

البعد الحضارى

فى العمل العيادى

مقدمة :

يعتبر علم النفس بفروعه الأساسية والتطبيقية التى نعرفها الآن، ثمرة من ثمار التقدم الغربى الحديث، الذى توالى فصوله بعد عصر النهضة الأوروبية (Brett 1962). وقد ظهرت البدايات الأولى لعلم النفس فى النصف الأول من القرن التاسع عشر مختلطة مع بعض التجارب الفيزيولوجية التى كان يجريها علماء الفيزيولوجيا فى معاملهم. وشيئاً فشيئاً استقل هذا الوليد الجديد بموضوعاته ومعامله (Boring 1957). وعلى امتداد القرن العشرين نما وتفرع إلى فروع متعددة أساسية وتطبيقية. ومن أحدث الفروع التى استجدت فى مسيرته فرع علم النفس الحضارى، وتُكرس فيه جهود الباحثين للكشف عن الدور الذى يقوم به الإطار الحضارى فى تشكيل سلوك الفرد وخبراته. (Shweder & Sulliman 1993)، ويعتبر صدور الدورية المسماة Culture & Psychology بدءاً من مارس سنة ١٩٩٥ خطوة بالغة الأهمية فى تنشيط البحوث المؤدية إلى تسارع النمو فى هذا الفرع الجديد.

وقد ترتب على ظهور علم النفس الحضارى هذا نتائج متعددة، أهمها فيما يخص التطبيقات العيادية أن بدأ المشتغلون باستثمار هذه التطبيقات يتنبهون إلى ضرورة مراعاة البعد الحضارى فى جميع خطوات عملهم العيادى. وكانت المحصلة النهائية لهذا التنبيه ضرورة توخى الحذر الشديد عند ممارسة أى مفردة من مفردات المهمتين الرئيسيتين اللتين يقوم بهما الأخصائى النفسى فى العيادة،

وهما: القياس التشخيصي، والعلاج؛ بمعنى عدم التسليم مقدماً بأن أى أداة من أدوات الفحص والقياس المعروفة (ومعظمها جرى ابتكارها وجرت معايرتها فى المجتمعات الغربية) يمكن استعمالها كما هى فى أى مجتمع من مجتمعات العالم، سواء كان هذا المجتمع قائماً فى إطار الحضارة الغربية أم لم يكن، ولكن لابد من التساؤل أولاً عما إذا كانت هذه الأداة تعرضت أثناء تكوينها ومعايرتها لتسرب عناصر من الإطار الحضارى الخاص بمجتمع المنشأ إلى فحواها، وما هذه العناصر؟ وما مدى تدخلها؟ وفى هذه الحالة كيف يمكن العمل على التحكم فى تأثير هذه العناصر أو تحييدها، بحيث نستطيع الانتقال بالأداة من داخل إطار المنشأ للاستعمال السليم فى ظل أطر حضارية أخرى. وما يقال عن أدوات الفحص والقياس التشخيصى يقال كذلك عن العلاجات النفسية القائمة الآن، والتي اخترعت هى الأخرى وتمت معايرتها فى مجتمعات الحضارة الغربية. هذه الأسئلة وما يتداعى حولها من اعتبارات تفصيلية هى ما سوف نتناوله فى هذا الفصل.

الأصول العلمية لمنظور الإطار الحضارى للوظائف النفسية:

الكلام الوارد فى الفقرة السابقة لا يعنى أن علماء النفس لم يتنبهوا إلى دور الإطار الحضارى فى تشكيل السلوك إلا فى العقدين السابقين. ولكن ما نقصد إلى توضيحه هو أن التنبه إلى أهمية هذا الدور بلغ مستوى جديداً، لم يكن قد بلغه من قبل، ومن ثم فقد بدأ علماء النفس يطرحون أسئلة حول حدود هذا الدور وماهيته لم يكونوا يطرحونها من قبل. أما مستوى تنبهم فى هذا الشأن قبل ذلك فقد كان أقل من ذلك بكثير.

وإلى القارئ بعض ملامح الاهتمام المبكر الذى نشير إليه: يقول كاتس وشانك D. Katz & R. Schanck فى كتابهما «علم النفس الاجتماعى» الصادر سنة ١٩٣٨ ما يأتى: «إن تشكيل الحضارة للشخصية أمر مسلّم به من زمن طويل...» (Katz & Schanck 1938, p. 513).

وفي موضع آخر من المرجع نفسه، يشير المؤلفان إلى بحوث مارجریت ميد M. Mead عالمة الأنثروبولوجيا المشهورة في هذا الصدد بقولهما «وقد أوردت مارجریت ميد عدداً من البحوث الأنثروبولوجية، التي توضح فعلاً كيف ولماذا يختلف الناس في أنحاء العالم المختلفة عن بعضهم البعض» (المرجع نفسه، ص ٥١٧) (Mead 1942; 1949; 1950). كذلك يتناول جاردنر ميرفي وزملاؤه الموضوع نفسه في أكثر من موضع في كتابهم «علم النفس الاجتماعي التجريبي» الصادر سنة ١٩٣٧ (Murphy et al. 1937, p. 739-757).

معنى ذلك إذاً أن علماء النفس كانوا متنبهين - منذ زمن طويل نسبياً - إلى أهمية دور الإطار الحضاري في تشكيل جوانب السلوك المختلفة في الفرد، وكذلك كان كثير من العلماء الاجتماعيين، الذين يكرسون جهودهم البحثية لدراسات الأنثروبولوجيا الحضارية، وعلم الاجتماع. ولكن الجديد الآن في التنبيه الذي نشير إليه هو المستوى الذي بلغه أخيراً.

وهذا ما يعبر عنه رئيس تحرير دورية «الحضارة وعلم النفس» في تقديمه العدد الأول من المجلد الأول من الدورية؛ إذ يقول: «... إن دورية» الحضارة وعلم النفس» ليست مجرد دورية إضافية لنشر مقالات إمبريقية... في «علم النفس عبر الحضاري»^(١)، أو علم النفس الارتقائي، أو الاجتماعي. لكنها دورية تتوقع من المسهمين في تحريرها أن يعرضوا فيها نظرياتهم حول التأثير الحضاري المنظومي^(٢). (أي الناجم عن الحضارة كمنظومة) في الظواهر النفسية. بعبارة أخرى إن الحضارة ليست متغيراً مستقلاً (ولا متغيراً تابعاً)، إنها مفهوم نستخدمه كعنوان يشير إلى التنظيم ذي الطابع المنظومي^(٣)، الذي يكتنف العمليات النفسية من حيث كونها عمليات تنطوي على تاريخ ومعنى^(٤)، كما تكشف عن نفسها في مختلف إفصاحاتها». (Valsiner 95).

(1) cross - cultural psychology.

(2) systemic functioning of culture.

(3) systemic organization.

(4) semiotic and historic.

وفي الفقرات التالية من هذا القسم، نقدم للقارئ - بمزيد من التفصيل - بضعة أمثلة من بحوث واقعية توضح كيف أن البُعد الحضاري في تشكيل سلوك الفرد لم يكن غائباً تماماً عن وعى الباحثين قبل النقلة الأخيرة. ففي دراسة أجرينا ونشرناها سنة ١٩٦٢ بعنوان «إطار أساسى للشخصية: دراسة حضارية مقارنة على نتائج التحليل العاملى»، كان هدفنا الرئيسى هو الدراسة الحضارية المقارنة لإطار أيزنك للشخصية لمعرفة ما إذا كان يصلح لتنظيم سمات الشخصية فى ظروفنا الحضارية فى مصر، باعتبارها ظروفاً تختلف إلى حد ما عما يحيط بالشخصية فى الحضارة الأنجلو أمريكية.

وقد أجريت الدراسة على مجموعتين من الأشخاص: مجموعة إنجليزية تعيش فى إنجلترا (ن = ٢٠٠)، ومجموع مصرية تعيش فى مصر (ن = ٢١٥). أما عن أدوات البحث فكانت عدداً من مقاييس الشخصية المعروفة عالمياً، وهى مستمدة من مصدرين: أحدهما ما يعرف ببطارية مقاييس منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية^(١)، والثانى ما يعرف ببطارية جليفورد لمقاييس الشخصية. وقد اخترنا من البطارية الأولى ثلاثة مقاييس، هى: R,C,D، واخترنا من البطارية الثانية مقاييس Pt, Hy, Pd*. وأجريت التحليلات الإحصائية المناسبة على البيانات التى جمعناها على المقاييس لكل من المجموعتين على حدة، وأدت هذه التحليلات إلى استخلاص عاملين فى حالة كل مجموعة، أحدهما عامل يسمى عامل «العصابية»، وهو يقيس كل مظاهر التآرجح الوجداني بدءاً من شدة التآرجح (بصورة مرضية) إلى تمام الاتزان والاستقرار. والعامل الآخر يسمى عامل «الانطواء / الانبساط»، وهو يقيس كل مظاهر الانطواء بدءاً من غلبة الانطواد تماماً حتى انحسار هذه المظاهر تماماً لتحل محلها جميع مظاهر الانبساط.

ومعنى ذلك إذاً أننا توصلنا فى هذا البحث إلى إقرار بأن الإطار المكوّن من عاملى «العصابية» و «الانطواء / الانبساط» يصلح كإطار أساسى لوصف كل من

(1) MMPI

* تقوم هذه الحروف كاختصارات لأسماء المقاييس. وهى معروفة للمتخصصين. وتوجد عن كل منها معلومات تفصيلية كافية فى النص الأصيل للبحث، الذى نقتصر هنا على تلخيصه.

الشخصية الإنجليزية والشخصية المصرية (ذكوراً وإناثاً) (سوف ١٩٦٢). ولكن في مقابل هذه النتيجة ظهرت أمامنا نتيجة أخرى في البحث نفسه خلاصتها أن المصريين ذكوراً وإناثاً حصلوا على درجات (متوسطات) أعلى مما حصل عليه الإنجليز ذكوراً وإناثاً على المقاييس الستة جميعاً، التي استخدمناها في هذه الدراسة. ومعنى ذلك إذاً أن العوامل الأساسية لتنظيم الشخصية لم تتأثر باختلاف الإطار الحضارى، بينما تأثرت مستويات الاستجابة للعناصر (أو المتغيرات) المكوّنة لهذه العوامل. وقد أثارت هذه النتيجة لدينا عدداً من الأسئلة ناقشناها في حينها، من حيث دلالاتها الإكلينيكية. ولكن هذه المناقشة لاتناسب المقام الراهن. المهم الآن هو مجرد ذكر هذا البحث؛ باعتباره من الأدلة على اهتمام المتخصصين النفسيين بمدى تدخل الإطار الحضارى في تشكيل سلوك الفرد.

ونتقل إلى ذكر بحث آخر، وهو بعنوان: «التطرف واللامبالاة، والتوسط: دراسة حضارية مقارنة»، وقد نشرناه سنة ١٩٦٨. وفيه استخدمنا مقياساً للاستجابات المتطرفة من تصميمنا نحن (Soueif 1958)، وقد أجرينا عليه بحثاً متعددة، كانت معظمها تهدف إلى استكشاف طبيعة الاستجابة المتطرفة وما يؤثر فيها من مثيرات محيطة بالأفراد. ومن بين هذه الدراسات كانت دراستنا التي نوردها هنا، وكان هدفها كما هو واضح من عنوانها الكشف عما إذا كانت هذه الاستجابات المتطرفة مرتبطة بصورة ما بالإطار الحضارى للشخص. ولذلك طبقنا المقياس على ثلاث مجموعات من الأفراد: مجموعة مصرية (ن = ٥٠ ذكوراً و ٥٠ إناثاً)، ومجموعة سورية (ن = ٣٢ ذكوراً و ٤٧ إناثاً) ومجموعة أردنية (ن = ٥٠ ذكوراً و ٤٧ إناثاً).

وقد صيغ الفرض (الأساسى) الموجه للدراسة على النحو الآتى :
«الجماعات القومية التى تشغل مواضع مختلفة على تدرج متصل يمثل انصباب التحضر، تتفاوت فيما بينها من حيث سمة النفور من الغموض كما تقيسها الاستجابات المتطرفة على المقياس (المعروف بهذا الاسم). فإذا تساوت سائر

الشروط، فإن الجماعة القومية المعرضة لتغيرات حضارية أسرع وأشمل تميل إلى إصدار عدد من الاستجابات المتطرفة، يفوق ما تميل إلى إصداره جماعة قومية أخرى معرضة لتغيرات بطيئة ومحدودة نسبياً.

ولاختبار صحة هذا الفرض، وضعنا عدداً من التنبؤات وتقدمنا لامتحانها بإجراء التحليلات الإحصائية الملائمة. وقد توصلنا من هذه التحليلات إلى عدد من النتائج يهمننا منها في السياق الراهن ما تبين من أن: الذكور المصريين أعلى توتراً من الذكور السوريين، وهؤلاء أعلى توتراً من الذكور الأردنيين، بما يتناسب وسرعة وشمول التغير الحضارى الذى يكتنف كلا من المجتمعات المصرية والسورية والأردنية. وجدير بالذكر هنا أن الفرض الذى وضعناه لم يصدق في حالة الإناث. لكن هذه قصة أخرى اقتضت معالجات أخرى. ونتوقف بالنسبة لهذا المثال الثانى عند هذا الموضوع. (سويف ١٩٦٨، ص ١٨٣؛ Soueif 1968).

ونعود بالقارئ إلى السبب الذى من أجله قدمنا هاتين الدراستين فى هذا المقام. فنحن هنا بصدد دراستين سيكولوجيتين، تتجهان أساساً إلى الكشف عن مدى تأثير سلوك الفرد (كما يمكن رصده على مقياس نفسية دقيقة) بالإطار الحضارى الذى يكتنف حياة هذا الفرد. وهناك مئات البحوث المنشورة من هذا الطراز، وهو الطراز الذى نسميه بالبحوث الحضارية المقارنة، أو البحوث عبر الحضارية، وقد نشرت هذه الدراسات على امتداد القرن العشرين. والسؤال الذى يفرض نفسه الآن: ما الذى يميز المستوى الجديد من التنبه لأهمية الإطار الحضارى فى تشكيل سلوك الفرد؟

للإجابة عن هذا السؤال، نخطو خطوتين: أولاهما تقضى بالفحص الدقيق للدراستين المصريتين اللتين قدمناهما، ونعنى الفحص الدقيق للكيفية المنهجية التى عولج بها عامل الإطار الحضارى فى كل منهما. كيف عولج؟ الإجابة أنه عوامل كمتغير مستقل؛ فالباحث ينوع الإطار الحضارى، ويقارن بين الأشكال

التي يتشكل بها سلوك واحد كما يصدر عن مجموعات الأفراد التي تنتمي كل منها (أى كل مجموعة) إلى إطار حضارى بعينه. والمنطق القائم وراء هذه المقارنة يتلخص فى أنه مادام سلوك الأفراد المفحوصين واحدا (كما يرصده مقياس بعينه) فالمفروض ألا تزيد الفروق بينهم عما تسمح به حدود الفروق الفردية داخل المجتمع الواحد. فإذا تبين لنا من التحليلات التي نجريها أن الفروق السلوكية داخل كل مجموعة حضارية أقل بكثير من الفروق السلوكية بين كل مجموعة حضارية وأخرى؛ فالمنطق يقضى باستنتاج أن هذا التجانس النسبى داخل كل مجموعة يرجع إلى عامل الإطار الحضارى الذى تنتمي إليه كل مجموعة. وهذا بالضبط هو المنطق الاستنباطى القائم وراء نوع التحليلات الإحصائية التي نجريها فى مثل هذه البحوث^(١). ومعظم البحوث الحضارية المقارنة تتبع هذا المنطق وتستخدم هذه التحليلات.

