

جودة الممارسة النفسانية في البيئة الجزائرية في ظل بعض المعطيات

د.فاطمة الزهراء الزروق

جامعة البليدة 2 ، الجزائر

المخلص:

تعرف الإضطرابات النفسية انتشارا متناميا بين الأفراد وفي كل المجتمعات في عصرنا هذا، بسبب ظروف الحياة المعقدة وإيقاعها المتسارع. بالمقابل فإن الاستفادة من الخدمة النفسية التي يقدمها المختصون النفسانيون لم تعد مقتصرة على من يوجهون قصرا إليها في كثير من الأحيان (وخاصة في مجتمعنا)، بل أصبحت ضرورة ملحة وحاجة ماسة يلجأ إليها الأفراد بهدف تلقي المساعدة على التصدي للمشكلات النفسية والإجتماعية التي تعوق توافقهم النفسي والإجتماعي. ومع هذه الأهمية التي ترتبط بالخدمة النفسية إلا أنها وفي كثير من الأحيان لا تتماشى مع مستوى الجودة المطلوب توفره لدى الممارسين النفسانيين مما ينعكس سلبا على أدائهم ويجعل الشعور بالرضا لدى من يقصدونهم أقل مما كانوا يتوقعونه. وقد يعود السبب في ذلك إلى تشكيلة من العوامل المختلفة التي منها ما يتعلق بالممارس ذاته وإعداداته المهني وكفائته ومنها ما يتعلق بالمتغيرات الإجتماعية والثقافية للأفراد في مجتمعنا. وعليه، فإننا سنحاول في هذا المقال التركيز على بعض المعطيات التي نعتقد بأنها تشكل عوائق تقف أمام تحقيق مستوى ملائم من الجودة فيما يتعلق بالممارسة النفسانية في البيئة الجزائرية.

Abstrac:

The psychological disturbances keep wide spreading among the individuals and the communities in their whole. These disturbances are due to the complexity of the living conditions with their increasing pace. Thus, the role of the psychologists has become more than necessary, not only for those whose livelihood depends on, but also for every individual in search for help to face the socio- psychological hardships. Being so important as a psychological practice does not mean that it is as efficient as it is required for those who practise it; thus affecting their performance negatively. Moreover, the patients who consult them feel less satisfied than they have previously expected. This dissatisfaction may be due to a number of factors from the part of the psychologists, their training and their competency, and from the part of the social and cultural fluctuations of the individuals. Thus, in this article, we are going to focus on some data which we believe that they hinder achieving a more efficient quality of the psychological practice within the Algerian environment.

مقدمة:

تتسم عناصر الحياة التي نعيشها في عصرنا الحالي بالكثير من التعقيد والضغط لدرجة أن عصرنا هذا قد سمي بعصر الأمراض بنوعها الجسدي والنفسي وحتى تلك التي تجمع بين الجانبين (النفسي والجسدي) في نشأتها وتطورها، أو ما يصطلح على تسميته في مجال الطب السيكوسوماتي بالأمراض السيكوسوماتية أو النفسجسدية. وهي على اختلاف أنواعها أمراض ما فتئت تهدد الصحة العامة للأفراد بمختلف أعمارهم ومستوياتهم، وذلك على الرغم من التصاعد المستمر لوتيرة التحسن في نوعية الحياة المادية والمعنوية الناتج عن مخلفات التطور الحضاري والتكنولوجي. إلا أن الواقع الصحي للمجتمعات لا يعكس ما كان يفترض أن يظهر كمؤشرات على النتائج المباشرة لتحسن الوضع المعيشي العام للأفراد، في ظل التزايد متسارع الإيقاع لنسب ومعدلات الإصابة بالأمراض بينهم، فأصبحت الأمراض المزمنة (كأمراض القلب والسكري والسرطان وغيرها) سببا يحتل رأس القائمة المتعلقة بأسباب الوفيات، وبدورها سجلت الإضطرابات العقلية والنفسية أرقاما قياسية في معدلات الانتشار بين الفئات العمرية المختلفة، فكانت مبررا قويا للكثيرين ممن كانوا عرضة لها من أجل التخلص من حياتهم، وهو ما تشير إليه معدلات الانتحار بأشكاله المختلفة حسب تقارير منظمة الصحة العالمية.

وبالنسبة للأمراض النفسية فهي عبارة عن مجموعة من الانحرافات التي تأخذ أشكالا ومظاهر عديدة ومتنوعة من أهمها: القلق، والاكتئاب والفصام والوساوس، والهستيريا، والمخاوف والاضطرابات السلوكية واضطرابات النوم والأكل والحركة وغيرها، إلى جانب أنواع الإدمان المختلفة طبعاً، وإذا نظرنا إلى واقع الأمراض النفسية في مجتمعنا من حيث مدى انتشارها فإنه يمكننا الجزم بأن الحصول على أرقام دقيقة في هذا الجانب أمر في غاية الصعوبة إن لم يكن مستحيلاً، ذلك لأن المرضى بهذا النوع من الأمراض (المرتبطة غالباً بالوصم الإجتماعي) لا يضطر أغلبهم إلى الدخول إلى المستشفى، و أن نسبة كبيرة منهم لا يتوجهون لطلب العلاج النفسي لأسباب عديدة ومتنوعة ذات سياق ثقافي واجتماعي، وهو ما يعرقل عملية الحصول على الإحصائيات الدقيقة المطلوبة في هذا المجال. إلا أن بعض الإحصائيات للعاملين بالميدان الصحي في الجزائر يتحدثون عن تقديرات محتملة لانتشار الأمراض العقلية والنفسية في الجزائر بما يفوق المليونين، وهو عدد مرشح للارتفاع.

