

## المقدمة: علم النفس الاجتماعي بين حاضر المعرفة العلمية و واقع الإنسان العربي

إشراف: عبد الكريم بلحاج -المغرب

- إفتتاحية المقدمة المل - عبد الكريم بلحاج  
علم النفس الاجتماعي - عبد الكريم بلحاج  
الاتجاهات المتطرفة كمنظور للعلاقة مع الآخر - خالد السباعي  
ممارسة السيكولوجيا في المجال التربوي المغربي - عبد الإله شريبات  
قراءة في إجراءات الصحة والسلامة من خلال مفهوم كفايات تدبير المخاطر المهنية - محمد بوديوس  
Représentations et usages sociaux de la maladie. - عبد الكريم بلحاج  
Comportements et transgressions au Ramadan: une dissonance cognitive. - عبد الكريم بلحاج

### أبحاث و مقالات

- الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر - عبد الستار إبراهيم  
الأساس الجيني العصبي للذكاء: نظرة ل كيفية تعزيزه - عمر دارون الطينة، صديق محمد يوسف  
التقويم السيكولوجي للكفاءات - الغالي أحمد  
تقنين استبيان لقياس الأمل على البيئة الجزائرية - بشير محمد  
الفرق في تصنيف الأشياء ومستوى الذكاء بين أطفال ليبيا والسودان - عمر دارون الطينة، ابتسام سالم المزوغ  
Elements De Reflexion Pour L'emergence De La Neuropsychologie - براهيم سعيدي

### مستجدات الطب النفسي

- مراجعات منهجية في مكتبة كوكوران - محمد أمين العسالي  
مستجدات الطب النفسي: ربيع 2011 - جمال الخطيب

### مصطلحات العلوم النفسية

- الأبجدية العربية "ج"، الإنكليزية "E"، الفرنسية "F" - جمال التركي



**السلام عليكم ورحمة الله وبركاته**

اللهم صل على سيدنا محمد النبي الأمي

**سنريكم آياتنا**

**في الأفق وفي أنفسكم**

**حتى يتبين لكم انه**

**الحق**



### Arabpsynet e.JOURNAL

ELECTRONIC ARAB PSY REVIEW

QUARTLY EDITION

المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

مجلة طب نفسية و علم نفسية محكمة

تصدر فصليا

### Subscription For Arabpsynet Services Pack

REGISTRATION FOR 2011

Psychiatrists & Psychologists

After Send CV

Via Cv Form

[www.arabpsynet.com/cv/cv.htm](http://www.arabpsynet.com/cv/cv.htm)

### الإشتراك في سلة خدمات الشبكة

إشتراكات سنة 2011

خاص بالأطباء و أساتذة علم النفس

إرسال السيرة الذاتية

حسب النموذج التالي

[www.arabpsynet.com/cv/cv.htm](http://www.arabpsynet.com/cv/cv.htm)

### الإشتراك في خدمات الشبكة

- تقدم الشبكة خدماتها) سنة 2011 (لأحصائي و طلبة العلوم النفسية و الإنسانية دون معلوم مالي.
- يتم الإشتراك بعد ارسال السيرة العلمية و ملخصات الأبحاث و الأطروحة و المنشورات العلمية من خلال النماذج التالية:

[www.arabpsynet.com/cv/cv.htm](http://www.arabpsynet.com/cv/cv.htm)

[www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm](http://www.arabpsynet.com/paper/PapForm.htm)

[www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm](http://www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm)

[www.arabpsynet.com/book/booForm.htm](http://www.arabpsynet.com/book/booForm.htm)

- تعتمد الشبكة مستقبلا لتنمية مواردها و لمواصلة أداء رسالتها إلى الدعوة لتفعيل وسائل الدعم التالية:
    - دعم "الوقف للعلم" لحساب شبكة العلوم النفسية العربية
    - دعم الجهات التي تعرف الشبكة بخدماتها: مشافي الطب النفسي، أنشطة علمية خاضعة لمعلوم تسجيل ( مؤتمرات، ورش العمل، ندوات تكوينية) و طلبات التوظيف،
    - دعم الأفراد والهيئات والمؤسسات
    - الإعلان بما توافق و خط الشبكة و استقلاليتها
- تتلقى الشبكة عروض الدعم على بريدها الإلكتروني: [arabpsynet@gmail.com](mailto:arabpsynet@gmail.com)

### JOURNAL CORRESPONDENCE

E.MAIL : [APNJournal@arabpsynet.com](mailto:APNJournal@arabpsynet.com)

P.MAIL :

Doctor Jamel TURKY

28 Habib Maazoun Street

TAPARURA Building Block "B" N°3

3000 SFAX - TUNISIA

### مراسلات المجلة

بريد إلكتروني: [APNJournal@arabpsynet.com](mailto:APNJournal@arabpsynet.com)

بريد وقيي:

" الدكتور جمال التركي "

28 نهج الحبيب المعزون

عمارة تيرورة مدرج ب عدد 3

3000 صفاقس - تونس

## Arabpsynet E.JOURNAL

ELECTRONIC ARAB PSY REVIEW QUARTLY EDITION

TOWARDS AN INTER-ARAB PSY ACADEMIC COLLABORATION

EDITED BY CISEN COMPUTER COMPANY

## EMERITUS PRESIDENT

PR. AHMED OKASHA (EGYPT)

## HONOROUR PRESIDENT

PR. YAHIA RAKHAWI (EGYPT)

## PRESIDENT

DR. JAMEL TURKY (TUNISIA)

## VICE PRESIDENT

PR. MOHAMED AHMED NABULSY (LEBANON)

## SCIENTIFIC BOARD :

## PSYCHIATRY :

- PR. TARAK OKASHA (EGYPT)  
 DR. KHALIL FADHEL (EGYPT)  
 DR. WALID SARHAN (JORDAN)  
 PR. ZINE OMARA (UAE)  
 DR. ABDELAZIZ THABET (GAZA/PALESTINE)  
 PR. ADIB ESSALI (SYRIA)  
 PR. A. IBRAHIM (SYRIA / LEBANON)  
 DR. TARAK AL-HABIB (KSA)  
 DR. NUMAN GHARAIBEH (JORDAN / USA)  
 DR. MAHDI ABOUMADINY (KSA)  
 DR. WAEL ABOHENDY (EGYPT)  
 DR. SADAK SAMARRAI (IRAQ / USA)

## PSYCHOLOGY :

- PR. KADRI HEFNY (EGYPT)  
 PR. ABD. IBRAHIM (EGYPT)  
 PR. NAIM ATIYEH (USA/LEBANON)  
 DR. EL RHAJAHARCHAOU (MOROCCO )  
 DR. ADNENE FARAH (JORDAN)  
 PR. SAMER RUDWAN (SYRIA/OMAN)  
 DR. BECHIR MAAMRIA (ALGERIA)  
 DR. BOUFDULA BOUKHMIS (ALGERIA)  
 PR. KHALED EL-FAKHRANY (EGYPT)  
 PR. QASSIM SALIHY (IRAQ)  
 PR. OMAR KHALIFA (SUDAN)  
 DR. HAFEDH ELKHAMIRI (YEMEN)  
 PR. SALAH ALSANIE (KSA)

## JOURNAL SECRETARY :

IMEN FEKI &amp; SALWA WERTENI

## مجلة شبكة العلوم النفسية العربية

مجلة فصلية علمية ونفسية محكمة

نحو تعاون أكاديمي علمي وعلمي عربي

إصدار مؤسسة سيزن كبيوتر

## الرئيس الفخري

أ.د. أحمد عكاشة (مصر)

## الرئيس الشرفي

أ.د. يحيى الرخاوي (مصر)

## الرئيس

د. جمال التركي (تونس)

## نائب الرئيس

أ.د. محمد أحمد النابلسي (لبنان)

## الهيئة العلمية :

## الطب النفسي :

- أ.د. طارق عكاشة (مصر)  
 د. خليل فاضل خليل (مصر)  
 د. وليد سرحدان (الأردن)  
 أ.د. الزين عمارة (الإمارات)  
 د. عبد العزيز موسى ثابت (غزة/فلسطين)  
 أ.د. أديب الحسالي (سوريا)  
 أ.د. عبد الرحمان إبراهيم (سوريا/لبنان)  
 د. طارق الحبيب (السعودية)  
 د. نعمان الغرايبة (أمريكا/الأردن)  
 د. مهدي أبو مديني (السعودية)  
 د. وائل أبو هندي (مصر)  
 د. صادق السامري (أمريكا/العراق)

## علم النفس :

- أ.د. قنديل حقيقي (مصر)  
 أ.د. عبد الستار إبراهيم (مصر)  
 أ.د. نعيم عطية (أمريكا/لبنان)  
 أ.د. الغالي احرشاوي (المغرب)  
 د. عدنان فرح (الأردن)  
 أ.د. سامر رضوان (سوريا/عمان)  
 د. بشير محمريبة (الجزائر)  
 د. بوتولة بوخسيس (الجزائر)  
 أ. خالد الفخراني (مصر)  
 أ.د. قاسم حسين صالح (العراق)  
 أ.د. عمر هارون الخليفة (السودان)  
 د. عبد الحافظ الخامري (اليمن)  
 أ.د. صالح بن إبراهيم الصنيع (السعودية)

## سكرتيرة التحرير :

إيمان الفقي و سلوى الورتاني

العدد 29-30؛ شتاء وربيع 2011

## الملف : علم النفس الاجتماعي بين حاضر المعرفة العلمية و واقع الإنسان العربي

- 5 افتتاحية الملة الف - عبد الكريم بلحاج
- 6 علم النفس الاجتماعي - عبد الكريم بلحاج
- 8 الاتجاهات المتطرفة كمنطقة للملاقاة مع الآخر - خلود السباعي
- 12 ممارسة السيكلوجيا في المجال التربوي المغربي - عبد الإله شريط
- 22 قراءة في إجراءات الصحة والسلامة من خلال مفهوم كفايات تدبير المخاطر المهنية - محمد بوديس
- 26 Représentations et usages sociaux de la maladie. - عبد الكريم بلحاج
- 33 Comportements et transgressions au Ramadan: une dissonance cognitive. - عبد الكريم بلحاج
- 40

## أبحاث ودراسات

- 43 الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر - عبد الستار إبراهيم
- 54 الأساس الجيني العصبي للذكاء: نظرة لكيفية تحيزه - عمر الخليفة، صديق يوسف
- 66 التقويم السيكلوجي للكفاءات - الغالي أحرشواو
- 72 تقنين استبيان لقياس الأمل على البيئة الجزائرية - بشير معمرية
- 80 الفروق في تصنيف الأشياء ومستوى الذكاء بين أطفال ليبيا والسودان - عمر الخليفة، ابتسام المزوغ
- 89 Elements De Reflexion Pour L'emergence De La Neuropsychologie - سعيدة براهيم

## مستجدات الطب النفسي

- 96 محمد أديب الحسالي
- 97 مراجعات منهجية في مكتبة كوكوران
- جمال الخطيب
- 103 مستجدات الطب النفسي: ربيع 2011

## مصطلحات العلوم النفسية العربية / PSY TERMINOLOGIES

- 113 المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية "ف" - جمال التركي
- 118 "E" E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES - جمال التركي
- 122 "F" E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES - جمال التركي

ملف العدد 29-30

## علم النفس الاجتماعي بين حاضر المعرفة العلمية وواقع الإنسان العربي

إشراف: عبد الكريم بلحاج

### أبحاث الملــــــــــــــــف ...

إفتتاحية الملــــــــــــــــة

عبد الكريم بلحاج

علم النفس الاجتماعي

عبد الكريم بلحاج

الاتجاهات المتطرفة كمنهج للعلاقة مع الآخر

خلود السباعي

ممارسة السيكولوجيا في المجال التربوي المغربي

عبد الإله شرياط

قراءة في إجراءات الصحة والسلامة من خلال مفهوم كفايات تدبير المخاطر المهنية

محمد بوديبيس

Représentations et usages sociaux de la maladie.

عبد الكريم بلحاج

Comportements et transgressions au Ramadan: une dissonance cognitive.

عبد الكريم بلحاج

## إفتتاحية

## علم النفس الاجتماعي بين حاضر المعرفة العلمية وواقع الإنسان العربي

د. عبدالكريم بلحاج - كلية الآداب والعلوم الإنسانية - جامعة محمد الخامس - الرباط، المغرب

[abdelkrimbelhaj@yahoo.fr](mailto:abdelkrimbelhaj@yahoo.fr)

ليس جديد القول بأن علم النفس الاجتماعي Psychologie Sociale هو ذلك المجال العلمي الذي ينصب فيه الاهتمام على الإنسان في مكونه الجمعي وفي سياق واقع حياته اليومية، وذلك من حيث أنه علم أسس لمنظور منظم ومنهجي محكم يتخذ له كموضوع ماهو اجتماعي le social في بعده النفسي Psychologique. وبالتالي، ماهو اجتماعي بهذه الصيغة يفيد أيضا الواقع العلائقي في طبيعته وأنماط تعبيره المختلفة (الحياة الأسرية، الحياة في العمل، في الفضاء العمومي... الخ). كما أن تجليات هذا الموضوع تتسع لتعكس ما يحيل على الفرد وعلى المجتمع في ظل جدلية ثقافية وبنوية ووظيفية.

ومن هذا المنطلق، إذا كان مركز اهتمام علم النفس الاجتماعي يتمثل في مقارنة الفرد ضمن السياق الاجتماعي الذي يجيا فيه، فهذه وضعية جعلت منه ذلك المجال العلمي الذي يشغل موقعا له خصوصياته التي تميزه عن علمين مجاورين له وهما علم النفس وعلم الاجتماع، وليس من حيث اعتباره مجال يتوقف وجوده ومعناه على ما يقدمه هذان العلمان أو أنه بمثابة حلقة دمج لما يوفرانه من أطر معرفية وعملية، بل ومن كون مشروعيته العلمية والابستمولوجية تتوقف على الارتباط بهذين العلمين ليس إلا. والحال أن علم النفس الاجتماعي من حيث الغايات والأهداف، لا ينحصر الاشتغال فيه فقط على وصف السلوكيات والتفاعلات، وإنما الطموح القائم فيه يصبو إلى إثارة وتفعيل التفسير العلمي لكل ما يتعلق مباشرة بموضوعه العام، ولاسيما لما يفيد المجتمع من فهم ذاته في حاضره وواقعه.

هذا بالإضافة إلى كون علم النفس الاجتماعي من أبرز مجالات علم النفس والتي تجتمع حولها اليوم عدة آراء وتصورات واعتقادات، فبقدر ما تجعل منه المجال الأكثر أهلية لدراسة الوجود الاجتماعي للأفراد في مظاهره التفاعلية والعلائقية والصراعية... إلخ، بقدر ما حصل اختزاله وتقزيم الأدوار التي يمكن أن تعود إلى اعتماده في مقارنة وفهم ليس فقط مجتمعاتنا العربية بل وأيضا ممارساتنا الحياتية والتي تكتسب قاعدتها في إطار جمعي. وهذه الوضعية بقدر ما يكتنفها من غموض وملابسات وتأخر صارت بدورها تستدعي إلقاء الضوء عليها وتوضيح بعض مظاهرها إن على المستوى الجامعي من خلال الدرس والبحث أو على مستوى التبسيط المعرفي واستحضاره في المشهد الإعلامي والثقافي العام.

سوف لن نقصر في التأكيد على أن الواقع الاجتماعي كحياة معاشة وممارسة يومية يزخر بعدد من السلوكيات التي تدخل في صميم القضايا ذات التقاطعات والأبعاد الاجتماعية والنفسية والذهنية التي يتحدد بها مجال علم النفس الاجتماعي، من حيث كونه مجال علمي يتخذ من التفاعلات الاجتماعية وما ينشطها من إدراكات وتمثلات

موضوعا له بالدراسة والبحث. والواقع العربي لا يخرج عن القاعدة بقدر ما أنه يظل غير مقروء ولم يخضع للمكاشفة العلمية الرصينة بما فيه الكفاية حتى ترقى إلى مستوى استفهام النظريات التي تشكل أدوات المعرفة والتفسير في هذا المجال.

لقد كانت الغاية المتوخاة من طرح هذا الملف تتمثل في إشراك ذوي الاختصاص في هذا المجال العلمي، وذلك لعرض أعمال أو مناقشات تبرز ما يميز المقاربة الرئيسية المعتمدة في البحث والتنظير والتي تعطي أهمية للعمليات الذهنية في السياق المجتمعي، باعتبار أن هذه المقاربة تشتغل على المعرفة الاجتماعية Cognition sociale كموضوع أساسي لعلم النفس الاجتماعي المعاصر. ويبدو أنها مقاربة لم تعرف ذلك الاهتمام اللازم ليس فقط على مستوى البحث العلمي، ولكن أيضا على مستوى القول والخطاب، إن في الكتابات أو في التعاطي مع مختلف القضايا والموضوعات التي تستفهم المشتغل بهذا المجال العلمي.

## ARABPSYNET PRIZE 2010

بائزة

البروفيسور عبد السار براهم  
لشبكة العلوم النفسية العربية 2010



فاز بها

الأستاذ الدكتور عمر خليفة الهارون

أستاذ علم النفس – السودان

[okhaleefa@hotmail.com](mailto:okhaleefa@hotmail.com)

عن عمله و مشروعته حول

"توطير علم النفس في العالم العربي"

## ARABPSYNET PRIZE 2010



## الواقع المحلي للمجال المعرفي

والتنشيط أخيرا. فهذه الميادين ظلت تعكس أشكال التنوع القائم في المجال العام لعلم النفس الاجتماعي كما هو حاضر سواء في الإطار الجامعي أو في الإطار المهني.

كما نجد داخل هذا المجال المعرفي نوعا من التصنيف الذي تتحدد وفقه الهوية والاختصاص، أي على أساس الاختلاف في المهام بين علم النفس الاجتماعي الخاص بالمعرفة العلمية الأساسية وعلم النفس الاجتماعي التطبيقي، وذلك بغاية التمييز بين طبيعة الاشتغال والممارسات من حيث المجال الذي يتجه إلى البحث العلمي وذلك الذي يتجه إلى التطبيق العملي.

ويأتي عرض هذه الأدوار والمهام التي صارت ضمن التقاليد المتعارف عليها اليوم في مجال علم النفس الاجتماعي في سياق الإشارة والتذكير بالمظاهر العامة التي تميزه من بين باقي المجالات الأخرى في علم النفس وكذلك داخل منظومة العلوم الاجتماعية والإنسانية.

للتجاوب، إذن، مع هذا الجانب وذلك هناك بعض الأسئلة، رغم بدايتها، تستوقفنا وتستفهمنا معانيها على مستوى المنظومة المعرفية التي نخرط فيها، وعلى مستوى الممارسة العلمية والتطبيقية التي نتعاطى لها. فمن هذه الأسئلة التي تطرح على المستوى العام وأيضا على المستوى الخاص، تلك التي تتخذ صبغة تقليدية حول أسئلة الموضوع والهوية العلمية، وتلك التي تعبر عن الغايات والمهام. ونوجز أهمها في الصيغ التالية:

- ما هو علم النفس الاجتماعي؟ وما هي نوعية القضايا والإشكاليات التي تشكل موضوع الدراسة بالنسبة لعلم النفس الاجتماعي؟ ما هي الحاجة إلى هذا العلم؟ وما طبيعة الاستثمار المعرفي الذي يمكن تحقيقه من خلال الاشتغال بعلم النفس الاجتماعي في مجالات الحياة الاجتماعية المختلفة؟

بطبيعة الحال، ليس القصد هنا إعطاء إجابات جاهزة ومباشرة لهذه الأسئلة، ولكن السياق العام الذي يتجه فيه هذا التأطير والإحاطة لمختلف الجوانب التي يحيل عليها مجال علم النفس الاجتماعي في الوقت الحاضر سيسمح بتوضيح معاني هذه الأسئلة ومن ثم الواقع والأفاق.

## في التعريف بالمجال وتشخيص أشكال الاشتغال

إن التعريف بعلم النفس الاجتماعي والمنظور المؤطر لوجهته المعرفية يتفقان على تحديده كمجال يشمل واقع الحياة الاجتماعية للإنسان وكموضوع يستهدف مجموع السيرورات الذهنية والدينامية النفسية التي تنتظم وفقها ممارسة هذه الحياة. وعلى هذا الأساس، ظل هذا التعريف يقوم على فكرة مألوفة إلى حد ما ومفادها أنه علم يختص بدراسة التفاعل الاجتماعي Interaction sociale بمستوياته ومظاهره المختلفة حيث يكون الإنسان محوراً الرئيسي. بمعنى أنه إطار لمعرفة علمية تدرس بكيفية

يعتبر علم النفس الاجتماعي من العلوم الأساسية في حقل العلوم الإنسانية والاجتماعية ذات الاهتمام بالإنسان في سياق واقع حياته اليومية. وهو العلم الذي أسس لمنظور منظم ومنهجي يتخذ له كموضوع الفعل الاجتماعي في بعده النفسي والذهني، كما أن تجليات هذا الموضوع تحيل على مختلف النشاطات الاجتماعية والثقافية التي تجد تعبيرها على مستوى السلوكات والممارسات، وذلك نسبة إلى الأفراد أو المجتمع، ولاسيما من خلال الجماعة. فما هو اجتماعي بهذه الصيغة يفيد التظاهرات القائمة في نطاق التفاعلات والعلاقات، وذلك من حيث طبيعته وأنماط تعبيره المختلفة في سياقات الحياة الأسرية، والحياة في العمل، والحياة العامة داخل المجتمع.

وعلم النفس الاجتماعي، منذ قيامه كمجال معرفي مستقل وعلى الخصوص مع التطور الذي شهده خلال العقود الأخيرة لم يتوقف عن الانتشار وتحقق التراكمات، وذلك سواء على مستوى المرجعيات النظرية وميادين الدراسة وحقول التكوين، بحيث أن تفعيل أشكال الاشتغال وتنويعه ممارسة وإنتاجا جعلنا من هذا المجال العلمي يعرف تجديدا مستمرا وحركية دائمة. فإذا كان مركز اهتمام علم النفس الاجتماعي يتمثل في مقاربة الأفراد ضمن السياق المجتمعي الذي يحيا فيه، وبالتالي فإنه من حيث الغايات والأهداف لا يتم الإكتفاء فيه فقط بوصف السلوكات، وإنما الاشتغال أيضا على إثارة وتفعيل التفسير العلمي لكل ما يتعلق مباشرة بموضوعه العام.

إن مهام علم النفس الاجتماعي، من خلال الأدبيات والتقاليد العلمية القائمة، تتحدد عموما من حيث مسعاه إلى رصد وفهم السلوك الاجتماعي للإنسان، وذلك من خلال أشكال التعبير التي يتخذها الوجود الحياتي لهذا الإنسان داخل المجتمع. وعلم النفس الاجتماعي باعتباره مجال معرفي ينتمي بشكل عام إلى حقل العلوم الإنسانية والاجتماعية، وبشكل خاص انخراطه في حقل علم النفس، فإنه يتيح العمل على تشخيص أشكال تعبير هذا الوجود على المستوى الذهني والعلائقي وعلى المستوى المؤسسي، وذلك بغاية تنمية معارفنا في اتجاه فهم السلوك الاجتماعي، ومن أجل ملازمة تظاهرات مواطن الخلل والإشكالات التي تعيق الحركة داخل السياقات أو المؤسسات الاجتماعية، واقتراح إمكانيات وتوجهات تساهم في التجاوز وتحث على التغيير، وذلك سواء بالنسبة للأفراد أو الجماعات.

لقد شهد هذا المجال العلمي تطورا ملحوظا ضمن سياق العلوم الإنسانية، وأيضا في نطاق المعارف المؤطرة للحياة اليومية العامة منها أو الخاصة، بحيث عرف مشروع هذه المعرفة العلمية تجديداً ودينامية مستمرتين قامتتا من خلال نشاط وفير للأدوار والمهام التي تشكل الإطار العام للمساءلة النفسية الاجتماعية، والتي تتجلى بالخصوص في ميادين البحث والاشتغال العلمي أولاً، ثم التدخل والاستشارة ثانياً، والتكوين

الجانب الملموس والمؤثر لهذه العلاقات، بحيث تنسج لتتعد من البيئة النفسية إلى البيئة المجتمعية العامة. وعن هذه النظرية نتجت مجموعة من التفتيات من طراز دينامية الجماعة، والتي تطبق في قطاعات مؤسسية مختلفة.

- النظريات الظاهرية Théories phénoménologiques التي تهدف عموماً إلى وصف وتفسير عدد من الظواهر المعروفة. أي تلك الظواهر التي يعكسها تبادل الفعل على مستوى السلوكيات الاجتماعية، والتي هي من عيار ما يستثير الصلة والتواجد مع الغير. ومن أمثلة الظواهر الأساسية ذات البعد النفسي الاجتماعي، هناك التأثير الاجتماعي Influence sociale بمختلف مظاهره وتجلياته على مستوى سيرورة العلاقات بين الأفراد والجماعات. وذلك من حيث أشكال التواجد العلائقي التي تقوم عليها الحياة الاجتماعية اليومية للأفراد، وما ينتج عنها من قواعد ورهانات. وكذلك فيما يخص التعاقدات وأنماط التواصل، وما يحتويه هذا التواجد من مظاهر الزعامة والسلطة والضبط الاجتماعي إلى غير ذلك. ومسعى هذه النظريات في هذا الإطار يتمثل في تبيان السببية التي تتحكم في هذه الظواهر، وذلك من خلال الكشف عن الأسباب والنواتج المحصلة.

- النظريات الإجرائية Théories opératoires التي ترمي إلى إبراز سيرورة نفسية أولية وعميقة، بمعنى أن لها قاعدة ضمنية ومفعولها قائم على مستوى السلوكيات الاجتماعية، وهي غالباً ما تكون مجهولة، مع أنها تفسر عدد من الوقائع وأنماط السلوك الفردية والجماعية. ومن أمثلتها نظرية التناظر المعرفي Dissonance cognitive لفستنجر. حيث أن هذه السيرورة بمجرد ما تم الكشف عنها سمحت بتبيان أهمية دور المعرفة Cognition ووظيفة العقل لدى الأفراد في تدبير السلوكيات والموافق، وكذلك في التعاطي مع الوقائع والأحداث. وبالأساس من حيث إبراز النظرة التي تنشط وتشتغل لديهم في الحكم والتبرير والتفسير والاستدلال. كما سمحت بتفسير عدد كبير من ظواهر تغير الاتجاهات والتصرفات الاجتماعية.

إن هذا التصنيف لم يكن القصد منه التجزيء بين النظريات أو الفصل بين الظواهر النفسية-الاجتماعية ولا حتى المفاهيم القابلة للتعبير عنها، بتبرير الاستجابة لنظريات دون أخرى. ولكن للإشارة إلى تواجدها نظريات مشتركة في الأرضية الفكرية والمعرفية التي ساهمت في تشكيل التصور العلمي لعلم النفس الاجتماعي، بحيث أنها تحتمل التكامل عند تناول مختلف أنماط السلوك الاجتماعي على المستوى الفردي أو الجماعي.

وتجدر الإشارة إلى أن الخصوصية المنطقية والوظيفة الإجرائية بالنسبة لهذه النظريات، من حيث التعاطي مع الظواهر النفسية-الاجتماعية تبدو حاضرة بقوة وواحدة بحسب القضايا والإشكاليات التي تستدعي المسألة والمقاربة المميزة لهذا المجال العلمي ووفق ما تستوجب من شروط وقواعد من حيث البحث والمعالجة، مما يجعل التفسير يبنى على رؤية واضحة تتحدد بحدود النموذج النظري المعتمد، وتكون تعبيراً لما ينسجم معه في سياق هذا الاشتغال العلمي. كما أن مسألة التفسير Explication في علم النفس الاجتماعي بدورها تندرج وفق مستويات متميزة، وذلك حسب ما يحيل عليه الإطار النظري والمنهجي المعتمد. حيث أن مستويات التفسير هذه هي بمثابة تقييم لمحاول الاشتغال والإنتاج القائمة في هذا المجال العلمي. ثم إن مسألة ترتيب التفسير بحسب هذا المعنى لاتتعلق بمستويات مختلفة للواقع، ولكنها تعني مستويات التحليل، إذ أن الأمر يتعلق بنماذج تم وضعها من أجل تناول مظاهر هذا الواقع. كما هو مستبعد كل قول يُستفاد منه بأن الواقع نفسه ينظم حسب هذه المستويات التفسيرية. وبالتالي، فإن هذه الأخيرة تحيل على طبيعة الاشتغال عبر ما تنتج إلى مقاربتة ومطارحته منهجياً وإجرائياً من قضايا الموضوع ذات تجليات نوعية. وهذه المستويات التي توجه مهام التفسير في مجال علم النفس الاجتماعي تبقى أربعة<sup>(7)</sup>، وهي على التوالي:

منظمة التفاعلات التي يكون موضوعها الإنسان، وذلك من حيث أسسها النفسية وتجلياتها الاجتماعية. كذلك فالمعنى الذي تتضمنه عملية التفاعل الاجتماعي توحي بفكرة الفعل المشترك، وهي الفكرة التي تتم إحالتها على العلاقات الإنسانية، وذلك من حيث طبيعتها وأنماطها الاجتماعية والثقافية، وكذلك اعتباراً للسياق الذي تحدث فيه. والفعل المشترك بدوره يشير إلى ما يفيد التواصل وأشكال التأثير والتأثر بين الأفراد والجماعات، وعلى الخصوص في ارتباطه بالحضور المشترك كشرط من شروط التفاعل، من حيث الدلالة على الفعل والفعل بالمبادلة<sup>2</sup>. وكما يتخذ التفاعل في تعبيراته بين ما هو فردي وما هو جماعي، فإنه يعكس سيرورة تزاوج في ديناميتها بين البعد النفسي والبعد الاجتماعي، على اعتبار أن التفاعل بين النفسي والاجتماعي يوجد في كل المستويات من حياة الأفراد في المجتمع<sup>3</sup>. ثم إن المعنى الذي يقصد في هذا السياق من دينامية التفاعل يتسع ليشمل الآليات المعرفية والنفسية التي تغذي وتنشط العلاقات الاجتماعية.

والحال أنه إذا كانت هذه هي الفكرة المألوفة حول علم النفس الاجتماعي، فإنها تبقى قائمة وواردة إلى حد ما عند نعت الإطار العام لهذه المعرفة، مع أنها لا تعطي صورة حقيقية وواضحة كما هي محددة في الأعمال والإنتاجات الحالية. إذ أن علم النفس الاجتماعي كما يتم التعرض له في أغلب الاستغالات العلمية والأكاديمية يعتبر بأنه مجال علمي يختص أساساً بدراسة "المعرفة الاجتماعية Cognition sociale"، أي، تلك السيرورات التي تفيد عمل الذهن في أبعاده الاجتماعية والجماعية<sup>4</sup>. ومن بين أكثر التعريفات اعتماداً، ذلك الذي يفيد بكون علم النفس الاجتماعي هو "علم ظواهر الأيديولوجيا (المعرفة Cognition) والتمثلات الاجتماعية) وظواهر التواصل، وذلك من حيث تجلياتها عند مختلف مستويات العلاقات الإنسانية: العلاقات بين الأفراد، وبين الأفراد والجماعات، وعلاقات الجماعات فيما بينها. كما أننا نتوفر لأجل كل واحدة من هذه الظواهر على جهاز من المعارف متطور إلى حد ما، وذلك فيما يتعلق بالنظريات والتجارب. والتي تسمح لنا جميعها بفهم النشاطات العقلية العليا وبعض المظاهر النفسية للحياة الاجتماعية للجماعات"<sup>5</sup>.

وفق هذا التحديد، يتبين أن علم النفس الاجتماعي ليس كما قد يعتبره البعض بكونه معرفة علمية لا تزال في طور التأسيس، أو ذلك العلم الذي يتحقق وجوده فقط بفضل وجود علم النفس من جهة وعلم الاجتماع من جهة ثانية، بتبرير أن علم النفس الاجتماعي يستمد مادته من تزاوج هذين العلمين، وذلك من حيث الموضوع والمناهج المعتمدة. بل إن علم النفس الاجتماعي هو علم قائم كجمال معرفي ينتمي إلى حقل علوم الإنسان عامة من حيث الأبحاث والدراسات والسؤال العلمي، وكمارسة عملية تتجه إلى مختلف أوجه نشاط الإنسان في حياته اليومية. وفي هذا السياق، فإن علم النفس الاجتماعي أصبح يتوفر على جهاز نظري مهم يسمح بتحليل وتفسير الظاهرة النفسية الاجتماعية، ومن ثمة إتاحة فهم مظاهر تعبيراتها في الحياة الاجتماعية. وهذه النظريات كما يصنفها العالم الفرنسي سيرج موسكوفيسي Moscovici<sup>(6)</sup>، بحيث أن معاني هذا التصنيف تبدو لنا توجيهية ومنهجية بشكل يستدل على وضوح المقاربات، فهي تنتظم حسب ثلاثة أنواع:

- النظريات الأنموذجية Théories paradigmatiques التي يتمثل دورها الأساسي في طرح نظرة إجمالية للعلاقات والسلوكيات الإنسانية، وذلك من حيث الكيفية والأساليب التي يعتمدها الأفراد في تفعيل العلاقات حسب المواقف والبيئة، سواء كانت طبيعية أو اجتماعية. ومن أمثلة المواضيع والقضايا التي تندرج ضمن هذا الإطار، نظرية المجال champ لكورت لوين، هذا الذي اقترح نموذجاً جدياً عام للعلاقات الدينامية التي تحصل بين الأفراد والجماعات. وهو النموذج الذي يبرز الأهمية التي يكسبها دور البيئة في تفعيل هذه العلاقات. وبالتالي فالبيئة كمفهوم يعبر عن

في هذا الإطار يلتصق بوضعية علم النفس الاجتماعي طابع مدرسي وتعليمي، وذلك بكيفية بارزة أكثر مما يمكن أن يعكس حقيقته كعلم. بحيث تتداخل فيه مفاهيم وطروحات نظرية تنتمي أصلاً إلى مجالي علم النفس والتحليل النفسي، وكذلك فيما يتضمنه من عموميات في القضايا والموضوعات المدروسة. بل كما لو أنه علم يفتقد إلى نظريات ومفاهيم ومصطلحات ومنهجية تخصصه وتميز أسلوب الاشتغال فيه. والحالة هذه لها انعكاس واضح في الأبحاث والرسائل الجامعية. إنها وضعية تسود المنظور والممارسات، وهي الصفة التي تغلب على التعاطي النظري أو الإجرائي مع علم النفس الاجتماعي في السياق العربي.

يمكن القول أن هناك ما يسمى بعلم النفس الاجتماعي الكلاسيكي، باعتبار أنه يسود المنظور والممارسات، وهو الذي نجده إلى حد ما يدرس في الجامعة العربية، وكذلك فيما يعرض لهذه المعرفة العلمية في بعض برامج التكوين، حيث يتم إقحام مفاهيم ونظريات علم النفس الاجتماعي في مجالات أغلبها ذات طابع تربوي. وبدوره المتلقي لهذا العلم تجده لا يستسيع منه سوى البعد التربوي. ومثال ذلك أن ميدان التقصي والبحث يبقى هو المجال المدرسي أو المجال الأسري كسياق اجتماعي بامتياز.

بالنسبة لعلم النفس الاجتماعي المعاصر، والذي نعرض لبعض معالمه، أي تلك المعرفة التي تعكس الهوية والإطار المحددين للمجال، على الأقل كما يتم التنظير لها والاشتغال بها في الوقت الراهن على المستوى الأكاديمي وعلى مستوى الكتابات المعتمدة في التدريس والتكوين أو الأبحاث. فهذا الإطار إذن، لا نجد له إلا صدى ضئيل فيما يتم درسه وتدرسه بمؤسسات التكوين والبحث في مؤسساتنا، كما أنه يغيب إلا فيما نذر من الكتابات التي تتخذ من علم النفس الاجتماعي مجالاً للمقاربة والبحث. وهذا ليس بغريب إذا تصفحنا المراجع والمؤلفات العربية التي لازالت تعيد إنتاج ذلك الإطار الكلاسيكي لعلم النفس الاجتماعي<sup>(7)</sup>. بالإضافة إلى غياب المجال التطبيقي في الأعمال المنجزة، بحيث قد نجد له بعض الإرهاصات النظرية، مثلاً فيما يتعلق بقضايا التواصل ودينامية الجماعة، ولكن ما يتعلق بالأعمال أو الأبحاث التي تعرض لبعض التجارب أو الممارسات التطبيقية فهذا أمر غير وارد تقريباً، فيما عدا بعض الحالات في السياق التربوي. ثم إن الأعمال التي تدخل في هذا الإطار التطبيقي، تبقى عموماً محدودة في بعض المحاولات، بحيث لم ترق إلى تحقيق تراكم له دلالة، أو يمكن أن يشكل رصيماً يؤسس لتجربة قومية ومحلية<sup>(8)</sup>. هذا بالإضافة إلى أن أغلب الدراسات والأبحاث لا تعلن انتماءها العلمي أو النظري بشكل واضح لعلم النفس الاجتماعي، وذلك من حيث ما يحدد أو ما يؤطر المقاربة والاشتغال عليها، وإنما تجاوزاً يتم إدماجها وضمها لكونها تتناول بالتقصي والتحليل ما تعتبره كأبعاد نفسية واجتماعية لبعض الظواهر المجتمعية.

مبدئياً إن الدراسة والتكوين في مجال علم النفس الاجتماعي توفر لامحالة معرفة نظرية وإطاراً مفاهيمياً نوعياً، يتحددان من الناحية العملية بحدود هذا المجال العلمي، ويكون في انسجام مع ما تقترحه مختلف المؤلفات التي تعرض له، سوى أنه نجد هناك نوعاً من التباين، إن لم يكن تضارب بين ما تحيل عليه الكتابات الغربية وما تحيل عليه الكتابات العربية. إذ نجد بعض التباين في المواضيع والقضايا والإشكاليات، ونفس الشيء بالنسبة للمناهج والأدوات المعتمدة في البحث والتي تمثل خصوصية هذا المجال، وبخاصة ضمن شروطه الراهنة. فهذا التباين يظهر أساساً على مستوى إنتاجات علم النفس الاجتماعي، أي تلك التي ترتبط بالدراسة الأكاديمية والبحث النظري. ومن ثم نسجل الافتقار الكبير فيما يتعلق بالكتابات العربية (أبحاث ومؤلفات) التي يمكن أن تشكل مادة مرجعية أو نموذجاً بالنسبة للإطار التطبيقي.

- مستوى التفسير يحدد بدراسة السيرورة النفسية أو ما هو داخلي بالنسبة للفرد intra-individuel، حيث إن اهتمام البحث ينصب على الكيفية التي ينظم بها الفرد إدراكاته وتجربته في البيئة الاجتماعية، وبالتالي الآلية المعرفية التي يستند إليها في تفعيل سلوكياته.

- مستوى التفسير الذي يتعلق بدينامية العمليات النفسية بين الأفراد inter-individuels أو ضمن المواقف intra-situationnels، إذ أن البحث يستهدف السيرورات القائمة والفاعلة بين الأفراد، وتلك التي تحصل بين الأفراد في موقف معين، من حيث التفاعلات العلائقية والمؤسسية والبيئية التي تحرك وتنمي هذه السيرورات.

- مستوى التفسير الموضعي positionnel، الذي ينطلق من خاصية المواقع الاجتماعية للأفراد في مواقف التفاعل. فالبحث يأخذ بعين الاعتبار الفوارق في الوضعيات أوفي المكانة الاجتماعية بين الأفراد والجماعات، وذلك لتحديد وتبيان تأثيرات هذه الفوارق على التفاعلات المختلفة بين الأفراد والجماعات.

- مستوى التفسير الإيديولوجي idéologique، بحيث يركز البحث على التصورات العامة التي يحملها الأفراد من أفكار وتمثلات واعتقادات حول ما تنتجها العلاقات في وضعيات اجتماعية مختلفة. والهدف يتبدى في إيضاح بنيات ووظائف هذه الأخيرة وتأثيراتها على التفاعلات التي تحصل وتتطور بين الأفراد والجماعات.

إن الغاية من هذا التمييز في مستويات التفسير تكمن في تبيان الخصوصيات المرتبطة بالظواهر النفسية- الاجتماعية من حيث أشكال تعبيرها وتمايزاتها، وكذا من حيث التعاطي العلمي معها. وبطبيعة الحال يبقى المسعى الرئيسي للاشتغال بالبحث في هذا المجال يتمثل في محاولة تحقيق تفصيل بين هذه المستويات للوصول إلى صياغة تفسير أكثر شمولاً ويسمح برصد دينامية السيرورات النفسية والاجتماعية بتعقيدها من خلال التفاعلات الفردية والجماعية. ذلك أنه من مهام علم النفس الاجتماعي استهداف دراسة العلاقات المعقدة القائمة بين الأفراد والجماعات والمؤسسات في مجتمع معين، باعتبار أن نسق هذه العلاقات يكون محددًا ليس فقط بمتغيرات شخصية ولكن أيضاً بحقل اجتماعي الذي يعطي له شكلاً خاصاً ويحيل على تصرفات مميزة على المستوى السوسيوثقافي. ثم إن علم النفس الاجتماعي، في نطاق هذا المعنى، يساعدنا على فهم أن ما هو اجتماعي ليس بواقع متجانس ولكنه يتجه إلى التجانس، وذلك من منطلق مفاده أن الواقع الاجتماعي هو واقع جمعي تحركه دينامية عقلية ونفسية بتمائلاتها وتمايزاتها وتناقضاتها، وكذلك بالتجارب الحياتية المشتركة للأفراد والبنيات والمؤسسات المشكلة لهذا الواقع<sup>(8)</sup>. كما علم النفس الاجتماعي، في محاولة تناول الطبيعة الصراعية لما هو اجتماعي، يتجه إلى إظهار كون الواقع النفسي والاجتماعي يتشكل من انقسامات وانفصال. ومن ثم فخصوصية المسعى العلمي تتمثل في التعاطي مع الواقع الاجتماعي كواقع نزاعي، بمعنى أن هذا الواقع تطبعه توترات نفسية واجتماعية ملازمة لطبيعة التفاعلات بين الأفراد ولعمل النسيج المجتمعي بصفة عامة.

### مشكلات صياغة المجال وأفق الاشتغال فيه.

إن من واقع علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي أنه يبقى المجال المعرفي الذي لازالت تحيط بمساره مشاكل متعددة ومؤثرة، مما يُعيق تأكيد قيمته على مستوى الممارسة العلمية والأكاديمية، وكذلك على مستوى الممارسة التطبيقية التي قد تجعل من التخصص في هذا المجال ميداناً للمهنة والاحتراف. وهكذا، فإن وضع من هذا القبيل راجع إلى كون مظاهر الجمود أية دينامية على مستوى الممارسات والأفاق العملية التي يمكن أن تؤهل إليها، لم يتم استثمارها إلى حد اليوم.

in G. Lindzey & E. Aronson (Eds), The Handbook of Social Psychology. Reading, Addison-Wesley. 1954. Deconchy, J.P. Psychologie sociale, croyances et idéologies, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1989. Leyens, J.P. Beauvois, J.L. La Psychologie sociale: L'ère de la cognition, Grenoble, PUG. 1997. Smith, E. R. et Mackie, D. M. Social psychology. NewYork, Worth.1995. Vallerand, R.-J. Fondements de la psychologie sociale. Boucherville, Gaëtan Morin. 1994.

<sup>5</sup>- Moscovici, S. La psychologie sociale. Paris. PUF. 1984. P: 7.

<sup>6</sup>- Idem. P 14-16.

<sup>7</sup>- Doise, W. L'explication en psychologie sociale. Paris. PUF. 1982. P: 27-34.

<sup>8</sup>- Fischer, G.N. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris. Dunod. 1987. P: 11-16.

<sup>9</sup> - انظر كتب "علم النفس الاجتماعي" لمؤلفيها على التوالي: مصطفى سويف. القاهرة. مكتبة الانجلو المصرية. 1970 - حامد عبد السلام زهران. القاهرة. عالم الكتب. 1988 - خليل ميخائيل معوض. الدار البيضاء. دار النشر المغربية. 1982 - عبد الفتاح محمد دويدار. بيروت. دار النهضة العربية. 1994.

<sup>10</sup> - لويس كامل مليكة: قراءات في علم النفس الاجتماعي في البلاد العربية. الهيئة المصرية العامة للكتاب. خمسة أجزاء. 1966-1990. محمود السيد أبو النيل. علم النفس الاجتماعي. دراسات عربية وعلمية. جزأين. بيروت. دار النهضة العربية. 1984.

<sup>11</sup> - عبدالكريم بلحاج. علم النفس الاجتماعي، أسئلة الموضوع والممارسة. في كتاب: العلوم الإنسانية والاجتماعية. طروحات ومقاربات. الرباط، منشورات المعهد الجامعي للبحث العلمي. 1998. ص 113-133

إن غياب مجال من حجم علم النفس الاجتماعي يؤدي إلى غياب للاختصاص العملي، وبالتالي افتقار إلى ممارسة مهنية، مع أنه مجال يحيل على إطار للاشتغال جد واسع يتيح من إمكانات البحث والتدخل ما يمكن أن يشمل مختلف مجالات الحياة الاجتماعية، أو بكيفية أكثر دقة مختلف مجالات نشاط الإنسان والتي لها تعبيرات وتفاعلات وتداعيات على مستوى الحياة اليومية، من نشاط اقتصادي واجتماعي وثقافي... الخ، بمعنى كل المتغيرات التي تعقل في الواقع الاجتماعي للأفراد والتي تدخل ضمن العلاقات والتفاعلات الاجتماعية والبيئية.

أمام هذا الوضع الإشكالي، نستفهمنا أسئلة حول الدور الوظيفي لعلم النفس الاجتماعي وحول المهام التي يمكن أن يؤديها خدمة للفرد وللمجتمع، في اتجاه بعث دينامية التغيير والتطور. <sup>11</sup> والتساؤل أيضا فيما إذا كان المشتغلون بعلم النفس الاجتماعي قد استطاعوا إخراج هذا المجال المعرفي من فضاء الجامعة والتكوين المدرسي إلى قطاعات مجتمعية تُعتبر في حاجة إلى منظومته العلمية والتطبيقية، وما إذا كانت الشروط الاجتماعية والثقافية تسمح بتحقيق الانتقال بعلم النفس الاجتماعي من الاشتغال الفكري النظري العام إلى ممارسة البحث المتخصص وممارسة التطبيق. لهذا فإن القيام بتسجيل حضور لعلم النفس الاجتماعي كاختصاص مؤهل للتعاظم مع عدد من الإشكاليات والقضايا الاجتماعية أودات الطابع السيكولوجي المرتبطة بوقائع أفراد وجماعات أو بنيات مجتمعية ومؤسسية يبقى بمثابة مهمة ضرورية بالنسبة للمشتغلين بالبحث والتدخل وشرطا أساسيا لتحقيق انتقال ملموس، كما تبقى مسؤولية الاستجابة لهذا الشرط متوقفة على مقاصد وإرادة هؤلاء المشتغلين ذوي الاختصاص، وذلك على أساس تحقيق انخراط أي مع مستوى المعارف في علم النفس الاجتماعي من جهة، ومن جهة ثانية لتأكيد الانفتاح في الاستثمار المعرفي والوظيفي مع قطاعات المجتمع المختلفة.

### هوامش النص

- عبدالكريم بلحاج. علم النفس الاجتماعي. مجلة فكر ونقد. 2005. عدد 71. ص 121-125.

<sup>2</sup> - Marc, E. et Picard, D. L'interaction sociale. Paris. PUF. 1989. P: 12-14.

<sup>3</sup> - Aebischer, V. et Oberlé, D. Le groupe en psychologie sociale. Paris. Dunod. 1990. P: 2-4.

<sup>4</sup> - Allport, G.W. The historical background of modern social psychology,

## دليل المجالات النفسية العربية

### الإصدار العربي

المجال	المجلة	العدد	السنة
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	1	2011
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	2	2011
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	3	2011
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	4	2011
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	5	2011
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	6	2011
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	7	2011
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	8	2011
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	9	2011
البحوث النفسية	مجلة البحوث النفسية	10	2011

[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm)

## Arabpsynet Journals Guide

### English Edition

Journal	Editor	Language
Men and Women (Spain)	Evolutionary Psychology Association	Arabic
Mind and Emotion (Spain)	World Islamic Association for Mental Health	Arabic
Journal of Arab Children (Jordan)	European Association for Arab Child and Adolescent Psychology	Arabic
Psychology (Egypt)	Egyptian Journal of Psychology	Arabic
Neuroscience (Liban)	Psychoneuroscience Studies Center	Arabic
News Letter of the APHRO for Drug Abuse Prevention (Egypt)	The Arab Federation of NGOs for Drug Abuse Prevention	Arabic
Bulletin of the Egyptian Psychological Association	The Egyptian Psychological Association	Arabic
The Egyptian Journal of Psychological Studies	The Egyptian Psychological Association	Arabic
Psychological Quarterly (Egypt)	The Egyptian Psychological Association	Arabic
Journal of Arab Psychology (Jordan)	Jordanian Society of Psychology	Arabic
Mental Health (France)	Psychology Variant Association	Arabic
Arabian Journal of Psychology (Egypt)	Evolutionary Psychology Association	Arabic
Turkish Journal of Psychology (Turkey)	Turkish Society of Psychology	French
Turkish Journal of Psychology (Turkey)	Turkish Society of Psychology	French
Current Psychology (Spain)	Office Journal of the Institute of Psychology - Casa	English
The Arab Journal of Psychology (Jordan)	Jordanian Society of Psychology	English
The Egyptian Journal of Psychology	The Egyptian Psychological Association	English

[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm)

## الاتجاهات المتصلبة كمنطلقات للعلاقة مع الآخر

خلود السباعي - علم النفس الاجتماعي

كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحسن الثاني بالمحمدية، المغرب

khsbai@menara.ma

من بين المنطلقات الاستيمولوجية الأساسية لعلم النفس الاجتماعي، التأكيد على ما تتميز به الجماعات الإنسانية من ميل إلى معرفة ذاتها وتحديد مكانتها داخل هذا العالم، بالمقارنة مع الجماعات الأخرى. مما يمثل سيرورة معرفية لا تنفصل عن إدراكات الأفراد وتمثلاتهم التي تؤدي في نهاية المطاف إلى تكوين ما يعرف بالاتجاهات. ولقد مثلت الاتجاهات ولا تزال، أحد أبرز المفاهيم المستقطبة لاهتمام مختلف الباحثين السيكولوجيا اجتماعيين، لكونها على حد تعبير لوين Lewine، لا تعكس مضامين الوسط الاجتماعي أو المادي، بقدر ما تطلعنا على اهتمامات الأفراد وتمثلاتهم وفقا لأنساقهم المرجعية. ثم تتحول فيما بعد، لكي تصبح بمثابة محددات ثقافية ذات معاني خاصة، تستدمج من لدن الأفراد لسعيهم نحو تحقيق نوع من التوازن الاجتماعي والانفعالي.

بناء على ذلك يكتسب مدلول الاتجاهات السيكولوجيا اجتماعية بعض العمق، فلا يعود مجرد استعداد أو تهيؤ للفعل فحسب، وإنما عبارة عن "حملة من العمليات الفكرية المعرفية المتضمنة ليكانيزمات الإسناد والاختزال والتصنيف، التي يتقاسمها الأفراد داخل ثقافة معينة فتحدد نظرهم حول ذواتهم وحول الآخرين. كما أنهم يعملون على تزويدها يوميا، بقدر من المعلومات المستندة إلى تقييمات وتصنيفات صادرة بدورها عن ثقافة الانتماء.

ويقوم عملنا في هذا المجال على هذه الخلفية الاستيمولوجية، المتمثلة للعلاقة بالآخر كمجموعة من التفاعلات المشروطة جزئيا ببنيات إيكولوجية واجتماعية مستقلة عن شخصيات الأفراد وميولاتهم الحميمية. إذ لم يعد من المفيد الاهتمام بالعلاقة كشعور إيجابي أو سلبي بين الأفراد، بقدر ما أصبح الاهتمام قائما على وزن الخلافات والأوضاع الاجتماعية، على اعتبار أن ما يهيكل تلك العلاقة هو "الحقل الاجتماعي" وليس فقط مظهرها الخارجي. "لأنه يبقى من المستحيل العثور على علاقات يمكنها أن تؤدي وظيفتها ضمن عالم اجتماعي محايد". فكل العلاقات السيكولوجيا اجتماعية بين الأفراد أو الجماعات، هي علاقات محددة سلفا يتولى "الحقل الاجتماعي" هيكلتها. وليس الفرد، سوى مجرد عضو منغرس ضمن نسيج اجتماعي، هدفه الأساسي هو السعي نحو الاندماج ضمن هذا النسق، بصرف النظر عن كل ما يمكن أن يصاحبه من ظروف أو ضغوطات. لذلك يصير من الطبيعي أن تختلف الاتجاهات وتتشابه في ذات الوقت، نظرا لاختلاف الثقافات من جهة، وتشابه الأوضاع داخل أغلب الثقافات من جهة ثانية.

وفي نطاق الحديث عن الاتجاهات كآليات سيكولوجيا اجتماعية حيوية لفحص طبيعة العلاقة بالآخر، سوف نركز في هذا المجال على "الاتجاهات المتصلبة"، باعتبارها أحد الميكانيزمات السيكولوجيا معرفية التي يمكن أن تطلعنا على جانب معين من العلاقة بالآخر المغاير، وذلك من خلال توضيحنا لمدى خطورة أبعاد التصلب، على العلاقات السيكولوجيا اجتماعية بين الأفراد أو الجماعات، وبالتالي على سيرورة تطور الشعوب أو تفهقها.

فماذا نعي بالاتجاهات المتصلبة؟ ما هي أنواعها؟ وما هي وظائفها؟ وما هي انعكاساتها على العلاقات المابين جماعية؟

## تحديد الاتجاهات المتصلبة

تنقسم الاتجاهات المتصلبة بصفة عامة إلى قسمين: النماذج المنمطة والأحكام المسبقة، وسوف نحاول في هذا المجال تحديد خصائص ومميزات كل منها على الشكل التالي:

## 1 - النماذج المنمطة Stéréotypes

يستعمل لوجيا، نجد بأن الكلمة الفرنسية Stéréotypes، مصطلح ينتمي

إلى مجال الطباعة. ويقصد به، تلك الخصائص الثابتة التي توضع من أجل القيام بعملية السحب<sup>2</sup> tirage. ومقابلها باللغة العربية يختلف أحيانا بين الباحثين: فهناك من يطلق عليها "النماذج المنمطة" وهناك من يسميها "القوالب النمطية"<sup>3</sup>. إلا أن هذه الاختلافات الحاصلة على مستوى الترجمة قلما تتعكس على المعنى المراد، والمقصود به تلك التمثلات النمطية التي تشكل إلى جانب "الأحكام المسبقة"، ما يندرج تحت مفهوم "الاتجاهات المتصلبة".

**الاتجاه الأول:** يطرح النماذج المنمطة باعتبارها اتجاهات سلبية، غير عادلة أو مبررة، ناتجة عن تقييمات غير دقيقة للواقع، سريعة التعميم والانتشار، مما يؤدي إلى تقليص السيرورات المعرفية الأولية للإدراك.

**الاتجاه الثاني:** يركز على الطابع المعرفي للنماذج المنمطة ميرزا قيمتها الاستعمالية، ومن أبرز ممثليه "طاجفيل"، الذي اعتبر النماذج المنمطة نتيجة طبيعية للطريقة التي يسير عليها نسقنا المعرفي. ولقد أولى Tafjel أهمية بالغة لتلك التحريفات الناتجة عن النماذج المنمطة معتبرا إياها بؤرة ما نتوخاه من هذا الصنف من الاتجاهات، ما دامت وظيفتها الأساسية هي تبسيط محيطنا، كي نتوصل إلى فهمه بأكبر قدر من التماسك والانسجام. هذا فضلا عن "الوظيفة الاقتصادية التي أشار إليها ليبمان Lipman"، والمتتملة في مساعدتها للفرد على الانخار من مجهوده الفكري عند رغبته في التعرف على الواقع. حيث تمدّه بهيكل مؤطرة لمحيطه وتمنحه معرفة جاهزة، هذا فضلا عن توليها مهمة التنسيق بين هذه المعارف بكيفية تحمي بها نسقه القيمي". أما الباحث هاملتون، فقد اعتبر بأن التحريفات الحاصلة في إدراكنا والمؤدية إلى تكون النماذج المنمطة، هي بمثابة عملية ضرورية إن لم نقل طبيعية لحصول المعرفة، وذلك لميل الإنسان الطبيعي إلى اختزال التعقيدات الصادرة إليه من المثيرات المتعددة للعالم الخارجي.

## 2-تحديد مفهوم الأحكام المسبقة Les préjugés

تمثل الأحكام المسبقة إلى جانب النماذج المنمطة، ما يصطلح عليه بالاتجاهات المتصلية. إلا أن ما يميز الأحكام المسبقة كما يدل على ذلك اسمها، هي كونها تشمل كل الأحكام المتسرعة السابقة لأية دراسة أو تجارب. وقد يبقى هذا المعنى اللغوي للأحكام المسبقة، معنى عاما، قد يعرقل إلى حد ما إدراكنا لدلالاته الإبيستيمولوجية، مادامت كل الأحكام التي تصدرها في بداية الأمر هي بشكل من الأشكال أحكام سابقة بالمقارنة مع ما سوف يتلوها من أحكام. هذا فضلا عن كون معرفتنا بالعالم وتفاعلنا مع الآخرين أمور لا تعرف نهاية أو قرارا. وسعيا منا نحو توضيح هذا الإبهام، يمكننا القول بأن الأحكام المسبقة تصنف من وجهة نظر سيكوسوبولوجية ضمن الاتجاهات المتصلية، حيث تطرح باعتبارها "تمثلات تكتسب عن طريق التنشئة الاجتماعية، وتمارس تأثيرات واضحة على سلوكيات الفرد لقيامها بوظيفة من نوع إدراكي إبيستيمولوجي، مدعم بقيم أدواتية من صنف اجتماعي، عاطفي، أو خيالي".

وبناء على ذلك تمثل الأحكام المسبقة، تلك الاتجاهات المتضمنة لمجموعة من التقييمات التي قد تكون إيجابية أو سلبية تجاه شخص أو مفهوم أو شيء، دون أن تكون مسبقة بأية تجربة شخصية. وذلك ما أكده أتوكلينبرغ في تعريفه، معتبرا الحكم المسبق، "كحكم قبلي ناتج عن شعور أو رد فعل إزاء شخص أو شيء، سابق لأية تجربة شخصية نحو ذلك الشيء. ويمكن للحكم المسبق أن يكون سلبيا كما يمكن أن يكون إيجابيا".<sup>9</sup> فإذا كان أتوكلينبرغ قد قسم الحكم المسبق إلى حكم إيجابي وسلب، فإن هناك تعاريف أخرى قد تعاملت معه كاتجاه سلب بالأساس، أبرز خصائصه ارتباطه بالعنصرية والميز. ومن بين أبرز ممثلي هذا الموقف فيس Fischer، الذي يعرف الحكم المسبق كالتالي: "يمكن تحديد الأحكام المسبقة كاتجاهات (..) وهي ذات بعد تقييمي غالبا ما يكون سلبيا نحو نوع من الأفراد أو الجماعات (...). إنها استعدادات مكتسبة هدفها إقامة الفوارق الاجتماعية، الشيء الذي يجعلها تجسيدا لنوع من الميز"<sup>10</sup>.

ويسير كل من كاتز وبريلي في نفس النهج، فيجمعان بين الميز العنصري والأحكام المسبقة، باعتبارها اتجاهات متماسكة، ذات شحنات قوية متضمنة لأجوبة انفعالية نحو بعض السلالات. ويلاحظ كل من سيرز

ولعل أبرز ما يثير الاهتمام في هذا النوع من الاتجاهات، تميزها ببعض الخصائص التي يمكن إجمالها في الصلابة، النمطية، الجمود، مثل ما تعكسه دلالتها اللفظية. حيث نجد مفهوم "الصلابة" solidité مشتق من الكلمة اليونانية stéréos التي تعني "صلب"، و typos التي تعني "الطبع" caractère<sup>4</sup>. ثم انتقل هذا المفهوم إلى علم النفس الاجتماعي، لكي ينعكس مجمل الظاهر الاعتقادية والتمثلات الراسخة المتسرعة السابقة لأية دراسة أو تجارب شخصية.

ويعود الفضل في إدخال هذا المفهوم لمجال السيكوسوبولوجيا إلى ليبمان lippman الذي كان يقصد به تلك الخصائص الوصفية الاختزالية، التي تسعى من خلالها إلى موضعة الآخر وتصنيفه سواء كان فردا أو جماعة. إنها تمثل تلك الصور الموجودة في أذهاننا، المتوسطة بين الواقع وإدراكنا له، والمسببة لنوع من التصنيف الاختزالي. مما يجعلها في نظره، مسئولة عن حدوث أنواع من التحريفات الإدراكية الخطيرة نسبيا، لما ينجم عنها من آثار على علاقتنا بالواقع.

ويمثل تشبيه ليبمان للنماذج المنمطة بصور تحملها في أذهاننا، إشارة واضحة إلى مدى تأثير التنشئة الاجتماعية والانتماءات الثقافية، التي تجعل من فكرتنا عن الشيء بمثابة مكون له. فتصبح مكوناته الواقعية، تلك الأفكار التي تم إسنادها إليه وليست الموجودة فيه واقعا. وهنا يرى ستوارت رايس Stuart Rice "بأن العامل الذي يصبح مكونا للشيء، دون أن ينتج عن انطباع حسي مباشر هو بمثابة نموذج منمط Stéréotypes"<sup>4</sup>.

ومن أبرز الصور الإجرائية المجسدة للنماذج المنمطة، الصيغ التعبيرية الجاهزة كالأمثال والأقوال المأثورة والشعارات والحكم، وغيرها من العبارات، التي تحولت بفعل تكرارها وقدرتها على الانزلاق والتأقلم مع مختلف الظروف إلى قواعد عامة. وتجدر الإشارة إلى أن ثباتها هذا، هو الذي يضفي عليها صبغة "الحقيقة الخالدة" مرسخا بذلك مصداقيتها<sup>5</sup>. ولعل ذلك ما يفسر تميز أغلب النماذج المنمطة بالاختصار، كي تصبح سهلة للحفظ وبالتالي للاستحضار والتكرار كلما دعت الضرورة إلى ذلك. إنها النماذج المنمطة اللغوية، التي تبقى صالحة لتأكيد حكم أو احتمال، لكونها تجسد معايير جاهزة للحكم على الأشياء وتفسير الأحداث التي قد لا نعم عنها أكثر من الجزئيات، وكأنها إدراك مقنن لكل فئة من الموضوعات.

وانطلاقا من ذلك، تصبح النماذج المنمطة "مجموعة من المعتقدات القابلة لأن تطبق على كل جماعة اجتماعية. غالبا ما تستند على خاصيات تميل إلى الإيضاح والتجسد، كي تسمح لكل إنسان بأن يصنف نفسه أو يصنف الآخرين، استنادا إلى مميزات يسهل إدراكها. كالتصنيف بناء على الجنس، السن، العلامات الإثنية... الخ، إضافة إلى سلسلة واسعة من الاستنادات الأخرى.

ويعرف كل من اينسكو وشبلير<sup>6</sup> النماذج المنمطة بكونها "معتقدات ثقافية يتقاسمها الأفراد، مما يجعل منها ظاهرة سيكوجتماعية وطريقة في التعرف على ما هو اجتماعي". استنادا إلى هذا التعريف، ندرك بأن النماذج المنمطة هي اتجاهات سيكوجتماعية تعكس بنيات ذهنية أنتجتها جماعات معينة ضمن ظروف خاصة، إلا أنها تعمل جاهدة من أجل الحفاظ عليها من خلال إعادة إنتاجها عن طريق التفاعل والتواصل بين الأفراد. ومن هذه الزاوية نلمس محدودية الفرد في إنشائها كفرد، إلا أن ذلك لا ينفي فعالية هذا الأخير في بلورتها ونشرها والحفاظ عليها من خلال تفاعله وتواصله مع الآخرين.

انطلاقا من هذه الخصائص التي تتميز بها النماذج المنمطة، تم التسائل فيما إذا كانت إيجابية أو سلبية، ولقد أثار هذا التساؤل جدالات أسفرت عن مواقف مختلفة يمكن تقسيمها إلى اتجاهين رئيسيين:

معاً ما نطلق عليه "الاتجاهات المتصلبة"، وهي اتجاهات سيكولوجية ناتجة عن مجموعة من الإدراكات المحرفة لواقع، والتي تحاول تبريرها من خلال إضفاء نوع من الصبغة العقلانية عليها. إلا أن هذه العقلانية غالباً ما تكون موهمة، لارتباطها بنسقتها السيكولوجية وبكل ما يتضمنه هذا الأخير من مصالح وأهداف، سواء تم الإعلان عنها أم لا. وذلك لكونها تمثل في نهاية المطاف سيرورات فكرية، تسمح بأن نعيش جماعياً بأقل تكلفة سيكولوجية ممكنة.

### نشأة الاتجاهات المتصلبة

نستنتج مما سبق بأن الاتجاهات المتصلبة ليست نتاج إدراكات فردية أو تقييمات شخصية، وإنما هي تصميمات معروضة من لدن المجتمع، على الشخص أن يتبناها بصفاتها تمثلات مقسمة بين أفراد الجماعة التي ينتسب إليها. إلا أن السؤال الذي نطرحه في هذا المجال هو: ما أصل هذه الاتجاهات المتصلبة؟ كيف تنشأ؟ وما هي الظروف والملابسات المساعدة على ظهورها؟

تمثل الاتجاهات المتصلبة صنفاً معيناً من الاتجاهات السيكولوجية، التي تلعب للتنشئة الاجتماعية دوراً فعالاً في تبنيتها. وبالنظر إلى ارتباط الاتجاهات المتصلبة عموماً بالوسط العائلي والنماذج التي يقدمها الآباء، فإنها تشغل كما لو كانت القناة الأولى للمعرفة بالنسبة للأطفال، الذين يتعلمون عن طريقها نماذج السلوك وأساليب التصرف الاجتماعية من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم.

ولقد بين بوجاردوس في دراساته حول "المسافة الاجتماعية"<sup>13</sup>، الدور الهام للتنشئة الاجتماعية في بلورة الاتجاهات المتصلبة وتبنيها مقارنة بالتجربة الشخصية. حيث تبين له بأن الأتراك كانوا يمثلون في غالبية الأحيان، الجماعة التي كون الطلبة الأمريكيين بصددها أكبر قدر من الأحكام المسبقة. مع العلم بأن أغلب هؤلاء الطلبة لم يسبق لهم رؤية أي "تركي" في حياتهم، ولا معايشة أية تجربة يمكن أن تبرر ذلك. إلا أن الفترة التي أجريت فيها هذه التجربة كانت متزامنة مع حملة صحفية ضد الأتراك تصفهم بالوحشية والعنف في تعاملهم مع الأرمنيين. هنا استنتج بوجاردوس بأن هؤلاء الطلبة قد استقوا معلوماتهم من النماذج المتداولة والمعرفة الاجتماعية السائدة

إلا أن اتفاق العلماء حول ارتباط الاتجاهات المتصلبة بعامل التنشئة، لا ينفي وجود بعض الاختلافات بينهم. وكمثال لذلك نقدم في هذا المجال ثلاث مقاربات، فسرت كل منها نشأة الاتجاهات المتصلبة من زاوية معينة.

**1-مقاربة التحليل النفسي:** يرى أصحاب هذه المدرسة بأن الاتجاهات المتصلبة هي نتاج دوافع عرضها تلبية رغبات لاشعورية، فالأشخاص غالباً ما يكونون مجموعة من التمثيلات المسبقة، ثم يميلون بعد ذلك إلى عقلنتها أو تبريرها، وذلك ما نلمسه في سائر عمليات التبرير المصاحبة لكل سلوك عنصري، استعماري، أو طبقي.

**2-المقاربة السوسيوثقافية:** والتي تعتبر الاتجاهات المتصلبة نتاج الوسط الاجتماعي وسيرورة التنشئة وميكانيزمات التعلم بصفة عامة.

**3-المقاربة السوسيو معرفية:** وهي التي تحاول التوفيق بين المقاربتين السابقتين، حيث ترى بأن الاتجاهات المتصلبة تتكون وتتبلور بداخل الفرد، انطلاقاً من سيرورة الإدراك الاجتماعي بشكل عام، وما يتعلق منه بإدراك الفوارق بين الجماعات على وجه الخصوص. وتكتسي هذه المقاربة السوسيو معرفية أهمية بالغة داخل حقل السيكوسوسولوجيا، لقيامها على تفسيرات أكدها الواقع الاختباري. فلقد بينت كثير من الدراسات وجود

وسندر، بأن إيمان المجتمعات المعاصرة بالديمقراطية وحقوق الإنسان، جعلت الأفراد يخجلون من البوح بأراء تحمل طابعاً عنصرياً أو ميدياً. إلا أن انتفاء وجود مثل هذه الممارسات على مستوى الخطابات الرسمية أو الصريحة، لم يمنع نشوء أشكال جديدة من العنصرية أطلقوا عليها "العنصرية الرمزية". وتمثل هذه الأخيرة نوعاً من الميز الخفي أو غير المباشر، الذي يتولى إسناد بعض الخصائص أو الصفات لأنواع من الجماعات، يمكن تسميته "بالأحكام المسبقة". ويسير بتلهم Bèthlem بدوره في نفس الاتجاه معتبراً الأحكام المسبقة اتجاهات سلبية، مجسدة لكل أشكال العنصرية على اعتبار "بأن الميز بكل أنواعه ليس سوى أحكاماً مسبقة ذات صبغة عملية تطبيقية"<sup>11</sup>.

من خلال هذه التعاريف نلمس بأن الأحكام المسبقة هي اتجاهات سيكولوجية قريبة جداً من النماذج المنمطة، فكلاهما يؤدي نفس الوظيفة ويحقق نفس الهدف، ألا وهو الحفاظ على تماسك الجماعة من خلال إرساء مجموعة من الاعتقادات، التي تزكي الشعور بالتفوق وتقدير الذات في مقابل إبعاد الآخر وتحتيته. ولعل ذلك ما دفع بمدرسة التحليل النفسي إلى التعامل مع كلا المفهومين، باعتبارهما اتجاهات دفاعية هدفها تقليص القلق الداخلي سواء تعلق الأمر بالأفراد أو الجماعات.

إلا أنه وبالرغم من وجود هذا التشابه الكبير بين الأحكام المسبقة والنماذج المنمطة، فإن الأمر لا يخلو من وجود بعض الاختلافات البسيطة. ومن أبرزها أن النماذج المنمطة غالباً ما تكون على صيغة "نعوت"، كأن نقول مثلاً: كسول، نظيف، صريح.. الخ، في حين أن الأحكام المسبقة غالباً ما تتخذ طابعاً أكثر سعة. فإذا كان النموذج المنمط يقف عند المستوى الاعتقادي النظري، فلا يشمل سوى على بعض الاعتقادات أو الآراء المسندة إلى بعض الجماعات، فإن الحكم المسبق غالباً ما يجسد الميل نحو سلوك ما يدل على مدى التقبل أو الرفض لتلك الجماعات. ولتوضيح ذلك نقدم المثال التالي:

إذا أخذنا، على سبيل المثال ظاهرة العنصرية إزاء السود بالولايات المتحدة الأمريكية أو بجنوب إفريقيا، فسوف نجد مصاحبة حتماً بمجموعة من النماذج المنمطة والأحكام المسبقة. لأن وجود هذا النوع من الاتجاهات المتصلبة يبقى ضرورياً لتبرير تلك التصرفات العنصرية للإنسانية. وإذا أردنا التمييز في نطاقها بين هذين النوعين من الاتجاهات، فسوف نتجلى لنا الأحكام المسبقة من خلال احتقار السود وكرهيتهم وإقصائهم، بينما تتمثل النماذج المنمطة في تلك النعوت التي نسقطها عليهم لأجل تبرير تلك السلوكات العنصرية، كقولنا مثلاً: السود كسلاء، لصوص، لا يؤتمنون، مجرمون الخ.

من خلال هذا المثال، ندرك "بأن النماذج المنمطة هي أحكام تصنيفية، في حين أن الأحكام المسبقة هي أحكام قيمة، لذلك فهي غالباً ما تكون سلبية، ومستندة إلى أفراد من خارج جماعة الانتماء. وسعياً نحو إبراز العلاقة المتينة ما بين كلا المفهومين، قام كل من كاتز وبريلي بطرح السؤال التالي: هل المفهومان منفصلان عن بعضهما البعض أم متلازمان؟

من خلال التجارب التي قام بها الباحثان، تبين أن "التكامل الحاصل بينهما لا يفيد تغطيتهما لنفس الواقع. فالأحكام المسبقة غالباً ما تكون أكثر عمقا وتعبيراً عن القوى اللاعقلانية في الإنسان، في حين تبقى النماذج المنمطة بمثابة إمكانية لعقلنة تلك القوى اللاعقلانية ومحاولة تبريرها. وفي كلتا الحالتين نجد متلازمتين، لأنفراد الحكم المسبق بالتعبير عن الطابع البنيوي للتمثيلات الاجتماعية، في حين تبقى النماذج المنمطة منحصره في الطابع الوظيفي.

وبالرغم من وجود هذه الاختلافات الدقيقة، فإن كلا المفهومين يشكلان

أن تنتج عن أسباب متعددة تجعل إمكانية مقارنتها تتخذ أبعاداً متباينة كما أشار البورت قائلاً: "لكل باحث الحرية في اختيار مقارنته، شريطة أن يحترم المجموعة المكونة للحقل الإيتولوجي"<sup>16</sup>.

### خصائص ومميزات الاتجاهات المتصلبة

تعتبر الاتجاهات المتصلبة من أبرز المؤشرات الدالة على المدى الذي يحتله الجانب السيكولوجي في معرفتنا. فإذا كان الوسط الاجتماعي مقسماً إلى تصنيفات ملبئة بالدلالات، فإن الاتجاهات المتصلبة تمثل الوجه البارز لتلك التصنيفات، التي تؤثر بشكل واضح على إدراكات الأفراد وتمثلاتهم. ورغبة منا في المزيد من التعرف على هذا النوع من الاتجاهات، نقف عند أهم خصائصها وهي كالتالي:

#### 1. الطابع الانفعالي

تقوم الاتجاهات المتصلبة على قاعدة انفعالية ذات طابع دفاعي، مما يفسر حضورها المكثف ضمن الاختلافات الإثنية بين الأفراد، وكذا نحو الأقليات. لذلك فلا غرابة أن تبرز على شكل خطاب دغمائي، يقوم في غالبية الأحيان بعملية التأكيد والتكرار موارياً ظهره للسؤال هروباً من التعقيد، متوخياً البساطة والوضوح. مما يدل على استحالة اتصاف الاتجاهات المتصلبة بالموضوعية أو الحياد. وهنا تبدأ خطورتها كسيرورات معرفية، لأنها سوف تشكل بالضرورة عائقاً يحول دون التأويل العلمي، أو بالأحرى التأويل المناسب لخصوصية الموقف أو الشيء. ويوضح ذلك ليبمان قائلاً: "إننا لا نشاهد قبل أن نقوم بعملية التعريف والتحديد، وإنما نحدد ونعطي تعريفات من قبل أن نشاهد"<sup>17</sup>.

ولقد بين شريف من خلال أعماله طبيعة التداخل الجدلي، بين الاتجاهات المتصلبة ونوعية العلاقات التفاعلية. فأغلب العلاقات بين الجماعات تقوم في نظره على نوع معين من الإدراكات، التي تحقها كل جماعة بالأخرى، بحيث يصعب الحديث عن مميزات اجتماعية خالصة دون أن تكون مصحوبة بمميزات علائقية. كما بينت تجارب أخرى مدى ارتباط النماذج المنمطة بنوعية التفاعل. فإن احتاجت جماعة ما لمصلحة ما، إنشاء علاقة ودية مع الجماعات المغايرة، فإنها سوف تسند إليها مجموعة من الخصائص الإيجابية والعكس صحيح.

ومن بين الدراسات التي بينت هذا الطابع الانفعالي للاتجاهات المتصلبة، أعمال كل من ليكرت ومورفي<sup>18</sup>، التي أكدت بأن الشخصية الحاملة للاتجاهات المتصلبة، هي في الغالب شخصية محافظة، متمسكة تمسكاً أعمى بالقيم الثقافية والوطنية. فالأفراد المتبنين للاتجاهات المتصلبة هم في الغالب:

\* الأكثر تشبهاً بالقيم الاجتماعية بصفة قسرية وكأنها حقائق خالدة.

\* الأكثر حساسية نحو التأثير الاجتماعي.

\* الأكثر ميلاً نحو إصدار الأحكام القاسية والمتطرفة.

هذا بالإضافة إلى مجموعة من التجارب الأخرى، التي بينت بأن الأبناء المتبنين للاتجاهات المتصلبة، غالباً ما يتصفون بالديكتاتورية ويميلون إلى التأكيد على النظام والخضوع والمحافظة في طريقة تربيتهم لأبنائهم.

#### 2. الأصل المجهول

من أبرز الخصائص المميزة للاتجاهات المتصلبة أيضاً، كونها عبارة عن تمثيلات معقدة نسبياً لا أحد يعرف لها أصلاً واضحاً، فهي عبارة عن تمثيلات مرتبطة بأحكام قيمة، ومعبر عنها بعلامات لسنية مجهولة الأصل. فما يعرف عنها هو تداولها وانتشارها بدرجة عالية من التشابه، لكن لا أحد يستطيع أن يحدد أصولها أو منابعها الأولى. فهي مشاعة ومتداولة وموروثة عن الأجداد، تتناقلها الأمثال الشعبية فتحكي عنها وتكررها.

ارتباط وثيق بين شيوع النماذج المنمطة، ونوعية العلاقات القائمة ما بين الجماعات. إذ يكفي في غالبية الأحيان أن يتم إدراك الفوارق أو الإحساس بوجودها من لدن أفراد الجماعات المتباينة، كي تتضمن تمثلاتهم عن بعضهم البعض مجموعة من التحريفات أو التحيزات.

وتجدر الإشارة إلى أن تباين هذه المقاربات، لا يلغي تأكيدها على ضرورة الاهتمام بالظروف التي يتم فيها الاتصال بين الجماعات. وذلك لأن عملية بلورة وتطور النماذج المنمطة، لا يمكن أن تتم بعيداً عن نطاق العلاقات الجماعية لسببين رئيسيين: يرجع أولهما لتمحورها حول التفاعلات الاجتماعية. كما يرجع ثانيهما إلى الغرض الذي أنتجت من أجلها، والذي يتمثل في تقييم الجماعة لذاتها من جهة، وللجماعات الأخرى المتفاعلة معها من جهة ثانية. وبناء على ذلك فهي تمثل نوعاً من الاتجاهات، التي لا تأخذ معناها وأهميتها إلا داخل ظروف وملابسات تتيح إمكانية التفاعل بين الجماعات المغايرة ورغبتها في تصنيف بعضها البعض، وقد يتم ذلك مثلاً بالاعتماد على لون البشرة، أو الممارسات الدينية أو الانتماءات العرقية أو غيرها من المؤشرات السطحية والعاملة.

وقد بينت تجارب كل من تاجفيل وشريف، بأن مسألة تقسيم الأفراد إلى جماعات، تمثل في حد ذاتها عاملاً كافياً لخلق الاتجاهات المتصلبة عند كليهما. فبمجرد ما يتم اللقاء بين جماعتين مختلفتين، توظف الإدراكات وفقاً لنوعية العلاقات التي سوف تسود بينهما (نظرية حول تضارب المصالح، ونظرية taifel حول الهوية الاجتماعية). الشيء الذي يبرر الطابع الاجتماعي لهذه الاتجاهات، التي تكاد لا تتأثر بالعلاقات السيكوفردية. مما تبقى معه النظرية القائلة بالاتصال، غير كافية في نظر الباحثين لتفسير الملامبات التي يتم فيها الاحتكاك بين الجماعات.

وفي هذا الاتجاه يرى تاجفيل<sup>14</sup>، بأنه يكفي الإعلان عن الاختلاف لكي تنشأ النماذج المنمطة وترسخ، دون ما حاجة إلى خلق ظروف الصراع أو التنافس. بل يكفي في بعض الأحيان أن يحدث التصنيف بناء على حجج متخيلة، كي يؤدي الأمر إلى خلق سلوكيات تتم عن الشعور بالميز. وبناء على ذلك يمكننا القول، بأن الإحساس بالنحن، يمثل لوحده شرطاً حيوياً في تذكية عامل التفرقة والتفاضل بين جماعات الانتماء والجماعات المغايرة

فحينما أتاحت الفرصة لإنشاء علاقات بين جماعات مختلفة، إلا وكانت سبباً كافياً لخلق تمثيلات سيكوجتماعية مزودة دينامية خاصة، قابلة لأن تتحول إلى إيديولوجيات مستقلة نسبياً. ولقد أبرز دواز W.Doise<sup>15</sup>، في دراسته للعلاقات بين الجماعات المتباينة، الدور الحاسم للتمثيلات الجماعية في عمليات التفاعل المابين جماعي. كما أكد أن إمكانية تغيير هذه التمثيلات رهينة بتغيير العلاقات الموجودة وكيفية حدوثها وتطورها. الشيء الذي يدل على عدم ارتباط نشأة النماذج المنمطة بإدراك موضوعي أو نية مبيتة سابقة، وإنما باستتاده إلى تقييمات خاصة للعلاقات القائمة بين الجماعات. وبناء على ذلك، يمكننا القول بأن تكوين الانطباعات حول الآخر، هو بشكل من الأشكال مدخلاً لبلورة للنماذج المنمطة بصدده، لأن هذه الانطباعات لن تكون محايدة أو وصفية، لكونها تمثيلات نابعة من النسق المرجعي للفرد، بكل ما يحمله هذا الأخير من تقييمات وتصنيفات ثقافية ذات صبغة جماعية واضحة.

وعليه فإن التوجه الذي يحتل مركز الصدارة في تفسير نشأة الاتجاهات المتصلبة، هو الموقف القائل بوجود صلة وطيدة بين الأوضاع السيكوجتماعية للأفراد إبان قيامهم بعملية الإدراك، والتمثيلات المبلورة في أذهانهم، بكل ما تتضمنه هذه التمثيلات من معاني عاطفية سلبية كانت أو إيجابية. تلك إذن هي الأسباب التي تمكننا من الوقوف بجلاء على الصبغة السيكوجتماعية لهذه الاتجاهات المتصلبة، وهي كما سبقنا الإشارة، يمكن



ويمكن القول بأن صفة التعميم والانتشار، هي التي تجعل من بعض تمثلاتنا نماذج منمطة، تدفع إلى إسناد صفات معينة على كل الأفراد المنتمين إلى نفس الجماعة. فتصبح كلمة "العرب" مثلا، بكل ما يمكن أن تحمله من تقييمات، تصدق على كل "عربي" وكذلك لفظ "يهودي" تفيد كل اليهود، وهكذا.

#### 5- الطابع الاختزالي

لهذه الصفة الاختزالية علاقة وطيدة بالصفة السابقة، إذ أن كل تعميم إلا ونجده يتضمن اختزالا واستلابا للآخر، سواء أكان هذا الآخر شعبا أم جماعة إثنية أم أمة بكاملها. فاستعمالنا للاتجاهات المتصلبة يضعنا أمام صنف خاص أو نمط معين، أسندت إليه صفة محددة قد تكون "أ" أو "ب"، ثم يتم بعد ذلك تعميمها وتبنيها كحقيقة خالدة تصدق على كل من ينتمي إلى تلك الجماعة. فنجد كما سبقت الإشارة، كلمة "العربي"، تفيد كل العرب، و"اليهودي" تفيد كل اليهود وهكذا. مع العلم بأن هذه الصفة يمكن أن تكون غريبة عن الشخص الذي تستند إليه، إما لكونها لا تنطبق عليه، وإما لكونها مجهولة من طرفه ولا يمت إليها بأية صلة. وذلك لارتباط الاتجاهات المتصلبة على اختلاف محتوياتها بالصيغ الموحدة.

وينبه زاجونك<sup>21</sup>، إلى سلبيات الاختزال، الذي يقلل في نظره من الثراء الكامن في بينتنا، فيفقد من ردود أفعالنا ويفقد من إمكانياتنا المعرفية. مما تصبح معه الاتجاهات المتصلبة بنوعها، عبارة عن ميكانيزمات تعمل على اختزال الإدراك، سواء تعلق الأمر بالأشخاص أم بالجماعات، إضافة إلى توليها مهمة توليد التوقعات وذلك ما يفسر بالفعل وظيفتها الاختزالية.

ونشير بأن اهتمام العلماء بهذه الخاصية الاختزالية للاتجاهات المتصلبة، جعلهم يقفون على خلفية سيكولوجية لدى الإنسان، ألا وهي ميله نحو العمليات السيكومعرفية ذات الطابع السهل والسريع. فلما نود إصدار أحكام أو تقييمات بصدد شخص ما، فإننا غالبا ما ننظر إليه من خلال انتمائه الفئوي (الطبقي أو الفئوي أو السياسي...) وقلمنا ننظر إليه كفرد منعزل. ويعود السبب في ذلك حسب بعض الباحثين في مجال علم النفس الاجتماعي، إلى ميلنا الطبيعي نحو أبسط وأسهل وأسرع العمليات الفكرية. ونشير هنا بأن وجود هذا الميل في الإنسان لا ينفي رغبته في الانتقاد أو التحيص وإعادة النظر في الأمور قبل الحكم عليها، إلا أن هذه العمليات تبقى مكلفة سيكولوجيا. لذلك غالبا ما يميل معظم الأشخاص نحو الاختيار الأريح، الذي يتمثل في الاعتماد على المفاهيم الجاهزة. وفي ظل هذه البنيات الفكرية الإنسانية، يصبح ميلنا نحو التعميم والتصنيف، بمثابة تلبية لرغبة طبيعية تسعى نحو الادخار والاقتصاد في المجهودات الفكرية.

#### 6. الطابع العنصري

تمثل العنصرية والميز، أخطر خصائص الاتجاهات المتصلبة، مما جعلها تشكل بؤرة اهتمام مختلف الباحثين. وما العنصرية في نهاية المطاف سوى مجموعة من الاتجاهات الميزية التقييمية التي يتم إسنادها إلى أفراد أو جماعات. وفقا لتمثلات صادرة عن أنساق ثقافية واجتماعية مغايرة، قلمنا تستند على معطيات واقعية أو وصف موضوعي لخصائص الأفراد أو الجماعات المعنية.

وتبرز خطورة النزعة العنصرية للاتجاهات المتصلبة حسب كل من تايلور وروتيارت<sup>21</sup>، في عدم تمكن الأفراد من الاعتراف بأن تلك التصنيفات، هي مجرد اتفاقات جماعية وليست انعكاسا لواقع عيني.

صحيح بأننا لو نظرنا إلى هذا الموضوع من زاوية فلسفية، فسوف نجد بأن كل حديث عن وجود الذات إلا ويتضمن نوعا من الميز، على اعتبار أن إثبات الفرد لذاته "كذات" مستقلة ومتميزة، لا يمكن أن يتم خارج

إنها عبارة عن معتقدات ثقافية ينشأها الأفراد، تجعل أصولها، وتنتشر عن طريق التواصل. مما يجعلنا نلمس ابتعادها عن التجارب الشخصية أو الخبرات الواقعية المعاشة، وإلا لكان من الممكن معرفة أصولها أو على الأقل توضيح الظروف والملابسات التي أدت إلى ظهورها. لذلك فهي تبقى مرتبطة بالثقافة وبوسائل الإعلام الأكثر شعبية وتداولاً، مما يحافظ على تماسكها وترسخها في الأذهان لدى كل الفئات، مهما اختلفت مستوياتهم الثقافية والاجتماعية. ويكفي الرجوع إلى مختلف الأنساق اللغوية، لكي نلمس الوجود المكثف للأمثال الشعبية التي لا يقتصر تداولها على فئة أو جماعة.

#### 3. الترسخ والثبات

غالبا ما يقال بأن أهم ما تتميز به الاتجاهات المتصلبة، هو ترسخها وثباتها وصعوبة تغييرها حتى وإن تبين خطئها. ولعل ذلك ما حذى إلى وصفها "بالكليشاهات الذهنية"، وكأنها ملصقات تفرضها على الواقع، حتى نضمن ترسخها وثباتها وشيوعها على مستوى الزمان والمكان.

ولقد قام كل من كوفمان وكارلاينس<sup>19</sup>، بتجارب بينت توراث الأمريكان البيض لمجموعة من الاتجاهات المتصلبة نحو الزواج، منها مثلا نعتهم بالكسل والانساخ والعنف وغيرها من الأوصاف القذحية الأخرى، التي أثبتت الدراسات والتجارب أنها ليست سوى مجرد نماذج منمطة، وأحكام مسبقة رسخت بنفس الحدة لمدة عشرين سنة.

أما هيوستون وجاسبار (1982-1984)، فقد أكدا في أبحاثهما على الدور الذي تلعبه الاتجاهات المتصلبة في ترسيخ الإسنادات الفارقة. فإذا كان سلوك الفرد مطابقا للنماذج المنمطة المتداولة، فمعنى ذلك أن هذه التمثلات صحيحة لا تحتمل الشك، مما يزكي ترسخها والتشبث بها كحقائق يثبتها الواقع العيني. أما إذا كان سلوك الفرد مغايرا لما هو رائج من نماذج منمطة، فإن هذا السلوك غالبا ما ينظر إليه كاستثناء، بغرض الحفاظ على ترسخ هذه النماذج المنمطة وثباتها.

فكل الخبرات التي لا يلمس فيها الأفراد تطابقا مع اتجاهاتهم، غالبا ما يتم نسيانها رغم صحة دلالتها والعكس صحيح. فبدلا من الشك في الاتجاهات المتصلبة المتداولة والتعامل معها كاحتمالات أو توقعات، نجد الأفراد يتغاضون عن طبيعتها الاحتمالية مضمين عليها طابع اليقين، لقدرتها على مقاومة كل التجارب المضادة لها (مهما تبين وضوح هذه الأخيرة) مما يساهم في تأكيدها وثباتها.

#### 4. التعميم

إن الاتجاهات المتصلبة كما سبقت الإشارة هي نوع من "الكليشاهات"، أي تمثلات تلتصق بجسم الثقافات والشعوب أو الجماعات "كالجذام"، دون أن تأخذ بعين الاعتبار أية خصوصيات طبقية أو مزاجية فردية، وذلك ما عرفه الباحثون "بالإثنونومية". حيث تنعت أمم أو مجتمعات أو جماعات، الخ، بصفات تم انتقاؤها، بناء على أصداء أو إشاعات وأحيانا مجرد خرافات لا تمت إلى الواقع بصلة.

وتجدر الإشارة إلى كون التبسيط والتعميم فيها، غالبا ما يتم على مستويين كالاتي:

أ- على مستوى التمديد والتوسع: حيث يتم إسناد نفس الخصائص إلى كل الأفراد المعنيين، مما يفرضي إلى جمعهم تحت نفس اللقب أو الكلمة. فيقال مثلا، السود عنيفون، أو اليهود منافقون أو الصينيون هادنون، إلى غير ذلك من الوصاف المعجمة.

