جـــــــامـعة مـولود مـعمري

كـلية العـــلوم الإنســـانية والاجـــتماعية

قسم عـــــلم النـــــفس

تخصص عــلم النفس العيادي

دور الشخصية والميكانيزمات الدفاعية في اختيار نوع العلاج (العلاج النفسي أو العلاج التقليدي) لدى طالبي المساعدة النفسية.

دراسة وصفية لمئة وخمسة وأربعون حالة

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين:

دباب وردية

شوشان علجية

إشراف الأستاذ

جيلالي سليمان

السنة الجامعية 2021-2022

الشكر والتقدير

نتقدم بقلوب شاكرة ونفوس خاشعة للذي أهدنا نعمة العقل وفضلنا على سائر المخلوقات وعلى ما أسداه لنا من نعمة التوفيق والسداد والانجاز وإتمام هذا البحث الذي يستحق الشكر والتقدير، وحده الله سبحانه وتعالى.

كما نتقدم بفائق شكرتنا وتقديرنا لدكتوراه: جيلالي سليمان الذي كفى توجيها ونصحا من اجل انجاز بحثنا، كما نشكر أيضا من ساهموا في مساعدتنا في انجاز هذا العمل سواء من قريب أو من بعيد ولو بكلمة طيبة.

جزأكم الله خيرا وشكرا للجميع.

الإهداء

إلى الذي شقا في الكد والعمل ليوفر لي سبيل الحياة ،

إلى أبي العزيز الغالي،

و إلى التي حملتي وهنا وعلى وهن تحملت متاعب حياتي ،

والى من سهرت الليالي لتقرا أعيينا،

إلى أمي قدوتي من الحياة إلى الممات،

إلى أعظم نعمة من الله عليا بها في الحياة أخواتي الصغير والكبير،

والى: ليلة، ماسينيسا، فايزة، اسيا، مجيد، وريدة

والى كل من أحبه قلبي و لم يذكره لساني ،

إلى كل من علمني حرف و قدم لي عونا.

علجية.

الإهداء

إلى من علمني الصبر في مواجهة الصعاب وان النجاح يكلل بأخذ الأسباب، إلى من ربتني و بعطفها حمتني....امي،

والى من علمني التحدي والى منبع العطاء بدون مقابل...ابي،

الى اخي العزيز الصغير،

وإلى كل أهلي المقربين،

والى كل من: ليلى، ماسينيسا، مجيد، اسيا، فايزة، وريدة.

إلى كل من علمني حرفا،

اهدي هذا البحث المتواضع راجيا من المولى وعز وجل ان يجد القبول النجاح.

وردية.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير	أ
إهداء	ج
فهرس المحتويات	د
فهرس الجداول	ط
فهرس الأشكال	ي
ملخص الدراسة	ك
ملخص باللغة الأجنبية	ل
مقدمة	1
الجانب النظري	
الإطار العام للإشكالية	
1- إشكالية الدراسة	5
2- فرضيات الدراسة	11
3- أسباب اختيار الموضوع	12
4- أهمية الدراسة	12
5- اهداف الدراسة	13
6-تحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة	13
الفصل الأول: السمات الشخصية	
تمهيد	17
1- تعريف الشخصية	18

2- خصائص المشتركة لتعريف الشخصية	19
3- العوامل المؤثرة في الشخصية	20
4-مكونات الشخصية	21
5- تعريف السمة	22
6- الفرق بين نظرية السمات ونظرية الأنماط	23
7-أنواع السمات	24
8- تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية	26
9- لمحة تاريخية عن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية	27
10- نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية	30
11- مميزات العوامل الخمسة الكبرى للشخصية	31
خلاصة الفصل	32
الفصل الثاني: الميكانيزمات الدفاع	
تمهيد	34
1- تعريف الميكانيزمات الدفاع	34
2- لمحة تاريخية ونشأة الميكانيزمات الدفاع	35
3- الفرق بين استراتيجية المواجهة والميكانيزمات الدفاع	36
4- الأساليب الميكانيزمات الدفاع	37

5- تصنيف الميكانيزمات الدفاع	40
6- الوظائف للميكانيزمات الدفاع	43
7- أهداف الميكانيزمات الدفاع	43
خلاصة الفصل	44
الفصل الثالث: العلاج النفسي والعلاج التقليدي	
تمهيد	46
1- تعريف الطب الشعبي	46
2- لمحة تاريخية عن الطب الشعبي	48
3- الطب الشعبي في الجزائر	54
4- اهم الممارسات التطبيقية لطب الشعبي	55
خلاصة الفصل	56
تمهيد	57
1-تعريف العلاج النفسي	57
2-تعريف طبيب العقلي	58
3-مهام الطبيب العقلي	59
4- تعريف الاخصائي النفسي	60
5- مهام الاخصائي النفسي	60
6- الفرق بين الاخصائي النفسي والطبيب العقلي	62

7-تعريف المرض النفسي	63
8- تعريف المرض العقلي	63
9-الفرق بين المرض النفسي والمرض العقلي	64
10-أنواع العلاجات النفسية	65
-خلاصة الفصل	67
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية	
-تمهيد	70
1-تذكير بفرضية الدراسة	71
2- منهج الدراسة	72
3- مجتمع الدراسة	72
4-مكان وزمان اجراء الدراسة	74
5-أدوات المستعملة في الدراسة	75
6- الخصائص السيكومترية	85
7- الأساليب الإحصائية المستعملة	86

-خلاصة الفصل	87
الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
1-عرض نتائج الدراسة	89
1-1-عرض نتائج الفرضية الأولى	91
1-2-عرض نتائج الفرضية الثانية	93
1-3-عرض نتائج الفرضية الثالثة	94
1-4-عرض نتائج الفرضية الرابعة	97
1-5-عرض نتائج الفرضية الخامسة	99
1-6-عرض نتائج الفرضية السادسة	100
1-7-عرض نتائج الفرضية السابعة	101
1-8- عرض النتائج الفرضية الثامنة	102
1-9 عرض النتائج الفرضية التاسعة	102
2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات	
2-1- تفسير ومناقشة الفرضية الاولى	103
2-2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية	105
2-3- تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة	105
2-4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة	107
2-5- تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة	109

2-6- تفسير ومناقشة الفرضية السادسة	111
2-7- تفسير ومناقشة الفرضية السابعة	112
2-8- تفسير ومناقشة الفرضية الثامنة	113
2-9- تفسير ومناقشة الفرضية التاسعة	115
-الاستنتاج العام	116
المراجع	
الملاحق	

فهرس الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01	توزيع افراد العينة حسب متغيرات الجنس، السن، المستوى الدراسي، المستوى الاقتصادي واختيار نوع العلاج.	73
02	تصحيح المقياس الميكانيزم الدفاع dsq28.	75
03	تأويل المقياس الميكانيزم الدفاع dsq28.	76
04	بنود المقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية big5	80
05	تأويل مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية big5	81
06	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والاوزان النسبية للأليات الدفاع	89
07	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والاوزان النسبية للعوامل الخمسة لشخصية	90
08	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي.	90
09	نتائج اختيار "ف" لدلالة الفروق في الميكانيزمات الدفاع (العوامل الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج	91
10	نتائج اختبار توكي tuckey لدلالة الفروق في الفكاهة بين أنواع المساعدة	92
11	نتائج اختبار "ف" لدلالة الفروق في ميكانيزمات الدفاع (العوامل العصابية) حسب اختيار نوع العلاج.	93
12	نتائج اختيار "ف" لدلالة الفروق في ميكانيزمات الدفاع (العوامل الغير الناضجة)حسب اختيار نوع العلاج.	94

13	نتائج اختيار توكي tuckey لدلالة الفروق في الجسدنة والعوامل غير الناضجة بين أنواع المساعدة	96
14	نتائج اختبار "ف" لدلالة الفروق في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب اختيار نوع العلاج	97
15	نتائج اختيار tuckey لدلالة الفروق في عامل المشاعر السلبية	98
16	نتائج اختبار "ف" لدلالة الفروق في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج	99
17	نتائج اختبار كا^2 لدلالة الفروق في اختيار نوع العلاج حسب الجنس	100
18	نتائج اختبار كا^2 لدلالة الفروق في اختيار نوع العلاج حسب السن	101
19	نتائج اختبار كا^2 لدلالة الفروق في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي	102
20	نتائج اختبار كا^2 لدلالة الفروق في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي	103

ملخص الدراسة:

يتمحور موضوع دراستنا حول دور الشخصية و الميكانيزمات الدفاع في اختيار نوع العلاج (علاج تقليدي وعلاج نفسي)، وهدفت الدراسة الى الكشف دور الشخصية و الميكانيزنات الدفاعية وبعض المتغيرات الديمغرافية كالجنس، السن، المستوى الاقتصادي، المستوى التعليمي في تحديد اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة. تم الإعتماد على المنهج الوصفي باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية وذلك بواسطة برنامج الرزمنة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (spss). وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من 145 فرد منهم 59 ذكر و86 اناث التي تتراوح أعمارهم بين 18 سنة الى اكثر من 30 سنة، و تم جمع المعلومات باستخدام كل من مقياس (DSQ28) للميكانيزمات الدفاعية، مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (big five)، ومقياس الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي، وتوصلت النتائج الى ان:

– وجود فروق دالة احصائيا في الميكانيزم الفكاهة بين العلاج النفسي والعلاج المختلط في حين لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 في العوامل الناضجة (التسامي، القمع، الكبت، الازالة) في اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، تقليدي، مختلط) لدى طالبي المساعدة.

– عدم وجود فروق دالة احصائيا في العوامل العصابية حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، تقليدي، مختلط) لدى طالبي المساعدة.

– وجود فروق دالة احصائيا في العوامل الغير الناضجة و ميكانيزم الجسدنة حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، تقليدي، مختلط) لدى طالبي المساعدة في حين لا توجد فروق دالة احصائيا في العوامل الغير الناضجة (العدوان السلبي، التصرف بالدافع ،

العزل، توحد الاحلام اليقظة، انكار، تقسيم، تبرير) حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، تقليدي، مختلط) لدى طالبي المساعدة.

–وجود فروق دالة احصائيا في المشاعر السلبية، العصابية، العصبية، كما توجد فروق دالة احصائيا في الانفتاح الاصالة تفتح الفكر بين العلاج التقليدي والعلاج المختلط في حين لا توجد فروق دالة احصائيا في كل من الانبساطية، الطاقة، الحماس، و الأثار، المودة، و الوعي التحكم ، الاكراه حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، تقليدي، مختلط) لدى طالبي المساعدة.

– عدم وجود فروق دالة احصائيا في اتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، تقليدي، مختلط) لدى طالبي المساعدة.

– عدم وجود فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب العوامل الديمغرافية المتمثلة في كل من (الجنس، السن، المستوى الدراسي، المستوى الاقتصادي).

Resumé:

Cette étude intitulé « rôle de la personnalité et des mécanismes de défense dans le choix du type de la thérapie (thérapie traditionnel et psychothérapie) », a pour objectif de démontrer le rôle des mécanismes de défense et les cinq facteurs de personnalité, ainsi que certaines variables démographiques telles que le sexe, l'âge, le niveau économique, le niveau d'instruction dans le choix de thérapie (thérapie traditionnel et psychothérapie).

Notre recherche s'est appuyée sur l'approche descriptive basée sur l'utilisation de méthodes statistiques, à l'aide du programme Statistiques Package for Social Sciences (spss).

Notre étude a été menée sur un échantillon de 145 cas, dont 59 hommes et de 86 femmes, âgés de 18ans et plus de 30 ans.

Les informations ont été recueillies à l'aide de l'échelle des mécanismes de défense (DSQ-28), l'échelle des cinq grands facteurs de personnalités (big five), et le questionnaire de l'attitude envers la maladie mentale et la psychothérapie.

Et les résultats sont comme suit :

-Il existe des différences statistiquement significatives concernant le mécanisme de l'humour entre la psychothérapie et la thérapie mixte, alors qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives, concernant les facteurs matures (sublimation, refoulement, suppression, retrait) dans le choix du type de thérapie (psychothérapie, thérapies traditionnelles, et mixte) chez les demandeurs d'aide

- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans les facteurs névrotiques selon le choix du type de thérapie (psychothérapie, thérapies traditionnel, thérapies mixte) chez les demandeurs d'aide.

- Il existe des différences statistiquement significatives dans les facteurs immatures et les mécanismes de somatisation selon le choix du type de thérapie (psychothérapie, traditionnel, mixte) parmi les personnes demandant de l'aide, alors qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans les facteurs immatures (agressivité passive, comportement motivé, isolement, autisme de la rêverie, déni, division, justification), selon le choix du type de

thérapie (psychothérapie, thérapies traditionnels, et mixtes).chez les demandeurs d'aide.

- Il existe des différences statistiquement significatives dans les sentiments négatifs, le névrosisme, la nervosité, et il existe également des différences statistiquement significatives dans l'ouverture, l'originalité, l'ouverture d'esprit, entre la thérapie traditionnel et la thérapie mixte, alors qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans l'extraversion, l'énergie, l'enthousiasme, effets, affection, et Sensibilisation, contrôle, coercition selon le choix du type de thérapie (psychothérapie, thérapies traditionnels, et mixtes), chez les demandeurs d'aide.

-Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans les attitudes envers la maladie mentale et de la psychothérapie selon le choix du type de thérapie (psychothérapie, thérapies traditionnelles, et mixtes), Chez les demandeurs d'aide.

-Il n'y a pas de différences statistiquement significatives dans le choix du type de traitement en fonction des caractéristiques démographiques (sexe, âge, niveau d'instruction, niveau économique.

مقدمة

حاول الإنسان منذ القديم تفسير الظواهر و الأحداث التي تحيط به في الإطار البيئي (الاجتماعي والثقافي) الذي يعيش فيه، واستمد تصوراته المعرفية و الثقافية حول الاضطراب و مواجهة المرض وأسلوب علاجه من مصادر ثقافته، والواقع الآن يشهد تقدم علمي وانتشار الوعي الصحي وتقدم العلوم الطبية المختلفة رغم هذا التطور الملحوظ إلا أنه لم يقضي تماما على ذلك الاعتقاد.

فلا تزال الفئات كثيرة من المجتمع تستمد مفاهيمها و تفسيراتها المختلفة للاضطراب و أسلوب علاجه من التراث الثقافي السالف، حيث نجد أن الاضطراب والعلاج حقيقة ثقافية كما هو حقيقة طبية، بمعنى التطرق لتصور الاضطرابات النفسية لا ينحصر فقط في التصورات الحديثة بل تتضمن مختلف الأفكار والمعتقدات الشعبية التي تساهم ببناء نمط التفكير وإدراك مختلف الظواهر والعمليات المتصلة بالوجود الإنساني. فالاتجاه نحو العلاج يكون حسب ادراك الفرد للمرض، ان كانت نظرته سالبة ام موجبة وهذه الاستجابة تكون حسب الاستعدادات النفسية للفرد والبناء النفسي .

و باعتبار البناء النفسي للفرد يخضع لمراحل النمو المختلفة التي تطبع شخصيته بجملة من الابعاد او السمات والتي على أساسها يتفرد كل شخص، فنقول علية انه عصابي، انبساطي طيب، انفتاحي، واعي، وتتأثر المكونات الداخلية للإنسان بتفاعله مع البيئة الخارجية، وتنتج من هذا التفاعل سلوك واستجابات، ولهذا التفاعل تأثير على الانسان منذ بداية حياته ويتزايد تأثيره في سلوكه وخصائصه الاجتماعية والخلقية الى ان تصبح السمات البارزة لشخصيته.

فالفرد يواجه في حياته مواقف مختلفة تتنازع فيه دوافع متضاربة مما تدفع به في بعض الأحيان من ان يعاني من الإحباط، نتيجة عقبات موضوعية في العالم الخارجي او بسبب قصوره الذاتي. فالفرد يعيش حياته عبارة عن سلسلة من الكفاح و الصراع الذي تقوى شدته

او تضعف بحسب العوامل المؤثرة فيها، ويتعامل كل فرد باستجابة خاصة كرد فعل عن هذا التنازع عن طريق مجموعة من الدفاعات النفسية التي تتفاعل لتعديله التوازن النفسي. فيلجا الى استخدام أساليب مختلفة لتخفيف من حدة القلق الناتج عن احساسه بالفشل، وهو ما يطلق علية الميكانيزمات الدفاع.

ومن هنا تبثق دراستنا من أهمية الموضوع كونها تحاول التعرف على دوافع اقبال الفرد على العلاج التقليدي او العلاج النفسي أي معرفة العوامل النفسية التي تحدد في اخيار نوع العلاج .

و تنقسم دراسة بحثنا إلى قسمين :

الفصل التمهيدي الخاص بالإطار العام للإشكالية بالإضافة الى تحديد مفاهيمه وأهدافها و أهميتها وأسباب اختيار الموضوع.

-**الجانب النظري** الذي يحتوي الى ثلاث فصول منه الفصل الأول الخاص السمات الشخصية بصفة عامة والعوامل الخمسة الكبرى الشخصية بصفة خاصة.

و الفصل الثاني الخاص بالميكانزمات الدفاع بالإضافة الى أنواعها و الفرق بين استراتيجية المواجهة والميكانيزمات الدفاع.

وفي الفصل الثالث خاص بالعلاج التقليدي و العلاج النفسي بالإضافة الى و تاريخه وأنواعه.

أما **الجانب التطبيقي** بدوره على فصلين، الفصل الرابع الذي يشمل على المنهج الوصفي وعينة البحث ، وأدوات المستعملة واساليبها وخصائص السيكومترية.

و الفصل الخامس وفيه يتم عرض مفصل للنتائج التي تجيب على تساؤلات البحث من خلال الجداول والتعليق عليها وتفسير ومناقشة نتائج الفرضيات استنادا إلى الدراسات السابقة وعلى ضوء أدبيات البحث.

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1-الإشكالية:

يعتبر المرض والموت مظهرين من مظاهر القلق وخوف وعجز عند الإنسان، فالمرض يعتبر مصدر الآلام والمعاناة النفسية والجسدية، حينها يشعر الإنسان بضغط وتهديد بزوال و أن الصحة نعمة يجب استرجاعها بأي ثمن أو طريقة، فيسارع لإيجاد الأسلوب الذي ينتهجه للمواجهة المرض، بحيث يتخذ إجراءات وممارسات دفاعية للقضاء عليه أو التخفيف من حدته. وتختلف هذه الدفاعات والممارسات حسب بساطة تفكيره، وطبيعة اعتقاده. اما الاضطرابات النفسية تركز على تأثير العوامل الداخلية على الفرد اكثر من تأثير العوامل الخارجية، وكان الإنسان القديم يعتقد آنذاك بأن كل ما يصيبه مرتبط ارتباطا وثيقا بالأرواح الشريرة التي تسكن في جسم الإنسان و لذلك كان يستخدم وسائل علاجية مختلفة كالتعويذ و الرقى و للالتقاط بعض النباتات و الأعشاب، وهذه الأساليب العلاجية السالفة تندرج ضمن ما يسمي بالطب الشعبي أو العلاج التقليدي.

وتعرفه منظمة الصحة العالمية (2018)، كونه مجموعة من المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الاصلية التي تمتلكها مختلف الثقافات والتي تستخدم سواء يمكن تفسرها او لا، والغرض منها الحفاظ على الصحة والوقاية من الامراض الجسدية والنفسية او تشخصها او علاجها او تحسين أحوال المصابين بها (زواوية، 2011، ص66).

هذا ما أضفته دراسة لبقع (بدون سنة)، التي تهدف الي معرفة مدى تأثير النموذج الثقافي سائد على التمثيلات الاجتماعي للصحة و المرض توصلت نتائج الدراسة إلي أن النموذج الثقافي للمجتمعات البدوية الجزائرية تؤثر بالطريقة أو بأخري على تمثيلات الصحة و المرض من الجانب الميتافيزيقي حيث نجد أن مستوى الغيب هو السيد الموقف بالنسبة للمجتمعات الريفية ، وكذلك بالنسبة للمجتمعات الشبه الحضارية ،فإذا توجهت وسط الشعب الجزائري ترى الصغار و النساء الحوامل و المرضى يعلقون بأعناقهم جريبات صغيرة الحجم

تتضمن بعض الطلاسم الوقائية ، كما نري أن أصحاب بعض السيارات يعلقون السباحات و أصحاب الشحنات يكتبون صيغ و عبارات دينية(حران، 2020،ص 311) .

وهذا ما تأكده دراسة ناصر، (2018) التي تهدف لكشف عن العوامل الثقافية التي تفسر اللجوء المرضى للعلاج الشعبي للمداواة، توصلت النتائج إلي أن للتراث الثقافي و الديني أهمية كبيرة في استمرار العلاج الشعبي على أداء وظيفته العلاجية في الجزائر، كما أن اعتقاد بفعالية أساليب العلاج الشعبي و ناجعتها هو سبب أخر في توجيه المرضي إليه (ناصر، 2018، ص1).

كما أظهرت دراسة التي قام بها عمار (بدون سنة)، حول العلاج الشعبي بين الاعتقاد و الممارسة أن هناك عدة عوامل تفعل فعليتها في لجوء الفرد إلي الطبابة الشعبية ، و منها السياق الثقافي و شهرة المعالج الشعبي و نوعية المرض و خطورته وطريقة أداء الخدمة العلاجية ،و إضافة إلى طابع الودي الذي يغلب على الطبيعة العلاج الشعبي فهو يخاطب المصاب بالودي والصرامة و بالغة يفهمها الطرفان، كما ذكرت الدراسة أهم العوامل المساعدة في انتشار طب الشعبي هي قلة التكاليف مقارنة مع الطب الرسمي او الحديث. (حران،2020، ص 312).

شهد القرن 19 نمو شامل في تطوير الطب و علاج الأمراض الجسمية، فقد امتد التطور أيضا ليشمل دراسة الأمراض النفسية و العقلية و ظهرت اتجاهات كثيرة فسرت الظواهر النفسية و العقلية وأن جزء كبير من الأزمات التي يمر بها الإنسان عبارة عن تأثيرات داخلية نفسية ولها تفسير داخلي. ومن العلوم التي سعت إلى تحقيق الصحة النفسية علم النفس الذي هو دراسات علمية لسلوك والعقل، تفكير والشخصية ومن تطبيقاته نجد العلاج النفسي.

ويعتبر العلاج النفسي الذي هو عبارة عن تطبيق منهجي لتقنيات نفسية محددة لإعادة التوازن النفسي، فهو البحث عن مخرج للوضعية المأساوية التي يعاني منها المريض من خلال تخليصه من الصراع والقلق الذي يعيشهما (قويدر،2011، ص15)

وكما عرفه زهران (2005) بأنه نوع من العلاج يستخدم فيه طرق نفسية لعلاج مشكلات او اضطرابات او امراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه وعليه يقوم المعالج على إزالة بعض الاعراض المرضية الموجودة او تعدلها او تعطيل اثارها مع المساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال امكانيته على خير وجه ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل (نقلا عن سرور 2013، ص12).

ويتأثر الاتجاه نحو العلاج بعوامل كثيرة منها ما يتعلق بالعوامل الاجتماعية والثقافية ومنها ما يتعلق بالعوامل النفسية كسمات شخصية و ميكانيزمات دفاعية.

وتعتبر الشخصية حسب محلم (2009) بأنها خمس تجمعات لأبرز سمات شخصية يمثل كل عامل منها تجريدا لمجموعة من السمات المتناغمة، و تتكون من خمسة أبعاد فرعية وهي ،الانبساطية ،العصابية ،الانفتاح على الخبرة ،الطيبة و يقظة الضمير (بوزغاية و مزوز،2020،ص450).

وتناولت دراسة فوزي (2015)، حول الاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بسمات الشخصية حيث توصلت الى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاتجاهات نحو المرض النفسي بكل من سمتي العصابية و الذهانية، في حين ظهور علاقة إيجابية بين الاتجاهات نحو المرض النفسي و كل من سمتي الانبساطية و الكذب (هبه فوزي،2015،ص 121).

وتناولت دراسة هلال وأبو حمزة(2018)، حول المعتقدات الخرافية لدى عينة من مختلف السمات الشخصية من طلاب الجامعة، وتوصلت النتائج الى وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات الخرافية وبعد العصابية كبعد فرعي من مقياس عوامل الشخصية الكبرى ووجود علاقة بين المعتقدات الخرافية وبعد الانفتاح على الخبرة كبعد فرعي من مقياس عوامل الشخصية الخمسة الكبرى وعدم وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات الخرافية وكل من "الانبساطية، المقبولية، والضمير كأبعاد فرعية لمقياس عوامل الشخصية الخمسة الكبرى (هلال وأبو حمزة، 2018 ، ص 2).

اما بالنسبة للميكانيزمات الدفاع فهي عبارة عن وسائل دفاعية لا شعورية لمواجهة ضغوطات التي تقع عليها من جانب (الهو والانا الأعلى) بوصفها وسائل دفاعية تهدف الى وقاية الانا (الذات) من تلك الضغوطات والمواقف النفسية التي تعجز الانسان عن مواجهتها فهي ذات طابع وقائي يخدع بها الانسان نفسه، ويعمد اليها من اجل إرضاء طموحاته وغرائزه ويتوافر لها مقدارا من الواقعية بسبب عجزه من تحقيق تلك الطموحات والغرائز او خلق نوع من التوافق مع ذاته او محيطه الاجتماعي (مجيد ،بدون السنة، ص1).

وتناولت دراسة عبد الرؤوف (2018)، حول آليات الدفاع النفسي لدى طلبة الجامعيين ذوي مستويات المختلفة في التفكير الخرافي، وتوصلت النتائج الى ان الميكانيزمات الدفاع لها تأثير لدى الافراد ذوي مستوى تفكير خرافي زائد ، فالأفكار الخرافية تقوم بوظيفة بعث الطمأنينة في نفسية الانسان بإيهامه انه قد تغلب على المشكلة التي توجهه التي فتتيح له القدرة على السيطرة على المواقف حتى وان كانت وهمي (عبد الرؤوف،2018، ص28).

وأكدت دراسة henning و اخرون (2007)، ان البنية الدفاعية تتغير اثناء العلاج نحو زيادة الدفاعات الناضجة وانخفاض الدفاعات الغير الناضجة (henning ,2007, p10).

وكما تؤكد دراسة، Agnieszka و اخرون (2006)، حول للتجربة التصحيحية للقيم في العلاج النفسي و علاقتها بتغير آليات الدفاع وشدة الأعراض في مسار العلاج النفسي الجماعي قصير المدى، وتوصلت النتائج الى ان العلاج النفسي تسبب في زيادة ذات صلة في نطاق استخدام العوامل الناضجة وانخفاض في استخدام العوامل الغير الناضجة (Agnieszka,2006 , p 8).

فعلى رغم من تقدم تكنولوجي في المجتمعات الى انه لم يوازيه تقدما في الجوانب الثقافية و الوعي العام السائد في المجتمع ما يخص أمور كثيرة كنظرة الى المرض والمريض النفسي ، و ان المريض الذي يأتي الى العلاج النفسي هو ابن مجتمعه ونتاج ثقافته فهو يتأثر بتقاليده ويساير معاييره وقيامه فالفرد يتأثر بفكر المجتمع من نظرة للأمراض النفسية وغالبا يضطر لمراعاتها حتى لو كانت على حساب راحته النفسية ونلاحظ في هذه سنوات الأخيرة ازديادا واضحا في نسبة المرضى المترددين في العيادات النفسية والعقلية وهذا يدل ان هناك وعيا متناميا بماهية المرض النفسي وقبولهم تلقي الخدمات الصحة النفسية بطريقة الصحيحة.

وجاءت دراسة ميسوم (2014) حول الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي و المنظور الثقافي الشعبي، لتسلط الضوء عن الاضطراب النفسي من المنظور الثقافي الشعبي، وذلك بدراسة ميدانية لحالات الاصابة بـ "المس" أو "السحر" أو "العين. حيث أفرزت النتائج ما يلي: تتميز الحالات المصابة بـ "المس" أو "السحر" أو "العين"، ببنية نفسية مرضية هشة. كما تتدرج الحالات التي تعاني من "المس" أو "السحر" أو "العين" ضمن الاضطرابات النفسية ذات البعد الثقافي والغير مصنفة ضمن الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض النفسية والعقلية DSM4 (عابد،2017، ص8).