وفي ظل هذه الظروف، يجد العلاج النفسي (باتجاهاته ونظرياته وتقنياته المختلفة) مكانته كأحد أبرز الإختصاصات التي يحتاجها الأفراد لاستعادة توافقهم النفسي بما يقدمه لهم علاج وتكفل. وانطلاقاً من هذه الأهمية التي أصبح عليها هذا النوع من التدخلات العلاجية، يفترض أن يكون الممارس لها على قدر عال من الإعداد والكفاءة المهنيين بالشكل الذي يتناسب مع خصوصية الممارسة النفسانية. ومع أن الممارسة النفسانية ترتبط في أذهان الكثير من الأفراد (وخاصة في

مجتمعنا) بالمختص النفسي العيادي، إلا أن المهام المتعددة التي يقوم بها هذا المختص تتعدى المهنة التي التصقت به (علاج الإضطرابات النفسية) لتشمل مهاماً متنوعة أخرى وفي أطر مختلفة (إرشاد ومساندة ومرافقة ووقاية وغيرها)، وعبر تشكيل مختلف من المؤسسات الإجتماعية (كالأسرة والمدرسة والمستشفيات والعدالة أماكن العمل وحتى في ميدان الأعمال الحرة). ولعلّ مثل هذا النشاط متعدد الأوجه والأهداف يستلزم مبدئياً توفر جملة من الشروط والمميزات ذات الطابع الأكاديمي والتطبيقي (المهني) والإنساني أيضاً بالنظر إلى الخصوصية الفريدة التي تميز مهنة الممارس النفساني بالمقارنة مع غيرها من المهن.

1- مفاهيم الدراسة:

أن الواقع الراهن للممارسة النفسانية في مجتمعنا لا زال يعاني الكثير من جوانب النقص والقصور، حيث نجد أن بعض ما يمارس اليوم تحت تسمية الممارسة النفسانية لا يمت بصلة إليها. وقد يعود ذلك إلى عدة عوامل منها ما يتعلق بالممارس نفسه (كافتقاره للمستويات العالية من الإعداد الذي تتطلبه مهنة الممارسة النفسانية وتعدد مجالات تدخله وعدم وضوح دوره الفعلي لدى شريحة كبيرة من الناس)، ومنها ما يتعلق أيضاً بالصورة الإجتماعية التي غالباً ما صاحبت مهنة المختص النفسي وطبيعة المشكلات التي يتعامل معها. صف إلى ذلك أن الممارسين وخاصة المبتدئين منهم أو الذين لا يملكون الإعداد المطلوب، لم يتمكنوا بعد من تقديم أنفسهم أو التعبير عنها بشكل واضح ومفهوم ومقنع أيضاً لعامة الناس. وهو ما قد يجعلنا نتساءل عن نوعية أو مدى جودة الخدمات التي يقدمها الممارس في هذا المجال في ظل وجود الكثير من العوامل التي تساهم في الوصول إلى مستوى الجودة المطلوب أو في الحول دون ذلك. وحتى نتحدث عن المشاكل والصعوبات التي تحد من مستوى جودة الخدمات في الممارسة النفسانية، علينا أولاً أن نقف بإيجاز عند بعض المعطيات والمفاهيم التي نراها أساسية في هذا العرض، كالأضطراب النفسي و التكفل النفسي و الممارسة النفسانية والأخصائي النفسي، ومفاهيم أخرى مرتبطة بهذا المجال.

(أ) **الإضطراب النفسي:** يعرف الإضطراب النفسي بشكل مجمل على أنه اضطراب وظيفي في الشخصية، أسبابه نفسية وأهمها: الصراع والإحباط والحرمان والصدمات، وأعراضه نفسية، وجسمية، وإجتماعية، ويبدو في شكل سلوك مرضي يعوق التوافق النفسي (إجلال محمد سرى، 2000: 40).

(ب) **التكفل النفسي:** تتعدد تعاريف التكفل النفسي حسب المجال الممارس فيه، غير أنها تتفق عامة على الإشارة إليه على أنه مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من استعادة توازنه ونشاطه النفسي الإجتماعي بالتركيز على ما يملكه من قدرات وإمكانات وخبرات.

ويمكن القول أن للتكفل النفسي وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى من خلالها إلى تعديل السلوك وفقاً للمعايير، أي هي عملية لفهم إمكانيات الفرد واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته ووضع

خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولاً إلى درجة التوافق (سهل كامل أحمد، 1999: 7).