ويلاحظ أن النتائج التي يحصل عليها الباحثون تشير أحيانا إلى وجود فروق حضارية فى هذا السلوك أو ذاك، وأحيانا أخرى تشير إلى عدم وجود فروق حضارية، وهذا بالضبط ما حدث فى البحثين اللذين قدمناهما كنموذجين؛ فقد ظهرت فروق فى البحث الأول بين درجات المصريين (كمجموعة حضارية) ودرجات الإنجليز (مجموعة حضارية كذلك) على جميع مقاييس الشخصية التي استخدمناها، ولكن لم تظهر بين المجموعتين فروق فيما يتعلق بطبيعة العوامل النفسية القائمة وراء مظاهر السلوك التي قسناها. وفى البحث الثاني ظهرت فروق بين المصريين والسوريين والأردنيين على مقياس الاستجابات المتطرفة الذى نستخدمه كمقياس لما نسميه بالتوتر الحضارى.

هذا عن الخطوة الأولى حول ما يميز البحوث الحضارية المقارنة التي عُرفت على امتداد القرن العشرين، وخلصتها أن الباحثين درجوا على معاملة الإطار

(١) نشير هنا إلى التحليل الإحصائى المعروف باسم «تحليل التباين» analysis of variance. ويستطيع القارئ المستزيد أن يرجع فى هذا الصدد إلى مراجع كثيرة (مثل : Hays : Ferguson 1976, P. 226; 1963, p. 356).

الحضارى «مجملاً»، وذلك للإجابة عن سؤال مُجمل كذلك، هو: هل يفرق هذا الإطار أم لا يفرق بين من ينتمون إليه ومن لا ينتمون؟

وننتقل الآن إلى الخطوة الثانية. وتتلخص فى أن نجيب عن سؤال: ماذا إذاً يميز المستوى الجديد من التنبه لأهمية الإطار الحضارى؟ والإجابة عن هذا السؤال تتلخص فى أن مفهوم الحضارة فى التنبه الجديد ينظر إليه على أنه أعقد بكثير من الشكل الذى كان يُستعمل به من قبل.

وتتلخص أوجه التعقد هذه فيما يأتى :

أولاً: أن التنبه الجديد يقضى بأن نتعامل معه على أنه عملية فى تدفق مستمر.

ثانياً: أنه عملية تاريخية بمعنى أنها تلخص فى كل لحظة الماضى والحاضر والمستقبل بالنسبة للموضوع الذى تنصب عليه.

ثالثاً: أن هذه العملية التاريخية تكون ذات طبيعة حوارية فى تفاعلها مع موضوع التفاعل؛ بمعنى أنها تشكله وهو يعيد تشكيلها فى كل لحظة من لحظات التفاعل (Cole 1995).

ومن الواضح هنا أننا بصدد مستوى (تفصيلي) جديد من المعالجة لمفهوم الحضارة، سوف تترتب عليه معالجات جديدة لمسألة التشكيل الحضارى لسلوك الفرد، وهو ما اقتضى استخدام عنوان جديد لبحوث التشكيل الحضارى، فبدلاً من العنوان القديم «البحوث الحضارية المقارنة» أصبح العنوان الجديد هو «علم النفس الحضارى»، إشارة إلى ما تبين من أن العناصر الحضارية ليست مجرد إضافة خارجية تضاف إلى السلوك، ولكنها أكثر اندماجاً فى تكوينه أو تخلُّقه.

البعد الحضارى فى القياس التشخيصي:

ما أوردته من توضيح فى القسم السابق لايزيد عن أن يكون مقدمة لشرح الاهتمام الزائد، الذى يبدو فى السنوات الأخيرة بموضوع التنوع الحضارى

لسلوكيات الأفراد. وقد وصل الأمر بهذا الاهتمام إلى أنه نفذ إلى مجال علم النفس العيادي بحيث بدأ البعض يتحدثون عن علم النفس العيادي الحضارى (Kazarian & Evans 1998) وهذا هو بؤرة اهتمامنا. وفي هذا القسم نتكلم عن القياس التشخيصى من وجهة النظر الجديدة هذه.

نبدأ أولاً بطرح المشكلة كما يواجهها الأخصائى العيادى فعلاً.

على هذا الصعيد تطرح المشكلة نفسها دائماً بصورة معقدة، على النحو الآتى: ما الإطار المرجعى الذى سوف يستند إليه الأخصائى وهو يقيّم هذا الجانب أو ذاك من الجوانب المتعددة لسلوكيات الشخص المطلوب فحصه؟ هل هو إطار مرجعى محلى، أم إطار مرجعى عام؛ بمعنى أنه يصلح لتقييم المظهر السلوكى الذى نحن بصدده عند هذا الشخص وعند أى شخص آخر من أى مجتمع كان؟ هذا السؤال يواجهه كل أخصائى عيادى فى كل مكان، فى مصر، وفى الولايات المتحدة الأمريكية، وفى الهند... إلخ.

والطريق إلى الإجابة الدقيقة عنه طريق ملئ بالمشكلات. ولكنه يتحدد فى نهاية الأمر بناء على اعتبارين أساسيين:

أولاً، اعتبار يتعلق بالهدف من التقييم، هل الهدف من التقييم إسناد عمل معين لهذا الشخص؟ فى هذه الحالة لابد للفاحص من أن يدخل فى اعتباره الخصائص الموضوعية للعمل، فى الوقت نفسه الذى يحسب فيه خصائص هذا الشخص المفحوص.

ثانياً، اعتبار يتعلق بمقارنة هذا الشخص بالآخرين (بغض النظر عن العمل الذى يقوم به)؛ أين يقف هذا المفحوص مقارنة بهم من حيث اتجاهه إلى التوافق؛ هل يقف فى المقدمة، أم فى فئة وسط، أم فى ذيل الترتيب؟ فى هذه الحالة لابد من إدخال الإطار الحضارى فى الحساب.

نضرب هنا مثلاً محدداً؛ شاب يقيم مع أسرته فى مدينة القاهرة، يبلغ من العمر ٢٢ سنة. يدرس فى كلية الهندسة. تعرّث فى دراسته الجامعية فى السنتين

الأخيرتين، وكان تعثره مصحوباً بالقلق الشديد، مع نوبات من البكاء من حين لآخر. ومن ثم فقد حوّل إلى العيادة النفسية طلباً للفحص والعلاج. عندما يواجه الأخصائي العيادي مثل هذه الحالة يتنبّه إلى أنه بصدد مهمتين أساسيتين: تتعلق الأولى بمدى ملاءمة قدرات الطالب ومهاراته العقلية لطبيعة الدراسة في كلية الهندسة (في الفرقة التي ينتمى إليها). وتتفرع عن هذه المهمة عدة أسئلة، يتعلق بعضها بمستوى ذكائه، والبعض الآخر بمستوى تحصيله السابق على بلوغه الفرقة التي ينتمى إليها، وهل حدث أن تعثر من قبل منذ التحاقه بكلية الهندسة، وإذا لم يكن قد تعثر من قبل فماذا جدّ بالنسبة له، هل من الممكن أن يكون قد أصيب مؤخراً بنوع من التدهور العقلي⁽¹⁾؟ . . . إلخ.

ومن الواضح أن هذه الأسئلة جميعاً تدور حول محور رئيسي هو مدى المواءمة بين قدرات الطالب العقلية، أو توظيف هذه القدرات، وطبيعة المسائل الهندسية والعناصر العقلية اللازمة لحل هذه المسائل. هذه هي المهمة الأولى التي تواجه الأخصائي العيادي عند تصديده لفحص الطالب الذي نحن بصدده. والمفترض في أداء هذه المهمة أن يؤديها الأخصائي العيادي في مصر كما يؤديها زميله في إنجلترا، أو في الصين، أو في أي مجتمع/ دولة في العالم؛ لأن دروس الهندسة هي دروس الهندسة في كل مكان، وهو ما يعني أنه لا دخل للإطار الحضاري فيها من حيث جوهرها. هذا كله عن المهمة الأولى.

وننتقل بعد ذلك إلى المهمة الثانية التي تواجه الأخصائي إزاء هذا المريض نفسه. ونتصور هنا أن نتائج فحوص المهمة الأولى انتهت إلى الإقرار بأن قدراته ومهاراته العقلية مناسبة للتلمذة في كلية الهندسة، كما أننا لم نجد ما يشير إلى أنه أصيب حديثاً بأي تدهور عقلي، فهذه النتيجة تملئ على الأخصائي أن يتقدم لأداء المهمة الثانية؛ وتدور هذه المهمة حول محور رئيسي هو الجانب الوجداني⁽²⁾، وهو جانب متعدد المظاهر يضم في طياته كل ما يتعلق بما نسميه

(1) intellectual deterioration.

(2) affect.

التقلبات المزاجية كالضيق والقلق والاكتئاب والخوف والتوجس... إلخ. ويكون جوهر السؤال المطروح على الأخصائي في هذه الحالة هو: هل يعاني هذا الطالب من اضطراب ما في هذا الجانب من الشخصية؟ ويأخذ الأخصائي في اعتباره في هذا الصدد الشكوى من أن هذا الشاب أصبح كثير البكاء في الشهور الأخيرة، ومن ثم يفكر (الأخصائي) في احتمال أن يكون الشاب في حالة معاناة من أعراض اكتئابية، واحتمال أن تكون هي المسئولة بصورة ما عن تعطيله عن الاستخدام الأمثل لقدراته ومهاراته العقلية اللازمة لفهم دروسه الهندسية واستذكارها وأداء التدريبات اللازمة لها بما يقتضيه حسن الاستعداد لأداء الامتحانات.

وهنا وفي هذا الموضوع بالضبط تتعقد مشكلة الفحص أو القياس التشخيصي أمام الأخصائي الفاحص؛ إذ يلزمه أن يحسب حساب الإطار الحضاري الذي ينتمي إليه الشاب المفحوص. ولكي يتضح معنى هذا الكلام، يحسن بالقارئ أن يتذكر ما قلناه في القسم السابق من هذا الفصل عن الخلفية العلمية لموضوع تدخل الإطار الحضاري؛ فقد قدّمنا تلخيصاً لدراسة حضارية مقارنة، قمنا بها على مجموعتين من الأشخاص إحداهما إنجليزية والأخرى مصرية، وطبقنا على أفراد المجموعتين عدداً من مقاييس الجانب المزاجي (أو الوجداني) للشخصية، وتبين لنا عند المقارنة بين درجات المجموعتين على كل من هذه المقاييس أن متوسطات الدرجات في حالة المواطنين المصريين كانت دائماً أعلى بكثير من نظائرها عند الأفراد الإنجليز. ومع ذلك فعندما أجرينا تحليلاً عاملياً لنتائج كل مجموعة وقارنا بين نتائج التحليلين، وجدنا أن العوامل النفسية التي تقيسها هذه المقاييس في المجموعتين متشابهة، وهو ما فسره على أنه برهان على أن المقاييس كانت تقيس الأبعاد النفسية ذاتها في كل من المجموعتين، رغم اختلاف مستوى الدرجات في كل منهما. (سوف ١٩٦٢).

ولكي ندرك ما يمكن أن نرتبه على هذه النتيجة، ونحن نذكرها في السياق الحالي، نتقدم خطوة جديدة حول مزيد من التفصيل. فقد كان أحد المقاييس

المستخدمة فى تلك الدراسة مقياس «التذبذبات الوجدانية»^(١) (من بطارية جيلفورد)، وعلى هذا المقياس جاءت نتائج المصريين أعلى بكثير من نتائج الإنجليز. ومع ذلك فقد كانت مجموعة المصريين المفحوصين (فى ذلك البحث) مجموعة من الأشخاص الأسوياء بحسب المحكات المأخوذ بها فى مجال الصحة والمرض النفسيين، شأنهم فى ذلك شأن مجموعة الإنجليز المفحوصين. فكيف نتعامل مع هذه الحقائق مجتمعة هكذا؟ نتعامل معها على الوجه الآتى: فى حالة الشاب الذى نحن بصدد فحصه لايجوز لنا، ونحن نحاول أن نعطى معنى لدرجته على هذا المقياس (إذا افترضنا أننا استخدمنا هذا المقياس ضمن أدوات الفحص التى نستعين بها) لايجوز لنا أن نقارن بين درجته على هذا المقياس ومتوسط الدرجة التى يحصل عليها نظيره الإنجليزى، ولكن يجب أن تكون المقارنة بين درجته ودرجة نظيره من المصريين الأسوياء، ثم نحمل نتيجة المقارنة ما يمكن تحميله إياها من معنى.

والمغزى من وراء هذا الإجراء يمكن تلخيصه على النحو الآتى: مادام المصريون الأسوياء يقفون على هذا المقياس مرتفعين عن نظرائهم الإنجليز الأسوياء، فربما كنا هنا بصدد تدخل حضارى ما، وبغض النظر عن التأمل فى معنى هذا التدخل الحضارى يلزمنا أن نقرأ درجة الشاب المصرى منسوبة إلى درجات نظرائه المصريين. فإذا كانت درجته مرتفعة ارتفاعاً كبيراً عن متوسط درجات مواطنين المصريين المقارنين، أمكننا أن نتكلم عن معاناته من تقلبات وجدانية عنيفة، أما إذا كانت درجته قريبة من متوسط درجات المصريين فلانستطيع أن نتكلم فى حالته عن معاناة مرضية، مهما يكن ارتفاع درجته مقارناً بمتوسط درجات الإنجليز.

خلاصة هذا المثال أننا فى فحصنا لحالة هذا الشاب، وجدنا أننا بصدد نوعين من الفحوص، يتناول أحدهما كفاءة الوظائف العقلية لدى الطالب من حيث

(١) يشار إلى هذا المقياس فى أدبيات التخصص بالحرف الإنجليزى C إشارة إلى الكلمة الإنجليزية cycloid بمعنى «دورى» أو منقلب.

ملاءمتها لنوع العمل الأكاديمي المطلوب منه في الكلية، بغض النظر عن أن هذا طالب مصري يعيش في إطار حضارى له خصائص معينة. ومحور الارتكاز في هذا الصدد هو العمل نفسه بمقتضياته الموضوعية. ويتناول الفحص الثانى أحوال الطالب الوجدانية، وفي هذه الحالة يتدخل الإطار الحضارى بدرجة ملحوظة، ومن ثم يصبح من الضرورى أن نقرأ نتائج الفحص منسوبة إلى مقتضيات الإطار الحضارى.

والآن ننتقل إلى التعقيب على هذا المثال. والتعقيب الرئيسى الذى نسوقه فى هذا الصدد أننا اخترنا أن نقدم للقارئ هنا مثلاً شديداً التبسيط؛ لكى تيسر له متابعة الموضوع. ويتلخص هذا التبسيط فى أننا نحاشينا أن نتكلم عن أى تداخل بين الوظائف العقلية اللازمة لإنجاز العمل (استذكار دروس الهندسة) والحالات الوجدانية، وكأن كلاً من المجالين يقوم بمعزل عن الآخر، وهذا غير صحيح. والصحيح أن واقع الحياة النفسية للطالب المفحوص أعقد من ذلك؛ فالعمليات العقلية اللازمة لإنجاز العمل المطلوب من الطالب تخضع فى مستوى تشغيلها لعناصر من حالاته الوجدانية؛ مثال ذلك أنها تخضع لمستوى الدافعية، عند الطالب، أى مدى تمكنه من تعبئة طاقته أثناء الاستذكار، ومحاولة الفهم، وأداء بعض التدريبات اللازمة، كما أن تعبئة طاقة الدافعية على هذا النحو تتأثر بما إذا كان مكتئباً أم غير مكتئب، فيقدر ما يكون مكتئباً ستكون كفاءة عملية تعبئة الطاقة ضعيفة ومن ثم ستكون الدافعية منخفضة. كذلك سيتأثر أداءه بوجه عام بما إذا كان يعانى من قدر من القلق مصاحب للاكتئاب، وربما أدى هذا القلق إلى قدر من التشبث أو ضعف التركيز فى متابعة العمل... إلخ. هذا من ناحية تدخل عناصر وجدانية فى تشغيل الوظائف العقلية.

