

الصحة النفسية والعلاج النفسي

تأليف

الدكتور حامد عبد السلام زهران

استاذ الصحة النفسية
كلية التربية — جامعة عين شمس

الطبعة الثانية

١٩٧٨

الإهداء

الى المهتمين بالصحة النفسية والعلاج النفسى

- الى المعالجين النفسيين .
- الى المرشدين النفسيين .
- الى الاخصائيين النفسيين .
- الى اطباء النفسيين .
- الى الاخصائيين الاجتماعيين .
- الى المربين .
- الى الوالدين .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

«لرب اشرح لى صدرى، ويسر لى امرى، واحلل عقدة من لسانى يفقهوا قولى»

تقديم

عزيزى القارىء : المعالج والمرشد والاختصاصى والطبيب النفسى والاختصاصى الاجتماعى والمربى والوالد وطالب الصحة النفسية والعلاج النفسى .

أقدم لك هذا الكتاب فى الصحة النفسية والعلاج النفسى .

وأود أن أشير الى أن اهتمامى فى هذا الكتاب كان موجها الى التركيز على ما يحتاجه المهتمون بالصحة النفسية من معلومات أساسية لأغراض الانماء والوقاية وما يحتاجه المعالجون النفسيون من دليل قبل استقبال الحالة وحين الفحص والتشخيص واثناء عملية العلاج النفسى وبعدها .

وكان اهتمامى موجها الى الناحية العملية أكثر من الناحية النظرية والى أحدث التطورات العلمية أكثر من النظريات التاريخية . ولقد حاولت بكل ما استطعت الوقوف على أحدث ما كتب وآخر النتائج التى ظهرت فى الدوريات العلمية فى الصحة النفسية والعلاج النفسى . والاستراتيجية التى اتبعتها فى هذا الكتاب هى إلغاء الحدود المصطنعة بين الصحة النفسية والعلاج النفسى من ناحية وبين الطب النفسى من ناحية أخرى .

وأرجو أن يتابع القارىء فصول الكتاب متتالية حسب ترتيبها . أن كل فصل يهدف لما يليه من فصول . ففى الفصل الاول تناولت المفاهيم الأساسية فى الصحة النفسية والتوافق النفسى والوقاية من المرض النفسى والشخصية والجهاز العصبى والقيت نظرة تاريخية على الصحة النفسية والعلاج النفسى . وفى الفصل الثانى تناولت أسباب الأمراض النفسية ففصلت الأسباب الحيوية والأسباب النفسية والأسباب البيئية . وفى الفصل الثالث تناولت أعراض الأمراض النفسية وتصنيفها . وفى الفصل الرابع تناولت الفحص والتشخيص والمآل . وفى الفصل الخامس تناولت العلاج النفسى . ففصلت المفاهيم العامة فى العلاج وطرق العلاج النفسى . وفى الفصل السادس تناولت الأمراض النفسية وعلاجها ففصلت العصاب والذهان والأمراض النفسية الجسمية والمشكلات النفسية .

وهذه بعض التوجيهات حول « كيف تستخدم هذا الكتاب » :

* اقرأ مقدمة كل فصل ، ثم استعرض العناوين الرئيسية والعناوين الفرعية والكلمات أو العبارات المميزة ، فهي تمثل الفكرة الرئيسية لكل فقرة .

* اسأل نفسك باستمرار : ماذا أريد أن أعرف ؟ وماذا يريد المؤلف أن يقول ؟

* اقرأ قراءة جيدة فاهمة ناقدة . وسوف تلاحظ ذكر كثير من المراجع في مواضع كثيرة من الكتاب وذلك من باب اعطاء كل ذى حق حقه . وللقارئ غير المتخصص أن يتجاوز عنها ، وعالى القارئ المتخصص الاهتمام بها للتوسع والاستزادة . وقد اشرت الى المراجع بطريقة ذكر اسم المؤلف وسنة نشر المرجع بين قوسين . ويرجع الى قائمة المراجع في نهاية الكتاب وهى مرتبة ترتيبا أبجديا .

* وجه اهتمامك الى الرسوم والصور ووسائل الايضاح الاخرى .

* بلور في النهاية كل ما وجدت وكل ما عرفت وحدد فائدته وتطبيقاته العملية .

* راجع ماقرات كوحدة متكاملة . انظر مرة اخرى في العناوين الرئيسية والعناوين الفرعية والافكار الرئيسية في كل فقرة .

* لاحظ سلوك الناس فعلا في الحياة اليومية وفي مواقف الحياة الحقيقية .

* طبق كل ماتعلمه ، اجعله واقعا ملموسا له معنى في الحياة العملية . طبقه مع كل من تتعامل معهم .

* عدل وغير سلوكك في ضوء ما تعلمت .

وهذه كلمة شكر اقدمها الى والدى واساتذتى اعترافا بفضلهن في تربيته . واشكر لطلابى ما تعلمته منهم بقدر ما علمتهم . واشكر زوجتى على تشجيعها ومساعدتها القيمة .

والله اسأل ان اكون قد وفقت في تقديم هذا الجهد المتواضع خلاصة خبرتى في تدريس علم الصحة النفسية وخلاصة خبرتى في ممارسة العلاج النفسى . وارجو ان يكون في هذا الكتاب افادة للقارئ واستشارة للباحث لمزيد من الاطلاع والبحث في الصحة النفسية والعلاج النفسى .

اللهم علمنى ما ينفعنى وانفعنى بما علمتنى وزدنى علما .

القاهرة في يناير ١٩٧٤

الدكتور حامد زهران

تقديم الطبعة الثانية

يسعدنى أن أقدم الطبعة الثانية من كتاب « الصحة النفسية والعلاج النفسى » الى المهتمين بالصحة النفسية والعلاج النفسى من معالجين ومرشدين وأخصائيين وأطباء نفسيين وأخصائيين اجتماعيين ومربين وطلاب.

وأود أن أسجل جزيل شكرى الى كل من لفت نظرى الى ما كان فى الطبعة الاولى محتاجا الى مزيد من الشرح أو التبسيط أو الايضاح . واننى أؤكد هنا ان هذا الكتاب قد وضع أساسا لمن قطع شوطا من الدراسة فى علم النفس والم بداخله ومبادئه .

وفى هذه الطبعة أضفت شروحا موجزة فى هوامش الكتاب للعديد من المصطلحات . وتم تعديل بعض أجزاء الكتاب فى ضوء الدراسات والبحوث التى قمت بها بعد الطبعة الاولى . وتم إضافة بعض الفقرات فى ضوء البحوث والدراسات التى ظهرت بعد الطبعة الاولى . وتم تعديل وإضافة عدد كبير من الرسوم والأشكال الإيضاحية .

وأرجو أن أكون قد وفقت فيما عدلت وأضفت .

والله ولى التوفيق

القاهرة فى يوليو ١٩٧٧

المؤلف

الفصل الأول

مفاهيم أساسية في الصحة النفسية

- * الصحة النفسية
- * التوافق النفسي
- * الوقاية من المرض النفسي
- * التشخيصية .
- * الجهاز العصبي
- * تاريخ الصحة النفسية والعلاج النفسي



الصحة النفسية

العلاج النفسي

المرض النفسي

(شكل ١)

الصحة النفسية

MENTAL HEALTH

علم الصحة النفسية Mental Hygiene

علم الصحة النفسية هو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسى ، ما يؤدى اليها وما يحققها ، وما يعوقها ، وما يحدث من مشكلات واضطرابات وامراض نفسية ، ودراسة اسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها .

ان علم النفس بصفة عامة يدرس السلوك في سوائه وانحرافه . وعلم النفس يخدم علم الصحة النفسية من خلال دراساته العلمية عن طريق الوقاية والعلاج . ويمكن النظر الى علم النفس على انه « علم صحة » حيث انه يقدم خدماته في مجال الصحة ، وخاصة الصحة النفسية والعلاج النفسى حيث تطرق كل مبادئ وطرق علم النفس في علاج المشكلات والاضطرابات السلوكية والامراض النفسية . وان فروع علم النفس المرضى وعلم النفس العلاجى وعلم النفس التحليلى والعلاج النفسى وما تتناوله من موضوعات ومجالات لخير دليل على العلاقة بين علم النفس والصحة .

الصحة النفسية (١) : Mental Health

يمكن تعريف **الصحة النفسية** بأنها حالة دائمة نسبيا ، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصا وانفعاليا واجتماعيا اى مع نفسه ومع بيئته) ، ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ، ومع الآخرين ، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكانياته الى اقصى حد ممكن ، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة ، وتكون شخصيته متكاملة مسبوقة ، ويكون سلوكه عاديا ، بحيث يعيش فى سلامة وسلام .

والصحة النفسية حالة ايجابية تتضمن التمتع بصحة العقل والجسم ، وليست مجرد غياب أو الخلو أو البرء من اعراض المرض النفسى . وانظر الى تعريف منظمة الصحة العالمية WHO للصحة بأنها حالة من الراحة الجسمية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد عدم وجود المرض .

(١) فيلم تعامى « الصحة النفسية » .

والصحة النفسية شقان : اولهما شق نظري علمي يتناول الشخصية والدوافع والحاجات واسباب الامراض النفسية واعراضها وحيصل الدفاع النفسي والتوافق ، وتعليم الناس وتصحيح المفاهيم الخاطئة، واعداد وتدريب الاختصاصيين والقيام بالبحوث العلمية . والشق الثاني تطبيقي علمي يتناول الوقاية من المرض النفسي وتشخيص وعلاج الامراض النفسية .

المرض النفسي : Mental Illness

يمكن تعريف المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ، نفسي المشا ، يبدو في صورة اعراض نفسية وجسدية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص غيبوق توافقه النفسي ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه .

والمرض النفسي انواع ودرجات . فقد يكون خفيفا يضى بعض الغرابة على شخصية المريض وسلوكه . وقد يكون شديدا حتى لقد يدفع بالمريض الى القتل او الانتحار . وتباين اعراض المرض النفسي تباينا كبيرا من المبالغة في الاتاقة الى الانفصال عن الواقع والعيش في عالم من الخيال . ويتوقف علاج المرض النفسي على نوعه ومداه وحدته . وتعالج بعض الحالات بزيارات منزلية لاحد المعالجين النفسيين بينما تحتاج بعض الحالات الى العلاج في المستشفى . والامراض النفسية كثيرة ومنشرة ويزيد عددها عن عدد حالات فشل الاطفال ومرض القلب والسرطان مجتمعة . ولم يعد المرض النفسي الآن وصمة عار كما كان سابقا بعد ان اخذ كل مريض طريقه نحو العلاج والتشفاء .

وهناك فرق بين المرض النفسي والسلوك المرضي . فالسلوك المرضي سلوك عابر يلونه الاضطراب الذي يشاهد كاحد اعراض المرض النفسي . فقد نشاهد السلوك الهستيري لدى شخص سوى ، وقد نشاهد السلوك الهوسي لدى شخص عادي . وهذا يختلف عن الشخص المريض بالهستيريا او الفرد المريض بالهوس .

ملاحظات على الصحة النفسية والمرض النفسي :

الصحة النفسية والمرض النفسي مفهومان لا يفهم احدهما الا بالرجوع الى الاخر .

والاختلاف بين الصحة النفسية والمرض النفسي مجرد اختلاف في الدرجة وليس في النوع .

ومن المعلوم انه لا يوجد « نموذج مثالي » يساعدنا في التفريق الحاد بين الصحة النفسية والمرض النفسي (كولمان Coleman ، ١٩٧٢) .

السوية (العادية) : Normality

السوية هي القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها .
والسلوك السوى هو السلوك العادى أى المألوف والغالب على حياة غالبية الناس .

والشخص السوى هو الشخص الذى يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادى فى تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون سعيدا ومتوافقا شخصيا وانفعاليا واجتماعيا .

اللاسوية (التشوذ) : Abnormality

اللاسوية هي الانحراف عما هو عادى والتشوذ عما هو سوى .
واللاسوية حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه و/أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد و/أو حماية المجتمع منه .
والشخص اللاسوى هو الشخص الذى ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادى فى تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصيا وانفعاليا واجتماعيا .

معايير السوية واللاسوية :

يعتبر السلوك سويا أو لاسوى حسب المعايير التالية :
المعيار الذاتى : حيث يتخذ الفرد من ذاته اطارا مرجعيا يرجع اليه فى الحكم على السلوك بالسوية واللاسوية .
المعيار الاجتماعى : حيث يتخذ من مسابقة المعايير الاجتماعية اساسا للحكم على السلوك بالسوية او اللاسوية . فالسوى هو المتوافق اجتماعيا واللاسوى هو غير المتوافق اجتماعيا .
المعيار الاحصائى : حيث يتخذ المتوسط أو النوال أو الشائع معيارا يتمثل السوية وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو الناقص (١) .

المعيار المثالى : حيث يعتبر السوية هي المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه ، واللاسوية هي الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال .

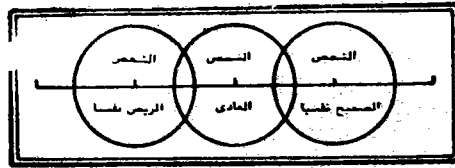
ملاحظات على السوية واللاسوية :

السوية واللاسوية مفهومان لا يفهم احدهما الا بالرجوع الى الآخر .
والفرق فرق فى الدرجة (وليس فى النوع) بين السوى واللاسوى وبين

(١) ما زاد عن الحد انقلب الى الضد ، « والزائد اخو الناقص » .

العادى والشاذ أو بين الصحة النفسية والمرض النفسى . أى أن الأفراد يمكن ترتيبهم على متصل مستمر بين السوية واللاسوية وبين العيادية والشذوذ وبين الصحة النفسية والمرض النفسى (شكل ٢) . يقول صلاح مخيمر (١٩٧٧) مؤكدا هذا المعنى : « إذا كانت السوية حولا انشائية (ايجابية تبلغ الى الابتكار أحيانا) لمشكلات الحياة ، وأن تكون حولا نكوصية تفكيكية تتباين انتظاماتها من الاعصبة الى الازنهة »

ويلاحظ أن السوية واللاسوية مفهومان نسبيان فى مراحل العمر المختلفة وفى الأزمنة المختلفة وفى الثقافات المختلفة .



(شكل ٢) متصل الصحة النفسية والمرض النفسى

مناهج الصحة النفسية :

هناك ثلاثة مناهج أساسية فى الصحة النفسية :

المناهج الإنمائية development : وهو منهج انشائى يتضمن من زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم الى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية . ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانيات وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسيا وتربويا ومهنيا) ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسيما وعقليا واجتماعيا وانفعاليا بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوى تحقيقا للنضج والتوافق والصحة النفسية .

المناهج الوقائية preventive : ويتضمن الوقاية من الوقوع فى المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية . ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقبهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها ، ويرعى نموهم النفسى السوى ويهيئ الظروف التى تحقق الصحة النفسية . وللمنهج الوقائى مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض ثم محاولة تشخيصه فى مرحلته الأولى بقدر الإمكان ثم محاولة تقليل أثر عاقبته وإزمان المرض . وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائى فى الإجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والنواحي التناسلية ، والإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسى السوى ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهنى والمساندة أثناء الفترات الحرجة والتنشئة الاجتماعية السليمة ، والإجراءات الوقائية الاجتماعية الخاصة بالدراسات والبحوث

العلمية ، والتقييم والمتابعة ، والتخطيط العلمى للاجراءات الوقائية . ويطلق البعض على المنهج الوقائى اسم « التحصين النفسى » .

المنهج العلاجى remedial : ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والامراض النفسية حتى العودة الى حالة التوافق والصحة النفسية ويهتم هذا المنهج بنظريات المرض النفسى واسبابه وتشخيصه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية .

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية :

تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية المريضة . وفيما يلى اهم هذه الخصائص :

التوافق : ودلائل ذلك : التوافق الشخصى ويتضمن الرضا عن النفس والتوافق الاجتماعى ويشمل التوافق الاسرى والتوافق المدرسى والتوافق المهنى والتوافق الاجتماعى بمعناه الواسع .

الشعور بالسعادة مع النفس (١) : ودلائل ذاك : الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماض نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق واستغلال والاستفادة من مسرات الحياة اليومية ، واشباع الدوافع والحاجات النفسية الاساسية ، والشعور بالامن والطمأنينة والثقة ، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات ، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها ، ونمو مفهوم موجب للذات ، وتقدير الذات حق قدرها .

الشعور بالسعادة مع الآخرين : ودلائل ذاك : حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم ، والاعتقاد فى ثقتهم المتبادلة ، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين « التكامل الاجتماعى » ، والقدرة على اقامة علاقات اجتماعية سليمة ودائمة « الصداقات الاجتماعية » ، والانتماء لاجماعة والقيام بالدور الاجتماعى المناسب والتفاعل الاجتماعى السليم ، والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين ، والاستقلال الاجتماعى ، والسعادة الاسرية، والتعاون وتحمل المسؤولية الاجتماعية .

تحقيق الذات واستغلال القدرات : ودلائل ذلك : فهم النفس والتقييم

(١) ليس هناك مستحضرات للصحة النفسية مثل السعادة .

ومما ننصح به فى هذا المقام « اجعل السعادة عادة . وابحث عن فرصة للضحك كل يوم » ، فساعة الحظ لا تعوض .

ولقد ذهب العلماء والفلاسفة من قديم الزمن الى أن أسس السعادة الانسانية هى : الايمان ، الحكمة ، الشجاعة ، العفة ، العدالة — وهى قمة الكمالات الانسانية .

الواقعي الموضوعي للقدرات والامكانيات والطاقات ، وتقبل نواحي القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعيا ، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترام الفروق بين الافراد ، وتقدير الذات حق قدرها ، واستغلال القدرات والطاقات والامكانيات الى أقصى حد ممكن ، ووضع اهداف ومستويات طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها ، وامكان التفكير والتقرير الذاتي ، وتنوع النشاط وشموله ، وبذل الجهد في العمل والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه ، والكفاية والانتاج .

القدرة على مواجهة مطالب الحياة : ودلائل ذلك : النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية ، والعيش في الحاضر والواقع والبصيرة والرؤى والايجابية في مواجهة الواقع ، والقدرة على مواجهة احباطات الحياة اليومية ، وبذل الجهود الايجابية من اجل التغلب على مشكلات الحياة وحلها ، والقدرة على مواجهة معظم المواقف التي يقابلها ، وتقدير وتحمل المسؤوليات الاجتماعية ، وتحمل مسئولية السلوك الشخصي ، والسيطرة على الظروف البيئية كلما امكن والتوافق معها ، والترحيب بالخبرات والافكار الجديدة .

التكامل النفسي : ودلائل ذلك : الاداء الوظيفي الكامل المتكامل المتناسق للشخصية ككل (جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا) ، والتمتع بالصحة ومظاهر النمو العادي .

السلوك العادي : ودلائل ذلك : السلوك السوي العادي المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين ، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي ، والقدرة على التحكم في الذات وضبط النفس .

العيش في سلامة وسلام : ودلائل ذلك : التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية والصحة الاجتماعية ، والسلم الداخلي والخارجي ، والاقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها ، والتخطيط للمستقبل بثقة وامل .

الصحة النفسية في الاسرة :

الاسرة تعتبر أهم عوامل التنشئة الاجتماعية . وهي المثلة الاولى للثقافة وأقوى الجماعات تأثيرا في سلوك الفرد ، وهي التي تسهم بالقدر الأكبر في الاشراف على النمو الاجتماعي للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه .

وللأسرة وظيفة اجتماعية ونفسية هامة . فهي المدرسة الاجتماعية الاولى للطفل وهي العامل الاول في صيغ سلوك الطفل بصيغة اجتماعية .

ونحن نعلم أن السنوات الأولى من حياة الطفل تؤثر في التوافق النفسي أو سوء التوافق حيث يكون الأطفال شديدي التأثير بالتجارب المؤلمة والخبرات الصادمة .

وللأسرة خصائص هامة منها انها الوحدة الاجتماعية الاولى التي ينشأ فيها الطفل ، وهى المسئولة عن تنشئة الطفل اجتماعيا وهى التى تعتبر النموذج الامثل للجماعة الاولى التى يتفاعل الطفل مع أعضائها وجها لوجه ويتوحد مع أعضائها ويعتبر سلوكهم سلوكا نموذجيا يحتذيه .

وتستخدم الاسرة أساليب نفسية عديدة أثناء التنشئة الاجتماعية للطفل مثل الثواب « المادى والمعنوى » والعقاب « المادى والمعنوى » والمشاركة فى المواقف والخبرات بقصد تعليم السلوك والاستجابات والتوجيه المباشر والتعليم .

وقد أجريت عدة بحوث حول دور الاسرة فى عملية التنشئة الاجتماعية للطفل واثرت ذلك فى سلوكه ووضحت هذه البحوث ما يلى : —

* ان المجتمع الواحد يوجد فيه فروق فى التنشئة الاجتماعية بين طبقة وطبقة وبين أسرة وأسرة ، وان الطبقة الاجتماعية الدنيا أكثر تسامحا فى عملية التنشئة الاجتماعية .

* ان نظام التغذية الذى تتبعه الأم مع الطفل فى مرحلة الرضاعة يؤثر فى حركة ونشاط الطفل . ويجب إتاحة الفرصة الكافية للامتصاص فى فترة الرضاعة وتنظيم مواعيد الرضاعة وعدم القسوة فى الفطام والفطام المتدرج ، والفطام فى الوقت المناسب .

* ان أسلوب ضبط عملية الإخراج فى الطفولة يرتبط فى الطفولة بالبخل والحرص والترتيب والنظام فى الكبر ، ويجب اعتدال الوالدين فى التدريب على الإخراج .

* كلما كانت عمية التنشئة الاجتماعية للطفل سليمة وكلما قل نبذ الوالدين له وكلما كانت اتجاهاتهم متعاطفة وكلما قل الاحتياط فى المنزل قل الدافع الى العدوان عند الطفل . وللتنشئة الاجتماعية اثر فى الميل الى العدوان وضبطه عند الافراد .

* ان الحماية الزائدة من جانب الوالدين لادغالهم والتزمت والتشدد فى نظام الرضاعة والفطام تؤدي الى الاعتماد على الغير والانتكالية ، وتربية الأطفال فى المؤسسات تجعلهم أكثر ميلا الى البلادة وأكثر عزوبا عن التفاعل الاجتماعى وأكثر انتكالية وأكثر حاجة الى انتباه الآخرين ومودتهم .

* ان المستوى الاجتماعى الاقتصادى المتوسط والأعلى والاستقرار الاقتصادى أفضل بالنسبة للصحة النفسية للطفل .

* لمن نوجيه الأزواج قبل الزواج واثناءه عملية ضرورية وواجبة ضمانة للصحة النفسية لهما وللأسرة بأسرها .

وتؤثر العلاقات بين الوالدين على صحة الطفل النفسية على النحو التالي :

- * السعادة الزوجية تؤدي الى تماسك الاسرة بما يخلق جوا يساعد على نمو الطفل الى شخصية متكاملة ومتزنة .
- * الوفاق والعلاقات السوية بين الوالدين تؤدي الى اشباع حاجة الطفل الى الامن النفسي والى توافقه النفسى .
- * الاتجاهات الانفعالية السوية واتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزوجية ونحو الوالدية تؤدي الى استقرار الاسرة والصحة النفسية لكافة افرادها .
- * التعاسة الزوجية تؤدي الى تفكك الاسرة مما يخلق جوا يؤدي الى نمو الطفل نموا نفسيا غير سوى .
- * الخلافات بين الوالدين تخلق مؤثرا يشيع في جو الاسرة مما يؤدي الى انماط السلوك المضطرب لدى الطفل كالغيرة والاثانية والشجار وعدم الاتزان الانفعالى .
- * المشكلات النفسية للزوجين والسلوك الشاذ الذى قد يقوم به يهدد استقرار الجو الاسرى والصحة النفسية لكافة افرادها .

وتؤثر العلاقات بين الوالدين والطفل على صحته النفسية على النحو التالي :

- * العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة تساعد الطفل فى ان ينمو الى شخص يحب غيره ، ويتقبل الآخرين ويثق فيهم .
- * العلاقات السيئة والاتجاهات السالبة والظروف غير المناسبة تؤثر تأثيرا سينا على النمو النفسى وعلى الصحة النفسية للطفل .

وتؤثر العلاقات بين الاخوة على الصحة النفسية على النحو التالي :

- * العلاقات المسمجة بين الاخوة الخالية من تفضيل طفل على طفل او جنس على جنس المشبعة بالتعاون الخالصة من التنافس تؤدي الى النمو النفسى السليم للطفل .

هذا ويجب ان يعمل الوالدان حساب سيكولوجية الطفل الوحيد والطفل الاكبر والطفل الاصغر والطفل الاوسط .

والعلاقات بين الاسرة والمدرسة مهمة للغاية وخاصة علاقات التعاون

لتبادل المعلومات والتوجيهات فيما يتعلق نمو الطفل . وتقوم مجالس الآباء والمعلمين بدور كبير في هذا الصدد .

كذلك فإن العلاقات الأسرية وبقيّة العوامل المؤثرة في النمو النفسي للطفل مهمة أيضا وخاصة المدرسة ووسائل الاعلام ودور العبادة وجماعة الرفاق .

وعلى العموم يجب العمل على تدعيم العلاقات الأسرية حتى يتحقق أثرها النافع على صحة الطفل النفسية ويجب تلافى تصدعها الذى يؤثر تأثيرا ضارا . ومن أهم هذه الأسباب انهيار الجو الأسرى بسبب موت أحد الوالدين أو كليهما أو هجران أحد الوالدين أو كليهما للطفل أو الانفصال أو الطلاق أو السجن والادمان والمجون وعدم الامانة والفقر والبطالة والتشرد والازدحام ونقص وسائل الراحة أو اضطراب العلاقات الزوجية الخاصة .

وهكذا نجد ان الجو الأسرى الذى يساعد على النمو النفسى السوى والصحة النفسية يجب أن يتسم بما يلى : (راجع التطبيقات التربوية لعلم نفس النمو فى جميع مراحله ، حامد زهران ، ١٩٧٧) .

- * اشباع الحاجات النفسية وخاصة الحاجة الى الانتماء والامن والحب والاهمية والقبول والاستقرار .
- * تنمية القدرات عن طريق اللعب والخبرات البناءة والممارسة الموجهة .
- * تعليم التفاعل الاجتماعى واحترام حقوق الآخرين والتعاون والايثار .
- * تعليم الذوايق النفسى (الشخصى والاجتماعى) .
- * تكوين الاتجاهات السليمة نحو الوالدين والاخوة الآخرين .
- * تكوين العادات السليمة الخاصة بالتغذية والكلام والنوم .. الخ .
- * تكوين الافكار والمعتقدات السليمة .

من هذا انجمل دور الأسرة فى الصحة النفسية للطفل فيما يلى :

- * الأسرة تؤثر على النمو النفسى (السوى وغير السوى) للطفل ، وتؤثر فى تكوين شخصيته وظيفيا وديناميا ، فهى تؤثر فى نموه الجسمى ونموه العقلى ونموه الانفعالى ونموه الاجتماعى .
- * الأسرة السعيدة تعتبر بيئة نفسية صحية للنمو تؤدي الى سعادة الطفل وصحته النفسية .
- * الأسرة المضطربة تعتبر بيئة نفسية سيئة للنمو ، فهى تكون بمثابة مرتع خصب للانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والاجتماعية .
- * الخبرات الأسرية التى يتعرض لها الطفل فى السنوات الاولى من عمره تؤثر تأثيرا هاما فى نموه النفسى .

ويُلخص جدول (١) الظروف غير المناسبة في الأسرة وأثارها على
الصحة النفسية للطفل :

جدول (١)

آثارها على الصحة النفسية	الظروف غير المناسبة
- الشعور بعدم الامن - الشعور بالوحدة - محاولة جذب انتباه الآخرين - السلبية - والخضوع - أو الشعور العدائي والتمرد - عدم القدرة على تبادل العواطف - - الخدل - العصبية - سوء التوافق .	الرفض (أو الإهمال ونقص الرعاية)
- عدم القدرة على مواجهة الضغوط - البيئة ومواجهة الواقع - الخضوع - - القلق - عدم الامن - كثرة المطالب - عدم - الاتزان الانفعالي - قصور النضج - - الانانية .	الحماية الزائدة
- الانانية - رفض السلطة - عدم الشعور - بالمسئولية - عدم التحمل - الإفراط في - الحاجة الى انتباه الآخرين .	التدليل
- الاستسلام والخضوع أو التمرد - عدم - الشعور بالكفاءة - نقص المبادأة - الاعتماد - السلبى على الآخرين - قمع وكبت استجابات - النمو السلبية - عدم التوافق مع متطلبات - النضج .	التسلط (والسيطرة)
- الجهود - الصراع النفسى - الاحساس - بالاثم - اتهام الذات - امتهان الذات .	- المغالاة في المستويات - الخلقية المطلوبة
- المغالاة في اتهام الذات - السلبية - عدم - الانطلاق - التوتر - السلوك العدائى .	- فرض النظم الجامدة (النقد)
- عدم تماسك قيم الطفل وتضاربها وعدم - الثبات الانفعالي - التردد في اتخاذ - القرارات .	- مشكلات النظام - والتضارب في النظام - المتبعة

آثارها على الصحة النفسية	الظروف غير المناسبة
القلق — التوتر — الشعور بعدم الامن — الحرمان الانفعالي — الميل نحو النظر الى العالم كمكان غير آمن — ظهور اضطرابات نفسية جسمية والاكتئاب والقلق .	— الزواج غير السعيد
عدم الشعور بالامن — عدم الاستقرار — العزلة — عدم وجود من يمثل قيمهم واساليبهم السلوكية — الخوف من المستقبل .	— انفصال الوالدين أو الطلاق
العداء والكراهية — الشعور بعدم الامن — عدم الثقة بالنفس — النكوص .	— اضطرابات العلاقات بين الاخوة
الخوف — الشعور بعدم الامن — استخدام الحيل العصابية التي يستخدمها الوالدان .	— الرالدان العصائيان
الاحباط — الشعور بالاثم — اتهان الذات — الشعور بالنقص .	— المثالية وارتفاع مستوى الطموح
الشعور بالعجز والخوف — العناد — الشقاوة .	— التدريب الخاطيء على عملية الاخراج
الخجل — الشعور بالذنب — اضطراب التوافق الجنسي — الانحرافات الجنسية .	— اخطاء التربية الجنسية

الصحة النفسية في المدرسة :

المدرسة هي المؤسسة الرسمية التي تقوم بعملية التربية ، ونقل الثقافة المتطورة وتوفير الظروف المناسبة للنمو جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا .

وعندما يبدأ الطفل تعليمه في المدرسة يكون قد قطع شوطا لا بأس به في التشيئة الاجتماعية في الاسرة ، فهو يدخل المدرسة مزودا بالكثير من المعلومات والمعايير الاجتماعية والقيم والاتجاهات . والمدرسة توسع

دائرة هذه المعلومات والمعايير والقيم والاتجاهات في شكل منظم — وفي المدرسة يتفاعل التلميذ مع مدرسيه وزملائه ويتأثر بالمنهج الدراسي بمعناه الواسع علما وثقافة وتنمو شخصيته من كافة جوانبها .

وفيما يلي بعض مسئوليات المدرسة بالنسبة للنمو النفسي والصحة النفسية للتلميذ :

* تقديم الرعاية النفسية الى كل طفل ومساعدته في حل مشكلاته والانتقال به من طفل يعتمد على غيره الى راشد مستقل معتمدا على نفسه متوافقا نفسيا .

* تعليمه كيف يحقق أهدافه بطريقة ملائمة تتفق مع المعايير الاجتماعية مما يحقق توافقه الاجتماعي .

* مراعاة قدراته في كل ما يتعلق بعملية التربية والتعليم .

* الاهتمام بالتوجيه والارشاد النفسي والتربوي والمهني للتلميذ .

* الاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية في تعاون مع المؤسسات الاجتماعية الاخرى وخاصة الاسرة .

* مراعاة كل ما من شأنه ضمان نمو الطفل نموا نفسيا سليما .

وتستخدم المدرسة اساليب نفسية عديدة أثناء تربية التلاميذ منها دعم القيم الاجتماعية عن طريق المناهج ، وتوجيه النشاط المدرسي بحيث يؤدي الى تعليم الاساليب السلوكية المرغوبة والى تعليم المعايير والادوار الاجتماعية والقيم ، والثواب والعقاب ، وممارسة السلطة المدرسية في عملية التعليم ، والعمل على فطام الطفل انفعاليا عن الاسرة بالتدرج ، وتقديم نماذج صالحة للسلوك السوى — اما في شكل نماذج تدرس لهم او نماذج يقدمها المدرسون في سلوكهم اليومي مع التلاميذ .

وتؤثر العلاقات الاجتماعية في المدرسة على الصحة النفسية للتلميذ والتوافق المدرسي على النحو التالي :

* العلاقات بين المدرس والتلاميذ التي تقوم على اساس من الديمقراطية والتوجيه والارشاد السليم تؤدي الى حسن العلاقة بين المدرس والتلاميذ والى النمو التربوي والنمو النفسي السليم .

* العلاقات بين التلاميذ بعضهم وبعض التي تقوم على اساس من التعاون والفهم المتبادل تؤدي الى الصحة النفسية .

* العلاقات بين المدرسة والاسرة ، التي تكون دائمة الاتصال (وخاصة عن طريق مجالس الآباء والمعلمين) تلعب دورا هاما في احداث عملية التكامل بين الاسرة والمدرسة في عملية رعاية النمو النفسي للتلاميذ .

وتتعدد مجالات تطبيق الصحة النفسية في المدرسة ، في فلسفتها وفي ادارتها وفي مناهجها ومدرسيها والعناية بتلاميذها والعلاقات بين المدرسة والاسرة ... الخ .

ان المدرسة التقدمية والتربية التقدمية — بعكس المدرسة التقليدية والتربية التقليدية — رسالتها التربية بمعناها الواسع . فالتربية عملية حياة يتعلم فيها الفرد الحياة عن طريق نشاطه هو ويتوجيه من المربي . ووظيفة المدرسة التقدمية وهدف التربية التقدمية هي تكوين ونمو وتوجيه شخصية التلميذ من كافة جوانبها جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا في توازن ونوازن .

ان التحصيل العلمى واكتساب المعارف والمعلومات ليس — ولا ينبغي ان يكون — بؤرة تركيز المدرسة ، ولكن يجب ان يضاف الى ذلك الاهتمام بتوافق التلميذ شخصيا واجتماعيا وبصحته النفسية والجسمية ويتكوين عادات سلوكية سليمة واتجاهات موجبة نحو المدرسة ونحو العمل ونحو الاشخاص بصفة عامة حتى يشب انسانا صالحا .

وفى وضع المناهج يجب عمل حساب الصحة النفسية للتلاميذ والمربين ايضا . فيجب ان تكون المناهج مناسبة تراعى حاجات التلاميذ وقدراتهم . ويجب ان يكون المنهج مرتبطا بمواقف الحياة الطبيعية والعمل على احداث التوافق مع مواقف الحياة . كذلك يجب الاهتمام بملاءمة الجو الاجتماعى فى المدرسة داخل وخارج الفصل وفى النشاط المنهجى والنشاط خارج المنهج . وباختصار يجب عمل حساب كل الخصائص النفسية للتلميذ حسب مرحلة النمو التى يمر بها .

اما عن دور المدرس فى العملية التربوية فنلاحظ عليه ما يلى :

* يلعب المدرس دورا هاما فى عملية التربية وفى رعاية النمو النفسى وتحقيق الصحة النفسية للتلميذ ، فهو دائم التأثير فى التلميذ منذ دخوله المدرسة حتى تخرجه ، وهو نموذج سلوكى حى يحتذىه التلميذ ويتقمص شخصيته ويقلد سلوكه ، وهو ملقن علم ومعرفة ينمى معارف التلاميذ ، وهو موجه سلوك يصحح سلوك التلميذ الى افضل عن طريق وضعه فى خبرات سلوكية سوية .

* ان المدرس ليس ناقل معاومات ومعارف فقط ولكنه بالاضافة الى ذلك معلم مهارات التوافق ، مشخص مظاهر واعراض اى اضطراب سلوكى ، مصحح ومعالج لهذا الاضطراب .

* ويجب ان يكون المربون (المعلمون والوالدان) يتمتعون هم انفسهم بالصحة النفسية ، ففاقد الشيء لايعطيه ، ويتطلب ذلك تحقيق الامن النفسى والاستقرار النفسى والتوافق مع التلاميذ والديموقراطية فى التعامل معهم ، وان تكون نظرته الى الحياة نظرة ايجابية متزنة .

* ولا يفوتنا ان نذكر ان مشكلات المدرسين ومظاهر سوء توافقهم الشخصى والاجتماعى يجب العمل على حلها . ومن هذه المشكلات ما يتعلق بالناحية الاقتصادية والوضع والمكانة الاجتماعية والتعب

- والأرهاق ونقص الامكانيات وقلة تعاون الوالدين ... الخ .
- * ونحن نعلم أن الصحة النفسية للتلاميذ تتأثر بشخصية المربي الذي يجب أن يكون قدوة صالحة للتلميذ في سلوكه . أن المربي الذي يقول ما لا يفعل يجب أن يعلم أن خير ما يعلمه لابنائه قوله افعلوا مثلما افعل وليس مثلما أقول .
- * ويجب أن يكون في الحسبان أنه كلما كانت العلاقة سوية بين المربين والاولاد وبين الاولاد بعضهم وبعض وبين المدرسة والاسرة كلما ساعد ذلك على حسن توافقهم النفسي وشعورهم بالامن مما يؤدي الى النجاح والتوفيق . ولذلك يجب العمل على تكوين اتجاهات موجبة لدى المربين وذلك عن طريق التوجيه والارشاد للمربين ومجالس الآباء والمعلمين .
- * وهكذا نجد أن على المدرس أن يعمل كمرب يعلم ويوجه ويعالج ، في بعض الأحيان . أنه يعلم العلم ويوجه النمو ويعالج ما يستطيع علاجه من مشكلات تلاميذه ويحيل ما لا يستطيع علاجه الى الاختصاصيين في انعيادات النفسية .
- * أن مفهوم المدرس - المرشد «teacher-counselor» من أهم المفاهيم التي يجب وضعها في الحسبان في اعداد المعلم في بلدنا مادام العدد الكافي من المعالجين النفسيين لم يتوافر بعد في المدارس .
- في ضوء ما سبق نجد أن التربية تشترك في كثير من أهدافها مع الصحة النفسية وإن اختلفت في بعض وسائل تحقيق هذه الاهداف . أن علماء التربية وعلماء الصحة النفسية - على الرغم من الاختلاف في تخصصهما الأكاديمي - يخدمان في حقل وفي مجال تطبيقي مشترك هو مجال الاطفال والشباب والكبار ، ويعملان لتحقيق هدف مشترك هو اعداد بناء الشخصية المتكاملة للمواطن الصالح للحياة بطريقة يشعر فيها بالسعادة والصحة والتوافق النفسي . (انظر مصطفى فهمي ، ١٩٧٠) .

الصحة النفسية في المجتمع :

من الضروري أن نضع في حسابنا أهمية الصحة النفسية في المجتمع بمؤسساته المختلفة الطبية والاجتماعية والاقتصادية والدينية ... الخ ، وأن نعمل على تحقيق التناسق بين هذه المؤسسات وبصفة خاصة بينها وبين الاسرة والمدرسة . وهذا يحتم تطبيق اتجاهات الصحة النفسية في المجتمع . اجتنب أفراد وجماعته كل ما يؤدي الى الاضطراب النفسي حتى يحقق الانتاج والتقدم والتطور والسعادة .

أن من أهم أهداف الصحة النفسية بناء الشخصية المتكاملة واعداد الإنسان الصحيح نفسياً في أي قطاع من قطاعات المجتمع وأياً كان دوره

الاجتماعى بحيث يقبل على تحمل المسؤولية الاجتماعية ويعطى للمجتمع بقدر ما يأخذ أو أكثر مستغلا طاقاته وإمكاناته الى أقصى حد ممكن . ولكى يتحقق هذا يجب تحقيق مطالب النمو الاجتماعى للفرد مثل النمو الاجتماعى المتوافق الى أقصى حد مستطاع ، وإشباع الحاجات النفسية الاجتماعية وتقبل الواقع ، وتكوين اتجاهات وقيم اجتماعية سليمة ، والمشاركة الاجتماعية الخلاقة المسؤولة ، وتوسيع دائرة الدول والاهتمامات ، وتنمية المهارات الاجتماعية التى تحقق التوافق الاجتماعى السوى ، وتحقيق النمو الدينى والاخلاقى القويم .

والصحة النفسية تهتم بدراسة وعلاج المشكلات الاجتماعية الوثيقة الصلة بتكوين ونمو شخصية الفرد والعوامل المحددة لها مثل مشكلات الضعف العقلى والتأخر الدراسى والنجاح والانحرافات الجنسية .. الخ وهذا من أهم ما يمكن بالنسبة للمجتمع . كذلك فان الصحة النفسية تساعد فى ضبط سلوك الفرد وتوجيهه وتقويمه فى الحاضر بهدف تحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسى كمواطن صالح فى المجتمع .

والصحة النفسية للمجتمع نفسه فى غاية الأهمية . ان المجتمع الذى يعانى من التمزق وعدم التكامل بين أجهزته ونظمه ومؤسساته وهيئاته مجتمع مريض . والمجتمع الذى تسود فيه ثقافة مريضة مليئة بعوامل الهدم والاحباط والصراع والبعقيد مجتمع مريض . والمجتمع الذى تسود فيه المشكلات الاسرية والمشكلات التربوية مجتمع مريض . والمجتمع الذى يسود فيه الجهل والشك والتعصب مجتمع مريض . والمجتمع الذى تسوء فيه الاحوال الاقتصادية ويتدهور فيه مستوى المعيشة مجتمع مريض . والمجتمع الذى يتدهور فيه نظام القيم ويسود فيه الضلال والجناح وتحل به الكوارث الاجتماعية مجتمع مريض . ان مثل هذا المجتمع يحتاج الى جهود جبارة للقضاء على كل هذه الامراض الاجتماعية .

ان المجتمع الحديث ذا العلاقات الاجتماعية المعقدة ، وعصر القلق الذى نعيشه وواقتنا الحضارى الذى يعانى من كثير من الاضطرابات النفسية التى يؤدى اليها التنافس وعدم المساواة والاستغلال ، ان هذا المجتمع يحتاج الى تخطيط دقيق للصحة النفسية ، ويحتاج التخطيط للصحة النفسية للشعب الى اجراءات هامة منها :

* تهئية بيئة اجتماعية صديقة آمنة تسودها العلاقات الاجتماعية السليمة ، وإقامه العدله الاحصاعية ، وإقامة حياة ديمقراطية سليمة تسودها الحرية الشخصيه والاجتماعية والسياسية بهدف تغيير

المجتمع الى افضل بما يتفق مع آمال الجماهير ومصالحها واهداف نضالها حتى تصل الى مجتمع الرفاهية المتوافق .

✱ الاهتمام بدراسة الفرد والمجتمع ، ورعاية الطفولة صانعة المستقبل ورعاية الشباب عصب الامة ورعاية الكبار الخير والبركة وحماية الاسرة الخلية الاولى للمجتمع والعناية بمشكلاتهم ، والتخطيط الشامل للنشاط الاجتماعى الاقتصادى بهدف تحقيق أقصى اشباع ممكن لحاجات الناس ، والقضاء وتدعيم الهيئات والمؤسسات الحكومية والاهلية التى تحقق ذلك .

✱ اسسدار التشريعات الخاصة بالفحص الطبى والنفسى قبل الزواج ، وتوجيه الزواج ، والتشريعات الخاصة بالحد من انتشار المخدرات والمسكرات والمراهقات ، والتشريعات الخاصة بحماية الاحداث والمراهقين من المؤثرات الفكرية والاجتماعية الفسار ، والتشريعات الخاصة بحماية الاسرة ورعاية الطفولة ورعاية الشباب والعناية بالطلاب والعاملين والعناية بالمعوقين والتشريعات الخاصة بحماية المسنين .

✱ مراجعة ورعاية القيم والعادات والتقاليد والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية والطاقت الروحية التى يستمدّها المجتمع من مثله العليا النابعة من الدينان السماوية ومن تراثه الحضارى بما يحقق الصحة النفسية .

✱ رفع مستوى الوعى النفسى بين من تتصل اعمالهم بالجماهير وخاصة فى الهيئات والمؤسسات العامة .

✱ التعمية النفسية للشعب لتخطى ما مر به من ضغوط وللتغلب على ما يعانى منه او ما قد يطرا عليه من ضغوط .

✱ الاهتمام بالتوجيه والارشاد النفسى والتربوى والمهنى .

✱ الاهتمام بمفهوم الوقاية من الامراض النفسية .

ان المجتمع يدفع ثمن تفشى الامراض النفسية والاجتماعية فيه غاليا من حيث الجهد والمال ومن حيث اتساع دائرة سوء التوافق النفسى والاجتماعى . ومن ثم يجب عمل حساب الاجراءات الوقائية فى اطار اجتماعى اقتصادى يحمى الفرد والجماعة والمجتمع ويكفل السعادة للجميع . وفيما يلى اهم الاجراءات الوقائية الاجتماعية :

✱ نشر مبادئ الصحة النفسية عن طريق وسائل الاعلام المختلفة .

✱ رفع مستوى المعيشة والتقريب بقدر الامكان بين مختلف طبقات الشعب فيها يتعاق بالمستوى الاجتماعى - الاقتصادى وفيما يتعلق بالمعايير السلوكية .

✱ تيسير سائر الخدمات الاجتماعية بالتوسع فى انشاء مراكز الخدمة الاجتماعية ومراكز توجيه الاسرة .

✱ الاهتمام بالتخطيط المسكن ووسائل المواصلات .. الخ .

- * اجراء المزيد من البحوث العلمية حول الاضطرابات النفسية الاجتماعية والاسباب الاجتماعية للسلوك المنحرف .
- * الاهتمام بعوامل الضبط الاجتماعى اللازم مع التغير الاجتماعى المستمر الذى يشهده المجتمع .

هذا ويجب الالتفات الى اهمية الصحة النفسية في مجالات الحياة الاجتماعية بالمجتمع ، ولقد تناولنا بالتفصيل اهميتها في الاسرة وفي المدرسة . وفيما يلي كلمة عن اهمية الصحة النفسية في بعض المجالات الاخرى :

- * في مجال الصناعة والعمل (التجارة والزراعة والاقتصاد بصفة عامة) نجد ان الصحة النفسية للعاملين في غاية الاهمية وخاصة ان جهودنا اتومية نتجه بشكل واضح وقرى نحو التصنيع ورفع الكفاية الانتاجية والعمل . ويسهم علم النفس الصناعى وعلم النفس الاجتماعى جـيـدا الى جنب مع الصحة النفسية في تحقيق ما نصبو اليه من الفائدة في مجال الصناعة والعمل من الرعاية والتوجيه والصحة النفسية للفرد والجماعة .

- * وفي القوات المسلحة يجب ان يتوافر للمقاتل كل المقومات الانسانية والمادية حتى يكون دائما على قمة الاستعداد واللياقة الجسمية والصحة النفسية حتى يتمكن من حماية النضال الوطنى في وقت السلم والحرب . ونحن نجد ان علم النفس بصفة عامة وفروعه المختلفة مثل علم النفس العسكري وعلم النفس الاجتماعى يسهمان جـيـدا الى جنب مع الصحة النفسية في دراسة اسس السلوك والتفاعل الاجتماعى وعماية التعليم والحرب النفسية في وقت السلم ووقت القتال ، وفي رعاية الصحة النفسية للمقاتلين وفي العلاج النفسى للحالات المرضية التى يمكن ان تصيب رجال القوات المسلحة في اثناء المواقف التدريبية او في اثناء المعارك الحربية .

العاملون في ميدان الصحة النفسية :

العمل في ميدان الصحة النفسية يجب ان يكون في شكل فريق يضم :

- المعالج النفسى : Psychotherapist ويتخرج من احد اقسام علم النفس ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسى . ويجب ان يزود بالقدر الكافى من المعلومات الطبية التى يحتاج الى معرفتها في العلاج النفسى . ويحصل على درجة عليا في تخصص الصحة النفسية والعلاج النفسى (في مصر لا تقل هذه الدرجة عن الدكتوراه) . ويختص بالشخصيات .
- والمعالج النفسى .

الاحصائي النفسي : Psychologist ويتخرج من أحد أقسام علم النفس بالجامعة . ويختص بالقياس النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام ومساعدة المعالج النفسي .

الطبيب النفسي : Psychiatrist ويتخرج من كلية الطب ثم يدرس علم النفس وعلاج الأمراض النفسية وقد يتخصص في الأمراض النفسية والعصبية . ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبى النفسى وبالعلاج للجسدى والعلاج بالادوية والعلاج الجراحى .

الاحصائي الاجتماعى النفسى : Psychiatric Social Worker

ويتخرج من أحد أقسام أو معاهد الخدمة الاجتماعية ، ويؤهل تاهيلا خاصا في علم النفس . ويختص بإجراء المقابلة الاولى مع المريض واسرته ومحل عمله والمؤسسات الاجتماعية المختلفة وبالبحث الاجتماعى وينظم معظم أوجه نشاط العيادة النفسية ، وقد يساهم في العلاج النفسى .

المساعدون النفسيون : مثل احصائى اقياس النفسى والتدريب على الكلام وخصنى العلاج بالعمل والعلاج باللعب . . الخ .

المرضى النفسيون : ويتخرجون من معاهد التمريض . ويدرسون ويتدربون على المريض النفسى . ويلعبون دورا هاما في العلاج النفسى حيث يقضون كبر وقت مع المريض . ويختصون بتسجيل السلوك اليومى وسر العلاج وتقدمه و لمشاركة في بعض اشكال العلاج مثل العلاج بالصدمات و علاج لنفسى الجماعى وبهيئة الجو النفسى المواتى للصحة النفسية والشفاء .

آخرون : وبالإضافة الى هؤلاء نجد المربين والوالدين ورجال الدين وغيرهم يستطيعون الاسهام في الصحة النفسية على المستويين الوقائى والاشغائى .

ويجب ان يكون كل العاملين في ميدان الصحة النفسية متمتعين هم انفسهم اولاً بالصحة النفسية والتوافق النفسى ففاقد الشيء لا يعطيه . ويجب ان يكون الاحصائى قدوة حسنة للمريض من الناحية السلوكية ، فيجب الا يقول له افعل كما أقول بل يقول افعل كما افعل .

اختبارات ومقاييس الصحة النفسية والتوافق النفسى (١) :

فيما يلي اختبارات ومقاييس الصحة النفسية والتوافق النفسى الموجودة والمستعملة في جمهورية مصر العربية .

(١) نحن نعلم ان من الضرورى توافر شروط الاختبار النفسى الجيد مثل : الموضوعية والصدق والثبات والمعايير . . . الخ .

مقياس الصحة النفسية : اقتباس واعداد محمد عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى : وقياس الخوف وعدم التكافؤ ، الاكتئاب ، العصبية والقلق ، التنفس والدورة الدموية والارتعاش ، السيكوسوماتية ، الخوف على الصحة ، الاضطرابات الحشوية ، الحساسية والشك ، السلوك السيكوباتى .

مقياس الارشاد النفسى : وضع بردى Berdie وليتون Layton ، اعداد محمد عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى : وقياس العلاقات المنزلية ، العلاقات الاجتماعية ، الثبات الانفعالى والشعور بالمسئولية ، الواقعية ، الحالة المزاجية ، القيادة . ويصلح للمرحلة الثانوية .

مقياس حدد مشكلاتك بنفسك « اعدادى » : تأليف مونى ، اعداد مصطفى فهمى وصموئيل مغاريوس : وقياس المشكلات الصحية ، المشكلات المدرسية ، المشكلات العائلية ، المشكلات الاقتصادية ، المشكلات الانفعالية . ويصلح للمرحلة الاعدادية .

مقياس حدد مشكلاتك بنفسك « ثانوى » : تأليف مونى ، اعداد مصطفى فهمى وصموئيل مغاريوس : وقياس الصحة ، والناحية الاقتصادية ، ومشكلات الفراغ ، الجنس الآخر ، والتوافق الاجتماعى ، والمشكلات الانفعالية ، والدين ، ومشكلات الاسرة ، والتوجيه التربوى والمهنى ، والعمل الدراسى ، والمنهج والدراسة ، ويصلح للمرحلة الثانوية .

استفتاء مشاكل الشباب : تأليف احمد زكى صالح : وقياس مشكلات الشباب فى المنزل والاسرة ، وبعد المدرسة الثانوية ، ورضا الفرد عن نفسه والتعامل مع الناس ، والامور الجنسية ، والصحة ، والامور العامة . ويناسب مرحلة الشباب . ويستغرق حوالى ٣٠ - ٤٠ دقيقة .

اختبار مفهوم الذات للصغار : تأليف محمد عماد الدين اسماعيل ومحمد احمد غالى . وقياس مفهوم الذات الواقعية ، ومفهوم الذات المثالية ، ومفهوم الشخص العادى ، والتباعد ، وتقبل الذات ، وتقبل الآخرين . ويصاح للاطفال .

اختبار مفهوم الذات للكبار : تأليف محمد عماد الدين اسماعيل . وقياس نفس المفاهيم السابقة . ويصلح للكبار .

اختبار التوافق الشخصى والاجتماعى : اعداد عطية محمود هنا . وقياس التوافق الشخصى والاجتماعى .

اختبار الشخصية المتعدد الوجة : تأليف ستارك هاناواى وشارلى ماكلى ، اعداد عطية محمود هنا وآخرين . وقياس توهم المرض ،

والانتباض ، والهستيريا ، والانحراف السيكوباتي ، والذكورة — الانوثة ،
والهذاء (البارانويا) ، والنسيكاسثينيا ، والفصام ، والهوس ، والانطواء
الاجنبسى . ويناسب الكبار .

اختبار الشخصية السوية : تأليف متنكر Mittenecker وتومان Toman

اعداد سيد محمد غنيم ومحمد عصمت المعاييرجى . وقيس النقد الذاتى —
نقص النقد الذاتى ، الاتجاه نحو المجتمع — الاتجاه ضد المجتمع ،
الانبساط — الانطواء ، غير عصابى — عصابى ، غير الهوس — الهوس ،
عدم الاكتئاب — الاكتئاب ، غير المنفصم — المنفصم ، غير البارانويا —
البارانويا ، ثبات عمل الجهاز العصبى التلقائى — عدم عمل الجهاز
العصبى التلقائى .

اختبار مفهوم الذات الخاص : تأليف حامد عبد السلام زهران .

ويستكشف المحتويات الشعورية المخزنة فى « مستودع » مفهوم
الذات الخاص ، المشكلات الشخصية والاسرية والمدرسية والصحية ،
الاسرار الشخصية والاسرية والاجتماعية ، الخبرات السيئة والذكريات
المؤلمة والمواقف الحرجة ، مشاعر الذنب والنقص والاحباط والتهديد والقلق ،
السلوك الخاطىء او الشاذ واسرار السلوك الجنبسى ، مسالب الشخصية
ومظاهر مفهوم الذات السالب ، الموضوعات المخجلة والاستئلة المحرجة ،
المخاوف المرضية ، والاتجاهات السالبة نحو الآخرين .

اختبار التشخيص النفسى : تأليف حامد عبد السلام زهران .

ويقيس القلق ، توهم المرض ، الضعف العصبى ، الخواف ، الهستيريا ،
الوسواس والقهر ، التفكك ، الاكتئاب ، الهوس ، الفصام ، الهذاء
(البارانويا) ، المرض النفسى الجسمى ، الاضطرابات الجنسية ،
السيكوباتية . ويناسب الشباب والكبار . ويستغرق حوالى ٥٠ دقيقة .

التوافق النفسي

ADJUSTMENT

تعريف التوافق النفسي :

التوافق النفسي عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة (الطبيعية والاجتماعية) بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته .

وينظر البعض الى الصحة النفسية باعتبارها عملية توافق نفسي . ويتحدد ما اذا كان التوافق سليما او غير سليم تبعاً لمدى نجاح الاساليب التى يتبعها الفرد للوصول الى حالة التوازن النسبى مع بيئته (١) .

ابعاد التوافق :

التوافق الشخصى : ويتضمن السعادة مع النفس والرضا عن النفس، واشباع الدوافع والحاجات الداخلية الاولية الفطرية والعنصرية والفسولوجية والثانوية والمكسبة ، ويعبر عن سلم داخلى حيث لا صراع داخلى ، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو فى مراحل المتابعة .

التوافق الاجتماعى : ويتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام باخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والامثال لقواعد الضبط الاجتماعى وتقبل التغير الاجتماعى ، والتفاعل الاجتماعى السليم والعمل لخير الجماعة ، والسعادة الزوجية ، مما يؤدى الى تحقيق « الصحة الاجتماعية » .

التوافق المهنى : ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علميا وتدريبيا لها والدخول فيها والانجاز والكفاءة والانتاج والشعور بالرضا والنجح .

عوامل التوافق النفسى :

يعمل الفرد دائما على تحقيق التوافق النفسى ، ويلجأ فى ذلك الى اساليب مباشرة وغير مباشرة :

اولا - التوافق النفسى ومطالب النمو : Developmental Tasks

من اهم عوامل احداث التوافق النفسى المباشرة ، تحقيق مطالب النمو النفسى السوى فى جميع مراحلها وبكافة مظاهره (جسميا وعقليا

(١) تدبر هذا الدعاء « اللهم هبنى القوة لتغيير ما استطيع تغييره من الامور والتوافق مع ما لا استطيع تغييره من الامور ، والحكمة للتمييز بين هذه وملك »

وانفعاليا واجتماعيا) ومطالب النمو هي الاشياء التى يتطلبها النمو النفسى للفرد والتى يجب أن يتعلمها حتى يصبح سعيدا وناجحا فى حياته ، اى انها عبارة عن المستويات الضرورية التى تحدد خطوات النمو السوى للفرد . ويؤدى تحقيق مطالب النمو الى سعادة الفرد ، ويسهل تحقيق مطالب النمو الاخرى فى نفس المرحلة وفى المراحل التالية . ويؤدى عدم تحقيق مطالب النمو الى شقاء الفرد وفشله ، وصعوبة تحقيق مطالب النمو الاخرى فى نفس المرحلة وفى المراحل التالية .

وفىما يلى اهم مطالب النمو خلال مراحل النمو المتتابعة :

مطالب النمو فى مرحلة الطفولة :

- * المحافظة على الحياة ، وتعلم المشى ، وتعلم استخدام العضلات الصغيرة ، وتعلم الاكل ، وتعلم الكلام ، وتعلم ضبط الاخراج وعاداته ، وتعلم الفروق بين الجنسين ، وتعلم المهارات الجسمية الحركية اللازمة للالعاب والوان النشاط العادية ، وتحقيق التوازن الفسيولوجى .
- * تعلم المهارات الاساسية فى القراءة والكتابة والحساب ، وتعلم المهارات العقلية المعرفية الاخرى اللازمة لشئون الحياة اليومية ، وتعلم الطرق الواقعية فى دراسة والتحكم فى البيئة ، وتعلم قواعد الامن والسلامة .
- * تعلم ما ينبغى توقعه من الآخرين ، وخاصة الوالدين والرفاق ، وتعلم التفاعل الاجتماعى مع رفاق السن وتكوين الصداقات والاتصال بالآخرين **والتوافق الاجتماعى** ، وتكوين الضمير ، وتعلم التمييز بين الصواب والخطأ والخير والشر ومعايير الاخلاق والقيم ، والتوحد مع افراد نفس الجنس وتعلم الدور الجنسى فى الحياة ، وتكوين اتجاهات سليمة نحو الجماعات والمؤسسات والمنظمات الاجتماعية ، وتكوين المفاهيم والمدرجات الخاصة بالحياة اليومية ، وتعلم المشاركة فى المسؤولية ، وتعلم وممارسة الاستقلال الشخصى ، وتكوين مفاهيم بسيطة عن الواقع الاجتماعى ، ونمو مفهوم الذات واكتساب اتجاه نحو الذات ، والاحساس بالثقة فى الذات وفى الآخرين .
- * تحقيق الامن الانفعالى ، وتعلم الارتباط الانفعالى بالوالدين والاخوة والآخرين ، وتعلم ضبط الانفعالات وضبط النفس .

مطالب النمو فى مرحلة المراهقة :

- * نمو مفهوم سوى للجسم وتقبل الجسم ، وتقبل الدور الجنسى فى الحياة ، وتقبل التغيرات التى تحدث نتيجة للنمو الجسمى والفسيولوجى والتوافق معها .
- * تكوين المهارات والمفاهيم العقلية الضرورية للانسان الصالح ، واستكمال التعليم .

* تكوين علاقات جديدة طيبة ناضجة مع رفاق السن من الجسسين ، ونمو الثقة في الذات والشعور الواضح بكيان الفرد ، وتقبل المسؤولية الاجتماعية . وامتداد الاهتمامات الى خارج حدود الذات ، واحتيار مهنة والاستعداد لها (جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا) ، وتحقيق الاستقلال اقتصاديا ، وضبط النفس بخصوص السلوك الجنسي ، والاستعداد للزواج والحياة العائلية ، وتكوين المهارات والمفاهيم اللازمة الاشتراك في الحياة المدنية للمجتمع ، ومعرفة السلوك الاجتماعي المقبول الذي يقوم على المسؤولية وممارسته ، ونمو والقيام بالدور الاجتماعي الحسني السليم ، واكتساب قيم مختارة ناضجة تتفق مع الصورة العملية للعالم الذي نعيش فيه ، واعادة تنظيم الذات ونمو ضبط الذات .

* بلوغ الاستقلال الانفعالي عن الوالدين وعن الكبار .

مطالب النمو في مرحلة الرشد :

- * تقبل التغيرات الجسمية التي تحدث في هذه المرحلة والتوافق معها .
- * توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر مستطاع .
- * اختيار الزوجة أو الزوج ، والحياة مع زوجة أو زوج ، وتكوين الاسرة وتحقيق التوافق الاسرى ، وتربية الاطفال والمراهقين والقيام بعملية التنشئة والتطبيع الاجتماعي لهم ، والتطبيع والاندماج الاجتماعي ، وممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهني ، وتكوين مستوى اقتصادي مناسب مستقر . والمحافظة عليه ، وممارسة الحقوق المدنية وتحمل المسؤولية الاجتماعية والوطنية ، وايجاد روابط اجتماعية تتفق مع الحياة الحديثة . وتكوين وتنمية الهوايات المناسبة لهذه المرحلة ، وتقبل الوالدين والشيوخ ، ومعاملتهم معاملة طيبة ، والتوافق لاسلوب حياتهم ، وتكوين فلسفة عملية للحياة .
- * تحقيق الاتزان الانفعالي .

مطالب النمو في مرحلة الشيخوخة :

- * التوافق بالنسبة للضعف الجنسي والمتاعب الصحية المصاحبة لهذه المرحلة ، والقيام بأى نشاط ممكن يتلاءم مع قدرات الشيوخ .
- * تحقيق ميول نشطة وتنويع الاهتمامات .
- * التوافق بالنسبة للحالة الى التقاعد أو ترك العمل ، والتوافق بالنسبة لنقص الدخل نسبيا ، والاستعداد لتقبل المساعدة من الآخرين وتقدير ذلك ، والتوافق بالنسبة للتغيرات الاسرية وترك الاولاد للاسرة واستقلالهم في أسرهم الجديدة ، والتوافق لموت الزوجة أو الزوج أو الأصدقاء ، وتكوين علاقات اجتماعية جديدة ، وتحقيق التوافق مع رفاق السن ، والوفاء بالالتزامات الاجتماعية في حدود الإمكانيات ،

وتقبل الواجبات الاجتماعية والوضعية ، وتقبل التفسير الاجتماعي المستمر والتوافق معه ومع الجيل التالي .

* تهيئة الجو النفسي الصحى المناسب للحياة الصالحة لهذه المرحلة .

مطالب النمو في كل المراحل :

* نمو واستغلال الامكانيات الجسمية الى اقصى حد ممكن ، وتحقيق الصحة الجسمية ، وتكوين عادات سليمة في الغذاء والنوم والترريض والوقاية الصحية ، وتعلم المهارات الجسمية الضرورية للنمو السليم ، وحسن المظهر الجسمى العام .

* النمو العقلى المعرفى واستغلال الامكانيات العقلية الى اقصى الحدود الممكنة ، وتحصيل اكبر قدر ممكن من المعرفة والثقافة العامة وعادات التفكير الواضح ، ونمو اللغة وسلامة التعبير عن النفس ، وتنمية الابتكار .

* النمو الاجتماعى المتوافق الى اقصى حد مستطاع ، وتقبل الذات والثقة بالذات ، وتقبل الواقع وتكوين اتجاهات وقيم سليمة ، والتقدم المستمر نحو السلوك الاكثر نضجا ، والمشاركة الخلاقة المسئولة في الاسرة والجماعات الاخرى ، والاتصال والتفاعل السليم في حدود البيئة ، والاستمتاع بالحياة التى يستمتع بها الآخرون ، وتنمية المهارات الاجتماعية التى تحقق التوافق الاجتماعى السوى ، وتحقيق النمو الاخلاقى والدينى القويم .

* النمو الانفعالى الى اقصى درجة ممكنة ، وتحقيق الصحة النفسية بكافة الوسائل ، واشباع الدوافع الجنسية والوالدية والميل الى الاجتماع .. الخ ، وتحقيق الدوافع للتحصيل والتبوغ والتفوق .. الخ واشباع الحاجات مثل الحاجة الى الامن والانتماء والمكانة والتقدير والحب والمحبة والتوافق والمعرفة وتنمية القدرات والنجاح والدفاع عن النفس والضبط والتوجيه والحرية .. الخ (حامد زهران ، ١٩٧٢) .

ثانياً - التوافق النفسى ودوافع السلوك : Motives of Behaviour

من اهم الشروط التى تحقق التوافق النفسى ان يتحقق اشباع دوافع السلوك وحاجات الفرد . وهذه من اهم العوامل المباشرة لاحداث التوافق النفسى ، ولذلك سنوليها عناية خاصة .

يعتبر موضوع الدوافع او القوى الدافعة للسلوك بصفة عامة من الموضوعات الهامة في علم النفس لان دوافع السلوك بطبيعة الحال تفسره . ان المعالج النفسى يريد ان يعترف الدوافع وراء المرض النفسى ، ورجل القانون يود ان يضع يده على الدوافع وراء السلوك الجانح ، والمربى لابد ان يضع دوافع وميول التلاميذ وحاجاتهم في حسابه ، والقائد مطالب بان يرمي الدوافع الاجتماعية للسلوك ، والفرد نفسه ينبغى ان يفهم دوافع

سلوكه السوى لو تتحرك . وهكذا . (لنظر حامد زهران ، ١٩٧٧ ب) .
هذا ويتحدث البعض عن موضوع **الدوافع** باسم **الفرائز** أو باسم **الحاجات** . ويعتبر السلوك نتاج عملية تتفاعل فيها **العوامل الحيوية** ومن أمثلتها الحاجات الحيوية (الحشوية والحسية .. الخ) واشباعها ضرورى لحياة الفرد ، **والعوامل النفسية والاجتماعية** مثل الحاجات النفسية الاجتماعية (الى الامن والاجتماع وتأكيد الذات) واشباعها ضرورى لتحقيق التوافق النفسى والاجتماعى (١) .

الفرائز : Instincts

يرى **وليم مكدوجل McDougall** ان الفرائز هى المحركات الاولى للسلوك

وتعريف الغريزة (حسب مكدوجل) انها استعداد فطرى نفسى يحمل الكائن الحي على الانتباه الى مثيرات معينة يدركها ادراكا حسيا ويشعر بانفعال خاص عند ادراكها وعلى العمل اخيرا او الشعور بدافع الى العمل بأخذ شكل سلوك معين تجاه هذا الشيء . وعلى هذا فالغريزة ثلاثة مظاهر : مظهر معرفى ، ومظهر انفعالى ، ومظهر عملى نزوعى .



اما عن **تصنيف الفرائز** فقد قسمها مكدوجل الى غرائز فردية ، وغرائز اجتماعية .

✳ **الفرائز الفردية** : وتتلخص فى غريزة

البحث عن الطعام وانفعالها الجوع ، (شكل ٣) **وليم مكدوجل** وغريزة التملك وانفعالها لذة التملك ،

وغريزة الاستقلالة وانفعالها الشعور بالعجز ، وغريزة الهرب وانفعالها الخوف ، وغريزة النفور وانفعالها الاشمزاز ، وغريزة الضحك وانفعالها الشعور بالمرح والتسلية ، وغريزة الحل والتركيب وانفعالها اذة الابتكار وهى تتصل بغريزة الاستطلاع .

✳ **الفرائز الاجتماعية** : وتتلخص فى الغريزة الجنسية وانفعالها الشهوة ،

وغريزة الوالدية وانفعالها الحب وترتبط بالغريزة الجنسية ، وغريزة السيطرة وانفعالها الزهو ، وغريزة الخنوع وانفعالها الشعور بالنقص وهى تتصل اتصالا عكسيا بغريزة السيطرة ، وغريزة المقاتلة وانفعالها الغضب ، وغريزة التجمع وانفعالها الشعور بالوحدة والعزلة .

(١) يقول المثل العنقى : لولا الحاجة ماضت الرحى

أما عن الغرائز عند فرويد Freud فنحن نعرف أن فرويد قد فسر الدافعية على أساس الغريزة .

والغريزة عند فرويد قوة نفترض وجودها وراء التوترات المتأصلة في حاجات الكائن العضوى (أو حاجات الهوى) . فالغريزة مفهوم يقع على حدود الظواهر الحيوية والظواهر النفسية ، فهي تمثل مطالب الجسم من الحياة النفسية . ومصدر الغريزة هو حالة من التوتر داخل الجسم وهدفها هو القضاء على هذا التوتر ، وموضوعها هو الاداة التى تحقق الاشباع أو توصل اليه . وهناك عدد كبير من الغرائز ، إلا أن معظمها يستنتج من عدد قليل من الغرائز الأساسية .

يقول فرويد بوجود غريزة الحياة Eros أو غريزة الحب أو القوى البناءة فى النفس ، وتهدف الى البقاء ، ويدخل فى أطارها غرائز حفظ الذات وحفظ النوع وحب الذات وحب الموضوع ويقابلها غريزة الموت Thanatos أو غريزة الهدم أو القوى الهدامة التدميرية فى النفس ، وتهدف الى الفناء . ويوجد صراع دائم بين هاتين الغريزتين الأساسيتين . والسلوك حسب هذه الآراء هو مزيج متوافق أو متعارض من غرائز الحياة وغرائز الموت ، ويؤدى هذا المزيج الى اضطرابات فى السلوك . مثال ذلك أن الزيادة فى العدوان الجنسية تجعل الحب سفاحا قاتلا ، والنقصان الشديد فى هذه الناحية يؤدى الى الخجل والعنة . وإذا اتجه العدوان الى النفس نرى الشخص يشعر بالذنب وتائب الضمير وقد يشد شعره ويلطم وجهه وقد يتحرر .

ويميز فرويد بين غرائز الانا وبين الغريزة الجنسية . فغرائز الانا هى القوى المعارضة للزغعات الجنسية ، وهى التى تعمل على حفظ الانا . والصراع بين الغرائز الجنسية وبين غرائز الانا يؤدى الى الصراع العصابى ، والكبت هو نتيجة تفوق غرائز الانا .

ويرى فرويد أن الغريزة الجنسية تلعب دورا هاما فى حياة الفرد . وقد لاحظ أن المشكلات الجنسية تكمن وراء الكثير من الاضطرابات النفسية ، وقام ببحوث أدت الى الكشف عن علاقة اضطرابات الغريزة الجنسية بالامراض النفسية . ويلاحظ أن فرويد استخدم اصطلاح " جنسى " بمعناه الواسع مشيرا الى أى نوع من النشاط الجسمى الذى يجلب اللذة باشباع الحاجات الجسمية . واعتقد فرويد أن النشاط البشرى ينبع من دافع غريزى جنسى فى طبيعته ، وهو الطاقة الجنسية أو ما أسماه الليبدو Libido الذى يدل على المظاهر الدينامية للغريزة الجنسية .

ويلاحظ أن فرويد قد أكد أن كثيرا من العوامل الاجتماعية ترجع إلى دوافع غريزية . فالاضطرابات العاطفية ترجع إلى الغريزة الجنسية ، والابداع يرجع إلى اعلاء الغريزة الجنسية ، والعدوان والحرب يرجعان إلى غريزة الموت .

الحاجات Needs

الحاجة شيء ضروري لاستمرار الحياة نفسها (حاجة فسيولوجية) أو للحياة بأسلوب أفضل (حاجة نفسية) . فالحاجة إلى الأكسجين ضرورية للحياة نفسها وبدون الأكسجين يموت الفرد في الحال . أما الحاجة إلى الحب والمحبة فهي ضرورية للحياة بأسلوب أفضل وبدون اشباعها يكون الفرد سيء التوافق .

وتتوقف كثير من خصائص الشخصية على ، وتتبع من ، حاجات الفرد ومدى اشباع هذه الحاجات .

ولا شك أن فهم حاجات الفرد وطرق اشباعها يضيف إلى قدرتنا على مساعدته للوصول إلى أفضل مستوى للنمو النفسي والتوافق النفسي والصحة النفسية .

وقد وضع ماسلو Maslow ترتيبا هرميا للحاجات في أدناه الحاجات الفسيولوجية مثل الحاجة إلى الطعام والماء والأكسجين والراحة والنشاط والجنس والاشباع الحسى وهى الحاجات الأساسية وعندما تشبع هذه الحاجات ينتقل الفرد إلى اشباع الحاجات في المستوى الأعلى وهى الحاجة إلى الأمن بمختلف فروعها . يلي ذلك في المستوى الحاجة إلى الحب والانتماء والتفاعل . يتاوه ذلك مستوى الحاجة إلى المكانة والتقدير واحترام الذات . يلي ذلك في المستوى الحاجة إلى تحقيق الذات . وأخيرا تأتي الحاجات الجمالية .

أهم الحاجات :

الحاجة إلى الحب والمحبة : يشترك جميع أفراد النوع البشرى في الحاجة إلى الاستجابة العاطفية والحب والمحبة والقبول أو التقبل الاجتماعى والأصدقاء والشعبية . وهى من أهم الحاجات النفسية اللازمة لصحة الفرد النفسية . ولا شك أن كل فرد يسعى إلى أن ينضم إلى جماعة وإلى بيئة اجتماعية صديقة تلائمه من حيث الميول والعواطف والأهواء ويجمع بينهم رباط متين . وهؤلاء الأفراد الذين يشبهونه ويشاركونه في صفاته وعواطفه يستجيبون بسهولة لعواطفه ، ويسعدهم ويسعد بهم .

الحاجة إلى الأمن : أى الحاجة إلى الشعور بأن البيئة الاجتماعية بيئة صديقة ، وشعور الفرد بأن الآخرين يحترمونه ويقبلونه داخل الجماعة .

وهى من أهم الحاجات الأساسية اللازمة للنمو النفسى السوى والتوافق النفسى والصحة النفسية للفرد . وتظهر هذه الحاجة واضحة في تجنب الخطر والمخاطرة وفي اتجاهات الحذر والمحافظة . وتتضح الحاجة الى الأمن في الطفل الذى يحتاج الى رعاية الكبار حتى يستطيع البقاء . والحاجة الى الأمن تستوجب الاستقرار الاجتماعى والأمن الأسرى . والفرد الذى يشعر بالأمن والأشباع في بيئته الاجتماعية المباشرة في الأسرة يميل الى أن يعمم هذا الشعور ويرى البيئة الاجتماعية الواسعة مشبعة لحاجاته ، ويرى في الناس الخير والحب ويتعاون معهم ، والعكس صحيح . وكلنا ولا شك في حاجة الى الأمن الجسمى والصحة الجسمية والشعور بالأمن الداخلى وتجنب الخطر والألم وإلى الاسترخاء والراحة وإلى الشفاء عند المرض والجرح والحماية ضد الحرمان من إشباع الدوافع والمساعدة في حل المشكلات الشخصية . والشخص الأمن يشعر بإشباع هذه الحاجة ويشعر بالثقة والأطمئنان . أما الشخص غير الأمن فهو في خوف دائم من فقدان القبول الاجتماعى ورضا الآخرين ، وإى علامة من عدم القبول أو عدم الرضا يراها تهديداً خطيراً لذاته . هذا ويؤدى إشباع حاجات الفرد الى تحقيق الأمن النفسى psychological security . هذا وأهم المظاهر التى يحتاج فيها الفرد الى الأمن هى الهدف الذى يسعى لبلوغه ، والوسيلة التى يتبعها لبلوغ هدفه ، والمهنة التى يعيش منها ، والعلاقات الاجتماعية التى تصله بالأفراد الآخرين وبالثقافة القائمة . أن الحاجة الى الأمن تدفع الشخص الى التجمع مع الآخرين وعمل كل ما من شأنه تحقيق تقبل الجماعة له . ونحن نعرف أن المرض النفسى نوع من فقدان الأمن ، والإيمان هو الدواء لفقدان الأمان .

الحاجة الى تأكيد الذات : يميل الفرد الى معرفة وتأكيد وتحقيق ذاته بدافع من الحاجة الى التقدير والمخانة والاعتراف والاستقلال والاعتماد على النفس وإظهار السلطة على الغير وبالرغبة في التزعم والقيادة . وتدفع هذه الحاجة الإنسان الى تحسين الذات . وحاجته الى التقدير تدفعه الى السعى دائماً للإنجاز والتحصيل لإحراز المكانة والقيمة الاجتماعية . وهذه حاجة أساسية تدفع الناس دائماً الى عضوية الجماعات ، لتحقيق المركز والقيمة الاجتماعية ، والاعتراف من الآخرين ، والنجاح الاجتماعى . وتتضمن الحاجة الى تأكيد وتحقيق وتحسين الذات الحاجة الى النمو السوى العادى ، والتغلب على العقائق ، والعمل نحو هدف ، ومعرفة وتوجيه الذات .

الدوافع : Motives

عرفنا أن **الغرائز قوى دافعة** تعمل على المحافظة على الفرد والجماعة والنوع .

ولقد وجه الى نظرية الغرائز عدة انتقادات كان من نتيجتها أن اتجه فريق من علماء النفس المحدثين الى الحديث عن الدوافع والحوافز والرغبات واليول والحاجات . كل هذه المصطلحات تحمل معنى اندفع والتحريك ، واصبح من المصطلح عليه أن مصطاح الدافع هو الشائع استعماله الآن (أحمد زكى صالح ، ١٩٧٢) . وإذا كانت الانظار تتجه غالبا نحو مصادر الطاقات الحيوية التى تدفع الى السلوك فانها يجب أن تتجه أيضا الى الطرق التى تتعدل بها هذه الطاقات وتنمو لتصبح دوافع اجتماعية (مورفى Murphy ، ١٩٥٤) . ونحن الآن لم نعد نرجع السلوك البشرى الى الغرائز فحسب بل اننا نصف السلوك فى ضوء تكامل اهدافه وضرورة سعى الفرد لاشباع الحاجات وتحقيق الاهداف وخفض التوتر . ونحن نرى أن التعليم الاجتماعى يعدل الغرائز والحوافز drives بل ويحولها الى دوافع للسلوك الاجتماعى ويبرز دوافع اجتماعية جديدة . ويلاحظ أن المجتمع يوجه الغرائز والحوافز ويحدد طريقة اشباعها ويحولها الى سلوك مقبول اجتماعيا ومردوب فيه . والانسان يسمى دائما لاشباع حاجاته الى الامن وتحقيق الذات والنجاح والحب . . الخ ، بطريقة الكائن الاجتماعى الانسان الذى يستجيب لاتجاهات وقيم أخيه الانسان . وإذا كنا نقول أن السلوك البشرى يمكن التنبؤ به ، فان ذلك ممكن فقط فى حالة معرفتنا لدوافع السلوك البشرى والاطار الاجتماعى الذى يحدث فيه السلوك . وهكذا يفضل علماء النفس الآن مصطلح « الدوافع » أكثر من مصطلح « الغرائز » .

ويمكن تعريف الدافع بأنه حالة جسمية او نفسية داخلية (تكوين فرضى) يؤدى الى توجيه الكائن الحى تجاه أهداف معينة ومن شأنه أن يقوى استجابات محددة من بين عدة استجابات يمكن أن تقابل مثيرا محددا .

هذا ولا يمكن اخضاع الدوافع للملاحظة المباشرة وانها نلاحظها عن طريق السلوك الناتج عنها .

ومما نلاحظه انه يمكن أن يقال أن هناك دوافع متعددة بقدر ما هناك أوجه للنشاط او السلوك البشرى .

هذا ويمكن التحدث عن الدوافع بالنسبة للحاجات الاساسية التى تشبعها هذه الدوافع . وبهذا هـا أن يفروق بين نوعين رئيسيين من الدوافع :

✱ الدوافع الاولى او الدوافع الفطرية : وهذه يولد الفرد مزودا بها ، وهى التى يلزم تحقيقها أو اشباعها لحفظ بقاء الكائن الحى مثل الحاجة الى الغذاء (الجوع) والحاجة الى النوم والراحة . ويعتبر

الدافع الجنسي من الدوافع الأولية التي تعمل على بقاء النوع .
والإنسان هنا يشترك مع الحيوان فيما يختص بالدوافع الأولية .

*** الدوافع الثانوية أو الدوافع المكتسبة :** وهى التى تضبط سلوكنا الاجتماعى وهى مكتسبة أو متعلمة ، وتأتى الدوافع الاجتماعية هنا على رأس القائمة مثل الحاجة الى الانتماء الى جماعة والحاجة الى المشاركة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعى والحاجة الى إثارة انتباه الآخرين والحاجة الى الامن والتقدير والميل الى السيطرة .

والدافع الاجتماعى عبارة عن دافع يثيرة ويشبعه ولو جزئيا أشخاص آخرون على العكس من الدافع الفسيولوجى الجسمى الذى يثيرة ويشبعه تغير فى الوظائف الفسيولوجية ولكننا غالبا ما نجد تداخلا بين هذين النوعين من الدوافع .

وتأتى **الدوافع الذاتية** أو الدوافع الشخصية ضمن الدوافع الثانوية ومن أمثلتها الحاجة الى النجاح والحاجة الى الاستقلال والميل الى التملك .

وفيما يلى بعض الملاحظات على الدوافع :

- * وراء كل سلوك دافع .
- * الدافع الواحد يؤدي الى اللون من السلوك تختلف باختلاف الافراد .
- * الدافع الواحد يؤدي الى اللون مختلفة من السلوك لدى الفرد نفسه تبعا لوجهة نظره او الموقف الخارجى .
- * السلوك الواحد قد يصدر عن دوافع مختلفة .
- * التعبير عن الدوافع يختلف من ثقافة لأخرى
- * الدوافع كثيرا ما تبدو فى صور رمزية .
- * السلوك الانسانى يندر أن يصدر عن دافع واحد .
- * تصنف الدوافع حسب ما تشبعه (حشوى ، حسى ، اجتماعى .. الخ .
- * قوة الدوافع وشكلها تعتبر أمرا فرديا .
- * الدوافع تعدل الغرائز فى ضوء التوقعات الاجتماعية .
- * الدافع يهدف الى تحقيق أهداف الفرد والجماعة .
- * تختلف الدوافع الاجتماعية من جماعة لأخرى ومن بيئة لأخرى .
- * تتعدد الدوافع بقدر ما هناك من أوجه للنشاط والسلوك البشرى .

اهم الدوافع :

الدافع الجنسي : وهو من أقوى الدوافع لدى الإنسان واكبرها أثرا فى سلوكه وصحته النفسية . فهو يدفعه الى التودد والتزاوج والتكاثر .
ورغم أن هذا الدافع أولى الا أننا نلاحظ أن العوامل النفسية الاجتماعية

تلعب دورا هاما في اثارة الشهوة الجنسية واخمادها وفي ضبطها وتوجيهها والتسامي بها وتحدد السلوك الجنسي وتضبطه وتتننه لتضمن سراءه ، وقد تؤدي الى انحرافه وشذوذه . ولقد فرضت على هذا الدافع الكثير من القيود واصبح مغلطا بالكثير من المعايير الاجتماعية والتعاليم الدينية والقيم الاخلاقية . وتلعب **التربية الجنسية** دورا هاما في تهذيب التعبير السلوكي والدافع الجنسي لما له بصفة خاصة من آثار اجتماعية لا تخفى على أحد .

دافع الوالدية : ان الانجاب وزراعة الاطفال وحضانتهم واغداق العطف والحب والحنان يرضى في الوالدين دافع الوالدية . وتمدنا دراسات عام الاسان بمعلومات تفيد بوجود اختلافات في أسلوب التعبير عن دافع الوالدية في المجتمعات المختلفة .

الميل الى الاجتماع : يسمى الانسان الى الانتماء الى الجماعة لانه كائن اجتماعي بالطبع ، لا يستطيع ان يعيش بمعزل عن الجماعة . وهو يتلمس في الجماعة اشباع حاجته الى الانتماء وحاجته الى **التقدير الاجتماعي** والقبول والاحترام والمكانة الاجتماعية . ويتضح الميل الى الاجتماع وينشأ نتيجة تفاعل الفرد مع الافراد الآخرين في المجتمع على مستوياته المختلفة . ويزداد هذا الدافع أو هذا الميل مع الفرد وهو ينمو ويزداد شعوره بكيانه الاجتماعي وبرغبته في التفاعل والتعاون مع غيره من الافراد . وينطوي الميل الى الاجتماع على عواطف نحو الافراد الآخرين من سماتها انها توسع نطاق العلاقات الاجتماعية للفرد . وتشبع الجماعات دافعا قويا عند الفرد ، يطلق عليه بعض العلماء « **الجوع الاجتماعي** » هذا الدافع يبلغ من القوة انه يستطيع ان يعدل كثيرا من سلوك الفرد . فعندما ينضم الفرد الى جماعة ما يجد نفسه في كثير من الاحيان مضطرا الى التضحية بكثير من مطالبه الخاصة ورغبته في سبيل الحصول على القبول الاجتماعي من افراد الجماعة ، ونجده يساير معايير الجماعة وقوانينها وتقاليدها . والجوع الاجتماعي هو الذي يدفع الى **التطبيع الاجتماعي** أي ان يأخذ افراد الجماعة كلهم صبغة واحدة ويكتسبوا الاتجاهات العامة . يضاف الى هذا **الميل الى التوحد مع الجماعة** أي تمثل وتبنى أهدافها واتجاهاتها ومعاييرها ، ويرى الجماعة كامتداد لنفسه (١) .

دافع المقاتلة (الميل الى العدوان) الانسان بطبيعته مسالم لا يميل الى المقاتلة أو العدوان الا اذا اعترضت عقبات في سبيل اشباع حاجاته الاساسية التي بدونها لا يستطيع الحياة . ودافع المقاتلة والميل الى

(١) يقول المثل العامي : « جنة من غير ناس ماتنداس » .

العدوان يكتسب في ظل البيئة التي يعيش فيها الفرد نتيجة احتكاكه بالجماعة التي يعيش فيها بما يتضمنه ذلك من احباط وقمع وصراع . والانسان من خلال عملية التنشئة الاجتماعية يكتسب ويتعلم افضل اساليب التعبير عن هذا الدافع والتسامي به . وانظر الى الاستعاضة عن سلوك المقاومة عن طريق العنف الجسمى والتخريب والتحطيم بأسلوب مهذب كالتحكم باللفظ أو الایماء أو النكتة أو الهجاء أو المقاضاة .

دافع السيطرة : أى الحاجة الى تحصيل مكانة مرتفعة داخل الجماعة وفرض حاجات الفرد على الآخرين وتحقيق القوة للسيطرة عليهم . وحين ينضم الفرد الى الجماعة فإنه يسمى أولا الى اشباع حاجته الى الامن وحاجته الى التقبل الاجتماعى . وبعد ذلك يبدأ فى التعبير عن رغبته فى المكانة واحتلال المراكز القيادية واشباع الدافع الى السيطرة . ولقد أوضح أدلر Adler أن الطموح والعدوانية والحاجة الى السيطرة تعبر عن رغبة أساسية فى القوة . ونحن نجد أن كل فرد يعبر عن رغبته فى السيطرة فيسمى للحصول على القوة والمكانة المرموقة التى تجعله محط انظار الآخرين . وتشير الدراسات العديدة حول هذا الدافع الى أنه نتاج الثقافة التى نعيش فيها ، فإذا كانت الثقافة تؤكد **التنافس** والسيطرة والتفوق على الآخرين اكتسب الافراد والجماعات هذا الميل وتميز به سلوكهم ، أما اذا كانت الثقافة تؤكد التعاون الجماعى فان هذا الدافع سيكون ضعيفا أو يميل الى عدم الظهور جليا .

دافع التملك : وهو الدافع أو الميل أو الرغبة فى الامتلاك الشخصى والحصول على اشياء أو خبرات مفيدة كالثروة والممتلكات . وفى بعض المجتمعات نجد أن التملك يصل الى اقصاه ، فكل حجر وكل ما على الارض يدخل فى نطاق الملكية الخاصة . بينما نجد بعض المجتمعات تعيش على نظام اشتراكى . وهكذا تدل دراسات علم الانسان على أن الميل الى التملك دافع مكتسب يكتسبه الفرد من البيئة وينمو معه بحسب ظروف المجتمع الذى يعيش فيه .

دافع اللعب : ويبدو واضحا عند جميع الافراد فى كل الاعمار ولكن بصور مختلفة . وهناك فرق بين اللعب من حيث هو دافع وبين اللعب من حيث هو سلوك . واللعب له وظيفة حيوية هى اعداد الصغار لحياة الكبار وتدريبهم وتنمية وظائفهم الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية المختلفة ، وهو أيضا يساعد على التخفيف من القلق ، وهو أسلوب للتعليم وللشخيص والعلاج .

دافع الاستطلاع : وتثيره الاشياء والمواقف والخبرات الجديدة ، وهو ينزع بالفرد الى استطلاع الشيء أو الموقف وفحصه وبحثه . وانظر الى

الطفل وهو يستطلع ويستكشف العالم المحيط به وينتقل من خبرة الى اخرى ، انه يمسك بكل ما تصل اليه يداه ويسال عن كل شيء . ان هذا الدافع من اهم الدوافع التي ادت الى نمو واطراد العلم والمعرفة . ويشتمل هذا الدافع على عدة مستويات :

- * المستوى المعرفي : الرغبة في المعرفة والفهم والتعلم والتحصيل .
- * المستوى الحركي : الرغبة في تعلم المهارات الحركية كالمشي والتسلق والعموم ... الخ .
- * مستوى الانفعالي : الرغبة في خبرة المشاعر الجديده .

ثالثاً - التوافق وحيل الدفاع النفسي : Defense Mechanisms

تعتبر حيل الدفاع النفسي اساليب غير مباشرة تحاول احداث التوافق النفسي .

وحيل الدفاع النفسي هي وسائل واساليب لا شعورية من جانب الفرد من وظفعتها تشويه ومسح الحقيقة حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر وانطلق الناتجة عن الاحباطات والصراعات التي لم تحل والتي تهدد امنه النفسي وهدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بالثقة في النفس واحترام الذات وتحقيق الراحة النفسية .

وتعتبر هذه الحيل بمثابة **أسلحة دفاع نفسي** تستخدمها الذات ضد الاحباء والصراع والتوتر والقلق .

وحيل الدفاع النفسي تعتبر محاولات الابقاء على التوازن النفسي من ان يصيبه الاختلال . وهي حيل عادية يلجأ اليها كل الناس . المستوى واللاسوى والعادى والشاذ والصحيح والمريض ، ولكن الفرق بينهما هو نجاح الاول واخفاق الثانى باستمرار ، ووجودها بصورة معتدلة عند الاول وبصورة مفرطة عند الثانى . ما زاد عن الحد انقلب الى الضد .

وتختلف حيل الدفاع النفسي (اللاشعورية) عن **الضبط الشعورى** conscious control للسلوك الذى يعتبر عملية توافق واعية مرنة يتطلب طاقة واقعية كافية من ذات مدركة واعية (ماستر Master ، ١٩٦٧)

وتتعدد حيل الدفاع النفسي وتنقسم الى اقسام منها :

حيل الدفاع الانسحابية (أو الهروبية) : مثل الانسحاب والانسكوص والتفكيك والتخيل والتبرير والانتكار والالفاء والسلبية .

حيل الدفاع العدوانية (أو الهجومية) : مثل العدوان والاسقاط والاحتواء .

حيل الدفاع الإبدالية : مثل الإبدال والازاحة والتحويل والاعلاء والتعويض والتقمص وتكوين رد الفعل والتعميم والرمزية والتقدير المثالي . وهناك تقسيم آخر لحيل الدفاع النفسي وهو :

حيل الدفاع السوية : وهي غير عنيفة وتساعد الفرد في حل أزمته النفسية وتحقيق توافقه النفسي ، مثل الاعلاء والتعويض والتقمص والإبدال .

حيل الدفاع غير السوية : وهي عنيفة ويلجأ إليها الفرد عندما تخفق حيله الدفاعية السوية فيظهر سلوكه مرضيا ، مثل الإسقاط والفكوس والعدوان والتحويل والتفكيك والسلبية .

وفيما يلي حيل الدفاع النفسي :

الاعلاء (التسامي) : Sublimation

هو الارتقاء بالخوافع التي لا يقبلها المجتمع وتصعيدها الى مستوى أعلى أو أسنى ، والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعيا .

مثال ذلك : اعلاء اشباع الدافع الجنسي بكتابة الشعر الغرامى ، واعلاء اشباع دافع العدوان الى رياضة مثل الملاكمة .

التعويض : Compensation

هو محاولة الفرد النجاح في ميدان لتعويض اخفاقه أو عجزه (الحقيقى أو التخيلى) في ميدان آخر مما أشعره بالنقص .

مثال ذلك : طفل يعاني من اضطراب الكلام يدفعه لتعويضه بأن يصبح فيما بعد خطيبا موهوبا ، وشخص قصير القامة يشعر بنقص فيعوضه بالنجاح العلمى أو النجاح السياسى (١) .

يقول المثل العامى : اترع ودقنه طويلة قال شىء يعوض شىء .

ويقول مثل آخر : يا وحشة كونى نفثه .

التقمص (التوحد) : Identification

هو أن يجمع الفرد ويستمر وينبنى وينسب الى نفسه ما في غيره من صفات مرغوبة وبشكل نفسه على غرار شخص آخر يتحلى بهذه الصفات . أى أن الفرد يتوحد أو يندمج في شخصية شخص آخر أو جماعة أخرى بها صفات مرغوبة لاتوجد لدى الفرد .

(١) إذا كان لديك نقص جسمى كالقصر مثلا فلا تقلق ، فالقلق لن يطيل جسمك . واسمع نول فرانسيس بيكن « ان الاعرج الذى يسير فى الطريق الصحيح ، يسبق المتجمل الذى يحيد عنه » .

والتقمص يختلف عن التقليد في أن التقمص لا شعورى بينما التقليد شعورى .

مثال ذلك : تقمص شخصيات الأبطال والنجوم والوالدين والأساتذة .

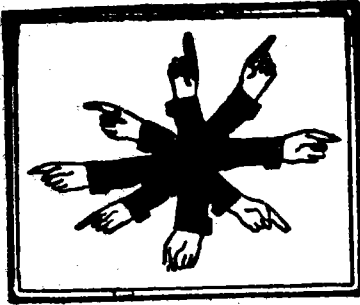
الاحتواء (الاستدماج) : Introjection

هو استدماج وامتصاص الفرد في بناء ذاته شخصا أو موضوعا أو مشاعر أو عواطف ومعايير وقيم الآخرين ، ويستجيب وكان ذلك عنصر من نفسه .

والاحتواء عكس الإسقاط .

مثال ذلك : امتصاص الفرد لمعايير السلوك الاجتماعى والتعبير عنها على أنها خصائص سلوكه الشخصى .

الإسقاط : Projection



(شكل ٤) الإسقاط

هو أن ينسب الفرد ما في نفسه من عيوب وصفات غير مرغوبة الى غيره من الناس ويلصقها بهم (وبصورة مكبرة) . وقد يحيل الفرد ذلك على القدر أو سوء الحظ . ويعتبر الإسقاط اعترافا لشعورى على النفس أكثر منه اتهاما للغير . (وانظر الى أصابعك عندما تنتهم انسانا ، ان أصبعا واحدة تشير الى هذا الانسان ، وأربعة تشير اليك أنت) (انظر شكل ٤) .

والإسقاط عكس الاحتواء .

مثال ذلك : وصف الناس باللامبالاة أو الانانية والغش والكذب والبخل أو سوء الخلق والخيانة ... الخ ، واتهام امرأة رجلا بأنه يحبها ويغازلها في حين أنها هى التى تحبه وتود أن تغازله ، وميل الرجل الذى تنطوى نفسه على رغبة لا شعورية في خيانة زوجته الى اتهامها بالخيانة .

ويقول المثل العامى : زانى ما يأمن لامراته ، ويقول آخر « عيوبى لا أراها وعيوب الناس أجرى وراها » ، ويقول آخر : كلم الفاجرة تدهيك وتجيب اللى فيها نيك .

ويقول الشاعر :

وعاجز الراى مضىاع لفرصته
ويقول آخر :

أرى كل انسان يرى عيب غيره
ويعمى عن العيب الذى هو فيه

Regression : النكوص :

هو العودة أو الردة أو الرجوع أو التقهقر الى مستوى غير ناضج من السلوك والتوافق حين تعترض الفرد مشكلة أو موقف محبط .

والنكوص يختلف عن التثبيت fixation أى توقف نمو الشخصية عند مرحلة من التضيغ لا يتعدها .

مثال ذلك : شيخ يسلك سلوك مراهق بعد أن كان قد ألتع عنه (١) ، وراشد يبكى عندما تقابله مشكلة ، ومراهق يسلك سلوك طفل ينكص الى التفكير الخرافى البدائى .

Dissociation : (العزل) التفكيك :

هو فك وانحلال الرابطة بين الانفعال والافعال ، وبين أنماط السلوك المتناقضة ، وعزل كل منها فى واد بعيدا عن الآخر .

مثال ذلك : شخص يصلى ويزنى ، وكأن هذه دقة وتلك دقة (ازدواج الشخصية) .

Negativism : السلبية :

هى مقاومة المسئوليات والضغط حيث يفعل الشخص عكس ما يطلب منه أو يتجنب عمله .

مثال ذلك : الصمت والمقاومة والمعارضة والتمرد والعناد والرفض .

Agression : العدوان :

هو هجوم بوجه نحو شخص أو شىء مسئول عن اعاقته بالغة .

مثال ذلك : الكيد أو التشهير أو الاستخفاف أو النكت اللاذعة أو الهجاء الموجه الى الاعداء .

يقول المثل العامى : العطشان يكسر الحوض .

Withdrawal : الانسحاب :

هو الهروب والابتعاد عن عوائق اشباع الدوافع والحاجات وعن مصادر التوتر والقلق وعن مواقف الاحباط والصراع الشديد .

مثال ذلك : الانسحاب والعزلة والوحدة لتجنب الاحباط فى محال التفاعل الاجتماعى .

(١) وينطبق عليه قول الشاعر (بتصرف) :

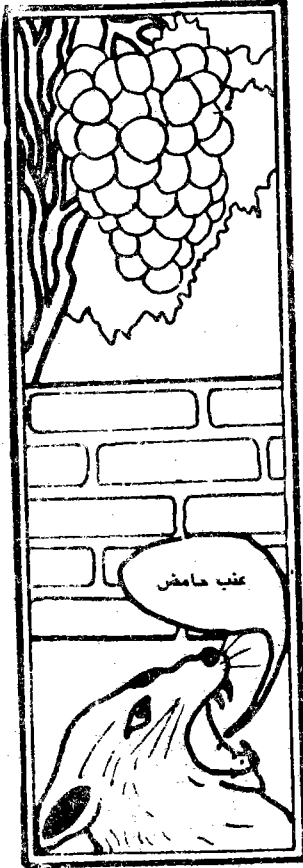
الا ليت المشيب يعود يوما . . . فآخبره بما فعل الشباب

التخيّل : Fantasy

وهو اللجوء الى عالم الخيال لتحقيق ما عز تحقيقه من نجاح في الواقع .
 مثال ذلك : الاستغراق المفرط في أحلام اليقظة وبناء القصور في الهواء ،
 وحلم الفقير بالفنى ، وحلم الضعيف بالقوة .
 يقول المثل العامى : حلم الجوعان عيش .

التحويل : Conversion

هو تحويل الصراعات الانفعالية أو الدوافع المكبوتة وتعبيرها عن
 نفسها خارجيا من خلال العمليات الحسية والحركية أو العمليات
 الفسيولوجية .



(شكل ٥ التبرير)

مثال ذلك : صدمة الانفجار التي تصيب
 الجنود في ميدان الحرب (صدمة الميدان)
 وتؤدي الى العمى الهستيرى .

التبرير : Rationalization

هو تفسير السلوك (الفاضل أو
 الخاطئ) بأسباب منطقية معقولة وأعذار
 مقبولة .

والتبرير يختلف عن الكذب في أن التبرير
 لا شعورى يخدع به الفرد نفسه بينما
 الكذب شعورى يخدع به الآخرين .

مثال ذلك : تبرير عدم الزواج من فتاة
 جميلة مرغوبة رفضت اتهام الزواج بأنها
 سيئة السلوك ، ومن الناس من يرون
 التواكل توكلًا والتبذير كرمًا والبخل حرصًا
 والقسوة حزمًا والفوضى حرية والعنوسة
 استقلالًا والفقر حشمة .

ويقول الشاعر :

وثب الثعلب يوما وثبة

شففا منه بعنقود العنب

لم ينسله قال هذا حصرم

حامض ليس لنافيه ارب

ويقول المثل العامى : اذا بعد عليك العنود ، قل حامض يا عنب .
 ويقول مثل آخر : اللى ماتعرفش ترقص تقول الارض عوجة .

ولقد قيل :

افعل أى شئ تقرره وتستجد مثلا يبرره
(انظر يحيى الرخاوى ، ١٩٦٥)

الانكار : Denial

هو الانكار اللاشعورى لما هو موجود ليتجنب الفرد واقعه المؤلم أو
المسبب للقلق ، وكأنه كالنعام يدفن رأسه فى الرمال .
مثال ذلك : انكار موت عزيز ، وانكار خطر خارجى .
يقول الشاعر :
واذا الحقائق أخرجت صدر الفتى القى مقالده الى التوىيه
ويقول المثل العامى : وذن من طين وذن من عجين .

الإنفاء (الإبطال) : Undoing

هو قيام الفرد بسلوك يماكس ما قام به فعلا وكان غير مقبول شخصيا
أو اجتماعيا وكأنه يحاول اصلاح ما افسد والغاء وإبطال مفعوله .
مثال ذلك : الغاء الام عقابها لطفلها باغراقه بالحب .
ويقول المثل العامى : زى اللى الصابونة فى ايد والنجاسة فى ايد
يطرطش ويفسل .

الكبت : Repression

هو ابعاد الدوافع والافكار المؤلمة أو المخزية أو المخيفة المؤدية الى
القلق من حيز الشعور الى حيز اللاشعور حتى تنسى . وهو وسيلة توقي
ادراك الدوافع التى يفضل الفرد انكارها وكأنه يهذب ذاته خشية الشعور
بالاثم واندنم وعذاب الضمير وإيلاام الذات .
والكبت يختلف عن القمع suppression فى أن القمع يتضمن كبح
وضبط النفس شعوريا فى ضوء المعايير الاجتماعية خشية الخزى والعار .
مثال ذلك : الغيرة المكبوتة ، والحقن المكبوت .

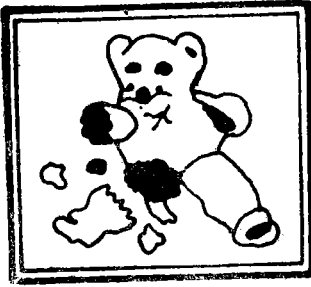
النسيان : Forgetting

هو اخفاء الدوافع والخبرات والمواقف غير المقبولة أو المهددة عن
الوعى والادراك . وهو ينتج عن حيلة الكبت .
مثال ذلك : نسيان موعد غير مرغوب ، ونسيان اسم شخص مكروه .

Displacement : الإزاحة

هي إعادة توجيه الانفعالات المحبوسة نحو أشخاص أو موضوعات أو أفكار غير الأشخاص أو الموضوعات أو الأفكار الأصلية التي سببت الانفعال .

مثال ذلك : إزاحة حب امرأة الى ابنها ، وإزاحة كره الرئيس الى الرؤوس .

Substitution : الإبدال

(شكل ٦) الإبدال

هو اتخاذ بديل لاشباع دافع غير مشبع أو حاجة محبطة أو تحقيق هدف أو سلوك غير مقبول اجتماعيا . ويكون البديل عادة مشابهها الى حد كبير للدافع غير المشبع أو الحاجة المحبطة أو الهدف أو السلوك غير المقبول اجتماعيا .

مثال ذلك : إبدال السلوك العدوانى الموجه الى أحد الوالدين أو أحد الأخوة الى لعبة وتحطيمها (انظر شكل ٦) .

Generalization : التعميم

هو تعميم تجربة أو خبرة معينة على سائر التجارب والخبرات المشابهة أو الأقربى منها .

مثال ذلك ما يقوله المثل العامى : اللى يقرصه التعبان يخاف من الحبل .

Reaction Formation : (التكوين العكسى)

هو التعبير عن الدوافع المستهجنة سلوكيا فى شكل معاكس أو فى شكل استجابة مضادة .



(شكل ٧) تكوين رد الفعل (التكوين العكسى)

مثال ذلك : التدين كرد فعل وتكوين عكسى للالحاد ، والافراط فى الاحتشام كرد فعل وتكوين عكسى لرغبات جنسية قوية مكبوتة ، ومهاجمة التفكير الخرافى كرد فعل وتكوين عكسى للايمان به ، والافراط فى الحب كرد فعل وتكوين عكسى للخراهة الشديدة ، والافراط فى السرور والضحك كرد فعل عكسى لمصيبة كبيرة (انظر شكل ٧)

يقول الشاعر :

ت فظلت تكانم الغيظ سرا
جزعا : ليته تزوج عشرا

الرمزية : Symbolization

هی اعتبار مثر لا یحمل ای معنی انفعالی رمزا لفكرة او اتجـاه
مشحون انفعالیا .

مثال ذلك : اهتمام شاب بملابس النساء رمزا لاهتمامه بالجنس الآخر .

التقدير المثالي : Idealization :

هو المبالغة في التقدير ورفع الشأن بما يعى الفرد عن حقيقة الشيء ويحرمه من النظرة الموضوعية .

مثال ذلك : المبالغة في تقدير المحبوب ووصفه بكل المحاسن وتنزيهه عن كل المساوئ .

يقول المثل العامي : حسن في كل عين ما تود .

ويقول الشاعر :

وعين الرضا عن كل عيب كلية ولكن عين السخط تبدى المساويا

الوقاية من المرض النفسي

يوجه علم الصحة النفسية وعلم النفس اهتماما كبيرا الى الوقاية من المرض النفسى او ما يطلق عليه البعض « **التحصين النفسى** » بقدر ما يوجه اليه من عناية بفهمه وتشخيصه وعلاجه . ونحن نعرف ان الوقاية خير من العلاج ، وانها تغنى عن العلاج . وان جرام وقاية خير من طن علاج ، وان الطن من الوقاية يكلف المجتمع اقل مما يكلفه جرام واحد من العلاج فضلا عن ان حصيلة تشمل المجتمع بأسره (١) .

ونحن نعلم انه للوقاية من المرض النفسى لابد من معرفة أسباب الامراض النفسية وازالتها ، وتحديد الظروف التى تؤدى اليها حتى

(١) يقول الشاعر : توقى الداء خير من تصد لايسره وان قرب الطبيب
ويمكن ان يقال في هذا المقام لكل فرد « عود نفسك صيانة شخصيتك
واستشر الاخصائيين قبل ان تخر صريع المرض » .

نضبطها ونقلل أثارها ، ونهينة الظروف التى تحقق الصحة النفسية .
ويقسم البعض الوقاية الى اولية وثانوية ومن الدرجة الثالثة . الوقاية
الاولية :حاول منع حدوث المرض ، والوقاية الثانوية تحاول تشخيص المرض
فى مرحلته الاولى بقدر الامكان ، والوقاية من الدرجة الثالثة تحاول تقليل
اثر اعاقه وازمان المرض .

وتتركز الخطوط العريضة للوقاية من المرض النفسى فى الاجراءات
الوقائية الحيوية ، والاجراءات الوقائية النفسية ، والاجراءات الوقائية
الاجتماعية (حامد زهران ، ١٩٧٣) .

الاجراءات الوقائية الحيوية :

تركز الاجراءات الوقائية الحيوية على التاكيد على خدمات رعاية الام
قبل الحمل واثناؤه والرعاية الصحية التالية للفرد . . وتحاول كذلك تعديل
العوامل التناسلية بحيث نحصل على افراد اصحاء منذ البداية .

وتتضمن الاجراءات الوقائية الحيوية ما يلى :

الصحة العامة : وتشمل

- * رعاية الام طبييا ونفسيا منذ وقت الاخصاب واثنا الحمل وعند الولادة
وبعدها ، وخاصة الام التى سبق أن ولدت اطفالا غير كاملى النمو
او اولادا بهم تلف فى المخ .
- * وقاية الاطفال من الامراض وتنمية المناعات لديهم وتحصينهم وتطعيمهم
ضد الامراض المعروفة وتزويدهم بالتغذية الملائمة فى الطفولة .
- * تكوين عادات العناية بالجسم والنظافة .
- * التخلص من العوامل الخطرة فى البيئة ومراعاة الاحتياجات الخاصة
بالسلامة وتجنب الحوادث .
- * اعداد الوالدين لدور الوالديه وتوجيههما بخصوص الاهمية الانفعالية
لميلاد الطفل والمشكلات النفسية والطبية للاطفال .
- * تغيير العوامل غير السليمة فى مواقف الحياة لضمان علاقات عائلية
هادئة ولضمان بيئة نفسية صحية بالنسبة لكل من الاطفال
والوالدين .
- * المحصن الطبى الدورى لضمان الاكتشاف المبكر لاي مرض عضوى .
- * نهية الظروف التى تؤدى الى افصل مستوى لضمان وسيلة لمقاومة
صعوبات الحياة .
- * العلاج النفسى والاجتماعى المبكر لازالة العوامل المسببة للاضطرابات
ومساعدة الفرد على تحقيق التوافق النفسى على المدى القريب
والبعيد .

التواهي التناسلية : وتشمل

- * منع ولادة اطفال لوالدين لديهما امراض وراثية « ويمثل الحال في بعض الدول الى حد تعقيم المرضى العقليين » .
- * رسم « خريطة كروموزمية » للمعوسين تفيد في التنبؤ باحتمال وجود أى مرض عضوى فى نسلهما مستقبلا .
- * داسة التركيب الفعلى للمورثات « الجينات » للتفريق بين المورثات العادية والمرضية — واذا امكن — تصحيح الوضع مما يؤدى الى منع المرض الوراثى .

الاجراءات الوقائية النفسية :

عرفنا ما هى الصحة النفسية . ومفتاح الصحة النفسية هو ان ينمو الفرد نموا سليما وينشأ تنشئة اجتماعية سوية وان يتوافق شخصيا واجتماعيا ومهنيا وان يعرف مشكلاته حين تطرا فى حياته ويحددها ويدرسها ويفسرهما ويضبطهما ويعالجها .

وتتضمن الاجراءات الوقائية النفسية ما يلى :

النمو النفسى السوى : ويشمل

- * العمل على تحقيق اكبر درجة من النمو والتوافق فى كل مراحله وفى كافة مظاهره فى ضوء مطالب النمو بغية تنشئة اجيال من الاطفال والمراهقين والراشدين وحتى الشيوخ يتمتعون بالصحة الجسمية والنفسية والسعادة الاجتماعية والقدرة على الانتاج .
- * ضمان وجود علاقة متينة مع الوالدين او من يقوم مقامهما ومع الاهل .
- * المرونة فى عملية الرضاعة والتدريب على الاخراج والتنشئة الاجتماعية .
- * الحرية التى تتناسب مع درجة النضج .
- * التوجيه السليم والمساعدة ، وضرب المثل والاسوة الحسنة امام الطفل .
- * سيادة جو مشبع بالحب يشعر فيه الطفل بانه مرغوب فيه محترم وينظر اليه كعضو هام فى الجماعة .
- * عمل حساب اثر المستوى الاجتماعى والاقتصادى فى عملية النمو ، وذلك باثراء حياة المواطنين بحيث تختفى العوامل التى تؤثر تأثيرا سيئا فى نمو الشخصية .
- * تعليم الوالدين وتأكيد أهمية العلاقات الصحية بينهما وبين الطفل ولفت الانتظار الى خطورة العلاقات السيئة والظروف غير المناسبة والتربية الخاطئة وآثارها على الصحة النفسية .
- * امداد الوالدين بالمعلومات الكافية عن النمو النفسى للاطفال ، ضمانا للنمو النفسى السليم للشخصية .

- * تزويد الوالدين بالمعلومات عن الحاجات النفسية للأطفال وكيفية إشباعها .
- * توجيه وإرشاد الوالدين بما يحقق وجود مناخ نفسى صحى يؤدي الى الصحة النفسية لكل افراد الاسرة .
- * ضمان وجود التعاون الكامل بين الاسرة والمدرسة فى رعاية النمو النفسى للأطفال .
- * ضمان ملائمة المناهج التربوية لمرحلة نمو التلاميذ وقدراتهم وحاجاتهم .
- * القيام بالتربية الجنسية فى اطار التعليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الاخلاقية والضمير بهدف تحقيق التوافق والسلوك الجنسى السوى .
- * الاهتمام بنمو الشخصية بكافة مظاهرها جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا ... الخ .

نمو المهارات الاساسية : وتشمل

* تحقيق التوافق الانفعالى ويتضمن :

- رعاية النمو الانفعالى وتربية الانفعالات وترويضها من اجل تحقيق التوافق الانفعالى مما يضمن المشاركة الايجابية فى الحياة .
- الفهم على التخلص من الحساسية الانفعالية والتعبير السليم عن الانفعالات وضبطها حسب مقتضى الحال .
- القدرة على السلوك السوى بالانفعالات عادية والقيام بالواجبات رغم هذه الانفعالات .
- القدرة على ضبط الانفعالات المشككة مثل الخوف والغضب والعداوان والحزن ، وعلى فهم الدور المادى لمثل هذه الانفعالات فى سلوك الفرد ، وعلى منعها من اعاقه تحقيق اهدافه وتوافقه .
- تشجيع الانفعالات الايجابية مثل الحب والمرح مما يملأ الحياة بهجة وسعادة .

* تحقيق التوافق الاجتماعى ويتضمن :

- رعاية النمو والتوافق الاجتماعى وتنمية الذكاء الاجتماعى .
- تحقيق علاقات اجتماعية سوية مع الاشخاص الهامين فى حياة الفرد .
- النجاح فى اجتذاب انظار شريك الحياة والزواج السعيد ، وتكوين صداقات ناجحة .
- العمل على تقبل المسؤولية الاجتماعية واتاحة الفرصة لممارستها .
- معرفة الحقوق والواجبات والحاجات والمسئوليات والادوار فى التفاعل الاجتماعى فى ضوء المعايير الاجتماعية المرتضاة .

- فهم الذات وتنمية مفهوم موجب للذات ، وفهم الآخرين واقامة علاقات متينة معهم ، وتقبل واحترام الآخرين وان اختلفت الآراء .
- التحديد الواعى للاهداف والقيم والميول والاهتمامات .
- تحقيق التكامل الشخصى وتجنب اى مواقف مشكلة لا لزوم لها .

* رعاية النمو العقلى وتتضمن :

- رعاية نمو المهارات العقلية والذكاء والتحصيل وتنمية الابتكار والتوافق المدرسى .
- توفير امكانيات التعليم ونمو المهارات الكافية فى التعلم وحل المشكلات واتخاذ القرارات .
- التوجيه التربوى الذى يضمن تحقيق مستقبل تربوى ناجح وموفق .

* التوافق الزوجى : ويشمل

- * التوجيه والارشاد قبل الزواج الذى يتضمن الاعداد الكافى للزواج مما يؤدى الى النجاح والرضا والسعادة خلال زواج مستمر « خاصة فى حالة الزواج المبكر والزواج المتأخر » .
- * التوفيق فى الزواج المبني على المشاركة فى الخبرات وتكوين روابط انفعالية قوية مما يساعد كلا من الزوجين على الشعور بالكفاية والرضا والامن .
- * بناء وحدة السرية قوية تضم اطفالا اصحاء مما يشعر الوالدين بالنجاح .
- * تحقيق العوامل الاساسية للزواج السعيد مثل النضج الانفعالى للزوجين والاتجاهات الواقعية نحو الزواج والفهم المتبادل للواجبات والمسئوليات الزوجية .
- * التوافق نتيجة للتشابه بين الزوجين من ناحية السن والمستوى العقلى المعرفى والدينى والاتجاهات والقيم ... الخ .
- * اتفاق الاهداف فيما يتعلق بانجاب الاطفال والنواحي الاقتصادية وأوجه النشاط فى وقت الفراغ والعلاقات مع الاقارب والاصدقاء ... الخ .
- * التجانب الجسمى والتقارب الانفعالى والتوافق الجسمى .
- * سلامة العوامل البيئية ومناسبة مستوى المعيشة .

* التوافق المهنى : ويشمل

- * التوجيه المهنى الذى يضمن الاختيار الموفق والنجاح والرضا والتقدم فى العمل وتيسير الفرص المتكافئة فى العمل .
- * التوافق المهنى مما يؤدى الى التحرر من القلق الاقتصادى والى الاحساس باحترام الذات والانجاز والامل فى المستقبل .

المساندة أثناء الفترات الحرجة : وتشمل

- * المساندة الانفعالية لافراد الاسرة في مواجهة المواقف الاليمة مثل الطلاق وموت عزيز او فقد وظيفة او عملية جراحية ... الخ .
- * المساندة الانفعالية للطفل من جانب الوالدين لتجنب الصدمات الانفعالية التى قد تحدث نتيجة الايداع بالمستشفى لتفادى القلق الذى يسببه البعد عن الاسرة بالاضافة الى القلق الذى يسببه المرض .
- * المساندة الانفعالية لمساعدة الفرد في تخطى العقبات ، وأثناء الضغوط والاضطرابات الموقفية في الحياة .
- * مساندة الراشدين والاطفال أثناء المواقف الحرجة مثل الطلاق ، وتأكيد ان الحياة لابد ان تستمر وان الفرد عايه ان يبنى من جديد رغم مثل هذه الخبرات الصادمة .
- * المساندة الانفعالية أثناء التعرض للاحداث التى ترسب المرض النفسى والتي تظهر المرض الذى هيات له عوامل أخرى كثيرة .
- * تهئة الظروف اللازمة للنمو النفسى انسوى في حالة فقدان احد الوالدين او كليهما .

التنشئة الاجتماعية : وتشمل

- * مساعدة الاطفال والمراهقين خلال عملية التنشئة الاجتماعية في تعلم الادوار الاجتماعية والقيم والمعايير الاجتماعية وفلسفة الحياة .
- * نمو المهارات المتعلقة بالصحة النفسية والتوافق الشخصى والاجتماعى والتي تجعل الفرد يشعر بأهميته ويثق في نفسه .
- * تقبل المسؤوليات الاجتماعية والاسهام في التقدم الاجتماعى وتقبل التغير الاجتماعى .
- * الاعتقاد في القيم التى نحاول الوصول اليها عن طريق العلم والتكنولوجيا والايمان بالله والوطن واشاعة الجو الديموقراطى الذى يعتبر جوا صحيا يؤدى الى السعادة والتقدم لكل من الفرد والمجتمع .

الاجراءات الوقائية الاجتماعية :

يولى العلماء اهتماما متزايدا بالاجراءات الوقائية الاجتماعية ، ولقد زاد الاهتمام بالبحوث العلمية « المحلية ، والوطنية ، والدولية » التى تركز على فهم وتصحيح وضبط الاسباب الاجتماعية للاضطرابات النفسية . وتتضمن الاجراءات الوقائية الاجتماعية ما يلى :

الاجراءات الاجتماعية العامة : وتشمل

- * رفع مستوى المعيشة والاهتمام بالاسكان ، والتخطيط السكاني ، ووسائل المواصلات ، وتيسير الخدمات الاجتماعية ، وتيسير خدمات الصحة النفسية في المجتمع .

- * الاهتمام ببرامج التوعية بوسائل الاعلام المختلفة كالاذاعة والتليفزيون والصحافة وال نشرات العلما ، وتوجيه وأرشاد الوالدين والجمهور بصفة عامة بكل ما يتعلق بالوقاية من المرض النفسى .
- * الاهتمام بالبرامج الوقائية فى مراكز رعاية الاسرة ومراكز رعاية الطفولة والامومة ومراكز رعاية الشباب ومراكز رعاية الشيوخ والعيادات النفسية ومراكز الارشاد النفسى .

الدراسات والبحوث العلمية : وتشمل

- * البحوث حول مدى حدوث وتوزيع الاضطرابات النفسية مع الاهتمام بوصف انماط السلوك الشاذ وتحديد كنهه وتباينه بالنسبة للمناطق الجغرافية والمستويات الاجتماعية الاقتصادية مما يساعد فى تحديد « مناطق المرض » حيث يجب أن تتركز الجهود الوقائية والعلاجية .
- * البحوث حول الاسباب الاجتماعية للسلوك المنحرف ، وتشمل تأثير الظروف الاجتماعية على نمو الشخصية وسماتها تمهيدا لازالة هذه الاسباب .
- * البحوث حول الآثار النفسية لمشكلات التقدم العلمى والتكنولوجيا والصناعى ، وآثار القلق الناتج عن العجز أمام خطر الحرب النووية ، والانفجار السكاني العالمى والتغير الاجتماعى والثقافى السريع . ويجب عمل حساب الاجراءات الوقائية الخاصة بالضبط الاجتماعى اللازم مع التغير الاجتماعى مثل النمو الحضري والتغير العمرانى والتصنيع . وتغير الاسرة من حيث حجمها وشكلها وخروج المرأة الى ميدان العمل والانتاج والهجرة والانفتاح وتغير بعض القيم الاجتماعية التقليدية وقضية الحرب والسلام ... الخ .

التقييم والمتابعة : وتشمل

- * تقييم نتائج الجهود الوقائية والعلاجية والآثار الجانبية لبعض انواع العلاج ووسائله .
- * تقييم برامج الصحة النفسية التى تقوم بها المؤسسات العامة والخاصة .
- * تقييم ومتابعة عمل المعالجين النفسيين والاطباء النفسيين فى عملهم الجرى .

تخطيط الاجراءات الوقائية :

تقع مسئولية تخطيط الاجراءات الوقائية من المرض النفسى على عاتق المؤسسات النفسية والاجتماعية والطبية والمعاهد العلمية المتخصصة فى هذا المجال . وهناك مسئولية متبادلة تحتم ضرورة المشاركة فى التخطيط بين كل الجهات المعنية لصالح الجميع .

ان برنامج الوقاية يجب ان يتناول ظروف الفرد والجماعة والمجتمع ، ويجب ان يختلف بحسب عضو الاسرة الذى يوجه اليه كالا ب أو الام أو الاولاد ... الخ ، ويجب ان يوجه على مستوى المجتمع فى مجالات التربية والعمل والصحة ... الخ ، وعلى مستوى الاحداث الهامة مثل الزواج والولادة والتقاعد ... الخ ، وعلى مستوى احتمال الاضطراب لدى الفرد أو الاسرة أو فى المجتمع .

ولا شك أن المجتمع النكى هو الذى يهيئ المناخ الاجتماعى والثقافى الذى ييسر النمو السوى لافراده وجماعته ويقوم بكل ما يكفل الوقاية من المرض النفسى .

ولعل المواطنين يتعودون على اجراء الفحص النفسى الشامل دوريا من أجل الوقاية من الاضطرابات والامراض النفسية ، ولعل مدارسنا تبدأ بتقديم هذه الخدمات الضرورية .

الشخصية

PERSONALITY

يهتم علم الصحة النفسية بدراسة الشخصية فى توافقها واضطرابها . والسلوك فى سوائه وانحرافه يعتبر نتاجا للشخصية . وحول دراسة الشخصية غير العادية والمريضة تدور بحوث علم النفس المرضى وعلم نفس الشواذ والتحليل النفسى والتوجيه والارشاد النفسى .

تعريف الشخصية :

من أهم تعريفات الشخصية تعريف البورت Allport (١٩٣٧) وهو « الشخصية هى التنظيم الدينامى فى الفرد لجميع الاجهزة النفسية الجسمية الذى يحدد توافقه الفريد مع بيئته » .

رتعرف الشخصية بايجاز على النحو التالى : « الشخصية هى جملة السمات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التى تميز الشخص عن غيره » .

نظريات الشخصية :

اولا : نظرية الانماط :

هى من أقدم نظريات الشخصية . وحاولت تصنيف شخصيات الناس الى انماط تجمع بين الاشخاص الذين يندرجون تحت نمط واحد . والنمط

يلخص تجميع السمات الأساسية الفطرية أو الجسمية التي تكونت في مستهل حياة الفرد ولا تخضع لتغير أساسي . وعلى ذلك فنمط الشخصية يدل على جوهر الشخص ، وهو نواة يصعب تغيرها .



(شكل ٨) أنماط الشخصية

١ - أبوقراط (في القرن الخامس ق.م .) قسم أنماط الشخصية الى أربعة هي :

أ - النمط الدموي « دموى المزاج » Sanguinic (متفائل ، نشط ، سهل الاستثارة ، سريع الاستجابة ، حاد الطبع ، متحمس ، واثق) (شكل ٨ ، ٣)

ب - النمط البلغمي « بلغمي المزاج » Phlegmatic (خامل ، بليد ، منزو ، متبلد الانفعال ، فاتر ، بارد ، متراخ ، عديم المبالاة) . (شكل ٨ ، ١)

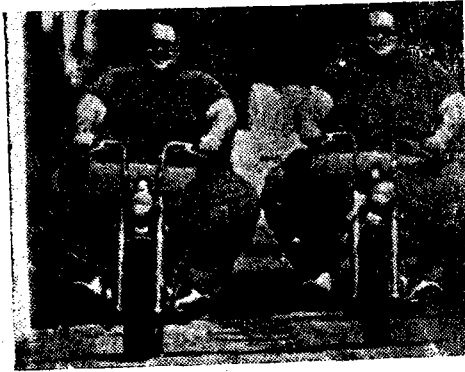
ج - النمط الصفراوي « صفراوي المزاج » Choleric سريع الانفعال ، غضوب ، عنيد ، طموح) . (شكل ٨ ، ٢)

د - النمط السوداوي (سوداوي المزاج) Melancholic (متشائم ، منطو ، مكثب ، هابط النشاط ، بطيء التفكير ، متأمل) . (شكل ٨ ، ٤)

والشخص الصحيح نفسيا هو الذي يكون عنده توازن بين الامزجة الاربعة .

٢ - كرتشمر Kretschmer : قسم أنماط الشخصية الى أربعة هي :

- أ - النمط البدني (ممتلئ الجسم ، قصر الساقين ، قصر العنق ، عريض الوجه) (مرح ، منبسط ، اجتماعي ، صريح ، سريع التقلب) .
(شكل ٩) .
- ب - النمط النحيل (نحيل الجسم ، طويل ، الأطراف ، دقيق القسمات) (منطو ، مكتئب) .



(شكل ٩) بدنيان

- ج - النمط الرياضي (رياضي ، قوى العضلات ، ممتلئ الجسم) (نشط ، عدواني) .
- د - النمط غير المنتظم (وهو ما ليس كذلك) .

٣ - شلدون Sheldon : قسم أنماط الشخصية الى ثلاثة هي :

- أ - النمط الداخلي التركيب endomorphic « الحشوي » (النمط الحشوي الاساسي) (يميل الى الراحة الجسمية والاسترخاء والنوم ، هادئ ، بطيء الاستجابة ، يحب مظاهر الادب ، مرح ، يحب الاكل ، روحه اجتماعية ، يحب الحفلات الاجتماعية ، منبسط ، متسامح ، طبع سهل الانقياد والخضوع ، هادئ انفعاليا ، راض عن ذاته ، يأخذ أكثر مما يعطى) .

- ب - النمط المتوسط التركيب mesomorphic « العضلي » (النمط الجسمي الاساسي) (يميل الى اثبات الذات وتأكيداتها ، يحب العمل والنشاط والحيوية والحركة ، يحب السيطرة والعدوان والتنافس ، قاس ، صلب الرأي ، يحب المخاطرة الجسمية ، شجاع ،

جرىء ، لايبالى بالالم ، لايبالى بمشاعر الآخرين ، صوته جهورى ، طلبق) .

ج - النمط الخارجى التركيب ectomorphic « الجلدى » (النمط المخبى الاساسى) (يميل الى التوتر والتيقظ والحساسىة ، متحفظ دقيق الحركة ، سريع الاستجابة ، نشط ومتيقظ عقليا ، مفكر ، متأمل ، يكبت انفعالاته ، علاقاته الاجتماعية ضعيفة ، يحب العزلة والخصوصية ، قلق - خجول ، مترمت) .

٤ - يونج Jung : قسم أنماط الشخصية الى اثنين هما :

١ - النمط الانبساطى : extravert (نشط ، اجتماعى ، يميل الى المشاركة فى النشاط الاجتماعى ، يهتم بالناس ، له صداقات كثيرة ، بواح ، متوافق ، مقبل على الدنيا فى حيوية وصراحة) . ويتفرع هذا النشاط الرئيسى الى أربعة فرعية هى :

* الانبساطى التفكيرى (مفكر يهتم بالحقائق الموضوعية كالعالم الخارجى الواقعى التجريبي ، عملى واقعى ، ينتج أفكارا جديدة) .

* الانبساطى الوجدانى (اجتماعى ، سهل الاخلاط ، حسن التوافق الاجتماعى ، مندفع ، انفعالى ، منطلق فى التعبير الانفعالى الظاهر) .

* الانبساط الحسى (يستمد اللذة المباشرة من خبرته الحسية ، يحتاج الى اثار خارجية مستمرة ، يحب التجديد والتنويع ، سريع الملل) .

* الانبساطى الالهامى (يعتمد على الحدس ، يحب التجديد ، جرىء مخاطر ، مغامر ، مندفع ، يحب الاشياء غير العادية ، لا يحترم العادات) .

ب - النمط الانطوائى introvert (انسحابى ، غير اجتماعى ، انعزالى يتحاشى الصلات الاجتماعية ، يفكر دائما فى نفسه ، متركز حول ذاته ، يخضع سلوكه لمبادئ مطلقة وقوانين صارمة ، غير مرن ، غير متوافق ، شكك) .

ويتفرع هذا النمط الرئيسى الى أربعة فرعية هى :

* الانطوائى التفكيرى (فيلسوف أو باحث نظرى ، يهتم بالأفكار والعالم الداخلى والواقع الداخلى ، خجول ، صامت حتى فى صحبة الزملاء) .

* الانطوائى الوجدانى (ينطوى على حالات وجدانية عميقة قوية ، قوى الانفعال ، يحب بقوة ويكره بعنف ويحزن بشدة ، تحكمه العوامل الذاتية ، يميل الى العزلة) .

* الانطوائى الحسى (ذاتى فى ادراكه ، يحب تأمل المحسوسات والطبيعة) .

* الانطوائى الالهامى (يهتم بالجانب السلبي والاسود من الخبرات وبكل ما هو ذاتى وغريب وغير عادى ، متقلب) .

ثانياً - نظرية السمات :

الشخصية هنا عبارة عن انتظام دينامى لاختلاف سمات الفرد . وتقوم هذه النظرية على أساس تحديد السمات العامة للشخصية التى تكمن وراء السلوك .

والسمة هى الصفة (الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية) الفطرية أو المكتسبة ، التى يتميز بها الفرد . وتعبير عن استعداد ثابت نسبياً لنوع معين من السلوك .

والسمات أما أن تتوقف على عوامل وراثية مثل حالة الجهاز العصبى وجهاز الغدد وعملية التمثيل الغذائى ولا يحتاج الى تعليم أو تدريب ، وأما أن تكون السمات مكتسبة متعلّمة عن طريق الارتباط الشرطى والتعميم والتدعيم والتوحد والتقليد .. الخ .

ولقد حاول علماء النفس حصر سمات الشخصية فكان عددها بالآلاف ، وعندئذ لجأوا الى التحليل العاملى وحصلوا عن طريقه على السمات العامة .

ومن اقنطاب هذه النظرية :

١ - البورت Allport : قسم السمات الى :

- أ - السمات الوراثية : التى تنتقل بالوراثة .
- ب - السمات الظاهرية : التى تحددها البيئة .

٢ - ايزنك Eysenck حدد :

- أ - الانبساط extraversion : المنبسط (اجتماعى ، سريع ، غير دقيق ، غير مثابر ، مستوى طموحه منخفض ، مرن ، منخفض الذكاء نسبياً ، يحب النكته) .

- ب - الانطواء introversion : المظوى (مكتئب ، غير مستقر ، بليد ، سهل الاستثارة ، يشمر بالنقص ، متقلب المزاج ، يستغرق فى أحلام اليقظة ، يبتعد عن الاضواء والمناسبات

الاجتماعية ، أرق ، لا يطرب للنكتة ، مثابر ، ذكى ، حقيقى ،
بطيء ، ذو طموح مرتفع) .



(شكل ١١)
هانز ايزيك



(شكل ١٠)
جوردون اولبورت

ح — العصبية neuroticism (الاستعداد للمرض العصبى) :
العصبى (يشكو قصورا فى العقل والجسم ، ذكاؤه متوسط
قابل للاجتماع ، غير مثابر ، بطيء التفكير والعمل ، غير اجتماعى ،
يميل الى الكبت) .

د — الذهانية psychoticism (الاستعداد للمرض الذهانى)
الذهانى (تركيز قليل — ذاكرته ضعيفة — كثير الحركة —
مبالغ — بطيء القراءة — مستوى طموحه منخفض) .

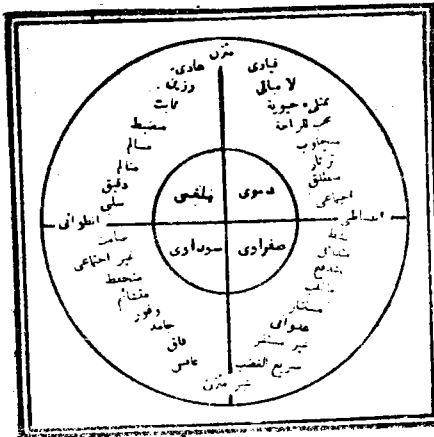
يضاف الى ذلك ابعاد مثل :

- * المحافظة — التطرف (الجذرية) .
- * البساطة — التعقيد .
- * الصلابة — الايونة .
- * الديموقراطية — التسلطية .

٣ — كاتل Cattell توصل الى السمات الآتية :

- * الاجتماعية ضد العدوانية : (اجتماعى ومحب للناس وسهل
المعاشرة ضد عدوانى وناقد ومنسحب) .

- * الفكاهة العام ضد الضعف العقلي : (فكى ضد غبى) .
- * الثبات الانفعالى او قوة الانا ضد عدم الثبات الانفعالى او ضعف الانا : (ثابت انفعاليا وناضج وهادىء ضد انفعالى وغير ناضج)
- * التحرر ضد المحافظة : (منطلق ضد متبلد)
- * السيطرة ضد الخضوع : (عدوانى ضد وديع) .
- * الانبساط ضد الانطواء : (مبتهج ومرح ضد هادىء وقلق) .
- * قوة الانا الاعلى ضد ضعف الانا الاعلى : (مثابر ومصمم ضد غير مثابر ولا يعتمد عليه) .
- * الخطرة والاقدام ضد الحرص والخجل : (مغامر ومندفع ضد خجول ومنعزل) .
- * الواقعية ضد الرومانتيكية : (واقعى وعملى ضد خيالى وقلق)
- * البساطة ضد نقد الذات : (يحب العمل الجماعى ضد فردى متعنت) .
- * الثقة الكاملة بالنفس ضد الميل للشعور بالاثم : (يثق بنفسه ومرح ضد حساس ومهموم) .
- * الاكتفاء الذاتى ضد الاعتماد على الجماعة : (يعتمد على نفسه ضد يعتمد على الجماعة) .
- * قوة اعتبار الذات ضد ضعف اعتبار الذات : (يسيطر على نفسه وقوى العزيمة ضد متهاون لا يسيطر على انفعالاته) .
- * قوة التوتر الدافعى ضد ضعف التوتر الدافعى : (متوتر وسهل الاستنارة ضد مسترخ وهادىء) .
- * التبصر ضد السذاجة : (سريع وواقعى وقادر ضد مبهم وحساس ولا يضبط انفعالاته) . (انظر شكل ١٢)



(شكل ١٢) بعض انماط
واعياد وسمات الشخصية

ثالثا - النظرية السلوكية : (نظرية المثير والاستجابة)

وتقول النظرية السلوكية أن الفرد في نموه يكتسب أساليب سلوكية جديدة عن طريق عملية التعلم ويحتفظ بها .

وقد بنيت النظرية السلوكية على أساس من البحوث التجريبية العملية بهدف تفسير السلوك الانساني . ومن أوائل أقطاب هذه النظرية جيمس James . وقد ساهم بافلوف Pavlov اسهاما هاما حين أوضح عملية الاقتران الشرطى وما يقصل بها من عمليات التعزيز والتعميم . وقضى واطسون Watson على الذاتية في تفسير الظواهر النفسية . ووضع ثورنديك Thorndike قانون الاثر والنتيجة . وجاء بعد ذلك هل Hull ثم دولارد وميللر Dollard and Miller وغيرهم .



(شكل ١٣) جون دولارد (شكل ١٤) نيل موللر

وكان من أهم تطبيقات **نظرية التعلم** (خاصة نظرية هل) في مجال الشخصية هو ما قام به جون دولارد ونيل ميللر (١٩٥٠) .

والشخصية حسب النظرية السلوكية هي التنظيمات أو الأساليب السلوكية المتعلمة الثابتة نسبيا التي تميز الفرد عن غيره من الناس .

ويحتل مفهوم « العادة » مركزا أساسيا في النظرية السلوكية باعتبار أن العادة مفهوم يعبر عن رابطة بين المثير والاستجابة . واهتمت هذه النظرية بتحديد الظروف التي تؤدي إلى تكوين العادات وإلى انحلالها أو إحلال أخرى محلها . والعادة عند أصحاب هذه النظرية هي تكوين مؤقت وليست تكوينا دائما نسبيا . كما أن العادات متعلمة ومكتسبة وليست

موروثة . وعلى هذا فان بناء الشخصية يمكن ان يتعدل ويغير .
وأبرزت النظرية أهمية الدافع أو الباعث ، وهو مثير قوى بدرجة كافية لدفع الفرد وتحريكه الى السلوك . ومن الدوافع ما هو أولى موروث يتصل بالعمليات الفسيولوجية مثل الجوع والعطش والجنس والالم ، ومنها ما هو ثانوى مكتسب متعلم مثل الحاجة الى الامن والانتماء الى جماعة ... الخ .

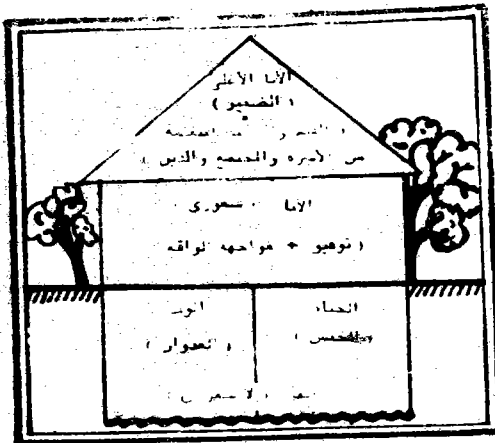
وتحدث دولارد وميللر عن عدة مفاهيم هامة فى عملية التعلم وهى :
المثير والدافع والدليل والتعزيز والاستجابة . وتناولوا كذلك مفهوم الصراع والعمليات اللاشعورية . وبذلك يكونان قد زابجا بين نظرية هل فى التعلم وبين نظرية التحليل النفسى .

رابعا - نظرية التحليل النفسى :

١ - مفاهيم عامة فى نظرية التحليل النفسى :

١ - الشخصية :

يقول فرويد Freud (١٩٢٧ ، ١٩٣٣) مؤسس هذه النظرية .
ان الجهاز النفسى يتكون غرضيا من الهو والانا الاعلى والانا .



(شكل ١٥) بنا الشخصية
حسب نظرية التحليل النفسى
(فرويد)

اما الهو id فهو اقدم قسم من اقسام هذا الجهاز ، وهو منبع الطاقه الحيويه والنفسية التى يولد الفرد مريدا بها وهو يحتوى على ما هو ثابت فى تركيب الجسم فهو يضم الغرائز والدوافع الفطرية الجنسية والعنوانية . وهو الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتناولها المجتمع بالتهذيب والتحويل . وهو مستودع القوى والطاقات الغريزية وهو جانب لا شعورى عميق ليس بينه وبين العالم الواقعى صلة مباشرة ، وهو

لا شخصى ولا ارادى . لذلك فهو بعيد عن المعايير والقيم الاجتماعية ؛ لا يعرف شيئا عن المنطق ، ويسيطر على نشاطه مبدأ اللذة (والالم) أى أنه يندفع الى اشباع دوافعه اندفاعا عاجلا فى أى صورة وبأى ثمن .

أما الانا الأعلى : super-ego فهو مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والتقاليد والقيم والصواب والخير والحق والعدل والحلال ، فهو بمثابة سلطة داخلية أو « رقيب نفسى » وهو لا شعورى الى حد كبير . وينمو مع نمو الفرد . ويتأثر الانا الأعلى فى نموه بالوالدين ومن يحل محلهم مثل المربين والشخصيات المحبوبة فى الحياة المبكرة والمثل الاجتماعية العليا . وهو يتعمل ويتنهب بازدياد ثقافة الفرد وخبراته فى المجتمع .

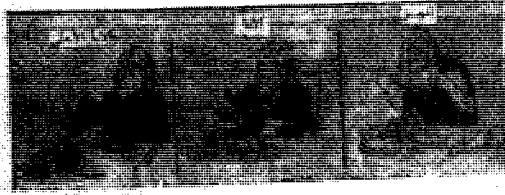
أما الانا ego فهو مركز الشعور والادراك الحسى الخارجى والادراك الحسى الداخلى ، والعمليات العقلية ، وهو المشرف على جهازنا الحركى الارادى ، ويتكفل الانا بالدفاع عن الشخصية ، ويعمل على توافقها مع البيئة وأحداث التكامل وحل الصراع بين مطالب الهو وبين مطالب الانا الأعلى وبين الواقع . فالانا له وجهان ، وجه يطل على الدوافع الفطرية والغريزية فى الهو ، وآخر يطل على العالم الخارجى عن طريق الحواس . ووظيفته هى التوفيق بين مطالب الهو والظروف الخارجية . وينظر اليه فرويد كمحرك منفذ للشخصية . ويعمل الانا فى ضوء مبدأ الواقع . ويقوم من أجل حفظ وتحقيق قيمة الذات والتوافق الاجتماعى . وينمو الانا عن طريق الخبرات التربوية التى يتعرض لها الفرد من الطفولة الى الرشد (١)

ويقول فرويد ان الجهاز النفسى لابد أن يكون متوازنا حتى يكفل للفرد طريقة سليمة للتعبير عن الطاقة اللبديدية (الحيوية الجنسية) وحتى تسير الحياة سيرا سويا .

ويحاول الانا حل الصراع بين الهو والانا الأعلى فليجأ الى عمائية تسوية ترضى - ولو جزئيا - كلا من الطرفين ، وإذا اخفق ظهرت أعراض العصاب . وقد يحدث الصراع بين الانا والهو حيث تسمى مكونات الهو

(١) يقترب الانا ego فى نظرية التحليل النفسى من الذات self فى نظرية الذات . ولكن من بين صفات الانا أن جزءا منه يدفعه ويلاحظه ويعاقبه أجزاء أخرى . ويربط فرويد الانا بباقي أجزاء الجهاز النفسى وهى الانا الأعلى والهو . بينما تعتبر نظرية الذات أن الذات هى حجر الزاوية فى الشخصية وأنها جوهرها . وعلى أى حال فإن فرويد ينظر الى الانا على أنه قائد ديناميات الشخصية (حامد زهران ، ١٩٦٦) .

الغريزية للتعبير عن نفسها في الوقت الذي يقف فيه الانا له بالمرصاد دفاعا عن الشخصية وحرصا على توافقها . وقد يحدث الصراع بين الانا والانا الاعلى حيث يصدر الانا الاعلى أوامر مستديمة الى الانا بما قد يرهقه ويأخذ صورة مرضية يعبر عنها بقلق الضمير . (انظر شكل ١٦) .



(شكل ١٦) سيطرة الهو والانا والانا الاعلى على السلوك

وقد استخدم يونج Jung (١٩٥٣) مصطلح الانا ego قاصدا به الشعور أو العقل الواعى الذى يتكون من المفكرات والذكريات والمشاعر الواعية ، أى أنه يعتبره مركز الجزء الشعورى من الشخصية . وهو ينظر الى الذات self على أنها تشمل ما هو شعورى وما هو لا شعورى وأنها الجهاز المركزى للشخصية الذى يضمن عليها وحدتها وتوازنها وثباتها ، وأنها هدف الحياة ، وأنها تحرك وتنظم السلوك . وقد فصل يونج أنا لا شعورى وأطلق عليه اسم الظل shadow ، وهذا يغوص بعمق في اللاشعور حيث له نموذج أصلى archetype ويقول يونج أن الدوافع ودفعات النموذج الاصلى المكبوتة تكون بدائية غير متكيفة وسالبة ومن ثم فهي تهدد الشخصية ، وإذا اصطدمت مع التوافق مع الواقع ظهرت في شكل أعراض عصابية . كذلك اهتم يونج بمفهوم الشخصية المقبولة persona أو القناع الذى يلبسه الشخص للتوافق مع البيئة الاجتماعية واهتم يونج كذلك بدراسة الأنماط النفسية psychological types وهى : النمط الانبساطى ، والنمط الانطوائى ، وفروعها التفكيرى والوجدانى والحسى والالهامى (راجع ص ٥٨) .

وتكلم آدلر Adler (١٩٢٧) عن مفهوم الذات ومفهوم الآخرين . وأشار بصفة خاصة الى الذات المبتكرة creative self وهى العنصر الدينامى النشط في حياة الانسان وتبحث عن الخبرات التى تنتهى بتحديد أسلوب حياة الشخص ، وإذا لم يتوافر هذه الخبرات في حياة الفرد الواقعية فإن الذات المبتكرة تحاول ابتكارها وابتداعها .

وقدمت هورنى Horney مفهوم الذات الدينامى ، وتعتقد أن الشخص يناضل في الحياة من أجل تحقيق ذاته . كذلك قدمت هورنى (١٩٥٠) مفهوما

ثلاثيا للذات : فهي ترى **الذات المثالية** كمفهوم رئيسي وعامل هام في التوافق النفسي أو الاضطراب النفسي ، تسعى لتحقيق الاكتفاء الذاتى والاستقلال ، وإذا كانت الذات المثالية غير واقعية لا يمكن تحقيقها ظهرت الصراعات الداخلية . وتقول ان **الذات الواقعية** تشير الى الفرد بمجموع خبراته وقدراته وحاجاته وانماط سلوكه .. الخ . وتعرف **الذات الحقيقية** او المركزية على انها القوى الداخلية المركزية التى تميز الفرد وهى مصدر النمو والطاقة والميول والقرارات والمشاعر .. الخ . وترى هورنى أن العصاب ينشأ عن بعد الشخص عن ذاته الحقيقية والسعى وراء صورة مثالية غير واقعية .

وتحدث رانك Rank عن نمو الذات من الطفولة وجهود الفرد الدائمة من أجل تحقيق ذاته وتكديدها وتقبلها .

ويعتقد سوليفان Sullivan (١٩٥٣) ان **جهاز الذات** ينمو بطريقة يحفظ بها نفسه ضد القلق الذى يعتبر ناتجا للتفاعل الاجتماعى . وتتمنع الذات الفرد من أن ينقد ذاته نقدا موضوعيا وان يصدر على نفسه أحكاما موضوعية . ويعتبر سوليفان ان **دينامية الذات** تلعب دورا هاما في تنظيم السلوك وفي تحقيق الحاجة للقبول والتقبل ومن ثم فان الذات دائما متيقظة متنبهة لكل ما يجرى في محيط الفرد .

ويرى فروم Fromm ان **الشخصية** هى مجموعة السمات النفسية والجسمية الموروثة والمكتسبة التى تميز الفرد وتجعل منه شخصا فريدا لا نظير له . ويؤكد فروم دور الاسرة في تشكيل خلق الطفل باعتبارها « الوكالة النفسية للمجتمع » وعن طريقها يكتسب **الخلق الاجتماعى** social character مع احتفاظه بما أسماه « **الخلق الفردى** » . كذلك تدم فروم **تصنيف الشخصية** حسب الخلق السائد الى : الشخصية الاستقبالية او التلقائية (وتتسم بالاتكالية والسلبية والاستسلام والحاجة الى الحب والمساعدة والصداقة) ، الشخصية الاستقلالية (وتتسم بالعدوانية والاحتيال والاستخفاف بالناس والاخذ أكثر من العطاء) ، الشخصية الادخارية (وتتسم بالبخل والتوفير والخوف من المستقبل) ، الشخصية المساواة (وتتسم بالتقلب والتأثر بمتطلبات الآخرين حتى لتتقرب من شخصية الباعة) ، الشخصية المنتجة (وتتسم بالانتاج وتحقيق الامكانيات والاستقلال والمسئولية والتمتع بالحياة) ، كذلك تحدث فروم عن **مفهوم الفردية** الذى يتحدد ببداية وجود الانسان كفرد حين ينفصل جسما عن أمه ولكنه يظل معتمدا عليها ، ثم يزداد شعوره بالفرق بين « الانا » و « الانت » أى بين الذات النامية وبين الآخرين وبالتدرج تتوحد وتتطور مظاهر شخصيته الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية وينشأ عن

ذلك تركيب منظم موحد هو الذات ، ثم تنشأ في الشخص بواحد للتخلص من فرديته وذاتيته المستقلة فينغمس في الوسط الاجتماعي لتقوية شخصيته ومساندة شعوره بفرديته وامداده بالشعور بالانتماء الاجتماعي .

ويقول رانك Rank ان **تطور الفردية** يمر بأدوار ثلاثة هي : دور الشخص العادي ، (ويتسم بمحاولة الفرد التوافق مع نفسه ومع المحيط الذي يعيش فيه ومحاولة الشعور بأنه جزء من هذا المحيط ويكون مثله الأعلى أن يكون كغيره من الناس) ، ثم دور الشخص العصائبي (ويتسم ببداية اعتماد الفرد على نفسه وتكوين وجهات نظر جديدة حيال نفسه وحيال العالم ويكون مثله الأعلى أن يكون غير ما يريده الناس أن يكون) ، ثم دور الشخص المتوافق (وهو أعلى درجات تطور الفردية حيث يصل الفرد الى درجة كبيرة من التوافق مع نفسه ومع بيئته وتنمو ارادته ويسود الجانب الخلاق في ذاته ويكون مثله الأعلى أن يكون كما هو في الواقع) .

ب - الشعور واللاشعور وما قبل الشعور :

الشعور consciousness كما حدده فرويد هو منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجى ، وهو الجزء السطحي فقط من الجهاز النفسى .

ويطلق يونج على الشعور **(العقل أواعي)** الذى يتكون من المدركات والذكريات والمشاعر الواعية .

واللاشعور unconscious حسب فرويد يكون معظم الجهاز النفسى . وهو يحوى ما هو كامن ولكنه ليس متاحا ومن الصعب استدعاؤه لان قوى الكبت تعارض ذلك . وحدد فرويد الرغبات المكبوتة التى يحتوىها اللاشعور بأنها ذات طابع جنسى . ويقول ان المكبوتات تسعى الى شق طريقها من اللاشعور الى الشعور فى الاحلام وفى شكل اعراض الامراض العصبية (١) .

وتحدث يونج عن اللاشعور الشخصى واللاشعور الجمعى . أما **اللاشعور الشخصى** فيتكون من خبرات الفرد التى كانت شعورية وكبتت ، ويتركب من **العقد** التى هى عبارة عن تكثيف لأفكار ومشاعر ومدركات مكبوتة حول خبرة معينة ، يستخدم فى اكتشافها **اختبار تداعى الكلمات** حيث يقرأ الفاحص قائمة من الكلمات للمفحوص كلمة بعد كلمة ويطلب منه أن يستجيب بأول كلمة ترد الى عقله ويلاحظ زمن الرجوع والاستجابات الفسيولوجية المصاحبة . أما **اللاشعور الجمعى** فهو مشترك بين كل

(١) من مؤلفات فرويد (١٩٠٥) النكتة وعلاقتها باللاشعور .

الأشخاص ، ويتكون من ذكريات وأفكار كاملة موروثية من التاريخ السلالي للإنسان ، ومن تركيبات هي « النماذج الأصلية » وهي ترجع إلى حقب تاريخية قديمة ومن أمثلتها نموذج « الأم العالمة » ونموذج « الميــــلاد » ونموذج « الموت » ، واهتم يونج بدراسة الأحلام والطقوس والأساطير لفهم اللاشعور الجمعي .

أما ما قيل الشعور *preconsciousness* فقد حدده فرويد بأنه يحتوى على ما هو كامن وما ليس في الشعور ولكنه متاح ومن السهل استدعاؤه إلى الشعور مثل الكلام والذكريات والمعارف .

ج - الفرائز :

الفريزة *Instinct* كما حددها فرويد عبارة عن قوة نفترض وجودها وراء التوترات المتصلة في حاجات الكائن العضوى (حاجات الهوى) وتمثل مطلب الجسم من الحياة النفسية ، وهدفها القضاء على هذا التوتر ، وموضوعها هو الاداة التى تحقق الاشباع . وقد حدد فرويد عددا قايلا من الفرائز الأساسية تضم عددا أكبر من الفرائز . يقول فرويد بوجود غريزة الحياة *eros* . ويتقابلها غريزة الموت *thanatos* ويوجد صراع دائم بين هاتين الغريزتين الأساسيتين . والسلوك حسب هذه الآراء مزيج متوافق أو متعارض من غريزة الحياة وغريزة الموت . ويؤدى فساد هذا المزيج إلى اضطراب السلوك (راجع ص ٣٤) .

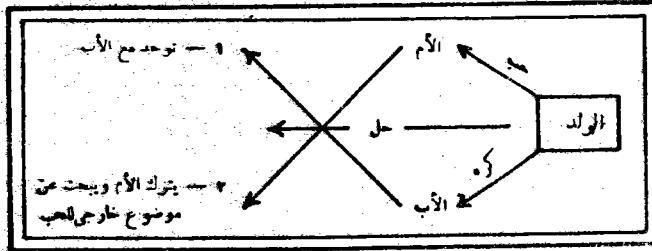
أما عن فرائز الانا فهى التسوى التى تعمل على حفظ الانا ، وهى القوى المعارضة للغريزة الجنسية . والصراع بين فرائز الانا والغريزة الجنسية يؤدى إلى العصاب ، والكبت هو نتيجة تغلب فرائز الانا . وقد نصلت النرجسية (١) *Narcissism* ومعناها اتجاه اللبىدو نحو الذات أى حب وعشق الذات ، وكلما زاد حب المرء لذاته قل حبه للموضوعات والعكس بالعكس .

وتحتل الغريزة الجنسية مركزا خاصا في نظرية التحليل النفسى ، فقد ركز فرويد على أهمية الغريزة الجنسية في توجيه السلوك ، وأبرز علاقة اضطراب الفريزة الجنسية والمشكلات الجنسية بالأمراض النفسية (٢) . ويلاحظ أن فرويد استخدم مصطلح « جنسى » بمعناه

(١) النرجسية لفظ مشتق من نرجس *Narcissus* المذكور في أسطورة يونانية ، وهو شاب جميل رأى صورته على صفحة الماء فعمشها وهام بحبها .

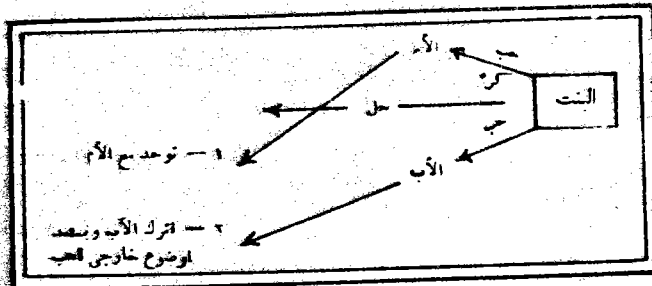
(٢) كتب فرويد « ثلاث مقالات في نظرية الميول الجنسية » .

الواسع مشيراً إلى أي نوع من النشاط الجسمي الذي يجلب اللذة باثباع الحاجات الجسمية . واعتقد فرويد أن النشاط البشري يتأثر بما أسماه **الليبدو** libido أي الطاقة الجنسية أو المظهر الدينامي للفريزة الجنسية . وتحدث فرويد عن **مراحل تطور الفريزة الجنسية** معتمداً على فكرة المناطق الشبكية (مناطق اللذة الشهوية) في الجسم والتي تؤدي أثارها إلى الإثباع الجنسي وهذه تتغير تبعاً للسن والنمو . وتبدأ بما أسماه **المرحلة الفمية** في العام الأول حيث يجد الطفل لذة في مص ثدي أمه (إشباع خارجي) أو في مص أصبعه (إشباع ذاتي) أو يجد اللذة في العض . ثم تأتي **المرحلة الشرجية** في العام الثاني حيث يجد الطفل لذة في عملية التبرز حين يتهيح الغشاء المخاطي الشرجي . ثم تبدأ **المرحلة القضيبية** من العام الرابع حتى السادس حيث تصبح الأعضاء التناسلية (القضيب عند الذكر والبظر عند الأنثى) المنطقة الرئيسية المولدة للذة الشبكية ويجد الطفل لذة في العبث بأعضائه التناسلية . وفي هذه المرحلة أيضاً قد تحدث « **عقدة أوديب** » Oedipus complex عند الولد الذي



(شكل ١٧) عقدة أوديب (عند الأولاد)

يحب أمه ويجد في أبيه منافساً له فيشعر بعداء نحوها ويشعر بالاثم وتهديد بالخصاء ويمهد ذلك لمرحلة الكمون . ويحدث عكس هذا لدى البنت « **عقدة الكترا** » Electra complex حيث تحب أباه وتجد في أمها منافسة لها فتشعر بعداء نحوها وتشعر بالاثم ، وتدرك أيضاً حرماتها من القضيب . ويرى فرويد أن عقدة أوديب وعقدة الكترا إذا لم تحل أدت إلى



(شكل ١٨) عقدة الكترا (عند البنات)

العصاب . ثم تبدأ **مرحلة الكمون** مع العام السادس وتتمدد حتى بداية المراهقة حيث يتم البلوغ الجنسي فتتجه الغريزة الجنسية نحو الجنس الآخر ويحل الموقف الاوديبى ، يلى ذلك **المرحلة التناسلية** المميزة للحياة الجنسية عند الراشد ويسيطر عليها الجماع الجنسي . وقد يتعرض النمو الجنسي فى اى مرحلة الى حالة من **التثبيت** او حالة من **النكوص** ويرى فرويد ان ثمة علاقة وثيقة بين **الكبت** الجنسي وخطر الخشاء وبين القلق .

وقد كانت آراء فرويد حول الغريزة الجنسية من اهم اسباب ظهور **حركات الانشقاق** بينه وبين زملائه وتلاميذه الذين عارضوا **نظرية الجنسية الشاملة** pansexualism (حيث ارجع فرويد كل شئ وفسره على اساسى الجنس) . فقد **قتل يونج** من شأن سيطرة الميول الجنسية فى الحياة النفسية وان لم ينكر اهميتها . وعرف اللبيدو بأنه الطاقة النفسية الحيويه وليس قاصرا على الطاقة الجنسية . و**قتل أدلر** من شأن الناحية الجنسية فى تسبب الامراض النفسية . ورفضت **هورنى** فكرة اللبيدو وعقدت اوديب ولكنها لم تغفل أهمية الغريزة الجنسية كلية فقد بحثت فى الامراض الجنسية النفسية الجسمية مثل العنة والبرود الجنسي وعسر الجماع وعزتها الى الحاجة اللاشعورية لاحباط الشريك أو الخوف والاتجاهات العصابية (١) . ولم يوافق **رانك** على أهمية الغريزة الجنسية كدافع أساسى للسلوك . ونقد **فروم** تركيز فرويد على الغريزة الجنسية وأظهر أهمية النواحي الاجتماعية فى تحديد السلوك . وعارض **مسوليفان** الطبيعة الجنسية للبيدو وان لم ينكر دور الناحية الجنسية فى حياة الفرد .

د - النواحي الاجتماعية والثقافية والبيئية والدينية :

يعزى **فرويد** اكثرية **العوامل الاجتماعية** الى دوافع غريزية ، فهو يرجع الاضطرابات العاطفية الى الغريزة الجنسية ، والابداع الى اعلاء الغريزة الجنسية والحرب الى غريزة الموت .

ويرى **يونس** ان الدين عنصر أساسى من عناصر الحياة النفسية يؤثر فى صفاء الحياة النفسية للانسان واتزانها وهدايتها وتحقيق هدف الحياة .

ورغم ان **آدلر** هو صاحب **علم النفس الفردى** وأهتم بفكرة الفردية او وحدة الفرد ، فقد اهتم بأثر **المؤثرات الثقافية والاجتماعية والميل الاجتماعى** فى تكوين أسلوب حياة الفرد ، ويرى **آدلر** ان الشخص العصابى تتغلب لديه الاهداف الانانية وتحل محل الميل الاجتماعى . كذلك اهتم **آدلر**

(١) من بحوث **كارن هورنى** (١٩٢٤) «أصل عقدة الخشاء عند النساء» .

بأثر العلاقات الدينامية داخل الأسرة في تحديد أسلوب حياة الفرد وركز على العلاقات بين الوالدين والطفل واهتم بسلوكية الطفل المدلل والطفل المكروه والطفل الأكبر والطفل الثانى والطفل الأصغر .

وأكدت هورنى أهمية العوامل الثقافية والبيئية مثل التعاون والروح الاجتماعية والعلاقات الإنسانية . وقالت ان بإمكان الانسان ان يتغير وان يحسن نفسه مادام حيا يرزق .

ورركز فروم على الخلق أو الطابع الاجتماعى الذى يعتبر نواة تركيب الخلق ، والذى يشترك فيه معظم أعضاء ثقافة ما . ويرى فروم أن هدف الصحة النفسية والعلاج النفسى يجب أن يكون الوصول الى المجتمع الصحيح نفسيا (١) .

وأبرز سوليفان نظرية العلاقات الشخصية مع الآخرين ، ولبها هو تكامل الكائن الحى مع الوسط الذى يعيش فيه ، وأكد أهمية ذلك فى عملية التطبيع الثقافى . وحدد سوليفان أهداف السلوك البشرى فى اثسباع الحاجات الحيوية مثل الأكل والشرب والهواء والجنس . . . الخ ، واثسباع الحاجات الاجتماعية مثل الحاجة الى الأمن والمكانة والاعتراف والعلاقات الاجتماعية . . الخ . وناقش سوليفان أساليب اكتساب الخبرة ومنه الأسلوب البدائى أو الأولى ، والأسلوب المتميز ، والأسلوب المركب ، من خلال التفاعل الاجتماعى ومن الخبرة الاجتماعية . وتناول سوليفان مراحل النمو على أساس نمو امكانيات الفرد ووعيه بالعلاقات الشخصية منذ مرحلة الحضانة وعبر الطفولة وما قبل المراهقة والمراهقة .

٢ - مفاهيم خاصة فى نظرية التحليل النفسى :

صدمة الميلاد : Birth Trauma : ذكر وانك صدمة الميلاد على انها صدمة نفسية رهبة فى بداية حياة الفرد لان الانفصال بالميلاد أى انفصال الجنين الذى كان داخل الرحم جزءا من الام يعيش فى سعادة أساسية وكأنه فى جنة عدن ، ويكون الميلاد بمثابة عملية طرد وانفصال وهذه أقصى خبرة يجازها الانسان ، ويخشى الفرد أن تتكرر عملية انفصال أخرى فى مستقبل حياته . ويعتبر الميلاد على هذا « باكسورة القلق » أو « القلق الأولى » الذى يطمس حالة « السرور الأولى » فى مرحلة ما قبل الميلاد ، وهكذا يوضع أساس « كبت أولى » . ويقضى الانسان بقية حياته لاستبدال فردوسه المفقود . وقد يحتاج الفرد الى مرحلة الطفولة كلها حتى يتغلب على صدمة الميلاد وإذا فشل أصبح عصابيا .

عقدة النقص : Inferiority Complex : اهتم أدلر بدور عقدة النقص نتيجة لوجود قصور عضوى أو اجتماعى أو اقتصادى مما يؤثر على حياة الشخص النفسية ويشعره بالنقص والدونية وعدم الامن وعدم الكفاية ، ويتبع ذلك تعويض أو عدوان لتخفيف الشعور بالنقص .

اسلوب الحياة : Life Style : ابرز أدلر فكرة اسلوب الحياة الذى يدور حول السعى الى التفوق وتحقيق الذات . ويتخذ الناس اساليب حياة عديدة لتحقيق هذا الهدف منها اسلوب العلم أو النشاط الاقتصادى أو العلاقات الاجتماعية ، أو النشاط الرياضى .. الخ . ويؤكد أدلر أهمية امكانيات الفرد الموروثة وخبرات الطفولة في تشكيل وتحديد اسلوب حياته الذى يصعب تغييره فيما بعد . ويقول أدلر أن اسلوب الحياة ينمو مع الفرد خطوة خطوة .

الغائية Finalism : اهتم أدلر ايضا بفكرة الغائية أو هدف الحياة life goal ، وقال ان الشخصية لا يمكن أن تتكون وتنمو الا اذا كانت النفس الانسانية تتجه في نشاطها اتجاها هادفا يوجهها . ويقول أدلر ان هدف الحياة ينظم حياة الفرد وسلوكه الذى يكون دائما موجها نحو غاية معينة . ويؤكد أدلر ان المرض النفسى ينتج من اتجاه الفرد اتجاها جامدا نحو غاية وهمية أو هدف لا يستطيع تحقيقه .

الارادة Will : تناول رانك مفهوم الارادة ، ويعنى به القوة المتكاملة للشخصية ، وتشبه مفهوم الانا الى حد ما ، حيث اعتبر الانا مثلا تلقائيا للارادة . وأشار رانك الى مضمون الانسان من حيث هو علاقة صحية نشطة خلاقة ملؤها الكفاح بين نفسه وبين العالم ، يستطيع ان يعطى ويأخذ وان يغير ويتغير وأن يحول ويتحول . وجوهر وجود الفرد هو علاقته الايجابية بنفسه وبالعالم الذى يعيش فيه . . انها ارادته .

ومن أسس مفهوم الارادة ان المرء لا يستطيع ان يحصل على كل شئ ، بدون وجود عقبات طبيعية أو اجتماعية وبدون جهاد . ولقد وجدت الارادة لأن الانسان يعيش في عالم يستلزم الكفاح والجهاد في سبيل الحياة .

ويستلزم التغلب والجهاد ضد الموانع والعقبات وجود « ارادة مضادة » counter will . فالوالدان مثلا يقيمان عقبات امام بعض حركات الطفل وسلوكه ، ويقابل الطفل ذلك بارادة مضادة ، فيصبح « المنوع مرغوب » ، انه يريد ما يمنع عنه .

ويقول رانك أن الفرد عندما يتخلى عن اللجوء الى المقارنة ، وكيف عن

قياس نفسه بمستويات الآخرين ، فإنه يصل الى تكوين « الإرادة الإيجابية الحقيقية » . ويرى أن قوة الإرادة عامل هام في العلاج النفسي (١)

خامسا - نظرية الذات : Self-Theory

نركز هنا على نظرية الذات كما يطورها روجرز Rogers
وفيما يلي أهم معالم هذه النظرية :

الذات : Self

هي كينونة الفرد أو الشخص . وتنمو الذات وتنفصل تدريجيا عن المجال الإدراكي . وتتكون بنية الذات نتيجة للتفاعل مع البيئة ، وتشمل الذات المدركة ، والذات الاجتماعية ، والذات المثالية . وقد تمتص قيم الآخرين . وتسعى الى التوافق والاتزان والثبات . وتنمو نتيجة للنضج والتعلم وتصبح المركز الذي تنتظم حوله كل الخبرات .

مفهوم الذات : Self-Concept

ويمكن تعريف مفهوم الذات بأنه تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات ، يطوره الفرد ، ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته . ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد للذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكيونونه الداخلية أو الخارجية وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات كما تنعكس اجرائيا في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو « مفهوم الذات المدرك » perceived self-concept والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين في المجتمع يتصورونها والتي يمثّلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين « مفهوم الذات الاجتماعي » social self-concept والمدركات والتصورات التي تحدد المثالية للشخص الذي يود أن يكون « مفهوم الذات المثالي » ideal self-concept

ووظيفة مفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه . ولذا فإنه ينظم ويحدد سلوكه . وينمو

(١) يقول الشاعر : ولم يبعد على نفس مرام اذا ركبته له الهمم البعادا

ولم ار بعد قدرته تعالى كمقدرة ابن آدم ان ارادا

ويقول ابن هانيء :

ولم أجِد الانسان الا ابن سعيه فمن كان اسعى كان بالمجد أجدر

فلم يتأخر من اراد تقدما ولم يتقدم من اراد تأخرا

مفهوم الذات تكوينيا كنتاج للتفاعل الاجتماعي جنباً الى جنب مع الدافع الداخلي لتأكيد الذات ، وبالرغم من أنه ثابت الى حد كبير إلا أنه يمكن تعديله وتغييره تحت ظروف معينة (في العلاج النفسي المركز حول العميل) .
(حامد زهران ، ١٩٦٦) .

ومن الملاحظات الهامة حول مفهوم الذات أنه أهم من الذات الحقيقية في تقرير السلوك وأنه عبارة عن كل (جشطلت) وان الفرد يسمى دائماً لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته وهو يحتاج الى مفهوم موجب للذات ، وان مفهوم الذات مفهوم شعوري يعيه الفرد ، بينما قد تشتمل الذات عناصر لا شعورية لا يعيها الفرد (انظر شكل ١٩) .



(شكل ١٩) بعض جوانب مفهوم الذات

- (١) الذات الواقعية (صورتها الفوتوغرافية) عمرها الحقيقي ٣٧ سنة)
- (٢) الذات المدركة (أصغر من الواقع بعشر سنوات)
- (٣) الذات الاجتماعية (كما يراها زوجها) (أكبر سناً من الواقع)
- (٤) الذات الاجتماعية (كما يراها الآخرون) (جميلة وجذابة جنسياً)

الخبرة :

يمر الفرد في حياته بخبرات عديدة . والخبرة هي كل شيء ، او موقف يعيشه الفرد في زمان ومكان معين . ويتفاعل الفرد معها ويتفاعل بها ، يؤثر فيها ويتأثر بها . والخبرة متغيرة ، ويحول الفرد خبراته الى رموز يدركها ويقيمها في ضوء مفهوم الذات وفي ضوء المعايير الاجتماعية او يتجاهلها (على أنها لا علاقة لها ببنية الذات) او ينكرها أو يشوهها (اذا كانت غير متطابقة مع بنية الذات) .

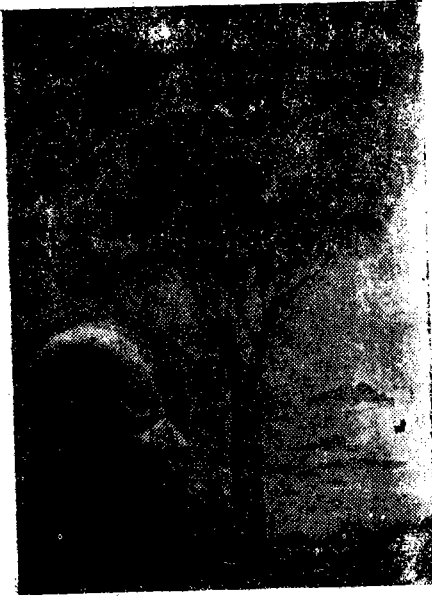
والخبرات التي تتفق وتتطابق مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية تؤدي الى الراحة والخلو من التوتر والى التوافق النفسي .

والخبرات التي لا تتفق مع الذات ومفهوم الذات أو التي تتعارض مع

المعايير الاجتماعية تدرك على أنها تهديد ويضفى عليها قيمة سلبية . وعندما تدرك الخبرة على هذا النحو تؤدي إلى تهديد واحباط مركز الذات والتوتر والقلق وسوء التوافق النفسى وتنشيط وسائل الدفاع (جمود الادراك وتشويه المدركات والادراك غير الدقيق للواقع) .

الفرد :

والفرد لديه القدرة على تقييم خبرته وسلوكه ، وقد يرمز أو يتجاهل أو ينكر خبراته المهددة فتصبح شعورية أو لاشعورية . وهو اذا خبر صراعا بين تقييمه وتقييم الآخرين فانه قد يضحى بتقييمه وينكر أو يشوه خبرته ويغير سلوكه ليطابق ادراك وتقييم الآخرين . وهذا الانكار والتشويه لخبرات الفرد يؤدي الى القلق واللجوء الى حيل الدفاع وسوء التوافق النفسى (نظر شكل ٢٠)



والفرد لديه دافع أساسى لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته . ويتفاعل مع « واقعه » فى اطار ميله لتحقيق ذاته . ولديه حاجة أساسية (رغم انها متعلمة) للتقدير الموجب (ويشمل الحب والاحترام والتعاطف والقبول من جانب الآخرين) . وهذا التقدير الموجب للذات متبادل مع الآخرين المومنين فى حياته ، وتحدد حاجات الفرد ودوافعه كما يدركها أو كما يخبرها جانبها من سلوكه .

السلوك :

والسلوك نشاط موجه نحو هدف من جانب الفرد لتحقيق واشباع حاجاته كما يخبرها فى المجال الظاهرى كما يدركه .

(شكل ٢٠) الانكار يسبب سوء التوافق (حسب نظرية الذات)

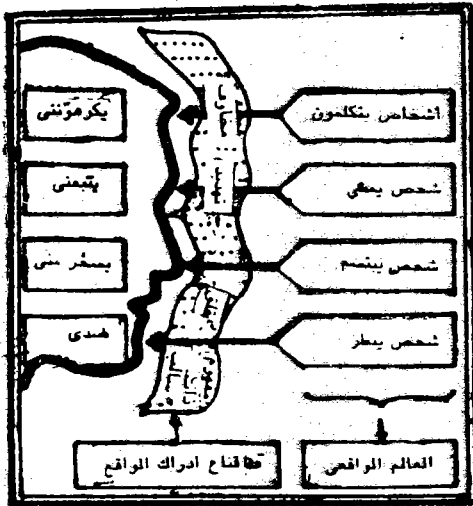
ويتفق السلوك مع مفهوم الذات ، ومع المعايير الاجتماعية ، وبعضه لا يتفق مع بنية الذات والمعايير الاجتماعية . وعندما يحدث تعارض هنا يحدث عدم التوافق النفسى . ويمكن تغيير السلوك وتعديله (تبنى السلوك أو انكاره) ، ويصبحه الانفعال وبسولة . وقد يحدث نتيجة للخبرات أو الحاجات العضوية التى لم تأخذ صورة رمزية لكونها غير مقبولة . ومثل هذا السلوك قد يكون غير متطابق مع بنية الذات ومع مفهوم الذات . وفى

هذه الحالة قد يتصل الفرد منه . وهذا قد يؤدي الى التوتر وسوء التوافق النفسى .

المجال الظاهرى : Phenomenal Field

يوجد الفرد فى وسط مجال ظاهرى ، ويسلك الفرد ككل منظم فى هذا المجال الظاهرى أى المجال الشعورى كما يدركه وكما يخبره . والمجال الظاهرى هو عالم الخبرة المتغير باستمرار . والمجال الظاهرى هو كل الخبرات أو مجموعها وهو عالم شخصى ذاتى ، ويتفاعل الفرد مع المجال الظاهرى كما يخبره وكما يدركه . ويعتبر — على الأقل من وجهة نظر الفرد — « واقعا » وحقيقة .

فمثلا يدرك مريض الفصام الهذائى أن كل من حوله يتقولون عليه وهذا قد يكون صحيحا أو قد يكون غير صحيح على الإطلاق . ولكن بالنسبة له يعتبر هذا واقعا وحقيقة (مدركة) تحدد استجاباته وسـلوكه (انظر شكل ٢١) .



(شكل ٢١) قنـاع ادراك الواقع (فى المجال الظاهرى)

ويرتبط المجال الظاهرى بالذات الظاهرية Phenomenal self أى الذات الشعورية كما يدركها الفرد (سنيج وكومبس Snogg & Combs ١٩٤٩) . والمجال الظاهرى يختلف عن المجال غير الظاهرى non-phenomenal field أى المجال اللاشعورى الذى يتضمن الأجزاء اللاشعورية من الذات والخبرات (هيلجارد Hilgard ١٩٤٩) .

التطورات الحديثة فى نظرية الذات :

هذا ومن أهم التطورات الحديثة فى نظرية الذات الاطار الجديد

الذى قدمه فيليب فرنون Vernon (١٩٦٤) . فهو يقول ان هناك مستويات مختلفة للذات . فالفرد يشعر ان لعداها مركزية او ذاتا خاصة تختلف عن الذات الاجتماعية التى تكشف للناس . ومستويات الذات حسب رأى فرنون هي :

- * المستوى الاعلى : ويتكون من عدد من الذوات الاجتماعية العامة التى يعرضها الفرد للمعارف والغريباء والاختصاصيين النفسيين .
- * الذات الشعورية الخاصة : كما يدركها الفرد عادة ويعبر عنها لفظيا ويشعر بها وهذه يكشفها الفرد عادة لاصدقائه الحميمين فقط .
- * الذات البصرية : التى يتحقق منها الفرد عادة عندما يوضع في موقف تحليلى شامل مثل ما يحدث في عملية العلاج النفسى المركز حول العميل او التوجيه النفسى .
- * الذات العميقة او الذات المكبوتة : عادة ، والتى تتوصل الى صورتها عن طريق العلاج النفسى التحليلى او التحليل النفسى .

وهكذا حدد فرنون طريقا مفيدا للعلاج موضحا ان الصورة التى يكشفها العميل عن ذواته او التى يحصل عليها المعالج هى الى حد كبير ذاتية او تعتمد على الاطار التصورى للملاحظ ، وان هناك مسورا اخرى كثيرة على مستويات مختلفة يمكن التوصل اليها . ويمكن تحقيق التقدم في العلاج عندما يصبح المستوى الثانى ، وهو الذات الشعورية الخاصة اكثر اقترابا من المستوى الثالث الذى تميزه البصرية وعندما يحقق اقترابا كبيرا من الذات النعالة .



