

الصحة النفسية والذكاء الاصطناعي بين إمكانيات الدمج وحدوده

Mental Health and Artificial Intelligence Between Integration Possibilities and Its Limits

جمال الدين رقيق برة^{1*}، سعيدة صغير يرم²

²⁻¹ جامعة محمد خيضر - بسكرة (الجزائر).

تاريخ الاستلام: 03 مارس 2026 ؛ تاريخ المراجعة: 25 ماي 2026 ؛ تاريخ القبول: 23 جويلية 2026

ملخص:

يسعى هذا المقال إلى تقديم مقارنة تحليلية نقدية لإشكالية دمج تقنيات الذكاء الاصطناعي في مجال الصحة النفسية والطب النفسي، وذلك من خلال مراجعة منهجية للأدبيات العلمية العربية والغربية ذات الصلة. ينطلق المقال من رصد التحولات المفاهيمية التي شهدها مفهوم الصحة النفسية عبر التاريخ، بدءاً من الحضارة العربية الإسلامية وصولاً إلى التعريفات المعاصرة لمنظمة الصحة العالمية، ثم ينتقل إلى استقصاء ماهية الذكاء الاصطناعي وخصائصه الجوهرية التي تميزه عن الذكاء البشري، لا سيما في ما يتعلق بغياب الوعي والمشاعر والتعاطف الحقيقي. ويحلل المقال التطبيقات الراهنة للذكاء الاصطناعي في الرعاية النفسية عبر مراحل التشخيص والعلاج والمتابعة والوقاية، ويناقش تصورات الأطباء النفسيين حول إمكانية الاستبدال مقابل المساعدة، فضلاً عن التحديات الأخلاقية والقانونية المصاحبة. ويخلص المقال إلى أن الذكاء الاصطناعي يمثل أداة مساعدة وأداة لا بديلاً عن الطبيب النفسي، وأن مستقبل الرعاية النفسية يقوم على نموذج تعاوني يجمع بين الدقة التحليلية للألة والبعد الإنساني الذي يبقى جوهر العلاج النفسي.

الكلمات المفتاحية: صحة نفسية، ذكاء اصطناعي، طب نفسي، تشخيص آلي، تعاطف إنساني، أخلاقيات طبية.

Abstract:

This article provides a critical analytical review of integrating artificial intelligence (AI) technologies into mental health and psychiatry, based on a systematic examination of relevant Arabic and Western literature. It traces the conceptual evolution of mental health from the Arab-Islamic civilization to contemporary definitions by the World Health Organization. The article explores the nature of AI and its key features that distinguish it from human intelligence, particularly the absence of consciousness, emotions, and genuine empathy. Current applications of AI in mental healthcare are analyzed across diagnosis, treatment, follow-up, and prevention. Psychiatrists' perspectives on AI as a potential assistant versus a replacement are discussed, along with ethical and legal challenges. The article concludes that AI is a promising supportive tool rather than a substitute for psychiatrists, and that the future of mental healthcare relies on a collaborative model combining AI's analytical precision with the essential human dimension of psychotherapy.

Keywords: Mental health, artificial intelligence, psychiatry, automated diagnosis, human empathy, medical ethics.

*Corresponding author: e-mail: djameleddine.reguiberra@univ-biskra.dz.

1- مقدمة

لا يكاد يخلو نقاش علمي معاصر من الإشارة إلى الذكاء الاصطناعي بوصفه قوة تحويلية تعيد تشكيل مختلف الميادين المعرفية والمهنية، وليس الطب النفسي والصحة النفسية ببعيد عن هذا التحول الذي يصفه بعض الباحثين بـ"التسونامي التكنولوجي" (أبو غزالة، 2024، ص. 17). غير أنّ ما يميّز ميدان الصحة النفسية عن سائر التخصصات الطبية هو ذلك البعد الإنساني العميق الذي يتخلّل كل لحظة من لحظات اللقاء العلاجي بين المعالج والمريض؛ ذلك البعد الذي لا يقتصر على تبادل المعلومات وتحليل الأعراض، بل يتعداه إلى ما هو أكثر هشاشة وأشدّ حساسية من التعاطف، والإنصات، والحضور الإنساني الذي يشعر المريض بأنّ معاناته مسموعة ومفهومة..

والحقيقة أنّ الاهتمام بالصحة النفسية ليس وليد العصر الحديث كما قد يتبادر إلى الذهن، فقد عرفت الحضارة العربية الإسلامية، ولا سيما في العصر العباسي، اهتماماً بالغاً بالنفس الإنسانية وعلاجها، حيث أسّس الأطباء والفلاسفة العرب مستشفيات متخصصة اعتمدت أساليب متقدمة في زمانها كالعلاج بالموسيقى والخضرة والطيب، فضلاً عن العلاج النفسي الأسري، دون الفصل بين النفس والجسد كما أبرز أبو زيد البلخي (حجازي، 2004، ص. 21). وقد استغرق الغرب وقتاً أطول للاعتراف بالاضطرابات النفسية باعتبارها أمراضاً تستحق المعالجة وفق مناهج علمية وإنسانية، إذ شهد الفكر الغربي منذ عصر التنوير فصلاً حاداً بين العقل والجنون أدى إلى إقصاء المرض النفسي من الحيز الاجتماعي المقبول.