ب- على مستوى الفهم: حيث نلمس التطرف في التعبير اللغوي، باستعمال كلمات تعتبر في حد ذاتها نماذج منمطة، منها مثلا: منافقون، عنيفون، هادون، طيعون... إلخ.

ينعاشون بشكل طبيعي دون أدنى إحساس بالعنصرية أو الميز، وبأن هذه الإحساسات سرعان ما تبدأ في الظهور، لما يبلغ الأطفال السن التي تمكنهم من التأثر باتجاهات الآباء أو المدرسين.

تفيد هذه التجارب ومثيلاتها، خطأ كل نظرية تقول بوجود ميل طبيعي في الإنسان نحو العنصرية أو الميز، فالأمر كما نرى مرتبط بالتنشئة الاجتماعية وبما تمرره من اتجاهات ضمن نسقها التعليمي أو السيكوتقافي. فإذا كانت الدراسات الفلسفية قد بينت وجود ميل طبيعي في الإنسان نحو تصنيف الأشياء، فذلك راجع لرغبته في معرفتها وموضع ذاتها بينها. ولا يمكننا أن نستنتج من ذلك بأن له ميل طبيعي نحو القيام بتمييزات تقييمية أو عنصرية. فنفور الشخص أو كراهيته لمن هو مختلف عنه، أمر ناتج عن وجود اختلافات ذات طابع ثقافي اجتماعي، لا علاقة لها بما هو بيولوجي أو قصري.

### انعكاسات الاتجاهات المتصلبة وخطورتها

في نطاق تبادل التقييمات الثقافية، نلمس أهمية الدور الذي تلعبه كل النماذج المنطقية والأحكام المسبقة، لتوليها عقلنة سائر الاتجاهات العنصرية والفدحية نحو تلك الجماعات التي مورس الميز ضدها أو التي حرمت من الخطوة الاجتماعية. وذلك لما تتضمنه من شحنات انفعالية قوية، تحول دون قيامها على تفكير منطقي أو موضوعي، وتدفع بها نحو تبني التعصب والميز. ونقصد بالتعصب هنا "اتجاه يتسم بالنفور أو العدوان، نحو شخص ينتمي لجماعة ما لمجرد أنه ينتمي لهذه الجماعة".<sup>24</sup>

وتلعب الاتجاهات المتصلبة دور ميكانيزمات سيكوجتماعية منبهة، تعمل على إخبارنا بشكل مستمر، على أن "هؤلاء" ليسوا مثلنا ومختلفون عنا، وبالتالي يجب أن نتصرف إزاءهم بطريقة خاصة. مما يجعلنا داخل حلقة مفرغة تتضمن الميز كسيرورة تفاعلية موجهة للسلوك بغرض تأكيد الاتجاهات المتصلبة من جهة، كما تتضمن الاتجاهات المتصلبة كتمثلات تعمل على تبرير تلك السلوكيات الميزية من جهة ثانية. الشيء الذي نستنتج من خلاله استحالة وجود ميز غير مصاحب باتجاهات متصلبة، واستحالة وجود اتجاهات متصلبة غير متضمنة لتمثلات ميزية عنصرية، فكل منهما يستدعي الثاني ويحقق وجوده من خلاله.

وتمثل كل من العنصرية والميز أحد أبرز المشاكل المطروحة في مناطق عديدة من العالم، مما جعلهما يستقطبان اهتمام مختلف الباحثين ضمن تخصصات متباينة. فإذا كانت السنوات الأخيرة من القرن العشرين تعرف "بعصر الاتصال"، لما يحصل من تطورات هائلة على مستوى وسائل الاتصال السمعية منها أو البصرية، فإن المفارقة هو أن التطور قد حمل معه تقلصا كبيرا على مستوى "التواصل". والدليل على ذلك، ما يعانيه العالم المعاصر من مشاكل ناتجة عن الانغلاق والتعصب بجميع ألوانه، سواء منها الإثني أو الديني أو الثقافي أو العرقي... الخ. الشيء الذي نلمسه بشكل مستمر في نشرات الأخبار اليومية عن الصراع الفلسطيني الإسرائيلي، البوسنة والهرسك، العلاقة بين البيض والسود في أمريكا، الصراعات السياسية في الجزائر، هذا فضلا عن كل أشكال العنصرية والميز ضد المهاجرين الأجانب... وغيرها من الأمثلة الدالة على انغلاق الشعوب والثقافات والأفراد، مع ندرة المبادرات الراضية فعلا في تحقيق التلاقح والانفتاح.

ويبقى تطور وسائل الاتصال مع ندرة التواصل، أحد أبرز المفارقات التي يعيشها عالمنا المعاصر، رغم ما تقوم به بعض وسائل الاتصال من مجهودات جبارة في التوعية والتنبيه إلى انتماء الجنس البشري بجميع أصنافه وألوانه إلى وحدة فيزيائية إنسانية، وبأننا نوجد بداخل نفس المعمعة، وبأنه من مصلحتنا كشر بأن لا نسعى إلى تعميق الخلافات

مرجعيات للإثبات تتعارض بالضرورة مع أنواع الوجود الأخرى. ولقد تم التعبير عن ذلك على مر التاريخ ضمن سياقات كلاسيكية من قبيل :

\* أنا ضد أخي.

\* أنا وأخي ضد أبي.

\* أنا وأخي مع أبي ضد جماعتي أو عشيرتي.

\* أنا مع جماعتي ضد الغريب.

فتحديد الذات وإثباتها لوجودها، أمر لا يمكن أن يتم في استقلال عن الآخر، الذي يشكل بعدا من أبعاد الهوية الذاتية. ومن هذا المنطلق تصبح سيرورة التمييز والتصنيف... بمثابة ميكانيزمات حيوية لأجل نمو وتفتح الهوية الذاتية.

وتأتي التنشئة الاجتماعية على رأس قائمة عمليات التطبيع الاجتماعي، لتوليها مهمة غرس "الأنا الاجتماعي" إلى جانب "الأنا الفردي" أو الذاتي، رغم ما يوجد بينهما من اختلاف وتناقض. لأن الفرد لا يحس بوجوده الاجتماعي إلا من خلال إحساسه بوجود الآخرين في صميم أعماقه، ولعل جوليا كريستيفا، من بين أهم من سعى إلى توضيح هذا التداخل الذي يصبح معه الاختلاف جزء من كينونة الإنسان وعاملا أساسيا في تكوينه لذاته وإحساسه "بأنه". وذلك من خلال قولتها الشهيرة بأن "إن الآخر الغريب يسكننا على شكل غريب". ولعل هذا الإحساس بالاختلاف مع وجود الرغبة في تمييز الذات وتفرداها، هو الذي أفضى ببعض الباحثين إلى القول بأن "العنصرية هي الوضعية الطبيعية للإنسان"، مادما نوجد ضمن عالم يكتفه التعدد والاختلاف.

إلا أن الحديث عن الميز داخل حقل السيكوسوسيولوجيا، لا يقف عند رغبة الفرد في تمييزه لذاته أو تصنيفه الأشياء لأجل معرفتها. وذلك لترتيبه الموضوعات وتصنيفها اعتمادا على معايير ثقافية، غالبا ما تكون مبررة بمجموعة من الاتجاهات المتصلبة، التي تهدف إلى خلق نوع من المسافة مع الآخر الغير المرغوب فيه بغية إبعاده وتهميشه.

ولقد تولى هارطلي<sup>23</sup>، القيام بتجربة اعتمد فيها مقياس المسافة الاجتماعية لبوغردوس لأجل الاطلاع على اتجاهات جماعة من الطلبة الأمريكيين نحو 35 جماعة إثنية. ولقد تعمد الباحث إقحام ثلاث جماعات وهمية أطلق عليها أسماء من نسج الخيال، فكانت النتائج كالتالي: أن عددا قليلا من الطلبة فحسب، هم الذين لم يبدوا بأي جواب تجاه تلك الجماعات غير المعروفة أو المجهولة بالنسبة لهم (والمقصود بها تلك الجماعات الحقيقية منها والوهمية، بشكل ينم عن وجود مسافة اجتماعية أوسع).

مما استنتج بعده هارطلي بأن الاتجاهات المعبرة عن العنصرية والميز، هي في الغالب تمثلات لا تمت بأية صلة إلى التجارب أو الخبرات الشخصية للأفراد. فيكفي أن تكون الجماعة غريبة أو غير معروفة، لكي يصبح ذلك بمثابة مبرر كاف لرفضها وإبعادها أو تهميشها. وذلك هو نفس ما أكدته أبحاث طاجفيل الذي استنتج بدوره أن الميز هو ظاهرة جماعية، لا تمت بصلة إلى الظروف أو الملابس الفردية. وذلك بناء على تجارب اعتمد فيها تطبيق الاختبارات السوسيوميتريية لمورينو، على مجموعة من الأطفال من جنوب الولايات المتحدة الأمريكية، حيث يسود الميز العنصري بين البيض والسود في أجل وأبشع صورته. ولقد انطلق الباحث في بداية هذه التجربة من عينة مكونة من أطفال الصفوف الأولية، (روض الأطفال) طرح عليهم السؤال التالي: بجانب من تفضل الجلوس في المقعد داخل القسم؟ فاستنتج بأن الأطفال في هذه السن لم يعيروا عن وجود أية بوادر أو مؤشرات واضحة نحو الميز العنصري، مما يدل في نظره على أن "الماغير المرفوض"، لا يوجد بالفطرة بين هؤلاء الأطفال الذين

التي أثبتت بأن الطفل الأمريكي الأبيض يلعب مع الطفل الأسود دون أدنى إحساس بالميز، وبأن الفرق الوارد بين الطفل الأبيض والرجل الأبيض، يشير إلى أهمية العوامل الثقافية وأساليب التنشئة. مما يؤكد بأن الطفل خلال سنواته الأولى يظل بمنأى عن التعصب العنصري السائد في وسطه الثقافي.

وعلاوة على أعمال مورينو توجد مجموعة من الأبحاث التي درست الميز في مختلف أشكاله المعروفة عبر التاريخ، كالعنصرية تجاه اليهود والزواج والمهاجرين الأجانب وغيرها، والتي توصلت إلى نفس النتائج مؤكدة ارتباط الميز بالثقافة والمصالح المضرة أو المعلن عنها. ومن ثمة، تم استبعاد كل فكرة قائمة بوجود ميول فطرية أو طبيعية في الإنسان، يمكن أن تؤدي إلى تهميش الآخر المغاير أو إقصائه، كما يحدث في السلوكيات العنصرية أو الميزية على اختلاف أنواعها.

ولا يجب الخلط في هذا المجال مع ما أشارت إليه بعض الدراسات الأنثروبولوجية، حيث لاحظ بعض الباحثين بأن "كل المجتمعات وعبر كل الحضارات والحقب التاريخية نلمس رفض الغريب وإقصاؤه. هذا الرفض غالباً ما يكون مصاحباً بالعدوان عليه وعدم الثقة فيه، ومرد ذلك بالأساس إلى غرابته أو مغايرته".<sup>27</sup> بحيث يبقى سبب الرفض في مثل هذه الحالات، ناتج عن الخوف وليس لوجود ميول فطرية نحو الميز والرغبة في احتقار الآخر.

ولقد لفت كلود ليفي ستروس الإشارة (1968)<sup>28</sup> إلى هذه النزعة الإنسانية نحو وضع الحدود مع الآخر المغاير، مبرزا كيف وصول هذه الميول لدى بعض القبائل إلى حدود إقصاء الآخر الغريب من دائرة الإنسانية. فهناك "عدد كبير من القبائل البدائية التي لا تستعمل مفهوم "إنسان" سوى لتعيين أفرادها، مقصية كل القبائل المغايرة من دائرة الإنسانية التي توففها عند حدود القبيلة أو الجماعة اللغوية وأحياناً عند الحدود المجالية (كالقرية مثلاً).

ولقد تولت الدراسات السيكولوجية المعاصرة، تفسير هذه النزعة نحو رفض الغريب وإقصائه بناء على امتلاك الإنسان لميكانيزمات سيكولوجية، سرعان ما تعلن عن نفسها كلما وجد أمام الآخر المختلف، لما يثيره هذا الأخير من مشاعر الخوف وعدم الاطمئنان. ومن بين المؤشرات الدالة على ذلك، أن الشعوب البدائية لم تكن واعية بمسألة "العرق" ولم تكن تعطيها أهمية قصوى، ورغم ذلك نجدها تعادي وتقضي كل من هو مخالف لها. مما يفيد بأن رفض الغريب ومعاداته، مسألة تعود إلى ما تثيره هذه الغرابة من شعور بالخوف والقلق وضرورة أخذ الحذر، أكثر مما تعود إلى مجرد اختلافه.

ولعل هذا الخوف من المغاير المختلف المزوج بالتمثيلات التي تجعل منه كائناً "شاذاً" أو "غير طبيعي"، هي التي تدفع في الكثير من الأحيان إلى تبني السلوكيات الميزية والتصرفات العنصرية نحوه. فما الحكم بالغرابة سوى نتاج أطرنا المرجعية الثقافية الذاتية، التي تركز ما يسميه الباحثون "بالتمركز الإثني". وتلك خاصية عالمية وسيرورة سيكولوجية ذات طبيعة إسقاطية تصنيفية، تجعل إدراكنا للآخر مشوباً بمجموعة من التحريفات الناتجة عن شبكة من التأويلات التي ترسخت فينا بطريقة لا شعورية مكونة أطرنا المرجعية.

وبناء على ما سبق يبقى السبب في ظهور التصرفات الميزية أو العنصرية، حسب المقاربة السيكولوجية، هو تأويل تصرفات الغير وتقييم ثقافته من منطلق ثقافة الانتماء والمرجعيات الذاتية، التي توجه تمثيلات الأفراد وإدراكاتهم. وتمثل الاتجاهات المتصلبة أحد أبرز تلك التأطيرات الجاهزة التي تمنحها الثقافات للأفراد، كي تسهل عليهم إدراك واقعهم وضبط قواعده حتى يتمكنوا من معرفته والتكيف معه.

والدفع بها إلى أبعد الحدود. إلا أن مثل أغلب هذه النداءات تبقى بدون جدوى، كما أن الجهود المبذولة من أجل الاستجابة لها تبقى دون المستوى المطلوب، وفي حالة تحققها تظل في أغلب الأحيان بعيدة عن مستوى الطموحات المعبر عنها في هذا المجال.

وإلى جانب وسائل الاتصال، نجد عدداً هائلاً من الخطابات الداعية إلى تكثيف الجهود من أجل التضامن. فهناك البيانات والجمعيات الإنسانية التي تنشر فكرة الإخاء العالمي وتدعو إلى تحقيق التفاعل بين الجماعات. ونذكر كمثال على ذلك ما ورد في ندوة الأمم المتحدة من بنود عن حقوق الإنسان في فيينا يونيو 1993، حيث تمت المناداة بضرورة القضاء بصفة تامة وسريعة على كل أشكال العنصرية والميز العرقي. إلا أن كل هذه الخطابات كما سبق القول، تواجه بمجموعة من العوائق الثقافية والمؤسسية، التي تحول دون تحقيق ما تصبو إليه من أهداف الوحدة والتضامن.

فبقدر ما تكثفت المدن وازدحمت الشقق والمساكن، بقدر ما أصبح الجار لا يعرف شيئاً عن جاره. وبقدر ما تعددت شبكات الاتصال وسهل استعمالها، بقدر ما تقلص التواصل ذو الطابع العاطفي الإنساني، لكي تحل محله العلاقات المادية المصلحية. ويمكننا أن نستحضر هنا تعريف بعض الباحثين في مدرسة شيكاغو "للشخصية الحضرية" حيث يقول: "بالرغم من تعدد فرص اللقاء التي تمنحها الحياة العصرية بداخل المدن، فإن العلاقات الاجتماعية تميل إلى التجاهل والسطحية مع الحيطة والتحفظ في التعامل مع الآخر".<sup>25</sup> مما يستنتج معه بأن التقارب الفيزيقي لا يمثل مؤشراً ضامناً لحصول التقارب السيكولوجي، ما دام المجال كما سبقت الإشارة، لا يشكل العرقلة الوحيدة أمام الانفتاح على الآخر والرغبة في التفاعل معه.

ولعل ظاهرة "القرية بداخل المدينة" المصاحبة للهجرة حسب مدرسة شيكاغو أبرز مؤشر على ذلك، حيث لاحظ الباحثون نكتل الأفراد الذين تجمعهم روابط إثنية، وطنية، وأحياناً مهنية ضمن مجالات سكنية معينة. فإذا نحن تساءلنا عن سبب وجود هذا النوع من التقسيمات، سيكون الجواب منحصراً في "الإحساس بالميز"، الذي يمثل واقعا اجتماعياً هدفه إبعاد الآخر وتسطير الحدود الفيزيائية معه.

وقد تدفعنا هذه الملاحظات إلى طرح التساؤلات التالية: ما مصدر هذا الإحساس بالميز لدى الإنسان؟ هل هو نتاج مشاعر نابغة من طبيعتنا كبشر، أم مجرد تشكل ثقافي تمت بلورته بغية تحقيق أغراض معينة؟ ثم هل يمثل شعور الفرد بتمييزه عاملاً مساعداً على انفتاحه وتقبله للآخر، أم هو شعور يدفعه إلى رفض هذا الآخر وإقصائه؟ ثم ما هي انعكاسات الإحساس بالميز والاختلاف على سيرورة العلاقات السيكولوجية بين الأفراد والجماعات؟

للإجابة عن هذه التساؤلات يمكننا الانطلاق من الاتجاهات المتصلبة موضوع بحثنا، على اعتبار أنها تمثل ميكانيزمات ميزية، تم تعريفها لدى أغلب الباحثين السيكولوجيين كمجموعة من "المعتقدات" التي يتم إسنادها بصفة معممة على أفراد جماعات معينة. وقد تكون هذه الصفات أو النعوت المسندة سلبية أو إيجابية، فيها نصيب من الواقعية أم من نسج الخيال. ولعل في نعت الباحثين لهذا النوع من الاتجاهات "بالمعتقدات"، نوع من الاعتراف الخفي بعدم موضوعيتها، وقيامها على تمثيلات ثقافية معينة، مرتبطة بأساليب تنشئية خاصة، تعكس إراثاً ثقافياً وتقاليد هادفة إلى تحقيق مصالح معينة.

بناء على ذلك تم رفض موقف فرويد، الذي أرجع الميز والتعصب إلى غريزة "تاتانوس".<sup>26</sup> ولقد بين مورينو، خطأ كل نظرية تربط التعصب بالدوافع أو الغرائز الفطرية، بناء على مجموعة من الأبحاث التجريبية

الثانية: وهي من طبيعة سوسيوثقافية مرتبطة بالأوضاع المابينة جماعية، ومهمتها الأساسية هي الحرص على تماسك أعضاء الجماعة وتلاحمهم. ولعل ذلك ما يفسر سعي الأفراد نحو التوحد في الاتجاهات والتفكيريات.

فيكي أحيانا الاطلاع على مضامين الاتجاهات المتصلبة، كي تتمكن من تتبع الخطوط العامة للاستراتيجيات الاجتماعية والانتماءات الفئوية للأفراد سواء أكانوا مصنفين أم مصنوفين. وبناء على ذلك يرى أغلب الباحثين، بأن كل دراسة للاتجاهات المتصلبة لا تراعي الغرض الذي أنشأت من أجله هذه الاتجاهات، إلا وتبقى نتائجها غير دقيقة إن لم نقل مزيفة وخاطئة. وذلك لارتباط كل أشكال "الحكم الاجتماعي" بسلوكات وتفاعلات الأفراد، التي تعكس تمثلات ذات أهداف معينة. وهنا يكمن خطأ النظريات السابقة التي انطلقت من فكرة "اعتبار الإنسان كائن بخيل معرفيا". لتفسير سبب اعتماده على الاتجاهات المتصلبة، دون أن تهتم بالعرض الذي أنشئت من أجله هذه الاتجاهات ولا الأهداف المتوخاة منها.

بناء على ما سبق، نستنتج بأن الاتجاهات المتصلبة هي في الغالب الأعم تحريفات وأخطاء تتاب طرق التفكير والتقييم، يتوجب علينا فهمها في نطاق العلاقات بين الجماعات. ولقد أصبح من اللازم على كل باحث في مجال المعرفة السيكولوجية، الاهتمام بالسباق الاجتماعي لا على أساس كونه مصدر كل المعلومات فحسب، وإنما أيضا باعتباره الحقل المتضمن لكل التبريرات والأهداف المتوخاة من تلك التفاعلات. ولعل هذه الخصوصية المجسدة في عدم الانكباب على ما هو معرفي فحسب، هو ما يميز المجال السيكولوجي-المعرفي، الذي يدرج في حساباته الحوافز والأهداف المتوخاة من التفاعل.

ولعل ما يؤكد ذلك أننا حتى لما ندقق النظر في دلالة مفهوم الآخر "الغريب"، فإننا لا نجد له (كما سبقت الإشارة) معنى مستقل يحدده بعيدا عن مقارنته بغيره. لأن "الغريب" هو تمثّل ذهني وإنشاء سيكولوجي مقارنته ظروف اقتصادية وسياسية معينة. فلا شيء غريب إلا مقارنة بشيء آخر معروف. وبالتالي فإن لكل جماعة نمط خاص في العيش معروف لديها وغريب بالنسبة للآخرين. و يبقى التفتح على الآخر والتسامح والديمقراطية، أمورا لا تكمن في مجرد احترام الآخر والتعامل معه بأدب ولياقة، وإنما في الإيمان بضرورة الاختلاف واعتباره المنبع المتدفق لتعاشينا. فاختلاف الثقافات وتميزها، هو عنوان حيويتهما، والدليل على مدى قدرتها على الإبداع، فهناك حيث تكون أكثر غرابة تكون أكثر فيضا بالحياة، وتكمن قدرتها على الخلق والتفرد.

لذلك يبقى من باب الخيال الظن بأن النية الحسنة أو التسامح أو حب الاطلاع، أمور يمكن أن تكفي لتحقيق الانفتاح على الآخر المغاير. إنه من شأن هذه الميول أن تساعد بدون شك، إلا أنها تبقى غير كافية لخلق علاقة تفهيمية حقيقية، لأن عملية تقبل الآخر في اختلافه بعيدة عن أن تكون مجرد اتجاه تلقائي، وإنما هي في الغالب نتاج لمسيرة تمر عبر الوعي بالذات أولا ثم بالآخرين ثانيا. مما يفيد ضرورة الوعي بأن "الأنا الآخر" هو "أنا" مشابه ومغاير لنا في ذات الوقت، وبأن معرفتنا لذواتنا لا يمكن أن تتم إلا من خلال وعبر الآخر.

ويمثل الابتعاد عن الاتجاهات المتصلبة الخطوة الأولى لتحقيق التواصل وتعلم تقبل الاختلاف، على أساس أنه من صميم طبيعتنا البشرية. ويقول ديردرو: "إنك لن تستطيع تقييم العادات الأوروبية باعتمادك على عادات طابيتي، ولا هذه باعتمادك على قيم وعادات بلدك ووطنك، إنما في حاجة إلى قاعدة "للتقييم" تكون أكثر دقة، لكن ما عساها أن تكون هذه القاعدة؟

وسعيا نحو تعميق فهمنا لهذه العلاقة الجدلية بين كل من الميز والاتجاهات المتصلبة، فإنه يبقى من اللازم مقارنتها من خلال التركيز على الدوافع الكامنة وراء بلورة هذه الاتجاهات المتصلبة المميزة العنصرية، والفوائد التي يجنيها الأفراد من وراء ذلك.

يرى بعض الباحثين بأن الإحباط الذي نتعرض له في طفولتنا المبكرة، يتسبب في خلق ضغوط عاطفية، تتحول فيما بعد إلى عنف أو إلى إحساسات غير مبررة واقعا. ولكي نتخلص من ذلك فإننا نتولى إسقاطها على الآخرين، متسلحين ببعض التبريرات المنطقية كي نحقق التوازن الداخلي وننعم بالرضى عن الذات. ولعل ذلك ما يفسر سماعنا لعبارات كثيرا ما تتكرر على كل الألسنة: "لست أنا الذي أكرهه، بل هو الذي يكرهني ويريد الاعتداء علي". حيث نلمس التبرير والإسقاط، الناجمين عن عدم الشعور بالأمان والثقة في الآخرين، مما يفضي إلى بعض السلوكات العدائية والعنيفة. إلا أن هذه السلوكات غالبا ما تغدو غير مؤلمة، ما دام الشخص مقتنعا بكونه يدافع عن نفسه ويحميها من الآخر الذي يهدده ويتهجم عليه.

من خلال ما سبق نتبين بأن للقواعد الاجتماعية كما نعلم ضغطا على الأفراد، لما يقتضيه العيش ضمن الجماعة من تحكم في الرغبات والميولات الفردية، لأجل إظهار التوافق النفسي والانسجام الاجتماعي مع معايير الجماعة. لذلك يصير من المحتمل جدا أن ترسب في أعماق كل راشد مشاعر عدوانية معمة نحو أفراد مجتمعه، وذلك في مقابل صعوبة العثور على مجتمع يمكن أن يسمح بإظهار هذه المشاعر العدائية نحو جماعات الانتماء. أمام هذا التناقض وحفاظا على التوازن الداخلي، يتولى المجتمع بنفسه مهمة تعيين بعض الأشخاص أو الجماعات، الذين يسمح بأن تفرغ عليهم تلك المشاعر العدائية، دون أن يتعرض الفرد لأية عقوبة أو شعور بالإحراج.

وكمثال على ذلك، سعي بعض المجتمعات المعاصرة التي تضم "السود" و"البيض"، والتي تسمى نفسها دولا ديمقراطية، إلى تعيين (بشكل واضح أو ضمني)، "الإنسان الأسود" كموضوع يمكن أن يفرغ عليه العنف دون أي إحساس بالخجل أو الشعور بالذنب. فنتيح للأفراد إمكانية التعبير عن اتجاهاتهم العنصرية بكامل الارتياح والرضى، تتحول فيه الاتجاهات المتصلبة إلى تمثلات طبيعية ومعقولة، تبرر الميز وتركي السلوكات المتوافقة معه باعتبارها سلوكات ضرورية، ما دامت تدرج تحت غطاء "الدفاع عن النفس وحمايتها". فإذا كان المجتمع يمنع من تفرغ الاتجاهات العدوانية نحو أفرادها، فإنه يتولى في الجهة المقابلة وبشكل من الأشكال، البحث عن "كباش الفداء" وتعيينهم. وكأنه لا مناص من الميز والعنف كميكانيزمات معرفية أو سلوكية للحصول على التوازن السيكولوجي.

وهنا ندرك خطورة الاتجاهات المتصلبة، التي وإن كانت مجرد تمثلات ذهنية، فإن لها من التأثير ما يفوق عددا مهما من العوامل المادية مهما بدت قوية ومسيطر. فليس هناك من خطر على الإنسان، أقوى من خطر سيطرة بعض الأفكار عليه وتمكنها منه. ويزداد الأمر استفحالا لما تكون هذه التمثلات مقتسمة مع الآخرين، مما يحولها بحكم شيوعها إلى حقائق لا مجال للشك فيها، وكان عموميتها تلك هي أبرز ضمان على تجسيدها للنظام الحقيقي للأشياء. وتمثل هذه الخاصيات، سببا حيويا في تبنى الأفراد للاتجاهات المتصلبة وتمسكهم بها في الذاكرة الجماعية، وتناقلها عبر الأجيال كحقائق خالدة، كثيرا ما تتم العودة إليها لتفسير بعض الظواهر الأنية.

فاستنادا إلى هذه الخصائص السابقة، يتبين بأن الاتجاهات المتصلبة توجد عند نقطة التقاء سيوروتين أساسيتين هما:

الأولى: وهي من صنف عقلاني براغماتي، يهدف إلى تصنيف العالم طبقا لجواهر أو مهاييا ثابتة وبسيطة، لأجل تثبيت وتأكيد معتقداتنا الثقافية.

- **Pierre André Taguieff**, La force du préjugé, Essai sur le racisme et ses doubles, Ed, La Découverte, 1987.
- **Verena Aebicher et Dominique Oberlé**, Le groupe en psychologie sociale, DUNOD, Paris, 1990.
- **Vincent Yzerbyl et George Chadron**, « Stéréotypes et jugement social », In stéréotypes discriminations et relations intergroupes, Ed : Margada, 1994.
- **Yves Grafmeyer**, Sociologie urbaine, Ed, Nathan, Paris, 1998.

#### هوامش النص

- Gustave -Nicolas, Fischer, les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Presses de (2 L'université de Montréal, DUNOD, 1987, p.36-37.
- <sup>2</sup> -Jean.Maisonneuve, Introduction à la psychosociologie, P.U.F, Paris,.1989 p128.-
- <sup>3</sup> - عبد اللطيف خليفة وعبد المنعم شحانة محمود، سيكولوجية الاتجاهات، دار الغرب للطباعة والنشر والتوزيع، 1993ص.37.
- <sup>4</sup> - G.N..Fischer, Op.Cit, p.105.
- <sup>5</sup> - -Paolo. Fachi, « Introduction :Identité Altérité » Maroc Europe, Edi. La porte, 1992, N.3, p.27.
- <sup>6</sup> - Frédéric Muné et Matamala, « Préjuicios esteriotipos y grupos sociales », In creencias actitudes y valores, Alhambra, Madrid, 1989, p.320
- <sup>7</sup> - Frédéric Muné et Matamala, Ibid, p. 321.
- <sup>8</sup> - Pierre André Taguieff, La force du préjugé, Essai sur le racisme et ses doubles, Ed, La Découverte, 1987, p. 242.
- <sup>9</sup> - Otto - Klinberg,Psychologie sociale, Tome second, P.U.F, Paris, 1959, p.544.
- <sup>10</sup> - G.N..Fischer, Op.Cit, p.104.
- <sup>11</sup> - Frédéric Muné et Matamala, Op.Cit, 316.
- <sup>12</sup> - Felipe Leyens et Richard Bourhis, « Perceptios et relations intergroupes », In stéréotypes discriminations et relations intergroupes, Ed : Margada, 1994, p.350.
- <sup>13</sup> - Otto Klinberg, Op.Cit, 585.
- <sup>14</sup> - Verena Aebicher et Dominique Oberlé, Le groupe en psychologie sociale, DUNOD, Paris, 1990, P.91.
- <sup>15</sup> - Geneviève Vinsonneau, « psychologie sociale et conflit interethnique », Migrant, - formation, N°8, Mars 1990, p.311.

فإذا نحن دققنا النظر في أبعاد الاختلاف والتباين بين الثقافات، فسوف نجد كما أشار لفي ستروس بأنها تمثل "مصدر انبثاق فكرة الحق الطبيعي ذاتها". فالاختلاف غير مقتصر على الثقافات والجماعات، وإنما هو جزء لا يتجزأ من صميم طبيعة الشخصية المتفردة (الوعي وللوعي، الأنا والأنا الأعلى والهو) حيث يشكل الآخر بعدا من أبعاد الهوية الذاتية. لذلك فالقاعدة التي تسأل عنها ديبرو، قد تكمن ربما في ضرورة إعادة النظر في التنشئة الاجتماعية، وفي ما تمرره وسائل الدعاية والإعلام والتوجهات السياسية التي لا يجب أن تصب في خطاب يدعو إلى نبذ الميز والعنصرية، بقدر ما يجب أن تجعل الأفراد مقتنعين بضرورة بذل الجهود من أجل الدخول في علاقات تفاعلية واسعة، لما لهذه الممارسات من تأثيرات بالغة الأهمية على سيرورة فهم الذات وتحريرها.

#### ببليوغرافيا

- شفيق رضوان، علم النفس الاجتماعي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، الطبعة الأولى، 1996.
- عبد اللطيف خليفة وعبد المنعم شحانة محمود، سيكولوجية الاتجاهات، دار الغرب للطباعة والنشر والتوزيع، 1993.
- **Angel Rodrigex Gonzalez**, « Interpretacion de las actitudes », In creencias actitudes y valores,
- **Danièle Lochak**, Etranger de quel droit ?, P.U.F, Paris, 1985.
- **Felipe Leyens et Richard Bourhis**, « Perceptios et relations intergroupes », In stéréotypes discriminations et relations intergroupes, Ed : Margada, 1994.
- **Frédéric Muné et Matamala**, « Préjuicios esteriotipos y grupos sociales », In creencias actitudes y valores, Alhambra, Madrid, 1989, p.320
- **J.R.Ladmiral et E.M.Lypiansky**, La communication interculturelle, Armand - Colin, Paris, 1989.
- **Geneviève Vinsonneau**, « psychologie sociale et conflit interethnique », Migrant, - formation, N°8, Mars 1990.
- **Gustave -Nicolas, Fischer**, les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Presses de (2 L'université de Montréal, DUNOD, 1987.
- **Jean.Maisonneuve**, Introduction à la psychosociologie, P.U.F, Paris,
- **Otto - Klinberg**, Psychologie sociale, Tome second, P.U.F, Paris, 1959.
- **Paolo. Fachi**, « Introduction :Identité Altérité » Maroc Europe, Ed. La porte, 1992, N.3.

- 22 - Vincent Yzerbyl et George Chadron, Op.Cit, p. 138.
- 23 - Otto Klinberg, Op.Cit, p. 578.
- 24 - شفيق رضوان، علم النفس الاجتماعي، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، الطبعة الأولى، 1996، ص 179.
- 25 - Yves Grafmeyer, Sociologie urbaine, Ed, Nathan, Paris, 1994, p.15.
- 26 - شفيق رضوان، المرجع السابق، ص 180.
- 27 - Danièle Lochak, Etranger de quel droit ?, P.U.F, Paris, 1985, p.14.
- 28 - J.R.Ladmiral et E.M.Lypiansky, La communication interculturelle, Armand - Colin, Paris, 1989, p.132.
- 16 - Otto Klinberg, Op.Cit, p.604.
- 17 - Vincent Yzerbyl et George Chadron, « Stéréotypes et jugement social », In stéréotypes discriminations et relations intergroupes, Ed : Margada, 1994, p.130.
- 18 - Otto Klinberg, Op.Cit, p.600.
- 19 - Angel Rodrigez Gonzalez, « Interpretacion de las actitudes », In creencias actitudes y valores, Op.Cit, p.331.
- 20 - Geneviève Vinsonneau, « psychologie sociale et conflit interethnique », Migrant, - formation, N°8, Mars 1990, p.37.
- 21 - Angel Rodrigez Gonzalez, Op.Cit, p.316.

## دليل المجلات النفسية العربية الإصدار العربي

The screenshot shows the Arabic version of the ArabPsyNet Journals Guide. It features a header with the site's name and a main table listing various journals. The table has columns for journal names in Arabic, their English titles, and the organizations that publish them. The interface is in Arabic, with a blue and white color scheme.

[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm)

## Arabpsynet Journals Guide English Edition

The screenshot shows the English version of the ArabPsyNet Journals Guide. It features a header with the site's name and a main table listing various journals. The table has columns for journal names in English, their Arabic titles, and the organizations that publish them. The interface is in English, with a blue and white color scheme.

[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm)

## المجلة الإلكترونية لشبكة العالم والنفسية

Index APN eJournal

[www.arabpsynet.com/apn\\_journal/index-apn.htm](http://www.arabpsynet.com/apn_journal/index-apn.htm)

ملف العدد 31 - صيف 2011

"العلاج النفسي... مرونة مستقبلية من خلال تخصصات نفسية متعددة".

المشرف: أ. د. خالد الفخراني  
أستاذ علم النفس - طنطا - مصر  
[fakhrany61@hotmail.com](mailto:fakhrany61@hotmail.com)  
[fakhrany@maktoob.com](mailto:fakhrany@maktoob.com)  
[arabpsynet@gmail.com](mailto:arabpsynet@gmail.com)

آخر أجل لقبول الأبحاث 30 - 06 - 2011

## مارسة السيكولوجيا في المجال التربوي المغربي (تكوين المدرسين في علم النفس نموذجاً)

عبد الإله شرياط - باحث في علم النفس - المركز التربوي الجهوي الرباط المغربي

[abdelilahcharyate@gmail.com](mailto:abdelilahcharyate@gmail.com)

- المدخل القائم على الممارسة/التطبيق المرتبط أساساً بالتدريس الميدانية بالمدارس المخصصة لهذا الغرض، حيث تعتمد المقاربة التكوينية هنا على القرب والاتصال المباشر بالتلاميذ والمدرسين والعاملين بهذه المؤسسات، ويعهد هذا النوع من التكوين إلى مرافقين محترفين في المواد التخصصية يقدمون للطلبة الأساتذة طرائق وتقنيات مرتبطة بما يسمى المعارف التطبيقية التي لها ارتباط بالفعل المباشر في الواقع المدرسي.

- المدخل القائم على المعارف العلمية أو العالمية ذات العلاقة بالعلوم الإنسانية بصفة عامة أو ما يسمى علوم التربية التي تضم مجموعة من العلوم كالسيكولوجيا و السوسولوجيا و التربية و التاريخ و الفلسفة... تتوخى هذه المواد مساعدة الأساتذة المتدربين على فهم الواقع المدرسي انطلاقاً من زاوية محددة و اعتماداً على مسافة معينة. ويعهد هذا النوع من التكوين لأساتذة متخصصين في هذه المجالات.

- مدخل يوظف التكوين اعتماداً على مرجعية أخلاقية أو قيمية استناداً على مبادئ تساهم في توجيهه وتأطير الممارسة المهنية، وهو مدخل يعتبر أن المدرس له رسالة تربوية اتجاه المجتمع و اتجاه جماعة المتعلمين. و يسند هذا النوع من التكوين لأساتذة التشريع وتدبير العلاقات.

لا تشكل هذه المداخل الأربعة أنواعاً لمنطق اشتغال سيرونة تكوين المدرسين فقط بل يمكن اعتبارها أيضاً أطراً مرجعية توجه مسار التكوين الذي يستهدف تنمية الكفايات المهنية الخاصة بالطلبة الأساتذة. تتوقع السيكولوجيا إذا في المدخل الثالث المرتبط بالمعارف العلمية أو العالمية التي تستهدف مساعدة الأساتذة المتدربين على فهم الواقع المدرسي وذلك بتوظيف مسافات معينة بينهم وبين الظواهر التي يعالجونها. وبهذه الوضعية تكون السيكولوجيا ذاتية (من الذوبان) في التخصصات الأخرى مثل الدكتيك العام أو الخاص و منهجيات تدريس المواد التخصصية، أو داخل إجراءات بناء المناهج أو البرامج والمقررات الدراسية، أو مخصصة لتدبير فضاءات الأقسام أو المؤسسات بشكل عام، أو نجدها حاضرة في تدبير زمن التعلم، أو في تقويم هذه الأخيرة. مما يشوش على هويتها العلمية وخصوصية منهجياتها وأدوات تدخلها، كما يشوش هذا الوضع كذلك على المشتغلين بها والمنتمين إليها.

### وضعية السيكولوجيا بمؤسسات التكوين المغربية

رغم أن للسيكولوجيا وضعية تجعل مكانتها داخل منهاج تكوين الطلبة الأساتذة ليست هدفاً في حد ذاته بل وسيلة كي يتمك و يكتسب الأساتذة المتدربون المهارات والمواقف المهنية التي تستجيب للمهام والأدوار التي ستوكل إليهم بعد التخرج. فإن تصنيف الأستاذ، على المستوى الهوياتي المهني، لا يجعل منه لا مساعداً اجتماعياً ولا

لا أحد يشكك اليوم في حاجة الوطن العربي للعلوم الإنسانية أكثر من أي وقت مضى، و للسيكولوجيا أساساً نظراً لتسارع التفاعلات للحظية وتداخل الظروف العولمية التي جعلت من المواطن العربي مواطناً كونياً دون تهييء حيناً، و من حيث لا يدري في كثير من الأحيان. إن تدبير هذا الانتقال بشكل معقل لا يستقيم إلا إذا توفرت للأفراد شروط فهم واستيعاب ما يحدث من حراك وتحولات في الهنا والآن. وتوفير هذه الشروط رهين بقرارات سياسية إيجابية تعزز دور المصاحبة العلمية لهؤلاء الأفراد، والمرافقة الدقيقة لهم بأدوات انتقالية قادرة على تخفيف الصدمات و الرجعات التي تفاجئ الجماعات والأفراد في زمن التغيير الدائم للأنماط والسلوكات والعوائد والمعتقدات أيضاً.

من سيسهل هذا الانتقال النوعي إذن؟ من سيرافق أبناء هذا الوطن الكبير في هذه السيرورة المفروضة؟ إنهم علماء المصاحبة، خبراء المرافقة الذين ينتمون إلى علم دقيق أثبت قيمته العلمية والتخليقية في كثير من المجالات

وفي كثير من الأوطان. علم تقدمت به الأمم التي أدركت أهميته منذ زمان، إنه السيكولوجيا العلم الذي يعاني من ندرة الاعتراف<sup>(1)</sup> كعلم نافع ومن قلة المؤسسات الراعية له والمختبرات و التجهيزات<sup>(2)</sup> الحاضنة لتجاريه

و من دور النشر المعجمة لفره.

هذا هو واقع علم النفس بصفة عامة بالمغرب، هذا الواقع الذي سأحاول في هذه الورقة تقديم إحدى مظاهر ممارسته في أحد المجالات الهامة في حياة الشعوب الذي يستهلك منذ القدم<sup>(3)</sup>، ألا وهو المجال التربوي. سأبين من خلال ما سيأتي مكانة السيكولوجيا داخل منهاج تكوين الأساتذة المتدربين، وكذلك مكانة المكونين المكلفين بتدريس

هذه المادة، وسأختم بالرهانات المعلن عنها في المنظومة التربوية المغربية لإظهار أهمية علم النفس في رفع تحدي الإصلاح المعلن عنه في هذه المنظومة.

### موقعة السيكولوجيا داخل منظومة تكوين الأساتذة المتدربين

من أجل موقعة السيكولوجيا أو مادة علم النفس داخل منظومة التكوين بمراكز تكوين الأساتذة المغربية، لابد من التساؤل عن مداخل منهاج التكوين بصفة عامة قبل التركيز على السيكولوجيا على وجه التخصيص، و لتحقيق هذا الهدف يمكن اختصار هذه المداخل في النقاط التالية:

- المدخل المبني على المعارف التخصصية مثل الدكتيك، يعتمد على سيرونة نقل المعارف إلى التلاميذ، و يعهد هذا النوع من التكوين إلى الأساتذة المتخصصين في المواد التي ستدرس في المؤسسات التربوية.

- المراكز التربوية الجهوية: تخصص 10% للمحتويات السيكلوجية من 138 ساعة للتكوين في علم النفس التربوي.

#### في ما يتعلق بمحتويات التكوين المستمر :

- على المستوى الوطني: من بين 13 مصوغة نجد واحدة مخصصة لسوسيولوجية التربية وسيكولوجية المراهق.

- على مستوى شركات التعاون الدولي: من بين 8 المشاريع المبرمجة ليس هناك ولا واحد خاص بالسيكولوجيا.

من خلال هذه المعطيات نلاحظ ضئالة المحتويات المخصصة للسيكولوجيا في منهاج تكوين الأساتذة المتدربين، وقلة الساعات المبرمجة لهذا الغرض، وبالتالي تقف عند الارتباك الحاصل في سيرورة الإصلاح التربوي والقرارات المرتبطة به، ونقول مع عبد الكريم بلحاج<sup>(6)</sup> "يبدو أن هؤلاء (المسؤولون عن الإصلاح التربوي) لا زالوا لا يعترفون بنجاعة هذا العلم ولا يعملون على إدماج ما توصل إليه علماء النفس من اكتشافات وقواعد وقوانين يقوم عليها السلوك البشري، وبخاصة في الأوضاع التفاعلية، وذلك في بناء البرامج وتكوين المدرسين وتوجيه سلوك المعنيين ولعل هذا الإهمال، من الأسباب الأساسية التي تؤدي في كل مرة إلى فشل الإصلاح التربوي والاضطرار إلى إيجاد مخرج مؤقتة للأزمة".

إن ندرة السيكلوجيا داخل هذه البرامج التكوينية تساهم بشكل كبير في تدني مردودية الفاعلين في المجال التربوي نظرا لعدم توفرهم على أدوات علمية قادرة على تنوير طرق تدخلاتهم لمراقبة المتعلمين أو لمعالجة تعثراتهم الدراسية أو لتقويم سلوكياتهم خصوصا في المراحل العمرية الحرجة في الطفولة والمراهقة.

#### المكانة السوسيو مهنية للمكلفين بالتكوين السيكلوجيا عوجي

للمكون دور أساسي في بناء منظومة تربوية تستجيب لتحديات المرحلة الإصلاحية، إن لم نقل أنه العمود الفقري للمشروع التكويني ككل، حيث انه لا يمكن كسب رهان أي إصلاح إذا ما لم تتوفر المؤسسات التكوينية على أطر بشرية متخصصة في المهام المسندة إليها. نسلط الضوء في هذه الفقرة على وضعية القائمين على التكوين السيكلوجيا عوجي بمراكز التكوين المغربية، وذلك قصد تبيان كيف يؤثر عدم احترام التخصصات على جودة النتائج المرتقبة.

- بالنسبة لمراكز تكوين المعلمين والمعلمات<sup>(7)</sup>:

هناك 104 أستاذ علوم التربية، تمكنا من الاشتغال على معطيات 39 منهم وجدنا 8 أساتذة فقط لهم تخصص علم النفس، بشواهد أكاديمية تتراوح بين الإجازة والدكتوراه، في حين يتوفر الآخرون على تخصصات في الفلسفة وعلم الاجتماع.

- أما بالنسبة للمراكز التربوية الجهوية<sup>(8)</sup>:

هناك 36 أستاذ لمادة التربية وعلم النفس، تمكنا من الاشتغال على معطيات 19 منهم، ووجدنا 8 أساتذة فقط لهم تخصص علم النفس، بشواهد أكاديمية تتراوح بين الإجازة والدكتوراه، في حين يتوفر الآخرون على تخصصات في الفلسفة وعلم الاجتماع و دكتيك المواد التخصصية.

تظهر هذه المعطيات ندرة الموارد البشرية المتخصصة في السيكلوجيا، ولجوء مؤسسات التكوين إلى حلول ترقيعية مثل إسناد التكوين السيكلوجيا عوجي إلى نسبة مهمة من المكونين الذين لا يتوفرون على الحد الأدنى من المعرفة العلمية بهذا التخصص النوعي، وهذا ما يفسر النتائج المتأخرة لمستوى المتعلمين في مجموعة من المواد التي تعرضها التقارير الوطنية والدولية، حيث هناك مجموعة من التلاميذ

سيكولوجيا معالجا، بل يعطيه مكانة نوعية مرتبطة أساسا بتربية و تكوين المتعلمين من زاوية التدريس فقط. لكن هذه الزاوية تقتضي أن يتعامل المدرسون مع التلاميذ وفق منظور شمولي وليس من زاوية المواد المدرسية فقط، وأن يتساعلوا باستمرار حول الصيغ والإجراءات التعليمية التعلمية، وذلك طبعا استنادا على معرفة جيدة بنفسية المتعلمين وحاجاتهم السيكلوجية، وخصوصيات المرحلة العمرية التي تميز الفئة من المتعلمين الموكل إليهم تربيتهما ورعاية تثقيفها.

ما هو إذن واقع حال تكوين الطلبة الأساتذة بالمغرب في هذه المادة الأساسية ؟ لمحاولة الإجابة عن هذا السؤال، نورد بعض الدراسات الوطنية المرتبطة بهذا الموضوع مثل تلك التي أنجزها كل من إدريس بومنيش<sup>(4)</sup> وإدريس عزوزي<sup>(5)</sup>. حيث اشتغل هذا الأخير على تقويم التكوين السيكلوجيا عوجي في المراكز التربوية الجهوية و توصل إلى النتائج التالية:

- هناك عدم رضا عند أغلبية المستجوبين، وذلك يعود إلى عدم إعلان أستاذ علوم التربية عن برنامج التكوين الخاص بعلم النفس التربوي.

- عدم ملائمة الطرق المستعملة في هذه المادة (الإلقاء فقط).

- هناك سيطرة للتكوين النظري على حساب العملي.

- كثير من الطلبة يتمنون زيادة عدد ساعات علم النفس التربوي.

- رضا نسبي على إجراءات التقويم في المادة رغم أنهم لا يؤمنون بأن هذا التقويم يسمح بالحكم بقدراتهم على التدريس.

- بعد المفاهيم المدرسية في السيكلوجيا عوجي عن الواقع المغربي.

في حين قام إدريس بومنيش بدراسة متعلقة باقتراح مقارنة منهجية انطلاقا من تقويم وضعية التكوين السيكلوجيا عوجي بالمراكز التربوية الجهوية، توصل فيها إلى النتائج التالية:

- برنامج التكوين في السيكلوجيا عوجي لم يصغ بناء على الواقع السوسيو ثقافي المغربي.

- لا يستجيب البرنامج لحاجيات الطلبة الأساتذة.

- لا يخضع لمنهجية دقيقة عند الصياغة.

تقودنا نتائج هاتين الدراستين إلى التساؤل عن الخلفية المؤسسة لهندسة التكوين الخاص بالأساتذة المتدربين، وعن المداخل التي توطرها، وعن عواقب التقصير المرتبط بعلم النفس التربوي والسيكولوجيا عوجيا. وللإجابة عن هذه التساؤلات لا بد من البحث في المنطق الذي يحكم الإطار المرجعي للتكوين والمرتبط أساسا بالإعلان بشكل صريح أو ضمني عن مخرجات هذه السيرورة التثقيفية المهنية الخاصة، ولن يتسنى لنا ذلك إلا إذا تعرفنا على محتويات منهاج التكوين.

#### أي محتوى لتكوين الأساتذة المتدربين في السيكلوجيا ؟

بعد إطلاعنا على محتويات التكوين بشقيه، من خلال معالجة فهارس المصوغات والمجزوات المبرمجة لتكوين الأساتذة المتدربين، وقفنا على الفقر الحقيقي الذي تعرفه السيكلوجيا في هذا المجال، نقدم بشكل مختصر المعطيات التي تمكنا من معالجتها في هذا الإطار.

#### بالنسبة لمحتويات التكوين الأساس :

- مراكز تكوين المعلمين والمعلمات: تخصص 16 ساعة فقط لسيروورة النمو والاكساب من بين 80 ساعة للتكوين في علوم التربية.



لتسوية هذا الموقف المهني لا بد من تبني مقاربة سيكولوجية لمساعدة الأساتذة المتدربين على التخلص من بعض المخاوف لتجاوز العوائق المهنية<sup>(10)</sup>. ستوفر هذه المقاربة شروط علمية متينة يمكن توظيفها منذ الانطلاقة الأولى لمشروع تكوين المدرسين، أي منذ الصياغة الأولى لما يسمى دليل الوظائف والمهن، وهو الملف الذي يتم فيه تدقيق المواصفات المهنية.

شكل هذا العرض المختصر لوضعية تدريس السيكولوجيا بمراكز تكوين الأساتذة المتدربين، مناسبة لإلقاء الضوء على واقع ممارسة علم النفس بالمغرب، المرتبط بإحدى المجموعات المهنية الأكثر استناسا بالثقافة السيكولوجية، ألا وهي فئة المكونين الذين يهيئون المدرسين للتعامل مع المتعلمين الأطفال والمراهقين، ويعد هذا التهيؤ مدخلا من مداخل بناء الهوية المهنية لهؤلاء العاملون بالمجال التربوي، هذه الهوية<sup>(10)</sup> التي تعرف مجموعة من التحولات والتغيرات المرتبطة بالتطورات والضغوطات وبعض المتغيرات السوسيو اقتصادية التي تؤثر في دينامية مهنة التدريس وفق براديجمات معينة مثال ذلك المرتبط بالأستاذ المتبصر، الذي يعقلن ممارسته اعتمادا على ما ينجزه من تطبيقات في الفصل الدراسي.

لن يتمكن المكونون من تنمية هذا النموذج المهني عند الأساتذة المتدربين إلا إذا تسلحوا هم أنفسهم بأدوات علمية أثبتت نجاعتها في العديد من المجالات، ولن يحققوا هدفهم هذا إلا إذا تبينوا المقاربات التكوينية التي يقترحها علم النفس في هذا المجال. ذلك أن هذه الأخيرة تقوم على تنمية القدرات الفردية وتعزيز المؤهلات اللازمة لتدبير التفاعل مع الآخر في اتجاه تعديل سلوكه نحو المهنية التي تتطلبها وظيفة التدريس.

#### بيبلوغرافيا

- الغالي أحرشاؤ، 1998، واقع البحث السيكولوجي بالمغرب، في كتاب العلوم الإنسانية والاجتماعية، المعهد الجامعي للبحث العلمي، الرباط
- المصطفى حدية، 2004، قضايا في علم النفس الاجتماعي، منشورات المجلة المغربية لعلم النفس، الرباط .
- عبد الكريم بلحاج، 2005، علم النفس بالمغرب بين المعرفة والممارسة، دار أبي رقرق، الرباط
- [www.men.gov.ma/gr](http://www.men.gov.ma/gr) - موقع وزارة التربية الوطنية، قسم استراتيجيات التكوين
- الدليل البيداغوجي للتعليم الابتدائي، وزارة التربية الوطنية، 2008.
- مراد دريوش وعبد الله شرباط، 2010، التمثلات اليومية، قراءة في كتاب عبد الكريم بلحاج :

BELHAJ Abdelkarim 2009 , Psychosociologie des représentations et des pratiques quotidiennes, Rabat, Bouregreg , in [www.ribatalkoutoub.ma](http://www.ribatalkoutoub.ma).

- BOUMNICH Driss, 1983, La psychopédagogie au centre pédagogique Maroc, propositions d'une approche

المتعثرين على مستوى تملك الكفايات الأساس كالقراءة والكتابة والحساب.

نفس هذه الظاهرة اعتمادا على قولة فاقد الشيء لا يعطيه، حيث الملاحظ أن هناك انطلاقة خاطئة في التنشئة المدرسية لهؤلاء التلاميذ الذين لا يستطيع المدرسون مساعدتهم على تجاوز الصعوبات والتعثرات الطبيعية في كثير من الأحيان، لأن هؤلاء لديهم هم أيضا تعثرات في تكوينهم الأساس لم يرافقهم أحد في تدبيرها، ذلك لأن أغلب مكوّنهم غير متخصصين في السيكوبداغوجيا.

هكذا انطلقت كرة الثلج في هذا الموضوع وأعطت تلك النتائج المتدنية التي يحصل عليها التلاميذ في المباريات الدولية، لا يمكن إذا لفاقد الحد الأدنى من الشروط العلمية أن يساهم في رفع تحديات المنظومة التربوية، خصوصا إذا كانت الانتظارات مهمة جدا في بلد كالمغرب الذي مازال مجموعة من مواطنيه يعانون من عدم التمدن.

ما هي إذا هذه الرهانات التي تشترك فيها المنظومة التربوية المغربية مع عدد من الدول الشبيهة لها؟ وما هو دور السيكولوجيا والسيكولوجيين في المساهمة في كسب هذه الرهانات؟

#### رهانات تكوين الأساتذة

يكن الرهان الأساس لتحقيق انطلاقة طبيعية لمنظومة الإصلاح التربوي بالمغرب، في التكوين الجيد للمدرسين، لأنه بدون تكوين متين ستستمر كرة الثلج التي تحدثنا عنها أعلاه في التضخم إلى أن تنفجر وتدمر جميع الجهود الإصلاحية المبذولة في هذا المجال.

لتجنب هذه الوضعية السلبية ولتدبير مخاطرها وجب التعاقد المعقلن والملمزم لمخرجات تكوين الموارد البشرية، يضمن تحقيق الغايات المعبر عنها في منهاج التكوين، فمثلا حينما نلقي نظرة على الموصفات المعبر عنها في دليل التعليم الابتدائي<sup>(9)</sup>، نجد أنها لا تبتعد كثيرا عن منظوم مجموعة من المنظومات التربوية الدولية، يستهدف التكوين تحقيق الموصفات التالية:

- الالتزام بقيم وأخلاقيات المهنة للمساهمة في التنشئة الاجتماعية المبنية على حقوق الإنسان في شموليتها،
- القدرة على التخطيط والتدبير الخاص بالوضعيات التعليمية،
- التنمية المهنية المتجلية في البحث التربوي والمهني،
- التمكّن البيداغوجي اعتمادا على الوعي بالأدوار الجديدة:
- . القيادة التربوية والمعرفية والعلمية،
- . مصاحبة المشاريع،
- . نقل التجارب إلى الآخرين،
- . الإرشاد والنقد والتقييم،
- . التنشيط والوساطة،
- . التواصل الاجتماعي مع مختلف الفاعلين.

يبدو أن المشكل ليس في الموصفات، بل في منحها الذي يجب أن يتجه أكثر إلى الإجرائية للرفع من جودة التأهيل المهني للمدرسين. ولن تتحقق هذه الإجرائية إلا إذا أسند التكوين إلى أهل الاختصاص، لأنها موصفات دقيقة جدا تهم مجموعة من المواد التخصصية المدرسة بالمؤسسات التربوية، بالإضافة إلى جذوع مشتركة يتم التعبير عنها بكفايات عرضانية لا يمكن أن يتدخل في تميمتها إلا السيكولوجيين، إن أسندت إلى غيرهم ستنمي سلوكات مهنية تتنافى مع منظومتها الأصلي.

Belhaj A. (coordination), l'environnement social du travail, approche psychosociologique, Publications de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de Rabat.

-Abdelilah CHARYATE, 2004, Profil d'entrée des professeurs et exigences du métier d'enseignant dans les écoles du réseau medersat.com, in Les Actes du Séminaire Interne,

curriculaire à partir de l'évaluation de la situation présente. Presse de l'Université de Québec

- AZZOUZI Driss, 1984, L'évaluation de la formation en psychopédagogie au CPR Maroc par le biais de la perception qu'on les élèves professeurs, Presse de l'Université de Scherbrook.

- Abdelilah CHARYATE, 2009, Profession d'enseignant et enjeux identitaire in

## Arabpsynet Psychiatrists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp>

## Arabpsynet Psychologists



Arabic Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp>

English Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp>

French Edition

<http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp>

## المجلة الإلكترونية لشبكة العالوم النفسية

Index APN eJournal

[www.arabpsynet.com/apn\\_journal/index-apn.htm](http://www.arabpsynet.com/apn_journal/index-apn.htm)

ملف العدد 32 - خريف 2011

السيكولوجية العربية... مآزق التقليد وتجليات التأصيل

المشرف: : أ.د. صالح إبراهيم الصنع

أستاذ علم النفس بجامعة الإمام - الرياض، السعودية

[drssanie@hotmail.com](mailto:drssanie@hotmail.com)

[arabpsynet@gmail.com](mailto:arabpsynet@gmail.com)

آخر أجل لقبول الأبحاث 30 - 09 - 2011

## قراءة في إجراءات الصحة والسلامة من خلال مفهوم كفايات تدبير المخاطر المهنية

د.محمد بوديس - أستاذ باحث وأخصائي علم نفس الشغل

[med.boudis@gmail.com](mailto:med.boudis@gmail.com)

تلخيص:

إن اهتمام علم النفس بالسلامة في العمل ليس وليد اليوم، فقد اعتبر منذ البداية أن المسألة مرتبطة بالأداء الوظيفي للأشخاص و ما يصاحب هذا الأداء عادة من مخاطر تكون ناتجة عن المحيط الوظيفي نفسه أو خصائص العاملين فيه. سنحاول من خلال هذا المقال إبراز بعض الجوانب المرتبطة بفعل السلامة من خلال حديثنا عن كفايات تدبير المخاطر المهنية، مستندين في ذلك على معايير ميدانية سواء داخل فضاء الشغل أو التكوين. وهي محاولة منا لإبراز أهمية المقاربات النفسية في التعاطي مع إشكالية الصحة والسلامة، لما لها من دور في توجيه القرار نحو عمليات معينة سواء تعلقت بالوقاية أو بالحماية أو بالمراقبة أو بالتحسيس.

**Résumé :** L'intérêt porté par la psychologie à la sécurité au travail ne date pas d'aujourd'hui dans la mesure où la sécurité était considérée dès le début dans sa relation avec la performance et ce qui l'accompagne que ce soit du côté des travailleurs ou du milieu du travail. Nous essaierons ici d'évoquer quelques aspects relatifs à la sécurité à travers la notion de compétences de gestion des risques professionnels, s'appuyant sur des observations effectuées en milieu de travail et de formation. C'est une manière pour nous de montrer l'utilité des approches psychologiques en matière de santé et sécurité que cela concerne l'hygiène, la protection, le contrôle ou la sensibilisation.

**Abstract :** The interest of psychology to safety does not start to day because safety had been taken early to account in measuring performance and its influences on workers and milieu. Our aim, in this article, is to evoke some aspects of safety through the notion of management skills of occupational hazards. In that, we rely on observations of one work situation and training one. It's a manner to illustrate the utility of psychological approach to act in hygiene, protection, control and awareness relating to health and safety.

إن أساليب الحماية المتبعة حتى الآن لا تصمد أمام حجم حوادث الشغل والأمراض المهنية وخطورتها المتزايدة، فهذه الأساليب تظل حبيسة طرق متجاوزة سواء من حيث طبيعتها أو وسائل تشخيصها والمناهج التي تتبعها في السعي إلى الحد من المخاطر. فلم تعد هذه الوسائل المبنية على تصورات أحادية و تبسيطية لمسألة السلامة قادرة على مواكبة أخطار مهنية استجدت و تغيرت ملامحها ثم امتدت إلى أمور كانت إلى عهد قريب تعتبر عوامل ثانوية غير ذات أهمية (مخاطر نفسية اجتماعية).

أسئلة كثيرة و متشعبة إذن هي تلك المرتبطة بمسألة الصحة والسلامة في العمل، إن على مستوى العوامل أو الوقائع، أو الوتيرة أو التوصيف أو التحيين أو الدور الذي يقوم به مفتشو و مهندسو الشغل و لجان السلامة والوقاية داخل المؤسسات الإنتاجية، أو البحث العلمي متعدد الاختصاصات في شكل مختبرات للشغل بما فيها المختبرات المتخصصة في السلامة. وهو ما يسري كذلك على طبيعة و شكل التكوينات على الصحة والسلامة و مدى فاعليتها إن وجدت في التدريب على سلوكيات عمل سليمة وصحية، ثم الإشكالات التي تطرحها المقاربات المختلفة التي يتعامل بواسطتها مع مسائل الصحة والسلامة في العمل، و الأساليب المناسبة في التعامل مع هذه القضايا على مستوى التحسيس و التوعية.

## مقدمة

تطالعنا بين الفينة والأخرى أخبار عن حوادث وإصابات عمل، تختلف من حيث أماكن وقوعها، والقطاعات التي تتركز فيها وحجم الأضرار الناجمة عنها، إن على مستوى الموارد البشرية أو التقنية أو المعدات أو المنشآت التي تطالها، كما تختلف من حيث مسبباتها و كيفية تحديدها وتقدير درجة تدخلها.

ومع الاهتمام الإعلامي بالظاهرة كلما أعلن عن حادثة على مستوى معين من الخطورة، وما يرافقه عادة من أصوات تنادي بتطبيق مقتضيات قانون الشغل وتكثيف حملات التوعية والتحسيس، فإن الملفت هو غياب مقاربة علمية من شأنها الإحاطة بحيثيات تلك الحوادث والنهوض باستراتيجيات الوقاية منها.

وإذا كان البحث في مدى احترام النصوص التطبيقية في الحماية و التعويض عن الحوادث و الأمراض المهنية، أمراً ضرورياً ملقى على عاتق مفتشي الشغل مدعومين في ذلك بمهندسي السلامة، فإن مراجعة التشريعات المتوفرة حتى الآن ببلدنا لا يمكنه إلا أن يساعد في تطوير آليات الوقاية التي أصبحت عبارة عن آليات شكلية أكثر منها إجرائية في غياب إستراتيجية واضحة للإلزام باحترام معايير الصحة والسلامة و العمل على تميمتها.

فلم يعد البحث مقتصرًا على الحوادث في حد ذاتها بل امتد إلى كيفية اشتغال المنظومة، بحيث أصبح ينظر إلى الحادثة بوصفها طريقة من طرق معالجة حدث أو أحداث أخرى تتجاوزها.

**الحادثة كنتاج تفاعل بين العامل البشري و العامل التقني (فترة الثمانينيات):** وهو ما عكسه تيار الوثوقية الذي ظهر تحت تأثير التطور التكنولوجي من جهة و تطور طريقة معالجة العلوم الإنسانية لمشكلة الحادث. فبالترافق مع التطورات الحاصلة في مجال الأنظمة التلقائية و المعلوماتية برزت أعمال المراقبة والصيانة لهذه الأنظمة، وأصبح الحديث متداولًا عن الخطأ البشري. ففي الوقت الذي يلجأ إلى قياس و تقويم وثوقية المكونات التقنية يلجأ كذلك إلى تقويم العامل البشري على اعتبار أن هذا التقويم ضروري لقياس الوثوقية العامة للمنظومة ككل.

وهكذا أصبح الحديث منصبا على مفهوم الخطأ، أكان تقنيا أم بشريا أم هما معا، واختلفت التصورات المتعلقة به بحسب المقاربات و الأطر النظرية المستند عليها، والمفاهيم الإجرائية الموظفة من أجل التشخيص أو الاستيعاب.

### 1.1- المقاربة السوسيو تنظيمية

تفيد دراسة أجراها لورينو (Lorino, 2009) في قطاع البناء بوجود نوع من قصر النظر في الفهم والتعامل مع إجراءات السلامة، حيث لاحظ أن هناك فصلا بين تصميم و تخطيط مشروع البناء من جهة و إنجاز هذا المشروع من جهة ثانية. فبالرغم من التزامات قطعتها إدارة شركة البناء، موضوع الدراسة، على نفسها في مجال السلامة، فهناك تناقض يتعلق بالكيفية التي يتم وفقها التوفيق بين التزامات السلامة و التزامات أخرى حول الأجل المحددة لإتمام إنجاز المشروع. ويرى لورينو أن المخرج من هذا التناقض يكمن في إخراج السلامة منذ البداية في دراسة المشروع، و ذلك بالتخطيط لعمل جماعي يمثل فيه كل المتدخلين المحتملين، دون إغفال تقدير الكلفة المالية للسلامة. وهكذا تصبح السلامة مدمجة كعنصر أساسي منذ مرحلة التخطيط (Mazeau, 1999) و ليس مجرد إجراء تصحيحي يلجأ إليه بعد وقوع الحوادث.

ويذهب أوليفر وآخرون (Oliver et al, 2006) في دراسة حول السلامة أن مناخ العمل مؤشر هام على صحة الشركة، وأن الأهداف المرتبطة بالسلامة ومعاييرها يمكن اعتبارها عاملا أساسيا في التنبؤ بالحوادث، علما أن المستوى العالي من التخطيط التنظيمي هو الذي يفسر وجود مبادرات ما لاستنهاض وتدعيم سلوكيات السلامة.

### 2.1 - المقاربة المعرفية

يعطي النموذج المعرفي تنوعا في المقاربات يشكل مصدر غنا وتأثيرا لفضاء الشغالة (الإركونوميا) التي تهتم بتحسين ظروف العمل. يذهب سبيرانديو (Sperandio, 1984, 1987, 1990) إلى أن كل تغيير على مستوى **عبي العمل** يولد لدى الشغل استجابة خاصة تتمثل في سعيه إلى توظيف إستراتيجية مميزة وفق معايير معينة للإنجاز، في محاولة لتكثيف هذا الإنجاز مع قدراته وموارده و حوافزه الأتية في الشغل.

تكمن الخطورة في هذه الحالة، من وجهة نظر السلامة، في عدم إمكانية التعرف على نوع المخاطر التي ستجد لاحتمال أن لا تنماشى إجراءات السلامة المنصوص عليها و التغيير الذي يحدث فجأة. وفي هذا الإطار يذهب راسموسين (Rasmussen) إلى أن الهامش الذي يتوفر عليه الشغل بشكل عام في اختيار استراتيجية العمل يكتسي أهمية خاصة، فهو وسيلة مساعدة لحل التعارض بين الموارد الخاصة للشغل و متطلبات العمل.

كل هذه العناصر، وغيرها كثير، لن يتم الوقوف عندها إلا عرضا في خضم هذا المقال، لكونها تعبر عن إشكاليات كبيرة، تشكل مشروعا لأبحاث وتدخلات متعددة الزوايا و الأدوات، لا يمكن التعاطي معه إلا في إطار فريق بل و فرق للبحث.

في مقابل ذلك نود هنا أن نركز على جانب من الصحة والسلامة، شغلنا لمدة طويلة، ويتعلق بالتصورات الخاصة بالسلامة و الأسس الإجرائية التي تقوم عليها، وهو ما سنتناوله من خلال مفهوم كفايات تدبير المخاطر المهنية، بوصفها جزءا لا يتجزأ من الكفايات الأساسية لإنجاز العمل. ومن أجل ذلك عمدنا إلى القيام بمعاينات ميدانية لوضعيتين مهنتين: الأولى متعلقة بالتدريب المهني و الثانية بالشغل.

نتطلق هنا من فرضية عامة مفادها أننا و بالنظر إلى ما هو متداول في الأوساط الإنتاجية، وبناء كذلك على التجارب الفردية و الجماعية في مجال السلامة، ووجود ثقافة تبريرية لدى فئات عريضة من الناس لأحداث وقعت تضيي عليها طابع الحتمية، إضافة إلى كون الاهتمام بظروف العمل لا يرقى إلا نادرا إلى مستوى الأولويات لدى القائمين على التدبير، فإننا نتوقع عمليا التعامل مع فعل السلامة بوصفه منفصلا عن فعل الإنجاز.

وعليه فإن مقالنا هذا سيتضمن الحديث عن بعض الأسس النظرية للسلامة من وجهة نظر العلوم النفسية، سنخرج بعده على تحديد إجرائي لمفهوم "كفايات تدبير المخاطر"، ثم عرض لنتائج المعاينات الميدانية مشفوعا بنموذج معياري لتشخيص المخاطر المهنية.

### 1- اهتمام علم النفس بمجال الصحة و السلامة المهنية

قبل الغوص في كفايات السلامة، لا بد من التذكير ولو بشكل سريع جدا بمحطات اهتمام علم النفس بالصحة والسلامة، و هي خطوة ضرورية لفهم الأسس النظرية و العملية التي تقوم عليها المقاربات النفسية، في تفاعل و تكامل مع المقاربات الأخرى. و هو ما سيقربنا من إشكالية كفايات تدبير المخاطر. ويمكن بالنظر إلى هذا التصور استحضار مجموعة من المفاهيم و تطورها منذ نهاية القرن التاسع عشر و إلى اليوم تقريبا (Neboit, 1999).

**الاستعداد للحوادث (1900-1950):** حيث كان الاهتمام منصبا على عوامل شخصية ذاتية تتوفر في مجموعة من الأفراد يوصفون بأنهم ذوو سلوك مخاطر، وهو ما أدى إلى التركيز على عامل السن و الجنس و الذكاء و الشخصية ثم الاستجابة السريعة للتعب و كذا الموقف من المخاطر. ويمكن قصور المقاربة في قابليتها للتوظيف كأسلوب إدانة للضحية بدل تسليط الضوء على الكيفية التي تدبر بها المخاطر تنظيميا. لكن بفضل هذه المقاربة أيضا أصبح متداولًا استدعاء عناصر مثل التكوين و التوعية على السلامة و التمييز في وظيفة معينة بناء على توقع وجود أو عدم وجود الاستعداد للحوادث.

**الحادثة كنتاج تفاعل بين الشغل ومكونات وضعية الشغل (فترة الخمسينيات):** كان من نتائج فكرة التفاعل هذه تجاوز التصور أحادي التفسير لنظرية الاستعدادات بالربط بين العامل البشري و العامل التقني. فأصبح الحديث منصبا على تعدد أسباب الحادثة، و على ضرورة تحليل العمل المعتاد لفهم هذه الحادثة في سياقها الطبيعي؛ و هو ما أدى إلى توجيه أسباب الحوادث نحو عناصر لم تكن تؤخذ في الحسبان من قبيل غياب الانسجام داخل مجموعة العمل.

**الحادثة عرض يشير إلى اختلال في المنظومة ككل (الستينيات و السبعينيات):** حيث برز ما يسمى بالمنظومة السوسيو تقنية كنتويج لأعمال معهد تافستوك (Tavistock Institute) و أعمال فريق فافيرج (Faverge)،

### الخطأ وفق مفهوم النموذج الإجرائي للخطورة

يستند النموذج الإجرائي للخطورة ( Vidal-Gomez & Samurçay, 1998) على فكرة أن إنجاز أي عمل يتطلب من التشغيل استدعاء التمثلات والمهارات والمعارف الإجرائية والتقنية والعلمية المتحصل عليها من التكوين والتجربة. وهو ما يعني أن التعامل مع فعل السلامة كجزء من هذه المعارف والمهارات يخضعه في هذه الحالة لنفس الشروط التي تتسبب على أي عمل بالنظر إلى أطواره وكيفية إنجازها.

تؤكد دراسة قام بها روسو (Rousseau, 1993) من خلال مقارنة بين نوعين من العمال، بعضهما يتوفر على تجربة والأخر من دون تجربة، أن التجربة تدفع إلى الامتثال لتعليمات العمل ولكن دون التقيد بشكل دائم بها وممارسة قواعد سلامة غير مصرح بها في ارتباط بالمهارات التقنية.

### 3.1 المقاربة المعرفية الاجتماعية

تتعلق المقاربة المعرفية الاجتماعية من التمثلات الاجتماعية المستدعاة في تغطية الحادثة والتفسيرات المسوقة لتحديد الأسباب التي تؤدي إليها ومدى تداخل العامل الذاتي الداخلي مع العامل الموضوعي الخارجي في تحديد هذه الأسباب (العزو السببي ومصدر الضبط). كما يمكن أن نجد تحت هذا المسمى، نظرية الالتزام (Joule & Beauvois, 2002) التي تقدم تصورا عن الكيفية التي يجري بها التحسيس بالمخاطر على اعتبار أن المطلوب هو تحويل الاقتناع إلى فعل. وتظهر نتائج دراسات كوابنان (Kouabenan, 2004, 2006) أن طريقة تفكيرنا حول السلامة وكيفية إدراكنا لأسباب الحوادث فضلا عن معتقداتنا حول مسؤوليتنا إزاء ما نكون ضحية له من حوادث؛ كلها عوامل مهمة لفهم اتجاهنا نحو سلوك منتج للحادثة.

وينبغي هنا الإشارة إلى أن التفسير الساذج الذي يقدمه الشخص في مواجهة خطورة معينة قد يكون هو في حد ذاته أحد العوامل المساعدة في عدم القدرة على رصد ومن ثم تقادي هذه الخطورة. ويرتكز هذا التفسير على معتقدات تلعب دورا هاما في توجيه ليس فقط طريقة التفكير إزاء الحوادث بل كذلك السلوكيات المنتجة لها. ويمكن أن نسوق أمثلة عن هذا النوع من الاعتقادات. فهناك **اعتقاد التفوق** الذي يولد لدى الشخص قناعة بقدرته على مواجهة المخاطر خلافا للأشخاص الآخرين، ثم **اعتقاد التفاؤل الغير واقعي** الذي يجعل صاحبه ميالا إلى الاعتقاد أن الخطر محقق بغيره وليس به، وأخيرا **الاعتقاد بحماية غيبية** أي بوجود قوة خارقة مكلفة بحمايته من المخاطر، تركبها كون الشخص سبق أن نجا من حادثة ما.

وتعتبر دراسة كيفية إدراك المخاطر مسلكا جديدا وواعدا في فهم الاتجاهات واختيارات الأفراد والمجتمعات إزاء المخاطر فضلا عن تلمس الطريق إلى تحديد شروط القبول بالإجراءات ووسائل الوقاية ومن ثم ترجمة القبول إلى انخراط فعلي.

من خلال التفسيرات المقدمة نظريا حول الحوادث بوصفها أخطاء أي خروجا عن المسطر دون إغفال البحث الدائم من قبل التشغيل عن الظروف الأقرب إلى السلامة خلال الإنجاز، يمكن التذليل على التداخل بين ما هو فعل سلامة وما هو فعل إنتاجي. وهو ما يحيلنا على الحديث عن كفايات تدبير المخاطر المهنية.

### 2- كفايات تدبير المخاطر المهنية

يستدعي تناول كفايات تدبير المخاطر المهنية إعطاء تعريف لمفهوم الكفاية وذلك بهدف الخروج بتعريف إجرائي سيكون من شأنه أن يجنبنا الخضوع لمبهمات مفاهيمية صارت الكفاية موضوعا لها. فما المقصود تحديدا بالكفاية؟

أما لوبلا (Leplat, 1985) فيركز على ثلاث خطوات يعتبرها أساسية في مسار اكتساب مهارات الشغل، ويتعلق الأمر بمرحلة **نظرية** يتلقى التشغيل خلالها المعلومات والتعليمات من أجل إنجاز العمل المطلوب. تأتي بعدها مرحلة **بيئية** يتم خلالها المرور من النظرية إلى التطبيق. وأخيرا المرحلة **الإجرائية** وتتعلق بالمرور الفعلي للإنجاز. وتقتضي هذه المراحل توفر التشغيل على تمثّل لمكونات المنظومة في شكل تمثّل وظيفي (Leplat, 1984) أو صورة إجرائية بحسب تعبير أوشانين (Ochanine, 1980) وتتميز بكونها اختزالية لاحتفاظها بعناصر محددة وإهمالها لباقي العناصر دون التقريط في الهدف. وهو ما يعني أن هناك تباعدا ما بين العمل المطلوب إنجازها والعمل المنجز فعليا. وهذا التباعد هو ما يعبر عنه بالخطأ استنادا إلى نظرية الوثوقية التي تعتبر **التباعد** عرضا يشير إلى حالة المنظومة التي لم تسمح بإلغاء ذلك التباعد، فيكون من نتائجها حادثة معينة بغض النظر عن درجة خطورتها.

ليست السلامة هنا متصورة بمعزل عن العمل ككل، على اعتبار أن إنجاز أي عمل يخضع للالتزام بمواصفات معينة. وإذا اعتبرنا أن اشتغال أي نظام يعتمد على مدى تماسك مكوناته وتداخلها مع بعضها البعض من أجل أداء متوقع بناء على مواصفات التشغيل المحددة سلفا، فإن الخطأ بهذا المعنى سيكون مجرد انحراف عن المسار المرسوم، أكان هذا الانحراف سلبيا كان أم إيجابيا. وهو ما يتماشى وفكرة أن أي عمل مطلوب إلا ويخضع، من أجل إنجازها، لمراجعة نابعة من الاختلاف بين ما هو متصور وما هو منجز. وتعتبر الحوادث بناء على هذا الفهم نوعا من أنواع الخطأ لكونها تحيد بشكل من الأشكال عن توصيات الإنجاز. وسنسوق هنا نماذج عن كيفية تفسير الخطأ المؤدي طبعا إلى وقوع حوادث وإصابات العمل.

### الخطأ وفق مفهوم نظام معالجة المعلومات

ينبثق هذا التصور عن نظرية التواصل (Shannon & Weaver, 1942)، حيث ينظر إلى الإنسان وكأنه نظام معالجة للمعلومات، يتوفر على قدرة محدودة لرصد ونقل ثم تخزين المعطيات. وكل ما يتجاوز هذه القدرة يصبح عامل تشويش من شأنه التأثير على مجرى إدراك المنبهات والتجاوب معها. وتدخل في هذا الإطار كل الأبحاث التي تناولت **الحمولة الذهنية** وطرق قياسها، فضلا عن الدراسات حول التركيز والانتباه والضغط النفسي المؤدي إلى تدهور القدرات الوظيفية.

### الخطأ وفق مفهوم حل المشكلات

يستند هذا التصور على أبحاث حول حل المشكلات 8 ويتعلق الأمر بالتركيز على المراحل المؤدية إلى حل المشكلة والتي يمكن صياغتها على شكل لوغاريتم. وبالنظر إلى هذا التصور يعتبر الخطأ اختلالا على مستوى مرحلة معينة من مراحل صياغة الخطاطة وتنفيذها لحل المشكلة.

### الخطأ وفق مفهوم التمثلات الذهنية

يندرج هذا التصور في خانة أعمال حول التمثلات الذهنية (Rasmussen, 1986)، والتي تذهب إلى أن المعلومات المخزنة بالذاكرة هي عبارة عن تمثلات ذهنية وظيفتها توجيه الفعل في إطار السيرة نحو التوافق. ويقاس الخطأ بدرجة التباعد بين التمثّل الذهني والواقع المفروض تمثله.

### الخطأ وفق مفهوم أشكال الاشتغال

ينبثق هذا التصور عن أبحاث حول أشكال الاشتغال (Amaberti, 1996)، حيث يعتبر الاستباق شكلا من أشكال الاشتغال التي يجد فيها التشغيل راحة أكبر لكي يتجنب التواجد في وضعية مفاجئة. وعليه فهو يحاول دائما التأكد بطريقة أو بأخرى من فرضيات معينة، فيراقب توقعات حول وضعيات ما ضمن فكرة أن الخطأ جزء من ميكانيزمات التوافق.

هنا لا مجال للحديث عن عدم احترام شروط الصحة والسلامة التي ليست على الوضوح و الفهم المطلوبين والتي تفقد لمقومات الانخراط، حيث تتحول السلامة إلى مجرد تعليمات قابلة أو غير قابلة للتطبيق.

يمكن النظر إلى السلامة في العمل من وجهة نظر الكفاية على القيام بأفعال معينة لنفاذي أو الحد من مخاطر معينة متعرف عليها. كما يمكن النظر إليها من وجهة نظر الظروف المحيطة التي توفر شروط فعل السلامة أو لا توفرها، بما في ذلك تعزيز وتنمية هذا النوع من الكفايات أو عدمه.

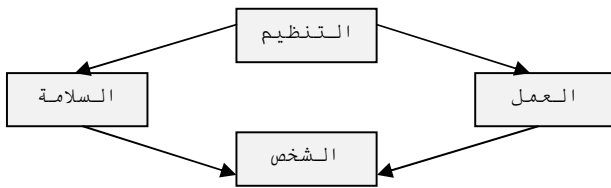
يمكن أن نتحدث بهذا الصدد عن عوامل معينة للسلامة و التي قد تكون عوامل ذاتية مرتبطة بالشخص، تمنعه من القيام بفعل سلامة لعدم قدرة أو لإعاقه منظورة أو غير منظورة أو غياب أو نقص تدريب أو لعوامل مرتبطة بتركيب الشخصية. و من هنا وجبت ضرورة اللجوء إلى اختبارات التشخيص الضرورية قبل و بعد إسناد المهام، اعتبارا للمستجدات التنظيمية والتقنية و المهارة التي تستوجب في حال حصولها مراعاة إمكانيات التوافق مع وضعية الشغل، و تقدير عامل السن و الشيخوخة وغيرها .

وإذا كان الشخص هو محور فعل السلامة، فهذا لا يعني أن مسؤولية السلامة تتوقف على الشخص لوحده، لأنه و في مناسبات كثيرة يصبح الأمر مختزلا في مدى احترامه لمعايير السلامة و امتثاله لها أو عدم فعل ذلك، مع العلم أن الأمر لا يتعلق فقط باحترام المعايير بقدر ما هو متعلق بإمكانيات تحديد ورصد مصدر الخطورة والحصول على الوسائل الضرورية لتجاوزها.

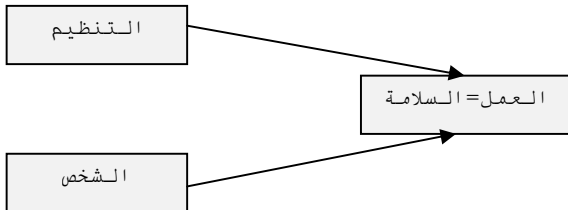
لقد تبين من خلال نتائج الدراسات أن فعل السلامة لا يمكن تحديده بشكل تلقائي أو توماتيكي وبصورة مسبقة، و هو ما يعني أن هناك مستجدات مخاطر ليس بالإمكان دائما التكهّن بها، و تفرض وضع آليات معينة لرصدها في حينها.

نميز هنا بين وجهتي نظر :

الأولى تتلخص في التمييز بين العمل المطلوب الذي يكون مصدره التنظيم عبر أدوات التدبير المعروفة في شكل إصدار أوامر و منكرات تحدد طبيعة ونوع و شكل العمل وبين فعل السلامة الذي يدرج التوصية على احترام شروط السلامة وتحمل المسؤولية للشخص الذي يسند إليه إنجاز العمل.



أما الثانية فتتلخص في إدماج فعل السلامة ضمن العمل المطلوب إنجازها، وهكذا تصبح التعليمات موجهة لإنجاز العمل وفق مواصفات تتداخل فيها المعايير التقنية مع معايير السلامة التي تصبح جزءا منها. "ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب".



الكفاية قدرة على الفعل الناجع، يتيحها توفرنا على المعارف الضرورية والقدرة على توظيفها في حينها لحل مشكلة ( Perrenoud, 1999 ) ، وهي ليست حالة على اعتبار أن قدرتنا على تحديد مستوى ما نعرف في وضعية معينة هو دليل على الكفاية وليس العكس ( Leboterf, 1994 ) . ومن مميزات الكفاية أيضا أنها موجهة نحو الإنجاز أي نحو العمل المطلوب، وأنها تكتسب، وأنها في ارتباط وثيق مع بعضها البعض ضمن سلم أولويات تتحدد من خلال الوضعية، وأنها افتراضية وتتلخص في كل ما يمكن من التعامل مع متطلبات معقدة و أحيانا غير واضحة ( Leplat,1997 ; De Montmollin, 1984 ). كما أن الكفاية تتضمن جوانب متفاعلة ومتناسقة فيما بينها : معرفة و مهارة و ترتيبات سلوكية معينة ( Leboterf, 1994 ) .

ويمكننا الاكتفاء في هذه المرحلة بالقول أن الكفاية هي تلك القدرات التي تجعل الشخص معبأ في وضعية معينة من أجل إنجاز مهمة أو عمل محدد وفق مواصفات محددة.

فتعني القدرة على التبعئة إمكانية أن يوظف الشخص موارد معينة لإنجاز العمل، سواء كانت هذه الموارد ذاتية أو موارد يوفرها المحيط الذي يشتغل فيه. هذه القدرة مرتبطة بوضعية معينة، وتعني السياق الذي يوجد فيه الشخص الذي من المفروض أن ينجز العمل في زمان ومكان محددين. وتتميز هذه التبعئة بكونها موجهة نحو إنجاز محدد وفق شروط محددة. وهو ما يجعلها قابلة للتقويم التقني (احترام العمل لمواصفات الإنجاز) والتقويم الاجتماعي (الاعتراف بالإنجاز كمواصفة اجتماعية).

إن استدعاء مفاهيم من قبيل الكفايات الحمائية أو الوقائية، أو بالأحرى كفايات تدبير المخاطر المهنية يحيلنا على مقاربة مندمجة توازي بين الفعل الإنتاجي و فعل السلامة، حيث يشكل الفصل بينهما عنصرا إضافيا وعاملا محددًا لتيسير المرور من خطر مهني يمكن تفاديه إلى حادثة محققة. يمكن الحديث هنا عن تصور يعتبر العمل المنجز فعليا عملا يستوفي شروط السلامة. للإشارة فهناك ميل للفصل على مستوى التكوين بين ما هو فعل تقني و ما هو فعل سلامة (Vidal-Gomez & Samurçay, 1998) ، دون اعتبار لكون الوقاية و تدبير المخاطر مكونا رئيسا لأي عمل.

وتؤكد البيانات المستقاة عبر المعاينات ، كما سنأتي على ذلك فيما بعد، أن هناك فصلا واضحا بين فعل السلامة و فعل الإنتاج. فالسلامة حتى في حالات الاهتمام بها، هي عبارة عن مستلحات، أو أمور يمكن الاستغناء عنها، أو على الأقل ليست هاجسا دائما. ويمكننا هنا تجاوزا و استنادا إلى دي جور (Dejours, 2002) الحديث عن القيمة النفعية والقيمة الجمالية.

فإنجاز العمل المطلوب كهدف (عدد القطع في الساعة مثلا) ينطبق عليه تحقيق قيمة نفعية، ولا يلتفت هنا إلى كفية الإنجاز ولا حتى إلى المخاطر المحتملة، عاجلا أم آجلا. وهذا ما يمكن تلمسه من خلال الطريقة التي يحث فيها المشرف العامل على الإنجاز وبدل قصارى الجهد لتحقيق أداء معين استجابة لضغوط حول آجال أو اعتبارات إنتاجية.

أما إنجاز العمل مع مراعاة معايير إضافية متعلقة بالسلامة، فينتوي على تحقيق قيمة جمالية، يصبح مرغوبا فيها كلما تعلق الأمر بعمليات التحسيس والتوعية التي تقوم بها بعض المؤسسات في إطار التزامات معينة سنويا ، بتكريم العمال الذين يعطون أحسن نموذج للسلامة. وهو إجراء ظرفي يعزز الفكرة السائدة بأن المطلوب أولا و أخيرا هو الإنجاز، و الأفضل وليس لازما أن تراعى فيه إجراءات الصحة و السلامة المنصوص عليها. وهنا يمكننا الذهاب بعيدا في التأكيد على أن التصور السائد هو الفصل بين ما هو سلامة و ما هو عمل ، وهو في حد ذاته مؤشر على تكريس التباعد بين تعليمات السلامة و إجراءات العمل . و

### 1.3- المعايير في مجال الشغل

فيما يتعلق بمجال الشغل كان اهتمامنا منصبا على فهم الكيفية التي تجري وفقها الحماية من الحوادث داخل وحدة الشغل موضوع معيانتنا، وذلك بالتركيز على مصفوفة من ثلاثة عناصر أولها الإجراءات التنظيمية للوقاية بما فيها الوثائق المتوفرة حول السلامة، وثانيها المخاطر المعبر عنها من قبل الشغليين، وثالثها الإجراءات الفردية و الانفرادية للشغل.

#### 1.1.3 - الإجراءات التنظيمية الوقائية

تدخل ضمن دائرة الإجراءات التنظيمية كل أشكال التعامل مع الخطورة المعترف بها داخل التنظيم بدءا بالتعرف على الخطورة و انتهاء بوسائل تجنب الشغل التعرض لها أو الإفلات منها، و التكوين و التحسيس بها.

تتوفر الوحدة التي قمنا بجمع المعطيات حولها على معايير للسلامة ولأئحة الإجراءات المفروض اتباعها فضلا عن وجود أدوات معينة للوقاية الفردية و نظام تشوير و مناشر و لوحات و جداول بأسماء المواد و الأدوات الخطرة، و بطاقات تعليمات.

#### 2. 1.3 - المخاطر المعبر عنها من الشغليين

يتعلق الأمر بالحروق الناتجة عن استعمال أو الاحتكاك بأدوات و الآيات معدة لمواد يتطلب صهرها درجات عالية من الحرارة، ثم الإغماء و ألم الرأس و الاحتراق و صعوبة التنفس الناتجة عن استنشاق الغبار أو غاز السوفور أو ثاني أكسيد الكربون. و تزداد وطأة هذه المخاطر على شغيلة تستخدم لفترة محددة في إطار عقود قصيرة الأجل.