(شكل ٢٢) فيليب فرنون

وقد قام المؤلف (حامد زهران ، ١٩٦٦ ، ١٩٦٧) بدراسة عن نظرية الذات والارشاد والعلاج النفسى المركز حول العميل . واثبتت الدراسة ان مفهوم الذات يعتبر حجرا أساسيا في بناء الشخصية والتوافق النفسى ، وانه مفهوم هام في الارشاد والعلاج النفسى المركز حول العميل ، وتؤكد ان مفهوم الذات متعدد الأبعاد ، وتحددت الصفات التى تميز كلا من مفهوم الذات الموجب ومفهوم الذات السالب . وتؤكد ان مفهوم الذات الموجب يعبر عن الصحة النفسية والتوافق النفسى ،

وان تقبل الذات يرتبط ارتباطا جوهريا موجبا بتقبل وقبول الآخرين ، وأن تقبل الذات وفهمها يعتبر بعدا رئيسيا في عملية التوافق الشخصى واعادة التوافق الشخصى وان تكون مفهوم الذات يتأثر بالعوامل الاجتماعية مثل اتجاهات الفرد نحو الآخرين واتجاهات الآخرين نحو الفرد . ومن ثم يجب على الوالدين والمربين والمرشدين أن يقدروا دورهم الخطير في نمو مفهوم الذات عند الاطفال والمراهقين . وبرزت العلاقة القوية القائمة بين مفهوم الذات والتوافق النفسى بأنه كلما كان الفرد سىء التوافق انحطت نظرته الى نفسه . وتؤكد أن احسن طريقة لفهم السلوك هى من الاطار المرجعى للسلوك نفسه . كذلك يجب الالتفات ليس فقط الى الاهمية القصوى للذات بل ايضا الى اهمية البيئة الاجتماعية . ولقد برزت من خلال هذه الدراسة اهمية مفهوم الذات الخاص .

مفهوم الذات الخاص Private Self-Concept (حامد زهران ، ١٩٧٢)

يضاف الى هذه المستويات التى ذكرناها لمفهوم الذات مستوى في غاية الاهمية والخطورة ، وهو مفهوم الذات الخاص . ونحن نرى أن مفهوم الذات الخاص يختص بالذات الخاصة أى الجزء الشعورى السرى الشخصى جدا أو « العورى » من خبرات الذات ، والذي يقع في المنطقة الحدية بين الشعور واللاشعور والذي هو مستعد للانطمار في اللاشعور قبل أى خبرة أخرى من خبرات الذات ، الا أنه لأهميته وخطورته في حياة الفرد يقاوم هذا الانطمار .

وعند الفرد فان محتوى مفهوم الذات الخاص — الذى يتصف بأن معظمه مواد غير مرغوب فيها اجتماعيا (خبرات محرمة أو محرجة أو مخجلة أو معيبة أو مؤلة ... الخ) — ولا يجوز اظهاره أو كشفه أو ذكره أمام الناس . وتنشط الذات تماما للحيلولة دون خروج محتوياته . وهكذا يبدو مفهوم الذات الخاص وكأنه « العورة النفسية » للفرد .

ان من السهل على الفرد الكشف عن مفهوم الذات الواقعى والمحرك والاجتماعى والمثالى بدون اللجوء الى حيل الدفاع . ولكن من الصعب جدا الكشف عن مفهوم الذات الخاص .

ويعلم كل المعالجين النفسيين أن العميل من السهل أن يقول أن له زوجا أو زوجة بينما من الصعب أن يقول أن له عشيقة أو عشيقا . ويمكن للعميل أن يذكر أنه يكسب عيشه من التجارة ولكنه لا يفصح عن أنه يتاجر في المخدرات أو يعمل في الدعارة . ويمكن للعميل أن يقول أنه فاشل في عمله

لأى سبب من الأسباب ولكنه لا يمكن أن يقرر أن ذلك يرجع إلى أنه كان يفشل في الامتحانات وأنه لا يستحق الشهادة التي أهلت له هذا العمل أو أن هذه الشهادة مزورة . وصحيح أن المشكلات الزوجية تؤدي إلى الاضطرابات النفسية ولكن من اليسير نسبيا على الفرد الإفصاح عنها ومن ثم إيجاد حلول لها . أما المشكلات الناتجة عن شذوذ العلاقات الجنسية أو الناتجة عن العلاقات الجنسية غير الشرعية فأنها لا يفصح عنها ومن ثم لا تجد طريقها إلى الحل ويظل تأثيرها الخطير على الفرد .

ونحن نؤكد أنه من البديهي أن يبدأ الفرد باستكشاف الاتجاهات الشعورية قبل الغوص في أعماق اللاشعور . أي أننا نهتم بمفهوم الذات الظاهري Phenomenal self-concept أو الشعوري قبل أن نهتم بمفهوم الذات غير الظاهري أو اللاشعوري . أننا يجب أن نركز البصر على الواضح قبل أن نحدق في الغامض والمبهم والخفى ويجب أن نستوفى بحث البسيط والقريب قبل أن ننشغل بالمعقد والبعيد .

بنية الشخصية :

أولا - البناء الوظيفي للشخصية :

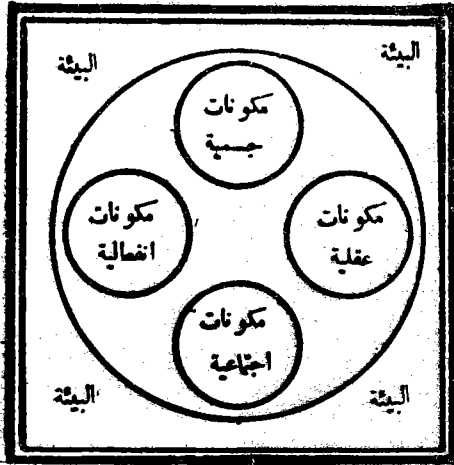
يتكون البناء الوظيفي للشخصية من مكونات متكاملة ترتبط ارتباطا وظيفيا قويا في حالة السواء . وإذا حدث اضطراب أو نقص أو شذوذ في أى مكون منها أو في العلاقة بينها ، أدى إلى اضطراب في البناء العام والاداء الوظيفي للشخصية (١) . وفيما يلي مكونات البناء الوظيفي للشخصية : (انظر شكل ٢٣) .

مكونات جسمية : تتعلق بالشكل العام للفرد وحال الطول والوزن وامكانيات الجسم الخاصة والعجز الجسمي الخاص ، والصحة العامة ، والاداء الحركي والمهارات الحركية وغير ذلك مما يلزم في أوجه النشاط المختلفة في الحياة ، ووظائف الحواس المختلفة ، ووظائف أعضاء الجسم مثل الجهاز العصبي والجهاز الدورى والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز الغددى والجهاز التناسلى (٢)

(١) هذه المكونات الوظيفية يشبهها البعض بتروس ساعة تعمل في سلامة وتناسق وتكامل في حالة السوية . أما إذا اختل ادائها الوظيفي أصيب الإنسان بمرض نفسي .

(٢) تعتبر المكونات الجسمية من أهم مكونات الشخصية على أساس أنها هي أظهر المكونات وأسهلها وأدقها قياسا ووصفا ، ولذلك تعتبر بمثابة الواجهة الرئيسية للشخصية .

مكونات عقلية معرفية : وتشمل الوظائف العقلية مثل الذكاء العام والقدرات العقلية المختلفة ، والعمليات العقلية العليا كالادراك والحفظ والتذكر والانتباه والتخيل والتفكير والتحصيل ... الخ ، وتشمل كذلك الكلام والمهارات اللغوية .



(شكل ٢٣) البناء
الوظيفي للشخصية

مكونات انفعالية : وتتضمن اساليب التسلط المتعلق بالانفعالات المختلفة مثل الحب والكراهة والخوف والبهجة والغضب ... الخ وما يرتبط بذلك من ثبات انفعالي أو عدمه ، وتجمعات الانفعالات في عواطف .

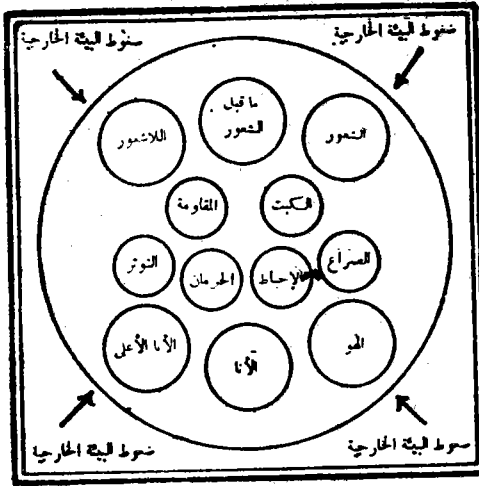
مكونات اجتماعية : وتتعلق بالتنشئة الاجتماعية للشخص في الأسرة والمدرسة والمجتمع وجماعة الرفاق ، والمعايير الاجتماعية والادوار الاجتماعية والاتجاهات الاجتماعية والقيم الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي والقيادة والتبعية ... الخ .

ثانيا : البناء الدينامي للشخصية :

يوضح البناء الدينامي للشخصية القوى المحركة فيها والتي تحدد السلوك . (انظر شكل ٢٤) .

ويتكون البناء الدينامي للشخصية من : **الشعور ، واللاشعور وما قبل الشعور** (راجع ص ٦٧) .

ويتكون البناء الدينامي للشخصية أيضا من **الهو والانا الاعلى والانا** (راجع ص ٦٤)



(شكل ٢٤) البناء
الدينامي للشخصية

ويلعب **الكبت** دوراً هاماً في ابعاد الدوافع والافكار المؤلمة أو المخزية أو المخيفة المؤدية الى القلق من حيز الشعور الى حيز اللاشعور حتى تنسى .

وتوجد **المقاومة** وهي ما تمثل ما يسمى الضمير أي الوازع الخلقى الذي يتحكم في سلوك الانسان ليكون سلوكاً مقبولاً من ناحية التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الاخلاقية ، وتوجد المقاومة وتعمل بين الشعور واللاشعور .

هذا ولا يوجد حد فاصل قاطع بين الشعور واللاشعور . فما هو شعورى قد يصبح لا شعورياً بالكبت أو بالنسيان ، وما هو لا شعورى يمكن أن يستدعى أو يخرج الى حيز الشعور بتغير الظروف أو بالتداعى الحس .

وقد يحدث **الصراع** بين الهو والأنا الأعلى ، أو بين الأنا والهو ، أو بين الأنا والأنا الأعلى .

وتعمل **الضغوط البيئية الخارجية** عماها اذ تشمل الصراعات والاحتباطات والحرمانات والتوترات .

وقد ذكرنا أن التوافق النفسى عملية ديناميكية مستمرة تقوم بها الشخصية حتى يحدث توازن نسبى بين الفرد وبيئته . ومن خلال هذه العملية تتحقق مطالب النمو وتشبع الدوافع والحاجات وتلجأ الشخصية الى حيل الدفاع النفسى .

تكامل الشخصية :

يقصد بتكامل الشخصية انتظام مكوناتها وظيفيا وديناميا في بناء متكامل منسجم متوازن سليم الاجزاء متسق العلاقات بين هذه الاجزاء .

وتكامل الشخصية شرط ضرورى للصحة النفسية والتوافق النفسى وأى خلل فى تكامل الشخصية أى حدوث أى تفكك أو عدم انتظام لمكوناتها ————— يؤدي الى المرض النفسى وسوء التوافق النفسى . وتتوقف درجة الصحة النفسية والتوافق النفسى من ناحية أو المرض النفسى أو سوء التوافق النفسى من ناحية أخرى على درجة التكامل الوظيفى والدينامى أو درجة عدم التكامل .

العوامل المؤثرة في تكوين الشخصية :

عرفنا أن الشخصية تتكون من مكونات جسمية وعقلية وانفعالية واجتماعية ، وتتحدد هذه المكونات وتتأثر بعوامل متنوعة ومتفاعلة ومتكاملة . وفيما يلى اهم هذه العوامل (انظر حامد زهران ١٩٧٧ ب) .

العوامل الحيوية : تؤثر وظائف الاعضاء في نمو الشخصية . فنحن نعرف أن التوازن في افرازات الغدد يجعل من الفرد شخصا سليما نشطا ويؤثر تأثيرا حسنا على سلوكه بصفة عامة . وتؤدي اضطرابات الغدد الى الاضطراب النفسى والسلوك المرضى . فمثلا نقص افراز الغدة النخامية يسبب تأخر النمو بصفة عامة ، ونقص افراز الغدة الدرقية يسبب القصور (أى القزامة المصحوبة بالضعف العقلى) ، ومعروف ما قد يرتبط بالقزامة أو الضعف العقلى من سمات شخصية خاصة . **والجهاز العصبى** يشرف على جميع الوظائف العضوية ويؤلف بينها ويحقق وحدة الفرد وتكامله ويصدر عنه الوظائف العقلية العليا . وإذا كان الجهاز العصبى سليما كان نمو الفرد سليما . أما إذا أصيب الجهاز العصبى بتلف مثلا فان ذلك يؤدي الى اضطرابات ملحوظة في الشخصية منها الامراض العصبية والامراض العقلية العضوية . كذلك فان التكوين الجسمى للفرد يؤثر على شخصيته وبالتالي على سلوكه وتوافقه . فمثلا التكوين الجسمى الرياضى يساعد على النجاح الرياضى ، والعجز الجسمى أو العساسة يؤثر على شخصية الفرد اجتماعيا ونفسيا فقد يؤدي الى الشعور بالنقص والانطواء وفقدان الثقة بالنفس والتواكل والحقد أو العدوان .

الوراثة : تمثل الوراثة كل العوامل الداخلية التى كانت موجودة عند بداية الحياة أى عند الاخصاب . وتنقل الوراثة الى الفرد من والديه عن اجداده وسلالته عن طريق المورثات (الجينات) التى تحملها الصبغيات (الكروموزومات) التى تحتويها البويضة الانثوية المخصبة من الحيوان

المنوى الذكري بعد عملية الجماع الجنسي . وتعتبر الوراثة عاملا هاما يؤثر في النمو من حيث صفاته ومظاهره ، نوعه ومداه ، زيادته ونقصانه ، نضجه وقصوره ... الخ . وهكذا تلعب الوراثة دورا هاما في تحديد الخصائص الجسمية للفرد وفي تكوين الجهاز العصبي الذي يلعب بدوره دورا هاما في تحديد السلوك . والانسان يرث الاستعدادات (الخصائص الأولية) للسلوك بشكل معين ، أى أن الوراثة تحدد الاساس الحيوى للشخصية .

البيئة : تمثل البيئة كل العوامل المادية والاجتماعية والثقافية والحضارية التى تسهم في تشكيل شخصية الفرد وفي تعيين أنماط سلوكه أو اساليبه في مواجهة مواقف الحياة . ان البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها الفرد تشكله اجتماعيا وتحوله الى شخصية اجتماعية متميزة . ويكتسب الفرد أنماط ونماذج سلوكه وسمات شخصيته نتيجة التفاعل الاجتماعى مع غيره من الناس من خلال التنشئة الاجتماعية . كذلك فان البيئة الحضارية تسهم في بناء الشخصية ، والدليل على ذلك اختلاف السلوك الاجتماعى لكل من الجنسين في البيئات والثقافات المختلفة . وعلى العموم فكلما كانت البيئة صحية ومتنوعة كان تأثيرها حسنا على نمو الشخصية وكلما كانت غير ملائمة كان تأثيرها سيئا .

الوراثة والبيئة : فيما يتعلق بنمو الشخصية يصعب فصل اثر الوراثة عن اثر البيئة الا من الناحية النظرية . أى أن العوامل الوراثة والعوامل البيئية تتفاعل وتتعاون في تحديد شخصية الفرد وأنماط سلوكه ومدى توافقه وشذوذه . وقد أجريت بحوث كثيرة لدراسة الاثر النسبى لكل من الوراثة والبيئة في نمو الشخصية وذلك بدراسة التوائم المتماثلة حيث نجد أن التوأمين المتماثلين يتساويان من حيث العوامل الوراثة . فإذا تربيا في بيئة واحدة فان سمات الشخصية لديهما تكون متقاربة الى حد كبير ، أما اذا تربيا في بيئتين مختلفتين فان تأثير هاتين البيئتين يتضح في اختلاف سمات شخصية كل من التوأمين المتماثلين أصلا .

النضج : يتضمن النضج عملية النمو الطبيعى التلقائى التى يشترك فيها الافراد جميعا والتى تتمخض عن تغيرات منتظمة في سلوك الفرد بصرف النظر عن أى تدريب أو خبرة سابقة ، أى انه أمر تقرره الوراثة . وقد يمضى النمو طبقا للخطة الطبيعية للنضج على الرغم من التقلبات التى قد تعترض البيئة بشرط الا تتجاوز هذه التقلبات حدا معيناً . ان الفرد لا يمكن أن يكتب ما لم تنضج عضلاته وقدراته اللازمة في الكتابة . ويلاحظ أن كل سلوك يظل في انتظار بلوغ البناء الجسمى درجة من النضج كافية للقيام بهذا السلوك .

التعلم : التعلم عملية لازمة لنمو الشخصية . وتتضمن عملية التعلم النشاط العقلي الذي يمارس فيه الفرد نوعا من الخبرة الجديدة وما يتمخض عن هذا من نتائج سواء كانت في شكل معارف أو مهارات أو عادات أو اتجاهات أو قيم أو معايير . وتلعب التربية دورا هاما في هذا الصدد .

النضج والتعلم : يتفاعل كل من النضج والتعلم ويؤثران معا في عملية النمو . فلا نمو بلا نضج ولا نمو بلا تعلم . ويلاحظ أن معظم أنماط السلوك تنمو وتتطور بفعل النضج والتعلم معا . ونأخذ مثلا في الكلام ، فاطفـل لا يستطيع أن يتكلم الا اذا نضج جهازه الكلامي والا اذا تعلم الكلام .

الثقافة : تحمل الثقافة العامة والثقافة الفرعية التي يعيش فيها الفرد أصول معتقداته وقيمه واتجاهاته وعاداته وتقاليده ولفته . والدور الذي يقوم به . وتؤثر الثقافة في تشكيل شخصية الفرد عن طريق المواقف الثقافية ومن خلال التفاعل الاجتماعي المستمر . ولاشك أن المؤسسات الثقافية التي تعنى بالتنشئة الاجتماعية للأطفال لها أهمية كبيرة في تكوين أساس الشخصية . والبيئات الثقافية المختلفة تكون أنماطا متفاوتة من الشخصية نتيجة الاختلاف في عملية التنشئة الاجتماعية . وعلى العموم فنحن نجد أن عملية التنشئة الاجتماعية تعمل على تحقيق تطابق شخصية الفرد مع النمط الثقافي ، وتشكيل الثقافة الشخصية للفرد ، ونحن نجد أيضا أن التغير الثقافي السريع المفاجيء قد يؤدي الى اضطراب الشخصية ، وأن التقيد الثقافي عبء نفسي على الشخصية ، وأن شخصية الفرد تختلف تبعا لدوره الاجتماعي في اطار النمط الثقافي العام . وفي نفس الوقت فنحن نجد أن التغير الثقافي يعتمد على تغير شخصية الافراد .

الاسرة : الاسرة هي الجماعة الاولى الاولى التي تشرف على النمو النفسي للطفل وتؤثر في تكوين شخصيته وظيفيا وديناميا وتوجيه سلوكه منذ طفولته المبكرة . وتلعب العلاقات بين الوالدين والعلاقات بينهما وبين الطفل واخوته دورا هاما في تكوين شخصيته واسلوب حياته وتوافقـه . فعلى سبيل المثال نجد أن السعادة الزوجية تؤدي الى تماسك الاسرة مما يخلق جوا يساعد نمو الطفل الى شخصية متكاملة ومتزنة . والعلاقات السليمة بين الوالدين والطفل تساعد في أن ينمو الطفل الى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم . والعلاقات المنسجمة بين الاخوة الخالية من تفضيل طفل على طفل الخالية من التنافس تؤدي الى نمو طفل ذي شخصية سوية . كذلك فان مركز الطفل في الاسرة اى كونه الطفل الاكبر أو الاصغر أو الوحيد أو الاخ الوحيد مع اخوات أو الاخت الوحيدة مع اخوة له تأثير واضح في اسلوب تنشئته اجتماعيا وبالتالي على شخصيته .

المدرسة : المدرسة هي المؤسسة الرسمية التي تقوم بوظيفة التربية وتوفير الظروف المناسبة للنمو النفسى للتلاميذ . وتتأثر شخصية التلميذ بالمنهج الدراسى بمعناه الواسع حيث يزداد علما وثقافة وينمو جسميا واجتماعيا وانفعاليا . كذلك تتأثر شخصية الطفل بشخصيات معلميه تقليدا وتوحدا والعلاقات الاجتماعية فى المدرسة بين المدرس والتلاميذ وبين التلاميذ بعضهم وبعض وبين المدرسة والاسرة .

جماعة الرفاق : تقوم جماعة الرفاق أو الاقران أو الصلبة أو الشلة بدور هام فى تكوين شخصية الفرد حيث تساعد الجماعة فى النمو الجسمى عن طريق اناحة فرصة النشاط الرياضى ، والنمو العقلى عن طريق ممارسة الهوايات ، والنمو الاجتماعى عن طريق النشاط الاجتماعى وتكوين الصداقات والنمو الانفعالى فى مواقف لانتاج غيرها من الجماعات . واذا كانت جماعة الرفاق رشيدة كان تأثيرها حسنا ، واذا كانت منحرفة كان تأثيرها سيئا .

وسائل الاعلام : تؤثر وسائل الاعلام المختلفة من اذاعة وتلفزيون وسيما وصحف ومجلات وكتب واعلانات ... الخ فى الشخصية بما تنشره وما تقدمه من معلومات وحقائق واخبار ووقائع وافكار وآراء لتحيط الناس علما بموضوعات معينة وتستميلهم نحو انماط معينة من السلوك مع اناحة فرصة الترفيه والترجيع . ونحن نعلم ان من اساليب وسائل الاعلام عرض النماذج الشخصية والادوار الاجتماعية التى يتأثر بها الافراد ويقلدونهم او يتوحدون معها .

دور العبادة : تقوم دور العبادة بدور كبير فى حماية التنشئة الاجتماعية لما تتميز به من تقديس ، وثبات وايجابية المعايير السلوكية التى تعلمها للافراد ، والاجماع الاجتماعى على تدعيمها . وهى تعلم التعماليم الدينية والمعايير السماوية المباركة التى تدعو الى السلوك السوى وتنمى الضمير والرقابة والانا الاعلى عند الفرد .

الادوار الاجتماعية : ان الفرد وهو يقوم بأدواره الاجتماعية (اى وظائفه فى الجماعات التى هو عضو فيها) تتأثر شخصيته بهذه الادوار ، ذلك أن الدور الاجتماعى يتحدد فى ضوء نوع الجماعة وبنائها والموقف الاجتماعى والتفاعل الاجتماعى وفى ضوء الاتجاهات النفسية وسمات شخصيات الافراد . ان الفرد فى نموه يتعلم الادوار الاجتماعية اى انه يكتسبها من خلال تمثله للمعايير الاجتماعية التى تحدد هذه الادوار . وتمتزج الادوار الاجتماعية المتعددة للفرد لتسهم فى تكوين مفهوم الذات لديه . وهكذا تتحدد معالم شخصية الدور role personality (اى شخصية الفرد وهو يقوم بدوره الاجتماعى) فى اطار سلوك الدور المحدد

بغوره بمجموعة المعايير الاجتماعية التي ترتبط بالسن والجنس والحالة الزوجية والطبقة الاجتماعية . . الخ . والادوار الهامة تترك اثرا في الشخصية . والشخصية تعبر عن تكامل كل الادوار التي يقوم بها الشخص . هذا ويجب الا يكون هناك تعارض بين الشخصية الحقيقية وشخصية الدور حتى لا يؤدي ذلك الى فشل الفرد في قيامه بهذا الدور . ولاشك ان صراع الادوار يؤثر على الشخصيات تأثرا سينا ويخلق الكثير من المشكلات حتى لقد نسب اليه بعض أنواع الاضطراب النفسي .

تغير وتغير الشخصية :

رغم الثبات النسبي لشخصية الفرد ، فانها تتغير اما عن غير قصد (وهذا هو التغير) واما من قصد (وهذا هو التغير) .

ويحدث تغير الشخصية بالنمو خلال مراحل النمو المتتالية عبر الطفولة والمراهقة التي يمر بها الفرد الى أن تصل الى مرحلة النضج ، ويتأثر تغير الشخصية بالعوامل المؤثرة في تكوينها مثل العوامل الحيوية والوراثة والبيئة والنضج والتعلم والثقافة والاسرة والمدرسة ووسائل الاعلام ودور العبادة وجماعة الرفاق والادوار الاجتماعية .

اما عن تغير الشخصية (عن قصد) فيقوم على أساس ان معظم مكوناتها وسماتها مكتسبة ومتغيرة . وقد تكون عادية سوية تؤدي الى التكامل والسواء والصحة النفسية والتوافق النفسي ، واما ان تكون غير عادية او غير سوية تؤدي الى التفكك وعدم السواء والمرض النفسي وسوء التوافق النفسي . وهنا قد يبذل الفرد جهودا ذاتية للتغيير او يتم ذلك عن طريق اعادة التعلم او محو التعلم وغير ذلك من طرق العلاج النفسي .

قياس الشخصية :

من الطريف أن تراث علم النفس يروى طرقا عديدة لجا اليها البعض لقياس الشخصية منها الفراسة وخاصة فراسة الوجه وقراءة الكف والحظ والتنجيم . وهذه الطرق الآن يمكن اعتبارها طرقا للتسلية الاجتماعية أكثر منها طرقا لقياس العلمي للشخصية . كذلك فان الربط بين الجسم وأنماط او أبعاد الشخصية رغم اللجوء اليه والبحوث العلمية التي تجرى حوله لا يجعلنا نطمئن اليه .

ولجا بعض المعالجين النفسيين الى المقابلة الشخصية ، ودراسة الحالة ، وملاحظة السلوك في مواقف الحياة اليومية ولكن يجب استخدام

اختبارات ومقاييس وأدوات موضوعية مثل مقاييس التقدير واختبارات الشخصية ومقاييس تقدير الذات والاختبارات الاستقطابية . ويجب الاهتمام بموضوعية الاختبارات وصدقها وثباتها ووجود معايير لها . ويجب تجنب بعض المؤثرات الضارة مثل الذاتية « واثر الهالة » حيث يتأثر الفرد في حكمه على شخصية آخر — بدون قصد — بالفكرة العامة عنه . فإذا كانت الفكرة العامة « حسن » مال إلى أن يالصق به معظم الصفات المرغوبة ، وإذا كانت الفكرة العامة « رديء » مال إلى أن يالصق به معظم الصفات غير المرغوبة (فرونون Vernon ، ١٩٦٤) .

وهكذا تتعدد وسائل قياس الشخصية حسب النظرية التي بنى في ضوءها المقياس ، وحسب وظيفة الشخصية المراد قياسها ، وحسب نمط التأثير المعروض في المقياس ، وحسب نمط الاستجابة المطلوبة ، وحسب ظروف الإجراء ، وحسب طريقة التفسير ، وحسب هدف المقياس (انظر سيد غنيم ، ١٩٧٣) .

وهناك من ينظرون إلى مقاييس الشخصية من وجهتين : المقاييس المثقنة (تجريبيا) وتستهدف التصنيف والتفسير ، والمقاييس الكليينيكية وتستهدف دراسة وفهم شخصية فردية بعمق .

وفيما يلي أهم اختبارات الشخصية المستخدمة في مصر :

استفتاء الشخصية للمرحلة الأولى : تأليف ريموند كاتل Cattell ، اعداد عبد السلام عبد الغفار وسيد غنيم .

استفتاء الشخصية للمرحلة الاعداية والثانوية : تأليف ريموند كاتل اعداد سيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار .

اختبار عوامل الشخصية للراشدين : تأليف ريموند كاتل ، اعداد عطية هنا وسيد غنيم وعبد السلام عبد الغفار .

هذه الاستفتاءات الثلاثة تقيس سمات الشخصية وابعادها وهي :
السيكوثيميا ضد الشيزوميا ، الذكاء العام ضد الضعف العقلي .
الثبات الانفعالي أو قوة الانا ضد عدم الازان الانفعالي وضعف الانا ،
المحافظة ضد التحرر ، السيطرة ضد الخضوع ، الانبساط ضد الانطواء .
قوة الانا الاعلى ضد ضعف الانا الاعلى ، المخاطرة والاقدام ضد الخجل
والحرص ، الواقعية ضد الرومانتيكية ، البساطة ضد نقد الذات ، الثقة
بالنفس ضد الميل للشعور بالاثم ، الاكتفاء الذاتي ضد الاعتماد على
الجماعة ، قوة اعتبار الذات ضد ضعف اعتبار الذات ، قوة التهور
الدائمي ضد ضعف التهور الدائمي ، التفسير ضد التفسيرية .

اختبار روجرز لدراسة شخصية الاطفال الذكور: تأليف روجرز Rogers
اعداد مصطلحي نهى . و يقيس نفس الابعاد السابقة ، ونفس الاعمار ،
وسوء التوافق العائلي . ويناسب الاعمار بين ٩ - ١٦ سنة . ويستغرق
حوالي ٤٠ - ٥٠ دقيقة .

اختبار روجرز لدراسة شخصية الاطفال الانثى : تأليف روجرز ،
اعداد مصطلحي نهى . و يقيس نفس الابعاد السابقة ، ونفس الاعمار ،
ونفس الزمن .

اختبار الشخصية للشباب : تأليف كارل جسنس Jesness ، اعداد
عطية هنا ومحمد سامي هنا . . و يقيس سوء التوافق الاجتماعي ، اتجاه
القيم للتدهور ، تأخر النضج والنظرة العقلية الذاتية أو الاجترار العقلي ،
الاغتراب ، اظهار العدوان ، الانسحاب الانعزالي ، القلق الاجتماعي ،
الكبت ، الإنكار ، اللا اجتماعية . ويستغرق من ٢٠ - ٤٠ دقيقة .

اختبار الشخصية للمرحلة الاعدادية والثانوية : اعداد عطية هنا .
و يقيس التكيف الشخصي ، ويشمل : الاعتماد على النفس ، والاحساس
بالقيمة ، الذاتية ، والشعور بالحرية ، والشعور بالانتماء ، والتحرر من
الميل الى الانفراد والخلو من الاعراض العصابية ، و يقيس التكيف
الاجتماعي ، ويشمل : المستويات الاجتماعية ، والمهارات الاجتماعية ،
والتحرر من الجول المضادة للمجتمع ، والعلاقات في الاسرة ، والعلاقات في
المدرسة ، والعلاقات في البيئة المحلية .

قائمة ايزنك للشخصية : تأليف ايزنك Eysenck . اعداد جابر
عبد الحميد جابر ومحمد فخر الاسلام . و تقيس الانبساط - الانطواء ،
والمصابية .

اختبار الشخصية : وضع روبرت برنرويتز Bernreuter . اعداد
محمد عثمان نجاتي . و يقيس الميل العصابي ، والاكتفاء الذاتي ، والانطواء
- الانبساط ، والسيطرة ، والخضوع ، والثقة بالنفس ، والمشاركة
الاجتماعية . ويناسب المرحلتين الثانوية والجامعية . ويستغرق حوالي ٢٥
دقيقة .

اختبار ساكس لتكملة الجمل : تأليف جوزيف ساكس . اعداد أحمد
عبد العزيز سلامة . و يقيس الاتجاه نحو الاسرة ، الاتجاه نحو الجنس ،
الاتجاه نحو العلاقات الاجتماعية ، الاتجاه نحو الذات . ويصلح للبالغين .
ويستغرق حوالي ٢٠ - ٤٠ دقيقة .

اختبار رورشاخ : Rorschach Inkblot Test

وهو اختبار استقاطي ويعرف باسم اختبار بقع الحبر . وهو من وضع رورشاخ . ويتكون من عشر بطاقات على كل بقعة حبر متماثلة الجانبين خمس منها باللون الاسود والابيض ، والخمس الاخرى بها الوان . وتعرض البطاقات على المفحوص الواحدة تلو الاخرى ، ويطلب منه ذكر ما يراه في البطاقة ، ماذا يشبه ، وماذا يحتمل أن يكون .. الخ . ثم يستفسر من المفحوص عن بعض النقاط لتحديد اجزاء الاستجابة والحركة والالوان .. الخ . وفي التصحيح يتم التحديد الوصفي للاستجابات ودراسة محتواها والنواحي الابتكارية . الخ . ويصلح الاختبار لجميع الاعمار .

واختبار رورشاخ يقيس الشخصية ككل : القدرة العقلية ، الابداع ، المثابرة ، الذات ، الانبساط — الانطواء ، قوة الشخصية ، التقمص ، الانفعال ، الايجابية — السلبية ، النشاط — الخمول ، العدوان — السلبية ، التوافق النفسي ، التطبيع الاجتماعي ، اهداف الحياة ، العصب ، الذهان ، اصالة عضوية في المخ ، الجنس ، الصدمات . (شكل ٢٥) (انظر سيد غنيم وهدي برادة ، ١٩٦٤) .

اختبار تفهم الموضوع (للكبار) TAT (١) وهو اختبار استقاطي وضع موري Murray واقتبسه وكتب عنه واعد استمارة تحليل الاستجابات احمد عبد العزيز سلامة . ويتكون من ثلاثين بطاقة على كل منها صورة ، فيما عدا واحدة منها بيضاء ليس بها صورة . عشر منها تصلح للجنسين ، وعشر منها للذكور فقط ، وعشر للاناث فقط . وتعرض على المفحوص عشرون صورة (العشر الاول وعشر حسب جنسه) . وتعرض البطاقات على المفحوص الواحدة تلو الاخرى ويطلب منه أن يحكى قصة تستثيرها الصورة لها بداية ونهاية وفيها بطل ويحكى ماذا يحدث وكيف واين ومتى ولماذا ومن الاشخاص .. الخ . ويستفسر من المفحوص عن بعض النقاط ، ثم تحلل القصص التي يفترض أن لها صلة بحياة المفحوص النفسية وخبراته وشخصيته . وتفسر القصص من حيث دور البطل (الذى يتوحد المفحوص معه) وصفاته الشخصية ودوافعه وميوله واتجاهاته وعلاقاته الاجتماعية وعوامل البيئة وموضوع القصة .. الخ . وهكذا يقيس الداجات الرئيسية ، ضغوط البيئة ، ادراك الاشخاص ، الصراعات الرئيسية ، القلق ، الدفاعات الرئيسية ، قوة الذات العليا ، تكامل الذات . (شكل ٢٦)

اختبار تفهم الموضوع (للأطفال) CAT (١) - ويصلح للأطفال بين ٣ - ١٠ سنوات . وهو مثل تفهم الموضوع للكبار ، إلا أنه يتكون من عشر بطاقات عليها رسوم حيوانات وطيور . (انظر شكل ٢٧) .



(شكل ٢٥)
اختبار رورشاخ (عينه)



(شكل ٢٦) اختبار تفهم الموضوع
للكبار (عينه)



(شكل ٢٧) اختبار تفهم الموضوع
للأطفال (عينه)

اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص : H.T.P. (١) وهو اختبار اسقاطي من وضع جون باك Buck واعداد لويس كامل مليكة . وفيه يطلب من المفحوص ان يرسم رسماً جيداً بقدر الامكان لمنزل ثم لشجرة ثم لشخص . ثم يوجه اليه عدد من الاسئلة تتصل بهذه الوحدات الثلاث ، ثم يطلب اليه رسم الوحدات الثلاث بالالوان ، ثم تصحح الرسوم وتحلل كما وكيفا للحصول على معلومات هامة من الناحيتين التشخيصية والتنبؤية عن الشخصية الكلية وتفاعلها مع البيئة من النواحي العلمية والخاصة .

الرسوم والكتابة العفوية : Doodles وهي الرسوم والكتابة غير الهادفة التي يقوم الفرد بعملها دون وعي منه وهو جالس في اجتماع (مثل جلسة علاجية) وهو يفكر أو يركز انتباهه في شيء آخر . ودراسة الرسوم والكتابة العفوية تفيد في دراسة الشخصية من الناحيتين التشخيصية والعلاجية ، حيث تحلل الرسوم والكتابة كما وكيفاً ومن حيث التعبير والمحتوى والتكرار للكشف عن الحاجات والصراعات والخيالات ومظاهر التنفيس الانفعالي . الخ (لويس كامل مليكة ، ١٩٦٨) .

الجهاز العصبي

THE NERVOUS SYSTEM

الجهاز العصبي هو **الجهاز الحيوي الرئيسي** الذي يسيطر على اجهزة الجسم الاخرى ، برسائل عصبية خاصة تنقل الاحساسات المختلفة (المثيرات) الداخلية والخارجية ويستجيب لها في شكل تعليمات الى اعضاء الجسم ، مما يؤدي الى تكييف نشاط الجسم ومواعيته لوظائفه المختلفة الارادية واللا ارادية الضرورية للحياة بانتظام وتكامل . وبفضل الجهاز العصبي يستطيع الجسم ان يتفاعل مع بيئته الداخلية والخارجية (انظر كنجهام ، ١٩٦٥ ، سبرول ، ١٩٤٦ ، شفيق عبيد الملك ، ١٩٥٦ ، احمد عكاشة ، ١٩٦٨) .

وحدة النسيج العصبي هي الخلية العصبية ومحورها وتشعباتها .
وينقسم الجهاز العصبي الى : (٢)

(١) H.T.P اختصار House - Tree - Person

(٢) ينقسم البعض الجهاز العصبي الى :

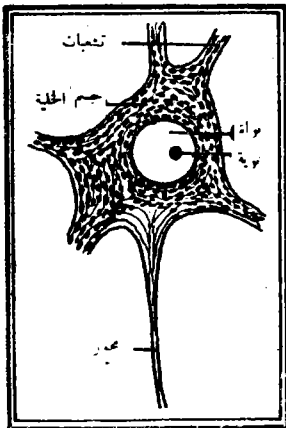
١ - الجهاز العصبي المركزي (او الرئيسي) ويضم : ا - المخ ب - الحبل الشوكي .

٢ - الجهاز العصبي الخارجى (او الفرعى) ويضم : ا - الاعصاب المخية ب - الاعصاب الشوكية .

٣ - الجهاز العصبي الذاتى (او التلقائى) ويضم : ا - الجهاز التعاطفى ب - الجهاز نظير التعاطفى .

- ١ - الجهاز العصبي المركزي : ويشمل :
 - ١ - المخ : وينقسم الى :
 - المخ المقدمى (الفصوص) .
 - المخ المتوسط (تغذى المخ والاجسام التوامية الاربعة)
 - المخ المؤخرى (القنطرة والنخاع المستطيل والمخيخ)
 - وتخرج منه اعصاب المخ (وعددها ١٢ زوجا) . (١)
 - ب - الحبل الشوكى :
 - ويخرج منه الاعصاب الشوكية (وعددها ٣١ زوجا) .
- ٢ - الجهاز العصبي الذاتى (التلقائى) : ويشمل :
 - ١ - الجهاز التعاطفى (السمبتي) .
 - ب - الجهاز نظير التعاطفى (نظير السمبتي) .

اما عن وظائف الجهاز العصبي فهي ، كما ذكرنا ، السيطرة على اجهزة الجسم الاخرى ، وربط الجسم بالبيئة الخارجية . ويقوم الجهاز العصبي بوظيفة حسية ، ووظيفة حركية ، وتتم فيه العمليات العقلية العليا . ويختص كل جزء من اجزاء المخ بوظيفة خاصة ، كذلك يختص كل عصب من اعصاب المخ بوظيفته المحددة له ، ويغذى كل عصب شوكى منطقة خاصة من الجسم ، وتنطلق اعصاب الجهاز العصبي الذاتى بقسميه التعاطفى ونظير التعاطفى الى الاعضاء الخاصة بها . وفوق هذا كله فان الجهاز العصبي هو الذى يصدر عنه السلوك السوى واللاسوى ومن ثم اهميته بالنسبة لنا .



(شكل ٢٨) الخلية العصبية

النسيج العصبي :

العصبية neurone هي وحدة النسيج العصبي وتضم الخلية العصبية وتشعباتها ومحورها .

والخلية العصبية nerve cell (شكل ٢٨) هي الخلية الاساسية فى الجهاز العصبي . وهى اكبر من باقى خلايا الجسم . ولها نواة كروية ولها نوية وبها حبيبات التغذية . ولها **تشعبات** (شجيرات) dendrites عصبية توصل النبضات العصبية الى

(١) يمكن رؤية اجزاء المخ عندما يقلب عاليه سافله .

الخلية . ولها محور axon طوله من بضعة ملليمترات الى اكثر من متر ينقل النبضات العصبية من الخلية ، وتحاط محاور الخلايا العصبية بغلاف ابيض اللون يتكون من مادة دهنية هي الميلين myelin . والخلايا العصبية لا يتصل بعضها ببعض اتصالا مباشرا ، وانما يتم اتصالها عن طريق محور الخلية الذى يكون قريبا من شجيرات الخلية العصبية الاخرى . وتسمى المسافة بينها باسم «الموصل» العصبى، ويتم التوصيل على التتابع . ويعتقد أن التيار العصبى يعبر الموصل بسلسلة من التفاعلات الكيميائية المعقدة السريعة . وهكذا نرى أن وظيفة الخلية العصبية انها ترسل شحنات كهربائية (١) وتوصل التيار العصبى . كذلك يحوى الجهاز العصبى بعض الخلايا الداعمة تسمى الضمام العصبى neuroglia وهى تضم وتدعم شبكة الجهاز العصبى . وتتجمع محاور الخلايا لتكون حزما تسمى «المسارات» اذا كانت موجودة فى المخ أو الحبل الشوكى ، اما بعد خروجها من المخ وانحبل الشوكى متجهة الى اعضاء الجسم المختلفة فتسمى «الاعصاب» .

والاعصاب nerves تتكون من حزمة محاور واليااف عصبية . وهى كاسلاك توصل الاشارات العصبية بين المخ والحبل الشوكى والجهاز العصبى الثانى من جهة وبين جميع اجزاء الجسم من جهة اخرى . والاعصاب ترى بالعين المجردة . وهى بيضاء اللون . ويتوقف سمكها على عدد المحاور والاليااف العصبية بها ، ويتوقف طولها على المسافة بين العضو الذى تخدمه وبين مصدرها . واكبرها عصب النسا وهو اطول اعصاب الجسم حيث يمتد من الحبل الشوكى على طول الفخذ والساق من الخلف . وكلما ابتعد العصب عن مصدره تفرع الى فروع اصغر وقد يتشابه ويتضافر مع غيره من الاعصاب . ووظيفة الاعصاب هى حمل الاشارات العصبية فى اتجاهين يحددان تسميتها :

- * مستقبلية (موردة) حسية : تستقبل المثيرات الحسية الخارجية الى الجهاز العصبى المركزى فى المخ والحبل الشوكى .
- * مرسلية (مصدرة) حركية : ترسل الاوامر العصبية الحركية من الجهاز العصبى المركزى فى المخ والحبل الشوكى الى العضلات وغيرها .
- * متوسطة (موسلة) مشتركة (حسية حركية) : وتوصل الاشارات العصبية فى الاتجاهين ولكن فى اليااف منفصلة .

ويلاحظ أن الخلية العصبية لاتعوض اذا تعرضت للتلف (ولذلك فالخ مكنون فى الجمجمة والحبل الشوكى مستكن فى العمود الفقرى) واذا

(١) يقاس النشاط الكهربائى للمخ ويسجل بواسطة رسام المخ الكهربائى electro-encephalograph وهو مفيد فى تشخيص ماقد يصيبه من خلل واضطراب .

قطع عصب فان الجزء الذى فى ناحية المركز الرئيسى يأخذ فى النمو البطيء ثانية ، أما الجزء الآخر (أسفل مستوى القطع من ناحية الاطراف) فانه يفقد وظيفته .

وعند فحص النسيج العصبي بالمعين المجردة يتضح لنا ان بعض مناطقه ذات لون رمادى وتعرف باسم (المادة الرمادية) وتضم الخلايا العصبية ، وأن بعض مناطقه ذات لون أبيض وتعرف باسم « المادة البيضاء » وتضم المحاور بأغلفتها الميلينية البيضاء .

اقسام الجهاز العصبي :

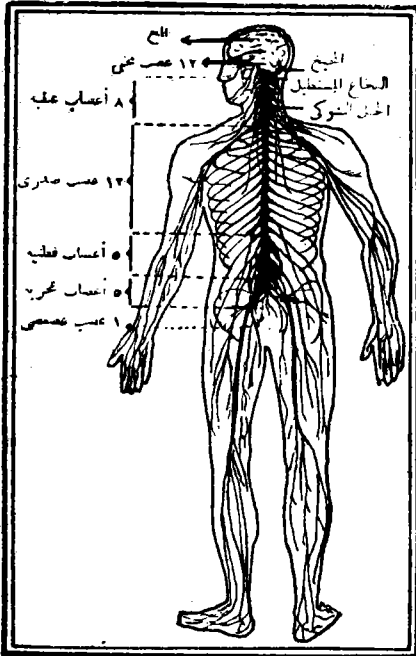
Central Nervous System

اولا : الجهاز العصبي المركزى

(انظر شكل ٢٩) ويشمل :

١ - المخ : Cerebrum

وهو الجزء العلوى الاكبر والاهم فى الجهاز العصبي . ويوجد داخل



الجمجمة . ووزنه حوالى ١٢٥٠ جم . ويقل وزنه عند النساء حوالى ٦ ٪ عنه عند الرجال . ويتصل عند قاعدته بالحبل الشوكى (انظر الاشكال من ٣٠ - ٣٥) . ويحيط بالمخ ثلاثة أغشية (سحايا) لحمايته وتغذيته وهذه الاغشية الثلاثة تتصل مع نظيراتها حول النخاع الشوكى ، وهى (من الداخل الى الخارج) :

* الام الحنون : وهى رقيقة ومتصلة بالسطح الخارجى للمخ والمخيخ
* الام العنكبوتية : وهى تبطن الام الجافية .

* الام الجافية : وهى سمكية متينة سطحية تبطن عظام الجمجمة مباشرة .

(شكل ٢٩) الجهاز العصبي

المركزى

والحيز المتوسط بين الام الحنون والام العنكبوتية حول المخ والحبل

الشوكى يملؤه « السائل المخى الشوكى » ويوجد ايضا فى بطينات المخ ويحيط به . وهو سائل شفاف ، حجمه حوالى ١٢٠ سم^٣ ، ويتكون من نفس العناصر التى يتكون منها الدم مع اختلاف فى نسبتها وخلوه من خلايا

الدم الحمراء وهو لا يتجاو ، وهو مثل اللب في أنسجة الجسم الأخرى .
ووظيفة السائل المخى الشوكى حفظ المخ والحبل الشوكى وذلك بامتصاص الصدمات ، وهو مهم في تغذية الجهاز العصبي .

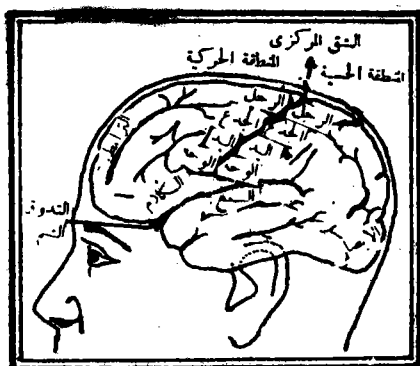
ويتركب المخ من جزئين :

* **القشرة** (الجزء الخارجى للمخ) وتسمى المادة الرمادية ، وعمقها يضع طبقات ، وتشمل خلايا عصبية . وهى الجزء الاساسى فى المخ . وفى القشرة تلافيف كثيرة تزيد من مساحتها بشكل واضح فى الانسان ، ويعزى الى ذلك تميز الانسان على ما دونه من المخلوقات .

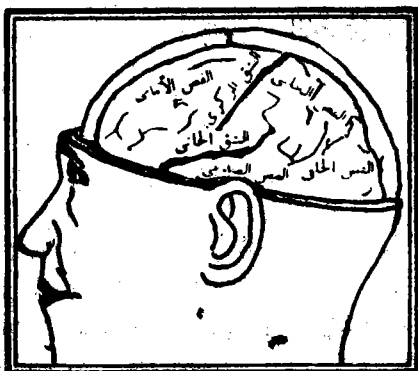
* **اللب** (الجزء الداخلى للمخ) ويسمى المادة البيضاء ، ويشمل الليفان و محاور عصبية مستقبلية (حسية) ومرسلة (حركية) ومشتركة (حسية حركية) .

وللمخ ثلاثة اجزاء رئيسية : هى :

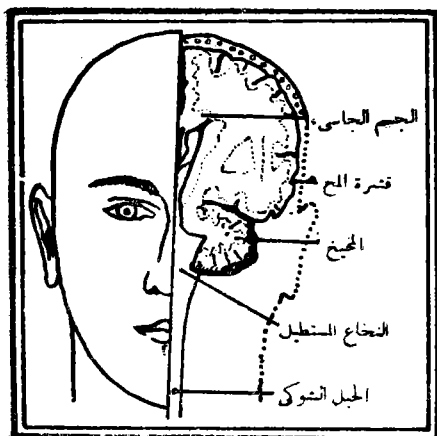
١ - **المخ المسمى** : وينقسم المخ المسمى الى **فصوص** . فنجد فصى المخ (نصفى كرة المخ) ايمن وايسر ، ويفصل بينهما الشق الطولى العلوى (يمتد من الجبهة الى مؤخر الراس) ، ويربط الفصين (الايمن والايسر) اليااف عصبية رابطة وموصلة (الجسم الجاسىء) الذى يعنبر المجموع الرئيسى للمخ . ولكل فص ثلاثة سطوح (العلوى والانسى والسفلى) ، وأهمها السطح العلوى . وينقسم نصفا كرة المخ الى فصوص يفصل بينها شق جانبى اقل عمقا من الشق الطولى العلوى . وهكذا ينقسم المخ المسمى الى فصوص تتخذ اسماءها من مناطق الجمجمة التى تعلوها :
الفص الجبهى (الامامى) وهو الجزء الاكثر نموا فى الانسان وهو مركز الوظائف العقلية العليا كالادراك والتفكير ، والفص الجدارى (الجانبى) وهو مركز الاحساس غير المخصص كاللمس والاثم ... الخ ، والفص الصدغى وفيه مركز السمع ، والفص القذالى (الخلفى) وفيه مركز البصر .
واهم الشقوق الشق المركزى المتوسط (شق رولاندو) بين المنطقة الحسية الى الخلف (بها مراكز الحس) والمنطقة الحركية التى تتصل بأعضاء الجسم من القدم من اعلى الى الراس من اسفل .
ويخص أجزاء الجسم (فى هذه المنطقة الحسية والحركية) مساحات تتناسب مع أهمية كل جزء حسيا وحركيا . ويلاحظ ان المراكز الحسية الحركية فى كل من الفصين تسيطر على الجهة الأخرى من الجسم . ووظيفة المخ المسمى العمليات العقلية العليا مثل التفكير والادراك والاحساس والتذكر والحركة الإرادية . أى انه يوجد بالمخ المسمى مراكز للحواس مثل مركز البصر فى الفص الخلفى ومركز السمع فى الفص الصدغى .. وهكذا .



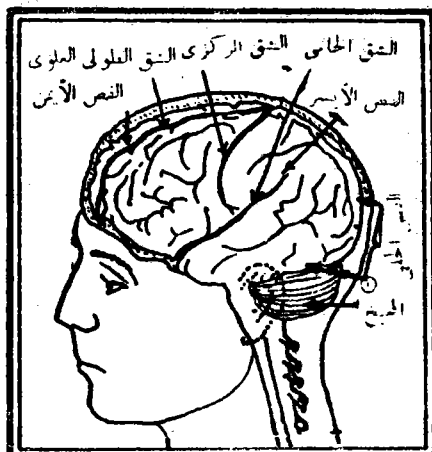
(شكل ٣١) قشرة المخ
« الخريطة الوظيفية »



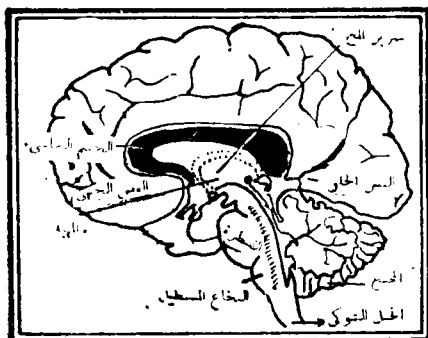
(شكل ٣٠) المخ في الجمجمة



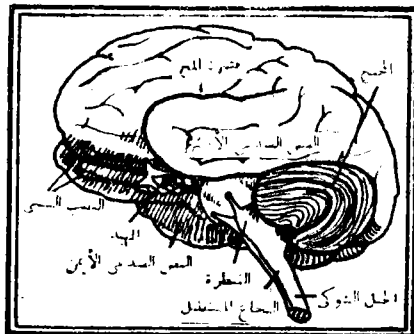
(شكل ٣٣) منظر أمامي لقطاع في المخ



(شكل ٣٢) منظر جانبي للمخ



(شكل ٣٥) قطاع سهمي في المخ



(شكل ٣٤) المخ من أسفل

ب - المخ المتوسط : وهو يتوسط بين المخ القدامى والمخ المؤخرى . ويقع تحت المهيد وفوق القنطرة . وهو عمود ضيق قصير طوله حوالى ٢ سم . ويشمل كل المحاور الصاعدة والنازلة وبعض الانواء الهامة . ويشمل **فخذي المخ** الى الامام ، وهما الجزءان اللذان يربطان القنطرة بفصي المخ من جهة وبالحبل الشوكى من جهة اخرى وبالمخيخ من جهة ثالثة ، ويمر بهما كل المحاور الحساسة الصاعدة وكل المحاور المحركة النازلة . ويشمل **الاجسام التوامية الاربعة** الى الخلف ، ويختص الجسمان العلويان منها بمركزين ثانويين لحاسة الابصار والجسمان السفليان بمركزين ثانويين لحاسة السمع . وتنشأ من المخ المتوسط مجموعة من الاعصاب الخية .

ويليه **سرير المخ** وهو يضم مجموعة عظيمة من البؤر العصبية . وهو مركز استقبال الاحاسيس وتصنيفها . وهو ملتقى المسارات العصبية من والى قشرة المخ .

واسفل منه يوجد **المهيد** وهو عضو لا يزيد حجمه عن قالب السكر . ويعتبر المركز الاساسى للجهاز العصبى الذاتى . ويعتبر همزة الوصل بين الانفعال وبين الجهاز العصبى الذاتى .

ج - المخ المؤخرى : ويشمل :

القنطرة (قنطرة فارول) : وهى الجزء الابيض المنبجج الموجود بين نصفى المخيخ . وهى كما يدل اسمها جسم يشمل مسارات عصبية تتصل بالنخاع والحبل الشوكى والمخيخ .

النخاع المستطيل : وهو الجسم الابيض المستطيل الذى يمتد اسفل القنطرة وفوق الحبل الشوكى . ويعتبره البعض امتداد الحبل الشوكى الى اعلى . وبه مراكز حيوية . وفى وسطه يوجد شق يقسم مقدمه الى نصفين . وتسمى الحزمة التى توجد على كل جانب باسم الهرم . وفى اسفله تتقاطع الاعصاب الجذعية (الحسية والحركية) وتعتبره متجهة اليسرى منها الى اليمين واليمنى منها الى اليسار ، وبذلك يتحكم نصف كرة المخ الايسر فى الجانب الايمن ونصف كرة المخ الايمن فى الجانب الايسر من الجسم . ومن وظائف النخاع المستطيل الهامة التحكم فى الجهاز الدورى والجهاز التنفسى .

المخيخ : ومعناه الحرف المخ الصغير . ويقع اسفل الجزء الخلفى من المخ . ويتصل عن طريق المخ المتوسط بمنطقة الحركة بالمخ القدامى .

ويتصل أيضا بالحبل الشوكي وبالقنوات الهلالية في الاذن (وهى اعضاء التوازن) . ويشمل فصين (ايمن وايسر) يربطهما الجسم الدورى . وبداخله ما يعرف باسم « شجرة الحياة » . ووظيفته تنظيم الحركات الارادية وتوافقها ، وحفظ توازن الجسم أثناء الحركة والسكون . (انظر اشكال ٣٢ - ٣٥)

هذا وعند فحص المخ يجب التأكد من مدى سلامة الاداء الوظيفى لاقسامه حسب ما اسلفنا . كذلك يجب البحث عن وجود اصابات المخ ، والصدمات ، والالتهابات ، والنزيف ، والعدوى . . الخ .

اعصاب المخ :

يخرج من المخ ١٢ زوجا من الاعصاب المخية (او الجمجمية) . ووظيفة هذه الاعصاب السيطرة على الحس والحركة الارادية في الراس فيما عدا واحد منها هو العصب العاشر الذى يسيطر على الاجزاء الباطنية ويتصل بالجهاز العصبى الذاتى ويعتبره البعض جزءا من القسم نظير التعاطفى منه .

وتنقسم اعصاب المخ (وهى مرقمة اصطلاحيا) حسب وظيفتها كما يلى : (انظر شكل ٣٦) .

* ثلاثة لاحساسية الخاصة : وهى :

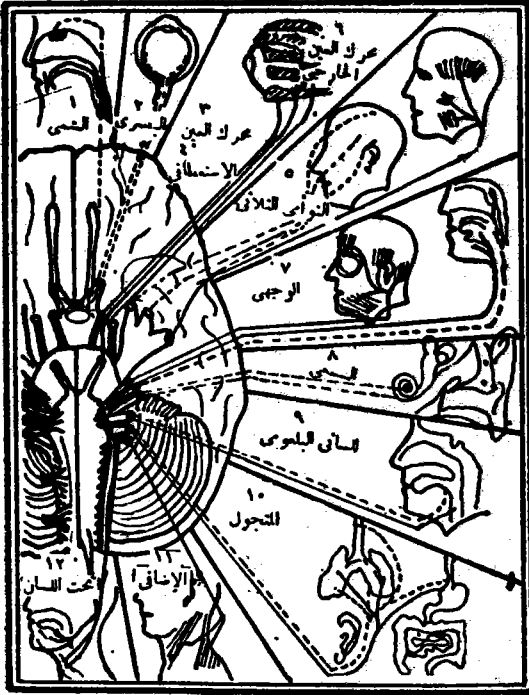
- ١ - العصب الشمى (حسى للشم) .
- ٢ - العصب البصرى (حسى للبصر) .
- ٨ - العصب السمعى (حسى للسمع) .

* ثلاثة محركة العين : وهى

- ٣ - العصب المحرك للعين (حركى للعين) .
- ٤ - العصب الاستعطاقى (حركى للعين) .
- ٦ - العصب البعد (حركى للعين) .

* ثلاثة حسية حركية : وهى

- ٥ - العصب التوامى الثلاثى (حسى للوجه والاسنان ، وحركى لعضلات الوجه والمضغ) .
- ٩ - العصب اللسانى البلعومى (حسى حركى للسان « الثث الخلفى من اللسان » والبلعوم) .
- ١٠ - العصب المتجول أو الحائر أو الرئوى المعدى (حسى حركى يسيطر على الاجزاء الباطنية فى العنق والصدر والبطن . وهو جزء من الجهاز نظير التعاطفى) .



(شكل ٣٦)
الاعصاب المخية

* ثلاثة للتعبير : وهي

- ٧ — العصب الوجهي (حسي للسان « الثلثان الاماميان من اللسان » ،
وحركي لعضلات التعبير الوجهي) .
- ١١ — العصب الاضافي أو المساعد (حركي يساعد العصب العاشر
خاصة في حركة الرقبة والكتف) .
- ١٢ — العصب تحت اللسان (حركي للسان) .

وعند فحص اعصاب المخ يجب ان يتأكد الفاحص من سلامة الاعصاب
المخية الاثنى عشر باجراء اختبار لوظائفها كما هو مبين . ويمكن الاستدلال
على اصابة اعصاب المخ من وجود اضطرابات مثل العمى ، الحول ،
الخشم ، الصمم ... وهكذا .

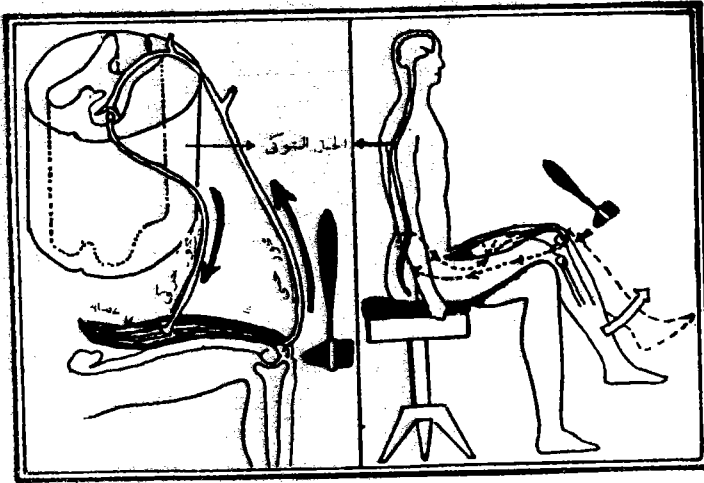
٢ — الحبل الشوكي (النخاع الشوكي) : Spinal Cord

يوجد الحبل الشوكي داخل القناة الفقرية . وطوله حوالي ٥٥ سم ،
قطره حوالي ٥ ر ١ سم (في الشخص الراشد) . ويمتد من قاعدة الجمجمة
(حيث يتصل من أعلى بالمخ) الى أسفل الظهر . ويحيط به الأغشية
(السحايا) الثلاثة .

الام الحنون ، الام العنكبوتية ، الام الجافية .

وعند فحص الحبل الشوكي اذا نظرنا الى **قطاع مستعرض** نلاحظ المادة الرمادية في وسطه (وتحتوي الخلايا العصبية) ، وأهم ما بها القرن الخلفى أو الظهرى (يحوى الخلايا العصبية المحركة التى تنشأ فيها أعصاب الحركة) وتحيط بالمادة الرمادية المادة البيضاء (وتحتوى حزم المحاور المغلفة بالميلين وتسمى المسارات ، ومنها المساعدة من الحبل الشوكي الى المخ وهى مسارات الاحساس ومنها الهابطة من المخ الى الحبل الشوكي وهى مسارات الحركة) .

وظيفة الحبل الشوكي انه مركز توصيل التيارات العصبية من المخ واليه . كما انه مركز **الانعكاسات** العصبية . ففى بعض الاحيان لا يتطلب المثير الحسى المفاجئ عمليات عقلية عليا أو تدبير اعلى بل يحتاج الى تنفيذ الافعال المناسبة فى الحال ، ولذلك تحدث فى الحبل الشوكي دون الرجوع الى المراكز العليا الموجودة فى المخ ، وهذه هى الافعال الانعكاسية . ومن امثلتها انعكاس رجفة الركبة (انظر شكل ٣٧) .



(شكل ٣٧) من وظائف الحبل الشوكي « الانعكاس »

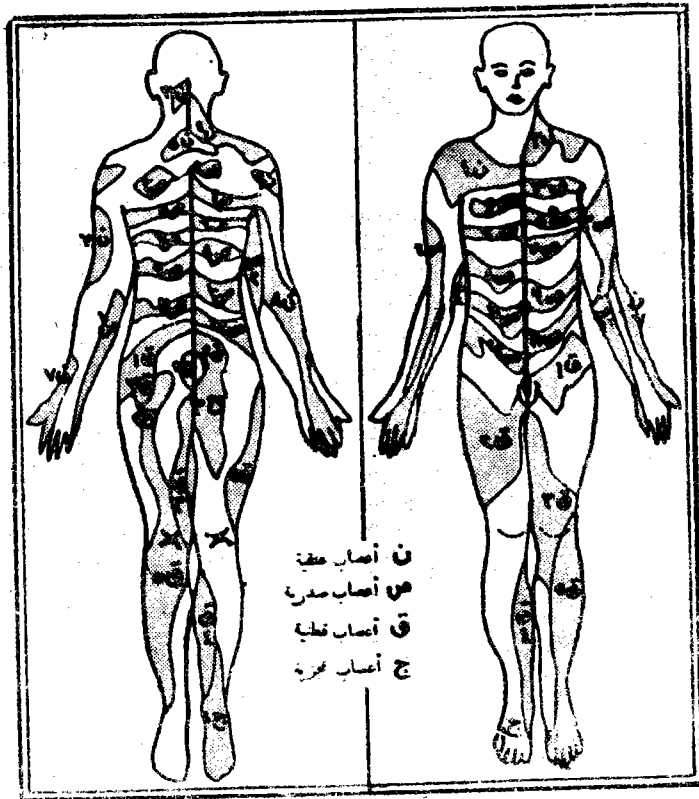
ويتفرع من الحبل الشوكي ٣١ زوجا من الاعصاب الشوكية .

الاعصاب الشوكية :

تتفرع الاعصاب الشوكية من الحبل الشوكي وتتوزع على جميع اجزاء الجسم (امام وخلف) بالعنق والجذع والاطراف . وتسمى تبعاً لمناطق الحبل الشوكي فى العمود الفقرى . وهى تخرج من الثقوب التى بين الفقرات . وعددها ٣١ زوجا (٨ عنقية + ١٢ صدرية او ظهرية + ٥ عجزية + ١ عصصى) (راجع شكل ٢٩) . ويتصل كل عصب شوكي بالحبل

الشوكى بواسطة جذرين : الخلفى حسي والامامى محرك ، ويتحد الجذران في جذع لا يلبث أن يتفرع الى فرعين امامى وخلفى . وتتحد الفروع وتتشابك مكونة ضفائر تعرف باضفائر العنقية والعضدية والقطنية والعجزية تتوزع فروعها الى العنق والطرفين العلويين والبطن والطرفين السفليين .

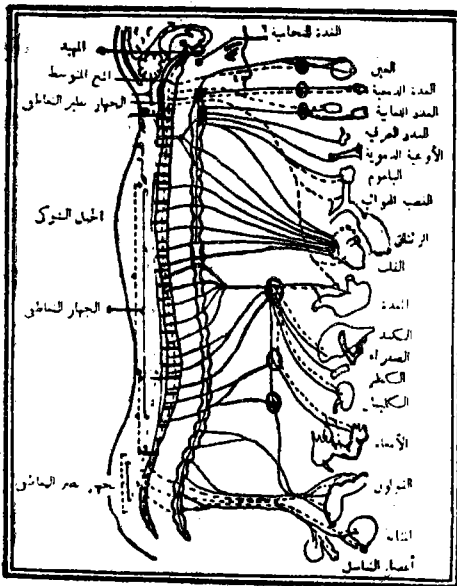
ويمكن فحص الاعصاب الشوكية عن طريق جس المناطق التى تتصل بها في جسم الانسان . ومن هذا يمكن التأكد من سلامة الاعصاب الشوكية او اصابتها (انظر شكل ٢٨) .



شكل ٢٨ : توزيع الاعصاب الشوكية من الامام ومن الخلف

ثانيا - الجهاز العصبي الذاتى (اللقائى) Autonomic Nervous System

وهو جهاز مستقل يعمل تلقائيا أو ذاتيا أو اراديا أو لا شعوريا ، ولكنه ينصل بالجهاز العصبى المركزى (عن طريق العصب المخى العاشر واعصاب موصلة بالحبيل الشوكى) . (انظر شكل ٢٩) .



(شكل ٣٩)
الجهاز العصبي الذاتي

وينقسم الى جهازين فرعيين :

Sympathetic Nervous System : الجهاز التعاطفي (السمبتي) :

وهو على شكل جبل مسبحى (سلسلة) على كل ناحية من العمود الفقرى ، بالإضافة الى عدد من العقد والصفائر (العصبية) تتصل بأعضاء الجسم فى الرأس والعنق ونجوف الصدر ونجوف البطن والحوض . وعمل هذا الجهاز التعاطفى انه ينشط أو ينبه عمل أجهزة الجسم التى يسيطر عليها .

٢ - الجهاز نظير التعاطفي (نظير السمبتي) :

Parasympathetic Nervous System

وينشأ من منطقتين ضيقتين احدهما عاوية في المخ المتوسط والنخاع المستطيل والاخرى في المنطقة العجزية . وعمل هذا الجهاز نظير التعاطفى انه يشط او يكف وينظم عمل اجهزة الجسم التى يسيطر عليها .

من هذا نرى ان عمل كل من قسمى الجهاز العصبى الذاتى (التعاطفى ونظير التعاطفى) عمل مضاد لعمل الآخر ولكنه يكمله . فمثلا نجد ان الجهاز التعاطفى ينشط نبضات القلب بينما يعمل نظير التعاطفى على تثبيطها وهكذا نجد ان وظيفة الجهاز العصبى الذاتى هى القيام على ~~نظم~~ الجسم ~~فقط~~ . فهو يسيطر على جميع اجهزة الجسم الحيوية اللا ارادية مثل

الجهاز الدورى والجهاز التنفسى والجهاز الهضمى والجهاز البولى والجهاز التناسلى وجهاز الغدد والجلد . وهو يعمل وقت تعرض الجسم للخطر بما يشبه اعلان حالة الطوارئ وذلك بتجهيز طاقاته ووضعها فى اعلى درجة الاستعداد والاداء . كذلك فان الجهاز العصبى الذاتى يتصل بالانفعال . ويتم ذلك عن طريق المهيد . وتحدث الاضطرابات النفسية الجسمية نتيجة تحويل الانفعال المزمع عن طريق المهيد الى الجهاز العصبى الذاتى وتاثر اضعف الاجهزة الجسمية الا ارادية التى يسيطر عليها .

تاريخ الصحة النفسية والعلاج النفسي

الامراض النفسية والعقلية قديمة قدم الانسان . ولقد مر تطور الصحة النفسية والعلاج النفسى بتاريخ طويل يرجع الى حوالى خمسة آلاف عام . ومن المفيد والطريف ان نلقى نظرة تاريخية على تطور الصحة النفسية والعلاج النفسى عبر العصور (فاولنتين Valentine ، ١٩٦٢ ، ماستر Master ، ١٩٦٧ ، سعد جلال ، ١٩٧٠) .

العصور القديمة :

توجد الجذور التاريخية لما يوجد الآن من فكر عن الصحة النفسية والامراض النفسية والعلاج النفسى فى الحضارة المصرية والحضارة البابلية والحضارة الصينية والحضارة الهندية والحضارة السومرية .

ومنذ حوالى ٣٠٠٠ سنة ق.م . كان الاعتقاد السائد ان الامراض النفسية والعقلية ترجع الى قوى خارجية وان مسببها مس الجن وتأثير الارواح الشريرة . ولذا كان المريض يعانى الامرين : افكار البدائية والعلاج البدائى (١) . انبثق عن هذا الاعتقاد محاولات علاجية بدائية من عملية تربئة الجمجمة اى احداث ثقب بها حتى يخرج منه الروح الشرير وادعى السحرة والعرافون وغيرهم القيام بعلاج الحالات النفسية بالسحر . وكان رجال الدين يأخذون المريض الى المعابد حتى يعود المسلم الى حياته . وعلى العموم فقد كان المريض العقلى يعزل حتى لا يؤذى نفسه ولا يؤذى الآخرين .

(١) للأسف الشديد لا يزال بعض هذه الافكار البدائية والعلاج البدائى موجودا فى وقتنا هذا فى بعض المجتمعات البدائية والطبقات المحدودة الثقافة . وانظر الى الاعتقاد فى السحر والاعمال واللاجوء الى المشعوذين والدجالين .

ولعل **أمنحنب** هو أول طبيب فى مصر القديمة (٤٠٠٠ ق.م) عالـج « المجانين » على أنهم « مرضى عقليين » . وكان هدفه فى علاجهم أن يعود السلام الى حبيبهم .

وفى مصر كان القدماء المصريون أول من ميزوا المرض النفسى ووصفوه وكتبوه على أوراق البردى قبل ١٥٠٠ سنة ق.م .
وفى التوراة توجد اشارات الى الامراض العقلية وخاصة « الصرع » الذى كان يعرف بالمرض المقدس .

مع تقدم الحضارة :

وفى بحر الخزعبلات والافكار البدائية ظهرت جزيرة العقل والفلسفة العقلية فى زمن الحضارة اليونانية الرومانية خاصة فى الفترة بين ٥٠٠ ق.م — ٢٠٠ بعد الميلاد . ونمت المعرفة الى أن المخ هو العضو الذى يركز فيه انشيط العقل المعرفى ، وأن المرض العقلى دليل على اضطراب المخ .

ونال ابوقراط (٤٠٠ ق.م) أن المخ هو عضو العقل ويتركز فيه انشيط لعقل المعرفى ، وأن المرض العقلى دليل على وينتج عن مرض المخ . ولاحظ ابوقراط دور الوراثة والاستعداد وعلاقتها بالاضطرابات العقلية . وقدم ابو قراط نظرية الاخلاط الاربعة (الدم والبلغم والصفراء والسوداء) وقال أن الاضطراب فيها مسئول عن المرض عامة بما فى ذلك المرض العقلى . وحاول تقسيم الامراض العقلية وذكر منها الهوس والمنخوليا والهستيريا والصرع . ونزع عن الصرع (المرض المقدس) قدسيته واعتبره مرضا له اسبابه وعلاجه .

وفى الهند قدم شاركا (٤٠٠ ق.م) نظرية مماثلة عن اخلاط ثلاثة .

ونافس **أفلاطون** (٣٨٠ ق . م) العقل والكائن البشرى ، ووجه العناية الى المعاملة الانسانية والفهم اللازم لعلاج المرضى . ووجه العناية الى احلام المريض واهميتها . ولعل كتاب « الجمهورية » لأفلاطون أول مرجع فى معاملة المريض العقلى حيث أكد ضرورة حسن المعاملة والرعاية المنزلية وتوقع غرامة على من يهمل المرض العقلى .

كذلك ناقش **أرسطو** العقل والكائن البشرى .

وهذا مصرى آخر **أرازستراتوس** Irasstratus (٣٠٠ ق.م) اعتقد أن « الجنون » يسببه الاضطراب الانفعالى وبفى علاجه على ذلك .

ومع جالان Galen (٢٠٠ ق.م.) بدأ علم الاعصاب التجريبي ودرس جالان تشريح الجهاز العصبي ووظائفه ، وأوضح انه ليس من الضروري أن يكون هناك أصابة عضوية في حالة المرض العقلي .

وبعد ذلك كان انشاء أول مستشفى للأمراض العقلية في اورشليم في سنة ٤٩٠ بعد الميلاد .



(شكل ٤) ابن سينا

وكان بعض المرضى العقليين يرتقون الى مصاف الاولياء وبعضهم ينالهم السخرية . الا ان الحال أخذ يتحسن بعد ذلك في هذه البيمارستانات .

وفي العالم العربي الاسلامي ازدهرت علوم الطب والعلاج . ومن اعلام العرب هنا الطبري والرازي وابن سينا « امر الاطباء » (٩٨٠ - ١٠٣٧ م) وتأثر العرب بروح الاسلام في رعايتهم للمرضى العقليين واقامة المستشفيات والبيمارستانات (دور المرضى) مثل بيمارستان هارون الرشيد وبيمارستان البرامكة والبيمارستان المصوري الذي انشأه محمد بن قلاوون . وكانت معاملة المرضى في هذه المستشفيات في اول الامر مماثلة لنظيرتها في اوروبا حيث كانوا يصفدون في الاغلال ويودعون في زنانات ويعالجون بالسحر والرقى والعزائم .

العصور الوسطى :

وعبر العصور الوسطى حدثت نكسة وعاد الفكر الخرافي والخزعبلات وانتشرت الشعوذة وساد الدجل مرة أخرى وعادت فكرة تملك الجن والأرواح الشريرة لجسم المريض (انظر شكل ٤١) وتعتبر العصور الوسطى عصورا مظلمة بالنسبة للعلاج النفسي ، فقد عاد العلاج الى سابق عهده في العصور القديمة . وفي تلك العصور وفي بعض البلاد كان الاغنياء يستطيعون شراء « المجانين » وضعاف العقول ويرعونهم مقابل اى عمل يمكن ان يقوموا به .

وقام رجال الدين بمحاولات علاجية تحت اسم « العلاج الدينى » او « العلاج الاخلاقي » . وكان العلاج يتكون من بعض الاعشاب ومياه الآبار (المباركة) والتعويذات والانشيد بقصد طرد الشيطان والجان . وام يخل الحال من ربط المريض بالسلاسل وتجويعه وضربه بالسياط بدعوى ان هذه الطريقة تعيد الذاكرة وتفتح شهية المريض . (انظر شكل ٤٢ ، ٤٣) .



(شكل ٤١) في العصور الوسطى كان يعتقد
أن الأرواح الشريرة تمس المريض



(شكل ٤٣)
علاج الأمراض العقلية قديما



(شكل ٤٢)
مريض عقلي
مقيدا بالأغلال « العصور الوسطى »

وفي إنجلترا بنى أول ملجأ « للمجانين » سنة ١٤٠٣ .

العصر الحديث :

وفي العصر الحديث (عصر النهضة العلمية) ومنذ ان قامت الثورة الفرنسية في سنة ١٧٨٩ اشرق نور جديد على طريق الاصلاح واعيد النظر في الافكار التقليدية وتعدلت النظرة الى المرض العقلي كمرض مثله مثل اي مرض جسمي آخر . وبدأ الاهتمام بالنظرة الانسانية للمرضى العقليين ، واقامت المستشفيات وتحسنت بيئتها من حيث الرعاية والعلاج ورفعت عنهم السلاسل وتحرروا من الزنانات في فرنسا وإنجلترا والمانيا وأمريكا ، واتيحت لهم فرصة التنزه والترفيه والعمل وتحسنت معاملتهم في مجتمع اوسع وبحرية اكبر .

وفي اواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر ظهر الفكر الحديث وزاد التقدم وظهرت أشكال جديدة من العلاج منها « المنطل البارد » و « الحمامات الساخنة » ومازالت تستخدم حتى الآن . وكان من بين قادة الاتجاه الحديث والذين نشروا افكاره بينيل P.nel في فرنسا وتيوك Tuke في إنجلترا وروش Rush في أمريكا . وقد اهتم الاخير بصفة خاصة بالدراسة العلمية لعلاج المرض العقلي وادخل طريقة العلاج الاشراطي في علاج الكحوليين واوصى بالعلاج المائي والرياضي ونشر هذا في كتاب سنة ١٨١٢ .

وهكذا تحسن الحال رويدا رويدا وعمق الفهم وتطور نظام رعاية المرضى العقليين في تلك الفترة ونشط البحث . وظهرت أول مجلة علمية تخصصت في الامراض النفسية سنة ١٨٠٥ . وبدأ تدريس الامراض النفسية والعقائية في شكل محاضرات القاها سير الكسندر موريسون في أدنبره باسكتلندا سنة ١٨٢٣ ثم حاضر بعد ذلك في لندن . وظهرت التشريعات والقوانين لحماية المرضى العقليين وحسن معاملتهم وظهر اول قانون من هذا النوع في إنجلترا سنة ١٨٠٨ . كذاك تكونت اول لجنة لرعاية المرضى العقليين في إنجلترا سنة ١٨٤٥ .

وفي اواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين زاد التقدم أكثر وأكثر . فمثلا قام كراپلين Kraepelin (١٨٥٦ - ١٩٢٦) بعمل تصنيف ووصف للمرض العقلي وحدد اسبابه واعراضه وعلاجه ومآله ، ووصف اعراضا اهمها ذهان الهوس والاكتئاب والفصام ، وادخل علوم النفس الفسيولوجي وابرز اهميته في مجال العلاج النفسي . واكد ضرورة علاج

مرض معين فحسب . وأقام كراپلين أول معهد للبحوث به قسم خاص لعلم النفس التجريبي والمرض . ويعتبره البعض « أبو الطب النفسي الحديث » .



(شكل ٤٤) كراپلين

وفي هذه الفترة أيضا ازدهر علم **الاعصاب** وتركز الانتباه العلمي على **الأمراض العصبية** وأصبح الفحص والتشخيص والعلاج أكثر دقة وأحدد ميدان المرض العصبي والعضوي والاضطرابات العصبية والوظيفية .

وفي مصر أنشأ كلوت بك سنة ١٨٨٠ مستشفى للأمراض العقلية في الأزبكية بالقاهرة وكانت تابعة للجيش، ثم نقلت إلى بولاق ، ثم إلى العباسية في السراية التي اشتهرت باسم « السراية الصفراء » نسبة للون طلائها . وقد تجددت هذه المستشفى وتطورت وتعرف الآن باسم « دار الاستشفاء للصحة العقلية » .

وفي فرنسا أسهم شاركوه Cha-cot (١٨٢٥ - ١٨٩٣) ورفاقه وتلاميذه أسهاما واضحا في تقديم العلاج النفسي وركّزوا الاهتمام على الهستيريا واستخدموا التنويم الإيحائي في العلاج (شكل ٤٥) ومن بين الاعلام في هذه المرحلة أيضا **بلورر** Bleurer (١٨٥٧ - ١٩٣٩) واهتم بالفصام والشخصية الفصائية وعلاج النفس . وقدم **جانيت** Janet (١٨٥٩ - ١٩٤٧) نظرية التوتر النفسي ، واهتم بالقلق والهستيريا والخوف والوهن النفسي (السيكاستينيا) واهتم بالعلاج بالاقناع والإيحاء . وطالب بتنويع طرق العلاج حسب نوع المرض وحالة المريض .

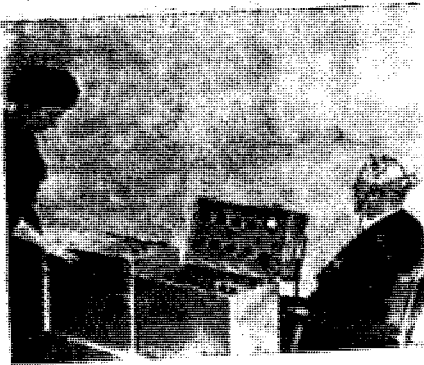


(شكل ٤٥) شاركوه يشرح التنويم لأطباء وطلاب الطب

وظهرت مدرسة **التحليل النفسي** بزعامة فرويد Freud (١٨٥٦ - ١٩٣٩) . واهتم بالنمو النفسي الجنسي وأكد أن كل أنواع العصاب يسببها اضطراب الوظيفة الجنسية ، وركز على عقدة أوديب وعقدة الكترا . وقدم فرويد نظريته في الشخصية ومكوناتها **والجهاز النفسي (الانا والهوى**

والأنا الأعلى ، والشعور واللاشعور وما قبل الشعور) . واستخدم فرويد في العلاج طريقة انتداعى الحر والتفريغ الانفعالى وتحليل الاحلام والايحاء ، وحدد عمليات تحدث في التحليل النفسى مثل النحول والمقاومة .. الخ .

ثم حدثت حركة انشقاق على فرويد وطرات تعديلات على نظريته على يد زملائه وتلاميذه «**الفرويديون الجدد**» . أسس أدلر Adler (١٨٧٠ - ١٩٣٧) مدرسته المعروفة باسم علم النفس الفردى ، وركز على الصدمات النفسية والمؤثرات الثقافية والاجتماعية . وادخل مفاهيم مثل أسلوب الحياة وعقدة النقص ، واهتم في العلاج بالتخلص من عقدة النقص وتعديل أسلوب الحياة . وأسس يونج Jung (١٨٧٥ - ١٩٦١) مدرسة عام انفس التحليلي ، وقدم نظرية الطاقة النفسية ، واهتم بالدين والمسائل الروحية ، واستخدام طريقة الداعى الحر وتداعى الكلمات ، وادخل مفاهيم مثل اللاشعور الشخصى واللاشعور الجمعى والنماذج الاصاىة ، وحدد الانماط النفسية المعروفة «**الانبساط والانطواء**» واهتمت هورنى Horney (١٨٨٥ - ١٩٥٢) بالاتجاهات العصابية ، واهمية تكوين علاقات اجتماعية سليمة في العلاج واعتباره اعادة تربية وتعلم . وركز رانك Rank على الصدمات النفسية والشخصية العصابية ومفهوم الارادة وعلاج الارادة . واهتم فروم Fromm بالخلق الفردى والخلق أو الطابع الاجتماعى ، وقال ان هدف العلاج النفسى هو الوصول الى المجتمع الصحيح نفسيا . وركز **سولميان Sullivan** على العلاقات الشخصية والاجتماعية واهمية التطبيق الثقافي وتعديل الوسط الشخصى والاجتماعى وتحقيق الامن النفسى . وظل التحليل النفسى أقوى تيار في العلاج النفسى لمدة طويلة .



ونشطت حركة القياس النفسى ومن أقطابها بينيه Pinet ، وعلم النفس التجريبي ومن أقطابه فونت Wundt ، والمدرسة السلوكية ومن أقطابها واطسون Watson . وفي سنة ١٩٢٤ أجرى أول رسم مخ للانسان على يد برجر Berger (انظر شكل ٤٦) .

(شكل ٤٦) رسم المخ

ومنذ الحرب العالمية الاولى ظهر سبيل ضخم من البحوث التجريبية والاكاديمية أدت الى اكتشاف بعض الطرق العلاجية مثل علاج غيبوبة

الانسولين على يد ساكل Sakel وعلاج الرجفة الكهربائية على يد سيرليني وبيني Cerletti and Bini وجراحة الفص الجبهي . ونما علم الطب النفسي والعصبي وأصبحت المستشفيات وحدات علاج نشطة أكثر منها أماكن للرعاية .

وجاءت الحرب العالمية الثانية ونمت أفكار جديدة مثل العلاج النفسي المختصر والعلاج النفسي الجماعي والتوجيه النفسي والتربوي والمهني .

وفي فترة ما بعد الحرب تطور البحث في كل الجبهات ، ونمت مفاهيم ونظريات جديدة مثل نظرية الأساس العصبي للسلوك . وزاد اهتمام المشرعين بالمرضى العقليين ولولت الدول المختلفة اهتماما خاصا بهم .

الوضع الحالي :

تطور الحال في السنوات الأخيرة الى حد كبير وزاد الاهتمام بالصحة النفسية والعلاج النفسي . وظهرت ثورة العلاج الجسدي بالصدمات والأدوية والجراحة في علاج الأمراض النفسية والعقلية . ولم يعد العلاج يقتصر على ناحية دون أخرى بل أصبح يشمل النواحي النفسية والطبية والاجتماعية الخ .

وتطورت أساليب العلاج النفسي وتعددت وأصبح معروفا منها الآن على سبيل المثال العلاج السلوكي على يد بافلوف Pavl v وآخرون ، وظهر العلاج النفسي المركز حول العميل على يد كارل روجرز Rogers ونمت حركة التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي والمهني نموا ملحوظا . وظهرت طرق علاجية متعددة منها العلاج النفسي التدمجي ، والعلاج بالعمل . والعلاج باللعب ، والعلاج الاجتماعي ، والتأهيل الطبي والنفسي ، والاستشارة النفسية ... الخ .

وزاد اهتمام المجتمع والحكومات بإنشاء المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية والعقلية ، والعيادات النفسية (الخارجية) .

وتطورت وتوالت البحوث والدراسات (١) الطبية والنفسية في الصحة

(١) من أمثلة الدراسات المصرية في الصحة النفسية والعلاج النفسي ما يلي :

- مفهوم الذات الخاص في التوجيه والعلاج النفسي (حامد زهران) .
- مفهوم الذات في التوجيه النفسي للمراهقين (حامد زهران) .
- مفهوم الذات والسلوك التربوي للمعلمين بين الواقع والمثالية (حامد زهران) .

النفسية والعلاج النفسي . وتعددت المجلات العلمية الدورية (١) التى تحوى الآلاف من البحوث والدراسات فى الصحة النفسية والعلاج النفسى فى الوقت الحاضر .

— مفهوم الذات والسلوك الاجتماعى للشباب بين الواقع والمثالية (حامد زهران) .

— دراسة لبعض أبعاد الشخصية وعلاقتها بالتوجيه النفسى للأطفال نعيمان (حامد زهران) .

— التأخر الدراسى : دراسة كLINيكية لأسبابه فى البيئة المصرية (هدى برادة وحامد زهران) ..

— دراسة لأبعاد مفهوم الجانحين (أنور الشرقاوى) .

— دراسة لمفهوم الذات لدى المراهقين المصريين بالريف والحضر

(سيد الطوخى)

— أثر فقدان البصر على تكوين مفهوم الذات (فتحى عبد الرحيم) .

— الفكرة المتسلطة : دراسة كLINيكية عربية (صموئيل مغاريوس) .

— علاقة الوالدين بالطفل وأثرها فى جناح الأحداث (محمد على حسن)

— مشكلات الفتيات المراهقات وحاجاتها الإرشادية (منيرة حلمى)

— دراسة مقارنة للجانحين العصبيين من حيث تنظيم الشخصية

(محمد أحمد غالى)

— أحلام اليقظة عند المراهقات وعلاقتها بحاجاتهم النفسية ومشكلاتهم الانفعالية (فيوليت فؤاد إبراهيم) .

— دراسة مقارنة لأثر الإقامة الداخلية على التوافق النفسى للطلاب

المتفوقين تحصيليا بالمرحلة الثانوية (حسام الدين محمود عزب) .

— الفصام وبحث العلاقة بالموضوع كما تظهر فى السيكو دراما

(حسين عبد القادر محمد)

— دراسة المستوى القلق عند المراهقات الكفيفات والمبصرات

(سماوية القطان)

— دراسة مقارنة للحاجات النفسية لدى المكفوفين والمبصرين

(محمد عبد الظاهر الطيب)

(١) من أهم المجلات العلمية الدورية فى الصحة النفسية والعلاج النفسى فى الوقت الحاضر ما يلى :

— مجلة الصحة النفسية (العدد العلمى السنوى) .

— Mental Hygiene

— Journal of Clinical Psychology

— Journal of Abnormal Psychology

تطلعات المستقبل :

تبشر البحوث والدراسات الكثيرة المبتكرة المتقدمة التى تملأ المجالات العلمية الدورية فى الصحة النفسية والعلاج النفسى بمستقبل مشرق وتقدم ملموس .

ومن أهم ملامح المستقبل اطراد وظهور نظريات جديدة وطرق علاجية متطورة واساليب علمية متقدمة ووسائل مقينة أكثر تقدماً .

ومن المتوقع ان شاء الله زيادة التركيز على المنهج الانمائى والوقائى أكثر من العلاجى . ومن المتوقع أيضاً ان تصبح العيادات النفسية مراكز دراسة علمية متخصصة . ومن المتوقع كذلك زيادة امكانيات العلاج النفسى بعد ان ظهر فى العيادات النفسية ، الحاسب الآلى وآلات التعليم المبرمج والدوائر التليفزيونية المخلقة ... الخ .

-
- American Journal of Psychotherapy
 - Journal of Analytical Psychology
 - American Journal of Psychoanalysis
 - Journal of Counselling Psychology
 - Journal of Consulting Psychology
 - Personnel and Guidance Journal
 - British Journal of Medical Psychology
 - Journal of Psychiatry
 - American Journal of Psychiatry
 - Group Psychotherapy

الفصل الثاني

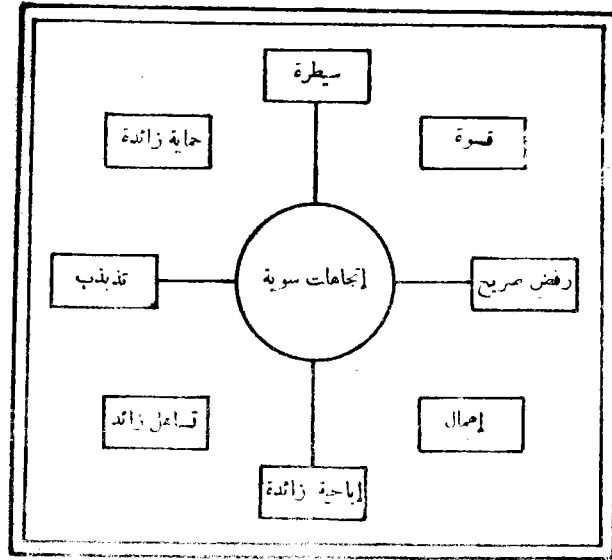
أسباب الأمراض النفسية

* تعدد وتفاعل الاسباب

* الاسباب الحيوية

* الاسباب النفسية

* الاسباب البيئية



(شكل ٧)

تعدد وتفاعل الاسباب

من المعروف ان لكل شيء سبباً . وأنه لا شيء يأتى من لا شيء
nothing comes from nothing

ومن المبادئ الرئيسية في اسباب الامراض النفسية مبدأ **تعدد وتفاعل الاسباب** . فمن النادر ان نضع أيدينا على سبب واحد كالوراثة أو صدمة ونقول أنه السبب الوحيد لمرض نفسى بعينه ، بل تتعدد الاسباب الى الحد الذى قد يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى اثر كل منها . فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها رهنا بسبب واحد .

وتتلخص اسباب الامراض النفسية في نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعددة ومعقدة ، **داخلية** في الانسان (جسمية ونفسية) و**خارجية** في البيئة (مادية واجتماعية) .

تقسيم الاسباب :

ونقسم اسباب الامراض النفسية الى :

الاسباب الاصلية أو المهيئة : وهى التى تمهد لحدوث المرض . وهى التى ترشح الفرد وتجعله عرضة لظهور المرض النفسى اذا ما طرأ سبب مساعد أو مرسب يعجل بظهور المرض فى تربة أعدتها الاسباب الاصلية أو المهيئة . ويلاحظ أن الاسباب الاصلية أو المهيئة متعددة ومختلفة وربما استمر تأثيرها على الفرد عدة سنوات . ومن امثلة الاسباب الاصلية أو المهيئة : العيوب الوراثية والاضطرابات الجسمية والخبرات الاليمة خاصة فى مرحلة الطفولة وانهيار الوضع الاجتماعى .

الاسباب المساعدة أو المرسبة : وهى الاسباب والاحداث الاخيرة السابقة للمرض النفسى مباشرة والتى تعجل بظهوره . ويلزم لها لى تؤثر فى الفرد أن يكون مهياً للمرض النفسى . أى أن السبب المساعد أو المرسب يكون دائماً بمثابة « القشة التى قصمت ظهر البعير » أو « الزناد الذى يفجر البارود » أو « القطرة التى يطفح بها الكيل » . والاسباب المساعدة أو المرسبة تندلع فى اثرها اعراض المرض ، أى أنها تفجر المرض ولا تخلقه . ومن امثلة الاسباب المساعدة أو المرسبة : الازمات والصدمات مثل الازمات الاقتصادية والصدمات الانفعالية والمراحل الحرجة فى حياة الفرد مثل سن البلوغ وسن القعود وسن الشيخوخة أو عند الزواج أو الانجاب أو الانتقال من بيئة الى أخرى أو من نمط حياة الى نمط حياة آخر .

الاسباب الحيوية (البيولوجية) : وهى فى جملتها الاسباب الجسمية المنشأ أو العضوية التى تطرأ فى تاريخ نمو الفرد . ومن أمثلتها : الاضطرابات الفسيولوجية وعيوب الوراثة ونمط البنية أو التكوين وعوامل النقص العضوى ... الخ .

الاسباب النفسية : وهى أسباب ذات أصل ومنشأ نفسى ، وتتعلق بالنمو النفسى المضطرب خاصة فى الطفولة وعدم اثباع الحاجات الضرورية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية . ومن أهم الاسباب النفسية : الصراع والاحباط والحرمان والعُدوان وحيل الدفاع (غير التوافقية) والخبرات السيئة والصدمة وعدم النضج النفسى والعادات غير الصحية والاصابة السابقة بالمرض النفسى ... الخ .

الاسباب البيئية الخارجية : وهى الاسباب التى تحيط بالفرد فى البيئة أو المجال الاجتماعى . ومن أمثلتها اضطراب العوامل الحضارية والثقافية واضطراب التنشئة الاجتماعية فى الاسرة وفى المدرسة وفى المجتمع .. الخ .

ويلاحظ ان الاسباب الاصلية أو المهيئة والاسباب المساعدة أو المرسبة تتضافر كى تظهر أعراض المرض ، وأهمها يسمى السبب الرئيسى . ويلاحظ أيضا أن العلاقة بين أسباب المرض النفسى تكاد تكون علاقة تفاضل وتكامل . فنحن نجد أنه فى حالة وجود أسباب مهيئة قوية يكفى سبب مرسب بسيط حتى يحدث المرض . وكذلك فى حالة وجود أسباب مهيئة ضعيفة يلزم سبب مرسب قوى حتى يحدث المرض . ويلاحظ أيضا أن السبب أو الاسباب التى قد تؤدى الى انهيار شخصية فرد قد تؤدى هى نفسها الى صقل شخصية فرد آخر ، ونحن نعرف أن « النار التى تذيب الدهن هى نفسها التى تجعل البيض يتجمد » (١) . وهكذا فإننا فى تحديد أسباب وتشخيص المرض النفسى يجب ألا نبالع فى مجموعة من الاسباب على حساب الأخرى بل يجب الاهتمام بكل من الاسباب الحيوية والنفسية والبيئية المهيء منها والمرسب . ولا يفوتنا أن ننبه المعالج النفسى الى أهمية تحديد الاسباب كما يراها المريض نفسه مذكرا المريض أن « لا شئ يأتى من لا شئ » . ولا شك أن معرفة الاسباب بدقة تساعد فى اراتها وتجعل التنبؤ بنجاح العلاج محتملا جدا .

(١) يقول الشاعر الاسمر :

بعض الرجال حديد حين يقرعه خطب ، وبعضهم أوهى من الخرف

الاسباب الحيوية

الوراثة :

معناها الانتقال الحيوى (البيولوجى) من خلال المورثات (الجينات) من الوالدين الى الاولاد فى لحظة الحمل . واهم ما يتأثر بالوراثة التكوينات الجسمية مثل الطول والوزن ولون البشرة ولون الشعر ولون العينين والتكوينات العصبية ومعدل نشاط الغدد ... الخ . ويختلف الافراد بعضهم عن بعض بالوراثة من حيث درجة الحساسية والتأثر ودرجة الاحتمال . ويختلفون بالوراثة أيضا من حيث قوة الدوافع والحيوية والقابلية للتعلم .

وتقوم الوراثة بدور ظاهر كسبب مهيء للأمراض النفسية ولكنها لا تعمل وحدها بل تدعم البيئة اثر الوراثة فى انتاج المرض . والوراثة ليست قوة مستقلة عن البيئة او قوة تضاف اليها بل تتفاعل معها تؤثر فيها وتتأثر بها ، ومن خلال هذا التفاعل تتكون الشخصية وتتجه الى الصحة او الى المرض . وهكذا يتأخص اثر العامل الوراثى فى انه يزود الفرد باستعداد قد تظهره البيئة او تعوقه عن الظهور . والذى يورث ليس المرض بل استعداد يهيء للمرض فى ظروف ترسب هذا المرض .

وهناك بعض الامراض التى يركز العلماء على اثر الوراثة فيها وهى عمى الانوان وخوريا هنتجتون والعتة العائلى الكامن . وهناك بعض الامراض النفسية التى يحتمل أن يكون لاوراثه دور فيها وهى الفصام وذهان الهوس والاكتئاب والضعف العقلى والصرع (ماستر Master ، ١٩٦٧) .

ومن اهم الاسباب الوراثية للمرض النفسى : التشوهات الخلقيه الوراثية ، واضطراب درجة الحساسية الوراثى ، واضطراب درجة الاحتمال ، واضطراب قوة الدوافع ، واضطراب الحيوية ، وضعف القابلية للتعلم .

الاضطرابات الفسيولوجية :

قد تغلب الاسباب الفسيولوجية وتسود ويكون تأثيرها مباشرا ، وبذلك يسمى الاضطراب النفسى فسيولوجى او عضوى المنشأ .

ومن اهم الاسباب الفسيولوجية : اضطراب وظائف الاستقبال الحسى (الحواس) ، وخلل الجهاز العصبى المركزى ، وخلل الجهاز العصبى

الذاتى ، وخلل الجهاز الدورى ، وخلل الجهاز التنفسى ، وخلل الجهاز الهضمى ، وخلل الجهاز البولى والتناسلى ، وخلل الجهاز العضلى والهيكلى .

ومن الاسباب الفسيولوجية ما يحدث من تغير فسيولوجى فى مراحل النمو المختلفة .

١ - **البلوغ الجنسى** : سوء التوافق مع الجنس الآخر ، نقص فى المعلومات الجنسية ، وجهل الوالدين واعراضهم عن مناقشة هذه المعلومات بذكاء وموضوعية ، صدمة أو انزعاج أو قلق أو مخاوف ، فقدان التوازن بين مظاهر النمو الجسمى والفسيولوجى والعقلى والاجتماعى ، البلوغ المبكر الذى يصاحبه الشعور بالخجل أو الخنزب ، البلوغ المتأخر الذى يصاحبه الشعور بالعجز والنقص ، اضطرابات الدافع الجنسى ، الاتجاهات الخاطئة نحو الغريزة الجنسية والافكار الخاطئة وعدم الفهم الواضح للدافع الجنسى ، عدم ضبط الدافع الجنسى أو سوء توجيهه ، نقص التربية الجنسية .

٢ - **الزواج (أو الحالة الزوجية)** : العنوسة وتأخر الزواج ، والحرمان الجنسى رغم الزواج ، وعدم الاشباع النفسى الجنسى ، وعدم الشعور بالامن والاهمية والتقدير والعطف ، والجوع الاجتماعى ، وعدم اشباع دافع الوالدية (العقم) ، والانفصال والطلاق والتمزل .

٣ - **الحمل والولادة** : التوتر النفسى المصاحب للحمل والولادة ، الحمل غير المرغوب فيه ، الحمل غير الطبيعى ، التسمم أثناء الحمل ، العدوى أثناء الحمل ، الارهاق الجسمى والنفسى أثناء الحمل ، القلق والانفعال أثناء الحمل ، الولادة العسرة ، الرضاعة الصناعية ، جهل الام بأساليب الرضاعة ، الفطام المبكر أو المتأخر .

٤ - **سن القعود** : الاستجابة المتطرفة للتغيرات الفسيولوجية المصاحبة ، الجهل بأسباب وطبيعة هذه التغيرات (قلق - اكتئاب - شعور بالنقص - محاولة الانتحار) .

٥ - **الشيخوخة** : فقدان الدقة الحسية (فى السمع والبصر) ، ضعف الحركة ، الضعف الجسمى ونقص الحيوية ، الشعور بالشك ، الشعور بالحرمان والنقص ، الشعور بقرب النهاية ، التدهور النفسى ، الملل ، سوء التوافق مع الجديد .

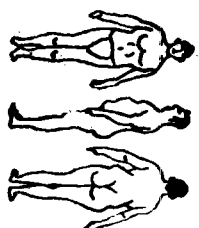
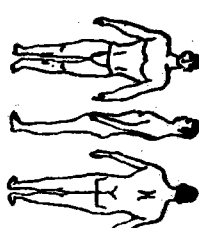
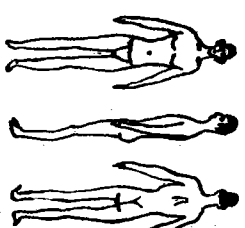
البنية (التكوين) Physique

تعنى البناء الحيوى (البيولوجى) للفرد . وهى عبارة عن المعادلة النفسية الجسمية للتنظيم الفردى . وتشمل الخصائص الفطرية للفرد

اسباب الامراض النفسية

الاسباب الحيوية

١١٩

اشكال انفساعية	المرضى النفسي المحتمل	المزاج (الصعوبات النفسية)	البنية	الطبقة	نمط الجسم
 (شكل ٤٨)	ذهن الهوس والاكتئاب الهستيريا	الحثوي الانساني (البيل الى الراحة والاسترخاء والنوم والحيية والروح والاهتمام بالاكل والاجتماعية (١) وسهولة الانقياد للضغط والاخذ اكثر من المعطاء)	قصير ، غليظ ، ممتلئ ، مستدير	الطبقة الداخلية (الودوم) (حشوي)	نمط الجسم - حسب كوشنر + حسب شلون
 (شكل ٤٩)	ذهن الهوس والاكتئاب	(البيل الى اثبات الذات والعمل والثبات والحركة والسيطرة والعدوان والجرأة وحبه المخاطرة وعدم المبالاة بمشاعر الآخرين)	متوسط الطول ، قوي ، متناسق الجسم ، مفتول المفضلات	الطبقة الوسطى (ميزودوم) (عضلي هيكل)	- الرياضي + العضلي او المتوسط التركيب (ميزومورفي)
 (شكل ٥٠)	الغنى ، القلق ، الاكتئاب ، الضعف العصبي	الغنى الاساسي (البيل الى التوتر والنبط والحساسية والنشاط وضعف العلاقات الاجتماعية)	طويل ، هزيل ، رفيع	الطبقة الخارجية (اكسودوم) (العصبي واغشاء الحس)	- النحيف + الجليدي او الخارجي التركيب (الكومورفي)

فما عرفت روحه ما السمن

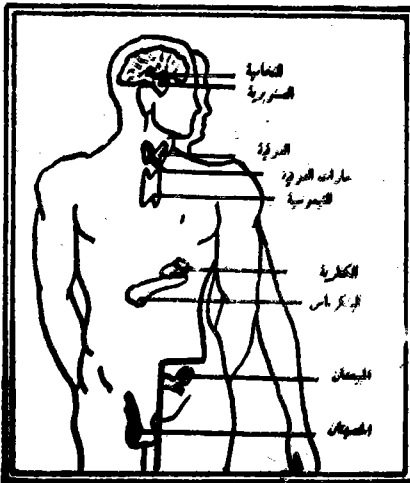
(١) يقول الشراء : ان بناء من سمن جسمه

وخبراته البيئية المبكرة (قبل الولادة واثناؤها وبعدها مباشرة) . وتتأثر البنية أو التكوين بالوراثة وتعديل عن طريق المؤثرات البيئية في مسار النمو . وبالطبع لا ينفرد التكوين في تسبیب المرض النفسي بل يشترك مع غيره من العوامل المسببة المهيئة والمرسبة .

ولمّا يلى الاسباب التكوينية الاساسية :

النمط الجسمي : من الشائع أن النمط الجسمي يرتبط بالمزاج الذى يكون أساس الشخصية فى الصحة والمرض . ويلاحظ أن معرفة النمط والتكوين الجسمي مفيد فى تشخيص المرض وفى توجيه المريض وفى أنواع كثيرة من العلاج الطبيعى والرياضى والاجتماعى (انظر جدول ٢) (وللتفصيل انظر حامد زهران ، ١٩٦٦) .

المزاج : temperament المزاج هو التكوين الموروث فى الشخصية والذى يستمر طول الحياة . وهو يشير الى خواص الشخص العاطفية التى يتسم بها سلوكه . ويعتقد أن بعض أنماط المزاج تجعل الفرد أكثر ميلا الى الحساسية الزائدة مما قد يحد من قدرته على تحمل الضغوط ويهيئه لأن يتجه نحو المرض النفسى . وعلى سبيل المثال نجد الشخص النوابى (الذى يتغير مزاجه كثيرا) يكون عرضة للذهان الانفعالى ، والشخص السوداوى (الذى يميل الى الكمال المنكب على العمل الذى يتحمل المسؤولية أكثر من اللازم والذى يكبت بسهولة) يكون عرضة لمرض الهذاء أو البانوراييا ، والشخص الفصامى (الضعيف المضطرب اجتماعيا ضعيف الاستجابة) يكون عرضة للفصام .



ورجود الفعل السلوكية المرضية . (شكل ٥١) الغدد المؤثرة فى النمو

الغدد : جهاز الغدد له أهمية كبيرة فى تنظيم النمو ووظائف الجسم وللغدد وافراداتها (الهرمونات) تأثيرها الواضح فى عملية النمو (سانفورد Sanford ، ١٩٦٢) والغدد بنوعها القنوية واللاقنوية (الصماء) والتوازن فى افرازاتها يجعل من الفرد شخصا سليما نشطا يؤثر تأثيرا حسنا على جهازه العصبى وعلى سلوكه بصفة عامة . وتؤدى اضطرابات الغدد الى المرض النفسى

كذلك يزيد اضطرابات الغدد في حدة السمات النفسية العادية للفرد . وبصفة عامة فإن اضطرابات الغدد تحدث اضطرابا حيويا وتشوها جسيما مما يسبب الاضطرابات النفسية مثل احساس الفرد بالنقص والاحباط وعدم الامن والشعور بالذات وتكوين مفهوم الذات السالب ، وينشط حيل الدفاع النفسى ، ويسبب سوء التوافق النفسى والاجتماعى واضطراب الشخصية (نظر شكل ٥١) .

ويوضح جدول ٢ الغدد الصماء الاساسية ومواقعها ووظائفها والاضطرابات التى يسببها اختلال هذه الوظائف .

العوامل العضوية :

يعتقد بعض الباحثين أن بعض الأمراض النفسية تحدث بسبب عوامل عضوية مثل التغيرات الفيزيائية أو الكيميائية التى تكفى لحدوث اضطراب عضوى وبالتالي تنفس المجال لردود أفعال مرضية .

وفيما يلى أهم العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية :

الأمراض : الأمراض المعدية (مثل الزهري والإصابة المباشرة للمخ) والأمراض الحادة المزمنة (مثل أمراض القلب والسل والسرطان والسكر) ، والحمى الشديدة الطويلة (مثل التيفود والملاريا والحمى الشوكية) ، وأمراض المخ. العضوية ، والتهاب الدماغ والسحايا ، وأمراض الجهاز العصبى الأخرى ، والسموم والصدمات والإصابات ونقص الأكسجين وفقر الدم .

التسمم : قد يكون خارجيا (نتيجة أدمان العقاقير والمخدرات والمهدئات كالمورفين والكوكايين والانيون والحشيش والبروميد والباربيتورات أو نتيجة الغاز مثل أول أكسيد الكربون أو التسمم بالكحول) . وقد يكون داخليا (مثل التسمم البولى والتسمم الكبدى والغيوبة السكرية أو وجود بؤرات ميكروبية سامة فى الجسم) .

الإصابات: إصابة الجهاز العصبى وإصابات الرأس وحدوث تلف فى المخ مثل النزيف أو تلف الخلايا ، وإصابات الجسم فى حادث مثلا ، وبعض العمليات الجراحية .

العمائم والعيوب والتشوهات الجسمية : ومنها ما هو خلقى أو وادى أو مرضى أو نتيجة تسمم أو إصابة ومن أمثلتها العمى والصمم والكساح وتشوهات الحرق والأمراض الجلدية والقيود الجسمية وتشوه صورة الجسم .

(جدول ٣)

اضطرابات	وظائفها	موقعها	الغدة
نقص الامراز يسبب تأخر النمو بصفة عامة . - زيادة الافراز يسبب العملاقة والضخامة .	- تعتبر همزة الوصل بين جهاز الغدد والجهاز العصبي - تسيطر على نشاط الغدد الاخرى كالكظر والدرقية والتناسلية - تتحكم في النمو (الفص الامامي) . - تؤثر على ضغط الدم وتنظيم الماء (الفص الخلفى) .	- تحت سطح المخ (ولها فصان امامي وخلفى)	- النخامية
- زيادة افرازها يسبب اضطراب النمو والنشاط الجنسى .	- غير معروفة	- تحت سطح المخ عند قاعدته	- الصنوبرية
- نقص الامراز في الطفولة يسبب حالة من الضعف العقلي (القماءة او القصاع) وفي الكبر يسبب المكسيديما (تأخر عام في النمو الجسمي والعقلي) - زيادة الافراز تسبب زيادة الابيض (تمثيل الغذاء) والجويتر (تضخم الغدة الدرقية)	- تنظيم عملية الايض بصفة عامة .	- في العنق امام القصبة الهوائية ولها فصان جانبيان وجزاء متوسط بينهما	- الدرقية

الغدة	موقعها	وظيفتها	اضطراباتها
١ - غدد الدرقية	- أربع غدد على سطح الدرقية اثنان بكل جانب	- تنظيم ايض الكالسيوم والفسفور	- نقص الافراز يسبب الكزاز أو التتanos (تقلص العضل) والموت . - زيادة الافراز يسبب الجويتر (تضخم الغدة الدرقية) ويسبب هشاشة وتشوه العظام
١ - التيموسية	- في التجويف الصدري	- كف النمو الجنسي (وتضمر عند البلوغ)	- نقص الافراز يسبب البكور الجنسي
١ - التاسلية	- زوج فوق الكلتيين (ويتكون من جزاين القشرة واللب)	- تنظيم ايض الصوديوم والماء (القشرة) - تؤثر في الغدد والاعضاء التاسلية (القشرة) - تؤثر في الجهاز العصبي الذاتي (اللب)	- نقص افراز القشرة يسبب مرض أديسون . - زيادة افراز القشرة يسبب زيادة واسراع النمو الجنسي .
١ - لانجر هانز	- في البنكرياس	- ايض الكربوهيدرات	- نقص الافراز يسبب مرض السكر
١ - الكظرية	المبيضان في حوض الانثى . والخصيتان في الصنفين وراء قضيب الذكر	- النمو (عن طريق افراز الهرمونات الجنسية) . - التكاثر (عن طريق البويضات عند الانثى والحيوانات المنوية عند الذكر)	- نقص الافراز يسبب نقص نمو الخصائص الجنسية الثانوية وقد يسبب العنة (الضعف الجنسي) والعقم . - زيادة الافراز يسبب البكور الجنسي - ويصاحب كلا من زيادة الافراز ونقصه اضطرابات نفسية كثيرة

اسباب حيوية اخرى :

هناك عدد آخر من الاسباب الحيوية نذكر منها :

السن : في الطفولة (الخبرات النفسية الصادمة الاليمة) ، وعند البلوغ في المراهقة (عدم التوازن في نمو النواحي المختلفة من الشخصية جسيما ونفسيا واجيا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا وجنسيا) ، وفي سن القعود (نقص القوى الجنسية وبدء تدهور القوى الجسمية والعقلية والشعور بالاحباط وعدم الاهمية) ، وفي الشيخوخة (العجز والاعتماد الكامل على الآخرين وتصلب شرايين المخ وتدهور وظائف المخ العليا والشعور بعدم النفع والشعور بالفراغ والعزلة) .

الجنس : تزيد نسبة حدوث بعض الامراض النفسية لدى الاناث عنها لدى الذكور مثل الهستيريا بينما تزيد نسبة حدوث بعضها لدى الذكور عنها لدى الاناث مثل الضعف العصبي .

الاجهاد في العمل : وما يصاحب ذلك من ارهاق وضغوط وتوتر ونقص عام في القدرة التوافقية للجسم .

التعرض لدرجات الحرارة العالية : كما يحدث عند طول مدة العمل امام الافران الكبيرة والعالية وشدة حرارة الجو وضربة الشمس .

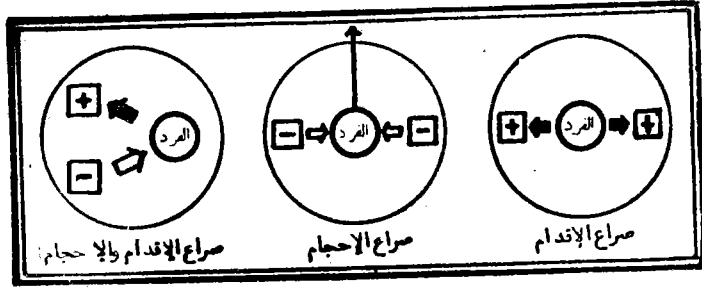
الاسباب النفسية**الصراع : Conflict**

الصراع هو العمل المتزامن او المتواقت للدوافع او الرغبات المتعارضة او المتبادلة ، وينتج عن وجود حاجتين لا يمكن اشباعهما في وقت واحد ، ويؤدي الى التوتر الانفعالي والقلق واضطراب الشخصية .

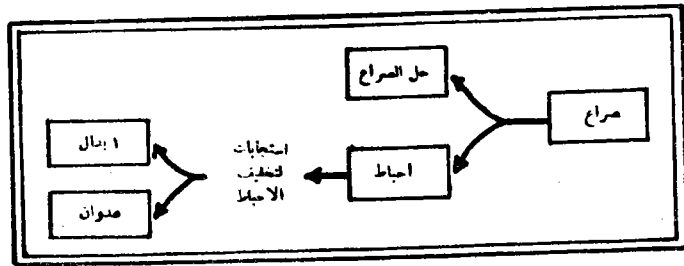
والصراع هو اهم الاسباب النفسية المسئولة عن المرض النفسي . فالشخصية التي يهددها الصراع يهددها القلق وتكون فريسة للمرض النفسي .

ويتضح الصراع في : تجنب الواقع (ضد) مواجهة الواقع ، والاعتماد على الغير (ضد) الاعتماد على النفس وتوجيه الذات ، والاحجام والخوف (ضد) الاقدام والشجاعة ، والحب (ضد) الكره . الخ .

ومن انواع الصراع : (انظر اشكال من ٥٢ الى ٥٦) .



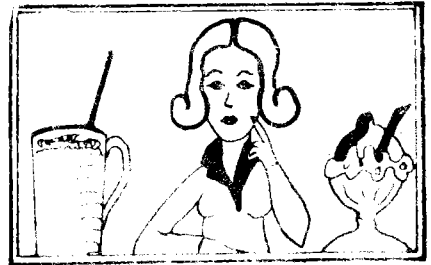
(شكل ٥٢) أنواع الصراع



(شكل ٥٣) الصراع والاجباط



(شكل ٥٥) صراع الإحجام



(شكل ٥٤) صراع الإقدام



(شكل ٥٦) صراع الإقدام والإحجام

* **صراع الاقدام** : وينشأ عن وجود موقفين جذابين . مثال : فتاة تختار بين الزواج أو العمل ، ومستمع يختار بين برنامجين اذاعيين مرغوبين في وقت واحد (١) .

* **صراع الاحجام** : وينشأ عن وجود موقفين منفريين . مثال : جندي بين نارى خوض المعركة والمحكمة لو غر من الميدان ، وموظف بين نارى القيام بعمل غير قانونى أو الافلاس (بين نارين) (٢) .

* **صراع الاقدام والاحجام** : وينشأ عن وجود موقفين أحدهما جذاب والآخر منفّر . مثال : رجل يريد الزواج من حسناء أمها منحرفة ، وشخص رياضى أمام نصر رياضى يحفه التعرض للخطر (عين فى الجنة وعين فى النار) (٣) .

* **صراعات اخرى** : الصراع بين الانا والهوى ، والصراع بين الانا والانا الأعلى ، والصراع بين الهوى والانا الأعلى ، والصراع بين الدوافع والضوابط ، والصراع بين المعايير الاجتماعية والقيم الاخلاقية . والصراع بين الحاجات الشخصية والواقع ، والصراع بين الرغبة الجنسية وموانع الاشباع الجنسية ، وصراع القيم ، وصراع الادوار الاجتماعية ، والصراع الداخلى ، والصراع بين الطبقات ، والصراع الثقافى بين الاجيال ، والصراع مع السلطة ... الخ .

ويحدث الصراع شعوريا ، وذلك سهل الاكتشاف ، أو من اللاشعور دون وعى الفرد ودون ارادته وذلك صعب الاكتشاف . ولابد من حل الصراع (٤) . ولكى يحل الفرد الصراع قد تلجأ الشخصية الى حيل الدفاع النفسى . وإذا أخفق الحل وزاد الصراع فقد يركز على اتفه الأسباب ليظهر العرض المرضى .

الإحباط : Frustration

الإحباط حالة تعاق فيها الرغبات الأساسية أو الحوافز أو المصالح الخاصة بالفرد ، أو اعتقاد الفرد أن تحقيق هذه الرغبات والحوافز أو

(١) يقول المثل العربى : « يبغى الشحم واللحم » .

(٢) يقول الشاعر :

وقال أصيحابى القرار أو الردى فقلت هما أمران أحلاهما مر

(٣) يقول الشاعر :

أنا والله أشتهى سحر عينيك وأخشى مصارع العشاق

(٤) يقول الشاعر :

وإذا تشاجر فى فؤادك مرة أمران فاعمد للأعف الأجل

المصالح صار مستحيلا . وبمعنى آخر فان الاحباط هو العملية التي تتضمن ادراك الفرد لعائق يحول دون اتيان حاجاته أو تحقيق أهدافه أو توقع وجود هذا العائق مستقبلا . هذا وتختلف الاستجابة للاحباط من شخص لآخر (انظر اشكال ٥٧ ، ٥٨ ، ٥٩) .

ويمكن تقسيم الاحباط الى :

الاحباط الاولى : ويتضمن شعور الفرد بالحاح الحاجة .

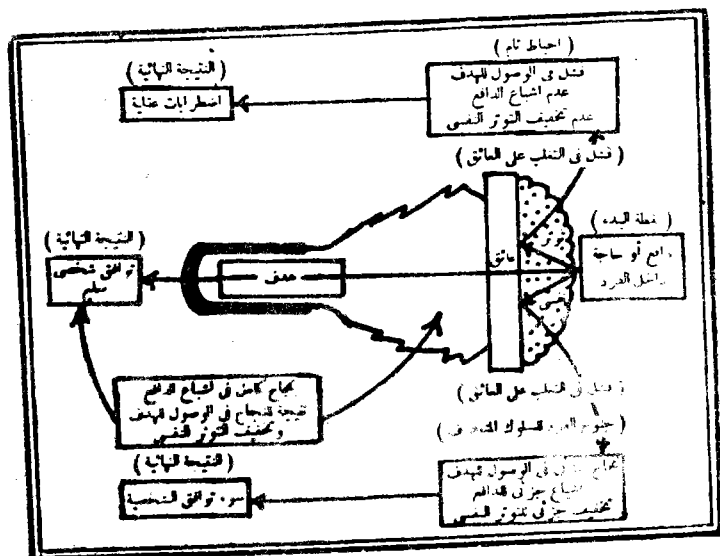
الاجباط الثانوى : ويتضمن ادراك العائق الذى يحول دون اشباع الحاجة .

الاجباط الايجابى : وينتج عن وجود عائق مهدد يحول دون اشباع الحاجة .

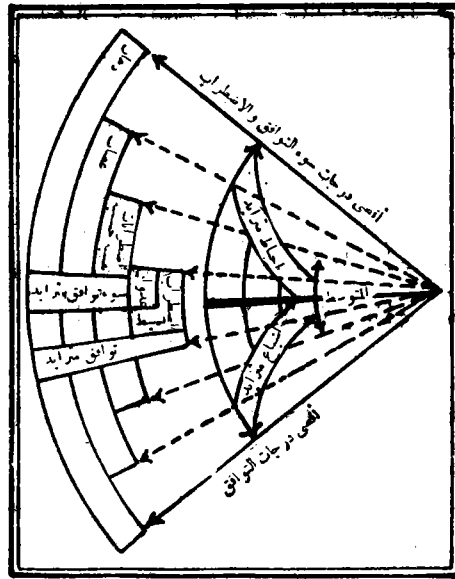
الإحباط السلبي : وينتج عن وجود العائق الذى يحول دون إشباع الحاجة .

الاجباط الداخلي (الشخصي) : وينبع من صفات الفرد الداخلية
مثل وجود أمراض أو عاهات .

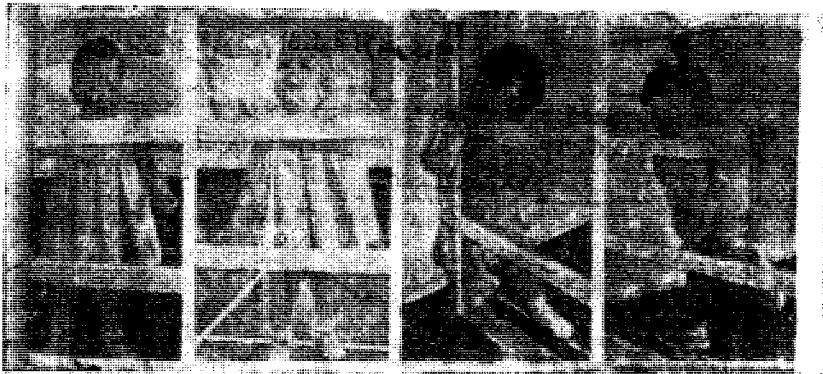
الاحباط الخارجى (البيئى) : وينبع من البيئة الخارجية المحيطة بالفرد مثل الفقر أو الموانع البيئية الأخرى .



(شكل ٥٧) الاحباط وطرق الاستجابة له



(شكل ٥٨) احباط واشباع الدوافع والحاجات



(شكل ٥٩) الاستجابات المختلفة للاحباط (كما تتمثل في حاجز يحول دون الوصول الى الأم أو اللعب) (محاولة تسليق الحاجز ومحاولة المرور بينه وبين الحائط والاستنجاد والبكاء)

ومن أمثلة الإحباط : اعمق الرغبة الأساسية ، واستحالة تحقيق
الرغبات ، والشعور بخيبة الأمل ، والخسارة المالية ، والرسوب ،
والفشل ، والاحباط الجنسي ، والنمو الجسمي المتأخر ، والقيود الشديدة
من جانب الوالدين ، والشعور بالعجز التام والخبرات المعوقة ، وتدخل

الآخرين وعدم تشجيعهم ، واستحالة تحقيق مستوى الطموح المرتفع أو المثالى الذى لا يتناسب مع قدرات الفرد ... الخ (١) .

وعلى العموم فإن الاحباط المستمر أو الشديد يؤدي الى شعور الشخص بخيبة الامل فيما يريد تحقيقه من أهداف وذلك لوجود عائق أو ظروف قاهرة أكبر من ارادته وإمكاناته ويقهر محاولاته للتغلب على العائق سعياً للوصول الى أهدافه ويؤدي الى تحقير الذات والقلق .

الحرمان :

الحرمان هو انعدام الفرصة لتحقيق الدافع أو انتقاؤها بعد وجودها . ومن أمثلة الحرمان : الحرمان الحيوى (البيولوجى) ، والحرمان النفسى المبكر ، والحرمان البيئى العام ، وعدم اشباع الحاجات الاساسية مثل الحاجات الحشوية ، والحسية ، والانفعالية ، والنفسية ، والاجتماعية والجنسية ، والحرمان من دافع الوالدية ، والحرمان من حب وعطف وحنان ورعاية الوالدين ... الخ .

اخفاق حيل الدفاع النفسى :

فى حالة اخفاق حيل الدفاع النفسى التى هى وسائل واساليب لا شعورية هدفها تجنب الفرد حالة التوتر والقلق الناتجة عن الاحباطات والصراعات والحرمانات . ويحتفظ بثقته واحترام ذاته ، وفى حالة الاجوء الى حيل الدفاع غير السوية العنيفة مثل النكوص والعدوان والاسقاط والتحويل ، فان سلوكه يظهر مرضياً .

ومن أمثلة ذلك : اخفاق الكبت ، واستحالة الاعلاء ، والترميز (فالمسورة الرمزية لا تشبع ولا تصلح كبديل للأصل) ، والتعويض الزائد عن الحاجة التوافقية للفرد أو الذى لا يقبله المجتمع ، والاسقاط الزائد ، والتفكك ، والاستغراق فى التخيل الذى يبعد الفرد عن الواقع ، والنكوص الذى يؤدي الى التراجع امام مشكلات الحياة والهروب منها .

الخبرات السيئة أو الصادمة :

الخبرة الصادمة موقف يحرك العوامل الساكنة ويسبب ما لدى الفرد من عقد وانفعالات ودوافع مكبوتة . ويقال ان كل مرض نفسى هو

(١) « المثالية — الاحباط — الانحراف » ترتيب يميز الكثير من مظاهر سوء التوافق — احترس .

ملساء كتبت فكرتها في الطفولة بيد الوالدين ، ثم يقوم الفرد الضحية بتمثيلها في عهد الكبر (احمد عزت راجح ، ١٩٦٥) . ان الخبرات الصادمة الاليمة في الطفولة تؤدي الى الحساسية النفسية (١) لمواقف الاحباط والتفقد فيستجيب الفرد لها استجابات شاذة . وكلما كانت الخبرة الصادمة عنيفة كان تأثيرها في احداث المرض شديدا ، ولكن تأثير الخبرة الصادمة يتوقف على معناها بالنسبة للفرد وتفسيره لها على اساس مستوى نضجه وعلى اساس مشاعره الداخلية وعلى اساس الطريقة التي يعالج بها الاشخاص المحيطون به هذه الخبرة . وتؤكد مدرسة التحليل النفسي التأثير السيء لخبرات الطفولة الاليمة في بناء الشخصية واضطرابها فيما بعد . وعلى العموم يمكن القول ان صدمة واحدة قد لا تؤثر في بناء الشخصية ، ولكن تكرار الصدمات يصدمه والانتفاجار ينسفه .

ومن امثلة الخبرات السيئة او الصادمة التي تسبب الاضطراب النفسي : موت والد او اخ ، عملية جراحية ، حادثة او مرض شديد ، انفصال مفاجيء او مستمر عن الوالدين ، الاحباط المستديم او الشديد . الحرمان من الحاجات الجسمية الاساسية ، الخبرات الجنسية الصادمة ذات الدلالة الانفعالية ، خيبة وتحطيم الآمال ، جرح الكبرياء ، الازمات الاقتصادية ، المشكلات الاجتماعية ، مجابهة حالات غير عادية ... الخ . كذلك فان الخبرات التي يمر بها الشخص او الشعب كالحرب ترسب بعض الامراض النفسية .

العادات غير الصحية :

لاشك ان التكوين الخاطيء او غير الصحى للعادات السلوكية يلعب دورا هاما في انتاج الشخصية غير السوية والمرض النفسى .

ومن امثلة العادات غير الصحية : العادات الجسمية غير الصحية (كما في المشى والكلام) ، وسوء العادات الاجتماعية (مثل عدم الضمير وعدم تحمل المسؤولية الاجتماعية) ، وسوء العادات العقلية المعرفية (مثل نقص المعرفة بالمبادئ العلمية الاولى) وضعف سلطان الارادة والاختيار (مثل الانهاط غير الصحية لردود الافعال للانفعالات) وسوء العادات الانفعالية (مثل الحزن على ما فات والخوف من المستقبل) (٢) وسوء العادات الدينية والاخلاقية ... الخ .

الاصابة السابقة بالمرض النفسى :

ان الاصابة السابقة بالمرض النفسى تترك المريض بعد شفائه منها

(١) تجنب الحساسية النفسية ، فالجو النفسى ملئ بمثيرات واسباب الاضطراب .

(٢) اسمع قول الشاعر :

ما مضى فأت والمؤمل غيب ولك الساعة التى أنت فيها

عرضة للتكرار او الاصابة مرة اخرى الا اذا عولج علاجاً طويلاً هادفاً وقائياً شاملاً .

اسباب نفسية اخرى :

يضاف الى ما سبق اسباب نفسية اخرى منها :

التناقض الوجداني (مثل الحب والكراهية ، والشعور بالامن والشعور بالقلق ، والتحرر النفسي والشعور بالذنب) .

الضغوط النفسية (بسبب المنافسة ومطالب التربية والتعليم والمطالب المهنية ومطالب الزواج ومطالب المدنية المتغيرة المعقدة ومتاعب الحياة المتلاحقة) (١) .

الاعداد غير الكافي للمراقبة او الرشد او الشيخوخة (جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً) .

الانطواء الرجعي الخاطئ (بخصوص الحقيقة والقيم والمثل الخارجي) .

مفهوم الذات السالب (حيث وجد المؤلف أن مفهوم الذات السالب يوضح أن الفرد يعاني من الانعصاب والتوتر والفشل وسوء التوافق النفسي وعدم الثبات الانفعالي والسرية والانسحاب والحساسية وصعوبة اقامة الصداقات وعدم توافق الشخصية وسوء التوافق الانفعالي والرغبة في تحسين الوضع الراهن والقلق) (حامد زهران ، ١٩٦٦ ، ١٩٦٧) .

الاسباب البيئية

البيئة الاجتماعية :

تؤثر عوامل البيئة والوسط الاجتماعي الذي يتحرك فيه الفرد في تشكيل ونمو شخصيته وتحديد حيل دفاعه النفسي عن طريق نوع التربية والضغوط والمطالب التي تسود في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها . واذا فشل الفرد في مقابلة هذه الضغوط وتلك المطالب وخاصة اذا زاد ما بينها من تناقضات ساء توافقه النفسي (الشخصي والاجتماعي) وادى ذلك الى المرض النفسي . وتحدد البيئة التي تربى فيها الفرد والمؤثرات التي خضع لها منذ طفولته سمات شخصيته سواء كانت سوية او لا سوية وتدل بعض الدراسات أن نسبة المرض النفسي تتفاوت حسب البيئة الفقيرة او الغنية والحضرية او الريفية (انظر سيد الطوخى ، ١٩٧٣) .

(١) خفف حمولتك من المتاعب واجعل لديك متسعاً للطوارئ حتى لا تنزعج بأدائها .

العوامل الحضارية والثقافية :

تمثل العوامل الحضارية والاتجاهات الثقافية عوامل هامة في انتاج المرض النفسى . وتدل بعض الشواهد على أن بعض الامراض النفسية تميل الى الانتشار في المجتمعات المتحضرة اكثر من المجتمعات البدائية . ومن امثلة ذلك :

* الثقافة المريضة التى تسود فيها عوامل الهدم مما يولد الاجبساط ؛ والتعقيد الثقافى ، وعدم التوافق بين الفرد والثقافة التى يعيش فيها وعدم تطابق شخصيته مع النمط الثقافى وعدم تطابق سلوكه مع الاوضاع الثقافية المتغيرة ، وعدم امكان الفرد مجاراة المستوى الثقافى السائد والاتجاهات الجديدة .

* التطور الحضرى السريع وعدم توافر القدرة النفسية على التوافق معه ، وعدم التوافق مع الحياة الصناعية المعقدة المتغيرة ، وعدم التوافق مع عصر السرعة الذى يحول دون التأمل والاسترخاء والاستجمام والاستمتاع ، وتعقيد القوانين والخوف من الوقوع تحت طائلتها ، وزيادة المسؤوليات الاجتماعية وعدم القدرة على تحملها .

اضطراب التنشئة الاجتماعية :

ان عملية التنشئة الاجتماعية هى عملية تعلم وتعليم وتربية تؤدي الى تشكيل السلوك الاجتماعى للفرد وادخال ثقافة المجتمع فى بناء شخصيته وتحوله من كائن حيوى (بيولوجى) الى كائن اجتماعى وتكسبه صفة الانسانية . (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧ ب) .

ومن الممكن أن يصبح أى شئ يعوق عملية التنشئة الاجتماعية والتطبيع الاجتماعى والاندماج الاجتماعى مصدرا للضغط والاضطراب النفسى . ولاشك أن التنشئة الاجتماعية غير السوية تخلق اجبساطات وتوترات لدى الفرد .

ومن امثلة ذلك :

١ - الاضطرابات فى الاسرة :

الوالدان : الزواج غير السعيد والخلافات بين الوالدين ، والخianات الزوجية ، وعدم التكافؤ بين الزوجين اقتصاديا أو ثقافيا أو اجتماعيا أو فكريا أو دينيا ، والهجران ، والانفصال والطلاق ، والوالدان العصائيان ، ومشكلات تنظيم النسل ، والعجز عن انجاب الاطفال ، وكون الوالدين نموذجا سيئا للطفل ، والمثالية وارتفاع مستوى الطموح ، والام العاملة وقلة عنايتها بالاطفال والاسرة ، وتدخل اهل الزوج أو اهل الزوجة .

الطفل : الاسم الذي لا يقبله الفرد أو يشعر انه مسببة ويرغب في تغييره (١) ، والدين اذا أدرك أن فيه القسوة والتهديد والوعيد ، واللغة والطرق غير السليمة في تعليمها .

الوالدان والطفل : الاتجاه السالب نحو الطفل وعدم الرغبة فيه
وكرهه قبل مجيئه ، والاتجاه السالب نحو جنس الطفل (رغبة الوالدين في
ولد بدل بنت أو بنت بدل ولد) ، والرفض أو الإهمال ونقص الرعاية
والحماية الزائدة (التدليل والتسلط والسيطرة) ، وشدة التعلق بالوالدين
والاعتماد عليهما ، واضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل ، وعدم الثبات
في معاملة الطفل ، ومشكلات النظام والتضارب في الطرق المتبعة ، والمغالاة
في المستويات الخلقية المطلوبة ، وفرض النظم الجادة (أو التقد) ، وفرض
القيود الشديدة على سلوك الطفل ، وفرض العزلة على الطفل ، والتدريب
الخطيء على عملية الإخراج قبل أن يكون الطفل مستعدا لها جسميا
وانفعاليا ، وأخطاء التربية الجنسية ، والارتباط الانفعالي بالوالدين من
الجنس الآخر (عقدة أوديب أو عقدة الكترا) ، ومشاهدة أو ملاحظة المواقف
الجنسية بين الوالدين أو رؤية أجسام الوالدين وهما عرايا (راجع جدول ١
ص ١٨) .

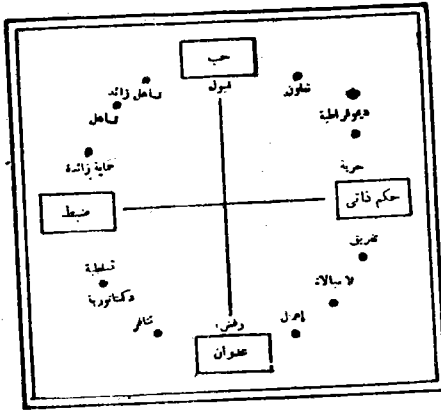
الطفل والاختوة : ميلاد طفل

جديد في الاسرة والخطأ في تحويل كل الحب والعطف والاهتمام نحوه وترك الآخرين (عقدة قابيل) ، واضطراب العلاقة بين الاخوة ، والغيرة بين الاخوة ، وشعور الطفل بالاختلاف عن غيره في المعاملة .

الطفل والاسرة : التفسير في

تجميع الاسرة ، والمستوى
الاجتماعى الاقتصادى الضعيف

وانحراف معايير الأسرة عن المعايير الاجتماعية ، وعدم استقرار الأسرة وزيادة حركتها جريا وراء لقمة العيش .



(شكل ٦٠) السلوك الوالدي

(١) من حق الوليد على والديه أن يسمياه اسما حسنا . قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « انكم تدعون يوم القيامة باسمائكم وأسماء آبائكم فأحسنوا أسماءكم » . وقال صلى الله عليه وسلم : « من حق الوالد على الوالد أن يحسن اسمه ويحسن أدبه » . وروى عنه صلى الله عليه وسلم أنه كان ينادي باسمه الحسن وأبي عبد الله .

عام : الاعمال المنزلية الشاقة ، والاعتماد الزائد عن الحد على الغير (الانتكالية) ، والعدوان . (انظر شكل ٦٠) .

٢ - سوء التوافق في المدرسة :

بين الاسرة والمدرسة : ادراك خبرة الذهاب الى المدرسة على انها انفصال عن الوالدين ، والخضوع لنظم وضمتها جماعة غير الاسرة ، والمشاركة في اوجه نشاط هذه الجماعة ومعالجة الوالدين والمربين الخاطئة لهذه المتطلبات ، واخفاق المدرسة في تحقيق مسؤولياتها عن نمو شخصية التلميذ من النواحي الجسمية والعقلية والانتفاعية والاجتماعية ، واضطراب العلاقة بين الاسرة والمدرسة ونقص التعاون بينهما أو انعدامه .

المربون : سوء التوافق النفسى للمربى نفسه ، وممارسة التهديد والعنف ، وممارسة النقد والتوبيخ .

التلميذ : ارتفاع مستوى المواد الدراسية بالنسبة لمستوى قدرات التلميذ ، ونقص الاستعداد الدراسي ، وبطء التعلم ، والفشل الدراسي والتأخر الدراسي ، والضعف العقلى .

المربون والتلميذ : اضطراب العلاقات بين المربين والتلاميذ .

التلميذ ورفاقه : اضطراب العلاقات بين التلميذ وزملائه .

عام : نقص الارشاد التربوى .

٣ - سوء التوافق في المجتمع :

عام : المجتمع المريض الذى يحول دون اشباع حاجات افرادة والذي يفيض بأنواع الحرمان والتحريمات والاحباطات والصراعات والذي يشعر فيه الفرد بعدم الامن ، حيث يتولى فيه الامر انصاف المتعلمين والادعاء وخيث يسود الشك فى الآخرين ، ومشكلات الجماعة مثل الالم والكراهية والحقذ والغيرة ، والتجارب النفسية الاجتماعية الاليمة من خلال التفاعل الاجتماعى غير السليم ، والعزل الاجتماعى اى عزل الجماعة للفرد لمخالفته فى الدين او المذهب السياسى او الطبقة الاجتماعية ، وتصارع الادوار الاجتماعية التى يقوم بها الفرد ، والتنافس الشديد بين الناس ، وعدم المساواة والاضطهاد والاستغلال وعدم اشباع حاجات الفرد ورغباته فى المجتمع ، ووسائل الاعلام الخاطئة غير الموجهة التى تؤثر تأثيرا سيئا فى عملية التنشئة الاجتماعية او التى تستنفر الناس وترفع مستوى طموحهم وتشعرهم بالحرمان .

الصحة السيئة : المشكلات التى يتورط فيها الفرد مع الصحة السيئة وجماعة الرفاق المنهزمة .

مشكلات الاقليات : نقص التفاعل الاجتماعى ، والاتجاهات الاجتماعية السالبة ، والتعصب ضد جماعة الاقلية التى ينتمى اليها الفرد مع الشعور بالنقص وانعدام الامن ، والتفرقة العنصرية فى المعاملة والاسكان والتعليم والحقوق .

سوء التوافق المهني : مشكلات اختيار المهنة مع التطور التكنولوجى المعقد المتغير فى العصر الحديث ونقص الارشاد المهني ، واختيار العمل على أساس الصدفة ، وفرض العمل على الفرد ، وعدم مناسبة العمل ، لقدرات الفرد وميوله ، وعدم كفاية الاجر ، والارهاق فى العمل ، واضطراب العلاقة بين العامل وزملائه ، والاشتغال بأعمال يتعرض فيها العامل لمواد تؤثر على الجهاز العصبى ، وظروف العمل السيئة والاستغلال والفصل والتعطل والبطالة ، وعدم تحقيق المطامح والشعور بالاحباط .

سوء الاحوال الاقتصادية : الهزات والكوارث الاقتصادية كفقر الثرى وعدم الرضا بالحالة الاقتصادية ، وصعوبة الحصول على ضروريات الحياة كما فى حالات الفقر والعجز .

تدهور نظام القيم : تصارع القيم بين الثقافات المختلفة التى يعيش فيها الفرد ، وتصارع القيم بين جيل قديم وجيل جديد ، والفروق بين القيم الاخلاقية المتعلمة والفعلية ، والفروق بين القيم التى يمتناها الفرد وبين الواقع الفعلى .

الكوارث الاجتماعية : الكوارث الاجتماعية العنيفة ، والظروف الاجتماعية الضاغطة ، والكوارث المدنية والمجاعات .

الحرب : احتمال وقوع الحرب وما يصاحب ذلك من توتر وخوف وخاصة فى العصر الذرى وأسلحة الدمار الشامل ، ووقوع الحرب فعلا وما يصاحبه من خسائر فى الارواح والممتلكات واعاقة المدنية وتحطيم المثل والاخلاقيات والاسى والضياع وعدم الشعور بالامن .

الضلال : البعد عن الدين وعدم الايمان او الالحاد وتشوش المفاهيم الدينية ، وضعف القيم والمعايير الدينية ، وعدم ممارسة العبادات ، والشعور بالذنب وتوقع العقاب ، الضعف الاخلاقى ، وضعف الضمير .

٤ - الحضارة :

ان المجتمع الصناعى الحديث والتقدم التكنولوجى الكبير فى حضارتنا الحاضرة نعمة كبيرة ولكنها لا تخلو من نقمة ، حيث ان الزيادة فى التقدم لها مطالب قد تزيد عن الطاقة ويصاحبها مطامح قد تزيد عن القدرات . كذلك فان سرعة التغير الاجتماعى فى العصر الحديث وقيام الثورات والحروب ، تمثل ضغوطا نفسية قد يضعف امامها البعض وينهار تحت وطأتها البعض الآخر . وكل هذا ادى الى وصف عصرنا الحاضر باسم « عصر القلق » . وكل هذا يسبب ما أصبح يعرف باسم « امراض الحضارة » .

الفصل الثالث

اعراض الامراض النفسية

- * دراسة الاعراض .
- * تصنيف الاعراض .



(شكل ٦١)

دراسة الاعراض (١)

العرض تعبير عن الاضطرابات وعلامة من علامات المرض النفسى . وكل الامراض النفسية تلاحظ وتصنف على اساس الاعراض . وعند دراسة الامراض النفسية وتمييز مرض نفسى من مرض نفسى آخر يجب ملاحظة الاعراض ودراستها بدقة وربطها بتاريخ حياة المريض والعوامل التى لعبت ادوارا رئيسية فى تشكيل شخصيته . وقد تكون الاعراض شديدة واضحة حين يدركها العامة ، وقد تكون مختفية لا يميزها الا الخبراء المختصون . وقد يحتاج اظهار وتمييز الاعراض فى بعض الاحيان الى استعمال بعض الطرق الفنية الخاصة واستعمال بعض العقاقير . وكلما أمكن التعرف على الاعراض فى وقت مبكر كان ذلك افضل من الناحية العلاجية حيث يفيد ذلك فى نجاح العلاج ويمنع تطوّر الاعراض . ويلاحظ ان لكل من أعراض الامراض النفسية سببا ومعنى ووظيفة . ولفهم الاعراض يجب فهم الاسباب التى أدت اليها .

ولا يخلو انسان من الاعراض . وفى نفس الوقت يندر ان تجتمع كل الاعراض المميزة للمرض النفسى فى مريض واحد ، والفرق بين الشخصية السوية والشخصية المريضة من حيث الاعراض فرق فى الدرجة وليس فرقا فى النوع . والواقع ان كل فرد لديه استعداد للمرض . الا ان الافراد يختلفون فى درجة مقاومتهم . فمنهم من يكون لديه مقاومة عالية ، ومنهم من قد يتعرض فى حياته لاسباب تحطم هذه المقاومة . ويجب الا ينتاب القارئ الخوف لانه قد يجد بعض الاعراض لديه ، الا ان درجتها ليست مرضية ، ومن ثم فهى لا ترتبط بمرض معين . وهو ليس بمريض .

وقد تغلب بعض الاعراض وتصبح هى نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا او مرضا نفسيا قائما بذاته . ومن امثلة ذلك القلق والخوف والوسواس وتوهم المرض والتفكك .

اصل الاعراض :

يعتبر العرض مظهرا وعلامة تكشف عن الحياة الخاصة للمريض . والاعراض ترتبط بحياة المريض وليس لها معنى بعيدا عن حياته والمواقف

- (١) انظر منسكى Minski ، ١٩٦٤ ، ماستر Master ، ١٩٦٧ ، كوفيل وآخرون ، ١٩٦٧ ، عزيز فريد ، ١٩٦٤ ، عمر شاهين ويحيى الرخاوى ، ١٩٦٥ ، احمد زعت راجع ، ١٩٦٥ ، فيصل الصباغ ، ١٩٦٥ ، سعد جلال ، ١٩٧٠ ، حامد زهران ، ١٩٧٢ .

التي نشأت وتظهر فيها ، والاعراض عادة تكون تعبيرات عن رغبات الفرد الدفينة وذكرياته المكبوتة ومخاوفه .

ويمكن ان يكمن اصل العرض في **المواد اللاشعورية** ذات الصفات الدينامية الدائمة والتي يمكنها ان تسيطر بدرجات مختلفة — على الشخصية على المستوى الشعورى . ومعظم المواد العقلية التى لا يمكن التعبير عنها شعوريا وصراحة تظهر في شكل اعراض .

وقد يكمن اصل العرض في **القلق والشعور بالذنب** . وهنا يكون العرض حيلة للتعبير عن ذلك .

وتمثل الاعراض غالبا **طرقا خاطئة للتوافق** ، وحلولا عصبية للصراع ، وخططا فاشلة للدفاع النفسى .

زملة الاعراض : Syndrome

ليس للاعراض المنفردة قيمة تشخيصية في حد ذاتها . وتتنوع الاعراض وتشارك الامراض النفسية فيها . وتظهر اعراض المرض النفسى عادة في شكل **زملة او تجمع او تشكيل معين** . وهذه الزملة او المجموعة المتألفة من الاعراض هى التى **تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر** . ويجب الاهتمام بالارتباط المتبادل بين الاعراض بعضها وبعض . ويلاحظ أن العرض الواحد قد يدخل في زميلات او مجموعات او تشكيلات مختلفة يميز امراضا بعينها . ومثال ذلك القلق والهوسات .

رمزية الاعراض :

يعتبر العرض رمزا يشير الى وجود اضطراب نفسى او جسمى . وقد يكون للعرض معنى رمزى ذو أهمية أكبر من مظهره . فالعنة النفسية المنشأ تد تكون رمزا للتعلق اللاشعورى الشديد بالأم .

معنى الاعراض :

للاعراض معنى على أساس النمو النفسى الدينامى للمريض . وتشير الاعراض عادة الى مشكلة داخلية . ولكى نحدد معنى الاعراض يجب ان نحدد العوامل التى ادت لظهورها . وتظهر بعض الاعراض النفسية نتيجة عجز المريض عن مواجهة المشاعر الداخلية او المواقف الخارجية التى تتضمن ضغطا حادا او مزمنا .

وظائف الاعراض :

لكل عرض وظيفة . ويعتبر العرض **رد فعل او تعبيراً نفسياً** حيويًا عن الفرد ككل ، ويجب دراسته وفهمه من زاوية نفسية حيوية ديناميكية .

وقد يكون العرض وسيلة أو حيلة نفسية حيوية تهدف الى **صيانة قيمة وتقدير الذات** .

وتوضح الاعراض **مشكلات المريض** وطرق جهاده في مجابهتها .
ويفسر البعض العرض النفسي بأنه **طريقة للتوافق** نشاهدها دائما في الحياة اليومية .

ومن خلال الاعراض وأصلها واهدافها ووظائفها نستطيع أن نحل **لفز حياة المريض** الداخلية وأن نرى شخصيته فيما وراء الاعراض .

أهداف الاعراض :

تكل عرض كما لكل سلوك هدف . وسواء كان السلوك شعوريا أو لا شعوريا ، ذاتيا أو موضوعيا ، سويا أو مرضيا ، فإن له أهدافا إما أولوية أو ثانوية .

الاهداف الأولية :

حتى الاهداف الذاتية والتي يكون في تحقيقها مغنم يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر من ناحية أخرى (١) . وأهم الاهداف الأولية ما يأتي :
* **السيطرة على القلق** وخفض التوتر الذي يخبره المريض ولو بصورة مؤقتة .

* **حل الصراع** أو العمل على حله بواسطة استخدام واحدة أو أكثر من حيل الدفاع النفسي أو عن طريق تعبيرات رمزية خارجية تعبر عن الصراع الداخلي في صورة مبهمه . وينظر المحللون النفسيون الى العرض كحل ودي أو حل وسط بين طرفين متصارعين ، طرف كابت (الأنا مؤتمرا بأوامر الأنا الأعلى) وطرف مكبوت (الهو) . وبذلك يكون العرض بمثابة صورة كاريكاتيرية يرسمها المريض ليرمز به الى شيء يحظره جهاز الرقابة . وقد يغلب ارضاء الجانب المكبوت كما في الهستيريا أو الانحرافات الجنسية اذ ينطلق المكبوت بصورة رمزية عنيفة . ويشبه البعض الاعراض بالاحلام من حيث ان كليهما حلول ودية لصراع لا شعوري . فأغلب الاحلام في رابعهم تحقيق رمزي لرغبات لا يستطيع الحالم أن يصارح بها نفسه في اليقظة . ويعتبر البعض أن المرض النفسي حلم طويل ، وأن الحلم مرض نفسي قصير الامد .

* **تحقيق أو تدعيم كبت وكف الدوافع** والنزعات التي يابأها ويستقبحها الفرد على نفسه منتبها وواعيا .

(١) من الكلمات المشهورة : " لا تبرز العقل من ملكي مستقلا ، سأعلم له مهوى " .

- * **امتصاص الطاقات النفسية المنبثقة من الدوافع والنزعات المكبوتة** واستنفاد شحناتها في اعراض سلوكية أو عضوية منعا لنشاط هذه الدوافع والنزعات وظهورها والشعور بها .
- * **تقوية الكبت** واقامة حواجز منيعة في وجه المكبوتات ضمانة لعدم انفلاتها وتسربها الى الخارج ، وذلك بتقوية وتنمية سمات شخصية خاصة قادرة على الصمود أمام هذه الدوافع المكبوتة .
- * **اخماد نششاط الدوافع المكبوتة** أو استثمار طاقاتها في افعال بديلة ورمزية .
- * **اثباع الدوافع** والحاجات الشخصية التى لاقت احباطا ، عن طريق التعويض المتطرف .
- * **الحيلولة دون الاقدام على فعل** يأبى الفرد فعله أو يخشى عواقبه .
- * **الاستسلام** الذى يتضمن عقابا ساديا لشخص هام في حياة الفرد كان قد أساء اليه وأثار فيه شعور العدوان ولكنه لم يستطع — لسبب ما أن يعبر عن هذا العدوان .
- * **تهنئة الضمير** الهائج عن طريق عقاب الذات .

الاهداف الثانوية :

- هى الاهداف الخارجية التى يكون في تحقيقها مغامم وأرباح (١) اهمها الانتصار النسبى على العقبات البيئية أو الاجتماعية أو الاقتصادية ، وتهيئة جو أكثر ملائمة لحالة الفرد النفسية . وأهم الاهداف الثانوية ما يلى :
- * **استدراار العطف** واستطفات الانتباه واستجلاب اهتمام الآخرين .
- * **الهروب** من المآزق والمواقف العسرة سواء كانت مادية أو معنوية .
- * **التخلص** من المسئولية الشخصية والتبعات مع حفظ ماء الوجه .
- * **تجنب الاعمال** التى لا يحبها الفرد .
- * **تبرير ضعف** الفرد أو تراخيه أو كسله أو تقصيره أو فشله .
- * **تعويض النقص** أو العجز أو الافتقار أو الحرمان .
- * **الاحجام** عن مواجهة المواقف والخبرات الاليمة أو المذلة للذات أو المتفصة للكرامة أو المهددة للشخصية .
- * **النورز** بمحبة الآخرين ورعايتهم ومساندتهم كبدائل تحل محل الحرمان في الماضى .

(١) يلاحظ أن علاج العرض الذى يحقق ربحا للمريض يلقى مقاومة عنيدة يبنها المريض أثناء العلاج من غير قصد منه . ومن أمثلة ذلك عدم تعاونه مع المعالج أو تناسى مواعيد جلسات العلاج أو عدم المواظبة على حضورها أو اللجوء الى التهويه والتضليل أو عدم تنفيذ توصيات المعالج أو الاعتراض على طريقة العلاج . . . الخ .

*** المحافظة على كيان الشخص وصيانة حياته بتجنب ما قد يعرضها للخطر .**

*** التحكم في بعض الأشخاص والسيطرة عليهم وأرغامهم على الالتفاف حوله والالتصاق به وإشباع حاجاته وظلية مطالبه وتحقيق رغباته .**

*** وقاية الذات واحترامها والمحافظة على كبريائها .**

تصنيف الاعراض

يلاحظ أن **الاعراض متداخلة** وأن تصنيفها محاولة لأغراض الدراسة والمعرفة . ذلك لأن الجهاز النفسى ليس فيه أقسام مستقلة بعضها عن بعض تماماً ، ولكنها كلها متكاملة .

وهذا نشير الى أن **العرض يختار** وظيفة نفسية أو جانباً من جوانب الشخصية أو عنصراً ضعيفاً يظهر فيه .

ويختلف الأسس التي يقوم عليها **التصنيف** من حيث كون الاعراض داخلية أو خارجية ، عضوية المنشأ أو نفسية المنشأ ، والوظيفة النفسية التي تظهر فيها الاعراض حيث قد تظهر في الوظائف العقلية العليا أو وظائف أعضاء الجسم أو النواحي الانفعالية أو النواحي الاجتماعية .

أما عن **الاعراض الداخلية** فهي التي لا تلاحظ مباشرة ولكن تلاحظ من تعبيراتها السلوكية مثل الخواف . .

وأما عن **الاعراض الخارجية** التي تكون ظاهرة وواضحة فمنها فرط إفراز العرق أثناء القلق أو الجدة في الفصام .

وأما عن **الاعراض العضوية المنشأ** فهي تحدث نتيجة اضطرابات وتغيرات فسيولوجية أو أى جهاز آخر . وقد تكون التغيرات نتيجة لعوامل داخلية مثل التغيرات التي تحدث في الجهاز العصبى كما فى أورام المخ . وقد تكون هذه التغيرات نتيجة لعوامل خارجية مثل العدوى أو التسمم ، مثل عدوى الزهري في الشلل الجنونى العام ، والكحول فى مرض كورساكوف ، أو صدمة مثل ضربة على الرأس ، وقد يصاحب الاعراض العضوية المنشأ أعراض نفسية نتيجة للاضطراب النفسى ، وهذا ما نجده فى الأمراض الجسمية فى نفس الوقت ، ومثال ذلك الاكتئاب والانيما .

أما عن **الاعراض النفسية المنشأ** فهي تنتج عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وعوامل خارجية تعتبر علامات على محاولة المريض فى جهاده وحربه ودفاعه ضد مشكلاته . والاعراض النفسية المنشأ تكون فى الغالب تعبيراً عن اللاشعور ، وبالتالي فالمريض قد لا يعى أصلها أو معناها ، إلا أنه يعى وجود ضغط داخلى فيوجه هذه الاعراض كأسلحة لمقاومة هذا الضغط .

اضطرابات الإدراك : Disorders of Perception

الإدراك هو قدرة الفرد على ادراك البيئة عن طريق حواسه وتفسير معناها ، فالمثيرات الموجودة في البيئة تثير الحواس التي تنقل الاحساس الى المراكز الخاصة بها في المخ حيث تفسر حسب المعنى المرتبط بها في الخبرات السابقة . ويضطرب الإدراك نتيجة وقوع الشخصية فريسة لاسباب تؤدي الى سوء تفسير المثيرات الحسية ، نتيجة لوجود نقص أو عيب في أعضاء الحس ذاتها أو الى نقص أو عيب في وظائفها .

وفيما يلي اضطرابات الإدراك :

الهلوسات Hallucinations هي ادراك خاطيء لمثير حسي غير موجود في الواقع الخارجى . ورغم ذلك فانها تكون جزءا من حياة المريض العقلية . وهى من صنع العقل ذاته وتمثل مخرج محتويات اللاشعور عندما ينهك المرض النفسى الانا . وهى تبين حاجات المريض النفسية ودوافعه ورغباته وتعزيز الذات والاحساس بالذنب وعقاب الذات والنقد الذاتى . وتحدث الهلوسات في الذهان والامراض التسممية والامراض العضوية . وتقل الهلوسات عندما يكون المريض منشغلا بالواقع ، وتكثر عندما يكون الانتباه ضعيفا . وتختلف الهلوسات من حيث صفاتها مثل الوضوح والحجم واستجابة المريض لها ومن حيث دلالتها في التشخيص والتنبؤ (راجع شكل ٦١) .

* **الهلوسات السمعية** : وفيها يسمع المريض أصواتا مألوفة أو غريبة ، آدمية أو حيوانية ، وقد تكون في شكل طلقات نارية أو ضجيج أو اتهامات أو أوامر . ويستجيب المريض لهذه الاصوات في شكل حديث أو اطاعة أوامر أو القيام بعمل معين . وتلاحظ في الفصام والهلذاء (البارانويا) .

* **الهلوسات البصرية** : وفيها يرى المريض صورا ومناظر لا وجود لها لأشخاص أو حيوانات أو اشباح أو ملائكة ... الخ . وقد تكون الصور ثابتة أو متحركة ، واضحة أو غامضة . ويستجيب المريض لهذه الصور فيحاول لمسها أو الاقبال عليها أو الابتعاد عنها . وتلاحظ في الفصام والهلذاء (البارانويا) وحالات التسمم والكحولية .

* **الهلوسة الشمية** : وفيها يشم المريض روائح لا وجود لها وتكون عادة روائح كريهة . ويستجيب المريض لهذه الروائح فيسدد أنفه . وتلاحظ في الفصام واصابة أورام الفص الصدغى من المخ أو العصب المخى الشمى .

* **الهلوسات الفوقية** : وفيها يحس المريض بتذوق طعم غير مستساغ لا وجود له . وتلاحظ في بعض حالات الفصام وحالات اصابة الفص الصدغى من المخ .

*** الهلوسات اللمسية :** وفيها يحس المريض أن أشياء تمشى فوق أو تحت جاده . وتلاحظ في حالات ادمان الكوكايين .

*** أخرى :** توجد اشكال أخرى من الهلوسات منها :

— الهلوسات الجنسية : وترتبط عادة بالتوهم القبيح أو الغريب الشكل عن أعضاء الجسم . وتلاحظ في بعض حالات الفصام المزمن .
— هلوسات التوقع : وتحدث عند الخائف المتوجس المترقب المتحفز المتوقع حدوث شيء فيبدو له في شكل هلوسات .

الخداع : Illusion هو ادراك خاطيء مع وجود مثير حسي . ويتوقف التفسير الادراكي الخاطيء على خبرات وتجارب المريض السابقة ، ويتأثر بدوافعه وانفعالاته ورغباته المكبوتة ، ويمهد له الانتظار والترقب المصاحبان بالتوتر والخوف . ومن أمثلة الخداع في حالة الخواف ادراك جبل على أنه ثعبان ، وفي حالة الفصام ادراك شكل في طلاء الحائط على أنه ملاك . ويوجد الخداع في جميع المدركات عن طريق السمع والبصر والشم والتلوق واللمس . ويلاحظ انخداع في الخواف والفصام وتوهم المرض والادمان . (١)

أخرى : تشاهد اضطرابات أخرى في الادراك الحسى ومنها :

*** الحس الزائد :** وهو الزيادة الشاذة في الاحساس مثل الحساسية المفرطة بالالم واللمس .

*** الخدر :** وهو غياب الحساسية في جلد الاعضاء الحسية ، وقد يكون عاما أو عضو واحد .

*** الحس الزائف :** وهو احساس مزيف أو محرف مثل احساس العضو المتخيل الذى قد يحدث عند شخص بتر عضو من جسمه ويشعر باحساسات ينسبها الى العضو المبتور .

*** الحس المختلط :** وهو ادراك مثير حسى يتصل بحاسة معينة على أنه يتصل بحاسة أخرى ، مثل الخلط السمعى البصرى ، كما في ادراك نغمة موسيقية باعتبارها لونا .

*** اضطراب حاسة الشم :** ويكون في شكل :

— الخشم : أى فقدان حاسة الشم كلياً أو جزئياً .
— الشم الزائد : أى الزيادة المفرطة في حاسة الشم .

*** اضطراب الجهاز الهضمى :** ويكون في شكل :

— الحس الجسمى الزائد : أى زيادة الحساسية لحركات الجسم .
— الحس الجسمى الضعيف : أى نقص الحساسية لحركات الجسم .

(١) يقول أبونواس في هذا :

فكل شيء رآه ظنه قدحاً وكل شخص رآه قال ذا ساق

اضطراب التفكير : Disorders of Thinking

التفكير هو تكوين الافكار وتكاملها وضم بعضها لبعض فيما يتعلق بموضوع أو مشكلة ، ويتم ذلك بالتخيل والتصور والفهم والاستنتاج وغير ذلك من العمليات العقلية . ويظهر التعبير الخارجى لوظيفة التفكير فى السلوك . وفيما يلى اضطرابات التفكير :

اضطراب انتاج الفكر : وفيه تسيطر العناصر العقلية الداخلية مثل الدوافع والخيال على عملية التفكير ولا تنقيد بالواقع ولا بالمنطق كما يحدث فى الفصام . ومن مظاهر اضطراب تكوين الفكر :

✱ **التفكير الذاتى او الخيالى :** وهو ينبع من الذات دون الواقع ويكون اقرب الى الخيال ، ونتيجة العوامل اللاشعورية والدوافع الغريزية والرغبات المتمركزة حول الذات . ويلاحظ فى الفصام .

✱ **التفكير غير الواقعى او غير المنطقى :** وهو لا يتفق مع الواقع ولا مع المنطق . ويلاحظ فى الفصام .

اضطراب سياق التفكير : وفيه لا يعبر المريض عن الافكار بمجرد تكونها ، ولا يستمر التفكير فى مجرى أو سياق أو تسلسل متصل ، ولا ترتبط الافكار منطقيا بعضها ببعض الآخر . ومن مظاهر اضطراب مجرى التفكير :

✱ **طيران الافكار :** اى انطلاقها وانسياقها فى غزارة وسرعة كبيرة ، والاستطراد السريع من فكرة لأخرى ، لا ترتبط بها ، وذلك حسب تغير المثيرات وبدون التقدم نحو هدف ، ويصاحبه حذف جمل أو كلمات والشروء والتشتت وعدم التركيز . ويلاحظ فى الهوس وبعض أنواع الفصام وحالات اصابة الفص الجبى من المخ .

✱ **تأخر أو ببطء التفكير :** وفيه يكون بدء التفكير متأخرا وصعبا وتقدمه بطيئا . ويصاحبه بطء الكلام والاختصار أو الصمت . ويلاحظ فى الاكتئاب الحاد وبعض أنواع الفصام .

✱ **التريد أو المداومة :** وهو التركيز والتعلق المستمر غير العادى بفكرة واحدة وتريدها والمداومة عليها . ويلاحظ فى ذهان الشيفوخة وعصاب الوسواس والقهر وفى الفصام التصلبى .

✱ **المنع أو العرقلة :** اى توقف مجرى التفكير فجأة . ويلاحظ فى الفصام .

✱ **الخلط أو الاسهاب :** وفيه يختلط الكلام ولا يتوصل المريض الى التعبير عن فكرته الا بعد أن يمر بتفاصيل مسهبة لا لزوم لها . ويلاحظ فى الضعف العقلى والفصام المزمن وذهان الشيفوخة والصرع .

✱ **التشتت أو عدم الترابط :** وفيه تشتت الافكار وتتداخل وتتابع دون ارتباط منطقى . ويبدو الكلام فى شكل « سلاطة كلامية » . ويلاحظ فى الفصام الهياجى والفصام المزمن .

اضطراب محتوى الفكر : وهنا تسيطر الانفعالات القوية وتلون الافكار وتحدد محتواها في شكل اوهام ووساوس ومخاوف ... الخ . ومن مظاهر اضطراب محتوى الفكر :

* **الايهام :** هي معتقدات وهمية خاطئة لا تتفق مع الواقع ، ولا يمكن تبريرها أو اثباتها أو تصحيحها بالمنطق ، ولا يتخلى عنها المريض . وقد تكون الاوهام منظمة أى مرتبة ومنسقة تنسج في نظام منطقي تام وعلى درجة كبيرة من المعقولية والمنطق والاقناع رغم بعدها عن الواقع حتى لتكاد تصدق (وهى شائعة في الهذاء) « البارانونيا » . وقد تكون الاوهام غير منظمة أى مشوهة وغير مقنعة وينقصها الترتيب والمنطق والترابط والاثبات والتجانس . (وتلاحظ في الفصام) وقد تكون الاوهام اولية حيث يظهر التوهم دون سابق انذار (كما في حالة توهم الاضطهاد) . وقد تكون الاوهام ثانوية حيث يترتب التوهم على توهم اولى (مثل توهم العظمة اذا ترتب على توهم الاضطهاد) وتنقسم الاوهام حسب محتواها الى :

— **توهم العظمة :** وفيه يعتقد المريض انه شخص عظيم ومهم ذو قوى وامكانيات هائلة أو ثروة طائلة أو انه ملك أو رئيس أو قائد أو عالم أو مخترع أو مصلح أو نبي مرسل . ويلاحظ في الهذاء (البارانونيا) والفصام الهذائي والشلل الجنوني العام .

— **توهم الاضطهاد :** وفيه يعتقد المريض أن فردا أو جماعة أو هيئة أو مؤسسة تضطهده بصفة خاصة وانها سبب كل المصائب أو انها تدبر المكائد والمؤامرات له أو تضع له السم في الطعام أو تملأ حجرته بالغاز السام أو تتجسس عليه أو تستخدم السحر للسيطرة عليه . ويلاحظ في الهذاء (البارانونيا) والفصام الهذائي .

— **توهم المرض :** وفيه يعتقد المريض بوجود مرض لايشفى في بعض أعضاء جسمه ، رغم أن الفحص الطبى النفسى ينفى ذلك . ويظهر توهم المرض بصورة خاصة في الاعضاء التى تكون عرضة للتغير الفسيولوجى أو للتوتر العضلى أو لردود فعل القلق مثل سرعة ضربات القلب . ويلاحظ توهم المرض في اكتئاب سن القعود . وقد يغلب توهم المرض ويصبح هو نفسه عصابا أساسيا ومرضاً قائما بذاته .

— **توهم الاتم واتهام الذات :** وفيه يعتقد المريض انه معتد اثم ، ارتكب ذنبا لا يغتفر ويستحق العقاب ويشعر باتهام الذات وتأنيب الضمير والندم ويشعر أحيانا أنه لا يستحق الحياة . ويلاحظ في الاكتئاب وبعض حالات الفصام .

— **توهم الإشارة :** وفيه يعتقد المريض أن كل ما يحدث حوله يشير إليه ، فإذا أومأ شخص أو همس أو ابتسم ، وإذا كتبت صحيفة

- أو حدثت اذاعة ، اساء تاويل ذلك واعتقد ان هذا يشير اليه
 شخصيا . ويلاحظ في الهذاء (البارانويا) والفصام الهذائي والاكتئاب .
 — توهم التأثير : وفيه يعتقد المريض أن هناك من / أو ما يؤثر على
 تفكيره وبالتالي في سلوكه رغم ارادته . ويسمى أحيانا توهم السلبية .
 — توهم الانعدام : وفيه يعتقد المريض في انعدام وفناء اجزاء معينة
 من جسمه كأن يعتقد أن مخه غير موجود فلا يفكر أو أن معدته
 غير موجودة فلا يأكل أو أنه ميت بالفعل . وقد يعتقد في انعدام
 الأشياء من حوله أو عدم وجودها اصلا وأنه أصبح وحيدا في
 هذه الدنيا . ويلاحظ في الاكتئاب والفصام الحركي .
 — توهم تغير الشخصية : وفيه يعتقد المريض أنه هو نفسه قد تغير
 وأصبح شخصا آخر ، ويفقد شعوره بشخصيته ويشعر أن أفكاره
 غريبة عنه . ويلاحظ في الفصام والاكتئاب والهستيريا وتوهم المرض
 والقلق والوسواس .
 — توهم تغير الكون : وفيه يعتقد المريض أن كل من وما حوله قد
 تغير وإن كل شيء أصبح على غير حقيقته .

* **الوسواس :** هي افكار لا شعورية ملحة وثابتة تتردد باستمرار وتقوم
 نفسها في شعور المريض رغما عن ارادته ، فلا يفكر فيما عداها ، ورغم
 أن المريض نفسه يتحقق من انها افكار باطلة وغير معقولة أو تافهة
 ، يحاول التخلص منها بشتى الوسائل الا أن ذلك يشق عليه ولا يمكنه
 التخلص منها واستبعادها اراديا لانها لا تتأثر بالمنطق . وهذه الافكار
 الوسواسية ترتبط عادة بأفعال قهرية يقوم بها المريض بشكل جبري
 رغم مقاومته الشعورية لها . وتلاحظ في القلق . وتمثل عرضا أساسيا
 في عصاب الوسواس والقهر .

* **الخواف :** هو خوف مرضي لا مبرر له ولا يقاوم ، ولا يعرف المريض
 مصدره النفسي ، الا أنه يعرف أنه ليس لخوفه أساس شعوري
 معقول ، ورغم هذا لا يستطيع التخلص منه فيوجه ساوكة . ومن
 أمثلة المخاوف المرضية خواف الرعد والبرق والماء والنجوم والظلام
 والدم والنار والعفاريات والحيوانات والحشرات والاماكن المغلقة
 والاماكن المتسعة والاماكن المرتفعة والاعماق والخوة والجمهرة والغرباء
 والاجانب واللغات الاجنبية والامتحانات والجنس والولادة والمرض
 وبعض الارقام . وفي بعض الاحيان قد يكون الخواف شاملا (خواف
 كل شيء) . ويشاهد الخواف عادة في القلق وعصاب الوسواس
 والقهر . وقد يغلب الخواف ويصبح هو نفسه عصابا أساسيا ومرضا
 قائما بذاته .

* **فقر الأفكار :** وفيه تكون الافكار فقيرة وضعيفة في محتواها . ويشاهد
 في الضعف العقلي .

- * **البلادة الفكرية :** وفيها يمجز المريض عن التفكير والقيام بأبسط العمليات العقلية ، ولا يشعر بالمخاطر . وتشاهد في الفصام وفي الامراض الناتجة عن تلف المخ .
- * **ضغط الافكار :** وفيه يكون محتوى الافكار كثيرا وكأنه في حالة ضغط مستمر .
- * **انتزاع الافكار :** وفيه يشعر المريض بخلو ذهنه من الافكار فجأة وكأنها قد انتزعت منه .
- * **اقحام الافكار :** وفيه يشكو المريض من أن الافكار توضع في رأسه دون إرادته .
- * **الانشغال :** وفيه يدور التفكير حول موضوع معين بشكل يطغى على سائر الموضوعات الأخرى ويعطل كل اهتمام آخر .
- * **تناقض الافكار :** وفيه تجتمع فكرتان متناقضتان في نفس الوقت ولا يستطيع المريض التخلص منهما .
- * **المنفسطة :** وفيها يشوه التفكير افكار غريبة وغامضة وشبه فلسفية .
- * **الرمزية :** وفيها يتحدث المريض بالرموز والأمثلة والعبر بأفراط ، وتكون غير مترابطة وتعتبر عن معان خاصة لديه .

اضطرابات الذاكرة Disorders of Memory

التذكر هو إحدى الوظائف العقلية الهامة . ويتضمن عمليات ثلاثا متكاملة هي التسجيل والحفظ والاستعادة أو الاسترجاع . والذاكرة مهمة من وجهة نظر أحداث التوافق النفسي حيث تساعد الخبرات الماضية الشخصية على التوافق بسهولة مع الخبرات الجديدة . وقد يحدث الاضطراب في الذاكرة بالنسبة للخبرات المباشرة الحديثة أو المتوسطة أو البعيدة الماضية . وفيها يلي اضطرابات الذاكرة :

حدة الذاكرة : Hyperamnesia وهي فرط عمليات التذكر حيث تزداد حدة تذكر المريض لكل تفاصيل خبرات معينة وخاصة الخبرات الالية أو الخبرات السعيدة المشحونة انفعاليا . وتشاهد في الهوس الخفيف وفي الهذاء (البارانويا) .

فقد الذاكرة أو النسيان : Amnesia وهو فقدان القدرة على تذكر أحداث فترة معينة . ويكون جزئيا أو كليا . مؤقتا أو دائما . وقد يكون فقدان الذاكرة عضوى المنشأ كما في حالات الشلل الجفونى العام ودهش الشبحوحه والإدمان . وقد يكون فقد الذاكرة نفسى المنشأ أى وظفيا . كما في بعض حالات الهستيريا . ومن مظاهر فقد الذاكرة أو النسيان

* **فقد الذاكرة الرجعى :** وهو سيان يتناول حقبه طويلة أو قصيرة من الزمن سابقة للمرض الحالى . ويلاحظ في حالات أصابة الفص الجبهي من المخ وفي الصرع .

* **فقد الذاكرة اللاحق** : وهو نسيان يتناول أحداث الفترة التي تلت بداية المرض الحالي . ويلاحظ في إصابة الفص الجبهي من المخ وفي دهان الشيخوخة .

* **خطا الذاكرة** : Paramnesia وهو تضلل الذاكرة أو إيهام الذاكرة الخاطئة ، وفيه تزيف الذاكرة وتشويه . ومن أنواعه :

* **التزييف** : وفيه يضيف المريض لا شعوريا تفاصيل مزيفة مزورة كاذبة أو خيالية على أحداث حدثت فعلا . ويلاحظ في الهستيريا وفي الهذاء (البارانويا) وفي الفصام الهذائي .

* **التأليف** : وهو تلفيق واختلاق أو « فبركة » وقائع وأحداث خيالية لم تحدث إطلاقا على أنها وقعت فعلا . ويحاول المريض عن طريق التأليف حشو وملء الفجوات وثغرات الذاكرة . ويلاحظ في الهستيريا وفي دهان الشيخوخة وفي بعض الأمراض النفسية الجسمية وفي حالات تلف المخ وفي إدمان الخمر .

* **الآلفة** : وهنا يعتقد المريض أن من أو ما يراه أو يسمعه أو يفكر فيه أو يخبره أو يروى له مألوف لديه ومعروف ، وأنه سبق أن مر بخبرته ، بينما هو في الحقيقة لم يسبق له ذلك مطلقا . وتشمل الآلفة : الفسة المنظر ، وآلفة الصوت ، وآلفة الفكرة ، وآلفة الخبرة ، وآلفة الحكاية أو الرواية .

* **الجدّة** : وهنا يعبر المريض عن جدّة من أو ما يراه أو يسمعه أو يفكر فيه أو يخبره أو يروى له ، ويقول أن ذلك غير مألوف ، وأنه لم يسبق أن مر بخبرته ، بينما أن ذلك في الحقيقة قد حدث فعلا . وتشمل الجدّة : جدّة المنظر ، وجدّة الصوت ، وجدّة الفكرة ، وجدّة الخبرة ، وجدّة الحكاية أو الرواية . وتلاحظ الجدّة في الفصام وفي الصرع وفي حالات التسمم .

* **أخرى** : تشاهد اضطرابات أخرى في الذاكرة ومنها اضطراب الحفظ والاسترجاع : حيث يصعب على المريض تذكر ما يقرؤه مهما تكررت مرات القراءة . ويلاحظ في دهان الشيخوخة وفي أمراض المخ وفي إدمان الخمر .

* **فجوات الذاكرة** : حيث يفقد المريض الذاكرة لأحداث فترة محدّدة من الزمن ويتذكر جيدا ما قبلها وما بعدها . وتلاحظ في الهستيريا وفي ارتجاج المخ .

* **فلتات اللسان** .

* **زلات القلم** .

* **نسيان عمل شيء معين** .

* **استخدام الكلمات الخاطئة** .

اضطرابات الوعي أو الشعور : Disorders of Consciousness

عرفنا ان الشعور هو الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجى . وفى حالة اضطراب الوعي أو الشعور نجد أن الاحساس لا يعمل بكامل طاقته ، ولا تؤدى الحواس وظائفها على ما يرام ، ويكون الادراك والفهم معوقا ، ويكون المريض غير قادر على ادراك بيئته من حيث الزمان والمكان والاشخاص . وفيما يلى اضطرابات الوعي أو الشعور :

تغيم الوعي أو تشوش الشعور Clouding of Consciousness وهو اضطراب وظيفى فى جهاز الترابط ، يكون فيه الادراك غير واضح ، وعتبة الاحساس مرتفعة فى ادراك المثيرات ، ويكون التفكير غير واضح وبطيئا ، والذاكرة مضطربة ، وسعة الانتباه محدودة جدا . ويكون تغيم الوعي أو تشوش الشعور على درجات تختلف من البلادة الى النعاس فالذهول فالسبات فالغيبوبة ، ويشاهد فى الهستيريا وفى الفصام الحركى وفى التفكك وفى اصابة المخ .

اضطراب التوجيه : Disorientation وهو فقدان المريض لتتبع العلاقات الزمانية والمكانية وفقدان القدرة على التعرف على الآخرين فى الوقت الحاضر وحتى فقدان لذاتيته . ويتضمن اضطراب التوجيه ايضا ازدواج ادراك البيئة حيث يدرك المريض أنه فى مكانين بعيدين عن بعضهما بعضا فى نفس الوقت ، ويقول عنه العايم أنه من « أهل الخطوة » . ويشاهد اضطراب التوجيه فى الفصام وفى الذهان العضوى وفى حالات اصابة المخ وفى التسمم .

