوقف عن التعاطى لمدة تزيد عن ٢٤ ساعة، مع عدم القدرة على التحكم فى الكمية التى تتعاطى.

* مرحلة الإدمان المزمن: حيث تحدث مضاعفات جسمية مثل التهاب المعدة أو الرئتين، ومضاعفات عقلية مثل الهذيان أو النسيان، ومضاعفات اجتماعية مثل التفكك الأسرى ونقص الإنتاج. ورغم حدوث هذه المضاعفات لا يستطيع الفرد التوقف عن التعاطى.

شخصية المدمن:

تختلف شخصية المدمن عن شخصية غير المدمن. وتتسم شخصية المدمن بخصائص تجعلها تربة خصبة وصالحة للإدمان، إذا تساوت الظروف الأخرى.

ومن أهم خصائص شخصية المدمن ما يلى:

* غير ناضجة : (عقليا ، واجتماعيا، وانفعاليا، وأخلاقيا، ودينيا).

* سيئة التوافق (شخصيا واجتماعيا).

* مريضة جنسياً (ضعف أو عجز أو انحراف).

* متقلبة (انفعاليا).

* انطوائية (منكفئة على الذات).

* قلقه (خوف من المجهول).

* خوافية (خوف مرضى).

* هستيرية (مضطربة انفعالياً مع خلل فى أعصاب الحس والحركة).

* اكتئابية (عصائية أو ذهائية).

* وسواسية قهرية (خاصة فى التعاطى).

* نرجسية (عشق الذات).

* ماسوكية (تحب التعذب).

* عدوانية (نحو الذات ونحو الآخرين).

* سيكوباتية (معتلة نفسياً).

(المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ١٩٩٩).

أسباب الإدمان:

تتعدد أسباب الإدمان، ومنها:

* أسباب بيولوجية، وأهمها:

- اعتماد الجسم على العقار، وكان أنسجة الجسم تعتبره أحد المكونات اللازمة لأداء وظائفها، ومن ذلك إساءة استخدام العقار المسموح به طبيياً إلى درجة تسمم الجسم به «الإدمان من خلال العلاج».

- التخلص من الألم الجسمى للمرض، خاصة فى الأمراض المزمنة أو المستعصية، وخاصة فى حالة العلاج المستمر.
- * أسباب نفسية، وأهمها:
- الاستعداد النفسى للإدمان.
- حب الاستطلاع والتجريب.
- اضطراب الشخصية، وخاصة الاضطراب العاطفى.
- الانحلال الخلقي وضعف القيم الدينية.
- التوتر المستمر وعدم الاستقرار.
- الاكتئاب.
- القلق.
- الوسواس.
- الهروب من الواقع المؤلم نفسياً.
- سوء التوافق أو الضعف الجنىسى.
- المشكلات الشخصية والانفعالية (المتركمة) دون حلول.
- الصدمات النفسية العنيفة.
- * أسباب اجتماعية: وأهمها:
- تأثير رفاق السوء من المدمنين، والخضوع للضغط والإغراء.
- كبر حجم دخل الأسرة، وزيادة مصروف الأبناء.
- سهولة الحصول على مواد الإدمان.
- سهولة صرف العقاقير الطبية.
- حب الاستطلاع والفضول الضار على سبيل التجريب.
- التقليد الأعمى للمدمنين.
- ضغط العمل المستمر، وعدم الأمن مادياً واقتصادياً.
- صراع الأجيال.

- وقت الفراغ غير المرشد، والبحث المستمر عن المتعة واللهو والتسلية.
- القبول الاجتماعى للإدمان بدعوى أنه يزيد من السرور والانشراح والمتعة الجنسية.
- بيئة الإدمان فى الأسرة أو الأقارب أو المعارف.
- (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ١٩٩٩ أ).

أعراض الإدمان:

من أعراض الإدمان ما يلى:

- * نظرات زائغة ، وعيون دامعة ، ونعاس.
- * تمركز حول الذات.
- * شذوذ الأفكار.
- * نقص الشعور بالمسئولية.
- * سلوك مضاد للذات.
- * سلوك مضاد للمجتمع، مثل: البغاء، والسرقه، والاحتيال، والتسول، وضعف الضمير.
- * انسحاب وانشغال بالذات والعقار.
- * سلوك قهرى متعلق بالحصول على العقار بأى وسيلة وتعاطيه.
- * اعتماد نفسى على العقار (اعتیاد).
- * اعتماد جسمى على العقار، يتضمن حالة فسيولوجية معدلة ناشئة عن الإدمان تتميز بظهور أعراض الامتناع عند التوقف عن التعاطى.
- * الإصابات والعدوى الجلدية، والإصابة بمرض الإيدز (فى حالات استخدام الحقن).
- * نقص الاتزان الحركى.
- * هوس التسمم Toxicomania .
- (إجلال سرى ، ١٩٩٠).

أعراض الامتناع (أو المنع):

تتمثل فى «زملة الامتناع» Abstinence Syndrome، وخاصة بعد التعاطى لمدة طويلة وبكثرة، وهى تجمع أعراض التوتر والقلق والاكتئاب والتهيج العصبى وفقد الشهية والأرق والاضطراب المعرفى واضطراب العمل والعدوان.

وتكون ذروة ظهور أعراض الامتناع ما بين ٤٨ - ٧٢ ساعة، ثم تبدأ هذه الأعراض فى الزوال التدريجى فى حدود من ٧ - ١٠ أيام.

آثار وأضرار الإدمان:

تتعدد آثار الإدمان وأضراره ومضاعفاته بيولوجياً ، ونفسياً ، واجتماعياً ، وهى كما يلي:

* الآثار البيولوجية، ومنها:

- اضطراب الجهاز العصبى خاصة المخ والمخيخ والحبل الشوكى والأعصاب، مثل الصرع والرعشة والتشنج.
- اضطراب وظائف أجهزة الجسم وإصابته بأمراض مثل: أمراض الجهاز الدورى والقلب والجهاز التنفسى والصدر والجهاز الهضمى والمعدة والكبد وضعف المناعة «الإيدز».
- اضطراب الوظيفة الجنسية وخاصة الضعف الجنسى، أو اختفاء الرغبة الجنسية فى حالة غياب العقار.
- الموت المفاجيء نتيجة الجرعة الزائدة.

* الآثار النفسية، ومنها:

- اختلال الوظائف العقلية (اضطراب الوعى والسيان والغفلة والهلذان والخرف)، وقد يصاب المدمن باختلاط عقلى لا يستطيع معه تحديد الكمية المطلوبة من العقار، فيتناول كمية كبيرة قد تودى بحياته، ويظن البعض أنه أقدم على الانتحار.
- القلب الانفعالى والعاطفى (الاستثارية والغيرة).
- الهلوسات (البصرية، والسمعية، والشمية، والذوقية، واللمسية).
- اضطراب السلوك وعدم السيطرة عليه بصفة عامة.
- الانهيار الأخلاقى والدينى.
- السلبية واللامبالاة.
- الانطواء والهم والاكنتاب ومحاولة الانتحار أحياناً أو الانتحار فعلاً.
- الانشغال بالتعاطى عن مشاغل الحياة ومسئولياتها.
- وهم الإدمان وإغراؤه ، والشعور بالارتياح والانشراح والبهجة والمرح واللذة والثقة بالنفس والشوة والقوة وخاصة القوة الجنسية والهروب من الواقع المؤلم ومشكلاته، كمظهر إيجابى له أثر سىء.

* الآثار الاجتماعية، ومنها:

- سوء التوافق الاجتماعى.
- اضطراب العلاقات الأسرية وتفكك الأسرة.
- وجود قدوة سيئة فى حالة إدمان أحد الوالدين أو كليهما.
- الإجرام ، مثل: السرقة.
- البلطجة والعنف والتطرف والإرهاب.
- الحوادث (مثل حوادث الطرق وحوادث العمل).
- الانحراف الجنسى ، وربما الدعارة.
- البطالة.
- الإهمال وانخفاض مستوى الإنتاجية وانخفاض الإنتاج.
- الفقر وانخفاض المستوى المعيشى للأسرة، وحدوث خسارة قومية نتيجة للمبالغ الضخمة التى تصرف فى الحصول على مواد الإدمان وتقدير بالمليارات، واعتلال صحة المدمنين جسديا ونفسيا ، واجتماعيا، مما يؤثر على الإنتاج، والجهود الضخمة والمكلفة التى تبذل لمكافحة والوقاية منه وعلاجه (أحمد عكاشة ، ١٩٨٥).

تشخيص الإدمان:

- يتضح تشخيص الإدمان من خلال ما يلى:
- * قوة قهرية Compulsive ، ورغبة ملحة لتعاطى العقار.
- * تكرار التعاطى.
- * تزايد الجرعة.
- * الاعتماد النفسى والجسمى على العقار.
- * سلوك غير متوافق.
- * أعراض جانبية شديدة عند المنع.
- ويجب التفرقة بين الإدمان والتعود.

الوقاية من الإدمان:

تأتى الإجراءات التنموية قبل الإجراءات الوقائية فى الترتيب والأهمية. ومن المنظور التنموى، تستطيع مؤسسات التربية والتنشئة الاجتماعية فى الأسرة والمدرسة ودور العبادة ووسائل الإعلام

وفى مجال العمل القيام بدور تربوى تعليمى تنموى يؤكد على التوعية بآثار الإدمان ومضاره، بما يؤدى إلى جعل الناس لا يقربون الإدمان.

ويمكن تناول الوقاية من الإدمان فى شكل منظومة ذات حلقات ثلاث هى: الأهداف، والإجراءات، والتقييم. ومعروف أن الوقاية لها مراحل ثلاث هى: الوقاية الأولية (منع الحدوث)، والوقاية الثانوية (التدخل المبكر)، والوقاية فى المرحلة الثالثة (ضد الانتكاس) (حامد زهران، ١٩٨٨).

ويلاحظ بالنسبة للوقاية من الإدمان ما يلى:

* الوقاية تحصين، يغنى عن العلاج، وجرام وقاية خير من طن علاج.

