

علم النفس الإكلينيكي: النظرية والتطبيق

دوجال ماكاي

ترجمة وتقديم: أ.د. عباس محمود عوض

تلخيص: أريج عبد الله السبيعي - طالبة دفعة / 12 - ماجستير علم النفس السريري

قسم الطب النفسي كلية الطب جامعة الامام عبدالرحمن بن فيصل (الدمام سابقاً)

إشراف ومراجعة: أ.د. معن عبدالباري قاسم صالح - أستاذ علم النفس السريري (العيادي) المشارك

قسم الطب النفسي كلية الطب جامعة الامام عبدالرحمن بن فيصل (الدمام سابقاً)


Maanslaeh62@yahoo.com

الكتاب خير جليس

الكتاب خير جليس، ومتابعة الجديد في حقل الاختصاص هو محور الاهتمام وتأكيد للتحديث المعلوماتي. في هذا الحيز الأسبوعي سنحرص لتكون لنا وقفة مع واحدة من الكتب المرجعية السيكولوجية (النفسية) في موضوعاتها وبشكل وجيز بقصد تحفيز روح البحث والمتابعة عند زملاء الاختصاص والمهتمين من القراء بالعلوم السلوكية.

هذا الكتاب من تأليف دوجال ماكاي، ترجمة وتقديم: أ.د. عباس محمود عوض، أستاذ ورئيس قسم علم النفس كلية الآداب - جامعة الإسكندرية. صدر هذا الكتاب بطبعته العربية عام 2002 عن دار المعرفة الجامعية. يتكون الكتاب من جزأين الأول: يتألف من ثمانية فصول بواقع 167 صفحة مجدولاً على النحو التالي:

مقدمة

ملاحظات حول العلاج السلوكي: (19 - 22)

استعرض المؤلف أربع حالات لاضطرابات القلق: (الطقوس الوسواسية - خواف الأماكن الواسعة المفتوحة - فوبيا خاصة - الفوبيا الاجتماعية) ونوّه إلى عدّة ملاحظات منها: أنها تتضمن مشكلات من النوع الذي يمكن أن يُستخلص منه أهداف العلاج وبالتالي بالإمكان الاتفاق بين المريض والمعالج على هذه الأهداف، وأن هؤلاء المرضى مُحفّزون لإنهاء أعراضهم المرضية وكان لديهم شيء ما يكسبونه لهذا فهم يفعلون.

تاريخ العلاج السلوكي: (23 - 28)

يستعرض هذا الجزء التاريخ المختصر لتطور العلاج السلوكي، بدايةً بالترققة بين المصطلحين الارتباط الشرطي الكلاسيكي الذي نمى بتجارب بافلوف على الكلاب، ومصطلح الارتباط الشرطي الاجرائي الذي نمى بتجارب ثورندايك على القطط وجهود سكينز. ويستمر بسرد العديد من العلماء كلاً

هذا الكتاب من تأليف دوجال ماكاي، ترجمة وتقديم: أ.د. عباس محمود عوض، أستاذ ورئيس قسم علم النفس كلية الآداب - جامعة الإسكندرية. صدر هذا الكتاب بطبعته العربية عام 2002 عن دار المعرفة الجامعية

استعرض المؤلف أربع حالات لاضطرابات القلق: (الطقوس الوسواسية - خواف الأماكن الواسعة المفتوحة - فوبيا خاصة - الفوبيا الاجتماعية)

بجوده في هذا المجال، من أمثال: جون واطسون، راينر، جونز، مورر، ولبه ولازاروس، شيرنجتون، أيزنك وشابيرو، وغيرهم.

التعرض السريع (الغمر) للاضطرابات الخوفية: (33 – 44)

علاج الخوف من الأماكن المفتوحة المتسعة المستخدم لتوضيح أسلوب التعرض، في تشكيل صياغة السلوك:

التعرض السريع مفيد مع مرضى منتقن يعانون من الاضطرابات الخوفية متضمنًا هؤلاء الذين يعانون من القلق الطليق. والمرضى ينبغي ان تتوافر لديهم الدافعية الجيدة وأن يكونوا قادرين على تنفيذ المطلوب منهم دون استخدام الحيل الحاذقة للهروب. والأعراض الخاطئة والمتناقضة تخص مرضى القلب أو مرضى الاضطرابات النفسية الحادة. وكما سبق أن توضح، فالمهارة في تنفيذ العلاج "بالتعرض" تكمن في الحكم الإكلينيكي في كيفية السرعة في تنفيذ أسلوب التعرض والتقدير الحسيف لقبالية كل مريض للتحسن لهذا فإن المريض باستمرار يحقق التقدم حيثما يجد الإثابة، ولا يكون الموقف مخيفًا ولا منفردًا حتى لا يكف عن مواصلة جلسات العلاج.

التعرض البطيء (التسكين) للاضطرابات الخوفية: (47 – 59)

كان التسكين المنظم هو التكنيك الأول الهام في العلاج السلوكي وكان واحدًا من أكثر الإجراءات المقيمة للعلاج السلوكي بتوسع. وأكثر من خمسمائة بحث تجريبي بين أنه أكثر فعالية في مساعدة الاضطرابات الخوفية، ولكن أخيرًا هناك شك حقيقي قد ألقى الضوء على أهمية الاسترخاء في إجراء العملية. وهذه دراسات أخرى قد بينت أن استخدام الهيراركي "هرم مثيرات القلق" كما وُصف على نحو جديد من (ولبه) قد يكون زائدًا عن الحاجة.

علاج خواف الرعد موضحًا بالتكنيك التصوري:

تناول هذا الجزء البروتوكول العلاجي لحالة لديها أعراض خواف الرعد، كبداية بدأ التسكين المنظم بالتدريب على الاسترخاء العضلي، كما وُصف من "چاكوبسين"، ولكنه اختصر حتى يمكن تعلمه في خلال أربع جلسات تستمر لحوالي خمسين دقيقة، مع تضمين مفصل لتكنيك الاسترخاء الموصوف من (ولبه) و (لازاروس)، والخطوة التالية في هذا البروتوكول، هي بناء الهيراركي الذي يمكن أن يُحدد كقائمة متدرجة للمثيرات لدمج الدرجات المختلفة للملامح المحددة التي تثير القلق، يلي ذلك مرحلة "التسكين" وعادة ما تستمر جلسة التسكين خمس وأربعون دقيقة - وتعب المريض وجلد endurance المعالج غالبًا ما تكون عوامل مقيدة. وأما التعرض لكل مشهد عادة ما يكون من 5 - 10 ثوان، والفترة الفاصلة بين كل مشهد قد تتراوح ما بين ثلاثين ثانية.

الصعوبات التي تواجه تنفيذ التسكين عادة ما تكون ثلاثة أنواع: صعوبات في الاسترخاء، مشكلات بناء الهيراركي، أو المريض الذي لا يستطيع أن يحدث تخيلات بصرية ملائمة. والصعوبات في الاسترخاء يمكن أن يتغلب غالبًا عليها باستخدام عقار Methohexitane لإحداث الاسترخاء.

والصعوبات في بناء الهيراركي غالبًا ما تكون نتيجة تناول غير واف لتاريخ المرض أو نقص في المعلومات، وهذه المشكلة يمكن التغلب عليها في الغالب بإجراء مقابلة مع أقرباء المريض عندما تصبح العوامل المهمة في القلق المستمر غالبًا واضحة. والمريض الذي لا يستطيع أن يحقق تصورات بصرية غالبًا ما يقدم صعوبة حقيقية لهذا النوع من الأساليب وأن العلاج ينبغي أن يتخلى عنه. والتكنيك المفيد هنا هو أن نركز على تشكيله من المشاهد الطبيعية قبل أن يباشر عليه عملية استخدام تكنيك التسكين. ودائمًا ما يجد المرضى صعوبة بالغة في تصور مشاهد مخيفة، ولكن قد تكتسب القدرة بعد كثير من الممارسة مع تصورات طبيعية سارة.

يستعرض هذا الجزء التاريخ المختصر لتطور العلاج السلوكي، بدايةً بالتهنئة بين المصطلحين الارتباط الشرطي الكلاسيكي الذي نمت بتجاربه بأفلوفه على الكلاب، ومصطلح الارتباط الشرطي الإجرائي الذي نمت بتجاربه ثورندايك على القطط وجهود سكينر

التعرض السريع مفيد مع

مرضى منتقن يعانون من الاضطرابات الخوفية متضمنًا هؤلاء الذين يعانون من القلق الطليق

المرضى ينبغي ان تتوافر لديهم الدافعية الجيدة وأن يكونوا قادرين على تنفيذ المطلوب منهم دون استخدام الحيل الحاذقة للهروب

المهارة في تنفيذ العلاج "بالتعرض" تكمن في الحكم الإكلينيكي في كيفية السرعة في تنفيذ أسلوب التعرض والتقدير الحسيف لقبالية كل مريض للتحسن لهذا فإن المريض باستمرار يحقق التقدم حيثما يجد الإثابة

كان التسكين المنظم هو التكنيك الأول الهام في العلاج السلوكي وكان واحدًا

تكنيك التعرض وتكنيكاته أخرى لعلاج العصاب القهري الوسواسي: (61 – 83)

إن الشعور الداخلي لمقاومة التفكير الوسواسي شرط ضروري للتشخيص. والأفكار أو الاجترارات الوسواسية إن هي إلا أفكار مقحمة غالبًا ما يكون محتواها غير سعيد أو مقيت والتي يدركها المرضى على أنها أفكارهم الخاصة في تفكيرهم الخاص. والأفكار الوسواسية هي النقطة الموضحة للعصاب، أو أن الأفكار قد تؤدي إلى أفعال معينة مثل "الطقوس القهرية".