واليوم، ونحن في الربع الأخير من العقد الثالث من الألفية الثالثة، تتقاطع أزماتان كبيرتان تمنحان هذا البحث راهنيته وأهميته: الأولى هي تفاقم الأعباء المرضية في مجال الصحة النفسية على المستوى العالمي، مع نقص حاد في مقدّمي الخدمات النفسية في كثير من مناطق العالم، لا سيما في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل؛ والثانية هي التطور المتسارع في تقنيات الذكاء الاصطناعي التي باتت قادرة على إنجاز مهام كانت إلى وقت قريب حكراً على العقل البشري. (Doraiswamy et al., 2020) وعند تقاطع هاتين الأزميتين يبرز السؤال المركزي: هل يمكن للذكاء الاصطناعي أن يسدّ الفجوة في الرعاية النفسية؟ وإلى أيّ حدّ يمكن دمجها دون الإخلال بالجوهر الإنساني للعلاج النفسي؟

إنّ ما أفرزه إطلاق نموذج ChatGPT في نوفمبر 2022 من موجة اهتمام عالمي غير مسبوق بالذكاء الاصطناعي (أبو غزالة، 2024، ص. 17). لم يكن مجرد حدث تقني عابر، بل كشف عن إمكانيات ضخمة وتحديات عميقة في آن واحد. وقد جاء هذا المقال ليقدم مقارنة تحليلية نقدية متعددة الأبعاد، تستند إلى مصادر عربية وغربية متنوعة، وتحاول أن توازن بين الحماس المشروع لما يمكن أن تقدّمه التكنولوجيا، والتحفّظ الضروري الذي تفرضه خصوصية الممارسة النفسية ومتطلباتها الأخلاقية.

وتنطلق إشكالية هذا المقال من ملاحظة التوتر القائم بين اتجاهين متقابلين في الأدبيات العلمية المعاصرة: اتجاه أول يرى في الذكاء الاصطناعي ثورة حقيقية قادرة على تحويل ممارسة الطب النفسي وتوسيع نطاق الرعاية النفسية بشكل غير مسبوق، واتجاه ثان يحذر من مخاطر اختزال المعاناة النفسية في بيانات رقمية وخوارزميات إحصائية، مما قد يفضي إلى فقدان البعد الإنساني الذي يمثل جوهر العلاقة العلاجية. وعند هذا التقاطع تبرز الإشكالية المحورية: إلى أي حد يمكن دمج تقنيات الذكاء الاصطناعي في منظومة الرعاية النفسية، في ضوء إمكاناتها التقنية الواعدة من جهة، وحدودها الإنسانية والأخلاقية والقانونية من جهة أخرى؟

وللإجابة عن هذه الإشكالية تنطلق الدراسة من ثلاث فرضيات: الأولى، أنّ الذكاء الاصطناعي قادر على توسيع نطاق الوصول إلى خدمات الصحة النفسية وتعزيز دقة التشخيص، غير أنّه يظلّ قاصراً عن استيعاب الأبعاد الوجدانية والتعاطفية للعلاقة العلاجية. الثانية، أنّ دمجها في الممارسة النفسية يستلزم إطاراً أخلاقياً وقانونياً يضمن حماية المريض وصون كرامته. الثالثة، أنّ النموذج الأمثل لا يقوم على الاستبدال بل على التكامل، بحيث يعزّز الذكاء الاصطناعي قدرات المعالج البشري دون أن يحلّ محله

ولمعالجة هذه الإشكالية، يعتمد هذا المقال المنهج الوصفي التحليلي القائم على مراجعة نقدية للأدبيات العلمية ذات الصلة، مع الاستناد إلى مصادر متنوعة تشمل دراسات ميدانية كبرى (Doraiswamy et al., 2020)، ومراجعات منهجية حديثة (Ni & Jia, 2025; Okesanya et al., 2025)، ومقاربات نظرية في فلسفة الذكاء الاصطناعي (Ganascia, 2007; Russell & Norvig, 2022)، إلى جانب مراجع أساسية في علم النفس المرضي والصحة النفسية من التراث العربي (حجازي، 2004؛ حسين، 2013؛ الطحان، 1987).

2- الصحة النفسية: مفهومها ومقوماتها وإشكاليات التصنيف

لا يمكن الخوض في نقاش جاد حول دمج الذكاء الاصطناعي في حقل الرعاية النفسية دون الوقوف عند المفهوم الذي يشكّل موضوع هذا الدمج، إذ إنّ الصحة النفسية ليست بالمفهوم البسيط المستقر بل بنية معرفية متحوّلة تتقاطع فيها أبعاد تاريخية وثقافية وأنثروبولوجية متشابكة. ومن ثمّ، فإنّ أي تقنية تدّعي المساهمة في رعاية الصحة النفسية يجب أن تواجه بهذا المفهوم في أعماق طبقاته لا في سطحه الإجرائي.

1.2- التطور التاريخي لمفهوم الصحة النفسية :

لم يكن مفهوم الصحة النفسية بمعناه المعاصر حاضراً في الأذهان دفعة واحدة، بل تشكّل عبر مسار طويل ومتعرج تداخلت فيه العوامل الثقافية والدينية والعلمية. ومن اللافت أنّ الحضارة العربية الإسلامية قدّمت نموذجاً متكاملًا يجمع بين الرعاية النفسية والجسدية دون ذلك الانفصال الاصطناعي الذي عرفه الغرب لاحقاً. فقد أسّست مستشفيات العصر العباسي أقساماً متخصصة للعلاج النفسي اعتمدت أساليب كالعلاج بالموسيقى

والبيئة الطبيعية والروائح العطرية، وهو ما يعكس رؤية شمولية للإنسان تتجاوز النظرة الاختزالية التي تفصل النفس عن الجسد (حجازي، 2004، ص. 21).

وعلى النقيض من ذلك، شهد الفكر الغربي منذ عصر التنوير فصلاً حاداً بين العقل والجنون، حيث اعتبر الجنون نقيضاً للعقل يستوجب العزل والإقصاء من المجال الحيوي للعقلانية السائدة. ولم تبدأ المعالجة الإنسانية والعلمية للاضطرابات النفسية في الغرب إلا بعد قرنين من الزمن، حين أسهمت تجربة كليفوردي بيرز، الذي قضى ثماني سنوات في مصحة عقلية ونشر عام 1908 كتابه الشهير "العقل الذي وجد ذاته"، في إطلاق حركة رعاية الصحة النفسية (حجازي، 2004، ص. 24). وقد تتالت بعد ذلك المؤسسات والمبادرات، من جمعية كونكتيكت عام 1908، إلى اللجنة الدولية للرعاية النفسية عام 1919، فالمؤتمر الدولي الأول للصحة النفسية عام 1930، وصولاً إلى تأسيس الاتحاد الدولي للصحة النفسية عام 1948.

