

حياتى وعلم النفس العيادى فى مصر:

عينة من خبرات شخصية^(١)

مقدمة:

تبدأ قصة عملى فى حقل علم النفس العيادى^(٢) منذ ما يزيد قليلا عن أربعين سنة، وكانت البداية فى القاهرة، كانت خلفيتى العلمية فى ذلك الوقت تضم أقداراً من الدربة فى بحوث الشخصية، وفى علم النفس الاجتماعى، وفى دراسات الإبداع، وفى الفلسفة. وكنت عائداً لتوى من مهمة علمية استغرقت سنتين أمضيتها فى معهد الطب النفسى بجامعة لندن، حيث شاركت مع الأستاذ هانز أيزنك H.J. Eysenck ومساعديه فى عدد من بحوث الشخصية، وانتظمت فى الوقت نفسه فى الدراسة للحصول على «دبلوم علم النفس التطبيقى» (القسم د) تحت إشراف الأستاذ مونتى شاييرو M.B.Shapiro.

وفى فبراير سنة ١٩٥٨ (بعد خمسة شهور من تاريخ العودة) دعتنى الجمعية المصرية للصحة النفسية إلى إلقاء محاضرة للتعريف بعلم النفس الإكلينيكى، كما يقدم فى معهد لندن. فكانت هذه المحاضرة هى بداية سيرتى كأخصائى نفسى إكلينيكى. ولكى أمكّن القارئ من إدراك الدلالات الحقيقية لمجموعة المعلومات الجزئية والتي تصف السياق الذى حققت من خلاله مسيرتى هذه، سأحاول أولاً أن أقدم نبذة عن الكيفية التى وصل بها علم النفس إلى مكانته الحالية فى نظامنا التعليمى فى مصر، وكيف تقدم علماء النفس لدينا نحو صياغة هويتهم المهنية فى أواخر الأربعينيات من القرن العشرين، وما هى الأحداث

(١) هذا الفصل تعريب (بتصرف شديد) لمقال طلب إلى أن أكتبه بالإنجليزية للنشر فى الخارج.

(٢) فى هذا الفصل نستخدم مصطلحى «عيادى» و«إكلينيكى» كمرادفين.

المهمة التي سبقت مباشرة بدء مسيرتى العيادية. فإذا ما انتهت من هذه المهمة فسوف تكون خطواتى التالية هى بيان الكيفية التي رأيت أن أحقق بها مهمتى على أساس محاور ثلاثة، هى: التعليم الجامعى، وتأسيس مهنة معترف بها رسمياً، والانخراط الفعلى فى الممارسة الإكلينيكية.

علم النفس وعالمنا الأكاديمى: مدخل تاريخى مختصر

فى سنة ١٩٠٨ تأسست فى مصر أول جامعة مدنية (وسميت حينئذ الجامعة المصرية)، وجاء تأسيسها جزءاً من حركة تنوير واسعة، صحبت تصاعد المشاعر الوطنية فى مواجهة الاحتلال البريطانى. وفى سنة ١٩٢٥ تم اعتراف الحكومة المصرية بهذه الجامعة (التي بدأت أهلية)، ومن ثم تخصيص ما يلزمها من ميزانيات ومن خطط طويلة ليتحقق لها نمو متوازن. وفى هذا الإطار بدأت الدولة سياسة مزدوجة الاتجاه لتزويد الجامعة بأساتذتها، فمن ناحية كان الآساتذة الأجانب يدعون إلى مصر، ومن ناحية أخرى بدأت الدولة إرسال الخريجين إلى أوروبا لاستكمال مؤهلاتهم.

جرى تنفيذ هذه الخطة فى جو مفعم بالحماس الوطنى؛ حيث كانت البلاد حديثة عهد بالاستقلال السياسى الذى حصلت عليه، من خلال تصريح ٢٨ فبراير سنة ١٩٢٢، الذى جاء ضمن نتائج متعددة ترتبت على الثورة الوطنية المعروفة باسم ثورة سنة ١٩١٩. وفى النصف الثانى من الثلاثينيات بدأ المبتعثون المصريون يعودون من الخارج وقد حصلوا على المؤهلات المطلوبة، وأخذوا يتولون المسئوليات التعليمية فى الجامعة - جنباً إلى جنب - مع الزملاء الأوروبيين. فى هذا السياق جرى تقديم علم النفس الحديث إلى طلاب الجامعة المصرية. وفى الوقت نفسه جرى تأسيس معهد عال للتربية، قُدمت فيه دروس علم النفس التربوى. بينما كان علم النفس بصورة أعرّض من ذلك يُقدّم فى كلية الآداب (بقسم الفلسفة).

البحث عن هوية أكاديمية مستقلة:

فى منتصف الأربعينيات بدأت تظهر بين المشتغلين بعلم النفس ملامح سعى

حيث نحو ترسيخ هوية أكاديمية/ اجتماعية خاصة بهم. وكان من أشد هذه الملامح تبكيراً صدور «مجلة علم النفس»، أو كما كانت تسمى على الجانب الأجنبي لغلافها «المجلة المصرية لعلم النفس»، وفي الوقت ذاته تكونت «جماعة علم النفس التكاملي» (وكانت تضم علماء النفس جنباً إلى جنب مع أصدقاء علم النفس). وكان استخدام مصطلح «التكامل» في هذا السياق يتجه وجهة عملية أكثر منها علمية لتيسير الجمع تحت بطاقة واحدة بين عدد من علماء النفس يلتف حولهم عدد من الأطباء النفسيين، والفلاسفة، والأنثروبولوجيين. وفي خلال الخمسينيات زاد عدد علماء النفس المؤهلين إلى مستوى الدكتوراه زياده ملحوظة: حصل بعضهم على تأهيله في الخارج (خاصة في الولايات المتحدة، وإنجلترا، وفرنسا)، بينما حصل الآخرون على شهاداتهم في الجامعات المصرية (وكانت في ذلك الوقت قد زادت إلى ثلاث جامعات: اثنتان في القاهرة والثالثة في الإسكندرية). و إضافة إلى هذا النمو الكمي. بدأت معالم نمو كیفی تظهر للعيان بصورة تكشف عن مساع إلى الاعتراف بتوجهين مهنيين، هما: توجه علم النفس الصناعي وعلم النفس العيادي.

علماء النفس كأخصائيين إكلينكيين:

لم يأت النمو الاجتماعي لعلم النفس العيادي في مصر كعملية سلسلة لفرع في المنظومة الكبرى لعلم النفس بوجه عام. بل جاء كعملية لها مسار خاص تتجاز شبكة معقدة من الممرات، فالبدایات المبكرة للخدمة النفسية الإكلينكية بدأت بفضل جهود التربويين الذين أسسوا أول عيادة نفسية عرفتها مصر. وكانت هذه العيادة ملحقة بمعهد التربية العالي (الذي بدأ مشروع تأسيسه سنة ١٩٢٩). وكان القصد من العيادة الملحقة به إجراء الفحوص على الصغار، للكشف عن العيوب التعليمية؛ أي التي تعوق عملية التعليم في مسارها العادي، وتطبيق بعض التقنيات العلاجية^(١) في هذا الصدد. وفي سنة ١٩٤٧ تأسست عيادة ثانية بالمواصفات نفسها، وفي هذه المرة جاءت ملحقة بمعهد التربية للمعلمات

(1) techniques of remedial teaching.

(جرجس ١٩٤٨). وفي سنة ١٩٤٨ تأسست أول عيادة توجيهية للمراهقين والأطفال تحت رعاية مشتركة من وزارتي الصحة والتعليم (وكانت الأخيرة تسمى إذ ذاك وزارة المعارف العمومية)، وكان الهدف من هذه العيادة أن تقدم الخدمة الطبية النفسية بصورة متكاملة لتلاميذ المدارس. وقد رأس هذه العيادة طبيب نفسى تعاونه أخصائية نفسية وأخصائية اجتماعية. وقد اعتبرت هذه العيادة آنذاك نموذجاً لما يجب أن تكون عليه الخدمة الطبية النفسية. وفي هذا الإطار وفي ذلك الوقت المبكر صيغ الدور المنوط بالأخصائى النفسى صياغة لا تختلف فى جوهرها عن دوره فى العيادتين التربويتين سالفتى الذكر. بل لقد نص رئيس العيادة (فى مقال نشره حول هذا الموضوع) صراحة على أن الأخصائى النفسى الذى يعمل فى مثل هذه العيادة يلزمه أن يكون متقناً لمهارات القياس النفسى^(١)، وياحبذا لو كان مؤهلاً فى علم النفس التربوى. (جرجس ١٩٤٨).

فى السنوات القليلة التالية، تفجّر نقاش غاضب بين الأطباء النفسيين وعلماء النفس دار حول سؤال أساسى مؤداه هل يُصرّح لعلماء النفس بأن يمارسوا العلاج النفسى مع المرضى العصبيين؟ وفى منتصف الخمسينيات كان النقاش بين المعسكرين قد احتدم (كما تكشف عن ذلك تصريحات الطرفين وتعليقاتهم على صفحات الجرائد والمجلات السيارة) بصورة شديدة المرارة، وكان معظم النقاش خطابياً أكثر منه مستنداً إلى المنطق والمعلومات الموثقة. وفى مايو سنة ١٩٥٦ صدر قانون، ينص على أنه لايجوز لأحد أن يمارس العلاج النفسى دون أن يرخص له بذلك، من السلطات الصحية. وقد نص القانون على القواعد التى يؤهّل الشخص بمقتضاها للحصول على الترخيص. وشكّلت فى هذا الصدد لجنة، اعتبرت بمثابة آلية للنظر فى مؤهلات من يتقدمون بطلباتهم للحصول على الترخيص. واعتبر علماء النفس هذا القانون خطوة إلى الأمام فى الطريق السليم؛ لأنه يضمن صبغة قانونية على العلاج النفسى كمهنة. وبعد ذلك رخص للكثيرين من النفسيين بمزاولة هذا العلاج.

(1) psychometry.

عاملاً كأخصائى نفسى إكلينيكى :

بإدىء ذى بدء لم تكن دراسة علم النفس الإكلينيكى جزءاً من خطتى المرسومة للانتظام فى معهد الطب النفسى فى لندن. كانت الخطة الأصلية هى مجرد التدريب على المستوى الرفيع للبحث العلمى (مستوى ما بعد الدكتوراه) فى مجال قياس الشخصية والاتجاهات النفسية. ولكن مجرد وجودى فى المكان أتاح لى الفرصة أن أسمع بأمر «دبلوم علم النفس التطبيقى»، الذى يجرى التأهيل له هناك، وكان طبيعياً أن أسأل وأتلقى الإجابات عن أسئلتى حول ما يقدم فى هذا الدبلوم، وعن تصور الأستاذ مونتى شاييرو ومساعديه لعلم النفس الإكلينيكى. وقد راقى لى فكرة أن يقوم الأخصائى النفسى الإكلينيكى بدور العالم التطبيقى، بل لقد ساعدتنى هذه الفكرة على توضيح عدد من الأفكار، التى كانت من قبل عالقة فى ذهنى بصورة مبهمه. ولأول مرة أجدها تصل إلى درجة لابس بها من تميز المعالم. ولذلك لم ألبث أن قررت اتخاذ الخطوات اللازمة لإضافة الدراسة للحصول على هذا الدبلوم، أعنى إضافة هذه الدراسة إلى مشروعى الأصلى فى الالتحاق بالمعهد.

مهام الأخصائى النفسى كعالم تطبيقى :

ومن ثم فقد حرصت، فى محاضرتى أمام الجمعية المصرية للصحة النفسية، (فى سنة ١٩٥٨) على أن تحمل هذه المحاضرة رسالتين إلى المستمعين :

(١) أولاهما صريحة، وتؤكد دور الأخصائى النفسى الإكلينيكى كعالم ممارس.

(٢) والثانية رسالة ضمنية مؤداها أننا هنا بصدد زاوية نظر مبتكرة أو غير تقليدية فى النظر إلى ما ينبغى أن تكون عليه الخدمة النفسية الإكلينيكية عند تقديمها إلى طالبها.

وكان أهم هدف لى من الرسالة الثانية (الضمنية) أن أعين المستمع أو أدفعه دفعاً إلى الفصل التام بين ما أقدمه وما قد يكون لايزال عالقاً فى الذاكرة من آثار

المعارك الكلامية، التي دارت من قبل في سنة ١٩٥٥ بين علماء النفس والأطباء النفسيين.

وقد خرجت من المحاضرة بانطباع أنها قوبلت بقدر من التعاطف مشوب بالتحفظ، وأن الأطباء في جمهور المستمعين كانوا أشد تعاطفاً من زملاء التخصص. وشعرت حينئذ أنني لم أكن آمل فيما هو أفضل، ولازلت أذكر أنني اعتبرت هذه المحاضرة وكل ما أحاط بها حدثاً مشجعاً، ينبغي التعامل معه على أنه بداية لا بأس بها لجهود يلزمني رعايتها ومتابعتها بقدر معقول من التبصر وبصبر ومثابرة لحدود لهما. ولا أستطيع أن أدعى هنا أنني استطعت منذ ذلك الوقت المبكر أن أضع خطة مفصلة للكيفية التي يلزمني أن أتبعها لترسيخ الخدمة النفسية العيادية في البلد. فكل ما كنت أحمله في ذهني حينئذ هو توجه يسوده كثير من الإبهام، ولكن يتضح فيه ضرورة التقدم في العمل على محاور ثلاثة: أولها محور أكاديمي، وثانيها محور يقضى بالحصول على اعتراف السلطات الصحية بالتصور الذي أقدمه عن المهنة، وثالثها محور يقوم على كسب ثقة الأطباء النفسيين واقتناعهم بقيمة هذا التصور، وبما يمكن أن يعود عليهم من خلاله سواء في مجال الممارسة أو في مجال إجراء البحوث.

