

## تقدير الشخصية \*

للسير بيرل بيرت

أستاذ علم النفس بجامعة لندن

نظريات عملية لسيكولوجية الشخصية : ظلت دراسة الشخصية في الممارسة العملية إلى عهد قريب معنية بالأطفال أكثر منها بالبالغين ، وبالمختلفين أكثر منها بالمتفوقين وبالجانب العقلي أكثر منها بالجانب المزاجي أو بالشخصية ككل . وقد رمت اختبارات الذكاء إلى تشخيص المصابين بالنقص العقلي ، وخاصة في المدارس . ونشأ تقدير الخلق من الحاجة إلى بحث<sup>(١)</sup> الجانحين الأحداث والأطفال «المشككين» . ثم تبعت هذين الاتجاهين محاولات لبحث الطرف الآخر من السلم أى لتعميم اختبارات الذكاء لاختيار أصلح الطلاب للمدارس الثانوية والجامعات والوظائف الحكومية ولتطبيق طرق تقدير الشخصية لاكتشاف المتصفين بالزعامة والشجاعة والمبادأة للمناصب العسكرية والاقتصادية .

وفي السنوات الأخيرة استعملت كلمة الشخصية استعمالاً مسرفاً في دراسة اضطرابات السلوك وخاصة ما كان منها راجعاً إلى عوامل مزاجية وانفعالية . ويظهر أن الأطباء الذين يكتبون في علم النفس يظنون أن الفكرة جديدة وأن المختصين بالطب العقلي هم أكثر من ساهم فيها ، ولكن نظرة سريعة إلى الكتب القديمة في علم النفس ، كتلك التي كتبها وارد وأصحابه ، تظهر لنا أن هؤلاء الكتاب القدامى كانوا يعرفون هذه الفكرة تمام المعرفة وأنهم قرروا مبادئها الأساسية التي روجعت وحقت بصورة ملموسة في العيادات السيكولوجية . وقد أصر وارد في كتابه البديع «تطبيق علم النفس في التربية» على أن علم النفس يعنى لا بمجرد التربية العقلية للطفل ، ولكن بتنمية شخصيته جميعاً . وهذه النظرية تطابق تمام المطابقة الاتجاه التقليدي للمدارس البريطانية وخاصة «المدارس العامة» الشهيرة . ومن الجائز أنها أصيبت بشيء من الإغضاء الوقي عند بدء تعميم التعليم بانجلترا (عام ١٨٧٠) حينما كان الاتجاه

\* ترجمة الجزء الثاني والآخر من المقال الإنجليزي الذي سبق نشره في عدد أكتوبر ١٩٤٦

وقد نشرت ترجمة الجزء الأول في عدد يونيو ١٩٤٧ ص ٦٨—٧٨ .

(١) juvenile delinquents

منصرفاً بطبيعة الحال إلى القراءة والكتابة والحساب . ولكن قبل انتهاء القرن التاسع عشر كنا ندرك إدراكاً واضحاً أنه حتى في المدارس الأولية ينبغي أن يكون الهدف الأساسي تربية خلق الطفل بقدر تثقيف عقله .

وقد ظهر ذلك ، بصورة واضحة ، في المشكلات التي عرضت للمختصين بعلم النفس المدرسي . ففي سنة ١٩١٤ عينت بلدية لندن عالماً نفسياً بصفة رسمية ليفحص الحالات المشككة في المدارس التابعة لها ، سواء ما كان منها محولاً عن طريق المدرسين ، أو القضاة ، أو الآباء أو لجان العناية بالعمال أو أطباء المدارس . وكان هذا التعيين هو الأول من نوعه ، وكان مكتب هذا الإخصائي هو «العيادة الأولى لتوجيه الطفولة في إنجلترا»<sup>(١)</sup> . وقد اتضح بسرعة أن دراسة التلاميذ الأغنياء والمتخلفين والمصابين بنقص كانت أسهل مهام عالم النفس ، كما عد منذ البداية مسئولاً عن فحص حالات الجانحين والعصابيين ، وعن تزويد المدرسين بضرورة العناية بالجوانب الانفعالية والخلقية في نمو الطفل . على أن عمله لم يكن مقصوراً على من هم دون السواء وحسب ، فقد كان مفروضاً عليه أن يراجع وسائل اختيار الأطفال لجوائز التفوق في المدارس الثانوية ومدارس التجارة ، وأن يحسن في هذه الوسائل ما تدعو إليه الضرورة ، ثم يشترك بعد ذلك في وضع الخطط للتوجيه المهني لأولئك الذين أوشكوا أن يتموا دراستهم .

وقد كان النجاح عظيماً مع من هم دون السواء — ومشكلاتهم هي أكثر المشكلات ظهوراً لدى الجمهور — فأنشئ بسرعة عدد من مراكز توجيه الطفولة في دائرة بلدية لندن . ثم أنشئ بعد ذلك عدد آخر منها في كافة أنحاء البلاد . والأرجح أن قانون التعليم الجديد سيتيح لهذا الفرع من علم النفس العملي فرصة النمو السريع .