وقد توج هذا المسار بتعريف منظمة الصحة العالمية عام 1946 للصحة النفسية بوصفها «حالة كاملة من العافية الجسمية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد غياب المرض أو الإعاقة» (حجازي، 2004، ص. 26). وهو تعريف يعكس التطلع الإنساني الذي يتجاوز التعريفات السلبية، كما نبّه إلى ذلك سعد جلال بتأكيد أنه الصحة النفسية تشمل القدرة على تكوين علاقات ناجحة مع الآخرين، مع مراعاة تأثير العوامل البيولوجية والبيئية والاجتماعية (جلال، 1986، ص. 88-89).

2.2- مقومات الصحة النفسية وأبعادها :

تعددت محاولات تحديد مقومات الصحة النفسية تبعاً لاختلاف الأطر المرجعية والتوجهات النظرية، وهو ما يجعل الوصول إلى اتفاق نهائي أمراً عسيراً إن لم يكن مستحيلاً (حجازي، 2004، ص. 28). ومع ذلك، يمكن رصد عدة محاولات بارزة تستحق التأمل. فقد قدّم القوصي مفهوم "التكامل النفسي" بوصفه أساس الصحة النفسية، ويقصد به انسجام وظائف النفس المختلفة بما يمكن الفرد من مواجهة الأزمات والشعور بالسعادة والكفاية (الطحان، 1987). أما عبد السلام عبد الغفار فقد ربط الصحة النفسية بإرادة الوجود التي توحد النشاط الإنساني، وحدّد أربعة مقومات هي: الرضا عن النفس، والسمو والالتزام، والوسطية، والعطاء (الطحان، 1987).

ولعلّ أشمل المقاربات هي تلك التي تتصوّر الصحة النفسية كنظام متكامل من أربعة أبعاد مترابطة، كما يطرحها حجازي: البعد البنيوي المتمثل في متانة الشخصية وحيويتها، والبعد الوظيفي الذي يتجلى في قدرة الفرد على أداء وظائفه بفاعلية، وبعد التفاعل والانتماء الذي يشير إلى جودة العلاقات الاجتماعية، وأخيراً البعد النمائي الذي يعكس قدرة الفرد على تحقيق مشروعه الوجودي (حجازي، 2004، ص. 53-55). وهذه الأبعاد متكاملة وظيفياً؛ فلا فاعلية للوظائف النفسية في بنية سقيمة، ولا نمو بدون توازن بين البنية ووظائفها وتفاعلها مع المحيط.

ومن المنظورات الحديثة، يركز طلعت منصور على مفهوم "الجودة النفسية" بوصفها شرطاً أساسياً لتحقيق جودة الأداء والإنتاجية العالية في عصر العولمة، حيث أصبحت الصحة النفسية ليست مجرد حالة فردية بل ركناً من حركة اجتماعية عالمية تركز على قيمة الإنسان وحقه في حياة كريمة (منصور، 1995، ص. 346 كما ورد في الحجازي، ص. 49). وهذا التحول في المنظور له أهمية بالغة حين ندرس إمكانية دمج الذكاء الاصطناعي، إذ أن أي تقنية تدخل إلى حقل الرعاية النفسية يجب أن تراعي هذه الأبعاد المتعددة لا أن تختزلها في مجرد بيانات قابلة للمعالجة الحاسوبية.

3.2- السواء واللاسواء: إشكاليات التعريف والتصنيف :

يطرح التمييز بين السواء واللاسواء إشكاليات معرفية عميقة لا تقل تعقيداً عن تعريف الصحة النفسية ذاتها. ومن اللافت لغوياً أن كلمة "سواء" في العربية تحمل معنى الوسطية والاستقامة والمساواة، بينما يشير المصطلح الإنجليزي Normal إلى المعيار المقبول أو النمط المعتاد (حجازي، 2004، ص. 60). وهو فارق دلالي يعكس اختلاف الرؤى الثقافية.

وتتعدد المنظورات المتاحة لمسألة السواء واللاسواء، ومن أبرزها: المنظور الطبي العقلي الذي يعرف السواء بمجرد غياب الاضطراب القابل للتشخيص، والمنظور الإحصائي الذي يعتبر السواء الحالة الوسطية في التوزيع الاعتدالي، والمنظور الثقافي الذي يربط السواء بالمعايير الاجتماعية السائدة (حجازي، 2004، ص. 62-65). وتقدم الأدبيات أربعة معايير أساسية للحكم على السلوك وتشمل الانحراف الإحصائي والانحراف عن الأعراف الاجتماعية وسوء التكيف السلوكي واضطراب الشخصية مع الشعور الذاتي بالتوتر (حسين، 2013، ص. 13-17). ولا يستطيع أي معيار منفرد تفسير السلوك غير السوي تفسيراً كاملاً، لذلك يعتمد التشخيص عادة على تكامل هذه المعايير معاً.

وهنا تبرز مسألة جوهرية ذات صلة وثيقة بموضوعنا، إذا كان التشخيص النفسي يقتضي هذا القدر من التعقيد والتداخل بين معايير متعددة، بعضها كمي وبعضها كيفي وبعضها ثقافي، فإلى أي مدى يمكن لخوارزمية ذكاء اصطناعي، مهما بلغت درجة تطورها، أن تستوعب كل هذه الأبعاد وتدمجها في حكم تشخيصي متسق ودقيق؟ هذا هو التساؤل الذي سنعود إليه لاحقاً بعد أن نستعرض ماهية الذكاء الاصطناعي وحدود قدراته.