ولايتوقف الأمر عند هذا الحد، بل نجدنا بصدد تداخل فى الاتجاه المقابل، أى تدخل لعناصر عقلية فى حالات الشاب الوجدانية؛ فإذا كان الشاب يعانى من بعض المشاعر الاكتئابية فسيجد أنها مختلطة بأفكار تدور حول الفشل، بعضها ذكريات عن خبرات فشل ماضية والبعض الآخر توقعات بمزيد من الفشل فى

المستقبل، وسيجد أن هذه الذكريات تأتي أحياناً مصحوبة بتصورات وصور تخيلية تعزز معاني الإحباط... إلخ.

نخلص من هذا إلى حقيقة مهمة، مؤداها أن التداخل بين الوظائف العقلية اللازمة لإنجاز أعمال بعينها من ناحية والحالات الوجدانية من ناحية أخرى حقيقة لا يمكن إغفالها، ولا بد من أن يُحسب حسابها في الفحص والقياس التشخيصيين، سواء كان اهتمامنا أساساً متجهاً إلى قياس الوظائف العقلية للكشف عن مستوى كفاءتها في إنجاز عمل معين له خصائص محددة، أو كان متجهاً إلى فحص أو قياس جوانب بعينها من النشاط الوجداني لتقدير مدى التوافق الاجتماعي، الذي يحققه المفحوص أو يمكنه أن يحققه.

ثم نخلص من هذا كله إلى حقيقة مهمة بالنسبة لموضوع القياس التشخيصي في عمل الإحصائي العيادي، تتمثل في النقاط الآتية:

أولاً: أن الفحوص التشخيصية تقتضي من الأخصائي العيادي أن يكون على علم مقدماً بالهدف من إجرائها.

ثانياً: إذا كان هدف الفحص هو معرفة مدى ملاءمة قدرات المفحوص أو وظائفه العقلية لعمل بعينه، فسوف يكون من واجب الفاحص أن يعرف متطلبات هذا العمل أو خصائصه الموضوعية؛ حتى يستطيع أن يدخلها في حسابه عند انتقاء أدوات الفحص، وعند الحكم بمدى ملاءمة قدرات الشخص ومستوى وظائفه العقلية لإنجاز العمل المطلوب. ويلاحظ هنا أن معظم الأعمال التي تتقدم لإنجازها لها مقتضياتها الموضوعية، بغض النظر عن الإطار الحضاري الذي يحتويها هي والشخص العامل الذي يؤديها. ومعنى ذلك أننا نستطيع أن نستخدم في هذا الجزء من فحوصنا بعض الأدوات، التي تستخدم للغرض نفسه في أي بقعة من العالم، مادام العمل الذي نقوم بالفحص من أجله هو هو في كل مكان.

ثالثاً: ولكن إلحاقاً بالنقطة السابقة، يجب على الفاحص أن يُدخل في حسابه، حتى وهو يقوم بفحوصه في إطار النقطة السابقة، أن تشغيل القدرات

والوظائف العقلية لبلوغ مستوى معين من الكفاءة يتحدد بشكل لا يمكن تجاهله بالظروف أو العناصر التي ينطوي عليها الإطار الحضارى للمفحوص. ولا بد إذًا من أن يضع الفاحص هذه الحقيقة في حسابه، أى أن حكم الملاءمة أو عدم الملاءمة سوف يعتمد فى نهاية الأمر على أساسين: مقتضيات العمل نفسه، وعوامل الإطار الاجتماعى/ الحضارى. وسوف يحتاج الفاحص إلى تحديد الوزن النسبى لكل من هذين المكونين فى حكمه تحديداً، يتفاوت من حالة إلى أخرى حسب ظروف كل مفحوص.

رابعاً: إذا كان هذا الفحص هو فقط تقدير مدى التوافق أو إمكانية التوافق الذى يحققه المفحوص مع متطلبات الإطار الاجتماعى/ الحضارى، فسيكون على الفاحص أن يعطى الوزن الأكبر لمكونات هذا الإطار الاجتماعى / الحضارى، وما يمكن اعتباره المستوى الأمثل أو الشكل الأمثل للتوافق مع هذه المكونات. ومع ذلك فمن واجب الفاحص أن يكون على علم بأن المسألة هنا ليست مسألة نسبية مطلقة لمقتضيات الإطار الحضارى، ولكنها مسألة قدر محدود من النسبية، وأن هذا القدر يقع داخل حدود تفرضها قيود الطبيعة البشرية.

خامساً: إلحاقاً بالنقطة السابقة عندما يتصدى الأخصائى العيادى لفحص وتقدير مدى توافق المفحوص مع مقتضيات الإطار الحضارى الذى ينتمى إليه، فمن واجباته فى الوقت نفسه أن يدخل فى حسابه مدى تعرض المفحوص لعملية «تحضير»⁽¹⁾ متداخلة، وهو ما يعنى أن يدخل فى حسابه ما إذا كان هذا المفحوص قد تعرض لتدخل إطار حضارى آخر، غير الإطار الحضارى الأسمى للمفحوص، وما مدى هذا التدخل.

وأوضح الأمثلة على ذلك ما يتعرض له أبناء الأشخاص المهاجرين من إطار إلى إطار آخر، كأن تهاجر أسرة مصرية إلى إنجلترا أو كندا؛ فإذا تصورنا أن هذه الأسرة ثلاثة أبناء، أحدهم فى السابعة من عمره، والثانى فى الرابعة عشرة،

(1) acculturation.

والثالث فى الثامنة عشرة، فسبحم الأبناء والآباء معهم بصمة الإطار الحضارى المصرى، وسيتعرضون فى الوقت نفسه لتدخلات بأقذار مختلفة فى تشكيل سلوكياتهم وخبراتهم من الإطار الحضارى الجديد، ومن ثم فستكون متطلبات التوافق النفسى/ الحضارى من كل منهم متباينة، وسوف تتباين النتائج السلوكية والخبرية المترتبة على ذلك. فإذا تصورنا أن أخصائى عياديا يقوم بفحصهم حيث هاجروا، فلا بد له أن يحسب حساب تدخلات الإطار الحضارى الجديد، ولا بد له وهو يقدر مدى توافق كل منهم.. لا بد له من أن يدخل فى تقدير هذا التوافق الفروق العمرية، التى صاحبت بداية هذه التدخلات.

هذا مثال شديد التعقيد، ولكن هذا لا يقلل من واقعيته؛ فقد هاجرت على امتداد الثلاثين أو الأربعين سنة الأخيرة الآف الأسر من مواطنها (وأطرها الحضارية) الأصلية إلى مواطن (ذات أطر حضارية) أخرى. وهناك فى المواطن التى تمت الهجرة إليها (مثل إنجلترا وكندا والولايات المتحدة) أصبح الأخصائىون العيادىون يواجهون مشكلات الفحص والتقدير لدرجات التوافق، كما تتحقق عند المهاجرين الجدد، أو من أطلق عليهم فى مجموعهم عنوان «ممثلى الأقليات الحضارية» (حيث إنهم يكونون فى بلد المهجر أقلية حضارية). ولعل القارئ يظن فى هذا الموضوع إلى أن تزايد الهجرات من هذا القبيل فى العقود الأخيرة كان من الأسباب الرئيسية فى بروز مشكة البعد الحضارى فى القياس التشخيصى أمام الأخصائىين النفسىين العيادىين.

على أية حال نترك هذا المثال شديد التعقيد أو التركيب، وننظر فى مثال آخر أقل تعقيدا، ولكنه يحمل المعنى نفسه، ويواجهنا هنا فى مصر بصورة تزداد إلحاحاً يوماً بعد يوم.

ذلك أن أعدادا كبيرة من المواطنين المصرىين يتعرضون هنا فى مصر (دون هجرة أو أى شىء من هذا القبيل) لتأثيرات متعددة ومتفاوتة الواقع، تصل إليهم مما نسميه إطار الحضارة الغربية، عبر قنوات مختلفة. وقد جرى العرف فى كثير من الكتابات عندنا على تسمية هذا التيار الذى تنتقل من خلاله هذه التأثيرات بتيار

«التحديث»⁽¹⁾. ومع أن هذه التسمية ليست دقيقة، مع ذلك فسوف نرتضيها؛ لأنها أصبحت معروفة على نطاق واسع وواضحة المعالم إلى حد كبير، علماً بأن تيار التحديث هذا ليس سوى جانب أو مظهر من مظاهر تيار «التحضير» الذي سبق أن أشرنا إليه. وإنما يُستخدم مصطلح «التحديث» إشارة إلى أن الإطار الحضارى الأصيل الذى يقوم لدينا هو إطار حياة تقليدية، بينما الوارد علينا من تأثيرات من الحضارة الغربية يحمل فى طياته خصائص إطار أشد حداثة.

على أية حال، النقطة التى تستحق المناقشة فى هذا السياق هى: إلى أى مدى يلزمنا إعادة النظر فى موضوع البُعد الحضارى للقياس التشخيصى فى عمل الأخصائى العيادى على ضوء الإشارة إلى موضوع التحديث هذا؟ فليس صحيحاً أننا بصدد أطر حضارية مغلقة، أو مختلفة تماماً أحدها عن الآخر فى كل صغيرة وكبيرة، ولكن الصحيح أننا بصدد أطر يزداد التداخل بينها يوماً بعد يوم، بمعنى أنه يزداد التقارب والتشابه بينها يوماً بعد يوم، على الأقل فيما يتعلق ببعض مجالات الحياة دون مجالات أخرى، كما أن تجليات أو إفصاحات هذا التشابه تكشف عن نفسها من خلال سلوكيات قطاعات من أبنائها أكثر مما تبدو فى سلوكيات قطاعات أخرى. وأخطر ما يترتب على هذه الحقيقة هو أنه لايجوز الكلام عن الإطار الحضارى كما لو كان (بكل من فيه وما فيه من ناس وسلوكيات وخبرات) كتلة متجانسة، وأنه يختلف تماماً عن بعض الأطر الحضارية الأخرى. وعلى ضوء هذا الاستنتاج الأخير ننظر فيما نسميه الإطار الحضارى كما نعيشه فى مصر، وما نسميه الإطار الحضارى الغربى الذى ترد علينا منه كثير من التأثيرات باسم «التحديث» من خلال عديد من قنوات نقل هذه التأثيرات، ونحاول أن نخطو بعد ذلك إلى النظر فيما يخص مهمة القياس التشخيصى من هذه الزاوية.

مشكلات أدوات الفحص والقياس التشخيصى:

سؤالنا الرئيسى هنا هو كيف نواجه مشكلات الفحص والقياس التشخيصى هنا

(1) modernization.

فى مصر؟ للإجابة عن هذا السؤال، يلزمننا أولاً أن نحدد معطيات المشكلة كما نجدها.

وفىما يلى تحديد هذه المعطيات:

١- المشكلة كما أعالجها فى هذا الفصل هى مشكلة الفحص والقياس كما تقدم لطالبي الخدمة من المواطنين المصريين المقيمين فى مصر، وهذا يفرض علينا أن نتعامل مع إطار حضارى على درجة ملحوظة من الانفتاح والتعرض لآثار التحديث. ولكنه فى الوقت نفسه يفرض علينا أيضاً الاعتراف بأن هذا التعرض (للتحديث) لايقوم أمامنا بصورة اجتماعية متجانسة، إذ إن هناك تفاوتاً ملحوظاً بين مستويات تحققة فى قطاعات المجتمع المصرى المختلفة.

٢- مع التسليم بوجوب أن يبادر الأخصائىون المصريون إلى ابتكار أدوات للفحص والقياس من وحي البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها مرضاهم، فإنهم مطالبون فى الوقت نفسه بالإفادة ما أمكن من الكم الهائل من الأدوات المتوفرة فى الميدان، وإدخال التعديلات المناسبة عليها.

٣- يجب أن يؤخذ فى الاعتبار أن الفاحص نفسه مواطن مصرى، ينتمى إلى الإطار الحضارى نفسه الذى ينتمى إليه طالب الخدمة. وهذا نفسه عنصر مهم فى تحقيق مستوى معقول من المواءمة بين جو الفحص والقياس من ناحية والمشاعر النفسية / الحضارية التى يعيشها المريض طالب الخدمة من ناحية أخرى. ويختلف هذا الموقف كل الاختلاف عن نظيره الذى يقع فى إنجلترا أو فى الولايات المتحدة... إلخ، حيث الفاحص إنجليزى أو أمريكى، والمفحوص من الأقليات الحضارية التى يعيش أفرادها غرباء داخل الإطار الحضارى الذى ينتمى إليه الفاحص، والذى غالباً ما يشعر المفحوص نحوه بمشاعر مليئة بتوترات التهيب والقلق بل والريبة.

هذه هي أهم معطيات مواقف الفحص والقياس التشخيصي، كما يعايشها الأخصائي العيادي ومرضاه هنا في مصر. وفي ظل هذه المعطيات نتناول موضوعي الإجراءات والأدوات التي يعتمد عليها الأخصائي العيادي في إجراء فحوصه وقياساته.

الأدوات المتوفرة وما يلزمها من تعديلات :

يضم تراث علم النفس الحديث آفاقاً من الأدوات التي تصلح لفحص الوظائف النفسية المختلفة. وهي تختلف من حيث طبيعتها، فبعضها أدوات عملية تستثير لدى الشخص الذي تطبق عليه أداءات حركية أو إدراكية أو وجدانية بعينها، والبعض الآخر اختبارات أو استخبارات تستعين بالأسئلة، تطرحها على المفحوص للحصول على إجاباته عنها، أو تستعين بطرح مسائل أو مشكلات وتتلقي من المفحوص ما يمكنه الوصول إليه من حلول لها، ويطلق البعض على هذه الاختبارات والاستخبارات أحياناً اسم «أدوات الورقة والقلم» تمييزاً لها عن سائر الأدوات التي تدخل ضمن التجهيزات العملية. وجدير بالذكر أن هذه الأدوات جميعاً لا تستوعب طرق الفحص العيادي كلها؛ إذ تظل هناك طرق مثل الملاحظة الدقيقة لسلوك المفحوص وغيرها. ولكننا سنركز الحديث في هذا الموضوع على الأدوات؛ خاصة أدوات الورقة والقلم لأنها تحتل اهتماماً كبيراً في مناقشات كثير من الأخصائيين العياديين؛ نظراً لما يجده الأخصائي من تيسير مهني ملحوظ في الاعتماد عليها. وفيما يتعلق بهذه الأدوات يتحدث بوتشر وآخرون (Butcher et al. 1998) عن نوعين من التدخلات لإعداد هذه الأدوات للنقل الحضاري: تدخلٌ لتحقيق الملاءمة مع ظروف الشخص المفحوص نفسه، وتدخلٌ بالنظر في إجراءات الفحص نفسها.

وفيما يلي نناقش النوع الأول من التدخل :

التدخلٌ لحساب المريض المفحوص :

في النقاط التالية يناقش المؤلفان أهم أنواع التدخل التي تتم (أو يجب أن تتم) للتغلب على ما قد يكون في المفحوص من خصائص تعوق أو تفسد عمل

أداة الفحص، وهى على النحو التالى :

١- قيود اللغة :

لابد هنا من نقل لغة الأداة إلى اللغة التى يتكلمها المريض . على أن تراعى فى هذا الصدد جميع التدابير التى من شأنها أن تضمن سلامة الترجمة .

