



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في رفع مستوى
تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي
دراسة عيادية لحالتين

تحت إشراف الأستاذة:
أ. مقداد أميرة

من إعداد وتقديم الطالبة:
- لخضاري يقين

تاريخ المناقشة: 23/ 06/ 2025

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
سعدون سمية	أستاذ محاضر – أ –	رئيسا
مقداد أميرة	أستاذ محاضر – أ –	مشرفا ومقررا
منقوشي فاطمة	أستاذ متعاقد	مشرفا مساعدا
زاوي أمال	أستاذ محاضر – أ –	مناقشا

السنة الجامعية 2023-2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عَمَلان

الإهداء

أقدم هذا العمل المتواضع بعد كفاح، فلم يُنجز في ساعة يُسر، بل كان ثمرة ليل طوال، تسلحت فيها بالصبر حين تاهت الخطى، وتوسّلت الدعاء حين ضاقت السبل، بين صفحاته حكاية صبر لا يقرأها سواي، لكنه اليوم يُولد مكللاً ببركة الله ثم بدعم من أحب.

أهديه إلى روح **جدتي** الطاهرة، إلى من كانت تنتظر هذا اليوم، وكان دعائها مفتاحاً لي لكل خير.

إلى **قدوتي** في الفكر، و**نبراسي** في العلم، و**الدي الجليل** العلامة الذي كنت لي مثلاً في الجدّ، ومدرسة في الأخلاق، وصورة للثبات في وجه المحن.

إلى من كانت دعواتها تسابق أنفاسي، وتسبق خطاي، فتيسر العسر وتفتح لي أبواباً ما كنت أراها، **أمي الحبيبة** الغالية. إلى **زوجي العزيز** الصبور، حملت معي ما لا يرى، كنت لي سنداً لا يميل، فلم تكن هذه الرحلة سهلة لكنك جعلتها لي ممكنة، جعل الله خطاك مباركة.

إلى من تشاركت معهم ضحكات الطفولة، **إخوتي وأخواتي**، كنتم لي عزوة لا تهتز، وظهراً لا ينكسر، رزقكم الله من الخير ما تقرّ به أعينكم.

إلى **صغاري الكبار**، إلى من تنبض روعي بهم، وتحيا بهم أيامي، **أماني وماهر**، كم تحملتم غيابي وشاركتموني هذا المشوار ببراءتكم، أسأل الله أن يجعل لكم من التوفيق نصيباً، وأن تروا ثمار أمكم، وتفتخرا بها كما أفتخر بكم دوماً. إلى الأرواح النقية، **أخواتي** من رحم المواقف والصدق والمحبة، **صورية، سمية، إيمان**، كننن لي عوناً في أوقات العجز، وسنداً في لحظات الوهن.

إلى كل عائلتي وكل من أحبني ورافقني بقلبه ودعائه، أهدىكم هذا العمل.

لخضاري يقين

شكر و عرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على من بُعث رحمة للعالمين، الفضل لله سبحانه وتعالى الذي وفقني في إتمام هذه الدراسة، وبفضله تتحقق الغايات، وبعد رحلة علمية حملت في طياتها الكثير من الجهد والتحديات.

أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة " أميرة مقداد " التي شرفنتني بموافقتها على الإشراف في هذا العمل، ومرافقتها رُغم ما ألمّ بها من ألم، كانت مثالا في التفاني والعطاء، فأسأل الله أن يلبسكم ثوب العافية ويجزيكم عنا خير الجزاء على توجيهاتكم القيمة، وآرائكم السديدة.

كما أتقدم بجزيل الشكر وخالص الامتنان لأستاذتي الجليلة الدكتورة " منقوشي فاطمة "، التي كانت لي بعد فضل الله مشكاة هدى، وركنا أمينا في مسيرتي العلمية، لقد أولتني من وقتها وعلمها ورعايتها ما لا يُجازى إلا بالدعاء، فكانت نعم المعلمة والناصحة، لا تكل من التوجيه، ولا تبخل بالنصح، حتى أتممت هذه الرسالة، بفضل الله ثم بدعمها المبارك، أسأل الله أن يرفع قدرها، ويجزل أجرها، وأن يكتب ما بذلته في ميزان حسناتها، ويجعلها من الذين قال فيهم سبحانه: (يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات)- المجادلة: 11.

كما أتوجه بفائق الشكر والعرفان إلى كل الأساتذة الأفاضل الذين كان لهم فضل في تكويني وتعليمي طيلة مشواري الجامعي، وعلى رأسهم أستاذتي الكريمة طيبة القلب " زاوي آمال " التي كانت يدا حانية في لحظات العثرة، ومثالا في التفهم والاحتواء.

وأتقدم بجزيل الشكر والامتنان للأستاذة " بن عيسى رحال نوال " على دعمها ومساندتها الصادقة طيلة مسيرتي الجامعية، فقد كانت مثالا في التوجيه وقلبا رحيفا في التفهم والاحتواء، أسأل الله أن يرفع قدركم ويرزقكم سعادة لا تزول وصحة لا تخون.

ولا يفوتني أن أتوجه من باب الاعتراف بالجميل، للأستاذة "منقوشي فاطمة " التي فتحت لي أبواب عيادتها النفسية، حتى تكتمل الدراسة، فإنه من الشرف أن أجلس في مكتبكم المحترم الذي أمدني كل الثقة أثناء ممارستي العيادية.

كما أتقدم بشكر خاص إلى الطالبة " زروال نصيرة " رفيقة العلم والدرب،
فقد كنتي لي سندا في مشواري الجامعي، فلك مني خالص الدعاء والثناء.
دون أن أنسى الحالتين اللتين وافقت المشاركة في هذه الدراسة، والتزمت
الحضور الفعلي في سائر الحصص العيادية، وواصلت معي هذا العمل إلى
آخره.

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في رفع تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي. وتم تطبيق الدراسة على حالتين، تم اختيارهما بطريقة قصدية ولبلوغ هذا الهدف، تم الاعتماد على كل من المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة والمنهج الشبه التجريبي، باستخدام مجموعة من الأدوات، تمثلت الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية النصف موجهة، فحص الهيئة العقلية، مقياس كوبر سميت لتقدير الذات، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي تم اقتراحه من طرف الطالبة . وتوصلت الدراسة إلى النتيجة التالية: للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في رفع تقدير الذات لدى ضحية المنحرف النرجسي .

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، تقدير الذات، ضحية المضطرب النرجسي، المضطرب النرجسي.

Abstract:

This study aimed to investigate the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy (CBT) program in enhancing self-esteem among victims of the narcissistically disturbed. The study was applied to two purposefully selected cases.

To achieve this objective, both the clinical case study method and the quasi-experimental method were adopted, using a set of tools including: clinical observation, semi-structured clinical interview, mental status examination, the Coopersmith Self-Esteem Inventory, and a cognitive-behavioral therapy program proposed by the student.

The study reached the following result: the cognitive-behavioral therapy program proved effective in improving self-esteem among victims of the narcissistically disturbed.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy program, self-esteem, victim of the narcissistically disturbed, narcissistically disturbed.

قائمة المحتويات

3.....	الإهداء
4.....	شكر و عرفان
6.....	ملخص الدراسة
VI.....	قائمة الاشكال
VII.....	قائمة الملاحق
أ.....	مقدمة
1.....	الجانب النظري
2.....	الفصل الأول: تقديم الدراسة
3.....	تمهيد:
4.....	1. اشكالية الدراسة:
6.....	2.فرضيات الدراسة
6.....	3.أهداف الدراسة
6.....	4.أهمية الدراسة
6.....	5.التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:
7.....	6.الدراسات السابقة
9.....	الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي
10.....	تمهيد
11.....	1. مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:
11.....	2.أهداف العلاج المعرفي السلوكي
12.....	3.مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
12.....	4.فنيات العلاج المعرفي السلوكي
13.....	5.مراحل العلاج المعرفي السلوكي
15.....	6.نظريات العلاج المعرفي السلوكي
17.....	خلاصة الفصل

18.....	الفصل الثالث: تقدير الذات
19.....	تمهيد
20.....	أولاً: الذات
20.....	1. مفهوم الذات
20.....	2. أنواع الذات
20.....	3. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات:
21.....	4. النظريات المفسرة لمفهوم الذات
21.....	ثانياً: تقدير الذات
21.....	1. مفهوم تقدير الذات
22.....	2. أهمية تقدير الذات
23.....	3. النظريات المفسرة لتقدير الذات
25.....	4. العوامل المؤثرة في تقدير الذات
26.....	خلاصة الفصل
27.....	الفصل الرابع: الاضطراب النرجسي
28.....	تمهيد
28.....	1. الأصل الأسطوري للنرجسية
28.....	2. مفهوم الاضطراب النرجسي
29.....	3. الخصائص النفسية والسلوكية للمضطرب النرجسي
30.....	4. تشخيص اضطراب الشخصية النرجسية
30.....	5. النظريات المفسرة للاضطراب النرجسي
31.....	6. الاثار النفسية ناجمة عن العلاقة مع المضطرب النرجسي
32.....	خلاصة الفصل
33.....	الجانب التطبيقي
34.....	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية
35.....	تمهيد
36.....	1. منهج الدراسة

36	2.1. المنهج شبه التجريبي
36	2. حدود الدراسة
36	3. حالات الدراسة
37	4. أدوات الدراسة
37	2.4. الملاحظة العيادية
37	3.4. فحص الهيئة العقلية
37	4.4. المقابلة العيادية
38	5.4. مقياس كوبر سميث لتقدير الذات
39	6.4. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
41	1.6.4. الإجراءات والخطوات العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
43	خلاصة الفصل
44	الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة
45	تمهيد
46	1. عرض الحالة الأولى
46	1.1. البيانات الأولية للحالة الأولى
46	2.1. فحص الهيئة العقلية
47	3.1. تحليل المقابلات مع الحالة الأولى
48	4.1. نتائج القياس القبلي لمقياس كوبر سميث للحالة الأولى
49	2. عرض الحالة الثانية
49	1.2. عرض البيانات الأولية
49	2.2. فحص الهيئة العقلية
50	3.2. تحليل المقابلات العيادية للحالة الثانية
51	4.2. نتائج القياس القبلي للحالة الثانية
51	3. نتائج البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
51	1.3. القياس البعدي
51	1.1.3. القياس البعدي لمقياس كوبر سميث للحالة الأولى

52.....	2.1.3. نتائج القياس البعدي لمقياس كوبر سميث للحالة الثانية
52.....	4. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:
52.....	1.4. مناقشة الفرضية الرئيسية
53.....	2.4. مناقشة الفرضية الجزئية الأولى
54.....	3.4. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية
54.....	5. استنتاج عام
55.....	الخاتمة
57.....	الاقتراحات
58.....	قائمة المراجع
58.....	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
36	خصائص حالات الدراسة	01
39	المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث	02
41-40	البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	03
48	توزيع درجات المقاييس الفرعية للحالة الأولى	04
51	توزيع درجات المقاييس الفرعية للحالة الثانية	05

قائمة الاشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
24	هرم الحاجات لابراهيم ماسلو	01

الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
62	إجابات الحالة الأولى على مقياس كوبر سميث في القياس القبلي	01
63-62	إجابات الحالة الثانية على مقياس كوبر سميث في القياس القبلي	02
64-63	إجابات الحالة الأولى على مقياس كوبر سميث في القياس البعدي	03
65	إجابات الحالة الثانية على مقياس كوبر سميث في القياس البعدي	04
66	قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج المعرفي السلوكي	05

مقدمة

قد تتقاطع دروبنا أحيانا مع أشخاص يتركوا أثرا لا يرى، أثرا يمتد خيوطه إلى أعماق النفس، يشوهها بصمت، ويطفئ وهجها شيئا فشيئا، ذلك الأثر هو ما تُخلفه علاقة سامة من شخصية مضطربة نرجسيا، شخصية تُنقن التلاعب، وتُخفي خلف قناع الثقة والعظمة هشاشة نفسية داخلية مدمرة.

في زمن باتت فيه العلاقات أكثر تعقيدا وتشويشا وغموضا، أصبح من الضروري التوقف عند تلك الممارسات السلوكية المرضية التي تُنهك الطرف الآخر نفسيا، وتُحطم تدريجيا تقديره لذاته، مما يجسد حالة من التعلق المرضي والوقوع في دائرة مفرغة الاذلال العاطفي والتبعية النفسية المؤذية.

إن الاستمرار في علاقة مع زوج مضطرب نرجسيا دون وعي بطبيعتها السامة يُفضي إلى انزلاق الزوجة الضحية في متهات من الاستنزاف النفسي، حيث تتلاشى الحدود النفسية ويتآكل تقدير الذات بفعل السيطرة والتقليل المتكرر من القيمة والاستحقاق. وكلما طالَّت العلاقة، ترسخت أنماط مرضية من التعلق، وصعب على هذه الضحية اتخاذ قرارات حاسمة تحفظ كرامتها النفسية. ويزداد الأمر تعقيدا في مجتمعات يغلب عليها الطابع الذكوري كالمجتمع الجزائري، حيث تُنقن كاهل المرأة قيود اجتماعية وأسرية تقيد حريتها في الانفصال والقرار.

وفي هذا السياق جاءت الدراسة الحالية التي تتبع من الواقع المحلي لتتترح برنامجا علاجيا معرفيا سلوكيا يستهدف إعادة بناء ورفع تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي، بما يسمح لها باسترجاع توازنها الداخلي واستقلاليتها العاطفية في ضوء عميق للخصوصيات النفسية والاجتماعية للبيئة الجزائرية. ولتغطية الموضوع والإلمام بجميع متغيراته، تم تقسيم الدراسة إلى جانبين، الأول هو الجانب النظري، ويضم أربعة فصول، تناول **الفصل الأول** تقديم الدراسة من خلال بناء الإشكالية وصياغة فرضياتها وفق ما هو معمول به منهجيا في الدراسات الأكاديمية في مجال التخصص، وتم تحديد أهدافها وأهميتها، وصولا إلى ضبط المفاهيم الإجرائية لمتغيراتها، وأخيرا استعراض عدد من الدراسات السابقة.

أما **الفصل الثاني**، فتضمن متغير العلاج العرفي السلوكي من خلال الوقوف على جميع المفاهيم الخاصة به بما فيها مفهومه، مبادئه، مراحلها، نظرياته وأخيرا خلاصة للفصل.

أما **الفصل الثالث**، فتم تقسيمه إلى جزأين، تضمن الجزء الأول متغير الذات من حيث مفهومها، وأنواعها والنظريات المفسرة لها وتضمن الجزء الثاني تقدير الذات من حيث الأهمية والعوامل المؤثرة في تقدير الذات، إضافة للنظريات المفسرة له، وأخيرا خلاصة للفصل.

ويتناول **الفصل الرابع** متغير الاضطراب النرجسي بداية بالأصل الأسطوري للنرجسي، ثم مفهوم الشخصية المضطربة نرجسيا، ثم تشخيصها، وأهم النظريات المفسرة له، وتوضيح الآثار النفسية الناجمة عن العلاقة مع المضطرب النرجسي، وأخيرا خلاصة للفصل.

أما الجانب الثاني، فقد خُصص للدراسة الميدانية، ويضم فصلين، **الفصل الخامس** تناول الإجراءات المنهجية للدراسة بما فيها منهج الدراسة، حدودها الزمانية والمكانية، حالاتها، أدواتها، لينتهي الفصل بخلاصة.

والفصل السادس خصص لعرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشة فرضياتها، ثم خاتمة، متبوعة بجملة من الاقتراحات، تليها قائمة المصادر والمراجع المعتمدة، وأخيرا قائمة الملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول: تقديم الدراسة

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل تقديم الدراسة من حيث الأسس المنهجية التي تُبنى على أساسها الدراسة، فرضياتها، وتحديد أهدافها وأهميتها، يلي ذلك ضبط المفاهيم الإجرائية لمتغيراتها، وصولاً إلى استعراض عدد من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة والتعقيب عليها.

1. اشكالية الدراسة:

ينزايد الاهتمام في العصر الحالي بالشخصيات المضطربة والعلاقات السامة وتأثيراتها النفسية على العديد من الضحايا مما يدفع الكثير من الباحثين في علم النفس العيادي إلى القيام بدراسات معمقة تشمل اضطرابات الشخصية مثل اضطراب الشخصية النرجسية (Narcissistic personality disorder) حيث يعرف هذا الاضطراب في DSM5 على أنه نمط ثابت من العظمة في الخيال أو السلوك والحاجة إلى الإعجاب والافتقار إلى التعاطف الذي يبتدىئ منذ البلوغ الباكر مما يجعل هذا المصاب بهذا الاضطراب يشكل خطراً نفسياً على الأفراد الذين يتعاملون معه خاصة في العلاقات العاطفية أو الأسري (الحمادي، دت، ص348).

ويستدل على هذا الاضطراب في الشخصية حسب DSM5 بخمسة أو أكثر من التظاهرات المرضية أهمها شعور بالعظمة وبأهمية الذات أي المبالغة في الإنجازات والمواهب والتوقع بالاعتراف به كمتفوق دون أن تحقيق إنجازات، مستغرقاً في خيالات عن النجاح اللامحدود أو القوة أو التآلق أو الحب المثالي، والاعتقاد بالتميز والتفرد، هذا الأخير يتطلب إعجاباً مفرطاً كما انه استغلالي في علاقاته الشخصية ويبيدي سلوكيات أو مواقف متعجرفة ومتعالية. ومع ذلك تجدر الإشارة أنه ليس كل شخص لديه سمات نرجسية مصاب باضطراب الشخصية النرجسية حيث يتم تشخيص هذا الاضطراب حسب DSM5 فقط عندما تكون هذه السمات ثابتة، غير مرنة، غير تكيفية، تسبب مشكلات في الحياة، وتؤدي إلى خلل وظيفي كبير أو معاناة نفسية (الحمادي، دت، ص 348).

وإذا كان هذا الاضطراب في الشخصية يتميز بهذا النمط المرضي في العلاقات، فإن خطورته تتفاقم عندما يكون الشريك النرجسي هو الزوج أو الزوجة، حيث تأخذ العلاقة بعداً أكثر تعقيداً وعمقا لما تحمله من التزامات اجتماعية وعاطفية تجعل الضحية عرضة للاستنزاف النفسي المزمّن والتعلق المرضي، مما يصعب من قدرتها على الانفصال أو إدراك العنف غير المعلن الذي تعيشه. وتبعاً لهذا السياق العلائقي المشوه، غالباً ما تتدهور صورة الذات لدى الضحية، ويتراجع تقديرها لنفسها، لتتبنى تدريجياً نظرة سلبية عن ذاتها تحت تأثير السيطرة النفسية المستمرة والتلاعب العاطفي المتكرر من قبل الشريك النرجسي.

وتتفاقم هذه الأزمة النفسية حتماً داخل بنية اجتماعية ذكورية، يضيف على معاناتها خضوع المرأة طابعا مألوفاً وثقافة موروثية في مجتمعات موروثية، مما يكرس عجزها عن اتخاذ مواقف حاسمة كقرار الانفصال، ويجعل استمرارها في علاقة مرضية مدمرة يبدو غالباً كأنه "خيار إلزامي" تُفرضه الأعراف أكثر مما تمليه إرادتها الخاصة.

وفي هذا الاتجاه تشير دراسة صالح سليمان السبيعي (2019) أن الذكور أكثر نرجسية مرضية من الإناث بمتوسط حسابي بلغ (2.87)، في ضوء نظرة الرجل لنفسه، ومفهومه لذاته على أنها تتسم بالاستقلالية إذ ينظر غالباً في المجتمعات العربية أن السلوكيات التسلطية والهيمنة كسمات رجولية مقارنة بشخصية المرأة التي تتصف بالدونية ومشاعر النقص. هذا الاتجاه تؤكد العديد من الدراسات هذه النتيجة مع العديد من الدراسات العربية التي تناولت الفروق الجنسية في النرجسية كدراسة جودة (2012)، وحتى الدراسات الأجنبية كدراسة Ghoban وآخرون (2004)، Cambell (2008).

إن الزوج المضطرب النرجسي يمثل نمطاً علائقياً ساماً يتغذى من التحايل النفسي، التملك العاطفي، والتقليل من شأن الآخر، هذه السمات لا تظل محصورة في المجال السلوكي الظاهر فحسب، بل تمتد لتضرب عمق البناء النفسي للزوجة، خاصة على مستوى تقدير الذات. فالعلاقة مع هذا الزوج المنحرف نرجسياً، غالباً ما تدخل الضحية في دورة مستمرة من النقد، والتشكيك في الذات، والإحساس بالدونية مما يجعلها تشعر بالإحباط وعدم الكفاءة والاعتمادية العاطفية التي تغطيها بآليات دفاعية غير ناضجة كالإنكار والتبرير، وعدم القدرة على اتخاذ قرارات صحيحة مستقبلاً.

وفي هذا السياق تؤكد الأدبيات التحليلية أن الضحية في مثل هذا النمط العلائقي المضطرب تصبح فريسة للذات المثالية التي يفرضها الشريك النرجسي، فتتبنى مع الوقت أحكامه وتطوع ذاتها بناء على معاييرها، مما يؤدي إلى تدني كبير في تقدير الذات.

يعد تقدير الذات من أهم المؤشرات الدالة على توازن الشخصية ونموها. فهو يشير الى مدى إيمان المرء بذاته، والشعور بأهليتها واستحقاقها للحياة، والشعور بقدرتها وكفاءتها وقيمتها (حياوي وبن سالم، 2022، ص697). وفي هذا الصدد يعرف تقدير الذات بأنه تقدير عام يضعه الفرد لنفسه وبنفسه متضمنا الإيجابيات التي تدعوه لاحترام ذاته والسلبيات التي لا تقلل من شأنه بين الآخرين، وكلما ارتفع تقدير الفرد كلما كان ناجحا اجتماعيا (إبراهيم أبو الوفا، 2018، ص176).

وإذا يعد تقدير الذات حجر الزاوية في التوازن النفسي والقدرة على التكيف مع الضغوط اليومية، فإن تدنيه لدى ضحية المضطرب النرجسي لا يُفهم كمجرد عرض جانبي للعلاقة السامة، بل كنتاج لتراكمات إدراكية وانفعالية مشوهة تحتاج إلى تفكيك منهجي وإعادة بناء معرفي سلوكي.

لقد أثبت العلاج المعرفي السلوكي فعاليته في العديد من الدراسات لاستهداف التشوهات المعرفية المرتبطة بانخفاض تقدير الذات، حيث يقوم هذا العلاج على إعادة تشكيل البنية المعرفية من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تقوم على أساس العوامل المعرفية المؤثرة في السلوك البشري، ومن ثم فإن التغييرات المعرفية يترتب عليها التغييرات السلوكية (العبد، 2020، ص246). وعليه فإن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد الاستراتيجيات الفعالة التي تهدف الى التعرف على أنماط التفكير المشوهة واستبدالها بأفكار واقعية، لأن الجانب المعرفي هو الركيزة الأساسية لهذا المنحى من العلاج (حياوي، 2018، ص39).

ومن هذا المنطلق تبرز الحاجة الملحة الى هذا النوع من العلاج كتدخل علمي ومنهجي يتمشى مع طبيعة الخلل، حيث يركز هذا الأخير على تعديل الأفكار اللاعقلانية، تقويم المشاعر السلبية المزمنة وتدريب الضحية على سلوكيات جديدة تدعم صورتها الذاتية واستقلاليتها النفسية.

وبناء على ما سبق، جاءت هذه الدراسة لتطوير وبناء وتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي مصمم خصيصا لضحية المضطرب النرجسي، يهدف إلى رفع تقدير الذات، وتعزيز الاستبصار ومرافقة الضحية نحو بناء ذات فاعلة قادرة على اتخاذ قرارات حرة تتجاوز التبعية العاطفية، انطلاقا من أسس علمية تراعي الخصوصية النفسية والاجتماعية للبيئة المحلية. وقد تقرر منهجيا أن أحسن المواضيع هي تلك التي تنبع من صلب الواقع المحلي، وتستجيب لمتغيراته وتستمد قوتها من ملاحظة الظاهرة في سياقها الثقافي والاجتماعي الخاص. وعليه فإن هذه الدراسة جديرة في الاهتمام الأكاديمي، لما تحمله من جدة في الموضوع، وواقعية في الطرح، واستجابة فعلية لاحتياجات نفسية تتطلب تدخلا علاجيا متخصصا.

وانطلاقا مما سبق، جاءت هذه الدراسة للإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لرفع مستوى تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي؟

والتساؤلات الجزئية التالية:

- هل يسهم ارتفاع تقدير الذات في تقليص اليات دفاعية غير ناضجة كالإنكار، التبرير والانشطار لدى ضحية المضطرب النرجسي؟

- هل يسهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تطوير آليات وقائية تتعلق بتحسين القدرة على اتخاذ قرارات صحيحة مستقبلا لدى ضحية المضطرب النرجسي؟

2. فرضيات الدراسة:

للإجابة على التساؤل الرئيسي صيغت الفرضية الرئيسية كما يلي:
 للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في رفع مستوى تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي.
 وتم صياغة الفرضيات الجزئية الآتية:
الفرضية الجزئية الأولى: يسهم ارتفاع تقدير الذات في تقليص استخدام الآليات دفاعية غير ناضجة كالإنكار، التبرير، والانشطار لدى ضحية المضطرب النرجسي.
الفرضية الجزئية الثانية: يسهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تطوير آليات وقائية تتعلق بتحسين القدرة على اتخاذ قرارات صحيحة مستقبلاً لدى ضحية المضطرب النرجسي.