كسب تعاطف الأطباء النفسيين:

كان أحد المبادئ الموجهة التي التزمتُ بها إزاء العمل على هذا المحور يقضي بأننا نحن الأخصائيون النفسيون (لأننا الوافدون الجدد على مجال الخدمة النفسية وقد كان من قبل حكراً للأطباء) يجب ألا ينطوى سلوكنا المهني على ما يثير عند الأطباء شعوراً بأننا خطرٌ يهدد حاضر الأطباء أو مستقبلهم في الميدان. وقد قصدتُ إلى التنفيذ الفعلي لأفكاري هذه، منذ بدأت ألقى محاضرتي المذكورة سنة ١٩٥٨. فقد حرصت على تطعيمها في أكثر من موضع بإشارات وتلميحات، تفضي في النهاية إلى نقل هذا المعنى. وفي ذلك الوقت لم يكن

العلاج السلوكي قد رسخ بعد ليصبح جزءاً من عدة الأخصائي النفسي في عمله . وساعدتني هذه الحقيقة على الانصراف إلى تأكيد أهمية استخدام الطرق والأدوات الموضوعية لتقدير حجم الاضطرابات النفسية المختلفة لضمان الوصول إلى تشخيص على درجة عالية من الدقة والثبات . وقد جلب لي هذا التأكيد مباشرة مردوداً اعتبرته إيجابياً بما فيه الكفاية؛ بحيث أشعرتني أن الجمعية المصرية للصحة النفسية يمكن أن تقوم بالنسبة لي كمنبر، أستطيع في إطاره أن أقنع أعداداً متزايدة من الأطباء بالتعاطف الصادق مع قضيتي . ومن ثم فقد حرصت فيما بعد على الترحيب بكثير من الدعوات التي وجهتها إلى الجمعية لإلقاء المزيد من المحاضرات أو المشاركة في الندوات من خلالها؛ لتسليط مزيد من الضوء على النموذج العلمي التطبيقي الذي أقدمه وما ينطوي عليه .

ثم إنني أضفت إلى ذلك خطة لتشجيع شباب الأطباء على المشاركة معي في بحوث إكلينيكية محدودة حطّطت لإجرائها ونشرها .

وقد لقيت هذه الخطوة ترحيب الكثيرين من الأطباء، كما أن التوفيق الذي صادفته في إنجاز بعض هذه البحوث ونشرها نشرأً علمياً محترماً في دوريات ذات سمعة أكاديمية طيبة في الخارج أعطي دفعة لجهودي في الميدان بعد ذلك، وهي جهود لم تقف بي عند طلب تعاطف هؤلاء الأطباء فحسب، بل تعدت ذلك إلى نشدان تعاونهم واحترامهم (انظر مثلاً؛ Soueif & Metwally 1960; Soueif, Abd-el-Naby & Helmy 1964). وقد حصلت على ذلك فعلاً، وكانت البادرة الأولى في هذا الصدد أن الجمعية دعتنني في سنة ١٩٦٠ للعضوية في مجلس إدارتها، وهو ما قبلته شاكرأً، واستمر تعاوني مع الجمعية لأكثر من ثلاثين سنة .

في الجامعة :

استمر الحال في جامعاتنا حتي السنة الدراسية ١٩٥٨/٥٩ يقضى بتدريس علم النفس في إطار أحد قسمين: الفلسفة، أو الاجتماع. وقد فرض هذا الوضع

قيوداً معوّقة على نمو التخصص لا كعلم فحسب، ولكن كمتخصص مهني كذلك. ومن أبسط الأمثلة - على هذه الإعاقة ما يأتي: عندما كنت أدعى لتقديم خدمة مهنية معينة (في وزارة الصحة مثلاً أو في بعض معاهد التدريب للقيادات العليا للشرطة)، وأقدم نفسى لطالبي الخدمة على أنى مدرّس في قسم الفلسفة. . كان هذا التقديم نفسه يثير في التو واللحظة تعبيراً أقرب إلى الإحباط أو خيبة الأمل عند متلقيه، وكان هذا التعبير ينكشف غالباً بصورة ضمنية، وأحياناً بصورة صريحة. ولكى يتمكن القارئ من استيعاب هذا المثال، وما كان يترتب على أمثاله أقدم للقارئ حادثاً واقعياً واحداً. ففي سنة ١٩٥٩، حصلت على الترخيص من وزارة الصحة (عملاً بالقانون الذى أشرت إليه منذ قليل بشأن تنظيم الاشتغال بمهنة العلاج النفسى) بممارسة المهنة، وكان علىّ بعد ذلك أن أستأذن الجامعة وهو ما تقضي به اللوائح الجامعية. وفعلاً كتبت إلى الجامعة فى هذا الشأن. ولكن بدلاً من أن ألقى الإذن المطلوب؛ تلقيتُ خطاباً موقعاً عليه من رئيس الجامعة شخصياً، يستفسر فيه بلهجة تتراوح بين التعجب والسخرية عما يمكن لمدرس فى قسم الفلسفة أن يفعله باسم الخدمة الإكلينيكية. وكتبت إلى رئيس الجامعة خطاباً أرد فيه تفصيلاً على سؤاله، وأشرح له الملابس التاريخية التى تجعل تخصصاً مثل علم النفس يقدم فى إطار قسم للدراسات الفلسفية. بعد ذلك حصلت على الموافقة المطلوبة. من هذا القبيل من الأحداث وقع لى الكثير، وقد استخلصتُ منه الدرس، الذى وجب علىّ استخلاصه، ومؤداه أنه دون تغيير الإطار الأكاديمى الحالى لن يكون باستطاعتى عمل شىء للارتقاء بعلم النفسى الإكلينيكى، سواء على المستوى المؤسسى أو على مستوى الأداء المهني الشخصى. بعبارة أخرى تبين لى منذ وقت مبكر أننى إذا أردت حقاً أن أقيم علم النفس العيادى كمهنة، وأن أرسخ هويتى كممارس عيادى، فلا بد لذلك من إحداث تغيير جوهري فى الوضع الأكاديمى لعلم النفس بكامله.

وفى سنة ١٩٥٩/١٩٦٠ حصلنا على موافقة مجلس جامعة القاهرة على مضاعفة جرعة دروس العلوم النفسية، التى تقدم لطلاب مرحلة الليسانس (داخل

قسم الفلسفة). وكذلك وافق مجلس الجامعة على إنشاء «دبلوم علم النفس التطبيقي» (بعد الليسانس)، لتزويد الطلاب الراغبين في ذلك بأقذار معقولة من التدريب فى الحقلين التطبيقيين: علم النفس الصناعى، وعلم النفس العيادى. كما أدخل تعديل على اسم قسم الفلسفة بحيث أصبح «قسم الدراسات الفلسفية والنفسية». وقد قبلنا^(١) هذا الوضع الجديد كحل تهادنى مؤقت، ومع ذلك فقد استمر الضغط بهدف الوصول إلى استحداث تغيير أشد جذرية وهو ما تحقق فيما بعد فعلاً. وفى عام ١٩٦٩ أعيدت صياغة برامج التدريس والتدريب فى الدبلوم بحيث يصبح التركيز كاملاً على علم النفس الإكلينيكى. وفى يولية سنة ١٩٧٤ صدر قرار مجلس جامعة القاهرة بإنشاء قسم علمى مستقل لعلم النفس. فكان هذا أول قسم مستقل لعلم النفس ينشأ فى مصر، وبعد ذلك بدأ يتوالى إنشاء أقسام مستقلة لعلم النفس بسائر الجامعات المصرية.

التعاون مع السلطات الصحية:

سار التعاون بينى من ناحية ومجلس إدارة الجمعية المصرية للصحة النفسية من ناحية أخرى بصورة مرضية لى وللأطراف الأخرى المشاركة. وكنا نشهد من حين لآخر ما يثبت نشوء صيغة ملائمة تتخلق من خلالها نظرة شاملة للكيفية التى ينبغى أن تدار بها أمور الخدمة الطبية النفسية مدعومة من المنظومات الثلاث العاملة فى الميدان، وهى: المنظومة الطبية، والمنظومة النفسية، ومنظومة الخدمة الاجتماعية. وجدير بالذكر هنا أن بعض الأعضاء فى مجلس إدارة الجمعية المصرية للصحة النفسية كانوا فى الوقت نفسه من بين كبار العاملين فى وزارة الصحة. فى هذا السياق تلقيت فى منتصف شهر يولية سنة ١٩٦٧ دعوة من وزارة الصحة للعمل تحت مظلتها كخبير نفسى إكلينيكى؛ للمشاركة فى تنفيذ سياسة جديدة للوزارة، هدفها تعيين الأخصائين النفسيين أعضاء فى الفريق

(١) أعنى هنا أسرة تدريس علم النفس فى القسم، وكانت تضم الأستاذين يوسف مراد ومحمد عثمان نجاتى، وكاتب هذه السطور...

العلاجى العامل فى عيادات ومصحات الأمراض النفسية التى تشرف عليها الدولة فى جميع أنحاء الجمهورية^(١).

وقد أدركتُ هذه الدعوة على أنها ثمرة للعلاقات والنشاطات العلمية، التى شاركتُ فيها منذ ألفت محاضرتي الأولى سنة ١٩٥٨. فى جمعية الصحة النفسية، ومن ثم فقد بادرتُ إلى تلبية الدعوة، وعكفت على وضع تخطيط مفصّل لمواصفات العمل، الذى سوف يقوم به الأخصائيون النفسيون داخل الفريق العلاجى، واقتضى ذلك قدراً من التعاون المكثف بينى وبين رجال الوزارة؛ لكى يخرج التخطيط ملبياً للمقتضيات العلمية والإدارية معاً. وبدأت الخطوات الأولى فى وضع المشروع موضع التنفيذ فى يناير سنة ١٩٦٨. وقد زودتنى هذه النقلة المهنية/ الأكاديمية بالتبرير الكافى لإدخال التغييرات الجذرية، التى سبق الإشارة إليها على برامج التدريس والتدريب فى دبلوم علم النفس التطبيقى بالجامعة بتوجيهها جميعاً إلى خدمة التطبيق العيادى.

وبعد سنوات قليلة جئنا ثمار هذه التغييرات بأن بدأت وزارة الصحة تتبنى سياسة أكثر ترحيباً بالخدمة النفسية بأن وضعت سياسة لتشجيع النفسيين العاملين تحت مظلتها على الحصول على الدبلوم المشار إليه. فتقرر منح الراغبين من هؤلاء العاملين فى الحصول على الدبلوم، تقرر منحهم أجازة دراسية بمرتب لمدة سنة كاملة أسوة بما هو معمول به (وقتئذ) مع الأطباء النفسيين؛ لتيسير حصولهم على دبلوم الأمراض العصبية والنفسية فى كليات الطب.

وفى الوقت الحاضر يبلغ عدد النفسيين العاملين فى الوزارة حوالى ٣٠٠ ثلاثمائة أخصائى، وتقديرنا أن حوالى ٤٠٪ منهم حاصلون فعلاً على دبلوم علم النفس التطبيقى من جامعة القاهرة. ومنذ ذلك الوقت تتوالى تغيرات أخرى على الميدان. هكذا، على امتداد العقود الأربعة الماضية تخلّق أماننا، خطوة خطوة،

(١) كان وراء هذا القرار المرحوم الدكتور أحمد وجدى، وكيل وزارة الصحة لشئون الطب العلاجى حينئذ، وكان واحداً من الأعضاء المؤثرين فى مجلس إدارة جمعية الصحة النفسية؛ وكان يشاركه فى توجهه وجهوده المرحوم الدكتور صبرى جرجس، مدير إدارة الصحة النفسية بالوزارة فى ذلك الوقت.

سياق على درجة لا بأس بها من التكامل لترسيخ صورة الخدمة النفسية العيادية في مصر. صحيح أن الأمور لم تتقدم بصورة سلسلة ولانقية كما قد تبدو من خلال القصة التي أروبوها في هذه السطور. ولا هي كذلك مُرضية تماماً في المرحلة الراهنة. ولكن ينبغي الاعتراف بأن الموقف في الوقت الراهن أفضل بكثير مما كان عليه قبل سنة ١٩٥٨. ويكفي للدلالة على ذلك أن نشير إلى أن لدينا الآن ستة عشرة قسماً لعلم النفس في كليات الآداب بجامعةنا المصرية. أضف إلى ذلك أن النفسيين الإكلينكيين يحظون الآن باعتراف اجتماعي ورسمي بعضويتهم في فريق العلاج النفسي. هذان العنصران معاً؛ أعنى العنصر الأكاديمي والعنصر المهني يكوّنان المناخ الذي افتقدته أنا وجيلي في الخمسينيات المتأخرة. وأنا أتذكر الآن بكل وضوح أنني لم أكن أتصور عندئذ أنني أستطيع أن أفعل أي شيء ذا بال بالعلم الإكلينيكي الذي تعلمته وتدرّبت في إطاره في الخارج، دون أن أخطط في الوقت نفسه لخلق بيئة معاونة. كان هذا حُلماً حلمتُ به بمجرد عودتي من رحلتي الأولى إلى معهد الطب النفسي في لندن، وكان تحقيق الحلم شرطاً ضرورياً للمضي قُدماً بما تعلمته.

