

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية

- مطبوعة بيداغوجية -

الأطر النظرية المفسرة للاضطرابات النفسية

موجه لطلبة السنة الأولى ماستر علم النفس العيادي

من إعداد

الدكتورة غراب رحمة

السنة الجامعية: 2026/2025

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
1	مقدمة
2	1- مدرسة التحليل النفسي
2	1-1 التعريف بالمدرسة
3	2-1 مراحل النمو اللببيدي
8	3-1 الآليات الدفاعية
12	4-1 بنية الشخصية
15	2- المدرسة السلوكية
15	1-2 الاشراف البسيط
20	2-2 الاشراف الاجرائي
20	3-2 السلوكية المعرفية
21	4-2 التعلم الاجتماعي
25	3- المدرسة المعرفية
25	1-3 تفسير الاضطراب النفسي عند بعض النظريات المعرفية
30	4- المدرسة الإنسانية
32	1-4 ابراهام ماسلو
33	2-4 كارل روجرز
36	5- تصنيف الاضطرابات النفسية
36	1-5 مفهوم التصنيف
36	2-5 أهداف التصنيف
39	3-5 نماذج من التصنيفات التشخيصية العالمية
45	4-5 تصنيفات أخرى
48	قائمة المراجع

مقدمة:

تعدّ فهم الأسباب الجذرية للاضطرابات النفسية الركيزة الأساسية التي يقوم عليها علم النفس السريري والطب النفسي، إن الاضطراب النفسي، بمظاهره المعقدة والمتغيرة، نادراً ما يكون نتاج سبب واحد ومباشر، بل هو محصلة لتفاعل عوامل متعددة. ولهذا، ظهرت عبر التاريخ أطر نظرية (Theoretical Frameworks) مختلفة، تُشبه عدسات متنوعة، يحاول كل منها تقديم تفسير متماسك ومنطقي لكيفية نشأة وتطور واستمرار هذه الاضطرابات. وتتنوع هذه الأطر النفسية من التحليلية كالصراعات اللاشعورية إلى أنماط التفكير والسلوك المكتسب عند السلوكيين وتصحيح المعتقدات والأنماط المعرفية الخاطئة عند المعرفيين إلى عدم تحقيق الذات عند الانسانيين. وقد فسرت هذه النظريات على وجه العموم الاضطراب النفسي على وجود خلل أو انحراف في عملية أساسية تعوق الصحة النفسية لدى الأفراد.

1- مدرسة التحليل النفسي:

1-1 التعريف بالمدرسة: يعد فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي حيث كان فرويد طبيب

أمراض عصبية يبحث في التشريح للأدمغة ومما تتكون وكيفية علاجها بالعقاقير الطبية، ومن

خلال مراجعات المرضى لعيادته في فيينا لاحظ فرويد ظاهرة وهي ما كان يسمى قديماً بالشلل

الهستيرى والذي تغير اسمه إلى العصاب التحولي وهو عبارة عن شلل بأحد أعضاء الجسم أو

فقدان البصر أو السمع أو أحد الحواس، وأنه ليس هناك أي سبب عضوي لهذا المرض وهذا

ما أثار الفضول العلمي لدى فرويد، مما جعله يتأكد بأن هناك أمراض ناتجة عن أسباب غير

عضويه، وعندما حاول فرويد علاج هذا المرض استخدم في علاجه عدة طرق منها التداعي

الحر أو التفريغ الانفعالي، والتنويم المغناطيسي، وتحليل الأحلام، والكتابة ولاحظ أن هناك

تحسن ملحوظ في حالات الشلل الهستيرى ثم بدأ بالبحث وإصدار النظريات حول التحليل

النفسي وأطلق على مدرسته مدرسة التحليل النفسي. وتتلخص نظرية فرويد حول سلوك الإنسان

بأنها عبارة عن ثلاث أجزاء (الهو و الأنا و الأنا الأعلى) ولكل منهم وظيفته، فالهو عبارة

عن الحاجات البيولوجية الأولية للشخص كالأكل والنوم والجنس ولا عقل لها تفكر به وتميز

بين ما هو صحيح أو خطأ ولكنها فقط تطلب من الشخص حاجاتها وبالذات الحاجات الجنسية

ولكن بأشكال مختلفة، فاللذة الجنسية لدى نظرية فرويد تكمن في كل أجزاء الجسم سواء عن طريق الأكل ومضغ ومص الطعام أو حضن الأم للطفل أو عملية الإخراج أو اللمس الجسدي وهو قائمة على مبدأ اللذة فقط وتحقيقها، تماما كالطفل عندما يحتاج أي شيء كالأكل أو الإخراج أو الحضن دون التفريق بين الحق والباطل والوقت المناسب وغير المناسب، أما الأنا فهي عبارة عن مدركات الشخص للواقع من حوله وتنمو الأنا مع التنشئة الاجتماعية للطفل فيبدأ يميز وما هو ممكن تحقيقه أو ما لا يمكن تحقيقه، وتسعى الأنا إلى التوفيق بين الواقع ومتطلبات الهو والوقت والطلب المناسب وكيفية تحقيقه، أما الأنا الأعلى فهي ضمير الإنسان ومعرفة ما يجوز وما لا يجوز، وهي التي تضغط على الأنا بتحديد طلبات الهو فيما بالموافقة وإما الرفض أو الموازنة.

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

1-2 مراحل النمو الليبيدي:

1-2-1 المرحلة الفموية: خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل يعتبر الفم المكان الأساسي

لإحساسات اللذة، فالرضيع يشعر بهذه اللذة حينما يمتص ثدي أمه أو الرضاعة، ثم يبدأ شيئاً فشيئاً في امتصاص إبهامه، وبذلك ينتقل مركز اللذة من الثدي إلى الإبهام، نفهم من ذلك أن عملية الامتصاص تصبح أداة ومحركاً لهذه اللذة مع الإشارة إلى أن الموضوع الأصلي للرغبة هو ثدي الأم الذي ينتج الإشباع اللببيدي المتمركز أساساً على الحاجة الفيزيولوجية للتغذية.

في حوالي الشهر الثامن إلى العاشر من حياة الرضيع، وهي الفترة التي تبدأ فيها أسنانه الأولى في الظهور، يصبح نشاطه الفمي أكثر فعالية أكثر عدوانية، فيبدأ في عض كل الأشياء التي يصادفها، وعض والديه والأطفال الآخرين أيضاً، وهو ما يعرف بالمرحلة الفموية السادية، فعن طريق الفم يدخل الرضيع في علاقة مع العالم الخارجي حيث يعتبر وسيلة فهم وإدراك لهذا العالم. (بوزيان، 2006، ص 44)

1-2-2 المرحلة الشرجية: تمتد هذه المرحلة على طول السنة الثانية من حياة الطفل ونستطيع

أن نقول إنها سنة تركز أساساً على التحكم والاستيلاء والامتلاك. المنطقة الشبقية (منطقة اللذة) في هذه المرحلة تتمركز أساساً حول الشرج، وتمتد إلى داخل الجسد كله، فموضوع النزوة هو الفضلات التي يطرحها الرضيع، وهو عبارة عن موضوع تبادل الهدف من وراء هذه النزوة،

ليس فقط الإخراج وإنما يمتد أيضا إلى العملية المتضادة والمتناقضة للاطراح، والمتمثلة في

عملية الإمساك.(سليم ، 2002، ص49-52)

1-2-3 المرحلة القضيبية: تمتد هذه المرحلة من السنة الثالثة إلى الثالثة تشكل حلول الطفل

لمشكلاته المرتبطة بالمراحل الفمية والشرجية نموذجا لحل مشكلات التوافق المقبلة، ويستمر

هذا النموذج في المرحلة القضيبية وتسمى بذلك ألن امتلاك الأولاد للقضيب وافتقاد الفتيات له

يعد اهتمام الأطفال الأساسي تبعا لرؤية فرويد، وتتمركز مشاعر السعادة والاضطراب هنا حول

المنطقة التناسلية وتسبب الإثارة في هذه المنطقة توترات للطفل وتنتج مشاعر السعادة بإزالة

التوترات وتتمثل المشكلة في هذه المرحلة في توجيه الإثارة الجنسية نحو الأب من الجنس

الأخر ويعرف هذا الموقف في الأولاد بعقدة "أوديب" في الأساطير اليونانية قام "أوديب" بقتل

والده والزواج من أمه وقد ركز فرويد على نمو الأولاد بقدر أكبر من الفتيات في المرحلة

القضيبية لأنه يؤمن بأن الصراع يكون أكثر شدة لدى الأولاد، حيث تتكون لدى الولد الصغير

رغبات تجاه أمه لكنه لا يريد أن يشارك والده فيها وفي الوقت نفسه، يخشى الولد من أن يقوم

الوالد بمعاقبته وذلك بخصيه وهروبا من حالة القلق الشديدة، يكبت الطفل كال من رغبته في

أمه وعداوته لوالده.

وتتمثل أهم نتائج حل إشكالية "عقدة أوديب"، في أن الطفل يبدأ يتقمص والده حيث تنمو لديه عاطفة قوية تربطه به، فيكافح أجل أن يكون مثله ويتقمصه في مبادئه وقيمه واهتماماته واتجاهاته، ويمثل هذا التقمص جزءا كبيرا من التنشئة الاجتماعية وعلى وجه الخصوص ينتج عن هذا التقمص نمو الأنا العليا والسلوكيات الملائمة لجنس الطفل وتزيد الأنا العليا من تحكم الطفل في نفسه وتوافقها تجاه أخالق والديه.