3. أهداف الدراسة:

- الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي.
 - الكشف عن مساهمة ارتفاع تقدير الذات في تقليص استخدام الآليات دفاعية غير ناضجة كالإنكار، التبرير، الانشطار لدى ضحية المضطرب النرجسي.
 - الكشف عن مساهمة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تطوير آليات وقائية تتعلق بتحسين القدرة على اتخاذ قرارات صحيحة مستقبلاً لدى ضحية المضطرب النرجسي.

4. أهمية الدراسة :

تكتسب الدراسة الحالية أهميتها من اعتبارات متعددة أولها انها تتناول موضوعاً دقيقاً ذي حساسية بالغة يتمثل في التأثيرات النفسية للعلاقة مع شريك مضطرب نرجسيا وهو موضوع لا يزال يعاني من قلة التناول المنهجي التطبيقي في حدود إطلاع الطالبة خاصة في السياق العربي، والجزائري والمحلي تحديداً، كما أن الدراسة تركز على ضحية هذه العلاقة (الزوجة) التي غالباً ما تهمش معاناتها أو تفسر خطأً في الأوساط الاجتماعية، مما يجعل هذه الدراسة مساهمة في رفع مستوى الوعي العلمي للظاهرة في المجتمع الجزائري.
 من جهة ثانية تأتي أهمية هذه الدراسة من طابعها التطبيقي إذ لا تكتفي بوصف الظاهرة أو تحليلها بل تقترح برنامجاً علاجياً (معرفي سلوكي) موجه خصيصاً للتعامل مع تدني تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي، كما يمكن لهذا البرنامج العلاجي ان يكون أداة مهنية وعملية قابلة للتوظيف من طرف الأخصائيين النفسيين مما يساهم في إثراء الحقيبة العلاجية للتدخل في هذا النوع من المعاناة النفسية العميقة.
 يمكن للنتائج المتوقعة لهذه الدراسة أن تفتح آفاقاً جديدة للبحث العلمي في مجالات أخرى مثل دينامية العلاقات المؤدية، والوقاية النفسية من آثار العلاقات النرجسية السامة إلى جانب ذلك يمكن لهذه الدراسة أن تساهم في إبراز أثر الثقافة الذكورية في إنتاج صمت الضحية أو لومها لذاتها وهو ما يربط الجانب العيادي بالسياق الاجتماعي والثقافي الجزائري.

5. التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

1.5 البرنامج العلاجي:

هو تدخل نفسي مكون من 10 جلسات علاجية منتظمة صمم خصيصاً لرفع مستوى تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي وتقاس فعاليته في رفع تقدير الذات باستخدام مقياس كوبر سميث من خلال تطبيق قياس قبلي وبعدي على حالات الدراسة.

2.5 تقدير الذات:

هو الدرجة التي تتحصل عليها ضحية المضطرب النرجسي في مقياس كوبر سميث لقياس تقدير الذات

3.5 الضحية:

هي الزوجة التي تعرضت بشكل مستمر ومتكرر لسلوكيات نرجسية مؤذية من طرف شريك زواجي مضطرب نرجسيا، أدت إلى تدني مستوى تقديرها لذاتها ويستدل هذا التدني من خلال نتائجها في مقياس كوبر سميث، إلى جانب تحليل خطابها كما يظهر عبر المقابلة العيادية.

4.5. المضطرب النرجسي:

هو الزوج الذي يتميز بأنماط سلوكية نرجسية مرضية، تتجلى في التلاعب العاطفي والسيطرة مما يؤدي إلى استنزاف الضحية نفسياً وتدني مستوى تقديرها لذاتها

6. الدراسات السابقة:

تمثل الدراسات السابقة أرضية خصبة ومنطلقا هاما لأي دراسة أكاديمية، فبفضلها تتراكم المعرفة العلمية، التي ينطلق منها الباحث من أجل توسيع قاعدة معلوماته عن موضوع دراسته، وكيفية تناوله. وفي حدود إمكانيات الطالبة ومدى اطلاعها، تبين أن موضوع فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من المواضيع التي لم تنل قسطا وافرا من الدراسات والبحوث، بحيث لم تجد الطالبة ولا دراسة تناولت متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة، وكانت معظم الدراسات التي تحصلت عليها الطالبة حول النرجسية وعلاقتها بتقدير الذات، ومقاربات حول النرجسية، إضافة إلى دراسات تناولت أثر العلاج المعرفي السلوكي في رفع مستوى تقدير الذات لدى مختلف من العينات.

وعلى هذا الأساس خُصص هذا العنصر لعرض مجموعة من الدراسات وقد تم ترتيبها من الأقدم إلى الأحدث، بدءا بالدراسات الجزائرية، ثم العربية، وأخيرا الأجنبية.

الدراسات الجزائرية:

1. هدفت دراسة بوسنة وبن جديدي (2018) والموسومة ب: النرجسية مقارنة نظرية إلى التعرف على مفهوم النرجسية وأسبابها والأعراض المميزة لاضطراب النرجسية، إضافة إلى التفريق بين النرجسية السوية والمرضية، واستندت هذه الدراسة في التفسير على المقاربة النظرية.

2. دراسة مسعودي وكروش (2020) الذي كان عنوانها: مستوى النرجسية وعلاقته بتقدير الذات لدى المراهق الجانح-دراسة ميدانية بمركز إعادة التربية والتأهيل بالمدينة- وهدفت إلى دراسة مستوى النرجسية وعلاقته بتقدير الذات لدى المراهق الجانح، والتعرف إن كان هذا المشكل نتيجة ضعف الرقابة الأسرية أو نتيجة التقدير الذاتي السلبي، كما اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي، وبلغت العينة حالتين في سن المراهقة من الجنس الذكوري وتم الاعتماد على مقياس كوبر سميث لقياس تقدير الذات ومقياس النرجسية أعد من طرف الطالبة.

وأسفرت نتائج هذه الدراسة على أن الجنوح يؤثر على مستوى النرجسية ومستوى تقدير الذات لدى المراهق الجانح.

3. دراسة عبد السلام وزويوي (2021) بعنوان: العلاقة بالموضوع لدى زوجات المنحرفين النرجسيين – عرض حالتين عياديتين على ضوء اختبار الروشاخ- حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بالموضوع لدى زوجات المنحرفين النرجسيين (الموضوع الأول، الزوج)، عدد حالات الدراسة حالتين بالاعتماد على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة بواسطة المقابلة العيادية واختبار الروشاخ. وأظهرت نتائجها أن علاقة زوجات المنحرفين النرجسيين بالمواضيع ظهرت مضطربة من خلال الارتباط بموضوع أولي مهدد مع موضوع لاحق تدميري.

4. دراسة خوجة وبن أحمد (2023) التي هدفت إلى معرفة أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى المراهقات البدينات، حيث طبق العلاج على أربع حالات، واعتمدت هذه الدراسة على المنهج الشبه التجريبي، وبعد القياس البعدي تبين وجود آثار إيجابية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات.

الدراسات العربية:

1. دراسة عبد العزيز الشبانة (2023) والموسومة: بأثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتنمية تقدير الذات لدى فتيات دار الرعاية الاجتماعية بمدينة الرياض، حيث أستخدم المنهج الشبه التجريبي وتكونت العينة من 20 نزيلة مقسمة إلى مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية لفتيات دار الرعاية الاجتماعية.

الدراسات الأجنبية:

1. دراسة McBride والموسومة: Will i ever be free of you ? حيث قدمت تصورا عميقا للأثار النفسية والسلوكية التي تعاني منها الضحية، فركزت على الكيفية التي يبدأ بها المضطرب النرجسي بمرحلة الابهار والخداع العاطفي، حيث يظهر بصورة مثالية وجذابة تخفي وراءها رغبة في السيطرة والتلاعب ويقع تدريجيا في فخ الإيذاء العاطفي، وتناول الفصل الثاني من الكتاب عوامل الضعف النفسية التي تجعل الأفراد أكثر عرضة للوقوع في علاقات مع شركاء نرجسيين، ومن أبرزها النشأة في بيئة أسرية نرجسية والرغبة في الارتباط بأي ثمن.

2. دراسة Machenzie تحت عنوان " Free Psychopath " التي تناولت الأثار النفسية للعلاقة مع شخصية مضطربة، الذي يُعد دليلا عمليا موجها للناجين من العلاقات المؤذية، فيركز على الأثر النفسي العميق الذي تخلفه هذه العلاقات مثل

التشوش الذهني وفقدان الثقة بالنفس، ونوبات القلق والاكتئاب الناجمة عن التعرض المستمر للإذلال والتلاعب العاطفي، إلا أن الكتاب لا يكتفي بوصف الألم بل يقدم أدوات عملية لاستعادة الذات وبناء تقدير لها من جديد، ويبرز أهمية الوعي بالأنماط السلوكية السامة كخطوة أولى في رحلة التعافي.

1.6. التعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث الموضوع، يظهر أن الدراسات التي تم عرضها اهتمت بمتغير النرجسية حيث كان التوجه إلى المقاربة النظرية لهذا المتغير مثل دراسة يوسنة وبن جديدي (2018)، وكذلك دراسة مستوى النرجسية وعلاقته بتقدير الذات مثل دراسة مسعودي وكروش (2020)، عدا دراسة عبد السلام وزويوي (2021) التي درست العلاقة بالموضوع لدى زوجات المنحرفين النرجسيين، كما كانت هناك دراسات اهتمت بمتغير العلاج المعرفي السلوكي في رفع مستوى تقدير الذات مثل دراسة خوجة وبن احمد (2023)، ودراسة عبد العزيز الشبانة (2023)، بالإضافة إلى دراسات تناولت الآثار النفسية الناجمة عن العلاقة مع المضطرب النرجسي كدراسة Mcbride ودراسة Machenzie . وقد اعتمدت الدراسات التي تناولت بشكل خاص فعالية العلاج المعرفي السلوكي لرفع تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي.

وأما من حيث الأهداف، فتعددت واختلفت أهداف الدراسات السابقة، فمنها من هدفت للتعرف على مفهوم النرجسية، والتقريب بين السوية والمرضية كدراسة يوسنة وبن جديدي (2018)، ومنها من ركزت على معرفة علاقة زوجات المنحرفين النرجسيين بالموضوع كدراسة عبد السلام وزويوي (2021)، ومنها من اهتمت في معرفة علاقة النرجسية بتقدير الذات عند الجانح كدراسة مسعودي وكروش (2020)، ونجد أن بعض الدراسات هدفت على معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات مثل دراسة خوجة وبن أحمد (2023)، ودراسة عبد العزيز الشبانة (2023).

وأما من حيث المنهج، فاعتمدت معظمها على المنهج العيادي كدراسة مسعودي وكروش (2020)، ودراسة عبد السلام وزويوي (2021)، أما الدراسات التي اعتمدت على المنهج شبه التجريبي هي دراسة عبد العزيز الشبانة (2023)، ودراسة خوجة وبن أحمد (2023).

ومن حيث العينة في هذه الدراسات، فتباينت فيما بينها، فكانت العينة مراهقين جانحين في دراسة مسعودي وكروش (2020)، ومنها ما تناولت زوجات المنحرفين النرجسيين كدراسة عبد السلام وزويوي (2021)، في حين ركزت باقي الدراسات على فئات مختلفة كالمراهقات البدينات كدراسة خوجة وبن أحمد (2023).

أما الأدوات، فتباينت أيضا، حيث استخدمت دراسة مسعودي وكروش (2020) على مقياس كوير سميث لتقدير الذات ومقياس النرجسية والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، في حين دراسة عبد السلام وزويوي (2021) اعتمدت على المقابلة العيادية، واختبار الروشاخ، ودراسة عبد العزيز الشبانة (2023) على مقياس هيلمر دنتش لتقدير الذات.

ومن خلال هذا العرض للدراسات السابقة يمكن استنتاج ما يلي:

- ركزت معظم الدراسات المذكورة سابقا على النرجسية كمفهوم ومقاربة نظرية، وعلى علاقتها بتقدير الذات، وأيضا الآثار النفسية التي تخلقا العلاقة مع المضطرب النرجسي والتي تفردت بها الدراسات الأجنبية.

- تشابهت دراسة عبد السلام وزويوي (2021) من حيث العينة مع الدراسة الحالية.

- تشابهت أيضا هذه الدراسة من حيث المنهج المتبع مع دراسة مسعودي وكروش (2020) في المنهج العيادي، ودراسة خوجة وبن أحمد (2023) في المنهج شبه التجريبي.

وخلاصة القول أنّ جملة الدراسات السابقة التي تم عرضها، شكلت لنا أرضية معرفية، ساهمت في توجيه مسار الدراسة الحالية.

الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

يعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من أبرز العلاجات في مجال علم النفس العيادي، والتي تهدف إلى فهم أنماط التفكير المشوهة وتعديل السلوك الغير سوي، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يساهم في التخفيف من المعاناة النفسية لدى الأفراد، وعليه ففي هذا الفصل سنقدم تعريفا للعلاج المعرفي السلوكي وأهدافه ومبادئه وفنياته إضافة إلى مراحل والنظريات المفسرة له.

1. مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي هو أسلوب علاجي ويعتمد على التعاون بين المعالج والمتعالج كما أنه يقوم على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تقوم على أساس معرفي ومن ثم تؤثر على السلوك البشري، ومن رواد هذا الاتجاه (ارون بيك) الذي يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه طريقة بنائية محددة الزمن وذات تأثير توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية (العيد، 2022، ص246).

وفي تعريف آخر للعلاج المعرفي السلوكي حيث ذكرت الباحثة أنه يساعد المرضى على تغيير الطريقة التي يفكرون بها وتصحيح التشوهات المعرفية وأنه يجمع بين العلاج المعرفي ببنياته والعلاج السلوكي ببنياته أيضا ويتعامل مع مختلف الاضطرابات النفسية من منظور ثلاثي الأبعاد (معرفيا، انفعاليا، سلوكيا) (مخفي، 2018، ص69).

كما يعتبر العلاج المعرفي السلوكي على أنه يركز على حل المشاكل والصعوبات الآنية يدل التركيز على الاضطراب وأعراضه في الماضي، الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي هي أن الاستجابات السلوكية والوجدانية تتأثر كثيرا بأفكارنا التي تحدد الكيفية التي نستقبل بها الأشياء ونذكرها (عزى صالح وصادقي، 2019، ص658) ويعرفه بيك (2000) بأنه أسلوب علاجي لتعديل أفكار المريض ومعتقداته وتأكيد الأفكار المشوهة وهو أسلوب تجريبي يعتمد على تغيير القواعد المتبعة للوصول إلى حالة سوية باستخدام مبادئ وقوانين السلوك ونظرية التعلم من خلال التحكم في سلوك المريض وهو محاولة لحل المشاكل السلوكية (مقاوي وسعيد، 2024، ص49) وعرفته جمعية علم النفس الأمريكية (APA) على أنه شكل من أشكال العلاج النفسي يدمج نظريات الإدراك والتعلم مع تقنيات العلاج المشتقة من العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ويهدف إلى تحديد وتعديل عمليات التفكير غير التكيفية من خلال إعادة الهيكلة المعرفية والتقنيات السلوكية لتحقيق التغيير.

فالعلاج المعرفي السلوكي يساعد الناس على فهم المواقف التي يمرون بها من خلال تحليل ثلاثة أبعاد مترابطة الأفكار والأعراض الجسدية والسلوكيات.

فالفكرة الأساسية في هذا العلاج هي أن هذه الأبعاد الثلاثة تتفاعل وتؤثر في بعضها وبالتالي تساهم في استمرار المشاعر السلبية مثل الاكتئاب والقلق، وبالتالي فإن تغيير الأفكار يساعد على تغيير السلوك وتحسين الحالة النفسية (hertfordshire partnership، university NHS fondation trust 2016 p18)

وانطلاقا مما سبق يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن توظيفه بفعالية لمساعدة ضحايا الاضطراب النرجسي لأن أغلبية الضحايا غالبا ما يتبنون نتيجة التلاعب النفسي المستمر معتقدات سلبية عن ذاتهم تؤثر بشكل مباشر في انخفاض تقدير الذات فمن خلال تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي ومع تكرار العمليات المعرفية تبدأ الضحية بتكوين نظرة جديدة باستبدال الأفكار التلقائية بأفكار واقعية مما ينعكس تدريجيا على سلوكها وثقتها لنفسها وتقديرها لذاتها. كما أن المعتقدات والمعارف وغيرها من الأنشطة المعرفية أساسية في توليد وفهم وتوقع كل من السلوك وأثار العلاج (صفاوي وسعيد، 2024، ص50).

إذن نستنتج أن القدرة على ملاحظة وتقييم الأفكار التلقائية عندما نكون في مواقف مزعجة هي إحدى المهارات الأساسية التي يتم تعلمها وممارستها في العلاج المعرفي السلوكي.

2. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

حسب ما أشار إليه هوفمان أن العلاج المعرفي السلوكي لا يقتصر على التعديل المعرفي، إلا أنه ببساطة أن لتحديد وتعديل التشوهات المعرفية أهداف هامة للعلاج (هوفمان إس جي، 2012، ص33).

لأن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مبدأ مؤداه أن المعارف ترتبط على نحو سببي بالتوتر والمشكلات السلوكية كما أنه يستهدف أيضاً الخبرات الانفعالية، أعراض الجسمية والسلوكيات.

وعليه فإن أهداف العلاج المعرفي السلوكي يلخصها كل من: (Beck (1979) و"meichenbaum" (1977) في النقاط التالية:

_تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية.

_مساعدة المتعالج على أن يكون واعياً لما يفكر به.

_مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك .

_تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات الغير منطقية .

_تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات .

_تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات باستخدام حوار ذاتي (العيد،2022، ص247)

وبهذا المعنى فإن العلاج المعرفي السلوكي يعد مقاربة شاملة تعالج الفرد في سياقه النفسي الكامل وتسعى إلى إحداث تغيير مستدام في نمط تفكيره واستجاباته الانفعالية وسلوكه وهو ما يجعله فعالاً للتعامل مع التحديات النفسية كتدني تقدير الذات لدى ضحايا العلاقات المؤذية كالعلاقة مع الشخصية النرجسية المضطربة.

3. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يستند العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ تشكل جوهره العيادي والجمع بين هذه المبادئ يساعد إلى حد ما في فهم العلاج المعرفي السلوكي.

ومن هذه المبادئ أن (CBT)يركز على الحاضر، ورغم أن تجارب وأحداث الطفولة ليست محور تركيز العلاج المعرفي السلوكي. إلا أنه يمكن مراجعتها لمساعدة الأفراد على فهم ومعالجة الاضطراب العاطفي الذي ظهر في مرحلة مبكرة من الحياة ومعرفة كيفية تأثير هذه التجارب على استجاباتهم الحالية للأحداث (Neil.A.2010)

وايضا يجب أن يعمل المعالج مع المريض وذلك بتكوين علاقة تعاونية من أجل تحليل المشكلة وإيجاد حل لها، وأن الأفكار والعواطف والسلوك تجمعهم علاقة وطيدة تبنى على تأثير وتأثر (مقاوي وسعيد،2024، ص50)

ففي أغلب الأحيان يعتقد الناس أن ضيقهم ناتج عن أحداث ومواقف في حياتهم فعلى سبيل المثال: "تشاجرت مع شريكي هذا الصباح، وما زلت غاضباً"، أو انتقد مديري عملي وأشعر بالإحباط الشديد"، أو "قرأت قسم الأعمال في الصحيفة هذا الصباح، ورأيت انخفاضاً في أسهمي وشعرت بقلق شديد"

في كل مثال يسلط الشخص الضوء على كيفية تأثير الموقف على انزعاجه العاطفي ومع ذلك ما نشعر به استجابة لموقف ما لا يتحدد فقط بالموقف نفسه بل أيضاً بالطريقة التي تدركه بها أو تدرك معناه، هذه الطريقة في رؤية رد فعلك العاطفي كما يتحدد برأيك في موقف ما هي افتراض أساسي للنهج المعرفي السلوكي (Neil.A,2010,p07)

لذلك فإن اختلاف طريقة الاستجابة للموقف يكون حسب ما يعتقد الشخص أنه سيحدث وأن الأفكار التلقائية المفاجئة هي التي تؤدي إلى ردود الأفعال العاطفية والسلوكية.

4. فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على العديد من الفنيات الأساسية وهي مزيج من التقنيات المعرفية والتقنيات السلوكية، وحسب مشكل كل حالة نختار التقنيات المناسبة.

ومن فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

_إعادة الهيكلة المعرفية:

وهي تحديد الأفكار الآلية أو التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها أو ما يسمى بإعادة البناء المعرفي، ويقصد بالأفكار التلقائية تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وتأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً دون أن يلاحظها الفرد وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين (بن تومي ومكي،2021، ص191)

والهدف من هذه الفنية هو معرفة الأفكار التلقائية المشوهة وتعديلها من خلال تبني أنماط تفكير أكثر واقعية مما يساهم في تحقيق المعاناة وتحقيق التوافق النفسي.

_الواجبات المنزلية:

هي أيضاً فنية تلعب دوراً هاماً في فعالية العلاج المعرفي السلوكي وتعتبر جزء من العلاج والهدف منها تعزيز الدافعية الذاتية وتقليل مشاعر العجز من أداء المهام العلاجية، كما أنها تدرب المتعالج على اتخاذ خطوات تدريجية نحو التغيير.

_ الحوار سقراطي:

تقوم هذه الفنية بتوجيه بضعة أسئلة من المعالج للمتعالج، والأسئلة المطروحة هي:

ما هي الدلائل على ما تعتقده؟

كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضاً؟

إذا كان ذلك صحيحاً، ماذا يعني ذلك؟

والهدف منها توضيح عدم صحة المعتقدات الاعقلانية له مما يؤدي إلى تخلي المتعالج عن هذه المعتقدات (بن تومي و مكي، 2021، ص192)

وعلاوة على ذلك، نكون قد حفزنا التفكير العقلاني للمتعالج وتمكينه من الوصول بنفسه إلى تفكير أكثر واقعي ومرن مما يعزز إعادة الهيكلة المعرفية.

_ المراقبة الذاتية:

تشير المراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي إلى مراقبة المتعالجين لما يفعلونه وتدوينه، حيث يتم ذلك عن طريق تسجيل الأمور التي قاموا بها في مفكرة أو استمارة مقدمة من طرف المعالج، اعتماداً على طبيعة المشكل، وغالباً ما تقلل المراقبة الذاتية من معدل تكرار السلوك الغير مرغوب (صفاوي و سعيد، 2024، ص52) والهدف منها هو متابعة التغييرات التي تحدث أثناء العملية العلاجية، إضافة إلى تعزيز التفاعل بين المعالج والمتعالج، كما نستخدمها لجمع المعلومات بشكل موضوعي.

_ الاسترخاء:

والذي يعرف بأنه تقنية يمكن الاستفادة منها عند الشعور بالضغط النفسي، كما يعرفه كلاوس وآخرون على أنه أسلوب يتعلم به المعالج تعلماً تدريجياً للسيطرة على التوتر ويتم وفق تعليمات المعالج عن طريق الشد لوقت قصير لأجزاء متفرقة، وبعد ذلك الإرخاء بشكل كامل قدر الإمكان. (حمزوي، 2018، ص199) بالإضافة إلى العديد من الفنيات، كما أن استخدامها بشكل منظم وتدرجي وفقاً لمشكلة الحالة يضمن تحقيق أهداف العلاج المرجوة.

5. مراحل العلاج المعرفي السلوكي :

يعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) من أكثر الأساليب العلاجية فعالية في التعامل مع الاضطرابات النفسية ويعتمد على أن الأفكار والمشاعر والسلوك مترابطة ويمر بعدة مراحل منظمة وكل مرحلة لها هدف معين وتبنى على المرحلة التي قبلها بطريقة تسلسلية وكل المراحل تهدف للوصول إلى التعافي والتوافق النفسي. وهذه المراحل هي:

_ مرحلة التعارف وبناء العلاقة العلاجية:

في العلاج المعرفي السلوكي من الضروري البدء ببناء علاقة الثقة والألفة مع المتعالجين منذ أول اتصال بهم، وتظهر الأبحاث أن التحالفات الإيجابية ترتبط بنتائج علاجية إيجابية (Beck, 2011, p17).