* أهمية دور جمعيات الوقاية من الإدمان.

* الاكتشاف المبكر (فى الأسرة والمدرسة)، حيث يلاحظ العصبية والعزلة والإسراف وتدهور الصحة لدى الأبناء وخاصة خلال الفترات الحرجة فى حياتهم وعند مصادقة رفاق السوء، وخلال مواقف التوتر الأسرية، مما يجعل الأبناء أكثر عرضة للدخول فى دائرة الإدمان (أنور الشرقاوى، ١٩٩١).

* مضاعفة وتفعيل دور الإدارة العامة لمكافحة المخدرات محلياً وإقليمياً وعالمياً.

* مضاعفة وتفعيل جهود المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان (برئاسة رئيس مجلس الوزراء، وعضوية وزراء: التأمينات والشئون الاجتماعية، والقوى العاملة، والعدل، والإعلام، والحكم المحلى، والأوقاف، والتربية والتعليم، والثقافة، والصحة والسكان، والداخلية، والشباب، ومدير المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية). ويجدر الإشارة أيضاً إلى جهود صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ١٩٩٢).

مآل الإدمان:

يعتمد مآل الإدمان على شخصية الفرد قبل الإدمان.

ويتحسن المدمن ذو الشخصية الأكثر سوءاً، أما المدمن السيكوباتى الشخصية فمآله أقل تفاؤلاً.

وعلى العموم، فمآل الإدمان يتراوح بين: ثلث شفاء تام، وثلث تحسن مع نوبات انتكاس، وثلث فشل.

وكلما بدأ علاج الإدمان مبكراً ، وكلما زادت فترات العلاج طبياً ونفسياً واجتماعياً، زاد الأمل فى الشفاء.

علاج الإدمان:

يهتم المجتمع بعلاج الإدمان من كافة النواحي، وبكل الوسائل ، وجميع التخصصات . وفيما يلي أهم إجراءات علاج الإدمان بصفة عامة:

• **العلاج الطبى:** يتم العلاج الطبى المناسب للحالة، بدءاً بالتخلص من تسمم الإدمان، وبالعلاج النواحي الجسمية، واستخدام المهدئات والمسكنات والمنومات تحت الإشراف فى بداية العلاج، للتوقف عن استخدام العقار، وعلاج أعراض الانسحاب، بحيث تكون مهدئات ليس لها خاصية الانسحاب مثل الكلوربرومازين. ويستخدم الميثادون بدل الأفيون (مع الحرص حتى لا يساء استخدامه). وتستخدم عوائق التعاطى مثل الدايسلنيرام فى حالة إدمان الكحول تحت الإشراف الطبى. ويتم علاج الأمراض الجسمية المرتبطة بالإدمان فى أجهزة الجسم المختلفة.

• **العلاج النفسى:** المدمن مريض نفسياً ، يحتاج للعلاج الفردى أو الجماعى، والإرشاد النفسى، الذى يركز على مواجهة المريض لمشكلاته الانفعالية، وعلاج مصاحبات الإدمان مثل القلق والخوف والاكتئاب. ومن الطرق العلاجية ما يلي:

- العلاج الجماعى: وهذا يقلل من شعور المدمن بالعزلة والوحدة، ويكسبه استبصاراً بحالته عندما يقارنها بحالة زملائه فى العلاج.

- العلاج المعرفى: ويتضمن تعديل الأفكار الخاطئة والميسرة للتعاطى، واستبدالها بالأفكار الصحيحة المثبطة للتعاطى.

- العلاج السلوكى: للتخلص من عادة وسلوك الإدمان المكتسب، وأهم أساليبه، العلاج التنفيرى حيث يرتبط تناول العقار بالشعور بالألم والاشمئزاز والنفور بدلاً من اللذة. ويستخدم مع تناول عقاقير أخرى منفرة مثل إمتين المسبب للغثيان والقيء الذى ينفر حين يصاحب تناول العقار. ويتكرر هذه العملية يرتبط تناول العقار بالقيء فيمتنع الفرد عن التعاطى.

- العلاج التدعيمى: ويتركز على الدعم المعنوى للمدمن، وتأكيد الذات، وقوة الإرادة ، والثقة فى النفس، والأمل فى الشفاء.

- العلاج والإرشاد النفسى الدينى: لتدعيم المفاهيم والسلوك الدينى، حيث لا ضرر ولا ضرار، مع الإستعانة بعلماء الدين الإسلامى ورجال الدين المسيحى (حامد زهران، ١٩٩٧ ، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان. ١٩٩٩ ب).

• **العلاج الاجتماعى:** الأسرة هى الحصن الأول لمواجهة الإدمان ولها دور كبير فى علاج الإدمان. ويهتم الأخصائى الاجتماعى بتقديم الخدمة الاجتماعية اللازمة للمدمن وبيئته الاجتماعية، مستعيناً بكل من يهيمه أمر المدمن، بالإجراءات المناسبة فى الأسرة والعمل، وتفسير طبيعة الإدمان للأسرة، والتعامل مع الرفاق، والابتعاد عنهم، وتنظيم وقت الفراغ والأنشطة الترويحية، مع الاهتمام بتأهيل المدمن اجتماعياً ومهنياً لعدة شهور قبل الخروج من المستشفى، ومناقشة خطته المستقبلية لإعادة دمجه فى الأسرة والمجتمع حتى يمارس الحياة بشكل طبيعى.

• **علاجات مساعدة:** يستخدم العلاج المائى، والعلاج بالترويح، والعلاج بالعمل، والعلاج بالموسيقا، وهى كلها علاجات مساعدة أثناء فترة الانسحاب. ويلاحظ أن نسبة من المدمنين قد يقلعون عن الإدمان من تلقاء أنفسهم دون مساعدات علاجية بعد سنوات من التعاطى، بسبب كارثة كالتهديد بالطرد من العمل، أو بعد مرض جسمى كتليف الكبد، أو الهذيان الارتعاشى، أو بعد حادث سيارة. وعلى العموم فإن علاج الإرادة يلعب دوراً كبيراً فى الإقلاع الذاتى عن الإدمان.

• **توصيات علاجية عامة:** هناك توصيات عامة فى علاج الإدمان، أهمها ما يلى:

- إعداد أعضاء فريق علاج الإدمان الذى يشمل الطبيب والممرض، والأخصائى النفسى والمعالج النفسى والأخصائى الاجتماعى.

- التدخل العلاجى المبكر بما يعطى عائداً أفضل وأقل تكلفة مما يترتب على التدخل العلاجى المتأخر.

- إجراء علاج الإدمان فى مصحة، ضماناً لعدم إمكان الحصول على مواد الإدمان (وهذا يتطلب إنشاء مزيد من مصحات علاج الإدمان). وتقيم بعض الدول مجتمعات وقرى علاجية لحالات الإدمان).

- دعم العيادات الخارجية الملحقه بخدمات الصحة المدرسية ومستشفيات الطلبة الجامعيين، ومستشفيات قطاع عمال المصانع والتأمين الصحى.

- دعم ومضاعفة جهود مراكز علاج الإدمان الحكومية، والجمعيات الأهلية العاملة فى مواجهة الإدمان، وأندية الدفاع الاجتماعى.

- إثارة الرغبة القوية وإرادة الشفاء لدى المدمن.

- النظر إلى المدمن على أنه مريض يعالج، وليس مجرمأ يحاكم.

- تعريف المدمن وإقناعه بأضرار الإدمان، وتشجيعه على الامتناع عن التعاطى والتأكد أن العودة للتعاطى مرة واحدة كفيلة بالعودة للإدمان ثانية.
- الاحتفاظ بأى مواد إدمان بعيداً عن متناول يد الأطفال مثل الأدوية والمستنشقات.
- الاهتمام بعلاج مصاحبات الإدمان مثل: القلق والخوف والاكتئاب والسيكوباتية والاضطرابات الجسمية.
- (إجلال سرى، ١٩٩٠، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ١٩٩٢).

المتابعة:

يجب الاهتمام بالمتابعة الدورية والرعاية اللاحقة النشطة طويلة الأمد (للمناقشين من الإدمان بعد فترة العلاج)، لتجنب النكسة ومساعدة الناقه على التوقف نهائياً إلى غير رجعة عن الإدمان، وذلك بمتابعة الأسباب المحتملة التى قد تعيد المريض إلى الإدمان مرة أخرى، والاكتشاف المبكر للعلامات المنذرة لاحتمالات النكسة لسرعة التصرف تجاهها. ومن الضرورى متابعة التغلب على الإلحاح للعودة، والقدرة على مواجهة المشكلات والمواقف المختلفة، ومتابعة توافق الناقه مع أسرته ومجتمعه حتى يقلع تماماً عن الإدمان.