#### 3.1.3 - الإجراءات الفردية الانفرادية

تدخل تحت هذا المسمى كل العمليات التي يقوم بها الشغل بعيدا عن الأنظار و بالتوازي مع الإجراءات التنظيمية لحفظ الصحة و الذي يشكل نموذجه في السلامة. و يمكن هنا الاسترشاد ببعض السلوكيات من قبيل تغيير وثيرة العمل، التغبب، تجنب ارتداء بذلة السلامة. و يغذي هذه السلوكيات الاعتقاد بأن الحماية مسألة شخصية، و أن التنظيم نازرا ما يعبر الاهتمام لهذه المسألة. و لعل ما يهمننا بدرجة كبيرة و في ارتباط بكفايات السلامة هو الأسلوب الذي يتبعه الشغل لتوفير الحماية لنفسه. و نسوق هنا نموذجا لعملية صيانة يطلعنا صاحبها على طريقته الخاصة في الحماية. يقول "عندما أريد صيانة رافعة متحركة أطلب من الشخص الذي يشغلها أن يضعها في المكان المناسب، بعد ذلك أطلب منه أن ينصرف، حينها أتجه إلى مركز التزويد الكهربائي، فأقطع التيار، و أنزع سلك التوصيل فأضعه في جيبي، أتدرون لماذا ؟ حتى أكون متأكد أن ليس بالاستطاعة إرجاع التيار و أنا أقوم بالصيانة. و لمجرد الانتهاء من الصيانة أقوم بالعملية العكسية و يتم تشغيل الرافعة".

و هناك مجموعة من الحوادث يتم الحديث عنها باستمرار و تقدم بشأنها تفسيرات تكمن أهميتها في أنها توجه نحو العنصر المدان من حيث كونه العامل المسبب في الحادثة. اخترنا هنا بعضا من هذه التفسيرات لكونها ترشد إلى أسباب مختلفة ليست كلها واردة في فهم حثيثات وقوع الحادثة على الأقل في مستوى معين من التحسيس و التوعية فضلا عن الاعتراف الرسمي بكونها عوامل مساعدة إن لم تكن محددة.

**الصعقة الكهربائية :** شغل كان تحت الضغط لإنجاز عمل معين، تتوقف الرافعة على اثر عطب ما، فيأخذ للتو قضيبا حديديا محاولا إعادة تشغيل الرافعة، يلامس القضيب التيار الكهربائي فيسقط ضحية.

**أدوات عمل غير مصانة :** سقطت حمولة نتيجة اختلال في الرافعة تبين أنها لم تخضع للصيانة الكافية في الجزء الذي أدى إلى الحادثة.

و تأسيسا على هذا الفهم يمكن أن نتحدث عن سلم لتحديد إجراءات السلامة في أفق تقويم درجة حضور فعل السلامة في الأهداف و الغايات المتوخاة من أي إجراء. وللايضاح فقط نسوق هنا نموذجا تم بناؤه اعتمادا على معطى أساسي في عمل يتطلب الإنجاز بوتيرة معينة، علما أن سرعة الإنجاز كمتطلب يمكن أن تكون في ظروف معينة عاملا مساعدا في الحوادث.

سرعة مطلوبة	سرعة لازمة	شروط السلامة	شروط سلامة معينة	غياب شروط محددة للسلامة	توصيف فعل السلامة	مؤشر الوثوقية
X	X	X			سلامة إجرائية دينامية	3
X		X			سلامة نظرية مبدئية	2
X			X		سلامة إجرائية اختزالية	1
X				X	سلامة إجرائية اعتبارية	0

#### 0 - سلامة إجرائية اعتبارية

المطلوب هو العمل و ليس البحث فيما إذا كانت هناك مخاطر، لأن كل شيء محفوف بالمخاطر و لا داعي لإضاعة الوقت في الحديث عن مخاطر لسنا متحكمين في وقوعها، و ليس بإمكاننا تجنبها.

#### 1 - سلامة إجرائية اختزالية

الخطورة هنا تكمن في الاختزال الذي يقوم به المكلف بالسلامة و الذي قد يسقط في فخ التقليل من أهمية بعض المخاطر مقابل أخرى يتم التركيز عليها استنادا إلى تاريخ هذه المخاطر و تكرار وقوعها، وهو ما قد يكون من شأنه الففز على مخاطر، ربما لم تقع بعد أو بدرجة أقل و لكن لا شيء يسمح بالتكهن بعدم وقوعها.

#### 2 - سلامة نظرية مبدئية

مهمة من حيث المبدأ، لأن المطلوب هو 100 بالمائة سلامة في إنجاز العمل، لكنها عسيرة على التطبيق لأنها تعطي انطبعا خاطئا أن المخاطر يتم تدبيرها من مواقع أخرى بما يؤمن للشغل وضعية عمل سليمة.

#### 3 - سلامة إجرائية دينامية

وهي مقارنة دينامية بقدر ما تستند على مبدأ إمكانية إيجاد ظروف عمل مناسبة للسلامة بقدر ما تركز على أن فعل السلامة هو الذي يحدد وثيرة العمل و ليس العكس وفق مقارنة تتدخل فيها عوامل التنظيم و عوامل الشخص بشكل متواز و في تفاعل.

تبدو للوهلة الأولى ذات كلفة اقتصادية لا يستهان بها، لكنها غير ذلك إذا ما نظرنا إلى العواقب الوخيمة لحادثة الشغل على مستوى الأرواح و الإعاقات بكل أصنافها، و آثار كل ذلك على الأسر و المجتمع بشكل عام. ألا تذهب المجتمعات في حال الكوارث مثلا إلى الاهتمام بإنقاذ الأرواح قبل الممتلكات على اعتبار أن هذه الأخيرة يمكن تعويضها عكس الأولى ؟

### 3- نتائج المعايير الميدانية

كما سبقنا الإشارة ركزنا في المعايير التي قمنا بها على مجالين أولهما مجال الشغل و ثانيهما مجال التكوين، و كان الهدف في كلتا الحالتين محاولة الوقوف على التصور الذي يحكم تدبير فعل السلامة من خلال التعاطي معه كأحد مكونات الإنجاز أو كمجرد إجراء ملحق تكبر أهميته أو تصغر تبعها للحوادث و درجة خطورتها

وقد الانتباه خلال القيام بالعمل الموكول إلى مجموعة. لكن الوعي بمخاطر العمل الجماعي على مستوى السلامة ليس حاضرا إلا بنسبة % 45 من المتدربين مقرونا بالحاجة إلى التكوين على السلامة من خلال مجزوءة مخصصة لهذا الغرض (عند الاستطلاع لم تكن المجزوءة قد برمجت بعد). ويعبر % 80 من المتدربين عن اعتقادهم بعدم وجود شروط الحماية بما يقيهم من المخاطر المصاحبة للتدريب.

المقترح	التكرار	النسبة %
شاهد على حدث سلامة	49	100
ضحية حدث سلامة	31	63
إعداد آلة للتشغيل	13	27
إيقاف تشغيل آلة	19	39
مخاوف مواجهة مخاطر تمرين	27	55
إجاز تمرين معروفة بمخاطرها	26	53
التحدث عن المخاطر	26	53
استشارة مكون	23	47
الوعي بمخاطر العمل في مجموعة	22	45
الإزعاج والخلافات وفقد الانتباه في مجموعة	34	69
غياب الثقة فيما يتعلق بالحماية	40	82
الحاجة إلى مجزوءة سلامة	19	39

وحتى يتمكن من استخراج مفهوم الصحة و السلامة لدى المتدربين بشكل عام و دونما ارتباط بتدريب ينطوي مباشرة على مخاطر منظورة ، فقد عمدنا إلى استطلاع رأي متدربين (65) في مجال تدبير المقاولات اعتبارا للعلاقة بين طبيعة العمل المتوقع مزاولته و مشكلات متعلقة بالسلامة في العمل.

وقد تحصلنا بناء على الاستطلاع على معطيات على درجة كبيرة من الأهمية، فمن مجموع 130 مقترحا % 60 كانت تصب في جودة الحياة في العمل % 25 في تشريع الشغل و % 13 في مسائل عامة حول السلامة من قبيل الإسعافات الأولية.

المقترح	التكرار	النسبة %
جودة الحياة في العمل	80	60
تشريع الشغل	33	25
مسائل عامة حول السلامة	17	13

أما على مستوى توزيع هذه العناصر بين المتدربين فقد أتى مقترح جودة الحياة في العمل في المقدمة بنسبة % 92 من الأجوبة متبوعا بتشريع الشغل بنسبة % 85 و بمقترح مسائل عامة بنسبة % 46 من مجموع أجوبة المتدربين.

المقترح	التكرار	النسبة %
جودة الحياة في العمل	60	92
تشريع الشغل	55	85
مسائل عامة	30	46

فيما يتعلق بالجوانب التقنية للسلامة لا يوجد و لا مؤشر واحد عليها سواء على مستوى المقترحات أو توزيعها بين المتدربين، وهو شيء طبيعي إلى حد ما بالنظر إلى أن العينة المكونة من متدربين بشعبة تدبير المقاولات لا ترتبط بعملية تقنية سلامة محددة، مع الإشارة إلى عدم تكوينهم على مجزوءة محددة في مجال السلامة اللهم ما كان من تشريع الشغل بصفة عامة.

#### خلاصة

يتضح من جملة المعايير و الاستطلاعات سواء على مستوى وضعية الشغل أو التكوين التي استندنا إليها أن مسألة الصحة و السلامة في العمل حتى في الحالات التي تحظى فيها باهتمام ما، لا تخرج عن طابع تقني

السقوط من أعلى العربة: كان الشغل فاقدا للانتباه ساهيا ، علم بعد الحادثة أن الضحية كان يعيش تحت وطأة مشاكل عائلية.

**فقدان الأصابع :** يضع يديه في غير موضعها و يطلب من المكلف بالرفع أن ينزل الرافعة، ومع إنزال الحمولة تبتز الأصابع.

اللافت أن التفسيرات تخصص حيزا للمشاكل الخاصة، وهي خاصة بالنظر إلى طريقة فهمنا و تعاملنا مع الشغل بشكل عام. وتبين نتائج الدراسات المختلفة سواء حول المردودية و الجودة و الوقاية من الحوادث أن هناك تداخلا بين الحياة داخل الشغل و الحياة خارج الشغل، وهو ما وجه الاهتمام نحو أخذ هذا التداخل بعين الاعتبار كمكون رئيس في الشغل.

هذه الوقائع و طريقة تفسيرها تتم عن معيش عمل لا يمكن الاستهانة به في فهم المسار الذي تتخذه الحادثة حتى وقوعها. وإذا كان لكل حادثة تفسير، فإن التفسيرات تختلف بحسب الموقع الذي يحتله الشخص في التنظيم. فهناك فرق مثلا بين التفسير الذي يقدمه المسئول عن السلامة و التفسير الذي تقدمه الضحية، و تتلاقى التفسيرات كلما كان هناك انفتاح على الشغل و على ظروف العمل.

إن هذا التلاقي أمر ضروري لأنه يقربنا من نموذج السلامة الذي طوره الشغل و الذي يعتبر أساس كل حماية ، فهو يعمل وفق سلم يحدده على انفراد مستلهما بعض أو كل معايير من الأسس التنظيمية التي قد تبدو في ظروف معينة غير صالحة مع تغير بعض مكونات الشغل، (عدم تماشي إجراءات السلامة مع وضعية الشغل المتجددة بطبيعتها). إن عدم التوفر على الوقت الضروري لإنجاز العمل، أو آلية معينة أو غيرها، يعتبر تغيرا في مكونات الشغل لأن الشغل، و من أجل إنجاز العمل، سيقوم بتوظيف عوامل غير معتادة، وهنا يصبح احتمال الحادثة أكبر. هناك أحيانا أدوات معدة لاستعمالات معينة يتم استعمالها في أعمال لم تصمم من أجلها، حيث تصبح المشكلة ليس في الاستعمال الذي قد يكون عامل تجديد يقوم به الشغل بل في حجم المخاطر غير المتوقعة التي تحيط بالإنجاز. وهذا منشؤه أيضا تلك الفكرة السائدة لدى الكثيرين بما فيهم أوساط التدبير، و مؤداها أن ما لم يقع حتى الآن لن يقع إطلاقا و هو اعتقاد ليس أكثر.

#### 2.3- المعايير في مجال التكوين

حاولنا هنا أن نسلط الضوء على درجة حضور السلامة في برامج التكوين وما إذا كانت تشكل بالفعل هاجسا لدى القائمين على العملية التدريبية و مدى الربط بين السلامة و الإنجاز في أي من المراحل وخاصة التمارين التي ينجزها المتدربون تحت إشراف المكونين. وقد تطلب الأمر منا القيام من جهة باستطلاع رأي عينة من المتدربين (49)، و من جهة ثانية إنجاز مقابلة مع مكونين و فئة من المتدربين.

وتفيد نتائج الاستطلاع أن الحوادث، و بغض النظر عن درجة خطورتها، هي وقائع ملازمة لوضعية التكوين التي شكلت موضوع معابنتنا على اعتبار أن مجموع المتدربين لم يتوانوا في التصريح بكونهم شهدوا حوادث وقعت. في حين وجد أن % 63 من المتدربين كانوا هم أنفسهم ضحية لحادثة، و أن % 55 عبروا عن مخاوف إزاء المخاطر التي ينطوي عليها التمرين، و أن % 53 قاموا بإنجاز تمارين معروفة بمخاطرها و أن نفس النسبة من المتدربين لا يجدون غضاضة في التحدث عن هذه المخاطر و لا يستشار المكون في هذه الحالة إلا من قبل % 47 من المتدربين.

أما فيما يخص فعل الإنجاز في حد ذاته و على مستوى إعداد آلة للتشغيل فإن % 27 من المتدربين يتحدثون عن ضرورة القيام بإجراء إيقاف التشغيل قبل الشروع في الإعداد كإجراء احترازي و لا يقوم بإيقافها فعليا إلا % 39 من المتدربين. يضاف إلى ذلك وجود وعي لدى % 69 من المتدربين بالآثار السلبية للعمل الجماعي اعتبارا للإزعاج و الخلافات



prévention du risque chimique. L'apport de l'ergotoxicologie. Activités, 6(1), 49-67

- Dejours. Ch. (2002) : Le facteur Humain. Paris, PUF, QJS ?

- Lorino. Ph. (2009) : [Concevoir l'activité collective conjointe : l'enquête dialogique. Étude de cas sur la sécurité dans l'industrie du bâtiment.](#) Activités, 6(1), 87-110.

- Joule.R.V.& Beauvois.J.L. (2002) : Petit traité de manipulation à l'usage d'honnêtes gens. Grenoble, PUG.

- Malchaire.J. (1997) : Stratégie générale de prévention des risques professionnels. Cahiers de Médecine du Travail et Ergonomie, 34(3-4), 159-165.

- Oliver.A.,Manuel.Thomas.J.,Cheyne.A.(2006) : Safety Climate : Its Nature and Predictive Power. Psychology in Spain, 10(1), 28-36.

- Rasmussen.J. (1991) : Technologies de l'information et analyse de l'activité cognitive. In Amalberti R., de Montmollin M., Theureau J. (Eds.). Modèles en analyse du travail, Psychologie et Sciences Humaines. Mardaga, 1991, pp. 249-284.

- Vidal-Gomez. C. & Samurçay.R. (1998) : Analyse des compétences pour la gestion des risques au travail. Actes du colloque « Recherche & Ergonomie », Toulouse, février, 113-118.

يدور حول تمكين العمال من أدوات الوقاية و الإسعافات الأولية. وهي أمور ضرورية و لا شك، و لكن ما يتطلب تعميق النقاش بشأنه فيتلخص في مدى فهم القائمين على تدبير مسألة الصحة و السلامة في العمل لما تنطوي عليه سلوكيات السلامة، التي بقدر ما تكتسب بقدر ما هي معرضة للتلف. و هو ما يتطلب و باستمرار تنمية الكفايات المتعلقة بالسلامة، دون أن ننسى أن السبيل السليم لتميتها هو أولاً تمكين العمال من أدوات التعرف على المخاطر و في نفس الوقت استثمار سلوكياتهم السالمة في أي عملية تكوين تطلوها. و لكون أمور السلامة في العمل ذات طبيعة معقدة يمتاز فيها التقني بالبشري و التنظيمي فضلاً عن البيئي، و استناداً إلى أهمية المقاربات النفسية، فقد بات من الضروري أن يستقطب هذا المجال اهتماماً أكبر في الوطن العربي، ببساطة لأن فراغاً ما لا يزال موجوداً. و لا غرابة إذن ألا تسمع لصوت النفسانيين داخل المجال الإنتاجي فيما يتعلق بالسلامة، و كأن الموضوع ليس من اهتمامات علماء النفس إلا في حالات نادرة. و لا بأس أن نذكر بأهمية أدوات تحليل العمل، و الاختبارات الشخصية و المعرفية في تشخيص مدى تناسب مهام معينة مع أشخاص معينين من حيث جوانب السلامة.

#### Références :

- Benoit. M. (1999) : Approche des facteurs humains en prévention des risques au travail. Communication à Ecole d'été « Gestion scientifique du risque », Albi (France), du 06 au 10 Septembre. <http://www.previnform.net/>
- Brahim.M.B. & Carrigou. A. (2009) : Une approche critique du modèle dominant de

## المجلة الإلكترونية لشبكة العالمة النفسية

Index APN eJournal

[www.arabpsynet.com/apn\\_journal/index-apn.htm](http://www.arabpsynet.com/apn_journal/index-apn.htm)

ملف العدد 36 - خريف 2012

### "العلاج النفسي من منظور ثنائي البعد"

تعدّ التركيبة الدماغية للمخ البشري الوحيدة بين جميع الكائنات الحية، المهززة بملكة الاعتقاد في اللمشاهد ( الغيب ) . من ذلك أنّ الحدود لا قدرة له على إدراك الالمحدود/الموجود بالفعل، بحكم انه جهّز بما يؤهله الاعتقاد فيه و ليس بما يؤهله إدراك كنهه، هذا إضافة إلى جهوزيته لإدراك المشاهد ( المادة ) فهما و وتفكيكا وإعادة صياغة .

إن علوم النفس ذات البعد الواحد، وقد تجاهلت في دراستها وظيفة من أهم وظائف المخ البشري، نعدّها اليوم في حاجة قصوى إلى مراجعة جذرية انطلاقاً من منظور ثنائي البعد، نؤخذ فيه بالدراسة جميع وظائف وملكات المخ البشري، علّها تبصرنا بذات نفس الإنسان، مكانته في الكون، رسالته في الحياة ومآله بعد الموت، فيعرف الإنسان في ظلها سكينه حقيقية افتقدتها في ظل علوم نفسية أحادية البعد.

المشرف : الدكتور إدريس عبد السلام شاهدي الوزاني - المغرب/ السعودية

الطب النفسي - المدينة المنورة، السعودية

[driss.chahdi@gmail.com](mailto:driss.chahdi@gmail.com)

[arabpsynet@gmail.com](mailto:arabpsynet@gmail.com)

آخر أجل لقبول الأبحاث 30 - 09 - 2012

## REPRÉSENTATIONS ET USAGES SOCIAUX DE LA MALADIE.

**ABDELKARIM BELHAJ**

FACULTÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES. UNIVERSITÉ MOHAMMED V. RABAT

[abdelkrimbelhaj@yahoo.fr](mailto:abdelkrimbelhaj@yahoo.fr)

### Questions d'approche en psychologie sociale

Dans ce texte on se propose l'étude des processus psychosociaux qui sont mobilisées dans les conduites sociales et qui traduisent la logique de la pensée en usage dans le sens commun, donc en société, par rapport à la maladie<sup>1</sup>. Ces processus rendent compte des modalités de la perception sociale qui renvoie à une forme de connaissance particulière, voire à une expression spécifique d'une pensée sociale. C'est-à-dire, cette connaissance, non pas savante, mais qui est partagée dans la société par tous le monde et anime la vie quotidienne<sup>2</sup>.

Car nous avons la conviction de la nécessité de l'étude de cette pensée, quant à ce qui l'anime comme perceptions, croyances et connaissances, voire aussi comme idéologies afin de comprendre le sens et la portée des comportements qui en dépendent. Une étude qui s'impose comme préalable à l'investigation et à la quête de sens des différentes problématiques qui traversent la vie en société. Dans ce cadre, on soulignera l'intérêt qui revient à la conception sociocognitive élaborée en psychologie sociale, notamment dans ce qu'elle a forgé comme outillage à l'approche systématique des processus dans leurs doubles dimensions, soit psychologique et sociale soit individuelle et collective. Aussi est-il que, la représentation sociale étant située à l'interface de ces dimensions<sup>3</sup>, elle présente une valeur heuristique pour toutes les sciences humaines<sup>3</sup>. Car, tous les aspects des représentations sociales doivent être pris en compte : psychologiques, sociaux, cognitifs, communicationnels. Ce qui permettra d'interroger les formes de la réalité sociale, telle qu'elle est construite et opérée dans la société. Une réalité qui regorge de problématiques sociales relatives à la dialectique santé/ maladie, et qu'il y a lieu de cerner au niveau de processus psychosociaux que sont les représentations sociales et les explications causales.

Tout d'abord, il y a lieu de souligner la pertinence des concepts tels qu'ils ont été développés par les travaux pionniers dans le domaine de la psychologie sociale. Vu, l'utilité qui leur est conférée dans l'étude des logiques dont rend compte la pensée sociale dans la vie quotidienne d'une société.

Dans cette perspective, on notera que chaque culture génère un ensemble de représentations, de croyances et des usages partagés qui permettent à ses membres d'interpréter les événements qu'ils observent et d'en faire l'objet d'échanges en commun. Ce système donne lieu à des " significations " dans un commun accord tout en faisant valoir la portée pratique des connaissances au quotidien et constitue une psychologie que certains qualifient de " populaire " ou de " naïve " ou encore de " sens commun"<sup>4</sup>. Ainsi, tel comportement de soi-même ou d'autrui pourra faire l'objet d'une explication par sa " personnalité ", par ses conditions d'existence ou encore par l'emprise de forces externes, selon le type de psychologie en usage dans la société.

Cette psychologie du sens commun, abordée par la psychologie sociale en termes d'un savoir et d'une pratique quotidienne, nous fournit, donc, un ensemble de " connaissances ", notamment dans ce qu'elles comportent en termes de modalités pratiques et animant les usages sociaux qui façonnent la vie quotidienne. Ce sont des connaissances qui sont utilisés par tout un chacun aussi bien pour se situer que pour situer autrui. Ce sont aussi des connaissances sur les différentes manières d'être et d'agir en différentes circonstances que les gens utilisent aussi bien pour satisfaire certaines motivations psychosociales que pour opérer leurs adaptations. En effet, c'est encore dans le cadre de cette psychologie du sens commun que les gens interprètent leurs expériences individuelles et sociales et c'est donc à partir des mêmes représentations culturelles que ceux-ci construisent leur réalité et lui donnent un sens.

### La représentation sociale de la maladie

Le concept de représentation sociale désigne « une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal »<sup>5</sup>. Aussi, pourrait-on dire qu'en tant que phénomènes animant les manières d'agir et de faire en société, les représentations sociales se présentent sous des formes variées, plus ou moins complexes. Images qui condensent un ensemble de significations ; systèmes de références qui nous permettent d'interpréter ce qui nous arrive, voire de donner un sens à l'inattendu ; c'est-à-dire, en tant que catégories qui servent à classer les circonstances, les phénomènes ou les individus auxquels nous avons à faire ; voire, aussi comme théories qui permettent de statuer sur ces phénomènes. Les représentations sociales, donc, induisent chez l'individu une manière de penser et d'interpréter la réalité quotidienne. Elles constituent une forme de connaissance socialement élaborée et partagée à l'interface du psychologique et du social, comme résultat de l'activité mentale déployée par les individus et par les groupes pour définir leur position par rapport à des situations, des événements et des objets les concernant.

Pour résumer on peut dire avec Jodelet, que la représentation " est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. " <sup>6</sup>. En ce sens, que c'est une forme de connaissance du sens commun qui permet l'organisation mentale de l'environnement et l'orientation des conduites, tout en concourant à la structuration d'une vision de la réalité qui soit commune à un ensemble social ou culturel. De ce point de vue, la représentation de la maladie apparaît chargée de significations qui évoquent la spécificité culturelle d'une vision de la vie. Ainsi la maladie est traduite par rapport à la santé dans sa réalité perçue et vécue par les gens et proportionnellement aux pratiques qu'ils lui réfèrent de manière continue.

Rappelons que les premiers travaux sur les représentations sociales ont été consacrés à des sujets relatifs à la santé. Moscovici (1961/1976) <sup>7</sup> a traité une pratique thérapeutique de la santé mentale, en l'occurrence la psychanalyse, puis sur la santé et la maladie par Herzlich (1969) <sup>8</sup>, sur la folie par D. Jodelet (1989) <sup>9</sup>, sur l'handicap par

Farr et Markova (1994) <sup>10</sup>. Il s'agissait pour ces auteurs de explorer tout ce qui a trait à la pensée sociale en termes de croyances, mythes, idéologies, représentations, images, attitudes. En l'occurrence, le sens pratique de la pensée sociale en usage dans le contexte social.

Dans un autre texte S. Moscovici considère les représentations sociales comme étant « un mode spécifique de connaissance et de communication de ce que l'on sait » <sup>11</sup>, d'autant qu'une dynamique les anime faisant référence « au lien qu'elles tissent entre la vie abstraite du savoir et des croyances et la vie concrète des individus en société ». Ainsi, deux notions ont été dégagées pour rendre compte de cette dynamique des représentations :

– **L'objectivation** qui rend concret ce qui est abstrait, dans le sens qu'elle traduit la construction de la réalité, l'organisation schématique d'éléments choisis et sélectionnés qui, reliés, constituent une structure organisant le champ de représentation. C'est à travers cette objectivation, que la maladie, par exemple, prendra une forme ou une apparence d'altération au niveau du corps.

– **L'ancrage** comme enracinement dans le système de pensée, une assignation de sens, une instrumentalisation du savoir, qui rend compte de la façon dont des informations nouvelles sont intégrées et transformées dans l'ensemble des connaissances socialement établies et dans le réseau de significations socialement disponibles pour interpréter le réel, puis qui sont, ensuite, réincorporées en qualité de catégories servant de guide de compréhension et d'action. En d'autres termes, l'ancrage consiste à mettre un objet nouveau dans un cadre bien connu pour pouvoir l'interpréter.

Les représentations comportent des éléments divers dont certains sont parfois étudiés de manière isolée : éléments informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, valeurs, attitudes, opinions, images, etc. Mais ces éléments sont toujours organisés sous l'espèce d'un savoir disant quelque chose sur l'état de la réalité. C'est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Il s'agit d'un « savoir de sens commun » ou encore un « savoir naïf », voire « naturel ». On reconnaît généralement que les représentations sociales, en tant que système d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent <sup>12</sup> et organisent les conduites et les communications sociales .

L'intérêt porté à cette forme de connaissance sociale a eu une place importante dans les travaux menés dans le champ de la psychologie sociale<sup>13</sup>, dans la mesure où les représentations sont à même de donner un sens aux pratiques et usages relatifs au traitement social et culturel des grandes questions qui ont trait directement ou indirectement à la vie des gens, notamment en ce qui concerne la santé dans ses versants physique, psychique et mentale. Le dit traitement social qui reste porteur de logiques tiraillées entre une orientation traditionnelle et une autre en apparence moderne. C'est-à-dire, une logique sociale qui s'inscrit pleinement dans les traditions et les us, supportée par les croyances et la religion. Quant à l'autre logique, elle renvoie une adhésion à des valeurs occidentales. Aussi est-il que ce traitement social trouve son expression depuis la nature de la perception qui le mobilise jusqu'aux conduites qui se traduisent par la pratique sociale eu égard à la santé, la maladie et les soins. Dans cette optique J. Pierret<sup>14</sup> souligne que les systèmes d'interprétation de la santé qui organisent les pratiques sociales et symboliques renvoient non seulement à la maladie et à la médecine, mais aussi au travail, à l'éducation et à la famille tout en permettant de dégager des logiques de vie ou, du moins, des sens donnés à la vie.

Selon la définition de L'OMS la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie. Quant à la maladie, elle est considérée en tant qu'altération de la santé. Dans ce cadre, on peut relever quelques éléments que comportent ces définitions dans la présentation suivante :

Définitions systématiques	Usage social
-Maladie : Altération de l'état de santé, attribuée à des causes internes ou externes, se traduisant par des symptômes et des signes, et se manifestant par une perturbation des fonctions ou par des lésions.	Maladie المرض
-Santé : État de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.	Santé الصحة
-Patient : Personne qui a recours aux services médicaux ou paramédicaux, qu'elle soit malade ou non.	Malade المريض
-Malade : Personne dont la santé est altérée, qui souffre de troubles organiques ou fonctionnels.	

Ainsi, la santé et la maladie sont parties intégrantes de la vie, du processus biologique et des interactions avec le milieu social et environnemental.

Généralement, la maladie se définit comme une entité opposée à la santé, depuis la réalité qui est propre à l'une et à l'autre jusqu'à leur représentations et les modes d'approches qui leurs sont réservée socialement et institutionnellement. Ainsi, même la définition systématique de la santé, adoptée par l'OMS, a connu une évolution importante. Car, dans ce cadre et comme on peut le noter, la définition de la santé considérée comme « absence de maladie et d'invalidité » a été remplacée par une autre définition qui signifie la santé comme un « état de bien-être complet, physique, mental et social ».

Dans les toutes les sociétés, aujourd'hui comme hier, la maladie possède une dimension sociale essentielle à sa définition et à son interprétation. Bien que les anthropologues et sociologues soulignent le relativisme culturel qui traverse les significations et les représentations. Ceux-ci décèlent dans la logique des symbolismes mise en oeuvre pour décrire et maîtriser la maladie une volonté de sens et de cohérence qui a cour dans les différentes sociétés<sup>16</sup>.

La maladie est une expérience qui sa propre réalité, mais l'idée que l'on s'en fait recouvre une autre réalité. Il y a certes des différences objectives entre les malaises eux-mêmes, mais il y a aussi des réactions et des perceptions différentes d'une même maladie. Le médecin, malgré son savoir scientifique, sa pratique systématique et les missions de sa profession, n'est d'ailleurs pas à l'abri de la subjectivité de ses patients et de leurs différentes perceptions du phénomène maladie, car il en fait fréquemment face et doit en tenir compte dans sa tâche. Il arrive souvent dans l'échange qui s'établi en situation de travail sur la maladie que les patients s'acharment, voire avec un certain savoir, a suggérer au médecin la maladie qu'ils croient avoir ou veulent avoir. Ce sont souvent les sensations, les émotions et non le raisonnement qui entraînent les individus dans la spirale du système de soins de santé dans une quête de salut. Ce que le malade recherche en même temps du traitement et de soins, c'est l'assurance quant à ses inquiétudes et la confirmation par la science médicale de sa propre perception de son malaise. S'il ne trouve pas de réponses et pas d'informations dans le circuit médical pour appuyer les attentes générées par sa représentation, il s'en remettra aux pratiques parallèles de soins traditionnels ou populaires, voire à la religion. Car, en fin de compte le traitement médical de la maladie repose sur un échange entre médecin et malade jusqu'au rétablissement de l'équilibre, donc de la santé, qui a été ébranlé par celle-ci. Ainsi peut-on dire que le concept de représentation sociale de la santé est une sorte de système de pensée commun partagé dans une société.

On remarquera dans ce cadre, que l'idée de la santé correspondant à un état de fait auquel échappe l'emprise personnelle est largement présente. Ainsi, il y a la référence à l'idée selon laquelle la santé est tributaire du destin ou de la volonté de Dieu; ou la tendance à définir la santé comme étant une richesse à valeur inestimable, un don de Dieu. D'autant plus que cette idée de la santé définie comme un don est en accord avec une conception de la santé externe de soi, ce qui contraste avec le discours qui fait référence à la responsabilité personnelle.

Par ailleurs, le rapport des individus à la santé demeure largement marqué par les environnements sociaux et culturels dans lesquels il se manifeste, dès lors que les représentations de la santé et de la maladie deviennent une option privilégiée pour saisir les logiques d'ensemble qui sous-tendent les attitudes, les croyances et les comportements relatifs à la santé et à la maladie au sein des différents groupes sociaux. Autrement dit, le concept de représentation sociale appliqué à la santé permet de comprendre davantage l'influence des dimensions sociales et culturelles sur les pensées et les actions des individus au regard de leur processus à la fois de l'entretien et de la préservation de la santé d'une part et de gestion de la maladie d'autre part. De manière générale, l'étude de la représentation sociale de la santé devrait rendre compte des divers éléments reliés aux croyances, aux connaissances et aux modes de gestion de la maladie.

Dans son étude Herzlich souligne le fait de tenter " de comprendre les attitudes et le comportement que les représentations sociales engendrent, le savoir qui circule à leur propos, dans la relation même qui se crée entre l'individu, la santé et la maladie "<sup>17</sup> .

Les représentations sociales permettent de constater que certaines idées au sujet de la maladie sont élaborées et partagées par la communauté. Ces idées font référence, tout comme pour la santé, à des dimensions extérieures à soi, à des attitudes et à des comportements spécifiques ainsi qu'à des conditions environnementales. Aussi, qu'elles renvoient aux manières d'agir et de faire allant de la conscience, de la prévention et de la protection jusqu'aux pratiques de préservation et de soins thérapeutiques. En effet, les représentations sociales de la maladie sont aussi élaborées au contact des systèmes thérapeutiques auxquels les individus peuvent avoir recours. En outre, il est utile de souligner que c'est la culture dont les individus font partie qui leur désigne :

- des pratiques bénéficiant d'une légitimité rationnelle: la médecine « moderne » officielle entant que médecine hospitalo-universitaire ;

- des pratiques bénéficiant d'une légitimité sociale, relevant d'une médecine dite « traditionnelle » ou « populaire ».

Ce sont, donc, ces pratiques inscrites dans deux registres qui coexistent dans une même réalité, de même que les représentations de la maladie peuvent être proches pour ceux qui y ont recours et sont souvent d'ailleurs conduits à parcourir un itinéraire largement diversifié<sup>18</sup> (passage du médecin généraliste au guérisseur qui chacun prescrit un type de traitement).

Nous retenons que la maladie, bien qu'elle rend compte d'un état de la personne et de sa subjectivité, est toujours appréhendée en terme d'extériorité. A titre d'exemple, on évoquera quelques expressions qui ont un certain usage en société eu égard à la maladie :

1- les gens ont tendance à inférer les causes de la maladie à des conditions externes, que ce soit pour leur propre état ou celui d'autrui :

- le climat : le froid m'a frappé = j'ai attrapé froid  
ضربني البرد
- le soleil m'a assommé : j'ai eu un coup de soleil ;  
ضربتني الشمس
- l'asthme l'a attrapé : il a eu une crise d'asthme ;  
"شداتو" الضيقة"
- Quelque chose lui a causé une indigestion, une intoxication... ;
- Quelque chose lui fait mal ;
- le dos le fait souffrir
- la tête lui fait mal
- l'urine le brûle
- l'estomac lui donne des douleurs
- la tension lui est montée
- une (sale) maladie l'a attrapé ;

- le sucre (diabète), la tension

2- lorsque la cause paraît perceptible, notamment de l'ordre organique :

- il (elle) a fait une chute
- il (elle) s'est cogné(e) la tête contre (un objet, mur, arbre, panneau..)
- il (elle) s'est brûlé

Observons dans ce sens que c'est la maladie qui intervient et non le sujet qui est atteint.

Les gens, conscients de leur souffrance, vont consulter un médecin (généraliste ou spécialiste selon la nature de la maladie) pour les aider à surmonter l'épreuve et dans l'expectative de trouver chez lui la solution à leur peine. En ce sens, que le traitement que celui-ci leur propose soit efficace et avec effet immédiat. Or l'impatience relative au soin et à la guérison, se traduit chez eux par la consultation d'autres médecins, mettant en cause la compétence des uns et des autres.

Dans cette logique rendant compte que le médecin n'est en fait que le déclencheur du processus de la guérison, celle-ci est perçue en ce qu'elle reste du pouvoir divin. Dès lors, dans cette quête de traitement, le malade croit qu'il finira par trouver le bon médecin qui saura le débarrasser de son mal. Dans cette optique, on est devant une forme de transposition de la croyance en la « baraka » chez les guérisseurs vers le travail des médecins. Voire, un credo de type :

Que Dieu procure la santé الله يرزق الصحة

Que Dieu soigne Allah y'chafi الله يشافي

Que Dieu guéri Allah y'âafi الله يعافي

Que Dieu préserve Allah yih'fedh الله يحفظ

#### La notion d'attribution causale et les styles explicatifs

La thématique de la maladie dont il est question ici peut être repérée toujours dans la logique de la pensée sociale mais selon un autre mécanisme sociocognitif qui a trait au raisonnement causal, en l'occurrence l'attribution causale qui envisage avant tout les processus par lesquels les individus expliquent et interprètent les événements auxquels ils sont confrontés<sup>19</sup>. Aussi, il n'en demeure pas moins que cette perspective de la causalité sociale et quotidienne serait d'un enseignement très riche pour rendre compte des attitudes et des pratiques sociales relatives à la perception de la santé et de la maladie.

Appliquée au domaine de la santé, la dialectique causale "interne- externe" a laquelle la théorie de l'attribution a donné forme, révèle non seulement des stratégies divergentes mais aussi l'existence d'un enjeu: il n'est pas indifférent pour l'individu de percevoir l'univers et de se percevoir dans cet univers de façon interne ou externe. Ainsi, cette perception donne lieu à une logique causale qui s'opère à travers la dialectique interne - externe. D'autant que, l'explication causale répond à cette exigence disposée chez l'individu à vouloir comprendre et interpréter les actions ou les événements qui interviennent dans son champ de perception. C'est-à-dire, les événements qui traduisent l'altération de la santé et qui sont de l'expérience directe ou indirecte de l'individu. Ainsi, donc, comme l'attribution

est le processus par lequel l'individu recherche les causes d'un comportement ou d'un événement, il reste, cependant, que c'est un processus d'une grande importance dans ce qu'il traduit comme conduite sociale consistant à émettre un jugement, à imputer et à inférer des causes.

L'examen du processus d'attribution causale renvoie à cette "psychologie naïve" qui reflète la causalité sociale en usage dans le sens commun, celle qu'on retrouve chez l'homme de la rue. Ce processus d'attribution causale<sup>20</sup>, donc, en tant que stratégie d'expression de la psychologie du sens commun, met en relief une dimension essentielle de l'homme, dans le sens que ce dernier est considéré comme un "acteur, c'est-à-dire l'auteur ou le témoin effectif d'un comportement, d'une action et non seulement comme le lieu d'une réaction"<sup>21</sup>. En d'autres termes, l'individu est envisagé comme un acteur en mouvement, voire "une machine à inférer", qui perçoit, agit, cherche à comprendre et donne des explications.....

Dans le cadre de cette logique sociale de la causalité, les individus bien qu'ils adoptent des stratégies, il n'en demeure pas moins que celles-ci sont opérées en fonctions de styles personnels, dits «styles attributionnels». En ce sens que chaque individu aurait une manière relativement stable d'expliquer, en termes d'internalité ou d'externalité, une variété d'événements négatifs ou positifs qui surviennent dans la vie sociale et dans lesquels l'individu est impliqué directement ou indirectement. Ainsi, à la suite d'une blessure ou d'une affection sévère, certains individus vont s'effondrer et se laisser faire, se sentant incapables de redevenir ce qu'ils étaient. D'autres, au contraire, vont accuser, se reprendre et considérer la blessure ou l'affection comme un épreuve temporaire, ouvrant la porte à de nouveaux défis. Le style explicatif est « la tendance d'une personne à donner le même type d'explications aux différents événements auxquels elle est confrontée »<sup>22</sup>. Il s'ensuit que la nature de la réponse de cette personne ou de sa réaction, c'est-à-dire l'attribution causale qu'elle formule, donne alors le type de résignation qui la caractérise.

Dans certains cas, la situation en elle-même est porteuse d'explications des événements rencontrés (épidémie...) Dans d'autres cas, l'individu utilise des types d'explication stables ou répétitifs, que sont les styles attributionnels, dits styles explicatifs.

Quand un événement incontrôlable (dont l'individu juge qu'il n'a pas de contrôle) survient, et quand les explications situationnelles ne sont pas évidentes, alors le style explicatif devrait influencer la manière dont l'individu va se comporter. La résignation sera fonction, alors, du style explicatif de celui-ci. C'est-à-dire, que l'individu se place en position du subissant, du fait qu'il juge ne pas avoir le contrôle sur les événements ou sur la portée de ces actes. Dès lors sa représentation de ces derniers et l'explication dans il rend compte prennent leurs sens dans cette optique.

Dans la logique de la psychologie du sens commun, un « style explicatif » n'a pas de signification notable pour la plupart des gens, mais il trouve son expression en termes d'«optimisme» et de «pessimisme» qui traduisent une vision des causes des événements.

Par ailleurs, il semble que la manière relativement récurrente chez l'individu d'expliquer, en termes de causes internes ou externes, les événements positifs ou négatifs susceptibles de lui arriver est présumée constituer une variable

intervenant dans les symptômes de résignation. Plus précisément, contrairement à un style optimiste, un style pessimiste est censé conduire à certaines formes de résignation comme la passivité, l'anxiété, l'échec ou la maladie.

Le contrôle perçu de la maladie chez les patients atteint d'une affection ou d'un trouble (cancer, hépatite, ..) désigne la croyance généralisée que l'évolution de la maladie dépend soit de facteurs internes (actions, efforts, comportements personnels), soit de facteurs externes (hasard, destin). Cependant une attribution causale interne est associée à une disposition qui a trait à la personne, ou externe qui réfère aux conditions environnantes. Dans ce cadre, il y a toute une différence entre les personnes qui s'attribuent la responsabilité de leur maladie et ceux qui imputent cette responsabilité à une causalité externe.

Globalement, il apparaît que le raisonnement social au sujet de la santé et de la maladie est articulé en fonction des connaissances issues de l'expérience et du vécu des individus. Les croyances et les connaissances en matière de santé exercent une influence déterminante sur les comportements et le mode de vie, et donc, le rapport à la maladie est largement intégré dans cette logique. Dès lors, les explications qui traitent de la santé, surtout relativement aux problématiques qui lui font défaut, sont suscitées pour une large part à partir de ces croyances et de ces connaissances.

Nul doute que la compréhension des attitudes sociales à l'égard de la maladie, ainsi que la gestion sociale qui lui est réservée, est l'objet de possibilités très prometteuses lorsqu'elle est opérée au niveau du fonctionnement sociocognitif en usage dans la société. Un fonctionnement (représentations sociales et explications causales) que reflète la pensée sociale dans sa portée pratique, notamment quotidienne, et qui est porteur de significations psychosociales relatives à la prise en charge culturelle de la santé et de la maladie.

#### Bibliographie :

- Belhaj, Abdelkarim. L'attribution causale, processus de l'explication sociale du comportement. revue de la culture psychologique. Beirut, Liban, n°32, 1997 (en arabe).
- Belhaj, Abdelkarim. l'explication sociale des causes du comportement et des événements personnels. Thèse de Doctorat d'état. Université Mohammed V. Rabat 2004-2005.
- Belhaj, Abdelkarim. La représentation sociale, processus de la construction de la réalité. Publications Faculté des Lettres et des Sciences Humaines. Rabat. 2005. (en arabe)
- Belhaj, Abdelkarim. Approche psychosociale des représentations et des explications causales de la maladie. In Saâlit, E. Santé, culture et comportement. Publications de la faculté des Lettres et des Sciences Humaines-Marrakech. 2008.

- Belhaj, Abdelkarim. Psychosociologie des représentations et des pratiques quotidiennes. Rabat, éditions Bouregreg. 2009.
- Buchanan, G.M. et Seligman M.E. P. (Eds), Explanatory Style. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.1995.
- Deschamps, J-C et Clémence, A. L'explication quotidienne, perspectives psychoso-cologiques .Fribourg. Delval.1987.
- Farr, B.M. ; Markova, I. Representations of Health and Handicap, Chur, Harwood Acadmic Publishers. 1994.
- Herzlich, C. Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris-La Haye, Mouton. 1969.
- Jodelet, D. Folies et représentations sociales, Paris, PUF.1989.
- Jodelet, D. Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, 1984. Jodelet, Denise. Les représentations sociales, Paris, PUF, 1989.
- Laplantine, F. Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie. In Jodelet (dir) : les représentations sociales, Paris, PUF, 1989.
- Moscovici .S. « des représentations collectives aux représentations sociales », in D.Jodelet, les représentations sociales, Paris, PUF, 1989.
- Moscovici, S. Introduction à la psychologie sociale. Paris. Larousse. 1972. vol 1.
- Moscovici, S. La psychanalyse, son image et son public, Paris, PUF.1961/1976.
- Organisation mondiale de la santé. 1946/1986.
- Pierret, J. Les significations sociales de la santé. dans Augé,M.et Herzlich, C. (dir), Le sens du mal. Anthropolgie, histoire, sociologie de la maladie, Paris- Montreux, Éd Archives Contemporaines. 1984.

#### Bibliographie du text:

- Belhaj Abdelkarim. Approche psychosociale des représentations et des explications causales de la maladie. In Saâliiti, E. Santé, culture et comportement. Publications faculté des Lettres et des Sciences Humaines-Marrakech. 2008, pp 53-66.

<sup>2</sup> - Belhaj Abdelkarim. l'explication sociale des causes du comportement et des événements personnels. Thèse de Doctorat d'état. Université Mohammed V. Rabat 2004-2005.

<sup>3</sup> - Jodelet Denise. Les représentations sociales, Paris, PUF, 1989.

<sup>4</sup> - Belhaj Abdelkarim. Psychosociologie des représentations et des pratiques quotidiennes. Rabat, éditions Bouregreg. 2009.

<sup>5</sup> - Jodelet Denise. Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, 1984, p. 365.

<sup>6</sup> - Jodelet Jodelet. Les représentations sociales, op. cit 1989, p.53.

<sup>7</sup> - Moscovici Serge. La psychanalyse, son image et son public, Paris, PUF.1961/1976.

<sup>8</sup> - Herzlich Claudine. Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris-La Haye, Mouton. 1969.

<sup>9</sup> - Jodelet Denise. Folies et représentations sociales, Paris, PUF.1989.

<sup>10</sup> - Farr, B.M. ; Markova, I. Representations of Health and Handicap, Chur, Harwood Acadmic Publishers. 1994.

<sup>11</sup> - Moscovici Serge. « des représentations collectives aux représentations sociales », in D.Jodelet, 1989. ibid p79

<sup>12</sup> -.Jodelet D, les représentations sociales, ibid.

<sup>13</sup> - Belhaj Abdelkarim. La représentation sociale, un processus de la construction de la réalité .Publications de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaine de Rabat. 2005, pp 43- 58.(en arabe)

<sup>14</sup> -Pierret, J. Les significations sociales de la santé. dans Augé,M.et Herzlich, C. (dir), Le sens du mal. Anthropolgie, histoire, sociologie de la maladie, Paris- Montreux, Éd Archives Contemporaines. 1984. p. 217-56.

<sup>15</sup> - Organisation mondiale de la santé. 1946/1986.

<sup>16</sup> - Pierret, J. Les significations sociales de la santé... ibidem

17 - Herzlich Claudine. Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996.

18 - Laplantine François. Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie. In Jodelet (dir) : les représentations sociales. op cit. p305-306 ;

19 - Deschamps, Jean-Claude et Clémence, Alain. L'explication quotidienne, perspectives psychosociologiques. Fribourg. Delval.1987.p71

20 - Belhaj Abdelkarim. L'attribution causale, processus de l'explication

sociale du comportement. revue de la culture psychologique. Beirut, Liban, n°32, 1997 (en arabe).

21 - Moscovici, Serge. Introduction à la psychologie sociale. Paris. Larousse. 1972. vol 1. p59

\* En fait ce concept de « style attributionnel » ou « style explicatif » est une composition entre la théorie de l'attribution causale et une autre théorie dite de la résignation acquise (learned helplessness).

22 - Buchanan, G.M. et Seligman M.E. P. (Eds), Explanatory Style. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.1995. p1

## ARABPSYNET PAPERS SEARCH

By ARABIC, ENGLISH & FRENCH words



[www.arabpsynet.com/paper/default.asp](http://www.arabpsynet.com/paper/default.asp)  
Form Add Papers (For Subscribers)  
<http://localhost/paper/PapForm.htm>

## ARABPSYNET THESIS SEARCH



[www.arabpsynet.com/These/default.asp](http://www.arabpsynet.com/These/default.asp)  
Form Add Thesis Summary (For Subscribers)  
[www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm](http://www.arabpsynet.com/these/ThesForm.htm)

## ARABPSYNET PSYCHOMETRY GUIDE

English Edition



[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.asp](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.asp)

## دليل القياسات النفسية العربية والعالمية

### الإصدار العربي



[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.Ar.asp](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-metry.Ar.asp)



## COMPORTEMENTS ET TRANSGRESSIONS AU RAMADAN: UNE DISSONANCE COGNITIVE.

ABDELKARIM BELHAJ

FACULTÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES. UNIVERSITÉ MOHAMMED V. RABAT

[abdelkrimbelhaj@yahoo.fr](mailto:abdelkrimbelhaj@yahoo.fr)

Avec Le mois de Ramadan (qui consiste à la pratique du jeûne chez les musulmans durant un mois) on assiste à une mosaïque de comportements composites qui animent la vie quotidienne, que ce soit dans la rue, dans le travail ou dans différentes activités sociales. Les gens se retrouvent dans diverses situations amené à produire des comportements conformes à la norme et d'autres qui vont à l'encontre de celle-ci, ou plutôt qui sont la marque d'une transgression, laquelle peut avoir lieu de façon manifeste ou en catimini.

Dans ce cadre, il y a lieu de noter que la norme acquière un statut hautement qualifié quant à la référence religieuse, notamment dans ce qu'elle désigne comme règle régissant les comportements et certains usages en société, voire aussi un état adopté et partagé en commun par la communauté. C'est ainsi que tout ce qui est perçu tant que norme est considéré comme « normal », alors que ce qui s'écarte est observé comme étant « anormal ». Ainsi, d'un point de vue sociologique, on peut penser qu'on est en face d'une certaine logique pratique qui s'impose dans la réalité rendant compte de l'aspect formel de la norme comme étant celui qui a trait à la loi, à la tradition et aux règles qui organisent la vie en société, et un aspect informel qui renvoie à certaines manières d'agir et de se comporter dans la société qui ne correspondent pas aux principes prescrits par les règles, mais auxquels s'adonnent les gens comme nécessité dans les usages et la pratique de la vie.

Le Ramadan, a cet égard, bien qu'il a qualité d'être animé par les normes, demeure une période annuelle dans laquelle la communauté revient sur la pratique culturelle non seulement d'une obligation religieuse qui est le jeûne mais des principaux piliers qui fondent le dogme ; en ce sens, que cette pratique se veut un dénominateur commun du quotidien de la communauté<sup>2</sup>. Mais, si le Ramadan est considéré comme une situation dans laquelle se conjuguent un temps particulier avec une pratique religieuse qui engage la communauté et qui rappelle la personne à se réconcilier avec soi-même en se vouant à Dieu, tout en faisant preuve de vertus de modestie, de patience et d'altruisme, il n'en demeure pas moins qu'une tendance en société, bien que s'appliquant à traduire dans les faits un engagement dans les règles, manifeste certaines attitudes incongrues. Non seulement pour les comportements qui sont adoptés le soir et qui paraissent allant dans le sens contraire de ceux du jour, compte tenu du fait que ces derniers s'inscrivent en conformité aux normes d'abstinence et de piété; mais, aussi dans la ligne de ces derniers, c'est-à-dire, pendant le jeûne lui-même. Comme si l'abstinence ne s'applique que sur ce qui correspond à la satisfaction de la faim et de la soif, voire tout ce qui a trait à être avalé par voie orale ; quant à la satisfaction des autres besoins, elle n'est point l'objet d'astreinte par cette abstinence. Plusieurs de ces actes sont constaté à

partir d'observations quotidiennes, d'autant qu'ils sont relevé à l'occasion par les médias tout au long de cette période, et ce, en considération du caractère phénoménal qu'ils acquièrent. A titre d'illustration de ces "inconduites" ou ces actions répréhensibles au regard, non seulement, des préceptes religieux, mais aussi de la morale et de l'esprit civique. Les escroqueries et l'arnaque (dans les services et vente et achat..) qui s'accroissent en raison des fluctuations qui traversent les ressources attentionnelles des gens. Le Commérage et la Médisance qui occupent des réunions interminables dans des terrasses de cafés. Le harcèlement et la drague qui sont entrepris dans les rues et les places publics, notamment durant les soirées, en plus de cas de prostitution ou de commerce sexuel, usages de drogues, la corruption, la triche, la tromperie, le vol, le non respect du code de la route, l'agression, les insultes, l'incivisme,..etc. De ces actes, il y a ceux qui sont visibles alors que d'autres le sont moins, et à des degrés variables quant à leur cadence et leur manifestation. Mais le fait est là, et que ce sont des actes qui ont une certaine existence dans la réalité, bien qu'ils ne sont pas considéré comme le propre de Ramadan. Exception faite pour des comportements objets d'émotivité excessive qui meublent l'espace public, de manière phénoménale et indescriptible, particulièrement au niveau urbain. C'est dans ce contexte, qu'il y a lieu d'observer ces comportements et ces actions dans la logique de la dissonance cognitive et qu'il reste très opportun d'en étudier la portée et les modalités psychosociales pour comprendre cette réalité sociale dite composite.

La dissonance cognitive est un concept qui relève de la psychologie sociale, initié et théorisé par l'Américain Léon Festinger, qui décrit un état psychologique ayant lieu lorsque l'esprit d'un individu est en présence de pensées relatives à son comportement, à soi ou à l'environnement étant incompatibles entre elles, ce qui amène cet individu à éprouver un cas de tension désagréable. Quant aux pensées en question, elles sont à comprendre dans ce qu'elles désignent comme croyances, connaissances, idées et opinions ; en l'occurrence on les décrits en termes de cognitions. En d'autres termes la dissonance cognitive est considérée comme "un état de tension désagréable et qui est dû à la présence simultanée de deux cognitions (idées, opinions, comportements) psychologiquement inconsistantes"<sup>3</sup>. Ainsi, lorsqu'une personne dispose, en même temps, de deux cognitions (deux idées à propos d'un fait) cohérentes entre elles, elle éprouve un état satisfaisant dit de consonance cognitive (nécessaire à l'équilibre cognitif). Cependant, deux (ou plusieurs) cognitions incohérentes entre elles (lorsqu'une idée implique une autre qui va à son encontre) sont capables d'entraîner un état d'activation psychologique déplaisant, c'est-à-dire une dissonance. L'état de cette dissonance qui rend compte d'une inconsistance est induit par le comportement de l'individu lui-même, du fait qu'il est acteur et

l'auteur de ses actes. En ce sens que celui-ci agit d'une manière qui n'est pas en accord avec les cognitions dont il dispose et les usages socialement normalisés. Par ailleurs, il ne s'agit pas d'une simple information qui donne lieu à cet état d'inconsistance mais plutôt le propre comportement de l'individu. Dès lors, on soulignera que la dissonance est fonction de trois conditions :

- L'écart entre les cognitions dans la même situation ;
- L'importance conférée à chacune des cognitions ;
- Le nombre de cognitions et d'actes discordants en présence.

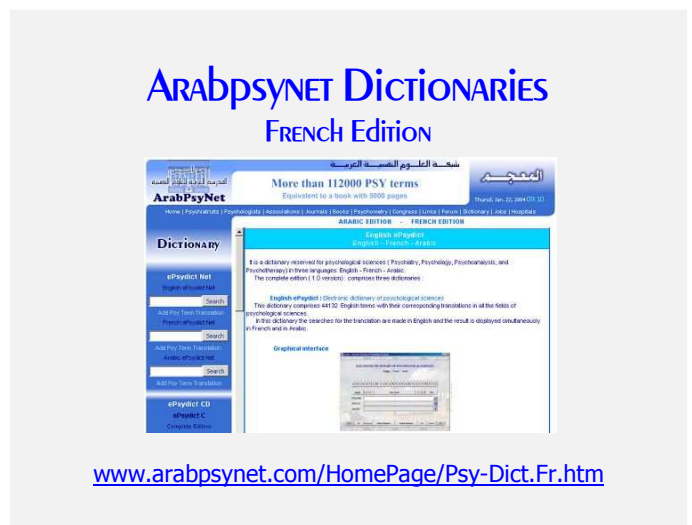
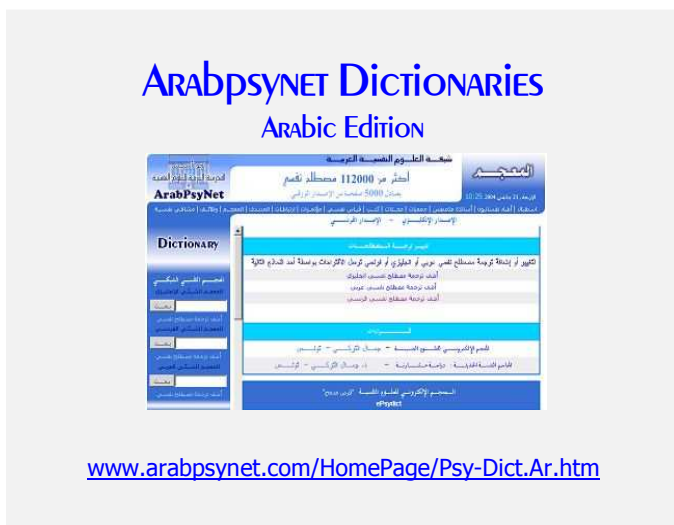
A cet effet et en réaction à un tel cas de dissonance, cet individu s'appliquera à mettre en œuvre des stratégies inconscientes visant à rétablir son équilibre cognitif. En ce sens que l'individu tend à éliminer les faits de pensée ou les faits comportementaux présents en lui et qui sont contradictoires à partir d'une rationalisation en changeant de comportement et d'opinion ou en adoptant d'autres par exemple. Il faut dire que ces stratégies, qui sont opérées au niveau des attitudes, ont pour finalité la réduction de la dissonance et son animées par l'individu dans son effort de faire face à cette incompatibilité. Car, ces stratégies ont pour fonction la modification de ses opinions afin de les ajuster avec des percepts comme nouvelle cognition ou les rendre conciliables avec la croyance en optant pour l'harmonie comme exigence de son équilibre cognitif. Il s'agit d'un « processus de rationalisation »<sup>4</sup> Il y a donc dissonance quant l'individu a une croyance et que les faits rapportés ne correspondent pas avec cette croyance. Quant à ce processus de rationalisation, soulignons qu'il a trait à un travail de réduction de la dissonance qui se traduit par le fait que l'individu modifie son attitude initiale dans le sens d'un meilleur accord avec l'acte qu'il vient de réaliser. C'est un travail d'ajustement cognitif qui est défini par cette rationalisation et grâce auquel l'individu ne fait que justifier a posteriori ses comportements, sans pour autant que ce soit un processus de remise en question de soi en termes de repentir, d'un mea-culpa ou d'un aveu vis-à-vis de la communauté. De même qu'il ne s'agit pas de ce qui est communément connu comme cas de conscience dont lequel l'individu sera amené à se lamenter,

mais plutôt de prise de conscience de la contradiction opérée chez lui entre les cognitions et les comportements. De leur côté, les prêcheurs et prédicateur (Ouléma, Fouqaha...) de tout bord, plus que les défenseurs d'un civisme rationnel, et dans tous les lieux permettant d'interpeller ces cognitions et ces comportements (mosquées, Tv, Radio, presse...), s'emploient au rappel et à la persuasion pour réagir contre les transgressions, et donc, s'appliquent à contrer la dissonance ou plutôt œuvrent à la réduction de ce processus.

Les observations relevées dans ce cadre, permettent de rendre compte des incohérences qui colorent certains comportements traversant le vécu et la socialité. Il va sans dire que les manières de faire et d'agir qui ont cours durant la Ramadan représentent un cas exemplaire de dissonance cognitive, combien étudiée par les psychologues sociaux dans d'autres contextes et concernant d'autres problématiques de comportements sociaux. ./.

#### Bibliographie du text:

- Dubois, N. (2005). Normes sociales de jugement et valeur : ancrage sur l'utilité et ancrage sur la désirabilité. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 18, 43-79.
- <sup>2</sup>- Belhaj, A. (2009). *Psychosociologie des représentations et des pratiques quotidiennes*. Rabat, éditions Bouregreg.
- <sup>3</sup>- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- <sup>4</sup>- Joule, R.-V. (1996). Une voie de réduction de la dissonance : la rationalisation en acte, In J.-L. Beauvois, R.-V. Joule, J.-M. Monteil (Eds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, 5, pp.293-307. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.



## أبحاث ودراسات

الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر

عبدالستار إبراهيم

الأساس الجيني العصبي للذكاء: نظرة لکیفیهة تعزیهة

عمر هارون الخلیفة

صدیق محمد یوسف

التقویم السیکولوجی للکفاءات

الخالسی أحرشاوا

تقنیهة استبیهة لقیاس الأمل (قیاس الأهداف) علی البیهة الجزائریة

بشیر محمیهة

الفروق فی تصنیف الأشياء ومسنوی الذكاء بین أطفال لیبیا والسودان

عمر هارون الخلیفة

ابتنسام سالم المزوغ

Elements De Reflexion Pour L'emergence De La Neuropsychologie

براهمی سعیده

## الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر<sup>1</sup>

مدخل إيجابي - معرفي متعدد المحاور

أ.د. عبدالستار إبراهيم<sup>2</sup> - علم النفس - القاهرة، مصر

sattar99@yahoo.com

**ملخص:** بالرغم من التطور الواضح الذي حققته حركة العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث في السنوات الأخيرة في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية الشائعة، فإن أساليب التشخيص والعلاج في حالات اضطرابات المزاج والاكئاب بين كبار السن وحالات التقدم في العمر لازالت نادرة، وأندر منها ما تقدمه هذه المناهج العلاجية في فهم هذه الحالات في المجتمع العربي، حيث لازلنا نفتقر إلى وجود إطار منهجي ملائم للتطبيق والممارسة الاكلينيكية لتقديم يد العون والرعاية النفسية والاجتماعية لعملائنا من كبار السن ذاتهم أو لمن يمتلكون بهم من أفراد الأسرة والمجتمع الخارجي. ومن ثم، تأتي هذه الدراسة لتلقي نظرة شمولية متعمقة على بعض القضايا الهامة في تشخيص وعلاج مشكلات الاضطراب الوجداني والاكئاب في السنوات المتأخرة من العمر بالاستناد إلى البحث العلمي وخبرة طويلة في ممارسة العلاج النفسي والصحة النفسية مع حالات متنوعة من اضطرابات الوجدان والاكئاب بين كبار السن.

**Abstract :** Psychological therapies are equal players alongside physical and social measures in the management and prevention of mental and emotional disorders related to old age. Cognitive behavior therapy ( CBT), among all types of psychological therapies, is promoted by the well established resources of research as the first line psychotherapeutic treatment discipline for a wide range of psychiatric problems in older people who suffer from affective disorders and depression. CBT undoubtedly has much in its favor. It is a an attractive, efficient therapy that is relatively easy to learn and deliver and produces good results in many instances. However, the use of CBT with older people in Arab countries has been almost absent or slowly developed both theoretically and operationally, to say the least. This presentation is an invitation from the present writer to health practitioners to become aware of the role of CBT practice by using a multi-modal CBT integrated with concepts of positive psychology, in dealing with some major psychiatric disorders (e.g. depression and mood difficulties), which are directly or indirectly associated with old age.

More specifically, the main points of this presentation would be outlined as follows: (1) Identifying major distorted thinking patterns common among depressed old people by using common assessment tools including interviewing and standardized Arabian assessment tools developed by the speaker to identify both distorted- irrational- thought and positive- thought patterns; (2) Treatment techniques acceptable for use in psychotherapeutic services delivery including identifying target behaviours, treatment goals, and selection of the therapeutic techniques.

نتفق بادئ ذي بدء على المدى الزمني لهذه المرحلة: متى تبدأ؟ وهل لها نهاية وبداية؟

عسير علينا في الحقيقة ان نحدد متى تبدأ الكهولة، فالبداية الزمنية للكهولة مسألة اعتبارية نسبية تتوقف على كثير من الظروف الصحية والنفسية، والحضارية على أن البعض يحددها تعسفياً بأنها المرحلة التي يحال فيها الإنسان إلى التقاعد من العمل أي ما بين 65: 70 سنة وما بعدها حتى الموت. ولكن حتى هذا المحك أصبح لا يعتد به الآن لأن بعض المجتمعات رفضت التقاعد الجبري وتركته مفتوحاً لمن يحب

ينظر البعض إلى الشيخوخة بصفتها المحطة الأخيرة في رحلة الإنسان الارتقائية والنمو من المهد إلى اللحد. ولهذا فالبعض يراها مرحلة الإشراف على النهاية، والبعض الآخر يرى فيها تبلور الحكمة وعمق التجربة والتمرس والحكمة بالحياة، والبعض الآخر يدركها من الجانب السلبي بصفتها مرحلة التآكل والانحلال العضوي والحسي. والستون وما بعدها عند البعض المتفائل والنشط من المسنين عمر تتحقق فيه الآمال المؤجلة، والتأمل، والاستغراق الهادئ الساكن في الكون والحياة.

لكن وقبل أن نمحن ما في هذه الأفكار من صدق أو من وهم علينا

هناك أيضا مشكلات تطرأ على الذاكرة فتضعف الذاكرة القريبة وتبقى الذاكرة القديمة نشطة فينذكر الشخص أحداثا قديمة وهو طفل، بينما الأشياء التي حدثت في حياته أو منذ لحظات. صحيح هذا بشكل عام، إلا أن الدراسات تبين أن استثناءات كثيرة تحدث، فيظل المسنون قادرون على تذكر سلاسل أرقام التليفونات الخاصة والمساكن مثلهم في ذلك مثل الأصغر سنا على شرط أن تكون سلاسل الأرقام هذه ليست طويلة. ومن المعتقد أن التذكر يمكن أن يستمر بكامل نشاطه على أن تعطيه فترة أطول للتذكر وعلى مهل.

أما من حيث الذكاء، كان الاعتقاد السائد بين علماء النفس لفترة قريبة أن الذكاء يتدهور بتقدم السن. ولكن أصبح من المعروف حاليا أن هذا الإدعاء خاطئ بسبب أن مقاييس الذكاء لم يقم مصمموها بتقينها من خلال متابعة الأشخاص في الأعمال المختلفة، إنما قاموا بتقينها من خلال مقارنات بين جماعات مختلفة من الشباب والمسنين . وقد أخذت جماعات المسنين من المقيمين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية. وغنى عن الذكر أن هذه الفئات من المسنين لا تعتبر ممثلة من حيث كفاءتها العقلية لمجتمع المسنين. فضلا عن هذا، فننا نعرف الآن: ان الذكاء يتكون من قدرات متنوعة وليس من قدرة واحدة. ومن المعروف- على وجه اليقين- الآن أن الذكاء مفهوم متعدد الأبعاد والقدرات، وان بعض القدرات تتدهور بالتقدم في العمر، وبعضها يرتفع بالتقدم في العمر، ويبقى بعضها الآخر ثابتا حتى الموت.

كما يجب على المعالج النفسي أن يميز التدهور المعرفي الناجم على التقدم في العمر عن ذلك الذي يصاحب الاضطرابات العقلية المرضية. أعراض التدهور المعرفي الناتج عن التقدم في العمر يشمل عادة تدهور الذاكرة القريبة وضعف القدرة على الانتباه والتركيز وضعف المهارات الحركية. ومن المعروف الآن أن تدهور هذه الوظائف أمر يمكن إبطاؤه من خلال التحالف بين الفريق العلاجي بحيث يعالج المريض تكامليا من خلال العقاقير الطبية مثل (الفيتامينات) والعلاج النفسي باستخدام أساليب العلاج المعرفي، فضلا عن العلاج الاجتماعي من خلال التشجيع على مشاركة أفراد الأسرة والتشجيع على الممارسة الرياضية والنشاطات الاجتماعية وتيسير الانتماء لجماعات مماثلة من العمر لخلق مصادر من الدعم الاجتماعي الصحي.

مع ملاحظة التعاون الإيجابي مع الفريق العلاجي الآخر، كالطبيب النفسي لأن جزءا كبيرا من المشكلات النفسية المرتبطة بالاضطراب المعرفي في السنوات الكبرى تنتج عن سوء استخدام العقاقير الطبية والعقاقير النفسية بما في ذلك الجرعات الزائدة، أو الانقطاع المفاجئ عن الأدوية، والحساسية الشديدة. ويعتقد "سيدوك وسيدوك" أن غالبية مشكلات التدهور المعرفي في هذه المرحلة المتقدمة من العمر تنتج عن أخطاء في وصف العقاقير أو طرق تعاطيها.

### الحداد والحزن

على المعالج أن يكون واعيا بأن من المتوقع أن يعاني كبار السن أكثر من غيرهم في مراحل النمو المختلفة فقدان الأجزاء بالموت أو الهجر، أو الإصابة بالأمراض المزمنة التي تقعد أحبائهم عن ممارسة حياتهم المعتادة. وعلى المعالج أن يكون قادرا على التمييز بين الحداد والحزن العادي والطبيعي عن ذلك الحداد والحزن المرضي. فالحداد الطبيعي يبدأ عادة مباشرة أو بعد فترة قليلة من فقدان موضوع الحب والأجزاء ورفاق الحياة، ومن علامات الحداد الطبيعي أو أعراضه: الحزن والانشغال في التفكير بالراحل العزيز والخوف من المستقبل والأرق وصعوبات ممارسة الحياة والنشاطات المعتادة.

بعد الستين. ولهذا فمن رأينا أن بداية الشيخوخة والهزم يظل- لحسن الحظ- أمرا شخصيا إلى حد بعيد3.

على أن ذلك لا يعني أن للتقدم في العمر مسبباته وله تغيراته، فالتغير بسبب العمر والدخول في مراحل متأخرة منه أمر واقع وحقيقة يجب الاعتراف بها وتمتد لتشمل الكثير من الجوانب الإيجابية والسلبية في الحياة العضوية والتفكير والجوانب الانفعالية... وهنا أيضا تتفاوت الآراء وتتضارب نتائج البحوث وتفسيراتها بحسب اتجاهات الباحثين وورغباتهم في وصف التقدم في العمر والشيخوخة بأوصاف سلبية، وينفي عنها البعض الآخر أي شبهة في أي تغيرات سلبية، وهذا ما يتطلب غزلة هذه النتائج والنتائج المتعارضة من التفكير السيكولوجي والطبي في النظر لمشكلة التقدم في العمر والدخول مرحلة الشيخوخة.

### مشكلات مرتبطة بالتقدم في العمر يجب انتباه المعالج لها

بدخول الخامسة والستين تبدأ كثير من الوظائف العضوية في التأثر سلبيا فيزداد ضغط الدم ارتفاعا، وتضعف الرئتان عن التحمل. كما تكشف أجهزة الرسم الكهربائي EEG للمسنين عن تأثير النشاط الكهربائي للمخ، فيقل تأثر الوظائف الحسية والحركية، ويصبح الهبوط في الطاقة الجنسية ملحوظا.

وما يقال عن الوظائف الجسمية يقال عن الوظائف العقلية والجوانب الوجدانية من التطور في هذه المرحلة، ومن ثم سنعرض فيما يلي بعض المشكلات الخاصة المرتبطة بالتقدم في السن وأمراض الشيخوخة.

### تأثير الدور الاجتماعي والمركز

ومن التغيرات الرئيسية التي تحدث في هذه المرحلة ويكون لها تأثير قوي على الحالة النفسية والتوافق: فقدان الدور الاجتماعي والمركز، فالإحالة للتقاعد يفقد الشخص كثيرا من مصادر الإثارة والرضا والدخل الاقتصادي. ولا يقتصر فقدان الدور على ميدان العمل فقط فالنساء غير العاملات يجدن أطفالهن من حولهن وقد كبروا وأصبحت لهم مشاغلهم وأسره الخاصة مما يزيد من الألم الإحساس بالوحدة والاعترا ب.

وتزداد أزمة الإحساس بالسن في الدول الصناعية أكثر- في اعتقادنا- من الدول الشرقية أو التقليدية، ففي المجتمع الصناعي يصبح التقدم في السن عقبة في طريق التوافق الاجتماعي ومصدرا للعزلة والإحباط. أما في مجتمعاتنا وفي كثير من المجتمعات التقليدية فإن التقدم في السن قد يعتبر مصدرا للحكمة والخبرة ومن المؤكد أن مثل هذا الإدراك للمسنين يلعب دورا كبيرا في التخفيف من أزمة الشيخوخة على أمل أن يظل هذا الإدراك للمسنين في مجتمعاتنا قاصما زلا يعتريه الاندثار كما تنتشر كثير من الأشياء الجميلة في حياتنا.

### التدهور المعرفي

ويعتبر فقدان النشاط في كثير من القدرات العقلية مصدرا آخر للإحباط والتأزم. ويبدو أن ضيق دائرة العلاقات الاجتماعية في هذا السن، والتوقف على الذات من العوامل التي تترك آثارها على أساليب التفكير فتتضاءل القدرة على التجريد واستخدام المفاهيم ويحل محلها اهتمام بالعلاقات العيانية الملموسة والأفكار ذات المضامين الذاتية الضيقة (1، 26). ويقبل ميل المسنين في هذا السن إلى الاستكشاف وحب المغامرة وتغيير البيئة ولهذا تزداد نسبة المحافظة في الاتجاهات، والسلبية، والاستسلام للبيئة، وكما يقل اهتمام بالنشاطات الخارجية. وبالرغم مما قد تبدو به هذه التغيرات من صورة سلبية، فإن البعض يراها دليلا على الاقتصاد في استخدام الطاقة النفسية ودليلا على تطوير الجوانب الانفعالية بحيث تكون أهدأ مما كانت عليه في عالم الشباب (1، 14، 17).

1. التكامل بين التعلم والتطور الارتقائي في السلوك: يستند المعالج السلوكي المعرفي في تعامله مع الاضطراب النفسي والمعرفي على نظرية التعلم، التي ترى أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته المشتركة بالعالم وخبراته به. كما يتبنى وجهة النظر التي ترى أن ما نتعلمه يمكن أن لا نتعلمه، أو أن نتعلم أساليب بديلة أفضل منه. فظلاً عن هذا، ينظر المعالج السلوكي المعرفي متعدد المحاور للأعراض المرضية بصفتها جوانب من السلوك والتصرفات لا تخدم مصلحة الفرد أو تطوره من وجهة نظر الصحة النفسية وتعوقة عن التوافق والتكيف، وعن تحقيق إمكانياته الشخصية والعقلية التي يفترض أنها تحقق للفرد ولمن حوله الرضا والفاعلية والسعادة.

2. فضلاً عن هذا يوجه المعالج السلوكي المعرفي الحديث نشاطه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذي أبعاد متعددة، وأنه توجد إمكانيات متعددة لتطويره علاجياً. بعبارة أخرى: يتبنى منهجاً العلاجي في فهم جوانب الاضطراب النفسي والاجتماعي المصاحبة للتقدم في العمر نوعاً مماثلاً من التفكير الذي يولي اهتماماً بالمشكلة النفسية أو الاضطراب النفسي على أنه يؤثر في أربعة جوانب من الشخصية، أي السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والانفعال (بجانبه الوجداني والعضوي)، والتفكير (طرق التفكير والقيم)، وأساليب التفاعل الاجتماعي وأنماط العلاقات بالآخرين. وبالتالي فإن العلاج الناجح للاضطرابات الوجدانية بين المسنين يجب أن يتجه إلى استخدام أساليب علاجية متنوعة بحسب تنوع محاور المشكلة. فمن الممكن أن نعلم الشخص عند المعاناة من أي من الاضطرابات الوجدانية والاكتئاب: أساليب جديدة للضبط الوجداني-الانفعالي، من خلال المواجهة التدريجية للضغوط والمواقف المهددة والمثيرة للاكتئاب. كما يمكن أن نعلمه - معرفياً - بأن يتجنب الأنماط السلبية اللاعقلانية الآلية من التفكير بما فيها لوم الذات، والتهوين من الجوانب الإيجابية في الشخصية، والمبالغة في التفكير السلبي، والتضخيم من المواقف المثيرة للاضطراب والفشل بإضفاء قيمة متطرفة على بعض المواقف المرتبطة بإثارة الاضطراب والتوتر مثل فقدان الطاقة على العمل، أو فقدان الأحباء، أو انخفاض الرغبة الجنسية. كما يمكن أن نعلمه أساليب بديلة وجديدة من السلوك المناقض للاكتئاب وأن نستفيد بالتطورات المعاصرة في نمو حركة علم النفس الإيجابي، بأن نساعد أو نساعدنا على اكتساب طرق جديدة وإيجابية من التفكير الإيجابي والعقلانية، والتعديل الإيجابي في طرق التفكير والقيم. ويمكن أيضاً أن نعلمه طرقاً جديدة في تنمية علاقاته الاجتماعية وتدريبه على اكتساب بعض مهارات التواصل بالعالم الخارجي وتعديل طرق التفاعل الاجتماعي.

3. كما نشهد اليوم تطوراً آخر في حركة العلاج النفسي المعرفي نتيجة لتطور ما يسمى بعلم النفس الإيجابي 5 وهو اتجاه ينبع من الإحساس بالحاجة إلى التمييز بين العلاج الطبي والعلاج النفسي. ففي العلاج الطبي التقليدي عندما يعاني فرد ما من مرض نفسي أو عقلي كالاكتئاب فعادة ما يكتفي البعض باللجوء بالتخلص أو التقليل من الأعراض المرضية التي عانى أو يعاني منها المريض. أما في حالة الأمراض النفسية أو العقلية فإننا لا نكتفي بالقول بأن المريض قد تخلص من قلقه أو حالة الاكتئاب التي تملكته أو أي اضطراب نفسي آخر - لنحكم بأنه أصبح الآن معافى وسليماً. الحكم بالصحة النفسية أو العقلية تتطلب التخلص من المرض والتخفيف من الأعراض التي تصيب الشخص نتيجة لهذا المرض، وتتطلب فضلاً عن هذا أن يتسم سلوك المريض بخصائص صحية جديدة يمكن من خلالها أن نحكم عليه بأنه مثلاً أصبح يتصف بالإيجابية والفاعلية والرضا النفسي والعلاج النفسي يختلف عن هدف العلاج الطبي، منح حيث أن المعالج النفسي يوجه هدفه العلاجي لا إلى التحرر من الأعراض المرضية فحسب، بل وأن يساعد مريضه على اكتساب خصائص وصفات صحية وشخصية إيجابية لم تكن موجودة لديه من قبل 7.

والحداد الطبيعي يمكن أن يتحول إلى حداد مرضي واكتئاب، وفي هذه الحالة يجب إخضاعه للعلاج كأي اضطراب اكتسابي آخر. ومحك التمييز بين الحداد الطبيعي والحداد المرضي يتمثل في طول الفترة التي يظل فيها الحزن مسيطراً على الأحياء، والمحك المستخدم بين الأطباء النفسيين هو مرور أكثر من شهرين على فقدان موضوع الحب والعزاء مع استمرار مشاعر الحداد بنفس الحدة. ومن أعراض الحداد المرضي الشعور الشديد بالذنب والتقصير والانشغال الدائم بذكرى الراحلين بما في ذلك الأفكار الآلية بمشاعر الذنب والشغف والصور الذهنية والأحلام والتي تتمحور تجاه الراحل أو الرحلة العزيرة. كذلك يتزايد التفكير في الموت، فضلاً عن الإصابة بالأعراض السيكوسوماتية الدالة على ضعف النشاط الحركي والعزوف عن الخروج وتكوين العلاقات الاجتماعية بالآخرين. وفي مثل هذه الحالات على المعالج المعرفي أن يكون واعياً بالتأثير السلبي للأساليب المعرفية الخاطئة بما فيها: المبالغة، والنظرة المتشائمة، وامتهان الذات، وتحميل الذات مسؤوليات غير واقعية/ وتعالج هذه الأخطاء بنفس الفنيات المعرفية بما فيها الدحض، والإيقاف المتعمد للهواجس المرضية، والالتزام بالهدوء والاسترخاء اليومي المنتظم.

### لتعرض للانتهاك وسوء المعاملة

يتعرض المسنون للكثير من جوانب الانتهاك وسوء المعاملة التي يجب التنبيه لها في حالات العلاج النفسي واستخدام الأساليب المعرفية التي تسمح لهم بتأكيد الذات والدفاع عن النفس والتشجيع على الإفصاح عن مصادر الألم والشكوى. وتمتد أنماط سوء المعاملة وانتهاك الذات لتشمل:

- الانتهاك العضوي والجنسي كالكسور والكدمات والحروق وتقييد الحركة والحبس والتجوع والإصابة بالأمراض الجنسية المعدية والتقيحات والاحتقان خاصة في المناطق الجنسية.
- الانتهاك النفسي مثل التعرض للتهديد والسخرية والشتم والألقاب المهينة وتهديد الأمن وإعطاء الأوامر الصارمة
- سوء الاستخدام والمعاملة مثل استغلال نقوده وممتلكاته أو حرمانه من التصرف في ممتلكاته.
- سوء الاستخدام الطبي بما في ذلك حرمانه من العلاج أو العقاقير الضرورية لصحته وحرمانه من وسائل التحسين السمعي والبصري مثل حرمانه من الحصول على سماعات مقوية للسمع أو نظارات طبية مقوية للأبصار.
- مدخل إيجابي- معرفي متعدد المحاور لفهم وعلاج الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر

يمثل العلاج السلوكي- المعرفي أحد التطورات المعاصرة في حركة العلاج النفسي، هذا التطور الذي أطلق "كريزنر" عليه الثورة السلوكية الثانية ( أنظر : عبد الستار إبراهيم، 2000، 1998). ويتبنى العلاج السلوكي المعرفي متعدد المحاور منهجاً يستند في تناوله للسلوك المضطرب على عدد من المسلمات والاستراتيجيات العلاجية التي يمكن حصرها في أربع مسلمات:

- التكامل بين التعلم والتطور في السلوك والاستناد على التعلم كمدخل لفهم اضطرابات السلوك والمزاج.
- استخدام أساليب علاجية متنوعة بحسب تنوع محاور الاضطراب.
- التحالف بين العقلانية والإيجابية في التوجهات العلاجية
- التكامل بين أساليب التشخيص وأساليب العلاج.

المسنين. فالشخص الذي كان معتادا في السابق على التفكير في الانتحار او محاولته، قد يجنح لتكرار هذا السلوك في فترات الاكتئاب والاضطراب النفسي والاجتماعي في هذه المرحلة من العمر.

وقد أمكن للكاتب ان يحدد تفاصيل الأعراض المميزة لهذه الزملة بين المسنين بالاعتماد على ملاحظته الخاصة في معالجة بعض حالات الاكتئاب ( إبراهيم، 1998، 1996، Ibrahim & Ibrahim). ومن ثم أمكن وصف الأعراض المرتبطة بالاضطراب الوجداني والاكتئاب بين المسنين وتحديدها وفق الجوانب المعرفية التي يقيسها مقياس الأفكار غير العقلانية المعرب وهي:

1. امتهان الذات: من العلامات المميزة لأصحاب هذا السلوك أنهم يميلون لتجريح الذات والسخط العام على المظهر الشخصي والسلوكي، فهو أو هي غالبا ما يببالغ في إظهار عدم الرضا والقبح على ملبسه أو شكله أو هندامه.

2. التركيز على جوانب النقص في الشخصية: إذ يتسم المسنون المصابون بالاكتئاب بدرجة عالية من الانتباه والتركيز لجوانب الفشل والقبح في الذات، ومن خلال سلسلة طويلة من اتهام الذات بالقصور والضعف والفشل والنقد الحاد، بما في ذلك وصفهم لذواتهم في مختلف جوانب الشخصية. بعبارة أخرى، و مهما اختلفت مجال المقارنة بالآخرين فإن الشخص الذي يتسم بتدبير الذات يرى في ذاته علامات القصور أكثر من الكمال والقبح أكثر من الجمال والفشل أكثر من النجاح، والشر أكثر من الخير.

3. التضحية بالسعادة الشخصية: كذلك يشيع بين أصحاب هذه الفئة الاتجاه نحو التصرف بمنطلق التضحية من أجل الآخرين، وبالرغم مما قد تبدو عليه هذه الخاصية من إيجابية واهتمام بالآخرين، فإن طريقة التعبير عنها تتبني على إطار ذهني غير عقلائي، أي فكرة " ان الآخر أهم مني لأن لديه مواهب وقدرات أفضل مني، فإنه جدير بأن أمنحه وقتي وكل جهدي" ومن مظاهر هذا السلوك الزوجة أو الأم التي تضحي براحتها ووقتها وسعادتها الشخصية من أجل أبناءها وأخواتها أو أحد أفراد أسرتها، أو تضحي بمواهبها وقدراتها من أجل زوجها أو أبنائها انطلاقا من بعض الأفكار غير العقلانية" بأن الآخرين أولى بالرعاية مني" أو " أن الآخرين أفضل وأجدر بالراحة والنجاح" بالرغم من أن لا يوجد تعارض بين أن يسعد الشخص الآخرين دون أن يكون الثمن بالضرورة القسوة على الذات وحرمانها من الراحة والاسترخاء.

4. الشعور بتأثقل الأعباء : والشخص يشعر بأنه غير مسؤول عن عوامل الهدم في ذاته، ومن ثم تتزايد شكاوى التقدم في العمر بأن الآخرين يحملونهم ما لا طاقة لهم به، وتجدهم يلومون الظروف الخارجية والضغط الموضوع عليهم. وذلك كربة الأسرة التي تشعر أن تعاستها وما يملكها من كرب قد يختفيا إذا ما قلل زوجها وأبنائها إلحاحا تهم عليها، ومتطلباتهم المفرطة منها.

5. توتر العلاقات الاجتماعية: كذلك تؤيد البحوث أن هناك جوانب كثيرة من الاضطراب النفسي والاكتئاب ترتبط باضطراب العلاقات الاجتماعية، ومن مظاهر ذلك أن كبار السن والمتقاعدین عن العمل يعزفون عن الاندماج في مواقف التفاعل وما تطلبه العلاقات الاجتماعية من تبادل ومهارات اجتماعية ومقدرة على تأكيد الذات.

6. مشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس: يعبر المرضى عن الاكتئاب عن المشاعر حادة من الذنب ولوم النفس، فنجدهم يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما هم عليه فعلا أو أسوأ مما يراهم الناس عليهم.

يبقى أن نشير مع هذا إلى انه بالرغم من التطور الواضح الذي حققته حركة العلاج النفسي السلوكي معرفي الحديث في السنوات الأخيرة في علاج الكثير من حالات الاضطراب النفسي والعقلي، فإن أساليب تشخيص والعلاج في حالات الشيخوخة لازالت نادرة، وأندر منها ما تقدمه هذه المناهج العلاجية في فهم هذه الحالات في المجتمع العربي، حيث لازلنا نفتقر إلى وجود إطار منهجي ملائم للتطبيق والممارسة الإكلينيكية لتقديم العون والرعاية النفسية والاجتماعية للمرضى ذاتهم أو لمن يحتكون بهم من أفراد الأسرة والمجتمع الخارجي ويستدعي هذا منا توضيحا لبعض المشكلات الخاصة في التعامل مع المسنين والتي يجب ان يدرج المعالج المعرفي نفسه على التعامل معها تشخيصيا وعلاجيا بالتركيز على علاج الاكتئاب بين المسنين.

## العلاج المعرفي للاكتئاب بين المسنين

تنفسي أعراض الاكتئاب في أكثر من 15% بين المسنين فوق السبعين في المؤسسات العلاجية. ويفصح الاكتئاب شأنه شأن الكثير من حالات الاضطراب النفسي والوجداني- عن نفسه بين المسنين في مجموعة من الأعراض المتراملة، بعضها عضوي، وبعضها نفسي- سلوكي ( ذهني ومزاجي) ، وبعضها الثالث اجتماعي. وهذه المجموعة من الأعراض تشمل ببساطة على جوانب من السلوك والأفكار، والمشاعر التي تحدث مترابطة فيما بينها، وهدفها أن تساعد في النهاية على وصف هذا السلوك وتشخيصه.

وتختلف أعراض الاكتئاب من فرد إلى آخر، فالبعض قد يظهر لديه هذا السلوك في شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب النفس خاصة في فترات الحداد والحزن. ويكون الاكتئاب مصحوبا في كثير من الأحيان بأعراض مرضية منها: التأنيب المستمر للذات ومشاعر الذنب المبالغ فيها، واليأس، والأرق، وفقدان الشهية، والبكاء المتكرر، وانعدام الثقة بالنفس. وعند نشأة الاكتئاب نجد أن نشاط الشخص يضعف ويبلد، وعلاقته الاجتماعية تنقلص، ويتوقع الشخص على ذاته في خيبة أمل، وعجز. ويتجنب المكتئبون، التعبير عن العدوان وتأكيد الذات إما بسبب شعورهم الشديد بالذنب في التعامل مع الناس، أو لخشيتهم من أن ذلك يؤدي إلى المزيد من رفضهم من قبل الآخرين، أو لانتقادهم للمهارات الاجتماعية الضرورية للتفاعل بالحياة على نحو إيجابي بسبب العزلة التي تفرضها ظروف العمر، أو عدم توفر مصادر الدعم والعلاج النفسي، أو لكل هذه الأسباب مجتمعة. وتسيطر على بعض المكتئبين من المسنين أكثر من غيرهم هواجس وأفكار ثابتة بن حياتهم عديمة الجدوى.

ومن أكثر أعراض الاكتئاب ظهورا بين المسنين هبوط مستوى النشاط وانخفاض الطاقة وضعف التذكر واضطرابات النوم خاصة اليقظة المبكرة، أو النوم المنقطع، فضلا عن تناقص الوزن وضعف الشهية.

ويعد الانتحار من أقصى درجات العدوان نحو الذات وأعنفها. والانتحار عموما والتفكير فيه يأتي بسبب رغبة في إنهاء مشكلة أو ألم نفسي عميق. ولهذا يبدو الموت أمام المنتحر وكأنه الطريق الوحيد للخلاص. ومن ناحية أخرى، فإن تنوع أعراض اضطراب الاكتئاب في الأعمار الكبيرة ، والتباين الشديد بين الأفراد في اختبار هذا الإحساس قد يثير أمام العين غير المدربة صعوبة في التعرف عليه، بأعراضه المتنوعة، وأوجهه المتعددة. ومن هنا، تقل فرصة تعرفنا عليه عندما يصيبنا، أو يصيب المقربين منا وأعراننا، فلا نقدم لهم العون الذي يشدونه.

كما نلاحظ، الفروق الفردية، والخبرات الشخصية الخاصة، تلعب دورا هاما في نوع الأعراض المميزة لسلوك الاكتئاب وشيوعها لدى

أولا: المقابلة الإكلينيكية التشخيصية Diagnostic clinical Interview

ثانيا: القياس النفسي

وسنقدم في الجزء التالي، وصفا لأسلوب التشخيص بهدف تحديد أهدافهما ووظائفهما في العملية العلاجية ككل.