٢- الفروق الحضارية الدينية فى بنود الاختبار أو الاستخبار:

تنطوى مادة البنود الواردة فى الاستخبار أحياناً على فروق حضارية، فى هذه الحالة لابد من التأكد من أن النقل اللغوى سوف ينتهى إلى نتيجة تحقق التكافؤ بين المعنى المنقول منه والمعنى المنقول إليه .

٣- الفروق الدافعية:

تنطوى بعض المواقف على فروق حضارية فيما يتعلق بتقويم الدوافع القائمة وراء هذا الموقف أو ذاك . مثال ذلك أن بعض أدوات فحوص الشخصية تتطلب أحياناً ارتضاء درجة من المكاشفة بين المفحوص والفاحص، يقوى عليها المفحوص من إطار حضارى معين ولا يقوى عليها المفحوص المنتمى إلى حضارة أخرى، ولا بد من التدبير للتغلب على هذه العقبة أيضاً .

٤- تعريف السلوك الشاذ أو المرضى :

نظراً لتدخل بعض العناصر الاجتماعية فى تحديد ما هو شاذ أو مَرَضَى، فلا بد وأن نتوقع عند النقل الحضارى لأدوات الفحص ظهور مشكلات فى هذا المجال، ولا بد من التدبير لإيجاد الحلول السليمة لهذه المشكلات . من الأمثلة شديدة الوضوح فى هذا الصدد أن يكون المفحوص منتمياً إلى قطاع اجتماعى يؤمن (على أساس حضارى) بظهور الأشباح وتعاملها مع الأفراد البشر، أو يؤمن بإمكان التخاطب مع أرواح الموتى . مثل هذا المفحوص لا يمكن التعامل مع ما يرويه عن رؤيته الأشباح، أو أحاديثه مع بعض الموتى على أنها هلوسات بصرية أو سمعية بالمعنى المقصود فى المراجع الكلاسيكية للطب النفسى أو للأمراض النفسية .

٥- الأنماط المتوقعة في التفاعل بين الأشخاص :

تبدو هذه الأنماط التفاعلية من العناصر السلوكية التي يجرى عليها التشكيل الحضاري بصورة شديدة الوضوح. ومن ثم فلا بد من أن يحسب حسابها عند محاولة الاستفادة من أحد مقاييس الاتجاهات في عمليات الفحص، التي تجرى في إطار حضارى مغاير لإطار صناعة هذا المقياس. مثال ذلك ما نتوقعه في إطارنا الحضارى في مصر من إظهار سلوكية الاحترام والتوقير من جانب الأصغر سنا في مواجهة الأكبر؛ توقيرا لعامل السن أساساً، وهذا ما لا يُتوقع في إطار الحضارة الغربية. أو ما يُتوقع في إطارنا الحضارى من صدور سلوكيات العطف والمبادرة إلى المساعدة من جانب الكبير (الأب أو الأخ الأكبر مثلاً) نحو الصغير، وهذا نمط لا يدخل ضمن المتوقَّع في إطار الحضارة الغربية، إذا ما شبَّ الصغير عن سن معينة.

هذه النقاط الخمس يحددها بوتشر وزملاؤه على أنها من أهم المواضيع، التي تستلزم التدخل لحساب المواءمة الحضارية بين أدوات الفحص وشخصية المفحوص.

التدخل باسم إجراءات التطبيق :

ثم يناقش المؤلفان فئة أخرى من التدخلات تستوجبها إجراءات تطبيق أدوات الفحص، بغض النظر عن مضمون بنود الأداة، بهدف المواءمة كذلك بينها من ناحية وما يألّفه المفحوص في إطاره الحضارى من ناحية أخرى.

وفيما يلي نذكر أبواب تصنيف هذه التدخلات:

١- ملاءمة المهمة نفسها التي يقتضيتها تطبيق أداة الفحص:

تبدو بعض المهام التي يتطلبها تطبيق أداة الفحص غريبة (وأحياناً متعسّفة) حضارياً بالنسبة للمفحوص. ولا بد في هذه الحالة من العمل على إزالة انطباع الغربة هذا أو انطباع التعسف. مثال ذلك : يحدث أحياناً أن تتطلب إجراءات الفحص من المفحوص أن يقدرّ شدة خوفه من منبه معين على مقياس تخيُّلي،

يمتد بين صفر حيث ينعدم الخوف ومائة حيث أقصى درجات الخوف. والسؤال هنا إلى أى مدى يبدو هذا الإجراء مألوفاً أو معقولاً بالنسبة لشخص، ينتمى إلى إطار حضاري مغاير للإطار الغربى.

٢- مدى ملاءمة الصورة أو القالب الذى يقدم فيه الاختبار:

مثال ذلك عندما تقدم قائمة المفردات الواردة فى أحد اختبارات الذكاء، وليكن اختبار الوكسلر إلى أحد المفحوصين المصريين، فهل يكفى أن تترجم إلى العربية؟ هل هذه الترجمة تجعل دلالتها بالنسبة للمفحوص المصرى مماثلة لدلالاتها بالنسبة للمفحوص الأمريكى؟ أم أن المطلوب هنا يتعدى حدود الترجمة إلى التساؤل حول مدى صعوبة الألفاظ الواردة فى القائمة الأجنبية، وضرورة أن تماثلها القائمة العربية فى مسألة مدى الصعوبة هذه، وليس ذلك فحسب، ولكن ضرورة أن تماثلها فى القدر الذى تدرج به الصعوبة من لفظ إلى اللفظ الذى يليه فى القائمة؟

٣- التكافؤ^(١) السيكولوجي:

يراد بهذه النقطة الإشارة إلى ضرورة أن تكون الدلالة السيكولوجية للمفاهيم القائمة وراء الاختبار، كما يواجهه المفحوص التابع لحضارة المنشأ مكافئة لنظيرتها عند المفحوص التابع للحضارة المنقول إليها الاختبار. ليس ذلك فحسب، بل إن المفروض أن يتحقق شرط التكافؤ السيكولوجى بالنسبة لبنود الاختبار نفسه، وألا يقتصر على ما وراء الاختبار من مفاهيم أساسية.

التدخل باسم القواعد المنهجية (السيكومترية) العامة:

هذه هى النقاط الثمان التى أوردها بوتشر وزميلاه فيما يتعلق بالتعديلات، التى يجب إدخالها على أدوات الفحص والقياس، عندما نحاول الانتقال بها من الإطار الحضارى الذى صُنعت فى سياقه إلى إطار حضارى مختلف. وقد تكلم هؤلاء المؤلفون بما فيه الكفاية فيما يتعلق بضرورة العناية بالترجمة، وشرحوا

(1) equivalence.

كيف تكون هذه العناية. كما تكلموا فى نقطة بالغة الأهمية، وهى إجراءات الامتداد بصدق^(١) الأداة إلى الحضارة التى نقل إليها تطبيق الأداة، وتعتبر نقطة الصدق هذه بالغة الأهمية، ولذلك ناقشها هنا بشيء من التفصيل.

فقد تكلم بوتشر وزملاؤه عن ثلاث درجات أو مستويات من الاهتمام بتوفير خاصية الصدق فى الأداة على النحو الآتى:

أ- صدق المضمون^(٢)، وهو أدنى مستوى. وفيما يتعلق به يلزمنا أن نتأكد أولاً من أن مضمون الأداة له المعنى نفسه فى الحضارتين، حضارة المنشأ وحضارة النقل أو الحضارة المنقول إليها.

ب- ثم الصدق العاملى^(٣)، وهذا مستوى أعلى، وبمقتضاه يجب أن نتأكد من أن الأداة تحتفظ بكيانها العاملى (فى الحضارة المستهدفة)، الذى كان لها فى حضارة المنشأ. وأوضح مثال لكيفية تحقيق هذا الشرط الدراسة التى أوردناها من قبل حول العوامل الكائنة وراء عدد من مقاييس جليفورد للشخصية، وعدد من مقاييس البطارية المعروفة باسم MMPI (بطارية منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية).

ج- ثم الصدق التنبؤى^(٤)، ويرى بوتشر وزملاؤه أن هذا هو أهم أنواع الصدق التى يلزم العناية بتوفيرها. ومع ذلك فهذه الخطوة لا تكفى وحدها لتحقيق توفر الصدق الحضارى^(٥) للأداة. وهذا ما يقرره المؤلفون. ولكن أهميته تتمثل فى أنه قد يقدم العون للأخصائى بالنسبة لأنواع التعديلات التى يلزمه أن يدخلها على الأداة، ويقود خطواته فى هذا السبيل (Butcher et al. 1998).

(1) validity.

(2) content validity.

(3) factorial validity.

(4) predictive validity.

(5) cultural validity.

وجدير بالذكر في هذا السياق أن المؤلفين لم يتحدثوا عن أهمية «صدق المفهوم»⁽¹⁾ بالنسبة للتوجه الذي يوصون به، مع أن هذا النوع من الصدق هو الأهم بل وهو الأنسب فيما يتعلق بالمهمة التي نحن بصددنا، وهي النقل الحضاري للأداة مع توفير الصدق له (رغم هذا النقل) في الحضارة المستهدفة.

إلى هنا وننتهي من تخليص التوصيات التي يقدمها المؤلفون بصدد النقل الحضاري لأدوات الفحص. ونعود للقارئ بعد ذلك لتساءل: ما أهمية هذه التوصيات بالنسبة لمعطيات موقف الفحص والقياس كما يواجهه الأخصائي العيادي هنا في مصر؟ وقد أوضحنا من قبل هذه المعطيات، وخلاصتها:

(أ) أن الفحص والقياس كما نتحدث عنهما في السياق المصري مطلوبان كجزء (وليس الكل) من العمل العيادي.

(ب) أنه لا يجوز للأخصائي العيادي أن يتجاهل أو يجهل وجود تراث ضخم من أدوات الفحص؛ نتيجة لجهود آلاف العلماء من جميع أنحاء العالم.

(ج) أن الفاحص والمفحوص في حالتنا هنا في مصر ينتميان إلى الإطار الحضاري نفسه.

في ضوء هذه المعطيات الثلاثة، يبدو أن مهمة الأخصائي العيادي بالنسبة لموضوع أدوات الفحص تختلف عما يبدو لقارئ النص، الذي أوردناه عن بوتشر وزملائه، وذلك للاعتبارات الآتية:

أولاً: يبدو من التوجه العام الذي يشيع في حديث بوتشر وزملائه أنهم معنيون بما يخص إجراء البحوث (الحضارية المقارنة) أكثر مما هم معنيون بالفحص العيادي. والفرق الرئيسي بين الموقفين هو أنه في الحالة الأولى تُستخلص دلالة النتائج الرقمية بمقارنتها بالمعايير المستخلصة في بلد المنشأ. وهذا أمر لا بد منه حتى في حالة إجراء الفحص على أفراد من جاليات أجنبية حديثة الهجرة إلى بلد المنشأ؛ لأن مطلب التوافق في نهاية الأمر (وهو المبرر

(1) construct validity.

الأساسى لإجراء الفحص والقياس النفسى) يعنى فى هذه الحالة التوافق فى إطار حضارة المجتمع الذى تَمَّت الهجرة إليه؛ بعبارة أخرى إن دلالة نتيجة القياس تُستنبط فى هذه الحالة (التي يعبر عنها بوتشر وزملاؤه) على أساس التوجه إلى الخارج، وهو ما يستخدم له العلماء المختصون بالدراسات الحضارية مصطلح etic^(١). أما فى الحالة التى أتحدث عنها هنا، وهى حالة إجراء الفحص والقياس العياديين على مرضى مصريين، فدلالة النتائج تتحدد على أساس التوجه إلى الداخل، وهو ما يُستخدم له مصطلح emic^(١)؛ لأن مطلب التوافق الأساسى القائم وراء هذا الفحص يعنى التوافق مع مقتضيات الإطار الحضارى المصرى. ومعنى ذلك أن الأخصائى العيادى لدينا يلزمه أن يتجه وجهتين: أولاهما تكوين معايير محلية، والثانية مقارنة نتيجة فحص مريضه بالمعايير المحلية، وليس بالمعايير الخارجية. ويرز هنا سؤال مهم:

كيف يتجه الأخصائى المصرى إلى تكوين المعايير المحلية؟

والإجابة المباشرة المختصرة هنا تقضى بإجراء بحوث ميدانية محلية متتالية على أعداد محدودة من الأشخاص من القطاعات أو الشرائح التى يتوقع الأخصائى العيادى أن يستقبل معظم مرضاه من أبنائها، على أن تعتبر المعايير المكوّنة بهذه الصورة مرحلية أو مؤقتة، وبتكرار إجراء مثل هذه البحوث على مجموعات محدودة العدد من القطاعات أو الشرائح الاجتماعية نفسها يمكنه أن يجمع بين نتائجها بصور تراكمية، ويستخلص معايير مركبة تكون أكثر تمثيلا للواقع السلوكى المحلى. وتعتبر هذه الصيغة من أفضل الصيغ للجمع بين مطالب العمل العيادى التى لا تتوقف، ومقتضيات الأمانة العلمية، التى لا تنصل إلى حد التزمّت الذى قد يقتضى التوقف عن العمل العيادى نهائياً؛ حتى نكوّن

(١) تقول هيلفريخ H. Helfrich إن الأصل فى هذين المقطعين هو الاشتقاق من كلمتى phonemics, phonetics فى الدراسات اللغوية. ويُعنى النوع الأول بدراسة الأصوات اللغوية الموجودة عالمياً فى جميع اللغات، ويُعنى النوع الثانى بدراسة الأصوات المميزة للغة بعينها دون سائر اللغات (H. Helfrich, 1999).

المعايير المحلية بأفضل صورة حسب القواعد المنهجية (أى على عينات كبيرة ممثلة أدق تمثيل للجمهور (جمهور الأسوياء وجمهور المرضى) الذى سوف نستهدفه فى التعميم).

وإذا صحب هذا التوجه (الذى يجمع بين مراعاة مقتضيات العمل العيادى التى لا تُمهّل والالتزام بقدر معقول بالقواعد المنهجية لحسن تأويل نتائج تطبيق الأدوات) إجراء بحوث عاملية على المجموعات المحدودة نفسها لاستخلاص العوامل وتحديد هويتها، كان هذا أفضل فيما يتعلق بتأكدنا من المعنى السيكولوجى الذى نستشفه من وراء نتائج القياس .

وجدير بالذكر أننا إذا أضفنا إلى هذه الخطوة الخاصة باستخلاص العوامل، إذا أضفنا إليها خطوة أخرى، وهى المقارنة بين العوامل المستخلصة محليا ونظائرها المستخلصة فى الخارج على الأدوات نفسها التى نقلناها، وإذا تبين لنا وجود مستوى معقول من التشابه بين المجموعتين (العوامل المستخلصة لدينا والعوامل المستخلصة فى بلد المنشأ)، فإن ذلك يفتح أمامنا الباب للإسهام العلمى الجاد فى حركة الدراسات الحضارية المقارنة .

ثانياً: حتى نهاية الستينيات (من القرن العشرين)، كان معظم العمل العيادى فى العيادات ذات التوجه العلمى ينصبُّ على التقدير الكمي⁽¹⁾ للوظائف النفسية لدى المريض؛ وكان الأخصائى يكتفى بذلك، ويكتب تقريراً بنتائج الفحص أو القياس ويوجه التقرير إلى الطبيب النفسى، الذى كان ينفرد بعلاج المريض فى معظم الأحوال (Kennedy & Ilwelyn 2001). ولكن مع سرعة نمو العلاجات النفسية الجديدة وفى مقدمتها العلاجات السلوكية، والعلاجات المعرفية بأنواعها المختلفة، تغير الحال، فأصبحت مهمة الأخصائى العيادى لاتتوقف عند مستوى التقدير الكمي للوظائف النفسية المضطربة، بل تمتد إلى العلاج، وواكب هذا التغير الهام ظهور تقرير ترثاوان Trethawan report الذى اعترف بفاعلية

(1) quantitative assessment

العلاجات السلوكية، وأقر قيام الأخصائيين النفسيين بتطبيقها (Eysenck 1997, p. 149). ونتيجة لهذه التغيرات الجذرية، تحول العمل في معظم العيادات النفسية إلى صورة جديدة يغلب عليها الاشتغال بالعلاج، كما يغلب عليها تضاؤل الحجم النسبي للاشتغال بالفحص والقياس التشخيصي تدريجياً.