كما يعد التقمص حال منطقيًا لحاجات الأنا في هذه المنطقة، حيث يتم إشباع الأنا إشباعًا جزئيًا نتيجة لانخفاض نسبة القلق ويتم الإشباع الجزئي للهو عن طريق تملك الطفل لأمه بدل الأب بشكل غير مباشر بسبب تقمصه له وبمحاولة الطفل لمسايرة دوافعه والتوافق مع محظورات المجتمع، يقوم بتحقيق هدف التسوية الذي يزيد من نضجه النفسي، وقد أكد فرويد أن الفتيات في مقارنة مع الأولاد يواجهن صراعا أقل في شدته أثناء المرحلة القضيبية، وافترض أن البنت تكون لديها رغبة في والدها، فهي تحسده لأن لديه قضيبا تفتقده (تعتبره موهوبا بهذا الشيء) و كما قال فرويد: "إنها تتخذ قرارها وتدلي بحكمها فجأة، فقد رأت هذا الشيء وعرفت أنها تفتقده وتريد لأن تمتلكه"، وتبدأ البنت في الشعور بأنها قد "أخصيت" وفي لوم أمها لهذا العجز لأنها أرسلت بها إلى هذا العلم غير ناجحة بصورة كافية.

وكما هو الحال عند الأولاد، يتيح المجتمع التعبير الكامل عن الرغبة الجنسية نحو الوالدين ولأن عملية "الخصي" غير ممكنة، تشعر البنت بخوف أقل من أمها مما يشعر به الولد تجاه والده، وحيث أن نسبة القلق قليلة وبالتالي تقل نسبة الكبت، لذا فإن تقمص البنت بأمها تكون أضعف من تقمص الولد بأبيه.

وقد استنتج فرويد أن الضمير لدى البنات أضعف منه لدى الذكور وهذا المبدأ لم يؤيده البحث ويرى فرويد أن شخصية الطفل تتكون عن طريق حدوث التقمص وبداية انتهاء المرحلة القضيبية ويتم حل الصراعات بطرق مميزة وتتغير الشخصية ومع وجود تمييز وتغيير أكثر للتركيب الأساسي لها.

1-2-4 مرحلة الكمون: من خمسة سنوات وحتى البلوغ بعد العاصفة الحادثة في الثالث مراحل الأولى، تأتي فترة هدوء نسبي عندما يتم كبت الدوافع الجنسية ولا تظهر أية إثارات جسدية، حيث ينسى الأطفال حاجاتهم الجنسية وتخيلاتهم المتعلقة بالسنوات الأولى ويتحولون بأفكارهم إلى النشاطات المدرسية واللعب مع الأطفال من نفس جنسهم، وهذا هو وقت اكتساب المهارات المعرفية وتمثيل القيم الثقافية، حيث يتسع عالم الأطفال ليشمل الدرسين والجيران والأصدقاء وقادة النادي والمدرسين، وتستمر الطاقة الجنسية في التدفق ولكنها تنتقل إلى

اهتمامات اجتماعية ونحو الدفاع عن الطبيعة الجنسية ونتيجة لذلك يستمر نمو الأنا والأنا العليا.

1-2-5 المرحلة التناسلية: تظهر الدوافع الجنسية التي تم كبتها في مرحلة الكمون من جديد بكامل قوتها كنتيجة لحدوث التغيرات الفسيولوجية المتعلقة بالبلوغ وتندمج هذه الدوافع مع الدوافع القديمة ولكنها الآن تنتقل إلى جنسية البالغ، حيث يصبح حب الآن "غير ذاتي" ويتسم بقدر أقل من الاهتمام بالسعادة الذاتية مما كان في المراحل الأولى كما تتأثر عملية اختيار الشريك بالمواقف والاتجاهات الاجتماعية النامية في السنوات السابقة، فعلى سبيل المثال، قد تختار المرأة شخصية الوالد وعلى الرغم من حتمية وجود بعض أنواع الصرع الداخلي أثناء فترات الحياة إلا أن معظم الناس، يمرون بحالة من الاستقرار النسبي عند نهاية المرحلة التناسلية، وبالمثل تصبح الأنا قوية في التوافق مع الواقع (حقيقة عالم الكبار) من أهم سمات هذه المرحلة التوازن بين الحب والعمل. (عبد الرحمن، 1998، ص 47-58)

1-3 الاليات الدفاعية: الحيل الدفاعية وسائل غير معقولة لمعالجة القلق، ذلك أنها تعتمد على تشويه الحقيقة أو إنكارها أو إخفائها، إنها ال تستهدف حل الأزمة التي يعاني منها الفرد بقدر ما تستهدف الخالص من القلق بخفضه وإنكاره، إنها وسيلة للراحة النفسية الوقتية ولكنها

تعوق النمو النفسي للفرد إنها تعرقل الطاقة النفسية وتعطلها، وأن حققت نجاحا وصارت ذات أثر فعال في تحقيق أغراضها استمرت في استبدالها وسيطرتها على الأنا وامتنعت في إنقاص مرونته على التوافق، أما إذا فشلت في تحقيق أهدافها فيستبدل القلق ولم يعد له من سند يعتمد عليه وهنا يقع الفرد في الانهيار النفسي. (زعرير، 2010، ص 233)

ميكانيزمات الدفاع عبارة عن ردود أفعال ال شعورية دافعية وال إرادية تعمل بطريقة أوتوماتيكية أو الإرادية حينما تكون التهديدات المدركة مؤلمة أكثر من اللازم لدرجة ال يمكن مواجهتها شعوريا وهذه الدفاعات يتم التعبير عنها في صورة استجابات جامدة زائد عن الحد أو غير ملائمة مثل التي تظهر في الخضوع أو التواضع المبالغ فيه أو العطف والشفقة الزائدة عن الحد أو العداوة التي يمكن تمييزها. (إيفيلتش وجليس، 2019، ص 7)

وهناك عدة تصنيفات لآليات الدفاع منها التصنيف وفقا لمستوى التكيف الذي تتمتع به، ابتداء من آليات الدفاع الذهنية التي تتميز بمستوى منخفض من التكيف بآليات الدفاع الناضجة التي تتمتع وانتهاء بأكثر المستويات تكيفا وترتبط تلك الآليات بصحة الفرد النفسية.

الأفراد الأكثر صحة نفسية يستخدمون نسبة أكبر من الآليات الدفاعية الناضجة ونسبة اقل من الآليات الغير ناضجة والعكس صحيح ويمكن التمييز بين آليات الدفاع التكيفية وغير

التكيفية تبعاً آثار استخدامها على الفرد، والغير تكيفية تؤدي إلى إحداث تشوهات وتحريفات في البناء النفسي، وإضعاف العلاقات مع الآخرين على المستوى الاجتماعي أو تشكيل علاقات مرضية غير سوية فهي دفاعات تهدئة مؤقتة إما الدفاعات التكيفية فهي تؤدي إلى الحفاظ على البناء المعرفي للفرد من حالة من الاستقرار والتنظيم والتي تؤدي إلى تشويه أو تحريفه وتؤدي إلى الحد من المشاعر السلبية بطريقة مقبولة وتساعده على أن يكون متكيفاً على المدى البعيد. (الدهيسات، 2016، ص 162)

إن الهدف من تصنيف الميكانيزمات الدفاعية هو ثنائي القطب: من جهة، هو إيجاد الأنماط الدفاعية، ومن جهة أخرى، وضع لغة مشتركة بين الباحثين الذين اتفقوا أغلبهم على هذه الفكرة مع وجود بعض الاختلافات في التصنيف، كما ذهبوا إلى تبني مخطط مشترك يبدأ من الأنماط الدفاعية الأكثر نضجاً وتكيفاً إلى تلك الغير ناضجة وغير متكيفة. ذكرت أنا فرويد أربعة نقاط خاصة بمسألة الميكانيزمات الدفاعية وهي:

- تعقد إمكانية إيجاد تسلسل زمني لها.

- ضرورة وجود شروط مسبقة لظهورها.

- ظهور بعض الميكانيزمات في عمر معين يكون عادي، أما في غير ذلك فقد يكون خطيراً أو مرضياً.

- إمكانية تطور الميكانيزمات خلال الحياة يعطي تسلسل تطورياً فريداً.

(ديبون، 2021، ص 21)

والحيل الدفاعية صنفها عبد الخالق (1993) إلى ثلاث أنواع كما يلي:

1- **حيل خداعية:** كالكبت، التبرير، الإسقاط والتكوين العكسي، العزل.

2- **حيل هروبية:** مثل الأحلام اليقظة، النكوص.

3- **حيل استبدالية:** كالتعويض، التحويل، التوحد.

(المنصور، 2018، ص 56)

قام Bond.M في دراسته باستعمال استبيان للميكانيزمات الدفاعية، وهنا استخراج أربع عوامل

تتعلق كل منها بنمط دفاعي خاص:

- **العامل (1):** يتضمن ستة دفاعات (الانسحاب، الكف، النكوص، المرور إلى الفعل، الاعتداء

غير الفعال والإسقاط) السمة المشتركة بينهم هي القدرة على التفاوض مع النزوات بتحقيق

السلوك الإيجابي.

- العامل (2): تضمن أربعة دفاعات (الانشطار، المثالية البدائية، القدرة المطلقة والاحتقار)

وهو نمط دفاعي موجه نحو التمثل وليس الفعل تشوه الصورة.

- العامل (3): التكوين العكسي، وشبه الآثار (التضحية بالذات).

- العامل (4): يتضمن (الفكاهة، القمع والتسامي) يساهم في التحكم في الصراع وتمثل النمط

التكيفي.