على رغم من أهمية الدراسات السابقة الى ان أيا منها لم تتناول بشكل مباشر موضوع دور الشخصية و الميكانيزمات الدفاع في اختيار نوع العلاج (علاج نفسي وعلاج تقليدي)

لدى طالبي المساعدة، و علما ان العديد من الدراسات قدمت إسهامات حول الأسباب و العوامل النفسية التي تحدد اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة، هدفت الدراسة الحالية الى التأكيد على دور العوامل من خلال توضيح دور الميكانيزمات الدفاعية و السمات الشخصية في بناء وصناعة تصورات المرض والاضطراب النفسي واختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

وانطلاقا من هذا التصور جاءت إشكالية الدراسة لتبحث عن العلاقة بين العوامل النفسية الميكانيزمات الدفاعية والسمات الشخصي والديمغرافية (الجنس، العمر، المستوى الاقتصادي، والمستوى التعليمي) في تحديد الاتجاه نحو المرض و اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة. وبناء على ما تقدم يمكن صياغة تساؤلات البحث على النحو التالي:

-هل توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة؟

- هل توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل العصابية) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة؟

- هل توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل غير الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة؟

-هل توجد فروق دالة احصائيا في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة؟

- هل توجد فروق دالة احصائيا في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة؟

-هل توجد فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب الجنس لدى طالبي المساعدة؟

-هل توجد فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب السن لدى طالبي المساعدة؟

– هل توجد فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي لدى طالبي المساعدة؟

–هل توجد فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي لدى طالبي المساعدة؟

2– **فرضيات الدراسة:**

– توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل العصابية) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل غير الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب الجنس لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب السن لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي لدى طالبي المساعدة.

3– أسباب اختيار الموضوع:

– إعطاء أهمية أكثر للمعالج النفسي وطبيب عقلي في المجتمع الجزائري .

– انشار العلاج التقليدي بشكل ملفت الانتباه.

– قلة دراسات التي تناولت دراسة جانب ميكانيزمات الدفاع والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية عند الأشخاص الذي يطلبون المساعدة سواء عند معالج نفسي او تقليدي.

4– أهمية الدراسة:

تكمن أهمية البحث فيما يلي:

–تستمد هذه الدراسة أهميتها من أنها تعنى بموضوع يمثل حلقة وصل بين تخصصي علم النفس المرضى وعلم النفس الاجتماعي وعلم الأنثروبولوجي ، فهي تدرس الاتجاهات نحو العلاج.

– محاولة فهم الظواهر النفسية وكيفية تأثيرها على اتجاهات الفرد في تخاذ قرار العلاج من خلال دراسة موضوع دور السمات الشخصية و الميكانيزمات الدفاع في اختيار نوع العلاج.

– مساهمة البحث في معرفة مدى تأثير متغيرات المستوى التعليمي و مستوي الاقتصادي و كذا دور الجنس و العمر على اختيار أسلوب العلاج.

5– اهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الى:

-التعرف على طبيعة العلاقة بين الميكانيزمات الدفاع و اختيار أسلوب العلاج لدى طالبي المساعدة.

-التعرف على طبيعة العلاقة بين سمات الشخصية واختيار أسلوب العلاج لدى طالبي المساعدة.

- التعرف على العلاقة بين اتجاه نحو المرض والعلاج النفسي واختيار أسلوب العلاج.

-الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة .

-الكشف عن الفروق بين المستويات التعليمية في اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

-الكشف عن الفروق بين السن في اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة .

الكشف عن الفروق بين المستويات الاقتصادية في اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

6- تحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

- **الميكانيزمات الدفاعية:**

هي وسائل دفاعية واستراتيجيات نفسية التي يمارسها الفرد مستوى اللا واعي ليتمكن من تخطي المشاعر السلبية وتسعى لإيجاد حلول وسط المشكلات الشخصية، وهي أساليب توافقية لاشعورية تشوه الحقيقة ويستخدمها الفرد لخفض حدة الإحباط والصراع والتوتر والقلق يهدد امنه النفسي.

ويحدد مفهوم الاجرائي في عدد النقاط التي يتحصل عليها مجوعة لتطبيق المقياس ليميكانيزمات الدفاع DSQ28 .

- **العوامل الخمسة الكبرى للشخصية :**

- يمكن تعريف نموذج العوامل الخمسة الكبرى بأنه نموذج لوصف شخصية الفرد من خلال خمسة عوامل أساسية هي: العصابية، على تصور مفاده أنه يمكن وصف الشخصية وصفا الانبساطية الانفتاح على الخبرة، المقبولية، ويقظة الضمير .

ويحدد مفهوم الاجرائي في عدد النقاط التي يتحصل عليها مجوعة لتطبيق المقياس لعوامل الخمسة الكبرى للشخصية BIG 5 .

- **العلاج النفسي:**

هو علاج المشاكل الصحة العقلية والنفسية الذي يهدف الى تعرف على حالة المفحوص المزاجية من اجل تعديل سلوكه او مساعدته على استرجاع توازنه العاطفي المضطرب والتخلص من الأفكار والعواطف المزعجة.

- **العلاج التقليدي:**

هو علاج الذي يعتمد على تقنيات شعبية وتقليدية و التي تطبق بصورة فردية او جماعية و الهدف منه تشخيص حسب المعتقدات السالفة و الوقاية من الامراض الجسدية ونفسية و يختلف من بلد الى اخر.

جانب نظري

الفصل الأول :

سمات الشخصية

تمهيد:

يعد مفهوم ولفظ الشخصية، مفهوما شائعا بين الناس بصفة خاصة وبصفة عامة لدى المتخصصين في علم النفس، لما يتضمنه موضوع الشخصية من أهمية كبيرة في تفسير الفروق الفردية بين الناس. حيث أثبتت الدراسات والتجارب الواقعة، أن هناك فروقا بين الشخصيات حتى لدى التوائم المتطابقة، وكل فرد ذو سمة معينة خاصة به. ومن اهم النظريات والتصنيفات التي فسرت سمات الشخصية في وقت الحالي، نموذج العوامل الخمسة الكبرى لشخصية. ويتضمن هذا الفصل كل من تعريف الشخصية، محدداتها مكوناتها، تعريف السمة، أنواعها، نظريتها، تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لمحتها، أنواعها، مميزاتها.

-الشخصية:

1-تعريف الشخصية:

-لغة: الشخصية تعني **personnalité** هو مصطلح مشتق من كلمة **personne** وهي القناع، ويعود استعمالها الى زمن الاغريق حين كان الممثل المسرحي يصنع قناع على وجهه عند أداء لدور شخصيات معينة بغاية إيضاح الصفات المميزة التي يتطلبها الدور على المسرح أي كان مصطلح الشخصية هو المظهر وفي علم النفس الحديث يقابله سلوك الذي يتفق مع القيام بالدور معين(بن حجاب،2011،ص13).

لذا فإن الصياغة المفاهيمية الأولى للشخصية كانت بوصفها الانطباع الاجتماعي الظاهري الذي يتبناه الفرد في لعبه لأدوار الحياة فالشخصية الاجتماعية a public personality هي تلك التي يسقطها الناس على من يحيطون بهم (هريدي،2011،ص19).

-اصطلاحا :

الشخصية تعني شخصا بالذات وهذا التحديد يعطي كيانا خاصا بالفرد يعرف به ويضفي عليه الصفات الفردية التي تميزه عن غيره ويمكن القول ان الشخصية تشير الى خصائص الفرد الخارجية المكشوفة التي يمكن للأخريين رؤيتها ولكل فرد له شخصية خاصة يتميز بها عن غيره من الناس (بن حجاب،2011،ص13).

وتعرف الشخصية بانها مجموع من النزاعات السلوكية والانفعالية للفرد، وهي مجموعة معقدة من الخصائص و المميزات التي تميز شخص ما عن الاخر، وتعني أيضا على انها تجمع كبير لعدد من الجوانب المعرفية كالتحصيل و الذكاء و الاستعداد، والجوانب الوجدانية كالميول و الاتجاهات وعوامل أخرى مرتبطة بالتفكير والدافعية والسمات المزاجية والسلوكيات وتشكل جميعها منظومة متكاملة تصف الأداء المميز للفرد او أنماط سلوكه التي تمكن من فهم سلوك غيره (المطيري،2019،ص9).

ونظر جورج كليني George Kelly " للشخصية بوصفها الطريقة المتفردة والمميزة للفرد في استخلاص المعني من خبرات الحياة "(نقلا عن هريدي، 2011، ص21).

حسب جوردون البورت Gordon Alpport " الشخصية هي ذلك التنظيم الديناميكي الذي يكمن بداخل الفرد والذي ينظم كل الأجهزة النفسية والجسمية التي تملي على الفرد طابعه الخاص في التكيف مع البيئة (عرعار وموتح،2022،ص136).

وأخيرا نظر ألبرت بندورا Albert Bandura للشخصية بوصفها عملية معقدة فيها يكون السلوك، والشخص والموقف مؤثرة في بعضها البعض على نحو مستمر ودائم

(نقلا عن هريدي، 2011، ص21).

2-خصائص المشتركة لتعريف الشخصية:

-تؤكد معظم التعريفات على أهمية التفرد **individualité** او التمييز وتعكس الشخصية الخصائص المميزة والتي تجعل من الشخص بارزا عن جميع الاخرين، إضافة الى انه من خلال دراسة الفروق الفردية **les différences individuelles** يمكن للصفات الخاصة او مجموع الصفات الخاصة والتي تميز الشخص عن الاخرين ان تتضح وتفهم.

-تصور معظم التعريفات الشخصية بوصفها نوع ما من بناء او تنظيم افتراضي ويصورون السلوك الظاهري، بوصفه في جانب منه على الأقل يبدو وكأنما نظم وتكامل بالشخصية أي ان الشخصية بمثابة تجريد مؤسس على استنتاج مشتق من الملاحظة السلوكية.

-ترتكز معظم التعريفات اهتماما على أهمية النظر للشخصية بمصطلحات تطور الحياة او بمنظور تطوري (نمائي) وتمثل الشخصية عملية نمائية معتمدة على عوامل مؤثرة داخلية وخارجية، مشتملة على نزعات جيلية وبيولوجية وخبرات اجتماعية وظروف بيئية متغيرة.

-تصور معظم التعريفات الشخصية بوصفها خصائص الشخص، والتي تعد مسؤولة عن النماذج الثابتة (المتسقة) للسلوك ، كما لو كانت الشخصية ثابتة نسبيا بمرور الوقت وعبر المواقف (هريدي،2011،ص22).

3-العوامل المؤثرة في الشخصية (محددات):

3-1-المحددات الوراثية:

تمثل الوراثة كل العوامل الداخلية التي كانت موجودة عند بداية الحياة أي عند الاخصاب وتنتقل الوراثة الى الفرد من والديه عن اجداده وسلالته عن طريق الموروثات (الجنيات) التي تحتويها البويضة الانثوية المخصبة من الحيوان المنوي الذكرى بعد عملية الجماع الجنسي (عبد الرحمان، 1997، ص28).

وان الوراثة لا تحدد الخصائص الجسمية فقط، بل تحدد أيضا الخصائص العقلية والاجتماعية والانفعالية والخلقية وهو ما أكدته العديد من الدراسات لاسيما التي أجريت على التوائم المتشابهة والتوائم الحقيقية وشجرة العائلة لذلك فان العديد من النظريات الشخصية تقبل ثبات السلوك كما لو كانت على الأقل استجابة جزئية للعوامل الوراثية حيث يؤكد على ان هناك شيئا موروثا على الأقل(ركزة ومهداوي،2016،ص188).

3-2-محددات لاجتماعية و الثقافية:

3-2-1-محددات الاجتماعية:

والمقصود بهذه المنظومة الثقافة التي يعيشها الفرد كالتراث التاريخي والحضاري التي تشكل الثقافة المعاصرة للفرد (طافش ،2006، ص 17).

3-2-2-محددات الثقافية :

ويقصد بها الثقافة التي ينخرط فيها الفرد من خلال التثقيف الاجتماعي والتي يتعلم بها الفرد اشكال التصرف التي تتقبلها الجماعة ويتجه بالتالي الى تبني نمط الشخصية الذي يعد

نمط مرغوبا في المجتمع، ولقد أظهرت الدراسات أهمية الدور الذي تلعبه المؤسسات المسؤولة عن طرق تربية الأطفال في عملية التثقيف(جبارة الاغا، 2009، ص28).

فالثقافة والبيئة الاجتماعية اذن تحدد بوضوح كيف يسلك كل فرد ، مما يجعله يكتسب الكثير من القيم والاتجاهات والعادات والخبرات التي تهيء للفرد فرص التعلم وفرص التعبير عن الذات ويعد اثر التعليم على الشخصية خير دليل على أهمية البيئة الاجتماعية في تكوين شخصية الفرد وإمكانية تنمية الصفات معينة لديه (ركزة ومهداوي،2016،ص188).

3-3-محددات الموقف:

ما أكثر المواقف التي يمر بها الفرد في حياته وما أكثر تأثيرها في الشخصية ،لا يمكن النظر الي الشخصية كما لو أنها مستقلة عن الموقف التي يمر بها ،ويعتبر الموقف الذي يوجد فيه الفرد يلعب دورا هاما في سلوكه فقد يكون الفرد قائدا في الموقف وتابعا في الموقف اخر (أبو رزق، 2011، ص 18).

4-مكونات الشخصية:

يولد الانسان كوحدة بيولوجية تتفاعل مع الوحدة اكبر هي وحدة البيئة المادية والاجتماعية، ويظل هذا التفاعل اثناء رحلة الحياة، حيث تتشكل الشخصية وتنمو وتتحدد معالمها وبصماتها، ومن اهم هذه المكونات :

4-1-الجوانب الجسمية:

تتعلق بالشكل العام للفرد وصحته من الناحية الجسمية. وتحت هذا العنوان يرى عبد الله ان العوامل الحيوية والعضوية وما تتضمنه من تأثير الجهاز العصبي وافرازات الغدد والوراثة وسلامة أجهزة الجسم هي من عوامل تكوين الشخصية.

4-2-الجوانب العقلية المعرفية:

تتعلق بالوظائف العقلية العليا كالذكاء العام والقدرات الخاصة مثل القدرة اللغوية والعددية والميكانيكية والفنية، وكذلك العمليات العقلية كالانتباه والتذكر والادراك.

4-3-الجوانب الانفعالية المزاجية:

وتتضمن أساليب النشاط الانفعالي.

4-4-الجوانب البيئية:

تتعلق بالعواطف والاتجاهات والقيم التي تمتص من البيئة الخاصة بالفرد كالأسرة والمدرسة والمجتمع.

4-3-الجوانب الخلقية:

وهي الجوانب التي تميز صاحبها في تعاملاته المختلفة(طافش، 2006، ص20).

-السمات:

5-تعريف السمة:

-اصطلاحا:

هي الخصلة او الخاصية او الصفة ذات دوام نسبي يمكن أن يختلف الأفراد فيها فتميز بعضهم عن بعض أي توجد فروق فردية فيها (عرعار، 2022،ص4).

عرفها جيلفورد (1959) "السمة انها أي تمييز للشخص بطريقة ثابتة نسبيا والتي يختلف فيها الفرد عن الاخرين" (الرقاد،2017،ص227).

وكما عرفها البورت" بانها نظام نفسي عصبي يتميز بالتعميم والتمركز ويختص بالفرد ولديه القدرة على نقل العديد من المنبهات المتعادلة وظيفيا"(نقلا عن بن حجاب، 2011 ص 21).

وعرفها كاتل " بانها مجموعة من ردود الأفعال والاستجابات التي يربطها نوع من الوحدة التي تسمح لهذه الاستجابات ان توضع تحت اسم واحد ومعالجتها بنفس الطريقة في معظم الأحوال" (الرقاد،2017، ص200).

في حين يعرفها أيزنك السمة بأنها مجموعة ملحوظة من النزعات الفردية للفعل، وبعبارة أخرى، فان السمة ببساطة هي اتساق ملحوظ في عادات الفرد وأفعاله المتكررة والمعتادة (بلخير وماحي، 2018، 257).

6-الفرق بين نظرية السمات ونظرية الأنماط:

6-1-نظرية الأنماط:

من اقدم نظريات الأنماط هي نظرية الفيلسوف اليوناني أبيقراط الذي قسم الناس بموجبها الى أربعة أنماط تقابل الامزجة المعروفة، والتي تقابل بدورها العناصر الأربعة الموجودة في الكون: الهواء والتراب والنار والماء، وهذه الامزجة الأربعة هي: المزاج الصفراوي ويتسم بالتفاؤل والمرح والمزاج السوداوي الذي يكون متشائما، يميل الى الاكتئاب والقلق والمزاج البلغمي الذي يميل الى الخمول والبلادة (بن حجاب، 2011، ص21).

6-2-نظرية السمات traits:

أسس هذه النظرية هو عالم النفس الأمريكي **ريموند كاتل** في الثلاثينات من القرن العشرين، جمع هو وزملاءه ما يقرب ثمانية الاف كلمة تهتم في وصف الناس ومن ثم قام بحذف العديد من هذه الكلمات اما بسبب ضعف دلالتها اللغوية او قلة استخدامها او لأنها تعطي عدة معاني، حتى جعلها 200 كلمة، وقام بتحليل هذه الكلمات والتعبيرات المستخدمة بطريقة رياضية إحصائية تسمى التحليل العاملي **factor analysis** ، ثم قام بربط الكلمات والالفاظ ببعضها البعض لتدل على سمة معينة او صفة عامة. تمكن كاتل من تحديد ست عشرة مجموعة وضعت لها عناوين وتعرف هذه الخصائص الست عشرة

بالسمات المصدرية، وهي مستقرة نسبيا مدى الحياة، اما السمات الظاهرية(السطحية) فهي تأخذ الجانب الاخر من السمة المصدرية (مخدوم،2015،ص36).

نظرية الأنماط أكثر عمومية من نظرية السمات، حيث أن بدايات نظرية الأنماط قديمة (منذ عهد أبو أقراط و بونق أقيمت على أسس غير علمية فلسفية أي غير قابلة للقياس، أما نظرية السمات قابلة للقياس، أقيمت علي أسس علمية).

7-أنواع السمات:

7-1-سمات المصدر العمق وسمات السطح الظاهرة:

7-2-1-سمات المصدر العمق:

مثل الخلق والطلاقة العقلية.

7-2-2-سمات السطح الظاهرة:

مثل المثابرة والمغامرة والتعامل الاجتماعي، والسمات الظاهرة هي محصلة العوامل وسمات عميقة عند الفرد (الاغا، 2009، ص14).

7-2-السمات التعبيرية والاتجاهية:

7-2-1-السمات التعبيرية:

وهي سمات التي تؤثر على شكل السلوك، ولكنها لا تكون واقعية في أغلب الأحيان ومن أمثلتها السيطرة والمثابرة.

7-2-2-السمات الاتجاهية:

سمات ذات تأثير محدد في المجلات معينة من مجلات الحياة

(طافش، 2006، ص30).

7-3-السمات الشعورية و اللاشعورية:

7-3-1-السمات الشعورية: وهي التي يشعر بها مثل الصداقة والروح الاجتماعية.

7-3-2-السمات اللاشعورية: وهي التي لا يشعر بها الفرد مثل الكبت والمخاوف المكبوتة.

وتنقسم السمات المكبوتة الى نوعين:

-**السمات العصابية المنطقية:** وهي السمات التي تبدو في صورة سلوك يعبر عن انطلاق الفرد المكبوت، كانطلاق البعض في صورة عدوان او ثورات غصب ويتم فيها التعبير عن الدوافع الحقيقية للفرد والتي تظهر على شكل عصاب نفسي.

- **السمات العصابية العكسية:** وهي السمات التي تبدو في صورة سلوك هو نقيض السلوك الذي كان يصدر لو ان الفرد كان طليقا، مظاهر الرحمة المبالغ فيها التي تختفي وراءها قسوة بالغة، وهي سمات مزمنة لان عليها ان توصد السمات الحقيقية دائما خشية ان تنطلق وتعتبر عن نفسها (الاغا، 2009، ص14).

7-4-السمات المركزية والثانوية:

- **سمات المركزية:** وهي تتراوح بين (5-10) سمات وأغلبها من امثلة السمات التي نجدها مكتوبة في خطابات التوجيه، وتمثل الميول التي تميز الفرد تماما والتي تظهر بسهولة ويمكن حتى استنتاجها في المقابلات الشخصية .

-**سمات الثانوية:** وهي اقل عددا ومحدودة التأثير في السلوك الفرد (الاغا، 2009 ص14).

7-5- السمات العامة المشتركة والسمات الخاصة الفريدة حسب البورت:

-**السمات الفردية:** يتفرد بها الشخص وتحدد طبيعة سلوكه الفردي. وهي تراكيب عصبية نفسية تعمل على تحريك السلوك وتوجيهه. موجودة داخل الفرد ولا يمكن رؤيتها بشكل مباشر.

-**السمات العامة المشتركة:** هي تلك التي يشترك فيها العديد من الناس مثل جماعة او حضارة (الرقاد، 2017، ص30).

7-6-السمات الدينامية والمعرفية والمزاجية حسب كاتل:

-**السمات المعرفية:** أو القدرات وطريقة الاستجابة للمواقف.

-**السمات الدينامية:** وتتصل بإصدار الأفعال السلوكية وهي التي تتصل بالاتجاهات العقلية أو الدفاعية أو الميول.

-**السمات المزاجية:** وتختص بالإيقاع والشكل والمثابرة وغيرها فقد يتسم مزاجيا بالبطء أو المرح أو التهيج أو الجرأة (الميلادي، 2006، ص37).

8-تعريف العوامل الخمسة الكبرى لشخصية:

ويعد إطار نظريا مرجعيا قويا يمكن من خلاله توضيح الأساس الذي تبنى عليه الفروق الفردية في أبعاد الشخصية.

ويعرفها ملحم(2009) "بأنها خمس تجمعات لأبرز سمات الشخصية، يمثل كل عامل منها تجربة لمجموعة من السمات المتنعمة وتتكون من خمسة أبعاد فرعية وهي الانبساطية العصابية ، الانفتاح على الخبرة ، الطبية ويقظة الضمير(بوزغاية ومزوز، 2021، ص 450).

كما يعرف أيضا انها نموذج لوصف الشخصية وشرح ابعادها في اطار واضح ومنظم متكامل، يشكل الابعاد الأساسية للشخصية الإنسانية عن طريق تجميع الصفات المرتبطة معا وتصنيفها تحت نمط او عامل مستقل يمكن تعميمه عبر مختلف الافراد والثقافات وقد تحدد في خمسة عوامل رئيسة هي الانبساطية والمقبولية ويقظة الضمير والعصابية والتفتح.

(أبو مجد، 2020، ص736).

9-لمحة تاريخية عن تطور نظرية سمات لشخصية الى العوامل الخمسة الكبرى لشخصية الكبرى:

نشأ نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية نتيجة التقدم المذهل في علم النفس الاحصائي، حيث استطاع علماء نفس الشخصية استخدام التحليل العاملي كتقنية لاختزال السمات الشخصية الأكثر تكرارا، مما أدى الى ظهور نظريات السمات الشخصية، وكان من ابرزها العوامل الخمسة.

ومرت نظرية العوامل الخمسة بتاريخ طويل من الجهود في سبيل الوصول الى العوامل الأساسية في الشخصية، وبدأ بطريقة تحليل السمات عن طريق المعاجم اللغوية على يد ألبورت و أودبرت في الثلاثينات من القرن الماضي. حيث قاموا بجمع قائمتهم الأولية بما يقارب 180000 مصطلح معجمي من قاموس ثم قاموا بتقسيمها الى أربعة قوائم حيث قسموا الأولى على 4504 مصطلح من سمات الشخصية الأساسية، والثانية على 4541 مصطلح يختص الحالات الامزجة المؤقتة، والثالثة على 5116 مصطلح تختص بالتقييمات الاجتماعية، بينما الرابع 3682 مصطلح من الاوصاف التي يصعب فرزها ضمن الأقسام الثلاثة الأولى ويعتقدون ان القائمة الأولى هي فقط التي تمثل السمات الشخصية الحقيقية (الشمالي،2015،ص 36و37).

وفي عام (1943-1995) قام **كاتل** بتقليص التي اعدها **البورت وادبرت** من 180000 الى 4500 كلمة من الكلمات الواصفة للسمات، وباستخدام التحليل العاملي كشف في النهاية 12 الى 16 عاملا للشخصية ، اذا توصل الى 12 عاملا أساسيا .

وفي دراسته التي استخدم فيها مقاييس تقدير السمات لم يتمكن من التحقق العوامل المتلائمة مع بعضها البعض وبعد البحث الطويل والدؤوب عن معاملات الارتباط الإيجابي توصل كاتل الى 16 عاملا من العوامل الأولية وهي (الانطلاق، الذكاء، قوة الانا السيطرة، الاستثارة، قوة الانا الأعلى، المغامرة، الطراوة، التوجس، الاستقلال، الدهاء الاستهداف للذنب، التحرر، الاكتفاء الذاتي، التحكم الذاتي في العواطف، ضغط الدوافع) في دراساته التي استخدمت الاستخبارات (عباس، بدون سنة، ص325).

ثم قدم ايزيك نظرية في عوامل الشخصية، حاول ان يصنف الشخصية الى ابعاد ثلاث، وتعد نظرية العالم البريطاني **ايزنك** (Eysenk 1916) والتي اطلق عليها نظرية العوامل الثلاثة (**three factors theory**) من النظريات والتي اعتمدت على الاحصاء المعتقد والتحليل العاملي الدقيق في وصف الشخصية، وقد توصل الى وجود ثلاثة ابعاد رئيسية للشخصية هي :

-البعد الأول: العصابية (la névrose) اللا عصابية (non névrotique)

يميل الذين يقعون في طرف العصابية الى الشعور بالقلق ويثرون بسهولة، وحالة تكرار الظروف الضاغطة يتعرضون الى الارق والصداع، وفقدان الشهية والاضطرابات النفسية وهؤلاء الافراد يميلون الى أداء ادوارهم الاجتماعي والاسري بصورة جيدة. والعصابية هنا ليست العصاب، بل الاستعداد للإصابة به عند توفر شروط الإنعصاب مثل (الضغوط التي تمر على الفرد)، وعلى الضد من هذه الصفات تكون لدى الافراد اللا عصبيون .

-البعد الثاني: الذهان (la psychose) واللا ذهانية (non psychotique)

يتميز الافراد الذهانيون بسمات الوقاحة، والعدوانية والغرابة في السلوك، ورفض العادات والتقاليد الاجتماعية وهم اقل طلاقة من الناحية اللغوية، كما ان ذاكرتهم اضعف وتركيزهم اقل وهم بطيؤون جدا في اكمال العقلية والادراكية.

-البعد الثالث: الانطواء (introversion) و الانبساط (extroversion)

-**المنطوي:** يميل الانطوائيون الى الهدوء، والتحسب والتحفظ والانعزال، يميلون الى التخطيط المسبق ومتأملون، ومغرومون بالكتب اكثر من الناس، ويحبون أسلوب الحياة الحسن المنظم، ويخضعون مشاعرهم لضبط دقيق، لا ينفعلون بسهولة يميلون الى التشاؤم ويعطون المعايير الأخلاقية أهمية كبيرة.

-**المنبسط:** يميلون الى النزعة الاجتماعية و الانفتاحية وصحبة الاخرين والمخاطرة والاثارة يحبون الحفلات والأصدقاء كثيرون ولا يحبون القراءة او الدراسة بصورة منفردة، يتطوعون الى عمل أشياء ليس من المفروض القيام بها، يأخذون الأمور ببساطة، تكون إجابتهم حاضرة، يحبون الضحك والمرح دائمي النشاط والحركة ينفعلون بسرعة ويميلون الى العدوانية.

وقد اعتمد **ايزيك** في تفسير بعد الانبساط و الانطواء على نظرية **بابلوف** في الكف و التنبيه، اذ يفسر الاختلاف بين الناس على أساس نشاط تكوين الشبكي يختلفون فيما بينهم في مدى النشاط وقدرة على التكوين (مطشر، 2011، ص47و 48).

وباستخدام التحليل العاملي توصل كل من تيوبس وكريستال الى خمسة عوامل هي الانبساط والاستبشار والطيبة والاتكالية والاتزان الانفعالي والتهذيب، واطلق عليها **جولدينبرج** فيما بعد العوامل الخمسة للشخصية (الشمالي ، 2015، ص 38).

10-نموذج العوامل الخمسة الكبرى لشخصية:

و تتمثل في:

-الانبساطية:

عامل ثنائي القطب حيث تسميته (الانبساط، الانطواء) ويتسم الشخص الانبساطي بأنه الشخص محب للاختلاط، يتوافق مع المعايير الخارجية يوجه اهتماماته الى خارج الذات ويحب العمل مع الاخرين ويحترم التقاليد و السلطة.

وعلى مستوى التفكير يميل الشخص الانبساطي الى تغيير جوانب العالم الخارجي باستخدام المنطق والميل الى العيش وفق قواعد ثابتة، بينما يتسم الشخص الانطواء يوجه اهتمامه من أفكار ومشاعر الى داخل الذات وليس اتجاه العالم الخارجي شديد الحساسية مع انه يكتم احاسيسه وعلى مستوى التفكير يميل الشخص الانطواء الى تغير الأفكار باستناد الى قواعد خاصة، كما ان لديه حاجة كبيرة الى السرية (الخصوصية) (لحول،2021 ص118).