ومن الأساسيات التي تساهم في نجاح العملية العلاجية هي إظهار التفاهم والتعاطف من خلال نبذة الصوت واللغة وتعبيرات الوجه هذه الممارسات العيادية تساعد بشكل غير مباشر في تعزيز الثقة بين المعالج والمتعالج مما يمهد للمراحل التالية:

_ مرحلة جمع المعلومات والتشخيص:

في هذه المرحلة يركز المعالج على الفهم الدقيق لتجربة المتعالج وجمع أكبر عدد من المعلومات، فالهدف في هذه المرحلة مزدوج من جهة تشكيل فكرة عامة حول وضعية المتعالج ومن جهة أخرى إتباع ضرورة التشخيص الصارمة لتحديد المشاكل التي تعالج (ديني وراسي، 2022، ص45) أيضاً من المهم معرفة إذا كانت الحالة تتبع علاجاً دوائياً أم لا والاستعانة بوسائل علمية مقننة لجمع أكبر قدر من المعلومات.

_مرحلة التحليل الوظيفي:

هذه المرحلة هدفها الأساسي فهم كيف ترتبط الأفكار بالمشاعر والسلوكيات، وأيضاً تحديد الإدراكات غير طبيعية والاستجابة لها من خلال طرح بعض الأسئلة الموجهة مثل: "ما الذي كان يدور في ذهنك" عندما يصف المتعالج موقف مؤلم والهدف من هذا هو كشف الأفكار التلقائية والمعتقدات غير المفيدة لتعديلها لاحقاً (Beck, 2011, p22) وعلى الرغم من أن الأفكار التلقائية تبدو وكأنها تظهر تلقائياً إلا أنها تصبح متوقعة إلى حد ما بمجرد تحديد المعتقدات الكامنة لدى المتعالج الذي تسبب له ضيقاً وتشوّه واقعاً وترتبط بمشاعره وسلوكياته (Beck, 2011, p138).

إذن فالتحليل الوظيفي هو نقطة انطلاق العلاج لأنه يسمح بتحديد العناصر التي سيتم العمل عليها والاستراتيجيات العلاجية اللازمة (دينيس و راسي، 2023، ص48) مرحلة صياغة الأهداف العلاجية:

تساهم هذه المرحلة في توضيح مسار العلاج من خلال الاتفاق مع المتعالج (التحالف العلاجي) وتحديد المشكلات الأساسية

ومن خصائص الأهداف العلاجية التي تساعد نجاح التدخل العلاجي هي أن تكون واضحة ومحددة أي تعبر عن سلوك أو مشاعر أو أفكار وتكون أيضاً واقعية وتتناسب مع قدرات وظروف المتعالج، فمثلاً الزوجة ضحية المضطرب النرجسي تقول: "زوجي دائماً يهينني ويقلل من شأنني، ويشعرنني أنني لا أساوي شيئاً... بدأت أقتنع أنني فاشلة ولم أعد أقدر نفسي."

هنا حسب الحدث والفكر التلقائي السلبي "أنا عديمة القيمة"، "أنا فاشلة" تكون صياغة الهدف العلاجي على رفع مستوى تقدير الذات وتعزيز الفكر الإيجابي لدى الزوجة الضحية. إذن تقوم مرحلة صياغة الأهداف العلاجية حسب تحديد المشكل.

_مرحلة تنفيذ التدخلات العلاجية:

بعد تحديد المشكل وصياغة الأهداف العلاجية يجب على المعالج أن يتدخل بتقنيات علاجية معرفية سلوكية تناسب المشكل المحدد في المرحلة السابقة، في هذه المرحلة يتم تطبيق التقنيات العلاجية المعرفية والسلوكية ورغم تنوعها هناك هيكل مشترك و مبادئ موحدة بينهما.

ومن الخطوات الأساسية في هذه المرحلة :

_وضع فرضية : أي ربط الشعور السلبي بفكرة تلقائية.

اختبار الفرضية: أي تطبيق تقنية علاجية لاختبار هذه الفكرة.

_قياس النتيجة : يتم قياس نتيجة اختبار الفرضية.

_التكليف المنزلي : مهم جدا الواجب المنزلي لملاحظة التحسن.

_الاستخلاص : أي تحليل النتيجة وتحديد الخطوة التالية هل نستمر في نفس الاتجاه أم تغييره؟

وتشمل تقنيات الجانب المعرفي والسلوكي والجسدي والانفعالي، وعادة ما يتم دمجها في الخطة العلاجية ولكن يكون البدء بالتدخلات المعرفية لمساعد المتعالج على استبدال الأفكار اللاواقعية او اللاعقلانية بأخرى واقعية وعقلانية (بوفيه، 2019، ص91)

ثم بعد ذلك نطبق التقنيات السلوكية كالاسترخاء أو التعرض أو تدريبات على تأكيد الذات.

ودون أن ننسى التغذية الراجعة ومراجعة أداء وتقديم المتعالج واستجابته للتقنيات العلاجية (بوفيه، 2019، ص92) _مرحلة نهاية العلاج وتجنب الانتكاسة:

في هذه المرحلة يركز المعالج على تلخيص مجمل العملية العلاجية بحيث يصبح المتعالج واعياً لمراحل تطور العلاج مما يعزز شعوره بالكفاءة والنجاح ومن الضروري أن نستخدم نفس أدوات التقييم مثل استبيانات أو المقاييس النفسية التي استخدمت أول جلسة حتى يتمكن للمتعالج رؤية الفرق الكمي والكيفي، وبهذا يكون واعياً لما تعلمه من تقنيات مما يساعد في منع الانتكاسة.

وفي الأخير يبقى المعالج باب المساعدة مفتوح بحيث يمكن للمتعالج أن يعود إليه في وقت الحاجة (بوفيه، 2019، ص93) إذن، تعد مراحل العلاج المعرفي السلوكي (CBT) إطاراً منهجياً منظماً يبدأ بمرحلة التعارف وإقامة العلاقة العلاجية، ثم جمع المعلومات والتشخيص مروراً بمرحلة صياغة الأهداف العلاجية، ثم التحليل الوظيفي الذي يعد نقطة انطلاق العلاج إلى التدخلات العلاجية مع التركيز على دمج التقنيات المعرفية والسلوكية وتنتهي العملية العلاجية بمرحلة إنهاء العلاج ووضع خطة للوقاية من الانتكاسة.

6. نظريات العلاج المعرفي السلوكي:

تطورت نظريات (CBT) عبر مراحل متعددة، حيث بدأت مع النموذج السلوكي الكلاسيكي ثم تبعته نماذج معرفية أبرزها نموذج "أرون بيك" وهي كالتالي:

_ نظرية التعلم الكلاسيكي:

تعود نظرية التعلم الكلاسيكي إلى العالم الروسي "إيفان بافلوف (Ivan Pavlov)" الذي أجرى تجارب بداية قرن العشرين على الكلاب بهدف فهم آلية التعلم لدى الكائنات الحية، فقام بشكل متكرر بمزامنة تقديم طبق الطعام الذي يستثير استجابة سيلان اللعاب مع صوت الجرس الذي كان في البداية لا يستثير استجابة إفراز اللعاب لأنه لا علاقة له بالطعام (بوفيه، 2019، ص18)

هذا ما يسمى بالاشراط الكلاسيكي وهو شكل من التعلم يكون لا إرادي ويعتمد على التكرار، وتعد هذه النظرية مرجع في التقنيات العلاج السلوكي هذا بالنسبة للاشراط الكلاسيكي أما الاشراط إجرائي "السكينر" يركز على العلاقة بين السلوك والنتائج أي أن السلوك يكتسب نتيجة لما يترتب عليه من نتائج، والنتائج التي تتبع السلوك قد تكون تعزيزاً (إيجابياً أو سلبياً) أو عقاباً (إيجابياً أو سلبياً) وتؤثر إما في زيادة أو تقليل تكرار السلوك (مليكة، 1990، ص70)

_ نظرية التعلم الاجتماعي:

يركز "باندورا" في نظريته للتعلم الاجتماعي على كيفية اكتساب الفرد لسلوك جديد من خلال التعلم بالملاحظة وتقليد النموذج حيث لاحظ "باندورا" من خلال تجاربه أنه كلما زاد حب الأشخاص للنموذج فإن تأثيره عليهم يكون أكبر وأن التعزيز يشكل دافعا قويا لتذكر السلوك ولنمارسه لاحقاً، وأيضاً أكد على دور العمليات المعرفية في التعليم (مطروني وبوعامة، 2024، ص09)

وأضاف "باندورا" أن هناك ثلاثة آليات أساسية وراء موقفه من نظرية التعلم الاجتماعي وهم العمليات الإبدالية المقصود بها النمذجة أو التعلم بالملاحظة إضافة إلى العمليات المعرفية أي أن الفرد يفسر السلوك بالملاحظة ويحلله قبل أن يقلده وفي الأخير التنظيم الذاتي أي أن الإنسان ينظم سلوكه بناء على النتائج المتوقعة وأن كانت النتيجة المرجوة إيجابية فسيكون تبني السلوك أعلى (مطروني و بوعامة، 2024، ص10)

نظرية آرون بيك المعرفية:

يعود الفضل في تأسيس هذا الاتجاه العلاجي "لأرون بيك" في أوائل الستينات، أطلق عليه بداية "العلاج المعرفي". تم تصميم هذا النوع من العلاج ليكون منظماً قصير المدى وموجهاً نحو الحاضر حيث يهدف إلى حل المشكلات الحالية وتعديل أنماط التفكير والسلوك غير سوي، وقد طورت هذه النظرية بداية لعلاج الاكتئاب ثم تفرعت لتشمل طيفاً واسعاً من الاضطرابات النفسية (Beck, 2011, p02).

ترتكز هذه النظرية على ما يعرف بالصياغة المعرفية أي فهم طبيعة المعتقدات والسلوكيات التي تميز اضطراباً معيناً لدى الفرد وتهدف إلى إحداث تغييرات معرفية أي تعديل في طريقة التفكير والمعتقدات لإحداث تغييرات سلوكية وانفعالية طويلة المدى (Beck,2011,p03) واستلهم "آرون بيك" في تطوير هذا النموذج من نظريات علماء النفس أمثال كارين هورني وألفريد أدلر، جورج كيلي وغيرهم .

كما ظهرت أشكال متعددة من (CBT) تختلف في التقنيات ولكنها تحتفظ بجذور النظرية الأساسية المستمدة من نظريات "آرون بيك"، من بينها العلاج العقلاني الانفعالي "لألبيرت إليس".
 مثال عملي حسب المرجع لتوضيح النموذج المعرفي: شخص يعاني من الاكتئاب قد يفسر فشله في إنجاز مهمة بسيطة على أنه دليل عام على عدم كفاءته، ما يؤدي إلى مزاج سلبي وسلوك انسحابي مثل ملازمة الفراش.
 هذه الفكرة التلقائية "لا أستطيع فعل أي شيء بشكل صحيح" تمثل تشوها معرفياً مثل التعميم الزائد إذن بتطبيق هذا النموذج يساعد المعالج المريض على فحص الأفكار التلقائية وتحليلها بطريقة عقلانية مما يؤدي إلى إعادة تقييمها بطريقة أكثر واقعية. مثلاً: قد يكتشف المريض أنه ينجح في أشياء أخرى رغم هذا الفشل الجزئي، ما يحسن مشاعره ويعدل سلوكه (Beck,2011,P4) .

وفي الأخير تمثل نظريات العلاج المعرفي السلوكي حجر الأساس الذي يقوم عليه هذا الاتجاه، حيث ساهم كل من بافلوف، سكينر، باندورا، وبيك في بناء إطار نظري متكامل يربط بين التعلم والسلوك والمعرفة. وهذه النظريات المذكورة تبرز مدى تكامل الجوانب السلوكية والمعرفية في تشكيل أرضية لتطبيقات علاجية فعالة تساعد في تخفيف المعاناة لدى الأفراد.

خلاصة الفصل

في هذا الفصل تم التطرق إلى مختلف الجوانب النظرية والتطبيقية العلاج المعرفي السلوكي، حيث بدأ بتعريف العلاج المعرفي السلوكي الذي يدمج الأساليب المعرفية والسلوكية، إضافة إلى أهدافه، حيث تركز على تعديل الأفكار المشوهة لمساعدة الأفراد على التغلب على الاضطرابات النفسية من خلال إعادة بناء التفكير وتعلم الاستجابات أكثر فعالية.

كما استعرض هذا الفصل أهم المبادئ التي يقوم عليها العلاج إضافة إلى توضيح بعض الفنيات المستخدمة، مثل: إعادة الهيكلة المعرفية والمراقبة الذاتية وصولاً إلى مراحل العلاج، ثم في الأخير ناقش بعض النظريات الممهدة لتطور العلاج المعرفي السلوكي وصولاً إلى النظرية المعرفية "لأرون بيك" التي شكلت حجر الأساس لهذا الاتجاه.

الفصل الثالث: تقدير الذات

تمهيد:

يعد تقدير الذات من المفاهيم المركزية في علم النفس نظراً لأهميته في تشكيل الشخصية، وقد نال اهتماماً كبيراً في البحوث والدراسات النفسية الحديثة. وتزداد أهميته حين يتعلق الأمر بالفئات المأثرة بصدمات نفسية أو علاقات مؤذية، حيث غالباً ما تكون لتلك التجارب أثر سلبي على تقدير الذات. وبهذا سنتطرق في هذا الفصل لمفهوم الذات وأنواعها والفرق بينها وبين تقدير الذات إضافة إلى تعريف تقدير الذات والنظريات المفسرة له وأيضاً العوامل مؤثرة فيه.

أولاً: الذات

1. مفهوم الذات:

لقد تناول العديد من العلماء تعريف مفهوم الذات إذ يرى روجرز (1951) أن الذات هي الكل التصوري المنظم والذي يتكون من تصورات الفرد حول صفاته الشخصية وعلاقاته الاجتماعية وخبراته الحياتية، ويعد هذا المفهوم محورياً أساسياً في نظريته للشخصية، حيث يرى "روجرز" أن سلوك الفرد وتفاعله مع بيئته يتأثران بشكل مباشر بالصورة التي يكونها عن نفسه وأن الانسجام أو التناقض بين هذه الصورة وبين خبراته الواقعية يحدد مدى شعوره بالتوازن النفسي أو القلق (قهار، 2009، ص110)

في حين يرى "رويال" Ruel أن لمفهوم الذات طبيعة معرفية cognitive ، فمفهوم الذات يعبر عن مجموع الأفكار والمشاعر، كما يمثل مجموعة معقدة من الإدراكات والمعارف والتصورات التي يبينها الفرد حول ذاته والتي تؤثر تلقائياً على أفعاله وتصرفاته ويظهر ذلك من خلال تفاعله مع الآخرين. (بن صغير، ص35)

وحسب "كوبر سميث" مفهوم ذات تتمثل عموماً في مجموع السمات والخصائص التي يتميز بها الفرد، بالإضافة إلى مختلف الموضوعات والأشياء التي يمتلكها والنشاطات التي يمارسها، وكذا المواضيع المجردة والمادية التي يرتبط بها (صوالحي ودرابله، 2017، ص21)

أما حامد زهران فيعرف مفهوم الذات على أنه عبارة عن تكوين معرفي منظم موحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات ويرتبط هذا المفهوم ارتباطاً وثيقاً بتقدير الذات ويتأثر بعوامل كثيرة مثل التنشئة الاجتماعية، الخبرات والتقبل أو الرفض من الآخرين (بن صغير، 2015، ص36)

وفي سياق آخر عرفه (كالهوم) و(أكوكيلا) أنه فكرة المرء عن ذاته بجوانبها الجسدية والعقلية والانفعالية والاجتماعية والقيمية. (قهار، 2019، ص111)

كما يرى البورت أن الذات تمثل جوهر الشخصية التي تؤثر بشكل بالغ على سلوك الفرد وتصرفاته (صوالحي ودرابله، 2017، ص21)

من خلال التعريفات السابقة نستنتج أن مفهوم الذات مفهوم دينامي ومعدّد تتداخل في تكوينه مكونات معرفية وانفعالية واجتماعية.

وأن الذات تعتبر جوهر الشخصية والتي تؤثر بشكل كبير على سلوك الفرد وتصرفاته.

2. أنواع الذات:

يعد مفهوم الذات من أكثر المفاهيم تعقيداً في ميدان علم النفس، حيث ينظر إليه كمجموعة من الأنظمة التي تتفاعل فيما بينها لتكوين التصور العام الذي يحمله الفرد عن نفسه، ومن هذا المنطلق قسم العديد من العلماء في هذا المجال الذات إلى أنواع متعددة تختلف باختلاف السياق النظري وحسب "روجرز" أنواع الذات هي:

- الذات الحقيقية: والتي تعد جوهر ومركز مفهوم الذات وهي تعني ما يكونه الشخص فعلاً أي تكون مخبئة في داخله ولا يعلم بها إلا الله تعالى.
- الذات الاجتماعية: وهي الذات كما يراها الآخرون وتتشكل من خلال التفاعل الاجتماعي والتغذية الراجعة من البيئة والمجتمع، وتلعب دوراً هاماً في الشعور بالقبول أو الرفض الاجتماعي .
- الذات المثالية: تتمثل في الصورة التي يسعى الفرد لتحقيقها، وهي ما يمثل الجانب المثالي لكل فرد، فهي تعد الطاقة التي تستخدم بفعالية في العلاج المتمركز حول العميل (عثمان الرمادي وعبد الرحمن السعود، 2018، ص254)

3. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات :

يعد كل من مفهوم الذات وتقدير الذات من المفاهيم النفسية الجوهرية التي ترتبط بالشخصية إلا أنهما يختلفان من حيث البناء والمضمون والوظيفة.

فمفهوم الذات هو عبارة عن مجموعة من المعلومات التي يعرفها الفرد عن نفسه ويقوم على إدراك معرفي أو موضوعي للذات، ويعبر عن الصورة التي كونها الفرد عن ذاته من خلال التجارب والتغذية الراجعة من البيئة (صوالحي ودرابله، 2017، ص27)

أما مفهوم تقدير الذات فهو تقييم عاطفي أو وجداني لما يدركه الفرد اتجاه تلك الصورة الذاتية ولا يكتفي بوصف الصفات بل يصدر أحكاما على الذات ويعكس مستوى الثقة بالنفس والشعور بالكفاءة والجدارة (صوالحي ودرابله، 2017، ص27)

وبهذا المعنى فإن مفهوم الذات يشكل أساس المعرفي بينما يمثل تقدير ذات الإمداد الانفعالي له.

4. النظريات المفسرة لمفهوم الذات:

حضي مفهوم الذات على اهتمام واسع من قبل الفلاسفة وعلماء النفس باعتبارها هي كل الشخصية وقوامها، ومن أهم الأسس النظرية لمفهوم الذات

❖ النظرية الفرويدية:

تركز نظرية فرويد الكلاسيكي على رغبات الأشخاص في السعي وراء المتعة (اللذة) وتجنب الألم، وأن الفرد يسعى لإشباع اللذة الغريزية الجسدية بينما يتجنب الألم الناتج عن العقاب أو القلق، وأن الفرد يضبط ذاته ويتصرف وفق ما يسمح به المجتمع من خلال تطوير وسائل دفاعية تساعد على إشباع الرغبة الغريزية بطرق مقبولة ولكنها لا تحقق الذات كفاية نهائية، بل تستخدم كوسيلة لتفريغ الطاقة الغريزية (بن صغير، 2025، ص43)

❖ نظرية كارل روجرز:

يرى كارل روجرز أن الفرد كائن موجه نحو النمو وتحقيق الذات، وتعد الذات محور شخصية وهي تتكون وتتطور من خلال التفاعل مع البيئة والخبرات خاصة في العلاقات الاجتماعية كما قسم الذات إلى ثلاث أبعاد وهي الذات المؤكدة أو الواقعية وهي نظرة الفرد إلى نفسه كما هو، والذات المثالية أي ما يطمح الفرد أن يكون عليه والذات الاجتماعية وهي تمثل كيف يعتقد أن الآخرين يرونه، وأكد روجرز في نظرية أن التباعد بين الذات أو التناقض سيؤدي إلى اضطرابات نفسية وإلى انخفاض كبير في تقدير الذات والإحباط والقلق (دحماني وذيب، 2021، ص147)

كما يؤمن روجرز أن الطفل يحتاج إلى التقبل الغير مشروط لينمو لديه مفهوم ذات ايجابي وسليم .

❖ نظرية كارين هورني (karen horney):

ترى كارين هورني أن الشخصية يناضل في الحياة من أجل تحقيق ذاته، وتحدثت عن مفهوم الذات المثالية كمفهوم رئيسي وعامرها في التوافق النفسي أو الاضطراب النفسي. وإذا كانت الذات المثالية غير واقعية يؤدي ذلك إلى صراعات داخلية.

وبالنسبة لهورني فإن الذات هي جوهر الإنسان وإمكاناته. وهذا اعتمدت هورني في تفسيرها للعصاب على أساس صور الذات (بن صغير، 2015، ص45)

ثانيا: تقدير الذات

1. مفهوم تقدير الذات:

التعريف اللغوي:

يعني الاعتبار اللائق للشخص أو لشيء ما، وتكون عبارة تقدير الذات من كلمتين الأولى الذات وهي تصف الخصائص التي يكون عليها الشخص والثانية هي تقدير وتعني تقييم لهذه الخصائص والصفات (قهار، 2010، ص119)

التعريف الاصطلاحي:

لقد تباينت التعاريف الاصطلاحية لهذا المصطلح من قبل الباحثين في الدراسات النفسية، وسوف نشير إلى جانب من هذه التعاريف:

يرى وليام جيمس وهو رائد في علم النفس الأمريكي أن تقديرنا لدواتنا يعتمد على ما نطمح أن نكون وأن نعمل ووضع جيمس الأساس لفهم تقدير ذات كعلاقة بين الطموحات والإنجازات الفعلية (عمروش و بن مجاهد، 2024، ص3)

ويرى روزنبرج (1965) Rosenberg أن تقدير ذات هي الاتجاهات الشاملة للفرد نحو ذاته سواء إيجابية أم سلبية بالإضافة إلى شعور الفرد بقيمة نفسه

وأما كوبر سميث 1967 فيحدده من خلال التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه وبنفسه حيث يتضمن اتجاهاته واعتقاده بأنه قادر وهام وناجح وكفاء، فهو بالمتابة الخبرة الذاتية التي ينقلها الفرد للآخرين باستخدام الأساليب التعبيرية المختلفة (قهار، 2010، ص119)

ومن خلال تعريف روزنبرج ركز على الموقف العاطفي للفرد اتجاه ذاته أما كوبر سميث فركز على الحكم الشخصي المرتبط بالخبرة الذاتية والتفاعل مع الآخرين.

ويقصد بتقدير الذات حسب الدسوقي أنه تقييم الفرد لذاته يتعلق بأهميتها وقيمتها، ويشير التقدير الايجابي للذات إلى مدى تقبل الفرد ذاته وإدراكه لنفسه على أنه شخص ذو قيمة جدير باحترام الآخرين، بينما يشير تقدير سلبى للذات عدم تقبل الفرد لذاته (ديب، 2014، ص18)

ويفهم من هذا التعريف أن هذا التقدير إدراك الفرد لنقاط قوته مما يعزز احترامه لذاته وكذلك لسلبياته ولكن بطريقة لا تؤدي إلى تقليل أهميته أو شعوره بالدونية بل يكون له استعدادا نفسيا للعمل على تجاوزها.

ويعرفه جويل بروكتر على أنه سمة تشير إلى درجة محبة أو كراهية المرء لذاته. ومن جهة أخرى عرفه ناتانيل براندين أنه اتجاه المرء نحو الشعور بأن ذاته مؤهلة وقادرة على التكيف مع التحديات الأساسية في الحياة. والإيمان بأنها جديرة بالسعادة.

كذلك باندورا" عرف تقدير ذات على أنه ذلك الشعور بالقيمة والكفاءة الشخصية الذي يربطه المرء بمفاهيمه وتصوراته عن ذاته (مالهي وريزنر، 2005، ص2)

في حين أن الجمعية الوطنية الأمريكية لتقدير الذات NASE 2002 فتحدده بالخبرة التي يملكها الإنسان حتى يصبح قادراً على مواجهة تحديات الحياة (قهار، 2010، ص120)

وبهذا تعددت التعاريف لتقدير الذات ونستنتج منها أن تقدير الذات هو تقييم ذاتي يعكس شعور الفرد بقيمته، ويتأثر هذا التقدير بشكل مباشر بالعلاقات الأسرية والاجتماعية خاصة المؤدية منها ومن هذا المنطلق يصبح تعزيز تقدير الذات هدفا أساسيا في التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية الموجهة لهؤلاء الضحايا.