الذهول : Stupor وفيه يقل الوعي لدرجة كبيرة ، وتنقص الاستجابة للمثيرات . ويكون المريض ساكنا هادئا لا يتحرك ولا يظهر على وجهه أى تعبير . ويكون منشغلا بالتفكير الذاتى الخيالى . ويشاهد فى الخواف الشديد وفى الهستيريا وفى الاكتئاب وفى الفصام الحركى وفى حالات امراض المخ العضوية وحالات التسمم .

الهلينان : Delirium هو اضطراب عام فى الوعي مع تهيج ، وعدم استقرار ، وتذبذب الانتباه ، وهلوسات ، وتشوش الاحساس . ولذلك فهو فى حقيقته زملة اعراض أكثر منه عرض واحد . ومن أمثلته الهلينان الكحولى والهليان الاصابى . وعندما يفيق المريض من حالة الهلينان يصف خبراته وكأنها حالة حلم . ويشاهد الهلينان فى ادمان المخدرات والخمر .

الحالة الحاملة أو المفسقية : Dream or Twilight State وهى حالة تشبه الحال بين اليقظة والنوم ، يكون وعى المريض فيها مضطربا . ويفقد التوجيه فى بيئته ، ويصاحبها أحيانا هلوسات . وتستمر لمدة دقائق أو لمدة طويلة يشرد فيها المريض ويخرج من بيئته ويستقر فى مكان آخر . وعندما

يستعيد وعيه لا يتذكر أى شيء مما حدث . وهذه الحالة تشاهد في التفكك وفي الهستيريا وفي الصرع .

الخلط : Confusion ويتضمن الحيرة والارتباك وصعوبة التركيز واضطراب التوجيه وفقر الافكار ونقص الترابط . ويشاهد في ذهان الشيوخ وفي الصرع وفي حالات اصابات المخ وخاصة الفص الجبهي وفي حالات التسمم .

التفكك : Dissociation وفيه يتفكك نظام الشخصية ، وينفصل بعض اجزائها عن بعض ويضطرب اداؤها الوظيفي ، ويقزم احد او بعض جوانب الشخصية بالاداء الوظيفي مستقلا . ويكون النشاط الحركي واعيا في حين ان النشاط الحسي والفكرى غير واع . ويشاهد في الهستيريا . وقد يغلب التفكك ويصبح هو نفسه عصابا اساسيا ومرضا قائما بذاته .

اضطرابات الانتباه : Disorders of Attention

ناخذ اضطرابات الانتباه احد الاشكال الآتية :

زيادة الانتباه : Hyperpro-exia وهنا يلاحظ الانتباه الشديد لمثير معين بكل تفاصيله وفرط التشبث بالافكار . وتشاهد في الهوس .

قلة الانتباه : Inattention وهنا يلاحظ ضعف ونقص الانتباه او انعدامه . ويشاهد في الضعف العقلي وفي الفصام وفي الاكتئاب .

تحول الانتباه (السرحان) : Distractibility ويلاحظ فيه تشتت الانتباه وسرعة تحوله من مثير الى آخر غير متعلق بالموضوع الاصلى . وتسمى سرعة تحول الانتباه وعدم القدرة على توجيهه المدة الكافية للاستيعاب باسم « السرحان » .

السهيان : Aprosexia وهو فقدان القدرة على تثبيت الانتباه لمثير معين حتى ولو لوقت قصير على الرغم من أهمية هذا المثير .

الانشغال : Proccubation وفيه يتجه الانتباه الى المثيرات الداخلية دون اتخارجية وعلى حسابها . ويشاهد في الاكتئاب .

اضطرابات الإرادة :

من اشكال اضطرابات الإرادة مايلي :

اضطراب اتخاذ القرارات : وفيه يشكو المريض من صعوبة اتخاذ القرارات ، وعدم السيطرة على سلوكه ، والتردد ، وعدم الثقة بالنفس . ويلاحظ في الضعف العصبي وفي الاكتئاب .

اضطراب الفعل الإرادى : وفيه يتسم سلوك المريض بالهياج والنشاط

الموجه نوجيها ذاتيا . وقد يصعب حث المريض على القيام بأي فعل ارادى .
ويلاحظ في الفصام وفي تلف المخ .

اضطراب الدافعية : وهنا تجتاح المريض دوافع ورغبات متعارضة
وحادة وغير منظمة تؤدي الى ظهور بعض التغيرات على وجهه وبعض
الاشارات بهديه ، وتحول دون اتخاذ القرارات ، وتعطل الفعل الارادى .
ويلاحظ في الفصام الحركى .

اضطرابات الكلام :

تنقسم اضطرابات الكلام على أساس المظهر الخارجى لاضطراب
الكلام الى ما يلى :

اضطرابات الكلام العامة : وتشمل :

* **الحبسة :** وهى احتباس الكلام وتعزفه وفقدان قوة النطق وفقد
القدرة على التعبير بالكلام أو بكتابة وعدم القدرة على فهم معانى
الكلمات المنطوقة أو ايجاد أسماء لبعض الاشياء أو المراتب أو مراعاة
القواعد النحوية فى الكلام أو الكتابة . وتشاهد الحبسة فى الهستيريا
وفى اصابة المخ . ومن نماذج الحبسة ما يلى :

— **الحبسة الحركية :** اى فقدان التعبير الحركى الكلامى .
— **الحبسة الحسية :** ومن مظاهرها : الحبسة السمعية (وهى عدم
القدرة على فهم الكلمات المسموعة) ، والحبسة البصرية (وهى
عدم القدرة على فهم الكلمات والعبارات والمعانى) ، والكلام
الغريب (وهو استعمال كلمات غريبة لا معنى لها وغير مناسبة
للكلام) ، والاختلاء اللغوية (وهى عدم القدرة على نطق الكلمات
صحيحة لغويا) .

— **الحبسة الكلية أو الشاملة :** وتشمل الناحيتين الحسية والحركية
وفيها يشكو المريض احتباسا فى كلامه واضطرابا فى قدرته على فهم
الكلمات المنطوقة أو المكتوبة ويعانى من عجز جزئى فى الكتابة .
— **الحبسة النمائية :** وفيها ينسى المريض أسماء الاشياء والمراتب ،
ولا يستطيع تسمية الاشياء والمراتب .

* **تاخر الكلام :** يأخذ تأخر الكلام اشكالا منها احداث اصوات معسومة
الدلالة فى التخاطب والتفاهم ، وتعذر الكلام باللغة المألوفة ، وضالة
عدت المفردات ، والتعبير بالاشارات والايماءات ، والاجابة بكلمة
واحدة على الاسئلة ، والصمت أو التوقف فى الحديث .

* **الكلام التشنجى :** ويكون الكلام متفجرا وبطيئا ومملا ، وقد يصحبه
اضطراب فى التنفس وحركات لا ارادية .

- * **الكلام الطفلي** : ويحوى الكلمات الرئيسية دون الباقي .
- * **اللغة الجديدة** : حيث يتفاهم المريض بلغة جديدة يصكها هو ولا يفهمها الا هو .

عيوب طلاقة اللسان : وأهمها :

- * **اللجلجة أو التتهتة** : وهى التردد فى الكلام ، والا يكاد يخرج من الفم .
- * **العقلة** : وهى عقدة اللسان أو اعتقاله وامساكه بحيث يعجز المريض عن تلفظ المقطع أو نطق الكلمة الا بعد جهد ومشقة .

اضطراب كم الكلام : ويشمل :

- * **الثثرة** : وهى الكلام الكثير بدون داع .
- * **قلة الكلام** : وهى انتصاب الكلام . ويلاحظ فى الاكتئاب .
- * **الخرس أو البكم** : وهو انعدام الكلام وعجز المريض التام عن الكلام .

اضطراب سريان الكلام . ويشمل :

- * **بطء الكلام** : حيث يصدر الكلام بطيئا بدرجة ملحوظة .. ويشاهد فى الاكتئاب .
- * **سرعة الكلام** : حيث يصدر الكلام سريعا متتابعا غير واضح المقاطع .. ويشاهد فى الهوس .
- * **عرقلة الكلام** : حيث يسكت الكلام ويمتنع ويتوقف سريانه فجأة .. ويشاهد فى الفصام .

اضطراب تكرار الكلام : ويشمل :

- * **النمطية** : أى تكرار كلمات معينة ليس لها قصد واضح . وتشاهد فى الفصام .
- * **اجترار الكلام** : أى التكرار النمطى للكلمات والجملة ، والاجابة على كل الاسئلة باجابة واحدة . ويشاهد فى الفصام وذهان الشيوخوخة .
- * **المصاداة** : أى تكرار الالفاظ والكلام المسموع بطريقة آلية . وتشاهد فى الفصام الحركى .

صعوبات النطق : وأهمها :

* **الابدال** : وأهم مظاهره :

- **الثائث** : وهى ابدال السين بشاء أو شين أو دال .
- **اللثغة** : وهى ابدال الهمزة عينا ، والراء غينا أو ياء أو همزة ، والقاف كافا ، والكاف تاء ، واللام باء .
- **الطمطمة** : وهى ابدال الطاء تاء .
- **اللكنة** : وهى ابدال الحاء هاء والعين همزة .

* **التردد** : وأهم مظاهره :

- التمتمة : وهى التردد فى نطق حرف التاء والميم .
- الفأفأة : وهى التردد فى نطق حرف الفاء .

* **اللغنة** : وهى التردد فى نطق الحروف أو تكرار مقاطعها .

* **الترخيم** : وهو حذف بعض الكلمات لتعذر نطقها .

* **اللف** : وهو ادخال بعض الكلمات فى بعض .

* **اضطراب الصوت** : ويشمل :

* **الخن (الخنف)** : حيث يجد المريض صعوبة فى احداث حروف الميم والنون وتبدو الحروف المتحركة كأن فيها غنة وتأخذ الحروف الساكنة اشكالا مختلفة من الشخير أو الخن .

* **الغمغمة** : وهى عدم تبيان مقاطع الحروف .

* **المقمة** : وهى التكلم من أقصى الحلق .

* **أخرى** : مثل غلظة الصوت ، وحدة الصوت ، وشدة الصوت ، وفقد الصوت ، وبحة الصوت .

أخرى : هناك اضطرابات أخرى فى الكلام منها :

* **الانففاع فى الصراخ والسباب والكلام البذى** . ويشاهد فى الهوس وفى الفصام .

* **السلبية والامتناع عن الكلام** . ويشاهد فى الفصام الحركى (الجمود) وفى الضعف العقلى وفى الهذاء .

* **اضطرابات الانفعال**

وتشمل اضطرابات الانفعال ما يلى :

القلق Anxiety وتقصّد هنا القلق المرضى وهو نوع من الخوف الغامض غير المحدد الجهول السبب المصحوب بالتوتر والضيق والتهيب وتوقع الاذى وعدم الاستقرار العام مما يعوق المريض عن الانتاج ويجعل سلوكه مضطربا . ويصاحب القلق أعراض نفسية جسمية مثل العرق المفرط وصعوبة التنفس والاضطرابات المعوية وسرعة نبضات القلب . ويصاحبه أيضا التوتر وتغير الصوت واللازمات الحركية والارق والاحلام المزعجة . والقلق هو العرض الشائع المشترك فى معظم الأمراض النفسية . وقد يغلب القلق ويصبح هو نفسه عصابا أساسيا ومرضا قائما بذاته هو « عصاب القلق » .

الاكتئاب : Depression هو حالة يشعر فيها المريض بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسار النفس ، دون سبب مناسب أو لسبب

تألفه ، فيفقد لذة الحياة ويرى أنها لا معنى لها ولا هدف له فيها ، فتشبط عزيمته ، ويفقد اهتمامه بعمله وشئونه ويشعر بتفاهته . ويصاحب الاكتئاب عادة التدهور الحركي والصداع وفقد الشهية ونقص الوزن والامساك والارق . ويصاحبه أيضا التردد والبطء في الكلام . وقد يؤدي الى الانتحار . ويعتبر الاكتئاب عرضا أساسيا في ذهان الهوس والاكتئاب . وقد يغلب الاكتئاب وحده ويصبح مرضا قائما بذاته .

الموتر : Tension وهو شعور ذاتي بعدم الراحة والاضطراب والتلمل وعدم انرضا والحيرة وعدم القدرة على التركيز وعدم الاستقرار والارتجاف وسرعة الحركات والصداع . ويشاهد في القلق وفي الاكتئاب .

الفرع Panic هو توتر طويل وقلق مزمن وخوف فجائي حاد وشعور بالخطر وعدم الامن . ويصاحبه شحوب الوجه واتساع حدقتي العينين وسرعة النبض وسرعة التنفس . وقد يتجمد المريض في مكانه أو يحاول الهرب أو يحاول الانتحار . ويشاهد في الفصام الحاد وفي ذهان الشيوخوخة .

النبلاء : Apathy وهو انخفاض وغياب الاستجابة الانفعالية في المواقف التي تثير الانفعال . ويشاهد في الفصام .

اللامبالاة : Indifference وهي فقد القدرة على التعبير الانفعالي وفقد الاهتمام بالاشياء . فالمرضى لا يبالي بالمشاعر ولا بالمواقف الانفعالية ولا بالتعبير الانفعالي . وتشاهد اللامبالاة في الاكتئاب .

التناقض الانفعالي : Ambivalence وهو ثنائية وتناقض الانفعالات في نفس الوقت بالنسبة لنفس المثير . فمثلا قد يوجد الحب والكره معا في نفس الوقت نحو شخص . وهنا يكبت عادة أحد الانفعاليين ويكون غالبا هو الأقل قبولا . ويشاهد التناقض الانفعالي في الفصام .

عدم الثبات الانفعالي : Emotional Lability هو عدم استقرار وتباين الاستجابات الانفعالية وتغيرها بشدة والانتقال بسرعة من حالة انفعاليه حادة الى اخرى . وتعرف في هذه الحالة باسم « المسيبولة الانفعالية » فالمرضى تارة يبكي وتارة يضحك ولحظة يشقى ولحظة تليها يسعد . ويشاهد عدم الثبات الانفعالي في الهوس الحاد وفي الفصام المزمن وفي ذهان الشيوخوخة .

انحراف الانفعال : Perversion وهو وجود انفعال غير ملائم وغير مناسب وهوة كبيرة بين المثير والاستجابة الانفعالية . ومثال ذلك فرح المريض عند سماع خبر محزن وحزنه عند سماع خبر سرور . ويشاهد في الفصام .

المرح : Elation وهو شعور عام بأن الفرد على ما يرام .
وشعور بالمرح والخيلاء والفخر دون سبب مناسب أو لسبب تافه . وهذا
الشعور يكون منافيا للواقع . ويشاهد في الهوس وفي الفصام الهذائي وفي
الشلل الجنوني العام .

النشوة أو التجلى : Euphoria وهنا يبدو المريض غاية في السعادة
عريض الآمال مفرطاً في التفاؤل زائد النشاط ميلاً للعدوان . ويشاهد في
الهوس وفي الشلل الجنوني العام وادمان المخدرات .

الوجد : Exaltation وفيه يكون المريض مرحاً مسالماً هادئاً منديناً
يشعر بالقوة والانفصال عن العالم الخارجى وأنه قد ولد من جديد في عالم
جديد حيث لا شيء أعظم ولا شيء أروع . ويلاحظ في الهستيريا وفي الفصام
وفي الصرع .

مشاعر الذنب الشاذة : وهنا يشعر المريض شعوراً شديداً بالذنب
ولوم الذات وتأنيب الضمير على أفعال أو رغبات أو أفكار تتناقض مع التعاليم
الدينية والمعيير الاجتماعية والقيم الاخلاقية . وتشاهد في القلق وعصاب
الوسواس والقهر وفي الخواف .

الاستقارية : وهى الميل للاستجابة الانفعالية المفرطة كما في العنف
والثورة .

أخرى : بالإضافة الى ما تقدم يلاحظ وجود بعض الاضطرابات
الانفعالية الأخرى مثل : اضطراب اعطاء الحب ، واضطراب تقبل الحب ،
وشدة تطلب الحب ، وعدم التمييز في علاقات الحب ، والغيرة الدائمة .

اضطراب الحركة :

تشمل اضطرابات الحركة ما يلى :

النشاط الزائد : Hyperactivity وفيه يزداد النشاط الحركى غير
الهادف وغير المثمر . وله عدة صور منها :

* **النشاط الزائد المرتبط بسرعة سريان الفكر :** ويرتبط أيضاً بتقلب
الاهداف ، وضعف الانتباه ، ويكون غير مثمر ومتقلباً ولا يتم ويكون
نتيجته النهائية لا شيء . ويلاحظ في الهوس .

* **عدم الاستقرار الحركى :** ويتضمن انعكاف على الحركة غير المسيطرة
غير الهادفة . ويشاهد في ذهان الشيخوخة .

* **التوتر العضلى :** وفيه يكون التوتر العضلى مرتفعاً حتى عندما يكون
الجسم ساكناً .

النشاط الناقص : Hypoactivity وهو تأخر نفسى حركى يبدو عادة في
صورة انبء المتأخر في العمل والبطء فيه والشكوى أثناء القيام به . ويرتبط

غالباً متأخر عمليات التفكير . ويلاحظ في الاكتئاب وفي الفصام . ومن صورته ما يلي :

✱ **التدهور الحركي** : وفيه ينخفض النشاط الحركي بصورة متدهورة ويلاحظ في الاكتئاب .

✱ **الوهن** : وفيه تكون العضلات في حالة ارتخاء وضعف شديد . وقد يشمل الجسم كله أو مجموعة معينة من العضلات .

✱ **التشلل** : أي فقدان التام لوظيفة عضلة أو مجموعة من العضلات ويشاهد في حالات إصابة المخ وأعصابه والنخاع الشوكي وأعصابه .

النشاط المضطرب Disordered Activity ويشمل عدة صور :

✱ **العمه الحركي** : وهو فقدان القدرة على الحركة الغرضية المقصودة ويشاهد في حالة إصابة المخ وخاصة الفص الجبهي والفص الجداري .

✱ **الهزج** : وهو عدم انتظام الحركة العضلية ، واختلاج الحركة الإرادية خاصة حركة الأطراف ، وعدم التأزر عند الوقوف . ويشاهد في حالة إصابة المخيخ .

✱ **التقلاب** : وهو حركات دورية مستمرة وكثيره في اليدين والقدمين ، وغالباً تكون مؤلمة . ويشاهد في حالة إصابة المخ المتوسط والجهاز العصبي ما بعد الأهرام .

✱ **الحركات الراقصة** : وهي حركات مرتجة غير منتظمة وغير ارادية . ونشاهد في حالة إصابة المخ المتوسط والجهاز العصبي ما بعد الأهرام .

✱ **التشنج** : وهو تقبض وارتجاف عضلي عنيف لا ارادي موزع على الجسم كله ، ويصعبه عادة فقد الشعور . ويشاهد في الصرع .

✱ **التقلص العضلي** : وهو اختلاج لا ارادي في عضلة أو مجموعة من العضلات .

✱ **الخلجات** : وهي حركات عضلية عصبية وظيفية لا ارادية متكررة .

✱ **الارتجافات** : وهي ارتعاشات وتقلصات خفيفة ايقاعية لا ارادية في العضلات . وتشاهد في حالة إصابة المخ المتوسط .

النشاط المتكرر (النمطية) Stereotypy وفيه يعكف المريض على تكرار نفس النشاط متى بدأه لمدة غير محددة . ويشاهد في الفصام .

الجمدة (التصلب) Catalepsy وهنا يلزم المريض وضعا واحدا لمدة طويلة جدا بدون أي تعب . ونشاهد في الفصام الحركي (التصلبي) وفي الهذاء (البارانويا) .

اللازمات الحركية : Mannerisms وهي حركات ملازمة تتكرر دائما في الرأس أو الوجه أو أحد الأطراف . وتشاهد في القلق وفي الفصام .

الآلية : Automation وهنا يكون النشاط الحركي للمريض آليا ونشاهد في الفصام . ومن أمثلتها ما يلي :

* **الطاعة الآلية** : حيث يطيع المريض آليا كل الاوامر دون تفكير او تبصر حتى ولو كانت شاذة او ضارة

* **المحاكاة** : حيث يقلد المريض آليا كل الحركات التى يراها .

السلبية : Negativism . وهى رفض المريض القيام بما يطلب اليه عمله ومقاومته وعناده او القيام بعكس المطلوب . وقد تأخذ شكل الخرس او البكم او رفض الطعام او عدم طاعة الاوامر . وتشاهد فى الفصام وخاصة الفصام الحركى .

القهر : Compulsion . وهو القيام بعمل غير هادف وغير مفيد وغير مناسب وضد ارادة الفرد نتيجة لفكرة متسلطة او وسواس ودافع مرضى لا يقاوم للقيام بهذا العمل . ويلاحظ فى الفصام . ويمثل عرضا أساسيا فى عصاب الوسواس والقهر .

العدوان : Aggression . وهنا يتسم سلوك المريض بالعنف والقوة والغدوان (المادى او اللفظى) . ويلاحظ فى السيكيوباتية .

المقاومة : Resistance . وهنا يقاوم المريض الاوامر ويرفض الطاعة ويعلمن العصيان ولا يقوم بما يطلب منه .

التفوق : Aversion . هو حالة من الكراهية وعدم التعاون يبدئها المريض نحو بعض الاوضاع التى يرفضها .. ويشاهد فى الهذاء .

اضطرابات المظهر العام :

ترتبط أهم اضطرابات المظهر العام بما يلى :

اضطرابات وتطرف النمط الجسمى : يلاحظ فيه ما يلى :

* **النمط النحيف** : يرتبط أكثر من غيره بالضعف العصبى والقلق والاكتئاب والفصام .

* **النمط البدنى** : يرتبط أكثر من غيره بالهستيريا وذهان الهوس والاكتئاب .

* **النمط العضلى** : يرتبط أكثر من غيره بالهستيريا والصرع .

* **النمط غير المنتظم** : يرتبط أكثر من غيره بالفصام .

اضطراب تعبيرات الوجه : يلاحظ فيه ما يلى :

* **الحزن والكآبة** : ويشاهد فى الاكتئاب .

* **السرور والنشوة** : ويشاهد فى الهوس .

* **اللاتعبير** (الوجه المقنع) ويشاهد فى الفصام .

* **أخرى** : ومما له دلالة أيضا انقباض الوجه والسحنة الجامدة والسحنة

البلهاء والنظرات الخائفة المتوجسة والمتقلبة والتعبير المتكلف .. الخ .

اضطراب حالة اللابس : يلاحظ فيه ما يلى :

* **السواد** : يشاهد فى الاكتئاب .

* **اهمال الملابس والغرضي** : يشاهد في الهوس وفي الفصام وفي الضعف العقلي .

* **الملابس القفزة الممزقة** : تشاهد في الهوس .

* **الملابس غير المتناسقة والتساذة** : تشاهد في الفصام .

* **التكلف والتصنع** : يشاهد في الفصام الهذائي وفي هذاء العظمة .

* **الافراط في التزين والتبرج** : يشاهد في الهوس وفي هذاء العظمة .

اضطراب حالة الشعر : يلاحظ فيه ما يلي :

التصنيف الغريب : يشاهد في الهذاء (البارانونيا) .

* **الاهمال** : يشاهد في ذهان الهوس والاكتئاب .

اضطراب الوضع (الوقفة او الجلسة) : يلاحظ فيه ما يلي :

* **الوضع الخاص التمثيلي** : يشاهد في الهذاء (البارانونيا) .

* **الوضع التعبيرى التساذ** : يشاهد في الهذاء (البارانونيا) .

اضطرابات التفهم :

تظهر اضطرابات التفهم في شكل اضطراب **الاتراك الواعي** ، واضطراب **ادراك مضمون الشعور** . وهنا يضطرب الفكر والتحليل والتركيب والتقييم وتشترب الخبرات والاحاطة بالمواقف والاحداث والخبرات الجديدة . وعندما يضطرب التفهم يصبح المريض مشتت الانتباه ويتعطل فهمه . ويلاحظ اضطراب التفهم في ذهان الشيخوخة وفي الضعف العقلي وفي حالات التسمم .

اضطراب البصيرة :

في حالة اضطراب البصيرة لا يستطيع المريض فهم نفسه داخلياً وخاصة فيما يتعلق بمرضه ومشكلاته الاجتماعية ومسئوليته . الخ ، ولا يدرك المريض طبيعة مرضه ولا يفهم أسبابه ولا أعراضه ، ومن ثم لا يسعى لاستشارة المختصين ولا يبحث عن العلاج ولا يتقبل العلاج ولا يستمر فيه . ولذلك فان اضطراب البصيرة يجعل العلاج صعباً . ويلاحظ اضطراب البصيرة في معظم انواع الذهان .

الاضطرابات العقلية المعرفية :

يلاحظ **تدهور الذكاء** في بعض اشكال المرض العقلي وخاصة في الامراض العضوية . ويظهر ذلك في شكل عدم القدرة على القيام بالنشاط العادي في الحياة اليومية ، وقلة الاهتمام بالعالم الخارجى ، ونقص القدرة على التعلم .

ويزداد **التدهور العقلي المعرفي** في الحالات الشديدة وخاصة في الذاكرة والفهم والتفكير والانتباه والادراك والقدرات العقلية المعرفية الأخرى . ويطلق البعض اسم الخبل على هذا التدهور العقلي المعرفي . وفيه قد يصل الحال بالمرضى الى عدم القدرة على الاتصال والتفاعل الاجتماعي ، وعدم القدرة على رعاية نفسه . وقد يتدهور الحال بالمرضى الى أن يصبح وجوده مجرد وجود حيوي فقط .

وتشاهد هذه الاضطرابات في أورام المخ وجروح الرأس وفي ذهان الشيخوخة .

اضطرابات الشخصية :

وتظهر في سمات الشخصية مثل : الانطواء ، والعصبانية ، وعدم الاتزان الانفعالي ، والتقلب ، وعدم الاستقرار ، والخضوع ، وضعف الأنا الأعلى ، واللامبالاة ، والسلبية ، والثرثرة ، والاندفاع ، والاستثنائية ، والتشاؤم ، والجمود والعبوس .

اضطرابات السلوك الظاهر :

من أهمها : السلوك الشاذ الغريب ، والنمطية ، والانسحاب ، وفرط الانفعال ، والجناح (ويشمل الكذب المرضي والسرقعة والنشل والتزييف والتخريب والشغب والخطورة على الامن والهروب والتشرد والبطالة والتمرد وعدم ضبط الانفعالات والانحرافات الجنسية والادمان وغير ذلك من ألوان السلوك الاجرامى السيكوباتي) .

اضطرابات الغذاء :

من أشيع اضطرابات الغذاء : قلة الاكل ، والافراط في الاكل (النهم أو الشره) ، والبطء الشديد في تناول الطعام ، وانعدام الرغبة في تناول الطعام ، وتقاليع الاكل ، والتأفف ، والجشء ، والشعور بالغثيان ، والتقيؤ . **ويلاحظ** رفض الطعام وفقد الشهية في الاكتئاب ، والامتناع عن الطعام في الخواف .

اضطرابات الاخراج :

من أشيع اضطرابات الاخراج : البوال (التبول اللا ارادي اثناء النوم) ، وسلس البول (التبول اللا ارادي اثناء اليقظة) ، وعدم القدرة على التحكم في التبرز ، والامساك العصبي ، والاسهال العصبي .

اضطرابات النوم :

هم اضطرابات النوم ما يلي : الأرق ، تقطع النوم ، والتقلب الزائد أثناء النوم ، واضطراب نظام النوم حيث ينام المريض نهارا ويصحو ليلا مثلا ، وقرض الانسان أثناء النوم ، والكلام أثناء النوم ، والمشى أثناء النوم ، والمخاوف الليلية ، والاحلام المزعجة المتكررة ، والكابوس .

وتشاهد كثرة النوم في الضعف العقلي والهستيريا ، والارق في القلق والهوس والفصام (١) .

سوء التوافق :

ويكون سوء التوافق في المجالات التالية :

سوء التوافق الصحى : حيث تشاهد مشكلات الصحة والنمو والانحراف عن المعايير من الناحية الجسمية ، واعتلال الصحة بصفة عامة ، ووجود امراض مزمنة .

سوء التوافق الشخصى : حيث يشاهد الخجل ، وتحقير الذات ، والسذاجة ، والشعور بالاثم ، والسلبية ، والتبرم والضجر ، والنكد وتمكر المزاج ، والاهمال ، وعدم الثقة فى النفس ، وعدم تحمل المسؤولية .

سوء التوافق الاجتماعى : حيث يشاهد الارتباك والخجل والشك والحقد والغيرة والاستعراض وحب الظهور والاعتماد الزائد على الآخرين وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين وقلة الاصدقاء ونقص النشاط الترويحي ، والوحدة والانسحاب والعنوسة وتلمس الهفوات والتعصب والالفاظ النابية .

سوء التوافق الاسرى : حيث تشاهد الخلافات والانفصال والطلاق واساليب التنشئة الخاطئة .

سوء التوافق التربوى : حيث يشاهد التأخر الدراسى والهروب والفشل والرسوب .

سوء التوافق المهنى : حيث يشاهد عدم التوفيق وعدم الاستقرار فى المهنة .

الانحرافات الجنسية :

تكون اهم الانحرافات الجنسية كما يلي :
نحو نفس الجنس : الجنسية المثلية (اللواط والسحاق) .

(١) يكون الفرد وكأن لسان حاله يقول :

الإيا ليل طلت على حتى
كأنك قد خلقت بلا صباح

نحو موضوعات مادية : الاثرية او الفتيشية (التعلق الجنسي بالاشياء التى يستعملها الجنس الآخر ، بدلا من الشخص نفسه كاللباس أو جزء من جسده كالشعر مثلا) .

نحو المومسات : البغاء ، والاستهتار والاستسلام الجنسيان .

نحو الذات : النشاط الجنسي الذاتى ، والادوات البديلة ، والفرجسية (عشق الذات) .

انحراف الدرجة : الافراط الجنسي ، والشبقية المرضية (الشهوة المرضية) ، والصدوف الذى يصحبه التقزز والاشمئزاز وعدم الرغبة ، والبرود الجنسي (عند المرأة) ، والعفة (الضعف الجنسي عند الرجل) .

مظهرية : الاستعراض الشبقي ، والرغبة فى لبس ملابس الجنس الآخر والتشبه بهم .

اجرائية : السادية (حب التعذيب للمحبوب) ، والماسوكية (حب العذاب من المحبوب) ، والاحتكاك الجنسي .

اجرامية : الاغتصاب ، وهتك العرض ، وجماع الاطفال .

حيوانية : جماع الحيوان .

نادرة : جماع المحارم .

اخرى : الفرجة الجنسية ، والمنع المرضى ، والعصاب الجنسي .

اعراض نفسية جسمية وعصبية :

تبدو الاعراض الجسمية والعصبية نفسية المنشأ فى اجهزة الجسم التى يسيطر عليها الجهاز العصبى المركزى وتشاهد فى الهستيريا ، أو التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى وتشاهد فى الامراض النفسية الجسمية .

اعراض هستيرية : وفيما يلى اهمها :

*** الاعراض الحسية :** وتشمل : العمى الهستيرى ، الصمم الهستيرى ، فقدان حاسة الشم ، فقدان حاسة الذوق ، فقدان الحساسية الجلدية فى عضو أو فى عدة اعضاء ، الخدار الهستيرى (انعدام الحساسية العامة) ، الالم الهستيرى .

*** الاعراض الحركية :** الشلل الهستيرى (النصفى أو الطرفى أو فى الجانبين أو القوام) الرعشة الهستيرية ، التشنج الهستيرى والصرع الهستيرى ، مثال العضل (خاصة فى اليد وخاصة أثناء الكتابة وهو ما يسمى عقل الكاتب) ، فقدان الصوت أو النطق والخرس الهستيرى .

*** الاعراض الهستيرية العامة :** المرض عند بداية الدراسة أو عند الامتحانات . ردود الفعل السلوكية المبالغ فيها للمواقف المختلفة ، لمرض بمرض عزيز مات به . المرض كامتداد تاريخى لمرض عضوى سابق .

اعراض نفسية جسمية : وتشمل :

* **في الجهاز الدورى** : الذبحة الصدرية ، عصاب القلب ، ارتفاع ضغط الدم ، انخفاض ضغط الدم ، الاعماء .

* **في الجهاز التنفسى** : الربو الشعبى ، التهاب مخاطية الانف .

* **في الجهاز الهضمى** : قرحة المعدة ، التهاب المعدة المزمن ، التهاب القولون ، فقد الشهية العصبى ، الشرهية ، التقيؤ العصبى ، الامساك المزمن ، الاسهال المزمن .

* **في الجهاز الغددى** : مرض السكر ، البدانة ، التسمم الدرئى .

* **في الجهاز التناسلى** : العنة (الضعف الجنسى عند الرجل) ، القنف المبكر ، القنف المعوق ، البرود الجنسى (عند المرأة) تشنج المهبل ، اضطراب الحيض ، الاجهاض المتكرر ، العقم .

* **في الجهاز البولى** : احتباس البول ، كثرة مرات التبول ، البول ، سلس البول .

* **في الجهاز الهيكلى** : آلام الظهر ، التهاب المفاصل الروماتزمى .

* **في الجلد** : الأرتيكاريا ، التهاب الجلد العصبى ، الهرش ، الأكزيما العصبية ، سقوط الشعر ، فرط العرق ، حب الشباب ، الحساسية .

* **في الجهاز العصبى** : الصداع النصفى ، احساس الاطراف الكاذب .
اعراض عصبية أخرى : وتلاحظ في الجهاز العصبى . ومن امثلتها :

اضطراب موجات المخ الكهربائية ، وعطل احدى الحواس ، وغيبية الاحساس في مناطق الاعصاب المخية ، والاعصاب الشوكية ، وغيبية الانعكاسات .

اعراض عامة :

بالإضافة الى كل ما سبق تلاحظ بعض الاعراض العامة مثل :

الحساسية النفسية ، عدم التدنن ، ضعف الاخلاق ، نقص الميول والهوايات ، اضطراب مستوى الطموح ، عدم وضوح أهداف الحياة ، عدم وضوح فلسفة الحياة ، التمرکز حول الذات ، وجود مفهوم الذات السالب ، وجود محتوى خطير في مفهوم الذات الخاص .

الفصل الرابع

الفحص والتشخيص والمآل

* الفحص .

* التشخيص .

* المآل .



(شكل ٦٢) فحص ودراسة الحالة

الفحص

EXAMINATION

الفحص الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح . ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماما لدى المعالج ، من حيث أهميتها وهدفها وشروطها ، ومصادر المعلومات والبيانات ، وخطوات الفحص (انظر أيوالت Ewalt ، ١٩٥٧ ، واطسون Watson ، ١٩٦٣ ، ماستر Master ، ١٩٦٧) .

هدف الفحص :

وهدف الفحص هو فهم شخصية العمل ديناميا ووظيفيا . والوقوف على نواحي قوته ونواحي ضعفه ، وتحديد اضطرابات الشخصية التي تؤثر على سعادته وهذائه وكفايته وتوافقه النفسى والاجتماعى ، وعلاقاته بالآخرين خاصة الاقرب اليه ، وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه .

ويجب أن يؤدي الفحص الدقيق الموضوعى بقدر الامكان الى تشخيص قائم على أساس تاريخ العميل ، وأسباب اضطرابه وأعراض مرضه ، في ضوء ظروف حياته ، والعوامل التي تدخلت في بناء شخصيته . والسموعات التي واجهها ، ونمط سلوكه .

شروط الفحص :

يجب أن تراعى في عملية الفحص الشروط الآتية :

دقة وموضوعية الفحص ، وهى من الامور التي يجب أن يحرص عليها المعالج من أجل الوصول الى التشخيص الدقيق ، ومن أجل تقييم عملية العلاج بعد القيام بذلك ، حيث يمكن اعادة بعض الاختبارات مثلا للملاحظة مدى التغير الذى طرأ على حالة العميل .

بذل أقصى جهد للحصول على المعلومات والبيانات بكافة الطرق حتى عن طريق الخطابات أو التليفون أو القيام بزيارات فعلية للطبيب المعالج أو المنزل أو المدرسة أو العمل ... الخ .

حث العميل على التعاون والاهتمام بعملية الفحص ، ومساعدة المعالج حتى يستطيع أن يساعده ، ويلاحظ أن المريض العقلى قد لا يشكو من المرض رغم أنه مصاب بمرض خطير . وكثيرا ما يكون فحص المريض

متعذرا بسبب ما بيديه من مقاومة وعدم تعاون . وقد يكون المريض نفسه مفاقا غير قادر — أما بسبب الجهل أو عدم المعرفة — على امداد المعالج ببعض البيانات والمعلومات ، فقد يرفض التعاون والتجاوب والكلام ويقاوم عملية الفحص (١) . ومثل هذه الحالات تحتاج الى مهارة فائقة من المعالج في عملية الفحص . وهناك فرق بين المريض أهل الثقة الذى يتمتع بالبصيرة وبين المريض الذى لا يتمتع بذلك .

سرية المعلومات ، وهذا امر ضرورى ويجب ان يؤكده المعالج للعميل حتى يتحدث بحرية وثقة فى جو آمن وخاصة ان بعض المعلومات والبيانات قد تثير متاعب قانونية أو اجتماعية .

تنظيم المعلومات ، وهذا يجعل تفسيرها دقيقا ويكفل الحصول على صورة كاملة للشخصية .

تقييم المعلومات التى يحصل عليها المعالج . وعليه ان يحدد ما اذا كانت حقائق ثابتة أو احتمالات . ويمكن ان يقاس صدق العميل بسؤاله بعض الاسئلة التى لا يمكن الاجابة عليها بالنفى . ويلاحظ ان العميل قد ينكر بعض الحقائق المعروفة . وهنا يهنا الموقف الانفعالى المتصل بهذه الحقائق . ويجب أيضا مراجعة بعض المعلومات مع الاهل والاقارب والاصدقاء والجيران ومن يهمهم الامر . فقد يهمل العميل ذكر بعض المعلومات الهامة . وقد يضل المعالج أولا يمهده بمعلومات كافية . وقد ينكر المرض . وقد يكون مضطرب البصيرة لا يدرك طبيعة مرضه أو مشكلاته ومن ثم لا يتعاون لا فى الفحص ولا فى العلاج .

وفىما يلى بعض **الملاحظات العامة** التى يجب ان يضمها الفاحص فى حسابه أثناء عملية الفحص :

- * معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى ومن يسأل .
- * اتمام الفحص بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية .
- * التأتى فى الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفية .
- * التثبت وتجنب التخمين أو الاستنتاج الخاطيء .
- * الاعتدال وعدم الافراط فى تطبيق القواعد العامة على حالة العميل الخاصة .

(١) قد يستدعى الحال فى فحص المريض المطلق المقاوم غير المتعاون الاستعانة بالتنويم وعقاقير مثل اميثال صوديوم حتى ينخفض الوعى وتتحرك العناصر المكبوتة وتظهر .

- * وضع مبدأ الفروق الفردية فى الحساب والنظر الى العميل كائنسان فردله شخصيته .
- * سلامة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد او التعسف الزائد .
- * التاكيد من توافر الادلة الكاملة على السلوك المرضى عند العميل .
- * الاهتمام بالمظاهر المرضية الدائمة التى تؤثر على سلوك العميل وعلى حياته .
- * تجنب « اثر الهالة » فى الحكم على العميل اى اثر الفكرة العامة عن العميل او الفكرة السابقة عنه او صفة معينة بارزة فيه او امتيازه فى ناحية معينة .
- * تقدير العوامل المسببة والاعراض فى ضوء ما ورد فى الفصلين السابقين من هذا الكتاب .

وسائل الحصول على المعلومات :

تتعدد وسائل الحصول على المعلومات الكمية والنوعية والتى تتعلق بحياة المريض وشخصيته ووضعه حسب الناحية التى نريد معلومات عنها . ومن المهم ان تكون هذه الوسائل دينامية وان تكون وسائل وليست غايات . ومن المعروف انه لا توجد وسيلة شاملة ، او جامعة مانعة ، ولكن وسائل جمع المعلومات يكمل بعضها بعضا ، ويؤكد بعضها البعض .

واهم وسائل الحصول على المعلومات ما يلى :

المقابلة : Interview

المقابلة هى الوسيلة الاولى الاساسية فى الفحص والتشخيص . وهى علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والمريض فى جو نفسى آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات لازمة . اى انها علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعى هادف وتبادل معلومات وخبرات ومشاعر واتجاهات ويتم فيها التساؤل عن كل شىء .

وتتم المقابلة بين المعالج وبين المريض ومن يتصل بهم او يهتم امره من اهله واقاربه واصدقائه وجيرانه وزملائه .

ويجب الاعداد الجيد للمقابلة بما يضمن ان تكون نتائجها مثمرة . ويجب كذلك ان يكون المريض اثناء المقابلة مسترخيا واثقا فى المعالج بينهما علاقة طبيعية مرنة خالية من الشك والخوف والتهديد ، وتتسم بالتعاطف والفهم والقبول والتسامح . ويجب ان يتيح المعالج الفرصة الكاملة للمريض للتعبير عن نفسه وان يكون حسن الاصغاء بائعا ماهرا للصدقة . ويجب ان تخلو المقابلة من الامر والنهى والايحاء واستعجال المريض او اكمال حديثه ، والا تتخذ صورة التحقيق .

ومن أنواع المقابلة : المقابلة المبدئية (التي تمهد للمقابلات التالية) ، والمقابلة القصيرة (التي لا تستغرق وقتا طويلا) ، والمقابلة الفردية (التي تتم بين المعالج ومريض واحد فقط) ، والمقابلة الجماعية (التي تتم مع جماعة من المرضى) ، والمقابلة المقيدة أو المقننة (التي تكون غير مقيّدة بأسئلة وموضوعات أو تعليمات) .

ومن أنواع المقابلة حسب هدفها : مقابلة المعلومات ، والمقابلة العلاجية (الكلينيكية) والمقابلة الشخصية .

ومن أنواع المقابلة حسب الأسلوب المتبع فيها : المقابلة المركزة حول المريض ، والمقابلة المركزة حول المعالج .

ويتم اجراء المقابلة في خطوات وعلى مراحل مرنة تبدأ بالاعداد المرن لها وتحديد الزمن الكافي والمكان المناسب لاجرائها وبدئها بداية متدرجة مشجعة وتكون الالفة والتقبل وحسن الاصفاء وملاحظة سلوك المريض وتوجيه الأسئلة بالصيغة المناسبة وفي الوقت المناسب ، وانهاؤها انهاء متدرجا عند تحقق هدفها .

الملاحظة : Observation

هي الملاحظة العلمية المنظمة للوضع الحالي للمريض في قطاع محدود من قطاعات سلوكه في مواقف الحياة اليومية الطبيعية ومواقف التفاعل الاجتماعي ومواقف الاحباط وغير ذلك مما يمثل عينات سلوكية ذات مغزى في حياة المريض .

ومن أنواع الملاحظة : الملاحظة المباشرة (وجهها لوجه مع المريض) والملاحظة غير المباشرة (دون اتصال مباشر مع المريض) ، والملاحظة المنظمة الخارجية (يقوم بها المعالج ومساعدوه) ، والملاحظة المنظمة الداخلية (من الشخص نفسه لنفسه) ، والملاحظة العرضية أو الصدفية (العابرة العفوية غير المقصودة) ، والملاحظة الفورية (على فترات زمنية محدودة) ، والملاحظة المقيدة (بمجال أو موقف وينود وفترات معينة) .

ويجب مراعاة عوامل نجاح الملاحظة مثل : السرية والموضوعية والدقة والخبرة ، والشمول لعينات متنوعة من السلوك تتناول الإيجابيات والسلبيات ، ونقاط القوة والضعف ، وانتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا .

ولاجراء الملاحظة خطوات أساسية أهمها : الاعداد والتخطيط المحكم ، وتحديد الزمان والمكان والجهزة اللازمة لعملية الملاحظة ، واعداد دليل للملاحظة ، واختيار عينات سلوكية ممثلة ، واجراء عملية الملاحظة مع التركيز على السلوك المتكرر مع الاهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره .

دراسة الحالة : Case Study

وهى وسيلة أو أسلوب لتجميع المعلومات التى يتم جمعها بكافة الوسائل عن المريض ، وهى تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل وبحث شامل لأهم خبرات المريض ، وهى وسيلة لتقديم صورة مجمعة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها ووضع وزن كلينيكى لكل منها .

وتعتبر دراسة **تاريخ الحالة** جزءا من دراسة الحالة تتضمن موجزا لتاريخ الحالة كما يكتبه المريض وكما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى - أى أنها تعتبر بمثابة قطاع طولى لحياة المريض يختص بماضيه وتتبع حياته .

ويعتبر الحصول على معلومات عن **تطلعات المريض الى المستقبل** جزءا هاما من دراسة الحالة يفيد فى المطابقة بين حاضر المريض ونظرته المستقبلية .

ولكى تنجح دراسة الحالة لابد من مراعاة عوامل نجاحها مثل التنظيم والدقة فى تحرى المعلومات والاعتدال بين التفصيل الممل والاختصار المخل والاهتمام بالتسجيل .

وتعطى دراسة الحالة فكرة عامة شاملة عن المريض فى ضوء اطار معيارى منظم لها يتضمن المعلومات والبيانات العامة والشخصية والحالة الجسمية والصحية والحالة العقلية المعرفية والنواحي الاجتماعية والانفعالية، وتطور النمو ، والنواحي العامة والمشكلة والملخص العام والتفسير والتشخيص والتوصيات والمتابعة .

مؤتمر الحالة : Case Conference

هو اجتماع يضم كل أو بعض الأشخاص الذين يهمهم امر المريض وكل أو بعض من لديه معلومات خاصة به ومستعد للتطوع والادلاء بها وتفسيرها وابداء بعض التوصيات بموافقة المريض .

ومن أبرز أعضاء مؤتمر الحالة هيئة العلاج والاختصاصيون ، ويطلق على المؤتمر فى هذه الحالة « مؤتمر الاختصاصيين » . وإذا ضم الى جانبهم آخرين ممن يهمهم الامر من غير الاختصاصيين يسمى « مؤتمر الاختصاصيين وغير الاختصاصيين » . وقد يقتصر المؤتمر على « المعالج والمريض والوالد » . وقد يكون المؤتمر خاصا بمريض واحد أو بعدد من المرضى .

ومن عوامل نجاح مؤتمر الحالة : عقده في حالة الضرورة فقط ، وموافقة المريض ، ومراعاة المعايير الاخلاقية ، وجعل الحضور اختياريا ، واثارة اهتمام الحاضرين في جو غير رسمي مع مراعاة التخصصات .

ويتطلب عقد مؤتمر الحالة اعدادا خاصا لخطة أو جدول اعماله وان يفتح وتطور جلسته بحيث تؤدي الى تحقيق الهدف وهو جمع المعلومات عن المريض وبيئته وتقييم حالته العامة مع تقديم التحليل والتفسير والتوصيات اللازمة .

الاختبارات والمقاييس : Tests and Measures

تعتبر الاختبارات والمقاييس النفسية من أهم وسائل جمع المعلومات . ومما يبرز أهميتها اهتمام الكثير من العيادات النفسية باعداد ما يسمى « برامج الاختبارات والمقاييس » الذي يتضمن عددا متنوعا متكاملًا من الاختبارات والمقاييس والاستثناءات وموازين التقدير الفردية والجماعية في شكل وحدة أو مجموعة أو « بطارية » لقياس الذكاء والقدرات والاستعدادات والتحصيل والشخصية والميول والقيم والاتجاهات والتوافق والصحة النفسية واختبارات ومقاييس التشخيص ... الخ . وتتنوع الاختبارات والمقاييس بين التحريرية واللفظية وغير اللفظية والعلمية والفردية والجماعية واختبارات ومقاييس السرعة والقوة والاداء . وتضم كذلك العديد من الاجهزة . والى جانب ذلك يجب الاهتمام بالفحوص المعملية حسب ما يتطلبه الامر في عملية الفحص والتشخيص .

ومن الشروط المعروفة اللازم توافرها في الاختبارات والمقاييس : الصدق ، والثبات ، والتقنين ، والموضوعية ، واظهار الفروق الفردية ، وسهولة الاستخدام ، وتعدد الاختبارات والمقاييس مع الاعتدال في استخدامها .

ويتطلب اجراء الاختبارات والمقاييس النفسية مراعاة بعض الامور الاساسية مثل : اختيار انسبها حسب الحالة وحسن اختيار الاختصاصي الذي يقوم باجرائها وتفسير نتائجها واثارة دافعية المريض لأخذها في مكان ومناخ نفسي مناسب .

السيرة الشخصية : Autobiography

يطلق عليها البعض اسم « التقرير الذاتي » self report أو هي بالاحرى « تقرير ذاتي عن السيرة الشخصية » ، وهي عبارة عن « قصة الحياة » أو « رواية الحياة » كما يكتبها المريض عن ذاته بقلمه . وهي وسيلة شبه اسقاطية يتناول فيها المريض معظم جوانب حياته في الماضي

والحاضر وتاريخه الشخصى والاسرى والتربوى والجنسى ، والخبرات والاحداث الهامة فى حياته ومشاعره وافكاره وانفعالاته ، وميوله وهواياته وقيمه واهدافه ، ومطامحه وآماله ، وخطته للمستقبل وفلسفة واسلوب حياته ، ومشكلاته واجباطاته وصراعاته ، ومستوى توافقه وعلاقاته الاجتماعية واتجاهاته ، ومفهومه عن ذاته .

وقد تكون السيرة الشخصية شاملة لمدى واسع من الخبرات او متمركزة حول موضوع محدد . وقد تكون محددة بخطوط عريضة وموضوعات رئيسية ومسائل هامة . او قد تكون حرة غير محددة .

وتتنوع مصادر السيرة الشخصية لتشمل الكتابة المباشرة والمذكرات الشخصية والمذكرات اليومية والمذكرات الخاصة والمستندات الشخصية والانتاج الادبى والفنى .

ومن عوامل نجاح السيرة الشخصية : استعداد ورغبة ورضا المريض وتحمله المسئولية فى الكتابة وصدقه وترتيب مادة الكتابة زمنيا وتحديد التواريخ والاماكن والشخصيات فى اعتدال مع ضيمان السرية الكاملة للمعلومات .

وسم كتابة السيرة الشخصية عادة فى اطار دليل يحدد خطوطها الرئيسية فى مكان وزمان مناسبين بحيث تكون الكتابة فى حرية ثم يناقش محتوى السيرة الشخصية مع كاتبها ويفسر ويحلل كليا وكيفيا .

السجل القصصى : Anecdotal Record

ويطلق عليه احيانا « السجل القصصى الواقعى » او « السجل القصصى المشهدى » . وهو تسجيل موضوعى لشهد من مشاهد سلوك المريض فى الواقع فى موقف معين كما هو كقصة واقعية — اى انه صورة كتابية او عينة سلوكية مكتوبة وقتيا عند حدوث الواقعة السلوكية يسجل الراوى ويقص ما شاهد بالضبط فى الواقع .

وقد يضاف الى السجل القصصى تعليق وتفسير وتوصيات .

ويتوقف نجاح السجل القصصى على تعدد التسجيلات بحيث تغطى عينة ممثلة من المواقف والخبرات والاحداث وتغطى صورة متعددة الجوانب للشخصية والسلوك . هذا بالاضافة الى حسن اختيار هذه المواقف والخبرات والاحداث .

ويجب أن يكون اجراء السجل القصصى وقتيا ، يتضمن وصف السلوك وكتابته باكبر قدر ممكن من الموضوعات ، كما حدث فعلا .

السجل المجمع : Cumulative Record

وهو الوسيلة الرئيسية لتجميع المعلومات . وهو سجل مكتوب يجمع ويلخص المعلومات التي جمعت عن طريقة كافة الوسائل في شكل مجمع تتبعى أو تراكمى مرتبا زمنيا على مدى بضع سنوات . وهو بهذا يعتبر مخزن معلومات يتضمن أكبر قدر منها في أقل حيز ممكن .

ويشمل السجل المجمع كل المعلومات عن المريض وحالته وبيئته ، وشخصيته وملخص السجلات القصصية ، ونتائج الاختبارات والمقاييس ، والفحوص والبحوث الطبية وغيرها ، وهكذا يتضمن السجل المجمع معلومات تعطى صورة طويلة وعرضية كاملة عن المريض . وقد يقتصر السجل المجمع على صفحة واحدة ، وقد يكون متعدد الصفحات .

ومن عوامل نجاح السجل المجمع : الشمول مع الاعتدال والانتقاء والاستمرار والميارية والدقة والبساطة والتنظيم والحفظ في سرية تامة وفي أيد أمينة .

دليل الفحص ودراسة الحالة :

يحتاج الفاحص الى دليل للفحص يتناول بنوده الواحد تلو الآخر . ويجب أن ينظر اليه كدليل مرن غير مقيد حرفيا . وفي الاسترشاد بدليل الفحص يجب أن يتصرف الفاحص في الاسئلة وجمع البيانات والمعلومات . فليس من الضروري أن يتناول الفحص كل الفقرات المذكورة حرفيا وبجمود ويجب أن يضع الفاحص في حسابه أثناء عملية الفحص سن وجنس وثقافة العميل . فعملية الفحص تختلف في حالة طفل يعاني من مشكلة سلوكية عنها في حالة راشد ذهاني مثلا . ويجب التصرف في أسلوب الكلام والاسئلة حسب ثقافة العميل ، فقد يكون الحديث كله بالعامية وقد يحتاج الى بعض الشرح . وفي حالة فحص أنثى يجب حذف بعض الفقرات التي تنطبق على الذكور فقط والعكس . كذلك الحال بالنسبة للعميل المتزوج والاعزب والطفل والشيخ والعميل المتهم والعميل العادى .. وهكذا . وإذا لاحظ الفاحص أن العميل استرسل في ناحية من النواحي فيجب مسابرة - بحساب - وأخذ ملاحظات اضافية بذلك .

البيانات العامة - وتشمل :

✱ **العميل :** الاسم والجنس وتاريخ ومحل الميلاد والعمر والديانة والجنسية وعنوان السكن ورقم التليفون ، والمدرسة أو الكلية أو المعهد أو المؤسسة وعنوانها ورقم تليفونها والصف الدراسى ومستوى التعليم والمهنة ، والحالة الاجتماعية وعدد الاولاد .

- * **الوالدان :** الاسم والعمر والمهنة والمستوى التعليمي والعنوان ورقم التليفون .
- * **ولى الامر :** الاسم والعمر والمهنة والمستوى التعليمي والعنوان ورقم التليفون ونوع القرابة .
- * **الاخوة والاكوات :** (بالترتيب حسب الميلاد) الاسم والعمر والمدرسة او المهنة والمستوى التعليمي .
- * **القرين (الزوج أو الزوجة) :** الاسم والعمر والمهنة والمستوى التعليمي .
- * **الاولاد (بالترتيب حسب الميلاد) :** الاسم والعمر والمدرسة او المهنة والمستوى التعليمي .
- * **الافراد الذين يعولهم :** الاسم والعمر ونوع القرابة والمدرسة او المهنة والمستوى التعليمي .
- * **الاقارب والآخرين الذين يعيشون مع الاسرة :** الاسم والعمر ونوع ودرجة القرابة والمدرسة او المهنة والمستوى التعليمي .
- * **الآخرين الذين يمكن الاستفادة بهم :** الاسم والعمر ونوع القرابة والمدرسة او المهنة والمستوى التعليمي والعنوان ورقم التليفون .
- * **محل الحالة او جهة الاحالة :** الاسم والعنوان ورقم التليفون وسبب الاحالة وتاريخها .

المشكلة او المرض الحالى :

- * **تحديد المشكلة او المرض :** على لسان العميل او الاب او الام او ولى الامر ، والزواج او الزوجة ، وقريب او صديق ، وكما ورد فى خطاب الاحالة .
- * **اسباب المشكلة او المرض :** على لسان العميل ، والاب او الام او ولى الامر ، والزواج او الزوجة ، وقريب او صديق ، وكما وردت فى خطاب الاحالة .
- * **اعراض المشكلة او المرض :** على لسان العميل ، والاب او الام او ولى الامر ، والزواج او الزوجة ، او قريب او صديق ، وكما ورد فى خطاب الاحالة .
- * **تاريخ المشكلة او المرض :** تاريخ الظهور لاول مرة ، والاوقات التى يقل فيها الظهور .
- * **طريقة حل المشكلات :** هرب ام مواجهة او انهيار او لجوء الى اخصائين او لجوء الى غير المختصين .
- * **الجهود الارشادية والعلاجية السابقة** لحل المشكلة وعلاج المرض .
- * **التغيرات التى طرأت على الحالة :** نتيجة لمرور الوقت ، او العلاج .
- * **المشكلات او الامراض الاخرى :** نفسية وطبية .

الفحص النفسي :

- * آخر فحص نفسي : تاريخه واسم الاخصائى وعنوانه ورقم تليفونه
وامكانية سؤاله عن الحالة .
- * **الاصابة السابقة بالمرض النفسى :** المرض والعمر والمدة والعيادة او
المعالج والنتائج .
- * **الامراض النفسية فى الاسرة :** الاسم والعمر والمرض والمدة والعيادة او
المعالج والنتائج .
- * **الذكاء (١) :** الاختبارات ، ونسبة الذكاء .

(١) من اختبارات ومقاييس الذكاء فى مصر ما يلى :

- * **مقياس ستانفورد بينيه للذكاء :** وضعه اصلا بينيه Binet وراجعته
تيرمان وميريل وعريه وعدله اسماعيل القباني ، كذلك اقتبسه واعدته
محمد عبد السلام احمد ولويس كامل مليكه . وهو مقياس عالمي
ويناسب كل الاعمار من عامين الى الراشد والمتفوق . ويستغرق
حوالى ساعة .
- * **مقياس وكسلر لذكاء الاطفال :** تأليف وكسلر Wechsler ، اقتباس
واعداد محمد عماد الدين اسماعيل ولويس كامل مليكه . ويتضمن
اختبارات لفظية تقيس المعلومات ، والفهم ، والحساب ، والمتشابهات ،
والمفردات ، وسلاسل الاعداد ، واختبارات عملية عن تكميل الصور ،
وترتيب الصور ، ورسوم المكعبات ، وتجميع الاشياء ، والشفرة ،
والمتبهات .
- * **اختبار الذكاء الابتدائى :** اعداد اسماعيل القباني ويتكون من قسمين
متكافئين . ويناسب الاعمار من ٧ - ١٥ سنة . ويستغرق حوالى
ساعة ونصف (للقسمين) .
- * **اختبار عين شمس للذكاء الابتدائى :** اعداد عبد العزيز القوصى وهدى
برادة وحامد زهران . ويناسب الاعمار من ٧ - ١٢ سنة . ويستغرق
حوالى ساعة .
- * **اختبار رسم الرجل :** وضع جودانف Goodenough ويبحث مصطفى
نهمى (فى مصر) ويناسب الاعمار من ٦ - ١٢ سنة . وقن الاختبار
فى معظم البلاد العربية . واشترك المؤلف فى تقنيته على البيئة
المسعدية .
- * **اختبار ذكاء الشباب « اللفظى » :** تأليف حامد زهران . ويناسب
المرحلتين الاعدادية والثانوية . ويستغرق نصف ساعة .
- * **اختبار الذكاء الاعدادى :** اعداد السيد محمد خيرى . ويناسب الاعمار
من ١٠ - ١٧ سنة . ويستغرق نصف ساعة .
- * **اختبار الذكاء الثانوى :** عمل اسماعيل القباني . ويناسب الاعمار من
١٢ - ١٨ سنة . ويستغرق ٤ دقيقة .

* القدرات العقلية (١) : الاختبارات والمقاييس ، والنتائج .

* اختبار ذكاء العميان وضلعاف البصر : اعداد حامد زهران وفتحى عبد الرحيم . ويناسب الاطفال والشباب في المراحل الابتدائية والاعدادية والثانوية .

* اختبار الذكاء المصور : اعداد احمد زكى صالح . ويناسب الاعمار من ٨ - ١٧ سنة . ويستغرق ١٠ دقائق .

* اختبار الذكاء غير اللفظي : اقتباس واعداد عطية هنا . ويناسب الاعمار من ٦ - ١٦ سنة . ويستغرق نصف ساعة .

* اختبار الزمالك للذكاء : تأليف محمد كامل النحاس . ويحتوى على اختبارات فرعية عن : التكميل ، والتناسب ، والتصنيف ، والرموز ، والاستدلال ، والسخافات . ويستغرق ٢٠ دقيقة .

* اختبار كاتل للذكاء : اعداد احمد عبد العزيز سلامة وعبد السلام عبد الغفار . ويناسب الشباب في المرحلتين الاعدادية والثانوية .

* اختبار الذكاء العام والقدرة على حل المشكلات : تأليف اليسون ديفز وكينيث ايلز اعداد وتمصير مصطفى فهمى ومحمد عماد الدين اسماعيل وحلمى المليجى .

* مقياس وكسلر بلقيو لذكاء المراهقين والراشدين : تأليف وكسلر ،

اقتباس هو اعداد لويس كامل مليكة . ويتضمن اختبارات لفظية عن المعلومات ، والفهم ، واعادة الارقام ، والاستدلال الحسابى ،

والمشابهات ، والمفردات . واختبارات عملية عن ترتيب المصور .

وتكميل الصور ، ورسوم المكعبات ، وتجميع الاشياء ، ورموز الارقام .

ويناسب الاعمار من ١٥ - ٦٠ سنة . ويستغرق حوالى ساعة .

* اختبار الذكاء العالمى : اعداد السيد محمد خيرى ، ويناسب المرحلة

الجمعية ، ويستغرق نصف ساعة .

* الاختبارات العملية للذكاء : مثل اختبار الازاحة لالكسندر ، ويناسب

الاعمار من ٣ - ١٧ سنة ، ولوحة سيجان ، وتناسب الاعمار من ٤ -

١٢ سنة ، واختبار بناء المكعبات ويناسب الاعمار من ٦ - ١٦ سنة ،

واختبار رسوم المكعبات ويناسب الاعمار من ٥ - ٢٠ سنة . ومتاهات

بورتينوس وتناسب الاعمار من ٣ - ١٤ سنة .

(١) من اختبارات ومقاييس القدرات فى مصر ما يلى :

* اختبار القدرات العقلية الاولى : اعداد احمد زكى صالح : ويقيس القدرة

اللغوية ، والادراك المكانى ، والتفكير ، والقدرة العددية ، والذكاء العام .

ويناسب الاعمار من ١٣ - ١٧ سنة . ويستغرق ٣١ دقيقة .

* اختبار الاستعداد العقلى للمرحلة الثانوية والجامعات : اعداد رمزية

الفريب : ويقيس القدرة على ادراك العلاقات المكانية ، والتفكير المنطقى

والتفكير الرياضى ، وفهم المعانى اللغوية . ويناسب المرحلتين الثانوية

والجامعية .

* ومن اختبارات القدرات المفردة : اختبار القدرة العددية ، اعداد محمد

عماد الدين اسماعيل وسيد عبدالحميد مرسى ، واختبار القدرة الكتابية =

- * الشخصية (١) الاختبارات والمقاييس ، وملخص النتائج .
- * اضطرابات الشخصية : اضطرابات سمات الشخصية ، واضطرابات نمط الشخصية ، واضطرابات الشخصية العامة ، واضطرابات الشخصية الأخرى .
- * الصحة النفسية والتوافق النفسي (٢) : الاختبارات والمقاييس ، وملخص النتائج .
- * الأسباب النفسية للمشكلة أو المرض (٣) : اضطراب النمو (الحمل — الولادة — الرضاعة — الطفولة — البلوغ الجنسي والمراهقة — الزواج أو الحالة الزوجية — سن القعود — الشيخوخة) ، الصراع ، الإحباط ، الحرمان ، أخفاق حيل الدفاع النفسي ، الخبرات السيئة أو الصادمة ، العادات غير الصحية ، أخرى .
- * الأعراض النفسية للمشكلة أو المرض (٤) : اضطرابات الإدراك (الهلوسات — الخداع — أخرى) ، اضطرابات التفكير (اضطراب تكوين الفكر — اضطراب مجرى التفكير — اضطراب محتوى الفكر) ، اضطرابات الذاكرة (حدة الذاكرة — فقد الذاكرة أو النسيان — خطأ الذاكرة — أخرى) ، اضطرابات الانتباه (زيادة الانتباه — قلة الانتباه — تحول الانتباه أو السرحان — السهيان — الانشغال) ، اضطرابات الإرادة (اضطراب اتخاذ القرارات — اضطراب الفعل الإرادي — اضطراب الدافعية) ، اضطرابات الكلام (اضطرابات الكلام العامة — عيوبطلاقة اللسان — اضطراب كم الكلام — اضطراب سريان الكلام — اضطراب تكرار الكلام — صعوبات النطق — اضطراب الصوت — أخرى) ، اضطرابات الانفعال (القلق — الاكتئاب — التوتر — الفزع — التبدل — اللامبالاة — التناقض الانفعالي — عدم

= تأليف محمد عبد السلام أحمد ، واختبار التفكير المجرد، اعداد محمد عبد السلام أحمد ، واختبار الطاقة اللفظية اعداد عبد السلام عبد الغفار واختبار الاستدلال اللغوي ، اعداد محمد عماد الدين اسماعيل وسيد عبد الحميد مرسى ، واختبار القدرة للمصورين والرسامين ، تصنيف محمد عماد الدين اسماعيل . واختبارات سيثور للقدرة الموسيقية اعداد آمال صادق .

- (١) أنظر : اختبارات ومقاييس الشخصية ص ٨٨ .
- (٢) أنظر : اختبارات ومقاييس الصحة النفسية والتوافق النفسي ص ٢٩ .
- (٣) راجع الأسباب النفسية في الفصل الثاني ص ١٢٤ .
- (٤) راجع الفصل الثالث .

الثبات الانفعالي - انحراف الانفعال - الزهو أو المرح - النشوة أو التجلى - الوجد - مشاعر الذنب الشاذة - الاستثنائية - أخرى (، اضطرابات الحركة) النشاط الزائد - النشاط الناقص - النشاط المضطرب - النشاط المتكرر أو النمطية - الجمدة أو التصلب - اللزمات الحركية - الآلية - السلبية - القهر العنوان - المقاومة - النفور (، اضطرابات المظهر العام) النمط الجسمى - تعبيرات الوجه - حالة الملابس - حالة الشعر - الوضع أى الوقفة أو الجلسة (، اضطرابات التفهم) - اضطراب الإدراك الواعى - اضطراب إدراك مضمون الشعور (، اضطرابات البصرة ، الاضطرابات العقلية المعرفية) تدهور الذكاء - التدهور العقلى - المعرفى (، اضطرابات الشخصية) اضطرابات سمات الشخصية - اضطراب نمط الشخصية - اضطرابات الشخصية العامة (، اضطرابات السلوك الظاهر) السلوك الشاذ الغريب - الجناح (، اضطرابات الغذاء) الاقلال - البطء - الافراط - الشره (، اضطرابات الإخراج) البول - سلس - الاسهال والامساك العصبى (، اضطرابات النوم) الزيادة - الأرق - أخرى (سوء التوافق) الصحى - الشخصى - الاجتماعى - الأسرى - نحو موضوعات مادية - نحو المومسات - نحو الذات - انحراف الدرجة - مظهرية - اجرائية - اجرامية - حيوانية - نادرة - أخرى (أعراض نفسية وجسمية) أعراض هستيرية - أعراض نفسية جسمية (- أعراض عامة) الحساسية النفسية - عدم التدين - ضعف الاخلاق - نقص اليول والهوايات - اضطراب مستوى الطموح - عدم وضوح أهداف وفلسفة الحياة - التمرکز حول الذات - مفهوم الذات السالب - مفهوم الذات الخاص ومحتوى خطير) .

*** الأمراض النفسية : العصاب : (القلق - توهم المرض - الضعف العصبى - الهستيريا - الخواف - عصاب الوسواس والقهر والتفكك - الاكتئاب) ، الذهان (الفصام - الهوس - ذهان الهوس والاكتئاب - الهذاء أو البارانونيا) ، الاضطرابات النفسية الجسمية ، ذهان الشيخوخة .**

البحث الاجتماعى :

*** آخر بحث اجتماعى :** تاريخه واسم الاختصاصى وعنوانه ورقم تليفونه وإمكانية سؤاله عن الحالة .

*** المشكلات الاجتماعية السابقة :** المشكلة والسن والمدة والشدة والنتائج والاختصاصى .

* **المشكلات الاجتماعية في الأسرة :** الاسم والسن والمشكلة والمدة والشدة والنتائج والاختصاصي .

* **الأسرة :** بالنسبة لكل من الاب ، والام ، والقرين (الزوج أو الزوجة) وزوجة الاب ان وجدت ، وزوج الام ان وجد ، يبحث (الاسم — السن — توافقه النفسي — صحته العامة — اتجاهه نحو العميل — اتجاه العميل نحوه — علاقة العميل به — مركزه الاجتماعي — ميوله — توافقه الزواجي) ، العلاقات بين الوالدين (مضطربة — خيانات — مشكلات — انفصال — طلاق — أخرى) ، العلاقة بين العميل والوالدين (مضطربة — أساليب خاطئة في التربية — أخرى) ، العلاقة بين العميل والقرين (مضطربة — خلافات — خيانات — مشكلات — انفصال — طلاق — أخرى) ، بالنسبة لكل من الأخوة والأخوات ، والابناء ، والاقارب الذين يعيشون مع الأسرة ، يبحث (الاسم — السن — توافقه النفسي — صحته العامة — اتجاهه نحو العميل — اتجاه العميل نحوه — علاقة العميل به — مركزه الاجتماعي — ميوله) ، بالنسبة للعلاقات الاجتماعية بين العميل والأخوة والأخوات وبين العميل والابناء ، وبين العميل والاقارب الذين يعيشون مع الأسرة ، يبحث (الاضطراب — أساليب التربية الخاطئة — الكراهية — العدوان — أخرى) ، اسباب الاضطراب الأخرى في الأسرة ، الوضع الاقتصادي العام في الأسرة (الدخل الشهري — المنصرف الشهري — المشكلات الاقتصادية) ، حالة السكن (نوعه — عدد الحجرات — كثافة الحجرة — مكان نوم العميل — الشروط الصحية) ، الاتجاه العام للأسرة .

* **المدرسة :** بدء المدرسة (التاريخ — السن — الحضانة أو المدرسة — رد الفعل عند بدء المدرسة) المدارس التي درس بها في كل المراحل (ابتدائي واعدادي وثانوي وعالي — اسم المدرسة أو الكلية — السنوات التي قضاها بها — الميل العام نحو المدرسة — الميل العام نحو المواد الدراسية — مدى الاهتمام بالعمل المدرسي — مستوى التوافق المدرسي العام — التقدير) ، المواد التي درسها أو يدرسها حديثاً (مواد محبوبة — مواد غير محبوبة — مواد سهلة — مواد صعبة — التقدير في كل منها) ، بالنسبة لكل المراحل ابتدائي واعدادي وثانوي وعالي يبحث : العلاقة بين العميل وبين مدرسيه وأساتذته ، والعلاقة بين العميل وبين زملائه ، والتعاون بين الأسرة وبين المدرسة ، وأسباب الاضطراب الأخرى في المدرسة ، ملاحظات أخرى على المدرسة (الهوايات وأوجه النشاط) ، المواهب والمهارات الخاصة ، أنواع التفوق (العلمي — الاجتماعي — الرياضي) ، المشكلات في المدرسة (الغياب — الهروب — الكسل — العدوان — الانطواء — أخرى) ، المواقف الشاذة في المدرسة (في الفصل — أثناء اللعب — في الرحلات) ،

كيف يستجيب (للفشل — للنجاح) ، الخطط الدراسية للمستقبل .
*** المهنة :** المهنة الحالية (ماهى — الدرجة — جهة العمل — تاريخ بدء العمل — الاجر فى الشهر — مدى الاستقرار — درجة الرضا — مدى التقدم — مدى الشعور بالمسئولية — العلاقة بالرؤساء — العلاقة بالملاء — مستوى التوافق المهنى — الغياب عن العمل — واسبابه) المهن السابقة (المهنة — الدرجة — جهة العمل — تاريخ بدء العمل — السنوات التى قضاها فى المهنة — الغياب واسبابه — تغيير المهنة واسبابه) ، اسباب الاضطراب فى المهنة ، ملاحظات اخرى على المهنة ، المطامح المهنية المستقبلية ، الخطط المهنية المستقبلية .

*** المجتمع :** الجيرة (المستوى الاجتماعى الاقتصادى العام — العلاقة بالجيرة — التوافق الاجتماعى مع الجيرة) ، الاصدقاء والرفاق (السن — الجنس — العدد — المستوى الاجتماعى الاقتصادى — التوافق الاجتماعى معهم ، الجماعات التى يفتى اليها غير الاسرة والمدرسة والعمل) — (علاقاته الاجتماعية بها ، مستوى توافقه معها ، المجتمع الخارجى) ، اسباب سوء التوافق الاجتماعى العام مع المجتمع الخارجى) ، اسباب سوء التوافق فى المجتمع (الاصدقاء والرفاق — مشكلات الاقليات — تدهور نظام القيم — الكوارث الاجتماعية — اخرى) ، ملاحظات اخرى (المشكلات الاجتماعية الرئيسية — اوجه النشاط الاجتماعى — مدى الاشتراك فى بناء المجتمع — السمات الاجتماعية للعميل) .

*** عام :** اسباب الاضطراب الحضارية والثقافية ، الدين ، الميول والهوايات واللعب والترويح ، مستوى الطموح هل حقق اهدافه فى الحياة — هل له فلسفة واضحة فى الحياة .

الفحص الطبى :

- * آخر فحص طبى :** تاريخه واسم الفاحص وعنوانه ورقم تليفونه وامكانية سؤاله عن الحالة .
- * الاسباب السابقة بالامراض الجسمية :** المرض والسن والمدة والشدة والنتائج والعيادة او المعالج .
- * العمليات الجراحية السابقة :** العملية والسن والنتائج والعيادة او اجراح .
- * الامراض الجسمية فى الاسرة :** الاسم والسن والمرض والمدة والشدة والنتائج والعيادة او المعالج .
- * الامراض الجسمية الوراثية فى الاسرة :** المرض والمصابون به ودرجة قرابنتهم للعميل .
- * الاصابات والجروح السابقة :** فى الجسم وفى الجهاز العصبى .

- * **الحالة الجسمية العامة :** الصحة العامة ، النمط الجسمي (نحيف — رياضي — بدني) ، العاهات وضروب العجز والتشوهات الخلقية (كيف يعوضها — الاتجاه نحوها) .
- * **بيانات ومعلومات أساسية :** النبض ، الحرارة ، ضغط الدم ، الطول ، الوزن ، الرأس (المحيط — الطول — العرض — الارتفاع) ، الجمجمة (الشكل — النمو العظمي الخارجى — الاصابات) ، الرقبة ، الحلق ، اللسان ، الاسنان .
- * **أجهزة الجسم :** الجهاز الدورى (القلب — الاوعية الدموية — الامراض) ، الجهاز التنفسى (الصدر — الرئتان — الامراض) ، الجهاز الهضمى (المعدة — الامعاء — الكبد .. الخ — الامراض) ، الجهاز العضلى والهيكلى (الحركات النشطة — الحركات الشاذة — التآزر — الإيقاع العضلى — قوة قبضة اليد — استخدام اليد — هيئة المشى — الامراض) ، جهاز الغدد (زيادة افرازها — نقص افرازها — الامراض) الجهاز البولى (محصه — الامراض) الجهاز التناسلى (محصه — الامراض) ، الجلد (محصه الامراض) .
- * **الحواس :** البصر (حدته — رؤية الألوان — مجال الابصار — الامراض) ، السمع (حدته — الامراض) ، الشم ، الذوق ، اللمس .
- * **العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية :** الامراض (المعدية — المزمنة — امراض المخ — امراض الجهاز العصبى الاخرى — أخرى) ، التسمم (الخارجى — الداخلى) .
- * **فحوص طبية أخرى :** فحص الدم ، فحص البول ، فحص الامصال ، الاشعة السينية ، الرسم الكهربائى للقلب ، الرسم الكهربائى للمخ .

الفحص العصبى :

- * **آخر فحص عصبى :** تاريخه واسم الاخصائى وعنوانه ورقم تليفونه وإمكانية سؤاله عن الحالة .
- * **الاصابة السابقة بالامراض العصبية :** المرض والسن والمدة والشدة والنتائج والعيادة أو المعالج .
- * **الامراض العصبية فى الأسرة :** الاسم والسن والمرض والمدة والشدة والنتائج والعيادة أو المعالج .
- * **الامراض العصبية الوراثية فى الأسرة :** المرض والمصابون به ودرجة قرابتهم للعميل .
- * **المخ :** الفحص (استخدام اختبارات لقياس الذكاء والتوجيه والذاكرة والانتباه والتركيز واختبارات الاستدلال على تلف المخ) ، الاصابة (نوع الاصابة — منطقة الاصابة — النزيف أو الاصابة الطارئة — أخرى) ، فحص الفصوص (الفص الجبهى — الفص الجانبى —

الفحص الصدغى — الفحص الخلفى) ، الإصابة (الضعف العقلى وضعف التفكير والذاكرة وصعوبة الرسم والكتابة وصعوبة الاعمال البصرية الحركية) . (انظر اشكال ٣٠ — ٣٥) .

* الاعصاب المخية : ١ — الشمى (الفحص : شم بن ، الإصابة : خشم وهلوسات شمى) . ٢٠ — البصرى (الفحص : حدة الابصار ومجال الابصار وقاع العين ورؤية الالوان ، واستجابة حدقة العين للضوء ، الإصابة : ضعف ومقدرة قوة الابصار وانحصار قوة الابصار فى الاشياء الامامية فقط او اليمنى فقط او اليسرى فقط) . ٣٠ — محرك العين المشترك (الفحص : حركة العين فى كل الاتجاهات واستجابة الحدقة للضوء ، الإصابة : الحول وشلل التحديق الى أى ناحية) . ٤ — الاستعطافى (الفحص : حركة العين اسفل وخارجا ، الإصابة : ارتشاء الجفن وازدواج الرؤية) . ٥٠ — ثلاثى الوجوه (الفحص : القوة الحركية للعضلات الماضغة والصدغية وحس الجانبين فى الجبهة والصدغ والذقن ، الإصابة : فقد الاحساس فوق الجبهة والصدغ والذقن وفقد التنفوق فى ثلثى اللسان الاماميين وضعف العضة) . ٦ — البعد (الفحص : حركة العينين ، الإصابة : الحول وارتعاش المقلة والجحوظ) . ٧٠ — الوجهى (الفحص : الابتسام وتجعيد الجبهة وفتح العين بالقوة حال قفلها والتصغير بالفم ونفخ الشدقين وكز الاسنان مع فتح الفم واحساس التنفوق فى ثلثى اللسان الاماميين بتدق الملح ، الإصابة : الشلل الوجهى وشلل عضلات الجبهة وتعذر الكلام وتعذر الخضع والوجه المقنع وفقد حاسة التنفوق فى ثلثى اللسان الاماميين) . ٨ — السمعى الاتزانى (الفحص : مقياس السمع « الاديو متر » او دقات الساعة وشوكة رنانة « توصيل الهواء توصيل العظمة الحليمية » واختبار التوازن ، الإصابة : الصمم والدوار وفقدان التوازن) . ٩ — اللسانى البلعومى (الفحص : التنفوق فى الثلث الخلفى للسان والانعكاس البلعومى والبلع والصوت ، الإصابة : فقد التنفوق فى الثلث الخلفى للسان وفقد انعكاس الحنجرة والبلع) . ١٠ — المتجول او الرئوى المعدى (الفحص : حالة الحنك واللاهة عند نطق « اه » والقدرة على نطق الحروف المتحركة والانعكاس الحنكى وحالة الحنجرة والقلب والتنفس والهضم ، الإصابة : شلل الحبال الصوتية والبيحة وعسر الكلام وفقدان الانعكاس الحنكى وصعوبة البلع والتنفس واضطراب ضربات القلب واضطراب افراز المعدة والامعاء) . ١١ — الاضافى (الفحص : ادارة الرأس جانبيا ضد المقاومة ورفع الكتفين ضد المقاومة ، الإصابة : التواء العنق وضعف ادارة الرأس جانبيا وصعوبة رفع الكتف او خفضه) . ١٢ — تحت اللسان (الفحص : حجم وشكل وحركة اللسان وعينة من الكلام ، الإصابة :

شلل اللسان وتعذر الكلام) . (راجع شكل ٣٦)

* **المخبط :** الفحص : (اختبار الاصبع والانف وتحويل راحة اليد لأعلى ولأسفل والتصفيق وقفل الازرة واختبار الكعب والركبة وهز الرجلين والمشية والوقوف) ، الاصابة (تراهو العينين وعسر التأزر وارتخاء العضلات وتهزع الجذع) .

* **الحبل الشوكي :** ما بعد الاهرام (الفحص : تعبيرات الوجه ، المشية والوقوف والتقدم والتراجع ، الاصابة : الوجه المنقوع والجمود العضلي وانتقلا والدفع والترجيع) ، المجرى الهرمى (الفحص : اختبارات قوة العضل فى قبضة وفتح وقفل ومد اليد وثنى ومد الذراع والساعد والمقدم واصابع القدم والفخذ والرجل وانعكاسات العضلة ذات الراسين وذات الثلاثة رؤوس والانعكاس البطنى السطحى وانعكاس معلق الخصية وانعكاس نفطة الركبة ، الاصابة : الضعف وتشنج العضلات وتشنج المشية والشلل النصف والرباعى وغيبية الانعكاسات) العمود الخلفى (الفحص : اختبار الاصبع والانف « والعين مقفلة » وحاسة الرسم على الجلد وتجسيم الاشياء ، الاصابة : الخدر وفقدان حاسة اللمس العميق وفقدان حس الموضع) المجرى الشوكى السريرى (الفحص : الالم واللمس السطحى واختبار الحار والبارد ، الاصابة : فقدان الاحساس بالالم والحرارة وفقدان اللمس السطحى) ، الجذر الحسى (الفحص : الالم السطحى والالم العميق واللمس واختبار رفع الرجل مستقيمة والمشية وضبط المثانة وضبط المستقيم ، الاصابة : الالم الجذر والخدر والتنميل وفقدان احساس الموضع واللمس والحرارة والالم وغياب الانعكاسات) ، الجذر الحركى (الفحص : حجم ووقع العضلة واختبارات قوة العضل فى اليد والذراع والساعد والقدم والفخذ والرجل والانعكاسات العضلية وضبط المثانة والمستقيم ، الاصابة : ضعف عضلات فردية وفقدان الانعكاسات العضلية وضمور العضلات وترهلها) .

* **الاعصاب الشوكية :** الفحص : المؤخر الموزع فى مناطق الجلد التى تتفدى بالاعصاب الشوكية من الامام والخلف لتحديد مستوى حدوث الاصابة ، الاصابة : فقد الاحساس فى المناطق المصابة او شلل بها . (راجع شكل ٢٩ وشكل ٣٨) .

* **الجهاز العصبى الذاتى :** الفحص : النبض وضغط الدم واتساع حدقة العين والعرق وحركة الامعاء وسلامة الاداء الوظيفى لباقي الاعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى ، الاصابة : اضطراب الاداء الوظيفى للاجهزة التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى . (راجع شكل ٣٩) .

* **الاحساس :** الاحساس السطحى (الفحص : جانبى الوجه وجانبى

الجذع والاطراف العليا والاطراف السفلى « من أسفل الى أعلى ثم دائرياً » (الاصابة : الألم والخدر والاحساس المرضى) الاحساس العميق (الفحص : أصبع اليد الكبيرة وأصبع القدم الكبيرة « الموضع والحركة » والبروزات العظمية فى الاطراف العليا والسفلى واحساس العضلات وتجسيم الأشياء « التعرف على الأشياء الموضوعة فى اليد والعينين مقلتان » والاحساسات الذاتية ، الاصابة ، الألم والخدر والتنميل والاحساس المرضى) .

* **فحوص عصبية أخرى :** وتشمل — الفحص المنظارى للعين ، قياس المجال البصرى الخارجى ، الأشعة السينية للجبهة ، الأشعة السينية للعمود الفقرى ، التصوير الاشعاعى للجبل الشوكى ، التصوير الاشعاعى للمخ ، رسم المخ ، فحص السائل المخى الشوكى .

ملاحظات عامة :

يجب على الفاحصين تدوين ملاحظات أو وضع تقدير على مقياس تقدير ثلاثى أو خماسى لدى فهم العميل لطبيعة وغرض الفحص ، وفهم التعليمات ، والاتجاهات نحو الفحص ، والاهتمام به ، والرغبة فى أجرائه . والجهد الذى يبذله ، والانتباه ، والتعاون ، والقدرة على التعبير عن النفس . ومجرى الحديث والنشاط الجسمى .

ويجب على الفاحص أيضاً ملاحظة السلوك غير العادى أو الغريب الذى صدر من العميل أثناء الفحص . ومن أمثلة ذلك التمسك بالمعالج والإحاح فى طلب مساعدته كما فى حالات القلق ، والاحتجاج والغضب كما فى حالات الهوس ، والسلبية والامتناع والرفض كما فى حالات الفصام ، وعدم الاكتراث ، كما فى حالات الضعف العقلى .

ملخص الحالة :

يعد ملخص الحالة فى ضوء البيانات العامة وتحديد المشكلة أو المرض الحالى والفحص النفسى والبحث الاجتماعى والفحص الطبى والفحص العصبى والملاحظات العامة .

ويشمل ملخص الحالة **التوصيات** التى تبناها الاختصاصائى ويكتب اسمه وتوقيعه وتاريخ الفحص .

التشخيص DIAGNOSIS

مقدمة :

التشخيص عملية هامة في العلاج النفسى ، وهو من صميم عمل
المعالج (كندى ، ١٩٦٢ ، الكسندر Alexander ، ١٩٦٣ ، واطسون
Watson ، ١٩٦٣ ، وولمان Wolman ، ١٩٦٥ ، فريدمان وكابلان
Freedman and Kaplan ، ١٩٦٧ ، بورتنوف وفيدوتوف Portnov
and Fedotov ، ١٩٦٩ ، كاهن Kahn ، ١٩٦٩) .

والتشخيص هو الفن أو السبيل الذى يتسنى به التعرف على أصل
وطبيعة ونوع المرض . وعملية التشخيص عملية معقدة تبلور نتائج عملية
الفحص الطويلة المتشعبة كما رأينا فى اعطاء اسم للمرض .

وتتضمن عملية التشخيص كذلك التعرف على ديناميات شخصية
المريض واسباب واعراض مرضه ، وهذا له قيمة كبيرة بالنسبة لكل من
المريض والمعالج .

وهدف التشخيص هو الحصول على أساس لتحديد العلاج من خلال
معرفة العمليات المرضية ونوع الاضطراب العضوى أو الوظيفى . وفى
التشخيص نلاحظ أن الاعراض تشير دائما الى خلل فى التكوين النفسى
والجسمى للفرد . ويفيد التشخيص الدقيق فى الاختيار السليم لطريقة
العلاج لى تناسب الاضطراب أو المرض .

وقد يكون التشخيص سهلا يصل اليه المعالج فى الحال عند النظرة
الاولى أو فى المقابلة الاولى ، وخصوصا كلما زادت خبرته العلاجية . وقد
يكفى المعالج بإجراءات قليلة فى عملية الفحص ، ولكن يجب أن نؤكد هنا
أن على المعالج أن يتأنى قبل أن يضع التشخيص .

ويحتاج التشخيص بصفة عامة والتشخيص الفارق بصفة خاصة
الى تدريب متخصص على مستوى عال واعداد غنى وممارسة طويلة .
وقد يقتضى الامر فى بعض الحالات الصعبة أن يلجأ المعالج الى استشارة
اخصائى آخر أو أكثر أو أن يجرى فحوصا متخصصة وغير ذلك مما يعين
فى عملية التشخيص .

ويلاحظ أن بعض المرضى ينهارون عند سماع التشخيص ، وقد
ييالغون فى حالتهم التى قد تزداد سوءا ويقعون فريسة لمزيد من الافكار

المرضية . وقد يهرع المريض الى قراءة الكتب عن الامراض النفسية والعلاج النفسى فيخطئ في فهم وتفسير وتطبيق ما كتب اصلا للمتخصصين مما يزيد الحالة تعقيدا . ولذلك يجب على المعالج اذا وجد أن المريض من هذا النوع أن يتصرف فيخفف من وقع التشخيص عليه .

اهمية التشخيص المبكر :

كلما كان تشخيص المشكلة أو المرض مبكرا كلما كانت فرصة نجاح العلاج أفضل . وهناك كثير من الاعراض والامراض يمكن ملاحظتها بسهولة وفي مرحلة مبكرة مثل العاهات الجسمية والحسية والعقلية الشديدة . وهناك في نفس الوقت اعراض وامراض لا تظهر على الفور مثل التأخير الدراسي وسوء التوافق ، أو ينالها الإنكار والتجاهل مثل العصاب والذهان ، وهكذا تظل بعيدة عن التشخيص المبكر حتى تتفاقم آثارها ويصبح علاجها باهظ التكاليف طويل المدى وأحيانا يكون صعبا .

وهذا يدعو الى التعاون الكامل بين الوالدين والمربين والاختصاصيين ، أى فى الأسرة والمدرسة والعيادة النفسية حتى تكتشف المشكلات وتشخص الامراض فى وقت مبكر بحيث يتسنى اتخاذ التدابير الخاصة الفعالة تجاهها فى وقت مناسب .

التشخيص الفارق : Differential Diagnosis

التشخيص الفارق أو التشخيص التفريقى مصطلح مستعار من الطب وهو يقوم على التفرقة المنهجية بين أعراض مرضين أو أكثر لتقدير أى منهما هو الذى يعانى منه المريض . ويحتم التشخيص الفارق على المعالج سواء كان معالجا نفسيا أو طبيا نفسيا أن يحيط علما بطرق وأساليب زميله فى الفحص والتشخيص والعلاج وأن تزال الحدود المصطنعة بين الاثنين حيث أن هدفهما واحد وهو علاج الحالة .

ومن أهم دواعى الاهتمام بالتشخيص الفارق حالات الامراض النفسية المنشأ والامراض العضوية المنشأ وحالات الاضطرابات النفسية واضطرابات الجسمية وحالات الامراض الجسمية التى يصاحبها اضطرابات نفسية والامراض النفسية الجسمية . وهذا امر له أهميته البالغة لانه فى ضوء هذا التفريق يتحدد طريقة واجراءات العلاج

فمثلا حالة مثل الصرع يلزم التفريق بين ما اذا كان صرعا هستيريا أم صرعا عضويا . ولكل منهما أعراض فارقة ، ففى الصرع الهستيرى يصاب المريض بالنوبة فى وسط الناس ويقع فى مكان آمن ونادرا ما نجد

فيه اصابة ولا يعرض لسانه ولا يتبول اثناء النوبة ، ولا تختفى الانعكاسات لديه ويكون رسم موجات المخ الكهربائية سليما ، اما في الصرع العضوى فان النوبة تباغت المريض في اى مكان ودائما نجد فيه اصابات وكسورا وجروحا وقد يعرض لسانه وقد يتبول اثناء النوبة ويكون رسم موجات المخ الكهربائية مضطربا .

وعلى العموم فان التشخيص الفارق يتطلب الاهتمام بما يلى :

- * التعرف الواضح على أسباب المرض .
- * التفريق بين الاضطرابات العضوية والاضطرابات الوظيفية .
- * تقييم درجة الاضطراب العضوى والاضطراب الوظيفى .
- * اكتشاف رد فعل الشخصية تجاه الاضطراب .
- * تقدير شدة الاعراض لان الفرق بين الشخصية المريضة والشخصية السوية من حيث الاعراض فرق فى الدرجة وليس فى النوع .
- * اتباع الاساس العلمى والاحصائى فى تصنيف وتحليل المعلومات .
- * تحديد فرض تشخيصى دينامى بخصوص طبيعة المرض .
- * تحديد مآل المرض .
- * تحديد نوع واسلوب العلاج الذى يجب ان يتبع .

مصادر الخطأ فى عملية التشخيص :

يلاحظ فى عملية الفحص انه توجد مجموعة من الاستجابات يدل وجودها او عدم وجودها على وجود او عدم وجود العرض او المرض الذى نحاول ان نشخصه . وقد اطلق سمدزلند Smedslund (١٩٦٩) على هذه المجموعة من الاعراض اسم « استجابة الاعراض » .

وقد يخطئ المعالج فيفسر غياب استجابة الاعراض كدليل على غياب المرض ، أو قد يفسر وجود استجابة الاعراض كدليل على وجود المرض . فقد يكون المرض موجودا لدى المريض ولكنه يفشل فى اظهار استجابة الاعراض .

ويمكن تفسير الخطأ فى وجود استجابة الاعراض بما يلى :

- * عدم فهم التعليمات ، وعدم فهم المصطلحات و/أو عدم فهم طبيعة عملية التشخيص .
- * عدم فهم المعلومات الاخرى التى تعطى اثناء عملية الفحص .
- * نسيان التعليمات و/أو المعلومات الاخرى المعطاة .
- والمعكس قد يحدث حين يخطئ المعالج حين يعطى العميل « استجابة الاعراض » رغم انه غير مريض .

ويمكن تلخيص أسباب ذلك فيما يلي :

- * التخمين . أو الاعتماد على الصدفة ، أو إيراد استجابات غير متعلقة بالموضوع .
- * الكذب وعدم اظهار الحقيقة فيما يدلى به المريض من معلومات في المواجهة أو في الاختبارات النفسية .
- * الإدراك المباشر ، فقد يدرك العميل الحل الصحيح بدون السير في عمليات بيئية يهدف المعالج الكشف عنها .
- * العمليات غير المتعلقة بالموضوع التي تبحث أو تتعلم في موقف الفحص .
- * وفيما يلي طرق التغلب على مصادر الخطأ في التشخيص :
- * للتغلب على عدم فهم التعليمات : يجب افهام العميل معنى المصطلحات والكلمات الخاصة ، والتأكد عمليا من فهم التعليمات جيدا .
- * للتغلب على عدم فهم المعلومات الأخرى التي تعطى أثناء عملية الفحص يجب التأكد من انتباه المفحوص باستمرار والاستعانة بالدليل العملي على ذلك .
- * للتغلب على نسيان التعليمات و/ أو المعلومات الأخرى المعطاة : يجب اختصار التعليمات وسهولتها ووضوحها وتكرارها والتأكد من أن العميل يتذكرها .
- * للتغلب على التخمين أو الاعتماد على الصدفة أو إيراد استجابات غير منعلقة بالموضوع : يجب التغلب بالطرق الإحصائية على أثر التخمين ووجود عدد كبير من الفقرات ، وأحداث توازن عكسي ، والتوزيع العشوائي للفقرات .

* للتغلب على مشكلة الكذب يمكن أن يتضمن كل اختبار نفسى مقياسا للكذب يعرف بمقياس « ك » Lie - Scale ويمكن استخدامه جهاز كشف الكذب في بعض الحالات (انظر شكل ٦٣) .

* للتغلب على مشكلة الإدراك المباشر : يجب التثبت من صحة الإدراك . والفرقة بين المعنى الظاهري للإدراك وبين واقع المشير المدرك ، وتجنب وجود أى نوع من الخداع في فقرات الاختبار .



(شكل ٦٣) جهاز كشف الكذب

* للتغلب على العمليات غير المتعلقة بالموضوع التي تبحث أو تتعلم في

موقف الفحص : يجب تحاشي تعميم أو نقل استجابة سابقة الى استجابة لاحقة .

التشخيص في حالة الاطفال :

يحتاج التشخيص في حالة الاطفال الى اشارة خاصة هنا ، وذلك للاسباب الآتية :

- * ان الطفل ما زال ينمو ولم يصل بعد الى تمام نضج الشخصية جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا .
- * ان السلوك العادى وغير العادى عند الاطفال يختلف عنه لدى الكبار .
- * ان المشكلات النفسية الخاصة بالاطفال تختلف مع النمو ، ولذلك يجب ان يهتم المعالج بدراسة علم نفس النمو .

وهناك فرق كبير بين تشخيص وعلاج الاطفال وبين تشخيص وعلاج الكبار . فنحن نجد أن قدرة الطفل على ضبط والتحكم في بيئته محدودة واعتماده على الكبار كبير وتأثيرهم عليه ملحوظ . وكم من حالات اطفال عرضت في العيادات النفسية ، وعند فحصها وتشخيصها نجد أن المريض ليس هو الطفل ولكنه أحد الوالدين أو كلاهما ، أى أن مرض الطفل يعتبر عرضا لمرض أحد الوالدين أو كليهما .

وفي التشخيص في حالة الاطفال يحسن أو يجب الاعتماد على تقارير الكبار وخاصة الوالدين (وبصفة أخص الأم) أو ولي الأمر أو الأخوة أو المربين أو الاخصائيين . ويجب التثبت من مدى صدق وثبات ما يدلى به هؤلاء من معلومات عن الطفل ، ومدى تطابق ذلك مع ما نحصل عليه من معلومات .

وفي التشخيص في حالة الاطفال نجد أنه بجانب طرق الملاحظة وتطبيق الاختبارات والمقاييس التى تناسب السن والمستوى العقلى .. الخ فإن اللعب يعتبر أداة تشخيصية وعلاجية ذات قيمة كبيرة .

التشخيص والاسباب :

يقسم البعض الامراض النفسية والعقلية على أساس الاسباب . ولقد عرفنا أن من النادر أن نضع أيدينا على عامل أو سبب واحد للمرض الا في حالات نادرة . ومن الضروري في عملية التشخيص التفريق بين الاسباب الحيوية والنفسية والبيئية والاسباب المهيئة والمرسبة التى أدت الى المشكلة أو المرض . ويجب ألا نبالغ في اثر مجموعة من الاسباب على حساب الاخرى . ويجب الاهتمام بتحديد الاسباب كما يراها المريض نفسه ، وكما يصدق ذلك نتائج الفحص الشامل ، لان ذلك يساعد في دقة

التشخيص ويجعل التنبؤ بنجاح العلاج محتملا جدا (راجع الفصل الثانى) .

التشخيص والاعراض :

يصنف البعض الامراض النفسية والعقلية على اساس الاعراض . ولقد عرفنا انه يمكن التعرف بدقة على الاعراض وعلى زملة الاعراض .

وبعض الاعراض قد تكون شديدة واضحة يمكن ملاحظتها بسهولة ومباشرة مثل الهياج ، وبعض الاعراض تكون مخفية لا يمكن معرفتها الا عن طريق التقرير اللفظى من المريض او مرافقيه مثل الهلوسات . ومن الضروري فى عملية التشخيص الاهتمام بكل من الاعراض الخارجية والداخلية . ونحن نلاحظ أن العرض الواحد قد يظهر عند شخص نتيجة اسباب عضوية وعند شخص آخر نتيجة اسباب نفسية . ويلاحظ ايضا أن عددا كبيرا من الاعراض قد يكون لها نفس الاسباب ، وفى نفس الوقت نجد أن نفس الاعراض قد تظهر مع غيرها مكونة زملة تميز امراضا متعددة ويجب أيضا تحديد معنى ووظيفة واهداف الاعراض .

ويجب الا يقتصر التشخيص على مجرد اعطاء اسم لمجموعة من الاعراض . وهذا بالضبط يقال بالنسبة للعلاج فهو يجب الا يقتصر على مجرد علاج الأعراض . ويجب الاهتمام بدراسة العلاقات الدينامية بين الاعراض . فالاعراض تتغير بينما الربح الذى يجنيه المريض منها يميل الى أن يكون أكثر ثباتا . والاعراض يكون لها معنى حقيقى عندما نربطها بالشخصية ككل، وهذا يؤدى الى التشخيص الدقيق (راجع الفصل الثالث) .

التشخيص والفحص :

عرفنا أن الفحص الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص المرفق والمعدج الناجح . والفحص الدقيق الذى يؤدى الى مثل هذا التشخيص يجب أن يكون موضوعيا بقدر الامكان وشاملا ومن كافة المصادر المتاحة وبكافة الطرق والوسائل الممكنة (١) . ويجب أن تكون المعلومات منظمة وأن يتم

(١) يجب الاستعانة بالعديد من الاختبارات والمقاييس التى سبق الإشارة إليها . ومنها : اختبار التشخيص النفسى . تاليف حامد زهران . ويقيس ١٤ نوعا من الاضطرابات والامراض النفسية العصبية والذهانية بقصد التشخيص النفسى ، وهى : القلق ، توهم المرض ، الضعف العصبى ، الخواف ، الهستيريا ، الوسواس والقهر ، التفكك ، الاكتئاب ، الهوس ، الفصام ، الهذاء ، المرض النفسى الجسمى ، الاضطرابات الجنسية ، السيكوباتية . ويناسب الشباب والكبار ، ويستغرق ٤٥ دقيقة .

تقييمها وأن يكون تفسيرها دقيقا وتلخيصها مؤديا مباشرة الى التشخيص.

التشخيص والتصنيف :

يجب النظر الى عملية التشخيص نظرة واسعة تتخطى حدود التعرف على المرض والتشخيص الفارق وتصل الى التعرف على ما اذا كان المرض نفسى المنشأ أو عضوى المنشأ ، نفسيا أو جسيما أو نفسيا جسيما ، عصاب أم فحان . وهكذا يجب أن يصل التشخيص الى تصنيف المرض وتحديد وضعه بالنسبة لباقي الامراض النفسية .

وهكذا نجد أن تصنيف المرض النفسى يعتبر دليلا هاما للمعالج فى كل من التشخيص والعلاج . وإلى جانب ذلك فانه يعتبر أمرا ضروريا حين يكتب المعالج تقريره عن حالة المريض أو حين يحوله الى اخصائى آخر .

التشخيص والتفسير :

يتحدث البعض عن التشخيص على انه ذو مرحلتين اولاهما وصف المعلومات التى نحصل عليها من المريض أثناء عملية الفحص ، وثانيتهما تفسير هذه المعلومات . والتشخيص الذى نصل اليه لابد أن نلقى عليه الاضواء التى تفسره من واقع المعلومات التى حصلنا عليها .

ونتم عملية التفسير فى التشخيص عن طريق فرض عدد من الفروض المتعلقة بالاسباب ومحاولة اثبات كل منها أو استبعاده .

ويدخل فى عملية التفسير الاستناد الى نظرية أو أكثر من نظريات الشخصية والعلاج النفسى مثل التحليل النفسى أو النظرية السلوكية أو نظرية الذات ... الخ . ولكل من هذه النظريات وجهة تطل بها على المريض ، وتضمن كل منها عددا من المفاهيم التشخيصية قد تتفق أو تختلف مع زميلاتها فى النظريات الاخرى لدرجة معينة . وعلى العموم فانه يغضى على المعالج أن يلاحظ المفاهيم التشخيصية المشتركة فى معظم نظريات العلاج النفسى .

التشخيص والعلاج :

يرتبط التشخيص بالعلاج . وينظر الكثيرون من المعالجين النفسيين الى عملية الفحص والتشخيص والعلاج كعملية متصلة ، حتى وان قام بالفحص والتشخيص أكثر من اخصائى فان العلاج أيضا عادة ما يقوم به فريق من الاخصائيين . وهذه العمليات الثلاث متصلة مستمرة متداخلة ، فثناء عملية الفحص والتشخيص قد تحدث فوائد علاجية نتيجة لما يقوم به

المعالج لكي يحقق الالفة بينه وبين المريض — من حيث تهدئة المريض وإزالة مخاوفه وتصحيح مفاهيمه . . الخ .

ويرى البعض أن عملية التشخيص تدخل في صميم عملية العلاج ولا تقتصر على كونها مجرد تهديد له . فالمريض يشعر بالثقة ويكتشف الحقائق عن نفسه ويزداد فهمه لشخصيته ويستريح لبوحه بمشكلاته وتخلصه من التوتر . ويطمئن بمجرد شعوره بانتقال المسؤولية الى المعالج الذي يعرف الآن المشكلة والذي شخص المرض . وهنا يشعر كل من المعالج والمريض أن شيئاً قد تم وإنجز . فأسباب المشكلة أو المرض والأعراض قد وضحت والمرضى قد شخص وتحدد طريق العلاج وزاد الأمل في الشفاء .

المآل

PROGNOSIS

يمكن القول بأن الفحص يتناول ماضى المرض وحاضره (ماذا حدث وماذا يحدث) . وأن التشخيص يتناول حاضر المرض (ما هو المرض) مع نظرة الى مستقبله . أما المآل فإنه يتناول مستقبل المرض (ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه وحاضره .

وينضمّن المآل التنبؤ الذى يتحدد في ضوء بداية المرض وأسبابه وأعراضه ومكاسبه وفحصه وتشخيصه وطريقة علاجه ، وشخصية المريض ونوااقفه وبيئته وظروف حياته وصحته العامة .

ومثل المعالج عندما يحدد المآل مثل الطبيب الجراح الذى يحاول التنبؤ بمدى النجاح المحتمل أى بمآل العملية التى يقوم بإجرائها . يحدد الطبيب مسؤولية النجاح المحتمل ان شاء الله .

وتهدف عملية تحديد المآل الى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع ، وتحديد أنسب طرق العلاج لتحقيق أكبر قدر من النجاح ، وتحديد حد من النجاح يساعد في تقييم عملية العلاج .

التنبؤ بمستقبل المرض :

وعلى العموم فإن مآل المرض يكون أفضل في الحالات التالية

- * كلما كانت بداية المرض مفاجئة وحادة .
- * كلما كان ظهور المرض حديثاً ومدته قصيره قبل بدء العلاج (في خلال سنة أشهر) .

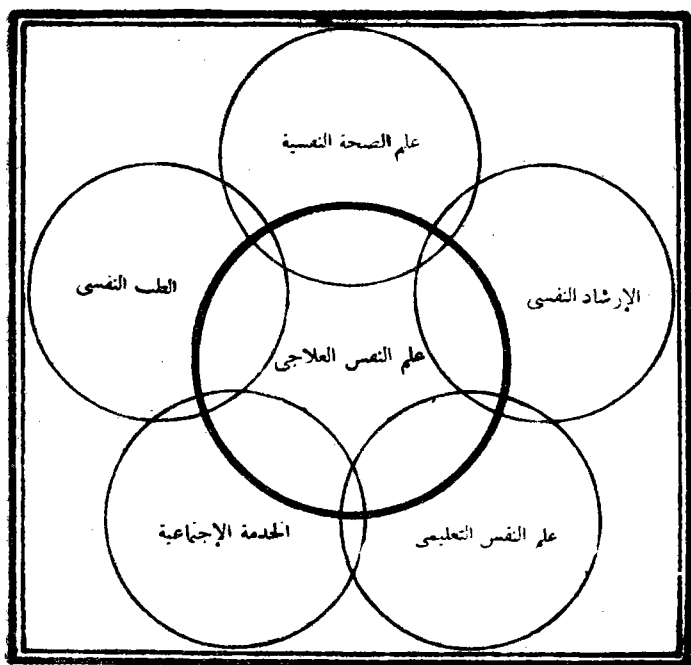
- * إذا عرفت الأسباب المهيئة بدقة وعرف سبب مرسب محدد (راجع ص ١١٥) .
- * عنفها لا توجد عوامل وراثية في الأسرة .
- * إذا كانت الأعراض غير حادة .
- * كلما كانت الأهداف والمكاسب الأولية والثانوية من المرض قليلة (راجع ص ١٤١) .
- * إذا تناول الفحص جميع النواحي النفسية والاجتماعية والطبية والعصبية .
- * إذا كان التشخيص دقيقا .
- * إذا بدأ العلاج مبكرا وقبل حدوث أى تدهور في الشخصية .
- * إذا كان العلاج سليما وبأسلوب الفريق النفسى والطبى والاجتماعى .
- * إذا تحمل المريض مسئولياته في العملية العلاجية وكان تعاونه صادقا .
- * كلما كانت الشخصية قبل المرض متكاملة ومرنة وناضجة نسبيا .
- * كلما كان للمريض تاريخ من التوافق العام والشخصى والاجتماعى والتربوى والمهنى والجنسى .
- * عندما تكون البيئة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية للمريض بعد العلاج أفضل .
- * عندما تكون بصيرته أفضل .
- * عندما يقبل بنفسه طالبا العلاج .
- * عندما تكون ظروف حياته أحسن .
- * عندما تكون صحته العامة سليمة .

الفصل الخامس

العلاج النفسى

PSYCHOTHERAPY

- * مفاهيم عامة فى العلاج النفسى .
- * عملية العلاج النفسى .
- * ملاحظات فى العلاج النفسى .
- * طرق العلاج النفسى .
- التحليل النفسى .
- العلاج السلوكى .
- العلاج النفسى الممركز حول العميل .
- الارشاد العلاجى .
- الاستشارة النفسية .
- العلاج النفسى الجماعى .
- العلاج الاجتماعى .
- العلاج بالعمل .
- العلاج باللعب .
- العلاج النفسى المختصر .
- العلاج الجسمى .
- العلاج النفسى الدينى .
- طرق مساعدة فى العلاج النفسى .



(شكل ٦٤)

مفاهيم عامة في العلاج النفسي (١)

قال الله تعالى : « الذي خلقني فهو يهدين . والذي هو يطعني ويسقين . وإذا مرضت فهو يشفين » .

(سورة الشعراء : آيات ٧٨ — ٨٠)

تعريف العلاج النفسي :

العلاج النفسي بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه اية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعانى منها المريض وتؤثر في سلوكه ، وفيه يقوم المعالج — وهو شخص مؤهل علميا وعمليا وفنيا — بالعمل على ازالة الاعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال امكانياته على خير وجه ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحى ، بحيث يصبح المريض أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل .

والعلاج النفسي هو أقدم أنواع العلاج ، فهو قديم قدم البشرية نفسها ولكنه مر في مراحل تاريخية تطورية أدت به الى ما هو عليه الآن (راجع الفصل الاول ص ١٠٣) .

وكل منا في حياته اليومية يمارس العلاج النفسي بطريقة غير رسمية فالوالد حين يخفف من ثورة طفل ، والفرد حين يهدىء من روع صديق ، والشخص حين يحل مشكلة زميل ، فانه بذلك يمارس نوعا من العلاج النفسي . انه يحاول أن يفهم طبيعة الاضطراب ويتيح فرصة التنفيس ويقوم بالمساعدة الانفعالية ويقدم الدعم والمساندة وتنمية البصيرة وبذلك يعيد التوازن النفسي للطفل أو للصديق أو للزميل . الا ان هذا لا يقوم على اساس علمي ، ويمكن أن نطلق عليه « علاج المصاطب » .

ويستخدم العلاج النفسي في عدد من ميادين العلاج . فهو الاساس في ميدان الصحة النفسية . يستخدم في الطب النفسي وخاصة العلاج بالادوية . ويستخدم في ميدان الخدمة الاجتماعية وخاصة العلاج الاجتماعي ويستخدم في مجال التربية والتعليم وخاصة التوجيه والإرشاد . وتقوم به رجال الدين وخاصة العلاج الدينى أو الاخلاقى .

(١) فيلم تعليمي : « علاج الامراض النفسية » .

وتتعدد مدارس العلاج النفسي العلمى . وكلها تهدف الى علاج المريض نفسيا بطرق تتفق مع نظرياتها . ومن المبادئ الأساسية فى العلاج ان يستخدم المعالج الطريقة التى تناسب كل حالة على حدة حتى يضمن النجاح . ويجب الا يقتصر المعالج على طريقة واحدة ويعتبرها طريقة شاملة . فليس لطريقة من طرق العلاج النفسى افضلية مطلقة على الطرق العلاجية الأخرى . (انظر ايواالت Ewalt ، ١٩٥٧ ، الكسندر Alexander ، فرازير وكار Frazier and Carr ، ١٩٦٤ ، وللمان Wolman ، ١٩٦٥ ، محمد عماد الدين اسماعيل ، ١٩٥٩ ، وصبرى جرجس ، ١٩٦١ ، عثمان فراج ، ١٩٧٠) .

حاجة المجتمع الى العلاج النفسى :

يملا الصراع والاحباط والحرمان حياة بعض الناس فى المجتمع ، ويضيق القلق عليهم الخناق ، فيعيشون فى وحدة وانطواء ، ويتطور بهم الحال الى السلبية واللامبالاة ، وقد يصل الحال الى المرض النفسى الذى يحتاج الى علاج نفسى متخصص . وكثير من الناس فى المجتمع يخطئون فى تقدير مشكلاتهم واضطراباتهم وتحديد مرضهم فيظنون ان امراضهم النفسية ما هى الا امراض جسمية . هؤلاء المواطنون يحتاجون الى **العلاج النفسى** ليساعدهم فى تغيير نمط حياتهم من الضياع والشقاء الى السعادة والهناء .

ان نظرة المجتمع الحديث الى المرض النفسى تختلف عن نظرة المجتمع فيما مضى . فقد أصبح المجتمع الحديث ينظر الى المرض النفسى على انه مرض يحتاج الى العلاج شأنه فى ذلك شأن المرض الجسمى ، ففتحت العيادات النفسية والمستشفيات ابوابها لاستقبال المرضى . الا ان هذا مازال فى حاجة الى المزيد من التوسع فى ضوء تخطيط علمى لتوفير الاختصاصيين فى فريق العلاج النفسى .

ان المجتمع بمؤسساته المختلفة فى الاسرة والمدرسة ووسائل الاعلام ودور العبادة .. الخ ، مسئول عن **عملية التنشئة والتطبيع والاندماج الاجتماعى** للأفراد والجماعات . ان المريض الذى يأتى الى العلاج النفسى هو ابن مجتمعه ونتاج ثقافته . فهو يتأثر بتقاليده ويساير معايير وقيمه ويخضع لحرماته ... الخ . ان المجتمع قد يحدد ما هو واقعى وما هو موضوعى ، وقد ينسب ما هو شخصى وما هو ذاتى . وقد يهتم المجتمع بالجماعة أكثر من الفرد . وقد يفرض المجتمع المنافسة والصراع والرقابة الاجتماعية المفرطة ، وقد يتطرف فى النقد والكف الاجتماعى لسلوك الأفراد .

وقد يمرض المجتمع لبعض **العوامل الهدامة** التى تؤثر على الصحة

النفسية للأفراد مثل الفساد والانحلال وعدم الاستقرار والاضطراب والتفكك والتخلف ، وقد يمر المجتمع بظروف تفرض على الفرد التوتر والقلق مثل ظروف الحرب والازمات الاقتصادية ... الخ .

وتعتبر **الوقاية من الامراض النفسية** من أهم مستلزمات المجتمع نحو أفراد . فقد رأينا في الفصل الثاني من هذا الكتاب (أسباب الامراض النفسية) ان الاسباب البيئية الاجتماعية للمرض النفسي كثيرة (راجع ص ١٢١) وهذه العوامل الاجتماعية المسببة للمرض النفسي يجب عمل حسابها وتصحيحها قبل ان تؤدي بالأفراد في المجتمع الى المرض النفسي . وهذه مسئولية اجتماعية في اطار تحقيق المساواة والعدالة والخدمة الاجتماعية والتأمين الاجتماعي بطريقة مخططة حتى تتحقق الصحة النفسية والصحة الاجتماعية .

وصحيح ان **العوامل الاقتصادية** تلعب دورا هاما في الموضوع . حيث ان العلاج النفسي يتكلف أكثر من غيره من أنواع العلاج جهدا ووقتا ومالا . ومعروف أنه ليس في متناول كثير من الأفراد أن يتحملوا تكاليف العلاج النفسي . وهذا يلقي مسئولية وواجبا على المجتمع أن يكثر من العيادات والمستشفيات النفسية . وخير للمجتمع أن يتحمل تكاليف علاج الفرد المريض سنة في عيادة نفسية يشفى ويعود بعدها عضوا نافعا لنفسه وللمجتمع بدلا من أن يعوله بقية حياته مريضا مزمنيا مقيما في مستشفى للأمراض النفسية .

وهكذا نرى ان **مسئولية المجتمع في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي** تعتبر أحد الملامح الرئيسية لوجوده نفسه .

حاجة الفرد الى العلاج النفسي :

عندما يبدو الشخص مضطرب السلوك بدرجة تخرج عن المعيار العادي للسلوك ، مما يعوق حياته العادية وتوافقه الشخصي والاجتماعي ويعكر صفو سعادته ، فانه يكون مضطربا أو مريضا نفسيا يحتاج الى العلاج . **ويصبح العلاج النفسي ضرورة ملحة** . وقد تكتفى استشارة نفسية مع معالج نفسي لازالة الاضطراب ، وقد يدعو الامر الى التردد على عيادة نفسية لعلاج المرض ، وقد تستدعي الحالة علاجا طويلا أو الى ابداء المريض في أحد مستشفيات الامراض النفسية . وتستجيب كل المشكلات السلوكية البسيطة واضطرابات الشخصية وأنواع العصبان وأنواع الذهان والأمراض النفسية الجسمية للعلاج النفسي .

ولا يجوز اللجوء الى غير المختصين ، اذ ان اللجوء الى غير المختصين

والدجالين ومدعى العلم لا يفيد ، فضلا عن انه قد يكون خطرا محققا (١) .

اهداف العلاج النفسي :

الهدف الاسمى للعلاج — مهما تعددت واختلفت المدارس التى ينتمى اليها المعالجون النفسيون — هو تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسى اى مساعدة الفرد على تحقيق السعادة مع نفسه ومع الاخرين ، والتوافق مع نفسه ومع بيئته واستغلال قدراته حتى يستطيع مواجهة مطالب الحياة والواقع والحياة فى سلامة وسلام .

وعلى العموم فان العلاج النفسى يسمى الى تحقيق **الاهداف التالية :**

- * ازالة العوامل والاسباب التى ادت الى المرض .
- * علاج اعراض المرض .
- * حل المشكلات ومواجهتها وتحويلها من مشكلات مهيمنة الى مشكلات مسيطرة عليها .
- * تعديل السلوك غير السوى ، وتعلم السلوك السوى الناضج .
- * تعديل الدوافع التى تكمن وراء السلوك السوى الناضج .
- * التخلص من المشكلات السلوكية ، وزيادة البصيرة بالنسبة لها ، وتعليم اساليب مواجهتها مستقبلا .
- * التخلص من نواحي الضعف والعجز ، وتعزيز وتدعيم نواحي القوة ، والاعتراف على القدرات وتنميتها .
- * تحويل الخبرات المؤلمة الى خبرات مفعمة (٢) .
- * تغيير مفهوم الذات السالب والقضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة ، وتنمية مفهوم الذات الموجب وتحقيق التطابق بين مستويات مفهوم الذات .
- * تحقيق تقبل الذات وتقبل الاخرين ، واقامة علاقات اجتماعية سليمة .
- * زيادة قوة الذات وتدعيم بناء الشخصية وتحقيق تكاملها .
- * تحقيق التوافق الشخصى والاجتماعى والمهنى .

(١) يقول المثل العربى : « اعط القوس باربها » . ويقول المثل العامى « اعطى الميش لخبازه » . وجدير بغير المختصين هؤلاء ان يسمعوا قول الشاعر :

يا بارى القوس برىا لست تتقنها لا تفسدنها واعط القوس باربها
(٢) يقول المثل العربى : « ما ضاع من مالك ما علمك » . ويقول المثل العلمى « انخسارة الى تعلم مكسب » .

- * تعلم اساليب اكثر فاعلية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة ، بصورة واقعية .
- * زيادة القدرة على حل الصراع النفسى والتغلب على الاحباط والتوتر والقلق .
- * زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية بالنسبة لتقديم العلاج نحو تحقيق اهدافه .
- * العمل على اتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث النكسة .

اخلاقيات العلاج النفسى :

اخلاقيات العلاج النفسى جزء لا يتجزأ من اخلاقيات علم النفس و اخلاقيات العلم و الاخلاقيات بصفة عامة . وفيما يلى كلمة عن اهم اخلاقيات العلاج النفسى :

الترخيص : ويعطى الترخيص للمعالج من الجهات العلمية والرسومية بعد التأكد من المؤهلات العلمية والعملية فى العلاج النفسى . وقبل الحصول على الترخيص يقسم المعالج قسم المهنة بأن يراعى الله فى عمله ويراعى اخلاقيات المهنة .

العلاقة المهنية : ان العلاقة المهنية يجب ان تكون محددة فى اطار العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض ويجب ان تكون محكومة فى اطار محدد من المعايير الاجتماعية والقيم الاخلاقية والا تخرج عن حدود هذه المعايير وتلك القيم حتى يجد المريض فيها خبرة حقيقية لعلاقة اخلاقية مع انسان آخر .

سرية البيانات والمعلومات : وسرية البيانات والمعلومات امر بالغ الاهمية فى عملية العلاج النفسى . فالمريض حين يفضى الى المعالج بأسرار حياته قد يبوح بسلوك يشعره بالذنب او يدينه قانونا . الخ . فالمريض قبل ان يبوح بمثل هذه الاسرار يحتاج الى تأكد من جانب المعالج ان كل ما يدلى به معلومات سوف يحاط بأطار كامل من السرية المطلقة وان اسراره تكون عند المعالج فى امان تام (١) .

١١- يجب على المعالج فى حالة كتابة بعض المذكرات المختصرة عن الحالة اثناء الفحص وخلال جلسات العلاج ان يعرف المريض بذلك وان ما يحسه يكون فى شكل رموز اصطلاحية وان ذلك ضرورى لدراسة كل نقطة اولا باول وحتى يعرف مقدار ما تحقق من نجاح وحتى لا ينسى . ونذكر هنا المثل الانجليزى الذى يقول :

« اضعف حبر افضل من اقوى ذاكرة »

The weakest ink is better than the strongest memory

العمل المخلص : فالعلاج النفسي عمل انساني يحتاج الى الاخلاص في العمل مما يرضى ضمير المعالج حين يقدم كل الخدمات النفسية العلاجية للمريض .

العمل كفريق : والتعاون بين الاخصائيين المختلفين في عملية العلاج مثل 'المعالج النفسي والطبيب النفسي والاختصاصي الاجتماعي وغيرهم . فمن المعروف ان معظم الامراض النفسية لها اسبابها الاجتماعية ومظاهرها الجسدية وكذلك فان معظم الامراض الجسدية لها عناصرها النفسية وآثارها الاجتماعية .. وهكذا .

احترام اختصاص الزملاء : وهذا واجب حتى حين يضطر أحد الاختصاصيين للقيام جزئياً بعمله .

الاستشارة المتبادلة ، والاستعانة بأى اختصاصي آخر . فأحياناً يحتاج المعالج الى مشورة طبيب الاعصاب أو الطبيب الباطني أو حتى المحامي .

احالة المريض الى اختصاصي آخر . وهذا واجب اذا لاحظ المعالج ان الحالة تحتاج الى علاج متخصص يخرج عن اطار تخصصه . فمن الخطأ ان يحاول المعالج علاج كل شيء .

موضوع التكاليف : وهذا امر هام ولكنه يجب الا يتحكم في عملية العلاج نفسها مهما كانت الظروف ، سواء كان العلاج مجانياً او يدفع المريض تكاليفه .
كرامة المهنة : ويجب ان يحافظ المعالج النفسي على كرامة المهنة في علاقته بالجمهور والمرضى وذويهم وفي سلوكه بصفة عامة .

عملية العلاج النفسي

الاجراءات المشتركة في طريق العلاج النفسي :

يمكن عرض الاجراءات المشتركة في طريق العلاج النفسي من خلال استعراض عملية العلاج النفسي ذاتها ، هذه العملية التي يجب أن تكون متينة الاساس منظمة البناء مخططة الاجراءات في اطار النظريات القائمة على فهم طبيعة الانسان .

وفيما يلي اجراءات العلاج النفسي المشتركة بين كافة طرقه :

المناخ أو الجو العلاجي :

يبدأ العلاج النفسي بتهيئة المناخ أو الجو العلاجي المناسب . ويتضمن ذلك اعداد مكان هادئ ومناسب لعملية العلاج والاتفاق مع المريض على

مواعيد العلاج ونفقاته وتبصيره بالدور الذى سيقوم به ويتطلب العلاج النفسى جوا يتيح فهم سلوك المريض كما يفهمه هو ومن واقع اطواره المرجعى . ويتضمن ذلك فهم آراء المريض وأفكاره وانفعالاته ومشاعره ودوافعه وحاجاته واتجاهاته وردود فعله نحو مشكلاته وطرق حلها ومعنى اغراضه وأهدافها .

ان الجو العلاجى المشبع بالامن والفهم والتقبل يعتبر مثيرا لانفعالات سارة ومريحة ويبعث فى المريض الطمأنينة والامل . وان استرجاع المريض للمواقف المثيرة للقلق مرة ثانية بطريقة رمزية فى جوفسى مريح سار يساعد على الربط بين هذه المثيرات وبين الشعور بالراحة الذى يشجع فى الجو العلاجى .

العلاقة العلاجية :

فى المناخ العلاجى المناسب تقوم العلاقة العلاجية . وأول شئ يحدث فى جلسة العلاج هو أن يرحب المعالج بالمريض ، ويتحدث المريض الى المعالج عن مشكلته ومرضه ، ويستجيب المعالج للمريض فى بشاشة وتسامح وصداقة وتقبل وتقدير وفهم واحترام ورغبة صادقة فى مساعدته . وسرعان ما يستجيب المريض استجابات تلونها الثقة المتبادلة والشعور بالامن والراحة والامل والسعادة والتعاون .

ويتحدد فى العلاقة العلاجية المسؤوليات الملقاة على عاتق كل من المعالج والمريض .

وتتضمن العلاقة العلاجية التفاعل والاتصال بين المريض والمعالج . والاتصال هو الوسيلة التى تعزز أو تقوض العلاقة العلاجية . قد يكون الاتصال بلغات عديدة تشمل الاتصال اللفظى وبالإشارات واللمحات والوضع واللبس . وقد يكون رمزيا له معان ضمنية كامنة تختلف عن معناه الظاهرى . ويوجه المعالج انبهاه الى مجرى الاتصال بينه وبين المريض ويختار وينتقى عناصر يركز عليها وعناصر يخطاها وعناصر يستجيب لها استجابة وقتية مباشرة وعناصر يحتفظ بها جازبا حتى وقت آخر مستقبلا . وتكون استجابات المعالج كلها بناءة فى شكل شرح وتفسير وتوضيح وتأكيد وإيحاء ومشاركة وجدانية . الخ ، وهذا يحتاج الى الى تكتيك خاص للوصول الى الاهداف الاستراتيجية للعلاج . ويجب أن يختار المعالج الوقت المناسب لاستجاباته .

ويؤكد المعالج للمريض ان سرية المعلومات أمر مفروغ منه فليس سطر قواعد العلاج النفسى السرية المطلقة ، وان كل ما يقلل يلقي من المعالج كل عناية واهتمام .

وتستمر العلاقة العلاجية طوال فترة العلاج الذي يستغرق وقتا . ونحن نعلم أن العلاج النفسي بأى طريقة عملية طويلة حيث أن أتمسك السلوك غير السوى التى ثبتت خلال مدة طويلة من الزمن تقاوم التغيير السريع ، كذلك فإن أحداث تغير فى الشخصية يحتاج الى تعلم جديد وتعلم انماط وعادات سلوكية جديدة وهذا يحتاج الى وقت . **والوقت المطلوب** لأحداث التغيير فى السلوك لا يقاس بالساعات ولكنه يقاس بالخبرات التى يمر بها المريض أثناء عملية العلاج . فقد يحقق معالج ومريض تقدما واضحا فى وقت أقصر كثيرا من الوقت الذى يستغرقه نفس المعالج مع مريض آخر . ومن الطرق العلاجية التى تستغرق وقتا طويلا التحليل النفسى (١) .

وطالما استمر الاتصال بين المريض والمعالج فإن **العلاقة العلاجية** تزداد ثراء وتصبح أكثر فعالية وإنتاجا . ويزداد جهاد كل منهما ونضاله ويستغرقان طول الوقت فى سبيل نجاح العلاج ، وتتملك العملية العلاجية تفكير كل منهما ، وتسيطر على سلوك المريض فى عمله وفى أوقات فراغه وإثناء نشاطه الاجتماعى .

التداعى الحر : Free-association

التداعى الحر أو « الترابط الطليق » هو إطلاق العنان لأفكار المريض وخواطره واتجاهاته وصراعاته ورغباته وأحاسيساته تتداعى وتستمرسل حرة مترابطة تلقائيا دون تخطيط أو اختيار أو تحفظ أو قيد أو شرط ودون تقيد بمعناها أو تماسكها أو تسلسلها وحتى دون التقيد بالمنطق ، ومهما بدت تافهة أو معيبة أو مخجلة أو محرجة أو بغيضة أو مؤلة أو مستهجنة أو سخيفة أو غريبة أو عديمة الصلة بالموضوع . أن المريض يذكر كل شئ وأى شئ .

ويهدف التداعى الحر الى الكشف عن المواد المكبوتة فى اللاشعور واستدراجها الى حيز الشعور .

(١) يحدد بعض المعالجين الجلسة العلاجية بمدة لا تقل عن نصف ساعة ولا تزيد عن ساعة . وفى بعض أنواع العلاج مثل التحليل النفسى تستغرق حوالى ٣ - ٥ جلسات فى الاسبوع . وبعض المعالجين يكتفون بجلسة واحدة اسبوعيا . وهكذا حسب وقت المعالج وشدة المرض وظروف المريض . وينبغى ألا تكون مواعيد الجلسات متقاربة جدا . ومن المفيد أن يفصل بين كل جلسة وأخرى بضعة أيام لأن ذلك يساعد على منح المريض فرصة تزيد من استبصاره بنفسه .

وفي التداعى الحر يكون المعالج يقظا للملاحظة انفعالات المريض وحركاته العصبية . او لما يتورط فيه من **فئات اللسان** (كلمات الحق التى ترد على اللسان بدون قصد أثناء الكلام ، ومثلها زلات القلم) او لما يعتريه من تلثم وتردد او تحرج او تاخر او تغير شديد او توقف مفاجيء فى تسلسل التداعى وقرابطه ، او لما قد يدلى به من تعليق او اعتراض على عملية التداعى مما يدل على مقاومة المريض ومحاولته — لا شعوريا عادة — تجنب مواجهة موقف او خبرة معينة . وقد يتدخل المعالج أحيانا ليشج أو يوجه أو يفسر أو يطلب المزيد فى ناحية خاصة ، كل هذا كثير ! عملية الاسترسال فى التداعى الحر .

وعندما يتم استعادة ما استبعد بطريق الكبت من اللاشعور الى الشعور فان ذلك قد يستثير قلق المريض ، وهنا يعمل المعالج على تدعيم ذات المريض بدرجة تجعلها قادرة على أن تسيطر على القلق .

وبعد ذلك يتم تفسير كل ما كشف عنه التداعى الحر من مشاعر وأفكار ورغبات وأجاءات وصراعات . . . الخ وعلاقتها بخبرات المريض ومشكلاته ، ويساعد المعالج المريض فى الاستبصار بهذه المواد التى لم يكن يعيها .

التنفس الانفعالى : Emotional Catharsis

تعتبر العلاقة العلاجية السليمة فرصة سانحة للتنفس الانفعالى . ويعتبر التنفيس أو **التفريغ الانفعالى** بمثابة تطهير للشحنات النفسية الانفعالية وخطوة هامة فى العلاج النفسى . فالتنفيس عملية ضرورية لتخفيف ضغط الكبت حتى لا يحدث الانفجار وحتى لا يتصدع وينهار بناء الشخصية . وفى العلاج تتاح الفرصة ليفرغ المريض ما بنفسه من انفعالات ويتخلص من التوتر الانفعالى . ويحدث هذا حين يتحدث عن صراعاته واحباطاته وحاجاته ومشكلاته ومخاوفه ونواحي قلقه وانماط سلوكه المنحرف فى حسن الاصغاء وتشجيع التعبير عن النفس وفى جو آمن خال من الاحكام الاخلاقية واللوم والعقاب . (١)

وهناك وسائل كثيرة يستخدمها المعالج لمساعدة المريض فى عملية التنفيس الانفعالى منها التداعى الحر او الترابط الطليق .

(١) نذكر المعالج هنا انه من اصعب الامور أن يعرف الانسان نفسه وان من أسهلها أن يعظه غيره .

وقد يستخدم المعالج طريقة الشرح والتفسير وتوضيح الحالات الانفعالية بما يتيح الفرصة للمريض لى يرى هو نفسه وما فى سلوكه وانفعالاته من تناقض بسبب شقائه النفسى .

ويمكن تشبيه عملية التنفيس الانفعالى بعملية التحنيط اى سحب الروح الانفعالية من الخبرة المخيفة فتصبح - رغم ظهورها فى حيز الشعور - غير مخيفة . ان الخبرة الانفعالية المترتبة بالفرد مثلها كمثّل الوحش المفترس يخيف باستمرار حتى وهو بعيد . أما عندما تنفس وتفرغ الشحنة الانفعالية تكون مثل الحيوان المحنط ، كان وحشا مفترسا يخيف فعلا ، ولكن تم صيده والسيطرة عليه وسحب روحه وتحنيطه فأصبح مع وجوده فعلا لا يخيف . ويشبه البعض عملية التنفيس الانفعالى بأنها عملية بكاء على كتف المعالج .

ويلاحظ انه قد يعوق عملية التنفيس الانفعالى تدخل انفعالات مؤلمة (مثل الاشمزاز والخزى والشعور بالذنب والقلق) مما يضطر الأنا الى اللجوء الى حيل الدفاع النفسى ضد هذه الانفعالات المؤلمة مثل الانكار والتكوين العكسى والالغاء ... الخ . ولذلك فان على المعالج ان يهيبء جوا خاليا من الرقابة يستطيع المريض فيه ان يعبر عن نفسه بحرية وانطلاق مما يهيبء له نقطة البداية للتبصر فى نفسه .

التفسير : Interpretation

يحدث اثناء جلسات العلاج النفسى ان تظهر خبرات تحتاج الى تفسير . ويتضمن التفسير ايضاح ما ليس واضحا وافهام ما ليس مفهوما واستنتاج المعانى الكامنة وراء اللتوريات ، واستدراك ما نسيه المريض من بين ما يقوله ، وقراءة ما بين السطور ، واعادة بناء خبرات المريض غير الواضحة .

ويجب ان يكون التفسير واضحا كاملا وصحيحا ومنطقيا حتى يقبله المريض ، وفى ضوء النظريات العلمية وفى لغة يفهمها المريض .

وقد يكون التفسير صامتا ، أى انه قد يحدث فى عقل المعالج ولا ينقله الى المريض . وهذا التفسير الصامت هام فى فهم حاجات المريض والاساسى فى خطة العلاج .

ويتناول التفسير : العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج ، والمواد تنكشف اثناء اجراء التداعى الحر ، والاعراض المرضية ، والسلوك الحالى الماضى للمريض ، والسلوك اثناء وخارج جلسات العلاج ، والعلاقات الشخصية والاجتماعية مع الآخرين فى الماضى والحاضر ، واهداف الحياة واسلوب الحياة .. الخ .

ويلجأ المعالج الى التفسير لأسباب عديدة منها : احداث تغيير في ادراك المريض للضربات أو احداث تغيير في معرفته ومشاعره تجاه نفسه ، و احداث تغير في سلوكه ، وتنمية بصيرته ، ومساعدته في حل مشكلاته ، وكشف الصراعات والمساعدة في حلها ، وابعاد القلق ، وتسهيل التداعى الحر ، وزيادة اهتمام المريض بعمليات العلاج ، وشعور المعالج بعمل شيء ملموس للمريض .

ومن اهم معايير التفسير الصحيح انه يحدث آثارا ايجابية في سلوك المريض منها : تخفيف القلق وتقليل اللجوء الى حيل الدفاع النفسى ، وتناول المشكلات بوضوح أكثر ، وظهور معطيات وابعاد جديدة . هذا ويلاحظ ان التفسير الجزئى قد يضر أكثر مما ينفع ، وان التفسير الخاطىء له آثاره الضارة .

ونتوقف درجة الوثوق بالتفسير على تجميع اكبر قدر من المدة والمعطيات المتنوعة ذات الاهمية الخاصة التى يدركها المعالج بخبرته ومهاره والتى ترتبط بشخصية المريض وحالته . فلاشك أن التفسير الذى يقوم على معلومات قليلة يكون اقرب الى الغرض منه الى التفسير . ويجب ربط هذه المواد والمعطيات بشخص المريض فى مجموعه وواقعه ، فى ضوء تتابع احداث حياته ومجموع علاقاته مع البيئة . كذلك يجب تفسير اكبر عدد من الوقائع باستخدام اقل عدد من الفروض .

ومن المهم تقرير متى يبدأ التفسير . ان هذا يتوقف على تقدير قدرة المريض على تقبل وتحمل التفسير . فيجب أن يقدم التفسير فى اللحظة السيكلوجية المناسبة لتقبله . وقد يخطئ المعالج - وخاصة اذا اراد الاسراع بعملية العلاج - ويدلئ بتفسير مبكر أو فى غير أوانه ، وهذا قد يضر ولا ينفع . فقد يؤدى بالمريض الى حالة من الفزع والقلق واللجوء الى المقاومة أو الانصراف عن العلاج .

وقد يتطلب الامر الاستمرار فى تفسيرات خاصة رغم فشل المريض فى تقبل أو استيعاب بعض التفسيرات . ذلك لأن هذه التفسيرات تتناول الحياة الانفعالية للمريض ولا يتوقف تقبلها على المستوى العقلى المعرفى فحسب - بل على المستوى الانفعالى ايضا .

ومما يجب الاهتمام به (مناسبة التفسير) ، وذلك بهراعاة ضرورة أن يتناسب عمق التفسير مع مستوى استيعاب المريض . كذلك يجب ألا يكثر المعالج من التفسير مرة واحدة ، بل يجب أن يكون فى شكل « جرعات » مناسبة . ويجب أن يلاحظ المعالج أن اتجاهاته وحركاته لها أهميتها فى

هذه الناحية ، فكل ما يعبر عنه المعالج بالكلام أو الحركة يعتبر تفسيراً بالنسبة للمريض .

الاستبصار : Insight

وبعد أن يحدث التنفيس الانفعالي وتطفو الانفعالات على السطح وتظهر دوافع السلوك ، يستطيع المريض فهمها وفهم نفسه ومعرفة مصادر اضطرابه ومشكلاته ويتعرف على نواحي قوته ونواحي ضعفه وعلى ايجلياته وسلبياته وبهذا يزيد استبصار المريض بخصوص سلوكه المرضي ويصبح أكثر قدرة على التحكم في هذا السلوك . ولا شك أن فهم الذات يعتبر أمراً بالغ الأهمية بالنسبة للعلاج الناجح . (١)

ويتبع نمو الفهم وزيادة الاستبصار تفسيرات من جانب المعالج تمهد للمزيد من التقدم الإيجابي من جانب المريض . وحين تتم محاولة تنمية بصيرة المريض وفهمه لذاته فإن ذلك يجب أن يكون عن طريق نشاط المريض الذاتي الذي يوجهه المعالج بحيث يتحقق تعلم جديد يتغير على أساسه السلوك .

التعليم وإعادة التعلم : Learning and Relearning

ويتيح العلاج النفسي للمريض خبرة جديدة سليمة تتيح تعلم السلوك السوي وأساليب التوافق النفسي السليم .

ويمكن اعتبار التعلم التدريجي لحرية التعبير وإقامة اتصال مناسب مع الآخرين ، عوامل أساسية للعلاج ومعايير لتطوره .

إن المريض النفسي يكتسب سلوكه المرضي أو انحرافه عن طريق تعرضه لخبرات نفسية شخصية واجتماعية غير سليمة . وقد يكون علاجه عن طريق إعادة تعرضه لخبرات من نوع آخر في أثناء الموقف العلاجي .

وإذا نظرنا إلى الموقف العلاجي كعملية تعلم وإعادة تعلم فإن هذا يتضمن إعادة التنظيم الإدراكي للمريض وتكوين مدركات جديدة . وهنا يقرب موقف المعالج من موقف المعلم ويستخدم كل ما يعرفه في نظرية التعلم وطرق التربية . وقد تأخذ عملية التعلم هنا شكل المحاولة والخطأ أو التعلم الشرطي ... الخ .

(١) يقول الشاعر :

هم أطلقوا الحزن فأرناحت جوانحهم وما استرحت بحزن في مخفون

مر هذا بعد عملية العلاج النفسي عملية هو تشمل النهو العقلي والامعالي والاحساسى للمريض . ويؤدى الى نمو سليم لمفهوم الذات لديه . ويبدو هذا 'ص بوجه وارثاد المريض ومعاونته في تعلم اساليب جديدة للتوافق وحل المشكلات والاستجابة للمثيرات المؤلمة في هدوء انفعالى . وهكذا يهيىء العلاج النفسى للمريض جوا آمنا يتعلم فيه من جديد ثم ينتقل اثر هذا التعلم الى العالم الخارجى . ان انتقال اثر التدريب من الموقف العلاجى الى مواقف الحياة اليومية خارج العيادة النفسية يعتبر مراهما . ويتم ذلك عن طريق عملية التعميم حيث يعمم المريض لاتجاهات التى كونها نحو المعالج والخبرات التى اكتسبها الى سائر الناس والمواقف فى البيئة التى يعيش فيها .

ان المعالج عادة يضع نصب عينيه ان يعلم المريض حل مشكلاته بنفسه وتعديل سلوكه ، وهذا خير ألف مرة من ان يحل له المشكلة التى دها فحسب (١) .

تعديل وتغيير السلوك : Behaviour Modification and Change

بعد هذا 'الاجرا' من اهم اهداف عملية العلاج النفسى . ويهدف تعديل وتعديل الاضطرابات السلوكية المتعلمة من السوء والغريب . ويهدف الى الاحساس . المؤلف والعادى والتوافق .

عملية تعديل وتغيير السلوك على النحو التالى :

- * - اوك المطلوب ، تسخيله وتغييره : ويتم ذلك باكبر قدر من ... وموضوعه .
- * تحديد المردود التى يحدث فيها السلوك المضطرب : ويتضمن ذلك تحديد كل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يتلوها من عواقب .
- * تحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب : ويتضمن ذلك الاسباب والخبرات والارتباطات ... الخ .
- * اختيار الظروف التى يمكن تعديلها أو تغييرها : ويتم ذلك بالتعاون بين كل من المعالج والمريض .
- * اعداد جدول لاعادة التعلم والتدريب : ويشمل ذلك اعداد خبرات ومواقف متدرجة يتم فيها اعادة التعلم والتدريب من خلال ممارسة السلوك الجديد فى اطار الخبرة المعدلة .
- * تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب : ويقصد بذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التى تحدث فيها .

(١) يقول المثل الصينى : اذا جاعك طفل جاع فلا تعطه سمكة ، ولكن علمه كيف يصيد السمك . فاننت اذا اعطيته سمكة فقد اطعمته يوما ، ولكن اذا اعطته السمك فقد اطعمته طوال العمر .

* تعديل الظروف البيئية : ويتضمن ذلك تعديل الظروف والموافق التي كان يحدث فيها السلوك المضطرب الى ظروف ومواقف تؤدي الى حدوث السلوك المرغوب .

وهكذا نجد ان لعملية تعديل وتغيير السلوك فوائد منها : تعديل مفهوم الذات لدى المريض ، وتعديل وتغيير انفعالاته غير السوية ، وتعديل أفكاره ومعتقداته عن سلوكه وعن الآخرين ، وتعديل اتجاهاته السالبة والجامدة والمتعصبة ... الخ .

تغير الشخصية :

عندما تنمو بصرية المريض ويتعلم اساليب سلوكية جديدة ، فانه يكون في وضع يمكن فيه احداثا تغيير في سلوكه واحداثا توافقي اكثر ملامة . ومثل هذه التغيرات قد تكون صغيرة او كبيرة وقد تتناول البنساء الوظيفي والبناء الدينامي للشخصية ، وقد تتناول نواحي اخرى كثيرة في سلوك المريض . ولهذا نجد ان احداث التغيير في شخصية المريض واعادة بنائها امر خطير يحتم ان يقصر اجراؤه على المعالجين النفسيين المختصين .

وهكذا نجد ان التغيير الذي يحدث في الشخصية اساسه نمو البصرية وعملية التعلم واعادة التعلم . وعلى هذا الاساس يكون المريض لنفسه فلسفة مائة في الحياة لتحقيق اهداف جديدة اكثر واقعية ، ويشعر بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والتفكير السليم والقدرة على حل مشكلاته مستقلا مستقبلا . وهنا يبدأ استقلاله عن المعالج ويتم الشفاء .

انهاء العلاج :

وهيث ان طبيعة عملية العلاج النفسي تجمع بين المعالج والمريض في تفاعل وعلاقة علاجية لتحقيق هدف محدد ، فان هذه العلاقة مهما كانت شاملة فانها مهيئة ومهما طاللت فانها موقوتة يمضي بعدها كل في طريق . وقد يحدث هذا بعد جلسة علاجية واحدة او بعد عشر جلسات او حتى بعد مائة جلسة . اى انه سيأتى الوقت الذي يجب فيه انهاء العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج بعد تحقيق الاهداف الرئيسية واهمها نجاح العلاج . وهكذا فان العلاقة والتفاعل بين المريض والمعالج تصل الى درجة لا يمكن ان يتحقق بعدها اكثر مما تحقق . وهنا يجب انهاء العلاج مع ترك الباب مفتوحا امام المريض لكي يعود في اى وقت يشعر فيه بالحاجة الى ذلك .

ويلاحظ انه قد ينهى العلاج اضطراريا دون تمام الشفاء نتيجة

لظروف خارجية . كذلك يلاحظ انه في كثير من الحالات يختلف اساس انتهاء العلاج حسب مستوى طموح كل من المالعج والمريض وبالنسبة لنتائج عملية العلاج ، وكذلك حسب حاجات وطاقات المريض .

ويختلف المعالجون النفسيون حول التحديد الدقيق للعلاج الناجح وحول علامات الشفاء التي يستندون اليها لانتهاء العلاج .

ومن علامات الشفاء التي يجمع عليها المعالجون لانتهاء العلاج :
تخلص المريض من القلق ، وظهور علامات اعادة بناء وتغير تنظيم الشخصية ، والقدرة على مواجهة التوترات والصمود امامها وخفضها بنجاح ، والقضاء على الكف والكبت والنكوص ، وقدرة المريض على تحقيق امكانياته وتوافقه الجنسي والاجتماعي والمهني ، وتوافق المطامح مع قدرات الذات ومع الواقع ، والقدرة على السلوك مع التنبؤ بنتائج البعيدة ، والعمل على رسم فلسفة للحياة والعمل على تحقيقها ، والعدول عن الاتجاهات التزميتية التدميرية ، وفهم الديناميات المسؤولة عن المشكلات ومواجهة وتقبل الواقع ، والاستقلال في حل المشكلات ، وظهور آثار التعلم ووضوح ونمو بصرية المريض .

وانهاء العلاج والعلاقة العلاجية أمر يحتاج الى مهارة وخاصة من جانب المعالج . فقد يجد كل من المريض والمعالج أن انتهاء العلاقة العلاجية أمر صعب أو حتى مؤلم أحيانا . فقد كانت علاقتهم قوية وذات أهمية لدرجة أن كليهما وخاصة المريض لا يود انهاءها . وقد يعبر عن ذلك عودة بعض الاعراض في هذا الوقت بالذات كاعتراض داخلي على عملية الانتهاء أو بسبب الخوف من جراء ترك العون الذي كان يحصل عليه عن طريق العملية العلاجية . وأحيانا تكون العلاقة قد أصبحت هامة وقوية لدرجة أنها قد تستمر بعد العلاج كعلاقة اجتماعية حقيقية . وبينما يكون هذا ممكنا إلا أنه قد يكون محاطا بمخاطر منها أن زيادة الانفتاح الاجتماعي مع المريض قد تؤدي الى فشل العلاج . ونحن نعلم أن غالبية المعالجين النفسيين يفضلون ألا يعالجوا أصدقاءهم أو أفراد عائلاتهم .

تقييم العلاج النفسي :

تقييم العلاج النفسي عملية هامة وضرورية وتحتاج الى تخطيط واعداد برنامج خاص بها يتحدد فيه : هدف عملية العلاج ، ومضمونها وطرقها . ويتوقف نجاح العلاج النفسي على عوامل من أهمها : طريقة العلاج ، ونوع المرض ، وشخصية المعالج ، وشخصية المريض .

وقد يؤدي العلاج النفسي الى تحسن كبير أو قليل ، ثابت أو غير ثابت ، حقيقي أو ظاهري .

ويشترك فى عملية تقييم العلاج كل من العميل والمعالج النفسى وباقى الاخصائيين المشتركين فى عملية العلاج والخبراء والوالدان والرفاق ومن يهمهم امر العميل .

اما عن اهداف عملية التقييم فنتلخص فيما يلى :

- * الكشف عن مدى فعالية ونجاح العلاج فى تحقيق اهدافه .
- * افضلية طريقة من طرق العلاج على الطرق الاخرى .
- * مدى نمو شخصية المريض ومدى توافقه النفسى وتمتعته بالصحة النفسية .

اما عن مضمون عملية التقييم فنجد انها تشمل :

- * تقييم عملية العلاج ، اى تقييم طريقة العلاج نفسها .
- * تقييم نتائج عملية العلاج ، اى تقييم سلوك العميل وتوافقه النفسى وصحته النفسية .

اما عن طرق تقييم العلاج النفسى فانها تشمل :

طريقة التقييم التجريبي :

ويتم ذلك عادة بدراسة لآثار طريقة العلاج ، أو طرق العلاج المختلفة (التى يستخدمها نفس المعالج) مع جماعات تجريبية (تلقت العلاج) وجماعات ضابطة (لم تلحق العلاج) بعد مجانسة الجماعتين . وهناك صعوبات عدة منها ايجاد مثل هذه الجماعة الضابطة : فهل سيترك المعالج جماعة قام بتشخيص المرض عند أفرادها وتظل بدون علاج من أجل مقارنتها بجماعة تجريبية تم علاجها . ولذلك عادة ما تجمع هذه الجماعة مرضى حال بينهم وبين استئناف العلاج أسباب مادية أو غيرها . وهذا يضيف مشكلة عدم تمام المجانسة فى الجماعتين . وإذا استخدم نفس المعالج طرقا مختلفة للعلاج وقيم نتائجها بطريقة المقارنة فسيجد عادة أن الطريقة الأخيرة هى الأنجح نسبيا وذلك لاكتسابه خبرة بالمرض والمرضى وتحسن عملية العلاج خلال الخبرة . وربما نجد أن الطريقة الأنجح نسبيا هى تلك التى يفضلها هذا المعالج بالذات وذلك لاهتمامه بها ومهارته فيها . يضاف الى ذلك صعوبات أخرى منها تنوع أنماط المرضى وأهداف العلاج ومدة العلاج واختلاف طرق التقييم . الخ . ثم أن المرض النفسى وتحديد عملية معقدة . كذلك فإن التغيرات التى تحدث بعد العلاج بعضها قد يكون سطحيًا وبعضها جذريًا . وقد يكون التحسن بطيئًا ولا تظهر آثاره فى تحسن السلوك إلا بعد فترة قد تطول . وفى بعض الأحيان قد تكون متابعة التقييم بالنسبة للمريض بعد الشفاء صعبة . هذا وهناك مفهوم الشفاء التلقائى الذى يرجع لعوامل أخرى غير عملية العلاج نفسها ، ومن الصعب تحديد هذه العوامل .

ويفسر هذا كله نقص الدراسات العلمية الخاصة بتقييم العلاج النفسى .

وعلى العموم فإن الذين يستخدمون طريقة التقييم التجريبى يستخدمون الاختبارات وطرق التقييم العام الاخرى .

طرق التقييم العام : ومن هذه الطرق :

* **التقارير الذاتية :** فليس هناك من هو اعرف بالمرضى من نفسه . انه هو الذى يعرف مدى اضطرابه السابق ومدى ما يحققه من تقدم ملموس نتيجة للعلاج . ولذلك فهو يكتب تقريراً عن حالته .

* **مقاييس التقدير :** وتتضمن بيانات ترتبط بالشخصية والسلوك تحتها مقاييس تقدير مدرجة ويقدر الفرد مدى التغير على درجات هذه المقاييس .

* **قوائم المراجعة :** وتحتوى اهداف العلاج النفسى ليتحدد امامها ما تحقق منها وما لم يتحقق وقد تحوى أيضاً أعراض الامراض النفسية، وتعطى قبل وبعد العلاج . وقد تحوى الشكاوى الرئيسية التى اتفق على تحديدها كل من المعالج والمريض .

* **اختبارات التشخيص النفسى :** مثل اختبار التشخيص النفسى للمؤلف ، وتحتوى أعراض وزمالات أعراض الامراض النفسية . وتطبق قبل وبعد العلاج .

* **الاختبارات الاسقاطية :** مثل اختبار رورشاخ واختبار تفهم الموضوع واختبارات اللعب واختبارات تكلمة الجمل . الخ . ويفضل البعض استخدامها فى التقييم على اساس أن المريض عادة لا يعرف معنى استجاباته . وبذلك نقلل من اثر ذاتيته . ويشترط عند استخدامها أن تكون طريقة العلاج الذى يقيم من تلك الطرق التى تتناول بناء الشخصية بالتعديل واعادة البناء .

* **ملاحظة السلوك :** ويحسن أن يكون ذلك فى مواقف الحياة اليومية أو فى مواقف قريبة الشبه منها . وفيها تتم ملاحظة السلوك ووصفه وصفاً محدداً بسيطاً وموضوعياً بقدر الامكان . ويحسن أن يقوم بالملاحظة عدد من الملاحظين تحقيقاً لأكبر قدر من الموضوعية . وأفضل وضع لملاحظة السلوك يكون مع المرضى الداخليين فى المستشفيات . ويهتم الملاحظ طبيعاً بالتغيرات السلوكية التى حدثت نتيجة للعلاج النفسى .

* **تقدير الذات التصنيفى :** self-rating Q-sort وفيه يصنف العميل عدداً من البطاقات التى تحوى أعراض المرض النفسى مرتين : مرة قبل العلاج ومرة بعد العلاج (ما ينطبق عليه وما لا ينطبق عليه

وما يقع بين بين ، او ما كان ينطبق عليه قبل العملية وما لا يزال ينطبق عليه بعدها وما يقع بين بين) وبحسب معامل الارتباط بين التقديرين ويعتبر دليلا على نجاح العملية (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧ ب) .

* اختبار تمايز معاني المفاهيم : The semantic differential

وهو أداة لتقييم بعض المفاهيم الهامة في عملية العلاج النفسي على ثلاثة أبعاد هي : التقييم العام (حسن - رديء) وانشاط (نشط - خامل) والقوة (قوى - ضعيف) وذلك حسب ما يود المقيم (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧ ب) .

المتابعة : Follow-up

تحتاج عملية العلاج النفسي بعد تمامها وشفاء المريض الى متابعة منظمة . وتهدف المتابعة الى التأكيد من استمرار تقدم الحالة ، وتلمس أى فرص أكثر للمساعدة ، وتحديد مدى وأثر وقية ونجاح عملية العلاج ، وتحديد نسبة الشفاء ، ومدى استفادة العميل من الخبرات العلاجية في مواقف الحياة العامة ، والتحقق من مدى تحقيق العملية العلاجية لحاجات العميل كما يعيشها في الواقع . ومما يؤكد أهمية وضرورة المتابعة أن الشفاء قد يتم تماما ، ويصبح المريض أكثر قدرة على تحقيق التوافق النفسي ، ولكنه اذا عاد الى المجتمع الذى سبب اضطرابه ليجده جامدا محبطا مليئا بالصراعات كما كان فان الموقف يكون صعبا ، وقد تحدث نكسة . هذا وقد يكون التحسن الذى طرأ على حالة المريض سطحيًا او ظاهريًا او وقتيًا .

وتحتاج المتابعة المنظمة الى المحافظة على الاتصال بالفرد بعد شفاؤه لفترة محددة بحيث تزداد الفترة بين كل اتصال وآخر الى أن ينتهى الاتصال بعد التأكيد من تمام الشفاء . وقد يتم الاتصال بعد شهر ثم ثلاثة اشهر ثم ستة اشهر ثم سنة . وحسب موافقة المريض قد تمتد المتابعة الى الاسرة او المدرسة او مكان العمل .

اما عن طرق الاتصال فقد يتم شخصيا في العيادة النفسية او عن طريق التليفون او الخطابات . وقد تستخدم بعض الطرق المستخدمة في تقييم العلاج مثل التقارير الذاتية التى يكتبها المريض عن تطور حالته . . وهكذا . وهذا يستدعى الاحتفاظ بعنوان المريض ورقم تليفونه .

مكان عملية العلاج (العيادة النفسية) :

العيادة النفسية هي المكان الذى يتم فيه استقبال المريض واجراء فحصه وتشخيص حالته واتمام علاجه .

ومن الاضطرابات النفسية التى تعالج فى العيادة ما يلى :

* اضطرابات النمو العقلى ، مثل الضعف العقلى والتأخر الدراسى .
 * اضطرابات الشخصية المتعلقة بسوء التوافق ونقص التوافق مع البيئة
 مثل المشكلات الشخصية والجناح والانحرافات الجنسية ،
 واضطرابات الشخصية فى مراحل النمو المختلفة ، واضطرابات
 الشخصية الموقفية مثل اضطرابات العادات واضطرابات السلوك ..
 الح .

* الامراض النفسية والعقلية النفسية المنشأ أو الوظيفية ، وتشمل كل
 أنواع العصاب وبعض أشكال الذهان والامراض النفسية الجسمية .
 هذا وقد تخصص العيادة النفسية فنجد منها عيادات توجيه الاطفال
 والعيادات النفسية التربوية وعيادات الطب النفسى والعيادات
 النفسية للاحداث الجاثحين ... الخ .

وتتألف العيادة من قاعات استقبال الحالات وحجرات خاصة
 بالاختبارات النفسية وبطرق خاصة بالعلاج مثل العلاج باللعب وحجرات
 خاصة بالمعالجين النفسيين والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين والاطباء .

ويتألف فريق العيادة النفسية من المعالجين والمرشدين النفسيين
 المتخصصين واختصاصي القياس النفسى والطبيب النفسى والاختصاصي
 الاجتماعى .

وتستخدم فى العيادة النفسية عادة معظم طرق العلاج النفسى مثل
 التحليل النفسى والعلاج السلوكى والعلاج الجماعى والعلاج المركز حول
 العميل والارشاد العلاجى والعلاج باللعب ... الخ .

وفى مصر يوجد فى الوقت الحالى عدد من العيادات النفسية بالجامعات
 تتركز فى جامعة عين شمس بالذات احداها وهى اقدمها العيادة النفسية
 التابعة لكلية التربية جامعة عين شمس وقد أنشئت عام ١٩٣٤ ، والاهرى
 تابعة لكلية البنات والثالثة تابعة لكلية الآداب . ويوجد كذلك عدد لا بأس
 به وان كان غير كاف من العيادات النفسية التابعة لوزارة التربية والتعليم
 والتابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية والتابعة لوزارة الصحة . هذا الى
 جانب العيادات النفسية الملحقة بعدد من المستشفيات العامة . واكبر
 المستشفيات المختصة بعلاج الامراض النفسية والعقلية هى دار الاستشفاء
 للصحة النفسية بالعباسية بالقاهرة ، والمعصرة بالاسكندرية ، ومستشفى
 الخانكة . ويوجد عدد آخر من العيادات النفسية والمستشفيات الخاصة .

وعندما يأتى العميل أو الحالة الى العيادة النفسية يتم استقبالها
 بواسطة الاختصاصية الاجتماعية . ويتم ملء طلب فحص الحالة . ويتم
 فى مقابلة مبدئية اجراء بحث مبدئى . ويقدم تقرير عن الحالة الى مدير

العبادة حيث توزع على أحد الممثلين النفسيين الذي يتولى المسؤولية التي تبدأ بعملية الفحص والتشخيص ويستعين فيها بالاختصاصيين النفسيين في التماس النفسي وبالاختصاصيين الاجتماعيين في إجراء البحث الاجتماعي وبالطبيب في إجراء بعض الفحوص الطبية . ثم تبدأ عملية العلاج وتستمر الى أن ينتهي ويتم تقييمها ومتابعتها .

ملاحظات في العلاج النفسي

الاختلافات بين طرق العلاج النفسي :

مع وجود الاجراءات المشتركة في طرق العلاج النفسي ، فان هناك بعض الاختلافات بين طرق العلاج أهمها :

عدم الإجماع على مفهوم معياري عام لطبيعة العلاج النفسي متفق عليه ويقبله كل الممارسين النفسيين : ولكننا نجد أن كل مدرسة وكل طريقة في العلاج النفسي تؤكد ناحية معينة دون النواحي الأخرى . وهذا أدى الى وجود مناقشات وجدل حول ما اذا كان العلاج النفسي علما أكثر منه فنا ، أم فن أكثر منه علما ، أم أنه فن تطبيق علم .

الاختلافات بين مدارس العلاج النفسي : وهذه ترجع الى أن المرض النفسي ظاهرة معقدة متشابكة تتنوع أعراضها ، وتنوعت المدارس والنظريات حول تفسير هذه الظاهرة . وترجع هذه الاختلافات أيضا الى اختلاف وجهات نظر العلماء أصحاب هذه النظريات من حيث خلفياتهم وثقافتهم ودراساتهم وجنسياتهم ودياناتهم . وكل مدرسة ترى أن نظرياتها هي الأكثر صحة ، وبالتالي نجد الاختلافات في ممارسة العلاج الذي يقوم على أساس النظريات المختلفة . أضف الى ذلك وجود اختلافات حتى في داخل مدرسة واحدة مثل مدرسة التحليل النفسي التي انشقت عنها مدارس فرعية عديدة .

النمو السريع لعلم النفس الشباب ولعلم النفس العلاجي كأحد فروع علم النفس المتزايدة : وهذا يجعل من بعض طرق العلاج القديمة طرقا تصلح لأن تبقى — مع الاحترام الكامل لها ولأصحابها — مصونة في متحف علم النفس .

تعدد الأبعاد المختلفة للعلاج النفسي : وسيأتي ذكرها بين فردي وجماعي ، ودعم وإعادة بناء ، ومطوّل ومختصر ، وعميق وسطحي ، وموجه وغير موجه ، وسلوكي ومعرفي ، ومرن وملزم ... الخ (راجع ص ٢٢٣) .

اختلافات ترجع الى شخصية المعالج نفسه : ذلك لان المعالج النفسي يعتمد الى حد كبير على العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض ، ومن ثم تدخل شخصية المعالج نفسه كعامل يؤدي الى وجود بعض الاختلافات في طرق العلاج النفسي . فقد تؤدي طريقة بعينها آثارا هائلة في يد معالج بينما قد لا تثمر اطلاقا مع معالج آخر .

الفروق في التدريب والخلفية المهنية في العلاج النفسي : وهذه يرجع اليها بعض الاختلافات . فمثلا حين يمارس العلاج النفسي كل من الاختصاصي النفسي والطبيب النفسي ، فسوف ترجع الاختلافات بين الاثنين الى التدريب والخلفية المهنية لكل منهما .

الفروق في طبيعة المشكلات النفسية : وهذه تجعل عملية العلاج تخضع لعوامل اهمها طبيعة مشكلة المريض واضطرابه النفسي . ان عملية العلاج النفسي مع شاب يعاني من مشكلة معينة تعوق تقدمه الدراسي تختلف عنها مع شيخ يعاني من ذهان الشيخوخة .

اختلافات تسببها محددات خاصة بالمريض : فكل طرق العلاج النفسي مهما كانت طبيعة أهدافها ، فان هناك محددات خاصة بالمريض تؤثر على فاعليتها . ومن هذه المحددات مدى سلامة بناء شخصية المريض او انهياره ، ومهتوى نكائه وقدراته ، وتاريخ المشكلة والاضطراب في حياته وحالة صحته الجسمية ، وواقع خبراته في الحياة اليومية ، ومستواه الاجتماعي الاقتصادي ومرحلة نموه ... الخ .

مشكلات العلاج النفسي :

هناك بعض المشكلات التي قد تعوق نجاح العلاج النفسي . ونحن اذا تورد هذه المشكلات هنا نأمل ان يبذل المعالج قصارى جهده حتى يتجنب تأثيرها المعوق وحتى يحقق نجاح العلاج . وفيما يلي اهم مشكلات العلاج النفسي :

وسائل الاحالة :

عندما يسعى المريض نفسه للعلاج النفسي ، فان احتمال نجاح العلاج يكون كبيرا لانه نفسه يرغب في المساعدة ويكون مقتنعا بالعملية العلاجية ويكون مستعدا للتعاون مع المعالج في نجاح العلاج . اما عندما يضطر الفرد او ينفذ دفعا ويحال لاحالة للعلاج فان ذلك قد يؤدي الى اتخاذ موقف سلبي بالنسبة للعملية العلاجية . وهذا قد يزيد من حالته المضطربة سوءا وخاصة اذا كانت بصيرته على غير ما يرام ولم يتقبل ولم يتحمل مسؤوليته في عملية العلاج مع المعالج .

وتحليل المدارس حالات كثيرة الى العيادات النفسية . ويتم ذلك عادة بعد تشخيص قد يكون خاطئا وبعد استدعاءات عديدة للوالدين ومناقشة مشكلات الطفل مع مدير المدرسة والمدرسين والاختصاصيين ، وحين تخفق المدرسة والوالدان فى حل هذه المشكلات يحال الطفل الى العيادة النفسية . وهذا قد يرتبط عند الطفل وحتى عند الوالدين بالخوف والقلق وعدم الموافقة لاعتقادهم بأن العيادة لن تكون الا امتدادا للمدرسة .

وتحليل الهيئات والمؤسسات الكثيرين للعلاج النفسى . ولكن عدم توافر العدد الكافى من العيادات النفسية والاختصاصيين يقف حجر عثرة فى سبيل تقديم الخدمات العلاجية بالدرجة الكافية مما يجعل الكثير من الاضطرابات النفسية يستمر ويستفحل وقد تزامن دون ان تلقى اى نوع من العلاج .

وقد تحليل المحاكم بعض الحالات . وهنا قد تظهر ردود فعل سلبية من جانب المريض الذى يربط بين الحكمة التى تنظر اليه كخنثى او متهم وبين العتاب وبين عملية العلاج . وهذا قد يؤثر تأثيرا سيئا على عملية العلاج .

يضاف الى ذلك ان بعض المؤسسات التى تحيل المريض قد **تطلب بعض المعلومات السرية** التى ادلى بها المريض الى المعالج . وبالطبع لا يوافق المعالج على امداد المؤسسة بها مما يجعل صدرها ضيقا بالمعالج او يجعلها توقف دفع تكاليفه وبالتالي لا يتم العلاج .

اتجاهات الوالدين وأولياء الامور :

لكى ينجح العلاج النفسى وخاصة مع الاطفال ، لابد ان يكون **الوالدان مستعدين للتعاون مع المعالج** ، وحتى اذا لزم الامر ان يستفيدا شخصا من العلاج .

واذا كانت اتجاهات الوالدين سلبية نحو عملية العلاج فان درجة نجاحه يصبح مشكوكا فيها . وقد يرجع ذلك الى اعتقاد الوالدين ان مشكلة الطفل ترتبط بمشكلات الاسرة وان مرضه يعتبر عرضا من اعراض اضطراب الاسرة ولذلك فقد ينتابهم الضيق وقد يرفضان المناقشة حول هذا الموضوع وقد يمتنعان عن التردد على العيادة . وقد يعتقد البعض الآخر ان مشكلة الطفل تتعلق به وحده فلا يشاركونه مشاركة فعالة فى عملية العلاج واذا شاركوا فمشاركة محدودة يسهبون خلالها فى وصف سلوك الطفل المنحرف .

وبعض الوالدين او اولياء الامور او حتى المربين **يسينون فهم عملية العلاج** . ففى علاج الاطفال قد يسمح المعالج للطفل فى حجرة اللعب ان

يعبر عن عدوانه فيكسر بعض الاشياء فيعتبرون ذلك نقصا في ضبط سلوك الطفل أو تعويده الحرية الزائدة مما يؤدى الى مزيد من العدوان خارج العيادة . وكما هو معتاد فان الوالدين وأولياء الامور يسألون المريض بمجرد خروجه عما دار في الجلسة العلاجية ، وهو يحكى . وقد يساء فهم ما يحكى وخاصة ما يحاول المعالج الحصول عليه من معلومات حول السلوك الجنسى والزواج والعلاقات الاسرية ... الخ .

بعض المفاهيم لدى المريض :

توجد بعض المفاهيم الخاطئة لدى بعض المرضى . وتعتبر هذه المفاهيم مشكلات لها وزنها امام العلاج النفسى .

يخطئ بعض المرضى فيظنون أن المرض النفسى مرادف لما يعرفه العامة باسم « الجنون » ويظنون أن العيادة النفسية لا يذهب اليها الا « نجانين » ، ومن ثم فهم يتحاشون العلاج النفسى ، واذا بداوه فقد ينقطعون عن مواصلته .

يخطئ بعض المرضى فيعتقدون أن المعالج النفسى يتدخل في شئون حياتهم الخاصة بدرجة كبيرة ويبحث عن نواحي قلقهم وتفاصيل سلوكهم وأسرارهم ، ومن ثم يهدون مقاومة في أثناء العلاج .

يخطئ بعض المرضى فيعتقدون أن على المعالج أن يعمل لهم كل شيء وأن يحل مشكلاتهم ، وكأنه يملك قوة سحرية يسخرها في ذلك ، ويصعب عليهم أن يفهموا أن على عانتهم تقع مسئولية كبيرة في عملية العلاج .

القدرة العقلية للمريض :

ليس هناك دليل كاف على المستوى العقلى المعرفى الضرورى لنجاح العلاج النفسى . ولكن هناك بعض العوامل المعوقة في هذا المجال . فالطفل الضعيف العقل أو الغبى أو الذى يعانى من اضطرابات في الجهاز العصبى تكون امكانيات مساعدته واستفادته من العلاج النفسى محدودة .

سن المريض :

ليس هناك اتفاق عام حول السن كعامل هام في التنبؤ بنجاح العلاج . ولكن هناك بعض الأدلة على أن العلاج النفسى مع الاطفال الصغار يحتاج — لى ينجح — الى تعاون ومشاركة الوالدين وأن تكون اتجاهاتهما نحو العلاج ايجابية .

كذلك فان بعض المسنين الذين تراكمت المشكلات لديهم عبر السنين والذين تأصلت ورسخت عاداتهم السلوكية وأصبحت تقاوم التغيير ، والذين يعتبرون أنهم في اواخر حياتهم وما عاد من العمر قدر ما مضى . مع أمثال هؤلاء تقل قيمة العلاج النفسى نسبيا .

العلاج النفسى والدواء :

كثير من المرضى النفسيين يذهبون الى المعالج النفسى . ويتم الفحص والتشخيص ويبدأ العلاج ويستمر . ثم تجدهم يسألون « اليس هناك دواء يعالج الحالة ؟ » واذا قال لهم المعالج ان الدواء فى حد ذاته لن يحل مشكلاتهم شعروا بخيبة أمل ، واذا قال لهم أن عليهم أن يتحملوا مسئولية كبيرة فى عملية العلاج النفسى شعروا بخيبة أمل أكثر . ان مثل التغيرات السلوكية التى يتطلبها العلاج النفسى والتى تقع مسئوليتها كاملة على المريض كمثل الدواء الذى يصفه الطبيب وتقع مسئولية تعاطيه على المريض . ان العلاج النفسى يختلف عن العلاج الطبى فى شئ جوهري وهو انه بينما فى بعض أنواع العلاج الطبى يمكن أن يتم الشفاء حتى وان كان المريض سلبيا تماما ويقوم الطبيب المعالج بكل شئ ، فان هذا لا يصدق فى حالة العلاج النفسى .

العلاج النفسى وطرق العلاج الاخرى :

قد تتمثل احدى المشكلات الرئيسية فى اهتمام بعض المعالجين بنوع خاص من العلاج على حساب العلاج النفسى ، مع علمهم بأن العلاج النفسى هو العلاج الوحيد اللازم للحالة . فمثلا قد يهتم بعض الاطباء النفسيين بدرجة أكبر بالعلاج الطبى والعلاج بالادوية فحسب ، وقد لا يتمكنون من اعطاء المريض الوقت الكافى لدراسة مشكلاته النفسية ومن ثم لا يقومون فعلا بالعلاج النفسى بالطريقة السليمة .

وبالنسبة لجمهور المرضى ، فما زال الكثيرون حتى وهم يعلمون أنهم يعانون من المرض النفسى نادرا ما يتوجهون الى المعالج النفسى . ان نسبة كبيرة من المرضى النفسيين فى مجتمعنا — للأسف الشديد — مازالوا يعتقدون أن سبب مرضهم **السحر والأعمال والجن** ، وما زالوا يذهبون الى **الدجالين** الذين يوحون الى هؤلاء السذج أن فى دجلهم الشفاء من كل داء . وهكذا يزمن المرض النفسى الذى لا يعالج بالطريقة العلمية الصحيحة على يد المعالج النفسى .

مكان العلاج :

هناك بعض المشكلات بخصوص مكان العلاج ، فقد تكون ظروف المكان الذى تتم فيه جلسات العلاج النفسى غير مريحة او غير مناسبة . كذلك فان عدم مناسبة **أثاث العيادة** قد يكون مصدرا ضيقا لكثير من المرضى النفسيين . وقد تكون **ادارة العيادة** نفسها غير سليمة مما قد يشعر المريض القلق بعدم الثقة فى العيادة ومن فيها .

ويلاحظ أن بعض المرضى يربطون بين العيادة النفسية وبين « الجنون » ويخشون أن يراهم بعض معارفهم فيعرفون أنهم مرضى نفسيون أو « مجانين » . وهؤلاء لا يحبون دخول العيادة النفسية ، ويلحون على المعالج أن يكون العلاج في مكان غير العيادة النفسية .

مواعيد العلاج :

وقد تمثل مواعيد العلاج أيضا مشكلة . فتحديد مواعيد الجلسات العلاجية أمر ضروري . وقد تتعارض مواعيد الجلسات مع مواعيد عمل المرضى أو انشغالهم . ويتطلب تحديد موعد الجلسات تعديل المريض لمواعيده بما يتفق مع مواعيد المعالج والعيادة . وقد يمثل هذا مشكلة يضيفها المريض الى مشكلاته التي يعاني منها . أضف الى ذلك أن بعض المرضى قد يعتبرون المواعيد أكثر مما يرجون أو أقل مما يرجون في تكرارها .

والوقت الذي يعطى لكل مريض حوالى ساعة أسبوعيا في المتوسط وعادة ما نجد أن مثل هذا الوقت المتاح لا يكفي بالنسبة للمريض ولا يشبع حاجاته أو توقعاته .

وأحيانا تلعب مشكلة المواصلات دورا هاما حين تكون المسافة التي يجب على المريض أن يقطعها طويلة ومرهقة ، وبالتالي تعوق التزام المريض بمواعيد العلاج وتعوق انتظامه في العلاج .

مشكلة التكاليف :

يقوم بالعلاج النفسي اختصاصيون حاصلون على أعلى مؤهلات التخصص وعددهم محدود . ومن ثم فإن العلاج النفسي الخاص يتكلف تكاليف تد تكون في حد ذاتها مشكلة بالنسبة للمريض . ويعتقد كثير من المرضى النفسيين أن ما ينفقونه من مال في سبيل العلاج النفسي لابد أن يحصلوا في مقابله على مساعدة مادية محسوسة في جلسات العلاج وأن مجرد الكلام قد لا يريحهم ويشعرون أنه لا يستحق المال الذي ينفق عليه . ويستغرق العلاج النفسي وقتا طويلا . وهذه مشكلة بالنسبة لكل من المعالج والمريض ، فبالنسبة للمعالج فإن هذا يعنى أن عددا محدودا من المرضى يمكن مقابلتهم في اليوم ، ومن ثم لا يمكن توزيع تكاليف العلاج على عدد كبير من المرضى وهذا يجعل أجر العلاج بالنسبة للفرد مرتفعا نسبيا وقد يكون مرهقا . يضاف الى هذا أن المعالج بطبيعة عمله يهدى اهتماما كبيرا وصادقا بالمريض ويشعر بالرضا حين ينجح العلاج ويعتقد البعض أن هذا يجب أن يكفيه اجرا .

الاقارب والاصدقاء :

يكون العلاج النفسي مع الاقارب والاصدقاء بصفة عامة صعبا واحيانا غير مجد أو غير ممكن أو ممنوعا . ذلك لان الاقارب والاصدقاء يأخذون كلام اقاربهم واصدقائهم بطريقة ودية وبألغة وفي جو اسرى (١) .

مضاعفات العلاج النفسي غير الناجح :

الاف قام بالعلاج النفسي غير المختصين ، واذا لم يتم بالطريقة السليمة المناسبة ، واذا كان المريض غير مستعد وغير متقبل للعلاج ، واذا انقطع العلاج النفسي ولم يتم ، واذا كان في بيئة المريض ما يحول دون نجاح العملية العلاجية ، واذا لم يحدث تقييم لعملية العلاج ومتابعة للحالة ، فقد ينتج عن ذلك مضاعفات يجب ان يحيل لها الف حساب . وعلى اى حال فمن الملاحظ ان مضاعفات العلاج النفسي غير الناجح ليست اخطر من مضاعفات اى نوع آخر من العلاج اذا قام به غير المختص او تم بطريقة غير سليمة . فالعلاج الطبى الخاطيء مثلا له مضاعفاته الخطيرة ، وقد ينتهى بالموت .

ومما يلى اهم مضاعفات العلاج النفسي غير الناجح :

- * قد يزداد القلق عند المريض وينصرف عن العلاج النفسى تماما .
- * قد يلجأ المريض الى سياسة الدفاع مما قد يجعل الجلسات العلاجية واستمرارها اشد خطرا من قطع العلاج .
- * قد يلجأ المريض الى العلاج الطبى فقط ، وقد يبالغ فى تعاطى الادوية ويدمنها .
- * قد يلجأ المريض الى الدجالين الذين يتصيدون مثل هذه الفرص .
- * قد يلجأ المريض الى ادمان المخدرات والخمر .
- * قد يحدث فى حالات قليلة أن تحدث نكسة .
- * قد تزداد الحالة سوءا ويتطور المرض من عصاب الى ذهان .
- * فى حالات نادرة قد ييأس المريض من الشفاء فيقدم على الانتحار .

(١) يقول المثل : « زامر الحى لا يطرب » .

ويقول الشاعر :

لا تذب لى غير أنى من ديارهم زامر الحى لا شجى مزامره
ويقول آخر :

والسيف مثل العصا ان كان مغتدا زامر الحى لا يحظى باطراب
وازهـد الناس فى علم وصاحبه أوفى الاحبة من اهل واصحاب

ويجب تجنب حدوث هذه المضاعفات بأن يقوم بالعلاج النفسي المختصون المدربون الخبراء فقط ، وأن يعد المريض بالتعاون وتحمل مسؤولياته والاستمرار في العلاج ، وأن يمتد العلاج الى بيئة المريض ، وأن تتم عملية تقييم لعملية العلاج ، ومتابعة للحالة . وبهذا يؤتى العلاج النفسي ثماره ويحقق أهدافه السلبية .

طرق العلاج النفسي

تتعدد طرق العلاج النفسي . وتستند كل منها على احدى نظريات الشخصية أو السلوك أو العلاج . ولكن كل طرق العلاج النفسي مهما اختلفت فأنها تسعى جميعا الى تحقيق الاهداف العامة للعلاج النفسي . وتشارك كلها في الاجراءات العامة لعملية العلاج النفسي .