(١) الواقع أنني حين كنت أشغل وظيفة جامعية تحت رئاسة السير شارلس شرنجتون (العالم الممتاز في طب الأعصاب بلقربول) قبل هذا التاريخ بضع سنوات قمت بفحص بعض الأطفال المتخلفين والجانحين الذين أحيوا على من المدرسين وغيرهم . وقد وضعت ملخصاً للمشروع الخاص «بالعيادات السيكولوجية» لتلاميذ المدارس في تقاريري الرسمية لبلدية لندن ، فهي التي نشرت بعد ذلك في كتابي عن «الجانح الحديث» . وإلى نشاط مسز سانت لو ستراشي (فهي قاضية بإحدى محاكم الأحداث وزوجة رئيس تحرير الاسكتلنديز النائم الصيت) واهتمامها يرجع الفضل في أنه بعد نقل من القسم التعليمي ببلدية لندن إلى الجامعة أنشئت عيادة لتوجيه الطفولة على العطاء السخي الذي قدمته إحدى صديقاتها الأمريكيات (مسز هر كتر ، والمعونة القلبية من البلدية وموظفيها .

علاج الاضطرابات دونه السوية وغير السوية في الشخصية : لما كانت بعض البلاد الأخرى تنهج نفس النهج فمن الخير أن نلخص بعض القواعد الهامة التي ظهرت من هذا العمل . وأول هذه القواعد وأهمها أن الشخصية خاصة شديدة القابلية للتغير ، وأن الغالبية العظمى من الخصائص ، وعلى الأخص في الأطفال ، ليست أعراضاً لمرض ، ولكنها انحرافات أو اضطرابات تدعو إلى مران خاص من المعلم أكثر مما تدعو إلى علاج طبي أو جراحى من الطبيب أو الإخصائى العقلى .

وقد أدى إدخال التعليم الإجبارى والعام سريعاً إلى اكتشاف فريق من الأطفال لا يمكن أن يرتفعوا إلى المستوى التعليمى المتوسط بأية وسيلة من الوسائل التعليمية . وقد أشار الكتاب من الأطباء إلى احتمال إصابة هؤلاء الأطفال بمرض ولادى بالمخ (١) ومن ثم كان يظن أن هذه حالات مرضية تحتاج إلى تشخيص الطبيب . الذى يعتمد فى تشخيصه بصفة خاصة على وجود «وصمات انحلالية» جسمية وعلى قياس الجمجمة : فكان الجراحون يرون أن خير وسائل العلاج كسر عظام الجمجمة حتى يتاح للمخ أن ينمو . وكان علماء النفس أول من أضر على أن هؤلاء الأطفال ليسوا مرضى بأى حال ، وأن تشخيصهم ينبغى أن يستند إلى اختبارات ذهنية لا جسمية . وأن أغلب هذه الحالات ليست إلا الطرف الأسفل (الذليل) لانحرافات سوية عن المتوسط العام . وكذا أيضاً زعم أطباء المدارس أن الأطفال المتخلفين فى القراءة كانوا يعانون من نوع ولادى من الألكسيا (فقدان القدرة على القراءة) يشبه الألكسيا التى يعانى منها البالغون نتيجة لتزيف فى المخ أو مرض به . وعاد علماء النفس مرة أخرى يبينون أن هذه ليست حالات مرض بالمخ على الإطلاق ، وأن أصحابها يمكن أن يتعلموا القراءة فى سهولة ويسر إذا استعملت معهم وسائل المران المناسبة .

وقد صحب هذا الخطأ نفسه معالجة الاضطرابات السلوكية . فى السنوات الأولى كان الأطباء والباحثون الاجتماعيون الذين يودون مساعدة الأطفال العصبيين والجانحين ينزعون إلى اعتبار هذه الحالات من المرض العقلى . ولا شك فى أن هذه

(١) لايزال ستودارت يرى هذا الرأي فى كتابه «العقل واطارباته : كتاب للأطباء» (الطبعة الرابعة سنة ١٩٢١ ص ٤٩٤) : «الته والبله (النقص العقل أو انعدام العقل) : هذه حالات من توقف النمو أو تخلفه تحدث نتيجة لبعض الأمراض أو لأذى يصيب الطفل وهو جنين أو فى السنوات الأولى من حياته بعد الولادة»

كانت طريقة ناجحة لكي يعرف القضاة والمعلمون أن الطفل ليس مسئولاً دائماً عن ببطء تقدمه في المدرسة أو عن سلوكه السيء في البيت أو الطريق . وإن المعلمين والآباء وأولى الأمر من رجال التربية ليتوهمون أن المرض العقلي يجب أن يكون مرضاً بالمخ ، ومن ثم يستنتجون أن الطبيب هو الشخص المناسب لمعالجة هذه الحالات . والطبيب نفسه قد ينزع إلى تفسير الأرجاع السوية على ضوء خبرته الخاصة بالاضطرابات غير السوية أو المرضية . وقبل ظهور التحليل النفسي كاد الأطباء يبحثون في كل حالة عن أسباب مادية أو عضوية ، أما الآن فقد تأرجح البندول إلى الجانب الآخر ، بين طائفة معينة من المشتغلين بالطب العقلي على أية حال ، فاتجه البحث إلى تقصي المركبات المكتوبة والخيالات الجنسية وتحقيق الرغبات اللاشعورية مما يرى كثيراً في المرضى البالغين من النموذج الهستيرى . ولا يجوز الزعم بأن هذه الأسباب لا يمكن أن توجد أو تكتشف بالبحث أبداً ، ولكنها في الأطفال نادرة نسبياً ، ومن نوع بسيط وأقل شذوذاً . والواقع أن مصطلحات « العصاب » (١) أو « المرض العقلي » و « الاضطراب العصبي الوظيفي » تستعمل على الدوام في حالات ذات رجوع سوى تماماً .

