العلاقة بين علم النفس والطب النفسى

فى مصر: الماضى والحاضر والمستقبل

مقدمة:

شاع فى منتصف القرن العشرين القول بأن العلاقة بين علم النفس والطب النفسى تشبه العلاقة بين الفيزيولوجيا (علم وظائف الأعضاء) والطب العام؛ لأن علم النفس يُعنى أساساً بإلقاء الضوء على العمليات النفسية فى حالات السواء، بينما يركز الطب النفسى اهتمامه فى العمليات النفسية كما تضطرب فى الأمراض (أو الاضطرابات). ولكى يمكن تقدير هذه الاضطرابات بدقة، لابد من المضاهاة بين هذه العمليات فى حالات السواء والأمراض. النفسية المختلفة، غير أن وصف العلاقة على هذا النحو أصبح الآن (فى بداية القرن الحادى والعشرين) يستلزم إعادة النظر، بعد التقدم الكبير الذى أحرزه علم النفس العيادى، سواء فيما يتعلق بوصف اضطرابات الوظائف النفسية وقياسها، أو فيما يتعلق بتقديم العلاجات النفسية المتعددة.

وفى سنة ١٩٥٨ عندما كنت عائداً لتوى من التلمذة فى لندن، وأحاول أن أخطو خطواتى الأولى فى تقديم دور الأخصائى النفسى فى العيادة النفسية (وكان فى ذلك الوقت يقتصر على وصف الاضطراب النفسى وقياسه دون علاجه) قوبلت محاولتى تلك بقدر ملحوظ من التحفظ من جانب الأطباء النفسيين. وكان هذا التحفظ أمراً مقبولاً حينئذٍ؛ لأن الكيان الجديد كان بحاجة إلى أن يثبت نفسه، ولأن أوائل الخمسينيات شهدت مشاحنات بين الأطباء وعلماء النفس رسَّبت فى الأجواء أقداراً من سوء الفهم المشوب بسوء الظن المتبادل. أما

الآن، وبعد مرور مايزيد عن أربعين سنة (من تاريخ وقوع تلك الأحداث)، ونحن بصدد تقويم ما تم إنجازه على امتداد تلك العقود، ونحاول على ضوء ما يسفر عنه هذا التقويم أن ننظر فيما عسانا نستطيع (أو يجب علينا) أن نفعله فى المستقبل المنظور، فالراجح أن ما يلزمنا هو مراجعة ذكرياتنا عن هذا الماضى وإعادة تقويمها فى ضوء رؤيتنا للحاضر وفهمنا مترتّباته. ولاتعنى مراجعة الذكريات أن نتوسع فى استعادة تفاصيل وقائعها وملابساتها، فنحن لانحتاج الآن إلا إلى الوقوف على التوجهات الرئيسية لأحداث الماضى واستقراء دلالاتها. ويتفق هذا مع الهدف الرئيسى لهذا الفصل، وهو بيان الكيفية التى يمكننا بها أن نزيد من تطوير العلاقة بين علم النفس والطب النفسى إلى الأفضل: كيف نزيد من فرص التعاون بين المنظومتين على صعيد البحث والخدمة معاً؟

الماضى فى ضوء الحاضر :

كان الملمح الرئيسى للتفاعل بين علم النفس والطب النفسى فى مصر، حتى أواخر الخمسينيات من القرن العشرين هو الصراع بكل ما يولده، من مشاحنات كلامية واتجاهات تكرس الرفض وسوء الظن المتبادل (راجع الفصل الثالث). وفى مقابل ذلك فإن المرحلة الحاضرة (وتبدأ متداخلة مع بقايا المرحلة الماضية فى الستينيات المبكرة) يغلب عليها اتجاه الشخصيات الرئيسية من الفريقين إلى التكامل والتعاون فى إطار من التعاطف والتقدير المتبادل. وفى هذا الإطار بُذلت جهود متعددة، نذكر منها ما يلى: أولا، لابد من ذكر الجهود التى بذلناها فى جامعة القاهرة فى سبيل توسيع المساحة التى يشغلها تدريس علم النفس العيادى (داخل إطار تدريس علم النفس عموما) حتى يبدو موقفنا أمام الأطباء النفسيين أكثر إقناعا. وفى هذا الصدد نجحنا فى العام الجامعى ١٩٥٩/ ١٩٦٠ فى إقناع سلطات الجامعة بزيادة عدد المحاضرات التى نقدمها باسم علم النفس (دون المساس بالإطار التنظيمى الإدارى الذى كان يضمنا داخل قسم الفلسفة). كذلك نجحنا فى إنشاء «دبلوم علم النفس التطبيقى»، وهو دبلوم عال، يلتحق الطالب به (بعد حصوله على الليانس)، وتستمر الدراسة فيه لمدة سنة، تتركز فيه