ج) الممارسة النفسانية: يستعمل مفهوم الممارسة النفسانية للدلالة على تطبيقات نظريات العلاج النفسي، وهي تهدف حسب النابلسي (1991) إلى العلاج والتكفل بالاضطرابات النفسية أو النفسية - الجسدية باستخدام وسائل نفسانية، ومن خلال إقامة اتصال متميز (خصوصاً) عن طريق الكلام) بين المعالج وبين الشخص المعاني من اضطرابات تكيفية مع الواقع. ويستند هذا العلاج إلى طرق ومبادئ نفسانية متنوعة بتنوع التيارات التي يشملها تخصص علم النفس .

د) الأخصائي النفسي: هناك تعريف عديدة للأخصائي النفساني نذكر منها التعريف الذي قدمه (نوريار سيلامي) والذي ينص على أنه " الشخص الذي يمارس نشاطه المهني في إحدى مجالات علم النفس، حيث يقوم بتطبيق المعارف النظرية والتطبيقية ولديه القدرة على النظم والتقارب للذات يسمحان له بإقامة علاقة حقيقية مع الآخرين، وفهم تصرفاتهم وسلوكهم وذلك عن طريق إجراء المقابلات وتطبيق الإختبارات النفسية بمختلف أصنافها للوصول إلى التشخيص المناسب لحالاتهم والمساهمة في تطوير شخصيتهم، وتقديم العلاج النفسي المناسب لهم. كما لديه أيضاً نشاطات في الوقاية، الإعلام، وفي البحث والتكوين" (في وناس أمزيان، 2010: 92).

2) المعايير النظرية والتطبيقية المنظمة للممارسة النفسانية:

حتى يقوم الأخصائي النفسي بأداء دوره بفعالية عليه أولاً أن يكون معاً إعداداً نظرياً (أكاديمياً) وإعداداً تطبيقياً (ميدانياً). وبالنسبة للإعداد النظري فإن حاجة المختص إلى القاعدة المعرفية والعلمية التي تزوده بالمعطيات والمهارات اللازمة لأداء مهنته، تتطلب منه الإلمام بكافة فروع وتخصصات علم النفس (علم نفس النمو، وعلم النفس الفيزيولوجي والعصبي، وعلم النفس الاجتماعي، والقياس النفسي وغيرها من الفروع الأخرى) بالإضافة إلى الفرع القاعدي المتمثل في علم النفس المرضي والذي يعد جوهر تكوينه (حسن عبد المعطي، 1998).

وفي هذا السياق يؤكد بروس (Bruce, 1985) على جملة من الأسس المعرفية التي يتعين على الأخصائي النفسي التقيد بها، ومن أهمها الدراية التامة بالمعطيات النظرية الأساسية في علم النفس والتطورات المتجددة التي تحدث باستمرار في مواضيعه وقضاياها في ظل تقدم البحوث والدراسات وتوسع مجالات الإهتمام لدى علماء النفس بشكل عام، والدراية أيضاً بالقواعد التي تحكم وتنظم مهنة الممارسة النفسانية في ضوء المتغيرات والقيم الثقافية والاجتماعية السائدة في بيئة الممارس، أما بالنسبة للإعداد التطبيقي أو الميداني فيركز فيه على الجانب المهاري للمهنة من خلال تدريب المختص على تنمية وتطوير واستغلال مجموعة هامة من المهارات والكفاءات التي تتعدد وتتنوع بين مهارات الإتصال ومهارات الضبط الإنفعالي والتمسك بالموضوعية الممزوجة بالتعاطف

والتفهم، بالإضافة إلى مهارات الإدارة والقيادة فيما يتعلق بتوجيه وإدارة المقابلة. وفي هذا الصدد يمكننا أن نشير إلى مجموعة من المهارات الواجب التركيز عليها في إعداد المختص النفسي للممارسة المهنية من قبيل:

- القدرة الإصغاء.
- القدرة على الملاحظة الذكية والدقيقة لكل ما يجري داخل المقابلة من سلوكيات لفظية وغير لفظية وانفعالات ومشاعر، مع القدرة على الربط ما بينها للتمكن من تفسيرها.
- القدرة على توفير الدعم النفسي بالقدر المناسب وفي الوقت المناسب.
- القدرة على ضبط حدود العلاقة العلاجية بوضوح.
- القدرة على توظيف المعارف النظرية والاستفادة منها بالشكل الملائم.
- القدرة على وضع الأهداف العلاجية حسب نوع الطلب ونوع الخدمة المقدمة أو التدخل.
- القدرة على تنويع مصادر المعلومات مع السعي المستمر إلى تحديثها وتجديدها في كل مرة بهدف الإطلاع على جديد طرق ووسائل التدخل.