في ظل هذا التغير نجد أن استخدام مقاييس الوظائف والشخصية... إلخ، وما يثيره هذا الاستخدام من مشكلات خاصة بالإطار الحضارى في البلد الذى جرى فيه تكوين وتقنين هذا المقياس أو ذلك، ومدى اتساع الفرق بين ذلك الإطار والإطار فى البلد الذى ننقل إليه هذه المقاييس، هذه المشكلات كلها تضاءل حجمها ووزنها بوجه عام؛ صحيح أنها لن تختفى فى المستقبل، ولكنها على أى حال ستظل تدور فى مساحة محدودة من الشكل الجديد للعمل العيادى المتكامل، أى الذى يبدأ بالفحص وينتهى بالعلاج. وبدلاً من ذلك أصبح فى مقدمة واجبات الأخصائى العيادى أن يجد الحلول المناسبة للمشكلتين التاليتين:

أ- أن يعرف كيف يستوعب مشكلة أدوات الفحص والقياس فى إطار العمل العيادى بصورته الجديدة.

ب- أن يتحول إلى الاهتمام بمسألة البُعد الحضارى فى العلاج النفسى، وهذه نتيجة منطقية لازدياد وزن الاشتغال بالعلاج فى هذه الصورة الجديدة للعمل العيادى (Kazarian & Evans 1998).

٥- كيف تستوعب أدوات الفحص فى العمل العيادى المتكامل بصورته الراهنة:

يعتمد الأخصائى العيادى فى هذا الإطار المتكامل اعتماداً أساسياً على الاستبارة^(١) الإكلينيكي، مع المريض، ومع بعض أفراد الأسرة (إذا توافر حضورهم)، ويعتمد كذلك على تاريخ المريض كما يرويه المريض، وأفراد الأسرة، وما تشهد به بعض وثائق هذا التاريخ. ويأتى فى المقام الثالث بعد هذين العنصرين استخدام إحدى أو بعض أدوات الفحص المقننة، مثل

(1) interview.

الاختبارات والاستخبارات... إلخ. وفي هذه الحالة يتم استخدام هذه الأدوات اعتماداً على ما يتوافر في حالتها من معايير جرى تكوينها محلياً، واتباع تعليمات التقنيين التي استخدمت في تكوين هذه المعايير. أما متى يقرر الأخصائي استخدام هذه الأداة أو تلك، فذلك غالباً بعد أن يكون قد سار شوطاً في استباراته، وبدأ في تكوين فرض بعينه (أو ما يشبه الفرض) حول احتمال معاناة هذا المريض من اضطراب ما في إحدى الوظائف العقلية، أو في جانب معين من الجوانب المزاجية للشخصية، أو في جبهة بعينها من جهات التفاعل بينه وبين المحيطين به من الأهل أو الأصدقاء أو زملاء العمل... إلخ. ثم لا يلبث أن يعود من استخدام الأداة إلى الاستبار الإكلينيكي للتأكد من اتساق نتيجة تطبيق الأداة مع سائر المعلومات التي حصل عليها، وربما لمزيد من التعمق، مما قد يدفعه إلى استخدام أداة أخرى كبديل أو كإضافة. وهكذا يستمر الأخصائي في حركته من الاستبار إلى الأداة ثم إلى مزيد من الاستبار ثم إلى أداة جديدة... إلخ، وهو في هذه الحركة يبلور صياغة واضحة لحقيقة معاناة المريض، وكلما ازداد تقدماً على هذا النحو ازداد اتجاهاً بالاستبار إلى مزيد من التركيز أو التباور حول احتمالات معينة لطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه المريض.

وجدير بالذكر في هذا الصدد أن الاستبار الإكلينيكي كما يجريه الأخصائي يعتمد على قاعدة غنية بالمعلومات والتقنيات، فهو يعتمد من ناحية على ثروة المعلومات، التي لا بد وأن يكون الأخصائي العيادي ملماً بها، بدءاً من أشكال السواء إلى أشكال الاضطراب النفسي (كما يرد ذكره في منظومات التشخيص السيكياتري، وكما يرد في الأدبيات الإكلينيكية عامة)، هذا من ناحية. ومن ناحية أخرى يقوم على تقنيات محددة يتعلمها الأخصائي ويتدرب عليها أثناء تنشئته، ثم يداوم على صقلها (بلا توقف) من خلال خبرته على امتداد سنوات الممارسة. ولكن لاسبيل إلى تفصيل القول في هذا الموضوع في مقامنا الراهن. المهم الآن هو توضيح المعالم الكبرى لهذه الصورة الحية حول الدور

الذى تشغله أدوات الفحص والقياس المقننة فى هذه الصورة، وتأكيد أنه دور محدود إذا عرف الأخصائى العيادى كيف يستوعبه فى إطار العمل العيادى المتكامل الذى يتحرك من الفحص والتقدير إلى العلاج.

وقبل أن ننتهى من هذا الحديث، يلزمننا أن نشير إلى تغير مهم، طرأ حديثاً على مجال الأساليب البحثية المعتمدة وما ترتب عليه من تغير فى استراتيجية الفحص والقياس التشخيصى. ذلك أنه فى خلال العقود الثلاثة الأخيرة بدأت تتخلق تقنيات جديدة (تصميمات تجريبية وتحليلات إحصائية) للتطبيق على الحالة الفردية ومتابعة تقدمها أثناء سير العلاج وتقدير الدلالة الإحصائية والإكلينيكية لكل خطوة فى هذه المسيرة بالرجوع إلى الخطوة السابقة عليها (عند المريض النفسى)، دون اعتماد على مقارنة هذه الخطوات بمتوسطات مستخلصة من بحوث مجرأة على مجموعات من المرضى أو من الأسوياء. أما كيف يكون ذلك، فلذلك مراجعه المتخصصة (Barlow & Hersen 1984; Franklin et al. 1997) تفصيلاً؛ ولكن ما يهمنا فى هذا الموضوع من حديثنا أن هذا التطور المنهجى كان من آثاره على أساليب الفحص العيادى أن زاد من محدودية اعتماد الأخصائى العيادى على الأدوات والمقاييس المقننة بالصورة التقليدية، ومن ثم فقد زاد من تقليل المخاطر المنهجية التى يتعرض لها الأخصائى العيادى فى عمله؛ وخاصة مخاطر النقل الحضارى غير السليم.

البعد الحضارى فى العلاج النفسى :

١- نبدأ هنا من مسلمة لا بد من الأخذ بها، وهى أنه مادام البعد الحضارى قائماً فيما يتعلق بتكوين الوظائف النفسية، وهو ما استلزم أن يؤخذ هذا البعد فى الاعتبار عند القيام بتقدير هذه الوظائف وقياسها، فلا بد من إدخال هذا البعد فى فهمنا وتصورنا للكيفية التى تضطرب بها هذه الوظائف، ومن ثم للكيفية التى تعالج بها.

٢- ولكن لما كانت الأدبيات المنشورة فى مجال البحوث الحضارية المقارنة

توضح أن هذا البعد يكشف عن نفسه بطرق غاية فى التعقيد، فقد أصبحت المسألة لايمكن حسمها بطريقة آلية أو مباشرة وهو أمر مثلاً له بنتائج المقارنة بين استجابات المصريين واستجابات البريطانيين على بعض مقاييس بطاريتى اختبارات منيسوتا متعددة الأوجه للشخصية، واختبارات جليفورد للشخصية؛ فقد كشفت هذه المقارنة عن تماثل بين المصريين والبريطانيين، فيما يتعلق بطبيعة العوامل الرئيسية للشخصية، وكشفت فى الوقت نفسه عن اختلاف بين المجموعتين، فيما يتعلق بمعايير السواء لدى كل منهما على المتغيرات⁽¹⁾ التى تفصح عن هذه العوامل.

٣- ومن أمثلة الطرق الآلية، أو المباشرة، التى لجأ إليها بعض الباحثين افتراض التفرقة الحاسمة بين مجتمعات تقليدية (ويقال أحياناً شرقية) ومجتمعات متقدمة (ويقال أحياناً غربية)، ومن ثم فقد رتبوا على هذه التفرقة القول بأن العلاجات النفسية الحديثة لاتصلح للتطبيق على المرضى النفسيين من أبناء وبنات المجتمعات التقليدية. وفى رأينا أن هذا تبسيط شديد للأمر، يوقع الآخذين به فى أخطاء منهجية تؤدى بهم فى نهاية المطاف إلى التورط فى مخالفات أخلاقية؛ أما الأخطاء المنهجية فتتمثل أساساً فى أنهم لا يقيمون وزناً لكل عمليات النقل أو التوصيل عبر الحضارى، التى تتم على أصعدة ومستويات مختلفة بين المجتمعات المسماة بالتقليدية والمجتمعات المسماة بالمتقدمة. وقد أشرنا إلى هذه الحقيقة من قبل، ونحن بصدد الحديث عن مشكلات أدوات الفحص والقياس التشخيصى. وأما عن المخالفات الأخلاقية التى يؤدى إليها هذا الموقف فهى فى جوهرها حرمان أبناء هذه المجتمعات المسماة بالتقليدية من الإفادة من كل ما يرد تحت عنوان العلاجات النفسية الحديثة بدعوى أن هذه العلاجات لاتناسبهم.

(1) variables.

٤- فى هذا الموضوع نقدم تلخيصاً لبحث ميدانى، نشر حديثاً فى الدورية المسماة Culture & Psychology، بعنوان «تحديث التقاليد: التفكير فى موضوع الجنون فى مدينة باتنا فى الهند» (Wagner et al. 1999). لأنه يلقى ضوءاً على مسألة النقل الحضارى المشار إليها. يبدأ الباحثون بتحديد هدفهم الرئيسى من البحث، وهو الإجابة عن سؤال كيف يفكر أبناء المناطق الحضرية من شمال الهند فى موضوع الجنون؟ ويصوغ الباحثون سؤالهم الصياغة التى تجعله قابلاً للبحث على النحو الآتى: هل يمكن القول بأن الأفكار الحديثة أو العصرية فى هذا الموضوع، أى التى تستند إلى الطب والطب النفسى المعاصر دخلت وحلّت عند أهالى باتنا (المتعلمين) محل التصورات الهندية التقليدية فى هذا الصدد؟ أم أن التصورات الهندية الشائعة (التقليدية) أعادت بناء الأفكار الطبية العصرية بحيث جعلتها تعيش جنباً إلى جنب مع التصورات التقليدية؟ وللإجابة عن هذا السؤال المركّب، لجأ الباحثون إلى أسلوب المقابلة الشخصية، مستعينين بالاستبانة نصف المفتوح أو المأور^(١)، كما نسميه أحياناً. وفى هذا الموقف كان الباحث (الميدانى) يبدأ بتقديم وصف (سلوكى) مختصر لحالة شخص (ذكر وأنثى) مضطرب عقلياً، ثم يوجه عدداً من الأسئلة حول الحالة على النحو الآتى:

- ماذا ترى فى الشخص الذى وصفت لك حالته؟
- هل تعرف شخصاً من هذا الطراز؟
- ماذا تفعل إذا سلك أحد أفراد عائلتك سلوكاً من هذا النوع؟
- وماذا يقول الجيران أو ماذا يقرأ على أذهانهم حول عائلتك؟
- هل تأخذ قريبك هذا حينئذ إلى طبيب نفسى، أم تعرضه على معالج شعبى؟- وماذا يفعل فى هذه الحالة كل من: المعالج الشعبى، والطبيب النفسى؟

(1) focused interview.

وفى توجيهه هذه الأسئلة كان السائل يتفرع أحياناً إلى أسئلة فرعية حسب مقتضيات الحالة. هذا عن الأسئلة الواردة فى الاستبار. أما عن أوصاف عينة البحث، فقد تكونت من ٣٩ شخصاً من أبناء ياتنا، بينهم ١٩ من الذكور وعشرين من الإناث، وجميعهم من المتعلمين من أبناء الطبقة الوسطى، وقد روعى فى اختيارهم تنوع الوظائف أو الأعمال التى يشتغلون بها. وقد وصف الباحثون موقف المقابلة الاستبارية وصفاً دقيقاً، ثم أوردوا تحليلاتهم للنتائج، وهى تحليلات كيفية لمضمون الإجابات التى حصلوا عليها. وفى هذه التحليلات اعتمد الباحثون على عدد من المفاهيم، من أهمها مفهوم التمثلات أو الأعراف الاجتماعية^(١)؛ وتُعرّف بأنها منظومات من القيم والأفكار والممارسات لها وظيفتان: إحداها ترسيخ نظام يمكن للأفراد بالاعتماد عليه أن يوجهوا أنفسهم فى عالمهم المادى والاجتماعى وأن يتحكموا فيه؛ والوظيفة الثانية هى إمداد الأفراد بنظام للمقايضة^(٢) الاجتماعية ونظام لتوحيد وتصنيف الإفصاحات^(٣)، أو التجليات المختلفة لعوالمهم ولتاريخهم الفردى والجماعى تحديداً وتصنيفاً لا لابس فيهما. وكذلك مفهوم التشكيلة المعرفية^(٥) ويشار به إلى حالة من حالات التمثل أو العرف الاجتماعى عندما ينطوى (هذا العرف) على مجموعة من أشكال الفهم المتباينة والمتعايشة معاً فى الوقت نفسه. ويفرق المؤلفون بين نوعين من التمثلات أو الأعراف، هما: تمثلات حضارية^(٥) ويقصد بها التمثلات الراسخة لأنها (متوارثة جيلاً عن جيل)، وتمثلات اجتماعية، ويقصد بها التمثلات الغضة التى لاتزال فى مرحلة التكوين. ومن خلال تحليل كيفية مفصل توصل الباحثون إلى عدد من النتائج، نذكر منها ما يلى:

١- كانت إجابات المفحوصين غنية غنى واضحاً بالمعلومات التفصيلية عن العلاجات الشعبية، بينما كانت إجاباتهم فيما يتعلق بالعلاجات الطبية

(1) social representations.

(2) exchange.

(3) manifestation.

(4) situated representations.

(5) cultural representations.

الحديثة ظاهرة الفقر والضحالة. ومع ذلك فقد كانوا يؤكدون أنهم لا يؤمنون بالعلاجات الشعبية، ويفضّلون السعى (بأقربائهم المرضى إن وُجدوا) للحصول على العلاجات الطبية العصرية.

٢- وتشير دلائل كثيرة إلى أن معرفة المفحوصين بالعلاجات الطبية الحديثة يمكن اعتبارها تمثلات اجتماعية غَضَّة أو فى طريقها إلى التبلور، بينما تشير الدلائل إلى أن معرفتهم بالعلاجات الشعبية تعتبر تمثلات حضارية، راسخة التبلور.

٣- تبين أن مفهوم تعاون المريض (أو ما يسمى أحيانا إراديته)^(١) يقوم بدور مهم فى تعامل الأهالى مع ظاهرة الاضطراب العقلى؛ فعلى الصعيد الشعبى أو التقليدى يحدث ما يأتى: فى البدايات المبكرة للاضطراب العقلى يسود التكتّم فى الأسرة، وتحاول الأسرة أن تحتوى الشاب المضطرب، بأشكال مختلفة من النصح والزجر أحيانا والتشجيع أحيانا أخرى... إلخ. ومن الواضح أن هذه التصرفات جميعاً تقوم على أساس افتراض أن هذا الشخص لايزال يستطيع أن يعدّل من سلوكياته، إذا أحسن تلقى توجيهات الأسرة واستيعاب هذه التوجيهات.