3- الذكاء الاصطناعي : المفهوم والماهية والخصائص

بعد أن تبيننا لنا أبعاد الصحة النفسية وما تنطوي عليه من تعقيد وثراء، لا بدّ أن نستوعب في المقابل ماهية الأداة التي يقترح توظيفها في هذا الحقل الحساس، وذلك بالاقتراب من مفهوم الذكاء الاصطناعي بالقدر الضروري

من الحذر المعرفي الذي يكشف أكثر مما يبسط. وسنعمد في هذا القسم إلى تشريح المفهوم من الداخل، مركّزين على الخصائص الجوهرية التي تميّزه عن الذكاء البشري، ولا سيما في ما يتعلق بالوعي والمشاعر والفهم السياقي.

1.3- في تعريف الذكاء الاصطناعي :

يبدو مصطلح "الذكاء الاصطناعي" للوهلة الأولى مصطلحاً لا يخلو من التناقض والإثارة ، إذ يجمع بين مفهوم الذكاء المرتبط تقليدياً بالإنسان وقدرته الإدراكية، وصفة الاصطناع التي تحيل إلى ما هو مصنوع تقنياً (Ganascia, 2007, p. 9). وقد ابتكر هذا المصطلح عام 1956 على يد الرياضيين جون مكارثي ومارفن مينسكي (Ganascia, 2007, p. 43)، ومنذ ذلك الحين لم تتوقف النقاشات حول تعريفه وتحديد نطاقه.

ومن اللافت أنّه لا يوجد حتى اليوم تعريف عالمي موحد للذكاء الاصطناعي، كما يؤكّد أبو غزالة الذي رصد تعريفات مختلفة صادرة عن جهات متعددة: فوزارة الخارجية الأمريكية ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية يشيران إلى نوع من النظم، بينما وصفه الكونغرس الأمريكي بأنّه نظام محوسب، واعتبرته شركة OpenAI نظاماً مستقلاً للغاية، في حين عرّفته مايكروسوفت بأنّه مجموعة من التقنيات والقدرات، ورأى الاتحاد الأوروبي أنّه مجموعة تقنيات، ووصفته الصين بتقنية استراتيجية (أبو غزالة، 2024، ص ص. 44-45).

ومن أشمل التعريفات ما قدّمه Russell و Norvig بوصف الذكاء الاصطناعي مجالاً علمياً يهدف إلى فهم الذكاء البشري وبناء أنظمة قادرة على التصرف بفعالية وأمان في مواقف جديدة ومتغيّرة (Russell & Norvig, 2022, p. 19). كما يعرّفه بن عبد النور بأنّه نظام معلوماتي مصمّم لمحاكاة الذكاء البشري، بحيث تتمكّن الآلة من تنفيذ العمليات التي يقوم بها الإنسان بعقله (بن عبد النور، 2005، ص. 7). والجامع بين هذه التعريفات هو التأكيد على "المحاكاة" لا "الامتلاك" الحقيقي للذكاء، وهو فارق جوهري يجب ألا يغيب عن النقاش حين نتحدث عن تطبيقات الذكاء الاصطناعي في حقل بالغ الحساسية كحقل الصحة النفسية.

2.3- الفارق الجوهري: بين الذكاء الاصطناعي والذكاء البشري

يرى جاناسكيا أنّ مفهوم الذكاء الاصطناعي القوي، الذي يفترض إمكانية إنشاء آلة تمتلك وعياً حقيقياً وقدرة إدراكية مماثلة للإنسان، يبقى افتراضاً نظرياً أكثر منه حقيقة تقنية (Ganascia, 2007, p. 23). فالأنظمة الحالية، مهما بلغت درجة تطوّرها، تظلّ قائمة على معالجة خوارزمية للمعطيات دون امتلاك فهم ذاتي أو إدراك واع. وقد أكّدت دراسة لنيفيجانس في إطار البرلمان الأوروبي أنّ الآلات المزوّدة بالذكاء الاصطناعي تفتقر تماماً إلى الوعي والمشاعر، وأنّ أي محاكاة لهذه الخصائص ستظلّ اصطناعية بطبيعتها (Nevejans, 2016, p. 11).

ومن المهم التنبيه إلى أنّ التعريف المقبول للذكاء لا يربط بين مستوى الذكاء وكمية المعلومات المخزّنة أو سرعة الأداء، فقدرة الشخص على حفظ عدد كبير من المعلومات أو تنفيذ المهام بسرعة لا تعني بالضرورة أنّه أكثر ذكاءً

(Ganascia, 2007, p. 41) والذكاء البشري يتضمن أبعاداً كالتفكير النقدي، والفهم السياقي، والحدس، والإبداع، والتعاطف وهي أبعاد يعجز الذكاء الاصطناعي الحالي عن محاكاتها بشكل حقيقي. ورغم أن الآلة قد تكون "ذكية" بمعنى قدرتها على إنجاز مهمة تتطلب جهداً معرفياً، إلا أن هذا الذكاء يظل ذكاءً تشغيلياً لا ذكاءً واعياً (Ganascia, 2007, p. 75).

3.3- الاستقلالية التشغيلية وحدودها :

من أبرز خصائص الذكاء الاصطناعي المعاصر قدرته على اتخاذ قرارات تشغيلية دون تدخل بشري مباشر، وهو ما يعرف بالاستقلالية التشغيلية. غير أن هذه الاستقلالية تبقى مقيدة بالأهداف التي يحددها المبرمج، ولا ترقى إلى الاستقلالية الفلسفية التي تعني قدرة الكائن على وضع قوانينه وأهدافه بنفسه (Ganascia, 2007, p. 52). ومع ذلك، فإن مجرد امتلاك الآلة لقدرة قرارية يجعل التنبؤ بسلوكها مستحيلاً حتى بالنسبة للمبرمج ذاته، مما يثير تساؤلات جدية حول المسؤولية القانونية عن الأضرار المحتملة (Kaakour, 2017, p. 9).