كيف إذن نرسم الخط الفاصل ؟ لما كانت الفوارق الشخصية ظاهرة شائعة وطبيعية فلا بد أن يكون هناك خلافات واسعة في كفاية الفرد ( وأجزاء جسمه ) في أداء وظائفه . ولا يمكن أن تعد هذه الخلافات مرضية ما دامت خلافات كمية لا كيفية . ولكن حين يتضمن الانحراف خلافاً كيفياً وليس كمية دخلت الحالة حدود المرض . وبدا فإن هناك انقطاعاً بين الصحة والمرض . وإذا كان شخص ما قصير القامة قصره في كل المقاييس الأخرى فإنه لا يكون مريضاً . ولكن حين يصبح قصر القامة عرضاً مرضياً ، كما في حالات القزامة شبه الدرقية ، فلا بد أن يكون هناك تغيير كيمي أيضاً . وهذا صحيح أيضاً بالنسبة لناقصي العقل . فقد يكون طفل العشر

\* استعملت « كلمة » العصاب (neurosis) أصلاً لتدل على أنواع خاصة محددة من المرض العصبي الوظيفي . ولكن استعمالها أخذ يزيد في العهد الأخير لكي تشمل جميع أنواع اللاتوافق الاجتماعي أو « نقص التكيف » . ومن ثم فإن الجناح ، وواضح أنه يقع تحت هذا الوصف ، كثيراً ما يعد الآن بين المشتغلين بالطب العقلي نوعاً من المرض العقلي . ولكن الواقع أن عدداً قليلاً جداً من الجانحين يمكن أن يقال إنهم مرضى بأى معنى لهذه الكلمة . وحتى إذا كانوا مرضى ، جسماً أو عقلاً ، فإن المرض في العادة يكون عاملاً غير مهم في سلوكهم . وأغلب حالات الجناح delinquency هي أرجاع سوية تماماً لبيئة اجتماعية غير سوية .

سنوات على تمام الصحة إذا كان عمره العقلي ٦١ سنوات مع كونه قابلاً للحجز قانوناً بوصفه مصاباً بنقص عقلي، ومع ذلك فإنه دون السواء فقط، لا غير سوى . ولكن القزم الناقص العقل ، إذا كان عمره الزمني عشر سنوات وعمره العقلي ٦١ سنوات ، يختلف لا في درجة ذكائه وحسب ( كما تشير إلى ذلك أرقام العمر ) ولكن في نوع حياته الذهنية وسلوكه أيضاً .

**العصاب واضطراب في الشخصية :** واتباعاً لهذا الاتجاه العام رأينا في السنوات الأخيرة ميلاً واضحاً بين بعض المشتغلين بالطب العقلي إلى معالجة كلمتي « العصاب » و « اضطراب الشخصية » بوصفهما من المترادفات ، ومن ثم إلى الاستنتاج بأن كل سلوك يدل على « اضطراب في الشخصية » يدخل في نطاق الطبيب . والفكرة الأولى على جانب من الصواب ، ولو أنها بوضعها الحالي مضللة قطعاً . كما أن كلمة العصاب تستعمل بطرق مختلفة بحيث يشك الكثيرون في مطابقتها لأية حالة أو وحدة مفردة . وقد قلت في مكان آخر<sup>(١)</sup> . إن أجدى طريقة لحل هذه المشكلة أن نوازن بين الأعراض التي نجدها فعلاً في طائفة من الحالات المحولة للفحص النفسى أو العقلي والتي تشخص ( أو يمكن أن تشخص ) عصاباً ، والقيام بإجراء تحليل العوامل للبيانات .

(١) « تحليل المزاج » المجلة البريطانية لعلم النفس الطبي المجلد السابع عشر ١٩٣٨ . ص ١٥٩ وما بعدها . والجدول المرفق يستند إلى المادة التي أشرنا إليها في ذلك المقال . وقد اخترت من الخمسة حالة التي ذكرت تلك التي يمكن أن تدخل في نطاق الاضطرابات العصابية . كما عملت البيانات من المادة التي جمعت أثناء عملي ببلدية لندن من الأطفال والمدرسين التابعين لمدارس البلدية ومن طلبة المعهد الذي كان يعرف فيما سلف بكلية المعلمين التابعة للبلدية . وقد أدت الأرقام المفصلة ونتائج العوامل في إحدى مذكراتي . ولإني إذا أقدم الشكر لبلدية لندن على سماحها بنشر تلك النتائج أود أن أقول إن البلدية لا تحمل مسؤولية الآراء التي يبديها موظفوها ولا النتائج المستخلصة منها . وقد عمل ارتباط السمات أو تقدير السمات بالطريقة المألوفة أولاً ، ثم أجريت عملية استخراج العوامل الجمعية مع جدول ارتباطات مقتضب استبعدت منه السمات ذات العوامل المتداخلة على قدر الإمكان . أما تشيع السمات المستبعدة فقد عبر عنها في العوامل المستمدة في الجدول المختصر .