(ديبون، 2021، 22)

1-4 بنية الشخصية: تناول فرويد بناءات الشخصية من جانبيين، حيث تحدث عن البناءات

من حيث أساس تكوينها ووظائفها وتشمل: الهو، الأنا، والأنا العليا، ثم تحدث عنها وعن

محتواها من حيث مدى ارتباطها بالوعي، فقسمها إلى: الشعور، ما قبل الشعور، وأخيرا

اللاشعور.

أ- الهو: وهو النظام الأصلي للشخصية وهو أكثر قوى الشخصية بدائية وهمجية، ويتكون

من كل ما هو موروث سيكولوجيا بما في ذلك الغرائز، ومبدأه هو السعي للحصول على

الإشباع الفوري فلا تأجيل لدوافعه وحاجاته، وهدفه الأساسي الحصول على اللذة، ويتم ذلك

من خلال عمليتين هما:

- الفعل المنعكس: وهو إرجاع ولادية تؤدي إلى خفض التوتر.

- العمليات الأولية: وهي إرجاع سيكولوجية تخفض التوتر بتكوين صورة للموضوع، وهو

لصيق بالإنسان لا يمكن تغييره ولا يتأثر بالخبرة أو التجربة.

ب- الأنا: وهو جزء من الهو انفصل عنه بفعل احتكاكه بالعالم الخارجي ومبدأه الذي يعمل

من خلاله هو الواقع، ولذلك يسعى لإشباع رغبات الهو وفقاً لمقتضيات الواقع ويؤجل الإشباع

الغريزي حتى يتوفر الوقت والظروف الملائمة.

ج- الأنا الأعلى: هو ذلك الجزء من الشخصية الذي يتكون في الطفولة المبكرة من خلال

التعليم السلوكية التي يلقاها الطفل من والديه.

وفيما سماه فروود بدينامية الشخصية يوضح كيفية عمل الهو والأنا والأنا الأعلى وتفاعلها مع

بعضهما البعض ومع البيئة من خلال توضيح النقاط التالية:

1- الطاقة: تأثر فرويد بمبدأ الحتمية الوضعية الذي وصف الكائن البشري كنظام معقد من

الطاقة وهذه الطاقة لا تفقد ولكن يمكن تحويلها من صورة لأخرى وهي المحرك الأساسي لأداء

العمل وإذا كانت هذه الطاقة مرتبطة بأنشطة سيكولوجية كال تفكير والإدراك والتذكر سميت

طاقة نفسية يمكن أن تتحول إلى طاقة فسيولوجية لأداء الأعمال.

2- الغريزة: لقد رأى فرويد أن النشاط الإنساني كله يتحدد بالغريزة، وقد يكون تأثيرها على

السلوك ملتويا ومعقدا وقد يكون مباشرا ونافرا، وافترض فرويد أنه من الممكن إدراج الغرائز

تحت فئتين هما: غرائز الحياة، وغرائز الموت، بحيث تخدم غرائز الحياة غرض الحفاظ على

حياة الفرد وتكاثر الجنس، ويندرج تحت هذه الفئة الجوع والعطش والجنس، أما غرائز الموت

هي غرائز التدمير فتقوم بعملها ومن المشتقات الهامة لها الباعث العدوانى.

ويقسم فرويد الخبرات وفق ثلاثة أبنية من حيث درجة الوعي بها، ترتبط بها البناءات السابقة

الذكر إلى درجة كبيرة، وهي:

أ- الشعور: ويمثل الجزء الواعى من العقل، ويشمل الجزء الأكبر من الأنا (العمليات العقلية

الواعية) فيما عدى ميكانيزمات الدفاع اللاشعورية.

ب- ما قبل الشعور: ويحوى تلك الخبرات التي لا تكون في مركز الوعي إلا أنه يمكن

استرجاعها بشيء من الجهد وأيضا الخبرات في طريقها على الكبت.

ج- اللاشعور: هذا هو الجزء الأهم من وجهة نظر فرويد، حيث يمثل الجزء الأعمق من

العقل والبعيد عن الوعي، حيث تكون محتوياته لا شعورية وعادة ما ترتبط برغبات الأحداث

الماضية والتي ترتبط عادة بالمركبات الأوديبية، المرتبطة بالجنس والعدوان، التي حولت عن

طريق ميكانيزم الكبت من حيز الوعي إلى حيز اللاوعي أي اللاشعور، ولعل من أهم ما قدمه فرويد في هذا المجال هو تفسيره عن ديناميكية وفاعلية الشعور والتي تظهر في ميكانيزمات الدفاع التي تبدأ بميكانيزم الكبت، ثم مجموعة من ميكانيزمات الأنا اللاشعوري التعويضية مثل: الإسقاط، التبرير، الإعلاء، وغيرها، التي تعمل على ضمان استمرارية عملية كبت الخبرات المؤلمة أو غير المقبولة، مع تحقيق نوع من التوازن الناتج عن خفض منسوب القلق كما تظهر هذه الديناميكية في عمل بعض الأجهزة التي افترضها فرويد كجهاز مراقبة الأحلام والذي يعمل من خلال ميكانيزماته الخاصة على تشويه الأحلام لضمان بقاء الخبرات المؤلمة في حيز الشعور. (تمعزوت وطالح، 2016، ص 29)

2- المدرسة السلوكية:

2-1 الاشرط البسيط: يعد العالم الفيزيولوجي الروسي بافلوف صاحب الفضل في ظهور نظرية الاشرط البسيط وقد بدأ دراساته الأولى على الحيوانات إذ قام بدراسة عملية الهضم عند الكلب في المختبر، وقام بقياس مقدار أو كمية اللعاب التي يفرزها الكلب عند اطعامه، وفي أحد الأيام بينما كان يقترب من كلبه وبيده طبق طعام لاحظ أن لعاب الكلب بدأ يسيل فأدرك أن مجرد رؤية الطعام تؤدي إلى إحداث الاستجابة التي تثار حين يلامس مسحوق

الطعام لسان الكلب وقد فسر بافلوف هذه الظاهرة بأن الكلب تعلم توقع تقديم الطعام وان الجرس قد اكتسب القدرة على إسالة اللعاب وقد أطلق هذا على هذا الاكتشاف الجديد اسم

الفعل المنعكس الشرطي.(الفلفلي، 2012، ص 83)

وبهذا اكتشف باب الميكانيزم الأساسي للتعلم الذي هو المنعكس الشرطي وفحواه: إذا اقترن مثير محايد (صوت الجرس) بمثير غير محايد (الطعام) فإن الكائن العضوي سيستجيب للمثير

المحايد كما يستجيب للمثير الغير محايد.(صالح، 2009، ص 85)

1-1-2 متغيرات الاشرط الكلاسيكي:

- المثير الغير شرطي: وهو أي مثير قوي يعمل على اظهار استجابة غير متعلمة بشكل

منتظم نسبيا ويمكن قياسها، المثير الغير شرطي هو مسحوق الطعام يرمز له "م ط".

- الاستجابة الغير شرطية: وهي الاستجابة المتعلمة المنتظمة نسبيا والتي يمكن قياسها وتكون

عن طريق مثير غير شرطي "م ط" والاستجابة الغير شرطية هي إفراز اللعاب ويرمز لها

بالرمز "س ط".

- المثير الشرطي: وهو المثير الاصيلي الذي يسبق تقديم المثير الغير شرطي "م ط" والمدير

الشرطي هو صوت الجرس ويرمز له بالرمز "م ش".

- الاستجابة الشرطية: وهي الاستجابة المتعلمة التي تشبه الاستجابة الغير شرطية والاستجابة الشرطية هي افراز اللعاب ويرمز لها بالرمز "س ش".

(الفلفلي، 2012، 83)

2-1-2 رأي علماء الاشرط الكلاسيكي في الاضطراب النفسي:

ركز في بافلوف بحثه عن كيفية تطور السلوك الشاذ وسبل علاجه على الاشرط الكلاسيكي فقد استطاع أن يحدث العصاب تجريبيا على كلابه في المختبر، من خلال تجريره اكساب الكلب عصاب القلق وذلك باقتران مثير الاكل بمثير خارجي وهو صدمات كهربائية تسبب الالم للكلاب لعدة اسابيع، لوحظ بعدها استمرار حالة التشنج لدى الكلب واستمرار ظهور أعراض معينة نفسها عند الانسان: فقدان الشهية، اضطرابات سلوكية، اضطرابات في النوم، استجابات سريعة، يرافقتها تعب سريع فقدان الدافعية، لا يستجيب للمثيرات (الموجبة بل السلبية فقط) شبيهة بأعراض العصاب حيث خلصت نتائج هذه التجربة إلى وجود دينامية زمنية للإصابة. عموما الوضعية التي يتعلم فيها العصاب هي الوضعية التي يظهر فيها العصاب ولكن في بعض المرات لا يحدث ذلك.

كما حدد ثلاث نماذج تجريبية لتعلم العصاب وهي:

- طريقة التنبهات القوية.

- طريقة التنبهات المتكررة.

- طريقه التطبيقات المتكررة.