2. أهمية تقدير الذات:

مفهوم تقدير الذات يُعد أحد الأبعاد العامة للشخصية، بل يعتبره العلماء من أكثر تلك الأبعاد أهمية وتأثيراً في السلوك، فلا يمكن أن نحقق فهماً واضحاً للشخصية أو السلوك الإنساني بوجه عام بدونه (قهار، 2010، ص123)

وتكمن أهمية تقدير الذات أيضاً من خلال ما يصنعه الفرد لنفسه. يؤثر بوضوح في تحديد أهدافه واتجاهاته واستجاباته نحو الآخرين ونحو نفسه (دحمانى وذيب، 2021، ص148)

كما يمثل تقدير الذات أحد ركائز أساسية للصحة النفسية والنمو الشخصي، حيث يمتد إلى مختلف جوانب حياة الفرد ومنها:

تعزيز الصحة النفسية وتحسين الأداء التعليمي والمهني بالإضافة إلى تعزيز العلاقات الاجتماعية وتحقيق المرونة النفسية (عمروش و بن مجاهد، 2024، ص6-7)

وعلاوةً على ذلك، تقدير الذات يعزز من إقامة علاقات شخصية واجتماعية طيبة، فالأشخاص الذين يتمتعون بقدر عال من تقدير الذات لا ينظرون إلى الآخرين بحسد. وريية، فهم أكثر تعاوناً وحماساً واحتراماً ومرعاة للمشاعر الآخرين، وتقول فارجينا ساتير في هذا السياق تتبع العلاقات البشرية الطيبة والسلوكيات الملائمة والحافية من أشخاص يتمتعون بتقدير لذاتهم وإحساس بقيمتها (صوالحي و درابله، 2017، ص30)

وحسب مالهي وريزنر 2005 فتقدير ذات له تأثير عميق على جميع جوانب حياتنا. فهو يؤثر على مستوى أدائنا في العمل وعلى الطريقة التي نتفاعل بها مع الناس وفي قدرتنا على التأثير على الآخرين وعلى مستوى صحتنا النفسية.

حين قال ناتانيل براندين عالم نفس ممارس ورائد في مجال تقدير الذات: "من جميع الأحكام التي نصدرها في حياتنا ليس هناك حكم أهم من حكمنا على أنفسنا" إذن تقدير الذات هو مفتاح النجاح (مالهي وريزنر، 2005، ص7)

3. النظريات المفسرة لتقدير الذات:

تطرفت عدة نظريات إلى مفهوم تقدير الذات ومن أهم هذه النظريات :

❖ نظرية روزنبرج Rosenberg:

اهتم روزنبرج بنمو وارتقاء سلوك الفرد لذاته حي عرف تقدير الذات بأنه التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به لنفسه، أي تقييم يعكس اتجاهها بالاستحسان أو الرفض نحو الذات (قهار، 2020، ص134) وركزت هذه النظرية على تقييم المراهقين لذواتهم بالديناميات الخاصة بتدوير صورة الذات لتكون إيجابية، بالإضافة إلى الدور الذي تقوم به العائلة في تشكيل تقدير الذات وأسلوب سلوك الاجتماعي للفرد مستقبلاً. وكان منهج روزنبرج في هذه النظرية قائماً على مفهوم الاتجاه في طرحه الأول أي أن الذات تعد موضوعاً من بين الموضوعات المختلفة يكون الفرد اتجاهها اتجاهاً نفسياً مشابهاً لاتجاهاته نحو مواقف أو أشياء أخرى إلا أنه لاحقاً تراجع عن هذه النظرة الجزئية وأكد أن اتجاه الفرد نحو ذاته يختلف كمياً عن اتجاهاته الأخرى (قهار، 2010، ص135) ووضع روزنبرج ثلاثة تصنيفات للذات:

○ الذات الحالية أو الموجودة: وهي كما يرى الفرد ذاته

○ الذات المرغوبة: وهي التي يحب أن يكون عليها الفرد

○ الذات المقدمة: وهي التي يحاول الفرد أن يوضحها أو يعرفها الآخرين (دحماني وذيب، 2021، ص147)

❖ نظرية كوبر سميث:

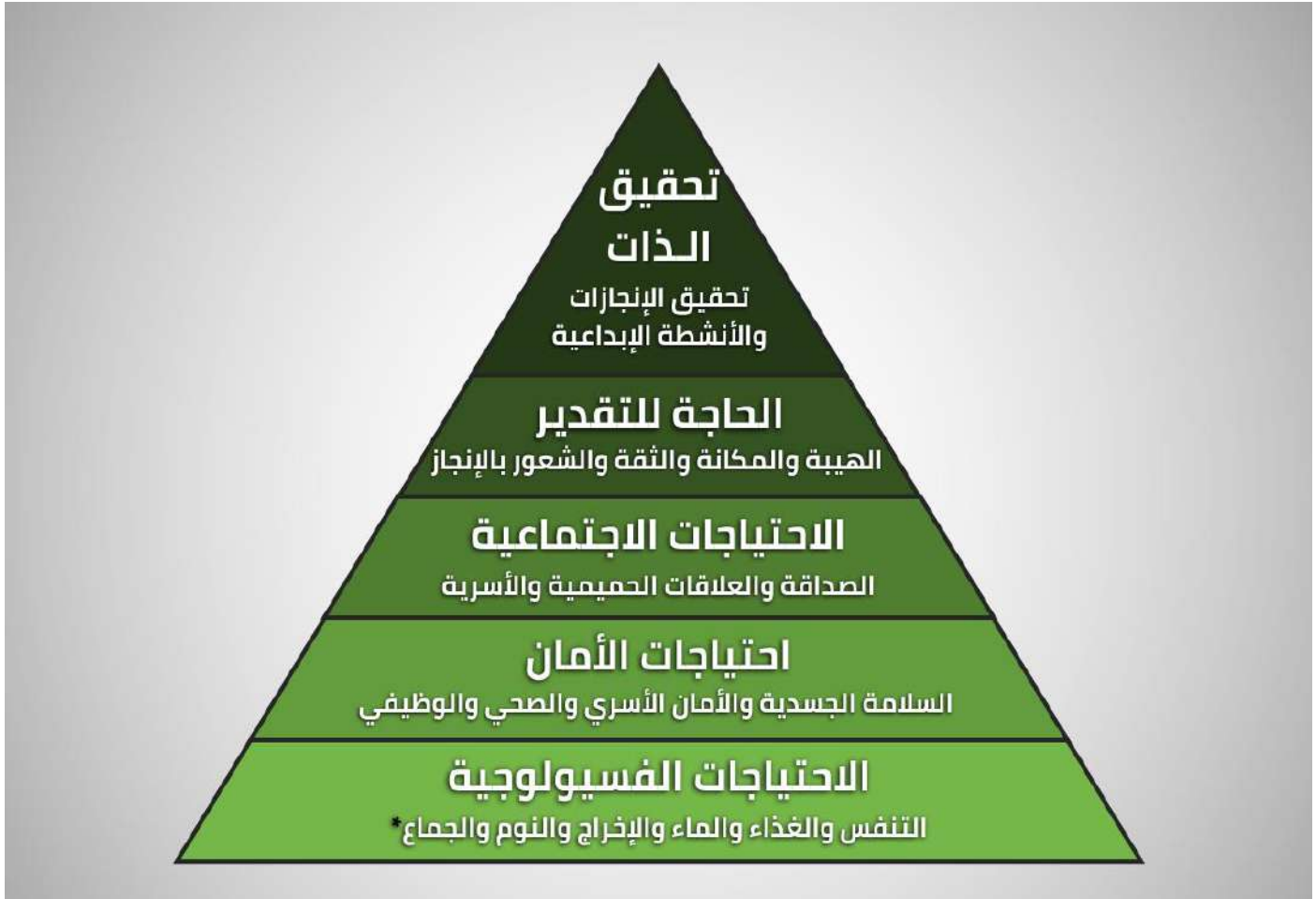
لقد استخلص كوبر سميث نظريته من خلال دراسته لتقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة الثانوية حيث بينت نتائج دراسته إلى أن تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب، وأنه ظاهرة معقدة لأنها تتضمن كل من تقييم الذات ورد الفعل، أي أن الفرد لا يكتفي بإصدار حكم معرفي بل يصاحبه استجابة انفعالية أيضاً، وقسم كوبر سميث تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين:

التعبير الذاتي وهو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها وتعبير سلوكي وهو الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الذات وتكون متاحة للملاحظة الخارجية (دحماني وذيب، 2021، ص147)

إذن، تعد نظريات كوبر سميث من أبرز النماذج التي تناولت تقدير الذات من منظور معرفي اجتماعي فوفقاً له، فإن التقدير الذات يتكون من أربعة أبعاد رئيسية تتمثل في النجاحات، القيم، الطموحات، والدفاعات، وقد وجد من خلال دراسة التي أجراها على 1700 طفل أن لتقدير الذات ثلاثة مستويات: المرتفع، المتوسط، والمنخفض (قهار، 2010، ص136). ويشير روزنبرج إلى أن تقدير الذات هو ظاهرة أحادية البعد، أي أنه يمثل مجرد اتجاه تقييم الفرد لذاته بشكل عام دون تعقيد. بخلاف ما طرحه كوبر سميث، حيث يرى أن تقدير الذات معقد ومتعدد الأبعاد، ولا يقتصر على مجرد الحكم التقييمي للفرد وعلى ذاته، بل يشمل أيضاً ردود الفعل الانفعالية والاستجابات الدفاعية التي يبديها الفرد اتجاه مواقفه سواء كانت بالقبول أو الرفض، مما يجعل من تقدير ذات عملية ديناميكية مشحونة بالعاطفة (قهار، 2010، ص136)

❖ نظرية ابراهام ماسلو (Maslow):

يفترض ماسلو في هذه النظرية أن الحاجات تنتظم في تدرج هرمي من الأولوية أو القوة وعندما تشبع الحاجات صاحبة القوة أو الأولوية فإن الحاجات التالية في التدرج الهرمي تبرز وتلح في الطلب الإشباع، وقد عرف الحاجة إلى التقدير بأنها الحاجات التي تتعلق باحترام الذات والشعور بالكفاءة الشخصية (هما مختار، 2016، ص303) واعتبر ماسلو أن حاجات التقدير تعمل كدافع فقط عندما تشبع الدوافع الثلاثة الأدنى إلى حد مناسب. كما يؤكد على أن الاعتبار الحقيقي للذات يعتمد على الكفاية والإنجاز وليس السمعة الخارجية (قهار، 2010، ص137).



الشكل رقم(01): هرم الحاجات الأساسية لأبراهام ماسلو

المصدر: (قهار، 2010، ص137)

نلاحظ من خلال المخطط رقم 1 الترتيب الهرمي للحاجات، يبدأ بالحاجات الفيزيولوجية الأساسية، كالأكل، الشرب، النوم، وهي ضرورية للبقاء، يليها الحاجة إلى الأمن الاستقرار، الحماية، ثم بعد ذلك الحاجات الاجتماعية الحب، الانتماء بعد ذلك الحاجة للتقدير، كاحترام والثقة والإنجازات، هذا الترتيب يظهر أن الحاجات الأدنى يجب إشباعها نسبياً قبل أن يسعى الفرد لإشباع الحاجات الأعلى.

❖ النظرية المعرفية:

حسب النظرية المعرفية يتكون تقدير الذات من مجموعة من المخططات المعرفية التي تشكل تصور الفرد عن نفسه وقد تكون هذه المخططات إيجابية أو سلبية بحسب التجارب السابقة وتنشئة الاجتماعية للفرد الذي يتبنى أفكار سلبية غير منطقية تجاه ذات غالباً ما يعاني من انخفاض تقدير الذات مما يؤدي إلى اضطرابات انفعالية وسلوكية كل هذا نتاج عن اضطراب النمو المعرفي (عطيس وتريش، 2014، ص27) من هنا يشكل تعديل الأفكار السلبية وإعادة هيكلتها محورا أساسيا في البرامج العلاجية المعرفية السلوكية بهدف دفع مستوى تقدير الذات ولتحقيق توازن النفسي.

إذن، لقد تناول العديد من علماء النفس مفهوم تقدير الذات من زوايا مختلفة. ومن خلال ما سبق من النظريات التي تم التطرق إليهم في هذه الدراسة، أن جميعها تتفق على أن تقدير الذات عنصر جوهري في توازن الفرد النفسي وتطوره الشخصي والاجتماعي وكل نظرية تختلف عن الأخرى. إذ ركزت روزنبرج على تجربة الفرد الداخلية، أما كوبر سميث فركز على دور البيئة والتنشئة، أما ماسلو فقط تناول تقدير الذات ضمن منظور يربطه بإشباع الحاجات والارتقاء نحو

تحقيق الذات. وفي الأخير، اتضح لنا من خلال النظرية المعرفية أن تقدير الذات ليس ناتج عن ظروف خارجية فقط، بل هو انعكاس لطريقة تفكير الفرد وتفسيره لذاته.

4.العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

يتأثر تقدير الذات بعدة عوامل:

العوامل الوراثية:

تشير الدراسات في علم الوراثة أن الصفات الشخصية والسمات النفسية مثل العصابية والانبساطية ترتبت جزئياً بالوراثة. أي أن الأفراد الذين ينتمون إلى عائلات ذات تاريخ من القلق أو الاكتئاب قد يعانون من مستويات منخفضة من تقدير الذات (عمروش وبن مجاهد، 2024، ص4)

وحسب وايد وآخرون تنقسم العوامل المؤثرة في تقدير الذات إلى عوامل شخصية تشمل متغيرات نفسية وعقلية ومتغير الجنس وعوامل متضمنة للمتغيرات الأسرية والاجتماعية كالنور الاجتماعي والمستوى الاقتصادي. (قهار، 2010، ص133)

بمعنى أن تقدير الذات لا يتأثر بعامل واحد فقط بل بعدة عوامل يتأثر بنفسية الفرد وطريقة تفكيره وقدراته العقلية بالإضافة إلى جنسه كونه ذكر أو انثى وتأثير المجتمع عليه حسب جنسه، في حين أن أساليب التربية والعلاقات الأسرية وتأثير الأقران والمجتمع وثقافته تعد أيضاً من العوامل المؤثرة في تقدير الزيادة سواء بالإيجاب أو السلب.

خلاصة الفصل:

يعد مفهوم الذات وتقدير الذات من المفاهيم الأساسية في علم النفس، ومهما اختلفت وجهات النظر حول تعريفهما، يبقى ارتباطهما ارتباطاً وثيقاً بالتأثير الوظيف سواء بالإيجاب أو السلب على حياة الفرد. . فمفهوم الذات يشكل الصورة التي ينبثق منها تقدير الذات، فإذا كانت الصورة واضحة وإيجابية، كان تقدير الذات عالياً. وأما إذا كانت الصورة الذات مشوشة أو سلبية، فتؤدي إلى تدني انخفاض تقدير الذات. لذلك رفع مستوى تقدير الذات يشكل أساساً مهماً في التدخلات العلاجية لدى فئة ضحايا العلاقات السامة، خاصة

الفصل الرابع: الاضطراب النرجسي

تمهيد

تعتبر نرجسية خاصة أساسية لنمو نفسي سليم لكل فرد، فالنرجسية السوية تسهم في بناء الهوية وتقدير الذات وتعزيز الثقة بالنفس، إلا أن هذه السمة قد تتجاوز حدود السواء لدى بعض الافراد فتصبح نمطا مرضيا يتجلى في تعظيم مفرط للذات مع غياب التعاطف على الآخرين، ومن هذا المنطلق نتناول في هذا الفصل مفهوم الاضطراب النرجسي والخصائص السلوكية والنفسية للمضطرب النرجسي إضافة إلى التشخيص والنظريات المفسرة لهذا الاضطراب والآثار النفسية الناجمة عن العلاقة مع المضطرب النرجسي.

1. الأصل الأسطوري للنرجسية:

يرجع مصطلح النرجسية حسب الأسطورة اليونانية القديمة إلى شاب وسيم يدعى "نرسييس" كان يعيش مع أمه، أنجبته نتيجة علاقة محرمة كان مغرم بنفسه وقد وقعت في حبه الكثير من الفاتنات لجمالها حتى أجمل الحوريات كانت تدعى "Echal" وقد وقعت في حبه الذي أثر عليها تأثيرا كبيرا لأن الحب كان من جانب واحد، وعندما أرادت أن تبوح لنرسييس بحبها له رفضها ولم يهتم بها فحزنت حزنا شديدا وتوفيت واستمر هو بتحطيم قلوب العذارى حتى أتاه العقاب من الإله، حيث عاد نرسييس إلى البركة ليشرب منها بينما هو منثني رأى صورته المنعكسة في الماء فوقع في حب صورته لدرجة العشق وكلما حاول الوصول إلى صورته الجميلة ابتعدت عنه، ولم يجد أي وسيلة للحصول على هدفه حتى مات محمقا في صورته المنعكسة على الماء، فنبتت بعد ذلك في مكانه زهرة النرجس والتي سميت على اسمه (مصطفى، 2000، ص17)

إن الهدف من التطرق للأسطورة هو توضيح كيف تم استخراج الدلالات النفسية ثم تم توظيفها في علم النفس حيث وجد أن الأسطورة تعالج مجموعة من المواضيع منها:

- التعلق بالأم حيث تبرز الأسطورة أهمية مكانة العلاقة الأمومية ودورها في تشكيل النرجسية لدى الفرد، وأيضاً أهمية التنشئة الاجتماعية للفرد، فطريقة التعامل وتربية الطفل الجيدة هي التي تعمل على تشجيع النرجسية السوية، وتحافظ على التقدير الإيجابي لذات الطفل، فدعم الوالدين المبالغ فيه لإنجازات أطفالهم وتحسيسهم بالمثالية يجعلهم يكتسبون سلوكيات غير سوية (يوسنة وبن جديدي، 2018، ص334)

من هذه الأسطورة التي لطالما شكلت نموذجاً رمزياً للفرد النرجسي، حيث بينت أن جذور هذا الاضطراب تعود إلى طفولة مضطربة وظروف أسرية متأزمة، فقد نشأ "نرسييس" في كتف أم تعاني من صدمة نفسية إثر حادث اغتصاب، وهذه العوامل النفسية أثرت على نموه النفسي والاجتماعي.

وبحسب التحليل النفسي فإن الجروح النرجسية المبكرة الناتجة عن فقدان الأب والضعف الانتماء للنظام الرمزي الاجتماعي كما سماه "لاكان" أدت إلى تشوش في الهوية، وشعور داخلي بالنقص عوضه "نرسييس" بحب مفرط لذاته واستعلاء على الآخرين (يوسنة وبن جديدي، 2018، ص333)

2. مفهوم الاضطراب النرجسي:

تعد الشخصية النرجسية المرضية واحدة من اضطرابات الشخصية المصنفة ضمن الفئة B حيث التصنيف التشخيصي DSM5 التي تتسم بنمط دائم من العظمة والتفوق، والحاجة المفرطة للإعجاب مع نقص واضح في التعاطف مع الآخرين. (حمادي، دت، ص348)

قد أشار كل من "فرويد" و"لاكان" إلى أن الذات النرجسية تتكون كرد فعل على جروح نرجسية أولية لم يتم ترميمها، فكلما كانت العلاقات طيبة داخل الأسرة كلما قللنا من خدش النرجسية (يوسنة وبن جديدي، 2018، ص334) وتتمثل النرجسية المرضية في بعض السمات والسلوكيات التي تميز الشخص النرجسي كالتضخم الزائد للذات، واستغلال الآخرين كما يعزى لها استجابات الفرد الغير توافقية في المواقف وأحداث الحياة (مسعودي وكروش، 2020، ص31)

وتعرفها صبيغات خديجة توهامي على أنها نمط ثابت من التعاطف والعظمة المبالغ فيها على مستوى السلوك والتخيل، فهي إحساس مبالغ فيه بأهمية الذات والانتهازية بمعنى استغلال الآخرين، وعدم الاكتراث بمشاعر الآخرين (نجوى أحمد وآخرون، 2022، ص115)

ويعرفها « كرينبيرغ » على أنها مصطلح معقد بسبب وجود مستويين فالأول هو استثمار للبيدو في الأنا والثاني ما تمثله زملة الأعراض الاكلينيكية التي تميز المرضى الذين يعانون من تنظيم غير سوي لتقدير الذات (سقوالي ورحامنية، 2019، ص54)

وتعددت التعريفات للشخصية النرجسية المرضية في الأدبيات النفسية، إلا أن معظمها يتفق على كونها سمة تتمحور حول التمرکز في الذات والأناية فقد عرفها (Raskin) و (Terry) على أنها زيادة مفرطة في حب الفرد لذاته، بينما رآها (Demoulin) على أنها افتتان الفرد بجسده وتمحوره نحو ذاته (سليمان سبيعي، 2019، ص44) وفي ضوء مدرسة التحليل النفسي فالنرجسية أحد مراحل نمو النفس الجنسي، حيث ينصب الجنس على موضوع الذات وذلك يمثل هذا نمطا من النكوص إلى الوراء حيث يكون الموضوع الجنسي المفضل لدى المريض هو جسمه (مصطفى، 2018، ص18)

وعرفت في قاموس كامبرنج لعلم النفس على أنها تقييم الفرد المتضخم للذات والانشغال بخيالات النجاح والقوة والإحساس بالصدارة والميل إلى استغلال الآخرين (نجوى أحمد واخرون، 2022، ص 116)

كما تشير نظرية كوهوت إلى أن النرجسية تمر بمسار تطوري طبيعي في مرحلة الطفولة يعرف بالطور السوي للنرجسية. في هذا السياق تبدأ الذات العظيمة بالتشكل لدى الطفل بحيث يتميز بمشاعر استعراضية ومبالغ فيها إلا أن هذا الشعور بالعظمة طبيعي لا يتحقق إلا إذا توفرت بيئة أسرية آمنة من خلال التقدير والتقبل والدعم .

ومع مرور الوقت، تتحول هذه النرجسية الأولية إلى طموح واقعي، حيث تدمج الذات العظيمة مع صورة الوالد المثالي في عملية يطلق عليها "كوهوت" الإستدخال التحويلي، ينتج عنها ذات متماسكة وسوية في سن الرشد، وهذا المسار هو الأساس الذي يبنى عليه تقدير الذات السوي لدى الفرد (يوسنة وبن جديدي، 2018، ص339)

وفي المقابل، فإن تعطل النرجسية الأولية نتيجة غياب التقدير أو المعاملة القاسية من الوالدين، يؤدي إلى مسار مرضي في النمو النرجسي، فتبقى الذات العظيمة غير مروضة ويبقى الفرد يبحث باستمرار عن موضوعات ذات تعكس له عظمته المفقودة، إلا أن الفشل في المحاولات بسبب الرفض أو عدم الإشباع يدفعه إلى تبني سلوكيات نرجسية دفاعية، كالتعالي، التفاخر، التقليل من الشأن، هذا النمط المرضي النرجسي ينتج تقدير ذات هش متضخم ظاهرياً، لكنه معتمد على الخارج وغير قابل للصمود أمام الإحباط، كما يشكل خطراً على من يرتبط به (يوسنة وبن جديدي، 2018، ص340)

وبناءً على ما سبق هناك فرق بين النرجسية السوية والنرجسية المرضية حيث أن النرجسية السوية تعد جزءاً طبيعياً من تطور الشخصية السليمة، تمنح الفرد مستوى من حب الذات والثقة التي تسمح له بتحقيق الإنجازات وبناء علاقات متوازنة، أما النرجسية المرضية فهي اضطراب في الشخصية ويتميز بنمط دائم من العظمة المبالغ فيها وهو ما يحدث خللاً عميقاً في العلاقات الشخصية والاجتماعية.

3. الخصائص النفسية والسلوكية للمضطرب النرجسي:

يتميز المضطرب النرجسي بمجموعة من الخصائص النفسية والسلوكية التي تنعكس سلباً على تفاعلاته الاجتماعية، حيث يسعى باستمرار للظهور والشهرة ولو على حساب الآخرين، ويتسم بسلوكيات تقلل من شأن الآخرين وتنتقص من قيمتهم، ومن الناحية النفسية يبدو في حالة دائمة من الترقب والشك ويتشبه برأيه بإصرار وعناد رافضاً وجهات النظر للآخرين مما يجعله صعب التفاهم (سقوالي ورحامنية، 2019، ص62)

ويشير "سترينجر" إلى أن شخصية المضطرب النرجسي تتسم بعدد من الخصائص النفسية والسلوكية لتجعل من التفاعل الاجتماعي معها أمراً معقداً، فهي تعتمد على لغة خطابية متعجرفة تعبر عن شعور بالتفوق والتميز، ولا يعي بعيوبه وهو شخص قليل الصبر، سريع الملل، ويتكلم عن ذاته فقط، كما يلاحظ أثناء حديثه ضمائر متكلم، ويضفي المثالية على محاوره إن استشعر المدد النرجسي، أما إذا افتقد هذا المدد وشعر بالتحدي أو العداوة فإنه يبادر بالهجوم (يوسنة وبن جديدي، 2018، ص344)

وفي نفس السياق حدد كرينبيرغ سمات مميزة للشخصية النرجسية المرضية ومن ضمنها الاستغراق في الشؤون الذاتية بدرجة كبيرة وهدوء مصطنع مع عدم القدرة على الحب والتعاطف مع الآخرين واستغلال الآخرين وعدم الرحمة بهم، كما يرى كرينبيرغ أن الفرد النرجسي قد ترك عندما كان طفلاً يعاني جوعاً عاطفياً من قبل أم باردة غير متعاطفة (البحيري، 1987، ص37)

ويتضح من خلال ما سبق أن الشخصية النرجسية المرضية تعد من أكثر اضطرابات الشخصية تعقيداً، لما تحمله من تداخل بين مظاهر القوة الظاهرية والضعف الداخلي، وإن فهم سماتها يعد ضرورياً لتشخيص هذا الاضطراب بدقة، فبفعل السمات النرجسية المرضية تؤدي إلى خلق بيئة نفسية مليئة بالإجحاف والتقليل من الشأن مما يؤدي تدريجياً إلى تآكل تقدير الذات لدى الضحية.