وقد يتطلب الإعداد المحكم للمختص النفسي توفر هذا الأخير على مجموعة من الخصائص والمميزات المتعارف عليها كالاتزام والتمتع بروح المسؤولية والنضج والإستقرار العاطفيين(القدافي،1992) والموضوعية والتفهم والإستبصار والقدرة على التواصل الجيد والإنضباط والصدق وسعة الأفق وغيرها من المواصفات المعروفة (زينب شقير، 2002). وفي نفس السياق يعرض رأفت عسكر أهم السمات الواجب توفرها في الأخصائي النفسي كما أوردتها لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية وهي:

- القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة.
- الأصالة وسعة الحيلة.
- حب الاستطلاع.
- الاهتمام بالأشخاص كأفراد.
- الاستبصار.
- الحساسية لتعقيدات الدوافع.
- التحمل والصبر والمثابرة.
- القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين والمسؤولية.
- اللباقة والمرونة.
- القدرة على ضبط النفس.
- الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا.

-سعة الإطلاع الثقافي والاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس العيادي خاصة (عسكر، 2004: 40).

هذا ولا زال الباحثون يضيفون صفات وخصائص للأخصائيين النفسيين تمكنهم من أن يكونوا قادرين على المساعدة الفعالة لمن يتقدموا لطلب مساعدتهم. حيث ذكر (ملحم، 2001) في هذا الصدد ونقلًا عن اتحاد علم النفس الأمريكي أن هناك أربعة جوانب من الصفات التي يجب على الأخصائيين في مجال الممارسة النفسانية التمتع بها وهي: الجانب العقلي (المرتکز على الحكمة والتبصر في مواجهة المشكلات)، والجانب المتعلق بالاهتمامات والميول (إذ لابد أن يكون المعالج النفسي مهتمًا وميال لفهم مشكلات الناس وخدمتهم والصبر في ذلك المجال)، وجانب التحصيل والثقافة والتأهيل (فجاح المعالج في عمله لا يقف عند حدود الشهادة التي حصل عليها في دراسته بل لابد من امتلاك ثقافة علمية وإنسانية واسعة تحقق له الإطلاع على كل جوانب الأمور المتعلقة بتخصصه كمعالج نفسي ويجب أن يكون على اتصال مستمر بمنجزات علم النفس بشكل خاص والعلوم الإنسانية بشكل عام.)، والجانب المتعلق بأخلاقيات المعالج (ويتهج هذا الجانب إلى الإلحاح على أن المتخصص في العلاج النفسي يحمل شعورًا عميقًا بأنه يراعي مصالح الآخرين ويحترمهم وان عمله الأساسي مرتبط ارتباطًا وثيقًا بتحقيق هذه المصلحة) (في فالح العتيبي، 2011: 45).

وبممارسة الأخصائي النفسي بتوفر هذه التوليفة من السمات والخصائص دوره في عملية التكفل النفسي من خلال مجالات ثلاث ذكرها جوليان روتر (1971) وفق ما يلي:

المجال الأول: ويتمثل في مهارات قياس وتقدير القدرات والإمكانات والكفاءات العامة للأفراد وأثر الظروف المحيطة بهم في قيامهم بوظائفهم العقلية .

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

المجال الثالث: ويتمثل في العلاج وما يتضمنه من طرق ووسائل وتقنيات لمساعدة الأفراد على تجاوز الصعوبات والمشاكل وللرفع من مستوى توافقيهم بشكل عام (في فتحة كركوش، 2014: 7-8). وتجدر الإشارة إلى أن الأدوار التي يقوم بها الأخصائي النفساني لا تقتصر على العمل الإكلينيكي المرتبط بمساعدة المرضى (التشخيص والعلاج والتوجيه والإرشاد) داخل العيادات والمستشفيات والمؤسسات التربوية والمهنية وميادين الخدمات الإجتماعية فقط، بل يمتد إلى القيام بالتدريس والتأطير وإجراء البحوث، وتدريب الممارسين النفسانيين، ووضع البرامج العلاجية والوقائية والإشراف عليها وتقويمها وتطويرها. وهو ما يتطلب تكوينًا متخصصًا ونوعيًا يعتمد على مجموعة من المعايير النظرية والتطبيقية المعتمدة في عالمنا في تكوين المختص النفسي وإعداده.

ومّا لاشكّ فيه أن الإتفاق قائم بين المهتمين بمجال علم النفس في الجزائر، حول فكرة أن تكوين الممارسين النفسانيين لابد أن يخضع نظرياً لنفس المعايير المعتمدة في الجامعات الأخرى، وهو تكوين يفترض أن يضمن اكتساب المعطيات والمبادئ الضرورية التي يحتاجها الأخصائي النفسي عندما يتجه إلى الممارسة الميدانية (نوع الوحدات المدرسة ودقتها وعلاقتها المباشرة بالتخصص). فهل يخضع تكوين الأخصائي النفسي في الجامعة الجزائرية إلى هذه المعايير؟