### المقابلة التمهيدية للعلاج المعرفي ومتطلباتها

تتبع عملية التقييم النفسي والتشخيص في حالة المسنين نفس الخطوات العريضة وشروط هذه العملية كما يعرفها المختص النفسي أو الطبيب النفسي مع مراعاة فروق السن، وما يمكن توقعه في حالات الشيخوخة من بعض فروق التدهور المعرفي والانفعالي بما في ذلك تباطؤ الفهم، صعوبات التركيز، وبطء عمليات التأثر الحسي والحركي. ومن ثم يجب التأكد من أن يكون المريض واعيا بالتعليمات المطلوب تنفيذها وأن يفهمها جيدا. وفي حالات التدهور المعرفي الشديد يجب الاستعانة بأحد أفراد الأسرة للحصول على المزيد من المعلومات بصورة أدق. كل ذلك دون خرق لمبدأ الخصوصية والسرية واحترام حق المريض أو حقها في السرية وعدم إفشاء أي معلومات خاصة فيما عدا ما تتطلبه الضرورة في حالات الخوف من الانتحار وضرورة مشاركة أفراد السرة في عملية المراقبة له أو لها.

ومن متطلبات نجاح المقابلة الإكلينيكية وفعاليتها في المسنين أن يراعي المعالج أن كبار السن يختلفون فيما بينهم في كثير من الشروط مما يستدعي أن لا نتعامل مثلا مع الواحد منهم أو منهن بأنه مسن وحسب. فالمريض النفسي المتقاعد في الـ 75 سنة من العمر يختلف تماما عن مريض عمره 95 وقد فقد توازوجه أو القائم برعايته.

فضلا عن هذا يراعي أن يتوافر المناخ العام الملائم لإجراء المقابلات بمزيد من الاهتمام بظروف المسنين بما فيها أن نخلق جوا طبيعيا خاليا من التوتر والتسلط وأن تبعد المقابلة عن جو الاستجوابات. وعلى المعالج أن ينمي إدارته على سرعة ملاحظة التغيرات الانفعالية، وأن يفتن لمناطق التوتر لدى الحالة في أقرب وقت، وأن يكون أكثر تعاطفا وإحساسا بمشاعر المريض. حذرا في التعامل معها، وبتعاطف. وأن يدرج نفسه جيدا على تفهم مسارات مشاعر الفرد بحيث يراعي مشاعر الشخص وأن يعرف متى يعمل على إثارتها دون أن يقمعها أو يغير مسارها في الوقت غير الملائم، ومن المهم أن يلاحظ بشكل خاص فترات الصمت أو القلق وأن يتعامل معها بطريقة مهنية. ومن الأشياء الجديرة بالاهتمام والملاحظة: الجوانب غير اللفظية من التواصل بما في ذلك مدى التواصل البصري، تعبيرات الوجه، والحركات اللاإرادية، الإشارات الآلية وان يفهم دلالاتها إن كانت دالة على الحرج، أو الحزن، أو الأسف .. الخ.

وقبل انتهاء المقابلة ينبغي أن يقوم المعالج بعملية تلخيص وتفسير لما دار في الجلسة، وأن يخطط مع عملية الجلسات التشخيصية أو العلاجية المقبلة، بما في ذلك عدد الجلسات التكاليف المادية إن وجدت، وما هي التوقعات العلاجية والتوصيات التي ينصح بها للتغلب على مشكلات الاكتئاب وتعتبر مرحلة إنتهاء المقابلة فترة حرجة بشكل خاص، حيث يجب التمهيد لذلك بتلخيص يبعث على التفاؤل وإظهار التفهم، وبعث الأمل في الحل الناجح ومن إمكانيات الخلاص من مصادر تدمير الذات، ومن ثم إنهاء المقابلة دون إحباط وآثار سلبية.

### أساليب القياس النفسي لأنماط التفكير الإيجابي والتفكير السلبي

يلعب القياس النفسي دورا هام في العملية التشخيصية والعلاجية للتعرف على أساليب التفكير التي يلجأ لها المسنون في حالات الاكتئاب. وتظهر

الإدراك السلبي للبيئة: وأخيرا لا يمكن عزل الاكتئاب عن الطريقة التي يفكر بها الشخص، ويدرك من خلالها أمور حياته، وعما يحمله من آراء ومعتقدات عن نفسه وعن الأحداث الخارجية التي تمر به. ويمثل الإدراك السلبي للمواقف والأحداث الخارجية عرضا آخر من أعراض الاضطراب الوجداني بين المسنين مما يجعل الاتجاهات الحديثة من العلاج السلوكي المعرفي ذات أهمية خاصة.

### عملية التشخيص وتقييم الأعراض

لعل أول ما يجب أن ينتبه له المعالج في هذه المرحلة القيام بعملية حصر وغربلة الأعراض بهدف تحديد طبيعة الاضطراب الوجداني ومصادره لدى الشخص. ومن ثم على المعالجة أو المعالج أن يتعرف أولا على طبيعة الاضطراب ومدى خطورته، وما إذا كانت هناك اضطرابات سيكياترية تتطلب علاجاً خاصاً أو الالتحاق بمصحة أو مستشفى. فمثلا: يجب الانتباه إلى النوايا الانتحارية، والحالات الذهانية أو المصابة بمرض عصبي أو عضوي في المخ أو الجهاز العصبي قبل بدء العلاج المعرفي. عن وجود أي من هذه الاضطرابات يتطلب من المعالج استجابات مختلفة تتراوح ما بين ضرورة وضع الحالة تحت الرقابة العلاجية في عيادة نفسية أو مستشفى، أو الإخضاع لعلاج كيميائي بالعقاقير، أو علاجاً نفسياً أو سلوكياً أو معرفياً بالتعاون مع أعضاء الفريق العلاجي. وبعض الحالات بالطبع قد تتطلب علاجاً طويل المدى أو علاجاً نفسياً لفترات قصيرة يتعاون في تنفيذها فريق علاجي متنوع التخصصات.

أجد شخصياً أن الهدف الأساسي من المقابلة في حالات العلاج المعرفي أن نحظى منها بنفهم أكبر للظروف المحيطة بالعملية وبكون المشكلة، بما في ذلك:

1. التعرف على المشكلة وصياغتها سلوكياً ومعرفياً ويتضمن ذلك:

- طبيعة المشكلة كما يراها العميل بلغته الخاصة
- مدى خطورة المشكلة أو حدتها من وجهة نظر العميل ومن الواجهة القانونية والأخلاقية
- عمومية المشكلة، وهل تشكل هذه المشكلة نمطاً أم أنها حادثة أو موقف منعزل

2. الشروط أو الظروف السابقة المحيطة بالمشكلة ( السوابق واللاحق)، أي: الشروط الخارجية أو الشخصية التي تؤدي إلى زيادة حدة المشكلة بما في ذلك الشروط التي تسبق المشكلة.

3. بما فيها أي نتائج اجتماعية والنتائج الشخصية.

4. العلاجات المقترحة: أي العلاج كما يتصوره المريض والنتائج التي يتوقع تحقيقها من العملية العلاجية

ولا نقصد من عملية التشخيص هنا هو تصنيف الشخص إلى فئة مرضية، بقدر ما نهدف إلى القيام بعملية تقييم تشخيصية متسعة ونوعية، نركز خلالها على التعرف على مصادر الاضطراب وأبعاده، والمعايير الأساسية، والتي تتطلبها العملية العلاجية اللاحقة لعملية التقييم. بعبارة أخرى تتضمن عملية التقييم الانتباه لعدد من العناصر والجوانب الشخصية الاجتماعية ومن أهمها أنماط الاستجابة للسنوات الخيرة من العمر وأساليب التفكير والمعتقدات الشخصية 8 عنها.

ومن أهداف العملية التشخيصية أيضاً وضع اقتراحات العلاج، والتوصية بالشكل الملائم للعلاج النفسي أو الطبي، فضلاً عن وصف للبرنامج العلاجي الذي سيقوم به المعالج منفرداً أو بالاستعانة بأخرين. وعادة ما تعتمد هذه المرحلة على استخدام أداتين أو أسلوبين منهجين من أساليب التشخيص هما:



9. الإفراط في الإيجابية والتوقع: الإفراط والمبالغة الشديدة في إدراك الواقع بإيجابية والغفلة عما به من عقبات قد ترتبط بكثير من أنواع الإحباط والفشل وخيبة الأمل التي تحيق بالفرد من جراء تقاؤله الشديد أو توقعاته بتحقيق أهدافه بغض النظر عما يتطلبه هذا منه من انتباه للعقبات والوقت ومشكلات التفاعل بالآخرين. ومن ثم يعتبر هذا الأسلوب المعرفي علامة من علامات اللاعقلانية بسبب ما قد يؤدي إليه على المدى الطويل من ألم وخيبة أمل. وتشير البحوث إلى أن بعض الأمراض العضوية- النفسية التي تحتاج لمراقبة النظام الغذائي والصحي سيتزايد انتشارها لدى الأشخاص الذين يشيع بينهم أسلوب التفكير المفرط في إدراك ما هو سلبي ومرضي على أنه عادي أو إيجابي.

10. التفكير القائم على المنافسة والمقارنة الخارجية: الميل للتفكير والسلوك الدال على الرغبة في منافسة الآخرين والمقارنة بهم. وتشير البحوث إلى أن المقارنة الدائمة بما يحققة الآخرون من نجاح مهني أو مادي أو شهرة يلعب دورا مهما في إثارة القلق وتطور الاكتئاب والإحباط السريع.

ويوضح الملحق في نهاية المقال بعض الأسئلة الممتلئة لكل بعد من الأبعاد السابقة، ولمن يرغب في الحصول على المقياس بأهداف البحث العلمي أن يتواصل مع الكاتب بهذا الصدد.

#### الأداة الثانية: مقياس التفكير الإيجابي المعرب

ليس ثمة اتفاق في الحقيقة بين المهتمين بعلم النفس الإيجابي حول قائمة الصفات التي تستتبعها عملية الصحة النفسية في السنوات المتقدمة من العمر، ولكننا إذا نظرنا إلى أي كتاب من كتب العلاج الإيجابي الجديدة، نجد اهتماما بتطوير برامج علاجية تهتم بتنمية الجوانب الإيجابية من الشخصية، فنجد مثلا برامج لاكتساب السعادة الشخصية ( عبد الستار ابراهيم، 2005، 2002b، 2002، Selligman, 2002, 2002b، Selligman & Csizentmihalyi ) والرضا، وبرامج لتنمية التفكير العقلاني. ومن عباءة علم النفس الإيجابي ظهرت مفاهيم وتيارات جديدة من التفكير مثل مفهوم الجودة والسعادة الشخصية ( ابراهيم، 2005، 2000، Selligman، )، وازدهار الشخصية ( Keyes & Haidt، 2003 )، والتفاؤل ( Peterson، 2000، Selligman 1995 )، والذكاء الوجداني، ويفضل هذه التطورات، أصبح المعالج النفسي الحديث، لا يكتفي بالفنيات التقليدية التي تساعد المسنين على التخلص مثلا من الخوف أو الاكتئاب، بل طوروا فنيات أخرى تساعد على تنمية توجهات إيجابية تعتبر مؤشرا على الصحة النفسية وعلامة جيدة على التكامل والنضوج النفسي، بغض النظر عما يمكن أن يعاني منه الشخص من اضطرابات أو أمراض. بعبارة أخرى إن التطور الذي نلاحظه اليوم في حركة العلاج النفسي يمثل تحالفا بين علم النفس الإيجابي والعلاج السلوكي المعرفي ( Leichsenring & Snyder، 2003، Winnubst & Maes، 1992 ) سيبصحب في قدرة الشخص العادي أن يتبنى أنواعا من الإدراك والتفكير والسلوك تساعده لا أن يتخلص من الشواكب المرضية وأعراض الاضطراب السيكياترية. بل وأن يتمكن من تحقيق ما تتطلبه الحياة الفعالة من سعادة شخصية وكفاءة علمية، وازدهار وتفاؤل.

وانطلاقا من هذا الفهم لعلم النفس الإيجابي قمنا بتقنين أداة للتفكير الإيجابي، وهي فيما يوحى الاسم تتكون من عبارات تتعلق بتقدير بعض السمات الإيجابية في الشخصية ومنها:

1. التوقعات الإيجابية والتفاؤل: أي التوقعات الإيجابية من تحقيق مكاسب مهنية أو علاجية، وزيادة مستوى التفاؤل وما يتوقعه من نتائج إيجابية في حياته الشخصية والاجتماعية والمهنية.

التشخيصي والعلاجي، وبهنا هنا أن الكاتب استطاع أن يقنن أداتين من أهمية المقاييس النفسية في كل مراحل العملية العلاجية بجانبها شأنهما إطلاع المعالج على الجوانب السلوكية والمعرفية التي ستخضع للعلاج. وقد قمنا بإعداد هاتين الأداتين وتقنينهما في البيئة العربية، انطلاقا من الاعتراف بأهمية العوامل المعرفية بجانبها السلبي والإيجابي في العملية التشخيصية- العلاجية، وعما تلعبه العوامل المهنية بما فيها طرفنا في التفكير والتذكر والإدراك والاتجاهات العقلية والتوقعات والتفاؤل والتشاؤم من آثار مباشرة أو غير مباشرة على مدي ما ننصف به من صحة نفسية أو ما نتعرض له من اضطرابات واختلال. وفيما يلي شرح مختصر للمحاور والبعد التي يقيسها كل مقياس منهما، كما يجد القارئ في نهاية المقال نماذج من الأسئلة لكل مقياس منهما.

#### الأداة الأولى: مقياس الأفكار السلبية المعرب

يتكون من مجموعة من العبارات يجاب عن كل منها على مقياس يتراوح من الانطباق الكامل على الذات إلى عدم التطابق بالمرّة في وصف الذات، وتتصافر عبارات هذا المقياس في الكشف عن الأبعاد المرضية في السلوك والتفكير، التي تصلح للتعامل مع حالات الاكتئاب. من بينها:

1. التهويل والمبالغة: إضفاء دلالات مبالغ فيها على الموضوعات المحايدة، أو التي يتعذر تفسيرها. المبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي، والتهوين من المزايا والنجاح الشخصي.
2. قراءة الأفكار أو " خطأ المنجم"
3. صياغة توقعات سلبية بالاستناد على تخمينات غير مبررة لما يفكر فيه الآخرون تجاهها والتصرف كما لو كانت قراءتنا لأفكار الآخرين حقيقية.
4. التأويل الشخصي للأمور " تلطيخه الذات": أن ينسب الشخص لنفسه مسئولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها.
5. تعميم السلبيات: تعميم خبرة فشل شخصية منعزلة على الذات ككل. أو تعميم المشاعر والخبرات الجزئية أو الفردية على الناس ككل.
6. التفسير السلبي للأحداث الحاضرة أو السابقة: النظر للماضي والخبرات الطفولية المبكرة بمنظور قائم لا نرى من خلاله إلا حوادث الفشل والتعرض للاضطهاد والخسارة وفقدان الأجزاء والرفض... الخ. مع وضع أهمية مبالغ فيها للأحداث الماضية أو إعطائها وزنا ضخما في إثارة الاضطراب والتوتر. فضلا عن تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية وطيبة، تفسيرها سلبيا، وإدراك أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر وامتهان دون تبرير فعلي.
7. الثنائية والنظرف ( الكل أو لا شيء): إدراك الأشياء على أنها إما سيئة تماما أو لا شيء ( عدم إدراك أن الشيء الذي قد يبدو سلبيا أو مختلفا قد ينطوي على فائدة الآن أو مستقبلا). والتصرف مع المختلفين في الرأي أو العقيدة أو الجنس بحذر وخوف وعداء ( تعصب) والشك في النوايا.
8. المثالية والنزوع المتطرف للكمال: التفكير والسلوك كلاهما يجنح للتعرف في المثالية والكمال غير الواقعي، بشكل يعطل الفرد عن النشاط والإنجاز والبحث عن الحلول الواقعية التي تسمح له أو لها أن يتقبل الآخرين ببعض مثالبهم لتحقيق عمليات تواصل فعالة بالعالم الخارجي.
9. التردد ( الانتباه السلبي الانتقائي): أي اليقظة الذهنية الشديدة والملاحظة السريعة ورصد الاستجابات الخارجية المثيرة للخوف والعداء.

- اكتشاف جوانب القوة والضعف
- تبشير القدرة على اتخاذ القرارات الضرورية للتكيف لمراحل العمر المتأخرة وتغيرات الدور الاجتماعي
- إعانته على استكشاف العراقيل القديمة والراهنة التي تتعارض مع إيجابية النمو في هذه المرحلة.
- اكتشاف ما ينطوي عليه المستقبل من إمكانيات للتطور بالذات مهنياً أو اجتماعياً.
- الكشف عن الجوانب السلبية المبكرة والراهنة في العلاقات الاجتماعية، وبالتالي إعادة إدراكها ومن ثم التمكن من السيطرة على مصادر الألم فيها.
- ومن الصحيح أننا نحتاج أحياناً - كمطلب علاجي - أن نركز على هدف منها أكثر من الأهداف الأخرى، إلا أن من المؤكد أن كثيراً من هذه الأهداف تتداخل فيما بينها بشكل يفرض على المعالج السلوكي المعرفي الإيجابي أن يتعامل مع أكثر من هدف منها عند تعامله مع مرضاه.

#### محكات أربعة لتحقيق علاقة فعالة بالمسنين

يتطلب تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في ممارسة العلاج النفسي في حالات الشيخوخة، التعرف على جوانب الخطأ في الممارسة وبالتالي تجنبها واستبدالها بعدد من الشروط الضرورية لتحقيق الفاعلية العلاجية ومن أهمها:

- بناء علاقات تواصل فعالة بالشخص
- تحقيق التطابق في الأهداف العلاجية
- الاتفاق على الأهداف العلاجية المحورية
- الاهتمام بمتطلبات الارتقاء النفسي والاجتماعي في الشيخوخة وهو ما سنعرض له في هذه السطور المتبقية

#### تجنب الأساليب العلاجية الخاطئة

من المعلوم ان كثيراً من المرضى لا يتجهون للعلاج النفسي لمجرد وجود معالج دافئ ومتعاطف، ولكنهم أيضاً يبحثون بجوار ذلك عن شخص كفاء وخبير وله أساليب علاجية فعالة ومدروسة. ولهذا تكشف بعض البحوث أن هناك أيضاً معالجون يستخدمون طرقاً علاجية من شأنها أن تعطل من نجاح العملية العلاجية، وتعمل على إفشائها. من هذه الطرق المعطلة للعملية العلاجية ما يأتي:

- التجاهل غير المبرر، وإبداء الامتعاض أو مشاعر الحرج
- تجنب الاستمرار في مناقشة موضوعات يثيرها الشخص أو يشعر بأهميتها له.
- تكليف الشخص بواجبات غير ملائمة لظروفه الاجتماعية أو الأسرية أو للعملية العلاجية.
- تكليف الشخص بأداء واجبات علاجية في أوقات غير مناسبة أو مع أشخاص غير مناسبين
- تدعيم لخصائص غير مناسبة لصحة الشخص العقلية ونضوجه ( مثل تدعيم الاعتماد على المعالج، أو تدعيم بعض الهواجس المرضية بهز الرأس أو إبداء الموافقة عليها).

2. الضبط الانفعالي التحكم في العمليات العقلية: مهارات الشخص في توجيه انتباهه وذكرياته في اتجاهات سليمة ومفيدة لتنمية رصيده من الصحة النفسية والتوافق الاجتماعي.
3. الاتجاه العقلاني وحب التعلم: أي ما يميزه من اتجاهات إيجابية نحو المعالج، ونحو العلاج النفسي بشكل عام.
4. الشعور بالرضا: مشاعر عامة بالرضا عن النفس والحياة.
5. الرصيد المعرفي الصحي: أي رصيده من المعلومات والمعرفة بما في ذلك المعلومات التي حصلها أو يحصلها عن مواقف الخوف، والقلق، والاكتئاب والاضطراب النفسي والسلوكي.
6. التسامح مع الاختلاف عن الآخرين: مجموعة من الاتجاهات والأفكار والسلوك التي تتحد معاً لتدل على تقبل الاختلاف والتعايش مع أنواع مختلفة من البشر بغض النظر عن انتماءاتهم الفكرية أو العقيدية.
7. التفكير القائم على الاعتزاز بالنفس والتسامح مع الخطأ أي أن تتقبل ذاتك وتعرف قيمتها. وتقبل الذات يعني ضمن ما يعني غياب الشكوى من حياتك فالنجاح لا يعرف الشكوى ولا يتدمر. التقبل يعني السعادة والعقلانية لأنك لا تتذمر من الأشياء الخارجة عن إرادتك. الشكوى وقت يتم إهداره وكان يمكن أن تستغله للتدريب على الأنواع المختلفة من الأنشطة التي تعلمان المزيد من الحب الذات أو مساعدة الآخرين على تحقيق ذواتهم.
8. التحرر من قيود الماضي: النظر للماضي بصفته مليء خبرات مفيدة مرت بنا بلحوا ومرها، ويعالجها بمنظور وجداني يساعدنا على التنبيه لأخطائنا، وتجنب تكرار أنواع السلوك التي أدت في السابق إلى مشاعر الإحباط والفشل. الشعور بالتسامح مع الأخطاء التي ارتكبتها في الماضي، معالجتها على أنها تمت في ظروف كنا فيها أقل خبرة وحنكة مما يترك مشاعر بالتسامح مع الذات والتخفف من مشاعر الذنب ولوم النفس.
9. الذكاء الوجداني: مجموعة من الصفات الشخصية والمهارات الاجتماعية والوجدانية التي تمكن الشخص من تفهم مشاعر وانفعالات الآخرين، ومن ثم يكون أكثر قدرة على ترشيد حياته النفسية والاجتماعية انطلاقاً من هذه المهارات9.
10. (أنظر نماذج من الأسئلة في نهاية الدراسة الحالية، أو الرجوع إلى: عبد الستار إبراهيم: العلاج المعرفي، 2008)

#### الحاجة لتعدد محاور العلاج في التعامل مع مشكلات المسنين

يمكن تعريف العلاج النفسي لحالات الاضطراب الوجداني والمزاجي في الفترات المتقدمة من العمر بأنه نشاط مخطط يقوم به المعالج النفسي بهدف:

- إعانة الشخص على التخلص من أساليب التفكير المعززة للأعراض المرضية بما فيها التوتر، والقلق
- تحقيق تغيرات إيجابية في الفرد لتصبح أساليبه في التفكير وأنماط تفاعلاته بالعلم الاجتماعي أكثر إيجابية، وصحة، وأسعد حالاً.
- ولتحقيق ذلك لا يوجد هدف واحد للعلاج النفسي لحالات الاكتئاب بين المسنين، بل أهداف متعددة ينبغي الاتفاق عليها مسبقاً مع الشخص. فقد يأتي الشخص وهو يتوقع انطلاقاً من مبادئ الممارسات الطبية التقليدية التخلص من الأعراض ولكن أهداف العلاج النفسي تتنوع، وتشمل:

## اختيار الأساليب العلاجية الملائمة

قد تتعرض مصداقية المعالج وفاعليته للخطر أو على أحسن الأحوال للتشكك، إذا أصر على أن يستخدم مريضه أساليب علاجية تتعارض أو تتنافر مع وجهة نظر الشخص. وقد عرضنا في موقع آخر Ibrahim, A-S (1999-2000) & Ibrahim, R. لعدد من الحالات التي تعثر فيها العلاج بسبب تشجيع المعالج للمريض لتبني فنية علاجية غير مقبولة وفق الإطار الحضاري للمريض أو المريضة (مثلا بعض فنيات العلاج الجنسي، أو بعض أشكال تأكيد الذات في العلاقات الزوجية).

## الاهتمام بمتطلبات الارتقاء في الشيخوخة

نقترح ثلاثة أساليب من خلالها مواجهة أزمات هذه المرحلة هي:

إعادة توجيه الطاقة لأدوار جديدة ونشاطات مبتكرة، فأعمال التطوعية، وشغل وقت الفراغ، والهوايات الخاصة قد تخلق بالنسبة للمسن " حياة جديدة" ربما تكون أكثر إثباتاً من قبل، إلا أن هذا التحول يحتاج لجهد وصبر ونشاط. وفي رأينا أن النشيطين في هذا السن والإيجابيين أكثر إحساساً بالرضا من السلبيين المتقاعدسين.

تقبل الحياة: ونعني هنا التقبل بالمعنى الفلسفي وليس بالمعنى السلبي الذي يدعو للهزيمة واليأس، بعبارة أخرى، فإن الحكمة تتطلب من الأشخاص في هذا السن أن يدربوا على السلبيات والإيجابيات وأن يستمدوا بعض الرضا من خلال ما أنجزوه في سنوات العمر السابقة من أطفال، أو أعمال، أو علاقات، وبهذا يمكنهم دمج الماضي في الحاضر بصورة هادئة وعقلانية.

التعامل مع قلق الموت الإعداد لمواجهته وتقبله كحقيقة جديرة بالاهتمام والإعداد لها، بدلا من رؤيته مصدرا للخوف والفرع والاكنتاب. بعبارة أكثر إيجابية التقبل العقلاني والإيجابي للنهائية المحتومة مع عدم السماح لفكرة الموت أن تسيطر في نشاطاتنا ومسؤولياتنا تجاه الآخرين. بعبارة أخرى التقبل الهادئ للموت لا يعني السعادة به إنه يعني ببساطة التقبل الهادئ لمرحلة ضرورية تحتاج للإعداد وتوفير مناخ اجتماعي آمن وصحي يحمي من الآلام والأمراض التي تتكون بسبب ما يعترينا في هذه المرحلة من عجز أو تدهور مفاجئ دون رعاية كافية.

والخلاصة أن نحتج العلاج النفسي يحتاج أيضا لمحاور متعددة تشمل أملا على وجود معالج يخلق ويؤكد رابطة علاجية تتميز بروح الاهتمام والاحترام، والفهم والتقدير والكيان، مع إيمان عميق بإمكانية الشفاء. ومن خلال ذلك يستطيع المعالج ثانيا أن يتجنب الأساليب العلاجية الخاطئة بما فيها شدة السيطرة على الموقف العلاجي، والتعدي على حدود مرضه المكانية والشخصية، وغيرها من أساليب خاطئة. ونحتاج ثالثا إلى مريض لديه القدرة والرغبة للاستفادة من العلاج النفسي من خلال ما يبنيه من توقعات عن كفاءة المعالج ومهارته. بعبارة أخرى: معالج، وإيمان بالتغيير، وأسلوب علاجي فعال، مريض بدوافع قوية للعلاج، هذه هي محاور العلاج الناجح.

## مراجع النص

1. أعدت هذه الدراسة بناء على دعوة خاصة من مؤسسة التنمية الأسرية بأبو ظبي وألقيت بمؤتمر أبوظبي العالمي للشيخوخة- أبوظبي الإمارات العربية المتحدة ( في الفترة من 22 ز 24 أبريل 2008 )
2. على سبيل الأمثلة، ظل " بابلوبياسكو" كإعصاري نشاطاته الفنية على ان توفي في الواحدة والتسعين وبقي " برتراند راسل" حتى الثمانينات بحاور ويكتب ويتظاهر في شوارع لندن ضد الاستخدامات المدمرة للذرة. واحتفظت عالمة الأندروبولوجية المشهورة مرجريت ميد Mead نشاطها وطاقاتها على

• الخوف من لحظات الصمت وشغلها بأي حديث بدلا من إعطاء الفرصة للمريض للتأمل وإعطاء المعلومات الشارحة لمشاعره.

• خرق القواعد المرتبطة بحقوق الشخص مثل التلاصق والقرب البدني الشديد بشكل لا يراعي السن أو الحدود الشخصية الملائمة له أو لها.

• السيطرة على موضوع أو موضوعات الحديث بما في ذلك تغيير الموضوع وإعطاء اقتراحات علاجية تفسيرية دون أن يشترك الشخص في ذلك.

## بناء علاقات تواصل فعالة بالشخص

ثمة ما يشير إلى أن المسنين خاصة ممن يعانون من الاكتئاب يحتاجون أكثر من غيرهم إلى بناء علاقات تواصل فعالة بالمعالج حتى تمتد العملية العلاجية إلى ما يتناسب مع تحقيق الحماية الإيجابية المطلوب تحقيقها. ويتوقف النجاح في ذلك على شخصية المعالج، وعلى المحافظة على أسرار الشخص بهدف خلق إحساس بالمان والاطمئنان بشكل يمكن الشخص من احتمال مشاعر القلق وبالتالي يمنحه القدرة على مواجهة مصادر مشكلاته وخطئه العلاجية في المستقبل بأقل قدر ممكن من التوتر والصراع.

ومن المهارات الشخصية العامة المطلوبة في المعالج النفسي أن يكون قادرا على بناء علاقة بمريضه تقوم على ثلاثة عناصر تقليدية هي: التعاطف والدفء والصدق.

وبالرغم من أهمية العوامل الخاصة بشخصية المعالج كالدفاء والتعاطف، فإن الكفاءة المهنية والمهارة وحسن التدريب تلعب أدوارا شديدة في نجاح العلاج. ولهذا فإن الترخيص بمزاولة مهنة العلاج النفسي المتعددة المحاور يجب أن تراعى توافر عوامل الخبرة والتدريب. فضلا عن الإلمام النظري والأكاديمي بالنظريات النفسية والاجتماعية، خاصة نظريات التعلم والشخصية.

قد لا يستطيع المعالج النفسي أن يمارس عمله بفاعلية ودون أن يراعى خصائص الإطار الاجتماعي- النفسي الذي ينشأ فيه السلوك المرضي ويتدعم بما في ذلك القيم والاتجاهات الاجتماعية السائدة في حياة الشخص والتي تمارس تأثيراتها على سلوكه وتدعم اتجاهاته المرضية على نحو مباشر أو غير مباشر ( Sue, 1981, Sue & Morishima, 1987, Sue & Zane, 1982) ويؤدي الانتباه لدور العوامل الاجتماعية والقيم الحضارية الشائعة في عملية العلاج المعرفي المتعدد المحاور إلى فوائد متعددة ( Ibrahim & Ibrahim, 2000, Ibrahim, 2000, Ibrahim & Al-Naffie, 1991, Ibrahim 1993 ) في مختلف جوانب وعمليات العلاج بما في ذلك الاهتمام بمتطلبات الارتقاء وواجباته في الشيخوخة، تحديد المشكلة المحورية بما فيه المشاعر وأساليب التفكير فيها، واختيار الفنيات العلاجية الملائمة، وأهداف العلاج ومساره. كما سنرى فيما يأتي.

## تحديد أهداف العلاج

إذا اختلفت أهداف المعالج من العلاج عن تلك التي عند الشخص، فإن العملية العلاجية ستعاني معاناة سلبية شديدة، وستتأثر مصداقية المعالج بنفس الاتجاه السلبي. ومن المعتقد، ان انقطاع المرضى المفاجئ عن جلسات العلاج يتزايد بسبب هذا العمل نتيجة لمشاعر عدم الراحة، وخيبة الأمل، والحرج الناتج عن التعارض بين الأهداف المرسومة للعلاج ومن المؤكد أن كثيرا من الأهداف العلاجية التي يبنينا الشخص تكون متأثرة إلى حد بعيد بالإطار الحضاري وما يفرضه على الفرد من جزاءات، أو ما يمنح من إثبات لسلوك معين. ومن ثم فإن صياغة أهداف العلاج بشكل لا يتسق مع التوقعات العلاجية يؤدي إلى تعطيل العملية العلاجية، وربما إنهاؤها بشكل مبثور.

1. النمط الزاعق: وأشخاص هذا النمط مندفعون ومسرفون ومحبون للأكل والمتعة، إلا أنهم يفتقدون للطموح، ويفضلون البقاء في المنزل. وهو يتوافقون جيدا لسنوات التقاعد وإن كان توافقهم يتميز بالسلبية والاعتماد على الأسرة أكثر مما يجب.

2. النمط الدفاعي القهري: أشخاص هذا النمط لا يرحبون بالتقاعد ولا يضعون خطة له. قهريون بشكل عام ومحاولون مواجهة مخاوف السن بالإشراف في النشاط والعمل. وطالما يتاح لهم هذا، فإنهم يتوافقون نسبيًا لسنوات الشيخوخة.

3. النمط الغاضب: أي النمط العدائي والمتسرب، يفتقدون الهوايات الخاصة والاهتمامات، ولا يرحبون بالتقاعد، الموت بالنسبة لهم ليس حقيقة يجب مواجهتها بل هو عدو يجب هزيمته، ويعتبر أنماط أشخاص هذا النمط من أسوأ الأنماط توافقًا وأقلها قدرة على تخطي أزمات الشيخوخة.

4. النمط الكاره للنفس: وهو نمط يتميز بالاكتمال والرغبة في الموت. ومع ذلك أو ربما بسبب ذلك نجدهم أكثر توافقًا وتقبلاً للنهاية من النمط الغاضب ( مأخوذة من زيمباردو Zembardo المرجع 28)

9 فيما يتعلق بالخصائص السيكومترية لمقياس التفكير السلبي المعرب والتفكير الإيجابي تحققت للمقياسين في دراسة على 150 طالب سعودي بجامعة البترول والمعادن بعض النتائج الدالة على معاملات ثبات بطريقة إعادة التطبيق بعد أسبوعين على 65 طالب قيمتها 0.93 بالنسبة لمقياس الأفكار السلبية و 0.81 لمقياس الأفكار الإيجابية. كذلك بلغ معامل الارتباط بين المقياسين 0.62 وهو معامل سلمي ذي دلالة جوهريّة عند 0.01 على الأقل بما يتمشى مع صدق الأداتين وأنها يقيسا وظائف متناقضة. ولا تزال تحليلات أخرى لفهم البناء العاملي لكل مقياس منهما يجري تحقيقها.

11 Target problems

12 Treatment techniques

13 Treatment goals and prognosis

العمل حتى شارفت الثمانين. وعاش العالم الروسي المشهور " بأفلوت" ما يقرب من ست وثمانين عاما، ولم يتوقف حتى موته عن العمل والتوجيه والإشراف على الطلاب وإجراء التجارب. وعلى المستوى العربي استمر " نجيب محفوظ" محتفظا بطاقته على العمل والنشاط حتى التسعين من العمر بالرغم من انه تعرض للاعتداء طعنا بالسكين، وكمثال لزال حيا بيننا وهو في الثالثة والثمانين الآن الصحفي الإعلامي النابغة "محمد حسنين هيكل" يكتب ويؤلف ويحاضر ويتكلم بالساعات على تليفزيون " الجزيرة" ويحتفظ بذاكرته الحديدية التي يحسدها عليه أي شاب في العشرينات بالرغم من أنه لم يسلم من الإصابة بالسرطان أكثر من مرة. فالشعور بالسن إذن أمر نسي، ونتفق من ناحيتنا بالقول: إن الحياة هي ما نرى فيها وما تخلقه منا".

4.Sadock, B.J.& Sadock V.A (2003). Synopsis of psychiatry , 9<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, and Wilkins

### 5.positive Psychology

6.للمزيد عن العلاج الإيجابي أنظر : Costanda & Siminton 2002 Ellis & Blau. 1998, Ibrahim & Ibrahim , 1996, Keyes & Haidt, 2002, Lopez & Snyder, 2003, and Miller & Thoresen 2003 Aspinwall & Staudinger, 2002

7. أنظر: ع. إبراهيم 2005، 2002، 2000

8 مثلا حددت سوزان ريتشارد S. Richard خمسة أنماط من الاستجابة للسنوات الخيرة من العمر هي:

5. النمط الناضج: وهو نمط بناء في مواجهته للحياة ويشعر بأن الحياة السابقة كانت ذات وزن كبير، وأشخاص هذا النمط دافئون ونشطون، ويحافظون على مسؤولياتهم تجاه الأسرة والزوجات. وهم من أكثر الأنماط توافقًا للحياة المسنة.

## نموذج لحالة

### حالة السيدة هند العلمي

السيدة هند مريضة في الـ 75 من العمر، أحيلت للتقييم والفحص النفسي، وإمكانية التعاون مع الفريق الطبي النفسي في علاجها معرفيا بسبب المعاناة من الحزن والضغط النفسي نتيجة لتزايد المسؤوليات عليها إثر إصابة زوجها بمرض مقعد هو الباركنسون الذي أدى لتدهور حالته الصحية التي تتلاحق بشكل مسرع.

للتعرف على المشكلات التي أدت لطلبها للعلاج، أمكن من خلال المقابلة الشخصية التمهيدية ومن إجاباتها على مقياسي التفكير السلبي والتفكير الإيجابي على وجود عدد من المشكلات المتداخلة التي ساهمت في معاناتها واضطرابها الوجداني:

- صراعات سطحية ظاهرة وتغيرات أسرية مباشرة مثيرة للاضطراب.
- الافتقار للدعم ومشاعر الوحدة
- المبالغة وتضخيم السلبيات
- الرؤية المتشائمة للمستقبل والافتقار للتفاؤل
- لود الذات الناتج عن تفسير السلبيات على أنها نتاج لتقصيرها وعجزها
- التناقض الوجداني في التعامل مع زوجها المقعد.

من حيث الصراعات السطحية الظاهرة تبين أن السبب المباشر الذي صرحت به للمعالج هو افتقادها للدعم النفسي والمعنوي من الزوج نتيجة لتقاعده إثر تزايد حدة مرض باركنسون ، فضلا عن شعورها بالعجز عن تقديم يد العون والمساعدة له على التعامل مع تدهور حالته الصحية بشكل سريع. فهو مثلا لم يكن قادرا على الرقود والاسترخاء على سريره وفي فراشه المعتاد. نتيجة لهذا كان يقضي وعظم أوقات الليل جالسا على كرسيه، وهذا ما لم يكن بإمكانها تحمله والسكوت عليه.

كانت أيضا شديدة الانزعاج والقلق على حالتها الصحية بسبب التقدم في العمر وخوفها من أنها ستعرض مثله للعجز والمرض.

لمعالجة هذا الجانب تركز العلاج المعرفي على مخاوفها غير الواقعية ومبالغاتها وتهويلها للأمور، وإثارة مخاوف متشائمة من المستقبل. وتطلب ذلك تعريفها بالأساليب المعرفية الخاطئة في إدراك الأمور بحيث تصبح الأمور المعتادة مصدرا للقلق والانزعاج، بما في ذلك المبالغة، والعجز عن تحمل الأمور المعتادة التي لا يمكن تغييرها، فضلا عن أن حالتها الصحية لا تدعو للقلق والانزعاج وأنها تحت رعاية طبية جيدة.

تم التركيز أيضا على مشاعر الفشل والوحدة وأن نبين لها أن معاناتها تستند على تفكير سلبي يدعوها للتقاعس وإدراك الواقع على أنه أسوأ مما هو عليه " أي تفكيرها في الأمور كان أسوأ من الأمور ذاتها" ومن هذا الجانب بينا لها أيضا أن ما حدث من عجز ومرض الزوج لم يحدث بسبب أخطاء منها أو مسؤولية أو فشل أو قصور من جانبها، ولكن حدث لاعتبارات طبية خاصة بالظروف الصحية للزوج، ومن ثم يمكن مواجهة ذلك بطرق غير انهزامية لا تعالج الأزمة التي هي فيها الآن بل تدعو لليأس ولوم الذات.

بيننا لها أن إعادة إدراك الواقع الذي فرضته ظروف مرض الزوج يتطلب منها تعديلا سلوكيا مماثلا للتطور الإيجابي في التفكير. فمثلا ساعدناها على البحث على بدائل سلوكية إيجابية وبذل الطاقة دون الخوف من مساعدة الزوج بدلا من لوم الذات والقلق واليأس من مساعدته وكأنها مسؤولة عما حدث له.

ومن باب استبدال السلبي بالإيجابي، كشفنا لها عن مدى مبالغتها وتهويلها لموضوع بقاء الزوج بالليل قاعدا على كرسيه بدلا من النوم على فراشه المعتاد. " إنها ليست مأساة أو كارثة أن يغير مكان نومه المعتاد طالما أن هذا يريحه ولا يسبب أي إزعاج لكي أو خطر له". هكذا قلت لها في أحد الجلسات، وقد أشعرها هذا بالارتياح ومشاعر الخلاص من مخاوف لم تكن تدرك من قبل طبيعتها المبالغ فيها في تشويه واقع غير مثير للخطر على أنه مصدر للخطر وللانزعاج.

أما من حيث غضبه على الزوج لأن مرضه أقعدها بجواره، فقد تبين بعد نفذ العلاج واكتساب ثقة المريضة أنها كانت تردد في داخلها " أنه لم يقدم لها الرعاية الكافية التي كانت تتوقعها منه في بعض الأزمات التي أحاطت بها، قبل إصابته بالمرض وخلال فترات صحته".

وقد اكتشفت من خلال عمليات الحوض والتفنيذ لهذا النوع من التفكير أن يثير مشاعر الحب والكراهية معا، أي بلغة علم النفس ما يمكن تسميته بالتناقض الوجداني أو صراع الحب والتفاني مع النفور والتجنب. ومثل هذا التفكير يثير فيها الكثير من مشاعر التردد عن تقديم المساعدة الإيجابية بل وربما يكون السبب في إثارة الكسل والتعب السريع عندما تجد نفسها مضطرة لمساعدته على قضاء حاجاته الإيجابية. فضلا عن هذا ساعدناها من خلال الاسترخاء بالصور الذهنية الإيجابية على استعادة بعض الذكريات الحلوة في السابق مما جعلها أقل قلقا وأكثر إدراكا لجانب الحب والتغلب على مشاعر التناقض الوجداني في تفسير علاقتها بزوجها. وبالفعل أصبحت أقل قلقا وأكثر قدرة على تحمل القيام بدورها الاجتماعي بمفهوم متجدد وداعم لصحتها النفسية وإعانة زوجها بطريقة أفضل في محنته التي يعيشها الآن.

نتيجة لهذه التغيرات في أساليب التفكير وما أثاره ذلك من تغيرات إيجابية في سلوكها نحو زوجها، أصبح بإمكان السيدة هند من خلال 6 لقاءات أن تكون عادات مريحة، وأن تقلل حياتها الزوجية بإيجابية مماثلة لأنماط التفكير والسلوك التي اكتسبتها. وبالرغم من أن متابعة الحالة الصحية لزوجها لم تكن من أهداف العلاج، فقد كشفت التقارير الطبية عن الزوج تباطؤ تدهور حالته الصحية، وأن مرضه استقر بدون تغيرات مرضية سريعة كما كان يحدث في السابق كل ذلك والسيدة هند تسيطر على مشاعرها السلبية وتحيا في ظروف نفسية تحقق لها ولزوجها السلام والكفاءة في معالجة ما تثيره الحياة من ضغوط.

## مراجع النص

1. عبد الستار إبراهيم (2008). الاكتئاب والكدر النفسي: دليل معرفي للممارس ( سلسلة الممارس النفسي). القاهرة: دار الفكر
2. عبد الستار إبراهيم (2008). العلاج المعرفي: دليل علاجي نفسي متعدد المحاور لتنمية المهارات العقلانية والإيجابية ( سلسلة الممارس النفسي). القاهرة: دار الفكر
3. عبد الستار إبراهيم (2008). إنه من حقك يا أخي: دليل علاجي-نفسى- معرفي لتنمية مهارات الحياة الاجتماعية والتوكيدية ( سلسلة الممارس النفسي). القاهرة: دار الفكر
4. عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر (2003). علم النفس الاكلينيكي: منهج التشخيص والعلاج النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية ( الطبعة الثالثة).
5. عبد الستار إبراهيم (2000). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ونماذج من تطبيقاته. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
6. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed : DSM-IV. Washington, D.C
7. Bruce M.L. Ten Have T.R. Reynolds C.F et al (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. JAMA; 291: 1081-1091.

1. Clark; DM; Fairburn, CG. (1997) Science and practice of cognitive behavior therapy. Oxford: Oxford University Press.
2. Charney D.S. Reynolds C.F. Lewis L. et al (2003) . Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. Arch Gen psychiatry; 60: 664-672.
3. Sadock, B.J.& Sadock V.A (2003). Synopsis of psychiatry , 9<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams, and Wilkins.
4. TARRIER N, Wells A, Haddock G, Editors (1998). Cognitive behavior therapy for complex cases: an advanced guidebook for the practitioner. Chichester: wiley.
5. Unuttered J, Kato W, Callahan CM, et al (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA; 288:2836-2845

### المجلة المصرية للطب النفسي



[www.arabpsynet.com/Journals/EJP/index.ejp.htm](http://www.arabpsynet.com/Journals/EJP/index.ejp.htm)

### المجلة العربية للطب النفسي



[www.arabpsynet.com/Journals/AJP/index.ajp.htm](http://www.arabpsynet.com/Journals/AJP/index.ajp.htm)

### المجلة الإلكترونية لشبكة العالـم النفسيـة

Index APN eJournal

[www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm)

ملف العدد 33 - شتاء 2011

العلوم النفسية في التراث العربي الإسلامي

المشرف : د. محمد توفيق الجندي

أخصائي الطب النفسي بمستشفى الأمل - جدة ، السعودية

[drjundi@gmail.com](mailto:drjundi@gmail.com)

[arabpsynet@gmail.com](mailto:arabpsynet@gmail.com)

[arabpsynet@gmail.com](mailto:arabpsynet@gmail.com)

آخر أجل لقبول الأبحاث 30 - 12 - 2011

## الأساس الجيني العصبي للذكاء: نظرة لکیفیهة تعزیهة

أ.د. عمر هارون الخلیفة - مؤسس مشروع طائر السمیر

أ. صدیق محمد یوسف - قسم علم النفس، جامعة النيلین

okhaleefa@hotmail.com

### 1- الأساس الجینی العصبی للذكاء: نظرة لکیفیهة تعزیهة

#### 1.1- الذكاء والوراثة

هناك عدة مداخل لدراسة الذكاء منها المدخل القیاسی الذي وجد مساحة كبریة من اهتمام الباحثین ( Binet & Simon, 1916; Raven & Court, 1988; Wechsler, 1991 Eysenck, 1988; Piaget, 1953; )، والمدخل البیولوجی ( Sprenger, 2002; Cardoso, 1997 )، والمدخل النمائی ( Thompson et al, 1999; Vygotsky, 1978 Gardner, 1983, 2003; Sternberg, 1977; Sternberg & Davidson, )، والمدخل الجینی (Thomson & Plomin, 2000) فضلا عن المدخل النیورولوجی ( Haier, 1990; Haier et al, )، ولفد وفرت هذه المداخل المتعددة مفاهیم ونظریات ومناهج متباينة وثرة لدراسة الذكاء من جمیع جوانبه. وسوف نركز فی هذه الدراسة بصورة خاصة علی المداخل البیولوجیة والجینیة خاصة مساهمة الوراثة وبناء الدماغ ووظائفه ومراكز النشاط فیة. وسوف نختم الدراسة بمعرفة العوامل المساعدة فی نمو وتعزیز الذكاء.

یعتبر الذكاء من أكثر الموضوعات المبحوثة عامة فی علم النفس (Lynn & Vanhannen, 2002; 2006) وفي حقل علم الوراثة البشري بصورة خاصة، وكشفت نتائج التصاميم البحثية بوضوح عن التأثير الوراثي القوي في مجال فروق الذكاء. وأظهرت نتائج بحوث الوراثة الجزيئية بصورة خاصة بأن هناك جينات محددة تساهم في الفروق الفردية في مجال الوظائف المعرفية تؤدي لفهم أفضل للبنية البيوكيميائية فضلا عن تنظيم معالجة المعلومات. وتضمنت غالبية البحوث في وراثة الذكاء مدى عادي من الفروق. ويستخدم علماء الوراثة السلوكيون أداة احصائية تسمى مساهمة الوراثة (heritability) لوصف نسبة الفرق الفينوتيبي (phenotypic variation) الذي يرجع للعوامل الوراثية. وتستخدم طرق مختلفة لقياس مساهمة الوراثة من بينها مقارنة العلاقة الارتباطية بين التوائم الصنوية وغير الصنوية. وتكون عادة التوائم الصنوية متشابهة وراثيا بنسبة 100% بينما نسبة التشابه الوراثي 50% بالنسبة لغير الصنوية وتقاس درجة مساهمة الوراثة من خلال طرح الفروق في العلاقة الارتباطية بين التوائم الصنوية وغير الصنوية ومضاعفة الفرق بينهما (Thomson & Plomin, 2000). ولكن تستخدم حاليا مناهج أكثر دقة لتقدير مساهمة الوراثة مثل نماذج الانحدار والمعادلات البنائية والتي تمكن من معرفة مستويات الدلالة (McArdle & Prescott, 1997).

وتقليديا، قام علماء الوراثة السلوكيون بتقسيم التأثيرات البيئية إلى تصنيفين كبيرين هما البيئة المتقاسمة (shared environment) والبيئة غير المتقاسمة (non-shared environment). وتتضمن البيئة المتقاسمة (c2) الخبرات التي تعرض لها كل أفراد الأسرة، مثلا مشاركتهم الحياة تحت سقف منزل واحد، ومشاركة نفس الجيران، وربما يدرس الأخوان نفس النظام الدراسي، ولهم في بعض الأحيان نفس المعلمين، وغالبا ما يعامل الأبوين أبنائهم بطرق متشابهة. وفي المقابل تتضمن البيئة غير المتقاسمة

(e2) خبرات متفردة، مثلا ربما يكون للطفل البكر مسؤوليات أكبر من الطفل الصغير، وربما يكون لأحد الأخوان مجموعة رفاق أو أصدقاء تختلف بدرجة كبرى من بقية الأخوان، وربما يعمل الوالدين على خلق خبرات متفردة لكل طفل في الأسرة على حدة (Thomson & Plomin, 2000).

إن التمييز بين نوعي البيئة ضروري ويرجع ذلك لتأكيد علماء نفس النمو على أهمية عوامل البيئة الأسرية المتقاسمة بينما يشير علماء الوراثة السلوكيون لعوامل البيئة غير المتقاسمة (Scarr, 1996). وكشفت نتائج الدراسات بأن مساهمة الوراثة تكون حوالي 50% في الفروق الفينوتيبية في الذكاء (phenotypic variation) ومساهمة البيئة المتقاسمة حوالي 10-20%، بينما تترك النسبة المتبقية 30-40% لفروق البيئة غير المقاسمة فضلا عن الأخطاء (Chipeur et al, 1990). ويجب التأكيد على أن هذه التقديرات تنطبق فقط على المجتمع الذي أخذت منه العينة وربما تختلف حسب الفئات العمرية، وتمثل مساهمة الوراثة مايجري في العينة المحددة، وفي الوقت المحدد، وفي السمة المحددة والتي تنعكس في القياس المحدد. إن تغيير أي من هذه الشروط ينعكس في تغيير تقديرات قياس مساهمة الوراثة (heritability).

أن ارتباط الذكاء بالوراثة يزداد مع تقدم العمر فهو يرتفع من 0.4 في الطفولة إلى 0.8 في مرحلة الرشد وما بعدها. بمعنى آخر فإن نسبة 40% من التباين في الذكاء بين الأطفال ونسبة 80% من التباين بين الراشدين يرجع إلى تأثير الوراثة وبذلك يتبقى ما نسبته 60% في الطفولة ونسبة 20% في سن الرشد لاختلاف بيئة الأفراد (Gottfredson, 1997). وهذا يتفق مع أورده جونستون (Johnston, 2003) من أن أدمغة الأطفال يظهرون مرونة عصبية أكبر وأن لديهم قابلية عالية للتعلم والذاكرة من الراشدين. وفي دراسة طولية للتوائم وجد أن ارتباط درجة الذكاء بين الأطفال والوالدين كانت 30% في عمر خمس سنوات، وارتفعت إلى 80% في عمر اثني عشر سنة (Polderman et al, 2006). ولعل هذا الارتباط بين ذكاء الطفل والديه الذي يزداد مع تقدم الطفل في العمر هو نتاج لتعرض لنفس المتغيرات والمثيرات البيئية التي تعرض لها والدي الطفل. ويتوقع حدوث اختلافاً في نسب الذكاء في حالة نشأة الطفل في بيئة مغايرة لبيئة والديه.

لقد توفرت بالنسبة للباحثين في مجال الدماغ صور عالية الجودة والوضوح للمقاطع العرضية للأنسجة الدقيقة بفضل استخدام تكنولوجيا الرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI)، كما توفرت لهم قراءات دقيقة عن عن المخرجات الكهربائية للدماغ، واستكشفت أنماط هذه الموجات المعبرة عن كل حالات الدماغ المختلفة، واستقصاء كمية النشاط الدماغي في حالة انشغاله بحل مشكلة ما. كان كل ذلك بفضل تكنولوجيا الرنين المغناطيسي وغيرها من التقانات التي مكنت العلماء من توصيف البنية الأساسية للدماغ وآلية عمل كل جزء منها (أنظر، السلطي، 2004). ويعتبر الدماغ عضو على درجة كبرى من التعقيد والعمق، الجزء الأمامي منه هو الأكثر اتساعا مقارنة بالأجزاء الأخرى من الجهاز العصبي، وهو محاط بثلاثة أغشية تغلفه وتحميه ويقع داخل تجويف الجمجمة (Cardoso, 1997). ويزن الدماغ عند الولادة حوالي 450 غم ويتضاعف وزنه خلال السنة الأولى ويصل إلى ما بين 1300-

المدخل الفسيولوجي (البيولوجي) للذكاء مهما لفهم الذكاء من خلال وظيفة المخ بصورة خاصة ومن خلال الجهاز العصبي ككل بصورة عامة (Haier, 1990; Niesser et al, 1996; Sternberg & Kaufman, 1998).

يقسم استنبرج وكوفمان (Sternberg & Kaufman, 1998) مراحل الاهتمام بالأساس البيولوجي للذكاء إلي مرحلتين . المرحلة المبكرة وشملت نظرية هالستيد Halstead في العام 1951 وتقتصر أربع عوامل بيولوجية أساسية هي عامل مجال التكامل، وعامل التجريد، وعامل القوة، وعامل الاتجاه. وقد أرجع هالستيد هذه العوامل أو القدرات الأربعة إلي وظيفة القشرة المخية في الفصوص الأمامية من المخ . ونظرية هيب (1959) تقع ضمن المرحلة المبكرة وتعتبر أكثر تأثيراً من نظرية هالستيد، وفيها يميز بين نوعين من الذكاء (أ) و (ب) فالذكاء (أ) هو طاقة فطرية والذكاء (ب) هو وظيفة المخ كنتاج للنمو العقلي الذي يحدث، وهذين النوعين من الذكاء يختلفان عن الذكاء (ث) الذي تقيسه مقاييس الذكاء السيكمترية المتعارف عليها. ويقترح أن أساس الذكاء هو التعلم الذي يقوم علي تركيب الخلايا العصبية وبها يبنى مزيداً من الارتباطات العصبية المعقدة الناجحة مع التقدم في التعلم، وهذه التقسيمات التي أشار إليها هيب مازالت مستخدمة من قبل البعض.

وضمن المرحلة المبكرة أيضاً نظرية لوريا (1973-1980) وكان لها أثر علي مقاييس الذكاء خاصة مقياس لوريا- نبراسكا، وحسب رأي لوريا أن المخ يضم ثلاث أجزاء ترتبط بالذكاء هي جذع المخ والمخ الأوسط ويختص هذا الجزء بالتنسيق والفص الصدغي والمؤخري والجداري ويختص هذا الجزء بالمدخلات الحسية والفص الأمامي من المخ ويختص هذا الجزء بالتنظيم والتخطيط (Sternberg & Kaufman, 1998) . والمرحلة الثانية التي أشار إليها استنبرج وكوفمان (1998) هي الدراسات الحديثة حيث ظهرت البحوث التي ترتبط بين الذكاء والأساس البيولوجي . وهي تركز علي أجزاء أو وظائف عصبية محددة في الدماغ مثل الفروق الفردية في سرعة التوصيل العصبي التي تعتبر أساس الفروق الفردية في الذكاء، وأيضاً السكر وأن مستواه يقل عند ذوي نسب الذكاء المرتفع عند حل مشكلات من مقاييس المصفوفات المتتابعة لرافن وعند ممارسة ألعاب الكمبيوتر . ويشير هذا إلي أن الأذكاء يستهلكون سكر أقل وهذا ناتج من أنهم يثرون الخلايا العصبية المختصة بالوظيفة المعنية دون انتشار النشاط العصبي في بقية الخلايا غير المختصة مما يوفر الطاقة.

تشير البحوث بأن نصف الفروق في درجة الذكاء بين الأفراد تعود لعوامل وراثية باعتبار أن جزءاً كبيراً من الذكاء متوارث من الآباء إلي الأبناء (Sternberg & Kaufman, 1998)، وهناك نظرية جاردنير للذكاء المتعدد (2005) والتي كان لها صدى واسعاً في أوساط علماء النفس والعاملين في المجال التربوي استمدتها من خلال ملاحظاته علي البحوث التي أجريت علي مصابي المخ في فرع علم النفس العصبي (Gardner, 2003) . وسوف نتطرق في الجزء التالي من هذه الدراسة النظرية إلي عدد من التطبيقات والنظريات والمداخل البحثية والتي تشير بصورة واضحة وتؤكد علي الدور الكبير الذي يقوم به المخ والجهاز العصبي في الذكاء، مثل نظرية هيب، ونظرية جونج وهايبر، والعلاقة بين المخ والذكاء العام والذكاء الانفعالي، والأساس العصبي للموهبة ومطواعة الجهاز العصبي للتعلم.

### أولاً: نظرية هيب وتطبيقاتها العملية

لعل أن البداية الحقيقية التي مثلت حجر الأساس في الربط بين وظيفة المخ والسلوك بصورة عامة والعمليات المعرفية بصورة خاصة كانت افتراضات هيب (Hebb, 1942, 1959) التي نشرها في كتابه المشهور "The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory" في عام 1949، عندما كانت المدرسة السلوكية سائدة في الولايات المتحدة وكان وقتها يشغل منصب رئيس قسم علم النفس بجامعة ماكجيل McGill وكان مهتماً بتأثيرات إصابة المخ علي السلوك. وقد شارك الجراح الشهير بنفيلد بأبحاثه ولكنه كان أكثر انفتاحاً من بنفيلد في اهتماماته تجاه تطور السلوك والتعلم . وقد

1400غم في مرحلة الرشد. وتقدر نسبة وزن الدماغ إلى وزن الجسم حوالي 2% ولكنه يستهلك من 20-25% من طاقة الجسم. وله درجة من اللزوجة كالجلائين الرخو وعلى الرقم من أن الطبقة الخارجية منه تسمى المادة السنجابية (الرمادية) (gray matter)، فإن لونه الحقيقي بني قرفلي (pinkish-brown) (Sprenger, 2002) (الوارد في السلطي، 2004).

### 1.2- الدماغ والذكاء

إن الدماغ هو العضو المسؤول عن تنظيم وظائف الجسد وهو الذي يتحكم في السلوك كما أنه مصدر كل الإبداعات الحضارية المميزة بما في ذلك الموسيقى والفن والأدب والعلوم واللغة. إن جميع الآمال والأفكار والعواطف ومظاهر الشخصية توجد جميعها في أماكن ما في الدماغ. ومع أن آلاف العلماء قد درسوا الدماغ على مدار القرون الماضية، إلا أنه يظل يمثل لغزاً محيراً بالنسبة لهم. وهناك تصميم معين لبناء الدماغ (architecture of the brain) بحيث يعتقد بأن نموه وتطوره محكومين جزئياً بهذا التصميم. ويحتوي الدماغ على حجرة تلو الحجرة من أحجام متفاوتة، وهي مع ذلك متحدة مع بعضها البعض لكونها متجاورة ويقع جميعها ضمن الجمجمة. ومن بين أجزاء الدماغ القديمة الجذع (stem) وهو المسؤول عن استمرار وظائف الحياة الرئيسة كما تعمل أليافه العصبية المسماة بالنظام الشبكي المنشط على تنبيه القشرة الدماغية لاستقبال المعلومات الحسية الواردة. كما يتكون الدماغ كذلك من النظام الجداري (limbic) وهو الذي يتحكم في العواطف وينظم العمل الداخلي للجسم. كما يتكون من القشرة الدماغية وهي الحلقة الأخيرة من سلسلة تطور الدماغ وهي التي تنتج النشاطات الانسانية الأكثر تميزاً مثل اللغة والفن (عدس وتوق، 1997).

كشفت نتائج البحوث بأن الدماغ ينقسم إلى فئتين أو نصفين كل منهما له وظائف محددة (Gray, 2003; Gray et al, 2003) ويسمى الجزء العلوي من الدماغ بالقشرة الدماغية والتي تقوم بالوظائف التي تزيد من القدرة على التأقلم والتي تجعلنا مخلوقات متميزة وتتم فيها عملية صنع القرارات وتنظيم العالم المحيط بنا وتخزين الخبرات الفردية في الذاكرة. وتنقسم القشرة الدماغية لنصفين يربطهما بناء كبير يتكون من حوالي 300 مليون خلية عصبية. ومن المعلوم بأن كل نصف كرة منهما وظائف مختلفة في حالة الانسان فقط. ويسيطر نصف الدماغ الأيسر على الجزء الأيمن من الجسم، وهو مسؤول عن اللغة والنشاطات المنطقية، أي الأشياء التي تحدث في ترتيب محدد، أما نصف الكرة الأيمن فيتحكم في الجزء الأيسر من الجسم، وهو مسؤول عن إدراك الأشياء المكانية والأشياء التي تحدث معا في نفس الوقت الواحد وكذلك عن النشاطات الفنية. ويشبه نصفي الكرة بعضهما البعض ولكن يوجد بينهما فروق فمن حيث التركيب التشريحي. ففي حالة 95% من الأجنة، فإن نصف الدماغ الأيسر هو أكبر حجماً من نصف الدماغ الأيمن. وإن هذه الزيادة في الحجم تقع في الفص الصدغي وهي تتحكم في الكلام واللغة المكتوبة (توق وعدس، 1997).

يقوم المفهوم الفسيولوجي للذكاء علي تحديد معني الذكاء في إطار التكوين الفسيولوجي التشريحي للجهاز العصبي المركزي بوجه عام والقشرة المخية بوجه خاص . وكانت البدايات بالتركيز علي الذكاء وعلاقته بعقد الخلايا العصبية والوصلات العصبية وتكامل الجهاز العصبي، وفي وقتها كان يعاب علي هذه الأفكار اعتمادها المباشر علي النواحي التشريحية للجهاز العصبي التي لم تتأكد بطريقة علمية موضوعية دقيقة بعد وبعض منها اقتصر في تجاربه علي الحيوان فقط (السيد، 1969)، ومع تقدم علم النفس العصبي وتطور تقنياته في تصوير الأجزاء الدقيقة للمخ، وصارت التجارب تجري علي الإنسان والحيوان دون حدوث أي أضرار، فقد انتفى هذا النقد، وأغلب هذه البحوث الآن تركز علي المخ بما فيه القشرة المخية للكشف عن المناطق المخية التي تنشط عند قيام الفرد بوظائف عقلية محددة مع عدم التركيز علي بقية الجهاز العصبي . ويعتبر العديد من الباحثين والعلماء أن



المتبلور أو العامل العام الخ . وكذلك رسومات المخ التي طبقت علي لاعبي الشطرنج Chess والقو Go ودراسات رسم المخ التي طبقت علي من تعرضوا لإصابات المخ وأثرت علي قدراتهم المعرفية . وقاما بتحديد المناطق المخية في هذه الدراسات اعتماداً علي الخارطة المخية لبرودمان Brodmann Areas . ومن خلال تحليل هذه الدراسات حددا المناطق المخية التي يقوم عليها الذكاء في المخ حسب كل فص من فصوص المخ (شكل 1، ص 22) وهي :-

الفص الأمامي، (BAs 6, 9, 10, 45, 46) Dorsolateral Prefrontal Cortex  
(BA 32) و 47 Anterior Cingulate .

والفص الجداري: (BA 7) Superior Parietal & Inferior (BAs 39/40)

والفص الصدغي: (BA 21, 37) Temporal .

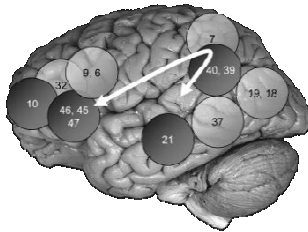
والفص المؤخري: (BA 18, 19) Occipital Lobes .

ويربان أن الفروق الفردية في الذكاء بين الأفراد يمكن أن تقسر من خلال تكوين ووظيفة المخ (Jung & Haier, 2007) ، ولعل ما يميز هذه النظرية عن غيرها أنها اعتمدت علي التجارب العملية التي أجريت في معامل رسم المخ دون أن تتضمن افتراضات أو تأويلات .

شكل (1) المناطق المخية التي أوردتها (Jung & Haier, 2007) والتي تعتبر أنها هي التي يقوم عليها الذكاء، ونجد أن أغلب هذه المناطق والتي حددا ما تتطابق مع ما أشارت إليها دراسات رسم المخ التي أجريت علي مستخدمي الأباكوس جدول رقم (1، ص 60) بما في ذلك المناطق 6/9 والمناطق الجدارية 7,40 والصدغية 21، 37 والمؤخرية 18، 19 .

### ثالثاً: العلاقة بين حجم المخ والذكاء

ربطت النظريات الحديثة بين حجم المخ والذكاء حيث أن المخ الكبير تزداد لديه عدد الخلايا العصبية كذلك فإن المخ الأكبر يحتوي علي نسبة أعلى من المادة الرمادية المكونة للخلايا والمادة البيضاء المغذية للخلايا، وكذلك الوراثة لها تأثير أيضاً (يوسف، 2008). إن المكونات العصبية للمخ ووظائفها تتأثر بالبيئة كما تتأثر بالوراثة ويظهر ذلك في حجم الدماغ الذي يرتبط إيجاباً بدرجة الذكاء كما دلت البحوث فهو يتأثر بالتغذية وبخبرات الفرد المبكرة في الحياة كما يتأثر بالوراثة (Rushton & Ankney, 1996) فهو ينمو ليبلغ أربعة أضعاف حجمه خلال العشرين سنة الأولى من عمر الفرد، وأن الخبرات التي يمر بها الفرد تلعب دوراً في نمو ووظيفة المخ، فمثلاً كثافة الألياف التي تربط نصفي الدماغ Collosal fibers تكون أكثر كثافة عند الأطفال مقارنة بالراشدين مما يدل علي أن الخلايا تفقد ما لم تدعم بالخبرات، كذلك يدل هذا علي أن الخبرة توجه نمو الدماغ



أفترض هيب عدة آراء شكلت لاحقاً علم النفس المعرفي العصبي الحديث وكان لها تأثيراً علي علم الجراحة العصبية وعلم شبكات الحاسب الآلي . فقد صاغت نظريته الدليل علي التواصلية Connectionism بين الخلايا العصبية، واقتراح هيب لم يتعامل مع العلاقة المباشرة بين المثير والاستجابة، بل تطرق إلي أن الاتصالات العصبية بالأصح تخدم عمل النشاطات الأساسية المستقلة والتي تعتبر الأساس في عمليات التعلم . فهيب خمن أن الدوائر العصبية في القشرة المخية تدخل في نشاط متزايد بنفسه (ترجيبي) في تجمعات الخلايا Cell Assemblies وهذا ما لم يكن له اعتبار في تفسيرات السلوك بل كان ينظر إلي السلوك علي أنه مثير ثم استجابة (يوسف، 2008).

إن فكرة هيب هذه أيدتها البحوث اللاحقة بتواتر الاتصالات بين الخلايا المتجاورة في القشرة المخية وأن النشاط العصبي المتواتر يستمر لفترة قد تصل لعدة ثواني . وقد ذهب هيب أبعد من ذلك حيث قرر أن أي نشاط عصبي في دوائر القشرة المخية يثير مناطق أخرى من خلال إسقاطاته المتجمعة وهذا يقود إلي نشاطات متتابعة فيما يسمى بالفترة اللاحقة Phase Sequence وهذا ما سمي بقانون هيب للتعلم Hebb Learning Rule . ومن افتراضات هيب أيضاً ما يسمى بزيادة التوقيت Spike Timing يحدث هذا عندما يشترك عضوان مثل العينين أو الأذنين في نقل مثيرات عصبية، وفي الغالب فإن أحدهما هو المسيطر في أداء الوظيفة وبالتالي يكون هنالك فرقاً في السيالات العصبية الواردة . وفي هذه الحالة فإن الموصلات العصبية تحدث تلاعماً بين النبضات العصبية الواردة من العضوين لأحداث تكافؤ بينهما . وينظر البعض إلي هيب علي أنه أول عالم في مجال علم النفس العصبي وأن إسهاماته لم تتوقف عند علم النفس المعرفي بل امتدت إلي علم التشريح وعلم الحاسب الآلي في تصميم الشبكات (Sejnowski, 1999; Seung, 2000) . وقد أستفيد من افتراض زيادة التوقيت Spike Timing حديثاً في عمل تقنية المثيرات السمعية والبصرية والتي تعمل علي زيادة ترددات موجات المخ لتعزيز القدرات العقلية بما فيها الذكاء والذاكرة والتعلم والانتباه (Micheletti, 1998; Olmstead, 2005) .

ويشير هاير إلي أن الاهتمام ببحوث الذكاء سينتقل من المجال السيكوميترى Psychometrics إلي علم الأعصاب Neuroscience . وان تقنيات تصوير المخ إذا استخدمت من قبل باحثين أذكاء يمكن أن تتوقع منها نتائج مثيرة مستقبلاً (Haier, 1990) . وقد وضع لاحقاً مع زميله جونج نظرية وضحا فيها المناطق المخية التي يقوم عليها الذكاء (Jung & Haier, 2007) . وفي دراسة أجراها بونسواين وآخرون (Obonsawin et al, 2002) قاموا بتطبيق عدد سبعة من البطاريات المستخدمة في المجال النيوروسيكولوجي التي يعتقد أنها تقيس وظائف الفص الأمامي من المخ، علي عدد 123 شخصاً من الأسوياء قارنوا بين نتائج هؤلاء المفحوصين علي هذه البطاريات وبين درجاتهم علي مقياس وكسلر لذكاء الراشدين WAIS ووجدوا ارتباطاً بينهما، وهذا يشير إلي الصلة اللصيقة بين الذكاء والمخ، ووجد أيضاً أن الزيادة في حجم المادة الزرقاء Gray Matter في القشرة المخية يرتبط إيجاباً بنسبة الذكاء (Haier, et al, 2004) .

### ثانياً: نظرية جونج وهاير عن مراكز الذكاء في المخ

مع تقدم وتطور تقنيات العصر في تصوير وتتبع النشاط العصبي للخلايا العصبية داخل المخ أجريت الكثير من الدراسات التي تربط بين المخ والذكاء، فقد قام كل من جونج وهاير (Jung & Haier, 2007) بمراجعة عدد كبير من هذه الدراسات وصاغوا منها نظرية حددا من خلالها المناطق العصبية في المخ التي يقوم عليها الذكاء سميها نظرية تكامل الفص الجداري والفص الأمامي من المخ في الذكاء The Parieto-Frontal Integration Theory P-FIT وقد صاغها اعتماداً علي مراجعة عدد 37 دراسة استخدمت فيها تقنيات رسم المخ لأشخاص معاقين الدماغ أو متميزين في ذكائهم أثناء أدائهم مهام معرفية تعكس الذكاء المائع أو الذكاء

"Expertise Shape the development of the brain" (Reid & Belsky, 2002, pp 582)

وفي إطار هذا الربط هناك العديد من الدراسات التي تناولت الارتباط بين حجم الدماغ والذكاء ولعل ما قام به ماكدينيال (Mc Daniel, 2005) يعد تلخيصاً للعلاقة بينهما . فقد قام بتحليل عدد 37 دراسة أجريت ما بين عامي 1991 و 2004 تناولت الارتباط ما بين حجم الدماغ والذكاء، وقرر أن النسبة العادلة لارتباط الذكاء بحجم الدماغ تبلغ 0.33 وأن هذا الارتباط يرتفع لدي الإناث مقارنة بالذكور، ويزداد لدي الراشدين مقارنة بالأطفال. ويعلل البعض هذه

عبر الدوائر العصبية للمخ. ونتيجة لهذا يكون للوزة الفرصة بإصدار استجابة سريعة تكون سابقة للتفكير الذي يحدث في المراكز العليا للمخ Neocortex. وهذا يجعل من اللوزة مركزاً حارساً متميزاً عاطفياً قادراً على تجنيد وظائف الدماغ. فاللوزة تستجيب للمدخلات الحسية مباشرة قبل أن تبدأ المراكز العليا من الدماغ في تسجيلها. وبهذا يمكن أن تتشكل ردود الفعل الانفعالية دون وعي أو إسهام معرفي علي الإطلاق. وأن هذا المسار الجانبي إلي اللوزة يساعد في إصدار الاستجابة السريعة جداً التي لا يكون أمامنا من الوقت لنفكر، وفي حالة الثوبات الانفعالية يفترض وجود قوتين محركتين قوة تحفز اللوزة (الانفعال) وأخرى تحفز عمليات المراكز العليا من الدماغ - التفكير (جولمان، 2000).

ويعتقد بأن الفص الأمامي الأيسر من المخ هو الذي يقوم بهذا الدور فيما عدا حالات الانفعالات القوية التي تصدر الاستجابة لها مباشرة من الجهاز الحوفي Limbic System مما يشل التفكير، وفي حالة الغضب أو القلق الشديدين يحدث ما يصطلح عليه بالعجز المعرفي وفيه يعجز الشخص عن التفكير السليم. ومن هذا المدخل يعتبر الشخص ذكياً عندما يكون قادراً علي توظيف العواطف والانفعالات بما يخدم أهدافاً محددة، بدلاً من الانسياق وراء هذه الانفعالات لمجرد حدوثها مما يمكنه من الاستفادة من إمكانيات المراكز العليا من المخ - في التوصل إلي قرارات صائبة تجاه الأحداث والوقائع - والتي يتم عزلها في حالة الانفعال الشديد من قبل الجهاز الحوفي المختص بالانفعالات. ودور الذكاء الانفعالي يكمن في تحديد مدى ما يمكن للناس أن يقوموا به بالنسبة لاستخدام قدراتهم الذهنية استخداماً ممتازاً أو استخداماً ضعيفاً فالكفاءة العاطفية هي الذكاء الحاكم الذي يسهل أنواع الذكاء الأخرى (Emmerling & Goleman, 2003; جولمان، 2000).

#### خامساً: الأساس العصبي للموهبة

لم تقتصر دراسات رسم المخ لربط الذكاء بالمخ بدراسة أمغة الأسوياء والمرضى والمصابين بل تطرقت إلي فئات أخرى من موهوبي الذكاء، والمخترعين من العلماء، وأصحاب بعض المهن، والبارعين في الألعاب التي تتطلب نشاطاً ذهنياً مثل الشطرنج والقو (لعبة صينية تعود إلي زمن بعيد) الذين يتميزون بقدرات تفوق الأشخاص العاديين والهدف من متابعة نشاط الخلايا العصبية وانسياب السوائل العصبية فيها، وقياسات كبر حجم بعض أجزاء المخ هو معرفة ما يميز هؤلاء عن غيرهم. فأنشأتين والذي ما زال العالم الحديث يجني ثمار أفكاره في مجال الفيزياء قد تبرع بدماعه لأغراض البحث العلمي. وقد أجريت علي دماغه عدد من الدراسات، فقد قام دياموند وآخرين بإجراء دراسة قارنوا فيها بين مخه وأمخاخ 11 شخصاً من الأفراد العاديين المتوفيين، حيث قاموا بفحص المناطق الترابطية في القشرة الحائية التي تقع بين الفصوص الأمامية والجدارية في نصفي مخ أينشتاين وتم حساب نسبة أجسام الخلايا العصبية Neuronal Glial Ratios. ووجد أن نسبة هذه الخلايا في مخ أينشتاين تنخفض في المنطقة BA39 مقارنة بالمجموعة الضابطة، وفسرت موهبة أنشأتين بأن انخفاض نسبة أجسام هذه الخلايا يدل علي أن استجابتها للإيض (الاستقلاب) العصبي عالية وأن ذلك قد يعكس زيادة درجة استخدام هذا النسيج (Diamond et al, 1985).

ثم تلاهما الباحثان اندرسون وهارفي (Anderson & Harvey, 1996) وفحصا التغيرات في سُمك وكثافة القشرة المخية في المناطق المخية الأمامية لألبرت أينشتاين مقارنة بأربعة أمغة أخرى ووجدوا أن هناك زيادة في كثافة الخلايا العصبية في القشرة المخية من الفص الأمامي عند مستوى دلالة 0.015 مقارنة بأمغة المجموعة الضابطة. وفي دراسة أجراها ويتلسون وآخرون قارنوا فيها بين مخ أينشتاين وعدد 35 مخاً لأشخاص آخرين وجدوا أن الفصوص الجدارية Parietal Lobes من مخ أينشتاين أوسع مقارنة بأمخاخ المجموعة الضابطة بواحد سنتيمتر بنسبة 15% وناقشوا هذه النتيجة علي أن الفصوص الجدارية تساهم بشكل كبير في التخيل والتفكير الرياضي والعمليات البصرية مكانية، وأن ذلك هو الذي أهل أينشتاين لوضع نظرياته الشهيرة (Witelson et al, 1999)، ولعل أن هذه الدراسة الأخيرة كانت أكثر توفيقاً في تحديد الفروق الفعلية والجوهرية في سبب تميز مخ أينشتاين علي غيره من البشر.

العلاقة بأن الدماغ كلما زاد حجمه زاد عدد الخلايا العصبية التي يحتويها (Garlick, 2002). ويرى البعض بأن الزيادة في حجم الرأس إلي الجسم مقارنة بالأسلاف الماضية من الإنسان تعتبر واحدة من أسباب زيادة القدرات العقلية بما فيها الذكاء (David, 1999).

وحديثاً قام رستون وأنكي بتلخيص نتائج 59 دراسة ربطت بين محيط الرأس من الخارج ومعدل الذكاء لعينات بلغت 63405 مفحوصاً وكان متوسط العلاقة الارتباطية 0,20. كما قام كذلك بتلخيص نتائج 28 دراسة ربطت بين حجم الدماغ المقاس بواسطة الرنين المغناطيسي والذكاء لعينات بلغت 1389 وكانت العلاقة الارتباطية بينهما 0,40. ويرجع سبب الزيادة في العلاقة الارتباطية بين حجم الدماغ والذكاء لدقة القياس عن طريق الرنين المغناطيسي مقارنة بالقياس الخارجي (Rushton & Ankey, 2009). وفي السودان، أظهرت دراسة الخليفة وآخرين عن علاقة محيط الدماغ بالذكاء المقاس بمقياس المصفوفات المتتابعة المعياري لعينة قدرها 240 من الراشدين الذكور (115) والإناث (125) من ولاية الخرطوم. وأظهرت الدراسة بأن للذكور متوسط محيط رأس (56,5 سم) ومتوسط درجات خام في المصفوفات (29) درجة بينما كان محيط حجم رأس الإناث (55,3 سم) ومتوسط الدرجات الخام في المصفوفات (17,6). وكانت العلاقة الارتباطية بين معدل الذكاء ومحيط الدماغ متطابقة مع نتائج الدراسات الغربية (0,21) (Khaleefa, Ali & Lynn, 2010).

ويرى وولفود وآخرون (Walhovd et al, 2005) أن كبر حجم الدماغ يرتبط إيجاباً بسرعة معالجة المعلومات Speed-of-Processing وبالتالي يمكن من خلاهما التنبؤ بالذكاء العملي، وأن حوالي 10% من الفروق بين الأفراد في معدل الذكاء تعود إلي الفروق في حجم الدماغ (Toga & Thompson, 2005). فكلما زاد حجم الدماغ زاد حجم المادة السنجابية Gray-Matter والتي يقدر ارتباطها بالذكاء بـ 0,25 وكذلك حجم المادة البيضاء White-matter والتي يقدر ارتباطها بالذكاء بـ 0,24 وكلاهما عند مستوي دلالة 0,05، وأن حجم المادة السنجابية أكثر تأثيراً بالوراثة من المادة البيضاء التي يرتبط حجمها بالخبرات التي يمر بها الفرد. وبالتالي هنالك عاملين يؤثران مع بعض في حجم الدماغ هما البيئة والوراثة (Postthuma et al, 2002)، وأن كان البعض يرى أن العامل الأساسي في تحديد حجم الدماغ هو الوراثة - الجينات (Evans et al, 2006).

#### رابعاً: الذكاء الانفعالي والمخ

ومما يدعم من فكرة الرابط بين الذكاء والخلايا العصبية نجد أن للذكاء الانفعالي (الذكاء العاطفي) أساساً عصبياً، فهو يقوم علي تكامل وتوازن نشاط منطقتين في المخ هما الجهاز الحوفي Limbic System والمراكز المخية العليا Neocortex، والجهاز الحوفي يعتبر هو الأقدم من حيث التكوين وتقوم عليه العواطف والانفعالات، واللوزة Amygdala هو المكان المخصص للاحتفاظ بالمشاعر المتعددة. وفقاً لمحمد (2009) ترتبط اللوزة بالكفاءة الوجدانية فإن الوصلات العصبية التي تصل بين الفص المقدمي (مركز الأفكار) واللوزة (مركز الانفعال) هي المسؤولة عن الكفاءة الوجدانية للفرد، وأن أي تلف في هذه الوصلات سيؤثر سلباً على أدائها. ويذكر يوسف بأن قرن آمون Hippocampus هو المكان المخصص للاحتفاظ بالمعلومات والأرقام. بينما المراكز العليا من المخ هي التي تقوم عليها الوظائف المعرفية وبالأخص الفصوص الأمامية من الدماغ. وقد دلت أبحاث جوزيف لو دو Joseph Le Doux بأن المعلومات التي ترد للجهاز العصبي من العالم الخارجي عن طريق العين نتجه أولاً إلي المهاد Thalamus ثم تتجه عبر اتصال منفرد إلي اللوزة. Amygdala (يوسف، 2008).

وتخرج إشارة ثانية من المهاد إلي القشرة المخية وهذا التفرع يسمح للوزة بأن يكون هو البادي بالاستجابة قبل القشرة المخية مركز العمليات المعرفية العليا الذي يفكر ملياً في المعلومات التي تصله علي مستويات عدة

التي تحدث نتيجة لتتابع مجموعة من الأحداث أو الوقائع، وتشمل النمو الطبيعي ونضج الكائن الحي واكتساب مهارات جديدة من خلال التعلم (Bavelier & Neville, 2002)، بينما كاليفليش (Kalbfleisch, 2004) ينظر إلى لدنة الجهاز العصبي على أنها قدرة المخ للاستجابة لتأثير البيئة والخبرة الشخصية من خلال التغيرات التي تحدث على مستوى الوصلات العصبية والخلايا، وهو يعتبر أن التعلم هو نوع من المرونة العصبية التي تظهر بصورة أوضح في حالات الأداء الاستثنائي لبعض القدرات نتيجة الممارسة والتدريب. وقد أظهرت ذلك تقنيات رسم المخ لدي محترفي الموسيقى حيث ظهر أن لديهم تغيرات في المخ حدثت نتيجة للتمرن على الموسيقى والنمو. وإن الدماغ في حالة تغير مستمر عدا بعض الاتصالات العصبية التي تتكون عند الولادة فهو ينضج إلى عضو متقن ومعقد يستطيع بشكل رائع أن يتوالت مع شروطه التطورية خلال العديد من الممرات الدقيقة الحسية والمعرفية والحركية، وأن التعلم والذاكرة هما بالكامل يحدثان بواسطة مطاوعة الوصلات العصبية (Ward, 2001).

وقد لوحظ من خلال دراسات تصوير المخ أن مطاوعة التراكيب العصبية للمخ بعد التدريب على مهام حركية صعبة مثل القذف يؤدي إلى زيادة في المقرن الأعظم الذي يربط نصفي المخ، وتحدث زيادة مشابهة كذلك لدي ساتقي التاكسي الذين يتميزون بمعرفة واسعة لشوارع ومعالم ومواقع وبنائيات المدن عن غيرهم، بينما الموسيقيين تحدث لديهم زيادة في المناطق المخية المختصة بالحركة والسمع والمهام البصرية حركية (Toga & Thompson, 2005). وينظر إلى التغير الذي يحدث في المخ نتيجة للتعلم على أنه يحدث بطريقتين الأولى أن الخلايا العصبية تعزز أجسامها وبذلك تستجيب بحساسية شديدة للخلايا الأخرى التي تكرر أن تبادلت معها إشارات عصبية وبهذا فإن الدماغ يتكيف للنقل السريع للمعلومات. والطريقة الثانية أن المقرن الأعظم والذي يهئ المعلومات للحفاظ في المخ يزيد جذع الخلية مع الزيادة في تعقد البيئة (Pritchard & Whitehead, 2005).

ويعتبر التدريب العقلي Mental Training على قدرة عقلية معينة مُنشطا للشبكة العصبية التي تقوم عليها القدرة المراد صقلها وبذلك يحدث إعادة تنظيم للوصلات العصبية بما يخدم درجة إتقان تلك القدرة (Sandberg & Bostrom, 2006)، وعلى هذا تعتبر المطاوعة العصبية هي الميكانيزم الذي يشكل الذكاء المتبلور - القدرات المكتسبة من الخبرات (Gray et al, 2003). ويتبنى بلير رؤية مشابهة لرؤية قارليك حيث يرى أن مطاوعة الوصلات العصبية Neural Plasticity هي التي تشكل القاعدة الأساسية للذكاء (Blair, 2006). أن البحوث التي ربطت بين مكونات المخ ووظائفه وبين الذكاء عديدة وهي باستمرار تكشف عن الجديد المثير كما تنبأ هايبر مما يشير بصورة واضحة إلى أن البحث في المجال العصبي سيكشف عن حقائق ومعلومات عن الذكاء أكثر مما هو متوقع.

### 3.1- الذكاء وجدلية الوراثة والبيئة

النقاش حول تأثير الوراثة مقابل البيئة Nature vs. Nurture على نمو الفرد قديم ويعود إلى قرون عديدة، وهو يتركز حول ما هو الأكثر تأثيراً هل هي العوامل البيولوجية أم هي العوامل البيئية، بمعنى آخر هل الجينات أم البيئة هي الأكثر تأثيراً في تحديد كيف يسلك أو يفكر أو ينظر الفرد للعالم المحيط به. إن معظم المنظرين الحديثين ينظرون إلى الوراثة والبيئة على أنهما متصلان ببعض دائماً، فذكاء الطفل مثلاً يمكن أن يتحدد بالوراثة ولكن نوع المنزل الذي نشأ فيه والتشجيع الذي يحصل عليه لاكتساب المهارات العقلية ومستوى الصحة العامة ونوع التعليم وخلفيته التعليمية هي التي يكون لها تأثير على مظهر ذكائه (Papalia & Olds, 1987). وينظر إلى البيئة والجينات على أن لهما معا تأثيراً على العمليات المعرفية للفرد، وبالرغم من ذلك فإن البعض قد يغالي ولا يعتبر أن العمليات المعرفية وحدها هي التي تتأثر بالوراثة، بل أيضاً البيئة تتأثر بالجينات. فجوهرسون تري (Gottfredson, 2003a, 2003b) أن الاختلافات الكبيرة في القدرات المعرفية عن الأبوين والتي تظهر في سن سنتين هي ناتجة عن الجينات.

وقد أشار كاليفليش (Kalbfleisch, 2004) أن الدراسات التي أجريت على الأطفال ذوي مستويات الذكاء العالية أو الذين يظهرون براعة في مجالات معينة أنهم يجندون أجزاء محددة من القشرة المخية الأمامية والجدارية من نصفي الدماغ الأيمن والأيسر معاً، أو أنهم يعكسون نشاطاً عالياً في مناطق محددة من الدماغ. وقد توصل لي وأخريين (Lee et al, 2006) إلى ما يؤكد ذلك عند تقديم أجزاء من مقياس المصفوفات المتتابعة لرافن للذكاء RAPM ومقياس وكسلر لذكاء الراشدين WAIS-R والتي يعتقد أنها مثيرات تعكس العامل العام للذكاء G- Factor إلى مجموعة من الأطفال الموهوبين والعاديين، وقاموا بتسجيل النشاط العصبي باستخدام تقنية الرنين المغناطيسي fMRI وقد وجدوا أن النشاط العصبي للأطفال الموهوبين والعاديين يتركز في الفصوص الأمامية والفصوص الجدارية lateral prefrontal, & the Bilateral Fronto-Parietal Network Posterior Parietal Cortices. وعلي ذلك قرروا أن هذه المناطق هي التي تمثل الأساس العصبي للذكاء. وعند مقارنة الأطفال الموهوبين بالعاديين وجدوا أن ما يميز الموهوبين عن العاديين هو النشاط العصبي الواضح في المناطق الجدارية من القشرة المخية وبالأخص في المناطق BA 7/40 حسب الخارطة المخية لبرودمان Superior and Intraparietal Cortices BA 7/40. وأن هذه الفروق تظهر بشكل أكبر في الفص الأيمن للمخ عند مستوى دلالة 0.001 مقارنة بالفص الأيسر عند مستوى دلالة 0.01 (Lee et al, 2006).

هنالك العديد من الدراسات السيكولوجية والنيوروسيكولوجية التي أجريت على أمغة متمرسى العبق العقلي باعتبار أن لهم قدرات عالية ومذهلة في الحساب الذهني وتذكر الأرقام بدون استخدام الورقة والقلم تميزهم عن غيرهم في التذكر والحفظ وحل المشكلات وقد توصلت هذه الدراسات إلى أن هؤلاء يتميزون على غيرهم من الناس باعتمادهم إستراتيجية للحساب تختلف عن الطريقة الاعتيادية، فهم يشركون الفص الأيمن من المخ في عملية الحساب عن طريق إستراتيجية التمثيل البصري مكاني للأعداد في شكل كريات بطريقة مغايرة للطريقة العادية للحساب التي يقوم بها الفص الأيسر من المخ والتي تتبع طريقة الحساب باستخدام الرموز واللغة. وقد أكدت دراسات رسم المخ أن الأساس العصبي للحساب لديهم (الخلايا العصبية التي تنشط عند إجراء العمليات الحسابية) يختلف عن غيرهم وأن ذلك يعمل على تنشيط هذه المناطق والتي تلعب دوراً في العديد من الوظائف المعرفية (Ikeda, 1988; Miller & Stigler, 1991; Tanaka et al, 2002).

### سادساً: المطاوعة العصبية والذكاء

هنالك اتجاه آخر في تفسير الذكاء يرى أن الذكاء يعتمد على اللدنة أو المرونة العصبية Neural Plasticity وهذا ما يتبناه قارليك، فهو يرى أن القدرة على المطاوعة التي يمتلكها الجهاز العصبي هي التي تعطي الفرد القدرة على الاستفادة من الخبرات والتدريب والتعلم من خلال تعديل المخ لاتصالاته وتكييفها اعتماداً على مثيرات البيئة، ويكون ذلك واضحاً في فترة الطفولة وحتى سن 16 سنة باعتبارها الفترة الحرجة لنمو القدرات العقلية للفرد. وتوضح المرونة العصبية في قدرة الطفل على اكتساب اللغة رغم صعوبتها والتي يستمر تعلمها حتى سن 16 سنة باعتبار أن هذه السن هي فترة مرونة الجهاز العصبي. وهو يرى أن الفروق الفردية في الذكاء هي نتاج للفروق في اللدنة العصبية، وأن اتصالات عصبية محددة يفترض أنها هي التي تظهر هذه الفروق فدوي القدرات العقلية المرتفعة لديهم قدرة عالية على التكيف السريع مع مثيرات البيئة من خلال تعديل اتصالات الخلايا العصبية مع بعضها. وخاصة المرونة العصبية يتمتع بها الجميع وتكون بصورة أوضح في فترة الطفولة وتحدث بمستوي أعلى عند ذوي القدرات العقلية المرتفعة (Garlick, 2002).