علاج طقوس التجنب القهري: من المفيد مقارنة علاج العصاب القهري الوسواسي بتكنيك "التعرض" بعلاجات الاضطرابات الخوفية بتكنيك التعرض، وفي كلتا الحالتين، يكون اختيار المرضى المناسبين هو الأمر الهام: فهؤلاء ينبغي أن يكونوا جيدي الحفز وقادرين على تنفيذ ما يطلب منهم. ولقد استخدم النموذج أو القدوة لتسهيل تكنيك التعرض في كلتا الحالتين. والأمر المهم كانت مجرد الحكمة الحذرة في تحديد مدى سرعة "دفع" المريض. ومن المهم الحصول على إذن المريض للتحرك صوب المرحلة التالية في عملية "التعرض"، وإنه لأمر حاسم تحقيق علاقة جيدة بين المريض والمعالج حتى يمكن أن يكون المريض مقتنعًا وموجهًا نحو الخطوة التالية، بدلًا أن يكون عنيدًا أو متملقًا.

علاج طقوس المراجعة القهرية: تناول هذا الجزء حالة سيّدة تراجع وتدّخر بشكل قسري وقد ورّطت عائلتها في هذه الأنشطة بشدة. إذ تشعر بأنها مجبرة على مراجعة الفواتير وإيصالات الاستلام وإقفال الباب وغيرها، ونتيجة للإدخار فإن منزلها يكتظ بالنفائيات التي لم يتخلص منها، حُدّدت الأهداف العلاجية وأشركت عائلتها في العلاج واتفق زوجها على التعاون. نُفذ العلاج بعيدًا عن المستشفى، برفقة المعالج وأظهرت تحسنًا ملحوظًا.

غالبًا ما يُظهر المرضى الوسواسيين مدى واسع للأعراض المرضية، وقد يكون المعالج متحيزًا من أين يبدأ، وهنا قد نبدأ بالمشكلة البسيطة ثم نترج بالصعوبة.

علاج طقوس النظافة القهرية: تناول هذا الجزء البروتوكول العلاجي لسيدة تتفق كثيرًا من الوقت في تنظيف منزلها بما لا يدع لها متسع من الوقت لأداء مهام أخرى. إن الطقوس القسرية غالبًا ما تؤدي إلى تقليل الانزعاج. نفذ العلاج بوضوح في منزلها حيث إن كل طقوسها حدثت فيه. كما تؤكد العديد من الدراسات أهمية تنفيذ العلاج في البيئة التي تظهر فيها الطقوس.

علاج البطء القسري: مشكلة وسواسية ذات نمط خاص. والصعوبة هنا أن المريض يأخذ وقتًا طويلاً في أداء الأنشطة المألوفة، مثل: ارتداء الملابس، والاستحمام، وتصبح الأنشطة العادية مثل الذهاب إلى العمل مستحيلة. والعلاج يقوم على أسلوب "الحركة والزمن"، حيث إن كل نشاط له توقيت محدد بالتفصيل والأهداف تحدد كل يوم لتخفيف القلق الذي ينفق في كل نشاط.

علاج الاجترارات الوسواسية: هذا مجال آخر للعلاج حيث إن التكنيكات مازالت في المرحلة التجريبية. والدراسات المضبوطة جيدة التصميم ناقصة، ولكن حالات فردية عديدة متميزة قد سجلت حيث تحقق النجاح. ويبدو أن بعض المرضى قد استجابوا للعلاج وفي الوقت الحالي نحن لا نستطيع أن نتوقع أي الحالات هي التي ستشفى والمنهجان الشائعان في الاستخدام هما: إيقاف التفكير، والاشباع.

تقليل السلوك غير المرغوب فيه: (85 – 99)

إن العلاج السلوكي، خاصة العلاج بالتفسير طريقة لفرض نماذج جديدة من السلوك على الناس ضد رغباتهم. وفي الواقع، فإن العكس هو الصحيح، فالتغيير لا يمكن أن يحدث دون رغبة المريض ولهذا: "فالفلسفة التي تنق في قدرة الإنسان على التغيير الفعال لسلوكه الخاص متناقضة جدًا مع الصورة الميكانيكية للإنسان، وهدف المناهج السلوكية تدريب الأفراد ليصبحوا أفضل الحلالين للمشكلات وأفضل المحللين للسلوك: "ليساعدوهم ليصبحوا مستقلين أكثر عن البيئة".

العلاج بالتفسير كإضافة للعلاجات الأخرى: يقترن فيه مثير منفر في نفس اللحظة بالسلوك الذي يريد المريض تقليله، مثل صدمة كهربائية صغيرة أو عقاب يُحدث الشعور بالدوار. وهذا العلاج واحد من

من أكثر الإجراءات المقيمة للعلاج السلوكي بتوسع

الصعوبات التي تواجه تنفيذ التسمين خاصة ما تكون ثلاثة أنواع: صعوبات هي الاسترخاء، مشكلات بناء الميراثي، أو المريض الذي لا يستطيع أن يحدث تغييرات بصرية ملائمة

الصعوبات هي الاسترخاء يمكن أن يتغلب غالبًا عليها باستخدام عقار Methohexitane لإحداث الاسترخاء.

والصعوبات هي بناء الميراثي غالبًا ما تكون نتيجة تناول مخبر وافض لتاريخ المرض أو نقص في المعلومات

إن الشعور الداخلي لمقاومة التفكير الوسواسي شرط ضروري للتشخيص

الأفكار أو الاجترارات الوسواسية إن هي إلا أفكار مقحمة غالبًا ما يكون محتواها غير سعيد أو مقيت والتي يدركها المرضى على أنها أفكارهم الخاصة في تفكيرهم الخاص

غالبًا ما يُظهر المرضى الوسواسيين مدى واسع للأعراض المرضية، وقد يكون المعالج متحيزًا من أين

التطبيقات المبكرة في مجال العلاج السلوكي، ولكن الآن يستخدم بندرة في صورته الأصلية حيث إنه أقل تنفيراً وأكثر فعالية، ولقد استحدثت أشكال مختلفة. تطرّق هذا الجزء لعمل العلاج بالتنفير بتفصيل أكثر وعُرّف التنفير الكهربائي ووضحت استخداماته المتمثلة على سبيل المثال لا الحصر في علاج الاضطرابات الجنسية والإيمان.

الإثارة الحسية المقنعة: تكمن فكرة العلاج هنا من تحويل الصورة الخيالية المنحرفة إلى خيال تنفيري، ولتسهيل هذا التحويل فإن المريض يؤلم نفسه بلدغة من شريط مرن حول راسه، وهذا يقدم له مثيراً منفراً لطيفاً، ولكنه متميز.

العلاج بالتنفير الكهربائي: إن تكتيكات العلاج بالتنفير، بسبب طبيعتها غير اللاذعة المنفرة أو الكدرة، قد تكون مسؤولة عن خلق انطباع بأن العلاج السلوكي إن هو إلا أسلوب علاج عقابي. حقيقة فإنه قد أثرت قضايا أخلاقية ومعنوية بسبب أساليب هذا العلاج. والعلاج المنفر أو غير اللاذع يمكن أن يكون مبرراً إذا كانت الحالة نفسها خطيرة بدرجة كافية لكي تجيز هذا العلاج.

تدريب المهارات الاجتماعية وتنمية السلوك الجديد، والأعداد المسبق للدور، والنموذج، والممارسة العملية الموضحة بالأمثلة: (101 – 119)

ابتدأ هذا الجزء بطرح حالتين والتكتيك العلاجي في الجلسات المتبع معهما، الأول: كان خجلاً وعصبياً مع الصحبة ويشعر بالارتباك من النظر في الأعين عند الحديث وأصبح تدريجياً منعزلاً اجتماعياً، والآن لا يجد عملاً لهذا السبب، وتدريب المهارات الاجتماعية كان متضمناً أولاً ممارسة المشكلة المستهدفة عملياً. الحالة الثانية: كان لديه تاريخ من الشعور بالإغماء، بسبب ذلك أصبح يجلس دائماً بجوار المخرج كما حدّت هذه الأعراض من حياته الاجتماعية ومنعت ترقيته في العمل.

علاج العرض المعطل: المبدأ الأساسي هنا هو أن نبدأ بالموقف المتضمن لمطالب منخفضة حيث تكون الصعوبات الاجتماعية حادة جداً: كخطوة أولى يمارس فيها المريض عملياً تحية المعالج بيده ببساطة حيث لا يمثل المعالج له تهديداً. ثم بعد ذلك يتحرك نحو مواقف أكثر صعوبة بالتدرج. الممارسة العملية تكون مهمة لأسباب كثيرة، وقد تبدو كأداء لسلوك اجتماعي قد يدعم إيجابياً من الآخرين. وهو أيضاً الأداء الذي يمكن أن يؤدي إلى تدعيم الذات. ويمكن تحليل الأداء مع المردود الصادر من الذات ومن الآخرين، ويمكن تكرار استخدام المناهج البديلة. والممارسة العملية يمكن أن ينظر إليها كلعبة تكفل اتصالاً بين المريض والمعالج.