وأود أن أضيف أن جداولي يقصد منها إلى الإيضاح فقط . ومن الممكن دائماً أن تؤثر آراء بعض الباحثين على تقديراته الأصلية ، ثم مع تقدم المقومات يصبح توزيع العوامل المتداخلة اعتبارياً إلى حد ما . ويسيد أحد تلاميذي في بحثه هذه النتائج على بيانات مستمدة من عيادات مختلفة حيث تختلف نظريات الباحثين وهو يود أن يتم التحليل بواسطة أرقام اصطلاحية للسمات ليتجنب المؤثرات اللاشعورية التي يمكن أن تنشأ عند الاختيار بين وسائل مختلفة من التحويل الرياضى

## جدول (٢) تشعب العوامل

| الأطفال |     |     |     | الأعراض العصائية     |
|---------|-----|-----|-----|----------------------|
| ٤       | ٣   | ٢   | ١   |                      |
|         |     |     | ٨٦ر | الانفعالية العامة    |
|         |     | ٠٦ر | ٥٤ر | الشخصية المفككة      |
|         | ٣٥ر | ٤٣ر | ٤٥ر | التهيب أو الخشية     |
|         | ٤٦ر | ٣٢ر | ٤٧ر | الخوف من الناس       |
|         | ٢٩ر | ٢٩ر | ٤١ر | الخوف من الأشياء     |
|         | ٤٤ر | ٢٦ر | ٦٨ر | الكابوس              |
| ٠٩ر     | ٣٨ر |     | ٧٩ر | الأرق                |
| ١٦ر     | ١٣ر | ٤٧ر | ٣٨ر | الانهباط             |
|         | ١٤ر | ٣٦ر | ٤٢ر | البكاء               |
|         | ١٣ر |     | ٠٦ر | التهديد بالانتحار    |
|         | ٢٦ر | ٠٩ر | ٢٣ر | الهجاس السوداوى      |
|         | ٣٧ر | ٢٢ر | ٦٥ر | التهمة               |
|         | ٣٣ر |     | ٧١ر | السلس (البولى)       |
| ١١ر     | ٢١ر | ١٢ر | ٥٢ر | عسر الهضم            |
| ١٧ر     | ٢٧ر | ١٧ر | ٤٤ر | فقد شهية الأكل       |
| ٠٦ر     | ١٦ر |     | ٣١ر | الرعدة               |
| ٢٣ر     | ١٩ر | ١٢ر | ٤٨ر | فقر الدم             |
| ١٦ر     |     |     | ٢٨ر | خفقان القلب          |
| ١٢ر     |     |     | ١٩ر | اللتهمة              |
| ١٨ر     |     |     | ٢٤ر | الإغماء              |
| ٠٨ر     |     |     | ١٩ر | الدوار               |
| ٣٢ر     | ٢٥ر | ١٤ر | ٤٩ر | نقص التوتر العضلى    |
| ٢٧ر     |     | ٠٨ر | ٤١ر | الصداع               |
| ١٣ر     | ١١ر |     | ٢٩ر | العرق                |
|         | ٣٢ر | ٢١ر | ٥٠ر | إحمرار الوجه         |
| ٤٢ر     |     |     | ٣٨ر | زيادة القابلية للتعب |



## تابع جدول (٢) تشبع العوامل

| الأطفال |     |     |     | الأعراض العصائية            |
|---------|-----|-----|-----|-----------------------------|
| ٤       | ٣   | ٢   | ١   |                             |
| ١٥ر     |     |     | ٢١ر | فقد الذاكرة                 |
| ٣٤ر     |     | ١٨ر | ٣٢ر | الحمول الوجداني             |
| ١٠ر     |     | ٥٢ر | ٤٠ر | الأحلام النهارية            |
| ١٨ر     | ٢٧ر | ٤٤ر | ٢٤ر | اللااجتماعية                |
| ١٨ر     |     | ٤٠ر | ٤٤ر | القابلية للإيحاء            |
|         |     | ٣٨ر | ٣٩ر | اللغة                       |
|         | ٠٩ر | ١١ر | ٢٣ر | قضم الأظافر                 |
| ٢٣ر     |     | ١٥ر | ٣١ر | الاستمناء                   |
|         |     |     | ١٨ر | أعراض تحويلية               |
|         |     |     | ٣٧ر | الجناح                      |
|         |     |     | ١٩ر | إثبات الذات                 |
| ١٦ر     |     |     | ٣٩ر | سرعة الانتباه               |
|         |     |     | ٦٢ر | عدم الاستقرار الحركي        |
|         | ٢٤ر |     | ٢٣ر | الثروة                      |
|         |     |     | ١٧ر | الضحك                       |
|         |     |     | ٢٦ر | الجنس                       |
|         |     | ١٣ر | ٢٢ر | الأفكار التسلطية            |
|         |     |     | ١٩ر | الأعمال الإجبارية           |
|         |     |     | ٥٣ر | التقلصات التعودية           |
|         | ١١ر |     | ٥٨ر | الحركات الاختلاجية          |
|         |     |     | ٣٦ر | العسر (استخدام اليد اليسرى) |