بالإضافة الى ان طبيعة الجهاز العصبي عند الحيوان هي التي تحدد نوعية التعلم السلوك

العصابي، وفي تفسيره للفصام أشار بافلوف بأن ردود الفعل الفصامية تعود الى انتشار نوع

من الكف الوقائي في المخ نظرا للضعف خلايا المخ عند الفصام مما يجعل المثيرات ذات

الطبيعة حادة وهو ما يفسر الاستجابات الغير طبيعية لديه من خلال عملية الكف الوقائي

الذي يبدأ عادة في القشرة لكنه يصل إلى جذع المخ.(جلال، 1986، ص 208)

كان بافلوف اول من طبق نظريه الاشتراط الكلاسيكي على الحيوانات ومن ثم طبقها واطسون

على البشر والتي سميت "الصغير البرت" وهي تعتبر اول تجربه نفسيه مسجله تم تطبيقها على

البشر نفذ واطسون التجربة على طفل في عمر 11 شهرا يسمى البرت، ثم قام بإحضار فار ثم

قربه من البرت الذي بدأ يلعب معه دون ان يخاف منه ثم جاء بكلب وقرد ولم يشعر البرت

بالخوف منهم أيضا، وبعدها قام واطسون ورينر بوضع الفأر أمام البرت ولكن هذه المرة كلما

لمس البرت الفأر كان يطرق على شيء من حديد ففزع البرت وبدأ في البكاء الشديد، وهكذا أصبح البرت يفزع عند رؤيته للفأر حتى دون أن يسمع صوتا فعندما كان واطسون يقرب إليه الفأر كان يرتعب ويبتعد عنه فقد أصبح بالنسبة لألبرت الفأر مثيرا اشتراطيا، لم ينتهي ذلك هنا فقام الصغير بتعميم هذا المثير فأصبح يرتعب من الحيوانات الاخرى ذات الفرو بالإضافة الى خوفه من فراء أمه.

فقد قدم واطسون عن طريقها مفهوم الفوبيا التي يرى أنها تحدث نتيجة لتكوين رابط بين الموقف الغير مخيف فالبرت يخاف بالفعل من صوت المصاحب لظهور الفأر (المثير الطبيعي الغير اشتراطي) وليس الفأر ذاته ولكنه ربط بين الصوت والفأر فأصبح الفأر مخيف على طريقة علم النفس السلوكي للتعلم، استنتج أن الاضطراب السلوكي هو نتيجة تعلم سلبي لهذا لا يجب اعتباره مرض عليهم التركيز على خبرات الفرد وتاريخه.

أصحاب النظرية السلوكية عند التعامل مع الاضطراب السلوكي لا يعطون حكما على الاشخاص وإنما يوصون بالعلاج فقط، ويفترض أصحاب هذه النظرية أن الاضطراب السلوكي تسببه عوامل بيئية ونتيجة لهذا فإن الشخص المضطرب سلوكيا ليس مسؤولا عن هذا

الاضطراب.(الريماوي وآخرون، 2004، ص 45)

وترافقت أعمال واطسون مع إسهامات ثورنडाيك التي خلصت إلى أن الإنسان شأنه شأن الحيوان يتعلم عن طريق المحاولة والخطأ، من خلال استبعاد الاستجابات الخاطئة وتقوية الاستجابات الصحيحة التي توصله إلى الحل أثناء محاولات التعلم المتتالية، بمعنى أن الاستجابات التي ما تقود إلى نتائج ساره أو مشبعة فإنها تتقوى، وعليه يقوم بتكرارها للحصول على نفس الإشباع، أما الاستجابات التي تقود إلى نتائج غير سارة أو غير مشبعة فإنها تضعف وبالتالي لا يميل الانسان والحيوان الى تكرارها.

2-2 الاشرط الاجرائي: من أصحابها سكينر الذي يركز على أن السلوك أو الاستجابات التي تصدر عن الكائن الحي تحدث نتيجة تفاعله مع البيئة من حوله دون التركيز على مثير محدد او مثيرات محده، كما هو الحال في الاشرط الكلاسيكي عند بافلوف وآخرون، خلصت أعماله الى تفسير السلوك الإنساني من خلال التعلم الشرطي الاجرائي الذي يعني إجراء بعض التعديلات أو التغييرات على البيئة المؤثرة في السلوك الفرض بحيث تعطي بعض النتائج الجيدة التي تعزز حدوث السلوك نفسه وتكراره.

2-3 السلوكية المعرفية: تمخضت السلوكية التقليدية عن ظهور توجه جديد من المنظرين المعرفيين، أكد بعضهم ضرورة أخذ الأحداث العقلية بالاعتبار بوصفها عوامل وسيطة بين

المثيرات والاستجابات، فيما ذهب آخرون منهم أبعد من ذلك مدعين ان التعلم بحد ذاته هو حدث عقلي ولقد تطور هذا الاتجاه عبر السنين وعرف السلوكية المعرفية، والأساس الذي ينادي به هذا التوجه (بعضهم يطلق عليه مدرسة) هو أن العمليات المعرفية أو العمليات العقلية تؤثر في السلوك بصورة مستقلة عن المثيرات. بمعنى أن أفعال الناس ليست مجرد استجابات لمثيرات خارجية، إنما تتأثر بالعمليات العقلية للفرد التي تمر بها تلك المثيرات بالرغم من أن هؤلاء المنظرين يقرون بأن الاحداث المعرفية أو المدركات العقلية لا يمكن ملاحظتها بصورة موضوعية، فإنهم يرون بأن الاحداث المعرفية والمدركات العقلية لا يمكن ملاحظتها بصورة موضوعية فإنهم يرون أن على علم النفس السلوكي دراستها.

من بين هؤلاء صاحب نظرية العلاج السلوكي المعرفي ميكانيوم مؤسس مدرسة (التعديل المعرفي السلوكي) وهو نوع من أنواع العلاج المعرفي السلوكي.

2-4 التعلم الاجتماعي: ويعرف بالتعلم عن طريق الملاحظة والتقليد (باندورا وزملائه) حيث

توصلوا إلى أن تعلم السلوك عن طريق ملاحظته لنموذج ذلك السلوك المراد تعلمه عن طريق

شخص آخر. (الوافي، 2006، 251)

وعموما يرى أصحاب المدرسة السلوكية بأن العوامل البيولوجية والجينات تزود الفرض بالتركيب الجسدية الأساسية والاستعدادات العامة للسلوك ولكن السلوكيات المحددة (سواء كانت سوية أو غير سوية) تتشكل بواسطة التجارب الفرد في بيئته، وتختلف النظريات السلوكية وفقا لعمليات التعلم التي تركز عليها.

والتعلم الاجرائي يركز على العلاقات الوظيفية التي تنشأ بين السلوك ونتائج البيئية المترتبة عليه، وبخاصة التعزيز والعقاب، في حين يركز التعلم الاشتراطي على الارتباطات التي تكون بين المثيرات والاستجابات، وترتكز نظرية التعلم بالنمذجة على ملاحظة السلوك وملاحظة النتائج المترتبة عليه. والاضطرابات والأعراض المرضية وفقا لهذه المدرسة هي عبارة عن عادات أو استجابات غير تكيفية متعلمة وقد أظهرت كثير من الدراسات إمكانية اشتراط الكثير من الاضطرابات النفسية (كالقلق والعجز المتعلم) داخل المختبر.

يشير صالح (2009) في كتابه "المرجع الوجيز في اضطرابات النفس والعقل وسيكولوجيا الشواذ" إلى أن المدرسة السلوكية تنظر إلى أن السلوك الشاذ يحدث بنفس الطريقة التي يحدث بها السلوك السوي، فكلا النوعين من السلوك يحدثان على وفق مبدأ الاشتراطيين الاستجابي

والإجرائي، وأن الفرق بين السلوك السوي والسلوك الشاذ، هو أن الأول يكون مسيرا للقيم والمعايير الاجتماعية، فيما يكون الثاني مختلفا عنها.

وهناك نقطة أخرى هي أن السلوكيين يتجنبون في الغالب استعمال مصطلح سوي أو عادي أو مصطلح شاذ لأنهما يتضمنان من وجهة نظرهم تمييزا بين شيء صحي وشيء مريض ويفضلون النظر الى السلوك الانسان على أنه مدى متصل من الاستجابات قائمة على مبادئ تعليمية واحدة، تقع احدى نهاياته استجابات تسبب صعوبات للناس من أن يعيشوا حياتهم بنجاح، وأن هذه الاستجابات التي يعدها المجتمع شاذة أو منحرفة لا تختلف من حيث أسس ومبادئ تكوينها عن أفضل الاستجابات تكيفا، كما يرى السلوكيون.

والإلحاح الذي لا يقاوم ويجبر الفرد على غسل يديه كل ساعة، يكتسب بنفس الطريقة التي يغسل بها الآخرون أيديهم بشكل طبيعي، وعادة التحدث مع أشخاص وهميين يتم تعلمها بنفس وسائل عادة التحدث مع أشخاص حقيقيين، ولهذا يفضل السلوكيون تشخيص هذه العادات على أنها سوء تكيف بدلا من وصفها بالشدود، وما يحتاج إليه عالم النفس السلوكي هو ليس تصنيف الناس في فئات تشخيصية، إنما تحديد وتوصيف السلوك الغير متكيف بكل وضوح

ممکن، وما المثيرات التي تحدثه وتعمل على ادامته وكيف يمكن إعادة ترتيب هذه المثيرات من أجل تغييرها.

فالإطار السلوكي الاشرطي ينظر إلى البيئة الخارجية على أنها العامل الرئيسي في السلوك المضطرب، وعلى أساس ذلك فإن الشذوذ أو الانحراف أو التباين في السلوك لا يعني أن صاحبه شخص مريض وسقيم أو مصاب بخطب ولا هو بشخص مسيطر عليه من دوافع على شعورية، إنما هو ببساطة شخص كان قد تعرض في تاريخه السلوكي إلى استجابات اشتراطية تختلف عن الأنساق أو المعايير الاجتماعية.