تتميز بالتأثير الإيجابي والاجتماعي وتقيس الصفات والاوجه التالية (الإيجابية تأكيد الذات النشاط الطاقة الانفعالات الإيجابية، الحماس و الدفء) (عقباني وبزايد ، 2022 ص68).

-العصابية:

هي مضادة الاستقرار العاطفي والذي يعبر عن القدرة على التنبؤ، والاتساق في ردود الفعل العاطفية مع عدم وجود تغيرات سريعة في المزاج والعصابية هي مستوى مزمن من عدم الاستقرار العاطفي وإمكانية التعرض للاضطراب النفسي وتقاس عن طريق الأوجه التالية، القلق، التوتر، العدائية، الازعاج، الاكتئاب، عدم الاقناع الخجل، الاندفاع والمزاجية الضعف وعدم الثقة بالنفس (عقباني وبزايد، 2022، ص68).

-الطيبة

يعتبر هذا العامل الأكثر ارتباطا بالعلاقات الشخصية، فالطيبة يعرفها **طريف (2002)** على انها تجعل الفرد قادرا على مواجهة مشاكل وضغوط الحياة العامة وتعكس هذه السمة الفروق الفردية في الاهتمام والتضامن والانسجام الاجتماعي يتضمن هذا العامل السمات الشخصية التي ترتكز على نوعية العلاقات البنيشخصية، التعاطف، الدفء، التسامح (لحول، 2021، ص118).

-الانفتاح على الخبرات:

يذكر الحسيني ان الأشخاص الذين يسجلون علامات عالية على المقياس هم اشخاص منفتحون شغوفون بمعرفة ما يجرى داخليا وخارجيا ولديهم القدرة خيالية عالية ولديهم تذوق عميق للفن والجمال ويشعرون بالجمال والسعادة اكثر من الاخرين ولديهم فضول عقلي ويميلون للمناقشات الفلسفية والعقلية ويبحثون عن الخبرات الجديدة والرغبة في استكشاف وحب الاستطلاع، الابتكار والاصالة. اما الأشخاص ذوي درجات المتداينة فهم لا يحبون التجديد في حياتهم ولديهم فضول محدود (لحول، 2021، 119).

-يقظة الضمير:

هذه مجموعة السمات الشخصية التي ترتكز على ضبط الذات والترتيب في السلوك و لالتزام في الواجبات .

وتميل لتنظيم والمسؤولية من خصالها الكفاءة الفعالة، النظام والانضباط، الضبط الذاتي مع تجذب الكسل وعدم الاندفاع. (عقباني و بزايد ، 2022، ص 68).

11-مميزات العوامل الخمسة الكبرى لشخصية:

-تتوفر فيه معظم المعايير وشروط النظرية الجيدة مثل الملائمة.

– نموذج شامل لما يتضمنه من عدد من المتغيرات وصف الشخصية، ويصنفها داخل بنية مستقلة .

– نموذج لوصف العوامل الشخصية السوية لا مضطربة .

–ثبات النموذج وصدقه على مستوى بلدان وثقافات مختلفة.

– نجاح نموذج في تحديد الأبعاد الرئيسية لشخصية .

–سهولة لغته ووضوحها (أبو مجد، 2020، ص740).

خلاصة الفصل:

على الرغم من الإيجابيات والمزايا التي تتمتع بها نظرية العوامل الخمسة الكبرى إلا انها قد وجهت لها بعض الانتقادات، حيث يصر كاتل على وجود أبعاد أساسية لشخصية اكثر بمثير من الابعاد الخمسة الكبرى و كما يرى دارك darek (1997)ان مصطلح الشخصية أوسع بكثير من النموذج العوامل الخمسة. لكن رغم هذه الانتقادات يعد نموذج العوامل الخمسة الكبرى لشخصية من الأنظمة الأكثر وصف وشمولية للشخصية الانسان مقارنة مع الأنظمة الأخرى.

الفصل الثاني

الميكانيزمات الدفاعية

تمهيد:

منذ عرض مفهوم آليات الدفاع من قبل سيغموند فرويد (1894)خلص المجتمع العلمي الى الطرح القائل أن العقل البشري قد يخدع نفسه أو يتحايل على نفسه وأننا على دراية على نطاق واسع بوجهة نظر القائلة بان الناس يدافعون عن انفسهم بطريقة لاإراديا أحيانا من خلال الفشل في الاعتراف أو مناقشة الأحداث أو المشاعر المؤلمة وأن الناس قد يأخذون موقف دفاعي حول اعتراف بأوجه القصور الشخصية، وتعرف آليات الدفاع على أنها مجموعة من العمليات النفسية اللاشعورية التي تهدف الى استعادة التوازن للجهاز النفسي وحمايته من الضغوط سواء داخلية أو خارجية. ويتضمن هذا الفصل كل من تعريف الميكانيزمات، و لمحته، والفرق بين الاستراتيجية المواجهة و الميكانيزمات الدفاع، و اساليبه و تصنيفها.

1.تعريف الميكانيزمات الدفاعية:

يحدد هذا المصطلح العلمي أنواعا مختلفة من العمليات النفسية اللاشعورية، وبشكل ادق تعتبر الميكانيزمات الدفاعية من بين السيرورات العقلية تعمل على مستوى اللاشعور فهي مسؤولة عن بعض السلوكيات كما أنها جزء من الوظيفة النفسية .وهي عبارة عن سيرورات معرفية تهدف الى تقليل التوترات الداخلية وحماية الفرد من القلق المفرط وغيره من الانفعالات السلبية، كما تحميه من خطر فقدان تقدير الذات وخاصة فقدان انسجام الذاتي. وفي حالة استعمالها بحدود، تساعدنا على التحكم بخيبة الأمل، ومختلف الانفعالات السلبية يرتبط استعمالها المفرط بالأمراض النفسية، وشخص واحد لا يستعمل كل من الميكانيزمات الدفاعية قائمة على أساس النسبة (نضج أو عدم النضج) (كبداني و ديبون بدون سنة، ص 243).

بشكل عام عبارة عن أساليب دفاعية لا تستهدف في حل الأزمة النفسية، بقدر ما ترمي الى الخلاص من مشاعر التوتر والقلق والوصول الى قدر من الراحة وهي حيل لاشعورية بمعنى انها غير مقصورة تصدر عن الفرد بشكل تلقائي (اسماعيل، 2019، ص 81).

وكما يعرفها فرويد " مجموعة من آليات اللاشعورية التي تسخرها الأنا من أجل حماية الشخصية من القلق، وفي حالة استعمالها بإفراط يؤدي الى تفاقم القلق والضعف المتزايد (للأنا) ما يجعل الشخصية معرضة لاضطرابات نفسية وجسدية مختلفة (عبد الهادي وهاشم، 2018، ص 131).

ويعرفها عبيد (2008) ، انها مجموعة من أساليب سلوكية التي تلجأ اليها الانا لكي تحصل على حاجة، وتبعد عن نفسها خطرا واقعا او تتحاشى خطرا متوقعا، ومن الممكن ان توجد لدى الاسوياء كما انها تتصف بالشدة والتطرق لدى المرضى وترتبط باللاشعور ارتباطا قويا ولكن بعضها شعوري (القرالة ، 2017، ص 334).

2. لمحة تاريخية عن نشأة الميكانيزمات الدفاع:

أول من استعمال مصطلح الميكانيزمات الدفاعية كان فرويد Freud وذلك في عدة أعمال منها " ما وراء النفسية" في (1915)، وكتاب "ما وراء مبدأ اللذة" في (1920)، ثم في كتاب " التحليل النفسي للانا " وكان في (1921)، ثم في كتاب " الانا والهو" في (1923) ، وفي كتاب " الصد العارض والقلق " في (1923).

وبعد عام (1926) أصبحت ميكانيزمات الدفاع من المواضيع الهامة التي سعى التحليل النفسي لدراستها والتعمق فيها خاصة بعد صدور كتاب **آنا فرويد** " الانا و ميكانيزمات الدفاع"

فقد كانت آنا فرويد أول من طور مفهوم ميكانيزمات الدفاع وقامت بشرحها، وأضافت أيضا بعض الميكانيزمات الدفاعية.

ثم بعد ذلك أضافت ميلاني كلاين عدة آليات دفاعية أخرى، أما حاليا فقد أصبحت هناك تصنيفات عدة لميكانيزمات الدفاع، وتختلف هذه التصنيفات حسب النظرية التي يتبناها الباحث (رضوان، 2007، ص234).

3.الفرق بين ميكانيزمات الدفاع واستراتيجية المواجهة:

تعرف المواجهة على انها الطرق و الأساليب المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة والصعوبات التي تواجهه في حياته، والتي تمثل تهديدا وضررا وتحديا لشخصية الفرد، وذلك في محاولة منه لتجنب إمكانية حدوث اضطرابات في الوظائف الاجتماعية والانفعالية والجسمية عقب التعرض للمواقف الضاغطة وعلى هذا فهي تعني مجموعة الأساليب التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المواقف والاحداث الضاغطة وذلك للتخفيف من حدة الموقف الضاغط وخفض الانفعالات السلبية التي تتولد عنه (مراكشي و خرموش، بدون سنة، ص 12).

ويعرفها Folkman et Lazarus (1984) على انها الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار، والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب المواقف الداخلية والخارجية، والتي يتم تقديريها من جانب الفرد على انها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر الشخص وامكانياته (2012، ص 537).

وذلك يرى فرويد (1923) ان الميكانيزمات الدفاعية هي بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ اليها الفرد لا شعوريا للتخفيف من التوترات والقلق والصراعات الداخلية ومن أمثلة هذه الميكانيزمات، الكبت، الانكار، التبرير، التجنب، الاسقاط، النكوص، وغيرها وان هذه الميكانيزمات الدفاعية تعدل من ادراك الفرد للأحداث، وذلك لكي تقلل من حدة الشعور بالضيق او المشقة لدى الفرد، ومن ذلك ترى نظرية التحليل النفسي المواجهة كعملية نفسية داخلية intra psychique تتبع من داخل الفرد وتتضمن ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية

التي يستخدمها الفرد لخفض القلق والصراعات النفسية وان الأساليب العصابية والوساوس القهرية و البارانويا والتجنب والكبت هي بمثابة أساليب ثابتة من المواجهة يستخدمها الفرد في مواجهة الخبرات الضاغطة (مراكشي و خرموش، بدون سنة، ص 12).

4.أساليب آليات الدفاع:

-الكبت:

هو عملية استبعاد لا شعورية للأفكار والخبرات الخطرة والمهددة من الشعور الى اللاشعور هذه الخبرات يمكن استرجاعها عند الحاجة ولكنها تحتاج الى مجهود كبير، ونحن لا نشعر باستعمال الكبت لأنه يحدث في الجزء اللاشعوري من الانا وتستفد فيه طاقة نفسية كبيرة لكي لا تأخذ الخبرات الخطرة مكانة لها في الشعور(عبد الرحمان،1998،ص53).

وهي حيلة دفاعية تستخدمها الانا لمنع الأفكار المثيرة للقلق من الوصول الى الشعور وقد تكون هذه الأفكار جزءا فطريا من الهو وفي هذه الحالة يطلق على الكبت (كبت اصيل بدائي) وقد تكون ذكريات لخبرات مؤلمة حدثت خلال الحياة الفرد ويطلق عليها في هذه الحالة (كبت عادي) وفي الحالتين تعمل الانا على إبقاء الأفكار المثيرة للقلق في اللاشعور باستخدام شحنات مضادة كلها هددت هذه الأفكار باتخاذ طريقها نحو الشعور (جابر،1990،ص37).

-الاسقاط:

هو ميكانيزم لا شعوري يخفي دوافع خطيرة، حيث ينبذ الشخص من ذاته بعض الصفات والمشاعر والرغبات، وفي بعض الموضوعات التي لا يحتملها ولا يستطيع مواجهتها ويصرح بعدم وجودها (عبد الرحمان،1998، ص54).

وهو أسلوب دفاعي لاشعوري يتم بمقتضاه ان ينسب الشخص الى غيره ميولا وافكارا مستمدة من خبرته الذاتية او ينسب السمات السلبية الى افراد آخرين دون تبرير كاف، وهو

بهذا الشكل أسلوب لاستبعاد العناصر النفسية المؤلمة عن حيل الشعور. ويجب ملاحظته ان هذا الأسلوب الدفاعي يستبعد نسب او ايعاز السمات او الصفات السلوك غير المرغوب فيه الى الاخرين عندما لا تقترن هذه السمات او الصفات او السلوكيات بالعدوانية (الدسوقي،1999،ص627).

و يقصد به ادراك لوجود دوافعه وعيوبه في شخص آخر بهدف وقاية نفسه من القلق الذي ينشأ من ادراكها في نفسه والاسقاط وسيلة دفاعية تحمي الفرد من آلام الاعتراف بعيوبه وتظهر هذه الحيلة العقلية واضحة في بعض القضايا الزوجية فيسقط الزوج الذي يميل الى الخيانة زوجية الى اسقاط صفة الخيانة على زوجته ويشكك بتصرفاتها مما يؤدي الى نشوء الخلاف بين الزوجين (الجيزاني،2009،ص5).

-أحلام اليقظة:

وهو ميكانيزم دفاعي يصاحب الانكار في الحالات كثيرة، حيث الحاجات غير مشبعة في الواقع يتم اشباعها في خيال الفرد واحلامه، فالطفل يمكن ان ينكر ضعفه ليس فقط باللعب مع رموز تطمئنه لقوته مثل لعبة بالمسدسات والدمى ولكن أيضا من خلال أحلام اليقظة التي تدور حول كونه ذو قيمة وأهمية بالنسبة لوالديه (عبد الرحمان 1998،ص56).

-الانكار:

ومن خلاله ينكر الفرد حقيقة واضحة قائمة امامه، ويتصرف وكأن هذه الحقيقة لاوجود لها على الأرض الواقع، ويختلف الانكار عن الكذب بأنه في حال الكذب يكون الفرد على وعي بأنه يخطي حقيقته ما، أما في حالة الانكار فالفرد لا يكون على وعي ذلك (الدهيسات،2016، ص17).

-تكوين رد فعل:

حيلة دفاعية نفسية تحليلية تظهر عندما يعبر شخص ما عن رغبة غير مقبولة بتحويلها الى نقيضها. مثال على ذلك إذا كان شخص منجذب بوحشية الى الحرب ربما يتحول الى دعاية للسلام ، أو الشخص الذي يخشى رغباته الجنسية قد يصبح دينيا متعصبا (هريدي،2011،ص101).

-التعويض:

حيلة دفاعية لاشعورية يلجأ اليها الانسان حينما ينبغي سلوكا يعوض فيه شعورا بنقص وقد يكون هذا الشعور، وهميا أو حقيقيا، سواء كان جسميا أو نفسيا أو ماديا، والتعويض محاولة لاشعورية تهدف الارتقاء الى مستوى الذي وضعه الانسان لنفسه، أو الذي فرض عليه من علاقته بالأخرين، وقد تهدف الانسان الى تغطية الشعور بالنقص أو تحقيق مكاسب ذاتية مثل لفت الانتباه والعطف والاحترام أو اثارة الاخرين، كما يعد التعويض أسلوبا آخر من أساليب الانا اللاشعورية التي تلجأ اليها لمواجهة ضغوطات المحفزات اللاشعورية على الدفاعات التي أنشأتها الانا وتظهر هذه الحيل الدفاعية من المبالغة التي تبدو على سلوك الفرد خاصة اذا فقد ما خاصية معينة تجعله يشعر بالألم من جراء فقدانه (الدهيسات، 2016، ص16).

- العناد:

يقصد به التحدي ومعارضة اراء الاخرين ومخالفة التعليمات وعدم التعاون مع الغير والعناد حيلة عقلية يلجأ اليها الفرد لإثبات شخصية، وكرد فعل انتقامي ضد الظلم والمعاملة السيئة التي يلقاها الفرد من الغير، وقد يكتسب الفرد العناد نتيجة علاقاته العائلية فتصبح صدمة خلقية تميز علاقاته المستقبلية (الجيزاني، 2009، ص2).

-النكوص:

الحيلة الدفاعية النفسية التحليلية التي تظهر عندما يتصرف فرد ما على نحو يميز مستوى تطوري سابق. فحينما يصبح القلق بكم هائل يتهددنا، فإنها تقهقر لسلوك مبكر سبق وان وفر لنا السعادة مثال على ذلك، ان المرأة التي سرعان ما تترك بينها وتهرع الى أمها كلما وقع شجار بينها وبين زوجها (هريدي،2011، ص100).

- التبرير:

هو محاولة لتبربر الأخطاء، واعطائها أسباب وجيهة توضح انها ليست أخطاء رغم كونها أخطاء، وهذه الوسيلة تستخدم عادة في المواقف التي تسبب الشعور بالخجل او الحرج وهذا التبرير يختلف عن الكذب وهذا الأخير هو محاولة خداع الاخرين بينما التبرير حيلة لخداع شخص او اكثر (الميلادي، 2006، ص30).

- التسامي:

حيلة دفاعية نفسية تحليلية تظهر عندما يستبدل فرد ما التصرف غير اللائق اجتماعيا بسلوك اجتماعي مفيد آخر. و التسامي هو في الواقع الامر نوع من الازاحة (الابدال) مثال على ذلك: الشخص الذي لديه رغبات جنسية قوية قد يحولها الى سلوك اجتماعي مهذب وانه يستهلك طاقته الجنسية والبدنية في رياضة نافعة، أو في أعمال اجتماعية ذات قيمة (هريدي ،2011، ص102).

5. تصنيف الحيل الدفاعية:

صنف جورج فايلانت وهو احد منظري مدرسة التحليل النفسي آليات الدفاع لأكثر شيوعا وأهمية بين الافراد الى اربع مجموعات هي:

- ميكانيزمات الدفاع الغير الناضجة:

يتم استعمال هذه الاليات لمواجهة الصراعات التي تستمر لفترة طويلة وتبدو وسائل الدفاع الغير الناضجة غريبة ومثيرة للعجب بشكل غير عادي بالنسبة للمراقب الخارجي وهي عندما تبدأ بالسيطرة على الحياة النفسية لشخص ما فإنها غالبا ما تتحول الى جزء أساسي من السمات الشخصية حيث تغلب على هذه الشخصية صفات (البرانويا) الفصامية ومن هذه الآليات غير الناضجة هي العدوان، الاسقاط، أحلام اليقظة، الانسحاب التوحدي (عبد الهادي وجابر، 2018، ص 134).

والناس الذين يشككون بشدة في قيمتهم الذاتية او يخشون من فقدان حب الأشخاص المهمين بالنسبة لهم ينكرون المشاعر غير مرغوبة لديهم كالعدوانية او الصفات النفسية ذات القيمة السلبية كالبخل مثلا ويسقطون الى اشخاص ومواضيع العالم الخارجي، حيل الدفاع مبرهنة عليها ولا خلاف حولها وهي احدى اقسام جهاز المناعة النفس (عبد الجبار 2018، ص30).

-ميكانيزمات الدفاع الناضجة:

وهي من وسائل الدفاع المتطورة جدا واستراتيجية ناجحة وخلافة ومقبولة اجتماعيا التعامل مع الحقائق العشوائية والمهددة، ومن هذه الاليات الدفاعية الناضجة نجد التسامي، الفكاهة تأكيد الذات، الايثارية، التعويض (عبد الهادي،2018،ص134).

وان هذه الميكانيزمات هي المتعلقة بالوظائف التكيفية، وترتبط بمستوى النجاح الذي يسعى اليه الفرد، وبقلة الاضطرابات النفسية التي قد يصاب بها في حال تعرضه لضغوطات مختلفة، كما انها تعزز الصحة العقلية لأنها تسمح للفرد بعرض بيئته بشكل إيجابي، وتحميه من اضطرابات الاكتئاب والقلق (القرعان و الاخرون،2021، ص613).

-ميكانيزمات الدفاع العصابية:

هي حيل لا تقوم كثيرا على خداع الذات الشديد وتشويه الواقع ولا تهدف الى حلول من نوع كل شيء او لا شيء وانها تجد الى حلول وسط بين التوقعات ومتطلبات العالم الخارجي والضرورة الداخلية، لهذا تبدو الحيل الدفاعية عصابية اقل شذوذا واقل مرضية من الوسائل الأخرى، فالعصابيون لا يهربون من الواقع بل يحاولون تنسيق أفكارهم ومشاعرهم الداخلية بشكل كبير وتعد الازاحة من كلا الميكانيزمات الدفاع (عبد الجبار،2018، ص30).

-ميكانيزمات الدفاع الذهانية:

تمثل وسائل الدفاع الذهانية الحل الابسط لصراع نفسي، اذ لم يتم انكار الواقع الداخلي أحد مكتسبات الطفولة وهو يؤدي في مرحلة الطفولة، وظيفة مهمة لمواجهة الواقع مؤلم لا يستطيع الطفل مواجهة بعد، غير ان هذا الانكار قد يستمر الى مرحلة ما بعد الطفولة ويتم التمسك به حيث يفتقر لاختبار الواقع بالفعل على سبيل المثال ام التي تنتظر عودة وانها تتصرف بصورة ذهانية متوهمة انه سيعود اليها (عبد الهادي،2018، ص135).

لقد ركزت آنا فرويد (1937) ميكانيزمات على خمس ميكانيزمات أساسية، حيث اعتبرتها نتيجة لرغبة الفرد في خفض التوتر الذي يشعر به، وتتمثل هذه الميكانيزمات الدفاعية في ما يلي:

-**النكوص** : وهو الرجوع إلى المراحل العمرية الأولى من النمو النفسي أو البدني أين كان الطفل يشعر بالأمان.

-**الكبح** : يتم من خلال هذا الميكانيزم الدفاعي إخفاء المشاعر التي يشعر بها الفرد ونقلها من ساحة الشعور إلى لاعتبار ساحة اللاشعور هذه المشاعر غير مقبولة اجتماعيا.

-**الإسقاط:** وتتم آلية عمل هذا الميكانيزم من خلال نسب المشاعر التي تكون غير مقبولة ولا يستطيع الفرد مواجهتها بصورة شعورية إلى غيره من الأشخاص.

– **التسامي** : وهو من أكثر الآليات الدفاعية قبولا، يتم فيها التعبير عن المشاعر السلبية من غضب، توتر، صراعات ، بصورة مقبولة اجتماعيا ، وترض ي لفرد نفسه.

– **التكوين العكسي:** وهو التصرف عكس ما يمليه العقل الواعي للفرد ويكون بطريقة مبالغ فيه (أي بصفة المفرطة) (ايفليفيتس و جليستر، بدون سنة، ص 16–17).

6.وظائف حيل الدفاع النفسي:

– ان الحيل الدفاع النفسي تقوم بوظائف المحافظة على الحياة ومن ثم لا يمكن الاستغناء عنه.

– ان الحيل الدفاع النفسي ليست عبارة عن وسائل يتم تسخيرها من قبل الانا وكبت واخفاء الدوافع الجنسية فحسب وانها وظيفتها مساعدة الانا على مواجهة سلسلة واسعة من المشاعر التي تهدده كالعدوانية والحزن والتعلق.

– و أثبت علماء النفس مثل ميلاني كلاين وهاري ستيك وسولفان في دراستهم العيادية بان الحيل الدفاع لا تسيطر على الواقع النفسي الداخلي فحسب وانما تصوغ العلاقات الاجتماعية للآخرين والمشاعر المرتبطة بذلك (عبد الجبار، 2018، ص28–29).

7.أهداف ميكانيزمات الدفاع :

–تحقق التكيف النفسي، الاجتماعي للفرد.

–وقاية الفرد من الشعور بالقلق والمحافظة على توازنه وهدوئه العاطفي، وإعطاء الشعور بالإيمان.

–تقديم حل وسط ومقبول بين الدوافع الملحة التي لا يكمن تحقيقها (غرائز الهو ومتطلباته) وبين القيود التي تمانع تحقيقها (ضوابط وقيم الانا الأعلى) وذلك عن طريق أو من خلال الانا.

–تسهيل إرضاء بعض الرغبات التي لا يتقبلها الوعي على حالتها الطبيعية، ولا يمانع ارضائها اذا جاءت بشكل مغاير(بالحاج،2017، ص222)

- **خلاصة الفصل:**

في الختام يمكننا القول ان اليات الدفاع النفسي مصطلح تحليلي نفسي يستخدم في وصف البنية النفسية الثابتة نفسيا وردود الأفعال الدفاعية اللاشعورية، ودرها هو التخفيف

من حدة القلق والمعاناة النفسية التي تتعرض الفرد في حياته اليومية وهي تهدف بالدرجة الأولى الى تحقيق التكيف مع الواقع والمحافظة على التوازن النفسي للشخصية والابقاء على تماسكها. وتختلف الأساليب الدفاعية التي يستعملها الانا لخفض التوتر الذي يواجه تبعا لاختلاف الصدمات التي يتعرض لها، فقد يلجأ لأسلوب الكبت بهدف التعامل مع القلق او لأسلوب الاسقاط من أجل تفريغ التوترات التي يشكل استمرارها ضغطا على الانا وقد يلجأ للتجنب قصد التحاشي المواقف التي تثير الضيق و الاحراج.

قد يكون لجوء الفرد لمثل هذه الأساليب بصورة سوية ومعتدلة فيكون ذلك امرا عاديا بل من مقتضيات التكيف الجيد مع الواقع، لكن قد يستعملها بعض الافراد بشكل مفرط فبكون ذلك دليلا على وجود الاضطراب وسوء التكيف.

الفصل الثالث:

العلاج النفسي والعلاج التقليدي

العلاج التقليدي:

تمهيد:

العلاج الشعبي هو مجموعة من المعارف والمهارات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الاصلية التي تمتلكه مختلف الثقافات وتناقلتها من جيل الى جيل، وتستخدمها للحفاظ على الصحة والوقاية من الامراض الجسدية والنفسية او تشخيصها او علاجها ويؤمن بها ويعتقد فيها اعتقادا جازما لاشك فيه، وبالتالي يغلب عليه الطابع التاريخي الواسع الانتشار. فجمال العلاج الشعبي أضحى متعدد الجوانب والممارسات والاعتقادات بتشعب موضوعاته وتخصصاته. ويتضمن هذا الفصل كل من تعريف الطب الشعبي، لمحة تاريخية، انوعها (التداوي بالأعشاب، الحجامة، الرقية).

1- تعريف الطب الشعبي :

1-1- تعريف الطب الشعبي:

جزء من القيم و المعرفة الثقافية التي تشكلت منذ أحقاب بعيدة ، فهو نظاما طبيا علاجيا يبنى من المعتقدات و السلوكيات و الممارسات التي هدفها مقاومة المرض طلبا لشفاء **(شين، 2015، ص158).**

1-2- العلاج الشعبي:

حسب تعريف **منظمة الصحة العالمية** هو مجموعة المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الأصيلة التي تمتلكها مختلف الثقافات والتي تستخدم سواء أمكن تفسيرها أو لا ، للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاجها أو تحسين أحوال المصابين بها . وبشكل عام يشمل الاجراءات والممارسات الدينية والسحرية والميكانيكية والكيميائية في الوقت نفسه ، ولقد اكد **لافين** على تتابع الجنس البشري واستمراره ، حيث ارجع ذلك إلى قدرته على التكيف مع المشكلات

الصحية (كالتوليد الطبيعي وتجبير العظام والتوليد القيصري والتشريح المقارن والكلي والتلقيح والحمامات بأنواعها الباردة والساخنة والكبريتية ... الخ) (حران و عويسي،2020 ص304).

وقد **ذكر لوفلين** Laughlin (1977) أن العلاج الشعبي يتضمن كلا من الأساليب السحرية الدينية من ناحية والأساليب الكيميائية الآلية من ناحية ثانية ، ولقد أوضح الباحث أن نجاح الجماعات الإنسانية لا يكون بالاعتماد على الأساليب الطبية الحديثة فقط بل أيضا على استخدام الأساليب الشعبية في العلاج (ناصر،2018 ص3).

ويعرفه فوستر (2007) على انه مجموعة متنوعة من الخبرات والمعلومات الناجمة عن الملاحظة الفضولية للأنثروبولوجي الذي يجمع الوسائل والاساليب التي يستخدمها اعضاء المجتمع لعلاج مرضاهم ، أما جيمس كريكيلاند **(بدون سنة)** فيعرف الطب الشعبي التقليدي على انه تلك المعتقدات والممارسات المرتبطة بالمرض والتي تنتج عن تطور التشخيص الثقافي البعيد عن الاطار التصوري للطب الحديث.

(حران و عويسى،2020،ص305).