## للأعراض العصابية

| البالغون |     |     |            |     |            |            | الأطفال |                   |     |
|----------|-----|-----|------------|-----|------------|------------|---------|-------------------|-----|
| ٧        | ٦   | ٥   | ٤          | ٣   | ٢          | ١          | ٧       | ٦                 | ٥   |
|          | ٢٦ر |     | ٢ ر<br>٤٧ر |     |            | ٤٩ر<br>٤٣ر |         | ١٣ر               |     |
|          | ٣٥ر |     | ٣٤ر        |     | ٣٥ر<br>٥٩ر | ٤٨ر        |         | ١٧ر               |     |
|          |     | ٢٦ر |            | ٤١ر | ٣٩ر<br>٥٣ر | ٣١ر<br>٣٢ر |         | ٢١ر<br>٢٥ر<br>١٨ر | ٣٢ر |
|          | ٣٨ر |     |            |     |            |            |         |                   |     |
|          |     |     |            |     | ٢٥ر        | ١٤ر<br>١٦ر |         |                   |     |
|          | ٥٢ر |     | ٢٩ر        |     |            | ١٥ر<br>١٠ر |         | ٢٤ر<br>١٩ر        | ٥١ر |
| ٢٧ر      |     | ٢٦ر |            |     |            | ١٦ر        | ٣٢ر     | ٣٥ر               | ٥٥ر |
| ٤١ر      | ٤٦ر | ٦١ر |            |     |            | ٥١ر        | ١٣ر     | ٢١ر               |     |
| ٣٦ر      | ١٥ر | ٥٥ر |            | ٢٢ر |            | ٣٧ر        | ٣٢ر     | ٤٧ر               | ١٤ر |
|          | ١٩ر | ٣٥ر |            |     |            | ١٨ر        |         | ٢٦ر               | ٥٧ر |
|          | ١٢ر | ٦٥ر |            |     |            | ٠٦ر        |         | ٣٧ر               | ٤٨ر |
|          | ٣٣ر | ٦١ر |            |     |            | ٢٣ر        |         | ٣١ر               | ٤٢ر |
|          | ٢٧ر | ٥٨ر |            |     |            | ٤٥ر        | ١٤ر     | ٠٩ر               | ٢٦ر |
| ٦٢ر      |     |     |            |     | ٣٨ر        | ٢٤ر        | ٢١ر     |                   | ٣٢ر |
| ٥٩ر      |     | ٤٤ر |            |     |            | ٠٩ر        | ٢٦ر     | ١٣ر               |     |
|          |     | ٢١ر |            |     |            |            | ٢٤ر     |                   | ١٤ر |
| ١٧ر      |     |     |            |     |            | ١٢ر        | ١٣ر     |                   |     |

تحليل العوامل لأعراضه العصاب المزعوم : يستند الجدول (٢) إلى فريق مكون من ٢١٦ طفلاً و ١٤٣ بالغاً مريضاً. وقد عمل الارتباط للأعراض الشائعة في وجودها أو غيابها (وأحياناً في درجتها) ، ثم عولجت الارتباطات علاجاً عاملياً . ولنلاحظ أولاً أن كل الارتباطات تقريباً كانت إيجابية ، وأن عاملاً مشتركاً كبيراً كان يصل بين جميع السمات ، وبذا فنحن على حق حتى الآن في أن نعد أن كل الممتحنين ينتسبون إلى فريق أو نموذج واحد<sup>(١)</sup> . فما هي أهم صفة مميزة لهذا الفريق ؟ عند دراسة عامود التشعب للعامل الأول نرى أنه « الانفعالية العامة » بالنسبة للأطفال ، و « تفكك الشخصية » بالنسبة للبالغين . وقد تشمل كلمة « التقلب » الاثنين ، فظنراً لفجاجة الطفل لا نتوقع أن تكون شخصيته متكاملة لأن تكامل الشخصية (أو عدم تكاملها) صفة مكتسبة في الأغلب . أما في البالغين فإننا نتوقع أن تكون الشخصية متكاملة ، ومن ثم نلاحظ عدم تكاملها بسرعة . ولكننا لا نستطيع أن نقرر أن الشخص مولود بدرجة ما ، قلت أو كثرت ، من الانفعالية العامة الفطرية ، لأن الدرجة التي تظهر بها الانفعالية في البالغ المتمدين يمكن إلى حد كبير أن تضبط أو تخفى .

وثانياً نجد أن الارتباطات في الأطفال أعلى حتى أن العامل العام يؤدي عندهم إلى درجة أكبر من التباين مما عند البالغين . أما في البالغين فإن التشعب للعوامل الجمعية أكبر ومن ثم فإن بعض فئات الأعراض تنزع في البالغين إلى التجمع معاً في نماذج واضحة الحدود نسبياً من المرض (والحد ليس مطلقاً بطبيعة الحال) ، وينتج عن ذلك أن العصبيين البالغين يقعون في أنواع أو نماذج أكثر تحديداً في تشخيصها . أما في الأطفال فإن العامل العام لا ينزع إلى اكتساح كثير من الخلافات الناتجة من العوامل الجمعية وحسب ، ولكن العوامل الجمعية نفسها تتشابه إلى حد كبير . ومن ثم فإن التفريق بين مختلف أنواع العصاب أسهل بين البالغين منه بين الأطفال .

(١) توجد حيثية ناقصة في هذه المناقشة يضطرنني ضيق المقام إلى إغفالها ، لأننا لانستطيع الاستدلال (دون دليل آخر) على أن « الانفعالية العامة » هي أهم سمة مميزة للعامل الأول أو « العام » لمجرد أن هذه السمة تظهر أعلى تشعب في هذا العامل . وكما قلت في مكان آخر « إننا لا نستطيع أن نعرف عاملاً عاماً بدقة حتى نحوله إلى عامل طائفي » ولم نبين أن العامل المشترك بين جميع السمات المعرفية هو « عامل معرفي عام » مادامنا نقوم بعمل الارتباطات للسمات المعرفية وحسب : فقد تكون سمة عامة للذهن كله . ومن ثم ينبغي أن نضمن أيضاً السمات الانفعالية (مثلاً) وأن نبين أن تشعب هذا العامل يقرب من الصفر . وما أكثر ما وجد الباحثون عاملاً عاماً مشتركاً بين طائفة من الاختبارات اللفظية فاستنتجوا أن هذا عامل لفظي في حين أن الاختبار الأوسع =