4. تشخيص اضطراب الشخصية النرجسية:

يصنف اضطراب الشخصية النرجسية ضمن اضطرابات الشخصية من المجموعة B في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM5 حيث يعرف على أنه نمط ثابت من العظمة (في الخيال أو السلوك) والحاجة إلى الإعجاب والافتقار إلى التعاطف، والذي يبتدئ منذ البلوغ الباكر ويستدل عليه بخمسة أو أكثر التظاهرات التالية:

- لديه شعور عظم بأهمية الذات
- مستغرق في خيالات عن النجاح اللامحدود أو القوة أو التآلق أو الجمال أو الحب المثالي
- يعتقد أنه مميز وفريد
- يتطلب إعجاباً مفرطاً
- لديه شعور بالصدارة
- استغلالي في علاقاته الشخصية
- يفتقد التعاطف ويرفض الاعتراف أو التماهي مع مشاعر وحاجات الآخرين
- غالباً ما يكون حسوداً للآخرين أو يعتقد أن الآخرين يكونون له أولها مشاعر الحسد
- يبدي سلوكيات أو مواقف متعجرفة (حمادي، دت، ص 248)

5. النظريات المفسرة للاضطراب النرجسي:

تنوعت التفسيرات النظرية لهذا الاضطراب باختلاف المرجعيات المعرفية والمنهجية لكل مدرسة، حيث حاول كل منهما فهم المنشأ النفسي والآليات الدفاعية والديناميات العلائقية التي تشكل هذا النمط المرضي من الشخصية. فمن جهة ظهر مصطلح النرجسية لأول مرة عند فرويد عام 1910 وكان يعني أن الفرد يوجه مشاعر الحب نحو ذاته بدلاً من أن يوجهها نحو الآخرين، ورأى فرويد أن في أحد مراحل تطور الطفل يبدأ بحب جسده وذاته أي أن اللبيدو (الطاقة الجنسية النفسية) تتجه نحو الداخل (الذات) وليس خارج (الآخرين)، وهذه المرحلة تسمى (مرحلة النرجسية) وهي مرحلة وسيطة بين النرجسية الأولية عندما يحب الطفل نفسه فقط وبين حب الموضوع عندما يبدأ بتوجيه الحب لشخص آخر كالأم أو الأصدقاء، وعندما تبقى هذه الطاقة النفسية مركزة فقط على الذات ولا تتحول بشكل طبيعي نحو الآخر فإن هذا يؤدي إلى النرجسية المرضية (سقوالي و رحمانية، 2019، ص 56) وفي هذا الصدد قسم "فرويد النرجسية إلى مرحلتين هما:

➤ النرجسية الأولية: وتشير إلى الحالة المبكرة التي يقوم الطفل من خلالها بتوظيف كل اللبيدو الخاص به في ذاته وهي مرحلة طبيعية.

➤ النرجسية الثانوية: تحدث عندما يعود الشخص البالغ أو المراهق إلى حب ذاته من جديد بطريقة مرضية أي أن اللبيدو تنسحب من الآخرين وتعود للذات وهذه الحالة ترى في بعض أنواع الدهان حيث ينغلق الشخص على نفسه، ويفسرها "فرويد" أن الشخص ينسحب من الناس لأنهم لم يلبوا احتياجاته أو أصيب بخيبة أمل ويسميه بتحول اللبيدو من الموضوع إلى الذات، وهي حالة مرضية (يوسنة وبن جديدي، 2018، ص 336)

ورغم أن فرويد كان أول من وضع مفهوم النرجسية معتبراً إياها مرحلة تطورية طبيعية تتحول إلى مرضية عند انسحاب اللبيدو نحو الذات إلى أن كيرنبرغ قد طور هذا الفهم من خلال الاعتماد على نظرية العلاقة بالموضوع، حيث ربط النرجسية المرضية بتجارب الطفولة المبكرة المؤلمة وخاصة علاقة الطفل بالأم، مشيراً إلى أن اضطراب النرجسية ينشأ كرد فعل دفاعي على الحرمان العاطفي عبره تمجيد والاكتفاء بالذات لكن في داخله شخص هش وجائع للحب (مسعودي وكروش، 2020، ص 30)

في حين رأى "جاك لاكان" أن النرجسية تنشأ عندما يفتتن الطفل بصورته المنعكسة من خلال "مرحلة المرأة" فتتشكل الأنا على أساس صورة مثالية لكن غير واقعية مما يؤدي إلى الصراع الداخلي وعدوان نرجسي، وإن فشل الفرد في التوفيق بين صورته المثالية وذاته الواقعية قد يؤدي إلى تدمير الذات (سقوالي ورحمانية، 2019، ص58) وفي المقابل فسر الاتجاه المعرفي السلوكي اضطراب الشخصية النرجسية على أنه ناتج عن مخططات معرفية غير منطقية تشكلت في الطفولة نتيجة لتجارب وخبرات مع الأشخاص المهمين، خاصة عندما يلقت الطفل رسائل تعزز تفوقه أو تحصر قيمته في الكمال والنجاح، حيث يفسر الفرد أن نجاح بسيط على أنه دليل على تفوقه المطلق أي أن النرجسية تنبثق من خلال مخططات معرفية مشوهة، تتكون نتيجة معتقدات مبكرة خاطئة حول التفوق والتميز (سقوالي ورحمانية، 2019، ص59)

وعلى خلاف ذلك، قدمت النظرية التعلم الاجتماعي لميلون تفسيرا مميزا، إذ ترى أن النرجسية لا تنشأ نتيجة الإهمال أو النقص، بل بسبب الاهتمام الزائد والتقدير المبالغ فيه من قبل الوالدين أو مقدمي الرعاية، مما يؤدي إلى نشوء صورة ذاتية مثالية غير واقعية يقابلها الطفل لاحقا بالغضب والعدوانية عند أول انتهاك محبط بالواقع (بوسنة وبن جديدي، 2018، ص340)

وفي ضوء ما سبق، يتضح أن كل نظرية تناولت هذا الاضطراب من زاوية مختلفة، فبينما ركزت بعض المقاربات على العوامل النفس الجنسية أو العلاقات المبكرة، وركزت نظريات أخرى على دور المعرفة والبيئة الاجتماعية، مما يبرز أهمية التكامل بين هذه الرؤى لفهم البنية المعقدة لاضطراب الشخصية النرجسية.

6. الآثار النفسية ناجمة عن العلاقة مع المضطرب النرجسي:

تعد العلاقة مع المضطرب النرجسي تجربة نفسية معقدة، تمر بمراحل متناقضة حيث تبدأ بما يعرف بمرحلة المثالية أو التضخيم، فيظهر المضطرب النرجسي اهتماماً مبالغاً فيه بالشريك ويغمره بالإعجاب والتقدير، غير أن هذه المرحلة لا تلبث إن تنقلب إلى العكس تماماً، فيعتمد المضطرب النرجسي في تعامله مع الضحية على تفويض حدودها النفسية الداخلية، مستخدماً أدوات نفسية دقيقة كالعار والتلاعب إشاعة الشعور بعدم الاستقرار العاطفي، هذا النهج يؤدي إلى تفكيك الهوية الذاتية للضحية وتآكل تقديرها لذاتها، خاصة لدى الأفراد الذين يتميزون بالمثالية أو الحساسية المفرطة (Mackenzie, 2015, p13).

وعلاوة على ذلك يلجأ المضطرب النرجسي إلى زرع مشاعر مصطنعة لدى الضحية، مثل الغيرة المفرطة أو القلق المزمن بهدف تشويه إدراكها لنفسها ودفعها إلى تبرير السلوك المؤذي والشك في طبيعتها الخاصة، وتعد هذه المشاعر المفبركة آلية خطيرة في التلاعب النفسي، حيث تفقد الضحية قدرة على التمييز بين مشاعرها الحقيقية وتلك المفروض عليها وكنتيجة لذلك تتراجع الثقة بالنفس ويظهر الاضطراب في الإدراك والوعي الذاتي مما يرسخ التبعية للمعتدي ويمنع الضحية من التحرر النفسي والسلوكي (Mackenzie, 2015, p14)

أيضاً من بين الآثار النفسية الناتجة عن العلاقة مع المضطرب النرجسي ما وصفته (McBride 2015) بأن الضحية تشعر بأنها غير مسموعة وغير مرئية في العلاقة، مما يسبب انخفاضاً في تقدير الذات، والشعور بالذنب والارتباك العاطفي، فحين يتكرر تجاهل المشاعر والمقاطعة، يفقد الطرف المتضرر الشعور بالقيمة ويبدأ في الشك في أحقيته بالتقدير والحب، مما يعزز المشاعر التبعية والاضطراب الداخلي.

كما أظهرت McBride المراحل الثلاث التي يتطور فيها التأثير النفسي تدريجياً لدى الضحية:

- ✓ مرحلة الإنكار: أي أن الضحية تعيش إنكاراً جزئياً للواقع مما يؤدي إلى ارتباط عاطفي قوي ومثالي غير قائم على أسس حقيقية .
- ✓ مرحلة الصراع والواقع: تبدأ الضحية بالشعور بالخدلان، الحيرة وتناقض المشاعر.
- ✓ مرحلة التوسع: غياب الوصول إلى أن العلاقة لا تنضج ولا تنمو بشكل صحي مما يسبب للضحية إرهاقاً نفسياً وتدهوراً في احترام الذات (McBride, p16).

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل يتضح أن الشخصية النرجسية المضطربة تمثل تحدياً في التشخيص والعلاج, وتبرز خطورتها في العلاقات، حيث تمارس أشكالاً متعددة من التلاعب العاطفي والضغط النفسي، ما تسبب آثاراً نفسية تنهك الطرف الآخر، وغالباً ما يظهر المضطرب النرجسي مقاومة شديدة للعلاج النفسي، نظراً لافتقاره إلى الوعي المرضي واعتقاده الدائم بأن الخلل يكون في الآخرين وليس في ذاته بسبب الإحساس المتضخم بالذات، فإن التدخلات العلاجية أو الوقائية توجه عادة إلى الضحايا بهدف ترميم تقدير الذات وتفكيك آثار التلاعب النفسي الناتج عن العلاقة مع هذا النمط المضطرب.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

تمهيد:

تتحدث قيمة أي دراسة علمية في إجراءاتها المنهجية وطريقة تحديدها وتطبيقها على أرض الواقع، هذه الأخيرة هي مجموعة من المراحل المنظمة التي تعيد مسار البحث للوصول إلى نتائج حقيقية وصحيحة، وهو هدف كل بحث علمي. وعلى هذا الأساس خصص هذا الفصل من الدراسة ليتناول الإجراءات المنهجية التي تضمنها جانبها التطبيقي وذلك من حيث حدودها الزمانية والمكانية، حالاتها، أدواتها المعتمدة وأخيرا خلاصة الفصل.

1.1. منهج الدراسة:

لتحقيق هدف الدراسة تم الاعتماد على المقاربة المنهجية التالية :

1.1.1. المنهج العيادي :

عرّف ويتمر (wetmer) المنهج العيادي بأن منهج البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مريض أو فحص العديد من المرضى ودراساتهم الواحد تلو الآخر، لأجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءاتهم وقصورهم. (شراي، 2007، ص27)

والمنهج العيادي يستخدم عادة في إطار البحث العلمي ويسمى أيضا بالمنهج الإكلينيكي لأن المعطيات غالبا ما تنشأ من ملاحظات الأخصائي النفسي أثناء المقابلة العيادية، كما يقوم على دراسة الحالة الفردية بعمق وفق معايير تشخيص علمية معتمدة مثل DSM5 كما يعتمد أيضا على العلاقة العلاجية بين الأخصائي النفسي والمفحوص ولكن نتائجه قد لا تعمم لأنه يركز على حالات فردية وانطلاقا من هذا الاعتبار تم الاعتماد على المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة ضمن تميز الفرد وتفرده لأنه سيمكننا من فهم السلوكيات الإنسانية من خلال تحديد كل ما هو نوعي وفردى لدى الفرد في الوضعية العيادية لأن قيمة نتائج أي بحث علمي تتوقف على قيمة المناهج المستخدمة، كما تسعى هذه الدراسة إلى انتهاج أسلوب علمي منظم يهدف إلى تحقيق معرفة علمية وفق الإجراءات المنهجية.

2.1. المنهج شبه التجريبي:

يتأسس البحث التجريبي على التصور الدقيق في صياغة الفروض ولذلك يقوم بالتجريب على أساس المحاولة والخطأ وبالتالي لا يصل إلى تفسيرات سببية خاصة في البحوث الإنسانية والاجتماعية (حفصي وعاشوري، 2020، ص96).

وقد اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي باعتباره الأنسب لإشكالية الدراسة والسياق الإكلينيكي الذي تعالج فيه، فالدراسة تهدف إلى اختبار فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في رفع مستوى تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي دون إمكانية ضبط جميع المتغيرات الخارجية كما هو الحال في التجارب الحقيقية الكاملة. وبما أن اختيار حالات الدراسة لا يتم بطريقة عشوائية بل قصديا بناءً على توفر خصائص نفسية وعيادية محددة في الضحية فإن المنهج شبه التجريبي يمكن الطالبة من القيام بقياس قبلي وبعدي لمتغير تقدير الذات مما يسمح بالتتبع بدقة والتفسير على ضوء التدخل العلاجي .

2. حدود الدراسة:

1.2. الحدود الزمانية: تم إجراء الدراسة الميدانية في الفترة الممتدة ما بين 25 جانفي 2025 إلى غاية 22 ماي 2025.

2.2. الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الميدانية بالعيادة النفسية "Ma petite maison de psychologie" الكائن مقرها بحي 100 مسكن اجتماعي تساهمي بمدينة عين تموشنت.

3. حالات الدراسة:

شملت الدراسة حالتين راشدين جاءت لطلب المساعدة النفسية، وقد اظهرت أعراضا نفسية تشير إلى تدني تقدير الذات نتيجة العلاقة النرجسية مع الزوج.

الجدول رقم (01): خصائص حالات الدراسة

الحالة	الجنس	السن	الحالة المدنية	مدة الزواج	المستوى التعليمي	المهنة
1	أنثى	40	متزوجة	20	ثانية ثانوي	ماكثة في البيت
2	أنثى	46	متزوجة	24	ثانية متوسط	ماكثة في البيت

يظهر من خلال الجدول رقم 1 أن حالتي الدراسة هي من جنس الإناث، وقد وقع اختيارنا على هاتين الحالتين دون أن يكون ذلك بدافع التحيز لجنس دون آخر، بل لاعتبارات ميدانية وعلمية يمكن تلخيصها في ما يلي:

- تمثل النساء شريحة واسعة من ضحايا العلاقات النرجسية في الواقع العيادي مما يجعلهن أكثر عرضة للاضطرابات النفسية المرتبطة بتدني تقدير الذات.
- تميل النساء إلى طلب الدعم والمساعدة النفسية بصورة أكبر من الذكور ما يسهل الوصول إليهن لأغراض البحث.
- يتقاطع هذا الواقع العيادي مع البنية الثقافية للمجتمع الجزائري ذي الطابع الذكوري والذي كثيرا ما يكرس الخضوع والصمت لدى النساء في العلاقات الزوجية، ويعزز شعورهن بالذنب ونقص تقدير الذات.

ومن هنا كان من السهل والطبيعي أن نجد هذه التجربة النفسية بشكل واضح عند النساء، ما يبرر توفر الحالة الأنثوية دون تعميم النتائج.

4. أدوات الدراسة:

تعد أدوات الدراسة من أسس البحث العلمي، حيث تفيد في جمع البيانات والمعلومات بدقة موضوعية، وللتحقق من فرضيات الدراسة تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات تتناسب مع طبيعة الموضوع وهي كالاتي :

1.4. دراسة الحالة:

تعد دراسة الحالة من أهم الأدوات المستخدمة في علم النفس العيادي فهي تقوم على علاقة نوعية وخاصة بين الفاحص والمفحوص، وتؤدي بذلك إلى الوصول إلى نتائج هامة وقيمة تتعلق بالمفحوص مبدؤها الأساسي هو الانتباه الخاص والتوعي والمشاركة والملاحظة الفعالة والوصف الدقيق لخصوصية الوضعية العيادية والتي تتمثل في كون الضحية زوجة المضطرب النرجسي تعيش علاقة مزمنة لها تأثيرات طويلة المدى على تقدير الذات (منقوشي، 2023، ص172).

وتم الاعتماد على دراسة الحالة نظرا لطبيعة الموضوع، حيث أن التفاعلات النفسية التي تنشأ بين الضحية والمضطرب النرجسي تكون معقدة ومتجذرة في السياق العاطفي والعقلي والعلائقي ولا يمكن الإحاطة بها بشكل كامل إلا من خلال دراسة الحالة التي تتيح لنا إمكانية التعمق في دراسة التجربة الفردية للضحية، لذا فإن الاعتماد على دراسة الحالة يعد خيارا منهجيا يتماشى مع طبيعة الظاهرة المدروسة، ويحقق أهداف البحث بدقة وعمق.

2.4. الملاحظة العيادية:

إن الملاحظة العيادية هي ما يجري عند سرير المريض حسب تعبير (foucault) وهي تحاول أن تتحرر من كل منطلق نظري وتكمن أهميتها في تحسين الوضعية العيادية ومواصلة العمل العيادي (زروالي، 2020، ص4)

وعلى هذا الأساس تم الاعتماد على هذه الأداة لأنها تهدف لفحص الظواهر النفسية فحصاً دقيقاً، وهي أداة تلازم كل الأدوات الأخرى، وتمت ملاحظة الحالات بطريقة مُمنهجة وليست عشوائية، مع الانتباه لمميزات سمات كل حالة من خلال نبرة الصوت أثناء السرد وحركة العينين بدون إهمال أي تفصيل.

3.4. فحص الهيئة العقلية:

تسمح لنا هذه الأداة فهم كيفية تأثير الوظائف النفسية لدى الزوجة ضحية المضطرب النرجسي ونتيجة علاقتها به، ويمثل تشخيصاً مبدئياً لحالتها العقلية والانفعالية والسلوكية إذ يقدم شرحاً مزوداً بتعاليم لضبط الهيئة العقلية، كما يتكون من عنصر السلوك العام، المزاج والعاطفة، محتوى التفكير، القدرة العقلية والحكم والاستبصار ويحصل المعالج على هذه المعلومات من خلال المقابلة العيادية والملاحظة العيادية (منقوشي، 2023، ص174).

وانطلاقاً من هذا الاعتبار، تم الاعتماد على فحص الهيئة العقلية بوصفه أداة تشخيصية أولية تسمح برصد المؤشرات النفسية التي تعكس صورة الذات لدى الضحية مثل نظراتها لنفسها، مستوى انسحابها أو انفتاحها، استجاباتها الانفعالية وطريقة تفاعلها مع الآخر، وتفيد هذه الأداة في الكشف عن المظاهر غير اللفظية لتدني تقدير الذات، ومظاهر الخضوع والانكسار في العلاقة مع الآخر، كما يتيح تشخيص البنية النفسية المتأثرة بالعلاقة النرجسية المرضية بكشف عن تمزقات الهوية وتصدعات الاستحقاق الذاتي مما يجعله أداة بالغة الأهمية في توجيه التدخل العلاجي نحو إعادة بناء مفهوم إيجابي وسليم للذات.

4.4. المقابلة العيادية:

تعرف المقابلة العيادية بأنها محادثة تتم وجهاً لوجه بين المفحوص والاختصاصي النفسي، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها المفحوص والإسهام في تحقيق توافقه النفسي والتعرف أيضاً على دينامية الشخصية وتشمل التشخيص والعلاج (مقراني وجابر، 2020، ص54).

وتعد المقابلة العيادية أداة نوعية أساسية في البحوث النفسية ذات الطابع العيادي، حيث تهدف إلى فهم أعمق للحياة النفسية للفرد من خلال التفاعل بين الفاحص والمفحوص ضمن إطار مهني إنساني يراعي مبدأ الإصغاء الفعال والتوجيه النفسي.

وانطلاقاً من طبيعة موضوع الدراسة الذي يتناول ضحية تعيش علاقة مؤذية مع زوج نرجسي، تم اعتماد المقابلة العيادية بوصفها الوسيلة الأكثر ملائمة لجمع معطيات معمقة، واستكشاف أثر العلاقة النرجسية المرضية على شعورها بقيمتها الذاتية.

كما أن الطابع العيادي للدراسة والذي يستند إلى تحليل خطاب حالتين، يقتضي أداة مرنة تسمح بالكشف عن ميكانيزمات الاستنزاف النفسي وتدني تقدير الذات، وقد استخدمت المقابلة العيادية في مرحلتين: قبل التطبيق العلاجي لتحديد الخصائص النفسية الأولية، وبعده لتقييم التغيرات على مستوى الفوز بالذات ومحتواها، ؟ يعكس وظيفتها التشخيصية والتقييمية في آن واحد.

سارت المقابلات العيادية مع حالات الدراسة وفق 5 محاور سُطرت من خلالها الأهداف التالية:

1. تحديد الانشغالات النفسية المركزية للضحية من الإصغاء العميق لخطاب الحالة وتحديد مصادر المعاناة المرتبطة بالمضطرب النرجسي، وفهم آثارها على الشعور بتقدير الذات.
 2. فحص الهيئة العقلية.
 3. تحديد مستوى تقدير الذات من خلال القياس القبلي لمقياس كوبر سميث لتقدير الذات.
 4. تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.
 5. القياس البعدي لتقدير الذات من خلال إعادة تطبيق مقياس كوبر سميث بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
- وتم استخدام المقابلة العيادية النصف موجهة التي تمتاز بالأسئلة المعدة مسبقا والمرنة نوعا ما، تهدف إلى السير في اتجاه واضح وبأقل توجيه وضبط للأسئلة، مع المحافظة على حرية تعبير المفحوص (منقوشي، 2018، ص 133).
- وقد ساعد هذا النوع من المقابلة العيادية في جمع المعطيات الكيفية، وتم اعتمادها لعدة اعتبارات منهجية وعلاجية، فهذه الأخيرة تُتيح للمختص النفسي العمل ضمن هيكل محدد يغطي المحاور الأساسية المرتبطة بمشكل تقدير الذات، وطبيعة العلاقة النرجسية المؤذية دون أن تقيد خطاب الحالة أو تعيق التدفق الحر للتعبير الذاتي.
- 5.4. مقياس كوبر سميث لتقدير الذات:**

تم اعتماد مقياس كوبر سميث لتقدير الذات في هذه الدراسة لعدة اعتبارات منهجية وعلمية، أهمها: شموليته في تقييم الجوانب المختلفة لتقدير الذات، ما يوفر قراءة دقيقة لانعكاسات العلاقة النرجسية على الذات في المجال الشخصي والاجتماعي والأسري.

ثباته وصدقه العالين كما بينت دراسات متعددة في السياقات العربية لا سيما الجزائرية مما يعزز مصداقية نتائجه في الدراسات العلمية وهذا ما وجدته بشير معمري (حمود، 2016، ص90) أيضا سهولة تطبيقه وتفسير نتائجه، ما يجعله أداة عملية مناسبة لمقارنة القياس القبلي والبعدي في إطار دراسة تهدف إلى اختيار فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

وعليه، فإن توظيف هذا المقياس في الدراسة يُعد خيارا علميا مدروسا ينسجم مع أهداف البحث، ويساهم في التقييم الكمي الدقيق لمتغير تقدير الذات، بوصفه مؤشرا محوريا على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

-وصف المقياس:

مقياس تقدير الذات لكوبر سميث هو مقياس امريكي صمم من طرف العالم كوبرت سميث سنة 1967 لقياس التقييمي نحو الذات في المجال الاجتماعي والأكاديمي والعائلي والشخصية، يتكون من صورتين (أ) و(ب) والصورة (أ) طويلة بالنسبة للصورة (ب) فهي قصيرة ويمكن الاقتصار عليها لتوفير الوقت والجهد والمال (بوصبيع وكورات، دت، ص130) ،وقد اعتمدنا في هذا البحث على الصورة (ب) كما يتكون قياس بنسخته عن صورة(ب) من 25 بند منها 17 عبارة سالبة وهي(2,3,6,7,10,11,12,13,15,16,17,18,21,22,23,24,25) و 08 عبارات موجبة تحمل ارقام (1,4,5,8,9,14,19,20) (بوصبيع وكورات، دت، ص130) -طريقة تطبيقه وتصحيحه:

يطبق هذا المقياس فرديا أو جماعيا وهو تسهل التطبيق في مدة غير محددة، ويجب على الأخصائي النفسي أن يتجنب كلمة تقدير الذات عند إلقاء التعليم أو الكتابة في واجهة المقياس لمنع المقاومة من طرف المطبق عليه(حمود، 2016، ص82) ونطلب من أن تضع علامة (X) داخل المربع لكلمة (تنطبق) أو (لا تنطبق) ولا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة بل الإجابة الصحيحة هي ما يشعر به، أما تصحيحه فإذا أجاب المفحوص بتتنطبق في العبارة الموجبة سيُعطى درجة ودرجة على لا تنطبق في العبارة السالبة وتعتبر الدرجة المرتفعة على تقدير الذات مرتفع و الدرجة المنخفضة على تقدير الذات منخفض. ويظهر مقياس تقدير الذات لكوبر سميث 3 فئات لمستويات تقدير الذات.