الممارسة العيادية:

(١) التقدير أو القياس:

حصلت في شهر أبريل سنة ١٩٥٩ على الترخيص من وزارة الصحة المصرية بالممارسة العيادية. وبعد بضعة شهور من هذا التاريخ أسستُ عيادتي الخاصة فعلاً. في ذلك الوقت كنت أقرب إلى الرأي العلمي، الذي توصل إليه أيزنك منذ سنة ١٩٥٢ (Eysenck 1952)، والذي يقرر أن العلاجات النفسية التقليدية (التي كانت ذاتعة في ذلك الوقت) لم تكن تختلف في حجم الآثار المترتبة عليها في علاج المرضى العصبيين، عن حجم الشفاء التلقائي. بعبارة أخرى إذا تركنا مجموعة من المرضى العصبيين دون أي علاج نفسي لمدة طويلة نسبياً (حوالي سنتين كما بيّنت بعض البحوث)، فسنجد أن نسبة الثلثين منهم قد شفوا أو

تحسنوا تحسناً كبيراً. وهذه النسبة نفسها هي نسبة الشفاء التي كانت تتحقق للعصابيين، الذين يتلقون العلاجات النفسية التقليدية (كالتحليل النفسي، والعلاج النفسي المساند، والعلاج المتمركز في المريض... إلخ). ومعنى ذلك أنه لا يوجد فرق جوهري من حيث احتمالات الشفاء بين أن يتلقى العصبيون علاجاً نفسياً (تقليدياً)، وألا يتلقوا علاجاً.

ولما كان هذا الرأي الذى وصل إليه أيزنك من تحليل أعداد كبيرة من التقارير الصادرة عن العيادات النفسية التقليدية قد وجد ما يؤيده من نتائج توصلت إليها بحوث باحثين آخرين (Wallace & Whyte 1959; Giel et al. 1964)، فقد وجدتني مقتنعاً به مثلى فى ذلك مثل عدد كبير من علماء النفس الذين ألتقيت بهم فى الخارج. ولذلك فقد رأيت، عندما بدأت ممارسة المهنة بعد عودتى إلى مصر، أن أقتصر فى عملى العيادى على الفحوص النفسية للحالات التى تحوّل إلى من الأطباء النفسيين. ولذلك حرصت على ألا أستقبل فى عيادتى إلا الحالات التى تحوّل إلى من السيكياتريين، وأصبح إسهامى فى الخدمة فى هذه المرحلة هو مجرد إمداد الأطباء بمزيد من الثقة فى دقة التشخيص، وهو أمر بالغ الأهمية فى تقديم الخدمة النفسية لطالبيها. ومن ثم فقد بدت رسالتى فى جوهرها هي دعم التوجه إلى أداء الخدمة كفريق (يتعاون فيه الأخصائى النفسى مع الطبيب ومع الأخصائى الاجتماعى).

وكان طبيعياً أن يلقى هذا التوجه مزيداً من الترحيب من جانب الأطباء (وخاصة رجال الحرس القديم). ولكن كان طبيعياً أيضاً أن تلقى دعوتى قدراً كبيراً من الضيق من جانب زملاء التخصص النفسى؛ لاسيما ذوى التوجه التحليلى الفرويدى. وباسم الاتساق المنطقى مع المقدمات التى بدأت بها سعت إلى مزيد من توضيح مفهوم الفريق العلاجى، مؤكداً أنه لا يُشترط للفريق أن يقوم فى مكان واحد. ذلك أن أى تعاون بين عيادة طبية (سيكياترية)، وعيادة نفسية يديرها أخصائى نفسى مثلى، معناه، أننا هنا بصدد فريق علاجى، وياحبذا لو وُجدت الفرصة لانضمام الأخصائى الاجتماعى إليهم بصورة ما.

من الدروس القيّمة التي يتلقاها كل من تصدى للقيام بعمل جاد أنه كلما تمكن من حل مشكلة تولدت أمامه مشكلة أو مشكلات جديدة. هكذا كان الحال معي؛ فما أن استقر رأبي على أن يكون جوهر عملي العيادي في تلك المرحلة مقتصرأ على تقدير اضطرابات الوظائف النفسية وقياسها بالتعاون في الوصول إلى تشخيص سيكياتري دقيق، حتى واجهتني مشكلة الملاءمة بين أدوات القياس المتاحة لي آنذاك والإطار الحضاري الذي أعيش فيه في مجتمعي المصري. وجوهر المشكلة التي كنت أواجهها عندئذ يمكن صياغته على النحو الآتي: فمن ناحية لا بد من استخدام أدوات قياس صادقة حضارياً؛ أي مناسبة للإطار الحضاري الذي أعيش أنا ومرضى في كنفه. وهذه الأدوات لم يكن لها وجود (تقريباً)، ومن ثم فإما أن أبتكرها، أو أعيد ابتكارها بمعنى إدخال التحويلات المناسبة على الأدوات التي استوردتها من الخارج بحيث تصبح عادلةً حضارياً⁽¹⁾، أي لا تظلم مرضى لأنهم أبناء حضارة مغايرة لحضارة المجتمعات الغربية التي استوردت منها أدواتي. ولكن من ناحية أخرى لا يمكن تصور أن تنتظر الخدمة النفسية العيادية حتى أخترع أو أعيد اختراع الأدوات اللازمة للفحص، بما يتلاءم ومطالب التطبيق المحلي ومقتضيات الكفاءة العلمية معاً. وقد بدا لي واضحاً عند صياغة المشكلة على هذا النحو (بشقيها) أن الطريق إلى الحل المعقول أخذ يتكشف أمامي.

كانت معالم هذا الطريق على النحو الآتي: أن أصل إلى صياغة حل تهادني بين حسّ المنهجية السليمة من ناحية والحس العملي من ناحية أخرى. وارتسم في ذهني أن هناك تماثلاً بين مثل هذا التهادن والتهادن الذي نرتضيه في مجال البحث العلمي الإمبريقي عندما نصوغ «فرضاً عاملاً»⁽²⁾، نخطو به بضع خطوات في البحث وقد نعدله بعد ذلك بدرجات مختلفة. (سويف ١٩٦٩ ص ١١٤). وما ينطوي عليه التماثل بين هذين الحالين هو إنه، إذا تعذر الوصول إلى حل أفضل، فلا بد من الرضا أو الاكتفاء مؤقتاً بحل عملي، يمكننا من مواصلة

(1) culturally fair.

(2) working hypothesis.

المسيرة، أى ألا نتوقف وسوف تحين اللحظة المناسبة بعد ذلك لتصحيح المسيرة. وكان الحل التهادنى الذى وصلت إليه لتسيير العمل الإكلينكى منظويا على عدة خطوات، أهمها ما يلى :

(أ) انتقاء مجموعة من الأدوات (المعملية، أو الاختبارات، أو المقاييس) التى تبدو للتحليل الأولى البسيط أنها على درجة لا بأس بها من «العدالة الحضارية»⁽¹⁾، وهى فى الوقت نفسه مهمة للممارسة العيادية، والعمل بأسرع ما يمكن على تكوين معايير محلية لها. وكان الطريق أمامى لأداء هذه المهمة هو المسارعة إلى إجراء بحوث إمبريقية صغيرة الحجم وبسيطة التصميم فى البيئة المصرية، وكانت هذه البحوث هى نفسها البحوث الإمبريقية المحدودة التى فكرت فى دعوة شباب الأطباء السيكياتريين للمشاركة فيها لمعرفة المزيد عن علم النفس الإكلينكى، مضافاً إليها ما فكرتُ فيه وأخذتُ أخططُ له من بحوث يجربها تحت إشرافى الدارسون النفسيون، ممن يتأهلون للحصول على درجتى الماجستير والدكتوراه.

(ب) إذا أخذنا فى الاعتبار أن الاختبارات التى تم تكوينها فى الغرب ليست جميعاً على مستوى واحد من حيث «الانحياز الحضارى»، فمن الممكن اعتبار الاختبارات (أو المقاييس عموماً) الأقرب إلى العدالة الحضارية أو الحياد الحضارى) مرشحة للاستعمال فى ممارساتنا العيادية اليومية إلى أن نتبين بوضوح أنها غير صالحة لهذا الاستعمال، أو إلى أن تحل محلها بدائل محلية مناسبة. (من هذا القبيل من الاختبارات متاهات پوريتوس⁽²⁾، والتوصيل بين الدوائر لرايتان⁽³⁾، واختبار الذاكرة البصرية لبنتون⁽⁴⁾).

(1) cultural fairness.

(2) Porteus Mazes.

(3) Reitan's Trail Making.

(4) Benton's Visual Retention.

(ج) ومن المستحسن كذلك النظر فى أية بحوث حضارية مقارنة تكون قد أجريت ونشرت محلياً لغير أغراض إكلينيكية؛ فمثل هذه البحوث قد تنطوى على نتائج ذات مغزى للعمل الإكلينكى. ومن هذا القبيل البحث الذى نشره الدكتور مصطفى فهمى فى أربعينيات القرن العشرين حول اختبار قياس الذكاء لدى الأطفال عن طريق «رسم الرجل»^(١)، وهو الاختبار الذى قامت أصلاً بتكوينه وتقنيه ونشره الباحثة فلورنس جودنف F. Goodenough. فقد كانت دراسة الدكتور مصطفى فهمى دراسة عملية ميدانية، وجاء ضمن نتائجه التى تهمنى أن المعايير المصرية على هذا المقياس (إذا اتبعنا فى تطبيقه وتصحيحه التعليمات الأجنبية بحذافيرها)، تتأخر عن نظائرها الأجنبية بمقدار ستة شهور فى المتوسط (Goodenough 1954).

(د) من المستحسن، كلما أمكن، أن يستخدم الأخصائى النفسى أكثر من مقياس لقياس الوظيفة النفسية الواحدة. ومع تسليمنا بأن هذه الخطوة لاتضمن لنا صدق نتيجة القياس، مع ذلك فإن استخدامها كجزء من خطة تهادنية عامة (مؤقتة) من شأنه أن يزيد من احتمالات ارتفاع كفاءة قياساتنا الإكلينيكية، هذا شريطة أن تتفق فيما بينها نتائج القياسات المتعددة للوظيفة النفسية الواحدة. أما إذا تضاربت النتائج، فيمكن الأخذ بأقربها إلى المعقولة فيما نتوقه بناء على تاريخ الحالة المفحوصة والتشخيص المقترح لها من جانب الطبيب، الذى قام بتحويلها إلينا.

(هـ) كذلك يحسن بنا تشجيع الأطباء المتعاونين معنا على استخدام أية أدوات تشخيصية أخرى من الأدوات المعترف بها فى ميدانهم، مثال ذلك جهاز رسّام المخ الكهربائى^(٢)، بالإضافة إلى الأدوات التى نستخدمها نحن النفسيون، فذلك (إذا التقت نتائجنا ونتائجهم) من شأنه غالباً أن يزيد من

(1) Goodenough Draw-A-Man.

(2) electroencephalogram.

الثقة فى دقة التشخيص، بل ويزيد من ثقة الأطباء فى جدوى أدوات التشخيص التي يستخدمها زملاؤهم النفسيون.

(و) وأخيراً وليس آخراً، فلا بد للأخصائى النفسى من الاعتماد على بصيرته إلى حد ما فى أخذ السياق الاجتماعى الحضارى لدينا فى الاعتبار. وقد درجتُ على تنبيه تلامذتى إلى أن هذه الخطوة الأخيرة لاتعنى بالضرورة تأكيد الاختلاف على حساب التماثل (ولا العكس). ولكن يجب أن تأخذ شكل التنبؤ اليقظ لاتجاه استكشافى، نتوصل من خلاله إلى تحديد نقاط التباين ونقاط التشابه بين ما لدينا وما يناظره فى السياقات الغربية. وبوجه عام فقد كنت أرى أن هناك كثيراً من الشواهد، التي تشهد بأن الإطار الحضارى كما نعيشه فى مصر ليس مغايراً جداً لنظيره الغربى (فيما يتعلق بالمصاحبات النفسية الاجتماعية)، على الأقل فيما يتعلق ببعض الأبعاد المهمة مثل الحدائة⁽¹⁾ (وهذه تتجلى فى شيوع المدن، والتصنيع، والتعليم) وما يتولد فى ظلها من سلوكيات عند المواطنين.

وفيما يلى أذكر بعض النتائج البحثية التي تشهد بصحة هذا الرأى إلى حد كبير. فى سنة ١٩٦٠ أجريتُ دراسةً عاملية على مجموعة من الذكور والإناث من طلبة الجامعات المصرية، كان الهدف منها تقدير مدى عمومية بناء الشخصية، الذى يقدمه أيزنك متمثلاً أساساً فى البعدين الشهيرين «العصابية» و«الانطواء / الانبساط»، ومدى عمومية هذا البناء عبر الحدود الحضارية (سويف ١٩٦٢). وقد أسفرت هذه الدراسة عن ظهور العاملين المشار إليهما، بعد تدوير المحاور، بصورة مماثلة للصورة التي ظهرا بها فى دراسة شاركتُ فى إجرائها من قبل فى لندن على مجموعة من المواطنين الإنجليز (Francks et al.

(1) modernism.

(1960). ومع ذلك فقد كان واضحاً لى أن هذا التشابه فيما يتعلق بالنتيجة النهائية للبحثين لم يطمس اختلافاً بينهما، فيما يتعلق بمتوسطات الدرجات التى سجلها المواطنون المصريون على جميع المقاييس، التى احتوت عليها الدراسة؛ فهذه المتوسطات مختلفة عن المتوسطات المناظرة لها التى سجلها البريطانيون. وكانت المقاييس فى كل من الدراستين مجموعة منتخبة من مقاييس جليفورد للشخصية ومقاييس بطارية مينسوتا المشهورة باسم MMPI.

وهناك دراسة أخرى تحمل الرسالة نفسها. وهى دراسة جعلنا عنوانها «قياس علامات الإصابة العضوية الدماغية لدى مجموعة من المرضى السيكياتريين المصريين» (Soueif & Metwally 1961). وفى هذه الدراسة استخدمنا خمسة مقاييس موضوعية للأثار السلوكية للإصابة العضوية فى المخ (حسب المحكات الغربية)، كما تتجلى من خلال الإدراك البصرى، وسرعة الأداء الحركى النفسى. وقد وجدنا أن هذه المقاييس تفرق جوهرياً بين أداء المرضى العقلين الصرعين وزملائهم الفصامين من نزلاء دار الاستشفاء النفسى بالعباسية. ومرة أخرى اختلفت متوسطات درجات المرضى المصريين عن متوسطات نظرائهم الغربيين على مقاييس سرعة الأداء الحركى النفسى. بعبارة أخرى إن الاختبارات احتفظت (فى نقلتها عبر الأسوار الحضارية) بقدرتها على التفرقة بين العضوين والوظيفيين من المرضى السيكياتريين، ولكن هذه التفرقة تمت عند مستوى من الدرجات خاص بالمصريين يختلف عن نظيره عند الأوروبيين.