ويتجلى هذا القصور بوضوح في ما يعرف بـ "المواقف بلا فائز (No-win scenarios)"، حيث تواجه الآلة خيارات متعارضة تتطلب أحكاماً قيمية وأخلاقية لا تمتلكها (Ganascia, 2007, p. 79). وفي مجال الصحة النفسية، تكتسب هذه المسألة أهمية مضاعفة، إذ كثيراً ما يجد الطبيب النفسي نفسه أمام معضلات أخلاقية معقدة تستدعي الحكم الإنساني لا الخوارزمي، كالتعامل مع مريض يبدي ميول الانتحار بصورة مهمة، أو الموازنة بين حق المريض في الخصوصية وضرورة حماية أشخاص آخرين. إن الوعي بحدود الذكاء الاصطناعي لا يعني إغلاق الباب أمام توظيفه، بل هو الشرط الأساسي للتوظيف الرشيد المسؤول له وهو ما يدفعنا إلى استعراض تطبيقاته الفعلية في منظومة الرعاية النفسية بعين نقدية تستحضر دائماً تلك الحدود التي أسسنا لها سابقاً.

4- تطبيقات الذكاء الاصطناعي في الطب النفسي والرعاية النفسية :

بعد أن رسمنا الإطار النظري لكل من الصحة النفسية والذكاء الاصطناعي، يحين وقت الانتقال من المستوى المفاهيمي إلى الميدان التطبيقي الفعلي، حيث شهدت السنوات الأخيرة تسارعاً استثنائياً في نشر تطبيقات الذكاء الاصطناعي ضمن منظومة الرعاية النفسية، من أدوات الفرز والتشخيص المبكر إلى برامج الدعم العلاجي ونظم المتابعة الرقمية. وسنستعرض في هذا القسم خريطة هذه التطبيقات بمنهجية تسعى إلى توسيع دائرة الرؤية بدلاً من الاكتفاء بالنماذج الأكثر شهرة.

1.4- خريطة التطبيقات الراهنة :

تكشف المراجعة الاستكشافية لـ Ni و Jia التي أجراها (2025) لست و ثلاثين دراسة تجريبية أن تطبيقات الذكاء الاصطناعي في الرعاية النفسية تتوزع على خمس مراحل أساسية، مرحلة ما قبل العلاج (الفرز والتصنيف)،

ومرحلة العلاج (الدعم العلاجي)، ومرحلة ما بعد العلاج (المتابعة والمراقبة)، والتعليم السريري، والوقاية على مستوى السكان (Ni & Jia, 2025). وقد شملت التقنيات المستخدمة الروبوتات الحوارية، وأدوات معالجة اللغة الطبيعية، ونماذج التعلم الآلي والعميق، ونماذج اللغة الكبيرة، وأنظمة التنبؤ المعتمدة على الذكاء الاصطناعي.

وفي مجال التشخيص، أظهر التعلم الآلي فعالية ملحوظة في التنبؤ بالاضطرابات النفسية، حيث تمكنت نماذج مثل الانحدار اللوجستي وانحدار LASSO من تطوير أدوات تقييم تنبأ بالاضطرابات النفسية بدقة تصل إلى 89% اعتماداً على 28 سؤالاً فقط من استبيان (Ni & Jia, 2025). SCL-90-R كما يمكن استخدام التعلم الآلي في مراقبة المرضى عن بعد عبر تحليل بيانات الأجهزة القابلة للارتداء لاكتشاف تغييرات دقيقة قد تشير إلى تدهور الحالة النفسية.

أما معالجة اللغة الطبيعية فقد مكّنت من تطوير روبوتات حوارية متقدمة مثل "Hailey" و "MYLO" و "Limbic Access"، القادرة على فهم اللغة البشرية والانخراط في محادثات ذات مغزى تتعلق بالصحة النفسية للمستخدم. وقد أظهرت الدراسات الأولية حول ChatGPT إمكانات نماذج اللغة الكبيرة في التعرف على المشاعر وتخصيص التدخلات لحالات مثل اضطراب الشخصية الحدية (Ni & Jia, 2025). غير أنّ بعض هذه النماذج كشفت عن تحيزات مرتبطة بالدين والعرق والجنس والعمر، مما يستدعي مزيداً من التطوير والرقابة.

2.4- الظاهرة الرقمية والبصمة الرقمية للمريض :

يشير مصطلح "الظاهرة الرقمية (Digital Phenotype)" إلى البصمة الرقمية الناتجة عن تفاعلات المريض مع بيئته، والتي تحمل إمكانات كبيرة للتطبيقات البحثية والسريرية في مجال الصحة النفسية (Oudin et al., 2023). وتتيح هذه التقنية تقييم نفسي مستمر ومتعدد الأبعاد، يمكن من فهم الاضطرابات النفسية بعمق أكبر وتصميم علاجات مخصصة تتوافق مع خصائص كل مريض.

بيد أنّ ما يثير القلق حقاً هو أنّ الاعتماد المفرط على الظاهرة الرقمية قد يحوّل الصحة النفسية إلى مجرد معايير رقمية إحصائية منفصلة عن التجربة الحياتية للمريض، مما يفضي إلى فقدان الأفراد لإحساسهم بقدرتهم على التحكم في صحتهم وتحديد معنى رفايتهم الشخصية (Oudin et al., 2023). بل قد تنشأ معايير تعسفية تزيد من الشعور بالذنب أو مشكلات تقدير الذات، وتفرض مشكلات تتعلق بالمراقبة والخصوصية. وهذا يضع الممارسة النفسية أمام نموذجين متعارضين: نموذج يركّز على المرض بهدف التصنيف والعلاج الآلي، ونموذج يركّز على المريض وتجربته الشخصية ومعاناته الحياتية، وشتان بين النموذجين.