علاج اللججة أو التتهمة: القدرة الاجتماعية الخاصة التي يمكن تعلمها هي طلاقة الكلام لدى المريض الذي يتلجج أو يتهته. وفرض شكل من الإيقاع على الكلام لعلاج اللججة له تاريخ طويل، ووصف (Brady) 1971 استخدام جهاز ضبط الإيقاع الإلكتروني المصغر الذي يوضع خلف الأذن وهو مماثل لوسيلة السمع. وتسعون في المئة من المرضى يستخدمون هذا التكتيك الذي يُظهر تقدماً ملحوظاً في الطلاقة، ولكن قدرًا كبيراً من احتكاك المعالج يحتاج إليه إضافة إلى استخدام Metroname جهاز ضبط الإيقاع. ولقد طور (Azrin & Nunn) (1974) علاجاً أكثر فعالية وسرعة يقوم على رؤية اللججة كنمط لعادة عصبية والتي يمكن علاجها بالعادة المعكوسة. يتناول هذا الجزء تعديل لتكتيك Azrin ومساعدته بالتفصيل.

العلاج الزوجي السلوكي: (121 – 140)

(الطريقة الوحيدة لزوجين لكي يفهم كل منهما الآخر فهماً جيداً أن يقوم كلاهما بتسجيل ملاحظاته حول الشخص الآخر، ماذا يقول وماذا يفعل. إن الطريق لجعل الشريك يغير من سلوكه فكلهما ينبغي، هو أو هي، أن يغير سلوكه أولاً (Stuart, 1969)) وأيضاً فلقد كان الطريق لتحفيز الغير هو "إثابة"

يبدأ، وهنا قد نبدأ بالمشكلة البسيطة ثم نتدرج بالصعوبة

علاج البقاء القسري: مشكلة وسواسية ذات نمط خاص. والصعوبة هنا أن المريض يأخذ وقتاً طويلاً في أداء الأنشطة المألوفة، مثل: ارتداء الملابس، والاستحمام، وتصبح الأنشطة العادية مثل الذهاب إلى العمل مستحيلة

علاج الاجترارات

الوسواسية: هذا مجال آخر للعلاج حيث إن التكنيكات مازالت في المرحلة التجريبية. والدراسات المضبوطة جيدة التصميم ناقصة، ولكن حالات فردية عديدة متميزة قد سجلت حيث تحقق النجاح

هدوء المناهج السلوكية تدريب الأفراد ليصبحوا أفضل الحلالين للمشكلات وأفضل المحللين للسلوك: "ليسأعدوهم ليصبحوا مستقلين أكثر عن البيئة

الإثارة الحسية المقنعة: تكمن فكرة العلاج هنا من تحويل الصورة الخيالية المنحرفة إلى خيال تنفيري، ولتسهيل هذا التحويل فإن المريض يؤلم نفسه بلدغة من شريط مرن حول راسه، وهذا يقدم له مثيراً منفراً لطيفاً، ولكنه متميز

الشريك على التنفيذ مهما كان السلوك الذي يفضلانه، لديه أو لديها.

العلاج بالتعاقد: موضحًا بأمثلة لمرضى بعيوب اجتماعية بالإضافة إلى مشكلات جنسية:

أحيانًا ما تكون المشكلات الجنسية أساس الزواج المتنافر، وفي هذه الحالة ينبغي أن تكون هذه هي بؤرة العلاج. والعمل الرائد لكل من (1970) Masters & Johnson صاحب الأهمية الأكبر في المجال، وبالرغم من أنهما لا يسميا أنفسهما بالمعالجين السلوكيين إلا أن أسلوبهما هو بوضوح الأنسب في هذا النموذج. وواحد من التكنيكات كثيرة الفائدة هو ذلك التكنيك الذي وصفاه وسمياه "Sensate focus" التركيز على المدرك بالحواس (الملاطفة أو المداعبة)، ليكتشف كلاً منهما الطرق التي توصل إلى رضا الآخر ومن المهم أن الشريك "السلبى" ينبغي أن يقدم مردودًا Feedback مستمرًا بأن يخبر الشريك "الفعال" أي الأفعال التي يجدها أو تجدها أنها الأكثر متعة. واستخدام هذا التكنيك في معالجة حالة زواج لم يتم فيه اللقاء الكامل بين الزوجين non-consumation موضحة في هذا الجزء.

المبادئ السلوكية في الوقاية من الأعصاب: (141 - 150)

تنقسم الوقاية الى ثلاث مراحل (أولية - ثانوية - ثالثة). وحيث أننا لم نتيقن من سببية العصاب، فإن الوقاية الأولية يبدو أنها مستحيلة. ومن الممكن أن يكون للعصاب قيمة معاشه بالنسبة للثقافة فإذا ما كان القمع بالكامل والوقاية كاملة فإن المجتمع ليس بالضرورة أن يصبح أسعد. والوقاية الثانوية أو الوقاية خير من العلاج، احتلت النصيب الأكبر من الموضوعات التي يحتويها هذا الكتاب، إن هذا الفصل يقدم علاجًا وقائيًا لحالات القلق من منطلق هذا الإدراك: فأهداف العلاج هي منع نوبات القلق "المستقبلية" بتعليم المريض تكنيك التأقلم الذاتي.

التدريب على ترويض القلق: القلق الذي لا يرتبط بالموقف ولا بالموضوع يسمى بالقلق الطليق، وحيث لا يوجد موقف ولا موضوع يعجل بحدوث النوبة فإن أسلوب العلاج الوحيد الممكن هو الوقاية. والقلق يمكن أن ينشأ من تغيرات فسيولوجية والتي تتبعها مشاعر ذاتية بالقلق، والتغذية الرجعية أو المردود قد يكون منفذًا يؤثر وفقًا له الانفعال المتضاعف الذي ينجم عنه تغيرات فسيولوجية، كما أن القلق الإكلينيكي يختلف عن القلق السوي في كونه أكثر حدة وأكثر تواصلًا وعدم موافقته لموقف المريض في الوقت نفسه.

المصطلحات

المراجع العربية والأجنبية

الفهرس

والجزء الثاني، بعنوان: التكنيكات السلوكية في المجال الإكلينيكي "دليل المعالج" تأليف: د. ريتشارد ستيرن، أستاذ بمعهد الطب النفسي بلندن واستشاري الطب النفسي بمستشفى المودسلي بلندن "المملكة المتحدة" تقديم: د. لينفورد ريس، أستاذ ورئيس الكلية الملكية للطب النفسي، لندن، "المملكة المتحدة" ترجمة وتقديم: د. عباس محمود عوض، أستاذ علم النفس - جامعة الإسكندرية. ويتألف من جزأين لكل منهما أربعة فصول:

تقديم

الجزء الأول: المنهج الطبي في المشكلات النفسية

الفصل الأول: التصنيف في الطب النفسي: (19 - 54)

لقد أشار الطبيب النفسي "إميل كريبلين" إلى مجموعة محددة من العلامات والأعراض إن حدثت معًا

العلاج بالتنفير الكهرباي: إن تكنيكات العلاج بالتنفير، بسبب طبيعتها غير الآذنة المنهزة أو الكدرة، قد تكون مسؤولة عن خلق انطباع بأن العلاج السلوكي إن هو إلا أسلوب علاج محقاي

الطريقة الوحيدة للزوجين الحي يفهم كل منهما الآخر فمما جيدًا أن يقوم كلاهما بتسجيل ملاحظاته حول الشخص الآخر، ماذا يقول وماذا يفعل

أحيانًا ما تكون المشكلات الجنسية أساس الزواج المتنافر، وفي هذه الحالة ينبغي أن تكون هذه هي بؤرة العلاج

من المهم أن الشريك "السلبى" ينبغي أن يقدم مردودًا Feedback مستمرًا بأن يخبر الشريك "الفعال" أي الأفعال التي يجدها أو تجدها أنها الأكثر متعة

القلق الذي لا يرتبط بالموقف ولا بالموضوع يسمى بالقلق الطليق، وحيث لا يوجد موقف ولا موضوع يعجل بحدوث النوبة فإن أسلوب العلاج الوحيد الممكن هو الوقاية

أن القلق الإكلينيكي يختلف عن القلق السوي في كونه

أكثر حدة وأكثر تواتراً
وعدم موافقته لموقفه
المريض في الوقت نفسه.

هناك عمومًا خمسة أنماط
أساسية للاضطرابات تؤخذ بعين
الاعتبار من المتخصصين في
الطب النفسي:

1. الأعصاب
"Neuroses"
2. اضطرابات الشخصية
Personality "Disorder"
3. الذهان الوظيفية
Functional "Psychoses"
4. الذهان العضوية
"Organic Psychoses"
5. التخلف العقلي
Mental Retardation"

أن مريض عصاب القلق لديه
بعض أو كل الأعراض
المتتمثلة في: عدم القدرة
على التركيز - صعوبة اتخاذ
القرار - اختلالات النوم - إفراط
في نشاط الجهاز العصبي
التلقائي والغدد الصماء.

المخاوف الشاذة: خوف
متسلط من شيء محدد أو
من موقف لا أساس منطقي
أو معقول له. والمريض نفسه
يعلم أنه لا يوجد خطر يحيق به
وأن هذا الحذر نفسه
كقاعدة لا يجدي في تهدئة

وبانتظام كافٍ فإنها تستحق لقب "مرض" وعندئذٍ فلقد تقدم لوصف التوجيهات التشخيصية المرتبطة بزملة
الأعراض. ونسق التصنيف الشامل للأعراض الذي وضعه مع بعض التعديلات الأساسية مازال الأطباء
النفسيون ملتزمين به في كل مكان.