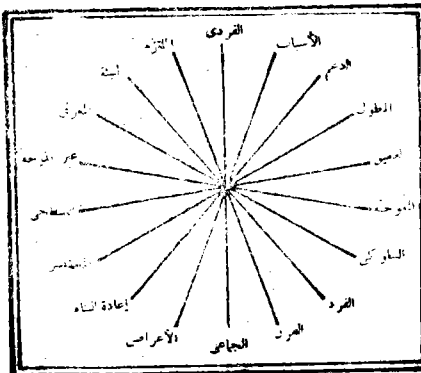
ويمكن رد « كثرة » الاعصبة الى « وحدة » النموذج الهيكلي بحيث تكون كل الامراض النفسية والعقلية مجرد تشكيلة تباينات للنموذج الهيكلي الواحد ، وكذلك ترد « كثرة » العلاجات النفسية الى « وحدة » النموذج الهيكلي والنمط الكيفي بحيث تكون كل طرق العلاج النفسي مجرد تشكيلة تباينات لنفس النموذج الهيكلي والنمط الكيفي الواحد ... اى ان كثرة الامراض النفسية ترد الى نمط كيفي واحد وكثرة طرق العلاج النفسي ترد الى نمط كيفي واحد (صلاح مخيمر ، ١٩٧٧) .

وبعد ان تناولنا الاجراءات العامة لعملية العلاج النفسي المشتركة في جميع طرق العلاج ، نقاول فيما يلى بالتفصيل أهم الملامح المميزة لكل طريقة من الطرق مع الاكتفاء بالاشارة الموجزة الى ما تتضمنه من الاجراءات العامة المشتركة مع باقى الطرق .

وقبل البدء في طرق العلاج النفسي يحسن الاشارة الى تعدد أبعاد

العلاج النفسي .

أبعاد العلاج النفسي :



توجد أبعاد متعددة للعلاج النفسي وتتضمن هذه الأبعاد طرقا كثيرة للعلاج . ويلاحظ أن الفرق بين طرفي كل بعد ليس فرقا مطلقا ولكنه فرق في الدرجة اى أن كل طرف يتضمن عناصر من الطرف الآخر . وفيما يلى أهم أبعاد العلاج النفسي : (انظر شكل ٦٥) .

(شكل ٦٥) أبعاد العلاج النفسي

العلاج الفردي والعلاج الجماعي :

العلاج الفردي يعالج فيه المعالج مريضا واحدا في كل مرة . وتعتمد فاعليته أساسا على العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج . وهو أكثر فاعلية في علاج المشكلات الخاصة مثل المشكلات والانحرافات الجنسية .

والعلاج الجماعي يضم جماعة من المرضى في نفس الوقت . وهنا يعالج المريض عن طريق الجماعة . وتعتمد فاعلية العلاج الجماعي أساسا على العلاقة بين المريض وبين الجماعة وبينه وبين المعالج . وفيه يشعر كل مريض بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من المشكلة ولكن هناك كثيرين غيره ويحدث بينهم نوع من المساعدة والمساعدة في حل هذه المشكلات المشتركة . وعلاوة على ذلك فإن العلاقة الجماعية تيسر الفرصة أمام كل مريض لخبرة الواقع وتنمية طرق التفكير كفاءة في العلاقات الاجتماعية . وهو أكثر فاعلية في علاج مشكلات الأسرة والأدمان وامراض الكلام والجراح .

علاج الأسباب وعلاج الأعراض :

علاج الأسباب يعنى العلاج الذى يركز على اكتشاف أسباب المرض النفسى واجتثاث جذوره مما يؤدي بطبيعة الحال الى اختفاء الأعراض التى نتجت عنها . ويعتقد المهتمون بعلاج الأسباب انه اذا اقتصر الامر على علاج الأعراض وبقيت الأسباب والجذور كما هى فسوف ينمو منها أعراض أخرى مشابهة أو مختلفة . وسبب ذلك ان معظم الأعراض محاولات من جانب المريض للتوافق مع مشكلات الحياة . فاذا تجرد من هذه الأعراض وتركت المشكلات بقى أمامها وجها لوجه . وقد يعوق علاج الأعراض دون الأسباب استمرار عملية العلاج النفسى ، اذ قد يجد المريض ان الأعراض قد زالت ويعتبر انه لم يعد به حاجة الى الاستمرار في العلاج .

وعلاج الأعراض من ناحية أخرى يركز على تحرير المريض من الأعراض ، وهذا هو أول ما يتوقعه المريض من المعالج . ورغم ما وجه الى علاج الأعراض من اعتراضات الا أن له ضرورته أحيانا خاصة في حالات مثل الهياج واضطرابات مثل الهستيريا حيث يساعد علاج العرض في اقناع المريض ان حالته نفسية وليست عضوية . كذلك فإن له ميزة الهجوم المباشر على العمليات المرضية الأساسية والتخلص من الصلحبات الانفعالية للأعراض . وهذا يساعد في ثقة المريض في المعالج .

علاج الدعم وعلاج اعاده البناء :

علاج الدعم يهدف الى تدعيم الشخصيه بتعنيف وتسكين الأعراض وحل المشكلات عن طريق تغيير ظروف المريض ودور أحداث تغيير أساسى

في بناء شخصيته . وفيه يقوم المعالج بدور المساند والمطمئن والناصح والمقتنع والموجه والمشارك انفعالياً والمشجع والمعلم . ومن طرقه التوجيه والإرشاد (النفسى والتربوى والمهنى والزواجى والدينى) والعلاج الاجتماعى والعلاج الجماعى والعلاج بالعمل والعلاج بالقراءة والعلاج الترويحى والعلاج الرياضى والعلاج بالموسيقى والعلاج الجسمى بالادوية .

وعلاج اعادة البناء يهدف الى تغيير الشخصية واعادة بنائها وتغيير عادات المريض السلوكية وطريقة تفكيره واتجاهاته الاساسية واسلوب حياته ومفهومه عن ذاته وعن الآخرين . وفيه يقوم المعالج بالتحليل والتركيب حتى يصل في النهاية الى التغير المنشود في شخصية المريض . ومن طرقه التحليل النفسى والعلاج النفسى المركز حول العميل والعلاج باللعب .

العلاج المطول والعلاج المختصر :

العلاج المطول علاج شامل يهدف عادة الى اعادة تنظيم بناء شخصية المريض وهذا يستغرق وقتاً طويلاً . فقد يستغرق بضع جلسات اسبوعياً على مدى بضعة أشهر أو على مدى بضع سنوات . ومهما كانت مميزات العلاج المطول فإن الذين يستفيدون منه قلة قليلة من المرضى الذين يتوافر لديهم الوقت ويتيسر لهم المال . ويعتبر التحليل النفسى أبرز طرق العلاج المطول .

والعلاج المختصر أو المحدد الاهداف يركز على حصول المريض على اكبر فائدة علاجية في اقل وقت ممكن . ولذلك يقتصر على حل المشكلات التى يساعد حلها في التوافق الشخصى المباشر . وعن طريق تيسير العلاج لأكبر عدد ممكن من المرضى . وهو مفيد بصفة خاصة في العيادات النفسية ومستشفيات الامراض النفسية حيث يزداد عدد المرضى ويقل عدد الاختصاصيين . ومن طرقه العلاج الجماعى وعلاج الشرح والتفسير .

العلاج العميق والعلاج السطحي :

العلاج العميق يركز على اكتشاف واظهار المواد المكبوتة التى يتركز حولها الصراع أو الخبرات الاليمة والصادمة . ومن طرقه التحليل النفسى .

والعلاج السطحي يهدف الى طمأنة المريض وتعزيز دفاعات الانا لديه ولا يحاول التعمق في صراعات المريض والاهتمام بازالة الاعراض . وفى كثير من مستشفيات الامراض النفسية لا يحصل المريض على أكثر من هذا العلاج . وصحيح أن هناك حالات لا يحتاج فيها المريض الا الى مثل

هذا العلاج . ومن أمثلة هذه الحالات سوء التوافق واضطرابات الشخصية الوقائية الجذرية وحالات الانحراف ومن طرقه العلاج السلوكى .

العلاج الموجه والعلاج غير الموجه :

العلاج الموجه أو المباشر يقوم فيه المعالج بدور ايجابى نشط فى كشف صراعات المريض ، وتفسير ما يكشف عنه للمريض ، وتوجيهه نحو السلوك الموجب المخطط ليؤثر على تغيير الشخصية . ويتحمل فى ذلك مسئولية اكبر من تلك التى يتحملها المريض . وقد ثبت ان العلاج الموجه اكثر نفعا فى علاج المرضى الأكثر اضطرابا أو المرضى الذهانيين .

والعلاج غير الموجه أو غير المباشر يكون فيه المعالج اقل ايجابية واقل نشاطا ويقتصر دوره على تهيئة الجو العلاجى السليم الذى تسوده الصداقة والتسامح حتى يتمتع المريض بالشعور بالامن والتقبل فيخرج افكاره ومشاعره واسراره الخاصة دون خوف أو خجل . ويكون المعالج بمثابة مرآة يعكس عليها المريض مشاعره ويسقط اتجاهاته وبذلك تتحسن رؤية المريض وتتضح صورة شخصيته ويزداد استبصاره . ومن أهم طرق العلاج غير الموجه التوجيه والارشاد النفسى والعلاج النفسى المركز حول العميل . وقد ثبت ان العلاج غير الموجه اكثر فائدة فى علاج المرضى الذين تكون شخصياتهم اكثر اتزاناً والذين يعانون من صعوبة حل مشكلات مباشرة .

العلاج السلوكى والعلاج المعرفى :

العلاج السلوكى يتضمن تعديل وتغيير السلوك المرضى نفسه كما يبدو فى الاعراض السلوكية للمرض النفسى . ويعتبر العلاج السلوكى تطبيقاً عملياً لقوانين ومبادئ التعلم فى مجال العلاج النفسى .

والعلاج المعرفى يتضمن تعديل وتغيير الجوانب العقلية المعرفية التى تتركز حول الخبرات الصادمة وذلك بالنظر اليها من زاوية مختلفة مثلاً كخبرة ماضية يمكن ان يتعرض لها أى فرد ويمكن ان يتغلب عليها ، والنظر الى الخبرات المؤلمة كخبرات معلمة ، والتركيز على المفاهيم غير الحقيقة التى اكتسبها الفرد عن نفسه وعن العالم الذى يعيش فيه ، والتخفيف من الشحنات الانفعالية القوية المرتبطة بها ، وتمثيل مفهوم الذات السالب على المستوى العقلى المعرفى . أى ان الاستبصار هام جداً فى هذا العلاج .

علاج الفرد وعلاج البيئة :

علاج الفرد يهتم فيه المعالج بالمريض كفرد ويساعده لحل مشكلاته

وتحقيق مستوى أفضل من التوافق النفسي ، ولا يهتم كثيراً بربط العلاج بمواقف حياة المريض وأوجه نشاطه الأخرى في بيئته الخارجية .

وعلاج البيئة أو علاج المحيط البيئي يتضمن أحداث تغييرات في البيئة المباشرة للمريض ومواقف حياته وأوجه نشاطه . ويدخل في تخطيط علاج أدوار كل من المعالجين والمخالطين له .

العلاج المرن والعلاج الملتزم :

العلاج المرن يقصد به الاختيار بين طرق العلاج النفسي المختلفة بمرونة وانتقاء الطريقة المناسبة للحالة واستخدامها . والمرونة والاختيار وعدم الالتزام بطريقة محددة في العلاج النفسي يتيح للمعالج إمكانية علاج معظم أشكال الاضطراب النفسي .

والعلاج الملتزم أو غير المرن يقصد به الالتزام الجامد بطريقة محددة من طرق العلاج النفسي وعدم الحياد عنها (مثل التحليل النفسي) . وصحيح أن التزام طريقة واحدة مفيد وله بعض المزايا إلا أن من يلتزمون بمثل هذا الجود وعدم المرونة يضطرون لانتقاء المرضى الذين تصلح طريقتهم في علاجها .

التحليل النفسي

PSYCHOANALYSIS

معنى التحليل النفسي :

التحليل النفسي عملية علاجية متخصصة ، شاملة ، طويلة الأمد ، يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة في اللاشعور من أحداث وخبرات وفكرات مؤلمة ودوافع متصارعة وانفعالات عنيفة وصراعات شديدة سببت المرض النفسي ، واستدراجها من غياهب اللاشعور إلى حيز الشعور ، عن طريق التعبير اللفظي التلقائي الحر الطليق ، ومساعدة المريض في حلها في ضوء الواقع وزيادة استبصاره وتحسين التفاعلية الشخصية والنمو الشخصي ، وهدفه النهائي هو أحداث تغيير أساسي صحي في بناء الشخصية .

والتحليل النفسي من أهم أنواع العلاج النفسي . ومن الناس من يجعلون — خطأ — من التحليل النفسي مرادفاً للعلاج النفسي أو أنه يعنى عندهم العلاج النفسي كله .

ويستند التحليل النفسي إلى نظرية التحليل النفسي (في الشخصية) (راجع صفحة ٦٣) والتحليل النفسي بهذا يعتبر مرة واحدة وفي نفس الوقت — نظرية نفسية عن ديناميات الطبيعة البشرية وعن بناء

الشخصية ، ومنهج بحث لدراسة السلوك البشرى ، وهو أيضا طريقة علاج فعالة وناجحة .

ويتميز في التحليل النفسي اتجاهان هما :

● التحليل النفسي الكلاسيكى المرتبط باسم سيجموند فرويد Freud الذى يعتبر أول من وضع أساسه .

● التحليل النفسي الحديث وفيه ادخل زملاء فرويد وتلاميذه — ومنهم ابنته « آنا فرويد » Anna Freud — تعديلات وتطويرات مستقلة خاصة بهم دخلت معظمها في النظرية الشاملة للتحليل النفسي . ويرتبط التحليل النفسي الحديث بمجموعة من أساطين علم النفس يطلق عليهم البعض اسم (الفرويديون الجدد Neo-Freudians) لأنه أصبح لكل شيخ منهم طريقته ومنهم كارل يونج Jung والفرد آدلر Adler وكارن هورنى Horney واثور رانك Rank وايريك فروم Fromm وهارى ستاك سوليفان Sullivan .

ويلاحظ أن الفروق بين التحليل النفسي الكلاسيكى والتحليل النفسي الحديث تكمن في الاختلافات النظرية أكثر منها في نواحى ممارسة العلاج وطريقة التحليل . ويلاحظ أيضا أن الاختلافات المدرسية كلها في إطار النظرية العامة للتحليل النفسي ولها فوائدها الملاحظة في تنويع النظرية النظرية بما يتلاءم مع مختلف الحالات وكذلك الاسراع بعملية التحليل (انظر لاجاش ١٠٥٧ ، أحمد عزت راجح ، ١٩٦٥ ، مصطفى فهمى ، ١٩٦٧ ، فرويد Freud ، ١٩٣٣ ، ١٩٤٦ ، ١٩٤٩ ، ١٩٥٤ ، يونج Jung ، ١٩٣٣ ، هورنى Horney ، ١٩٣٩ ، سوليفان Sullivan ، ١٩٥٣ ، براون Brown ، ١٩٦١ ، هرما وكيرث Herma & Kurth ، ١٩٦٣ ، جونز Jones ، ١٩٦٤ ، وولمان Wolman ، ١٩٦٥ ، فريدمان Freedman ، ١٩٦٧ ، كولمان Coleman ، ١٩٧٢) .

المرض في ضوء نظرية التحليل النفسي :

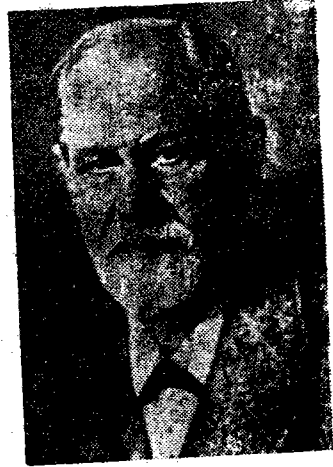
الصراع : Conflict

يرى فرويد أن الصراع بين الغرائز والمجتمع صراع عام وموجود في كل مكان وزمان ، وهذا يفرض على الفرد أن يكبح جماح نفسه وأن يتحكم في غرائزه حفاظا على المعايير الاجتماعية .

وتقرر هورنى أن الصراع لا يمكن أن يقتصر تفسيره على الناحية الغريزية ، بل انه مرتبط في نظرها بالحاجة الى الأمن . وينشأ الصراع في رأيها بسبب تعارض رغبات الفرد واتجاهاته . وهى ترى أن الصراع بين الدوافع الاولى وبين النواحي الاجتماعية صراع ثانوى وليس صراعا



(شكل ٦٧) آنا فرويد



(شكل ٦٦) سيجموند فرويد



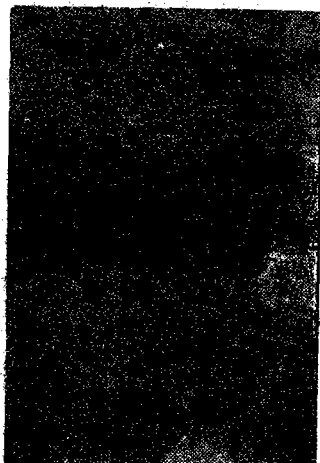
(شكل ٦٩) ألفرد أدلر



(شكل ٦٨) كارل يونج



(شكل ٧١) اوتو رانك



(شكل ٧٠) كارن هورنى



(شكل ٧٣) هارى ستاك سوليفان



(شكل ٧٢) ايريك فروم

اساسيا . **والصراع الاساسى** فى رايها ينشأ بسبب تعارض رغبات الفرد واتجاهاته . كذلك قالت هورنى بوجود « **الصراع الداخلى المركزى** » وهو صراع بين الذات الحقيقية والذات العصابية (١) .

العصاب : Neurosis

أرجع فرويد **العصاب** الى عوامل حيوية وليس الى العوامل الثقافية والاجتماعية . وجعل من القلق لب العصاب ومحوره ومن عقدة أوديب نواته ومنشأه . ويرى انه لا يوجد عصاب نفسى بدون استعداد عصابى أى بدون عصاب طفلى .

ويرى يونج أن **المرض العصابى** عبارة عن محاولة غير ناجحة للتوافق مع الواقع ، وينسب الى الفكرية المكتوبة فى اللاشعور دورا هاما فى تكوين **العصاب** ، ولكنه يقول انها ليست متصلة بالرغبات الجنسية الطفولية بل انها تتعلق بجميع مشكلات الفرد التى لم تحل .

ونكلم أدلر عن **نشأة العصاب** . وهو يرى أن العصاب ينشأ من خطأ الفرد فى ادراك وتفسير بيئته ، وحينما يصعب على الفرد أن يتخذ أسلوبا فى الحياة يستطيع أن يعوض ما يشعر به من نقص ، فيخاف من الفشل فى تحقيق هدف الحياة ، فيلجأ الى حيل الدفاع النفسى التى تكون الاعراض العصابية . وقد ركز أدلر على هدف الاعراض العصابية . ويرى أيضا أن أسباب العصاب ترجع الى **خبرات الطفولة** وخاصة تلك التى تتعلق بالعلاقات المضطربة داخل الأسرة (٢) .

وتقول هورنى أن هناك ثلاثة **اتجاهات عصابية** يتضمن كل منها عنصرا من عناصر القلق . الاتجاه الاول يتميز بالتحرك نحو الناس ، ويصاحبه قبول الحب والقرب والاعتماد على الناس مع الشعور بالعجز والاتجاه الثانى يتميز بالتحرك ضد الناس فى شكل قطيعة ومعارضة ، ويصاحبه الشعور بالعداء . والاتجاه الثالث يتميز بالتحرك بعيدا عن الناس فى عالم خصوصى ويصاحبه التمرکز حول الذات والشعور بالعزلة . إلا أن الفرد لا يسير فقط فى اتجاه واحد دون الاتجاهين الآخرين . إلا أن اقواها دائما يكون هو الاتجاه العصابى السائد . فقد ينقلب الاتجاه العصابى السائد لدى الفرد الى اتجاه آخر نتيجة لتعرضه لظروف جديدة . وتقرر هورنى أن **القلق هو أساس العصاب** . وهى تعتبر أن **خبرات** الطفولة العنيفة الشديدة شرط لازم وضرورى لتكون العصاب وأن مسدده الخبرات تشكل تربة خصبة لنمو مختلف أنواع العصاب ، إلا أنها وحدها

(١) كبت، هورنى (١٩٤٥) فى هذا كتابها « صراعنا الداخلى » .

(٢) من مؤلفات أدلر عن العصاب « مشكلات العصاب » .

لا تكفى لتكونه . وتضيف هورنى أن **العصابى** شخص جامد فى سلوكه ، بينما الشخص السوى يستجيب لمواقف الحياة بهرونة . والعصابى يعكس قلقه على العالم الخارجى ، فيصبح هذا العالم فى نظره أكثر عدوانا ، فيزداد شعوره بالعجز ، ويتضخم شعوره بالانعزال .

والعملية العصابية فى نظر هورنى عملية عكسية تتجه ضد النمو الطبيعى للشخص ، فهى شكل شاذ من النمو الإنسانى ، تختلف صفاتها وطبيعتها عن عملية النمو السليم . ويتمزق الشخص العصابى من جراء الصراع الداخلى الدائم . وكثيرا ما تتحول الحاجة العصابية للشخص الى مطالب غير معقولة ، كرغبته الا يقع فى مرض ، والا يسير نحو الشيخوخة والا يدركه الموت ... الخ . ويتمركز العصابى حول نفسه ، ويغرق فى بحر من الخيال والاهوام ، وتتحطم مطالبه على صخرة الواقع ، فينتابه اليأس ، ويسود حياته الكآبة ويخيم عليها السواد ، ويكره ذاته العصابية لتهديدها له ولشخصيته . وهكذا يقع الشخص فى صراع مزير هو الذى اطلقت عليه هورنى اسم الصراع الداخلى المركزى ، وهو الصراع بين الذات الحقيقية وبين الذات العصابية .

وهكذا تعتقد هورنى أن **العصابى يحيد عن الطريق السوى للنمو** ، ويقع فى صراع يدفعه الى الاتجاه العصابى على يجد فيه الامن ، ولكنه امن صناعى مزيف ، لا يلبث أن ينهار أمام أى موقف يثير القلق المستتر (١) .

وما أوتو رانك فهو يعتقد أن العصابى هو ذلك الشخص الذى لا ينجح فى محاولة التغلب على **صدمة الميلاد** .

والشخصية العصابية فى نظر رانك هى تلك الشخصية التى وقفت فى نموها عند ما اسماء بدور الشخص العصابى . فيشعر العصابى أنه مبعد عن الأكثرية ، لا يقبل معاييرها ، ولا يتقبل نفسه ، ولا يتقبل المثل التى يرجدها بارادته الخاصة ، ويكافح ضد أى ضغط خارجى ، ويعيش فى حرب دائمة مع نفسه ومع المجتمع ، وتسيطر عليه مشاعر الخوف من الحياة النابعة من شعوره بالاختلاف والانفصال عن الآخرين . وتسيطر عليه فى نفس الوقت مشاعر الخوف من الموت النابعة من فقدان الفردية ، يبذل أى مجهود مشترك مع الآخرين ، أو يشترك معهم فى خبرة مباشرة ، ويكون لديه استعداد لقبول ما يملى عليه وتبنى وجهات نظر الآخرين .

ويرى فروم أن العصاب هو أحد مظاهر الفشل الاخلاقى ، وأن العرض العصابى يكون فى كثير من الحالات تعبيرا عن **نزاع أخلاقى** .

(١) من مؤلفات كارن هورنى عن العصاب « الشخصية العصابية فى أيامنا » (١٩٣٧) ، و « العصاب والنمو البشرى » (١٩٥٠) .

وتمثل الاعراض العصابية — غالبا — تعبيرات نموذجية لبعض مشاكل الانسان الحديث الذى يعانى من القلق ومن تزايد الحيرة والارتباك .
فبينما تزداد قوة الانسان الحديث وسيطرته على المادة تراه يشعر بالعجز فى حياته النردية وفى المجتمع .

ويعتقد سوليفان ان **القلق هو اساس كل من العصاب والذهان** .
وعلى العموم فان العصاب هو اكثر الامراض النفسية قابلية للعلاج
بالتحليل النفسى .

ويرى فرويد ان ثمة علاقة وثيقة بين **الكبت الجنسى وبين القلق** ،
وان القلق يصاحب الحالات الهستيرية والخوف والعصاب القهرى . وربط
فرويد أيضا بين القلق وبين **الحرمان** والتهديد بالحرمان وبين خطر **الاخصاء**
الذى ينشأ من القلق فى **المرحلة القضيبية** . وربط أيضا بين القلق وبين **الخوف**
من الانا الاعلى والخوف من نبذ المجتمع . ويفرق فرويد بين **القلق العصابى**
او المرض الذى ينشأ عن خطر كامن فى الدوافع الغريزية الفطرية عند الفرد
ولا يدرك الانسان مصدره ، وبين **القلق الموضوعى** او العادى حيث يكون
مصدر القلق كامنا فى العالم الخارجى اى خارج نطاق الذات ، وينشأ بسبب
شعور الفرد بضعفه وعجزه تجاه أخطار العالم الخارجى .

ويعتقد يونج ان القلق عبارة عن **رد فعل** يقوم به الفرد حينما تغزو
عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن **اللاشعور الجمعى** . فالانسان
فى حياته العادية لا يشعر بالاشباح ، ولكنه اذا مر بالقبور ليلا فانه تتنابه
مشاعر الخوف والقلق لانه قد حدث نوع من الغزو من محتويات اللاشعور
الجمعى .

ويرى هورنى ان القلق هو **استجابة انفعالية لخطر** موجه الى
المكونات الاساسية للشخصية . ومن هذه المكونات ما هو عام بين كل
الناس مثل الحرية ، حب الحياة ، انجاب الاطفال ... الخ ، ومنها ما هو
خاص تختلف قيمته حسب الشخص نفسه وثقافته وبيئته ومرحلة نموه
وجنسه مثل السمعة والمركز الاجتماعى والاقتصادى والعلاقات العاطفية
... الخ . ويتخذ القلق مظاهر سلوكية مختلفة كالحذر والحيطه والخوف
وهذا القلق يسلب بالتدرج السمات الاصلية للفرد ، ويرمى به بعيدا عن
ذاته الحقيقية .

ويرى فروم ان القلق هو نتاج **الضغوط الثقافية والبيئية** ، ويعتقد
ان المجتمع الحديث مسئول ولا شك عن كثير من الاضطرابات النفسية .

ويقول سوليفان ان القلق عبارة عن ظاهرة تنبع من **العلاقات**
الشخصية مع الآخرين . وصفه بأنه استجابة لمشاعر عدم الموافقة من
جانب الكبار سواء كانوا حقيقيين او متخيلين . وتقوم الشخصية بمناورات

دفاعية للتغلب على القلق . وحيث أن القلق ينبع أساساً من الشعور بتهديد الحاجة الى الأمن ، فإن الوسائل الدفاعية التي تعتمد عليها الشخصية تتخذ أساساً لتحقيق الأمن بالحصول على الموافقة من الآخرين وإذا زاد خطر القلق حاول الفرد حصر هذا الخطر في أضيق الحدود بأن يضيق خبراته ونشاطه مقتصرًا على ما يستطيع أن يتنبأ تمامًا بعواقبه وفي أثناء عملية النمو قد يلجأ الفرد الى الانتباه الانتقائي حيث يركز فقط على المهم ويتجاهل غير المهم ، ويتغاضى عن الخبرات المقلقة أو المثيرة للقلق مما يضيق أفق الفرد ويقلل فرص التعلم أمامه .

الذهان : Psychosis

كما أهتم فرويد بالعصاب أهتم أيضا بالذهان باعتباره صيغة خطيرة لاضطراب السلوك ، تظهر تغيرات مرضية في ادراك الواقع وفي السيطرة على الذات . واعتبر فرويد الذهان دفاعاً يقوم به الفرد ضد خيبة أمل أوقعه الواقع فيها .

وعلى العموم فإن النظرية العامة للأمراض الذهانية تتشابه مع نظرية العصاب . إلا أن ثمة فروقا هامة بينهما . فالنكوص والتثبيت في الذهان أعمق منها في العصاب . ففي الفصام مثلاً يأخذ النكوص شكل الانفصال عن الواقع . وفي الذهان تزيد قسوة الحرمان والصدمة بالنسبة الى قدرة الانا على الاحتمال . وفي الذهان يعرض الانا عن الواقع ويستسلم للهو ومن ثم تحدث نكسة النمو ويكشف عن ذلك الهلوسات والهلذان . وفي الذهان يدور الصراع في معظمه بين الانا والواقع ، بينما في العصاب يكون الصراع في الغالب بين الانا والهو .

ويرجع أدلر الذهان سواء كان فصاماً أم ذهان الهوس والاكتئاب الى خليط من أسباب نفسية وأسباب جسمية . ووضع أدلر أهمية كبيرة على فهم المنطق الخاص لمرضى الذهان والخلط الذي يميز هذيانات العظمة وخيالات الاكتئاب . ويرى أدلر أنه بينما قد يعاني العصابى من الاحساس بالفشل سواء كان هذا الاحساس حقيقياً أو متخيلاً ، فإن الذهان لا يقبل الواقع الاجتماعى ، وتعوض خيالاته احساسه باليأس من امكان تحقيق أى أهمية في العالم الواقعى .

وهكذا لم ينكر التحليل النفسي الاسباب والاصول والتفسيرات العضوية للذهان الى جانب الاسباب والاصول والتفسيرات النفسية .

اجراءات التحليل النفسي :

البدء :

يأتى المريض النفسى قبل العلاج اشبه بالشخص الخائف المتصارع

القلق الحائر في حجرة مظلمة مكسدة (بالمحتويات) تماما ، وهو لا يعرف عنها شيئا ، ومن ثم يصطدم بمحتوياتها . انه يتصارع مع اشياء مخيفة خفية تهدده (اللاشعور والقوى التي لا يعرفها عن نفسه) . ومع الظهور التدريجي للضوء (التفسيرات التي يقوم بها المحلل) يستطيع المريض أن يرى ويقدر هذه الاشياء المخيفة حق قدرها ، وبعد ذلك تصبح مسئوليته أن يقوم هو نفسه بتنظيم مسكنه .

وفي المقابلات الاولى وقبل البدء في اجراءات التحليل النفسي يجب أن يتربث المعالج وأن يتأكد بعد اجراء عملية الفحص أن المريض ومرضه يصلح للتحليل النفسي . ويجب أن يكون المعالج نفسه مؤهلا وخبيرا بالتحليل . ويرى اصحاب التحليل النفسي الكلاسيكي أنه من المستحسن أن يكون المعالج نفسه قد سبق تحليله نفسيا .

ويعطى المريض بعض المعلومات الاساسية عن عملية التحليل مثل الجلسات والوقت ووسائل التحليل واهدافه ... الخ . اما عن **الجلسات** ففي العادة تستغرق الجلسة ساعة (أو ٥٥ دقيقة) ، من مرة الى خمس مرات اسبوعيا . وترى كارن هورني أن تكرار الجلسات يجب ألا يقل عن جلسة ولا يزيد عن ثلاث جلسات في الاسبوع . اما عن **الوقت** ، فقد يستغرق العلاج بالتحليل النفسي عاما أو عامين أو أكثر حسب الحالة . الا أن المعتاد هو أن يستمر العلاج لمدة عامين . وسبب طول الوقت الذي يستغرقه التحليل النفسي هو أن اضطراب التركيب النفسي الذي ظل ثابتا طوال بضع سنوات لا يحتمل أن يتم بسرعة في بضع جلسات . وقد استنكر رانك طول عملية التحليل النفسي بالطريقة الكلاسيكية حيث يصل عدد الجلسات الى ٢٠٠ وقد يصل الى ٦٠٠ جلسة .

ويرتبط الصورة الكلاسيكية للتحليل النفسي باستخدام **سرير التحليل** (انظر نسلكي ٧٤ ، ٧٥) (*) حيث يطالب إلى المريض أن يستلقي أو يضطجع على سرير التحليل وتبعد عنه المؤثرات الخارجية ، ويحث على الاسترخاء التام ، ويجلس المعالج خلف المريض بعيدا عن انظاره حتى لا يظل المريض يحمق في المعالج ، وحتى لا يتأثر بتعابير وجهه ، وحتى يركز على مشاعره وعلى داخلية نفسه ، دون تدخل أي عوامل تشتت انتباهه ، فضلا عن أن وضع الاستلقاء يبعث على الراحة ويقلل من التوتر . وهذا الوضع يعني المحلل عن بذل أي مجهود للسيطرة على حركاته وإيماءاته ، ويوفر له مزيدا من الحرية للانصات والملاحظة

(*) يرجع استخدام سرير التحليل الى ايام ان كان المعالج يلجأ الى التنويم الايحائي في عملية التحليل .



(شكل ٧٥) التحليل النفسي



(شكل ٧٤) سرير فرويد للتحليل النفسي

والتفسير . وقد كان فرويد يصر على هذا الوضع . أما غيره من المحللين النفسيين مثل كارن هورنى وسوليفان فهم أكثر مرونة إذ يرون أن استخدام سرير التحليل ليس ضروريا وهم يبيحون **التحليل وجها لوجه** حيث يجلس المريض أو يضطجع في مواجهة المحلل وخاصة إذا كان المريض يخاف الاستلقاء ، أو إذا كان نومه على السرير قد يشعره بالخضوع والدونية والبعد عن المحلل ، فضلا عن أنه قد يربط بينه وبين الوضع الجنسي . وهؤلاء المحللون يؤكدون أن مواجهة المريض للمعالج تفيد المريض الذي يود قراءة ردود فعل المعالج ، وخاصة أن المريض يتلمس موافقة المعالج ويريد أن يشعر أنه قريب منه . كذلك فإن الواجهة تفيد المعالج في أنها تمكنه من ملاحظة المريض بطريقة أفضل .

العلاقة العلاجية الدينامية :

يركز التحليل النفسي على أهمية **العلاقة الدينامية بين المريض والمعالج** ويهتم بمبدأ التقبل ، أي تقبل المريض من المعالج ، لأن العصاى يكون دائما فاقدا لهذا الشعور بالتقبل والمحبة . فعندما يرى المريض أنه مقبول من المعالج فإنه في هذه الحالة يستطيع أن يتقبل نفسه .

وفي العلاقة العلاجية ، يجب أن تكون **اتجاهات المحلل** متناسبة مع اتجاهات المريض . ويجب — كما يقول فرويد — أن يذهب المعالج لكل شيء والا يركز تركيزا زائدا على أى شيء . ويرى فرويد أيضا أن المعالج يجب ألا يوجه أى نقد الى المريض ، والا يتخذ دور الرقيب . وأن يمتنع عن اتخاذ موقف الناصح والموجه فيما يتعلق بسلوك المريض في حياته الخاصة . ويرى فرويد أن على المحلل أن يضع مشاعره جانبا وأن يهتم بإجراء عملية التحليل بأقصى درجة ممكنة من المهارة . ويجب أن يكون المحلل مستقبلا

حساسا للمواد الخام التى تستدرج من لاشعور المريض وتطفو على سطح شعوره . ويرى سوليفان أن اتسام المعالج بالفكاء وسرعة البديهة وروح الدعابة مما يساعد على الاسراع بالعلاج .

ويتلخص دور المحلل على رأى اصحاب التحليل النفسى الكلاسيكى وعلى رأسهم فرويد فى أن يكون بمثابة مرآة تعكس ما يعرض عليها من دوافع واتجاهات ومشاعر المريض ، وعليه أن يجيد الاصغاء والصمت والملاحظة والفهم وبذلك يكون دوره حياذيا . وتستنكر هورنى ورائك وفروم وسوليفان اتخاذ المعالج مثل هذا الدور السلبي فى نظرهم . وهم يرون أن المعالج يجب أن يكون له دور نشط وإيجابى فى عملية التحليل . فهو يجب أن يبدى المشاركة الانفعالية والفهم والانتباه والتسامح . ويجب أن يلاحظ التناقض فى كلام المريض ويعلق على اتجاهاته واتماط سلوكه ، ويعلق على الاحلام ... الخ . ويجب ألا يتردد فى اسداء النصح وتقديم التوجيه والارشاد والشرح والتفسير حتى تزداد ثقة المريض فى العملية العلاجية . على الا يفرض سلطانه . وبرز رائك أهمية مرونة المحلل ، فأكّد مميزات التحلل من التقيد الجامد بقواعد خطوات التحليل النفسى الكلاسيكى .

وترى هورنى أن العلاقة العلاجية السليمة هامة كنموذج للعلاقات الاجتماعية ، وتقول أن الهدف العام من العلاج يتمثل فى تكوين علاقات اجتماعية سليمة ، ومساعدة المريض على تحقيق ذاته ، وتكوين علاقات انسانية طيبة مرنة مع الآخرين ، وضمان قدرة الفرد على الاستقلال الذاتى والعمل الإيجابى وتحمل المسؤولية . وتضيف هورنى أن التحليل النفسى يتطلب عمل التغييرات اللازمة فى الاتجاهات التى تسيطر على المريض . والنتيجة العامة للتغير الذى يحدث بسبب التحليل النفسى هى تحسسين علاقة الفرد بنفسه وبالأخرين فيصبح أقل عدوانا وأكثر قوة وأقدر على أن يكون مشاعر صادقة مع غيره .

وينظر سوليفان الى المعالج كملاحظ ومشارك . ويهتم سوليفان كثيرا بتحقيق مهارة المريض فى اقامة علاقات شخصية سليمة متوافقة مع الآخرين .

التفريغ أو التطهير الانفعالى :

تتلخص عملية التفريغ أو التطهير الانفعالى كما حددها فرويد فى حث المريض (اثناء التنويم الإيحائى فى أول الامر) على تذكر الحوادث والخبرات الشخصية الماضية، واسترجاع الدوافع والذكريات والصراعات اللاشعورية بمصاحبتها الانفعالية ، التى لم يعبر عنها المريض اثناء الصدمة تعبيرا كافيا مما أدى الى الكبت وتكوين العصاب .

وقد وجد فرويد أن أعراض المصائب تخفى تلقائياً نتيجة عملية التفرغ أو التطهير الانفعالي التي يحدث خلالها استدرج محتويات اللاشعور إلى حيز الشعور ، والتعبير عنها لفظياً وانفعالياً . وعلى هذا فهذه عملية علاجية هامة .

الا أنه قد لوحظ أن طريقة التفرغ أو التطهير القائمة على الإيحاء في حد ذاتها لا تؤدي إلى أحداث التطهير المرغوب في بناء شخصية المريض ، وإن الشفاء الناتج عنها يكون وقتياً وقاصراً على إزالة الأعراض ولا يتناول الأسباب ، وهي لا تقي المريض شر استعادة الأعراض لنشاطها أو استبدالها بأعراض أخرى إذا ما تعرض المريض لنفس الظروف التي أدت إليها أو لظروف مشابهة . هذا علاوة على أن بعض المرضى لا يمكن شويهم .

وقد قابل فرويد هذه المشكلة بأن لجأ إلى استخدام الإيحاء أثناء البقطة والإصرار على أن المريض سوف يتفكر الذكريات المنسية . وكان ذلك يتطلب جهداً كبيراً من جانبه ، إذ عليه أن يتغلب عن طريق الإصرار على مقاومة المريض — ثم ما لبث فرويد أن وجد أن طريقة الإيحاء أثناء البقطة طريقة قاصرة ولا يمكن الاعتماد عليها وحدها ، فهي تتضمن اقحام مؤثرات نفسية خارجية على المريض عليه أن يتقبلها دون مناقشة ، ومن ثم فهي تقرب إلى أن تكون عملية تضليل نفسي منها إلى أن تكون عملية ارتقاء نفسي ، وهي لا تساعد المريض على الاستقلال بل تساعد أكثر على الاعتماد على المعالج ، وتقريبه من أن يكون كالطفل المطيع ، وليس كل المرضى قابلين لمثل هذا القشر . كذلك وجد أنه لا يستطيع باستخدام الإيحاء وحده نفع المريض إلى تفكر الحوادث والخبرات الشخصية الماضية المكونة التي سببت المرض ، فلجأ إلى التداعي الحر أو الترابط الطليق .

التداعي الحر أو الترابط الطليق :

يعتبر التداعي الحر أو الترابط الطليق الخطوة الرئيسية في عملية التحليل النفسي للكشف عن المواد المكونة في اللاشعور .

وفي بادئ الأمر كان فرويد يطلب من المريض أن يركز جهده في تفكر المرة الأولى التي ظهرت فيها الأعراض . ولكن بعد ذلك جعل يطلب إلى المريض أن يطلق العنان بحرية لأفكاره وخواتمه واتجاهاته وصراعاته ورغباته واحساساته ، تسترسل من تلقاء نفسها دون تخطيط ودون اختيار أو تحفظ ودون قيد أو شرط متناولاً تاريخ حياته وكل ما مر به من خبرات وأحداث دون التقيد بمعناها أو تماسكها وحتى دون التقيد بالمنطق ، وعلى حد تعبير فرويد نفسه يكون المريض كالجالس بجوار شبك قطار يصف لشخص يجلس خلفه المناظر المتغيرة المتلاحقة التي يراها بأمانة ذاكراً أي شيء وكل شيء .

وحيث أن افكار المريض في موقف التحليل تتأثر بأربعة متغيرات هي :
المثيرات الخارجية ، والمثيرات الحشوية الحسية ، والمواد الشعورية
(مثل مايريد وما لايريد أن يقوله) ، والمواد اللاشعورية المكبوتة ، فانه يحاول
أن يقلل من آثار العوامل الثلاثة الاولى بقدر الامكان .

وهكذا يمكن بهذه الطريقة أن تخرج الافكار والخبرات والاحداث بحرية
وانطلاق مرتبطة بافكار أخرى سابقة تنصل بدورها بالافكار المكبوتة في
اللاشعور .

ويعمل المحلل حسب انه سوف يفسر ما كشف عنه التداعي الحر من
مشاعر وافكار ورغبات واتجاهات وصراعات .. الخ وعلاقتها بخبرات
طفولة المريض ومشكلاته في الوقت الحاضر . ويساعد المريض في عملية
الاستبصار بهذه المواد التي لم يكن يعيها من قبل .

ويعتبر الادراك الشعوري جزءا رئيسيا من العلاج بالتحليل النفسي .
ويسمح اضعاف القوى الكابتة بواسطة التحليل النفسي ، باستدراج
العمليات اللاشعورية وادراكها . ذلك انه بالرغم من أن هذه العمليات
لا شعورية فانها تؤثر تأثيرا قويا على الخبرة الشعورية وعلى السلوك .

وقد رأينا أن فرويد يعتبر العلاج النفسي عملية تتضمن استعادة كل
ما استبعد بطريق الكبت من اللاشعور الى الشعور . وتساعد العلاقة
العلاجية السليمة على تقوية الذات بدرجة تجعلها قادرة على أن تسيطر
على القلق الذي يحركه استدراج المكبوت من اللاشعور الى الشعور . ولكي
نصل الى المكبوتات لابد أن تصبح كل عوامل الكبت في أقل درجة من درجات
التأثير ، بحيث تتيح للمريض فرصة للوصول بسهولة الى أعماق نفسه .

وقد وردت عدة تعليقات على التداعي الحر . فترى هورنى أن التداعي
الحر مرغوب فيه ولكنه ليس ضروريا في عملية العلاج . وتقول انه ليس من
الضروري أن يتناول كل شيء يخطر بالذهن ، ولكنه يقتصر على الاسترسال
التلقائي غير المراقب للخبرات الداخلية (وتشمل المشاعر والاحساسات
والافكار والاحلام .. الخ) . ورفض رانك التداعي الحر والاستبصار
بخصوص جذور وأصول الصراعات الحالية على اساس انه يلفت نظره
المريض الى ماضيه الاليم مع تركه عاجزا عن مواجهة مشكلاته الحالية .

تحليل التحويل : Transference Analysis

يكون موقف المريض من المحلل في أول عملية التحليل موقفا محايدا
لايصطبغ بانفعال أو عاطفة معينة . وقد لاحظ فرويد أن المريض أثناء
التحليل يتعرض لمشاعر مختلفة تجاه المحلل . فهو تارة يحبه وتارة يكرهه .
وقد تظهر عليه علامات الغضب أو العناد أو الغيرة أو الخوف أو الإهمال

أو الاستخفاف أو حتى العدوان . وحيث ان المريض لم يكن له صلة سابقة بالمطل . فليس هناك ما يبرر هذا السلوك . ولابد ان يكون المقصود بهذا السلوك شخصا آخر ، وما المطل الا رمز يرمز اليه ، ومن ثم تتحول تجاهه المشاعر التي يكنها المريض في واقع الحياة لهؤلاء الأشخاص الآخرين ، ويسقط المريض الانفعالات الخاصة بهؤلاء على المطل الذي يصبح هدفا لانفعالات المريض المكبوتة وقد يضع المريض المرشد في دور خاص يفتقر اليه في حياته ويعتبر خلو حياته من هذا الدور جزءا من اضطرابه مثل دور الحب . وقد أطلق فرويد على هذه الظاهرة اسم « التحويل » .

وهكذا غلب التحويل يكشف عن اعماق تجارب المريض الانفعالية . ولكن بالنسبة لطبيعة الموقف العلاجي التحليلي فان الانفعالات تكون اقل شدة من الانفعالات الاصلية . فالأنا عند المريض قد أصبح أكثر نضجا وقوة وأكثر قدرة على تحمل الصراع الذي لم يتحملة وهو ضعيف اثناء الطفولة ، ومن ثم فهو أقدر الآن على ضبط الانفعال نسبيا . إذن ففي عملية التحويل يسلك المريض بازاء المطل ما كان يسلك في ماضيه بازاء الأشخاص المحيطين به . ومن خلال عملية التحويل يعيد المريض تمثيل المساة الماضية التي حدثت في الطفولة . ويرى سوليفان ان عملية التحويل تشير إلى الخبرات مع الوالدين أو الاخوة أو الزوج أو المحبوب أو الرؤساء أو المدرسين أو الاصدقاء أو الزملاء . الخ . وعلى سبيل المثال قد ينظر مريض إلى المعالج على انه « الاب » الذي كان يرفضه في الحياة الواقعية . ففي التحويل يمد المعالج المريض بما يحتاجه فعلا وهو « الاب الطيب » في موقف علاجي صحي .

وعلى هذا نجد ان المريض يحيى ويحيا الخبرات السابقة في عملية التحويل . فالتحويل هو تحقيق فعلى في مجال التحليل لمشكلة لا شعورية تمتد جذورها في الطفولة . ويقوم المعالج بتحليل سلوك المريض في موقف التحويل .

ويسمى التحويل الذي يتسم بالحب والاعجاب « التحويل الايجابي » وقد يأخذ شكل تحويل ايجابي جنسي ويحاول المريض استبدال العلاقة العلاجية بعلاقة حب . ويسمى التحويل الذي يتسم بالكراهية والنفور « التحويل السلبي » وقد يأخذ شكل تحويل سلبي عدواني ويكون مصدرا لمقاومة المريض وعدم تعاونه ومقدان اهتمامه بالعلاج أو انهائه . وقد يجمع التحويل بين النقيضين أي الحب والكراهية كمثل ما قد يكنه الطفل لوالديه ، ويطلق على هذا اسم « التحويل المختلط » .

ويمكن للمعالج ان يستفيد من التحويل الانفعالي في التغلب على المقاومة التي تطرأ على المريض ومعرفة السبب الذي من أجله حدث الكبت .

وبدراسة سلوك المريض المتكرر خلال عملية التحويل يستطيع المحلل أن يكون فكرة واضحة عن النمط السلوكي في حياة المريض .

وقد يحدث في علاقة التحويل التي تحدث في مرحلة مبكرة من التحليل النفسي أن تختفى أعراض وتبدو علامات الصحة النفسية واضحة على المريض . وهذا يرجع أساسا إلى التخلص من القلق . وهذا يحدث بسبب الثقة في المحلل . وحيث أن هذه الثقة هي أحد عناصر التحويل ، فإن هذه الظاهرة تعرف باسم « علاج التحويل » .

وفي عملية التحويل أيضا ، ومن خلال العلاقة العلاجية بين المحلل والمريض وتكرار الانماط السلوكية العصابية ، يستبدل العصاب الكلينيكي الأصلي بعصاب آخر يسمى « عصاب التحويل » . *transference neurosis* وهذا التكوين العصبي الجديد يوجه نحو المعالج والتحليل . وفي التحليل النفسي يجب تفسير عصاب التحويل وضبطه وعلاجه .

ويلاحظ أنه قد تحدث عملية « تحويل مضاد » *counter-transference* من جانب المحلل . فالمرضى يعبر عن خبراته الانفعالية أثناء عملية التحويل . وعملية التحويل أيضا تعتبر خبرة انفعالية بالنسبة للمحلل نفسه . فقد يستجيب المحلل انفعاليا تجاه انفعالات المريض وهذا من شأنه أن يؤثر في قدرة المحلل على أن يقوم بتحليل موضوعي . والتحويل المضاد ظاهرة غير مرغوب فيها وترجع إلى العناصر المكبوتة غير المحللة في لاشعور المحلل نفسه . ولاشك أن هذه مشكلة كبيرة بالنسبة للمحلل ، ولذلك يجب أن يكون المحلل حريصا جدا ويحول تماما دون حدوث التحويل المضاد . وهو وأن كان لابد أن يتجاوز انفعاليا مع المريض — كشرط أساسي لفهمه — إلا أنه يجب أن يكون قادرا تماما على ملاحظة وضبط انفعالاته هو شخصيا .

ويقول فرويد أن التحويل هو الميدان الذي ينبغي أن يحرز فيه النصر النهائي الذي يتبلور في الشفاء الدائم من العصاب . ولاشك أن السيطرة على مظاهر التحويل تثير أعظم صعوبات يواجهها المحلل النفسي . ولكن هذه المظاهر وحدها هي التي تتيح للانفعالات الودية أو العدائية أو الودية العدائية الإنسانية أن تتحقق وأن تظهر ، وبذلك يسهل علاجها .

ويؤكد رانك أهمية تنمية استقلال المريض والبعد عن عملية التحويل ، وعدم تشجيع المريض على الاعتماد على المعالج . وعلى المعالج واجب تحليل التحويل أي تحرير المرض من التحويل بأن يفسره له ويبين له سببه ويوضح له أن مشاعره أو انفعالاته هذه ليس مصدرها الوقت الراهن . ولا صلة لها بشخص المحلل ، بل إنها استقطبت على شخص المحلل خلال عملية التحويل .

ويلجأ بعض المعالجين الى العلاج النفسي الجماعى للمساعدة فى **فطام المريض انفعالياً** من علاقة التحويل . ففى الجلسات الجماعية يتشبع التحويل الى علاقة متعددة الابعاد بدلا من اتخاذ نمط علاقة ذات طرفين فقط، وذلك يسهل التخلص التدريجى من التحويل .

هذا ولا يكون تحليل التحويل خطوة خاصة من العلاج كما يقال احيانا ، بل ينبغى ان يبدأ منذ بداية العلاج ويستمر حتى نهايته كلما استطعنا الى ذلك سبيلا . وعلى العنوم فان فرويد يعتبر أن عملية التحويل وعملية المقاومة هما أهم ما يميز التحليل النفسى عن غيره من طرق العلاج .

تحليل المقاومة : Resistance Analysis

لاحظ فرويد ان المريض أثناء التداعى الحر أو الترابط الطليق قد يبدى مقاومة شديدة لا شعورية للحيلولة دون ظهور المواد المكبوتة فى اللاشعور الى حيز الشعور . ومن الناحية الاجرائية فان **المقاومة** هى أى شئ يعوق سير عملية التحليل ويحاول اجهاضها . وهى قوة مضادة للعلاج، والمريض يقاوم التداعى الحر حين يلمس نقطة حساسة فى حياته . وتعتبر القوى الانفعالية التى تبعث ~~المقاومة~~ تلك التى تحدث التحويل .

ويتعلق المحلل النفسى أهمية خاصة على المواد والخبرات المؤلة والافكار والرغبات والصدمات الانفعالية التى تعترض المقاومة ظهورها لان لها **دلالة خاصة** وارتباطا وثيقا بمشكلات المريض الاساسية . ومن المعروف أن التفسير والشرح ، الذى يقدمه المحلل للمريض بخصوص المكبوتات اللاشعورية ، هو نفسه ما كان المريض يحرص على كبته . ولذلك تهب وسائل الدفاع وتثشط . هذا فضلا عن ان المقاومة وليس عدم المعرفة هى التى تمنع المريض من فهم مشكلاته . وتقول هورنى أن المقاومة تتبع من القوى التى تقدم الحافز نحو تحقيق الذات (بما فى ذلك العصاب نفسه) **ودفاعات المريض** . وقد تكون شخصية أو غير شخصية ، ضد الذات أو ضد المعالج ، سلبية أو نشطة ، ساهرة أو مستترة .

وقد تكون ظاهرة **التحويل السلبي العدوانى** مصدرا لا قوى مقاومة للعلاج مما قد يفقد المريض اهتمامه بالعلاج وسيره ويصبح غير متعاون وقد ينهى العلاج .

وقد تكون **المكاسب الثانوية** من وراء المرض عاملا هاما فى حدوث ظاهرة المقاومة (راجع الفصل الثالث « أعراض الامراض النفسية » ص ١٢٧) .

وقد يكون لدى المريض **رغبة مرضية فى المعاناة والبقاء** فى حالة المرض **رغبة فى تحطيم الذات** . وفى هذه الحالة يكون **الإنسان** لدى المريض غير قادر على تحقيق وحفظ الذات .

وقد يقاوم المريض اكتشاف المقاومة التى يبديها لا شعوريا خاصة اذا عرفنا أن المقاومة تعتبر احدى حيل الدفاع النفسى لدى المريض ضد كشف المكبوتات غير المرغوب فى كشفها والقاء الضوء عليها .

وتكون المقاومة على أشدها عندما تكون المواد المكبوتة بغيضة او مخيفة او محرمة او مشوبة بالشعور القوى بالخجل أو الذنب او اذا كان ظهورها فى حيز الشعور لايقبله المريض مثل الخبرات الجنسية ، والعنوان ضد الوالدين او غيرهم .

أما عن مظاهر المقاومة فاهمها : الامتناع عن الافضاء بأى افكر للمحلل او الافضاء بأفكار ظاهرة ، والكلام بصوت غير مسموع أو الصمت الطويل ، والبطء أو التوقف أثناء التداعى الحر ، والاسترسال فى موضوع واحد دون غيره ، والاكتفاء بالكلام عن الحقائق فقط والاحتفاظ بما عدا ذلك، وتوجيه اسئلة غير مناسبة للموضوع لتحويل مسار التداعى ، والانصراف عن المحلل وعدم الافضاء اليه ، واعداد ما يراد قوله فى شكل مذكرات حرصا على عدم ظهور أى شئ غير مرغوب التحدث عنه ، واللجلجة ، وفلتات اللسان ، وتصحيح ما يقوله ، والملل والضيق وظهور علامات القلق مثل اللعب فى الملابس وأجزاء الجسم ، والميل الى النوم ، والنسيان ، والانكار ، والتبرير ، والغموض ، وعدم رغبته أو عدم قدرته على التعاون مع المحلل لتحقيق هدف العلاج ، وعدم الموافقة على التفسيرات التى يوردها المحلل والنضال ضدها ، ومحاولة اثبات أن المحلل مخطئ ، والتشكك فى قيمة العلاج بالتحليل ، والحضور متأخرا الى جلسات التحليل أو تناسى مواعيدها أو الاعتذار عنها .

ويؤكد فرويد ضرورة مقاومة مقاومة المريض بالاصرار . أى أن من واجب المعالج تحليل المقاومة وكسر حدتها واضعافها والقضاء عليها ، ولفت نظر المريض اليها والى مظاهرها ، وتوضيح وشرح كيف انها تمنع الوصول الى أسباب مشكلات المريض ، وجعله يواجه أفكاره الآلية ورغباته المخجلة وخبراته العنيفة وجها لوجه ، وبهذا يستطيع أن يستخرج هذه الافكار والرغبات والخبرات الى حيز الشعور حيث يمكن حل المشكلة . ويعتبر التفسير هو الاداة الرئيسية لتحقيق ذلك حيث تتحول المقاومة الى تعاون يؤدي الى الاستبصار وفهم النفس .

هذا ويلاحظ أن المريض قد يبذل جهودا لا شعورية فى مقاومة تحليل المقاومة . فالمريض قد يعتبر جهود المحلل لتحليل المقاومة بمثابة هجوم شخصى عليه يزيد القلق ويدعو الى مزيد من المقاومة . ومن هنا نجد أن من واجب المحلل أن يبذل كل جهده فى التغلب على هذه المقاومة هادفا الى تحقيق تعاون المريض حتى يسير التحليل نحو تحقيق اهدافه العلاجية .

وقد اكتشفت مجموعة من العقاقير لها أهميتها في أحداث حالة نفسية بالمرضى تمكنه خلالها من الرجوع بذاكرته الى مرحلة الطفولة المبكرة ، وبذلك يمكن التغلب على المقاومة والاسراع في عملية التحليل . على انه يجب الحذر الشديد عند استعمال هذه العقاقير .

تحليل الاحلام : Dream Analysis (١)

شر فرويد مؤلفه عن « تحليل الاحلام » عام ١٨٩٩ - ويرى فرويد انه لما كان الانا في حالة اليقظة هو الذى يسيطر على قوة الحسركة ، فان هذه الوظيفة تتعطل اثناء النوم ، ومن ثم يتلاشى جزء كبير من الرقابة التى تفرض الهو او اللاشعور . وسحب الشحنات النفسية التى تقوم بوظيفة الرقابة او اضعافها يسمح للهو بشيء من الحرية التى تبدو الآن غير ضارة .

وقد استخدم فرويد تحليل الاحلام كوسيلة للوصول الى اعماق اللاشعور والكشف عن اسراره . وهو يعتبر الاحلام بمثابة « الطريق السلطاني » الى اللاشعور الذى يحتوى على العقد والدوافع والرغبات المكبوتة والتى يرى فرويد ان اغلبها جنسية ، وهى وان كانت مكبوتة ، الا انها لم تفقد القدرة على الظهور رغبة في الاشباع . وبعبارة اخرى فان الحلم يعتبر نافذة مطة على اعماق النفس .

ويقول فرويد ان تكوين الاحلام يمكن ان يحدث بطريقتين مختلفتين . فقد يكون اصلها احد الدوافع او الرغبات الغريزية التى تكون عادة مكبوتة ومختزنة في اللاشعور - والتى تحول الاوضاع الاجتماعية دون تحقيقها في الواقع - تجد قوة كافية اثناء النوم تجعلها تؤثر في الانا (الرقيب) الذى يكون في غفلة اثناء النوم وتفلت منه ونشق طريقها من اللاشعور الى الشعور وتفصح عن نفسها في الاحلام . وقد يكون اصل الحلم رغبة متخلفة من حياة اليقظة - اى سلسلة من الافكار الموجودة قبل الشعور بكل ما تتضمنه من الدوافع المتصارعة - تلقى تدعيما اثناء النوم من أحد

(١) مما هو جدير بالذكر ان من الذين اشتهروا من العرب في تفسير الاحلام « محمد بن سيرين » منذ ١٣ قرنا مضت . وتقسّم الروايات الاسلامية الاحلام الى ثلاثة اقسام : الاول تعبير عن الافكار العبادية او الاسرار الخاصة للانسان وتعبر عن ضميره الباطن ، والثانى عبارة عن الافكار المشتتة والمضطربة مثل تلك التى تتوارد احيانا في اليقظة وهذه تعرف باسم «اضغاث الاحلام » ، والثالث : الاحلام الالهامية كحلم سيدنا يوسف عليه السلام ، يقول رسول الله صلى الله عليه وسلم : « الرؤيا ثلاثة : بشرى من الله ، وتحزين من الشيطان ، والذى يحدث به الانسان نفسه غير اه في منامه » .

العناصر اللاشعورية . وباختصار فإن الاحلام قد تنشأ اما من الهوى واما من الانسا .

ويفسر فرويد كيف ولماذا يقوم الانا التائم بعملية الحلم . ان كل حلم في مرحلة التكوين انما يقوم تحت تأثير اللاشعور بمطالبة الانا بارضاء غريزة او بحل صراع ... السخ . ويعتبر فرويد ان « **الحلم هو حارس النوم** » . فالانا التائم شديد الرغبة في الابقاء على النوم وحمايته من الازعاج . وهو يرى في هذه المطالبة التى تنبعث في الحلم اقلقا لراحته فيعمل على التخلص منها . ويحقق الانا ذلك بما يبدو كأنه موافقه . فهو يجيب هذه المطالبة بما يعتبره في هذه الظروف اشباعا بريئا لرغبة معينة ، بذلك يتخلص من المطالبة . وعملية الابدال هذه التى تشبع بها رغبة ما بدلا من تحقيق ما يطلبه الهوى هى الوظيفة الرئيسية للحلم . ويضرب فرويد مثلا بحلم عن الجوع . ففى أثناء النوم تنتبه في الشخص صاحب الحلم حاجة للطعام ، ويحلم الشخص انه يتناول طعاما لذيذا ، ثم يستمر في نومه . وكان على الشخص بالطبع ان يختار بين الاستيقاظ وتناول شئ من الطعام او الاستمرار في النوم . وهنا نجده قد اختار الامر الثانى واشبع جوعه عن طريق الحلم بصفة مؤقتة ، اذ لو استمر جوعه لاضطر الى الاستيقاظ . ويضرب فرويد مثلا آخر بحلم عن الرغبة الجنسية . فقد تتحرك أثناء النوم رغبة في علاقة جنسية محرمة مع زوجة صديق مثلا ، فيحلم التائم انه يمارس العملية الجنسية ، ولكن ليس مع هذه السيدة بالذات بل مع سيدة اخرى قد تكون بنفس الاسم او قد تكون مجهولة بلا اسم على الاطلاق .

وقد ميز فرويد بين المضمون الصريح والمضمون الكامن للحلم . اما عن **المضمون الصريح او المحتوى الظاهرى** للحلم . فهو ما يرويه الشخص (ويرتبط عادة بذكريات يوم الحلم وبالخبرات السابقة ، وعادة يكون سارا . أما عن **المضمون الكامن او المحتوى الباطنى للحلم** ، فهو ما يحاول المحلل ان يصل له ، وعادة ما يكون مؤلما ، وقد يكون مشوشا غير مفهوم او لا معنى له ، او مناقضا للواقع ، او متضادا (حيث لا يوجد في اللاشعور فصل بين الاضداد ، ولذلك فأى عنصر في الحلم الظاهر قد يعنى أيضا ضده) .

ويطلق على العملية التى تحول المحتوى الباطنى المؤلم الى محتوى ظاهرى سار عملية **اخراج الحلم** . ان الحلم الذى نرويه بعد اليقظة ليس هو عملية الحلم الحقيقية . ويمكن صياغة ذلك في الصور الآتية .

اخراج = المحتوى الحقيقى + المحتوى الظاهرى - المحتوى الباطنى .

ويلجأ الحالم في اخراج الحلم الى وسائل عري :

✳ **التكثيف** . أى تكوين وحدات جديدة من عناصر هى بالضرورة منفصلة بعضها عن بعض ، وحذف بعض العناصر . وادماج العناصر المتشابهة مع بعضها في بعض الصفات .

- * النقل ، أى نقل سمات انفعالية من شخص الى آخر ، أو نقل التأكيد من عنصر من عناصر الحلم الى عنصر آخر .
- * الإخراج المسرحى ، أى تحويل الافكار الى صور ذهنية بصرية كما لو كانت فيلما سينمائيا وانها تتعلق بشخص آخر ، وبهذا تصبح اقل اثارة للناحية الانفعالية فى الشخص .
- * التعبير الرمزي (١) ، أى ظهور الموضوعات والمواقف فى صور رمزية لا تسبب الالم أو الانفعال الشديد . ويكون معنى هذه الرموز فى معظم الاوقات غير معروف للحالم .
- * الصياغة الثانوية ، التى يقوم بها الحالم باعادة تنظيم اجزاء الحلم وتحريفه وازضافة تفصيلات أو تحسينات ثانوية لسد ما به من ثغرات وبذا يصبح الحلم اقرب الى المنطق .

وقد اهتم يونج الى حد كبير بتحليل الاحلام والخيال والانتاج الفنى . وفى حين ينظر فرويد الى الحلم على أنه « تحقيق لرغبة » (٢) ، فان يونج يشكك فى ذلك اذ أن كثيرا من الاحلام يتضمن أمورا مؤلة فى الواقع ، أو انها توقظ الحالم فى حالة قلق نفسى ، فنحن نجد ان يونج ينظر الى الحلم ليس كتعبير لرغبات كامنة مكبوتة ، ولكن كتعبير لا ارادى لعملية نفسية لا تخضع لضبط الشعور ، وهى من ثم تعبر عن الحالة الذاتية للمريض فى واقعه . ويتبع يونج فى تحليله للحلم مستويين ، أولهما مستوى الموضوع ، وثانيهما مستوى الشخص .

كذلك اهتمت كارن هورنى بتحليل الاحلام ، وهى ترى ان الاحلام تريد البصيرة حول الحالة ، وتكشف عن بعض اتجاهات المريض نحو

(١) رموز الاحلام كما ذكرها فرويد معظمها جنسية . فمن الرموز الدالة على القضيبة الثعبان والعصا والسكين والمسدس والمفتاح والقلم والديك . ومن الرموز الدالة على الفرج : الكهف والفرن والدبلة وحدوة الحصان والصندوق . ومن الرموز الدالة على العملية الجنسية : صعود السلالم أو نزولها والطيران والحرث والطحن . ومن الرموز الدالة على المنى : البذور والملح والخمر والدموع . وهكذا .. الا أن فرويد كعادته قد غالى فى التفسير الجنسى لرموز الاحلام . فكثير من العالمين بتأويل الاحلام يعتبرون الثعبان رمزا للمعرفة أو الحكمة أو العدو ، ويعتبرون الدبلة رمزا للزواج ، ويعتبرون الصعود رمزا للطموح أو الرفعة ، والديك رمزا للخصانة .. وهكذا . ومن هنا نلاحظ أنه لا يوجد اتفاق عام حول تفسير رموز الاحلام .

(٢) يقول الشاعر : اظل يقظان فى تذكره حتى اذا نمت كان لى حلما

ويقول المثل العامى : « الجوعان يحلم بسوق العيش »

ويقول مثل آخر : « حلم القطط كله فيران »

العالم . وهى تهتم بالحلم من حيث هو مختصر أم مفصل ، منظم أم غير منظم ، قريب من الواقع أم بعيد عنه ، ثابت أم ملهى بالحركة ، نادر أم متكرر أم دورى . كذلك هى تتلمس من الحلم الاتجاهات والصراعات والحلول والعلاقات بالآخرين . . . الخ .

ويعتقد فروم أن الاحلام تعكس العناصر المعقولة والعناصر غير المعقولة من الشخصية فى نفس الوقت .

وفى ضوء هذا كله نجد أن **طريقة تحليل الاحلام** تتضمن أن يطلب المحلل الى المريض أن يقص عليه آخر حلم رآه دون تحرز أو تحرج . ثم يسجل المحلل مادة الحلم كما يرويها المريض مع ما يذكره من تعليق عليها أو ما يظهر عليه من انفعال اثناء الرواية أو التعليق . وقد يلفت المحلل نظر المريض الى روابط خاصة من اجزاء مختلفة من الحلم ، أو يسأله عما يثيره موقف خاص أو شخص معين فى الحلم من ذكريات عن نفسه . ويستعين المحلل بالتداعى الحر والاستئلة لاستجلاء غوامض الحلم . ويستعين المحلل أيضا فى تأويل الحلم وتفسير رموزه بالمريض نفسه ، فلا شك أن افكار الحالم تمد المحلل بحلقات متوسطة يمكن أن تسد الفراغ الموجود بين المحتوى الظاهرى والمحتوى الكامن للحلم ، ويمكن أن يستعين بها فى الكشف عن تلك المادة وتفسيرها . وإذا انتقل المريض من حلم الى آخر فيجب على المحلل أن يتركه يسترسل كما يشاء ، على أن يلاحظ العناصر المشتركة بين الاحلام المختلفة .

وهكذا نرى أن تحليل الاحلام يعتبر وسيلة مساعدة فى عملية التداعى الحر حيث يتمكن المعالج من استعمال المواد التى وردت فى الحلم كوسيلة لاستدعاء نقاط معينة مما يوضح مختلف نواحي النشاط النفسى .

ويحاول المحلل أن يدرك معنى الحلم فى المجرى العام للعملية العلاجية وذلك بوضعه فى سياقه ، وينسبته الى معايير الموقف العلاجى وغيرها مما يتصل بالحياة الراهنة ، والحالة الجسمية ، والماضى والطفولة ، والمطامح والآمال فى المستقبل . وهكذا يتطلب الحلم مجهودا لتفسيره .

وبحسب تفسير الحلم لمتعضيات سحر العلاج ، فى أغلب الحالات لا يكاد يكمل تحليل حلم حتى تظهر مشكلات جديدة . وبالعكس . يمكن أن تتضح الاجزاء التى تظل غامضة من حلم ما بفضل تطور التحليل .

وعلى أية حال فإن بعض المحللين يرون أنه من المستحسن **تأجيل**

عملية تحليل الاحلام الى أن يحصل المعالج على قدر كاف من المعلومات عن مشكلات المريض وصراعاته التى اظهرت هذه الاحلام .

التفسير التحليلى :

يعتقد عدد كبير من المحللين النفسيين أن الكثير مما يقوله المريض عبارة عن **تورية** لاشياء أخرى ، ومن ثم فإن على المحلل استنتاج وترجمة وتفسير المعانى الكامنة وراء ذلك . ومع تقدم جلسات التحليل تبدأ المعانى وكل ما يرتبط بمشكلات المريض فى الظهور . وبالطبع يكون المحلل هو أول من يلاحظ ذلك ويجد له تفسيراً فى ضوء معرفته النفسية التى جمعها من خبرته بالحياة ، ومن ثقافته ، ومن تحليله الشخصى ، ودراساته ، وحالات التحليل التى قام بها .

ولا شك أن التفسير يجب أن يكون كاملاً وصحيحاً ومنطقياً حتى يقبله المريض وحتى يؤدى الى هدف التحليل النفسى فى استدعاء وكشف وفهم الفكرية المكبوتة . وهكذا يعتبر التفسير من أخص ما يميز عملية التحليل النفسى ، ويعتبر أيضاً المظهر الرئيسى لتدخل المعالج فى الصراعات العصابية لدى المريض .

ويتناول التفسير التحليلى العلاقة الدينامية بين المريض والمحلل ، والمواد التى تنكشف خلال عملية التداعى الحر ، والتحويل وعصاب التحويل ، والمقاومة ، والاحلام ... الخ

كل هذه الاشياء يفسرها المحلل داخليا فى ضوء نظرية التحليل النفسى مستمعيًا بخبرته فى التحليل .

ويلجأ المحلل الى **التفسير بهدف** : احداث تغيير فى ادراك المريض للاشياء ، واحداث تغيير فى معرفة المريض ومشاعره تجاه نفسه واحداث تغيير فى سلوك المريض ، وجعل المواد اللاشعورية شعورية ، وتنمية بصيرة المريض ومساعدته فى حل مشكلاته ، وابعاد القلق ، وكشف الصراعات المساعدة فى حلها ، وتسهيل التداعى الحر ، وتحليل التحويل والتغلب على المقاومة ، وزيادة اهتمام المريض بالتحليل ، وشعور المحلل بعمل شئ ملموس للمريض .

التعلم واكتساب العادات :

يعتبر التعلم واكتساب العادات خطوة ضرورية فى التحليل النفسى . وقد رأينا أن التحليل النفسى يهدف الى مساعدة المريض فى تغيير اتجاهاته وتنمية بصيرته . وقد يحتاج تحليل التحويل وتحليل المقاومة الى جهود كبيرة

تبدل في هذا الصدد . وقد علمنا أن التحليل النفسي يتضمن أحداث تغير في بنية الانا عن طريق الاستبصار بخصوص المشاعر المكبوتة والصراعات غير المحسوسة وإعادة التنظيم الانفعالي .

ويوصى أدلر بعلاج وإعادة تعليم وتوجيه الطفل المشكل وكذلك إعادة تعليم وتوجيه الوالدين فيما يتعلق بالعلاقات بينهم وبين الطفل .

وترى كارن هورنى أن التحليل عبارة عن إعادة تربية وتعلم ، فالمحلل يجب أن يتناول المشكلات الأخلاقية وأن يشير إلى الجوانب البناءة والجوانب الهدامة في اتجاهات المريض .

والعلاج في نظر سوليفان ليس مجرد كشف المكبوتات ، بل هو أيضا عملية تعلم يعاد فيها تنظيم الانمساخ السلوكية للمريض وتعلم انمساخ سلوكية جديدة .

ريخا تشارفان على المحلل أن يساعد المريض في اكتساب عادات سليمة واقعية توافقية ، ورسم فلسفة حياة وخطة مواجهة شاملة .

نقاط هامة في التحليل :

أكد فرويد أن على المحلل أن يحرص على إعادة التوازن بين أركان الشخصية الثلاثة ، أي تحليل دوافع الهو ، وتحليل مطالب الانا الأعلى وتحليل مقومات الانا بجعلها شعورية .

وأضاف فرويد أيضا أنه يجب توجيه الاهتمام إلى التوصل إلى حل الصراعات التي يعاني منها المريض .

ونظرا لأن عقدة أوديب (أو عقدة الكترا) تعتبر في نظـر فرويد نواة كل أنواع العصاب ، كان لابد في العلاج — لكي ينجح — أن يتوصل إلى ذكريات الطفولة المرتبطة بها .

ويرى يونج ضرورة تقوية الانا حتى يتمكن من مواجهة الدوافع والدفعات الصادرة من النماذج الأصلية المكبوتة واستغلال جوانبها الموجبة والباسها دورا بناء معززا للشخصية كأن تحول الغضب إلى شجاعة والجمود إلى حزم ... الخ

ويؤكد يونج ضرورة إعادة غرس الإيمان والرجاء والحب والبصرة . كذلك يركز يونج على أهمية تحقيق التوافق مع الواقع الداخلي والخارجي ونمية الامكانيات الخلاقة لدى المريض .

ويرى أدلر أن المعالج النفسي يجب أن يحاول تحريك الامكانيات الإيجابية الخلاقة لدى المريض ومساعدته في معرفة عقد النقص في نفسه ،

وإن ينمى الشجاعة لدى المريض لمواجهة نواحي النقص لديه بإمكانياته الإيجابية .

ويبرز أدلر أهمية دراسة ومعرفة هدف حياة المريض ، وإلى أى حد سمحت الظروف والفرص والخبرات للفرد أن يحقق الأهداف التى حددتها لنفسه ، ومساعدته على أن يتقبل هدفا أكثر تشبعا بالميل الاجتماعى حيث تسود حياته عوامل المشاركة الوجدانية وحب الآخرين .

ويضيف أدلر ضرورة إرشاد المريض ، إلى بعض الطرق العلمية التى تنهى عنه التوافق النفسى الاجتماعى بأن يتخلّى عن أسلوب حياته الشاذ ، الذى يسعى به إلى تحقيق ذاته بطريقة غير سليمة ، وانتهاج أسلوب حياة أكثر نضجا وواقعية ونجاحا .

كذلك يرى أدلر ضرورة تنمية مفهوم موجب عن الذات لدى المريض . وترى هورنى أن أهم خطوات العلاج تتمثل فى **التقليل من حدة القلق** بالوقوف على النزعات العصبية التى يتبناها المريض كحل لصراعاته ومعرفة آثارها فى شخصيته ، وتبصير المريض بذلك ثم حل الصراع نفسه وشرح وتفسير العوامل التى تعتبر ذات أهمية فى اضطراب المريض فهو يستشعر ويكشف ويركز الانتباه ويلخص ويكرر ويعبر عن فهمه . . الخ .

ويهدف العلاج فى رأى رانك إلى مساعدة المريض أن يتقبل الانفصال — الذى نتج عنه **صدمة الميلاد** — بدون احساس بالخوف . ويهدف أيضا إلى تنمية اتجاهات واقعية وسلوك واقعى لدى المريض عن طريق دراسة مواقف الحياة الحقيقية سواء فى الماضى أو الحاضر .

ويهتم رانك بما أسماه « **علاج الإرادة** » will therapy (١) وتكوين الإرادة الإيجابية الحقيقية . ويرى أن من الواجب أن يتجه العلاج النفسى أساسا نحو تحقيق الإرادة القوية . ووسيلة ذلك هى العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج حيث يجعل فيها المعالج من نفسه مكملا لإرادة المريض . ويعتبر العلاج ناجحا إذا أمكن تغيير وتوجيه إرادة المريض . ويقول رانك أن تحقيق قوة الإرادة أهم من الغوص فى عملية التطهير الانفعالى والاستبصار . فمن طريق قوة الإرادة يمكن أن يحل المريض مشكلاته . ومن هنا أيضا نلاحظ أن رانك يركز على تحليل المشكلات الحالية للمريض أكثر من تحليل الماضى .

ويرى سوليفان ضرورة **تركيز العلاج على القلق** والاطار الشخصى الاجتماعى الذى يحدث فيه ، والتركيز على اكتشاف أسباب حدوث الحالة التى يشكو منها المريض ، مع دراسة نواحي تهديد أمنه ووسائل دفاعاته .

(١) كتب رانك (١٩٤٥) كتابه « علاج الإرادة » .

ويؤكد سوليفان أهمية دراسة **المواقف الحالية** التى يمكن ان تؤدي الى تذكر الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر والاتجاهات المنفصلة واستدراجها الى وعى المريض ، وذلك تجنباً للجوء المريض الى وسائل بديلة (العصاب) او عمليات تفككية (الذهان) .

ولفت سوليفان الانظار الى أهمية **تغيير وعلاج البيئة والوسط الاجتماعى** .

ويضيف سوليفان ضرورة العمل على تحقيق تحسن فى مفهوم الفرد عن ذاته وتطابقه بقدر الامكان مع فكرة الآخرين عنه .

نتائج التحليل :

نتوقف نتائج التحليل على عوامل متعددة مثل صورة المرض ، والاختلافات الفنية ، وشخصية المحلل ، وشخصية المريض ، والظروف الخارجية المواتية وغير المواتية ، ومزايا الشفاء ومساوئه .

ويقول لاجاش ان حوالى خمس الحالات التى تعالج بالتحليل النفسى يمكن اعتبارها من الناحية الفنية انها بلغت الغاية « **الشفاء التام** » .

وليس اختفاء الاعراض امراً حاسماً ، اذ يمكن للمريض « **الاحتواء بالصحة** » فراراً من التحليل ، او ارضاء للمحلل ، أى بسبب بواعث لا شعورية تعطل الشفاء الحقيقى .

ويستمر التحليل حتى تتكشف عناصر حياة المريض النفسية وصراعاته اللاشعورية ويتم فهم حالته ونشأة مرضه وتطوره ، ومعرفة ما ترمى اليه الاعراض بصورتها الرمزية ، ومعرفة حلقة الوصل بين الاسباب والاعراض واذا ما انكشفت للمريض تلك الصفحة المظوية من حياته النفسية تحسنت حالته وتم شفاؤه .

ومن النتائج الهامة للتحليل النفسى : احتلال الشعور محل اللاشعور واحتلال الانا مواقع الهو ، وتحطيم الحيل الدفاعية العصابية للانا وتحرير الانا من قبضة الهو ، وتدعيم قوة الانا حتى يستطيع مقاومة الانا الاعلى والتوافق معه ، وتحرير الانا الاعلى حتى يصبح أكثر مرونة ، واحلال مبدأ الواقع محل مبدأ اللذة ، واختفاء الاعراض ، والقضاء على الصراع والقلق العصابى ، وحدث تغيير فى بناء الشخصية .

هذا ويعتبر التطور السىء للحالة امراً نادراً واستثنائياً .

وعلى العموم فعلى كل من المعالج والمريض ان يحذرا اوهام الكمال والقدرة السحرية للتحليل النفسى . فقد يتبقى - رغم التحليل - بعض الصراعات اللاشعورية التى لم تكشف اما بسبب ظروف حياة المريض أو

بسبب ظروف الوقت العلاجي . وفي مثل هذه الحالة قد تحدث نكسة تحتاج إلى المزيد من العلاج التحليلي .

ملاحظات على التحليل النفسي :

ملاحظة عامة :

يلاحظ أن بعض الممارسين النفسيين يرون أن التحليل النفسي هو الطريقة المثلى والوحيدة ولا بديل له وأنه يعلو على كل طرق العلاج الأخرى وأنه طريقة الطرق . وهؤلاء يتمسكون بالتحليل النفسي الكلاسيكي في تزمت وجمود ويتبعون فرويد حرفياً في الربع الأخير من هذا القرن . ونذكر هؤلاء أن فرويد نفسه قد عدل آراءه وطورها منذ بدأ في الثمانينات من القرن الماضي حتى توفي سنة ١٩٣٩ عدة تعديلات وتطويرات . ونذكرهم أيضاً أن زملاءه وتلاميذه وحتى ابنته « آنا فرويد » اختلفوا معه في بعض أو في كثير من آرائه . ومن المؤكد أن فرويد نفسه لو كان قد طال به الأجل إلى أيامنا هذه لم يكن ليتمسك بآرائه كما يتمسك بها هؤلاء . ولو فرضنا أنه قد حدث هذا من فرويد نفسه ، ألا يكون في هذا نوع من التثبيت العلمي وتوقف النمو العلمي غير المرغوب !

وفي نفس الوقت يحمل البعض — ومعظمهم من غير علماء النفس — نحو التحليل النفسي اتجاهها سالباً منفعلاً أحياناً حتى يصل إلى تعصب ضده ، لدرجة أنهم يستقون نظرية التحليل النفسي من حسابهم تماماً ، أو يجعلون منها محوراً لنقدهم وتهجمهم — وأحياناً « أكل عيشهم » — ربما على أساس أن فرويد يهودي صهيوني مفرض ، صنع نظرية مبهرجة ذات اتجاه يهودي مادي جنسي ، تقوم على أساس مخلخل ومنهج غير علمي ، فجاءت عقيدة متخلفة تمثل مرحلة قديمة في نمو العلاج النفسي ، لا ينبغي الوقوف عندها في مجال علم النفس الحديث . وهؤلاء نفر ممن يؤثرون التناول وهم جلوس في ميدان « علم نفس المصاطب » . وأولى بعلماء النفس والنقاد المتخصصين في ميدان علم النفس العلاجي أن يتخذوا موقفاً عليها موضوعياً ليس بالنسبة لتأثير النظريات وكل العلماء . فكل نظرية كما نعلم تقوم على أساس دراسات وبحوث تمت في مرحلة معينة من مراحل تطور العلم وعلى يد عالم معين له دينه وجنسيته ، ومن ثم يكون لها ما لها وعليها ما عليها . أن أهدى سبيل هو أن نتبع قول الله تعالى : « الذين يستمعون القول فيتبعون أحسنه أولئك الذين هداهم الله وأولئك هم أولي الألباب » . (سورة الزمر : آية ١٨) .

استخدامات التحليل النفسي :

يؤتي العلاج بالتحليل النفسي أحسن ثماره في الحالات الآتية :

- * حالات الهستيريا ، والقلق ، والخواف ، وعصاب الوسواس والقهر ، والاكتئاب ، وحالات اضطراب الشخصية ، وحالات الادمان .
- * حالات مختارة من الامراض النفسية والجسمية .
- * حالات الانحرافات الجنسية والجناح .
- * الامراض والمشكلات التي تكمن جذورها في الماضي البعيد للشخص والتي لم تحل ومازالت تعمل على هدم شخصية المريض .
- * المرضى الذين تتراوح اعمارهم بين ٢٠ - ٤٠ سنة (ويوسع البعض المدى ليشمل الاعمار بين ١٥ - ٤٥ سنة) .

موانع استخدام التحليل النفسي :

يلجأ بعض المحللين الى اجراء « محاولة تحليل » trial analysis لاستكشاف ما اذا كانت الحالة قابلة للتحليل ام لا .

وعلى العموم يجب عدم استخدام طريقة التحليل النفسي في الحالات الآتية :

- * حالات الذهان (وخاصة في حالة بعد المرض عن الواقع بوضوح) .
- * حالات الاكتئاب الذهاني .
- * الامراض النفسية في الدور الحاد .
- * حالات السكوباتية .
- * حالات الضعف العقلي (حيث ان التحليل يتطلب مستوى متوسطا او فوق المتوسط من الذكاء) .
- * حالات عدم نضج المريض . وحالات ضعف التفكير المنطقي . وحالات ضعف الانا .
- * حالات الاطفال اقل من ١٥ سنة (الذين ينقصهم النضج العقلي المعرفي المطلوب في التحليل) .
- * حالات المسنين (الذين ينقصهم المرونة المطلوبة وعدم قابلية عمر شخصيتهم) .
- * الحالات الطارئة والخطيرة (حيث لا يكون هناك وقت كاف للانتظار حتى يتم التحليل) .
- * حالات عدم تعاون المريض .
- * حالات العصاب البسيط (حيث لا يكون هناك داع لبذل الوقت والجهد والمال الذي يتطلبه التحليل) .
- * حالات الاقارب والاصدقاء .
- * حالات وجود مشكلات واقعية واضحة في الوقت الحاضر .

مزايا التحليل النفسي :

- تتلخص أهم مزايا التحليل النفسي فيما يلي :
- * يهتم التحليل النفسي بعلاج اسباب المرض وليس اعراضه فحسب .
- * يتناول الجوانب اللاشعورية الى جانب النواحي الشعورية .
- * يكشف عن العناصر اللاشعورية النائرة على الشخصية ، مما يسهل ضبطها وتصحيحها .
- * يحرر الفرد من هوامسه البغينة وخوفه من جهله بتحقيقها .
- * يؤدي الى اعلاء الدوافع المكبوتة واستثمار طاقتها التي كانت معتقلة وسجينة .
- * يعود بالشخصية المكفكة الى حالة من التكامل والنضج والقدرة على مواجهة الواقع وتحمل الشدائد والاستمتاع بالحياة .

عيوب التحليل النفسي :

- تتلخص أهم عيوب التحليل النفسي فيما يلي :
- * التحليل النفسي عملية طويلة وشاقة ومكلفة ، يتطلب وقتا وجهدا ومالا . فالتحليل الكامل قد يستغرق من عامين الى الربعة أعوام بمعدل ٢ - ٥ جلسات أسبوعيا . وقليل ما يتم التحليل في أقل من ٢٠٠ ساعة وقد يصل الى ٦٠٠ ساعة . ولذلك فهو مقصور على عدد محدود من المرضى . وبعد هذا كله فقد تكون النتيجة - في حالات قليلة - غير مثبته .
- * هناك خلافات نظرية ومنهجية في طريقة التحليل النفسي الكلاسيكي (حسب فرويد) وبين طرق التحليل النفسي الحديث (حسب الفرويديين الجدد) .
- * يحتاج التحليل النفسي الى خبرة واسعة وتدريب عملي طويل ، قد لا يتوافر الا لعدد قليل من المعالجين .

مصاحبات التحليل النفسي :

- في بعض الحالات لابد ان يصاحب التحليل النفسي بعض طرق العلاج الاخرى مثل :
- * في حالات الامراض النفسية الجسمية لابد ان يصاحبه العلاج الطبي وتستخدم بعض الادوية الآن بمصاحبة التحليل النفسي كعلاج في حد ذاتها . وتستخدم بعض العقاقير كوسيلة لتسهيل عملية التحليل نفسها . وتجري الكثير من البحوث على استخدام ذلك في حالات مرضي الذهان .

* في حالات المرضى المودعين في المؤسسات أو السجون والذين يخضعون لروتين إداري قد يعتقد عملية التحليل ، يجب أن يصاحب التحليل النفسي علاج إداري كجزء من الخطة العامة لعلاج الحالة .

مضاعفات التحليل النفسي :

في حالات نادرة قد تحدث بعض المضاعفات ، فلفت النظر إليها حتى يعمل المعالج حسابها . فقد يخضع التحليل مقاومة الانا فيتخيم الشعور بالقلق والوعى بالصراعات التي لا تحتسّل . وقد يؤدي هذا الى أن ينهى المريض التحليل ويهرب منه كنوع من المقاومة . وقد يحدث أيضا ولكن في حالات نادرة جدا أن تزداد حالة المريض سوءا .

مفاهيم خاطئة عن التحليل النفسي :

هناك بعض المفاهيم الخاطئة الشائعة عن التحليل النفسي . ومن هذه المفاهيم الخاطئة ما يلي :

* يعتمد البعض — خطأ — أن التحليل النفسي يدور كله حول الجنس وانصراعات الجنسية وأنه يبيح أو يتجاوز عن العبث الجنسي . وقد نتج مثل هذا الفهم الخاطئ عن أن الدراسات الأولى للتحليل النفسي تضمنت الكثير عن هذه الناحية (التي كان يتغاضى عنها أو يتغافلها أو يتجاهلها) المعالجون السابقون . ولقد ثبت أن كثيرا جدا من الامراض النفسية ترجع الى الصراع الجنسي . ويمرّز هذا الفهم الخاطئ اساءة فهم مصطلحات التحليل النفسي مثل اللبيدو والغريزة الجنسية .

* يعتقد البعض — خطأ — أن التحليل النفسي يتنافى مع الدين . ولكننا نعلم أن المحللين النفسيين — كبشر — ينتمون الى أديان مختلفة، فمنهم اليهود (وفرويد نفسه كان يهوديا) ومنهم المسيحيون ومنهم المسلمون وغير ذلك . وإذا كان المحللون النفسيون يناقشون المسائل الدينية . فهذا جزء من التحليل لا يتعرض للمعتقدات الدينية ولا يتناولها بالتعديل بأي حال من الأحوال .

العلاج السلوكي

BEHAVIOUR THERAPY

استخدم لازاروس Lazarus سنة ١٩٥٨ اسم « العلاج السلوكي » ليمص (نوعاً جديداً من العلاج النفسي) لتعديل السلوك المضطرب الملاحظ. والعلاج السلوكي يعتبر أسلوباً حديثاً نسبياً في مجال العلاج النفسي . ومن ناحية أخرى يمكن القول أن العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك من طريق الثواب والعقاب .

ويعتبر العلاج السلوكي تطبيقاً عملياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي . ولقد سار تقدم وتطور العلاج السلوكي كمجموعة من القواعد التطبيقية العملية سيرا ببطء بالنسبة لتاريخ التوصل إلى هذه القواعد والمبادئ والقوانين في التعلم وبصفة خاصة التعلم الشرطي . وربما يرجع ذلك إلى عوامل منها الفصل بين النظرية والتطبيق ، والاحجام عن استخدام العيادة النفسية كمعمل ، والاعتماد الكبير على الطرق التقليدية كنماذج مرتبطة للعلاج النفسي . ولقد أحدثت قوانين التعلم الشرطي التي اكتشفها بافلوف Pavlov وطورها واطسون Watson تطوراً كبيراً في جميع أنحاء العالم . وتركز الاهتمام على دراسة العلاقة بين التعلم الشرطي واكتساب السلوك المرضي . إلا أن الاهتمام باستخدام مبادئ التعلم الشرطي في علاج السلوك المرضي لم يأت إلا متأخراً ، ذلك لأن علماء وأصحاب نظريات التعلم حاولوا تجنب تخطي حدودهم إلى الميدان التطبيقي الفلاجي محتجين وراء سائر دفاعهم من « فلسفة لا نعرف شيئاً » know nothingism (بيش Beech ، ١٩٦٩) .

ملحمة العلاج السلوكي :

يشير مصطلح العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي . ويعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض ، وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد (واطسون ، ١٩٧٦) .

وفي إطار العلاج السلوكي تعتبر الأمراض النفسية تجميعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة ، ويفترض أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت في بؤرة العلاج وغيرت واحدة تلو الأخرى .

ويركز العلاج السلوكي على المشكلة الحالية للمريض وأعراض المرض النفسي كما يتمثل في السلوك المضطرب أو الشاذ . لذلك نرى أن أهدافه محدودة ومحددة وقابلة للتحقيق .



(شكل ٧٧ سinker)



(شكل ٧٦ ثورندايك)

والسلوك المضطرب أو الشاذ الذي يحتاج الى تعديل عن طريق العلاج السلوكي كثير ومتنوع ومن امثلته : السلوك اللامعيارى اى الذى يخرج عن المعيار الاجتماعى مثل السلوك الجانح ، والسلوك المحرم اى الذى حرمة الله تعالى مثل الزنا ، والسلوك المتخلف وهو السلوك المتأخر الذى لا يتلاءم مع مرحلة النمو التى يمر بها الفرد مثل السلوك الطفلى لدى الراشدين ... الخ .

أسس العلاج السلوكي :

اكتشف الانسان منذ فجر التاريخ أن هناك ثلاث طرق رئيسية لضبط وتعديل وتغيير السلوك البشرى هى : تغيير الأحداث الموقفية السابقة للسلوك ، وتغيير أو تعديل نوع السلوك الذى يحدث فى موقف معين ، وتغيير أو تعديل النتائج الموقفية التى يؤدى اليها السلوك ، **وعبر التاريخ** لجأ المعالجون الى تعديل المواقف (تغيير بيئة الفرد ، والنصح ، والاقناع ، والتدريس ، والثواب ، والعقاب ، والعلاج الطبى) كل هذا من أجل تعديل سلوك الفرد . ورغم هذا . فهناك بعض أنماط السلوك تقاوم التغيير بهذه الطرق السابقة ، ومن امثلتها الامانات العصبية والهوسات .

ومعروف أن من **السلوك** ما هو واضح ظاهراً ويمكن للآخرين ملاحظته (مثل الحركات العضلية والكلام) ومنه ما هو ذاتى لا يلاحظه الا الشخص نفسه (مثل التفكير والانفعالات)

وقد ظل انتطاب علم النفس التجريبي عاكفين على دراسة عملية التعلم حتى إلى سبعين عاما وبلوروا نظريات التعلم وحددوا الاطار النظري الذي قام عليه العلاج السلوكي وخاصة في العشرين سنة الماضية . ويرى ايزنك Eysenck (١٩٦٠) ان العلاج السلوكي يتضمن أساسا اعادة التعليم reeducation و اعادة التعلم relearning ويجب الاستفادة في ذلك بمعرفة الاطار النظري والتجريبي الذي اكتشف في معامل علم النفس التجريبي .

ويتركز العلاج السلوكي على الاطار النظري الذي وضعه بافلوف Pavlov (١٩٢٧) وواطسون Watson (١٩٢٠) وغيرهما في التعلم الشرطي (الكلاسيكي) ، ويستند من نظريات ثورنديك Thorndike (١٩١١) وهل Hull (١٩٤٣) وسكر Skinner (١٩٣٨) في التعزيز وتقرير نتائج التعلم ، مع استخدام التعزيز الموجب أو السالب أو الثواب أو العقاب .

ويستند العلاج السلوكي الى النظرية السلوكية في الشخصية (راجع ص ٦٢) وتقول هذه النظرية ان الفرد في نموه يكتسب السلوك (السوى أو المرضي) عن طريق عملية التعلم (انظر شكل ٧٨) .



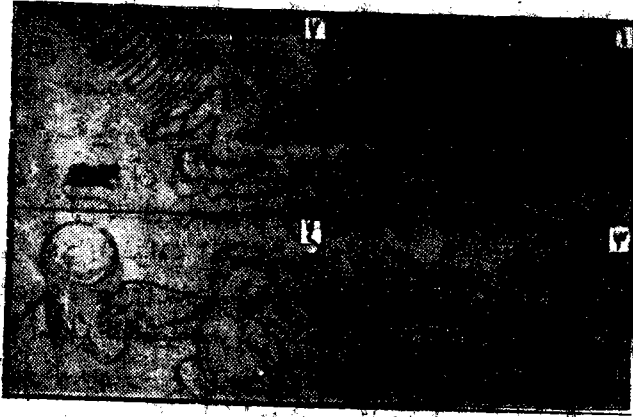
شكل (٧٨) الطفل يتعلم الخوف

ومن اهم نظريات التعلم « التعلم الشرطي » . ومن اهم مفاهيمها :
الاشراط الكلاسيكي ، والاشراط الجهازي .

وفي الاشراط الكلاسيكي يكون تتابع الاحداث مرتبا بحيث يكون المثير مقترنا أو سابقا للمثير غير الشرطي الذي يستثير عادة الاستجابة غير الشرطية . وكنتيجة لهذا الاقتران الشرطي يكتسب المثير الشرطي الطاقة على استثارة استجابة شرطية تشبه الاستجابة غير الشرطية .

ومن أهم الأمثلة التجارب الكلاسيكية التي قام بها بافلوف في التعلم الشرطي على الكلاب . وقد قدم واطسون (١٩٢٠) وقدمت ماري جونز Jones (١٩٢٤) من تجاربهما على البرت الصغير والفأر وعلى بيتر الصغير والارنب بقصد علاج الخواف مبادئ هامة في العلاج السلوكي . وهي أن التعلم الشرطي يفسر مخاوفنا الشاذة وأن هذه المخاوف يمكن أن تنتقل وتعمم ، وأن عملية الاشراف يمكن أن تستخدم للتخلص من هذا الخواف المكتسب « المتعلم » . فقد اختار واطسون الرضيع البرت وهو في سن تسعة أشهر ليعلمه خوفا جديدا عن طريق الاشراف . أخذ واطسون يعرض الطفل أثناء نشاطه الروتيني لمثيرات هي أرنب وفأر وكلب وقرد ، ولاحظ أن الطفل كان يصل الى هذه الحيوانات ويمسكها بلا خوف . وكان اذا أحدث صوتا عاليا مزعجا فجائيا فإن ذلك يحدث خوفا شديدا يصاحبه بكاء الطفل . وبلغ الطفل سن أحد عشر شهرا . وبدأ واطسون يربط بين الخواف الذي يصاحب الصوت العالي المزعج المفاجيء مع واحد من المثيرات التي كانت مسلية في أول الامر وليست مخيفة . فكان يظهر الارنب مثلا وكلما هم الطفل بلمسه سمع الصوت العالي المزعج مما يثير عنده رد فعل الخواف . واستمر الحال على ذلك عدة مرات ارتبط فيها رؤية الحيوان بالصوت المزعج وما يصاحبه من رد فعل الخواف وأصبح مجرد ظهور الحيوان وحده يثير نفس رد فعل الخواف لدى الطفل . وهكذا تعلم الطفل خوفا جديدا . (انظر شكل ٧٩) . وبعد ذلك لاحظ واطسون أن أثر الخواف من الارنب قد انتقل من الحيوانات المشابهة للمثير الشرطي الاصلى (الارنب) . وهي الفأر والكلب وغطاء من الفراء . وأكملت ماري جونز الشوط تحت اشراف واطسون لعلاج المخاوف المكتسبة لدى أطفال تتراوح أعمارهم بين بضعة شهور الى بضع سنوات كانوا يعانون من الخواف من الحيوانات . وافترضت أن هذا الخواف قد اكتسب شرطيا . ونجحت باستخدام الاشراف المباشر وهو ربط موضوع الخواف بمثير يستثير استجابة سارة واستخدمت في ذلك الحلوى . فبعد أن تقدم الحلوى للطفل ، وأثناء انشغاله في أكلها يظهر الحيوان بعيدا عنه . ومع تكرار هذا الموقف يقرب الحيوان رويدا رويدا من الطفل المرة بعد الأخرى . ولاحظت أن الطفل بدأ بعد ذلك يتقبل وجود الحيوان الذي كان يخافه — بالقرب منه .

وفي الاشراف الجهازي (الذي يستخدم فيه الاجهزة) نجد التركيز على تعزيز الاستجابة حيث يضبط سلوك الفرد حدوث أو عدم حدوث المثيرات التي تعرف باسم المعززات الموجبة أو المعززات السالبة . وفي الاشراف الجهازي (أو التعلم الاجرائي) يمكن أيضا أن يصدر السلوك في غياب مثير سابق . وفي اطار الاشراف الجهازي تبرز أربع عمليات اشراف تمثل ترتيبا مناسباً لتصنيف العملية المتضمنة في تكوين السلوك المتخرف



(شكل ٧٩) اشراط استجابة الخوف (تجربة واطيسون)

- (١) قبل الاشارة يصل الطفل الى الفأر
- (٢) صوت مزعج يصاحب ظهور الفأر
- (٣) بعد هذه الاشارة يخاف الطفل من الفأر
- (٤) يخاف الطفل حتى من لحية رجل تماثل قراء الفأر

والطريقة المستخدمة في تعديله ، وهذه هي : الثواب ، والتجنب والحنف ، والعقاب . ونجد أن التصنيف يعتمد على ما إذا كان سلوك الفرد يؤدي الى تعزيز موجب او يتجنب تعزيزا سالبا . ونحن نعلم أن المثل الاصلى للتعلم بالاثابة يتمثل في تجارب المحاولة والخطأ التي بدأها ثورنديك (١٩١١) حيث على الفرد ان يتعلم استجابة لكي يحصل على ثواب . وعلى العموم نجد أنه كلما تكرر اداء نشاط ، فان ذلك يحسن تعلمه ، وأن التعلم يكون أحسن تحت ظروف الثواب .

والآن نجد أن المعالجين السلوكيين يعتقدون ان كثيرا من الاضطرابات السلوكية هي استجابات شرطية متعلمة . ويحتفظ المريض بهذه الاستجابات الشرطية لأنها من ناحية معينة مصدر اثابة . وليس هذا غريبا ، فالمريض يعاني من ألم نفسي نتيجة للخواف مثلا . والثواب هنا يحدث من هروب المريض من الألم النفسي هذا وتجنب ما يثير الألم . فتجنب حضور الحفلات اذا كان الفرد يعاني من خواف الجموع يعتبر اثابة . وهذا يجعل الاستجابة غير المتوافقة أو المرضية تستمر ، بصرف النظر — من وجهة نظر المريض — عن الآثار المؤلمة البعيدة المدى لمثل هذا السلوك المرضي . وهذا يحتم على المعالج أن يحرص على ازالة مصادر الرضا التي قد تكون ناتجة عن السلوك الشاذ نفسه ، اثناء التعلم الذي يوفره العلاج السلوكي .

وهكذا يمكن ان نجعل اهم خصائص الاطار النظري للعلاج السلوكي

فيما يلي :

- * معظم سلوك الانسان متعلم ومكتسب ، والسلوك المضطرب (سواء كان عصبيا او ذهانيا) متعلم ومكتسب .
- * السلوك المضطرب المتعلم لا يختلف — من حيث المبادئ — عن السلوك العادي المتعلم ، الا ان السلوك المضطرب غير ملائم او غير متوافق .
- * السلوك المضطرب يكتسب نتيجة للتعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي اليه ، ومن ثم يحدث ارتباط شرطى بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب .
- * العناصر السلوكية المضطربة تمثل نسبة قليلة او كثيرة من السلوك الكلى للفرد ، وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التي تؤدي اليها .
- * زملة الاعراض النفسية ينظر اليها كتجميع لمعادن خاطئة متعلمة .
- * السلوك المتعلم يمكن تعديله .
- * يوجد لدى الفرد دوافع فسيولوجية اولية هي الاصل والاساس في سلوك الانسان . وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة ثانوية اجتماعية في جملتها تمثل اهم حاجاته النفسية ، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوى ويرتبط بأساليب غير توافقية في اشباعها ومن ثم يحتاج الى تعلم جديد اكثر توافقا ، ويتم ذلك عن طريق العلاج السلوكي .

اجراءات العلاج السلوكي :

تطور طرق العلاج السلوكي مستندة الى رصيد هائل من نتائج بحوث علم النفس التجريبي ، التي كان هدفها تغيير وتعديل السلوك مباشرة ، والتي كان من آثارها أنه أصبح من الميسور معرفة كيف تضبط وكيف نعدل السلوك ، وكيف نمحو تعلم انواع السلوك التي نرغب في التخلص منها ، والتي يعتبرها الآخرون غير توافقية أو شاذة أو عصبية .

وعلى العموم فان العملية العلاجية تسير على النحو التالي :

تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره : ويتم ذلك في المقابلة العلاجية . وعن طريق استخدام الاختبارات النفسية . والتقارير الذاتية ، بحيث يمكن الوصول الى تحديد دقيق للسلوك المضطرب الظاهر الذي يمكن ملاحظته موضوعيا .

تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب : ويتم ذلك عن طريق الفحص والبحث الدقيق في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث وما يساوه من عواقب . فمثلا اذا كان المريض يشكو من مخاوف عديدة ، فان الانتباه يوجه الى المناسبات التي تسبق الشعور بالخوف . والمناسبات التي يشعر فيها المريض بالخوف ، وكذلك الاحداث التي تتبع حدوث الخوف .

تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب : ويتم ذلك بتقدير ما اذا كان سلوك المريض يظهر انه نتيجة لخوف شرطى بسيط ، أو كان يعكس خوفا أساسيا ممما يحدث في مواقف مشابهة ولكنها مختلفة ، أو اذا كان السلوك يستمر بسبب النتائج التى تؤدى اليها . وهذا التحليل يتركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة واللاحقة التى تحدد وتوجه السلوك المضطرب .

اختيار الظروف التى يمكن تعديلها أو تغييرها : ويتم ذلك باختيار الظروف التى يمكن تعديلها بواسطة المعالج و/أو المريض .

اعداد جدول لاعادة التدريب : ويتم ذلك بتخطيط خبرات متدرجة يتم فيها اعادة التدريب (في شكل وحدات أو محاولات) يتم خلالها تعريض سلوك المريض بنظام وتدرج للظروف المعدلة ، بحيث يتم انجاز البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد . وهنا يلزم ترتيب الامكانيات في شكل سهل وممكن ومستحيل ويستحث المعالج المريض على ان يحاول وأن يتعلم وأن يجرب .

تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب : أى توجه نحو تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التى تحدث فيها . وتستخدم في الحالات التى يكون فيها السلوك الغائب يمثل عجزا سلوكيا (مثل عدم القدرة على الاكل أو عدم القدرة على الكلام أو عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين) .

تعديل الظروف البيئية : وتوجه نحو تقليل احتمال حدوث السلوك لانه غير مرغوب فيه أو غير متوافق أو شاذ . ويكون التركيز فيها على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التى تؤدى اليها . وتهدف الى زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب في الظروف التى لا يتكرر فيها أو يكون فيها غائبا .

وينتهى العلاج : عند النقطة التى يتم فيها الوصول الى السلوك المعدل المنشود .

أساليب العلاج السلوكي :

يوجد عدد من أساليب العلاج السلوكي . وفيما يلي أهم هذه الأساليب :

التخلص من الحساسية أو « التحصين التدريجي » :

ويتم ذلك في الحالات التى يكون فيها سلوك مثل الخوف أو الإشمئزاز قد اكتسب مرتبطا بشيء معين أو حادثة معينة ، فنستخدم طريقة التعويد التدريجي المنتظم .

ويتم التعرف على المثيرات التى تستثير استجابات شاذة . ثم يعرض المريض تكرارا وبالتدريج لهذه المثيرات المحدثه للخوف أو الإشمئزاز في

ظروف يحس فيها بأقل درجة من الخوف أو الاشمئزاز ، وهو في حالة استرخاء ، بحيث لا تنتج الاستجابة الشاذة . ثم يستمر التعرض على مستوى متدرج في الشدة ، حتى يتم الوصول الى أن المستويات العالية من شدة المثير لا تستثير الاستجابة الشاذة السابقة .

وقد استخدمت هذه الطريقة بنجاح للتغلب على حالات الذعر المبالغ فيه في القوات المسلحة وخاصة أثناء الحرب العالمية الثانية . واستخدمت كذلك بنجاح في علاج الخوف المبالغ فيه . وكذلك نجح استخدامها في علاج مشكلات الشعور بالاثم ، والاكتئاب ، والعنة (الضعف الجنسي) ، وخواف الجنس ، وغيرها .

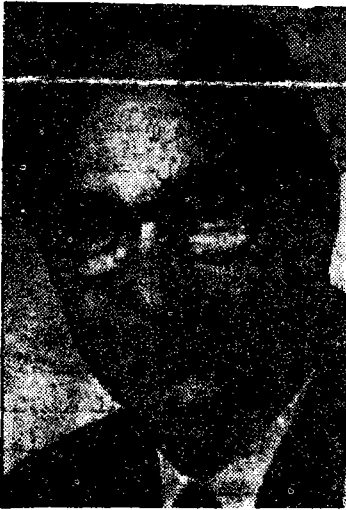
وعلى سبيل المثال ، فقد استخدم فولب Wolpe هذه الطريقة في **علاج العنة** عند رجل كان يعاني من القلق في الموقف الجنسي ، وكانت النتيجة أما أن تحدث العنة أو الانزال المبكر . وباستخدام أسلوب التدرج في العلاج ، حددت خطوات متدرجة نحو اتمام العملية الجنسية الكاملة من القرب الى المداعبة ... الخ ، بحيث يترك المريض الأمور تجري مجراها طبيعية الى اقصى حد بدون قلق ، وتحقيق كل خطوة تماما قبل الانتقال الى الخطوة التي تليها . وعلى العموم ، ففي مثل هذه الحالة نجد أن تعاون الشريك الجنسي مطلوب تماما .

وحديثا قام لانج Lang (١٩٦٩) بجهد في تطوير الاجهزة لتعديل السلوك بالتخلص من الحساسية والتحصين التدريجي ضد **الخواف** ، باعتبار أن التخلص من الحساسية للخوف عبارة عن عملية علاجية اساسها اشراط عكسي ، حيث يسجل المعالج خلال مقابلة علاجية قائمة متدرجة لمخاوف المريض ثم يرى المريض مثيرات الخوف مرتبة بالتدرج (الاقل اثارة للخوف ثم الاكثر اثارة للخوف الى اكثر مثيرات الخوف شدة) ، ثم يدرب المريض ويتعلم بالتدرج استجابة الاسترخاء بدلا من الخوف . وتتم عدة محاولات حتى يتم التخلص من الحساسية ثم تستمر عملية التخلص من الحساسية بنفس الطريقة بالنسبة لقائمة المخاوف صعودا (حتى نصل الى اشدّها اثارة للخوف) بينما المريض مسترخ . وعادة يعمم الاسترخاء على مواقف الحياة الحقيقية نفسها .

وقد ابتكر لانج « **جهاز التخلص الآلي من الحساسية** » أو « **جهاز التحصين التدريجي الآلي** » Device for Automated Desensitization « **DAD** » وبه شرائط تسجيل عليها تعليمات بالاسترخاء ، ويلبها عدد من مقرات الخوف (مجمعة سابقا من المريض نفسه) ، وعلى الجانب الآخر من الشريط معلومات وشرح وتفسير للمريض عن موضوع الخواف وتعليمات بالاسترخاء . ويجلس المريض في حجرة مجاورة يسمع شريط

التسجيل عن طريق سماعات آذن ويرى ما يعرض عليه من صور ، ويتعامل مع الجهاز عن طريق أزرار مركبة في الكرسي الذي يجلس عليه (زر ايمن او اخضر مثلا اذا ضغط عليه يعنى انه في حالة استرخاء ، وزر ايسر أو احمر اذا ضغط عليه يعنى انه مازال خائفا أو غير مسترخ) وتسجل البيانات الفسيولوجية عن النبض والتنفس ... الخ . وفي الاجراء يسمع المريض اولا تعليمات الاسترخاء ويهيا لكى يرى مواد الخواف التى تعرض أمام نظره بعد ذلك آليا بالترتيب واذا شعر المريض بالخوف فانه يضغط على زر الخوف ، فيوقف البند ويسمع المريض (من الجانب الآخر من شريط التسجيل) تعليمات اخرى عن مادة الخواف المعروضة . ويلى ذلك تعليمات الاسترخاء . ثم يعرض البند مرة أخرى حتى يتحقق الاسترخاء . واذا شعر المريض بالاسترخاء وزال الخوف فانه يضغط على زر الاسترخاء فينتقل الى البند التالى .. وهكذا . ويتكرر هذا البرنامج حتى يزول الخوف من كل البنود بنجاح مستعينين باستجابات المريض وبالدلالات الفسيولوجية .

ولقد توالى ظهور الكثير من اجهزة التحصين التدريجى لاجراض متعددة مثل علاج الجنسية المثلية وغيرها (انظر شكل ٨٠) .

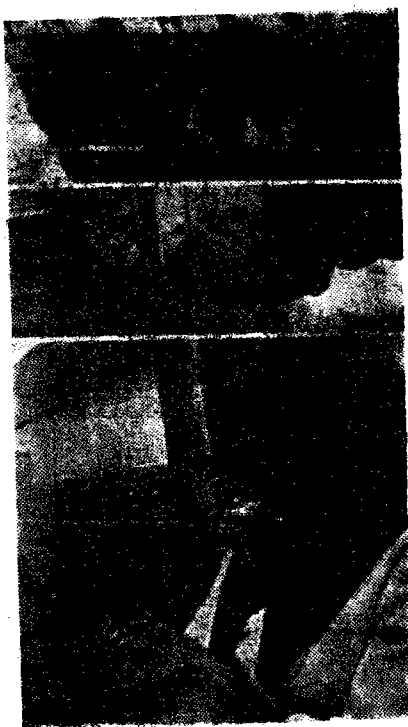


(شكل ٨١) ألبرت باندورا



(شكل ٨٠) العلاج السلوكي
جهاز التحصين التدريجى
(لعلاج الجنسية المثلية)

هذا وقد اثبت اسلوب التخلص من الحساسية نجاحا في علاج الخواف (الحيوانات والاجتماعيات ... الخ) .



(شكل ٨٢) العلاج السلوكي
(النموذج العملي)

وقد ابتكر البرت باندورا Bandura في جامعة ستانفورد ما أسماه «النموذج العملي» Modeling لعلاج الخواف (وخاصة خواف الثعابين) عن طريق عرض نموذج عملي (من جانب المعالج) والمشاركة بالتدريج (من جانب المريض) حتى تزول الحساسية بالتدريج (انظر شكل ٨٢) . والاسلوب سهل وبسيط . فعندما يشاهد المريض المعالج يعمل شيئاً فإنه يميل الى تقليده . فمثلاً اذا شاهد المريض (الخائف) المعالج يمسك ثعباناً امامه بتكرار فإنه بالتدريج سيتخفف من القلق ويقترب من الثعبان في قفص ثم يمسكه بينما يمسكه المعالج وأخيراً يمسكه المريض فعلاً . وقد استخدم باندورا الآلة اشكال لهذا الاسلوب : أولها التحصين التدريجي والتخلص من الحساسية ، وثانيها : مشاهدة أفلام لاطفال وكبار يلعبون

بالثعابين ، وثالثها عرض نموذج عملي (حيث يشاهد المريض المعالج من خلال شاشة رؤية من جانب واحد وهو يداعب ثعباناً) ، واستخدم باندورا جماعة ضابطة (دون علاج) . وكان التحسن أفضل باستخدام الشكل الثالث وهو عرض نموذج عملي (حيث استطاع جميع المرضى لمس الثعبان فعلاً بعد حوالي عشر جلسات . وبعد ذلك جرب باندورا عرض النموذج العملي (حتى مع الجماعات الأخرى وتم نجاح العلاج معهم بنسبه ١٠٠٪) .

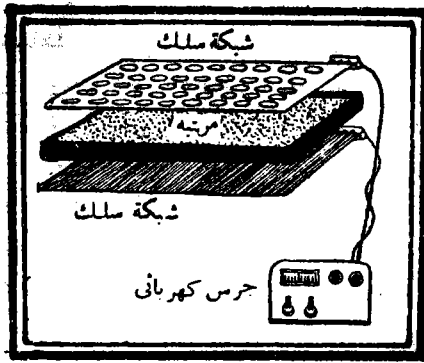
الكف المتبادل : Reciprocal Inhibition

ويقوم على أساس أنه يوجد بعض انماط الاستجابات متنافرة وغير متوافقة مع بعضها البعض مثل الخوف والجنس ، والاسترخاء والذيق .

والهدف منه كف كل من نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير التوافقية .

ومن أهم الامثلة استخدامه في علاج البوال الليلي . وهنا يفترض

أن الطفل قد فشل في اكتساب عادة الاستيقاظ للذهاب الى دورة المياه اثناء الليل ويظل نائما ويتبول وهو نائم وعلى فراشه . والمطلوب هو كف النوم (حتى يحدث الاستيقاظ والتبول) وكف البوال (باكتساب عادة الاستيقاظ) أى أن كف النوم يكف البوال ، وكف البوال يكف النوم بالتبادل . وهنا يكون من المطلوب تهيئة الظروف بحيث يحدث تعلم هذا النمط السلوكي . وقد استخدم هذا الأسلوب يوسف فولب Wolpe (١٩٥٨) في علاج البوال الذي يرجع الى أسباب نفسية وليس الى عوامل عضوية (سن أكثر من ٤ سنوات) .



(شكل ٨٤) جهاز علاج البوال



(شكل ٨٣) يوسف فولب

ويستخدم **جهاز علاج البوال** (شكل ٨٤) ويتكون من جزأين : جرس كهربائي ، ومرتبة كهربائية (تتكون من طبقة قطنية رقيقة تتوسط وتفصل بين شبكة سلكية مزدوجة أعلى وأسفل الطبقة القطنية وتوصل الشبكتين بسلكين كهربائيين « موجب وسالب » متصلين بالجرس الكهربائي) . وينام الطفل على المرتبة الكهربائية التي توضع على سريريه في حجرة نومه ويشغل الجهاز . وعندما يتبول الطفل اثناء الليل تتم الدائرة الكهربائية عن طريق الطبقة القطنية الوسطى المبتلة ، فيدق الجرس الكهربائي ويوقظ الطفل . وعلى الطفل أن يقوم من نومه ، ويقفل الجهاز ثم يتوجه الى دورة المياه ويتبول ، ثم يغير المرتبة المبتلة ، ويشغل الجهاز مرة أخرى قبل أن يواصل النوم . وتستند فكرة الجهاز على قوانين ارتباط الشرطي . فالطفل يربط بين حدوث البوال وبين حدوث مثيرات أخرى (مثيرات شرطية) مثل حدوث صوت (الجرس) في نفس الوقت الذي يحدث فيه المثير الطبيعي (البوال) ، وهنا يحدث (كف) للاستجابة غير المرغوبة ، أو بمعنى آخر يحدث عملية محو تعلم لهذه العادة (البوال) ويتكرر عملية الكف (لمدة حوالي شهر الى ثلاثة

اشهر) ، تمحى عادتان قديمتان (الاستغراق في النوم والبوال) وتتكون عادة جديدة (الاستيقاظ والتوجه الى دورة المياه للتبول) (ايزنك Eysenck ١٩٥٧) .

ويستخدم بعض المعالجين العقاقير مثل ديكسيدرين Dexedrine ومثيدين Methedrine لزيادة سرعة الاشراف مع استخدام جهاز علاج البوال . ولا بد ايضا من علاج ماقد يكون مرتبطا بحالة ابوال من مخاوف أو اضطرابات انفعالية . الخ . ويلاحظ أن على الوالدين واجبا هاما في عملية العلاج ، حيث عليهما أن يثابرا في صبر على متابعة العلاج باستخدام جهاز علاج البوال ، وان يتعاونوا مع المعالج حتى يتم الشفاء . وفي العادة تتحسن الحالة بعد اسبوعين أو ثلاثة ، ولكن يجب الا يقف العلاج عند هذا الحد ، بل ينبغي أن يستمر لمدة تتراوح بين شهرين أو ثلاثة ، وقد يمتد الى اربعة اشهر حسب الحالة .

الاشراط التجنبى : Avoidance Conditioning

في هذا الاسلوب يهدف المعالج الى تعديل سلوك المريض من الاندماج الى الاحجام والتجنب .

وقد استخدم الاشراف التجنبى في علاج بعض الانحرافات الجنسية مثل الاثرية (الفيشية) والرغبة في لبس ملابس الجنس الآخر والتشبه بهم . والجنسية المثلية (ماكس Max ، ١٩٣٥) ، وفي علاج الكحولية (انظر ايزنك Eysenck ، ١٩٦٠) .

وهنا تستخدم مثيرات منفردة مثل الصدمة الكهربائية أو العقاقير المقيئة اميتين Emetine (المثير غير الشرطى) حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع المثير الموقفى مثل الاثر أو الخمر (المثير الشرطى) التى تستثير الاستجابة غير المرغوبة . وعندما يكتسب المثير الشرطى خصائص التنفير وينتج عنه الغثان أو القيء أو الألم (الاستجابة الشرطية) يكون قد ثبت الاشراف التجنبى .

فمثلا في علاج الاثرية (الفيشية) تربط صدمة الكهرباء تكرارا بموضوع الانارة الجنسية كمثير شرطى مرتبط بالمثير الجذاب .

وفي علاج الكحولية يعمل المعالج على أن يتجنب المريض تعاطى الكحول ويستخدم مقارا مقيئا يربط بينه وبين تعاطى الكحول . ويتعاطى المريض الكحول (المثير) قبل حدوث القيء بمدة حوالى ٥ نوان . وبهذه الطريقة نرداد قوة الارتباط بين المثير والاحساس غير السار . وهكذا يتجنب المريض تعاطى الكحول (الذى كان يسامد لذة من شربه) ويعلم استجابة جديدة ، وارتباطا جديدا . ذلك لأن الكحول اصبح تعاطيه يؤدي الى شعور بالغ الألم والضيق .

وعلى العموم فإن نجاح العلاج بهذا الأسلوب يقوَّف على عوامل أخرى مثل : شخصية المريض (حيث يرمقه الأشخاص العدوانيون) بينما يتقبله الأشخاص الخاضعون) ، وقابلية الاثرات (حيث وجد أن الأشخاص المنطويين أكثر قابلية للأثرات من الأشخاص المنبسطين) ، وطبيعة المثير غير الشرطي (هل هو مثبت ويقتل المقاومة أو عكس ذلك) وتتابع الأحداث في عملية الاثرات (حيث يقدم المثير الشرطي بعد القىء مثلا أو قبله) .

وقد أدخلت تعديلات على أسلوب الاثرات التجنبى . فمثلا أضاف أوزوالد Oswald (١٩٦٢) استخدام شريط تسجيل مسجل عليه بتكرار عبارات تصف المثير الشرطي بما يتناسب مع السلوك (مثلا « الويسكى يجعله يتقيأ » ويلي ذلك أصوات ضحك وتقيؤ) .

التعزيز الموجب (الثواب) : Positive Reinforcement

اسهم سكينر Skinner (١٩٣٨) في ايضاح العلاقة بين السلوك المنحرف وبين التعلم ، وأكد أنه في تعديل مثل هذا السلوك عن طريق الاثرات يجب الاهتمام بعملية التعزيز الموجب للسلوك المطلوب . ويتم ذلك بإثابة الفرد على السلوك السوى مما يعززه ويدعمه ويثبته ويدفعه الى تكرار نفس السلوك اذا تكرر الموقف . وتضم أشكال الثواب أى شئ مادى أو معنوى يؤدى الى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب (مثال ذلك الطعام والحلوى والنقود والمدح والحب والاحترام والدرجات المرتفعة ... الخ) . وكلما كان التعزيز قويا ومرغوبا كلما أدى ذلك الى سرعة وثبات تعديل السلوك من أجل الحصول عليه . أى أن التعزيز الموجب مثبت ومعدل لتعليم السلوك المطلوب . وهناك عوامل تزيد من فعالية التعزيز الموجب في التحكم في السلوك منها : الرغبة في الشئ المستخدم من التعزيز ، والحاجة اليه ، وسرعة تقديم التعزيز فور صدور السلوك المرغوب ، وتقديمه بمقدار معتدل (بين القلة التى لا تحفز وبين الكثرة التى تؤدى الى التشبع) . وهكذا نجد أن الجهود توجه نحو زيادة احتمال الاستجابة المرغوبة باعطاء الثواب المعزز المرغوب كلما ظهرت .

وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح في علاج حالات فقد الشهية العصبى وحالات فقدان الصوت وحالات الخمول وحالات الانطواء وحالات السلوك المضاد للمجتمع (فيليبس Phillips ١٩٥٦) .

وقد حاول بيتر وجنكنز Peter and Jenkins (١٩٥٤) استخدام هذا الأسلوب في علاج مرضى الفصام (الجودى) ، فاستخدما حقن الانسولين لرفع مستوى الجوع عند المصومين ، وأعطيا المرضى مشكلات بسيطة متدرجة الصعوبة لحلها مثل المناهات وغيرها واستخدموا أسلوب التعزيز الموجب بالاثابة المادية بتقديم الطعام والاثابة المعنوية بالمدح

والتشجيع ، ولاحظنا ان المرضى مع مرور الوقت أصبحوا أكثر قدرة على المشاركة في حل المشكلات الشخصية والاجتماعية ، ولكن لوحظ أن استخدام هذا الأسلوب مع مرضى الذهان ينجح في إطار العمل . أما قدرة المرضى على تعميم مكاسب العلاج سلوكيا خارج العمل فكانت محدودة .

وقد استخدم هذا الأسلوب أيضا آيلون ومايكل Ayllon and Michael (١٩٥٩) واستعاننا بمرضات تقوم كل منهن بعمل « مهندس سلوكي » behavioural engineer لتصحيح أنماط سلوكية مثل الفشل في تناول الطعام وارتداء الملابس ... الخ .

وقد اتبع هذا الأسلوب كذلك واطسون (١٩٧٦) وزملاؤه في معهد تعديل السلوك في كولومبس ، أوهايو لتعديل سلوك أطفال يعانون من التخلف العقلي أو الفصام مستخدمين أنواعا من التعزيز الغذائي والنشاط الاجتماعي ، الشرطي وغير الشرطي (١) ، الطبيعي والاصطناعي (٢) ، المستمر والمتقطع (٣) .

وفي كل هذه الحالات يعزز المعالج الاستجابات المرغوبة التي تتحرك في الاتجاه المحدد كهدف . وقد لیس الكثير من الباحثين قيمة التعزيز الموجب وخاصة في المؤسسات الاجتماعية .

التعزيز السالب : Negative Reinforcement

في هذا الأسلوب تبذل الجهود لزيادة احتمال ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريض المريض لمثير غير سار مقدما ثم ازالته مبشره بعد ظهور الاستجابة المرغوبة . وهذا نوع من التعزيز السالب .

وقد استخدم التعزيز السالب في علاج حالات مثل مص الإبهام . غفى حالة طفل (عمره خمس سنوات) كان يمص إبهامه باستمرار ، عولج بأن

(١) التعزيز غير الشرطي هو التعزيز غير المتعلم مثل التعزيز الغذائي ، أما التعزيز الشرطي فهو التعزيز المتعلم مثل التعزيز بالنقود لأن النقود تصبح لها قيمة التعزيز بعد ارتباطها شرطيا بشراء حلوى مثلا وهي معزز غير شرطي .

(٢) المعزز الطبيعي هو الذي يستخدم عادة في مواقف الحياة اليومية في المنزل والمدرسة مثل المدح ، والمعزز الاصطناعي هو الذي لا يستخدم عادة في مواقف الحياة اليومية مثل النقود لأن معظم الناس لا يعطون أولادهم نقودا عندما ينجزون واجباتهم مثلا .

(٣) التعزيز المستمر هو الذي يقدم في كل مرة يحدث فيها السلوك المرغوب ، والتعزيز المتقطع هو الذي يقدم في بعض المرات التي يحدث فيها السلوك المرغوب .

كان يعرض عليه مجموعة افلام رسوم متحركة محببة الى نفسه ، وكان يمس ابهامه اثناء مشاهدته لهذه الافلام ، ويوقف المعالج عرض الفيلم (صورة وصوتا) كلما مص الطفل ابهامه ، فاذا ما اخرج الطفل اصبعه من فمه عاد الفيلم (صورة وصوتا) الى الظهور على الشاشة ... وهكذا تغير سلوك الطفل الى السلوك المرغوب .

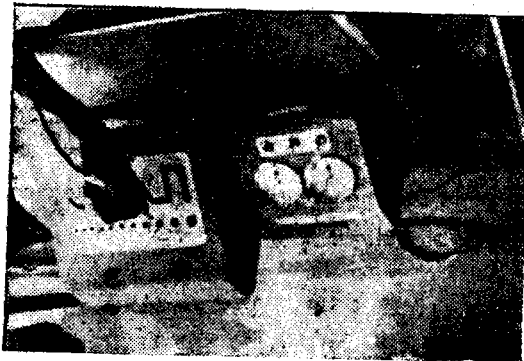
ولا يستخدم هذا الاسلوب كثيرا لان على المعالج ان يعرض المريض لخبرات مؤلمة الى ان تظهر الاستجابة المرغوبة ، وهذا قد يؤثر تأثيرا سيئا على ارادته في الاستمرار في العلاج (وخاصة في حالات الكبار) .

وعلى العموم فان استخدام اسلوب التعزيز السالب شائع في السجون والاصلاحيات .

العقاب (الخبرة المنفرة) : Punishment

في هذا الاسلوب يعرض المريض لخبرة منفرة (عقاب علاجي) اذا قام بالسلوك غير المرغوب وذلك لكفه ووقفه كلية . ومن اشكال العقاب العلاجي ما يكون ماديا او جسيميا مثل الضرب او صدمة كهربائية او اجتماعيا مثل التوبيخ ، او في شكل منع الاثابة مما يسبب الالم والضيق او عدم الرضا عند الفرد ويعوق ثم يمنع ظهور السلوك غير المرغوب اي ان مصدر العقاب قد لا يكون خارجيا او داخليا .

وقد استخدم هذا الاسلوب في علاج اضطرابات الكلام خاصة اللجاجة بان يتبع كل كلمة ملجاجة ضوضاء عالية او صدمة كهربائية .



(شكل ٨٥) جهاز علاج عقال الكاتب

وقد استخدم سيلفستر وليفرسجد Sylvester and Liversedge (١٩٦٠) هذا الاسلوب في علاج عقال الكاتب (وهي حالة تقاص وظائف في عضلات اليد المتحركة في الكتابة) . وقد وجد انه في حالة عقال الكاتب يعانى

المريض من كل من الرعشة والتقلص فعالجا كلا منهما على حدة . ولعلاج الرعشة استخدمنا جهازا (شكل ٨٥) عبارة عن لوحة معدنية بها عدة ثقب متدرجة الاتساع ويطلب من المريض أن يدخل في كل منها قلما معدنية متصلا بدائرة كهربائية (بادئا بالثقب الاكبر) واذا ارتعشت يد المريض لمس القلم المعدنى حافة الثقب وتلقى المريض صدمة كهربائية في يده التى لا يكتب بها . وهكذا تصاحب الصدمة الكهربائية (الخبرة المنفرة) الرعشة (الاستجابة اللاتوافقية) بينما التحكم الدقيق يجنب المريض العقاب . ولعلاج التقلص استخدم الباحثان نموذجا من الكتابة المحفورة جوانبها محددة بكتنور معدنى ، ويمر المريض بالقلم المعدنى في داخل هذا النموذج الكتابى المحفور بحيث اذا لمس القلم المعدنى جوانب الكتنور تلقى صدمة كهربائية في يده الاخرى . وهكذا مع تكرار الخبرة المنفرة (الصدمة الكهربائية) يتم ضبط الرعشة والتقلص .

كذلك استخدم اسلوب الخبرة المنفرة في علاج ظاهرة الصمت الطويل أثناء العلاج الجماعى . فالصمت يعنى توقف العلاج . وكان كلما ساد الصمت أثناء العلاج لفترة تزيد على ربع دقيقة أسمع المعالج المرضى صوتا منفرا يستمر حتى يبدأ أحد أعضاء الجماعة في الكلام أى ان العقاب (الصوت المنفر) يتوقف على السلوك غير السليم (الصمت) بينما التخلص من العقاب ينتج عن السلوك السليم (الكلام) . وحين يسأل المرضى عن الصوت المنفر يقال لهم أنه قد يكون عيبا في جهاز التسجيل (الذى يعمل أثناء العلاج) . وقد لوحظ أن سلوك المرضى قد تغير بهذا الاسلوب . (هيكل وآخرون . Heckel et al. ، ١٩٦٢) .



(شكل ٨٦) اسلوب الخبرة المنفرة

واستخدام اسلوب الخبرة المنفرة للمساعدة في الاقلاع عن التدخين ، وذلك باستخدام جهاز يثبت دخان سجائر كثيف في وجه المدخن (كلما أخذ نفسا من سيجارته) (شكل ٨٦) .

وعلى أى حال فان غالبية المعالجين يفضلون عدم استخدام **اسلوب العقاب** حيث ثبت بالتجربة ان استخدام اسلوب

الكف القائم على العقاب لتجنب استجابة غير مرغوبة يعتبر اقل الاساليب فعالية في العلاج السلوكى اذ المطلوب هو تعلم سلوك جديد مرغوب اكثر من مجرد كف سلوك غير مرغوب . فالعقاب المباثر يميل الى احداث كف وتوقف

مؤقت للسلوك المعاقب ، ويؤدي إيقاف العقاب الى ظهور السلوك غير المرغوب مرة اخرى أو يؤدي بالمريض الى أن « يعمل شيئا آخر » . أى أن العقاب لا يؤدي الى تعلم سلوك جديد مرغوب ولكنه يكف السلوك غير المرغوب مؤقتا . هذا بالإضافة الى أن العقاب يمكن أن يؤدي الى آثار غير مرغوبة مما قد يجعل السلوك العام للمريض أكثر اضطرابا لا أكثر توافقا .

الثواب والعقاب : Reward and Punishment

لجأ بعض المعالجين الى استخدام كل من **الثواب والعقاب معا** (والعقاب هنا في شكل منع الثواب) ، وذلك بأن يثيب المعالج كل استجابة سلبية مرغوبة وأن يعاقب كل استجابة غير سليمة وغير مرغوبة .

فمثلا استخدم هذا الاسلوب في **علاج الالتزامات** (مثل تحريك الرقبة وهز الكتفين وبربشة العينين وحركات الوجه وغيرها) وذلك بأن استعمل جهاز تسجيل يسمع منه المريض موسيقى محببة كلما كان متوقفا عن أتيان اللازمة ، وكلما قام باتيان لازمة توقفت الموسيقى وسمع بدلا منها صوتا عاليا منفرا ، وإذا توقفت المريض عن أتيان اللازمة اختفى الصوت المنفر وعادت الموسيقى . (باريت Barrett ، ١٩٦٢)

واستخدم اسلوب الثواب والعقاب أيضا في علاج اللجاجة وذلك باستخدام الثواب أولا في تعليم السلوك المرغوب وهو الطلاقة اللفظية ، واستخدام العقاب لكف السلوك غير المرغوب وهو اللجاجة .

تدريب الاغفال (الانطفاء) : Omission Training

في تدريب الاغفال يحاول المعالج تقليل احتمال ظهور الاستجابة غير المرغوبة **وذلك باغفالها وتجاهلها** وعدم تعريض المريض لاي نتائج على الإطلاق . وهذا يشبه الانطفاء extinction . أى أن حدوث الاستجابة غير المرغوبة يؤدي الى غياب الثواب والتعزيز وحدث الانطفاء والاختفاء نتيجة لعدم استمرار التعزيز .

ويستخدم تدريب الاغفال في الحالات التي تكون فيها الاستجابة غير المرغوبة تحقق فائدة للمريض (اثابة) .

وقد استخدم في علاج بعض حالات الاضطرابات النفسية الجسمية ، كما حدث في حالة فتاة شابة كانت تعاني من **التهاب جلدي عصبي** (نفسى جسمى) تهتم الاسرة كلها به خاصة خطيبها وهذا يعتبر اثابة للفتاة التي تحتاج الى اهتمام أهلها وخطيبها . وتم العلاج باعطاء خطيبها واسرتها تعليمات بإهمال الموضوع وعدم التعليق عليه وعدم لفت الانتظار لما كان يعزز هذه الاستجابة والإقلاع عن استخدام الادوية واغفال الألم وذلك لازالة مصدر

التعزيز الذي دعم الاستجابة . وبعد شهرين تحسنت الحالة كثيرا وتم شفاؤها بعد ثلاثة اشهر . وقد اعتمد هنا على اكتساب الكف التفاعلي المشروط الناتج عن الاستجابة التي لم تعزز (الانطفاء في غياب الثواب) . (والتون Walon ، ١٩٦٠) .

واستخدم هذا الاسلوب في علاج التقيؤ في حالة طفلة متأخرة عقليا في التاسعة من عمرها كانت تتقيأ في الفصل باستمرار . ولاحظ المعالج أن رد فعل المدرسة لتقيؤ الطفلة (وهو ارسالها الى غرفة نوم خارج الفصل كلما تقيأت) كان يعتبر بمثابة اثابة لدى الطفلة المتأخرة عقليا التي تفضل الخروج من الفصل مما عزز وثبت السلوك اللاتوافقي . وعلى هذا تقرر سحب هذا التعزيز الموجب واغفال واهمال عماية التقيؤ وابقاء الطفلة في الفصل كالمعتاد . وبهذا الاسلوب قل عدد مرات التقيؤ الى أن اختفى تماما .

واستخدم هذا الاسلوب أيضا في علاج نوبات الغضب عند طفل رضيع كان يتطلب رعاية صحية خاصة (لمرضه لمدة طويلة) وتعود على وجود والديه بجواره في حجرة نومه . وكلما حاول الوالدان ترك الغرفة بكى وبدأت نوبة غضب عنيفة حتى يجبرهما على العودة . ونصح المعالج الوالدان بترك حجرة نوم الطفل وعدم العودة اليها ، وبعد مدة لوحظ أن النوبات قد انطفت . (ويليامز Williams ، ١٩٥٩) .

الانطفاء والتعزيز : Extinction and Reinforcement

ويلاحظ أن أسلوب تدريب الاغفال (أو الانطفاء) وحده له بعض العيوب منها : تأثيره التدريجي الذي قد يطول فيه القيام بالسلوك غير المرغوب قبل انطفائه بالاغفال ، وأن بعض أنواع السلوك غير المرغوب قد يكون مدمرا جدا بحيث لا نستطيع السماح بحدوثه عشرات أو مئات المرات حتى ينطفئ ويختفي .

وقد استخدم كل من الانطفاء والتعزيز ابلا في تسهيل التعلم . ونصح من النادر أن يستخدم تدريب الاغفال كأسلوب علاجي الا اذا صاحبه أسلوب آخر مثل الثواب . وقد نجح استخدام هذا الاسلوب المزدوج في علاج المشكلات السلوكية في الفصل ، حيث يففل المدرس السلوك المشكل غير المرغوب الى أن يظهر السلوك السوي المرغوب فيعززه ويشجعه ، وهكذا ينطفئ السلوك المشكل ويعزز السلوك السوي ، مما يؤدي الى تحسن اكااديمي واجتماعي .

ضبط المثيرات : Stimulus Control

أن المثيرات الموجودة في البيئة التي نميل فيها تتحكم في استجاباتنا

أى فى سلوككنا . فاشارة المرور الخضراء تستثير استجابة ضغط دواسة البنزين بينما الاشارة الحمراء تستثير استجابة ضغط دواسة الفرامل ، كذلك فان علامات حدود السرعة تتحكم فى مدى ضغط كل من دواسة البنزين والفرامل . وهكذا فان السلوك يستثار بنوع ما من المثيرات .

ولتعديل السلوك لابد من ضبط مثيراته والتحكم فيها بشكل متكرر . وهناك أشياء كثيرة تساعد فى ضبط المثيرات فى العلاج السلوكي منها : اللغة والاورام التى يستخدمها المدرب ، والشخص القائم بالتدريب ، والمكان الذى يتم فيه التدريب ، والوقت الذى يحدث فيه التدريب ، وسلسلة النشاط الذى يسبق السلوك المعين موضع التدريب .

فمثلا لتدريب طفل على التبول اراديا أثناء اليقظة فى المرحاض حين الحاجة (سلوك مرغوب) بدلا من التبول اراديا أثناء اليقظة فى أى مكان وفى أى وقت (سلوك غير مرغوب) لابد من ضبط عدد من المثيرات والعلامات المنبهة المطلوبة للقيام بالسلوك المرغوب مثل وضوح أمر الى الطفل وهو منتهب « التبول فى المرحاض » ، ووجود الطفل فى المرحاض حين تدريبه على التبول فى الوقت المناسب حسب حاجته ، وقيامه بفك ملابسه واتخاذ وضع معين ... الخ . كل هذه مثيرات حين تضبط تساعد على استثارة السلوك المرغوب وهو التبول فى المرحاض فى الوقت المناسب وبالطريقة الصحيحة .

الممارسة السالبة : Negative Practice

فى هذا الاسلوب يطلب الممارس من المريض أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكرار حتى يصل الى درجة تشبع satiation لا يستطيع عندها ممارسته .

ويقوم هذا الاسلوب على أساس دراسات دونلاب Dunlap (١٩٣٢) الذى وجد أن تكرار الاستجابة ينتج عنه نتائج سلبية مثل (التعب والملل) مما يقلل احتمال تكرار هذا السلوك . ويقوم أيضا على أساس مفاهيم الكف التفاعلى والكف الشرطى .

وقد استخدم هذا الاسلوب فى علاج اللزمات الحركية وقضم الاظافر ومص الاصابع والبول والاستمناء (ولكن بنجاح محدود) . وبالطبع لا يمكن استخدام هذا الاسلوب فى علاج بعض انماط السلوك .

وعلى سبيل المثال استخدم فولب Wolpe هذا الاسلوب فى علاج لازمة جرش الاسنان عند امرأة ، حيث كان يطلب اليها تكرار هذه اللازمة ثلاثين مرة كل جلسة لمدة دقيقة فى كل مرة وبينها وبين المرة التالية دقيقة واحدة للراحة . وبهذا الاسلوب اختفت اللازمة تماما بعد أسبوعين ولم يحدث انتكاس حتى بعد مرور عام على تمام الشفاء .

كذلك استخدم بيرر *Yates* (١٩٥٨) هذا الأسلوب في علاج مجموعة لازمات كانت تعاني منها امراه (وهى النحمة والزفير الانفجاري من الانف والكحة وبربشة العينين) . وقد اعطاها تعليمات بممارسة كل لازمة باستمرار على مدى خمس دقائق يتخللها دقيقة واحدة في جلسات مدة كل منها ٤٥ دقيقة . وبعد مائة جلسة بدأ تكرار هذه الازمات ينقص بوضوح .

نقد العلاج السلوكى :

لقى العلاج السلوكى اهتماما كبيرا في مجال العلاج النفسى ، واجريت التجارب الكثيرة بهدف اكتشاف طرق واسـتخدامات جديدة لهذا النوع الجديد من العلاج .

وتعتبر المفاهيم والاساليب التى يعتمد عليها جديدة وقوية ، تضارع وتنافس المفاهيم والطرق التقليدية للعلاج النفسى . وهذا هو السبب فى انها أحدثت تأثيرا كبيرا فى مجال العلاج النفسى . وهذا هو السبب أيضا فى انها تلقى أحيانا معارضة قوية .

وتعتبر نسبة الشفاء — أو على الأقل التحسن — باستخدام العلاج السلوكى عالية ، فقد تصل الى ٩٠٪ من الحالات . وهذا الرقم يعتبر مشجعا اذا قورن بنسبة الشفاء التى تتراوح بين ٥٠ — ٧٥٪ فى طرق العلاج الأخرى .

وعلى أى حال فقد لوحظ أن نوع وشدة المرض النفسى لها أثرها فى التنبؤ بنجاح العلاج السلوكى . وقد وجد أن مرضى خواف الأماكن المتسعة مثلا أقل استفادة بالعلاج السلوكى من مرضى أنواع الخواف الأخرى (ماركس وجلد *Marx and Gelder* ، ١٩٦٥) . كذلك فإن المرضى الذين يعانون من أعراض متعددة تكون فرصة إشفائهم أقل من فرصة الشفاء لدى المرضى الذين يعانون من عرض واحد محدد (جيلدر وماركس *Gelder and Marx* ، ١٩٦٦) .

وقد قامت بعض الدراسات لمقارنة نتائج العلاج السلوكى (التجريبي) بنتائج طرق أخرى للعلاج التقليدى (الكلامى) أو مع استخدام دواء وهمى *placebo* (لا يحوى مواد أو عقاقير طبية ويستخدم لايهام المريض انه يعالج طبيا . . . وقد وجد أن الطرق الثلاث أدت الى تحسن ملحوظ وكانت الفروق بين نتائجها ضئيلة .

يضاف الى هذا أن عامل الدافعية يعتبر عاملا هاما فى العلاج السلوكى شأنه فى ذلك شأن بقية طرق العلاج النفسى . وقد أثبت ذلك فروند *Freund* (١٩٦٠) فى تحليل استجابات الجنسية المثالية للعلاج باستخدام الخبرة المنفرة (العقاب) حيث وجد أن إجبار المريض على السقى الى العلاج بواسطة

رجال الشفاء والشرطة أو الاقارب كان يرتبط بعدم تحسن الحالة ، أما الذين يسعون من تلقاء أنفسهم ويدافعون بقوة الى العلاج فقد لوحظ أن نسبة الشفاء بينهم عالية فعلا .

مزايا العلاج السلوكى :

- يمكن تلخيص اهم مزايا العلاج السلوكى فيما يلى :
- * يعتمد العلاج السلوكى على الدراسات والبحوث التجريبية العملية المصنوعة القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي يمكن قياس صدقها قياسا تجريبيا مباشرا .
- * ييسر للمعالجين استخدام اساليب مختلفة لعلاج الانواع المختلفة من المشكلات النفسية .
- * يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج .
- * يسعى الى تحقيق اهداف واضحة محددة ، حيث يلعب العمل دورا اهم من الكلام .
- * يستغرق وقتا قصيرا لتحقيق اهدافه مما يوفر الوقت والجهد والمال .
- * يتيح علاج اكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية .
- * يمكن أن يعملون فيه كل من الوالدين والازواج والمرضات بعد تدريبهم .
- * يستخدم بنجاح كوسيلة وقائية .
- * يعتبر بديلا ناجحا للعلاج التقليدى في علاج كثير من المشكلات السلوكية ، وتطبيقاته اوسع من أى بديل آخر ، فهو يتناول تصحيح العادات السيئة لدى الاشخاص العاديين ويمتد استخدامه ليشمل علاج الكثير من الامراض العصبية وبعض عناصر السلوك الذهانى .
- * اثبت نجاحا ملحوظا في علاج المشكلات السلوكية عند الاطفال ، وعلاج المشكلات النفسية حتى ولو كان المريض يعاني من مشكلات لغوية مثلا ، وعلاج امراض عصبية مثل الخوف والادمان وغير ذلك من حالات الاضطراب السلوكى .
- * يبدو مستقبه اكثر امنا من الكثير من طرق العلاج القايدى الاخرى .

عيوب العلاج السلوكى :

- يمكن تلخيص اهم عيوب العلاج السلوكى فيما يلى :
- * احيانا يكون الشفاء وقتيا وعابرا .
- * السلوك البشرى معقد لدرجة يصعب معها في كثير من الاحيان عزل وتحديد انماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل فهمها .

* النموذج السلوكي المبني على اساس الاشراف لا يمكن ان يفسر جميع انواع السلوك البشري والاضطرابات السلوكية .

* يركز على التخلص من الاعراض ، وبذلك يزول العصبان . وليس الامر في الامراض النفسية عادة بهذه البساطة . فالتركيز على ازالة الاعراض فقط قد يؤدي الى ظهور اعراض اخرى . ثم ان الاضطراب السلوكي الظاهر ما هو الا الدليل الخارجى لمعدة داخلية عميقة تكمن وراء هذا السلوك المضطرب الذى لا يزيد عن كونه قمة جبل الثلج الظاهرة فقط . وعلى هذا يقول معارضو العلاج السلوكي ان اى محاولة لعلاج الاعراض فحسب سوف تفشل لأنها لا تعالج المصدر الحقيقى للاضطراب . فقول يمكن ان يمتلئ دهان البقع الحمراء علاجاً للحصبة .

* لا يمكن ان يدعى المعالجون السلوكيون ان العلاج السلوكي هو علاج لكل انواع الاضطرابات السلوكية ولكل المرضى النفسيين .

ملاحظات على العلاج السلوكي :

في ختام كلامنا عن العلاج السلوكي يمكن ان نورد الملاحظات الآتية : بالرغم من المقارنات التى تمتد بين العلاج السلوكي وغيره من طرق العلاج النفسي التقليدي ، فانه يجب ان يفهم ان العلاج السلوكي يمكن ان يستخدم في إطار العلاج النفسي التقليدي .

ويجب ان يفهم ان عدم ذكر المقابلات العلاجية في كلامنا عن العلاج السلوكي يعنى انها ليست هامة في هذا النوع من العلاج . ان المصالحين السلوكيين يرون ان جميع المرضى يعتقدون من القلق ، وان العلاقة العلاجية السليمة بين المعالج والمريض كفيلة بان تخفض حدة هذا القلق .

يجب استكشاف التواشي التاريخية وعلامات النمو في حياة المريض للوقوف على التغيرات السلوكية في الحاضر .

ويجب ان يفهم ان عدم ذكر المقابلات العلاجية في كلامنا عن العلاج السلوكي يعنى انها ليست هامة في هذا النوع من العلاج . ان المصالحين السلوكيين يرون ان جميع المرضى يعتقدون من القلق ، وان العلاقة العلاجية السليمة بين المعالج والمريض كفيلة بان تخفض حدة هذا القلق .

كذلك فان نظرية التعلم تعتبر الدعامة الرئيسية التى يستند اليها معظم المعالجين النفسيين في الوقت الحاضر . وعلى اى حال فان استخدام مبادئ وقوانين السلوك في العبادة النفسية قد يغطى الفجوة بين علماء النفس التجريبيين والمعالجين النفسيين .

قد يظن البعض ان ربط العلاج السلوكي بالتعلم يعنى ان العلاج النفسي التقليدي له علاقة قليلة بالتعلم . ليس هذا هو الحال في الحقيقة لان كلا من الطريقتين تبرز اهمية التعلم في اكتساب وازالة الاضطراب النفسي . وبهذا المعنى نجد ان كلا من المعالجين النفسيين والمعالجين

السلوكيين يتفقان في النظر الى الاضطرابات العصائية على انها دليل على التعلم الخاطيء أكثر من التعبير عن انماط الشذوذ الموروث . وعلى اى حال ، فان المعالجين النفسيين يهتمون الى حد كبير بمحتوى ما تعلمه الفرد اكثر من عملية التعلم ذاتها .

ويلاحظ أيضا أن العلاج السلوكي ليس مجرد قاعدة أو عدة قواعد بسيطة يمكن أن تطبق بطريقة سهلة على الاضطرابات السلوكية ، والحقيقة أن أساليب العلاج السلوكي متعددة ومتجددة ، بعضها مباشر وبعضها غير مباشر يحتاج الى اجراء تعديلات خاصة حسب حاجة المريض ، بعضها بسيط وبعضها معقد ، بعضها يحتاج الى اشراف قليل من جانب المعالج وبعضها يحتاج الى اهتمام بالغ ومهارة فائقة من جانب المعالج .

وقد رأينا أن العلاج السلوكي يتناول زملة الاعراض عرضا عرضا . وتوجه الجهود الى تعديل العادات السلوكية البسيطة قبل أن تحاول تعديل التجمعات المركبة من السلوك المضطرب .

وهكذا نجد أننا بصدد طريقة جديدة نامية من طرق العلاج التي يجب أن يوليها علماء النفس واخصائيو العلاج النفسي مزيدا من العناية والبحث والدراسة ، وخاصة أن ما تيسر من الدلائل يشير الى أن للعلاج السلوكي مستقبلا مشرقا .

ويوضح جدول (٤) أهم الخصائص المميزة لكل من العلاج النفسي التقليدي والعلاج السلوكي . ويلاحظ أن المقارنة بين العلاج التقليدي والعلاج السلوكي عملية صعبة وليست في صورة أن (أ) احسن من (ب) (سلون Sloane ١٩٦٩) .

جدول (٤)

العلاج النفسي التقليدي	العلاج السلوكي
يركز على سلوك المريض الذاتي ، أى أفكاره ومشاعره ، وهذا يؤثر بطريق غير مباشر على السلوك الظاهر للمريض .	يركز على سلوك المريض الظاهر والذي يمكن ملاحظته موضوعيا وهذا يؤثر تأثيرا غير مباشر على الأفكار والمشاعر .
يتمسك بنموذج طبي يتم فيه البحث عن « أسباب » الاعراض فإذا ما أزيل السبب زال العرض	يتبع نمودجا نفسيا في محاولة تغيير السلوك أو « الاعراض » مع « اهتمام اقل بالاسباب » التي تعزى الى التعلم الشاذ أو الخاطيء .
يفترض أن الاعراض هي العلامات الواضحة للضيق والتي تبين وجود بعض العقد الداخلية التي لا يمكن الوصول اليها مباشرة بالنسبة لكل من المريض	يعتبر الاعراض دليلا على التعلم الخاطيء بدون أى سبب عميق يكمن وراءها . ويفترض أن تعلم الاعراض العصائية يختلف عن أى تعلم آخر فقط في

تابع (جدول ٤)

العلاج السلوكي	العلاج النفسي التقليدي
كونه تعلمًا غير مناسب أو غير توافقي .	والمعالج وتعتبر مؤشرا محتملا لطبيعة ما يختبئ في شخصية المريض .
محور العلاج هو الهجوم المباشر على الأعراض وهي تؤدي بالمريض الى البحث عن العلاج ، وذلك يجعل المريض يلغى تعلمه بعض السلوك اللاتوافقي أو التوافقي الجديد . وتعنى وجهة النظر هذه أن الأعراض هي العصاب وأنه لا يوجد شيء أكثر بالنسبة للعصاب من المشكلات لدى المريض .	الهجوم المباشر على الاعراض أو التعبيرات الظاهرة للمشكلة قد يعتبر خطأ ، لأن ذلك سوف يترك « السبب الحقيقي » للاضطراب دون أن يمس . وبذلك فإن علاج الاعراض فقط يؤدي بالمريض الى اظهار علامات أخرى للضغط ، وأعراض جديدة لتحل محل تلك التي أزيلت عن طريق العلاج « الظاهري » .
يهتم بالسلوك المضطرب فقط ، ولا يهتم « بالذات » أو « الشخصية » .	يهتم باعادة تشكيل محاور حياة المريض واعداد بناء الشخصية .
يقدر المريض بسرعة أن أهداف العلاج قد وضحت مباشرة أمامه وأن المعالج عادة أكثر نشاطا وتشجيعا وتأثيرا ، وأن العلاقات الشخصية تلقى أهمية أقل نسبيا .	تكون خبرات المريض بالعلاج أهم شيء . فالمريض يلاحظ أن الجو سمح جدا ، وأنه يلغى توجيهها قليلا فيما يتعلق بمايقول أو يفعل . ولكن العلاقة التي يكونها مع المعالجين تبدو ذات أهمية خاصة بالنسبة للمعالج نفسه .
تخضع فروضه ومسلّماته التي تقصر السلوك للتجريب العلمى .	كثير من مفاهيمه غير محددة تحديدا دقيقا ويصعب إخضاعها للتجريب المعلى .
يعمل على استخدام الطرق القوية النشطة الدينامية التي تقوم على التجارب والطرق العلمية لفهمها .	يركن الى التسامح وعدم التدخل والطرق التي تتميز بمسحة فلسفية حدسية .
يهيئ المعالج الظروف التي تتدخل في السلوك الحالي للمريض والتي تؤدي الى تعلمه طرقا جديدة للاستجابة للبيئة .	يهتم المعالج ويسلم باللاشعور وضرورة التعمق فيه . وفي عمليات الدفاع النفسى .

تابع (جدول ٤)

العلاج التقليدي	العلاج السلوكي
— يستغرق وقتا طويلا لاجداث تغيير في السلوك .	— يستغرق وقتا أقل نسبيا لاجداث تغير في السلوك .
— عدد المرضى الذين يمكن علاجهم قليل بسبب ما يتطلبه من وقت وجهد ومال وبسبب نقص عدد الاخصائيين وتمدد النظريات ومتنوع طرق العلاج .	— عدد المرضى الذين يمكن علاجهم كبير لتركيزه على ازالة الاعراض والاستعانة بالاجهزة في عملية الاشراط والاستعانة بالوالدين والازواج والمرضات احيانا .

العلاج النفسي المركز حول العميل

CLIENT-CENTRED THERAPY

بلور هذه الطريقة في العلاج النفسي كارل روجرز Rogers (١٩٤٢) صاحب نظرية الذات self-theory (راجع ص ٧٣) . ولدت شقت الذات طريقها عبر التاريخ ووصلت الى احدث وأشمل صياغة لها في نظرية الذات التي تتضمن طريقة من احدث طرق العلاج النفسي وهي طريقة العلاج المركز حول العميل او طريقة العلاج غير المباشر . وبينما أصبحت الذات تمثل مركزا أساسيا وهاما في معظم نظريات الشخصية فانها تحتل قلب نظرية روجرز ، وقد بنيت النظرية أساسا على خبرة روجرز في التوجيه غير المباشر والعلاج النفسي المركز حول العميل .

وقد ذاعت شهرة طريقة روجرز في العلاج النفسي المركز حول العميل وبالتالي نظريته في الذات في الاوساط السيكولوجية بسبب وضوحها والزمن القصير الذي يستغرقه العلاج بهذه الطريقة . ولقد لخص روجرز Rogers (١٩٦١) التغير الذي طرا على نظريته من ١٩٤٢ خلال ١٩٤٦ ، ١٩٤٧ ، ١٩٥١ ، ١٩٥٥ ، ١٩٥٩ ، ١٩٦٠ قائلا : « في السنوات الاولى من تخصصي في الارشاد والعلاج النفسي كنت أسأل السؤال الآتي : كيف أستطيع ان اعالج او اغير هذا الشخص ؟ والآن أعيد صياغة هذا السؤال بهذه الطريقة : كيف أستطيع ان اوجد علاقة



(شكل ٨٧) كارل روجرز

وجوا نفسيا يستطيع هذا الشخص من خلاله أن يحقق هو أفضل نمو نفسي ؟» .

وقد قام المؤلف (حامد زهران ، ١٩٧٢) بإجراء بحث كان هدفه ادخال مفهوم الذات الخاص كأحد المكونات الهامة في نظرية الذات (راجع ص ٧٧) . وإذا كان محتوى مفهوم الذات الخاص مهددا لبنية الذات بصفة عامة فإنه يؤدي إلى التوتر والقلق وسوء التوافق النفسي . وحاول المؤلف ادخال هذا المكون كعنصر هام في عملية العلاج النفسي المركز حول العميل . ولا تعنى هذه المعالجة لمفهوم الذات الخاص وأهميته في الإرشاد والعلاج النفسي أن المؤلف يفضل طريقة العلاج النفسي المركز حول العميل أو الإرشاد النفسي غير المباشر على غيرها من طرق العلاج . ولا يعتقد المؤلف أيضا أن العلاج النفسي المركز حول العميل هو الطريقة المثلى أو الأولى والأخيرة في العلاج النفسي . وحتى كارل روجرز نفسه صاحب نظرية الذات وشيخ طريقة العلاج النفسي المركز حول العميل يعترف بأن هذه الطريقة قد لا تناسب كل أنواع اضطرابات الشخصية ، وأنها مفيدة مع أنواع معينة من العملاء وخاصة أولئك الذين يكون ذكاؤهم متوسطا ويكون لديهم طلاقة لفظية . وأنها تكون مناسبة جدا في حالات الإرشاد العلاجي والاستشارة النفسية .

وحدد روجرز هدف العلاج النفسي المركز حول العميل بأنه ليس مجرد حل مشكلة معينة . ولكن هدفه هو مساعدة العميل على النمو النفسي السوى . ويهدف أيضا إلى أحداث التطابق بين الذات الواقعية وبين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الاجتماعي . أى أنه يركز حول تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع . وإذا تطابق السلوك مع مثل هذا المفهوم الأقرب إلى الواقع كانت النتيجة هي التوافق النفسي .

وأهم ما يقرر استخدام طريقة العلاج النفسي المركز حول العميل هو نضج العميل وبكماله بدرجة تمكنه من أن يمسك بزمام مشكلته في يده وأن يعالجها بذكاء تحت إرشاد المعالج غير المباشر .

بلامح العلاج النفسي المركز حول العميل :

العميل :

هو الفرد الذى يتركز حوله عملية العلاج والإرشاد . وهو الذى لديه العميل محتوى مهدد في مفهوم الذات الخاص و / أو يدرك ويعنى بالذات المتطابق بين الذات والخبرة وبين مفهوم الذات والذات المثالية . وهو يدرك ويعنى التهديد الناجم عن محتوى مفهوم الذات الخاص و / أو التهديد الناجم

عن عدم التطابق ويخبر العميل شعوريا وفي وعى العوامل الكامنة في عدم النوافق النفسي ويمكنه أن يعيد تنظيم مفهوم الذات ليحقق التطابق بينه وبين البيئة .

ويكون العميل قلقا ، معرضا لمضاعفات نفسية . ويدرك الحاجة للعلاج ويأتى هو للعلاج ويكون ذا بصيرة نامية أو قابلة للنمو . ويكون اديه عناصر قوة وقدرة على تقرير مصيره بنفسه وتحديد فلسفة حياته ، وعلى استعداد لتحمل مسؤولية العلاج وتوجيه نفسه تحت اشراف المعالج .

المعالج :

يشترط أن يكون المعالج نفسه متوافقا نفسيا . لديه تطابق بين مفهومه عن ذاته وخبرته وذاته المثالية . ولا يحتوى مفهوم الذات الخاص لديه على خبرات مهددة لاتتفق مع بنية الذات أو مع المعايير الاجتماعية . لديه شفافية وحساسية . يهتم باخلاص بحالة العميل . يقبل ويشجع العميل ويفهم وجهات نظره . مستمع جيد وموجه بارع للمناقشة وبائع ناجح للصدقة . متفائل وبشوش دائما . لا يتخذ موقف الواعظ أو الناصح أو المقوم للسلوك . لديه اتجاه نفسى اخلاقى في فهم وتفسير وتعديل السلوك . واسع الخبرة في علم النفس وفي كافة مجالات الحياة . والمعالج عليه أن يستمع ويتقبل ويعكس مشاعر العميل ثانيا الى ليقوم العميل بفحصها بصورة ادق . اى ان المعالج يكون بمثابة مرآة مشاعر ينمى عن طريقها المريض مفهوم ذات اكثر واقعية وادراكا ادق للواقع (انظر شكل ٨٨) .

عقد العلاج :

ويلتقى المعالج والعميل انظر (شكل ٨٩) . ويحاول المعالج والعميل تحديد ما يشبه عقد العلاج أو اتفاقا غير مكتوب ، وفي جو حياذى سمح ، يحددان الموقف العلاجى وابعاده ومسئولية كل منهما ، ويفهم العميل أهمية التقارير الذاتية ، وأن أحسن نقطة لفهم سلوك الفرد هى من وجهة نظره هو ومن داخل اطاره المرجعى (١) .

(١) يلاحظ انه في بداية حركة العلاج النفسى المركز حول العميل كان لا يلتفت كثيرا الى الاختبارات النفسية . وكان أهم شيء هو التقرير الذاتى للمريض ، ولكن الدراسات والبحوث التى تلت وطورت هذه الطريقة (انظر حامد زهران ، ١٩٦٦) اثبتت ضرورة التجاء المعالج الى الاختبارات النفسية حتى يمكن مقارنتها بالتقارير الذاتية ومعرفة مدى التقارب أو التباعد بينها .

(شكل ٨٨)
المعالج كمرآة مشاعر



(شكل ٨٩)
المعالج والعميل
«العلاج المركز حول العميل»



مقدمة العلاج النفسي :

أعد المؤلف موضوعاً بعنوان « مقدمة الارشاد والعلاج النفسي » يقدمه الى العميل قبل عمالية الارشاد والعلاج ، كاعداد مسبق للعميل لتعريفه بالدور الايجابي الذي ينبغي ان يقوم به في الاطار العام لطريقة الارشاد والعلاج المركز حول العميل وكأنه اتفاق ودي بين الطرفين .

وتبدأ هذه المقدمة بالترحيب بالعميل الذي أتى بنفسه للعلاج، وافهامه هدف المقابلات العلاجية ، وتأكيد ان المعالج سيبذل كل جهده لفهمه ومساعدته وانه سيجده مشجعاً حسن الاصفاء . ويستحثه على البوح بكل مايمكن في « مستودع » الذات الخاصة ، وعلى الا يترك أي سر ، واثقاً في السرية المطلقة لكل البيانات والمعلومات (١) ، وان كل ما يقوله سيجد كل عناية واهتمام .

ثم يستحث العميل على تحديد المشكلة مع طمأنته وتعريفه انه ليس الوحيد الذي يعاني من مثل هذه المشكلات ، وان علاج المشكلة سهل ميسور لو درست طولاً وعرضاً وعمقا . مع تأكيد ان الفرد القوي هو الذي يواجه مشكلاته مواجهة علمية واقعية ، ويعلن الحرب على مشكلاته

(١) نؤكد هنا ضرورة الالتزام بأصول المهنة ، ونذكر ان افشاء اسرار العميل يعاقب عليه القانون .

ولا يهرب منها ولا يتجاهلها . ويطلب المساعدة في حلها . معبراً عن المشقة النفسية هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة وأن يعرف مشكلاته ويحددها ويدرسها ويفسرهما ويضبطهما ويحولهما من مشكلات يسيطر عليه الي مشكلات يسيطر عليها . ويشجع المعالج العميل على الحدث عن ذاته كما يدركها ويفهمها وكما هي في الواقع الآن . وعن ذاته كما يريد أن يكون وعن ذاته كما يراها الآخرون . ويشجعه على ألا يتردد في تكسر أي شيء خاص بالمشكلة دون قيد أو شرط تاركاً العنان بحرية لأفكاره وأفجاسه . ورغباته وأحاسيساته وخبراته تسترسل بطلاقة من تلقاء نفسها دون تحفظ مما يحدث تلقياً أو معبياً أو مخطئاً أو مخرجة أو بعيصة أو مؤلمة

ويشجع العميل على البحث عن الأسباب الحقيقية الخاصة بالمشكلة في ضوء المبدأ القائل انه « لا شيء يأتي من لا شيء » باحثين في كافة جوانب حياة العميل ما ظهر منها وما بطن خاصة ونحن نعلم أن « ما حفى كن أعظم » (١) . ويدور البحث في الأسباب الأصلية مثل العيوب الوراثية والاضطرابات الجسمية والخبرات الاليمية وخاصة ما كان منها له تاريخ طويل في حياة العميل . ويتناول البحث الأسباب المساعدة مثل الازمات والصدمات والأمراض الجسمية والأصابات والاجهاد والضعف العام وغير ذلك من عوامل التفجير للمشكلات . ويدور البحث أيضاً حول الأسباب الحيوية مثل اضطرابات أجهزة الجسم والأمراض والتسمم والاضطرابات الخاصة بالحمل والولادة والبلوغ الجنسي والزواج والاضطرابات الوراثية مثل العاهات والشوهات الخلقية وغيرها . ويستقصى عن الأسباب الاجتماعية في الأسرة وما يتعلق منها بالوالدين أو الأطفال أو الأخوة أو الزوج أو في العمل مثل سوء التوافق وسوء الأحوال الاقتصادية أو البطالة أو مع الاصدقاء مثل الصحبة السيئة . ويكشف عن الأسباب النفسية مثل الصراع والاحباط والحرمان والعنوان والخبرات السيئة الصادمة والأصابة السابقة بالمرض النفسي . ويؤكد المعالج للعميل أن هذه الأسباب عامة ولا تصدق على كل الناس . ونحن نعرف أن « النار التي تذيب الدهن هي نفسها التي تجعل البيض يتجدد » ونحن نعلم أيضاً أن صدمة واحدة قد لا تؤثر في بناء الشخصية ، ولكن تكرار الصدمات يفسده ، والانفجار ينسفه .

ثم يوجه الانتباه الى تحديد الاعراض والعلامات التي تدل على وجود المشكلة مارين على كل ما يمكن أن يكون موجوداً من اضطرابات الإدراك واضطرابات

(١) يقول الشاعر : لا تأخذن من الأمور بظاهر
ويقول آخر : ولرب يؤس في الحياة مقنع
أن الصور من مخدع الرائيين
أرى على رؤس عروق

التفكير ، واضطرابات الذاكرة ، واضطرابات الوعي ، واضطرابات الانفعال ، واضطرابات الإرادة ، واضطرابات الكلام ، واضطرابات الحركة ، واضطرابات المظهر العام ، واضطرابات التفهم ، واضطرابات البصيرة ، والاضطرابات العقلية المعرفية واضطرابات الشخصية ، واضطرابات السلوك الظاهر ، واضطرابات الغذاء ، واضطرابات الإخراج ، واضطرابات النوم ، وسوء التوافق ، والانحرافات الجنسية ، والأعراض النفسية الجسمية والعصبية ، والأعراض العامة .

ثم يلفت نظر العميل الى أهمية **الفحص** والكشف الدقيق سعيًا نحو التشخيص الموفق والعلاج الناجح . وهدف الفحص هو فهم شخصيته ومعرفة نواحي قوته ونواحي ضعفه ومعرفة أجمل خبراته وأسوتها وما يعجبه في نفسه وما لا يعجبه ، وحاجاته المشبعة وغير المشبعة . وفهم حياته الحاضرة والماضية وتطلعاته للمستقبل وعلاقة كل هذا بمشاكلته . ويؤكد المعالج للعميل أنه يثق في تقريره الذاتي عن نفسه لأنه ليس هناك من هو أعرف بنفسه من نفسه ، وأن أحسن نقطة لفهم سلوكه هي من وجهة نظره (أي من وجهة نظر العميل) ومن داخل أطواره المرجعي . ويشجع المعالج العميل على أن يكشف له عن ذاته الخاصة ويدخله الى عالمه الخاص في صدق وصراحة وشجاعة ، ويعرفه أن من كتم سره عن المعالج فقد خان نفسه .

ويعرف العميل أنه عن هذا الطريق نصل الى **التشخيص** من واسع تحديد المشكلة والمعلومات السابقة والاستعانة بالبحث الاجتماعي والاختبارات النفسية والفحص الطبى والعصبى أحياناً .

وقبل بدء **العلاج** يجب امداد العميل بجرعة تثقيفية عنه . فيعرف أنه في عدد اسباب المشكلات النفسية وتعدد أعراضها فإن لكل مشكلة طريقة واسلوباً معيناً في علاجها . أن العلاج النفسى في جوهره توجيه وإرشاد ، تطهير وتطمين ، استبصار وتحسين ، تعلم ونمو . وقد يكون العلاج عبارة عن توجيه وإرشاد نفسى ، علاج فردى أو علاج جماعى ، علاج يبنى أو علاج اجتماعى ، تحليل نفسى مطول أو علاج نفسى مختصر ، علاج بالعمل أو علاج باللعب ، علاج طبى بالعقاقير والأدوية ، أو علاج سلوكى ، أو علاج دينى ... الخ .

وفى بيئتنا بصفة خاصة يحذر العميل من **خطر اللجوء الى غير المختصين** للعلاج مثل مدعى العلم والدجالين والمشعوذين .

ويعمل المعالج على تهيئة **جو علاجى** سار مشبع بالأمن والتقبل والراحة والامل ، خال من التهديد والتوتر والقلق يتيح فهم السلوك . ويعمل على

اقامة علاقة علاجية أساسها الفهم المتبادل والثقة المتبادلة والاحترام المتبادل، وإتاحة فرص التنفيس الانفعالي حيث تفرغ كل الانفعالات . ويزيد الاستبصار وذلك بالتعرف على بواحي القوة والإيجابيات لزيادتها والتعرف على نواحي الضعف والسلبيات لعلاجها . ويتم تعلم أساليب السلوك السوى . ويركز الاهتمام على نمو الشخصية على أساس نمو البصيرة وتغير السلوك الى أفضل وتحديد فلسفة عامة في الحياة أكثر واقعية وتوفيقا ، وتقبل الذات ، وتقبل الآخرين . وتستمر جلسات العلاج ويحدد انتهاءها بتحقيق الهدف وشعور العميل بقدرته على الاستقلال والثقة في النفس والقدرة على حل مشكلاته مستقبلا وشعوره العام بالتوافق النفسي والصحة النفسية .

ويعرف العميل أن **خطة العلاج** التي توضع بالاشتراك معه . المعالج مسئول عن صحتها والعميل مسئول عن تنفيذها وترجمتها الى سلوك . وأنه سوف يتم وضع خطة قريبة المدى وخطة بعيدة المدى ، تهدف الى ازالة الاعراض واقتلاع الاسباب من جذورها ، ووضع اولويات لمسلسلة للعميل ، ووضع حل وحلول بديلة لان أهم شيء هو حصر المشكلة لتفجيرها وحلها لا تعقيدها . والعمل في صبر وأمل لتعديل انماط السلوك ، مع ترتيب الامكانيات في شكل واقع وممكن ومستحيل على الا نترك الممكن في طلب المستحيل . وان هدف خطة العلاج هو تحويل نقطة الضعف في العميل الى مصادر قوة ، وتحويل خبراته المؤلمة الى خبرات معلمة ، وتعليمه طريقة حل مشكلات الحياة بصفة عامة (١) .

ويعرف العميل ان **هدف العلاج** هو تحقيق الصحة النفسية . ويمكن تحقيق هذا عن طريق ازالة الاسباب التي ادت الى المشكلة ، والقضاء على أعراضها وانقاذ العميل من وطأتها ، وزيادة بصيرته بالنسبة لمشكلاته السلوكية ، وتعديل السلوك غير السوى وتعلم السلوك السوى ، وتغيير الدوافع والانفعالات التي تكمن وراء السلوك غير السوى ، واكتساب القدرة على ضبط هذه الدوافع وتلك الانفعالات ، وتغيير مفهوم الذات الموجب بما يحقق ازدياد قوة الذات وازدياد تماسك وقوة الشخصية ، وزيادة القوة على حل الصراع النفسي ، وزيادة القدرة على حل المشكلات بطرق اجدى وأكثر واقعية بحيث يصبح العميل أكثر اعتمادا على نفسه وأكثر ثقة بنفسه ، والحيولة دون ازدياد الحالة سوءا أو حدوث نكسة ، وزيادة ثقته لمسئوليته الشخصية عن حالته وعن تقدم العلاج نحو تحقيق أهدافه .

(١) جاء في القرآن الكريم : « ان مع العسر يسرا » .
وجاء في الكتاب المقدس : « ماذا ينفع الانسان لو ربح العالم كله وخسر نفسه » .
هدف المثل العامي : « الخسارة اللي تعلم مكسب »

هذا ويوجه العلاج العميل الى اهمية تنمية شخصيته حتى يصبح متمتعاً بالصحة النفسية والتوافق ، والشعور بالسعادة مع نفسه ، والشعور بالسعادة مع الآخرين ، وتحقيق ذاته واستغلال قدراته ، وقدرته على مواجهة مطالب الحياة ، وتحقيق التكامل النفسى ، والسلوك العادى ، والعيش فى سلامة وسلام .

ويعرف العلاج العميل أن من أهم أهداف الصحة النفسية الوقاية . وأن العلاج سوف يزود العميل بخبرة من المعلومات تفيده فى الوقاية من الامراض النفسية .

وبعد الانتهاء من مقدمة العلاج يقدم العلاج للعميل اختبار مفهوم الذات الخاص .

اختبار مفهوم الذات الخاص :

أعد المؤلف (حامد زهران ، ١٩٧٢) اختبار مفهوم الذات الخاص . ويهدف الاختبار الى استكشاف المحتويات الشخصية المختزنة فى « مستودع » مفهوم الذات الخاص . وبمعنى آخر يهدف هذا الاختبار الكلينيكى الى الكشف عن دوائر وخفايا واعماق الذات (راجع ص ٢٨) (١)

اختبارات اخرى :

والى جانب اختبار مفهوم الذات الخاص يمكن للعلاج أن يقدم اختبار مفهوم الذات (١) لقياس مدى التطابق بين مفهوم الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى .. وهكذا .

التشخيص :

وبعد تحديد مدى عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعى وبين مفهوم الذات المثالى ، وبعد تحديد محتوى الذات الخاص يتم تشخيص الحالة .

(١) يستخدم هنا اختبار مفهوم الذات من اعداد الباحث (انظر حامد زهران ، ١٩٦٦ ، ١٩٧٦) وهو بطريقة « تقدير الذات التصنيفى »

Self-rating Q-sort

كذلك يمكن استخدام الاختبارات النفسية التى تقيس الميزات الفارقة بين مفهوم الذات الموجب ومفهوم الذات السالب وهى : الثبات الانفعالى ، والتوافق الانفعالى ، وتوافق الشخصية ، والواقعية واقامة علاقات طيبة مع الجماعة ، والرضا بالوضع الراهن ، وقوة الانا الاعلى ، والصحة النفسية ، والتوافق السليم . ويمكن ايضا استخدام اختبار مفهوم الذات ، اعداد محمد عماد الدين اسماعيل .

عمية العلاج :

ويبدأ العلاج النفسي المركز حول العميل ، أى العلاج النفسي المركز حول الذات ، ويتميز بوضوح النظرية التى يستند إليها وبالزمن القصير الذى يستغرقه . أن غاية نمو الشخصية حسب هذا المنهج العلاجى هى التطابق الاساسى بين المجال الظاهرى ومفهوم الذات والتخلص من التصرف فى المحتويات المهددة لمفهوم الذات الخاص وهذا يمثل التسوافق النفسى الصحى .

وأفضل وسيلة لفهم الفرد هى فهم الاطار المرجعى الداخلى له *internal frame of reference* أى فهم سلوك العميل من وجهة نظره هو نفسه وطريقة نظرته الى الاشياء وطريقة ادراكه للعالم من حوله وطريقة اتخاذ قراراته ، لأن هناك عالما مختلفا لكل فرد — عالم خاص للفرد أو اطار مرجعى شخصى .

وعندما يصل المعالج الى فهم سلوك العميل فى هذا الاطار يساعد على زيادة فهم نفسه بدرجة أوضح . ويمكنه مساعدة العميل فى التعرف على التفاوت بين عالمه الذاتى الخاص كما يدركه وبين العالم الخارجى الواقعى الموضوعى الذى يواجهه .

واحسن أسلوب لاحداث التغير فى السلوك هو أن يحدث التفسير فى مفهوم الذات .

ولابد لى يتم هذا من تهيئة جو علاجى آمن خال من التهديد الذى يهدد ذات العميل ، كله حرية وتقبل وثقة متبادلة واطمئنان على سرية المعلومات ، وهذا يتيح فرصة الافصاح عن الانفعالات والتعبير عن المتاعب ودراسة الذات ومفهوم الذات وفحص الدوافع وفهم الانجاسات بدون تدخل مباشر من أحد .

وهكذا يساعد المعالج العميل على بلورة وايضاح ابعاد مفهوم الذات لديه ويساعده على نقل خبراته تدريجيا من مستودع الذات الخاصة الى المعالج وتزداد ثقة العميل فى المعالج بدون شروط .

ويصبح العميل مستعدا لمراجعة واعادة تكامل بناء ذاته . ويصبح أكثر حرية وطلاقة فى التعبير عن الخبرات الخاصة .

وتجرى عملية مراجعة بنية الذات ، وتناقش كل المحتويات المهددة فى مفهوم الذات الخاص ، وتوضع خطة حلها .

ويقل ثم يغيب التهديد . ويقل ثم يغيب الدفاع والمقاومة الشعورية (اى المنع وعدم البوح ببعض المعلومات المحطة او المشية او المهددة للذات) .



ويخبر العميل شعوريا وفي وعى العوامل التي أدت وتؤدي الى سوء توافقه النفسي ، وبصفة خاصة عدم التطابق بين مفهوم الذات والخبرة او بين مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي او مكونات ومحتوى مفهوم الذات الخاص .

ويجمع العميل خبراته بدقة في بنية الذات . ويصبح أكثر تقبلا لخبراته .

ويزداد استبصار العميل ويفرجم البصرة الى فعل وسلوك . ويزداد اعتماده على نفسه .