المحاضرات والتدريبات على مشكلات علم النفس العيادى. ولم يلبث هذا الدبلوم أن أثبت خلال بضعة أعوام من إنشائه أنه أتاح ظهور فرص موضوعية/ مهنية أمام علماء النفس والأطباء لتبادل الخبرات والأفكار، وأضفى على العلاقة بين الفريقين إطاراً له حدوده ودلالاته.

ثانياً، فى مثل هذا التقويم الذى نحن بصدده، يجب كذلك ذكر خطوات التعاون بين الفريقين فى إطار التدريس الجامعى؛ وقد بدأ هذا التعاون منذ سنة ١٩٦٥، واتخذ لنفسه أشكالاً متعددة، منها: دعوة أساتذة علم النفس إلى تدريس أقدار متزايدة من الموضوعات النفسية للطلاب فى دبلوم الأمراض العصبية والنفسية فى كليات الطب، ودعوة أساتذة الطب النفسى إلى تدريس المواد الطبية النفسية[1] لطلاب العلوم النفسية فى كليات الآداب. ومن أشكال التعاون كذلك تبادل خبرات الإشراف على رسائل الماجستير والدكتوراه. فحيث تسمح طبيعة الموضوعات البحثية، فى هذه الرسائل، يستعان بأساتذة علم النفس للمشاركة فى الإشراف على رسائل تقدم فى إطار كليات الطب، والعكس صحيح كذلك، فحيث تسمح طبيعة الموضوعات البحثية، يستعان بأساتذة الطب النفسى والعصبى؛ للمشاركة فى الإشراف على رسائل تقدم فى إطار كليات الآداب.

ثالثا، وفى السياق الراهن لايمكن إغفال ذكر التعاون مع وزارة الصحة، وهو التعاون الذى أدى إلى اعتراف الوزارة فى سنة ١٩٦٧ بدور الأخصائى النفسى فى الفريق العلاجى، وتعيين الأخصائيين النفسيين (كسياسة منتظمة للوزارة بدءاً من السنة المالية ١٩٦٧/١٩٦٨) فى مستشفيات الوزارة وعياداتها ليمارسوا المهام المرتبطة بهذا الدور. ويبلغ عدد العاملين فى هذا الإطار الآن حوالى ثلاثمائة أخصائى وأخصائية.

رابعاً، كذلك لايمكن إغفال ذكر الخطوة التى قامت بها بعض أقسام الطب

---

(١) من هذا القبيل تدريس مادة الطب النفسى للراشدين وهى تُقدَّم لطلبة السنة الرابعة فى قسم علم النفس بجامعة القاهرة، ومادة الطب النفسى للأطفال، وجانب من مادة الضعف العقلى، وهما يقدمان لطلاب دبلوم علم النفس التطبيقى بالجامعة ذاتها.

النفسى فى كليات الطب[1]، بتعيين عدد من الأخصائيين النفسيين داخل إطار الأقسام، للمعاونة فى إجراء الفحوص النفسية، وفى إجراء البحوث المطلوبة.