وهناك عمومًا خمسة أنماط أساسية للاضطرابات تؤخذ بعين الاعتبار من المتخصصين في الطب
النفسي:

1. الأعصاب "Neuroses"
2. اضطرابات الشخصية "Personality Disorder"
3. الذهان الوظيفية "Functional Psychoses"
4. الذهان العضوية "Organic Psychoses"
5. التخلف العقلي "Mental Retardation"

الأعصاب: عصاب القلق: الصورة الإكلينيكية هي أن مريض عصاب القلق لديه بعض أو كل
الأعراض المتمثلة في: عدم القدرة على التركيز - صعوبة اتخاذ القرار - اختلالات النوم - إفراط في
نشاط الجهاز العصبي التلقائي والغدد الصماء.

المخاوف الشاذة: خوف متسلط من شيء محدد أو من موقف لا أساس منطقي أو معقول له.
والمريض نفسه يعلم أنه لا يوجد خطر يحيق به وأن هذا الحذر نفسه كقاعدة لا يجدي في تهدئة كدره.

العصاب القهري الوسواسي: يعاني المريض أنماط "التفكير الملح" والذي يحاوله هو منع الوسواس
والنزعة المتكررة لأن يسلك بالطريقة التي بها لا يرغب في أن يكون فيها قوى إكراه.

الاكتئاب التفاعلي العصبي: تظهر أعراض كأية شديدة على الفرد يمكن أن تُرى كاستجابة لبعض
الأحداث شديدة الانعصاب أو تكدرات حقيقية جادة. الصورة الإكلينيكية:

1. تقرير ذاتي بالتعاسة.
2. عدم القدرة على مواجهة المستقبل.
3. نقص في النشاط.
4. صعوبات في التركيز.
5. انشغال مسبق بأفكار غير سعيدة.
6. صعوبات في الانصراف إلى النوم.

العصاب الهستيرى (النمط التحولي) Conversion Type: تظهر الأعراض الجسمية للمرض في
غياب أي باثولوجية عضوية. وطبقًا لرأي فرويد فإن علامات الاضطراب هي مظاهر فحسب لصراعات
جنسية لم تحل. والصورة الإكلينيكية للأعراض الجسمية أعراض (حسية، حركية، وحشوية).

العصاب الهستيرى (النمط الانفصالي) Dissociative Type: أقل تكرارًا في حديثها، ولكنها أكثر
مسرحة من النمط التحولي. وكما تُظهر التسمية، فإنها تستخدم في الحالات التي يحاول المريض الهرب
من الانعصاب بعزل نفسه بطريقة أو بأخرى. ونتيجة لذلك فهو قادر على إنكار مسؤوليته عن سلوكه.
والصورة الإكلينيكية تبرز أن هناك أربعة أنماط أساسية: النومشي - Somnambulism فقدان الذاكرة
- Amnesia الهيجان - Fugue الشخصية المتعددة Multiple Personality والملمح الشائع لهذه
الاضطرابات الأربعة أن المرضى الذين يملكونها يفكرون ويعملون بشكل طبيعي. وإذا لم يكن ذلك من
أجل الحقيقة فإنهم غير قادرين على استدعاء أحداث محددة مهمة جدًا، أو حقائق تدور فيما يتعلق بهم،
وليس هناك بديل إلا أن يُنظر إليهم كمرضى عقليين.

اضطرابات الشخصية: الشخصية السيكوباتية: الملامح التالية تحدد الطباع الخلقية للشخصيات

السيكوباتية، وهي: غياب الشعور بالذنب، الاندفاعية، الحاجة إلى الإثارة، عدم القدرة على الاستمرارية في العلاقات، وعدم القدرة على الاستفادة من التجربة.

الذهانات الوظيفية: صُوّر الذهاني على أنه إلى حد بعيد أكثر اضطرابًا من المجموعتين السابقتين اللتين وصفتا من قبل. وفيما يلي إشارات إكلينيكية تستخدم بصفة عامة لتفصل كلاً من الذهانات الوظيفية، والعضوية عن المرض العصابي ومجموعة اضطرابات الشخصية:

1. إنكار أن هناك مشكلة.
 2. افتقار الاتصال بالواقع.
 3. فقدان الوعي بالمكان والزمان.
 4. احتمال قوي بالإضرار بنفسه أو بغيره.
- والذهانات الوظيفية يمكن تمييزها عن العضوية على الأسس المختلفة المستمدة من علم الأمراض، والنوعان الرئيسيان للذهانات الوظيفية هما:

1. الفصام واكتئاب الهوس:
- الفصام أو مصطلح خبل الشباب أو "هرم الشباب" الذي وضعه "كربيلين" ليشير إلى مجموعة من الاضطرابات والتي رأى أنها تتميز بالتدهور في القدرات المعرفية، والادراكية والوظيفية والانفعالية والتي كانت بدايتها مرحلة الطفولة. وبعد فترة أشار الطبيب النفسي السويسري "بلولر" أن هذا المعنى غير دقيق لأنه لاحظ في حالات كثيرة أن الاضطراب لا يكون واضحًا حتى مرحلة البلوغ، وبناءً عليه من غير الملائم النظر إليه حصراً على أنه مرض لشخص صغير السن. وأن التدهور النفسي الوظيفي أمر يتعدى محو أثره. لذلك هو يقترح مصطلح "الفصام" لأنه الأنسب لانقسام الشخصية، إن فكرة انقسام الشخصية Split–Personality أو انشطارها تتطلب بعض التفصيل، إن الانقسام يشكل الحاجز بين الفرد والعالم الخارجي. والذهاني يعيش في عالمه الخاص، ونتيجة لهذا، فإنه يسلك بطريقة تبدو غريبة أو شاذة تبعاً للمعايير الخارجية السائدة. هذا المفهوم يستخدم كذلك ليشير إلى انعدام الائتلاف بين أفكار الفرد ومشاعره.

والصورة الإكلينيكية تظهر أنه بالرغم من أن الفصاميين لا يظهرون كلهم نفس الملامح الإكلينيكية، إلا أن الاضطرابات التالية تعتبر لدى بعض الباحثين هي أساس الشذوذ النفسي: اضطراب عملية التفكير - الاختلالات الوجدانية - الفطور الوجداني - العواطف المتنافرة - الاضطرابات النفس حركية - نقص الإرادة - التوهّمات الأولية - الهلاوس.

هناك على وجه التعميم أربعة أنماط لمرض الفصام هي: الفصام البسيط، والمبكر، والتخشيبي، والذهائي، وفي كل نمط أو أكثر تظهر الأعراض الأولية الستة وهي سائدة بشكل بارز.

2. **الذهان الوجداني: Affective Psychosis:** حيث اضطرابات الوجدان المتسمة بالتقلب السريع إذ تمتد من أقصى درجات الاحتياج الشديد إلى الحزن الشديد، وهذا هو العرض الأولي والمشتقة منه الأنواع الأخرى. والصورة الإكلينيكية للأنماط الثلاثة المعروفة بصفة عامة للذهان الوجداني، هي: الهوس والإكتئاب، والنمط الدوري للاكتئاب الهوسي وأعراض المانيا (الهوس). يُميّز عادةً بين الهوس الخفيف Hypomania، وهو حالة الزهو المعتدل نسبياً، والهوس الحاد Hypermania وهو حالة التهيج الحاد.

الذهانات العضوية: تتضمن كل الذين يعانون من اختلالات الشخصية والتي يمكن أن تكون قد نسبت إلى المدى الأكبر أو الأصغر، إلى المرض أو إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي مع إن تلف المخ من المحتمل جدًا أن يحدث تغيرات في السلوك، فالأطباء النفسيون وعلماء النفس نادرًا ما يتورطون في التشخيص إلا إذا كانت الأعراض العصابية والذهانية قد لوحظت بالفعل.

التخلف العقلي: حددت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (1970) التخلف العقلي في المقام الأول، بأنه

العصاب العصبي الوسواسي:
يعاني المريض أنماط
"التفكير الملغ" والذي
يحاوله هو منع الوسواس
والنزعة المتكررة لأن يسلك
بالطريقة التي بها لا يرغب
في أن يكون فيها قوي
إجراه

الاكتئاب التفاعلي
العصابي: تظهر أعراض كآبة
شديدة على الفرد يمكن أن
تُرى كاستجابة لبعض
الأحداث شديدة الانعصاب
أو كدراسة حقيقية
جادة. الصورة الإكلينيكية

العصاب المستبيري (النمط
التحولي): Conversion
Type تظهر الأعراض

الجسمية للمرض فهي تحايي أي
باثولوجية عضوية. وطبقًا
لرأي فرويد فإن علامات
الاضطراب هي مظاهر فيعصب
لصراعات جنسية لم
تحل. والصورة الإكلينيكية
للأعراض الجسمية أعراض
(حسية، حركية، وحشوية).