بشكل عام و مختصر الطب الشعبي أو ما يعرف بالرعاية الصحية غير الرسمية وهو مجموع الخدمات الصحية غير مرتبطة بالعلوم الطبية العلاجية أي بعيدا عن المستشفيات والأطباء والأخصائيين ، فهي ممارسات وخدمات تقدم للمرضى من قبل أشخاص ليس لهم أي ارتباط علمي بمهنة الطب أو الفريق الطبي وقد تكون عندهم خبرة ميدانية أو معلومات أو ممارسات موروثة من آبائهم أو أجدادهم . والرعاية الصحية غير الرسمية تشمل كل من العلاج بالحجامة ، والعلاج بالكي ، والعلاج بالأعشاب ، والاستشفاء بالأولياء الصالحين و العلاج بالرقية ، والممارسات السحرية أيضا (شين،2015،ص161).

1-لمحة تاريخية عن الطب الشعبي:

تعود أصول الطب الشعبي إلى بدايات محاولات الإنسان الأولى في معالجته الجروح والكسور والأمراض ، وتشير بعض المكتشفات الأثرية إلى نشوء مهنة الطب لدى السومريين والبابليين ، وقد أفرزت المدنيات القديمة في الصين والهند ومصر واليونان تقدما في العلاجات الطبيعية (ناصر، بدون سنة، ص202).

2-1- الطب الشعبي في العصر الفرعوني:

برع المصريون القدامى باكتشاف الأعشاب التي لها دور في العلاج الأمراض ، " و قد ورد في بعض نصوص مكتبة **آشور بان إبلي** المتعلقة بطب 250 أسماء نباتات و 120مادة معدنية .

وفي الحضارة الفرعونية أيضا تم مزج نباتات مع بعضها بعد معرفة مكوناتها فأصبح بعضها مراهم ودهونا وأخرى حولت لتصبح سوائل للشرب او الحقن ، وبعضها الآخر استخدم كلبخات توضع على الموضع المصاب ، هذه النباتات التي يتم احضارها من حدائق المعابد ، وبعضها الآخر يتم جلبه من وادي النيل ، وكذلك الصحراء ، واخرى جلبت من بقاع مجاورة ، ناهيك عن الاتصال بالشعوب والحضارات القريبة منها بسبب موقعها الاستراتيجي والذي مكنها من معرفة طرق ووسائل اخرى للعلاج ، واستمر الاهتمام بالطب الشعبي الامر الذي سمح لهم باستخدام عدد كبير من النباتات في العلاج كالبقوليات ، والنباتات المخدرة واخشاب الاشجار، وثمار الفاكهة ، والخضروات ، وغيرها . ولم يقف الامر الى استخدام عالم النباتات فحسب، بل ايضا كان لعالم الحيوان جزءا من الاكتشافات الطبية لدى المصريين القدماء ، حيث استخدم هؤلاء عسل النحل ، والالبان ، وكبد الثور ومرارته ، بل وحتى دماء بعض الحيوانات.

و نظرا للاستقرار السياسي في ذلك العصر عرفت البلاد ازدهارا كبيرا في الكثير من المجالات ، و فضلا عن النهض العلمية و الفكرية التي احتوت إنجازات عدة متعدة ، و كل تجربة أو وصفت نجحت يقمون بتدوينها ، و تطور الأمر إلى نسخ تلك الوصفات و وضعها في أماكن يتردد الناس إليها و أطلقوا عليه الكتاب المقدس ، و أصبح بمثابة القانون الأساسية العلوم الطبية .

كما لم يخفى عليهم الاهتمام بالناحية النفسية للمريض اي اهتمامهم بالعلاج النفسي من خلال التنزه وسماع الموسيقى واداء الرقصات والالعاب فقد تم العثور في مقبرة (امنحوت) على بعض الوصفات تؤكد اسلوب العلاج النفسي تتحدث عن دور السير في حدائق المعبد واللعب في عملية الشفاء من الامراض النفسية . كما اعتقد المصريون القدامى بأن للمرض اسباب مادية حيث كان المصاب بالصداع يعالج بالحجامة ، والكي يستعمل لمعالجة الامراض الصدرية وآلام المفاصل ، ولعلاج عضة الكلب والمغص والعين يتم استخدام طاسة الخضة " والتي يعتقد المصريون في قدرتها على الشفاء من الامراض.

(شين، 2015،ص167).

2-2- الطب في عصر اليونان ،والرومان :

2-2-1-الطب في اليونان:

المشهور عند اليونانين أسقليبوس إله الطب.

وقال يحيى النحوي: « إن أول من أظهر الطب حسب الكتب المكتوبة والأحاديث المشهورة من العلماء هو أسقليبوس الأول ، وهو الذي استخرج الطب بالتجربة ، ومنه إلى جالينوس خاتم الأطباء ثمانية، وقيل : إن اسمه اليوناني مشتق من اسم العلاجات. وروى آخرون أن أسقليبوس بعد أن هبط عليه الطب ، وأودعه في أهله رفع إلى السماء ، فتواثق أعقابه من بعده أن يحفظوا سره في عشيرتهم فقط ، فانحصر الطب في الكهنة من سلالاته، وكانوا

مشهورون بالخربق ، وهو نبات يشفي من الجنون رمز الطب ، ولم يسمحو أن يكون في مدنهم سوى أطباء من سلالة أسقليبوس الذي ألهوه على عادتهم.

– **الدور الأول** : الطب في أيام هوميروس أبي الشعراء = من طالع إلياذة هوميروس – وهي ملحمته الطويلة التي وصف بها حرب تروادة الشهيرة . عرف أن الطب كان في ذلك العهد قسمين : (أحدهما) الطب الداخلي أو الباطني ، و (الثاني) الجراحة ، ورأى في أثناء كلامه وصف بعض ذرائع قانونية في العلاجات ، ولا سيما في شفاء الجروح ، مثل سبر الجرح بمسبار ليعرف غوره ، وامتصاص الدم منه بالفم وذر البلاسم عليه.

–**الدور الثاني**: الطب في عهد أبقراط أبي الطب = إن معنى « أبقراط » باليونانية الفارس الماهر ، وهو ابن إقليدوس (هيراكليذوس) بن **أبقراط** سابع أطباء اليونان من آل أسقليبوس مؤسسي الطب ، وكان عندهم أربعة باسم « أبقراط ».

–**الدور الثالث**: الطب في عهد الملك إسكندر المكدوني = معنى اسم إسكندر « معين البشر »، أسس الملك إسكندر مدرسة الإسكندرية الجامعة في عهد بطلميوس سوتر نحو سنة 300 ق.م على أثر فتحه لمصر واختطاطه للإسكندرية ، فاشتهر فيها الأطباء وذاع ذكرها في الطب والجراحة.

–**الدور الرابع**: الطب في عهد جالينوس – إن معنى اسم جالينوس " باليونانية « الهادئ » ، وقد نبغ في الطب نبوغا مذكورا ؛ لأنه لما شاهد انحطاطه في بلاده بعد أبقراط جرد له ماضي العزيمة موجها مباحثه الدقيقة إلى حكمة الخالق في كل شيء نافع ، وإلى كيفية تركيب أعضاء الجسم ؛ ليعلم منها سير، وأقر بتوزيع النفس في أجزاء الجسم، وفرض أن المؤثرات فيها أربعة عوامل هي البرد والحر والرطوبة والجفاف ، وبنى اختلاف الأمراض على اختلاف هذه العوامل ، ومع كل أبحاثه وتقصيه فيها غلبت عليه الفلسفة (المعلوف 2012،ص 17).

2-2-2-الطب في عصر الروماني:

تراجعهم في الاهتمام بمهنة الطب ادى الى تدهور في الحالة الصحية لعامة الشعب ، الامر الذي نتج عنه انتشار وزيادة في الاصابة بالجدري والتهابات الرئوية الحادة ، غير أن الحروب وما نتج عنها جعلت من الاهتمام بالصحة أمر ضروري جدا فبدأت مهنة الطب تسترجع مكانتها وخاصة في عهد يوليوس قيصر، وازدهر الطب مرة اخرى ، وظهر عدد من الاطباء منهم **سلزوي** ، و**كوسيم** وغيرهم ترجمت كتبهم الى العربية في زمن الدولة العباسية . وعلى الرغم من ازدهار الطب الرسمي من عمليات جراحية وعقاقير الا ان ايمان واعتقاد الناس بالغيبيات والسحر ظل منتشرا بينهم فها نجد معبد (سيرابيس) الكبير بالإسكندرية والذي كان وجهة الناس والمرضى يحج اليه هؤلاء ليلتمسوا نعمة الشفاء بفضل قواه السحرية (شين،2015،ص167).

2-3-عند الصينيين:

لقد عرف الصينيون الطب منذ زمن طويل ، فلقد بحثوا في هذا المجال ولا زال انشغالهم في تواصل إلى حد الآن خاصة فيما يتعلق بالعلاجات التقليدية ، وارتبط الطب عند الصينيين بالحياة الدينية والفلسفية حيث كانوا يعالجون الكثير من الأمراض و إلى حد اليوم يؤمنون بالمعتقدات الدينية واعتمدوا أيضا على النباتية والوسائل الطبيعية والحمامات والحجامة ولقد كان لهم الفضل الكبير في معرفة واكتشاف الوسائل والآلات الجراحية البسيطة ، كما أرجع الأطباء الصينيون فيما بعد سبب العلل والأمراض إلى البرد والرطوبة والجفاف لذلك توصلوا إلى أن الفصول مسؤولة عن الأمراض فقالوا : إن أمراض الصدر تحدث في فصل الشتاء وأمراض الجلد في فصل الصيف . كما أن الصينيين اكتشفوا كثيرا من العقاقير كعقاقير الكافور والشاي والأفيون .... إلخ ، كما وصف الإمبراطور " **شيننونغ** " بإمبراطور الأعشاب وهذا لمعرفته وإحصائه لحوالي 365 عشبة طبية . كما يعتبر بمثابة المكتشف

الأول لعملية الوخز بالإبر واستعمال نبتة الشيح والتي لا تزال مستعملة لحد الآن (ناصر بدون سنة، ص205).

2-4- الطب قبل و بعد ظهور الإسلام :

2-4-1-الطب في عصر الجاهلية :

اذا القينا نظرة على البيئة الفيزيقية في شبه الجزيرة العربية في هذه الفترة نجدها اثرت كثيرا وبشكل سلبي على حياة سكانها حيث كانت تتميز بقساوة المناخ كارتفاع درجة الحرارة ، وقلة المياه والغذاء ، وغيرها مما نتج عنها تفشي العديد من الامراض بسبب انتشار الطفيليات والحشرات الضارة والذباب ، كالملاريا والتراخوما والجدري والكساح والعمى والاسقربوط ، هذا كله كان له دور فاعل في زيادة معدلات الاطفال خاصة بشكل كبير . وعلى الرغم من المستوى الصعب الذي تتميز به هذه البيئة الا انها ساهمت وبمواردها الطبيعية في تقديم عددا من المواد الطبيعية التي كانت سببا في شفاء المرضى من بعض الامراض ، كالنباتات العشبية التي استخدمت بطرق شتى كأن يتم أخذها كما هي أي في صورتها الطبيعية او مزجها بخليط او مادة أخرى ، أو استخدام منقوعها ، فمثلا استخدموا السواك لعلاج الاسنان ، وعسل النحل و اللبن . فضلا عن الحروب التي قامت بين قبائل شبه الجزيرة العربية والتي كان لها دورا في اكتشاف البعض من وسائل التعقيم كالتسخين ، وابتكار طرق جديدة لعلاج الجروح ، كما لا ننسى الجانب الاقتصادي والذي ركز فيه السكان على الرعي والتجارة ، فممارسة الرعي مكنتهم من معرفة اسباب المرض والشفاء منه من خلال مراقبتهم لعمليات حمل الحيوانات والولادة وكيفية النمو ، كما قدمت التجارة ومن خلال الاسواق كسوق عكاظ فرصة للتبادل التجاري كتبادل الاعشاب والادوية وشرح فائدتها وكيفية تحضيرها ، وتبادل الخبرات الطبية وهذا كله انعكس بشكل ايجابي في مجال الطب الشعبي . أما من الناحية الدينية فقد كان لعبادة الاصنام انتشار واسع رافقته حالة من الجهل والفرقة

فانتشرت معتقدات حول المرض ومصدره (كأن يكون مصدره الأرواح الشريرة) ، وطرق علاجه التي تمحورت حول الروحانيات (شين،2015،ص173).

2-3-2-الطب بعد ظهور و الإسلام:

ازدهر الطب العربي بعد مجيء الرسول عليه الصلاة والسلام الذي أمر بالتداوي وطلب العلاج وهناك تعاليم وآداب الطب النبوي الذي اعتمد عليه الأطباء الأوائل في تسميتهم للأمراض وأساليب معالجتهم لها . وكان العرب القدماء يؤمنون بأنه لا يوجد مرض لا يمكن علاجه بالنباتات ، وقد تدرجت معرفة هذا النوع من التداوي حتى أصبح ما يسمى بالطب الشعبي في العالم العربي ولقد اشتهر العرب في تطوير التداوي بالأعشاب خلال العصور الوسطى ، وانتشرت أبحاث ومخطوطات مبنية على قواعد قوية إبان العصر الذهبي للطب العربي والإسلامي ، حيث انتشرت شهرة الأطباء العرب عبر العالم مع انتشار الإسلام وبالأخص عن طريق الحجاج الذين يفدون إلى مكة المكرمة والمدينة المنورة .

ومن أشهر علماء المسلمين في الطب " أبو بكر الرازي " ، ومن كتبه الهامة في الطب والنبات " الحاوي " و " المنصوري " و " صيدلية الطب " .

ونبغ بعد " الرازي " الشيخ الرئيس " أبو علي بن سينا "، و من كتبه أساسيا في الطب والنبات سماه " **القانون** " ، وقد ترجم هذا الكتاب إلى اللاتينية وظل الاعتماد عليه في الجامعات الأوروبية إلى القرن السادس عشر ميلادي (ناصر، بدون سنة، ص207).

2-5-الطب في العصر الحديث:

لقد ازداد عدد المرضى في كل بلدان العالم وفي امراض شتى ، والكثير من هذه الامراض لم يجد الطب الحديث لها علاجا ، الامر الذي جعل منظمة الصحة العالمية تعقد مؤتمرا للطب التقليدي في الفترة من 9-7 نوفمبر من عام 2009 شاركت فيه 74 دولة ، هذا المؤتمر الذي أشادت فيه مديرة منظمة الصحة العالمية "مارغريت تشان " بأهمية الطب الشعبي

بحيث ان كل من نظام الطب التقليدي والحديث لا ينبغي ان يكونا متضادين لبعضهما البعض فهما نظامين متكاملين وكل منهما يعوض النقص الموجود في الآخر مؤكدة أن ذلك " لن يتم بصورة مستقلة بل يجب اتخاذ قرارات سياسية مقصودة لكن يمكن لذلك ان يتم بنجاح " ، وهذا ما يؤكده الطبيب **أندروويل** قوله " ... وأتطلع الى الوقت الذي تعاود فيه مدارس الطب تعليم الطلاب ان الشفاء والتداوي متأصلان في الطبيعة ، وليس في التدخلات عالية التكلفة والتكنولوجية المتقدمة " (شين،2015، ص175).

2-الطب الشعبي في الجزائر:

فالطب الشعبي الجزائري الذي لا يزال كبار السن يمارسونه هو مهنة توارثوها عن آبائهم وأجدادهم ومستمرة إلى يومنا هذا ، وله إقبال واسع من مختلف أفراد المجتمع ، ويزاوله غالبا أشخاص يمتلكون تجربة واسعة في مجال الطب الشعبي وفي نوعية الأعشاب يستخدمونها لعلاج مختلف الأمراض ، مستخدمين أساليب ومعارف متنوعة ، كما يشمل استخدام النباتات والحيوانات والأدوية بغرض تشخيص الأمراض ومعالجتها في ضوء الخبرات والتجارب العديدة المستمدة من البيئة الجزائرية الثرية بمواردها الطبيعية و أراضي الجزائر مليئة بالحياة النباتية من خلال جمعها نماذج من الطبيعية المختلفة للنباتات كالبيئة الصحراوية والجبلية والأودية المنتشرة وغيرها من البيئات ، " فالساحة الجزائرية تحتوي على عدد هائل من النباتات العلاجية التي منها من لا توجد في أماكن أخرى من العالم خاصة النباتات المتواجدة في صحرائنا الكبرى " (ناصر، بدون سنة، ص 209).

4-من أهم الممارسات التطبيقية لطب الشعبي او الطب التقليدي أو الطب الغير الرسمي(التداوي بالأعشاب ، الرقية بالقرأن ، الحجامة).

1- التداوي بالأعشاب:

مصطلح الأعشاب يشمل النباتات و أجزائها و جميع أنواعها من أزهار و البذور أشجار و الثمار و الأوراق و حشيش و خضر و فواكه و توابل و اللحاء و الرقائق الخشبية و حتى جذور هذه النباتات (مانكة، 1970،ص7).

أما التداوي بأعشاب هو استخدام النباتات لأغراض طبية باعتبارها مغذيات علاجية ، علاج بعض الآلام و الأمراض التي يعاني منه بني البشر(عيسى، 2012، ص3).

و ذلك لما تحوي العشبة الواحدة من مواد فعالة شافية ما يجعلها مفيدة في مداواة أمراض مختلفة ، و الأعشاب لها علاقة خاصة و جزء خاص بجسم الإنسان ، دون أن يكون لها تأثير أخر في غيره (رويحة،2009،ص17).

2-الرقية

لا يختلف معنى الرقية في الشرع عن المعنى اللغوي كثيرا إذ الرقية هي العوذة في اللغة أي الملتجأ ، فالمرقي يلتجئ إلى الرقية لكي يشفى مريض.

3-الحجامة:

نوع من أنواع الطب الطبيعي أو البديل ،و شكل من أشكل الطب النبوي . فهي عملية جراحية بسيطة تجري ضمن قوانين معينة ، و شروط محددة لحفض الصحة (دغمان ومهاوات ،2015). فهي عملية سحب الدم أو المص من سطح الجلد باستخدام كؤوس الهواء، ثم إحداث خدوش سطحية بسيطة بمشرط معقم على سطح الجلد في مواضع معينة لكل مرض أو إصابة معينة، و الحجامة تعمل على خطوط الطاقة وهي التى تستخدم في إبر الصينية(أحمد ، عوض الله ، 2021).

تعتبر الحجامة من العلاجات المتداولة في الجزائر تعد من أبرز فروع الطب التقليدي التي عرفها الإنسان منذ مئات السنين . و تستخدم الحجامة لتجديد الدم عند الإنسان و إبقائه نظيفا ، فهي عبارة عن استخراج كمية من الدم المريض لعلاج بعض الأمراض مثل ضغط الدم ، علاج أمراض الشلال ، علاج الصداع ،علاج أمراض العيون . و من الجدير بالذكر أن الحجامة تعتبر من المعجزات النبي صلى الله عليه و سلم و حكمته في الشفاء إذ قال الشفاء في ثلاث شربة عسل ،و شرطة محجم، و كية نار ،و أنا أنهى أمتى على الكي. (ناصر، بدون سنة، ص40)

خلاصة الفصل:

يمكننا القول ان للتراث الشعبي و الديني أهمية كبيرة في استمرار الممارسات العلاجية الشعبية على أداء و ضيفتها خاصة و انهم يتوارثونها من خلال التنشئة الاجتماعية والخبرات والتجارب العلاجية . كما ان نوعية المرض ومدى خطورته وكذا الآثار الجانبية للعلاج الطبي الحديث فتح المجال امام العلاج الشعبي للمساهمة في القضاء او على قلة تخفيض من حدة المرض. ولقد اكد العلم الحديث مدى نفع واهمية الممارسات العلاجية الشعبية كما اكد على ان لها باع طويل فهي جزء من المعارف والعادات التي تكونت عبر قرون طويلة .

العلاج النفسي

تمهيد:

العلاج النفسي هو مصطلح عام لعلاج مشاكل الصحة العقلية من خلال التحدث مع طبيب نفسي أو أخصائي نفسي أو غيره من مقدمي خدمات الصحة العقلية، وفي أثناء العلاج النفسي يسمح بتعرف على الحالات المزاجية ومشاعر وأفكار وسلوكيات المفحوص ويساعد على تعلم كيفية السيطرة على حياته وتحمل المواقف الصعبة من خلال مهارات التكيف الصحي، وهناك العديد من أنواع العلاج النفسي ولكل منها منهجها الخاص. و في هذ الفصل نتعرف على كل من تعريف العلاج النفسي وانواعه و على الاخصائي و طبيب النفسي و على المرض النفسي و العقلي.

1-مفهوم العلاج النفسي Psychothérapie:

العلاج النفسي يعتمد على جلسات تكون فردية أحيانا أو جماعية في أحيان أخرى تقوم على إقناع الفرد أن ما يشعر به من إحباط ما هو إلا أعراض لمرض لا يختلف عن أي مرض آخر (مشري ، 2021، ص13).

وعرفت جمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) العلاج النفسي بأنه عملية تهدف إلى مساعدة الأفراد نحو تغلب على معيقات نموهم الشخصي التي تعترضهم ، وكذلك مساعدتهم نحو تحقيق النمو الأفضل لمصادرهم الشخصية، وهو مجموعة الإجراءات التي يتبعها الفاحص مع العميل قصد التخلص من الاضطراب النفسي الذي يعاني منه ، ويأخذ هذا الأخير أنماطا متعددة من الممارسات العلاجية (جوايبية و بوتفتوشات، 2022، ص50).

وعرفه **زهران** (2005) بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه الطرق النفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعاليه يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه ، وعليه يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها ، أو تعطيل أثرها مع

مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال امكاناته على خير وجه ، ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي ، بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً و أكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل (عفاف 2008، ص12).

والعلاج النفسي يقوم على افتراضات تكون نتيجة تحليل المعطيات المقدمة عن الحالة و التي يتم تحليلها وفق النشاطات النفسية و العقلية و الانفعالية و السلوكية ، و البحث في الجوانب الشعورية و اللاشعورية ، من أجل فهم ميكانيزمات الصراع و حدود القلق ، و من ثم تبدأ رحلة العلاج لمساعدة المريض للتخلص من معاناته و فهم الأسباب التي أدت به إلى ذلك (قويدر،2011، ص85).

و ذلك بعدة طرق منها : العلاج النفسي الفردي ، العلاج النفسي الجماعي ، العلاج الاجتماعي ، العلاج الأسري ، العلاج بالعمل ، العلاج بالفن ... و تهدف كل هذه الطرق إلى تصحيح السلوك المنحرف ، وتعديل مفهوم الذات و مقابلة عوامل الإحباط وقهر مواقع العدوان . والعلاج النفسي بمعناه العام يشير إلى نوع من العلاج تستخدم فيه طريقة نفسية أو أكثر لعلاج مشكلة أو أمراض أو اضطرابات ذات صبغة الفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه بحيث يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علميا وعمليا وفنيا بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته على أكمل وجه (نبار، 2018، ص 324).

2-تعريف الطبيب عقلي:

الطبيب النفسي هو طبيب درس لمدة سبع سنوات قبل أن يتخصص. في الوقت الحاضر يستمر التخصص في الطب النفسي في فرنسا لمدة خمس سنوات، تؤدي إلى

الحصول على دبلوم مهني رسمي ومعتمد. لذلك فإن الطبيب النفسي هو شخصية تهتم بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية وله الحق في وصف الأدوية لهم إذا رأى ذلك مناسباً(colin, 2011, p20).

ويتخرج في كلية الطب ثم يدرس علم النفس وعلاج الأمراض النفسية وقد يتخصص في الأمراض النفسية والعصبية . ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبي النفسي وبالعالج الجسمي والعلاج بالأدوية والعلاج الجراحي (زهران، 2005، ص24)

3-مهام طبيب العقلي :

طبيب ومتخصص في دراسة وإدارة الأمراض العقلية أو طبيب نفسي ، سيساعد في علاج وتخفيف أعراض الأمراض مثل الفصام ونوبات القلق والاكتئاب والذهان و التوحد وكذلك في الاضطرابات النفسية المرتبطة بالمشاكل العضوية و استشارة طبيب نفساني غالبًا ما يكون المريض غير مدرك لمشكلته، من النادر جدًا رؤية مريض يأتي بمفرده، يوصى به من قبل عائلته أو الطبيب المعالج وأحيانًا من قبل المحاكم. أثناء الاستشارة سيبدأ الطبيب النفسي بالاستماع إلى المريض وتحليله، سيحاول في أسرع وقت ممكن اكتشاف نوع الاضطراب الذي يخفيه، سيساعد سلوك المريض وخبرته ومعرفته في تحديد التشخيص ويستخدم سواء العلاج الفردي أو العلاج الجماعي أو العلاج السلوكي والمعرفي المسمى CBT ، وتتنوع الأساليب وتعتمد على الاختصاصي الطبي وانتمائه، ولن يكون الطبيب النفسي قادرًا على إصدار وصفة طبية لمضادات الاكتئاب أو مزيلات القلق أو الأدوية الأخرى، فقط طبيب نفسي مؤهل لوصف هذا النوع من العلاج المحدد للغاية ويتم علاج الاضطرابات النفسية المتعلقة بالأمراض العصبية من قبل طبيب نفساني عصبي .(doucet,2011,p150)

4-تعريف الأخصائي النفساني :

هو المتخصص الذي يستخدم الإجراءات السيكولوجية، ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق النفسي كل واحد في حدود إمكاناته وفي تفاعل إيجابي، بقصد فهم ديناميات شخصية العميل و تشخيص مشكلاته، و التنبؤ باحتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أساليب الإرشاد والعلاج، ثم العمل إلى الوصول به إلى أقصى درجة ممكنة من التوافق الشخصي والاجتماعي .

- **الممارسة السيكولوجية :** من ممكن تقسيم أوجه النشاط التي يمارسها السيكولوجي العيادي إلى ثلاث مجموعات من المهارات التي اعتبرها **جوليان روتر Rotter، (1971)** أساسية و هامة، وهي :

المجال الأول : المهارات في قياس الذكاء و القدرات العقلية العامة، ويتضمن أيضا تقدير إمكانات الفرد وكفاءاته وأثر الظروف التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية .

المجال الثاني : يتعلق بقياس الشخصية ووصفها وتقويمها، وما يتضمنه من تشخيص لما يمكن تسميته بالسلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي.

المجال الثالث : يخص العلاج النفسي وما يتضمنه من أساليب لزيادة توافق الفرد (منصوري، 2016، ص 216).

5-مهام الأخصائي النفساني العبادي :

- يهتم الأخصائي النفساني العيادي بتطبيق العلاجات باستعمال وسيط من نوع لفظي أو جسدي (السيكودراما)، من نوع مادي (التعبير التشكيلي ، العلاج بالماء ، بالموسيقي).

– في بعض الأحيان يمكن أن يشمل العلاج استثمار السيرورات النفسية اللاشعورية كالتحليل النفسي و قد يشارك أيضا في بعض الأحيان في المشاريع التابعة للمؤسسة منها التربوية ، البيداغوجية ، أو الطبية .

– يمكنه أن يساهم في تكوين طلبة علم النفس ، الطب ، الممرضين أو المتربصين في التربية الخاصة.

– المهارات الأساسية التي ينبغي أن تتوفر في الممارس النفساني العيادي تتمثل فيما يلي التعرف على الحالة من خلال السماع إلى طلبها ، و الملاحظة ، و تحليل الملف و تبادل المعلومات مع زملاء أخرين ، و المقابلة و غيرها . تقييم مرحلة التطور النفسي و تحديد نوع الشخصية من خلال الاختبارات ، المقابلة ، أو الملاحظة لهدف اختيار و تقديم المساعدة الملائمة .

– فهو يقوم بالتشخيص من أجل التأكد من وجود مرض أو اضطراب . كما يهتم بتوجيه الفرد نحو الأماكن أو الأوساط المتخصصة ، و القيام بالمتابعة النفسية (مقابلات متتالية) أو المساندة النفسية من أجل الوقاية أو علاج اضطراب و تنشيط المجموعات

–تكون مهام الأخصائي النفساني العيادي في الوسط الاستشفائي حسب المصلحة التي يعمل فيها و كذا فريقها الذي يكن معه و عليه يسجل دوره في إطار متعدد التخصصات لهد مساعدة المرضي (برزوان، 2016،ص 358).

– مرافقة المرضى بالإضافة إلى دعم الفرق وفقًا للمقابلات التي أجريت ، يتدخل الأخصائي النفسي بشكل أساسي بناءً على طلب الأطباء وفرق الرعاية الصحية. يمكن أيضًا أن يتدخل بطلب لمرضى وأسرهم. في بعض الأحيان يقوم بزيارة المرضى بشكل عفوي دون تقديم أي طلب.

-يقدم الأخصائي النفسي الدعم النفسي والمرافقة المريض في مرضه. في كثير من الأحيان ، يتم تدخله في مقابلات فردية.

- يقودون مجموعات التركيز ويجرون مقابلات فردية لدعم الفرق في إدارة الصعوبات المتعلقة بسوء الأحوال والمعاناة في العمل. في بعض الأحيان ، قد يرافقون أحد أعضاء الفريق الذي يعاني من مشاكل شخصية (constant & raude, 2013,p15).