- من 20-40 درجة تقدير الذات منخفضة
- من 40-60 درجة تقدير الذات متوسطة
- من 60-80 درجة تقدير الذات مرتفعة

(محمود, 2016, ص83)
كما يحتوي مقياس "كوبر سميث" على 4 مقاييس فرعية

الجدول رقم (2): المقاييس الفرعية لمقياس كوبر سميث

المقاييس الفرعية	العبارات الموجبة	العبارات السالبة	الدرجات الخام
الذات العامة	19-4-1	-18-15-13-12-10-7-3 25-24	12
الذات الاجتماعية	14-8-5	21	04
المنزل والوالدين	20-9	22-16-11-6	06
بنود العمل	/	23-17-2	03

المصدر: (بوصبيغ وكورات, د ت, ص131)

-الخصائص السيكومترية للمقياس:

مقياس كوبر سميث يتميز بخصائص سيكومترية جيدة من ناحية الثبات والصدق حيث تم تقنيه على البيئة الجزائرية من طرف الدكتور بشير معمريه وقام الأستاذ بجامعة محمد خيضر بباتنة وتم حساب صدق المقياس بطريقتين: صدق المقارنة الطرفية:

تبين للأستاذ بشير معمريه من خلال هذا النوع من الصدق أن قائمة كوبر سميث لتقدير الذات تتسم بقدر كبير على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في تقدير الذات مما يجعلها تميز بمستوى عال من الصدق حيث قيمة (ت): 56.8 عند مستوى الدلالة 0.01 عند الذكور.

وعند الإناث بلغت (ت): 15.89 عند مستوى الدلالة 0.01(مرزوقي وسعودي, 2021, ص60)
-صدق المحك:

تم تطبيق قائمة تقدير الذات لكوبر سميث مع قائمة توكيد الذات لغريب عبد الفتاح في 1995 , وقائمة فعالية الذات لمعمرية في 2011 وقائمة تيكساس لتقدير الذات لعادل عبد الله محمد وأسفرت النتائج عن وجود معاملات ارتباط بين المقاييس الثلاث وبالترتيب كالتالي:

24 , 00,75,0,29,

وبالتالي يتبين أن هذا المقياس يتصف بمعاملات صدق مرتفعة (مرزوقي وسعودي, 2020, ص60)
أما بالنسبة لثبات المقياس فحسبه الدكتور بشير معمريه أيضا بطريقتين:
-طريقة إعادة تطبيق الاختبار:

بعد أسبوعين أسفرت نتائج إعادة التطبيق كالتالي: ذكور معامل ثبات 0,721 عند مستوى الدلالة 0,01.
إناث معامل ثبات: 0,652 عند مستوى الدلالة 0,01
-معامل ألفا:

ذكور 0,851 عند مستوى الدلالة 0,01 إناث 0,829 عند مستوى الدلالة 0,01.

وهذا ما يدل على أن هذه القائمة تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على البيئة الجزائرية, مما يجعلها صالحة للاستخدام حسب بتجربة الدكتور بشير معمريه (مرزوقي وسعودي, 2021, ص61) .

6.4 البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

هو تدخل نفسي متكون من تقنيات معرفية وتمارين سلوكية عدد جلساته 10 جلسات, تم اقتراحه من قبل الطالبة و عرض على 05 أساتذة محكمين في مجال تخصص علم النفس العيادي, وقد تم أخذ جميع ملاحظاتهم بعين الاعتبار في تعديل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتتحصل في الأخير على شكله النهائي والمتمثل في الجدول التالية:

الجدول رقم (3): البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

المرحلة	الجلسة	المحاور العلاجية	الأهداف العلاجية	التقنيات المستخدمة
التدخل المعرفي	1	بناء العلاقة العلاجية والتقييم القبلي	بناء العلاقة العلاجية وجمع المعطيات عن الحالة والعلاقة النرجسية وتقدير الذات	المقابلة العيادية مقياس كوبر سميث لتقدير الذات فحص الهيئة العقلية
	2	التربية النفسية	توعية الضحية بالاضطراب النرجسي إدراك الضحية لآليات التلاعب العاطفي التي تتعرض لها	المقابلة العيادية التربية النفسية باستخدام أمثلة عن واقع الحالة
	3	التعرف على الأفكار التلقائية السلبية	تحديد الأفكار المشوهة المرتبطة بتقدير الذات والخضوع للشريك المضطرب النرجسي	الحوار السقراطي من خلال توجيه أسئلة تساعد على استكشاف الأفكار التلقائية السلبية وتوضيح أثرها في تدني تقدير الذات
	4	التحليل الوظيفي للأفكار والسلوكيات	تحليل العلاقة بين المواقف، الأفكار، الانفعالات والسلوك	التحليل الوظيفي تحليل ABC تفكيك نمط التفاعل المتكرر
التدخل السلوكي	5	إعادة الهيكلة المعرفية حول القيمة والاستحقاق	رفع تقدير الذات وبناء شعور داخلي ثابت بالقيمة والجدارة مع تقوية المناعة النفسية ضد الاستغلال	التربية النفسية صياغة بدائل معرفية للاستدلال المنطقي
	6	بناء السلوك التوكيدي ووضع الحدود	تقوية المهارات الاجتماعية التصدي للسيطرة النفسية	تمارين التوكيدية لعب الأدوار تمرين قول "لا" تمرين حل المشكلات
	7	تعزيز التقدير الذاتي	تطبيق أنشطة تعزز قيمة الذات واستقلاليتها وبناء مفهوم إيجابي عن الذات	تمارين الهوية الإيجابية "من أنا" قائمة الإنجازات الشخصية خريطة الحدود الشخصية
	8	التعرض التدريجي للأمان العاطفي	تعزيز المرونة العاطفية	تقويض الأفكار السلبية تلقائياً لعب الأدوار
	9	التحرر الرمزي والتقييم البعدي	إنهاء التعلق النفسي قياس فعالية العلاج	تمارين الانفصال الرمزي كتابة رسالة غير مرسلة

الحوار الذاتي الحوار السقراطي التحليل الوظيفي	تعزيز استراتيجيات وقائية من العلاقة النرجسية المرضية	10
---	---	----

1.6.4. الإجراءات والخطوات العلاجية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

الجلسة الأولى: مخصصة لتأسيس العلاقة العلاجية وتوفير بيئة آمنة، تتضمن هذه المرحلة جلسات تمهيدية للتعارف، وشرح طبيعة العلاج، وتحديد الأهداف العلاجية بالتشارك، هذا بالإضافة إلى توضيح مبادئ الثقة والاحترام المتبادل مع التأكيد على سرية المعلومات، والاتفاق على مواعيد الجلسات، كذلك شرح مفهوم تقدير الذات وأبعاده النفسية، ومفاهيم حول خصائص الشخصية المضطربة نرجسيا وتأثير ذلك على الهوية النفسية للضحية.

كما شملت هذه المرحلة تطبيق القياس القبلي من خلال مقياس كوبر سميث لتقدير الذات بهدف تحديد مستوى تقدير الذات قبل الشروع في التدخل العلاجي مما يسمح بتقييم مدى فعالية البرنامج لاحقاً.

الجلسة الثانية: خصصت للتربية النفسية، وهي خطوة أساسية تمكن الضحية من فهم ما تمر به من اضطرابات وأعراض نفسية في سياق علاقتها بالمضطرب النرجسي، فهي تزود الحالة بمعلومات مبسطة حول ديناميات العلاقة السامة أو آليات السيطرة النفسية وتأثيراتها على تقدير الذات، مما يمهد الطريق لتقبل العلاج والانخراط الفعال فيه.

الجلسة الثالثة: خصصت لها الحوار السقراطي الذي يعتمد على طرح أسئلة موجهة ومفتوحة تساعد الحالة على اكتشاف أفكارها التلقائية وتقييم صحتها، دون أن نملي عليها الإجابات الموجبة، وهذا ما يساعد على فهم كيف تساهم الأفكار المشوهة في تدني تقدير الذات وتطوير رؤى بديلة أكثر واقعية وتكيفاً.

مثلاً: من المسؤول الحقيقي عن ما حدث؟ هل تحملين نفسك أكثر من اللازم؟ ما الذي يمكن فعله حقاً في ذلك الموقف؟ وهل كان في حدود قدرتك؟

الجلسة الرابعة: خصصت للتحليل الوظيفي لمساعدة الضحية التعرف على تأثير البيانات المرتبطة بالزوج المنحرف النرجسي، على أفكارها وسلوكياتها.

وكذلك كشف نمط العلاقة بين تقدير الذات المتدني والتجارب النرجسية المسيطرة، بالإضافة على تحديد النقاط القابلة للتعديل في الفكر والسلوك على النحو الآتي:

A الموقف: مناقشة موقف حديث حصل فيه شعور سلبي أو رد فعل غير تكيفي مثلاً: تجاهل أو تحقير من طرف الزوج.

B الفكرة: استخراج الفكرة التلقائية المرتبطة بالموقف مثلاً: "أنا عديمة القيمة وهو على حق"

C النتيجة: فحص الاستجابة السلوكية والانفعالية الناتجة، بكاء، انسحاب، ولوم الذات.

هذه الجلسة هي أساس الربط بين التفكير والسلوك، وتمهد لتقنيات تعديل المعتقدات للجلسات الموالية.

الجلسة الخامسة: إعادة الهيكلة المعرفية حول القيمة والاستحقاق من خلال التربية النفسية بهدف صياغة أفكار بديلة أكثر تكيفاً.

الجلسة السادسة: جاءت لمساعدة الضحية على التعبير عن حاجاتها وحقوقها ومشاعرها دون خوف أو خضوع أو عدوانية من خلال تمارين السلوك التوكيدي، ولعب الأدوار كتندريب عملي على استعادة الصوت الذاتي والدفاع عن النفس من خلال التمرين التالي:

تمثل الضحية موقف سابق تعرضت فيه للتلاعب والاذلال.

المعالج النفسي يمثل الزوج المنحرف النرجسي.

يتم تدريب الضحية على الرد بعبارات جدية وواضحة كقول كلمة "لا".

تعزيز الإحساس بالقوة والسيطرة الذاتية.

الجلسة السابعة: تهدف لتعزيز التقدير الذاتي حيث يطلب من الضحية كتابة 10 صفات إيجابية عنها (جسدية، عقلية، سلوكية، عاطفية، اجتماعية)، ثم تقارن ما تقوله عن نفسها بما يقوله الآخرون دون التركيز على زوجها.

ثم يتم الانتقال إلى قائمة الإنجازات الشخصية بهدف استرجاع الشعور بالكفاءة الذاتية ويطلب منها كتابة 5 إنجازات في حياتها حتى وإن كانت بسيطة، تُناقش كيف أنجزتها؟ والموارد التي استخدمتها؟

بعد ذلك يتم الانتقال إلى تمرين خريطة الحدود الشخصية حيث ترسم الضحية دائرة تمثل نفسها، ودائرة خارجها تمثل الآخرين، تحدد في الداخل ما تقبله على ذاتها، وفي الخارج ما ترفضه، ثم يتم مناقشة المواقف التي اختبرت فيها هذه الحدود سابقاً وكيف يمكن حمايتها.

الجلسة الثامنة: التعرض التدريجي للأمان العاطفي، حيث تُعرض الضحية للأفكار السلبية التلقائية وإعادة لعب الأدوار لتعزيز الإحساس بالقوة والسيطرة الذاتية.

الجلسة التاسعة: تهدف إلى التحرر الرمزي لإنهاء التعلق النفسي حيث يطلب من الضحية كتابة رسالة (حقيقية أو متخيلة) موجهة إلى زوجها المضطرب النرجسي لكن دون إرسالها، ومحتوى الرسالة يكون أن يشمل مشاعرها الحقيقية (غضب، خيبة)، كذلك الحدود التي تود وضعها لإعلان التحرر: "أعود لنفسي ولن أسمح لك بالتحكم فيّ مجدداً" بعد قراءة الرسالة بصوت منخفض أو عالي (حسب إرادة الضحية) يتم تمزيق الورقة أو حرقها في وعاء رمزي، يرافق الفعل جملة تقال بصوت واضح "أحرر نفسي من قيودك" "استرجع صوتي وحدودي، أنا لست ضحيتك بعد الآن" في هذه الجلسة يتم أيضاً تطبيق القياس البعدي من خلال مقياس كوبر سميث لتقدير الذات بهدف قياس مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

الجلسة العاشرة: تهدف هذه الجلسة إلى تثبيت المكاسب العلاجية من خلال مساعدة الضحية على تطوير خطة عملية تساعدها في الحفاظ على تحسن تقدير الذات والوقاية من العودة إلى العلاقة السامة، ونقوم بتوضيح معنى "الانتكاسة" مثل الشعور بالذنب، الحنين غير الواقعي، وذلك من خلال حوار مفتوح وأمثلة واقعية من تجاربها، كإعادة تذكر بالذات الجديدة بواسطة تمرين عملي، "متى أحتاج حماية ذاتي؟"، "كيف أفعل؟"، "من يساعدني؟"، واستخدام الحوار الذاتي الإيجابي لمواجهة الأفكار المشوهة (ربما كان يحبني، أنا السبب).

خلاصة الفصل:

تضمن هذا الفصل مجموعة الإجراءات المنهجية التي قامت عليها الدراسة بدءا باختيار المنهج العيادي والمنهج شبه التجريبي الذي يتناسب مع طبيعة الموضوع ثم تحديد حالات الدراسة وفق معايير عيادية إلى جانب عرض أدوات الدراسة التي ساهمت في تهيئة أرضية علمية لاختبار فرضيات الدراسة وتحليل نتائجها لاحقا بشكل موضوعي.

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

بناء على النتائج المتحصل عليها في سياق اختبار فرضيات الدراسة، سيتناول هذا الفصل عرض هذه النتائج وتحليلها ومناقشتها ومقارنتها بنتائج الدراسات السابقة والإطار النظري، لينتهي بخاتمة مثبوعة بمجموعة من الاقتراحات.

1. عرض الحالة الأولى

1.1. البيانات الأولية للحالة الأولى

الاسم: غ. ز.
 الجنس: أنثى
 السن: 40 سنة
 السكن: عين تموشنت
 المستوى الاقتصادي: لا بأس به
 المستوى الدراسي: ثانية ثانوي
 المهنة: مائنة في البيت
 الحالة المدنية: متزوجة وأم لأربعة أولاد
 مدة الزواج: 20 سنة
 سوابق عائلية: لا توجد
 دافع الزيارة: استنزاف نفسي مزمن لمدة 20 سنة

2.1. فحص الهيئة العقلية

الاستعداد والسلوك العام:

الحالة "ز.غ" من النمط الجسمي البدين، قصيرة القامة، ذات عيون سوداء وبشرة سمراء، لها هالات سوداء، ترتدي حجاب غير منسق الألوان، نظيف وملامحها توحى بالحزن، قليلة التبسم، لم أجد صعوبة معها في تقديم مشكلتها حيث يكن لديها شخص تثق به لتحكي له معاناتها، يلاحظ عليها الخضوع التام في لغة الجسد المتمثل في الوضعية المنحنية ونبرة الصوت المنخفضة إضافة إلى تجنب التواصل البصري، رافضة لجسمها بسبب الشره العصبي، وأيضا الشعور المستمر بالذنب من خلال قولها المتكرر: "بلاك من أنا ما عطياتك حقه كيما يلزم"

النشاط العقلي:

أفكار الحالة "ز.غ" غير منظمة ولا تمتلك القدرة على التعبير بطلاقة، كما أظهرت الحالة استخداما واضحا لآلية التبرير كوسيلة دفاع نفسي حيث دائما عند ذكر تصرف مسيء تُظهر ميلا لتفسيره كرد فعل طبيعي نتيجة ضغوط يمر بها الزوج المضطرب نرجسيا بدلا من مواجهتها كفعل مؤذ وغير مبرر ومن الأمثلة الدالة على ذلك قولها: "ينتقدي على كلشي ويعايرني يقولي رجل انت مشي مرا بصح ولاده يبغيمهم وماخصهم حتى حاجة معاه" وهذا الاستخدام المتكرر لآلية التبرير يعكس صراعا داخليا بين الوعي بالضرر والحاجة النفسية لحماية العلاقة مما يدل على هشاشة تقدير الذات لدى الحالة.

المزاج والعاطفة:

أبدت الحالة "ز.غ" خلال سائر الجلسات العيادية مزاجا هادئا تتخلله لحظات بكاء أحيانا، مشاعر الدونية، الشعور بالحزن، ورغبة ملحة في التخلص من معاناتها النفسية.

محتوى التفكير:

تفكر الحالة غالبا من منطلق اللوم الذاتي والشعور بعد الكفاءة وأفكار تدور حول التقصير، إضافة إلى ذلك يظهر في محتواها الفكري معتقدات غير واقعية وغير عقلانية حول العلاقة الزوجية ولا توجد أفكار إنتحارية أو هلاوس غير أن التفكير يعكس تشوها معرفيا واضحا

القدرة العقلية:

تبدو القدرة العقلية سليمة حيث لم تظهر عليها علامات اضطراب في الوعي أو وجود أو هام أو اضطرابات عقلية.

الحكم والاستبصار:

من خلال رغبة الحالة في التخلص من معاناتها يدل على وجود نواة استبصار قابلة للنمو من خلال تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، ولكن غير مستبصرة لنوع العلاقة.

3.1. تحليل المقابلات مع الحالة الأولى

من خلال سير المقابلات العيادية التي أجريت مع الحالة الأولى ابرزت مجموعة من المؤشرات النفسية والدينامية اللاشعورية التي تُشير إلى اضطراب كبير في تقدير الذات نتيجة علاقة مرضية سامة مع زوج مضطرب نرجساً، وقد تم الاستدلال على هذه المؤشرات من محتوى خطاب الحالة، الانفعالات المصاحبة وكذلك من فحص الهيئة العقلية أثناء الوضعية العيادية.

قدمت الحالة نفسها إلى العيادة النفسية طالبة للاستشارة النفسية بعد مرحلة طويلة من التردد، وهو ما يشير إلى تمركز عميق للشعور بالذنب، وقد أثارت منذ الجلسة الأولى إلى شعورها المستمر بالإرهاق العاطفي، فقدان الحاضر، والتشوش في اتخاذ القرارات.

عبرت بنبرة باهتة وصوت منخفض عن معاناة طويلة داخل علاقة زواجية اتسمت بالسيطرة النفسية، التجريح والتشكيك المستمر، اللوم المتكرر، وهي خصائص تتسجم مع النمط السلوكي للمضطرب النرجسي. سردت الحالة بشكل منهك تفاصيل الحياة اليومية التي تتضمن إنكار دائماً لمشاعرها واستهانةً لرأيها، وعزلاً تدريجياً عن محيطها الاجتماعي .

أظهرت المقابلات تشوشاً واضحاً في تمثلها لذاتها، فهي تتأرجح بين الشعور بالذنب غير المبرر ومحاولات يائسة لإرضاء شريكها رغم إدراكها للضرر النفسي الواقع عليها، بدا واضحاً من خلال استجاباتها أنها طورت نمطاً من التفكير السلبي التلقائي، يتمثل في عبارات "انا السبة"، "كون كنت خير مايديرش هاكا"، "أنا نستاهل".

من خلال الجلسات العيادية برزت نماذج من التعامل المؤذي الذي كانت تعيشه الحالة مع زوجها المضطرب النرجسي، والذي يتسم بما يعرف في الأدبيات التحليلية بـ "التحكم العاطفي الدقيق و"الإضعاف النفسي المتكرر"، على سبيل المثال: كانت تذكر أنه "إذا فرحت بشيء بسيط يسخر مني، وإذا حزنت يتهمني بالمبالغة في الدراما". وهذا ما وصفه كرينبرغ (بوسنة وبن جديدي، 2018، ص 338) سلوك الإلغاء مما يؤدي إلى اضطراب الهوية العاطفية للطرف الآخر.

وعليه فإن هذا إلاً دفاع ضد العوامل العدوانية والحسد في علاقات الموضوع إذ يجرد الضحية من الشعور بالاستحقاق وتقدير الذات ويظهر ذلك في قولها " من نمرض يقولي تلعبها حتى وليت نوض وانا مريضة" وقالت أيضاً "من نكيله على حاجة ضارتنى يستهزأ بيا ويقعد يضحك". هذا التجريد الأولي يجعل أنا الغير في حيرة - اللذة الأولى - ومنه تتعثر الضحية وتكتمل الحيرة بتجريد ثانوي - تظهر المرحلة الثانية للذة - ولا يوجد لانحراف دون هذه اللذة الثنائية (عبد السلام وزويوي، 2021، ص 120).

على العموم كشفت المقابلات العيادية عن تشوهات عميقة في صورة الذات لدى الحالة فقد تكررت عبارات مثل: "انا مانسوى والو"، "انا السبة من داك مشي ماتهلية في روحي"، "انا مشي كيما شيرات لي قافزين".

وعلى الرغم من هذا الاضطهاد العاطفي المزمن لا تزال الحالة تعيش مع زوجها، غير قادرة على اتخاذ قرار الانفصال، وذلك تحت وطأة الضغوط الاجتماعية من جهة، وحيرتها النفسية بشأن ما ستكون عليه بعد علاقة امتدت عشرين سنة من الزواج خاصة وأنها أم لأربعة أطفال، ما يزيد من شعورها بالارتباط والقلق والواجب الأسري، هذا التردد لا يُفهم فقط في ضوء الخوف من نظرة المجتمع لا وبل يعكس نمطاً من القلق المرضي، حيث تحتفظ الضحية بروابط انفعالية عميقة حتى مع مصدر الأذى، في إعادة إنتاج لاشعورية لعلاقات سابقة غير متوازنة، و كما تشير ميلاني كلاين، فإن الذات تفضل القلق بالموضوع على أن تواجه فراغ الانفصال أو تفكك الهوية التي بُنيت على مرآة الآخر، فالحالة تعيش تدهوراً بنويها في بناء الذات، يتجلى في تمزقات عميقة على مستوى التقدير الذاتي والشعور بالفراغ النفسي، وكذلك القلق في الماضي. صرحت الحالة في إحدى الجلسات: "خطرات تنفكر كي كان يهتم بيا ويبيغيني بصح من يتبدل عليا ويعايرني نقول هذا غير ربي لي يقدرله" " ماصبت نخليه ونسكت ماصبت نهدر ونعاير"، هذه الأقوال تكشف عن حالة من الانشطار النفسي، حيث تنتشر صورة الزوج بين " موضوع جيد مثالي " و " موضوع سيئ مضطهد"، فهي ترى فيه جانبا قاسيا مؤذيا، لكنها في الوقت ذاته تخضع وتشكي وتمسك بألية الانشطار كوسيلة دفاعية لتفادي النرجسي الذي يعطي صورة لأنا فارغ نرجسيا دون تقدير الذات كما صرحت به wagner (عبد السلام وزويوي، 2021، ص 122).

هذا الانشطار مدفوع أيضا بعوامل اجتماعية وأسرية ضاغطة، حيث صرحت الحالة: " امي دائما تقول لي صبري حتى باك كان يعاملني هكذا وراني صبرت على جالكم"، "نعم والدي كان يعنفنا جميعا، يعنف امي وصبرت، وكنت نقول هذا طبيعي".

هنا يظهر بوضوح استخدام الحالة لآلية التبرير كوسيلة نفسية دفاعية، فهي تُسوِّغ العنف الزوجي بكونه سلوكا مألوفا في ثقافتها الأسرية، مما يمنحها نوعا من المعنى الوهمي للصبر والتحمل، ويخفف من الشعور بالذنب تجاه ذاتها وأبنائها.

كما لاحظنا اعتمادها المتكرر على آلية الإنكار حيث تُقصي الواقع المؤلم لتجنب الاصطدام مع فكرة الطلاق، فتقول: " هو ز عما مشي دائما قبيح، كايين رجال لي كثر منه، هو غير منارفي"، " وخطرات نقول انا سبة لو كان نساغفه مايديرش هاكا"، إنكار العنف هنا يُعد غيابا للوعي بالمعاناة النفسية، بل هو دفاع نفسي ضد الإدراك الكامل للخسارة والألم، يحمي الذات المتصدعة من الانهيار وفق تفسير أنا فرويد لآليات الدفاع لدى ضحايا الصدمات النفسية.