العصاب المستبيري (النمط
الإنفصالي): Dissociative
Type أقل تكرارًا في حدتها،
ولكنها أكثر مسرحية من
النمط التحولي. وكما تُظهر
التسمية، فإنها تستخدم في
الحالات التي يحاول المريض

مشكلة نفسية، ونفسية تعليمية. كما عرّفته بأنه عجز في التكيف لمطالب وتوقعات المجتمع والتي يظهرها الفرد والمتعلقة نسبياً بصعوبة التعلم، وصعوبة حل المشكلة التي تُعرض له، والتكيف للمواقف الجديدة والتفكير المجرد.

معيّار دون السواء أو دون المعدل العادي: **Subnormality** الصورة الإكلينيكية توضح أنه بالإضافة إلى أن هناك ذكاء منخفض، فهناك مظاهر محددة للوظيفة السيكلوجية والتي تبدو مميزة لمستوى دون السواء، مثل: نقص حب الاستطلاع، وفقر في الاهتمام بالأشياء المحيطة، نقص القدرة على استخدام المفاهيم المجردة، التمييز ببطء الاستجابة للتبني بالرغم من سلامة الحواس، العادات الملزمة مثل التعليم الجيد لمعرفة عواقب السلوك تستخدم في غير أماكنها. ونظراً لانخفاض الذكاء فإنهم لا يعوا الأشياء جيداً... إلخ.

معيّار دون السواء الحاد: هناك أعراض اعتبرت بوضوح مرتبطة وهي: التشوهات الجسمية كالحول والشلل ورؤوس مشوهة، والانفعالات الطفولية المتسمة بمشاعر الحزن أو الفرح والتي تقع بطريقة فجائية والشروء والحاجة المستمرة للحث.

الفصل الثاني: مشكلات التصنيف: (55 - 71)

بالرغم من أن النظرة الأولى لعملية التصنيف تبدو أنها تساهم في حث الأطباء النفسيين على تحديد إطار العمل المفيد لمرضاهم. إلا أن الصورة القريبة تبدو غير مرضية إلى حد ما.

انتقادات النسق الحالي: تنصب على أن الفئات تقتر للاستقلالية، والأسس التي تقع تحتها مقسمة، ومتغايرة إلى حد بعيد، والثبات أي درجة الاتساق، والصدق أي درجة التصويب للتشخيص منخفضان جداً لكي يكونا ذات قيمة.

تنوع أسس التصنيف: القاعدة الأساسية المتعلقة بنسق التصنيف هي نمط المادة المستخدمة لتحديد الصفات للفئات المختلفة والتي ينبغي أن تكون متسقة في كل الأحوال. إذا لم تكن هذه هي القضية عندئذ ستبرز كل أنواع مشكلات المفهوم. وطالما ألا بيانات إكلينيكية ولا بيانات علم الأمراض واضحة بشكل كاف لتحديد الفئة الخاصة، فإن هذا ينم عن أن هذا النسق الخاص بالتصنيف قيمة مشكوك فيها إلى حد بعيد.

انتقادات لكل أنساق التصنيف:

مدرسة ماير لعلم النفس البيولوجي: يضع تأكيده فيما يتصل بالمرضى على أنه شخص فريد، والذي لا ينبغي أن يعطل بوضعه في قوائم الأعراض أو أن يصنف بجانب آخرين بسطحية مماثلة للصورة الإكلينيكية. لقد افترض أن العوامل البيولوجية والسيكلوجية، والاجتماعية ينبغي النظر إليها على أنها متفاعلة معاً وتتجم عنها الأمراض العقلية.

مدرسة فرويد للتحليل النفسي: ذكرت أن كل الاضطرابات النفسية تُحدثها العمليات اللاشعورية، وأن التحليل التفصيلي لتاريخ حياة الفرد ضروري للفهم الكلي لمشكلاته. لقد قدّم فرويد إطاراً للعمل والذي تبدو بداخله العلاقات التفاعلية المتبادلة للعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والأنثروبولوجية وهي عوامل داخل نمو الشخصية والتوظيف البشري، وهذه يمكن رؤيتها.

الفصل الثالث: مفهوم المرض العقلي: (73 - 87)

إن الادّعاء بأن أمراض العقل موجودة فعلاً مازال مقبولاً على مدى واسع من كل الممارسين والأفراد العاديين، وواحد من الأسباب الكثيرة هو لماذا مازال النمط الطبي رائج بدرجة كبيرة، ذلك لأن إضافات دراماتيكية محددة هي التي صنعتها، ومن المفيد تقسيم هذه الإضافات إلى فئات ثلاث:

الهروب من الانعصاب بعزل نفسه بطريقة أو بأخرى

الملامح التالية تحدد الطابع الخلفية للشخصيات

السيكوباتية، وهي: غياب الشعور بالذنب، الاندفاعية، الحاجة إلى الإثارة، عدم القدرة على الاستمرارية في العلاقات، وعدم القدرة على الاستفادة من التجربة.

الفصام أو مصطلح خبل الشباب أو "هرم الشباب" الذي وضعه "كربيلين" ليشير إلى مجموعة من الاضطرابات والتي رأى أنها تتميز بالتدهور في القدرات المعرفية، والادراكية والوظيفية والانفعالية والتي كانه بدايتها مرحلة الطفولة

هناك على وجه التعميم أربعة أنماط لمرض الفصام هي: الفصام البسيط، والمبكر، والتخشيبي، والمذائبي

الذهان الوجداني Affective Psychosis:

حيث اضطرابات الوجدان المُتسمة بالتقلب السريع إذ تمتد من أقصى درجات الاهتياج الشديد إلى الحزن الشديد، وهذا هو العرض الأولي والمشتقة منه الأنواع الأخرى

الذهانات العضوية: تتضمن

1. وجهة النظر الانسانية: النموذج الطبي يدد كل تحريف للمعترضين في العصور الوسطى.
2. وجهة النظر العلمية: وضع النموذج الطبي نسق التصنيف الذي أدى إلى بحث شامل في علم أسباب الأمراض، والتنبؤ والعلاج لأنواع متعددة من الاختلالات السيكولوجية، وقد أضاف القليل جدًا لفهمنا للمشكلات الانسانية.
3. من وجهة نظر الطب: لقد وُجد أن الاضطرابات العقلية المختلفة مرتبطة مع باثولوجيا المخ أو مرض المخ.

الصحة والمرض في الطب وفي الطب النفسي:

الصحة Health :

في الطب الجسمي هناك قلة تتنازع فيما يتعلق بالطبيعة الدقيقة للصحة. وكما أشار Szasz أن المعيار هو التكامل البنائي والوظيفي للجسم الانساني. وإذا لم تظهر أمور شاذة، فالكائن الحي يُعدّ أنه في صحة جيدة.

وفي الطب النفسي، تكون الفكرة العامة للصحة أقل وضوحًا. وبالرغم من أن الأطباء النفسيين العضويين قد يدعون أن الصحة العقلية هي غياب العلامات فحسب، فإن كثر سجادلون بأن هذا التناظر الطبي لا يذهب بعيدًا وأن المحكات المضافة مطلوبة. إن المعايير المثالية والإحصائية تكون متناقضة بدرجة كبيرة. وهذا يكون مختلفًا جدًا عن الموقف في الطب الجسمي.

المرض Illness : في كلا الفرعين الطبيين (الأطباء والأطباء النفسيون العضويون) تُستخدم العلامات في قرارات تشخيص الأمراض.

العلامات Signs :

في الطب الجسمي هناك علامات محددة: اختبارات الدم وأشعة (إكس) وغير محددة: التوجيه المقدم من طبيب العائلة لتحديد ما إذا كان الجزء الخاص بالجسم ضعيف أم لا. وفي الطب النفسي هناك مجموعتان من العلامات تتوافق مع ما سبق: نتائج الاختبارات السيكومترية (بيانات موضوعية جمعت في ضوء شروط مقننة، مساوية للاختبارات المعملية في الطب الجسمي) والعلامات المحددة هنا تتضمن الانطباع الاكلينيكي الذي يستشّفه الطبيب النفسي من المريض بعد ملاحظة سلوكه بطريقة غير واضحة المعالم في مقابلة أو من خلال الحديث.

في الطب العام يكون الانحراف المميز عن المعيار الإحصائي المتوسط كافيًا للإشارة لوجود الاضطراب، وفي الطب النفسي تكون المعايير الاجتماعية والقيم مهمة جدًا ويمكن أن تكون ذات دلالة أكبر من الدرجة التي يكون عندها السلوك نادرًا.

الأعراض Symptoms : إن الطبيب عمومًا لا يتأثر بالأعراض في غياب العلامات، وإذا أبدى المريض كدره وكانت الفحوص تثبت سلبيتها، فمن المحتمل جدًا أن يُصنّف أنه سليم جسميًا. وعلى العكس، فإن الطبيب النفسي كثيرًا ما يعمل دون وجود علامة، أو مشكلات عرضية. ونسبة كبيرة من وقته ينفقها في علاج أناس يشعرون بالتوتر، مشوشين أو غير سعداء، ومن لا يسلكون سلوكًا شاذًا أو ينحرفون بدرجة لها دلالة عن المعايير السيكومترية. لذلك فهو مختلف عن زملائه من الأطباء.

وجهة نظر Thomas Szasz :

في ورقته الكلاسيكية "أسطورة المرض العقلي" وضع Szasz 1960 ثلاث اقتراحات أساسية لتدعيم عنوانه المثير:

1. مفهوم المرض العقلي يدعم أساسًا بالنتائج وبأن الأسباب العضوية يمكن أن تؤدي للاختلالات السيكولوجية.