وإذا بحثنا في اللدنة العصبية أو المرونة العصبية فهي توصف على أنها قدرة الجهاز العصبي على تعديل تنظيماته Organizations مثل التغيرات

مولود من ناقصي الوزن عند الولادة وجدوا أن هناك ارتباطاً بين زيادة فترة الرضاعة الطبيعية وزيادة نسبة الذكاء اللفظي عند مستوي دلالة 0.001 في سن ما بين 7 إلى 8 سنة بزيادة 10.2 درجة ذكاء لفظي للرضاعة الطبيعية لمدة ثمانية أشهر فأكثر، و 6.2 درجة ذكاء عملي مقارنة مع الذين لم يتلقوا رضاعة طبيعية أو رضاعة طبيعية لمدة أقل من ثمانية أشهر . وفي دراسة أخرى تتبعية للأطفال ناقصي الوزن أقل من 1500 جرام تم المقارنة بينهم في سن ما بين 6-8 سنة فوجد أن هنالك تحسن في التأزر البصري-حركي، وزيادة في نسبة الذكاء الكلي بلغت 3.6 درجة، وزيادة في الذكاء اللفظي 2.3 درجة للأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية مقارنة مع الذين لم يتلقوا أي رضاعة طبيعية . (Smith et al, 2003) وقد وجد أن تأثير الرضاعة الطبيعية يستمر حتى سن الرشد ففي دراسة مورثون وزملائه (Mortenson et al, 2002) وجدوا أن الراشدين الذين تلقوا رضاعة طبيعية يزيد معدل ذكائهم 6.6 درجة عن الذين لم يتلقوا رضاعة طبيعية، كذلك وجدوا أن للرضاعة الطبيعية أثر إيجابي علي النمو الحركي للطفل (Florey et al, 1995) .

ومما يضاف للعوامل البيئية هو مستوي الصحة العامة للفرد وهو جزء كبيراً من عوامل البيئة، فتحسين الصحة العامة له تأثير إيجابي علي تعزيز القدرات المعرفية إذا ما أخذنا في الاعتبار أن كل الأمراض تعيق أو تؤدي إلي قصور في العمليات المعرفية (Sandberg & Bostrom, 2006) . والقصور في النظر أو السمع يؤدي إلي تدني في درجة الذكاء، كذلك الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب وفرط النشاط (Braaten & Norman, 2006) .

هناك من يري أن التركيز علي الاختلاف بين تكوينات البيئات الأسرية يكون أكثر أهمية من التركيز علي الاختلاف بين هذه الأسر في التأثير علي درجة ذكاء الفرد (Sternberg & Kaufman, 1998; Niesser et al, 1996) . ويرى نيسر وآخرون أن للبيئة الثقافية مثل كيف يعيش الناس وفيما يعتقدون وما يفعلون لها تأثير فعال علي نمو المهارات العقلية للفرد، فالأطفال في بتوسوانا مثلاً يستمعون للقصص فهم يملكون ذاكرة ممتازة للقصص، وأن الاختلاف في درجات الذكاء بين متوسطي ومنخفضي الذكاء يمكن أن يبرر بتأثير البيئة فالنشأة في بيئة متوسطة الإمكانيات يمكن أن ينتج ذكاء مرتفعاً عن النشأة في بيئة فقيرة (Nisser et al, 1996)

وما يدلل علي التأثير الواسع للبيئة ما نجده في ارتفاع درجات ذكاء الأطفال السودانيين في الذكاء اللفظي مقابل الذكاء العملي والذي يبرر بأن الثقافة العربية والسودانية بالأخص توصف بأنها لفظية شفاهية لفظية سماعية (الخليفة، 2006)، ويلاحظ ذلك في الاهتمام العام للناس في السودان والدول العربية الأخرى بالبارزين في المجالات اللفظية، وتمجيدهم للشعراء والأدباء والخطباء وإغفالهم للبارعين في العلوم العملية مثل الهندسة والمعمار والفيزياء وغيرها، بعكس الغربيون الذين يمجدون الأدباء والمهنيين علي حدا سواء .

والمدرسة تضاف إلي العوامل البيئية فلها أثر علي درجة ذكاء الفرد، فهي تعتبر متغير مستقل وأيضاً متغير تابع في علاقتها مع الذكاء، فتأثيرها يظهر في شكل فروق في معدل الذكاء تبعاً للفروق في سنوات الدراسة بين شخص وآخر، والارتباط بين درجة الذكاء ومجموع سنوات الدراسة يبلغ 0.55 ، ومن هذا فإن اختبارات الذكاء هي أفضل أداة للتنبؤ بالسنوات التي قضاها الشخص في التعليم . ومن أبرز أشكال تأثير المدرسة أنها تعمل علي نقل المعلومات وتكسب الطفل مهارات واتجاهات عامة مثل نظام حل المشكلات والتصنيف وتوجيه الانتباه ومعالجة الرموز والعمليات الحسابية (Neisser et al, 1996) . ولكن الطريقة التي تؤثر بها المدرسة في زيادة معدلات الذكاء بالنسبة للتلاميذ والطلاب هي غير معروفة.

وفي النقاش حول تأثير البيئة والوراثة فعلل أن المفهوم الذي صاغه كاتل عن الذكاء المانع والذكاء المتبلور هو تلخيص لما يدور من نقاش حول العلاقة بين تأثير الوراثة والبيئة علي ذكاء الفرد ففي هذا المفهوم نجد تناسباً معقولا بين النوعين من الذكاء فكاتل قسم الذكاء إلي نوعين هما الذكاء السبالي (المانع)

تلعب الظروف البيئية دورا كبيرا في تطوير الدماغ البشري عما هو عليه الحال بالنسبة لبقية الحيوانات. وكان هناك اعتقاد سائد في الماضي بأنه بعيد الولادة فإن الخلايا العصبية تنمو وتتشابك فيما بينها، وإن هذه التشابكات الموجودة بين الخلايا العصبية في حالة دماغ الطفل أكثر بكثير من التشابكات الموجودة بين هذه الخلايا في حالة دماغ الراشد. فالنمو علي ما يبدو يعمل علي صقل هذه التشابكات وليس زيادة أعدادها ويمكن أن يستدل علي ذلك من نمط كلام الطفل الصغير، فهذا الطفل في حالة الأشهر الأولى من الحياة ينطق تقريبا بكل الأصوات الخاصة بمختلف اللغات ولكنه فيما بعد يخسر كل الأصوات التي لا صلة لها باللغة التي يتعلم بها الكلام. وبالمثل يكون الدماغ عند الولادة مهيا لعمل العديد من الأشياء ولكننا في الواقع لا نعمل إلا القليل منها. إن فقر التغذية قد يؤدي إلي نمو غير سليم للدماغ بحيث يكون حجمه أقل من المعتاد الأمر الذي قد ينتج عنه إعاقة عقلية. وإن الدماغ مثله مثل أي عضلة، ينمو استجابة لبعض الخبرات فالخلايا العصبية يصبح حجمها أكبر في الواقع (عدس وتوق، 1997).

من الناحية البيئية هناك العديد من العوامل التي تؤثر علي الذكاء مثل العوامل الديموغرافية، والمستوي الاجتماعي، والمجموعات العرقية، ووظيفة الأب ومستوي تعليمه، والإقامة في المدينة أو الحضر، والعوامل الأسرية مثل أسلوب التنشئة، والمثيرات اللفظية في المنزل.. الخ. كذلك يتأثر الذكاء بالاعتقاد بالفاعلية الذاتية - الثقة بالنفس - التي يكتسبها الطفل من الوالدين والمعلمين والأقران، فالطفل الذي يكتسب الشك في قدراته من والديه يميل إلي تجنب الاستغراق في حل المشكلات المعرفية غير الاعتيادية ويمكن أن تتطور لديه متلازمة العجز التعليمي Learend Helpless وعندما يكون في وضع تطبيق الاختبار ينخفض أدائه نتيجة القلق المرتفع الذي يؤدي للتشويش. وقد اعتبر ريشاردسون أن هذه العوامل هي التي تحدث الارتباط بين درجات الأفراد علي اختبارات الذكاء وليس العامل العام كما تفترض نظرية سبيرمان (Richardson, 2002) .

هنالك من يعتبر أن الفروق في نسب الذكاء بين البيض والسود في أمريكا هي نتاج انخفاض تقدير الذات Self-Esteem لدي السود نتيجة للتفرقة العرقية التي تؤدي إلي انخفاض الثقة بالنفس (Flynn, 1999) وإذا كان ذلك صحيحاً فهو يعكس بصورة واضحة أثر البيئة . وكما أن للفرد بيئة اجتماعية فليده بيئة بيولوجية تبدأ من الرحم وتستمر أثناء فترة حياته وكثيراً من عناصر هذه البيئة له تأثيراً علي النمو العقلي للفرد بما في ذلك ذكائه، فهناك عوامل بيئية تعمل علي إضعاف ذكاء الفرد مثل الضغوط قبل وأثناء الحمل، وتعاطي الأم للكحول أثناء الحمل، وإصابات الولادة، ونقص التغذية أثناء الحمل وفي الطفولة، ونقص وزن الطفل عند الولادة، وزيادة نسبة معدن الرصاص في دم الطفل (Neisser et al, 1996) .

أن أبرز ما يتطرق إليه المختصين في مجال تأثير البيئة هو ما يسمى بالفترة الحرجة للنمو Critical Period وهي الفترة التي يكون للمتغيرات التي يتعرض لها الفرد تأثيراً كبيراً عليه، وأول فترة حرجة يمر بها الفرد في نموه هي الشهور الأولى من الحمل فتناول الأم الحامل لأنواع محددة من العقاقير أو المواد يكون له تأثير نوعي علي الجنين (Papalia & olds, 1987) ، ثم تليها فترة الرضاعة حيث يكون لبن الأم ضروريا للطفل ويحميه من مخاطر عديدة، والرضاعة الطبيعية تزيد نسبة ذكاء الطفل ما بين 3 إلى 8 درجات، وتظهر هذه الزيادة في سن ثلاث سنة، ويبرر ذلك بزيادة عدد الساعات التي يقضيها الطفل مع أمه وما فيها من حنان ودفء، إضافة للخصبة التي يتمتع بها لبن الأم بتوفير حماية للطفل من الأمراض بزيادة مناعة الجسم ضد الأمراض التي تستنزف طاقة الجسم وبذلك تعيق التعلم المبكر، إضافة إلي أن لبن الأم يقوي الجهاز العصبي للطفل (Ceci, 2001) .

في دراسة هورود وآخرون (Horwood et al, 2001) علي عدد 413

وهو يمثل القابلية الموروثة لقدرة الفرد مثل التفكير وسرعة معالجة المعلومات، بينما الذكاء المتبلور هو نتاج لخبرات الفرد وتعلمه من بيئته مثل اللغة (Toga & Thompson, 2005).

#### 4.1- نمو وتعزيز الذكاء

إن جل أبحاث الذكاء ركزت بصورة واسعة علي بحث طبيعة الذكاء وقياسه والفروق بين الجنسين، وهناك إشارات للعوامل التي تؤثر علي الذكاء مثل الوراثة والأسرة والمدرسة والبيئة المحيطة وغيرها . أما كيف ينمو الذكاء ويتطور فهذا ما زال يحتاج إلى المزيد من البحث، ولعل أبرز ما يستند عليه في ناحية نمو الذكاء وتطوره هي نظرية فيجوتسكي للذكاء ونظرية بياجيه للنمو العقلي والأبحاث التي تلتها . ويرى الشيخ (1978) أن نظرية بياجيه قدمت كثيراً لأبحاث القدرات العقلية وما يؤخذ عليها أنها لم تأخذ في حساباتها الفروق الفردية وإنما ركزت علي طبيعة النمو ووصف مراحلها . ويقسم بياجيه ( Piaget, 1963) مراحل النمو إلي أربع مراحل تبدأ بالمرحلة الحسية حركية وتستمر حتى سن سنتين وكل السلوك الذي يبديه الطفل خلالها إنما هو سلوك فطري، ثم مرحلة ما قبل العمليات العقلية (التفكير الرمزي) وتنتهي عند سن سبع سنوات يتعلم الطفل خلالها اللغة وتظهر لديه الصور الرمزية والأفكار البسيطة، ثم مرحلة العمليات العنانية أو المحسوسة وفيها يكون تفكير الطفل مشابهاً لتفكير الراشد وعمليات التفكير تتجه نحو الأشياء والأحداث المحسوسة الموجودة في الواقع المباشر للطفل، ثم مرحلة العمليات الشكلية أو الذكاء المجرد وتنتهي عند سن خمسة عشر سنة وفيها تنمو القدرة علي التفكير المجرد ويصل مستوي التفكير إلي مستوي تفكير الراشد في نهايتها.

بالرغم من البحوث الكثيرة التي أجريت في مجال الذكاء إلا أن علماء النفس وحتى نهاية التسعينات لا يعرفوا كيف يتعاملوا مع البيئة لزيادة درجة الذكاء (Gottfredson, 1997)، وقد لاحظنا أن أغلب البحوث التي أجريت كانت تركز علي الكشف عن ماهية الذكاء والطريقة المثلي لقياسه . وقد يكون السبب في ذلك راجعاً إلي عدم الاتفاق حول طبيعة الذكاء، وبصورة عامة فإن الخلاف حول طبيعة الشيء تتعكس علي تحديده تحديداً دقيقاً، وبالتالي عدم القدرة علي زيادته أو تعزيزه، ويؤيد هذه الرؤية ما ذهب إليه البحوث التي اعتمدت علي نظرية الذكاء المتعددة لهوارد جاردر (Gardner, 2003, 2005) حيث أنها وجدت قبولاً واسعاً لوضوحها في تحديد الذكاءات التي أشارت لها، ومن ثم فإن التربويون اتجهوا نحو هذه الذكاءات لتعزيزها لدي الأطفال حسب نوعها موسيقي أو رياضي أو جسمي أو فني بصري أو طبيعي الخ.

إن تعزيز القدرات المعرفية Cognitive Enhancement هو توسيع أو مد سعة القدرة العقلية عبر تحسين أو زيادة أنظمة معالجة المعلومات، بما في ذلك الإدراك والانتباه والفهم والذاكرة والمخرجات الحركية، ويورد عدة طرق لتعزيز الوظائف المعرفية باستخدام العقاقير وذلك لتحسين الذاكرة أو زيادة درجة التيقظ أو منح الجسم مزيداً من الراحة والنوم وبذلك تتحسن القدرات المعرفية بما فيها الذكاء . أيضاً هناك طريقة طبيعية لإثارة القشرة المخية عن طريقة الطاقة المغنطيسية SMT لزيادة أو إنقاص النشاط العصبي للموصلات وبذلك يتغير مستوي مطاوعتها فإثارة المناطق الملائمة في القشرة المخية أدي إلي تحسن في المهام الحركية والتأزر البصري الحركي والذاكرة العاملة والتصنيف وتهجو الكلمات. ومن الطرق المستخدمة أيضاً لتعزيز القدرات المعرفية أسلوب إثراء البيئة فهو يؤدي إلي زيادة في تفرعات الخلايا العصبية مما ينتج عنه تغير في الموصلات العصبية وبذلك تتحسن العمليات المعرفية وقد ثبت ذلك من خلال التجارب التي أجريت علي الحيوان (Sandberg & Bostrom, 2006).

إن إثراء البيئة يجعل المخ أكثر مرونة للتعامل مع الضغوط والتسمم العصبي Neurotoxins الذي ينتج من الضغوط، وإن كان البعض يري إن

إثراء البيئة هو عمل وقائي وعلاجي أكثر من كونه تعزيزاً للقدرات، وهناك استراتيجيات استخدمت منذ فترة طويلة حققت نجاحاً تعتمد علي التخيل Imagery وهي تقيد في تقوية نظام التنقل المكاني للمخ والتذكر وفيها يطلب من الشخص أن يتخيل أنه يمشي داخل مبني من غرفة لأخرى (Sandberg & Bostrom, 2006). وعن طريق إثراء البيئة يمكن تحويل الذاكرة العادية لذاكرة استثنائية من خلال التدريب المكثف علي تكتيكات تحسين الذاكرة Mnemonic Techniques، وأن المصنفين عالمياً علي أنهم أصحاب ذاكرة استثنائية إنما يستخدمون استراتيجيات الذاكرة للحفظ والاسترجاع وليس هناك ما يميز أدمغتهم عن أصحاب الذاكرة العادية (Ericsson, 2003).

إن تدريب الأطفال علي الموسيقي لعشرات الأسابيع يؤدي إلي زيادة طفيفة في نسبة ذكائهم (Shellenberg, 2004)، وهناك دراسة أخرى أشارت إلي أن التدريب علي الموسيقي يؤدي إلي زيادة الذكاء اللفظي فقط لدي الأطفال (Ho et al, 2003). وقد وجد أنه عند سماع الموسيقي فإن هناك نشاط بؤري يتركز في المنطقة المخية المختصة بمعالجة التراكيب اللغوية ولغة الإشارة وأن هذا النشاط العصبي يزيد في الفص الأيسر عن الأيمن (Levitin & Menon, 2003). وقد كشفت دراسات رسم المخ أن الموسيقي تؤدي لزيادة الذكاء أو الذاكرة لأنها تثير مناطق مخية واسعة في المخ بما في ذلك القشرة المخية الأمامية في المناطق BA 9, 46 والفص المؤخري BA 17, 18, 18 والمخيخ (Martinez et al, 2005).

إن نسبة ذكاء سكان الأرض ارتفعت بسرعة منذ نهاية القرن العشرين وأن الزيادة في نسب الذكاء منذ العام 1930 إلي عام 2000 تراوحت ما بين درجة إلي درجتين معيارية، وأن الذكاء المتبلور Crystal Intelligence والذي يقيسه مقياس وكسلر للذكاء زاد 20 درجة خلال السنتين عاماً الماضية، بينما كانت الزيادة في الذكاء المائع Fluid Intelligence والذي تقيسه مقياس المصفوفات المتتابعة لجون رافن ما بين 18-20 درجة، ويرجح أن أسباب هذه الزيادة في نسبة الذكاء من المحتمل هي نتاج للتعليم الجيد والتحسين في التغذية وظهور ألعاب الفيديو والكمبيوتر (Flynn, 1999). ويتفق معه في هذه الأسباب أيضاً اندبيرج وبوستروم (Sandberg & Bostrom, 2006)، وسميت هذه الظاهرة (زيادة معدل الذكاء القومي) لاحقاً باسمه أثر فلين Flynn Effect، وهي تشير إلي الزيادة في معدل الذكاء القومي لأفراد الدول (Juan-Espinosa et al, 2006).

يرى آخرون أن الزيادة في نسب الذكاء هي نتاج زيادة التعليم بين الأبوين واهتمامهم بالطفل وتحسن الصحة العامة والتغذية وانتشار ثقافة المدينة والتلفزيون وزيادة حجم المخ (Sternberg & Kaufman, 1998; Neisser et al, 1996) وقد أثبتت البحوث بأن السنة الدراسية تزيد نسبة الذكاء حوالي 3.5 درجة (Ceci, 2001). كذلك بمراجعة الدراسات التي تناولت الذكاء اللفظي في ما بين الأعوام 1965 إلي 1995 وجد أن هناك زيادة أيضاً في الذكاء اللفظي تعزي للاستمرارية في المدارس وسهولة الطباعة والصحافة البصرية وتعقد البيئة وتحسن مستوي المعيشة والتغذية والمدنية (Uttl & van Alstine, 2003).

من بين أجزاء الدماغ التي تم التعرض لها في سابقاً في الدراسة قرين أمون (hippocampus) وهي كلمة مشتقة من اليونانية وتعني حضان البحر والذي يدل على شكلها الخارجي. فالمعلومات التي ترد إلي الدماغ تمر عبر قرين أمون حيث يقرر بدوره فيما إذا كانت تلك المعلومات جديدة بالمرّة أم أن لها ما يناظرها من المعلومات المخزونة. وقرين أمون يقوم بثلاثة وظائف جدارية متصلة هي التعلم، وإدراك الجودة أو الأصالة فضلاً عن المساعدة في خزن المعلومات الحديثة في الذاكرة (عدس وتوق، 1997) خاصة الأشياء ذات الأبعاد الثلاثية. ولقد كشفت نتائج البحوث بأن الزيادة في قدرات الفرد المعرفية قد ينظر لها من جهة الجهاز العصبي الذي يمتلك لدة - مطاوعة - حيث يمكنه أن يستفيد من الخبرات المتواصلة التي يتعرض لها الفرد في اكتساب مهارات تكون استثنائية أو مقصورة علي أشخاص هم عاديين قبل

أستخدم فيه الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال، وجد أن هناك تحسناً في الوظائف المعرفية كما يقيسها مقياس وكسلر عند مستوي دلالة 0.01 لكل من سرعة معالجة المعلومات والتأزر البصري حركي والذاكرة البصرية قصيرة المدى واختبارات الحساب والمدى العددي وتشتت الانتباه.

كذلك أستخدم هذه التقنية ميشيلتي (Micheletti, 1998) لعلاج النشاط الزائد للأطفال ADHD وقد حدث تحسناً في السلوك والعمليات المعرفية . وتستخدم كذلك المثيرات السمعية بصورة مشابهة للمثيرات البصرية، وهناك مقطوعات موسيقية تعرض علي أنها تؤدي إلي زيادة نسبة الذكاء وتحسن الذاكرة . ويفترض أصحاب هذه المقطوعات أنه إذا قدمنا صوتين مختلفين في ترددهما للأذنين، في إحدى الأذنين صوت بتردد 200 MHz وفي الأذن الأخرى صوت بتردد 210 MHz فإن خلايا المخ تقوم بدمج الصوتين معا لتحديث تماثلاً بينهما وتنتج بذلك صوتاً ثالثاً فيما يسمى بـ (Brainwave Entrainment) ، وأيضاً تسمى هذه التقنية بالترددات التي تلي الاستجابة frequency following response لمزيد من التفاصيل مراجعة الموقع الالكتروني <http://www.daael.com/increase-iq.htm> . كذلك وجد أن لألعاب الكمبيوتر والتي تحوي علي مهام متعددة Multitasking تأثيراً إيجابياً في تعزيز العمليات المعرفية مثل القدرات المكانية والرؤية الجانبية والقدرات الحركية والتأزر لدي الأطفال العاديين (Kearney, 2005)

في المؤتمر العلمي الأول والذي تناول موضوع تعزيز العمليات المعرفية والذي عقد في العام 2006 وشارك فيه عدد من العلماء ذكر فيه ميولين (Meulen, 2006) أن هناك الكثير من المجالات التي لم تستكشف بعد وأن العديد من الوسائل تنتظر أن تنمو وتتطور أكثر، ويعتبر مجال الذاكرة هو الأكثر تطوراً في تعزيزه باستخدام المعينات البيولوجية الطبيعية، إضافة إلي العديد من العمليات المعرفية التي توجد أدوات يمكن بواسطتها إحداث تعزيز لها. وقد أشار إلي أن الذكاء يمكن تعزيزه من خلال تحسين التفكير ورفع مستوي الصحة العامة والتدخل المبكر قبل الولادة وغيرها من الوسائل . وأن هذه الوسائل منها ما يستخدم في المعمل أو برامج إجتماعية أو أدوات معينة . وفي ذات الورشة تم التطرق إلي الجوانب الأخلاقية لعملية تعزيز القدرات المعرفية حيث أشار نيرنر (Turner, 2006) إلي أنه أجري مسحا حول اتجاهات الأوربيين نحو عملية تعزيز العمليات المعرفية ووجد أن الناس يفضلون إعطاء العقاقير لمساعدة مصابي الفصام والنشاط المفرط وبالمقابل يرفضون إعطاء عقاقير لتعزيز الأسوياء . وذكر أن المشاركين في المسح قد أبدوا قلقاً من التدخل العقاقيري في حالات السلوك العادي وبالمقابل يرون أن ذلك مقبولاً في بعض المجالات مثل المجال الطبي والعسكري . وفي ذات الورشة تحدث بوستروم (Bostrom, 2006) وتطرق إلي الفوائد التي تجنيها الإنسانية من التعزيز الفاعل للعمليات المعرفية وأثره الموجب علي الحياة الاقتصادية والاجتماعية وبالرغم من المحاذير التي تؤخذ عليه فيمكن اعتباره تحقيقاً لذات الفرد وهو بذلك يكفي للتعليم في أن يكون للفرد الحق في الحصول علي تعزيز لقدراته.

أظهرت الدراسات بأن العينات الانتقائية أو العينات التي ينال أفرادها درجات عالية أو منخفضة جداً في معدل الذكاء ربما تكون هناك تقديرات مختلفة لمساهمة الوراثة والبيئة المتقاسمة والبيئة غير المتقاسمة. كما أظهرت النتائج بأن مساهمة الوراثة تزداد بازدياد الفرص البيئية (المثيرات) وتنخفض مساهمة الوراثة عندما تنقيد الفرص البيئية. وتقترح الدراسات بأن بنية الذكاء العام تختلف بصورة جذرية بالنسبة لذوي القدرات العالية. ومن البشريات في دراسة الدماغ بأن هناك تقدم متسارع في العلم العصبي في فهم أفضل لبنية ووظيفة الدماغ. وعندما تكون القياسات أكثر ثباتاً وتكون التكنولوجيا أكثر فعالية واتاحة يجب أن نبدأ بالتركيز لملي الفراغات بين الشفرة الوراثة والحامض النووي والسلوك. وفي السنوات الأخيرة استخدم علماء الأعصاب المعرفين تقنية وظائف تصوير الرنين المغناطيسي (fMRI) ورسام الدماغ (EEG) لتسجيل وتحديد مواقع معالجة المعلومات النيورولوجية المطلوبة في

التعرض للخبرة . وخير مثال لذلك هو ما أثبتته البحوث عن سائقي تاكسي مدينة لندن في بريطانيا حيث تلاحظ أن لديهم قدرة عالية في استيعاب تفاصيل المدينة، ومن خلال فحص المخ وجد أن حجم المادة الزرقاء Grey matter في مؤخرة حسان البحر Posterior Hippocampus لدي هؤلاء السائقين أكبر مقارنة بغيرهم ممن لا يمارسون مهنة قيادة التاكسي، ومن متطلبات هذه المهنة هي قضاء فترة سنتين من التدريب عليها قبل الحصول علي الترخيص . وترتبط هذه الزيادة إيجابياً بالفترة التي يقضونها في هذه المهنة وتفسير ذلك أن هذه الزيادة ناتجة من قدرتهم علي تمثيل تفاصيل المدينة أو أن الزيادة ناتجة من التنقل، وهذا يعكس قدرة الدماغ للمطاوعة Plasticity استجابة لمتطلبات البيئة (Maguire et al, 2000) .

كذلك وجد أن ممارسة خبرة التأمل تزيد من سمك القشرة المخية في الفص الأمامي وهذا يعكس إجاباً علي العمليات المعرفية والإحساسات الجسمية والانفعالات. وينظر جارليك (Garlick, 2002) إلي مطاوعة الجهاز العصبي علي أنها هي التي تمثل المحك الأساسي في الفروق بين الأفراد في نسب الذكاء فكلما كان للفرد جهاز عصبياً مطاوعاً كان أذكى من خلال استجابة الجهاز العصبي للخبرة بتغيير اتصالاته العصبية أو تدعيمها، ويتضح ذلك أكثر عند العباقرة والذين يبذلون في استكشاف مجالهم قبل مرحلة نضج الجهاز العصبي حيث يكون الجهاز العصبي أكثر مطاوعة ولدنة . فإثنانين مثلاً بدأ تفكيره حول الكون في سن خمس سنوات ودرس الرياضيات المتقدمة في سن 12 سنة وهذا مكنه من أن ينمي ارتباطات عصبية ملائمة يتطلبها مجال الفيزياء .

وإذا تسألنا عن ما هي أفضل فترة عمرية للتدخل لتعزيز نسبة الذكاء وزيادتها، فإن أفضل فترة وفق دراسات علم نفس النمو هي مرحلة الطفولة والتي تنتهي عند سن 11 أو 12 سنة (Gottfredson, 1997; Deary, 2003; Polderman et al, 2006) . بينما يري جارليك (Garlick, 2002) أن الذكاء بعد سن 16 سنة يميل إلي الثبات لتوقف المطاوعة العصبية عند هذه السن. والواقع أن مطاوعة الجهاز العصبية لا تتوقف نهائياً عند هذه السن بل ينخفض مستواها ولكنها مستمرة كما كشفت عن ذلك بحوث إصابات الجهاز العصبي والتي يحدث فيها تعويض للوظيفة التي فقدت نتيجة فقدان بعض الخلايا العصبية، والبحوث أشارت إلي التعلم واكتساب الخبرات الجديدة إنما يقوم أساساً علي لدنة ومطاوعة الجهاز العصبي .

ومن التقنيات الهامة جداً المستخدمة في مجال تعزيز القدرات العقلية المعرفية تقنية المثيرات السمعية البصرية وتستخدم اعتماداً علي خواص المخ وموجاته فهي تستخدم لإثارة موجات الدماغ من خلال الأذنين والعينين بواسطة الدمج بين سماعات أذن ونظارات خاصة ذات عدسات بيضاء تصدر أضواءً وهذه الأضواء تصدر كومات بترددات محددة مقرونة بنغمات عن طريق سماعات أذن، تطلق الأضواء من العدسات ومستوي خفقانها (وميضها) يؤثر علي المخ عبر العصب البصري وتتطلق موجات عصبية من العين تنكافاً (نتلاءم) مع مستوي الخفقان الخارجي للضوء . والخفقان الخارجي للضوء علي تردد محدد يحدث موجات مخية تقع في ترددات محددة ومن خلال خفقان الضوء يمكن زيادة موجات المخ لتبلغ مستوي بيتا التي تقع ما بين 20 إلي 40 هيرتز (يوسف، 2008).

وقد أستخدم هذه التقنية أولمستيد (Olmstead, 2005) في تعزيز العمليات المعرفية للأطفال المصنفين بواسطة مقياس وكسلر للذكاء علي أنهم من ذوي صعوبات التعلم، وأستخدم هذه التقنية مفترضاً بأن الترددات العليا للمخ والتي تقع في مستوي بيتا 20 - 40 ترتبط إيجابياً بالتعلم، وأن زيادة ترددات المخ عند ذوي صعوبات التعلم سيحدث تأثيراً إيجابياً علي قدراتهم المعرفية . حيث قام بإجراء جلسة مثيرات سمعية وبصرية لمدة 35 دقيقة في الأسبوع لمدة ستة أسابيع لعدد 30 طفلاً، وفي القياس البعدي الذي

- Anderson, B., & Harvey, T. (1996). Alterations in cortical thickness and neuronal density in the frontal cortex of Albert Einstein. **Neuroscience Letters**, *210*, 161-164.
- Bavelier, D., & Neville, H. J. (2002). Cross-modal plasticity: Where and how. **Neuroscience**, *3*, 443-462.
- Binet, A & Simon, T. (1916). **The intelligence of the feeble minded**. Baltimore: Willaims and Willaims.
- Blair, C. (2006). How similar are fluid cognition and general intelligence? A developmental neuroscience perspective on fluid cognition as an aspect of human cognitive ability. **Behavioral and Brain Sciences**, *29*, 109-160.
- Blair, C., Gamson, D., Thorne, S., & Baker, D. (2005). Rising mean IQ: Cognitive demand of mathematics education for young children, population exposure to formal schooling, and the neurobiology of the prefrontal cortex. **Intelligence**, *33*, 93-106.
- Bostrom, N. (2006). **Reports from the First ENHANCE Cognition Enhancement Workshop**, May 4, 2006. At; <http://www.nickbostrom.com/ethics/statusquo.pdf>
- Braaten, E. B., & Norman, D. (2006). Intelligence (IQ) Testing. **Pediatric Review**, *27*, 403-408.
- Cantlon, J. F., & Brannon, E. M. (2006). Adding up the effects of cultural experience on the brain. **Trends in Cognitive Sciences**, *11*, 1-4.
- Cardoso, H. (1997). The external architecture of the brain. Retrieved from <http://www.epub.org.br/n01/architecture1.htm>.
- Chipeur, H., Rovine, M., & Plomin, R. (1990). LISREL modeling: Genetic and environmental influences on IQ revisited. **Intelligence**, *14*, 11-29.
- Ceci, S. (2001). Intelligence: The surprising truth. **Psychology Today**, *50*, 91-94.
- David, S. W. (1999). How Does Brain Size Matter?. **Psychology Today**, *10* (030) Brain Expertise (5). At; <http://www.cogsci.ecs.soton.ac.uk/cgi/psyc/newpsy?10.030>.
- Deary, I. J. (2003). Ten things I hated about intelligence research. **The Psychologist**, *16* (10), 534-537.

نماذج مختلفة للذاكرة. وأظهرت نتائج البحث انخفاض مساهمة الوراثة وزيادة مساهمة البيئة المتكاملة بالوضع الاجتماعي الاقتصادي. وتقرح الدراسة بأن عوامل البيئة المتكاملة التي تؤثر في الذكاء العام ربما تكون أقوى في مرحلة الطفولة وفي بعض مجموعة من الأسر المحددة.

ويري بلير أن الزيادة في نسبة الذكاء هي نتاج زيادة إعداد الأطفال بالمدارس Schooling ومواصلتهم للتعليم، يضاف إلى ذلك تطور مناهج التعليم بالمدارس وبالأخص مادة الرياضيات والتي تعمل على تعزيز نشاط الجزء الأمامي من القشرة المخية (PFC) Prefrontal cortex باعتبار أن هذا الجزء من المخ هو الذي تقوم عليه العمليات المعرفية بما فيها الذكاء (Blair et al, 2005). ولقد أظهرت نتائج الدراسات السابقة المعروضة بأن أفضل مرحلة عمرية لتعزيز الذكاء هي مرحلة الطفولة حتى عمر 12 سنة. وترتبط هذه المرحلة العمرية بنمو متسارع كما كشفت نتائج الدراسات النمائية لفيجوتسكي وبياجيه. ومن بين المثيرات البصرية التي كشفت نتائج الدراسات بأنها تزيد من معدل الأداء في الرياضيات فضلاً عن زيادة معدل الذكاء التدريب على برنامج العبق المعروف عالمياً باليوسيماس (Irwing, Hamza, Khaleefa & Lynn, 2008)، ومن الأهمية بمكان دراسة تأثير العبق على نشاط الدماغ.

وكمثال آخر لتأثير البيئة على الذكاء فالأطفال في الصين يتدربون على استخدام العبق وبذلك يتفوقون في الحساب على الأطفال الإنجليز، ولا يقتصر أثر التدريب على تحسين الأداء فقط بل يؤدي إلى تغير في النشاط العصبي للمخ أثناء العمليات الحسابية. فالمتدربين على العبق يتركز النشاط العصبي لديهم في المنطقة الحركية من القشرة المخية Premotor Area في حين أن أقرانهم من الإنجليز يتركز النشاط العصبي عند إجراء تلك العمليات الحسابية في منطقتي ويرنيك وبروكا (Cantlon & Brannon, 2006) مما يدل على أن تأثير البيئة قد يكون واسعاً، كذلك الأطفال في اليابان فنتيجة لتدريبهم على آلة العبق يتفوقون على الراشدين من الأمريكيين في إجراء العمليات الحسابية (Stigler, 1984). لقد أجريت الدراسات المذكورة أعلاه في الصين وبريطانيا وأمريكا وليست هناك أي دراسات محلية في المجال. وبذلك هناك فراغ يحتاج للسد لفحص أثر برنامج العبق في تعزيز معدلات الأداء في الذاكرة والرياضيات فضلاً عن الذكاء.

#### المراجع العربية

- جولمان، دانييل . (2000) . **الذكاء العاطفي** . (ترجمة) الجبالي، ليلى . الكويت : عالم المعرفة .
- السلطي، ناديا (2004) . **التعلم المستند إلى الدماغ** . عمان: دار المسيرة .
- السيد، فؤاد البهي . (1969) . **الذكاء، ط 2** . المالية : مطبعة دار التأليف .
- الشيخ، سليمان الخضري . (1978) . **الفروق الفردية في الذكاء، ط 2** . القاهرة : دار الثقافة للطباعة والنشر
- عدس، عبد الرحمن، وتوق، محي الدين (1997) . **المدخل إلى علم النفس** . عمان: دار الفكر.
- محمد، حباب (2009) . **الذكاء الوجداني العاطفي الانفعالي الفعال مفاهيم وتطبيقات** . عمان: ديونو للطباعة والنشر.
- يوسف، صديق محمد علي (2008) . **أثر التدري على برنامج العبق (اليوسيماس) في تعزيز ذكاء الأطفال بولاية الخرطوم** .
- رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النيلين. السودان.

- Gottfredson, L. S. (1997). Mainstream science on intelligence: An editorial with 52 signatories, history, and bibliography. **Intelligence**, *24*, 13-23.
- Gottfredson, L. S. (2003a). Environments are genetic too. **Contemporary Psychology**, *48*(1), 71- 74.
- Gottfredson, L. S. (2003b). Dissecting practical intelligence theory: Its claims and evidence. **Intelligence**, *31*, 343-397.
- Haier, R. J. (1990). The End of Intelligence Research. **Intelligence**, *14*, 371-374.
- Haier, R.J., Jung, R.E., Yeo, R.O., Head, K., & Alkire, M. T. (2004). Structural brain variation and general intelligence. **NeuroImage**, *23*, 425-433.
- Hebb, D. (1942). The effect of early and late brain injury upon test scores and the nature of normal adult intelligence. **Proceedings of the American Philosophical Society. The American Psychological Society**, *85*, 275.
- Hebb, D. (1959). Intelligence, brain function and the theory of mind. **Brain**, *82*, 626-275.
- Ho, Y., Cheung, M., & Chan, A.S. (2003). Music training improves verbal. but not visual memory: Cross-sectional and longitudinal explorations in children. **Neuropsychology**, *3*, 439-450
- Horwood, L. J., Darlow, B. A., & Mogridge, N. (2001). **Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years**. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed *84*, 23-27.
- Ikeda, K. H. T. (1988). Hemispheric specialization of abacus experts in mental calculation: Evidence from the results of time sharing tasks. **Neuropsychologia**, *26*, 877-93.
- Irwing, P., Hamza, A., Khaleefa., O., & Lynn, R. (2008). Effects of abacus training on the intelligence of Sudanese children. **Personality and Individual Differences**, *45*, 694-696.
- Johnston, M. (2003). Brain plasticity in paediatric neurology. **European Journal of Paediatric Neurology**, *7*, 105-113.
- Juan-Espinosa, M., Cuevas, L., & Garcia, S. E. (2006). The differentiation hypothesis and Flynn effect. **Psicothema**, *18*, 284-287.
- Jung, R. E., & Haier, R. G. (2007). The Parieto-Frontal Integration Theory (P-FIT) of Intelligence: Converging Neuroimaging Evidence. **Behavioral and Brain Sciences**, *30* (2), 135-154.
- Diamond, M. C., Scheibel, A. B., Murphy, J., & Harvey, T. (1985). On the brain of a scientist: Albert Einstein. **Experimental Neurology**, *88*, 198-204.
- Emmerling, R. J. & Goleman, D. (2003). Emotional Intelligence: Issues and Common Misunderstandings. Issues and Recent Developments in Emotional Intelligence. At; <http://www.eiconsortium.org>.
- Ericsson, K. A. (2003). Exceptional memorizers: Made, not born. **Trends in Cognitive Sciences**, *7*, 233-237.
- Evans, P. D., Vallender, E. J., & Lahn, B. T. (2006). **Molecular evolution of the brain size regulator genes CDK5RAP2 and CENPJ**. Gene, *375*, 75-79.
- Eysenck, H. (1988). The biological basis of intelligence. In S Irvine & J. Berry (Eds). **Human abilities in cultural context** (pp. 87-104). Cambridge: Cambridge University Press.
- Florey, C. D. V., Leech, A. M., & Blackhall, A. (1995). Infant feeding and mental and motor development at 18 months of age in first born singletons. **International Journal of Epidemiology**, *24* (3), 21-26.
- Flynn, J. R. (1999). Searching for justice: The discovery of IQ gains over time. **American Psychologist**, *54*, 5-20.
- Gardner, H. (2003). **Multiple Intelligences after Twenty Years**. Paper presented at the American Educational Research Association, Chicago, Illinois, April 21, 2003.
- Gardner, H. (2005). **Multiple Lenses on the Mind**. Paper presented at the ExpoGestion Conference, Bogot. J Colombia, May 25, 2005.
- Garlick, D. (2002). Understanding the nature of the general factor of intelligence: the role of individual differences in neural plasticity as an explanatory mechanism. **Psychological Review**, *109* (1), 116-136.
- Gray, J. R. (2003). **An event-related fMRI study of fluid intelligence**. **International Society for Intelligence Research (ISIR) Program**, December, 4, 2003.
- Gray, J. R., Chabris, C. F., & Braver, T. S. (2003). Neural mechanism of general fluid intelligence. **Nature of Neuroscience**, *6*, 316-322.



- Meulen, R. (2006). **Report from the First ENHANCE Cognition Enhancement Workshop**, May 4 2006. At; <http://www.nickbostrom.com/ethics/statusquo.pdf>
- Micheletti, L. (1998). **The use of auditory and visual stimulation for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children**. Unpublished doctoral dissertation, University of Houston, Texas.
- Miller, K. F., & Stigler, J. W. (1991). Meanings of skill: effects of abacus expertise on number representation. **Cognition and Instruction**, 8, 29-67.
- Mortenson, E. L., Michaelsen, K. F, Sanders, S. A., & Reinisch, J. M. (2002). The association between duration of breastfeeding and adult intelligence, **JAMA**, 287, 2365-2371.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., Halpern, D. F., Loehlin, J. C., Perloff, R., Sternberg, R. J. & Urbina, S. (1996). Intelligence: knowns and unknowns. **American Psychologist**, 51 (2), 77- 101.
- Obonsawin, M.C., Crawford, J.R., Pageb, J., Chalmers, P., Cochrane, R., & Lowb, G. (2002). Performance on tests of frontal lobe function reflects general intellectual ability. **Neuropsychologia**, 40, 970-977.
- Olmstead, R. (2005). Use of Auditory and Visual Stimulation to Improve Cognitive Abilities in Learning-Disabled Children. **Journal of Neurotherapy**, 9 (2), 49-61.
- Papalia, D.E., & Olds, S. C. (1987). **Child world infancy through adolescent**. 3ed, USA; McGraw-Hall, Inc.
- Piaget, J. (1953). **The origin of intelligence in the child**. London: Routledge.
- Polderman, T J. C., Gosso, M. F., Posthuma, D., van Beijsterveldt, T. C., Heutink, P., Verhulst, F. C., & Boomsma, D. I. (2006). A longitudinal twin study on IQ, executive functioning, and attention problems during childhood and early adolescence. **Acta Neurol. Belg**, 106, 191-207.
- Posthuma, D., Eco, J.C., Wim, F. C., Hilleke, E. H., Rene, S. K., & Dorret, I. B. (2002). The association between brain volume and intelligence is of genetic origin. **Nature Neuroscience**, 5, 83-84.
- Kalbfleisch, M. L. (2004). Functional neural anatomy of talent. **The Anatomical Record**, 277B, 21-36.
- Kearney, P. R. (2005). **Cognitive Callisthenics: Do FPS computer games enhance the player's cognitive abilities?** Proceedings of DiGRA 2005 Conference: Changing Views, Worlds in Play.
- Khaleefe, O., Ali, K., & Lynn, R. (2010). Iq and head size in a sample in Sudan. **The Mankind Quarterly**, L1, 108-111.
- Lee, K. H., Choi, Y. Y., Gray, J. R., Cho, S. H., Chae, J. H., Lee, S. & Kim, K. (2006). Neural correlates of superior intelligence: stronger recruitment of posterior parietal cortex. **NeuroImage**, 29, 578 -86.
- Levitin, D. J., & Menon, V. (2003). Musical structure is processed in "language" areas of the brain: A possible role for Brodmann Area 47 in temporal coherence. **NeuroImage**, 20, 2142-2152.
- Lynn, R., & Vanhanen, T. (2002). **IQ and the Wealth of Nations**. West Port: Praeger.
- Maguire, E. A., Gadian, D. G., Johnsrude, I. S., Good, C. D., Ashburner, J., Frackowiak, R. S. J., & Frith, C. D. (2000). Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. **Proc Natl Acad Sci**, 97, 4398-4403.
- Martinez, M. E., Peterson. M., Bodner, M., Coulson1, A., Vuong, S., Hu, W., Earl, T., Hansen1, J. S., & Shaw, G. L. (2005). **Music Training and Mathematics Achievement: A Multi-Year, Iterative Project Designed to Enhance Student Learning**. The Annual Conference of the American Psychological Association, Washington, DC, August 2005.
- McArdle, J., & Prescott, C. (1997). Contemporary models for the biometric genetic analysis of intellectual abilities. In P. Dawn, J. Flanagan, & Genshaft, L. (Eds). **Contemporary intellectual assessment: Theories, tests and issues** (pp. 403-436). New York, NY: Guilford Press.
- McDaniel, M. A. (2005). Big-brained people are smarter: A meta-analysis of the relationship between in vivo brain volume and intelligence. **Intelligence**, 33, 337-346.

- Sternberg, R. J., & Kaufman, J. C. (1998). Human abilities. **Annual Review of Psychology, 49**, 479-502.
- Stigler, J. W. (1984). "Mental abacus": The effect of abacus training on Chinese children's mental calculation. **Cognitive Psychology, 16**, 145-176.
- Tanaka, S., Michimata, C., Kaminaga, T., Honda, M., & Sadato, N. (2002). Superior digit memory of abacus experts: an event-related functional MRI study. **Neuroreport, 13**, 2187-2191.
- Thompson, L., Plomin, R. (2000). Genetic tools for exploring individual differences in intelligence. In K. Heller, F. Monks; R. Sternberg, R. Subotnik. (Eds.). **International Handbook of giftedness and talent (157-16)**. Amsterdam: Elsevier Science.
- Thompson, L., Tiu, R., Spinks, R., Detterman, D. (1999). **Differential heritability for cognitive abilities across fathers, occupation levels**. Unpublished manuscript.
- Toga, W. & Thompson, P. (2005). Genetics of Brain Structure and Intelligence. **Annu. Rev. Neurosci, 28**, 1-23.
- Turner, D. (2006). Report from the First ENHANCE Cognition Enhancement Workshop, May 4 2006. At: [www.nickbostrom.com/ethics/statusquo.pdf](http://www.nickbostrom.com/ethics/statusquo.pdf)
- Uttl, B., & van Alstine, L. C. (2003). Rising verbal intelligence scores: implications for research and clinical practice. **Psychology and Aging, 18**, 616-621.
- Vygotsky, L. (1978). **Mind in society: The development of higher psychological processes**. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ward, L. M. (2001). Human neural plasticity. **Trends in Cognitive Sciences, 5** (8), 325-327.
- Walhovd, K. B., Fjell, A. M., Reinvang, I., Lundervold, A., Fischl, B., Salat, D., Quinn, B T., Makris, N., & Dale, A. M. (2005). Cortical volume and speed-of-processing are complementary in prediction of performance intelligence. **Neuropsychologia, 43**, 704-713.
- Wechsler, D. (1991). **Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition (WISC-III)**. San Antonio. TX: Psychological Corporation.
- Witelson, S. F., Kigar, D. L., and Harvey, T. (1999). The exceptional brain of Albert Einstein. **The Lancet, 353**, 2149-2153.
- Pritchard, P. F., & Whitehead, G. (2005). The multiple intelligences and service-learning. **The Generator, Summer 2005**, 30-31.
- Raven, J., & Court, J. (1998). **Raven Manual, Section 3, Standard Progressive Matrices**. Oxford: Oxford Psychological Press.
- Reid, V., & Belsky, J. (2002). Neuroscience: Environmental influence on child development. **Current Paediatrics, 12**, 581-585.
- Richardson, K. (2002). What IQ tests test. **Theory & Psychology, 12**, 283-314.
- Rushton, J. P., & Ankney, C, D. (1996). Brain size and cognitive ability: Correlations with age, sex, social class, and arid race. **Psychonomic Bulletin & Review, 3**, 21-36.
- Rushton, J., & Ankney, C. (2009). Whole brain size and general mental ability: A review. **International Journal of Neuroscience, 119**, 691-731.
- Sandberg, A., & Bostrom, N. (2006). Converging Cognitive Enhancements. **Ann. N.Y. Acad. Sci, 1093**, 201-227.
- Scarr, S. (1996). How people make their own environments: Implications for parent and policy makers. **Psychology, Public Policy and Law, 2**, 204-228.
- Sejnowski, T. J. (1999). The Book of Hebb. **Neuron, 24**, 773-776.
- Seung, H. S. (2000). Half a century of Hebb. **Nature Neuroscience Supplement, 3**, 1166.
- Shellenberg, E. G. (2004). Music lessons enhance IQ. **Psychological Science, 15**, 511-514.
- Smith, M. M., Durkin1, M., Hinton1, V. J., Bellinger, D., & Kuhn, L. (2003). Influence of Breastfeeding on Cognitive Outcomes at Age 6-8 Years: Follow-up of Very Low Birth Weight Infants. **American Journal of Epidemiology, 158**, 1082-1075.
- Sprenger, M. (2002). **Becoming a "wiz" at Brain-based teaching: How to make every year your best year**. California, Corwin Press.
- Sternberg, R. (1977). **Intelligence, information processing and analogical reasoning**. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sternberg, R., & Davidson, J. (1986). (Eds). **Conceptions of giftedness**. New York: Cambridge University Press.

## التقويم السيكولوجي للكفاءات

الخالبي أحرشاؤو - علم النفس - ظهور المهراز، فاس

a-rhali@caramail.com - aharchaou\_rhali@yahoo.fr

لا جدال في أن موضوع تقويم الكفاءات وتديرها أصبح يحظى بموقع متميز ضمن انشغالات المجتمعات المعاصرة وسياقاتها السوسيواقتصادية والثقافية المطبوعة بقوة المعرفة وكثافة الابتكار وسرعة التطور وحدة المنافسة. فهذا واقع يعبر عنه بوضوح الاهتمام المطرد الذي يوليه لهذا الموضوع أغلب الفاعلين والمهتمين بالموارد البشرية. وهو اهتمام يتميز بتركيز واضح على قدرات تعلم الأشخاص في سياق تتطور فيه المعارف المدرسية وتتغير فيه الأدوار المهنية بسرعة كبيرة.

ورغم صعوبة الإقرار حتى الآن بتعريف شامل وموحد للكفاءة *Compétence* والتقويم *Evaluation* كمفهومين مركزيين في هذه الدراسة، نظرا لما يكتنفهما من لبس وغموض على المستوى النظري ومن تعقد وتعدد على المستوى التطبيقي ومن تباين وتنوع على مستوى المحددات والغايات، رغم كل ذلك يمكن إفرادهما بتعريفين تقريبيين على النحو التالي:

فيخصوص الكفاءة، يمكن إجمالها في مجموع القدرات والمعارف والمهارات التي تشكل البنية الأساسية للسيرورات المعرفية. فهي تمثل مستوى الوعي ودرجة المهارة التي بواسطتها يستطيع الفرد إيجاد الحلول المناسبة لأغلب المشاكل التي يواجهها في مختلف المواقف والسياقات. إنها عبارة عن نظام مندمج من القدرات والمعارف والمهارات التي تسمح بالأداء الجيد والفعل الناجح في مواجهة المشاكل والصعوبات وفي التكيف مع مختلف المواقف والوضعيات مهما كانت طبيعة السياق.

وبخصوص التقويم، فيمكن إجماله في مجموع الإجراءات والأدوات والأحكام التي يوظفها المقيّم *L'évaluateur* في عمليات استقصاء طبيعة الشخصية الإنسانية وأساليب تكيفها مع مكونات الواقع وميادينه ومستجداته. فهو عبارة عن فحص شامل لكفاءات الإنسان وأنشطته المتنوعة، تحكمه غايات محددة، قوامها تشخيص هذه الأخيرة والتنبؤ بمستقبلها قبل الانخراط في ممارسة أي تدخل يروم التوجيه والمساعدة.

تبعا لهذين التعريفين نرى ضرورة التأكيد على أنه إذا كان التقويم يشكل في مقياسه وأحكامه الإجراءات الأساسي لفهم شخصية الإنسان عبر استقصاء أنشطته السيكلوجية وتصرفاته الاجتماعية وكفاءاته المتنوعة، فالأكيد أن علم النفس الذي يهتم بدراسة هذه الأنشطة والتصرفات والكفاءات، كان وما يزال يمارس نوعا من الفعل التقويمي الذي يسعى في أهدافه وغاياته إلى خدمة الإنسان وتأهيله عبر الإرشاد والتوجيه والسند والمساعدة. فحصول علم النفس في هذا المجال تعتبر إلى حد ما جد هامة، بحيث إن دوره في تقويم الكفاءات الشخصية والمدرسية والمهنية يبدو حاسما ومشجعا إلى أبعد الحدود. وهو دور يتأسس على رأس مال هام من المعارف والتجارب والخبرات التي تمت مراكمتها على امتداد ما يناهز قرن من الزمن. والحقيقة أن علم النفس وبفعل هذا الدور أصبح يستمد فعاليتها الحالية من قدرته على تحليل التطورات السوسيواقتصادية والثقافية التي تؤثر من جهة في علاقات الإنسان بميادين التربية والتكوين والتشغيل، ومن جهة أخرى في اهتمامات عالم النفس بأنشطة الإنسان وكفاءاته المختلفة وإمكانيات تصحيحها وتنميتها عبر البحث والتدخل. لكن ما المقصود بالتقويم السيكلوجي للكفاءات؟ ما هي محدداته ومقوماته؟ وما هي أشكاله وأصنافه؟ في محاولة الإجابة على هذه الأسئلة سنتناول بالعرض والتحليل المحاور الثلاثة التالية:

\* مفهوم التقويم ومحدداته،

\* خصوصية التقويم السيكلوجي،

\* أشكال تقويم الكفاءات ومكوناته وأصنافه

## 1. مفهوم التقويم ومحدداته

يتحدد فعل التقويم في إمكانية إنتاج أحكام قيمية بخصوص أنشطة الإنسان وكفاءاته المتنوعة. هذا تحديد عام لمفهوم التقويم، يزواج بين

الأحكام الحدسية العفوية التي تحفل بها حواراتنا ونقاشاتنا اليومية سواء في بعدها الأخلاقي (هذا صحيح) أو في بعدها الفني (إنها لوحة رائعة) أو في بعدها الطقسي (كانت حرارة مفرطة) أو في بعدها المتعلق بالحياة عامة (التدخين خطير)، والأحكام العلمية الموضوعية المبنية

### ب) طبيعة القيم وعالمها

مثلاً سبقت الإشارة إلى ذلك فإن اللغات الإنسانية حافلة بألفاظ وتعابير تؤكد على الأشياء القيمة وغير القيمة (صحيح/خاطئ، عادل/ظالم، خير/شرير...إلخ). فكل هذه الأحكام والنوع لا يتم إسنادها بالصدفة إلى الموضوعات والأحداث والسلوكيات والمشاريع، بل إنها تشكل حصيلة أساليب للتفكير الفردي أو الجماعي ومظاهر لتقدير علاقات الأفراد بمحيطهم وبالتقافة السائدة. فهذا الشكل يتأسس عالم القيم والمعايير ليشمل ميادين الحياة الشخصية والاجتماعية والثقافية والمهنية ويعبر بالتالي عن أحكام للتقدير والتقييم.

وبعدتنا إلى مثال القراءة يمكن توضيح مدى تعقد طبيعة القيم وعالمها الواسع. فلو أخذنا ورقة إنشاء لتلميذ في نهاية الابتدائي وافترضنا أنها حبل بأغلاط إملائية وتركيبية كثيرة ثم طلبنا من مصححين مختلفين (أستاذ، باحث، سياسي، صحافي، رب أسرة، تلميذ في الثانوي...إلخ) تقديم تقدير شخصي لقيمة هذه الورقة مع تبرير هذا التقدير، فلا نستبعد أنه فضلاً عن تباين في الرؤى سيظهر تباين واضح على مستوى القيم والمعايير التي يستند إليها كل مصحح، الأمر الذي يستحيل معه الإبقاء على مبرر واحد ووحيد بخصوص نتيجة التقدير. فمن التركيز على تواضع البرامج الدراسية لدى البعض إلى التنصيص على المستوى المنط للمتمدرسين لدى فريق آخر إلى التأكيد على محدودية الطرق البيداغوجية للأساتذة لدى فريق ثالث إلى التوضيح في خانة اللامبالاة لدى البعض الآخر...إلخ

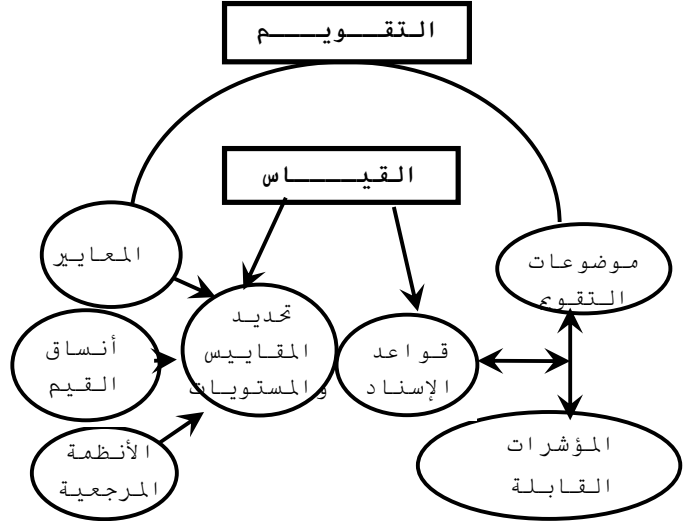
### ج) القياس كوجهة بين عالم القيم وموضوعات التقييم

إذا كان المقصود بفعل القياس هو إسناد خاصيات الأعداد إلى الأشياء والموضوعات الفاقدة لتلك الخاصيات، فإن ذلك يعني حسب روكلان (1976، 1999) إنشاء نوع من التطابق بين الأعداد والأشياء تبعاً لقواعد محددة. فخاصيات الأعداد المتمثلة في الاختلاف (3 ليست هي 5) والترانئية (5 أكبر من 4) والتساوي (المسافة النظرية بين 4 و 5 نفسها بين 10 و 11)، عادة ما تستخدم في الاختبارات القياسية والتقويمات المدرسية. لكن يبقى من الصعوبة بمكان القول بمصادقية هذه الأخيرة خاصة حينما يتعلق أمر اعتمادها بتقويم كفاءات الإنسان وأنشطته المختلفة، بحيث تطرح أسئلة من قبيل: هل الفرق بين الدرجتين 17 و 18 (كدرجات للحد الأعلى) والدرجتين 10 و 11 (كدرجات للحد المتوسط) يكون هو نفسه بالنسبة لأداءات عينة من المبحوثين أو المتمدرسين؟ ثم ما هي الضمانات العلمية التي تبرر استخدام تلك الاختبارات والمقاييس؟.

برجعنا إلى الخطأ السابقة، سنلاحظ أن القياس يتدخل على الأقل عند مستويين: مستوى ضبط الأشياء القابلة للملاحظة ضمن الموضوعات المراد تقويمها، حيث يتم الاعتماد هنا على مؤشرات كمية رغم مشكل دلالتها التي تختلف من أداء لآخر (عدد الكلمات المقروءة في الدقيقة لتحديد سرعة القراءة، تعدد أخطاء الكتابة الصحيحة (الأرطوغرافيا) لتقدير درجة معرفة القواعد، وضع درجات للأداء في الفهم لتقدير معرفة القراءة)، ثم مستوى تحديد أبعاد مقاييس القيم أو المعايير التي سيتم الاحتكام إليها بخصوص موضوعات التقييم، بحيث أن المشكل هنا يتجلى في كون أن صعوبة تحديد مختلف درجات مقياس فيمي تعود بالأساس إلى استخدام خاصيات القياس وبالتالي صعوبة تحديد القواعد التي تسمح بموضوعة الموضوعات المقيسة عند مستويات المقاييس المختلفة.

إلا أنه ومهما يكن فإن القياس يبقى من الإجراءات الضرورية للتقويم لكونه هو الذي يسمح بالتعامل مع موضوعات التقييم ومؤشراتها القابلة للملاحظة، إن على مستوى التحليل والتشخيص أو على مستوى التفسير والتنبؤ.

على القياس والتحليل والتشخيص والتفسير والتنبؤ. وإذا كان من الصعب عملياً تبرير تلك الأحكام وبيان المحددات السيكلوجية (المعرفية والوجدانية) الكامنة وراء إنتاجها، فيمكن من الناحية النظرية التعبير عن ذلك انطلاقاً من مجموعة من السيرورات والمحددات التي يجمعها كل من نوازي Noizet وكافيرني Caverni (1978) في الخطأ التالية:



خطأة 1: تمثيل خطاطي لعناصر الفعل التقويمي (Gilbert و Aubert، 2003: 31)

إذا كان فعل التقويم يعني موضوعة الأشياء المراد تقويمها على مقاييس تقويمية محددة، فإن أحد المشاكل الذي يفرض نفسه بهذا الخصوص هو أن الموضوعات السيكلوجية، بما في ذلك الكفاءات، وأنظمتها المرجعية هي عبارة عن إنتاجات شخصية أو جماعية، الأمر الذي يضيف طابع النسبية على أي تقويم لها. وهذه مسألة يمكن توضيحها من خلال التفصيل في العناصر الأربعة التالية:

### أ) موضوعات التقويم

تحدد إحدى صعوبات التقويم في استحالة تخصيص موضوعاته بتعاريف كونية ثابتة، بحيث أن الأمر هنا لا يختلف عن صعوبات تحديد الكفاءة. فلو أخذنا الملفوظات التالية: "عمر أستاذ ناجح، هذا سائق مبتدئ، كانت أمسية ممطرة، هذا مقال متماسك..."، سنلاحظ أنها كلها تعبير بشكل من الأشكال عن أحكام قيمة رغم أن طبيعة موضوع التقويم تتغير من ملفوظ لآخر. فمن نجاح الأستاذ إلى سلوك السائق إلى نوعية الطقس إلى تماسك المقال، بحيث أن هذه الأحكام لا تستهدف تقويم الشخص أو الموضوع أو الأداء بل تتعلق بكفاءة وجودة وطبيعة هذه الأشياء كلها. ويعني هذا أن موضوعات التقويم عبارة عن تحديدات مفاهيمية تنقلت لاختبار الحواس لأنها غير قابلة للملاحظة. لكن رغم ذلك فإن خلاصات كثير من الأبحاث (Gilbert و Aubert، 2003) تشير إلى إمكانية ضبط مفهوم ما بناء على مؤشرات وعناصره القابلة للملاحظة والقياس (أداءات وسلوكيات، إجابات على استمارات واختبارات، مواقف وقرارات...إلخ).

فالقراءة مثلاً، رغم كونها تشكل مفهوماً مجرداً تتغير سماته تبعاً للسياقات النظرية والتحديدات الأمبريقية، يمكنها أن تكون موضوعاً للضبط والقياس والتقويم بناء على مجموعة من المؤشرات الكمية القابلة للملاحظة والتفسير مثل مدة القراءة وإيقاعها وحركات العين وأخطاء النطق... إلخ.

**د) عناصر التقييم ومساره**

تحدد أهم عناصر التقييم في عاملين أساسيين:

**أولهما** يهتم المقوم كفاعل رئيسي لإنجاز عمليات التقييم، بحيث أن دراسات قياسية وتجريبية عديدة (Caverni و Noizet، 1978) أبانت أن عوامل ذاتية وموضوعية كثيرة تقوم بدور حاسم في تحديد مسار التقييم ونوعية نتائجه. وهي عوامل تتعلق بخصائص المقوم الشخصية والتكوينية والثقافية وبخصوصيات سياق التقييم وأثره. فقد اتضح من تلك الدراسات وجود تباين واضح بين الأشياء القابلة للملاحظة والمقاييس المعتمدة، وبالتالي ظهور فوارق دالة بين مقيمين أو أكثر بخصوص تقييم نفس الموضوع. ولتجاوز هذا الإشكال عادة ما يذهب بعض المقيمين إلى اعتماد أدوات مقننة للتقييم، قوامها الدقة وتوحيد أساليب إجرائها وطرق تصحيحها.

**أما العامل الثاني** فيهم الأساس الاجتماعي للتقييم، بحيث أن لكل تقويم أساس اجتماعي يترجمه ويؤطر بالخصوص شكل أدواته ومحتوياتها ثم مرجعيته المفضلة. ولهذا يستحيل اختزال فعل التقييم في حثيات إجرائه فقط لأنه يمثل بالإضافة إلى ذلك هذا الشيء الذي عن طريقه تتحدد دلالات المواقف الاجتماعية وعلاقات السلطة بين المقيمين والمقيمين.

**2. خصوصية التقييم النفسي للكفاءات**

حسب مولان Moulin يستعمل علماء النفس أساليب التقييم بهدف معالجة مشاكل التوجيه والانتقاء في ميادين التعليم والتكوين والتشغيل. وإذا كان من أبرز الخصائص السيكولوجية للتقييم، الاستكشاف الشامل لكفاءات الشخص وجوانبه المعرفية والوجدانية ولعالم المدرسة والجامعة والمقولة قبل الانخراط في أي تدخل يروم التوجيه أو الاختيار أو المساعدة، فإن من أهم تلك الخصائص أيضا ما توفره الخبرة السيكولوجية من إمكانية للتوحيد بين ممارسات الخبير السيكولوجي وغايات التقييم ومصداقية مناهجه. لكن ما المقصود بغايات التقييم ومصداقية مناهجه في الميدان السيكولوجي؟

**أ) غايات التشخيص و التكهّن و Diagnostic و Pronostic**

تشكل وظيفة التشخيص والتكهّن الأساس التفسيري لخصوصية التقييم في علم النفس. فإذا كان التشخيص يعني في أن واحد كشف أعراض نشاط ما والفرضيات التفسيرية لتلك الأعراض ثم تحديد العلاج المناسب، فإن التكهّن يعني القيام بتنبؤات عن المال القريب أو البعيد لمسار شخص معين. وهكذا فإن عالم النفس الذي يوظف هذين الأسلوبين لتحديد كفاءات الفرد المدرسية أو المهنية أو غيرها، عادة ما يستند إلى محددات مرجعية نظرية، قوامها توفير المعارف العلمية والطرق التقييمية الناجمة وخاصة على مستوى اختبار كل الفرضيات والاحتمالات المعتمدة.

**ب) خصوصية المناهج ومصداقية الأدوات**

الواقع أن أي تقويم بالمفهوم السيكولوجي لا يمكنه أن يتحقق بالصورة المطلوبة إلا باعتماد منهجية دقيقة تحكمها مجموعة من الإجراءات والشروط التي يمكن إجمالها في الآتي (Gilbert و Aubert):

\* **اعتماد الاستمارات والاختبارات** كأدوات قياسية أساسية هدفها الكشف عن مظاهر الفروق البيئية والضمنفردية بخصوص مختلف الأنشطة والسلوكات والتصرفات. وهي الفروق التي عادة ما تشكل موضوع فرضيات دقيقة يستدعي اختبارها وتصديقها استخدام أساليب إحصائية وصفية واستدلالية متنوعة.

\* **التسليم بالطابع المقارن لتلك الأدوات**، بحيث يتعلق الأمر بأساليب قياسية ليس هدفها الوصول إلى استخلاص نتائج رقمية كمية فحسب، بل تحديد طبيعة العلاقات القائمة بين تلك النتائج من خلال إجراء المقارنات الضرورية بين مختلف الفئات والمجموعات المكونة لعينة التقييم.

\* **الإقرار بالطابع النسبي في بناء وتوظيف تلك الأدوات** وفي عملية تأويل النتائج الناجمة عن تطبيقها، إذ أن هذه الأخيرة تبقى نسبية ولا تصدق إلا على عينة الدراسة.

\* **الاقتناع بأن نجاعة توظيف تلك الأدوات** تبقى مشروطة بدرجة صدقها وثباتها ومدى تساق مضمانيها مع مقومات وغايات تقويم كفاءات الإنسان وقياس جوانبه المعرفية والوجدانية في علاقتها بوضعيات التعلم والتواصل والعمل...إخ.

**3. أشكال تقويم الكفاءات ومكوناته وأصنافه**

أكد أن حقل تقويم الكفاءات لا يقتصر في كليته على الخبرة السيكولوجية وتدخلات علماء النفس، بل إن خبرات علمية أخرى وفاعلين آخرين يساهمون في هذا المجال. وخير دليل على ذلك ما يلاحظ من تعدد وتنوع بخصوص أشكاله ومكوناته وأصنافه:

**أ) (بخصوص أشكال التقييم**، يمكن إجمالها في ثلاثة مظاهر هي التي تفرض نفسها وتستجيب لثلاثة أنواع من الحاجات (Gilbert و Aubert):

\* **أولها** يتعلق بمجال تصديق وتزكية الشهادات والألقاب العلمية المحصلة في إطار مسارات دراسية أو تكوينات أساسية أو تدريبات مهنية أو إنجازات على مستوى الابتكار والبحث العلميين.

\* **ثانيهما** يرتبط باستكشاف جوانب شخصية الفرد وكفاءاته الشخصية والمدرسية والمهنية من لدن عالم نفس مستشار في التقييم له خبرة في التوجيه التربوي والاختيار المهني والتدبير البشري.

\* **أما الشكل الثالث فهو عبارة عن تقويم - ذاتي** Auto-évaluation يتكلف به الشخص المقيّم ليقيّم نفسه بنفسه.

وتجدر الإشارة بهذا الخصوص إلى أنه إذا كانت السيكولوجيا لا تهتم مباشرة بالشكل الأول من التقييم لأنه يتعلق بتصديق الشهادات والألقاب العلمية، فإنها على العكس من ذلك تحظى باهمية وازنة بالنسبة للشكلين الآخرين. فهي تمثل الإطار المرجعي لخبرة عالم النفس المستشار في التقييم ومعارفه المطلوبة في الشكل الثاني، وتشكل المطلب الأساسي لممارسة الشخص لنوع من التقييم الذاتي حول نفسه لأنها هي التي (أي السيكولوجيا) توجه هذا الأخير عبر تدخلات عالم النفس المنهجية والتشخيصية.

في هذا المنظور إذن، يبدو أن التقييم السيكولوجي للكفاءات يساهم بشكل دال في توضيح العلاقة القائمة بين مكونات الشخص في شموليتها وأدائها في وضعية محددة. فالنجاح المدرسي أو المهني لا يمكنه أن يعتبر كتمظهر لكفاءات الشخص وحدها، بل إنه يشكل حصيلة مكونات وعوامل أخرى تتراوح بين ظروف الأحداث والأفعال وبين أهداف النشاط ودوافعه ثم بين إشراف الشخص بنفسه على تطوره وعلى حياته الشخصية.

**ب) وبخصوص مكونات التقييم** فالأكيد أن تتخلل عالم النفس في تقويم الكفاءات بشكل نوعا من النشاط أو الفعل الهادف إما إلى تشخيص هذه الأخيرة أو مساعدة صاحبها أو تقديم الاستشارة بخصوصها. فهذا المعنى إن تتخلله هذا الذي قد يتخذ صورا متعددة، يمكنه أن يتحقق بكيفيات متنوعة تبعا لطبيعة الطلبات والحاجات، بحيث يمكنه أن يتراوح بين تقويم كفاءات المتمدرسين والعمال وبين تقويم وضعيات التمدرس والعمل وبين تقويم برامج إعادة التكوين والتدريب. وبالنظر إلى هذا التنوع في كيفيات

- رهان الواقعية الذي يمكنه أن يُقَيّد رهان الصحة والدقة وذلك لاعتبارات الاقتصاد في الموارد. بمعنى رهان الواقعية في الإجراءات، حيث يكون الهدف جد محدد والمعايير واقعية والموارد مضبوطة فضلا عن التلاؤم مع المحيط.

- رهان صحة الإجراءات ودقتها، حيث تتوفر فيها شروط الصدق والموضوعية والملاءمة والتحكم التقني في المعلومات.

- رهان المنفعة الذي قد يدخل في صراع مع الرهان الأخلاقي وذلك لاعتبارات استكشافية يمكنها أن تلحق الضرر بالذات المُقَوِّمة. بمعنى رهان فائدة المعلومات وبالخصوص استحقاقها المنفعي ونجاحها وقابليتها للفهم.

- رهان الأخلاق الذي يرتكز على مدى مطابقتها فعل التقييم لمعايير الأخلاق وحقوق الشخص المُقَوِّم ثم الممارسات القانونية والشرعية.

#### \* الزمن المناسب للتقويم

الواقع أن التقويم الناجح سواء في مجرى ممارسته أو في طبيعته نتائجه هو الذي يأخذ البعد الزمني مأخذ الجد، بحيث يتقيد بالوقت المحدد لتوفير النتائج المطلوبة قصد استثمارها في أخذ القرارات اللازمة إن على مستوى التوجيه التربوي أو الاختيار المهني أو غيرهما من المبادئ. وبالمناسبة فالنتائج التي تقدم قبل أو بعد الوقت المحدد لها تكاد تفقد كامل فائدتها.

#### \* السياق الملائم للتقويم

على أساس أن كل عملية تقويمية يحكمها دائما سياق معين إن على مستوى التطبيق والإنجاز أو على مستوى توظيف النتائج واستثمارها، فإن هذه العملية لا يمكنها أن تتجاهل أو تتجرد من منطق التدبير الذي يميز هذا السياق أو ذاك بخصوص الأنشطة والكفاءات المراد تقويمها وكل ما يحيط بها من مسلمات وقواعد وتمثلات... إلخ.

(ج) أما بخصوص أصناف التقويم فيمكن التعريف بها انطلاقا من مستويين أساسيين (Wolf، 1994):

\* الأول يهتم المنطق الذي يحكم كل محاولة لتصنيف عملية تقويم الكفاءات وممارساتها المختلفة ويؤكد على ربطها ببعدين اثنين:

- **بعد غائي** Téléologique يشكل فيه التقويم أداة غائية قوامها بلوغ هدف أو غاية محددة. وقد تكون هذه الغاية تفسيرية Elucidatrice متى كان هدفها المباشر يتحدد في بناء معرفة معينة حول موضوع التقويم وباعتماد أدوار المُقَوِّم والمُقَوِّم والمقرّر. وقد تكون تحويلية Transformatrice متى كان هدف التقويم يتحدد في الانتقال بالشخص المُقَوِّم إلى ما هو أفضل سواء في إطار التقويم الذاتي أو في إطار علاقة مُقَوِّم - مُقَوِّم أو في إطار اتخاذ المُقَوِّم صفة المُقرّر، إذ يختلط التقويم بالفعل وبالتدخل كما يحدث ذلك في الحصيلة السنوية لتزكية تفوق بعض المتدربين أو لتزكية ومكافأة بعض العمال الأكفاء، حيث تشكل هذه المناسبة تعبيراً واضحاً عن المزج بين التقويم والمراقبة.

- **بعد سياسي** Politique يتعلق بطبيعة الطرف المستفيد من عملية التقويم، إذ يمكن التمييز هنا بين التدخلات التعاونية Cooperatives التي يُوَطِّرها هذا النوع من التقويم الذي يخرج منه الشخص المُقَوِّم بفائدة محددة (شخصية أو تربوية أو مهنية...) لأنه هو الذي يقترحه، والتدخلات التوجيهية Directives التي يُوَطِّرها تقويم يقترحه فاعلون آخرون (مؤسسة، تنظيم، شريك...) وذلك بهدف تطوير أداء الأشخاص المُقَوِّمين وتحسين أسلوب تفكيرهم واندماجهم سواء في ميدان التعليم والتكوين أو في مجال العمل والتشغيل.

التقويم ومجالاته، يمكن الإقرار بأن تقويم الكفاءات وتدبيرها لا يمكنه أن يؤدي وظيفته الحقيقية إلا في هذا الإطار الشمولي الذي يزواج بين رغبات الفرد المتمدرس أو العامل وحاجات المؤسسات التربوية والمهنية. بمعنى الإطار الذي يزواج بين رغبات الفرد في علاقته بهذه المؤسسات وبظروف التمدرس والعمل.

إذن على أساس أن أي تقويم للكفاءات يشكل في مدلوله العام عملية استشارية يحكمها موقف تفاعلي بين خبير وزبون يبحث عن حل لمشكلته، ويتحدد هدفها المركزي في بيان كيف تتم الأشياء وفي أي اتجاه تتحرك وتتطور، فإن السؤال المطروح بهذا الخصوص يتعلق بتحديد أهم مكونات هذه العملية. حسب فوجلر Vogler يمكن إجمال مكونات التقويم في تسعة عناصر (Vogler، 1996):

\* **موضوع التقويم** الذي قد يتحدد في الكفاءة أو في غيرها من الموضوعات الأخرى. لكن المشكل يكمن في صعوبة تخصيص موضوع التقويم المتعلق بالكفاءة ذاتها لكونها تحيل في مدلولها على أشياء متعددة (قدرة، معرفة، مهارة، سمة شخصية، أداء... إلخ) وتثير مشاكل منهجية وسيكوسوسولوجية كثيرة.

\* **غاية التقويم** التي تتراوح بين ما هو وقائي (الحفاظ على النظام والأمن داخل المدرسة والمقابلة وغيرها)، وما هو تكفي (التطلع إلى إحداث تغيير تنظيمي أو إنساني أو معالجة قصور ما)، وما هو توضيحي (جمع معلومات حول موضوع التقويم وتشخيص أدائه ثم توفير المعرفة المطلوبة بخصوصه).

\* **سيرة التقويم** التي تتضمن فعل التقويم والإجراءات التي تنظمه أو تصاحبه مثل تحليل وتشخيص كفاءات معينة بهدف التوجيه والإرشاد التربويين أو الاختيار والانتقاء المهنيين.

\* **الحالات المستهدفة بالتقويم** التي وإن كانت تتوزع بين الأفراد والجماعات فإن غاية كل حالة من هذه الحالات هي التي تحدد الحاجة إلى التقويم وإلى توظيف نتائجه واستثمارها.

\* **إجراءات التقويم** التي هي عبارة عن تقنيات وأدوات مثل الملاحظة والمقابلة والاستمارة والاختبار والتدريب، يتم استخدامها لملاحظة نشاط الفرد وتقويم أدائه.

#### \* الأطراف المشاركة في التقويم والمتمثلة بالأساس في:

- الداعي إلى التقويم (فاعل تربوي، فاعل سياسي، مسير شركة أو مقولة... إلخ)

- واضع إجراءات التقويم ( واضع المقابلة أو الاستمارة أو الاختبار... إلخ)

- المُقَوِّم (عالم النفس المدرسي، عالم النفس الصناعي، مستشار توجيه، مدبر مهني... إلخ)

- المستهدف بالتقويم ( قد يتحدد في شخص بعينه أو في مؤسسة بعينها... إلخ)

\* **معايير وأنظمة الإحالة** التي تتجلى في التعليمات والقواعد المرتبطة إما بأدوات التقويم ومقاييسه وإما بأنساقه القيمية ومرجعياته الفردية والاجتماعية. فكل الأطراف المشاركة في التقويم مطالبة بالارتكاز على هذه التعليمات والقواعد. فالأمر يتعلق هنا بتعليمات أسلوب إجراء اختبار معين ويقود كيفية استخدام فعل التقويم. لكن في المقابل فإن هذه المعايير والقواعد توظف بدورها مجموعة من الرهانات التي تستلزمها الحاجة إلى عملية التقويم. وحسب Stufflebeam ستوفليبم (1987) توجد أربعة أنواع من الرهانات التي وإن كانت تتفاعل فيما بينها فهي تتوزع على النحو التالي (Savoie و Peterson و Eyres، 1995):

**نموذج التدخل الإلزامي Intervention perscriptive** ذي الغاية التطويرية للمؤسسة (المدرسة والمقولة والشركة...)، بحيث أن التقييم هنا وإن كان يخدم مصلحة الشخص المُقوّم، فهو مبني بالأساس على قرار إدارة المؤسسة لوحدها وذلك بهدف تشخيص أوضاع وظروف هذه الأخيرة وتحديد حاجيات ولوازم الرقي بها إلى ما هو أفضل. وتتحدد مقومات هذا الصنف التدخل في ما يلي:

#### جدول (3): مقومات التدخل الإلزامي

- الموضوع المقوم	- كل المعلومات الناجمة عن التجربة الذاتية للتمدرس والشغل والأشياء القابلة للملاحظة والتي تحيل على الوضعيات التعلمية والمهنية المتنوعة
- الغاية	- اتخاذ القرار لصالح المؤسسات المختلفة - التدخل من أجل تطوير تلك المؤسسات
- الأنشطة	- التقييم الإلزامي
- المستهدفون	- التحفيز الدراسي و التعبئة المهنية
- الإجراءات	- تقويم ونصائح إلزامية
- الفاعلون	- المتدخل: مسئول تربوي أو مهني - الزبون ( تنظيم أو مؤسسة )
- المعايير وأنظمة الإحالة	- الاستجابة لرهانات المنفعة - مبادئ وأسس إجرائية
- الفترة	- تقويم قبلي
- السياق	- تدبير منظومة التربية والتكوين والشغل

**نموذج التدخل التكويني Intervention formative** ذي الغاية التوجيهية، بحيث يتحدد دور عالم النفس هنا في تحفيز الشخص على تقويم ذاته وبناء مشروعه الدراسي أو المهني أو الشخصي والذي يطابق كفاءاته ومطامحه. وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذا الصنف من التدخلات يندرج في تلك التي يتم استخدامها في العادة في تقويم الكفاءات. فهو يختلف عن التدخلات السابقة كما يؤكد على ذلك لو موان (2002). فمن جهة لا يتعلق الأمر بتاتا بتقويم يجريه مُقوّم على شخص مُقوّم، ومن جهة أخرى لأن دور عالم النفس المُقوّم يتحدد أساسا في إجراء الاختبار وتفسيره مع الانخراط إلى حد ما في مسعى للتدخل أو المصاحبة. وتوضح مضامين الجدول التالي أهم مقومات هذا الصنف التدخل:

#### جدول (4): مقومات التدخل التكويني

- الموضوع المقوم	- مجموع المعلومات الناجمة عن التجربة الذاتية للعمل والأشياء القابلة للملاحظة والتي تحيل إلى وضعيات شخصية أو مدرسية أو مهنية
- الغاية	- مواكبة الشخص لاتخاذ قراره بنفسه - التدخل إلى جانب الشخص الذي يقوم نفسه بنفسه
- الأنشطة	- التقييم والنصح
- المستهدفون	- متمدرسون - عمال ومرشحوّن للعمل
- الإجراءات	- المقاربة الإكلينيكية
- الفاعلون	- عالم النفس: السيكوبيداغوجي - الزبون: الشخص المُقوّم
- المعايير وأنظمة الإحالة	- الاستجابة لرهانات المنفعة والواقعية والأخلاقية - سيكولوجية التوجيه
- الفترة	- تقويم متواصل
- السياق	- توجيه تربوي، انتقاء مهني

\* **أما المستوى الثاني** فيخص أصناف التدخلات المصاحبة لكل عملية تقويمية، بحيث يتضح من المقابلة بين غاية التقييم والشخص المُقوّم كعنصرين أساسيين لكل فعل تقويمي أن هناك إمكانية للحديث عن أربعة نماذج للتدخل:

**نموذج التدخل الاستقصائي Intervention investigatrice** ذي الغاية التفسيرية والتوجيهية. فهذا الصنف من التدخلات والذي يمثل النوع الأكثر كلاسيكية، يمارسه عالم النفس الخبير إما من أجل التوجيه والإرشاد في ميادين التربية والتكوين وإما من أجل الاختيار والانتقاء في قطاعات التشغيل والتوظيف. وتوضح مضامين هذا الجدول مقومات هذا النوع من التدخل:

#### جدول (1): مقومات التدخل الاستقصائي

- الموضوع المقوم	- كل الأشياء القابلة للملاحظة وتحيل على مفاهيم علمية جد محددة
- الغاية	- التشخيص والتنبؤ - التدخل من أجل خدمة الموضوع المُقوّم
- الأنشطة	- التقييم فقط (إجراء الاختبارات والاستمارات)
- المستهدفون	- متمدرسون يعانون الفشل وصعوبات في التعلم - مرشحوّن للعمل
- الإجراءات	- جد مصورنة
- الفاعلون	- عالم النفس (خبير، منفذ لتقنية معينة) - الزبون ( شخص أو تنظيم أو مؤسسة )
- المعايير وأنظمة الإحالة	- الاستجابة لرهانات الصحة والدقة - علم النفس الفارقي
- الفترة	- تقويم قبلي
- السياق	- توجيه تربوي، انتقاء مهني

**نموذج التدخل التوضيحي Intervention clarificatrice** ذي الغاية التفسيرية والتعاونية والذي يمارسه الخبير السيكلوجي في توجيه الأشخاص ومدّهم بالمعلومات الكافية بخصوص التخصصات والتكوينات والمهن والحرف التي تتطابق بشكل أفضل مع مؤهلاتهم وكفاءاتهم الشخصية والمعرفية، رغم ما تمثله بعض الرهانات الأخلاقية من صعوبات على مستوى درجة وصديقية تلك المعارف والمعلومات. وهذه مسألة توضحها مضامين الجدول التالي:

#### جدول (2): مقومات التدخل التوضيحي

- الموضوع المقوم	- كل الأشياء القابلة للملاحظة وتحيل على مفاهيم علمية مبنية بشكل جيد
- الغاية	- التشخيص والتنبؤ - التدخل من أجل خدمة الموضوع المُقوّم
- الأنشطة	- التقييم وتقديم النصائح
- المستهدفون	- أشخاص يرغبون في التقييم - أشخاص يرغبون في التقييم الذاتي
- الإجراءات	- مُصوّرنة
- الفاعلون	- عالم النفس (خبير ومستشار) - الزبون ( الشخص المُقوّم )
- المعايير وأنظمة افحالة	- الاستجابة لرهانات الأخلاقية واليقينية
- الفترة	- علم النفس الفارقي + علم النفس الاجتماعي
- السياق	- تقويم متواصل - توجيه

## المراجع

- Aubert, J ; Gilbert, P. (2003). L'évaluation des compétences, Pierre Mardaga: Sprimont (Belgique).
- Grégoire, (1996 ). L'évaluation des apprentissages, Paris, Bruxelles, De Boeck.
- Le moine, C. (2002). Se former au bilan de compétence. Comprendre et pratiquer cette démarche, Paris: Dunod.
- Moulin, M. (1992). L'examen psychologique et bilan de compétences, in M. Huteau (Dir). Les techniques psychologiques d'évaluation des personnes (p. 661-664). Paris: Etablissements d'applications psychologiques.
- Noizet, G ; Caverni, j.P. (1978). Psychologie de l'évaluation scolaire, Paris, PUF
- Reuchlin, M. (1976). Précis de statistiques, Paris, PUF.
- Reuchlin, M. (1999). Evolution de la psychologie différentielle, Paris, PUF.
- Vogler, J. (1996). L'évaluation. Paris: Hachette.
- Wolf, A. (1994). La mesure des compétences, Formation professionnelle, Revue européenne, n°1.

## خلاصة

بعد أن حاولنا في هذه الدراسة التعريف بالتقويم السيكولوجي للكفاءات من خلال استنتاج مفهومه واستحضار أهم مقوماته وأشكاله وأصنافه، نرى ضرورة التأكيد على الخلاصات التالية:

\* على أساس أن كل فعل تقويمي يتحدد في إمكانية بناء أحكام قيمة بخصوص كفاءات الإنسان، فإن إحدى الصعوبات المركزية لهذا الفعل تتجلى في أن هذه الكفاءات التي هي عبارة عن إنتاجات لبناءات شخصية أو جماعية ولا يمكن الاستدلال عليها إلا من خلال الأداءات، عادة ما تضيف طابع النسبية على كل تقويم.

\* لا يمكن فهم فعل التقويم وممارساته إلا في إطار شبكة غنية ومركبة من المكونات والعناصر المتمثلة بالخصوص في موضوعات التقويم وأنظمة الإحالة وقواعد الحكم.

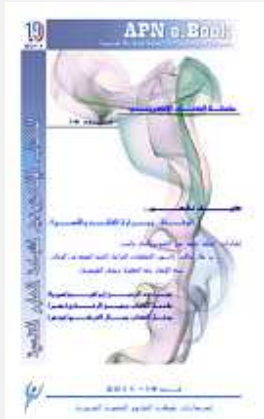
\* حيث إن كل فعل تقويمي يخضع لمؤاربات كثيرة، فإن تقنين أدواته وتدقيق إجراءاته يشكل مطلباً علمياً ضرورياً للحد من آثار تلك المؤاربات، رغم أن جانباً من ذاتية المقيّم يبقى مطروحا بالنسبة لتأويل الملاحظات والنتائج.

\* لكل فعل تقويمي منطق علمي يحكمه ويميزه عن معارف الإنسان الحدسية التي يوظفها في تدبير حياته اليومية. وتكمن قيمة هذا المنطق في ربط خبرة وممارسات الخبير السيكولوجي بغايات التقويم ومناهجه وفرضياته.

## الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 19

## كيف نفهم...الوفاة.. ومراة الفقد والأسى؟



أ. د. عبد الرحمن إبراهيم

[http://www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=119](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=119)

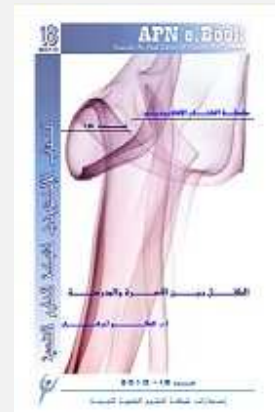
Summary

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB19AICont&Pref.pdf>

## الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية

العدد 18

## الطفل بين الأسرة والمدرسة



أ. د. الغالي أحرشاوا

[http://www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=118](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=118)

Summary

<http://www.arabpsynet.com/apneBooks/eB18GhACont&Pref.pdf>



## تقنين استبيان لقياس الأمل (قياس الأهداف) على البيئة الجزائرية

أ.د. بشير معمرية - علم النفس - باتنة - الجزائر

maamria03@yahoo.fr - bashir\_psy@hotmail.com

### مقدمة .

تحكي الأسطورة الإغريقية الشهيرة، "صندوق باندورا"، عن أميرة إغريقية، أهدتها الآلهة الغيورة على جمالها هدية عبارة عن صندوق غامض. طلبت الآلهة من "باندورا" ألا تفتح الصندوق على الإطلاق. لكن "باندورا" غلبها الفضول وحب الاستطلاع ذات يوم، فرفعت غطاء الصندوق لترى ما بداخله، فإذا بالعالم كله، تندلع فيه أكبر المآسي، من أمراض وآلام وجنون. لكن إله الرحمة جعلها تغلق الصندوق في الوقت المناسب، لتفوز بالترياق الذي يجعل بؤس الحياة محتملا، وهو "الأمل". (دانييل جولمان، 1995، 128).

ويقول سانت بول *Saint Paul* إن الأمل هو البعد الموازي للحب، وأن مستوى الأمل يعبر عن الشعور بجمال الحياة. (عبد المحسن إبراهيم ديغم، 2008، 91 - 97).