مراجع

- إيتسام محمد على، إمام أحمد عوض، محمد عبد الحليم (١٩٨٩). الإدمان فى مصر: الخطر والمواجهة. القاهرة: الهيئة العامة للاستعلامات.
- إجلال محمد سرى (١٩٩٠). الأمراض النفسية الاجتماعية. القاهرة: عالم الكتب.
- أحمد عكاشة (١٩٨٥). الإدمان خطر. القاهرة: كتاب اليوم الطبى.
- الإدارة العامة لمكافحة وعلاج الإدمان (١٩٩٢). استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر (التقرير النهائى). القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان (١٩٩٨). الدليل الإرشادى العام: المخدرات، أوهام - أخطار - حقائق. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان (١٩٩٩). دليل الأخصائى النفسى فى الوقاية والعلاج من الإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان (١٩٩٩ أ). الدليل الطبى للعلاج من الإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان (١٩٩٩ ب). الدليل الإرشادى للدعاة للتوعية بمخاطر الإدمان والمخدرات. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- أنور الشرقاوى (١٩٩١). الأبعاد النفسية والاجتماعية والتربوية لمشكلة الإدمان لدى الشباب . سرس اللبان: المركز الإقليمى لتعليم الكبار.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٨٨). الوقاية فى مجال الإدمان. المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان: «الوقاية - العلاج - المتابعة». القاهرة (سبتمبر ١٩٨٨).
- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى. (ط٣). القاهرة: عالم الكتب.
- شارلز شيفر؛ هوارد ميلمان (ترجمة) نسيمه داود، نزيه حمدي (١٩٨٩). مشكلات الأطفال والمراهقين، وأساليب المساعدة فيها . عمان : منشورات الجامعة الأردنية.
- عادل صادق (١٩٩٤). الإدمان له علاج. القاهرة: دار التكنولوجيا للطباعة والنشر.
- محمد قرنى (١٩٨٦). الإدمان: كيف؟ ولماذا؟ القاهرة: المركز العربى الحديث.
- مصطفى سوياف (١٩٩٠). الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات: خفض الطلب. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

[٢٠] دليل فحص ودراسة الحالة

«فى الإرشاد والعلاج النفسى» (*)

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي (٢٥) وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي (٢٦) وَاحْلُلْ عُقْدَةً مِّنْ لِّسَانِي (٢٧) يَفْقَهُوا قَوْلِي﴾

تعليمات للفاحص

هذا الدليل: عبارة عن الخطوط الرئيسة والفقرات المحددة لعملية فحص ودراسة حالة العميل، فى مرونة، ليسترشد به الفاحص فى جمع المعلومات - بتصرف - حسب سن وجنس وثقافة وحالة العميل. ويقصد بالمرونة والتصرف مثلاً الكلام بالعامية أو إضافة بعض الشرح والإيضاح المختصر، أو حذف بعض الفقرات التى تنطبق فقط على الجنس الآخر، أو على المتزوج بالنسبة للأعزب والأعزب بالنسبة للمتزوج إلخ.

تقدير السمات والقدرات والاستعدادات: يكون على أساس درجة وجودها أو عدم وجودها. وفى حالة استخدام الاختبارات توضع الدرجات والنتائج. وفى حالة التقدير العام يوضع التقدير على أساس مقياس ثلاثى. ويجد الفاحص ثلاث إشارات أمام بعض الفقرات هى (+ ٠ -) ويرسم دائرة حول الإشارة المناسبة لتدل على درجة وجود السمة أو القدرة أو الاستعداد. ومعنى هذه الإشارات على سبيل المثال لا الحصر كما يلى:

- = ضعيف، قليل، نادراً. ٠ = متوسط، بين بين، أحياناً.

+ = جيد، كثير، غالباً.

تحديد الأسباب والأعراض: يجد الفاحص عدداً من الأسباب أو الأعراض بين قوسين هكذا () بالبنط العادى، ويرسم دائرة حول السبب أو العرض الموجود حسب الحالة.

ملاحظات:

* يقوم كل أخصائى بالفحص حسب تخصصه.

* المعلومات الموجودة بين قوسين هكذا [] بالبنط الصغير موضوعة لتيسر عمل الفاحص فقط ولا توضع عليها علامات.

* الكلمة التى تحتها خط مقطع هى كلمة تتكرر كلما ترى شرطة صغيرة بعدها.

(*) حامد زهران (١٩٧٦). دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة: عالم الكتب.

(أولا) البيانات العامة

اسم العيادة:	رقم الحالة:
(١) العميل:	
الاسم [ثلاثيا].....	اسم الشهرة [إن وجد]
الجنس: (ذكر، أنثى) تاريخ اليوم.....	الديانة
تاريخ الميلاد.....	العمر.....
عنوان السكن الدائم.....	محل الميلاد.....
التليفون الدائم.....	المؤقت.....
إذا كان طالبا: المدرسة أو الكلية.....	المؤقت.....
التليفون.....	العنوان.....
إذا لم يكن طالبا: آخر مدرسة أو كلية كان بها.....	الصف الدراسى.....
أعلى مستوى دراسى أكمله.....	التليفون.....
المهنة.....	عنوان العمل.....
الحالة الاجتماعية: (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) عدد الأولاد.....	الجنسية.....
أناث.....	ذكور.....
(٢) الأب:	
الاسم.....	هل هو على قيد الحياة: (نعم، لا).....
تاريخ الوفاة.....	سبب الوفاة.....
العمر [بالسنة].....	المهنة.....
المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة.....)	العنوان.....
الجنسية.....	التليفون.....
(٣) الأم:	
الاسم.....	هل هى على قيد الحياة: (نعم، لا).....
تاريخ الوفاة.....	سبب الوفاة.....
العمر [بالسنة].....	المهنة [إن وجد].....
المستوى التعليمى: (أمية، تقرأ وتكتب، شهادة.....)	الجنسية.....
(٤) ولي الأمر:	
الاسم.....	العمر [بالسنة].....
المهنة.....	المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة.....)
العنوان.....	التليفون.....
القراءة.....	

(٥) الإخوة والأخوات، [بالترتيب حسب الميلاد، ومن بينهم العميل]

الاسم	العمر	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمي	ملاحظات [شقيق، غير شقيق، يعيش بالمزمل، يعيش بعيداً]

(٦) الزوج أو الزوجة:

الاسم: العمر [بالسنة]:

المهنة: المستوى التعليمي: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة

(٧) الأولاد، [بالترتيب حسب الميلاد]

الاسم	العمر	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمي

(٨) الأفراد الذين يعولهم، [غير الزوج أو الزوجة والأولاد]

الاسم	العمر	القربة	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمي

(٩) الأقارب والآخرين الذين يعيشون مع الأسرة

الاسم	العمر	القربة	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمى
.....				
.....				
.....				

(١٠) الآخرون الذين يمكن الاستعانة بهم:

الاسم	العمر	القربة أو العلاقة	المهنة أو المدرسة	المستوى التعليمى	العنوان	التليفون
.....						
.....						
.....						

(١١) محيل الحالة أو جهة الإحالة:

الاسم العنوان

التليفون تاريخ الإحالة

سبب الإحالة

.....

(ثانياً) المشكلة أو المرض الحالى

(١) تحليل المشكلة أو المرض الحالى:

..... على لسان العميل
..... على لسان الأب أو الأم أو ولى الأمر
..... على لسان الزوج أو الزوجة
..... على لسان قريب أو صديق
..... كما ورد فى خطاب الإحالة

(٢) أسباب المشكلة أو المرض الحالى:

..... على لسان العميل
..... على لسان الأب أو الأم أو ولى الأمر
..... على لسان الزوج أو الزوجة
..... على لسان قريب أو صديق
..... كما ورد فى خطاب الإحالة

(٣) أعراض المشكلة أو المرض الحالى:

..... على لسان العميل
..... على لسان الأب أو الأم أو ولى الأمر
..... على لسان قريب أو صديق
..... كما ورد فى خطاب الإحالة

(٤) تاريخ المشكلة أو المرض الحالى:

..... تاريخ ظهور المشكلة أو المرض الحالى لأول مرة
..... الأوقات التى يقل فيها ظهور المشكلة أو المرض الحالى

(٥) الجهود العلاجية السابقة:

..... اسم المعالج العنوان التليفون
..... جهود ذاتية محاولات علاجية أخرى

(٦) التغيرات التى طرأت على الحالة:

اتجاه التغير: (إلى أحسن، كما هى، إلى أسوأ) سبب التغير: (نتيجة العلاج، تلقائى مع مرور الوقت)

(٧) المشكلات أو الأمراض الأخرى:

..... نفسية اجتماعية
..... تربوية طبية

(ثالثاً) الفحص النفسي

(١) آخر فحص نفسي:

تاريخه اسم الأخصائي
 عنوانه التليفون هل يمكن سؤاله عن الحالة: (نعم، لا)
 (٢) الأمراض النفسية السابقة:

المرضى	العمر	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
.....				
.....				
.....				

(٣) الأمراض النفسية في الأسرة:

الاسم	العمر	المرضى	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
.....					
.....					
.....					

(٤) الذكاء:

الاختبار أو المقياس	نسبة الذكاء	متوسط نسبة الذكاء
.....		
.....		
.....		

(٥) القدرات العقلية:

القدرة	الاختبار أو المقياس	النتائج
القدرة اللفظية		
القدرة العددية		
القدرة الميكانيكية		
القدرة المكانية		
القدرة الفنية		
القدرة الموسيقية		
المهارة اليدوية		
قدرات أخرى		
.....		

(٦) الشخصية:

الاختبار أو المقياس	ملخص النتائج
.....	
.....	
.....	

(٧) اضطرابات الشخصية:

أ. اضطراب سمات الشخصية: (انطواء، عصابية، ذهانية، تطرف، صلابة، تسلطية، عدوانية، ضعف عقلي، عدم ثبات انفعالي، محافظة، خضوع، ضعف الأنا الأعلى، حرص، خجل، نقد الذات، شعور بالاثم، تواكل، ضعف اعتبار الذات، ضعف التوتر الدافعي، سذاجة).

ب. اضطرابات الشخصية العامة:

* شخصية سيكوباتية: (سلوك مضاد للمجتمع، تشرد، هروب، تسول، كذب، سرقة، تخريب، إشعال نار، قتل، محاولات انتحار).

* إدمان: (- عقاقير - منشطات - مخدرات - كحول).

* انحرافات جنسية: (جماع محارم، لواط أطفال، جنسية مثلية، اعتداء، اغتصاب، بغاء، قيادة للزنا، حمل سفاح، حك، تطلع، استعراض، عري، كتابة فاحشة، سادية، ماسوكية، حيوانية، فمية، شرجية).

* اضطراب السلوك الجنسي: (شراهة، عدم ضبط النفس، إيحائية، استسلام، فتيشية، شبق رسوم وصور، كتابة شبقية، ارتداء مغاير، نرجسية، عادة سرية، شبق نفسى تخيلى، ازدواجية، تخنث، تشبث، نعوظ، سلبية، ضعف، برود، نفور، ضعف انتعاز، تقلص مهبل، عسر جماع، خوفاً جنسى).

ج. أخرى: (شخصية: اكتئابية، قهرية - منفصمة - مزدوجة - هذائية - نوابية - صرعية - سلبية - مشككة - منحرفة - قاصرة - مختلة - مهتزة - متفككة - متصدعة).