ويزداد التطابق بين مفهوم الذات والخبرة والذات المثالية . (شكل ٩٠) الانطلاق نحو تحقيق الذات

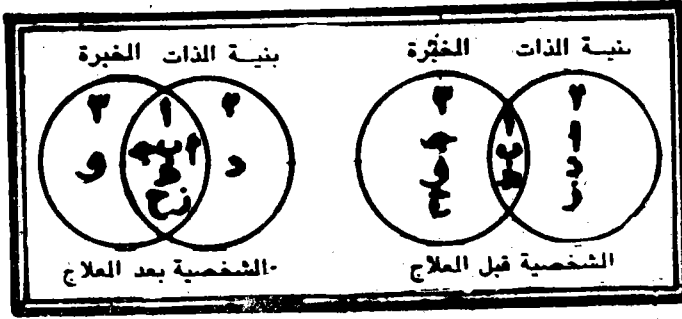
ويتخلص من تهديد محتوى مفهوم الذات الخاص . ويصبح أكثر موضوعية وأكثر واقعية .

وتزداد وترتفع مكانة الذات . ويزداد التوافق النفسي . ويقل التعرض للمضاعفات النفسية ويقل القلق .

ويتقبل العميل ذاته . ويتقبل الآخرين . وينظم مفهومه عن ذاته ليصبح متطابقا مع خبراته وينطلق نحو تحقيق الذات . وبذلك ينتقل من حالة سوء التوافق الى التوافق النفسي . (انظر شكل ٩٠ ، ٩١) . ويعود العميل ويصير سويا ، متوافقا ، صحيحا نفسيا .

استخدام العلاج النفسي المركز حول العميل :

يفيد العلاج النفسي المركز حول العميل بصفة خاصة في علاج المشكلات الشخصية للشباب . كما يفيد أيضا في ارشاد الأزواج ومشكلات الزواج



(شكل ٩١) التطابق بين بنية الذات والخبرة قبل وبعد العلاج (١)

الارشاد العلاجي

(٢) CLINICAL COUNSELLING

ان الشخص السوي أو العادي لا يخلو من المشكلات ، ولكن مشكلاته لا تصل الى حد اضطراب الشخصية الخطير أو حد المرض النفسي ، ومع هؤلاء الأشخاص الاسوياء الذين لديهم مشكلات شخصية أو انفعالية تكون طريقة العلاج المختارة هي « الارشاد العلاجي » . أي أن العمل يكون الارشاد العلاجي للاسوياء .

(١) ملاحظات على (شكل ٩١) .

— قبل العلاج — التطابق قليل بين بنية الذات والخبرة نمثلاً :

أ — قد تكون « أنا ضعيف في الحساب »

ب — قد تكون « أنا رسبت في امتحان الحساب في المدرسة »

ج — قد تكون الواقع وهو نجاح الشخص في حسابات العمل ، ولكنه لا يقبل هذا الواقع داخل بنية الذات .

— بعد العلاج تصبح أ — « أنا فوق المتوسط في الحساب »

ب ، ج تصبح « أنا دائماً ناجح في حسابات العمل رغم رسوبي مرة في امتحان حساب في المدرسة » .

— الرسم الاول يوضح تطابقاً اقل والرسم الثاني يوضح تطابقاً اكبر بين بنية الذات والخبرة .

— تبقى بعض عناصر بنية الذات والخبرة غير متطابقة مثل د ، و .

(٢) يطلق عليه ايضاً Therapeutic Counselling

وفي ميدان الصحة النفسية والعلاج النفسي ، فإن الإرشاد العلاجي يتبع مع اقرب المرضى الى الصحة واقترب المتحررين الى السواء .

ويرجع التاريخ الحديث للإرشاد العلاجي الى سنة ١٩٠٩ حين أسس وليام هيلي Healy معهد رعاية الاطفال الجانحين في شيكاغو Chicago Juvenile Psychopathic Institute ، وهو يعتبر أول عيادة نفسية لتوجيه الاطفال لعلاج مشكلاتهم الانفعالية ومشكلات سوء التوافق في كل من الاسرة والدرسة ، وفي الثلاثينات بدا الإرشاد العلاجي يتميز بوضوح عن كل من الإرشاد المهني والإرشاد التربوي حيث أخذ يركز على مشكلات الشخصية وكان يعرف في ذلك الوقت باسم « الإرشاد الشخصي » Personal Counselling . وكانت البداية الجادة على يد سيمونز Symonds في كتابه « تشخيص الشخصية والسلوك » Diagnosing Personality and Conduct سنة ١٩٣١ ، وعلى يد وليامسون Williamson (١٩٣٩) ، رائد طريقة الإرشاد المباشر في كتابه « كيف نرشد الطلبة » How to Counsel Students حيث أكد الطبيعة العلاجية للإرشاد النفسي بصفة عامة .

وفي الأربعينات أثرت مفاهيم التحليل النفسي في نمو الإرشاد العلاجي الذي اهتم بالمشكلات الشخصية والانفعالية . وفي العقد الخامس ظهر الإرشاد غير المباشر والعلاج النفسي المراكز حول العميل على يد كارل روجرز Rogers (١٩٤٢) الذي عدل الأسلوب المباشر السابق ووجه الانظار الى أن المرشد المعالج يقوم بعلاج الناس وليس المشكلات . وأصبح روجرز من أقطاب ميدان الإرشاد النفسي والعلاج النفسي وخاصة بعد اصدار كتابه « الإرشاد والعلاج النفسي » (١٩٥٠)

Counselling and Psychotherapy

تعريف الإرشاد النفسي :

يعرف المؤلف (حامد زهران ، ١٩٧٧) الإرشاد النفسي بصفة عامة بأنه « عملية واعية مستمرة بناءة ومخططة ، تهدف الى مساعدة وتشجيع الفرد لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته ويدرس شخصيته جسيما وعقليا واجتماعيا وانفعاليا ، ويفهم خبراته ، ويحدد مشكلاته وحاجاته ، ويعرف الفرص المتاحة له ، وأن يستخدم وينمي إمكانياته بنكاء الى اقصى حد مستطاع ،



(شكل ٩٢) الإرشاد العلاجي

وان يحدد اختياراته ويتخذ قراراته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته بنفسه ، بالإضافة الى التعليم والتدريب الخاص الذي يحصل عليه عن طريق المرشدين والمربين والوالدين ، في مراكز التوجيه والارشاد وفي المدارس وفي الاسرة ، لكي يصل الى تحديد وتحقيق اهداف واضحة تكفل له تحقيق ذاته وتحقيق الصحة النفسية والسمامة مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا واسريا وزواجيا » .

ويمكن تلخيص هذا التعريف الشامل فيما يلي : « الارشاد النفسي عملية بناء تهدف الى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي امكانياته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل الى تحديد وتحقيق اهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا واسريا وزواجيا » .

تعريف الارشاد العلاجي :

الارشاد العلاجي هو عملية مساعدة العميل في اكتشاف وفهم وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التي تؤدي الى سوء توافقه النفسي ، والعمل على حل المشكلات بما يحقق افضل مستوى للتوافق والصحة النفسية .

ومن الخصائص المميزة للارشاد العلاجي انه يؤكد ضرورة التخصص العلاجي للمرشد مع الاهتمام بتدريبه كنيكيا .

ويهتم الارشاد العلاجي باستخدام وسائل جمع المعلومات مثل الاختبارات والمقاييس وخاصة اختبارات ومقاييس التشخيص النفسي الكينكي حتى يستطيع المرشد المعالج ان يفهم العميل بدرجة افضل وان يحدد ويشخص مشكلته بدقة .

وتتضمن عملية الارشاد العلاجي التوصل الى المشكلات الداخلية للعميل اي انه يدخل الى الحياة الشخصية للفرد .

هذا ويرى البعض ان الارشاد العلاجي يعتبر توما لطريقة العلاج النفسي المركز حول العميل .

الارشاد العلاجي والعلاج النفسي :

يذكر بعض المؤلفين الارشاد العلاجي والعلاج النفسي احيانا كمترادفين او على الاقل كمصطلحين يستخدمان للتعبير عن عملية واحدة ، ونحن نعرف ان علم النفس العلاجي Clinical Psychology يضم كلا من العلاج النفسي والارشاد العلاجي ، ويضم مهارات مشتركة بين عمليتي الارشاد والعلاج النفسي ، الى جانب استفادته من ميادين علاجية اخرى مثل الطب النفسي والخدمة الاجتماعية . الخ .

وعلى العموم فنحن نجد أن الفرق الرئيسي بين الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي هو فرق في الدرجة وليس في النوع، و الفرق في العميل وليس في العملية، فالعملية واحدة، ولكن العميل في الإرشاد أقرب إلى الصحة والسواء من زميله في العلاج .

جدول (٥) الفروق بين الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي

العلاج النفسي	الارشاد العلاجي
— الاهتمام بالمرضى بالعصاب والذهان أو ذوي المشكلات الانفعالية الحادة .	— الاهتمام بالأسوياء الذين لم تنم لديهم بعض أنماط عصابية واضحة غير أنهم ضحايا لضغوط بيئية قد تؤدي إلى ظهور العصاب لديهم .
— التركيز على اللاشعور .	— حل المشكلات على مستوى الوعي .
— إعادة تنظيم بناء الشخصية مسئولية المعالج .	— العميل يعيد تنظيم بناء شخصيته هو .
— المعالج انشط ويقوم بدور أكبر في عملية العلاج .	— العميل عليه واجب ومسئولية كبيرة في رسم ووضع الخطط لنفسه وحل مشكلاته .
— تدعيمى (بتركيز خاص)	— تدعيم تربوى .
— يستغرق وقتاً أطول .	— يستغرق وقتاً أقل في العادة

وعندما يذكر الإرشاد العلاجي في كتب الصحة النفسية والعلاج النفسي فإنه يأخذ مكانه كطريقة علاج نفسى جنباً إلى جنب مع التحليل النفسى والعلاج السلوكى ... الخ .

وبطبيعة الحال فهناك فروق تميز بين الإرشاد العلاجي من ناحية والعلاج النفسى من ناحية أخرى . ويوضح جدول ٥ أهم هذه الفروق .

أهمية الإرشاد العلاجي :

والحاجة إلى الإرشاد العلاجي ملحة لتحقيق التوافق الشخصى والانفعالى ورعاية مسار النمو النفسى السليم بصفة عامة .

ونأتى أهمية الإرشاد العلاجي في تناول الحالات الحدية borderline cases بين السوية واللاسوية أو بين العاديين والمرضى .

ومما يؤكد أهمية الإرشاد العلاجي والحاجة إليه ما يلي :

- * يمر الفرد خلال مراحل نموه بفترات انتقال حرجة قد يتخللها صراعات واحباطات وقد يلونها القلق والخوف من المجهول والاكتئاب .
- * نحن نعيش في عصر يشهد قدرا كبيرا من التغير الاجتماعى المستمر السريع والتقدم العلمى والتكنولوجى يتمخض عن مطالب وحاجات ومشكلات ويتطلب استمرار التوافق النفسى معه .
- * والعصر الذى نعيش فيه الآن هو « عصر القلق » وتتفشى فيه « امراض الحضارة » ومشكلات المدنية .
- * والفرد العادى قد يعانى من بعض المشكلات الشخصية والانفعالية فى حياته اليومية لا تصل الى درجة المرض النفسى ويجب الاهتمام بحل وعلاج هذه المشكلات قبل ان يستفحل أمرها وتتطور الى عصاب أو ربما الى ذهان أو على الاقل حتى لا تحول دون النمو النفسى السوى ودون تحقيق الصحة النفسية .
- * وكثير من الناس يدركون فى وقت من اوقات حياتهم ان سلوكهم مضطرب بدرجة تخرج عن حدود العادى بما يعوق حياتهم العادية ويؤثر فى حياتهم الاجتماعية . وهؤلاء لا يحتاجون الى مساعدة فى حل مشكلاتهم .
- * وتحتاج مشكلات الحياة اليومية ، والمشكلات الشخصية والانفعالية بصفة خاصة الى مساعدة فنية متخصصة على مستوى علاجى .

اهداف الارشاد العلاجي :

يهدف الارشاد العلاجي الى دراسة شخصية العميل حتى يمكن توجيه حياته بأفضل طريقة ممكنة وحل مشكلاته وتحسين درجة توافقه النفسى الى افضل درجة ممكنة . ويهدف الارشاد العلاجي الى مساعدة الاسسوياء للوصول الى مستوى ارقى من مهارات التوافق التى تبدو فى زيادة النضج والاستقلال والتكامل الذاتى وتحمل المسؤولية وتحقيق السعادة فى الحياة . وهكذا يهدف الارشاد العلاجي — مثل غيره من مجالات الارشاد النفسى — الى تحقيق الذات ، وتحقيق التوافق ، وتحقيق الصحة النفسية .

ولتحقيق هذه الاهداف يتبع الارشاد العلاجي نفس مناهج واستراتيجيات الصحة النفسية والعلاج النفسى وهى : المنهج الانمائى ، والمنهج الوقائى ، والمنهج العلاجي .

اسس الارشاد العلاجي :

يقوم الارشاد العلاجي — كغيره من مجالات الارشاد النفسى — على اسس ومسلّمات ومبادئ تتعلق بالسلوك البشرى والعميل وعملية الارشاد ، وعلى اسس فلسفية تتعلق بطبيعة الانسان واخلاقيات الارشاد النفسى ، وعلى اسس نفسية وتربوية تتعلق بالفروق الفردية والفروق الجنسية

ومطالب النمو ، وعلى أسس عصبية وفسولوجية تتعلق بالجهاز العصبي والحواس واجهزة الجسم الاخرى .

ومن الاسس العامة : او المسلمات والمبادئ التى يقوم عليها الارشاد العلاجي : ثبات السلوك الانسانى نسبيا وامكان التقبؤ به ، ومرونته ، وفردية وجماعية السلوك الانسانى ، واستعداد الفرد للتوجيه والارشاد ، وحق الفردية فيه ، وحقه فى تقرير مصيره ، وتقبل العمل ، واستمرار عملية الارشاد ، وان الدين ركن اساسى فى عملية الارشاد .

ومن الاسس الفلسفية : طبيعة الانسان كما حددها الله سبحانه وتعالى وفى ضوء النظريات النفسية ، ومن الاسس الهامة ايضا اخلاقيات الارشاد النفسى مثل الترخيص والقسم وسرية المعلومات والعلاقة المهنية والعمل المخلص والعمل كفريق واحترام اختصاص الزملاء ومراعاة كرامة المهنة واعتدال التكاليف . وهناك اسس فلسفية اخرى مثل الكينونة والضرورة والجماليات والمنطق .

ومن الاسس النفسية والتربوية : الفروق الفردية كمبدأ او قانون عام اساسى فى علم النفس حيث يختلف الافراد كما وكيفا ، والفروق بين الجنسين على بعد الذكورة / الانوثة ، ومطالب النمو بصفة عامة وفى مراحل الطفولة والمراهقة والرشد والشيخوخة بصفة خاصة .

ومن الاسس النفسية والتربوية : الفروق الفردية كمبدأ او قانون عام كائنا اجتماعيا يعيش فى واقع اجتماعى ووسط اجتماعى ثقافى يتأثر بالثقافة الاجتماعية ، ومنها ايضا الاستفادة من مصادر المجتمع ومؤسساته المختلفة .

ومن الاسس العصبية والفسولوجية : اعتبار ان الانسان نفس وجسم وانه يسلك فى محيطه البيئى كوحدة نفسية جسمية مما يؤكد الارتباط الوثيق بين النفس والجسم ، ومنها اهمية الجهاز العصبى باعتباره الجهاز الحيوى الرئيسى الذى يسيطر على اجهزة الجسم الاخرى ويحكم فى السلوك .

كذلك فان الارشاد العلاجي — مثله مثل غيره من مجالات الارشاد النفسى — يقوم على اساس نظريات علمية مثل نظرية الذات والنظرية السلوكية ونظرية المجال ونظرية السمات والعوامل ونظرية التحليل النفسى (راجع ص ٦٢) .

المشكلات التي يتناولها الإرشاد العلاجي :

يتناول الإرشاد العلاجي المشكلات النفسية التي تحول دون توافق الفرد وتمتعه بالصحة النفسية ، وعادة ما تسبب مثل هذه المشكلات صراعات إما داخلية (داخل الذات) أو خارجية (بين الذات وبين عناصر البيئة) مما يجعله يحتاج الى إرشاد علاجي متخصص ، ويتركز الاهتمام في الإرشاد العلاجي حول المشكلات الشخصية والانفعالية والجانب السلوكي الشخصي التوافقي بصفة عامة .

ونبينا يلي اهم المشكلات التي يتناولها الإرشاد العلاجي :

المشكلات الشخصية : مثل المشكلات والانحرافات الجنسية التي تسبب الشعور بالذنب والخطيئة أو الخوف أو القلق لدى العميل . ومن أمثلتها الجنسية المثلية والبغاء والعنة والبرود الجنسي والسادية والماسوكية ... الخ . وقس على هذا الكثير من مشكلات الشخصية التي تهدد توافق العميل بصفة عامة .

اضطرابات الشخصية : خاصة اضطرابات سمات الشخصية مثل الانطواء والعصابية والسلبية والتشاؤم ... الخ .

المشكلات الانفعالية : مثل الخوف والقلق والغيرة والغضب والحزن والعذوان والاكتئاب .. أو اضطرابات أخرى مثل التبدد واللامبالاة والتناقض ... الخ . ومعروف انه يصاحب المشكلات والاضطرابات الانفعالية ضعف وفقد الثقة في النفس واضطراب الكلام والسلوك الدفاعي وسهولة الاستشارة الانفعالية والحساسية النفسية بصفة عامة .

مشكلات التوافق : مثل سوء التوافق الشخصي وعدم الثقة في النفس حيث يشاهد الخجل ، وتحقير الذات وعدم الثقة في النفس والشعور بالاثم والسلبية ، والملل ، والاهمال ، وعدم تحمل المسؤولية . وهناك سوء التوافق حيث يشاهد الارتباك والشك والحقد والغيرة والاستعراض وقلة الاصدقاء والعزلة والانسحاب والتعصب ... الخ .

مشكلات السلوك العامة : وتشمل الاضطرابات السلوكية التي تعتبر إما اعراضا لأمراض نفسية أو هي نفسها مشكلات سلوكية قائمة بذاتها . ومن أمثلة مشكلات السلوك اضطرابات العادات مثل اللزومات الحركية العصبية كحز الرجلين وحركات الرأس والكتفين واليدين ورمش العين وحركات الفم وجرش الأسنان .. الخ . ، ومنها اضطرابات الغذاء مثل قتلته أو الإفراط فيه

والوجع وفقد الشهية العصبى ... الخ ، ومنها اضطرابات الاخراج مثل البوال والامساك أو الاسهال العصبى ... الخ .

المعلومات اللازمة لعملية الارشاد العلاجى :

ويهتم المرشد العلاجى بالمعلومات اللازمة لدراسة سلوك العميل ككل وكوحدة متكاملة .

وفى عملية جمع المعلومات لابد من مراعاة شروط تضمن نجاحها مثل السرية وبذل اقصى الجهد والمهارة وحث العميل على التعاون والدقة والموضوعية والصدق والثبات والتكرار والاستمرار وتقرير العوامل المسببة والأعراض والاهتمام بالمعلومات الطولية والتأكد والاعتدال وتقييم المعلومات وتنظيمها . ومما يبسر عملية جمع المعلومات تعاون العميل والأسرة والمدرسة والمؤسسات الأخرى ، ومما يعوقها تغايف الذات والمعلومات المختصرة .

ومن مصادر المعلومات : المعلومات من العميل وهو احسن المصادر ، والمعلومات من الآخرين مثل الوالدين والأخوة والأقارب والأصدقاء والأخصائيين ومن يهمهم الأمر .

وتتضمن المعلومات اللازمة والارشاد العلاجى البيانات العسامة عن العميل كشخص ، وكشخصية ، والمعلومات الجسمية ، والعقلية ، والاجتماعية والمعلومات عن الحالة الانفعالية ، والمشكلة أو الاضطراب ، وغير ذلك من المعلومات العامة (راجع ص ١٦٨) .

وسائل جمع المعلومات والارشاد العلاجى :

يستطيع المرشد استخدام عدد من الوسائل لجمع المعلومات كما سبق ذكره عند الفحص والتشخيص (راجع ص ١٦٨) . ومما هو جدير بالذكر هنا أن هذه الوسائل يجب أن تستخدم لفهم ومساعدة العميل ، ويجب أن تتعدد وأن تراعى الشروط العامة التى تضمن نجاح وفعالية استخدامها لجمع المعلومات اللازمة لعملية الارشاد .

واشيع وأهم وسائل جمع المعلومات فى الارشاد العلاجى هى المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة ومؤثر الحالة والاختبارات والمقاييس والسيرة الشخصية وسجل القصص والسجل المجمع .

خدمات الارشاد العلاجى :

الارشاد العلاجى هو أكثر مجالات الارشاد النفسى تخصصاً وهو اشملها وأجمعها ، ويعتبر تطبيقاً عملياً لكل اجراءات عملية الارشاد والعلاج النفسى .

وتتلخص اجراءات عملية الارشاد العلاجي بصفة عامة فيما يلي :

الإعداد للعملية : ويتضمن ذلك استعداد المرشد والتخطيط والتحضير للعملية وتهيئة الظروف المناسبة ، واستعداد واعداد للعميل بحيث يتوفر الاقبال والقبول والتقبل ، وتنمية مسئولية العميل وإيجابيته ، وتقديم عملية الارشاد بحيث يشمل ذلك ايضاح اهدافها وتحديدها والتعريف باجراءات الفحص وأهمية الشخصىص واجراءات العملية ... الخ .

تحديد الأهداف العامة والمبدئية والخاصة لعملية الارشاد وأهمها حل المشكلة .

تحديد العملية : ويتضمن ذلك تعريف العميل بنظامها وإمكانيات المرشد والمعلومات المطلوبة ووسائل الحصول عليها ، وتحديد أبعادها ، وتعريف العميل أن المرشد مسئول عن صحتها وأنه — أى العميل — مسئول عن تنفيذها .

جمع المعلومات : ويقصد هنا المعلومات المرتبطة بالعميل ومشكلته وببئته من جميع المصادر وبجميع الوسائل مع استخدام دليل فحص ودراسة الحالة بحيث تجمع هذه المعلومات وتلخص وتذيل بتوصيات .

التشخيص وتحديد المشكلات : وهذا يتم على أساس الفحص وجمع المعلومات وتحديد المشكلة والتعرف على الاضطراب وتعيينه وتسميته بهدف تحديد اجراءات عملية الارشاد ، وهذا يهم كلا من العميل والمرشد .

تحديد المآل : أى التنبؤ بمدى نجاح العملية فى المستقبل وتحديد مآل المشكلة أو الاضطراب فى ضوء الفحص والتشخيص بهدف توجيه وتحسين عملية الارشاد وتحديد انسب الطرق .

الجلسات الارشادية : وهى المقابلات التى يتم فيها اجراءات عملية الارشاد . ومن عوامل نجاحها استعداد المرشد للمساعدة ، والألفة ، والتقبل الإيجابى غير المشروط ، والمشاركة الانفعالية ، والتركيز حول الموضوع ، والحكمة ، والتلقائية والشفافية ، وحسن الاصفاء ، وبيع الصداقة ، والثقة المتبادلة ، والمسئولية المشتركة ، ودقة المواعيد ، وتحديد الزمان والمكان ... الخ . وتتطلب الجلسات الارشادية تهيئة مناخ نفسى ارشادى أهم مظاهره الأمن والسرية والخصوصية والتسامح . وتتم الجلسات الارشادية فى اطار علاقة شخصية واجتماعية مهنية دينامية هادفة بين المرشد والعميل فى حدود المعايير تهدف لتحقيق الاهداف .

التداعى الحر : أو الترابط الطليق بهدف كشف واستدراج مكبوتات اللاشعور الى شعور وتفسيره في ضوء الواقع (راجع ص ٢٠٤) .

التفسير : اى اعطاء معنى للمعلومات والأسباب والأعراض والسلوك وأسلوب الحياة وديناميات الشخصية وحيل الدفاع النفسى ... الخ في اللحظة السيكولوجية المناسبة بهدف الايضاح والافهام ، وتغيير ادراك الخبرات والمشكلات والمعرفة والتفكير والمشاعر والسلوك ، وتنمية البصرة والثقة فى النفس ، والمساعدة فى اتخاذ اقرارات وحل المشكلات ، والتخلص من القلق وحل الصراعات وعمل شىء ملموس للعمل ، ويقوم بالتفسير كل من المرشد والعمل فى اطار علمى واقعى سهل (راجع ص ٢٠٦) .

التنقيس الانفعالى : اى التفريغ أو التطهير الانفعالى للشحنات النفسية والمواد والخبرات المشحونة انفعاليا بهدف تخفيف ضغط الكبت فلا يحدث انفجار أو انهيار ، وازالة الحمولة النفسية (راجع ص ٢٠٥) .

الاستبصار : اى فهم النفس ومعرفة الذات والقدرات والاستعدادات والانفعالات والدوافع والاسباب ، والايجابيات والسلبيات ونواحي القوة والضعف بهدف فهم الذات وادراك السلوك المضطرب ووضوح الرؤية (راجع ص ٢٠٨) .

التعلم : ويتم تدريجيا بتهيئة خبرات وممارسات مناسبة مع مراعاة شروط التعلم الجيد ، بهدف تعلم عادات سلوكية واساليب تفكير ومهارات جديد واساليب التوافق وصيانة الشخصية وتعلم حل المشكلات (راجع ص ٢٠٨) .

تعديل وتغيير السلوك : وهنا يتم تعديل وتغيير السلوك من السئ والغريب والشاذ واللامتوافق الى الحسن والمألوف والعادى والمتوافق ، مع تأكيد أهمية الارادة وقوة العزيمة ، وأهمية التعزيز والانطفاء والاشراط . ويتضمن ذلك محو تعلم السلوك غير السوى ، واعادة تعليم سلوك توافقى ، واعادة التنظيم الادراكى ، وعادة تنظيم السلوك . ويهدف كذلك الى تعديل وتغيير مفهوم الذات والانفعالات والأفكار والمعتقدات والاتجاهات ... الخ . (راجع ص ٢٠٩) .

النمو وتغيير الشخصية : ويقصد بذلك النمو النفسى نحو النضج (تسهيل النمو العادى) وتغيير الشخصية نحو التكامل والاستقلال (تغيير البناء الوظيفى والبناء الدينامى للشخصية) .

اتخاذ القرارات : والمقصود هنا مساعدة العميل في اتخاذ قراراته ، وهذا أمر هام في حياة العميل الذي له الحق في اتخاذ قراراته بنفسه وهو يتحمل مسؤولية ذلك . وتعلم العميل اتخاذ قراراته بنفسه اجراء هام يحتاج اليه ليتجنب الصراعات والتسرع والتورط والخطأ . ويتم ذلك في خطوات تبدأ بفهم الهدف ثم جمع المعلومات ثم تحليلها ثم تحديد البدائل والاحتمالات والتقييم واختيار أنسب الاحتمالات .

حل المشكلات : وهنا يتم تعليم العميل كيف يحل مشكلاته مستقلا ، مع اتخاذ المشكلة الحاضرة كنموذج أو عينة تدريب حيث يتم حصر المشكلة والسيطرة عليها بعد دراستها طولا وعرضا وعمقا واقتلاع أسبابها واستعراض المحاولات السابقة لحلها واقتراح حلول بديلة وترتيبها حسب الأولوية واختيار الحل ووضع خطة التنفيذ . وفي هذا يساعد المرشد فقط ويحرص على عدم خطأ العميل الذي ينفذ الخطة بدون شروط .

التشاور : ويتم التشاور بين المرشد كخبير وحكيم نفسي وبين العميل الذي يسترشد برأى المرشد حيث يقدم المشورة والنصح غير المباشر وغير الاجباري في شكل اقتراحات بطريقة خذها أو اتركها ، وفي حالة الاقتناع بعد التشاور يكون التنفيذ .

التقييم : ثم يتم تقييم عملية الارشاد النفسي في ضوء نتائجها ، ويتناول ذلك تقدير نتائج طريقة الارشاد وظروف العملية وجهود المرشد والعميل . ويكون التقييم كفيًا وكميًا ، ويشترك فيه المرشد وزملاؤه والعميل والاختصاصيون والوالدان والرفاق ومن يهمهم الأمر . ويكون التقييم بهدف معرفة مدى فعالية ونجاح العملية ، ومدى فعالية ونجاح الطريقة ، ومدى نمو وتغير شخصية وسلوك العميل . ويتم التقييم في ضوء معايير وموازين ومحطات مثل تحقيق الاهداف وشعور العميل بالتوافق والصحة النفسية . وتتضح أهمية التقييم في طمأننة المرشد على نجاح العملية وفعالية الطريقة ، وتحسين العملية في حالة النجاح المتوسط ، وتغيير الطريقة في حالة التعثر ، وتحديد المدى والشروط الذي قطع ومقدار الباقي . ويتبع اجراء تقييم عملية الارشاد طرقا منها : التقييم العام التجريبي (راجع ص ٢١١) .

الانتهاء : ونصل الى نهاية عملية الارشاد بعد اتمام اجراءاتها ونجاحها في تحقيق اهدافها . ويتوقف ذلك على نوع المشكلة وحدتها . وعلى شخصية وتجارب العميل ، وعلى المرشد وطريقته . ويحتاج انتهاء عملية الارشاد الى تدريج ومهارات خاصة . (راجع ص ٢١٠) .

المتابعة : من الضروري اجراء تتبع منظم لدى تقدم وتحسن حالة

العميل الذي تم ارشاده ، بهدف التأكيد من استسمرار تقدم الحالة وتنفيذ القرارات والحلول . وترجع أهمية المتابعة الى أن بعض الخطط قد تحتاج الى تعديل ، وأن العميل قد يحتاج الى مساعدة ، وقد ينعكس . ومن وسائل المتابعة الاتصال شخصيا أو تليفونيا أو بالمراسلة ، أو حضور العميل دوريا للعيادة أو اعداد تقارير ذاتية ، أو الاتصال بالاسرة أو المدرسة أو مكان العمل . ومن أهم فوائد المتابعة اشعار العميل باهتمام المرشد . (راجع ص ٢١٤) .

استخدام طرق الارشاد المناسبة : يجمع الارشاد العلاجي بين عدد من طرق الارشاد النفسي اهمها ما يلي :

* الارشاد الفردي : وهو ارشاد عميل واحد وجها لوجه في كل مرة وخاصة في حالات المشكلات ذات الطابع الفردي والخاصة جدا مثل المشكلات الجنسية .

* الارشاد الجماعي : وهو ارشاد عدد من العملاء تتشابه مشكلاتهم معا في جماعة صغيرة مع استغلال القوى الارشادية في الجماعة مثل الجاذبية والالتزام والمسيرة واستخدام شرائط الفيديو واتباع الاساليب المتنوعة للارشاد الجماعي مثل التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما) والتمثيل الاجتماعي المسرحي (السوسيو دراما) والمحاضرات والمناقشات الجماعية والنادي الارشادي وهو قريب من العلاج الجماعي (وسيأتي تفصيل ذلك بعد قليل) .

* الارشاد المباشر : وهو الارشاد الموجه المركز حول المرشد حيث يقوم المرشد بدور ايجابي نشط في التأثير المباشر في الشخصية والسلوك على اساس افتراض نقص معلومات العميل وعجزه في حل مشكلته ، ويستخدم مع العملاء المتعجلين الناقصي المعلومات ذوى المشكلات الواضحة . واسلوب الارشاد المباشر علاجي (كينيكي) يقدم مساعدة مباشرة ونصحا مباشرا ويتبع خطوات محددة هي التحليل (اى استخدام الاختبارات والمقاييس لجمع المعلومات وتحليلها) والتركيب (اى تجميع وتنظيم وتلخيص المعلومات التي تم تحليلها) والتشخيص (اى تحديد مآل المشكلة) والارشاد الفردي (اى تفسير المعلومات وتقديم النصح واتخاذ القرارات واقتراح الحلول) والمتابعة (اى متابعة الحالة بعد انهاء العملية) .

* الارشاد غير المباشر : وهو الارشاد غير الموجه او المركز حول العميل حيث يضع العميل في مركز دائرة الاهتمام . وتتم علاقة جو نفسي يمكن

العميل من تحقيق أفضل نمو نفسي . ومن أهم خصائصه التركيز حول العميل الذي له حق تقرير مصيره ، ودور المرشد الذي يكون بمثابة مرآة لوضوح الرؤية واستبصار العميل في جو حيادي خال من التهديد .

* الارشاد الديني : وهو مساعدة الفرد في نموه وتحقيق رشد ديني وتناول المشكلات التي من أعراضها الانحراف والشعور بالاثم والخوف والاكتئاب والقلق عن طريق الاعتراف والتوبة والاستبصار والتعلم والدعاء وابتغاء رحمة الله والاستغفار وذكر الله والصبر والتوكل على الله .

* الارشاد السلوكي : حيث تستخدم الاساليب السابق تناولها مثل التخلص من الحساسية (التحصين التدريجي) ، والكف المتبادل ، والاشراط التجنبي والتعزيز الموجب (الثواب) ، والتعزيز السالب ، والعقاب (العلاجي) ، والثواب والعقاب ، والاطفاء (تدريب الاغفال) ، والاطفاء والتعزيز ، وضبط المثيرات ، والممارسة السالبة .

* الارشاد باللعب : وهو مهم بصفة خاصة في حالة الارشاد العلاجي للأطفال ، وهو قريب من العلاج باللعب .

تقديم بعض خدمات مجالات الارشاد النفسي :

يهتم الارشاد العلاجي بحالة العميل والبيئة والمجال النفسي الذي يعيش فيه ، ولذلك تشمل خدماته بعض جوانب مجالات الارشاد الاخرى المتعددة كما يلي :

* الارشاد التربوي : وهو عملية مساعدة الفرد في رسم الخطط التربوية التي تتلاءم مع قدراته وميوله وأهدافه ، واختيار الدراسة والمناهج والمواد المناسبة واستكشاف المستقبل التربوي والنجاح في البرنامج التربوي ، وحل المشكلات التربوية بما يحقق التوافق التربوي العام . ويتناول الارشاد التربوي مشكلات المتفوقين ، والضعف العقلي ، والتأخر الدراسي ، ومشكلات النمو العادية للطلاب ، ومشكلات اختيار نوع الدراسة والتخصص ، ومشكلات نقص المعلومات عن الدراسة المستقبلية ، ومشكلات النظام وسوء التوافق التربوي والتسرب .

* الارشاد المهني : وهو عملية مساعدة الفرد في اختيار مهنته والاعداد لها والدخول فيها ، والتقدم فيها ، وحل مشكلات المهنة ، والتوافق المهني . ويتناول الارشاد المهني مشكلات الاختيار المهني ، ومشكلات الاعداد المهني ، ومشكلات التوزيع ، ومشكلات الالتحاق بالعمل ، ومشكلات التعمين تحت الاختبار ، وسوء التوافق المهني ، والبطالة .

* الارشاد الزواجي : وهو عملية مساعدة الفرد في اختيار زوجه والاستعداد للزواج ، والدخول ، والاستقرار والسعادة ، والتوافق الزواجي ، وحل مشكلات الزواج قبله واثناؤه وبعده . ويتناول مشكلات ما قبل الزواج مثل

سوء اختيار الزوج والعنوسة ، والاحجام والاضراب عن الزواج ، والتفاوت بين الزوجين ، والاختلاط الزائد ، والتجارب قبل الزواج . ويتناول ايضا مشكلات اثناء الزواج بعد الدخول مثل : تنظيم النسل . والعقم ، وتدخل الحماة والاقارب ، وتعدد الزوجات ، واضطراب العلاقات الزوجية ، والمشكلات الجنسية ، والخianات الزوجية . ويتناول كذلك مشكلات بعد انتهاء الزواج مثل : الطلاق ، والقرمل والفردية بعد الزواج ، والزواج من جديد . والى جانب هذه المشكلات يتناول الارشاد الزواجى المشكلات العامة فى الزواج مثل : الزواج غير الناضج والمتسرع والجبرى والعرفى ، وزواج الشوارع والمبـسـادلة والفرس ، والزواج القائم على الغش ، ومشكلات الام غير المتزوجة والاب غير المتزوج ، ومشكلات الزوجة العاملة ، والاتجاهات السالبة والافكار الخاطئة ، ونقص التربية الجنسية .

* الارشاد الاسرى : وهو عملية مساعدة افراد الاسرة فرادى او فى جماعة فى فهم الحياة الاسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق وحل المشكلات الاسرية . ويتناول الارشاد الاسرى المشكلات الاسرية مثل : اضطراب العلاقات بين الوالدين ، والادمان ، والوالدان العصبيان ، والمقدوة السيئة ، والتنشئة الاجتماعية الخاطئة ، واضطراب العلاقات بين الوالدين والاولاد ، وحقوق الوالدين ، واضطراب العلاقات بين الاخوة ، والمشكلات المتعلقة بمركز الولد فى الاسرة ، ومشكلات اولاد الزواج السابق والاولاد غير الاشقاء ، والاولاد اليتامى ، ومشكلات المرأة العاملة ، وخلف البنات ، ومشكلات ذوى القربى ، وسوء التوافق الاسرى ، وتفكك الاسرة .

* ارشاد الاطفال : وهو عملية المساعدة فى رعاية نمو الاطفال نفسيا ، وتربيتهم اجتماعيا ، وحل مشكلاتهم اليومية ، ويتناول ارشاد الاطفال مشكلات نموهم مثل : اضطرابات الغذاء والاخراج ، والكلام ، والنوم ، والنظام ، والجناح ، والاضطرابات الانفعالية ، والاضطرابات النفسية الجسمية .

* ارشاد الشباب : وهو عملية المساعدة فى رعاية وتوجيه نمو الشباب نفسيا وتربويا ومهنيا واجتماعيا ، والمساعدة فى حل مشكلاتهم اليومية . ويتناول مشكلات الشباب الجنسية والصحية والانفعالية والاسرية والمدرسية والمهنية والاجتماعية والدينية والاخلاقية .

* ارشاد الكبار : وهو عمالية المساعدة فى رعاية وتوجيه الشيوخ المسنين نفسيا واجتماعيا ومهنيا ، وحل مشكلات الشيخوخة . ويتناول المشكلات الصحية والعقلية والاجتماعية والانفعالية والجنسية ، ومشكلات العيش مع الاولاد ، والفردية الاجبارية ، ومشكلة التقاعد .

* ارشاد غير المعادين : وهو عملية المساعدة فى رعاية وتوجيه نمو غير

العاديين نفسيا ، وتربويا ، ومهنيا ، وزواجيا ، واسريا .. وحل مشكلاتهم . ويتناول المشكلات الخاصة بالمتفوقين ، وضعاف العقول ، ومشكلات العميان وضعاف البصر ، ومشكلات الصم وضعاف السمع ، ومشكلات المعوقين جسديا ، ومشكلات الجانحين . ويتناول الى جانب هذه المشكلات الخاصة - المشكلات العامة لدى معظم غير العاديين مثل : المشكلات الاجتماعية ، والاسرية ، والتربوية ، والمهنية ، والانفعالية ، والزواجية .

حل المشكلات الشخصية والانفعالية :

ويتم تقديم المساعدة اللازمة لحل المشكلات الشخصية والانفعالية عن طريق المشاركة الانفعالية ، وتأكيد الذات ، والعمل على اشباع الحاجات ، وتسهيل عملية التنفيس والتفريغ والتطهير الانفعالي . ويتناول كذلك المشكلات الشخصية والاضطرابات الانفعالية المصاحبة للعصاب . ويتعاون المرشد مع زملائه من الاخصائيين في بحث الاسباب واستثارة تساؤلات العميل وعلاج الاعراض بحيث يتمكن العميل من حل مشكلاته بنفسه تحت اشرافه وبتوجيهه .

المسؤولون عن الإرشاد العلاجي :

يعتبر الإرشاد العلاجي مسئولية تقع على عاتق فريق الإرشاد الذي يضم عددا من المختصين على رأسهم « المرشد النفسي العلاجي »
Clinical Counsellor

ويحتاج المسؤولون عن الإرشاد العلاجي الى اعداد علمي وعلمي . ويتضمن الاعداد العلمي دراسة الصحة النفسية وعلم النفس العلاجي والعلاج النفسي وسيكولوجية التوافق والتوجيه أو الإرشاد وعلم النفس وعلم النفس التربوي وعلم نفس النمو وعلم النفس الفارق وعلم النفس الفسيولوجي وعلم النفس الاجتماعي والعلاقات الانسانية وسيكولوجية الشخصية وسيكولوجية غير العاديين والقياس النفسي ، الى جانب عدد من العلوم الاخرى ، والمعلومات العامة السليمة ، والثقافة الواسعة . ويتطلب الاعداد العملي اكتساب المهارة في استخدام وسائل الإرشاد على اختلاف أنواعها وفي اقامة العلاقة الارشادية في دراسة الحالة وفي استخدام كافة مصادر البيئة في الإرشاد ، والتدريب العلمي العملي على وسائل الإرشاد وطرقه في مجالاته المتنوعة .

والمرشد العلاجي هو المسئول المتخصص الاول عن عملية الإرشاد نفسها ، ويتم اعداده علميا في اقسام علم النفس بالجامعات ويتم تدريبه علميا في مراكز الإرشاد والعيادات النفسية . وفي معظم الدول نجد اجماعا

على أن الدرجة العامة التى يحملها المرشد العلاجى هى الدكتوراه . ويعمل المرشد النفسى العلاجى بالتعاون مع رفيقه فى فريق يضم : المعالج النفسى ، والاختصاصى النفسى ، والطبيب النفسى ، والاختصاصى الاجتماعى النفسى ، والمساعدون النفسيون ، والمرضى النفسيون ، ويعاونهم الوالدان . (راجع ص ٢٦) .

وفى المدارس يعتبر « المدرس المرشد » Teacher Counsellor أحد أعضاء فريق الإرشاد ، ذلك لأنه أقرب شخص إلى التلميذ فى المدرسة ، والمدرس المرشد مسئول عن تهيئة جو نفسى صحى فى الفصل يساعد التلاميذ على أحسن نمو ممكن وبلوغ المستوى المطلوب من التوافق النفسى والمدرسى . ومن مسئولياته أيضا اكتشاف انقراط والمواقف التى يجب عندها أن يتحول الموقف الاكاديمى الى موقف توجيه وارشاد . ويجب عليه احوالة الحالات التى تخرج مساعدتها عن حدود امكانياته ومؤهلاته الى المختصين فى الارشاد العلاجى والعلاج النفسى .

الاستشارة النفسية

PSYCHOLOGICAL CONSULTATION

هناك نسبة كبيرة من الناس الذين يعانون من مشكلات انفعالية واجتماعية وشخصية ولكن هذه المشكلات عادية لم تصل بعد الى حد الانحراف السلوكى . ومن امثلة هذه المشكلات فى مجال العمل مشكلات الاستفكار والتركيز ومشكلات التوافق ومشكلات وقت الفراغ ، وفى المجال الاجتماعى قلة الاصدقاء ومشكلات الحب واسلوب التربية الخاطيء فى الاسرة ، وفى المجال الانفعالى الخوف والخل . الخ . وهؤلاء يجدون فى البحث عن حل لمشكلاتهم مستشارون الاختصاصيين النفسيين والاختصاصيين الاجتماعيين ورجال الدين (روكلاند Rockland — ١٩٦٩) .

والاستشارة النفسية ذات فائدة كبيرة . وتقدم فى العيادة النفسية او فى مركز التوجيه او فى المدرسة او المستشفى او فى مركز الخدمة الاجتماعية او فى مركز التأهيل او فى دور العبادة اذا كانت مطلوبة واذا قدمت بمهارة وخبرة (١) (دافيدسون Davidson ، ١٩٦٩) .

والاستشارة النفسية هى العملية التى تتم بين المعالج (المستشار)

(١) يقول الزبير بن عبد المطلب :

وان سر امر عليك التوى مشاور حكيم ولا تعصه

وعميل سوى (المستشير) ولكنه يعاني من قلق واضطراب نفسى بسيط ولديه بعض المشكلات الانفعالية او الاجتماعية او الشخصية التى لا يستطيع مواجهتها والتغلب عليها وحلها بمفرده . والاستشارة النفسية عبارة عن موقف تعليمى فى جملته يؤدى بالمستشير الى زيادة فهم نفسه وفهم مشكلته وفهم انماط سلوكه وحل مشكلته .

وتتمركز الاستشارة النفسية حول العميل اكثر مما تتمركز حول المشكلة التى يعرضها . والمطلوب فيها دائما تحقيق التوافق النفسى او زيادة التوافق (روسكرانس وهيدن Rosecrance and Hyden ١٩٦٠) .

ويقول كارل روجرز Rogers (١٩٥٠) فى كتابه « الاستشارة والعلاج النفسى » ان **هدف الاستشارة النفسية** هو مساعدة العميل على ان يساعد نفسه على حل مشكلاته وان وظيفة المستشار النفسى هى مساعدة العميل على ان يتخلص من انفعالاته المتعلقة بمشكلاته حتى يستطيع ان يفكر بطريقة اوضح واسلم وحتى يستطيع التوصل الى حل للمشكلة .

ويلاحظ ان الاستشارة النفسية تقتصر على دائرة الشعور او الذات .

الطريقة :

تسير الاستشارة النفسية فى **اجراءات** نلخصها فيما يلى :

تحديد العلاقة الاستشارية بين المستشار النفسى والعميل ، واستقباله فى جو متقبل يستثير العميل ويشجعه على التلقائية فى التعبير بحرية وصراحة واسترسال دون أى قيود ودون خوف او محاولة للتهرب . ويشجعه على المشاركة والتعاون فى حل مشكلته . يستجيب المستشار لما يقوله العميل مبدئيا فهمها كاملا لافكار العميل ويقبله تماما دون نقد او اعتراض . ويجب ان تكون العلاقة بين المستشار النفسى والعميل علاقة عمل لا ينبغى ان تتحول اثناء الاستشارة الى علاقة انفعالية او اجتماعية .

جمع وتحليل المعلومات المتعلقة بالعميل ودراسة اساليب حياته وأهدافه وقيمه واساليب تحقيقها واساليب تحقيق سعادته ومدى رضاه عن نفسه وتفاعله وتوافقه الاجتماعى مع الآخرين ، وذلك عن طريق الافراد المتصلين بالعميل فى الاسرة والمدرسة والعمل والاصدقاء بالاضافة الى المعلومات التى يحصل عليها المستشار من خلال المقابلة الشخصية مع العميل .

تركيب وتنظيم المعلومات والتوصل الى صورة متكاملة عن العميل توضح دوافعه واساليب سلوكه واتجاهاته وقيمه ونواحي قوته ونواحي ضعفه .

تشخيص المشكلة وتحديد اسبابها المختلفة .

التنبؤ وتكوين صورة عن احتمالات سلوك العميل في المستقبل ، وهل يجب اتخاذ احتياطات معينة ، وهل المشكلة تحتاج فقط الى مجرد مشورة نفسية ام ان العميل يحتاج الى ارشاد او علاج نفسي . وقد يتطلب الامر تحويل العميل الى اخصائيين آخرين او مؤسسات اخرى اقدر على مساعدته .

مساعدة العميل في فهم نفسه واستبصاره وفهم دوافعه واساليب سلوكه الحاضرة وعلاقتها بالمشكلة ، ومساعدته وحل مشكلته عن طريق توضيح اسبابها واقتراح الطرق المحتملة لحلها والخطوات اللازمة للوصول الى كل من هذه الحلول . مع جعل موقف الاستشارة موقف تعليم يتعلم فيه العميل معلومات واتجاهات مما يساعد على النمو النفسي السوي .

المشورة : وهذه قد تكون مشورة موجهة حيث يقدم المستشار مساعدته بطريقة ايجابية مباشرة في تفسير اسباب المشكلة ووضع خطة حلها والتغلب عليها . وهنا يحدد المستشار النفسي ما يجب ان يتبعه في حل مشكلته . وقد تكون المشورة غير موجهة حيث تترك خطة حل المشكلة تماما للعميل نفسه تحت اشراف المستشار النفسي ، ويضع العميل عدة حلول ويترك الخيار للعميل ليختار انسبها ، ولا يتدخل المستشار الا في حالة اختيار حل غير موفق قد يعقد المشكلة اكثر مما يحلها .

المتابعة لمعرفة نتائج الاستشارة ومساعدة العميل اذا كان في حاجة الى مساعدات اخرى ، واستئناف العمل مع العميل مرة اخرى اذا كان ما يزال في حاجة الى مساعدة بخصوص المشكلة .

العلاج النفسي الجماعي GROUP PSYCHOTHERAPY

تعريف العلاج النفسي الجماعي :

يمكن تعريف العلاج النفسي الجماعي بأنه علاج عدد من المرضى الذين يحسن ان تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة ، يستغل اثر الجماعة في سلوك الافراد ، اى ما يقوم بين افراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبينهم وبين المعالج (او اكثر من معالج) يؤدي الى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم الى الحياة وتصبح نظرتهم الى امراضهم (انظر شكل ٩٣) .

ويتم العلاج الجماعي عادة في صورة غير مباشرة او غير موجهة ،

بالرغم من ان بعض المعالجين يميلون الى اتباع الاسلوب المباشر التوجيهي بدرجات متفاوتة .

ولقد اثارت الحرب العالمية الثانية ، بصفة خاصة وما ارتبط بها من زيادة كبيرة في حالات الامراض النفسية ، ازمة في المعالجين النفسيين .



وكان الحل هو اللجوء الى العلاج النفسي الجماعي . وقد ساعد التشابه الكبير في مشكلات الجنود واعراضهم المرضية وفي ظروفهم المعيشية في الحرب على تهيئة مناخ مثالي وحقل خصب للتجارب في المعالج النفسي الجماعي .

والمعالج النفسي الجماعي هو طريقة المستقبل وقد افردت له مجلة

علمية دورية هي مجلة العلاج (شكل ٩٣) المعالج النفسي الجماعي النفسي الجماعي .

الاسس النفسية والاجتماعية للعلاج الجماعي :

يستند العلاج النفسي الجماعي الى اسس نفسية اجتماعية تحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تصحيح السلوك الاجتماعي للمريض وتقويم انحرافاتة ، ومن هذه الاسس ما يلي :

* **الإنسان كائن اجتماعي** لديه حاجات نفسية اجتماعية لا بد من اشباعها في اطار اجتماعي ، مثل الحاجة الى الامن ، والحاجة الى النجاح ، والحاجة الى الاعتراف والتقدير والمكانة ، والحاجة الى الشعور بالانتماء والاحساس بالمسئولية نحو الآخرين ، والحاجة الى الحب والمحبة ، والحاجة الى المطابقة او المسيرة ، والحاجة الى تجنب اللوم ، والحاجة الى الانقياد ، والحاجة الى السلطة والحاجة الى الضبط والتوجيه ... الخ .

* **يتحكم في سلوك الفرد المعايير الاجتماعية** التي تحدد الادوار الاجتماعية التي يقوم بها في المجتمع . ويخضع للضغوط الاجتماعية ، ويرتبط بنمط العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي السائد والجماعات التي ينتمي اليها .

* **من اهم اهداف العلاج النفسي** بصفة عامة تحقيق التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي بما يحقق سعادة الفرد في تفاعله الاجتماعي .

* **تعتبر العزلة الاجتماعية** سببا من اسباب المرض النفسي وعاملا من عوامل تدعيمه وتثبيته .

* **يؤثر التفاعل الاجتماعي بين المرضى في الجماعة العلاجية مع كل واحد منهم بجعل كل منهم مرسلًا ومستقبلًا للتأثيرات العلاجية ، فلا يعتمد العلاج على المعالج النفسي وحده ، بل يصبح المرضى الآخرون مصادرًا من مصادر العلاج (١) .**

* **تعتمد الحياة في عصرنا الحاضر على العمل في جماعات ، ومن أجل ذلك لا يستطيع المواطن العادي أن يحيا حياة سعيدة ، مفتحة ، مالم يمارس أساليب التفاعل الاجتماعي السوي ، وما لم يكتسب المهارات المهنية للتعاون مع الجماعة .**

وهناك قوى فعالة في العلاج النفسي الجماعي يمكن تلخيصها فيما يلي :

* **التخلص من الشعور بالاختلاف ،** حيث يؤدي وجود المريض بين المرضى الآخرين في جو الجماعة العلاجية الى الاقتناع بأنه ليس وحده هو الشاذ . وأنه ليس مختلفًا عن الآخرين ، وأن المشكلات النفسية تدخل ضمن الصعوبات العامة التي تقابل الناس جميعًا (٢) .

* **التخفيف من مقاومة المريض للتحدث عن مشكلاته** التي قد لا يبوح بها أو يناقشها في جلسات العلاج الفردي ، وذلك عندما يكشف أن غيره من أعضاء الجماعة يشاركونه نفس المشكلات . ويحسن هنا أن تبدأ المسألة بمناقشة عامة غير وجهة وغير شخصية ، تتدرج — بعد اطمئنان المرضى الى مشاركة أقرانهم لهم في مشكلاتهم — الى الحديث عن أنفسهم وتناول مشكلاتهم الشخصية بالتفصيل .

* **النشاط العملي والاجتماعي الإيجابي المتنوع ،** الذي يستثيره الفعل الاجتماعي الذي يشمل النشاط الجسمي والنشاط العقلي المعرفي والنشاط الانفعالي والنشاط الاجتماعي ، ويحقق ذلك عن طريق أوجه النشاط المختلفة مثل التمثيل الدرامي وغير ذلك من أساليب العلاج النفسي الجماعي التي تتيح الخبرات العمالية المباشرة .

* **التفريغ الانفعالي وتكوين علاقات اجتماعية جديدة ،** حيث يجد المريض في المعالج وأعضاء الجماعة سندًا وجدانياً ومجالاً لتفريغ مشكلاته الانفعالية ، وحيث تهيب له الجماعة مجالاً لا تتأثر فيه نظرته الى الناس والمجتمع ، ويكتسب فيه القدرة على تكوين علاقات اجتماعية جديدة مثمرة .

* **التوافق الاجتماعي .** حيث يميل كل عضو من أعضاء الجماعة — حرصاً منه على إشباع جوعه الاجتماعي — الى أن يتخفف من انانيته ويتركز

(١) يقول الشاعر :

وقد يواسي حزين أخاه في الاقدار كما يواسي غريب أخاه في الاسفار

(٢) يقول لائل العاصي : « اللي يبص لبلوة غيره هانت عليه بلوته » .

ويقول الشاعر : في كل بيت محنة وبلية ولعل بيتك ان شكرت أقمها

حول ذاته ، وان ينتظم مع الجماعة حتى يظفر منها بالقبول والتقدير ، ويشبع حاجته الى الانتماء وعضوية الجماعة . وهنا تكمل الجماعة العلاجية امداد الاعضاء بالخبرات التى تفيد فى تعليمهم او اعادة تعليمهم الوسائل المفيدة فى التوافق الاجتماعى — ويلاحظ ايضا ان كثيرا من المرضى الذين يعانون من الخجل والحرج فى حضور الجنس الآخر يستفيدون علاجيا حين تتاح لهم فرصة المواجهة المباشرة والاختلاط والنشاط المشترك مع افراد الجنس الآخر الذين تضمهم الجماعات العلاجية . ويساعد هذا على اكتساب الخبرات والمهارات الاجتماعية التى تفيد فى التوافق فى المجالات الاجتماعية المختلفة .

*** الاستبصار الجديد ،** حيث تهيب الجماعات العلاجية للمريض رؤية جديدة لنفسه ولمشكلاته . اذ تعتبر الجماعة بمثابة مرآة يرى فيها نفسه كما يرى فيها غيره ايضا ، فمضى من هم أسوأ حالا فيهدأ روعه ويخفف احساسه بخطورة حالته ، ويزداد عنده الامل فى الشفاء . كذلك فان وجوده الى جانب من هم احسن منه حالا يساعده على تقييم مشكلته ووضعها فى موضعها الصحيح . وتؤدى المناقشات الجماعية الى حدوث استبصار جديد ورؤية جديدة أكثر وضوحا تهر المفاهيم الخاطئة لدى المريض هذا .

*** اعادة تنظيم الشخصية ،** ولو جزئيا . ويتوقف ذلك على الاسلوب العلاجى الذى يتبع فى الاطار الجماعى للعلاج وتشكيل الجماعة العلاجية والاهداف الموضوعية لها .

حالات استخدام العلاج النفسى الجماعى وفوائده :

- يستخدّم العلاج النفسى الجماعى على نطاق واسع فى مستشفيات الامراض العقلية وفى العيادات النفسية ، وفى عيادات توجيه الاطفال ، وفى بعض المؤسسات الإصلاحية . وأهم حالات استخدامه وفوائده هى :
- * علاج الاطفال والمراهقين والراشدين .
- * توجيه آباء وامهات الاطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة ، او الآباء والامهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الاطفال .
- * علاج الاسرة بأكملها ، عندما تشابك مشكلات افراد الاسرة ، او على الاقل أعضاء الاسرة الذين تتعلق المشكلة بهم .
- * علاج الكحولية ، وامراض الكلام ، ومعظم الانحرافات والجناس ، والعصاب والذهان .
- * علاج الاضطرابات النفسية الجسمية ومشكلات الحياة الاسرية والمهنية كما يفيد فى توثيق العلاقات الاجتماعية فى ميادين الانتاج المختلفة .
- * تأهيل الجنود المسرحين واعدادهم للحياة المدنية .
- * علاج المرضى الذين يتصفون بالانزعال والميل للوحدة والانتواء والخجل

وسوء التوافق الاجتماعي والاكتئاب ، والشعور بالنقص لأسباب
جسمية أو اجتماعية أو نفسية .

* التثبت من تشخيص الأمراض النفسية واستكمال هذا التشخيص أو
تصححه حيث يسلك المريض في الاطار الاجتماعي على سجيته كما يسلك
عادة في حياته اليومية المعتادة .

* المساعدة في فطام المريض نفسيا من علاقة التحويل التي تتكون بين
المريض والمعالج في جلسات العلاج النفسي الفردي . ففي الجلسات
الجماعية يتشعب التحويل الى علاقة متعددة الابعاد بدلا من اتخاذ نمط
علاقة ذات طرفين فقط ، وذلك يسهل التخلص التدريجي من التحويل .
اما الحالات التي يحسن فيها عدم استخدام العلاج النفسي الجماعي
فأهمها الشخصية السيكوباتية ، ومرضى الهذاء ، وحالات الهوس الشديد
المصاحب بالذعر ، وحالات الجنسية المثلية ، وحالات الضعف العقلي
الشديد .

الاعداد للعلاج النفسي الجماعي :

يعتبر الاعداد للعلاج النفسي الجماعي عملية معقدة ، صعبة ، تستغرق
وقتا ، ولكنها عملية حيوية . واذا كان للعلاج الجماعي ان يكون مؤثرا
يساعد اعضاء الجماعة ، فانه من المهم ان ننظر الى الاعداد له باهتمام بالغ
على انه جزء في عملية العلاج الجماعي نفسه . « ماك جى
McGee . (١٩٦٩) .

ويشمل الاعداد للعلاج الجماعي مراحل تتضمن اعداد القيادة
النفسية . واعداد اعضاء الجماعة ، واعداد الجماعة العلاجية . واعداد
المعالج .

ويقترح عدد أفراد الجماعة العلاجية عادة بين ٢ — ١٥ مريضا .
ويقول البعض أن العدد الأمثل للجماعة العلاجية يتراوح بين ٧ — ١٠ أفراد
الا أن العدد قد يزداد ليصبح ٥٠ فردا في بعض الحالات الخاصة . ويرى
البعض انه يجب أن يتشابه اعضاء الجماعة العلاجية في اعراضهم ومشكلاتهم
مما يكون عاملا مشتركا بينهم ويعبر اساسا لتأسيس الجماعة مبنيا على
الاهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية . كذلك يرى بعض
المعالجين : خاصة في حالة الاعتماد على طريقة المحاضرة والشرح والتفسير
أن تكون الجماعات متجانسة من النواحي العقلية المعرفية والخصائص
وذلك حتى يتمكن المعالج من التعامل مع أفراد الجماعة على مستوى يناسب
الجميع . الا أن البعض مثل سلافسون Slavson (١٩٤٧) وغيره يرون أن
تتضمن الجماعة عناصر مختلفة من الأفراد ، من حيث الجنس والمستوى

الاجتماعى والاقتصادى والاعراض ، البعض يتسم سلوكه بالعدوان ، والبعض بالاجابية والنشاط ، والبعض بالانسحاب ، والبعض عاديون ، والبعض يتسم سلوكهم بنمط انفعالى خاص مرغوب فيه ، وهكذا حتى يتحقق التوازن فى التفاعل الاجتماعى فى الجماعة . وفى الواقع فان هدف العلاج هو الذى يحدد حجم الجماعة ونوع تشكيلها المتجانس وغير المتجانس . وقبل **الجلسات الجماعية** ، والتي تكون عادة أطول من الجلسات الفردية تمتد الى حوالى ساعة ونصف فى المتوسط ، يجب أن يقوم المعالج باجراء مقابلة شخصية مع كل مريض على حدة تخصص لعملية الفحص والتشخيص . ويجب أن يراعى المعالج فى اختيار اعضاء الجماعة أن يكون كل منهم مستعدا ومهيأ للانخراط فى الجماعة ، والا يكون هناك اعتبارات تجعل وجوده فى الجماعة مثيرا للقلق والضيق والازعاج له وللآخرين ، وألا تكون الحالة المرضية مما لا يفيد فيها العلاج الجماعى مثل حالات الشخصية السيكوباتية وحالات الجنسية المثلية وغيرها . وقد استخدم مورينو Moreno مقياس العلاقات الاجتماعية (الاختبار السوسيومترى) فى تنظيم الجماعة بما يحقق سلامة بنائها ، ودراسة تأثير كل فرد فى عملية التفاعل الاجتماعى ، وحركة الاعضاء اثناء هذا التفاعل ... الخ . ويؤكد مورينو أن العلاج الجماعى يجب أن يستند الى قياس العلاقات الاجتماعية فى بناء الجماعة العلاجية ، حتى يمكن للمعالج أن يستوضح مدى التماسك أو مدى الانقسام فى الجماعة . وعن طريق مقياس العلاقات الاجتماعية يمكن ، كما هو معروف ، التعرف على « النجوم » الذين عن طريقهم يمكن التأثير على الآخرين وقيادتهم . وكذلك يمكن الاستدلال على « المعزولين » الذين يبذل معهم جهد خاص اما لتحسين وضعهم داخل الجماعة ، أو لتحويلهم الى جماعة أخرى يكونون فيها أكثر توافقا ... وهكذا (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧ ب) .

هذا ويحتاج معظم المرضى الى اعداد خاص قبل الانضمام الى الجماعة العلاجية . ويلخص وولف Wolf (١٩٦٧) أهم ما يحتاج المعالج الى التاكيد منه بالنسبة لكل مريض فيما يلى :

- * اعداد المريض بما يكفل تحمله لضغط الجماعة العلاجية .
- * اعداده للثقة فى رفاقه اعضاء الجماعة .
- * تهيئته لكى يصبح واحدا من اعضاء الجماعة فعلا .
- * ضمان عدم اجوئه الى المقاومة بشكل يعوق الافادة من العلاج الجماعى .
- * افهامه أن ينضم الى الجماعة العلاجية مختارا وانه يستطيع أن يتركها ايضا متى شاء ، وانه ايضا يستطيع أن يطلب الى المعالج أن يتحول علاجه الى جلسات فردية فى أى وقت يشاء .

✳ افهامه انه سوف يستفيد من الموقف والوسط الاجتماعي في الجماعة العلاجية كما انه سوف يفيد رفاته اعضاء الجماعة علاجيا في نفس الوقت .

دور المعالج :

يسهم الى جانب المعالج النفسي في عملية العلاج الجماعي الطبيب والاختصاصي الاجتماعي ورجل الدين واختصاصي العلاج بالعمل واختصاصي التأهيل والمرضة ... الخ . ويحتاج كل من هؤلاء الى تدريب خاص في العلاج الجماعي .

ودور المعالج في العلاج الجماعي هو دور أحد اعضاء الجماعة ، اكثر منه دور قائد لها ، هو دور الملاحظ ، يتركز دوره حول الاثارة ، والضبط ، والتركيب ، والتفسير ، والشرح ، والتعليق ... الخ (وذلك يعتمد على خلفيته النظرية) ، وهو يترك التفاعل الاجتماعي الحر يتم بين المرضى بعضهم وبعض ، وهو لا يحتكر المناقشة بل يشجعها ، ويقوم بحث كل عضو في الجماعة على التعليق على مشكلات الآخرين وتأويلها ... وهكذا .

واذا كان على المعالج أن يبتعد عن اتخاذ دور القيادة ، فان عليه أن يتحمل مسؤولية العملية العلاجية نفسها .

واهم ما يجب ان يهتم به المعالج هو تهئة الجو العلاجي الذي يسود فيه الحب والتقبل والتسامح والفهم والحرية وغير ذلك من ضرورات الجو العلاجي السليم . وما يجب ملاحظته ايضا ان المعالج يجب الا يستخدم المصطلحات العلمية والفنية ، والا يكون لديه اتجاهات جامدة او تسلطية ، وان يكون متفائلا وواقفيا في نفس الوقت .

آثار العلاج النفسي الجماعي :

اجريت عدة بحوث لدراسة آثار العلاج النفسي الجماعي ، ومن أمثلتها دراسة بيمان Peyman (١٩٥٦) حيث قورن أثر العلاج بالصدمات الكهربائية المصاحبة بالعلاج النفسي الجماعي ، بأثر العلاج بالصدمات الكهربائية فقط ، في جماعتين من مريضات الفصام ، ووجد أن نتائج العلاج في الجماعة الاولى كانت افضل بكثير من نتائجه في الجماعة الثانية . وقد قدم برنشتاين وآخرون Bernstein et al. (١٩٦٩) دليلا نظريا وكليника على أن للعلاج الجماعي آثارا علاجية على المعالج نفسه تحدث في الموقف العلاجي الجماعي . فالوقف العلاجي الجماعي ينظر اليه على أنه أغنى من الموقف العلاجي الفردي ، حيث توجد فيه علاقات متعددة ويعتقد هؤلاء الباحثون أن

المعالج اثناء عمله مع الجماعة يستفيد من الفرص التي يتيحها الموقف العلاجي الجماعي .

اساليب العلاج النفسي الجماعي :

- * تتنوع اساليب العلاج النفسي الجماعي حسب المعايير التالية :
- * **اعضاء الجماعة ومشكلاتهم النفسية :** حيث يتوقف اسلوب العلاج على مدى تشابه او اختلاف اعضاء الجماعة العلاجية في مشكلاتهم النفسية والجنس والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي .
- * **طريقة تشكيل الجماعة العلاجية :** حيث يتوقف اسلوب العلاج على تشكيل الجماعة بطريقة عشوائية ، او اتباع القواعد والاصول السوسيومترية .
- * **مدى التركيز على شخص المعالج النفسي :** حيث يتوقف اسلوب العلاج على التركيز على الجماعة نفسها والنظر اليها ككل متفاعل والى كل عضو فيها على انه مؤثر في علاج الآخرين ، او التركيز على العلاقة العلاجية بين المعالج وبين كل مريض على حدة ، وعدم استغلال دينامية الجماعة في العلاج .
- * **مدى الاهتمام بالموقف الاصيل والاشخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض :** حيث يتوقف اسلوب العلاج على اشراك الاشخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض في عملية العلاج ، او التركيز على علاج كل مريض في الجماعة العلاجية كوحدة مستقلة بغض النظر عن ارتباطاته خارج الجماعة .
- * **شكل التأثير السائد في الجماعة :** حيث يتوقف اسلوب العلاج على التأثير الحر التلقائي النشط ، او التأثير في شكل تلقين ويقوم على اعداد سابق .
- * **نوع النظرية التي يتبعها المعالج النفسي :** حيث يتوقف اسلوب العلاج على الاعتماد على صفات الجماعة ودينامياتها والقوى الفعالة فيها ، او الالتزام باصول العلاج الفردي اكثر من الاهتمام بها للجماعة من خصائص علاجية مميزة .
- * **المكان الذي يمارس فيه العلاج :** حيث يتوقف اسلوب العلاج على ممارسته في جهة التأثير الرئيسية على المريض مثل الاسرة او مكان العمل ، او في مؤسسة علاجية خاصة ، مثل مستشفى او عيادة نفسية او ناد علاجي .

وفيما يلي اهم اساليب العلاج النفسي الجماعي :

السيكودراما او العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي : Psychodrama

تعتبر السيكودراما او العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي اهم واشهر اساليب العلاج النفسي الجماعي القائمة على نشاط المرضى . ويطلق عليها

أحيانا اسم التمثيلية النفسية ، أو تمثيلية المشكلات النفسية ، أو العلاج بالمرحيات النفسية . وهى عبارة عن تصوير مسرحى وتعبير لفظى حر ، وتنفيس انفعالى تلقائى ، واستبصار ذاتى فى موقف جماعى .

وقد ابتدع هذا الأسلوب العلاجى مورينو Moreno فى فيينا سنة ١٩٢١ ، وانشأ أول مسرح علاجى لتقديم السيكدراما سنة ١٩٢٧ بلولايات المتحدة الأمريكية . ويرى مورينو (١٩٤٦ ، ١٩٦٦) أن السمة الأساسية لهذا العلاج هى حرية الفعل للممثلين ، والتدريب على التلقائية ، وهذا يقابل التسامح الحر الطليق فى التحليل النفسى . وهكذا نجد أن عددا من المعالجين من بعده قد جمعوا بين التحليل النفسى والسيكدراما . وفى هذا الأسلوب من العلاج الجماعى يشجع المعالج المرضى على التمثيل وإظهار مشاعرهم ذات المفزى الانفعالى أمام المشاهدين ، ويترك للمريض العنان فى موقف مسرحى فعلى ، حيث يعبر بحرية وتحرر عن الاتجاهات العميقة والدوافع القوية والصراعات والاحباطات ... الخ .

ويهدف العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى الى إتاحة الفرصة للتصريف والتنفيس الانفعالى ، وإلى تحقيق التلقائية ، وإدراك نمط الاستجابات الشاذة لدى المريض ، وإدراك الواقع ، وتحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعى السليم ، والتعلم من الخبرة .

أما عن موضوع المسرحية أو القصة فانه يتضمن بعض المواقف مثل :

- * المواقف التى عاشها المريض فى الماضى (مثل علاقته بوالديه فى مرحلة سابقة من مراحل نموه) .
- * المواقف التى يعيشها فى الحاضر (مثل المشكلات المالية للمريض) .
- * المواقف التى يحتمل أن يعيشها فى المستقبل (مثل كيفية التعامل مع الناس فى المجتمع بعد أن يتم الشفاء) .
- * المواقف التى يخافها المريض ويتهيبها ونوشك أن نواجهها فى المستقبل القريب (مثل كيف يتعامل مع الناس بعد مرض الزهيمر الذى نالت نسبته بالمرضى النفسىين عندما يتقدمون للحصول على عمل بعد الشفاء) .
- * المواقف العامة التى تتصل بمشكلاته وأعراضه (مثل مشكلات العمل أو الزواج والأطفال) .
- * مواقف هدفها الرئيسى التنفيس الانفعالى (مثل ما يود المريض أن يقوله لرئيسه أو لزوجته) .
- * مواقف تهدف الى حل الصراعات وتحقيق التوافق النفسى بدرجة أفضل (مثل ما يقوله فرد يعانى من الحماية الزائدة أو الدية) .

- * مواقف متخيلة غير واقعية (مثل قيام المريض بدور السلطة ، كالحاكم او المدير ... الخ) .
- * مواقف محددة تهدف الى تشجيع روح الجماعة ، وفهم المرضى أنفسهم على نحو افضل .
- * وقد تنور المسرحية حول موضوعات مثل : الاتجاهات السالبة ، والمعتقدات الخاطئة ، والتفكير الخرافى ، والاعراض الخاطئة مثل الاوهام ، او الهلوسات او الاحلام .
- * ومن أمثلة الادوار التى قد يقوم بها المريض ما يلى :
- * دور المريض النفسى فى الحياة كما يؤديه بالفعل .
- * دور المريض النفسى فى الحياة كما يراه هو .
- * دور المريض النفسى فى الحياة كما يعتقد أن الناس يرونه .
- * دور المريض النفسى فى الحياة كما يجب أن يؤديه .
- * دور شخص آخر يهتم المريض مباشرة مثل دور والده او مدرسه او رئيسه او زوجته .
- * دور شخص آخر لا يهتمه مثل دور البواب او الممرضة .
- * دور معاكس ، مثل القيام بدور شخص مسالم اذا كان سلوكه يتسم بالعدوان والتسلط ، او القيام بدور شخص منبسط مرح اجتماعى اذا كانت شخصيته تتسم بالانطواء والعزلة الاجتماعية ، او قيام الممرض بدور رئيسه ، او قيام الابن بدور أبيه ، او قيام الينت بدور أمها ، او قيام الزوج بدور زوجته او العكس .

أما عن تأليف او كتابة موضوع المسرحية او قصتها ، فقد يقوم به المرضى أنفسهم او قد يعده المعالج ، او قد يترك الامر لتلقائية المرضى والمشاركين فى التمثيل حسب ما يقتضيه الموقف .

وأما عن اخراج المسرحية فقد يقوم مريض ايضا بالاخراج ، وقد يستعين بغيره من المرضى . وقد يقوم المعالج نفسه بالاخراج . واذا حدث هذا ، فانه يتحتم عليه الاطاحة التامة بتفاصيل الموقف بما يمكنه من تخطيط وتحديد كافة الادوار التى يوزعها على المشاركين فى التمثيل ، وبما يكفل اظهار انماط السلوك اللا تراافقى حتى يمكن ضبطه وتقويمه .

أما عن الممثلين فأولهم البطل الرئيسى وهو أحد المرضى . ويجب أن يكون المعالج فطنا فى اسناد الدور الرئيسى الى المريض ، فعليه ان يتفادى فشل المريض ، واحتمال انهياره على المسرح اذا ما دفع به مرة واحدة الى تمثيل موقف عنيف مريب . لذلك يجب ان يتدرج المريض فى القيام بالادوار اللينة التى لا يخشى من تأثيرها الانفعالى عليه . وحتى اذا ما قام بها بنجاح

تشجع وتدرج في القيام بأدوار يمثل فيها مواقف أكثر عنفا . وأهم ما يتطلب من المريض هو ألا يمثل ، ولكن المطلوب منه هو أن يسلك بحرية وتحري وان يعبر عن أفكاره الخاصة الحقيقية بتلقائية وحرية كاملة وان يبتكر المواقف ابتكارا على المسرح نفسه . وأن يستغرق في الدور استغراقا . ومن أهم ما يجب مراعاته أيضا أن يتوافر لدى المريض الدافع التوى للقيام بالدور المطلوب مثل الحاجة للتخلص من التلق أو الإحباط أو حل الصراع في موقف يشبه مواقف الحياة الواقعية ، أو حرته في تحقيق الذات . ويلاحظ ان بعض المرضى قد يقاومون الاشتراك في التمثيلية بسبب المخاوف الخاصة ، أو بسبب الصراعات الاجتماعية وغير ذلك . وهذه المقاومة يجب التغلب عليها بشتى الطرق .

ويشارك مع المريض (البطل الرئيسي) زملاؤه من المرضى . وغرسهم هؤلاء بدور الاعضاء الغائبين الذين يلعبون دورا هامة في حياة المريض مثل الاخوة أو الاخوات أو الزوجة أو الرئيس . الخ . وهكذا قد يساعد بعض الادوار المساعدة الى الأشخاص الذين اشتركوا فيها اشتراكا فعليا أو امكن ذلك . وقد يشترك المعالج نفسه في التمثيل ، ويجب أن يكون ذلك بغرض التوجيه والتفسير . كذلك يشترك المرضى والمرضات واعضاء آخرون من هيئة العلاج في التمثيل .

أما المتفرجون فيكونون غالبا من زملائه من المرضى وأفراد هيئة العلاج وبعض الزوار أحيانا .

وبعد التمثيل ، يأخذ الممثلون والمتفرجون في مناقشة ما حدث . والتعليق عليه ، ونقده ، واستعراض ما يمكن استنتاجه من موقف بطل الرواية وخبراته ومشكلاته . وما يظهر من اتجاهاته ونجاريه في هذا الموقف .

ويفسر المعالج ديناميات التمثيلية نفسيا صحيحا ويستفيد منها من حيث أنها : تظهر الصراع الداخلي وناتى به الى مستوى الشعور . ونفس القلق والمواد التى تؤرق المريض ، وتزيد بصيرة المريض بحالته مما يجعل سلوكه في الحياة العملية يتعدل حسب الحاجات .

وقد أجريت الدراسات التجريبية حول طريقة العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى ومن أمثلة ذلك التجربة التى قام بها صموئيل مغاريوس (١٩٥٦) في تربية وعلاج ضعاف العقول في مصر . الدراسة الفكرية بالأسكندرية . ومن يتراوح سنهم بين ١٠ - ١٢ سنة ونسبة ذكوريته بين ٥٠ - ٧٠ . وكان الهدف من هذه التجربة هو استخدام التمثيل النفسى المسرحى للوصول الى استجابات واعية من جانب الاطفال لبعض المواقف الاجتماعية . ولتحقيق ذلك لجأ

الباحث الى استخدام التمثيل في بعض مواقف الحياة اليومية وموضوعات البيئة الخارجية لادراكها ادراكا وافيا واعيا . واستخدم التمثيل في تبصير الاطفال بالادوار التي يقوم بها الموظفون العموميون واصحاب المهن والحرف المختلفة في المجتمع (مثل رجل الاسعاف ، وانجار ، وساعي البريد) واستخدم التمثيل ايضا في تنمية الادراك والابداع عند هؤلاء الاطفال . كذلك هدفت التجربة الى تصوير وعلاج بعض المواقف التي تصطبغ بشحنات انفعالية مؤثرة في الحياة لضعاف العقول . (صموئيل مغاريوس ، ١٩٦٩)

وقد طور العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي . ومن امثلة ذلك :

* يقوم بعض المعالجين بتسجيل ما يدور في التمثيلية على شريط تسجيل حتى يتاح للمعالج فرصة الاستزادة في معرفة المريض وتحديد خطوات العلاج التالية ، وحتى يتأمل المرضى انماط سلوكهم المطلوب تعديلها ، وحتى يدرك كل مريض بنفسه ما حدث من تحسن وتقدم في حالته .

* ويعكف المعالجون النفسيون على تجريب استخدام كل ما من شأنه تسهيل التحكم في سلوك المرضى اثناء التمثيل بهدف الوصول الى احسن فائدة علاجية للمرضى . ومثال ذلك استخدام التنويم الايحائي ، واستخدام العقاقير مثل بنتوثال صوديوم Pentothal Sodium والكحول والانسولين .

* وقد استخدم بعض المعالجين اشكالا مساعدة من الأداء في العلاج مثل ما اسماه بالرقص النفسي Psychodance (فاين وآخرون Fine et al . ١٩٦٢) .

* ومن التطبيقات الهامة للعلاج بالتمثيليات النفسية الصورة المعروفة باسم « السوسيو دراما » Sociodrama ، وهى التمثيلية التي تعالج مشكلة عامة لعدد من الافراد ، او المشكلات الاجتماعية بصفة عامة . (هـ Head ، ١٩٦٢) .

وهكذا يمكن ان نلخص اهم فوائد العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي فيما يلي :

* كتابة التمثيلية واخراجها قد تكشف للمريض عن بعض النواحي الهامة في مشكلته والتي فاتته ان يلاحظها ، وقد تكون نواح لازمة لحل هذه المشكلة .

* قد يكشف المريض اثناء التمثيل عن جوانب من شخصيته ودوافعه وحاجاته وصراعاته ودفاعاته ومشاعره ، ويمكن ان تتخذ موضع فحص وتحليل مما يساعد في العلاج .

* تقيص المرضى شخصيات مختلفة تتصل بمشكلته وتمثيل ادوارهم وتجسيد مشاعرهم وانفعالاتهم يؤدي الى تنفيس انفعالي ويعين المريض على

تحديد مشكلته والشعور بمشاعر غيره وعواطفهم نحوه . أى انه يعينه على الاستبصار في نفسه .

* شعور المريض بفهم الآخرين له ، ومشاركتهم متاعبه ، وشعوره بأن الجماعة تشترك معه كلها في موقف علاجي يستهدف معونته ، يعتبر من أهم العوامل التى تؤدى الى نجاح العلاج .

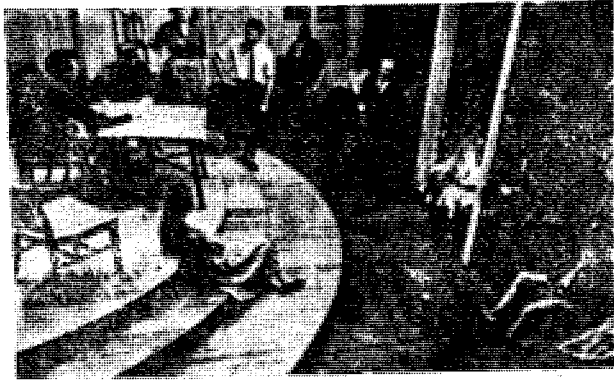
* تدريب المرضى على مواجهة مواقف واقعية يخافون مواجهتها .

* يعتبر العلاج الامثل للمرضى الذين يصعب الاتصال اللفظى معهم الى حد كبير .

* يعتبر ذا فائدة مزدوجة ، فله أهمية تشخيصية وأخرى علاجية ، نتيجة لتعبئة المريض لكل قواه فى أثناء التمثيل .

* يفيد فى تنمية الثقة فى النفس والقدرة على التعبير عن النفس ، وفى تنمية الإبداع والقدرة على الابتكار .

* يحرر المريض من التوتر النفسى ، والقلق ، وينمى البصيرة فى تقييم وفهم الذات وفهم مشاعر وسلوك الآخرين ، ويحقق الكفاية وال مرونة فى السلوك الاجتماعى . (انظر شكل ٩٤) .



(شكل ٩٤) السيكدراما

المحاضرات والمناقشات الجماعية :

يطلق على هذه الطريقة أحيانا اسم **العلاج النفسى الجماعى التعليمى** ، حيث أنه يسودها الجو العلمى ، ويلعب فيها عنصر التعليم وإعادة التعليم والإحياء دوراً هاماً .

وقد أجريت عدة **دراسات تجريبية** فى إطار علم النفس الاجتماعى حول تأثير المحاضرات والمناقشات الجماعية والقرارات الجماعية على تعديل الاتجاهات . ومن أمثلتها تجارب كيرت ليفين Lewin (١٩٤٧) وتجارب كوش وفرنش Coch & French (١٩٤٨) . وخلاصة هذه الدراسات ، فيما يتعلق بموضوعنا ، هى أن المناقشة والقرار الجماعى يؤدى الى تعديل

الاتجاهات بدرجة أفضل ، حيث ان المناقشة الجماعية بين اعضاء الجماعة يتمخض عنها قرار جماعى اكثر صدقا واتزاناً من تقدير ورأى فرد واحد . وهى تؤثر فى دقة وكفاية الحكم على ادراك اعضاء الجماعة ، وهى ايضا تؤثر على دقة احكامهم فى تقدير احكام الآخرين (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧ ب) . وقد درست صفاء الاعسر (١٩٧٠) دور المناقشة الجماعية — كشكل من اشكال العلاج الجماعى — فى تخفيض مستوى القلق . وتقرر الباحثة ان الفرد فى الموقف العلاجى الجماعى ينشط انفعاليا وعقليا واجتماعيا ، وفى موقف المناقشة الجماعى ينشط التفرغ او التعبير عن المشكلات وبالتالي نمو الشعور بالانتماء وادراك كل فرد للتشابه بينه وبين الآخرين .

ومن حيث كيفية ادارة الجلسات العلاجية نلاحظ ما يلى :

- * يعتمد بعض المعالجين على تأثيرهم الشخصى على مرضاهم ، ويجعلون من محاضراتهم وتوجيهاتهم مركز الثقل فى أسلوب العلاج .
- * يعتمد البعض الآخر من المعالجين على اعضاء الجماعة انفسهم فى القاء اغلب الاحاديث ، وتبادل الآراء والمناقشات ، مع اقل تدخل ممكن من جانب المعالج .
- * يفضل بعض المعالجين دعوة المرضى الذين تم شفاؤهم الى القاء احاديث على المرضى الحاليين ، يقصون فيها خبراتهم أثناء المرض وخلال تقدمهم نحو الشفاء .

ومن حيث مادة المحاضرات والمناقشات نلاحظ انها تدور حول الموضوعات التالية :

- * الصحة النفسية والمرض النفسى .
- * اسباب الامراض النفسية .
- * اعراض الامراض النفسية .
- * العلاقة المتبادلة بين الجسم والعقل .
- * تأثير حالة الفرد الانفعالية على اعراضه الجسمية .
- * عمل الجهاز العصبى وبعض مبادئ التشريح ووظائف الاعضاء .
- * مغزى الاحلام .
- * العلاج النفسى والدين .
- * مناقشة « حالة افتراضية » يطرحها المعالج ويراعى فى تركيبها ان تجمع عناصرها بين الصفات الغالبة لأفراد الجماعة العلاجية .
- * مناقشة حالة أحد الاعضاء دون ذكر اسمه .
- * مناقشة رأى متطرف لأحد اعضاء الجماعة .
- * مناقشة الافكار الخاطئة والخرافية التى قد تلاحظ عند واحد او اكثر من اعضاء الجماعة .

* مناقشة وشرح وتفسير مشكلات التوافق وسلوك افراد الجماعة .
 * وقد يستخدم المعالج الافلام السينمائية او الكتيبات وغير ذلك مما يفيد في عمية العلاج .

وقد استخدم مكسويل جونز Jones طريقة المحاضرات والمناقشات الجماعية في علاج مرضى من الجنود في الحرب العالمية الثانية ممن توهّموا انهم مرضى بالقلب . وكان تركيزه في المحاضرات على شرح عمل الجهاز العصبى وشرح بعض مبادئ التشريح ووظائف الاعضاء . وبعد ١٢ ساعة من المحاضرات والمناقشات ، لوحظ حدوث تغير اساسى ملحوظ في اتجاه الجماعة نحو الاعراض . وجدير بالذكر ان جونز اضاف الى طريقة المحاضرات والمناقشات الجماعية ، العلاج بالعمل والترفيه والسرور والنشاط الفنى وغير ذلك من اوجه النشاط التلقائى الحر وكذلك القمشل الدرامى لانفعالات المرضى . واستخدام كلايمان Klapman (١٩٤٦) طريقة المحاضرات مع مرضى العصاب ومرضى الذهان . وتناول فيها المشكلات الانفعالية والصحة النفسية مع التركيز على حيل التوافق النفسية والصحية ، وقد اعد لذلك كتابا خاصا يقرأ كل مريض منه فقرة ويلخصها ويعلق عليها . وكان يسمح للمريض بالقاء أى أسئلة فى أى وقت ، ويتاوى ذلك مناقشة حرة . كذلك استخدم جرين Green طريقة المناقشة بنجاح فى علاج اللجلجة . ويقول جرين ان اللجلجة نوع من « العصاب الجماعى » . وهى عبارة عن مظهر عضوى لاضطراب فى شخصية المريض وعلاقته الاجتماعية . ولذلك يهتم المعالج عن طريق العلاج الجماعى بالتأثير على شخصية المريض التى تنقسم بعدم الشعور بالامن ، والاحساس بالقلق ، وسرعة التأثير ، والتمركز الشديد حول الذات ، وعدم التضج الانفعالى ، والخوف والتهيب من مواقف الكلام . وايضا استخدم صموئيل مغاريوس (١٩٦٠) طريقة المحاضرات الجماعية فى علاج اللجلجة ، وكانت المناقشات تدور فى اول الامر حول بعض المشكلات الخاصة لافراد الجماعة . وادى هذا العلاج الى تحسن ملموس فى اغلب الحالات . ويقول وولف Wolf (١٩٦٧) ان طريقة المحاضرات والمناقشات الجماعية يجب ان تستخدم مع الجماعات المتجانسة ، بمعنى ان يكون اعضاؤها يعانون من مشكلات متشابهة ، ومن امثلة ذلك : المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية وانفعالية مثل الفصامين ، والكحوليين ، والمدمنين ، والذين يعانون من اضطرابات الكلام ، والمرضى الذين يعانون من مشكلات اجتماعية مثل الطلاق ، والعقم ، والشيوخوخة ، والمساجين ، والمرضى الذين يحتاجون الى اجراءات وقائية مثل امهات الاطفال الذين يعانون من اضطرابات عضوية او عقلية او انفعالية او اجتماعية .

سادى العلاجي :

ينشئ بعض المعالجين اندية علاجية خاصة تتيح فرصة العلاج

الجماعى القائم على نشاط المرضى العملى والترويحى والترهيبى والاجتماعى
بصفة عامة .

وبهيا كذلك الجو النفسى المناسب الديموقراطى السمع المشبع بالحب
والقبول .

وكثيرا ما تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضى مثل الكرة الطائرة أو
السباحة أو نشاط فنى مثل الموسيقى والغناء أو الرقص أو التمثيل . ويلاحظ
أن ألوان النشاط المتعدد يمكن أن يختار منها ما يلائم حالة المريض أو جماعة
المرضى ككل . ومثال ذلك اللجوء الى نشاط رياضى مثل الملاكمة فى حالة
المرغبة فى تفريغ النزعات العدوانية .

ويحدد سلافسون Slavson (١٩٤٣، ١٠٤٧) ملامح العملية العلاجية
هنا فى أن نشاط المرضى يحل محل الكلام . فمع الأطفال الذين يتسمون
بالعدوان والانسحاب والحرمان الانفعالى والسمات العصابية مثلا ، تعد لهم
— فى ناديهم — حجرة للعب مجهزة بكل الادوات اللازمة مثل اللعب الخشبية
والكهربائية وادوات الرسم والالوان والورق . الخ . ويبدأ المعالج نفسه
بتناول هذه المواد ، ويتجمع حوله الأطفال يساعده ، ثم يبدأون هم فى
تناول هذه المواد وحدهم بعد ذلك وكلما قدم قادم جديد تعرف بأعضاء
الجماعة ، واشترك معهم فى نشاطهم . وفى نهاية الجلسة يجتمع الجميع
حول مائدة الغذاء يتناولون الطعام والشراب معا ، ويتناقشون فيما يعن لهم
من موضوعات ، ويزداد التعاون والتفاعل بين أعضاء الجماعة .

وعلى العموم يلاحظ أن المعالج يكون أحيانا محايدا ، ويكون ما يريده
الأطفال أن يكون . وبالتدريج يشجع جو الأمن فى الجماعة . ويتناول المعالج
ما يظهر خلال هذا النشاط من سلوك الأطفال المنحرف بالتعديل والتصحيح .
ويستكشف المعالج أيضا من خلال الأطفال وتفاعلهم فى اطار الجماعة نواحي
التفسير الموجب ويشجعه .

وهكذا تقل مقاومة الأطفال ، ويحدث التنفيس الانفعالى ، عن طريق
النشاط ، ويعبرون عن مشاعرهم خلال اللعب . كذلك تنمو الاهتمامات ،
ويتضح التوافق الاجتماعى .

وفى النهاية يلاحظ زيادة ثقة الأطفال فى أنفسهم عندما يجدون أنهم
يستطيعون البناء والابتكار ، وتخفى لديهم نزعات السلوك التخريبى
الهدام ، ويزول التشاحن ليحل محله التعاون ، ويختفى التوتر والخوف ،
وتنمو الصداقات الاجتماعية داخل وخارج الجماعة ، ويتضاءل الخجل
والانسحاب .

ويلاحظ أن الأطفال الذين ينجح معهم هذا الأسلوب العلاجي هم أولئك الذين يحتاجون إلى تكوين علاقات شخصية بناءة مع أقرانهم أكثر من تكوين علاقات مع معالج كبير ، ومع الذين يحتاجون إلى خبرات جماعية بناءة ، ومع الذين يعانون من الرفض في أسرهم ، وفي المدرسة ، أو المجتمع بصفة عامة .

علاج الأسرة : Family Therapy

سبق أن ذكرنا أن العلاج النفسي الجماعي يستخدم مع آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة ، أو في علاج الأسرة بأكملها كوحدة ، عندما تشابك مشكلات أفراد الأسرة ، أو على الأقل أعضاء الأسرة الذين تتعلق بهم (مثل الأم والابن ، أو الأخ أو الأخت) . وقد يمتد العلاج ليشمل الجد والجدة وبعض الأقارب . ويستخدم كذلك في توجيه الآباء والأمهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأطفال . ويستخدم أيضا في توجيه الأزواج . ويعتمد هذا الأسلوب العلاجي على أهمية الأسرة كوحدة بالنسبة لنمو الشخصية والتوافق النفسي لدى الفرد ، وكذلك يقوم على أساس أن الأسرة المضطربة تعتبر تربة حقيقية لنمو الاضطرابات النفسية لدى عضو أو أكثر من أعضائها ، وأن الطفل المضطرب ما هو إلا عرض من أعراض اضطراب الأسرة . كولمان Coleman ، ١٩٧٢) .

ويهدف علاج الأسرة إلى ما يلي :

- * تحقيق فهم أفضل عند كل عضو فيها لبقية أعضاء الأسرة .
- * إيجاد فهم أفضل الوسائل للتعامل مع أعضاء الأسرة .
- * حل المشكلات المشتركة بينهم .
- * التخلص من التوتر الانفعالي في الأسرة .
- * حل الصراعات المرضية والقلق الذي يعكر صفو الحياة الأسرية .
- * تحقيق التقارب والتوافق بين أفراد الجنسين ، وبين الأجيال المختلفة كما بين الأجداد والحفدة مثلا .
- * تقوية وتحسين الأسرة ضد احتمالات الاضطرابات النفسية .
- * تحقيق الصحة النفسية في الأسرة كجماعة وبالنسبة لأفرادها .

ولجأ المعالج النفسي إلى علاج الأسرة عندما يلاحظ أن أكثر من عضو

من أعضائها يعاني من اضطراب نفسي ، وعندما يشعر أعضاء الأسرة أن هناك ما يدعو فعلا إلى اللجوء إلى العلاج النفسي . وعادة ما تدفع الأسرة بأحد أعضائها على أنه هو الفرد المريض ، ولكن في معظم الحالات سرعان ما يتكشف للمعالج أن الأسرة التي دفعت بمثل هذا الشخص يعاني أعضاؤها جميعا من اضطرابات مختلفة متفاوتة في درجتها .

ويتم علاج الاسرة اما في العيادة او في المنزل . وتكون الجلسات عادة مرة كل اسبوع ولمدة ساعة في المتوسط .

وثاني الاسرة عادة الى جلسة العلاج في حالة من التوتر الانفعالي الذي يلحظه المعالج بسرعة ، فقد يجد المعالج نفسه امام عضو يقوم بدور المعاقب المتجنى ، وآخر هو الضحية وكبش الفداء ، وثالث قد يمثل رجل السلام في حرب الاسرة . ويلاحظ ان بعض الاسر تتقف اثناء المقابلات العلاجية وراء واجهة مصطنعة ، وبعضها تبدو سافرة الاضطراب ، وبعضها يكون على حافة الانفجار .

ويقوم **المعالج** في الموقف الجماعي بدراسة تاريخ الاسرة سعيًا نحو التشخيص الصحيح للاضطراب . وحيثما يجد المعالج نفسه امام سلسلة من الدفاع والهجوم واللوم والانكار والتبرير . الخ . واذا افلح المعالج في بلورة هذه الجوانب ووضعها في اطارها الصحيح ، فانه بذلك يسير متعاونًا مع الاسرة نحو الوصول الى الحلول الصحيحة للمشكلات . ويركز المعالج على ملاحظة العلاقات الاسرية مثل دخولهم الى حجرة الاجتماع ، من يجلس بجوار من ، من ينظر نحو من ، من ينظر بعيدا عن من ، من يتكلم ، ومن يسمع ، من يتنسم ومن يظل متجهما . وعلى المعالج أن يلاحظ بصفة خاصة ان هناك اسرارًا وموضوعات خاصة يجب الا تثار في حضور كل أعضاء الاسرة مجتمعين . ومن ذلك المشكلات الجنسية مثلا . وقد يلجأ المعالج الى أسلوب المواجهة بين أعضاء الاسرة ، فيتناول وسائل الدفاع السائدة موضحا ايها غير مجدية أو غير مناسبة أو ضارة ، ويشجع وسائل الاتصال الأكثر مباشرة وفعالية بين أعضاء الاسرة ، ويعمل على اشاعة جو من السعادة والفهم والتقبل ، مما يخفف حدة التوتر ويزيد التعامل ، ويقلل المقاومة .

وفي اثناء **الجلسات العلاجية** يلاحظ المعالج ان ما قد يخفيه أحد الوالدين قد يكشفه الآخر . وما قد يخفيه الوالدان قد يفصح عنه أحد الأطفال . وعندما يصف أحد الأعضاء خبراته مع الأعضاء الآخرين بطريقة خاطئة أو مبالغ فيها فان الآخرين يصححون ذلك .

وهكذا نجد ان علاج الاسرة هو بالضرورة عملية تعليمية ، يحاول فيها المعالج ان يحول محور المناقشات من الاختلافات حول من المصيب ومن المخطئ ، ومن المريض ومن السليم ، الى موضوعات اعم واشمل بالنسبة للاسرة ككل ، وبالنسبة لأعضائها كأفراد .

هذا وهناك حالات لا ننصح فيها باللجوء الى علاج الاسرة . ومن هذه وصول الاسرة الى درجة من الاضطراب الذي يهدد بانهارها . ومنها أيضا

اشتمالها على حالات مرضى الهذاء ، او السيكيوباتية ، او الاجرام ، وحالات الخيانات الزوجية .

التحليل النفسى الجماعى Psychoanalysis in Groups

فى هذه الطريقة تطبق مبادئ التحليل النفسى الفردى ، كما سبق ان اوضحناها تفصيلا ، مع بعض التعديلات الضرورية فى ادارة دفة الجلسات الجماعية (سلافسون Slavson ، ١٩٥٠) .

وعلى سبيل المثال قد يلقى المعالج بتعليمات الى المرضى فى بدء الاجتماعات بان تجرى مناقشاتهم واجاديتهم فى موضوعات المناقشة على طريقة التداعى الحر ، وقد يتيح فرصة تحليل الاحلام .. الخ .

ويؤمن اصحاب هذه الطريقة بأهمية علاقة التحويل التى تربط شخص المعالج بكل مريض فى الجماعة ، والتى تربط شخص المريض بالمرضى الآخرين فى الجماعة العلاجية . ويقولون ان كل ما يلاحظ فى التحليل النفسى الفردى مثل المتاعب ونمو البصيرة ... الخ ، يحدث فى الموقف الجماعى .

ويرى بعض المعالجين المتحمسين لطريقة التحليل النفسى الجماعى ان كل مريض يجلب الى الجماعة توترا لا شعوريا متصلا بموضوع لا شعورى . وهو يحاول ان يفرغ هذا التوتر بالتأثير على أعضاء الجماعة الآخرين ، ويتفاعل معه أعضاء الجماعة المرضى . ونظرا لأن الحاجات يتم بعضها البعض ، تنشأ مشكلة عامة للجماعة تؤثر فى سلوكها ، ويأخذ كل عضو موقفا خاصا به بالنسبة لهذا التوتر فى الجماعة . ويسمح التحليل النفسى الجماعى بالكشف عن النمط الدفاعى الخاص بكل مريض ضد التوتر اللاشعورى المسيطر عليه . واحسن طريقة هى الاقتصار على استخدام تفسيرات التحويل فقط ، أى تفسير ما يحدث فى الجماعة فى ظروفها الراهنة .

ويجبذ البعض ان يلجأ المعالج الى الجلسات التحليلية الفردية فى بادىء الامر ، ثم يستخدم الجلسات الجماعية ويستفيد منها بقدر ما يستطيع ، تاركا الامور التى تحتاج الى تفسير اعمق الى جلسات تحليلية فردية لاحقة . (واطلسون Watson ، ١٩٦٣) .

ونتيجة للتحليل النفسى الجماعى يتحسن بعض المرضى ، ويلاحظ ادى البعض تغيرات ملحوظة سريعة ، بينما لا يتغير بعض الافراد الذين يتصفون بالجمود والمعارضة .

ويقول انصار هذه الطريقة ان التحليل النفسى فى الاطار الجماعى

يتيح فرصة أكبر للاخذ والمطاء بين المعالج والمريض . وفكر (وندر Wender ١٩٤٠) ان التحليل النفسى الجماعى قد افاد بدرجة كبيرة فى علاج حالات الفصام الخفيف والاكتئاب الخفيف ، وحالات الهستيريا .

تقييم العلاج النفسى الجماعى :

مزايا العلاج النفسى الجماعى :

- يمكن تلخيص اهم مزايا العلاج النفسى الجماعى فيما يلى :
- * يؤدى الى اقتصاد كبير فى نفقات العلاج .
- * يؤدى الى خفض كبير فى عدد المعالجين .
- * يؤدى الى توفير الجهد المبذول من جانب المعالج النفسى .
- * له اثر تنفيسى فوقيمة كبيرة ، اذ فيه مجال لانطلاق الانفعالات واسقاطها على أعضاء الجماعة دون أى نقد ، وهو يمد المرضى بالسند الانفعالى المطلوب فى العلاج النفسى عن طريق العلاقات الجماعية .
- * يقلل مشاعر القلق والشعور بالاثم ، ويجعل الفرد اميل الى التسامح تجاه الخبرات الاجتماعية المحيطة .
- * يستغل المشاعر التى تنمو فى الجماعة لزيادة دفع المرضى نحو العلاج .
- * يقلل من حدة تركز المريض حول ذاته ، ويوفر الفرصة لتحقيق الذات واحراز المكانة والتقدير مما ينمى الثقة فى النفس ، ويقوى عاطفة اعتبار الذات لدى المرضى .
- * يكفل تصحيح وتعديل مفهوم الفرد عن ذاته وعن الآخرين وعن العالم الخارجى عموما ، فى اتجاه زيادة تقدير الذات والتحقق من قدراته مما يزيد بالتالى من تقبل الفرد للآخرين وتقبل الآخرين له .
- * يقوى احترام المريض لذاته ويشجعه على البحث عن طريق افضل لحل صراعاته ومشكلاته ، مما ينمى شعوره بقيمته ، ويقلل من مخاوفه ، ويقضى على سلوكه غير السوى ، ويفتح الطريق امام نمو انماط سلوكية سوية .
- * يتيح الفرصة لنمو العلاقات الاجتماعية ، وحل الصراعات والمشكلات فى موقف جماعى قريب الشبه بمواقف الحياة الواقعية العملية .
- * يشعر المريض بحرية أكثر ويحمله مسئولية أكبر عن نفسه وعن الآخرين .
- * يساعد فى تعديل اتجاهات المريض واكتساب معايير سلوكية اجتماعية ومهارات وقيم جديدة . ويتيح الفرصة امام المريض ليخبر رد فعل الآخرين لسلوكه السوى وغير السوى على حد سواء .
- * يتيح فرصة نظر المريض الى مشكلاته من جوانب وابعاد جديدة .
- * يكتسب المريض انماطا جديدة من السلوك الاجتماعى لا يمكن اكتسابها فى نطاق العلاج الفردى .

* يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذى يعانى من الاضطراب النفسى أو من مشكلة نفسية معينة ، وأن هناك كثيرين غيره ، مما يحدث بينهم نوعاً من المساندة والمساعدة والتعاون فى حل مشكلاتهم المشتركة ، ومن ثم فإنه يقلل من شعور المريض بالعزلة . ويعتبر ذلك مساندا عاطفيا للمريض يعينه على الاستبصار فى نفسه فى اطار العلاقات والتفاعل الاجتماعى ، مما يقلل آثار الانزعاج والتفويض التى تسببها مشكلاته النفسية .

* يتيح فرصة الاستفادة من والاتعاظ بأخطاء الغير حين يسمع قصصهم وتاريخ حياتهم .. الخ (١) .

* يعتبر وسيلة تساعد الفرد فى التغلب على الحيرة والقلق والاختلاف والضعف والضياع الذى قد يشعر به حين يحاول مواجهة الواقع الذى يتجسد فى زيادة ضغوط الجماعات التى ينتمى إليها فى اطار المجتمع الكبير .

* يجمع بين خبرات الفرد الداخلية وبين الواقع الاجتماعى الذى يعيش فيه .

* يتيح الفرصة لاختيار أشكال مختلفة من السلوك والواقع الاجتماعى .

* يتيح الفرصة لخبرات اجتماعية مناسبة مع افراد الجنس الآخر لمن تعوزهم هذه الخبرات ولمن يعانون من الخجل أو الحرج فى وجود الجنس الآخر .

* يعتبر أفضل وسيلة علاجية بالنسبة لبعض المرضى الذين لا يتجاوبون ولا يتعاونون فى العلاج النفسى الفردى .

* يعتبر أنسب طرق العلاج النفسى فى البلاد النامية التى تعاني من نقص شديد فى عدد المعالجين النفسيين . ولذلك فإن له أهميته القصوى من الناحية الاجتماعية .

عيوب العلاج النفسى الجماعى :

ويمكن ذكر بعض عيوب العلاج النفسى الجماعى كما يلى :

* تعتبر عملية العلاج النفسى الجماعى عملية معقدة وصعبة .

* يساعد فى احداث التوافق فى بعض نواحي حياة المريض الا أنه لا يحدث تغييرات جذرية فى التركيب الاساسى لشخصيته .

* قد يشعر بعض المرضى بالخجل اذا وجد المريض أنه يكشف عن نفسه امام الآخرين غير المعالج أو أنه يقوم بتفسير مشكلاته امام غيره من المرضى .

* لا يفيد مع بعض المرضى الذين يعانون من صراعات عنيفة .

* يلاحظ فى الجماعة العلاجية أن بعض المرضى لا يستفيدون بالدرجة

(١) ورد عن الامام على رضى الله عنه انه قال : « السعيد من وعظ بغيره ، والشقى من انخدع لهواه وغروره » .

المطلوبة وقد يصل عدد هؤلاء في الجماعة الكبيرة نسبيا الى حوالى الربع أو الثلث . ويعتمد هذا الى حد كبير على رغبة المريض في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ، وعلى المستوى الانفعالى والقدرة على التعبير عن الانفعالات ، والادراك المرن للسلطة .

مضاعفات العلاج النفسى الجماعى :

- * ويجب عمل حساب بعض مضاعفات العلاج النفسى الجماعى . ومن ذلك :
قد يكون تهديد الجماعة للفرد مبالغا فيه لدى الفرد ، وخاصة أولئك المرضى الذين يعانون من اضطرابات مثل الجنسية المثلية أو العدوان الصريح . وأمثال هؤلاء يجب الحرص التام في وضعهم في الجماعة العلاجية حتى لا يظهر لديهم ردود فعل الفرع أو الهرب أو اللجوء الى العقاقير أو محاولة الانتحار .
- * وهناك بعض المرضى يجب عدم استخدام هذا النوع من العلاج معهم بسبب الضرر الذى قد يحدث نتيجة العلاقات المتبادلة التى يشعر بها والتوتر الانفعالى الذى قد يصاحبها .
- * وهكذا ينصح بعدم وضع المرضى الذين يعانون من الصراعات العميقة وتفكك الشخصية الشديدة في الجماعات العلاجية تفاديا لظهور أى مضاعفات .

العلاج الاجتماعى

SOCIOTHERAPY

يدخل تحت العلاج الاجتماعى ما يسمى **العلاج البيئى** environmental treatment **وعلاج المحيط البيئى** milieu therapy **وعلاج الدفعة الكلية** total push **والعلاج الاجتماعى** عبارة عن التعامل مع البيئة الاجتماعية للمريض وتعديلها أو تغييرها أو ضبطها أو نقل المريض اما مؤقتا أو بصفة مستديمة من البيئة الاجتماعية التى أدت الى الاضطراب النفسى الى بيئة اجتماعية أخرى بما يتيح ويحقق

التوافق النفسى السوى المنشود .

(ماستر Master ، ١٩٦٧ ، بول

Paul ١٩٦٩) . (انظر شكل ٩٥)

وهكذا نجد ان هدف العلاج هو

تغيير وضبط البيئة الاجتماعية التى

أدت الى الاضطراب النفسى وجعلها

بيئة اجتماعية علاجية سواء كان ذلك

في الاسرة أو المدرسة أو في المستشفى

أو في العيادة النفسية أو في مؤسسة

الايذاء أو في المجتمع بصفة عامة .



(شكل ٩٥) العلاج الاجتماعى

والعلاج الاجتماعي أكثر جدوى في حالات الأطفال والمراهقين منه في حالات الراشدين والكبار وذلك لأن الأطفال والمراهقين في مرحلة نمو وتكوين وتعديل سلوكهم أسهل بينما الراشدون والكبار قد انتظم سلوكهم ونضج على النحو الذي أصبح عليه تعديل سلوكهم أصعب نسبياً .

هذا ويعاون المعالج النفسي في عملية العلاج الإخصائي الاجتماعي . ومن ثم فهو يحتاج الى تدريب شامل في ديناميات الشخصية وفي العلاج الجماعي وعلاج الأسرة وفي استخدام مصادر الخدمة الاجتماعية وفي التوجيه والعلاج النفسي .

ومن أهم ميادين العلاج الاجتماعي مستشفيات الأمراض النفسية ومؤسسات جناح الأحداث والقوات المسلحة حيث يكون على المعالج النفسي والإخصائي الاجتماعي تهيئة ظروف بيئة اجتماعية علاجية .

أساليب العلاج الاجتماعي :

في محيط الأسرة :

الأسرة هي البيئة الاجتماعية الأساسية للفرد . وفي محيطها قد يحتاج الأمر الى إجراء ما يلي :

✱ **الاستعانة بالوالدين** في تهيئة جو أسري هادئ سار .
✱ **تغيير اتجاهات المحيطين** والمخاطبين في الأسرة خاصة الزوج والاقارب وحتى الجيران .

✱ **علاج الوالدين** وهذا قد يكون أكثر إلحاحاً من علاج الطفل المريض نفسه . فقد يتطلب الأمر مساعدة الوالدين فيما يتعلق بتربية الأطفال وتوجيههم بخصوص مشكلة الطفل وخصائص نموه بصفة عامة وضرورة وكيفية التغيير في أسلوب معاملتهما للطفل واتجاهاتهما وشرح الاضطراب وتفسيره وما يستتبع ذلك من تغيير في معاملة الطفل وسلوكه . وهذا يفيد ولا شك من عدة جلسات علاجية وجها لوجه مع الطفل .

✱ **علاج الأسرة** بأسرها وحل مشكلات الزواج والمشكلات الاقتصادية ومشكلات الحياة الأخرى التي يكون لها أثر على الحالة .

✱ في بعض الأحيان قد يتطلب الأمر وضع الطفل في أسرة بديلة (بالتبني) بدلا من أسرته الراضية أو الطاردة أو المزقة أو في حالة اضطراب الوالدين نفسياً وعقلياً بدرجة لا تسمح برعايتهم للطفل .

✱ في أضيق الحدود أيداع الطفل في مؤسسة داخلية بعيداً عن أسرته المهددة

غير الآمنة وبشرط أن يكون الإيداع بالمؤسسة أفضل من البقاء في المنزل كآخر حل (١) .

في محيط المدرسة :

تلمب المدرسة دورا هاما يلي دور الأسرة في العلاج الاجتماعي . وهنا يتعاون المعالج النفسي والاختصاصي الاجتماعي مع المدرسين وباقي الاختصاصيين في المدرسة . فالمدرسة تكتشف القدرات وتنميها وتستغل الهوايات وتشبع الحاجات ، ويمارس فيها التلميذ المحاولة والخطأ والنجاح والفشل والتنافس والتعاون ، ويتعلم فيها الفرد الحياة نفسها .

وقد يتطلب الحال تعديل بعض **الخبرات المدرسية** أو تقديم خبرات خاصة مناسبة للطفل المشكل عن طريق تعاون المعالج النفسي والاختصاصي الاجتماعي والمدرسي .

ولابد من من **اتصال الأسرة والمدرسة** وتعاونهما في الحالات العادية بصفة عامة والحالات المرضية بصفة خاصة .

في المستشفى :

يجب أن يكون **الجو العلاجي** في مستشفى الأمراض النفسية أو العيادة النفسية مناسبة ومساعدة في عملية العلاج ومفيدا في اكتساب مفاهيم واتجاهات جديدة .

ويجب العمل على نقل المريض من مجتمع المستشفى الى المجتمع الخارجي وتيسير وتمهيد الطريق امامه لينقل من المستشفى الى الأسرة والمجتمع ، وذلك بمناقشة الأسرة والزلاء وغيرهم في حالة المريض وشفاؤه ومايتوقعونه منه وكيف يستجيبون لسلوكه .

في مجال العمل :

إذا لم يكن للمريض عمل فيجب مساعدته في إيجاد عمل له . وفي حالة وجود عمل يجب جعل العمل أكثر مجلبة للرضا ، أو تغييره إذا لم يكن كذلك تحقيقا للشعور بالقيمة وتقبل الذات . وفي كل الحالات يجب افهام الرؤساء والزلاء عن طبيعة المرض وشفاء المريض .

في المجتمع :

في اطار المجتمع الكبير يفيد العلاج الاجتماعي على النحو التالي :

*** الاستعانة بالمعايير الاجتماعية والقيم والعادات والتقاليد في تعديل السلوك المنحرف أو الشاذ .**

(١) نقول هذا ونحن نعلم تماما أن الأسرة الفقيرة أحسن من الأسرة البديلة ، وأن الأسرة البديلة أحسن من مؤسسة الإيداع .

- * **تهيئة بيئة اجتماعية صحية للتأهيل .**
- * **اسهام الاقارب والاصدقاء والرفاق واصحاب العمل وجماعة العمل وغيرهم في التخفيف من حدة التوتر التي قد تكون موجودة في البيئة الاجتماعية .**
- * **تعديل الظروف الاجتماعية واحداث التغييرات اللازمة في ظروف المعيشة وتعديل الاطار الاجتماعي العام للمريض وعلاجه في مواقف الحياة الخارجية . وهنا يمكن للعلاج الاجتماعي ان يؤتى ثماره في اطار العمل والحياة العامة اى في موقع المريض نفسه .**
- * **الاستفادة من النوادي والمسكرات في توسيع الاطار الاجتماعي للفرد وتقبل الآخرين والاستقلال خصوصا في حالات الاطفال المدللين وحالات الحماية الزائدة .**
- * **ضبط عملية التنشئة الاجتماعية واجراء بعض التمديلات والتغييرات اللازمة في باقى وسائل وعوامل هذه العملية مثل وسائل الاعلام ودور العبادة وجماعة الرفاق .**
- * **دفع المريض في برنامج اجتماعى مخطط للنشاط والعلاج .**
- * **تقديم خبرات اجتماعية جديدة افضل وذات قيمة علاجية .**
- * **متابعة المريض بعد عودته للمجتمع وذلك عن طريق الزيارات الدورية التي يقوم بها الاخصائى الاجتماعى والتي قد يجد من خلالها ان المريض فى حاجة الى التردد على المستشفى او فى حاجة الى مساعدة من اجل التوافق السوى فى المجتمع . ويعرف المريض انه اذا ما تراكم من الظروف ما قد يصبح مهددا لتوافقه فانه يستطيع العودة الى المعالج للمساعدة حتى يجتاز هذه الازمة بسلام .**

ملاحظات على العلاج الاجتماعي :

مزايا العلاج الاجتماعي :

يتميز العلاج الاجتماعي بما يلى :

- * علاج المريض كإنسان وليس مجرد (حالة) .
- * الاستفادة من اثر الضغط الاجتماعى الملزم فى تعديل سلوك الفرد .
- * زيادة التفاعل والنشاط الاجتماعى .
- * المساعدة فى اعادة التوافق الاجتماعى والتوافق المهنى والتوافق الزوجى .
- * التقليل من السلوك الفردى الغريب الشاذ .
- * اعادة الثقة فى النفس .
- * ادماج نشاط المريض اليومى فى برنامج العلاج .

صعوبات العلاج الاجتماعي :

ومن صعوبات العلاج الاجتماعى انه يصعب احيانا ضبط بيئة الراشدين .

ويصعب أحيانا الاتصال بالازواج والرؤساء ، ويصعب عادة تغيير نظام حياة الكبار والمسنين .

العلاج بالعمل

OCCUPATIONAL THERAPY

من وجهة نظر العلاج النفسي يعتبر العمل عند الكبار وكأنه اللعب عند الاطفال باعتباره نوعا من التعبير والتفيس المريح .

ولقد أصبح العلاج بالعمل عن طريق مشاركة المريض في نشاط مهني من أهم الطرق والوسائل العلاجية في الامراض النفسية ، وهو علاج ضروري بكل العلاج الجسمي والعلاج النفسي بكافة انواعه . واصبح وصف العمل المناسب للمريض من اهم ما يعنى به المعالج النفسي .

والغرض من العلاج بالعمل بصفة اساسية هو شغل وقت المريض والمساعدة في عملية التشخيص والعلاج والتأهيل . وليس الغرض من العلاج بالعمل — ولا ينبغي أن يكون — هو تحقيق المنفعة المادية . ان المال والسلم واستنفاد الطاقة فيما لايفيد في فترة العلاج النفسي الذي يستغرق عادة وقتا طويلا ، يعتبر عاملا يزيد الحالة



المرضية سوءا . ومن ثم فسان استخدام العلاج بالعمل المخار بدقة وعناية يعتبر ذا أهمية وحيوية .

والعلاج بالعمل علاج بكل معنى الكلمة تحدد ساعته ونوعه ويلاحظ المريض انشاءه . ويتوقف نوع العمل على شخصية المريض وسننه وصحته العامة ونوع مرضه والتطور الذي يمر به هذا المريض (انظر شكل ٩٦) .

(شكل ٩٦) العلاج بالعمل

استخدامات العلاج بالعمل :

يستخدم العلاج بالعمل لتحقيق الاهداف التالية :

- * **توجيه المريض الى عمل نشط** مثل النجارة و الحدادة ، وكلاهما يتضمن الطرق حتى يتفادى المريض استدخال العدوان ، ويمكن من توجيه هذا العدوان خارجا ، ويسترد الامل والثقة في نفسه ، ويفيد بصفة خاصة في حالة مرضى الاكتئاب .
- * **تحويل طاقة المريض في مهنة نافعة** ، وهذا يعتبر من اهم ما يمكن حتى وان

كانت المنتجات ذات قيمة محدودة ، ويفيد بصفة خاصة في حالة مرضى الهوس .

- * **التخلص من التركيز على الانفعالات النفسية** التي سببت الاضطرابات ويفيد بصفة خاصة في علاج الامراض النفسية الجسمية .
- * **المساعدة على التعبير عن المشاعر ، والتخفف من الميول الاجتماعية** واحلام اليقظة ونقص الاتصال بالواقع ، ويساعد في تركيز الانتباه ، ويفيد بصفة خاصة في حالات مرضى الفصام .

قسم العلاج بالعمل :

يخصص للعلاج بالعمل عادة قسم خاص يقسم الى اقسام فرعية او ورش مختلفة . ويكون قسم العلاج بالعمل الخاص بالرجال عادة منفصلا عن القسم الخاص بالنساء ويمكن أن يقوم بعض المرضى بالعمل في عتابر المستشفى وقاعاتها العادية . وحتى المرضى الذين لا يستطيعون ممارسة السرير لاسباب جسمية او عقلية يمكن أن يشغل وقت فراغهم بالعمل في أماكنهم .

ويشرف على القسم **اخصائيون** في العلاج بالعمل وخبراء للتدريب في مختلف الحرف .

ومن **انماط العمل** الذي يقوم به المرضى ما يلي :

- * العمل الروتيني في العنبر ، مثل النظافة والغسيل .
- * العمل في المغسل أو المطبخ .
- * الاعمال اليدوية المتنوعة مثل صناعة السجاد ، والنسيج ، واعمال الخيزان ، وصناعة السلال ، والحيكة ، والصناعات الجلدية ، والتجارة واشغال الابرة والتريكو ، واشغال الخرز ، والرسم بالماء والزيت ، وصناعة اللعب ، وصناعة الخزف والنحت ، وفلاحة البساتين .

وكما سبق أن ذكرنا لا ينظر ان يحقق قسم العلاج بالعمل انتاجا بمعنى الكلمة وربحا ماديا . ان **انتاجه** يجب ان يكون تغيير سلوك المرضى وربحه يجب ان يكون تحقيق الشفاء .

الطريقة :

يمكن **تقسيم المرضى** بالنسبة للعلاج بالعمل الى ثلاثة اقسام رئيسية :

- * المرضى الاكفاء المهتمين بالعلاج والمقبلين عليه (في دور النقاهة) .
- * المرضى الاقل كفاءة واهتماما (وهناك أمل في شفائهم) .
- * المرضى المتبلدين المنصرفين (الزمنيين) .

ويقوم كل فريق بما يمكن ان يقوم به . وتكون المهمة مع القسم الاول سهلة ، وايسر عن القسم الثاني ، وتكون النتيجة عادة افضل في القسمين

أما القسم الثالث فيحتاج الى كل انواع الاثارة والتخسيس والتبسيط والوضوح في التعليمات والعمل ، ويعتبر أى تقدم يحرز هنا مكسبا مهما كان بسيطا .

وينبغي أن يكون **بدء العمل سهلا** بسيطا مشوقا ، حتى يلمس المريض انتاجه وتفوقه ، مما يزيد حماسه للاستمرار والمثابرة ، ثم يزداد العمل صعوبة وتعقدا حسب استجابة المريض وتقدمه .

ويقوم **الاخصائى النفسى بالاشتراك مع اخصائى العلاج بالعمل** بتحديد نوع العمل وكميته وأوقاته ، فى ضوء معرفة شخصية المريض . وميوله وسنه وصحته العامة ونوع مرضه والطور الذى يمر به هذا المرض ، وبحيث يشتمل أيضا على عنصر الترويح والتسلية .

ويرى بعض المعالجين انه يجب اتاحة حرية اختيار العمل امام المرضى بعد عرض كل الاعمال المتاحة عليهم .

ويلاحظ ان العلاج بالعمل يجب الا ينتهى بخروج المريض من المستشفى ، وانما يجب أن يستمر فى منزله فى فترة النقاهة . ولذلك قد يتردد المريض على قسم العلاج بالعمل من الخارج ضمانا للوقاية من شر النكسة ، ومؤهلا للاستمرار فى التقدم نحو المستوى المرجو من السواء . ويعتبر ذلك أيضا وسيلة لضمان استمرار اتصال المريض بالمستشفى لاطول مدة ممكنة من الوقت .

ومما يساعد على تحقيق الفائدة المرجوة من العلاج بالعمل القيام بالرحلات الخارجية وزيارة المصانع واقامة الحفلات الترفيهية العديدة وتوزيع الهدايا والجوائز على المتفوقين من المرضى .

دور المعالج :

يجب على المعالج اشراك عدد آخر من الاخصائين او المساعدين فى العلاج حتى لا تقتصر مسؤولية العلاج ، وحتى لا يقع عبؤها كله على المعالج والمريض فقط .

ويجب على المعالج المدرك الفاهم لاهداف العلاج وقيمة العلاج أن يشرك مرضاه فى هذا الادراك والفهم حتى لا يتصور المرضى أنهم موضع استغلال .

وعلى المعالج أن يراعى دقة تحديد مدة العلاج ووقته ، واعداد واثارة اقبال المريض وحماسه للعمل .

وغنى عن القول أن تهيئة الجو النفسى المناسب للعمل فى الاطار العلاجى من اهم مهام المعالج النفسى . فقد يقابل حالات من الشعور بالفشل والاحباط لدى المرضى ، وعليه ان يتغلب على هذا كله .

ومن المهم ان يلاحظ المعالج مدى استجابة المريض لهذا النوع من العلاج ، وأن يسجل ما يطرأ من تغيرات على سلوك المريض ، وما قد يستجد من أعراض أثناء العلاج بالعمل أو نتيجة له ، حتى يعدل أو يغير نوع العمل .

ويجب ان يكون المعالج حريصا بخصوص ما قد يحدث من طوارئ فى قسم العلاج بالعمل ، حيث توجد معدات قد تستخدم فى العدوان أو الانتحار وغير ذلك من الطوارئ (سومر Sommer ، ١٩٦٩) .

فوائد العلاج بالعمل :

يمكن تلخيص اهم فوائد العلاج بالعمل فيما يلى :

- * يجنب المريض الملل والسأم ، ويشغل وقته ويجعل حياته مليئة بما يفيد خلال فترة العلاج .
- * يقلل التوتر النفسى ويجعل المريض أقل احتياجا للمهدئات .
- * يكون بمثابة نشاط جسمى ينشط المرضى الكسولين المتواكلين وينمى انتباه المريض ، ويجعل اهتمامه بما حوله مستمرا ، ويثير اهتمامه بشئ آخر غير أعراضه .
- * يرفع روح المريض المعنوية ، ويشعره انه مازال ينتج شيئا مفيدا ، ويزيد من ثقته فى نفسه وشعوره بالامن ، ويبعث أملا فى الشفاء .
- * يخرج المريض بعيدا عن نفسه ويجدد اتصاله بالعالم الخارجى ، ويساعد على اتصاله بالواقع والتوافق معه ، ويوجه الطاقة الجسمية والنفسية للمريض الى اتجاهات خارجية منتجة بدلا من توجيهها الى التحطيم مثلا .
- * يهىء حياة اجتماعية متفاعلة يسودها التعاون والتنافس الصحى ، مما ينشل المريض من عالم الانطواء والاستغراق فى أحلام اليقظة والتأمل فى خيالاته وهلوساته ، ويفيد فى عملية التطبيع الاجتماعى للمريض .
- * يحدث تغيرا فى البيئة الشخصية والانفعالية للمريض .
- * قد يهىء للمريض اتقان عمل يفيد منه بشكل جاد بعد خروجه من المستشفى . وهذا يكون للعمل فائدته من حيث تأهيل المريض مهنيا .
- * يفيد فى عملية التشخيص حيث يمكن فهم سلوك المريض وأعراضه ومشاعره واتجاهاته ودوافعه ، وذلك بتشجيعه على شرح ما يقوم به من عمل أو تكوين أو رسم ، ويقدم المعالج بعض التفسيرات حول المحتوى والشكل واللون والانتاج الفنى .. الخ .

- * يساعد في تقدم المريض أثناء العلاج ، حيث يتخلص من دوافع المدحون أو النكوص ويحقق قسطا من تكامل الشخصية ، ويجعل المريض أكثر تقبلا لأنواع العلاج الأخرى .
- * ويلاحظ أنه مع تحسن المريض مع العلاج يتحسن أدائه في العمل .
- * ويقول جمال ماضى أبو الغزائم (١٩٦٢) ان الاحصاءات تدل على انخفاض مدة إقامة المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية نتيجة لتطبيق العلاج بالعمل .

العلاج باللعب PLAY THERAPY

يعتبر اللعب من الأساليب الهامة في تعلم ودراسة وتشخيص وعلاج مشكلات الأطفال ، وتقول سوزانا ميلار S. Millar (١٩٦٧) ان العلاج باللعب استخدم حتى في اطار طرق العلاج الأخرى . فمثلا استخدمه سيجموند فرويد في علاج حالة « هانز الصغير » ، واستخدمته هيرمين هلموث H. Hellmuth في علاج الأطفال المضطربى العقل بغرض ملاحظتهم وفهمهم ، واستخدمته ميلانى كلاين M. Klein في علاج الأطفال كبديل للتداعى الحر في علاج الكبار وافترضت أن ما يفعله الطفل في اللعب الحر يرمز الى الرغبات والمخاوف والمباهج والصراعات والهجوم اللاشعورية واستخدمت دمي صغيرة لتمثل الأشخاص في اللعب الاسقاطى ، وطبقت انا فرويد A. Freud اللعب كاسلوب تعليمى علاجى مع الأطفال .

الأسس النفسية للعلاج باللعب :

والعلاج باللعب من الطرق الهامة في علاج الأطفال المضطربين نفسيا . واللعب هو أى سلوك يقوم به الفرد بدون غاية عملية مسبقة . وهو يعد أحد الأساليب الهامة التى يعبر بها الطفل عن نفسه ، ويفهم بها العالم من حوله .

ويختلف اللعب في مراحل النمو المتتالية . ففى الطفولة نلاحظ أنه بسيط وعضلى ، ثم يدخل الذكاء والتفكير في لعب الطفل ، ويفيد في النمو الجسمى والعقلى . وفى الطفولة المبكرة يكون اللعب في جملة فرديا ، ثم يتجه الى المشاركة مع الآخرين ، ويشاهد « اللعب الإيهامى » ثم يكون الطفل اصدقاء اللعب وتظهر أهميته الاجتماعية في تعلم السلوك الاجتماعى ، ويتميز لعب الذكور عن لعب الإناث . وفى الطفولة المتأخرة تظهر الألعاب الجماعية ، ثم تظهر الهوايات وبزوغ الميول والاهتمامات . وفى المراهقة المبكرة تبدأ المباريات ، ويسود اللعب الاجتماعى والترفيه وتنضج روح الجماعة . وفى المراهقة الوسطى والمتأخرة يظهر التمسك بقواعد اللعب وقوانينه .

ويعتبر اللعب وأدوات اللعب انعكاسا للحضارة التي يعيش فيها الطفل والخبرات التي يمر بها . فلم يلعب الاطفال في القرن الماضي بالطائرات والصواريخ كما يلعب اطفالنا الآن . والبنيت تدلل عروستها كما تدلل الام طفلها .

وهناك عدد من نظريات اللعب تحاول تفسير لماذا لا بد ان يلعب الاشخاص في كل الاعمار . واهم هذه النظريات ما يلي :

* **نظرية الطاقة الزائدة** : وتقول ان اللعب تنفيس غير هادف للطاقة الزائدة عند الفرد . ويمكن الاستفادة من طاقة النشاط الزائدة في عمل مفيد بتحويلها من التنفيس غير الهادف الى التنفيس الهادف ، فمثلا بدلا من رعاية الطفلة عروسة من القماش لماذا لا ترعى اختها الصغيرة .. وهكذا .

* **النظرية الغريزية** : وتقول ان اللعب يستند الى اساس غريزي ، وانه يتيح فرصة تهذيب وتدريب وممارسة النشاط الغريزي الضروري في حياة الرشد ، ويهيئ الفرصة لتطور السلوك السوي الى ان ينضج عند حاجة الشخص الى مثل هذا السلوك الناضج . ومن القرن الماضي قال جروس Groos (١٨٩٨) في كتابه The Play of Man ان الغريزة معلمة بعيدة النظر تعمل حساب المستقبل فتعلم الطفل عن طريق اللعب ان يعد نفسه لها . فاللعب ممارسة لنشاط المستقبل ولذلك ينبغي ان يكون جادا وان كان اسمه لعبا . وينصح اصحاب هذه النظرية بضرورة تهديد مخرج لغريزة مثل المقاتلة ودافع العدوان عن طريق اللعب خيرا من كبته وظهوره في صورة غير مهذبة وغير مدربة في حياة الرشد .

* **نظرية التلخيص** : وتفترض ان كل طفل يلخص تاريخ الجنس البشري في لعبه . ويقول اصحاب هذه النظرية ان الطفل وهو يقوم ، وهو يبني الكهوف ، وهو يتسلق الاشجار .. انما يلخص ما كان يعمل اجداده .

* **نظرية تجديد النشاط بالتسلية والرياضة** : وتقول ان اوجه النشاط الرئيسية في الحياة متعبة ومجهدة لدرجة تستوجب تجديد النشاط بالتسلية والرياضة . فاللعب ضرورة للترفيه بعد العمل ، فهو ينسى الفرد ضغط العمل ، ويجدد النشاط والحيوية .

وفما يلي بعض الملاحظات حول التفسير النفسي للعب من وجهة نظر العلاج النفسي :

* اللعب نشاط سار وممتع للفرد وهو حاجة ضرورية لا بد ان تشبع .

* اللعب مخرج وعلاج لمواقف الاحباط في الحياة . فالطفل الذي لا يختاره اصدقائه في موقف قيادي ، قد يجد مخرجا في وضع لعبه في صف وبسيرهم ويتولى الموقف القيادي الذي افتقده . وهذا يظهر ايضا في مواقف عديدة . فاذا ضربت ام طفلها ، فهو يود لو ضربها ردا على

- ضربها له ولكنه لا يستطيع ذلك فيأتى بلعبته ويضربها .
- * اللعب نشاط دفاعى تعويضى ، ويظهر ذلك مثلا فى حالة الطفل الذى يفضل اللعب خارج المنزل حيث يمكنه اللعب مع رفاقه من تعويضى مايفتقده من عطف واهتمام وامكان الظهور داخل المنزل .
- * اللعب الاليهامى المفرط يدل على فشل فى التوافق مع الحياة الواقعية .
- * اغلب ألعاب الاطفال تعتبر بمثابة تمثيلات موضوعها متاعب الطفل ، وهدفها التخفيف من القلق الناتج عن هذه المتاعب .
- وهكذا نلمس الاهمية النفسية للعب وانواع اللعب . ويمكن تلخيص ذلك فيما يلى :
- * يمكن دراسة سلوك الطفل عن طريق ملاحظته اثناء اللعب وهو وسيلة هامة فى تشخيص مشكلاته وعلاجها .
- * يفيد اللعب فى النمو الجسمى والعقلى والاجتماعى والانفعالى للطفل فهو يقوى عضلاته ، ويطلق طاقاته العصبية ويتعلم خلاله الكثير من المعلومات ويتعلم المعايير الاجتماعية وضبط الانفعالات وتعليم النظام الذاتى والتعاون والقيادة .
- * يفيد اللعب فى اشباع حاجة الطفل الى التملك حين يشعر ان هناك اجزاء من بيئته يمتلكها ويسيطر عليها فى حرية وبدون توجيه وفى تفكير مستقل بنفسه عن مشاعره واتجاهاته .
- * يمثل اللعب استكمال لبعض أوجه النشاط الضرورية فى حياة الفرد . فالعمل المتواصل بدون لعب ينمى جزءا من الشخصية ويترك اجزاء اخرى بدون تدريب واللعب هو الذى يكمل ذلك .
- * يعتبر اللعب « مهنة الطفل » ويعبر عن ذلك بأن « الاطفال عمال صفار » واللعب يشعر الطفل بالاستمتاع بطفولته . ولذلك يجب الان جعل الاطفال يسيقون الزمن ويصبحون رجالا صفارا بسرعة قبل ان ينتهوا من طفولتهم . فلندعهم يلعبون ويستكشفون ويتعلمون قبل أن « ينشوا » ياقاتهم .

حجرة اللعب :

تخصص فى المياد النفسية حجرات خاصة للعب تضم لعبا متنوعة الشكل والحجم والموضوع ، وتمثل الاشخاص والاشياء الهامة فى حياة الاطفال والتي توجد فى مجالهم السلوكى .

ومن امثلة اللعب التى تضمها حجرة اللعب : العرائس والدمى التى تمثل أعضاء الأسرة ورجال الشرطة وغيرهم ، واللعب التى تمثل الحيوانات المختلفة ، وقطع خشبية ومعنوية لبناء البيوت ، وقطع الاثاث المنزلى ، ولعب تمثل البنادق والمسدسات ، وقطع من القماش تمثل الملابس والفروشات ،

وقوارير وأواني ، ولعب تمثل وسائل المواصلات المختلفة وأحواض الرمل والماء والذلو والجاروف ، والأشجار والجبال ، وطين الصلصال ، وأقلام والوان وورق للرسم ، الى جانب ذلك قد توجد أدوات مثل الارجوحة «والاراجوز» وغير ذلك .

وعلى العموم فإن **المعالج يختار** من بين هذه اللعب مايناسب سن الطفل ومشكلته .

ويلاحظ أن من المهم أيضا ملاحظة سلوك الطفل أثناء اللعب **خارج حجرة اللعب** وخارج جلسات العلاج حين يعود الطفل الى بيته وأسرته مصدر مشكلاته في غالب الاحيان .

أهمية اللعب في التشخيص :

يلاحظ من الناحية التشخيصية أن الطفل المضطرب نفسيا يسلك في لعبه سلوكا يختلف عن الطفل العادى الصحيح نفسيا . ويستفيد المعالج النفسى من اللعب كوسيلة للاتصال بالطفل واستثارته للتعبير الرمزى عن خبراته في عالم الواقع . ويعتبر كثير من لعب الأطفال تعبيراً عن مشكلاتهم وصراعاتهم التى يعانون منها أثناء لعبهم . فالطفل يسقط على الدمى واللعب انفعالاته تجاه الكبار والتي لا يستطيع اظهارها خوفا من العقاب او توقعه ، وهذا يسهل تشخيصها وتلمس أسبابها النفسية .

ويمكن للمعالج بملاحظة الأطفال وهم يلعبون مع بعض الدمى أو وهم يرسمون ، وبملاحظة كيف يعامل الأطفال بعضهم بعضا ، وكيف يعاملون أدوات اللعب ، وبملاحظة الاحاديث والحركات والانفعالات التى تصاحب اللعب ، يمكنه أن يكشف عن رغباتهم وحاجاتهم ومخاوفهم ومشكلاتهم . وخاصة في حالة التكرار الزائد والاهتمام المفرط بأشياء معينة والعدوان الطاغى والسرقة واضطرابات الكلام والعنف أو قلة النشاط أو فجاجة السلوك .

وأثناء اللعب نجد أن **الطفل يتوحد** مع أحد أفراد الأسرة من اللعب . ويستطيع المعالج أن يتصور الجو الانفعالى للأسرة ، ومن ثم يستطيع أن يفهم مشاعر الطفل الظاهرة والخفية ، وأن يتعرف على اتجاهاته العائلية التى لا يستطيع التعبير عنها بالكلام أو التى لا توجد وسائل أخرى غير اللعب يمكن أن تكشف عنها .

ويركز اخصائيو العلاج باللعب على أهمية التعبير الرمزى في اللعب حيث يقص الطفل قصصا واضحة المغزى عن موقفه مع والديه وأخوته ورفاقه ،

وعن مدى تعلقه العاطفى بهؤلاء ، وعن مبلغ خوفه من العقاب مما له أهمية بالغة فى تشخيص اضطرابه .

وفىما يلى أمثلة لما يلاحظه المعالج أثناء لعب الاطفال ويستفيد منه فى عملية التشخيص : سن رفاق اللعب (اصغر أم اكبر) ، عدم الاستمتاع باللعب ، الاندفاع العدوانى والتوتر والضييق وتحطيم اللعب ، تفضيل اللعب منفردا ، القيادة والتبعية فى اللعب ، مخاطبة أدوات اللعب ، ضرب الدمى ، الانتقال السريع من لعبة الى أخرى ، التعبير بالرسم عن الشخصيات (مثلا زوجة الاب فى شكل عقربة) وبالألوان (غالبية اللون الاسود مثلا) .. الخ .

وقد يستخدم المعالج بعض اختبارات اللعب الاسقاطية كوسيلة هامة فى عمالية التشخيص (١) حيث تستخدم دى مقننة ومواقف محددة فى اختبارات الشخصية وغيرها .

استخدام اللعب فى العلاج :

من هذا نرى ان اللعب الى جانب فائدته التشخيصية فانه يعتبر أسلوبا علاجيا هاما للأطفال المشكلين أو المصابين باضطرابات نفسية حيث تتاح للمعالج فرصة ملاحظة الطفل أثناء اللعب ويتيسر له ضبط وتوجيه سلوكه .



(شكل ٩٧)
العلاج باللعب

وفى العلاج عن طريق اللعب يعطى الطفل أدوات اللعب الموجودة فى حجرة اللعب أو تتاح له فرصة اللعب على آلة موسيقية ، أو يلعب مع رفاقه لتمثيل بعض المواقف الاجتماعية ... وهكذا (انظر شكل ٩٧) .

(١) من أمثله اختبارات اللعب الاسقاطية اختبار العالم واختبار المشهد أو المنظر (انظر سيد غنيم وهدى برادة ، ١٩٦٤) .

ويكون المعالج **العلاقة العلاجية** بالطفل من اللحظة الاولى التي يصحبه فيها الى حجرة اللعب ، اذ يعامله بتسامح وعطف وثقة تاركا له الحرية في ان يلعب بالاشياء التي يرغبها وبالطريقة التي يراها دون خوف او لوم او عقاب ، وهذا يؤدي الى زوال القلق وخفض التوتر مما يزيل اهمية الدفاعات التي يلجأ اليها الطفل عادة .

ويعتبر العلاج باللعب **فرصة ممتازة لنمو الطفل** . ففي اطاره يكون الطفل هو أهم شخص وهو المسيطر على نفسه وعلى الموقف ، لا أحد يصدر اليه أوامر ولا أحد يتدخل في شئونه ، ولا أحد ينتقده ولا أحد يقترح ولا أحد يعاقبه ، وهو هنا يشعر انه ينظر الى نفسه نظرة واقعية لأنه مقبول تماما . وهنا يستطيع ان يعبر عن نفسه بحرية تامة وانطلاق كامل لأن هذا عالاه الذي لا يشاركه فيه الكبار مصدر السلطة ، والصغار المفسون . انه هنا يشعر انه فرد له كيانه ، يتمتع بكل الحقوق ، انه يستطيع ان يقول اى شئ يريد و يستطيع ان يفعل ما يحلو له . انه مقبول تماما . (موزر وموزر Moser and Moser ١٩٦٣) .

وفي بعض الاحيان قد يلجأ المعالج الى اتخاذ **موقف تعليمي** او تدريسي مباشر اذ يشعر ان الموقف يتطلب ذلك . الا أننا ننصح الا يتخذ المعالج موقف الناصح أو الواعظ لأن الطفل قد ثار ضد الوالدين لهذا السبب عينه .

أما عن **مشاركة المعالج في اللعب** فقد يشارك وقد لا يشارك . وهو حين يشارك الطفل في اللعب في جو سمح يسوده العطف والثقة والتقبل فقد يتخذ موقفا ايجابيا فيصمم لعبة معينة ويبدأ هو نفسه باللعب مشجعا الطفل على الاشتراك معه . وهنا يعكس المعالج مشاعر الطفل ويوضحها له حتى يدرك نفسه ويحدد امكانياته ويصبح بالتدريج قادرا على ان يفهم ويحقق ذاته وان يفكر لنفسه بنفسه ويتخذ قراراته بنفسه دون الاعتماد على المعالج . وقد يكون اللعب حرا حيث لا يشارك المعالج الطفل في اللعب تاركا له الحرية التامة في ان يلعب بالاشياء التي يرغبها على سجيته وبالطريقة التي يراها دون تهديد او خوف او لوم او استهجان او عقاب . وقد يتخذها هذا موقفا سلبيا . يكفي بتهيئة الجو المناسب للعب بملاحظة الطفل وهو يلعب دون ان يشترك معه في اللعب ، على ان يتدخل بالتدريج ويقدم تفسيرات بسيطة مع استمرار الطفل في اللعب ، وهذا الموقف الاخير يتخذ عادة المعالجون الذين يتبعون طريقة العلاج غير المباشر أو المركز حول العميل .

ويعتبر اللعب وأدوات اللعب مثيرات تجعل الطفل يتكلم أو يمثل خبراته وصراعاته بطريقة درامية مما يتيح فرصة التعبير والتفيس الانفعالي عن

التوترات التى تنشأ عن الصراع والاحباط . فعندما يعطى الطفل ادوات اللعب فانه يبدأ فى التعبير عن مشكلاته التى قد لا يستطيع التعبير عنها لفظيا أو على المستوى الشعورى . وقد يلجأ المـعالج الى توجيه بعض الاسئلة للطفل اثناء لعبه ، وقد يشجعه على تكرار موقف أو مواقف تمس مشكلاته الانفعالية ، فيعبر الطفل عن انفعالاته ويفرغها تفريفا ، كما يستطيع ان يجد حـلولا لصراعاته وان يصل الى حل لمشكلته . ويلاحظ ان المـعالج يمكنه ان يفسر لعب الطفل على النحو الذى يفسر به تداعى المعانى عند الكبار .

ويجب ان يكون المـعالج حساسا لما يقوم به الطفل من انماط السلوك المختلفة وان يستجيب له بطريقة مناسبة . ويعلق المـعالج عادة على الطريقة التى يلعب بها الطفل ويفسر له دوافعه ومشاعره بطريقة تتناسب مع عمره وحالته . ويستغل المـعالج كل فرصة لتنمية وتقوية عادات جديدة مهيمنة بدلا من العادات السلوكية القديمة . وحيث ان اللعب تعتبر تعبيرا رمزيا عن المخاوف اللاشعورية ، فان تكرار اللعب يعين الطفل على تحمل الخوف . فالالفة بالشئ تذهب بالخوف منه وتجعل الطفل يعتاده .

ويلاحظ ان المـعالج قد يصبح موضوعا لعملية تحويل يسهل على الطفل ان يظهر عدوانه نحو والديه . وفى حالات أخرى يكون المـعالج قادرا على مساعدة الطفل عن طريق ايضاح هذه النواحي العدوانية للوالدين وتعريفهم بطرق التغلب عليها .

وعلى العموم فان نجاح العلاج باللعب يتوقف على شخصية المـعالج وقدرته على ان يضع نفسه موضع الطفل وعلى الا يقف موقف المعارض أو المندھش أو المشفق أو المرتاب أو المحقق أو المتحدى أو المشتمن .

وقد يشرك المـعالج الوالدين معه ، ويتم ذلك فى اجتماعات ينظمها المـعالج ويحضرها الوالدان وكذلك سائر افراد الاسرة اذا تسنى هذا .

فوائد العلاج باللعب :

والآن يمكن ان نلخص فوائد العلاج باللعب فيما يلى :

* ان اللعب فى اطار العلاج النفسى يعتبر مجالا سمحا للتعبير عن الدوافع والرغبات والاتجاهات والمشاعر والصراعات والاحباط وعدم الامن والقلق والتصرف والتفكير الانفعالى وفتح اللبـصفرصة اراحة المشاعر مثل الغضب والعدوان الى اشياء اخرى بديلة والتعبير عنها تعبيرا رمزيا مما يخفف عن الطفل الضغط والتوتر الانفعالى .

* انه يبين للطفل ان ما لديه من مخاوف ومشاعر بالذنب واتجاهات

عدوانية ليست من الخطورة كما يجسمها له خياله فتخف وطأتها وتقل حساسيته لها .

- * يعلم الطفل كيف يعبر عن خوفه وغضبه بصورة واقعية .
- * قد يساعد الطفل على الاستبصار في متاعبه ومعرفة اسبابها ، كما يعينه على ايجاد حلول لها مع والديه واخوته .
- * قد يترتب عليه ان يتقدم المعالج باقتراحات الى الوالدين لزيادة فهمهما ولتغيير موقفهما بالنسبة للطفل .
- * قد تتضح للطفل اثناء لعبه قدرات ومواهب لديه كانت خافية عنه مما يزيد معرفته بنفسه ، وثقته بنفسه ، او يعين في توجيهه وفي علاجه .
- * يتيح خبرات نمو بالنسبة للطفل في افضل الظروف ، وبذلك يعتبر موقف تعلم ممتاز بالنسبة للطفل .
- * يستطيع الطفل عن طريق خبرة العلاج باللعب ، ومن خلال العلاقة العلاجية بينه وبين المعالج ان يكشف عن ذاته الواقعية للمعالج ، وعندما يشعر انها مقبولة ، تزداد ثقته في نفسه ، ويستطيع تعزيز وتدعيم جبهات شخصيته .
- * يعتبر اللعب بديلا لما لا يستطيع القيام به من سلوك في الحياة الواقعية .
- * واهرا فان العلاج باللعب يمكن عن طريقه ايضا تحقيق اغراض وقائية وذلك مثلا عن طريق تقويم الطفل لخبرة ميلاد طفل جديد حتى نقيه شر ردود الفعل المعروفة حين يفاجأ بهذا الميلاد .

العلاج النفسي المختصر BRIEF PSYCHOTHERAPY

بذل العلماء جهودا عديدة لايجاد شكل من العلاج النفسي اقل تعقيدا ويستغرق وقتا اقصر من الوقت الذي تستغرقه طرق العلاج النفسي المطول او طويل الامد وبصفة خاصة التحليل النفسي . وهكذا تم التوصل الى « العلاج النفسي المختصر » (ستراكر Straker ١٩٦٨) .

ولقد اصبح العلاج النفسي المختصر شائعا في العيادات الخارجية . وكانت نشأته أصلا بهدف علاج المشكلات المتزايدة وبأمل تحسين الخدمات والعناية بالمرضى . ويرى البعض انه يجب العناية بأساليب العلاج النفسي المختصر لمقابلة مطالب الشعب في العلاج النفسي والعلاج النفسي الخارجى بصفة خاصة .

هذا ويجب التغلب على فكرة ضرورة العلاج النفسي المطول . ويجب في نفس الوقت التخلص من فكرة احتمال الخطورة من استخدام العلاج النفسي

المختصر وخاصة اذا توافرت خبرة ودقة المعالج حتى يتحاشى الخطأ الذى قد يترتب عليه مضاعفات نفسية .

وبلاحظ ان طرق العلاج النفسي المختصر تكون عادة أكثر صعوبة من العلاج النفسي المطول .

ومن أهم أهداف العلاج النفسي المختصر تحقيق الحاجات وتصحيح الصراعات الشخصية والأسرية والاجتماعية ، حيث يقوم المعالج أساساً بتوضيح المشكلات وتوضيح دفاعات المريض وطرق حل المشكلات ومساعدة المريض حتى تمر الأزمة التى تعترض حياته الآن ، ويعلمه كيف يتغلب على مشكلاته فى المستقبل . هذا ويجب ان يوجه العلاج نحو أهداف يمكن تحقيقها وانهاء العلاج فى الوقت المناسب وتشجيع المريض ان يحل مشكلاته وحده بدون مساعدة .

اشكال العلاج النفسي المختصر :

تعتمد كل اشكال العلاج النفسي المختصر على اختيار والتركيز على أهم نواحي حياة المريض اتصالاً بمشكلاته التى يواجهها والاعراض التى تميز مرضه ، حتى يتم احداث التغير اللازم فى حياة المريض وسلوكه .

وفيما يلى أهم اشكال العلاج النفسي المختصر :

التحليل النفسي المختصر :

رأينا ان من أهم مشكلات التحليل النفسي التقليدى طول الوقت والجهد الذى يستغرقه لتصفية المواد ذات القيمة التى تنفع فى العلاج . ومن ثم ظهرت الحاجة الملحة لتقصير مدة العلاج بالتحليل النفسي . وقامت محاولات كثيرة لابتداع طرق تحليلية مختصرة او قصيرة الامد ترمى الى تحقيق هدفين هما :-

- * اضعاف مقاومة المريض .
- * انتقاء الجواب ذات الاهمية الخاصة فى نشأة المرض وتركيز الاهتمام عليها فى التحليل .

ومن اشكال التحليل النفسي المختصر ما يتمشى مع القواعد التقليدية للتحليل النفسي . ومنها ما لا يقبل الاسس النظرية للتحليل النفسي بحذافيرها ومن أصحاب هذه الطرق كارل يونج (Jung) وهى زهيرها لا يعيرون ماضى المريض بما يستحق من التحليل . بل يكفون بدراسة المرض فى وضعه الحاضر ، وما يتخذه المريض من استراتيجيات لحل مشكلاته ، ويرون فى هذا اختصاراً لمدة العلاج .

واجباً بعض المحللين مثل الكسندر Alexander الى التحليل النفسي المختصر الذى **ينحصر في تطبيق** تفسيرات التحليل النفسي على الصعوبات والاحداث المتعلقة بتاريخ حياة المريض الذى يرويه ، وحيث يخلق المحلل جواً آمناً مرناً يستطيع فيه المريض أن يعدل عاداته العصائية بسرعة . ويستمر هذا الشكل من التحليل لعدة جلسات يتراوح عددها بين ٣ - ٦٠ جلسة تفصل بينها فترة تتراوح بين بضعة أيام وبضعة شهور .

وقد حقق التحليل النفسي المختصر **نجاحاً ملحوظاً** في حالات كثيرة وخاصة عندما يركز المعالج على أسباب المرض بقدر ما يركز على أعراضه ، ومن ثم ينظر اليه المتحمسون له على أنه عملية قوية المفعول وأكثر اقتصاداً .

ولكن **ثبات نتائجه غير مضمون** . فلا يمكن للتحويل أن يتطور ولا أن يحل تحليلاً كاملاً . هذا فضلاً عن أن التفسيرات المبنية على معلومات قليلة تكون اقرب الى الفروض . وفي حالة فشل نتائج التحليل ، فمن المحتمل أن يفسد ذلك أى تحليل نفسى لاحق للمريض . ولذلك يجب الا يقوم بالتحليل النفسى المختصر الا محالون اكفاء وعند استحالة اجراء تحليل نفسى تقايدى لاسباب خارجية .

التحليل التنويمى الايحائى : Hypnoanalysis

كان **التنويم الايحائى** Hypnosis (أو ما يعرف باسم التنويم المغناطيسى) معروفاً أيام القدماء المصريين ، أما استخدامه الحديث نسبياً فقد ارتبط باسم انطون ميسمر Mesmer فى القرن الثامن عشر . (مارسون ١٩٦٧) .

وقد كان **فرويد** Freud يعتمد في أول ممارسته للتحليل النفسى في أواخر القرن الماضى على التنويم الايحائى الذى تعلم تطبيقاته على يد شاركو Charcot فى فرنسا . وقد وصف فرويد بالاشتراك مع بروجر Breuer دراسة عن الهستيريا اوضحاً فيها كيف أمكن عن طريق التنويم الايحائى احداث التفرغ والتهوير الانفعالى للمواد المكبوتة وكيف أمكن بذلك ازالة أعراض الهستيريا .

ثم فطن فرويد الى **عيوب التنويم الايحائى** ومنها أن بعض المرضى لا يمكن تنويمهم ، وأن الشفاء الناتج عنه يكون وقتياً وتامراً على ازالة الاعراض ولا يتناول الاسباب ، وفطن الى أهمية العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج فبدأ يستخدم **الايحاء أثناء اليقظة** waking suggestion وهذا قد يكون خارجياً مصدره شخص آخر أو ذاتياً مصدره الشخص نفسه ، وأهم ما فيه الاسترخاء .

وقد تنبأ فرويد باحتمال العودة الى هذه المواجه القديمة ، بسبب الاستحالة المادية لتطبيق التحليل النفسى على كافة المرضى الذين يحتاجون اليه . كما أنه لم ينقطع طول حياته عن الاهتمام بالتنويم الايحائى والايحاء وقد تحقق هذا تحت اسم **التحليل التنويمى الايحائى** . وقد شهدت السنوات الاخيرة من القرن الماضى استخدام التنويم الايحائى فى علاج الامراض النفسية وخاصة الهستيريا حيث كان يستعان به فى استرجاع الذاكرة المفقودة وتذكر الصدمة التى سببت المرض .

ويشتمل التحليل التنويمى الايحائى على عناصر أهمها :

التنويم الايحائى : Hypnosis

وهو أحداث حالة تركيز شديد فى شكل نوم صناعى يتغير فيها انتباه المريض تغيرا مؤقتا ويتميز بزيادة شديدة فى قابليته للايحاء او الاستهواء فيقبل الايحاءات الموجهة اليه من النوم بسهولة ويعمل على تحقيقها بقوة تفوق الحالة العادية .

والمبدأ الرئيسى هنا هو مثير متكرر يصاحبه ايحاء مستمر بالاسترخاء (عقليا وجسميا) والنوم . وهذا يتضمن تثبيت الانتباه الشعورى ويصبح المريض فى حالة يفقد فيها العالم اهميته ويهتم دون وعى منه بشخصية المعالج اذ تنشأ بينهما علاقة من التحويل .

وعلى المعالج أن يقدر مدى **قابلية المريض للتنويم** وأن يهيئ الجو المناسب لأحداث التنويم وأن يحدد أهدافه من العملية تماما .

أما عن **طريقة التنويم** فلها عدة أشكال أشيعها أن يطلب المعالج من المريض الاسترخاء عقليا وجسميا فى راحة تامة (مستلقيا أو مضطجعا) (١) فى مكان هادئ خال من المثيرات الحسية الشديدة، ويطلب منه أن يثبت عينيه على جسم براق أمامه يرتفع قليلا عن مستوى النظر حتى يحدث كلل بصري . وبصوت خافت بطيء منتظم وتير متكرر يوحى المعالج أنه سينام عما قريب وأن أطرافه سوف تتراخى أكثر فأكثر وأنه سيشعر بالتعب والخذل وأن جفونه ستغلق وتغلق (٢) . الخ . ويكرر له هذه الأقوال فى تأكيد وثقة تامة ، وعندما يلاحظ النوم أن المريض بدأ فى الاسترخاء وأن جفونه تناقلت يقول له أنه سوف ينام قبل أن يبعد من ١٠ - ١ وأنه سوف ينام قبل الوصول الى ١٠ . ويبدو النوم طبيعيا فيما عدا يقظة جزئية تجعل النائم على علم بما يحدث به ومنفذاً لتعليمات النوم ، ويستطيع أن يتكلم بدون أن يصحو . وقد يكون

١ - يمكن أحداث التنويم حتى والمريض واقف .

٢ - قد تظل عينا المريض فى أثناء التنويم مفتوحين ولكنهما تكونان غير مركزتين على شيء معين .

الاسترخاء خفيفا او متوسطا او عميقا . ويساعد النوم العميق على سبر غور اللاشعور واستخراج المواد المكبوتة والمنسية .

وهكذا يتعلم المريض كيف « ينام » بسرعة بناء على احياء من المعالج وكيف ينفذ احياءات المعالج بسرعة بعد التنويم وان يحكى الذكريات المنسية دون صعوبة . وبعد هذا التدريب يستخدم **طريقة التداعي الحر** ويلاحظ انه في الفترات الواقعة بين جلسات التنويم ، يتابع التحليل بالأهتداء بما اسفرت عنه الملاحظة اثناء التنويم .

وتد قارن مارسون (١٩٦٧) بين **النوم الايحائي والنوم الطبيعي** . وينكر ان التنويم عملية فسيولوجية بدليل حدوثها في الحيوان كما تحدث في الانسان . ويقول انه في رأى بافلوف Pavlov ان كلا من التنويم الايحائي او النوم الطبيعي ليس سوى مظهر لعملية هبوط تنتشر في القشرة المخية . ويلاحظ ان الاشخاص المنومين ايحائيا قد ينقلون الى النوم الطبيعي . كذلك يمكن للاشخاص النائمين طبيعيا ان ينوموا تنويما ايحائيا بهمس احياءات في الان .

هذا ويلجأ بعض المعالجين الى استخدام بعض **العقاقير المخدرة** في عملية التنويم ، على ان يستخدم احياء قبل ان يفيق المريض من تأثير المخدر .

اما عن **القابلية للتنويم الايحائي** ، فيلاحظ ان حوالي ٩٠ ٪ من الاشخاص هم الذين اديهم قابلية للتنويم الايحائي بدرجاته الثلاث الخفيف والمتوسط والعميق (كلارين Kline ، ١٩٦٠) . ويساعد على زيادة القابلية للتنويم الايحائي ما يلي: سلامة العقل والجسم ، والاخلاص في اطاعة تعليمات النوم ، والاستسلام التام وعدم مقاومة تأثير التنويم ، وتركيز الانتباه على احياءات التي يلقيها المنوم دون غيرها من الامور . **وتقل القابلية للتنويم الايحائي** للاسباب الاتية : وجود رغبة لاشعورية في مقاومة التنويم ، والقلق بخصوص عملية التنويم ، والاستهزاء بالتنويم والتشكك في قيمته ، والضعف العقلي . وهناك بعض **الاختبارات القبلية** لقياس مدى استعداد المريض للتنويم الايحائي منها اختبارات الثناؤب حيث يلاحظ المعالج درجة سهولة او صعوبة والزمन المستغرق لجعل المريض يتعاقب بالايحاء .

وهناك عدد من **مساعدات التنويم الايحائي** . وتعتبر الاحوال الاتية ملائمة ومساعدة على احداث التنويم الايحائي :

- * الراحة الجسمية التامة .
- * سواغر الهدوء النفسي .
- * خلو الجو من مشيرات الحواس . فيجب ان تكون الاضاءة خافتة والحرارة معتدلة ، والجو ملائما .
- * التأثير الفسيولوجي للاصوات والاحساسات الرتيبة الوتيرة يكون كمخدر للمخ حيث يسكن نشاط الحواس ، ويهدى العمليات العقلية العليا .

* زيادة اهمية واعتبار ومكانة النوم في نظر المريض وقوة العلاقة بين النوم والمريض .

ونظرا لان البعض يتقنون ظواهر النوم الاليحائي ، كان لابد من اجراء اختبار النوم الاليحائي ، بأن يفحص النوم صحة الظواهر البادية على المريض اثناء النوم . وقد اورد ماركيوس Marcuse (١٩٥٩) عددا من الاختبارات للتأكد من نوم المريض فعلا وهى :

- * اختبار كل العضلات الصغيرة كعدم امكان فتح جفون العينين .
- * اختبار كل العضلات الكبيرة كعدم امكان النهوض .
- * اختبار فقد الاحساس بالالسم كعدم الاحساس بشبكة دبوس او بصدمة كهربائية وعطية جراحية صغيرة .
- * اختبار الخداع كتفوق ايمونة على انها برتقالة او شم رائحة كالنوشادر على انها رائحة مفضلة .
- * اختبارات الهلوسات كأن يوجه اليه أنه يدرك أن بجانبه قطعة (غير موجودة اصلا) فيبدأ في تدليلها (في الهواء) ، أو أنه لن يرى «فلانا» أو شيئا موجودا فعلا في الحجرة فينكر وجوده . وأنه لن يسمع صوتا عاليا يحدث فعلا . الخ .
- * اختبار احياء ما بعد التنويم كأن يوحى اليه أنه بعد التنويم سيخلع حذاءه مثلا عندما يقوم النوم بأصدار اشارة معينة مثل امرار يده فوق شعره أو اخراج منديل من جيبه أو ما شابه ذلك .
- * اختبار النسيان كأن يوحى الى المريض أنه بعد التنويم سوف ينسى كل ما جرى اثناءه .

الايحاء (الاستهواء) Suggestion

الايحاء أو الاستهواء هو العملية التى يؤثر بها شخص في آخر تأثيرا مباشرا فيجعله يتقبل رأيا أو فكرة أو اعتقادا دون مناقشة أو امر أو اجبار . والايحاء من اقدم الوسائل التى استعملت في علاج الامراض النفسية .

والعلاج بالايحاء جوهره غرس فكرة أو اعتقاد أو استثارة شعور في نفس المريض المرحى اليه . ويتوقف العلاج بالايحاء على ثقة المريض في المعالج والعلاقة العلاجية الطيبة بينهما .

وتلغى الاعراض المختلفة باستخدام **الايحاء المباشر** . فمثلا يمكن استعادة الذاكرة ، ويمكن التخلص من اعراض الهستيريا مثل الشلل الهستيرى والصرع الهستيرى . الخ ، ويفيد أيضا في علاج انوساوس والقلق واضطرابات الكلام .

وحدثنا يستخدم الإيحاء في الطب الباطنى مثلما تستخدم العقاقير الوهمية والفيثامينات . الخ . مما يجعل المريض في حالة نفسية طيبة . ويستخدم كذلك لازالة الخوف والقلق ورفع الروح المعنوية قبل العمليات الجراحية الكبيرة وتقليل الألم بعد هذه العمليات كذلك يستخدم التنويم الإيحائى في الجراحات الصغيرة وجراحة الاسنان وبغض عمليات العظام وعمليات الفيار المؤلمة على الحروق وحتى الجراحة القيصرية ، وفي الحالات التى يكون استخدام العقاقير المخدرة فيها خطيرا على صحة المريض ، أو في حالات الطوارئ حيث لا يوجد مخدر أو لا يمكن فيها التخدير . ويستفاد من الإيحاء والتنويم الإيحائى في أحداث حالة نكوص زمنى حيث يوحى الى المريض بأن يرجع الى فترة زمنية سابقة يستعد فيها الموقف الصادم انفعاليا الذى سبق أو عاصر الفترة الزمنية السابقة التى حدث فيها ، أو أحداث حالة تقدم زمنى حيث يتخيل المريض مواقف مستقبلية ترتبط بحالته ، أو يستعان به في تحليل الأحلام ، وكذلك في ما بعد التنويم .

والقابلية للإيحاء suggestibility هى مدى تقبل الإراء والافكار والاعتقادات دون نقد أو مناقشة أو تمحيص وخاصة ان كانت صادرة من شخص ذى تأثير ونفوذ . وهى حالة من الاعتماد النفسى على شخص آخر حيث يتشرب افكاره فى سلبية ويتقبلها دون نقد أو مناقشة . ويقال عن القابلية للإيحاء نفس ما يقبل بالنسبة للتنويم الإيحائى .

وفي حالة التنويم الإيحائى يخف صوت الشعور بالواقع ويشعر المريض بكل ما يطالبه به المعالج ويؤكد له . وقد ذكرنا أن الشخص أثناء النوم الإيحائى يستطيع أن يسترجع ذكريات وخبرات ترجع الى تاريخ سابق من حياته ما كان يستطيع أن يسترجعها وهو فى حالة اليقظة . وهنا قد يعثر المعالج على ما قد يكون متصلا بالمرض .

وقد يلجأ المعالج الى إيحاء ما بعد التنويم حيث يوحى الى المريض وهو تحت تأثير التنويم بأن يقوم بعمل معين بعد ان تنتهى حالة التنويم بدون معاودة تذكره بها . ويستفاد أيضا من إيحاء ما بعد التنويم في تسهيل عملية التنويم مستقبلا بأن يوحى للمريض بأنه سوف ينسى في المرات القادمة عند سماع أو رؤية صوت أو اشارة معينة .

ويحدث الإيحاء فى حالة النوم . ففى حالة النوم الإيحائى تتضخم القابلية للإيحاء . ويوحى الى المريض أثناء نومه أن خياله سيقبل بكل تأكيد وأنه يتمثل للشفاء وذلك كى يقوى امله فى الشفاء مما يكون له اثر بالغ فى التمهيد للشفاء الفعلى . وفى حالة النوم يتسع مجال الذاكرة فيستطيع المريض أن يتذكر مواقف وخبرات حدثت فى طفولته المبكرة .

انتهاء حالة النوم الإيحائي :

قد تنتهي حالة النوم الإيحائي من تلقاء نفسها في حالة النوم الخفيف بمجرد أن يترك النوم النائم وبدون أن يصدر اليه النوم تعليمات بالاستيقاظ . أما في حالة النوم العميق فلا بد من **إصدار تعليمات** تدريجياً بالاستيقاظ وانتهاء حالة النوم . وقد يستخدم في ذلك الإحياء فقط ، وقد يستعين النوم بمنبهات حسية متنوعة .

ملاحظات على حالة التنويم الإيحائي :

* **الوقت** الذي تستغرقه عملية التنويم يختلف حسب حالة واتجاه المريض ، ومهارة وصبر المعالج ، والغرض من التنويم هل هو علاجي أم تجريبي ... الخ . ويتراوح الوقت حسب قابلية المريض للإحياء من بضعة ثوان أو دقائق إلى عدة محاولات قد تستغرق ساعات .

* قد يضطر المعالج إلى **اختيار طريقة التنويم** التي تناسب شخصية المريض ، فقد يضطر إلى استخدام طريق الصوت الدافئ الصديق أو الصوت المتحكم المسيطر .

* قد تستخدم **المساعدات الميكانيكية** في أحداث التنويم الإيحائي مثل الاضواء أو التسجيلات ... الخ . ويرى المؤلف أنه يمكن استخدام جهاز تسجيل وساعة أذن تنقل ما سجل على شريط من تعليمات التنويم .

* قد تستخدم **العقاقير الوهمية** مثل « حبوب التنويم الإيحائي » hypnotic pills (وهي في الواقع حبوب سكر وملبس عادية) كمساعد في عملية التنويم الإيحائي .

* يمكن في حالة الأفراد القابلين للتنويم الإيحائي الاستفادة من الإحياء في أثناء التنويم **أنه في المرات القادمة** سوف يستغرق في النوم بدرجة أسرع (ربما خلال ثوان) وأن نومه سوف يكون أعمق .

* **ينبغي** أثناء حالة النوم الإيحائي نكر أن المريض لن يدخل في حالة نوم أيدياً من تلقاء نفسه في أي مرة . ويحسن أيضاً أن يقول له المعالج عند انتهاء التنويم أنه كان خبرة سارة وأنه أحسن بكثير الآن وأن عمله سيتحسن وأن سلوكه سيكون أفضل ... الخ .

التحليل والتنويم :

أما عن **تكامل التنويم الإيحائي مع التحليل النفسي** فإنها تتفاوت . فمثلاً قد يستخدم تحليل التحويل أو لا يستخدم . ومن العناصر المشتركة بين هذه الطرق اتفاقها على استخدام التنويم الإيحائي لمحاصرة المقاومة . ويستخدم البعض التداعي الحر حتى يقضي على المقاومة ثم يضع المريض في حالة التنويم الإيحائي ليحصل على باقى المواد المحتجزة . وفي التحليل التنويمى يستخدم التنويم الإيحائي كوسيلة للكشف عن المواد المكبوتة واستعراضها في مستوى الشعور وتحليلها بالإحياء المباشر . ويلاحظ أن من الاستخدامات

الأخرى التنويم الإيحائي ما هو عكس هذا ، أى استخدامه كوسيلة للإيحاء لتفطية المواد الصادمة . ففى التحليل التنويمى يعتبر استخدام التنويم الإيحائي وسيلة لغاية ، ويفسح المجال للتصريف الانفعالى وتنمية البصيرة ... الخ .

تقييم التحليل التنويمى الإيحائي :

من مزايا وفوائد التحليل التنويمى الإيحائي ما يلى :

- * يزيل بعض الاعراض بالإيحاء المباشر بسرعة ، وخاصة اعراض الهستيريا التحولية (مثل الشلل أو العمى ... الخ) .
- * يفيد فى التغلب على بعض المقاومات أثناء التحليل النفسى .
- * يسهل التفريغ الانفعالى وجعل المريض ينكص الى المستوى الذى حدثت عنده الخبرات الانفعالية المؤلمة أو الحرجة . ويظهر المواد المكبوتة الى مستوى الشعور ويجعلها فى متناول التحليل والشرح والتفسير .
- * يمكن من غرس الافكار السوية دون جدل أو نقاش منطقي ، ويحرر المريض من بعض معتقداته الخاطئة واتجاهاته السالبة المتعلقة بالاعراض ، ويقوى ما لدى المريض من افكار ورغبات سليمة مفيدة .
- * ينجح فى بعض الحالات الخفيفة التى لا يكون سبب الاضطراب فيها بعيد الغور ، وفى متاعب الحياة اليومية التى تسبب القلق والتوتر والانقباض والارق والتى يعجز المريض وحده عن معالجتها ويحتاج الى المساعدة والتشجيع .
- * يهدئ الاضطرابات الجسمية البسيطة كالصداع العصبى الذى ينشأ عن القلق .
- * يمكن عن طريقه تقويم الاخلاق وتغيير السلوك وغرس الثقة فى النفس .
- * يحرر المريض من بعض العادات السيئة الخاصة كتعاطى المخدرات وادمان الخمر والانحرافات الجنسية .
- * يفيد فى الجراحات الصغيرة حين يكون التخدير خطيرا أو غير ضرورى ، ويفيد بصفة خاصة فى جراحة الاسنان .

ومن عيوب التحليل التنويمى الإيحائي ما يلى :

- * يتجه دائما الى العرض دون السبب .
- * لا يتيح فرصة اشتراك المريض اشتراكا حقيقيا فى عملية العلاج .
- * قد يكون تأثيره مؤقتا ، وقد ينتكس المريض وتعود نفس الاعراض الى الظهور أو يظهر غيرها بعد فترة تقصر أو تطول .
- * قد يساء استعماله فى غير غرضه العلاجى ، وبذلك يكون ضرره محققا . وقد يحدث الضرر البالغ أيضا اذا لجأ الى استخدامه غير الاختصاصيين أو الهواة . فاذا استخدم التنويم فى حالة مريض الاكتئاب فقد تشتد الحالة الى درجة محاولة الانتحار .

التحليل التخييرى Narcoanalysis

هو نوع من التحليل النفسى يتميز بالسرعة والاختصار ، ويستعان فيه بحقن المريض ببطء فى الوريد بمقار مخدر مثل صوديوم اميتال Sodium Amytal أو صوديوم بنتوثال Sodium Pentothal (١) يجعل المريض فى حالة استرخاء أو حالة نصف شعورية ويشل الرقابة نوعا ما ويضعف حيل الدفاع ويقلل القلق ويضعف المقاومة ويسهل عملية التفريغ الانفعالى ويسمح باظهار نزعات وانفعالات وفكرات مؤلمة لم تكن لتظهر بوسيلة اخرى . وفى بعض المرضى قد يحدث المقار حالة من الانتعاش الوقتى .

وربما يرجع اصل هذا النوع من الوسائل الى زمن بعيد يعتقد ان « الحقيقة » تظهرها « الخمر » . ويظهر المريض فى حالة التحليل التخييرى وكأنه « مخور » الا أنه لا يكون فاقد الوعى .

وقبل استخدام المقار المخدر يكون المعالج علاقة طيبة مع المريض ويعرفه ان المقار سوف يجعله مسترخيا ومطمئنا ومستريحا ويخلصه من متاعبه . ويستخدم التحليل التخييرى احيانا بدلا من التحليل التنويمى لسرعته وسهولته .

وباستخدام الإيحاء المباشر وتوجيه مجرى الكلام يمكن تشجيع المريض الواقع تحت تأثير المخدر على أن يتكلم أو يدرج خبراته المؤلمة . وقد يحصل المعالج بهذه الطريقة على فهم أفضل للانفعالات المكبوتة . ولكون المريض فى حالة شبه نوم فان ما يصدر عنه يكون خليطا من الحقيقة والخيال ، فهى تشبه الاحلام وتحتاج الى تفسير من المعالج (٢) .

وفى الفترة الفاصلة بين جلسات التخيير ، يمكن متابعة العلاج النفسى على اساس المعلومات التى حصل عليها المعالج اثناء التخيير . وعلى اى حال فان التحليل التخييرى يتبعه عادة راحة جسمية ، وتنمية ثقة المريض بنفسه ، وبرنامج للترويح حتى يعود توافق المريض بالتدريج مع مطالب الواقع .

ويقول بعض المعالجين ان هذا الاسلوب مفيد فى تشخيص الحالات العصبية والذهانية . وحين يستخدم فى العلاج يساعد على تقليل القلق ، فهو

١ — يجب ان يعطى المقار باشراف الطبيب بجرعات مناسبة لسن ووزن المريض مع ملاحظة موانع استخدامه مثل امراض القلب والكلى والكبد والانيما الحادة .. الخ . ويحسن قصر استخدامه على الكبار فقط .

(٢) لهذا السبب فان المعلومات التى يكشف عنها باستخدام ما يسمى بمقاقير الصدق أو عقاقير الحقيقة مثل صوديوم اميتال وصوديوم بنتوثال لا يعد بها حقيقة ولكنها تعتبر مجرد مؤشرات فقط ولا يمكن اعتبارها دليلا قاطعا .

يضع المريض في حالة عقلية قابلة للإيحاء . وهو الى جانب ذلك يرضى المريض لانتمسند الى وسائل ملموسة ويعطى احسن فوائده في حالات القلق الحادة وفي الهستيريا التحويلية وفي الحالات النفسية الجسمية .

ويفيد التحليل التخديري في علاج العصاب الناتج عن الصدمات او الهزات الانفعالية التي احييت الصدمات الطفلية وعبأت الدفاعات الى درجة مرضية . ويلاحظ انه يكون مفيداً اذا استخدم بعد ظهور أعراض التوتّر الانفعالي المكبوت مباشرة .

وقد استخدمت هذه الطريقة في علاج عصاب الحرب وسميت بطريقة « **التركيب التخديري** » narcosynthesis لانها تساعد المريض على تركيب التجربة او الخبرة الصادمة وما يصاحبها من خبرات انفعالية قاسية ونشاط بأحد العقائير السابق ذكرها ويخبر المريض مثلاً انه الان في الجبهة مرة أخرى وفي موقف تفاصيله معروفة من دراسة تاريخ الحالة . وهناك يركب المريض التجربة او الخبرة الصادمة وما يصاحبها من خبرات انفعالية قاسية ونشاط حركي واضح . وهكذا بأعادة تركيب هذه الخبرة يتحرر المريض من التوتّر الانفعالي المرتبط بها (كولمان Coleman ، ١٩٦٤) .

وهناك **شكل معدل من التحليل التخديري** ويكون باعطاء العقائير للحصول على خدر خفيف يتم بعده تنويم المريض بالإيحاء ويجرى للمريض تحليل نفسي وهو بهذه الحال .

هذا ويوجه الى كل من طريقة التحليل التنويمى وطريقة التحليل التخديري **انتقادات** خاصة أهمها مايلي :

* استخدام العقار المخدر لا يؤدي الى خلق موقف تحليلي نفسي بخصائصه المعروفة .

* حالة التخدير أو التنويم تعجز عن أضعاف جميع المقاومات .

* التحليل التخديري لا يخرج عن كونه استقصاء في ظروف مصطنعة له اثره الوقتي ، وآثاره البعيدة المدى المشكوك فيها .

* المخدر والنوم الإيحائي قد يثران هلوسات وهذيان مما يؤدي الى اختلاط الذكريات الحقيقية بالتخيلات الوهمية ومن ثم الى افساد العلاج .

* التحليل النفسي ليس مجرد تذكر للماضي بل اشتراك من جانب المريض والاستبصار في مرضه ، وهذا لا يحدث الا في حالة الصحو .

* استخراج المعلومات بالقوة ضد رغبة المريض ليس له مكان في العلاج النفسي ، فضلاً عن ان هذه المعلومات لا يمكن الاعتماد المطلق عليها لأنها مباشرة بالطريقة التي استخرجت بها والتي قد تؤثر على الروح المعنوية للمريض

* يضاف الى ذلك ان مجرد تحسن أو اختفاء الاعراض ليس الهدف الرئيسي للعلاج النفسي .

التصريف الانفعالي : Abreaction

من اساليب العلاج النفسي المختصر ايضا **التصريف الانفعالي (الانفعالات)** التي لم يعبر عنها المريض اثناء الصدمة التي صاحبها تعبيراً كافياً مما أدى الى تكوين العصاب .

وكما هو واضح فان هذا الاسلوب يقتصر على اجراء هام من اجراءات عملية العلاج النفسي وهو التنفيس أو التطهير أو التفريغ الانفعالي .

ويتلخص هذا الاسلوب العلاجي في استرجاع الانفعال واستعادة ذكره المكبوتة ثم تصريف هذا الانفعال . ويحاول المعالج فيها تعريف المريض على افكساره المرضية وأعراضه ووسائله وحيله الدفاعية واعادة ثقته بنفسه (استراكر Straker ، ١٩٦٨) وفي الجو السامح الذي يتيح موقف العلاج يأتي المريض بمشكلاته ويعبر عن عدوانه ومخاوفه ومشاعره الانم لديه وغير ذلك من الانفعالات التي تتركز حولها . وهكذا « يخرج » المريض المشكلات أو العدوان أو المخاوف أو المشاعر الأخرى التي لم يكن يعبرها من قبل ويجعلها تطفو على السطح . ان الخبرات والاحداث الشخصية والذكريات والصراعات التي تمر دون حل بمصاحباتها الانفعالية المكبوتة تعتبر بمثابة **حمولة نفسية** ولا بد أن تناسب الحمولة النفسية للفرد مع قوته وطاقته وقدرته على التحمل . ويجب دائماً التخلص من الحمولة النفسية وتفريغ الشحنة الانفعالية الزائدة عن طاقة التحمل وخاصة اذا كانت القوة محدودة ومع مرور الزمن . وهذا « **التخلص من حمولة النفس** » عن طريق التعبير اللفظي — عن المشاعر الانفعالية يعتبر ضروريا بالنسبة للعلاج النفسي الفعال . فهو يمهّد الطريق لنمو البصيرة والعمل البناء نحو حل المشكلات . وقبل أن يصل المريض الى « **إخراج المشاعر من صدره** » كان التوتر والصراع المرتبط بها يعمل كعائق يعوق تعلم أي اتجاهات جديدة أكثر توافقاً ، ولكي يساعد المعالج في « **كشف** » الصراعات الانفعالية والمواد المكبوتة و« **التخلص** » من التوترات المرتبطة بها ، تستخدم وسائل عديدة مثل الاسئلة ، والتفسير ، والتداعي الحر أو الترابط الطلق ، والتأويل الإيحائي .