6-ما الفرق بين الطبيب العقلي والمعالج النفسي ؟ :

-**الطبيب العقلي:** هذا المحترف حاصل على شهادة طبية وتدريب متخصص في الطب النفسي ، وعلى عكس معظم المعالجين النفسيين ، يمكنه وصف الأدوية ، على الرغم من تدريب الأطباء النفسيين في العلاج النفسي ، إلا أنهم مهتمون في المقام الأول بالجوانب البيولوجية للصحة العقلية . عادة ما يرون المرضى لإجراء تقييم تشخيصي والتوصية بالعلاج.

-**عالم نفس :** هذا المحترف حاصل على شهادة جامعي في علم النفس ، بالإضافة إلى ممارسة العلاج بالكلام ، علماء النفس لديهم تدريب في التقييم النفسي و التشخيصي.

-**المعالج النفسي :**

مصطلح عام يشير إلى أي متخصص مدرب على تقييم وعلاج الاضطرابات المعرفية أو العاطفية أو السلوكية بوسائل العلاج النفسي المطبقة في إطار علاقة علاجية تعتمد بشكل أساسي على التواصل اللفظي أو غير اللفظي . لا يستطيع المعالجون النفسيون إجراء التشخيصات أو وصف الأدوية . كما لا يمكنهم استخدام لقب دكتور في بيئة سريرية . (colin, 2011, p30)

7-تعريف المرض النفسي :

هو حالة من الاضطراب الوظيفي في الشخصية التي تكون ذات أصل نفسي أو عصبي يظهر في صورة أعراض عقلية أو جسمية أو الفعالية ، و تؤثر في سلوك الفرد فيعوق توافقه مع نفسه و مع مجتمعه الذي يعيش وهو : " اضطراب فعال شديد يؤدي إلى انحراف سلوك الشخص و جعل تصرفاته شاذة و غير مقبولة في الكثير من المناسبات مع احتمال تصاعد هذا الاضطراب باتجاه المزيد من التعقيد " (نبار، 2018، ص 317) .

8-تعريف المرض العقلي:

هو المرض الذي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية و الذهنية و الشخصية بصفة عامة وتعكس حالات من الشذوذ وانعدام التوافق والمرض العقلي يعاني فيه صاحبه اختلالا شاملا واضطرابا خطيرا في شخصيته ، ويبدو في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية والعجز عن ضبط النفس ورعايتها والجهل بأسباب مرضه وعدم قدرته على الاستبصار بمشكلته. هو يمثل اضطرابات الشخصية خطورة وشمولا وهي كما تبدو في صورة اختلال شديد في القوى العقلية وعجز عن إدراك الواقع أو تحقيق التوافق الاجتماعي في الحياة اليومية في كافة صوره .

هو اضطراب نفسي واجتماعي غير عضوي يكون الفرد عاجزا عن حماية ذاته أو كيانه الاجتماعي بصورة لا تمكنه من المشاركة في الحياة الاجتماعية العادية أو إحراز أدنى من المكافآت السيكولوجية والاجتماعية والأمراض العقلية أو الذهانية ترادف كلمة جنون التي تستعملها العامة في الإشارة إلى شخص فقد قواه العقلية ولكن الجنون اصطلاح قانوني.

هو اضطراب عقلي ذهاني شديد و خطير انفعاليا وعقليا وسلوكيا وشخصيا ويمثل خللا في التفكير والقوى العقلية وجهلا بأسباب المرض وعدم قدرة على الضبط والاستبصار ويتناول كافة جوانب الشخصية وهو عموما (عضوي) وفيه جانب (وظيفي) .

هي نوع من الاضطرابات تجعل الإنسان غير قادر على أن يحيا حياة سليمة ، أو تغير في تصرف الإنسان العادي ، المرض العقلي اضطراب شديد يصيب تكامل الشخصية ويؤثر في علاقات الشخصية الاجتماعية " (بن فرج، 2017، ص144).

9-أوجه الاختلاف القائمة بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية :

يمكن تحديد أوجه الاختلاف الأساسية بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية كما يلي:

– الأمراض النفسية تنشأ من عوامل نفسية كالنزاعات و الرغبات المكبوتة ، ولا دور للوراثة في نشوئها ، بينما الأمراض العقلية تنشأ عن اختلالات عضوية أو وظيفية في الجهاز العصبي ، وللوراثة دور متفاوت في نشوئها .

– يقتصر أثر المرض النفسي على اختلال جزئي في بعض عناصر شخصية المريض أما أثر المرض العقلي فيبدو في اختلال جميع أو معظم عناصر شخصية المريض .

– المريض النفسي يبقى متصلا بمجتمعه وقادرا على مواصلة عمله كالمعتاد في أغلب الأحوال، بينما المريض العقلي تنقطع صلته بمجتمعه ، ويعيش في عالم خاص به فيما عدا فترات الإفاقة في الأمراض العقلية التي تتخللها هذه الفترات .

– المريض النفسي لا يفقد الإدراك والإرادة ، وإن كان يضعف لديه الإدراك والإرادة ، كما أنه لا يفقد الاستبصار إذ يدرك بأنه مريض في حين يفقد المريض العقلي الإدراك والإرادة أو أحدهما كما يكون فاقد الاستبصار ولا يعرف شيئا عن مرضه ، إضافة إلى ذلك فإنه يرفض العلاج لاعتقاده بأنه ليس مريض فهو لا يشعر بمرضه ، ويجهل أحواله وأطواره فالأمراض النفسية تحتاج إلى أخصائي نفسي لعلاجها ، فيعالجها المحلل النفسي بعلاج نفسي مع التحليل النفسي لشخصية المريض مع علاج مادي مساعد كالعقاقير المهدئة أحيانا ، أما الأمراض العقلية فتحتاج إلى طبيب أمراض عقلية ، وتعالج بعلاج مادي كالصدمات مع علاج نفسي مساعد أحيانا (حريز و سليماني، 2019، ص 149).

10- أنواع العلاجات النفسية:

10-1- التحليل النفسي:

يجتمع كل العارفين بعلم النفس ، على أن يعرف التحليل النفسي ، أنه نظرية ومنهج " فرويد " في التشخيص ، والعلاج ، للاضطرابات النفسية والعقلية . وهو يتسم بالدينامية لاحتوائه على نواحي الحياة الشعورية منها ، واللاشعورية ، وتأكيدا على اللاشعور . وإذا قلنا العلاج النفسي عن طريق التداعي الحر ، أو تحليل الأحلام ، أو نظريات العصاب وجدنا أنفسنا ، نتعمق بداخل الفرد وتحل مشاكله الانفعالية الرئيسية ، وذلك بنقل المادة اللاشعورية المكبوتة ، منذ الطفولة إلي سطح الشعور ، ومستوى الوعي ، مما يؤدي إلى اختفاء الأعراض ، وشعور المريض بالراحة والتوافق (نحوي، 2010، ص21).

10-1-1-الفرق بين العلاج بالتحليل النفسي الكلاسيكي و الحديث:

نظرية التحليل النفسي الكلاسيكي	نظرية التحليل النفسي الحديث
عملية علاجية يتم فيها اكتشاف المواد المكبوتة في اللاشعور ،خبرات مؤلمة ، دوافع متصارعة يتم تحويلها من اللاشعور إلى الشعور عن طريق التعبير اللفظي التداعي الحر ، تحليل الأحلام .	-شكل من أشكال العلاج النفسي يقوم على المبادئ النظرية للتحليل النفسي دون أن تحقق شروط المعالجة النفسية التحليلية الصارمة ، فهم يستندون إلى نظرية التحليل النفسي مع إعادة بنائها في اتجاه الاهتمام بالعوامل الاجتماعية
من مفاهيمه الأساسية الحتمية البيولوجية ، الغرائز و الجنسية الطفلية.	من مفاهيمه الأساسية العوامل النفسية والثقافية و الاجتماعية ، التكيف

التركيز على العمليات اللاشعورية	الخبرة الشعورية إلى جانب اللاشعورية
جلسات العلاج من 4 الى 5 جلسات أسبوعيا	عدد الجلسات من 2 الى 4 جلسات أسبوعيا
يستخدم سرير العلاج	يكون وجها لوجه
حياد المحلل	المحلل يكون اكثر نشاطا و توجيها

(بوعيشة، 2020، ص 17) .

10-2- العلاج المعرفي السلوكي:

هو أحد طرق العلاج النفسي الذي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل . ودمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي ، التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة ، بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه ، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للعميل ، وبالسياق الاجتماعي من حوله ، من خلال استخدام استراتيجيات معرفية ، سلوكية ، انفعالية ، اجتماعية وبيئية ، لإحداث التغيير المرغوب فيه(حسام وعبد العزيز،2021، ص57).

كما يعرفها لويس مليكه الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه أحد المناهج العلاجية التي تهدف إلى تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق التدريب على المهارات ، التحكم في القلق ، التحصين ضد الضغوط التدريب على حل المشكلات وقف الأفكار السلبية ، التعلم الذاتي (عزى صالح وصادقي،2019، ص658).

10-2-1- فترة برنامج العلاج المعرفي السلوكي :

تتراوح عدد جلسات العلاج بالبرنامج المقترح بين (8 – 19 جلسة علاجية) ، الثمانية جلسات الأولى بواقع جلستين في الأسبوع ، و بقية الجلسات جلسة واحدة في الأسبوع . و فترته تتراوح ما بين شهرين إلى خمسة شهور ، زمن الجلسة 45 دقيقة ، كما أنه يمكن أن يزيد زمن الجلسة قليلاً حسب الانتهاء من إنجاز مهام الجلسة العلاجية(ناجي 2016،ص19).

10-2-2-مبادئ الأسلوب المعرفي السلوكي :

-التغيير المعرفي يزيد واقعية وقدرة الفرد على التغيير

-التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله في تفكيره .

-تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية لكي يتم التأثير في سلوك الفرد من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعال الفرد في المواقف التي يتم تقديم الخبرة المتكاملة من خلالها إن المعرفة هي وسيلة إنسان لكي ي فهم ذاته والعالم حوله ويتوصل إلى حقائق الأشياء(جاد المولي وجلال،**2016**، ص232).

خلاصة الفصل:

ان العلاج النفسي يهدف الى تحسين حالة المفحوص واضطرابات العقلية او النفسية التي يعاني منها، و تجري معالجته النفسية في اطار دقيق الذي يحدده المعالج، ويسعى الى تخلص الأشخاص من الأفكار و السلوكيات المضطربة التي تؤثر على أدائهم في شتى مجلات الحياة و على تكيفهم مع محيطهم الاجتماعي.

جانب تطبيقي

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي جانبا هاما في البحوث العلمية إذا لا يمكن الاستغناء عنه فبواسطته يتمكن الباحث من التأكد من المعلومات التي جمعها في الجانب النظري، والاجابة على التساؤلات البحث من خلال اختبار الفرضيات، وذلك بالاعتماد على طريقة التطبيقية في الميدان، فهو همزة وصل بين الجانب النظري والجانب التطبيقي. ففي هذا الفصل قمنا بكل من تذكير بفرضية البحث، منهج البحث، عينة البحث، مكان وزمان اجراء البحث أدوات ووسائل البحث، الخصائص السيكومترية.

1. التذكير بفرضيات الدراسة:

– توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل العصابية) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل غير الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب الجنس لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب السن لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي لدى طالبي المساعدة.

– توجد فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي لدى طالبي المساعدة.

2. منهج الدراسة:

ان المنهج يسهل عمل الباحث ويمكنه من بلوغ هدفه بشكل مباشر، وزيادة على ذلك المنهج هو الطريقة أو الأسلوب الذي ينتهجه الباحث في بحثه للوصول الى بعض النتائج و الحلول. ويعرف المنهج الوصفي على انه يمثل الدراسات التي تهتم بجمع وتلخيص وتصنيف المعلومات و الحقائق المدروسة المرتبطة بسلوك عينة من الناس أو وضعيتهم أو عدد من الأشياء، أو سلسلة من الاحداث، أو منظومة فكرية، أو أي نوع من الظواهر أو القضايا، أو المشاكل التي يرغب الباحث في دراستها، لغرض تحليلها و تفسيرها وتقييم طبيعتها للتنبؤ بها وضبطها أو التحكم بها (حريزي و غريبي، 2013، ص 26).

3.مجتمع الدراسة:

اشتمل مجتمع دراستنا على مجموعة من الراشدين اللذين سبق طلبوا المساعدة لدى طبيب عقلي او اخصاء نفسي، او معالج تقليدي (رقي، تداوي الأعشاب، حجامة) عند اجراء أي بحث علمي يقوم الباحث بتحديد مجتمع بحثه حيث ان لا يمكن اجراء البحث على كل المجتمع الأصلي، بحيث تكون مجتمع دراستنا من 145 عينة وتم اتقاءهم بشكل قصدي .

1.3. حجم العينة:

وفي بحثنا قمنا باختيار العينة بطريقة قصدية ، وتشمل 145 فرد لدى طالبي المساعدة، من بينهم 59 ذكور و 86 اناث.

2.3.خصائص العينة:

جدول (01): توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الجنس والسن والمستوى الدراسي والمستوى الاقتصادي واختيار نوع العلاج

المتغيرات	الفئات	عدد الأفراد	النسبة %
	ذكر	59	40,7

الجنس	أنثى	86	59,3
	المجموع	145	100,0
السن	18-20سنة	10	6,9
	21-25سنة	21	14,5
	26-30 سنة	28	19,3
	30سنة فأكثر	86	59,3
	المجموع	145	100,0
المستوى الدراسي	بدون مستوى	7	4,8
	ابتدائي	12	8,3
	متوسط	28	19,3
	ثانوي	34	23,4
	جامعي	64	44,1
	المجموع	145	100,0
المستوى الاقتصادي	عامل يومي	18	12,4
	موظف	32	22,1
	عامل حر	30	20,7
	عاطل عن العمل	35	24,1
	متقاعد	6	4,1
	طالب	24	16,6
	المجموع	145	100,0
اختيار نوع العلاج	معالج نفسي	38	26,2
	معالج تقليدي	64	44,1
	مختلط (معالج نفسي في نفس الوقت معالج تقليدي)	43	29,7
	المجموع	145	100,0

3.3.شروط اختيار العينة:

- تتراوح أعمارهم اكثر من 18 سنة
- طلبوا المساعدة من المعالج النفسي
- طلبوا المساعدة من المعالج التقليدي

4.مكان وزمان اجراء البحث:

قبل بدأ في تطبيق المقاييس أولا قمنا بطلب المساعدة من مختلف المستشفيات والعيادات و كذلك من مراكز الحجامة و المعالجين الشعبيين (الرقاة و المختصين بالتداوي الأعشاب)، وبعد موافقة بعض منهما قمنا بتطبيق المقاييس خلال الفترة الممتدة بين 25 جوان 2022 الى 23 اوت 2022 في ولاية تيزي وزو.

5.أدوات ووسائل البحث:

1.5.مقياس الميكانيزمات الدفاع:

1.1.5. وصف المقياس :

تم استخدام مقياس الميكانيزمات الدفاع **شابرول (2013)** الذي يحتوي الى 28 بند و ينقسم الى ثلاث عوامل و منها نجد العوامل الناضجة التي ترتكز على كل من(تسامي الفكاهة التوقع، القمع، الازالة)، و العوامل العصابية (التراجع، الايثار، المثالية، تشكيل رد فعل)، عوامل غير الناضجة (العدوان السلبي، التصرف بالدافع العزل، توحد أحلام اليقظة، انكار، تقسيم التبرير، الجسدنة).

2.1.5. تصحيح المقياس:

جدول رقم (02): الذي يمثل تصحيح المقياس الميكانيزم الدفاع dsq28.

عامل	رقم البند	آليات الدفاع
العوامل الناضجة	03 و 27	التسامي
	05 و 21	الفكاهة

	24 و 25	**التوقع**
	02 و 20	**القمع (الكبت) / الازالة**
العوامل العصابية	28	**التراجع (إلغاء)**
	01	**الايثار**
	16 و 19	**المثالية**
	06 و 23	**تشكيل رد فعل**
العوامل الغير الناضجة	18	**العدوان السلبي**
	08 و 15	**التصرف بالدافع**
	26	**العزل**
	10 و 12	**توحد أحلام اليقظة**
	07 و 13	**الانكار**
	14 و 17	**تقسيم**
	04 و 11	**التبرير**
	09 و 22	**الجسدنة**

3.1.5. تأويل المقياس:

جدول رقم (03): الذي يمثل تأويل المقياس الميكانيزم الدفاع dsq28.

عوامل	بنود	ترقيم
	أنا قادر على ترك المشكلة جانبا حتى يتوفر لدي الوقت للتعامل معها.	**02**
	أتغلب على قلقي من خلال القيام بأنشطة بناءة وابداعية مثل الرسم او النجارة.	**03**

العوامل ناضجة	أستطيع أن أضحك على نفسي بسهولة.	**05**
	يمكنني التحكم في مشاعري إذا كان سمحت لها بالظهور يمكن أن يضطرب ما أفعله	**20**
	عادة ما أتمكن من رؤية الجانب الممتع من المواقف المؤلمة .	**21**
	عندما أضطر إلى مواجهة موقف صعب ، أحاول أن أتخيل كيف سيحدث الأمر وأخطط لطرق التعامل معه.	**24**
	إذا كان بإمكاني توقع أنني سأكون حزينًا ، فانا قادر على التعامل بشكل أفضل مع ذلك.	**25**
	التركيز على العمل الذي أقوم به يساعدني على عدم الشعور بالاكتئاب أو القلق	**27**
العوامل العصابية	أشعر بالرضا من مساعدة الآخرين وسأصاب بالاكتئاب إذا لم أستطع فعل ذلك بعد الآن.	**01**
	إذا هاجمني شخص ما وسرق أموالي ، فإنني أفضل أن يتم مساعدتهم بدلا من	**06**

	معاقبتهم.	
	لدي دائما شعور بأن شخصا ما حولي يراقبني مثل الملاك الحارس.	**16**
	أعرف شخصًا صادقا وعادلاً تمامًا.	**19**
	غالبًا ما أجد نفسي أكون لطيفا مع الأشخاص الذين لدي كل الحق في أن أغضب منهم.	**23**
	إذا كانت لدي فكرة عدوانية ، أشعر بالحاجة لتصحيحها.	**28**
العوامل الغير الناضجة	أستطيع أن أجد سببا جيدا لكل ما أفعله.	**04**
	يقول الناس انني أميل الى تجاهل الحقائق غير السارة والتظاهر بانها غير موجودة.	**07**
	غالبًا ما أتصرف بدون تفكير عندما يزعجني شيء ما.	**08**
	أصاب بالمرض الجسدي عندما لا تسير الأمور على ما يرام بالنسبة لي.	09

	أشعر بالرضا من تخيلاتي أكثر من الرضا عن الحياة الحقيقية.	**10**
	هناك دائما مبررات جيدة عندما لا تسير الأمور على ما يرام بالنسبة لي.	**11**
	أجد الحلول في تخيلاتي أكثر من الحياة الواقعية.	**12**
	أنا لا أخاف من أي شيء.	**13**
	أحيانًا أعتقد أنني ملاك ، وأحيانًا أعتقد أنني شيطان	**14**
	أتصرف بعدوانية عندما أتألم.	**15**
	بالنسبة لي ، الناس إما طيبون أو سيئون.	**17**
	أصاب بصداع عندما يتوجب على القيام بشيء لا أحبه.	**22**
	غالبًا ما ألاحظ بأنني لا أشعر بأي شيء ،في حين أن الموقف يتطلب المشاعر القوية .	**26**
	التركيز على العمل الذي أقوم به يساعدني على عدم الشعور بالاكتئاب أو القلق .	**27**

2.5. مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

1.2.5. وصف المقياس :

تم استخدام مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية الذي وضعه (كوستا ماركي) الذي يحتوي على 45 بند، و تم توزيع الى خمسة عوامل كما هي ممثلة في الجدول التالي:

جدول (04): الذي يمثل بنود المقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية big5 .

	العوامل	البنود
عامل 01	**الانبساط ، الطاقة، الحماس**	01،36، 31، 26، 21، 16، 06،11
عامل 02	**لطيف، الايثار ، المودة**	07،02،22،17،12،27،32،37،42،45
عامل 03	**الوعي ، التحكم ، الاكراه.**	03،08،13،18،23،28،33،38،43
عامل 04	**الشاعر السلبية، العصابية، العصبية**	04، 09،14،19،24،29،34،39
عامل 05	**الانفتاحي ، الاصالة ، تفتح الفكر .**	05،10،15،20،25،30،35،40،41،44

2.2.5. تصحيح المقياس:

يتكون هذا المقياس من 45 بند، و المكون من خمس نقاط من النوع : لا أوافق بشدة حتى يوافق بشدة، ويتوافق كل عامل مع متوسط مجموع العناصر عن طريق قلب العناصر المميزة بعلامة R يعني 5 يرجع 1 ، 4 يرجع 2 ، 3 يرجع 3، 2 يرجع 4 ، 1 يرجع 5.

ونجد كل من البنود التي يتم قلبهم هما: 06، 21،31، 02، 12، 27، 37، 45، 08، 18، 23، 43، 09، 24، 34، 35، 41.

3.2.5. تأويل المقياس:

جدول رقم (05): الذي يمثل تأويل المقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية big5.

عوامل	البنود	الترقيم
الانبساط ، الطاقة ، الحماس	أرى نفسي كشخص ثرثار	**01**
	أرى نفسي كشخص منعزل	**06**
	أرى نفسي كشخص مليء بالطاقة	**11**
	أرى نفسي كشخص ينقل الكثير من الحماس	**16**
	أرى نفسي كشخص يميل الى الهدوء	**21**
	أرى نفسي كشخص ذو شخصية قوية، ويتحدث بثقة	**26**
	أرى نفسي كشخص خجول .	**31**
	أرى نفسي كشخص اجتماعي ومتفتح مع الأخرين	**36**
لطيف ، الايثار، المودة	أرى نفسي كشخص يميل الى انتقاد الأخرين	**02**
	أرى نفسي كشخص مساعد ،وغير اناني مع الأخرين	**07**

	أرى نفسي كشخص يتجادل بسهولة مع الأخرين	**12**
	أرى نفسي كشخص متسامح بالطبيعة	**17**
	أرى نفسي كشخص يثق بالأخرين بشكل عام	**22**
	أرى نفسي كشخص يقلل من شأن الأخرين والاستهزاء منهم.	**27**
	أرى نفسي كشخص لطيف مع الجميع ويراعي ظروفهم.	**32**
	أرى نفسي كشخص أحيانا يكون وقحا مع الاخرين	**37**
	أرى نفسي كشخص يتعاون مع الاخرين	**42**
	أرى نفسي كشخص يبحث عن المشاكل الاخرين	**45**
الوعي، التحكم، الاكراه	أرى نفسي كشخص يتعامل بضمير	**03**
	أرى نفسي كشخص مهمل في بعض الأحيان	**08**
	أرى نفسي كشخص يمكن الاعتماد على عمله	**13**
	أرى نفسي كشخص يميل الى ان يكون غير منظم	**18**
	أرى نفسي كشخص يميل	**23**

	للكسل	
	أرى نفسي كشخص مثابر حتى تنتهي المهمة	**28**
	أرى نفسي كشخص يكون فعالا في عمله	**33**
	أرى نفسي كشخص يضع الخطط ويتابعها	**38**
	أرى نفسي كشخص يفقد التركيز	**43**
المشاعر السلبية، العصابية، العصبية	أرى نفسي كشخص مكتئب	**04**
	أرى نفسي كشخص هادئ ،يسيطر على التوتر بشكل جيد	**09**
	أرى نفسي كشخص يمكن ان يكون قلقا	**14**
	أرى نفسي كشخص يقلق كثيرا	**19**
	أرى نفسي كشخص ليس من سهل ازعاجه	**24**
	أرى نفسي كشخص متقلب المزاج	**29**
	أرى نفسي كشخص يبقى هادئ في المواقف الصعبة	**34**
	أرى نفسي كشخص يتوتر بسرعة	**39**

الانفتاحية، الاصالة، تفتح الفكلر	أرى نفسي كشخص مبدع، ولديه أفكار مبتكرة	**05**
	أرى نفسي كشخص يهتم بمواضيع كثيرة	**10**
	أرى نفسي كشخص واسع الحيلة.	**15**
	أرى نفسي كشخص لديه خيال كبير	**20**
	أرى نفسي كشخص ابداعي (مبتكر)	**25**
	أرى نفسي كشخص يستمع بالنشاطات الفنية والجمالية	**30**
	أرى نفسي كشخص يفضل العمل الروتيني البسيط	**35**
	أرى نفسي كشخص يحب التفكير	**40**
	أرى نفسي كشخص لا يهتم بالفن	**41**
	أرى نفسي كشخص لديه معرفة جيدة بالفن او الموسيقى والادب	**44**

3.5. مقياس الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي :

1.3.5.وصف المقياس:

تم استخدام مقياس التجاه نحو المرض و العلاج النفسي ل بركات و حسن (2006)، وتم صياغة مجموعة من البنود تصف اتجاه الافراد نحو المرض النفسي وعلاجه بطريقة إيجابية، وقد بلغ عدد هذه البنود في الصورة المبدئية للمقياس 26 بندا، ثم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم 6 من أساتذة الجامعات في علم النفس والطب النفسي، طلب منهم الحكم على مدى صلاحية ومناسبة بنود هذا المقياس لموضوعه، بعد تحليل إجابات المحكمين عليها بالمستوى المطلوب، حيث وضع الباحثان معيارا كحد ادنى يمكن قبول البنود على أساسه وهو 75%، وعرض المقياس في صورته النهائية من 20 بندا.

2.3.5. تصحيح المقياس:

تم اعداد صياغة عربية من طرف كل من زياد بركات وكفاح حسن ، ويتكون هذا المقياس من 20 بند وتم صياغتهم بطريقة إيجابية، و يجيب عليها المفحوص من خلال ثلاثة بدائل وهي ، موافق (3 درجات)، والى حد ما (درجتان)، وغير موافق (درجة واحدة) ، ويتم تصحيح المقياس بجمع درجات كل البنود حيث تتراوح درجة الكلية على هذا المقياس بين (20–60) درجة.

6. الخصائص السيكومترية:

– الصدق:

للتحقق من صدق المقياس فقد تم استخدام طريقة صدق المحكمين بان طلب من ستة محكمين وهم من أساتذة علم النفس الجامعين وأطباء النفسانيين للحكم على صلاحية

المقياس ومناسبته لموضوعه، وقد تراوحت النسب الكلية على بنود المقياس ما بين (78%-98%) وهي مؤشرات مقبولة لصدق المقياس (بركات وكفاح، 2006، ص44).

-الثبات :

للتحقق من ثبات المقياس تم استخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (test-test) على عينة استطلاعية تكونت من 43 طالب وطالبة لم يدخلوا في عينة الدراسة الفعلية، وقد بلغ معامل الثبات بعد فاصل زمني بلغ أسبوعين (0.8) وهو مؤشر جيد لثبات هذا المقياس(بركات وكفاح، 2006، ص44).

7.الأساليب الإحصائية المستعملة:

تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية وذلك بواسطة الرزنامة الإحصائية للعلوم **(spss)** و هذه الأساليب هي:

- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- اختبار **F**.
- اختبار **TUCKEY**.
- **Anova**

-خلاصة الفصل

يعتبر هذا الفصل نظرة شاملة التي تمت فيه بمنهجية البحث حيث تم جمع المعلومات تتعلق بميدان البحث وخصائص العينة التي طبقنا عليها المقياس وقمنا بتقديم حوصلة لأهم الأدوات المستعملة.

الفصل الخامس

عرض و مناقشة النتائج

1-عرض نتائج الدراسة:

لاختبار الفرضيات الخمسة الأولى تم استخدام اختبار تحليل التباين "ف" أحادي الاتجاه ANOVA في كل من ميكانيزمات الدفاع الثلاثة بأبعادها؛ العوامل الناضجة (التسامي الفكاهة، الفكاهة، القمع (الكبت)/ الازالة)، والعوامل العصابية (التراجع (إلغاء)، الايثار المثالية، تشكيل رد فعل)، والعوامل غير الناضجة (العدوان السلبي، التصرف بالدافع، العزل توحد أحلام اليقظة، الانكار، التقسيم، التبرير، الجسدنة) حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، معالج تقليدي، معالج مختلط) لدى طالبي المساعدة وفي بعض الحالة أين وُجدت فروق دالة احصائياً تم إرفاق اختبار تحليل التباين "ف" باختبار "توكي" Tuckey للمقارنات البعدية للكشف عن دلالة الفروق بين كل فئتين من فئات اختيار نوع العلاج في متغيرات الدراسة لدى طالب المساعدة بالإضافة إلى استخدام اختبار حجم الأثر (مربع ايتا) للتعرف على حجم الفرق.

. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية:

جدول (06): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لأليات الدفاع

أليات الدفاع	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوزن النسبي %
التسامي	145	6,31	2,00	70,11
الفكاهة	145	5,07	2,28	56,33
التوقع	145	6,38	1,68	70,89
القمع (الكبت)/ الازالة	145	5,28	2,06	58,67
العوامل الناضجة	145	5,76	1,32	64,00
التراجع (إلغاء)	145	6,58	2,29	73,11
الايثار	145	6,32	2,52	70,22
المثالية	145	5,37	2,10	59,67
تشكيل رد فعل	145	5,21	2,08	57,89
العوامل العصابية	145	5,87	1,47	65,22
العدوان السلبي	145	3,84	2,79	42,67

التصرف بالدافع	145	5,50	2,17	61,11
العزل	145	5,52	2,71	61,33
توحد أحلام اليقظة	145	5,13	2,53	57,00
الانكار	145	4,51	1,90	50,11
تقسيم	145	5,14	1,86	57,11
التبرير	145	6,23	1,82	69,22
الجسدنة	145	6,20	2,17	68,89
العوامل غير الناضجة	145	5,26	1,20	58,44

جدول (07): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية للعوامل الخمسة الكبرى لشخصية

العوامل	**عدد الأفراد**	**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**الوزن النسبي %**
الانبساط، الطاقة، الحماس	145	3,11	0,61	62,20
لطيف، الايثار، المودة	145	3,78	0,57	75,60
الوعي، التحكم، الاكراه.	145	3,56	0,55	71,20
المشاعر السلبية، العصابية، العصبية	145	3,18	0,71	63,60
الانفتاحي، الأصالة، تفتح الفكر.	145	3,38	0,64	67,60

جدول (08): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي للاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي

المتغير	**عدد الأفراد**	**المتوسط الحسابي**	**الانحراف المعياري**	**الوزن النسبي %**
الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي	145	2,05	0,17	68,33

1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى:

توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج.

تم استخدام اختبار "ف" للكشف عن دلالة الفروق في ميكانيزمات الدفاع (العوامل الناضجة) بأبعادها (التسامي، الفكاهة، القمع (الكبت)/ الازالة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة، وإرفاقه باختبار حجم الأثر (مربع ايتا) للتعرف على حجم الفرق.

جدول (09): نتائج اختبار "ف" لدلالة الفروق في ميكانيزمات الدفاع (العوامل الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج

ميكانيزمات الدفاع	معالج نفسي (ن=38)		معالج تقليدي (ن=64)		معالج مختلط (ن= 43)		قيمة 'ف'	قيمة p	حجم الأثر (مربع ايتا)
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
التسامي	6,40	2,05	6,30	1,90	6,24	2,12	0,057	0,944	0,001
الفكاهة	4,46	2,48	4,98	2,20	5,73	2,09	**3,316**	**0,039**	**0,045**
التوقع	6,16	1,76	6,41	1,67	6,52	1,66	0,496	0,610	0,007
القمع (الكبت)/ الازالة	5,34	2,09	5,08	2,02	5,53	2,10	0,653	0,522	0,009
العوامل الناضجة	5,59	1,21	5,70	1,32	6,01	1,42	1,155	0,318	0,016

يوضح الجدول (09) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في ميكانيزم الفكاهة حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، معالج تقليدي، معالج مختلط) (F= 3,316; p (0,039) < 0,05) بمتوسطات حسابية متباينة بلغت على التوالي (4,46، و4,98 و5,73)، وبحجم أثر صغير بلغ (0,045). في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العوامل الناضجة حسب اختيار نوع العلاج (F= 1,155 ; p (0,318)> 0,05)، وكذلك لا توجد فروق حسب اختيار نوع العلاج في ميكانيزمات التسامي (F= 0,057 ; p (0,944)> 0,05)، والتوقع (F= 0,496 ; p (0,61)> 0,05)، والقمع (الكبت)/ الازالة (F= 0,653 ; p (0,522)> 0,05)، حيث جاءت المتوسطات الحسابية

بين فئات اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، معالج تقليدي، معالج مختلط) متقاربة، وبأحجام أثر تتراوح بين (0,001–0,016) وهي من منعدمة إلى صغيرة تبعاً لتوجيهات "كوهين"(1988) Cohen.

توصلت نتائج الفرضية الأولى وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في ميكانيزم الفكاهة حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، معالج تقليدي، معالج مختلط)، في حين عدم وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العوامل الناضجة، والتسامي، والتوقع والقمع (الكبت)/ الازالة لدى طالبي المساعدة.

باعتبار أن قيمة "ف" دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في ميكانيزم الفكاهة حسب اختيار نوع العلاج فانه سوف يتم إجراء المقارنات البعدية بين اختيارات نوع العلاج (معالج نفسي معالج تقليدي، معالج مختلط) باستخدام اختبار "توكي" Tuckey.

جدول (10): نتائج اختبار "توكي" Tuckey لدلالة الفروق في الفكاهة بين أنواع المساعدة

الميكانيزم	المقارنات		فرق المتوسط	الخطأ المعياري	قيمة p
الفكاهة	معالج نفسي	معالج تقليدي	−0,52	0,46	0,492
	معالج نفسي	معالج مختلط	**−1,27**	**0,50**	**0,032**
	معالج تقليدي	معالج مختلط	−0,75	0,44	0,213

يوضح الجدول (10) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في ميكانيزم الفكاهة لدى الأفراد الذين اختاروا العلاج النفسي والعلاج المختلط ($p < 0,05$) بفارق متوسط (−1,27) بين العلاج المختلط (5,73) والعلاج النفسي (4,46). في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 بين الذين اختاروا العلاج النفسي (4,46) والعلاج التقليدي (4,98) بفارق متوسط (−0,52)، وبين العلاج التقليدي (4,98) والعلاج المختلط (5,73) بفارق متوسط (−0,75).

وبالتالي توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في ميكانيزم الفكاهة بين العلاج النفسي والعلاج المختلط، في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 بين اختاروا العلاج النفسي والعلاج التقليدي، وبين العلاج التقليدي والعلاج المختلط.

1-2-عرض النتائج الفرضية الثانية:

توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل العصابية) حسب اختيار نوع العلاج

لاختبار هذه الفرضية تم اختبار "ف" للتعرف على دلالة الفروق في ميكانيزمات الدفاع (العوامل العصابية) بأبعادها حسب اختيار نوع العلاج، وإرفاقه باختبار حجم الأثر (مربع ايتا) للتعرف على حجم الفرق.

جدول (11): نتائج اختبار "ف" لدلالة الفروق في ميكانزمات الدفاع (العوامل العصابية) حسب اختيار نوع العلاج

ميكانيزمات الدفاع	معالج نفسي (ن=38)		معالج تقليدي (ن=64)		معالج مختلط (ن= 43)		قيمة 'ف'	قيمة p	حجم الأثر (مربع ايتا)
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
التراجع (الإلغاء)	6,42	2,64	6,67	2,06	6,58	2,32	0,142	0,868	0,002
الايثار	6,08	2,62	6,20	2,51	6,70	2,46	0,724	0,487	0,01
المثالية	5,01	2,31	5,37	2,06	5,69	1,96	1,040	0,356	0,014
تشكيل رد فعل	5,09	2,36	5,13	1,77	5,42	2,27	0,319	0,727	0,004
العوامل العصابية	5,65	1,66	5,84	1,37	6,10	1,43	0,942	0,392	0,013

يتضح من الجدول (11) أنه توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العوامل العصابية حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، معالج تقليدي، معالج مختلط) (F= 0,942 ; p (0,392)> 0,05)، حيث أن المتوسطات الحسابية متقاربة (5,65، و5,84 و6,10) بحجم أثر صغير بلغ (0,013). كما لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في أبعاد العوامل العصابية حسب اختيار نوع العلاج؛ وذلك في التراجع (F= 1,142 ; p (0,868)> 0,05)، والايثار (F= 0,724; p (0,487)> 0,05)، والمثالية

(F= 1,04 ; p (0,356)> 0,05)، وتشكيل رد الفعل (F= 0,319; p(0,727)> 0,05)، وبأحجام أثر تتراوح من صغيرة إلى متوسطة تتراوح بين (0,002-0,014) حسب إرشادات "كوهين"(1988) Cohen، توصلت نتائج الفرضية الثانية إلى لا وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العوامل العصابية حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، معالج تقليدي، معالج مختلط) لدى طالبي المساعدة.

1-3-عرض نتائج الفرضية الثالثة:

توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل غير الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج .

للتحقق من الفروق في العوامل غير الناضجة بأبعادها (العدوان السلبي، التصرف بالدافع العزل، توحد أحلام اليقظة، الانكار، التقسيم، التبرير، الجسدنة) حسب اختيار نوع العلاج تم استخدام اختبار تحليل التباين "ف"، كما تم حساب حجم الأثر (مربع ايتا) للتعرف على حجم الفرق.

جدول (12): نتائج اختبار "ف" لدلالة الفروق في ميكانيزمات الدفاع (العوامل غير الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج

ميكانيزمات الدفاع	معالج نفسي (ن=38)		معالج تقليدي (ن=64)		معالج مختلط (ن= 43)		قيمة 'ف'	قيمة p	حجم الأثر (مربع ايتا)
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
العدوان السلبي	3,74	2,72	3,78	2,82	4,02	2,87	0,131	0,877	0,002
التصرف بالدافع	5,04	2,02	5,63	2,09	5,72	2,40	1,20	0,304	0,017
العزل	4,92	2,94	5,80	2,73	5,63	2,44	1,301	0,276	0,018
توحد أحلام اليقظة	5,01	2,71	4,87	2,41	5,62	2,52	1,186	0,308	0,016
الانكار	3,93	1,53	4,66	1,82	4,80	2,22	2,492	0,086	0,034
التقسيم	4,88	2,29	5,05	1,59	5,50	1,81	1,241	0,292	0,017
التبرير	5,88	2,05	6,07	1,88	6,77	1,39	2,888	0,059	0,039
الجسدنة	5,46	2,16	6,22	2,09	6,81	2,13	**4,111**	**0,018**	**0,055**
العوامل غير الناضجة	4,86	1,13	5,26	1,18	5,61	1,22	**4,084**	**0,019**	**0,054**

يبيّن الجدول (12) أنه توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العوامل غير الناضجة، و الجسدنة حسب اختيار نوع العلاج (معالج نفسي، معالج تقليدي، معالج مختلط)، ففي العوامل غير الناضجة (F= 4,111; p(0,018)< 0,05) بمتوسطات متباينة (5,46، و6,22، و6,81) على التوالي، و في ميكانيزم الجسدنة (F= 4,084;p(0,019)< 0,05)، وجاءت أحجم الأثر صغيرة بلغت (0,055) و(0,054).

في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في كل من العدوان السلبي والتصرف بالدافع، والعزل، وتوحد أحلام اليقظة، والانكار، والتقسيم، والتبرير) حسب اختيار نوع العلاج، حيث جاءت المتوسطات الحسابية بين فئات اختيار نوع العلاج (معالج نفسي معالج تقليدي، معالج مختلط) متقاربة، ففي ميكانيزم العدوان السلبي (F= 1,155 ; p (0,318)> 0,05))، والتصرف بالدافع (F= 0,12 ; p (0,304)> 0,05)، والعزل (F= 1,301 ; p (0,276)> 0,05)، وتوحد أحلام اليقظة (F= 1,186 ; p (0,308)> 0,05)، والانكار (F= 2,492 ; p (0,086)> 0,05)، والتقسيم (F= 1,241 ; p (0,292)> 0,05))، والتبرير (F= 2,888 ; p (0,059)> 0,05)، وجاءت أحجام الأثر (مربع ايتا) من منعدمة ومتوسطة تتراوح بين (0,002-0,039).

توصلت نتائج الفرضية الثالثة إلى أنه توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العوامل غير الناضجة، وميكانزيم الجسدنة حسب اختيار نوع العلاج، في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العدوان السلبي، والتصرف بالدافع، والعزل وتوحد أحلام اليقظة، والانكار، والتقسيم، والتبرير حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

بما أن قيمة "ف" دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العوامل غير الناضجة وميكانيزم الجسدنة وفق اختيار نوع العلاج فانه نستخدم اختبار "توكي" Tuckey للمقارنات البعدية بين كل اختيار على حدة.

جدول (13): نتائج اختبار "توكي" Tuckey لدلالة الفروق في الجسدنة والعوامل غير الناضجة بين أنواع المساعدة

الميكانيزمات	المقارنات		فرق المتوسط	الخطأ المعياري	قيمة p
الجسدنة	**معالج نفسي**	**معالج تقليدي**	−0,76	0,44	0,192
	معالج نفسي	**معالج مختلط**	**−1,35**	**0,47**	**0,013**
	معالج تقليدي	**معالج مختلط**	−0,60	0,42	0,332
العوامل غير الناضجة	**معالج نفسي**	**معالج تقليدي**	−0,40	0,24	0,224
	معالج نفسي	**معالج مختلط**	**−0,75**	**0,26**	**0,014**
	معالج تقليدي	**معالج مختلط**	−0,35	0,23	0,293

يكشف الجدول (13) عن وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في ميكانزم الجسدنة لدى الأفراد الذين يختارون العلاج النفسي(5,56) والذين يختارون العلاج المختلط (6,81) بفارق متوسط (1,35−). في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في الجسدنة بين الذين يختارون العلاج النفسي (5,56) والعلاج التقليدي (6,22) بفارق متوسط (0,76−)، وبين العلاج التقليدي (6,22) والعلاج المختلط (6,81) بفارق متوسط (0,60−).

وفيما يتعلق بالعوامل غير الناضجة فان الفروق دالة احصائياً عند 0,05 بين الأفراد الذي يختارون العلاج النفسي (4,86) والذين يختارون العلاج المختلط (5,61) بفارق متوسط (0,75−). في حين لا توجد فروق دالة احصائيا عند 0,05 بين الذين يختارون العلاج النفسي(5,56) والذين يختارون العلاج التقليدي (5,26) بفارق (0,40−)، وبين الذين يختارون العلاج التقليدي والذين يختارون العلاج المختلط بفارق متوسط (0,35−).

وبالتالي توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في العوامل غير الناضجة وفي ميكانزم الجسدنة بين العلاج النفسي والعلاج المختلط، في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 بين العلاج النفسي والعلاج التقليدي، وبين العلاج التقليدي والعلاج المختلط لدى طالبي المساعدة.

1-4-عرض نتائج الفرضية الرابعة:

توجد فروق دالة احصائيا في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب اختيار نوع العلاج للتعرف على الفروق في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب اختيار نوع العلاج تم استخدام اختبار "ف" لتحليل التباين الأحادي الاتجاه، وإرفاقه بحجم الأثر (مربع ايتا)، واختبار "توكي" Tuckey للمقارنات المتعددة.

جدول (14): نتائج اختبار "ف" لدلالة الفروق في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب اختيار نوع العلاج

العوامل الخمسة الكبرى للشخصية	معالج نفسي (ن=38)		معالج تقليدي (ن=64)		معالج مختلط (ن= 43)		قيمة 'ف'	قيمة p	حجم الأثر (مربع ايتا)
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الانبساط،الطاقة الحماس	3,16	0,67	3,12	0,59	3,04	0,60	0,383	0,682	0,005
لطيف،الايثار المودة	3,86	0,49	3,71	0,60	3,82	0,57	0,995	0,372	0,014
الوعي،التحكم الاكراه	3,59	0,57	3,52	0,56	3,59	0,51	0,276	0,759	0,004
المشاعر السلبية العصابية، العصبية	3,18	0,71	3,03	0,68	3,40	0,71	**3,567**	**0,031**	**0,048**
الانفتاحية،الأصالة ،تفتح الفكر	3,38	0,66	3,26	0,62	3,57	0,62	**3,135**	**0,047**	**0,042**

يوضح الجدول (14) وجود فروق دالة احصائياً عند 0,05 في "المشاعر السلبية العصابية، العصبية" (F= 3,576 ; p (0,031) < 0,05) بمتوسطات حسابية متباعدة بلغت تواليا (3,18، و3,03، و3,40)، بحجم أثر متوسط بلغ (0,048) و "الانفتاحية الأصالة، تفتح الفكر" (F= 3,135; p (0,047) < 0,05) بمتوسطات حسابية (3,38 و3,26، و3,57) وحجم أثر متوسط أيضاً (0,042) حسب اختيار نوع العلاج.

في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في عوامل "الانبساط، الطاقة الحماس"، و"لطيف، الايثار، المودة"، و"الوعي، التحكم، الاكراه" حسب اختيار نوع العلاج.

حيث جاءت المتوسطات الحسابية بين فئات اختيار نوع العلاج متقاربة، ففي "الانبساط، الطاقة، الحماس"(F= 0,383; p(0,682)> 0,05)، و"لطيف، الايثار، المودة" (F= 0,995 ; p (0,372)> 0,05)، و"الوعي، التحكم، الاكراه" (F= 0,276 ; p (0,759)> 0,05)، لأن المتوسطات الحسابية لكل فئة من فئات اختيار العلاج متقاربة، وأحجام الأثر من منعدمة إلى متوسطة (0,004−0,014).

كشفت نتائج الفرضية الرابعة إلى وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في عامل "المشاعر السلبية، العصابية، العصبية"، وعامل "الانفتاحية، الأصالة، تفتح الفكر" حسب اختيار نوع العلاج، في حين لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في عوامل "الانبساط، الطاقة، الحماس"، و"لطيف، الايثار، المودة"، و"الوعي، التحكم، الاكراه" حسب اختيار نوع العلاج.

جاءت قيمة "ف" دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في عاملي "المشاعر السلبية، العصابية العصبية"، و" الانفتاحية، الأصالة، تفتح الفكر" حسب اختيار نوع العلاج، مما يتطلب إجراء المقارنات البعدية التي استخدم استُخدام اختبار "توكي" Tuckey.

جدول (15): نتائج اختبار "توكي" Tuckey لدلالة الفروق في عامل المشاعر السلبية، العصابية، العصبية وعامل الانفتاحية، الأصالة، تفتح الفكر بين اختيار نوع العلاج

الميكانيزمات	المقارنات		فرق المتوسط	الخطأ المعياري	قيمة p
المشاعر السلبية، العصابية، العصبية	معالج نفسي	معالج تقليدي	0,15	0,14	0,548
	معالج نفسي	معالج مختلط	−0,22	0,16	0,343
	معالج تقليدي	معالج مختلط	**−0,37**	**0,14**	**0,023**
الانفتاحية، الأصالة، تفتح الفكر	معالج نفسي	معالج تقليدي	0,12	0,13	0,632
	معالج نفسي	معالج مختلط	−0,19	0,14	0,356
	معالج تقليدي	معالج مختلط	**−0,31**	**0,12**	**0,036**

يظهر الجدول (15) وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في عامل "المشاعر السلبية، العصابية، العصبية"، وعامل "الانفتاحية، الأصالة، تفتح الفكر" حسب اختيار نوع

العلاج، حيث أنه في عامل "المشاعر السلبية، العصابية" يوجد فرق بين الأفراد الذين يختارون العلاج النفسي (3,18) والذين يختارون العلاج المختلط (3,40) لصالح الذين يختارون العلاج المختلط بفارق (0,37−)، كما يوجد فرق في عامل "الانفتاحية، الأصالة تفتح الفكر" بين الذين يختارون العلاج النفسي (3,38) والذي يختارون العلاج المختلط (3,57) بفارق متوسط يقدّر بـ (0,31−).

في حين لا توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 في عاملي عامل "المشاعر السلبية العصابية، العصبية"، وعامل "الانفتاحية، الأصالة، تفتح الفكر" بين الذين يختارون العلاج النفسي والذين يختارون العلاج التقليدي، وبين الذين يختارون العلاج النفسي والذين يختارون العلاج المختلط بفارق متوسط.

وبالتالي توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في عامل "المشاعر السلبية العصابية، العصبية"، وعامل "الانفتاحية، الأصالة، تفتح الفكر" بين العلاج التقليدي والعلاج المختلط، في حين لا توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 في بين العلاج النفسي والعلاج التقليدي، وبين العلاج التقليدي والعلاج المختلط لدى طالبي المساعدة.

1-5-عرض نتائج الفرضية الخامسة:

توجد فروق دالة احصائيا في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج

جدول (16): نتائج اختبار "ف" لدلالة الفروق في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج

	معالج نفسي (ن=38)		معالج تقليدي (ن=64)		معالج مختلط (ن= 43)		قيمة 'ف'	قيمة p	حجم الأثر (مربع ايتا)
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي	2,06	0,15	2,05	0,18	2,04	0,17	0,095	0,91	0,001

يكشف الجدول (16) عن عدم وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي بين الأفراد الذين يختارون العلاج النفسي والعلاج التقليدي والعلاج المختلط، حيث أن قيمة "ف" (0,095) غير دالة لأن القيمة الاحتمالية (0,91) أكبر من 0,05 باعتبار أن المتوسط الحسابي لفئة العلاج النفسي (2,06) والعلاج التقليدي (2,05) والعلاج المختلط (2,04) متساوي تقريبا، بانحرافات معيارية بلغت (0,15 و0,18 و0,17) على التوالي. وقُدّر حجم الأثر (0,001) وحدات انحراف معيارية، وهو منعدم لأنه وفقاً لإرشادات كوهين أصغر من 0,01.

أظهرت نتائج الفرضية الخامسة عدم وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج (العلاج النفسي، العلاج التقليدي، العلاج المختلط) لدى طالبي المساعدة.

1-6-عرض نتائج الفرضية السادسة:

توجد فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب الجنس لدى طالب المساعدة لاختبار الفرضيات الأربعة المتبقية تم استخدام اختبار "كا^2" للكشف عن دلالة الفروق في اختيار نوع العلاج (العلاج النفسي، العلاج التقليدي، العلاج المختلط) حسب متغيرات الجنس والسن والمستوى الدراسي والمستوى الاقتصادي لدى طالبي المساعدة وتم إرفاق اختبار "كا^2" بالتكرارات والنسب المئوية لفئة اختيار العلاج في المتغيرات الأخرى.

جدول (17): نتائج اختبار كا^2 لدلالة الفروق في اختيار نوع العلاج حسب الجنس

اختيار نوع العلاج	معالج نفسي		معالج تقليدي		معالج مختلط		المجموع		قيمة كا^2	درجة الحرية	قيمة p
الجنس	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%			
ذكر	20	52,6	22	34,4	17	39,5	59	40,7	3,33	2	0,19
أنثى	18	47,4	42	65,6	26	60,5	86	59,3			
المجموع	38	100	64	100	43	100	145	100			

يتضح من الجدول (17) أنه لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب الجنس (ذكر، أنثى)، حيث أن قيمة "كا^2" (3,33) عند درجة حرية (2) غير دالة احصائياً (0,05 <(0,19) p). وبالنظر إلى النسب المئوية لاختيارات النوع العلاج متقاربة إلى حد ما بين الذكور والاناث، حيث أن نسبة الذكور الذين يختارون العلاج النفسي (52,6%) مقابل (47,4%) للإناث ونسبة (34,4%) من الذكور يختارون العلاج التقليدي مقابل (65,6%) للإناث ويستخدم العلاج المختلط (39,5%) من الذكور و(60,5%) من الاناث. وبالتالي توصلت نتائج الفرضية السادسة إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب الجنس لدى طالبي المساعدة.

1-7- عرض نتائج الفرضية السابعة

توجد فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب السن

جدول (18): نتائج اختبار كا^2 لدلالة الفروق في اختيار نوع العلاج حسب السن

اختيار نوع العلاج	معالج نفسي		معالج تقليدي		معالج مختلط		المجموع		كا^2	درجة الحرية	قيمة p
السن	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%			
18-20سنة	4	10,5	6	9,4	0	0,0	10	6,9	6,99	6	0,32
21-25سنة	5	13,2	10	15,6	6	14,0	21	14,5			
26-30سنة	8	21,1	14	21,9	6	14,0	28	19,3			
30سنة فأكثر	21	55,3	34	53,1	31	72,1	86	59,3			
المجموع	38	100	64	100	43	100	145	100			

يبيّن الجدول (18) عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب السن (18-20 سنة، 21-25 سنة، 26-30 سنة، à3 سنة فأكثر)، فقد جاءت قيمة "كا^2" (6,99) عند درجة حرية (6) غير دالة احصائياً (0,05 <(0,32) p). ويتضح من خلال النسب المئوية أن فئات السن تستخدم من بين (10,5-55,3%) العلاج النفسي، وبين (9,4-53,1%) يختارون العلاج التقليدي، وبين (6,9-59,3%) يختارون العلاج المختلط. وهذه النسب متقاربة سواء أفقيا أو عموديا بين فئات السن في اختيار

العلاج نوع العلاج. وبناء عليه كشفت نتائج الفرضية السابعة أنه لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب السن

1-8-عرض نتائج الفرضية الثامنة

توجد فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي

جدول (19): نتائج اختبار كا^2 لدلالة الفروق في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي

اختيار نوع العلاج	معالج نفسي		معالج تقليدي		معالج مختلط		المجموع		كا^2	درجة الحرية	قيمة p
المستوى الدراسي	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%			
بدون مستوى	3	7,9	3	4,7	1	2,3	7	4,8	7,78	8	0,46
ابتدائي	1	2,6	9	14,1	2	4,7	12	8,3			
متوسط	7	18,4	11	17,2	10	23,3	28	19,3			
ثانوي	11	28,9	12	18,8	11	25,6	34	23,4			
جامعي	16	42,1	29	45,3	19	44,2	64	44,1			
المجموع	38	100	64	100	43	100	145	100			

تكشف نتائج الجدول (19) أن قيمة "كا^2" (7,78) عند درجة حرية (8) غير دالة احصائياً (0,05 <(0,46) p) وهذا ما يؤكد على عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، ثانوي جامعي). وبالتفصيل يتضح بأن هناك تقارب بين النسب المئوية لفئات اختيار نوع العلاج التي تتراوح في فئات المستوى الدراسي بين (2,6-42,1%) للعلاج النفسي، وبين (4,7-45,3%) للعلاج التقليدي، وتتراوح بين (4,8-44,1%) للعلاج المختلط. حيث أن النسب المئوية لتقاطع المستويات الدراسية مع أنواع العلاج المختارة متقاربة. وبالتالي بيّنت الفرضية الثامنة أنه لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي.

1-9-عرض نتائج الفرضية التاسعة:

توجد فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي

جدول (20): نتائج اختبار كا^2 لدلالة الفروق في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي

اختيار نوع العلاج	معالج نفسي		معالج تقليدي		معالج مختلط		المجموع		كا^2	درجة الحرية	قيمة p
المستوى الاقتصادي	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%			
عامل يومي	3	7,9	8	12,5	7	16,3	18	12,4	9,83	10	0,46
موظف	10	26,3	11	17,2	11	25,6	32	22,1			
عامل حر	6	15,8	13	20,3	11	25,6	30	20,7			
عاطل عن العمل	8	21,1	18	28,1	9	20,9	35	24,1			
متقاعد	3	7,9	1	1,6	2	4,7	6	4,1			
طالب	8	21,1	13	20,3	3	7,0	24	16,6			
المجموع	38	100	64	100	43	100	145	100			

يوضح الجدول (20) عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي، حيث أن قيمة "كا^2" (9,83) عند درجة حرية (10) غير دالة احصائياً (0,05 <(0,46) p). ويظهر عدم وجود فروق في تقارب بين النسب المئوية لفئات اختيار نوع العلاج (نفسي، تقليدي، مختلط) وفقاً لفئات المستوى الاقتصادي (عامل يومي، موظف، عمل حر، عاطل عن العمل، متقاعد، طالب) التي تتراوح في فئات المستوى الاقتصادي بين (7,9–26,3%) في اختيار العلاج النفسي، وبين (1,6–28,1%) في العلاج التقليدي، وبين (4,7–25,6%) في العلاج المختلط. وهذه النسب المئوية لتقاطع المستويات الاقتصادية مع أنواع العلاج المختارة من قبل الأفراد متقاربة سواء عموديا أو أفقيا. وبالتالي توصلت نتائج التاسعة إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي.

2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات:

2-1-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على وجود فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج والتي تتفرع الى فرضيتين جزئيتين الجزء الأول منها خاص لميكانيزم الفكاهة التي لها تأثير في اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة تبين ان هناك فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 في ميكانيزم الفكاهة بين العلاج النفسي

والعلاج المختلط بمعنى كلما ارتفعت نسبة الفكاهة كلما كان الاتجاه نحو العلاج المختلط وكلما انخفض نسبة الفكاهة كلما كان الاتجاه نحو العلاج النفسي.

