

AMERICAN UNIV. IN CAIRO LIBRARY



3 8534 01039 2391

C
E
C



THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

04-B3186 POT

١٢
في علم النفس

Barakat, Muhammad Khalīfah

BF

173

B25X

1952

عيادات العلاج النفسي

تأليف

الدكتور محمد خليفة بركات

بكالوريوس ودكتوراه في علم النفس (جامعة لندن)

زميل بالجمعية البريطانية لعلم النفس

الاختصاص في النفس بالعبادة السيكولوجية

والمدرس بمعهد التربية (بجامعة ابراهيم)

التزام الطبع والنشر

مكتبة مصر

٣ شارع كامل صدقي باشا

دار مصر للطباعة

٥ شارع حسن باشا

13/2
M/25

١٣١٢
ب ٢٤

مقدمة الكتاب

يتجه العصر الحديث إلى الأخذ بوجهة نظر علم النفس في أي إصلاح ؛
ويؤمن علم النفس أيضا بأهمية تعاون العلوم المختلفة في حل المشكلات
الاجتماعية ، ويبدو هذا واضحاً جلياً في عمل « عيادات العلاج النفسي »
التي تقوم على أساس تعاون علم النفس مع علوم الطب والاجتماع والخدمة
الاجتماعية للعمل على محاربة الآفات الاجتماعية التي تسبب الاضطراب النفسي
وتؤدي بالكثير من الأفراد إلى الشقاء والتعس .

ولاشك أن الحاجة ماسة إلى مؤلف باللغة العربية يوضح نشاط هذه
العيادات وأهدافها ، ويعرض أنواع المشكلات التي تعالجها في ضوء ظروف
الحياة المصرية ، مع الاستفادة من الخبرات والبحوث العلمية الحديثة التي تجرى
في أوروبا وأمريكا .

لهذا رأيت أن أختار « عيادات العلاج النفسي » موضوعاً للكتاب
الخامس من سلسلة كتب « في علم النفس » التي تهدف إلى نشر أحدث
الآراء في موضوعات هذا العلم الهام ، فتساهم في سد ما نلسه من نقص
في المكتبة العربية .

ويعتبر هذا الكتاب محاولة علمية لإفادة المشتغلين بنواحي الخدمة
الاجتماعية الطبية النفسية من الأطباء والمختصين الاجتماعيين والمدرسين والآباء
والأمهات وطلاب معاهد التربية والخدمة الاجتماعية ، وكل من يهمهم دراسة
علم النفس ، بما يمكنهم من فهم مشكلات الانحراف والشذوذ المتصلة بالطفولة
والشباب .

30930

والكتاب مقسم إلى ثلاثة أبواب : أولها يتناول العيادات النفسية من حيث نشأتها ونظامها ، وفيه توضيح لتعاون فريق العيادة في تتبع بحث الحالات من نواحي التشخيص والعلاج .

أما الباب الثاني فيتناول نماذج من المشكلات التي تبعتها العيادات ، وقد اخترت ثلاثة أمثلة لذلك وهي : الضعف العقلي ، والتأخر الدراسي ، ثم مشكلة ذنوب الأحداث .

وأما الباب الثالث فقد أفردته للأمراض النفسية والعقلية باعتبارها الدرجات القصوى من المشكلات النفسية ونواحي الشذوذ ، مع الاهتمام بتوضيح بعض الأنواع الهامة من هذه الأمراض من حيث أسبابها وأعراضها والأساليب المتبعة في علاجها ، ومع الإشارة إلى الجهود التي تبذل للعناية بها في مصر .

وقد حاولت في أبواب الكتاب الثلاثة أن أستعين بأمثلة من الحالات الحقيقية التي مرت بخبرتي في العمل بالعيادة السيكولوجية بمعهد التربية ؛ وكذلك بعض الحالات التي رأيتها أثناء زيارتي للعيادات النفسية ومؤسسات الخدمة الاجتماعية بإنجلترا .

وقد حرصت خلال الكتاب كله على الإبقاء على المصطلحات العلمية باللغة الإنجليزية بجانب معانيها باللغة العربية ، وذلك ليسهل على القارئ الرجوع إليها في المصادر الأصلية التي تزيد الإيضاح ، وسيجد القارئ قوائم ببعض المراجع المفيدة في نهاية كل فصل أو باب من أبواب الكتاب .

ولعل من المناسب هنا أن أسجل الفضل لرواد هذا الميدان وبناء عيادة العلاج النفسي الأولى في مصر ؛ وهما حضرة صاحب العزة الأستاذ إسماعيل القباني بك ، والأستاذ الدكتور عبد العزيز القوصي الذي لا يزال حتى الآن مديراً لهذه العيادة الملحقه بمعهد التربية بجامعة إبراهيم .