**تصنيف العصاب :** أى تصنيف للاضطرابات العصابية يمكن أن توحى هذه المقومات أو المجموعات العاملة ؟ أولاً بين الأطفال والبالغين معاً يمكن أن يكون هناك تقسيم مزدوج ( ١ ) أولئك الذين يتميزون بنزعات القوة والتظاهر ( القلق الحركى ، الطبع التيسجى ، سمات جنسية وعدوانية وحتى جناحية ونزعة إلى إثبات الذات ، وفى كثير من الحالات الثرثرة والضحك أو حتى البكاء ، وفى البالغين زيادة الانفعالية على وجه عام ) . ( ٢ ) أولئك الذين يتميزون بنزعات الوهن والكف ( اللااجتماعية وأحلام اليقظة والخشية والانهباط ، وبين البالغين درجة أكبر من نقص التكامل فى الشخصية يفوق ما يرى بين العصبيين على وجه عام ) . وهذا بطبيعة الحال تباين نعرفه منذ عهد جانيه وكربيلين فى القرن الماضى . ويمكن تقسيم كل فريق إلى قسمين آخرين ( ا ) قسم يتميز بأعراض تحويلية وقبول الإيحاء وبعض النزعة إلى الاضطرابات الجسمية . و ( ب ) قسم يتميز بالأعمال القهرية ( الإجبارية ) والأفكار الحصرية ( التسلطية ) والتفكير الهجاسى السوداوى . ونجد بين الحالات « الواهنة » ( ا ) قسم يتميز بأعراض جسمية خاصة ( الحفقان والصداع إلخ ) ، وقبل كل شىء بزيادة التعب وعدم الانفعالية ، و ( ب ) قسم يتميز بالمظاهر المختلفة للخوف والقلق ( حصر ) . ويمكن عمل هذا التقسيم مع الأطفال ولكنه حينئذ يكون أقل وضوحاً . والواقع أن التصنيفات الواسعة مع الأطفال أكثر انطباقاً على التصنيفات المزاجية التى نجدها فى الأطفال الأسوياء ، والتصنيفات الفرعية للفرائز الرئيسية . والأدلة على هذا الرأى الأخير تحتاج إلى جداول أكمل وأكثر تخصصاً وتحتوى على تقديرات مفصلة لمختلف السمات التى وردت بمشروعي السالف . ولو أننا فعلنا هذا لوجدنا أن التمييز يقل جداً بين تلك المصحوبة بأعراض جسمية وتلك غير المصحوبة بها . والواقع أن ما نجد هو « عصاب الخوف » و « عصاب الخضوع » من ناحية ، و « عصاب الغضب » و « عصاب اثبات الذات » من ناحية أخرى<sup>(١)</sup>

**تعريف العصاب :** إلى أى مدى تسمح لنا هذه النتائج أن نعبر فى كلمات عن الحالة التى ينبغى أن تشخص عصاباً ؟ أول كل شىء يتميز العصبيون بأعراض

نطاقاً بين أنه ( إلى حد كبير على أى حال ) عامل عام مشترك بين النشاط غير اللفظى والنشاط اللفظى على السواء . ومن ثم فإن البحث الكامل ينبغى أن يتضمن فريقاً ضابطاً من الأطفال الأسوياء ( بسماهم المبرزة ) إلى جانب فريق الأطفال العصبيين ( وسماتهم المبرزة ) . والواقع أن مجموعتنا جميعاً تضمنت مثل هذه الفئات الواسعة ، ولكن مقارنة كاملة بين البيانات تكاد تكون غير متيسرة هنا .

( ١ ) للقارىء الذى يود تفصيلات أوفى فيما يخص الاضطرابات العصابية أن يرجع إلى كتابى « العقل دون السوى » والتصنيف المقترح فى الكتاب المذكور مستمد من تحليل العوامل مثل الذى حاولناه هنا .

انفعالية أكثر مما يتميزون بأعراض معرفية ، ولما كانت الشخصية كلا موحداً فإن الاضطراب الانفعالي لا بد أن يؤثر في الجانب المعرفي إلى مدى كثير أو قليل ، ولكن هذا التأثير يظل ثانوياً . وثانياً أنه على الرغم من أن معظم العصبيين يعانون من انفعالية فطرية عامة إلى مدى بعيد ( أو بالأحرى من تقلب الانفعالية أى من زيادة الانفعالية العامة إذا قورنت بالذكاء العام ) ، فإن قدرأ كبيراً من الانفعالية أو التقلب لا يكون في ذاته العصاب . فالتقلب مسألة درجة . ويبدو أن الاتفاق عام بين علماء النفس على أنه إذا وصلت هذه الدرجة إلى حد من الشدة يجعل الشخص محتاجاً إلى العناية أو الإشراف أو الضبط فإن حالته تعد من حالات «النقص المزاجي» ، وهى — كحالات النقص العقلي الأكثر شوعاً — ليست بالضرورة حالة مرضية . كما أنها فطرية أكثر مما هى مكتسبة .