وللإجابة على هذا السؤال يمكننا العودة إلى ما ذكره يوسف عدوان بهذا الخصوص حينما قال: " إن تجاوز برامج التكوين الحالية يعتبر ضرورة وليس خياراً، وذلك لأنها لا تستند إلى أي نموذج تدريبي، بل أصبحت في معظم مضامينها تقدم للطلبة تاريخاً ومعارف عفا عنها التطور العلمي منذ عقود. إنه في ظل البرامج الراهنة لا يمكن أن نتحدث عن تشخيص أو علاج، لأنها برامج تخلو من القواعد الأساسية التي تقوم عليها عمليات التدريب على التشخيص والعلاج من جميع النواحي النظرية والعملية (يوسف عدوان، 2013: 2). وقد يؤكد ذلك عزوف قطاع كبير من الأفراد في مجتمعنا عن التوجه إلى المختص النفسي بسبب اعتقادهم أو حكمهم المسبق على الممارسة النفسانية بعدم الجودة والفعالية، أو حتى عدول بعض من سبق لهم وأن طلبوا مساعدة المختص النفسي ثم تراجعوا عنها بعد سلسلة من المقابلات (بعد إقرارهم بعدم فاعلية التدخل المتبنى من طرف المختص النفسي). وحتى يكون طرحنا منهجياً للعوامل والصعوبات التي تحد من جودة وفعالية الممارس النفساني بالنسبة للبيئة الجزائرية يمكننا تنظيم هذه الصعوبات ضمن عدة مستويات، انطلاقاً من معطيات الواقع الجزائري في تصوره وإدراكه لمهنة المختص النفسي وطبقاً للملاحظات التي تم الوقوف عليها أثناء الممارسة العيادية المباشرة .

3) صعوبات الممارسة النفسانية في البيئة الجزائرية:

يمكن تناول هذه الصعوبات من عدة زوايا كما سبقت الإشارة إليه، وفقاً لما يلي:

3-1) التصورات الاجتماعية المرتبطة بالمهنة:

تشابهت التصورات الاجتماعية التي يحملها الناس عن مهنة المختص النفسي في كثير من المجتمعات بما في ذلك المجتمعات الغربية خلال العقود الماضية، أي قبل ازدياد الوعي بالقيمة الاجتماعية لمهنة المختص النفسي. حيث تبين من خلال العديد من الدراسات أن هذه التصورات الاجتماعية قد تأرجحت ما بين الازدراء أو الاستصغار لمهنة المختص النفسي وبين التخوف من اللجوء إلى طلب مساعدته أو التحفظ بشأن مدى أهمية أو فعالية هذه المهنة بالمقارنة مع مهنة الطبيب مثلاً (Hamre et al., 1994; Britten, 1998; Thorneycroft et al., 2010).

وفي الشأن نفسه وانطلاقاً مما تمت ملاحظته فيما يتعلق بالتصورات الاجتماعية المرتبطة بمهنة المختص النفسي، أثناء الممارسة العيادية في البيئة الجزائرية فإنه يمكن الإشارة إلى أن هذه

المهنة مازالت لا تحظى بالقدر المطلوب من الإهتمام والإعتراف حتى بعد ازدياد الوعي بأهميتها والحاجة إليها ورغم التوسع الملاحظ في مجالات تواجد المختص النفسي (إذ يتواجد تقريبا في كل قسم من أقسام المستشفيات وفي العيادات متعددة الخدمات وفي شركات ومؤسسات كثيرة وفي المدارس والجمعيات وغيرها). وقد يعود ذلك إلى الإتجاهات السلبية نحو مهنة المختص النفسي لدى الكثير من الأفراد في مجتمعنا. فلطالما ارتبطت مهنة المختص النفسي بالمفهوم النمطي الكلاسيكي عن نوع التدخل الذي يمارسه، ونوع الأفراد المعنيين بتدخله (المرضى العقليين)، الشيء الذي يؤكد وجود خلط وعدم فصل بين مهنة المختص النفسي ومهنة الطبيب العقلي.

وقد تغيب مثل هذه الإتجاهات السلبية لدى البعض ممن يؤمنون بأهمية دور المختص النفسي ويميلون إلى طلب مساعدته، ولكنهم يترددون في ذلك بسبب الخوف من وصمة المرض النفسي التي سوف تلاحقهم اجتماعيا لو علم الآخرون بالأمر، وخاصة بالنسبة لفئة الإناث.

ومن جانبها ساعدت بعض وسائل الإعلام المرئية منها بشكل خاص (السينما والتلفزيون) إلى حد كبير في ترسيخ هذا المفهوم السلبي والنمطي في البيئة العربية عموما والجزائرية تحديدا عبر عدة سنوات، وذلك من خلال الأفلام والمسلسلات التي تظهر فيها وبوضوح فكرة الخلط بين مهنة المختص النفسي والطبيب العقلي، مع حصر مكان تواجده فقط في مستشفى الأمراض العقلية. ولم تكف بذلك فقط بل عملت على الترويج لفكرة وصف المختص النفسي بالمجنون أو المختل الذي يعاني من مشاكل نفسية تزيد من تدهور الحالة النفسية لمرضاه. ولهذا السبب فإن الكثير من الأفراد في البيئة الجزائرية لا يرون أهمية في دور المختص، بل ولا يثقون في فعالية وجودة الخدمات التي يقدمها فيفضلون التوجه نحو بدائل أخرى غيره كالرقية مثلا.