3.4- التطبيقات في التشخيص والعلاج المخصص :

يشير Okesanya وآخرون إلى أنّ دمج الذكاء الاصطناعي في الطب النفسي يحدث تحولاً في التشخيص وتصنيف المخاطر وتخصيص العلاج، من خلال تقنيات متعددة تشمل التعلم الآلي، ومعالجة اللغة الطبيعية، والتوصيف الرقمي، ودمج البيانات متعددة المصادر (Okesanya et al., 2025). وتتيح هذه التقنيات تحديد الحالات مبكراً، وتوقع الانتكاسات ومقاومة العلاج، ودعم القرارات العلاجية بدقة عالية. كما تتيح خوارزميات التعلم العميق التعلم من البيانات المعقدة مباشرة، مما يمكنها من التنبؤ الدقيق بنتائج العلاج وتخصيص التدخلات وفق احتياجات الأفراد (Ni & Jia, 2025). غير أنّ هذه الإمكانيات التقنية الواعدة لا تكتمل صورتها دون الاستماع إلى أصحاب المهنة أنفسهم، الذين يمثل حكمهم الميداني المحك الحقيقي لتقييم جدوى هذا الدمج وحدوده.

5- تصورات الأطباء النفسيين تجاه الذكاء الاصطناعي :

تبقى النقاشات النظرية حول إمكانيات الذكاء الاصطناعي وحدوده منقوصة ما لم تستكمل بصوت أصحاب المهنة أنفسهم، أولئك الذين يمارسون العلاج النفسي يومياً ويدركون من الداخل ما يقبل التفويض وما لا يقبله. وقد أتاحت الدراسات الميدانية فرصة للاستماع إلى هذه الأصوات على نطاق واسع ومتعدد الثقافات، مما يضيء على نتائجها ثقلاً استدلالياً يتجاوز حدود الرأي الفردي.

يعتبر المسح العالمي الذي أجراه Doraiswamy وآخرون (2020) من أبرز الدراسات الميدانية التي استقصت آراء الأطباء النفسيين أنفسهم حول تأثير الذكاء الاصطناعي على مستقبل مهنتهم، إذ شمل 791 طبيباً نفسياً من 22 دولة عبر منصة Sermo الطبية المتخصصة. وقد انطلقت الدراسة من سؤال جوهري: هل يمكن للذكاء الاصطناعي أن يستبدل الطبيب النفسي كلياً، لا مجرد مساعدته، في عشر مهام رئيسية تمثل جوهر الممارسة النفسية اليومية؟

وقد كشفت النتائج عن توجه واضح ومتسق يقوم على التمييز الجوهري بين نوعين من المهام. ففيما يخص المهام التقنية والإدارية، رأى 83 % من المشاركين أنّ الذكاء الاصطناعي سيكون قادراً على استبدال الأطباء في مهام التوثيق وتحديث السجلات الطبية، واعتبر 54 % أنّه قادر على استبدال الطبيب في تحليل المعلومات وتركيبها للوصول إلى التشخيص (Doraiswamy et al., 2020).

في المقابل، جاء موقف المشاركين حازماً حين يتعلّق الأمر بالمهام ذات الطابع الإنساني والعلاجي العميق: رفض 83 % فكرة أن يتمكن الذكاء الاصطناعي من استبدال الطبيب في تقديم الرعاية المتعاطفة، ولم يعتقد سوى 3.8 % فقط أنّ الذكاء الاصطناعي سيجعل مهنة الطب النفسي غير ضرورية بالكامل (Doraiswamy et al., 2020). وهذا الرقم الضئيل يعكس ثقة المهنيين الراسخة بقيمة دورهم الذي لا غنى للبشرية عنه في هذا الحقل تحديداً.

وتظهر في النتائج فوارق دالة مرتبطة بمتغيري الجنس والموقع الجغرافي: فالطبيبات كنّ أكثر تردداً في الاعتقاد بتفوق فوائد الذكاء الاصطناعي (23% فقط مقابل 41% من الأطباء الذكور)، كما أبدى الأطباء في الولايات المتحدة مستوى أعلى من التحفظ مقارنة بنظرائهم في أوروبا. في المقابل، أظهر أطباء الدول منخفضة ومتوسطة الدخل تفاوتاً أكبر، وهو أمر مفهوم في ضوء الفجوة الكبيرة في الموارد البشرية الصحية التي تعانيها هذه البلدان (Doraiswamy et al., 2020). وتكشف هذه الفوارق في التصورات أنّ المسألة تتجاوز البعد التقني لتطرح تساؤلات جوهرية أخلاقية وقانونية ومهنية لا يمكن تجاهلها عند التفكير جدياً في دمج الذكاء الاصطناعي في الرعاية النفسية.

6- التحديات الأخلاقية والقانونية والمهنية :

لا يكفي أن تكون التقنية فعّالة كي تكون مشروعة، إذ إنّ الفعالية وحدها معيار قاصر حين يتعلق الأمر بميدان بالغ الحساسية كالصحة النفسية، حيث يقع الإنسان في أكثر أحواله هشاشة وانكشافاً. ولذا فإنّ أي دمج متسرع للذكاء الاصطناعي في الرعاية النفسية دون إطار أخلاقي وقانوني ومهني محكم قد يحوّل أداة واعدة إلى مصدر مخاطر حقيقية لا يستهان بها.