ومن المميزات الأساسية للعصابى أن شخصيته ناقصة التكامل ، أى أنه على تناقض داخلى ، سبب التنظيم أو عديم التنظيم ، غير منسق فى تأزره . على أن نقص التكامل فى ذاته مسألة درجة أيضاً . وقد يغرينا أن نرسم الحد عند النقطة التى يحتاج فيها الشخص السبب التكيف إلى العناية أو الرعاية الخاصة . وبعبارة أخرى يصبح الشخص مريضاً بعقله حين يصبح لأسباب عقلية غير قادر على القيام بالأعباء العادية للمواطن العامل أو غير قادر على الاستجابة للمطالب اليومية لبيئته ، أى حين يصبح ، بهذا المعنى ، سبب التكيف اجتماعياً . وهذه مقاييس عملية نافعة ولكنها لا تكون الفرق الأساسى . وصحيح أن معظم المصابين بمرض جسمى يمكن أن ينطبق عليهم هذا الوصف ، ولكن فى الحالات الجسمية لا نعتبر أن هذه الحالة هى السمة الأساسية والواقع أن نسبة كبيرة من المرضى ، سواء جسمياً أو عقلياً ، يمكن أن يقوموا بأعباء العمل اليومي ، ويقومون بها فعلاً . أما المصابون بالكسل المزمن فإنهم لا يقومون ، ويبدو أنهم لا يستطيعون القيام ، بهذا العمل ، ولكن ( بغير أن نستعمل هذه الكلمة فى معنى مجازى بدلا من معناها الحرفى ) لا يصح القول بأن الكسل المزمن «مرض» . وفى رأيي أننا قبل أن نحكم بأن «فلاناً» من الناس يعانى من مرض عصبى\* يجب أن نتفحص شخصيته المتنافرة عن قالب يختلف اختلافاً كبيراً عن حالة السواء ، وهذا يعنى عادة أنها تختلف اختلافاً كبيراً عن القالب الذى تفصحت عنه شخصية

\* نرجح أن المؤلف يعنى هنا مرضاً عصابياً (Neurotic illness) لمرضاً عصبياً (Nervous illness) الذى يعنى إصابة عضوية بالجهاز العصبي (المترجم)

المريض قبل أن يقع فريسة المرض . ويعبر الأصدقاء والأقارب عن هذه الحالة في اللغة العادية بقولهم « إنه منذ مرض تغيرت حالته جداً » أو « إنه تغير جداً بحيث كدت لا أعرفه » أو « إنه غريب جداً » .

ولست في حاجة إلى مناقشة ماهية هذه التغيرات الكيفية هنا . ويمكن القول باختصار إن هذه التغيرات على أنواع متعددة تطابق بوجه التقريب مجموعات الأعراض التي تميز الأمراض العصبية\* المختلفة . وإني أرى أن خير الوسائل لبحث طبيعتها هي تحليل العوامل الطائفية كما ذكرنا سابقاً . والأغلب أن يكون السبب صراعاً عقلياً دقيقاً . وفي العادة يكون هذا الصراع من الشدة بحيث لا يحدث تفككاً وحسب بل تصدعاً أيضاً ، أى نوعاً من الخلع الذهني أو الآفة الذهنية . وسواء أكانت الصراعات خفيفة أم شديدة فإنها يمكن أن تحدث بإحدى الطرق غير المعقولة ، وتترزق هذه الطرق ( نتيجة « للشرطية » ) إلى أن تصبح مزمنة . وهذا يؤدي إلى نماذج خاصة من الشخصيات السيئة التكامل التي قد تشخص ( وخاصة أثناء الطفولة ) بأنها عصابية ، أى محققة المرض ، في حين أنها في رأي خالية من المرض تماماً . وكل ما يحتاج إليه أمثال هؤلاء إما التربية الوقائية أو التدريب من جديد ( إقامة شرطيات جديدة ) لكي نحول دون نمو العادة الشاذة فلا تثبت بصفة دائمة . وهذا أمر خاص بالمعالجة التربوية لا بالمعالجة العلاجية ، وهو لا يدخل في نطاق الطبيب إلا بمقدار ما يدخل فيه مران الصوت أو تعليم البيان ( البيانو ) .

والأغلب أن تكون أسباب الصراع والشرطية الخاطئة موجودة في البيئة ، ومن ثم فقد نحتاج ، بالإضافة إلى التربية الخلقية أو إعادة التربية الخلقية من جديد ، إلى تغيرات اجتماعية ( تغيير الآباء والمعلمين وأصحاب العمل والزملاء إلخ . معاملتهم ، أو الإبعاد عن البيت أو المدرسة أو مكان العمل أو البحيرة إلخ ) . وهذا بدوره ليس أمراً طيباً .

متابعة التاريخ : يمكن أن نختبر صحة هذه النظرية بالتاريخ اللاحق لمثل هذه الحالات إلى أبعد ما استطاع . والاكتفاء بزيارة العيادة العامة أو عيادة الطبيب لا يؤدي إلى النجاح إلا في عدد قليل نسبياً مع الأطفال ( أما مع البالغين فإن مثل هذه الزيارات أفضل أثراً ) . ويعنني ضيق المقام من أن أذكر التحليل المفصل لنتائج تتبع الحالات ، فقد ذكرت هذه النتائج قبلاً في التقارير الرسمية التي رفعتها إلى بلدية لندن . وقد وجدنا أن ٧٠٪ من الحالات التي فحصت فحصاً نفسياً وعلجت

بطرق تربيبية واجتماعية تحسنت ، في حين أن ٥٥٪ فقط من الحالات التي عولجت في العيادات هي التي تحسنت . وكان هذا النجاح أو الفشل يحدث بصرف النظر عن المدرسة السيكولوجية السائدة بالعيادة ( أى سواء كانت وفقاً لنظرية فرويد أو يونج أو أدلر ، أو وفقاً للنظرية الجسمية ) . وقد تبعنا عرضاً التاريخ اللاحق لعدد من الأطفال كانوا في قائمة الانتظار لبعض العيادات ولم يتمكنوا ( نظراً للازدحام ) من الحصول على أى علاج إطلاقاً ، فوجدنا أن ٤٠٪ من هؤلاء شفوا تلقائياً .