خامساً، هناك أشكال التعاون العملى غير الرسمى أو غير المؤسسى بين الفريقين، وأهمها تبادل التعاون عبر العيادات الخاصة. ومن الصعب تحديد حجم هذا النوع من التعاون. ولكن أيّا كان عدد النفسانيين والأطباء الذين يتم بينهم تكامل للخدمة وتبادل للرأى على هذا النحو، فإنه يشير إلى اختيار تلقائى لطريق التعاون، بعيداً عن التقنيات المؤسسية، ويمكننا أن نستشف منه اقتناعاً بأن ميدان الخدمة الطبية النفسية يحتاج فعلاً (لا قولاً فحسب) إلى أن يقوم على الجهد والعلم المتكاملين للفريق، وأن تخصصاً واحداً لايكفى، وأن قيام الفريق لايقتضى بالضرورة أن يكون أعضاؤه عاملين فى مكان واحد، بل يمكن أن يقوم من خلال التبادل الوثيق عبر العيادات الخاصة.

تقويم الإنجازات السابقة:

تعتبر الإنجازات الخمسة السابقة الذكر هى أقصى ما استطعنا تحقيقه فى مجال تنشيط العلاقة وتخصيبها، بين علم النفس العيادى والطب النفسى حتى الآن. ومع أنه لايجوز المغالاة فى القيمة الإيجابية لهذه الإنجازات، فإنه بالدرجة نفسها من التحفُّظ لايجوز التهوين من شأنها. ولكى تكون النظرة متوازنة فى هذا الصدد، يجب تقدير هذه الإنجازات على خلفية المناخ شديد السلبية، الذى كان يحيط بالعلاقة فى خمسينيات وستينيات القرن، وفى ضوء ماترتب على ذلك من تولُّد حساسيات معاكسة فى نفوس الكثيرين من الأطباء والنفسانيين عموماً، وهى حساسيات لازالت بقاياها تبدو أمام العاملين فى الميدان حتى وقتنا الحاضر. وتكشف عن نفسها بأشكال مختلفة تتراوح بين اللامبالاة بأى قرار، أو أى تطور يقع فى الميدان، هذا من ناحية، والإسهام الفعلى المعاكس للمسيرة من ناحية أخرى. ومن ثم فإن النظرة المتوازنة فى هذا المجال تقتضى الاعتراف بوزن

(١) نخص بالذكر هنا كليتى الطب فى جامعتى القاهرة وعين شمس.

الإنجازات الخمسة سالفة الذكر، وبأن هذا الوزن، سوف تبدو دلالته بصورة واضحة فى تيسير ما نأمل فيه من زيادة تطوير العلاقة بين المنظومتين وممثليهما فى العقود القليلة القادمة.

نظرة إلى المستقبل :

يُعتبر تفاؤلاً ساذجاً أن يتصور البعض أن التقارب الذى تحقق بين المنظومتين وممثليهما على امتداد النصف الثانى من القرن المنقضى سوف يستمر ويتنامى بصورة تلقائية أو بقوة القصور الذاتى. وتبدو سذاجة هذا التصور فى حقيقة أنه لا يأخذ فى الاعتبار الحقائق الثلاث الآتية: **أولاً** أن أنواع التقارب التى تحققت قامت كلها على أساس جهود فردية، بذلها أصحابها لاقتناعهم الشخصى بضرورة القيام بها. ومع أن اقتناعهم هذا استند فعلاً إلى أسس موضوعية فى جميع الحالات التى ذكرناها مع ذلك، فإن الجهود التى بذلوها لم تصل معظمها إلى مستوى الترسيخ المؤسسى؛ صحيح أن إنشاء دبلوم علم النفس التطبيقى فى جامعة القاهرة سنة ١٩٥٩/ ٦٠، وإنشاء أقسام مستقلة لعلم النفس فى كثير من جامعاتنا، واعتراف وزارة الصحة بدور الأخصائى النفسى العيادى فى الفريق العلاجى، الذى يقدم الخدمة العلاجية فى مستشفيات الوزارة وعياداتها، يُعتبر كله خطوات على الطريق إلى الترسيخ المؤسسى، ولكن هذه الخطوات جميعاً لايزال ينقصها الكثير حتى تكتسب قدرة معقولة على الفاعلية والبقاء بعد زوال منشئيها؛ فالدبلوم المذكور وأقسام علم النفس لاتزال تقوم فى إطار كليات الآداب، وهو ما لايتيح نمواً معقولاً لعلم النفس العيادى لعدم وجود أية قنوات رسمية تربط بين مواقع الدبلوم والأقسام الجامعية من ناحية، والمواقع العلاجية المقنَّنة كالمستشفيات والعيادات التابعة للجامعات أو لوزارة الصحة من ناحية أخرى. ولابد من إيجاد حل حقيقى لهذه المشكلة، ولن يكون الحل المناسب سهلا أو تقليديا، ومن ثم فسوف يستلزم جُهداً إبداعيًا وأقداراً من الضغط الأدبى المشروع.