وفى دراسة ثالثة تحمل المغزى نفسه، استخدمنا أربعة اختبارات موضوعية لقياس سرعة الأداء الحركى النفسى، واختبارين موضوعيين كذلك لقياس كفاءة التفكير وطبقنا هذه الاختبارات على مجموعة من المرضى الفصامين المصريين، قبل، وأثناء، وبعد علاجهم بعقار الرززين. . وقد استطاعت هذه الاختبارات (وهى من منشأ غربى) أن تكشف عن تحسن جوهرى فى أداء المرضى ارتبط بتناولهم العقار (Soueif et al. 1964).

وفى دراسة رابعة اشتركت فى القيام بها مع أيزنك، قارنا بين الأحكام الجمالية لمجموعة من الطلبة المصريين ونظراء لهم من الإنجليز، وكان موضوع هذه الأحكام عدداً من الأشكال الهندسية متعددة الأضلاع. وقد انتهينا من الدراسة إلى النتيجة التالية: «اشترك المصريون والبريطانيون فى حوالى ٥٠٪ من التباين القائم وراء أحكامهم الجمالية. وبوجه عام لم نعثر على ما يثبت تبايناً حضارياً واضحاً بين مجموعتى الطلاب فى بياناتنا» (Soueif & Eysenck 1971).

وثمة دراسات أخرى مماثلة يمكن ذكرها (Ashour 1966)، ولكننا نكتفى بما أوردناه، وهى جميعاً تحمل دلالة واحدة، مؤداها أنه يوجد أساس واقعى معقول، يبرر استخدام بعض الأدوات السيكومترية ذات المنشأ الأجنبى على أنها تصلح لقياس الإفصاحات المرضية التى تصدر عن المرضى السيكياتريين المصريين. ومع ذلك فحدود الامتداد بهذا التبرير واضحة لا يقبل تجاوزها، ومؤداها أنه لايجوز استخدام الدرجات أو المعايير الأجنبية عند تطبيق تلك الأدوات على مرضانا، وهو ما تنطق به نتائج البحوث الأربعة التى ذكرناها، كما تنطق به بحوث أخرى كثيرة. وبوجه خاص لا بد من الالتزام بهذه الحدود بكل صرامة، إذا ما كنا بصدد اتخاذ قرارات خطيرة فى حق هذا المريض أو ذاك بناء على نتائج اختبارنا، مثال ذلك اتخاذ قرار بصدد تغيير المسار الدراسى لأحد التلاميذ لينتقل من التعليم العام إلى نظام التعليم المخصص لضعاف العقول.

خلاصة القول أن النقاط الست التى أوردتها (فى أ، ب، ج، د، هـ، و) كوّنت فيما بينها العناصر الأساسية، التى انطوى عليها الحل التهادنى الذى تمكنتُ بفضل من تقديم الخدمة النفسية الإكلينيكية (كما تعلمتها) إلى مواطنى، بمن فيهم الزملاء والتلاميذ. ومرة أخرى أعود فأقرر أن هذه المكونات التى ذكرتها لايجوز أن تؤوّل فى اتجاه يوحي بتجاهل الفروق الحضارية أو التهوين من شأنها؛ فالحقيقة أن قيام هذه الفروق كان يفرض نفسه أمام ناظرينا دائماً. وقد أشرنا بالفعل إلى التفاوتات التى فرضت نفسها علينا بين درجات (أو مستويات) الأداء على أدوات الفحص التى استخدمناها، وتعتبر هذه التفاوتات مثلاً واحداً

فقط في هذا الصدد. وبالإمكان ذكر أمثلة أخرى متعددة، ولكن ما قصدتُ إليه هنا هو أن أصف للقارئ موقفاً محدداً، كان يلزمني فيه الاختيار بين التزمّت الذي يقترن بالعقم، والتوجّه العملي الذي يعنى (في نهاية الأمر) التقدم في العمل من خلال سلسلة من إزاحات التقريب المعقولة، وقد اخترت البديل الأخير.

وجدير بالذكر هنا أنني ومجموعة من الزملاء تعاوناً معاً في سنة ١٩٨٤ على إصدار دليل للمعايير المحلية التي أمكن جمعها (من خلال عدد من البحوث الإمبريقية المصرية) على عدد من أدوات القياس الإكلينيكي (كان العدد ١٥٩ متغير/ أداة). وكان ٦٩٪ من هذه الأدوات من صنع وتقنين زملاء مصريين. أما بقية الاختبارات فكانت ذات منشأ أجنبي، وجرى عليها التعديل بدرجات مختلفة بما يقرب بينها ومقتضيات البيئة المصرية (أمثلة: مقياس أيزنك للشخصية، وعدد من المقاييس من بطارية جليفرورد للشخصية؛ واختبارات زازلو وكولنز ونجنوتسكي للتصلب؛ وبعض الاختبارات من بطارية الاستعدادات العامة المعروفة باسم GATB؛ والتوصيل بين الدوائر لرايتان؛ والمصفوفات المتدرجة لرافن،...). ويلاحظ أن الدليل المشار إليه يحتوي كذلك على مجموعة البيانات الأولية الأساسية، التي تصف أفراد المجموعات التي جرى تطبيق الأدوات عليها، وفي أحيان كثيرة يجد القارئ في هذا الدليل معلومات عن معاملات ثبات جديدة لهذه الأدوات محسوبة على عينات محلية. وجدير بالذكر كذلك أن هذا الدليل يجري تحديثه في الوقت الحاضر (سوف وآخرون ١٩٨٤).

(٢) الانتقال إلى ممارسة العلاج

في أغسطس سنة ١٩٦٣ قمت برحلة علمية ثانية إلى «معهد الطب النفسي» في لندن، تنفيذاً لما كنت اعترزته في الأيام الأخيرة من مهمتي الأولى. ومرة أخرى أمضيت في المعهد سنة كاملة للاستزادة من العلم، وهو ما زاد من توثق

علاقتى بالأستاذ أيزنك، وبعده من الوجوه الرئيسية فى المكان. وفى ذلك الوقت كان العلاج السلوكى قد أصبح معروفاً، وقد ظهرت كتابات كثيرة تقدم إسهاماته، وتحدث عن أساليبه المختلفة، من هذا القبيل من الكتابات المؤلفة المحورى لجوزيف وولپه J. Wolpe بعنوان «العلاج النفسى بوساطة الكف المتبادل» (1958)، ومقال أيزنك بعنوان «العلاج السلوكى ونظرية التعلم» (Eysenck 1959) وكتاب أيزنك بعنوان «العلاج السلوكى وأنواع العصاب» (Eysenck 1960).

كذلك بدأت فى الظهور أول دورية علمية عن العلاج السلوكى، وكان أيزنك هو الرائد الذى نشرها، وكانت تحمل عنوان «العلاج السلوكى وبحوثه». ويقدم أيزنك فى سيرته الذاتية التى تحمل عنوان «تمرد وقضية» وصفاً مفعماً بالحياة للكيفية، التى استطاع بها أن يدفع معظم الزملاء العاملين معه إلى أن يسهموا فى الارتقاء بأساليب العلاج السلوكى الجديدة. وعندما أعود بذاكرتى إلى تلك الفترة المبكرة أجد أن بوادرها ظهرت فى واقع الأمر أيام رحلتى العلمية الأولى إلى المعهد (فى منتصف الخمسينيات). فأنا أذكر عن تلك الفترة بعض جولات الجدل حامية الوطيس، التى كانت تدور بين أيزنك وعدد من الأطباء النفسيين.

وكان معظم الكلام يدور حينئذ عن المبادئ والحقائق العلمية، التى تبشر بقيام التيار الجديد كتطبيق لبعض إنجازات علم النفس المعاصر. وكنت أستطيع حينئذ أن ألمح بالفعل بشائر هذا التيار. ولكن لما كنت حريصاً فى ذلك الوقت على ترسيخ مهارتى البحثية وتنميتها قبل أى شىء آخر، فقد قررت ألا أخذ على عاتقى متابعة هذا الجديد تفصيلاً حتى لا يؤثر ذلك بالتشتيت على مهمتى الأصلية. وفيما بعد كان قرارى هذا ضمن العوامل التى حددت ما أقول وما لا أقول فى خطابى إلى الجمعية المصرية للصحة النفسية الذى ألقيته سنة ١٩٥٨. فلم أكن ممتلئاً بتباشير هذا التيار الجديد، ومن ثم فقد كنت على يقين أننى لن أحسن الحديث عنه، بل ربما أسأت إلى قضيتى الأساسية، وهى إقرار المكانة الأكاديمية اللائقة بالتخصص عموماً، وإقرار انطوائه على إمكانات تطبيقية بعينها لايحوز الجهل بها أو تجاهلها.

ولكن بمجرد عودتي إلى مصر من المهمة الأخيرة (في سبتمبر ١٩٦٤) بدأت أذكر في أحاديثي ظهور العلاج السلوكي كنمو طبيعي في إطار علم النفس الإكلينيكي. ولدهشتي أن أحاديثي هذه قوبلت بهدوء، بل وبمحاولات جادة للفهم وربما الاقتناع. بالإضافة إلى ذلك تبين لي أن بعض شباب الأطباء النفسيين كانوا بطريقة ما قد حصلوا على بعض معلومات علمية، لا بأس بها عن الاسترخاء العضلي العميق، وعن أسلوب علاج المخاوف المرضية باستخدام تكنيك التسكين المنظم. في ذلك الوقت وقع حدث كانت له أهميته في هذا السياق، فقد عاد من الخارج الدكتور أحمد عكاشه ليتسلم عمله مدرساً في قسم الطب النفسي بكلية طب جامعة عين شمس، وكان قد أتم تأهيله في (القسم الطبى) بمعهد الطب النفسى ذاته؛ حيث تلقيت تدريباتى (في القسم النفسى منه). وكانت هذه مصادفة سعيدة، بمعنى أنها كانت من المصادفات التاريخية التى إذا وظفت توظيفاً جيداً كان لها دور فعال فى دفع عجلة النمو لتيار علمى بعينه، أو تيار فنى، أو ... إلخ.

وقد دأب الدكتور عكاشة - منذ عودته إلى مصر - على التعبير عن توجهه إيجابى نحو العلاج السلوكى، وراح يزيكيه فى محاضراته لطلابه الأطباء والنفسيين، وأذاع على مشهد من الجميع أنه يستخدم جهاز التشريط (أحد معالم العلاج السلوكى حينئذ) فى علاج الصغار الذين يترددون على عيادته للعلاج من التبول اللاإرادى. وبعد شهور قليلة نجح فى إقناع زملائه الأساتذة بتوجيه الدعوة إلى لكى أحاضر طلابهم الأطباء فى علم النفس الإكلينيكي. كانت هذه الأحداث وأخرى شبيهة بها من الأمور التى يسرت على (خلال النصف الثانى من الستينيات) تقديم العلاج السلوكى باعتباره جزءاً من عدة الأخصائى النفسى فى ممارساته العيادية.

ومع ذلك فلا بد من أن يظل حكمنا على هذا الجو الميسر الذى أحاط به فى تلك الفترة حكماً متوازناً؛ فلم تظهر لهذا الجو انعكاسات إيجابية فى طبيعة الطلبات التى كان المرضى يحولون بها إلى عيادتى من أطبائهم النفسيين، فقد

ظلت معظم هذه الطلبات تنصبُّ على الفحص وقياس الوظائف النفسية، وإعادة المريض إلى طبيبه يحمل تقريراً عن نتائج هذه الفحوص. ومع استمرار النظر المدقق في هذه الظاهرة، تبينت شيئاً فشيئاً أن الأطباء الذين كانوا يتبنون اتجاهها إيجابياً نحو العلاج السلوكي كانوا يفضلون أن يقوموا هم أنفسهم بتطبيقه. ولكن مع قليل من الصبر ومتابعة ما يجرى بعين استكشافية أكثر منها مستكرة أو غاضبة، بدأ هؤلاء ينفضون أيديهم من التطبيقات السلوكية، وكان ذلك غالباً لسببين: أولهما أنهم لم يكونوا على قدر كاف من المعرفة المتخصصة بالخلفية العلمية وراء كثير من التقنيات، التي حاولوا استخدامها، وقد أثر ذلك تأثيراً سلبياً في قدرتهم على تكييف هذه التقنيات بالصورة التي يتطلبها التطبيق عادة؛ والسبب الثاني هو أن معظم تقنيات العلاج السلوكي تستهلك في تطبيقها وقتاً أطول بكثير من معدلات الوقت التي اعتادها الأطباء في تعاملهم مع مرضاهم بالفحص البدني، مصحوباً بعدد محدود من الأسئلة ثم كتابة الوصفة الدوائية وربما قدموها مصحوبة بعبارات تصنف تحت عنوان «العلاج النفسي المساند»⁽¹⁾.

المهم أن هذا السبب مقروناً إلى السبب الأول كان غالباً وراء انصراف الكثيرين منهم عن تطبيق العلاجات السلوكية بأنفسهم، وعودتهم إلى ممارساتهم المعتادة التي تتمحور حول العلاج الدوائي. وجدير بالذكر في هذا الصدد أن هذه الأمور (أعنى اتجاه بعض الأطباء إلى تطبيق العلاجات السلوكية بأنفسهم) كانت تتم دون أن يعلن عنها أصحابها صراحة، ولكن أنباءها كانت تتراعى إلى بأشكال عابرة، ويبدو في نهاية الأمر أن الأطباء وأنا شخصياً اخترنا أن نتحاشى مواجهة هذا الموقف صراحة؛ لأننا توسمنا غالباً أنه سوف يكون موقفاً متفجعراً، غير مأمون العواقب.