**دراسة تجريبية :** في الأثناء التي كان التحليل النفسى فيها يجذب الأنظار على نطاق واسع كان يقال كثيراً إن فرويد وأصحابه كشفوا عن العمليات الأساسية التي تقوم عليها الشخصية ، سوية أو عصابية . ولو كانت الفروض الفرويدية صحيحة لكان من الممكن أن نحققها تجريبياً على القواعد التي ينبغى أن تستعمل في أية نظرية علمية أو طبية . ولكن الغريب أن مدارس التحليل النفسى لم تقم إلا ببعض تجريبية قليلة جداً ، ومن السهل أن نرى أن النظريات والأفكار الفرويدية ، مهما يكن فيها من اقتراحات ، لا تصلح للتأييد التجريبي . ولكننا إذا ترجمناها إلى لغة علم النفس العام ففي رأينا أننا نجد فيها كثيراً مما يمكن أن يصلح للدراسة التجريبية .

وحتى الآن لا يزال جانب من أهم الدراسات المفيدة في الميدان التجريبي من إيحاء مدرسة بافلوف . فقد بين بافلوف وأصحابه أن نماذج الشخصية ، كتلك التي نراها في الإنسان ، يمكن أن ترى في الكلاب وغيرها من الحيوان ، وأنه من الممكن بالوسائل التجريبية أن نستحدث ، ونحلل ، ونعالج ، ونشفي النماذج المختلفة من الشخصية العصابية في تلك الحيوانات . ولكننا المدرسة البافلوفية اصطلاحاتهم الخاصة ، ولكن أغلب الباحثين المحدثين متفقون على أن السبب الأساسي للعصاب التجريبي صراع يقوم بين دافعين انفعاليين قويين . وبذا نرى أن من أهم الوسائل لحدوث العصاب التجريبي أن نطعم الكلب في سحارة خاصة ، وكلما أوشك على التوجه إلى السحارة المعتادة أرسلنا عصفاً حادة من الهواء على وجهه . ويمكن القول بوجه عام إن العمليات الفعالة هنا تطابق تلك التي يذكرها كستاب مدرسة التحليل النفسى . ولكن وصفها بلغة العمليات الذهنية البسيطة أسهل كثيراً من وصفها في تلك الأفكار المزخرفة نوعاً ما والعبارات البهيجة التي أدخلها فرويد . وقد استطعت

في كتي أن أدرس نشوء الأعراض العصائية الخفيفة وأن أتبع سيرها وعلاجها بطرق مشابهة في الطلبة الذين تطوعوا للمساهمة في تلك الدراسات . وإنه لأكثر يسراً حتى الآن أن ندرس تدريب بعض نماذج الشخصية وأن نكون إستجاباتها الشرطية من جديد بالوسائل التجريبية إذا كان البحث يبدأ بالفروض التي ذكرت مجملها هنا .

**المخرصة :** إننا لا نزال في بدء هذه البحوث ، ولكن يبدو أن بعض النتائج العملية بدأت تبرز من الاعتبارات النظرية التي لخصتها .

فقد أشرت منذ سنوات طويلة إلى أن الأنواع المرضية للنقص العقلي في أطفال المدارس الأولية بانجلترا ، وهي التي تذكر في أرقام مرتفعة في الكتب الطبية ، نادرة نسبياً ، وأن الذهان ( المرض العقلي أو الجنون ) يكاد يكون غير موجود ، كما أني أعتقد أيضاً أن العصاب ( المرض العصبي الوظيفي ) ، على الرغم من وجوده . أقل بكثير مما يظن . وإن كثيراً مما يشخص عصاباً ليس إلا حالات انحراف غير مرضي يحمل في علاقته بالعصاب الحقيقي كثيراً مما تحمل الغباوة والتخلف والأنواع المألوفة في النقص العقلي للحالات المرضية فيه . ومعالجة كل حالات « الأطفال المشكلين » و « الأطفال الجانحين » و « الأطفال سيئ التكيف » وأمثالهم بمعرفة أطباء مختصين بالطب العقلي يكون مسرفاً في نفقاته وقليل الأثر في نتائجه . فإن هذه الحالات تعاني من انحراف في الشخصية لا من اعتلالها . ومن ثم فإنها تقع في نطاق عالم النفس لا الطبيب . وقد يحتاج جانب منها إلى فحص عقلي تمهيدى لاستبعاد احتمال المرض المحقق ، ولكن الغالبية منها يمكن أن تفحص وتعالج بمعرفة عالم النفس المدرسي ( بمساعدة المدرسين والزمائرين الاجتماعيين ) الذين يؤهلهم مراتهم التربوي والاجتماعي لأن يفهموا مثل هذه الحالات ويعالجوها خيراً مما يستطيع طبيب المدرسة أو الإخصائي في الطب العقلي . ولما كنا بحاجة ملحة إلى الاستزادة من البحث فإن عالم النفس المدرب في مركز أفضل للقيام بنصيبه في المساهمة العلمية .