(٨) الصحة النفسية والتوافق النفسى:

الاختبار أو المقياس	ملخص النتائج
.....	
.....	
.....	

(٩) الأسباب النفسية للمشكلة أو المرض:

اضطراب النمو:

* الحمل: (غير طبيعى، توتر وقلق أثناءه، اضطراب صحة الأم أثناءه، تسمم أثناءه، عدوى أثناءه، غير مرغوب فيه، محاولات إجهاض).

* الولادة: (عسرة أو باستخدام آلات، قيصرية، إصابة أثناءها، وليد غير مرغوب فيه، تفضيل طفل من الجنس الآخر، رفض الوليد، تشوهات ولادية).

* الرضاعة: (صناعية، جهل الأم بأساليبها، فطام مبكر، فطام مفاجئ، فطام عنيف).

* الطفولة: (تأخر سن: - رفع الرأس - الجلوس منفردا - الحبو - الوقوف - المشى - التنسين - الكلام - ضبط التبول - ضبط التبرز - نظافة الجسم - بداية الاستطلاع والأسئلة - التمييز بين الصواب والخطأ، خبرات نفسية صادمة مثل: موت والد أو أخ، حادث، عملية جراحية، مرض شديد، انفصال عن الوالدين، إحباط، حرمان، ذكريات أليمة، خبرات جنسية صادمة، إعداد غير كاف للمراهقة).

* البلوغ الجنسى والمراهقة: (بلوغ مبكر وشعور بخجل وذب، بلوغ متأخر وشعور بعجز، تأخر نضج نفسى وجنسى، سوء تربية جنسية، معلومات خاطئة، صدمة بلوغ، انزعاج وقلق ومخاوف، اتجاه خاطئ نحو الجنس، عدم فهم الدافع الجنسى، عدم الاتجاه عاطفيا نحو الجنس الآخر، خبرات جنسية مؤلمة، عدم توازن فى نمو الشخصية جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا، إعداد غير كاف لمرحلة الرشد).

* الزواج: (عنوسة وتأخر زواج، كره زواج، خواف زواج، هوس زواج، حرمان جنسى رغم الزواج، نقص إشباع نفسى، نقص أمن، نقص حب، عقم، انفصال، طلاق، ترمل).

* سن القعود: (نقص قوى جنسية، تدهور جسمى وعقلى، إحباط، قلق، اكتئاب، شعور بنقص، شعور بعدم الأهمية، محاولة انتحار).

* الشيخوخة: (فقدان دقة الحواس، ضعف جسمى ونقص حيوية، تصلب شرايين المخ، تدهور وظائف المخ العليا، ضعف حركة، شعور بالحرمان، شعور بالنقص، شعور بقرب النهاية، تدهور نفسى، ملل، سوء توافق مع الجديد، مشكلات تقاعد، عجز واعتماد على الآخرين، شعور بعدم النفع، شعور بفراغ وعزلة).

ب - **الصراخ**: بين الدوافع والمعايير الاجتماعية - بين الحاجات الشخصية والواقع - داخلى - أدوار اجتماعية - ثقافى بين الأجيال - مع السلطة - بين الرغبة الجنسية وموانع إشباعها).

ج - **الإحباط**: (إعاقة رغبات، خيبة أمل، خسارة مالية، رسوب، فشل، إحباط جنسى، نمو جسمى متأخر، قيود والدية، شعور بعجز، خبرات معوقة، تدخل الآخرين).

د - **الهرمان**: (- من دافع الوالدية لفقدان الولد أو العقم - من حب ورعاية الوالدين - حيوى - نفسى مبكر - يبنى عام - من إشباع الحاجات الأساسية).

هـ - **اخفاق حيل الدفاع النفسى**: (اخفاق الكبت، استحالة الإعلاء، تعويض زائد، إسقاط زائد، تفكيك، انسحاب، نكوص، إغراق فى الخيال وأحلام بقطعة، إفراط تبرير، سلبية).

و - **الخبرات السيئة والصادمة**: (موت عزيز، تحطيم أمل، جرح كبرياء، حب وتجارب جنسية سيئة، تجارب صادمة، أزمات اقتصادية، مشكلات اجتماعية، خبرات شاذة).

ز - **العادات غير الصحية**: (جسميا: كما فى المشى والكلام، عقليا: مثل نقص المعرفة بالمبادئ العلمية الأولية، اجتماعية: مثل ضعف الضمير ونقص تحمل المسئولية الاجتماعية وسوء الأخلاق والضلال الدينى والسلوك الاجتماعى الغبى، انفعاليا: مثل اضطراب ردود الفعل الانفعالية ونقص الإرادة وعدم ضبط النفس والسلوك الانفعالى الغبى).

ح - أخرى:

* تناقض انفعالى: (حب وكراهية، شعور بالأمن والقلق، تحرر نفسى وشعور بذنب).

* ضغوط نفسية: (منافسة، مطالب تعليم، مطالب مهنية، مطالب زواج، مطالب المدنية المتغيرة).

* إطار مرجعى خاطئ: (بخصوص الحقيقة، والقيم، والعالم الخارجى).

(١٠) **الأعراض النفسية للمشكلة أو المرض:**

أ. اضطرابات الإدراك:

* **هلوسات**: (- سمعية - بصرية - شمعية - ذوقية - لمسية - جنسية - توقع).

* خلّاع: (- سمعى - بصرى - شمى - ذوقى - لمسى).

* اضطراب حس: (- زائد - خدر - زائف - مختلط).

ب. اضطرابات التفكير:

* اضطرابات إنتاج الفكر: (تفكير: - اجترارى - ذاتى - غير واقعى).

* اضطرابات سياق الفكر: (طيران أفكار، بطء، ترديد، عرقلة، خلط، إسهاب، تشتت).

* اضطرابات محتوى الفكر: (أوهام منظمة، أوهام غير منظمة، توهم: - عظمة - اضطهاد - مرض - إثم - إشارة - تأثير - انعدام - تغير الشخصية - تغير الكون، وسواس، مخاوف، فقر أفكار، ضغط أفكار، انتزاع أفكار، إقحام أفكار، تناقض أفكار، انشغال، سفسطة، رمزية، أفكار قهرية، بلادة فكرية).

ج. اضطرابات الانفعال: (قلق، اكتئاب، توتر، فزع، زعر، تبلد، خمول، لا مبالاة، تناقض انفعالى، عدم ثبات انفعالى، انحراف انفعالى، زهو، تجلى، وجد، استثنائية، مشاعر ذنب شاذة).

د. اضطرابات الحركة:

* نشاط حركى: (- زائد - ناقص - غير مستقر - متوتر - متدهور - مضطرب - متكرر).

* أخرى: (وهن، شلل، عمه حركى، هز، تقلب، حركات راقصة، تشنج، تقلص عضلى، خلجات، ارتجافات، تخشب، آلية، سلبية، عسر، لازمات).

هـ. اضطرابات الذاكرة:

* فقد ذاكرة: (- عضوى - نفسى - رجعى - لاحق).

* خطأ ذاكرة: (تزييف، تأليف، ألفة، جدة).

* أخرى: (اضطراب حفظ واسترجاع، فجوات ذاكرة، فلتات لسان، زلات قلم، نسيان عمل شىء، استخدام كلمات خاطئة).

و. اضطرابات الكلام:

* عامة: (حبسة، تأخره، كلام تشنجى، كلام طفلى، لغة جديدة).

* الطلاقة: (لجلجة، عقلية).

* كم الكلام: (ثرثرة، قلة كلام، خرس).

* سريان الكلام: (بطؤه، سرعته، قلته).

* تكرار الكلام: (غطية، اجترار كلام، مصاداة).

* النطق: (إبدال، تردد، لعثمة).

* الصوت: (خزن، غلظته، حدته، شدته، فقدانه، بحة).

* أخرى: (اندفاع، سلبية، امتناع، كلام مع النفس).

ز - اضطرابات الوعي: (تغيم وعى، اضطراب توجيه، ذهول، هذيان، حالة حاملة، خلط).

ح - اضطرابات الانتباه: (زيادته، قلته، تحوله، سهيان، انشغال).

ط - اضطرابات الإرادة: (اضطرابات اتخاذ القرارات، اضطراب الفعل الإرادى، اضطراب دافعية).

ى - الاضطرابات العقلية المعرفية: (ضعف عقلى، خبل).

ك - اضطرابات النوم: (كثرته، قلته، أرق، تقطعه، اضطرابات نظامه، كلام أثناءه، مشى أثناءه، مخاوف ليلية، أحلام مزعجة، كابوس).

ل - اضطرابات التغذية: (قلة الأكل، الإفراط، البطء، فقد الشهية، الشره، الإمساك عن الأكل، تقاليع الأكل، التقيؤ).

م - اضطرابات الإخراج: (بوال، تبرز لا إرادى).

ن - اضطرابات العادات: (مص أصابع، قضم أطافر، لازمات، لعب بأعضاء الجسم).

س - اضطرابات المظهر العام: (اضطراب: - النمط الجسمى - تعبيرات الوجه - حالة الملابس - الشعر - الوضع - الوقفة - المشية - المظهر الخارجى).

ع - أخرى: (اضطراب التفهم، اضطراب البصيرة).

(١١) الأمراض النفسية: [يطبق اختبار التشخيص النفسى، للمؤلف]

أ - ملخص نتائج اختبار التشخيص النفسى: [الأمراض التى تزيد درجتها عن حدود العادى مرتبة]

ب - تحليل بعض الأمراض:

* المصأب [عام]: (عصأب: - حاد - خوف - تقاعد - اجتماعى - إصأبة - حأث - تعويض - ترأب - تعب - مهنة - حرب - جنسى - عوانس).

* القلق: (قلق: - بسيط - تفاعلى - الفأص).

* الضعف العصبى: (مأتمر، دورى).