3-2) الكفاءة المهنية للممارسين النفسانيين:

لقد شهد ميدان علم النفس العيادي تطورات سريعة فيما يخص نظريات العلاج وتقنياته، كما شهد أيضا دخول بعض الميادين التي أضافت معها أنواعا أخرى من الخدمات كالإرشاد النفسي بكل مناحيه الأسرية والزوجية و المهنية وغيرها. كما أن حاجة المجتمعات بشكل عام والمجتمع الجزائري بشكل خاص لتدخل الأخصائي النفسي ومساعدته أصبحت أكثر إلحاحا من ذي قبل، بسبب العديد من التحولات الإجتماعية والإمراضية أيضا (مخلفات الإرهاب والزلازل والفيضانات وغيرها من الصدمات والشدائد التي خبرها الجزائريون ونتج عنها تنوع هائل في الأمراض النفسية والجسدية). وهي تحولات وتطورات تدفع الممارس العيادي إلى مواكبتها وفقا للأبعاد الإجتماعية والثقافية لبيئته، فتضطره إلى إيجاد التقنيات والوسائل المناسبة للتدخل (التقدير والتشخيص والعلاج). وفي هذا السياق يشير لويس وآخرون (Lewis et al , 1990) إلى ضرورة أن تخضع وسائل التقييم والتشخيص إلى المعيارية الثقافية والإجتماعية لمفهوم الصحة النفسية في كل مجتمع، وهو أمر يتطلب مستوى عال

من الكفاءة المهنية والنظرية أيضا قد لا يتوفر عليه بعض الممارسين عندنا لعدة أسباب منها مستويات التكوين غير الكافية ومدة التريص الهزيلة التي لا تصل في كثير من الأحيان إلى (12) شهرا. من جهة أخرى فإن تنوع المشكلات النفسية التي يتعامل معها المختص النفسي قد تدفعه لتلقائيا إلى اللجوء لتصنيفها وفقا لما جاء في الدليل التشخيصي للأمراض العقلية والنفسية المعمول به، فيهتم فقط بالبحث عن استكمال الجدول الإكلينيكي الذي يعزز لديه التشخيص (المتسرع ربما) الذي وضعه، ويغفل بالمقابل الظروف المحيطة بنشأة المشكل والسمات الفردية الخاصة بكل حالة في ظل اهتمامه بالأنماط العامة للإضطرابات كما جاء تصنيفها في الدليل التشخيصي. ومن هذا المنطلق فقد يخفق في وضع التشخيص المناسب ومنه أيضا التدخل المناسب، مما ينعكس سلبا على فعالية تدخله. ولعلّ هناك العديد من العوامل التي تنقص من الكفاءة المهنية للممارسين النفسانيين عندنا، ومن أهمها حسب اعتقادنا:

(أ) عدم كفاية مدة التكوين الأكاديمي والميداني في الوقت ذاته، فمدة التكوين المحددة بأربع سنوات في النظام الكلاسيكي وثلاث سنوات في نظام (ل.م.د.) بالنسبة لتتخرج يمكنه ممارسة المهنة مباشرة بعد انتهاء مدة الدراسة، قد لا تكفيه حتى للإحاطة بالمعطيات الأساسية المتعلقة بالإختصاص. ناهيك عن أن فترة التريص الميداني والتي لا تتعدى في غالب الأحيان سنة واحدة (في حال تمكن المتريص من التوجه إلى الميدان بسهولة ودون تأخير)، لا تسمح له أيضا بالتمكن من اكتساب مهارات التدخل أو حتى مهارات إدارة أو إنجاز مقابلة عيادية. وقد يساهم بعض المشرفين عن التريص بقدر كبير في عدم فعالية التريص من خلال اكتفائهم البعض منهم بإسناد عملية تسجيل البيانات والإجراءات الإدارية للمتريص، بدلا من الحرص على تدريبه وتكوينه في مجال الممارسة.

(ب) عدم وجود تنوع في ميادين التريص واقتصرها فقط على هيئة استشفائية واحدة أو مركز نفسي واحد مما يحد من فرص التعامل مع التنوع الهائل الموجود في مجال الإضطرابات النفسية، ويجعل المتريص يتعامل مع نوع واحد فقط من المشكلات أو الإضطرابات النفسية طيلة مدة التريص، مع الإشارة إلى أن بعض التريصات لا تغطي إلا الجانب الشكلي منها كما سبقت الإشارة إليه (ملء البيانات وتسجيل المعلومات).