ويستخدم التصريف الانفعالي بنجاح في الحالات التي تسببها مواقف صادمة حديثة مثل الحرب ، والحريق ، والحوادث وما شابه ذلك من خبرات اذا لم تنفيس فانها سوف تتطور الى عصاب .

علاج الشرح والتفسير : Interpretative Therapy

يهدف هذا الاسلوب العلاجي الى تغيير تركيب شخصية المريض أكثر من مجرد تحقيق التوافق .

ولكي يحدث مثل هذا التغيير يشترط أن يكون لدى المريض دافعية

قوية للعمل للوصول الى هدف بعيد وان يتحمل الاحباط والقلق والتضحية التي يجبلها تنبى مثل هذا الهدف . ويشترط كذلك ان تكون درجة تكامل شخصية المريض تسمح بتحمل القلق الذى يرسبه الشرح والتفسير . (فرازير وكار Frazier and Carr ، ١٩٦٤) .

ويستند علاج الشرح والتفسير الى مبادئ اساسية منها :

- * تؤثر الانفعالات على السلوك ولكن السلوك الانفعالى لا يكون عادة مقبولا اجتماعيا . ومن ثم فان السلوك يجب ان يعدل عن طريق الفهم والبصيرة .

- * معظم الانفعالات الانسانية والسلوك الانفعالى المترتب عليها تستقر بعمق فى اللاشعور ، ولذلك فان المريض لا يمكنه ان يستخرج هذه الانفعالات من اللاشعور بدون مساعدة .

- * يستطيع المعالج بجعل المريض اكثر وعيا بالاهمية الحقيقية لتوتراته الانفعالية وصراعاته ان يرشده الى ان يحصل على استقرار اكثر وان يحقق ضبطا اكثر لانفعالاته .

ويسير علاج الشرح والتفسير كما يلى :

- * انشاء علاقة علاجية طيبة بين المعالج والمريض .
- * الحصول على معلومات مفصلة عن تاريخ حياة المريض منذ الطفولة حتى الوقت الذى ظهرت فيه الاعراض .
- * شرح وتفسير الاسباب والاعراض للمريض من واقع حياة المريض ومشكلاته ، ويكون التفسير فى الفاظ مختارة ودقيقا واضحا ومؤثرا يفهمه المريض ويشارك فيه .
- * هكذا يتعرف المريض على خبراته الانفعالية ومشكلاته ويعترف بها ويتقبلها ويتلقى التوجيه والارشاد بخصوص كيفية معالجتها .

ومن فوائد علاج الشرح والتفسير : تحسن السحة النفسية، وتصبح الشخصية أكثر نضجا وأحسن توافقا ، ويصبح المريض أكثر بصيرة بمشكلاته وحيله اللاشعورية وصراعاته الانفعالية مما يجعل تصرفه آزاء الصراعات فى المستقبل أسهل بكثير .

هذا ويلاحظ ان علاج الشرح والتفسير قد يكون غير مقبول احيانا من ناحية المريض ، لانه عندما يرى نفسه على حقيقتها ويفهم اسباب مرضه ويعرف تفسير اعراضه ويتقبل المسؤولية عن اخطائه فانه قد يشعر بعدم الارتياح .

العلاج بالاقناع المنطقي Rational Psychotherapy

الهدف الرئيسى من هذا الاسلوب العلاجى المختصر ، هو اكتشاف

الطريقة التي اكتسب بها المريض سلوكه العصابي . ومع اهتمام أقل نسبيا بالعوامل التي سببته في المقام الاول . ويعتقد اصحاب هذا الاسلوب ان معظم المرضى العصبيين يتمادون في سلوكهم العصابي بسبب مثل هذه الاشياء غير المنطقية التي يقنعون بها انفسهم في شكل حوار مع الذات .

وقد يكتسب المريض السلوك العصابي نتيجة لما يوجد في « **الفلكلور النفسي** » من « **افكار خاطئة** » او « **افكار خرافية** » ولكنها شائعة . ويحدث اكتساب السلوك العصابي نتيجة معرفة بدون خلفية واعية وبالتالي الفهم الخاطئ ، او نتيجة خبرة ناقصة او نظر قاصر او جهود فكرية او عقل غير راجح ... وهكذا .

وهناك امثلة كثيرة للتفكير الخرافي التي نجدها شائعة لدى المرضى النفسيين والتي تعتبر سبب شقائهم النفسي (انظر نحب اسكندر ورشدي عام ١٩٦٢) .

ومهمة **المعالج** هي القاء الضوء على عناصر وفاصيل هذه النواحي غير المنطقية واقناع المريض بالمنطق بعدم منطقية هذه الاشياء . ويساعد المعالج المريض في اكتشاف ما يقوله لنفسه وان يغيره الى شيء منطقي معقول . فمثلا يقنع المريض — مستندا على حجج منطقية — بخطأ الافكار الخرافية ويتم تصحيح هذه الافكار .

نقد العلاج النفسي المختصر :

- يمكن تلخيص اهم مزايا **العلاج النفسي المختصر** فيما يلي :
- * يخدم الكثرة من المرضى ، ويمكن زيادة نسبة القبول للعلاج وعدم رفض المرضى ، وفي نفس الوقت يساعد على سرعة انتهاء الحالات .
- * يقوى الروح المعنوية لهيئة العلاج .
- * يناسب بدرجة اكبر العمل في العيادة النفسية ، ويناسب بعض المرضى الذين ينتقون لهذا النوع من العلاج .

ويمكن تلخيص اهم عيوب **العلاج النفسي المختصر** في انه يهدف الى « ترقية » شخصية المريض بدلا من اعادة بنائها من جديد .

ملاحظات على العلاج النفسي المختصر :

وفي ختام كلامنا هنا . لاحظ ان طرق العلاج النفسي المختصر يحتاج الى دراسات وبحوث عديدة .

كذلك فان العلاج النفسي المختصر يحتاج الى **المعالج المتفاني والمريض المتعاون والبيئة المثقفة** .

العلاج الجسمى PHYSICAL THERAPY

نحن نعلم أن هناك علاقة وطيدة بين النفس والجسم . ولا شك أن علاج المرض النفسى يتأثر بحالة المريض الجسمية والنفسيولوجية .

ويرجع تاريخ العلاج الجسمى فى مجال الامراض النفسية الى ايام الطب البدائى حيث كان رجال الطب البدائيون يعملون ثقوباً فى جـاجـم المرضى حتى تخرج منها الشياطين التى سكنتها (حسب معتقـةـاتـهم فى تلك الايام) . (راجع الفصل الاول ص ١٠٣) .

ومن المبادئ العامة المعروفة فى مجال العلاج ضرورة علاج أى مرض جسمى مصاحب للحالة النفسية أو مسبب لها أو ناتج عنها .

ويبذل الأطباء النفسيون جهوداً كبيرة للتوصل الى افضل الطرق الجسمية للتأثير على الحالة النفسية للمريض فنجدهم يركزون على وظائف الاعضاء وخاصة الجهاز العصبى وجهاز الغدد .

ونحن نلاحظ انه فى حالات الامراض النفسية التى يفقد المريض فيها اتصاله بالواقع يميل المعالجون الى استخدام العلاج الجسمى . ولكن من المهم ومن الواجب أن ننظر الى جميع انواع العلاج الجسمى على انها جزء من العملية العلاجية الكلية أو برنامج العلاج .

ومن المهم ايضا أن نؤكد أهمية العلاج النفسى قبل واثناء وبعد جميع انواع العلاج الجسمى . واضعف الايمان فى كل طرق العلاج الجسمى أنها تجعل المريض أكثر استعداداً لتقبل العلاج النفسى .

وفى كل أشكال العلاج الجسمى يجب أن يجرى فحص المريض طبيياً فحصاً شاملاً للتأكد من خلوه من موانع العلاج بأى من هذه الطرق .

وبلاحظ انه فى معظم انواع العلاج الجسمى توجد مضاعفات للعلاج يجب عمل حسابها تهماً ، وفى حالة المضاعفات الخطيرة يجب أن يوقف العلاج فوراً .

وبضمـه العلاج الجسمى عدة أشكال متخصصة فى العلاج تؤدى الى تعزيز مبدءه فى وظيفة الجهاز العصبى المركزى والجهاز العصبى الذاتى وجهاز الغدد .

ويجب أن يكون مفهوما أن أشكال العلاج الجسمي تتطور تطورا سريعا وأن بعضها تنقصه الأدلة التجريبية التي تثبت أفضليته على غيره من طرق العلاج ، وأن بعضها ما زال يستخدم في بعض الدول دون الأخرى وحتى في بعض المستشفيات دون الأخرى وأن بعضها لم يعد له أكثر من القيمة التاريخية .

وفيما يلي أهم أشكال العلاج الجسمي :

علاج صدمة المترازول : Metrazol Shock Therapy

لاحظ فون ميدونا Von Meduna في بودابست بالمجر أن الفصام والصرع نادرا ما يوجدان معا . ولذلك بدأ في سنة ١٩٣٤ في علاج الفصومين بأحداث تشنجات صناعية كيميائيا . واستخدم علاج صدمة المترازول وهو أول علاج من الطرق التي تسمى علاج الصدمة (١) .

طريقة علاج صدمة المترازول :

بعد الأعداد الطبى الكامل ، وبعد اختبار حساسية المريض للمترازول ، يوضع قطعة من المطاط بين فكى المريض لتحميه من عض اللسان . ويحقن المترازول بجرعة مناسبة في الوريد بأسرع ما يمكن . وفى خلال بضعة ثوان (لا تزيد عن ٣٠ ثانية) تحدث النوبة . فيبدأ المريض فى الارتجاف ويشحب وجهه ثم يغيب عن الوعى . وبعد ثوان تحدث ارتجاجات وتشنجات وتقلصات تدوم حوالى ٤٠ ثانية ويرافقها زرقة شديدة . وبعد ذلك يمر المريض الى دور سبات قصير يدوم بعده مشوشا . فيترك لينام .

استخدام علاج صدمة المترازول :

كان علاج صدمة المترازول يستخدم بصفة خاصة فى حالات الفصام .

ملاحظات على علاج صدمة المترازول :

قل استعمال علاج صدمة المترازول بدرجة كبيرة بعد اكتشاف علاج الرجفة الكهربائية لأسباب أهمها خوف المريض وشعوره بالموت أثناء الفترة بين حقن المترازول و حدوث الصدمة .

علاج الانسولين :

يستعمل الانسولين (وهو افرازات البنكرياس) فى علاج الامراض

النفسية بطريقتين :

(١) أهم ما فى الصدمة تعريض المريض لفقد الوعى وما يصاحب ذلك من تغيرات فسيولوجية . ويرجع بعض العلماء تأثير الصدمة لعوامل نفسية منها أن الصدمة باحداثها فقد الذاكرة المؤقت تزيل التوتر الداخلى .

- * علاج غيبوبة الانسولين (احداث غيبوبة للمريض) .
- * علاج الانسولين المعدل (حيث يعمل الانسولين مفعوله دون احداث غيبوبة) .

علاج غيبوبة الانسولين :

هذا النوع من العلاج بداه ساكل Sakel سنة ١٩٣٣ فى فينا . وقد كان شائعا فى علاج الفصام . ولما بدا استخدام العلاج بالصدمات الكهربائية، ولما اكتشفت العقاقير الطبية الاحداث المضادة للذهان **اقلع معظم المعالين عنه الآن** بالنسبة لنقص الادلة التجريبية على افضليته على غيره من طرق العلاج . الا ان بعض المعالين مازالوا يستخدمونه كما فى بعض حالات الفصام المزمن مثلا . وعلى العموم فانه فى كثير من الدوائر العلاجية لم يعد له اكثر من القيمة التاريخية .

طريقة علاج غيبوبة الانسولين : يصوم المريض لمدة ١٢ ساعة تقريبا

ليلا . يحقن المريض بالانسولين المطول فى العضل (بعد اختيار الحساسية على الريق حوالى الساعة ٧ صباحا بادئا بعشر وحدات تزداد ١٠ - ٢٠ وحدة يوميا حتى نصل الى جرعة تحدث الغيبوبة فى حوالى الساعة ١٠ صباحا (نتيجة لتخفيف نسبة السكر فى الدم) ويسبقها درجات من التهيج الحركى والنوم العميق حيث تختل وظائف المراكز العليا بالتدريج الى ان تتعطل . ويترك المريض فى حالة الغيبوبة لمدة تتراوح بين ١٥ - ٤٥ دقيقة . ثم تنتهى الغيبوبة بحقن الجلوكوز بالوريد . ويعطى المريض وجبة كبيرة غنية بالكربوهيدرات . واثناء الغيبوبة يكون المريض فى حالة تحتاج الى تمريض ماهر ورعاية دقيقة واحترس من حدوث المضاعفات التى اخطرها طول الغيبوبة . ويجب على المعالج أن يراقب المريض اثناء العلاج لأنه عندما يبدأ فى الغيبوبة وعندما يبدأ فى العودة الى وعيه يمكنه أن يكشف عن مشكلاته ومتاعبه الشخصية . وبذا يسهل العلاج النفسى الذى يجب أن يرافق العلاج بغيبوبة الانسولين دائما .

سبر علاج غيبوبة الانسولين : يستمر العلاج يوميا لمدة خمسة ايام

فى الاسبوع ، وفى اليوم السادس تعطى نصف الجرعة ، اما اليوم السابع فلا يعطى فيه . حتى يصل الى عدد ٤٠ - ٦٠ غبوبة . وبراعى ضرورة اشتراك المريض فى اواخر النهار فى برنامج النشاط فى المستشفى .

وانع استعمال علاج غيبوبة الانسولين : يجب عدم استعمال علاج

غيبوبة الانسولين فى حالات : انحساسية للانسولين . وانخفاض مستوى السكر فى الدم ، والهبوط الشديد فى اجهزة الجسم الحيوية كالقلب والكبد والكليتين ، والسمل الرئوى . والشيخوخة ، والصرع ، والحمل فى الشهور الثلاثة الاولى .

مضاعفات علاج غيبوبة الانسولين : من أهم المضاعفات : طول الغيبوبة وامتدادها بعد عملية الانفاقة ، وهبوط القلب وارتفاع ضغط الدم ، وهبوط التنفس والالتهاب الرئوى ، والهبوط الحاد فى وظيفة الكليتين ، والنوبات الصرعية .

استخدامات علاج غيبوبة الانسولين : يستخدم علاج غيبوبة الانسولين فى الحالات الآتية : القلق المزمن ، والاكتئاب المزمن ، وعصاب الوسواس والتهر ، والادمان ، والفصام (خاصة الحالات المبكرة) .

علاج الانسولين المعدل :

طريقة علاج الانسولين المعدل : يوضع المريض فى المستشفى . ويعطى الانسولين صباحا بجرعة صغيرة تجريبية تزداد كل يوم الى ان تحدث عرقا شديدا وتحدث الرقاد الهادىء العميق ولا تحدث غيبوبة . وبعد ساعتين او ثلاث يعطى وجبة كبيرة غنية بالكربوهيدرات مع الجلوكوز او عصير الفواكه او اى شكل من اشكال السكر بالفم (حيث ان المريض يكون فى وعيه) . واذا حدثت غيبوبة يعطى المريض الجلوكوز فورا وتقلل الجرعة فى اليوم التالى .

مفعول علاج الانسولين المعدل : يخفف حدة التوتر والقلق ، ويفتح الشهية ، ويزيد الوزن ، ويجعل المريض اكثر قابلية للايحاء واكثر استجابة للعلاج النفسى .

استخدامات علاج الانسولين المعدل : يستخدم علاج الانسولين المعدل فى حالات : القلق المزمن ، والضعف العصبى ، والتوتر الزائد ، والانهاك ، وفقد الشهية العصبى ، وفقد الوزن ، والكحولية ، وادمان المخدرات ، والخواف .

علاج الكهرباء :

تستخدم الكهرباء فى علاج الامراض النفسية بطريقتين :

- * علاج الرجفة الكهربائية .
- * علاج التنبيه الكهربائى .

علاج الرجفة الكهربائية : Electro-Convulsive Therapy (ECT)

يعرف احيانا باسم علاج الصدمة الكهربائية

Electro-Shock Therapy (EST)

ولقد بدا هذا العلاج سرلىتى وبنى Cerletti and Bini الايطاليان سنة ١٩٢٨ . وعلاج الرجفة الكهربائية عبارة عن وسيلة لاحداث رجفات

وتشنجات وغيوبة صناعية . اى المقصود احداث نوبة تشنجية شبيه صرعية (كما يحدث فى الصرع الاكبر) .

طريقة علاج الرجفة الكهربائية : تتخذ بعض الاجراءات التجهيزية الضرورية مثل افراغ المثانة والمستقيم والتخلص من الاسنان الصناعية وفك الملابس ، ويوضع تحت المريض وسادات تمنع اى صدمات للعمود الفقرى وتوضع كمادة بين اسنانه . ويعطى حقنة مخدر . وتستخدم انواع مختلفة من التيار الكهربائى ٧٠ - ١٣٠ فولت لمدة ١٠ - ٢٠ ثانية مما يسمح بمرور ما يتراوح بين ٢٠٠ - ١٦٠٠ مللى امبير فى المخ ، وذلك عن طريق اقطاب كهربائية مثبتة على قشرة الرأس فوق المناطق الامامية والوسطى (المنطقة الجبهية الصدغية من الرأس) . وحيث ان التيار الكهربائى يسرى اسرع من سريان الاحساس فى الاعصاب ، فان المريض لا يشعر باللم . ويحدث تخدير سريع وارتخاء مؤقت للمعضلات الارادية الرئيسية وفقدان للوعى وتشنجات ظاهرة . ويستخدم الاكسجين حتى يعود التنفس الطبيعى . ويسترد المريض وعيه فى حدود ١٠ - ٢٠ دقيقة دون ان يعرف اى تفاصيل عن عملية العلاج وبدون ان يتذكر اى شىء اكثر بعد العلاج . ومن المعتاد الآن تخفيف حدة الرجفة باستخدام بعض المهدئات قبل جلسة العلاج حيث كان العلاج يبدو مخيفا بالنسبة للمريض .

سير علاج الرجفة الكهربائية : يعتمد تكرار الرجفات الكهربائية على شدة المرض . ويعطى العلاج عادة مرتين او ثلاث مرات فى الاسبوع ، وتحدد الاستجابة طول فترة العلاج . وفى الحالات الشديدة قد يستخدم العلاج مرتين فى اليوم . وفى حالة صغار السن وكبار السن يجب الا تزيد عن مرة فى الاسبوع . ويقل تكرار الصدمات مع تحسن المريض . وفى العادة يبلغ عدد الصدمات الكهربائية الكافية للعلاج من ٨ : ١٠ . وقد يحتاج الامر فى بعض حالات الاكتئاب الحاد الى ٢٠ جلسة . وفى بعض حالات الفصام قد يحتاج الامر الى عدد من الجلسات قد يصل الى ٤٠ جلسة . وفى حالات الفصام الزمن تعطى الصدمات الكهربائية عادة مرة كل ١٠ - ١٤ يوما (ايواالت Ewalt ١٩٥٧) .

مفعول علاج الرجفة الكهربائية : يعتقد سيرليني Cerletti ان العامل الشافى ليس الكهرباء بل النوبة التشنجية الصرعية الناتجة عنها . ولا شك ان تمرير التيار الكهربائى فى رأس المريض يفقده وعيه ويحدث له تشنجات ظاهرة ويحدث تغيرات فسيولوجية كيميائية حيوية فى قشرة المخ والمخ الاوسط والمهيد والنخاع المستطيل والغدة النخامية ويحدث اثرا مفيدا بزيادة تنبيه الجهاز العصبى الذاتى .

موانع استعمال علاج الرجفة الكهربائية : لا يسمح باستعمال علاج الرجفة الكهربائية فى الحالات الآتية : الاضطرابات المخية الوعائية ، والاضطرابات القلبية الوعائية الحديثة ، والربو ، وهشاشة العظام وكسور العظام الحديثة ، والشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل .

مضاعفات علاج الرجفة الكهربائية : قد تحدث نتيجة لعلاج الرجفة الكهربائية بعض المضاعفات : فمكرة استخدامه تحدث النسيان أو فقدان الذاكرة وخاصة للأحداث القريبة ، ويسبب الخلط ، وذلك لمدة أسبوع أو عدة أسابيع بعد انتهاء العلاج . وقد تحدث رضوض أو نقل مفاصل أو كسور فى الفك والكف والعمود الفقرى والحوض . وقد تحدث اضطرابات قلبية وعائية وخاصة اضطراب ضربات القلب . وقد تحدث اضطرابات مخية وعائية . وقد يحدث بعض الأعراض مثل انقطاع التنفس لمدة طويلة أو القيء أو زرقة الجلد والنهجان .

استخدامات علاج الرجفة الكهربائية : يستخدم علاج الرجفة الكهربائية فى الحالات الآتية : الاكتئاب (وخاصة فى حالة احتمال اقدام المريض على الانتحار ، وللوقاية ضد العودة الدورية للاكتئاب) ، الهوس الحاد ، والفصام (كعلاج عادى وكعلاج صيانة) ، والهستيريا (وخاصة الهياج الهستيرى) ، والانهيار العصبى .

علاج التنبيه الكهربائى :

يلجأ بعض المعالجين الى العلاج بالتنبيه الكهربائى الذى يحدث تأثيراً على الحالة النفسية للمريض . ويمكن فى اثنا ملاحظة ما يقوله المريض عن حالته وظروفه ومشكلاته . ويلاحظ أن لهذا العلاج دوراً ايحائياً هاماً وخاصة فى حالات الهستيريا .

طريقة علاج التنبيه الكهربائى : يتم بتمرير تيار كهربائى فى رأس المريض بدرجة لا تحدث فقداناً لوعيه وذلك لمدة تصل الى ٢٠ دقيقة . ولا يشعر المريض إلا بالعمى بسيط فى جانبى الرأس حيث يمر التيار .

استخدامات علاج التنبيه الكهربائى : يستخدم علاج التنبيه الكهربائى فى حالات : القلق النفسى ، والهستيريا ، والاكتئاب البسيط والتفاعلى ، وحالات امتداد غيبوبة الإنسولين . وحالات الانغماء بعد الصدمة الكهربائية ، وحالات التسمم من الباربيتورات .

العلاج بالحمى : Fever Therapy

يطلق عليه **العلاج بالحمى الصناعية** artificial fever therapy وبالطبع فإن العلاج بالحمى لا يضر المريض مادام تحت الاشراف الطبى الدقيق .

طريقة العلاج بالحمى :

يفحص المريض فحصا طبيا شاملا ، وتجبرى عليه تحاليل الدم والبول ، ولا يتناول طعام الافطار . ترفع درجة حرارة المريض الى حوالى ٤٠°م لمدة ٣ ساعات تقريبا بأن يعطى عقارا محدثا للحمى الصناعية مثل فاكسين التيفود ، او باعطائه جرثومة الملاريا ، او باستخدام اجهزة تحدث حرارة صناعية في (كابينة) خاصة تسمى Hypertherm حيث تسخن بالكهرباء وتستخدم الاغطية الكهربائية في بعض الاحيان . ويعطى بعض السوائل اثناء العلاج . وتراقب درجة حرارة المريض بقياسها (ابوالث Ewalt ١٩٥٧) .

سير العلاج بالحمى :

يتكرر العلاج كل ثانى يوم . وقد يمتد الى حوالى ٤٠ ساعة من الحمى .

مفعول العلاج بالحمى :

هدف العلاج بالحمى رفع درجة حرارة المريض لمدة معينة مثل اعادةتها الى معديها الطبيعي .. وهكذا ، مما يتيح فرصة اثاره الاعراض حتى يمكن ضبطها ، وحتى تقطع حلقة تكون عادة المرض .

موانع استعمال العلاج بالحمى :

لا يسمح باستعمال العلاج بالحمى في حالات ضعف او هبوط الاجهزة الحيوية في الجسم مثل القلب والرئتين والكبد والكليتين .

مضاعفات العلاج بالحمى :

قد تحدث نتيجة للعلاج بالحمى بعض المضاعفات مثل ارتفاع الحرارة الشديد ، والضعف العام ، وهبوط حاد بالقلب ، والتسمم البولي والتهاب الكليتين .

استخدام العلاج بالحمى :

يستخدم العلاج بالحمى الصناعية في حالات امراض الجهاز العصبي المركزي خاصة زهرى الجهاز العصبي او الشلل الجنونى العام G.P.I. وحالات التسمم المزمن (مع علاج الرجفة الكهربائية) .

العلاج بالنوم الطويل (أو المستمر) Prolonged or Continuous Sleep Therapy

يسمى احيانا **العلاج بالتنويم الطويل** . وقد بدا هذا العلاج سنة ١٩٢٢ على يد كلاسي Klaesi في سويسرا . ومسحح ان استعمال هذا العلاج كان شائعا قبل استخدام علاج الرجفة الكهربائية الا ان استعماله اصبح

قليلًا الآن وعلى نطاق ضيق جدًا بالنسبة لأنه في الأغلب والإعم عملية تسكين وقتي بالإضافة لنتائج غير المجدية أحيانًا وبالنسبة لتعرض المريض لبعض المضاعفات .

طريقة العلاج بالنوم المطول :

ينوم المريض حوالي ١٨ - ٢٠ ساعة في اليوم بواسطة مهدئات ومسكنات ومنومات لمدة أسبوع أو أسبوعين (وقد تمتد الى ثلاثة أسابيع) في مكان هادئ تمامًا . ويكون أيقاظه فقط لتناول الطعام (وجبتين يوميًا) والإخراج والرعاية النفسية . وبعد ذلك يجبر ليعود للنوم ثانية . ورغم أن هذا العلاج يبدو بسيطًا فإنه علاج خطير . فيجب الحرص التام ومراقبة المريض وقياس نبضه وملاحظة تنفسه ولونه والعرق ودرجة الحرارة .

مفعول العلاج بالنوم المطول :

يؤدي العلاج بالنوم المستمر الى حصول المريض على حالة هدوء كامل عن طريق تنويمه نوماً شبه مستمر وراحته أجباريًا من كل مؤثرات البيئة . ويؤدي كذلك الى مساعدة القوى الدفاعية لدى المريض (ذو الشخصية السليمة أصلاً) في أن تسترد قوتها فتسيطر على الموقف وتواجه المرض .

موانع استعمال العلاج بالنوم المطول :

لا يسمح باستعمال العلاج بالنوم المستمر في حالات الأمراض الجسمية والشيخوخة .

مضاعفات العلاج بالنوم المطول :

في حالات نادرة قد ينتقل المريض من النوم الى الغيبوبة الى الموت دون أن يشعر به أحد .

استخدامات العلاج بالنوم المطول :

يستخدم العلاج بالنوم المستمر في حالات القلق الحاد ، وعصاب الحرب ، والإرهاق العصبي ، والصدمات النفسية العنيفة ، والهياج ، والاكتئاب الحاد والمصاحب بالارق والقلق الحركي ؟

العلاج بالادوية :

يطلق على العلاج بالادوية والعقاقير في مجال الأمراض النفسية أحيانًا اسم **العلاج النفسي بالعقاقير** Psychopharmacotherapy ويطلق عليه أحيانًا اسم **العلاج الكيميائي** chemotherapy . ولقد استمر استخدام

العلاج بالصدمات الكهربائية وظل هو الشائع الى ان اكتشفت عدة عقاقير في مقدمتها ربرسين *Reserpine* ، كلوربرومازين *Chlorpromazine* ، وبوخلت آثارهما الفعالة في علاج الاضطرابات النفسية ، وزاد الآن عدد الادوية والعقاقير التي يستخدمها المعالجون والاطباء النفسيون ، وتستخدم الادوية والعقاقير في العلاج النفسى في حالات العصاب والذهان وخاصة المصاحب بالاضطراب النفسى الحركى . ويعطى اما حقنا او عن طريق الفم (هاوز Hays . ١٩٦٨) .

والهدف من العلاج بالادوية ضبط الاعراض ثم القضاء على المرض مع العلاج النفسى .

وحن نعلم ان **التنظيم النفسى والكيميائى والكهربائى للجهاز العصبى** وبصفة خاصة المخ لم يصل العلم الى معرفته معرفة تامة حتى الآن . الا ان المعالجين والاطباء النفسيين يأملون فى الوصول الى معرفة دواء خاص بكل مرض نفسى .

وفى كل الحالات يجب عدم الاختصار فى العلاج النفسى على الادوية والعقاقير لكن يجب ان يسير جنباً الى جنب مع العلاج النفسى والاجتماعى فى برنامج علاجى متكامل .

والعلاج النفسى بالادوية يجب الا ننظر اليه فى حد ذاته ولكن فى اطار « **المعالج - الدواء - المريض** » . فكفاءة المعالج وفعالية الدواء وتعاون المريض أمور هامة جداً فى نجاح العلاج بالادوية .

هذا ويجب ان يكون العلاج بالادوية تحت **الإشراف الطبى الدقيق** حيث يجب ان يناسب سن المريض وجنسه ووزنه وحالته النفسية والجسمية العامة . ويلاحظ وجود اى موانع لاستعمال الدواء قبل وصفه او تعاطيه حتى لا يحدث مضاعفات او آثاراً جانبية فى الجهاز العصبى والجهاز الدورى والكبد والجلد وغيرها ، مثل القلق والارق وزيادة الاحلام والكابوس والرعدة والتقلصات والتشنجات



والضعف والانيما والارتيكاريا وجفاف الفم والتقيؤ والاسهال والامساك واضطراب الحيض والضعف الجنسي ... الخ . وعلى العموم اذا حدثت مضاعفات او آثار جانبية يجب وقف تعاطى الدواء والرجوع الى المعالج لاستشارته . وفى حالات تعسدى المقدار الموصوف وحدوث اعراض التسمم يجب سرعة اسعاف المريض .

(شكل ٩٨) العلاج بالادوية

(انظر شكل ٩٨) .

انواع الادوية المستخدمة فى العلاج النفسى :

المنبهات stimulants : وهى التى تشبه وظائف الجهاز العصبى المركزى ، وتزيد من الطاقة الجسمية والعقلية . ولها مفعول مضاد للخبول والاكتئاب . وتستخدم ايضا فى القضاء على تأثيرات المنومات . وهى تشعر المريض بالتحسن والانشراح وترفع من روحه المعنوية . ويجب عدم تعاطيها فى المساء لأنها تحدث الارق ليلا . ويجب الحرص وتجنب الافراط فى تعاطيها خشية ادمانها . ومن امثلة المنبهات المعروفة تلك التى تستخرج من مادة امفيتامين Amphetamine مثل بنزدرين Benzedrene . وكذلك يستعمل توفرانيل Tofranil وكافين Caffeine .

المهدئات transquillisers : وتحدث اثرا مهدئا (وليس مثبطا) للجهاز العصبى المركزى . وتؤدى الى الاسترخاء العضلى والهدوء النفسى الحركى وتهدئ التهيج . وتعطى فى حالات القلق الخفيف ، وفى الحالات النفسية الجسمية ، وحالات الاضطرابات الانفعالية ، وحالات عدم الاستقرار النفسى الحركى . ويلاحظ ان المهدئات فى جرعات كبيرة تعمل كمنومات . ويقسمها البعض الى مهدئات خفيفة ومهدئات عظيمة . المهدئات الخفيفة تحدث الهدوء وتخفف حدة القلق والتوتر وتقلل من سرعة الاستثارة وتقلل اضطرابات التفكير . والمهدئات العظيمة تستخدم فى حالات القلق الشديد والتهيج المزمن والهلوسات والفصام . ومن امثلة المهدئات المعروفة واشيعها استخداما ليبريوم Librium ، فالسيوم Valium ، ستيلازين Stelazine ، تريبتيزول Tryptizol

المسكنات : وهى الادوية التى تثبط وظائف الجهاز العصبى المركزى وتسكن الآلام مما يؤدى الى الهدوء النفسى . ومنها المسكنات الخفيفة ذات الاثر المسكن وخاصة اثناء النهار فى كثير من اشكال العصاب والذهان وخاصة القلق والاكتئاب والهوس والهيلاج . وهى مفيدة فى الحالات المحتاجة الى الراحة والاسترخاء والهدوء والسكينة . ومن امثلة المسكنات المعروفة باربيتورات Barbiturates ، بروميدات Bromides ، الكحول .

المنومات : وهى الادوية التى ينتسج عن تعاطيها النوم . وتستخدم للمساعدة فى الهدوء اثناء الليل وفى حالات اضطراب النوم وفى علاج الارق وفى حالات الهيلاج، كما تستخدم فى المهدئات فى العلاج بطريقة «التنويم الطويل» او النوم المستمر . وتعطى المنومات قبل الذهاب الى الفراش مباشرة . ويلاحظ ان المنومات فى جرعات صغيرة تعمل كمهدئات ويجب الاحتراس وعدم ترك كميات كبيرة منها فى حوزة من يوجد لديهم ميول انتحارية . ومن امثلة المنومات المعروفة باربيتورات Barbiturates ومن اشيعها استعمالا فينوباربيتون Phenobarbitone ، دوميل Dormil .

مضادات الاكتئاب : Anti-depressive ، وهى ادوية تنظم الانفعال والحالة المزاجية وتصحح التغيرات الشاذة التى تحدث فى الاكتئاب . وتفيد فى حالات الاكتئاب البسيط المصاحب بأمراض الضعف العصبى « النيوراستينيا » والاكتئاب التفعالى وذهان الهوس والاكتئاب وفى حالات السوء وفى حالات الفصام التخشبى . ومن أمثلة مضادات الاكتئاب المعروفة امفيتامين Amphetamine واشيعها استعمالا توفرانيل Tofranil ، تريبتيزول Tryptizol .

مضادات الادمان : يستخدم عقار انتاييوس Antabuse (دايسالفيرام disulfiram) لعلاج الادمان الكحولى لانه يسبب اعراضا غير سارة بل مزعجة عندما يتناوله شخص مع الكحول . ويعطى عن طريق الفم فى جرعة صغيرة . ويجب الا يسبقه كحول لمدة ١٢ ساعة على الاقل . وعندما يتناول الشخص الذى يستعمل انتاييوس كحولا فانه فى خلال ٥ - ١٠ دقائق يشعر بأعراض مثل احمرار الجلد وخفقان القلب والعرق الغزير وضيق التنفس وانخفاض ضغط الدم والغثيان والقيء . ويجب ان يصاحب العلاج باستخدام انتاييوس علاج نفسى للقضاء على مصادر القلق والصراع التى تلجئ الى الدمن الى الكحول للحصول على الراحة او كمهرب ، ويجب كذلك ان يكون استعمال هذا العلاج بموافقة المريض ضمنا لتعاقبه .

عقاقير الهلوسة : وتستخدم أساسا لاجراض التشخيص وللمساعدة فى العلاج النفسى حيث أنها تميل الى كشف بعض المواد اللاشعورية . ومن أمثلتها عقار (١) ل.س. ٢٥٠ Lysergic Acid Diethylamide (L.S.D.) مسكولين Mescaline ، والحشيش (١) .

عقاقير الحقيقة : وتسمى أحيانا عقاقير الصدق (٢) . أو مضادات الكبت وتستخدم بصفة خاصة فى التحليل التخدرى narcoanalysis ويحقن المريض ببطء فى الوريد بعقار مخدر مثل سودوم أميتال Sodium Amytal أو سوديوم بنتوثال Sodium Pentothal فيصبح فى حالة استرخاء وهذوء وسكون أو حالة نصف شعورية أو شبه نوم وتشل الرقابة نوعا ما وتضعف ميكانزمات الكف والمقاومة وتقل وتشجع المريض على الكلام وتظهر النزعات وتنفس المواد المكونة والانفعالات والذكريات وانخبرات المؤلة

(١) عند حقن ٥٠ - ٧٥ ر. ملليجرام منه تحت الجلد فى شخص سليم يحدث أعراض مثل الفصام . ويستعمل لتشخيص الفصام الكامن . كما أنه يسهل التحليل النفسى .

(٢) لا يستعمل الحشيش الآن فى الطب ، كما أنه ممنوع بحكم القانون .

(٣) يلاحظ ان المعلومات التى يكشف عنها باستخدام هذه العقاقير

لا يعتد بها حقيقة ولكنها تعتبر مؤشرات فقط ولا يمكن اعتبارها دليلا قاطعا .

ومحتويات مفهوم الذات الخاص . وتعطى هذه العقاقير أحسن فوائدها في حالات القلق الحاد وفي الهستيريا التحويلية وفي الحالات النفسية الجسمية .

الدواء الوهمي Placebo وهو دواء لا يحوى مواد أو عقاقير طبية علاجية (١) . ويستخدم لايهام بعض المرضى الذين يصرون على ويرتاحون الى تعاطى الدواء انهم يعالجون طبيا بالدواء . ويستجيب هؤلاء المرضى للدواء الوهمي وترتفع روحهم المعنوية ويحدث آثارا شافية فعلا وخاصة اذا دعم هذا علاقة علاجية طيبة وثقة بين المعالج والمريض .

ويستخدم الدواء الوهمي بصفة خاصة مع بعض مرضى الوهم . والمستجيبون للدواء الوهمي يكونون عادة منبسطين متعاونين قليلي الشكوى والمعالجون عادة يتفنون في اختيار الدواء الوهمي ووصفه سواء كان حبوبا أو شرابا ويدخل في ذلك اعتبارات مثل اللون والطعم وطريقة التعاطى والدقة في المواعيد . . . الخ (رش Ruch ، ١٩٦٧ ، جليك Glick ، ١٩٦٨) .

مزايا العلاج بالأدوية :

من مزايا العلاج بالأدوية ما يلي :

- * تحرر الادوية المريض من الاعراض الجسمية مما يساعد في علاج مشكلاته بدرجة أكثر من الكفاية (ركلز Rickels ، ١٩٦٨)
- * تسهل أنواع العلاج الأخرى (فشر Fish ، ١٩٦٨) .
- * تقلل من الاعتماد على الصدمات الكهربائية واللجوء الى الجراحة في العلاج .
- * تجعل من الممكن علاج عدد أكبر من المرضى .
- * تقلل من الحاجة الى بقاء المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية .

عيوب العلاج بالأدوية :

من عيوب العلاج بالأدوية ما يلي :

- * قد تحدث الادوية تأثيرا عكسيا على حالة المريض النفسية اذا كان يعالج بها وحدها . فحين لا يتم الشفاء يعتقد المريض أن حالته مزمنة ولا ينتظر شفاؤها .
- * قد يحدث تأثيرا ضارا على الجهاز العصبى المركزى نفسه .
- * قد تؤثر تأثيرا جانبيا على الكبد والكلى والكرات الدموية وضغط الدم .
- * قد يكون لها مضاعفات خطيرة كما سبق أن أوضحنا .
- * اذا غالى المريض في استخدامها فقد يحدث ادمان ، واذا استغنى عنها قبل أن يأخذ المقدار الكافى والمقرر منها قد يحدث انتكاس .

(١) يحضر من مواد مثل النشا وسكر اللبن (لاكتوز) .

ملاحظات على العلاج بالادوية :

* يجب باستمرار متابعة وتقييم آثار وفوائد الدواء في العلاج النفسي (ايرون Irwin ، ١٩٦٨) .

* يقرر بعض المعالجين انه اذا حدث تحسن في حالة المريض من ٣٠ - ٦٠ يوما يجب أن تقلل الجرعة تدريجيا الى النصف ثم تدريجيا الى أن يوقف الدواء . اذا لم تلاحظ له نتائج حسنة بعد ٣٠ يوما يجب أن يوقف ويغير . اما في حالات الازمان (وجود المرض منذ أكثر من عامين) فيجب ألا يغير الدواء ولا تقلل جرعته قبل مضي من ٩ - ١٢٠ يوما .

* في حالة استخدام المهدئات والمسكنات والنومات يجب توفير الهدوء للمريض وتجنب الضوضاء والتوتر .

* يستخدم عادة الى جانب الادوية السابق ذكرها بعض المقويات مثل الفيتامينات وغيرها .

* في بعض حالات البحث العلمى تستخدم الادوية والعقاقير في احداث حالات نفسية أو مرض نفسى تجريبى . وفي هذه الحالات يجب الحذر الشديد عند استخدامها وأن تكون تحت الاشراف العلمى الدقيق .

العلاج الجراحى النفسى : Psychosurgery

يلجأ الاخصائيون في بعض حالات الامراض النفسية المزمنة - وبعد فشل بقية أنواع ووسائل وطرق العلاج الاخرى - وكأخر محاولة الى الجراحة (جراحة المخ brain surgery وهى جراحة عصبية neurosurgery متخصصة جدا) بقصد علاج الاضطراب النفسى أو المرض العقلى بحيث يحصلون على أكبر قدر من التحسن العقلى وأقل قدر من التضحية . وقد بدأ هذا النوع من العلاج على يد مونيز Moniz سنة ١٩٣٦ فى لشبونة بالبرتغال . بالطبع سبق ذلك دراسات تجريبية لهذا النوع من العلاج على الحيوانات العليا (وخاصة القردة) قام بها فولتون وجاكوبسين Fulton and Jacobsen سنة ١٩٣٥ حيث لوحظ الهدوء وعدم الاكتراث بالمثيرات التى كانت تثيرهم قبل اجراء العملية الجراحية . ويلاحظ أن بعض الدول لاستخدم الجراحة النفسية . واحسن الحظ فان التقدم فى العلاج الدوائى قد يقلل من اللجوء الى العلاج الجراحى . وعلى العموم فاهم العمليات الجراحية التى تجرى لأمضى النفسيين وأكثرها شيوعا هى عملية « شق الفص الامامى (١) » .

(١) هناك عمليات جراحية اخرى مثل القطع تحت سطح المخ ، والمباشرة بالكهرباء لبعض مراكز المخ المعينة .

عملية شق مقدم الفص الأمامى (١)

كانت عملية فصل الفص الأمامى (الجبهى) عن بقية اجزاء المخ تتم فى أول الأمر بحقن الفص الأمامى بالكحول ، ثم حل محلها قطع الألياف البيضاء الموصلة بين الفص الأمامى والمهيد . والعملية الأولى كانت عبارة عن عمل ثقبين فى عظام الجمجمة ليتمكن الجراح من عمل شق فى الألياف البيضاء فيما بين الفص الأمامى والمهيد *hypothalams* ليقطع الاتصال العصبى ويثبط رد الفعل الانفعالى ويحدث تغيراً فى السلوك . ويلاحظ أن الجراح عادة يترك تسماً من هذه الألياف تكفى لاحتفاظ المريض بقدرته على العمل وعلى التوافق .

سبر العلاج الجراحى النفسى :

يجب بعد اجراء العملية الجراحية فى المخ استمرار العلاج النفسى والاجتماعى لاعادة تعليم المريض عادات وطباعاً جديدة وتأهيله فى فترة النقاهة . ويقرر بعض المعالجين أن نتائج العلاج الجراحى النفسى تتوقف على نجاح العملية والتمريض وحالة المريض . ووجد أنه فى أحسن الظروف تتحسن حالة ثلث المرضى والثلث الثانى لا يتغير حالته والثلث تسوء حالته .

مفعول العلاج الجراحى النفسى :

لا شك أن فوائد العملية الجراحية فى الغالب أكثر من مضارها . ويلاحظ أنه كلما كان تركيب الشخصية قبل المرض حسناً كلما كانت النتائج أحسن . والفكرة الأساسية وراء الجراحة النفسية هى أن قطع الاتصال أو المسار العصبى بين الفصين الأماميين للمخ (مركز الوظائف العقلية العليا مثل التفكير والادراك والارادة) وبين المهيد (مركز الانفعالات) يقلل من عذاب الأفكار المضطربة والادراك المشوه والارادة الضعيفة . وفى حالة نجاح العملية يصبح الأداء الوظيفى للمريض أبسط من ذى قبل . وتصبح حياته العملية أخفض مستوى ولكنها أكثر رضا . ويزداد تركزه حول ذاته واهتمامه بالحاضر واهماله لخبرات الماضى وأمر المستقبل . ويتخلص من النقد الذاتى المرير والانهيال العصبى . ويقل هياجه وعدوانيته . ورغم أن قدرات المريض تتأثر بعض الشيء إلا أنها فى الغالب لا تتأثر تأثيراً خطيراً .

مضاعفات العلاج الجراحى النفسى :

يرى البعض أن الجراحة النفسية قليلة النفع كثيرة الضرر . فمن مضاعفاتها : التدهور العقلى المعرفى خاصة فقد الذاكرة ، وفقد القدرة على المبادأة ، وضعف الارادة ، ونقص الدفاعية ، ونقص القدرة على التقدير الصائب والتخطيط السليم ، ونقص مستوى الطموح ، والتذبذب والسيولة والضحالة الانفعالية ، والهدوء والخمول والكسل والسلبية ، واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية وبمشاعر الآخرين ، والشره والسمنة المفرطة ، ونوبات

(١) راجع الجهاز العصبى ص ٩١ ، وانظر الاشكال ١٣ - ١٨ ص ٩١ .

الصرع ، والتدهور العام والعيش حتى يقضى الله أمرا كان مفعولا .

استخدامات العلاج الجراحى النفسى :

يستخدم العلاج الجراحى (كآخر حل وبعد فشل جميع المحاولات العلاجية الأخرى) فى حالات : الفصام المزمن ، والاكتئاب المزمن ، والقلق المزمن ، وعصاب الوسواس والقهر الشديد .

العلاج النفسى الدينى

ان من أهم أهداف التربية والصحة النفسية تنمية المواطن الصالح المؤمن ، والإنسان الحر صاحب الإرادة والعقيدة ، والفرد الذى يعيش فى سعادة وسلامة وسلام . ان التربية بمعناها الواسع تشمل التربية الدينية ، والنمو بمعناه الشامل يتضمن النمو الدينى والأخلاقى ، والصحة النفسية بمعناها الواسع تشمل السعادة فى الدنيا والدين .

لقد خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان ، وهو يعلم من خلق . والخالق هو الذى يعرف كيف يصير الإنسان سويا ووضع لذلك القوانين السماوية وهو الذى يعرف ماذا يفسد الإنسان وهو الذى يعرف طرق وقاياته وصيائته ، وهو الذى يعرف طريقة علاجه وصلاحه . وفيما نرى أن علماء النفس العلاجى يجب أن يستفيدوا من الدين وأن يلتزموا بقوانين الخالق لأنهم ليسوا أعلم بالإنسان من الله الذى خلقه . قال الله تعالى : « **الاعلم من خلق وهو اللطيف الخبير** » .

وفى عقيدتنا كما قال الله تعالى « **ان الدين عند الله الاسلام** » خاتم الاديان وجامعها . ولذلك فنحن نسترشد بالقرآن الكريم لأنه خاتم الكتب السماوية ونسترشد بالحديث الشريف لان محمدا صلى الله عليه وسلم خاتم الانبياء والمرسلين . قال الله تعالى : « **آمن الرسول بما أنزل اليه من ربه والمؤمنون ، كل آمن بالله وملائكته وكتبه ورسله لا تفرق بين احد من رسله ..** » وقال الله تعالى : « **قولوا آمنا بالله وما أنزل اليها وما أنزل الى ابراهيم واسماعيل واسحاق ويعقوب والاسباط وما أوتى موسى وعيسى وما أوتى النبيون من ربهم لا نفرق بين احد منهم ونحن له مسلمون** » . وقال الله تعالى عن القرآن الكريم : « **وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين ..** » وقال : « **يا ايها الناس قد جاءكم موعظة من ربكم وشفاء لما فى الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين** » وقال : « **قل هو للذين آمنوا هدى وشفاء ..** » وقال : « **ان هذا القرآن يهدى للتى هى اقوم ويبشر المؤمنين ..** » وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « **انى تركت فيكم ما ان تمسكتم به لن تضلوا من هدى : كتاب الله وسنتي** » .

اسباب الاضطراب النفسى فى رأى الدين :

رأينا فى عرضنا لاسباب الامراض النفسية ان من اخطر الاسباب **الضلال والبعد عن الدين وعن الايمان** ، أو **الاحاد وتشوش المفاهيم الدينية** وضعف القيم والمعايير الدينية ، وعدم ممارسة العبادات ، والشعور بالذنب وتوقع العقاب ، والضعف الاخلاقى وضعف الضمير ، والفرق بين القيم الاخلاقية المتعلمة والفعلية ، والفرق بين المثل التى يتعلمها الفرد وبين الواقع الفعلى .

ونحن نعلم ان من اخطر الاسباب النفسية للاضطراب هو **الصراع** . واطغر الصراعات فى الانسان الصراع بين قوى الخير والشر ، وبين الحلال والحرام ، وبين الجانب الملائكى والحيوانى فى الانسان . اى ان الصراع قد ينشأ بين النفس اللوامة والنفس الامارة بالسوء ، فيتأثر بذلك اطمئنان النفس المطمئنة ويحولها الى نفس مضطربة . ونحن نعرف ان الصراع اذا استحکم صرع الانسان وادى الى القلق الذى يؤرقه .

ويجمع انصار العلاج النفسى الدينى على ان **الخطيئة** وهى الذنب أو الاثم على مستوى الشعور ، **والشعور بالاثم** نتيجة ما ارتكبه الانسان من اعمال وسوس اليه بها الشيطان وكان يود الا يرتكبها — يعتبران العنصر الاساسى فى تكوين العصاب .

ويقول البعض ان الامراض النفسية ومظاهر سوء التوافق النفسى هى **امراض الضمير** ، أو هى حيلة هروبية من تأنيب الضمير (انظر مصطفى فهمى ، ١٩٧٠) .

اعراض الاضطراب النفسى فى رأى الدين :

رأينا فى عرضنا لاعراض الامراض النفسية ان من اهم الاعراض **مشاعر الذنب الشاذة والعدوان والسلوك الجنسى المنحرف والانتحار** .

وعلى العموم تعتبر اعراض الاضطراب النفسى فى رأى الدين **استجابة غير سوية لضمير المريض** بسبب ما تعرض له من اهمال ، أو نتيجة لقيام الفرد بسلوك يتضمن نوعا من التحدى السافر لقوة الضمير .

ومحور العصاب هو **الخطيئة والشعور بالذنب** مما يهدد الذات ويسبب حالة عدم الاتزان النفسى وسوء التوافق الاجتماعى .

يضاف الى هذا **الخوف** المرضى الدائم المتكرر الذى يصاحبه سلوك عصابى قهرى . ويلاحظ **القلق** المسحوب بالتوتر والضيق والتهيب وتوقع الخطر وعدم الاستقرار العام . ويشاهد **الاكتئاب** والتشاؤم وفقدان الامن والسلام .

الوقاية الدينية من المرض النفسى :

ان الايمان والتدين عقيدة خالصة وعمل مخلص ، والسلوك يجب ان يكون وفقا لها . والسلوك الذى يخرج على الدين ، والسلوك الذى يأخذ شكل العبادة الآلية أمر خطير قد يؤدي الى السلوك المنحرف . وقد تؤدي التيارات السلوكية المستوردة بلا تنقية الى نكسة تصيب الناس في عقيدتهم الدينية وايمانهم بتعاليم الدين وعملهم وسلوكهم على هداه مما يؤدي الى تشويه الشخصية الفردية والاجتماعية (محمد كامل النحاس ، ١٩٦٤) .

وتتضمن الوقاية الدينية من المرض النفسى الاهتمام بكل من التربية الدينية والتربية الاخلاقية وبناء نظام القيم كدعامة اساسية للسلوك السوى وشرط اساسى لتحقيق التوافق النفسى .

ومن اهم معالم طريق الوقاية بناء شخصية المؤمن كما حددها الدين . ان غاية المطلوب هو النفس المطمئنة التى توفق بين النفس الامارة بالسوء وبين النفس اللوامة ، وتنمية النفس البصيرة .

التربية الدينية :

عرفنا ان التربية بمعناها الواسع تشمل التربية الدينية . وتربية الشخص المؤمن تضمن تربيته في حدود اطار مرجعى دينى للسلوك . يحدد ما أحل الله طمعا في ثواب جنته التى وعد المتقين وخوفا من عقاب ناره التى أعدّها للكفار . ذلك ان التعاليم الدينية والقيم الروحية والاخلاقية تهدى الفرد الى السلوك السوى وتجنبه الوقوع في الخطأ ومشاعر الذنب وعذاب الضمير فيشعر بالامن النفسى ويتمتع بالصحة النفسية . ولقد جاء في الكتاب المقدس : « من يسلك بالاستقامة يسلك بالامان » .

ويجب أن تهتم التربية بتنمية القيم الدينية وهى تركز على اهتمام الفرد وميله الى معرفة ما وراء العالم الظاهرى ومعرفة اصل الانسان ومصدره ومعرفة الله ومحبهه .

ويوصى الدين باحداث التوازن بين جانبى الحياة المادى والروحى تحقيقا للتوافق النفسى وتكامل الشخصية . ويؤكد الدين الاهتمام بكل من الحياة الدنيا والحياة الآخرة . قال الله تعالى : « وابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ ، وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا » . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « ليس خيركم من ترك الدنيا للآخرة ولا الآخرة للدنيا ، ولكن خيركم من أخذ من هذه وهذه » . وقال على بن أبى طالب رضى الله عنه : « اعمل لدنياك كأنك تعيش أبدا ، واعمل لآخرتك كأنك تموت غدا » .

وهكذا يجب الاهتمام بالنمو الدينى للفرد ، وتوفير القدوة السليمة والسلوك النموذجى للاقتداء به . قال الله تعالى : « لقد كان لكم في رسول الله أسوة حسنة ... »

التربية الاخلاقية :

ان الدين هو الطريق الى بقاء ودوام القيم الانسانية والقيم الاخلاقية التي تعتبر اطارا مرجعيا لسلوك الفرد وأسلوب حياته . والاخلاق المستمدة من الدين تنظم سلوك الانسان وتجعل من شخصيته وفي شخصيته ضميرا حيا يهديه الى الصراط المستقيم ويحاسبه ان هو اخطأ أو انحرف . ولقد وصف الله تعالى رسوله العظيم بقوله : « وانك لعلی خلق عظیم » . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « انما بعثت لاتمم مكارم الاخلاق » . وقال على بن ابي طالب رضى الله عنه : « نعم الحسب الخلق الحسن » .

شخصية المسلم :

ولاغراض الوقاية وتحقيق الصحة النفسية يجب الاهتمام بنمو شخصية المسلم كما حددها الدين (انظر مصطفى عبد الواحد ، ١٩٧٠) . ولو اردنا استعراض سمات شخصية المسلم كما حددها الدين متمثلا في كتاب الله وسنة رسوله لاستغرق هذا مجلدا كاملا . ولكن نورد فيما يلي نماذج من كلام الله عز وجل وحديث رسوله صلى الله عليه وسلم في سمات شخصية المسلم :

الايمان : ويتضمن الايمان بالله وملائكته وكتبه ورسله وبالقدر واليوم

الآخر .

* **الايمان بالله :** قال الله تعالى : « ومن يؤمن بالله يهد قلبه والله بكل شيء عليم » . وقال « ان الله لا يغفر ان يشرك به ويغفر ما دون ذلك لمن يشاء » ، ومن يشرك بالله فقد ضل ضللا بعيدا » . وقال : « واذا سألك عبادى عنى فانى قريب ، اجب دعوة الداع اذا دعان ، فليستجيبوا لى وليؤمنوا بى لعلهم يرشدون » . وقال : « انما المؤمنون الذين اذا ذكر الله وجلت قلوبهم واذا تليت عليهم آياته زادتهم ايمانا وعلى ربهم يتوكلون » .

* **التصديق بالملائكة :** قال الله تعالى « الذين يحملون العرش ومن حوله يسبحون بحمد ربهم ويؤمنون به ويستغفرون للذين آمنوا ... » . وقال : « وان عليكم لحافظين . كراما كاتبين . يعلمون ما تفعلون » .

* **الايمان بالكتب السماوية :** قال الله تعالى : « انا انزلنا التوراة فيها هدى ونور ... » وقال « وقفينا على آثارهم بعيسى بن مريم مصدقا لما بين يديه من التوراة وآتيناه الانجيل فيه هدى ونور ... » وقال « وآتيناه داود زبوراً » وقال « انا نحن نزلنا عليك القرآن تنزيلا » .

* **الايمان بالرسل :** قال الله تعالى : « ... وان من امة الا خلا فيها نذير » وقال « رسلا مبشرين ومنذرين لئلا يكون للناس على الله حجة بعد الرسل ... » . وقال « لقد كان لكم فى رسول الله اسوة حسنة » .

* **الايمان بالقدر :** قال الله تعالى : « انا كل شيء خلقناه بقدر » وقال :

« ما أصاب من مصيبة فى الأرض ولا فى أنفسكم الا فى كتاب من قبل ان نبرأها ان ذلك على الله يسير » . وقال : « قل لن يصيبنا الا ما كتب الله لنا هو مولانا ، وعلى الله فليتوكل المؤمنون » .

* الإيمان باليوم الآخر : قال الله تعالى : « وان الساعة آتية لا ريب فيها » . وقال : « وما هذه الحياة الدنيا الا لهو ولعب ، وان الدار الآخرة لهي الحيوان .. » وقال : « ربنا انك جامع الناس ليوم لا ريب فيه ، ان الله لا يخلف الميعاد » وفى الحديث القدسى عن الله عز وجل « أعددت لعبادى الصالحين فى الجنة ما لا عين رأت ولا أذن سمعت ولا خطر على قلب بشر » .

العبادة : قال الله تعالى : « وقضى ربك الا تعبدوا الا اياه .. » . وقال : « وان الله ربى وربكم فاعبدوه ، هذا صراط مستقيم » . وقال : « الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله الا بذكر الله تطمئن القلوب » . وقال : « وفى الأرض آيات للمؤمنين . وفى أنفسكم أفلا تبصرون » . وقال : « وأقيموا الصلاة وآتوا الزكاة .. » . وقال : « يا أيها الذين آمنوا كتب عليكم الصيام كما كتب على الذين من قبلكم لعلكم تتقون » . وقال « .. ولله على الناس حج البيت من استطاع اليه سبيلا .. » . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « أعبد الله كأنك تراه فان لم تكن تراه فانه يراك » .

المسئولية : وتشمل :

* مسئولية الاختيار : فالإنسان بنعمة العقل مخير . قال الله تعالى : « وهديناه النجدين » وقال : « وقل الحق من ربكم فمن شاء فليؤمن ومن شاء فليكفر » . وقال : « بل الإنسان على نفسه بصيرة » .

* طلب العلم : قال الله تعالى : « اقرأ باسم ربك الذى خلق ، خلق الإنسان من علق ، اقرأ وربك الاكرم ، الذى علم بالقلم ، علم الإنسان ما لم يعلم » . وقال : « .. قل هل يستوى الذين يعلمون والذين لا يعلمون ، انما يتذكر أولوا الالباب » وقال : « انما يخشى الله من عباده العلماء » . وقال : « وقل رب زدنى علما » . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « من سلك طريقا يلتمس فيه علما سهل الله له طريقا الى الجنة » . وقال : « ان الملائكة لتضع اجنحتها على طاب العلم رضا بما يصنع » . وقال : « من سئل عن علم فكتمه ألجمه الله بلجام من نار يوم القيامة » .

* الصدق : قال الله تعالى : « يا أيها الذين آمنوا اتقوا الله وكونوا مع الصادقين » .

* الامانة : قال الله تعالى : « ان الله يأمركم ان تؤدوا الامانات الى أهلها .. » .

* التسامح : قال الله تعالى : « ولا تستوى الحسنة ولا السيئة ، ادفع بالتي هي أحسن فاذا الذى بينك وبينه عداوة كأنه ولى حميم » .

- وقال : « وليعفوا وليصفحوا الا تحبون أن يغفر الله لكم » . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « الراحمون يرحمهم الله تعالى . ارحموا من في الأرض يرحمكم من في السماء » .
- * التعاون : قال الله تعالى : « وتعاونوا على البر والتقوى » . وقال « انما المؤمنون اخوة » . وقال : « والمؤمنون والمؤمنات بعضهم اولياء بعض » . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « لا يؤمن أحدكم حتى يحب لآخيه ما يحب لنفسه » . وقال : « مثل المؤمنين في توادهم وتراحيمهم كمثل الجسد الواحد اذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الاعضاء بالسهر والحمى » .
- * الصبر : قال الله تعالى : « يا ايها الذين آمنوا استعينوا بالصبر والصلاة ، ان الله مع الصابرين » . وقال : « وبشر الصابرين » .
- * العفة : قال الله تعالى : « وأما من خاف مقام ربه ونهى النفس عن الهوى فان الجنة هي المأوى » . وقال : « وليستعفف الذين لا يجدون نكاحا حتى يغنيهم الله من فضله » .
- * العزة : قال الله تعالى : « ولله العزة ولرسوله وللمؤمنين » .
- * القوة والصحة : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « المؤمن القوى خير واحب الى الله من المؤمن الضعيف ، وفي كل خير .. » وقال : « تدأوا فان الله لم يضع داء الا وضع له دواء ، غير داء واحد : الهرم » .
- * البعد عن الحرام : قال الله تعالى : « قل تعالوا اتل ما حرم ربكم عليكم ، الا تشركوا به شيئا ، وبوالوالدين احسانا ، ولا تقتلوا اولادكم من اطلاق ، نحن نرزقكم واياهم ، ولا تقربوا الفواحش ما ظهر منها وما بطن ، ولا تقتلوا النفس التى حرم الله الا بالحق ، ذلكم وصاكم به لعلكم تعقلون ، ولا تقربوا مال اليتيم الا بالتي هى احسن حتى يبلغ اشدّه ، واوفوا الكيل والميزان بالقسط ، لا تكلف نفسا الا وسعها . واذا قلتم فاعدلوا ولو كان ذا قربى . وبعهد الله اوفوا ذلكم وصاكم به لعلكم تذكرون . وان هذا صراطى مستقيما فاتبعوه ولا تتبعوا السبل فتفرق بكم عن سبيله ، ذلك وصاكم به لعلكم تتقون » . وقال : « يا ايها الناس قد جاءكم الحق من ربكم ، فمن اهتدى فانما يهتدى لنفسه ، ومن ضل فانما يضل عليها .. » ، وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « اتق المحارم تكن اعبد الناس » .

طريقة العلاج الدينى :

يضع البعض « العلاج الدينى » الذى يقوم على اساليب ومفاهيم ومبادئ دينية روحية اخلاقية مقابل « العلاج الدنيوى » ويقصد به بقية طرق العلاج التى تقوم على اساليب ومفاهيم ومبادئ وضعها البشر . ان

الدين يوفر الامن الذى قد لا يستطيع علم النفس ان يوفره . ورغم هذا ففى طرق العلاج النفسى الدينى نجد بعض مشايخها يؤمنون ان الدين عامل هام فى اعادة الطمينة والسلام والامن النفسى . فقد اكد كارل يونج (١٩٣٣) اهمية الدين وضرورة اعادة غرس الايمان والرجاء لدى المريض . واكد ستيكل Stekel اهمية تدعيم الذات الاخلاقية .

والعلاج النفسى الدينى اسلوب توجيه وارشاد وتربية وتعليم . ويقوم العلاج النفسى الدينى على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم والمبادئ الروحية والاخلاقية .

وهدف العلاج النفسى الدينى تحرير المريض او الشخص المضطرب من من مشاعر الخطيئة والاثم التى تهدد سلامته وامنه النفسى ومساعدته على تقبل ذاته وتحقيق واشباع الحاجة الى الامن والسلام النفسى . قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « ما انزل الله داء الا انزل له شفاء » . وكان النبى صلى الله عليه وسلم اذا اتى مريضا او اتى به قال : « اذهب الياس رب الناس ، اشف وانت الشافى لا شفاء الا شفاؤك شفاء لا يغادر سمتا » . ويحتاج العلاج الدينى الى **المعالج المؤمن** قى البصرة القادر على الاقتناع والايحاء والمشاركة الوجدانية . وليس من شغل المعالج ان يحكم على معتقدات واتجاهات المريض . وليس معنى هذا انه لا يناقش هذه المعتقدات ، ولكن المهم الا يتدخل فيها ولا يغيرها (هادلى Hadley ١٩٥٨) . ونصيحتنا للمعالج النفسى ان يتبع تعاليم الدين الذى يتبعه وان يحترم الديانات السماوية الاخرى .

هذا ويمكن ان يمارس العلاج الدينى كل من **المعالج النفسى والموجه والمربي ورجل الدين** .

ان العلاج النفسى الدينى ليس عملية من جانب المعالج وحده ، ولكنه عملية **يشترك فيها المعالج والمريض** . فالمعالج يتناول مع المريض موضوع الاعتراف والتوبة والاستبصار ويشتركان معا فى عملية التعليم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة .

ويسير العلاج النفسى الدينى فى خطوات هى :

الاعتراف :

وهو يتضمن شكوى النفس من النفس طلبا للخلاص وللغفران . والاعتراف فيه افضاء الانسان بما فى نفسه الى الله . والاعتراف يزيل مشاعر الخطيئة والاثم ويخفف من عذاب الضمير ويطهر النفس المضطربة ويعيد اليها طمأنينتها ولقد جاء فى القرآن الكريم اعتراف على لسان آدم وحواء عليهما السلام عند مخالفتها امر الله ، اذ قالوا كما جاء فى قوله تعالى : « ربنا ظلمنا انفسنا وان لم تغفر لنا وترحمنا لنكونن من الخاسرين » . ويظهر مفهوم الذات الخاص

حين يكشف المريض عن « عورته النفسية » بقصد العلاج . ولذلك يجب على المعالج مساعدة المريض على الاعتراف بخطاياہ وتفریغ ما بنفسه من انفعالات ومشاعر الائم المهددة . ويتقبل المعالج ذلك فى حياء . ويتبع الاعتراف التكفير من الائم والرجوع الى الفضيلة .

التوبة :

والتوبة هى طريق المغفرة ، وهى امل المخطىء الذى تحطمه ذنوبه وهى التى تحرره من آثامه وخطاياه ، وهى الامل فى الغفران ، تشعر الفرد بالتفاؤل والراحة النفسية . والتوبة كما يقول الامام ابو حامد الغزالى (فى احياء علوم الدين) لها اركان ثلاثة : علم وحال وفعل : فالعلم هو معرفة ضرر الذنب والخالف لامر الله ، والحال هو الشعور بالذنب ، والفعل هو ترك الذنب والنزوع نحو فعل الخير . ان التوبة تؤكد الذات وتجعل الفرد يتقبل ذاته من جديد بعد ان كان يحتقرها . ونحن نعرف أن : كل ابن آدم خطاء وخير الخطائين التوابون . ويقول الله عز وجل فى حديث قدسى : « يا عبادى انكم تخطئون بالليل والنهار ، وانا اغفر الذنوب جميعا ، فاستغفرونى اغفر لكم » وفى التوبة قال الله تعالى : « يا ايها الذين آمنوا توبوا الى الله توبة نصوحا عسى ربكم ان يكفر عنكم سيئاتكم ويدخلكم جنات تجرى من تحتها الانهار ... » وقال : « انما التوبة على الله للذين يعملون السوء بجهالة ثم يتوبون من قريب فأولئك يقوب الله عليهم ، وكان الله عليهما حكيما » . وقال : « ان تجتنبوا كبائر ما تنهون عنه نكفر عنكم سيئاتكم وندخلكم مدخلا كريما » . وقال : « الذين يجتنبون كبائر الائم والفواحش الا اللهم ان ربك واسع المغفرة » . وقال : « والذين اذا فعلوا فاحشة او ظلموا انفسهم نكروا الله فاستغفروا لذنوبهم ومن يغفر الذنوب الا الله ولم يصروا على ما فعلوا وهم يعلمون . أولئك جزاؤهم مغفرة من ربهم وجنات تجري من تحتها الانهار خالدين فيها ، ونعم اجر العاملين » . وقال : « ان الله يحب التوابين ويحب المتطهرين » . وقال : « وهو الذى يقبل التوبة عن عباده ويعفو عن السيئات ويعلم ما تفعلون » . وقال : « قل يا عبادى الذين اسرفوا على انفسهم لا تقنطوا من رحمة الله ، ان الله يغفر الذنوب جميعا ، انه هو الغفور الرحيم » . وتتضمن التوبة الدعاء . قال تعالى : « وقال ربكم ادعونى استجب لكم » . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « اذا سألته فاسأل الله ، واذا استعنت فاستعن بالله » . وقال : « التائب حبيب الرحمن ، والتائب من الذنب كمن لا ذنب له » .

الاستبصار :

وهو الوصول بالمريض الى فهم اسباب شقائه النفسى ومشكلاته النفسية والوقائع التى أدت الى ارتكاب الخطيئة والذنوب ، وفهم المريض لنفسه وطبيعته الانسانية ومواجهتها وفهم ما بنفسه من خير ومن شر وتقبل

المفاهيم الجديدة والمثل الدينية العليا . ويتضمن هذا نمو الذات البصيرة ، وهى الذات التى تحكم السلوك السوى للانسان فى ضوء بعدين رئيسيين : البعد الرأسى الذى يحدد علاقة الانسان بربه ، والبعد الافقى الذى يحدد العلاقة بين الانسان وأخيه الانسان . قال الله تعالى : « وانى لغفار لمن تاب وآمن وعمل صالحا ثم اهتدى » . وقال : « بل الانسان على نفسه بصيرة » .

التعلم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة :

ومن خلال ذلك يتم تقبل الذات وتقبل الآخرين والقدرة على ترويض النفس وعلى ضبط الذات وتحمل المسؤولية والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين ، واتخاذ أهداف واقعية مشروعة فى الحياة مثل القدرة على السمود وعلى العمل والانتاج . وهكذا يتم تكوين وتنمية النفس اللوامة أو الضمير أو الانا الاعلى كسلطة داخلية أو رقيب نفسى على السلوك . ويتم تطهير النفس وابعادها عن الرغبات المحرمة واللا اخلاقية واللا اجتماعية . ويستقيم سلوك الانسان بعد أن يتبع السيئات الحسنات فتمحوها . وتطمئن النفس المطمئنة . قال الله تعالى : « ان الحسنات يذهبن السيئات » . وقال : « يا أيها النفس المطمئنة ارجعى الى ربك راضية مرضية ، فادخلى فى عبادى وادخلى جنتى » .

الدعاء :

وهو سؤال الله والالتجاء اليه فى كشف الضر . قال الله تعالى : « وقال ربكم ادعونى استجب لكم » . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « اذا سألت فاسأل الله واذا استعنت فاستعن بالله » .

ذكر الله :

وهو غذاء روحى مطمئن ومهدى يبعد الوسواس والقهر . قال الله تعالى : « الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ، الا بذكر الله تطمئن القلوب » .

استخدامات العلاج النفسى الدينى :

يستخدم العلاج النفسى الدينى بصفة خاصة فى الحالات التى يتضح ان اسبابها واعراضها تتعلق بالسلوك الدينى للمريض كما سبق ان اوضحنا ، ويفيد العلاج الدينى فى حالات القلق ، والوسواس ، والهستيريا ، وتوهم المرض والخواف ، والاضطرابات الانفعالية ، ومشكلات الزواج ، والادمان ، والمشكلات الجنسية .

خاتمة فى العلاج النفسى الدينى :

رأينا ان الدين وسيلة لتحقيق الايمان والامان والسلام النفسى . وهو هبة من الله لخير الانسان يعينه على الحياة السوية . والدين ايمان واخلاق وعمل صالح . وهو الطريق الى العقل . والدين محبة وهو الطريق الى الخلاص والسعادة والسلامة والسلام .

ورحم الله ابن القيم الذى قال ان العلاج الدينى هو اجود العلاج وانفعه ،
وافضله واتجمعه ، واكمله واجمعه .

طرق مساعدة في العلاج النفسى

الى جانب طرق العلاج النفسى التى تناولناها بشئ من التفصيل ،
توجد عدة طرق مساعدة في العلاج النفسى نتناولها — لضيق المجال — بشئ
من الاجاز .

وفيما يلى اهم هذه الطرق :

Supportive Psychotherapy : العلاج النفسى التدعيمى

هو علاج يعامل الجزء السليم من الشخصية وينميه ويدعمه ، ويترك
الجزء المريض تتناوله الادوية وغيرها من طرق العلاج حتى يختفى بالتدريج .
ومن خصائص العلاج النفسى التدعيمى انه يضع اهمية كبيرة على الواقع
الحاضر للمريض ومن مميزاته انه اقصر في مدته وأكثر اقتصادا . وقد يستخدم
بطريقة فردية او بطريقة جماعية . وفي الواقع لا تكاد تخلو أى طريقة من طرق
العلاج من علاج التدعيم (فرازير وكار Frazier and Carr ، ١٩٦٤) .

وهدف العلاج النفسى التدعيمى تدعيم بناء الشخصية وتخفيف الاعراض
وجعل المريض يعيش سعيدا متوافقا في مجتمعه حتى رغم وجود بعض بقايا
مرضه ، والاحتفاظ بالمستوى السابق للتوافق السليم نسبيا .

طريقة العلاج النفسى التدعيمى :

فيما يلى اهم ملامح طريقة العلاج النفسى التدعيمى :

✱ مساعدة المريض ومعاونته ومساعدته في اوقات الشدة والضغط التى
تسبب المشاكل .

✱ اتاحة فرصة التنفيس والتفريغ والتطهير الانفعالى للشحنات الانفعالية
والصراعات والاحباطات والخبرات الصادمة مع المشاركة الانفعالية من
جانب المعالج ، والتحصين التدريجى ضد الحساسية الانفعالية . وقد
قدم واتكنز Watkins (١٩٤٩) طريقة أسماها علاج « قلم السم »
poison-pen therapy وفيها يكتب المريض خطابات صاخبة غاضبة منفعة
ويناقشها مع المعالج . ويتضمن التنفيس أيضا احياء بعض الخبرات التى
صاحبها الخوف أو القلق والتى لم يستطع المريض التغلب عليها ، وتعليم
المريض كيف يتغلب على مثل هذه المواقف .

- * تقوية وتدعيم دفاعات المريض التوافقية .
- * تعليم المريض الاساليب الصحية لمواجهة الحياة الواقعية ، وتعليمه التحكم في دوافعه .
- * تحديد الحدود الواقعية لسلوك المريض .
- * تفهيم المريض واقناعه وتطمينه وتشجيعه لمزاولة الحياة الاجتماعية وممارسة الهوايات والفنون .
- * تعريف المريض ان التعلم في الحياة اليومية فيه المحاولة والخطأ وفيه النجاح والفشل دون الشعور بالذنب .
- * اعادة ثقة المريض في نفسه وتشجيعه على تحمل المسؤوليات في الاسرة وفي المجتمع بصفة عامة بشيء أكثر من الثقة في النفس ، ومساعدته في التوافق في العمل .
- * اخراج المريض من دائرة التركيز على ذاته وعلى مرضه .
- * النصح المباشر المبسط الذي يلونه المشاركة الوجدانية .
- * التوجيه والارشاد النفسي المباشر للمريض بخصوص مشكلاته .
- * وتوجيه وارشاد الاهل والاقارب بخصوص أهمية الهدوء الانفعالي والاستقرار العائلي حتى يعيش المريض صحباً نفسياً ، وتشجيعهم على مساعدة المعالج في عمله ومساعدة المريض في جهوده لتحقيق التوافق .
- * الایحاء والاقتناع غير المباشر وخاصة بعد تحقيق علاقة علاجية سليمة أساسها الثقة في المعالج والاحترام المتبادل بينه وبين المريض بهدف احداث الاسترخاء التدريجي . وقد يلجأ المعالج في عملية الایحاء والاقتناع الى التنويم الايحائي (راجع ص ٣٤٥) والى استخدام بعض الادوية الوهمية (راجع ص ٣٦٨) .
- * الاستفادة من العلاج بالقراءة لزيادة الفهم وخاصة حول الشخصية ومشكلاتها حسب مستوى ثقافة المريض وقراءة القصص التي تدور حول التغلب على المشكلات حتى يتوحد المريض مع البطل المناضل .
- * الاستفادة بطريقة العلاج البيئي في ضبط البيئة وتغيير ما يجب تغييره اذا كان ذلك ضروريا كوسيلة لتخفيف الضغط عن المريض .
- * الاستعانة بطريقة العلاج الديني والتوجيه الديني كما سبق ان بينا منذ قليل .

سير العلاج النفسي التدعيمى :

يكون العلاج جلسة اسبوعية او كل اسبوعين ، ولادة تتراوح حسب الحالة بين ٣ - ٦ شهور لاتمام العلاج وفي حالات قليلة قد يمتد العلاج الى سنة .

استخدامات العلاج النفسي التدعيمي :

يستخدم العلاج النفسي التدعيمي في حالات القلق ، وحالات الاكتئاب التفاعلي ، والهستيريا ، وحالات الفصام التي تعالج بالادوية ، والعقاقير والصدمات ، ومشكلات الشباب وغيرها من المشكلات والازمات العابرة في مراحل الانتقال المختلفة في حياة المريض ، وحالات عقدة الذنب ، وحالات الاضطرابات الجسمية المرتبطة بالماهات الجسمية .

الملاج بالقراءة : Bibliotherapy

العلاج بالقراءة علاج مساعد غير مباشر ذو قيمة كبيرة في كثير من الاحيان ويعتبر بعض المعالجين العلاج بالقراءة نوعا من العلاج بالعمل جنباً الى جنب مع الحرفة اليدوية والالعاب الرياضية والنشاط الجماعي .

والعلاج بالقراءة علاج متعدد الاهداف ، واهم اهدافه : التربية والتعليم (معلومات ، ميول ، اتصال بالواقع ، نمو البصيرة) ، والتسلية ، والتوحد مع الجماعة (نادى الكتب ، المكتبة ، الصحف والمجلات) .

طريقة العلاج بالقراءة :

يستلزم توجيه المريض في اطار العلاج بالقراءة الاهتمام بمعرفة خلفيته الثقافية وميوله واهتماماته وحاجاته وهواياته . ويتم اختيار الكتب والمجلات والقصص العلمية او الادبية بعناية بواسطة المعالج ويوجه المريض الى قراعتها بحيث تحقق الفوائد المرجوة من العلاج بالقراءة .

فوائد العلاج بالقراءة :

يمكن تحقيق الفائدة المرجوة من العلاج بالقراءة عن أحد الطرق الآتية :
* توحد المريض مع شخصية معينة أو خبرة معينة في الكتاب ، وما يصاحب ذلك أو يتلوه من تصريف انفعالي بخصوص المادة التي يستوعبها المريض . وقد يتخلص المريض من فكرة أنه وحده الذي يعاني المتاعب والامراض بل يجد أنه هو وغيره يشتركون في متاعب ومشكلات متشابهة . ومن أحسن الكتب المفيدة في هذا الصدد تلك التي تحتوي على مادة تصور البطل أو البطلة وقد قابلته المشكلات وتغلب عليها وحقق انجازا نتيجة لجهاده ونضاله وحربه ضد هذه المشكلات . صور التوحد التي يستفاد منها بوضوح تكون عن طريق الاسقاط حيث يستغل المريض مرضه لاسقاط خصائصه وسماته على شخصية شريرة في القصة أو على الأب المكروه أو الأم المكروهة أو الزوج الخائن أو الزوجة الخائنة . والمريض هنا يعبر عن هذه السمات بدرجات متفاوتة من التنقيش . ويمكن الاستفادة علاجيا عندما تستثير القراءة المريض وتجعله يقارن بين معايير المؤلف وبين

- معايير وأفكاره الشخصية وقد يتبنى بعضها وقد يرفض البعض الآخر .
- * ارتباط واتصال المريض بالواقع عن طريق قراءة الصحف والمجلات .
- * تنمية رصيد المريض من الناحية العقلية المعرفية وخاصة عند المثقفين من المرضى .
- * اشباع حاجة المريض الى الموافقة الاجتماعية وخاصة عن طريق اجتذاب اهتمام هيئة العلاج وجماعة المرضى .
- ولا شك أن هذه الفوائد التي يمكن أن تتحقق عن طريق العلاج بالقراءة تدعو الى اجراء مزيد من **التجارب والبحوث** حول امكانيات استخدام هذا الاسلوب العلاجي .

التأهيل الطبى النفسى : Psychiatric Rehabilitation

التأهيل أساسا هو خدمات متخصصة لمساعدة المريض على تحقيق أقصى درجة من التوافق أثناء مرضه وعندما يعود الى حياته العادية بعد شفائه . ونحن نعلم أنه في كثير من الاحيان يؤدي علاج الحالة الى احداث تغيير في الاطار الاجتماعى او في سلم التعليم او في المهنة ، وهذا يحتاج الى خدمات **التأهيل حسب الوضع الجديد** . ويجب الاهتمام باعادة تعليم واعادة توافق المريض في مجتمعه بعد علاجه .



(شكل ٩٩)

التأهيل الطبى النفسى

ولا ينكر أحد أن بعض الامراض النفسية او العاهات التي يصاحبها اضطرابات نفسية تترك — حتى بعد الشفاء — بواق طويلة الامد أو مزمنة . وهنا واجب من واجبات التأهيل بالنسبة لهذه **البواقى** ، حيث يجب العمل على توافق الفرد لاقصى درجة ممكنة حتى مع وجود هذه البواقى . وهكذا ينظر التأهيل الطبى النفسى الى العيادة النفسية او المستشفى كمكان يتعدل فيه سلوك المريض ،

وليس مجرد مكان يلتقى فيه المريض نوعا نمطيا جامدا من العلاج ، ويتبنى اتجاهها ملخصه **التعامل مع شخص مريض أكثر من التعامل مع مرض** . (انظر شكل ٩٩) .

طريقة التأهيل الطبى النفسى :

- تتلخص أهم معالم طريقة التأهيل الطبى النفسى فيما يلى :
- * تكوين علاقة علاجية انسانية سليمة مع المريض كلها اهتمام واحترام وأمن

- وتطمين ومساندة ومشاركة وتشجيع (علاقة أفقية وليست رأسية) .
- * اخذ جميع البيانات والمعلومات عن المريض (انظر الفصل الرابع ص ١٧٤) مع الاهتمام بأشياء مثل تاريخ الأسرة والبلوغ أو سن القعود والميول والاهتمامات والهوايات والصداقات . الخ .
- * العلاج الاجتماعي (علاج المحيط البيئي) والتدخل بتعديل بعض عناصر البيئة الاجتماعية التي سيعيش فيها المريض . (راجع ص ٣١٤) . وإعادة التطبيع الاجتماعي وتمكين المريض من التفاعل الاجتماعي مع الآخرين من المرضى ومن الأسوياء وإشراكه في أوجه نشاط مخطط بالعيادة أو المستشفى وإشراكه في النوادي وتيسير الخدمات الترفيهية .
- * العمل على تحقيق التوافق الاجتماعي السوي أثناء وبعد المرض وتعلم المريض أساليب التوافق .
- * الاستعانة بأسرة المريض بعد تعليمهم وتدريبهم وأبعادهم عن أسلوب العطف والمواساة للمريض والشعور بالذنب والعار .
- * العلاج بالعمل (للكبار) وبالألعاب (للصغار) .
- * الاهتمام بالتوجيه والتأهيل المهني للمريض .
- * اتخاذ النماذج الممتازة من المرضى السابقين في التأهيل كنماذج للمستجدين .
- * يجب أن تمتد هذه الخدمات الى ما بعد خروج المريض من المستشفى ، لأنه من المعروف أنه بدون نظام شامل وخطة محكمة للمتابعة يكون المريض عرضة للنكسة .

قيمة التأهيل الطبي النفسي :

القيمة الكبرى للتأهيل الطبي النفسي هي تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والمهني وتأهيل الفرد لمواجهة الحواجز النفسية الاجتماعية عندما يخرج الى المجتمع حيث الاتجاهات السالبة نحو المرض النفسي والمرضى النفسيين . وهو يعين المريض في التغلب على مشاعر النقص والخسارة وبخس الذات .

استخدام التأهيل الطبي النفسي :

يستخدم التأهيل الطبي النفسي جنباً الى جنب مع معظم أنواع العلاج ثم يلي العلاج .

العلاج المائي : Hydrotherapy

يقصد به العلاج باستعمال الماء في الحمامات والاحواض والمنزل (الدش) ويفضل هذا النوع من العلاج أولئك الذين يفضلون العلاج الطبيعي أكثر من العلاج الكيميائي والدوائي والكهربائي . الخ . ويفضلون أيضاً بقية أشكال

العلاج الطبيعي مثل التدليك والتمرينات الرياضية .. الخ . (ايوالنت Ewalt ، ١٩٥٧) .

طريقة العلاج المائي :

فيما يلي ملامح طريقة العلاج المائي :

- * يستخدم حوض الاستحمام المستمر الجريان ، وفيه يحصل المريض على حمام تيار متدفق متواصل في حوض يستلقي فيه ويغطي بغطاء خاص . ويكون الماء في درجة حرارة الجسم تقريبا لمدة طويلة تمتد من ساعة الى بضع ساعات في المرة الواحدة .
- * ويستعمل المنبل المنبه (الدش) . ويبدأ هطول الماء من المنبل ويكون الماء في درجة حرارة الجسم تقريبا (٣٧°م) ثم تخفض درجة حرارة الماء تدريجيا الى درجة يحتملها المريض على الا تقل عن ٢٠°م وذلك مع زيادة قوة اندفاعها قليلا بالتدرج . وهذا الاسلوب نوع من التدليك بالماء .
- * وبالطبع يجب ان تراعى درجة حرارة وقوة اندفاع الماء . ويجب الاحتياط وعمل حساب ما يمنع تأثر الجلد نتيجة بقاء الفرد في الماء مدة طويلة .

مفعول العلاج المائي :

يستعمل العلاج المائي لما للماء من تأثير مسكن على الجهاز العصبي والنفسي . ويظهر تأثير العلاج المائي في تحسين الدورة الدموية وتوتر العضلات ويحدث اثرا مهدئا واسترخاء للمريض .

استخدامات العلاج المائي :

يستخدم العلاج المائي في حالات القلق ، والانطواء ، والانسحاب ، والهياج الحركي ، والادمان .

اعادة التعليم : Re-education

يقصد به تعليم العادات والمهارات الاساسية من جديد مثل عادات النظافة والنوم والترييض واللعب والقراءة والعمل .. الخ .

ويستخدم مبادئ ونظريات وقوانين التعلم .

وهدفه تغيير سلوك المريض ومساعدته على ترك عاله الخاص والاحساس بالمسئولية وأحداث التوافق الاجتماعي بحيث تضمن عودة المريض الى القيام بدوره الاجتماعي المستقل في المجتمع (بول Paul ١٩٦٩) .

العلاج الترويحي :

تتضمن طريقة العلاج الترويحي المباريات وعروض السينما والحفلات والرقص والرحلات والمعسكرات .. الخ . مما يجعل المريض يشعر بالتسلية ويأخذه بعيدا عن متاعبه ويعلمه التفاعل الاجتماعى المتسم بالتقبل والقبول . ويعتبر كثير من المعالجين النفسيين العلاج الترويحي شكلا من اشكال العلاج بالعمل .

ويفيد العلاج الترويحي في تنظيم النشاط الترفيهي للمرضى الانطوائيين الذين يشعرون بالخل نتيجة للاضطراب النفسى ، وذلك اعدادا لهم للعودة للحياة العادية من جديد . وعن طريق العلاج الترويحي يمكن ان يتعلم مرضى الفصام الموقنين اجتماعيا كيف يشاركون في نشاط الجماعة بطريقة مقبولة اجتماعية .

العلاج الرياضى :

يعتبر العلاج الرياضى علاجا مساعدا في علاج جميع الامراض النفسية وفيه يقوم المريض بتمارين بسيطة مثل الانحناء والخطو والتوازن والمباريات الرياضية الخفيفة .

ويهدف العلاج الرياضى الى تحقيق ما يلى :

- * تنشيط المريض الذى يميل الى ملازمة الفراش والانتقضى .
- * تهدئة أصحاب النشاط الحركى الزائد .
- * ضبط الدورة الدموية وتنشيط العضلات .
- * منع المريض من التأمل الباطنى .
- * العمل على اكساب المريض القدرة على التفاعل الاجتماعى التعاونى .
- * الاسترخاء الجسمى والنفسى وخاصة فى حالات القلق النفسى وحالات الارق .
- * تنفيس المشاعر المختلفة لدى المريض بطريقة مقبولة اجتماعيا .

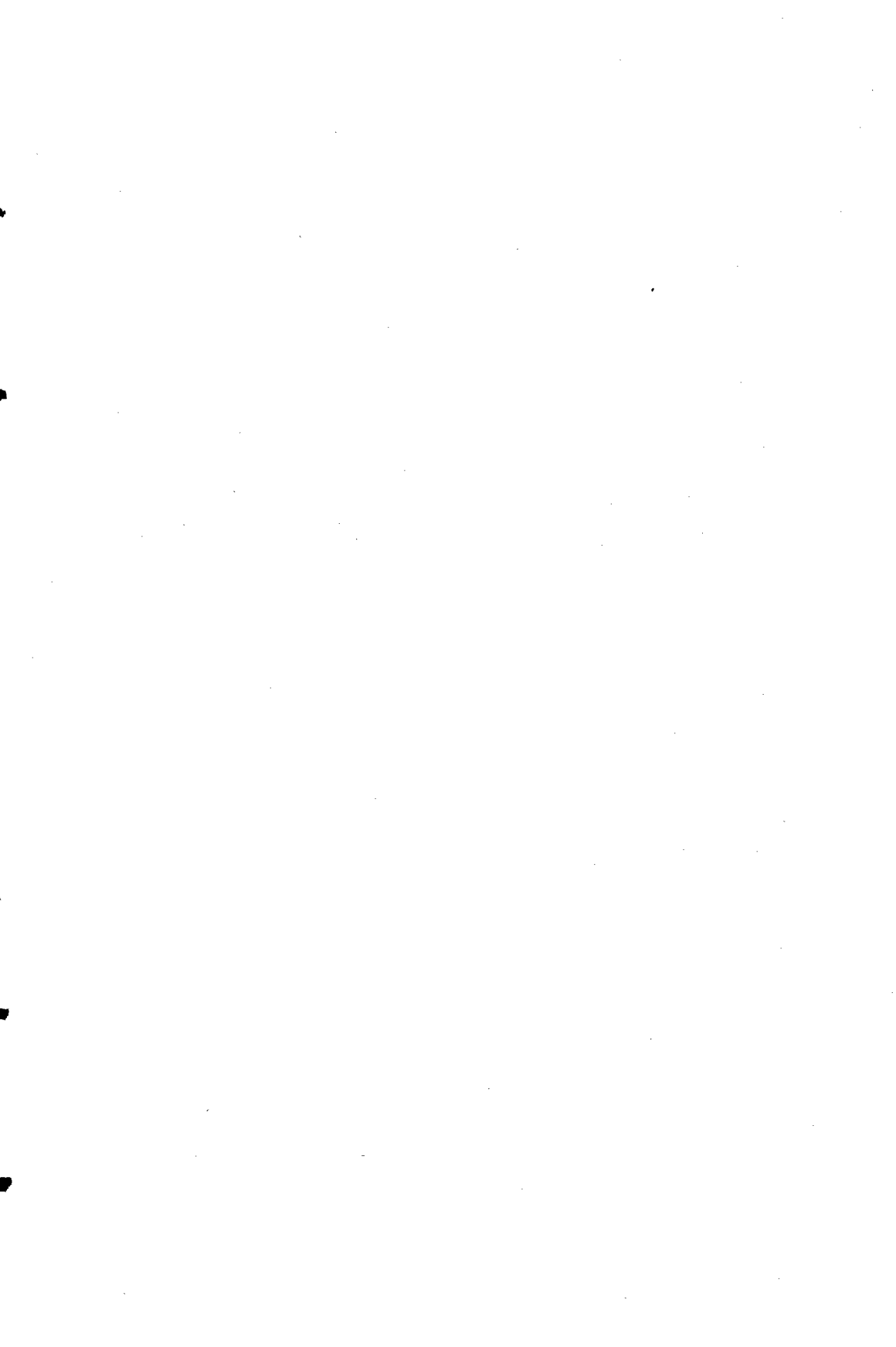
العلاج بالموسيقى : Music Therapy

للموسيقى اثرها الواضح فى النفس وتهذئة الاعصاب ، حيث يستمتع الناس بسماع نغماتها وقضاء الاوقات السعيدة فى جلساتها . وللموسيقى اثرها الفعال فى تغيير انفعالات الناس . وحيث ان المرضى النفسيين يعانون من اضطرابات انفعالية ، فالموسيقى تؤثر عليهم تأثيرا واضحا ، ويستخدم العلاج بالموسيقى كثيرا وينجح فى علاجهم . وقد نجح استخدام العلاج بالموسيقى كعلاج مساعد فى حالات مرضى الفصام ومرضى الاكتئاب ومرضى الهوس وضعاف العقول (جمال ماضى أبو العزائم ، ١٩٦٣) .

- وقد استخدمت اشكال كثيرة من العلاج بالموسيقى مثل :
- * الموسيقى المثيرة كالمارشات العسكرية القوية الوقع لتنشيط مرضى الاكتئاب والفصام النكوصى .
 - * الموسيقى الهادئة الحاملة لتهدئة المرضى المتهيجين .
 - * الموسيقى الراقصة لتشخيص النشاط الاجتماعى عند المرضى النفسىين بصفة عامة .

ويمكن الاستفادة بذلك عن طريق الطواير الموسيقية والحفلات الموسيقية ، وحتى تكوين فرق موسيقية من المرضى انفسهم ، وخاصة فى شكل فرق من الهواة . وهكذا يمكن للموسيقى كاحدى الوسائل المساعدة فى العلاج ان تساهم فى ازاحة الاسوار التى يضربها المرضى حول انفسهم .

وما زالت البحوث تجرى حول احسن استخدام للموسيقى فى التشخيص والعلاج (انظر ضياء الدين ابو الحب ، ١٩٦٧) .



الفصل السادس

الأمراض النفسية وعلاجها

* تصنيف الأمراض النفسية والعقلية :

* العصاب :

- (القلق — توهم المرض — الضعف العصبي —
- الهستيريا — الخوف — عصاب الوسواس والقهر —
- الاكتئاب — التفكك — أنواع أخرى من العصاب) .

* الذهان :

- (الفصام — الهذاء « البارانويا » — الهوس — ذهان
- الهوس والاكتئاب) .

* الأمراض النفسية الجسمية :

* المشكلات النفسية :

- (الضعف العقلي — التأخر الدراسي —
- الاضطرابات الانفعالية — اضطرابات العادات
- اضطرابات الغذاء — اضطرابات النوم —
- أمراض الكلام — الانحرافات الجنسية —
- مشكلات ذوى العاهات — جناح الأحداث —
- مشكلات الشباب — مشكلات الزواج —
- مشكلات الشيخوخة) .



(شكل ١٠٠)

تصنيف الامراض النفسية والعقلية

هناك عدة تصنيفات للامراض النفسية والعقلية يقوم كل منها على أساس وجهة نظر مختلفة . واهم هذه التصنيفات ذلك الذى يقوم على أساس الاسباب وطبيعة التغير المرضى الذى ينشأ عنها .

وفيما يلى تصنيف الامراض النفسية والعقلية حسب الاسباب :

الامراض النفسية والعقلية العضوية المنشأ : (الناتجة عن او المرتبطة بتلف المخ) ، وتشمل : -

* اضطرابات المخ (وجود تغير عضوى فى خلايا المخ) (قبل الولادة ، تشويه الجمجمة الخلقي ، الشلل الاهتزازى او الرعاش ، جروح المخ ، الشلل الجنونى العام ، الضمور العقلى الشيخوخى ، بعض حالات الصرع) .

* العدوى (زهري الجهاز العصبى ، التهاب السحائى الدماغى ، التهاب السحائى الوبائى ، الحمى المخية والحمى الشوكية) .

* التسمم (بالسموم ، بالعقاقير ، بالحبشيش والافيون والكوكايين ، الهلاس الحاد ، والهذيان الرعاش) .

* الاورام (اورام المخ) .

* الاصابة (عند الولادة ، اصابة المخ ، بعد عمليات المخ ، الكهربائية ، الاشعاعية ، الهذيان الاصابى ، اضطرابات الشخصية عقب الاصابة ، التأخر العقلى عقب الاصابة) .

* اضطرابات الجهاز العصبى (التصلب اللوىحى ، داء رقص هنتجتون ، امراض عصبية اخرى) .

* اضطرابات الدورة الدموية (تصلب شرايين المخ ، التجمع الدموى تحت الام الجافية ، نقص الاكسجين فى الدم) .

* اضطرابات التغذية والتمثيل الغذائى (نقص الفيتامينات ، اضطرابات الايض) .

* اضطرابات الغدد (نقص او زيادة افراز الغدة الصنوبرية ، النخامية ، الدرقية ، جارات الدرقية ، التيموسية ، الكظرية ، التناسلية) .

الامراض النفسية والعقلية النفسية المنشأ او الوظيفية (ليس لها

اسباب عضوية معروفة حتى الان او تغيرات تكوينية فى المخ ، ويرجع السبب الاكبر فى حدوثها الى اضطراب وظيفة الجهاز النفسى فى المريض) وتشمل :

* العصاب (التلق ، توهم المرض ، الضعف العصبى ، الهستيريا ، الخواف ، عصاب الوسواس والقهر ، الاكتئاب ، التفكك ، انواع اخرى من العصاب (مثل عصاب الحرب وعصاب الحادث وعصاب السجن وعصاب القدر) .

- * الذهان (الفصام ، الهذاء أو البارانويا ، ذهان الهوس والاكتئاب) .
- * الامراض النفسية الجسمية (فى أجهزة الجسم المختلفة ، العصبى ، والدورى والتنفسى ، والهضمى ، والبولى ، والتناسلى ، والغدد ، والهيكلى ، والجلد والحواس) .
- * اضطرابات الشخصية (سوء التوافق ونقص التوافق مع البيئة) :
- * اضطرابات الشخصية المرضية الاجتماعية (الشخصية السيكوباتية ، الادمان ، الانحرافات الجنسية) .
- * اضطرابات الشخصية فى مراحل النمو المختلفة (فى الطفولة ، فى المراهقة فى الرشد ، فى الشيخوخة) .
- * اضطرابات الشخصية الموقفية الزائلة ، اضطرابات العادات ، اضطراب السلوك .
- * اضطرابات الشخصية الاخرى (اضطرابات نمط الشخصية ، اضطرابات سمات الشخصية) .

!مشكلات النفسية وتشمل :

الضعف العقلى ، التأخر الدراسى ، الاضطرابات الانفعالية ، اضطرابات الغذاء ، اضطرابات الاخراج ، اضطرابات النوم ، امراض الكلام ، مشكلات ذوى المعاهات ، جناح الاحداث .. الخ) .

العصاب

NEUROSIS

تعريف العصاب :

العصاب هو اضطراب وظيفى فى الشخصية بين العادى وبين الذهان (١) وهو حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادى اقل سعادة . ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان .

وأعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لا تجد له حلا بأسلوب آخر ، أى أنه يمثل المظهر الخارجى للصراع والتوتر النفسى والخلل الجزئى فى الشخصية .

والعصاب ليس له علاقة بالاعصاب ، وهو لا يتضمن أى نوع من الاضطراب التشريحي أو الفسيولوجى فى الجهاز العصبى . وكل ما فى الامر

(١) ليس هناك حد فاصل وحاد بين العصاب والذهان . ان كليهما درجات متفاوتة فى الشدة تشير الى مدى تصدع الشخصية وبعدها عن الواقع . وليس غريباً ان يتطور العصاب — اذا لم يعالج — الى ذهان .

اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي المنشأ يظهر في الاعراض العصبية .
وهناك فرق بين **العصاب neurosis** و **المرض العصبي nervous disease**
حيث المرض العصبي اضطراب جسمى ينشأ عن تلف عضوى يصيب الجهاز
العصبي مثل الشلل النصفي والصرع ، ومن ثم يفضل استخدام مصطلح
العصاب النفسى psychoneurosis.

تصنيف العصاب (١) :

يصنف العصاب الى : **القلق** ، وقوم المرض ، والضعف العصبي
(النيوراسثينيا) ، والخواف ، والهستيريا ، وعصاب الوسواس والقهر ،
والاكتئاب (التفاعلى) ، والتفكك . ويضاف الى ذلك انواع اخرى من العصاب
(مثل عصاب الحرب وعصاب الحادث وعصاب السجن وعصاب القدر) .

مدى حدوث العصاب :

الاضطرابات العصبية هي أكثر الاضطرابات النفسية حدوثا . ويلاحظ
أن هناك عددا من الناس لديهم اضطرابات عصابية ويعيشون بها طول حياتهم
ولا يفكرون ابدا فى استشارة معالج نفسى . ويوجد العصاب فى كل الثقافات
وكل الطبقات الاجتماعية . ويحدث العصاب أكثر لدى الاناث منه لدى الذكور .

الشخصية العصبية :

العصاب هو أصل الشخصية العصبية . وتنقسم الشخصية العصبية

(١) حاول فرويد فى أول الامر تقسيم العصاب النفسى الى :
* **العصاب الحقيقى true neurosis** الذى ينتج عن « السموم الجنسية »
sexual toxins التى تخلفها الطاقة الجنسية المخزونة demmed up sexual energy
(فريدمان وكابلان Freedman and Kaplan : ١٩٦٧) . ومما جسد ذكره هنا
أن السموم الجنسية التى تخافها الطاقة الجنسية المكبوتة جاء ذكرها فى عدد
من الكتب الاسلامية ، من امثلتها « الطب النبوى » لشمس الدين بن قيم الجوزية
فى القرن الثامن الهجرى . وفى فصل الجماع ص ١٩٤ جاء ما نصه « واذا
ثبت مثل المنى ، فاعلم : أنه لا يبقى اخراجه الا فى طلب النسل ، أو اخراج
الحقن منه . فنه اذا دام احتقانه : أحدث امراضا زديية . منها : الوسواس
والخوف والصرع ، وغير ذلك ، وقد يبرىء استعماله من هذه الامراض كثيرا
فمن اذا طال احتباسه : قسد واستحال الى شوية شدة . ويجب ان نلاحظ
كثيرا كما ذكرنا . ولذلك تدفعه الطبيعة - اذا كثر عندها - من غير جماع .
* **العصاب النفسى psychoneurosis** وله أصل نفسى أو هو نفسى المنشأ
(ماسنر Master ، ١٩٦٧) .

بعدد من الخصائص أهمها عدم النضج وعدم الكفاية والضعف وعدم تحمل الضغط وبخس الذات والقلق والخوف والتوتر والتهيجية والاعياء والتمركز حول الذات والانانية وضعف الثقة في الذات واضطراب العلاقات الاجتماعية والجمود ونقص البصيرة ووجود المشكلات وعدم الرضا وعدم السعادة والحساسية النفسية (وخاصة في مواقف النقد والاحباط ، فنجد عنده الحبة قبة ، والهمسة صيحة ، ووخز الابرة طعنة خنجر) .

والشخصية العصابية تؤدي بصاحبها الى سوء التوافق النفسي ، مما يؤثر تأثيرا سيئا على قدرة الشخص على ممارسة حياة طبيعية مفيدة ويعوقه عن أداء واجبه كاملا ، ويعوقه عن الاستمتاع بالحياة .

ورغم هذا فان **السلوك العام** للمريض وان كان مضطربا فانه يظل في حدود العادى ، او تكون غرابته معقولة لانه يساير المعايير الاجتماعية . والمريض يحافظ على مظهره العام ويهتم بنفسه وبيئته ويشعر بمرضه ويعترف به ويرغب في العلاج والشفاء ويتعاون مع المعالج .

اسباب العصاب :

الاسباب الوراثية نادرة، والعوامل العصبية والسمية ليس لها دور هنا . وأهم ما في العصاب أن كل أنماطه نفسية المنشأ ، وتلعب البيئة دورا هاما .

وعلى العموم فمن أهم أسباب العصاب : مشكلات الحياة منذ الطفولة وعبر المراهقة واثناء الرشد وحتى الشيخوخة ، وخاصة المشكلات والصدمات التي تعمقت جذورها منذ الطفولة المبكرة بسبب اضطراب العلاقات بين الوالدين والطفل والحرمان والخوف والعدوان وعدم حل هذه المشكلات . (وطبيعى أن الحل العصابى لهذه المشكلات حل خاطئ واسلوب توافقى فاشل) .

كذلك يلعب الصراع (بين الدوافع الشعورية واللائعورية أو بين الرغبات والحاجات المتعارضة) والاحباط والكبت والتوتر الداخلى وضعف دفاعات الشخصية ضد الصراعات المختلفة دورا هاما في تسبیب العصاب . وتؤدي البيئة المنزلية العصبية والعدوى النفسية الى العصاب كذلك فان الحساسية الزائدة تجعل الفرد أكثر قابلية للعصاب .

وقد أدلى علماء مدرسة التحليل النفسى بالكثير من المعلومات الاساسية حول أسباب العصاب . فيقول فرويد Freud إن العصاب يرجع الى عوامل بيولوجية ، وأن القلق هو لب العصاب ومحوره ، وأن عقدة اوديب نواته ومنشؤه ، ولا عصاب بدون استمداد عصابى طفلى . ويقول يونج Jung أن

العصاب هو محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع ، وإن الفكرية المكبوتة في اللاشعور لها دور هام في تكوين العصاب . ويقول آدلر Adler أن نشأة العصاب أساسها خطأ الفرد في ادراك وتفسير بيئته ، واتخاذ أسلوب حياة يصعب عن طريقه تعويض الشعور بالنقص ولا يحقق هدف الحياة ، وركز على أهمية البحث في خبرات الطفولة وخاصة الاضطرابات الاسرية . وحددت كارن هورنى Horney ثلاثة اتجاهات عصابية : أولها التحرك نحو الناس ، وثانيها التحرك ضد الناس ، وثالثها التحرك بعيدا عن الناس ، وتقول هورنى أن القلق هو أساس العصاب وأن العصابى شخص جامد غير مرن في سلوكه . عبد لاتجاهه العصابى يعكس قلقه على العالم الخارجى ، وأن الطبيعة العصابية عملية عكسية تتجه ضد النمو الطبيعى للشخص ، مزق الشخص العصابى من جراء الصراع الداخلى الدائم . ويقول رانك Rank أن الشخصية العصابية شخصية وقفت في نموها عند دور الشخص العصابى الذى يعيش في حرب مع نفسه ومع المجتمع . ويقول فروم Fromm أن العصاب هو أحد مظاهر الفشل الاخلاقى ، ويلفت النظر الى أثر مشاكل الانسان الحديث مثل قوته وسيطرته على المادة مع شعوره بالفخر في حياته الفردية والاجتماعية . وأكد سوليفان Sullivan أن القلق هو أساس العصاب (راجع التحليل النفسى ص ٢٢٧) .

أما أصحاب المدرسة السلوكية فينظرون الى العصاب على أنه شكل من أشكال السلوك تعلمه الفرد بطريقة التعلم الشرطى بتكرار وتعزيز خبرات مسبة خلال حياته ، وينظرون الى اعراض العصاب على أنها المرض نفسه .

ويربط كارل روجرز Rogers (١٩٥١) بين العصاب وبين مفهوم الذات فيقول أنه في العصاب يشبع الفرد حاجة لاشعورية بوسائل سلوكية تتفق مع مفهوم الذات ، ومن ثم تقبل على مستوى الشعور . ويأتى العصاب أيضا نتيجة عدم تطابق السلوك مع الذات ، أو نتيجة عدم قبول الذات للرغبات ومن ثم تعدها عصابيا ، أو حيث يقل اعتبار الذات حتى يتطابق مع السلوك .

اعراض العصاب :

يشمل العصاب عددا من الاشكال الكليين المختلفة التى يجمع بينها جميعا عناصر مشتركة واعراض عامة تؤدي الى عدم السعادة وعدم الكفاية ، وان المراتب العلاقات الشخصية وعادة يوحد كتابا ثانوية مرتبطة بالاعراض

وفيما يلي اهم الاعراض العامة للعصاب :

* القلق الظاهر أو الخفى والخوف والشعور بعدم الامن . وزيادة الحساسية والتوتر والتهيجية والمبالغة في ردود الفعل السلوكية . وعدم النضج

- الانفعالي والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباه الآخرين والاستجابة الطفلية في مواقف الاحباط . والشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب .
- * اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة . وعدم القدرة على الاداء الوظيفي الكامل ، ونقص الانجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات الى الحد الاقصى ، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق اهداف الحياة .
- * الجمود والسلوك التكرارى وقصور الحيل الدفاعية والاساليب التوافقية والسلوك ذو الدافع اللاشعورى .
- * التمرکز حول الذات والاثائية واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية .
- * بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة نفسية المنشأ .

تشخيص العصاب :

- يجب الاهتمام بالتشخيص الفارق بين العصاب وبين الحالات الحدية وبينه وبين الذهان ، وبينه وبين الاضطرابات العضوية ، وبينه وبين ردود الاعمال العادية للتوتر .
- ولابد لتشخيص العصاب من مقابلة شخصية شاملة مع المريض واخذ تاريخ كامل للحالة ، وتطبيق الاختبارات النفسية ، واجراء الفحص الطبى والعصبى .
- ويجب التعرف على خصائص وسمات الشخصية العصابية لدى المريض الفرد الذى نتعامل معه .

علاج العصاب :

- يجب أن يهدف علاج العصاب الى شفاء الفرد من العصاب أولا واعادة تنظيم الشخصية كهدف طويل الامد .
- وفيما يلى اهم طرق علاج العصاب :
- * العلاج النفسى هو العلاج الفعال . ويأتى على رأس القائمة التحليل النفسى (١) . والعلاج النفسى التدعيمى ، والعلاج النفسى الممرکز حول العميل ، والعلاج السلوكى ، والعلاج الاساسى هو حل مشكلات المريض .
- * العلاج النفسى الجماعى ، والعلاج الاجتماعى وعلاج النقل البيئى .
- * العلاج الطبى بالادوية (وخاصة المهدئات) وباستخدام الصدمات (الانسولين والكهرباء) وعلاج الاعراض .

(١) نحن نعلم أن التحليل النفسى قد نمى من خلال محاولات فهم العصاب وعلاجه .

مآل العصاب :

يعتبر مآل العصاب افضل بكثير من مآل الذهان او الاضطرابات العضوية المنشأ. ويلاحظ ان كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسى والتحسين والشفاء مع العلاج المناسب (وتصل نسبة التحسن والشفاء الى ٩٠٪ او اكثر) . وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائيا (حوالى ٤٠ - ٦٠٪ من الحالات) حين يحدث تغير فى حياة المريض .

وفى تحديد مآل العصاب يجب ان نضع فى حسابنا ان المآل يكون افضل كلما تحققت الشروط التى اوردناها عندما تناولنا المآل (راجع الفصل الرابع ص ١٨٠) .

القلق

ANXIETY

تعريف القلق :

هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلى او رمزى قد يحدث ، ويصحبها خوف غامض ، وأعراض نفسية جسمية .

ورغم ان القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية الا ان حالة القلق قد تغلب فتصبح هى نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا . وهذا هو ما يعرف باسم « عصاب القلق » anxiety reaction او « القلق العصابى » او « رد فعل القلق » anxiety neurosis . وهو اثير حالات العصاب . ويمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر .

تصنيف القلق :

يصنف القلق الى :

القلق الموضوعى العادى (حيث يكون مصدره خارجيا وموجودا فعلا) ويطلق عليه احيانا اسم القلق الواقعى او القلق الصحيح او القلق السوى ، ويحدث هذا فى مواقف التوقع او الخوف من فقدان شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح فى عمل جديد او امتحان او بالصحة او الاندماج على الزواج او انتظار نيا هام او الانتقال من القديم الى الجديد و من المعلوم الى المجهول او من المألوف الى الغريب او الانتقال الى بيئة جديدة او وجود خطر قومى او عالمى او من حدوث تغيرات اقتصادية او اجتماعية .

حالة القلق anxiety state أو القلق العصائى : وهو داخلى المصدر وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية اليه ويعوق التوافق والانتاج والتقدم والسلوك العادى .

القلق العام : الذى لا يرتبط بأى موضوع محدد بل نجد القلق غامضا وعاميا وعائما free-floating .

القلق الثانوى : وهو القلق كعرض من اعراض الاضطرابات النفسية الاخرى (حيث يعتبر القلق عرضا مشتركا فى جميع الامراض النفسية تقريبا) .

مدى حدوث القلق :

القلق كما ذكرنا هو اشيع حالات العصاب ، ومن اشيع الاضطرابات النفسية عموما ، فهو يمثل من ٣٠ - ٤٠ ٪ من الاضطرابات العصائية . وهو اشيع لدى الاناث منه لدى الذكور . وهو اشيع فى الطفولة والمراهقة وسن القعود والشيخوخة .

اسباب القلق :

- تتمدد اسباب القلق ، ومن أهمها :
- * الاستعداد الورائى فى بعض الحالات ، وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية .
- * الاستعداد النفسى (الضعف النفسى العام) . والشعور بالتهديد الداخلى أو الخارجى الذى تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه . والتوتر النفسى الشديد . والازمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية . والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه . والمخاوف الشديدة فى الطفولة المبكرة . والشعور بالعجز والنقص . وتعود الكبت بدلا من التقدير الواعى لظروف الحياة وأحيانا قد يؤدى فشل الكبت الى القلق وذلك بسبب طبيعة التهديد الخارجى الذى يواجه الفرد أو لطبيعة الضغوط الداخلية التى تسببها الرغبات الملحة ، والصراع بين الدوافع والاتجاهات ، والاحباط ، والفشل اقتصاديا أو زواجيا أو مهنيا .. الخ ، والطول الخاطئة وكثرة المحرمات (الثقافية) Taboos .
- * مواقف الحياة الضاغطة . والضغوط الحضارية والثقافية والبيئية الحديثة ومطالب ومطامح المدنية المتغيرة (نحن نعيش فى عصر القلق) وعدم تقبل مد الحياة وجزرها . والبيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف والهم ومواقف الضغط والوحدة والحرمان وعدم الامن . واضطراب الجو الاسرى وتفكك الاسرة ، والوالدان العصائيان القلقان أو المنفصلان ، وعدوى القلق وخاصة من الوالدين .

* مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ، ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراعات في الماضي . والطرق الخاطئة في تنشئة الاطفال مثل القسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان .. الخ . واضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين .

* التعرض للحوادث والخبرات الحادة (اقتصاديا او عاطفيا او تربويا) . والخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة ، والارهاق الجسمى والتعب والمرض .

* الطرق الخاطئة لتجنب الحمل والحيلة الطويلة خاصة الجماع الناقص . وعدم التطابق بين الذات الواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات وظروف الحرب .

* ربط فرويد Freud (١) بين القلق وبين اعاقة « اللبيدو » من الاشباع الجنسي الطبيعي ، ووجود عقدة اوديب او عقدة الكترا وعقدة الخساء (غير المحلولة) . وارجع آدلر Adler القلق الى عقدة النقص ومشاعر النقص عند الفرد سواء مشاعر النقص الجسمى او المعنوى او الاجتماعى والى تهديد أسلوب حياته . وعزا رانك Rank القلق الى صدمة الميلاد فهي تؤدى الى باكورة القلق prototype of anxiety أو القلق الاولى primary anxiety ، وأرجعت كارن هورنى Horney القلق الى ثلاثة عناصر هي الشعور بالعجز والشعور بالعداوة والشعور بالعزلة .

* ويرى السلوكيون ان القلق استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادى تحت ظروف او مواقف معينة ، ثم تعميم الاستجابة بعد ذلك .

اعراض القلق :

الاعراض الجسمية : وتشمل : الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة . وتوتر العضلات ، والنشاط الحركى الزائد ، واللازمات العصبية الحركية (٢) . والتعب والصداع المستمر الذى لا يهدئه الاسبرين .

(١) ضم فرويد القلق والضعف العصبى ونوع المرض ليكونوا ما أسماه « العذاب الحقيقى » .

(٢) من أمثلة اللازمات العصبية الحركية :

* فى الوجه والراس : قتل الشعر أو الشارب ، التجهم ، تقطيب الجبهة . رمش العينين . رمش المنخر ، مسح الأنف والأذن ، اختلاج الفم : عض الشفاه ، مص الإبهام أو الأصابع ، قضم الأظافر ، الإيماء بالراس أو هزه بحريك العنق ، ادارة الراس ، عصر حبوب الوجه .

* فى الذراعين واليدين : هز الذراعين ، طرقعة الأصابع ، ضم قبضة اليد ، ضرب الراس والجسم ، اللعب بالأعضاء التناسلية .

وتصيب العرق وعرق الكفين وارتعاش الاصابع . وشحوب الوجه ، وسرعة النبض والخفقان وآلام الصدر والاحساس بالنفضات في اجزاء مختلفة من الجسم ، وارتفاع ضغط الدم . واضطراب التنفس وعسره ونوبات التنهد والشعور بضيق الصدر . والدوار والغثيان والقيء والاسهال وزيادة مرات الاخراج وتكرار التجشؤ والانتفاخ وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق وفقد الشهية ونقص الوزن . وارهاق الحواس مع شدة الحساسية للصوت والضوء . واضطراب النوم والارق والاحلام المزعجة والكابوس والتعب عند الاستيقاظ واضطراب الوظيفة الجنسية (العنة والقذف السريع عند الرجال والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية عند النساء) .

الاعراض النفسية : وتشمل : القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل . والعصبية والتوتر العام وعدم الاستقرار والشعور بعدم الراحة . والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهيياج وعدم الاستقرار . والخواف بصفة عامة والخوف الذي قد يصل الى درجة الفزع (١) والشك والارتباك والتردد في اتخاذ القرارات . والهم والاكتئاب العابر . والتشاؤم والانشغال باخطاء الماضي وكوارث المستقبل . وتوهم المرض والاحساس بقرب النهاية والخوف من الموت . وضعف التركيز وشروذ الذهن واضطراب قوة الملاحظة . وضعف القدرة على العمل والانتاج والانجاز وسوء التوافق الاجتماعي . وسوء التوافق المنهني ، وقد يصل الحال الى السلوك العشوائي غير المضبوط .

تشخيص القلق :

في التشخيص يجب العناية بالفحص الطبى الدقيق ، وتقييم الشخصية ودراسة تاريخ الحالة .

وفي حالة وجود الاعراض الجسمية يجب عدم الخلط بين القلق والاضطرابات العضوية الاخرى أو الاضطرابات العصبية الاخرى مثل الهستيريا أو الاكتئاب . ويلاحظ أن بعض المرضى يذكرون الاعراض الجسمية

* في الجسم والاطراف السفلى : هز الكتفين ، هز القدم والركبة وأصبع القدم ، هز الجسم ، ثنى الجسم ، اتخاذ أوضاع جسمية غير مألوفة .

* في التنفس والهضم : التنهد ، التثاؤب ، الاستنشاق (الرشف) ، التنفس العميق ، التجشؤ ، البلع ، البصق ، النحنة .

* منوعات : تكرار الكلمات أو النغمات ، تكرار الاعمال المنظورة .

(١) يكون الفرد خائفا ولكنه لا يعرف لماذا ، ويكون لديه شعور أن شيئا ما سيحدث ولكنه لا يعرف ما هو .

ولا يدركون أى شئ من الاعراض الانفعالية للقلق لاعتبارهم ان القلق مرض نفسى وهم يريدون ان يدفعوا عن انفسهم انهم مرضى نفسيون .

ويجب التفريق بين القلق المرضى او العصابى الحاد المزمن وبين القلق الموضوعى او السوى .

ويجب التفريق بين القلق وبين الفصام فى مراحلها الاولى . والفارق الاساسى بينهما وجود اضطراب الادراك والتفكير فى الفصام وعدم وجوده فى القلق .

ويختلف القلق عن الخوف العادى فيما يلى :

(جدول ٦)

القلق	الخوف العادى
— لا يكون الفرد منتبها الى مصدره عادة (على مستوى لاشعورى ، خوف داخلى من مجهول) .	— خوف من امور خارجية يواجهها الفرد على مستوى الشعور ويعرف مصدرها .
— يبقى غالبا رغم زوال مثيره الاصلى طالما لم يتناولوه الفرد بالدراسة والتحليل .	— يزول بزوال مثيره .
— قد ينشأ كرد فعل لوضع محتمل غير قائم ولكنه متوقع .	— ينشأ كرد فعل لوضع مخيف قائم فعلا .
— يوجد صراعات .	— لا يوجد صراع .

علاج القلق :

القلق العصابى أكثر الامراض النفسية استجابة للعلاج . ومن اهم التوصيات العلاجية ما يلى :

* العلاج النفسى بهدف تطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته وتحقيق التوافق باستخدام التنفيس والايحاء والاقتناع والدعيم والمشاركة الوجدانية والتشجيع واعادة الثقة فى النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالامن . ويغيد التحليل النفسى واطهار الذكريات المطمورة وتحديد اسباب القلق الدفينة فى اللاشعور . وتنفيس الكبت ، وحل الصراعات الاساسية . ويستخدم العلاج السلوكى خاصة لفك الاشرط المرضى المتعلق بالقلق وللقضاء على اللزمات العصبية الحركية .

وتفيد المناقشة والشرح والتفسير والتعليم والتفهيم وكشف الاسباب ودينامياتها وشرح الجهاز العصبى خاصة الجهاز العصبى المركزى والذاتى والتغيرات الفسيولوجية المصاحبة للقلق .

* الارشاد العلاجى والارشاد الزواجى وحل مشكلات المريض وتعليمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها .

* العلاج البيئى أى تعديل العوامل البيئية ذات الاثر الملحوظ مثل تغيير العمل . وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر . والعلاج الاجتماعى والرياضى والرحلات والصدقات والتسليه والموسيقى والعلاج بالعمل .

* العلاج الطبى للاعراض الجسمية المصاحبة وتطمين المريض أنه لا يوجد لديه مرض جسمى واستخدام المسكنات (مثل الباربيتورات « أميتال Amytal واستخدام المهدئات (مثل ستيلازين Stelazine والعقاقير المضادة للقلق (مثل ليبريوم Librium) . وهنا يجب تعريف المريض أن هذه مسكنات ومهدئات حتى لا يعتقد أن مرضه عضوى المنشأ . ويجب الحرص فى استخدام العقاقير المهدئة خشية حدوث الادمان . ويرجح البعض أنه فى حالة القلق يزيد الاثر النفسى والتأكيد اكثر من المفعول الكيميائى للعقار . وقد وجد أن العلاج النفسى المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية placebo كان فعالاً لا قدر فعالية استخدام العلاج النفسى المختصر على استخدام العقاقير (كوجلر وبريل Koegler and Brill ١٩٦٧) . كذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائى والعلاج المائى فى بعض الاحيان .

مآل القلق :

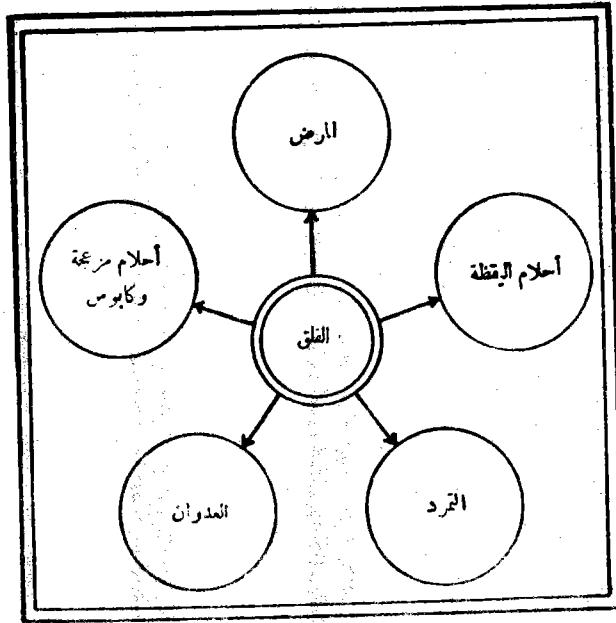
مآل القلق حسن جدا وخاصة : كلما كانت الشخصية قبل المرض متوازنة والانا قويا ، وكلما كانت ظروف حياة المريض اقل قسوة ، وكلما كانت مكاسبه الاولى والثانوية من المرض اقل ، وكلما كانت دافعيته للشفاء وتعاونته مع المعالج اقوى .

ملاحظات على القلق :

يقبل اللقى كلما انحصر الضغط الخارجى و/او كلما تمكنت النفس من استخدام دفاعاتها بنجاح . ومن حيل الدفاع المستخدمة للتخفف من القلق : التبرير (بتحويل القلق الى مخاوف معقولة) والانكار (شعوريا او لاشعوريا) والهروب (من مواقف القلق) والكبت واللامبالاة .

ومن **اهداف القلق** ما يلى : الفوز باهتمام الآخرين وانتباههم ، وارغام المعاشرين على العمل لما فيه راحة المريض وهدوئه ، والتخلص من المسؤوليات ، والسيطرة على الآخرين والتحكم فيهم والهروب من الاوضاع المؤلمة أو المتعبة .

وقد اثبتت البحوث ان **القلق الموضوعى العادى** وظائف حيوية هامة يمكن للانسان استغلالها : فهو يساعد على تنشيط المراكز العصبية العليا فزيد قوة التركيز والتمييز والاستنتاج واتخاذ القرارات وحل المشكلات بسرعة (يوسف حلمى جفينة ، ١٩٦٠) . وهو قد يلعب دور الدافعية نحو السلوك الهادف . وقد يلعب دور اشارة توجيه الفرد الى ادراك التهديدات بحساسية شديدة وينبئه للقيام بعمل توافقى (فرازر وكار Frazier and Carr ، ١٩٦٤) (انظر شكل ١٠١) .



شكل ١٠١ : القلق وآثاره السلوكية

توهم المرض HYPOCHONDRIA

تعريف توهم المرض : (١)

توهم المرض اضطراب نفسى المشاعر عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك . وهو يتركز الفرد على أعراض

(١) يكتب المصطلح الانجليزى أحيانا Hypochondriasis ويشير المصطلح Hypochondria الى المنطقة البطنية تحت الضلوع التى كان يعتقد فيها مجئ انها المنطقة التشريحية التى يتركز فيها توهم المرض .

جسمية ليس لها أساس عضوى ، وذلك يؤدى الى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضى الدائم بصلحته وجسمه بحيث يطفى على كل الاهتمامات الأخرى ، ويعوق اتصاله السوى بالآخرين ويشعره بالنقص والشك في نفسه كما يعوق اتصاله أيضا بالبيئة المحيطة به . ويطلق عليه أحيانا «رد فعل توهم المرض» hypochondriacal reaction

مدى حدوث توهم المرض : يشاهد توهم المرض بصفة خاصة في العقدين الرابع والخامس من العمر . وقد ثبت أن توهم المرض نادر الحدوث عند الأطفال اللهم الا في بعض حالات فقد الأم أو الإيداع بالمؤسسات ويظهر توهم المرض كثيراً في الشيخوخة ، وقد يرجع ذلك الى الحاجة الشديدة لدى المسنين لجذب الانظار . وتوهم المرض أشيع لدى الاناث منه لدى الذكور . ويلاحظ توهم المرض أيضا في حالة العجز أو الإعاقة حيث يبالغ في الاصطابة الجسمية .

التشخيصية قبل المرض :

تتسم الشخصية قبل المرض بالتمركز حول الذات بشكل غير ناضج ، والميل الى الانعزال ، والاهتمام الزائد بالصحة وبالجسم .

اسباب توهم المرض :

رغم أن المريض يعتقد (واهما) أنه مريض عضويا ، الا أن مشكلته في الحقيقة نفسية المنشأ . وهناك اسباب كثيرة تؤدى الى توهم المرض .

ومن أهم الاسباب ما يلي :

* الحساسية النفسية عند بعض الناس حيث نجدهم يتوهمون أنهم مرضى بمرض يكونون قد سمعوا عنه من الأطباء أو المعالجين وفهموا فيها غير سليم أو أساءوا الفهم أو يكونون قد قرعوا عنه قراءة غير واعية وعلى غير أساس علمي في الكتب والمجلات الطبية . والاضطرابات الانفعالية الطويلة .

* وجود القلق والضعف العصبي . ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته .

* الفشل في الحياة بصفة خاصة الفشل في الحياة الزوجية . وشعور الفرد بعدم قيمته وعدم كفايته ورفضه . ويكون توهم المرض بمثابة تعبير رمزي عن هذا الشعور . ومحاولة الهرب من مسئوليات الحياة أو السيطرة على المحيط عن طريق كسب المحيطين والمخالطين .

* العدوى النفسية حيث يكتسب المريض الاعراض من والديه اكتسابا ، حيث يوجد توهم المرض لديهما ، وحيث يلاحظ اهتمامهما أكثر من اللازم

بصحة الاولاد . أو خبرة المعاناة الشديدة من مرض سابق . ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته . أو وجود تهديد شخصي لا شعورى مثل قرب دنو الاجل كما فى الشيخوخة ، والخوف من فقدان الحب ، وانهيار الدفاعات النفسية ضد دفعات العدوان الجنسى .

* ويرى فرويد ان توهم المرض يرجع الى انسحاب الاهتمام او اللبى من الموضوعات فى العالم الخارجى وتركيزه على اعضاء الجسم . ويعتقد فرويد (١) ايضا ان « توهم المرض = الضعف العصبى + عصاب القلق » .

أعراض توهم المرض :

فيما يلى أهم أعراض توهم المرض :

* تسلط فكرة المرض على الشخص (وسواس) . والشعور العام بعدم الراحة .

* تضخيم شدة الاحساس العادى بالتعب والالم . والاهتمام المزمى والانشغال الدائم بالجسم والصحة والعناية الزائدة بها وكثرة التردد على أطباء عديدين . والمبالغة فى الاعراض والتفاهة وتضخيمها والاعتقاد انها مرض خطير (فمثلا المفضل يعتبره قرحة فى المعدة .. وهكذا) ، والتركيز على صفات الاعراض المرضية ومحاولة المريض دائما تشد من مرضه بنفسه ، وهذا التشخيص غالبا ينطبق مع الحقائق المعروفة طبيا والجري دائما وراء فتاوى العلاج التى تكتب فى الصحف والمجلات والمحاولات العديدة لعلاج نفسه بطريقة « أى كلام » .

* الشكوى من اضطرابات جسمية خاصة فى المعدة والأمعاء وأى جزء آخر من أجزاء الجسم . وفى بعض الاحيان يكون اختيار العضو او الوظيفة (التى يكون هدف توهم المرض) له علاقة رمزية بالمشكلة التى تكمن وراء توهم المرض . (فمثلا المراهقون الذين يعانون من صراعات جنسية يكون توهم المرض لديهم متركزا حول الامراض السرية والجنسية) . والاحساس بحركات الأمعاء وضربات القلب وما شابه ذلك . وتقل وتنوع الشكوى . ويوجد المريض شكاوى اضافية من المرض . ويحيل المريض الى اهتمام المشاعر الجسمية الشاذة المرتبطة بتوهم المرض حتى لا يشعر ان الجسم كله فى حالة معاناة ، وقد يودى هذا الى حالة انسحاب كامل من العالم المحيط به .

(١) ضم فرويد توهم المرض والقلق والضعف العصبى ليكونوا ما أسماه

العصاب الحقيقى .

* الشعور بالنقص مما يعوق الاتصال الاجتماعي ويؤدي الى الانعزال او الانسحاب .

تشخيص توهم المرض :

من النادر ان يظهر توهم المرض كعصاب مستقل ، ولكن الاغلب والاعم ان يظهر كمرض مرافق لاضطراب نفسى آخر مثل الاكتئاب كما فى حالات اكتئاب سن القعود مثلا .

وفى بعض الاحيان يكون توهم المرض مجرد اضافة الى مرض عضوى فعلى يجمع الاعراض مبالغا فيها .

علاج توهم المرض :

تتلخص اهم ملامح علاج توهم المرض فيما يلى :

- * استخدام الادوية النفسية الوهمية ، واستخدام الادوية المهدئة .
- * العلاج النفسى الذى يركز على التطمين النفسى والايحاء لمساعدة المريض على كشف صراعاته الداخلية والتخلص منها ، وشرح العوامل التى ادت الى المرض والعلاقة بينها وبين الاعراض ، وتوجيه مجال الاهتمام من الذات الى مجالات اخرى . ويفيد هنا العلاج النفسى المختصر ، والعلاج النفسى الجماعى (١) .
- * الارشاد العلاجى للمريض ، وارشاد الاسرة خاصة مرافقى المريض كالزوج مثلا نحو عدم المبالغة فى العطف والرعاية وعدم المعاملة بقسوة .. الخ .
- * العلاج الاجتماعى وتحقيق تفاعل اجتماعى اكثر عمقا ومعنى . والعلاج بالعمل والرياضة والترفيه لاجراج المريض من دائرة التركيز على ذاته . وتعديل البيئة والمحيط الاسرى ومحيط العمل .
- * مراقبة المريض خشية الانتحار اذا كان توهم المرض مرافقا للاكتئاب .

مآل توهم المرض :

يكون مآل توهم المرض افضل بصفة عامة كلما كانت اسبابه محددة واعراضه واضحة ومكاسبه الثانوية قليلة وتعاون المريض صادقا فى عملية العلاج .

(١) وليسمع المريض قول الشاعر :

ايها المشتكى وما بك داء كيف تغدو اذا غدوت عليلا
واذا ما اظلل رأسك هم فاترك البحث فيه كى لا يطولا
ايها المشتكى وما بك داء كن جميلا ترى الوجود جميلا

ملاحظات حول توهم المرض :

ينظر الى توهم المرض (من الناحية الدينامية) على انه دفاع نفسي يلجأ اليه المريض لاشعوريا لتحقيق اهداف ومكاسب على راسها تجنب المسؤوليات وتخفيف العمل ، والمواساة ، والاهتمام به ، وتجنب اللوم ، وقد يسيطر على من حوله ، وربما يحصل على بعض الميزات الاخرى .

ويلاحظ ان ضحايا توهم المرض لا يمارضون ولا يتصنعون المرض شعوريا ، ولكن المؤكد انهم يعانون من القلق والضيق .

الضعف العصبي**« النوراستينيا »****NEURASTHENIA****تعريف الضعف العصبي (١) :**

الضعف العصبي هو حالة من الشعور الذاتي المستمر بالضعف النفسي العام الذي يصحبه أعراض عصبية وجسمية . ومن أهم خصائصه الضعف النفسي والجسمي وشدة التعب والاعياء والفتور والانهاك ، وقد يصل الى درجة الانهيار ، وهو يكاد يكون حالة من « التعب المزمن » . ويطلق عليه البعض اسم « الانهيار العصبي » او « الضعف النفسي » او « الاعياء النفسي » او « استجابة الضعف » او « متلازمة التعب » او « رد فعل الضعف » **asthenic reaction**

ولقد أتى على الضعف العصبي حين من الزمن كان يعنى عند المشغلين بالصحة النفسية والطب النفسي كل الامراض العصبية .

مدى حدوث الضعف العصبي :

الضعف العصبي من اشيع انماط العصاب النفسي . اذ يعاني منه حوالى ٥٪ من مجموع السكان ، وحوالى ١٠٪ أو أكثر من مجموع مرضى العصاب . ويشاهد الضعف العصبي عند متوسطى العمر من الراشدين خاصة ربوات البيوت المحبطات اللاتى يشعرون انهن مهملات من قبل أزواجهن اللامبالين .

(١) المعنى الحرفى للمصطلح الانجليزى neurasthenia هو « ضعف الاعصاب » وكان سبب اطلاق هذا الاسم هو الاعتقاد بان المرض ينتج من الاجهاد الناتج عن وقوع الشخص فى صراع طويل يؤثر فى اعصابه بسبب التغيرات الكيميائية التى تحدث وتصيب الجهاز العصبي .

ويحدث الضعف العصبي لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث . ويشاهد الضعف العصبي بنسبة أكبر في المستويات الاجتماعية الاقتصادية الأدنى .

الشخصية قبل المرض :

تتسم الشخصية قبل المرض بالسمات الآتية : الانطواء والميل للعزلة والتركز حول الذات ، والشعور بعدم الأمن والرفض والاحباط الانفعالي ، والشعور العام بعدم الرضا ، والسلبية وقلة الكلام وقلة العمل ، والاعتمادية والحاجة الى المساندة والانتباه والحماية ، والهروب من المسؤوليات . وسيادة روح التشاؤم ، واستمرار الشكوى .

ومن أمثلة الشخصية التي تعاني من الضعف العصبي ربة البيت العصبية (دائمة النرفزة) أو رجل الاعمال الذي يبدو عليه الانهك المزمع .

اسباب الضعف العصبي :

اسباب الضعف العصبي نفسية في جملتها وأهمها :

* الصراع النفسي ذو التاريخ الطويل نتيجة تضارب الرغبات والاقدام والاحجام في السلوك مما يسبب الانهك والضعف ، والاحباط المتكرر وعدم اشباع حاجات الفرد ، والفشل والحرمان واليأس والشعور بالنقص . والتوتر النفسي والاضطرابات الانفعالية العنيفة الطويلة والصددمات الانفعالية ، والشعور بالعجز المفاجيء في حيل وأساليب الدفاع النفسي التي كان يعتمد عليها الشخص في مواجهة ضعفه وشعوره بالنقص (كحيلة التعمييض مثلا) ، ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته .

* النمو المضطرب للشخصية ، وعدم ضبط النفس ، وضعف الثقة في النفس وسهولة الإيحاء والاستهواء ، واعتقاد الفرد في قلة حيلته وضعف إمكانياته . وعدم وجود خطة وفلسفة للحياة وعدم وضوح الاهداف والمثل والحياة الرتيبة ، ونقص الميول والاهتمامات .

* الاضطرابات الاسرية والانهيار الاسرى وطرق التربية الخاطئة (القسوة والحماية الزائدة - والتفليل ... الخ) ، وضعف الروح الاجتماعية ، والهروب من تحمل المسؤوليات وعدم العودة عليها ، وسوء التوافق الاجتماعي . ووجود اضطراب مماثل لدى احد الوالدين أو الافراد المهمين في حياة الفرد واكتساب وتعلم الاعراض منه خاصة في حالة وجود مكاسب ثانوية لهذا السلوك المرضي المكتسب .

* العمل الشاق المرهق تحت الضغط المصحوب بالقلق والمجهود المجهد الذي يستنفد الطاقة العصبية ويعوق الاسترخاء ويحول دون الاستمتاع بالحياة .

* الحضارة الحديثة وضغوطها الشديدة ومطالبها الكثيرة ، وضغط مشكلات الحياة والاتجاهات السالبة نحوها وعدم الاستعداد لمواجهةها والضعف النفسى المتعلقة بالمنافسة والخضوع والاهانة والنبذ والعسوان والحروب .. الخ .

* ويعزى فرويد (١) الضعف العصبى الى الكبت الجنسى والسموم الجنسية sexual toxins والانحرافات الجنسية المفرطة والصراعات الجنسية والافراط فى ممارسة العادة السرية والشعور بالاثم .

* هذا وقد لوحظ ظهور الضعف العصبى فى الاشخاص ذوى التكوين الجسمى النحيف الواهن الذين يتصفون بشدة حساسية الجهاز العصبى .

اعراض الضعف العصبى :

الاعراض الجسمية : وتشمل : التعب المستمر (بدون اساس عضوى) والشعور بالضعف العام والاجهاد وتخاذل القوى والاعياء لاقل مجهود والخمول والكسل ونقص الحيوية والنشاط والضعف الصحى والعصبى والنفسى ، وبعض الآلام العامة غير المحددة . والصداع والشعور بالضغط فى الرأس ، وهبوط ضغط الدم والاحساس بضربات القلب ، وشحوب الوجه ، والتغيرات والاضطرابات الحشوية وضعف الشهية وعسر الهضم والامساك . والضعف الجنسى (عند الرجال) ، واضطراب العادة الشهرية (عند النساء) . وآلام الظهر خاصة الالم القطنى والعجزى . والارق واضطراب النوم والاحلام المزعجة ، والتعب عند الاستيقاظ من النوم .

الاعراض النفسية : وتشمل : القلق العابر المصحوب بالتوتر وعدم الاستقرار ، والشعور بالضيق والتبرم وتدهور الروح المعنوية والنشأؤم . والشعور بالأحباط وضعف الطموح والشعور بالنقص والضعف والعجز . وتشقت الانتباه وضعف القدرة على التركيز ، وضعف الذاكرة ، وعدم القدرة على مواصلة التفكير فى موضوع معين . والاستغراق فى أحلام اليقظة ، والاكتئاب والهلم ، والحساسية الانفعالية الزائدة ، والقابلية الشديدة للاستثارة ، وسرعة التهيج والغضب وعدم تحمل الضجيج والاصوات الشديدة والضوضاء العالية ، والثورة وضعف العزيمة والارادة ، وفقدان الهمة وضعف الحماس وعدم الرغبة فى العمل وعدم القدرة على اتمام ما يبدأه منه ، وعدم القدرة على تحمل المسؤوليات ، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات ،

(١) ضم فرويد الضعف العصبى والقلق وتوهم المرضى ! يكونوا ما اسماء العصاب الحقيقي .

والهروب من مجابهة المشكلات وحلها . والشك في الناس والاستبطان (بدرجة مرضية) ، والتعويض والسلبية والتبرير والتركز حول الذات . وفقدان النشاط الاجتماعى ، والاعتماد على الغير ، والتبرم بأوضاع الحياة وفقدان الاهتمام بها ، وسوء التوافق المهنى ، والخوف ، وتوهم المرض .

تشخيص الضعف العصبي :

يلاحظ أنه من النادر أن يظهر الضعف العصبي كعصاب مستقل ولكنه يظهر كإضافة أو عرض لمرض نفسى آخر كما فى الفصام البسيط أو الاكتئاب . وينبغى عدم الاكثار من الوسائل التشخيصية .

ويجب المفاصلة بين الضعف العصبي وبين الاكتئاب . فالضعف العصبي يكون مستمرا والشكوى الاساسية هى الاعراض الوظيفية ، والاكتئاب أحد هذه الاعراض ، ويناقش المريض اعراضه ويتحدث عنها .

ويجب المفاصلة بين الضعف العصبي والفصام المبكر . ففى الفصام المبكر لا يهتم المريض بالمحيط الخارجى ويستغرق فى أحلام اليقظة وتظهر عنده الهذيان والهوسات .

ويجب المفاصلة بين الضعف العصبي وبعض الاضطرابات العضوية الجسمية الأخرى مثل فقر الدم أو نقص الفيتامينات أو اضطراب الغدد الصماء واضطراب عمليات البناء والهدم فى الجسم .

ويجب المفاصلة بين التعب النفسى والتعب الجسمى . فالتعب الجسمى يحدث نتيجة الاجهاد فى العمل وقضاء الساعات الطويلة تحت الضغط العقلى والعصبى ونقص النوم ، ومثل هذا التعب يزيله الراحة والنوم . أما التعب النفسى العصابى فهو الذى يحدث فى غيبة مثل هذه العوامل السابق ذكرها أو عندما يستمر رغم الراحة والنوم .

علاج الضعف العصبي :

من أهم التوصيات العلاجية ما يلى :

✳ العلاج الصحى العام والعلاج الطبى للاعراض العضوية الصريحة لدى المريض واستخدام المهدئات والمنومات واستخدام بعض المقويات ، مع الاهتمام بالراحة والنوم . وتقيد التمرينات الرياضية ، والعلاج بالماء والحمامات .

✳ العلاج النفسى بالطريقة المناسبة للحالة مثل التحليل النفسى وعلاج الشرح والإقناع ، والعلاج التدعيمى مع توجيه الاهتمام الى اكتشاف وإزالة كافة الأسباب مع الاهتمام بمفهوم الذات وتقبل الذات وتقوية وتأكيده وإعادة

الثقة ومساعدة المريض على فهم نفسه ومعرفة امكانياته وحل صراعاته وحل مشكلته النفسية مع الاهتمام بتنمية وتطوير شخصيته نحو النضج وتشجيع المريض على أن يقبل على معركة الحياة بقوة وليس بضعف . وفي ضوء هذا يتم تعديل اهدافه وتعديل أسلوب وفلسفة حياته .

* العلاج الاجتماعي والعلاج الاسرى والتوافق الاجتماعي وتعديل الاتجاهات وتحسين الظروف الاجتماعية واثارة الميول والاهتمامات لدى المريض . مع الاهتمام بالعلاج البيئي وتعديل البيئة المباشرة والمحيط . والاهتمام بالتوجيه المهني بغية تحقيق النجاح الحقيقى فى العمل .

مآل الضعف العصبى :

مآل الضعف العصبى حسن كلما كانت العوامل المسببة واضحة وتزال .

ملاحظات حول الضعف العصبى :

من أهداف الضعف العصبى ومكاسبه ما يلى : لفت الانتظار واسترعاء الانتباه ، واعفاء الفرد من كثرة المسئوليات والاعباء الملقاة عليه ، والغفر بالعطف والتعاطف والاهتمام من الآخرين ، والحصول على العون واثسباع دافع الاعتماد على الآخرين دون المساس بالكرامة الشخصية ، وحوز الاعجاب لما يبذله من جهود فوق طاقته كشخص مريض ضعيف الاعصاب مرهق القوى والنظر اليه كبطل مناضل .

ويعتبر البعض أن الضعف العصبى يعبر رمزيا عن شعور الفرد بعدم قيمته ورفضه .

الهستيريا

HYSTERIA

تعريف الهستيريا (١) :

الهستيريا مرض نفسى عصابى تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل فى اعصاب الحس والحركة . وهى عصاب تحولى تتحول فيه الانفعالات

(١) اشتق هذا الاسم من اللفظ الاغريقى Hystera أى الرحم ، لأن الفكرة التى كانت شائعة فى ذلك الوقت أن هذا المرض يصيب النساء بسبب انقباضات عضلية فى الرحم . وقد ثبت خطأ ذلك ، ولكن المصطلح مازال مستخدما . وهناك مصطلح عربى مقابل للفظ الهستيريا وهو الهرع . وقد وجد أن معظم الامراض الهستيرية ذكرت فى كتابات قدماء المصريين الا أنهم وضعوها تحت امراض الرحم .

المزمنة الى اعراض جسمية ليس لها اساس عضوى لغرض فيه ميزة للفرد او هروبا من الصراع النفسى او من القلق او من موقف مؤلم بدون ان يدرك الدافع لذلك ، وعدم ادراك الدافع يميز مريض الهستيريا عن المتمارض الذى يظهر المرض لغرض محدد مفيد .

وفي الهستيريا تصاب مناطق الجسم التى يتحكم فيها الجهاز العصبى المركزى (الارادى) مثل الحواس وجهاز الحركة . وهذا غير المرض النفسى الجسمى حيث تصاب الاعضاء التى يتحكم فيها الجهاز العصبى الذاتى (اللاارادى) .

ويطلق البعض على الهستيريا اسم « **الهستيريا التحويلية** » conversion hysteria او « **رد فعل التحويل** » onconversion reaction أى التى تعنى تحويلا جسمى لامور نفسية نظرا لانها تعتمد على حيلة دفاعية نفسية اساسية هى التحويل حيث تحول الانفعالات والصراعات الى اعراض جسمية كحل رمزى للصراع .

مدى حدوث الهستيريا :

قل انتشار الهستيريا عن ذى قبل . فقد كانت أكثر انتشارا فى اواخر القرن الماضى واولئ القرن الحالى وابان الحربين العالميتين الاولى والثانية عنها الآن . والهستيريا أكثر شيوعا عند الاناث منها عند الرجال . وترداد الاعراض الهستيرية فى مراحل العمر الحرجة فى الطفولة وعند البلوغ وفى الشيخوخة . والهستيريا أشيع عند الأشخاص ذوى الذكاء المتوسط او دون المتوسط .

الشخصية الهستيرية Hysterical Personality :

تسمى شخصية مريض انهستيريا قبل المرض باسم « الشخصية الهستيرية » ، وهى تشبه شخصية الاطفال . . ولو تأملت سلوك الشخص الهستيرى لوجدته سلوك « طفل كبير » .

ومن أبرز سمات الشخصية الهستيرية ما يلى :

- * العاطفية الزائدة ، والقابلية الشديدة للابحاء ، والمسايرة ، وحب المجاملة والمواساة والحساسية الشديدة ، وسرعة الخجل وعدم النضج الانفعالى ، والتذبذب الانفعالى ، وتقلب المزاج ، وعدم التحكم فى الانفعالات ، والسذاجة ، وسطحية المشاعر ، وعدم النضج النفسى الجسمى .
- * التمرکز حول الذات ، والانانية ، ولفت الانتظار ، واستمرار العطف ، والاعتزاز بالنفس وحب الظهور ، والاستعراض . وفى بعض الاحيان الانسلاط ، والاجتماعية ، وحب الاختلاط ، وعدم الاستقرار . وكذلك

الاعتماد على الآخرين ، والتوكل ، والانقياد (التبعية) ، والشعور بالنقص .

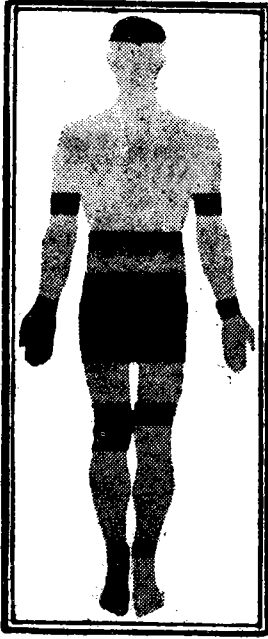
- * المبالغة والتهويل والاستغراق في الخيال . والسلوك يكون اقرب الى التمثيل والاستعراض والتكلف والاندفاع وعدم النضج .
- * الاعتماد على الكبت كدفاع اساسي . والاستعداد لتكثيف الانفعالات وتحويلها الى اعراض جسمية .

اسباب الهستيريا :

فيما يلي اهم اسباب الهستيريا :

- * تلعب الوراثة دورا ضئيلا للغاية ، بينما تلعب البيئة الدور الاكبر . ويرجع بافلوف Pavlov وأنصار التفسير الفسيولوجي الهستيريا الى ضعف قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي . وعادة ما يكون المريض الهستيرى ذا تكوين جسمي نحيف واهن .
- * ومن الاسباب النفسية : الصراع بين الفرائز والمعايير الاجتماعية ، والصراع الشديد بين الانا الاعلى وبين الهو (وخاصة الدوافع الجنسية) والتوفيق عن طريق العرض الهستيرى (١) . والاحباط وخيبة الامل في تحقيق هدف أو مطلب ، ونفشل والافئاق في الحب . والزواج غير المرغوب فيه والزواج غير السعيد ، والغيرة . والحرمان ونقص العطف والانتباه وعدم الامن . والانانية والتمركز حول الذات بشكل مطلق . وعدم نضج الشخصية وعدم النضج الاجتماعى ، وعدم القدرة على رسم خطة للحياة . واخطاء الرعاية الوالدية مثل التدليل المفرط والحماية الزائدة . الخ . والضغط الاجتماعي والمشكلات الاسرية والتوتر النفسى والهجوم ، والرغبة في الهروب منها . والرغبة في العطف واستمرار اهتمام الآخرين . والحساسية النفسية وسرعة الاستفارة وعدم الوضع الانفعالى والضغط الانفعالية والصدمات الانفعالية العنيفة وكبتها والهروب منها عن طريق تحويلها الى اعراض الهستيريا .
- * كون احد الوالدين شخصية هستيرية فيأخذ الطفل عنه (اكتسابا) سمات الشخصية الهستيرية .
- * ومن الاسباب المعجلة او المباشرة فشل في حب او صدمه عنيفة او التعرض لحادث او جرح او حرق . الخ .

(١) يلاحظ ان نظرية فرويد عن الهستيريا هي اساس نظرية التحليل النفسى . وقد اخذ فرويد مثلا حالة الانسة دورا التى كانت تحب طالب طب وعدها بالزواج واخلف فاصيبت بالشلل الهستيرى .

اعراض الهستيريا :

لا توجد كل اعراض الهستيريا مجتمعة في مريض واحد — ومعظم اعراض الهستيريا يكون تقليدا للاعراض العضوية . وقد تنتقل اعراض الهستيريا بطريق الايحاء والتقليد من شخص آخر بينه وبين المريض ارتباط عاطفى ويلاحظ على المريض اللامبالاة وعدم الانفعال والهدوء النفسى وهو يتحدث عن اعراض مرضه (لان العرض الهستيرى يزيل القلق النفسى ويحقق للمريض هدفه اللاشعورى من المرض) .

وفيما يلى اهم اعراض الهستيريا (١) :

- * **الاعراض الحسية :** العمى الهستيرى ، الصمم الهستيرى ، فقدان حاسة الشم ، فقدان حاسة الذوق ، فقدان الحساسية الجلدية فى عضو أو فى عدة اعضاء ، الخدار الهستيرى ، (انعدام الحساسية (شكل ١.٢) مناطق فقدان العامة) الالم الهستيرى (انظر شكل ١.٢) الحساسية فى الهستيريا
- * **الاعراض الحركية :** الشلل الهستيرى (النصفى أو الطرفى أو فى الجانبين أو القعاد) ، الرعشة الهستيرية ، التشنج الهستيرى والصرع الهستيرى عقال العضل (خاصة فى اليد وخاصة أثناء الكتابة وهو ما يسمى عقال الكاتب) ، وفقدان الصوت أو النطق والخرس الهستيرى .
- * **الاعراض العقلية :** اضطراب الوعى ، الطفلية الهستيرية (السلوك أو التكلم كالاطفال) .
- * **الاعراض العامة :** المرض عند بداية المدرسة أو عند الامتحانات ، ردود الفعل السلوكية المبالغ فيها للمواقف المختلفة ، المرض بمرض عزيز مات به ، العرض كامتداد تاريخى لمرض عضوى سابق .

تشخيص الهستيريا :

يجب المفارقة بدقة بين **الهستيريا والمرض العضوى** . وعلى الاختصاصى

(١) قد يكون الاضطراب فى شكل ضعف الوظائف الحسية والحركية وغيرها فقط ، فيصاب المريض بزغلة البصر بدلا من العمى أو بثقل السمع بدلا من الصمم .. وهكذا .

التأكد من الخلو من الاسباب العضوية للاعراض ، واستبعاد وجود مرض عضوى . ونحن نعلم ان العرض الهستيرى يختلف عن العرض العضوى في أنه غير دقيق من الناحية التشريحية . وقد يكون العرض الهستيرى مجرد امتداد تاريخى لمرض عضوى سابق . وعلى سبيل المثال يمكن المفارقة بين مريض الصرع الهستيرى ومريض الصرع العضوى ، فنجد أنه في حالة الصرع الهستيرى يصاب المريض بالنوبة وسط الناس ويقع في مكان آمن بحيث لا يصاب . وهو لا يتبول لا اراديا اثناء النوبة ولا يعض لسانه ولا تختفى الانعكاسات لديه ، بينما في مريض الصرع العضوى نجده يقع في أى مكان ودائما نجد فيه اصابات وكسورا وجروحا وقد يتبول لا اراديا اثناء النوبة وقد يعض لسانه ونجد هناك اضطرابا في موجات المخ الكهربائية يوضحها رسام المخ الكهربائى .

ويجب عدم الخلط بين اعراض **الهستيريا** وبين اعراض **المرض النفسى الجسمى** (انظر جدول ٩) .

ويجب ايضا عدم الخلط بين اعراض الهستيريا وبين اعراض التشنج . ويجب التفرقة بين **الهستيرى والتمارض** ، فالهستيريا لا ارادية ، والهستيرى لا يبالى بأعراضه ولا يعيرها اهتماما كبيرا ، بينما التمارض ارادى والتمارض يعير أعراضه اهتماما زائدا ، ويدرك الفائدة التى يجنيها من وراء تمارضه .

وعلى العموم **تدل المؤشرات الآتية على حالة الهستيريا :**

- * حدوث المرض فجأة أو في صورة درامية .
- * نقص قلق المريض بخصوص مرضه وعدم مبالاته وهدوئه النفسى وهو يتحدث عن أعراض مرضه .
- * الضغط الانفعالى قبل المرض .
- * وجود مكسب ثانوى من وراء المرض .
- * تغير الاعراض بالايحاء .
- * اختلاف شدة الاعراض في فترة وجيزة .
- * عدم النضج الانفعالى في الشخصية قبل المرض .
- * نقص الارتباط بين الاعراض والناحية التشريحية للأعصاب الحسية والحركية . لان المريض ليس طبيبا والمريض ليس عضويا أصلا ، فنجد نطا فقد الاحساس غير ثابت وفقد الاحساس لا يتطابق مع التوزيع التشريحي ... وهكذا (كولينز Collins ، ١٩٦٢) .

علاج الهستيريا :

في بعض الحالات قد تكون الهستيريا وقتية وتشفى تلقائيا خاصة اذا لم تحقق هدفها . ويستحسن علاج مرض الهستيريا بالعيادة الخارجية وبحسن بقاء المريض في مكان عمله .

ونفيا يلى اهم ملامح علاج الهستيريا (١) :

* العلاج النفسى : ويتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها . وقد يستخدم الاخصائى التنويم الايحائى لازالة الاعراض . ويلعب الايحاء والاقتناع دورا هاما هنا . ويستخدم التحليل النفسى للكشف عن العوامل التى سببت ظهور الاعراض والدوافع اللاشعورية وراءها ومعرفة هدف المرض . ويقوم المعالج بالشرح الوافى والتفسير الكافى للأسباب ومعنى الاعراض . كذلك يفيد العلاج النفسى التدعيمى ومساعدة المريض على استعادة الثقة فى نفسه وتعليمه طرق التوافق النفسى السوى والعيش فى واقع الحياة . ويستخدم العلاج الجماعى خاصة مع الحالات المتشابهة ويجب ان يعمل المعالج باستمرار على اثارة تعاون المريض وتقبله بصيرته ومساعدته فى ان يفهم نفسه ويحل مشكلاته ويحاربها بدلا من ان يهرب منها ويقع ضحية لها . ويلاحظ ان بعض المعالجين يستخدمون نوعا من الحقن (أميتال صوديوم) لتسهيل عملية التنفيس والايحاء والاقتناع (التحليل التخديرى) .

* الارشاد النفسى للوالدين والمرافقين كالزوج أو الزوجة . وينصح بعدم تركيز العناية والاهتمام بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط لان ذلك يثبت النوبات لدى المريض لاعتقاده انها هى التى تجذب الانتباه اليه .

* العلاج الاجتماعى والعلاج البيئى وتعديل الظروف البيئية المضطربة التى يعيش فيها المريض بما فيها من أخطاء وضغوط أو عقبات حتى تتحسن حالته .

* العلاج الطبى للاعراض . وفى ذلك أيضا حفظ لماء وجه المريض . ويستخدم علاج التنبيه الكهربائى أو علاج الرجفة الكهربائىة . وفى بعض الاحيان يلجأ المعالج الى استخدام الدواء النفسى الوهمى Placebo ويفيد فائدة كبيرة .

مآل الهستيريا :

يلاحظ ان حوالى ٥٠٪ من مرضى الهستيريا يتم شفاؤهم تماما مع العلاج المناسب ، وان حوالى ٣٠٪ يتحسنون تحسنا ملحوظا ، وان حوالى ٢٠٪ يتحسنون تحسنا بسيطا أو تستمر معهم الاعراض . وعلى العموم يكون مآل الهستيريا افضل : كلما كان بدء المرض فجائيا وحادا واستمر لمدة قصيرة قبل بدء العلاج ، وكلما كان المكسب من وراء

(١) يروى فى تاريخ الطب العربى كيف نجح جبريل بن بختشيوخ طبيب هارون الرشيد فى علاج جارية من الشلل الهستيرى بأن تظاهرها فجأة بأنه سيخلع عنها ملابسها أمام الناس فانتفضت الجارية لهذه الصدمة المفاجئة ومدت يدها لتمسك طرف ثوبها ، فشفيت مما كان بها من شلل هستيرى .

المرض ليس كبيرا ، وكلما كانت العلاقات الشخصية والاسرية سليمة نسبيا ، وكلما كان المريض متوافقا مهنيا .

ملاحظات حول الهستيريا :

الهستيريا هي أكثر أشكال العصاب من الناحية الدرامية .
ومن أهداف الهستيريا ومكاسبها التعبير الرمزي عن الدوافع والاندفاعات المكونة التي يابأها الضمير ، أو تجاهلها أو نكرانها ، أو تدعيم كبتها (١) ، وحفظ ماء الوجه لوجود عذر شرعى مقبول يخدع الفرد به نفسه ويخدع به الآخرين ، والحصول على انتباه واهتمام وعطف وتسامح الغير ، والانتقام من الآخرين وإرغامهم على الابتعاد عنه ، والهروب من المسؤوليات والاعفاء من التبعات والواجبات والارتباطات والالتزامات ، والاعتذار عن فشل محتمل ، والتحرر من الصراع النفسى الذى لا يحتمل واحتمال الألم الجسمى الذى يكون أهون من احتمال الألم النفسى ، والظهور بمظهر البطولة المثالية فى صبر وضمت . وقد يكون المرض وسيلة لإرضاء حاجة الفرد الى عقاب نفسه .

ويجوز الجمع بين المرض العضوى والهستيريا فى نفس المكان . فأحيانا لا تكون الاعراض كلها هستيرية أو كلها عضوية وإنما تكون خليطا من الاثنين . ويظهر هذا عندما يشفى المريض من مرضه العضوى ، فقد يعاوده المرض فى ظروف معينة فى شكل هستيرى .

والهستيريا لها علاقة وثيقة بالقلق ، فهى تحل محل القلق فيتحرر منه المريض . والعكس صحيح ، فقد يظهر القلق متى اختفت أعراض الهستيريا .

الخواف

« الخوف المرضى »

PHOBIA

تعريف الخواف :

هو خوف مرضى دائم من وضع أو موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) غير مخيف طبيعياً ، ولا يستند إلى أساس واقعى . ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه . ويعرف المريض أنه غير منطقي ،

(١) تخفى أعراض الهستيريا أشياء ترمز لها . فمثلا العمى الهستيرى قد يرمز الى عدم الرغبة فى رؤية عنصر غير مقبول فى الواقع .

ورغم هذا فإن هذا الخوف يتملكه ويحكم سلوكه ، ويصاحبه القلق والعصبية والسلوك القهري (١) .

وهناك فرق بين الخوف (العادى) وبين (الخوف المرضى) . فالخوف العادى غريزة ، وهو حالة يحسها كل انسان فى حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلا مثل حيوان مفترس حين يشعر باقترابه يتفعل ويخلف ويقلق ويسلك سلوكا ضروريا للمحافظة على الحياة هو الهرب . فالخوف العادى اذن هو خوف موضوعى أو حقيقى (من خطر حقيقى) . أما الخواف (الخوف المرضى) فهو خوف شاذ ودائم ومتكرر ومتضخم مما لا يخيف فى العادة ، ولا يعرف المريض له سببا . وقد يكون الخواف عاما غير محدد ، وهميا أو غير حسي ، كالخوف المرضى من الموت ، أو العفاريت .. الخ .

ويطلق البعض على الخواف اسم « استجابة الخواف » phobic reaction . وما زال بعض المؤلفين يحتفظون بالمصطلح الافرنجى وهو « فوبيا » .

وترجع الاشارة الى الخوف الى ايام هبوقراط . وفى القرن التاسع عشر نشر وستفال Westphal سنة ١٨٧٢ تقريرا عن ثلاث حالات من خواف الأماكن المتسعة . وادلى كل من كراپلين Kraepelin وفرويد Freud وفنixel Fenichel كل بدلوه فى دراسة الخواف .

مدى حدوث الخواف :

يمثل مرضى الخواف حوالى ٢٠٪ من مجموع مرضى العصاب . ويحدث الخواف بنسبة اكبر لدى الاطفال والمراهقين وصغار الراشدين . والخواف اشيع لدى الاناث منه لدى الذكور .

التشخيصية قبل المرض :

تتسم الشخصية قبل المرض بالعصبية ، والتطرف فى الانانية ، والتمركز حول الذات ، والانطواء والتشاؤم والخجل والجبن .

اسباب الخواف :

يرجع الخواف الى عدة اسباب وعوامل هي :
تخويف الاطفال ، وعقابهم ، والحكايات المخيفة التى تحكى لهم ، والخبرات

(١) يقول الشاعر :

وما الخوف الا ما تخوفه الفتى وما الامن الا ما رآه الفتى امنا

المريرة القاسية التي يهرون بها ، والخبرات المخيفة المكبوتة (خاصة منذ الطفولة المبكرة) .

* الظروف الاسرية المضطربة (الشجار والانفصال والطلاق والعطف الزائد والحماية الزائدة والوالدان العصبيان) ، والسلطة الوالدية المتزمتة ، والتربية الخاطئة (كالنخ والعقاب والرهبة ، وعدم المساواة في المعاملة بين الاطفال) .

* خوف الكبار وانتقاله عن طريق المشاركة الوجدانية والايحاء والتقليد ، وعدوى الخواف من مريض به الى مخالطيه (راجع شكل ٧٨ ص ٢٥٨ وشكل ٧٩ ص ٢٦٠) .

* التقصور الجسمي ، والتقصور العقلي ، والرعب من المرض .

* الفشل المبكر في حل المشكلات .

* الشعور بالاثم وما يرتبط به من خواف (مثل خوف المريض من الامراض الجنسية نتيجة لشعوره بالذنب الناجم عن اتصال جنسى محرم) .

* يرجع أصحاب المدرسة السلوكية الخواف الى التعلم الشرطى كما يحدث في حالة خبرة مخيفة وتعت في الطفولة (المثير الاصلى للخوف وارتبطت بمثير شرطى) حيث تنتقل استجابة الخوف من المثير الاصلى الذى سبب الخوف الى مثير اقترن به شرطيا . اى أن المثير الشرطى الذى لم يحدث الخوف اصلا قد اكتسب صفات مثير الخوف الاصلى فأصبح يثير الخوف دون وضوح .

* وقد يكون الخواف دفاعا لحماية المريض من رغبة لا شعورية مستهجنة ، جنسية أو عدوانية في الغالب (فمثلا قد تتشعر امرأة بالخوف من الوحدة ، ويكون هذا بمثابة دفاع لحمايتها من احتمال قيامها بعلاقة جنسية محرمة ترغب فيها لا شعوريا) .

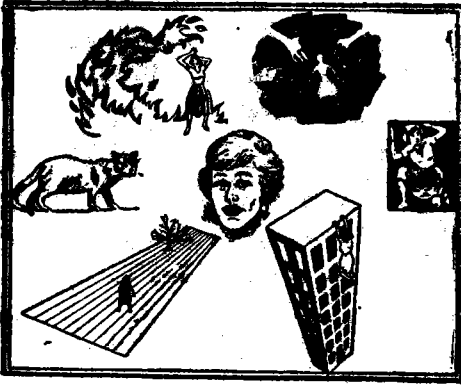
* وتلعب حيلة الاراحة دورا ديناميا فعالا في الخواف . حيث تزاح المهددات الداخلية الى مهددات خارجية اراحة لا شعورية ، وحيث ينقل الانفعال من مصدره الاصلى الى بديل أكثر قبولا (فمثلا خواف المدرسة قد يكون تلقيا بسبب الانفصال عن الام) . وهكذا يعتبر الخواف بمثابة ستار من الدخان يلقى على المشكلة لتجنبها ونسحبها عن الشعور . كذلك فان اراحة القلق الناتج عن كبت الدوافع المتصارعة من الداخل الى الخارج واستنفاد طاقات تلك الدوافع المكبوتة في مخاوف تشعل الشعور وبصرفه بعيدا عن النزعات الداخلية الكريهة التى تبرا منها الشعور . وقد تحدث الاراحة من الموضوع أو الوضع الخيف الى رمز يرتبط به الخوف ولذلك فلا خطر حقيقى على المريض مما يخافه .

اعراض الخواف :

فيما يلى أهم أعراض الخواف :

* كل أنواع المخاوف المرضية مثل الخوف المرضي من : الجنس —

النساء — الاعماق — الاماكن الواسعة — الاماكن المغلقة — الاماكن المرتفعة — النور — الظلام — البرق — الرعد — الماء — النار — الدم — الجراثيم — الحشرات — الحيوانات — الثعابين — التلوث — التسمم — المرض — الالم — الموت — الزحام — اللغات الاجنبية — الغريباء ... الخ (انظر شكل ١٠٣) .



(شكل ١٠٣) الخواف

* القلق والتوتر .
* ضعف الثقة في النفس .
والشعور بالنقص ، وعدم الشعور بالامن ، والتردد واضاعة الوقت بعمل الف حساب لكل امر والحين ، وتوقع الشر ، وشدة الحرص ، والانسحاب والانفراد والهروب ، او التهاون والاستهتار ، والاندفاع ، وسوء السلوك .

* الاجهاد ، والصداع والاعياء ، وخفقان القلب ، وتصيب العرق ، والتقيؤ ، وآلام الظهر ، والارتجاف ، واضطراب الكلام ، والبوال أحيانا .

* السلوك التعويضي مثل : النقد والسخرية ، والتحكم ، وتصنع الوتر والجرأة والشجاعة .

* الافكار الوسواسية ، والسلوك القهرى .

* الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادى . ويصبح الخواف عائقا معجزا (مثل الامتناع عن الاكل في المطاعم او الامتناع عن التنزه او الرياضة او حتى مغادرة المنزل او عبور الطريق) .

تشخيص الخواف :

يجب اولاً المفارقة بين الخوف العادى وبين الخوف المرضى (الخواف) (راجع تعريف الخواف) .

ويجب التفريق بين الخواف (كمرض) وبين الخواف (كعرض) . فالخواف أحيانا يكون مصاحبا لأمراض أخرى كعرض . فهو عرض هام من اعراض القلق النفسى والاكتئاب والوسواس والقهر والهذاء .

ويجب المفارقة بين الخواف وبين القلق حيث في الخواف يسيطر المريض

النسبية على الحق وزيادته . ومع او موضوع خارجي وتكسور الدماغات الرئيسية هي الكبت والازاحة والتجنب .

الوقاية من الخواف :

- للاوقاية من الخواف يجب اتخاذ الاجراءات الآتية :
- * منع مبررات الخوف : الحشرات والحكايات . والحيلولة دون تكسور الخوف الشرطى .
- * التعويد العادى والحصرة والممارسة والتحريب في الخبرة السارة غير المحفزة .
- * عدم القلق على الاولاد . واذا تعرض الطفل لحصرة محفزة يشرح له في هدوء مع ازالة الخوف حيرا من الكبت اللاشعورى .
- * التقليل من التحذير والمبالغة في النقد ومنع الاسهراء .
- * عدم خوف الكبار وحاصه الوالدين حتى لا ينتقل الخواف الى اولادهم بالتقليد .

علاج الخواف :

- يجب اولا اثاره رغبة العميل في العلاج . وفيما يلى اهم ملامح العلاج :
- * العلاج النفسى خاصة التحليل النفسى للكشف عن الاسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة والمعنى الرمزى للاعراض ، وتصريف الكبت ، وتنمية بصرية المريض ، وتوضيح الغريب وتقريبه من ادراك المريض والفهم الحقيقى والشرح والافتقار والايحاء ، وتكوين عاطفة طيبة نحو مصفر الخوف . ويستخدم ايضا العلاج النفسى التدعيمى ، وتنمية الثقة في النفس ، وتشجيع النجاح والشعور به ، وابرار نواحي القوة والايجابية لدى الفرد ، وتشجيع المريض على الاعتماد على نفسه واكتسابه الخبرات بنفسه ، وتنمية الشعور بالامن والاقدام والشجاعة . ويستخدم كذلك العلاج النفسى المختصر في حالة المخاوف الحديثة الظهور ، ويستفيد بعض المعالجين بالتنويم الايحائى .
- * العلاج السلوكى الشرطى وكف الارتباط بين المخاوف وفكراتها الدفينة وقطع دائرة المثير والخوف والسلوك وفك الاشرط والتمرض لمواقف الخواف نفسه مع التشجيع والمناقشة والاندماج وربط مصادر الخوف بأمور سارة محببة والتعويد العادى في الخبرة الواقعية السارة غير المخيفة ومنع استثارة الخوف (وقد تستخدم بعض الادوية المهدئة للتقليل من حدة القلق المصاحب لمثل هذه المواقف) . وتستخدم طريقة التحصين التدريجى بصفة خاصة كما استخدمها فولب Wolpe وكما طورها لانج Lang مستخدما جهاز التحصين التدريجى الآلى (راجع

- * العلاج الجماعى ، والتشجيع الاجتماعى ، وتنمية التفاعل الاجتماعى السليم الناضج .
- * العلاج البيئى ، وعلاج مخاوف الوالدين ، وعلاج الجو المنزلى الذى يجب أن تسوده المحبة والعطف والهدوء والثبات والاتزان والحرية وعلاج الوالدين والاقارب فى حالة عدوى الخواف . وتوجيه الوالدين والمشرفين للمساهمة فى ضبط الانفعالات والتقليل من الخوف ببذل محاولات العلاج والتقليل من المشاجرات وعدم الخوف وعدم حكاية الحكايات المخيفة للأطفال .
- * علاج الامراض المصاحبه للخوف الرئيسى وخاصة اذا كانت تعرقل حياة المريض وتعوق توافقه الاجتماعى بشكل واضح .

مآل الخواف :

مآل الخواف حسن ويدعو الى التفاؤل بصفة عامة شريطة التشخيص الدقيق وتعاون المريض والعلاج السليم .

ملاحظات على الخواف :

الخواف يهدد حياة من يحيا كما يهدد الخوف حياة من يعبر قناة على على لوح خشب ضيق والخوف يملكه . ونحن تعلم أن الخوف من الخطر أخطر على الفرد الف مرة من الخطر نفسه (١) .

وهناك معان رمزية للخواف ، فخواف الشوارع مثلا قد يرمز الى الخوف من الاعتداء الجنسى وكذلك الحال بالنسبة لخواف الافاعى .

وللخواف اهداف ومكاسب ثانوية ، فقد يعبر عن رغبة لا شعورية عند المريض فى أن يعتمد على الآخرين وان يعتنوا به حين يجذب انتباههم ويلتفتون حوله وقد يهدف الى التحكم فى الاشخاص المحيطين به ، والهروب من مواقف مقبضة . وقد يكون للخواف أغراض غير مباشرة (فمثلا الطفل الذى يخاف من الوحدة قد يكون هدفه أن تكون أمه بجانبه دائما ليضمن ألا يخلئ أبوه بأمه) .

(١) ونحن نعرف أن « اللى يخاف من العفريت يطلع له » و « خوفك من الهزيمة ياحقها بك » و « من خاف من تلوث الماء مات عطشا » .

عصاب الوسواس والقهر OBSESSIVE-COMPULSIVE NEUROSIS

تعريف عصاب الوسواس والقهر :

الوسواس obsession فكر متسلط ، والقهر compulsion سلوك جبرى ، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته ، رغم وعى المريض وتبصره بفرايته وسخفه ولا مغنوية مضمونة وعدم فائدته ، ويشعر بالقلق والتوتر اذا قاوم ماتوسوس به نفسه ، ويشعر بالحاح داخلى للقيام به (١) .
والوسواس والقهر عادة متلازمان كأنهما وجهان لعملة واحدة .

وكان فيما مضى يطلق على عصاب الوسواس والقهر والخواف معا اسم « الوهن النفسى » او « الانهك النفسى » psychasthenia . ومازال البعض يرون أن الوسواس والخواف يرتبطان ببعضهما البعض الى حد كبير ، وأن كل الوسواس مخاوف وأن كل المخاوف وسواسية .

وحاليا يطلق عليه البعض اسم « رد فعل الوسواس والقهر » .
obsessive-compulsive reaction
وأحيانا يقتصر البعض على استخدام مصطلح « الوسواس » ويقصدون بذلك عصاب الوسواس والقهر وذلك لتلازمهما .

مدى حدوث عصاب الوسواس والقهر :

الوسواس والقهر من اقل الامراض النفسية شيوعا . ونسبة المرضى به حوالى ٥% من مجموع مرضى العصاب . والذكور أكثر إصابة بهذا المرض من الاناث . وقد يبدأ المرض فى اوائل العشرينات من حياة الفرد . ويشاهد عصاب الوسواس والقهر أكثر فى الطبقات الاجتماعية الاعلى وعند الاشخاص الاذكى .

الشخصية قبل المرض :

تسمى الشخصية فى هذه الحالة « الشخصية الوسواسية القهرية » ومن أهم سماتها الجود والتزمت والعناد والتسلط والبخل والتردد

(١) يبدو أن الانفعالات التى تصاحب الافكار المتسلطة والسلوك القهرى تناضل ببسالة لتسيطر على الشعور وتسكت صوت المنطق وتطفى على العقل وتجبره على الاعتراف بهارعه ما يبذله الشعور من مقاومة .

والتشكك والتدقيق والحذر والحلقة والاهتمام بالتفاصيل وصعوبة التوافق والتباعد ، والتمركز المتطرف حول الذات . وتقسم في نفس الوقت بالحساسية ويقتطع الضمير والفضيلة والتمسك بالكمال والاخلاق وحب النظام والنظافة والطاعة والهدوء ودقة المواعيد والتمسك بالحقوق والواجبات . ويكون ذكاء الشخص عادة متوسطا او فوق المتوسط .

وهكذا يبدو صاحب الشخصية الوسواسية القهرية شخصا فاضلا ولكنه غير سعيد .

ومن امثلة الشخصيات الوسواسية القهرية :

- * الموظف الروتيني المتزمت الشكلي الذي يسرف في المراجعة والتدقيق والتردد ، ويفزع من المرونة والتصرف ويتهرب من اتخاذ القرارات والبت السريع .
- * ربة البيت التي تعمل ليل نهار في نظافة المنزل والاطفال والملابس والاواني .. الخ .
- * العانس التي تسيطر عليها فكرة محددة تعتقد انها سبب عنوستها وتقوم بانماط سلوكية قهرية لعل فيها حلا (او فكا) لمعتقدتها .

اسباب عصاب الوسواس والقهر :

فيما يلي اهم اسباب عصاب الوسواس والقهر :

- * الامراض المعدية الخطيرة او الزمنة .
- * الحوادث والخبرات الصادمة .
- * الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد ، والصراع بين ارضاء الدوافع الجنسية والعذوانية وبين الخوف من العقاب وتأنيب الضمير ، ووجود رغبات لا شعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري ، وكذلك الصراع بين التمرد على مطالب الكبار وتقبلها .
- * الاحباط المستمر في المجتمع ، والتهديد المتواصل بالحرمان ، وفقدان الشعور بالامن ، ولذا يبدو المريض وكأنه يتلمس الامن ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة وغير ذلك من أعراض الوسواس والقهر .
- * الخوف ، وعدم الثقة في النفس ، والكبت .
- * التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المترتبة الصارمة المتسلطة الامرة النهائية القامعة ، والقسوة والعقاب ، والتدريب الخاطيء المتشدد المتعسف على النظافة والاخراج في الطفولة .



(شكل ١٠٤)
عصاب الوسواس والقهر

* الشعور بالاثم وعقدة الذنب وتأتبب الضمير، وسعى المريض لاشعوريا الى عقاب ذاته ، ويكون السلوك القهرى بمثابة تكفير رمزى وراحة للضمير (فمثلا يمكن أن يكون غسيل الايدى القهرى رمزا لغسيل النفس وتطهيرها من الاثم المتصل بخطيئة او بخبرة مكبوتة) .
(انظر شكل ١٠٤ .