* أأواف: (أأواف: - رعد - برق - ماء - أنهار - أأر - مطر - رباح - أأوم - أعماق - أألام -

جنس - جماع - زواج - تناسل - أمراض تناسلية - أماكن مرتفعة - أماكن متسعة - أماكن مغلقة - عزلة - عفاريت - دم - نار - موت - امتحانات - ناس - جموع - رجال - نساء - أطفال - شيوخ - غرباء - أجناب - زنوج - مشوهين - قطط - فئران - كلاب - ثعابين - سمك - طيور - حيوانات - حشرات - جراثيم - ديدان - أقذار - مرض - عجز - تشوه - سرطان - مرض قلب - مرض جلد - مرض عصبى - صلع - إصابة - تسمم - عقاقير - فرح - رموز - أصوات - كلام - كتابة - لغات أجنبية - ألوان - روائح - لمس - تذوق - عبور الشارع - سفر - عربات - قطارات - كبرى - مسننات - مكنتات - أشياء كبيرة - أشياء صغيرة - خرافات - رقم ١٣ - عرى - مسئولية - خجل - أكل - نوم، خواف شامل، خواف الخواف).

* الهستيريا: (هستيريا: - تحويلية - مكتسبة - صدمة، اضطراب هستيرى مثل: هوس، صرع، عمى، صمم، خرس، شلل، تشنج، تقلص، اختلاج، رجفة، خوربا، مشية، إنهيار، غيبوبة، نهجان، ضعف أعصاب).

* الوسواس والقهر: (وسواس جسمى، وسواس دافع، سلوك وسواسى قهرى).

* الذهان [عام]: ذهان: - عارض - موقفى - خفيف - حاد - مزمن - دورى - وظيفى - عضوى - إصابة - إنهاك - سجن - عقاقيرى - كحولى - تسممى - شيخوخة - تدهورى).

* الاكتئاب: (اكتئاب: - بسيط - حاد - تفاعلى - انتكاسى - باس - كحولى - ذهولى - جمودى - سن القعود - شيخوخة).

* الهوس: (هوس: - خفيف - حاد - وقتى - دورى - مزمن - قلقى - هستيرى - هذيانى - جنسى - جمال - كذب - قتل - انتحار - سرقة - إشعار نار - كتابة - عد - طرب - انشراح - رقص - خمر - مخدرات - عقاقير - تدين - ثرثرة - هائج - شغل - اغتسال - غنى - عطاء - أنانية - حرية - حب أجناب - اغتراب - حنين إلى الوطن - شك - أكل - تناسق - مظاهر - شيخوخة).

* الفصام: (فصام: - بسيط - مبكر - حركى جمودى - حركى هياجى - هذائى - كامن - تفاعلى).

* الهذاء: (هذاء: - حاد - كامن - دورى - كحولى - غيرة - اضطهاد - عظمة - خيلاء - تدين - شيخوخة).

(١٢) أخرى:

أ- اضطرابات السلوك الظاهر: (سلوك: - شاذ - غريب - انسحابى - انفعالى - نمطى - تعويضى).

ب - سوء التوافق؛ (سوء توافق: - شخصي - أسري - اجتماعي - تربوي - مهني - انفعالي - مع الواقع).

ج - مفهوم الذات السالب (نقص تطابق بين مفهوم الذات الواقعي والمثالي، نقص تقدير الذات، اضطراب مفهوم الجسم).

د - مفهوم الذات الخاص؛ [يطبق اختبار مفهوم الذات الخاص، للمؤلف].

المعلومات	النتائج
المحتويات ذات الوزن الكلينيكي	
المشكلة الرئيسة	
المشكلات الخاصة	
تغليف الذات	
المقاومة	

(رابعاً) البحث الاجتماعي

(١) آخر بحث اجتماعي:

تاريخه اسم الأخصائي

عنوانه التليفون هل يمكن سؤاله عن الحالة: (نعم، لا)

(٢) المشكلات الاجتماعية السابقة:

المشكلة	العمر	المدة	الأخصائي	النتائج
.....				
.....				
.....				

(٣) المشكلات الاجتماعية في الأسرة:

الاسم	العمر	المشكلة	المدة	الأخصائي	النتائج
.....					
.....					
.....					

(٤) الأسرة:

الأب:

توافقه النفسي: (+ ٠ -) صحته العامة: (+ ٠ -) اتجاهه نحو العميل: (+ ٠ -)

اتجاه العميل نحوه: (+ ٠ -) علاقته بالعميل: (+ ٠ -) مركزه الاجتماعي: (+ ٠ -) .

العمر عند الزواج أول مرة عدد مرات الزواج وتاريخه

عدد مرات الانفصال وتاريخه عدد مرات الطلاق وتاريخه

أرمل: (نعم، لا) تاريخ وفاة الزوجة:

ميوله:

[illegible]

و.العلاقة بين العميل والإخوة والأخوات: (+ -)

مشكلاتها: (مضطربة، ميلاد طفل جديد وتحول الانتباه نحوه، غيرة، تفرقة فى المعاملة، تنافس).

ز.زوجة أب: [إن وجدت]

الاسم العمر المهنة

المستوى التعليمى: (أمية، نقرأ وتكتب، شهادة) توافقه النفسى: (+ -)

علاقته بالعميل: (+ -)

اتجاهها نحو العميل: (+ -) اتجاه العميل نحوها: (+ -)

ح.زوج أم: [إن وجد]

الاسم العمر المهنة

المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة) العنوان

التليفون الجنسية توافقه النفسى: (+ -) علاقته بالعميل (+ -)

اتجاهه نحو العميل (+ -) اتجاه العميل نحوه: (+ -)

ط.القرين: [الزوج أو الزوجة]

الاسم العمر التوافق النفسى: (+ -) الصحة العامة: (+ -)

اتجاهه نحو العميل: (+ -) اتجاه العميل نحوه (+ -) علاقته بالعميل (+ -)

التوافق معه: (+ -)

مركزه الاجتماعى: (+ -) طول فترة المعرفة قبل الزواج طول فترة الخطوبة

العمر عند الزواج تاريخ الزواج ميوله

ي.العلاقة بين العميل والقرين [الزوج أو الزوجة] (+ -)

مشكلاتها: (مضطربة، زواج غير سعيد، خلافات، عدم تكافؤ اقتصادياً أو ثقافياً أو اجتماعياً أو فكرياً أو دينياً، عدم توافق جنسى، مشكلات جنسية، علاقات خارج الزواج، مشكلات تنظيم نسل، تدخل أهل، شجار، انفصال، طلاق، نقص اهتمام بالأسرة).

ك. الأولاد

الاسم	اتجاهه نحو العميل (+/-)	اتجاه العميل نحوه (+/-)	علاقته بالعميل (+/-)	توافقه الشخصي (+/-)

ل. العلاقة بين العميل والأولاد: (+/-)

مشكلاتها: (مضطربة، رفض، إهمال، كراهية).

م. الأقارب والآخرين الذين يعيشون مع الأسرة:

الاسم	القرابة	اتجاهه نحو العميل (+/-)	اتجاه العميل نحوه (+/-)	علاقته بالعميل (+/-)	توافقه الشخصي (+/-)

ن. العلاقة بين العميل والأقارب والآخرين الذين يعيشون مع الأسرة (+/-)

مشكلاتها: (مضطربة، كراهية، عدوان).

س. أسباب الاضطراب في الأسرة: (والدان عصايبان، تغير في تجمع الأسرة، مستوى اجتماعي اقتصادي منخفض، انحراف معايير الأسرة، عدم استقرارها وزيادة حركتها وراء الرزق، أعمال منزلية شاقة، اعتماد زائد على الغير، عدوان، اسم لا يقبله، أسماء غير مقبولة يلقبه بها أهله، لغة غير سليمة، جو أسرى غير ملائم، زيادة محرمات وممنوعات).

ع.الوضع الاقتصادى العام للأسرة. (+ -)

الدخل الشهرى		توافقه الشخصى (+ -)	
مليم	جنيه	مليم	جنيه
.....	مرتبات وأجور	.....	المسكن
.....	معاشات	.....	المأكل
.....	عقارات	.....	الملبس
.....	أطيان	.....	التعليم
.....	مساعدا	.....	المواصلات
.....	مصادر أخرى	.....	مصاريف عامة ونثرات
.....			
الجملة		الجملة	

ف.المشكلات الاقتصادية فى الأسرة: (سوء أحوال اقتصادية، هزات وكوارث اقتصادية، عدم رضا بالحالة الاقتصادية، صعوبة الحصول على ضروريات الحياة).

ص.السكن: نوعه (خاص، شقة، مشترك) عدد الحجرات عدد الأفراد فى الحجرة هل للعميل حجرة خاصة: (نعم، لا) مكان نوم العميل حالة السكن: (+ -) الشروط الصحية فى السكن: (+ -)

ق.مشكلات عامة فى الأسرة: (يوجد من لديه إحدى هذه الحالات: غير شرعى، انتحار، عاهة، إدمان، إجرام، أمراض تناسلية): أخرى: من هو:
ر.الاتجاه العام للأسرة: (محافظة، عادية، متحررة).

(٥) المدرسة:

أ.البلدية: تاريخ بدء دخول المدرسة العمر عند بدء دخول المدرسة
مستوى بدء المدرسة: (روضة، ابتدائى) أول مدرسة دخلها رد الفعل عند بدء دخول المدرسة: (+ -) أى الصفوف الدراسية أعادها سبب الإعادة

ب. المدارس والكلية التي درس بها:

المرحلة	اسم المدرسة أو الكلية	السنوات التي قضاها بها	الميل العام نحوها (+ -)	الميل العام نحو المواد الدراسية (+ -)	التوافق الدراسي العام (+ -)	المواظبة (+ -)	مستوى التحصيل (+ -)
ابتدائي							
إعدادي							
ثانوي							
عالي							

ج. المواد التي درسها أو يدرسها حليثاً:

مواد محبوبة	التقدير	مواد غير محبوبة	التقدير	مواد سهلة	التقدير	مواد صعبة	التقدير
.....							
.....							
.....							

د. العلاقة بين العميل وبين مدرسيه وأساتذته:

إبتدائي: (+ -) إعدادي: (+ -) ثانوي: (+ -) عالي: (+ -).