واستمر الحال على ما هو عليه حتى حوالي سنة ١٩٧٥، عند ما تغيرت البنية الداخلية لممارساتي العيادية، فقد زاد عدد الحالات التي تأتيني طالبةً العلاج

(1) supportive psychotherapy.

بحيث أصبحت أحياناً تماثل وأحياناً أخرى تفوق عدد الحالات التي تطلب الفحوص والقياسات . وقد حدث هذا التغيير نتيجة لقرار اتخذه بنفسى، ومؤداه أنه آن الآوان بعد هذه الفترة (وقد امتدت لأكثر من ١٥ سنة، محسوبة من تاريخ محاضرتى الأولى فى الجمعية المصرية للصحة النفسية سنة ١٩٥٨)، لأن يقدم الأخصائى النفسى الإكلينيكى خدماته العيادية للمرضى، الذين يتقدمون إليه مباشرة دون تحويل من أحد الأطباء (وحيثئذ نتكلم عن حالات التحويل الذاتى)^(١).

وقد أسستُ قرارى هذا على الاعتبارات الآتية:

(أ) أصبح واضحاً للجميع أن كثيراً من البراهين تجمعت لتشهد بتزايد عدد أساليب العلاج السلوكى، التى أثبتت جدواها (Poul & Bernstein 1973; Rachman, 1971; Paul 1969).

(ب) فيما يتعلق بطبيعة هذه العلاجات (أى كونها تطبيقات لمعارف سيكولوجية رفيعة المستوى)، وصل الأمر إلى ما يشبه الإلزام بأن يتم تطبيقها بواسطة نفسيين إكلينكيين عالىي التدريب، بمعنى أن القدر المتواضع نسبياً من العلم بالعلوم النفسية المعاصرة الذى يتلقاه الطبيب النفسى فى دبلوم التخصص (الذى تمنحه كليات الطب) لم يعد كافياً لكى يستطيع الطبيب أن يطبق تقنيات العلاج السلوكى . وليس هذا عيباً فى إعداد الطبيب النفسى، ولكنه نتيجة طبيعية للتقدم الهائل الذى حققته العلوم النفسية المعاصرة؛ بحيث لايمكن الجمع بين التمكن منها والتمكن فى الوقت نفسه من تخصص الطب النفسى، وهو ما يعيدنا مرة أخرى إلى ضرورة التعاون والتكامل داخل الفريق العلاجى .

(ج) بناءً على ذلك يصبح من مقتضيات المنطق أن يوكل إلى الأخصائى النفسى الإكلينيكى المدرّب أمر تقدير ما إذا كان من المرجح أم من غير

(1) self referral.

المرجح أن يستفيد هذا المريض أو ذاك من تلقى علاج سلوكى بعينه . فإذا ما كانت نتيجة التساؤل سلبية، أصبح من واجب الأخصائى النفسى إحالة المريض إلى الطبيب، وهو ما يعنى فى نهاية الأمر أن تصبح عملية تحويل المرضى بين النفسيين والأطباء مزدوجة الاتجاه لا وحيدة الاتجاه .

(د) يضاف إلى هذه الاعتبارات أنه حوالى ذلك الوقت (أى منتصف السبعينيات)، كان التقرير المشهور باسم تقرير ترانواون Re-Trethowan port قد صدر (فى لندن) وهو التقرير الذى ينص صراحة على أن الأخصائين النفسيين الإكلينكيين، مؤهلون لأن يطبقوا العلاجات السلوكية بأنفسهم على المرضى النفسيين (Eysenck 1997, p. 148) .

(هـ) وأخيراً وليس آخراً، فلا بد أن نذكر هنا أنه فى صيف سنة ١٩٧٤ تغيرت المكانة الأكاديمية للعلوم النفسية، بصدور قرار مجلس جامعة القاهرة بأن تقدم هذه العلوم فى إطار قسم علمى مستقل بحيث تنال ما تستحقه من عناية فى تكوين الناشئين من شباب الأخصائين النفسيين . وقد أعطى هذا التحرك دفعة قوية من تجديد الحيوية للصورة الأكاديمية الاجتماعية للتخصص، وهو ما حاولتُ من جانبى أن أستغله فى الارتفاع بمستوى البُعد المهني للصورة إلى جانب البُعد العلمى الخالص .

الممارسة العيادية المتكاملة :

حاولتُ فى الأجزاء السابقة من هذا الفصل أن أقدم للقارئ وصفاً دقيقاً، وإن لم يكن شديد التفصيل، حول ما الذى كان يعنيه بالنسبة لى أن أستهدف ترسيخ علم النفسى الإكلينيكى (كعلم وكمهنة) ترسيخاً ذا دلالة اجتماعية فى السياق الاجتماعى الحضارى لمجتمعنا المصرى . وبالنسبة للقارئ حينما كان الموقع الذى يشغله انتماؤه القومى على التدرج المتصل ما بين قطبى «التقدم /التخلف»، فبإمكانه أن يعتبر هذه الأجزاء السابقة فصلاً من فصول معالجة

علمية لموضوع الأنثروبولوجيا النفسية للمعرفة العلمية وتطبيقاتها مهنيًا. ومع ذلك، فأنا لم أقصد بهذه القصة كما رويتها أن تعتبر نموذجاً يحتذى لما يجب وما لا يجب أن يتبع في أية مواقف مشابهة، كذلك أنا لا أدعى بأى حال من الأحوال أن قصتي كما سردتها تعتبر عينة ممثلة لما يواجه أى خيرة من هذا القبيل تجرى فى البلدان النامية. والواقع أن أدبيات التخصص زاخرة بقصص من الطراز الذى قدمته، وهى فى مجملها تؤكد التباين أكثر مما تؤكد التماثل. (Ward 1983; Clark 1980; Chambwe 1982; Collins 1993; Fisher 1990; Cucco 1990; Tully 1984). ومن ثم، فعلى ضوء هذه الاحترازات أستطيع أن أقرر أن مقصدي من رواية ما حدث لى فى هذا المجال لايتعدى أن أضيف تقريراً وصفيًا موضوعياً إلى جملة التقارير المنشورة حول الخبرات القومية المختلفة فى هذا الصدد. ويقينى أنه كلما ازداد ثراء الرصيد التاريخى المتعلق بالموضوع، ازدادت احتمالات الوصول إلى حلول إبداعية فى محاولات الارتقاء بشئون التخصص وتطبيقاته.

أما الأجزاء الباقية من هذا الفصل فسأكرسها لإعطاء لمحة موجزة وشاملة للكيفية التى مارست بها واجباتى العيادية اليومية، والمشكلات التى كنتُ أواجه بها والحلول التى وقفت إلى صياغتها. وسوف يلاحظ القارئ أن بعض المسائل والحلول التى أتكلم عنها واضحة الصلة بما ذكرتُ من قبل، ولكن مسائل وحلولاً أخرى سوف تبدو جديدة، وفى هذا الحال سوف أقدم بضع تعقيبات أو ملاحظات شارحة.

التحويلات والخدمات المطلوبة:

بنظرة استرجاعية فى ملفات عينة ممثلة من مرضى (وقد بدأت العمل فى عيادتي الخاصة على أثر الترخيص من وزارة الصحة فى ٢٢ أبريل سنة ١٩٥٩)، يتضح أن تعرف هؤلاء الطريق إلى عيادتي مرَّ بمراحل، وكان محكوماً بعاملين أو بُعدين اثنين، هما: مصدر تحويل المريض والخدمات المطلوبة. أما المرحلة

الأولى فقد استمرت حتى أوائل السبعينيات وتميزت بأن مصدر التحويل كان واحداً وهو الأطباء النفسيون. ومنذ أواخر السبعينيات طرأ على هذا المصدر تغييران رئيسيان؛ فقد بدأ أطباء الأمراض العصبية^(١) وأطباء الأطفال^(٢) يكونون مصدراً طبيياً إضافياً لتحويل المرضى، وتلا ذلك، بعد فترة وجيزة، التحويل من عدد محدود من أطباء الأمراض السرطانية^(٣). هذا تغيرٌ. أما التغير الآخر فتمثل فيما يسمى حالات التحويل الذاتي؛ أى أن يقصد المريض مباشرة إلى عيادتي دون وساطة من أى تخصص طبي. وفي البدء كان هؤلاء الأخيرون محدودى العدد، ولكن تزايدت أعدادهم شيئاً فشيئاً بصورة ملحوظة.

والنسب المئوية الآتية توضح خط سير هذا التزايد: ١٥٦٪ فى السبعينيات؛ ١١١٪ فى الثمانينيات؛ و ٥٠٦٪ فى التسعينيات.

ومن الجلى أن الزيادات لم تتقدم فى خط منتظم الصعود، ومع ذلك فقد كان المسار صاعداً فى جُمَلته. هذا عن مصادر التحويل، أما عن طبيعة الخدمات المطلوبة فقد تغيرت من طلبات للفحص والتقدير إلى طلبات للعلاج، وتوجيه الحالة فى مستقبلها، هذا بالإضافة إلى القياسات. وفى بضع الأعوام الأخيرة (أواخر التسعينيات) بدأت تلقى بضع طلبات بالإشارة^(٤). (Ovretveit et al. 1992)، والإرشاد^(٥) (Hetherington 1981).

وفى أدبيات التخصص أن معنى الاستشارة هو إعطاء المشورة، على أساس فنى متخصص، لطالها لكى يقوم بتطبيقها بالنسبة لطرف ثالث (قد يكون هذا الطرف الأخير فرداً أو جماعة). والنقطة المحورية هنا هى توسط طالب المشورة؛ أى أن يقدم الأخصائى خدمته المتخصصة بشكل غير مباشر إلى الشخص الذى يُحتاج إلى تطبيقها عليه. جدير بالذكر هنا أن هذا التحديد قريب

-
- (1) neurologists.
 - (2) pediatricians.
 - (3) oncologists.
 - (4) consultation
 - (5) counselling.

من التعريف الذى يضعه أوفريتفايت ومساعدوه فى مقالهم المشار إليه، وإن لم يكن مطابقاً له .

وفىما يلى بضعة أمثلة لمزيد من توضيح معنى الاستشارة: إحدى الأمهات تطلب استشارة فنية للكيفية التى تستطيع أن تتعامل بها مع كريمةها حديثة البلوغ الجنسى؛ سيدة تطلب الاستشارة الفنية للكيفية التى تتصرف بها مع شقيقها الأصغر (ويبلغ من العمر ٣٥ عاماً) الذى يُدمن المخدرات؛ أرملة شابة توفى زوجها حديثاً وتطلب الاستشارة فى الكيفية التى تتعامل بها مع طفلها، وعمره ستان، كيف تتناول موضوع الاختفاء الدائم للأب .

أعتقد أن هذه الأمثلة تكفى كإيضاح عملى لمعنى الاستشارة .

أما الإرشاد فيعرفه هيذر نجتون بأنه المساعدة التى نقدمها لأشخاص لا يمكن بأى توسيع للخيال أن يعتبروا حالات مرضية أو سيكياترية، ومع ذلك لا يمكن لأى تخصص آخر، تربوياً كان أو مهنيًا، أو اقتصاديًا، أو اجتماعيًا، أن يساعدهم المساعدة النوعية التى يحتاجون إليها . وفىما يلى مثال يوضح عملياً الطبيعة الخاصة للخدمة الإرشادية المقصودة فى هذا السياق :

حالة شاب يناهز الثالثة والعشرين من العمر، وكان على برنامج للمتابعة بعد أن تلقى علاجاً بأسلوب الاقتفاء لحالة اللجلجة فى الكلام التى كان يعانى منها (Cherry & Sayers 1960) . وكان الشاب قد تحسَّن تحسُّناً ملحوظاً فى كلامه . وفى أثناء سير العلاج كان يواصل دراسته الجامعية، وأدى الامتحان النهائى بنجاح أثناء فترة المتابعة، وفى الوقت نفسه ارتبط بإحدى زميلاته بعلاقة صداقة، كان يأمل فى أن تنتهى إلى زواج . غير أنه فوجئ ذات يوم بأن صديقه تهجره لترتبط بشاب آخر واضح الثراء . وقد سبَّب له هذا الحادث اضطراباً شديداً انعكس على حياته الاجتماعية بصورة ملحوظة، فما كان منه إلا أن أتى إلى العيادة يطلب المساندة والإرشاد . ومن الجلى أن حالة هذا الشاب لا يمكن وصفها بأنها حالة مرضية بالمعنى التقنى للكلمة، ومن ثم لا يمكن وصف العلاقة

أو الخدمة التي تلقاها حينئذ بأنها علاجية، ولكن الصحيح أنها كانت علاقة إرشادية؛ ومع ذلك فهو يحتاج إلى مساعدة تقنية متخصصة لا يغنى عنها سبل النصائح التي قد تنهمر عليه إذا ما اكتفى بالشكوى للأصدقاء والزملاء. ومما يزيد من وضوح حاجته إلى الخدمة الإرشادية المتخصصة أنه تلقى الصدمة التي تلقاها، ولم يكن قد رسخ بعد في خبرة التحسن والشفاء نتيجة لعلاج من اللجلجة، وهو ما جعله ينتكس قليلاً بعد الصدمة، ومن ثم فقد احتاج إلى بضع جرعات تنشيطية لأثر العلاج، مضافاً إليها الخدمة الإرشادية.