1.6- معضلة الخصوصية وحماية البيانات :

تمثل خصوصية البيانات من أكثر التحديات إلحاحاً في سياق دمج الذكاء الاصطناعي في الرعاية النفسية، ولا سيما أنّ البيانات النفسية تتسم بحساسية استثنائية تتجاوز البيانات الطبية العادية. ويتفاقم هذا التحدي في ظل التباين الكبير بين الأطر القانونية الدولية؛ فبينما يوفّر الاتحاد الأوروبي من خلال لائحة GDPR حماية متقدمة للبيانات الشخصية، لا تزال الولايات المتحدة تفتقر إلى تشريع فيدرالي شامل في هذا المجال (Doraiswamy et al., 2020). ومع سهولة وصول هذه البيانات إلى أطراف ثالثة، يبرز احتمال استخدامها لأغراض غير مرتبطة بتحسين صحة المرضى، مثل التأثير على سياسات التأمين أو الأغراض التجارية (Oudin et al., 2023).

2.6- التحيز الخوارزمي والعدالة :

يمثل التحيز الخوارزمي مصدر قلق بالغ الخطورة، إذ أنّ الخوارزميات تتعلّم من البيانات المتاحة التي قد تحمل في طياتها تحيّزات بنيوية مرتبطة بالعرق أو الجنس أو الطبقة الاجتماعية أو الدين (Ni & Jia, 2025; Okesanya et al., 2025). وفي مجال الصحة النفسية، حيث يرتبط السوء واللاسوء ارتباطاً وثيقاً بالسياق الثقافي والاجتماعي كما أشرنا سابقاً (حجازي، 2004، ص. 65)، فإنّ خوارزمية مدربة على بيانات ثقافة بعينها قد تصدر أحكاماً غير عادلة حين تطبق على سياق ثقافي مختلف.

3.6- الفراغ القانوني ومسؤولية الأضرار:

يطرح ظهور الأنظمة الذكية المستقلة تساؤلات جوهرية حول تحديد الطرف المسؤول عن الأضرار الناتجة عن قراراتها هل هو المبرمج أم الشركة المنتجة أم المستخدم أم الطبيب المشرف؟ ويرى كاكور أن الأطر القانونية الحالية تجد صعوبة في استيعاب هذا النوع الجديد من الكيانات، مما قد يؤدي إلى فراغ تشريعي خطير (Kaakour, 2017, p. 9). ويتضاعف هذا التحدي في مجال الطب النفسي، حيث قد يؤدي خطأ تشخيصي أو توصية علاجية خاطئة صادرة عن نظام ذكاء اصطناعي إلى عواقب وخيمة على حياة المريض.

4.6- تآكل المهارات الإنسانية المهنية :

من المخاوف التي أثارها الأطباء المشاركون في دراسة Doraiswamy وآخرين احتمال تراجع التفكير الإبداعي والاستقلالية المهنية لدى الأطباء حين يعتمدون بصورة متزايدة على توصيات الآلة. (Doraiswamy et al., 2020). وتؤكد Zhang و Zheng أن برامج التدريب الطبي الحديثة يجب أن تزود الأطباء النفسيين المستقبليين بالمهارات التقنية "الصلبة" لاستخدام الذكاء الاصطناعي، مع تعزيز ثقافتهم الإنسانية والأخلاقية "اللينة" (Zheng & Zhang, 2025). ولضمان ألا يتحول الطبيب من معالج مبدع إلى مجرد منفذ لتوصيات الخوارزمية. وهذه التحديات مجتمعة هي التي تدفعنا إلى تجاوز التفاصيل الجزئية نحو مناقشة أشمل تقيم المشهد كاملاً وتحدد موقعنا الحقيقي على خريطة العلاقة بين الإمكان التقني والحدود الإنسانية.

7- مناقشة عامة - بين الإمكان والحدود :

يتضح مما سبق أن مسألة دمج الذكاء الاصطناعي في الرعاية النفسية ليست مسألة تقنية صرفة، بل هي في جوهرها مسألة فلسفية وأخلاقية وإنسانية بالدرجة الأولى. فالذكاء الاصطناعي، كما رأينا، يتميز بقدرات تحليلية هائلة في التعامل مع البيانات الضخمة، وسرعة فائقة في رصد الأنماط واستخلاص الاستنتاجات، وإمكانية التوفر على مدار الساعة دون إرهاق أو تحيز انفعالي. وهذه مزايا حقيقية لا يمكن إنكارها، ولا سيما في سياق النقص الحاد في مقدمي الخدمات النفسية الذي تعانيه معظم دول العالم.

غير أن هذه المزايا تتحطم على صخرة الجوهر الإنساني للعلاج النفسي. فالتعاطف الذي رفض 83% من الأطباء النفسيين أن يستبدله الذكاء الاصطناعي (Doraiswamy et al., 2020) فهو ليس مجرد "مهارة" يمكن برمجتها، بل هو خبرة وجودية تنشأ من كون المعالج إنساناً عانى وتآلم وفرح وحزن، ويستطيع من خلال هذه الخبرة المشتركة في الإنسانية أن يفهم المريض فهماً يتجاوز تحليل كلماته إلى إدراك ما وراء الكلمات. وهذا بالضبط ما أكدته حجازي حين وصف الصحة النفسية الانتمائية بأنها تتجاوز الولاء الفردي إلى "الوحدة الحيوية مع المحيط" (حجازي، 2004، ص. 55).

إنّ ما نحتاجه حقاً ليس الاختيار بين الإنسان والآلة، بل بناء نموذج تعاوني يستثمر نقاط القوة في كلّ منهما. وكما قيل في العبارة الفلسفية العميقة التي استهلّ بها جاناسكيا مؤلفه: "كالشرارة، ينبثق الفكر أحياناً من تصادم الكلمات المتعارضة" (Ganascia, 2007, p. 9)، فإنّ التوتر البناء بين الإمكانيات التقنية والقيم الإنسانية يمكن أن يفضي إلى نموذج رعاية نفسية أرقى من كلا النموذجين على حدة.