إن المعطيات الإكلينيكية السابقة، تُظهر بوضوح أن الحالة تعيش تحت تأثير علاقة نرجسية سامة، غدتها تجربة أبوية سابقة تقوم على اضطهاد نرجسي بُنيوي، مما جعلها تسلك نفس النمط مع الزوج، وهذا ما ذهبت إليه (...)(2003) حيث وضحت في دراستها أنه خلف ستائر المنحرف النرجسي يختبئ اضطهاد آخر- صورة من الماضي - والذي يكون مصدر العنف والصدمات، ولا يبدأ العمل العلاجي الحقيقي إلا بظهور الصورة الماضية وحينئذ يسقط المنحرف النرجسي لأنه رجوع نحو الموضوع الأصلي.

ويُعد الانشطار، التبرير والانكار محاور دفاعية أساسية، مؤصلة في علاقة موضوع مدمر خوفا من المواجهة، وخوفا أكبر من الانفصال وفقدان معنى الذات.

4.1. نتائج القياس القبلي لمقياس كوبر سميث للحالة الأولى

سجل تطبيق القياس القبلي لمقياس كوبر سميث للحالة "ز.غ" 36 درجة، وهذه الدرجة تدل على مستوى تقدير منخفض للذات حسب سلم المقياس، حيث أجابت الحالة بتطبيق على العبارات الموجبة التالية: 1،5،8،20. وبلا تنطبق على العبارات الموجبة: 11،19،16،9،4،14. أما إجابتها على العبارات السالبة بتطبيق هي: 24،23،22،21،18،17،16،15،13،10،7،6،2. وبلا تنطبق على العبارات السالبة التالية: 3،12،25.

جدول رقم (4): يوضح توزيع درجات المقاييس الفرعية للحالة الأولى

المجموع	أرقام العبارات	المقاييس الفرعية
04	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25.	الذات العامة
02	5-8-14-21.	الذات الاجتماعية
01	6-9-11-16-20-22.	الذات العائلية
01	2-17-23.	العمل، الرفاق، المحيط
08		المجموع

تشير النتائج العامة إلى تدني تقدير الذات الكلي لدى الحالة، ويتبين من درجات المقاييس الفرعية: الذات العامة 4 درجات، تعكس هذه الدرجة انخفاضا واضحا في تقدير الذات الكلي، مما يشير إلى مشاعر النقص وضعف الثقة بالنفس.

الذات الاجتماعية 2 درجة، مما يدل على وجود خوف من الحكم أو الرفض الاجتماعي وهو أمر شائع لدى ضحايا العلاقات النرجسية بسبب الانتقاد المستمر.

الذات العائلية 1 درجة، مما يشير إلى علاقات متوترة داخل البيئة العائلية، (خاصة أن الحالة ذكرت أن أباه قاسي) وهذا ما يُولد الشعور بعدم الانتماء.

العمل/الرفاق/المحيط 1 درجة، وهو مؤشر على أقصى درجات العزلة، مما ينتج عن التأثير النفسي المزمّن للعلاقة السامة مع المضطرب النرجسي، والتي تُضعف القدرة على الثقة في الآخرين وبناء علاقات صحية. إذن تعكس نتائج القياس القبلي للحالة الأولى ضعفاً في الكفاءة الشخصية الناتج عن تدني تقدير الذات، وتراجعا في العلاقات الاجتماعية والعائلية، وهو ما يتماشى مع ما تورده الدراسات حول الآثار النفسية السلبية للعلاقة مع شخصية نرجسية مضطربة.

2. عرض الحالة الثانية

1.2. عرض البيانات الأولية

الاسم: "ب" "ن"
 الجنس: انثى
 السن: 46
 السكن: عين تموشنت
 المستوى الاقتصادي: لا بأس به
 المستوى الدراسي: سنة ثانية متوسط
 المهنة: مأكثة في البيت
 الحالة المدنية: متزوجة وأم لثلاثة أولاد
 مدة الزواج: 24 سنة
 سوابق عائلية: لا توجد
 دافع الزيارة: استنزاف نفسي مزمّن مدته 24 سنة

2.2. فحص الهيئة العقلية

الاستعداد والسلوك العام:

الحالة "ن" طويلة القامة، ذات بشرة بيضاء، عيونها صغيرة وتبدو عليها علامات الخزن، مهملة لمظهرها الخارجي، ضعف في العناية بالنظافة الشخصية، منخفضة النبوة وتتردد قبل الإجابة، محتوى الكلام سلبي، خالية من الحيوية، تتجنب التواصل البصري، تبكي أثناء الحديث، تعاني من كدمات نتيجة الاعتداء الجسدي من طرف الزوج ذي السمات النرجسية المرضية، وتظهر الحالة سلوكيات تتسم بالخضوع كإمسك اليدين بشدة والجلوس بانكماش.

النشاط العقلي:

يظهر من خلال أقوال الحالة "ن" أن نشاطها العقلي يتسم بكثرة الأفكار المتعلقة بالشريك وسلوكياته، حيث أنها تعاني من الاجترار الذهني مما أدى لها استنزاف نفسي، كما تستخدم آليات دفاعية معرفية لا واعية إذ تُفسر سلوكيات الزوج المضطرب النرجسي بأعدار منطقية لكنها غير واقعة كأن تقول: "هو يزعم غير من دارهم مهمشينه يجي يرد فيا الزعاف".

المزاج والعاطفة:

أبدت الحالة "ن" خلال سائر الجلسات مزاجا مكتئبا، بكاء ويأس من التغيير للأحسن، كما يؤثر غياب الدعم من أسرته على تدهور حالتها النفسية مما يزيد شعورها بالعزلة والضعف.

محتوى التفكير:

يتسم محتوى التفكير للحالة "ن" سيطرة الأفكار السلبية عن العلاقة الزوجية وعن ذاتها، حيث تُظهر مؤشرات واضحة على تدني تقدير الذات إذ تُعبر عن نفسها بعبارات توحى بعدم القيمة مثل: "انا بحر عليا معليش مهم ولادي"، كما يُلاحظ هيمنة الاجترار الذهني لنفس الاحداث والمشاعر المؤلمة، فتارة تلجأ إلى التبرير لتصرفات زوجها، وتارة للإنكار مما يشير إلى اضطراب في إدراك الواقع العاطفي، كما تُظهر قلقا مفرطا على الأبناء، وبعض الأفكار حول الانتحار حيث قالت: "كون جيت مانعرفش ربي كون قتلت روعي".

القدرة العقلية:

تبدو القدرة العقلية سليمة، ولم تظهر عليها وجود أو هام أو اضطرابات عقلية.

الحكم والاستبصار:

الحالة تدرك جزئياً أنها تعاني، ولكنها تعيد تفسير معاناتها تحت مبرر "نضحي على جال ولادي" وهذا ما يدل على وجود استبصار مشروط لتبرير بقائها في هذه العلاقة المؤذية، فهي تدرك الألم ولا تدرك حجم الأذى النفسي الذي يعود عليها وعلى أبنائها.

3.2. تحليل المقابلات العيادية للحالة الثانية

من خلال سير المقابلات التي أجريت مع الحالة الثانية التي أبرزت مجموعة من المؤشرات النفسية التي تشير إلى اضطراب كبير في تقدير الذات نتيجة علاقة مرضية سامة مع زوج مضطرب نرجسياً، وقد تم الاستدلال على هذه المؤشرات من محتوى خطاب الحالة، الانفعالات المصاحبة وكذلك من فحص الهيئة العقلية أثناء الوظيفة العيادية، تبين أن العلاقة الزوجية أصبحت مصدر تهديد لبنيتها النفسية، فعبرت الحالة منذ الجلسات الأولى عن شعور دائم بالتشكيك في ذاتها، تقول: "كل شي نديره مشي نيشان، حتى أتفه الأمور ينتقديني عليها، دايرني كلشي نديره ضده بلعاني"، تعكس هذه الجملة صورة امرأة فقدت الأمان الداخلي، وتعيش في حالة يقظة دائمة، ما يُشير إلى تشوه الإدراك الذاتي بفعل انتقادات متكررة وإضعاف مستمر لمفهومها عن ذات.

من الناحية التحليلية، تظهر لدى الحالة سمات أنا نرجسي هش، يعتمد على تقييمات الآخر الذي هو الزوج، دون وجود مرجعية داخلية مستقرة، وهو ما يؤدي إلى تذبذب في الهوية الذاتية.

يُلاحظ كذلك التعلق غير الأمن، حيث رغم إدراكها لضرر العلاقة، فإنها لا تُفكر في إنهائها، بسبب فقدان تصور مستقل للذات خارج العلاقة، مما يعكس تثبيتاً على الآخر كشكل من أشكال البقاء النفسي.

كما ظهرت آليات دفاعية واضحة، خصوصاً الإنكار والتبرير، تقول: "هو مليح، غي كي يتنارفا...خطرات يزقي ويهيني". تُبرز هذه الأقوال الحاجة إلى تجميل الواقع المؤلم لتفادي الاعتراف بحقيقة العلاقة المؤذية، وهو ما وصفه فرويد بـ "الكف الدفاعي ضد الانهيار الداخلي الذي قد يحدث عند مواجهة الحقيقة".

إلى جانب ذلك، لوحظ وجود نوع من الانشطار النفسي بين صورة الزوج المثالية في الحياة الاجتماعية، حيث قالت: "قاع الناس تحبه، حتى واحد ما يأمني كي تشكي منه"، هذا الانقسام بين "الزوج الجيد" و "الزوج المؤذي" يجعل الحالة أسيرة تذبذب عاطفي مستمر، ويمنعها من اتخاذ قرارات حاسمة، ويكرّس الشعور بالذنب إذا فكرت في الانفصال.

كما يكشف قول الحالة في إحدى الجلسات النفسية "لو كان ما جينش نخاف ربي كون راني انتحرت" عن مستوى عالٍ من المعاناة النفسية والضيق الوجودي، ويُعد مؤشراً مهماً على وجود أفكار انتحارية مضمرة وإن لم تُترجم إلى فعل، وهو أمر يستوجب تحليلاً دقيقاً على المستويين الدينامي والنفسي العيادي.

على المستوى الدينامي: في ضوء التحليل النفسي، هذا القول يعكس صراعاً داخلياً شديداً بين الرغبة في إنهاء الألم (غريزة الموت) وبين مبدأ أخلاقي/ديني متجذر في الأنا الأعلى، يمنع تنفيذ الفعل.

بحسب فرويد، يتجسد دافع الموت في حالات الاكتئاب العميق، حيث تنقلب العدوانية إلى الداخل كسلوك تدميري، ما يخلق أفكاراً انتحارية، لكنها تُحبط بفعل الرقيب الداخلي.

هنا، يلعب الخوف من الله دور الحاجز الدفاعي الأخير، الذي يحمي الأنا من الانهيار الكامل، ويمنع الفعل الانتحاري، ما يدل على أن الأنا الأعلى نشط لكنه صارم ومؤلم، لأنه لا يقدم الراحة بل مجرد المنع و أما من منظور التعلق المرضي:

فهذا التصريح يدل أيضاً على أن الحالة لا تزال مرتبطة بزوجها المضطرب النرجسي في علاقة غير متوازنة، حيث العنف والانتهاك مستمران، وهي في ذات الوقت عاجزة عن الانفصال.

فالانتحار هنا لا يُفهم فقط كوسيلة هروب من الألم، بل أيضاً كنوع من التعلق المرضي بالفقد والتدمير، ما يعكس ما سمته ميلاني كلاين بـ "الانشطار بين موضوع جيد وموضوع سيء"، فهي ترى الانتحار هو الطريقة الوحيدة للانفكاك من المعاناة، لكنها لا تستطيع، لأنها لا تزال متمسكة بالأمل في الترميم الداخلي عبر الدين.

أيضاً تقدير الذات عند هذه الحالة كان مُتدنّ بشكل ملحوظ، كما أظهره مقياس كوبر سميث، وظهر أيضاً في طريقتها في الحديث عن نفسها بعبارة مثل: "بلاك نستاها هاك" "مانيش حاسة بقميتي"، يعكس هذا ما سماه كارل روجرز بـ "التنافر بين الذات الواقعية والذات المثالية"، وهو جوهر انخفاض تقدير الذات (Rogers, 1959).

في النهاية، يتضح من خلال التحليل العيادي لخطاب الحالة أنها تعاني من علاقة تقوم على استنزاف نفسي مستمر، أدى إلى تحطم تدريجي في هويتها، واستعمال دفاعات غير ناضجة للحفاظ على تماسك نفسي هش، هذا ما يُعزز أهمية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لمساعدتها في إعادة بناء إدراكها لذاتها، وتفكيك ارتباطها العاطفي المُشوّه، وتطوير آليات دفاعية أكثر نضجا.

4.2. نتائج القياس القبلي للحالة الثانية:

سجل تطبيق القياس القبلي لمقياس كوبر سميث للحالة الثانية "ن" 28 درجة، وهذه الدرجة تدل على مستوى تقدير منخفض للذات على سلم المقياس، حيث أجابت الحالة بتطبيق على العبارات الموجبة التالية: 5،8. وبلا تنطبق على العبارات الموجبة: 1،4،9،14،19،20. أما إجابتها على العبارات السالبة بتطبيق فكانت كالتالي: 2،3،6،10،12،13،15،16،17،18،21،22،23،24،25. وبلا تنطبق على العبارات السالبة التالية: 7،11.

جدول رقم (5): يوضح توزيع درجات المقاييس الفرعية للحالة الثانية

المجموع	أرقام العبارات	المقاييس الفرعية
02	25-24-19-18-15-13-12-10-7-4-3-1	الذات العامة
02	21-14-8-5	الذات الاجتماعية
00	22-20-16-11-9-6	الذات العائلية
01	23-17-2	العمل، الرفاق، المحيط
05		المجموع

تشير النتائج العامة إلى انخفاض واضح في تقدير الذات الكلي لدى الحالة، وكما يتبين من درجات المقاييس الفرعية: الذات العامة 2 درجة، تعكس هذه الدرجة انخفاضا في نظرة الحالة إلى نفسها، مما يشير إلى مشاعر نقص وضعف الثقة بالنفس.

الذات الاجتماعية 2 درجة، وتدل على وجود صعوبات في العلاقات الاجتماعية والشعور بعدم الكفاءة في المواقف الاجتماعية.

الذات العائلية 0 درجة، تُعد هذه الدرجة منخفضة وتشير إلى وجود علاقة مضطربة وشعور بعدم الدعم والقبول من طرف الأسرة خاصة عندما لجأت إليهم بعد ضرب زوجها لها وطردوها.

العمل/الرفاق/المحيط 1 درجة، توضح هذه الدرجة تدني الشعور بالكفاءة أو الإنجاز في أي محيط كان. إذن هذه النتائج تعكس وجود تقدير ذات منخفض في جميع الأبعاد وهو نتاج علاقة مضطربة واستنزاف نفسي مدته 24 سنة مع زوج مضطرب نرجسي.

3. نتائج البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

سيتم تناول نتائج البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من خلال تحليل نتائج القياس البعدي لمقياس كوبر سميث لتقدير الذات، باعتبارها المؤشر الأساسي الذي يعكس فعالية هذا البرنامج في تحقيق أهدافه.

1.3. القياس البعدي

1.1.3 القياس البعدي لمقياس كوبر سميث للحالة الأولى

من خلال تطبيق القياس البعدي للحالة الأولى لمقياس كوبر سميث تحصلت الحالة على درجة مرتفعة مقارنة بدرجة القياس القبلي على نفس المقياس والتي تقدر ب 64 درجة وتدل على تقدير ذات مرتفع حسب سلم المقياس.

حيث جاوبت الحالة بالنسبة للعبارات الموجبة بتطبيق ل7 عبارات من أصل 8 عبارات، وهي (1،4،5،8،9،19،20) وعبارة 14 بلا تنطبق.

وبالنسبة للعبارات السالبة جاوبت الحالة على 9 درجات من أصل 17 عبارة بإجابتها عليها بلا تنطبق وهي (2،15،12،18،21،24،25،10،13).

وبتنطبق على العبارات السالبة التالية (3،6،16،17،22،23،7،11)، بجمع الدرجات المتحصل عليها $16=9+7$ ، ثم نضرب المجموع $62=4 \times 4$ درجة وعليه تحصلت الحالة على تقدير مرتفع وذلك حسب تصنيف كوبر سميث، وهذا ما يدل على ارتفاع تقدير الذات لدى الحالة بعد التدخل العلاجي.

2.1.3. نتائج القياس البعدي لمقياس كوبر سميث للحالة الثانية

من خلال القياس البعدي للحالة الثانية لمقياس كوبر سميث تحصلت الحالة على درجة تقدير ذات متوسط مقارنة بدرجة القياس القبلي على نفس المقياس والتي تقدر ب 56 درجة وتدل على تقدير ذات متوسط حسب سلم المقياس.

حيث جاوبت الحالة في العبارات الموجبة بتتطبق ل 5 عبارات من أصل 8 وهي (1،4،5،8،19).

وبلا تنطبق في العبارات الموجبة (9،20،14).

وبالنسبة للعبارات السالبة جاوبت الحالة بتتطبق على العبارات التالية: (3،6،2،16،25،17،22،23،21).

وبلا تنطبق على 8 عبارات من أصل 17 عبارة وهي (10،13،،15،12،18،24،،7،11).

وبجمع الدرجات المتحصل عليها $13=8+5$ ، ثم نضرب المجموع $52=4 \times 4$ درجة، وعليه تحصلت الحالة على تقدير متوسط وذلك حسب تصنيف كوبر سميث، وهذا يدل على ارتفاع تقدير الذات لدى الحالة بعد التدخل العلاجي.

4. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

1.4. مناقشة الفرضية الرئيسية:

تنص الفرضية الرئيسية على ما يلي: للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في رفع مستوى تقدير الذات لدى ضحية المضطرب النرجسي.

لقد تحققت هذه الفرضية حيث تبين بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على حالات الدراسة (ضحية المضطرب النرجسي) وجود تباين بين القياس القبلي والبعدي لمقياس كوبر سميث لتقدير الذات.

ويمكن القول أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من خلال دمج لتقنيات معرفية وسلوكية نجح في تفكيك منظومة التفكير السلبية التي ترسخت نتيجة العلاقة السامة، وساهم في إعادة تنظيم الدفاعات النفسية غير الناضجة وفك التعلق المرضي، وبذلك تُعد هذه النتيجة منطقية في ضوء ما هو معلوم في علم النفس العيادي، إذ تُصنف العلاقة مع شخصية نرجسية مضطربة كعلاقة مرضية ذات أثر مدمر على البنية النفسية للضحية. حيث تؤدي إلى ما يُعرف بـ **تآكل الصورة الذاتية**، نتيجة التعرض المستمر للهدم النفسي، التلاعب، والتنشيط، ما ينتج عنه بمرور الوقت **تدني في تقدير الذات** يكون مصحوباً بأعراض تتراوح بين القلق، الاجترار، التعلق المرضي، وفي بعض الحالات، وسمات إكتئابية.

أيضا البرنامج العلاجي عمل على **تفكيك هذه البنية المرضية**، من خلال تقنيات معرفية استهدفت رصد المعتقدات السلبية ومراجعتها، واستبدالها تدريجياً بأفكار أكثر واقعية وتقبلاً للذات. وقد أظهرت حالات الدراسة استجابات جيدة بعد سلسلة من التدخلات التي شملت: إعادة البناء المعرفي التدعيم السلوكي، وتمارين إثبات الذات

كما أن البرنامج راعى في بنائه ما تطرحه **نظرية التعلق** حيث يكون نمط التعلق غير الآمن أرضية خصبة للارتباط المرضي بالمضطرب النرجسي، في محاولة لا واعية للحصول على القبول، وقد ساعد البرنامج على تفكيك هذا النمط من خلال تعزيز الاستقلال العاطفي، وتنمية العلاقة الآمنة بالذات أولاً ثم مع الآخر.

ومن زاوية علم النفس المرضي، يتضح أن الضحية كانت في وضع دفاعي مزمن، تُفعل آليات دفاعية غير ناضجة كالإنكار، التبرير والانشطار. وقد ساهم البرنامج في تعديل هذه الآليات نحو دفاعات أكثر نضجاً وتكيفاً، مما ساعد على تعزيز التماسك النفسي ورفع مستوى تقدير الذات

وبذلك، فإن الفرضية الرئيسية لا تتأكد فقط من خلال الفرق بين القياس القبلي والبعدي، بل أيضًا من خلال التحول العيادي العميق الذي طرأ على الضحية على مستوى الإدراك، الشعور، والتفاعل مع الذات والآخر، بما ينسجم مع ما تقرره الخلفيات النظرية للدراسة، وخاصة ما يرتبط بالنموذج المعرفي السلوكي، نظرية التعلق، وأسس علم النفس المرضي.

وتتوافق هذه النتائج أيضا مع ما توصلت إليه دراسة (فارس غزاة، 2022) التي طبقت برنامجا ارشاديا معرفيا سلوكيا على نساء معنفات نفسيا، وأثبتت فاعلية البرنامج في تعزيز احترام الذات وخفض الضغط النفسي، رغم اختلاف طبيعة العينة، إلا أن المشترك بين الدراستين هو تأثير العلاقة المؤذية على بنية الذات، وهو ما يُبرر نجاح البرنامج المعرفي السلوكي في كلا السياقين.

وبناء على ما سبق، تؤكد نتائج هذه الدراسة صحة الفرضية الرئيسية وتُبرز أهمية تبني العلاج المعرفي السلوكي كنهج فعال لمرافقة ضحايا الاضطرابات النفسية المؤذية، خاصة في حالات العلاقة النرجسية المرضية

2.4. مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على ما يلي: يسهم ارتفاع تقدير الذات في تقليص استخدام آليات دفاعية غير ناضجة كالإنكار، التبرير، والانشطار لدى ضحية المضطرب النرجسي.

أظهرت المقابلات العيادية مع الحالتين منذ بداية العلاج أنها كانت تعتمدان بشكل واضح على آليات دفاعية بدائية وغير ناضجة، كانت تذكران وجود معاملة عنيفة مع الزوج، بل وتعيّدان تفسيرها كنوع من الخوف على الأسرة.

كانتا تبرران سلوكه الجارح بقولهما مثلا: "هكذا هم الرجال في مجتمعنا، ابي كان يعامل امي بنفس الطريقة".

ظهر أيضا انشطار واضح في رؤيتهما للزوج، فمرة تراه "مصدر أمان" وأخرى "السبب في تعاستهما"، دون القدرة على دمج الصورتين.

هذا التشنت الدفاعي عكس ضعفا في البنية النفسية للذات، وهشاشة في احترامها لذاتها، حيث كانتا تخاف الانفصال، وتشعر أنها غير قادرة مواجهة الحياة خارجه، رغم وعيها بالألم العاطفي كما تشير نتائج الاختبار البعدي مع الحالتين إلى تحقق الفرضية الجزئية الأولى، فمن خلال تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وبالأخص من خلال جلسات:

بناء الصورة الذاتية الإيجابية، تحليل الأفكار المشوهة والمعتقدات غير المنطقية، السلوك التوكيدي، التحرر الرمزي وإعادة التقدير الذاتي، لوحظ ما يلي:

ارتفاع تدريجي في مستوى تقدير الذات وفق نتائج مقياس كوبر سميث في القياس البعدي.

أصبح لدى الحالتين القدرة على الاعتراف بالأذى النفسي، وتوقفنا عن التبرير، مثال قول الحالة الأولى: "الطريقة التي يتحدث بها إلي ليست مقبولة لم أعد أجد مبررا لذلك"

وقول الحالة الثانية: "الخطأ فيه كونه مضطرب وليس في"

أيضا خف استخدام الإنكار، وبدأتا تستعملان وصفا أدق لما تعيشانه كقولهما: "أنا في علاقة مشي نورمال خاصني نتبدل" قلّ الانشطار لدى الحالتين وبدأتا تتحدث كل واحدة منهما عن زوجها بطريقة أكثر تعاملًا مثلا: "هو لديه صفات سلبية، ولا يعترف بحقي كإنسانة، هذا أمر يؤذي".

بناء على هذه المعطيات يمكن القول أن الفرضية الجزئية الأولى تحققت حيث أدى تحسن تقدير الذات إلى تقليص ملحوظ في اعتماد الحالتين على آليات دفاع غير ناضجة، حيث أصبحت تتبنى طرقا أكثر واقعية ونضجا في تفسير تجربتهما، مما مهد الطريق لتغيير داخلي عميق واستبصار بالوضع العلائقي السام.

وفي هذا الاتجاه تؤكد ميلاني كلاين أن القدرة على تجاوز الانشطار مرتبطة بنمو الذات وتكوين صورة متكاملة عن الآخر، وهو ما يتعزز حين يشعر الفرد بالأمان الداخلي وتقدير الذات.

كما يذكر كارل روجرز أن الشعور بقيمة الذات هو المحور الذي يدور حوله التوازن النفسي، وكلما شعر الفرد أنه يستحق الاحترام والحب قلَّت حاجته إلى آليات بدائية تحميه من الألم (Rogers, 1959).

3.4. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الرئيسية على ما يلي: يسهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تطوير آليات وقائية تتعلق بتحسين القدرة على اتخاذ قرارات صحيحة مستقبلاً لدى ضحية المضطرب النرجسي.