فالعالم السلوكي ينظر إلى السلوك الشاذ والاضطرابات النفسية على أنها اساسا ناتجة من تعلم غير مناسب، وبما أن التعلم بأكمله يرجع أساسا الى مدخلات بيئية، فإنه يترتب على ذلك أن تكون البيئة هي المسؤولة عن ظهور السلوك الشاذ وأن علينا أن نركز عليها في علاج السلوك أي على البيئة، في الأنماط المعادية للمجتمع أو السلوك الاجرامي هو نتاج تعزيز مبكر للسلوك العدوانى في مرحلتى الطفولة والمراهقة.

والسلوكيين يحاولون تفسير جميع السلوكيات الشاذة لدى الفرد من خلال عملية التعلم، فتعلم عندهم هو العامل الأكثر إسهام، وأنه مهما يكون السبب فإن إعادة التعلم قد تساعد على تغيير

السلوك، فعلى سبيل المثال لا يمكن أن يدعي أحد أن سبب التخلف العقلي هو تعلم خاطئ ومع ذلك فإن المعالجين السلوكيين قد ساعدوا فعلا الكثير من المتخلفين عقليا.

(صالح، 2009، ص 99)

3- المدرسة المعرفية:

تعتمد المدرسة المعرفية على تحليل العمليات المعرفية التي تتم أثناء السلوك ومن هذه العمليات نجد الانتباه والادراك. (العنوم، 2012، ص 34)

3-1 تفسير الاضطراب النفسي عند بعض النظريات المعرفية:

3-1-1 النمو المعرفي عند بياجيه: تعد نظريته إحدى النظريات المعرفية النمائية لأنها تعنى بالكيفية التي تنمو من خلالها المعرفة لدى الفرد عبر مراحل نموه المتعددة، فهي تفترض أن إدراك الفرد لهذا العالم وأساليب تفكيره حياله تتغير من مرحلة عمرية إلى أخرى، إذ تسود في كل مرحلة أساليب واستراتيجيات تفكير خاصة تحكم إدراكات الفرد وتؤثر في أنماطه السلوكية لذا عمد في نظريته هذه إلى الكشف عن التغييرات التي تطرأ على تفكير الأفراد والعوامل المعرفية التي تسيطر على مثل هذه التغييرات ولذلك لم يركز بياجيه على قياس الذكاء ووظائف المكونات العقلية، وإنما اهتم بالدرجة الأولى في دراسة النمو الذي يحدث في العمليات المعرفية.

(الزغلول، 2010، ص 228)

3-1-2 ألبرت أليس: يصف أليس نظريته بأنها علم دلالات الألفاظ أو اللغة وذلك لأن ألاف

الأفراد يتحدثون الى أنفسهم بأفكار عقلانية وأفكار لا عقلانية، وهذه المعتقدات تدخل في

ذواتهم ويبدئون بالتحدث عن أنفسهم، ويعتبر لهذ الفهم والجدل والنقاش للأحاديث الذاتية من

أكثر الطرق العلاج قوة وسيطرة، استخدم أليس المقاربة المعرفية لأغراض علاجية، وقام بوضع

علاج معرفي لتصحيح الأفكار الخاطئة عند الإنسان وسماه العلاج العقلاني الانفعالي كما

يشير كريجر greiger بأنه لا يوجد سلوك ينبع بشكل أساسي دون أن يتأثر بالبيئة وخاصة

فيما يتعلق بالاضطراب العاطفي، وأن العوامل الاجتماعية لها دور في الاضطراب العاطفي

ويرى أن الهدف الاساسي من النظرية هو أن يفكر الفرد بطريقه واقعيه وإيجابية للحياة التي

يعيشها من خلال خفض مستوى الانه ازم النفسي أو هدم الذات.

(نليت وتغليت، 2018، ص 54)

ألبرت أليس يعد رائد العلاج العقلاني الانفعالي وهو ينتمي في إطاره العام إلى المنحى المعرفي

تعرف نظريته في تفسير الأمراض النفسية باسم ABC وجوهرها ان الناس يعيشون بقدر كبير

من الاضطرابات التي تحدث لهم بناء على أسلوب تفكيرهم الانهزامي للذات والغير المنطقي خاصة تبنيهم لتفضيلات والرغبات وجعلها فروضا مطلقة وتعسفية على أنفسهم وعلى الاخرين وترى النظرية أن كل البشر يفكرون بطريقة افتراضية استدلالية لذلك يصابون باضطراب الانفعالي، ويحدث ذلك إما بسبب الافتراضات الخاطئة الغير منطقية التي يتبنونها حول أنفسهم حول الاخرين أو بالاختيار الغير الواقع لهذه الافتراضات ومن ثم قدم اليس عدداً من الأفكار والمعتقدات لا منطقية اعتبرها هي المسؤولة عن اضطرابات النفسية للبشر.

3-1-3 جوليان روتر: لقد افترض روتر أنه تنمو لدى الفرد توقعات عامة حسب قدراتهم

على التحكم في الأحداث والتعزيزات وتبعاً لذلك ميز الفئتين من الناس هما:

- **ذوي التحكم الداخلي:** وهم الذين يشعرون بأن سلوكياتهم ما هي إلا نتيجة إرادتهم وأفعالهم

وهم المسؤولون عما يحدث لهم.

- **ذوي التحكم الخارجي:** وهم الذين يشعرون بأن نتائج سلوكياتهم لا تعتمد على أفعالهم وإنما

توجد قوى خارجية تسيطر عليها مثل الحظ والفرصة وغيره.

يرى روتر ان مصطلح الضبط يشير الى أسباب المدركة نتائج السلوك فعندما يحصل الفرد

على تدعيم نتيجة سلوك معين ويعتقد أن الحظ أو الصدفة أو تأثير الآخرين ذوي الأهمية أو

الظروف التي تدخل تحت سيطرته هي المسؤولة عن هذا السلوك فإنه يقع في نمط الضبط الخارجي وفي الطرف الآخر عندما يحصل الفرد على التعزيز ويعتقد أنه حصل على عليه نتيجة مهارات أو صفاته الشخصية فإنه يقع في نمط الضبط الداخلي ويتحرك الأفراد على خط متصل أحد طرفيه النمط الداخلي والطرف الآخر نمط الخارجي لمركز الضبط.

3-1-4 أرون بيك: ينظر الى الاضطرابات السيكوباتولوجية من منظور فينمولوجي بوصفها استمرارا للاستجابات المعرفية الوجدانية السلوكية السوية لمواقف الحياة، وبهذا المعنى ينظر الى السيكوباتولوجيا بوصفها نوعا من المبالغة في الاستجابة، ويمكن استخلاص وظائف معينة من الانفعالات الرئيسية الأربعة (حزن، سرور، خوف، غضب)، فالحزن يبدو أنه يستثار حين يكون هناك إدراك لخسارة أو فقدان أو هزيمة أو حرمان، يتمثل غالبا في شكل توقعات ايجابية لم تتحقق أو لم تتأكد، أي الشعور بخيبة الأمل، والعاقبة المألوفة هي سحب الاستثمار في المصدر المعين للشعور بخيبة الأمل، وعلى العكس، فإن النشوة تتبع ادراكا لمكسب، ومن تم تنزع إلى إدراك النشاط نحو تحقيق الهدف، وعلى العكس من الحزن والسرور المرتبطين بأهداف اسجابية، فإن القلق والغضب يستثاران استجابة للتهديدات، فالقلق يستثار حين يكون الفرد مهتما بعواقب حساسيته أي ايقاع الأذى به، ومن تم فهو يرغم على الانزواء، وعلى

العكس، فان التركيز في الغضب يكون لا على حساسية الشخص، ولكنه يوجه الى الخصائص الهجومية للتهديد، ومن تم فان الشخص ينزع سلوكيا الى مقابلة التهديد بالهجوم.

(كامل، 1990، ص 213)

وفي تقدير "بيك" فانه يبدو أن الزملات السيكوباتولوجية تمثل أشكالا مبالغا فيها أو مستمرة لاستجابات انفعالية عادية وهكذا، فغنه في الاكتئاب يتضخم ويمتد الشعور بالهزيمة أو الحرمان أو الحزن وفقدان الاهتمام بالأهداف السابقة، وفي اضطرابات القلق، يكون هناك احساس معمم ومكثف بالحساسية، وبالتالي نزعة الى حماية الذات أو الهروب، وفي اضطرابات البارانويا فإن إدراك الشخص لنفسه على أنه أسيئت معاملته يعمم ويؤدي الى الغضب والنزعة إلى الهجوم المضاد، وفي النموذج السيكوباتولوجي المعرفي، ينظر الى هذه الزملات العادية أو السيكوباتولوجية بأنها تتكون من خلال عمليات معرفية "أولية" شبيهة بمفهوم "فرويد" عن العملية الأولية، وهكذا فإن تصور الموقف ينزع إلى أن يكون شموليا وكليا وبدائيا، وهذا المستوى الأعلى من التشغيل المعرفي يكون أكثر نوعية وتهذيبا، وهو حين يعمل بكفاءة فإنه يقدا اختبارا للواقع وتصحيحا للتصورات الكلية الأولية، ولكن كما هو الحال في مفهوم "فرويد" عن العملية "الثانوية" فإنه في السايكوباتولوجيا يبدو أن هذه الوظائف التصحيحية تصاب

بالخلل وبالتالي يفقد الفرد السيطرة على الغضب والقلق والنشوة والحزن، وتتنامى الاستجابة الأولية الى زميلات سيكوباتولوجية كاملة، والأسباب القريبة والبعيدة للاضطراب لا توجد في الأبنية أو العمليات المعرفية ولكن يمكن فهمها بصورة أفضل في ضوء تفاعل عوامل فطرية وبيولوجية وارتقائية وبيئية. (كامل، 1990، ص 213-214)

4- المدرسة الإنسانية: ساهمت النظرة الاختزالية للسلوك الإنساني في المدرستين التحليلية والسلوكية الى ظهور اتجاهات نظرية ونفسية جديدة رافضة لمغالاة الأخيرتين على اعتبار السلوك الإنساني محصلة لمجموعة من العوامل أو المكونات المنفصلة المرتبطة بينها من خلال علاقة سببية" (السبب، النتيجة) مع إهمال تام للجوانب الإنسانية للفرد ومع الطفرة التكنولوجية الكبيرة التي حدثت في سنوات الخمسينات والستينات من القرن الماضي مع ما حملته بين طياتها من إهمال الإنسانية الفرد، عاد التيار الإنساني بقوة منطلقاً من فكرة أن الحياة الانسانية ذاتية وينبغي ألا تعامل معاملة الظاهرة الطبيعية، وأن الانسان يختبر حياته كوحدة وليس عناصر أو مكونات منفصلة، لأنها تحدث في السياق وليس كظاهرة منعزلة بمعنى أنها تحدث عبر الزمن ولا يمكن أن تصاغ بمعادلات من الأسباب ماضيه ونتائج حاضره.