ومن وجهة نظر سيكولوجية يمنح الأمل *Hope* الإنسان أكثر من مجرد قليل من المواصلة وسط الأحزان، بل يؤدي دورا فاعلا في الحياة بصورة مدهشة. فالأمل يوفر ميزات في مجالات متنوعة مثل: تحقيق النتائج الدراسية الجيدة، وتحمل المهام الشاقة. والأمل بالمعنى النفسي، هو أكثر من رؤية مشرقة، توحى بأن كل شيء سيصبح "جيذا". وقد حدد سي. ر. سنايدر *C. R. Snyder* السيكولوجي بجامعة كانساس الأمريكية، معنى الأمل بدقة بقوله: "إنه اعتقادك بأنك تملك الإرادة والوسيلة لتحقيق أهدافك مهما كانت تلك الأهداف". (دانييل جولمان، 1995، 129).

طُرح الموقف الافتراضي التالي على الطلبة الجامعيين. "إنك حددت هدفك، وهو حصولك على درجة ب، عندما كانت درجتك في الامتحان الأول تستحق 30 % من الدرجة النهائية، لكنك حصلت على درجة د. والآن مضى أسبوع بعد أن عرفت أنك حصلت على درجة د، فماذا أنت فاعل؟".

لقد كان الأمل هو العامل المحدد للفروق بين الطلاب. فالطلاب المتصفون بدرجة عالية من الأمل، كان رد فعل هذه النتيجة عندهم، هو بذل جهد أكبر، والتفكير في مجموعة من المحاولات لرفع درجاتهم النهائية. أما الطلاب الذين يتصفون بقدر متوسط من الأمل، فكانوا يفكرون في وسائل عدة يمكن أن ترفع درجاتهم، لكن تصميمهم على تحقيق ذلك كان أقل بكثير عن المجموعة الأولى. أما الطلاب ضعيفو الأمل فقد استسلموا للنتيجة، وضعفت معنوياتهم.

أجرى سنايدر هذه الدراسة، وقام بمقارنة النتائج الأكاديمية للطلبة الجدد من ذوي الآمال العريضة والمنخفضة أيضا، فوجد أن الأمل كان أفضل مؤشر على درجاتهم في الفصل الدراسي الأول، أكثر من درجاتهم في اختبار الكفاءة (*SAT*) وهو الاختبار الذي يفترض أن يتنبأ بدرجة تحقيق النجاح أو الإخفاق في الجامعة (ويرتبط بدرجة كبيرة باختبار معامل الذكاء *I. Q*). وثبت أن الملكات الوجدانية مع القدرات العقلية، هي التي حددت الفرق الأساسي بين أولئك الطلبة. (دانييل جولمان، 1995، 128).

وبهذا المعنى يختلف الناس في درجة ما يحدوهم من آمال. فالبعض يعتقدون أنهم قادرون تماما على الخروج من مشاكل وصعوبات، بينما يعتقد آخرون أنهم يفتقرون إلى الطاقة والقدرة على تحقيق أهدافهم. ووجد سنايدر أن أصحاب الآمال العريضة يشتركون في بعض الخصائص، مثل قدراتهم على تحفيز أنفسهم، وشعورهم بأنهم واسعوا الخيلة بما يكفي للوصول إلى تحقيق أهدافهم، مؤكدين لأنفسهم أن الأمور إذا ما تعرضت لمشكل ما، لا بد أنها سوف تتحسن.

ويتصف أيضا الممتلئون بالأمل والمرونة من أجل إيجاد سبل للوصول إلى أهدافهم، أو تغيير الأهداف التي يستحيل تحقيقها. وهم يتمتعون بالخاسة الذكية التي تمكنهم من تقسيم مهمة صعبة إلى أجزاء صغيرة يمكن التعامل معها.

والأمل يعني من منظور الذكاء الاجتماعي، أنك لن تستسلم للقلق الشامل، أو للموقف الانهزامي، أو الاكتئاب في مواجهة الصعوبات التي تتحداك. والواقع أن الناس الذين يمتدنون الأمل في حياتهم، يواجهون اكتئاباً أقل من غيرهم، لأنهم يحاولون تخطيط حياتهم بما يحقق لهم الوصول إلى أهدافهم. إنهم، بصفة عامة، أقل قلقاً، وأقل من يتعرضون للمشاكل الانفعالية. (دانييل جولمان، 1995، 129).

وتقع مجوئ الأمل في قلب علم النفس الإيجابي *Positive Psychology*. وقد بدأ ظهور المفاهيم المرتبطة بالأمل في الدراسات النفسية والطبية النفسية في الخمسينات من القرن العشرين. وألقى تيار من البحوث الضوء على دور الأمل في تحقيق التوافق، وأهميته في تحقيق التغيير أثناء وبعد عملية العلاج، والرغبة في التعلم، والشعور بالسعادة. وعلى العكس من ذلك فقد لوحظ أن اليأس *Hopelessness* أو نقص الأمل، يعد عامل خطورة لا يهدد للإصابة بالاضطرابات العقلية بوجه عام فحسب، بل يهدد أيضاً للإصابة بالاكتئاب والسيكوباتية والسلوك الانتحاري بوجه خاص. كما تؤكد أن الأمل يقوم بدور المعدل *Moderator* لتأثير الضغوط على الصحة الجسمية. واتضح أيضاً تأثير الأمل على التطور النفسي والروحي. (أحمد محمد عبد الخالق، 2004، 184).

لكن وعلى الرغم مما بينته الدراسات السابقة من دور فعال للأمل في الحياة، إلا أن هناك من ينظر إليه نظرة سلبية. فقد صور المسرح الإغريقي الأمل على أنه نقطة الضعف الإنساني *Human foible* التي تجعل الناس يتحملون ما لا يطيقون من معاناة. فالأمل في المسرح الإغريقي هو السمة الشخصية التي يتحلى بها من هم أضعف في مواجهة المشكلات. وامتداداً لوجهة النظر السلبية نحو الأمل، يقرر أفلاطون *Plato* أن من يستمع إلى صوت الأمل، ويتعلق به، هو المرشد أو الناصح السخيف. أما أوريبيدز *Euripedes* فقد وصفه بالبلاء الإنساني. كما ذكر بنجامين فرانكلين *B. Franklin* أن من يعيش بالأمل سوف يموت صائماً. (عبد المحسن إبراهيم ديغم، 2008، 91 - 92).

إن هذه النظرة للأمل، تجعله شعوراً يتبناه ضفاف الإرادة، وناقصو الدافعية، ليجدوا شيئاً يعيشون من أجله. وأنه عبارة عن عقار ذي تأثير نفسي، أو مخدر، يدمنه ضفاف الهمم، لكي يتعايشوا مع ظروفهم المحبطة، لأنهم ليسوا قادرين على تغيير هذه الظروف.

## أهداف البحث

تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي :

(1) تقنين تقنين استبيان سنايدر للأمل على البيئة الجزائرية.

(2) توفير أداة قياس للأمل في البيئة الجزائرية، حتى تكون في متناول الباحث السيكولوجي الجزائري بهدف استعمالها لأغراض البحث العلمي أو للتنبؤ بالسلوك في مجالات الحياة المختلفة كالصحة والتحصيل الدراسي.

## تعريف الأمل.

بدأ الاهتمام بالأمل منذ بداية الخمسينات من القرن العشرين، وخاصة في الدراسات التي اهتمت بمستوى التوافق والصحة العامة والمرض. فقد لاحظ فرنش *French 1952* ومينجر *Menninger 1959* وجود علاقة بين الأمل وكل من الصحة العامة والسرعة في الشفاء والشعور بالهناء الشخصي والقدرة على التعلم. وفي الستينات من القرن العشرين بدأت الأبحاث في فحص الأمل بشكل إجرائي من خلال تناوله علمياً. وقد اهتم الأطباء النفسيون والسيكولوجيون بتنظيم الأفكار حول الأمل ووضع تعريف محدد له. حيث انتهت غالبية هذه الدراسات بتعريف الأمل على أنه "التوقعات الإيجابية لبلوغ الهدف". (عبد المحسن إبراهيم ديغم، 2008، 92).

ويعرف الأمل في اللغة العربية بأنه "الرجاء، وأكثر استعماله فيما يستبعد حصوله". (في مجمع اللغة العربية 1985 ص، 27). ولكن من الناحية النفسية يمكن أن يستوعب الأمل أو الرجاء ما يمكن وقوعه وما يستبعد حصوله معاً. ويقول الشاعر.

أعلل النفس بالأمل أرقبها \*\*\*\*\* ما أضيق العيش لولا فسحة الأمل.

وفي اللغة الإنجليزية ورد في معجم وبستر *Webster* أن "الأمل توقع موثوق به من أن رغبة ما سوف تتحقق". وينظر سنايدر وآخرون *1991 & C. R. Snyder others* إلى الأمل على أنه وجهة معرفية *Cognitive set* موجبة نحو تحقيق هدف. ويعرفون الأمل بأنه "حالة دافعية موجبة تعتمد على الشعور بالنجاح، وطاقة موجبة نحو الهدف، وتخطيط لتحقيق هذا الهدف". ولا شك في أن الأمل مفهوم ذو مغزى كبير، وذو أهمية في مجالات كثيرة تمتد من الدين إلى علم النفس. ويتداخل مفهوم الأمل والتفاؤل *Optimism*. وقد عرف ميشيل شيرر، تشارلز كارفر *1985 M. F. Scheier & C. S. Carver* التفاؤل بأنه "ميل متزايد إلى الاعتقاد بأن الأشياء الحسنة، وليست السيئة، سوف تحدث". (أحمد محمد عبد الخالق، 2004، 184).

ويعتبر عام 1991 تاريخ البداية الحقيقية لدراسة الأمل من خلال دراسات سنايدر *Snyder* الذي وضع تعريفين للأمل. أما التعريف الأول فيشير إلى أن الأمل عبارة عن "حالة من الدافعية الإيجابية تؤدي إلى النشاط الداخلي وتدعم الشعور بالنجاح". وقد تأسس هذا التعريف على مفهومين فرعيين هما.

(أ) الطاقة *Agency* أو الإرادة *Will*. وتعني مستوى الطاقة والقوة الموجهة للهدف.

(ب) المسارات أو السبل *Pathways*. وتعني القدرة على التخطيط لبلوغ الهدف.

أما التعريف الثاني فقد وصف الأمل على أنه "التوجه المعرفي الإيجابي الذي يعطي الشعور بالدافع القوي للنجاح". وقد ركز هذا التعريف على الإطار المرجعي للإنسان المتمثل في قدرته على تحديد الهدف والسير في مسارات وسبل لبلوغ هذا الهدف.

والأحداث السيئة يمكن وصفها إما بطريقة يائسة أو مفعمة بالأمل. كما في الأمثلة التالية التي يبينها الجدول رقم (1).

الأمّل	اليأس
عقلي متعثر حاليا	أنا غبي
المدير كان اليوم في مزاج سيء	المسؤولون دكتاتوريون
هناك احتمال بنسبة 50 % أن يكون هذا المرض قاتل	هناك احتمال بنسبة 50 % أن يكون هذا المرض قاتلا

ونفس الشيء بالنسبة لوصف الأحداث السعيدة التي يبينها الجدول رقم (2).

الأمّل	اليأس
أنا موهوب	أنا محظوظ
أنا متفوق على كل الناس	أنا متفوق على زملائي
سوف أنجح في امتحانات كل المواد	سوف أنجح في امتحان الرياضيات

إن الأشخاص الذين يفسرون الأحداث السعيدة على أنها دائمة وشاملة، ويفسرون الأحداث السيئة تفسيراً مؤقتاً ومحدداً، يستردون عافيتهم سريعاً ويتغلبون على المشكلات، ويندفعون إلى العمل بسهولة عندما ينجحون مرة. أما الأشخاص الذين يقدمون تفسيرات مؤقتة ومحددة للنجاح، وتفسيرات دائمة وشاملة للفشل، فإنهم يميلون إلى الانهيار تحت الضغوط، سواء لوقت طويل أم خلال المواقف، ونادراً ما يعودون إلى العمل. (مارتن سيلجمان، 2002، 92-93).

#### العلاقة بين الأمل ومتغيرات نفسية أخرى.

تمكن سنايدر وآخرون 2001، C. R. Snyder & others 2002 القيام بعدة دراسات حول علاقة الأمل بمتغيرات نفسية أخرى، فتوصلوا إلى النتائج التالية.

يرتبط الأمل إيجاباً بالتوافق النفسي بطرق عديدة. ويرتبط إيجاباً كذلك مع كل من اعتقاد الفرد بقدراته وبجدارته الشخصية وإدراكه لكفاءته الدراسية. وكذلك مع القبول الاجتماعي والقدرة البدنية والمظهر الجسمي وتقدير الذات والتفكير الإيجابي. ووجدت علاقة سالبة بين الأمل وكل من التشاؤم والاكئاب والوجدان السلبي. وتعد الدرجات المرتفعة على الأمل هامة خاصة بالنسبة لمن مروا بخبرات غير سارة كفقد شخص عزيز أو فقد الوظيفة. كما ترتبط الدرجة المرتفعة على الأمل بالتحصيل المرتفع لدى الأطفال وطلاب الجامعة والرياضيين، وكان الارتباط بين الأمل واختبارات الذكاء المقتنة منخفضة جداً وغير دالة إحصائياً. وبينت دراساتهم كذلك، أن الدرجة المرتفعة على الأمل ترتبط بالطرق الناجحة في حل المشكلات. ويرتبط بالصحة الجيدة وبسرعة الشفاء في حال المرض. كما يعتبر عاملاً مهماً في التقييم الإيجابي للأحداث السيئة. (أحمد محمد عبد الخالق، 2004، 185).

ويعتبر الأمل هو محور العلاج النفسي. وقد برهن كل من سنايدر وتايلور 2000 C. R. Snyder & J. D. Tylor على صدق هذه الفكرة من خلال عرضهما لنظرية الأمل مطبقة على العلاج النفسي، وقدا ما سُمّي "العلاج بالأمل Hope Therapy". (أحمد محمد عبد الخالق، 2004، 185-186).

أشار سنايدر إلى أن هناك بعض السمات الشخصية ترتبط بالأمل. فعلى سبيل المثال توجد علاقة بين الأمل وفاعلية الذات Self Efficacy لباندورا، حيث تشير فاعلية الذات إلى أن دافعية الفرد ترتبط بالعديد من الميكانيزمات من أهمها اعتقاد الفرد في كفاءته الشخصية وتوقعاته لسلوكه. ووجهة النظر هذه قريبة من مفهوم الأمل. ويرى باندورا أن

ووضع سنايدر وآخرون 1998 C. R. Snyder & others تعريفاً للأمل بأنه "التفكير الموجه نحو الهدف والقادر على تخطي الصعاب والمواقف والوقت".

ويحدد سنايدر بعض الخصائص التي تميز مرتفعي الأمل عن منخفضي الأمل، إلى أن مرتفعي الأمل يتميزون بالتفكير الإيجابي حول الذات، وأن لديهم أهدافاً يضعونها لأنفسهم، وهم دائمي السعي وراء إنجازها، كما أنهم يصلون إلى أهدافهم مع توقعات لاحتمالية النجاح أكثر من الفشل. بينما يسعى منخفضو الأمل إلى أهدافهم دون تخطيط أو مسارات، وهم دائمي الشك في قدراتهم على استعمال أي مسارات عقلية يملكونها، ولديهم توجهات سلبية نحو هذه المسارات من حيث فاعليتها ونجاحها في الوصول إلى الهدف. وتكون أهدافهم دائماً إما شديدة السهولة أو شديدة التعقيد، ويذهبون إليها باعتماد مسبق حول سوء الحظ، وتوقع الفشل أكثر من النجاح. وينظرون إلى أهدافهم نظرة مليئة بالخبرات الفاشلة السابقة في حياتهم. (عبد المحسن إبراهيم ديعم، 2008، 93-94).

#### نظرية سنايدر في الأمل.

تركز نظرية الأمل لدى سنايدر على مفهومي الطاقة والمسارات، حيث تشير الطاقة إلى القوة ومستوى الدافعية في التوجه نحو الأهداف. أما المسارات فتعني التخطيط للطرق المؤدية إلى الهدف. وهذان المفهومان هما اللذان يشكلان النظرية الأساسية للأمل. وتبعاً لهذه النظرية فإن الأمل يوصف على أنه القدرة الدافعة للوصول إلى النتائج الإيجابية أو الأهداف. وقد اعتمدت هذه النظرية على التقارير الذاتية حول أساليب التفكير للأهداف الشخصية والأساليب التي يتبعها الشخص لبلوغ هذه الأهداف. لذا فإن الأمل يعتبر أسلوباً ووجهة لتخطيط الأهداف. والأشخاص مرتفعو الأمل دائمو التفكير في أهدافهم المستقبلية، ودائمو السعي نحو بلوغ هذه الأهداف.

ووضع أفريل وآخرون 1990 Averill & others أربع قواعد أساسية في نظرية الأمل، يعتقد أنها معايير هامة في تصنيف الأشخاص حسب سمة الأمل.

القاعدة الأولى هي قاعدة التعقل والتدبر Prudential Rule وتشير إلى التوقعات المناسبة للفرد والتخمين الواقعي للأهداف.

القاعدة الثانية هي القاعدة الأخلاقية Moralistic Rule وتشير إلى مناسبة الأهداف للسياق الاجتماعي والأخلاقي والمعايير الثقافية.

القاعدة الثالثة هي قاعدة الأولوية Priority Rule وتشير إلى القدرة على تحديد الأسبقية للأهداف وأسلوب التعامل المناسب للوصول إلى الهدف.

القاعدة الرابعة هي قاعدة الفعل Action Rule وتشير إلى الاستعداد لإنجاز الأهداف بطرق مناسبة ولاتفة. (عبد المحسن إبراهيم ديعم، 2008، 94-95).

#### نظرية سيلجمان في الأمل.

يسكن الأمل عقول كثير من الناس على مختلف أعمارهم وجنسهم وجنسياتهم ووظائفهم. وقد تناول علماء النفس بالبحث من أجل تحليله وفهم كيفية عمله. ويعتقد مارتن سيلجمان 2002 M. Seligman بما أن نقيض الأمل هو اليأس، فإن هناك عاملين يؤخذان معاً لتفسير وجود الأمل أو اليأس لدى فرد ما.

(1) في حالة الأمل، يكون الاعتقاد في أسباب دائمة وشاملة للأحداث السعيدة، مع أسباب مؤقتة ومحددة للأحداث السيئة.

(2) في حالة اليأس، يكون الاعتقاد في أسباب دائمة وشاملة للأحداث السيئة، وأسباب مؤقتة ومحددة للأحداث السعيدة.

المتغيرات	الأمل
التفاؤل	0.601
التوقعات العامة للنجاح	0.553
حل المشكلات	0.620
تقدير الذات	0.582
تحقيق الذات	0.724
الهدف من الحياة	0.721
تقدير الحياة	0.775
الشعور بالتماسك	0.706
الجاذبية الاجتماعية	0.300

الثانية هي الصدق التعارضي من خلال حساب معاملات الارتباط بينه وبين استبيانات أخرى تقيس متغيرات لها اتجاه نفسي مضاد (سليبي) من الناحية النظرية. والجدول رقم (4) يبين معاملات الارتباط المستخرجة.

المتغيرات	الأمل
البياس (بيك Beck)	0.513 -
الاكتئاب (بيك Beck)	0.430 -
السلوك الانتحاري	0.347 -
سبعة استبيانات من MMPI - 2	0.300 و -
	0.600

وأمكن كذلك استخراج عاملين من الاستبيان يطابقان التوقع النظري الأصلي تماما وهما : الطاقة والمسارات. ويرتبط العاملان ارتباطا موجبا. وتراوحت معاملات الارتباط بين 0.38 إلى 0.60 على ثماني عينات.

وكان للاستبيان كذلك صدق تمييزي في دراسات عديدة.

#### حساب معاملات الثبات.

تم حساب الثبات بطريقتين هما.

الأولى هي طريقة إعادة تطبيق الاستبيان (معامل الاستقرار عبر الزمن). وتراوحت المدة الزمنية بين التطبيقين بين ثلاثة وعشرة أسابيع. فجاءت معاملات الارتباط بين التطبيقين تتراوح بين : 0.73 و 0.85.

الثانية هي طريقة كرونباخ من خلال استخراج معامل ألفا. وجاءت المعاملات كما يلي. الدرجة الكلية تراوحت بين 0.74 و 0.88. الطاقة تراوحت بين 0.70 و 0.84. المسارات تراوحت بين 0.63 و 0.86. (أحمد محمد عبد الخالق، 2004، 186 - 187).

**ملاحظة.** اعتمدت على المرجع السابق في جمع البيانات السيكومترية السابقة ولم تذكر في هذه البيانات خصائص العينات التي أجريت عليها الدراسات، سواء من حيث العدد أم العمر أم الجنس أم الوضع الاجتماعي.

#### بعض البيانات المعيارية.

في الدراسات الكثيرة التي أجريت على استبيان الأمل على عينات أمريكية، تبين أن المتوسط الحسابي يساوي 25 والانحراف المعياري 3 تقريبا على طلاب الجامعة. ولم تظهر فروق فردية بين الجنسين، ولم يختلف التركيب العملي للاستبيان بين الجنسين. (أحمد محمد عبد الخالق، 2004، 187).

#### إعداد الاستبيان إلى البيئة العربية.

أعد هذا الاستبيان إلى البيئة العربية أحمد محمد عبد الخالق، قسم علم النفس جامعة الكويت عام 2004. وبدأت عملية إعداد الاستبيان بترجمته من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية. ثم روجعت الترجمة من

العمليات المعرفية التي تنظم فاعلية الذات تركز على الأهداف الخاصة بالمواقف، وهذه هي ذاتها فكرة الطاقة والمسارات التي يتضمنها مفهوم الأمل. ويعتقد سنايدر كذلك أن الأمل يرتبط بتقدير الذات. وتأتي طبيعة الارتباط بين المفهومين من مراجعات هيويت 1998 Hewitt التي توصلت إلى تعريف تقدير الذات على أنه "معرفة الفرد للكثير عن نفسه". ويتفق هذا التعريف مع معنى جوهرى في الأمل وهو مدى وعي الفرد بإمكاناته وقدراته ومدى تركيزه على الوصول إلى أهدافه. ويشير سنايدر إلى وجود ارتباط بين الأمل ونمط السلوك - أوالعدائية. حيث يشير إلى أن ذوي نمط السلوك - أ لديهم العديد من الأهداف يسعون باستمرار وراء تحقيقها. كما أنهم يبحثون عن أهداف لتحقيقها. هذا إلى أدائهم السريع وأسلوبهم العدائي تجاه الآخرين. وتتفق هذه السمات مع مفهومي الطاقة والمسارات في مفهوم الأمل. (عبد المحسن إبراهيم ديعم، 2008، 96).

ويرتبط الأمل كذلك بالتفاؤل. فالأمل يشير إلى اهتمام الأفراد وتطلعهم إلى النتائج المرتبط بالأهداف المستقبلية الإيجابية. أما التفاؤل فيشير إلى توقع الأفراد إلى نتائج إيجابية في المستقبل. وقد وجد معاملات ارتباط موجبة ودالة إحصائيا بين كل من التفاؤل والدرجات على الطاقة والمسارات والدرجة الكلية على الأمل، على 137 ذكرا و 179 أنثى من طلاب الجامعة متوسط أعمارهم 21.50 سنة. (عبد المحسن إبراهيم ديعم، 2008، 100).

#### قياس الأمل.

وضع سنايدر وزملاؤه 1991 استبيانا لقياس الأمل. يتضمن 12 بندا؛ ثمانية منها لقياس الأمل، وأربعة بنود إضافية عبارة عن مشتتات أو حشو Filler لا علاقة لها بقياس الأمل وبالتالي لا تصحح. وقد تم تصميم بنود الأمل لقياس مدى وجود أفكار مرتبطة بالتوجه نحو الهدف Directed لدى الفرد. وتتوزع بنود قياس الأمل الثمانية على بعدين فرعيين هما :

1) البعد الأول أطلق عليه الطاقة أو الإرادة أو القدرة على الفعل. ويتكون من أربعة بنود تقيس درجة دافعية الفرد للتحرك نحو أهدافه كما يدركها هو.

2) البعد الثاني أطلق عليه السبل أو المسارات. ويتكون من أربعة بنود كذلك، تقيس قدرة الفرد على إيجاد طرق أو مسالك عملية للوصول إلى أهدافه كما يدركها في ظل ظروف معوقة أو غير معوقة للسعي نحو الهدف. ويمكن ضم البنود التي تقيس البعدين معا لتنتج عنهما الدرجة الكلية للأمل. ويجاب عن البنود ضمن أربعة بدائل أو اختيارات هي : خطأ تماما، خطأ غالبا، صحيح غالبا، صحيح تماما. وتم تصميمه لاستعماله مع الراشدين، وقد استعمل مع عينات من الأسوياء والمرضى والطلاب. وتصحح الإجابات بتدرج الدرجات من 1 إلى 4. وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية نظريا بين 8 - 32، وارتفاع الدرجة يدل على ارتفاع الشعور بالأمل.

#### الخصائص السيكومترية للاستبيان في البيئة الأمريكية.

##### حساب معاملات الصدق.

تم حساب صدق الاستبيان بطريقتين.

الأولى هي الصدق الاتفاقي من خلال حساب معاملات الارتباط بينه وبين استبيانات أخرى تقيس متغيرات لها نفس الاتجاه النفسي (إيجابي) من الناحية النظرية. والجدول رقم (3) يبين معاملات الارتباط المستخرجة.

الإرادة وأرقامها هي. 2، 9، 10، 12. أما البنود التي تحمل أرقام 3، 5، 7، 11 فهي مشتقات أو حشو فلا تصحح. وقد وضع معد الاستبيان في الدراسة الحالية أربعة بدائل للإجابة وهي. لا، قليلا، متوسطا، كثيرا. وتتل أربع درجات كما يلي. صفر، 1، 2، 3. وتجمع الدرجات على البنود الثمانية لتمثل الدرجة الكلية على استبيان الأمل. ويمكن تقديمه للمفحوصين باسم "استبيان الأهداف".

### عينة التقنين.

تكونت عينة التقنين من 629 فردا؛ منهم 324 ذكرا و 305 أنثى. تراوحت أعمار عينة الذكور بين 15 - 50 سنة. بمتوسط حسابي قدره 22.03 وانحراف معياري قدره 4.13. وتراوحت أعمار عينة الإناث بين 16 - 42 سنة. بمتوسط حسابي قدره 21.84 وانحراف معياري قدره 3.74. وتم سحب العينتين (الذكور والإناث) من ثانويات ولاية باتنة، ومن كليات جامعة الحاج لخضر بباتنة، وشملت الطلبة والموظفين والأساتذة والأطباء، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة.

تم تطبيق استبيان الأمل من قبل الباحث شخصيا. واستغرقت عملية التطبيق من شهر أكتوبر 2009 إلى شهر مارس 2010.

### الخصائص السيكومترية للاستبيان.

بعد إجراءات التطبيق وتصحيح إجابات المفحوصين على استبيان الأمل، والاستبيانات المطبقة معه، أسفرت هذه العمليات عن النتائج التالية فيما يتعلق بصدق وثبات الاستبيان على عينتي البحث.

**الصدق.** تم حساب معامل الصدق بثلاث طرق.

(1) الصدق التمييزي أو قدرة الاستبيان على التمييز بين مجموعتين متطرفتين.

### عينة الذكور.

لحساب هذا النوع من الصدق، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية. حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور، حجم كل عينة يساوي 87 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن = 324).

والجدول رقم (5) يبين قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور.

العينة المتغير	العينة العليا		العينة الدنيا		قيمة "ت"
	ن = 87	م	ن = 87	م	
الأمل	23.96	3.70	12.74	2.13	**23.37

\*\* قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى 0.01.

يتبين من قيم "ت" في الجدول رقم (5) أن الاستبيان يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الأمل. مما يجعله يتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الذكور.

### عينة الإناث.

تمت المقارنة كذلك بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الإناث، حجم كل عينة يساوي 82 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن = 305).

ثلاثة أساتذة بقسم علم النفس جامعة الكويت. وقد طلب منهم تحديد مدى تكافؤ المعنى في اللغتين، وذلك بمراجعة كل بند معرب ومقارنته بالبند المقابل له في الاستبيان الأصلي باللغة الإنجليزية. ونفذت التعديلات اللازمة التي قال بها الأساتذة المراجعون للترجمة. ثم روجعت الترجمة العربية للاستبيان من قبل ثلاثة من أعضاء هيئة التدريس في قسم اللغة الإنجليزية في جامعة الكويت، وهم ممن يتقنون اللغتين العربية والإنجليزية. بعد ذلك ترجمت الصيغة العربية للاستبيان ترجمة عكسية Back Translation إلى اللغة الإنجليزية من قبل مترجم مستقل ليست له دراية بالاستبيان. وأخيرا تم فحص الترجمة العكسية الإنجليزية للاستبيان من قبل مؤلفه الأصلي (سنايدر) وقرر أن الترجمة دقيقة. وقد كان عنوان الصيغة الأصلية للاستبيان هو "استبيان الأهداف". ويجاب عن بنوده ضمن أربعة بدائل أو اختيارات، وتتراوح الدرجة عن كل بند بين 1 إلى 4. وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية نظريا على الاستبيان بين 8 - 32، وارتفاع الدرجة يدل على ارتفاع الشعور بالأمل.

### الخصائص السيكومترية للاستبيان في البيئة الكويتية.

#### حساب معاملات الصدق.

تبين أن استبيان الأمل يرتبط إيجابا باستبيانات تقيس التفاؤل وتقدير الذات والوجدان الإيجابي والرضا عن الحياة والانبساط والسعادة والصحة النفسية والصحة الجسمية والتدين. كما تبين أن استبيان الأمل يرتبط سلبا بكل من التفاؤل والوجدان السلبي والقلق. وتم استخراج عامل الطاقة والسبل يناظران تماما ما تم استخراجها في الدراسة الأصلية. ودل تحليل الانحدار المتعدد أن أهم منبئات الأمل هي على التوالي، التفاؤل والوجدان الإيجابي وتقدير الذات والاستماع إلى الموسيقى.

#### حساب معاملات الثبات.

تم حساب معامل ألفا على عينة من طلاب جامعة الكويت من الجنسين تكونت من 223 طالبا وطالبة. فبلغ 0.68. (أحمد محمد عبد الخالق، 2004، 187 - 188).

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم عرضها في الفقرات السابقة، سواء في أمريكا أم في المجتمع الكويتي، أن استبيان الأمل له خصائص سيكومترية مرتفعة. ولكن، ما مدى توافر هذه الخصائص لهذا الاستبيان في البيئة الجزائرية؟ هذا التساؤل يثير مشكلة بحثية، وهي التي سوف يتصدى الباحث لدراستها في الجزء التالي من الدراسة الحالية.

### مشكلة الدراسة.

تحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية :

(1) ما معاملات الصدق التمييزي والاتفاقي والتعارض لاسْتبيان الأمل على عينة من الجنسين من البيئة الجزائرية.

(2) ما معاملات الثبات بطريقة إعادة تطبيق القائمة وطريقة حساب ألفا لكرونباخ لاسْتبيان الأمل على عينة من الجنسين من البيئة الجزائرية.

(3) ما المعايير التائية لدرجات استبيان الأمل على عينة من الجنسين من البيئة الجزائرية.

(4) ما الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات الأمل.

### الإجراءات الميدانية لتقنين قائمة الأمل على البيئة الجزائرية

#### وصف الاستبيان.

يتكون الاستبيان من 12 بندا تقريبا. أربعة منها تقيس السبل أو المسارات وتحمل أرقام 1، 4، 6، 8. وأربعة بنود الأخرى تقيس الطاقة أ

### 3) الصندق التعارضى.

لحساب هذا النوع من الصندق، تم تطبيق استبيان الأمل مع قائمة بيك لقياس اليأس. (بدر محمد الأنصاري، 2001، 165) واستبيان معمريية لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين. (بشير معمريية، 2007، 189 - 191). واستبيان قياس التشاؤم. (أحمد محمد عبد الخالق، 1998، 62). وقائمة بيك الثانية للاكتئاب (غريب عبد الفتاح غريب، 1990). واستبيان قياس القلق (أحمد محمد عبد الخالق، 2000، 41).

ويبين الجدول رقم (8) معاملات الارتباط بين استبيان الأمل ومتغيرات اليأس والتشاؤم والاكتئاب والقلق.

المتغيرات	العينات	حجم العينة	معاملات الارتباط
اليأس/ بيك	ذكور	21	**0.617 -
	إناث	87	**0.424 -
	ذكور وإناث	108	**0.543 -
اليأس/ معمريية	ذكور	21	**0.459 -
	إناث	87	**0.430 -
	ذكور وإناث	108	**0.441 -
التشاؤم	ذكور	74	*0.242 -
	إناث	68	*0.286 -
	ذكور وإناث	142	**0.277 -
الاكتئاب	ذكور	43	**0.624 -
	إناث	52	**0.807 -
	ذكور وإناث	95	**0.646 -
القلق	ذكور	41	0.175 -
	إناث	27	*0.408 -
	ذكور وإناث	68	*0.289 -

\*\* دالة إحصائية عند مستوى 0.01. \* دالة إحصائية عند مستوى 0.05.

يتبين من معاملات الصندق التعارضى في الجدول رقم (8) أن استبيان الأمل يتصف بمعاملات صدق مرتفعة لارتباطه بدلالة إحصائية مع كل من اليأس والتشاؤم والاكتئاب والقلق.

الثبات. تم حساب الثبات بطريقتين.

(1) طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار.

(2) طريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ.

ويبين الجدول رقم (9) معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا لكرونباخ.

نوع معامل الثبات	نوع العينة	حجم العينات	معامل الثبات
طريقة إعادة التطبيق (بعد أسبوعين)	ذكور	93	**0.783
	إناث	83	**0.759
	كلية	176	**0.772
طريقة إعادة التطبيق (بعد أسبوعين)	ذكور	324	0.667
	إناث	305	0.731
	كلية	629	0.705

\*\* دالة إحصائية عند مستوى 0.01.

### مجالات استعمال استبيان الأمل.

يمكن استعمال استبيان الأمل في المجالات التالية :  
(1) لتقدير ما لدى الفرد من سلوك الأمل.

والجدول رقم (6) يبين قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث.

المتغير	العينة العليا ن = 82		العينة الدنيا ن = 82	
	ع	م	ع	م
الأمل	21.36	0.99	12.83	2.07

\*\* قيمة "ت" دالة إحصائية عند مستوى 0.01.

يتبين من قيم "ت" في الجدول رقم (6) أن الاستبيان يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في الأمل. مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصندق لدى عينة الإناث.

### 2) الصندق الاتفاقى.

ولحساب الصندق الاتفاقى، تم تطبيق استبيان الأمل مع استبيانات لقياس كل من متغيرات معنى الحياة (هارون توفيق الرشيدى، 1996). والثقة بالنفس (عادل عبد الله محمد، 2000). والمثابرة (جمال مختار حمزة، 1999)، وفعالية الذات (محمد السيد عبد الرحمن، 1998). والتفاؤل (أحمد محمد عبد الخالق، 1998، 62). والسعادة الحقيقية (مارتن سيلجمان، 2002). والسعادة (مايسة أحمد النبال، ماجدة خميس علي، 1995، 32). والرضا عن الحياة (مجدي محمد الدسوقي، 1998).

ويبين الجدول رقم (7) معاملات الارتباط بين استبيان الأمل ومتغيرات معنى الحياة والثقة بالنفس والمثابرة وفعالية الذات والتفاؤل والسعادة الحقيقية والسعادة والرضا عن الحياة.

المتغيرات	العينات	حجم العينة	معاملات الارتباط
معنى الحياة	ذكور	115	**0.374
	إناث	98	**0.262
	ذكور وإناث	213	**0.323
الثقة بالنفس	ذكور	115	**0.628
	إناث	98	**0.575
	ذكور وإناث	213	**0.600
المثابرة	ذكور	52	**0.603
	إناث	48	**0.461
	ذكور وإناث	100	**0.577
فعالية الذات	ذكور	43	**0.761
	إناث	45	**0.783
	ذكور وإناث	88	**0.785
التفاؤل	ذكور	73	*0.266
	إناث	69	*0.273
	ذكور وإناث	142	**0.247
السعادة الحقيقية	ذكور	19	**0.603
	إناث	21	**0.625
	ذكور وإناث	40	**0.597
السعادة	ذكور	64	**0.440
	إناث	54	**0.765
	ذكور وإناث	118	**0.594
الرضا عن الحياة	ذكور	41	*0.342
	إناث	27	*0.453
	ذكور وإناث	68	**0.362

يتبين من معاملات الصندق التعارضى في الجدول رقم (7) أن استبيان الأمل، يتصف بمعاملات صدق مرتفعة لارتباطه اتفاقيا بدلالة إحصائية مع كل من معنى الحياة والثقة بالنفس والمثابرة وفعالية الذات والتفاؤل والسعادة الحقيقية والسعادة والرضا عن الحياة.

درجة تائية	درجة خام	درجة تائية	درجة خام	درجة تائية	درجة خام
52	18	26	9	1	0
54	19	29	10	5	1
57	20	32	11	6	2
60	21	35	12	9	3
63	22	38	13	12	4
66	23	40	14	15	5
68	24	43	15	18	6
		46	16	21	7
		49	17	23	8

### تحديد مستويات الأمل.

حدد الباحث أربع مستويات للأمل مستعملا الدرجات الخام و الدرجة المعيارية التائية كما يلي.

### عينة الذكور

يبين الجدول رقم (13) الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات الأمل لعينة الذكور ن = 324.

مستويات الأمل	الدرجة المعيارية التائية	الدرجة الكلية الخام
لا أمل	1 - 11 درجة	4 - 0
أمل قليل	14 - 26 درجة	9 - 5
أمل متوسط	28 - 40	14 - 10
أمل كبير	43 فأكثر	15 - 24

### عينة الإناث

يبين الجدول رقم (14) الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات الأمل لدى عينة الإناث ن = 305.

مستويات الأمل	الدرجة المعيارية التائية	الدرجة الكلية الخام
لا أمل	1 - 12 درجة	4 - 0
أمل قليل	15 - 26 درجة	9 - 5
أمل متوسط	29 - 40	14 - 10
أمل كبير	43 فأكثر	15 - 24

### المراجع

- 1 - أحمد محمد عبد الخالق (1998). التفاؤل وصحة الجسم : دراسة عاملية. مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد السادس والعشرون العدد الثاني. جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي.
- 2 - أحمد محمد عبد الخالق (2000). الدراسة التطورية للقلق. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- 3 - أحمد محمد عبد الخالق (2004). الصيغة العربية لمقياس "سنايدر" للأمل. دراسات نفسية المجلد الرابع عشر العدد الثاني. القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
- 4 - العارف بالله محمد الغندور (1999). أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة. بحث المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي "جودة الحياة". القاهرة، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس.
- 5 - بدر محمد الأنصاري (2001). إعداد صورة عربية لمقياس "بيك" لليأس. مجلة الإرشاد النفسي العدد الرابع عشر. القاهرة، مركز الإرشاد النفسي جامعة عين شمس.

(2) للتنبؤ ما سوف يكون عليه سلوك الفرد الصحي والإنجازي في المستقبل.  
(3) لاتخاذ إجابات المفحوص على أسئلة الاستبيان كمادة أولية تبنى عليها مقابلة عيادية.

(4) لإجراء البحوث النفسية من أجل التعرف على مدى تواجد الأمل لدى الأفراد، أو الفروق بين الجماعات المختلفة في الأمل، أو العلاقة بين الأمل ومتغيرات سلوكية أخرى.

### المعايير .

أولا : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية :

1- تم حساب المتوسط الحسابي بالمعادلة التالية :

$$م = \frac{\text{مجم س}}{ن}$$

م = المتوسط الحسابي، مجم = مجموع، س = الدرجة، ن = عدد أفراد العينة.

2- تم حساب الانحراف المعياري بالمعادلة التالية :

$$ع = \sqrt{\frac{\text{مجم س}^2}{ن} - م^2}$$

ع = الانحراف المعياري، مجم = مجموع، س = الدرجة، ن = عدد أفراد العينة، م = المتوسط الحسابي

الجدول رقم (10) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفقا للجنس.

الجنس	العمر	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الذكور	15 - 50	324	17.41	3.54
الإناث	16 - 42	305	17.58	3.51

س = الدرجة، م = المتوسط الحسابي، ع = الانحراف المعياري، 10 انحراف معياري جديد، 50 متوسط حسابي جديد.

### عينة الذكور

يبين الجدول رقم (11) الدرجات الخام والدرجات المعيارية التائية لعينة الذكور ن = 324.

درجة خام	درجة تائية	درجة خام	درجة تائية	درجة خام	درجة تائية
0	1	9	26	18	51
1	3	10	28	19	54
2	6	11	31	20	57
3	8	12	34	21	60
4	11	13	37	22	63
5	14	14	40	23	65
6	17	15	43	24	68
7	20	16	45		
8	23	17	48		

### عينة الإناث

يبين الجدول رقم (12) الدرجات الخام والدرجات المعيارية التائية لعينة الإناث ن = 305.

12. مارتن سيلجمان (1998). **تعلم التفاؤل**. الطبعة الأولى. تعريب ونشر مكتبة جرير (2003) - الرياض.
13. مارتن سيلجمان (2002). **السعادة الحقيقية**، استخدام علم النفس الإيجابي الحديث لتحقيق أقصى ما يمكنك من الإشباع الدائم. الرياض، مكتبة جرير.
14. مایسة أحمد النبال، ماجدة محمد خمیس (1995). **السعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والشخصية لدى عينة من المسنين والمسنات**. مجلة علم النفس، العدد السادس والثلاثون. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
15. مجدي محمد الدسوقي (1998). **دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين صغار السن**. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد الثامن العدد العشرون. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
16. محمد السيد عبد الرحمن (1998). **فاعلية الذات لدى المدخنين**. دراسات في الصحة النفسية، الجزء الأول. القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- \* تستعمل الدرجات التائية وغيرها من الدرجات المعيارية لمقارنة درجة فرد بغيره ممن في مثل جنسه أو سنه أو مستواه التعليمي. ولكنها لا تستعمل إطلاقاً في حال إجراء البحوث، حيث تستعمل الدرجات الخام التي حصل عليها المفحوصون على أدوات القياس التي أجابوا عن بنودها.

- 6 - **بشير معمريّة (2007)**. استبيان لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين وتقنيته على عينات من البيئة الجزائرية. **بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، الجزء الأول**. الجزائر، منشورات الخبر.
- 7 - جمال مختار حمزة (1999). **الفروق في المثابرة وفقاً لمتغير جنس الأطفال ومستوى تعليم الأب**. التربية للبحوث التربوية والنفسية والاجتماعية. كلية التربية، جامعة الأزهر.
- 8 - دانييل جولمان (1995). **الذكاء العاطفي**. ترجمة : ليلي الجبالي. مراجعة : محمد يونس. سلسلة عالم المعرفة، العدد 262. الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- 9 - عادل عبد الله محمد (2000). **الصحة النفسية : الهوية، الاغتراب، الاضطرابات النفسية**. الطبعة الأولى. القاهرة، دار الرشد.
10. عبد المحسن إبراهيم ديمغ (2008). **الفاعلية الذاتية وأساليب مواجهة الضغوط كمتغيرات محكية للتمييز بين الأمل والتفاؤل**. دراسات عربية في علم النفس، المجلد السابع العدد الأول. القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رام).
11. غريب عبد الفتاح غريب (1990). **مقياس الاكتئاب (د)**. التعليمات ودراسات الثبات والصدق وقوائم المعايير. الطبعة الثانية. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

## الملحق

### استبيان لقياس الأمل (قياس الأهداف)

سي. ر. سنايدر وآخرون 1991 *C. R. Snyder & others*

العمر	.....
الجنس	.....
المهنة	.....
المستوى التعليمي	.....
التخصص العلمي	.....
تعليمات	.....

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف تفكيرك وكيف تحقق أهدافك في الحياة. اقرأها جيدا، ثم بين مدى انطباقها عليك، وذلك بوضع علامة X تحت كلمة لا أو قليلا أو متوسطا أو كثيرا. أجب عن كل العبارات.

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1 - أستطيع أن أفكر في عدة طرق للتخلص من مأزق أو مشكلة	.....	.....	.....	.....
2 - أسعى بكل اهتمام وجدية لتحقيق أهدافي	.....	.....	.....	.....
3 - أشعر بالتعب في معظم الوقت	.....	.....	.....	.....
4 - لكل مشكلة أكثر من طريقة لحلها	.....	.....	.....	.....
5 - أتهم بسهولة في أي جدال	.....	.....	.....	.....
6 - هناك أكثر من طريقة عندي للحصول على الأشياء المهمة لي في الحياة	.....	.....	.....	.....
7 - أشعر بالقلق على صحتي	.....	.....	.....	.....
8 - بإمكانني أن أجد وسيلة لحل المشاكل حتى عندما تحبط الآخرين	.....	.....	.....	.....
9 - لقد حسنت تجاربي السابقة إعدادي للمستقبل	.....	.....	.....	.....
10. أنا ناجح جدا في حياتي	.....	.....	.....	.....
11. عادة ما يصيبني القلق حول بعض الأمور	.....	.....	.....	.....
12. عادة ما أحقق الأهداف التي وضعتها لنفسي	.....	.....	.....	.....



## الفروق في تصنيف الأشياء ومستوى الذكاء بين أطفال ليبيا والسودان

أ.د. عمر هارون الخليفة - مؤسس مشروع طائر السمبر، السودان  
ابتسام سالم المزوغ - جامعة الجبل الغربي، ليبيا

okhaleefa@hotmail.com

### المخلص

هدف هذا البحث إلى التعرف على الفروق في مستوى الذكاء وتصنيف الأشياء (علاقي- تجريدي)، في كل من ليبيا والسودان. ولتحقيق هذا الهدف تم توظيف المنهج الوصفي وتكونت عينة البحث من (800) مبحوث من تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي تراوحت أعمارهم ما بين (9-12) سنة، طبق عليهم اختبار المصفوفات المتتابعة المعياري ومقياس أساليب التصنيف لشيواو (Chiu, 1972). أظهرت النتائج فروق دالة إحصائية في عملية تصنيف الأشياء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان حيث مال الأطفال في ليبيا لتصنيف الأشياء في حين صنفت الأشياء من قبل الأطفال في السودان بموجب التجريد، وأظهرت النتائج أيضاً فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان لصالح الأطفال في ليبيا، وفيما يخص سرعة الإجابة على اختبار المصفوفات المتتابعة المعياري فقد كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان ولصالح الأطفال في السودان وكانوا الأسرع في الإجابة على اختبار المصفوفات.

عقلية واحدة أم من مجموعة من القدرات العقلية المستقلة، فظهرت العديد من النظريات لتفسير طبيعته أفرزتها جهود مجموعة من العلماء أمثال سبيرمان Spearman، ثرستون Thurstone، ثورنديك Thorndike، فرنون Vernon، جيلفورد Guilford، كاتل Cattell، بياجيه Piaget، جاردنر Gardner، وستيرنبرغ Sternberg، وقد نتج عنها أنواعاً متعددة للذكاء مثل الذكاء المجرد، الذكاء الميكانيكي، الذكاء الاجتماعي، الذكاء الوجداني وغيرها من أنواع الذكاءات بالإضافة إلى قدرات عديدة أوضحها جيلفورد في نموذجها والتي تصل إلى 180 قدرة عقلية، وهكذا ظل ميدان الذكاء ميداناً خصباً للبحوث والدراسات (الكيال، 2004). ويرتبط الذكاء بعملية التصنيف وهذا ما توضحه لنا اختبارات الذكاء وما تحويه من تصنيف بين طيات بنودها، فالقوصي (1955) يرى أن أي اختبار عقلي يتضمن عملية تصنيف (أبو حطب، 1978)، وأشار حافظ (1978) إلى أن كينج (King, 1949) أجرى بحثاً عن العلاقة بين اختبارات التصنيف واختبار وكسلر بليفو للذكاء انتهى فيه إلى وجود علاقة وثيقة بينهما اعتماداً على نتائج التحليل العاملي، مما يؤكد وجود عوامل مشتركة بينهما.

### 2.1- مشكلة الدراسة

تشكل الطفولة المرحلة المهمة في بناء شخصية الفرد وتكوين هويته الذاتية والاجتماعية، لذا فإن طبيعة التربية والتنشئة الاجتماعية التي يتلقاها الطفل ترسم إلى حد بعيد ملامح شخصيته في المستقبل، وإن كان التطور العقلي للطفل يتم في مراحل محددة ومتعاقبة تسير بموجب نظام قياسي محدد وفي تسلسل ثابت إلا أننا نلاحظ أن أطوال هذه المراحل قد تتفاوتت تفاوتاً ملحوظاً من فرد لآخر تبعاً لعوامل عدة قد يكون أهمها ثراء بيئة الطفل (بطرس، 2004) أو جنس الطفل ومستوى الذكاء وأحياناً حتى الاختلافات الثقافية من مجتمع إلى آخر والتي تمتد تأثيرها إلى الوظائف العقلية وكيفية أداء بعض هذه الوظائف والتي من بينها التصنيف، وحسب رأي نسيبت (Nisbett, 2004) فإن عملية التفكير قد لا تكون واحدة عبر ثقافات مختلفة، وأن الاختلافات الثقافية تنشأ نتيجة تعرض الأفراد لتجارب

### 1- المقدمة

تعد مهارة التصنيف واحدة من أهم مهارات التفكير، بل هي مهارة أساسية لبناء الإطار المرجعي المعرفي للفرد، كما أنها ضرورية للتقدم العلمي وتطوره، فبدون التصنيف لن نكون قادرين على التعامل مع العالم المحيط بنا، حيث إن القدرة على تصنيف الأشياء ضمن مجموعات تحدد طبيعة الاستجابة لها (جروان، 1999). ويمثل التصنيف القدرة على تجميع الأشياء التي لها نفس الخصائص، وتعتبر مهارة التصنيف من أولى المهارات التي يكتسبها الطفل، وفيها يتم تصنيف الأشياء بناء على اشتراكها في خصائص معينة. وتتسم المجموعات التي يكونها الأطفال عادة بطابعها الهش، إذ تخضع للملاسات المكانية والزمنية للأشياء من جهة، كما تخضع لرغبات الطفل من جهة أخرى. ويستطيع الطفل من الثالثة إلى الخامسة من عمره إقامة أشكال أولية من التصنيفات عندما تقدم له أدوات ولعب تتفاوت درجة تجانسها، وفيما بين الرابعة والسادسة ينمي الطفل قدرته على التصنيف تبعاً لمعايير موضوعية عن طريق الممارسة والتجريب أثناء اللعب التلقائي أو النشاط الموجه، وبعد ذلك تظهر مرونة متدرجة في ممارسة التصنيف بدرجة تسمح للطفل بمراجعة تنظيمه السابق لإدخال عناصر جديدة عليه تبعاً للتعليمات، مثل قائمة ناقصة من الأشياء يقوم الطفل بإكمالها (مطر، 2008). وتتأثر عملية التصنيف باعتبارها عملية نفسية بالعديد من العمليات العقلية والخبرات الانفعالية التي يمر بها الفرد خلال تفاعله مع البيئة الثقافية والاجتماعية المحيطة به، وهذا ما أكدته دراسة شيواو (Chiu, 1972) والتي أهتم فيها بمعرفة أثر البيئة الثقافية والاجتماعية في مهارة التصنيف وخلص من خلالها إلى وجود اختلاف واضح في تصنيف الأشياء بين الأطفال الصينيين والأطفال الأمريكيين. ويعد الذكاء من المفاهيم التي أثارت الجدل لسنوات طويلة حول طبيعته وكيفية قياسه بالرغم مما يعكسه مفهومه من قدرة الإنسان على الاستفادة من الخبرة والتعلم ومحاولة السيطرة على المشكلات في البيئة المحيطة، وما يتضمنه من قدرات على التجريد وتكوين المفاهيم على المستوى الشكلي أو النظري. فقد تناول علماء النفس الذكاء من زوايا مختلفة وبأساليب متنوعة في محاولة منهم لفهم مكوناته، فهل يتكون من قدرة

**تعريف المصطلحات****- التصنيف**

التصنيف نشاط إدراكي يتطلب تكوين مجموعات من الأشياء وذلك من خلال تعامل الكائن مع الأشياء، وينشأ كاستجابة للأحداث، وتعميم بهذه الاستجابة (بترس، 2004). "إن كل مفهوم لصفة معطى هو تمثيل واعي للشئ المصنف سواء كان صورة أو تمثيل عقلي بلا شكل" (Nisbett, 2004). والتصنيف هو القدرة على تنويع وتجميع الأشياء عن طريق خاصية أو صفة (إيفال، 2004). ويعرفه الباحثان إجرانيا بأنه الدرجة المتحصل عليها في مقياس تصنيف الأشياء لشيواو ( Chiu, 1972) وفقا للعلاقات (العلاقي) والتشابه (التجريد). يقصد بالتصنيف في هذه الدراسة الاختلاف بين أفراد العينة في تصنيفهم للأشياء وفقا للعلاقات والتجريد.

**- الذكاء**

يعرف تشارلز سبيرمان الذكاء بأنه القدرة على إدراك العلاقات والمتعلقات (عبد الخالق، 1996). وهو القدرة على حل المشكلات والاستدلال ( Lynn & Vanhnen , 2002 ) . وإجرانيا الذكاء هو القدرة العقلية لعينة الدراسة مقاسة باختبار المصفوفات المتتابعة المعياري.

**2- الإطار النظري وتراث المشكلة****الذكاء:**

تعددت تعريفات الذكاء وارتبطت بشتى ميادين النشاط الإنساني، وقد تطور مفهومه منذ بداية القرن العشرين وحتى الآن، فقد عرفه تيرمان Terman بأنه القدرة على الاستمرار في التفكير المجرد، وعرفه وكسلر Wechsler بأنه إمكانية الفرد أو قدرته على السلوك الهادف والتفكير منطقياً والتعامل بفاعلية مع البيئة في حين، عرف جودارد Goddard الذكاء بأنه مدى قدرة الفرد على الإفادة من خبراته وحل المشكلات التي تواجهه والتنبؤ بالمشكلات المقبلة (الخالدي، 2004). كما عرفه ستودارد Stoddard بأنه القدرة على القيام بأنشطة تصنف بأنها صعبة، معقدة، مجردة، اقتصادية، تتلاءم مع الهدف، ذات قيمة اجتماعية ولها صفة الأصالة (أبو علام وشريف، 1995). ويرى كاتل Cattell أن الذكاء نوعان: الذكاء المتبلور (Crystallized Intelligence) ويشير إلى الذكاء اللفظي والنتاج عن تراكم المعلومات والمهارات في ثقافة معينة، و الذكاء السائل (Fluid Intelligence) وهو ذكاء مجرد متصل بعمليات التفكير الأساسية بصرف النظر عن المعلومات المكتسبة من خلال الثقافة (نشواتي، 1993؛ طه، 2006 )، ويرى جاردنر (Gardner, 1983, 1993) أن الذكاء إمكانية تتعلق بالقدرة على حل المشكلات بالإضافة إلى تشكيل النواتج في سياق خصب وموقف طبيعي، وهو إمكانية بيولوجية وهو نتاج للتفاعل بين العوامل التكوينية والعوامل البيئية. وقد حدد جاردنر في بداية كتابه (أطر العقل) سبعة أنواع من الذكاء وهي الذكاء اللغوي، الذكاء الرياضي، الذكاء المنطقي، الذكاء الموسيقي، الذكاء المكاني، الذكاء الجسدي الحركي، الذكاء الاجتماعي والذكاء الشخصي، كما أشار إلى أن هناك ثلاثة أنواع جديدة من الذكاء يمكن أن تضاف إلى الذكاءات السابقة وهي الذكاء الطبيعي، الذكاء الروحي، والذكاء الوجودي. وتستخلص الباحثة من التعريفات الأنفة عدم اتفاق الباحثين والخبراء والمنظرين على تحديد معنى الذكاء وذلك لاختلاف ثقافتهم وتخصصاتهم المعرفية غير أن كل التعريفات تركز على قدرة الفرد العقلية سواء كانت قدرته على التفكير ومثلما اختلف العلماء في تحديد مفهوم الذكاء اتخذوا اتجاهات مختلفة في مجرد أو قدرته على التكيف مع البيئة ومشاكل الحياة أو قدرته على اكتشاف العلاقات وكل هذه القدرات يمكن قياسها أو قياس أثارها باستخدام اختبارات معدة لذلك، وهذا ما دفع البعض مثل (عدس وتوق، 1986) إلى

وخبرات مختلفة. فالاختلاف في إدراك الأشياء ربما يشير إلى اختلاف في مستوى الذكاء وطريقة التعلم ويؤثر فيها أيضاً، فالمحتوى الثقافي والاجتماعي والذي يتأثر به الطفل ربما يؤثر في طريقة وأسلوب إدراك وتصور الأشياء وبالتالي تصنيفها وقد يختلف الأطفال في ذلك تبعاً لبعض المتغيرات.

من خلال ما سبق يمكن القول أن مشكلة البحث تتمحور في السؤال الرئيسي التالي: ما هي العلاقة بين مستوى الذكاء وتصنيف الأشياء في ليبيا والسودان؟ وتدرج تحت هذا السؤال التساؤلات التالية:

- 1- هل توجد فروق دالة إحصائية في عملية تصنيف الأشياء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان؟
- 2- هل توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان؟
- 3- هل توجد فروق دالة إحصائية في سرعة الإجابة على اختبار المصفوفات بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان؟

**3.1- أهمية الدراسة**

تتلخص أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

- 1- قلة الدراسات العربية التي تناولت موضوع التصنيف بصفة عامة وربطه بالذكاء على وجه الخصوص.
- 2- ترجح أهمية هذا البحث للعلاقة بين التصنيف والذكاء وهذا ما توضحه أغلب اختبارات الذكاء باحتوائها على عمليات تصنيف بين طيات بنودها فلا يكاد يخلو أي اختبار عقلي من عملية التصنيف (أبو حطب، 1978). فالتصنيف يمثل كيفية التفكير بينما يمثل الذكاء التفكير بشكل كمي، وبالتالي يمكن النظر إلى اختيار أسلوب تصنيف معين ضمن دلائل غير المؤثرات الثقافية والذي تناولته أغلب الدراسات السابقة والتي تناولت عملية التصنيف كعلاقته بمستوى الذكاء مثلاً، فهذا البحث يعد دراسة لعملية التفكير كون الذكاء والتصنيف ركنان أساسيان في عملية التفكير.

- 3- ترجح أهمية هذه الدراسة إلى كونها دراسة عبر ثقافية تتناول التصنيف في قطرين متجاورين بما يحويان من اختلافات ثقافية وأحياناً حتى دينية.

**4.1- أهداف الدراسة**

1. التعرف على الفروق في عملية تصنيف الأشياء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان.
2. التعرف على الفروق في مستوى الذكاء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان.
3. التعرف على الفروق في سرعة الإجابة على اختبار المصفوفات بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان.

**5.1- فروض الدراسة:**

1. توجد فروق دالة إحصائية في عملية تصنيف الأشياء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان.
2. توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان.
3. توجد فروق دالة إحصائية في سرعة الإجابة على اختبار المصفوفات بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان.

شخصي وطبيعي (أوزي، 2006؛ نوفل، 2007؛ إبراهيم، 2007؛ طه، 2006)، ويقول جاردنر بوجود شكلاً تساعاً وهو الذكاء الوجودي، وسيلحق بقائمة الذكاءات السابقة بمجرد التأكد من وجود الخلايا العصبية التي يتواجد بها (أوزي، 2006؛ جمل، 2005). ويضيف طه (2006) أن جاردنر يشير إلى وجود ذكاء عاشر وهو الذكاء الروحي الذي يتضمن الاهتمام بالقضايا الكونية والخبرات فوق الحسية. ويرى ستيرنبرغ من خلال نظريته الثلاثية جوانب وهي: الذكاء العملي، الذكاء الخبراتي والذكاء البيئي (عدس، 1999؛ نوفل، 2007).

#### التصنيف:

يعد التصنيف مهارة أساسية من مهارات التفكير، فهي إحدى المهارات العشرين التي حددها الجمعية الأمريكية للإشراف وتطوير المناهج في كتابها "أبعاد التفكير" سنة 1988، كما أن التصنيف مرحلة من مراحل الإدراك (التمييز - التصنيف - الفرز - التكامل) فإدراك الأشكال والأنماط والعلاقات بين الأنماط يتطلب تصنيفاً (بدير، 2004)، فالتصنيف بشكل عام هو عملية توزيع الأشياء وفق خصائص مشتركة في فئات، وقد أشار الأنصاري (1995) إلى أن يبايحه عرف التصنيف بأنه: القدرة على وضع الأشياء أو الحوادث أو أي شيء في مجموعات مع استخدام هذه المجموعات بصورة منسقة ومناسبة (السماحي، 2005)، كما عرفها سعادة (2003) بأنها مهارة تستخدم لتجميع الأشياء على أساس خصائصها أو صفاتها ضمن مجموعات أو فئات أو أنها عملية عقلية يتم من خلالها وضع الأشياء معاً ضمن مجموعات بحيث تجعل منها شيئاً ذا معنى، أما بيار (1987, Beyer) فعرفها بأنها مهارة تفكيرية معرفية أساسية لإجراء عملية التفكير لكونها عامل مساعد في حفظ وتعليم الأشياء إذ تتميز بالدقة وتنظيم الأشياء والموضوعات في مجموعات بإتباع قاعدة أو قانون محدد وقد تكون هناك أكثر من قاعدة لتصنيف موضوع معين في أكثر من مجموعة، ويعرفها شياو (1972, Chiu) بأنها عملية استخلاص أوجه الشبه بين المثيرات والاستجابة أو التعرف على العلاقات بين المثيرات ووضعها في مجموعات إما لأوجه الشبه أو العلاقات. وترى الباحثة أن مهارة التصنيف هي عملية فرز أو تنظيم الأشياء بناء على اشتراكها في خصائص أو وجود علاقة تربطها والتصنيف حسب موضوع هذه الدراسة هو وضع الأشياء في مجموعة بناء على التشابه (تجريد) مثل وضع (السكين والمقص) في مجموعة للتشابه بينهما، أو وضع الأشياء في مجموعة بناء على الوظيفة (العلاقات) مثل (السكين الخبز).

وقد أشار شياو (1972, Chiu) في تعريفه إلى أن تصنيف الشيء لأوجه التشابه أو العلاقات. وبالتالي يمكن القول أن للتصنيف أسلوبين الأول أسلوب التصنيف التجريدي: يقصد بالتصنيف التجريدي ضم المفردات أو الأشياء في مجموعات تصنيفية لكونها من جنس واحد أو من نوع واحد فترتبط مفردات المجموعة مع بعضها لأوجه الشبه أو لانتمائها لنفس النوع وتستخدم في هذا الأسلوب قاعدة التشابه لتمييز الأشياء إلى مجموعات أي أن التركيز فيه على السياق والعوامل المستقلة. وقد بينت الدراسات التي تناولت أثر الثقافة على أسلوب التصنيف (Chiu, 1972, Norenzayen, Smith & Nisbett, 2002) أن الغربيين ميلين إلى استخدام هذا الأسلوب أي أنهم يفكرون تفكيراً مجرداً وذلك لفصلهم الأشياء عن السياق واستخدامهم لقاعدة التشابه لتمييز وتصنيف الأشياء إلى مجموعات، والثاني أسلوب التصنيف العلاقي: من خلال هذا الأسلوب يتم ضم أشياء، تترايط مع بعضها البعض بناء على علاقة تكاملية مثل الجمع بين الزهرة والنحلة، مع أنهما غير مشابهتين (كالجزر والباطا) وإنما توجد علاقة داخلية أو وظيفية بينهما ويتسم هذا الأسلوب باستنباط العلاقات بين المثيرات بعيداً عن ربطها اعتماداً على التشابه بينها. كما ناقشت بعض

تعريف الذكاء بأنه الشيء أو القدرة التي تقيسها اختبارات الذكاء.

ومثلما اختلف العلماء في تحديد مفهوم الذكاء اتخذوا اتجاهات مختلفة في تفسيرهم لطبيعته من خلال مجموعة من النظريات التي حاولت تفسير هذا المفهوم كل وفق الاتجاه الذي يبناه، فسبيرمان من خلال نظريته يرى أن الذكاء يمكن فهمه من خلال عاملين أو بعدين مهمان الأول هو العامل العام ورمزه بالرمز (G) ويعني القدرة على أداء مهمات مختلفة أو القدرة على إدراك العلاقات وهي قدرة يستخدمها الأفراد في إنجاز أعمالهم، والثاني هو العامل الخاص ورمزه بالرمز (S) ويعني القدرة على أداء نوع معين من المهمات مثل اختبار المفردات، علم الحساب، الذاكرة (Sternberg & Williams, 2002؛ معوض، 2002)، ويرى ثورندايك من خلال نظريته أن العمليات العقلية هي نتيجة عمل جهاز عصبي مركب يقوم بوظيفته بشكل معقد يصعب وصفه؛ ويرى أن الذكاء نتاج عدد كبير من القدرات العقلية المترابطة، والتي تتوقف على عدد ونوعية الارتباطات أو الوصلات العصبية التي يكونها الفرد نتيجة الخبرات التي يمر بها (نوفل، 2007).

وأن الفروق الفردية في الذكاء والملاحظة في سلوك الأفراد ومقدار المعارف لديهم ترجع إلى فروق في عدد الارتباطات العقلية وحيثما يخطئ الفرد في تفكيره فهذا تعبير عن ارتباط خاطئ، والجهل يعني غياب الارتباط (الشيخ، 1982). أما تومسون في نظريته لا ينكر العامل العام ولا يغالي في وجوده، ففكرة نظريته تقوم على أن أي نشاط عقلي يعتمد في جوهره على عينة من النشاط وبالتالي يصبح العامل عاماً، وقد يضيّق مجاله فيقتصر على فئة محددة من مظاهر ذلك النشاط فيصبح العامل طائفيًا، وقد يقتصر على مظهر واحد من مظاهر النشاط فيسمى العامل خاصاً (السيد، 1976؛ إبراهيم، 2007). وينضم فرنون في بنيتها الهرمية الذكاء بشكل هرمي، تمثل قاعدته عوامل خاصة مماثلة لعوامل سبيرمان الخاصة يليها مجموعة عوامل صغرى تمثل تجميعات عوامل فرعية داخل كل من العامل اللفظي والعامل المكاني، ويتقاسم المستوى الثالث عاملان أساسيان الأول يمثل القدرات اللفظية المتأثرة بالتربية والعامل الثاني في هذا المستوى يمثل القدرات المكانية الميكانيكية، ويأتي العامل العام (G) على قمته (طه، 2006).

وقدم كاتل (Cattell) نموذجاً هرمياً جعل على قمته العامل العام (G) وأدى منه عاملان مساعدان هما الذكاء المتبلور (Crystallized Intelligence). ويشير إلى الذكاء اللفظي والنتائج عن تراكم المعلومات والمهارات في ثقافة معينة، والثاني الذكاء السائل (Fluid Intelligence) وهو ذكاء مجرد متصل بعمليات التفكير الأساسية بصرف النظر عن المعلومات المكتسبة من خلال الثقافة، وقد لعبت هذه النظرية دوراً في التفرقة بين قدرات الذكاء ذات الأساس البيولوجي وبين القدرات ذات الأساس الثقافي وكانت أساساً لما يعرف فيما بعد باختبارات الذكاء المتحررة من التأثير الثقافي (نشواتي، 1993، طه، 2006؛ Sternberg & Williams, 2002). وتوصل جيلفورد في نظريته لبناء للذكاء مفترضا أن الذكاء البشري يتكون من نظام ذي ثلاثة أبعاد وهي: العمليات، المحتوى والناتج، وبناء على محتويات كل بعد هذه الأبعاد وتفاعل مكوناتها ينتج عنه (120) قدرة عقلية أي (4 محتويات × 5 عمليات × 6 أنواع)، وفي عام 1970 أعاد جيلفورد النظر في بعد المحتوى و بعد العمليات فأصبح عدد القدرات في نمودجه (180) قدرة (6 عمليات × 5 محتويات × 6 ناتج) (علام، 2002). وحدد جاردنر سبعة أنواع للذكاء في الصورة الأولى لنظريته عام 1983 ثم أضاف لها نوعاً جديداً هو الذكاء الطبيعي وبذلك أصبح للذكاء ثمانية أنواع وهي: اللغوي، المنطقي الرياضي، المكاني، الموسيقي، جسمي حركي، اجتماعي،

بحث سابق يقول أن التفكير عند شعوب آسيا أكثر شمولية بينما التفكير الغربي أكثر تحليلاً. تكونت عينة الدراسة من (85) مفحوص قسموا إلى مجموعتين (45) مفحوص يمثلون ثقافة آسيا وهم من أصل صيني، و (40) مفحوص لهم خلفية قوية عن الثقافة الغربية وهم من أصل أمريكي، قام الباحثون بعرض مجموعة من الصور الأصلية والمستهدفة (78) محاولة (39) منها تتطلب الإجابة بنعم، و (39) تتطلب الإجابة بلا، حيث تعرض 3 صور على المشاركين في كل مرة اثنين من هذه الصور تستخدم كأصول والصورة الأخرى تستخدم كهدف، حيث أن إحدى الصور الأصلية ترتبط مع الصورة الهدف أو تشترك معها أو أنها تنتمي إلى نفس التصنيف الدلالي. لقد أظهرت هذه الدراسة أن التفاعل بين الثقافة وأسلوب التصنيف كان دالاً حيث استجاب الأسيويين للتصنيف بناء على العلاقات الوظيفية أما الأمريكيين مالوا للتصنيف بناء على التشابه وفي ذلك اتفاق مع نتائج دراسة شيواو (Chiu, 1972).

### 3- منهج الدراسة

#### 1.3- تمهيد

تم استخدام المنهج الوصفي لتوافقه مع أهداف البحث، فهو يهتم بتوظيف الوحدات أو الشروط والعلاقات التي توجد بالفعل ( أبو حطب وصادق، 1991). ولا يتوقف هذا المنهج عند حد الوصف بل يتناول الحقائق بالتحليل والتفسير وذلك لاستحداث معرفة جديدة (حمدان، 1989).

#### 2.3- عينة الدراسة:

تم اختيار عينة عشوائية بسيطة من بلدي الدراسة بحجم متساو إضافة إلى تساوي العنيتين من حيث الجنسية حيث اختيرت عينة عشوائية بحجم 800 مبحوث. أخذت العينة السودانية من ولاية الخرطوم وضمت أطفال من وسط المدينة ومن الريف خاصة الريف الجنوبي لمدينة أم درمان منطقة الصالحة وتتميز المنطقة بانخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي مقارنة بوسط المدينة بينما جمعت العينة الليبية من المنطقة الغربية موزعة على ثلاث مناطق (الزاوية، أبو عيسى، صبراتة) كانت العينة تضم ريف والحضر وشبه متجانسة تقريبا اقتصاديا واجتماعيا.

#### 3.3- أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف البحث كان لابد من اختيار أدوات تتناسب متغيراته وعليه تم استخدام مقياسين لغرض التحقق من فرضيات البحث وهما :-

أولا : اختيار المصنفات المتتابعة العادي (المعياري) . وهو أحد اختبارات المصنفات الثلاث (المعياري، الملون والمتقدم) أعدها عالم النفس الإنجليزي جون ريفن (Raven, 1958). وهذا المقياس متحرر من التأثير الثقافي، يقيس الذكاء العام ، القدرة على الاستدلال، الذكاء السيال، القدرات البصرية وحل المشكلات ( Lynn & Vanhanen, 2002 ).

أ - وصف الاختبار: يتكون اختبار المصنفات المتتابعة العادي من 60 مصفوفة مقسمة على خمسة أجزاء، كل جزء يحتوي 12 مصفوفة تتدرج من السهولة إلى الصعوبة، وكذلك تتدرج الأجزاء الخمسة، وكل مصفوفة عبارة عن مستطيل به رسومات أو أشكال حذف منها جزء، والمطلوب من المفحوص أن يتعرف على الجزء المحذوف من بين ستة أو ثمانية بدائل معطاة أسفل المستطيل (في الجزء الأول والثاني عدد البدائل ستة وفي باقي الأجزاء ثمانية بدائل) (أبو حطب، 1979؛ الخطيب و المتوكل، 1998؛ الطشاني، 2005). ويعد هذا الاختبار متحررا من الثقافة، يقيس الذكاء العام، القدرة على الاستدلال، الذكاء السيال، القدرات البصرية وحل المشكلات ( Lynn & Vanhanen, 2002 ).

النظريات كيفية تعلم الأطفال تصنيف الأشياء وتجميعها ومنها نظرية بياجيه، نظرية فيجو تسكي ونظرية برونر.

#### الدراسات السابقة:

يعد موضوع الذكاء من الميادين الخصبة للبحث والدراسة لتأثره وتأثيره في العديد من المتغيرات، وقد تعددت وتنوعت المقاييس التي استعملت لقياسه، ويعتبر اختبار المصنفات المتتابعة المعياري أحد هذه المقاييس وهو الاختبار المستخدم في هذه الدراسة، وقد أجريت العديد من الدراسات على هذا الاختبار بهدف تكييفه للبيئات المحلية، ففي ليبيا قام الطشاني وآخرون (2005) بتقنيته على عينة بلغ حجمها (1600) مفحوص من سن (9-18) سنة كل مرحلة عمرية تضم (160) مفحوص مناصفة من الذكور والإناث. وقد أظهرت النتائج ارتفاعا في درجات المفحوصين على الاختبار مع الزيادة في العمر، كما بينت النتائج عدم وجود فروق كبيرة تعزى إلى الجنس فيما عدا المرحلة العمرية (11 سنة) حيث كانت الفروق دالة إحصائيا بين الجنسين ولصالح الإناث. أما الوقت المستغرق في الإجابة على الاختبار فقد أوضحت النتائج أن العلاقة بين درجات الاختبار والزمن المستغرق في الإجابة عليه هي علاقة طردية، أي كلما زاد الزمن المستغرق في الإجابة على الاختبار زادت درجة المفحوص والعكس صحيح، وقد تراوح معامل الارتباط بين درجات الاختبار والزمن المستغرق في الإجابة عليه ما بين (0.20-0.46) .

كما أجرى الخطيب والمتوكل (2001) دراسة على اختبار المصنفات المتتابعة العادي بهدف تقنيته على البيئة السودانية، حيث تم تطبيقه على (6877) مفحوصا من وقد كشفت النتائج عن زيادة منتظمة في متوسط الدرجات على الاختبار مع التقدم في العمر، وكانت الفروق دالة في حالة العينة الكلية بين الأعمار (9،10 سنوات) وبين (10،11 سنة)، وبين (12، 13 سنة) ، ولم تشر النتائج إلى الوقت المستغرق للإجابة على اختبار المصنفات العادي في هذه الدراسة. كما قام كلا من الدباغ وطاقة وكوماريا (1982) بتقنين اختبار المصنفات المتتابعة العادي على البيئة العراقية، فطبق على (7135) مفحوصا تراوحت أعمارهم ما بين (11-60 سنة) وبدون تحديد وقت ثابت للإجابة على الاختبار، غير أن الوقت الذي استغرق لإنهاء الاختبار كان بمعدل ساعة واحدة. وفيما يخص عملية التصنيف فقد أجريت دراسات عبر ثقافية ومقارنة لمعرفة أثر الثقافة على مهارة التصنيف وأساليبها دراسة عالم النفس الصيني شيواو (Chiu, 1972) حيث انطلق في دراسته من فرضية اختلاف الأطفال الشرقيين عن الأطفال الغربيين في تصنيفهم للأشياء وذلك لاختلاف ثقافتهم. فأجرى دراسته على عينة مكونة من (278) طفل نصفهم صينيون ونصفهم الآخر أمريكيان وكل مجموعة تمثل ثقافتها، كشفت النتائج أن الأطفال الصينيين يميلون إلى أسلوب التصنيف العلاقي استناداً على الوظيفة بينما الأطفال الأمريكيين كانوا يميلون إلى التصنيف التجريدي. وقد صنف شيواو الاستجابات قسمين الأول وصفية تحليلية، والثاني استجابات تصنيفية استدلالية ومن خلال هذه النتائج أثبت شيواو (Chiu, 1972) الادعاء القائل بإتباع الشرقيين لأسلوب التفكير الكلي، التركيز على السياق وإتباع الغربيين أسلوب التفكير التحليلي بفصل الأشياء عن السياق . كما قام مالط (Malt, 1995) بمراجعة 25 بحث في مجال التصنيف الشعبي للحيوانات والنباتات، وقد وجد مالط (Malt) أن التصنيف الشعبي في الثقافات الأخرى غالبا ما يتفق مع أسلوب التصنيف الشعبي (التجريدي) إلا أن الاتفاق ليس كاملا على افتراض لوجود عوامل أخرى مثل دلالة نبات أو حيوان معين في ثقافة ما قد تؤثر على نوع التصنيف .

وفي دراسة أخرى للمؤثرات الثقافية على أساليب مهارة التصنيف قام كل من نيسبت ونورنزيان وسميث ( Norenzayan, Smith & Nisbett, 2002) بدراسة تجريبية لبحث الفروق الثقافية في التصنيف، منطلقين من

جدول (4): المتوسطات والانحرافات حسب الجنس في درجات المقياس (الخطيب والمتوكل، 2001).

العمر بالسنوات	الذكور		الإناث	
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
9 سنوات	22.382	10.248	21.227	10.556
10 سنوات	25.634	10.947	22.131	10.825
11 سنة	27.099	11.290	27.287	13.551
12 سنة	29.034	12.664	28.053	14.667

وينضح من العرض السابق ميزات الصدق والثبات بهذا الاختبار حيث يعتبر وسيلة مثلى لقياس العامل لهذه الفئة العمرية.

#### ثانياً: تقنين الاختبار في البيئة الليبية:

قام الطشاني وآخرون (2005) بتقنين اختبار المصفوفات المتتابعة المعياري على عينة من مدارس مدينة البيضاء والمناطق المحيطة بها، حيث طبق على عينة قوامها (1600) مفحوص من الذكور والإناث تراوحت أعمارهم بين (9 - 18) سنة والملتحقين بالمدارس العامة للعام الدراسي (2003 - 2004). وقد أظهرت النتائج تمتع الاختبار بمعاملات ثبات صدق مرتفعة، كما دلت معاملات الصدق التي تم الحصول عليها بأن الدرجات على اختبار المصفوفات المتتابعة تصلح كمتنبئ جيد بدرجات التحصيل الدراسي لفئات أفراد العينة حيث تراوحت هذه المعاملات بين (0.18 - 0.58).

#### أ- ثبات الاختبار:

قام الطشاني وآخرون (2005) بحساب معاملات الثبات باستخدام طريقتين وهما طريقة التجزئة النصفية لفترات الاختبار، وطريقة تحليل الفقرات والتي تعتمد على الاتساق الداخلي بين فقرات الاختبار باستخدام معامل ألفا والجداول التالية توضح نتائج هذا الإجراء:

جدول (5): درجات الارتباط باستخدام طريقة التجزئة النصفية لعينة التقنين حسب العمر والجنس (الطشاني وآخرون، 2005).

العمر بالسنوات	الذكور		الإناث		المجموع
	الارتباط ن	الارتباط ن	الارتباط ن	الارتباط ن	
9 سنوات	0.66	0.80	0.73	0.80	0.69
10 سنوات	0.80	0.80	0.71	0.80	0.76
11 سنة	0.66	0.80	0.78	0.80	0.74
12 سنة	0.86	0.80	0.78	0.80	0.83

جدول (6): الارتباطات باستخدام معامل ألفا مع عينة التقنين حسب العمر والجنس (الطشاني وآخرون، 2005)

العمر بالسنوات	الذكور		الإناث		المجموع
	الارتباط ن	الارتباط ن	الارتباط ن	الارتباط ن	
9 سنوات	0.85	0.80	0.86	0.80	0.86
10 سنوات	0.87	0.80	0.86	0.80	0.87
11 سنة	0.87	0.80	0.90	0.80	0.90
12 سنة	0.92	0.80	0.91	0.80	0.92

ومن خلال الجدولين السابقين يتضح أن اختبار المصفوفات قد أظهر درجات مرتفعة من الثبات لدى عينة التقنين.

#### ب- صدق الاختبار:

للتأكد من صدق الاختبار استخدم الطشاني وآخرون (2005) صدق

ب - تصحيح الاختبار: أعدت ورقة إجابة يمكن تصحيحها بسرعة ودقة، حيث تعطى درجة واحدة لكل إجابة صحيحة وبالتالي تكون درجة المفحوص هي العدد الكلي للإجابات الصحيحة وتتراوح الدرجات الكلية للمقياس من (0 - 60).

#### ج - تقنين الاختبار:

#### أولاً: في البيئة السودانية:

قام محمد الخطيب ومهيد المتوكل (2001) بتقنين اختبار المصفوفات المتتابعة المعياري بولاية الخرطوم، حيث طبق على عينة قوامها (6877) مفحوص من الذكور والإناث تراوحت أعمارهم ما بين (9 - 25) والملتحقين بالمؤسسات التعليمية الحكومية للعام الدراسي (1997 - 1998). وقد أظهرت النتائج تمتع الاختبار بدرجات عالية من الثبات والصدق، كما أوضحت النتائج تدرج أجزاء الاختبار في الصعوبة عدا الجزئين الثالث والرابع فهما متساويان من حيث الصعوبة، كما بينت الدراسة أن الاختبار يتمتع بدرجات عالية من الثبات والصدق العامي، والتشعب بالعامل العام عند تطبيقه في مجتمع الدراسة.

#### د- ثبات الاختبار:

وقد قام الباحثان بحساب معاملات الثبات للأعمار الزمنية المختلفة للذكور والإناث كل على حده وللجنسين معاً مستخدمين معادلة سبيرمان وبراون، ومعادلة كودر وريتشاردسون.

جدول (1): معاملات الثبات بالتجزئة النصفية للعينة الكلية (الخطيب والمتوكل، 2001).

الأعمار الزمنية بالسنوات	معامل الارتباط بين نصفي الاختبار	تعديل سبيرمان وبراون
9 سنوات	0.884	0.938
10 سنوات	0.827	0.905
11 سنة	0.710	0.830
12 سنة	0.922	0.959

جدول (2): معاملات الثبات للعينة الكلية بمعادلة كودر وريتشاردسون (الخطيب والمتوكل، 2001).

العمر الزمني	عينة الذكور	عينة الإناث	العينة الكلية
9 سنوات	0.881	0.892	0.887
10 سنوات	0.892	0.896	0.896
11 سنة	0.898	0.935	0.971
12 سنة	0.922	0.946	0.934

#### ب- صدق الاختبار:

قام الباحثان (الخطيب والمتوكل، 1998) باستخدام ثلاثة أساليب للتأكد من صدق الاختبار وهي: دليل التمييز، تدرج صعوبة أجزاء الاختبار وتمايز العمر، والجداول التالية توضح نتائج هذا الإجراء.

جدول (3): المتوسطات والانحرافات المعيارية للعينة الكلية في درجات المقياس (الخطيب والمتوكل، 2001).

العمر بالسنوات	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
9 سنوات	21.819	10.415
10 سنوات	24.179	11.020
11 سنة	27.182	12.317
12 سنة	28.596	13.586

عينة عشوائية مكونة من (50) تلميذاً من مجتمع البحث تم تطبيق الاختبار عليهم ، وقد لاقى المقياس استجابة من المفحوصين لكونه مجموعة من الصور والرسومات وبعد ترميز البيانات وتحميلها إلى برنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS تم استخراج معامل ألفا كرنباخ للثبات وكانت قيمته (0.921) وهي قيمة عالية جداً تؤكد تماسك البناء الداخلي للمقياس. ومقارنة بنتائج إبراهيم (2007) كانت درجة الثبات أعلى.

#### 4.3- إجراءات الدراسة :

استعان الباحثان ببعض المساعدين المدربين على تطبيق الاختبارات لأجل تطبيق أدوات الدراسة على العينة السودانية. وذلك لألفتهم بالتعامل مع الأطفال السودانيين وتقديم الاختبار باللهجة العامية السودانية حيث قدمت لهم شرحاً مختصراً حول أهداف الدراسة ومتغيراتها والتعليمات الخاصة لكل اختبار وطبيعة إجراءات الدراسة والمطلوب منهم القيام به، وقد قامت الباحثة بتحفيز المساعدين مادياً لتشجيعهم وتحفيزهم على العمل. وقامت الباحثة بتطبيق المقاييس بنفسها على العينة الليبية، وقد تم تطبيق المقاييس بشكل جماعي تراوحت مدة التطبيق ما بين نصف ساعة والساعة، حيث تم تطبيق اختبار المصفوفات أولاً ثم تم تطبيق اختبار التصنيف وذلك بعد تقديم الإرشادات حول كيفية الإجابة على كل مقياس على حدة، ونظراً لكون المقاييس مجموعة من الأشكال والصور فقد لاقى إقبالا واستجابة من قبل المفحوصين.

#### التحليل الإحصائي:

تم اختيار الأساليب الإحصائية المناسبة لمتطلبات الدراسة بالاستعانة بخبير في التحليل الإحصائي، حيث تم استخدام جهاز الحاسوب عبر البرنامج الإحصائي المعروف بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) واختير من تلك الحزمة : مقياس النزعة المركزية و اختبار (T) لوسطين حسابيين مستقلين .

#### 5.3- نتائج الدراسة :

##### أولاً- عرض النتائج المتعلقة بالفرض الأول والذي ينص على أن :

"توجد فروق دالة إحصائية في عملية تصنيف الأشياء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة حسب الجنسية في تصنيف الأشياء ثم طبق اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق بين وسطين حسابيين مستقلين والجدول التالي يوضح النتائج التي أسفر عنها هذا الإجراء:

جدول (8) : اختبار ت لوسطين حسابيين مستقلين في تصنيف الأشياء بين أفراد عينة البحث حسب الجنسية

المتغير	الجنسية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبارات الدلالة	مستوى الدلالة
تصنيف علاقي	ليبي	400	30.33	8.76	15.892	0.000
	سوداني	400	18.36	12.24	**	دال
تصنيف التجريد	ليبي	400	11.66	8.76	15.892	0.000
	سوداني	400	23.63	12.24	*	دال

يتبين من الجدول أعلاه أن قيمة المتوسط الحسابي للأطفال الليبيين في التصنيف العلاقي كان (30.33)، بينما المتوسط الحسابي لعينة الأطفال السودانيين (18.36) . وكانت قيمة (ت = 15.892)، وهي قيمة دالة إحصائية لأن مستوى دلالتها المشاهد (0.000) أقل من (0.05) وبذلك تكون الفروق في التصنيف حسب العلاقات بين الأشياء لصالح متوسط الأطفال

المحك حيث تم حساب معاملات الارتباط بين درجات اختبار المصفوفات ودرجات التحصيل في الامتحان النهائي والتقدير في آخر السنة.

جدول (7) : المتوسط والانحراف المعياري لدرجات الذكاء (بعد التقريب) والارتباطات بين اختبار المصفوفات والتحصيل الدراسي والتقدير حسب المرحلة العمرية الطشاني وآخرون (2005) .

المرحلة العمرية	المتوسط الحسابي لمستوى الذكاء	الانحراف المعياري	الارتباط مع التحصيل	الارتباط مع التقدير
9 سنوات	17	7	0.29	0.25
10 سنوات	19	7	0.06	0.10
11 سنة	22	8	0.20	0.25
12 سنة	26	10	0.25	0.22

ومن خلال العرض السابق لتقنين الاختبار على البيئتين نلاحظ أن معاملات الثبات المحسوبة في البيئة السودانية كانت أعلى من المعاملات المحسوبة في ليبيا وذلك بطريقة التجزئة النصفية للاختبار حيث تراوحت هذه المعاملات في السودان بين (0.71 - 0.92) وفي ليبيا تراوحت بين (0.69 - 0.83) .

#### ثانياً - مقياس التصنيف :

أعد هذا المقياس عالم النفس المعرفي شياو (Chiu, 1972) لدراسة أثر الثقافة على أساليب مهارة التصنيف المنشورة في مجلة علم النفس عبر الثقافي. ويتكون هذا المقياس من 39 بند كل بند يضم 3 صور توجد بينها علاقات وفق بعدين إما تجريدي أو علاقي، وعلى المفحوص اختيار صورتين من كل بند يرى أنهما مرتبطتان، فعلى سبيل المثال هناك بند يضم (فأس، منشار كهربائي، شجرة) فالعلاقة بين المنشار الكهربائي والشجرة أو العلاقة بين الفأس والشجرة تمثل أسلوب تصنيف علاقي للارتباط الوظيفي بين المنشار الكهربائي والفأس بالشجرة في القطع، أما العلاقة بين المنشار الكهربائي والفأس تمثل التصنيف التجريدي لكونهما الاثنتين أدوات قطع، ويصحح المقياس بإعطاء أحد التصنيفين 0 والأخر 1، وباستخدام النسبة المئوية يمكن تحديد أكثر الأساليب استخداماً عند المفحوص .

وقد قامت إبراهيم (2007) بتكليف المقياس لينتاسب مع البيئة السودانية وذلك بعرضه على 50 طفلاً لمعرفة البنود غير المألوفة لديهم، ثم قامت فيما بعد بتعديلها أو حذفها. كما عرضت المقياس على خبير فني لإعادة رسم الصور، كما عرضت الصور على متخصص في إعداد المناهج التربوية عن طريق الرسم والتصوير فأبدى ملاحظات قيمة حول استبدال بعض الصور لعدم توفرها في البيئة السودانية فقامت باستبدال جميع صور البند الواحد أو بعض صور البند، وهكذا تم بناء مقياس جديد مكون من 42 بنداً يحتوي صوراً مألوفة، وقد تم عرضه على 40 مفحوص للتأكد من صدقه وثباته.

#### أ-صدق وثبات الاختبار :

قامت إبراهيم (2007) بإيجاد الصدق الظاهري بعرضه على مجموعة من المحكمين للتأكد من أن المقياس يقيس فعلاً الأهداف التي وضعت من أجله. أما فيما يخص الثبات فقد تم حساب الثبات باستخدام التجزئة النصفية حيث بلغ معامل الثبات باستخدام معادلتَي سبيرمان وبراون ومعادلة جتمان على التوالي (0.7869 - 0.7899) . وفي البحث الحالي تم عرض المقياس على أساتذة من قسم التربية وعلم النفس من جامعتي الفاتح والسابع من إبريل وكذلك مجموعة من المعلمين من لهم الخبرة في التعامل مع التلاميذ، ولم يجرى عليه أي تعديل، وفيما يخص الثبات فقد تم اختيار

أظهرت النتائج أن هناك فروق دالة إحصائية في عملية تصنيف الأشياء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان، حيث كانت الفروق لصالح الأطفال الليبيين في التصنيف وفق العلاقات، وفي التصنيف وفق التجريد كانت لصالح الأطفال السودانيين وبذلك يمكن القول أن الأطفال الليبيين يماثلون الأطفال الصينيين وأن الأطفال السودانيين يماثلون الأطفال الأمريكيين في تصنيفهم للأشياء كما أسفرت عنه دراسة شيوا (Chiu, 1972). إن هذه النتيجة لم تختلف عن نتائج دراسات سابقة تعلقت بمعتبر الثقافة وتصنيف الأشياء (Chiu, 1972; Malt, 1995)، حيث أكدت أن ثقافة الشعوب تلعب دورا مهما ومؤثرا في عملية تصنيف الأشياء، وما تؤكد عليه هذه الدراسات أن التفكير عند بعض الشعوب يميل إلى الشمولية وتميل شعوب أخرى إلى التحليل حيث تفصل الأشياء عن السياق. لذلك تختلف الشعوب في تربية أبنائها وربما هناك اختلاف داخل البلد الواحد حيث تختلف مدينة وأخرى نتيجة اختلاف البيئة الثقافية والاجتماعية والتربوية وحتى البيئة الطبيعية تؤدي ربما إلى اختلاف الأسلوب في تصنيف الأشياء، وهذا يرجع على طريقة تصنيف المدركات الحسية التي تقوم على اختيار الصفات المشتركة لجعل الأشياء في مجموعة واحدة أو فصلها في مجاميع مختلفة.