كل الذين يعانون من
اختلالات الشخصية والتي
يمكن أن تكون قد نسبت
إلى المدى الأخر أو
الأصغر، إلى المرض أو إلى
إصابة الجهاز العصبي
المركزي مع إن تلفه المخ
من المحتمل جدًا أن يحدث
تغييرات في السلوك

حددت الجمعية الأمريكية
لعلم النفس (1970) التخلف
العقلي في المقام الأول، بأنه
مشكلة نفسية، ونفسية
تعليمية. كما عرّفته بأنه مجز
في التكيف لمطالب
وتوقعات المجتمع والتي
يظهرها الفرد والمتعلقة
نسبيًا بصعوبة التعلم،
وصعوبة حل المشكلة التي
تُعرض له، والتكيف للمواقف
الجديدة والتفكير المجرد.

معيار دون السواء أو دون
المعدل العادي:

Subnormality الصورة

الإكلينيكية توّضح أنه
بالإضافة إلى أن هناك حذاء
منخفض، فهناك مظاهر

محددة للوظيفة

السيكولوجية والتي تبدو

مميزة لمستوى دون السواء،

مثل: نقص حجب الاستطلاع،

ونقص في الاهتمام بالأشياء

المحيطة، نقص القدرة على

استخدام المفاهيم المجردة،

التمييز ببطء الاستجابة للتنبيه

بالرغم من سلامة الحواس

2. التقييم Evaluation يخرط في قضية المرض النفسي وليس الجسمي.

3. عوضًا عن مفهوم المرض العقلي، يقترح مفهومًا أكثر غموضًا "مشكلات في الحياة"، ومن المهم التأكيد أنه غير مهتم بتنمية نموذج بديل للنموذج الطبي، ولكنه فحسب يشير إلى عيوب في المفهوم الأخير.

الفصل الرابع: طبيعة علم النفس الإكلينيكي: (89 – 120)

إن مصطلح علم النفس الإكلينيكي استخدمه لأول مرة Witmer عام 1890 ليشير لإجراءات التقييم المطبقة على الأطفال المتخلفين عقليًا والمعوقين جسميًا. إن الأخصائي النفسي يعمل جنبًا إلى جنب مع الأخصائي الاجتماعي والطبيب في السعي نحو وضع برنامج العلاج الأكثر ملاءمة للفرد. وأغلب الناس في وقتنا الحالي يسمون هذا "بفريق الطب النفسي".

أعمال الأخصائي النفسي الإكلينيكي: هناك أربع خدمات أساسية يستطيع الأخصائي النفسي الإكلينيكي تقديمها: العلاج والتدريس والتقييم والبحث العلمي.

الجزء الثاني: المناحي النفسية الاجتماعية في الاضطرابات النفسية

الفصل الخامس: الإنسان ولا شعوره الدينامي: (123 – 147)

إن عمل فرويد قد أحدث أكثر من تأثير على علم النفس، والفلسفة والطب والفن، وعن أي كاتب آخر في القضايا السيكلوجية. وبالرغم من شهرته، فإن أهميته مع ذلك في المجالات الإكلينيكية والأكاديمية ترجع في الحقيقة على الأقل إلى نجاح في تقديم نظرية شاملة للشخصية بارتباطها بالتكنيكات العلاجية أكثر من كونه قدم مفهومًا جديدًا مهمًا في علم النفس وهو اللاشعور الدينامي. وابتكارية فرويد الشخصية في أن العقل يمكن مقارنته بجبل الثلج، مع الكم الضخم الكامن تحت سطحه، فهذه إلى حد بعيد هي حجر الزاوية لهذه النظرية ولتلك التي تخص أغلب من جاء من بعده.

المنحى العام: إن نظرية فرويد هي الأكثر صعوبة في أن تُحصر في مصطلحات ثنائية طبية/سيكلوجية. والفكرة العامة للأعراض ينبغي أن تكون دالة بصفة أساسية على علم الأمراض Pathology وأيضًا المفاهيم التقييمية مثل: نمو الشخصية السوية والانحراف الجنسي تتطابق إلى حد كبير مع تناول المرض العقلي. إنه ينظر للإنسان كما لو كان محكومًا بالغرناز البيولوجية المتسمة بأنها مدمرة وبناءة معًا بطبيعتها. يتخذ المنحى التحليلي النفسي رؤية حتمية وسلبية للطبيعة البشرية، مع حيز ضيق للأفكار العامة الإنسانية "كنمو الشخصية" و "حرية الإرادة".

التفسير العقلي النظري: أن كل مصادر الطاقة النفسية من الغرائز التي تعبر عن نفسها بإصرار وتصور عقليًا كأفكار انفعالية مندفعة، هي شحنة انفعالية وواحد من الحوافز الأولية "غريزة الحياة Eros" والذي يثبت نفسه من خلال مصدر الطاقة، أصل الطبيعة الجنسية وتسمى "الليبدو Libido". لقد تصور فرويد الحياة النفسية Psyche على أنها تتكون من ثلاثة أنساق فرعية منفصلة، هي: Id القائم على مبدأ اللذة – الأنا Ego الذي يعمل طبقًا لمبدأ الواقع – والأنا الأعلى Super Ego الذي يتوافق مع مصطلح "الضمير".

التقييم: نظرًا لأن أسلوب التحليل النفسي يأخذ بعين الاعتبار الاختلالات السلوكية كمجرد علامات ضمنية وصراعات لم تُحل، فإن هذه تتبع ذلك التقييم المرتبط بالحيل والذي ينبغي أن يكون أكثر تعلقًا باستنباط طبيعة ما يُسلم به في علم النفس المرضي أكثر من الوصف وقياس الأعراض. والسيكلوجيون أصحاب الخلفية في التحليل النفسي يدعون أن الأساليب الاسقاطية تمدنا بوسيلة واحدة وهذه هي التي بها

معياد دون السواء
الحاد: هناك أعراض معتدلة
بوضوح مرتبطة وهي:
التشوهات الجسمية كالعول
والشلل ورؤوس مشوهة،
والانفعالات الطفولية المتسمة
بمشاعر العز أو الفرغ والتي
تقع بطريقة فجائية والشرد
والحاجة المستمرة للحب

مدرسة ماير لعلم النفس
البيولوجي: يضع تأكيده فيما
يتصل بالمرضى على أنه
شخص فريد، والذي لا ينبغي
أن يعطل بوضعه في قوائم
الأعراض أو أن يصفه بجانب
آخرين بسطحية مماثلة للصورة
الإكلينيكية

مدرسة فرويد للتحليل
النفسي: ذكرت أن كل
الاضطرابات النفسية تُحدثها
العمليات اللاشعورية، وأن
التحليل التفصيلي لتاريخ حياة
الفرد ضروري للفهم الكلي
لمشكلاته

في الطب النفسي، تكون
الفكرة العامة للصحة أقل
وضوحًا. وبالرغم من أن
الأطباء النفسيين العضويين
قد يدعون أن الصحة العقلية
هي غياب العلامات فحسب

في الطب النفسي تكون
المعايير الاجتماعية والقيم
مهمة جدًا ويمكن أن تكون
ذات دلالة أكبر من الدرجة

التي يكون عندها السلوك نادراً

نستطيع أن نحقق هدفاً، ولسوء الحظ، من وجهة النظر العلمية، ولطبيعة هذه الاختبارات غير المقننة، سيكون من الصعب إلى حد بعيد أن نقوم الفائدة الإكلينيكية لمثل هذه الاختبارات.

وسائل التغيير الفعال:

الهدف النهائي للعلاج هو أنه يُحيي في "الشعور" الأحداث المهمة التي قد كُبتت والمطلوبة لنمو الشخصية. وفي التحليل النفسي الكلاسيكي، العلاقة المتبادلة التي يُقيّمها المريض مع المعالج تساعد في تقوية "الأنا"، وبهذا فإن الأنا ستكون قادرة على التأقلم مع القلق الذي تسبب فيه عودة الوعي بالمشاعر والأحداث المفقودة. إن العنصر الأساسي الكامل للتحليل النفسي يتركز حول ظاهرة "التحويل"

لقد كان فرويد من خلال كتاباته حريصاً على التمييز بين تكتيك "تحليل التحويل" وما يسمى "علاج التحويل" وهذا المصطلح الأخير يُستخدم ليشير إلى هذه المعاني حيث يكون هناك فقدان فجائي للأعراض ترجع إلى وقوع المريض في حب المعالج. والتحسين السطحي المفاجئ يُنظر إليه بعين الاعتبار حيث يُشكل محاولة من المريض ليُسعد المعالج. والقاعدة الأساسية للتحليل هي أن المريض يتطلب منه قول أي شيء يرد إلى ذهنه دون اعتبار لكونها أمور شخصية، أو مؤلمة، أو سريعة الزوال، أو غير مهمة... إلخ. وهذا الشكل غير المباشر للتفكير يشير إلى كونه "تداعي للمعاني" وهو واحد من الوسائل التي يمكن بها سبر غور اللاشعور.

تحليل الأحلام هو تكتيك آخر يستخدم ليساعد على النفاذ إلى اللاشعور. وعندما يكون الشخص نائماً تكون الدفاعات في أدنى مستوياتها ويمكن للمشاعر المكبوتة أن تجد لها مخرجاً، وإن يكن رمزياً في الأحلام. ويؤخذ بعين الاعتبار أن الحلم له "المحتوى الظاهر" و "المحتوى الكامن" أي المعنى الضمني أو المستتر الذي يُفترض أنه قد تحدد بدوافع الفرد غير المقبولة.