(ج) في ظل محدودية التكوين بشطريه النظري والميداني، يجد الممارس نفسه أمام تشكيل متنوع من النظريات العلاجية المختلفة من حيث التقنيات والوسائل المستخدمة في التكفل بالإضطرابات النفسية، فيحترق عندها في عملية الإختيار فيما بينها بالشكل الذي يتناسب مع نوع الطلب وخصوصية الفرد الذي يتعامل معه. وعليه يمكن أن تكون طريقة تدخله مبنية على المزج العشوائي بين أكثر من تقنية علاجية من خلفيات نظرية مختلفة. وهو أمر يؤثر سلبا على سيرورة التدخل ويؤدي إلى عدم فعاليته، خاصة إذا ما اكتفى الممارس بالقليل الذي اكتسبه أثناء سنوات التكوين المحدودة بالتكوين

الأكاديمي النظري بالدرجة الأولى . ومع أن الإتجاه السائد اليوم في تبني الخطة العلاجية يميل نحو الأسلوب التوفيقى بين مختلف أساليب العلاج (O'sullivan & Dryden, 1990) إلا أن هذا التوفيق أو التوليف بين الأساليب العلاجية من مختلف التيارات يتطلب دراية عالية بضوابط وشروط هذه العملية، الشيء الذي قد يغيب في ظل محدودية التكوين .

(د) عدم تحكم البعض من الممارسين في الطرق العلاجية التي يتبنونها وفي أساليب القياس والتقدير التي يلجؤون إلى استخدامها في عملية الفحص والتشخيص. وقد ينطبق هذا المثال أكثر على الإختبارات الإسقاطية التي تحتاج إلى تكوين خاص بها، غالبا ما يفتقر إليه الممارسون لأسباب عديدة ومتنوعة.

(هـ) غياب القدرة لدى بعض الممارسين على الإقناع بأهمية دورهم وفعالية تدخلهم، وتقديهم الخاطئ أو غير الموفق لأنفسهم. وقد يرجع ذلك إلى عدم توفرهم على بعض السمات الشخصية التي تتطلبها هذه المهنة مبدئيا، كالوضوح والقدرة على الإتصال الجيد والذكاء العاطفي والإجتماعي وغيرها من السمات التي تسهل عملية التعامل مع الأفراد في مجال الممارسة النفسانية.

3-3 النظام المؤطر للمهنة :

يشير كوليكان وزملائه (Coolican et al, 1999) إلى أن الهدف من أي نظام أو تشريع مهني يتمثل في حماية الناس وتحقيق أفضل المعايير للممارسة المهنية، وبالتالي ضمان جودة الخدمات. وفي مجال الممارسة النفسانية فإن هناك العديد من المبادئ التنظيمية المعروفة والتي تؤطر نظريا شروط المهنة، ومن بينها الحفاظ على السر المهني والتحلي بالموضوعية وعدم التحيز في الحكم أخلاقيا على السلوك. إذ يتعين على المختص النفسي أن يحترم حقوق الأفراد في الخصوصية والسرية والإستقلالية في اتخاذ القرار بما يروونه مناسباً أو مريحا لهم (O' Donohue & Ferguson, 2003).

وبالنسبة للبيئة الجزائرية فإنه لا يمكننا القول بغياب قانون ينص على أخلاقيات الممارسة النفسانية، ويمكن تأكيد هذه الفكرة بالرجوع إلى قانون أخلاقيات المهنة الصادر عن اتحاد الأخصائيين النفسانيين الجزائريين (U.P.A). غير أن الملاحظ هو أن الممارسين النفسانيين قد يحرصون على أساسيات أخلاق المهنة (كالسر المهني والصدق والإلتزام وبذل الجهد في تقديم المساعدة المطلوبة) ولكنهم مقابل ذلك قد يجهلون بعض الضوابط الأخرى التي تحكم نشاطهم المهني كالإستقلالية المهنية، وخاصة بالنسبة لؤلائك الذين يعملون تحت إشراف المؤسسات الطبية التي تفرض عليهم إجراءات مهنية محددة لا يملكون معها حرية اتخاذ القرار بشأن مسار العلاج. وفي هذا الإطار فإن قانون أخلاقيات المهنة السابق ذكره ينص على ضرورة أن يعمل الأخصائي النفسي على حماية استقلالته

المهنية مهما كان وضعه في السلم الهرمي للمهنة، لأن ذلك من شأنه أن يحد من حريته في تبني وسائل التدخل المناسبة وينقص من مستوى فعاليته في الممارسة لما يتوقع منه.

من جانبه أمر آخر يمكن أن يؤثر على جودة الممارسة النفسانية من هذه الزاوية التنظيمية، وهو أمر يتعلق بالنزاع الموجود بين الأخصائيين الممارسين خاصة بين الذين يتعصبون للمدارس النظرية التي يتبنونها ويحكمون على غيرهم من هذا الباب بعدم الفعالية. وبناء على ذلك يغيب التواصل والتبادل العلمي والمهني بينهم مما يؤدي إلى التوقع ضمن توجه علاجي واحد وهو أمر منهي عنه في المبادئ العامة للتكوين في علم النفس.

ضاف إلى ذلك أن هذه القطيعة الموجودة بين بعض الممارسين النفسانيين قد نجدها أيضا بين الأخصائيين النفسانيين أنفسهم وبين غيرهم ممن يشاركونهم نفس الفريق المهني كالأطباء مثلا. وقد يرجع ذلك إلى الصورة التي يحملها الأطباء في البيئة الجزائرية عادة عن الممارسين النفسانيين بأنهم غير أكفاء، فيقومون دورهم ولا يشركونهم في مناقشة الحالة المرضية العامة لمرضاهم. وقد يساعد المختص النفسي على ترسيخ هذه الصورة السلبية عنه من خلال ضعف مهارات الإتصال لديه والتعبير عن نفسه بشكل غير لائق، أو من خلال عدم انضباطه المهني وعدم سعيه إلى التكوين المستمر الذي يرفع به مستوى كفاءته المهنية.