هذا التصنيف هو الأساس الذي تقوم عليه المفاهيم، فالمفاهيم تحصر عدة مدركات حسية في مسمى واحد وهذا ما تختلف فيه شعوب عن أخرى أو مواطني مدن عن مواطني مدن أخرى في بلد واحد. لذلك وعلى الرغم من التقارب بين العديد من الصفات بين الشعبين الليبي والسوداني ومنها ومن أهمها الدين واللغة إلا أن هناك اختلاف في تربية الأبناء أو اختلاف في إدراك الأشياء المادية والمعنوية وذلك كله يشكل مجتمعا مهما في الانتروبولوجيا الإدراكية بين الشعبين أشارت إليه الاختلافات في تصنيف الأشياء بين أفراد العينة الليبية وأفراد العينة السودانية، وقد ترجع الفروق إلى اختلافات بين عيني البحث حيث كانت العينة الليبية أكثر تجانسا من الناحية الثقافي والاقتصادية والاجتماعية بينما كانت العينة السودانية أقل تجانسا كونها شملت الريف والحضر كذلك للتباين في المستوى الاقتصادي وقد تكون حتى اختلافات دينية وهذا يعكس ما تتمتع به الخرطوم من تنوع بشري وثقافي.

#### ثانيا- مناقشة الفرض الثاني:

توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان.

كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان لصالح الأطفال في ليبيا.

إن الثقافة نظام معرفي منسق في تصورات جماعية تشكل صورة العقل البشري تبعا لها، فهناك العديد من الدراسات التي أظهرت أن الشعوب تتفاوت في مستويات ذكائها وقدمدت هذه الدراسات تفسيرات لتلك الفروق إلا أن المشكلة تكمن في طبيعة الاختبارات المستخدمة والتي تبنى في إطار ثقافة معينة وتستخدم مع ثقافة أخرى على الرغم من أن بعض تلك الاختبارات متحررة ثقافيا كما هو الحال مع الاختبار المستخدم في الدراسة الحالية. ويشير نيسبت (Nisbett, 2004) في كتابه "جغرافية الفكر" أن شعوب شرق آسيا والشعوب الأوروبية قد امتلكوا أساليب معرفية تختلف اختلافا كبيرا ويشير الاختلاف الكبير إلى كيفية فهم الذكاء. تلك الاختلافات تساعد الباحثين في تصميم اختبارات ذكاء جديدة تكون ذات حساسية لقيم الشعوب التي تطبق فيها. وعلى هذا الأساس فإن الاختلاف في معدل الذكاء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان قد يرجع إلى اختلاف الثقافة بين الشعبين ولا يمكن الحكم عليه كمؤشر أساسي للفروق بين أطفال الشعبين ما لم يعزز بدراسات لاحقة ذات عينات كبيرة وتطبق فيها أكثر من أداة للقياس.

الليبيين. وبخصوص التصنيف حسب التجريد (التشابه بين الأشياء) كان متوسط الأطفال الليبيين (11.66)، بينما المتوسط الحسابي لعينة الأطفال السودانيين (23.63). وكانت قيمة (ت = 15.892)، وهي قيمة دالة إحصائية لأن مستوى دلالتها المشاهد (0.000). أقل من (0.05) وبذلك تكون الفروق في التصنيف التجريدي لصالح متوسط الأطفال السودانيين.

#### ثانيا- عرض النتائج المتعلقة بالفرض الثاني والذي ينص على أن:

"توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الذكاء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعينة البحث من الأطفال الليبيين والأطفال السودانيين وطبق اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق لوسطيين حسابيين مستقلين والجدول التالي يبين ما أظهرته نتائج هذا الإجراء:

جدول (9): اختبار ت لوسطيين حسابيين مستقلين في مستوى الذكاء بين أفراد عينة البحث حسب الجنسية

مستوى الذكاء	الجنسية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت	مستوى الدلالة
مستوى الذكاء	ليبي	400	28.00	9.65	*6.833 دال	.000
	سوداني	400	23.65	8.30		

يبين من الجدول أعلاه أن قيمة المتوسط الحسابي لعينة البحث من الأطفال الليبيين (28) بينما المتوسط الحسابي لعينة الأطفال السودانيين (23.63). وكانت قيمة (ت = 6.833) وهي قيمة دالة إحصائية لأن مستوى دلالتها أقل من (0.05) وبذلك تكون الفروق في معدل الذكاء لصالح الأطفال الليبيين.

#### ثالثا- عرض النتائج المتعلقة بالفرض الثالث والذي ينص على أن:

"توجد فروق دالة إحصائية في سرعة الإجابة في اختبار المصفوفات بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان". وللتحقق من صحة الفرض تم إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ثم طبق اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق لوسطيين حسابيين مستقلين والجدول التالي يوضح ما أسفرت عنه نتائج هذا الإجراء:

جدول (10): اختبار ت لوسطيين حسابيين مستقلين في سرعة الاستجابة في اختبار المصفوفات بين أفراد عينة البحث

مستوى الإجابة	الجنسية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار ت	مستوى الدلالة
سرعة الإجابة	ليبي	400	35.84	12.78	*6.781 دال	.000
	سوداني	400	29.82	12.30		

يتضح من الجدول أعلاه أن الأطفال أفراد العينة السودانية كانوا أسرع في الإجابة على اختبار المصفوفات المتتابعة حيث كان متوسط الوقت المستغرق في الإجابة لديهم (29.62) دقيقة بينما كان متوسط الوقت المستغرق في الإجابة لأفراد العينة الليبية (35.64) دقيقة، وعند تطبيق اختبار (ت) لمعرفة دلالة الفروق كانت النتيجة (ت = 6.781)

وهي قيمة دالة ومستوى دلالتها أقل من (0.05) وبذلك تكون الفروق في سرعة الإجابة لصالح العينة السودانية.

#### 6.3- مناقشة النتائج:

##### أولا- مناقشة الفرض الأول:

توجد فروق دالة إحصائية في عملية تصنيف الأشياء بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان.

3- العمل على أن تضم المناهج أنشطة تصنيفية لتنمية وتطوير هذه المهارة وتوجيه اهتمام المعلمين إلى تنمية مهارات التفكير عموماً ومهارة التصنيف على وجه الخصوص.

4- نظراً لاستخدام مقياس المصفوفات المتتابعة في هذا البحث يقترح استخدام مقاييس أخرى للذكاء.

5- طبق هذا البحث على مرحلة التعليم الأساسي ونظراً لذلك يقترح إجراء دراسات لمراحل تعليمية أخرى (ثانوي، جامعي).

### المراجع :

1. إبراهيم، زهور حسين (2007). أساليب مهارة التصنيف وسط الأطفال الموهوبين والعادين في مرحلة التعليم الأساس بولاية الخرطوم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، جامعة الخرطوم، الخرطوم.
2. إبراهيم، مجدي عزيز (2007). التفكير لتطوير الإبداع وتنمية الذكاء. القاهرة: عالم الكتب.
3. إبراهيم، معصومة احمد (2007). مقياس الذكاء المتعدد " دليل المقياس . بيروت: دار النهضة العربية.
4. أبو حطب، فؤاد (1979). تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة على البيئة السعودية. مكة المكرمة، جامعة أم القرى.
5. أبو حطب، فؤاد؛ وصادق آمال (1991). مناهج البحث العلمي وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
6. أبو علام، رجاء محمود، وشريف، نادية محمود (1995). الفروق الفردية وتطبيقاتها التربوية، ط3. الكويت: دار العلم للنشر والتوزيع .
7. أبو حطب، فؤاد (1978). القدرات العقلية، ط2. القاهرة: الأنجلو المصرية.
8. اوزي، أحمد (2006). المعجم الموسوعي لعلوم التربية. الدار البيضاء: مطبعة النجاح الجديدة.
9. إيفال، عيسى (2004)، مدخل إلى التعليم في الطفولة المبكرة (ترجمة) أحمد حسين أحمد الشافعي. غزة: دار الكتاب الجامعي.
10. بدير، كريم (2004). الرعاية المتكاملة للأطفال. القاهرة: عالم الكتب .
11. بطرس، بطرس حافظ (2004). تنمية المفاهيم والمهارات العلمية للأطفال ما قبل المدرسة. عمان: دار المسيرة .
12. جروان، فتحي عبد الرحمن (1999). تعليم التفكير مفاهيم وتطبيقات. عمان: دار الكتاب الجامعي.
13. حمل، محمد جهاد (2005). العمليات الذهنية ومهارات التفكير. اليمن: دار الكتاب الجامعي.
14. حمل، محمد جهاد (2005). تنمية مهارات التفكير الإبداعي. العين: دار الكتاب الجامعي.

وكما سبق الإشارة في مناقشة فرض سابق أنه ربما لم يعد اختيار المصفوفات مؤشراً شاملاً للذكاء، وربما يقيس أحد جوانب الذكاء دون باقي الجوانب الأخرى، وفي وجود نظريات تتناول الذكاءات المتعددة ربما صار ملحا أن يقوم الباحثين والمختصين بمجالات التفكير وعلم النفس المعرفي وقياس الذكاء إعداد اختبارات تتفق وأدبيات موضوع الذكاء وتتلاقى القصور في الاختبارات السابقة. وربما ترجع الفروق لعوامل تتعلق بالعينة فيحتمل أن تكون العينة الليبية من مستوى اقتصادي واجتماعي أعلى أو مستوى تعليم الأيوين أعلى بينما تباينت العينة السودانية فضمت أطفال الريف الجنوبي من أم درمان منطقة الصالحة.. ومن المعروف أن هناك فروق في مستوى الذكاء بين أطفال المدن والريف.

### ثالثاً- مناقشة الفرض الثالث:

توجد فروق دالة إحصائية في سرعة الإجابة على اختبار المصفوفات بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان. أظهرت النتائج عن وجود فروق في سرعة الإجابة على اختبار المصفوفات بين الأطفال في ليبيا والأطفال في السودان ولصالح الأطفال في السودان. إن السلوك المتميز بالذكاء ناتج عن قدرات مختلفة ومنها القدرات الإدراكية والتي تنعكس في سرعة التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الأشياء وهذا ما أشار له ثرستون (الخالدي، 2003)، حيث يمكن أن تستخدم هذه القدرات والعوامل كمكونات للذكاء والتي تعكس العمل الذهني. وعلى الرغم من أن اختبار المصفوفات غير مشروط بتحديد الوقت اللازم للإجابة على بنوده إلا أن انجاز الإجابات الصحيحة بفترة زمنية مؤشراً آخر للكفاءة العقلية حيث يعتبر مقياساً للسعة العقلية العامة المتمثلة بدقة الملاحظة والتفكير المنظم والذي لا يعتمد على معلومات أو خبرات سابقة اكتسبها أفراد العينة. ولذلك فإن استخدام الزمن في الاختبار يعكس أن فقرات الاختبار ذات مستوى واحد في الصعوبة. إن هذه النتيجة تستدعي الاهتمام بالعلاقة بين معدل الذكاء وسرعة الاستجابة على بنود الاختبار، فإن كانت علاقة سالبة بين المتغيرين فذلك ربما يشير إلى أن أحد سمات الذكاء هي استخدام الوقت بشكل عقلائي وبمهارة وسرعة انجاز. ففي دراسة قامت بها حمزة (2008) أكمل الأطفال في المجموعة الضابطة اختبار المصفوفات في زمن 38.57 دقيقة والتجريبية في زمن 40.57 دقيقة.

ويرى الباحثان أن هذه النتيجة ربما تبدو منطقية وذلك وفق نتيجة الفرض السابق والتي أظهرت أن مستوى ذكاء عينة الأطفال من ليبيا أعلى من أقرانهم من السودان حيث ترجح الباحثة وجود علاقة طردية بين الوقت المستغرق في الإجابة على اختبار المصفوفات مستوى الذكاء فكلماً زاد الوقت المستغرق في الإجابة على الاختبار كانت درجة المتحصل عليها على المقياس أعلى.

### 7-3- تطبيقات مستقبلية :

نظراً لقلّة البحوث التي تناولت مهارة التصنيف وأساليبها في الوطن العربي مما يستدعي التركيز على دراسة هذه المهارة للإلمام بكافة جوانبها ومعرفة العوامل المؤثرة فيها والمتأثرة بها والتعرف على الفروق في عملية التصنيف وفق عدة متغيرات كالجنس، العمر ونوع التخصص وغيرها من المتغيرات ذات العلاقة بها.

6- يستوجب تعقد عملية التصنيف تناولها من أوجه مختلفة لكي نميز بين الأفراد تبعاً لتصنيفهم للأشياء وهذا يعكس الحاجة إلى استخدام أكثر من وسيلة أو أداة لتصنيف الأشياء بدل الاعتماد على وسيلة اختبار واحد.

7- إجراء دراسة مقارنة داخل البلد الواحد (ليبيا أو السودان) حيث يرى الباحثان أن البلد الواحد تختلف ثقافته من ولاية إلى ولاية أو من بلدية لأخرى



32. نوفل، محمد بكر (2007). الذكاء المتعدد في غرفة الصف (النظرية والتطبيق). عمان: دار المسيرة.
- 15.
1. Beyer, B. ( 1987 ). Practical Strategy For Teaching of Thinking- Boston. MA: Allyn and Bacon. Inc.
2. Chiu, L. ( 1972 ). A cross-cultural comparison of cognitive styles in Chinese and American children. International Journal of Psychology, 7, 235-242.
3. Gardner, Howard. (1993). Multiple Intelligences: The theory in Practice. USA: Basic Book, A Division of Harper Collins, Inc.
4. Gardner, Howard. (1983). Frames of Mined: The theory of Multiple Intelligence: New York, USA: Basic Book Inc.
5. Lynn, Richard & Vanhanen, Tatu ( 2002 ). IQ and The Wealth of Nations. London: Praeger.
6. Malt, B. C. (1995). Category coherence in cross-cultural perspective. Cognitive Psychology, 29, 85-148.
7. Nisbett, R. E. ( 2004 ). The Geography of Thought: How Asians & Westerners Think Differently...and Why. New York; Free Press.
8. Norenzayan, A., Smith, E. E., Jun Kim, B., & Nisbett, R. E. (2002). Cultural preferences for formal versus intuitive reasoning. Cognitive Science, 26, 653-684.
9. Raven, J. (1958). Standard Progressive Matrices A, B, C and E. London: H. K. Lewis and Co. Ltd.
10. Sternberg, & Williams, M. (2002). Educational Psychology. Boston, MA: Allyn & Bacon.
15. حمدان، محمد زياد (1989)، البحث العلمي كنظام. عمان: دار التربية الحديثة .
16. حمزة، عالية (2008). أثر برنامج العبق (اليوسيماس) في تنمية الذكاء وزيادة السرعة لدى تلاميذ الأساس بولاية الخرطوم. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الخرطوم، السودان.
17. الخالدي، أديب محمد (2003). سيكولوجية الفروق الفردية والتفوق العقلي. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
18. الخطيب، محمد، والمتوكل، مهيد (2001). دليل استخدام مقياس المصفوفات المتتابعة العادي على البيئة السودانية. الخرطوم: شركة مطابع دار العملة .
19. الدباغ، وطاقة، ماهر وف. كوماربا (1982). تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة على البيئة العراقية. جامعة الموصل، العراق.
20. سعادة، جودت أحمد (3003). تدريس مهارات التفكير. عمان: دار الشروق .
21. السيد، فؤاد البهي (1976). الذكاء ، ط4. القاهرة: دار الفكر العربي .
22. الشيخ، سليمان الخضري (1982). الفروق الفردية في الذكاء. القاهرة: دار الطباعة والنشر والثقافة .
23. طه، محمد (2006). الذكاء الإنساني. الكويت: عالم المعرفة .
24. الطشاني، عبد الرزاق، وآخرون (2005). تقنين اختبار المصفوفات المتدرجة المقنن للذكاء، على عينة من تلاميذ المدارس الليبية، جامعة عمر المختار، البيضاء، ليبيا .
25. عبد الخالق، أحمد محمد (1996). أسس علم النفس، ط3. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية .
26. عدس، عبد الرحمن (1999). علم النفس التربوي، ط2. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
27. علام، صلاح الدين محمود (2002). القياس والتقويم التربوي والنفسي وأساسياته وتطبيقاته وتوجيهاته المعاصرة . القاهرة: دار الفكر العربي.
28. الكيال، مختار أحمد (2003). البنية النفسية للذكاء الموضوعي والذكاء الاجتماعي والذكاء الشخصي وعلاقته بمستويات تجهيز المعلومات في ضوء الجنس والتخصص الأكاديمي. مجلة كلية التربية، 20، 159-207 .
29. محمود أمين مطر، مجلة المعلم. http://www.almuallem.net
30. معوض، خليل ميكائيل (2002). القدرات العقلية. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
31. نشواتي، عبد المجيد (1993). علم النفس التربوي، ط6. عمان: دار الفرقان.

## الكتاب الذهبي لأساتذة علم النفس والأطباء

### النفسانيين

[www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp](http://www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp)  
[www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp](http://www.arabpsynet.com/propositions/ConsGoldBook.asp)



شارك برأيك

[www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm](http://www.arabpsynet.com/propositions/PropForm.htm)

## ELEMENTS DE REFLEXION POUR L'EMERGENCE DE LA NEUROPSYCHOLOGIE EN TANT QUE POST-GRADUATION A L'UNIVERSITE D'ALGER

**BRAHIMI Saida** - Maitre de conférences- Maitre de Recherche - Université d'Alger II  
**Membres du Projet** : BOURIDAH A., ZINET F., BIZET A., LARIBI N., TIGUAMOUNINE N.

### Résumé

**Introduction** : cet article s'attache à exposer les motifs et éléments de réflexion, qui ont permis le lancement d'une formation post-graduée en Neuropsychologie, au département de psychologie depuis 2004-2005. Dans un deuxième temps, il met en relief les axes tracés dans ce domaine de recherche. Finalement, il présente le contenu d'un projet ANDRS, ayant pour intitulé : « Evaluation neuropsychologique des compétences cognitives dans les dysphasies développementales », comme exemple de réponse aux objectifs de ce magistère.

**Matériel et méthode** : nous utilisons pour la première fois en milieu clinique algérien, la batterie de SIGNORET J. L., après son adaptation à l'enfant et son réétalonnage au contexte algérien, pour évaluer les fonctions cognitives chez le patient dysphasique. Et afin de dégager le diagnostic du désordre cognitif, chez notre population expérimentale, nous nous servons de la méthode clinique.

**Résultats** : nos résultats varient selon l'activité proposée au patient. En effet, dans l'activité organisatrice, la difficulté est plus importante en manipulation mentale et en problème qu'en fluence verbale. Dans l'activité mnésique, l'épreuve d'apprentissage est moins résistante par rapport aux épreuves de rappel et d'orientation. La croissance de l'échec est remarquable dans l'activité perceptivo-motrice, testée par l'épreuve de visio-construction. Il faut noter que la réussite est relativement bonne en activité verbale. Par conséquent, une méthode de réhabilitation des désordres décelés, d'ordre neuropsychologique, est proposée dans notre projet.

**Mots clés** : dysphasie, B.EC.96, fonctions cognitives, nosologies, réhabilitation.

Depuis plus de 15 ans, nos investigations orthophoniques, dans le terrain clinique algérien, nous ont orienté vers une tendance neuropsychologique, et ce, pour une prise en charge approfondie de la pathologie du langage chez l'enfant et l'adulte. En effet, c'est une conviction scientifique qui repose sur le fait que : toute reproduction d'un acte volontaire, qu'il soit langagier ou autre, est soutenue par le cerveau.

Sans avoir eu d'argument convainquant, nous nous sommes investis dans la rééducation des patients cérébraux lésés, ayant subi une lésion cérébrale en foyer, d'origine vasculaire et traumatique, en utilisant une thérapie anglo-saxonne : « Melodic Intonation Therapy », établie par SPARKS et HOLLAND (1972).

Les résultats satisfaisants, obtenus à l'application de la dite méthode thérapeutique, au préalable de son adaptation au contexte algérien (BRAHIMI S., 1996), ont largement renforcé notre inscription en neuropsychologie.

Les tenants et aboutissants de notre démarche ont été

justifié plus tard, grâce aux explications fournis par la neurophysiologie développementale. Elle enseigne que le cerveau traverse trois phases de maturation neuronale à savoir : une première correspond à l'organisation corticale génétiquement déterminée ; Une deuxième s'effectue par un sculptage ontogénique et correspond à la synaptogénèse concurrente ; Une troisième consiste en une modification synaptique adaptative. C'est une phase qui persiste durant toute la vie, et c'est elle qui participe aux multiples changements qui se produisent dans le réseau neuronal en réponse à des influences environnementales (EUSTACHE F. & FAURE S., 2000).

C'est à l'intérieur de cette dernière phase, que nos rééducations des pathologies du langage, qu'elles soient d'origine organique : vasculaire, traumatique, tumoral, dégénératif ou fonctionnel, trouvent des éléments de réponse pour leur bien fondé.

Nos réflexions se déploient sur deux axes principaux, qu'il s'agit de présenter dans cet article

- le premier, fait état de l'ouverture de la post-graduation de neuropsychologie au département de Psychologie de l'université d'Alger, et ce, depuis 2004 ;

- le second, consiste en la présentation du contenu de notre projet ANDRS, en tant qu'élément de réflexion et de réponse aux objectifs de notre Post-graduation.

#### AXE N° I

**L'émergence de la neuropsychologie en tant que post-graduation en 2004**, s'est donc inspirée fondamentalement de nos observations faites sur le terrain clinique, quant à l'apport inouï de la dite discipline, dans la prise en charge des pathologies du langage, qu'elles soient d'origine organique : ex. les aphasies, ou fonctionnel : ex : les dysphasies.

Elle est enseignée en Licence d'orthophonie par le module : aphasie et neuropsychologie. Cependant l'insuffisance de son contenu, nous a incité à réfléchir dans la perspective de lancer un encadrement plus approfondi et plus riche, lequel peut couvrir des domaines de pathologies qui n'ont pas été dévoilé par le clinicien, qu'il soit orthophoniste ou psychologue de tendance cognitiviste, jusqu'à l'ouverture de cette post-graduation. Le contenu proposé, s'articule autour de deux piliers principaux :

**La neuropsychologie cognitive** : elle a pour objectif l'essai de compréhension des mécanismes des troubles plus que leur description, sur la base du modèle de traitement de l'information. Elle permet l'étude des étapes et modèles de traitement des différentes fonctions cognitives.

**La neuropsychologie clinique** : elle s'occupe de l'évaluation de l'impact de l'atteinte cérébrale, quelque soit son type et son degré, sur l'ensemble des fonctions cognitives, dont le langage fait partie. Dans un deuxième temps, elle contribue à la mise en place des diagnostics différentiels et des diagnostics proprement dits par la description des déficits et des fonctions préservées. Il sera possible de se servir de ces dernières pour compenser les premiers, afin d'orienter les interventions pédagogiques et rééducatives. Ainsi, le chercheur en neuropsychologie intervient dans les services hospitaliers suivants :

- service de neurologie dans : les maladies neurologiques dégénératives, démences, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaque, atteintes centrales : accidents vasculaires cérébraux, traumatismes crâniens, syndrome frontal, tumeurs cérébrales et récemment quelque maladies métaboliques ;

- service de pédiatrie dans : l'épilepsie, les dyslexies et les dysphasies.

- service de chirurgie dans : l'évaluation pré et post opératoire des fonctions cognitives et en particulier la latéralité du langage dans le cas de l'épilepsie pharmaco-résistante.

**Domaines de recherche** : ils se résument essentiellement en :

- la construction et validation des outils d'évaluation en neuropsychologie de l'enfant et de l'adulte ;

- l'établissement des protocoles de prise en charge de tendance neuropsychologique ;

- le **dégagement** des nosologies en matière des troubles de communication orale et écrite et des troubles comportementaux, chez l'enfant et l'adulte, d'origine : lésionnelle, traumatique, neuropathologique;

- la détermination de l'apport des neurosciences avoisinantes à la neuropsychologie, quand à la compréhension des mécanismes des pathologies à évaluer et à prendre en charge. Autrement dit, les interprétations phénoménologiques des nosologies, notamment : les neurosciences cognitives et les neurosciences cliniques ;

- le lancement des recherches neuropsychologiques en milieu scolaire et en psychopathologie.

**Principaux thèmes de recherche** : dysphasie – dyslexie – dysorthographe – dyscalculie – aphasie de l'enfant et de l'adulte – apraxies – agnosies – héli-négligence spatiale – épilepsie – syndrome frontal – syndrome de l'hémisphère droit – hyperactivité – autisme – I.M.C – sclérose en plaque – hémiplégie et compétences cognitives – maladie d'Alzheimer – maladie de Parkinson – maladies rares : ex. syndrome de Wilson.

Il faut souligner que cet encadrement, est assuré par un staff pluridisciplinaire et de rang magistral : psychologue cognitiviste, orthophoniste aphasologue, médecin neurologue et pédagogue. Exposons à présent, un exemple de projet, inscrit dans cette discipline.

#### AXE N° II

Les enfants dysphasiques sont, soit confondus avec les handicapés mentaux, par faute de diagnostic, ou alors, ils sont pris en charge seulement au plan orthophonique. Quand c'est le cas de ce dernier, nombreux sont les patients qui reviennent une deuxième fois aux consultations d'orthophonie se plaignant d'échec scolaire.

Un passage en revue de la littérature pédiatrique et neurolinguistique (1) : DSM V, SIM-10, **RAPIN et ALLEN.(1983)**, **TALLAL et coll.(1985)**, **BADDELEY et GATHERCOLE (1990)**, **MAZEAU (1999)**, cités par **MONFORT M. & ADORACION S. (1996)**, enseigne que les difficultés observées chez les enfants dysphasiques sont d'ordre : linguistique : le lexique, la syntaxe et la phonologie ; communicatif : interaction avec le groupe ; neurologique : dysfonctionnement au niveau des aires associatives ; perceptif : la discrimination, la séquenciation et la mise en mémoire de stimuli auditif et cognitif : la mémoire. Les carences chez l'enfant dysphasique se situent aux plans : visuel, auditif, mental et moteur. Ses définitions, confirment nos constations et nous orientent vers l'approfondissement des prise en charge des enfants dysphasiques.

C'est un syndrome qui est à l'origine d'un dysfonctionnement neurologique des aires associatives, lequel peut affecter plusieurs aspects cognitifs, en plus de celui du langage.

Dès lors, intervenir uniquement au plan orthophonique, c'est-à-dire : phonétique, phonologie, syntaxe et morphologie, s'avère largement insuffisant pour rééduquer profondément cette population d'enfant, qui manifeste une grande souffrance d'ordre didactique. Notre inscription dans une tendance neuropsychologique, est alors encouragée et nous suggère d'explorer l'ensemble d'habiletés cognitives chez l'enfant dysphasique. Cela nous a permis de cerner notre problématique sur le terrain clinique algérien.

**Notre projet ANDRS** tente de répondre aux hypothèses suivantes :

- possibilité de rendre opératoire la batterie neuropsychologique de **SIGNORET J.L. (1996)**, en milieu clinique algérien, à partir de son adaptation et son réétalonnage ;

- possibilité de dresser une typologie des difficultés cognitives, chez l'enfant dysphasique, sur la base d'une analyse de contenu des résultats obtenus ;

- possibilité de proposer un protocole d'ordre neuropsychologique, pour la réhabilitation des fonctions cognitives altérées chez l'enfant dysphasique.

Une lecture des définitions sus-citées de la dysphasie, nous permet de dire, qu'il n'existe pas une dysphasie mais des dysphasies compte tenu de la diversité sémiologique. C'est un trouble spécifique de développement du langage selon **CHEVRIER-MULLER et NARBONNA J. (1996)**. Son diagnostic nécessite le recours à des évaluations multiples, notamment : l'efficacité intellectuelle, l'état affectif et social, l'audition, l'appareil bucco-phonatoire et le développement linguistique. Ceci étant, notre approche est double : clinique, pour le contrôle des variables et analytique pour répondre à nos hypothèses de travail.

**Approche clinique** : elle a pour objectifs de cerner les variables de l'étude, à savoir :

- **méthode de travail** : la nature et la finalité que vise notre travail de recherche nous impose l'application de la méthode clinique. C'est ainsi que la description des difficultés neuropsychologiques, contenues dans les tableaux cliniques des enfants dysphasiques, de notre échantillon de travail, sera possible.

- **lieu de travail** : nos enquêtes sont effectuées auprès des patients reçus en consultation externe, dans les services hospitaliers suivants : service de psychiatrie, hôpital de Thénia, CHU Alger-Est ; Service de neurologie, CHU de BEO, Alger centre ; Centre de santé mentale d'El Achour ; Secteur sanitaire de Douira et un ensemble d'écoles primaires à Alger.

- **outil de travail** : l'objectif de notre investigation, à ce niveau de l'étude, est d'établir un diagnostic différentiel et un diagnostic proprement dit de la dysphasie, en tant que trouble spécifique et autonome, et ce, à l'usage de :

- bilan anamnestique : pour une connaissance exhaustive de l'échantillon expérimental.

- examens orthophoniques : pour le diagnostic proprement dit de la dysphasie, à l'usage de : test phonétique, test phonologique (**ZELLAL N.1984**) et test morphosyntaxique de GOODGLASS, version algérienne (**BRAHIMI S.1999**).

- examens du langage : sont aussi utilisés pour tester les instrumentalités du langage et pour statuer un diagnostic proprement dit. Il s'agit de : test d'OJL (Orientation, Jugement et Langage), copie d'aptitude, représentation spatiale, sériation et mémoire de signes diversement orientés de **BOREL MAISONNY S. (1985)**.

Afin de procéder à un diagnostic différentiel, nous avons eu uniquement recours au test de Bonhomme, destiné à l'évaluation du niveau mental, du fait que les témoignages des parents et enseignants ont écarté d'éventuelles carences auditives et affectives.

- **échantillon** : notre problématique s'interroge sur le profil de l'enfant dysphasique en milieu clinique algérien, au plan cognitif. En effet, le critère de sélection de nos cas, consiste seulement, en la variabilité sémiologique, c'est à dire des enfants dysphasiques. Trois patients sont retenus, comme exemple, du fait que nous entamions des études longitudinales.

#### Résultats anamnestiques :

**M.S.**, âgée de 13ans, consulte depuis 1997 pour un retard du langage important, accompagné d'un strabisme de l'œil droit. Une rééducation orthophonique a eu lieu. Cependant, en 2006, la patiente se présente pour une deuxième fois en consultation pour un échec scolaire. Elle est en 5<sup>e</sup> année fondamentale. Actuellement, ses difficultés concernent essentiellement les apprentissages scolaires et en particulier la lecture et ce, d'après le témoignage de la maman. C'est l'enfant aînée d'une fratrie de 03 enfants normaux ; l'âge de la maman à sa naissance dépasse les 38 ans ; l'enfant fut cyanosé à la naissance et elle a marché à l'âge de 04 ans.

**S.A.**, âgée de 09 ans, aînée de 02 sœurs, elle est en 4<sup>e</sup> année fondamentale. Un retard sensori-moteur et psycholinguistique est signalé par la maman. Son langage est caractérisé avant 03ans par un jargon sémantique. C'est à 03 ans que la première phrase mono syllabaire est prononcée. Cependant, le développement psychoaffectif se caractérise par une agressivité envers les membres de la famille et une hyperactivité.

**K.O.**, âgé de 14 ans, aîné d'un frère, scolarisé en 3<sup>e</sup> année fondamentale. Un grand retard psycholinguistique est observé. Le premier mot est prononcé à l'âge de 12 mois, ensuite un jargon s'est installé avec l'utilisation du geste dans la communication. C'est ainsi que la première phrase est apparue à l'âge de 05 ans. L'examen psycho affectif conclut à un enfermement sur soi-même et une agressivité envers les enfants.

**Résultats au bilan orthophonique** : nos patients présentent le profil suivant :

Les résultats au test d'OJL (orientation, jugement et langage de **BOREL MAISONNY, 1985**), sont les suivants : copie d'aptitude : rien à signaler ; représentation spatiale et sériation : RAS et mémoire visuelle de signes diversement orientés : beaucoup de difficultés sont notées. L'examen des instrumentalités du langage à savoir : schéma corporel, espace, temps et perception des couleurs, montre que les notions d'espace et de temps sont à perfectionner, chez les 03 cas.

Le bilan phonétique en langue arabe, ne reflète aucune difficulté. Quant au bilan de la parole, les enfants sont incapables de reproduire les logatomes poly-syllabaires. Des difficultés énormes sont observées au discours narratif. Ainsi, l'usage de la batterie morphosyntaxique de GOODGLASS, version algérienne, permet de réunir les éléments diagnostics suivants : des confusions dans le maniement des modalités de genre et de nombre ; idem dans l'utilisation de l'adjectif et/ou du complément de nom et confusion des rôles dans l'énoncé.

La stratégie thérapeutique d'ordre orthophonique, que nous avons envisagés pour M.S., K.O. et S.A., à ce stade de la prise en charge, était alors assimilable à celle du retard de parole, car l'analyse qualitative des corpus obtenus, met à l'évidence : des omissions, des substitutions et des ajouts, c'est-à-dire des troubles phonologiques, lesquels relèvent essentiellement d'une

mauvaise maîtrise des instrumentalités du langage : espace/temps et des carences au niveau de la perception auditive des oppositions sonores (BRAHIMI S., 2007).

Cependant, la demande de M.S., laquelle s'est présentée pour la 2<sup>ème</sup> fois en consultation pour échec scolaire, nous a orientés vers une prise en charge plus approfondie de nos patients, quasi rééduqués au plan orthophonique. En effet, nous nous sommes inscrits dans une perspective neuropsychologique, et nous nous interrogeons à présent sur le fonctionnement cognitif de ces enfants dysphasiques. Par ailleurs, notre procédure est double. Elle consiste d'abord, au **dégagement** des difficultés d'ordre cognitif, ensuite à la proposition d'un protocole de réhabilitation de l'ensemble des troubles décelés, le tout sur la base de l'application de la batterie d'évaluation cognitive de **SIGNORET J. L.**, version algérienne.

**Approche analytique** : pour la vérification des hypothèses contenues dans notre recherche, nous avons utilisé :

- la **B E C** : batterie d'évaluation des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés, est élaborée par **SIGNORET J.L. et coll. (1996)**, à Paris. Elle est conçue essentiellement pour l'évaluation neuropsychologique de l'adulte cérébro-lésé.

Elle se compose de deux planches et d'une feuille de cotation. La première planche comporte au recto six images d'objets à rappeler, et au verso 24 images pour le rappel reconnaissance. La deuxième planche comporte douze images d'objets à dénommer. De plus, une montre chronomètre pour l'épreuve de fluence verbale et un crayon pour celle de visio-construction font également partie du matériel nécessaire à la passation de la batterie. Elle comporte les épreuves suivantes : épreuve de manipulation mentale, épreuve d'orientation, épreuve de six images destinées à être rappelées, épreuve de problème, épreuve de fluence verbale, épreuve de rappel, épreuve d'apprentissage, épreuve de dénomination et épreuve de visio-construction.

En effet, les épreuves sus-citées sont adaptées au contexte socio linguistique algérien et réévaluées à 200 enfants normaux arabophones scolarisés et âgés de 07 à 12 ans, les deux sexes confondus, pour l'évaluation des fonctions organisatrices, mnésiques, verbales et perceptivo-motrices chez l'enfant dysphasique. Voici des exemples d'items de la version pré adaptée :

-1- manipulation mentale : le patient énonce les jours de semaine dans l'ordre et ensuite inversés.

-2- orientation : il répond à des questions tel que : Quel est votre âge ? Quelle date sommes-nous ?

-3- acquisition de six images : il reprend des images qui lui sont présentées sur une planche, ex. pantalon, tasse.

-4- problème : il résout une série de six problèmes arithmétiques et verbaux. Exemple : Vous avez 50 DA., vous dépensez 30 DA., combien vous reste-il ?

-5- fluence verbale : il évoque tous les noms d'animaux qu'il connaît ; bien préciser qu'il peut s'agir d'animaux domestiques ou sauvages, vivant sur terre, dans l'air ou dans l'eau.

-6- rappel : il se rappelle des images vues en (3). Deux types de rappels sont pratiqués : rappel par évocation (rappel de 06 images vues précédemment), rappel par reconnaissance (rappel de 06 images contenues dans une planche de 24 images).

-7- apprentissage : il apprend une liste de mots. Il est prévenu qu'il s'agit d'une épreuve difficile, qu'il devra bien fixer son attention et qu'il ne devra surtout pas s'inquiéter car il n'est pas possible de tout apprendre. Ex. journal, balais.

-8- dénomination : il dénomme 12 images, ex. maison, échelle.

-9- visio construction : il reprend deux figures géométriques.

**Réévaluations** : pour prouver la validité scientifique (LAVEAULT D., GREGOIRE J., 2000), de la version sus-citée, nous avons procédé à une étude statistique dont voici les résultats répartis en groupe et les scores en 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> passations :

N : nombre de la population.

X : la 1<sup>ère</sup> passation.

Y : la 2<sup>ème</sup> passation.

R : facteur de constance.

$$R = \frac{NEXY - (EX)(EY)}{N(EX2) - (EX2) N(EY2) - (EY2)}$$

## Résultats

2 <sup>e</sup> année : 7-8ans N=10 N=16	EX= 811 EX=1117	EY= 825 EY=1199	R= 1 R= 1
3 <sup>e</sup> année: 8-9 ans N= 20 N= 17	EX=1636 EX=1416	EY=1636 EY=1419	R= 1 R=0,9
4 <sup>e</sup> année :9-10ans N=20 N=17	EX=1645 EX=1550	EY=1556 EY=1545	R= 1 R= 1
5 <sup>e</sup> année :10 - 11ans N= 30 N= 21	EX=2456 EX=1940	EY=2481 EY=1940	R= 1 R= 0,9
6 <sup>e</sup> année : 11-12ans N= 20 N= 14 N= 15	EX=1622 EX=1342 EX=960	EY=1650 EY=1344 EY=964	R= 1 R= 1 R= 1
1 <sup>e</sup> année : 6-7ans			

**Tableau : résultats de constance en double passation**

Les résultats réunis au tableau su-cité, montrent que le facteur de constance : R, marqué par les enfants de notre échantillon : groupe 2 de la 3<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> années, est approximatif du 1, par rapport au reste, c'est-à-dire aux groupes 1 de la 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, et 6<sup>e</sup> années et aux groupes 2 de la 2<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> année, où le facteur de constance est égal à 1. En effet, les valeurs de R obtenus, compte tenu de la stabilité et la constance des résultats entre la 1<sup>e</sup> et la 2<sup>e</sup> passation prouvent la validité scientifique de la version pré adaptée de la BEC, du fait qu'elle a été accessible à notre échantillon de 200 enfants normaux. De ce fait, il convient de dire que notre matériel est convenable pour l'enfant dysphasique, âgé entre 7 et 12 ans, et notre première hypothèse de travail est confirmée.

**Analyse qualitative** : l'application de la BEC, version algérienne, à des enfants dysphasiques, (M.S. 13 ans, S.A. 09 ans et K.O. 14 ans), permet de dégager les faits diagnostics suivants :

### - Activités organisatrices

**Epreuve de manipulation mentale :** les trois patients présentent des difficultés quant à la manipulation de l'information ; car les jours de semaine dans l'ordre sont retenus, par contre dans le cas de l'inversement la difficulté émerge.

**Epreuve de problème :** à ce niveau de l'analyse, il est à noter que la résolution de problème arithmétique est complètement altérée chez l'ensemble des patients.

**Epreuve de fluence verbale :** les enfants dysphasiques contenus dans cette recherche éprouvent plus ou moins de difficultés en évocation simple des noms d'animaux que dans l'évocation catégorielle. Au fait, le patient est devant cinq catégories d'animaux : vivant sur terre, vivant dans l'eau, vivant dans l'air, domestique et sauvage. Nous remarquons l'échec chez M.S, dans les catégories successives : 01, 03, et 05. Cependant, S.A. éprouve l'échec aux catégories 02, 03, et 05. Et finalement K.O. enregistre un échec dans toutes les catégories. C'est ainsi que la réussite est relativement moyenne, en ce qui concerne les animaux domestiques chez les trois patients.

### - Activités mnésiques

**Epreuve de rappel :** les difficultés dans le rappel par évocation sont plus importantes que dans le rappel par reconnaissance chez M.S. et S.A. L'échec est moins persistant chez K.O dans cette épreuve.

**Epreuve d'apprentissage :** l'échec est remarquable dans l'apprentissage de la liste de 08 mots, dans les trois essais chez S.A. Ensuite il diminue chez M.S. dans les trois essais et finalement il est quasiment absent chez K.O.

**Epreuve d'orientation :** M.S. et K.O. réussissent d'une façon relativement bonne à ce niveau de l'examen. En revanche, la difficulté est importante chez S.A.

### - Activité verbale

**Epreuve de dénomination :** l'échec est moyen chez les trois cas. Des altérations d'ordre phonétique sont enregistrées à ce niveau de l'examen.

### - Activité perceptivo motrice

**Epreuve de visio-construction :** la reproduction des deux figures : cube et triangle est moyennement résistante chez S.A. C'est ainsi que K.O. échoue dans le cube et réussit relativement dans le triangle. Des difficultés d'hémi négligence droite sont enregistrées chez M.S.

**Analyse quantitative :** les scores de réussite obtenus par M.S., S.A et K.O. aux épreuves de la BEC, version algérienne, sont représentés par les courbes suivantes :

Résultats de M.S. :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Rappel								x					
Apprentissage									x				
Orientation											x		
Manipulation							x						
Problème		x											
Fluence				x									
Dénomination								x					
Visio-construction									x				

Résultats de S.A. :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Rappel									x				
Apprentissage		x											
Orientation				x									
Manipulation								x					
Problème		x											
Fluence	x												
Dénomination							x						
Visio-construction	x												

Résultats de K.O. :	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Rappel											x		
Apprentissage											x		
Orientation										x			
Manipulation													x
Problème			x										
Fluence							x						
Dénomination										x			
Visio-construction			x										

Les données que proposent les courbes sus citées, permettent de statuer l'altération quasi-totale de l'ensemble des compétences cognitives testées par la BEC. En effet, l'épreuve de problème demeure la plus fragile, car elle est affaiblie chez les trois patients de notre échantillon. Ainsi, l'épreuve de visio-construction est totalement ratée par K.O. et S.A. La fluence verbale est plus ou moins altérée chez M.S. que chez S.A. et K.O. Cependant, la dénomination est relativement préservée chez l'ensemble des cas. L'orientation est plus sensible chez S.A. que chez M.S. et K.O. Idem pour les épreuves de rappel et d'apprentissage.

Par conséquent, l'analyse des résultats offre la possibilité de dresser une nosologie des structures cognitives fragiles chez les enfants dysphasiques contenus dans notre échantillon.

### Classification des déficits cognitifs

Elle se fait compte tenu du mode de fréquence de la difficulté et de la fragilité de la fonction cognitive testée, que voici :

#### - en première position :

- activité perceptivo motrice / activité organisatrice  
= épreuves de visio-construction = épreuve de problèmes

#### - en deuxième position:

- activité mnésique / activité organisatrice  
= épreuve d'orientation = épreuve de fluence verbale,  
épreuve d'apprentissage

#### - en troisième position :

- activité organisatrice / activité mnésique  
= épreuve de manipulation mentale = épreuve d'orientation  
épreuve de fluence verbale

#### - en quatrième position

- activité mnésique / activités verbale  
= épreuve de rappel = épreuve de dénomination  
épreuve d'apprentissage

La classification suscitée, met en exergue l'ensemble des structures cognitives fragiles chez l'enfant dysphasique, sur la base de la double critériologie : fluctuation versus sensibilité à l'atteinte dysphasique. Cependant, nous soulignons que le degré de l'altération est relatif chez l'ensemble de nos patients, car la difficulté est fluctuante, elle varie d'un patient à un autre. Ceci étant, la constitution d'un protocole en direction de la rééducation des déficits regroupés s'impose.

### Protocole proposé pour la réhabilitation neuropsychologique des fonctions cognitives altérées dans les dysphasies

**Présentation :** il s'agit d'un protocole inspiré fondamentalement de la méthode : « Melodic Intonation Therapy » de SPARKS et HOLLAND (1976), traduite en langue française par VAN ECKOUT PH. (1979) et adaptée au contexte algérien par BRAHIMI S. (1996). C'est une thérapie conçue, par nos prédécesseurs, pour la rééducation des aphasiques non fluents (VAN ECKOUT PH).

Par ailleurs, et dans notre pratique, en tant qu'orthophoniste de tendance neuropsychologique, nous nous sommes rendus compte de l'importance de cette thérapie pour les aphasies fluentes, de conduction, les enfants bègues et aussi les enfants dysphasiques.

C'est une thérapie qui stimule et renforce l'usage du rythme et des mélodies, capacités résiduelles dans l'hémisphère droit (FERRAND VIDAL A.M. 1982). Elle redynamise le fonctionnement inter hémisphérique, du fait que les exercices de rythme et de mélodie ne peuvent être réalisés en l'absence de fonctions mentales supérieures, en l'occurrence : la perception et la mémoire.

Ainsi, le caractère adaptatif, qui consiste en la modification synaptique du fonctionnement neuronal, lequel persiste durant toute la vie (voir travaux de DAWSON et coll., 1992, cités par EUSTACHE F., FAURE S., 2000), explique le bon fondement de notre protocole.

Etant donné que la réhabilitation, qu'elle soit d'ordre orthophonique ou neuropsychologique, consiste en des stimulations et influences environnementales, lesquelles rénovent la modification adaptative au sein du réseau neuronal, en utilisant comme bagage hémisphérique : les rythmes et les mélodies, qui sont effectués, en sollicitant deux types de fonctions mentales supérieures : la perception visuelle versus auditive et la mémoire épisodique (BRAHIMI S. 2008), nous considérons que notre protocole trouve sa justification scientifique pour l'appliquer à des enfants dysphasiques, présentant des difficultés cognitives. Au fait, les rythmes et mélodies serviront de support pour le fonctionnement adéquat des cognitions affaiblies chez les enfants de notre échantillon expérimental.

Notre protocole est en direction des épreuves de : rappel, apprentissage, orientation, manipulation mentale, problème et visio-construction, que voici :

**Activités organisatrices :** elles renferment les fonctions cognitives suivantes : manipulation mentale, problème et fluence verbale. Les épreuves proposées sont :

- **les exercices de rythme :** le patient reprend les séquences rythmiques entendues, dans le même ordre de présentation.

- reproduction de séquences rythmiques :

x x x x ..... 05 essais

x x x x ..... idem

x x x x ..... idem

x x x x ..... idem

Interférence

- **les exercices de rythme + mélodie :** le patient reproduit les séquences rythmiques et mélodieuses, tel que présentées par l'examineur.

**Activités mnésiques :** à ce niveau de la réhabilitation, nous sollicitons les fonctions suivantes : rappel, apprentissage et orientation, pour lesquelles nous proposons les épreuves suivantes :

- **les exercices de mémorisation de rythme :** il se rappelle des séquences rythmiques in supra. Un intervalle de 20 minutes doit être respecté entre l'étape précédente et celle-ci.

- **les exercices de mémorisation de rythme + mélodie :** il se reprend les séquences rythmiques et mélodieuses précédentes.

**Activités perceptivo-motrices :** les exercices de visio-construction font l'objet de travail à ce stade de réhabilitation. Nous utilisons deux supports : papier et crayon et nous proposons au patient de reproduire des signes diversement orientés, accompagnés des séquences rythmiques.

Dans un deuxième temps, l'enfant dysphasique est sollicité pour reproduire des séquences rythmiques, représentées dans des figures géométriques : triangles, cubes, rectangles....etc.

L'essai thérapeutique de ce protocole, à des enfants dysphasiques, est proposé aux candidats inscrits sous notre direction dans le même thème, et un contrôle post test sera effectué pour le valider.

Nous signalons également que la BEC, version algérienne, est suggérée aux post graduant ayant pour thèmes : infirmité motrice cérébrale et épilepsie. Des études longitudinales sont en cours de réalisation.

### Conclusion

Notre projet est conçu pour la prise en charge neuropsychologique des enfants dysphasiques en milieu clinique algérien. La démarche suivie nous permet d'avancer, dans la limite de notre échantillon, que l'enfant dysphasique nécessite un suivi de plusieurs années, car même quand la rééducation orthophonique remplit son contrat, il s'avère que les apprentissages scolaires ne sont pas à l'abri de l'atteinte dysphasique (exemple de M.S.). De ce fait, nos interrogations sur l'état des fonctions mentales et plus précisément des fonctions organisatrices, mnésiques et perceptivo-motrices, lesquelles peuvent être la cause directe des difficultés scolaires, trouvent relativement des éléments de réponses dans notre étude. Ainsi, les résultats de la démarche thérapeutique pourront renforcer notre constat. Nos résultats conclus aux faits suivants :

- notre première hypothèse de travail est confirmée, sur la base de l'adaptation et du réajustement de la BEC au contexte algérien, pour le diagnostic des carences cognitives chez l'enfant dysphasique.

- l'usage de la BEC, nous conduit à confirmer la 2<sup>ème</sup> hypothèse par la classification des troubles des fonctions organisatrices, mnésiques, verbales et perceptivo-motrices, voire analyse qualitative et quantitatives supra.

- et finalement, notre étude met en relief un protocole d'ordre neuropsychologique, justifié scientifiquement, en direction de la réhabilitation des fonctions cognitives affaiblies chez l'enfant dysphasique algérien. C'est une réponse à notre 3<sup>ème</sup> hypothèse dans ce travail.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BADDELEY & GATHERCOLE, 1990. Cités par : CHRISTOPHE P. & MOLLIER R. 2008. « Le déficit de mémoire de travail chez les enfants dysphasiques est-il ou non spécifique du langage ?, congrès mondial de linguistique française, Paris : France.

- BORREL - MAISONNY S. 1985. *Langage oral et écrit*. Paris, Delachaux & Niestlé.

- BRAHIMI S. 1996. Adaptation de la melodic intonation therapy à la langue arabe en vue de la démutisation des aphasies de BROCA. Mémoire pour le magistère d'orthophonie, Université d'Alger.

- BRAHIMI S. 1999. L'agrammatisme dans l'aphasie de BROCA et de conduction. Approche neuropsycholinguistique à travers l'adaptation à la langue arabe du Boston Los Angeles morphology syntax battery de GOODGLASS. Thèse de doctorat d'état, Université d'Alger.

- BRAHIMI S. 2007. Introduction en orthophonie. Cours non publiés, dép. P.S.E.O., Université d'Alger.

- BRAHIMI S. 2008. Aphasie et neuropsychologie. Cours non publiés, dép. P.S.E.O., Université d'Alger.

- BRAHIMI S. BOURIDAH A., BIZET A., ZINET F., TIGUAMOUNINE N., LARIBI N. 2008. Evaluation neuropsychologique des compétences cognitives dans les dysphasies développementales, Projet ANDRS, code : 01/14/03/04/172, Université d'Alger.

- CHEVRIER-MULLER & NARBONNA J. 1996. Le langage de l'enfant. Masson.

- EUSTACHE F., FAURE S. 2000. *Manuel de neuropsychologie*, Dunod, 2<sup>e</sup> éd., Paris.

- FERRAND VIDAL A. M. 1982. *La mélodie thérapie du langage*, Maloine S.A. éditeur, Paris.

- LAVEAULT D., GREGOIRE J. 2000. Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation, De Boeck Université, Bruxelles.

- MAZEAU M. 1999. Dysphasie, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant. Du trouble à la rééducation. 2<sup>e</sup> éd. Masson.

- MONFORT M. & ADORACION S. 1996. « Intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales », Ortho édition.

- RAPIN I. & ALLEN D.A.A. 1983. Developmental language disorders. Nosology consideration. In Kirk U. Ed., *Neuropsychology of language, reading and spelling* (pp. 155-184). New-York: academic press.

- SIGNORET J. L., ALLARD M., BENOIT N., BOLGET F., BOUVARLET M., EUSTACHE F. 1996. Evaluation des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés B.E.C., Paris : IPSEN.

- SPARKS R. & HOLLAND A. 1976. « Method : melodic intonation therapy for aphasia ». *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 41 : 287-297.

- TALLAL & coll. 1985. Cités par : CHEVRIER-MULLER, in : *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologique*. 3<sup>e</sup> éd. Masson, 2007.

- VAN EEKHOUT PH. 1979. Apport de la mélodie et du rythme dans quelque cas de réduction sévère du langage. *Rééducation orthophonique*, vol.17.

- ZELLAL N. 1984. *Introduction à la phonétique orthophonique arabe*. Alger : O.P.U., Université d'Alger.

## المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية العربية

Index APN eJournal

[www.arabpsynet.com/apn\\_journal/index-apn.htm](http://www.arabpsynet.com/apn_journal/index-apn.htm)

ملف العدد 34 - ربيع 2012

"الإيمان في المجتمع العربي... من الوصمة إلى الرعاية"

المشرف : الدكتور حسن حسين مصطفى - القاهرة، مصر / السعودية

دكتوراه علم النفس - مستشفى الأمل. جدة، السعودية

[moustafa\\_hassan\\_h@hotmail.com](mailto:moustafa_hassan_h@hotmail.com)

[arabpsynet@gmail.com](mailto:arabpsynet@gmail.com)

آخر أجل لقبول الأبحاث 30 - 03 - 2012



## مستجدات الطب النفسي

مراجعة منهجية في مكتبة كوك ران  
محمد أديب العسالي  
مستجدات الطب النفسي: ربيع 2011  
جمال الخطيب

## مراجعات منهجية في مكتبة كوك - ران للتدخلات الوقائية والعلاجية لاضطراب الكرب التالي للرض

أ.د. محمد أديب العسالي - رئيس البورد السوري للطب النفسي و رئيس المركز الطبي النفسي، دمشق

adib-essali@net.sy

يشهد وطننا العربي تغيرات غير مسبوقة أخذ بعضها - مع الأسف - منحى عنيفاً اختلفت أسبابه وشدة عنفه من بلد عربي لآخر، ولكن آثاره النفسية لا تختلف ويتأثر بها المواطن العادي بنفس الطريقة التي يتأثر بها طرفا الصراع العنيف. لقد شاهدت العديد من المصابين بمرض نفسي خلال الأشهر الأخيرة، كما سمعت وقرأت وتلقيت أسئلة عن الكثير من الحالات. من العواقب الهامة للرض النفسي (أو الكرب stress)، الحالة المعروفة باسم "اضطراب الكرب التالي للرض (PTSD) post-traumatic stress disorder" وقد ارتأيت أنه من المناسب تخصيص زاوية مراجعات كوكران في هذا العدد للمداخلات العلاجية الهادفة إلى تدبير هذا الاضطراب أو إلى الوقاية منه.

3. التداخل النفسي المبكر متعدد الجلسات للوقاية من اضطراب الكرب التالي للرض
4. العلاج النفسي لاضطراب الكرب التالي للرض
5. التدخلات النفسية للوقاية من الاضطرابات النفسية عند عناصر حفظ النظام
6. العلاج الدوائي لاضطراب الكرب التالي للرض
7. مشاركة العلاج الدوائي مع العلاج النفسي في اضطراب الكرب التالي للرض
8. الرياضة والألعاب في اضطراب الكرب التالي للرض

نورد فيما يلي ملخصات لمراجعات كوكران هذه، والتي تبين توفر براهين على فعالية التدخلات السلوكية الاستعرافية الفردية المركزة على الرض على المدى القصير. أما المداخلات النفسية المقدمة لكل البشر المعرضين لحادث راض فغير فعالة في الوقاية من اضطراب الكرب التالي للرض، كما لا تتوفر براهين داعمة لفعالية جلسة تفريغ نفسي مفردة في العلاج أو الوقاية من اضطراب الكرب التالي للرض، مما يوجب التوقف عن التفريغ القسري لضحايا الرض النفسي. كذلك يجب عدم استخدام التدخلات النفسية عديدة الجلسات لضحايا الحوادث الرضاة (ولكن هذه المراجعة لم تشمل على العلاج الجماعي).

أما بالنسبة للعلاج فهناك براهين على فعالية بعض العلاجات النفسية مثل: العلاج السلوكي الاستعرافي المركز على الرض والمتضمن العلاج بالتعرض سواء أكان فردياً أم جماعياً، وإزالة تحسس وإعادة برمجة حركات العين، وتدبير الكرب. كما تتوفر براهين ضعيفة على فعالية التدخلات النفسية للوقاية من الاضطرابات النفسية عند عناصر حفظ النظام. وبينما تتوفر براهين على فعالية مضادات الاكتئاب المثبطة لقيط السيروتونين في العلاج الدوائي لاضطراب الكرب التالي للرض، فإنه لا تتوفر براهين كافية لتأكيد أو لنفي فعالية مشاركة العلاج الدوائي مع العلاج النفسي مقارنة بأي منهما منفرداً. وكما هي الحال بالنسبة لمعظم "التدخلات البديلة" فإنه لم يتم تنفيذ تجارب معشاة على فعالية الرياضة والألعاب في تدبير اضطراب الكرب التالي للرض.

يحدث اضطراب الكرب التالي للرض عقب التعرض لحادث راض نفسياً بشكل يهدد بالموت أو بأذى جسيم، سواء أكان ذلك التهديد حقيقياً أم متوقفاً، وسواء أكان المعرض للخطر هو الشخص نفسه أم أحبته أو غيرهم ممن يعتبرهم مهمين في حياته، فقد يصاب به أي شخص - حتى الأطفال - عقب معاناة أو مشاهدة حدث راض مثل الكوارث الطبيعية أو الحروب أو التعذيب أو الاغتصاب أو حوادث السير، وقد تبدأ أعراض الاضطراب عند البعض فور التعرض للحادث الراض، بينما تبدأ عند غيرهم بعد أشهر أو سنوات.

تتطور الأعراض عادةً خلال شهر إلى ثلاثة أشهر من الحادث، حيث يعاني المصاب من تكرر عيش الحدث الراض وكأنه يحدث مجدداً بكل رعبه (ومضات flashbacks) أو من صور مقحمة ومزعجة أو كوابيس تتعلق بالحدث الراض، وتثار ارتكاسات فيزيولوجية قلقية أو انزعاج شديد عند التعرض لأشخاص أو لظروف تذكر بالحدث فيحاول المصاب تجنب مثل هذه المثيرات. كما تشاهد عند الكثيرين أعراض فرط التنبيه مثل فرط الحذر والهيجونية والذهول وصعوبة التركيز وصعوبة النوم، ويصف البعض إحساساً بأنهم معزولون عن الآخرين وبأن مشاعرهم جامدة مع فقد الاهتمام بنشاطات كانوا يعتبرونها هامة، وتترافق بعض الحالات بالاكتئاب والقلق والهلع، وقد يحاول البعض معالجة أنفسهم بتعاطي الكحول أو المهدئات فتضاهي إلى مشاكلهم مشكلة الإدمان.

يعاني معظم المتعرضين لحادث كارثية من أعراض اضطراب الكرب التالي للرض بدرجات وشدات مختلفة، ويتحسن معظمهم خلال سنة أو سنوات بدون علاج أو بالاعتماد على دعم الأهل والأصدقاء، ولكن قد تستمر الأعراض المزعجة عند حوالي ثلثهم لسنوات عديدة بعد الحادث الراض.

تحتوي مكتبة كوكران على مراجعات منهجية لأفضل البراهين المتعلقة بتدخلات تهدف إلى الوقاية والعلاج المبكر لاضطراب الكرب التالي للرض ومنها:

1. التدخلات النفسية المبكرة لمعالجة أعراض الكرب الرضى الحاد
2. التفريغ النفسي للوقاية من اضطراب الكرب التالي للرض

### ▪ PSYCHOLOGICAL DEBRIEFING FOR PREVENTING POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.

**Background:** Over approximately the last fifteen years, early psychological interventions, such as psychological 'debriefing', have been increasingly used following psychological trauma. Whilst this intervention has become popular and its use has spread to several settings, empirical evidence for its efficacy is noticeably lacking. This is the third update of a review of single session psychological "debriefing", first having been undertaken in 1997.

**Objectives:** To assess the effectiveness of brief psychological debriefing for the management of psychological distress after trauma, and the prevention of post traumatic stress disorder.

**Search strategy:** Electronic searching of MEDLINE, EMBASE, PsychLit, PILOTS, Biosis, Pascal, Occ.Safety and Health, SOCIOFILE, CINAHL, PSYCINFO, PSYINDEX, SIGLE, LILACS, CCTR, CINAHL, NRR, Hand search of Journal of Traumatic Stress. Contact with leading researchers.

**Selection criteria:** The focus of RCTs was on persons recently (one month or less) exposed to a traumatic event. The intervention consisted of a single session only, and involved some form of emotional processing/ventilation, by encouraging recollection/reworking of the traumatic event, accompanied by normalisation of emotional reaction to the event.

**Data collection and analysis:** 15 trials fulfilled the inclusion criteria. Methodological quality was variable, but the majority of trials scored poorly. Data from 6 trials could not be included in the meta-analyses. These trials are summarised in the text.

**Main results:** Single session individual debriefing did not prevent the onset of post-traumatic stress disorder (PTSD) nor reduce psychological distress, compared to control. At one year, one trial reported a significantly increased risk of PTSD in those receiving debriefing (OR 2.51 (95% CI 1.24 to 5.09)). Those receiving the intervention reported no reduction in PTSD severity at 1-4 months (SMD 0.11 (95%CI 0.10 to 0.32)), 6-13 months (SMD 0.26 (95%CI 0.01 to 0.50)), or 3 years (SMD 0.17 (95%CI -0.34 to 0.67)). There was also no evidence that debriefing reduced general psychological morbidity, depression or anxiety, or that it was superior to an educational intervention.

**Authors' conclusions:** There is no evidence that single session individual psychological debriefing is a useful treatment for the prevention of post-traumatic stress disorder after traumatic incidents. Compulsory debriefing of victims of trauma should cease. A more appropriate response could involve a 'screen and treat' model (NICE 2005).

### ▪ EARLY PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS TO TREAT ACUTE TRAUMATIC STRESS SYMPTOMS

Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD007944. DOI: 10.1002/14651858.CD007944.pub2.

**Background:** The amelioration of psychological distress following traumatic events is a major concern. Systematic reviews suggest that interventions targeted at all of those exposed to such events are not effective at preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Recently other forms of intervention have been developed with the aim of treating acute traumatic stress problems.

**Objectives:** To perform a systematic review of randomised controlled trials of all psychological treatments and interventions commenced within three months of a traumatic event aimed at treating acute traumatic stress reactions. The review followed the guidelines of the Cochrane Collaboration.

**Search strategy:** Systematic searches were performed of CCDAN Registers up to August 2008. Editions of key journals were searched by hand over a period of two years; personal communication was undertaken with key experts in the field; online discussion fora were searched.

**Selection criteria:** Randomised controlled trials of any psychological intervention or treatment designed to reduce acute traumatic stress symptoms, with the exception of single session interventions.

**Data collection and analysis:** Data were entered and analysed for summary effects using Review Manager 5.0 software. Standardised mean differences were calculated for continuous variable outcome data. Relative risks were calculated for dichotomous outcome data. When statistical heterogeneity was present a random effects model was applied.

**Main results:** Fifteen studies (two with long term follow-up studies) were identified examining a range of interventions.

In terms of main findings, twelve studies evaluated brief trauma focused cognitive behavioural interventions (TF-CBT). TF-CBT was more effective than a waiting list intervention (6 studies, 471 participants; SMD -0.64, 95% CI -1.06, -0.23) and supportive counselling (4 studies, 198 participants; SMD -0.67, 95% CI -1.12, -0.23). Effects against supportive counselling were still present at 6 month follow-up (4 studies, 170 participants; SMD -0.64, 95% CI -1.02, -0.25). There was no evidence of the effectiveness of a structured writing intervention when compared against minimal intervention (2 studies, 149 participants; SMD -0.15, 95% CI -0.48, 0.17).

**Authors' conclusions:** There was evidence that individual TF-CBT was effective for individuals with acute traumatic stress symptoms compared to both waiting list and supportive counselling interventions. The quality of trials included was variable and sample sizes were often small. There was considerable clinical heterogeneity in the included studies and unexplained statistical heterogeneity observed in some comparisons. This suggests the need for caution in interpreting the results of this review. Additional high quality trials with longer follow up periods are required to further test TF-CBT and other forms of psychological intervention.

#### ■ PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Bisson J, Andrew M. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.

**Background:** Psychological interventions are widely used in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD).

**Objectives:** To perform a systematic review of randomised controlled trials of all psychological treatments following the guidelines of The Cochrane Collaboration.

**Search strategy:** Systematic searches of computerised databases, hand search of the Journal of Traumatic Stress, searches of reference lists, known websites and discussion fora, and personal communication with key workers.

**Selection criteria:** Types of studies - Any randomised controlled trial of a psychological treatment.

Types of participants - Adults suffering from traumatic stress symptoms for three months or more.

Types of interventions - Trauma-focused cognitive behavioural therapy/exposure therapy (TFCBT); stress management (SM); other therapies (supportive therapy, non-directive counselling, psychodynamic therapy and hypnotherapy); group cognitive behavioural therapy (group CBT); eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR).

**Types of outcomes** - Severity of clinician rated traumatic stress symptoms. Secondary measures included self-reported traumatic stress symptoms, depressive symptoms, anxiety symptoms, adverse effects and dropouts.

#### **Data collection and analysis**

Data were entered using Review Manager software. Quality assessments were performed. Data were analysed for summary effects using Review Manager 4.2.

**Main results:** Thirty-three studies were included in the review. With regards to reduction of clinician assessed PTSD symptoms measured immediately after treatment TFCBT did significantly better than waitlist/usual care (standardised mean difference (SMD) = -1.40; 95% CI, -1.89 to -0.91; 14 studies; n = 649). There was no significant difference between TFCBT and SM (SMD = -0.27; 95% CI, -0.71 to 0.16; 6 studies; n = 239). TFCBT did significantly better than other therapies (SMD = -0.81; 95% CI, -1.19 to -0.42; 3 studies; n = 120). Stress management did significantly better than waitlist/usual care (SMD = -1.14; 95% CI, -1.62 to -0.67; 3 studies; n = 86) and than other therapies (SMD = -1.22; 95% CI, -2.09 to -0.35; 1 study; n = 25). There was no significant difference between other therapies and waitlist/usual care control (SMD = -0.43; 95% CI, -0.90 to 0.04; 2 studies; n = 72). Group TFCBT was significantly better than waitlist/usual care (SMD = -0.72; 95% CI, -1.14 to -0.31). EMDR did significantly better than waitlist/usual care (SMD = -1.51; 95% CI, -1.87 to -1.15; 5 studies; n = 162). There was no significant difference between EMDR and TFCBT (SMD = 0.02; 95% CI, -0.28 to 0.31; 6 studies; n = 187). There was no significant difference between EMDR and SM (SMD = -0.35; 95% CI, -0.90 to 0.19; 2 studies; n = 53). EMDR did significantly better than other therapies (self-report) (SMD = -0.84; 95% CI, -1.21 to -0.47; 2 studies; n = 124).

#### ■ MULTIPLE SESSION EARLY PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR THE PREVENTION OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD006869. DOI: 10.1002/14651858.CD006869.pub2.

**Background:** The prevention of long-term psychological distress following traumatic events is a major concern. Systematic reviews have suggested that individual Psychological Debriefing is not an effective intervention at preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Recently other forms of intervention have been developed with the aim of preventing PTSD.

**Objectives:** To examine the efficacy of multiple session early psychological interventions commenced within three months of a traumatic event aimed at preventing PTSD. Single session individual/group psychological interventions were excluded.

**Search strategy:** Computerised databases were searched systematically, the most recent search was conducted in August 2008. The Journal of Traumatic Stress and the Journal of Consulting and Clinical Psychology were handsearched for the last two years. Personal communication was undertaken with key experts in the field.

**Selection criteria:** Randomised controlled trials of any multiple session early psychological intervention or treatment (two or more sessions) designed to prevent symptoms of PTSD.

**Data collection and analysis:** Data were entered using Review Manager software. The methodological quality of included studies was assessed individually by two review authors. Data were analysed for summary effects using Review Manager 4.2. Mean difference was used for meta-analysis of continuous outcomes and relative risk for dichotomous outcomes.

**Main results:** Eleven studies with a total of 941 participants were found to have evaluated brief psychological interventions aimed at preventing PTSD in individuals exposed to a specific traumatic event, examining a heterogeneous range of interventions. Eight studies were entered into meta-analysis. There was no observable difference between treatment and control conditions on primary outcome measures for these interventions at initial outcome (k=5, n=479; RR 0.84; 95% CI 0.60 to 1.17). There was a trend for increased self-report of PTSD symptoms at 3 to 6 month follow-up in those who received an intervention (k=4, n=292; SMD 0.23; 95% CI 0.00 to 0.46). Two studies compared a memory structuring intervention against supportive listening. There was no evidence supporting the efficacy of this intervention.

**Authors' conclusions:** The results suggest that no psychological intervention can be recommended for routine use following traumatic events and that multiple session interventions, like single session interventions, may have an adverse effect on some individuals. The clear practice implication of this is that, at present, multiple session interventions aimed at all individuals exposed to traumatic events should not be used. Further, better designed studies that explore new approaches to early intervention are now required.

studies compared a psychosocial intervention to a control group. Only one primary prevention trial reported data for the primary outcomes and, although this study found a significant difference in depression in favour of the intervention at endpoint, this difference was no longer evident at 18 months. No studies of primary prevention comparing different interventions and reporting primary outcomes of interest were identified.

The methodological quality of the included studies was summarised. No study met our full quality criteria and one was regarded as low-quality. The remainder could not be rated because of incomplete data in the published reports and inadequate responses from the trialists.

**Authors' conclusions:** There is evidence only from individual small and low quality trials with minimal data suggesting that police officers benefit from psychosocial interventions, in terms of physical symptoms and psychological symptoms such as anxiety, depression, sleep problems, cynicism, anger, PTSD, marital problems and distress. No data on adverse effects were available. Meta-analyses of the available data were not possible. Further well-designed trials of psychosocial interventions are required. Research is needed on organization-based interventions to enhance psychological health among police officers.

#### ■ PHARMACOTHERAPY FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD002795. DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub2.

**Background:** Post traumatic stress disorder (PTSD) is a prevalent and disabling disorder. Evidence that PTSD is characterised by specific psychobiological dysfunctions has contributed to a growing interest in the use of medication in its treatment.

**Objectives:** To assess the effects of medication for post traumatic stress disorder.

**Search strategy:** We searched the Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group specialised register (CCDANCTR-Studies) on 18 August 2005, the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) (The Cochrane Library issue 4, 2004), MEDLINE (January 1966 to December 2004), PsycINFO (1966 to 2004), and the National PTSD Center Pilots database. Reference lists of retrieved articles were searched for additional studies.

**Selection criteria:** All randomised controlled trials (RCTs) of pharmacotherapy for PTSD.

**Data collection and analysis:** Two raters independently assessed RCTs for inclusion in the review, collated trial data, and assessed trial quality. Investigators were contacted to obtain missing data. Summary statistics were stratified by medication class, and by medication agent for the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). Dichotomous and continuous measures were calculated using a random effects model, heterogeneity was assessed, and subgroup/sensitivity analyses were undertaken.

**Authors' conclusions:** There was evidence individual TFCBT, EMDR, stress management and group TFCBT are effective in the treatment of PTSD. Other non-trauma focused psychological treatments did not reduce PTSD symptoms as significantly. There was some evidence that individual TFCBT and EMDR are superior to stress management in the treatment of PTSD at between 2 and 5 months following treatment, and also that TFCBT, EMDR and stress management were more effective than other therapies. There was insufficient evidence to determine whether psychological treatment is harmful. There was some evidence of greater drop-out in active treatment groups. The considerable unexplained heterogeneity observed in these comparisons, and the potential impact of publication bias on these data, suggest the need for caution in interpreting the results of this review.

#### ■ PSYCHOSOCIAL INTERVENTIONS FOR PREVENTION OF PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN LAW ENFORCEMENT OFFICERS

Peñalba V, McGuire H, Leite JR. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD005601. DOI: 10.1002/14651858.CD005601.pub2.

**Background:** Psychosocial interventions are widely used for the prevention of psychological disorders in law enforcement officers.

**Objectives:** To assess the effectiveness and comparative effectiveness of psychosocial interventions for the prevention of psychological disorders in law enforcement officers.

**Search strategy:** CCDANCTR-References was searched on 12/5/2008, electronic databases were searched, reference lists of review articles and included studies were checked, a specialist journal was handsearched, specialist books were checked and we contacted experts and trialists.

**Selection criteria:** Randomised and quasi randomised controlled trials were eligible. The types of participants were people employed directly in law enforcement, including police officers and military police, regardless of gender, age and country of origin, and whether or not they had experienced some psychological trauma. All types of psychosocial intervention were eligible. The relevant outcome measures were psychological symptoms, adverse events and acceptability of interventions.

**Data collection and analysis:** Data was entered into Review Manager 4.2 for analysis, but this review was converted to RevMan 5.0 for publication. Quality assessments were performed. Two authors independently selected studies, extracted data and assessed the quality of studies. Summary effects were to be calculated using RevMan but no meta-analyses were possible. For individual studies, dichotomous outcome data are presented using relative risk, and continuous outcome data are presented using the weighted mean difference. These results are given with their 95% confidence intervals (CI).

**Main results:** Ten studies were included in the review but only five reported data that could be used. Three of the ten studies were related to exercise-based psychological interventions. Seven were related to psychological interventions. No meta-analyses were possible due to diversity of participants, interventions and outcomes. Two studies compared a psychosocial intervention versus another intervention. Three

**Data collection and analysis:** Two or three review authors independently selected trials, assessed their 'risk of bias' and extracted trial and outcome data. We used a fixed-effect model for meta-analysis. The relative risk was used to summarise dichotomous outcomes and the mean difference and standardised mean difference were used to summarise continuous measures.

**Main results:** Four trials were eligible for inclusion, one of these trials (n =24) was on children and adolescents. All used an SSRI and prolonged exposure or a cognitive behavioural intervention. Two trials compared combination treatment with pharmacological treatment and two compared combination treatment with psychological treatment. Only two trials reported a total PTSD symptom score and these data could not be combined. There was no strong evidence to show if there were differences between the group receiving combined interventions compared to the group receiving psychological therapy (mean difference 2.44, 95% CI -2.87, 7.35 one study, n=65) or pharmacotherapy (mean difference -4.70, 95% CI -10.84 to 1.44; one study, n = 25). Trialists reported no significant differences between combination and single intervention groups in the other two studies. There were very little data reported for other outcomes, and in no case were significant differences reported.

**Authors' conclusions:** There is not enough evidence available to support or refute the effectiveness of combined psychological therapy and pharmacotherapy compared to either of these interventions alone. Further large randomised controlled trials are urgently required.

#### ■ SPORTS AND GAMES FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Lawrence S, De Silva M, Henley R. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD007171. DOI: 10.1002/14651858.CD007171.pub2.

**Background:** Traumatic experiences evoke emotions such as fear, anxiety and distress and may encourage avoidance of similar situations in the future. For a proportion of those exposed to a traumatic event, this emotional reaction becomes uncontrollable and can develop into Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Breslau 2001). Most of those diagnosed with PTSD fully recover while a small proportion develop a chronic PTSD a year after the event (First 2004). Sports and games may be able to alleviate symptoms of PTSD.

#### Objectives

##### Primary objective:

1. To assess the effectiveness of sports, and games in alleviating and/or diminishing the symptoms of PTSD when compared to usual care or other interventions.

##### Secondary objective:

2. To assess the effectiveness of different types of sports and games in alleviating and/or diminishing symptoms of PTSD.

**Search strategy:** The Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Controlled Trials Registers (CCDANCTR) were searched up to June 2008.

**Main results:** 35 short-term (14 weeks or less) RCTs were included in the analysis (4597 participants). Symptom severity for 17 trials was significantly reduced in the medication groups, relative to placebo (weighted mean difference -5.76, 95% confidence intervals (CI) -8.16 to -3.36, number of participants (N) = 2507). Similarly, summary statistics for responder status from 13 trials demonstrated overall superiority of a variety of medication agents to placebo (relative risk 1.49, 95% CI 1.28 to 1.73, number needed to treat = 4.85, 95% CI 3.85 to 6.25, N = 1272). Medication and placebo response occurred in 59.1% (N = 644) and 38.5% (628) of patients, respectively. Of the medication classes, evidence of treatment efficacy was most convincing for the SSRIs.

Medication was superior to placebo in reducing the severity of PTSD symptom clusters, comorbid depression and disability. Medication was also less well tolerated than placebo. A narrative review of 3 maintenance trials suggested that long term medication may be required in treating PTSD.

**Authors' conclusions:** Medication treatments can be effective in treating PTSD, acting to reduce its core symptoms, as well as associated depression and disability. The findings of this review support the status of SSRIs as first line agents in the pharmacotherapy of PTSD, as well as their value in long-term treatment. However, there remain important gaps in the evidence base, and a continued need for more effective agents in the management of PTSD.

#### ■ COMBINED PHARMACOTHERAPY AND PSYCHOLOGICAL THERAPIES FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 7. Art. No.: CD007316. DOI: 10.1002/14651858.CD007316.pub2.

**Background:** PTSD is an anxiety disorder related to exposure to a severe psychological trauma. Symptoms include re-experiencing the event, avoidance and arousal as well as distress and impairment resulting from these symptoms.

Guidelines suggest a combination of both psychological therapy and pharmacotherapy may enhance treatment response, especially in those with more severe PTSD or in those who have not responded to either intervention alone.

**Objectives:** To assess whether the combination of psychological therapy and pharmacotherapy provides a more efficacious treatment for PTSD than either of these interventions delivered separately.

**Search strategy:** Searches were conducted on the trial registers kept by the CCDAN group (CCDANCTR-Studies and CCDANCTR-References) to June 2010. The reference sections of included studies and several conference abstracts were also scanned.

**Selection criteria:** Patients of any age or gender, with chronic or recent onset PTSD arising from any type of event relevant to the diagnostic criteria were included. A combination of any psychological therapy and pharmacotherapy was included and compared to wait list, placebo, standard treatment or either intervention alone. The primary outcome was change in total PTSD symptom severity. Other outcomes included changes in functioning, depression and anxiety symptoms, suicide attempts, substance use, withdrawal and cost.

a group. Psychological interventions such as music therapy, art therapy and play therapy and behavioural therapy were excluded.

**Data collection and analysis:** Two reviewers (SL and MD) separately checked the titles and abstracts of the search results to determine which studies met the pre-determined inclusion criteria. A flow chart was used to guide the selection process. No studies met the inclusion criteria.

**Main results:** The search strategy identified five papers but none of the studies met inclusion criteria.

**Authors' conclusions:** No studies met the inclusion criteria. More research is therefore required before a fair assessment can be made of the effectiveness of sports and games in alleviating symptoms of PTSD

The following databases were searched up to June 2008: the Cochrane Central registry of Controlled Trials; MEDLINE; EMBASE; CINAHL; PsycINFO. Reference lists of relevant papers were searched and experts in the field were contacted to determine if other studies were available.

**Selection criteria:** To be included, participants had to be diagnosed with PTSD using criteria outlined in the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM IV) and/or ICD criteria. Randomised controlled trials (RCTs) that considered one or more well-specified sports or games for alleviating and/or diminishing symptoms of PTSD were included.

Sports, and games were defined as any organized physical activity done alone or with a group and non-physical activities such as computer games and card games done alone or with

## المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

Arabpsynet e.JOURNAL

FREE

N°1 - Winter 04:

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ1/apnJ1.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ1/apnJ1.exe)

N°2 - Spring 04 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ2/apnJ2.exe)

N°3 - Summer 04:

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ3/apnJ3.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ3/apnJ3.exe)

N°4 - Autumn 04 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ4/apnJ4.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ4/apnJ4.exe)

N°5 - Winter 05 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ5/apnJ5.exe)

N°6 - Spring 05 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ6/apnJ6.exe)

N°7- Summer 05 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ7/apnJ7.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ7/apnJ7.exe)

N°8 - Autumn 05 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ8/apnJ8.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ8/apnJ8.exe)

N°9 - Winter 06 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ9/apnJ9.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ9/apnJ9.exe)

N°10-11 - Spring & Summer 06 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ10-11/apnJ1011.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ10-11/apnJ1011.exe)

N°12 - Autumn 06:

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ12/apnJ12.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ12/apnJ12.exe)

N°13 - Winer 07 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ13/apnJ13.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ13/apnJ13.exe)

N°14 - Spring 07 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ14/apnJ14.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ14/apnJ14.exe)

N°15-16 – Summer & Autumn 07 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ15-16/apnJ115-16.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ15-16/apnJ115-16.exe)

N°17 - Winter 08 :

[www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ17/apnJ17.exe](http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ17/apnJ17.exe)

## المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

Arabpsynet e.JOURNAL

FOR SUBSCRIBERS

N°18-19 - Spring & Summer 08

[www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=18](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=18)

N°20 - Autumn 08 :

[www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=20](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=20)

N°21-22 - Winter & Spring 09

[www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=21](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=21)

N°23 - Summer 09

[www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=23](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=23)

N°24 - Autumn 09-10

[www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=24](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=24)

N°25-26 – Winter & Spring 10

[www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=25](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=25)

N°28-27– Summer & Autumn 10

[www.arabpsynet.com/pass\\_download.asp?file=27](http://www.arabpsynet.com/pass_download.asp?file=27)

## EVIDENCE DIGEST

MARCH – APRIL 2011

DR. JAMAL KHATIB

CONSULTANT PSYCHIATRIST - AMMAN-JORDAN

[jabeer82@gmail.com](mailto:jabeer82@gmail.com)

مستجدات الطب النفسي

مارس - أبريل 2011

د. جمال الخطيب

استشاري الطب النفسي - عمان، الأردن

[jabeer82@gmail.com](mailto:jabeer82@gmail.com)

## ANXIETY DISORDERS

ANXIETY

## ■ GENERALIZED ANXIETY DISORDER

JAMA, 02/09/2011

Torpy JM et al. – Anxiety disorders affect more than 40 million adults in the United States alone, about 18% of the population. Worldwide, approximately 20% of persons who receive primary health care have anxiety disorders or depression

[Int Clin Psychopharmacol](#). 2011 Mar 11. [Epub ahead of print]

## ■ AUGMENTATIVE QUETIAPINE IN PARTIAL/NONRESPONDERS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER: A RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED STUDY.

Authors : [Altamura AC](#), [Serati M](#), [Buoli M](#), [Dell'osso B](#).

Department of Psychiatry, University of Milan, Fondazione IRCCS Ca'Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy.

**Abstract:** Generalized anxiety disorder (GAD) is a chronic and disabling condition. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of low-dose augmentative quetiapine (mean dose=50 mg/day) in patients with GAD and partial/no response to selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). Twenty patients with GAD and partial/no response to SSRIs were randomized to quetiapine (n=10) or placebo (n=10) for 8 weeks, continuing their treatment with SSRIs. Analyses of variance with repeated measures on Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) and Clinical Global Impression (CGI; severity of illness) were carried out at baseline and after 8 weeks and the number of responders/remitters was computed and compared between the groups. HAM-A scores at baseline were 15.60 ( $\pm 4.48$ ) in the placebo group and 18.50 ( $\pm 6.59$ ) in the quetiapine group, and at the end-point, HAM-A scores in the placebo group were 10.40 ( $\pm 4.88$ ) and 9.20 ( $\pm 5.86$ ) in the quetiapine group. A significant time-by-treatment effect was found on the HAM-A ( $F=5.19$ ,  $P=0.035$ ) and CGIs scores ( $F=19.60$ ,  $P<0.001$ ) in favor of the quetiapine group. The number of responders was numerically superior in the quetiapine group (60 vs. 30%) without reaching statistical significance ( $\chi=1.82$ , degree of freedom=1,  $P=0.37$ ,  $\phi=0.30$ ). Remitters were 40% for the quetiapine group versus 20% for the placebo group ( $\chi=0.95$ , degree of freedom=1,  $P=0.63$ ,  $\phi=0.22$ ). **Low-dose augmentative quetiapine may be an useful treatment option for patients with GAD and partial/no response to SSRIs.** The lack of double-blind conditions and the limited sample size may limit the confidence in the reported results. Larger randomized controlled trials are warranted to confirm these data.

Arabpsynet E.JOURNAL: N°27-28 – SUMMER&AUTUMN 2010

## GERIATRIC PSYCH

## ■ BUPROPION IN THE TREATMENT OF DEPRESSION IN PARKINSONS DISEASE

International Psychogeriatrics, 02/01/2011

Zaluska M et al. – A 78-year-old female with a nine-year history of depression was hospitalized due to worsening depression and symptoms associated with Parkinson's disease (PD). Her motor abilities improved on levodopa and the depression improved after a trial of bupropion, following unsuccessful treatment with other antidepressants

## DEMENTIA

## ■ ANTIDEPRESSANTS FOR AGITATION AND PSYCHOSIS IN DEMENTIA

Cochrane Reviews, 02/23/2011 Clinical Article

Seitz DP et al. – The selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) **sertraline and citalopram** were associated with a reduction in symptoms of agitation when compared to placebo in two studies

## MOOD DISORDERS

## ■ SEX DIFFERENCES IN ADOLESCENT DEPRESSION: DO SEX HORMONES DETERMINE VULNERABILITY.

Journal of Neuroendocrinology, 03/23/2011

Naninck EFG et al. – Depression is one of the most common, costly and severe psychopathologies worldwide. Its incidence however, differs significantly between the sexes and depression rates in women are twice those of men. Interestingly, this sex difference emerges during adolescence

[J Clin Psychiatry](#). 2011 Feb 22. [Epub ahead of print]

## ■ A DOUBLE-BLIND PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF LAMOTRIGINE AS AN ANTIDEPRESSANT AUGMENTATION AGENT IN TREATMENT-REFRACTORY UNIPOLAR DEPRESSION.

Authors : [Barbee JG](#), [Thompson TR](#), [Jamhour NJ](#), [Stewart JW](#), [Conrad EJ](#), [Reimherr FW](#), [Thompson PM](#), [Shelton RC](#).  
3439 Magazine Street, New Orleans, LA 70115, USA.  
[jgbmd@att.net](mailto:jgbmd@att.net).

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد -28-27- صيف وخريف 2010



**Abstract**

**Background:** Previous reports have suggested that lamotrigine is effective as an antidepressant augmentation agent in patients with treatment-resistant unipolar depression. This study is the largest double-blind placebo-controlled study conducted to date of lamotrigine in this role.

**Method:** In this multicenter trial, conducted at 19 sites, patients aged 18-65 years with a DSM-IV/ICD-10 diagnosis of unipolar, nonpsychotic major depressive disorder (confirmed by the Mini-International Neuropsychiatric Interview) who had failed at least 1 adequate trial of an antidepressant (N = 183) were first treated for 8 weeks with open-label paroxetine or paroxetine controlled-release in dosages up to 50 mg/d or 62.5 mg/d, respectively. Individuals with a 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17) score  $\geq 15$  (n = 96) were then randomized on a double-blind basis to receive either placebo or lamotrigine in dosages titrated upward to a maximum of 400 mg/d for 10 weeks. Sixty-five patients completed the study. The primary outcome measure was the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), and the main secondary outcome measures were the HDRS-17 and Clinical Global Impressions-Severity of Illness (CGI-S) and Clinical Global Impressions-Improvement (CGI-I) ratings. Data were collected from 2003 to 2006.

**Results:** Results of the primary efficacy analysis of the randomized patients using the MADRS, HDRS-17, CGI-S, and CGI-I did not demonstrate a statistically significant difference between lamotrigine and placebo groups, although some secondary analyses were suggestive of efficacy, particularly in those patients who completed the study (completer analysis) and in more severely ill patients (HDRS-17  $\geq 25$ ).

**Conclusions:** This add-on study of patients with treatment-resistant depression failed to detect a statistically significant difference between lamotrigine and placebo given for 10 weeks. However, post hoc analyses suggest that future studies of lamotrigine's efficacy might focus on specific subgroups with depression.

**Mood Disorders**

▪ **EFFICACY, SAFETY AND TOLERABILITY OF ESCITALOPRAM IN DOSES UP TO 50 MG IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER (MDD): AN OPEN-LABEL, PILOT STUDY FULL TEXT**

BMC Psychiatry, 03/23/2011 Clinical Article

Wade AG et al. – Escitalopram is licensed for use at doses up to 20mg but is used clinically at higher doses. There is limited published data at higher doses and none in the treatment of MDD.

**Methods**

Open-label, pilot study

Designed to investigate efficacy, safety and tolerability of escitalopram in doses up to 50 mg in MDD

Conducted in 60 primary care patients with MDD who had not responded to adequate treatment with citalopram

Patients treated with escalating doses of escitalopram up to 50 mg for up to 32 weeks until they achieved remission (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS] (less than or equal to 8) or failed to tolerate dose

**Results**

42 patients (70%) completed study

21 patients (35%) achieved remission with 8 of 21 patients (38%) needing the 50 mg dose to achieve remission

Median time to remission 24 weeks and median dose in remission 30 mg

No significant safety issues identified although tolerability appeared to decline above dose of 40 mg with 26% of patients unable to tolerate 50 mg

12 (20%) patients had adverse events leading to discontinuation

Most common AE were headache (35%), nausea, diarrhea and nasopharyngitis (all 25%)

Minor mean weight gain found during study, which did not appear to be dose-related

Half of patients who completed study chose to continue treatment with escitalopram rather than taper down dose at 32 weeks

**Mood Disorders**

▪ **DEEP BRAIN STIMULATION FOR TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION: FOLLOW-UP AFTER 3 TO 6 YEARS**

American Journal of Psychiatry, 02/04/2011 Clinical Article

Kennedy SH et al. –This report represents an extended follow-up of 20 patients with treatment-resistant depression who received DBS to the subcallosal cingulate gyrus (Brodmann's area 25). These data suggest that in the long term, DBS remains a safe and effective treatment for treatment-resistant depression. Additional trials with larger samples are needed to confirm these findings.

**Methods**

After an initial 12-month study of DBS, patients seen annually and at last follow-up visit to assess depression severity, functional outcomes, and adverse events

**Results**

Average response rates 1, 2, and 3 years after DBS implantation were 62.5%, 46.2%, and 75%

At last follow-up visit (range=3–6 years), average response rate 64.3%

Functional impairment in the areas of physical health and social functioning progressively improved up to the last follow-up visit

No significant adverse events reported during this follow-up, although 2 patients died by suicide during depressive relapses

## Bipolar Affective Disorders

### BAD

*J Clin Psychiatry.* 2011 Feb 22. [Epub ahead of print]

#### ■ META-ANALYSIS OF EFFICACY AND TREATMENT-EMERGENT SUICIDALITY IN ADULTS BY PSYCHIATRIC INDICATION AND AGE SUBGROUP FOLLOWING INITIATION OF PAROXETINE THERAPY: A COMPLETE SET OF RANDOMIZED PLACEBO-CONTROLLED TRIALS.