تشكل النظرية الإنسانية القوة الثالثة في علم النفس المعاصر، والتي جاءت كردة فعل على نظرية التحليل النفسي السلوكية إذ تؤكد نظرية التحليل النفسي على الجانب اللاشعوري من حياة الإنسان ونظرية السلوكية على المثبرات والاستجابة. فاختلفت النظرية الإنسانية عن نظرية التحليل النفسي في أساس أن الانسان بفطرته خير وليس شرير بينما اختلفت عن النظرية السلوكية في أساس التفسير السلوك الانسان أنه واعي وعقل وليس سلوكا آليا.

(أبو سعد وآخرون، 2011، ص 231)

وتتلخص المبادئ التي تعتمد عليها المدرسة الإنسانية فيما يلي:

- تقديم خدمات ومساعدة الناس على فهم أنفسهم، والوصول وإمكاناتهم الى حدها الاقصى وذلك بهدف إثراء حياة الإنسان.
- دراسة الإنسان ككل بدلا من تقسيمه وظيفيا الى فئات وأجزاء.
- توجيه الأبحاث النفسية حول مشكلات الإنسان الهامة مثل: المسؤولية الشخصية، أهداف الحياه، الالتزام، تحقيق الذات، الابتكارية، التلقائية، القيم.
- التركيز على الوعي الذاتي والخبرة الذاتية كأساس لكل الأنشطة الإنسانية.

- السعر لفهم الافراد العاديين وغير العاديين، الاسوياء وغير الاسوياء، بمعنى التأكيد على التفرد والفردية وليس القوانين العامة للسلوك.

- الاهتمام بموضوعات الدراسة أكثر من الاهتمام بأساليب دراستها، لذا فإن أساليب البحث المستخدمة في المدرسة الإنسانية تشمل: الطرق الموضوعية، دراسة الحالة، الاستبطان وتحليل الأعمال الأدبية.

(دافيدوف، 1983، ص 38)

4-1 ابراهام ماسلو: من خلال ملاحظاته العلمية توصل الى الاعتقاد بوجود هرمين من الحاجات الإنسانية، قد رتبها ترتيبا تسلسليا لكي تصبح بعد ذلك أشهر نظرية لإشباع الحاجات (1954) حيث يرى أن الفرد يصبح أرضيا عند اي نقطه معينه إذا ما تم الوفاء باحتياجاته. واعتبر قاعدة الهرم هي الأساس فمن دون إشباع الحاجات الفيزيولوجية لا يستطيع الانسان أن يفكر بأي شيء إلا بعد أن يطمئن على الحاجات المتصلة ببقائه حيا ولا يستطيع التفكير في القيم الجمالية إلا بعد اشباع الحاجات المتصلة بالمعرفة والفهم، وهكذا حسب الأهمية ومن ثم يمكننا أن نعرف طبيعة الدوافع السائدة لدى كل جماعة وكل فرد، وذلك من خلال معرفة الظروف التي يعيشها الفرد أو الجماعة، ولعل أكثر ما يميز هذه النظرية أنها حاولت أن تدرس

الشخصية الإنسانية من خلال الصحة، ومن خلال حالات اكتمالها وتفوقها، وليس من خلال حالات مرضها أو ضعفها وتفككها، وهو مدخل معاكس لما هو سائد لدى الكثير من علماء النفس. (شريفة، 2016، ص 75)

وملخص هذه النظرية هو أن ماسلو يفسر سلوك الإنسان من خلاله سعيه إلى إشباع حاجات تنحصر في سبع مستويات للحاجات (البيولوجية، الإمام، الانتماء، الحب والتقدير، حاجات المعرفية، الحاجات الجمالية، تحقيق الذات التي تقع في قمة الهرم وتظل الحاجات الغير مشبعة هي المتحكمة في سلوك الفرد).

أما عن نظريته للاضطراب النفسي فيرى أن السبب الرئيسي للألم ارض النفسية هو الفشل في إشباع الحاجات الأساسية حيث يقول " هذه الحاجات يجب أن تشبع وإلا أصابنا المرض" فلا يمكن تحقيق الذات دون إشباع الحاجات. (عبد الرحمن، 1998، 447)

4-2 كارل روجرز: يعتبر كارل روجرز المسؤول الاول عن تطوير العلاج المتمركز حول العميل هذه الطريقة تعرف بطريقه العلاج الغير مباشر او الارشاد والتوجيه النفسي، ولقد تغيرت الطريقة عبر السنين، ففي البداية كان التأكيد على ان المعالج غير موجه بمعنى أن يسمح للعميل ان يقرر ما الذي يريد ان يتحدث عنه ولا يضع قرارات هامه لحياته بدون نصائح

من المعالج النفسي أو أدنى توجيهه، والمعالج عليه أن يستمع بإصغاء جيدا ليفهم بعمق مشاعر المريض ويعكس العناصر الانفعالية في تعديلات المريض ليبدأ بعد ذلك تحديد المشكلة وجمع خيوطها. (سيد فهمي، 2010، ص 281)

وتركز نظرية روجرز على أن الاضطراب النفسي ينشأ من وجود شروط للأهمية تقف حائلا بين الفرد وبين إشباع حاجاته للاعتبار الايجابي من جانب الآخرين مما يضطره الى إنكار جانب من خبراتهم ومحاولة إبعادها وتشويه الواقع وبذلك لا تضاف الخبرة إلى الذات وينشأ عدم تطابق الذي يعتبره روجرز مرادفا للاضطراب النفسي أو العصاب وبما أن أهم عامل في الشخصية من وجهة نظر روجرز هو مفهوم الذات لذلك فإن أي إحباط يعيق ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد وينتج عنه تقييم سيء للذات ونقص احترام من لها فالحرمان أو الاحباط الاضطراب هو التهديد الذي يمكن أن يأخذ اشكالا مختلفة لكنه يكون موجها الى بناء الذات ومفهومها عن ذاتنا.

الاضطراب النفسي ينشأ من عدم وجود تطابق من خلال اعتماد الشخص على أحكام وتقديرات الآخرين أو عدم اعتماده على نفسه في تقويم الخبرات التي يمر بها وهو عبارة عن حالة من عدم التوافق بين مفهوم الشخص لذاته وبين خبراته الحالية مما يؤدي إلى عدم القدرة على

مواجهه التحديات ومقاومة القلق ويعمل مفهوم الذات على حماية نفسه ضد التهديدات الخارجية
سلسلة من الدفاعات النفسية مثل الانكار أو التشويه الخبرات التي قد لا تتوافق مع ذلك المفهوم
مما يؤدي الى اضطرابات سلوكية والتي تكون على نوعين هما:

- **السلوك الدفاعي:** السلوك المتمثل في استخدام الوسائل الدفاعية النفسية لتعزيز مفهوم الذات
لدى العميل مثل شخص يحمل مفهوم الذات على أنه شخص ذكي ومتفوق حتى يفشل في
مادة دراسية معينة فإنه يقول في قرارة نفسه لقد كان بإمكانني أن أحصل على درجة ممتازة لو
أنني درست جيدا فهذا يجعله يرفض ولا يقبل بخبرة الفشل لأنها لا تتعارض مع مفهومه حيث
أنه يرى نفسه متفوق.

- **السلوك المضطرب:** نقصد بها انهيار وسائل الدفاع عن النفسية ومفهوم الذات معا وعدم
تأدية أي منهما لوظائفه يحدث هذا في حالة الاضطرابات الذهانية يتخلى العميل هنا على
التفاعل المنطقي بالواقع وينسحب منه وتضطرب وظائفه العقلية واللغوية والانفعالية والسلوكية.