حيث يمكن تفسير هذه النتيجة ان لربما لكون الفكاهة لها علاقة بالخجل بمعنى كلما ارتفعت الفكاهة انخفض الخجل وكلما انخفضت الفكاهة ازداد الخجل، ويعتبر الفرد ذو فكاهة مرتفعة لا تهمه نظرة المجتمع فهو متفتح على خضوع لجميع التجارب وتظهر علية القوة في الشخصية والثقة في النفس ويتمتع بالتكيف مع جميع الضغوطات التي توجهه، والفرد ذو فكاهة منخفضة يخاف من نظرة المجتمع وحكم عليه وترتفع نسبة قلقه وضغوطه فهو بأغلب الأحيان يمكن ان يدرك معظم المواقف الضاغطة لذلك يتوجه للعلاج النفسي.

وتتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسة charbol, laconi وآخرون، 2015، حول العلاقة بين اليات الدفاع والتحالف العلاجي وتوصلت النتائج ان ميكانيزم الفكاهة والالغاء مرتبطان بشكل كبير بالتحالف الإيجابي (charbol & laconie,2015,p 431) .

اما الجزء الثاني منها الخاص لميكانيزمات العوامل الناضجة ليس لها تأثير في اختيار نوع العلاج، وان ليس هناك فروق دالة إحصائية في كل من التسامي والقمع والتوقع و الازالة في اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة بمعنى ان لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0.05 بين اختيار العلاج النفسي والعلاج التقليدي بمعنى ان يمكن ان نجد افراد يتمتعون بالعوامل الناضجة ويميلون الى العلاج النفسي وكما يمكن ان نجد افراد يتمتعون بالعوامل الناضجة يميلون الى العلاج التقليدي وكذلك هناك من يميلون الى العلاج المختلط.

وقد اختلفت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة charbol, laconi وآخرون، 2015، حول العلاقة بين اليات الدفاع والتحالف العلاجي وتوصلت النتائج الى ان التخالف العلاجي

يرتبط ارتباطا وثيقا بجمع اليات الناضجة باستثناء القمع.

. (charbol & laconie,2015,p 431)

2-2-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل العصابية) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة ومن خلال النتائج المتحصل عليها فان الفرضية لم تتحقق على انه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 حسب اختيار نوع العلاج نوع العلاج (معالج نفسي، معالج تقليدي، معالج مختلط) لدى طالبي المساعدة بمعنى ان العوامل العصابية ليس لها تأثير في اختيار نوع العلاج، حيث يمكن ان نجد أشخاص ذو عوامل عصابية في العلاج التقليدي كما يمكن ان نجدهم في العلاج النفسي.

و تختلف نتائج دراستنا مع دراسة charbol, laconi وآخرون، (2015)، حول العلاقة بين اليات الدفاع والتحالف العلاجي وتوصلت النتائج الى ان الدفاعات العصبية الثلاثة (التكوين رد فعل ،الإيثار الزائف ،المثالية) تلعب دورا في العلاج النفسي حيث ترتبط بشكل كبير التحالف العلاجي الإيجابي .أما الدفاعات العصابية الأربعة (تكوين رد الفعل الإيثار الزائف ،المثالية، التراجع ، ترتبط بالتحالف العلاجي السلبي)

.(charbol & laconie,2015,p 431)

2-3-تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على وجود فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل غير الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة والتي تتفرع الى فرضيتين جزئيتين، الجزء الأول منها خاص لميكانيزم الجسدنة التي لها تأثير في اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة ، بمعنى ان هناك فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في

الميكانيزم الجسدنة بين العلاج النفسي والعلاج المختلط أي كلما ارتفعت الجسدنة كلما كان الاتجاه نحو العلاج المختلط وكلما انخفضت نسبة ميكانزم الجسدنة كلما اتجه نحو العلاج النفسي.

حيث يمكن عزو ذللك باعتبار الجسدنة تعبير لضغوطات النفسية بالجسد (somatique) كلما ارتفعت الجسدنة كلما تظهر اعراض اكثر عند الفرد فيعيش تحت رعب (خوف المرض خبيث والموت) فيطلب المساعدة بطرق مختلفة (علاج مختلط) وكلما قلت الجسدنة قلت اعراض الجسد يكون الفرد واعي بانه تحت ضغوطات نفسية ويتجه نحو العلاج النفسي، يمكن ان يعود السبب الى واقع نقص التوجيه.

وتتفق نتائج دراستنا مع دراسة charbol, laconi وآخرون، (2015)، حول العلاقة بين اليات الدفاع والتحالف العلاجي وتوصلت النتائج الى ان الانكار والجسدنة يرتبطان بشكل كبير بالتحالف الإيجابي (charbol & laconie,2015,p 431) .

وكما تتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسة brynne (2013)، حول آليات الدفاع غير الناضجة (الجسدنة) و المواقف تجاه المساعدة النفسية المهنية، وتوصلت النتائج الى ان كلما زادة حدة الجسدنة ، كان الاتجاه سلبي نحو المساعدة النفسية (brynne,2013, p 58).

اما الجزء الثاني خاص بالميكانيزمات العوامل الغير الناضجة ليس لها تأثير في اختيار نوع العلاج، أي لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.05 عند العوامل الغير الناضجة كل من العزل وتوحد أحلام اليقظة والعدوان السلبي وتقسيم والتبرير، في حين لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 بين العلاج النفسي والعلاج التقليدي، وبين العلاج التقليدي والعلاج المختلط لدى طالبي المساعدة بمعنى ان نجد اشخاص ذو عوامل غير ناضجة يمكن ان نجدهم عند المعالج التقليدي وكما يمكن ان نجدهم عند المعالج النفسي .

حيث يمكن تفسير ذلك لتعرض لنفس الضغوط النفسية ولنفس الضغوط العاطفية وخاصة الضغوط النفسية الاجتماعية كفشل في العلاقات، وفشل في تحقيق الآمال، وكثرة الأعباء المتعلقة على الفرد خاصة هذه السنوات الأخيرة شهدت أزمات وصدمات مشتركة ومتسلسلة.

وتتفق نتائج دراستنا مع دراسة charbol, laconi وآخرون، (2015)، حول العلاقة بين اليات الدفاع والتحالف العلاجي وتوصلت النتائج الى ان العوامل الغير الناضجة لا ترتبط بالتحالف العلاجي (charbol & laconie,2015,p 431).

2-4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على وجود فروق دالة احصائيا في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة والتي تتفرع الى فرضيتين جزئيتين الجزء الأول خاص بكل من العاملين، العامل الاول " المشاعر السبية، العصابية، العصبية" والعامل الثاني" الانفتاحية، الاصالة، تفتح الفكر" لهما تأثير في اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة. وتبين ان توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 عند كل من " المشاعر السلبية، العصابية، العصبية" و " الافتتاحية، الاصالة، تفتح الفكر" بين العلاج التقليدي والعلاج المختلط. بمعنى كلما ارتفع المشاعر السلبية ، العصابية ، العصبية كان الاتجاه نحو العلاج المختلط وكلما انخفضت نسبته كان الاتجاه نحو العلاج التقليدي اما بنسبة للعامل الثاني كلما ارتفعت الانفتاح ،الاصالة ،تفتح الفكر كان الاتجاه نحو العلاج المختلط وكلما انخفض كان الاتجاه نحو العلاج التقليدي.

حيث يمكن تفسير العامل الأول ان الواقع يشهد ان المرضى النفسيون لا يتوجهون مباشرة الى العلاج النفسي بل يجربون كل طرق تقليدية باعتبار ذلك الفرد تحت تأثير السحر وليس الفرد بحد ذاته من يعاني من اضطرابات نفسية. في مجتمعنا تعتبر الاضطرابات نفسية وصمة عار. لكن سرعان ما تزداد حالة المرض بالسوء وتظهر اعراض اكثر قوة وعدم قدرة العلاج التقليدي بسيطرة عليه ويكونون مثابرون في اتجاه نحو العلاج النفسي، اما العامل

الثاني يمكن تفسيره على ان انخفاض الانفتاحية بنقص الوعي وانخفاض مستوى التعليمي بمعنى المردود المعرفي محدود وباعتبار مجتمع ديني تتجلى طرق علاجه ضمن علاج التقليدي الموروث من الأجداد (مكتسب). لكن يمكن تفسير ارتفاع الانفتاحية بتفتح الوعي وذلك يمكن ان يعود الى مستوى التعليمي المرتفع في السنوات الأخيرة والحملات التوعية ومواقع التواصل الاجتماعي المنتشرة بالكثير.

وتتفق نتائج دراستنا مع دراسة هلال وأبو حمزة،(2018)، حول المعتقدات الخرافية لدى عينة من مختلف السمات الشخصية من طلاب الجامعة، وتوصلت النتائج الى وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات الخرافية وبعد العصابية كبعد فرعي من مقياس عوامل الشخصية الكبرى ووجود علاقة بين المعتقدات الخرافية ويعد الانفتاح على الخبرة كبعد فرعي من مقياس عوامل الشخصية الخمسة الكبرى (هلال وأبو حمزة،2018، ص2).

وكذلك تتفق مع دراسة Smith، (2003)، حول عوامل الخمسة الكبرى للشخصية والمعتقدات الخرافية وأشارت النتائج الى عامل الانفتاح والخبرات هو اكثر العوامل الشخصية ارتباطا بالمعتقدات الخرافية (Smith, 2003, p 117)

وكذلك تتفق مع دراسة William، (2007)، حول الشخصية والمعتقدات الخرافية وتوصلت النتائج الى ان العصابية تشكل الفروق الأساسي بين المعتقدات الخرافية وغيرهم (williaim,2007, p14)

وأيضا تتفق مع دراسة miklouslic،(2012)، حول المعتقدات الخرافية وسمات الشخصية وتوصلت النتائج الى ان العوامل الشخصية اكثر ارتباطا بالمعتقدات الخرافية هي الانفتاح على الخيرات والضمير الحر والعصابية (miklouslic,2012,181).

اما الجزء الثاني في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية كل من (الانبساطية، الطاقة الحماس، و الايثار، المودة ،اللطف و الوعي التحكم) ليس لها تأثير في اختيار نوع

العلاج بمعنى لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0.05 في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في كل من(الانبساطية، الطاقة، الحماس، و الايثار، المودة ،اللطف و الوعي التحكم) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

يمكن ان نجد اشخاص انبساطيون تحكم ووعي ولطف عند المجموعات الثلاث (علاج نفسي، تقليدي، مختلط) حيث يمكن ان يعود ذلك التعرض لنفس الدوافع الاجتماعية التي تكتسب عن طريق التعلم مثل التعرض لنفس المنهج التربوي الإسلامي، والتعرض لنفس الخبرات خاصة التي لها صلة بالعقاب والثواب اللذان لهما دور كبير في تشكيل الشخصية ونفس الأساليب يعتمدونها في قيامهم بالأدوار التي يفرضها المجتمع على الفرد ان يتعلمها.

وتتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسة هلال وأبو حمزة، (2018)، حول المعتقدات الخرافية لدى عينة من مختلف السمات الشخصية من طلاب الجامعة، وتوصلت النتائج الى وعدم وجود علاقة ارتباطية بين المعتقدات الخرافية وكل من الانبساطية، المقبولية، والضمير كأبعاد فرعية لمقياس عوامل الشخصية الخمسة الكبرى (هلال وأبو حمزة،2018، ص2).

2-5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على وجود فروق دالة احصائيا في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها فان الفرضية لم تتحقق على انه عدم وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي حسب اختيار نوع العلاج (العلاج النفسي، العلاج التقليدي، العلاج المختلط) لدى طالبي المساعدة، بمعنى ان الاتجاه نحو المرض والعلاج النفسي ليس له تأثير في اختيار نوع العلاج ويمكن ان نجد اشخاص ذوي اتجاه نحو المرض والعلاج النفسي موجب لدي المعالجون التقليديون، كما يمكن ان نجد اشخاص ذوي اتجاه سالب غير متقبل للمرض والعلاج النفسي عند المعالجون النفسيون.

ويمكن عزو ذلك أن الأشخاص ذوي اتجاه نحو المرض و العلاج النفسي موجب لا يزاولون المعالج النفساني لغرض العلاج لعلى ذلك يعود الى كون الفرد يعيش ضمن مجتمع مؤمن بوصمة العار الأمراض النفسية و العقلية، كما يمكن أن نجد أشخاص لا يؤمنون بأمراض والعلاج النفسي لكن يزاول المختص النفسي بغرض إرشادي توجيهي ليس علاجي وتمتع افراد المنطقة بالفضول الزائد. كما يمكن عزو ذلك الى تفتح على الامراض النفسية عند فئة من الناس اتجاه موجب للمرض والعلاج النفسي خاصة في الآونة الأخيرة يمكن ان يعود ذلك الى صدمات والأزمات المتسلسلة التي عاشها في المنطقة (عشرية سوداء، زلزال بومرداس، كروونا، حرائق...) وتركت اثار نفسية عند اغلبية الافراد وتدخلات النفسية واولياء الضحايا وفرض المختص النفسي مكانته، كما تجد فئة لازالت تعترف في وصمة عار واتخذت اتجاه سلبي للمرض والعلاج النفسي.

وتعكس نتائج دراستنا مع دراسة علاء الدين (2011)، حول اتجاهات الطلبة الجامعيين نحو السعي للمساعدة النفسية ودور العوامل الشخصية حيث اسفرت النتائج الى ان الاناث مقارنة بالذكور في المستويات المختلفة من المحن النفسية بين المواقف اكثر إيجابية لطلب المساعدة وان ذلك قد يتعلق بمواقفهن الإيجابية نحو الثقة بالمرشدين والانفتاح والاعتراف بالحاجة الى مساعدة وكما تشير النتائج الى ان المواقف السلبية المتصلة بالاعتراف لدى الذكور يتجنبون السعي الى المساعدة النفسية (علاء الدين، 2017، ص1485).

وكذلك تعكس مع دراسة bissland وآخرون (1983)، حول وصمة العار نحو المرض العقلي لكشف الاتجاهات المجتمعية نحو الاضطرابات العقلية والمرضى العقليين واسفرت النتائج عن ان أقارب المرضى العقليين لديهم اتجاها موجبا نحو المرضى العقليين اكثر من غير الأقارب المرضى (bissland,1983,p 25).

وكذلك تعكس مع دراسة امين (1964)، حول الاتجاه نحو المرض النفسي التي اسفرت النتائج عن وجود اتجاهات سلبية لدى الطلاب نحو أساليب العلاج النفسي مع سيادة وكثرة الاتجاهات غير علمية لأساليب العلاج النفسي (امين ،1964، ص 60).

وأيضا تعكس مع دراسة عبد الخالق وآخرون(1982)، حول العلاقة بين الاتجاه نحو المرض العقلي وبعض الجوانب الشخصية الطالبات اللواتي يدرسن علم النفس واسفرت النتائج ان الاتجاهات إيجابية متقبلة للمرض العقلي واتجاهات سلبية رافضة نحو المرض العقلي (عبد الخالق،1982، ص85).

2-6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على وجود فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب الجنس لدى طالبي المساعدة ومن خلال النتائج المتحصل عليها فان الفرضية لم تتحقق وانه عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب الجنس لدى طالبي المساعدة حيث ان الجنس (ذكر، انثى) لا يتأثر في اختيار نوع العلاج ، بحيث ان الذكور يميلون الى العلاج النفسي اكثر من الاناث بنسبة قليلة، واناث يميلون الى العلاج التقليدي اكثر من الذكور، وكذلك الاناث يميلون الى العلاج المختلط اكثر من الذكور.

ويمكن تفسير هذه النتيجة على ان عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب الجنس لدى طالبي المساعدة لان الطب التقليدي والحديث ليس له علاقة قوية بمتغير الجنس، ويمكن عزو ذلك الى حالة تحضر التي توصل اليها المجتمع الجزائري بان لم يعد هناك أي فرق واضح بين الجنسين ،رغم ان النساء اكثر ميول الي العلاج التقليدي من الرجال ورغم ذلك ان الواقع يشهد سيطرة الرجل على المرأة فقمعت رغبتها ، ورجل رغم اتجاهه لطب الحديث لكن لا يستطيع نكر الطب التقليدي كونه يعيش تحت ثقافة تقدس الدين والعادات والتقاليد وأيضا فقدان الثقة في الطب الحديث وتراجع كفاءة الأطباء.

وتتفق نتائج دراستنا مع دراسة شين (2015)، التي تهدف الى تعرف معاني الطب الشعبي والمتغيرات الديمغرافية، وتوصلت النتائج الى ان النساء يفقن الرجال بشكل طفيف في ايمانهم بالطب العقلي، وهذا يدل ان الرجال اكثر رغبة في تحديث كونهم يفقهون النساء وبشكل دال في ايمانهم بالطب الحديث (شين، 2015،ص18).

وتنعكس دراستنا مع دراسة الدين زواوية (2011)، تهدف الى محاولة التعرف على تمثلات عينة من فئات المجتمع ذكورا واناثا حول العلاج التقليدي والعلاج الطبي وطلب المعالجة وتوصلت النتائج الى وجود فروق دالة إحصائية بين تمثلات ذكور واناث حول العلاج التقليدي لصالح اناث عند مستولى الدلالة 0.05 (الدين الزواوية،2011، ص5).

وكذلك تعكس دراسة vyse (1997)، حول المعتقدات الخرافية واسفرت النتائج الى ان المعتقدات الخرافية تحدث لدى كل الناس وفي كل الثقافات بنسب متفاوتة لكن معدل انتشارها لدى الاناث اكثر من الرجال (vyse,1997,p80).

2-7- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على ان وجود فروق دالة احصائيا في اختيار نوع العلاج حسب السن لدى طالبي المساعدة، ومن خلال النتائج المتحصل عليها فان الفرضية لم تتحقق وان السن لا يتأثر في اختيار نوع العلاج بمعنى نسبة المئوية بين فئات السن متقاربة في اختيار نوع العلاج ، ومن خلال النتائج المتحصل عليها ان الفرضية لم تتحقق على انه لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0.05 حسب السن في اختيار نوع العلاج.

حيث يمكن تفسير هذه النتيجة ان متغير العمر ليس لديه علاقة قوية مع الطب التقليدي و الحديث وزيادة العمر لا يعني استمرار في التقاليد، يمكن ان نجد كل الفئات العمرية عند المعالج التقليدي كما ان نجد كل الفئات العمرية عند المعالج النفسي.

كما تبين دراسة شين (2006)، حول التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، وتوصلت النتائج الى ان علاقة بالطب التقليدي والحديث لم تكن قوية فالزيادة في العمر لا تعني استمرار الزيادة في التقليدية غير ان الباحث توصل الى ان الفئة العمرية من 65 سنة واكثر هي اعلى فئات ايمانا بالطب التقليدي واقلهم ثقة في الطب الحديث (شين،2006،ص30)

وكما تعكس الدراسة بركات و كفاح(2006)، حول الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه لدى عينة من الطلاب الجامعيين على عينة بلغت 228 طالبا وطالبا والتي توصلت النتائج الى ان وجود فروق دالة احصائيا نحو المرض والعلاج النفسي تبعا لمتغير العمر (بركات وكفاح، 2006، ص 36).

2-8- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على وجود فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي لدى طالبي المساعدة، ومن خلال النتائج المتحصل عليها فان الفرضية لم تتحقق حيث ان المستوى الدراسي لا يتأثر في اختيار نوع العلاج، منه ان نسب المئوية لتقاطع المستويات الدراسية متقاربة مع أنواع العلاجات كل من العلاج النفسي، المختلط، التقليدي ومن خلال النتائج المتحصل عليها فان الفرضية لم تتحقق وانه لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي لدى طالبي المساعدة.

حيث يمكن تفسير هذه النتيجة ان لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الدراسي لدى طالبي المساعدة لان رغم ارتفاع مستوى التعليمي الى ان ذلك لا يأثر في اختيار نوع العلاج ،يمكن ان نجد جميع المستويات الدراسية (بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي)عند المعالج التقليدي كما يمكن ان نجدهم عند المعالج التقليدي و يكمن عزو ذلك الى ان يكون بسبب الواقع المعاش ،وفقدان الجامعيين الثقة بالطب الحديث خاصة العلاجات النفسية ، كون المجتمع القبائلي له خصوصية الايمان اكثر بالعلوم الطبيعية و الاعتراف باللغة الفرنسية وكون علم النفس

تخصص ادبي ويدرس باللغة العربية هذا ما يدفعهم الى فقدان الثقة الشديد بكل ما هو العلاج النفسي استشهادا ببعض العبارات التي سمعناها عند معظم الناس. كما يمكن إيجاد بعض المستويات المتدنية لدى المعالجين النفسيين كونهم يضعون كل الثقة بمعالج النفسي باعتباره اكثر دراسة ومعرفة منهم.

واتفقت نتائج دراستنا مع الدراسة walmer، (1993)، حول العلاقة بين المعتقدات والاتجاهات نحو المرض العقلي والعلاج النفسي، حيث توصلت النتائج عدم وجود علاقة بين اتجاهات الطلاب نحو المرض و المتغير المستوى التعليمي (walker,1993,p75)

واتفقت دراسة Lesvon (2004)، حول مقارنة اتجاهات الطلاب من الكليات العلمية نحو المرض النفسي وكيفية علاجه، وتوصلت النتائج الى ان لا اثر جوهري لمتغير التحصيل الدراسي في هذه الاتجاهات (levson,2004,p349)

وكما تعكس دراسة ,Merkel (1986)، حول المعتقدات والاتجاهات ذوي المرض النفسيين نحو المرض النفسي وتوصلت النتائج الى ان هناك اتجاهات سلبية ومعتقدات خاطئة نحو المرض النفسي والمريض النفسي والعلاج النفسي وان المستوى التعليمي اثر في هذه الاتجاهات (merkel,1986, p340) .

وكما تعكس كذلك دراسة خليفة1987، حول المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي لدى الافراد ممن لهم صلة مباشرة بالمرض النفسيين والذي ليس لهم صلة، وتوصلت النتائج الى ان متغير المستوى التعليم اثر إيجابي في اتجاهات الافراد نحو العلاج النفسي وفعاليته، حيث تبين ان كلما ارتفعت مستوى التعليمي ازداد الوعي عند الفرد حول المرض النفسي وعلاجه (خليفة،1987، ص96)

2-9- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على وجود فروق دالة احصائياً في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي لدى طالبي المساعدة، ومن خلال النتائج المتحصل عليها ان الفرضية لم تتحقق على انه عدم وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في اختيار نوع العلاج حسب المستوى الاقتصادي لدى طالبي المساعدة.

حيث يمكن تفسير هذه النتيجة ان المستوى الاقتصادي لا يأثر في نوعية اختيار العلاج يمكن ان نجد جميع المستويات الاقتصادية (عامل يومي، موظف، عامل حر، عاطل عن العمل، متقاعد، طالب) عند المعالج التقليدي والمعالج النفسي ويمكن عزو ذلك الى تعايش الفئات الغنية و الفئات الفقيرة ضمن قبائل صغيرة فيأثرون فيما بينهم بمعنى لديهم أفكار ومعتقدات متقاربة رغم اختلاف الطبقات.

واتفقت نتائج دراستنا مع دراسة بركات و كفاح(2006)، حول الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه، على عينة 288 ، وتوصلت النتائج عدم وجود فروق دالة احصائيا نحو المرض والعلاج النفسي تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي (بركات وكفاح،2006، 36).

وانعكست نتائج دراستنا مع نتائج دراسة شين، (2015)، التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، وتوصلت النتائج الى ان ربات البيوت هن اكثر اعتقادا بجدوى الطب التقليدي مقارنة بفئة الإطارات التي كانت تؤمن بنسبة كبيرة بفعالية الطب الحديث (شين، 2006 ص30).

3-الاستنتاج العام:

لقد تمحور هذا البحث حول موضوع دور الشخصية و الميكانيزمات الدفاع في اختيار نوع العلاج (علاج تقليدي وعلاج نفسي) لدى طالبي المساعدة، وبهدف إتمام هذه الدراسة توجهنا الى مختلف العيادات في من الاخصائيين النفسانيين و الأطباء النفسانيين والأماكن الذي نجد فيهم كل من المعالجين التقليديين (رقاة، تداوي بالأعشاب) في ولاية تيزي وزو. ومن خلال عرضنا السابق لتساؤلات البحث وطرح تسعة فرضية ومنها تحققت ثلاث فرضيات التي تتمثل في ، توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة، توجد فروق دالة احصائيا في ميكانيزمات الدفاع (العوامل غير الناضجة) حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة توجد فروق دالة احصائيا في العوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة.

ومن ثم تم عرض النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق أدوات البحث ومناقشتها وفقا لدراسات السابقة والإطار النظري، توصلنا الى ما يلي ،وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 في الميكانيزم الفكاهة بين العلاج النفسي والعلاج المختلط ، وكذلك توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 في العوامل الناضجة والميكانيزم الجسدنة بين العلاج النفسي والعلاج المختلط، وأيضا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 في لك من "المشاعر السلبية، العصابية، العصبية" و " الانفتاحية، الاصالة تفتح الفكر" بين العلاج التقليدي والمختلط.

ومن خلال الدراسة والنتائج المقاييس المستعملة توصلنا الى ان كل من ميكانيزمات الدفاع والسمات الشخصية لها تأثير في اختيار نوع العلاج لدى طالبي المساعدة بحيث ان الميكانيزمات الدفاع تأثر من خلال الميكانيزم الفكاهة و الجسدنة لصالح العلاج النفسي

والعلاج المختلط اما السمات الشخصية فهي تأثر من خلال كل من سمة المشاعر السلبية و سمة الانفتاحية لصالح العلاج التقليدي والعلاج المختلط.

ولاحظنا ان ميكانيزم الفكاهة و الجسدنة يأثر ان في أسلوب اختيار نوع العلاج لصالح العلاج النفسي والعلاج المختلط ومن الممكن ان يعود هذا باعتبار الميكانيزمات الدفاع عبارة عن صراعات داخلية لاشعورية فالفرد في هذه الحالة يشعر بعدم التوازن النفسي الداخلي فيطلب المساعدة نفسية اكثر من المساعدة التقليدية فهنا الفرد يعزو سبب فصله اليه بحد ذاته(عزو داخلي) . وان كل من سمة المشاعر السلبية و انفتاحية يأثران في اختيار نوع العلاج لصالح العلاج التقليدي والعلاج المختلط باعتبار السمات الشخصية عبارة عن مجموعة من استعدادات والميول المكتسبة من اجراء التفاعل وتأقلم مع الافراد داخل المجتمع (عادات وتقاليد) وهي شعورية وتعزو كل من مصائبها الى العالم الخارجي (عزو خارجي).

وكخاتمة لدراستنا نقدم التوصيات التالية:

- اجراء المزيد من الأبحاث والدراسات حول ميكانيزمات الدفاع وعلاقتها ببعض المتغيرات كالجنس ، العمر...
- اجراء المزيد من الدراسات والابحاث حول السمات الشخصية وعلاقتها ببعض المتغيرات كالجنس ، المستوى الاقتصادي...
- تشجيع الدراسات النفسية المتعلقة بالعلاج النفسي والعلاج التقليدي في بلادنا في غرض اقتراب اكثر لفهم الظواهر الثقافية المتجذرة في مجتمعنا.
- الالتفات لأهمية العوامل المؤثرة في تكوين الشخصية ، عدم اهتمام فقط بالتطوير الجسمي لطفل يجب مراعات أيضا التوتر النفسي واحترام ومراعات ومراحل التي يمر بها المرافقة النفسية للأسرة باعتبارها البيئة الأولى للطفل.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

1- أبو مجد حسن.م،(2020)، **تصوير الذات (السليفي)وعلاقته بالعوامل الخمس الكبرى.**

2-أبي فاطمة. ع. د، (بدون سنة)، **في كل بيت راق**(الرقية، حجامة، سنة وعلاج).

3-أحمد محمد جادا المولي محمد و جلال علي إبراهيم الانه،(2016)، **برنامج مقترح باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لتنمية تقدير الذات لدى الموهوبين ذوي صعوبات التعلم**، مجلة الارشاد النفسي، مركز الارشاد النفسي، العدد 45

4- احمد يونس طافش.ا،(2006)، **دراسة السمات الشخصية المميزة للأطفال المصابين بمرض الثلاسيميا وعلاقتها ببعض المتغيرات**، نيل شهادة ماجستر ، قسم علم النفس، غزة .

5- أسماء عزالدين حسنين أحمد،(2021)، **برنامج معرفي سلوكي لخفض ادمان تصوير الذات (السليفي) لدى العينة من طلاب الجامعة من ذوي اضطراب الشخصية النرجسية** المجلة العلمية، العدد السابع و الثلاثون .

6- الجر عتلي.ع وريجينا.م. وصخر.ع. وقاسم.خ.،(2020) ، **عينات البحث وانواعها** البحث والمنهجيات العلمية، الجلسة العملية الرابعة والخامسة.