ولا يفوتني أن أقدم شكري للأستاذين صلاح مجاور ومحمد حامد الآفندي
المعيدين بمعهد التربية على تكرمهما بمراجعة لغة الكتاب .

هذا وأرجو أن يحقق الكتاب الغاية المنشودة وهي إشباع رغبة القراء
في الاستزادة من تعاليم علم النفس الحديث ، وإثارة الاهتمام بموضوع
« عيادات العلاج النفسي » التي تعتبر من أهم وسائل الإصلاح الاجتماعي ،
والتي يجب أن تأخذ مكائنها اللاتقة في مصر والشرق .

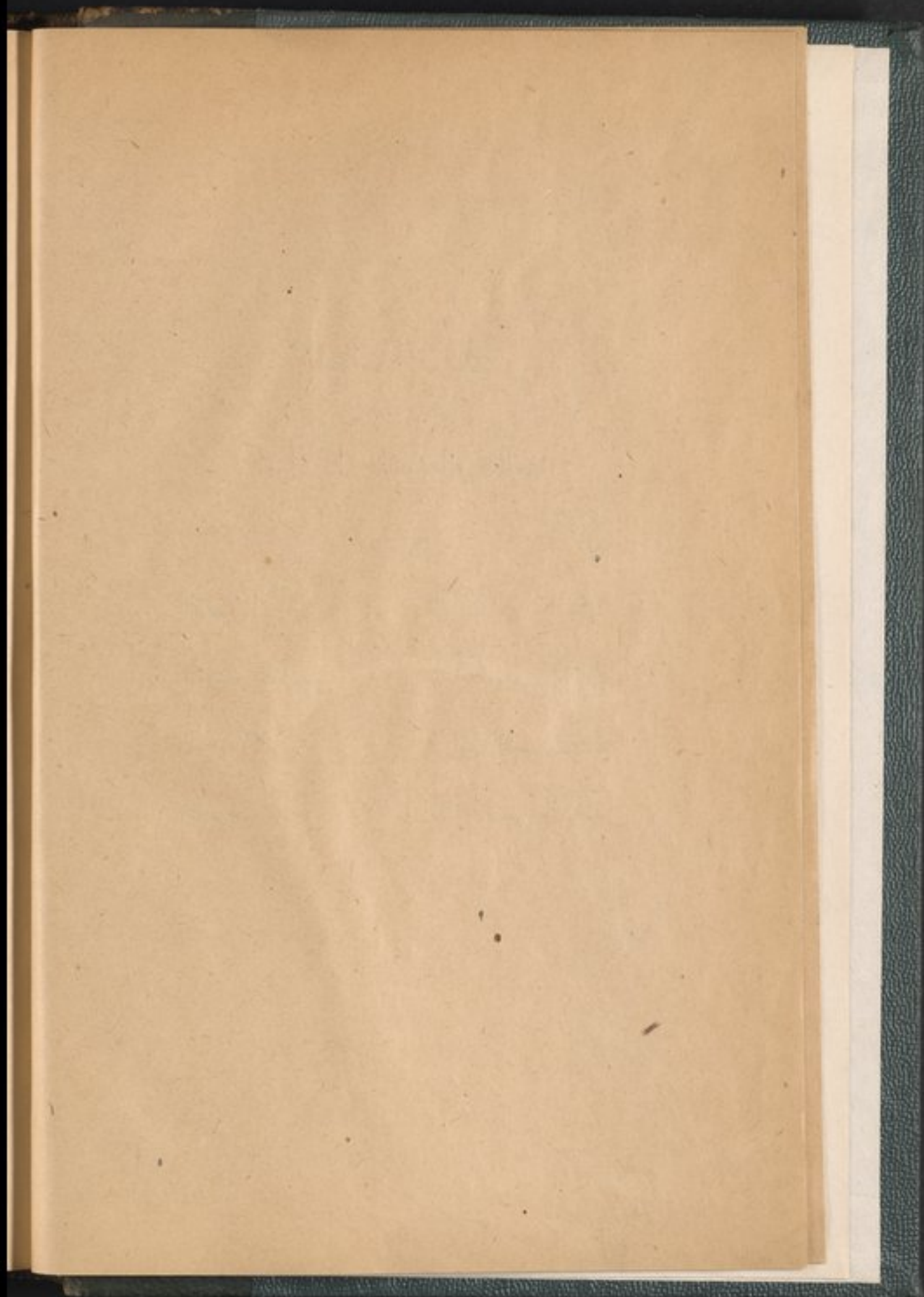
محمد خليفة برطت

الروضة في مارس ١٩٥٢

الباب الأول

العيادات ونشأتها ونظامها

- | | | |
|--------------|---|---------------------|
| الفصل الأول | : | العيادات ومهمتها |
| الفصل الثاني | : | نشأة العيادات |
| الفصل الثالث | : | فريق العيادة |
| الفصل الرابع | : | نظام العمل بالعيادة |