٤- وفى الوقت نفسه يقوم هذا المفهوم (التعاون / الإرادية) بدور مهم فى لجوء الأهل بعد ذلك إلى الطبيب النفسى، إذا ما فشلت محاولاتهم لاحتواء المريض داخل الأسرة. وهم إذ يلجأون إلى الطبيب يتصورون أنه سوف يعتمد كذلك (على الأقل فى بداية تناوله الحالة) على كثير من المحاولات التخاطبية مع المريض، ما بين إصغاء وسؤال وجواب ونصح وتوجيه... إلخ. وهكذا يقرب الأهالى بين التمثل الاجتماعى العصرى (الطب النفسى) وممارساتهم العائلية (المتكّمة) تقريباً يعطى دفعة للتمثل الاجتماعى أن يجد مدخلاً إلى حياتهم.

(1) sense of agency.

٥- فإذا شاع أمر المريض (أى فشلت محاولات الاحتواء العائلى) بحيث أصبح الأمر معروفا فى العلن، عندئذ يسقط مفهوم التعاون (أو الإرادية) من حسابات الأسرة. وهنا تواجه الأسرة صراعاً صريحاً بين: اللجوء إلى ممارسات العلاج الشعبى، أو اللجوء إلى خدمات الطب النفسى.

٦- ومن الواضح أن المفحوصين لم يتحدثوا صراحة عن وقائع للصراع بين العلاجات الشعبية والطب النفسى؛ إلا عندما ووجهوا بالأسئلة التى تتناول علاج الحالات المرضية علانية، أى عندما ووجهوا بسؤال: ماذا يحدث عندما تفشل محاولات الاحتواء الأسرى؟

٧- من الواضح أيضاً أن محاولات تقديم الطب النفسى فى هذا السياق تجد مساندة جزئية من بعض المفاهيم المساعدة، مثل: مفهوم التقدم^(١)، ومفهوم الكفاءة أو الجدوى^(٢).

٨- ومع ذلك فعند نقطة معينة تجد التجديدات التى تحتوى عليها التمثلات الاجتماعية البازغة، تجد مقاومة حقيقية من بعض عناصر التمثلات الحضارية الراسخة (بعض الأفكار الأساسية فى فلسفة الحياة الهندية، وبعض الممارسات والمؤسسات الحضارية).

٩- ومعنى ذلك أنه توجد درجة معينة من المرونة فى التمثلات الحضارية تبدو فى كونها (من حيث عناصرها الرمزية والمؤسسية) مستعدة لامتناس الجديده مادامت لن تفقد هويتها؛ أى إن الجديده يلزمه أن يبنى على القديم، ولكنه لن يستطيع أن يأمل فى أن يحل محله.

١٠- جدير بالذكر أن الطبقة الوسطى الآخذة فى النمو والارتقاء، والتى تحاول إدخال التمثلات الاجتماعية الجديدة تجد نفسها تعمل داخل

(1) progress.

(2) efficacy.

إطار قيود واضحة، أهمها تدخل الكبار (ممثلى التمثلات الحضارية الراسخة) من أعضاء الأسرة من ناحية، والتناقض الفكرى/ الوجدانى⁽¹⁾ المترسب فى نفوس أعضاء الطبقة الناهضة نفسها، وهو ما يجعلهم ينتقدون التمثلات الحضارية (الأفكار والممارسات العلاجية الشعبية)، وفى الوقت نفسه يدافعون عنها ويسلكون حسب مقتضياتها. (Wagner et al. 1999).

عودة إلى مسألة تقديم العلاج النفسى فى الإطار الحضارى لمجتمعنا المصرى المعاصر :

نستطيع الآن، وعلى ضوء الدراسة الميدانية التى قدمها فاجنر وزملاؤه للكيفية التى تتم بها عملية التحديث (فى واحدة من أقرب جبهات الحياة إلى موضوعنا)، أن نعود إلى النظر فى مشكلتنا الأصلية وهى تقديم العلاجات النفسية الحديثة فى مصر. ونبدأ أولاً برصد عدد من الملاحظات:

أولاً : ملاحظات خاصة بعمليات التحديث فى مصر :

نشير هنا إشارات موجزة إلى عمليات التحديث هذه، بالقدر الذى يساعد القارئ على تفهم الموضوع الذى نحن بصدده، وهو إلى أى مدى تعتبر البيئة الحضارية التى نتعامل معها هنا مهياً لتقبل العلاجات النفسية الحديثة والإفادة منها؟ ولكن المقام لايسمح بالتوسع فى مناقشة تفصيلية لموضوعات التحديث، ومن ثم نكتفى بالحديث الموجز فى هذا الصدد. وفيما يلي هذه الملاحظات التى تعيننا:

أ- بدأ تيار التحديث (أى النقل الحضارى من الغرب) يتم على نطاق ملحوظ ومتنامٍ فى المدن المصرية، منذ منتصف القرن التاسع عشر، مع بداية البعثات التعليمية لشباب المصريين إلى أوروبا (فرنسا بوجه خاص)، ومع حركة

(1) ambivalence.

الترجمة، والبدايات المبكرة لانتشار التعليم، وظهور الصحف، وظهور المسرح. وازداد نشاط هذه التيارات مع بداية القرن العشرين مع إنشاء الجامعة المصرية (فى سنة ١٩٠٨، واستقرار أمورها المالية والإدارية فى سنة ١٩٢٥)، واتساع نطاق التعليم ليشمل البنات بالإضافة إلى البنين، والتوسع فى إرسال البعثات التعليمية إلى الخارج، واستقدام الخبراء والأساتذة الأجانب؛ للاستعانة بعلومهم وخبراتهم لا فى مجال التعليم، فحسب ولكن لتحديث الصناعة والتجارة والإدارة. وقد صحب ذلك النمو السريع فى سبل المواصلات وفيما واكب هذا النمو من انعكاسات على كثرة الأسفار لأعداد متزايدة من المواطنين. وصحب ذلك أيضاً ما شهدناه، ولانزال نشهده من ثورات متتالية فى عالم الاتصالات الجماهيرية، السينما والريديو، والتلفزيون، وكلها وسائل بالغة الخطر فى النقل الحضارى.

ب- مع التسليم بأن كثيراً من آثار التحديث تركزت فى المدن المصرية إذا قورنت بما وصل إلى الريف المصرى من هذه الآثار... مع ذلك فلا يجوز أن ننسى حركة الهجرة من الريف إلى المدن، فقد أخذت هذه الحركة على عاتقها نقل أعداد كبيرة من الريفيين ليعيشوا فى المدن، حيث يضيفون إلى حجم الكتلة البشرية (بانضمامهم إلى أبناء المدن الأصليين)، التى تتعرض لآثار التحديث على مر السنين والعقود. وتشير كثير من الدلائل إلى أن الهجرة الداخلية يغلب عليها الاتجاه من الريف إلى المدن وليس العكس. ومعنى ذلك مزيد من الاستقرار فى المدن، ومعه مزيد من كثافة التعرض لآثار التحديث.

ج- يضاف إلى ذلك ما يقع من تغييرات فى البنية الحضارية لبعض المدن الصغيرة القائمة فى أحضان الريف، (كمواصم المحافظات النائية، والمراكز) نتيجة لإقامة منشآت كالجوامع والمدارس الثانوية والوحدات الصحية وبعض المصانع الصغيرة، وهو ما يعرّض مزيداً من الرقعة الريفية بسكانها إلى بعض آثار التحديث.

د- يضاف إلى كل ما ذكرنا وجود جاليات أجنبية كبيرة في البلاد، بعضها مقيم بصفة دائمة (كالجاليين اليونانية والإيطالية على سبيل المثال)، والبعض يقيم بصفة مؤقتة، والبعض بصفة عابرة.

هذه الملاحظات الأربع تشير - في تجمُّعها معاً - إلى القدر الكبير والمتنوع من عمليات التحديث التي يتعرض لها المواطنون المصريون بشكل متنامٍ، منذ منتصف القرن التاسع عشر، والتي لم تتوقف في مدى اتساع تأثيرها عند حدود ساكنى المدن فقط، بل تعدَّتْهم إلى قطاعات متزايدة من ساكنى الريف.

ثانياً ملاحظات خاصة بالكيفية التي تنفذ بها آثار التحديث :

إذا التزمنا هنا بالنموذج الذى تقدمه لنا دراسة فاجنر وزملائه^(١)، فالنقطة الأولى التى نقرها فى هذا الصدد هى أن تأثير التحديث لا ينفذ دفعة واحدة على أساس «الكل أو لا شىء»، ولكنه ينفذ بالتدرج ويستغرق فى ذلك زمناً طويلاً نسبياً. وفى تقديرنا أن آثار التحديث بدأت تنفذ فى مصر مع بداية النصف الثانى من القرن التاسع عشر.

والنقطة الثانية أن هذا الذى ينفذ يخضع لعمليات انتخائية، بمعنى أن العناصر التى يتكون منها الكيان الذى يحاول الانتقال عبر عملية التحديث هذه العناصر تتفاوت فى قدرتها على النفاذ عبر الإطار الحضارى، فبعضها ينفذ بسهولة، وبعضها يتعثر، والبعض يتعطل. ويبدو على ضوء ما ورد فى نموذج فاجنر أن إحدى الخصائص الميسرة لنفاذ عنصر ما هى درجة التشابه بينه وبين بعض مكونات «التمثلات الحضارية» القائمة فى الحضارة المعرضة لمحاولات التأثير. ومع ذلك يبدو أن التشابه ليس هو الخاصية الوحيدة الميسرة للنفاذ. والغالب أن هناك خصائص أخرى، لكن الكشف عنها يتطلب المزيد من البحوث الميدانية فى هذا الصدد، ولا يمكن حسمه على أساس تأملى خالص.

(١) وهو التزام مؤقت إلى أن يلوح فى الأفق نموذج آخر يثبت أنه أكفأ من نموذج فاجنر.

والنقطة الثالثة أن العنصر الذى يتيسر له النفاذ لا بد وأن يصادف تقبلاً لدى جوهر «التمثل الحضارى»، فلا يحدث بينه وبين هذا الجوهر تنافر معرفى أو تنافر من أى نوع كان؛ بعبارة أخرى لا بد أن تسمح طبيعة العنصر الجديد النافذ بأن يُستوعب فى جوهر «التمثل الحضارى» القديم أو المألوف.

والنقطة الرابعة والأخيرة هى التسليم بأنه ستظل (لفترة قد تطول) هناك بقايا لنوع من الشائبة فى نفوس المواطنين وهم يتقبلون آثار التحديث، ثنائية تكشف عن نفسها فى قبول بعض جوانب الجديد مع بعض جوانب القديم، رغم ما قد ينطوى عليه هذا الموقف من تناقض.

وبصدد هذه النقطة الأخيرة، يقول فاجنر وزملاؤه: إن هذا الموقف الذى يبدو منظوياً على قدر من التناقض لا تزال بعض معالمه موجودة حتى عند الأوروبيين، رغم طول تعرضهم للعناصر الجديدة إذا قورنوا بالمواطنين الهنود (من أهالى مدينة باتنا). ومن الواضح أن هذا الكلام نفسه ينطبق على حالتنا فى مصر بالنسبة للعلاجات النفسية الحديثة.

والنقطة الخامسة، هى أن حركة تقديم العناصر الجديدة تزداد سلاسة ويسراً (أى تزداد قدرة على النفاذ والالتصاق بجوهر التمثلات الحضارية)؛ نتيجة لنشاطات أخرى تقوم بها فئات متعددة من أبناء المدينة لا علاقة لها أصلاً بموضوع العلاجات النفسية الحديثة، ولكنها مرتبطة بمجالات أخرى فى الحياة الاجتماعية، كمجالات النشاط الاقتصادى، والتعليم، والدفاع... إلخ؛ حيث يسود الترويج والقبول لمفاهيم مثل التقدم العلمى، والإفادة منه فى توجيه التعليم، والتطبيب، وأساليب الدفاع... إلخ. ولاشك أن أثر هذه المفاهيم يمتد بنوع من التعميم غير المقصود، فىكون بمثابة مصادر ضغط (معنوى) تدفع فى اتجاه الإفادة أيضاً من التقدم العلمى فى ميدان علاج الاضطرابات النفسية، أسوة بما هو حادث فى سائر ميادين الحياة.

والنقطة السادسة والأخيرة تتعلق بما نلاحظه من شيوع ألفاظ وعبارات، مثل: التوتر النفسى، والضغط العصبى، والقلق... إلخ، تشيع هذه الألفاظ على ألسنة مواطنين من مختلف مشارب الحياة، بل ومن مستويات تعليمية ومن أنحاء مختلفة من البلاد، تشيع فى سياق أحاديثهم العادية فى مواقف الحياة اليومية، بدرجات متفاوتة، (كما أنها هى نفسها تعتبر مظهراً من مظاهر هذا المناخ) وفى رأينا أن هذه الظاهرة تهىّ مناخاً نفسياً / اجتماعياً صالحاً للترحيب بالعلاج النفسى بوجه عام. وهذا ما تشهد به خبرتنا العيادية على امتداد أربعين عاماً. فإذا أضفنا إلى ذلك المخاوف الشائعة لدى أعبيد كبيرة من المواطنين من الأدوية المؤثرة فى الحالات الوجدانية والعقلية -نشية الإدمان (وهى مخاوف مشروعة وإن كانت تقوم أحياناً على غير أساس علمى)، فإن ذلك يعزز من فرص الترحيب بالعلاج النفسى؛ ليدخل ضمن منظومة التمثلات الاجتماعية الجديدة الآخذة فى التبلور تدريجياً.

تلخيص ما قلناه حتى الآن خاصاً بالبعد الحضارى فى مسألة العلاج النفسى:

بدأنا الحديث بتقديم مسلّمة أساسية، مؤداها أن المنطق، الذى أملى علينا ضرورة أن نحسب حساب تدخّل العامل الحضارى فى مسائل التقدير والقياس، هو نفسه الذى يملى علينا ضرورة أن نحسب حساب العامل الحضارى فى تقديم العلاج النفسى. ثم تحدثنا عما نتوقعه من أن هذا العامل لن يكشف عن نفسه بطريقة مباشرة، ومن ثم فلا بد من تنشيط البحوث الميدانية المناسبة فى هذا، دون الاعتماد على الفكر التأملى وحده، ثم تقدمنا بمحاولة لإرساء الأسس التى يمكن أن تستند إليها معالجة هذا الموضوع، وأهمها تصحيح مقدمات يبدأ منها بعض الدارسين للموضوع الآن، ويبدو من هذه المقدمات أن أصحابها يقيمون تفرقة حاسمة بين مجتمعات تقليدية ومجتمعات متقدمة، ثم يقررون أن العلاجات النفسية الحديثة لاتصلح إلا لأبناء المجتمعات المتقدمة، أما أبناء المجتمعات التقليدية فهذه العلاجات لاتصلح لهم. وأوضحنا أن الخطأ فى هذه

المقدمة أنها تفترض تفرقة مطلقة لا وجود لها في الواقع، وأنها تتجاهل محاولات التحديث التي تجرى على معظم ما يسمى بالمجتمعات التقليدية بدرجات مختلفة. وفي هذا الصدد قدمنا دراسة ميدانية لفاجر وزملائه، يمكن اتخاذها نموذجاً لبحث يلقي الضوء على الكيفية، التي تجرى بها عمليات التحديث.