هذا عن خطوتى التقدم اللتين تم إنجازهما فى محيط الجامعات. فإذا نظرنا فى الخطوة التى تمت على مستوى وزارة الصحة، فلايزال الأخصائيون النفسيون المعينون فيها يقفون دون بند صريح لتصنيفهم كفئة مهنية مستقلة فى ميزانية الدولة، وهم إلى الآن يصنَّفون مع الأخصائيين الاجتماعيين تحت بند واحد، وهو ما يطمس معالم المهنة بصورة تؤذى نموها فى المستقبل القريب والبعيد. هكذا تبدو حقيقة خطوات التقدم الثلاث شبه المؤسسية؛ أما الخطوتان الأخريان: خطوة المشاركة فى التدريس والإشراف على الدراسات العليا، وخطوة التعاون بين العيادات الخاصة، فالملامح الفردية/الشخصية فيهما من الوضوح بحيث لاتسمح بقيام شبهة الرسوخ المؤسسى لأى من الخطوتين، ومعنى ذلك فى نهاية الأمر أن جميع الخطوات الخمس التى تم إنجازها ستظل معرضة لفعل كثير من عوامل التمييع والتآكل، وهى كثيرة وشديدة الوطأة فى مجتمعنا.

ثانياً: الحقيقة الثانية التى ينبغى أن تؤخذ فى الاعتبار أن المؤسسات التى يُفترض فيها أن تعنى بأمر التقارب الحقيقى بين المنظومتين وممثليهما... هذه المؤسسات تبدو وكأن الأمر لايعنيها فى قليل أو كثير. وأياً كانت الحقائق المفسرة لهذا الواقع اللامبالى، فما لم يحاول النفسانيون تغيير هذا الوضع، فلن تأتى المبادرة من خارجهم، وهو ما حدث بالضبط فى السير بخطوات الإنجاز التى تمت على امتداد العقود الأربعة المنقضية. كل ما فى الأمر أن ما تم بدأ واستمر على مستوى الإنجاز الشخصى، شأنه فى ذلك شأن معظم الجهود الريادية فى كثير من المجالات، والآن وقد تحقق ما تحقق وأصبح وجوده مألوفاً بين أساتذة التخصص والدارسين، يمكن القول بأنه آن الأوان لأن يتقدم الجيل الجديد من ممثلى المنظومتين ليكمل ما بدأه الجيل السابق، بالترسيخ المؤسسى لهذا الذى تم تحقيقه. أما كيف يكون ذلك، فليست هناك وصفة مقنَّنة نقدمها فى هذا الصدد، والمسألة متروكة للجهود الإبداعية للأجيال الجديدة من النفسانيين والأطباء النفسيين والعصبيين.

ثالثاً: الحقيقة الثالثة التى يجب أن تؤخذ فى الحسبان أن المستشفيات النفسية العصبية التابعة لوزارة الصحة عندنا (كالعباسية، والخانكة، والمعمورة.. إلخ) لاتوجد بها أقسام للبحث العلمى العصبى النفسى. ولو أن الأمر كان على عكس ذلك؛ أى لو كانت بها أقسام بحثية، لكان ذلك عاملاً ميّسراً للكشف عن القيمة الإيجابية لدور الأخصائى النفسى فى المعاونة فى إجراء البحوث بدرجة عالية من الإتقان المنهجى؛ نظراً لما يلقاه هذا الأخصائى فى أقسام علم النفس جميعاً من تدريب مكثف، أثناء سنوات التلمذة، على كيفية الاستعانة بعديد من طرق البحث السلوكى وأدواته المعملية والميدانية.