(المهدي، 2013، ص 18)

5- تصنيف الاضطرابات النفسية:

5-1 مفهوم التصنيف: هو عملية التقليل من تعدد الظواهر بترتيبها في فئات طبقا لبعض

المعايير الموضوعية لهدف واحد أو أكثر، فالأشياء المختلفة المصنفة والقابلة للتمييز حين

تجعل متساوية فإنها تجمع في فئات، كما يستجاب لها من حيث انتمائها إلى الفئات على

الأصح لا من حيث تفردتها بذاتها. (عبد الخالق، 2011، ص 72)

وفي علم النفس هو ادخال نوع من النظام والترتيب على مجموعة من الاضطرابات النفسية

ووضعها في فئات، بحيث يتيسر التعامل معها والتقليل من تعقدها مما يسمح لنا بمزيد من

الفهم، والتصنيف هو مجرد وضع كنية أو اسم للمرض الذي نشعر بوجوده سريريا، بالرغم من

عدم معرفتنا بأسبابه، وهو خطوة أولى من أجل فهم الاضطرابات وبحث أسبابها ووضع خطة

لعلاجها. (علي، 2014، ص 109)

5-2 أهداف التصنيف:

يذكر (فستشن، 1994) تسعة أهداف مرتبطة بأهداف تصنيف الاضطرابات النفسية:

1- الاستنتاج الموثوق للتشخيصات مثال: ماهي المحكات الدقيقة اللازمة من أجل تجميع

عدد ونوع محدد من الأعراض لتشخيص الفصام؟

2- ربط تشخيص ما بمستويات معينة من قرارات التدخل مثال: ماهي الخطوات التي ينبغي

اتخاذها إذا تم طرح التشخيص الفصام؟

3- تحديد مضادات واضحة للفاعلية ماهي التدخلات التي ينبغي أن لا تستخدم في أي حال

من الأحوال إذا تم طرح تشخيص معين؟

4- تحديد التنبؤ (ما هو احتمال مجريات محددة من نحو: مزمن أم انتكاسي-مزمن في

تشخيص محدد).

5- تخطيط اجراءات اعادة التأهيل: (ماهي الاجراءات العلاجية التي ينبغي اتخاذها من أجل

استعادة مستوى الوظائف؟).

6- تسهيل التواصل داخل المؤسسات وبينها (مثال من الأسهل القول "تعاني السيدة س من

الاكتئاب" أو أن نقول السيدة س تعاني من هبوط واضح في المزاج، وفقدت الاهتمام بكل

الأمور تقريبا التي كانت تسعدها وفقدت وزنها ويظل بالها مشغولا وتفكر بالانتحار...).

7- أساس للبحث العلمي (فإلى جانب وصف الصعوبات والمشكلات الفردية، يتم من خلال

التشخيصات وصف مجموعات ذات معنى من الأعراض يمكن دراستها بصورة مشتركة).

8- تحسين اقتصادية التشخيص والعلاج (عندما يأتي المرضى مشخصين بتشخيص

باضطراب محدد قابل للتشخيص فليس على المشخصين المنفردين اعادة العملية من جديد بل

يستطيعون الاعتماد على المعارف المتراكمة حول الصورة المرضية المعينة.)

9- التحسين والتبسيط في العلم.

(سامي، 2016، ص 414)

ومن ناحية أخرى يختصر (الفايز، 2007) أغراض التصنيف كما يلي:

- اختزال الأوصاف السلوكية.

- توحيد مصطلحات يفترض اتسامها بالثبات، وتيسير التواصل بين الاكاديميين في البحوث

والممارسات بصرف النظر عن توجهاته النظرية.

- أنه عمل أساسي للبحث في الوبائيات لتحديد الفروق في تواتر الاضطرابات العقلية عبر

الثقافات والأعراق والطبقات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة.

- وصف أوجه الشبه والاختلاف الهامة بين المرضى السيكايريين بحيث يؤدي معرفة

التشخيص إلى معرفة الأعراض التي يحتمل ظهورها لدى المريض.

3-5 نماذج من التصنيفات التشخيصية العالمية:

:DMS 1-3-5

DMS هو اختصار للمصطلح الإنجليزي The Diagnostic and statistical Manual

ويقصد به الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية، وهو دليل تصدره جمعية

الطب النفسي الامريكية، يعد الآن المرجع الأول في العالم في تصنيف الامراض النفسية، فهو

يستخدم في جميع أنحاء العالم من قبل الأطباء والباحثين، فضلا عن شركات التأمين وشركات

الأدوية.

- التصنيف الخامس DMS5:

نظرا لتطور وتغير الظواهر العيادية المرضية الدائم، فقد بات واضحا أنه من الضروري أن

تقوم الجمعية الامريكية للطب النفسي بتنقيح الدليل التشخيصي المعروف بالدليل التشخيصي

والاحصائي، من اجل ذلك فقد أنشأت الطبعة الخامسة منه، شملت على بعض التغييرات

المرتبطة بتشخيص التوحد ومتلازمة أسبرجر، حيث أن المصطلح المستخدم في الدليل

التشخيصي والاحصائي الرابع هو "اضطراب التوحد"، متلازمة أسبرجر "اضطراب التفكك

الطفولي" و"الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد"، غير أنه يحمل اسما واحدا في تنقيحات

الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس هو "اضطراب طيف التوحد"، إضافة إلى:

1- الاستخدام السابق لثلاث مجالات من الاعاقة تم خفضه الى مجالين رئيسيين:

- التواصل والتفاعل الاجتماعي.

- اهتمامات مقيدة ومكررة من السلوك والاهتمامات والانشطة.

2- السلوكيات الحسية تم تضمينها في المعايير للمرة الاولى تحت وصف "أنماط مقيدة ومتكررة

من السلوكيات".

3- سيتغير التركيز خلال التشخيص من التركيز على اعطاء المسمى للحالة الى تحديد

الاحتياجات التي يحتاجها الفرد وكيف يؤثر ذلك على حياتهم.

4- تم تقديم عناصر الابعاد والتي تعطي مؤشرا على كيف تؤثر حالة الفرد عليه، هذا يساعد

على تحديد كمية الدعم التي يحتاجها الفرد وفي اي مجالات وظيفية.

5- وأخيرا تمت إضافة اضطراب جديد يدعى "اضطراب طيف التوحد".

نعرض فيما يلي المحاور الكبرى للاضطرابات الواردة في التصنيف الخامس للاضطرابات:

1- اضطرابات النمو العصبية.

- 2- اضطرابات التواصل.
- 3- اضطراب طيف التوحد.
- 4- اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة.
- 5- اضطراب التعلم المحدد.
- 6- الاضطرابات الحركية.
- 7- اضطرابات النمو العصبي الأخرى.
- 8- الاضطرابات التفارقية.
- 9- العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة.
- 10- اضطرابات التغذية والأكل.
- 11- اضطرابات الافراغ.
- 12- اضطرابات النوم واليقظة.
- 13- اختلالات الوظيفة الجنسية.
- 14- الانزعاج من الجندر.
- 15- اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلوك.

16- الاضطرابات المتعلقة بمادة والادمانية.

17- الاضطرابات العصبية المعرفية.

18- اضطرابات الشخصية.

19- اضطرابات الولوج الجنسي.

20- اضطرابات عقلية أخرى.

21- اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية.

22- حالات أخرى قد تكون محور للاهتمام السريري.

(الحمادي، 15-17)

5-3-2 تصنيف منظمة الصحة العالمية:

يطلق عليه اسم التصنيف الدولي للأمراض يشار اليه ب(CIM) أو باللغة الانجليزية (ICD)

نشر (CIM) في عام (1949).

وكان أول التصنيفات الشاملة للاضطرابات العقلية في فصلها الخامس، تمت مراجعته في عدد

من المرات حتى انتهى بإصدار المراجعة التاسعة في عام (1957) نشرته منظمة الصحة

العالمية في (1977) استبدل بعدها بالإصدار العاشر حيث بدأت الأعمال عليه في (1983)

وقامت الجمعية الأمريكية للصحة بمراجعته في (1990) لكن استعمالها الفعلي من طرف الدول الأعضاء بمنظمة الصحة العالمية بدأ سنة (1994) يسمح هذا النظام للتصنيف بوضع التشخيص والاجراءات، ويقوم بعرض (155000) رمز للأمراض والاضطرابات المختلفة ويفيد التقرير الاستقصائي لمنظمة الصحة العالمية والدول الأعضاء بأنه لا يوجد اجماع حول تعريف المرض/الاضطراب العقلي، وتستخدم هذه العبارة بناء على السياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والقانوني حسب مختلف المجتمعات وفي سياقات مختلفة، إذ تقوم المنظمة بمناقشات مكثفة حول ما ينبغي ادراجه في إطار مفهوم الاضطراب العقلي كونها قضية معقدة ومثيرة للجدل ويختلف التضمين حسب كل مجتمع.

ويشمل الفصل الخامس الخاص بالاضطرابات العقلية والسلوكية في عشر مجموعات رئيسية مع العلم أنه توجد في كل مجموعة العديد من التصنيفات الفرعية المحددة.

(حافري، 2015، ص 20)

- الاضطرابات العقلية العضوية بما في ذلك العرضية: (F00-F09).

- الاضطرابات العقلية والسلوكية المرتبطة بتعاطي مواد ذات تأثير نفسي: (F10-F19).

- الفصام والاضطرابات السكيزونمطية والاضطرابات الهذائية: (F20-F29).

- اضطرابات المزاج (الوجدان): (F30-F39).

- الاضطرابات العصبية والاضطرابات المرتبطة بالاجهاد والاضطرابات جسدية الشكل:

(F40-F48).

- التناذر السلوكي المرتبط باختلالات الفيزيولوجية والعوامل البدنية: (F50-F59)

- اضطرابات الشخصية والسلوك عند الراشد: (F60-F-69)

- التخلف العقلي: (F70-F79).

- اضطرابات التطور النفسي: (F80-F89).

- الاضطرابات السلوكية والعاطفية التي تظهر عادة في بداية مرحلة الطفولة والمراهقة:

(F90-F98).

- الاضطرابات العقلية غير المحددة: (F99).