صياغة طلبات الخدمة الإكلينيكية:

كان أحد همومي المبكرة، في اشتغالي بالمهنة مع الإصرار على التعاون (والدعوة إلى التعاون) مع الأطباء النفسيين موضوع الكيفية التي يصوغون بها طلباتهم التي يرسلونها مع الحالات المحوَّلة منهم إلى الأخصائيين النفسيين. وأذكر أنني أوضحت منذ البداية، أعنى منذ ألقيت محاضرتي الأولى في الجمعية المصرية للصحة النفسية (سنة ١٩٥٨)، وقلت في المحاضرة نفسها إن المفترض أن يطلب الطبيب فحصاً أو تقديراً (يا حبذا لو كان كمياً) لوظيفة أو مجموعة من الوظائف النفسية للاستعانة به في الأخذ بتشخيص سيكياتري معين، أو في رفض هذا التشخيص والأخذ بغيره. ولكي أزيد من وضوح موقفى من هذه النقطة قلت إنه لا يجوز للطبيب أن يطلب إلى الأخصائي النفسي تطبيق اختبار أو مقياس بعينه على هذا المريض أو ذاك. وشرحت السبب في ذلك بأنه توجد في متناول الأخصائي النفسي مئات الاختبارات وأدوات القياس، وأن جزءاً لا يتجزأ من علم الأخصائي النفسي وتدريبه هو اختيار الأداة المناسبة لقياس أية وظيفة نفسية للخروج بأفضل نتيجة موضوعية ممكنة (من خلال مراعاة اعتبارات تقنية متعددة).

ولازلت أذكر أنني كثيراً ما أكَّدت أهمية - الأخذ في الاعتبار لشروط، مثل: درجة ثبات الاختبار^(١)، وصدقه^(٢)، ونقائه العاملي أو ما يسمى أحادية البعد^(٣)

(1) reliability.

(2) validity.

(3) unidimensionality.

الذى يتصدى الاختبار لقياسه، وهى من أهم الاعتبارات التى يراعيها الأخصائى النفسى عندما يستقر قراره على اختيار أداة دون أخرى. علماً بأن هذه الأمور جميعاً تدخل فى الصميم مما يتعلمه الأخصائى النفسى ويتدرب عليه، بينما هى لا تدخل بحال من الأحوال فى تعليم الطبيب وتدريبه.

ولا أزال أذكر بكل وضوح أننى كثيراً ما تحدثت عن هدفى الرئيسى من تعمّد تكرار الحديث حول هذه النقطة، وهو يتلخص فى اختيار أفضل صيغة للتخاطب والتعاون بين الطبيب والأخصائى النفسى؛ لضمان تقديم أفضل خدمة ممكنة للمريض. جدير بالذكر هنا أن الأطباء (فى ذلك الوقت) قبلوا مجموعة الشروط التى كنت أتحدث عنها، ولكنهم لم يستسيغوا (ولم يفهموا) لماذا لا يقومون هم أنفسهم بتطبيق الاختبارات وأدوات القياس النفسى، فكان على أن أبذل مزيداً من الجهد فى شرح كيف أن تصميم أدوات الفحص (والقياس) النفسى هو (أى التصميم) يقتضى تدريباً خاصاً (ومعرفة علمية خاصة)، وهو ما يتلقاه الأخصائى النفسى أثناء التلمذة (كجزء من تدريبه العملى)، وهذا تدريب لا يتلقاه الطبيب ولا أى تخصص آخر من التخصصات المشاركة فى الفريق العلاجى، بل ولا التخصصات الأخرى فى العلوم النفسية غير التخصص العيادى. وكنت فى هذا السياق أتخذ من خبراتى التدريبية التى تلقيتها فى معهد الطب النفسى فى جامعة لندن أمثلة؛ لكى أضيف مزيداً من الوضوح والإقناع.

وكان أمراً طبيعياً وأنا أواجه هذه المواقف وأمثالها أن أستشهد بما هو وارد فى «دليل المعايير الأخلاقية للنفسيين»، وفى «دليل التوصيات التقنية الخاصة بالاختبارات النفسية والتقنيات التشخيصية» (APA 1953; APA 1954). وبمناسبة ذكر هذين الدليلين فى سياقنا الراهن، فلم يفتنى فى ذلك الوقت أن أنبه إلى أن جميع العاملين فى حقل خدمات الصحة النفسية يلزمهم أن يلتفتوا فى القريب إلى إقرار ميثاق أخلاقى مصرى لتطبيقات تخصصاتهم حتى يستقر لدى الجميع التمييز على أسس موضوعية بين الصواب والخطأ أو الحق والباطل.

وكنت أضيف إلى ذلك قولى أنه إلى أن يتم لنا وضع ميثاق من هذا القبيل وإقراره، فلا بد من الاحتكام إلى ميثاق له احترامه عند دوائر التخصص فى العالم

أجمع، وهو الميثاق الذى وضعته جمعية علم النفس الأمريكية. الشيء المهم الآن أن جهودى التى بذلتها مع الأطباء فى تلك الفترة المبكرة لتشكيل قوالب التعامل المهنى بينهم من ناحية والأخصائيين النفسيين من ناحية أخرى كانت جهوداً مثمرة فى جملتها. وشهادتى فى هذا الصدد أنى لم أتلق فى عيادتى الخاصة طلباً واحداً من أى طبيب (ممن قاموا بتحويل بعض مرضاهم إلى) بتطبيق أداة فحص بعينها، وتمتد هذه الشهادة من جانبى لتغطى الأربعين سنة (أو أكثر قليلاً) التى مارستُ المهنة خلالها.

أدوات الفحص والقياس:

بلغ عدد أدوات الفحص والقياس التى درجتُ على استخدامها فى عملى العيادى منذ بدأته ما يزيد عن خمسين أداة. وقد استخدمت بعضها عدداً محدوداً من المرات (من هذا القبيل صورة معرّبة تعريباً مؤقتاً لاختبار أيزنسون Eisenson للأفازيا، وبعض أجزاء من بطارية الاستعدادات العامة GATB، ومقياس هليدرث للحالة الوجدانية ومقياس أيزنك EPQ للأطفال)، واستخدمت البعض الآخر أكثر من ذلك بصورة ملحوظة (من الأمثلة على ذلك: قائمة جريفيث Griffith's للارتقاء فى السنتين الأوليين من العمر، ومناهات پورتوس، ومقياس التوصيل بين الدوائر لرايتان Reitan، وبعض المقاييس من بطارية جيلفورد لقياس الشخصية، خاصة المقاييس المشار إليها بالحروف D,C,G إشارة إلى حالات الاكتئاب، والتأرجح الوجدانى، ومستوى الهمة). أما المقاييس التى ارتفع تكرار استخدامها عندى، بحيث فاقت كل ما عداها فكانت اختبار جودنف Goodenough لرسم الرجل، ومقياسين: أحدهما للذاكرة اللفظية والآخر للذاكرة البصرية وقد تم تكوينهما محلياً، ومقياس أيزنك للشخصية الخاصة بالراشدين، ومقياس بنتون Benton والأجزاء المبكرة من مقياس دول Doll's للنضج الاجتماعى (Goodenough 1954; Benton 1963; Doll 1947).

ولكن أهم من ذلك أن يعرف القارئ كيف استخدمت الحوار (أو الاستبصار)⁽¹⁾ الإكلينيكي. فلم يحدث إطلاقاً، خلال مسيرتى العيادية كلها،

(1) interview.

أن طبقت اختباراً على مريض واحد، دون أن أكون قد استبرته (أو استبرتها) أولاً أو استبرت أحد أعضاء الأسرة المعنية بأمره. وبطبيعة الحال لم يكن هناك بُدّ من أن أجعل الاستبار مختصراً وهو ما تقتضيه ظروف العمل في عيادة خاصة. ولكن مع نمو الخبرة تعلمت كيف يمكن للاستبار أن يكون موجزاً، وفي الوقت نفسه مباشراً دون أن يصبح مهدداً لخصوصيات المريض (لاسيما في المراحل المبكرة من علاقته بالعيادة). وحول هذه الاعتبارات جميعاً ظل الاستبار بالنسبة لى أداة لتحقيق عدد من الأهداف، في مقدمتها: تخفيف القدر من التهيب الذى يأتى كثير من المرضى مزودين به فى الجلسات المبكرة، وفهم الملابس التى أحاطت بقرار الشخص أن يأتى إلى العيادة النفسية طالباً المساعدة، ثم لكى أستطيع أنا أن أضع خطة واضحة للفحوص التى سأقوم بها؛ فأحدد أهداف هذه الفحوص والأدوات التى تصل بى إلى هذه الأهداف. ولم يحدث أبداً أن تبنيتُ سياسة الفحوص الروتينية بتطبيق مجموعة ثابتة من الاختبارات ومحددة سلفاً.

وفى هذا الصدد لا أزال أذكر أستاذى مونتي شاييرو M. B. Shapiro (فى معهد الطب النفسى) فهذه بالضبط كانت وصيته؛ وكانت تقوم على دعائم متعددة؛ منها أن أسلوب الفحوص الروتينية أسلوب مكلف فى الجهد والوقت والمال، وكثيراً ماتنطوى هذه التكلفة على زيادات فى الإنفاق لامبرر لها، هذا إلى أن الفحص الروتيني لايتفق ومبادئ التوجه العلمى السليم، الذى يقرر أن التوجه الإمبيريقى يحسن أن ينقاد لقدر من التبصر؛ بمعنى أن يتجه إلى التحقق من صحة فرض بعينه، أو على الأقل نحو التثبت من قيمة تخمين جيد.

أما مشكلة الحياد الحضارى لأدوات الفحص (أوما نسميه أحياناً العدالة الحضارية لهذه الأدوات) فقد ناقشتها فى جزء سابق من هذا الفصل، وتحدثت بكثير من التفصيل فى أمر الحل التهادنى الذى حاولت إقراره والعمل بمقتضاه. والشئ الذى أستطيع أن أضيفه هنا، أن هذا الحل التهادنى لم يحدث أبداً أن أوصلنى إلى مأزق عبثى. ومع ذلك فلا زلت واعياً بأن الموقف العملى الذى

ارتضيته يعتبر موقفاً مؤقتاً، ولا يجوز أن يساء تأويله بأنه يغنى عن السعى البحثي إلى إيجاد الحل الأساسي لمشكلة التلازم الحضاري لأدوات الفحص والقياس (Soueif 1991).

العلاج :

كانت أول حالة تأتي إلى عيادتي بطلب العلاج حالة تلميذ صغير يبلغ من العمر ثمانى سنوات، ويعانى من لجلجة⁽¹⁾ شديدة فى الكلام، وقد تم تحويله إلى من عيادة أحد أطباء الأمراض العصبية. كان الصبى متوسط الذكاء، وكان فى مدرسته مجتهداً، إلا أن اللجلجة كانت تسبب له قدراً كبيراً من الحرج مع مدرّسيه وزملائه التلاميذ. وقد تناولت الطفل باعتباره حالة واضحة، تستدعى معالجته بأسلوب الاقتفاء⁽²⁾ (Cherry & Sayers 1960). ولكن ما إن بدأت فى العمل حتى أصابنى الإحباط؛ إذ عجز الطفل تماماً أن يبدأ بإجراء الاقتفاء مباشرة كما ينص شيرى وسييرز. وبعد قليل من التروى والتفكير، اخترعت خطوة تمهيدية أسميتها فيما بعد خطوة «المطالعة المتوازية»⁽³⁾ على أن تيسر على مريضى الاقتراب تدريجياً من أسلوب الاقتفاء.

وتتلخص «المطالعة المتوازية» فى أن يعمد المريض والمعالج إلى المطالعة معاً بصوت مسموع، (كأنهما يكونان معاً جوقة) يطالعان نصّاً واحداً مطبوعاً كلٌّ يقرأ من نسخة خاصة به). وقد نجحت الفكرة، وبدأ الصبى يقرأ قراءة سلسلة بمجرد أن بدأنا معاً. وشيئاً فشيئاً تم الارتقاء به إلى إجراء «الاقتفاء» بالمعنى الدقيق، عبر خطوات المدرّج الآتى: من المطالعة (المتوازية) بالسرعة العادية، إلى المطالعة بسرعات مختلفة (نسرع معاً أحياناً ونبطئ أحياناً أخرى)، إلى المطالعة التى يصمت خلالها المعالج من حين لآخر؛ ليصنع بذلك ثغرات يضطر المريض إلى عبورها (وفى البداية لا يطول صمت المعالج لأكثر من بضع ثوان،

(1) stammering.

(2) shadowing.

(3) parallel reading.

ثم يعود فيلحق بالمرضى الذى لم يتوقف عن مطالعته)، إلى المطالعة مع زيادة الثغرات إلى جملة أو جملتين بعد أن كانت الثغرة لاتتعدى كلمة أو كلمتين . هكذا تقدم الصبى تدريجياً إلى إجراء الاقتفاء بالمعنى الدقيق . وقد خصصت للصبى ثلاث جلسات أسبوعياً، علي أن تمتد الجلسة الوحيدة لمدة خمسين دقيقة .

وفى خلال شهرين تحسنت الحالة تحسناً ملحوظاً، ونتيجة لهذه المحاولة وما تبعها من محاولات مماثلة جعلت من هذه الصيغة المحوَّرة أسلوباً ثابتاً مقنناً أتبعه مع طالبى العلاج من اللجلجة . ويمكننى القول بوجه عام إن أسلوب الاقتفاء أثبت معى أنه من أنجح أساليب العلاج السلوكى للجلجة، وقد جاء نجاحه عاماً، أى عبر مختلف الأعمار، والمستويات التعليمية، وبالنسبة للذكور والإناث .