خلاصة هذه الاعتبارات الثلاثة أنها - فى جملتها - توضح كيف أن ما أحرز من تقدم فى التقريب بين منظومتى علم النفس العيادى والطب النفسى على امتداد العقود الأربعة الماضية يمكن أن يتعطل، بل ويتآكل ما لم تواصل الأجيال القيادية الجديدة فى المنظومتين بذل الجهود الإيجابية فى السبيل إلى دعم الإنجازات السابقة، بترسيخها مؤسسيا، بل وما لم تضف هذه الأجيال الجديدة إلى ذلك الرصيد خطوات أبعد فى التوجه نفسه.

مقترحات لمزيد من التقارب بين المنظومتين:

فيما يلى بضعة مقترحات تفصيلية، تستهدف شق بعض الطرق لتحقيق مزيد من التقارب بين علم النفس العيادى والطب النفسى:

١- يبدو أن إنشاء «وحدة نفسية» داخل مركز العلاج النفسى بكلية الطب بجامعة عين شمس يمكن أن يكون خطوة هامة على الطريق. وجدير بالذكر أن قانون الجامعات يسمح بإنشاء ما يسمى بالوحدات ذات الطابع الخاص، داخل إطار الجامعة (والقسم). (الباب السادس من اللائحة التنفيذية لقانون الجامعات - المواد من ٣٠٧ إلى ٣١٤)؛ فقد جاء فى اللائحة تحت المادة رقم ١٠٨ ما نصُّه: «تهدف هذه الوحدات إلى تحقيق الأغراض التالية، كلها أو بعضها:

(أ) معاونة الجامعة فى القيام برسالتها سواء فى مجال تعليم الطلاب وتدريبهم، أو فى مجال البحوث. (موسوعة قانون الجامعات رقم ٤٩ لسنة ١٩٧٢). والتصور الذى نقدمه تأييداً لهذا الاقتراح يتلخص فى أربع نقاط رئيسية، هى:

الأولى: أن وجود هذه الوحدة فى هذا السياق السيكياترى سوف يعود على عملية التدريس (وما تقتضيه من تدريبات) فى المركز و/أو القسم بالفائدة المؤكدة؛ لأن القائمين على التدريب سيكونون هم الأخصائيون النفسيون بخلفياتهم التخصصية المناسبة؛ خاصة فى علم النفس الإكلينيكى، وقياس الوظائف النفسية (السيكومترى).

والثانية: أن العمل الذى سوف يقوم به الأعضاء فى هذه الوحدة سوف يشمل- ضمن ما يشمله - المعاونة فى البحوث السيكياترية القائمة فى القسم، سواء فى ذلك البحوث التي يقوم بها أعضاء هيئة التدريس، أو تلك التى يجريها طلابهم فى إطار الدراسات العليا.

والثالثة: أن العمل التدريبى أو البحثى الذى سوف يؤديه أعضاء الوحدة لحساب المركز و/أو القسم سوف يأخذ طابع العمل المؤسسى (وليس طابع المعاونة الفردية القائم الآن).

والرابعة: والأخيرة هى أن وجود هذه الوحدة فى مركز العلاج الطبى النفسى بما تؤديه من خدمات سوف يشيع أمره بمرور الوقت إلى سائر أقسام كلية الطب، وهو ما قد يمهد السبيل فى مستقبل قريب إلى أن يتنبه أعضاء هيئة التدريس فى تلك الأقسام إلى إمكان الامتداد بالخدمة التى تقدمها الوحدة، فتعبر الحدود من المجال النيوروسيكياترى إلى سائر مجالات الطب البشرى، كما يمارس فى أقسام الأمراض الباطنية والجراحة. جدير بالذكر فى هذا الصدد أن البحوث الجارية الآن فى الدول المتقدمة، على مجالات التفاعل بين الصحة النفسية والأمراض البدنية (كالأمراض السرطانية، وأمراض الدورة الدموية القلبية والمخية) أصبحت