* تقليد سلوك الوالدين او الكبار المرضى بالوسواس والقهر .

* ويعتقد أصحاب المدرسة السلوكية ان الوسواس يمثل مثيرا شرطيا للقلق ، واذا ارتبط الفكر الوسواسى بمثير غير شرطى للقلق فانه يصبح أيضا مثيرا للقلق . ويتكون السلوك القهرى عندما يكتشف الفرد ان سلوكا معيناً يخفف القلق المرتبط

بافكر الوسواسى ، وتخفيف القلق يعزز هذا السلوك القهرى ويثبتته ويصبح نمطا سلوكيا متعلما .

* ويعتبر فرويد أن بعض حالات الوسواس والقهر ترجع الى خبرة جنسية مثلية سلبية تكبت وتظهر فيما بعد معبرا عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهرى .

* وقد أرجع البعض المرض الى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية تؤدي الى نفس الفكرة او السلوك تماما كما تتعطل الاسطوانة وتكرر نفس النغمة . وهذه البؤرة على اتصال دائم بالدوائر الكهربائية الاخرى في لحاء الدماغ تقاوم هذه البؤرة وتكف من نشاطها .

* ومن حيل الدفاع الرئيسية في عصاب الوسواس والقهر حيلة التكوين العكسى حيث يهتم الفرد بشكل وسواسى بموضوع يهمله لاشعوريا ويعبر عن الدوافع المستهجنة سلوكيا في شكل معاكس (ولتوضيح ذلك نجد مثلا الام التى تحاول التخلص من جنينها الذى حملت به رغم ارادتها ثم تمت أن يموت عند ولادته ، ولكنه بعد أن ولد أصبحت تغسل يديها مرارا تبل لمسه وتغلى ملابسه وأدوات رضاعه باستمرار ولا تسمح لاحد أن يلمسه خشية تعرضه للعوى والمرض والموت) .

- * وتلعب حيلة الالغاء أو الإبطال دورا هاما حيث يقوم الفرد بسلوك قهرى يلفى أو يبطل ما قام به فعلا وكان غير مقبول شخصيا أو اجتماعيا (ومثال ذلك الغاء الام عقابها لطفلها باغراقه بالحب) .
- * وتحاول حيلة العزل تطويق ومحاصرة الانفعالات والاندفاعات (التى تسعى للحصول على الاعتراف الشعورى وعلى التنفيس) المثيرة للقلق وتسمى لعزلها وتحاول كبتها وحفظ الفرد من هذا القلق . واذا نجحت هذه التحيلة جزئيا فقط وكان العزل غير كامل ، فان بواقى هذه الانفعالات وفلول تلك الاندفاعات تتسلل مسببة الفكر الوسواسى والسلوك القهرى .

أعراض عصاب الوسواس والقهر :

- فيماء يلى أهم أعراض عصاب الوسواس والقهر :
- * الانكار المتسلطة ، ويكون معظمها تشككية أو فلسفية أو اتهامية أو عدوانية أو جنسية (مثل الشك فى الخلق والتفكير فى الموت والبعث والاعتقاد فى الخيانة الزوجية .. الخ) والانشغال بفكرة ثابتة تتسلط وتعرض على القيام بسلوك قهرى ، أو ثبات صورة معينة لمنظر حميد أو كره يشغل الفرد ويقلقه .
- * المعاودة الفكرية ، والتفكير الاجترارى (مثل ترديد كلمات الاغانى والموسيقى بطريقة شاذة ..) .
- * التفكير الخرافى البدائى والايمان بالسكر والشعوذة والاحجية ، والافكار السوداء ، والقشائم وتوقع الشر وتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث .
- * الانطواء والاكثاب والهم وحرمان النفس من اشيء ومتع كثيرة ، وسوء التوافق الاجتماعى وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الافكار المتسلطة والسلوك القهرى .
- * الضخير ألحى الزائد عن الحد والشعور المبالغ فيه بالذنب ، والجمود وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة ، والكمالية والحذقة والدقة الزائدة .
- * الاستبطان المفرط (فى النشاط الجسمى والعقلى والانفعالى والاجتماعى) والاستفراق فى احلام اليقظة .
- * القلق اذا وقع فى المحذور وخرج عن القيود والحدود والتحريمات التى فرضها على نفسه فكرا وسلوكا .
- * السلوك القهرى والطقوس الحركية (مثل المشى على الخطوط البيضاء فى الشارع والمشى بطريقة معينة ولمس حديد الاسوار وعد الاشياء التى لا يعدها الناس كطوايق المنازل وللشبابيك ودرجات السلم واعمدة الكهرباء والتوقيع على أى ورقة عددا معينة من المرات .. الخ)
- * النظام والنظافة والتدقيق والاناقة الزائدة وحب السمترية المفرط (وقت

طويل وطقوس ثابتة في النظافة وغسل اليدين المتكرر ونظام ثابت في لبس الملابس وخلعها وفي ترتيب الاثاث فكل شيء مكان ووضع وكل شيء في مكانه وموضعه .. وهكذا) .

* الروتينية والرتابة والتتابع القهري في السلوك والاناة والبطء الزائد في العمل ، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات .

* الشك المتطرف في الذات واحتمال الخطأ والتأكد المتكرر من الاعمال ، والتردد والمراجعة الكثيرة وتكرار السلوك (مثل تكرار قفل الابواب ومحابس المياه والغاز .. الخ) .

* الخواف (خاصة من الجراثيم والميكروبات والقذارة والتلوث والمعدوى ولذلك يتجنب مصافحة الناس او تناول الطعام والشراب الذي يقدم اليه في المناسبات .. الخ) .

* السلوك القهري المضاد للمجتمع اى الاندفاع السلوكي للقيام بسلوك مرضى مثل هوس اشعال النار وهوس السرقة وهوس شرب الخمر والهوس الجنسى .

تشخيص عصاب الوسواس والقهر :

تد تلاحظ بعض اشكال خفيفة من الفكر الوسواسي والسلوك القهري عند الشخص المعادى . وفيصل اعتبار الفكر وسواسيا والسلوك قهريا هو تكرار وقوعه وظهور القلق والتوتر عند مقاومته واعاقه او منع الفرد من تأدية عمله اليومي والتأثير على كفاعته وسوء توافقه الاجتماعى .

ويلاحظ انه اذا طغى الفكر الوسواسي اكثر كانت الحالة شديدة ، أما اذا طغى السلوك القهري كانت الحالة اخف .

ويجب المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر كمرض في حد ذاته او كعرض من اعراض مرض آخر مثل ذهان الهوس والاكتئاب او الفصام .

ويجب المفارقة بين عصاب الوسواس والقهر وبين الهذاء . والفرق الرئيسى هو انه في عصاب الوسواس والقهر يتأكد المريض من عدم صحة وتفاهة وغرابة وسخف ولا معقولة وعدم جدوى فكره المتسلط وسلوكه القهرى ، أما في الهذاء فان الافكار والسلوك يؤمن المريض بصحتها تماما .

علاج عصاب الوسواس والقهر :

قد يظهر الوسواس والقهر لمدة قصيرة ويشفى تلقائيا دون علاج . ولكن معظم الحالات تحتاج الى فترة طويلة تحت العلاج .

وأهم ملامح علاج عصاب الوسواس والقهر ما يلى :

* العلاج النفسى وخاصة التحليل النفسى للكشف عن الاسباب وازالتها وتفسير طبيعه الاعراض ومعناها الرمزى واللاشعورى . وعلاج الشرح والتفسير وتنمية البصيرة بالنفسية للعوامل والديناميات والخاوف وما يصاحبها من حيل ومساوئ دفاع لاشعوريه . وعلاج المعونه والمساعدة والتشجيع والتطمين والتقليل من الخوف وتجنب مثيرات الوسواس ومواقفها وخبراتها واعادة الثقة بالنفس . والعلاج بالازاحه (أى ازاحة الافكار الوسواسية والسلوك القهرى بأفكار بديلة وسلوك مفيد) . والعلاج السلوكى لازاحة الاعراض وبصفة خاصة التخلص من المخاوف المصاحبة وخاصة باستخدام أسلوب الكف المتبادل والخبرة المنفردة . والعلاج بالعمل (فى حالة انكار) والصلاح بالنسبة لافى حاله الاطفال) .

* العلاج الاجتماعى والعلاج البيئى مثل تعبير المسكن او العمل .

* العلاج الطبى بالادوية المهدئة لتقليل حدة الاضطراب والتوتر المصاحب للوسواس والقهر (مثل ليبريوم Librium) ويوصى بعض المعالجين باستخدام علاج النوم المستمر فى بعض الحالات .

* الجراحة النفسية (شق الفص الجبهى) كآخر حل احيانا وذلك فى حاله استحالة التخلص من الوسواس والقهر الذى يعطل حياة المريض .

مآل عصاب الوسواس والقهر :

كان ينظر فيما مضى لمآل عصاب الوسواس والقهر على انه اسوأ من باقى الامراض النفسية العصابية . اما الآن فالمآل يكاد يوازى باقى الامراض العصابية ، الا انه يعتبر من اصعبها علاجاً وخاصة فى الحالات الشديدة . ويمكن القول اجمالاً أن حوالى ٢٠ / من الحالات تشفى . وأن حوالى ٤٠ / تتحسن ، وأن حوالى ٤٠ / لا تتغير حالتها .

وعلى العموم فإن مآل عصاب الوسواس والقهر يكون افضل : كلما كان ظهور المرض وأعراضه حديثاً ، وكلما كان هناك اسباب بيئية واضحة ترتبط بظهور المرض ، وكلما كانت البيئة التى سيعود اليها المريض بعد العلاج افضل . وكلما كان توافقه العام والاجتماعى والشخصى افضل .

الاكتئاب DEPRESSION

تعريف الاكتئاب :

الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الاليمية ، وتعتبر عن شيء مفقود ، وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه (١) .

تصنيف الاكتئاب :

يصنف الاكتئاب الى ما يلى :

- * **الاكتئاب الخفيف** Mild Depression وهو اخف صور الاكتئاب .
 - * **الاكتئاب البسيط** Simple Depression وهو ايسر صور الاكتئاب .
 - * **الاكتئاب الحاد** (السواد) Acute Depression وهو اشد صور الاكتئاب حدة .
 - * **الاكتئاب المزمن** Chronic Depression وهو دائم وليس في مناسبة فقط .
 - * **الاكتئاب التفاعلى** (او الموقنى) Reactive Depression وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدى .
 - * **الاكتئاب الشرطى** وهو اكتئاب يرجع مصدره الاصلى الى خبرة جارحة يعود الى الظهور بظهور وضع مشابه او خبرة مماثلة للوضع او الخبرة السابقة .
 - * **اكتئاب سن القعود** Involutional Depressive Reaction ويحدث عند النساء فى الاربعينات وعند الرجال فى الخمسينات اى عند سن القعود او نقص الكفاية الجنسية او الاحالة الى التقاعد . ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء وافكار الوهم والتوتر العاطفى والاهتمام بالجسم وقد يظهر تدريجيا او فجأة وربما صاحبه ميول انتحارية ويسمى احيانا سوداء سن القعود Involutional Melancholia
 - * **الاكتئاب العصائى** Neurotic Depression
 - * **الاكتئاب الذهانى** Psychotic Depression
- والفرق بين الاكتئاب العصائى والاكتئاب الذهانى فرق فى الدرجة . وفى الاكتئاب الذهانى يسيء المريض تفسير الواقع الخارجى ويصنّاحبه اوهام وهذيانات الخطيئة (انظر جدول ٧ ص ٤٣٥) .
- * **الاكتئاب كاحد دورى زهان الهوس والاكتئاب** (وسيأتى تفصيله) .

مدى حدوث الاكتئاب :

يأتى الاكتئاب بعد القلق من حيث شيعوه كمرض عصابى . ويشاهد الاكتئاب فى العشرينات والثلاثينات وسن القعود (سن اليأس) ويحدث الاكتئاب عند الاناث أكثر منه عند الذكور .

التشخيصية قبل المرض :

تقسم الشخصية قبل المرض بالسلمات الآتية : الانطواء والهدوء والجدية والخجل وقلة الاصدقاء وضيق الاهتمامات ، ونمطية المعادات والجمود والمحافظة وتحاشى المذات ، وقلة التحمل والحساسية والتردد والحذر والجبن والسرية ، والعناد والخضوع والاعتماد على الآخرين والتواضع الشديد وخفض قيمة الذات ولوم الذات ، وكبت الدوافع ، والشعور بالخيبة وعدم الامن وعدم التوافق الجنسى ، وسيطرة الانا الاعلى على الشخصية والميل الى تصنع الحياء والحشمة والضمير الحى والتضحية من أجل الآخرين .

اسباب الاكتئاب :

يرجع البعض الاكتئاب الى عوامل وراثية (بيئية) مهينة وان كانت نسبة ذلك ضئيلة جدا .

والاسباب النفسية هى الاهم ومنها :

* التوتر الانفعالى والظروف المحزنة والخبرات الاليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن برىء أو هزيمة .. الخ) والانزمام امام هذه الشدات .

* الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك) وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد ثروة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد الكرامة أو فقد الشرف أو فقد الصحة أو فقد وظيفة حيوية والفقر الشديد .

* الصراعات اللاشعورية .

* الاحباط والفشل وخيبة الامل والكبت والقلق .

* ضعف الانا الاعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذى لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق (خاصة حول الامور الجنسية) والرغبة فى عقاب الذات .

* الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد .

* الخبرات الصادمة والتفسير الخاطيء غير الواقعى للخبرات .

* التربية الخاطئة (التفرقة فى المعاملة والتسلط والاهمال .. الخ)

* عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعى و / أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالى .

* سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الانا الاعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات ، حتى لقد يظهر في شكل محاولة الانتحار . ويكون الاكتئاب هنا بمثابة « الكفارة » .

اعراض الاكتئاب :

الاعراض الجسدية كثيرة منها :

- * انقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المتنع .
- * فقدان الشهية ورفض الطعام (لاعتقاده بعدم استحقاقه أو الرغبة في الموت وهذا نوع من انواع الانتحار) ونقص الوزن والامساك .
- * الصداع والتعب (لاقط جهد) وخمود الهمة والألم خاصة آلام الظهر .
- * ضعف النشاط العام والتأخر النفسى الحركى والضعف الحركى والبطء وتأخر زمن الرجوع .
- * الرتابة الحركية واللازمات الحركية .
- * نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنىسى (العنة عند الرجال) وانبرود الجنىسى واضطراب العادة الشهرية (عند النساء) .
- * توهم المرض والانشغال على الصحة .

الاعراض النفسية كثيرة أيضا ومنها :

- * البؤس واليأس والاسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذى لا يتناسب مع سببه (١) .
- * انحراف المزاج وتقلبه والانكفاء الترجسى على الذات .
- * عدم ضبط النفس وضعف الثقة فى النفس والشعور بانقص وعدم الكفاية والشعور بعدم القيمة والتفاهة .
- * القلق والتوتر والارق .
- * فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والسمت والسكون والشروء حتى الذهول (٢) .
- * التشاؤم المفرط وخيبة الامل والنظرة السوداء للحياة واجترار الافكار السوداء والاعتقاد بأن لا أمل فى الشفاء والانخراط فى البكاء أحيانا والتبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها (٣) .

(١) ان المكتئب يشرب نهر الحزن الى آخر قطرة ، وكأنه ينتحر على منبح الاكتئاب .

(٢) اذا كان الفرد لا يستطيع ان يصافح الناس وهو مطبق يديه ، فكيف يعاملهم وهو مقبض وجهه .

(٣) يقول الشاعر :

والذى نفسه بغير جمال لا يرى فى الوجود شيئا جميلا =

- * اللامبالاة بالبيئة ونقص الميول والاهتمامات ونقص الدافعية واهمال النظافة والمظهر الشخصى والاهمال العام وعدم الاهتمام بالامور العادية (فى المنزل وفى العمل وفى وقت الفراغ) .
- * بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد وبطء وقلة الكلام وانخفاض الصوت .
- * الشعور بالذنب واتهام الذات وتصيد اخطاء الذات وتضخيمها (وخاصة حول الامور الجنسية) .
- * افكار الانتحار أحيانا .

الاعراض العامة واهمها :

- * نقص الانتاج عن ذى قبل وعدم التمتع بالحياة كما كان من قبل .
- * سوء التوافق الاجتماعى .
- وهكذا نجد أن معظم أعراض الاكتئاب تعتبر سلوكا مضادا للذات .

تشخيص الاكتئاب :

تشخيص الاكتئاب سهل ولكن :

- * يجب التفرقة بين الاكتئاب التفاعلى والاكتئاب المزمن .
- * ويجب التفرقة بين الاكتئاب العصابى والاكتئاب الذهانى .
- * ويجب التفرقة بين اكتئاب سن القعود وبين ذهان الشيخوخة .

= ويصور الشاعر مشاعر المكتئب فيقول :

وفوقى صاحب يطر هم والاسى وتحتى بحار بالاسى تتدفق
ويقول أبو نواس :

ولو عرضت على الموتى حياة بعيش مثل عيشى لم يريدوا
ويقول :

فثوبى مثل شعرى مثل حظى سواد فى سواد فى سواد
ويقول :

ملأت قلبى ندوبا فصرت منها كئيبا
ويقول الاعشى :

خالط القلب هموم وحزن وانكار بعد ما كان اطمأن
ويقول شاعر آخر :

اهكذا العيش جد غير منتعش يشقى به جسد والروح تتحتر
ويقول المثل العامى : لا صحة مع الهم . ويقول آخر : أترك الهم
ينساک وان افكرته ضناك .

واسمع نصيحة الشاعر :

واطرح همومك خلف ظهرك انها نبع التعاسة مهد اسقام الورى

- * ويجب التفرقة بين الاكتئاب وبين نوبات الاكتئاب كأعراض مبكرة للفصام .
- * ويجب التفرقة بين الاكتئاب وبين أعراض الاكتئاب المصاحب للأمراض الجسمية .
- * ويجب الاحتراز فقد يغطى المريض اكتسابه بتمسكه بالأعراض العضوية المصاحبة للاكتئاب مثل فقد الشهية أو الأرق أو العنة أو البرود الجنسي .

علاج الاكتئاب :

يتم علاج حالات الاكتئاب الخفيف عادة خارج المستشفى إذا لم يكن هناك خطر محاولة الانتحار . أما إذا كان هناك محاولات فيحسن العناية بالمريض داخل المستشفى .

ويحسن بعد انتهاء العلاج أن يتردد المريض على العيادة النفسية مرة كل شهر لمدة ٦ شهور إلى سنة للتأكد من عدم الانتكاس ، وأن التحسن ليس مجرد فترة انتقالية إلى طور آخر من الاكتئاب أو الهوس .

وفيما يلي أهم معالم علاج الاكتئاب :

- * العلاج النفسي (وخاصة العلاج التدعيمى) ، وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التى رسبت الاكتئاب ، والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدة وتخليص المريض من الشعور بالذنب والغضب المكبوت، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض وإبراز إيجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة فى النفس والوقوف بجانب المريض وتمية بصيرته وإشاعة روح التفاؤل والأمل .
- * العلاج البيئى لتخفيف الضغوط والتوترات وتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية (بتغييرها أو التوافق معها) .
- * العلاج الاجتماعى والعلاج الجماعى .
- * العلاج بالعمل .
- * العلاج الترفيهى وإشاعة جو التفاؤل والمرح حول المريض والعلاج بالموسيقى .
- * العلاج المائى .
- * الرقابة فى حالة محاولات الانتحار .

وعلى العموم يجب عمل حساب احتمال الإقدام على الانتحار فى أى مريض بالاكتئاب حتى ولو لم يبد ذلك دون مجاهرته بذلك حتى لا نلفت نظره إلى التكرار فى الانتحار . ويجب استكشاف اتجاهات المريض نحو الموت والانتحار بطريقة علمية حذرة ، ويزيد من احتمال الانتحار انتحار شخص مهم فى حياة المريض كأحد الوالدين مثلا : ويلاحظ أنه رغم أن عددا أكبر

من النساء يهددن بالانتحار الا ان عددا اكبر من الرجال هم الذين ينتحرون بالفعل .

* العلاج الطبى للاعراض المصاحبة مثل الارق (منومات) وفقد الشهية ونقص الوزن والاجهاد . . الخ ، والعقاقير المضادة للاكتئاب .
Antidepressive drugs (مثل توفرانيل Tofranil وتريبتيزول Tryptizol) والمسكنات لتخفيف حدة القلق ومنبهات الجهاز العصبى (مثل مشنقات امفيتامين Amphetamine) والمنشطات والمنبهات لزيادة الدافع النفسى الحركى (مثل كافين Caffeine) والصدمات الكهربائية وخاصة فى حالات الاكتئاب الحاد المتسبب عن العوامل الداخلية اكثر من الاكتئاب التفاعلى . وكذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائى فى حالة الاكتئاب البسيط والتفاعلى .

* وفى حالة عدم جدوى الادوية والصدمات الكهربائية وفى حالات نادرة حين يزمّن الاكتئاب تجرى الجراحة النفسية بشق مقدم الفص الجبهى كحل أخير .

مآل الاكتئاب :

إذا قورن الاكتئاب بالهوس فإن الاكتئاب يزداد احتمال ازمّانه عن الهوس ومآل الاكتئاب العصابى أحسن بكثير من مآل الاكتئاب الذهائى .

ويكون مآل الاكتئاب أفضل : إذا عولجت الحالة علاجاً مناسباً وقبل حدوث أى تدهور فى الشخصية ، وكلما كانت الشخصية قبل المرض متكاملة ومرنة ومتوافقة .

ملاحظات حول الاكتئاب :

من أهداف الاكتئاب تهدئة القلق وتسكينه ومنع حدوثه ، وإخفاء العدوان وكبته ، والقصاص التكفيرى من النفس ، واستجداء محبة وعطف واهتمام ورعاية وإغاثة الآخرين . ويعتبر الاكتئاب صرخة (طلب للنجدة وطلب للحب والخدمة والاهتمام) .

ويوضح جدول ٧ الفروق بين الاكتئاب العصابى والاكتئاب الذهائى :

(جدول ٧)

الاكثاب الذهاني	الاكثاب العصبى
* عميق الجنور .	* غير عميق الجنور .
* يصاحبه جمود انفعالى ويندر معه التعاطف الشعمورى والابتسام الموضوعى والتجاوب مع مثيرات الفرح .	* لا يصاحبه جمود انفعالى تام .
* الاتصال بالواقع ضعيف ومعدوم او الى او شبه الى مع عدم اتصال الافكار مع واقع الحياة الخارجية .	* الاتصال بالواقع موجود .
* التقييم الذاتى يميزه تحقير الذات وادانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والاعتقاد فى عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحيته وعدم نفعه .	* التقييم الذاتى سلبى .
* درجة النكوص السلوكى شديدة وخطيرة .	* درجة النكوص عادية .
* ببطء وهبوط النشاط النفسى الحركى والوظائف العقلية .	* النشاط العقلى بطيء نسبيا .
* توجد فيه أوهام اكتئابية وهلوسات اضطهادية وهذيانات الخطيئة وافكار الانعدام .	* لا يوجد فيه أوهام أو هلوسات أو افكار الانعدام .
* فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة وبدون مسابق تفكير ويحدث عادة فجأة ونادرا ما يعلن أو يهدد بالانتحار ولا يخافه ويقدم عليه فى جمود شعورى والدافع هنا هو اهلاك الذات .	* فكرة الانتحار تراود بعض المرضى ولكن ليس عن نية صادقة وبعد تردد واعلان وتهديد بالانتحار وخوف من الاقدام عليه والهدف هو ايقاع الالم بالآخرين .
* المريض لا يسعى للعلاج .	* المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج .
* علاجه فى مستشفى الأمراض النفسية .	* علاجه فى العيادة النفسية .

التفكك**DISSOCIATION****تعريف التفكك :**

هو تفكك نظام الشخصية وانفصال بعض اجزائها واضطراب أدائها الوظيفي وقيام أحد أو بعض جوانب الشخصية بالأداء الوظيفي مستقلا .

وفي بعض الحالات يكون التفكك كاملا لدرجة أن الجزء المتفكك يحكم الشعور والشخصية كلها ، ويفصل المريض جزءا من حياته عن مجال شعوره ووعيه .

ويمكن تلخيص أعراض التفكك في « فقدان الهوية الشخصية » .

الانماط الكليника للتفكك :

يصنف البعض الانماط الكليника للتفكك كأنواع من الهستيريا . والحقيقة أن عملية تحويل الانفعال موجودة في كل من الهستيريا والتفكك ، ولكن في الهستيريا يحدث التحويل الى مرض جسمي ، وفي التفكك يحدث هروب الى حالة من عدم الوعي .

وفيما يلي الانماط الكليника للتفكك :**فقدان الذاكرة (النسيان) Amnesia :**

وهو عبارة عن طمس (كلّي أو جزئي) للذاكرة الخاصة بخبرة اليمّة سابقة ويكون عادة نتيجة للكبت (أي أن الخبرة تظل في غياهب اللاشعور) وعندما يواجه المريض موقفا يرمز الى الخبرة الخاصة المكبوتة تتعطل ذاكرته الواعية ليتجنب القلق .

وقد يشمل فقدان الذاكرة نسيان المريض اسمه وسنه ومحل اقامته ولا يتعرف على اهله أو اصدقائه ولكنه يظل محتفظا بقدرته على الكتابة والكلام ويبدو عاديا فيما عدا فقدان الذاكرة الخاص .

التجوال (الجوال أو الشرود) Fuge :

وهو عبارة عن اضطراب بهجر فيه المريض بيئته ويتجول بعيدا (عملية هروب فعلى) وقد يحيا حياة مختلفة تماما فيعمل في مهنة جديدة أو يتزوج من جديد . : الخ (١) .

(١) من أشهر الامثلة هنا قسيس رومي كاثوليكي مريض بالتجوال هجر بيئته ورحل الى بيئة أخرى وتزوج وعاش حياة عائلية عادية .

: الجوال أثناء النوم (المشى أثناء النوم) Somnambulism

وهو عبارة عن المشى أثناء النوم ومحاولة المريض القيام أثناء النوم بأعمال ذات دوافع لا شعورية غير مقبولة اجتماعيا . وقد ينتقل المريض الى غرفة أخرى غير غرفة نومه او حتى يخرج من منزله .

ويلاحظ ان المريض قد يقوم في الجوال أثناء النوم بسلوك معقد جدا ثم يعود الى نومه ، وفي الصباح لا يتذكر أى شيء مما فعل . واثناء الجوال تكون عينا المريض مفتوحتين كليا أو جزئيا ويتجنب العوائق (ولكنه قد يتعرض لبعض الاصابات) ويسمع من يحادثه ويمكن ايقاظه ويستجيب للأوامر (مثل امره بالرجوع الى فراشه) .

وقد يحدث الجوال أثناء النوم كل ليلة . وقد يحدث في ليال متباعدة او مرات قليلة جدا . وقد تستمر فترة الجوال أثناء النوم من ١٥ — ٣٠ دقيقة . ومعظم حدوثه يكون في مرحلة المراهقة ولكنه قد يحدث في الطفولة او في الرشد ، ويحدث لدى الذكور أكثر من حدوثه عند الاناث (كولمان coleman ، ١٩٦٤) .

: تعدد الشخصية multipel personality

في هذه الحالة (وهى نادرة) يظهر عصاب التفكك في صورة تعدد الشخصية فنظهر لدى الشخص شخصيتان (ازدواج الشخصية dual personality) أو أكثر ، وتكون عادة مختلفة ومتمايزة بعضها عن الأخرى . فقد تكون احداها فاضلة والأخرى ماجنة وقد تكون احداها جادة والأخرى هازلة . . وهكذا ، وتبدو كل منهما عادية في حد ذاتها (١) . وينتقل المريض من شخصية الى أخرى دون وعى ، ولا يتذكر في احداها ما يحدث في الأخرى . وقد يحدث الانتقال من شخصية الى أخرى في فترات تتراوح بين بضع ساعات الى بضع سنوات .

: اسباب التفكك :

فيما يلي أهم أسباب التفكك :

- * القلق الشديد الشامل الناتج عن مشكلة غير محلولة .
- * الصراعات والاضغوط والصدمات الانفعالية العنيفة في الحياة .
- * عدم نضج الشخصية .

(١) يشبه البعض ازدواج الشخصية بساعة لها وجهان يسير احداها على توقيت والآخر على توقيت مختلف وكل منهما مضبوطة في حد ذاتها ولكنها تختلف عن الأخرى .

علاج التفكك :**فيما يلي أهم ملامح علاج التفكك :**

* العلاج النفسي المركز وخاصة التحليل النفسي لكشف العوامل اللاشعورية والوقوف على سبب القلق وشرح ديناميات الحالة للمريض وتنمية شخصية المريض .

* التنويم الإيحائي يفيد في حالات كثيرة .

* العلاج التخثيري (وذلك بمساعدة اعطاء صوديوم اميتال في الوريد) وعن هذا الطريق يمكن التغلب على الاعراض وكذلك الحصول على مفاتيح ذات قيمة في فهم الديناميات النفسية التي تنتج هذه الحالة الهروبية .

ملاحظات حول التفكك :

من أهداف التفكك بالنسبة للمريض تحقيق مكسب أولى وهو تخفيف القلق ومن المكاسب الثانوية لفت الانتظار وتجنب المواقف غير السارة واشباع الحاجات .

أنواع أخرى من العصاب

هناك أنواع أخرى من العصاب هي عصاب الحرب وعصاب الحادث وعصاب السجن وعصاب القدر . وفيما يلي عجالة عن كل منها :

عصاب الحرب war Neurosis

عرف عصاب الحرب بأسماء مختلفة منها : أعياء المعركة combat exhaustion ، تعب المعركة Combat fatigue ، تعب العمليات ، صدمة القنبلة Shell shock

أسباب عصاب الحرب :

فيما يلي أهم أسباب عصاب الحرب :

* الشدات العنيفة والصدمات الانفعالية الناجمة عن المعركة ، ونقص مقاومة المقاتل على تحملها نتيجة للتعب أو المرض .

* الشخصية غير الناضجة أصلاً ونقص القدرة على قمع أو كبت الخوف الطبيعي والاضطراب في السيطرة على القلق والتوتر الشديدين .

* الصراع بين المحافظة على الذات وبين اداء الواجب الوطنى .

اعراض عصاب الحرب :

فيما يلى اهم اعراض عصاب الحرب : (١)

* حالة القلق ، والخوف من العدو ، مع زيادة التوتر ، وفقد السيطرة على الانفعالات والتهدجية ، وسرعة الاستثارة والحساسية والاستجابة المفرطة للاصوات والقفز بشدة لاي حركة مفاجئة والغضب الشديد والعنف ورد الفعل الزائد للاصابة بين الرفاق ، وفقر العرق ، وصعوبة التركيز والتذكر والارق والكابوس والاحلام المزعجة وخاصة بالمعارك والفرز والارتجاف واحيانا الصمت والذهول وعدم القدرة على الحركة واحيانا التخشب .

* اضطرابات نفسية جسمية تضطرب وظائف الجهاز العصبى الذاتى وخاصة فى الجهاز الهضمى مثل فقد الشهية والغثيان والاسهال وتظهر الاعراض ايضا فى الجهاز الدورى مثل سرعة النبض وسرعة دقات القلب واضطراب التنفس .

* الهستيريا ، واهم اعراضها فقد الاحساس والشلل .

* الاكتئاب ، ويحدث غالبا عقب مقتل رفيق ، واهم اعراضه الوجه المقنع وقلة الحركة وافكار اتهام الذات .

* الاتجاه نحو الذهان وخاصة عند الاشخاص المستعدين له قبل حدوث ازمة المعركة .. واتسع حالاته الاضطراب شبيه الفصامى والاضطراب شبه الهذائى (حيث يشك الجندى فى رفاقه ويعتقد انهم جواسيس مثلا فيقتلهم) .

علاج عصاب الحرب :

فيما يلى اهم ملامح علاج عصاب الحرب :

* يجب الاسعاف المباشر وبدء العلاج فورا فينقل المقاتل المريض من الميدان الى مكان يكون اقرب ما يكون الى جبهة القتال ويستريح وينام ويهدأ نفسيا ويعطى الغذاء المناسب الكافى ويعطى مهدئات (مثل اميتال وكوربرومازين) . ويمكن ان يعود الى الميدان بعد ان يستعيد الثقة فى نفسه فى ظرف ٤٨ - ٧٢ ساعة (٢) .

* واذا لم تتحسن الحالة ينقل المريض الى عيادة من عيادات القاعدة البعيدة

(١) يختلف عصاب الحرب عن العصاب فى الحياة المدنية بفجائيته وصورته الدرامية .

(٢) يلاحظ ان الابداع لمدة طويلة فى المستشفى يطمئن المقاتل المريض ولا يساعد على العلاج وانما يساعد على تثبيت الاعراض .

- نسبيا عن جبهة القتال للعلاج ويعطى المهدئات والمنومات والتغذية الحسنة ، ويمكن أن يعود الى الخدمة بعد بضعة أسابيع .
- * وإذا استمرت حالة الاضطراب فيستمر معها العلاج النفسى وخاصة العلاج الجماعى والمحاضرات والمناقشات والافلام عن اسباب الخوف والاعراض النفسية الجسمية وكل جوانب عصاب الحرب ، ويستخدم كذلك العلاج بالعمل وقد يستخدم علاج النوم المستمر .
- * وإذا أزم من الاضطراب يصبح المقاتل غير صالح للخدمة العسكرية ويستمر العلاج النفسى الفردى مع العلاج بالصدمات الكهربائية وعلاج الانسولين المعدل والمهدئات مع الاهتمام بالنشاط الجماعى مع استخدام أى أسلوب علاجي آخر جسمى أو نفسى حسب حالة المريض . وأحيانا يستخدم العلاج بالنوم المستمر .

الوقاية من عصاب الحرب :-

فيما يلى أهم اجراءات الوقاية من عصاب الحرب :

- * يجب أن يقوم الاختصاصى النفسى فى القوات المسلحة ، بالتعرف على المقاتلين المعرضين للاضطراب النفسى تحت ظروف المعركة المضطربة الشخصية وغير الناضجين وغير المتوافقين والمعرضين للأمراض النفسية الجسمية أو العصاب أو الذهان وضعاف العقول لان هؤلاء لا يكون لهم فائدة فى الحرب بل يكونون عبئا ويضعفون الروح المعنوية لزملائهم المقاتلين العاديين ويقتلون من الكفاءة القتالية للوحدة .
- * يجب رفع الروح المعنوية فى القوات المسلحة ويساعد على ذلك النظام الجيد والعلاقات الشخصية والاجتماعية الطيبة بين الضباط والجنود وحسن التغذية والملابس والمعاملة العادلة والعناية الطبية والرعاية النفسية .. الخ .
- * تعليم المقاتلين كيف يضبطون انفعال الخوف .

عصاب الحادث Accident Neurosis :

يحدث عصاب الحادث حين يكون الحادث عاملا مرسيا لدى شخص مهما . ويكون فى شكل هستيرى وخاصة عندما يكون هناك رغبة لاشعورية فى الحصول على مكسب ثانوى مثل التعويض أو العطف أو الهروب من عمل صعب أو متعب .

ويشاهد عصاب الحادث كثيرا فى مجال العمل وخاصة فى الصناعة وفى السيارات .

أعراض عصاب الحادث :

- من أهم أعراض عصاب الحادث ما يلي :
- * المبالغة وتضخيم الجروح الطفيفة والمتاعب الخفيفة .
- * يضاف الى ذلك أعراض أخرى مثل التهيج والارق والعنسد والاكنتاب ونوبات البكاء والقلق والصداع والدوار والشلل والرجفات والاضطرابات الحسية الحركية .
- * وفي مرحلة متقدمة يظهر اضطراب الوعى وضعف التركيز والنسيان والشروء .

علاج عصاب الحادث :

يتوقف علاج عصاب الحادث على الشكل الذى يتخذه . وأهم شيء هو العلاج النفسى والإرشاد النفسى وعدم الالتفات حول المريض .

عصاب السجن (متلازمة جانسر) Ganser's syndromi :

ويسمى متلازمة « الإجابات التقريبية » . ويحدث غالبا عند المسجونين والمتهمين أثناء المحاكمة أو فى السجن لكى يتهرب المتهم أو المسجون من التحقيقات الكثيرة أو لكى يتجنب نظام السجن ، وحيث يكون فى وضع يمكن أن تخف عقوبته إذا ثبت عدم مسئوليته .

أسباب عصاب السجن :

أهم أسبابه الاتهام والسجن رهن التحقيق والمحاكمة والاعتقال والسجن بعد الحكم .

أعراض عصاب السجن :

- فيما يلي أهم أعراض عصاب السجن :
- * الإجابات التقريبية التى لا تتطابق مع الأسئلة الموجهة اليه .
- * اضطراب الذاكرة وعدم القدرة على التعرف على الأقارب .
- * عدم القدرة على استخدام قدرته العقلية المعرفية .
- * السلوك الشاذ الغريب الساذج .
- * التهيج أو الذهول ، والظهور بمظهر غير المسئول عن أعماله .
- * النوم المفرط أحيانا .
- * على العموم يكون السلوك نوعا من الخلل الهستى الكاذب .

علاج عصاب السجن :

لعلاج عصاب السجن يجب الاهتمام بالعلاج النفسى المناسب لشرح ديناميات الحالة . وعلاج الاضطرابات الرئيسية المصاحبة .

عصاب القدر : Fatc Neurosis

هو اضطراب عصابى يؤدي بصاحبه الى الوقوع فى نفس المشكلات والمتاعب والصعوبات مرارا بالرغم من امكان تجنبها وبالرغم من بذل جهود ظاهرة لتجنبها .

ويبدو المريض وكأنه يرتب الامور — لا شعوريا وعن غير قصد — بحيث تؤدي الى ضرره واذاه .

والمرضى بعصاب القدر شخص متسلط على نفسه يتصيد المشكلات ويختلق المتاعب لنفسه ويتلذذ بالالام ويرتاح فى التعب ويسعد بالشقاء ، ويقنع نفسه بأنه شخص منحوس وان كل ما يحدث له مقدر ومكتوب (والقدر مفيش منه مهرب) (أحمد عزت راجح ، ١٩٦٥) .

اسباب عصاب القدر :

أهم اسباب عصاب القدر الشعور بالاثم والخطيئة والرغبة فى عقاب الذات .

اعراض عصاب القدر :

وفيما يلى أهم أعراض عصاب القدر :

- * التورط فى نفس المشكلات والمتاعب والصعوبات مرارا بالرغم من امكان تجنبها .
- * الفشل فى العمل رغم امكانات النجاح .
- * سوء التوافق الاجتماعى بالرغم من الذكاء .
- * العودة للاجرام .
- * الاضطراب النفسى اذا ما تحسنت أمور الفرد وتحققت آماله واشبع حاجاته (كأن يثرى المفلس فيضيع ثروته فى القمار وان يرقى المنسى فيسوء سلوكه وان تتزوج العانس فتصاب ببرود جنسى .. وهكذا) .

علاج عصاب القدر :

يعتبر العلاج النفسى الدينى من أكثر طرق العلاج نجاحا فى حالات عصاب القدر .

الذهان PSYCHOSIS

تعريف الذهان :

الذهان هو اضطراب عقلى خطير وخلل شامل فى الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعى .

ويطابق الذهان المعنى القانونى والاجتماعى لكلمة « جنون » insanity من حيث احتمال اذاء المريض نفسه أو غيره أو عجزه عن رعاية نفسه . ويشاهد فى الذهان الانفصال عن الواقع وتشويبه واضطراب الانفعال الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح فى السلوك .

تصنيف الذهان :

يصنف الذهان بوجه عام الى قسمين رئيسيين :

الذهان العضوى : organic psychosis أى الذى يرجع المرض فيه الى اسباب وعوامل عضوية ويرتبط بخلل فى الجهاز العصبى ووظائفه ، مثل ذهان الشيخوخة والذهان الناجم عن عدوى أو عن اضطراب الغدد الحماء أو عن الاورام أو عن اضطراب التغذية أو الايض أو عن اضطراب الدورة الدموية ... الخ .

الذهان الوظيفى : functional psychosis أى النفسى المنشأ . وهو المرض العقلى الذى لا يرجع الى سبب عضوى . وأهم الاشكال الكليينكية للذهان الوظيفى هى : الفصام ، والهذاء (البارانويا) ، والهوس ، وذهان الهوس والاكتئاب .

مدى حدوث الذهان :

مرضى الذهان كثيرون اليوم . ويقدرهم البعض بنسبة حوالى ٣٪ من المجموع العام للسكان . ويقول البعض ان عدد مرضى الذهان يبلغ عدد المرضى بأمراض القلب والسرطان معا . والذهان يحدث عموما فى منتصف العمر ، وتدل بعض الدراسات على أن متوسط العمر عند دخول مستشفى الأمراض العقلية هو ٤٤ سنة الا أننا نجد مثلا أن الفصام يبدأ مبكرا فى مرحلة المراهقة وأن ذهان الشيخوخة يبدأ متأخرا فى مرحلة الشيخوخة . والذهان أكثر حدوثا لدى الذكور منه لدى الاناث بنسبة ٤ : ٣ . والذهان أكثر حدوثا بين العزاب والمتفصلين والمطلقين والأرامل منه لدى المتزوجين

وهو أكثر انتشارا في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا منه في الطبقات العليا (كولمان Coleman ، ١٩٧٢) .

الشخصية الذهانية :

تتفكك شخصية المريض بالذهان وتتشوه وتفقد تكاملها ، وتتغير تغيرا جذريا حتى يصبح المريض مع الوقت غريبا عما كان يعرف به قبل المرض . وتتحطم الدفاعات النفسية وتضعف عمليات الكبت والمقاومة . ويتضطرب الانا ويتقبل الدوافع البدائية الاولى التي كانت مكبوتة دون نقد كالدوافع الجنسية أو العدوانية التي تنطلق انطلاقا تلقائيا خاليا من الضبط . وتطفو محتويات اللاشعور ويظهر محتواه في سلوك المريض . ويلاحظ النكوص الشديد الذي قد يصل الى المستوى الطفلى أو البدائى . ويظهر فى الانسحاب من العلاقات الاجتماعية أو الشفوذ عنها والسلوك النرجسى والجنسى والعدوانى .

ويبدو السلوك العام للمريض غريبا شاذا بدائيا مضطربا بشكل واضح بعيدا عن طبيعة الفرد لا سيما فى حالات النكوص الشديد . ولا يساير المعايير الاجتماعية . وتؤثر التجارب والخبرات الداخلية على السلوك الخارجى . ولا يشعر المريض بمرضه ولا يعترف به ولا يرغب فى تغيير حالته ولا يكون متعاوناً (لنقص بصيرته) . ولا يهتم المريض بنفسه ولا ببيئته ، ويتدهور المظهر العام للمريض .

اسباب الذهان :

فيما يلى اهم اسباب الذهان :

- * الاستعداد الوراثى المهيء اذا توافرت العوامل البيئية المسببة للذهان .
- * العوامل العصبية والسمية والامراض مثل التهاب المخ وجروح المخ وأورام المخ والجهاز العصبى المركزى والزهرى والتسمم وامراض الاوعية الدموية والدماغ كالنزيف وتصلب الشرايين .
- * الصراعات النفسية والاحباطات والتوترات النفسية الشديدة ، وانهيار وسائل الدفاع النفسى امام هذه الصراعات والاحباطات والتوترات .
- * المشكلات الانفعالية فى الطفولة والصدمات النفسية المبكرة .
- * الاضطرابات الاجتماعية وانعدام الامن واساليب التنشئة الخاطئة فى الاسرة مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة ... الخ .

اعراض الذهان :

اعراض الذهان شديدة اذا قورنت بأعراض العصاب وعادة لا توجد

- مكاسب ثانوية مرتبطة بالاعراض . وفيما يلي أهم اعراض **الذهان** :
- * اضطراب النشاط الحركي فيبدو البطء والجهود والاضغاع الغريبة والحركات الشاذة . وقد يبدو زيادة في النشاط وعدم الاستقرار والهياج والتخريب .
 - * تأخر الوظائف العقلية تأخرا واضحا . واضطراب التفكير بوضوح ، فقد يصبح ذاتيا وخياليا وغير مترابط . ويضطرب سياق التفكير فيظهر ضياع الافكار او تأخرها والداومة والعرقلة والخلط والتشتت وعدم الترابط . ويضطرب محتوى التفكير فتظهر الاوهام مثل اوهام العظمة او الاضطهاد او المرجع او الاثم او الانعدام ... الخ . واضطراب الفهم بشدة وعادة يكون التفاهم مع المريض صعبا . واضطراب الذاكرة والتداعي وتظهر اخطاء الذاكرة كثيرا . واضطراب الادراك ووجود الخداع ، ووجود الهلوسات بأنواعها البصرية والسمعية والشمية والذوقية واللمسية والجنسية . واضطراب الكلام وعدم تماسكه ولا منطقيته . واضطراب مجراه فقد يكون سريعا أو بطيئا أو يعرقل ، واضطراب كنهه بالنقصان او الزيادة واضطراب محتواه حتى ليصبح في بعض الاحيان لغة جديدة خاصة . وضعف البصيرة او فقدانها وأحيانا يكون هناك انفصال كامل عن الواقع ، ويشوهه المريض ويعيش في عالم بعيد عن الواقع . ويبدو عدم استبصار المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج ولا يتعاون فيه وقد يرفضه ويضطرب التوجيه بالنسبة للمكان والزمان .
 - * سوء التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني .
 - * اضطراب الانفعال . ويبدو التوتر والتبدل وعدم الثبات الانفعالي والتناقض الوجداني والتهيجية والخوف والقلق ومشاعر الذنب الشاذة . وقد تراود المريض فكرة الانتحار .
 - * اضطراب السلوك بشكل واضح فيبدو شاذا نمطيا انسحابيا ، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك يختلف ويتعد عن طبيعة الفرد . وتبدو الحسابية النفسية الزائدة . ويضطرب مفهوم الذات .

علاج **الذهان** :

- تعالج جميع أنواع **الذهان** في مستشفى الأمراض النفسية ، وذلك لما يحدثه **الذهان** من اضطراب شامل للشخصية ولما يؤدي اليه ذلك من سوء التوافق ، ولما يساحبه من نقص في البصيرة .
- وفيما يلي أهم ملامح علاج **الذهان** :
- * العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للذهان كالمهدئات لضبط الانفعالات والسلوك . والعلاج بالصدمات الكهربائية تمهيدا للعلاج النفسي . والتأهيل الطبي النفسي .

- * العلاج النفسى الشامل والتدعيمى فرديا و/أو جماعيا ، وتعديل السلوك الغريب أو الشاذ وتحقيق السلوك العادى بقدر الامكان ، مع الاهتمام بعلاج مشكلات المريض بالاشتراك مع الاسرة .
- * العلاج الاجتماعى واعادة التطبيع والاندماج الاجتماعى واعادة التعليم الاجتماعى وتشجيع التفاعل الاجتماعى وتنمية المهارات الاجتماعية .
- والعلاج البيئى والتدخل المبائر فى تعديل البيئة . والعلاج بالعمل .
- * الجراحة النفسية (كحل اخير وبعد فشل جميع الوسائل العلاجية) بشق مقدم الفص الجبهى ، وذلك حتى يقل الاجهاد والتوتر وردود الفعل الانفعالية .

مآل الذهان :

مآل الذهان الوظيفى بصفة عامة افضل من مآل الذهان العضوى .
 وفى الحالات المبكرة مع العلاج المناسب ، فان التحسن أو الشفاء يحدث فى حالات تصل نسبتها الى ٨٠٪ من مرضى الذهان فى مدة تتراوح بين بضعة اشهر وعام . والعلاج المتأخر و/أو غير المنتظم ونقص التعاون من جانب المريض باهمال العلاج من جانبه يؤدى الى النكسات أو التدهور أو الازمان . (١)

وعلى العموم فان **مآل الذهان يكون احسن :** كلما عولج الذهان مبكرا وكلما كان بناء الشخصية قبل المرض اقوى ، وكلما تعاون المريض والاهل فى عملية العلاج ، وكلما تضافر العلاج الطبى والنفسى والاجتماعى السليم .

ملاحظات :

يوضح جدول ٨ اهم الفروق بين العصاب والذهان :

(١) يعتبر الذهان المزمن من اسعب المشكلات التى تواجه المشتغلين بالعلاج النفسى واذا ازمن الذهان حدث فى حياة المريض « انهيار اجتماعى » . وعادة ما ينظر الى مريض الذهان المزمن على انه مريض « مقيم » فى مستشفى الامراض النفسية . (بول Paul ١٩٦٩) .

(جدول ٨) أهم الفروق بين العصاب والذهان

الذهان	العصاب
الأسباب	
— الأسباب الوراثية والتكوينية مهمة .	— الأسباب الوراثية نادرة .
— العوامل العصبية والسمية تلعب دورا هاما .	— العوامل العصبية والسمية ليس لها دور هنا .
— العوامل النفسية المنشأ تلعب دورا هاما جدا .	— العوامل النفسية المنشأ هي السائدة ، وتلعب البيئة دورا هاما .

السلوك العام

— يبدو غريبا شاذا بدائيا ، ويضطرب اضطرابا واضحا لا سيما في حالات النكوص الشديد .	— يظل في حدود العادى ، أو تظهر فيه بعض الغرابة المعقولة — أو يضطرب اضطرابا بسيطا .
— لا يساير المعايير الاجتماعية .	— يساير المعايير الاجتماعية .
— لا يهتم بنفسه ولا ببيئته .	— يهتم بنفسه وبيئته .
— لا يشعر بمرضه ولا يعترف به ولا يرغب في تغيير حالته ولا يكون متعاوناً (عدم البصيرة) .	— يشعر بمرضه ويعترف به ويرغب في العلاج والشفاء ويتعاون (لديه بصيرة) .
— التجارب الداخلية تؤثر على السلوك الخارجى .	— التجارب الداخلية لا تؤثر على السلوك الخارجى .
— السلوك عادة يكون ضارا بالمريض أو بالآخرين .	— السلوك نادرا ما يكون ضارا بالمريض أو بالآخرين .
— المظهر العام يتدهور .	— المظهر العام يحافظ عليه المريض .

النشاط العقلى

— الوظائف العقلية يبدو فيها تأخر واضح .	— الوظائف العقلية لا يبدو فيها تأخر واضح .
— التفكير يضطرب بوضوح وقد يصبح ذاتيا أو خياليا وغير مترابط ويبدو التوهم والهذيان .	— التفكير يبقى سليما أو يضطرب اضطرابا بسيطا .
— الكلام ينشئت ويكون غير متماسك وغير منطقي مضطرب المحتوى والمجرى وقد ينعدم ويصبح لغة جديدة خاصة .	— الكلام لا يتغير تغيرا ملحوظا ويكون متماسكا منطقيا متسلسلا معتدل السرعة .

الذهان	العصاب
التحكم العقلى يكون مضطربا	التحكم العقلى يكون عاديا أو
اضطرابا شديدا .	مضطربا اضطرابا بسيطا .
الفهم يضطرب بشدة .	الفهم يضطرب قليلا .
الادراك يضطرب وتوجد المخاوف	الادراك يكون عاديا ولا يوجد
والخداع والهوسات بأنواعها .	أوهام أو خداع أو هلوسات .
البصيرة تكون ضعيفة أو مفقودة	البصيرة تكون عادية لا تتأثر ،
وأحيانا يكون هناك انفصال	الصلة بالواقع تظل سليمة نسبيا
كامل عن الواقع ويشوشه	ويعيش المريض في عالم الواقع
ويعيش المريض في عالم الخيال .	ولا يفقد صلته به من الناحية
	الشكلية على الأقل .
التداعى يضطرب .	التداعى يبقى سليما .

الانفعالات

تتغير تغيرا كبيرا وتفقد طابعها	تتغير تغيرا خفيفا وتحفظ
وتضطرب اضطرابا بالغا ،	بطابعها العادى أو تكون غير
ويبدو عدم الثبات الانفعالى	مضطربة وعادية فيما عدا
بوضوح .	الاكتئاب والقلق الخفيف .
الاكتئاب الذهاني يكون منشؤه	الاكتئاب العصابى يكون منشؤه
ذاتيا أو خياليا .	الواقع .

الشخصية :

تتفكك وتتشوه وتفقد تكاملها	تبقى متكاملة ومتماسكة وسليمة
وتتغمس كلها في النزاع وتتغير	ويشترك جزء من الشخصية في
تغيرا جذريا حتى يصبح المريض	النزاع ، أو تتغير تغيرا جزئيا .
مع الوقت غريبا عما كان يعرف	
به قبل المرض .	الانا يبقى سليما .
الانا يضطرب .	يحفظ الشعور بسيطرته ويبقى
يفقد الشعور بسيطرته وتطفو	قادرا على كبت اللاشعور .
محتويات اللاشعور ويصبح	
المريض وكأنه يعيش في حالة حلم	الكبت يبقى موجودا فلا يظهر
تضعف عمليات الكبت والمقاومة	محتوى اللاشعور في السلوك
ويتقبل الانا الدوافع والرغبات	بطريق غير مباشر لاستمرار
التي كانت مكبوتة دون نقد	الكبت والمقاومة .
ويظهر محتوى اللاشعور في	
سلوك المريض .	

الذهان	العصاب
— الدفاعات تكون محطمة .	— الدفاعات تكون عاملة .
— النكوص يكون شديدا وقد يصل الى المستوى الطفلى أو البدائى	— النكوص لا يكون حيلة دفاعية هامة .

المآل

— التحسن ممكن مع العلاج المناسب .	— في الحالات المبكرة والعلاج المناسب فان التحسن ممكن ولكن النكسات محتملة .
— لا يوجد تدهور في الشخصية رغم أن الاضطراب يكون ظاهرا في بعض الحالات .	— التدهور شائع جدا وخاصة اذا تأخر العلاج .
— يساعد المريض بتعاونه على جعل العلاج منتظما ومفيدا .	— العلاج غير المنتظم ونقص التعاون من جانب المريض باهمال العلاج من جانبه يؤدي الى النكسات أو الازمان .

العلاج

— لا يحتاج الى ايداع بمستشفى الأمراض النفسية .	— يحتاج الى ايداع بمستشفى الأمراض النفسية .
— العلاج النفسى هو العلاج الفعال	— العلاج النفسى الطبى الاجتماعى هو العلاج الفعال .
— علاج الاعراض هام .	— علاج الاعراض هام .
— المتابعة .	— العلاج النفسى الشامل بعد التحسن .

ملاحظات عامة :

— الاعراض لا تكون قاسية شديدة .	— الاعراض تكون قاسية شديدة .
— يكون هناك عادة مكسب ثانوى يرتبط بالاعراض .	— لا توجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالاعراض .
— التفاهم ممكن بسهولة مع المريض .	— التفاهم عادة يكون صعبا مع المريض .

الفصام SCHIZOPHRENIA

تعريف الفصام :

الفصام مرض ذهاني يؤدي الى عدم انتظام الشخصية والى تدهورها التدريجي . ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجى ، وانفصام الوصلات النفسية العادية فى السلوك . والمريض يعيش فى عالم خاص بعيدا عن الواقع ، وكأنه فى حلم مستمر .

والمعنى الحرفى للمصطلح الانجليزى هو انفصام العقل .

ويعرف الفصام أحيانا باسم « انفصام الشخصية » أى تشتت وتناثر مكوناتها وأجزائها . فقد يصبح التفكير والانفعال كل فى واد (١) .

والفصام يعنى أيضا تفكك الذات .

ويختلف الفصام أو انفصام الشخصية عن ازدواج الشخصية الذى يعتبر أحد أشكال التفكك (راجع ص ٤٣٦) .

وكان الفصام فيما مضى يعرف باسم « الخبل المبكر أو خبل الشباب أو جنون المراهقة » Dementia Praecox .

تصنيف الفصام :

يصنف الفصام حسب الاعراض السائدة الى عدة أنماط كLINIcAL ويلاحظ أن هناك تداخلا وتغيرا من نمط الى نمط مع تقدم المرض . وفيما يلى الأنماط الكLINIcAL الرئيسية للفصام (وسيأتى تفصيلها بعد قليل) .

* الفصام البسيط Simple Schizophrenia

* الفصام المبكر Hebephrenic Schizophrenia

وله شكلان (تصلبى وهياج) .

* الفصام الهذائى (البارانوى) Paranojd Schizophrenia

وله شكلان (العظمة ، والاضطهاد) .

وهناك تصنيفات أخرى أهمها :

(١) تصبح الشخصية ومكوناتها أشبه بساعة فقدت الرابطة بين تروسها وأصبحت عاجزة عن أدائها الوظيفى (راجع شكل ٢٣ ص ٧٧) .

- * **الفصام الحاد** Acute Schizophrenia وتكون أعراضه حادة وفجائية الظهور . وقد يشفى المريض منه تماما ربما في غضون بضعة أسابيع أو قد ينتكس تكرارا . وغالبا ما يتقدم المرض الى شكل كلاسيكى .
- * **الفصام المزمن** Chronic Schizophrenia حيث يمر المرض بعدة مراحل يتقدم فيها حتى يزمن اذا لم يعالج منذ البداية .
- * **فصام الطفولة** Childhood Schizophrenia حيث تظهر أعراض الفصام قبل البلوغ . ويبدو فيه اضطراب وفشل نمو الشخصية ، والنكوص الطفولى الشديد .
- * **الفصام التفاعلى** Reactive Schizophrenia وفيه يرتبط المرض بعوامل نفسية حديثة أو ضغوط اجتماعية واضحة ، ويكون الشخص متوافقا اجتماعيا قبل المرض .
- * **الفصام المتخلف** Residual Schizophrenia حيث يشفى المريض بالفصام ، ولكن يتخلف لديه بواقي افكار أو انفعالات أو سلوك فصامى وبقايا هلوسات وهذات بسيطة لا تؤثر في توافقه الاجتماعى .
- * **الفصام الكامن** Latent Schizophrenia حيث يميل السلوك نحو الفصام ولكنه يكون مازال خارج نطاق الشخصية الفصامية . ويكون المريض على حدود الذهان ، ويكون لديه بعض أعراض الفصام ، ولكن الحالة لا تكون متقدمة وليست كمثل الفصام الحاد أو المزمن ويحقق الفرد نوعا من التوافق الحدى ولكن سلوكه على العموم يكون شاذا وغامضا وغريبا .

مدى حدوث الفصام :

الفصام هو أكثر الأمراض الذهانية انتشارا ، حيث يصيب حوالى ٥٠ - ٨٠ ٪ من مجموع السكان . ويكون المصومون أغلبية مرضى مستشفيات الأمراض العقلية ، فهم يكونون حوالى ٢٥ - ٣٣ ٪ من الذين يدخلون مستشفيات الأمراض العقلية لأول مرة . وبلغ نسبة المصومين حوالى ٥٠ ٪ من المرضى العقلين المزمنين الذين يقيمون في مستشفيات الأمراض العقلية .

وتظهر معظم حالات الفصام عادة بين سن ١٥ - ٣٠ سنة . وتصل الى اقصاها في أواخر العقد الثالث من العمر . ومن ثم كان يسمى قديما خبل الشباب أو جنون المراهقة أو الخبل المبكر .

والفصام أكثر انتشارا في الرجال قبل سن الثلاثين وأكثر انتشارا في النساء بعد سن الثلاثين .

وقد وجد أن الذين يهاجرون الى بيئات وثقافات مختلفة اختلفا كبيرا عن بيئاتهم وثقافتهم التي هاجروا منها يكونون أكثر عرضة للفصام . وينتشر الفصام في الأماكن المزدحمة بالسكان حيث الفقر والجهل والمرض والجريمة والبطالة والانحرافات السلوكية الاجتماعية . والفصام أكثر انتشارا في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا . وهو أكثر انتشارا بين العزاب منه بين المتزوجين .

الشخصية الفصامية : Schizoid Personality

تعتبر الشخصية الفصامية بمثابة التربة التي ينمو فيها الفصام .

وتنقسم الشخصية الفصامية بالسمات الآتية : الانطواء والانعزال والفردية والسلبية والكتمان والانغلاق على النفس ، والحساسية الزائدة والخجل والعناد ، وعدم القدرة على تكوين علاقات وصداقات شخصية واجتماعية طيبة ، والسلوك الغريب الاطوار ، وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات ، وتشوه حدود الانا ، وعدم انسجام تركيب الشخصية وعدم تهيئتها لمواجهة خبرات الحياة وميلها للاستغناء عن مجابهة الواقع باستخدام حيل الهروب أو التعويض ، والاستبطان والاستغراق في الخيال وتجنب الواقع والاستغراق في أحلام اليقظة .

ومن أمثلة الشخصية الفصامية ما نشاهده في الاب المتسلط والام التي تتصف بالطاعة العمياء والزوج الفيور والزوجة السلبية والطفل المثالي والعامل غير المنتج والرئيس القاسى وفنان اللامعقول والشباب الفاشستى (يحيى الرخاوى ، ١٩٦٤) .

أسباب الفصام :

نستعرض فيما يلى أهم أسباب الفصام :

* الوراثة : يقول كالمان Kallman (١٩٤٦) أن عاملا وراثيا متحميا يرثه الفرد يهيئه للفصام . أى أن مرض الفصام نفسه لا يورث ولكن الذى يورث هو استعداد الفرد ويهيئه للاصابة بالفصام اذا تجمعت الاسباب الحيوية والبيئية والنفسية .

* العوامل الجسمية : يربط البعض بين الفصام وبين النمط الجسمى النحيل والنمط المخبى الاساسى .

* العوامل الفسيولوجية : مثل التغيرات المصاحبة للبلوغ الجنسي والنضج وتحمل والولادة وسن القعود وما يصاحب ذلك من هزات انفعالية واجتماعية وتوتر وقلق واخفاق المريض ذى الشخصية الفصامية في مجابهتها . واضطراب الغدد الصماء . وهناك رأى مازال موضع بحث يقول ان الفصام حالة مرضية فسيولوجية سببها اندفاع وتخلل موجات كهربائية في الدماغ كما يحدث في حالة النوم الحالم وانها تزحف على الفرد أثناء اليقظة وتسبب له تغيرات شبيهة بما يحدث في الاحلام .

* العوامل الكيميائية الحيوية : وانظر الى مفعول (عقار الهلوسة L.S.D.) تجد أن أعراضه السلوكية تشبه الى حد كبير أعراض الفصام .

* خلل الجهاز العصبي نتيجة للأمراض والتغيرات العصبية المرضية والجروح في الحوادث أو خلل في موجات المخ الكهربائية وضعف وارهاق الاعصاب .

* فقدان الحواس مما قد يؤدي بدوره الى اضطراب التفكير والاهوام والهلوسات .

* الصراعات الحادة بين الدوافع المتعارضة وعدم التوافق السليم معها . والصراع النفسى من الطفولة الذى ينشط مرة أخرى في مرحلة المراهقة نتيجة لأسباب مرسبة .

* احباطات البيئة وطوارئ الحياة وعوامل الفشل التى تنهار امامها الدفاعات النفسية للفرد مثل الفشل في العلاقات الغرامية والفشل في النمو النفسى الجنى السوى والفشل في الزواج والخبرات الجنسية العاصمة وما يصاحب ذلك من مشاعر الاحباط والشعور بالاثم . وكذلك الرسوب المفاجيء في الامتحانات والفشل في العمل والضغط الاقتصادي والمشكلات المالية .

* الصدمات النفسية العنيفة والحرمان في الطفولة المبكرة مما يجعل الفرد حساسا لا يتحمل الضغط المتأخر عندما يكبر .

* حيل الدفاع المتطرفة مثل الانسحاب ، والنكوص ، والاستقاط ، والتعويض وهكذا نرى أن الفصام يمثل استراتيجية دفاعية كاملة ولكنها فاشلة .

* تأخر النمو وعدم نضج الشخصية ، وعدم التوازن في نمو جوانب الشخصية المختلفة فيضطرب النضج الاجتماعى والنضج الانفعالى ويُسوء توافق الشخصية ككل .

* العلاقات العائلية المضطربة : مثل اضطراب العلاقات الشخصية المبكرة بين الوالدين والطفل وخاصة مع الأم أو من يمثلها ، أو « الأم المتسببة للفصام » وكذلك الخال مع الاب القاسى أو السلبى . ويطلق على مثل هذه الأسرة عمومًا اسم « الأسرة المتسببة للفصام » ، واضطراب الناتج الاسرى والمحيط العائلى المضطرب ينشأ وجوده متأخر في شخصيات الوالدين والأولاد (فريزر وكراى 1974) .

الانفعالي بالآخرين وسطحية الانفعال والخمول والنمطية ، والانفعالات الكاذبة وغير المناسبة ، والانحراف الانفعالي ، وشدة الانفعال والفرع والهباج لقل مثير والانفجارات الانفعالية اللا ارادية ، والمبالغة في الانفعال والاكتئاب والانسحاب والسلبية والنكوص المرضى . ونفسان الاحساس بالمواقف الراقية كالحب والعطف والحنان والمشاركة الوجدانية .

- * التدهور العقلي المعرفى وصعوبة التفاهم مع المريض ونقص تعاونه .
- * اضطراب التفكير : اضطراب محتوى التفكير ، واضطراب مجرى التفكير واضطراب ترابط التفكير ، واضطراب التحكم في التفكير ، واضطراب التعبير عن التفكير سلوكيا ، واضطراب الذاكرة وخاصة بالنسبة للاحداث الحديثة ، واضطراب الانتباه وضيقة التركيز على الذات واضطراب الوعى وشعور المريض بأنه يفقد عقله .
- * اضطراب الكلام ، وعدم منطقيته ، وعدم تماسكه ، والسلطة الكلامية والاجابات النمطية وغير المتعلقة بالموضوع ، والاجابات الوحيدة المقطع في صوت نمطى رتيب بعد تكرار السؤال ، والمصاداة (اى تكرار اقوال الآخرين) ، وابتداع كلمات او مبادئ جديدة « لغة جديدة » .
- * الذاتية المطلقة والانتواء والاستبطان والاستغراق في احلام اليقظة ، واللامبالاة ونقص الميول والاهتمامات والاستسلام ومشكلات الحياة ، واضطراب العلاقات الشخصية واضطراب الاتصال الاجتماعى وسوء التوافق الاجتماعى والعائلى وفقدان الاهتمام بالبيئة .
- * الضعف الجسمى ونقص الوزن .
- * اللازمات الحركية وخاصة حركات الوجه واليدين والرجلين . والاوضاع الجسمية الغريبة الشاذة التى قد تستمر لفترات طويلة . والمشاركة (اى تقليد حركات الآخرين) . والتأخر الحركى والنمطية والجمود أحيانا .
- * فقدان الاهتمام بالمظهر الشخصى واهمال النفس .
- * نقص البصيرة وعدم ادراك المرض العقلى .
- * اضطراب الارادة وضعفها والتردد والتناقض وعدم القدرة على اتخاذ القرارات والسلبية في السلوك وقابلية الإيحاء وعدم القدرة على ضبط النفس والاعتقاد بأنه واقع تحت تأثير السحر وأنه مسلوب الارادة .
- * اضطراب السلوك الجنسى وعدم التحكم فيه مثل الاستعراض الجنسى أو جماع المحارم أو البغاء .
- * غرابة السلوك العام وعدم ثباته ، والسلوك المضطرب الاندفاعى غير الهادف والالية ، والتناقض السلوكى الغريب مثل التسدين والفسق في نفس الوقت .

والى جانب الاعراض العامة للفصام تلاحظ **الاعراض الخاصة في الأنماط الكلينيكية للفصام** . وفيما يلي تفصيل ذلك :

الفصام البسيط : Simple Schizophrenia

واهم خصائصه أن بدايته تدريجية غير حادة وسيره بطيء والانفصال عن الواقع تدريجى ، والهوسات والاهام نادرة وقد لا توجد بالمرّة ، والسلوك الغريب قليل نسبيا .

واهم اعراضه : نقص النشاط ، والنمطية الحركية ، واللازمات الحركية . وعدم القدرة على التركيز ، والسلطة الفكرية ، وهذاء التأثير والتأثر ، واضطراب التوجيه ، ونقص الاتصال الاجتماعى ، وانعدام المسئولية ، وقلة الميول والاهتمامات ، ونقص مستوى الطموح ، والانطواء والانسحاب ، وسوء التوافق الاجتماعى ، والتبدل الانفعالى ، والخمول الانفعالى ، واللامبالاة وفقد الدافعية ، وفقدان التعلق الانفعالى بالآخرين والاستغراق فى أحلام اليقظة وفقدان الاهتمام بالمظهر الشخصى ، وسوء التوافق الجنسى أو العمل فى الدعارة ، وعدم القدرة على القيام ببعض الاعمال البسيطة الرتيبة وتحت رقابة مشمرة ، والبطالة أو عدم الاستقرار فى العمل ، والشرود ، والتناقض السلوكى . ويبدو المريض فى حالة حلم دائم .

الفصام المبكر : Hebephrenic Schizophrenia



واهم خصائصه أن بدايته مبكرة ومفاجئة عادة فى المراهقة (ولذلك يسمى أحيانا فصام المراهقة أو فصام الشباب) ، وتؤدى الى تدهور الشخصية وعدم تكاملها . والاعراض فيه غير مستقرة وكثيرة التغير .

واهم اعراضه : عدم العناية بالنظافة الجسمية والصحية ، والفكوس المرضى وخاصة فى عادات الاكل والاخراج . واختلاط وعدم ترابط الفكر والكلام والسلوك ، والتفكير الاجترارى والتفكير الخيالى الغريب ، وضعف التركيز ، والهذات المتغيرة . والانطواء

(شكل ١٠٥) الفصام المبكر

والاستغراق في أحلام اليقظة والخروج الغريب على المعايير الاجتماعية ، والتبلد الانفعالي ، وعدم الثبات الانفعالي ، والتناقض الوجداني ، وعدم التضج الانفعالي والفجاجة الانفعالية . وتكون الاوهام ذات طبيعة جسمية وضعف البصيرة ، والسلوك طفلي احمق اندفاعي غريب . (انظر شكل ١.٥)

الفصام الحركي : Catatonic Schizophrenia

وأهم خصائصه انه يبدأ في سن متأخرة عن الفصام البسيط والمبكر بين سن ٢٠-٤٥ سنة وتوجد فيه اعراض حركية واضحة اما بالنقص أو بالزيادة .

والفصام الحركي شكلان :

* **التصلب :** وأهم اعراضه :

الوضع التصلبي التخشبي والتصلب الشخصي أو الوضع التمثالي أو وضع الصليب أو وضع الجنين (انظر شكل ١.٦) أو وضع الميت . وهذه الاوضاع تدوم طويلا وبدون تعب ، وعدم الحركية ، والخلفة وفقدان النشاط ، والاسلوبية ، والمحاركة والوجه المقنع (الذهول وكأن على وجهه قناعا) ، والذهول وتكرار الكلام وترديده ، والنمطية ، والانسحاب والسلبية والصمت والطاعة الآلية العمياء والسلوك الحركي القهري مما تعودده المريض في مهنته مثلا ، ورفض الطعام ، وعدم القدرة على ضبط النفس جنسيا أو من ناحية التبول أو التبرز .



(شكل ١.٦) الفصام الحركي

« التصلبي »

والهياج : وأهم اعراضه : الهياج الحركي غير الهادف وعدم الاستقرار والارق والاعياء وفقد الوزن . وعدم التوافق بين المزاج والتفكير ، وسرعة الكلام ، وردود الافعال الغريبة للهوسات ، والاتجاهات الشاذة الغريبة ، والعدوان ، والتصنع أو التكلف في الكلام ، والمشي والحركات . ومحاولة الانتحار أو قتل الغير ، والانهاك في النشاط الجنسي المكشوف .

* **الهياج :** وأهم اعراضه : الهياج الحركي غير الهادف وعدم الاستقرار

والارق والاعياء وفقد الوزن . وعدم التوافق بين المزاج والتفكير ، وسرعة الكلام ، وردود الافعال الغريبة للهوسات ، والاتجاهات الشاذة الغريبة ، والعدوان ، والتصنع أو التكلف في الكلام ، والمشي والحركات . ومحاولة الانتحار أو قتل الغير ، والانهاك في النشاط الجنسي المكشوف .

الفصام الهذائي (البارانوى) : Paranoid Schizophrenia

وأهم خصائصه أنه يبدأ عادة متأخرا بعد سن ٣٠ سنة ، ويتصف بالتفكير والسلوك الذاتى المغفل ، والأوهام وأفكار الرجوع والتأثير ، وتكون الهذيان غير منسقة وسريعة التغير ، ويكون السلوك بصفة عامة ليس من السهل التنبؤ به .

والفصام الهذائي شكائى :

* **الاضطهاد :** وأهم أعراضه : أفكار الاضطهاد ، والشك ، والميل الاتهامية والعزلة الشديدة ، واعتقاد المريض أن الآخرين يتآمرون عليه ويكيدون له . وعدم الرضا . والحقد . ومحاولة الانتحار ، والسلوك المضاد للمجتمع ، والاعتقاد أن هناك من ينومه مغنطيسيا ويؤثر عليه .

* **العظمة :** وأهم أعراضه : أفكار العظمة ، واعتقاد المريض بأنه موهوب بقدرات عقلية عالية فريدة أو أنه يشغل منصبا كبيرا ، والتطرف وأوهام القوة والقدرة على كل شيء ، والتناقض السلوكى .

تشخيص الفصام :

تشخيص الفصام يكون سهلا عندما يكون قد مضى على بدء المرض مدة طويلة واتضحت أعراضه واشتدت . ومن أهم ما يجب ملاحظته في تشخيص الفصام التغير الاساسى المرضى في الشخصية واضطراب نموها وظهور الأعراض العقلية الحادة والتبدل الانفعالى ونقص المباداة والهوسات والأوهام والسلوك الغريب . ويلاحظ كذلك بقاء الذاكرة والوعى سليما إلى حد جدير دون تدهور . ونظرا لتنوع الأنماط الهيكلية للفصام يجب التأنى والحرص في التشخيص الفارق . وبالرغم من أن التشخيص التقليدى يفرق بين أنماط كLINICKI أربعة للفصام ، فإن الفصام لا يكون مطابقا للوصف التقليدى لاحد هذه الأنماط بل يتغير من نوع لآخر أو قد يختلط . هذا ولا يوجد عرض واحد يمكن أن يؤكد الفصام أو ينفيه (لانجفيلدت Langfeldt ، ١٩٦٩)

ويجب التفريق الفصام عن الذهان العضوى وأمراض المخ العضوية حيث نجد أنه فى الفصام يبقى الذكاء والذاكرة دون تدهور . وفى الذهان العضوى نلاحظ أعراضا جسمية واضحة .

ويجب التفريق بين الفصام والهستيريا حيث نجد فى الهستيريا أن البدء فجائى والسبب واضح .

ويجب التفريق بين الفصام والوسواس حيث يقاوم المريض وساوسه شعوريا .

ويجب التفريق بين الفصام وذهان الهوس والاكتئاب حيث يتغير الانفعال ويشد بسرعة .

ويجب التفريق بين الفصام واضطرابات الشخصية مثل السيكوپاتية حيث نجد في الأخيرة الانفعال والانحراف مستند الجذور الى الطفولة .

ويجب التفريق بين الفصام (خاصة الفصام المبكر) أو ما يسمى فصام المراهقة وبين اضطرابات مرحلة المراهقة وصراعاتها ومشكلاتها وما يشاهد فيها من الثورة والتمرد والعناد والتغيب الانفعالي وغرابة السلوك والشذوذ .

ويجب التفريق بين الفصام الهذائي وبين الهذاء (البارانويا) . ففي الفصام الهذائي تكون الهذات وقتية قصيرة المدى ومختلطة بأمراض الفصام الأخرى، بينما في الهذاء نجد الهذات المنظمة فقط ولا نجد الأمراض الأخرى للفصام .

الوقاية من الفصام :

رأينا في دراستنا لأسباب الفصام ان هذا المرض الخطير يعتبر كارثة نفسية من صنع الانسان . ويجب اتخاذ الاجراءات الوقائية اللازمة منه . وأهم هذه الاجراءات ما يلي :

* توفير الحب والامن الذى يدعم نمو الشخصية ، وتعليمه ان طريق النجاح طويل ويحتاج الى الجهد والمثابرة . وتشجيعه على اعتبار الفشل دافعا للاجتهاد بدلا من اعتباره عامل احباط . والعناية بالتشجيع والمدح والثواب عند تحقيق الواقعية التى تناسب امكانيات الطفل . وتجنب اللوم والعقاب عند الطفل ، بل يجب المساعدة على التعلم وتحقيق النجاح

* العناية بعملية التنشئة والتطبيع والاندماج الاجتماعى . والعناية بتكوين مفهوم الذات الموجب عند الفرد . وتوجيه الطفل منذ الصغر نحو الاهداف الواقعية التى يمكن تحقيقها . والعناية بتحديد فلسفة واضحة لحياة الطفل منذ البداية . وتدريبه على تحمل المسؤولية . والقضاء على الانانية والعدوان عند الفرد .

* عدم تعريض المعرضين او المهيئين للفصام للتوترات الشديدة والاحباطات والصراعات والكبت وتشجيع هؤلاء على الاختلاط وعدم الاستيطان والاستغراق فى الذات .

* تجنب او منع التزاوج بين المهيئين للفصام او المصومين .

علاج الفصام :

ليس من الضرورى او المحتم وضع جميع المصومين فى مستشفيات الأمراض العقلية . ويمكن علاج معظم الحالات المبكرة كمرضى خارجين .

ولا يؤمنح في المستشفى الا حالات الفصام الحاد او المزمن او في حالة ما اذا كان المريض يمثل خطرا على نفسه او على الآخرين ، وفي حالة عدم استجارت المريض بحالته ورفضه العلاج . وعلاج الفصام عملية طويلة وتحتاج الى كثير من الحنكة والصبر والاهتمام بالعلاقة العلاجية ، والرعاية التمريضية البقطة المستمرة . وفيما يلي اهم ملامح عملية علاج الفصام :

* العلاج الطبى ويشمل علاج الرجفة الكهربائية وخاصة في حالات الفصام الهذائى والفصام الحركى . ويشمل كذلك علاج غيبوبة الانسولين (وقد قل استخدامه الان) . وكذلك العلاج بالمهدئات للتغلب على الهلوسيات والتحكم فى التهيج . وعلى رأسها مجموعة ميثوثيازين Phenothiazine ومنها ستيلازين Stelazine وكلتوزبرومازين Ghlorpromazine ولاراجاكسيل Largactil ومليريسيل Melleril . وعلاج الاعراض المصاحبة وخاصة المزعجة او الخطرة على المريض او على الآخرين .

* العلاج النفسى الفردى الذى يهدف الى تنمية الجزء السليم من الشخصية واعادة تنظيم الشخصية والتعلم والاهتمام بازالة اسباب المرض وشرحها وتفسيرها واثباع حاجات المريض وتنمية بصيرته وتخفيف الطق واعادة ثقته بنفسه ، مع التركيز دائما على اهمية العودة الى العالم الواقعى . والعلاج النفسى الجماعى مع الاهتمام بمزاج الاسرة والاقارب لمساعدة المريض ، والتوجيه والارشاد النفسى للمريض وتوجيه والارشاد الاسرة . والتحليل النفسى في حالات قليلة جدا مع التركيز على محاولة اصلاح ضعف الانا . والتاهيل النفسى والاجتماعى والاحتفاظ بالعلاقات الاجتماعية والامرية ومساعدة الاهل في رعاية المريض ومساعدتهم بهدف تحقيق التوافق النفسى والاجتماعى .

* العلاج الاجتماعى يهدف تحسب الانسحاب والعزلة مع الاهتمام باعادة التطبيع الاجتماعى واعادة التعلم الاجتماعى والاهتمام بالتشاطر الاجتماعى والرياضة والترفيه والموسيقى لربط المريض بالواقع والتخفيف من استقطابه واستغالة بذاته ومريضه والكشف عن اضطرابات المريض ومساعدته . والعلاج البنى الذى يهدف الى تعديل البيئة واصلاح الجو العائلى حتى يساعد ذلك فى تدعيم التحسن التدريجى فى حالة المريض . والعلاج بالعمل والتوجيه والتاهيل النفسى لسفل المريض واخراجه من دائرة الاستبطان والاستمرارى فى الذات ، مع تنويع العمل ، والعلاج باللعب فى حالة فصام الطفولة .

* العلاج الجراحى النفسى نادرا (يشق معقم النفس الجسمى) ومستخدمه تفشل كل الوسائل العلاجية الاخرى وفي الحالات المزمنة وبعد مضى ثلاث سنوات على الأقل .

مآل الفصام :

تحسن مآل الفصام كثيرا منذ أن اكتشف علاج الرجفات الكهربائية وعلاج غيبوبة الأنسولين . وحديثا مع استخدام الادوية والعلاج النفسي أصبح المآل احسن . وقد يحدث شفاء تلقائي في حوالى ٥ ٪ . وقد يحدث تحسن تلقائي في حوالى ٢٥ ٪ من مرضى الفصام .

وأهم ملامح الشفاء هو الشفاء الاجتماعى . وتدل الاحصاءات على أن حوالى ثلث مرضى الفصام يتوافقون اجتماعيا تماما ، وحوالى الثلث يتوافقون اجتماعيا الى حد ما والثلث الباقى يتدهورون أو ينتحرون أو يحتاجون الى الإيداع فى المستشفى مدى الحياة حين يزمن المرض ويكون التدهور العقلى المعرفى والخلقى امرا لا مناص منه . هذا وتختلف فرص الشفاء من الفصام باختلاف درجة ازمانه .

ومرض الفصام من الامراض التى تشاهد فيها النكسات احيانا .

وعلى العموم نجد أن نسبة الشفاء التام حوالى ٢٥ ٪ ونسبة الإزمان حوالى ٢٥ ٪ فى مرضى الفصام . ويمكن لمرضى الفصام الذين يتلقون العلاج السليم الخروج من المستشفى فى حدود ٦ : ١٢ شهرا .

ويلاحظ أن الفصام الحركى هو احسن الانماط الكلينيكية للفصام من حيث المآل ، يليه الفصام الهذائى ، ثم الفصام البسيط . أما الفصام المبكر فهو أقل الانواع بالنسبة لسرعة الشفاء واحتماله (فرايزر وكار Frazier and Carr ، ١٩٦٤) .

وعموما يكون مآل الفصام حسنا :

عندما تكون الشخصية متكاملة ومتوافقة وناضجة نسبيا قبل حدوث المرض ، وعندما يكون بدء المرض حادا وفجائيا ودراميا ، وعندما يوجد عامل مسبب محدد ، وعندما يكون التشخيص دقيقا وخطة العلاج محكمة وتعاون المريض صادقا ، وعندما يبدأ العلاج خلال الشهور الستة الاولى لبدء المرض ، وعندما تكون بيئة المريض أفضل ، وبصيرته أفضل ، وذكاؤه أعلى ، وله تاريخ من التوافق الاجتماعى والمهنى والجنسى ، وعندما لا توجد عوامل وراثية فى الاسرة ، وكلما كان السن اكبر (بعد الثلاثين) عند ظهور المرض .

الهذاء

« البارانويا »

PARANOIA

تعريف الهذاء :

الهذاء (البارانويا) حالة مرضية ذهانية يميزها الاوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت (١) . اى الهذيان والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد ، مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقى وعدم وجود هلوسات فى حالة الهذاء النقى . اى أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنظمة نسبيا وعلى اتصال لا بأس به بالواقع ، ولا يرافقه تغير فى السلوك العام الا بقدر ما نوحى به الاوهام والهذيان .

ويعرف الهذاء احيانا باسم « رد فعل الهذاء » paranoid reaction وأطلق عليه البعض اسم « جنون العظمة وجنون الاضطهاد » .

تصنيف الهذاء :

يصنف الهذاء على النحو التالى :

الهذاء النقى أو الهذاء الحقيقى Pure or True Paranoia حيث تسود اوهام العظمة أو اوهام الاضطهاد أو الهذاء الجنسى أو هذاء المشاكسة أو هذاء الغيرة .

حالة الهذاء Paranoid State وأهم أعراضها الاوهام العابرة غير الدائمة وغير المنتظمة تماما ، ولكنها غريبة مع بعض اضطرابات فى الفكر . وتعتبر حالة الهذاء حالة بين الهذاء النقى وبين الفصام الهذائى .

الفصام الهذائى Paranoid Schizophrenia وقد سبق الكلام عنه (راجع الفصام ص ٤٥٠) .

الهذاء المنقول (الهذاء الثانى) Folie à Deux حيث تنتقل الاوهام الهذائية من مريض الى شخص قريب أو متعلق به مثل الوالد والولد أو الزوج والزوجة أو الاخ والاخت . وهى حالة تقمص ، وينتقل عادة من الشخص المسيطر الى الشخص الاقل سيطرة والقبائل للايحاء ويكون الشخصان غالبا سيئى التوافق ذوى محيط بيئى متماثل ، ويواجهان نفس الظروف النفسية .

(١) يصطنع المريض معانى لتأييد افكاره الخاطئة . وقد يبدو تبرير المريض مقنعا واستدلالة سليما لولا استناده الى مقدمات باطلة وفروض متوهمة ومعتقدات خاطئة .

مدى حدوث الهذاء :

الهذاء أقل انتشارا من الفصام . ويمثل مرضى الهذاء حوالى ٢٪ فقط من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية . ولكن نسبة انتشار الهذاء في المجتمع لاشك اكبر من هذا الرقم ، وخاصة اذا علمنا ان ذكاء المريض (الذى لا يتأثر بالمرض) يمكنه من تجنب دخول المستشفى ، وحتى في حالة دخوله المستشفى فانه يظهر لديه ما يسمى « الاستبصار بمطالب المستشفى » حيث يتظاهر ان هذائاته وأوهامه لم تعد موجودة .

ويكثر ظهور الهذاء في منتصف العمر أى في مرحلة الرشد وخاصة في الاربعينات أكثر مما يشاهد في مرحلة الشباب .

ويشاهد الهذاء لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث (وتقول بعض الدراسات ان نسبة الحدوث في الجنسين تكاد تتساوى) .

وقد لوحظ في بعض الدراسات أن الهذاء أكثر انتشارا بين المطلقين ، وأكثر وضوحا لدى المهاجرين .

الشخصية الهذائية : Paranoid Personality

في الطفولة تتسم شخصية الطفل ذى المستقبل الهذائى بسمات أهمها : الوحدة وقلة الاصدقاء والعزلة الاجتماعية وعدم القدرة على تبادل الثقة ، والتقلب الانفعالى ، وعدم الامن ، والشك والعناد والسرية ، والحزن والتبرم والتهيجية ، والامتناع من النظام .

وكما نما الفرد نحو الرشد تبدأ السمات السابقة في المبالغة، فتتسم الشخصية بشدة الحساسية (وخاصة للنقد)، ومشاعر الاضطهاد أو العظمة، والمبالغة (يجعل الحبة قبة) ، وتكيد الذات والانانية والتمركز حول الذات والتذمر والعدوان ، وفقدان تذوق الفاكهة .

وفي الرشد تتضح سمات أهمها : الجمود والتزمت والمناوأة ، وعدم التسامح في النقد ، والاستخفاف بالآخرين ، والغيرة ، والطغيان والتسلط على من هم دونه ، والايهان بالسحر والتفكير الخرافى .

أسباب الهذاء :

وفيما يلى أهم أسباب الهذاء :

* الصراع النفسى بين رغبات الفرد في اشباع دوافعه وخوفه من الفشل في اشباعها لتعارضها مع المعايير الاجتماعية والمثل العليا ، والاحباط والفشل والافاق في معظم مجالات التوافق الاجتماعى والانفعالى في الحياة والذل والشعور بالنقص وجرح الانا ، والاعتماد الزائد على

حيل الدفاع ، وظهور هذه الحيل في شكل أعراض الهذاء . ومن أهم حيل الدفاع هنا : الإنكار ، والتبرير ، والتعويض ، والكبت ، والاستقاط (مثل اسقاط الدوافع التي تؤدي إلى الشعور بالذنب إلى الخارج على « مضطهدهم ») .

* اضطراب الجو الأسرى وسيادة التسلبية والكف والنقد ونقص كفاية عملية التنشئة الاجتماعية والفشل في تحديد مستوى طموح يتناسب مع القدرات .

* تهديد أمن الفرد من خلال المنافسة أو الرفض أو الخزي أو الهزيمة .
* خبرات الحياة الصادمة ، والمشكلات التي تتركز حول احترام وقيمة الذات والمكانة الاجتماعية .

* اضطراب نمو الشخصية قبل المرض وعدم نضجها .
* المشكلات الجنسية وسوء التوافق الجنسي، والعنوسة ، وتأخر الزواج ، والحرمان الجنسي . وتمزى مدرسة التحليل النفسي الهذاء إلى أنه نتيجة للجنسية المثلية المكبوتة والمسقط ، والشعور بالاثم . وقد افترض فرويد حدوث النموذج الآتي في الهذاء :

(أ) أنا أحبه (وهذا مرفض لأنه يعبر عن الجنسية المثلية اللاشعورية)
(ب) يحدث تكوين عكسي فيتحول إلى « أنا أكرهه » (وهذا مرفوض أيضا لأنه يعبر عن العدوان) .

(ج) حيلة الدفاع « الاستقاط » تحول ب إلى « هو يكرهني ويضطهمني »
* وقد بلور كامرون Cameron نظرية عن المجتمع الزائف حيث يعتبر الهذاء استجابة للحساسية والاستقاط ، وتتركز الاوهام حول اناس غير محددين غير معروفين ليسوا موجودين في الواقع يتآمرون ضده (وليس هناك في الواقع بؤرة خدع) أو لا يعرفون قدره (وتنمو في الواقع ليس له هذا القدر) ، ثم يضعف أو ينقطع الاتصال الاجتماعي ، ويعيش في خوف وقلق وشك ، وهكذا ينظم المريض الناس والاحداث من حوله في مجتمع زائف .

أعراض الهذاء :

هناك أعراض عامة للهذاء أهمها : الاوهام والهذيان والمعتقدات الخاطئة الجامدة المنظمة الدائمة التي تطفئ على البصرة ، والدفاع بحرارة عن هذه الاوهام والهذيان ومحاولة اقناع الآخرين وتوجيه كل الاهتمام إليها وتمركز السلوك حولها . وبدور الهذاء عادة حول موضوع واحد ، مثل الزواج أو الدين و النشاط السياسي) ، واوهام التأثير والتأثر حيث يعتقد المريض أن قوى خارجية تؤثر فيه وتسيطر عليه رغم ارادته ، واوهام جسمية في شكل افكار غريبة وشاذة عن جسمه (كأن يعتقد أن الناس يتكلمون عنه ووسائل الاعلام تشير إليه) . والتمركز الشديد حول الذات .

وتفسير سلوك الآخرين من وجهة نظر شخصية ذاتية بحتة مع الميل الى تزييف الحقائق وتشويهها . وسوء التوافق الاجتماعى . والسلوك الجانح مع تغلب الغضب والعدوان والنقص الواضح فى البصيرة .

ومن اهم الاعراض الكليника للهذاء ما يلى :

هذاء العظمة او توهم العظمة delusions of grandeur حيث يعتقد المريض انه شخص عظيم او حاكم او زعيم او قائد او بطل او مخترع او نبى ، الخ ، ويؤمن بأهميته وتفوقه وامتياز عظمته وخطورته ورفعته . وقد يعتقد ان لديه قوى خارقة او سحرية . ويلاحظ عليه الحديث عن الذات والتعالى والمباهاة والمفاخرة وتبنى اهداف غير عملية مستحيل تحقيقها . ويلاحظ عليه ايضا تقلب المزاج وحدة الطبع والمناوة والاستياء والغضب والعدوان ، والاخلال بنظام العمل ، وقد يصل الى حال الى البطالة .

هذاء الاضطهاد او توهم الاضطهاد delusions of persecution

حيث يعتقد المريض انه شخص مضطهد مظلوم يسئ الناس معاملته ، وان الآخرين يحاولون ويخططون لاذيائه وتحطيمه ، وانهم يكيدون له كيذا ويأتهمون به ليقتلوه (فيضعون له السم فى الطعام) ويشعر بالنقص وعدم القيمة وينعزل . ويملؤه الخوف ، وقد يعتقد ان المخابرات تتجسس عليه وان الشرطة تتبعه ، وقد يفسر الحركات البريئة للآخرين على انها موجهة ضده وقد يملؤه الشك (مثل الشك فى علاقات جنسية للزوج) والغيرة والغضب والاستياء والغل والحقد والكراهية والعداء (لمضطهديه واعدائه المزعومين) والميل للانتقام والضياع والحزن ، وقد يصل الحال الى الاكتئاب والتفكير فى الانتحار .

الهذاء الجنسى : حيث يعتقد المريض ان أحد أفراد الجنس الاخر فى

مركز غنى وشهرة يحبه ويرسل له رسائل سرية عن طريق الراديو وعلى المسرح وفى السينما والتليفزيون وفى الجرائد والمجلات ويكتب له خطابات غرامية مطولة . وقد يظهر فى شكل الشك فى الخيانة الزوجية . وقد يظهر فى شكل الهوس الجنسى والجنسية المثلية .

هذاء المشاكسة : حيث يصر المريض على الحقوق والمطالبة بها ويحب

المشاكل والشكاوى القانونية والقضايا والعناد والخصام ومحاولة تخطئ الآخرين .

هذاء الغيرة : وهو يختلف عن الغيرة العادية فى ان الغيرة هنا تكون

شديدة عميقة متأصلة صعب فهمها ولا اساس لها .

الهذاء المختلط : وهذا يضم عددا من الاشكال السابقة فى نفس الوقت

تشخيص الهذاء :

تشخيص الهذاء المزمن ليس صعبا . وعند نجد بعض اعراض الهذاء لدى الشخص العادى الذى يتحيز لمبدأ خاطيء لا يقبل فيه مناقشة ولكنه بالاقناع يمكن ان يغير رايه ويعترف بخطئه . اما الهذاء المرضى فهو جزء من تكوين شخصية المريض ولا يمكن ان يحيد عنه .

ويجب المفارقة بين الهذاء (كمرض) وبين السلوك الهذائى الذى يتسم بالعناد والتمسك الزائد بالآراء وعدم الاعتراف بالخطأ والغرور وارجاع الفشل الى تدخل وتأثير الآخرين .

ويجب تفريق الهذاء عن ردود الفعل الهذائية المصاحبة لبعض الامراض مثل الصرع وذهان انشيوخوخة والكحولية والادمان (وخاصة ادمان الكوكايين) ويجب التفريق بين الهذاء وبين الهوس مع الاوهام . فالمرضى بالهذاء لا ينفصل عن الواقع ولكنه يفسره طبقا لآرائه هو ، وتكون الاوهام مظلمة ومسيطره على المريض . اما الفصام الهذائى فتتمو اعراضه ببطء ويكون وقتيا قصير المدى والاوهام غريبة وشاذة ويختلط الهذاء فيه بأعراض المرض الاخرى ويرافقه الهلوسات والانفصال عن الواقع .

ويجب التفريق بين الهذاء وبين الهوس مع الاوهام . فمريض الهذاء تكون اوهامه منظمة ومؤكدة وافكاره ثابتة ودائمة ويكون قلقا . اما المهوس فتكون اوهامه عابرة وافكاره طائفة ويكون صاحبها متهججا غير مستقر .

علاج الهذاء :

حالات الهذاء لا تحتاج الى الابداع فى مستشفى الامراض النفسية لان المرضى يظلون فى اطار المعقول فيما يختص بالاتصال الاجتماعى فيما عدا ما اذا كانوا من النوع الخطر العدوانى المشاكس او الجنسى فيجب ايداعهم فى المستشفى . (١) وفيما يلى اهم ملامح علاج الهذاء :

* العلاج الطبى بالادوية والعقاقير المضادة للذهان لازم لجعل المريض اكثر طواعية خلال العلاج النفسى . اى ان العلاج الطبى هنا يفيد فى بداية العلاج النفسى ولكنه لا يمكن ان يحل محله . ومن الادوية المستخدمة فينوثيازين Phenthiazine وخاصة تريفلوبيرازين Trifluoperazine

(١) من مشكلات ايداع مرضى الهذاء فى المستشفى ان المريض ينظر الى نفسه على انه اعظم واعلى واعلم من زملائه المرضى وحتى معالجه ، او قد يعتبر ان المستشفى بمثابة سجن له وان الكل فيها اعداء .

وثورازين Thorazine وخاصة كلوربرومازين Chlorpromazine يستخدم كذلك علاج الرجفة الكهربائية . وما زالت بعض المستشفيات تستخدم علاج غيبوبة الانسولين . هذا الى جانب ضرورة العناية بالصحة العامة للمريض ، والراحة الى أقصى حد .

* العلاج النفسى يهدف الى تخفيف حدة قلق المريض وتجديد قدرته على الاتصال على مستوى واقعى فى العلاقات الشخصية والتخلص من أوهامه . ويجب عدم اضاءة الوقت أول الامر فى توضيح الهذاء للمريض لان من خصائص الوهم عدم قابليته للتأثر بالاقتناع الخارجى والمنطق . ويجب أن يحترس المعالج فلا يصدر أحكاما على أوهام المريض ومعتقداته بل يكون محايدا آمينا ويحرص دائما على انشاء وإقامة الثقة بينه وبين المريض . وبعد توطيد العلاقة وثبات الثقة يبدأ المعالج فى الاقتراحات البناءة وليس النقد الهدام مقربا المريض من الواقع . ويبذل قصارى جهده لحل مشكلات المريض وصعوباته فى ادراك الآخرين ، والتوجيه والتأهيل النفسى والتربوى والمهنى والعلاج بالعمل . والعلاج الاجتماعى واعادة التطبيع الاجتماعى والعلاج البيئى .

* ويجب اتخاذ الاحتياطات اللازمة فى حالة السلوك العدوانى للمريض .

* وفى حالة الهذاء المنقول (الهذاء الثنائى) يعالج المريض الاصلى ، بينما المريض الثانى يعالج نفسيا واجتماعيا مع الاهتمام بعملية النقل البيئى .

مآل الهذاء :

مآل الهذاء ضعيف عموما وخاصة فى حالة ازمانه . وقايلا ما نرى حالة هذاء مزمن تشفى تماما . ولكن العلاج الطبى وخاصة بالادوية والعلاج النفسى المناسب المبكر يؤدي الى نتائج أحسن .

الهوس

MANIA

تعريف الهوس :

هو اضطراب سلوكى ذهانى يتسم بالغرابة والنشاط النفسى الحركى الزائد والهياج والمرح الذى لا يسيطر عليه الفرد (ويكون الفرد أشبه بحالة السكران أو بحالة الفرد يوم العيد) . (انظر شكل ١٠٧) .

(١) من مشكلات العلاج النفسى فى حالة الهذاء أن المريض غالبا لا يثق فى المعالج بسهولة .

تصنيف الهوس :

يقسم الهوس الى ما يلي :

الهوس الخفيف : Hypomania

وهو أخف أشكال الهوس . وأعراضه المرح المتوسط ، والنشاط الواضح المعتدل ، وهروب الأفكار الخفيف ، والتهيجية ، وعدم التسامح ، والتسرع ، والسعادة المفرطة .

الهوس الحاد : Acute Mania

وأهم أعراضه السلوك الصاخب ، والعنف ، وسرعة الأفكار ، والنشاط الزائد جدا والهوسات والأوهام .

الهوس الهلواني : Deliriosu Mania

وأعراضه هي : أعراض الهوس الحاد مضافا إليها الخلط وعدم الترابط واضطراب الوعي واضطراب التوجيه (بالنسبة للزمان والمكان والاشخاص) .
الهوس كاحد طورى ذهان الهوس والاكتئاب.

مدى حدوث الهوس :

يحدث الهوس لدى الاناث أكثر منه لدى الذكور .



(شكل ١٠٧)

حالة هوس

الشخصية قبل المرض :

تتسم الشخصية قبل المرض بالسماة الآتية : الانبساط والنشاط والطموح وزيادة الثقة في النفس والرضا عن النفس وشدة الحساسية وسهولة الاستثارة والعنوان والتهجم .

اسباب الهوس :

فيما يلي أهم اسباب الهوس :

✳ وجود الصراع والمواد والأفكار الداخلية غير السارة وتكون حالة الهوس شكلا من أشكال حيل الدفاع كتعويض وكوسيلة نسيان .

- * الفشل والاحباط ونقص الكفاية ومحاولة انكار ذلك عن طريق لعب دور النجاح والكفاية (بدون نجاح أو كفاية بالطبع) .
- * وجود مشكلات يهرب منها الفرد خارج نفسه لينسى ويبعد عن القلق .
- * وجود مواد مكتوبة تنفس لتقليل الصراع واسترخاء الانا الاعلى القاسى .
- وعندما يسترخى الانا الاعلى يضعف الكبت وتقلت الرغبات والدوافع التى يدور حولها الصراع وتظهر المواد الممنوعة فى مستوى الشعور وتجدها مخرجا فى السلوك الهوسى .

اعراض الهوس :

فيما يلى اهم اعراض الهوس :

- * المرح الشديد والسعادة الوهمية المفرطة والنشوة الزائدة (كانه سكران) والتفاؤل المفرط والتحمس الزائد . والثقة الزائدة فى النفس والشجاعة والخيلاء والشعور بالقدرة وكثرة المشاريع غير العملية .
- * هروب وطيران الافكار وسطحية التفكير والسلطة الفكرية . وتشتت الانتباه وعدم القدرة على التركيز ، والانتقال السريع بين الموضوعات ومقاطعة الآخرين بمجرد ورود افكار جديدة ، والاهام وافكار العظمة وتوهم الفنى والقوة والاهمية والغرور الزائد والهوسات أحيانا ، وسرعة الكلام وعلوه (أحيانا الكلام المسرحى) .
- * النشاط النفسى الحركى الزائد وعدم الاستقرار وزيادة التوتر وعدم المثابرة على العمل وسرعة الانجاز مع ضعف الانتاج والفوضى فى العمل .
- * النشاط الاجتماعى والانطلاق الزائد . والاسراف والكرم المفرط . والتبرج الزائد والتزين المفرط . واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية وعدم مراعاة مشاعر الآخرين ونقص النقد الذاتى .
- * سرعة الاستثارة والتهور والسلوك التخريبى أحيانا . والارهاق والانهك ونقص الوزن . والشراهة والادمان (فى بعض الحالات) . والارق واضطراب النوم بصفة عامة .
- * اسراع ضربات القلب وفرط العرق والانهك واحمرار الوجه واهتزاز الاطراف واضطراب الاخراج واضطراب الحيض .
- * النشاط الجنسى الزائد والاستعراض الجنسى والعري والكتابات الغرامية .

تشخيص الهوس :

من السهل التعرف على حالات الهوس الحاد . ويجب التفريق بين الهوس وبين هذاء العظمة وبين حالة الكحولية .

علاج الهوس :

يحسن علاج مرض الهوس (وخاصة الحاد) فى المستشفى . وفى حالة

الهيـاج الشـديد أو السلوك التـخريبي والنشاط الجنـسي والعـرى يجب عـمل حـساب ذلـك بوضـع المـريض فـي مـكان مـنفصل مـع رعايـة تـمريضـية خـاصة .

وفيما يلي أهم معالم علاج الهوس :

* العقاقير الطبية وخاصة المهدئات للسيطرة على التهيج وعدم الاستقرار النفسي الحركي ، وتستخدم المنومات مثل دورميل Dormil ويستخدم ثورازين (كلوربرومازين) (Thorazine (Chlopromazine) لاحتداث أكبر قدر ممكن من النوم . ويلجأ الكثير من المعالجين الى العلاج بالنوم المستمر ويستخدم علاج الرجفة الكهربائية (١٥ - ٢٠ جلسة) ثلاث مرات أسبوعياً ويستخدم العلاج المائي بالحمامات الدافئة (لتهدئة المريض) ويجب عمل حساب أى مضاعفات مثل الانهك أو هبوط القلب أو هبوط التنفس .

* ويعد التحكم في نوبة الهوس باستخدام الادوية أو الصدمات الكهربائية يبدأ العلاج النفسي لاستكشاف النواحي المرضية في الشخصية ومشاعر الوحدة وهبوط احترام الذات أو قيمة الذات وتكوين ردود الافعال التي تؤدي الى شعور بالقدرة على كل شيء والسيطرة والتحكم ، وحل مشكلات المريض .

* العلاج الاجتماعي والراحة والاجازات القصيرة من العمل . وتوجيه نشاط المريض الزائد وجهات بناء وعملية . والرقابة والإشراف في النواحي الاقتصادية والنشاط الجنسي .

* وفي بعض الاحيان يشاهد الشفاء التلقائي من الهوس في مدة تتراوح بين ٦ - ١٨ شهرا ولكنها تنزع أيضا الى العودة مرة أو مرات على فترات متفاوتة الطول يبدو الفرد أثناءها - في الظاهر - سويا . وقد يكون السلوك العادي مجرد عبور من نوبة الى نوبة أو من دور هوسي الى دور اكتئاب عبر فترة سواء .

* وفي حالة ازمان الهوس وعدم استجابته لعلاج الادوية والصدمات الكهربائية والعلاج النفسي يلجأ الاطباء كحل أخير الى الجراحة النفسية (شق الفص الجبهي) .

مال الهوس :

مع استخدام علاج الرجفة الكهربائية والادوية الحديثة المهدئة أصبح علاج الهوس بسيطاً وسريعاً . وإذا قورن الهوس بالاكتئاب فإن الهوس يقل احتمال ازمانه عن الاكتئاب .

ذهان الهوس والاكتئاب MANIC-DEPRESSIVE PSYCHOSIS

تعريف ذهان الهوس والاكتئاب :

هو مرض ذهاني يشاهد فيه الاضطراب الانفعالي المتطرف ، وتتوالى فيه دورات متكررة من الهوس والاكتئاب ، أو يكون خليطا من أدوار الهوس والاكتئاب (وقد يتخللها فترات انتقالية يكون فيها الفرد عاديا نسبيا) .

وهذا الاضطراب من أوائل الاضطرابات النفسية التي تعرف عليها القدماء المصريون والاعريق . وعرف عبر العصور احيانا باسم « جنون الهوس والكآبة » folie maniaco-mélancolique و « الجنون الدوري » folie circulaire

تصنيف ذهان الهوس والاكتئاب :

هناك أنماط كلينيكية ثلاثة لذهان الهوس والاكتئاب :

- * الهوس (حوالي ٣٠ ٪) .
- * الاكتئاب (حوالي ٤٥ ٪) .
- * الذهان الدوري أو المختلط (حوالي ٢٥ ٪) .

مدى حدوث ذهان الهوس والاكتئاب :

يحدث ذهان الهوس والاكتئاب في حوالي ٠.٥ ٪ من مجموع السكان . ويمثل حوالي ١٠ — ١٥ ٪ من مجموع الاضطرابات العقلية ويحدث في سن بين ٣٠ — ٦٠ سنة . وهو نادر الحدوث قبل البلوغ ، وهو أشيع لدى الاناث ، ويحدث لديهن في سن مبكرة عنه لدى الذكور . ويكون الحدوث حادا . ويكثر بين المثقفين والطبقات العليا . وهو نادر الحدوث في المجتمعات البدائية .

التشخيصية قبل المرض :

قبل حدوث المرض تنقسم الشخصية بأنها نواحية cyclod personality ويلاحظ الزواج الدوري ، أى التفاوت بين المرض والاكتئاب ، وبين التفاؤل والتشاؤم ، وبين النشاط والكسل بطريقة دورية وسريعة دون أسباب مباشرة .

وقبل حدوث المرض تنقسم شخصية المرضى الذين يطفئ عندهم دور الهوس بالاطموح الزائد والاهتمام بالنجاح ، والنشاط الزائد ، والاجتماعية الزائدة والانبساط .

وفي المرضى الذين يطفئ عندهم **دور الاكتئاب** يتضح القلق ، وبخس الذات ، والضمير الجامد ، والعنوان المكبوت ، وتقسيم الحياة الى ابيض واسود .

اسباب ذهان الهوس والاكتئاب :

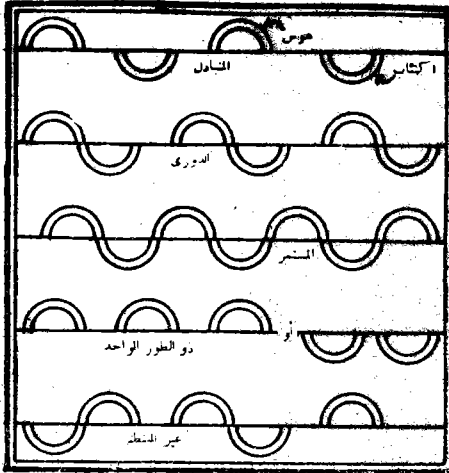
يعتقد أن **العوامل** الوراثية تلعب دورا مهما للانهيار في اتجاه ذهان الهوس والاكتئاب . ومن ناحية البيئة أو التركيب الجسمي يبدو أن النمط المكتنز أو البدين أكثر عرضة من غيرهم لردود الافعال العاطفية . ويربط البعض بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطرابات الغدد (وخاصة الكظرية والجنسية) . ويربط البعض كذلك بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطرابات الجهاز العصبي (مثل زهري الجهاز العصبي وأورام الفص الجبهي) . ويرى البعض أن هناك علاقة بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين اضطراب نسبة المعادن في الجسم .

ومن الاسباب النفسية : اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين واضطراب العلاقات الاجتماعية بصفة عامة . والاضغوط البيئية والانفعالية والعوامل الضاغطة في الحياة بصفة عامة ، وصعوبة التوافق معها . والاضطراب الانفعالي للوالدين أثناء طفولة المريض . وفقدان موضوع الحب وفشل العلاقات الشخصية الهامة بين الأزواج . وحدث اضطرابات انفعالية كثيرة في تاريخ المريض . والسلطة والمعايير الجامدة والعقاب الصارم . ونقص المكانة الاجتماعية .

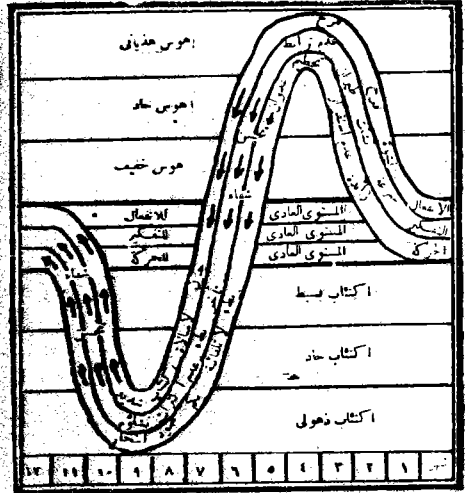
اسباب ذهان الهوس والاكتئاب :

هناك دوران متميزان في ذهان الهوس والاكتئاب هما : دور الهوس ودور الاكتئاب . ويأتى المرض في أدوار قد يتخللها فترات من السواء النسبي أو الصحة النفسية . (انظر شكل ١٠٨ ، ١٠٩) ، ويخالف وقت دوام كبل دور . فقد يقتصر على بضعة أيام وقد يستغرق عاما كاملا . وعلى العموم فدور الهوس غير المعالج لا يدوم أكثر من ستة أشهر عادة ، ودور الاكتئاب لا يدوم أكثر من تسعة أشهر . ويلاحظ أن أدوار الهوس اقل كثيرا من ادوار الاكتئاب .

والاضطراب الاساسي يصيب الانفعال والتفكير والنشاط الحركي فيسرع في دور الهوس فتشاهد المرح وطيران الافكار وزيادة النشاط الحركي ، ويبطئ في دور الاكتئاب فتلاحظ الحزن وبطء التفكير ونقص النشاط الحركي ، ومن ثم يطلق البعض على اهم اعراض ذهان الهوس والاكتئاب « ثلاث الهوس أو ثلاث الاكتئاب » .



(شكل ١٠٩) ذهان الهوس
والاكتئاب « أنواع التناوب بين
دوري الهوس والاكتئاب »



(شكل ١٠٨) دورة نموذجية كاملة
من ذهان الهوس والاكتئاب

وقد يبدأ المرض بحالة هوس بأعراضها المختلفة ثم يبدأ في حالة تحسن ثم يدخل في دور الاكتئاب ثم يبدأ في حالة تحسن ليعود بعدها الى دور نسبي كما ذكرنا . وقد يظل المريض في دور الهوس او في دور الاكتئاب أو يزواج بينهما بصورة دورية منتظمة فينتقل من دور الهوس الى دور الاكتئاب ثم يعود الى دور الهوس بدون فترات سواء نسبي . وقد تكون الدورات غير منتظمة فتتوالى دورتان أو ثلاث من الاكتئاب ثم تتبعها دورتان من الهوس . . وهكذا .

ويتصف ذهان الهوس والاكتئاب بالافراط في ردود الفعل الانفعالية والتذبذب الانفعالي الخطير والتقلب المزاجي السريع الدوري . ويتصف كذلك بنشبت الانتباه واضطراب الذاكرة للأحداث الحديثة .

وفي الحالات المختلفة تتصف الحالة ببعض أعراض دور الاكتئاب مختلفة لبعض أعراض دور الهوس . فمثلا نجد ما يسمى « الاكتئاب الباسم » smiling depression ، و « الذهول الهوسي » manic stupor

وبالرغم من حدة الأعراض فإن التدهور العقلي والانفعالي لا يحدث . ويظل المريض متصلا بالواقع .

اعراض دور الهوس manic phase

(راجع اعراض الهوس ص ٤٦٦) .

اعراض دور الاكتئاب depressive phase

(راجع الاكتئاب ص ٤٢٩) .

تشخيص ذهان الهوس والاكتئاب :

من الملاحظات المساعدة في التشخيص ما يلي : بداية المرض عادة فجائيا وتليلا ما نجده يحدث متدرجا ، وتنتهى الدورة في حدود ستة أشهر إما تلقائيا أو نتيجة العلاج ، والعودة للمرض مرة أخرى متوقعة ، ولا يحدث تدهور عقلى أو انفعالى عند المريض .

ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين أعراض المرح أو الاكتئاب التى تصاحب بعض أشكال الذهان العضوى . ففى ذهان الهوس والاكتئاب لا تتأثر الذاكرة والذكاء والوعى بينما تتأثر وتتدهور فى الذهان العضوى .

ويجب التفريق بين ذهان الهوس والاكتئاب وبين الفصام . ففى ذهان الهوس والاكتئاب يكون اضطراب الشخصية مسألة « كم » أى يكون مسألة « أكثر » أو « أقل » من الحالة السوية ، ويكون هناك انسجام بين المزاج ومحتوى التفكير والسلوك ، ويكون اضطراب التفكير وعدم الترابط أقل وضوحا ، بينما يكون فى الفصام مسألة تفكك الشخصية ، ويبدو ذلك واضحا فى السلوك ، ويكون التفكير واضح الاضطراب وغير مترابط وتحدده الهلوسات والهذيان والافكار الشديدة الغرابة .

علاج ذهان الهوس والاكتئاب :

العلاج ضرورى فى المستشفى وخاصة فى الحالات الحادة وفى حالة الخوف على حياة المريض أو الآخرين . وفيها يلى أهم معالم علاج ذهان الهوس والاكتئاب :

* العلاج الطبى ، ويعتمد على الدور الذى يعالج المريض اثناءه . ويفضل الأطباء استخدام ثيوريدازين Thioridazine لما له من اثر مزدوج فى الهوس والاكتئاب (كوجلر وبريل Kogler & Brill ١٩٦٧) .

* وفى دور الهوس يجب السيطرة على النشاط النفسى الحركى الزائد وعلى السلوك . ويمكن تحقيق ذلك باعطاء كلوربرومازين Chlorpromazine واعطاء المسكنات حتى تنتهى النوبة وكذلك العلاج بالرجفة الكهربائية والعلاج المائى كمسكن (راجع أيضا علاج الهوس ص ٤٦٩) .

* وفى دور الاكتئاب يجب السيطرة على الاكتئاب ورفع الحالة المزاجية باستخدام الادوية مثل توفرانيل Tofranil وامبرامين Imipramine

والعلاج بالرجفة الكهربائية ، وعلاج الاعراض المصاحبة مثل فقد الشهية والارق والقلق ، وحماية المريض من الانهك الشديد او الموت جوعا ، والرعاية الخاصة للمرضى الذين يؤثرون انفسهم او يحاولون الانتحار (راجع ايضا علاج الاكتئاب ص ٤٣٣) .

* العلاج النفسى (بعد الاجراءات الطبية التى تجعل المريض اكثر استعدادا للعلاج النفسى) ويهدف العلاج النفسى فى هذه الحالة الى المساندة والدعم والحماية اثناء الدور ، ولهم وحل مشكلات المريض رصراعاته واجباطاته واعطاء الامل فى الشفاء .

* العلاج الاجتماعى والعلاج البيئى وتخفيف الضغوط البيئية لتدعيم توافق المريض اجتماعيا على المدى الطويل . والعلاج بالعمل لاثارة اهتمام المريض وانتزاعه من افكاره السوداء ومن التركيز حول ذاته فى دور الاكتئاب ، ولتنظيم وضبط وتصرف نشاط وطاقته المريض فى دور الهوس .

* العلاج الوقائى ضد النكسة (لأن ذهان الهوس والاكتئاب يميل الى المعاودة) ولذلك يجب ابقاء المريض تحت الملاحظة الدقيقة لمدة طويلة وتحت العلاج والتوجيه وتعليمه كيف يعبر عن انفعالاته وكيف يتجنب النكسة . ويلاحظ أن المريض قد يشفى فجأة ثم يعاوده المرض مرة أخرى . واذا حدثت النكسة فأنها تحدث بعد فترة تتراوح بين بضعة شهور الى بضع سنوات .

* هذا ويجب دائما الاحتراس من خطر انتحار المريض او قتل الغير .

مآل ذهان الهوس والاكتئاب :

مآل ذهان الهوس والاكتئاب حسن عموما . ويعتبر المآل حسنا : كلما كن المريض متوافقا فى الفترة قبل الذهان ، وكلما كان البدء مفاجئا وحادا ، وكلما كانت هناك عوامل مرسبة خارجية واضحة ، وكلما قل تكرار النوبات ، وكلما بدا العلاج مبكرا .

الاضطرابات النفسية الجسمية

PSYCHOSOMATIC DISORDERS

تعريف الاضطرابات النفسية الجسمية :

الاضطرابات النفسية الجسمية هى اضطرابات جسمية موضوعية ، ذات اساس وأصل نفسى (بسبب الاضطرابات الانفعالية) ، تصيب المناطق والاعضاء التى يتحكم فيها الجهاز العصبى الذاتى . ويوجد فرع كامل من فروع الطب النفسى هو الطب الجسمى Psychosomatic Medicine يهتم اهتماما خاصا بهذه الاضطرابات .

النفس والجسم :

الإنسان يسلك في محيطه البيئي كوحدة نفسية جسمية ، تتأثر الحالة النفسية بالحالة الجسمية والعكس صحيح في توازن تحت الظروف العادية لشخصية سوية متوافقة . والجسم يعتبر وسيطا بين البيئة الخارجية وبين الذات ككيان نفسي . ويؤدي الضغط الانفعالي الشديد المزمّن واضطراب الشخصية الى أن يضطرب هذا التوازن .

وهناك علاقة مباشرة بين الانفعالات والجهاز العصبي الذاتي الذي تنتقل اليه هذه الانفعالات عن طريق المهاد hypothalamus والجهاز العصبي الذاتي يترجم التوتر الانفعالي المنقول اليه الى تغيرات فسيولوجية في وظائف الاعضاء (١) . والاجهزة التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي هي : الجهاز الدوري والجهاز التنفسي والجهاز الهضمي والجهاز الغدّي والجهاز العضلي والهيكلى والجهاز التناسلي والجهاز البولي والجلد .

وكتوضيح على أن الانفعال يؤثر على العمليات الفسيولوجية نجد أن انفعال الحزن يؤدي الى انسكاب الدموع وأن انفعال الغضب يؤدي الى اسراع ضربات القلب وأن انفعال الخجل يؤدي الى احمرار الوجه وأن انفعال الخوف يؤدي الى شحوب الوجه وأن القلق يؤدي الى فقد الشهية . ومن المعروف انه كما يسبب المرض الجسدي الاكتئاب ، فان الارهاق العصبي يؤثر في وظائف أعضاء الجسم المختلفة .

ونحن نعلم انه لا يوجد جسم بدون نفس الا الجماد والجثث ، ولا يوجد نفس بدون جسم الا الارواح والاشباح ، ولا يوجد مرض جسدي بحت يؤثر في الجسم دون النفس ، ولا يوجد مرض نفسي بحت يؤثر في النفس دون الجسم .

واذا حدث أن أعيق التعبير الانفعالي وتوالى الاحباط والصراع والقمع والكبت وازمن الانفعال بدأ تحويله وظهرت الاعراض النفسية الجسمية .

مدى حدوث الاضطرابات النفسية والجسمية :

حوالي ٤٠ - ٦٠ ٪ من المرضى الذين يترددون على الاطباء يعانون من اضطرابات جسمية .

(١) وبعد عملية تحويل الانفعالات المزمنة الى اعراض نفسية جسمية تختفي هذه الانفعالات ولا تظهر على السطح ويكون التركيز كله على الاضطراب الجسدي .

والاضطرابات النفسية الجسمية أكثر تفشيًا في الحضارات المعقدة التي يشيع فيها الصراع والتنافس والقلق والخوف والاستثارات الجنسية المستمرة . وهي أكثر حدوثًا في الطبقة المتوسطة حيث التأثير واضح بالحياة الاجتماعية ، وهي أكثر شيوعًا لدى الإناث منها لدى الذكور . ونسبة كبيرة جدا من حالات التغيب عن العمل ترجع الى شكاوى نفسية جسمية . وفي القوات المسلحة يلاحظ ارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية الجسمية . وأكثر الاعراض شيوعًا هي تلك التي تتعلق بالجهاز اندورى والهضمى والجنسى .

الشخصية قبل المرض :

تتسم الشخصية قبل المرض بالسمات الآتية : عدم النضج الانفعالى ، والحساسية النفسية (وخاصة لما يهدد الذات) ، والاهتمام بالجسم والصحة : والتمركز حول الذات والميل لجذب انتباه الآخرين ، والتوتر والانطواء ، والنشاؤم والانهازمية ، وعدم الثقة فى النفس وفى الآخرين ، والشعور بالرفض والظلم ، والاعتماد على الآخرين ، والحاجة الى واحترام السلطة . ونقص الهوايات والميول والاهتمامات ، والاهتمام أكثر بالنشاط العقلى المعرفى ، ووجود صراع على السلطة ، والطموح الزائد عن القدرات ، والجدية الزائدة ، والضمير الحى .

أسباب الاضطرابات النفسية الجسمية :

وفيما يلى أهم أسباب الاضطرابات النفسية الجسمية :

- * الامراض العضوية فى الطفولة التى تزيد احتمال تعرض اعضاء معينة من الجسم للمرض . وقلق الفرد على صحته .
- * اضطراب العلاقات بين الطفل والوالدين فى عملية الغذاء والتدريب على الإخراج . ونقص الامن وفقد الحب والخوف من الانفصال والحرمان والحاجة الى القبول ، وفقر واضطراب المناخ الانفعالى فى المنزل وسيادة جو العدوان والمساكنات والغيرة ، والخلافات الاسرية وعدم السعادة الزوجية . . . الخ .
- * الصراع الانفعالى الطويل مثل الصراع بين الاعتماد على الغير وبين الاستقلال . والكبت الانفعالى (وخاصة كبت الغضب المرتبط بنقص القدرة والقوة) والعدوان المكبوت واختزان الحقد والغيط والشعور الطويل بالظلم . والضغط الانفعالى الشديد المستمر والتوتر النفسى ، والانفعالى الطويل الزمن واستدخال التوتر وتحويله داخليا وتسلبه

- على عضو ضعيف فيحدث اضطراب في طاقته الوظيفية العادية (١) .
- والخوف وعدم الشعور بالامن . والاحباطات المتراكمة في الاسرة والعمل . والقلق الشامل المستمر وخاصة عندما يوجد حائل دون التعبير اللغوي أو النفسي الحركي عنه . والحزن العميق على وفاة عزيز أو الطلاق أو الفشل . والمطامح غير الواقعية أو غير الممكن تحقيقها .
- والضغوط الاجتماعية والبيئية واضطراب العلاقات الاجتماعية .
- * التجارب الجنسية الصادمة أو الحب المحرم ومشاعر الائم وعدم الرضا الدائم .
- * التعرض للمواقف الحربية العنيفة .

تشخيص الاضطرابات النفسية الجسمية :

يجب أولا الاهتمام بالفحص الطبى الشامل ، واستطلاع تاريخ حياة المريض وتاريخ المرض وتكوين وبناء الشخصية .

ويلاحظ أن المريض لا يعترف بسهولة بأن مرضه نفسى جسمى ولكنه يصبر غالبا على أنه جسمى فقط .

ويلاحظ أيضا أنه عند معرفته بهذا التشخيص تبدو دفاعاته النفسية في النشاط بشكل ملحوظ وقد تزداد حدة نوبة المرض بشكل واضح أثناء محاولة التشخيص .

ومن العلامات الدالة على أن الاضطراب نفسى جسمى : وجود اضطراب انفعالى يعتبر عاملا مرسبا ، وارتباط الحالة بنمط معين من أنماط الشخصية ، ووجود اضطراب نفسى جسمى سابق لدى المريض ، ووجود تاريخ مرضى في الاسرة لنفس المرض أو اضطراب مشابه ، وسير المرض يكون مرحليا (مراحل شفاء ومراحل مرض) .

ويلاحظ الشبه الكبير بين أعراض المرض النفسى وبين أعراض التوتر الانفعالى .

ويجب المفارقة بين العرض النفسى الجسمى وبين العرض كأحد أعراض الأمراض النفسية الأخرى . فمثلا قد تكون العنة أو الضعف الجنسي أو البرود الجنسي أو فقد الشهية العصبى اضطرابا نفسيا جسمى في حد ذاته وقد تكون عرضا من أعراض الاكتئاب .

(١) نحن نعرف أن التوتر يعتبر بمثابة تهديد دائم للقلب .

ومما يؤثر عن على بن أبى طالب أنه قال : « اللهم يذيب الجسد » ، وقوله : « الحزن يهدم الجسد » وقوله : « اللهم نصف الهرم » .

ويجب المفاصلة بين الاعراض النفسية الجسمية وبين الاعراض الهستيرية .

وفيما يلى جدول يوضح اوجه الاختلاف بين الهستيريا والمرض النفسى الجسمى .

جدول (٩) اوجه الاختلاف بين الهستيريا والمرض النفسى الجسمى

الهستيريا	المرض النفسى الجسمى
— تصيب الاعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى المركزى	— يصيب الاعضاء التى تسيطر عليها الجهاز العصبى الذاتى
— الاعراض تعتبر تعبيراً لرمزية غير مباشرة عن دوافع مكبوتة وتخدم غرضاً شخصياً لدى المريض .	— الاعراض عبارة عن نتائج مباشرة لاضطرابات انفعالية تخل بتوازن الجهاز العصبى الذاتى .

اشكال الاضطرابات النفسية الجسمية :

عرفنا ان الاضطراب النفسى الجسمى يعتبر استجابات لا شعورية جسمية للتوترات الانفعالية . وعرفنا ايضا ان الاجهزة التى تتناوب الاضطرابات النفسية والجسمية هى : الجهاز الدورى ، والجهاز التنفسى والجهاز الهضمى والجهاز الغددى ، والجهاز التناسلى والجهاز البولى ، والجهاز العضلى والهيكلى ، والجلد ، والجهاز العصبى .

ولا شك ان اختيار الاعراض يتوقف على ما يلى : وجود استعداد تكوينى يقوم على الوراثة ، وجود استعداد تكوينى نتيجة للخبرات الاولى فى الطفولة ، وضعف الجهاز المختار (كما فى حالات الاصابة والعدوى) ، واضطراب عضو مشابه لدى محبوب أو قريب ، واصابة أو مرض العضو من قبل فى مرض عضوى أو حادثة ، والمعنى الرمزي الذى يضيفه المريض على العضو ، وطبيعة الضغط الانفعالى ، وجود أى كسب ثانوى محتمل لظهور العرض فى عضو معين بالذات .

وفيما يلى سوف نتناول اشكال الاضطرابات النفسية الجسمية فى اجهزة الجسم المختلفة ، وسنكتفى بالقدر الضرورى فقط من التفاصيل الخاصة بعرض معين من الاعراض . اما فيما عدا هذا فنتطبق الأساليب المعتادة وطرق العلاج المعتادة فى الحالات النفسية الجسمية .

اضطرابات الجهاز الدورى (١) : وأهمها :

الذبحة الصدرية : وهى عبارة عن تقلص فى الشرايين التاجية يعوق سير الدم فيها مؤقتا ، وينتج عن ذلك نقص فى تغذية عضلات القلب مما يسبب نقصا فى الاكسجين اللازم لتمثيلها الغذائى ، ويستتبع ذلك حدوث آلام فى الصدر . وقد يؤدي ذلك أيضا الى عوامل تؤدي بدورها الى انسداد الشريان وينتج عن ذلك الجلطة الدموية فى شرايين القلب مما يعرض حياة المريض للخطر .

عصاب القلب : Cardiac Neurosis ويعبر عن مجموعة اعراض نفسية المنشأ مجملها اضطراب عمل القلب ، واعراضه الخفقان واللغط وعدم الانتظام والالم وتشنج القلب Cardiospasm وقصر التنفس والتعب لأقل مجهود ، ويصاحبه خواف الموت ، وعادة ما تشاهد عوامل مرسية مثل حدوث مرض بالقلب أو حدوث مرض قلبى لدى حبيب أو قريب (٢) .

ارتفاع ضغط الدم : يلاحظ ان العصاب العارض يؤدي الى ارتفاع عارض فى ضغط الدم . كذلك يؤدي الغضب المزمن الى ارتفاع مستمر فى ضغط الدم . واستمرار ارتفاع ضغط الدم يضع عبئا ثقيلا على الاوعية الدموية قد يؤدي الى نزيف فى المخ أو جهد زائد على القلب .

انخفاض ضغط الدم : ويصاحبه الانهالك والعزوف عن أى عمل مرهق والرغبة فى النوم .

الإغماء : حيث يفقد المريض وعيه عندما يحدث انخفاض مفاجئ فى ضغط الدم .

اضطرابات الجهاز التنفسى : وأهمها :

الربو الشعبى : Bronchial Asthma ويطلق عليه أحيانا اسم الربو العصبى asthma nervosa ويشاهد فيه صعوبة التنفس نتيجة لتقلص الشعبات وتورم اغشيتها المخاطية وزيادة افراز الغدد المخاطية القصية والشعور

(١) هى التى تحدث فى القلب والدورة الدموية . والقلب عضو هام حساس تؤثر فيه الانفعالات تأثيرا شديدا كالحب والكره والسرور والحزن ... الخ ، وهو مركز الايمان والعقيدة وقد جعله الادباء والشعراء مركز الحب والكره والعطف والخوف ... الخ .

(٢) من المعروف ان العصب المتجول يؤثر فى معدل ضربات القلب ، بحيث يحدث الاسراع أو البطء اذا حدث اضطراب انفعالى يؤثر على هذا العصب الهام . (كولب Kolb ، ١٩٦٨) .

بالضغط على القصص الصدرى وضيق الصدر والتهجان وصعوبة مرور الهواء الى ومن الرئتين . وتحدث التوبات عادة عقب احداث انفعالية .

ومنها ايضا : التهاب مخاطية الانف Rhinitis

اضطرابات الجهاز الهضمى : واهمها :

قرحة المعدة : Gastric Ulcer أو القرحة الهضمية Peptic Ulcer

يلاحظ ان القلق الوقتى يؤدى الى اضطراب معدى مؤقت . كذلك يؤدى القلق المزمن الى قرحة المعدة . ونحن نعلم انه بمجرد وصول الطعام الى المعدة تفرز العصارات المعدية لهضمه . ولكن التوتر الانفعالى يسبب دفع كمية اكبر من العصارات الهضمية الحمضية تزيد عن الكمية المطاوعة فتتهضم الطعام ثم تهضم الغشاء المخاطى للمعدة ثم جدارها مسببة القرحة . ويلاحظ أن القرحة اشييع لدى الرجال منها لدى النساء .

التهاب المعدة المزمن : Chronic Gastritis ويشمل اعراضا معدية مختلفة مثل عسر الهضم والتجشؤ أو الجشاء واخراج الغازات بكثرة وقرقرة الامعاء والام البطن .

التهاب القولون : Colitis ويشاهد فيه تناوب الاسهال والامساك والتقلصات أو المصص وامتلاء البطن بالغازات ووجود المخاط في البراز .

فقد الشهية العصبى (الخلفة) : Anorexia Nervosa

وفيه يشاهد رفض الطعام وعدم الرغبة فيه وعدم الاقبال عليه وما يعاحب ذلك من نحافة ونقص الوزن وجفاف الجلد وبرودة الاطراف ... الخ . وقد يحدث نتيجة اضطراب الغدد ، وقد يكون رد فعل لخواف السمنة (١) . وفي الحالات الشديدة من فقد الشهية العصبى تظهر اعراض مصاحبة مثل انقطاع الحيض وغياب الرغبة الجنسية والهزال وتشاهد بعض الاضطرابات السلوكية . ويعتبر فقد الشهية العصبى رمزا لرفض الحب والشهاد الجنسي وعقاب الذات نتيجة شعور بالذنب .

الشراهة : Bulimia وشراهة الاكل تكون في الغالب نتيجة ارغبة جارئة وحاجة ملحة للحب ولتمك موضوع الحب .

(١) ويعزى ذلك الى عدم النضج النفسى الجنسى والصراع الجنسى . فبعض الافراد يربطون بين البدانة أو السمنة وبين الحمل ، ويعتقد الاطفال — خطأ — أن الحمل يحدث نتيجة الاخذ من الفم .

التقيؤ العصبى : Nervous Vomiting يشاهد الغثيان والتقيؤ العصبى ويرتبط غالبا بالشعور بالذنب وكرمز لرفض الحمل أو مقاومة الرغبة فى الحمل ، أو قد يرتبط ببعض الممارسات الجنسية الفموية الشاذة .

ومنها أيضا : الإمساك المزمن chronic constipation والإسهال diarrhea

اضطرابات الجهاز الغددى (١) : وأهمها :

مرض السكر : Diabetes حيث يضطرب التمثيل الغذائى للجلوكوز ويرتفع مستواه فى البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الانفعالى .

البدانة (السمنة المفرطة) : Obesity حيث يزيد الشحم فى الجسم ويزيد وزن الجسم ٢٥٪ عن وزنه المعيارى . ويقول البعض أن الشخص البدين يعاني من الحرمان ويكون لديه حاجة للحب والعطف والأمن وتقدير الذات يشبعها ويعوضها رمزيا بالاكل . وتكون صورة الجسم لدى البدين مشبعة انفعاليا حيث أنها تمثل الرغبة فى الكبر والقوة .

التسمم الدرقي (فرط افراز الدرقية) : Hyperthyroidism حيث تتضخم الغدة الدرقية ويزيد افراز هرمون الثيروكسين ويفقد المريض وزنه ويصبح متوترا عصبيا وتجحظ عيناه ، ويبدو شكله كما لو كان منزعجا . والحقيقة أن تسمم الغدة الدرقية يتأثر باضطراب الغدة النخامية ، وهى تفرز ضمن ما تفرز هرمونين ينشط احدهما افراز الثيروكسين والثانى يزيد من كمية الشحم خلف العينين وبذلك تبرز العينان الى الامام (جحوظ العينين) .

اضطرابات الجهاز التناسلى (٢) : وأهمها :

العنة (الضعف الجنسى عند الرجل) : Impotence ولها عدة

(١) معظمها نقص افراز الهرمونات أو فرط افراز الهرمونات .

(٢) الجهاز التناسلى جهاز أساسى يتعلق باحدى الفرائز الحيوية وهى العملية الجنسية التى تضبطها المعايير الاجتماعية والدينية ، ولذلك يرتبط به اثناء نمو الفرد وتنشئته اجتماعيا مجموعة من الانفعالات والاحباطات والصراعات .

هذا وأهم اسباب الاضطرابات النفسية الجسمية فى الجهاز التناسلى بالإضافة الى الاسباب العامة للاضطرابات النفسية الجسمية والتى سبق ذكرها ما يلى : الخوف الشديد من الحمل ، والخوف الشديد من الأمراض التناسلية والرفض اللاشعوري للدور الجنسى ، وضعف الثقة فى النفس والشك فى القدرة على القيام بالعملية الجنسية ، وعقدة أوديب أو الكترا غير المحلولة ، وضعف الليبدو (أى الشهوة والرغبة والطاقة الجنسية) ، ونقص الجاذبية والاثارة الجنسية لدى الشريك (وفى هذه الحالة تجد الزوج مثلاً

اشكال منها : عدم القدرة على الانتصاب نهائيا مع عدم وجود ميل للجماع ، وفشل جزئى للانتصاب مع ميل جزئى للجماع ، وفشل دورى للانتصاب مصحوب بشهوة محدودة ، وزوال الانتصاب بعد الايلاج وعدم اتمام العملية الجنسية ، والعجز عن أداء العملية الجنسية مع انشئ دون أخرى (١) .

القذف المبكر : Premature Ejaculation او الانزال السريع جدا
بعد بداية الجماع في حدود ثوان بحيث يسبق انتماظ المرأة مما يؤدي الى سوء توافق الحياة الجنسية .

القذف المتأخر : Retarded Ejaculation او الانزال البطيء جدا
او المتأخر .

البرود الجنسي (عند المرأة) Frigidity وهو اعراض المرأة عن العناية الجنسية او نفورها منها او نقص او عدم الاستجابة الجنسية وسلبية المرأة وعدم تجاوبها أثناء العملية الجنسية او عدم القدرة على الوصول الى الذروة الجنسية الأخيرة ، وهو باختصار غياب الجانب الجنسى للحب عند المرأة .

فاشلا في علاقاته الجنسية مع زوجه ناجحا تماما في علاقاته الجنسية خارج نطاق الزواج) ووجود آخرين في حياة الفرد الجنسية والعدوان المكبوت والرغبة اللاشعورية لجرح الشريك ، وعدم التكافؤ في الرغبة والقدرة الجنسية بين الشريكين ، ونقص وسوء التربية الجنسية والانجاهات السالبة والاشكار الخاطئة والاراء والمحرمان الكثيرة بخصوص العملية الجنسية والخنجل والحياء المفرط ، وخرافات الجنس ، والفشل في الانتصاب في اول محاولة للاتصال الجنسى او في مناسبة هامة ، والخوف من أن يرى الآخرون او يسمعون العملية الجنسية والانحرافات الجنسية مثل الجنسية المثلية الكامنة والاستهزاء المفرط ، والأمراض مثل الزهري ، وشوه أعضاء التناسل والدميم بالمخدرات والكحول (حيث تثير الرغبة وتبطل العمل) ، وكبر السن .

(١) قد تحدث العنة بالصدمة مرة للرجل في مناسبة معينة نتيجة للارهاق في العمل او الانفعال مثلا ، وهذا يجب ناول الامر بمنهى الحكمة وكلن شيئا لم يكن . اما اذا تركز الانتباه على هذا الفشل العابر وابتدت المرأة اشمئزازا او معابرة او استخفافا فان ذلك قد يؤدي الى العنة فعلا . وقد تحدث العنة نتيجة التركيز الارادى على العملية الجنسية التى يتحكم فيها الجهاز العصبى اللاارادى لان الفرد في هذه الحالة يتحكم جهازا غير مختص (الجهاز العصبى المركزى) بدل الجهاز المختص (الجهاز العصبى الذاتى) في اتمام العملية فيحدث الفشل .. الخ .

تشنج المهبل : Vaginismus أى التقلص اللا ارادى فى عضلات المهبل مما يجعل ايلاج القضيب صعبا أو مستحيلا وتكون النتيجة هى الجماع المؤلم أو عسر الجماع dyspareunia ، وهذا يعبر عن النفور من الجماع وتجنبه .

اضطراب الحيض : Menstrual Disorder ويكون ذلك فى شكل عسر الحيض وتوقفه وعدم انتظامه أو انقطاعه ويسبقه التشنج النفسى والتهيج والاكتئاب والارق ، ويصاحبه الألم والغثاسان والقيء والاعب الجسمى العام . وقد يصاحب انقطاع الحيض عند المرأة الزائفة الحمل أو الخائفة منه فتتوهم الحمل ويشاهد لديها انتفاخ فى البطن ونفخات فى الثديين وزيادة فى الوزن أو ما يماثل الحمل وهى ليست بحمل . وهذه الحالة تسمى الحمل الكاذب pseudocyesis وقد تحدث هذه الحالة حتى ولو لم يحدث جماع بالمرة .

العقم : Sterility وهو فى نفس الوقت يعتبر سببا مهيئا ومرسبا للأمراض النفسية ، ويبعث على الشعور بالنقص وعدم الكفاية وقد يستتبعه الضعف الجنى وخيبة الأمل والشعور بالحرمان من غريزة الوالدية .

ومنها أيضا : **الاجهاض المتكرر Repeated Abortion**

اضطرابات الجهاز البولى : وأهمها :

• احتباس البول

• كثرة مرات التبول

سلس البول (البوال) Enuresis

اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى (١) : وأهمها :

الآلام الظهر (لومباجو) : Lumbago وتكون غالبا فى أسفل العمود الفقرى . وتظهر الآلام بصفة خاصة أثناء العمل والاضطراب والاجهاد الانفعالى . وهذا العرض من أشهر الاعراض فى القوات المسلحة خاصة وقت الحروب .

(١) يلعب الخوف والقلق دورا هاما فى زيادة توتر الجهاز العضلى والهيكلى . وعندما يزمّن الخوف والقلق ويستمر التوتر فإن الجهد العضلى الناجم عنه يكون مؤلما . وقد تكون اضطرابات الجهاز العضلى الهيكلى تعبيرا رمزيا عن استياء المريض من المسؤوليات التى تثقل كاهله .

التهاب المفاصل الروماتزمي : Rheumatoid Arthritis وأهم اعراضه ألم المفاصل وتورمها وصعوبة الحركة . ويشاهد أكثر لدى الاناث .

اضطرابات الجلد (١) : وأهمها :

الشرى (ارتيكاريا) : Urticaria وهى عبارة عن طفح جلدى بشكل بثور ناتئة يسبب حكاكا قد يكون شديدا . ويقال انها تمثل رمزيا البكاء المكبوت .

التهاب الجلد العصبي : Neurodermatitis ويقال انه يرتبط بالرغبة الجنسية المكبوتة .

الحكاك : (الحكّة) او الهرش Pruritis ويعتبرها الكثيرون تعبيراً عن العدوان المكبوت والتوتر النفسى والدافع الجنى وتعبّر عن عقاب الذات كاستجابة للشعور بالذنب .

الاكزيما العصبية : وهى مناطق جلدية بها هرش شديد وتظهر غالبا فى الرقبة وحول الحاجب وأعلى الصدر والاعضاء التناسلية .

سقوط الشعر (الثعلبة) : ويكون محدودا أو قد يشمل كل الرأس .

فرط العرق : Hyperhidrosis ويكون العرق غزيرا عادة فى الكفين وبطن القدمين وتكون الاطراف باردة .

ومنها ايضا : **الحساسية Allergy** وبثور الشباب أو حب الشباب (وخاصة فى سن المراهقة) .

فى الجهاز العصبي : وأهمها :

الصداع النصفي (الشقيقة) : Migraine يؤدى التوتر الانفعالى الزائد الذى يؤدى الى ارتفاع ضغط الدم فى المخ الى الصداع . ويحدث أكثر لدى الاناث .

(١) الجلد هو عضو الإحساس العام ، ويتصل بالجهاز العصبي وبالجهاز الدورى وبالجهاز الغددى ، ويخضع للحالات الانفعالية ، ويظهر عن طريقه التعبير الانفعالى الشعورى والاشعورى ، ويخضع للتأثير المباشر من الجهاز العصبي الذاتى ويخضع للتأثير غير المباشر لنشاط الغدد . والجلد هو الفطاء الخارجى للجسم وهو واجهة الشخصية ومظهرها ، أو هو حلقة الوصل بين الذات الداخلية وبين العالم الخارجى ، ومن ثم فله أهمية خاصة عند الفرد وقد يؤدى الشعور بالذنب الى « تشويه الذات » فى صورة اعراض نفسية جسمية فى الجلد .

احساس الاطراف الكاذب : Phantom Limbs ويحس به مقطوعو
الاطراف . وتعتبر هذه الظاهرة عن بقاء صورة الجسم الاصلية بعد فقد
طرف من الاطراف أو عضو من أعضاء الجسم . وفي الوضع العادى يبدو
احساس الاطراف الكاذب فى الزوال مع الوقت حين يتوافق المريض وتتكون
صورة جديدة للجسم .

علاج الاضطرابات النفسية الجسمية :

تستعمل الاضطرابات النفسية الجسمية على العلاج الطبى أو
الجسمى وحده أو العلاج النفسى وحده ، ولذلك فمن الضرورى الجمع
بينهما . وتؤكد الاضطرابات النفسية الجسمية ضرورة الاهتمام بالمريض
والمرض .

وفيما يلى اهم معالم علاج الاضطرابات النفسية الجسمية :

* العلاج النفسى المركز على سبب المرض والذى يتناول النواحي
الانفعالية وحل مشكلات الشخصية وازالة العقبات وحل الصراعات
الانفعالية والتنفيس الانفعالى لازالة القلق المزمن واعادة الثقة فى
النفس وتنمية البصيرة وتنمية الشخصية نحو النضج الانفعالى بصفة
خاصة . والعلاج النفسى التدعيمى المرن الذى يهدف الى تعديل نمط
حياة المريض ونصح المريض بتجنب مواقف الانفعال الشديد والاجهاد
العقلى المتواصل وان يأخذ الحياة هونا . والعلاج النفسى الجماعى
مع الحالات المشابهة الاعراض مثل السمنة والقرحة .. الخ . أما
الاضطرابات الجنسية مثل العنسة والبرود الجسمى ... الخ فهى
تحتاج الى علاج نفسى فردى . وعلاج الشرح والتفسير لشرح العلاقة
بين الانفعال ورد الفعل الفسيولوجى . واعادة تعليم المريض بخصوص
الافكار الخاطئة . وقد يستعان بالتأويم الايحائى كما فى حالات الربو
والتهاب الجلد والتهاب القولون .

* الارشاد النفسى للمريض والاسرة وارشاد الأزواج .

* العلاج السلوكى كما فى حالات فقد الشهية العصبى والبدانة مثلا
(بلندر وآخرون . Blinder, et al. ١٩٧٠) .

* العلاج البيئى لتخفيف الضغوط على المريض فى الاسرة والعمل والجماعة
واتحسين حياة المريض بتعديل ظروفها . والعلاج بالعمل .

* وفى حالة وجود الاضطراب النفسى الجسمى لدى الاطفال يوجه العلاج
النفسى الى الوالدين وخاصة الام . وقد يستدعى الحال علاج الاسرة
كلها فى بعض الحالات .

* العلاج الطبى لعلاج الاعراض الجسمية . ففى حالة القرحة يتبع
المريض نظاما معيناً للاكل ويتناول الادوية اللازمة . وفى حالة البدانة

يستعان بالأدوية وتنظيم الغذاء ، وتستخدم المسكنات والمهدئات للتحكم من التوتر والقلق . ومن أهمها كلوربرومازين Chlorpromazine ليبريوم Librium ، فالسيوم Valium وقد يستدعى الأمر التدخل الجراحي في بعض الحالات كما في حالات القرحة مثلا . ويستعين بعض المعالجين بالدواء الوهمي placebo

ملاحظات حول الاضطرابات النفسية الجسمية :

ويمكن تبسيط النموذج الاساسى للاضطراب النفسى الجسمى كما يلى :

المثير ←	المتغير الوسيط ←	الاستجابة
(مثير يستثير)	(حالة استثارة انفعالية)	(عرض او مرض)
(توترا نفسيا)	(بمصاحبات فسيولوجية)	(نفسى جسمى)

وتخفى الاعراض النفسية الجسمية اشياء ترمز لها . فمثلا القىء قد يرمز الى رفض الحمل او مقاومة الرغبة فى الحمل ، وفقد الشهية الى الطعام قد يرمز الى رفض الحب والنشاط الجنى . وهكذا .

وهناك بعض المكاسب وراء المرض النفسى الجسمى . فقد يلجأ المريض الى مرضه سعيا لتحقيق أحد المكاسب الآتية : التخلص — بعذر — من بعض المسؤوليات ، والانتقام اللاشعورى من الآخرين ، والاحتجاج اللاشعورى على الآخرين ، وجذب الانظار وشد الاهتمام والعناية والعطف والمشاركة الوجدانية ، والسيطرة على البيئة الاجتماعية .

المشكلات النفسية

« فى الطفولة والمراهقة والشيخوخة »

عرفنا ان الفرد العادى قد يعانى من بعض المشكلات النفسية فى حياته اليومية لا تصل الى درجة المرض النفسى . ويجب الاهتمام بحل وعلاج هذه المشكلات قبل ان يستفحل أمرها وتتطور الحالة الى عصاب أو ربما الى ذهان . أو على الأقل حتى لا تحول دون النمو النفسى السوى ودون تحقيق الصحة النفسية .

وكثير من الناس يدركون فى وقت من أوقات حياتهم ان سلوكهم أو سلوك أولادهم ليس كما يودون أن يكون وأن سلوكهم مضطرب بدرجة تخرج عن السلوك العادى بما يعوق حياتهم العادية ويؤثر فى حياتهم الاجتماعية . وهؤلاء يكونون فى حاجة الى مساعدة فى حل مشكلاتهم النفسية .

ويجب أن يتأكد هؤلاء أنهم ليسوا هم الوحيدون الذين يعانون من مشكلة ، وأن المشكلات ليست قاصرة عليهم وحدهم ، وأن علاج مثل هذه المشكلات سهل ميسور . فكم من أشخاص عانوا من مشكلات نفسية ، وعن طريق الاستشارة والتوجيه والإرشاد والعلاج النفسي حلت مشكلاتهم وعاشوا في سعادة وهناء .

وعلاج المشكلات النفسية يحتاج إلى دراسة المشكلة طويلاً وعرضها عميقاً . ويحتاج إلى جمع كل البيانات المتعلقة بالمشكلة وأعراضها وتاريخها . . الخ . أن الفرد القوي هو الذي يواجه مشكلاته مواجهة علمية واقعية ، ويعلن الحرب عليها ، ولا يهرب منها ، ولا يتجاهلها ، بل يطلب المساعدة في حلها .

أن مفتاح الصحة النفسية هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة ، يعرف مشكلاته ويحددها ويدرسها ويفسرهما ويضبطها ويحولها من مشكلات تسيطر عليه إلى مشكلات يسيطر هو عليها .

وفيما يلي نتناول أهم المشكلات النفسية في الطفولة والمراهقة والشيخوخة .

الضعف العقلي

MENTAL DEFICIENCY

الضعف العقلي مشكلة من أكبر المشكلات التي تهم علماء النفس وعلماء التربية وعلماء الاجتماع والطب والوالدين بصفة خاصة .

تعريف الضعف العقلي :

هو حالة نقص أو تأخر أو تخلف أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي ، يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة ، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية ، تؤثر على الجهاز العصبي للفرد ، مما يؤدي إلى نقص الذكاء ، وتضع آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسي في حدود انحرافين معياريين سالبين .

وهناك عدة مصطلحات تدور ، معظمها حول الضعف العقلي ، ومعظمها مترادف ، مثل النقص العقلي ، والقصور العقلي ، والتأخر العقلي ، والتخلف العقلي ، وضعف العقل .

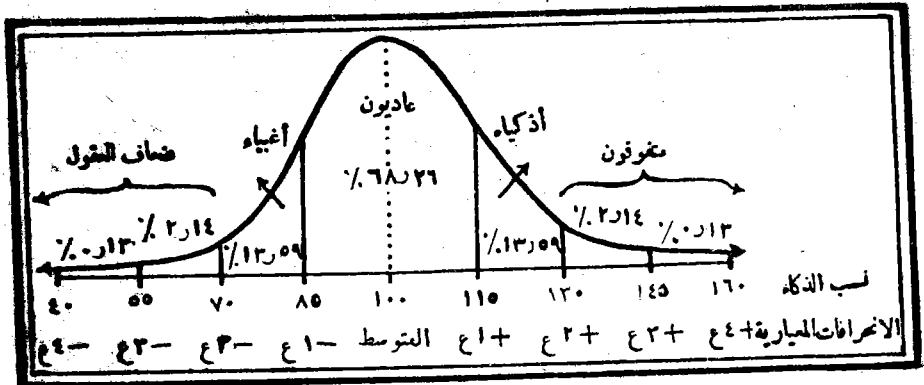
ويجب ألا يحدث خلط بين **الضعف العقلي** و**المرض العقلي** . فالضعف

العقلي ليس مرضاً ، وإنما هو حالة تظهر منذ الطفولة المبكرة بضعف النمو العقلي ويسوء التوافق النفسي والاجتماعي ، ولا يمكن شفاؤها ، إنما يمكن تقديم المساعدة النفسية والاجتماعية والتربوية المناسبة . أما المرض العقلي مثل الاكتئاب أو الفصام .. الخ فقد يصيب الأفراد الذين يتمتعون بدرجة عالية من الفكاء في أى مرحلة من مراحل النمو بعد أن كان الفرد من قبل عادياً وهذا يمكن شفاؤه .

والضعف العقلي مشكلة متعددة الأبعاد . فهو مشكلة طبية ونفسية وتربوية واجتماعية ، إذ أنه يصاحبه عادة اضطرابات نفسية وجسمية وتظهر آثاره في المجال التحصيلي والمجال الاجتماعي والمجال المهني وغير ذلك من مجالات الحياة .

مدى حدوث الضعف العقلي :

تبلغ نسبة ضعاف العقول في المجتمع حوالي ٢.٣٪ من مجموع السكان وخاصة في مرحلة الطفولة وقد تصل نسبتهم إلى حوالي ٥٪ من المواليد ، إلا أن نسبة الوفيات بينهم عالية خلال مرحلة الرضاعة ، وهؤلاء تقل نسبة ذكائهم عن ٧٠ (انظر شكل ١١٠) (١) . وبين هؤلاء وبين العاديين تقع « حالات جدية » يطلق عليهم « الاغبياء »



(شكل ١١٠)

نسبة ضعاف العقول في المجتمع موضحة على منحنى التوزيع العادي للذكاء

$$(١) \text{ نسبة الذكاء } = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

تصنيف الضعف العقلي :

التصنيف على اساس الاسباب ويشمل :

الضعف العقلي الاول : ويضم الحالات التي يرجع الضعف العقلي فيها الى عوامل وراثية مثل اخطاء الميراث (الجينات) والصيغيات (الكروموزومات) .. الخ ، ويحدث في حوالى ٨٠٪ من حالات الضعف العقلي . ومن امثله حالات الضعف العقلي العائلي ، وحالات الغش العائلي المظلم .

الضعف العقلي الثانوي : ويشمل الحالات التي يرجع الضعف العقلي فيها الى عوامل بيئية تؤدي الى تدهور الجهاز العصبي في اى مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الاخصاب ويحدث في حوالى ٢٠٪ من حالات الضعف العقلي . ومن امثله حالات استسقاء الدماغ ، وحالات القصاص . (تردجولد Tredgold ١٩٥٢) .

التصنيف على اساس نسبة الذكاء (مقاسا باختبارات الذكاء) ويشمل :

المافون (أو المورون) moron : وتبلغ نسبتهم حوالى ٧٥٪ من مجموع نصف العقول . وتتراوح نسبة ذكاء المافون بين ٥١ — ٧٠ ويسير النمو العقلي على الاكثر بثلاثة ارباع سرعته العادية . ويتراوح عمره العقلي في اقصاه بين ٧ — ١٠ سنوات ومن خصائصه العقلية المعرفية انه غير قادر على متابعة الدراسة في فصول المدرسة العادية الا انه يكون « قابلا للتعليم » بسيط وفي مدارس او فصول خاصة . ويمكنه تعلم القراءة والكتابة والحساب والتفكير البسيط ولا يتجاوز المرحلة الابتدائية وبفضل متكرر وصعوب بالغة . ومن الناحية الاجتماعية نجده على درجة معقولة نسبيا من التوافق الاجتماعي في شكل بسيط وبالنسبة لياقى فئات الضعف العقلي . ويستطيع ان يحافظ على حياته . ومن الناحية الاقتصادية يستطيع ان يكسب عيشه من العمل في حرفة متواضعة بعد التدريب وتحت الرقابة والتوجيه . وقد يظهر لديه بعض النعائص الجسمية والفسولوجية الطفيفة . ويلاحظ ان بعض المافونين قد ينحرفون الى السلوك المضاد لمجتمع كالجريمة والبغاء وذلك لسهولة انتيادهم ونقص بصيرتهم .

الابله imbecile : وتبلغ نسبتهم حوالى ٢٠٪ من مجموع ضعاف العقول ، وتتراوح نسبة ذكاء ابله بين ٢٦ — ٥٠ . ويسير النمو العقلي بدرجة تتراوح من ربع الى نصف سرعته العادية . ويتراوح عمره العقلي في اقصاه بين ٣ — ٧ سنوات . ومن خصائصه العقلية المعرفية انه غير قابل للتعليم ، الا انه « قابل للتدريب » تحت الاشراف على بعض المهارات التي تساعد على

المحافظة على حياته ضد الاخطار المادية الخارجية كالنار والسيارات والفرق، وهو لا يستطيع القيام بعمل مفيد ، وبالتالي لا يستطيع ان يعول نفسه . ومن الناحية الاجتماعية نجده لا يستطيع التوافق الاجتماعى ويكون غير مسئول اجتماعيا . ومن الناحية الانفعالية يلاحظ ان الانفعالات رتيبة واضحة فبعضهم يكون مرحا وبعضهم متوعل المزاج وبعضهم يكون هادئا وبعضهم غير مستقر وعدوانى ومخرب . وقد يلاحظ لديه بعض النقائص الجسمية . وبحسن وضع هؤلاء فى مؤسسات اذا كانوا عبئا على الاسرة ، ولكن هذا الاجراء ليس ضروريا دائما (بورتنوف وفيدوتوف Portnov and Fedotov ١٩٧٠) .

المعتوه idiot : وتبلغ نسبتهم حوالى ٥٪ من مجموع ضعاف العقول وتقل نسبة نكاء المعتوه عن ٢٥ . ولا يتجاوز سير النمو العقلى ربع سرعته العادية . ولا يزيد عمره العقلى فى اقصاه عن ٣ سنوات . ومن خصائصه العقلية انه غير قابل للتعليم او التدريب ولا يستطيع القراءة او الكتابة مطلقا ، والتفكير يكاد يكون معدوما والكلام يكون غير واضح ومشوها . ومن الناحية الاجتماعية يكون غير مسئول اجتماعيا وغير متوافق اجتماعيا ، ويحتاج الى رعاية كاملة واشراف مستمر طوال حياته كالاطفال الصغار تماما لانه لا يستطيع حماية حياته من الاخطار ولا يستطيع ان يكسب عيشه . ومن الناحية الانفعالية يكون ضحل الانفعالات تماما . وغالبا تلاحظ لديه نقائص فى التكوين الجسمى ويكون تلف المخ كبيرا ، وتكون قابليته للاصابة بالامراض شديدة ولذلك لا يعمر طويلا . وهؤلاء يجب وضعهم فى مؤسسات خاصة (انظر شكل ١١١) .

٧٥٪	مأفونون (ن ذ = ٥١ - ٧٠)
٢٠٪	٤٦ (ن ذ = ٢٦ - ٥٠)
٥٪	٢٥ (ن ذ = ٢٥ - ٢٠)

(شكل ١١١) تصنيف الضعف العقلى على اساس نسبة الذكاء

المعتوه الماقل idiot savant

وهذه طائفة نادرة من ضعاف العقول يعرف الواحد منهم باسم « المعتوه الماقل او المعتوه العارف او المعتوه النافع » ولكن تتضح عند كل منهم قدرة عقلية او موهبة خارقة فى ناحية خاصة (مثل القدرة الموسيقية او الذاكرة الممتازة او النحت المتكرر او الرسم الرائع) رغم وجود صفات اضعف العقلى فيه مما يثير العجب لأن نبوغهم فى قدرة معينة يناقض ضعفهم

العقلي . ومن امثلة القدرات الخاصة او المواهب التى توجد لدى هؤلاء القدرة الموسيقية او الذاكرة المتأزرة والرسم الرائع . ويرى تاريخ الصحة النفسية ان منهم من نبغ فى الرسم وخاصة رسم القطط وسمى « رومانيل القطط » ويرى البعض ان هؤلاء قد يكونون مرضى بالفصام البسيط وتاريخ حياتهم مجهول وان حالتهم قد شخصت تشخيصا خاطئا .

التصنيف الكلينيكى : وهو يعتمد على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والنيوروبولوجية والمرضية المميزة بجانب الضعف العقلي ، والتي تجعل التعرف الكلينيكى عليهم سهلا جدا . ومن اهم الانماط الاكينيكية لضعاف العقول ما يلى :

المنغولية Mongolism وتسمى احيانا باسم « البله المنغولى » او « العته المنغولى » او « مرضى داون » Down's Disease وهذه حالة ضعف عقلى ولادى ، تتميز بخصائص جسمية واضحة تشبهه ملامح الجنس المنغولى وصحبها بله او عته . ويوجد تشابه كبير بين هذه الحالات كما لو كانوا جميعا من أسرة واحدة ، وفي نفس الوقت لا يوجد شبه بينهم وبين افراد أسرهم . ونسبة هؤلاء حوالى ٥ - ١٠ ٪ تقريبا من حالات الضعف العقلى . ومعظمهم يكونون من فئة البلهاء ، ونسبة اقل من فئة المعتوهين ، ونسبة ضئيلة جدا من فئة المأفونين . (انظر شكل ١١٢) . ومن الخصائص المميزة للمنغولية : الرأس العريض ومحيطه اقل من العادى ، والشعر قليل وجاف خال من التجاعيد ، والعينان منحرفتان لاعلى وخارجا وتميلان الى الضيق وغالبا بهما حول ، والانف عريض قصير وافطس ، واللسان كبير عريض خشن مشقق وقد يبدو بارزا خلال الفم المفتوح ، والاذنان صغيرتان مستديرتان ، والقامة والاطراف قصيرة ، والكفان عريضان وسيكان مع وجود خط مستعرض عبر راحة الكف ، والاصابع قصيرة وخاصة الخنصر وانضائه نحو الداخل ، والقدمان مفرطتان واهينا يوجد شق فى اسفل بين ابهام القدم والاصبع المجاورة له ، واعضاء التناسل صغيرة الحجم ، والكلام متأخر والصوت خشن ، والنمو والتأزر الحركى مضطرب ويلاحظ الترهل الجسمى بصفة عامة . ومن الخصائص الانفعالية والاجتماعية ان الطفل المنغولى لطيف ودود مرح نشط اجتماعى يحب التقليد والمداعبة . متعاون مبتسم يحب مصافحة الناس ولذلك يطلق عليهم البعض « الاطفال السعداء » . وتشير البحوث الى ان اسباب حالة المنغولية يحتمل ان تكون اضطراب الامرازات الداخلية عند الام فى بداية الحمل ، واضطراب او نقص هرمونات الغدد الصماء ، وكبر سن الام عند الحمل (اكثر من ٤٠ سنة وخاصة اذا كان الحمل قرب سن القعود) ، وشذوذ توزيع الكروموزومات فى شكل وجود كروموزوم جنسى زائد من نوع V نتيجة لاضطراب تكوينى فى البويضات (المنغولى يكون لديه ٤٧ كروموزوم والطفل العادى ٤٦ كروموزوم) .

القماءة أو القصاع : Cretinism وهذه حالة ضعف عقلى تنصف بقصر القامة بدرجة ملحوظة ، فقد لا يصل طول الفرد الى ٩٠ سم مهما كان عمره الزمنى ، ولذا تعرف أحيانا باسم « القزامة » . ولا يزيد مستوى الذكاء فى هذه الحالة عن مستوى البلهاء والمعتوهين . (انظر شكل ١١٣) . ومن أبرز الخصائص المميزة فى هذه الحالة الى جانب قصر القامة النمو المتأخر ، والشعر خشن خفيف ، والشففتان غليظتان ، واللسان متضخم ، والرقبة قصيرة وسميكة ، والجلد جاف وغلظ يتجمع ومنفتح وخاصة على الجفنين والشففتين ، والاطراف قصيرة ، والقدمان والاصابع قصيرة وسميكة ، والبطن بارز مستدير ، والعضلات خشن والكسل واضح والحركة بطيئة ، والنمو الجنسى متأخر ، والغدة الدرقية غائبة غالبا مع وجود تورم شحمى فى الرقبة . اما عن اسباب القماءة أو القصاع فانهما انعدام أو قلة افراز الغدة الدرقية مما يؤدى الى تلف فى المخ . ولذلك فالمعلاج المبكر المكون من خلاصة افرازات الغدة الدرقية يجب ان يستمر مدى الحياة .

استسقاء الدماغ : hydrocephaly وهذه حالة ضعف عقلى ترتبط بتضخم الرأس وبروز انجبهة نتيجة لزيادة السائل المخى الشوكى بشكل غير سوى فى بطينات الدماغ حتى يتلف المخ نتيجة للضغط المستمر الى الداخل ويزيد تضخم الجمجمة نتيجة للضغط الى الخارج . ويتوقف مدى الضعف العقلى على مقدار التلف الذى حدث بانسجة المخ . ويتراوح مستوى الضعف العقلى فى هذه الحالة بين الامن والعته (انظر شكل ١١٤) . ومن الخصائص المميزة لحالة استسقاء الدماغ كبر محيط الجمجمة (قد يصل الى ٧٥ سم فى بعض الحالات رغم بقاء حجم الوجه عاديا ، ويكون شكل الجمجمة مثل الكمثرى المقلوبة) وجلد الرأس يكون مشدودا على سطح الجمجمة الكبيرة ، ويتضرب الحواس وخاصة البصر والسمع ، وتشاهد نوبات الصرع ويتضرب النمو والتوافق الحركى . اما عن اسباب هذه الحالة فتشير البحوث الى احتمال حدوث عدوى مؤثرة اثناء الحمل مثل الزهري والالتهاب السحائى ووجود عوامل وراثية مؤثرة . ويمكن معرفة الحالة مبكرا عن طريق قياس محيط رأس الرضيع مرارا وملاحظة البقعة الرخوة (اليافوخ) فى رأس الرضيع مرارا والعلاج الوحيد المعروف هو الجراحة عن طريق ما يسمى انبوبة التحويل لتصحيح دورة السائل المخى الشوكى وتخفيف ضغطه على المخ وتصريفه الى الوريد العنقى حيث يمتص بسهولة وبلا ضرر فى الدم (بولاتين Polatin ، ١٩٦٦) .

صغر الجمجمة : Microcephaly وهذه حالة ضعف عقلى ولادى تتميز بصغر حجم الرأس أو الجمجمة وصغر حجم المخ وقلة نموه . ولا يزيد مستوى الذكاء فى هذه الحالات عن العته والبله (انظر شكل ١١٥) . ومن الخصائص المميزة صغر حجم الجمجمة وخاصة فوق الحاجبين والاذنين رغم



(شكل ١١٤) استسقاء الدماغ



(شكل ١١٣) المنفولية



(شكل ١١٥) صفر الججمة



(شكل ١١٢) القماءة او القصاع

نمو الوجه بالحجم الطبيعي ويميل الرأس الى الشكل المخروطي ، يفيض جلد الرأس على العظم الذي يغطيه فيبدو مجمدا ، والنمو اللغوي متخلف والكلام غير واضح ، وقد تصاحب الحالة نوبات التشنج والصرع ، ويكون النشاط الحركي زائدا وغير مستقر . وتشير البحوث الى ان اسباب هذه الحالة قد ترجع الى اصابة الجنين في الشهور الاولى نتيجة علاج الام بالاشعة او بالصدمات الكهربائية ، او حدوث عدوى او التهابات سحائية اثناء فترة الحمل ، او وجود مورث (جين) متحى مسئول عن الحالة ، او التحام عظام الجمجمة مبكرا بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نموا طبيعيا .

كبر الدماغ : Macrocephaly : وهذه حالة ضعف عقلى تتميز بكبر محيط الجمجمة وزيادة حجم الدماغ . ويصاحب زيادة حجم الجمجمة زيادة فى حجم المخ وخاصة المادة البيضاء والخلايا الضامة . ويتراوح مستوى الضعف العقلى فى هذه الحالة بين البله والعمه . وهى حالة نادرة الحدوث . ومن الخصائص المميزة لهذه الحالة كبر حجم الجمجمة عن المعتاد وخاصة فوق الحاجبين والاذنين رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعى ، وعادة يصاب البصر ، وتحدث التشنجات . وربما يكون من بين اسباب هذه الحالة وجود عيب فى المخ عن طريق المورثات (الجينات) ادى الى نمو شاذ فى انسجة المخ وفى الجمجمة . ويلاحظ فى هذه الحالة بالذات ان كبر حجم الدماغ لا يعنى بالضرورة وجود اضعف العقلى ، لأن حدوث الضعف العقلى يتوقف على مدى التلف الذى اصاب المخ .

حالات العامل الريزيسى فى الدم : Rh factor وهذه انحالات ضعف عقلى ترتبط باختلاف دم الام عن دم الجنين من حيث العامل الريزيسى (١) وهو احد مكونات الدم ويتحدد وراثيا . فاذا كان العامل الريزيسى عند كل من الام والاب سالبا او موجبا فلا توجد مشكلة . اما اذا كان العامل الريزيسى عند كل من الام والاب مختلفا فهذا يؤدى الى تكوين اجسام مضادة والى اضطراب فى توزيع الاكسجين وعدم نضج خلايا الدم وتدمير كرات الدم الحمراء عند الجنين وبالتالي يؤثر هذا فى تكوين المخ مما قد ينتج عنه تلف المخ والضعف العقلى وربما موت الجنين والاجهاض او موته بعد ولادته بقليل . فمثلا اذا كانت الام - Rh (اى لا يوجد لديها هذا العامل والاب + Rh) (اى

(١) نسبة الى القرد الريزيسى Rhesus الذى استعمل منه فى التجارب التى أدت الى اكتشاف هذا العامل سنة ١٩٤٠ . وتتكون صفة الريزيس الموجب فى الدم اى وجود هذا العامل فى الدم (وتوجد عند حوالى ٨٥٪ من الناس) تحت تأثير الجين السائد + Rh اما صفة الريزيس السالب اى عدم وجود هذا العامل فى الدم (وتوجد عند حوالى ١٥٪ من الناس) فتنتج تحت تأثير الجين المتنحى - Rh

يوجد لديه هذا العامل) وورث الجنين عن ابيه نوع دمه + Rh حدث هذا الاضطراب . وعند الميلاد يكون الطفل كسولا لديه فقر دم وصراخه عاليا وشاهد التشنجات . وقد عزا بعض الباحثين موت كثير من الاجنة في ارحام امهاتهم الى مثل هذا الاضطراب . واذا تم تشخيص هذا الاضطراب مبكرا تم العلاج خلال الاسابيع الستة الاولى من حياة الطفل عن طريق نقل الدم المخالف من حيث العامل الريزيسى كاملا من والى الطفل يكون الامل في الشفاء كبيرا . ولاغراض الوقاية ينصح المقدمون على الزواج بمعرفة نوع العامل الريزيسى عند الطرفين (كليمر Klemmer ١٩٦٥) .

حالات البول الفينيلكتونى : Phenylketonuria وهذه حالات ضعف عقلى نادرة جدا تنتج عن وجود الفينيلكتون فى الدم . وعادة تكون نسبة الذكاء فى هذه الحالات اقل من ٥٠ وغالبا اقل من ٢٥ . وهذه حالة يسببها قصور فى التمثيل الغذائى للجسم وذلك لنقص الانزيمات اللازمة لتمثيل الاحماض الامينية خاصة انزيم فينيلاليناز Phenylalanine الذى يوجد فى الاغذية البروتينية وتحويله الى ما يفيد الجسم ، فيتراكم هذا فى الدم ويصبح ذا اثر سام متلف للمخ ويظهر فى البول . وهذه الحالة وراثية (يحملها جين متنحى) اى ان الفرد قد يحمل المرض دون ان يصاب به ، ولا يظهر المرض الا فى الطفل الذى يحمل كل من والديه هذا المرض . ومن مظاهر هذا المرض الى جانب الضعف العقلى وجود اعراض عصبية مثل الرعشة والتشنج والصرع واضطراب الانتساق العضلى والتقلاب وتاون الجلد وكثرة العرق والرائحة الظاهرة للبول . ولذلك يجب فحص بول الوليد . واذا اكتشف المرض يجب العلاج بوضع نظام غذائى خاص للطفل يمنع الفينيلالانين والاعذية التى تحتويه مثل اللبن .

العتة العائلى المظلم Amaurotic Familial Idiocy وهذه حالة ضعف عقلى نتيجة مرض فى الجهاز العصبى يؤدى الى الحالة بعد نمو قد يكون سويا خلال العام الاول من عمر الطفل . وهذه الحالة وراثية ويشاهد اكثر من حالة فى العائلة الواحدة . وفيها تتأثر الخلايا العصبية فتنتفخ وتتورم وتمتلئ بالدهن مما يؤدى الى العمى والضعف العقلى حتى العتة . وقد يصاحبها الشلل والتشنج والصرع وفقدان الضبط الانفعالى وتنتهى بالموت غالبيا .

اسباب الضعف العقلى :

يمكن ارجاع معظم حالات الضعف العقلى الى اسباب اما وراثية (داخلية المنشأ) او بيئية (خارجية المنشأ) ، وقد تحدثت الاسباب قبل او اثناء أو بعد الولادة . كذلك قد توجد بعض الاسباب النفسية المساعدة التى يصاحبها رد فعل وظيفى فقط .

الاسباب الحيوية . بقدر بعض الباحثين ان الاسباب الوراثية مسنوبة عن حوالى ٧٥٪ من حالات الضعف العقلى . ويحدث وراثه الضعف العقلى اما مباشرة عن طريق المورثات او الجينات التى يحملها صبغيات او كروموزومات الخلية القاسلية وفقا لقوانين الوراثة . وقد يحدث ان تسبب الوراثة ضعفا عقليا بطريق غير مباشر . فبدلا من ان تحمل الجينات ذكاء محدودا تحمل عيوباً تكوينية او قصوراً او اضطراباً او خلا او غيرها يترتب عليه تلف لأشجة المخ او تعوق نموه او وظيفته وقد يؤدي اختلاف الجينات الى قصور فى التمثيل الغذائى ونقص فى النمو الطبيعى للدماغ . وقد تحدث تغيرات مرضية تلقائية تطرا فى المورثات او الجينات التى تحملها الصبغيات او الكروموزومات وذلك اثناء انقسام الخلايا . ويلاحظ ان الضعف العقلى قد ينتقل عن طريق أحد الجينات المتنحية التى قد يحملها الفرد ولا تظهر عليه صفتها ، أى دون أن يكون هو ضعيف العقل . ويفسر هذا ظهور حالة ضعف عقلى (مثل العته العائلى المظلم) فى أسرة عادية من حيث مستوى الذكاء بين أفرادها . كذلك فان شذوذ الصبغيات (الكروموزومات) يسبب الضعف العقلى (كما رأينا فى حالة المنغولية) ويؤدي اضطراب افراز الغدد الى الضعف العقلى (كما فى حالة نقص افراز الغدة الدرقية التى تسبب القماءة او القصاع) .

الاسباب البيئية : وهى ترجع الى عوامل بيئية تحدث تأثيرها بعد عملية الاخصاب وتكوين الجنين سواء كان ذلك فى بداية تكوينه او فى اثناء مدة الحمل او عند الولادة او بعد الولادة كالعنوى (بالحصبة الألمانية أو الزهري) أو إصابة الرأس (أو جرحها) والتهاب الدماغ والتهاب السحايا والاورام العصبية أو اضطراب الغدد الصماء أو نقص افرازها (مثل الغدة الدرقية) واضطراب عملية تمثيل الغذاء (كما فى حالات وجود الفينيلكيتون فى البول) والتسمم وتأثير الأشعة السينية واختلاف دم الاب والام واختلاف دم الجنين عن دم الام من حيث العامل الريزيسى وادمان الام الحامل للمخدرات والكحول والمحاولات المتكررة للاجهاض ونقص الاكسجين والاختناق عند الولادة العسرة أو الولادة المبكرة (أى الولادة قبل تمام نمو الجنين) وعدوى المخ أو جرح الرأس بعد الولادة وتجمع أو احتباس السائل المخى الشوكى بتجاويف المخ ... الخ . وهذه كلها أسباب تؤثر فى الجهاز العصبى وتؤدي الى الضعف العقلى . وتأثير هذه العوامل لا يحدث تغييراً أصلياً فى جوهر الخلايا ولا ينتقل بالوراثة للأجيال التالية .

الاسباب النفسية والاجتماعية المساعدة : وهذه يصاحبها رد فعل وظيفى فقط ولا يصل تأثيرها الى حد احداث حالات الضعف العقلى . وأهمها الضعف الثقافى العائلى ، ونقص الدافعية والخبرات الملائمة للنمو العقلى السوى ، والحرمان البيئى ، والاضطراب الانفعالى الزمن فى الطفولة

المبكرة ، والاضطراب الذهاني ، والبيئة غير السعيدة والمستوى الاجتماعى الاقتصادى المنخفض ، والفقر والجهل والمرض . هذه كلها تؤدى الى عدم تمكين الامكانيات الوراثية للقدرة العقلية من النمو السوى او الى ابطاء معدل نمو الذكاء . ونحن نعرف ان المكونات البيئية للذكاء اهمية كبيرة .

اعراض الضعف العقلى :

وفما يلى الاعراض العامة للضعف العقلى . ويلاحظ انها لا توجد كلها لدى حالة واحدة ، وهى تنطبق على اقصى درجات الضعف العقلى وتختف حدتها فى الحالات الخفيفة .

الاعراض العامة :

تتلخص فى : تأخر النمو العام ، والقابلية والتعرض للاصابة بالامراض وقصر متوسط طول العمر ، والعجز الجزئى او الكلى عن كسب القوت وعن المحافظة على الحياة ، وقرب الرغبات من المستوى الفريزى ، وجمود ورتابة السلوك ، ونقص القدرة على ضبطه وتعديله حسب مقتضى الحال والسلوك العام طفلى .

الاعراض الجسمية :

تتلخص فى : ببطء النمو الجسمى ، وصغر الحجم والوزن عن العادى ، ونقص حجم ووزن المخ عن المتوسط ، وتشوه شكل وتركيب وحجم الجمجمة ، والاذنين والعينين والفم والاسنان واللسان ، وتشوه الاطراف ، وبطء النمو الحركى وتأخر الحركة واضطرابها وروتينيتها ، وضعف واضطراب النشاط الجسى .

الاعراض العقلية المعرفية :

تتلخص فى : ببطء معدل النمو العقلى المعرفى ، ونقص نسبة الذكاء عن ٧٠٪ ، وعدم توافق وانسجام القدرات ، وضعف الكلام والذاكرة والانتباه والتركيز والادراك والتعميم والتخيل والتصور والتفكير والفهم ، وضعف التحصيل ، ونقص المعلومات والخبرة .