ومن الشيق والمفيد هنا أن أذكر القصة التالية، وقد وقعت لى فى أوائل الستينيات، فقد فشلت فشلاً محققاً، عندما حاولت ذات مرة أن أعفى نفسى من القراءة معاً (بصحبة المريض) ووضعت بدلاً من شخصى جهاز تسجيل وقد سجَّلتُ عليه مقطوعات المطالعة المطلوبة، ليصحبها المريض فى مطالعته المتوازية ثم عندما يمارس ترمينات الاقتفاء . فقد صحب هذه المحاولة الجديدة أن توقف مريضان عن المجئ إلى العيادة، وبدا لى عندئذ أن المريض المصرى يرفض الموقف الجديد (أى التردد مع المسجل) باعتباره موقفاً مهدرأ لإنسانيته⁽¹⁾ . ويبدو لى الآن أن هذا التفسير يتفق مع ما ذهبتُ إليه بعد انقضاء أكثر من عشرين سنة من وقوع وقائع هذه القصة (Soueif 1991)، وما يقرره الآن عدد آخذ فى الازدياد من رواد ما نسميه الآن علم النفس الحضارى، إشارة إلى إعطاء الإطار الحضارى وزنه الفعلى فى تشكيل سلوك الأفراد (Oerter et al. 1996; Matsumoto et atl. 1996) .

وفيما يلى أقدم نص العبارات التى أكدتُ بها هذا المنحى، وكان ذلك فى الحديث الافتتاحى الذى دُعيت إلى إلقائه فى المؤتمر الذى انعقد فى القاهرة

(1) dehumanizing.

بدعوة من «الاتحاد العالمي للصحة النفسية» في الفترة من ١٨ إلى ٢٢ أكتوبر سنة ١٩٨٧، فقد قلتُ ما يلي: «... ويتلخص اقتراحى فى أنه بدلاً من إقامة مفهومنا عن الصحة النفسية على أساس صيغة «التمركز فى الذات»^(١)، يلزمنا أن نقيم المفهوم على أساس صيغة أكثر حياداً من وجهة النظر الحضارية، فنقيمه على أساس تدريج متصل، يمتد بين قطبين، أحدهما «التمركز فى الذات»، والآخر «التمركز فى النحن»^(٢)، (Soueif 1991). وجدير بالذكر هنا أن مصطلحى «التمركز فى الذات» و «التمركز فى النحن» لا يختلفان كثيراً عن المصطلحين الشائعين الآن بين رواد علم النفس الحضارى، وهما: «الفردية»^(٣)، «والجمعية»^(٤). فإذا عدنا إلى حديثنا عن المرضى الذين توقفوا عن المجئ إلى العيادة، فالراجع أن سبب ذلك تمثل فى الخبرة الصادمة التى لقيها هؤلاء المرضى، وهم أصلاً من صنع حضارة «جمعية» يسود فيها «التمركز فى النحن».

على أية حال سواء صح هذا التفسير أم لم يصح، فقد اعتبرتُ ما حدث خطأً أتحمّل مسؤوليته، ولم أعد إلى فعله بعد ذلك. ولكن جدير بالذكر أننى عدتُ فى السنوات الأخيرة إلى محاولة استخدام المسجّل، ولكن كان استخدامه يأتى متأخراً جداً فى مسيرة العلاج، وقد نجحتُ فى هذه المحاولة، بمعنى أن المرضى تقبلوها.

ومن الأساليب السلوكية التى استخدمتها كثيراً فى علاج مرضى أسلوب التسكين المنظم^(٥). وقد استفاد من ذلك عدد كبير من مرضى، ممن كانوا يعانون من المخاوف المرضية (أو التوجسات)^(٦)، وبوجه خاص أولئك الذين يعانون من توجسات الأماكن المغلقة^(٧)، وتوجسات الأماكن المرتفعة^(٨). وفى

(1) I-centrism.

(2) we-centrism.

(3) Individualism.

(4) collectivism.

(5) systematic desensitization.

(6) phobia

(7) claustrophobia.

(8) acrophobia.

هذا الصدد فإننى لم ألحظ من خلال الممارسة أى تدخلٌ لما نعتبره عناصر من صنع الإطار الحضارى فى بناء الشخصية، ومن ثم فقد وجدت الصيغة التى وضعها جوزيف ووليه J. Wolpe لتطبيق العلاج مناسبة لمرضى فى خطوطها الرئيسية. وقد صادفتُ عدداً من مرضى يتأزمون عن تدريبات الاسترخاء العضلى العميق^(١) لأسباب مختلفة، فى مقدمتها شعورهم بالارتباك أثناء أداء هذه التدريبات. وقد أعرب كثير منهم عن تفضيلهم للعلاجات المعرفية. وكان معظم هؤلاء سيدات صغار السن، ذوات مستوى تعليمى رفيع، مثقفات، ويشغلن بأعمال مجزية.

وقد وجدتُ تشكيلة عريضة من المرضى، الذين يعانون من إفصاحات اكتئابية يعبرون عن أنهم يستريحون بصورة خاصة للعلاجات المعرفية (Young et al. 1993; Beck 1995) ولكن يجب التنبيه هنا إلى أن صيغة العلاج المعرفى التى درجتُ على تطبيقها كانت غالباً مقدّمة لهم فى إطار من صيغة سليجمان المعروفة باسم «العجز المكتسب»^(٢). (Seligman 1981). وفى هذا الصدد يقول سليجمان «إن كلاً من التقنيات العلاجية والنظرية الكامنة وراء العلاج المعرفى يمكن أن يندرجا بسهولة تحت المبادئ... التى يقوم عليها تصور الاكتئاب على أنه ضرب من العجز» (المرجع السابق). وتدل خبرتى مع المرضى المصريين على أن استراتيجية العلاج كما يقدمها سليجمان (والتي تعتمد على مكونات أربعة، هى: إثراء بيئة المريض، وتدريبه على التحكم الذاتى، وعلى التسليم (وليس الاستسلام)، وعلى سلامة التعليل، تعتبر مقارنة مفيدة فعلاً، ولكنها مع ذلك غير كافية. وجدير بالذكر هنا أنها تحتوى على «إثراء بيئة المريض» كركن هام بين أركانها الأربعة.

ويقول سليجمان نفسه فى هذا الشأن: «ويعتبر إحداث بعض التغيير فى بيئة المريض إحدى الطرق التى تخفض بها درجة توقع المريض لأحداثٍ معاكسة، وفى الوقت نفسه نرفع بها احتمالات وقوع الأمور المرغوبة... جدير بالذكر أننا

(1) deep muscle relaxation.

(2) learned helplessness.

هنا بصدد خطة علاجية لا تدخلها العلاجات الدينامية في اعتبارها . . . ولا تحسب كثير من العلاجات السلوكية لها حساباً . . . (ومن ثم فنحن نرى أنه) من حيث المبدأ يحسن أن يعين المعالج مساعداً (كجزء من طاقم العيادة) يكون من مهامه البحث عن الوظائف المناسبة، وإيجاد حلول لمشكلات السكن، والمساعدة المالية، . . . ورعاية الأطفال، وتحسين الخدمة الطبية (التي يتلقاها المريض أو من يهيمه أمره). (المرجع السابق)، هذا النص في حديث سليجمان اعتبره بالغ الأهمية بالنسبة لى كمعالج نفسي يعمل فى دولة نامية. فمن أهم الصفات التى تعم المجتمعات النامية (بمستويات مختلفة الشدة، وأشكال ومضامين متنوعة) أنها كميئات تتميز جميعاً بأنها تفرض على الفرد أقداراً متفاوتة من الشعور بالإحباط؛ ذلك أن أمرها لا يقتصر على كونها بيئات فقيرة (فى الخدمات الطبية، والتربوية، وما تحتوى عليه من فرص العمل، والترويح . . . إلخ)، بل هى إضافة إلى ذلك شديدة الجمود أو التصلب (أى ليس من السهل استحداث تغيير فيها).

وفى حدود خبراتى المهنية أجد أن هذين البُعدين البيئيين (أعنى الفقر المحبط الذى يجعل الفرد عاجزاً عن التنبؤ بالحصول على ما يسعى إليه، والجمود) مسئولين عن ترسيب قدر كبير من أعراض الاكتئاب لدى مرضاى. والأسوأ من ذلك أنهما يفرضان قيوداً خطيرة على حصيلة العلاج. ومن ثم فقد درجتُ على أن أعتبر جزءاً لا يتجزأ من العلاج الذى أقدمه لمرضاى الاكتئابيين أن أقدم لهم ما أستطيع من خدمات عملية تجعل حياتهم تضى بكثير من السلاسة وقليل من المشقة.

وفىما يلى بضعة أمثلة من واقع تعاملى مع مرضاى: فقد أعطيتُ إحدى مريضاتى تركية بأنها تصلح للحصول بجدارة على منحة دراسية؛ وساعدتُ مريضة أخرى على الحصول على حماية الشرطة لها من إحدى قريباتها التى دأبت على ملاحقتها بالسباب والتهديد؛ كذلك استخدمتُ علاقاتى الشخصية مع بعض الأطباء الأصدقاء (المعروفين بتوجهاتهم الإنسانية النبيلة) لكى يحصل بعض

مرضى على خدمات علاجية بأيسر تكلفة مالية. وغير هذه المساعدات قدمت الكثير.

ولكى يحسن القارىء إدراك الدلالة العلاجية لهذه المساعدات، فما عليه إلا أن يتذكر الوصفة العلاجية التي يقدمها سليجمان باسم «إثراء البيئة».

زيادة على ذلك أقر هنا أنني استحدثتُ عنصراً أضيفه إلى برنامج سليجمان العلاجى. ذلك أن هذا البرنامج بالصورة التي نعرفها يعتبر مناسباً للمرضى (الغربيين) «المتركزين فى الذات». أما بالنسبة للمرضى «المتركزين فى النحن» فالأمر يحتاج غالباً إلى صياغة جديدة، تضع نصب أعيننا العمل على زيادة حظ هذه الصياغة الجديدة من المرونة؛ بحيث يمكن تطبيقها مباشرة على مرضى موزعين على مواقع مختلفة على التدرج الممتد من «التمركز فى الذات» حتى «التمركز فى النحن». والأمر الذى أشير إليه هنا يتعلق - أولاً وقبل كل شيء - بتدريب المرضى على المهارات الاجتماعية، ومع ذلك فأنا لا أقصد هنا التدريب بالمعنى الضيق، الذى يرد ذكره فى كثير من المراجع الغربية؛ فالمرضى المصريون (الذين ينتمون إلى الشرائح الاجتماعية التي يمثلها مرضاى) يحتاجون إلى شيء أعقد من ذلك بكثير.

ولكى نقدر هذا المستوى المطلوب من التعقد حق قدره، يلزمنا أن نحسب حساب عدة اعتبارات؛ أولها أن ندرك بوضوح أن مصر ليست نموذجاً نقياً كبلد من بلدان العالم النامى فيما يتعلق بخاصية «الحدائثة / التقليدية»⁽¹⁾. والنتيجة السيكولوجية التي تترتب على ذلك هي ترجيح أن يكون بناء الذات لدى المصريين قائماً عند موقع وسط بين الفردية (التمركز فى الأنا) والجماعية؛ فهم أكثر فردية من معظم أبناء القوميات التي تنتمى إلى المجتمعات التقليدية، لكنهم أقل فردية من معظم الغربيين. وهم أكثر جماعية من الغربيين، ولكنهم فى الوقت نفسه أقل جماعية من معظم المواطنين فى بلدان آسيا وأفريقيا. هكذا

(1) modernism / traditionalism.

أصف الوضع الحضارى لمرضى، ومع ذلك فأنا أعلم أن هذا الوصف ينطوى على كثير من الفجاجة، غير أن هذا التصور، فيما أعتقد، يفسر القدر من النجاح، الذى لقيته منذ بدأت تطبيق الممارسة النفسية العيادية على مرضى فى أوائل سنة ١٩٥٩، إذا قورن بما لقيه غيرى من زملاء التخصص المهنى فى كثير من بلدان العالم الثالث الأخرى. فقد تنبهُت مبكراً إلى أنه يلزمنى أن أدخل تعديلات جزئية (وليس تغييرات كلية) على ما أستعين به من تقنيات للقياس و/أو العلاج، لكى أجعل هذه التقنيات ملائمة للوضع الحضارى كما أواجهه.

ومن هذا المنطلق جاء تدخلى بما أنتهجت من تعديلات على برنامج سليجمان من شأنها أن تجعله على درجة معقولة من الكفاءة فى علاج الاكتئابيين المصريين. ولم يكن من الممكن أن يقتصر التعديل على زيادة جرعة تدريبهم على المهارات الاجتماعية، وخفض الجرعة من تدريبات تأكيد الذات. ولكنى تصورت أن الأمر يقتضى تناولاً أكثر تعقداً أو تركيباً. وفيما يلى أسوق للقارئ مثلاً لعله أن يعين على توضيح التغيير الذى قصدت أن أعمل بمقتضاه. نعود مؤقتاً إلى سيلجمان؛ فقد رأينا كيف أنه يقدم برنامجاً علاجياً يضم أربعة مكونات، ومن بين هذه المكونات: مكون يحمل رقم ٢ ويسمى «التدريب على التحكم الشخصى»^(١). وبالنظر فى هذا المكون من خلال عدستى الحضارية، أتصور أنه يحسن أن تعاد تسميته ليصبح «محاولة لإقرار توازن جديد بين الأنا والنحن»، ذلك أن معظم مرضى الاكتئابيين كانوا ممن وصلوا إلى مستوى رفيع من التعليم متفتحين وذوى آفاق عريضة، وفى الوقت نفسه ذوى طموحات عالية. وكانت شكاواهم تلخص عادة فى المعاناة من توجهين متصارعين: أحدهما نحو مزيد من الاستقلال، بينما كان التوجه الآخر يشدهم إلى الارتباط الوثيق بمصدر شقائهم (الزوج، أو الوالدين أو الأسرة، أو القرية... إلخ).