وعلى هدى هذه الدراسة عدنا إلى النظر في الموقف الاجتماعي/ الحضاري الذي يواجهه المعالج النفسي هنا في مصر. وأبدينا أربع ملاحظات على الملابس أو الظروف التي تحيط بعمليات التحديث الجارية لدينا، وهي ملابس تشير جميعها إلى ما وصلت إليه عمليات التحديث هذه من تمكّن وشيوع في حياة المجتمع المصري. وأبدينا بعد ذلك ست ملاحظات أخرى حول الكيفية التي تنفذ بها عناصر التحديث في حياتنا. وعلى ضوء هذه الملاحظات الست، مضافة إلى الملاحظات الأربع السابقة عليها يبدو لنا بوضوح وجلاء أن ظروف المجتمع المصري المعاصر مهياة لاستقبال العلاجات النفسية الحديثة بدرجة أعلى بكثير مما قد يتصور البعض، كما أنها مهياة للإفادة من هذه العلاجات على نطاق واسع، وهو ما تشهد به خبرتنا في الممارسة على امتداد أكثر من أربعين عاماً، ونحن نشير هنا بوجه خاص إلى فئة العلاجات النفسية المسماة بالعلاجات السلوكية والمعرفية⁽¹⁾. (Beck 1995; Nathan & Gorman .1998; Barlow 1993)

ملاحظات على طبيعة العلاجات السلوكية المعرفية الحديثة:

نحاول في هذه الفقرة الختامية أن نعرض ونناقش بعض الخصائص، التي تتسم بها العلاجات السلوكية المعرفية الحديثة بالقدر، الذي يوضح للقارئ لماذا توسمنا فيها منذ بدء ظهورها بصورة متبلورة (في أواخر الخمسينيات وأوائل الستينيات) أنها تصلح للنقل عبر الحدود الحضارية إلى مواطنين في المجتمع المصري. وأن عملية النقل هذه لن تحتاج في أغلب الحالات إلا لتدخلات

(1) behavioural cognitive therapies.

وبأقذار محدودة لكى تتم الملاءمة بين مقتضيات هذه العلاجات ومضامين التمثلات الحضارية السائدة لدى المواطنين المصريين . وسنوضح كذلك كيف أن ما توقعناه صدق بدرجة لا بأس بها؛ مما شجعنا على مواصلة السير فى طريقنا لا بالممارسة فحسب، ولكن بالتعليم كما تقدمه لطلابنا فى مرحلة الدراسات العليا.

بعض العلاجات التي أصبحت كلاسيكية، راسخة فى الميدان:

١- أسلوب الاقتفاء^(١) لعلاج التلعثم^(٢):

يعتبر أسلوب الاقتفاء من أبسط أساليب العلاج السلوكى وأشدّها تذكيراً فى الظهور. فقد قُدّم أول ما قُدّم سنة ١٩٥٦ فى بحث نشره فى دورية البحوث السيكوسوماتية (أى العضوية النفسية) الباحثان البريطانيان تشيرى C. Cherry وسايرز McA. Sayers. ويعتمد هذا الأسلوب على تصور نظرى (تؤيده عدة دراسات معملية وملاحظات إكلينيكية) مؤداه أن التلعثم يحدث نتيجة خلل فى العلاقة الزمنية بين فعل الكلام الذى يصدر عن الشخص والمردود^(٣) السمعى الذى يتلقاه الشخص نفسه إذ يسمع نفسه. ومن ثم يرتّب المعالج تدريبات معينة للشخص المتلعثم يطلق عليها تدريبات الاقتفاء، وهى عبارة عن تدريبات على القراءة المتأنية أو المتزامنة بين المعالج والمريض؛ فيقرأ المعالج (بالسرعة العادية للقراءة) نصّاً مطبوعاً أمامه، وعلى المريض أن يقرأ متزامناً معه تماماً، دون الاعتماد على أى نص أمامه، بل بالاعتماد فقط على سماع صوت المعالج.

وتبدو هذه المهمة فى البداية شديدة الصعوبة ولكن بشيء من التشجيع من جانب المعالج والمثابرة من جانب المريض لاتلبث أن تسهّل على المريض. هذا هو جوهر أسلوب الاقتفاء، وما زاد على ذلك فهو مجرد مسائل تفصيلية لضمان سلاسة التقدم فى التدريب من جانب المريض، وضمان دعم آثار هذا التدريب؛ حتى يكتمل للمريض الاستغناء عن أن يستظل بصوت المعالج.

(1) shadowing technique.

(2) stammering.

(3) auditory feedback.

من هذا العرض المبسَّط يتضح أنه من الصعب تخيُّل أن أسلوب الاقتفاء يعتمد على خصائص في الحضارة الغربية لا وجود لها في إطارنا الحضارى فى مصر . فالقراءة هى القراءة فى كل مكان، والقراءة تحت شرط التزامن مع قراءة المعالج هى فى كل مكان، بل إن عنصر التزامن هنا يذكّرنا بالقراءة المتأنية، كما كانت تتم بين التلاميذ والشيخ أو العريف فى كتاتيب مصر من زمن بعيد وهو ما يعنى أن المسألة ليس فيها أى عنصر غريب أو غير مألوف لمرضاانا المتلعثمين .

٢- طريقة التسكين^(١) المنظمَّ لعلاج التوجسات المرضية^(٢):

كان أول تقديم لهذا الأسلوب فى سنة ١٩٥٨، اخترعه وقدمه جوزيف وولپه (Wolpe 1960; 1969). وهو يستند إلى نظرية معروفة باسم نظرية الكف المتبادل^(٣)، وهى نظرية تمتد جذورها إلى بحوث بافلوف I.P. Pavlov العالم الفيزيولوجى السوفيتى الذى اشتهر بتجاربه على ظاهرة الفعل المنعكس الشرطى^(٤). وتتلخص نظرية الكف المتبادل فى أنه إذا صدرت عن الكائن (الحيوانى أو الإنسانى) استجابة معينة أثناء وجود استجابة أخرى مضادة بطبيعتها، فإن الاستجابة الأقوى منهما تكف الأخرى.

وقد استطاع وولپه أن يجرى على ضوء هذه النظرية عدداً من التجارب المعملية والإكلينيكية خرج منها بابتكار أسلوب للعلاج أسماه التسكين المنظم . والفكرة الرئيسية فيه تتلخص فى تعريض المريض للمثيرات التى تثير لديه القلق المرصى، على أن يتم ذلك فى حضور استجابة أخرى (عند المريض) هى بطبيعتها مضادة للقلق. هذه هى الصيغة العامة لهذا العلاج الذى ابتكره وولپه لإبراء فئة معينة من المرضى العصائيين^(٥) ممن يعانون من التوجسات المرضية، وهى المخاوف من أشياء أو مواقف ليست مخيفة بطبيعتها، كالخوف من

(1) systematic desensitization.

(2) phobias.

(3) reciprocal inhibition.

(4) conditioned reflex.

(5) neurotics.

المصاعد، والحجرات المغلقة، وشرفات المنازل، والتحدث أمام عدد من المستمعين . . إلخ.

ويتألف العلاج من ثلاث مجموعات من الإجراءات يجرها المعالج النفسى على مريضه على النحو الآتى :

(أ) تدريبات على الاسترخاء العضلى العميق (Jacobson 1977)، وهذه تدريبات بسيطة يتعلم المريض من خلالها كيف يضع معظم عضلاته الهيكلية⁽¹⁾، (وهى مجموعة العضلات المستخدمة فى الحركات الإرادية) فى حالة استرخاء عميق.

(ب) تكوين ما يسمى بمدرج القلق⁽²⁾ الخاص بالمريض، وهو أسلوب للصياغة الكمية لمستويات القلق المتفاوتة التى تُستثار عند المريض عند مواجهته لمفردات فئة بعينها من فئات المثيرات التى تقلقه، كأن تكون هذه فئة الأماكن المغلقة، أو فئة الأماكن المرتفعة . . . إلخ.

(ج) إجراءات تعريض المريض تعريضاً منظماً (حسب قواعد معينة) للمفردات المقلقة.

وبالتأمل فى هذه الإجراءات جميعاً، يبدو واضحاً أنه من التعمّف أن نتوقع لها التغيّر من إطار حضارى إلى آخر.

ولكن ربما جاز أن نتوقع هنا تدخلاً من عامل التعليم. وقد لاحظتُ فعلاً من خلال الممارسة أن المستويات المنخفضة من التعليم تخلق أمامى قدرأ من الصعوبة فى الشرح المسبق، الذى أقدمه للمريض عن طبيعة العلاج وخطواته. كما أن إجراءات العرض المنظم عن طريق استثارة الصور التخيلية (للمواقف المزعجة) كثيراً ما تتعرأ أيضاً نتيجة للصعوبات التى تعترى عملية التخاطب حولها بين المعالج والمريض. هذه صعوبات تواجهنا فعلاً أثناء الممارسة، ولكنها ليست بالصعوبات التى يستحيل التغلب عليها. ومع ذلك فهذا شىء ومسألة

(1) skeletal muscles.

(2) anxiety hierarchy.

الإطار الحضارى شىء آخر؛ فليس فى التمثلات الاجتماعية ولا فى التمثلات الحضارية السائدة لدينا ما يتنافر مع إجراءات علاج التسكين المنظم.

٣- أسلوب التدريب العكسى^(١):

قدّم هذا الأسلوب أوبرى بيتس A. Yates سنة ١٩٥٨، وهو يستخدم لعلاج الخلجات^(٢). وتعرّف الخلجة بأنها استجابة تصدر عن الشخص بشكل قهرى (أى دون إرادته)، وهى غالباً حركية، وليس لها وظيفة توافقية^(٣)، ولكنها عند نشأتها تنشأ فى ثنايا مواجهة الشخص موقفاً صادماً^(٤)، وتكون لها وظيفة توافقية فى هذا الموقف؛ إذ تساعد الشخص على تحاشي^(٥) بعض عناصره المؤذية (Yates 1960). ومن بين الخلجات التى نشاهدها أحياناً فيمن يحيطون بنا خلجة طرف العين^(٦)، وهى مجموعة حركات متلاحقة وسريعة تصدر عن الجفنين أو أحدهما لفترة زمنية محدودة (بضع ثوان مثلاً)، ثم تتوقف ويعود الجفنان إلى حركتهما السوية*. وتصدر هذه الخلجة فى مواقف لاتحتوى على أية عناصر مهددة لجسم العين. وهناك خلجات أخرى كثيرة غير طرف العين، مثل بعض الحركات التى تصدر عن أحد الكتفين أو الكتفين معاً، وبعض حركات الرأس والرقبة.. الخ.

وقد قدّم بيتس تصوراً نظرياً مهماً فى الموضوع، وعلى أساسه حدد الإجراءات العلاجية الواجبة الاتباع، ومثّل لذلك بعرض إكلينيكي على حالة لسيدة تبلغ من العمر ٢٥ سنة تعانى فعلاً من عدد من الخلجات. ويتلخص العلاج فى إجراء أساسى واحد، هو دفع المريض إلى ممارسة الخلجة وتكرارها إرادياً تحت شروط معينة تمليها نظرية مهمة فى التعلم، أو اكتساب العادات الحركية تعرف بنظرية كلارك هل^(٧) (Hilgard 1956).

(1) negative practice.

(2) tics.

(3) adaptive function.

(4) traumatic situation.

(5) avoidance.

(6) eye blinking.

* جاء فى معجم ألفاظ القرآن الكريم، «الطرف لتحريك الجفون، أو لإطباق الجفن على الجفن».

ويعتبر هذا العلاج السلوكي نموذجاً لعدد من العلاجات السلوكية الحديثة التي تصدق عليها صفة السهل الممتنع، لما يبدو من بساطة ملحوظة في إجراءاتها، مقرونة بالاستناد إلى أساس علمي رفيع المستوى. هذا عن أسلوب التدريب العكسي كتقنية لعلاج الخلجات. ومن الواضح أنه لا يحتاج إلى أى تعليق يذكر فيما يتعلق بموضوع سهولة النقل عبر الحدود الحضارية.

٤- علاج الاكتئاب (وحيد القطب)^(١) باستخدام أسلوب سليجمان:

يعتبر سليجمان أحد كبار علماء النفس المعاصرين، ويقترن باسمه واحد من أهم العلاجات السلوكية المعرفية الحديثة لعلاج الاكتئاب، وهو يقوم على نظرية تعرف باسم العجز المكتسب^(٢)، تستند إلى دراسات معملية وإكلينيكية مستفيضة. ويقدم سليجمان لأسلوبه بتحديد للشروط التي إذا توافرت في المريض، أمكن الحكم بأنه يعاني من الاكتئاب، وهذه الشروط هي:

(أ) توقُّع حدوث مكروه^(٣).

(ب) توقع الشخص أن يقف عاجزاً^(٤) أمام هذا السوء القادم عليه؛ بمعنى أنه يتنبأ بأنه هو شخصياً لن يستطيع أن يفعل شيئاً لدرء هذا الخطر عن نفسه، أو السيطرة عليه بأى شكل من الأشكال.

(ج) يصحب هذا ظهور أسلوب بعينه في تعليل^(٥) المريض لما يقع له من أحداث؛ فهو يميل إلى تعليل الفشل بعلة وأسباب في شخصه هو، ويرى أن هذه الأسباب أقرب إلى الثبات والاستقرار لديه، كما أنها أقرب إلى العمومية والشمول. أما إذا صادفه نجاح في أحد مشاريعه أو خطواته، فإنه يُرجعه إلى أسباب خارج ذاته، كأن تكون إرادة شخص آخر غيره. ويرى حيثئذ أنها أسباب

(1) unipolar depression.

(2) acquired helplessness

(3) expected aversiveness.

(4) expected uncontrollability.

(5) attributional style.

عابرة فهي لن تتكرر، ويميل إلى رؤيتها على أنها أسباب جزئية، بمعنى أنها لا تقبل التعميم ولا القياس عليها من موقف إلى آخر. ويرتب سليجمان على هذا التحديد لأعراض الاكتئاب علاجاً مركباً يمضى فى أربعة مسارات، هى:

(أ) المسار الأول ويقضى بإدخال ما يمكن إدخاله من تعديلات على بيئة المريض بحيث يتوافر فيها قدر من احتمالات النجاح للمريض فى إنجاز بعض مشروعاته، وهذا من شأنه أن يساعد على تخفيف الشرط أو العرض الأول من أعراض الاكتئاب، وهو توقُّع حدوث سوء أو المكروه.

(ب) والمسار الثانى للعلاج هو تدريب المريض على التحكم والفاعلية؛ بحيث يتخفف المريض من توقع أن يقف عاجزاً أمام بعض الظروف والأحداث المعاكسة إن لم يكن أمامها جميعاً.

(ج) والمسار الثالث يكون بتدريب المريض على التسليم^(١)؛ بمعنى التنازل عن طلب أهداف يتعذر الحصول عليها، بتبنى معايير أكثر واقعية، أو السعى إلى بدائل معقولة يكون الحصول عليها أكثر يسراً، أو إعادة النظر فى المسلمات التى يبدأ منها المرء، دون تنبه إلى ما قد تنطوى عليه من تناقضات أو زجٌ بنا فى مواقف شبه مستحيلة.

(د) والطريق الرابع يكون بتدريب المريض على أنواع التعليل السليم.

ويعتبر هذا العلاج من أفضل العلاجات السلوكية المعرفية المطروحة الآن (Seligman 1981). والشىء الذى يهمنى فى هذا المقام أن هذا العلاج قابل للنقل من الإطار الحضارى الغربى إلى إطارنا المصرى، وهو ما تدل عليه خبرتنا العيادية. ويقوم المسار الأول فى تطبيق العلاج كميزة رئيسية من ميزات هذا العلاج إذا قورن بكثير من العلاجات النفسية التقليدية السابقة عليه، وهى التى قلما تُعنى بتغيير بيئة المريض أو تعديلها، وكأن مشكلات المريض بكل عناصرها تنحصر فى التعارض والصراع بين عدد من العمليات النفسية الداخلية. ويلاحظ

(1) to resign.