7-الحسيني هلال.ا وعبد جلال أبو.ح ، (2017)، **المعتقدات الخرافية لدي عينة من مختلف سمات الشخصية من طلاب الجامعة** ، المجلد، 67، العدد الثالث الجزء الأول.

8- الدسوقي مجدي.م، (1999)، **الاليات الدفاعية من حيث علاقاتها بعدد من الاضطرابات النفسية لدى عينة من الشباب الجامعي من الجنسين**، القاهرة.

9- السيد عبد الرحمان.م ،(1997)، **نظريات الشخصية**، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.

10- السيد عبد الرحمن.م، (1998)، **نظريات الشخصية** ،دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.

11- العربي حران.د و عويسي.أ.خ،(2020)، **مقاربة النطرية حول الطب الشعبي في الجزائر بين إحتواء النودج الثقافي و نمط الحياة الاجتماعية**، مجلة البحاث في العلوم الإنسانية و الإجتماعية ،جامعة الأغواط الجزائر .

12- القرعان.م والشريفين.أ والرفاعي.ع، (2021) ، **اضطراب الاكتئاب الجسيم لدى طلبة الجامعات الأردنية انتشاره وميكانيزمات الدفاع المتنبئة به**، المجلة الأردنية في العلوم التربية ، مجلد 17، عدد4.

13- المعلوف.إ.ع، (2012)، **تاريخ الطب عند الأمم القديمة و الحديثة**، دار هنداوي لنشر و التوزيع .

14- الميلادي.ع.م، (2006)، **الشخصية وسماتها**، مؤسسة شباب الجامعة ، اسكندرية.

15- الناجي.م و مهلة.م، (2016)، **فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات وتخفيف الاكتئاب لمرض الاكتئاب الخالي من الاعراض الذهانية بمستشفيات الصحة النفسية بولاية الخرطوم**، مجلة العوم التربوية.

16- ايليفيتش وجليسر، (بدون سنة)، **قائمة ميكانيزمات الدفاع** ، كلية التربية النوعية جامعة المنوفية، مصر.

17- بالحاج ، (2017)، **محاضرة بعنوان الميكانيزمات الدفاعية**، المركز الجامعي بالحاج عين تيموشنت ، قسم علم النفس.

18- برزوان.ح ،(2016)، **الرضا المهني والكفاءة المهنية لدى الاخصائي النفسي العيادي في الجزائر**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، العدد 27.

19- بن إبراهيم حريزي.م وغريبي.ص، (2013)، **دراسة نقدية لبعض المناهج الوصفية وموضوعاتها في البحوث الاجتماعية والتربوية والنفسية**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد13 ، الجزائر.

20- بن فرج الله بخته، (2017)، **واقع الاضطرابات العقلية في الجزائر**، الوادي، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، العدد04.

21- بوعلاقة ف.ز،(2020)، **العلاجات النفسية ذات المنحنى التحليلي**، محاضرات السنة الثالثة ، علم النفس العيادي .

22- بركات.ز.و كفاح.ح ،(2006)، **الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه**، مجلة شبكة العلوم النفسية 9.

23- بوعيشة.ف، (2020)، **محاضرات العلاجات النفسية** ، جامعة يحي فارس ، المدية.

24- جابر عبد الحميد.ج ، (1999)، **نظريات الشخصية: البناء الديناميات النمو طرق البحث التقويم**، دار النهضة العربية للطبع والنشر والتوزيع ، القاهرة.

25- جابر هاشم، و باقر عبد الهادي عبد الرسول. (2018)، **آليات الدفاع النفسي لدى طلبة جامعة الكوفة**، قسم العلوم التربية والنفسية ، العراق، مجلة الجامعة العربية الامريكية للبحوث ، مجلد4 ، العدد 1.

26- جبارة الاغا.ب، (2009)، **دراسة السمات مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي**، لنيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس ، غزة.

27- جوايبية.م، بوتفتوشات.ح ، (2022)، **التصورات الاجتماعية حول طرق علاج الاضطرابات النفسية لدى الطالب الجامعي**، مجلة الدراسات إنسانية واجتماعية، المجلد 11 العدد 02،وهران.

28- حريز.أ وسليماني.ص، (2019)، **الحماية القانونية للطفل المصاب باضطراب عقلي أو نفسي**، مجلة أبعاد او مختبر الابعاد القيمية للتحولات الفكرية و السياسية بالجزائر وهران، المجلد05، العدد02 .

29- حسام.إ.هـ. وعبد العزيز.م.إ،(2021) ، **برنامج معرفي سلوكي لخفض ادمان تصوير الذات (السليفي) لدى عينة من طلاب الجامعة من ذوي اضطراب الشخصية النرجسية** المجلة العلمية ، الوادي ، الدد السابع والثلاثون.

30- حسين أحمد.د و عيد عوض الله.أ،(2021)، **تأثير برنامج تأهيل بمصاحبة الحجامة على تخفيف ألام خشونة الركبة** ، مجلة العلمية للتربية البدنية و العلوم الرياضة،العدد92 (الجزء 1).

31- حمدان الدهيسات.ع ، (2016)، **مدى استخدام ميكانيزمات الدفاع لدى طلبة المرحلة الثانوية وعلاقتها بالرضا عن الذات في لواء القصر**، ماجستير ، الارشاد النفسي والتربوي.

32- حمو.م وبلعباس. ن، (2008)، **تقييم فاعلية العلاج النفسي من منظوري.** الاخصائي العيادي بمستغانم، مجلة علم النفس، العدد 01.

33- خليفة اللطيف.ع، (1987)، **المعتقدات والاتجاه نحو المرض النفسي**، مجلة علم النفس، مجلد01، العدد96.

34- دغمان.س ومهاوات .ع.ق،(2015)،**الحجامة دراسة فقهية حديثة معاصرة** ،جامعة الحمة لخضر_الوادي.

35- راجح عبد الجبار سليمان.م، (2018)، **الضغوط النفسية وعلاقتها بحيل الدفاع النفسي و الاضطرابات جسدية الشكل لدى طلبة جامعتي النجاح الوطنية** ،وبيرزيت ، ماجستير فلسطين.

36- ركزة.س و مهداوي.س ومهلل.ز ، (2016)، **أهمية قياس الشخصية في علم النفس وبعض المشكلات المؤثرة فيه**، مجلة العلوم النفسية والتربوية ، الجزائر.

37- رويحة.أ،(2009)،**التداوي بالأعشاب طريقة علمية تشمل الطب الحديث و القديم** دار القلم، الطبعة السابعة.

38- سرور.ع.م.ع، (2008)، **فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي مصمم لخفض مستوى الرهاب الاجتماعي**، قسم علم النفس الصحي، لنيل شهادة دكتوراه الفلسفة لعلم النفس الصحي ، السودان.

39- شميسة.ع. ر، (2019)، **فعالية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون**، مجلة المفكر، المجلد5، العدد الأول.

40- صهيب.خ. وعبد الناصر.م. القرالة.ا.ص. ،(2017)، **ميكانيزمات الدفاع المستخدمة لدى المتأخرين دراسيا من طلبة المرحلة الثانوية وعلاقتها بكفاءتهم الذاتية الاكاديمية** العلوم التربية ، العلوم التربوية، العدد 01.

41- عبد الخالق.أ،(1982)، **الاتجاه نحو المرض العقلي لدى عينة من الطالبات علم النفس** ، مجلة بحوث السلوك والشخصية، المجلد02، العدد97.

42- عبد السلام زهران.ح، (2005)، **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، نشر وتوزيع طباعة، القاهرة، الطبعة الرابعة.

43- عبد اللطيف الشمالي.ن،(2015)، **العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المرضى المترددين على مركز غزة المجتمعي**، لتيل شهادة الماجستير في التربية تخصص الصحة النفسية والمجتمعية.

44- عتلي.ع.ج وريجينا م. وصخر.ع و قاسم.خ، (2020)، **معايير تقويم البحث العلمي** البحث و المنهجيات العلمية.

45- عزى صالح ن. وصادقي ف ،(2019) ، **العلاج المعرفي السلوكي(مقاربة نظرية حول نظرية ارون بيك وجيفري يونغ)**، مجلة افاق علمية، المجلد 11، العدد 03 .

46- عقباني.ر وبزايد.ن ،(2022)، **علاقة السمات حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى بمهارة التعاطف لدى مساعدي التمريض المتربص** (دراسة ميدانية بمدارس التكوين الشبه الطبي) ، وهران ، المجلد 15،عدد 1، دراسات نفسية تربوية .

47- عيسى.أ،(2012)، **التداوي بأعشاب بين الحقيقة و السراب**، دار الجمهورية لصحافة

48- فايد.ح،(2005)، **العلاج النفسي (اصوله، تطبيقاته، اخلاقياته)**، مؤسسة طبية للنشر وتوزيع، القاهرة، الطبعة1.

49- فهد عقاب المطيري. ج، (2019)، **العلاقة بين السمات الشخصية والشعور بالخزي وأسباب التماس المساعدة النفسية واتجاهات طلب الجامعة نحو الارشاد النفسي**، جامعة عين الشمس 69، مجلة كلية التربية، العدد 43 (الجزء 4).

50- قويدر.ب.أ،(2011)، **التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد**، رسالة دكتوراه علوم ن قسم علم النفس وعلوم التربية و الارطوفونيا.

51- كبداني.خ وديبون.م ، (بدون سنة)، **الأركان السبعة لنظرية الميكانيزمات الدفاعية حسب فيبي كرامير** .

52- كاظم.م الجيزاني.ج، (2009)، **علاقة الذكاء بآليات الدفاع النفسي، جامعة البصرة كلية التربية الأساسية** ، ميسان ، قسم التربية وعلم النفس ، الجلد السابع، العدد الرابع عشر.

53- لحول.ف ، (2021)،**عوامل الشخصية المنبئة بمستوى الاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الخاصة** ، مجلة العلوم النفسية والتربوية ، الجزائر .

54- لطفي مخدوم. أ،(2015)، **نظريات الشخصية**، طبعة الأولى ، دار الحامد لنشر والتوزيع ، الأردن ، عمان.

55- لنصاري.م، (بدون سنة)، **الطب الشعبي بين السوسيو ثقافية و تحديات النسق الطب الحديث** ، شبكة ضياء للمؤتمرات و الدراسات ، تمنراست .

56- مانكة.ل، (1970)، **التداوي بأعشاب في مصر القديمة**، مكتبة مدبولي ،القاهرة .

57- متوالي.أ.م،(2005)، **الطب البديل** ،دار بن جوزي، القاهرة.

58- مصطفى شحدة أبو رزق.م، (2011)، **السمات الشخصية لذوي صعوبات التعلم وعلاقتها بالانتباه وبعض المتغيرات**، لنيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس الصحة، غزة.

59- محمد سيد إسماعيل.ح ، (2019)، **العلاقة بين بعض حيل الدفاع والتفكير المجرد لدى عينة من الطالبات المراهقات** ، المجلد 5، العدد02.

60- محمد عباس محمد ، (بدون سنة)، **العوامل الخمسة الكبرى** ، مجلة البحوث التربوية النفسية، مركز الدراسات التربوية و الأبحاث النفسية، بغداد، العدد30.

61- محمود علاء الدين.ج، (2017)، **اتجاهات الطلبة نحو السعي للمساعدة النفسية دور عوامل الشخصية**، العلوم التربية ، المجلد 38، ملحق4.

62- محمودي.ي، (2014)، **الأعشاب الطبية من الحديقة النبوية**، دار الإمام مالك للكتاب، الطبعة الرابعة.

63- مرسلينا ش. ح. ، 2017،**حركة العينين السريعة والمتتابعة وإعادة المعالجة في الاضطرابات التالية للصدمة،** مجلة نفسية،العدد15 ، سوريا.

64- مشري.ا، (2021)، **علاقة التداعي البصري الحركي ومستوى أداء مهام الاملاء عند ذوي عسر القراءة بالعلاج النفسي و الأرطوفونيا،** مجلة دراسات في علم الأرطوفونيا وعلم النفس العصبي، المجلد 06، العدد01، البليدة.

65- منصوري .م، (2016)، **الاخصائي النفسي العيادي بين التكوين الجامعي و الممارسات العملية،** مجلة الهقيقة، العدد 39، وهران.

66- موتح.ن و عرعار.س، (2022)، **سمات الشخصية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية بمدينة الاغواط،** مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 16، العدد01.

67- ناصر محمد بن حجاب .م، (2011)، **عوامل الشخصية الستة عشر وعلاقتها بإدمان الامفيتامينات** ، ماجستير، الرياض.

68- ناصر .ن، (2018)، **ثقافة العلاج الشعبي،** مجلة العلوم الإنسانية الإجتماعية.

69- نبار .ر، (2018)، **وصمة المرض النفسي ونتائجها السلبية على المريض النفسي** مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية، العدد 28،الوادي.

70- نحوي .ع، (2010)، **العلاج النفسي عن طريق البرمجة العصبية اللغوية** ، جامعة اخوة منتوري، قسنطينة.

71- نهاد بوزغاية و بركو مزوز، (2021)، **سمات شخصية المراهقين المصابين بالسكري النوع الأول وفق نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية** ، مجلة العلوم الإنسانية لجامعة ام البواقي ، العدد2 .

72- هناء الرقاد.خ،(2017)، **نظريات الشخصية وقياسها** ،دار المأمون للنشر والتوزيع ،عمان.

73-الجوزية،ا.ق، (2006)، **الطب النبوي**، دار ابن جوزي القاهرة، الطبعة الأولى.

74-الدين الزواوية .ج،(2011)، **تمثلات العلاج التقليدي والعلاج الطبي وعلاقتها بعملية التطبيب** ، مذكرة التخرج لنيل شهادة الماجستير ، جامعة وهران ، السانيا.

75-بلخير.ف وماحي .إ ، (2018)، **الحرمان الاسري ببعض سمات الشخصية لدى المراهق المتمدرس**، المجلد التاسع، العدد الأول ، وهران.

76-رضوان، (2007)، **الصحة النفسية**، دار المسيرة للنشر و التوزيع، الأردن.

77-شين.س، (2015)، **التصورات الاجتماعية للطب الشعبي** ، تخصص علم الاجتماع لتنمية، لنيل شهادة دكتوراه .

78-عادل هريدي .م،(2011) ، **نظريات الشخصية**، للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية القاهرة.

79-لويس كامل .م.، (2009)، **العلاج النفسي** ،دار الفكر ناشرون وموزعون ،طبعة1 عمان.

80-مسعد .ح. م، (2013)، **الرقية الشرعية**، دار العلماء.

81-منتهى مطشر.ع.ص،(2011)، **أنماط الشخصية على وفق نظرية الانيكرام والقيم والذكاء الاجتماعي**، دار صفاء للنشر والتوزيع، طبعة الأولى ،عمان.

82-ناصر ن، (بدون سنة)، **الطب الشعبي في المجتمع الجزائري**، جامعة تلمسان .

-المراجع الأجنبية :

83 -Agnieszka.s & katarzyna w. & Andrzej.k, (2006),the corrective experience of values in psychotherapy its relations with the change of defense mechanisms and symptom intensity in a course of short-tem psychodynamic group psychotherapy , medical university of warsaw.

84- Anymery.c & jocelyn.r,(2013), place et role des psychologue établissement de santé , ehfsp, santé public.

85-Brynne M. Mulloy,(2013), Immature Defense Mechanisms, Somatization, and Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A Reinvestigation of the Psychoanalytic Theory of Somatization, A Dissertation Submitted to The Faculty of the College of Arts and Science In Candidacy for the Degree

86- caroline.d,(2011), le psychologue en service de psychiatrie, Elservier Masson SAS .

87- henning.s & verena.w isa sammet and Johannes & ehrenthal, (2007), self-reported defense mecanisms as an outcome measure in psychotherapy a study on the german version of the defense style questionnaire DSQ40, the british psychological society.

88- laconi & cailhol & pourcel, thalamas, laperyre-mestre & charbol, (2015), relation entre mécanisme de défense et alliance thérapeutique , toulouse France.

89- levson h ,(2004), opinions about mental illness in the personal of tow large mental hospital, journal of abnormal and social, psychology, 162(3).

90- merkel r ,(1986), the effect of patients beliefs about their illness on compliance in psychotherapy, the American journal of psychiatry, 43(3) .

91-Smith , M.D. (2003) . The psychology of the " psi - conducive " experimenter : Personality , attitudes toward psi , and personal psi experience . Journal of Parapsychology , 67 , 117-128 .

921-sychology ,. Miklouslić I , Mlačić B , Milas G. (2012) Paranormal beliefs and personality raits in Croatia . Journal for General Social Issues ; 21 : 181-201 . T & Ehrenbera.

93- Vyse , S. A. (1997). Believing in magic : The psychology of superstition . New York : Oxford University Press .

94- walker ,(1993), opinions about mental illness in related with som varaiables , psychology reports, 11(1).

95- Williams , E. , Francis , L. J. and Robbins , M. (2007) , Personality and Paranormal Belief : A Study among Adolescents . Pastoral Psychology , 56 (1) : I 9-14

قائمة الملاحق

ملحق رقم (01)

الخصائص الديمغرافية

جامعة مولود معمري تيزي وزو

قسم علم النفس

في صدد إعداد مذكرة التخرج ماستر2 في علم النفس العيادي، حول موضوع ميكانيزمات الدفاع ودور الشخصية في اختيار نوع العلاج (علاج نفسي وعلاج تقليدي) ،نشكرك على الإجابة عن فقرات المقياس الاتي بعد قراءتها بعناية وتحديد وجهة نظرك الشخصية عليها بالموافقة أو عدمها.

بيانات الشخصية:

-**الجنس:** ذكر ☐ انثى ☐

-**العمر:** ☐

-**مستوى الدراسي:** جامعي ☐ ثانوي ☐ متوسط ☐

ابتدائي ☐ بدون مستوى ☐

-**التخصص:** علمي ☐ أدبي ☐

-**مستوى الاقتصادي:** عامل يومي ☐ موظف ☐ عامل حر ☐

عاطل عن العمل ☐ متقاعد ☐ طالب ☐

-**هل سبق وان طلبت المساعدة من:**

-معالج نفسي: (مختص نفسي ☐ طبيب عقلي ☐)

-معالج تقليدي: (رقية ☐ تداوي بالأعشاب ☐)

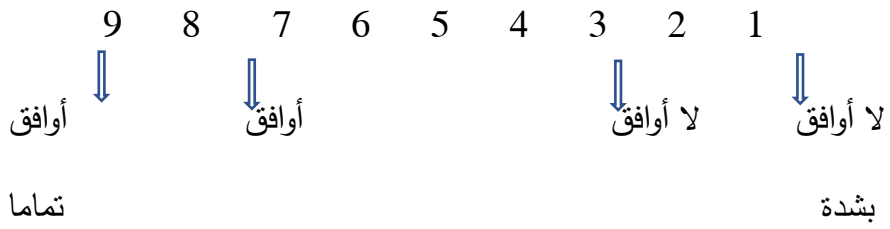
الملحق رقم (2)

مقياس الميكانيزمات الدفاعية

28-DSQ(charbol,2013)

تعليمة:

يتكون هذا الاستبيان من عدد من العبارات حول المواقف الشخصية. لا توجد اجابات صحيحة أو خاطئة. باستخدام مقياس 9 نقاط ، يرجى الإشارة إلى الدرجة التي توافق عليها مع كل عبارة عن طريق الدوران أو وضع علامة على أحد الأرقام. على سبيل المثال ، تعني الدرجة 3 أنك لا توافق على العبارة بشكل معتدل ، وتعني النتيجة 9 أنك توافق بشدة.



رقم	بنود	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	أشعر بالرضا من مساعدة الآخرين وسأصاب بالاكتئاب إذا لم أستطع فعل ذلك بعد الآن.									
2	أنا قادر على ترك المشكلة جانبا حتى يتوفر لدي الوقت للتعامل معها.									
3	أتغلب على قلقي من خلال القيام بأنشطة بناءة وابداعية مثل الرسم او النجارة.									
4	أستطيع أن أجد سببا جيدا لكل ما أفعله.									
5	أستطيع أن أضحك على نفسي بسهولة.									
6	إذا هاجمني شخص ما وسرق أموالي ، فإنني أفضل أن يتم مساعدتهم بدلا من معاقبتهم.									

7	يقول الناس انني أميل الى تجاهل الحقائق غير السارة والتظاهر بانها غير موجودة.									
8	غالبًا ما أتصرف بدون تفكير عندما يزعجني شيء ما .									
9	أصاب بالمرض الجسدي عندما لا تسير الأمور على ما يرام بالنسبة لي.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	أشعر بالرضا من تخيلاتي أكثر من الرضا عن الحياة الحقيقية.									
11	هناك دائما مبررات جيدة عندما لا تسير الأمور على ما يرام بالنسبة لي.									
12	أجد الحلول في تخيلاتي أكثر من الحياة الواقعية.									
13	أنا لا أخاف من أي شيء .									
14	أحيانًا أعتقد أنني ملاك ، وأحيانًا أعتقد أنني شيطان .									
15	أتصرف بعدوانية عندما أتألم.									
16	لدي دائما شعور بأن شخصا ما حولي يراقبني مثل الملاك الحارس.									
17	بالنسبة لي ، الناس إما طيبون أو سيئون.									
18	إذا أزعجني مسؤولي في العمل ، فقد أرتكب خطأ في وظيفتي أو أبطأ في العمل للانتقام.									
19	أعرف شخصًا صادقا وعادلاً تمامًا .									
20	يمكنني التحكم في مشاعري إذا كان سمحت لها بالظهور يمكن أن يضطرب ما أفعله .									
21	عادة ما أتمكن من رؤية الجانب الممتع من المواقف المؤلمة .									

22	أصاب بصداع عندما يتوجب على القيام بشيء لا أحبه.									
23	غالبًا ما أجد نفسي أكون لطيفا مع الأشخاص الذين لدي كل الحق في أن أغضب منهم.									
24	عندما أضطر إلى مواجهة موقف صعب ، أحاول أن أتخيل كيف سيحدث الأمر وأخطط لطرق التعامل معه.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25	إذا كان بإمكاني توقع أنني سأكون حزينًا ، فانا قادر على التعامل بشكل أفضل مع ذلك.									
26	غالبًا ما ألاحظ بأنني لا أشعر بأي شيء ،في حين أن الموقف يتطلب المشاعر القوية .									
27	التركيز على العمل الذي أقوم به يساعدني على عدم الشعور بالاكتئاب أو القلق .									
28	إذا كانت لدي فكرة عدوانية ، أشعر بالحاجة لتصحيحها.									

الملحق رقم (03)

مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

BIG5(كوستا ماركي)

تعليمة:

ستجدد عددا من المؤهلات التي قد تنطبق عليك على سبيل المثال ، هل توافق على أن تكون شخصا يستمتع بقضاء الوقت مع الاخرين ؟ أكتب قبل كل عبارة الرقم الذي يشير الى مدى موافقتك او عدم موافقتك على العبارة .

1-لا أوافق بشدة (je ne suis pas d'accord à 100%)

2-لا أوافق الى حد ما (je ne suis pas d'accord à 70 %)

3- أوافق ولا يوافق (je ne suis pas d'accord au même temps je suis d'accord à 50%)

4-يوافق قليلا (je suis d'accord à 70 %)

5- يوافق بقوة (je suis d'accord à 100 %)

الرقم	البنود	1	2	3	4	5
1	أرى نفسي كشخص ثرثار					
2	أرى نفسي كشخص يميل الى انتقاد الأخرين					
3	أرى نفسي كشخص يتعامل بضمير					
4	أرى نفسي كشخص مكتئب					
5	أرى نفسي كشخص مبدع، ولديه أفكار مبتكرة					
6	أرى نفسي كشخص منعزل					
7	أرى نفسي كشخص مساعد ،وغير اناني مع الأخرين					
8	أرى نفسي كشخص مهمل في بعض الأحيان					

9	أرى نفسي كشخص هادئ ،يسيطر على التوتر بشكل جيد					
10	أرى نفسي كشخص يهتم بمواضيع كثيرة					
11	أرى نفسي كشخص مليء بطاقة					
12	أرى نفسي كشخص يتجادل بسهولة مع الأخرين					
13	أرى نفسي كشخص يمكن الاعتماد على عمله	1	2	3	4	5
14	أرى نفسي كشخص يمكن ان يكون قلقا					
15	أرى نفسي كشخص واسع الحيلة.					
16	أرى نفسي كشخص ينقل الكثير من الحماس					
17	أرى نفسي كشخص متسامح بالطبيعة					
18	أرى نفسي كشخص يميل الى ان يكون غير منظم					
19	أرى نفسي كشخص يقلق كثيرا					
20	أرى نفسي كشخص لديه خيال كبير					
21	أرى نفسي كشخص يميل الى الهدوء					
22	أرى نفسي كشخص يثق بالأخرين بشكل عام					
23	أرى نفسي كشخص يميل للكسل					
24	أرى نفسي كشخص ليس من سهل ازعاجه					
25	أرى نفسي كشخص ابداعي (مبتكر)					
26	أرى نفسي كشخص ذو شخصية قوية، ويتحدث بثقة					
27	أرى نفسي كشخص يقلل من شأن الأخرين والاستهزاء منهم.					
28	أرى نفسي كشخص مثابر حتى تنتهي المهمة					
29	أرى نفسي كشخص متقلب المزاج					

30	أرى نفسي كشخص يستمع بالنشاطات الفنية والجمالية					
31	أرى نفسي كشخص خجول .					
32	أرى نفسي كشخص لطيف مع الجميع ويراعي ظروفهم.	1	2	3	4	5
33	أرى نفسي كشخص يكون فعالا في عمله					
34	أرى نفسي كشخص يبقى هادئ في المواقف الصعبة					
35	أرى نفسي كشخص يفضل العمل الروتيني البسيط					
36	أرى نفسي كشخص اجتماعي ومتفتح مع الأخرين					
37	أرى نفسي كشخص أحيانا يكون وقحا مع الاخرين					
38	أرى نفسي كشخص يضع الخطط ويتابعها					
39	أرى نفسي كشخص يتوتر بسرعة					
40	أرى نفسي كشخص يحب التفكير					
41	أرى نفسي كشخص لا يهتم بالفن					
42	أرى نفسي كشخص يتعاون مع الاخرين					
43	أرى نفسي كشخص يفقد التركيز					
44	أرى نفسي كشخص لديه معرفة جيدة بالفن او الموسيقى والادب					

45	أرى نفسي كشخص يبحث عن المشاكل الاخرين					

الملحق رقم 04: مقياس الاتجاه نحو المرض العلاج النفسي

(بركات زياد و حسن كفاح)

تعليمة:

ان هذه الفقرات ليس لها إجابة صحيحة أو خاطئة وإنما تعكس اتجاهك الموضوعي نحو المرض والعلاج النفسي ،كما وأطمئنك بأن إجابتك هي فقط لغرض البحث العلمي ولك جزيل الشكر.

الرقم	البنود	اوافق	الى حد ما	لا اواقف
1	نظرتي للمرض النفسي هي ذاتها لاي مرض اخر.			
2	من الخطأ أن يلجأ المريض النفسي للعرافين لحل مشكلاته النفسية.			
3	لا أتردد لطلب العلاج النفسي إذا واجهتني مشكلة أو أزمنة نفسية.			
4	لا أشعر بالحرج عند الحديث عن مشكلاتي النفسية.			
5	يضايقني أن أرى بعض الأفراد يخجلون من طلب المعالجة النفسية.			
6	لا أشعر بضيق أو اشمئزاز عندما أرى مريض نفسيا.			
7	مجرد ذهاب المريض النفسي لعيادة المعالج (الطبيب) النفسي يشعر بالراحة و الاطمئنان.			
8	المرض النفسي مثل أي مرض لا يستدعي إخفائه أو الخجل منه .			
9	يجب عدم التردد من مراجعة المعالج (الطبيب) النفسي حتى ولو كانت المشكلة التي نواجهها بسيطة.			

10	المريض النفسي كغيره من المرضى له الحق في العلاج والرعاية الصحية .			
11	من الصعب علي التقبل أن يقال عني مريض نفسي (مجنون).			
12	أعتقد أن للشياطين والأرواح أثر في المرض النفسي والعصبي.			
13	أفضل الذهاب للعرافين والمشعوذين بدل المعالج (الطبيب) النفسي لحل مشكلتي النفسية.	أوافق	الى حد ما	لا أوافق
14	الأزمات الشديدة والمزمنة فقط هي التي تحتاج الى العلاج النفسي.			
15	الحل الأمثل للمريض النفسي هو حبسه حتى لا يؤذي غيره.			
16	دراسة الطب النفسي مضيعة للوقت وهدر للجهد.			
17	أنزعج كثرا عندما أرى مريض نفسيا.			
18	أعتقد بخطورة الأدوية العلاجية التي يصفها أطباء النفس و الأعصاب.			
19	نادرا ما يستفيد المريض من مراجعة عيادات الطب النفسي.			
20	ما يخيفني من مراجعة الطبيب النفسي هو نظرة الناس عندما يعرفون ذلك.			