ومن المنظور التطبيقي، يمكن تصوّر مستويات متدرّجة لدمج الذكاء الاصطناعي تراعي خصوصية كل مهمة فالمهام الإدارية والتوثيقية يمكن أن تستبدل إلى حدّ كبير، والمهام التحليلية والتشخيصية يمكن أن تعزز بأدوات الذكاء الاصطناعي مع إبقاء الكلمة الأخيرة للطبيب، أما المهام العلاجية المتمحورة حول التعاطف والحضور الإنساني فيجب أن تبقى حكرّاً على المعالج البشري، على أن يستعان بالتكنولوجيا في تحسين بيئة اللقاء العلاجي وتوفير أدوات مساعدة للمريض بين الجلسات..

وفي ضوء هذه الاستنتاجات، وانسجاماً مع ما أكّده الأدبيات المستعرّضة من ضرورة التكامل لا التنافس بين الذكاء الاصطناعي والكفاءة الإنسانية إذ ترى Zheng و Zhang أنّ الذكاء الاصطناعي يمكن أن يكون "شريكاً قوياً" لا "منافساً" للأطباء النفسيين، وأنّ الجمع بين التقنيات الذكية والرعاية الإنسانية يفضي إلى نظام أكثر كفاءة ودقة وتعاطفاً (Zheng & Zhang, 2025)، فيما يؤطّر Okesanya وآخرون هذا التكامل ضمن نموذج تعاوني تضطلع فيه الخوارزميات بالدقة التحليلية ودعم القرار، بينما يسهم الأطباء بالتعاطف والفهم السياقي والحكم الأخلاقي (Okesanya et al., 2025) يوصي هذا المقال بما يلي:

- تبني نموذج تعاوني واضح المعالم يحدّد أدوار الذكاء الاصطناعي والطبيب النفسي بدقة، ويضع البعد الإنساني في صلب الرعاية النفسية.
- تطوير أطر أخلاقية وقانونية صارمة تحمي خصوصية البيانات النفسية وتضمن عدالة الخوارزميات وشفافيتها.
- إعادة تصميم برامج التكوين الطبي النفسي لتضمّن مهارات تقنية في التعامل مع الذكاء الاصطناعي إلى جانب تعزيز القدرات الإنسانية والأخلاقية.
- إجراء دراسات ميدانية في السياق العربي والجزائري خاصة لاستقصاء تصوّرات الممارسين والمرضى حول دمج الذكاء الاصطناعي في الرعاية النفسية.
- مراعاة الخصوصيات الثقافية والاجتماعية عند تطوير أو استيراد تطبيقات الذكاء الاصطناعي في الصحة النفسية، لضمان ملاءمتها للسياق المحلي.

- المراجع:

المراجع العربية

1. أبو غزالة، طلال. (2024). البرمجة التفاعلية المسماة الذكاء الاصطناعي: آرائي وأقوالي كعامل معرفة (ط2). عمان: شركة طلال أبوغزالة للترجمة والتوزيع والنشر.
2. بن عبد النور، عادل عبد النور. (2005). مدخل إلى عالم الذكاء الاصطناعي. مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.
3. جلال، سعد. (1986). في الصحة العقلية. القاهرة: دار المعارف.
4. حجازي، مصطفى. (2004). الصحة النفسية (ط2). الدار البيضاء، المغرب: المركز الثقافي العربي.
5. حسين، فالح حسين. (2013). علم النفس المرضي والعلاج النفسي (ط1). الأردن: مركز ديبونو للنشر والتوزيع.
6. الطحان، محمد خالد. (1987). مبادئ الصحة النفسية. دبي: دار القلم.

المراجع الأجنبية

1. Doraiswamy, P. M., Blease, C., & Bodner, K. (2020). Artificial intelligence and the future of psychiatry: Insights from a global physician survey. *Artificial Intelligence in Medicine*, 102, 101753. <https://doi.org/10.1016/j.artmed.2019.101753>
2. Ganascia, J.-G. (2007). *L'intelligence artificielle*. Paris: Éditions le cavalier bleu.
3. Kaakour, N. (2017). *L'intelligence artificielle et la responsabilité civile délictuelle*. Mémoire de DEA non publié, Université Libanaise, Liban
4. Nevejans, N. (2016). Règles européennes de droit civil en robotique (Étude pour la Commission des affaires juridiques du Parlement européen). Parlement européen.
5. Ni, Y., & Jia, F. (2025). A scoping review of AI-driven digital interventions in mental health care: Mapping applications across screening, support, monitoring, prevention, and clinical education. *Healthcare (Basel)*, 13(10), 1205. <https://doi.org/10.3390/healthcare13101205>
6. Okesanya, O. J., Adebayo, U. O., Ngwoke, I., Agboola, A. O., Atewologun, F. A., Ajayi, S. B., & Al-Hassan, M. A. (2025). Artificial intelligence in psychiatry: Transforming diagnosis, personalized care, and future directions. *Exploration of Digital Health Technologies*, 3, 101174. <https://doi.org/10.37349/edht.2025.101174>

7. Oudin, A., Maatoug, R., Bourla, A., Ferreri, F., Bonnot, O., & Millet, B. (2023). Digital phenotyping: Data-driven psychiatry to redefine mental health. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e44502. <https://doi.org/10.2196/44502>
8. Russell, S., & Norvig, P. (2022). *Artificial intelligence: A modern approach* (4th ed.). Pearson.
9. Zheng, H., & Zhang, X. (2025). Psychiatry in the age of AI: Transforming theory, practice, and medical education. *Frontiers in Public Health*, 13, 1660448. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1660448>

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

برة جمال الدين رقيق، بيرم سعيدة صغير، (2026)، الصحة النفسية والذكاء الاصطناعي بين إمكانيات الدمج وحدوده ، مجلة أنسنه للبحوث و الدراسات، المجلد 17 (العدد 1)، الجزائر : جامعة زيان عاشور الجلفة، ص.ص 41-28.