أن هذا المسار من أهم العناصر التي تجعل هذا العلاج ملائماً بصورة خاصة لظروف الحياة في مصر، وفي كثير من الدول النامية حيث البيئة الاجتماعية غالباً ما تواجه الشخص بظروف وملابسات معاكسة لاتبرز بالدرجة نفسها من الكثافة والتصلب في المجتمعات المتقدمة.

أما المسار الثاني للعلاج حيث التدريب على التحكم والفاعلية فربما استدعى من الأخصائي العيادي (في مصر) التفاتاً خاصاً إلى نوع معين من المهارات، التي يلزم إكسابها للمريض وهي مهارات تأكيد الذات؛ لا لأن مرضانا في غنى عن هذا النوع بشكل خاص، ولكن لأن الأخصائي يلزمه أن يدخل على مهارات تأكيد الذات (بصورتها الغربية) بعض التعديلات (في الكم والكيف) بما يتناسب والفروق القائمة بين بعض أساليب التنشئة لدينا والأساليب المناظرة لها في الأسرة الغربية، وهو ما ينتهي بالأساليب الغربية إلى تنمية الفردية ودعمها لدى النشء بصورة لاتتفق وأساليب التنشئة السائدة لدينا، والتي تدعم درجة معينة من التداخل والتكافل⁽¹⁾، وتبادل الاعتماد بين شخص الفرد وأسرته (Oerter et al. 1996; Soueif 1987).

أما المساران الثالث والرابع من مسارات العلاج، فليس فيهما ما يوحى بأى تعارض أو تنافر مع ما تنطوي عليه التمثلات الاجتماعية والحضارية السائدة لدينا.

تعقيب :

من هذه العروض والمناقشات التي قدمناها (بإيجاز) حول أربعة من العلاجات السلوكية المعرفية الحديثة، يتضح أنه ليس فيها ما يدعو إلى تصور أنها لاتتفق «والتمثلات الحضارية» الراسخة لدينا أو «التمثلات الاجتماعية» حديثة التكوين، اللهم إلا فيما يتعلق بتدريبات تأكيد الذات التي احتوى عليها المسار الثالث من مسارات علاج الاكتئاب الذي يقدمه سليجمان حسب صيغة «العجز المكتسب».

(1) symbiosis.

(2) interdependence.

وحتى هذه التدريبات يبدو أنها لا تحتاج إلا إلى تعديلات محدودة لتصبح صالحة للتطبيق لدينا، هذا إذا صح ما نتصوره من أن نمط تكوين الأنا الشائع بين قطاعات مجتمعنا التي تعيش في المدن المصرية الكبيرة والصغيرة (والمعرضة نتيجة لذلك لكثير من آثار التحديث) نقول إن هذا النمط من تكوين الأنا يقع على تدرج «الفردية - الجمعية» أقرب إلى قطب الفردية، إذا قورن بما هو عليه الحال في كثير من المجتمعات التقليدية العربية والآسيوية.

وجدير بالذكر في هذا المقام أن العلاجات السلوكية المعرفية بوجه عام تبدو لنا مؤهلة، معظمها إن لم يكن كلها، للنقل عبر الحضارى إلى العيادة المصرية، ولاتحتاج إلا لأقدار من التدخل محدودة؛ لكى يتم تطويعها لمقتضيات إطارنا الحضارى المحلى. ومع ذلك فلا بد وأن يؤخذ هذا الكلام بقدر معقول من الحرص والتبصر؛ لأنه لا يستند إلا إلى خبرتنا العيادية، وهذه فى نهاية الأمر خبرة محدودة، ولا تُغنى عن الدعوة إلى اجراء الكثير من البحوث الميدانية الجادة لتجلية (على طريقة بحث فاجنر وزملائه) الكثير من غوامض الموضوع. وهذا رهن بالجهود البحثية الجادة والمتبصرة، التى نأمل أن يبذلها الزملاء من أبناء الأجيال الشابة فى المستقبل المنظور.

تلخيص عام للفصل :

مع أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات من القرن العشرين، بدأت تظهر فى الأفق المؤشرات الأولى لتخلُّق علم النفس الحضارى ككيان مستقل بين الكيانات المتعددة لفروع علم النفس المعاصر. ولايعنى ذلك أن علماء النفس كانوا فى العقود السابقة غافلين عن أهمية الإطار الحضارى فى تشكيل سلوك الفرد أو فى تشكيل بناء الشخصية، ولكن يعنى أن وعى العلماء بدور الإطار الحضارى بدأ يتخذ شكلاً جديداً. وقد عرضنا لنماذج من دراسات جرت فى الستينيات، اهتمت بالكشف عن أثر الإطار الحضارى فى السلوك وفى الشخصية.

وبالنظر فى هذه الدراسات، يتضح أن الباحثين كانوا يتناولون الإطار الحضارى كمتغير مستقل، وفى الوقت نفس ككيان مجمل. أما الشكل الجديد فيقتضى الوقوف عند هذا الإطار وقفة تفصيلية على النحو الآتى: فهو عملية فى تدفق مستمر، وهو يتميز بالتاريخية؛ إذ يلخص فى كل لحظة ماضى الموضوع الذى يتناوله وحاضره ومستقبله، وهو ذو طبيعة حوارية (تفاعلية) يشكّل الموضوع الذى ينصبُّ عليه ويتشكل بفعله. وكان طبيعياً أن يمتد أثر هذه التغيرات التصورية إلى علم النفس العيادى. ومن ثم بدأ الأخصائىون العيادىون يناقشون المسألتين الرئيسيتين اللتين تشغلان معظم مساحة التخصص، وهما: مشكلة الفحص والقياس التشخيصى، ومشكلة العلاج النفسى.

وفى مناقشتنا لموضوع البعد الحضارى فى القياس التشخيصى، أوضحنا بداية أن اجتهاد زملاء التخصص فى ابتكار وتقنين أدوات للقياس التشخيصى من واقع السياق الحضارى الذى يعيشون فى كنفه أمر مطلوب بالحاح، ولكننا أوضحنا كذلك أن الإفادة من المقاييس الموجودة (رغم تكوينها وتقنيها فى سياقات حضارية أخرى) مسألة لا يمكن تجاهلها؛ لأن الكم الموجود ضخم فعلاً وتجاهله يعتبر إهداراً غير مقبول، ولكن للإفادة السليمة منه، لابد من أن يتم ذلك من خلال الحلول المنهجية السليمة لمشكلة النقل عبر الحضارى.

وقد أوردنا فى هذا الصدد ملاحظات بوتشر وزملائه، وهم يناقشون الحاجة (عند التعرض لهذا النقل) إلى النظر فى نوعين من التعديلات لإدخالها على الأدوات المنقولة؛ النوع الأول يتعلق بمتغيرات قائمة فى المفحوص، بينما يتعلق النوع الثانى بإجراءات الفحص نفسها. وقد نبهنا إلى ضرورة النظر فى هذه التعديلات على ضوء معطيات الموقف العيادى فى السياق الاجتماعى/الحضارى كما يواجهنا هنا فى مصر، وهى معطيات تختلف إلى حد كبير عن المعطيات التى أدخلها بوتشر وزملاؤه فى حسابهم. ومن ثم تحدثنا عن الحل الأمثل فى ظروفنا؛ للتوفيق بين مقتضيات تقديم الخدمة العيادية، وهى مقتضيات لأتمهل كثيراً؛ ومقتضيات الالتزام المنهجى السليم. وأوضحنا كيف أن الحل يجب أن

يكون مرحلياً؛ ففي المرحلة الراهنة يمكن الاعتماد على سلسلة من البحوث المسحية محدودة الحجم لكي تمدنا بمعايير محلية تختلف تماماً عن التخطيط في الظلام، وعن التبنى الآلى للمعايير الأجنبية، ولكنها ليست المثل الأعلى في الثبات والصدق. وقد أوضحنا كيف أن الممارسة الفعلية للعمل العيادي متكاملأً (بشقيه التشخيصى والعلاجى) توضح أن حجم الاعتماد على أدوات القياس الشائعة (المنقولة مع التعديلات اللازمة، والمبتكرة محلياً) حجم محدود، لأسباب متعددة من أهمها ما أمكن التوصل إليه أخيراً من تقنيات التجريب المنضبط على الحالة الواحدة.

فإذا انتقلنا بعد ذلك إلى مناقشة موضوع مدى تدخل العامل الحضارى فى الشق الخاص بالعلاج النفسى، وجدنا أن هناك خطأ أساسياً وقع فيه بعض الزملاء بالمبالغة فى وزن هذا العامل؛ خاصة بالنسبة للعمل العلاجى لدينا فى مصر. ويتمثل هذا الخطأ أساساً فى نظرهم إلى المجتمع ككتلة واحدة (لا كقطاعات وشرائح مختلفة)، وقد نظروا إليه على أساس نوع من التصنيف الإطلاقى: فهو مجتمع تقليدى، فى مقابل المجتمعات العصرية.

وهذه النظرة غير دقيقة، لأنها تلغى من حسابها عمليات التحديث، التى امتدت إلى قطاعات وشرائح أكثر مما طالت قطاعات وشرائح أخرى. هذا بالإضافة إلى أن هذه العمليات لم تتوقف منذ بدأت آثارها تطال مجتمعنا مع منتصف القرن التاسع عشر، إن لم يكن قبل ذلك بقليل، علماً بأنها (أى عمليات التحديث) تزداد مع الأيام اتساعاً واتساعاً.

وقد أوردنا فى هذا السياق نموذجاً لدراسة ميدانية تنتمى إلى دراسات علم النفس الحضارى، توضح ميدانياً كيف تتسرب عوامل التحديث إلى سكان مدينة صغيرة فى الريف الهندى، وكيف تؤدي هذه العوامل إلى ظهور تمثلات اجتماعية جديدة، وإلى حدوث تغيرات فى تمثلات حضارية قائمة، مما يمهّد السبيل تدريجياً لتقبل كثير من المفاهيم والعلاجات العلمية (المصنوعة أصلاً فى الغرب) لحالات الذهان.

وفى ختام الفصل ناقشنا عدداً من العلاجات السلوكية المعرفية لبعض الاضطرابات النفسية؛ لبيان أنها بطبيعتها لا تبدو متنافرة مع كثير من التمثلات الاجتماعية والتمثلات الحضارية الشائعة فى سياقنا الاجتماعى / الحضارى فى مصر. فإذا جمعنا بين هذه الحقيقة من ناحية وكبر حجم التحديث الذى طال كثيراً من قطاعات المجتمع المصرى، فهذا يلقى الضوء على المدى الذى يمكن الوصول إليه فى إفادة المواطنين المصريين من العلاجات النفسية الحديثة.

المصادر

أولاً - المصادر العربية :

- ١- سويف (مصطفى) (١٩٦٢) إطار أساسى للشخصية: دراسة حضارية مقارنة على نتائج التحليل العاملى. المجلة الجنائية القومية، ٥، ١-٤٨.
- ٢- سويف (مصطفى) (١٩٦٨) التطرف كأسلوب للاستجابة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٣- مجمع اللغة العربية (١٩٧٠) معجم ألفاظ القرآن الكريم، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر.

ثانياً - المصادر الأجنبية :

- Barlow, D. H. & Hersen, M. (1984) **Single case experimental designs**, New York: Pergamon.
- Barlow, D. H. (1993) **Clinical handbook of psychological disorders**, New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995) **Cognitive therapy : basics and beyond**, New York: The Guilford Press.
- Boring, E. G. (1957) **A history of experimental psychology**, New York: Appleton-Century-Crofts, 2nd ed.
- Brett's hisotry of psychology** (1962) edited & abridged by R.S. Peters, Cambridge : The MIT Press.
- Butcher, J. N., Nezami, E. & Exner, J. (1998) Psychological assessment of people in diverse cultures, in **Cultural clinical psychology**, S. S. Kazarian & DR. Evans eds., New York : Oxford

University Press, 61-105.

- Cherry, C. & Sayers, McA. (1960) Experiments upon the total inhibition of stammering by external control, and some clinical results, in **Behaviour therapy and the neuroses**, H. J. Eysenck ed., Oxford: Pergamon, 441-456.
- Cole, M. (1995) Culture and cognitive development: from cross-cultural research to creating systems of cultural mediation, **Culture & Psychology**, 1/1, 25-54.
- Eysenck, H. J. (1997) **Rebel with a cause**, London: Transaction Publishers.
- Ferguson, G. A. (1976) **Statistical analysis in psychology and education**, Tokyo : McGraw-Hill Kogusha.
- Franklin, R.D., Allison, D. B. & Gorman, B.S. (1997) **Design and analysis of single - case research**, Mahawah (New Jersey: L. Earlbaum.
- Hays, W. L. (1963) **Statistics for psychologists**: New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Helfrich, H. (1999) Beyond the dilemma of cross-cultural psychology: Resolving the tension between etic and emic approaches, **Culture & Psychology**, 5/2, 131-153.
- Hilgard, C. (1956) **Theories of learning**, New York: Appleton - Century Croft, 2nd ed.
- Jacobson, E. (1997) **You must relax**, London : Souvenir Press.
- Katz, D. & Schanck, R. L. (1938) **Social psychology**, New York: J. Wiley.
- Kazarian, S. S. & Evans, D.R. (1998) **Cultural clinical psychology**, New York : Oxford University Press.
- Kennedy, P. & Llewelyn, S. (2001) **Does the future belong to the scientist / practitioner?**, **The Psychologist**, 14/2,74-78.

- Mead, M. (1942) **Growing up in New Guinea**, Bungay (Suffolk) : Pelican Books.
- Mead, M. (1949) **Coming of age in Samoa**, New York: Mentor Books.
- Mead, M. (1950) **Sex and Temperament in three primitive societies**, New York: Mentor Books.
- Murphy, G., Murphy, L. B. & Newcomb, T. M. (1937) **Experimental Social psychology**, New York: Harper & Brothers.
- Nathan, P. E. & Gorman, H. M. (1998) **A guide to treatments that work**, Oxford: Oxford university Press.
- Oerter, R., Agostiani, H. Kim, H. & Wibowo, S. (1996) The concept of human nature in East Asia: etic & emic characteristics, **Culture & Psychology**, 2 (1), 9-52.
- Seligman, M. (1981) A learned helplessness point of view, in **Behavior therapy for depression**, New York: Academic Press, 123-141.
- Soueif, M. I. (1968) Extremeness, indifference and moderation response sets: a cross-cultural study, **Acta Psychologica**, 28, 63-75.
- Soueif, M. I. (1987) Mental health; Towards a culture-fair definition, Paper presented at the Cairo World Congress for Mental Health, World Federation for Mental Health, Cairo, 18-22 October, 1987.
- Shweder, R. A. & Sullivan, M. A. (1993) Cultural psychology: Who needs it?, **Annual Rev. Psychol.**, 44, 497-523.
- Valsiner, J. (1995) Culture and psychology, **Culture & Psychology**, 1/1, 5-10.
- Wagner, W., Duveen, G., Themel, M. & Verma, J. (1999) The modernization of tradition: Thinking about madness in Patna, India, **Culture & Psychology**, 5/4, 413-445.
- Wolpe, J. (1960) Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects, in **Behaviour therapy and the neuroses**, H. J.

Eysenck ed., Oxford: Pergamon, 88-113.

Wolpe, J. (1969) **The practice of behavior therapy**, New York: Pergamon.

Yates, A. (1960) The application of learning theory to the treatment of tics, in **Behaviour therapy and the neuroses** H. J. Eysenck ed., Oxford: Pergamon, 236-249.