وخلال عملية تداعي المعاني أو سرد الحلم، قد يظهر المريض رفضه للتعاون أو عدم قدرته على الاستمرار. هذه الظاهرة، تُشير إلى "المقاومة Resistance" وهذه قد اتضحت ببعض أنماط من السلوك مثل؛ أن يذبل المريض فجأة، أو يستغرق في النوم، أو يغير الموضوع أو أن يُعطي تفسيراً سطحيًا لحادثة مُشعبة بالانفعال.

وعامل واحد هو الذي يمكن بوضوح أن يتداخل مع العلاج ألا وهو إظهار المشاعر التي لدى المعالج نفسه حيال المريض. وهذه الظاهرة تُعرف بـ "التحويل المضاد Counter - Transference" لقد أيد فرويد أن المحلل النفسي ينبغي أن يعمل تماماً مثل أداة عاكسة، فالصراعات التي تنشأ داخل المعالج ليست هي نفسها دليلاً للتحول المضاد، وأن المصطلح يُستخدم تماماً ليشير للأفعال التي تكون مسببة للصراعات. وحل هذه المشكلة كانت أن يخضع كل معالج باستمرار لتحليل الذات، وقد اقترح فرويد أن كل محلل نفسي ينبغي أن يخضع للتحليل التدريبي، وأن يُعاد التحليل مرة كل خمس سنوات، ومع ذلك فإن هذه التوصية نادراً ما تُتبع. لقد عُدَّت نهاية العلاج عندما تصبح أنا المريض أقوى نتيجة للترابط العلاجي" الذي تكون خلال المشاعر اللاشعورية المختلفة والاتجاهات، والتي تغلبت أخيراً على الاستراتيجيات الدفاعية المختلفة التي استخدمت.

التقويم النقدي:

لقد غالى فرويد في دور الجنس في تشكيل اضطرابات الشخصية. وأعطى أهمية زائدة للاشعور كمحدد أولي "قطري" للسلوك والمعارف. ومعظم مدارس التحليل النفسي الأخرى، مع ذلك تشارك فرويد اعتقاده أن العقل اللاشعوري هو مفهوم مركزي في نظرية الشخصية، بالرغم من اختلافهم معه فيما يتعلق بمحتوياته ووظائفه. لقد هُوجمت علاجات التحليل النفسي من كل الجهات على أساس أنها حاولت دفع المريض إلى مفهوم نظري سابق مبتكر. وإذا لم يوافق على هذا التصور العقلي لمشاكله وكيف عن

إن عمل فرويد قد أحدث أكثر من تأثير على علم النفس، والفلسفة والطب والفن، وعن أي كاتب آخر في القضايا السيكلوجية

ابتكارية فرويد الشخصية في أن العقل يمكن مقارنته بجبل الثلج، مع الكم الضخم الكامن تحته سطحه، فهذه إلى حد بعيد هي حجر الزاوية لهذه النظرية ولتلك التي تخص الخلب من جاء من بعده.

إن نظرية فرويد هي الأكثر صعوبة في أن تُعصر في مصطلحات ثنائية طبية/سيكلوجية. والفكرة العامة للأعراض ينبغي أن تكون دالة بصفة أساسية على علم الأمراض Pathology وأيضاً المفاهيم التقويمية مثل: نمو الشخصية السوية والانحراف الجنسي تتطابق إلى حد كبير مع تناول المرض العقلي

أن كل مصادر الطاقة النفسية من الغرائز التي تعبر عن نفسها بإصرار وتصور عقلياً كأفكار انفعالية مندفعه، هي شحنة انفعالية وواحد من الحوافز الأولية "محرزة الحياة" Eros والذي يُبني نفسه من خلال

الاشترك العملي في العلاج عندئذ فإن هذا لن يكون العلاج الذي لم يكن مناسباً، ولكن المريض هو الذي يُبدي "المقاومة".

في مقالة نقدية تُطبّق في الواقع على كل أساليب العلاج الأخرى تخص حقيقة عدد محدود فقط من الناس يمكن اعتبارهم مناسبين لها. وتأثير YAVIS التي تطبق لكل أنواع العلاج النفسي، تشير إلى النتيجة من أن صغار السن، والجذّاب منهم، واللفظي، والذكي الناجح، هم أكثر ميلاً لتقبّل العلاج، ولقد أظهر اختبار آخر أن المرضى من الطبقة الوسطى يميلون لتقبّل العلاج النفسي في حين أن المرضى من الطبقة العاملة يميلون لأن يكونوا محددين لسلوك المعالج.

الفصل السادس: الإنسان وذاته الداخلية: (149 -)

واحد من أكثر العلماء أهمية في علم النفس الاجتماعي، هو الإكلينيكي كارل روجرز، الذي لم ينجز فقط نظريته في الشخصية وشارح للاضطرابات السلوكية، ولكنه قدم تكتيكين علاجيين مهمين جداً أيضاً، العلاج المتمركز حول المفحوص "Client Centered Therapy" ومجموعات المواجهة. وبالرغم من أن هذين الأسلوبين العلاجيين. وبنظرة سطحية سريعة يبدو أن قطبان بعيدان عن بعضهما إلا أنهما يقومان على أساس المفهوم الـ "Rogerian" للذات.

نظرية روجرز عن الذات :

المنحى العام: اتخذ موقفاً فينومولوجياً مع الوضع في الاعتبار الشخصية وبهذا يدرك حقيقة "الموضوع" شخصاً أو موقفاً وهو بالنسبة لفرد معين وظيفة للطريقة التي بها يعيها إلى حد بعيد. لذلك طبقاً لروجرز، فالطريق الوحيد لفهمه يكون من خلال إطاره المرجعي الداخلي الخاص. والخاصة الثانية لأسلوب Rogerian أن الشخصية تُعدّ كياناً كلياً "Holistic Entity" إن الفرد ينزع للاستجابة ككلية منظمة للحوادث التي يعيها في مجاله الظاهري. وفكرة الشخصية "ككل" متكامل هي جزء مركزي جداً في النظرية.

التفسير العقلي النظري: افتراضات روجرز قائمة على أن كل فرد لديه الحاجة الأساسية لأن يكون مقبولاً، ومحترماً، ومحبوباً من أفراد ذنو شأن في حياته. سواء أكان هذا فطرياً أو متعلماً بطريقة غير واضحة.

التقويم: الأداة الأساسية للتقويم في النظرية والعلاج هو اختبار الشخصية التصنيفي Q-sort وإجراء التقويم هذا يحدد عند فترات متباعدة طوال فترة العلاج لكي يحدد ما إذا كان هناك تغيير في العلاقة بين "الذات الحقيقية" و"الذات المثالية".

طرق إحداث التغيير: يؤكد روجرز أن الفرد المهذب يمكن أن يكون متكاملًا تمامًا في النهاية مرة أخرى إذا قلل من شروط الأهمية ويزيد لديه إيجابياً دون قيد أو شرط "تقدير الذات". وهو يرى أيضاً أن كلاً من العمليتين سهلة إذا أدرك الفرد تقديرًا إيجابياً دون قيد أو شرط من شخص مهم في حياته. إن المريض يُشجّع ليوجّه كل عملية العلاج لأنه من المسلم به أنه هو فقط الذي يمكن أن يعرف مجاله الظاهري الفريد. وأن هذا هو واجب المعالج، أن يحاول أن يدرس بقدر الإمكان الطريقة التي يرى بها المريض عالمه من خلال تعاطفه الواع.

التقويم النقدي: نُقدت النظرية على أساس أنها غير واقعية لتصور الإنسان كممتلك لذات داخلية كريمة قادرة على التطور بلا حدود، وانتقدت على أساس أن اعتقاد روجرز خاطئ إذ يرى أن شروط العلاج تكون موقفية، وتدخلات المعالج تقدم في شكل دارج غير انتقائي.

وسائل التقويم: وجد السلوكيون استخدام قليل لتكتيكات التقويم الكلية. وبدلاً من هذا فإنهم يهتمون أكثر بتجميع معلومات وهذه قد استمدت من ملاحظات السلوك. وطرق تنفيذ هذا تمتد من مثابة دقيقة

مصدر الطاقة، أصل الطبيعة الجنسية وتسمى "الليبدو" Libido

الهدف النهائي للعلاج هو أنه يُعبي في "الشعور" الأحداث المصمة التي قد كُتبت والمطلوبة لنمو الشخصية

في التحليل النفسي الكلاسيكي، العلاقة المتبادلة التي يُقيّمها المريض مع المعالج تساعد في تفوية "الأنا"، وبهذا فإن الأنا ستكون قادرة على التأقلم مع القلق الذي تسببه فيه عودة الوعي بالمشاعر والأحداث المفقودة

إن العنصر الأساسي الكامل للتحليل النفسي يتركز حول ظاهرة "التحويل"

تحليل الأحلام هو تكتيك آخر يستخدم لمساعد على النفاذ إلى اللاشعور. وعندما يكون الشخص نائمًا تكون الدفاعات في أدهى مستوياتها ويمكن للمشاعر المكبوتة أن تجد لها مخرجًا، وإن يكن رمزيًا في الأحلام

عامل واحد هو الذي يمكن بوضوح أن يتداخل مع العلاج ألا وهو إظهار المشاعر التي لدى المعالج نفسه حيال المريض. وهذه الظاهرة تُعرف بـ "التحويل المضاد"