من خلال تحليل المقابلات ما بعد القياس اليعدي أظهرت الحاليتين تحسناً ملموساً في نمط التفكير، إذ أصبحت أكثر وعياً بموقعهما ضمن العلاقة النرجسية، وبدأتا بطرح تساؤلات جذرية حول استمرارية هذه العلاقة، كما عبرت الحاليتين عن قدرتهما على تحديد حدودهما النفسية واستعدادهما لوضع شروط مستقبلية تضمن سلامتهما النفسية، حيث صرحت الحالة الثانية في إحدى الجلسات: "درك عاد بديت ن فكر بلي نستاehl نعيش بلا إهانة حتى ولو انني ماطلقتش وعندي الحق في هذا الشيء"، هذا التطور لا يقرأ فقط كتغيير إدراكي، بل هو مؤشر على تشكل بنية نفسية وقائية جديدة تمكن الضحية من استعادة قدرتها على اتخاذ القرار، بعد سنوات من التعلق المرضي والتشويش الذهني الناتج عن العنف النرجسي.

نظرياً يمكن فهم ذلك في ضوء نموذج "ليس" في العلاج العقلاني الانفعالي الذي يرى أن الأفكار اللاعقلانية مثل: "لا يمكنني الاستمرار دون هذا الزوج"، أو "أنا المسؤولة عن تحمله مهما فعل" تؤدي إلى العجز في اتخاذ قرارات مناسبة. وقد عمل البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على تعديل الأفكار التلقائية المشوهة، من خلال التربية النفسية، تحليل المعتقدات الجوهرية، وتمارين إعادة البناء المعرفي.

كما نجد في تصور باندورا Bandura 1997 حول الفعالية الذاتية، أن القدرة على اتخاذ قرار سليم تتطلب الايمان بقدرتنا على تحمل تبعاته، وهو ما تحقق لدى الحاليتين تدريجياً، خاصة خلال جلسات السلوك التوكيدي ومهارات حل المشكلات، حيث أصبحت الحاليتين تريان نفسها كفاعل مستقل وليس كضحية مستسلمة. من جهة أخرى، وبالعودة إلى المعطيات النفسية السابقة للحالة الأولى، نجد أن الحيرة والتردد في اتخاذ القرارات لم تكن وليدة العلاقة مع الزوج فقط، بل كانت نتيجة نمط أبوي سلطوي قهري سابق، جسده الأب الذي كان يمارس العنف النفسي تجاه الأم، وقد ساهم هذا النموذج الطفولي في تشكيل ذات هشّة تعيد انتاج العلاقة، وتقاوم اتخاذ قرارات تخالف "النموذج الأصلي".

لكن الجلسات النفسية داخل البرنامج العلاجي سمحت بربط الحاضر بالماضي، ما سهل عملية الانفصال الرمزي عن صورة الأب القامع، وخلق تمثيل داخلي جديد القادرة، وهو ما تعبر عنه ميلاني كلاين (1946) حين تتحدث عن الانتقال من موضع الانشطار إلى الموضع التكاملي.

لقد بدأت الحاليتين تدركان أن اتخاذ قرار لا يعني تدمير الآخر بل هو حماية الذات.

وبذلك يكون البرنامج العلاجي قد فعل ميكانيزمات وقائية بديلة، وقلل من فاعلية الدفاعات اللاشعورية غير الناضجة، مثل التبرير، والإنكار التي كانت تعيق اتخاذ أي قرار، وعليه فإن الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت.

5. استنتاج عام:

من خلال المعالجة النظرية والتحليل العيادي والمعطيات التجريبية، يتبين أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الموجه لضحية النرجسي أسهم بفعالية في تحقيق جملة من الأهداف العلاجية والنفسية المتكاملة، فقد ساهم في رفع مستوى تقدير الذات، مما انعكس في تقليص الاعتماد على الآليات الدفاعية غير الناضجة مثل الإنكار، التبرير والانشطار، وتعويضها باستجابات أكثر توازناً ونضجاً.

كما ساعد البرنامج في تطوير مهارات التعامل مع الواقع ورفع الكفاءة في اتخاذ القرارات المستقبلية، مما أعاد للضحية الشعور بالسيطرة والقدرة على التوجيه الذاتي، حتى في ظل استمرار العيش مع الزوج المضطرب النرجسي.

لقد أكدت نتائج هذه الدراسة أن البرامج العلاجية المعرفية السلوكية المتكيفة مع الخصوصية النفسية والاجتماعية للضحايا، تمثل مقاربة علاجية ناجعة في التمكين النفسي وإعادة التوازن العلائقي، خاصة لدى النساء اللواتي يعشن في أنساق مجتمعية تهيم عليها البنى الذكورية وتكبل قدرتهم على الفعل الذاتي.

وعليه فإن هذه الدراسة تؤكد أهمية التكفل النفسي المتخصص والمبني على فهم ديناميات العلاقة النرجسية المرضية، كما تبرز الحاجة لتعميم مثل هذه البرامج في مؤسسات الإرشاد النفسي والأسري.

الخاتمة

الخاتمة:


جاءت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على معاناة فئة مهمّشة نفسيًا واجتماعيًا، وهي ضحايا الزوج المنحرف النرجسي، من خلال توظيف مقاربة علاجية قائمة على البرنامج المعرفي السلوكي، الذي ثبتت فعاليته في تحسين تقدير الذات، وتقليص الاعتماد على آليات دفاعية غير ناضجة، وتعزيز القدرة على اتخاذ قرارات صحية واستقلالية في الحياة. لقد انطلقت الدراسة من إشكالية مستمدة من الواقع العيادي، تُلامس أبعادًا نفسية واجتماعية عميقة تعانها النساء في علاقات مختلة يطغى فيها العنف النرجسي المقنّع. فالمقابلات العيادية، والاختبارات النفسية، والمتابعة العلاجية، مكّنت من تحليل معمّق لحالتين عياديتين واقعتين، كشفت عن عمق الأثر النفسي للعلاقة النرجسية، وما يرافقها من تدهور في صورة الذات، وتكريس للاغتراب الداخلي، والارتباط المرضي.

لقد أثبتت نتائج الدراسة أن التدخل النفسي القائم على فهم خصوصية العلاقة النرجسية، وتفعيل تقنيات معرفية وسلوكية محددة، يمكنه أن يحدث فرقًا حقيقيًا في إعادة بناء الذات، وفكّ الارتباط النفسي السالب، وتمكين الضحية من امتلاك أدوات الفهم والتقدير والقرار.

وعليه، فإن هذه الدراسة تُعدّ مساهمة علمية وعملية في مجال علم النفس العيادي، تُبرز أهمية التكييف العلاجي مع السياق الثقافي والاجتماعي مقاربات للزوجة المعنفة نرجسيا، وتفتح المجال أمام أبحاث مستقبلية أوسع تشمل عينات متعددة، وتوظف عيادية متكاملة، لاسيما في المجتمعات التي لا تزال تعاني من تطبيع العنف النفسي داخل العلاقات الزوجية

الاقتراحات:

- بناء على ما أسفرت عنه الدراسة من نتائج، تم ادراج الاقتراحات التالية:
- ضرورة تبني العلاج المعرفي السلوكي كألية تدخل فعالة في علاج ضحايا الزوج المنحرف النرجسي، لما أثبتته النتائج من فعالية في تحسين تقدير الذات وتقليص الدفاعات غير الناضجة.
 - أهمية إدراج التربية النفسية كمكوّن أساسي في بداية العلاج، كونها تمكّن الضحية من الوعي ببنية العلاقة المرضية وتفسّر لها آليات التأثير النفسي والتعلّق المرضي.
 - تشجيع الدراسات الميدانية حول العنف النرجسي كموضوع حديث ومهم لم يُتناول بالشكل الكافي في السياق المحلي، - في حدود اطلاع الطلبة - مع توسيع العينة لتشمل فئات عمرية مختلفة ومستويات اجتماعية متنوعة.
 - إنجاز دراسات طولية لمتابعة فعالية البرامج العلاجية بعد الانتهاء منها، والوقوف على مدى استمرارية التغيرات النفسية لدى الضحية بعد فترة من الزمن.
 - اقتراح دراسات مقارنة بين فعالية البرامج المعرفية السلوكية وبرامج أخرى (مثل العلاج الجدلي السلوكي أو العلاج بالمخططات) في التعامل مع نفس الفئة.
 - في ضوء ما أبرزته هذه الدراسة من فاعلية المزوجة بين المقاربتين المعرفية السلوكية والتحليلية النفسية، لا سيما في تحليل المقابلات العيادية وفهم الصراعات النفسية العميقة لدى ضحية الزوج المنحرف النرجسي، يقترح العمل على إعادة الاعتبار لمكانة التحليل النفسي في الممارسة العيادية والبحث الإكلينيكي، ويكون ذلك عبر إدماج مقررات التحليل النفسي بشكل أعمق في التكوين الجامعي لطلبة علم النفس العيادي.
 - وكذلك تشجيع المشاريع البحثية التي تسعى إلى التكامل المنهجي بين التحليل النفسي والمقاربات المعرفية السلوكية، ذلك أن المعالجة السطحية للأعراض، دون التعمق في البنية النفسية، قد تحرم الضحية من فهم أعمق لمعاناتها ومن بلورة آليات داخلية أكثر نضجاً وتمسكاً.



قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. إبراهيم الوفا، نجلاء (2018). الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الذات لدى طالبات المرحلة الثانوية، مجلة كلية التربية، جامعة أسوان، 33، (33)، 171-204.
2. العيد، وليد (2022). تحديد الإطار المفاهيمي للعلاج المعرفي السلوكي. مجلة الأسرة والمجتمع، 10، (01)، 251-238.
3. البحيري، عبد الرقيب أحمد (1987). الشخصية النرجسية-دراسة في ضوء التحليل النفسي-. ط 1. دار المعارف.
4. بن تومي، أمال، مكي، محمد (2021). دور العلاج المعرفي السلوكي في التعديل من السلوك العدواني لدى تلاميذ مرحلة المتوسط بولاية تلمسان، مجلة دراسات نفسية، 12، (01)، 188-209.
5. بن صغير، كريمة (2015). مفهوم الذات-مقاربة نفسية-، حوليات جامعة قلمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، 9، (04)، 31-12.
6. بوصبيح، سلطانة، كورات، كريمة (2022). تقدير الذات لدى المراهق الجانح-دراسة عيادية لحالتين بمركز إعادة التربية بمدينة سعيدة-، مجلة متون، جامعة سعيدة الدكتور مولاي الطاهر، 15، (02)، 143-127.
7. بوفيه، سيريل (2019). مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية. ترجمة بوزيان فرحات. الجزائر: دار المجدد.
8. دحماني، محمد، ذيب، فهيمة (2021). تحديد منحى تعزيز وتنمية تقدير الذات في ضوء النظريات، مجلة الميدان للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 4، (1)، 145-154.
9. دنيس، كريمة، راسي، فتيحة (2023). برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض القلق لدى الطفل المصاب ببطء التعلم، مذكرة لنيل شهادة الماستر (منشور)، جامعة ابن خلدون، تيارت، الجزائر.
10. ديب، فتيحة (2014). أهمية تقدير الذات في حياة الفرد، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 17، (06)، 17-24.
11. زروالي، لطيفة (2020). الفحص النفسي ما بين المقتضيات النظرية والممارسة العيادية، مجلة التنمية البشرية، 7، (01)، 1-11.
12. السبيعي، سلمى صالح سليمان (2019). مستوى النرجسية المرضية وعلاقتها بمشاعر النقص وتقدير الذات - لدى طلبة جامعة أم القرى-. مجلة القراءة والمعرفة، 216، (2)، 39-84.
13. الصمايدي، منال، عبد الرحمان السعود، لبنى (2018). تقدير الذات وعلاقته بالمسؤولية الاجتماعية لدى عينة من طالبات-كلية الأميرة عالية الجامعية-، مجلة كلية التربية، 42، (02)، 247-290.
14. عطيس، عتيقة، تريش، نوال (2014). تقدير الذات لدى النساء المصابات بداء سرطان الثدي، مذكرة لنيل شهادة ليسانس (غير منشورة)، جامعة الدكتور يحي فارس بالمدينة، الجزائر.
15. عزي صالح، نعيمة، صادقي، فاطمة (2019). العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية حول -نظرية أرون بيك وجيفري يونغ-. مجلة آفاق علمية، 11، (3)، 656-671.
16. عمروش، محمد، بن مجاهد، فاطمة (2024). تقدير الذات مفهومه وأهميته وتأثيره على الفرد، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 12، (03)، 65-80.
17. عبد السلام، حميدة، زيوي، عبلة (2021). العلاقة بالموضوع لدى زوجات المنحرفين النرجسيين-عرض حالتين عياديتين على ضوء اختبار الروشاخ-. مجلة مجتمع تربوية عمل، 7، (01)، 116-134.
18. الحمادي، أنور (د،ت). معايير التشخيص Dsm5.
19. حمزاوي، زهية (2018). فاعلية الاسترخاء التصاعدي لجاكسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى الطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا، مجلة دراسات نفسية وتربوية، 11، (02)، 195-211.
20. حمود، خديجة (2016). تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالحروق بتطبيق مقياس كوبر سميث، مذكرة لنيل شهادة ماستر (منشورة)، جامعة محمد خيضر.
21. حياوي، مبارك، بن سالم، خديجة (2022). علاقة التندر المدرسي بتقدير الذات لدى تلاميذ مرحلة المتوسط-دراسة ميدانية-، مجلة رفوف، جامعة أدرار، 10، (01)، 690-714.

- 22.خوجة، مليكة، بن أحمد، قويدر (2023). أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى المراهقات البيديات، مجلة آفاق فكرية، 11، (02)، 284-304.
- 23.شرادي، نادية (2007). المنهج العيادي، محاضرات جامعة سعد دحلب، البليدة، الجزائر.
- 24.سقوالي، خولة، رحمانية، وهيبة (2019). النرجسية لدى المراهقات المتمدرسات المقيمت بمراكز الطفولة المسعفة، مذكرة لنيل شهادة الماستر (منشورة)، جامعة 8 ماي 1945، قالمة.
- 25.صفاوي، رشيدة، سعيد، فاطنة (2024). فاعلية البرامج العلاجي السلوكي المعرفي في تعزيز تقدير الذات لدى المرأة المصابة بالحروق الجسدية، مذكرة لنيل شهادة الماستر (غير منشورة)، جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت.
- 26.فتيحة، لويس كامل (1990). العلاج المعرفي وتعديل السلوك. ط1. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- 27.قهار، صبرينة (2009). مفهوم الذات، مجلة التربية والصحة النفسية، جامعة الجزائر 2، 3، (02)، 109-133.
- 28.قهار، صبرينة (2010). مفهوم تقدير الذات والنظريات المفسرة له، المجلة الجزائرية التربوية والصحة النفسية، جامعة الجزائر 2، 3، (02)، 117-147.
- 29.مرزوقي، عبد الحكيم عثمان، سعودي، عبد الكريم (2021). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات عن المريض المصاب بأمراض جلدية، الساورا للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 7، (01)، 49-74.
- 30.مسعودي، زهية، كروش، يسمينة (2020). مستوى النرجسية وعلاقته بتقدير الذات لدى المراهق الجانح، مذكرة لنيل شهادة الماستر (منشورة)، جامعة يحيي فارس بالمدينة، الجزائر.
- 31.مصطفى، تركية (2000). الجرح النرجسي لدى أم الطفل الأصم-دراسة عيادية لأربع حالات من خلال المقابلة ورائز تفهم الموضوع-، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة أكلي محند، البويرة، الجزائر.
- 32.مطروني، فيصل، بوعمامة، نوال (2024). نظرية التعلم الاجتماعي عند " جوليان.ب.روتر " و" ألبرت باندورا"، مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، 12، (03)، 737-745.
- 33.مخفي، حورية (2018). التكفل النفسي-معرفي سلوكي-للتخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر (غير منشورة)، جامعة عبد الحميد ابن باديس.
- 34.مقراني، سهيلة، جابر نصر الدين (2022). تطبيقات المقابلة العيادية. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 8، (03)، 57-70.
- 35.منقوشي، فاطمة (2018). القلق العصابي وعلاقته بالأمراض السيكوسوماتية لدى معلمي مرحلة المتوسطة، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس (غير منشورة)، جامعة عين تموشنت.
- 36.منقوشي، فاطمة (2023). سيكوباتولوجية التوظيف النفسي والإنتاج الاسقاطي لدى المصاب باضطراب الوسواس القهري-دراسة تشخيصية من خلال إختبار الروشاخ-، شهادة دكتوراه منشورة، جامعة عين تموشنت.
- 37.نجوى، أحمد، وآخرون (2022). قراءات في الشخصية النرجسية، المجلة العلمية-كلية التربية-، جامعة الوادي الجديد، 42.
- 38.نوال، بنت عبد العزيز الشبانة (2023). أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تنمية تقدير الذات لدى فتيات الرعاية الاجتماعية، المجلة العربية للنشر العلمي، 60، (06)، 423-448.
- 39.هوفمان أس جي (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر-ترجمة: مراد علي عيسى-. ط01. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- 40.همت مختار، مصطفى (2016). استخدام موقع التواصل الاجتماعي الفايسبوك وعلاقته بالثقة بالنفس وتقدير الذات والأمن النفسي لدى عينة من طلاب المؤسسات الايوائية، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، 167، (2)، 281-351.
- 41.يوسف، عبد الوافي، بن جديدي، سعاد (2018). النرجسية مقارنة نظرية. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 7، (28)، 329-350.

42. مالهى، رانجيت سينج، ريزنر، روبرت دبليو (2005). تعزيز تقدير الذات. ط1. مكتبة جرير.
43. وردة فايز، فارس غزالة (2022). فعالية برنامج ارشادي جمعي سلوكي معرفي في تحسين تقدير الذات وخفض الضغوط النفسية لدى النساء المعنفات في محافظة القدس، رسالة للحصول على درجة الماجستير، فلسطين .

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Beck, J. S. (2011). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.). The Guilford Press.
2. Hertfordshire Partnership University NHS Foundation Trust. (2016). CBT skills workbook: Cognitive Behavioural Therapy (CBT) skills training book. Hertfordshire Wellbeing Services.
3. MacKenzie, J. (2015). Psychopath free: Reclaiming your power from toxic relationships with narcissists, sociopaths, and other manipulators (Expanded ed.). Berkley Books.
4. McBride, K. (2015). Will I ever be free of you? How to navigate a high-conflict divorce from a narcissist and heal your family. Atria Books.
5. Rector, N. A. (2010). Cognitive behavioural therapy: An information guide. Centre for Addiction and Mental Health.
6. Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context (pp. 184–256). McGraw-Hill

قائمة الملاحق

الملحق رقم(01): إجابات الحالة الأولى على مقياس كوبر سميث في القياس القبلي

لا تنطبق	تنطبق	العبارات	
	X	لا تضايقني الأشياء عادة	01
	X	أجد من الصعب عليا أن أتحدث امام زملائي	02
X		أود لو أستطيع أن أغير الأشياء بنفسني	03
X		لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتني بنفسني	04
	X	يسعد الآخرون وجودهم معني	05
	X	أضايق بسرعة في المنزل	06
	X	أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة	07
	X	أنا محبوب بين الأشخاص من نفسني سني	08
X		تراعي عائلتي مشاعري عادة	09
	X	استسلم بسهولة	10
X		تتوقع مني الكثير	11
X		من الصعب جدا أن اضل كما انا	12
	X	تختلط الأشياء كلها في حياتني	13
X		يتبع الناس أفكارني عادة	14
	X	لا أقدر نفسي حق قدرها	15
	X	أود كثيرا لو أترك المنزل	16
	X	اشعر بالضيق من عملي غالبا	17
	X	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	18
X		إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة	19
	X	تفهمني عائلتي	20
	X	معظم الناس محبوبين أكثر مني	21
	X	أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء	22
	X	لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من الأعمال	23
	X	أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	24
X		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

الملحق رقم (02): إجابات الحالة الثانية على مقياس كوبر سميث في القياس القبلي

لا تنطبق	تنطبق	العبارات	
X		لا تضايقني الأشياء عادة	01

	X	أجد من الصعب عليا أن أتحدث امام زملائي	02
	X	أود لو أستطيع أن أغير الأشياء بنفسني	03
X		لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتني بنفسني	04
	X	يسعد الآخرون وجودهم معني	05
	X	أتضايق بسرعة في المنزل	06
X		أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة	07
	X	أنا محبوب بين الأشخاص من نفسني سني	08
X		تراعي عائلتي مشاعري عادة	09
	X	استسلم بسهولة	10
X		تتوقع مني الكثير	11
	X	من الصعب جدا أن اضل كما انا	12
	X	تختلط الأشياء كلها في حياتني	13
X		يتبع الناس أفكارني عادة	14
	X	لا أقدر نفسي حق قدرها	15
	X	أود كثيرا لو أترك المنزل	16
	X	اشعر بالضيق من عملي غالبا	17
	X	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	18
X		إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة	19
X		تفهمني عائلتي	20
	X	معظم الناس محبوبين أكثر مني	21
	X	أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء	22
	X	لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من الأعمال	23
	X	أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	24
	X	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي.	25

الملحق رقم (03): إجابات الحالة الأولى على مقياس كوبر سميث في القياس البعدي

لا تنطبق	تنطبق	العبارات	
	X	لا تضايقني الأشياء عادة	01
	X	أجد من الصعب عليا أن أتحدث امام زملائي	02
X		أود لو أستطيع أن أغير الأشياء بنفسني	03
X		لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتني بنفسني	04

	X	يسعد الآخرون وجودهم معي	05
	X	أتضايق بسرعة في المنزل	06
	X	أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة	07
	X	أنا محبوب بين الأشخاص من نفسي سني	08
X		تراعي عائلتي مشاعري عادة	09
	X	استسلم بسهولة	10
X		تتوقع مني الكثير	11
X		من الصعب جدا أن اضل كما انا	12
	X	تختلط الأشياء كلها في حياتي	13
X		يتبع الناس أفكارني عادة	14
	X	لا أقدر نفسي حق قدرها	15
	X	أود كثيرا لو أترك المنزل	16
	X	اشعر بالضيق من عملي غالبا	17
	X	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	18
X		إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة	19
	X	تفهمني عائلتي	20
	X	معظم الناس محبوبين أكثر مني	21
	X	أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء	22
	X	لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من الأعمال	23
	X	أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	24
X		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

الملحق رقم (04): إجابات الحالة الثانية على مقياس كوبر سميث في القياس البعدي

لا تنطبق	تنطبق	العبارات	
	X	لا تضايقتي الأشياء عادة	01
	X	أجد من الصعب عليا أن أتحدث امام زملائي	02
	X	أود لو أستطيع أن أغير الأشياء بنفسني	03
	X	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتتي بنفسني	04
	X	يسعد الآخرون وجودهم معي	05
	X	أتضايق بسرعة في المنزل	06
X		أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة	07
X		أنا محبوب بين الأشخاص من نفسني سني	08
X		تراعي عائلتي مشاعري عادة	09
X		استسلم بسهولة	10
X		تتوقع مني الكثير	11
X		من الصعب جدا أن اضل كما انا	12
X		تختلط الأشياء كلها في حياتي	13
X		يتبع الناس أفكارني عادة	14
X		لا أقدر نفسني حق قدرها	15
	X	أود كثيرا لو أترك المنزل	16
	X	اشعر بالضيق من عملي غالبا	17
X		مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس	18
	X	إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة	19
X		تفهمني عائلتي	20
	X	معظم الناس محبوبين أكثر مني	21
	X	أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء	22
	X	لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من الأعمال	23
X		أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر	24
X		لا يمكن للآخرين الاعتماد علي	25

الملحق رقم (05): قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي

الأستاذ	الدرجة العلمية	التخصص
بن عيسى رحال نوال	دكتوراه	علم النفس العيادي
زاوي أمال	دكتوراه	علم النفس العيادي
قلعي أمال	دكتورة	علم النفس العيادي
منقوشي فاطمة	دكتورة	علم النفس العيادي
سبع هاجر	دكتوراه	علم النفس العيادي



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة عين تموشنت - بلحاج بوشعيب

كلية الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

المرجع : المادة 07 من القرار رقم 1082 المؤرخ في 27 ديسمبر 2020 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية و مكافحتها.

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز بحث

أنا الممضي أسفله :

الطالب (ة) **لحمنا رجي يسوعيت**
الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: **51.9.930.08.500.1400.105** و الصادرة
بدائرة **الطرابلس عين تموشنت** بتاريخ **2020.09.03**
المسجل (ة) بكلية **الآداب و اللغات و العلوم الاجتماعية** قسم العلوم **الاجتماعية**

مذكرة ليسانس

و المكلف (ة) بانجاز مذكرة ماستر

عنوانها: **فجالة البرتا مع العاجي العاجي السليبي في البحث**
مستوىها: **تعديد البحث لدراسة منهجية النظرية الشرحية**
أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية و المنهجية و معايير الأخلاقيات المهنية و
النزاهة الأكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.
التاريخ: **106/1/16** **أحمد**

توقيع المعني (ة)

أ. صنفوس فا احمد

MENGOUCHI. F
Docteur en psychologie
clinique