هـ. العلاقة بين العميل وبين زملائه:

إبتدائي: (+ -) إعدادي: (+ -) ثانوي: (+ -) عالي: (+ -).

و. التعاون بين الأسرة وبين المدرسة:

إبتدائي: (+ -) إعدادي: (+ -) ثانوي: (+ -) عالي: (+ -).

ز. أسباب الاضطراب في المدرسة: ضغوط الجماعة الجديدة، إخفاق المدرسة في تحقيق نمو الشخصية، تهديد وعنف، نقد وتوبيخ، زيادة مستوى التحصيل عن مستوى قدراته، نقص استعداد دراسي، صعوبات تعلم، تأخر دراسي، اضطراب علاقة مع الزملاء، اضطراب علاقة مع الأساتذة).

ح. المشكلات السلوكية في المدرسة: (غياب، هروب، كسل، عدوان، انطواء، ضيق اهتمامات،

أخرى).

بداية ظهورها المواقف التي تظهر فيها

ط.المواقف الشاذة في المدرسة:

في الفصل أثناء اللعب

أثناء الأكل أثناء الرحلات

كيف يستجيب للفشل

ي.ملاحظات أخرى في المدرسة:

الهوايات وأنواع النشاط الأخرى خارج المنهج [ثقافي، اجتماعي، فني، رياضي]

ابتدائي إعدادي

ثانوي عالي

ك.المواهب والمهارات الخاصة:

ابتدائي إعدادي

ثانوي عالي

التفوق العلمي وجوائزه التفوق الاجتماعي وجوائزه

التفوق الفني وجوائزه التفوق الرياضي وجوائزه

كيف يستجيب للنجاح

الخطط الدراسية للمستقبل

(٦) المهنة:

أحالياً: المهنة الحالية الدرجة المالية

عنوان العمل تاريخ بدء العمل

الأجر من العمل في الشهر مهن أخرى بعض الوقت

الاستقرار في العمل: (+ ٠ -) الرضا عن العمل: (+ ٠ -) التقدم في العمل: (+ ٠ -)

الشهور بالمسئولية في العمل: (+ ٠ -) العلاقة بالرؤساء: (+ ٠ -) العلاقة بالزملاء: (+ ٠ -)

التوافق المهني: (+ ٠ -) عدد مرات الغياب في الشهر أسباب الغياب

ب. المهنة السابقة:

المهنة	الدرجة	جهة العمل	تاريخ بدء العمل	السنوات التى تضاها فى العمل	عدد مرات الغياب فى الشهر	سبب الغياب	سبب تغير المهنة
.....							
.....							
.....							

ج. أسباب الاضطراب فى المهنة: (اختيارها بالصدفة، فرضها، عدم مناسبتها للقدرات والاستعدادات والميول، نقص التدريب المهني، اضطراب العلاقة مع الرؤساء، اضطراب العلاقة مع الزملاء، عدم كفاية الأجر، إرهاق فى العمل، عمل يؤثر على الجهاز العصبي، سوء ظروف العمل، استغلال، إيقاف عن العمل، تعطل وبطالة، اضطراب نظام العمل، فوضى، إحباط وعدم تحقيق مطامح).

د. ملاحظات أخرى على المهنة:

هـ. الخطط المهنية المستقبلية:

(٧) المجتمع:

أ. الجيرة:

المستوى الاجتماعى الاقتصادى العام للجيرة: (+ ٠ -) علاقته بالجيرة: (+ ٠ -).

التوافق الاجتماعى مع الجيرة: (+ ٠ -).

ب. الرفاق:

الرفاق والأصدقاء بصفة عامة: (أكبر عمراً، أصغر عمراً، من نفس العمر، من نفس الجنس، من الجنس الآخر) عد الرفاق والأصدقاء المقربين: (قليل، مناسب، كثير) مستواهم الاجتماعى الاقتصادى: (+ ٠ -) علاقته بالرفاق: (+ ٠ -) توافقه الاجتماعى مع الرفاق: (+ ٠ -) اتجاهه نحوهم: (+ ٠ -) اتجاههم نحوه: (+ ٠ -) العلاقات مع الجنس الآخر: (+ ٠ -)

رفاق سوء رفاق جانحون

ج. الجماعات التى ينتمى إليها: [غير الأسرة والمدرسة والمهنة]

الجماعة	وضعه داخل الجماعة [قياى، تابع]	توافقه معها (+ - ٠)
.....		
.....		
.....		

د. أسباب سوء التوافق فى المجتمع:

* عام: (ضعف معايير اجتماعية، مشكلات جماعة مثل ألم وكرهية وحقد، مجتمع مريض يفيض بالحرمان والإحباط والصراع وعدم إشباع الحاجات، تجارب اجتماعية أليمة، انطواء وعزلة، نقص تحمل المسؤولية الاجتماعية، عزل الجماعة للفرد، عقاب، خضوع، سيطرة، تصارع أدوار اجتماعية، تنافس شديد، تأثير إعلام خاطئ).

* الرفاق والأصدقاء: (قلة عددهم، عدم اندماج معهم، صحة سيئة، عدوان، جناح، مشكلات يتورط فيها معهم).

* مشكلات الأقليات: (اتجاهات اجتماعية سالبة، تعصب ضد جماعة الأقلية التى ينتمى إليها، تفرقة عنصرية).

* تدهور نظام القيم: (تصارع قيم بين الثقافات، تصارع بين الأجيال، فروق بين القيم الأخلاقية المتعلمة والفعلية، فروق بين القيم المثالية وبين الواقع، عدم فهم القيم المناسبة لعمره، عدم احترام القيم الاجتماعية، ضعف أخلاق، ضعف ضمير).

* الكوارث الاجتماعية والحرب: (كوارث اجتماعية، ظروف اجتماعية ضاغطة، كوارث مدنية، احتمال وقوع الحرب، الحرب).

هـ. التوافق الاجتماعى:

* التوافق الاجتماعى العام مع المجتمع الخارجى: (+ - ٠).

* المشكلات الاجتماعية الرئيسية التى يعانى منها العميل فى المجتمع:

* السمات الاجتماعية السالبة للعميل: (خجول، عدوانى، غيور، عنيد، نقاد، شكاء، جانح).

(٨) عام:

أ- أسباب الاضطراب الحضارية والثقافية: (ثقافة مريضة تسود فيها عوامل الهدم، تعقيد ثقافى، سوء توافق مع التطور الحضارى والثقافى، اغتراب عن الثقافة التى يعيش فيها، نقص تطابق

شخصيته مع النمط الثقافى، عدم مجاراة الاتجاهات الجديدة، سوء توافق مع الحياة الصناعية المعقدة، سوء توافق مع عصر السرعة، تعقد القوانين والوقوع تحت طائلها).

ب - اللين: (+ -).

مشكلاته: (عدم التدين، عدم أداء الفروض، عدم الميل إلى الدين وعدم فهمه، نقص تدين الأسرة، ضعف القيم الدينية).

جـ القيم:

اسم اختبار القيم	ملخص النتائج
.....	

(د) الميول:

اسم اختبار الميول	ملخص النتائج
.....	الميول المهنية:
.....	الميول اللامهنية:

هـ النشاط الاجتماعى:

مدى اشتراكه فى بناء المجتمع (- +) أوجه النشاط الاجتماعى

الهوايات اللعب المفضلة

مناشط أوقات الفراغ

مشكلاتها: (قلة الميول بصفة عامة والميول الرياضية بصفة خاصة، قلة الهوايات، قلة القراءات، قلة اللعب، اللعب مع من هم أكبر منه، اللعب مع من هم أصغر منه، اللعب منفرداً، قلة النشاط الترويحي، ضياع وقت الفراغ، نقص نشاط المساء، نقص نشاط عطلة الأسبوع).

و.ملاحظات عامة:

عادات وتقاليد غريبة

الاتجاهات الاجتماعية العامة: (موجبة، سالبة، تعصب) مستوى الطموح: (ناقص، مناسب، مرتفع).

أهدافه فى الحياة: هل حققها: (نعم، لا).

فلسفته فى الحياة:

(خامساً) الفحص الطبى

(١) آخر فحص طبى:

تاريخه اسم الطبيب

عنوانه التليفون هل يمكن سؤاله عن الحالة: (نعم، لا)

(٢) الأمراض الجسمية السابقة:

المرضى	العمر	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
.....				
.....				
.....				

(٣) العمليات الجراحية السابقة:

العملية	العمر	العيادة أو الجراح	النتائج
.....			
.....			
.....			

(٤) الأمراض الجسمية فى الأسرة:

الاسم	العمر	المرضى	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
.....					
.....					
.....					

(٥) الأمراض الجسمية الوراثية فى الأسرة: (تشوهات خلقية وراثية، اضطراب تكوين عصبى

وراثى، اضطراب نشاط غدد وراثى، عمى ألوان، خوربا، عته عائلى كامن، أخرى

المرضى	الاسم	العمر	القراءة للعميل	ملاحظات
.....				
.....				
.....				

(٦) الإصابات والجروح والعمات:

الإصابات والجروح السابقة: (إصابات رأس وحدث تلف فى المخ، إصابات جسم فى حوادث).

العمات وضروب العجز والتشوهات الخلقية

كيف يعوضها أو يتغلب عليها الاتجاه نحوها: (- ٠ +).

(٧) الحالة الصحية العامة:

الحالة الجسمية العامة: (- ٠ +) النمط الجسمى: (نحيف، رياضى، بدين).

النفس الحرارة ضغط الدم الطول الوزن

الرأس: (محيطها) طولها عرضها ارتفاعها).

الجمجمة (عيوبها، شذوذ الشكل، النمو العظمى الخارجى، الإصابات).

الرقبة: (علامات مرضية).

الحلق واللسان والأسنان: (العيوب: شق الحلق، كبر حجم اللسان، تشوه الأسنان، تضخم والتهاب اللوزتين، عيوب النطق).

(٨) أجهزة الجسم:

أ - الجهاز الدورى: القلب الأوعية الدموية

الأمراض (ضعف قلب، تشنج قلب، ضغط دم مرتفع، ضغط دم منخفض، إغماء، صداع مزمن، صداع نصفى، ذبحة صدرية).