وقد يأتي المقابل المادي الذي يتقاضاه المختص النفسي في بلادنا ليحد من مستوى الطموح المهني لديه و ينقص من دافعيته في السعي لتطوير مهاراته بهدف تحقيق الجودة والفعالية في التدخل. هذه بعض من الصعوبات التكوينية (الأكاديمية) والشخصية والإجتماعية الثقافية والتنظيمية المهنية التي اعتقدنا بأنها تعمل على الحد من مستوى جودة الخدمات في الممارسة النفسانية في البيئة الجزائرية، انطلاقا من بعض المعطيات النظرية والملاحظات الميدانية .

خلاصة:

مما لاشك فيه أن الممارسة النفسانية تقوم على مجموعة من المعايير والضوابط التي ترسم حدودها وتكفل لكل من المعالج والمتعالج حق الحفاظ على ما يرجوه من هذه الممارسة. وقد نتفق جميعنا على أهمية التكوين الأكاديمي والميداني في رفع مستوى الكفاءة المهنية للممارسين النفسانيين، غير أننا وبالمقابل لذلك نجد أن مدة التكوين التي يتلقاها هؤلاء غير كافية لتأهيلهم مهنيا بالموازاة مع ما يتوقع منهم أن ينجزوه. كما أن مستوى جودة الخدمات النفسية التي يقدمونها لا ترتبط فقط بمضمون وصيغة التكوين الذي يتلقونه، بل ترتبط أيضا بالصورة المهنية والإجتماعية التي يحملها الآخرون عنهم من عامة الناس ومن المهنيين الآخرين، وهو أمر يتطلب من الممارسين النفسانيين أن يحملوه على عاتقهم لتعديل اتجاهات الآخرين وتصورهم السلبي عنهم، وذلك من خلال سعيهم المتواصل إلى تطوير كفاءتهم المهنية والنظرية.

* قائمة المراجع:

1- باللغة العربية:

- 1) النابلسي أحمد محمد (1991): مبادئ العلاج النفسي ومدارسه. دار النهضة العربية، بيروت.
- 2) أمزيان وناس (2010): الأخصائي النفسي الممارس في الوسط العقابي بين أخلاقيات المهنة ومتطلبات الوظيفة. مجلة العلوم الاجتماعية، ع (11)، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة فرحات عباس، سطيف، جوان 2010.
- 3) القذافي محمد رمضان (1992): التوجيه والإرشاد النفسي. ط1، دار الرواد، طرابلس.
- 4) العتيبي بن صنهاة الدلبي فالح (2011): دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض.
- 5) كركوش فتيحة (2014): الممارسة العيادية بين الراهن والمأمول: دراسة استطلاعية. مجلة البحوث والدراسات الإنسانية، ع(9).
- 6) سرى محمد إجلال (2000): علم النفس العلاجي. ط2، عام الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 7) شقير زينب محمود (2002): علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين. ط1، دار الفكر، عمان.
- 8) عبد المعطي حسن (1998): علم النفس الإكلينيكي. دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
- 9) عدوان يوسف (2013): آفاق التكوين في العلاج النفسي في الجزائر، اليوم الدراسي الثاني حول التقنيات الإكلينيكية الحديثة في التشخيص والعلاج النفسي، مخبر تطوير نظم الجودة في مؤسسات التعليم العالي والثانوي، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 12 سبتمبر 2013.
- 10) عسكر رأفت (2004): علم النفس الإكلينيكي، التشخيص والتنبؤ في ميدان الإضطرابات النفسية والعقلية. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

2- باللغة الأجنبية:

- 1) Britten, N. (1998): *Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. BMJ, 317:963-694.*
- 2) Bruce, D. (1985): *Professional Psychologist Handbook. University Of Arizona.*
- 3) Coolican, H; Cassidy, T; Cherchar, A. (1999): *Applied Psychology. Hodder & Stoughton.*
- 4) Hamre, P.; Dahl A.A; Malt U.F. (1994): Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. Nordic Journal of Psychiatry, 48:275-281.
- 5) Lewis, C; Croft-Geffreys, C; David, A. (1990): Are British Psychiatrists racist? British Journal of Psychiatry, 157,410415.
- 6) O'Donohue, W.; Ferguson, K. (2003): *Handbook of Professional ethics for Psychologists: Issues, questions, and controversies. California: sage publications.*
- 7) O'sullivan, K. and Dryden, W. (1990): A Survey of Clinical Psychologists in the S.E. Thames Health Region: Activities, role and theoretical orientation. Clinical Psychology Forum, 29:21-26.
- 8) Thornycroft, G; Rose, D; Mehta N. (2010): Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? Advances in Psychiatric Treatment, 16:53-59.