تعد بالمئات إن لم يكن بالآلاف، وأنها - فى نهاية الأمر - تصب فى مصب بالغ الأهمية، هو رفع كفاءة الخدمة الطبية. وغنى عن البيان أن هذا سيعود - فى نهاية الأمر - على الخدمة النيوروسيكياترية والقائمين بها بمزيد من الالتحام مع مجالات الخدمة الطبية العامة.

٢- آن الأوان لأن يقدَّم المزيد من دروس علم النفس المعاصر لطلبة كليات الطب على مستوى دبلوم الأمراض النفسية والعصبية. فخارج نطاق الكيف والكم من المعلومات النفسية الكلاسيكية التى يتلقاها هؤلاء الطلاب فى الوقت الحاضر، لابد من الاعتراف بأنهم يحتاجون إلى قدر معقول من المعرفة بالمجالات التى جدَّت فى الميدان، ونَمَت نمواً واضحاً فى خلال العشرين سنة الأخيرة بوجه خاص، لاسيما وأن هذه المعارف ذات علاقة وثيقة بالخدمة والعلوم الطبية، ومنها على سبيل المثال: مجالات علم النفس العصبى (Wedling et al. 1986; Rose & Johnson 1996)، والمصاحبات النفسية للأمراض الجسمية (Rachman, 1984; Broome & Wallace 1984; Shillitoe 1988)، والجوانب النفسية الاجتماعية للاعتماد على المخدرات (Lader 1988; Lowinson et al. 1922; Mieczkowski 1992)، وتصميمات البحوث التجريبية للحالة الواحدة (Barlow & Hersen 1984: Franklin et al. 1996).

٣- لابد من الاعتراف بأن الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين يشتركون معاً فى تحمّل مسئولية تقديم الخدمة النفسية للمرضى (الجسمانيين) فى جميع أقسام المستشفيات. ومع أننا ذكرنا فى السطور القليلة السابقة هذه المسألة، مسألة الامتداد بالخدمة النفسية إلى سائر أقسام الخدمة الطبية، فقد ذكرناها بصورة عرضية لاتناسب أهميتها الحقيقية. لذلك نعود إليها لتفصيل القول فى بعض ما أجملناه، فعلى امتداد العقود الأربعة الأخيرة تكاتفت جهود عديدة باسم علم النفس الطبى (Rachman; 1984)، (Mathews & Steptoe 1982)، والطب السلوكى على تقديم معلومات

وتقنيات جديدة، من شأنها تحقيق مزيد من الفهم والمعالجة لعديد من المشكلات الواقعة على الحدود بين علم النفس، والطب النفسى، والطب العام.

وإلى القارئ بضعة أمثلة فى هذا الصدد:

* تعتبر أعمال فيليب لى P. Ley فى مجال التخاطب بين الطبيب والمريض من الأعمال الرائدة فى إلقاء الضوء على أهمية كفاءة هذا التخاطب، فى تحديد مدى اتّباع المريض تعليمات الطبيب بالنسبة لتناول العلاج بجميع عناصره (Ley 1977; 1982). كذلك أجرى علماء النفس عديداً من البحوث التى ألقت الضوء على دور العناصر السلوكية فى منشأ ارتفاع ضغط الدم، وبعض أعطاب الشريان التاجى، كما أنهم استحدثوا تقنيات، يمكن استخدامها فى علاج هذه الاضطرابات وفى دعم الوقاية من الإصابة بها (Basler et al. 1982; Benun 1996; Gardner 1996). وفى هذا يقول هيرد J. A. Herd فى معرض الحديث عن المشكلة التى تكتنف علاجات الاضطرابات القلبية:

«يتطلب علاج جميع أمراض القلب... أنواعاً من التدخل الطبى من قبيل إعطاء الدواء، والحجز فى المستشفى وربما الجراحة. ومع ذلك فثمة عدد من المقاربات النفسية، تؤدى هى الأخرى دوراً فى التعامل مع مرضى القلب. وتدخل هذه المقاربات فى صميم عمليات حث المرضى على الممارسة المنتظمة لأنواع من الرياضة البدنية، وعلى إنقاص وزن الجسم، وتغيير قائمة الطعام، وتناول الدواء، والامتناع عن التدخين». (Herd 1981).