وبنوع من التحليل المتأنى للأحداث المهمة، كما وقعت فى حياة هؤلاء المرضى على امتداد فترة زمنية معقولة، كنت ألاحظ أن خطأهم الرئيسى إنما

(1) personal control training.

كان يتمثل في أسلوب تحركهم نحو الاستقلال الشخصى . فقد كانوا، بمعنى ما، متورطين فى صراع لايعزف التهادن مع من كان يبدو لهم (أى من يدركونه) مسئولاً عن تحجيم محاولاتهم الاستقلالية (سواء أكان أباً، أو زوجاً، أو أماً أو أخاً، أو الأسرة مجتمعة... إلخ).

والجدير بالذكر أنهم كانوا ينجحون فى معظم الأحيان فى فعل ما يريدون فعله . ومع ذلك فقد كان المزيد من الجهود التى يبذلونها فى سبيل تحقيق ما يريدون تحقيقه يجعلهم أشد توتراً ضد من يتصورونه العقبة فى سبيلهم، وأكثر معاناة وشكوى تفيض بمشاعر الذنب والغضب، وفى نهاية المطاف يقعون فريسة لتذبذب دائم بين لوم الذات وتحقيرها من ناحية، ولوم الآخر والحط من شأنه من ناحية أخرى . وفى تناولى لحالة هؤلاء المرضى، كنت أرى بوضوح أن ما كانوا يحتاجون إليه يتلخص فى أن يتعلموا كيف يضعون لأنفسهم خطة متكاملة (متعددة الجوانب) تهدف إلى تغيير نمط الارتباط الذى يجدون أنفسهم متورطين فيه؛ ليحل محله فى نهاية الأمر نمط أشد نضجاً ينطوى على «اعتماد متبادل»⁽¹⁾.

بعبارة أخرى فإن ما يحتاجونه هو أن يحافظوا على الرابطة القائمة، ولكن فى الوقت نفسه يجعلونها أكثر معقولة، فتكون أقل جموداً وتنطوى على قدر من الرعاية المتبادلة . أما لماذا يلزمهم الحفاظ على الرابطة؟ فالجواب أن هذا الحفاظ لا تقتضيه أسباب سيكولوجية فحسب، ولكن تمليه كذلك مقتضيات سياق اجتماعى / حضارى يجعل مطلب «التفرد»⁽²⁾ بالغ الصعوبة، إذا أردنا باسمه أن نتخطى حدودا معينة . ولاجدال فى أن هذه القيود تكون أقسى بكثير فى حالة الإناث عنها فى حالة الذكور (وهى كذلك بوجه عام بالنسبة لكل من كانت مكانته الاجتماعية الحضارية أقرب إلى الهشاشة) . وإزاء هذه الملابس يبدو بوضوح أن التدريب على تأكيد الذات بالصورة الغربية لا يصلح لمرضانا؛ بينما المطلوب والصالح فعلاً هو التدريب الذى يرسخ ذاتاً فى صيغة اعتماد متبادل .

(1) interdependence.

(2) individuation.

وقد استخدمت تقنيات علاجية أخرى غير أسلوب الاقتفاء؛ والتسكين المنظم، وأسلوب بيك Beck المعرفي، ووصفة سليجمان لعلاج الاكتئاب. من هذا القبيل تقنيات التنفير الضمني والصريح^(١) لعلاج بعض حالات الاعتماد الكحولى؛ واستخدمت كذلك تقنيات «الإتخام»^(٢) لعلاج شاب يشكو من نوبات اكتئاب تستثيرها رغبات ذات طبيعة جنسية مثلية^(٣)، تنشط وتعاوده من حين لآخر؛ وكذلك التعريض^(٤) الضمنى المصحوب بالاسترخاء العضلى العميق لعلاج شابة من نوبات من الهلع^(٥). (Craske & Barlow 1993) وجدير بالذكر هنا أننى وجدتني مضطراً للتدخل الابتكارى بدرجات مختلفة أثناء استخدام هذه التقنيات جميعاً؛ لكى أجعلها ملائمة لظروفنا الحضارية، وقد استفاد من هذه العلاجات فعلاً عدد من مرضاى. ويبقى بعد ذلك سؤال رئيسى من وراء هذه المحاولات جميعاً مؤداه: إذا استطعت أن أجمع هذه الخطوات التغييرية، التى قمت بها جميعاً فى سياق خبراتى العلاجية من أولها إلى آخرها، فهل يتكون من المجموع جسم من المعرفة له جذور فى الواقع العملى، وإيحاءات مفيدة للفكر النظرى، ودلالات ذات معنى فى السياق الحضارى؟ سوف يظل هذا السؤال المركب معلقاً يستحق البحث والتمحيص.

الخاتمة :

ينتظم هذا الفصل حول ثلاثة محاور رئيسية؛ يتناول أولها الكيفية التى تصورت على أساسها ترسيخ التخصص (تخصص علم النفس الإكلينيكي) ككيان علمى، ومهنة، وخدمة فى مجتمعنا المصرى. وقد تضمنت خطتى فى هذا الصدد القيام بمهمتين فى وقت واحد، إحداهما أن أبدأ فى تأسيس العلم ذاته، وفى الوقت نفسه أخلق السياق الأكاديمى الاجتماعى، الذى لا بد منه لمساندة المشروع ورعاية نموه. وأتصور الآن أنه لولا أننى تبينت هذه الخطة ذات الشحنة

(1) overt and covert aversion.

(2) satiation.

(3) homosexuality.

(4) exposure.

(5) panic.

المزدوجة، وكانت عملية إقامة علم النفس الإكلينيكي قد انتهت إلى إجهاض أو على أفضل تقدير، إلى التمحض عن كيان مشوّه؛ أما المحور الثاني فيستوعب الجهود التي تقدمتُ بها لتنظيم علاقتي بالأطباء النفسيين. وقد حرصت منذ بدء التخطيط لهندسة هذه العلاقة أن تتقدم بطريقة سلسلة، أو تنتفى منها صفة التهديد، وأن تكون مجزية للأطراف المشاركة، لا لطرف دون غيره. وأما المحور الثالث والأخير فينتظم عليه التوجه الرئيسى، الذي قام من وراء جميع القرارات التي اتخذتها بشأن الملاءمة بين جميع تقنيات القياس والعلاج من ناحية وظروف الحياة الاجتماعية الحضارية للمواطنين المصريين، وفى هذا السبيل أتخذتُ جميع قراراتى بناء على اعتبارات علمية. ومع ذلك فلم تكن المقاربة العملية كما مارستها عمياء، بل على الضد من ذلك حرصت ما وسعنى الجهد على أن أجعلها مزودة بقدر من البصيرة، ناجم عن التفكير الواضح الصريح فى الخصائص المتلبّسة حضارياً بالمواطنين المصريين.

المصادر

أولاً - المصادر العربية :

١- سويف (مصطفى) (١٩٦٩) الأسس النفسية للإبداع الفني، القاهرة: دار المعارف، الطبعة الثالثة.

ثانياً - المصادر الأجنبية :

Abd-el-Quader, . (1971) **Standardization of the General Aptitude Test Battery in Egypt**. Cairo : Publications of the National Centre for Social and Criminological Research. (in Arabic).

APA (1953) **Ethical standards of psychologists**, Washington 6,D.C.

APA (1954) **Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques**, Supplement to the Psychological Bulletin, Washington, 6, D.C.

Ashour, A. M. (1967) Clinical and encephalographic validation of psychometric tests of organicity in Egyptian psychiatric patients, Thesis submitted in partial fulfillment of the degree of M.D. (Psychiatry), Faculty of Medecine, Ein-Shams University, Cairo.

Beck, J. S. (1995) **Gognitive therapy : Basics and beyond**, New York: The Guilford Press.

Benton, A. (1963) **The revised visual retention test**, New York: The Psychological Corporation.

Berger, D., Everson, R., Rutledge, L. & Koskoff, Y. D. (1958) The Spiral after effect in neurological setting, **J. consult. Psychol.**, 22, 249-255.

- Blau, T.H. & Shaffer, R. E. (1960) The spiral after effect test (SAET) as a predictor of normal and abnormal electroencephalographic records in children. **J. consult. Psychol.**, 24, 35-42.
- Brown, E.C., Casey, A., Fisch, R. I. & Neuringer, C. (1958) Trail Making test as a screening device for detection of brain damage, **J. consult. Psychol.**, 22, 469-474.
- Chambwe, A. (1982) Psychological and psychiatric services in Zimbabwe, **Bulletin of the B.P.S.**, 35, 271-272.
- Cherry, C. & Sayers, B. 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 Press, 441-456.
- Clark, D. F. (1980) Clinical psychology in Sri Lanka, **Bulletin of B.P.S.**, 33, 123-125.
- Collins, S. (1993) Clinician heal thyself? A role for clinical psychology in Malawi, **Clinical Psychology Forum**, 52, 25-26.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1993) Panic disorder and agoraphobia, **Clinical handbook of psychological disorders**, D. H. Barlow ed., New York: The Guilford Press, 2nd ed., 1-47.
- Cucco, W. F. (1990) Clinical psychology training in Italy, **Clinical Psychology: Europe**, 15-16.
- Doll, E. A. (1974) **Vineland social maturity scale**, Minneapolis: Educational Test Bureau.
- Eysenck, H. J. (1959) Learning theory and behaviour therapy, **J. ment. Science**, 105, 61-75.
- Eysenck, H. J. ed. (1960) **Behaviour therapy and the neuroses**, Oxford: Pergamon Press.
- Eisenson, J. (1954) **Examining for aphasia**, New York: The Psychological Corporation (Revised ed.).

- Fisher, C. (1990) Clinical psychology in Romania, **Clinical Psychology: Europe**, 25-27. Clinical Psychol. Div., B.P.S.
- Franks, C., Soueif, M. I. & Maxwell, A.E. (1960) A factorial study of certain scales from the MMPI and the STDCR, **Acta Psychol.**, 17, 407-416.
- Giel, R., Knox, R. & Carstairs, G. (1964) A five year follow-up of 100 neurotic outpatients, **Brit. Med. J.**, 2, 160-163.
- Goodenough, F. L. (1954) **Measurement of intelligence by drawings**, New York: World Book.
- Guergis, S. (1948) Psychological clinics for children and adolescents, **Egypt. J. Psychol.**, 4, 53-60.
- Hetherington, R. (1981) The changing role of the clinical psychologist, **Bulletin of the B.P. S.**, 34, 12-14.
- Holland, H. C. (1957) The Archimedes spiral, **Nature**, 179, 432-433.
- Matsumoto, D., Kudoh, T. & Takeuchi, S. (1996) Changing patterns of individualism and collectivism in the United States and Japan, **Culture & Psychology**, 2/1, 77-108.
- Oerter, R., Oerter, R., Agostiani, H., Kim, H. & Wibowo, S. (1996) The concept of human nature in East Asia : Etic and Emic characteristics, **Culture & Psychology**, 2/1, 9-52.
- Ovretveit, J., Brunning, H. & Huffington, C. (1992) Adapt or decay: why clinical psychologists must develop the consulting role, **Clinical Psychology Forum**, 46, 27-29.
- Paul, G. L. (1969) Outcome of systematic desensitization. II: Controlled investigations of individual treatment, technique variations, and current status, **Behaviour therapy : appraisal and status**, C. M. Franks ed., New York: McGraw-Hill.
- Paul, G.L. & Bernstein, D. (1973) **Anxiety and clinical problem: Systematic desensitization and related techniques**, Morristown, N., J.: General Learning Press.

- Porteus, S. D. (1952) **The Porteus maze test manual**, London: George G. Harrap.
- Rachman, S. (1971) **The effects of psychotherapy**, Oxford; Pergamon.
- Reitan, R. M. (1955) The relation of the Trail Making Test to organic brain damage. **J. consult. Psychology**, 19, 393-394.
- Seligman, M. E. P. (1981) A learned helplessness point of view, in **Behavior therapy for depression**, L.P. Rehm ed., New York: Academic Press, 123-141.
- Shapiro, M. B., Field, J. & Post, F. (1957) An enquiry into the determinants of differentiation between elderly "organic" and "non-organic" psychiatric patients on the Bender Gestalt Test., **J. ment. Science**, 103, 364-374.
- Soueif, M. I. (1962) Neuroticism and Extraversion - introversion : a crosscultural study, **National Rev. of Criminal Science**, 5/1, 1-50 (in Arabic).
- Soueif, M.I. (1998) Clinical Psychology, **Psychology in the Arab World**, U. Gielen & R.A. Abd-el-Sattar eds. (in Press).
- Soueif, M. I. (1991) Mental Health: towards a culture-fair definition, **National Rev. of Social Sciences**, 28/2, 228-238.
- Soueif, M. I., Abd-el-Naby & Helmy, A. (1964) Objective assessment of psychiatric changes produced by reserpine in Egyptian schizophrenics, **Acta Psychol.**, 22, 85-99.
- Soueif, M. I. & Eysenck, H. J. (1971) Cultural differences in aesthetic preferences, **International J. Psychol.**, 6, 292-298.
- Soueif, M. I. & Metwally, A. (1961) Testing for organicity in Egyptian psychiatric patients, **Acta Psychol.**, 18, 285-296.
- Wallace, H. & Whyte, M. (1959) Natural history of the psychoneurosis, **Brit. Med., J.**, 1, 144-148.

- Ward, C. (1983) The role and status of psychology in developing nations: A Malaysian case study, **Bulletin of B.P.S.**, 36, 73-76.
- Wechsler, D. (1949) **Wechsler intelligence scale for children**, New York: The Psychological Corporation.
- Wolpe, J. (1958) **Psychotherapy by reciprocal inhibition**, Stanford: Stanford University Press.
- Young, J. E., Beck, A. T. & Weinberger, A. (1993) Depression, **Clinical handbook of psychological disorders**, D. H. Barlow ed., New York: The Guilford Press, 2nd., 240-277.