وبعد اصدارات نسخة ألفا وبيتا لدليل (CIM-11) واللذان قدمتا في (2012/2011) على

التوالي للجمهور، وقد قدمت النسخة الموحدة لجمعية (WHA) لأجل تسويقها رسميا بداية

شهر ماي (2018). (حافري، 2015، ص 21)

5-3-3 تصنيفات أخرى:

- التصنيف الفرونكوفوني للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق CFTMEA:

في الثمانينات من القرن الماضي، قام فريق فرنسي مكون من أطباء أطفال نفسانيين تحت رئاسة "روجر ميزيه" Roger Misès بتأسيس تصنيف فرنسي للاضطرابات العقلية خاص بالطفل والمراهق CFTMEA، وفي سنة (2013) تم إضافة البالغين لهذا التصنيف بعد سعي كل من "ميزيه" Misès و"جون جاربيه" Garrabé Jean.

يتجنب هذا التصنيف الاعتماد على افتراضات نظرية معينة للسببية المرضية بل يركز على علم النفس المرضي لتصنيف الاضطرابات العقلية دون إنكار فائدة المنهج الوصفي للسلوكيات الملاحظة في الطب النفسي اليت يتبناها كل من DSM 5 و ICD 10.

ويتناول CFTMEA مفهوم "البنيات" structures الذي يمكن أن يوضح بعض المشكلات الإكلينيكية التي ليس لها حل في الطب النفسي الوصفي، وهي العصابات، والذهانات والحالات الجلدية. ويضع تصنيف CFTMEA في الاعتبار سياق المريض وتنظيمه النفسي وتاريخه من أجل الابتعاد على المبالغة في التشخيص غري الملائم. كما يركز هذا التصنيف على

حمورين: المحور الأول يخص التصنيفات الإكلينيكية الأساسية، أما الثاني يتعلق بالعوامل السابقة ذات العالقة أو المحتملة للسببية المرضية.

(Portelli & Landman, 2017, pp 163–164)

- تصنيف نظام التشخيص السيكودينامي الاجرائي OPD5:

نتاج عمل لمجموعة من الباحثين، تم اصداره في (1996) وجاء كرد فعل لتصنيفات (DSM) و(CIM) التي تعتمد على التناذرات، حيث قام عدد من المعالجين النفسانيين ذوي التوجه السيكودينامي والتحليلي بالتشكيك بالأنظمة النوزولوجية (تصنيف) والنزوغرافية (توصيف) بسبب ضعف مصداقيتها بخصوص التخطيطات العلاجية وعدم اهتمامها بفرديانية الأشخاص. ويرتكز الاجراء التشخيصي حسب هذا التصنيف على المقابلات نصف الموجهة، ويدمج خمس محاور تشخيصية، يختص المحور الأول بالطريقة التي يعيش بها المريض مرضه والتأثير الأولي للعلاج، ويكرس المحور الثاني للمسائل العلائقية، المحور الثالث للصراعات داخل/بين شخصية، يهتم المحور الرابع بمرجعية التشخيص والبنية العقلية للمريض، أما المحور الخامس فيهتم بتشخيص الأعراض والنتذرات التي تتطابق مع الفصل الخامس للتصنيف الدولي

للأمراض (DMS). (حافري، 2015، ص 22)

- الدليل التشخيصي السيكودينامي PDM:

أصدر باللغة الإنجليزية فقط ولم تتم لحد الان ترجمته باللغة الفرنسية، وهو ثمرة عمل بين مجموعة رئيسية من منظمات التحليل النفسي، يعتبر اطارا مرجعيا للتشخيص، يصف المستويات السطحية والعميقة لشخصية الفرد، توظيفه العاطفي والاجتماعي ومظاهر الأعراضية، يغطي هذا التصنيف كل الشرائح العمرية، ابتداءا من الرضيع، مع تركيزه على كل من الاختلافات الفردية والاجتماعية، كما يركز على مجمل التوظيف العقلي، وهو بالتالي يستكمل رغبة (DSM) و(CIM) في تبويب الأعراض، ويعتمد هذا التصنيف على الدراسات الحالية في علم الأعصاب وتقييم نتائجها، ويستعمل مقارنة متعددة الأبعاد لوصف اختلال توظيف المفحوص وكيفية المشاركة في السيرورة العلاجية.

ويتكون الدليل من 3 أقسام رئيسية، يعالج القسم الأول تصنيف اضطرابات الصحة العقلية للراشدين، يتضمن على التوالي توظيف الشخصية السليمة وكذا توظيف الشخصية المضطربة في حين يهتم القسم الثاني ببروفيل التوظيف العقلي أثناء مراحل النمو، وفي القسم الاخير نجده يسترجع تصنيف الأعراض كما جاءت في (DSM 4) بإدماج لكل تصنيف منها

الاسهامات الخاصة لعلم النفس المرضي الدينامي والمتمثلة في التجارب الشخصية والذاتية

للفرد وأعراضه.(حافري، 2015، ص 23)

قائمة المراجع:

– أبو سعد أحمد عبد اللطيف واخرون (2011): علم نفس النمو، ديبوز للنشر والتوزيع، عمان الأردن.

– إيفيلتش وجليسر (2019): قائمة الدفاعات النفسية، ترجمة الدسوقي مجدي محمد الدسوقي كلية التربية جامعة المنوفية، مصر.

– بالجامعة الإسلامية، غزة. فلسطين.

– بوزيان أحمد (2006): سيكولوجية الطفل والمراهق، منشورات دار أمواج، الجزائر.

– تخصص علم النفس العيادي، جامعة وهران2، الجزائر.

– تمعزوزت نعيمة غازلي، طالح نصيرة (2016): نقد نظرية التحليل النفسي لفرويد وبيان

ما

– الجامعات العربية للتربية وعلم النفس دراسة ميدانية على عينة من طلبة قسمي علم النفس

والإرشاد النفسي في كلية التربية، جامعة دمشق، المجلد السادس عشر، العدد الثاني.

- الجامعي، بيروت، لبنان.
- جلال سعد جلال (1986): في الصحة العقلية، الامراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- حافري زهية غنية (2015): مطبوعة الدعم البيداغوجي في مقياس علم النفس المرضي، جامعة سطيف، الجزائر.
- الحمادي أنور (2016): الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DMS5، الناشر الحمادي أنور PDF.
- دار الثقافة للنشر والتوزيع، ليبيا.
- دافيدوف ليندال (1983): مدخل الى علم النفس ترجمة السيد الطوب وآخرون، دار مكجر وهيل، الرياض، السعودية.
- الدهيسات عامر حمدان (2016): مدى استخدام ميكانيزمات الدفاع لدى طلبة مرحلة الثانوية وعلاقتها بالرضا عن الذات، رسالة مقدمة إلى كلية الدراسات العليا استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي، جامعة مؤتة.

- ديبون محمد (2021): المساندة النفسية للمصاب بمرض اللوكيميا (مرحلة ما قبل انتشار المرض) من خلال تقييم الميكانيزمات الدفاعية، للحصول على شهادة الدكتوراه في العلوم
- الريماوي محمد عودة، التل شادي أحمد وآخرون (2004): علم النفس العام، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- زعير رشيد حميد (2010): الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي، جامعة التحدي سرت
- الزغلول عماد (2010): نظريات التعلم، دار الشروق، ارم الله، فلسطين.
- سامي جميل رضوان (2016): التشخيص النفسي الاكلينيكي، دار الكتاب الجامعي، بيروت، لبنان.
- سليم مريم (2002): علم نفس النمو، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان.
- سيد فهمي علي (2010): علم النفس المرضي نماذج لحالات اضطرابات نفسيه وعلاجها. الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر.
- شريفه جنان (2016): عقود العمل ودورها في اشباع حاجات خريجي الجامعة حسب هرم ماسلو" أطروحة دكتوراه ل م د، جامعة بسكرة، الجزائر.

- صالح قاسم حسين (2009): "اضطرابات النفس والعقل وسيكولوجية الشواذ"، الكتاب العربي للعلوم النفسية، العدد 16.
- عبد الخالق أحمد محمد (2011): المدخل إلى علم النفس المرضي الاكلينيكي، دار الكتاب
- عبد الرحمن محمد السيد (1998): نظريات الشخصية، دار قباء، القاهرة، مصر.
- العتوم عدنان يوسف العتوم (2012): علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق، دار الميسرة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- علي عبد الرحيم صالح (2014): علم نفس الشواذ، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الفلغلي هناء حسين (2013): علم النفس التربوي، دار كنوز المعرفة العلمية، عمان، الاردن.
- كامل مليكة لويس (1990): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- مرسي كمال إبراهيم (1988): المدخل إلى الصحة النفسية، دار القلم، الكويت.
- المنصور غسان (2018): ميكانيزمات الدفاع وعلاقتها بالتفكير عالي الرتبة، مجلة اتحاد

- المهدي حسن عارف المهدي (2013): فاعليه برنامج العلاج حول العميل في تحسين تقدير الذات لدى بعض الحالات الادمان"، جامعة بنغازي، ليبيا.
- نايت عثمان سامية، تغليت صلاح الدين (2018): العلاج العقلاني الانفعالي"، المجلة العربية نفسانيات، العدد 58، ص ص 53-62.
- النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية
- الوافي ليلي أحمد مصطفى (2006): الإضرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق
- يتوافق ولا يتوافق مع المجتمعات العربية الإسلامية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة تيزي وزوو الجزائر، العدد السابع والعشرون.
- Landman, P., & Portelli, C. (2017, February). Pourquoi une classification française des troubles mentaux chez l'adulte (CFTMA)?. In Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique (Vol. 175, No. 2, pp. 163-164). Elsevier Masson.