ب - الجهاز التنفسى: الصدر: المحيط عند الشهيق المحيط عند الزفير

الرئتان:

الأمراض: (ربو، نزلة شعبية، التهاب رئوى، التهاب مخاطية الأنف، زكام متكرر، انفلونزا، سعال ديكى، أخرى:).

ج - الجهاز الهضمى: المعدة الأمعاء الكبد

الأمراض: (قرحة المعدة والاثنى عشر، نزلة معوية، ألم بطن، عسر هضم، إسهال، التهاب قولون مخاطى، فقد شهية عصبى، تجشؤ، ريح، قىء، شراهة أكل وبدانة).

د - الجهاز العضلى الهيكلى:

الحركات النشطة: [قوة العضلات بمقارنة جانبى الجسم فى الأطراف العليا والأطراف السفلى].....

الحركات الشاذة: (رجفات، انتفاضات، حركات خوريا أو داء الرقص).

التآزر: للأطراف العليا: اختبار الأصبع والأنف، والعينان مقفلتان والعينان مفتوحتان).

الإيقاع العضلى: (باستخدام شريط معدنى).

قوة قبضة اليد: (اليمنى اليسرى). استخدام اليد: اليمنى، اليسرى، الاثنان).

هيئة المشى:

العيوب: (ضعف عضلات، ضمور عضلات، تضخم عضلات، تشنج عضلات، ضعف انعكاسات وترية عميقة، شلل تام، شلل نصفى، شلل جزئى فى الرأس أو الرقبة أو الأطراف العليا أو السفلى، شلل أطفال، كساح، مشية تهادى أو دلف كمشية الطفل، تشوه العمود الفقرى، حذب، جنف أى انحناء العمود الفقرى إلى الجانب، التهاب مفاصل روماتيزمى، آلام ظهر أو لومباجو).

هـ - جهاز الغدة: (سليم، مضطرب) الغدة أو الغدد المضطربة (زيادة إفراز، نقص إفراز).

الاضطرابات: (اضطرابات النمو والنشاط الجنسى، بكور جنسى، نقص نمو الخصائص الجنسية الثانوية، عنة، عقم، تأخر النمو بصفة عامة، قصاع، عملاقة، سكر، تشوه عظام، جويتر، تانوس، أخرى).

و- الجهاز البولى: الأمراض (أمراض كللى، سلس بول، احتباس بول).

ز- الجهاز التناسلى: العيوب (صغر الجهاز التناسلى، كبر الجهاز التناسلى، قصور إفراز المنسل، فرط إفراز المنسل، اضطراب المظاهر الجنسية الثانوية، أمراض جنسية تناسلية، ضعف جنسى، برود جنسى، اضطراب حيض، تشنج مهبل، عقم).

ح - الجلد: العيوب (اضطراب نسيج، سمك جلد، فرط عرق، انعدام عرق، احمرار، تغيرات غذائية مثل القرح، تشوهات أصابع، أورام وعائية، عيوب ولادية مثل شفة مشقوقة وغيرها، بقع، التهاب، ارتكاريا، أكزيما، ثعلبة أو سقوط شعر، صدفية، حساسية مزمنة، حب شباب).

(٩) الحواس:

- أ السمع: قوة السمع (الأذن اليمنى..... الأذن اليسرى.....) الأمراض
- ب - البصر: قوة الإبصار: العين اليمنى..... العين اليسرى
- رؤية الألوان: العين اليمنى..... العين اليسرى
- مجال الإبصار..... الأمراض

(١٠) العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية:

أ. الأمراض: (معدية مثل الزهري، حادة مزمنة مثل أمراض القلب والسرطان والسكر، حمى مثل التيفود والملاريا والحمى الشوكية، أمراض المخ العضوية مثل تصلب شرايين المخ والالتهاب السحائى وأورام المخ وإصابة المخ والأعصاب، أمراض الجهاز العصبى الأخرى، نقص فيتامينات، نقص أوكسجين، فقر دم، اضطرابات أيض).

ب. التسمم: (تسمم خارجى نتيجة إدمان عقاقير ومخدرات ومهدئات كالمورفين والكوكايين والأفيون والحشيش والباربيتورات، ومعادن مثل الرصاص والزئبق والزرنيخ، وغاز مثل أول أكسيد الكربون، وكحول، تسمم داخلى مثل تسمم بولى وتسمم كبدى وغيوبة سكرية وبؤرات ميكروبية سامة).

(١١) فحوص طبية أخرى:

الفحص	النتيجة	الفحص	النتيجة
فحص الدم		الأشعة السينية	.....
فحص البول		الرسم الكهربى للقلب	.....
فحص الأمصال		الرسم الكهربى للمخ	.....

(سادساً) الفحص العصبى

(١) آخر فحص عصبى:

تاريخه : اسم الأخصائى

عنوانه التليفون هل يمكن سؤاله عن الحالة: (نعم ، لا)

(٢) الأمراض العصبية السابقة:

المرضى	العمر	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
.....				
.....				
.....				
.....				

(٣) الأمراض العصبية فى الأسرة:

الإسم	العمر	المرضى	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
.....					
.....					
.....					
.....					

(٤) الزمرض العصبية الوراثية فى الأسرة:

المرضى	الإسم	العمر	القراءة للعميل	ملاحظات
.....				
.....				
.....				
.....				

(٥) المخ:

* الفحص:

- النكأء: [باستخدام الاختبارات المققنة] ن. ذ.

- **التوجيه:** [الزمان : الوقت واليوم والأسبوع والشهر والسنة، المكان : المبنى والبلد، الأشخاص].

- **الذاكرة:** [المباشرة : إعادة سلاسل الأعداد ٧ طرداً وه عكساً، الحديثة: أعراض المرض وتواريخها وأسماء المعالجين والأخصائيين، المتوسطة: أحداث الخمس سنوات الماضية قبل ظهور المرض، البعيدة: أسماء المدارس التى حضرها وتاريخ التخرج والوظائف السابقة].

- **الانتباه:** [الخطب على المنضدة عند ذكر رقم ٥ بين سلسلة من الأرقام].

- **التركيز:** [العد بفواصل ٧ من ١-١٠٠ ومن ١٠٠-١ وذكر أشهر السنة بالعكس]

- **الاستدلال على تلف المفخ:** [إعادة الجمل الطويلة، شرح الأمثال، اختبار بندر جشطت].

* الإصابات:

- نوع الإصابة : (أثر حادث، أثر نزيف، التهاب، ورم، انسداد، ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم، نقص تغذية).

- المنطقة المصابة : (المناطق الحركية : شلل أو ضمور عضلات فى المنطقة التى تسيطر عليها المنطقة المصابة، المناطق الحسية: فقدان حس فى إحدى الحواس أو فقدان حس فى المناطق التى تسيطر عليها المنطقة المصابة).

- إصابات المخ الأخرى : (ارتجاج المخ، ارتفاع ضغط الدم وفقدان الوعي، نزيف وتمزق الأنسجة فى منطقته وتعطل عملها).

- الفص الجبهى: (صداع، نوبات حركية عامة أو جاكسونية، حبة تعبيرية، خلط، اضطراب توجيه، عمه حركى، متلازمة الاستجابات الهازلة والحمقاء، شلل نصفى أو عضو أو طرف واحد، ضعف انعكاسات القبضة والمص).

- الفص الصدغى: (صداع، هلوسات ذوقية وشمية؛ حبة إدراكية سمعية، عمى نصف المجال البصرى أو ربه).

- الفص الجدارى: (صداع، نوبات حسية جاكسونية، فقدان إحساس التذبذب والموضع، فقدان حاسة الرسم على الجلد، فقدان القدرة على تعيين الأشياء باللمس).

- الفص القذالى [القفوى] : (نوبات بصرية، عمى نصفى، عمى).

- الوصلة الجدارية القذالية: (حبسة إدراكية بصرية، حبسة إسمية، عدم تمييز اليسار من اليمين، صعوبة حل المسائل الحسابية البسيطة).

(٦) المخ المتوسط:

* **الإصابة:** (علامات إصابة فى العصب المخى ٣ أو ٤ ، شلل نصفى أو سفلى أو رباعى، فقدان إحساس نصف و / أو ألم عصبى نصفى، عدم قدرة التحكم فى مسافة الخطو، عدم قدرة العمل الحركى السريع، عسر تآزر، اختلاج تقلصى فى جانب، انحراف الرأس أو الوقفة، مشية تخلجية).

(٧) قنطرة فارول:

* **الإصابة:** (علامات إصابة فى واحد أو أكثر من الأعصاب المخية ٥، ٦، ٧، شلل النظرة القطرية الجانبية، شلل نصفى أو سفلى أو رباعى، فقد إحساس نصفى متبادل و/ أو فقد إحساس بالألم فى نصف الجسم، شلل عضلات العين).

(٨) النخاع المستطيل:

* **الإصابة:** (علامات إصابة فى أى من الأعصاب المخية ٥، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ترأرو العين الرأسى و/ أو الأفقى، وشلل نصفى أو سفلى أو رباعى، فقد إحساس نصفى متبادل و / أو فقد إحساس بالألم فى نصف الجسم، عدم قدرة التحكم فى مسافة الخطو، عدم قدرة العمل الحركى السريع، عسر تآزر، اختلاج تقلصى فى جانب، مشية تخلجية مع ميل للسقوط).

(٩) المخيخ:

* **الفحص:** [اختبار الإصبع والأنف، تحويل راحة اليد لأعلى ولأسفل، التصفيق، قفل أزرة الملابس، اختبار الكعب والركبة، هز الرجلين، المشية والوقفة].

* **الإصابة:** (ترأرو العينين، عسر تآزر حركة الأطراف، تقطع الكلام، عدم قدرة العمل الحركى السريع، عدم قدرة التحكم فى مسافة الخطو، ارتخاء عضلات، ميل الرأس والوقفة أحياناً، تهزع الجزع).

(١٠) الأعصاب المخية:

* **العصب الأول:** [الشمى : حسى، شم].