ويقرر وليش D. K. Wellisch فى ختام فصل كتبه عن علاج مرضى السرطان:

«وكلما ازدادت احتمالات علاج السرطان، وزاد عدد المرضى الذين يعيشون لمدد زمنية آخذة فى التنامى... ازدادت الحاجة إلى إجراء البحوث شديدة الصرامة فى تقنياتها، لتحديد أنسب الأساليب التى تتناول الاحتياجات النفسية لهؤلاء المرضى، ولعائلاتهم..» (Wellisch).

على ضوء هذه الملاحظات وما تستند إليه من كم كبير من البحوث، وما تثيره من دعوة إلى المزيد من البحث والمزيد من الصرامة البحثية نعود إلى موضوعنا الأصلى، وهو المسئولية المشتركة بين النفسانيين والأطباء النفسيين وأطباء الأعصاب عن الامتداد بالخدمة النفسية العيادية، والطبية، والنفسية/ العصبية إلى سائر أقسام الخدمة الطبية العامة. وجدير بالذكر هنا أنه لا الأطباء النفسيون/ العصبيون وحدهم، ولا الأخصائيون النفسيون وحدهم يمكنهم أن يقدّموا الخدمة النفسية على الوجه الأكمل للفئات المختلفة من المرضى الجسمانيين؛ فالأطباء النفسيون سيجدون أنفسهم - فى أحايين كثيرة - بحاجة إلى تطبيقات مستمدة من دروس وتدريبات العلاج السلوكى والعلاج السلوكى/ المعرفى، وهو شىء لم ينالوا فيه التأهيل الكافى، بينما هو متوافر عند زملائهم النفسيين. والعكس صحيح بالنسبة للنفسانيين، فهؤلاء سيجدون أنفسهم فى مواجهة مواقف، يحتاج فيها بعض المرضى إلى قدر من التدخل الدوائى، وهو ما لم يؤهَّلوا له، بينما تلقى زملاؤهم الأطباء هذا التأهيل.

بالإضافة إلى ذلك ما نتوقعه من أن حضور الأطباء النفسيين فى هذا الموقف (موقف الامتداد بالخدمة النفسية إلى أقسام الطب العام) يمكن أن يكون عامل تيسير للتفاهم بين الأخصائيين النفسيين وأطباء الأمراض الباطنية والجراحة، ونحن نأخذ بهذا الترجيح على أساس أن الطبيب النفسى يقف على أرض مشتركة (جزئيًا) مع سائر التخصصات الطبية، باعتبار القدر من التعليم والتدريب الطبى الذى تلقاه فى سنوات البكالوريوس، كما أنه يقف على أرض مشتركة (جزئيا) مع النفسانيين، باعتبار القدر الذى تلقاه من العلوم والتداريب النفسية فى دراساته العليا.

تلخيص :

١- الهدف المقصود بهذا الفصل هو بيان الكيفية، التى يمكن بها أن نزيد من تطوير العلاقة بين علم النفس العيادى والطب النفسى/ العصبى إلى الأفضل، من وجهة النظر المهنية.