للملاحظات العملية إلى يوميات محفوظة من المريض. والشكل الأكثر صدقًا للتقويم أنه أعتبر عينة سلوكية لاستجابات الفرد في بيئات طبيعية. وكقاعدة فإن هذه ببساطة تتضمن الحصول على معدل إحصاءات للسلوكيات المقبولة بإضافة مجموع ما عبر عنه أو بالملاحظة عند فترات محددة "معاينة الوقت"

طرق التغيير الفعال:

التكنولوجيا السلوكية:

السلوكيون التكنولوجيون قد أقاموا علاقة وطيدة فيما بينهم والفئات التشخيصية الأساسية، وسعوا لابتكار تكتيكات لكل "زمل الأعراض" هذه. إن مقدار المساحة الأكبر إلى حد بعيد في تاريخ العلاج السلوكي كُرس للاضطرابات "العصابية" والمخاوف المرضية الشاذة خصوصًا. وكان أول اختراق هام في هذا المجال قد حققه (1958) Wolpe الذي ابتدع تكتيكا يسمى التسكين المنتظم Systematic Desensitization للعلاج استجابات القلق النوعية. وعلاج سلوكي أكثر استخدامًا في المخاوف المرضية الشاذة يسمى العلاج الانفجاري Implosive Therapy. ومجال آخر واسع حقق فيه المعالجون السلوكيون انجازات رائعة حول الانحرافات الجنسية، والعمل المبكر في هذا المجال يتركز حول ممارسة العلاج بالتفجير "Aversion Therapy" وهو موضوع مثير للجدل. وفي السنوات الحالية هناك بديل عن هذا العلاج يسمى "Covert Sensitization" التسكين المقنع قد نمت بشعبية. ونوع مختلف جدًا من العلاج قد استخدم يوميًا في قسم بإحدى المستشفيات يشغله "قصاميون" هذا الأسلوب، يعرف بنسق التنظيم الرمزي "Token Economy"

العلاج النفسي السلوكي:

الخطوات الأساسية المتضمنة في التحليل السلوكي هي:

1. تعريف مشكلات السلوك بالضبط.
2. تحديد الظروف البيئية (SD) التي تعدل تكرار السلوك.
3. عزل المدعمين الذين يبقون على السلوك.
4. محاولة ربط جوانب المشكلة كنتيجة لهذه المعرفة.
5. فحص الفروض باختبارها بأسئلة نوعية عن التاريخ السابق للمريض.
6. إعادة اختبار الفروض بتنفيذ برنامج علاجي.
7. تتقيح الفروض والعلاج أيضًا وحينما يتطلب الأمر هذا.

وجاذبية العلاج السلوكي تكمن في أن التكتيكات المستخدمة قد فُحصت بجدية، بالإضافة لكونها مرنة ومتقدمة .

التقويم النقدي: بالرغم من الجدارة العلمية الظاهرة للعلاج السلوكي، فإنه قد هوجم بشراسة على أساس أنها تكتيكات عارية تحمل فقط تشابهاً ضعيفاً بالنسبة للمبادئ التي اشتقوها منها. وكُنَّاب التحليل النفسي دائماً ما ينتقدون الطبيعة العرضية "Symptomatic" للعلاج السلوكي وقد أعلنوا تمامًا دون قيد أو شرط أن مثل هذا الأسلوب السطحي ينبغي حتمًا أن يؤدي إلى "إبدال العرض" أي خلق مشكلة أخرى، كما أن العلاج السلوكي انتقد على أساس أنه قد يكون قد عمل مع مشكلات بسيطة محسوسة، ولكنه يمكن أن يفعل القليل لكمية كبيرة من المشكلات غير المحددة والتي تجلب إلى عيادة الطب النفسي.

الفصل السابع: الإنسان وسلوكه: (.... - 192)

الفصل الثامن: الإنسان ونسقه المفهومي: (193 - 208)

نظرية المفهوم الشخصي "PCT" Personal Construct Theory التي وضعها George Kelly

Counter -

Transference لقد أُيد

"فرويد" أن المحلل النفسي

ينبغي أن يعمل تمامًا مثل

أداة مآكسة

اقترح "فرويد" أن كل محلل نفسي ينبغي أن يخضع للتحليل التدريبي، وأن يُعاد التحليل مرة كل خمس سنوات، ومع ذلك فإن هذه التوصية نادرًا ما تُتبع

لقد خالى فرويد في دور الجنس في تشكيل اضطرابات الشخصية. وأعطى أهمية زائدة للاشعور كمحدد أولي "فطري" للسلوك والمعارف

لقد هُوجمت علاجات التحليل النفسي من كل الجهات على أساس أنها حاولت دفع المريض إلى مفهوم نظري سابق مبتكر

واحد من أكثر العلماء أهمية في علم النفس الاجتماعي، هو الإكلينيكي كارل روجرز، الذي لم ينجز فقط نظريته في الشخصية وشارح للاضطرابات السلوكية، ولكنه قدم تكتيكيين علاجيين مهمين جدًا أيضًا،

العلاج المتمركز حول

المفهوم " Client

"Centered Therapy

ومجموعات المواجهة. وبالرغم

قد أحدثت تأثيرًا له وزن كبير في علم النفس الإكلينيكي. والأسلوب العام هنا مشابه لهذا الذي لدى روجرز، إذ أن الفرد يوضع في الاعتبار على أنه شخص واسع الاطلاع ينبغي أن يعتني به وأن مشكلاته الخاصة فريدة، وينبغي أن يُشجّع ليكشف عن كل المعلومات وثيقة الصلة به للمعالج، ومن الأفضل للمعالج من ناحية أخرى أن يلمح إلى حقيقة هذه المشكلات.

المنحنى العام: يصور الفرد كعالم يشعر دائمًا بمشاكل عالمه. إنه يبني فروضًا ويختبرها بالسلوك ويأمل أن يغير نظريته على أساس هذه النتائج. ونظرًا لأن كل فرد له نسقه المفهومي الفريد، فلا يوجد فردان يمكن أن يدركا أو يستجيبا بنفس الطريقة تمامًا.

التفسير العقلي النظري: كل فرد يرى ويفسر عالمه من خلال مفاهيم ثنائية القطب، مثل: سيء/جيد - رحيم/قاسي، والتي تمكنه من توقع الأحداث، وهذه المفاهيم صوّرت بحيث تكون منظمة باتساق في شكل هرمي مع المفاهيم الفردية غير المألوفة، وهذا البناء المعرفي يتحمل باستمرار التغيير إذ يكون الفرد متفاعلًا مع التغيير الدائم للموضوعات في بيئته.

طرق التغيير الفعال: الهدف الأساسي هو إحداث تغييرات في التنظيم الداخلي للمفحوص لهذا فإنه سيكون قادرًا على فهم عالمه.

التقويم النقدي: اختبار PCT قد نُقد بقوة على أساس أنه عقلي أكثر. الفرد المثالي المنطقي يبدو أكثر شبهاً للإنسان الآلي المبرمج عكسيًا أكثر من كونه إنسانًا مؤهلًا للتجربة الانفعالية الجادة. ربما يكون الضعف الأساسي لاختبار PCT يكمن في الحقيقة أنه قد فشل في أن يحدث مدرسة محددة بوضوح للعلاج النفسي. ومنحى للعلاج قد يبدو أنه يتكون من تشكيلة متشعبة من التكنيكات المنتحلة التي تقدم للمفحوصين على نحو لائق في حالة مسلم بها جدلاً.

المصطلحات

المراجع

إنه حقًا كتاب جدير بالقراءة ونصح به كل زملاء الاختصاص في العلوم السلوكية من أطباء النفس وعلماء النفس والمختصين في علم النفس السريري والإرشادي وطلاب الجامعة والدراسات العليا والباحثين التربويين وإلى كل المهتمين عمومًا بقضايا العلاج النفسي وتحدياته.

رابط كامل النص:

<http://www.arabpsynet.com/Documents/BR164MaanClinicalPsychologyTheory&Practice.pdf>

شبكة العلوم النفسية العربية

نحو تعاون عربي رقيقا بعلوم وطب النفس

الموقع العلمي

<http://www.arabpsynet.com/>

المتجر الإلكتروني

<http://www.arabpsyfound.com>

الكتاب السنوي 2023 1 " شبكة العلوم النفسية العربية " (الاصدار الرابع عشر)

الشبكة تدخل عامها 23 من التأسيس و 21 على الوبج

23 عاما من الضج... 21 عاما من المنجزات

(التأسيس: 2000/01/01 - على الوبج: 2003/06/13)

<http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynet.pdf>

من أن هذين الأسلوبين العلاجيين. وبمنظرة سطحية سريعة يبدو أن قطبان بعيدان عن بعضهما إلا أنهما يقومان على أساس المفهوم الـ "Rogerian" للذات

افتراضاته ووجز قائمة على أن كل فرد لديه الحاجة الأساسية لأن يكون مقبولاً، ومحترماً، ومحبوباً من أفراد ذوو شأن في حياته. سواء أكان هذا فطرياً أو متعلماً بطريقة غير واضحة.

السلوكيون التكنولوجيون قد أقاموا علاقة وطيدة فيما بينهم والفئات التشخيصية الأساسية، وسعوا لابتكار تكنيكات لكل "زمل الأواخر" هذه