*Authors:* Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, Davies JT, Moore C, Thase ME.

GlaxoSmithKline, King of Prussia, Pennsylvania.

#### Abstract

**Objective:** This meta-analysis of placebo-controlled paroxetine trials examines suicidality incidence in adults, focusing on disorder and age as potential risk factors. The findings are put in context with an efficacy meta-analysis of the same trial datasets.

**Data sources:** GlaxoSmithKline paroxetine clinical trial database(s).

**Study selection:** All double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group studies of paroxetine therapy in adults enrolling at least 30 patients total were included in the analysis. The dataset comprised 14,911 patients from 61 trials.

**Data extraction:** Possible cases of suicidality were identified and blindly categorized by an expert panel, using methodology previously used by the US Food and Drug Administration. Incidences of suicidal behavior (preparatory act, suicide attempt, or completed suicide) and any suicidality (suicidal behavior or ideation) were compared between paroxetine and placebo. Efficacy assessments were based on standard depression rating scales (eg, Hamilton Depression Rating Scale or Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) and Clinical Global Impressions Improvement scale (CGI-I) scores.

**Results:** In the primary dataset, ie, all disorders combined, there were no significant differences between paroxetine and placebo for overall suicidality (suicidal behavior or ideation:  $n/n = 83/8,958$  [0.93%] vs  $n/n = 65/5,953$  [1.09%], respectively; OR = 0.9 [95% CI, 0.7-1.3];  $P = .649$ ) or for suicidal behavior specifically ( $n/n = 50/8,958$  [0.56%] vs  $n/n = 40/5,953$  [0.67%], respectively; OR = 1.2 [95% CI, 0.8-1.9];  $P = .483$ ). However, in patients with major depressive disorder (MDD), a greater incidence of suicidal behavior occurred in paroxetine-treated patients than in placebo-treated patients ( $n/n = 11/3,455$  [0.32%] vs  $n/n = 1/1,978$  [0.05%], respectively; OR = 6.7 [95% CI, 1.1-149.4];  $P = .058$ ). Across all indications, a higher incidence of suicidal behavior occurred in paroxetine-treated versus placebo-treated adults aged 18 to 24 years ( $n/n = 17/776$  [2.19%] vs  $n/n = 5/542$  [0.92%], respectively; OR = 2.4 [95% CI, 0.9-7.3]). In older age groups, no increase in suicidality was observed. Efficacy was demonstrated in all disorders evaluated, including MDD.

**Conclusions:** Across all disorders, overall suicidality incidence was similar between paroxetine and placebo. However, a higher frequency of suicidal behavior occurred

with paroxetine in MDD, which was largely explained by the higher incidence in young adults. **These data support the efficacy of paroxetine therapy;** however, they also highlight the need for careful monitoring of suicidality during antidepressant therapy, particularly in younger adults.

## Bipolar Affective Disorders

#### ■ META-ANALYSIS OF EFFICACY AND TREATMENT-EMERGENT SUICIDALITY IN ADULTS BY PSYCHIATRIC INDICATION AND AGE SUBGROUP FOLLOWING INITIATION OF PAROXETINE THERAPY: A COMPLETE SET OF RANDOMIZED PLACEBO-CONTROLLED TRIALS.

*Authors:* Carpenter DJ, Fong R, Kraus JE, Davies JT, Moore C, Thase ME.

GlaxoSmithKline, King of Prussia, Pennsylvania.

#### Abstract

**Objective:** This meta-analysis of placebo-controlled paroxetine trials examines suicidality incidence in adults, focusing on disorder and age as potential risk factors. The findings are put in context with an efficacy meta-analysis of the same trial datasets.

**Data sources:** GlaxoSmithKline paroxetine clinical trial database(s).

**Study selection:** All double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group studies of paroxetine therapy in adults enrolling at least 30 patients total were included in the analysis. The dataset comprised 14,911 patients from 61 trials.

**Data extraction:** Possible cases of suicidality were identified and blindly categorized by an expert panel, using methodology previously used by the US Food and Drug Administration. Incidences of suicidal behavior (preparatory act, suicide attempt, or completed suicide) and any suicidality (suicidal behavior or ideation) were compared between paroxetine and placebo. Efficacy assessments were based on standard depression rating scales (eg, Hamilton Depression Rating Scale or Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) and Clinical Global Impressions Improvement scale (CGI-I) scores.

**Results:** In the primary dataset, ie, all disorders combined, there were no significant differences between paroxetine and placebo for overall suicidality (suicidal behavior or ideation:  $n/n = 83/8,958$  [0.93%] vs  $n/n = 65/5,953$  [1.09%], respectively; OR = 0.9 [95% CI, 0.7-1.3];  $P = .649$ ) or for suicidal behavior specifically ( $n/n = 50/8,958$  [0.56%] vs  $n/n = 40/5,953$  [0.67%], respectively; OR = 1.2 [95% CI, 0.8-1.9];  $P = .483$ ). However, in patients with major depressive disorder (MDD), a greater incidence of suicidal behavior occurred in paroxetine-treated patients than in placebo-treated patients ( $n/n = 11/3,455$  [0.32%] vs  $n/n = 1/1,978$  [0.05%], respectively; OR = 6.7 [95% CI, 1.1-149.4];  $P = .058$ ). Across all indications, a higher incidence of suicidal behavior occurred in paroxetine-treated versus placebo-treated adults aged 18 to 24 years ( $n/n = 17/776$  [2.19%] vs  $n/n = 5/542$  [0.92%], respectively; OR = 2.4 [95% CI, 0.9-7.3]). In older age groups, no increase in suicidality was observed. Efficacy was demonstrated in all disorders evaluated, including MDD.

**Conclusions:** Across all disorders, overall suicidality incidence was similar between paroxetine and placebo. However, a higher frequency of suicidal behavior occurred with paroxetine in MDD, which was largely explained by the higher incidence in young adults. These data support the efficacy of paroxetine therapy; however, they also highlight the need for careful monitoring of suicidality during antidepressant therapy, particularly in younger adults.

## NEURO/PSYCH PHARMACOL

### ▪ NEUROPSYCHOLOGICAL CHANGES AND TREATMENT RESPONSE IN SEVERE DEPRESSION

*British Journal of Psychiatry, 02/03/2011 Exclusive author commentary*

Douglas KM et al. – Despite significant impairment in neuropsychological functioning in the depression group, most measures failed to differentiate between treatment responders and non-responders at 10–14 days or at 6 weeks.

#### Richard Porter (02/09/2011) comments:

The study investigated whether neuropsychological changes (on conventional neuropsychological tasks and facial emotion-processing tasks) could represent early (10–14 days) and later (6 weeks) indicators of treatment response in in-patients with major depression. No previous published studies have examined neuropsychological changes in relation to treatment response at such an early stage of treatment. In acutely depressed patients, compared with well-matched healthy controls, performance was significantly impaired on tasks of verbal and visuospatial learning and memory, attention, executive functioning and facial emotion processing (effect sizes = 0.6-1.1). This widespread neuropsychological impairment is consistent with previous studies of depression, and the large magnitude of the impairment is likely to be due to the severity of depression in the current sample (MADRS score = 36). Interestingly, whether or not depressed patients were taking antidepressant medication at the baseline assessment did not appear impact on their neuropsychological performance. During 6 weeks of treatment, only simple reaction time, verbal working memory and the recognition of angry facial expressions showed differential change in treatment responders compared with non-responders in the depression group. None of the measures showed a significant difference between treatment responders and non-responders at 10-14 days. Thus, data did not support the hypothesis that neuropsychological tasks can measure early, biological changes in patients with major depression who will go on to respond to treatment. However, particularly in the area of emotional processing, we believe that the study shows sufficient preliminary evidence of changes associated with treatment response to warrant further investigation. This may lead to a greater understanding of the neurobiology of response to treatment and the possibility of such tasks being used in clinical trials or as adjuncts to clinical assessment

## NEUROPSYCH SCIENCES

### MISCILANEOUS

### ▪ COFFEE CONSUMPTION AND RISK OF STROKE IN WOMEN

Larsson SC et al. – After adjustment for other risk factors,

coffee consumption was associated with a statistically significant lower risk of total stroke, cerebral infarction, and subarachnoid hemorrhage but not intracerebral hemorrhage. The association between coffee consumption and cerebral infarction was not modified by smoking status, body mass index, history of diabetes or hypertension, or alcohol consumption. **These findings suggest that low or no coffee consumption is associated with an increased risk of stroke in women**

## SUBSTANCE ABUSE

### ▪ PREDICTORS FOR THE EFFICACY OF NALTREXONE TREATMENT IN ALCOHOL DEPENDENCE: SWEET PREFERENCE

*Alcohol and Alcoholism, 02/03/2011*

Laaksonen E et al. – **Sweet preference** has a strong correlation to treatment outcomes with naltrexone, and sweet preference might be used as a predictor for better treatment results in alcoholics. The study offers one possible new explanation of the clinical observation that naltrexone is not effective for every patient

## SUBSTANCE ABUSE

### ▪ TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENCE WITH LOW-DOSE TOPIRAMATE: AN OPEN-LABEL CONTROLLED STUDY FULL TEXT

*BMC Psychiatry, 03/16/2011 Clinical Article*

Paparrigopoulos T et al. – Low-dose topiramate as an adjunct to psychotherapeutic treatment is well tolerated and effective in reducing alcohol craving, as well as symptoms of depression and anxiety, present during the early phase of alcohol withdrawal. Furthermore, topiramate considerably helps to abstain from drinking during the first 16-week post-detoxification period.

#### Methods

Following a 7-10 day inpatient alcohol detoxification protocol, 90 patients were assigned to receive either topiramate (up to 75 mg per day) in addition to psychotherapeutic treatment (n=30) or psychotherapy alone (n=60)

Symptoms of depression and anxiety, as well as craving, monitored for 4-6 weeks immediately following detoxification on an inpatient basis

Both groups followed as outpatients at weekly basis for another 4 months in order to monitor their course and abstinence from alcohol

#### Results

Marked improvement in depressive, anxiety, and obsessive-compulsive drinking symptoms observed over consecutive assessments in both study groups

Individuals on topiramate fared better than controls ( $p < 0.01$ ) during inpatient treatment

During 4-month follow up period, relapse rate lower among patients who received topiramate (66.7%) compared to those who received no adjunctive treatment (85.5%)

Time to relapse in topiramate augmentation group significantly longer compared to control group

Median duration of abstinence 4 weeks for non-medicated group whereas it reached 10 weeks for topiramate group

No serious SE of topiramate recorded throughout study

*Am J Psychiatry.* 2011 Mar 15. [Epub ahead of print]

▪ **IMAGING DOPAMINE TRANSMISSION IN COCAINE DEPENDENCE: LINK BETWEEN NEUROCHEMISTRY AND RESPONSE TO TREATMENT.**

Martinez D, Carpenter KM, Liu F, Slifstein M, Broft A, Friedman AC, Kumar D, Van Heertum R, Kleber HD, Nunes E.

Department of Psychiatry and the Department of Radiology, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York.

*Abstract*

**Objective:** Previous research has shown that dopamine signaling in the limbic striatum is crucial for selecting adaptive, motivated behavior and that disrupted dopamine transmission is associated with impulsive and maladaptive behavior. In humans, positron emission tomography (PET) imaging studies have shown that cocaine dependence is associated with the dysregulation of striatal dopamine signaling, which is linked to cocaine-seeking behavior. The goal of the present study was to investigate whether this association applies to the treatment setting. The authors hypothesized that dopamine signaling in the limbic striatum would be associated with response to a behavioral treatment that uses positive reinforcement to replace impulsive cocaine use with constructive personal goals. **Method:** Prior to treatment, cocaine-dependent subjects underwent two PET scans using [(11)C]raclopride, before and after the administration of a stimulant (methylphenidate), for measurement of striatal dopamine D(2/3) receptor binding and presynaptic dopamine release. **Results:** Both of the outcome measures were lower in the volunteers who did not respond to treatment than in those who experienced a positive treatment response. **Conclusions:** These findings provide insight into the neurochemistry of treatment response and show that **low dopamine transmission is associated with treatment failure.** In addition, these data suggest that the combination of behavioral treatment with methods that increase striatal dopamine signaling might serve as a therapeutic strategy for cocaine dependence.

## ANXIETY DISORDERS

### ANXIETY

▪ **TREATMENT-SEEKING FOR SOCIAL ANXIETY DISORDER IN A GENERAL OUTPATIENT PSYCHIATRY SETTING**

PSYCHIATRY RESEARCH, 04/29/2011

Dalrymple KL et al. – A regression analysis found that depressive disorder not otherwise specified (DDNOS) was the most robust predictor of treatment-seeking for social anxiety disorder (SAD) status, followed by the number of feared social situations. Other factors should be examined in the future, such as knowledge of SAD and available treatment options.

Arabpsynet e.JOURNAL: N°27-28 – SUMMER&AUTUMN 2010

## Child & Adolescent Psy

### Child/Adolescent Psych

▪ **ANXIETY SYMPTOMS AMONG ADOLESCENTS IN JAPAN AND ENGLAND: THEIR RELATIONSHIP WITH SELF-CONSTRUALS AND SOCIAL SUPPORT**

Depression and Anxiety, 04/29/2011

Essau CA et al. – **Adolescents in England reported significantly higher levels of anxiety symptoms than adolescents in Japan.** In both countries, independent self-construal was negatively associated with anxiety symptoms, while interdependent self-construal was positively associated with anxiety. Path analysis showed that the effect of interdependent self-construal seemed to be weaker in Japan than in England

▪ **THE PARALLEL DEVELOPMENT OF ODD AND CD SYMPTOMS FROM EARLY CHILDHOOD TO ADOLESCENCE**

European Child and Adolescent Psychiatry, 04/29/2011 Clinical Article

Diamantopoulou S et al. – This study examined the developmental relations between symptoms of oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) from early childhood to adolescence. The authors conclude that without the initial presence of CD symptoms, ODD symptoms are not developmental precursors to CD symptoms.

*Methods*

- Tested, according to parent-reported problems, whether symptoms of ODD precede development of CD symptoms, whether ODD and CD symptoms are reciprocally associated across time, or whether ODD and CD symptoms develop parallel to each other across time

- Participants were community-based sample (at time 1: N = 485, 48% boys) assessed biannually 5 times from age 4 to 6 until age 12–14

*Results*

- Control for stability effects, baseline SES, and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, ODD and CD symptoms develop parallel to each other

- No gender differences obtained

## EATING DISORDERS

▪ **OLANZAPINE VERSUS PLACEBO FOR OUT-PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA.**

*Authors:* Attia E, Kaplan AS, Walsh BT, Gershkovich M, Yilmaz Z, Musante D, Wang Y.

Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA.

مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد -27-28- صيف وخريف 2010

**Abstract**

**Background:** Anorexia nervosa (AN) is a serious psychiatric illness associated with significant morbidity and mortality. There is little empirical support for specific treatments and new approaches are sorely needed. This two-site study aimed to determine whether olanzapine is superior to placebo in increasing body mass index (BMI) and improving psychological symptoms in out-patients with AN. Method: A total of 23 individuals with AN were randomly assigned in double-blind fashion to receive olanzapine or placebo for 8 weeks together with medication management sessions that emphasized compliance. Weight, other physical assessments and measures of psychopathology were collected.

**Results:** End-of-treatment BMI, with initial BMI as a covariate, was significantly greater in the group receiving olanzapine [ $F(1, 20)=6.64, p=0.018$ ]. Psychological symptoms improved in both groups, but there were no statistically significant group differences. Of the 23 participants, 17 (74%) completed the 8-week trial. Participants tolerated the medication well with sedation being the only frequent side effect and adverse metabolic effects were noted.

**Conclusions:** This small study suggests that olanzapine is generally well tolerated by, and may provide more benefit than placebo for out-patients with AN. Further study is indicated to determine whether olanzapine may affect psychological symptoms in addition to BMI.

**GERIATRIC Psych**

▪ **A SYSTEMATIC REVIEW OF TREATMENTS FOR REFRACTORY DEPRESSION IN OLDER PEOPLE.**

**Authors:** Cooper C, Katona C, Lyketsos K, Blazer D, Brodaty H, Rabins P, de Mendonça Lima CA, Livingston G.

Department of Mental Health Sciences, University College London.

**Abstract**

**Objective:** The authors systematically reviewed the management of treatment-refractory depression in older people (defined as age 55 or older). **Method:** The authors conducted an electronic database search and reviewed the 14 articles that fit predetermined criteria. Refractory depression was defined as failure to respond to at least one course of treatment for depression during the current illness episode. The authors rated the validity of studies using a standard checklist and calculated the pooled proportion of response to any treatment reported by at least three studies. **Results:** All the studies that met inclusion criteria investigated pharmacological treatment. Most were open-label studies, and the authors found no double-blind randomized placebo-controlled trials. The overall response rate for all active treatments investigated was 52% (95% CI=42-62; N=381). Only lithium augmentation was assessed in more than two trials, and the response rate was 42% (95% CI=21-65; N=57). Only two studies included comparison groups receiving no additional treatment, and none of the participants in these groups responded. In single randomized studies, extended-release venlafaxine was more efficacious than paroxetine,

lithium augmentation more than phenelzine, and selegiline more than placebo. **Conclusions:** Half of the participants responded to pharmacological treatments, indicating the importance of managing treatment-refractory depression actively in older people. The only treatment for which there was replicated evidence was lithium augmentation. Double-blind randomized controlled trials for management of treatment-refractory depression in older people, encompassing pharmacological and nonpharmacological therapies and populations that reflect the levels of physical and cognitive impairment present in the general older population with depression, are needed.

**OTHERS**

▪ **THE INTERACTIONS BETWEEN RELIGION, RELIGIOSITY, RELIGIOUS DELUSION/HALLUCINATION, AND TREATMENT-SEEKING BEHAVIOR AMONG SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN TAIWAN**

Psychiatry Research, 04/29/2011

Huang CLC et al. – Patients with religious delusions/hallucinations did not necessarily have more severe psychopathology. There are different profiles associated with religious affiliation/religiosity and religious delusions/hallucinations in relation to treatment-seeking behavior among schizophrenia patients in Han-Chinese society.

**Mood Disorders**

▪ **DEEP BRAIN STIMULATION FOR TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION: FOLLOW-UP AFTER 3 TO 6 YEARS**

American Journal of Psychiatry, 02/04/2011 Clinical Article

Kennedy SH et al. – This report represents an extended follow-up of 20 patients with treatment-resistant depression who received DBS to the subcallosal cingulate gyrus (Brodmann's area 25). These data suggest that in the long term, DBS remains a safe and effective treatment for treatment-resistant depression. Additional trials with larger samples are needed to confirm these findings.

**Methods**

- After an initial 12-month study of DBS, patients seen annually and at last follow-up visit to assess depression severity, functional outcomes, and adverse events

**Results**

- Average response rates 1, 2, and 3 years after DBS implantation were 62.5%, 46.2%, and 75%
- At last follow-up visit (range=3–6 years), average response rate 64.3%
- Functional impairment in the areas of physical health and social functioning progressively improved up to the last follow-up visit
- No significant adverse events reported during this follow-up, although 2 patients died by suicide during depressive relapses

## Mood Disorders

### EFFICACY, SAFETY AND TOLERABILITY OF ESCITALOPRAM IN DOSES UP TO 50 MG IN MAJOR DEPRESSIVE DISORDER (MDD): AN OPEN-LABEL, PILOT STUDY *Full Text*

BMC Psychiatry, 03/23/2011 Clinical Article

Wade AG et al. – Escitalopram is licensed for use at doses up to 20mg but is used clinically at higher doses. There is limited published data at higher doses and none in the treatment of MDD.

#### Methods

- Open-label, pilot study
- Designed to investigate efficacy, safety and tolerability of escitalopram in doses up to 50 mg in MDD
- Conducted in 60 primary care patients with MDD who had not responded to adequate treatment with citalopram
- Patients treated with escalating doses of escitalopram up to 50 mg for up to 32 weeks until they achieved remission (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS] (less than or equal to 8) or failed to tolerate dose

#### Results

- 42 patients (70%) completed study
- 21 patients (35%) achieved remission with 8 of 21 patients (38%) needing the 50 mg dose to achieve remission
- Median time to remission 24 weeks and median dose in remission 30 mg
- No significant safety issues identified although tolerability appeared to decline above dose of 40 mg with 26% of patients unable to tolerate 50 mg
- 12 (20%) patients had adverse events leading to discontinuation
- Most common AE were headache (35%), nausea, diarrhea and nasopharyngitis (all 25%)
- Minor mean weight gain found during study, which did not appear to be dose-related
- Half of patients who completed study chose to continue treatment with escitalopram rather than taper down dose at 32 week

## Mood Disorders

### PSYCHOTHERAPY VERSUS SECOND-GENERATION ANTIDEPRESSANTS IN THE TREATMENT OF DEPRESSION: A META-ANALYSIS

The Journal of Nervous and Mental Disease, 03/01/2011 Clinical Article

Spielmanns GI et al. – Bona fide psychotherapy appears as effective as SGAs in the short-term treatment of depression, and likely somewhat more effective than SGAs in the longer-term management of depressive symptoms.

#### Methods

- Conducted a meta-analysis of trials which directly compared psychotherapy to second-generation antidepressants (SGAs)
- Variables potentially moderating quality of psychotherapy or medication delivery examined, to allow highest quality comparison of both types of intervention

#### Results

- Bona fide psychotherapies showed equivalent efficacy in short-term and slightly better efficacy on depression rating scales at follow-up relative to SGA
- Non-bona fide therapies had significantly worse short-term outcomes than medication ( $d = 0.58$ )
- No significant differences emerged between treatments in terms of response or remission rates, but non-bona fide therapies had significantly lower rates of study completion than medication ( $OR = 0.55$ )

*Psychiatry Investig.* 2011 Mar;8(1):55-7. Epub 2010 Nov 20.

## Mood Disorders

### MIRTAZAPINE AUGMENTATION FOR SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR-INDUCED SEXUAL DYSFUNCTION: A RETROSPECTIVE INVESTIGATION.

*Authors:* Atmaca M, Korkmaz S, Topuz M, Mermi O.

*Source:* Department of Psychiatry, School of Medicine, Firat University, Elazig, Turkey.

*Abstract:* The aim of the present study was to retrospectively identify sexual dysfunction changes in the patients under mirtazapine-augmented serotonin reuptake inhibitor (SSRI) treatment. The study comprised medical records of 20 outpatients, under mirtazapine-augmented SSRI treatment for their major depressive disorder, who had been selected among the patients that had developed sexual dysfunction to previous treatment as monotherapy, with SSRI for at least six weeks. These drugs were maintained and mirtazapine were added (15-45 mg/day). There was a significant difference in scores between baseline and week 4 or week 8 on the both Hamilton Depression Rating and Arizona Sexual Experience Scale. According to Clinical Global Impression-Improvement, 68.4% of the patients were responders. **The use of low-dose Mirtazapine as an add-on treatment to SSRIs appears to be an effective and well-tolerated augmentation for sexual dysfunction caused by SSRIs.**

## Bipolar Affective Disorders

### BAD

*Neuropsychopharmacology.* 2011 Apr 27. [Epub ahead of print]

### DOPAMINE TRANSPORTER GENE VARIANT AFFECTING EXPRESSION IN HUMAN BRAIN IS ASSOCIATED WITH BIPOLAR DISORDER.

*Authors:* Pinsonneault JK, Han DD, Burdick KE, Kataki M, Bertolino A, Malhotra AK, Gu HH, Sadee W.

*Source:* Department of Pharmacology and Program in Pharmacogenomics, The Ohio State University, Columbus, OH, USA.

**Abstract:** The gene encoding the dopamine transporter (DAT) has been implicated in CNS disorders, but the responsible polymorphisms remain uncertain. To search for regulatory polymorphisms, we measured allelic DAT mRNA expression in substantia nigra of human autopsy brain tissues, using two marker SNPs (rs6347 in exon 9 and rs27072 in the 3'-UTR). Allelic mRNA expression imbalance (AEI), an indicator of cis-acting regulatory polymorphisms, was observed in all tissues heterozygous for either of the two marker SNPs. SNP scanning of the DAT locus with AEI ratios as the phenotype, followed by in vitro molecular genetics studies, demonstrated that rs27072 C>T affects mRNA expression and translation. Expression of the minor T allele was dynamically regulated in transfected cell cultures, possibly involving microRNA interactions. Both rs6347 and rs3836790 (intron8 5/6 VNTR) also seemed to affect DAT expression, but not the commonly tested 9/10 VNTR in the 3'UTR (rs28363170). All four polymorphisms (rs6347, intron8 5/6 VNTR, rs27072 and 3'UTR 9/10 VNTR) were genotyped in clinical cohorts, representing schizophrenia, bipolar disorder, depression, and controls. Only rs27072 was significantly associated with bipolar disorder (OR=2.1, p=0.03). This result was replicated in a second bipolar/control population (OR=1.65, p=0.01), supporting a critical role for DAT regulation in bipolar disorder. *Neuropsychopharmacology* advance online publication, 27 April 2011; doi:10.1038/npp.2011.45.

## NEURO/PSYCH PHARMACOL

### NEUROPSYCH SCIENCES

#### RESTING STATE FUNCTIONAL CONNECTIVITY IN TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION

American Journal of Psychiatry, 03/15/2011

Lui S et al. – Refractory depression is associated with disrupted functional connectivity mainly in thalamo-cortical circuits, while nonrefractory depression is associated with more distributed decreased connectivity in the limbic-striatal-pallidal-thalamic circuit. These results suggest that nonrefractory and refractory depression are characterized by distinct functional deficits in distributed brain networks.

#### Methods

- Cross-sectional study
- 28 patients with refractory major depression
- 32 patients with nonrefractory major depression
- 48 healthy comparison subjects underwent scanning using gradient-echo echo-planar imaging sequence on 3-T MR system
- 13 regions of interest that have been identified in literature as relevant to mood regulation selected as seed areas
  - Reference time series extracted for each seed and used for voxel-wise correlation analysis with rest of brain
  - Voxel-based comparisons of z-value maps among 3 groups performed using 1-way analysis of variance followed by post hoc t tests with age and duration of illness as covariates of no interest

ARABPSYNET E.JOURNAL: N°27-28 – SUMMER&AUTUMN 2010

#### Results

- Relative to healthy comparison subjects, **both patient groups showed significantly reduced connectivity in prefrontal-limbic-thalamic areas bilaterally**
- **Nonrefractory group showed more distributed decrease in connectivity than refractory group, especially in anterior cingulate cortex and in amygdala, hippocampus, and insula bilaterally**
- **Refractory group showed disrupted functional connectivity mainly in prefrontal areas and in thalamus areas bilaterally**

## SEXUAL DISORDERS

### MISCELLANEOUS

#### IMPROVEMENT IN SEXUAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND DEPRESSION TREATED WITH BUPROPION.

Sayuk GS, Gott BM, Nix BD, Lustman PJ.

#### Source

Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri, USA.

#### Abstract

**Objective:** Major depressive disorder (MDD) and type 2 diabetes have independent adverse effects on sexual functioning (SF). Bupropion (BU) reportedly has few sexual side effects, but its use in diabetes has not been studied.

**Research design and methods:** This article reports a planned secondary analysis of SF in 90 patients with type 2 diabetes treated with BU for MDD.

**Results:** At baseline, 71.1% of patients had insufficient SF. Mean Sexual Energy Scale (SES) scores improved during treatment ( $P < 0.0001$ ), as did the percentage with sufficient SF (30.6 vs. 68.1%,  $P = 0.001$ ). Patients with persistent hyperglycemia had higher rates of sexual dysfunction; however, SES improvement was evident in some with persistent depression or hyperglycemia (18.2% and 25.9%, respectively).

**Conclusions:** Insufficient SF is prevalent and may be suspected in patients with MDD and type 2 diabetes. BU treatment of MDD had few sexual side effects and was associated with significant improvements in SF.

## SCHIZOPHRENIA/Psychosis

### SCHIZ

#### DEEP TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION ADD-ON FOR TREATMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS AND COGNITIVE DEFICITS OF SCHIZOPHRENIA: A FEASIBILITY STUDY.

Authors: Levkovitz Y, Rabany L, Harel EV, Zangen A.

**Source:** The Emotion-Cognition Research Center, Shalvata Mental Health Care Center, Hod-Hasharon, Israel, affiliated to the Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel.

2010 مجلة شبكة العلوم النفسية العربية: العدد -28-27- صيف وخريف

**Abstract:** Treatment for negative symptoms and cognitive deficits, core elements of schizophrenia, remains inadequate. Stimulation of the prefrontal cortex via transcranial magnetic stimulation (TMS) yields only moderate results, possibly due to limited stimulation depth. Deep-TMS enables deeper and wider stimulation than before. This preliminary study is the first

to examine deep-TMS as a possible add-on treatment for negative symptoms and cognitive deficits of schizophrenia. The effect of 20 daily deep-TMS sessions (20 Hz, 120% motor threshold) over the prefrontal cortex of 15 patients indicated improvement in cognition and negative symptoms that was maintained at 2-wk post-treatment follow-up.

## Arabpsynet Reviews



Arabic Edition

[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm)

English Edition

[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm)

French Edition

[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Fr.htm](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Fr.htm)

APN eJournal

Index: [www.arabpsynet.com/apn\\_journal/index-apn.htm](http://www.arabpsynet.com/apn_journal/index-apn.htm)

Reviews FORM

<http://www.arabpsynet.com/review/RevForm.htm>

## المجلة السودانية للطب النفسي

العدد الأول

كامل النص

The Sudanese Journal Of Psychiatry (SPJ)

[www.arabpsynet.com/Journals/SPJ/SudJouPsy.pdf](http://www.arabpsynet.com/Journals/SPJ/SudJouPsy.pdf)

[www.arabpsynet.com/Journals/SPJ/index-SPJ.htm](http://www.arabpsynet.com/Journals/SPJ/index-SPJ.htm)

Email : [sudapsych2010@hotmail.com](mailto:sudapsych2010@hotmail.com)

Web Site [www.sudanesepsychiatrists.org.sd](http://www.sudanesepsychiatrists.org.sd)

\*\*\* \*\*

"المجلة العالمية للطب النفسي"

الإصدار العربي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي

تحميل العدد الأول

[www.arabpsynet.com/Journals/WJ/ArabicWP-Oct2010.pdf](http://www.arabpsynet.com/Journals/WJ/ArabicWP-Oct2010.pdf)

(Full Text) كامل النصوص /

## المجلة الإلكترونية لشبكة العالوم النفسية

Index APN eJournal

[www.arabpsynet.com/apn\\_journal/index-apn.htm](http://www.arabpsynet.com/apn_journal/index-apn.htm)

ملف العدد 35 - صيف 2012

"الاختبارات النفسية في الممارسة العربية"

المشرف : الأستاذ الدكتور خلدون مروة / السعودية

أستاذ الطب النفسي بجامعة الملك سعود - الرياض، السعودية

[khmarwa@hotmail.com](mailto:khmarwa@hotmail.com)

[mkmarwa@kfmc.med.sa](mailto:mkmarwa@kfmc.med.sa)

[arabpsynet@gmail.com](mailto:arabpsynet@gmail.com)

آخر أجل لقبول الأبحاث 30 - 06 - 2012



## معجم العلوم النفسية العربية

جمهورية تركيا

المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية

إصدار عربي

E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES

إصدار إنكليزي

E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

إصدار فرنسي

## المعجم الإلكتروني للعلوم النفسية العربية

مصطلحات عربية : عربي - إنكليزي - فرنسي

الدكتور جمال التركي - الطب النفسي - تونس

[turkv.iamel@onet.tn](mailto:turkv.iamel@onet.tn)

groupe interne	in-group	جماعة داخلية
groupe religieux	religious group	جماعة دينية
groupe maîtrisé	control group	جماعة ضابطة
groupe famille	family group	جماعة عائلية
groupe arbitraire	random group	جماعة عشوائية
groupe thérapeutique	therapeutic group	جماعة علاجية
groupe intrique	over lapping group	جماعة متداخلة
groupe extrémiste	extremist group	جماعة متطرفة
groupe semblable	comparable group	جماعة متماثلة
groupe de référence	reference group	جماعة مرجعية
groupe moral	moral group	جماعة معنوية
groupe fermé	closed group	جماعة مغلقة
groupe de discussion	discussion group	جماعة نقاش (جماعة حوار)
collective	collective	جماعي
coïtal	coital	جماعي (نكاحي)
collectivisme	collectivism	جماعية
beauté de la madone	Madone beauty	جمال "مادون"
beauté corporelle	corporal beauty	جمال جسدي
beauté physique	physical beauty	جمال جسمي
beauté interne	internal beauty	جمال داخلي
beauté érotique	erotic beauty	جمال شيق
beauté faciale	facial beauty	جمال وجهي
asapholie,	asapholia	جمجمة (كلام غامض)
catalepsy	catalepsy	جمدة
catalepsy des attitudes	attitudes catalepsy	جمدة الأوضاع
catalepsy des yeux	eye catalepsy	جمدة العينين
catalepsy réelle	real catalepsy	جمدة حقيقية
catalepsy falsifiée	falsified catalepsy	جمدة زائفة
catalepsy rigide	rigid catalepsy	جمدة متيبسة
catalepsy épidémique	epidemic catalepsy	جمدة وبائية
cataleptoïde	cataleptoid	جمدواني (نظير الجمدة)
cataleptique	cataleptic	جمدي (تصلبي، تخشبي)
cataleptiforme	cataleptiform	جمدي الشكل
cataleptoïde	cataleptoid	جمدية
sommaton	summation	جمع
sommaton	temporal	جمع زمني

## ج

coït opposé	coitus a tergo	جماع المخالفة
nécrophilie	necrophilia	جماع الموتى
coït sans éjaculation	sine ejaculation coitus	جماع بغير قذف
coït inter-fessier	inter fenova coitus	جماع بين الفخذين (مفاخذة)
relation sexuelle	sexual intercourse	جماع جنسي
coitus reservatus	coitus reservatus	جماع حاقب
relation sexuelle réelle	real sexual relation	جماع حقيقي
coït extra marital	extramarital coitus	جماع خارج الزوجية
coït sadique	sadistic coitus	جماع سادي
euphémisme	euphemism	جماع سوي
coït anal	anal coitus	جماع شرجي
coït périnéal	perineal coitus	جماع عجان
coït oral	orals coitus	جماع فمي
coït masochique	masochic coitus	جماع ماسوشي
dyspareunie	dyspareunia	جماع مؤلم
coït réservé	coitus resevatus	جماع متحفظ
coït interrompu	interrupts coitus	جماع متقطع
coït retardé	delayed coitus	جماع مرجأ
coït satisfaisant	satisfying coitus	جماع مشبع
coït légitime	marital coitus	جماع مشروع
apareunie	apareunia	جماع مشلول
coït prolongé	coitus prolongatus	جماع مطول
coït retardé	coitus retardata	جماع معوق
	coitus more ferorum	جماع من الخلف
coït vaginal	vaginal coitus	جماع مهبل
coït incomplet,	coitus incompletus,	جماع ناقص
coït interrompus	onanism	
coït psychique	psychic coitus	جماع نفسي
groupe	group, gang	جماعة
groupe juvénile	juvenile gang	جماعة أحداث
groupe minoritaire	minority group	جماعة أقلية
groupe terroriste	terrorist group	جماعة إرهابية
groupe d'appariement	paining group	جماعة الاقتران
groupe de référence	reference group	جماعة المرجع

groupe de référence	reference group	جماعة المرجع	temporale	summation	
groupe interne	in-group	جماعة داخلية	sommation spatiale	spatial summation	جمع مكاني
groupe religieux	religious group	جماعة دينية	socialiser	to socialize	جمعن
groupe maîtrisé	control group	جماعة ضابطة	collectif, masse	collective, mass	جمعي (يتعلق بالجماهير)
groupe famille	family group	جماعة عائلية	société, association	society, association	جمعيّة
immobilité sociale	social immobility	جمود اجتماعي	association des parents d'élèves	parent pupil association	جمعيّة أولياء التلاميذ
rigidité de disposition	disposition rigidity	جمود الاستعداد	société de recherche psychologique	society for psychical research	جمعيّة الأبحاث النفسية
blocage de la pensée,	blocking thought	جمود التفكير	association mondiale de coït interrompu	world psychoanalysis	جمعيّة التحليل
stagnation de la pensée			inceste, incestueux	coitus interrupts	جماع العزل
inertie mentale	mental inertia	جمود الذهن		incest, incestuous	جماع المحارم (جماع الأقارب)
rigidité du comportement	behavior rigidity	جمود السلوك	coït opposé	coitus a tergo	جماع المخالفة
inélasticité de la pensée	inelasticity of thinking	جمود الفكر	nécrophilie	necrophilia	جماع الموتى
inertie de l'idée	idea inertia	جمود الفكرة	coït sans éjaculation	sine ejaculation coitus	جماع بغير قذف
faciès inexpressifs	inexpressive face	جمود الوجه	coït inter-fessier	inter fenova	جماع بين الفخذين (مفاخدة)
blocage émotionnel	emotional blockage	جمود انفعالي		coitus	جماع جنسي
inertie mimique	mimic inertia	جمود إيمائي	relation sexuelle	sexual intercourse	جماع حاقب
inertie catatonique	catatonic inertia	جمود تحشبي	coitus reservatus	coitus reservatus	جماع حقيقي
immobilité tonique	tonic immobility	جمود توتري	relation sexuelle réelle	real sexual relation	
akinésie	akinesia	جمود حركي	coït extra marital	extramarital coitus	جماع خارج الزوجية
inertie onirique	oniric inertia	جمود حلمي	coït sadique	sadistic coitus	جماع سادي
inertie de folie	craziness inertia	جمود خبلي	euphémisme	euphemism	جماع سوي
apostasie religieuse	religious resignation	جمود ديني	coït anal	anal coitus	جماع شرجي
inertie psychotique	psychotic inertia	جمود ذهاني	coït périnéal	perineal coitus	جماع عجاني
inertie schizophrénique	schizophrenic inertia	جمود فصامي	coït oral	orals coitus	جماع فمي
inertie orale	oral inertia	جمود فمي	coït masochique	masochic coitus	جماع ماسوشي
inertie psychomotrice	psychomotor inertia	جمود نفسحركي	dyspareunie	dyspareunia	جماع مؤلم
apragmatisme,	apragmatism,	جمود نفسي	coït réservé	coitus resevatus	جماع متحفظ
inertie psychique	psychological inertia		coït interrompu	interrupts coitus	جماع متقطع
solidiste,	solidist, immobilist	جمودي	coït retardé	delayed coitus	جماع مرجأ
immobiliste			coït satisfaisant	satisfying coitus	جماع مشبع
solidisme,	solidism,	جموديّة	coït légitime	marital coitus	جماع مشروع
immobilisme	immobilism		apareunie	apareunia	جماع مشلول
criminel	criminal	جنائي (إجرامي، مجرم)	coït prolongé	coitus prolongatus	جماع مطول
criminellement	criminally	جنائياً (إجرامياً)	coït retardé	coitus retardata	جماع معوق
délinquance	delinquency	جناح		coitus more ferorum	جماع من الخلف
délinquance sociale	social delinquency	جناح اجتماعي	coït vaginal	vaginal coitus	جماع مهيلي
délinquance juvénile	juvenile delinquency	جناح الأحداث	coït incomplet,	coitus incompletus,	جماع ناقص
délinquance infantile	delinquency child	جناح الأطفال	coït interrompus	onanism	
délinquance sociopathique	sociopathic delinquency	جناح الإعتلال الاجتماعي	coït psychique	psychic coitus	جماع نفسي
			groupe	group, gang	جماعة
			groupe juvénile	juvenile gang	جماعة أحداث
			groupe minoritaire	minority group	جماعة أقلية
			groupe terroriste	terrorist group	جماعة إرهابية
			groupe d'appariement	paining group	جماعة الاقتران

système nerveux central	central nervous system	جملة عصبية مركزية	délinquance des arriérés mentaux	mentally retarded delinquency	جناح التخلف العقلي (جناح المتخلفين عقليا)
système nerveux autonome	autonomic nervous system	جملة عصبية مستقلة	délinquance sub-culturelle	subcultural delinquency	جناح الثقافة الجانبية
système nerveux végétatif	vegetative nervous system	جملة عصبية نباتية	délinquance sexuelle	sexual delinquency	جناح جنسي
système nerveux sympathique	sympathetic nervous system	جملة عصبية ودية	délinquance psychotique	psychotic delinquency	جناح ذهاني
rigidité, inertie, apathie, immobilité, inélasticité	rigidity, inertia, immobility, inelasticity	جمود	délinquance mal adoptée	badly adapted	جناح سيئ التوافق
sexe psychologique	psychological sex	جنس نفساني	psychanalyse	association	النفسية العالمية
sexiste	sexist	جنساني	association de psycho-	Vienne psycho-	جمعية التحليل النفسي
sexualisation	sexualization	جنسانية (جنسية، جنسية)	analyse de Vienne	analysis association	بفينا
psychosexe	psychosex	جنسفس	association de mutuelle	mutual aid association	جمعية التعاون
sexualité	sexuality	جنسوية	association de biofeed	biofeed back	جمعية التغذية البيولوجية
sexy, sexuel	sexy, sexual	جنسي	back association	association	الراجعة
transsexualisme	transsexualism	جنسي (تحول-)	association d'hygiène mentale	mental hygiene association	جمعية الصحة العقلية
sexo-corporelle	sexo-corporal	جنسي-جسدي (جنسدي)	association d'anciens buveurs	association	جمعية الكحوليين القدامى
erotico-sexuel	erotico-sexual	جنسي-شقي	association des alcooliques anonymes	alcoholics anonymous association	جمعية الكحوليين المجهولين
sexo-gestalt	sexo-gestalt	جنسي - شكلي	association des malades mentaux	mental illness association	جمعية المرضى العقليين
amphogène	amphogenic	جنسي التوالد	association d'anciens malades	ancient illness association	جمعية المرضى القدامى
sexo-corporel	sexo-body	جنسي بدني (جنسي جسدي)	association de psychanalyse de Berline	psychoanalysis association	جمعية برلين للتحليل النفسي
hétérosexuel	heterosexual	جنسي غيري (مغاير الجنس)	association de psychiatrie	psychiatric association	جمعية طب نفسية
hétérosexuel	misogynous	جنسي غيري كاره المرأة	association thérapeutique	therapeutic association	جمعية علاجية
misogyne	heterosexual	جنسي نفساني (جنسي نفسي)	association de psychologie	psychology association	جمعية علم النفس
psychosexuel, sexualité	psychosexual sexuality	جنسي جنسية	systeme	system, systema	جملة (جهاز، نظام، منظومة)
vie sexuelle	sexuality life	جنسية (حياة-)	systeme nerveux	nervous system	جملة عصبية
sexualité biologique	biological sexuality	جنسية إحيائية	systeme névrosé	neurovegetative system	جملة عصبية إنباتية
sexualité féminine	feminine sexuality	جنسية أنثوية	systeme négatif	conceptual nervous system	جملة عصبية تصويرية
sexualité fusionnelle	fusional sexuality	جنسية التهامية	systeme nerveux conceptuel	conceptual nervous system	جملة عصبية جسدية
sexualisation du corps	body sexualization	جنسية الجسد	systeme nerveux somatique	somatic nervous system	جملة عصبية محيطية
sexualité de groupe	group sexuality	جنسية الجماعة	systeme nerveux périphérique	peripheral nervous system	جملة عصبية محيطية
homosexualité	homosexuality	جنسية اللوطي (لواطه)			
sexualité urinaire	urinary sexuality	جنسية بولية			
intersexualité	intersexuality	جنسية بينية			
psycholagnie	psycholagny	جنسية تخيلية			
sexualité anatomique	anatomical sexuality	جنسية تشريحية			
sexualité génitale	genital sexuality	جنسية تناسلية			
bisexualité	bisexuality	جنسية ثنائية (جنسية مزدوجة)			
somatosexualité, corporalité sexuelle	somatosexuality, sexual corporality	جنسية جسدية			
zooerastie	zooerasty	جنسية حيوانية			
auto sexualité	auto-sexuality	جنسية ذاتية			
sexualité masculine	male sexuality	جنسية ذكورية			

homonymique	homonymic	جناسي	parartrie,	pararthria	جنسية شاذة
folie, manie	bedlanism, mania	جنّة (اضطراب، خبل عقلي)	sexualité perverse		
manie d'homicide	homicidal mania	جنّة القتل	pansexualité	pansexualism	جنسية شاملة
utéromanie	uteromania	جنّة النكاح	sexualité infantile	infantile sexuality	جنسية طفلية
satyromanie	satyromania	جنّة ساتير (هوس ساتير)	sexualité névrotique	neurotic sexuality	جنسية عصابية
nymphomanie	nymphomania	جنّة نيمف	hétérosexualité	heterosexuality	جنسية غيريّة
sexe	sex	جنس	délinquance mal	badly adapted	جناح سيئ التوافق
travestisme	transvestite	جنس آخر (تشبه به)	adoptée	delinquency	
sexe fort	strong sex	جنس أقوى	délinquance	psychopathic	جناح صفاقي (سيكوباتي)
sexe exhibitionniste	exhibitionnist sex	جنس المستعرض، جنس المستعري	psychopathique	delinquency	
sexe génétique	genetic sex	جنس جيني (صبغي)	délinquance	neurotic	جناح عصابي
sexe réel	real sex	جنس حقيقي	névrotique	delinquency	
sexe morphologique	morphologic sex	جنس شكلي	délinquance	organic delinquency	جناح عضوي
sexe	chromosomal sex	جنس صبغي	organique		
chromosomique			délinquance	dissocial	جناح غير اجتماعي
sexe névrotique	neurotic sex	جنس عصابي	dissociale	delinquency	
sexe dominant	dominant sex	جنس غالب	délinquance non	unconforming	جناح غير مصتف
hétéro sexuel	hetero sexual	جنس غيري	classée	delinquency	
sexe gonodal	gonodal sex	جنس قندي	délinquance	individual	جناح فردي
pseudolisme	pseudolism	جنس كاذب	individuelle	delinquency	
sexe antagoniste	antagonist sex	جنس مخالف	délinquance latente	latent delinquency	جناح كامن
sexe persécuté	persecuted sex	جنس مضطهد	délinquance	asocial delinquency	جناح لاجتماعي
sexe-opposé	opposed sex	جنس مقابل	asociale		
sexe psychologique	psychological sex	جنس نفساني	délinquance	adaptive	جناح متوافق
sexiste	sexist	جنساني	adoptive	delinquency	
sexualisation	sexualization	جنسانية (جنسية، جنسية)	délinquance cachée	hidden delinquency	جناح مستور
psychosexe	psychosex	جنسفس	délinquance	sociopathic	جناح معتل اجتماعيا
sexualité	sexuality	جنسوية	sociopathique	delinquency	
transsexualisme	transsexualism	جنسي (تحول-)	sexose	sexosis	جناس (عصاب جنسي)
sexe-corporelle	sexe-corporal	جنسي-جسدي (جنسدي)	sexoses coïtales	coital sexosis	جناس إيفافي (انعاضي)
			sexose maligne	malignant paronomasia	جناس خبيث

## Arabpsynet Dictionaries Search :

ePsydictNet



[www.arabpsynet.com](http://www.arabpsynet.com)

## Arabpsynet Dictionaries



[www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.htm](http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Dict.htm)

# E.DICTIONARY of Psychological Sciences

## English PSY TERMINOLOGIES (English - FRENCH - ARABIC )

JAMEL TURKY - TUNISIA

[turky.jamel@gnet.tn](mailto:turky.jamel@gnet.tn)

# E

<b>Evacuated self</b>	moi évacué	ذات منسحبة
<b>Evaluation</b>	évaluation	تقويم، تقييم
<b>Evaluation (job-)</b>	évaluation de travaux	تقييم الوظائف
<b>Evaluation (medical-)</b>	évaluation médicale	تقييم طبي
<b>Evaluation anxiety</b>	anxiété d'évaluation	قلق التقييم
<b>Evaluation criterion</b>	critère d'évaluation	معياري التقييم
<b>Evaluation work</b>	travail d'évaluation	عمل التقييم
<b>Evaluative (estimative)</b>	estimatif	تقييمي
<b>Evasion (unconscious-)</b>	évasion inconsciente	هروب لاشعوري
<b>Evasive thinking</b>	pensée évasive	تفكير مراوغ
<b>Evening oniric state</b>	état onirique nocturne	حالة حلمية مسائية
<b>Event</b>	événement	حادثة
<b>Event (forgotten infantile-)</b>	événement infantile oublié	أحداث الطفولة المنسية
<b>Event (past-)</b>	événement passé	أحداث الماضي
<b>Event (supra-individual-)</b>	événement supra-individuel	حدث فوق فردي
<b>Event (vital-)</b>	événement vital	حدث حياتي
<b>Event paresis</b>	parésie d'événement	خزل الأحداث
<b>Event tension</b>	tension d'événement	ضغط الأحداث
<b>Eventful</b>	accidenté	مصاحب بحدوث
<b>Eversion</b>	éversion	شنت، انقلاب خارجي
<b>Evidence</b>	évidence	بداهة
<b>Evidence (ambiguous-)</b>	évidence ambiguë	بداهة غامضة
<b>Evident</b>	évident	ظاهر، سافر، بائن
<b>Evident aggression</b>	agression évidente	اعتداء سافر
<b>Evident aggressivity</b>	agressivité évidente	عدوانية ظاهرة
<b>Evident</b>	association évidente	تداعي بائن

## association

<b>Evil- (ill-intentioned)</b>	malintentionné	سبئي النية
<b>Evil eye</b>	mauvais œil	عين حاسدة
<b>Eviration</b>	éviration	توهّم التأنث
<b>Evocation</b>	évocation	استدعاء، استحضار
<b>Evocation (desire-)</b>	évocation des désirs	توارد الرغبات
<b>Evocation (idea-)</b>	évocation des idées	توارد الأفكار
<b>Evocation (pulsation-)</b>	évocation des pulsions	إخراج التوافع
<b>Evocation amnesia</b>	amnésie d'évocation	نسيان الاستدعاء
<b>Evocative therapy</b>	thérapie évocatrice	مداواة استدعائية
<b>Evocator</b>	évocateur	مستحضر
<b>Evoke</b>	évoquer	استدعى
<b>Evoked</b>	évoqué	مستحضر، مستدعى
<b>Evoked desire</b>	désir évoqué	رغبة مستخرجة، رغبة معلنة
<b>Evolution</b>	évolution	تطور، نشوء
<b>Evolution (acute-)</b>	évolution aiguë	تطور حاد
<b>Evolution (advalorem-)</b>	évolution de valeur	تطور قيمي
<b>Evolution (amorous-)</b>	évolution	تطور عشقي
<b>Evolution (behaviourism-)</b>	évolution	تطور سلوكي
<b>Evolution (creative-)</b>	évolution créatrice	تطور مبدع
<b>Evolution (cyclic-)</b>	évolution cyclique	تطور دوري
<b>Evolution (demented-)</b>	évolution	تطور عنهي
<b>Evolution (dissociative-)</b>	démiétielle	تطور تفككي
<b>Evolution (emergent-)</b>	évolution	تطور متبثق
<b>Evolution (emotional-)</b>	évolution émergente	تطور انفعالي
<b>Evolution (deficit-)</b>	évolution	تطور نكوصي
<b>Evolution (intermittent-)</b>	évolution déficitaire	تطور منقطع
<b>Evolution</b>	évolution	تطور نفسي واضح

<b>(maturate psychic-)</b>	psychique mature	
<b>Evolution (mental-)</b>	évolution mentale	تطوّر عقلي
<b>Evolution (organic-)</b>	évolution organique	تطوّر عضوي
<b>Evolution (phasic-)</b>	évolution phasique	تطوّر مرحلي
<b>Evolution (psychic-)</b>	évolution psychique	نمو نفسي
<b>Evolution (psycho-sexual-)</b>	évolution psycho-sexuelle	تطوّر نفسجنسي
<b>Evolution (pseudo-psychotic-)</b>	évolution pseudo-psychotique	تطوّر شبه نفاسي
<b>Evolution (sensual-)</b>	évolution sensuelle	تطوّر حسي، نمو حسي
<b>Evolution (sexual-)</b>	évolution sexuelle	تطوّر جنسي
<b>Evolution (slow-)</b>	évolution lente	نمو بطيء
<b>Evolution (somatic-)</b>	évolution somatique	تطوّر جسيمي
<b>Evolution (species-)</b>	évolution des espèces	تطوّر الأجناس
<b>Evolution (sudden-)</b>	évolution brusque	تطوّر فجائي
<b>Evolution (unfavourable-)</b>	évolution défavorable	تطوّر وخيم
<b>Evolution disharmony</b>	dysharmonie d'évolution	سوء التوافق التطوري
<b>Evolutionary</b>	évolutionnaire	متطوّر
<b>Evolutionary (convergence-)</b>	évolutive convergence	تطوّر مقارِب
<b>Evolutionary schizoidia</b>	schizoïdie évolutive	فصاموية متطوّرة
<b>Evolutionism</b>	évolutionnisme	نشونئية
<b>Evolutionist</b>	évolutionniste	نشوني
<b>Evolutive</b>	évolutive	تطوّرِي، تنسّتي، منمّ
<b>Evolutive convergence</b>	convergence évolutive	تقارب تحركي
<b>Evolutive debility</b>	débilité évolutive	ضعف متطوّر
<b>Evolutive mental deficiency</b>	débilité mentale évolutive	تخلّف عقلي متطوّر، بلاهة متطوّرة
<b>Evolutive schizophrenia</b>	schizophrénie évolutive	فصام متنامي
<b>Evolutive social type</b>	type social évolutif	نمط اجتماعي نامي
<b>Evolve</b>	évoluer	تطور
<b>Evolved</b>	évolué	متطوّر
<b>Evolved society</b>	société évoluée	مجتمع متطوّر
<b>Evulsion (psychic-)</b>	arrachage psychique	قلع نفساني، خلع نفساني
<b>Exacerbate (to-)</b>	exacerber	تفاقم، اشتدّ
<b>Exacerbation</b>	exacerbation	سورة، اشتداد، تفاقم
<b>Exact perception</b>	perception exacte	إدراك صحيح
<b>Exactness accuracy</b>	précision exactitude	دقة

<b>Examination (aspect-)</b>	examen de l'aspect	فحص الهيئة
<b>Examination (comprehensive-)</b>	examen compréhensif	اختبار الفحص التفهّمي
<b>Examination (medical-)</b>	examen médical	فحص طبي
<b>Examination (mental-)</b>	examen mental	فحص عقلي
<b>Examination (neurological-)</b>	examen neurologique	فحص عصبي
<b>Examination (objective-)</b>	examen objectif	فحص موضوعي
<b>Examination (psychiatric-)</b>	examen psychiatrique	فحص طبي نفسي
<b>Examination anxiety</b>	anxiété de l'examen	قلق الامتحان
<b>Examiner</b>	examinateur	فاحص
<b>Examination</b>	examination	فقد الوعي، سبات
<b>Exceptional</b>	exceptionnel	استثنائي
<b>Excerebration</b>	excérébration	إخراج المخ
<b>Excess</b>	excès	مبالغة، مغالاة، إفراط، فرط
<b>Excess memory</b>	hypermnésie	فرط الذاكرة
<b>Excessive</b>	excessif, abusif	مفرط، مسرف، مخالف الشرع، فاحش
<b>Excessive appetite</b>	appétit excessif	فرط الشهية، شهية مفرطة
<b>Excessive cleanliness</b>	propriété excessive	نظافة مفرطة
<b>Excessive individualism</b>	individualisme excessive	فردانية مفرطة
<b>Excessive interpretation</b>	interprétation excessive	تأويل مفرط
<b>Excessive joke</b>	plaisanterie excessive	دعابة مفرطة
<b>Excessive mental fatigue</b>	fatigue mentale excessive	تعب ذهنيّ مبالغ
<b>Excessive physical fatigue</b>	fatigue physique excessive	تعب جسيميّ بالغ
<b>Excessive protection</b>	protection excessive	حماية زائدة
<b>Excessive sensibility</b>	sensibilité excessive	حساسية مفرطة
<b>Excessive sleep</b>	sommeil excessif	نوم مفرط
<b>Excessive worry, excessive anxiety</b>	soucis excessif	كثرة المشاغل
<b>Exchange</b>	échange	تبادل، إبدال
<b>Exchange (dialogue-)</b>	échange du dialogue	تبادل الحوار

<b>Exchange (energy-)</b>	échange d'énergie	تبادل الطاقة
<b>Exchange (experience-)</b>	échange d'expérience	تبادل الخبرة
<b>Exchange theory</b>	théorie d'échange	نظرية التبادل
<b>Exchanged</b>	permutant	مبادل، متبادل
<b>Excitability</b>	excitabilité	اثارية، استفزائية، استثارية
<b>Excitable</b>	excitable	قابل للإثارة
<b>Excitable psychotherapy</b>	psychothérapie émotionnelle	علاج نفسي انفعالي
<b>Excitant</b>	excitant	مثير، مادة مثيرة
<b>Excitation</b>	excitation	إثارة، استثارة، تهيج
<b>Excitation (atypic-)</b>	excitation atypique	إثارة لا نموذجية
<b>Excitation (cerebral-)</b>	excitation cérébrale	إثارة دماغية
<b>Excitation (direct-)</b>	excitation directe	إثارة مباشرة
<b>Excitation (erotic-)</b>	excitation érotique	إثارة شهوية، استثارة شهوية
<b>Excitation (external sexual-)</b>	excitation sexuelle externe	استثارة جنسية خارجية
<b>Excitation (high-)</b>	excitation élevée	إثارة مرتفعة
<b>Excitation (imagination-)</b>	excitation de l'imagination	استثارة الخيال
<b>Excitation (indirect-)</b>	excitation indirecte	إثارة غير مباشرة
<b>Excitation (intellectual-)</b>	excitation intellectuelle	إثارة عقلية، استثارة ذهنية
<b>Excitation (lip-)</b>	excitation des lèvres	استثارة الشفتين
<b>Excitation (local-)</b>	excitation locale	استثارة موضعية
<b>Excitation (maniac-)</b>	excitation maniaque	إثارة هوسية
<b>Excitation (nerve-)</b>	excitation des nerfs	استثارة الأعصاب
<b>Excitation (nervous-)</b>	excitation nerveuse	إثارة عصبية
<b>Excitation (neural-)</b>	excitation neuronal	إثارة الخلية العصبية
<b>Excitation (phobogenous-)</b>	excitation phobogène	إثارة رهابية
<b>Excitation (psychic-)</b>	excitation psychique	إثارة نفسية، استثارة نفسانية
<b>Excitation (psychic-syndrome)</b>	syndrome d'excitation psychique	تأخر الاستثارة النفسية
<b>Excitation (psychomotive-)</b>	excitation psychomotrice	إثارة نفسحركية
<b>Excitation (sexual-)</b>	excitation sexuelle	استثارة جنسية، تهيج جنسي

<b>Excitation (tongue-)</b>	excitation de la langue	استثارة اللسان
<b>Excitation (violent-)</b>	excitation violente	استثارة عنيفة
<b>Excitation deficiency</b>	déficience de l'excitation	عوز الاستثارة
<b>Excitation error</b>	erreur de l'excitation	خطأ الإثارة
<b>Excitation gradient</b>	gradient d'excitation	ممال الإثارة
<b>Excitation level</b>	niveau d'excitation	مستوى الإثارة
<b>Excitation process</b>	processus d'excitation	آلية هيجان
<b>Excitation wave</b>	onde d'excitation	موجة الإثارة
<b>Excitation-privation system</b>	système privation-excitation	منظومة الحرمان - الإثابة
<b>Excitatory</b>	excitatoire	قابل للإثارة
<b>Excitatory (potential-)</b>	excitateur potentiel	مثير كامن
<b>Excitatory agent</b>	agent excitant	عامل مثير
<b>Excitatory field</b>	champ d'excitation	مجال مثير
<b>Excitatory personality</b>	personnalité excitatrice	شخصية متهيجة
<b>Excitatory post-synaptic potential (E.P.S.P)</b>	potentiel excitatoire post synaptique	كمون مثير بعد الوصلي
<b>Excitatory potential</b>	potentiel excitatoire	كمون إثاري
<b>Excitatory tendency</b>	tendance excitatrice	نزعة اثارية
<b>Excite</b>	exciter	أثار، هيج
<b>Excited</b>	excité	مثار، مستثار
<b>Excited (easily-)</b>	surexcitable	يتهيج، قابل للتهيج
<b>Excited colon</b>	colon excité	قولون متهيج
<b>Excited patient</b>	patient excité	مرضى متهيج
<b>Excitement</b>	excitation	إثارة، تهيج
<b>Excitement (psychomotor-)</b>	excitation psychomotrice	إثارة نفسية حركية
<b>Excitement phase</b>	phase d'excitation	مرحلة التهيج
<b>Excitement-quiescence</b>	excitation quiescence	تهيج - خمود
<b>Exciting</b>	excitant	مثير
<b>Exciting cause</b>	cause excitante	سبب مثير
<b>Excito-anabolic</b>	excito-anabolique	مثير التطور البنائي، مثير الارتقاء
<b>Excitoglandular</b>	excitoglandulaire	مثير الغدد، مثير الإثارة
<b>Excitometabolic</b>	excitométrique	مثير الإثارة، مستحث الإثارة



<b>Excitomotor</b>	excito-moteur	مثير الحركة	<b>method</b>	conditionnelle exécutive	
<b>Excitomuscular</b>	excitomusculaire	منبه عضلي، مثير التقبض العضلي	<b>Exemplar</b>	exemplaire	مثالي، نمونجي
<b>Excitor</b>	exciteur	محرّض، مثير، عصب منبه	<b>Exercise</b>	exercice	تمرين
<b>Exclusion</b>	exclusion	استبعاد، فصل	<b>Exercise (active-)</b>	exercice actif	تمرين فعّال
<b>Exclusive</b>	exclusive	استثنائي	<b>Exercise</b>	exercice corporel	تمرين جسدي
<b>Excoriation</b>	excoriation	خدش	<b>(corporeality-)</b>		
<b>Excoriation</b>	excoriation	خدش عصابي	<b>Exercise (formal-)</b>	exercice formel	تمرين صوري
<b>(neurotic-)</b>	névrotique		<b>Exercise</b>	exercice fonctionnel	تمرين وظيفي
<b>Excrement</b>	excrément	غائط، مادة مفرغة، براز	<b>(functional-)</b>		
<b>Excremental</b>	excrémentielle	برازي غائطي	<b>Exercise</b>	exercice isotonique	تمرين لا توترّي
<b>Excreta</b>	excréta	مفرغات	<b>(isotonic-)</b>		
<b>Excrete</b>	excréter	يفرغ	<b>Exercise (passive-)</b>	exercice passif	تمرين منفعل، تدريب سلبي
<b>Excretion</b>	excrétion	إفراغ	<b>Exercise</b>	exercice respiratoire	تمرين تنفسي
<b>Excretion</b>	fonction d'excrétion	وظيفة إخراجية	<b>(respiratory-)</b>		
<b>function</b>			<b>Exercise</b>	exercice de	تمرين تحسيسي
<b>Excretory</b>	excrétoire	مفرغ، إفراغي، إخراجي	<b>(sensibilization-)</b>	sensibilisation	
<b>Excretory</b>	fonction excrétoire	وظيفة إخراجية	<b>Exercise</b>	exercice	تمرين علاجي
<b>function</b>			<b>(therapeutic-)</b>	thérapeutique	
<b>Exculpatory</b>	disculper	تبريري	<b>Exercise play</b>	jeu d'exercice	لعبة التمرين
<b>Excursive</b>	excursive	زائغ، زيغاني	<b>Exercise test</b>	test de l'effort	اختبار الجهد
<b>Excurvation</b>	excurvation	نقوس إلى الخارج	<b>Exhalation</b>	exhalation	انبعاث، تصاعد، زفير
<b>Executed</b>	exécuté	معم (نقد فيه الإعدام)	<b>Exhaust (to-)</b>	épuiser	استنفد، أنهك، أضنى
<b>Execution</b>	exécution	أداء	<b>Exhausted</b>	épuisé	منهوك، مضني، متعب
<b>Execution</b>	exécution	تنفيذ فوري	<b>Exhausted</b>	délire d'épuisement	هذيان إنهائي
<b>(immediate-)</b>	immédiate		<b>delusion</b>		
<b>Executive</b>	exécutive	تنفيذي	<b>Exhaustible</b>	épuisable	مستنفذ، نفود، ينفد، نزوف، منهك
<b>Executive aphasia</b>	aphasie exécutive	حيسة تنفيذية	<b>Exhausting</b>	épuisement	منهك، مضن، نهك، إنهك، استنفاد
<b>Executive area</b>	aire exécutive	ساحة تنفيذية	<b>Exhausting</b>	épuisement de	استنفاد العواطف
<b>Executive</b>	méthode	طريقة إشرافية إجرائية	<b>(affectivity-)</b>	l'affectivité	
<b>conditional</b>			<b>Exhausting</b>	épuisement de	استنفاد الطاقة
			<b>(energy-)</b>	l'énergie	

### المعجم الإلكتروني المبرمج للعلوم النفسية

#### ePsydict EF – English - FRENCH Edition ( CD )

English French - English French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الإنكليزي الفرنسي

[www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe](http://www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe)

#### ePsydict C – COMPLETE Edition ( CD )

Arabic English French - French English Arabic - English Arabic French



تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الكامل

[www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe](http://www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe)

## E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

### TERMINOLOGIES PSY FRANÇAISE (FRANÇAIS - ANGLAIS - ARABE)

JAMEL TURKY - TUNISIE

[turky.jamel@gnet.tn](mailto:turky.jamel@gnet.tn)

# F

<b>Fabulateur</b>	<b>fabulator</b>	مخزف، هادي
<b>Fabulation</b>	<b>fabulation</b>	تخريف
Fabulation compensatrice	compensatory fabulation	تخريف تعويضي
Fabulation pseudo-délirante	pseudo-delirious fabulation	تخريف هذيان كاذب
<b>Fabuleux</b>	<b>fabulous</b>	خرافي، أسطوري
<b>Fabuliste</b>	<b>fabulist</b>	تخريفي، أساطيري، خرافي
<b>Face</b>	<b>face</b>	وجه
Face (maniérisme de la-)	mannerism face	تصنع الوجه
Face (mouvement involontaire de la-)	involuntary movement face	حركات الوجه اللا إرادية
Face (paralysie de la-)	face paralyzed	شلل الوجه
Face autoritaire	power figure	وجه متسلط
Face négative	negative face	وجه سالب
<b>Facial</b>	<b>facial, face-ache</b>	وجهي، جبهي
Faciale (réverbération-)	facial feed-back	ترجيع وجهي
<b>Facies</b>	<b>facies, aspect</b>	طلعة، سيماء، منظر، هيئة، سحنة
Facies mongolique	mongolic facies	سحنة مغولية
Facies parkinsonien	Parkinson's facies	سحنة بركنسونية
<b>Facilitation</b>	<b>facilitation</b>	تسهيل، تيسير
Facilitation associative	associative facilitation	تسهيل ارتباطي
Facilitation comportementale	behavioral facilitation	تسهيل سلوكي
Facilitation d'apprentissage	learning facilitation	تسهيل التعلم
Facilitation de l'entraînement	training facilitation	تسهيل التدريب
Facilitation de l'existence	existence facilitation	تسهيل الوجود
Facilitation du sommeil	sleep facilitation	تسهيل النوم
Facilitation nerveuse	nervous facilitation	تسهيل عصبي

Facilitation névrotique	neurotic facilitation	تسهيل عصبي
Facilitation reproductive	reproductive facilitation	تسهيل استخراحي
Facilitation rétroactive	retroactive facilitation	ترابط رجعي
Facilitation sociale	social facilitation	تسهيل اجتماعي
Facilitation thérapeutique	therapeutic facilitation	تسهيل علاجي
<b>Facioplégie</b>	<b>facioplegia</b>	شلل وجهي
<b>Façon</b>	<b>fashion, manner</b>	أسلوب طريقة
Façon optimale	optimal fashion	أسلوب أفضل
<b>Facteur</b>	<b>factor</b>	عامل
Facteur anxiogène	anxiogenous factor	عامل مقلق
Facteur biologique	biological factor	عامل حيوي
Facteur bionomique	bionomic factor	عامل بيئي
Facteur central	central factor	عامل مركزي
Facteur chrono-biologique	chrono-biologic factor	عامل زمني حيوي
Facteur classique	classic factor	عامل عتيق
Facteur commun	common factor	عامل مشترك
Facteur conscient	conscious factor	عامل شعوري
Facteur constitutionnel	constitutional factor	عامل بنيوي
facteur contribuant	contributory factor	عامل مساهم
Facteur d'abstraction	abstraction factor	عامل التجريد
Facteur d'environnement	environment factor	عامل بيئي
Facteur d'erreur	error factor	عامل الخطأ
Facteur d'induction	induction factor	عامل الاستقراء
Facteur d'inhibition	inhibition factor	عامل الكف
Facteur d'intelligence	intelligence factor	عامل الذكاء
Facteur de blocage	blockage factor	عامل التعويق
Facteur de coefficient	factor coefficient	معامل الترابط
Facteur de compensation	compensation factor	عامل المعاوضة
Facteur de complexité	complexity factor	عامل التعقد
Facteur de conditionnement	conditioning factor	عامل إشرطي

Facteur de construction	construction factor	عامل بناء	Facteur phobogène	phobogenous factor	عنصر تخوُّفي
Facteur de décompensation	decompensation factor	عامل الانتكاس، عامل المعاوضة	Facteur positif	positive factor	عامل إيجابي
Facteur de destruction	destruction factor	عامل هدام	Facteur précipitant	precipitating factor	عامل مسرع، عامل محرِّض
Facteur de force	power factor	عامل القوَّة	Facteur précipité	precipitating factor	عالم مهياً
Facteur de narcotisation	narcotization factor	عامل التخدير	Facteur prédictif	predictive factor	عامل توقعي
Facteur de persévérance	perseverance factor	عامل المداومة	Facteur prédisposé	predisposing factor	عامل ممهِّد، مؤهب
Facteur de position	position factor	عامل الوضع	Facteur primaire	primary factor	عامل أولي
Facteur de réflexion	reflection factor	عامل الانعكاس	Facteur psychique	psychic factor	عامل نفسي
Facteur de risque	risk factor	عامل الخطر	Facteur psycho-biologique	psycho-biological factor	عامل نفسحيوي
Facteur de stimulation	stimulant factor	عامل الإثارة	Facteur psychologique	psychologic factor	عامل علمنفسى
Facteur de stress	stress factor	عامل الإنعصاب	Facteur renforçateur	reinforcer factor	عامل اشتداد
Facteur de volonté	will factor	عامل الإرادة	Facteur représentatif	representative factor	عامل ممثل
Facteur de vulnérabilité	vulnerability factor	عامل الجروحية	Facteur sectaire	sectarian factor	عامل طائفي
Facteur déclenchant	releasing factor	عامل محذ	Facteur sexuel	sexual factor	عامل جنسي
Facteur dominant	dominating factor	عامل مسيطر	Facteur sociale	social factor	عامل اجتماعي
Facteur du groupe	group factor	عامل جماعي	Facteur socio-culturel	socio-cultural factor	عامل اجتماعي ثقافي
Facteur dynamique	dynamic factor	عامل دينامي	Facteur somatique	somatic factor	عامل جسمي
Facteur émotionnel	emotional factor	عامل انفعالي	Facteur spatial	spatial factor	عامل مكاني
Facteur extrinsèque	extrinsic factor	عامل خارجي المنشأ	Facteur spécial	special factor	عامل خاص
Facteur général	general factor	عامل عام	Facteur spécifique	specific factor	عامل نوعي
Facteur génétique	genetic factor	عامل جيني	Facteur spirituel	spiritual factor	عامل روحي
Facteur héréditaire	hereditary factor	عامل وراثي	Facteur stimulant	stimulant factor	عامل تحفيزي
Facteur humoral	humoral factor	عامل خلطي	Facteur subjectif	subjective factor	عامل ذاتي
Facteur inconscient	unconscious factor	عامل لا شعوري	Facteur subjectiviste	subjectivist factor	عامل ذاتاني
Facteur individuel	individual factor	عامل فردي	Facteur unique	unique factor	عامل وحيد
Facteur inducteur	inductor factor	عامل محرِّض	Facteur verbal	verbal factor	عامل لفظي
Facteur intellectuel	intellectual factor	عامل فكري	<b>Factice</b>	<b>factitious, artificial</b>	<b>مفتعل، اصطناعي</b>
Facteur intrinsèque	intrinsic factor	عامل داخلي المنشأ	Factice (trouble-)	factitious disorder (مصطنع)	اضطراب مفتعل (مصطنع)
Facteur limitant	limiting factor	عامل محدِّد	<b>Facticité</b>	<b>affectation, mannerism</b>	<b>اصطناع</b>
Facteur mécanique	mechanical factor	عامل آلي	Facticité des affects	affecting affectation	افتعال العواطف
Facteur multiple	multiple factor	عامل متعدد	<b>Factoriel</b>	<b>factorial</b>	<b>عاملي</b>
Facteur névrotique	neurotic factor	عامل عصابي	Factoriel (analyse-)	factorial analysis	تحليل عاملي
Facteur numérique	number factor	عامل عددي	<b>Facultatif</b>	<b>optional, facultative</b>	<b>اختياري</b>
Facteur objectif	objective factor	عامل موضوعي	<b>Faculté</b>	<b>faculty</b>	خاصية، ملكة، كفاءة، قدرة، قابلية
Facteur organique	organic factor	عامل عضوي	Faculté appetitive	appetitive faculty	قدرة اشتهاية
Facteur pathogène	pathogenous factor	عامل أمراض	Faculté critique	criticizing faculty	ملكة ناقدة
Facteur pathologique	pathologic factor	عامل مرضي	Faculté d'adaptation	adaptability faculty	قابلية التكيف
			Faculté d'assimilation	assimilation faculty	قدرة الاستيعاب
			Faculté d'imagination	imagination faculty	قدرة التخيل
			Faculté de l'esprit	mental faculty	قدرة فكرية
			Faculté de langage	language faculty	قدرة لفظية
			Faculté de lecture	reading faculty	قدرة القراءة
			Faculté de travail	work faculty	قدرة العمل
			Faculté	emotional faculty	قدرة انفعالية

émotionnelle			
Faculté	intellectual faculty	ملكة فكرية، قدرة فكرية	
intellectuelle			
Faculté mentale	mental faculty	قدرة ذهنية، ملكة عقلية	
Faculté mnésique	mnestic faculty	قدرة الذاكرة	
Faculté	psychologic faculty	قوى نفسية	
psychologique			
Faculté sélective	selective faculty	قدرة انتقائية	
Faculté sexuelle	sexual faculty	قدرة جنسية	
<b>Fada</b>	<b>fool, imbecile, idiot</b>	<b>مخبول، أبله</b>	
<b>Fading</b>	<b>fading, fade-out</b>	<b>خفت الصوت، تلاشي الصوت</b>	
Fading mental	mental fading	ذبول كلامي	
Fading moteur	motor fading	ذبول حركي	
<b>Faible</b>	<b>feeble, weak, poor</b>	<b>ضعيف، وهن</b>	
Faible	poor concentration	ضعف التركيز	
concentration			
Faible d'esprit	weak-minded feeble	ضعيف العقل	
Faible érection	erection feeble	انتصاب ضعيف	
<b>Faiblesse</b>	<b>feebleness, weakness</b>	<b>ضعف، خور، إغماء</b>	
Faiblesse du moi	ego feebleness	ضعف الأنا	
Faiblesse générale	general feebleness	ارتخاء عام، فشل شامل	
Faiblesse mentale	mental deficiency	ضعف عقلي	
<b>Faille</b>	<b>coarse, faille, praised</b>	<b>صدع، انقصاص</b>	
Faille narcissique	narcissistic split	صدع نرجسي	
<b>Faillite</b>	<b>failure</b>	<b>إخفاق</b>	
Faillite	emotional failure	إخفاق انفعالي	
émotionnelle			
<b>Faim</b>	<b>hunger</b>	<b>جوع، جوع</b>	
Faim affectif	affective hunger	جوع وجداني، جوع عاطفي	
Faim d'affect	affect hunger	جوع وجداني	
Faim nerveux	nervous hunger	جوع عصبي	
Faim social	social hunger	جوع اجتماعي	
Faim spécifique	specific hunger	جوع نوعي	
<b>Fait</b>	<b>fact</b>	<b>حادث، واقعة</b>	
Fait affecté	false reality	واقع مصطنع	
Fait de	behaviour fact	حادث سلوكي، واقعة سلوكية	
comportement			
Fait de conscience	conscious fact	حدث شعوري	
Fait psychique	psychical fact	واقع، حادث نفسي	
Fait scientifique	scientific fact	واقعة علمية	
Fait social	social fact	حادث اجتماعي	
<b>Facabilité</b>	<b>facability</b>	<b>تدليسية</b>	
<b>Falsifiable</b>	<b>falsifiable</b>	<b>يزور، ممكن تزويره</b>	
<b>Falsificateur</b>	<b>falsifier</b>	<b>مزيف، مقلد، ملفق</b>	
<b>Falsification</b>	<b>falsification</b>	<b>تزيف، تضليل</b>	
Falsification de l'existence	existence falsification	تزوير الواقع	
Falsification de la réalité	reality's falsification	تزيف الحقيقة، تزيف الواقع	

Falsification des expériences du passé	passed experience falsification	تزيف خبرات الماضي
Falsification des souvenirs	remembrance falsification	تزيف الذكريات
Falsification du vécu	falsification true to life	تزوير المعاش
Falsification mnésique	mnestic falsification	تزوير الذاكرة
Falsification rétrospective	retrospective falsification	تزوير الماضي
<b>Falsifié</b>	<b>falsify</b>	<b>يزيف، يحرف الحقائق</b>
Falsifié (sentiments-)	falsifier feeling	مشاعر مزيفة
<b>Falsifier</b>	<b>to falsify</b>	<b>زيف، قلد</b>
<b>Familial</b>	<b>family, familial</b>	<b>عائلي، أسروي، بيتي، أسري</b>
Familiale (carte-)	family card	بطاقة عائلية
Familiale (constellation-)	family constellation	توقع أسري
Familial (discours-)	family talk	خطاب عائلي
Familial (environnement -)	family environment	محيط عائلي
Familiale (histoire-)	family history	تاريخ الأسرة
Familial (milieu-)	family environment	محيط عائلي
Familial (mythe-)	family myth	أسطورة عائلية
Familiale (placement-)	family placing	إيداع عائلي
Familial (psychose-)	family psychosis	ذهان عائلي
Familiale (thérapie-)	family therapy	علاج عائلي
<b>Familiarisation</b>	<b>familiarization</b>	<b>ألفة عائلية</b>
<b>Familiariser</b>	<b>to familiarize</b>	<b>أنس، دجن، ألف</b>
<b>Familiarité</b>	<b>familiarity, intimacy</b>	<b>اللفة</b>
<b>Famille</b>	<b>family</b>	<b>أسرة، عائلة، فصيلة، آل، نسب</b>
Famille (ambiance-)	family environment	جو عائلي
Famille adoptive	adoptive family	أسرة حاضنة
Famille brisée	broken home	أسرة منهارة
Famille centrée sur l'enfant	child centered family	أسرة متمركزة حول الطفل
Famille d'accueil	reception family, greeting family	أسرة مستقبلة
Famille d'adoption	adoption family	عائلة تبني
Famille de Kallikak	Kallikak family	عائلة كالليكاك
Famille détruite	broken family	أسرة منهارة
Famille dissociée	dissociated family	أسرة مفككة
Famille du déséquilibre	unbalanced family	عائلة مختلة التوازن
Famille du paranoïaque	paranoiac family	أسرة العظامي
Famille du paranoïaque	paranoid family	أسرة الهذيان

Famille du psychotique	psychotic family	عائلة الذهان	Fantaisie de masturbation	masturbation fantasy	هوام الاستمناء
Famille du schizophrène	schizophrenic family	عائلة الفصامي	Fantaisie de mort	death fantasy	خيال الموت
Famille élargie	enlarged family	أسرة موسّعة	Fantaisie de la pensée	thinking-fancy	هوام التفكير
Famille originale	original family	عائلة أصيلة	Fantaisie de punition	punishment fantasy	وهم العقاب
Famille patriarcale	patriarchal family	أسرة أبوية	Fantaisie de reconnaissance	rebirth fantasy	خيال الولادة من جديد
Famille professionnelle	occupational family	أسرة مهنية	Fantaisie égoïste	egoistic fantasy	خيال أناني
Famille schizogénique	schizogenic family	عائلة منشئة للفصام	Fantaisie érotique	erotic fantasy	هوام شهوي
Famille schizophrénique	schizophrenic family	أسرة فصامية	Fantaisie forcée	forced fantasy	هوام قسري
<b>Fanatisme</b>	<b>fanatic, bigoted fanaticism</b>	<b>متعصب، متزمت، تعصبي</b>	Fantaisie inconscient	unconscious fantasy	خيال لا شعوري
<b>Fanatisme collectif</b>	collective fanaticism	<b>تزمّت، تعصّب</b>	Fantaisie masturbatoire	masturbation fantasy	تصوّر استمنائي
<b>Fanatisme ethnique</b>	ethnic fanaticism	<b>تعصّب جماعي</b>	Fantaisie nocturne	night fantasy	هوام ليلي
<b>Fanatisme racial</b>	racial fanaticism	<b>تعصّب عرقي</b>	Fantaisie œdipienne	oedipal fantasy	هوام أوديب
<b>Fanatisme religieux</b>	religious fanaticism	<b>تعصّب ديني</b>	Fantaisie pompadour	pompadour fantasy	خيال بومبادور
<b>Fantaisie (imagination)</b>	<b>fantasy, fancy, phantasy</b>	<b>هوام، تصوّر، تخيل، وهم، خيال</b>	Fantaisie primaire	primal fantasy	هوام أولي
<b>Fantaisie anale</b>	anal fantasy	<b>تخيّل شرجي</b>	Fantaisie secondaire	secondary fantasy	خيال ثانوي
<b>Fantaisie cannibale</b>	cannibalistic fantasy	<b>هوام افتراضي</b>	Fantaisie Sendarilla	Sendarilla fantasy	خيال سندريلا
<b>Fantaisie consciente</b>	conscious fantasy	<b>خيال شعوري</b>	Fantaisie sexuelle	perverse sexual fantasia	تصوّر جنسيّ شاذّ
<b>Fantaisie créateur</b>	creative fantasy	<b>هوام مبدع، خيال مبدع</b>	Fantaisie pervers	whimsical, freakish	هومي، نزوي، هوامي
<b>Fantaisie créative</b>	creative fantasy	<b>تخيّل إبداعي</b>	<b>Fantaisiste</b>	<b>fantasmatic, phantasmatic</b>	استيهامي، هوامي
<b>Fantaisie d'affect</b>	affect fantasy	<b>تخيّل وجداني</b>	<b>Fantasmatique</b>	erotic fantasy	هوامي شبعي
<b>Fantaisie de l'enfant adoptif</b>	foster child fantasy	<b>هوام الطّفّل المتبنيّ</b>	Fantasmatique érotique		

## المعجم الإلكتروني النفسي الإنجليزي

"PDF doc"

إنجليزية - فرنسية - عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (Ko 1024).

[www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe](http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe)

\*\*\*\*\*

"PDF doc" **المعجم الإلكتروني النفسي الفرنسي**

فرنسية - إنجليزية - عربية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف A الإنكليزي (Ko 942).

[www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.exe](http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.fea.exe)

## المعجم الإلكتروني النفسي العربي

المجلد 1 "PDF doc"

عربية - إنجليزية - فرنسية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (Ko 1415).

[www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.aef.exe](http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.aef.exe)

\*\*\*\*\*

"PDF doc" **المعجم الإلكتروني النفسي العربي - المجلد 2**

عربية - فرنسية - إنجليزية

نموذج : تنزيل كامل مصطلحات حرف أ العربي (Ko 1271).

[www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe](http://www.arabpsynet.com/eDictBooks/A.afe.exe)

## قواعد النشر بمجلة شبكة العلوم النفسية العربية

تعمل "مجلة شبكة العلوم النفسية العربية" على الإحاطة بمسجلات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولين بذلك الاستجابة لحاجات المخصصين والمهنيين خصوصا بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال اطلاع المصنح على اتجاهات البحوث العالمية وتعرفه بأخبار ومسجلات هذه البحوث عبر بعض الترجمات للأبحاث الأصلية. أما بالنسبة للبحوث العربية فإن المجلة تسعى لتقديم الدراسات والبحوث الرصينة المساندة للمسجلات والمعالجات الفعلية لمجتمعنا العربي .

تقبل للنش الأبحاث بإحدى اللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.

- 1- الأبحاث الميدانية والتجريبية
  - 2- الأبحاث والدراسات العلمية النظرية
  - 3- عرض أو مراجعة الكتب الجديدة
  - 4- التقارير العلمية عن المؤتمرات المعنية بدراسات الطفولة
  - 5- المقالات العامة المتخصصة
- المجلة مفتوحة أمام كل الباحثين العرب من أطباء، فساديين و أساتذة علم النفس داخل الوطن العربي و خارجه، وهي ترحب بكل المساهمات الملتزمة بشروط النشر التي حددها الهيئة العلمية للموقع على الشكل التالي:

### قواعد عامة

- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- الجودة في الفكرة والأسلوب والمنهج، والنوثق العلمي، والخلو من الأخطاء اللغوية والنحوية
- إرسال البحث بالبريد الإلكتروني [APNjournal@arabpsynet.com](mailto:APNjournal@arabpsynet.com) أو بواسطة قرص مر (لا تقبل الأبحاث الورقية).
- إرسال السيرة العلمية المختصة بالنسبة للكاتب الذين لم يسبق لهم النشر في مجلة الشبكة.

### قواعد خاصة

- 1- كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها مع الملخصات و الكلمات المفاتيحية باللغات الثلاث العربية، الفرنسية أو الإنكليزية.
- 2- يراعى في إعداد قائمة المراجع ما يلي : تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين منبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر .
- 3- استيفاء البحث لمطلبات البحوث الميدانية والتجريبية بما يضمنه من مقدمة والإطار النظري والدراسات السابقة ومشكلة البحث وأهدافه وفروضه وتعريف مصطلحاته.
- 4- يراعى الباحث توضيح أسلوب اختيار العينات، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية وخطوات إجراء الدراسة.
- 5- يقوم الباحث بعرض النتائج بوضوح مستغنيا بالجداول الإحصائية أو الرسومات البيانية متى كانت هناك حاجة لذلك
- 6- تخضع الأعمال الطبفسية المعروضة للنشر لفحص اللجنة الاستشارية الطبفسية للمجلة، كما تخضع الأعمال العلمفسية لفحص اللجنة الاستشارية العلمفسية، وذلك وفقا للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
- 7- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنش إلى رئيس الموقع على العنوان الإلكتروني للمجلة.
- 8- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
- 9- لا تعاد الأبحاث المفوضة لأصحابها.
- 10- لا تدفع مكافآت مالية عن البحوث التي تنش.

**قواعد التوثيق:**

عند الإشارة إلى المراجع في نص البحث يذكّر الاسم الأخير (فقط) للمؤلف أو الباحث وسنة النشر بين قوسين مثل (عكاشة، 1985) أو (Sartorius, 1981) وإذا كان عدد الباحثين من اثنين إلى خمسة تذكر أسماء الباحثين جميعهم للمرة الأولى مثل (دسوقي، النابلسي، شاهين، المصري، 1995)، وإذا تكررت الاستعانة بنفس المراجع يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول وآخرين مثل (دسوقي و آخرون، 1999) أو (Sartorius et al., 1981) وإذا كان عدد الباحثين ستة فأكثر يذكّر الاسم الأخير للباحث الأول و آخرون مثل (الدمرداش، و آخرون، 1999) أو (Skinner, et al., 1965)، وعند الاقتباس يوضع النص المقتبس بين قوسين صغيرين " " وتذكر أرقام الصفحات المقتبس منها مثل: (أبو حطب، 1990: 43)

وجود قائمة المراجع في نهاية البحث يذكّر فيها **جميع المراجع** التي أشير إليها في متن البحث وترتب ترتيباً أبجدياً. دون ترقيم مسلسل. حسب الاسم الأخير للمؤلف أو الباحث وتأتي المراجع العربية أولاً ثم المراجع الأجنبية بعدها وتذكر بيانات كل مرجع على النحو الآتي:

-عندما يكون المرجع كتاباً:

اسم المؤلف (سنة النشر) عنوان الكتاب (الطبعة، أو المجلد) اسم البلد: اسم الناشر، مثال: مراد، صلاح أحمد، (2001) الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة: الأجلو المصرية

-عندما يكون المرجع بحثاً في مجلة:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم المجلة، المجلد الصفحات، مثل: القطامي، نايبة (2002). تعبير التفكير للطفل الخليجي، مجلة الطفولة العربية، 12،

87 - 114

-ج- عندما يكون المرجع بحثاً في كتاب:

اسم الباحث (سنة النشر) عنوان البحث، اسم معد الكتاب، عنوان الكتاب، اسم البلد: الناشر، الصفحات التي يشغلها البحث

1- الإشارة إلى الهوامش بأرقام متسلسلة في متن البحث ووضعها من قمة على حسب التسلسل في أسفل النص التي وردت لها مع مراعاة اختصار الهوامش إلى أقصى قدر

ممکن، وتذكر المعلومات الخاصة بمصدر الهوامش في نهاية البحث قبل الجزء الخاص بالمصادر والمراجع

2- وضع الملاحق في نهاية البحث بعد قائمة المراجع

#### ■ الدراسات والمقالات العلمية النظرية:

تقبل الدراسات والمقالات النظرية للنشر إذا لمست من المراجعة الأولية أن الدراسة أو المقالة تعالج قضية من قضايا الطب النفسي أو علم النفس بمنهج فكري واضح يتضمن المقدمة وأهداف الدراسة ومناقشة القضية ومروية الكاتب فيها، هذا بالإضافة إلى التزامها بالاصول العلمية في الكتابة وتوثيق المراجع وكتابة الهوامش التي وردت في قواعد التوثيق

#### ■ عرض الكتب الجديدة ومراجعتها:

تنشر المجلة مراجعات الباحثين للكتب الجديدة وتقدمها إذا توافرت الشروط الآتية:

1- الكتاب حديث النشر، ويعالج قضية تخص أحد مجالات الطب النفسي، علم النفس، العلاج النفسي أو التحليل النفسي

2- استعراض المراجع لمحتويات الكتاب وأهم الاكتشافات التي يطرحها وإيجابياتها وسلبياتها

3- غنوى العرض على اسم المؤلف وعنوان الكتاب والبلد التي نشر فيها واسم الناشر، وسنة النشر، وعدد صفحات الكتاب.

كتابة تقرير المراجعة بأسلوب جيد

#### ■ التقارير العلمية عن الندوات والمؤتمرات:

تنشر المجلة التقارير العلمية عن المؤتمرات والندوات والحلقات الدراسية في مجال علم النفس والطب النفسي التي تعقد في البلاد العربية أو غير العربية بشرط أن يغطي

التقرير بشكل كامل ومنظم أخبار المؤتمر أو الندوة أو الحلقة الدراسية وتصنيف الأبحاث المقدمة وثنائجها وأهم القراءات والنوصيات

كما تنشر المجلة محاضرات الحوارات التي تنشر فيها مناقشة قضايا تتعلق بالاختصاص.