٢- ولكى يمكن تحقيق هذه المهمة على الوجه الأمثل، رأينا أن نبدأ بإشارة موجزة إلى العلاقات التنافسية السلبية، التى كانت قائمة بين المنظومتين حتى أواخر الخمسينيات، ثم انتقلنا إلى ذكر المعالم الرئيسية لما حدث من تطورات تناولت كيان علم النفس الإكلينيكى نفسه، كما يقدم لطالبى التخصص فيه، كما تناولت أشكال التعاون المختلفة التى أمكن بلورتها وإقرارها بين المنظومتين على امتداد العقود الأربعة الأخيرة. وقد أشرنا إلى أن التقويم الصادق لهذه الخطوات التعاونية يجب أن يتم آخذاً فى الاعتبار ما كان الوضع عليه بين المنظومتين حتى أواخر الخمسينيات، وهو ما يبرز الوزن الحقيقى للنقلة التى أحدثتها هذه الخطوات.

٣- إلا أن هذا التقويم لايجوز أن يحملنا على إغفال نقاط الضعف التي تشوب هذه الإنجازات، وهى تتلخص فى كون بعضها لايزال فى صورة جهود فردية قام بها أساتذة رواد، والبعض الآخر تحقق له قدر من المؤسسية لكن هذا القدر لايزال منقوصاً. ومن ثم فالطريق إلى تطوير هذا الوضع إلى الأفضل، إنما يكون بنقله إلى الوضع المؤسسى الكامل.

٤- وفى هذا السبيل قدمنا عدداً من المقترحات المحددة، التى تبدو قابلة للتحقيق، إذا صادفت الهمة والتخطيط الملائمين عند الأجيال الجديدة من الأساتذة.

المصادر

أولاً - المصادر العربية :

١- موسوعة قانون تنظيم الجامعات رقم ٤٩ لسنة ١٩٧٢، (١٩٨٣) القاهرة: مطبعة جامعة القاهرة.

ثانياً - المصادر الأجنبية :

Barlow, D. H. & Hersen, M. (1984) **Single case experimental designs,** New York: Pergamon.

Basler, H. D., Brinkmeter, U., Buser, K., Heehn, D. & Molders-Kober (1982) Psychological group treatment of essential hypertension in general practice, in **Behavioural Medicine** A. Mathews & A. Steptoe eds., Kent: The British Psychological Society.

Bennun, I. (1996) Critical and intensive care units: a psychologist's contribution, **Clinical Psychology Forum,** No. 94; 4-6.

Broome, A. & Wallace, L. (1984) **Psychology and gynaecological problems,** London: Tavistock.

Franklin, R. D., Allison, D. B., Gorman, B.S. (1996) **Design and analysis of single case research,** Mahaw (New Jersey): Lawrence Elbaum.

Gardner, F. (1996) Clinical health psychology and cardiac surgery, **Clinical Psychology Forum,** No. 97, 5-8.

Herd, J. A. (1981) Treatment of cardiovascular disorders, in **Medical psychology** C. K. Prokop & L. A. Bradley eds., New York: Ac-

obeikandl.com

ademic Press, 142-156.

Lader, M. (1988) **The psychopharmacology of addiction,** Oxford: Oxford University Press.

Ley, P. (1977) Psychological studies of doctor-patient communication, in **Contributions to medical psychology** S. Rachman ed., Oxford: Pergamon, 9-42.

Ley, P. (1982) Satisfaction, compliance and communication, in **Behavioural medicine,** Kent: The British Psychological Society, 3-16.

Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. & Langrod, J. G. (1992) **Substance abuse,** Baltimore: Williams & Wilkins.

Mathews, A. & Steptoe, A. eds. (1982) **Behavioural medicine,** Kent: The British Psychological Society.

Mieczkowski, T. (1992) **Drugs, crime and social policy,** Boston: Allyn & Bacon.

Rachman, S. (1984) **Contributions to medical psychology,** vol. 3, Oxford: Pergamon.

Rose, F. D. & Johnson, D. A. (1996) **Brain injury and after,** Chichester: John Wiley.

Shillitoe, R. W. (1988) **Psychology and diabetes,** London: Chapman & Hall.

Wedding, D., Horton, A. M. & Webster, J. (1986) **The neuropsychology handbook,** New York: Springer.

Wellisch, D. K. (1981) Intervention with the cancer patient, in **Medical Psychology** C.. Prokop & L. A. Bradley eds., New York: Academic Press, 224-241.