الفحص: [شم البن، شم وردة]

الإصابة: (خشم، هلوسات شمى).

*** العصب الثانى: [البصرى : حسى ، بصر]**

الفحص: [حدة الإبصار باستعمال لوحة كشف على حدة الإبصار بنظارة وبدون نظارة، مجال الإبصار بفحص اتساع مجال البصر، فحص قاع العين، إحصار الألوان، ملاحظة جحوظ العينين].
الإصابة: (فقد قوة الإبصار، انحصار قوة الإبصار فى الأشياء الموجودة أماما فقط أو يمينا فقط أو يساراً فقط).

*** العصب الثالث: [محرك العين المشترك : حركى]**

الفحص: [حركة العين أعلى وخارجاً وأعلى وداخلاً فى الوسط وأسفل وداخلاً، واستجابة حدة العين للضوء].

الإصابة: (سقوط الجفن العلوى، حول العين الخارجى، تمدد الحدة، انعدام تكيف الإبصار، ازدواج الرؤية، شلل التحديق الأوسط أو إلى أعلى أو إلى أسفل).

*** العصب الرابع: [الاستعطافى: حركى للعين]**

الفحص: [حركة العين أسفل وخارجاً، وضع الجفن].

الإصابة: (ازدواج الرؤية، ارتخاء الجفن).

*** العصب الخامس: [ثلاثى الوجوه: حسى وحركى ويتصل بالوجه والأنف واللسان]**

الفحص: [القوة الحركية: تحسس العضلات الماضغة والصدغية عند ضغط الأسنان، الإحساس: باستخدام قطن ودبوس ومقارنة الجانبين فى الجبهة والصدغين والذقن، الانعكاسات: القرنية والحنك والفك].

الإصابة: (فقد إحساس الجلد فوق الجبهة واليا فوخ والوجه وزاويتا الفك، فقد إحساس القرنية والملتحمة، فقد إحساس الغشاء المخاطى بتجفيف الأنف والفم، فقد حاسة التذوق فى القسم الأمامى للسان، شلل فمضغور عضلات المضغ، نضوب إفراز الغدد الدمعية والمخاطية واللعابية، كل ذلك لجهة العصب).

*** العصب السادس: [المبعد : حركى]**

الفحص: [حركة كل عين على حدة وحركة العينين معاً، ملاحظة ارتعاش المقلة، ملاحظة الجحوظ].

الإصابة: (حول العين الداخلى، ازدواج الرؤية فى جهة العصب المصاب، شلل التحديق الداخلى).

* **العصب السابع:** [الوجهى: حسى للوجه واللسان، حركى لعضلات المضغ]

الفحص: [الابتسام، النظر إلى أعلى مع تجعد الجبهة، فتح العين ضد المقاومة، التصفير، نفخ الصدغين، كز الأسنان مع فتح الفم، إحساس التذوق فى القسم الأمامى للسان باستخدام الملح].

الإصابة: (شلل الوجه، شلل عضلات الجبهة وفروة الرأس، تعذر تجعد الجبهة، تعذر قفل العينين جيداً، ضعف الجفون، تعذر إخراج الألفاظ صحيحة، صعوبة المضغ، الوجه المقنع، فقد حاسة التذوق فى القسم الأمامى للسان، عدم القدرة على التصفير).

* **العصب الثامن:** [السمى الاتزانى : حسى]

الفحص: [القسم القوقعى: قياس السمع باستخدام دقات ساعة أو سماع الحديث العادى أو الأوديو ميتر، توصيل الهواء وتوصيل العظمة الحلمية باستخدام شوكة رنانة، فحص الأذنين بمنظار الأذن خاصة الغشاء الطبلى، القسم الدهليزى: اختبار التوازن].

الإصابة: (صمم، دوار ودوخة، فقدان توازن، مرض الأذن الوسطى حيث توصيل العظم أحسن من توصيل الهواء، صمم العصب حيث انعدام توصيل الهواء وتوصيل العظم).

* **العصب التاسع:** [اللسانى البلعومى: حسى تذوق، حركى]

الفحص: [التذوق فى الثلث الخلفى للسان باستخدام ملح، الانعكاس البلعومى، البلع، الصوت مبجوح أو نحاسى].

الإصابة: (فقد إحساس الحنجرة، فقد انعكاس الحنجرة، فقد التذوق فى الثلث الخلفى للسان، انعدام إحساس وإفراز الغشاء المخاطى للبلعوم، صعوبة البلع، صعوبة قفل الفكين).

* **العصب العاشر:** [المتجول أو الرئوى المعدى: حسى وحركى، وهو جزء من نظير السمبتي]

الفحص: [حالة الحنك وحركة اللهاة عند نطق «آه»، نطق الحروف المتحركة، الانعكاس الحنكى، الحنجرة، القلب، النفس، الهضم].

الإصابة: (شلل الحنك الرخو، رجوع الماء من الأنف، شلل الجبال الصوتية، بحة الصوت أو فقدانه، عسر الكلام، فقدان انعكاس الحنك، فقدان الانعكاس الحنجرى، صعوبة البلع، بطء وصعوبة النفس، زيادة حركات القلب وضعف النبض، اضطراب إفراز المعدة والأمعاء والكبد والبنكرياس).

*** العصب الحادى عشر؛ [الإضافى : حركى]**

الفحص: [إدارة الرأس إلى الجانبين ضد مقاومة، رفع الكتفين ضد مقاومة].

الإصابة: (شلل العضلة الترقوية الحلمية، التواء العنق والعضلة المعينة المنحرفة، صعوبة رفع الكتف أو خفضه وضعف إدارة الرأس إلى الجانب الآخر).

*** العصب الثانى عشر؛ [تحت اللسان : حركى]**

الفحص: [حجم اللسان، شكله، حركته، تركيب الكلام].

الإصابة: (شلل وضمور عضلات اللسان، تعذر الكلام، تعذر حركة اللسان أو المضغ وانحراف اللسان ناحية العصب المصاب).

(١١) النخاع الشوكى؛

*** الفحص:** [الانعكاسات السطحية: انعكاس: حدقة العين - القرنية والملتحمة - الحنكى -

البلعوم - البطن - معلق الخصية - الكفلى - الشرجى - البصلى - الكهفى - الأخمصى،

الانعكاسات العميقة: انعكاس: نفضة الفك - ذات الرأسين - نفضة العضلة العضدية الكعبرية

- نفضة العضلة ذات الثلاثة رؤوس - نفضة الركبة - نفضة الرسغ، الانعكاسات العضوية:

انعكاس: البلع - التبول - الإخراج - الانتصاب].

*** الإصابة:** (خلل الجذور أو العصب المختص).

(١٢) الأعصاب النخاعية الشوكية؛

*** الفحص:** [الوخز الموزع فى مناطق الجلد التى تغذيها الأعصاب النخاعية الشوكية من الأمام

والخلف لتحديد مستوى حدوث الإصابة].

*** الإصابة:** (فقد الإحساس فى المنطقة حسب العصب المصاب).

(١٣) الجهاز العصبى الذاتى؛

*** الإصابة:** [اضطراب النبض، اضطراب ضغط الدم، اتساع حدقة العين، جحوظ العينين؛ هبوط

العينين، انكماش الجفن العلوى، استرخاء الجفن العلوى، حمرة الوجه والرقبة والطرف

العلوى، عرق الوجه والرقبة والطرف العلوى، أمراض الأوعية الدموية العصبية، خلل إفراز

العرق، اضطراب حركة الأمعاء].

(١٤) الإحساس:

* **الفحص:** [الإحساس السطحي باستخدام قطن ودبوس: جانبي الوجه، جانبي الجذع، الأطراف العليا، الأطراف السفلى، الإحساس العميق: موضع وحركة أصبع اليد الكبير، وأصبع القدم الكبير، البروزات العظمية فى الأطراف العليا والأطراف السفلى باستخدام شوكة رنانة؛ إحساس العضلات والأوتار وجذع العصب، الإحساس بالمجسمات الموضوعة فى اليد مثل مكعب وكرة والعينان مقلتان، أخرى: الألم، الضوء، الحرارة، البرودة].

* **الإصابة:** (خلل أو اضطراب أو فقد إحساس فى المنطقة المحددة، إحساس مرضى، ورجع رأس، دوار ، صرير، تنميل).

(١٥) فحوص عصبية أخرى:

الفحص	النتيجة	الفحص	النتيجة
الفحص المتظارى للعين		التصوير الإشعاعى للجبل الشوكى	.....
قياس المجال البصرى الخارجى		التصوير الإشعاعى للمخ	.....
الأشعة السينية للججمجمة		رسم المخ	.....
الأشعة السينية للعمود الفقرى		فحص السائل المخى الشوكى	.....

(سابعاً) ملاحظات عامة

فهم العميل لطبيعة وغرض الفحص (+ ٠ -) فهم التعليمات (+ ٠ -) الاتجاه نحو
 الفحص (+ ٠ -) الاهتمام بالفحص (+ ٠ -) الرغبة فى إجراء الفحص (+ ٠ -) الجهد
 الذى يبذله (+ ٠ -) الانتباه (+ ٠ -) التعاون (+ ٠ -) القدرة على التعبير عن النفس (+ ٠ -)
 مجرى الحديث (+ ٠ -) النشاط الجسمى (+ ٠ -) .

الأمور غير العادية الغريبة التى صدرت من العميل أثناء الفحص .

ملاحظات أخرى:

(ثامناً) ملخص الحالة

(تلخص أهم النواحي المرضية في ضوء البيانات العامة وتحديد المشكلة أو المرض الحالي والفحص النفسي والبحث الاجتماعي والفحص الطبي والفحص العصبي والملاحظات العامة).

ملخص البيانات العامة

ملخص المشكلة أو المرض الحالي

ملخص الفحص النفسي

ملخص البحث الاجتماعي

ملخص الفحص الطبي

ملخص الفحص العصبي

ملخص الملاحظات العامة

التشخيص

التوصيات

التاريخ:

التوقيع:

اسم المرشد أو المعالج