الاعراض الاجتماعية :

تتلخص فى : صعوبة التوافق الاجتماعى ، واضطراب التفاعل الاجتماعى والجناح ونقص الميول والاهتمامات ، والانسحاب والعدوان ، وعدم تحمل المسئولية ومغايرة المعايير الاجتماعية ، واضطراب مفهوم الذات ، والميل الى مشاركة الاصغر سنا فى النشاط الاجتماعى .

الاعراض الانفعالية :

تتلخص في : التقلب والاضطراب الانفعالي ، وسوء التوافق الانفعالي او الاستقرار الانفعالي والهدوء ، وسرعة التأثر ، وبطء الانفعال وغرابته ، وقرب ردود الافعال من المستوى البدائي ، وعدم تحمل القلق والاحباط . وعدم اكتمال نمو وتهذيب الانفعالات بصفة عامة (مينولاسينو Menolascino ١٩٦٩) .

تشخيص الضعف العقلي :

يجب على الوالدين والمربين المبادرة بالتشخيص المبكر لحالات الضعف العقلي حتى يمكن اتخاذ الاجراءات اللازمة لمساعدتهم في الوقت المناسب (١) ويجب الحرص وتوخي الدقة في تشخيص الضعف العقلي لأن الخطأ في تشخيص حالة طفل بأنه ضعيف العقل يعتبر امرا يغير مستقبل حياته . ويجب أن يقوم تشخيص الضعف العقلي على النحو التالي :

الفحص النفسي : وفيه تحدد نسبة ذكاء الطفل (٢) (اقل من ٧٠) ، ويلاحظ سلوكه العام (غريب ، بدائي) وقدرته على التعبير عن نفسه (ضعيفة) ومحصوله اللغوي (متأخر غير واضح) وشخصيته (غير ناضجة) ، وتوافقه الانفعالي (سيء) ويستقصى عن وجود تلف المخ .

التحصيل الاكاديمي والتقدم الدراسي : ويلاحظ فيه نقص نسبة التحصيل وعدم النجاح في المدرسة ونقص القدرة على التعلم ونقص المعلومات العامة .

الفحص الطبي والعصبي والمعملي : وفيه يفحص النمو الجسمي العام مع ملاحظة علامات الضعف العقلي الكلينيكي ، والنمو الحركي ، وفحص الحواس . وفحص الجهاز العصبي ، واستقصاء اسباب الضعف العقلي قبل وأثناء وبعد الولادة ، واجراء الفحوص المعملية للامصال والبول والدم والوسائل النخاعية الشوكية ووظائف الغدد الصماء وعمل الاشعة السينية للرأس ورسم المخ ... الخ .

البحث الاجتماعي : وفيه يؤخذ تاريخ واف للاطفال وحالته واسرته ويدرس مستوى نضجه وتوافقه الاجتماعي (٣) (متأخر وغير متوافق وأقل

-
- (١) يمكن الاستعانة باستمارة التعرف المبدي على حالات التخلف العقلي اعداد عبد السلام عبد الغفار وهدي برادة (١٩٦٦) .
 (٢) راجع اختبارات ومقاييس الذكاء المستخدمة في مصر .
 (٣) من افضل الاختبارات لهذا الغرض : مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧) .

شعبية) ومدى اعتماده على الآخرين وحاجته الى الاشراف فى سلوكه الاجتماعى

التشخيص الفارق : يجب المقارنة بين الضعف العقلى وبين التأخر الدراسى ، والمرض العقلى ، والمعاهات الحسية ، واضطرابات الكلام ... الخ .

الوقاية من الضعف العقلى :

الضعف العقلى مشكلة من أهم المشكلات التى يجب العناية بالوقاية منه . ويؤكد أهمية الوقاية أن العلاج الكامل للضعف العقلى ليس ممكنا . ويتلخص أهم **الاجراءات الوقائية** فيما يلى : نشر المعرفة ورفع وعى المواطنين بخصوص الضعف العقلى ، وتوجيه وارشاد الوالدين ، والفحص الدورى للام الحامل ، ووقاية الام اثناء الحمل ، وبذل الجهود لمنع الولادة غير الناضجة ، ووقاية الاطفال اثناء الولادة ، ووقاية الطفل فى طفولته المبكرة ، والتعرف المبكر على الاضطرابات الوراثية ، وتحليل الدم والبول للام والوليد ، والحد من انتجاب الاطفال ضعاف العقول ، والتعرف المبكر على حالات الضعف العقلى .

علاج الضعف العقلى :

يلاحظ أن فئة المأفونين هم الذين يفيدون بدرجة اكبر من الوسائل العلاجية ، يليهم فى درجة الاستفادة البلهاء . أما المعتوهون فهم أقل الفئات استفادة . ولحسن الحظ فإن المأفونين يكونون الغالبية العظمى من ضعاف العقول . وتتضمن **الجهود العلاجية طبيا ونفسيا واجتماعيا وتربويا** .

وفىما يلى أهم معالم علاج وتعليم وتدريب ضعاف العقول :

العلاج الطبى اللازم حسب الحالة والرعاية الصحية العامة ، وخاصة حين يكون الضعف العقلى مصحوبا بأمراض جسمية ، وعلاج أى خلل فى أعضاء الاحساس ، وعلاج حالات خلل افراز الغدد الصماء مثل اعطاء هورمون الثيروكسين فى حالات القزامة ، وعلاج الام والطفل فى حالات استسقاء الدماغ ، واتباع نظام غذائى خاص فى حالات الفينيلكيتونوى ، ونقل الدم فى حالات العامل الريزيسى واستخدام الادوية المهدئة للتحكم فى السلوك المضطرب والنشاط الزائد ، وتنمية الوعى الصحى واكتساب العادات الصحية السليمة .

العلاج النفسى : ويشمل التوجيه والارشاد للوالدين اللذين يعتبر مجرد معرفة أن طفلها ضعيف العقل حقيقة مرة ومساعدتهما نفسيا فى تحمل

المشكلة والقيام بمسئولياتهما تجاهها وقائياً وعلاجياً ، وتعديل اتجاهاتهما نحو الطفل وفي تربيته ونحو ضعفه العقلي . وعلاج ما قد يكون لدى الطفل من قلق وعدوان وسلوك جانح . وتنمية مفهوم موجب للذات ومساعدة الطفل على تقبل ذاته . وتعديل البيئة والمثيرات الاجتماعية وأوجه الترويح والنشاط المهني والعلاقات الاجتماعية بما يكفل تحقيق الامن الانفعالي والتوافق النفسي السوي . وينصح واطسون (١٩٧٦) باستخدام طريقة العلاج السلوكي مع ضعاف العقول لأن العلاج السلوكي يدفع ان الطفل السلبي أو اللامبالي لكي يتعلم ، ويقضى على أنواع السلوك غير المرغوب ، ولا يتطلب أن يكون لدى الطفل مهارات لغوية ، ولا يتطلب محصولاً تربوياً أو خبرة .

العلاج الاجتماعي : ويشمل رعاية النمو الاجتماعي سعيًا لتحقيق التوافق الاجتماعي لضعاف العقول . ويتضمن ذلك الاشراف العلمي المتخصص على عملية التنشئة الاجتماعية حسب إمكانياته وقدراته ، وتعليمه واكسابه المهارات اللازمة للقيام بالأعمال اليومية ، وتنمية ميوله وتهذيب أخلاقه ، والتدريب على السلوك الاجتماعي السوي المقبول وتصحيح أي سلوك خاطئ أو مضاد للمجتمع ومساعدته على المحافظة على حياته وحمايته من استغلال الآخرين ، وأيوائه إذا استدعى الأمر في إحدى المؤسسات الخاصة حسب حالته (براون وكيرتلس Brown and Courtless ، ١٩٦٨) .

العلاج التربوي : ويشمل إعادة تربية الطفل بأساليب تربوية خاصة تمكن من استثمار ذكائه المحدود وطاقاته وإمكانياته بأفضل طريقة ممكنة وإلى أقصى حد ممكن وتعليمه المبادئ الأساسية البسيطة للمعرفة ، وإعداده مهنيًا ومساعدته على القيام بأي عمل مفيد يكسب منه قوته بما يحقق له التوافق الاقتصادي . ويستفيد من العلاج التربوي بصفة خاصة المأفونون (القابلون للتعليم) الذين تستوعبهم مدارس التربية الفكرية (١) التي تتبع في تربيتهم أساليب متخصصة تربوية علاجية ، أما البلهاء (القابلون للتدريب) فيدرّبون على الأعمال البسيطة تحت الاشراف في المؤسسات الخاصة أو مراكز التدريب المهني . أما المعتوهون (حالات العزل) فيحتاجون إلى رعاية خاصة دائمة حيث يعتمدون كلية على الآخرين وكأنهم أطفال صغار .

مال الضعف العقلي :

يستطيع ضعاف العقول القابلون للتعليم (المأفونون) إذا تلقوا الرعاية

(١) أورد صموئيل مغاريوس (١٩٦٠) قائمة مفصلة بمدارس ومعاهد وفصول ومؤسسات ضعاف العقول في جمهورية مصر العربية .

والتعليم والتدريب المناسب الحياة المفيدة المنتجة اذا عملوا أعمالا بسيطة روتينية تكرارية ، وقد يفوقون العاديين الذين لا يرحبون بمثل هذه الاعمال .
اما بالنسبة لضعاف العقول القابلين للتدريب (البلهاء) فيمكن تدريبهم على العادات الروتينية الضرورية للحياة . ونسبة النجاح معهم متوسطة .
اما المعتوهون فمالهم غير حميد ، ويظلون عبئا على المجتمع طول حياتهم .

التأخر الدراسي

(١) UNDERACHIEVEMENT

التأخر الدراسي مشكلة متعددة الابعاد ، فهو مشكلة نفسية تربوية اجتماعية (٢) .

والتأخر الدراسي هو حالة تأخر أو تخلف أو نقص أو عدم اكتمال النمو التحصيلي نتيجة لعوامل عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل (٣) دون المستوى العادي المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين .

وللاغراض التربوية يعرف التأخر الدراسي **اجرائيا** على أساس الدرجات التحريرية التي يحصل عليها التلميذ في الاختبارات في جميع المواد (تخلف دراسي عام) (محمد رياض عزيزة ، ١٩٧٥) .

وهكذا نجد ان التخلف الدراسي نوعان :

تأخر دراسي عام : يرتبط بالغباء حيث تتراوح نسبة الذكاء بين ٧٠ - ٨٥ .

تأخر دراسي خاص : في مادة بعينها كالحساب مثلا ويرتبط بنقص القدرة .

(١) هناك مصطلحات أخرى تورد معظمها حول التأخر الدراسي ومعظمها مترادف مثل :

Low Attainment, Scholastic Retardation, Educational Retardation.

(٢) فيلم تعليمي « لماذا لا يستطيع جيمي القراءة » .

العمر التحصيلي

(٣) نسبة التحصيل = $100 \times$

العمر الزمني

اسباب التأخر الدراسي :

اسباب التأخر الدراسي كثيرة ، ويندر أن يرجع التأخر الدراسي الى سبب واحد ، ويمكن تلخيص أهم اسبابه فيما يلي : (انظر هدى برادة وحامد زهران ، ١٩٧٤) .

الاسباب الحيوية : تأخر النمو ، وضعف البنية ، والتلف المخي ، وضعف الحواس مثل السمع والبصر ، والضعف الصحي العام وسوء التغذية والانيما ، واضطراب الكلام ، والحالة السيئة للام أثناء الحمل وأصابتها بأمراض خطيرة ، وظروف الولادة العسرة .

الاسباب النفسية : انضعف العقل والغباء ونقص القدرات العقلية ونقص الانتباه وضعف الذاكرة والنسيان ، والشعور بالنقص وضعف الثقة في الذات ، والاستغراق في احلام اليقظة ، واضطراب الحياة النفسية للتلميذ وصحته النفسية والجو النفسي المضطرب وسوء التوافق العام ، والمشكلات الانفعالية والاحباط وعدم الاتزان الانفعالي والقلق والاضطراب العصبي ، وكراهية مادة دراسية معينة او اكثر ، وعدم تنظيم مواعيد النوم ، والاضطراب الانفعالي للوالدين .

الاسباب الاجتماعية : الانخفاض الشديد للمستوى الاجتماعي والاقتصادي واضطراب الظروف الاقتصادية ، وانخفاض المستوى التعليمي للوالدين ، وكبر حجم الاسرة والظروف السكنية السيئة ، وسوء التوافق الاسري والعلاقات الاسرية المفككة ، واسلوب التربية الخاطئ ، والقلق على التحصيل وارتفاع مستوى الطموح بما لا يتناسب مع قدرات التلميذ ، واللامبالاة وعدم الاهتمام بالتحصيل .

اسباب أخرى : نقص او انعدام الارشاد التربوي ، وسوء التوافق المدرسي ، وبعد المواد الدراسية عن الواقع . وعدم مناسبة المناهج وطرق التدريس . وعدم مناسبة المناخ المدرسي العام ، وعدم ملائمة نظم الامتحانات ، وقلة الاهتمام بالدراسة وعدم المواظبة وكثرة الغياب والهروب ، وضعف الدافعية ونقص المثابرة وعدم بذل الجهد الكافي في التحصيل ، والاعتماد الزائد على الغير مثل الوالدين والدروس الخصوصية ، والحرمان الثقافي العام .

« بلانك وسولومون Black and Solomon ، ١٩٦٩ » .

اعراض التأخر الدراسي :

يمكن تلخيص التأخر الدراسي فيما يلي :

الاعراض الجسمية : الاجهاد والتوتر والحركات العصبية واللازمات الحركية .

الاعراض العقلية المعرفية : نقص الكفاءة (أقل من المتوسط) أو الضعف العقلي ، وتششت الانتباه وعدم القدرة على التركيز ، وضعف الذاكرة ، وهروب الأفكار ، واضطراب الفهم ، وضعف التحصيل (بصفة عامة دون المتوسط ، وفي مواد خاصة ضعيفة) ، وقلة الاهتمام بالدراسة والغياب المتكرر من المدرسة والتسرب .

الاعراض الانفعالية : اضطراب العاطفة ، والقلق ، وعدم الأمن ، والخمول والبلادة ، والاكتئاب العابر ، وعدم الثبات الانفعالي ، والشعور بالذنب ، والشعور بالنقص ، والغيرة ، والحقد ، والخجل ، والاستغراق في أحلام اليقظة ، وشروذ الذهن ، وخوف المدرسة .

الاعراض الاجتماعية : وأهملها الفشل والجناح .

تشخيص التأخر الدراسي :

- ويمكن تلخيص أهم خطوات تشخيص التأخر الدراسي فيما يلي :
- * يقوم به الاختصاصي النفسي والمدرس والاختصاصي الاجتماعي بمعاونة الوالدين للألمام بالموقف الكلي للتلميذ المتأخر دراسيا .
- * دراسة المشكلة وتاريخها والتاريخ التربوي والعلاقات انشخصية والتاريخ النفسي الجسمي للتلميذ .
- * دراسة الكفاءة والقدرات العقلية المعرفية المختلفة باستخدام الاختبارات المقننة .
- * دراسة المستوى التحصيلي والاستعدادات والميول باستخدام الاختبارات المقننة .
- * دراسة اتجاهات التلميذ نحو المدرسين ونحو المواد الدراسية .
- * دراسة شخصية التلميذ والعوامل المختلفة المؤثرة مثل ضعف الثقة في النفس والخمول وكراهية المادة الدراسية ... الخ .
- * دراسة الصحة العامة للتلميذ وحواسه مثل السمع والبصر والأمراض مثل الانيميا والأمراض الأخرى .
- * دراسة العوامل البيئية مثل تنقل التلميذ من مدرسة لأخرى ، وكثرة الغياب والهروب ، وشعور التلميذ بقيمة الدراسة ، وتنقلات المدرسين وملاءمة المواد الدراسية ، وطرق التدريس ، والجو المدرسي العام ، وعلاقة التلميذ بالديه ، والجو الأسري العام .

الوقاية من التأخر الدراسي :

- للوقاية من التأخر الدراسي يجب مراعاة ما يلي :
- * التعرف المبكر على حالات التأخر الدراسي وبطء التعلم .

- * تلافى حدوث اسبابه .
- * العناية بصفة خاصة بالتوجيه التربوى .
- * العناية بالنواحي الصحية والاجتماعية للتلاميذ .

علاج التأخر الدراسى :

يتعاون فى علاج التأخر الدراسى كل من الاخصائى النفسى والمرشد النفسى والمدرس والاخصائى الاجتماعى والطبيب والوالدين ، وذلك بهدف المحافظة على مستوى التحصيل وتحسينه والحماية من زيادة التأخر .

العلاج الطبى : العلاج الجسمى العام ، وتصحيح أوجه القصور الحسى مثل ضعف البصر والسمع ، وعلاج الامراض التى تؤثر على الصحة العامة للتلميذ .

العلاج النفسى : اقامة علاقة علاجية بين التلميذ والاخصائى فى جو علاجى سليم ، والعلاج النفسى العام ، والارشاد النفسى ، وارشاء الوالدين بخصوص تجنب اسباب التأخر الدراسى لدى التلميذ ، ومحو الاعراض ، وتحليل وتعديل الاسباب النفسية ، وتنمية القدرات والعادات والمهارات ، وتنمية بصيرة التلميذ وتشجيع التعديل الذاتى للسلوك .

العلاج التربوى : الارشاد التربوى والمهنى والتعليم العلاجى حيث توجه العناية الفردية اللازمة للتلميذ المتأخر دراسيا مع اعطاء تمرينات علاجية فى فصول علاجية خاصة أحيانا والاهتمام بالقدرات والمهارات الاساسية بما يمكن التلميذ المتأخر من اللحاق بزملائه ، وتنمية الدافع للتحصيل الدراسى ، وتوجيه النشاط التربوى توجيها علاجيا سليما ، وتحسين مستوى التوافق المدرسى .

العلاج الاجتماعى : تحسين مستوى التوافق الاسرى والاجتماعى بصفة عامة ، والتعاون بين الاسرة والمدرسة لعلاج الحالة .

الاضطرابات الانفعالية

EMOTIONAL DISORDERS

الانفعال هو حالة شعورية مركبة يصحبها نشاط جسمى وفسىولوجى مميز . **والسلوك الانفعالى** سلوك مركب يعبر اما عن السوء الانفعالى او يعبر عن الاضطراب الانفعالى .

والاضطراب الانفعالى حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير مناسبة لمثيرها بالزيادة أو بالنقصان . فالخوف الشديد كاستجابة لمثير مخيف حقا لا يعتبر اضطرابا انفعاليا بل يعتبر استجابة انفعالية عادية وضرورية للمحافظة على الحياة . أما الخوف الشديد من مثير غير مخيف فانه يعتبر اضطرابا انفعاليا .

أسباب الاضطرابات الانفعالية :

فيما يلي أهم أسباب الاضطرابات الانفعالية :

الأسباب الحيوية : القصور الجسمى والاصابات ، والعاهات والتشوهات الجسمية ، والمرض المزمن مثل النصرع وعدم التوافق مع هذه الحالات .

الأسباب النفسية : الاحباط والفشل ، والصراع بين الرغبة الجنسية والاشباع الجنسي ، وعدم اشباع الحاجات الجنسية ، وميلاد طفل جديد والخوف من تحويل حب الوالدين واهتمامهما اليه وخاصة اذا كان الطفل الاول والوحيد ، والرفض والجوع الانفعالي ونقص الامن الانفعالي ، وعدم حل عقدة أوديب أو عقدة الكترا في الطفولة في الوقت المناسب ، والخبرات الاليمة العنيفة الصادمة في الطفولة ، والحكايات المخيفة للاطفال ، والتوحد مع الوالدين المضطربين انفعاليا أو أحدهما ، وعدوى الخوف من الكبار ، والتسلط والقسوة في المعاملة ، والضغط الموجه الى الفرد ووجود الفرد في مواقف جديدة دون الاستعداد لها والصعوبات التي يواجهها المراهقون في التوافق وحل مشكلاتهم ، والقصور العقلي .

الأسباب الاجتماعية : البيئة الأسرية المضطربة (السواك المنحرف) والشجار والانفصال والطلاق والانفصال عن الوالدين وغياب أحد الوالدين أو كليهما والحرمان الوالدي ، والوالدان العصبيان ، واضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل ، وأسلوب التربية الخاطيء كما في نقص وخطأ التربية الجنسية وأخطاء التدريب على النظافة وغيرها ، والفرقة في المعاملة بين الأخوة وتفضيل جنس على الآخر ، والسلطة الوالدية الزائدة والتدخل الزائد عن الحد في شؤون الفرد ، والاتجاهات السالبة لدى الوالدين ، ورفض الطفل والمغالاة في الرعاية والتدليل ، وإثارة المنافسة غير العادلة بين الاطفال ، والبيئة المدرسية المضطربة مثل اهمال المدرسين وتهكمهم ، وسوء المعاملة والعقاب ، واضطراب العلاقة مع الزملاء ، والامتحانات القاسية والمخيفة .

اعراض الاضطرابات الانفعالية :

فيما يلي أهم أعراض الاضطرابات الانفعالية :

الخوف : كرد فعل انفعالي لمثير موجود موضوعيا يدركه الفرد على انه مهدد لكيانه الجسمى أو النفسى . ويشمل الخوف الكثير من أنواع الخواف (المخاوف المرضية) والخوف المرتبط بفقد الامن وفقدان الرعاية ومشاعر الذنب ، والخوف له درجات متدرجة وهى الذعر والرعب والخوف الخفيف .

القلق : وهو مركب انفعالي من الخوف المستمر بدون مثير ظاهر والتوتر والانقباض ، ويتضمن الخوف المصاحب للقلق تهديدا متوقعا أو متخيلا (غير موجود موضوعيا أو مباشرة) لكيان الفرد الجسمي أو النفسي ، ويعوق الاداء العقلي المعرفى وسلوك الفرد بصفة عامة ، ويؤثر على الفرد في اشكال مختلفة منها المرض ، واحلام اليقظة ، والاحلام المزعجة والكابوس ، والتمرد ، والعدوان (راجع شكل ١٠١ ص ٤٠٣) . والقلق عرض خطير وخاصة في عصرنا الذى اطلق عليه البعض « عصر القلق » .

الغضب : وهو وسيلة للتعامل مع البيئة المهددة . ويتضمن استجابات طارئة وسلوكا مضادا لمثيرات التهديد ويصاحبه تغيرات فسيولوجية لاعداد الفرد لسلوك يناسب الموقف المهدد . والغضب قد يكون علامة قوة وقد يكون علامة ضعف . فهو علامة ضعف عندما لا يتناسب مع الموقف ، وعندما لا يوجه نحو مصدر التهديد وعندما يثير متاعب اكثر . ويؤدى الغضب الى صراع ذى جانبين : اولهما صراع مع الآخرين الذين يعترضون على الغضب أو الذين يتهددهم ، وثانيهما صراع مع النفس لأن الغضب يحرم الفرد من العطف والحب والحنان ويفقده السيطرة على نفسه . هذا وقد يوجه الغضب في شكل عدوان نحو الآخرين وقد يوجه نحو الذات . وقد يظهر الغضب في شكل نوبات ، وقد يصب الغضب على كبش فداء (شخص أو موقف آخر) عندما يكون الفرد عاجزا عن توجيه غضبه الى الشخص أو الموقف الذى اثار الغضب . وقد ينسحب الفرد من الموقف ، أو قد ينكس الى سلوك طفلى أقل نضجا فى مستواه ، وقد يكبت غضبه ويكظم غيظه وتظهر أعراض سلوكية تدل على ذلك مثل انعقاد والتخريب ونوبات الغضب الطفلية .

الغيرة : وهى مركب من انفعالات الغضب والكراهية والحزن والخوف والقلق والعدوان . وتحدث عندما يشعر الطفل بالتهديد وعندما يفقد الحب والعطف والحنان .

الاكتئاب : حيث يشعر المريض بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد ونوبات البكاء وانكسار النفس دون سبب مناسب أو لسبب تافه وقد يصل الحال الى محاولة الانتحار .

التوتر : والشعور الدائى بعدم الراحة والاضطراب والتأمل وعدم الرضا والارتجاف وسرعة الحركات والصداخ .

الفرع : أى التوتر الطويل والخوف الفجائى الحاد والشعور بالخطر وعدم الامن .

اعراض جسدية : مثل فقدان الشهية ، والاضطرابات المعوية ، واضطرابات وظيفة المثانة ، واضطرابات الحواس ، واضطرابات الوظائف

الحركية ، والتعب وعدم الاستقرار ، واللازمات الحركية ، ومصص الاصابع وقضم الاظفار .

اعراض اخرى : مثل التبلد واللامبالاة ، والتناقض الانفعالي ، وعدم الثبات الانفعالي ، وانحراف الانفعال ، والزهو او المرح ، والخجل ، واحلام اليقظة ، والاستغراق في الخيال ، ومشاعر الذنب الشاذة ، والاستقاربه ، والبجاح والسلوك المضاد للمجتمع ، والاضطراب النفسى الجنسى مثل العنة والبرود الجنسى واضطراب النفس والجنس والسلوك الجنسى الشاذ وسوء التوافق الفزاجى ، والتأخر الدراسي ، وسوء التوافق المعنى ، والادمان . وقد يصاحب الاضطرابات الانفعالية اضطرابات الشخصية والثقة في النفس والاضطراب الكلام والسلوك الدفاعي وسوء الاستجابة الانفعالية والحساسية النفسية .
(راجع ص ١٢٧) .

علاج الاضطرابات الانفعالية :

فيما يلي اهم ملامح علاج الاضطرابات الانفعالية :

التعاون بين الاخصائى النفسى والمدرس والوالدين في علاج الاعراض (حسب كل حالة) بحيث يتمكن العميل من حل بعض مشكلاته بنفسه تحت اشرافهم وبتوجيههم ، وتقديم المساعدة المناسبة في الوقت المناسب والاخذ بيد الفرد نحو النضج الانفعالي .

العلاج النفسى الفردي والجماعى والتحليل النفسى ، والبحث عن الاسباب الحقيقية للاضطراب الانفعالي وازالتها حسب الحالة ، والتشجيع وأبراز نواحي القوة والايجابية لدى الفرد وتنمية الثقة في النفس والاعتماد على النفس وتشجيع النجاح والشعور بالنجاح وتحمل المسؤولية ، والمساعدة في حل المشكلات الانفعالية وخاصة ما يدور منها حول الشعور بالذنب والقلق وذلك عن طريق المشاركة الوجدانية غير الناقدة وتأكيد الذات ، وازالة الضغوط الانفعالية وتسهيل عملية التفريغ الانفعالي (ستاتون Staton ١٩٦٣) . ويفيد العلاج السلوكى بربط مثيرات الانفعال بأمر سارة محبة وانقاص عوامل تعزيز الخوف والفضب والغيرة حتى تطفئ . وتشجيع الفرد على السلوك في اطار الخبرات والمواقف المثيرة انفعاليا تدريجيا مع اثابته وطمأنته بحيث تتغلب المثيرات السارة على المثيرات غير السارة فينقلب انفعال مثل الخوف الى الفة . . وهكذا ، وتعلم ضبط الانفعالات وتكوين عاطفة طيبة نحو مصادر الانفعال . كذلك يفيد العلاج باللعب وخاصة في حالة الاطفال . والعلاج بالعمل الجذاب في حالة الكبار .

الارشاد النفسى للوالدين وخاصة اذا كانا عصبيين قلقين وحثهما على ضرب المثل والقذوة في السلوك الانفعالي ، وتعريفهما بالاسلوب السليم في تربية الاولاد .

علاج البيئة تصحيح الاخطاء في البيئة وخاصة عند الوالدين ، وعلاج الجو المنزلى الذى يجب أن تسوده المحبة والعطف والهدوء والثبات والاتزان والحرية (وقد يلزم تغيير من يرعى الطفل) ، والمعاملة السليمة (لتحقيق الامن) والمساعدة فى تحقيق فهم واضح للدوافع والمشاعر التى تؤدى الى سوء التوافق ، وعدم تعريض الفرد للمواقف والخبرات المثيرة انفعاليا .

العلاج الطبى : استخدام المهدئات الخفيفة اذا لزم الامر .

اضطرابات العادات HABIT DISORDERS

تلاحظ بعض العادات السلوكية المتكررة عند البعض ، وهذه العادات قد تكون عادية فى سن وظروف معينة ، وقد تصل الى درجة الاضطراب فى سن وظروف أخرى . مثال ذلك مص الاصابع عند الاطفال ، فقد تكون هذه عادة عادية فى مرحلة الرضاعة ، أما اذا استمرت بعد ذلك فانها تصل الى درجة الاضطراب المقلق .

وهكذا نشاهد بعض اضطرابات العادات السلوكية عند البعض بدرجة مرضية قد تكون عرضا لامراض نفسية أو قد تكون هى نفسها مشكلات سلوكية قائمة بذاتها .

أسباب اضطرابات العادات :

تتلخص أهم أسباب اضطرابات العادات فيما يلى :

الاسباب الحيوية : مثل العاهات والعوى والصمم .. الخ .

الاسباب النفسية : مثل الصراع والاجبساط والحرمان ، والضغط الانفعالى ، والقلق ، والعصبية العامة ، والتوتر لدى الفرد ، والشعور بالشقاء ، وكثرة المشكلات غير المحلولة فى حياته ، وعدم تحقيق الحاجات الاساسية .

الاسباب البيئية : مثل المعاملة الاسرية الخاطئة (التفرقة فى المعاملة .. الخ) والتوتر الاسرى ، والعصبية العامة فى الاسرة .

اعراض اضطرابات العادات :

من أهم أعراض اضطرابات العادات ما يلى :

مص الابهام ، وقضم الاظافر ، وقرض الاقلام واللازمات العصبية

(وهي حركات نبطية متكررة لا هدف لها ، مثل هز الرجلين وحركات الرأس والكنتين واليدين ورمش العينين وحركات الفم وجرش الاسنان .. الخ)
واللعب بأعضاء الجسم ، وعدم الاستقرار . وقد تشاهد لدى الفرد واحدة أو أكثر من هذه العادات . ويلاحظ أن هذه العادات تصبح اشد تحت الضغط والتوتر الانفعالي .

علاج اضطرابات العادات :

تتلخص أهم توصيات علاج اضطرابات العادات فيما يلي :

المعالجة النفسية الفردية أو الجماعية للطفل ، وعلاج اسباب شقائه ، وإزالة عوامل القلق والضغط والتوتر الانفعالي ، وحل صراعاته وتشجيعه على الاقتلاع التدريجي عن العادات الساوكية المضطربة . وكذلك يجب تشجيع الطفل على الاقتلاع ، مثلاً بمقارنة أصبعه الذي يمصه أو يقضمه بأصابعه الأخرى وتشجيعه على الافتخار بأصابعه النظيفة .. وهكذا .

ويحسن شغل يدي الطفل وأصابعه بالمفيد والمفنتج من النشاط (مثل العمل اليدوي الذي يشتمل الحل والتركيب وأعمال المنزل والموسيقى .. الخ) . كذلك يجب اشباع حاجات الفرد ، والاهتمام بالترفيه والنشاط الرياضي والنشاط الاجتماعي وتنظيم التزهة وتشجيع الهوايات وتنظيم العمل والراحة والاسترخاء . ويحسن استخدام العلاج السلوكي في محو العادات غير المرغوب فيها وتعلم عادات مرغوب فيها (مثل الاشراف التجنبي وتدريب الاغفال والممارسة السالبة) .

توجيه وارشاد الوالدين بخصوص المعاملة السليمة للطفل وتحسين علاقتهما بالطفل وعلاج قلق الوالدين ، ونصحهما بعدم استخدام العقاب مع الاولاد ذوي العادات المضطربة وتعريفهما أن هذه العادات لا ارادية .

المعالجة البيئية وتعديل مجال حياة الفرد بما يحقق هدوءه ونشاطه وسعادته ، وتعديل اتجاهات الوالدين وتوفير العطف والحزم والمعدالة وحسن التوجيه ، وعلاج ما قد يكون هناك من كسب من وراء الاعراض مثل لفت الانتظار اليه .. الخ .

المعالجة الطبية : استخدام المهدئات أحياناً اذا لزم الامر .

اضطرابات الغذاء DISORDERS OF EATING

يعزو كثير من علماء الصحة النفسية الكثير من مشكلات الاطفال الى اضطراب تدريب الطفل على العادات الواجب اتباعها في الغذاء . وقد اوضحت نتائج البحوث الخاصة بعملية التنشئة الاجتماعية أن نظام التغذية الذى تتبعه الام مع الطفل في مرحلة الرضاعة يؤثر في حركة ونشاط الطفل . وعدم اتاحة الفرصة الكافية للامتصاص في فترة الرضاعة يؤدى الى مص الاصابع . والفتام المفاجيء يحدث اضطرابا اكبر للطفل من الفتام المتدرج . والفتام المتأخر يضر بشخصية الطفل . والتزمت في مواعيد الرضاعة والقسوة في الفتام يؤدى الى كثرة الاعتماد على الغير في مدرسة الحضانه . (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧) .

اسباب اضطرابات الغذاء :

من أهم أسباب اضطرابات الغذاء ما يلى :

الأسباب الحيوية : مثل اضطراب البيئة والتكوين ولجوء البعض الى (الريجيم) لانقاص الوزن في حالة البدانة ، والامراض الجسمية مثل امراض الفم والاسنان والجهاز الهضمى .

الاسباب النفسية : مثل الاضطراب الانفعالى العام ، والحرمان الانفعالى الشديد وعدم الامن ، وقلة وقت الفراغ ، وقلة الرياضة ، والعمل المستمر القليل التنوع ، والرغبة في الموت (كما يحدث في مرض الاكتئاب) ، والخوف من التسمم (كما في مرض الهذاء) ، والخوف من التلوث (كما في مرض الوسواس والفهر) .

الاسباب البيئية : رفض الام لارضاع الطفل من الشدى ، والفتام الخاطيء (المفاجيء والمتأخر) واضطراب العلاقة بين الام والرضيع ، وقلق الام بخصوص غذاء الطفل ، والاتجاهات الخاطئة لدى الام بخصوص الغذاء الكامل ، والارغام على اكل انواع معينة مع الاغراء والتهديد والوعد والوعيد ومقاومة الطفل لامه وعقابها بجعلها قاعة بخصوص مشكلة التغذية لديه ، واعداد الطعام بطريقة خاطئة ، وتقديم الطعام غير المألوف ، وعادات الغذاء الخاطئة (كاكل الحلويات دائما بين الوجبات بافراط) ، واضطرابات مواقف التغذية مثل الشجار بين الكبار وبين المسافرين عند الاكل مما يشرط الاكل بخبرات مؤلمة مثل التائب والمحاضرات اثناء الاكل ، والالاح والتحايل والعنف ، وغش الاكل والشرب بوضع الدواء فيه مثلا ، والتقليد حيث يقلد الطفل امه التى تقل من الاكل محاولة انقاص وزنها او يقلد اباه الذى لايتناول طعام الافطار مثلا .

اعراض اضطرابات الغذاء :

ومن أهم أعراض اضطرابات الغذاء : قلة الأكل ، والافراط في الأكل (النهم أو الشره) ، والوجم (أى اشتهاؤ الطعام الغريبة) واكل الأشياء الشاذة التى لا تؤكل عادة ، والبطء الشديد فى تناول الطعام ، والامساك عن الأكل ، أو رفض الطعام . وتقاليع الأكل والتألف ، والشعور بالغثيان والتقيؤ ، والجشاء (أى الصوت الذى يخرج من الفم عند الشبع وامتلاء المعدة) .

علاج اضطرابات الغذاء :

تتلخص أهم ملامح علاج اضطرابات الغذاء فيما يلى :

العلاج النفسى : الذى يركز على اكتشاف الأسباب وعلاجها ، وعلاج الاضطرابات الانفعالية ، وتخفيف الضغط الانفعالى ، وتحقيق الأمن والهدوء النفسى .

أرشاد الوالدين (خاصة الأم بخصوص مواقف التغذية — العطف مع الحزم — المرونة — الأمن — العادات السليمة) ، وأهمية السعادة الاسرية والجو الهادئ السعيد أثناء الوجبات ، وعدم اللجوء الى العقاب أو الاجبار على الأكل أو التعليق على طريقة الأكل ، وجعل الطعام متوازنا وشهيا جذابا وتقديمه فى كميات قليلة وبطرق مختلفة جذابة لاستثارة الشهية والاهتمام ، وتنظيم مواعيد الطعام وعدم الأكل بين الوجبات ، وإذا جاع الطفل يعطى كوبا من اللبن أو فاكهة ، وتشجيع الأكل الجماعى ، وترك الطفل يختار ما يحبه من الطعام مع تنويع الغذاء الكامل الصحى ، وإذا ظهر عدم الميل لى نوع من الغذاء يجب تجنب تقديمه لفترة من الوقت ، وتنظيم النظافة .

العلاج الطبى لما قد يكون موجودا من اضطراب فى وظائف الغدد أو وجود أمراض الفم والأسنان والجهاز الهضمى (مثل الإصابة بالديدان والامساك وعسر الهضم) ، والتأكد من تكامل الغذاء الصحى ، وقد يحتاج الأمر الى التغذية الصناعية باندخال أنبوب الى المعدة ثم يصب فيها غذاء سائل لتغذية المريض .

اضطرابات الإخراج

من الأمور العادية فى الإخراج فى مرحلة الرضاعة البوال وعدم القدرة على التحكم فى التبرز ، لأن العضلات التى تتحكم فى ذلك لا يكون قد تم نموها ونضجها بعد . ومع النمو والتدريب السليم يتحكم الطفل فى الإخراج . وقد يطرأ أن يبلى طفل كبير فراشه لأزمة نفسية عابرة أو مرض طارئ أو حتى نتيجة للاكثار من المشروبات وهذا أمر عابر لا يستلزم الانتباه . ولكن قد

يحدث أن يستمر اضطراب الانحراج بعد مرحلة الرضاعة وحتى بعد مرحلة الحضانة ، أو قد ينكس الطفل ويرتد الى البوال مثلا بعد أن يكون قد كف عنه ، وهنا يكون اضطرابا حقيقيا .

اسباب اضطرابات الانحراج :

فيما يلي أهم اسباب اضطرابات الانحراج :

الاسباب الحيوية : وتشمل العديد من العيوب التشريحية مثل وجود خلل عضوى فى الجهاز البولى مثل صفر سعة المثانة والتهاب المثانة ومجرى البول أو الجهاز الهضمى ، واضطراب الجهاز العصبى وحساسيته ، والضعف الجسمى العام ، وقد تحدث اضطرابات الانحراج نتيجة وجود اضطرابات أخرى مثل الصرع وغيره من الامراض مثل الحساسية والسكر ، ووجود الديدان العضوية ، وارتفاع درجة حموضة البول . وعدم السواء فى النمو ، وقلق الوالدين بهذا الخصوص ، والتدريب الخاطىء القاسى الاجبارى والمبكر على الانحراج ، وقد يكون السبب هو اهمال التدريب على الانحراج بالمره .

الاسباب النفسية مثل الخوف أو الغيرة والعدوان المكبوت والنكوص بسبب الضغط الانفعالى الحاد كالانفصال عن الام أو ميلاد طفل جديد أو دخول المدرسة لأول مرة أو الامتحانات وكعرض عصابى نتيجة للقلق الشديد والصراع المستمر وابدال اللذة الجنسية ، وكعرض مصاحب للضعف العقلى وكحيلة لجذب انتباه ورعاية الوالدين ، وكمتمرد على الام القاسية أو كرد على سوء العلاقة بين الام والطفل ، وتأثير الانفعال الزمن على الجهاز العصبى الذاتى وتأثيره بالتالى على أعضاء الجهاز الهضمى فينتج من ذلك اضطرابات مثل قرحة المعدة والاسهال والامساك العصبى .. الخ .

الاسباب البيئية : مثل اضطراب البيئة الاسرية وتشبعها بالاضطراب الانفعالى ، وعوامل بيئية أخرى مثل الظلام والخوف منه . وقد اوضحت نتائج البحوث الخاصة بعنمية التنشئة الاجتماعية للأطفال أن أسلوب ضبط عملية الانحراج فى الطفولة يرتبط بالبخل والحرص والترتيب والنظام فى الكبر . وقسوة الوالدين فى التدريب على الانحراج تؤدى الى ميل الأطفال الذكور الى العدوان (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧) .

اعراض اضطرابات الانحراج :

فيما يلي اشيع اعراض اضطرابات الانحراج :

* البوال enuresis أى التبول اللاارادى وعدم ضبط النفس اثناء النوم أو اثناء اليقظة وخاصة بعد سن الثالثة .

* عدم القدرة على التحكم في التبرز encopresis (أقل شيوعاً من البوال)
ويتضمن التبرز في أوقات غير مناسبة وفي أماكن غير مناسبة وخاصة بعد
سن الثالثة .

* الإمساك أو الإسهال العصبي .

* ويصاحب هذا امراض مثل الشعور بالنقص والدونية وفقدان الشعور
بالامن ، والخجل والميل الى الانطواء واضطراب الكلام والسلوك
التعويضي كالغناد والتخريب وكثرة النقد وثورات الغضب واضطرابات
النوم وتدهور الحالة النفسية بصفة عامة .

علاج اضطرابات الاخراج :

فيما يلي اهم علاج اضطرابات الاخراج :

العلاج النفسي الفردي أو الجماعي : ويهدف الى تخفيف الضغط
الافعالى والقلق ، يتضمن الحديث العلاجي والتبصير والاقناع واطهار المزاج
والاضراء واثارة الاهتمام والحث على انجاح والسلوك الناضج والقضاء
مسئولية العلاج على الفرد وبث روح الثقة في النجاح والايحاء (أحياناً
باستخدام الدواء) وعلاج عدم السواء في النمو (انظر بيرس pierce ، ١٩٦٩)
ويستخدم العلاج السلوكي بأسلوب الكف المتبادل واستخدام الاجهزة مثل
جهاز علاج البوال (١) . (راجع ص ٢٥٦) .

ارشاد الوالدين حول عدم التركيز الزائد على المشكلة ومعاملة الطفل
بهدوء وحكمة وعدم اللجوء الى العقاب الجسمي الذي يزيد الطين بلة ،
واستشارة تعاون الطفل والوالدين بخصوص المواظبة والدقة في تنفيذ النظام
الذي يضعه المعالج لمدة كافية واشباع حاجات الطفل من امن وتقدير
وعطف .. الخ . ويلاحظ أن الوالدين أو احدهما قد يكون هو نفسه في حاجة
الى علاج نفسي ، وعادة ما تتحسن حالة الطفل عند شفاء والديه .

العلاج البيئي : وعلاج ما قد يكون لدى الوالدين من خرافات أو
مشكلات وعلاج اسباب الغيرة والفشل الدراسي . كذلك يفيد العون الخارجي
مثل مساعدة الكبار في منع الطفل من اكل الانواع التي تتطلب شرب كميات
كبيرة من الماء ومنع السوائل في المساء وحثه على التبول قبل النوم مباشرة
وايقاظه في ساعة معينة من الليل للتبول وهو مستيقظ تماماً ، وتنظيم
مواعيد التبول والتبرز وتعويد الطفل وضبط نفسه نهائياً وتلبية الحاجة للتبول
والتبرز في الوقت المناسب ومساعدة الطفل على التغلب على كل ما يجعل عملية

التبول او التبرز صعبة مثل بعد المكان او اظلامه او اظلام الطريق اليه ...
السح .

العلاج الطبي : ويتضمن علاج الامراض العضوية مثل السكر والحساسية بعد تحليل البول والبراز والدم ، واستخدام العقاقير الطبية حسب الحالة ، والعلاج العصبى وعلاج العيوب التشريحية .

اضطرابات النوم DISORDERS OF SLEEP

النوم آية من آيات الله له قيمة حيوية فى حياتنا ، فهو عملية جسمية نفسية ضرورية لتحقيق الصحة الجسمية والنفسية . ويركز معظم الكتاب على الاضطرابات والمشكلات النفسية اثناء اليقظة ولايتناولون كثيرا اضطرابات النوم رغم اننا ننام ثلث اعمارنا تقريبا . وقد يحدث فى حياة الفرد ما يؤدى الى اضطرابات النوم .

اسباب اضطرابات النوم :

نتأخذ اهم اسباب اضطرابات النوم فيما يلى :

الاسباب الحيوية : مثل الامراض ، والاجهاد الجسمى ، الاجهاد العصبى ، وعدم ملائمة غرفة النوم ، والتسنين ، والتجود على تناول اقراص منومة او منبهة للسهر .. الخ .

الاسباب النفسية : مثل الاضطراب الانفعالى والنوتر وعدم الاستقرار والقصص المخيفة (وخاصة عن العقاريت) والتخويف وكثرة الهوم ، والاكتئاب وعدم الشعور بالامن والخوف كما فى حالات النوف من الظلام ومشكلات الحياة والهروب منها الى النوم ، وعدم اشباع الحاجات . وانشغال الوالدين عن الاطفال نهارا اكثر من اللازم كما فى حالة المرأة العاملة .

الاسباب البيئية : مثل اتجاهات الوالدين الخاطئة عن مدة النوم ومتطلباته واجبار الطفل لينام فى وقت محدد حسب ظروف حياتهم ، والنوم مدة اقل او اكثر من اللازم واستعمال النوم او التنويم كتهديد او عقاب واساليب المعاملة السيئة والاعتماد على المربيات والخدم الذين يدفعون الطفل الى النوم بشتى الوسائل التى قد تكون ضارة لينام ، والمعامل الاجتماعية مثل ضيق المسكن ونوم الاطفال مع الوالدين فى نفس الحجرة ..
السح .

اعراض اضطرابات النوم :

يجب التفريق بين اضطرابات النوم العادية وبين اضطرابات النوم المرضية التي تمثل مشكلات في حد ذاتها وكذلك بين اضطرابات النوم التي تعتبر اعراضا مصاحبة للأمراض النفسية او الجسمية .

ومن اشيع اضطرابات النوم : الارق (١) والكلام أثناء النوم ، وقرض الاسنان أثناء النوم ، وكثرة النوم ، والتقلب الزائد أثناء النوم ، والاحلام المزعجة ، والكابوس ، والفزع الليلي والمخاوف الليلية ، والمشي أثناء النوم ، وشلل النوم ، والبكاء قبل واثناء وبعد النوم ، ومص الابهام أثناء النوم ، والاصرار على النوم مع البكاء .

علاج اضطرابات النوم :

فيما يلي اهم توصيات علاج اضطرابات النوم :

العلاج النفسي : الفردي والجماعي وازالة الاسباب الانفعالية والتقليل من الارتباطات الشرطية مع النوم والتي لا ينام الطفل الا بها . واسعاد الطفل طول اليوم وابعاد التوتر والقلق والخوف .

العلاج البيئي : وخاصة علاج الظروف والضغط البيئي المسببة للحالة في الأسرة والمدرسة . وعدم نوم الطفل مع الوالدين في نفس الحجرة خشية أن يكون سببا بسبب العلاقة بين الوالدين ، مع وجود الام بجوار الطفل عنفا يأتى الى الفراش ، وعدم اجبار الطفل على النوم .

العلاج الطبي : ويتناول علاج الاسباب الصحية واستخدام العقاقير المهدئة احيانا ، وعدم تناول المنبهات قبل موعد النوم بوقت مناسب ، وتنظيم النوم ومدته ومكانه وموعده ومراعاة الشروط الصحية المناسبة في حجرة النوم مثل التهوية والتدفئة ، واستخدام العقاقير المنومة في حالة الارق او في حالة كسر عادة البكاء طويلا ، وهذه تستخدم للمنع والوقاية أكثر منها كعلاج .

(١) يقول أبو نواس :

أرقت وطار من عيني النعاس ونام السامرون ولم يواسوا
ويقول :

تساورمت جهدى فلم أرقد ونام الخلى ولم يسهد
ويقول الأعشى :

نام الخلى وبث الليل مرتفقا أرعى النجوم عميدا مثبتا أرقا

أمراض الكلام

SPEECH PATHOLOGY

الكلام أهم وسائل الاتصال النفسى ، ويعبر الفرد العصادى به عن شخصيته فى انطلاق ووضوح وتحديد وثبات . أما الفرد المضطرب فيكون تعبيره الكلامى عادة معبرا عن اضطراب شخصيته .

وتظهر اضطرابات الكلام لدى بعض الاطفال اثناء نموهم . وهذا امر عادى ، وهذه تختفى عادة مع النمو . أما اذا استمرت وظهرت فى شكل مرضى فهذا يجب التدخل العلاجى .

اسباب امراض الكلام :

تتعدد اسباب امراض الكلام واهمها ما يلى :

الاسباب الحيوية : مثل خلل الجهاز العصبى المركزى واضطراب الاعصاب المتحركة فى الكلام ، واساية المراكز الكلامية فى المخ بتلف او تورم او التهاب او نزيف ، وغيوب الجهاز الكلامى (الحنك واللسان والاسنان والشندان والفكان) بتلف او تشوه او سوء تركيب ، وغيوب الجهاز السمعى كذلك ، والتكوين الجسمى الضعيف ، واجبار الطفل الايسر على الكتابة باليد اليمنى . وتأخر النمو بصفة عامة ، والضعف العقلى .

الاسباب النفسية : مثل الصراع ، والقلق ، والخوف المكبوت ، والصدمات الانفعالية والانطواء ، والعصابية وضعف الثقة فى النفس ، والعدوان المكبوت ، والحرمان الانفعالى والافتقار الى العطف والحنان ، والضغط والتوتر الانفعالى ، والاحراج .

الاسباب البيئية : مثل تعدد اللهجات أو اللغات فى وقت واحد . والكدر والاعتماد الزائد على الآخرين . وسوء التوافق الاسرى والتعاسة وانسواء المعاشى وتصدع الاسرة . وقلة الوالدین بخصوص الكلام ، والرعاية الزائدة ، التدليل والسيطرة ، والاستجابة لحاجات الطفل دون حاجة الى كلامه . والتقليد ، والمستوى الفقير فى الكلام فى المنزل ونقله الى الكلام المضطرب والتدريب غير المناسب أو غير الكافى ، وايحاء الوالدين والاخوة والاصدقاء والزملاء ان الشخص لديه اضطراب كلامى ، وسوء التوافق المدرسى والاجتماعى .

الامراض امراض الكلام :

فيما يلي اهم اعراض امراض الكلام :

* تاخر الكلام وضالة عدد المفردات ، والحبسة يتوابعها التعبيرية والنسيانية . . الخ . وفقدان القدرة على التعبير بالكلام او الكتابة او عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوق بها او ايجاد الاسماء لبعض الاشياء والمفردات او مراعاة القواعد النحوية والكلام الطفلي ، والكلام التشنجي ، والابدال مثل الثنائية ، والمعيوب الصوتية ، وعيوب حلاقة اللسان والتعبير مثل اللجلجة والتهمة ، وعيوب النطق والكلام مثل الخميخة (الخنف) بسبب فجوة ولادية في سقف الحلق ، والسرعة الزائدة في الكلام (وما يصاحبها من اضمحلال وخط وحذف) ، وعسر الكلام ، وفقدان الصوت الهستيري وخواف الكلام .

* ويصاحب هذا كله اعراض حركية مثل تحريك الكتفين او اليدين او الضغط بالقدمين على الارض وارتعاش رموش العينين والجفون وازحاج اللسان والميل بالرأس الى الامام او الى الخلف او الى الجنب . * وتشاهد الاعراض النفسية مثل القلق وعدم الثقة في النفس والخجل والانطواء والعصبية وسوء التوافق في الدراسة والعمل .

علاج امراض الكلام :

يحتاج علاج امراض الكلام الى صبر ومثابرة وبث روح الامل لدى المريض في الشفاء . وفيما يلي اهم ملامح علاج امراض الكلام :

العلاج النفسي : لتقليل اتجاه الخجل والارتباك والانسحاب التي تؤثر على الشخصية وقد تزيد من الاخطاء والاضطرابات ، وعلاج الطفل القلق المحروم انفعاليا وافهام الفرد اهمية العملية الكلامية في نموه وتقدمه في المجتمع وتشجيعه على بذل الجهد في العلاج وتقوية روحه المعنوية وثقته بنفسه ، واماطة اللثام عن الصراعات الانفعالية وحلها واعادة الاتزان الانفعالي وحل مشكلات الفرد وعلاج فقدان الصوت الهستيري بالايعاء والادوية النفسية Placebo . ويجب الاهتمام بالعلاج الجماعي والاجتماعي ، والعلاج باللعب وتشجيع النشاط الجسمي والعقلي . كذلك يجب علاج حالات الضعف العقلي .

ارشاد الوالدين : القلقين بخصوص تلافى اسباب اضطرابات الكلام وخاصة عدم اجبار الطفل الايسر على الكتابة باليد اليمنى وتجنب الاحباط والعقاب ، وتحقيق امن الطفل بكافة الوسائل حتى يكسب الطلاقة في الكلام ، والابتعاد عن التصحيح الدائم للكلام الطفل حتى يقصد العلاج .

العلاج الطبى : لتصحيح النواحي التكوينية والجسمية فى الجهاز العصبى وجهاز الكلام والجهاز السمعى واحيانا العلاج الجراحى (مثلا فى الخمضة ترقيع او سد فجوة سقف الحلق) ، وعلاج الامراض المصاحبة لاضطراب الكلام .

العلاج الكلامى : عن طريق الاسترخاء الكلامى والتمارين الابقاعية فى الكلام ، واثتعليم الكلامى من جديد والتدرج من الكلمات والمواقف السهلة الى الصعبة وتدريب اللسان والشفاه والحاق (مع الاستعانة بممرآة) وتمارين البلع والمضغ (لتقوية عضلات الجهاز الكلامى) وتمارين التنفس ، واستخدام طرق تنظيم سرعة الكلام (التروى والتأمل) والنطق المضغى وتمارين الحروف الساكنة والحروف المتحركة .. الخ ، والطريقة الموسيقية والغنائية فى تعليم كليات الكلام والالحن (للتفصيل انظر مصطفى فهمى : امراض الكلام) .

الانحرافات الجنسية

SEXUAL DEVIATIONS

فى السلوك الجنسى بصفة عامة والمشكلات الجنسية بصفة خاصة ، من الصعب وضع خط فاصل بين الانحراف او الشذوذ وبين ما يدخل فى نطاق العادى اكثر من اى جانب من جوانب السلوك البشرى . فمثلا هناك بعض اشكال السلوك الجنسى قبل الجماع او المداعبة الجنسية العادية قد تصبح غير عادية اذا اصبحت هدفا فى حد ذاتها . والاتجاهات الثقافية بخصوص الامور الجنسية تتغير ، وبالتالي فما يعتبر شاذا وغير عادى اليوم او فى موقف معين قد تعتبر عاديا غدا او فى موقف آخر .

ويعرض على المعالج النفسى كثير من المشكلات والانحرافات الجنسية التى تسبب الشعور بالذنب والخطيئة او الخوف او القلق لدى العميل . والانحرافات الجنسية تعتبر مشكلات نفسية وشخصية وجماعية وشرعية وقانونية .

ويقول البعض ان المشكلات الجنسية هى اساس كل مشكلات السلوك الاخرى (انظر عبد العزيز القوصى ، ١٩٦٩) .

يقول دوجلاس نوم (١٩٦٨) ان كثيرا من اشكال الصراع النفسى وانواع الشذوذ التى نلقاها فى الكبار وفى الصغار على السواء ترجع مباشرة الى او تصطبغ بالمواقف او الخبرات السيئة فى الامور الجنسية . وليس هناك طول العمر من قوة فى الدنيا وفى الحياة الفعلية باجمعها اكثر من تلك القوة الحاحا فى سبيل الظهور على اى شكل من الاشكال ، كما انه

ليس هناك اية قوة غيرها تلقى من عنت الجماعة والاسرة والفرد في التضيق على حريتها واحاطتها بالقيود قدر ما تلقى الميول الجنسية من عنت وتقيد .

وحيث ان العلاقة الجنسية هي اكثر صور العلاقات الشخصية خصوصية وسرية فان السلوك الجنسي عادة ما يلقى ضوءا على مشكلات اخرى وعلى بقية جوانب ومشكلات سوء التوافق . وفي نفس الوقت كثيرا ما يتغاضى المريض عن ذكر المشكلات الجنسية صراحة ويحاول اللف والدوران مثلما مشكلات اخرى تكمن وراءها الانحرافات الجنسية .

اسباب الانحرافات الجنسية :

تتعدد اسباب الانحرافات الجنسية ومنها :

الاسباب الحيوية : ومنها الاضطرابات الفسيولوجية مثل خلل الجهاز العصبي الذاتى ، وخلل الجهاز التناسلى ، واختلال افرازات الغدد . والبيكور الجنسي أو تأخر البلوغ ، والعقم ، ونقص نمو الخصائص الجنسية الثانوية ، والبلوغ الجنسي وما يصاحبه من سوء توافق ونقص فى المعلومات والانزعاج والقلق المخاوف ، ونقص التربية الجنسية وانعدامها ، والعنوسة والحمل غير المرغوب فيه ، وعدم الرغبة فى الحمل ، والخوف من الامراض التناسلية ، والاضطرابات الوراثية ، أو الاضطرابات الولادية مثل تغلب عضو جنسى على الآخر ، والامراض المعدية ، وامراض المخ ، والامراض العقلية وموانع الاتصال الجنسي الطبيعى ، والاصابات والعماهات والتشوهات الخلقية .

الاسباب النفسية : مثل الصراع بين الدوافع والغرائز وبين المعايير الاجتماعية والقيم الخلقية وبين الرغبة الجنسية وموانع الاتصال الجنسي ، والاحباط الجنسي وخواف الجنس ، واضطراب النمو النفسى الجنسي والتثبيت على مرحلة سابقة ، وعدم النضج الانفعالى والكبت واخفاق الكبت ، واستحالة الاعلاء ، والنكوص الانفعالى والتقمص العكسى ، والخبرات السيئة والصادمة والخبرات الجنسية فى الطفولة ، والعدوان اللاشعورى ، والعادات غير الصحية ، وضعف الارادة ، والشعور الذاتى بعدم الكفاءة الجنسية ، ويضاف الى ذلك العقد النفسية غير المحذولة مثل عقدة اوديب وعقدة الكترا وعقدة الخشاء والاشترط غير السوى للسلوك الجنسي . وفى بعض الاحيان يكون الضعف العقلى من اهم الاسباب . وعدم الشعور باللذة والسعادة فى الحياة مما يدفع الفرد الى الجنس كمصدر للذة .

الاسباب البيئية : والحضارية والثقافية المريضة ، واضطراب التنشئة الاجتماعية في الاسرة وفي المجتمع والصحة السيئة وطول البقاء في مؤسسات داخلية من نفس الجنس (كما في السجون والجيوش مثلاً) (١) وسوء الاحوال الاقتصادية ، وكثرة المحرمات والمحظورات ووفرة المثيرات الجنسية ، والضللال (٢) والانفصال والطلاق والترمل .

اعراض الانحرافات الجنسية :

قد تكون الانحرافات الجنسية مشكلة محددة نسبياً في شخص عادي ، وقد تكون مجرد اعراض مرض نفسي عصابي او ذهاني . ويتصف السلوك الجنسي هنا بأنه يسمى للوصول الى والحصول على الاشباع الجنسي بطرق شاذة ومنحرفة غير تلك الطرق المقبولة العادية وهي الجماع الشروع مع الجنس الآخر . وفيما يلي اهم اعراض الانحرافات الجنسية :

نحو نفس الجنس : الجنسية المثلية (اللواط والسحاق ، اى الانجذاب الجنسي ندو و / او النشاط الجنسي مع شريك من نفس الجنس) .

نحو موضوعات مادية : الاثيرة او الفتشية (التعاقب الجذبي بالاشياء التي يستعملها الجنس الآخر كاللباس او جزء من جسمه كالشعر مثلاً ، والاشباع عن طريقها بدلاً من الشخص نفسه) .

نحو المومسات : البقاء ، والاستهتار والاستسلام الجنسيان .

نحو الذات : النشاط الجنسي الذاتي المفرط (العادة السرية) . والادوات البديلة ، والنرجسية (عشق الذات) .

انحراف الدرجة : الامراط الجنسي ، والشبقية المرضية (الشهوة المرضية) ، والصدوف الذي يصحبه التقرز والاشمئزاز وعدم الرغبة ، وانبرود الجنسي عند المرأة ، والعنة (الضعف الجنسي عند الرجل) .

مظهرية : الاستعراض او الاستعراء (في الاماكن العامة) ، والرغبة في تبس ملابس الجنس الآخر والشبه بهم . انظر شكل (١١٦) .

(١) من اوائل من راعى ذلك في تسيير الجيوش الخليفة عمر بن الخطاب حيث كان ينيه بالاطول غيبة الازواج في الغزوات .
(٢) يلاحظ انتشار ترويج الصور والافلام والاسطوانات والمجلات الجنسية الفاضحة والتي تشتهل - بكل أسف - على اوضاع جنسية كلها منحرفة ، ومسئولة عن كثير من الانحرافات الجنسية التي اصبحنا نسمع عنها الآن ، ويجب محاربتها والقضاء عليها .



(شكل ١١٦) لبس ملابس الجنس
الآخر والتشبه بهم
« الصورتان لنفس الرجل »

**اجرامية : السادية (حب
التعذيب للمحبوب) ،
والماسوكية (حب العذاب
من المحبوب) ، والاحتكاك
الجنسى (الذى يشاهد فى
وسائل المواصلات المكتظة)**

**اجرامية : الاغتصاب ،
وهتك العرض ، وجماع
الاطفال وضعاف العقول .**

**حيوانية : جماع الحيوان
(وهذا شائع فى الريف
والبدو) .**

نادرة : جماع المحارم (١)

**اخرى : الفرجة الجنسية او التطلع (الجسم العارى او العملية
الجنسية) ، والمنع المرضى ، والعصاب الجنسى (عند المرأة التى تستنثر
جنسيا ولا يتم اشباعها) .**

علاج الانحرافات الجنسية :

يحتاج علاج الانحرافات الجنسية الى حرص تام ومهارة فائقة من
جانب المعالج . وربما يكون هناك بعض الصعوبات امام المعالج منها ان
الانحراف الجنسى يشق منه المنحرف لذة شعورية وان الانحراف الجنسى امر
مخرج يحجم الكثيرون عن عرضه على المعالجين . ويكون العلاج ناجحا فى

(١) قال الله تعالى : « حرمت عليكم امهاتكم وبناتكم واخواتكم وعماتكم
وخالاتكم وبنات الاخ وبنات الاخت وامهاتكم اللاتى ارضعنكم واخواتكم من
الرضاعة وامهات نسائكم وربائبكم اللاتى فى حجوركم من نسائكم اللاتى
دخلتم بهن فان لم تكونوا دخلتم بهن فلا جناح عليكم وحلائل ابنائكم الذين
من اصلابكم وان تجمعوا بين الاختين الا ما قد سلف ، ان الله كان غفورا
رحيما) (سورة النساء : آية ٢٣) .

حالة توافر الدافع لدى المريض نحو العلاج . وفيما يلي اهم توصيات علاج الانحرافات الجنسية : (١)

العلاج النفسى : خاصة التحصيل النفسى والعلاج الجماعى والمساندة الانفعالية والشرح والتفسير والافتناع وعلاج القلق والخوف والاكتئاب وتوهم المرض ، والتوجيه النفسى والدفع الى التحكم فى النفس وضبطها واشتقاق اللذة من تلك وايضاح الاضرار النفسية للانحراف والشذوذ الجنىسى وعلاج الشخصية ككل ، وعلاج كل الاسباب النفسية وخاصة اسباب عدم السعادة ، وتنمية الشخصية نحو النضج . ويفيد هنا العلاج السلوكى (الاشراف السلبى للمثيرات الجنسية للسلوك غير المرغوب بخبرة غير سارة كالقلىء او اى خبرة سيئة اخرى والاشراط الايجابى للمثيرات الجنسية بخبرة سارة) . (سمث Smith ، ١٩٦٨) .

ارشاد الشباب : بخصوص الزواج وشرح الحقائق الحيوية ، واثارة الرغبة فى العلاج وتأكيد اهمية الإرادة فى العملية العلاجية ، وتكوين اتجاهات جديدة احسن نحو نفسه ونحو مشكلته ، والتركيز بصفة خاصة على تحذير الفرد من اخطار الانحراف الجنىسى تحذيراً مبنيًا على اسباب علمية لا على

(١) يوجه نوجلاس نوم (١٩٦٨) وصايا عشر ايشير باتباعها فى العلاج :

- الاهتمام بالتربية الجنسية وتعليم المعارف الجنسية مبكرا فى كل دقة وصراحة تتناسب مع ادراك الطفل (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧) .
- تهدئة مخاوف الاطفال والامان بأن الخطر الذى يهدد صحة الطفل الجسمية النفسية نتيجة لسوء العلاج اكثر من خطر السلوك المنحرف نفسه .
- فهم اطفال ومعرفته والتأكد مما اذا كان يلجأ الى السلوك المنحرف كوسيلة للتخفف من البؤس والشقاء .
- جمع أدق المعلومات عن يكون الطفل على صلات وثيقة بهم .
- فحص الطفل فحصاً جسيماً دقيقاً شاملاً للوقوف على اى سبب يثير التهيج .
- العمل على نظافة الطفل نظافة تامة .
- تجنب الاسراف فى العنا والتمديد وغير ذلك من الانفعال التى تثير ميول الطفل الجنسية .
- شغل وقت فراغ اطفال بالمفيد من اوجه النشاط .
- عدم اللجوء الى التهديد او العقاب او الى اثاره انفعالات الطفل كى تغلب على مشكلات سلوكه .
- تذكر أن معظم الافراد يمرون بمثل هذه الانحرافات بدرجة او بأخرى صورة او بأخرى .

مجرد الخوف ، وتشجيع فكرة ادخار واستثمار الطاقة وتأكيد قوة الارادة وتفوقها على قوة الغريزة . ويجب الاهتمام بالارشاد الدينى والتربية الدينية والتربية الخلقية ، والتربية الجنسية السليمة (١) .

العلاج البيئى (التغيير والتعديل) وتحسين العلاقات الاجتماعية بصفة عامة وتشجيع الميول والهوايات العملية والعلاج بالعمل وتشجيع العمل اليدوى كمصدر للسور واللذة ، والتمتع بالفسحة والهواء النلق .
العلاج الطبى : العلاج بالهرمونات والمقويات أو عقاقير ضبط الدافع الجنسى ، والعلاج بالكهرباء الخفيفة أحياناً ، ومضادات الاكتئاب ... الخ .

مشكلات ذوى العاهات

PROBLEMS OF THE HANDICAPPED

ينظر الكثيرون الى ذوى العاهات على أنهم اشخاص غير عاديين ، وهذه نظرة خاطئة ، اذ انه يجب النظر الى هؤلاء على أنهم اشخاص عاديون لديهم بعض العاهات . أما مشكلات ذوى العاهات التى لا ترتبط بعاهاتهم فشانها فى ذلك شأن أى مشكلات لدى أى شخص آخر . أما المشكلات التى ترتبط بعاهاتهم فتشأ معظمها نتيجة لتكوين مفهوم ذات سالب لديهم . وهكذا يحال الكثيرون من ذوى العاهات الى العيادات النفسية لعلاج اضطرابات سلوكية ولحل مشكلات نفسية .

اسباب مشكلات ذوى العاهات :

نقسم حسب كل عاهة على حدة (٢) الى اسباب ولادية (يولد بها الفرد) واسباب أخرى مكتسبة (راجع الفصل الثانى) .

(١) التربية الجنسية هى ذلك النوع من التربية التى تمد الفرد بالمعلومات العلمية والخبرات الصالحة والاتجاهات السليمة ازاء المسائل الجنسية ، بقدر ما يسمح به نموه الجسمى والفسىولوجى والعقلى والانفعالى والاجتماعى ، وفى اطار التعليم الدنية والمعايير الاجتماعية والقيم الاخلاقية السائدة فى المجتمع ، مما يؤهله لحسن التوافق فى المواقف الجنسية ومواجهة مشكلاته الجنسية فى الحاضر والمستقبل مواجهة واقعية تؤدى الى الصحة النفسية (انظر حامد زهران ، ١٩٧٧) .

(٢) نذكر هنا مثلاً أن اسباب العمى كثيرة منها الامراض المعدية مثل الرمد الحبيبي ورمد المواليد والجدرى والزهرى وغيرها من الامراض المعدية

وتسبب اتجاهات النفس الخاطئة نحو نوى العاهات وعاهاتهم
مشكلات أخطر من العاهة نفسها .

الاعراض :

تشمل الاعراض ما يلي :

* العمى وضعف البصر ، والصمم وضعف السمع ، والكساح وتشلل
الاطفال والبقر ، وغير ذلك من التشوهات وخاصة تشوهات الوجه ،
والعيوب الخاصة بالنمو . (انظر مختار حمزة ، ١٩٧٧) .

* وقد يصاحب العاهة تمركز مفرط حول الذات وشعور بالنقص وسوء
التوافق الشخصي أو الانفعالي أو الاجتماعي أو المدرسي أو المهني
والخضوع أو العدوان ، واضطراب وتشوه مفهوم الجسم أو مفهوم

الذات بصفة عامة . (١) .

* يضاف الى هذا المشكلات الاجتماعية مثل الاتجاهات السالبة والتعميمات
الخاطئة (٢) والاعتماد على الآخرين في حالة الاعاقة الشديدة ، والمشكلات
الاسرية مثل رفض المعوق ، والمشكلات المهنية مثل نقص فرص العمل
وصعوبة ايجاده ونشاطه والاشتغال بأعمال التسول ، والمشكلات
الانفعالية مثل الخوف ومشاعر العجز والاسى والغيرة والالزمت
الانفعالية الحركية ، ومشكلات الزواج مثل الاقتران الاجبارى عنه بسبب
الاعاقة والزواج من شريك معوق أو غير معوق مع الخوف من تأثير عامل
الوراثة ، ومشكلات تربية الاولاد ومشكلات الاعمال المنزلية . . . الخ .
ويرتبط بالاعاقة الحرمان من بعض المثيرات البيئية ونقص الاتصال بالعالم
الذارجى وتقيد الحركة .

علاج مشكلات نوى العاهات :

فيما يلى اهم التوصيات لعلاج مشكلات نوى العاهات :

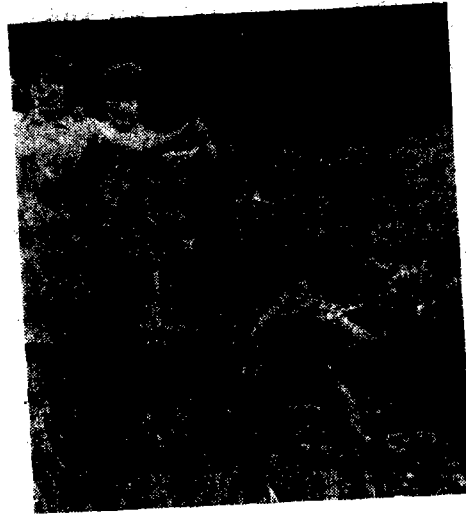
العامة ، والحسية والذهنوية والحمى القرمزية والتيفود والالتهاب السحائي
والدرن والجذام ، والحوادث وجروح العيون والتسمم والاورام ، والامراض
العامة مثل تصلب الشرايين وامراض الجهاز العصبى المركزى والسكر
والانيميا ، واسباب اخرى مثل الماء الأزرق والماء الاسود ، والاضطرابات
الوراثية ، والحوادث . (حامد زهران ، ١٠٦٤) .

(١) من الدعاء المأثور عن على بن ابي طالب رضى الله عنه : « اللهم
اجعل نفسى اول كريمة تنزعها من كرائمى ، واول وديعة ترجعها من ودائع
نعمك عندى » . ويعنى هذا ان يبقى سالما من العاهات حتى الموت .

(٢) من أمثلة التعميمات الخاطئة : « كل ذى عاهة جبار » و « اذا
رايت أعشى فأكسر عصاه ، فليست أكرم ممن عماه » .



(شكل ١١٨)



(شكل ١١٧)

العلاج النفسى : ويتضمن تقديم الخدمات النفسية المتخصصة وتحسين مستوى التوافق الشخصى والاجتماعى وتنمية المواهب مثل الموسيقى ... الخ ، وتصحيح مفهوم الذات وفكرة المعوق عن نفسه واتجاهاته نحو عاهاته والتوافق معها حتى لا تزداد حالته سوءا وتجعل العائق مضاعفا ويزيد الطين بلة ، والعلاج بالعمل لتنفيس الانفعال وتعلم مهنة ، وتشجيع المعوق على الاستقلال والاكتفاء الذاتى حتى لا يشعر المعوق باعتماده الكامل على الآخرين والقلق والتهديد عندما يتركونه ، مع تجنب المواقف المحيطة بتدبر الامكان ولكن بدون الحماية الزائدة . واشـعار المعوق بأهمية الاسرة والمدرسة والجماعة حتى يرى انه ليس عبئا ثقيلا وحتى ينمو لديه اتجاه سليم نحو نفسه ونحو الآخرين . وتوفير الجو الانفعالى المتقبل للمعوق . ويجب ان نلاحظ ان « تقبل المعوق + الاحالة للمختصين + العلاج المناسب = النجاح » (انظر شكل ١١٧) .

الارشاد النفسى : خاصة الارشاد العلاجى والتربوى والمهنى والزواجى للمعوقين واثاحة فرصة التعليم الى اقصى حد تسمح به قدراتهم حتى يمكن الوقاية من مضاعفات نفسية للعجز القائم والتغلب على مشكلة بطالة المعوقين (١) (انظر شكل ١١٨) . كذلك يجب الاهتمام بارشاد الوالدين حول طريقة معاملة المعوق بحيث ينمو صحيحا نفسيا .

(١) من توصيات المؤتمر العربى الاول للصحة النفسية المنعقد بالقاهرة فى ديسمبر (١٩٧٠) .

العلاج البيئي : ويتضمن تقديم الخدمات الاجتماعية وتصحيح اتجاهات الناس والزملء نحو ذوى العاهات والمعوقين الذين لا يخرجون عن كونهم افرادا عاديين فقدوا حاسة أو قدرة من القدرات ولديهم في نفس الوقت نواحي قوة يمكن استغلالها في نموهم كمواطنين صالحين في المجتمع . حاد زهران ، ١٩٦٤ ، ١٩٦٥ . ويجب الاهتمام برفع مستوى المدرسين ومختلف العاملين في مجال المعوقين والتوعية بأهمية التأهيل للمعوق سواء في مجال الصحة النفسية أو الجسمية .

العلاج الطبي : والتصحيح الطبي الى احسن درجة ممكنة وتوفير المساعدات السمعية والبصرية لضعاف السمع والبصر ، والاجهزة للمشلولين والاطراف الصناعية للمبتورين واجراء العمليات الجراحية اللازمة للمشوهين .

جناح الأحداث

JUVENILE DELINQUENCY

يتعلم معظم الاطفال والشباب السلوك المعيارى السوى خلال تنشئتهم الاجتماعية ، ويسايرون في سلوكهم معايير السلوك الاجتماعى السوى . ولكن البعض ينحرفون او يجنحون في سلوكهم عن هذه المعايير بدرجة قد لا تكون خطيرة بينما البعض يجنحون عنها بدرجة مرفوعة تمثل مشكلة .

ونحن نعرف ان الجناح هو الفعل أو السلوك الجانح . والجانح هو الحدث (الطفل أو المراهق) الذى يرتكب عملا خارجا على المعايير الاجتماعية وعلى القانون (انظر جنكنز Jenkins ، ١٩٦٨ ، ومحمد على حسن ، ١٩٧٠) .

ومشكلة جناح الاحداث من المشكلات النفسية الاجتماعية الاقتصادية التى تواجه الاسرة والمدرسة والمجتمع والتى نهم علماء الاجتماع وعلماء التربية ورجال القانون والامن . والتى تهتمنا بصفة خاصة في دراسة علم نفس النمو والصحة النفسية والعلاج النفسى ، ويبدو ان جناح الاحداث في تزايد يستوجب التدخل للوقاية والعلاج حتى نتجنب الخسارة البشرية الناتجة عن هذه المشكلة .

اسباب جناح الاحداث :

تتعدد اسباب جناح الاحداث ، وفيما يلى اهمها :
الاسباب الحيوية : مثل تاخر النضج ، والشهوات الخلقية والعاهات الجسمية والامراض المزمنة .

الاسباب النفسية : الصراع ، والاحباط ، والتوتر والقلق ، والانقباض والحرمان العاطفى ، والجوع الانفعالى ، وانعدام الامن والخبرات المؤلمة والازمات النفسية ، وعدم اشباع الحاجات ، والنمو المضطرب للذات (مفهوم الذات السالب) ، وعدم تعديل الدوافع ، والضعف العقلى ، والضعف الخلقى ، وتأخر النضج النفسى .

الاسباب البيئية : ومنها اسباب بيئية عامة مثل أسلوب التنشئة الاجتماعية الخاطئة والنقص في مهلة تعلم القيم والمعايير الاجتماعية ، والبيئة الجائحة وتأثير الكبار ، ونقص وسائل الترقية ومشكلات البيئة الفوضى ، وسوء التربية الجنسية ، والفقر والجهل والمرض . ومنها ما يتعلق بالمنزل مثل أسلوب التربية الخاطئة (انحراف اللين والتساهل والقسوة والامتناع عن الرعاية والحماية) - قلة الضبط والرقابة - اللامبالاة - القسوة والانحراف فى العقاب - التفرقة فى المعاملة - اضطراب العلاقات بين الوالدين والطفل - الاهمال - الرفض - عدم الاستقرار العائلى وتفكك الاسرة (الهجران - الانفصال - الطلاق - السجن - الموت) ، الناحية الاقتصادية (الفقر - ازدحام المنزل - انعدام وسائل الراحة) ، الحالة الاخلاقية (الادمان - المجون - التشجيع على الانحراف) والعلاقات الانفعالية المضطربة فى الاسرة . ومن الاسباب البيئية ما يكون خارج المنزل مثل قرناء السوء ، ومشكلات الدراسة والهروب من المدرسة والفشل الدرامى ومشكلات العمل .

اعراض جناح الأحداث :

فيما يلى اهم اعراض جناح الأحداث : (١)

* الكذب المرضى ، والسرقه والنشل والتزييف ، والتخريب والشغب والخطورة على الامن ، والهروب من المنزل والمدرسة والفشل الدراسى ، والتشرد والبطالة ، والعدوان والتمرد على السلطة وعدم ضبط الانفعالات (حدة الطبع والتقلب) والسلوك الجنسى المنحرف كهتك العرض والجنسية المثلية ، وتعاطى المخدرات والمسكرات والادمان والقتل ، وغير ذلك من ألوان السلوك الاجرامى .

* الشعور بالرفض والحرمان ونقص الحب وعدم الامن وعدم فهم الآخرين له ، والشعور بالعجز (الحقيقى أو المتخيل) ومشاعر النقص فى الاسرة

(١) تختلف النظرة الى بعض اشكال السلوك الناتج باختلاف المجتمعات وباختلاف الطبقات الاجتماعية . فما يعتبر سلوكا جانحا فى مجتمع قد لايعتبر كذلك فى مجتمع آخر ، وما يعتبر سلوكا جانحا فى طبقة اجتماعية قد يعتبر سلوكا عاديا فى طبقة اجتماعية أخرى .

وفي المدرسة ومع الرفاق ، والشعور بالمرارة والغيرة نحو واحد أو أكثر من الاخوة بسبب التفرقة في المعاملة ، والشعور بالذنب بخصوص السلوك الجانح . ويلاحظ عدم الارتياح بخصوص الاسرة وسوء سلوك الوالدين في التنشئة الاجتماعية لاطفل والمراهق . ويشاهد الشقاء بسبب وجود صراعات نفسية عنيفة (مكبوتة غالبا) .

* وجود مفهوم سالب للذات وتنشؤه صورة الذات . وقد وجد انور الشرقاوى (١٩٧٠) أن صورة الذات المشوهة شائعة بين الاحداث الجانحين وأن اتجاهات الجانح نحو ذاته تتميز بالسلبية نتيجة الخبرات السيئة التي كونها عن نفسه مما جعله غير متقبل لذاته ، وأن تقدير الجانح لذاته يتميز بالدونية والقصور وعدم الواقعية وأنه أقل رضا عن ذاته بالنسبة لمثله الأعلى أو توقعات الجماعة له وخاصة أسرته .

* ويصاحب هذا كله اعراض مثل نقص البصيرة وعدم التبصر بعواقب السلوك وعدم التعلم من الخبرة وعدم القدرة على الحكم السليم ، وعدم المسؤولية وخطأ الحكم وعدم الاهتمام بالمستقبل وعدم وضوح أهداف أو فلسفة للحياة ، والانانية ونقص التقدير الذاتي ، والبله الاخلاقي وعدم الشعور بالذنب وضعف الضمير . والاستهتار بالتعاليم الدينية والقيم الاخلاقية والمعايير الاجتماعية .

* ويلاحظ أيضا أن قلة من الجانحين يكونون انكفاء ، إلا أن الاغلبية حالات حدية وضعاف عقول . والصحة العامة للجانحين أقل من المتوسط ، ويشاهد العيوب الجسمية والتعرض للحوادث ، ويشاهد أيضا العصبية ، وزيادة النشاط الحركي وعدم الاستقرار والانفعال والقابلية للايحاء وعدم ضبط النفس والاتجاهات الدفاعية والعدائية ونقص التعاون ومناوأة السلطة والمخاطرة والتمرد والتخوين وغير ذلك في سن مبكرة (بيترسون وآخرون Peterson et al ، ١٩٦٨) .

الوقاية من جناح الاحداث :

يجب الاهتمام بالاجراءات الوقائية الشاملة من جناح الاحداث ، ويتضمن ذلك الاجراءات النفسية والتربوية والاجتماعية والاقتصادية الواجب اتخاذها أثناء رعاية النمو النفسي والتربوي واثناء عملية التنشئة الاجتماعية للاطفال والشباب حتى يشبوا مواطنين صالحين .

وفيما يلي أهم الاجراءات الوقائية من جناح الاحداث :

* يجب تبني وجهة نظر اصحاب نظرية الدفاع الاجتماعي واتخاذ كل التدابير الوقائية اللازمة في اطار الاسرة والمدرسة والمؤسسات الاجتماعية المختلفة والاهتمام بوسائل رفع مستوى المعيشة وبرامج

- التوعية . وتضامير جهود الاسرة والمدرسة ووسائل الاعلام والمجتمع بصفة عامة في تفادي اسباب الجناح عند الاطفال .
- * محاولة التنبؤ المبكر بالجناح وتحديد القابلين له باستخدام مقاييس القابلية للانحراف السلوكي حتى يمكن اتخاذ الاجراءات الوقائية قبل تفاقم المشكلة . واعداد المعلم لمواجهة حالات الجناح ومواجهة الانحراف بطريقة علمية في تعاون مع الاسرة ومع الهيئات العلاجية الاخرى . وارشاد الاطفال والمراهقين مع الاهتمام الخاص بأولئك الذين يبدوون انجاسها مبكرا نحو الجناح .
- * توجيه الوالدين بخصوص عملية التنشئة الاجتماعية للاطفال ومعاملة المراهقين ، وتوفير المناخ الاسرى الآمن ، وتوفير الضروريات مع الاشراف المرن والاهتمام بنمو الضمير والنمو الدينى والاخلاقي للاطفال والشباب .
- * الاهتمام بالاحكام التشريعية والتدابير الاجتماعية لحماية الاطفال والشباب من الاهمال والتعرض لأسباب الجناح وعلى رأسها الفقر والجهل والمرض ، وانشاء مؤسسات رعاية الاطفال والشباب ومراكز الارشاد النفسى وخاصة الارشاد الزوجى والاسرى وارشاد الاطفال والشباب .

علاج جناح الاحداث :

وفيما يلى أهم توصيات علاج جناح الاحداث :

العلاج النفسى : الفردى والجماعى ومحاولة تصحيح السلوك الجانح وتعديل مفهوم الذات عن طريق العلاج النفسى المركز حول العميل ، مع الاهتمام بعلاج الشخصية والسمات المرتبطة بالجناح ، وحل الصراعات ، ومقابلة عوامل الاحباط وازالة مصادر الضغط والتوتر الانفعالى ومحاولة التغلب على دافع العدوان ، واشباع الحاجات النفسية غير المشبعة وخاصة الحاجة الى الامن ، وابدال السلوك العدوانى بسلوك بناء ، والعلاج الدينى والعلاج بالطهى والعلاج بالعمل ، والاهتمام بالتربية الجنسية . وانشاء المزيد من العيادات النفسية المتخصصة لعلاج جناح الاحداث . وقد ساهم المؤلف فى انشاء أولى هذه العيادات التابعة للإدارة العامة للدفاع الاجتماعى بوزارة الشئون الاجتماعية .

الارشاد العلاجي والتربوي والمهنى : للحدث الجانح فى جو نفسى ملائم يتسم بالصبر والفهم والمساعدة والتوجيه السليم نحو سلوك فعال مقبول ، ومساعدة الحدث الجانح على رسم فلسفة جديدة لحياته . وفى نفس الوقت يجب الاهتمام بارشاد الوالدين ، وتحميلهما مسئولية العمل على تجنب الطفل التعرض للزمات الانفعالية ومواقف الصراع والاحباط ، واهتمامهما ان المقلب العنيف لا يجدى مع الجانحين ، وتصحيح اساليب المعاملة الوالدية

المضطربة ، وأساليب التربية الخاطئة وآثارها السيئة وحتمها على الصبر في معاملة الاطفال والشباب مع مراعاة العطف والحزم والاعتراف بشخصية الاولاد وعدم التفرقة في المعاملة بينهم ، وعدم المقارنة بين الاطفال ، وان يكونوا قدوة سلوكية حسنة للاولاد .

العلاج البيئي : وتعديل العوامل البيئية داخل المنزل وخارجه ، وشغل وقت الفراغ والترفيه المناسب والرياضة والنشاط الاجتماعي . وتوفير الرعاية الاجتماعية للحدث الجانح في الاسرة والمدرسة او المؤسسة ، واستخدام كافة امكانيات الخدمة الاجتماعية المتيسرة في المجتمع . والابداع في المؤسسات للتأهيل النفسي والتربوي والمهني ، واعادة التطبيع الاجتماعي وتعديل الدوافع والاتجاهات في ضوء دراسات وخطط علاجية مدروسة والعمل مع الجانحين على أساس من الفهم والرعاية بهدف الإصلاح والتقويم وليس العقاب .

مشكلات الشباب YOUTH PROBLMES

قد تمر مرحلة الشباب بسلام دون أي مشكلات . وفي بعض الاحيان قد يظهر سلوك المراهق بواجهة براقية من البهجة والانطلاق والحماس والاقبال على الحياة . وتحت هذه الواجهة وبسبب عدم بلوغ النضج الكامل قد يكون هناك قلق بخصوص اتخاذ القرارات وحل المشكلات والحياة المليئة بالاهداف الجديدة والعلاقات الاجتماعية المتزايدة الاتساع . والحقيقة انه قليلا ما تمر مرحلة المراهقة دون أن تعترض الشباب بعض المشكلات . ومن هنا نجد أن من الواجب على الوالدين والمربين والاختصاصيين النفسيين والاختصاصيين الاجتماعيين مساعدة الشباب على اجتياز المرحلة اجتيازاً يقوى ثقتهم بأنفسهم وبمن حولهم في الحاضر والمستقبل .

وكثيرا ما تتفك مشكلات الكبار الخاصة حائلا أمام مساعدتهم لامراهقين . ان فائد الشيء لا يعطيه . وليست المشكلات كلها مشكلات الشباب ولكنها ايضا مشكلات الوالدين الذين يضيّقون ذرعا بأولادهم الذين تختلف أفكارهم عن أفكار الاولاد . وهي ايضا مشكلات المدرسين الذين يريدون تعليم الشباب أشياء لا يريد الشباب تعلمها . وهي ايضا مشكلات المجتمع الذي يفرض على الشباب قيودا جامدة يثور الشباب عليها أو يخضع لها مكرها .

وتفاوت المشكلات في حدتها وخطورتها ، فبعضها سهل الحل وبعضها عسير الحل ، وبعضها يتناول موقفا محددا وبعضها يتعلق بمستقبل حياة الفرد .

اسباب مشكلات الشباب :

تتلخص أهم أسباب مشكلات الشباب فيما يلي :

الاسباب الحيوية : وتشمل البلوغ الجنسي دون التهيؤ له نفسيا ، وعدم امكان الزواج واشباع الدافع الجنسي او اشباعه قبل الزواج ، والحمل المحرم ، والأمراض والتشوهات والمخالفات .

الاسباب النفسية : قد يعاني المراهق من الصراعات وهو يحاول التوافق مع جسمه الذي يتغير ودوافعه التي تتطور ومطامحه التي تتبلور ، وقد يعاني من الاضطرابات المتعددة امام مطالب البيئة ونقص الامكانيات ، وقد يعاني من الحرمان وعدم اشباع الحاجات النفسية والاجتماعية ، وقد يرفع المراهق درع الدفاع النفسي بحيله المعروفة التي قد تنجح وقد تفشل مثل التبرير والتكوص والكبت والعنوان والاسقاط ... الخ ، كذلك قد يعاني المراهق من عدم النضج الانفعالي ونقص التوازن الانفعالي وتذبذب الروح المعنوية بين الارتفاع والانخفاض ، والميول الاستعراضية وعدم الاستقرار .

الاسباب البيئية : وتشمل الضغوط الاسرية والاجتماعية وما يقابلها من ثورة وعقوق من جانب المراهق ، وعدم التوافق الاسرى بين الوالدين او مع الاخوة وعدم التوافق في المدرسة وسوء التوافق الاجتماعي ورفض الجماعة له مما يزيد نار الصراع اشتعالا ويؤجج التوتر النفسي ، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي والانتواء ونقص الميول والاهتمامات الاجتماعية والرياضية وغيرها ، وفساد التوجيه وقلة الرعاية في الاسرة والمدرسة والمجتمع بصفة عامة ، والرغبة القوية للارتباط برفاق السن وتكوين شلل ونواد مما قد يتعارض مع المسؤوليات في المدرسة والاسرة ، ونقص الخبرات الجديدة اللازمة لتطبيق القدرات والمهارات الجديدة وعدم وجود فلسفة واضحة للحياة وعدم الرضا عن الروتين اليومي والمواقف الرتيبة في الحياة اليومية مما قد يدفع المراهق الى الاندفاع والمخاطرة ومخالفة القانون والعرف ايضا .

أهم مشكلات الشباب :

تبذل المؤسسات المسؤولة عن رعاية الشباب في جمهورية مصر العربية جهودا كبيرة في سبيل التعرف على مشكلات الشباب وتحديد أسبابها وعلاجها . وتتلخص اهداف البحوث في مجالات الشباب في تحقيق النهو

النفسى والاجتماعى والجسمى والصحى والفكرى والاقتصادى والقوى للشباب (١) .

ومن أمثلة البحوث التى تمت تحت اشراف الادارة العامة للبحوث بوزارة الشباب (سابقا) ما يلى :

- * مشاكل الشباب واحتياجات طلاب الجامعات فى ج ٢٠٠٠ ع . (٢)
- * مشاكل الشباب فى قطاع عمال الصناعة .
- * مشاكل واحتياجات الشباب بمحافظة البحر الاحمر . (٣)
- * مشكلات الشباب فى مرحلة التعليم الثانوى .

ومن أمثلة البحوث التى قلم ويقوم بها افراد ما يلى :

- * اتجاهات الشباب ومشكلاتهم (محمد عثمان نجاشى ، ١٩٦٢) .
- * مشكلات الفتيات المراهقات وحاجاتها الارشادية (منيرة حلمى ، ١٩٦٦)
- * المشكلات النفسية بين طلاب التعليم الثانوى والعالى . (٤)

وفيما يلى مجمل نتائج البحوث عن مشكلات الشباب :

مشكلات الصحة والنمو : الشعور بالتعب الزائد بسرعة ، الكسل ، الشكل غير المناسب ، التغذية غير المناسبة ، نقص الشهية ، الانحراف عن المعايير من الناحية الجسمية مثل كبر الحجم او صغره عن المعدل وزيادة الوزن او نقصه عن المعدل ، الاصابة بالصداغ والدوار ، اضطراب النوم ، عدم كفاية الرعاية الصحية ، صعوبة الحصول على العلاج والدواء .

المشكلات الانفعالية : الشعور بالذنب وبقتييب الضمير ، القلق والتوتر ، الانقباض وعدم السعادة ، تقلب الحالة الانفعالية ، الشعور بالنقص ، الشعور بالخجل ، الارتباك ، عدم الشعور بالمسئولية ، عدم القدرة على تحمل المسئولية ، نقص الثقة فى النفس ، الشعور بالذات ، الشعور بالضيق ، الاحساس بالفراغ والضياع ، والخوف . الخوف من الخضوع والاهانة ، الخوف من النقد ، المعاناة من الانتفاخات المزاجية ، العناد ، التمرد . عدم الاستقرار ، التهيجية وسهولة الاستثارة ، العصبية والحساسية الانفعالية .

(١) وزارة الشباب : الادارة العامة للبحوث . النشرة العلمية لوزارة الشباب العدد التاسع : يناير ١٩٧١ .

(٢) وزارة الشباب : الادارة العامة للبحوث . دليل بحوث الشباب . الجزء الاول : يناير ١٩٧٠ .

(٣) فيلم تعليمى « مشاكل المراهقة عند الفتيات » .

(٤) انظر بحوث المؤتمر الاول لعلم النفس . القاهرة : مايو ١٩٧١ .

اللازمات العصبية ، ضعف العزيمة والإرادة ، عدم القدرة على التصرف وقت الطوارئ ، أخذ الأشياء بجنون زائدة ، الاستهتار واللامبالاة ، الاستغراق في أحلام اليقظة ، الأحلام المزعجة والكليوس ، التبرم بالحياة والرغبة في التخلص منها ، نقص الإرشاد العلاجي .

المشكلات الأسرية : الخلافات والانفصال أو الطلاق بين الوالدين ، موت الوالدين أو أحدهما ، رجعية الوالدين ، الشعور بالبعد عن الوالدين في الميول : عدم القدرة على مناقشة الموضوعات الشخصية مثل المسائل الجنسية مع الوالدين ، اللوم والتأنيب والتقريع ، العقاب بالضرب وغيره ، مغاوة الوالدين والرد عليهما ، الخوف من اخبار الوالدين عندما يخطيء ، عدم القدرة على اعتبار الوالدين كصديقين ، الشعور بأن الوالدين يتوقعان منه أكثر من طاقته ، تدخل الوالدين في اختيار الأصدقاء ، عدم السماح له بالخروج ليلا أيام الدراسة ، الزامه بالتواجد في البيت في ساعة محددة ، اعتباره غير مسئول ، زيادة الرقابة في الأسرة ، معاملته كطفل في الأسرة ، التفرقة بين الأخوة ، العراك مع الأخوة ، النزاع الدائم بخصوص النقود ، قلة المصروف والملابس ، عدم التمتع بالحرية في الأسرة ، عدم حرية إبداء الرأي ، الشعور بالحرج من أشياء كثيرة ، عدم ضمان الخصوصية ، عدم وجود مكان للاستفكار ، عدم وجود غرفة خاصة ، شعوره أنه عبء على الوالدين ، مشكلات تكوين أسرة جديدة ، نقص الإرشاد الأسري .

المشكلات المدرسية : نقص الإرشاد التربوي ، صعوبة تركيز الانتباه والسرхан . النسيان وضعف الذاكرة ، الطريقة الخاطئة في الاستفكار ، عدم القدرة على تخطيط وتنظيم الوقت ، إضاعة الوقت ، عدم القدرة على استخدام المكتبة ، البطء الشديد وعدم المثابرة ، أحلام اليقظة أثناء الدراسة ، صعوبة كتابة مذكرات في الذاكرة ، الصعوبات في التلخيص والحفظ ، عدم القدرة على التعبير عن النفس في الكلام والكتابة ، نقص الضبط والربط في المدرسة ، نقص الانضباط في الفصل ، التأخر الدراسي في مادة أو أكثر ، عدم القدرة على القراءة الجيدة والبطء فيها ، عدم التجاوب مع المدرسين ، عدم عدل المدرسين ، عدم تشجيع المدرسين ، تهكم المدرسين ، تمييز المدرسين لبعض التلاميذ دون الآخرين ، الشك في قيمة المواد التي تدرس ، القلق والخوف من الامتحانات ، عدم معرفة كيفية الاستعداد للامتحانات ، الخوف من الفشل والرسوب ، القش في الامتحانات ، الملل وكره المدرسة ، الخوف من الكلام أمام الجماعة ، الشك في قدرته على العمل ، الشك في قدرته على التحصيل المدرسي ، الشك في قدرته على التعليم العالي ، الحاجة الى المساعدة في اختيار الدراسة ، نقص المساعدة في اختيار الكلية ، كثرة أوجه النشاط التي تعطل الدراسة ، مشاهدة التليفزيون أو سماع الراديو أكثر من اللازم على حساب الدراسة .

المشكلات الاجتماعية : نقص القدرة والارتباك في المسائل الاجتماعية ، الخوف من ارتكاب الاخطاء الاجتماعية ، الخوف من مقابلة الناس ، نقص القدرة على الاتصال بالآخرين ، قلة الإصداقاء ، نقص القدرة على اقامة صداقات جديدة ، صعوبة الاشتراك في شئ ، صعوبة الاشتراك في نواد أكثر ، القلق بخصوص السلوك الاجتماعى السليم ، عدم معرفة أصول السلوك في المسائل الاجتماعية ، عدم فهم الآخرين ، عدم اللياقة ، الوحدة وعدم الشعبية الاجتماعية ورفض الجماعة له ، عدم توافر فرصة القيادة ، نقص فرصة الاشتراك في الشؤون الاجتماعية ، قلة أوجه النشاط الترويحي ، اعتقاد الوالدين أن الترويح لا فائدة فيه ، عدم وجود من يناقش مشكلاته الشخصية معه ، القلق بخصوص التعصب الاجتماعى وعدم التسامح ، المجادلة .

مشكلات المهنة والعمل : نقص الارشاد المهني ، نقص المساعدة في قدرات الفرد ، نقص المساعدة في اختيار مواد الدراسة ، الصراع بين استكمال التعلم والنزول الى ميدان العمل ، نقص المساعدة في معرفة الفرص المتاحة في المجالات المختلفة ، نقص المساعدة في اختيار المهنة ، عدم معرفة كيف يكتب طلب استخدام ، نقص الخبرة في الاعمال المختلفة ، عدم معرفة كيف وأين يبحث عن عمل ، عدم وجود ميل محدد لخط معين في العمل ، عدم الكسب المادى الآن ، عدم امكان كسب المال حتى يتمكن من اكمال تعليمه العالي ، عدم معرفة كيف يستثمر المال ويعمل له ميزانية ، عدم معرفة كيف يسلك أثناء مقابلة شخصية ، القلق بخصوص متى وأين يتسلم العمل ، القلق بخصوص هل سيوضع في مكانه المناسب أم لا ، عدم توافر فرص العمل المناسب ، نقص التدريب والاعداد المهني ، عدم التوافق في المهنة .

المشكلات الجنسية : نقص الارشاد الزواجى ، نقص المعلومات الجنسية الصحيحة ، مشكلات النمو الجنسى ، مشكلات النضج الجنسى المبكر والنضج المتأخر ، عدم وجود صديق من الجنس الآخر . الكبت الجنسى ، الوقوع في الحب والخروج منه ، عدم معرفة السلوك السوى مع الجنس الآخر ، القلق بخصوص الزواج من الشخص المناسب ، القلق بخصوص الاضطراب لتأجيل الزواج لظروف خارجة عن ارادته ، الرغبة في الزواج الآن مع عدم امكان تحقيقه ، نقص الجاذبية ، عدم امكان لفت انظار افراد الجنس الآخر ، الاستغراق في حكاية النكت الجنسية ، الاستغراق في قراءة الكتب الجنسية ، الاستغراق في مشاهدة الصور والافلام الجنسية ، الاستغراق فكريا في الجنس ، القلق بخصوص الاستمناء ، الاستسلام بسهولة للاغراء والتورط في خبرات جنسية والشعور بالاثم .

المشكلات الدينية والأخلاقية : نقص الإرشاد الدينى ، الحيرة بخصوص الحياة والموت وما بعدها ، الخوف من الموت ، الحيرة بخصوص المعتقدات ، الشك الدينى ، الضلال وعدم اقامة الشعائر الدينية ، عدم التمسك بالتعاليم الدينية ، عدم احترام القيم الاخلاقية ، عدم معرفة المعايير التى تحدد الحلال والحرام والصواب والخطأ ، الصراع بين المحافظة والتحرر ، الشعور بالذنب وتأتبب الضمير ، القلق بخصوص التعصب الديلى ، القلق بخصوص عدم التسامح ، القلق بخصوص الاصلاح الواجب .

مشكلات اخرى : مشكلات وقت الفراغ ونقص النشاط الاجتماعى وعدم كفاية مراكز رعاية الشباب والنوادر الرياضية .

الوقاية من مشكلات الشباب :

لا جدال فى أن وقاية الشباب من الوقوع فى المشكلات خير من موتفنى عن العلاج ولذلك يجب مراعاة تنفيذ الواجبات التربوية . ونذكر منها هنا - على سبيل المثال لا الحصر - ضرورة بذل الجهود لتهيئة البيئة الصالحة التى ينمو فيها المراهق ، واتاحة الجو النفسى لنمو الشخصية السوية ، موضرب المثل الصالح والقوة الحسنة امام الشباب ومساعدة الشباب على فهم نفسه وتقبل ذاته وتقبل التفغرات التى تطرا فى مرحلة المراهقة ، وتحسين علاقة المراهق بأسرته ومعهد العلمى واقرانه .. وتحمل المسئولية بخصوص تنمية مفهوم موجب للذات لدى الشباب والاهتمام بالارشاد العلاجى والتربوى والمهنى والاسرى والزواجى وارشاد الشباب وخاصة فى المدارس الاعدادية والثانوية والجامعات .

علاج مشكلات الشباب :

فيما يلى أهم التوصيات لعلاج مشكلات الشباب :

العلاج النفسى : ويشمل اكتشاف المشكلات العامة التى يعانى منها الشباب ومعرفة أسبابها والعمل على ازالة هذه الاسباب أو التخفيف من حدتها ، والاستعانة بالاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين واستشارتهم ضمنا لنجاح علاج مشكلات الشباب ، وعلاج مخاوف الشباب والاضطرابات العصبية التى يعانون منها وكل ما ينفص حياتهم الانفعالية . وعدم نقد المراهق أو السخرية منه ، وتوجيه الشباب الى التعود على نسيان الاساءة بسرعة واستخدام النشاط المتولد عن الغضب فى عمل ناجح واستخدام العواطف بحكمة .

الارشاد النفسى : ويتضمن ارشاد الشباب علاجيا وتربويا واسريا مع مراعاة اللباقة وحسن المدخل ، وارشاد الوالدين وتعريفهم بمرحلة المراهقة ومطالب النمو فيها ودورهم فى تحقيقها وضرورة مراعاة الفروق الفردية بين الشباب ، وان الاولاد يطلبون دائما ما هو معقول ويناسب مرحلة نموهم ، وان الاولاد لا يرغبون فى شئ قدر رغبتهم فى العمل على ارضاء والديهم ، وانه كثيرا ما يسيء الابناء فهم اتجاهات الوالدين نحو بعض المشكلات ، وان الاولاد يرغبون دائما فى معرفة اسباب الاعمال التى يطلب منهم القيام بها واعداد برامج منظمة لخدمات الارشاد النفسى بالمدرسة ، وان يحقق الجو المدرسى التوافق النفسى السليم للمراهق ، وضرورة مقابلة الدراسة لمشكلات وحاجات الشباب ، وتيسير الحصول على المواد التى تساعد على الدراسة والنجاح الدراسى والتخطيط الفكرى للمستقبل ، ومناقشة اساليب الاستذكار والتحصيل مع الطلاب ، واعادة النظر فى نظم الامتحانات الحالية وتفادى عيوبها ، ومساعدة المراهق على ان يكون فكرة دقيقة عن قدراته واستغلالها الى اقصى حد ممكن ، وادراك ان القدرة العقلية ليست سوى عامل واحد فى النجاح المدرسى او المهنى ، والمساعدة فى تحسين اتجاهات المراهقين نحو المدرسة والمدرسين ، والتعاون الكامل مع الاسرة لعلاج المشكلات المشتركة بين المنزل والمدرسة ، ومساعدة الشباب فى الاعداد لمستوى ارقى من التعليم واستمرار الثقافة العامة . كذلك يجب مساعدة الشباب فى الارشاد المهنى والاعداد للمهنة ، وادراك الفرص المتاحة بالفعل فى ميدان العمل ، ومدهم بأدق المعلومات المهنية ، ومساعدتهم فى ادراك قيمة جميع انواع العمل واهميتها .

العلاج البنى : ويتضمن ذلك المساعدة فى عملية التشخيص والتطبيع الاجتماعى وتعليم المعايير السلوكية الاجتماعية السليمة والسلوك الاجتماعى السوى والمهارات الاجتماعية والقواعد الاخلاقية ، وتهيئة الفرص لعقد ندوات المناقشات الجماعية حول مشكلات الشباب وشغل اوقات فراغ الشباب بطريقة مفيدة مدروسة واستغلال الميول والهوايات ، ومساعدة المراهقين فى اختيار الاصدقاء على الا يكونوا متحرفين . ويجب كذلك الاهتمام بالتربية الجنسية العلمية للشباب ومساعدتهم على تقبل النمو الجسمى والسعادة والفخر بالنضج الجسمى وتقبل هذا التطور الجديد فى حياة الفرد قبولاً حسناً ، والحرص بخصوص المثيرات والافلام الجنسية ، والتوجيه اللازم بخصوص الزواج وامداد الشباب بالحقائق عن الحياة الاسرية ومسئولياتها . ويجب توجيه عناية خاصة الى التربية الدينية للشباب وتوجيههم الى ممارسة الشعائر الدينية وتعليم المعايير الاجتماعية والقيم الاخلاقية ونمو الضمير وال ضبط الذاتى للسلوك ، ومساعدة المراهقين فى تكوين فلسفة ناضجة للحياة والعمل على تحقيقها بمهارة ودبلوماسية حتى يتحقق النجاح فى الحياة بصفة عامة .

العلاج الطبى : ويشمل مساعدة المراهقين على أن يتعلموا الشيء الكثير عن أجسامهم ومشكلات النمو الجسمى وكيفية علاجها ، وتوفير الرعاية الصحية ، وتشجيع المراهقين على أن يتناولوا غذاء مناسباً متوازياً ، وتشجيعهم على أن يعرضوا أنفسهم للفحص الطبى الدورى .

مشكلات الزواج

الزواج سنة حميدة منذ أيام ابينا آدم وأما حواء عليهما السلام . والحياة الزوجية سكن وأمن ومودة ورحمة . ويتضمن الزواج اختيار الزوج والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والاستقرار والسعادة وتحقيق التوافق الزوجى وحل ما قد يطرأ من مشكلات زوجية قبل الزواج أو أثناءه أو بعده .

وقد تكون مشكلات الزواج بسيطة يقتصر اثرها على تنقيص الحياة الزوجية وقد تكون كبيرة يصل اثرها الى تقويض الحياة الزوجية .

أسباب مشكلات الزواج :

تتعدد أسباب مشكلات الزواج ، وأهمها ما يلى :

الاسباب الحيوية : وتشمل اختلاف الزوجين حيويًا كما فى اختلاف العامل الريزيسى Rh-factor فى الدم ، وعدم التكافؤ الجنى والبرود والعجز الجنى ، والعقم ، وسن القعود ، والشيوخة .

الاسباب النفسية : ومنها الخبرات العاصفة الاليمة نتيجة لفشل حب أو خطوبة أو زواج سريع سابق فاشل ، أو صدمة عاطفية ، أو فقد ثقة معممة على الجنس الآخر كله ، والحرمان والجوع الجنى (رغم الزواج) والملل والروتينية ، والتعود على السلوك الجنى الشاذ ، والخوف من الوحدة والعزلة كما فى حالات الطلاق والترمى ، وزواج المراهقين ممن لم تنضج شخصياتهم بعد ، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية .

الاسباب البيئية : وهى كثيرة جدا ومنها العادات والتقاليد مثل زواج الاقارب وزواج البديل ، ووجود افكار خاطئة أو خرافية لا أساس لها من الصحة ، وتأخير الزواج حتى تزويج الاخوات ، والانشغال أو الاستغراق فى عمل أو فن ، أو الاشتغال بهن يخشى معها عدم نجاح أو استقرار الزواج كما فى حالة البحارة والمضيفين والمضيفات ، والخوف مما يرى من زيجات

فائسلة ، واتخاذ صورة مثالية غير واقعية يعيش الفرد آملا في تحقيقها حتى يفوته القطار مثلا ، والمغالاة في المهور وتكاليف الزواج ومشكلات السكن ، وعدم التوفيق في اختيار الزوج ، والعنوسة ، والاحجام والاضراب عن الزواج والتفاوت وعدم التكافؤ بين الزوجين ، والاختلاط الزائد والتجارب قبل الزواج ، واضطراب العلاقات الزوجية ، والتعرض لاسباب الفواية ، وحب المغامرة والتجريب ، والشك وسوء التفاهم وسوء المعاملة والشجار الدائم ، والطلاق ، والترمل والعزوبة بعد الزواج ، والزواج من جديد ، والزواج المتسرع ، وزواج الشوارع والزواج الجبرى ، وزواج المبادلة ، وزواج الغرض ، والزواج القائم على الغش ، والزواج العرفى ، والام غير المتروجة والاب غير المتزوج ، والاتجاهات السالبة نحو الزواج ، ونقص التربية الجنسية ، ومشكلات الزوجة العاملة ، ومشكلات تنظيم النسل ، وتدخل الحياة والاقارب في الحياة الزوجية ، وتعدد الزوجات ، والخيانات الزوجية ، ونقص الاخلاق والدين ، وسجن أحد الزوجين .

اهم مشكلات الزواج :

يعجب كلر Klermer (١٩٦٥) لما حدث للزيجات وما كثر فيها من مشكلات عامة ، ومشكلات قبل الزواج ، واتقاءه (بعد الدخول) وبعد انتهائه . وفيما يلي اهم مشكلات الزواج (١) :

مشكلات قبل الزواج : ومنها مشكلة اختيار الزوج (عن طريق الصدفة الخاطئة او الاستجابة لأول طارق نتيجة لتأخر الزواج وتكسب العذارى وغير المتزوجات) ، والعنوسة (بالنسبة للثلاث وتأخر الزواج بالنسبة للذكور وما يرافق ذلك من قلق الانتظار والخوف من البوار ومن المستقبل وتزويج الاخت الاصغر قبل الاخت الاكبر العانس او المرشحة لتصبح عاتسا وما يصاحب ذلك من غيرة وفقدان الثقة في النفس) ، والاحجام والاضراب عن الزواج (وما فيه من ضرر للفرد والمجتمع ، وما يصاحبه عادة من شعور بالوحدة والانتواء والسلوك المنحرف) ، والتفاوت وعدم التكافؤ بين الزوجين (في الشخصية ، او في العمر ، او في المستوى الاجتماعى الاقتصادى ، او في المستوى الثقافى او في الدين ، او في الجنسية او في النواحي الحيوية مثل اختلاف العامل الريزيسى Rh-factor في الدم كلن يكون احدهما موجبا والآخر

(١) انظر حامد زهران (١٩٧٧) . ويلاحظ ان معظم مشكلات الزواج تعتبر ايضا اسبابا لمشكلات زواجة اخرى ، اى ان الاعراض تكون اسبليا والاسباب تكون اعراضا .

ساليا (١) (وما يصاحب ذلك من معاناة أو تعال أو شعور بالنقص لدى أحد الطرفين أو مخاطر تهدد النسل) ، والاختلاط الزائد والتجارب قبل الزواج (وما يصاحب ذلك من سلوك محرم وكذب وتورط وشك متبادل وخيانة للأهل والضمير) .

مشكلات أثناء الزواج (بعد الدخول) : ومنها مشكلات تنظيم النسل (وما قد يصاحبه من خلافات حول مدها ومحتة وما يرافقه من اضطرابات نفسية جنسية وردود فعل عصبية) ، والعقم (وما يصاحبه من اتهام كل طرف رفاقته بأنه هو السبب ، واللجوء إلى الدجالين والمشعوذين ، والانفصال أو تعدد الزوجات ، وشعور العاقر بالأحباط والحرمان والحسرة والحقد وتوتر الأعصاب) وتدخل الحياة والأقارب (وما يصاحبه من مشاعر الأذى والغيرة والخصومة والمكيدة) ، وتعدد الزوجات (وما يصاحبه من أرهاق وتشتت وعدم استقرار وظلم وتصارع وتسايق وغيرة ومكيدة) ، واضطراب العلاقات الزوجية (مثل الليونة أو القسوة الزائدة والهجران والغيرة الشديدة والطلاق الانفعالي) ، والمشكلات الجنسية (مثل الممارسات الشاذة وعدم التكافؤ بين الإفراط والضعف ومشكلات سن القعود ومسـن الشيفوخة) ، والخianات الزوجية (وما يصاحبها من شك وطلاق) .

مشكلات بعد انتهاء الزواج : مثل الطلاق (وما يصاحبه من مشكلات الأطفال والنفقة .. الخ) ، والقرمل والعزوبة بعد الزواج (وما يصاحبه من صعوبة التوافق والوحدة والقلق والهم والخوف والاضطرار للعمل لكسب العيش ، أو التوقع في البيت والحاجة إلى مساعدة الآخرين والاضطرار للمعيشة مع الأولاد المتزوجين أو المتزوجات معيشة الضيف ، والخلافات والمشكلات نتيجة التدخل ، وتنكر الأصدقاء وخاصة النساء اللاتي يخشين أن تخطف الأرملة زوج أهداهن أو تفريه ، وتنكر أفراد أسرة الزوج المتوفى للارمل أو حدوث خلافات بسبب الميراث والأولاد) ، والزواج من جديد (وما يصاحبه من بقاء آثار للزواج السابق ، ومشكلات الأولاد من الزواج السابق) .

مشكلات عامة في الزواج : مثل الزواج غير الناضج (كما في حالات زواج المراهقين ممن لم تنضج شخصياتهم اجتماعيا وافتعاليا ، وما يصاحبه من تهديد خطير للحياة الزوجية) ، والزواج المتسرع (وما صاحبه من أسى وندم بعد « وقوع الفاس في الراس ») ، وزواج الشوارع (وما يصاحبه من تهديد بالفشل في أي وقت) ، والزواج الجبري (وما يتهدده من شقاء) ،

وزواج المبادلة (وما يحتمل فيه من مقارنات وأسى ومشكلات متبادلة من باب الثأر) ، وزواج الغرض (وما يسوده عادة من جفاء وتخاصم وتشاحن وحقد وانتقام) ، والزواج القائم على الغش (واحتمال معرفة الحقيقة يوماً ما فتحدث كارثة) ، والزواج العرفى (وما يصاحبه من احتمال ضياع الحقوق الشرعية ، وعدم الثقة المتبادلة ، والاحساس بالتحايل على الشرع والقانون والتهرب من كشف السر على زوج آخر) ، والام غير المتزوجة والاب غير المتزوج (وما يصاحب ذلك من مشكلات الطفل غير الشرعى وايداعه في مؤسسة أو ملجأ أو اسرة بديلة أو الاحتفاظ به كذكرى دائمة للجريمة ، والزواج الصورى المؤقت المحكوم عليه بالفشل ، وانتقام الاهل واستفكار المجتمع وترك المدرسة أو العمل) ، والاتجاهات السالبة والافكار الخاطئة (وما يصاحبها من مشكلات تنفرع عنها) ، ونقص التربية الجنسية (وما يصاحبها من الوقوع في التجريب أو الخبرات الحقيقية والشعور بالاشمئزاز والام والخوف والقلق والاستغراق في احلام اليقظة والانحراف الجنسى والاضطراب النفسى) ، ومشكلات الزوجة العاملة (وما يصاحبه من مطالب واعباء ومشكلات) ، ومشكلات عامة أخرى (مثل الاضطراب النفسى لاحد الزوجين أو كليهما ، والزواج المؤقت أو زواج المحلل ، والزواج بالمقاصة اى الزواج كسداد لدين مادی ، وحالات ترك العصمة في يد الزوجة .. الخ) .

الوقاية من مشكلات الزواج :

يجب اتخاذ الاجراءات الوقائية حتى لا تقع مشكلات الزواج ومن اهم الاجراءات الوقائية : الاهتمام بانشاء مراكز الارشاد الزواجى حيث تقدم خدمات الارشاد الزواجى العلمى على يد المختصين لضمان حسن الاختيار الزواجى واتخاذ القرار الحكيم وتجنب الوقوع فى اخطاء الاختيار المتسرع أو غير الناضج .. الخ ، ودراسة شخصية زوجى المستقبل بحيث تكونان متقاربتين جسمياً وعقلياً وانفعاليا واجتماعياً ، واجراء الفحوص الطبية الشاملة للطرفين قبل الزواج ، ومد نظر الزوجين الى المستقبل .

علاج مشكلات الزواج :

نتلخص اهم ملامح علاج مشكلات الزواج فيما يلى :

العلاج النفسى : وتتناول علاج الاسباب النفسية السابقة الذكر ، وتنمية الثقة فى النفس واستعادة الثقة والتوازن والتوافق ، وتعديل انماط السلوك الزواجى المنحرف باستخدام الطرق المناسبة مثل العلاج السلوكى وغيرها ، والقضاء على انواع المخاوف والقلق والصراع والحرمان والاحباط والشك فى الحياة الزوجية ، وحل المشكلات الحالية واعادة ثقافتهم ، وتيسير الحقائق الصحيحة نفسياً ، والعلاج النفسى لحالات العقم الوظيفى (النفسى

المنشأ) ، والعلاج النفسى الدينى وتنمية الضمير الحى وخشية الله تجاه السلوك والتصرف الخاطىء فى الحياة الزوجية .

الارشاد الزواجى : وتحقيق التوافق والاستقرار والسعادة وتقديم خدمات الارشاد الزواجى لتناول المشكلات قبله واثناءه وبعد انتهائه والمشكلات العامة . ويرى معظم المرشدين ان يكون الطرفان معا فى جلسة قصيرة ثم تتم جلسات فردية مع كل منهما ثم تختتم الجلسات فى حضور الطرفين .

العلاج البيئى : ويشمل علاج الاسباب الاجتماعية لمشكلات الزواج وهى كثيرة كما رأينا ، وتصحيح كل ما يتعلق بشخصيتى الخطيبين والزوجين من الناحية الاجتماعية واسرتهما والعلاقات الاجتماعية وحل المشكلات الاجتماعية ، والحث على ابراز اهمية الصدق والصراحة والاخلاص والحب والاحترام والثقة المتبادلة وحسن الصحبة والعشرة ومراعاة الحقوق والقيام بالواجبات والمشاركة فى السراء والضراء والمحافظة على الاسرار والمشاعر والكرامة والمعاملة الحسنة ، المساعدة فى حالات الانفصال والطلاق والتمرد بحيث يمنع الانفصال أو الطلاق بقدر الامكان أو يتم فى هدوء دون مشكلات فى المحاكم ، والعمل على تحقيق التوافق فى الزواج الجديد فى حالة حدوثه ، وتحويل خبرة الانفصال أو الطلاق من خبرة مؤلمة الى خبرة مفيدة بالاستفادة من الاخطاء الماضية ، ومساعدة الارمل على تعلم المهارات الاجتماعية الجديدة التى تناسب طارئ العزوبة الاجبارية . ويجب الاهتمام بالتربية الجنسية والتزويد بالمعلومات الصحية عن ماهية النشاط الجنسى واكتساب التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الاخلاقية الخاصة بالسلوك الجنسى ، وتنمية الضوابط للدافع الجنسى والشعور بالمسئولية الفردية والاجتماعية وتنمية الوعى والثقافة العلمية والوقائية من اخطار التجارب الجنسية غير المسئولة . كذلك يجب الاهتمام بالتربية الزوجية ضمن عملية التربية والتنشئة الاجتماعية حيث يعرف الاطفال والشباب ما يجب معرفته من حقائق الحياة الزوجية ومطالبها وأصول عملية اختيار الزوج وأصول المعاملة الزوجية اعدادا للشباب لحياة زوجية سليمة .

العلاج الطبى : ويشمل تقديم المعلومات الطبية السليمة وتصحيح المعلومات عن الوراثة والتناسل وتنظيم النسل ، والعلاج الطبى لحالات العقم .. الخ .

مشكلات الشيخوخة

PROBLEMS OF AGEING



الشيخوخة مجموعة تغيرات
جسمية ونفسية تحدث بعد سن
الرشد وفي الحلقة الأخيرة من الحياة.
ومن التغيرات الجسمية «العضوية»
الضعف العام في الصحة ونقص القوة
العضلية وضعف الحواس وضعف
الطاقة الجسمية والجنسية بوجه
عام (١) . ومن التغيرات النفسية
ضعف الانتباه والذاكرة وضيق
الاهتمامات والمحافظة وشدة التأثير
الانفعالي والحساسية النفسية (٢)
(محمد فخر الاسلام ، ١٩٦٧)
(انظر شكل ١١٩) .

ويزداد عدد الشيوخ المسنين فوق
سن الستين بزيادة الحضارة والرعاية

الصحية العامة وقائياً وعلاجياً ، وقد زاد متوسط عمر الانسان كثيراً عبر
العصور . فبعد أن كان حوالي ٢٠ سنة في العصر الحجري أصبح الان حوالي
٧٠ سنة ويأمل العلماء في أن يصبح حوالي ١٠٠ سنة في المستقبل القريب
(أمين رويحه ، ١٩٧٢) .

ويمكن ان تمر مرحلة الشيخوخة في توافق وسلام لو تحققت مطالب
النمو في هذه المرحلة على وجه سليم (راجع ص ٢١) .

ومن الملامح العامة لمرحلة الشيخوخة ان علاقة الشيوخ بولادهم تظل
على النمط الذي كان سائداً بينهم وبين هؤلاء في منتصف العمر ، سوية كانت
او منحرفة . ويقل التصادم بين الآباء والابناء ، الا انه قد يزداد بين الامهات
والابناء خاصة بعد الزواج . وتزداد علاقة الشيخ بخفته ، فيهرعون اليه في

(١) يقول الله تعالى : « الله الذي خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد
ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعف وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير »
(سورة الروم آية ٥٤)

(٢) يقول المثل العامي : « من بلغ الستين اشتكى من غير علة » .
وفي رواية أخرى « من بلغ السبعين اشتكى من غير علة » .

ازمانهم ومشكلاتهم . وهكذا يتهنى جيلان جيل الاجداد وجيل الحفدة . ويلاحظ ان هذا اللقاء يكون اكثر تماسكا في الريف عنه في المدينة .

ولحسن الحظ فما زالت للشيوخ مكانتهم في المجتمعات الشرقية والاسلامية . الا ان **المكانة الاجتماعية** للشيوخ تضعف في بعض المجتمعات الغربية المعاصرة التي تؤمن بالقوة والسرعة والجانبية الجنسية ، وهى صفات لا تتواءم للشيوخ . ولذلك تقسو الحياة عليهم ويهجرهم اولادهم وتضيي بهم سبل العيش . ويتركون انهم اصبحوا عالة على المجتمع .

وتزداد **الاتجاهات النفسية الاجتماعية** رسوخا في مرحلة الشيخوخة ويكون معظم الشيوخ محافظين ، ولذا نجد من الصعب تغيير اتجاهاتهم . واكثر الاتجاهات رسوخا تلك التي تدور حول الموضوعات السياسية والنظم الاجتماعية السائدة . ويزداد التعصب تبعا لزيادة السن . ولذا يتعصب الشيوخ لآرائهم ولماضيهم الذي يمثل بالنسبة لهم القوة والشباب والسرعة والمكانة الاجتماعية وحيوية الكفاح وايجابية العمل في حياة الفرد .

الا اننا نلاحظ ان **التوافق النفسى والاجتماعى السليم** في مرحلة الشيخوخة يحتاج الى التوافق مع التقاليد والعادات السائدة المتجددة والخاصة بالاجيال المختلفة . وقد يعوق التمسك الجامد بالتقاليد والمهارات من التوافق الاجتماعى عند الشيوخ . ويحتاج التوافق الاجتماعى ايضا الى التوافق مع الاجيال الاخرى حتى يحقق الشيخ لنفسه التوافق الاجتماعى الضرورى للحياة الهادئة .

اسباب مشكلات الشيخوخة :

من اهم اسباب مشكلات الشيخوخة ما يلى :

اسباب حيوية : مثل التدهور والضعف الجسمى والصحى العام كما سبق ان ذكرنا وخاصة تصلب الشرايين . الخ .

اسباب نفسية : مثل الفهم الخاطيء لسيكولوجية الشيخوخة : فقد يفهم بعض الناس ان الشيخوخة معناها ان الشيخ المسن يجب ان يمشی متثاقلا يتأوه ما دام قد وهن العظم منه واشتعل الرأس شيبا . كذلك تؤثر الاحداث الاليمية والخبرات الصادمة التي قد تهب كيان الشيخ هذا وتهد شخصيته هذا . ويزيد الطين بلة ان بعض الشيوخ قد يصلون الى مرحلة الشيخوخة وما زالت شخصياتهم لم يتم نضجها (١) .

(١) يعبر عن ذلك المثل العربى : «شابت لحاهم والعقل لسه ما جاهم»

اسباب بيئية : ومنها التقاعد وما يرتبط به من نقص الدخل وزيادة الفراغ قد يدخل كسبب مرسب للمشكلات النفسية ، وخاصة أن الناس يربطون بين التقاعد (عن العمل) وبين التقاعد (الجسمي النفسي) ، ويرون أن المسن عديم الفائدة ولا قيمة له ، وأن التقاعد معناه اعتزال الشيخ الحياة . ومن الاسباب البيئية كذلك التغير في الاسرة وترك الاولاد للأسرة بالزواج أو العمل خاصة في حالة حاجة الشيخ الى رعاية صحية أو مادية ، وتفكك روابط الاسرة الكبيرة وضعف الشعور بالواجب نحو المسنين وافتقارهم الى الرعاية وربما الاحترام وخاصة في البيئات الصناعية . ومنها ايضا العنوسة والعزوبة حتى سن الشيخوخة وخاصة في السيدات والاضراب عن الزواج عند بعض الرجال .

اهم مشكلات الشيخوخة :

فيما يلي اهم اشكال مشكلات الشيخوخة :

المشكلات الصحية : المرتبطة بالضعف الصحي العام والضعف الجسمي وضعف الحواس كالسمع والبصر وضعف القوة العضلية وانحناء الظهر وجفاف الجلد وترهله والامساك وتصلب الشرايين والتعرض بدرجة اكبر من ذي قبل للاصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم . وقد يظهر لدى الشيخ توهم المرض وتركيز الاهتمام على الصحة . فالكحة البسيطة قد يبالغ في القلق بخصوصها ، وعسر الهضم أو الصداع قد ينظر اليه على أنه مرض خطير . الخ .

المشكلات العاطفية : المتعلقة بضعف الطاقة الجنسية أو التثبيت بها . فقد يتزوج الشيخ الميسور من فتاة في سن بناته ، ويتصابى ، وإذا ما ضعف جنسيا القى اللوم عليها وبدأ يشك في سلوكها . وكذلك ما أحق العجوز المتصابية . وقد يتصرف بعض الشيوخ تصرفات جنسية شاذة ، وقد يأتون سلوكا لا يستحسن ولا يوقر شبيهم (١) . (وينبرج Weinberg ، ١٩٦٩) .

مشكلة سن القعود : وسن القعود هو ما يعرف عادة باسم سن اليأس . وهو عند المرأة يتعين بمرحلة انقطاع الحيض (في الحلقة الرابعة من عمرها) وعند الرجل يتعين بالضعف الجنسي الاولى أو الثانوى وتضخم البروستاتا (في الحلقة الخامسة أو السادسة من عمره) . ويكون سن القعود مصحوبا في بعض الاحيان باضطراب نفسي أو عقلى قد يكون ملحوظا أو غير ملحوظ ويكون ذلك في شكل الترهل والسمنة والامساك والاجهاد والذبول والعصابية والصداع والاكتئاب النفسي والارق . وعموما فإن اعراض سن القعود تشاهد في المدينة أكثر منها في الريف ولدى المثقفين أكثر منها لدى غير المثقفين .

مشكلة التقاعد : وتعتبر على رأس المشكلات التي يجب وضعها في الحسبان . فعندما يحل وقت التقاعد وما يصاحبه من زيادة الفراغ ونقص الدخل يشعر الفرد في أعماق نفسه بالقلق على حاضره والخوف من مستقبله مما قد يؤدي به الى الانهيار العصبي وخاصة اذا فرضت عليه حياته الجديدة بعد التقاعد الفجائي أسلوبا جديدا من السلوك لم يألله من قبل ولا يجد في نفسه المرونة الكافية لسرعة التوافق معه وخاصة اذا لم ينتهيا لهذا التغير . وخاصة اذا شعر وأشعره الناس انه قد أصبح لا فائدة منه بعد أن كان يظن انه ملء السج والحصر .

فهل الشيخوخة أو خبل الشيخوخة أو خرف الشيخوخة : وفيه يصبح الشيخ أقل استجابة وأكثر تمركزا حول ذاته يميل الى التفكير وتكرار الحكاية الخبرات السابقة وتضعف ذاكرته بالنسبة للحاضر بينما تظل قوية بالنسبة لخبرات الماضي ، وتقل اهتماماته وميوله . ويلاحظ نقص الشخصية للطعام والارق ، وتقل طاقته وحيويته ، ويصبح غير قادر على المبادأة وغير قادر على التوافق بسهولة ، ويشعر بقلّة قيمته في الحياة . وهذا يؤدي الى الاكتئاب والتيجية وسرعة الاستثارة والعناد والنكوص الى حالة الاعتماد على الغير وإهمال النظافة والملبس والمظهر والاستهتار الجنسي أحيانا . وباختصار يبدي الشيخ صورة كاريكاتيرية لشخصيته السابقة . ولحسن الحظ فان نسبة حدوث ذهان الشيخوخة لا تتعدى ٨ر . في الالف بالنسبة للنساء ، ٦ر . في الالف بالنسبة للرجال .

الشعور الذاتي بعدم القيمة وعدم الجدوى في الحياة : والشعور ان الآخرين لا يقبلونه ولا يرغبون في وجوده ، وما يصاحب ذلك من ضيق وتوتر ، وقد يقدم بعضهم على الانتحار (تالاند Taland ، ١٩٦٨) .

الشعور بقرب النهاية : فقد يعيش بعض الشيوخ وكأنهم ينتظرون النهاية والقضاء المحتوم ويتحسرون على شبابهم (١) .

الشعور بالعزلة والوحدة النفسية : ويزيد من هذا الشعور زواج الاولاد وانشغال الاولاد كل في حاله وفي عالمه الخاص ، وموت الزوج ، وتقدم العمر والضعف الجسمي والمرض أحيانا مما يقلل دائرة الاتصال الاجتماعي

(١) يقول الشاعر :

بكيت على الشباب بدمع عيني فلم يغن البكاء ولا النحيب
الا ليت الشباب يعود يوما فأخبره بما فعل المشيب
ومن ديوان الامام الشافعي :

وعزة عمر المرء قبل مشييه وقد فنيت نفس تولى شبابها
اذا اصفر لون المرعوابيض شعره تنقص من أيامه مستطابها
ويقول المثل العامي : « فُكر الشباب حيرة » .

وتناقص افراد جيله يوما بعد يوم بالموت . وقد تقتصر العلاقات الاجتماعية للشيخ على اولاده وحفدته واسباطه . وقد يعيش بعض الشيوخ المسنين في وحدة قاسية .

اضطراب العلاقات الاجتماعية : وضعف العلاقات بين الشيخ واصدقائه وانحصارها تدريجيا في دائرة ضيقة تكاد تقتصر على نطاق الاسرة .

الانانية : وقد تشاهد عند بعض الشيوخ فيلاحظ ازدياد اهتمام الشيخ بنفسه مثل انانية الاطفال حيث يريد اهتماما خاصا مستمرا به وبطلباته . وحيانا تؤدي هذه الانانية الى تهديد السعادة الزوجية لاولاده .

التطرف في نقد سلوك الجيل التالي : وخاصة الاولاد والحفدة ونقد المعايير الاجتماعية . وهذا مظهر من مظاهر صراع الاجيال .

الوقاية من مشكلات الشيخوخة :

فيما يلي اهم الاجراءات الوقائية من مشكلات الشيخوخة :

* يجب ان يقدم الاولاد برد جميل والديهم الشيوخ في هذه المرحلة من حياتهم (١) .

* يجب العمل على رعاية النمو في كافة مظاهره وفي كل مراحلها واضعين في حسابنا مرحلة الشيخوخة (٢) .

* يجب رعاية الصحة الجسمية والاهتمام بالفحص الطبي الدوري للكشف عن اى مشكلة صحية في بدايتها وعلاجها في وقت مناسب ، مع الاهتمام بالوقاية من الاحداث والتعرض للعدوى والمرض لنقص امكانيات وضعف مقاومة الشيخ .

* يجب رعاية الصحة النفسية والاهتمام بحل مشكلات الشيخ اولا باول واشباع حاجاته النفسية . ويجب الا يقضى الشيخ ما بقى من حياته بعد التقاعد في الفراش في بطالة تعطل النشاط الجسمي والعقلي ، بل يجب ان يقضى حياته في نشاط وتفاؤل وان يعيش شيخوخته بأوسع واكمل واصح شيء ممكن . ويجب ان ننظر الى العمر الزمني للفرد بحرص

(١) قال الله تعالى : « وقضى ربك الا تعبدوا الا اياه وبالنوالدين احسانا اما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما . واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا » (سورة الاسراء : آية ٢٣ : ٢٤) .

(٢) قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : « اغتتم خمسا قبل خمس : حياتك قبل موتك ، وصحتك قبل سقمك ، وفراغك قبل شغلك ، وشبابك قبل هرمك ، وغناك قبل فقرك » .

شديد ، ويجب الاسترشاد بالعمر العقلى والعمر التحصيلى والعمر الفسيولوجى والعمر الانفعالى والعمر الاجتماعى والعمر الجنسى .. الخ ، وقد يختلف العمر الزمنى عن كل أو أى من هذه الاعمار المعيارية فالشيخوخة لا تحدد بالعمر الزمنى . وكثيرا ما نرى شيخا فى سن الأربعين وكهلا قويا فى سن الثمانين .

* يجب الاهتمام بالتوافق الاجتماعى والعلاقات الاجتماعية وتوسيع دائرة الصداقات من بين المتكافئين معه سنا وثقافة ومستوى حتى يشتركوا فى الاتجاهات والاهتمامات ، مع الاهتمام بالهوايات والرياضة ولو رياضة المشى وذلك أضعف الايمان . ويجب الاهتمام بالمظهر والمبىس والمشية .. الخ .

* يجب تشجيع الشيخ على البحث والاطلاع حتى تبقى ذاكرته حية متنبهة لشئون الحياة ، وتشجيعه على تحديد أهداف فى المستقبل يسمى لتحقيقها .

* يجب أن تكفل الدولة رعاية الشيخوخ الذين قدموا للوطن الكثير فى شبابهم بأن ترعى مستواهم الاجتماعى الاقتصادى وأن تكفل لهم الحياة فى عزة وكرامة .

* وليكن للشيخ سند دينى لأن فى ذلك ضمان سعادته وراحته النفسية (١) .

علاج مشكلات الشيخوخة :

وتتلخص أهم ملامح علاج مشكلات الشيخوخة فيما يلى :

العلاج الطبى : علاج الاعراض الطبية المرتبطة بالضعف العام والضعف العضلى والامساك والاهتمام بالغذاء والنظافة وحث الشيخ على الحركة وعدم كثرة النوم واستخدام النومات فى حالة الارق واستخدام المهدئات اذا لزم الامر . ويستخدم العلاج بالرجفة الكهربائية فى حالات الاكتئاب . وينصح بزيادة النشاط والحركة والقيام ببعض الرياضة تجنباً للانهايار الصحى . وينصح بالاقلاع عن التدخين أو على الأقل الاقلال منه .

العلاج النفسى : ويجب أن يهدف الى تحقيق الامن النفسى والانفعالى واشباع الحاجات وتحقيق عزة النفس للشيخ وشعوره بالحب وأنه مطلوب وأن أهله فى حاجة اليه ، واقناعه بأن ما تبقى له من قوى عقلية وجسمية تكفى لاستمادته فى الحدود الجديدة التى يفرضها سنها . يفيد فى ذلك العلاج بالعمل .

(١) يقول الله عز وجل فى حديث قدسى : « يا ابن آدم ان الشيب نور من نورى واتى استحيى أن اعذب نورى بنارى فاستحي منى » .

ارشاد الشيوخ : علاجيا ومهنيا واسريا مع الاهتمام بمشكلات وقت الفراغ وتقديم الخدمات الارشادية المتخصصة وخاصة في مؤسسات رعاية الشيوخ .

العلاج البيئي : وهنا يجب تنمية اهتمامات وميول الشيخ وملء وقت فراغه بوسائل التسلية ودفعه الى المشاركة في الحياة الاجتماعية والاهتمام بمظهره العام . ويجب تشجيع الشيخ على ممارسة الهوايات للتخفيف من متاعب وقت الفراغ . ولتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي يجب الاهتمام بالتأهيل النفسي والاجتماعي للشيخ . ويفيد في هذا الصدد اعداد الورش العلاجية والنوادي الدينية والمعسكرات الصيفية . الخ ، وهذه من وظائف الخدمة الاجتماعية الناجحة (هيكى Hickey : ١٩٦٩) . ويجب التوسع في انشاء مؤسسات لرعاية الشيوخ المسنين لتوفير الرعاية لهم على كافة المستويات حسب قدراتهم وطاقاتهم بحيث يمكن لكل منهم الحياة في شيء من الراحة الصحية مع الآخرين . ولقد تطورت الفكرة في بعض الدول العصرية والصناعية فانشأت بيوتا خاصة بالمسنين وتطورت عند بعضها الى انشاء احياء كاملة للشيوخ ، وعند البعض الآخر الى انشاء مدن جديدة لهم . ويوجد في مصر بعض هذه البوت والمؤسسات . كذلك يجب التغلب على أزمة التقاعد بالتمهيد العملي والنفسى لها وذلك عن طريق التقاعد التدريجى الذى يبدأ في منتصف العمر بين سن ٥٠ - ٦٠ بانقاص ساعات العمل تدريجيا الى النصف ثم الى الثلث ثم الى الربع ثم ينتهى هذا التناقص التدريجى الى التقاعد ، وذلك عن طريق زيادة الاجازات الاسبوعية والسفوية ، ويجب تدريب الافراد على المهارات والهوايات المناسبة لاستغلال اوقات الفراغ وخير للمجتمع ان يجد عملا جديدا للمتقاعدين - ولو بعض الوقت - يتناسب مع قواهم ومواهبهم مثل استخدامهم فى الاستشارات والتوجيه بدلا من مجرد اعانتهم ويعتبر هذا نوعا من « العلاج بالعمل » وقد قامت بعض الدول اما بالقضاء او رفع السن القانونية للحالة للتقاعد للمساهمة فى التأهيل النفسى للشيوخ المسنين والاستفادة من خبراتهم فى الادارة والتنظيم . بحيث لا يكلف الشيخ المسن الاوسع ولا يحمل ما لا طاقة له به .

« الحمد لله الذى هدانا لهذا وما كنا لنهتدى لولا ان هدانا الله »

صدق الله العظيم

المراجع

- احمد عزت راجح (١٩٦٥) . الامراض النفسية والعقلية ، اسبابها وعلاجها
 وآثارها الاجتماعية . القاهرة : دار المعارف .
- احمد عكاشة (١٩٦٩) . الطب النفسى المعاصر . القاهرة : مكتبة الانجلو
 المصرية .
- امين رويحة (١٩٧٢) . شباب فى الشيخوخة (ط ٢) . بيروت : دار القلم .
- انور محمد الشرقاوى (١٩٧٠) . دراسة لابعاد مفهوم الذات لدى الجانحين
 رسالة ماجستير . كلية التربية — جامعة عين شمس .
- بيبى (ترجمة) محمد رفعت رمضان ونجيب اسكندر ابراهيم (١٩٥٢) .
 التربية الجنسية . القاهرة : دار المعارف .
- توم ، دوجلاس (ترجمة) اسحاق رمزى (١٩٦٨) . مشكلات الاطفال
 اليرمية . القاهرة : دار المعارف .
- جمال ماضى ابو الغزايم (١٩٦٣) . الموسيقى كوسيلة من وسائل العلاج
 فى الطب النفسى . مجلة الصحة النفسية . يونيو ١٩٦٣ ، ١٨ — ٢٥ .
- جمال ماضى ابو الغزايم (١٩٦٤) . القرآن والصحة النفسية . الصحة
 النفسية ١٩٦٤ العدد الثانى ، ١٦ — ٢٤ .
- جونز ، مكسويل وآخرون . (ترجمة) صموئيل مفاريوس (١٩٦١) .
 الطب النفسى الاجتماعى . القاهرة : دار المعارف .
- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٢) . مفهوم الذات الخاص فى التوجيه والعلاج
 النفسى . مجلة الصحة النفسية . العدد السنوى . ص ٢٣ — ٤٠ .
- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٢) . قاموس علم النفس « انجائيزى —
 عربى » القاهرة : دار الشعب .
- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٣) . الوقاية من المرض النفسى . مجلة
 الصحة النفسية . مارس ١٩٧٣ ، ٣٢ — ٣٥ .
- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٥) . العلاج النفسى الدينى . مجلة التوثيق
 التربوى (وزارة المعارف بالملكة العربية السعودية) . العدد التاسع
 ابريل ١٩٧٥ . ص ٢١ — ٣٨ .
- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧) . التوجيه والارشاد النفسى . القاهرة :
 عالم الكتب .
- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧) . علم نفس النمو : الطفولة والمراهقة
 (ط ٤) . القاهرة : عالم الكتب .
- حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧ ب) . علم النفس الاجتماعى (ط ٤) .
 القاهرة : عالم الكتب .

حسين خضر (د.ت) . علاج الكلام . القاهرة : م. خلف وولده .
 رسمية على خليل (١٩٦٨) . الإرشاد النفسي . القاهرة : مكتبة الانجلو .
 رمزية الغريب (١٩٦٧) . العلاقات الانسانية في حياة الصغير ومشكلاته
 الدومية . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

سبرول ، أدبت (ترجمة) عبد الحافظ حلمي محمد (١٩٦٤) . جسم
 الإنسان ، أعضاؤه ووظائفها . القاهرة : دار النهضة العربية .
 سعد جلال (١٩٧٠) . في الصحة العقلية : الامراض النفسية والعقلية
 والانحرافات السلوكية . الاسكندرية : دار المطبوعات الجديدة .
 سيد سيد الطوخي (١٩٧٣) . دراسة لمفهوم الذات لدى المراهقين بالريف
 والحضر . رسالة ماجستير . كلية التربية - جامعة عين شمس .
 سيد محمد غنيم (١٩٧٣) . سيكولوجية الشخصية : محدداتها ، قياسها
 نظرياتها . القاهرة : دار النهضة العربية .
 سيد محمد غنيم وهدي عبد الحميد برادة (١٩٦٤) . الاختبارات الاسقاطية
 القاهرة : دار النهضة العربية .

شمس الدين بن قيم الجوزية (مراجعة وتعليق) عبد الغنى عبد الخالق
 وآخرون (١٩٥٧) . الطب النبوي . القاهرة : دار احياء الكتب
 العربية .

صانع عبد العزيز (١٩٧٢) . الصحة النفسية للحياة الزوجية . القاهرة :
 الهيئة المصرية العامة للكتاب .

سبرى جرجس (١٩٦١) . الطب النفسى في الحياة العامة . القاهرة : دار
 النهضة العربية .

صفاء الاعسر (١٩٧٠) . دراسة تجريبية في كيفية تخفيض القلق . رسالة
 دكتوراه . كلية البنات - جامعة عين شمس .

صلاح مخيمر (١٩٧٢) . مدخل الى الصحة النفسية . القاهرة : مكتبة
 الانجلو المصرية .

صلاح مخيمر (١٩٧٧) . تناول جديد في تصنيف الاعصبة والعلاجات
 النفسية . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .

صموئيل مفاريوس (١٩٦٩) . مشكلات الصحة النفسية في الدولة النامية
 الصحة النفسية . ديسمبر ١٩٦٠ ، ٢١ - ٢٦ .

صموئيل مفاريوس (١٩٦٩) . مشكلات الصحة النفسية في الدولة النامية .
 القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

ضياء الدين أبو الحب (١٩٦٧) . دراسة تحليلية لاستجابات الفئات
 الاكلينيكية الذهانية والعصابية لاختبار موسيقى اسقاطى مع مقارنة
 باستجابات الاسوياء . رسالة دكتوراه . كلية التربية . جامعة عين
 شمس .

- عائشة عبد الرحمن (بنت الشاطيء) (١٩٧٣) . الشخصية الاسلامية : دراسة قرآنية . بيروت : دار العلم للملايين .
- عباس حلمى حسن (١٩٦٣) . العلاج بالعقاقير الحديثة فى الطب النفسى . مجلة الصحة النفسية . مايو ١٩٦٣ ، ١٥ - ١٧ .
- عبد الرؤوف ثابت (١٩٦٥) . الطب النفسى المبسط . القاهرة : دار النهضة العربية .
- عبد السلام عبد الغفار وهدى برادة (١٩٦٦) . التعرف على حالات الضعف العقلى . صحيفة التربية . مارس ١٩٦٦ ، ٥٧ - ٧٤ .
- عبد العزيز القوصى (١٩٦٩) . أسس الصحة النفسية . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- عثمان لبيب فراج (١٩٧٠) . أضواء الشخصية والصحة العقلية . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- عزيز فريد (١٩٦٤) . الامراض النفسية العصابية . علميا ، عمليا ، تشخيصيا ، علاجيا . القاهرة : الشركة العربية للطباعة والنشر .
- عطية محمود هنا وآخرون (١٩٦٠) . الشخصية والصحة النفسية . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- عفيف عبد الفتاح طبارة (١٩٧٣) . روح الدين الاسلامى (ط ١١) . بيروت : دار العلم للملايين .
- عمر شاهين ويحىى الرخاوى (١٩٦٥) . مبادئ الامراض النفسية (ط ٢) . القاهرة : مكتبة النصر الحديثة .
- فرويد ، سيجموند (ترجمة) سلمى محمود على وآخرين (١٩٦٢) . الموجز فى التحليل النفسى . القاهرة : دار المعارف .
- فيصل الصباغ (١٩٦٥) . الامراض النفسية . دمشق .
- كننجهام (ترجمة) حسين خليفة (١٩٦٥) . التشريح العملى (ج ٣) « الرأس » الدماغ . القاهرة :
- كنيدى ، كلارك (ترجمة) فتحى الزيات (١٩٦٢) . امراض الانسان . القاهرة : الالف كتاب .
- لاجاش ، دانييل (ترجمة) مصطفى زيور ، وعبد السلام القفاش (١٩٥٧) . المجمل فى التحليل النفسى . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- لويس كامل مليكة (١٩٦٨) . دراسة الشخصية عن طريق الرسم . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- لويس كامل مليكة (١٩٧٠) . قراءات فى علم النفس الاجتماعى فى البلاد العربية (المجلد الثانى) . القاهرة : الهيئة العامة للتأليف والنشر .
- مارسون ، أ . (ترجمة) عمر شاهين (١٩٦٧) . التنويم المغنطيسى الطبى مجلة الصحة النفسية . اغسطس ١٩٦٧ ، ٥١ - ٥٥ ، اكتوبر ١٩٦٧ ، ٢٧ - ٤٦ .

- محمد خليفة بركات (١٩٥٢) . عيادات العلاج النفسى . القاهرة : مكتبة مصر
- محمد رياض عبد الخالق عزيزة (١٩٧٥) . دراسة مقارنة بين التلاميذ المتخلفين فى التحصيل الدراسى وعلاقة ذلك بميولهم المهنية ، رسالة ماجستير . كلية التربية — جامعة عين شمس .
- محمد عثمان نجاتى (١٩٦٣) . اتجاهات الشباب ومشكلاتهم . القاهرة : دار النهضة العربية .
- محمد عماد الدين اسماعيل (١٩٥٩) . الشخصية والعلاج النفسى . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- محمد علم الدين (١٩٧٠) . التربية الجنسية بين الواقع وعلم النفس والدين القاهرة : الهيئة العامة للتأليف والنشر .
- محمد فخر الاسلام (١٩٦٧) . الطب النفسى الوقائى . مجلة الصحة النفسية . مارس ١٩٦٧ ، ٢٧ — ٣٠ .
- محمد فخر الاسلام (١٩٦٧) . الصحة النفسية والشيخوخة . مجلة الصحة النفسية . مايو ١٩٦٧ ، ٢٣ — ٢٦ .
- محمد كامل الخولى (١٩٦٧) . الطب النفسى الشرعى . القاهرة : دار الكاتب العربى .
- محمد كامل النحاس (١٩٦٤) . الدين والصحة النفسية . مجلة الصحة النفسية ، العدد الثانى ، ١ — ٥ .
- محمود الزيدى (١٩٦٩) . علم النفس الاكلينيكى : التشخيص . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
- مختار حمزة (١٩٧٧) . سيكولوجية المرضى ونوى المعاهات (ط ٣) . القاهرة : مكتبة الخانجى .
- المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية (١٩٦١) . البغاء فى القاهرة . مسح اجتماعى ودراسة اكلينيكية . القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .
- مصطفى أحمد فهمى (١٩٥٧) . الشذوذ النفسى . القاهرة : مكتبة مصر
- مصطفى أحمد فهمى (١٩٦٥) . مجالات علم النفس (المجلد الثانى) . سيكولوجية الاطفال غير العاديين . القاهرة : مكتبة مصر .
- مصطفى أحمد فهمى (١٩٦٧) . علم النفس الاكلينيكى . القاهرة : مكتبة مصر
- مصطفى أحمد فهمى (١٩٧٠) . الانسان وصحته النفسية . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
- مصطفى أحمد فهمى (د.ت.) . امراض الكلام . القاهرة : مكتبة مصر .
- مصطفى أحمد فهمى (د.ت.) . التكيف النفسى . القاهرة : مكتبة مصر .
- مصطفى عبد الواحد (١٩٧٠) . شخصية المسلم كما يصورها القرآن . (ط ٣) القاهرة : مكتبة عمار .

- منيرة احمد حلمى (١٩٦٦) . مشكلات الفتاة المراهقة وحاجاتها الارشادية
القاهرة : دار النهضة العربية .
- نجيب اسكندر ابراهيم ورشدى فام منصور (١٩٦٢) التفكير الخرافى :
بحث تجريبي . القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية .
- هدى عبد الحميد وحامد عبد السلام زهران (١٩٧٤) . التأخر الدراسى :
دراسة كLINيكية لاسبابه فى البيئة المصرية . القاهرة عالم الكتب .
- واطسون ، ل.س. (ترجمة) محمد مرغلى فراج وسلوى الملا (١٩٧٦) .
تعديل سلوك الاطفال . القاهرة : دار المعارف .
- وول ، و.د. (ترجمة) ابراهيم حافظ (د.ت.) التربية والصحة
النفسية . القاهرة : دار الهلال .
- يحيى الرخاوى (١٩٦٤) . الفصام فى الحياة العامة . مجلة الصحة
النفسية ، ١٩٦٤ ، العدد الثانى ، ٣٩ - ٤٨ ، والعدد الثالث :
٤٣ - ٤٩ .
- يحيى الرخاوى (١٩٦٥) . الحيل النفسية فى الامثال العامة . مجلة الصحة
النفسية ، العدد الاول ، ٣٥ - ٤١ .
- يوسف حلمى جنيحة (١٩٦٠) . القلق النفسى . مجلة الصحة النفسية .
ديسمبر ١٩٦٠ ، ١٢ - ١٤ .
- يوسف الشيخ وعبد السلام عبد الغفار (١٩٦٦) . سيكولوجية الطفل غير
العادى والتربية الخاصة . القاهرة : دار النهضة العربية .
- يوسف القرضاوى (١٩٦٩) . الحلال والحرام فى الاسلام (ط ٥) .
منشورات المكتب الاسلامى .
- Ackerman, N.W. (1955). Group psychotherapy with a mixed group
of adolescents. Int. J. Group Psychother., 5, 249.
- Adams, J.F. (1955). Counseling and Guidance : A Summary View.
New York : Macmillan.
- Alexander, T. (1963). Psychotherapy in Our Society. Prentice-Hall :
Englewood Cliffs.
- Allen, C. (1962). A Textbook of Psychosexual Disorders. London :
Oxford Univ. Press.
- Allen, C. (1965). Modern Discoveries in Medical Psychology. London :
Pan Books.
- Allport, G.W. (1937). Personality : A Psychological Interpretation.
New York : Holt, Rinehart and Winston.
- Anthony, J. (1969). A clinical evaluation of children with psychotic
parents. Amer. J. Psychiat., 126, 177-184.
- Askar, A.M. et al. (1963). Psychology in Medical Practice. Cairo :
Al-Nasr Modern Bookshop.

- Axline, V.M. (1947). *Play Therapy : The Inner Dynamics of Childhood*. Boston, Mass. : Houghton Mifflin.
- Ayllon, T. and Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *J. Exp. Anal. Behav.*, 2, 323-334.
- Bandura, A. (1961). Psychotherapy as a learning process. *Psychol. Bull.*, 2, 143-157.
- Barrett, B.H. (1962). Reduction in rate of multiple tics by free operant conditioning method. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 135, 187-195.
- Baxter, S. et al. (1968). Psychiatric emergencies : Dispositional determinants and the validity of the decision to admit. *J. Psychiat.*, 124, 1542-1548.
- Beach, F.A. (Ed.). (1965). *Sex and Behavior*. New York : Wiley.
- Beech, H.R. (1960). The symptomatic treatment of writer's cramp. In Eysenck, H.J. (Ed.) (1960). p. 349.
- Beech, H.R. (1969). *Changing Man's Behaviour*. Harmondsworth : Penguin.
- Berdie, R.F. et al. (1963). *Testing in Guidance and Counseling*. New York : McGraw-Hill.
- Bernard, H.W. and Fulmer, D.W. (1972). *Principles of Guidance A Basic Text*. New Delhi : Allied Publishers.
- Bernstein, S. et al. (1969). The effect of group psychotherapy in the psychotherapist. *Amer. J. Psychother.*, 23, 271-282.
- Blank, M. and Solomon, F. (1969). How shall the disadvantaged child be taught. *Child Developm.*, 40, 47-61.
- Blinder, B.J. et al. (1970). Behavior therapy of anorexia nervosa : Effectiveness of activity as a reinforcer of weight gain. *Amer. J. Psychiat.*, 126, 1093-1099.
- Brenman, M. and Gill, M. (1947). *Hypnotherapy*. New York : International Univ. Press.
- Bromley, D.R. (1966). *The Psychology of Human Ageing*. Harmondsworth : Penguin.
- Brown, B.S. and Courtless, T.F. (1968). The mentally retarded in penal and correctional institutions. *Amer. J. Psychiat.*, 124, 1164-1170.
- Brown, J.A.C. (1961). *Freud and the Post-Freudians*. Harmondsworth : Penguin.
- Carrol, H.A. (1969). *Mental Hygiene : The Dynamics of Adjustment*. (5th Ed.). Prentice-Hall. Englewood Cliffs. New Jersey.
- Christ, J. and Goldstein, S. (1970). Four techniques in dealing with psychotic disorders in the outpatient clinic. *Mental Hygiene*, 54, 105 - 108.

- Coch, L. and French, J.R.P.Jr. (1948). Overcoming resistance to change. Hum. Rel., 1, 512-532.
- Coleman, J.C. (1972). Abnormal Psychology and Modern Life. (4th Ed.). Glenview, Ill. : Scott, Foresman & Co.
- Collins, R.D. (1962). Illustrated Manual of Neurologic Diagnosis. Philadelphia : Lippincott.
- Coville, W.J. et al. (1960). Abnormal Psychology. New York : Barnes & Noble.
- Crowcroft, A. (1967). The Psychotic : Understanding Madness. Harmondsworth : Penguin.
- Davidson, J. (1969). Psychiatric consultation in a school for problem girls. Mental Hygiene, 53, 280-288.
- Dollard, J. and Miller, N.E. (1950). Personality and Psychotherapy : An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture.. New York : McGraw-Hill.
- Dunlap, K. (1932). Habits : Their Making and Unmaking. New York: Liveright.
- Elwood, D.L. (1969). Automation of psychological testing. Amer. Psychologist, 24, 287-289.
- Ewalt, J.R. et al. (1957). Practical Clinical Psychiatry. (8th Ed.). New York : McGraw-Hill.
- Eysenck, H.J. (1957). The Dynamics of Anxiety and Hysteria London: Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H.J. (Ed.) (1960). Behaviour Therapy and the Neurosis. New York : Pergamon Press.
- Eysenck, H.J. (Ed.) (1960 a). Handbook of Abnormal Psychology : An Experimental Approach. London : Pitman.
- Eysenck, H.J. (Ed.) (1964). Experiments in Behaviour Therapy. New York : Pergamon Press.
- Federman, D.D. (1967). Abnormal Sexual Development : A Genetic and Endocrine Approach to Differential Diagnosis. Philadelphia : Saunders.
- Fine, R. et al. (1962). Psychodance : an experiment in psychotherapy and training. Group Psychother., 15, 203-223.
- Fish, B. (1968). Drug use in psychiatric disorders of children. Amer. J. Psychiat., 124, 31-36. (Supplement).
- Freedman, A.M. and Kaplan, H.I. (Eds.) (1967). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore : Williams and Wilkins.
- Foulkes, S.H. (1964). Therapeutic Group Analysis. London. George Allen & Unwin.

- Frazier, S.H. and Carr, A.C. (1964). *Introduction to Psychopathology*. New York : Macmillan.
- Freud, S. (1927). *The Ego and the Id*. London : Hogarth Press.
- Freud, S. (1933). *New Introductory Lectures on Psychoanalysis*. New York : Norton.
- Freud, S. (1946). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: International Univ. Press.
- Freud, S. (1949). *An Outline of Psychoanalysis*. New York : Norton.
- Freud, S. (1954). *The Origins of Psychoanalysis*. New York : Basic Books.
- Freud, S. (1960). *Psychopathology of Everyday Life*. (5th Impression) London : Ernest Benn.
- Freud, K. (1960). Some problems in the treatment of homosexuality. In. Eysenck (1960).
- Fullmer, D.W. and Bernard, H.W. (1972). *Counseling : Content and Process*. New Delhi : Thomson Press.
- Gelder, M.G. and Marks, I.M. (1966). Severe agoraphobia : A Controlled prospective trial of behaviour therapy. *Brit. J. Psychiat.* 112, 309 - 319.
- Glick, B.S. (1968). Attitude toward drug and clinical outcome. *Amer. J. Psychiat.*, 124, 37-39. (Supplement).
- Hadden, S.B. (1968). Group psychotherapy for sexual maladjustment. *Amer. J. Psychiat.*, 125, 312-332.
- Hadley, J.M. (1958). *Clinical and Counseling Psychology*. New York: Knopf.
- Hamilton, M. (1967). *Abnormal Psychology . Selected Readings*. Harmondsworth : Penguin.
- Hays, P. (1964) *New Horizons in Psychiatry*. Harmondsworth : Penguin.
- Head, W.A. (1962). Sociodrama and group discussion with institutionalized delinquent adolescents. *Mental Hygiene*, 46, 127-135.
- Heckel, R.V. et al. (1962). Conditioning against silences in group therapy. *J. Clin. Psychol.* 28, 216-217.
- Herman, H. and Kurth, G.M. (1963). *A Handbook of Psychoanalysis*. New York: The World Publishing Co.
- Hickey, T. (1969). Psychologic rehabilitation for the «normal» elderly. *Mental Hygiene*, 53, 369-374.
- Hilgard, E.R. (1949). Human motives and the concept of the self. *Amer. Psychologist*. 4, 374-382.

- Hill, D. (1968). Depression : Disease, reaction or posture ? *Amer. J. Psychiat.*, 124, 445-457.
- Horney, K. (1939). *New Ways in Psychoanalysis*. New York : Norton.
- Hull, C.L. (1943). *Principles of Behavior*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Irwin, S. (1968). A rational framework for the development, evaluation, and use of psychoactive drugs. *Amer. J. Psychiat.*, 124, 1 - 19 (Supplement).
- Jenkins, R.L. (1968). The varieties of children's behavioral problems and family dynamics. *Amer. J. Psychiat.*, 124, 1440-1445.
- Jones, A.J. (1970). *Principles of Guidance*. (6th Ed.). New York : McGraw-Hill.
- Jones, E. (1964). *The Life and work of Sigmund Freud*. Harmondsworth : Penguin.
- Jones, H.G. (1960). The behavioral treatment of Enuresis Nocturna. In Eysenck (1960). p. 337.
- Jones, M. (1968). *Social Psychiatry in Practice*. Harmondsworth : Penguin.
- Jones, M.C. (1924). The elimination of children's fears. *J. Exp. Psychol.*, 7, 383-390.
- Jung, C. (1933). *Modern Man in Search of Soul*. New York : Harcourt Brace & World.
- Kahn, J.H. (1969). Dimensions of diagnosis and treatment. *Mental Hygiene*, 53, 229-236.
- Kallmann, F.J. (1946). Genetic theory of schizophrenia : Analysis of 791 twin index families. *Amer. J. Psychiat.*, 103 309-322.
- Kanner, L. (1948). *Child Psychiatry*. (2nd Ed.). Oxford : Blackwell Scientific Publications.
- Kaplan, J.W (1946). *Group Therapy : Theory and Practice*. New York : Grune and Stratton.
- Klemer, R.H. (Ed.) (1965). *Counseling in Marital Sexual Problems : A Physician's Handbook*. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Kline, M.V. (1960). The value and limitation of hypnosis in psychotherapy : Two clinical illustrations. *Int. J. Clin. Exp. Hypnosis*, 8 (4), 263.
- Koegler, R.R. and Brill, N.G. (1967). *Treatment of Psychiatric Out-patients*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Koura, F.M. (1968). *Neurology in Medical Practice*. Cairo : El-Nasr Modern Bookshop.

- Kremer, M.W. and Rifkin, A.H. (1969). The early development of homosexuality: A study of adolescent Lesbians. *Amer. J. Psychiat.* 126, 91-96.
- Kolb, L.C. (1968). *Noyes' Modern Clinical Psychiatry*. (7th Ed.). Philadelphia : Saunders.
- Lang, P.J. (1969). The On-Line computer in behavior therapy research. *Amer. Psychologist*, 24, 236-239.
- Langfeldt, G. (1969). Schizophrenia : Diagnosis and prognosis. *Behavioral Science*. 14, 173-182.
- Lazarus, A.A. (1961). A group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 63, 504-510.
- Lazarus, A.A. (1963). The results of behavior therapy in 126 cases of severe neurosis. *Behav. Res. and Ther.*, 1, 65-78.
- Lewin, K. (1947). Group decision and social change. In Newcomb, T.M. and Hartly, E. (Eds.) *Readings in Social Psychology*. New York : Holt. pp. 330-344.
- Lewis, A.B. (1968). Perception of self in borderline states. *Amer. J. Psychiat.*, 124, 1491-1498.
- Liberman, D.A. (Ed.) (1974). *Learning and the Control of Behavior*. New York : Holt, Rinehart and Winston.
- Maclean, I.C. (1966). *Child Guidance and the School*. London : Methuen.
- Marcuse, F.L. (1959). *Hypnosis : Fact and Fiction*. Harmondsworth : Penguin.
- Marks, I.M. and Gelder, M.G. (1965). A controlled retrospective study of behaviour therapy in phobic patients. *Brit. J. Psychiatry*, 111, 561-573.
- Master, R.S. (1967). *Elementary Psychiatry for Medical Undergraduates*. Bombay : Asia Publishing House.
- Maths, J.L. and Collins, M. (1970). Mandatory group therapy for exhibitionists. *Amer. J. Psychiat.* 126, 1162-1167.
- Max, L. (1935). Breaking a homosexual fixation by the conditioned reflex technique. *Psychol. Bull.* 32, 734.
- McClellan, J.P. (1969). Group therapy preparation for group psychotherapy. *Amer. J. Psychiat.* 23, 303-312.
- Menolasco, F.J. (1969). Emotional disturbances in mentally retarded children. *Amer. J. Psychiat.* 126, 168-170.
- Meyer, V. (1957). The treatment of two phobic patients on the basis of learning principles. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 55, 261-266.

- Mezer, R.R. (1967). *Dynamic Psychiatry in Simple Terms*. (3rd Ed.). New York : Springer.
- Millar, S. (1968). *The Psychology of Play*. Harmondsworth : Penguin Books.
- Miller, C.H. (1965). *Guidance Services : An Introduction*. New York : Harper & Row.
- Miller, W. (1968). A psychiatric emergency service and some treatment concepts. *Amer. J. Psychiat.*, 124, 924-933.
- Minski, L. (1974). *A Practical Handbook of Psychiatry for Students and Nurses*. (5th Ed.) London : William Heineman.
- Moreno, J.L. (1946). Psychodrama and group psychotherapy. *Sociometry*; 9; 249-253.
- Moreno, J.L. (1966). The roots of psychodrama. *Group Psychother.*, 19; 140-145.
- Morzov, G.V. and Romasenko, V.A. (1968). *Nervous and Psychic Diseases*. Moscow : Mir.
- Moser, L.E. and Moser, R.S. (1968). *Counseling and Guidance : An Exploration*. Englewood Cliffs. N.J. Prentice-Hall.
- Mowrer, O.H. and Mowrer, W. (1938). Enuresis : A method for its study and treatment. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 8; 436-459.
- Murphy, G. (1969). Psychology in the year 2000. *Amer. Psychologist*, 24; 523-530.
- Nathan, P. (1969). *The Nervous System*. Harmondsworth : Penguin.
- Newell, H.W. (1941). Play therapy in child psychiatry. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1; 245-251.
- Nordberg, R.B. (1970). *Guidance : A Systematic Introduction*. New York : Random House.
- Olsen, H. (1954). *Sexual Adjustment in Marriage*. London : George Allen & Unwin.
- Osipow, S.H. and Walsh, W.B. (1970). *Strategies in Counseling for Behavior Change*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Oswald, I. (1962). Induction of illusory and hallucinatory voices with considerations of behavior therapy. *J. Ment. Sci.*, 108-192.
- Parker, B. (1968). *Mental Health In-Service Training : Some Practical Guidelines for the Psychiatric Consultant*. New York : International Univ. Press.
- Paul, G.L. (1969). Chronic mental patient, current status, future directions. *Psychol. Bull.*, 71; 81-94.

- Paul, L. (Ed.) (1963). *Psychoanalytic Clinical Interpretation*. London : The Free Press.
- Pearlman, C.A. (Jr.) (1970). Separation reactions of married women. *Amer. J. Psychiat.*, 126; 946-950.
- Peltz, W.L. (1968). Sex education programs in schools. *Amer. J. Psychiat.*, 125. 206-212.
- Peters, H.N. and Jenkins, R.L. (1956). Improvement of chronic schizophrenic patients with guided problem-solving, motivated by hunger. *Psychiat. Quart. Suppl.*, 28; 84-101.
- Peterson, D.R. et al. (1961). Personality factors related to juvenile delinquency. *Child Developm.*, 32; 353-372.
- Peyman, D.A.R. (1956). An investigation of the effects of group psychotherapy on chronic schizophrenic patients. *Group Psychother.*, 9; 35-39.
- Phillips, E.L. (1956). *Psychotherapy : A Modern Theory and Practice*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.
- Pittman, F.S. et al. (1968). Work and school phobias : A family approach to treatment. *Amer. J. Psychiat.*, 124; 1535-1541.
- Polatin, P. (1966). *A Guide to Treatment in Psychiatry*. Philadelphia : Lippincott.
- Portnov, A.A. and Fedotov, D.D. (1969). *Psychiatry*. Moscow : Mir.
- Raymond, N.J. (1956). Case of fetishism treated by aversion therapy. *Brit. Med. J.*, 2; 854-856.
- Reed, C.F. et al. (1964). *Psychopathology : A Source Book*. New York: Wiley.
- Rickels, K. (1968). Drug use in outpatient treatment. *Amer. J. Psychiat.*, 124; 20-31 (Supplement).
- Rockland, L.H. (1969). Psychiatric consultation to the clergy. A report on a group experience. *Mental Hygiene*, 53; 205-207.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and Psychotherapy : New Concepts in Practice*. Boston : Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered Therapy : Its Current Practice, Implications and Theory*. Boston : Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in client-centered framework. In Koch, S. (Ed.) *Psychology : A Study of Science*. Vol. 3 pp. 184 - 256. New York : McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1961). *On Becoming a Person : A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston : Houghton Mifflin.

- Rosecrance, F.C. and Hayden, V.D. (1960). *School Guidance and Personnel Services*. Boston : Allyn & Bacon.
- Rosen, I. (1946). *The Pathology and Treatment of Sexual Deviation*. London : Oxford. Univ. Press.
- Rotter, J.B. (1964). *Clinical Psychology*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- Salib, M. (1967). *The Handbook of Neurology*. Cairo : El-Nasr Modern Bookshop.
- Schofield, W. (1964). *Psychotherapy : The Purchase of Friendship*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- Schofield, W. (1969). The role of psychology in the delivery of health services. *Amer. Psychologist*, 24; 565-584.
- Skinner, B.F. (1938). *The Behavior of Organisms*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Sloane, R.B. (1969). Behavior therapy and psychotherapy *Amer. J. Psychother.*, 23; 473-481.
- Slavson, S.R. (1943). *An Introduction to Group Therapy*. New York : Commonwealth Fund.
- Slavson, S.R. (Ed.) (1947). *The Practice of Group Therapy*. London : The Pushkin Press.
- Slavson, S.R. (1950). *Analytic Group Psychotherapy*. New York : Columbia Univ. Press.
- Smedslund, J. (1969). Psychological Diagnostics. *Psychol. Bull.* 71; 237-248.
- Smith, C. (1968). Correctional treatment of the sexual deviate. *Amer. J. Psychiat.*, 125; 615-621.
- Smith, J.A. (1966). *Psychiatry : Descriptive and Dynamic*. Calcutta : Oxford & IBH Publishing House.
- Snygg, D.S. and Combs, A.W. (1949). *Individual Behavior : A new Frame of Reference for Psychology*. New York : Harper.
- Sommer, J.J. (1969). Work as a therapeutic goal : Union-management clinical contributions to a mental health program. *Mental Hygiene* 53; 263-268.
- Stafford-Clark, D. (1962). *Psychiatry Today*. Harmondsworth: Penguin.
- Stanton, T.F. (1963). *Dynamics of Adolescent Adjustment*. New York: Macmillan.
- Storr, A. (1964). *Sexual Deviation*. Harmondsworth : Penguin.
- St. Pierre, C.A. (1969). A treatment program for the drug-dependent patient. *Social Work*, 14; 98-105.

- Straker, M. (1968). Brief psychotherapy in an outpatient clinic : Evolution and evaluation. *Amer. J. Psychiat.*, 124; 1219-1226.
- Sullivan, H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York : Norton.
- Sylvester, J.D. and Liversedge, L.A. (1960). Conditioning and the occupational cramps. In Eysenck (1960).
- Talland, G.A. (1968). *Human Aging and Behavior*. New York : Academic Press.
- Thorndike, E.L. (1911). *Animal Intelligence*. New York : Macmillan.
- Tredgold, A.F. (1952). *A Textbook of Mental Deficiency (Amentia)*. (8th Ed.) London : Baillière, Tindall & Cox.
- Tredgold, R. and Wolf, H. (Eds.) (1970). *Psychiatry in General Practice*. New York : International Univ. Press.
- Vernon, P.E. (1964). *Personality Assessment : A Critical Survey*. London : Methuen.
- Walker, S. (1967). *Psychiatric Signs and Symptoms Due to Medical Problems*. Springfield, Ill. : Charles Thomas.
- Walton, D. (1960). The application of learning theory to the treatment of neurodermatitis. In Eysenck (1960). p. 273.
- Watkins, J.G. (1949). Poison-pen therapy. *Amer. J. Psychother.*, 3; 410-418.
- Watson, R.I.C. (1963). *The Clinical Method in Psychology*. New York: Wiley.
- Weinberg, J. (1969). Sexual expression in late life. *Amer. J. Psychiat.*, 126; 713-716.
- Werder, I. (1940) Group psychotherapy : a study of its application. *Psychiat. Quart.*, 14; 703-718.
- Williams, C.D. (1959). The elimination of tantrum behaviors by extinction procedures. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 59, 269.
- Wimperis, V. (1960). *The Unmarried Mother and Her Child*. London: George Allen & Unwin.
- Witzig, J.S. (1968) The group treatment of male exhibitionists. *Amer. J. Psychiat.*, 125; 179 --- 185.
- Welman, B.B. (1965). *Handbook of Clinical Psychology*. New York McGraw-Hill.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, Calif. : Stanford Univ. Press.
- Wolpe, J. (1962). Behaviour therapy in complex neurotic states. *Brit. J. Psychiat.*, 110, 28.

- Wylie, R.C. (1961). *The Self-Concept : A Review of the Literature*. Lincoln : Univ. of Nebraska Press.
- Yates, A.J. (1958). The application of learning theory to the treatment of tics. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 56; 175-182.
- Zahran, H.A.S. (1964). *An Investigation of Some Aspects of Personality with Reference to the Psychological Guidance of Blind Children*. M.A. Thesis. University of London.
- Zahran, H.A.S. (1965). A study of personality differences between blind and sighted children. *Brit. J. Educ. Psychol.*, 35; 329-338.
- Zahran, H.A.S. (1966). *The Self-Concept in Relation to the Psychological Guidance of Adolescents : An Experimental Study*. Ph. D. Thesis. University of London.
- Zahran, H.A.S. (1967). The self-concept in the psychological guidance of adolescents. *Brit. J. Educ. Psychol.*, 37; 240.

اقرأ للمؤلف

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٢) . قاموس علم النفس « انجليزي - عربي »
القاهرة : دار الشعب .

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٢) . مفهوم الذات الخاص في التوجيه
والعلاج النفسي . مجلة الصحة النفسية . العدد السنوي ، ص
٢٣ - ٤٠ .

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٣) . الاتجاهات النفسية عند الاولاد والوالدين
والمرين نحو بعض المفاهيم الاجتماعية . في الكتاب السنوي في التربية
وعلم النفس ، ص ٢٧ - ٧٣ . القاهرة : عالم الكتب .

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٥) . العلاج النفسي الديني . مجلة التوثيق
التربوي (وزارة المعارف بالملكة العربية السعودية) . العدد التاسع
ابريل ١٩٧٥ ، ص ٢١ - ٣٨ .

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٦) . مفهوم الذات والسلوك التربوي للمعلمين
بين الواقع والمثالية . مجلة كلية التربية جامعة الملك عبد العزيز بمكة
المكرمة . العدد الثاني ، ص ٢٠١ - ٢٤٥ .

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٦) ، مفهوم الذات والسلوك الاجتماعي
للشباب بين الواقع والمثالية . مجلة جامعة الملك عبد العزيز . العدد
الثاني .

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٦) . مقدمة في الارشاد والعلاج النفسي
وانرها في عملية الارشاد والعلاج : دراسة كينيتكية . في الكتاب السنوي
في التربية وعلم النفس . الكتاب الرابع . القاهرة : دار الثقافة
للمطباعة والنشر . ص ٣ - ٨٥ .

حامد عبد اسلام زهران (١٩٧٧) . التوجيه والارشاد النفسي . القاهرة :
عالم الكتب .

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧) . علم النفس الاجتماعي (ط ٤) . القاهرة :
عالم الكتب .

حامد عبد السلام زهران (١٩٧٧) . علم نفس النمو (ط ٤) . القاهرة :
عالم الكتب .

حامد عبد السلام زهران وهدي عبد الحميد برادة (١٩٧٤) . الناحر الدراسي
دراسة كينيتكية لاسبابه في البيئة المصرية . القاهرة : عالم الكتب .

حامد عبد السلام زهران وأحمد فوزي المساوي وحرم محمد الجندي (١٩٧٥)
ظاهرة الغش في الامتحان : بحث تجريبي للعلاقة بين الاتجاه اللفظي
نحو الغش وبين السلوك الفعلي للغش . القاهرة : عالم الكتب .

« خيركم من عمل بما علم » صدق رسول الله .

« وتلى رب زدني علما » صدق الله العظيم .

فهرس الموضوعات

٧	الفصل الأول : مفاهيم أساسية في الصحة النفسية
٩	الصحة النفسية
٢٩	التوافق النفسي
٤٨	الوقاية من المرض النفسي
٥٥	الشخصية
٩١	الجهاز العصبي
١٠٣	تاريخ الصحة النفسية والعلاج النفسي
١١٣	الفصل الثاني : أسباب الأمراض النفسية
١١٥	تعدد وتفاعل الأسباب
١١٧	الأسباب الحيوية
١٢٤	الأسباب النفسية
١٣١	الأسباب البيئية
١٣٧	الفصل الثالث : أعراض الأمراض النفسية
١٣٩	دراسة الأعراض
١٤٣	تصنيف الأعراض
١٦٥	الفصل الرابع : الفحص والتشخيص والمآل
١٦٧	الفحص
١٨٦	التشخيص
١٩٣	المآل
١٩٥	الفصل الخامس : العلاج النفسي
١٩٧	مفاهيم عامة في العلاج النفسي
٢٢٣	طرق العلاج النفسي
٢٢٧	التحليل النفسي
٢٥٦	العلاج السلوكي
٢٨٠	العلاج النفسي المركز حول العميل
٢٩٠	الإرشاد العلاجي
٣٠٥	الاستشارة النفسية
٣٠٧	العلاج النفسي الجماعي
٣٢٨	العلاج الاجتماعي
٣٣٢	العلاج بالعمل
٣٣٦	العلاج باللقب
٣٤٣	العلاج النفسي المختصر
٣٥٧	العلاج الجسمي
٣٧١	العلاج النفسي الديني
٣٨٠	طرق مساعدة في العلاج النفسي

٣٨٩	الفصل السادس : الأمراض النفسية وعلاجها
٣٩١	تصنيف الأمراض النفسية والعقلية
٣٩٢	العصاب
٣٩٧	القلق
٤٠٣	توهم المرض
٤٠٧	الضعف العصبي
٤١١	الهستيريا
٤١٧	الخواف
٤٢٣	عصاب الوسواس والقهر
٤٢٩	الاكتئاب
٤٣٦	التفكك
٤٣٨	أنواع أخرى من العصاب
٤٤٣	الذهان
٤٥٠	الفصام
٤٦٢	الهذاء (البارانويا)
٤٦٧	الهوس
٤٧١	ذهان الهوس والاكتئاب
٤٧٥	الاضطرابات النفسية الجسمية
٤٨٧	المشكلات النفسية (في الطفولة والمراهقة والشيخوخة)
٤٨٨	الضعف العقلي
٥٠٢	التأخر الدراسي
٥٠٥	الاضطرابات الانفعالية
٥٠٩	اضطرابات العادات
٥١١	اضطرابات الغذاء
٥١٢	اضطرابات الاخراج
٥١٥	اضطرابات النوم
٥١٧	أمراض الكلام
٥١٩	الانحرافات الجنسية
٥٢٤	مشكلات قوى العامهات
٥٢٧	جناح الاحداث
٥٣١	مشكلات الشباب
٥٣٨	مشكلات الزواج
٥٤٢	مشكلات الشيخوخة
٥٥٠	المراجع :

رقم الايداع ٧٨ / ٣٠٣١
الترقيم الدولى . - ٦٧ - ٧٢٥٩ - ٩٧٧

مطبعة دار العالم العربى
٢٢ شارع الظاهر - ت ٩٠٦٧٠٦ - القاهرة