الفصل الأول

العيادات ومهمتها

معنى العيادة النفسية

يهتم علم النفس بدراسة الحياة العقلية ومحاولة فهم سلوك الإنسان بمظهره المختلفة ، بما يؤدي إلى إفساح المجال للقوى الحيوية والاستعدادات النفسية كي تعمل وتستغل لما فيه صالح الفرد والمجتمع . ولا يتم الفهم الحقيقي للنفس البشرية وتصرفاتها إلا بدراسة الفرد في ضوء تعامله مع البيئة التي يعيش فيها ، وبالنظر إلى المجال الواسع الذي يحيط بحياته من بيئة طبيعية ، ونظم ثقافية واقتصادية وسياسية الخ ... وهذا يتطلب ضرورة التعاون الوثيق بين علم النفس وغيره من العلوم الأخرى ، وخصوصاً علم الطب والاجتماع والقانون والاقتصاد والدين والتربية والخدمة الاجتماعية . .

والعيادات النفسية هي إحدى مظاهر هذا التعاون في الميادين العملية والتطبيقية لهذه العلوم . ذلك التعاون المبني على الاستفادة مما طبع عليه كل من الإنسان والمجتمع من مرونة وقابلية للتغير . فهذه العيادات هي إحدى مؤسسات الخدمة الاجتماعية التي ترمى إلى العمل على التوافق والانسجام بين الفرد والمجتمع عن طريق الدراسة التحليلية لظروف كل منهما ، متخذة من دراسة الأفراد ذوى المشكلات الخاصة ميداناً لها . فمهمتها إذن بحث حالات الأفراد المحتاجين إلى معوتها ، وخصوصاً من يعانون نقصاً معيناً في أية ناحية من نواحي الشخصية ، جسمية كانت أو عقلية أو خلقية ، بقصد علاج هذا النقص

أو تخفيف آثاره ، وإزالة العقبات التي تعترض طريق الفرد في التقدم والمساهمة في النهوض بالمجتمع .

وهي إذ تبدأ بدراسة الفرد المشكل إلا أن نشاطها يتشعب ويمتد إلى دراسة الوسط المحيط به ومبلغ تأثيره به ، سواء أكان ذلك من حيث علاقته بأفراد المنزل أو المدرسة أو المصنع أو المجتمع العام . وغالباً ما يؤدي هذا التشعب إلى العمل على إصلاح البيئة ذاتها بما يساعد على تخفيف مشكلات الفرد ومن يحيط به من الأفراد الآخرين .

ومن ذلك نرى أن العيادات النفسية تعتبر من الوسائل المساعدة على تحسين الصحة النفسية للأفراد بدراسة المشكلات التي تواجههم ، وبمعرفة الإمكانيات المستطاعة للجهود البنائية التي ترفع من شأن هؤلاء الأفراد وشأن المجتمع ، وبفهم القوى الهدامة التي يمكن أن يؤدي تجاهلها إلى المرض النفسي أو اضطراب حياة الفرد وحياة من يحيطون به .

إذن فالمقصود بالعيادات النفسية تلك المؤسسات الاجتماعية التي تختص ببحث وتشخيص وعلاج المشكلات النفسية للأفراد عن طريق دراسة حالاتهم من جميع نواحيها ، وتتبع كل حالة في ماضيها وحاضرها بقصد توجيهها لخير مستقبل ممكن ، ويتم ذلك بتعاون الاختصاصيين الذين يعملون بها والذين تشمل نواحي تخصصهم مكونات الشخصية كلها من بيولوجية وطبية ، ومن نفسية وعقلية ، ومن خلقية واجتماعية . ولهذا نجد فريق الاختصاصيين في هذه العيادات يتكون من الاختصاصي الطبي والاختصاصي النفسي والاختصاصي الاجتماعي ، ومن يشركونهم معهم ، وهؤلاء جميعاً يتعاونون في بحث كل حالة بحثاً شاملاً ليكون التوجيه والعلاج على أساس سليم . ومن أمثلة ذلك العيادات النفسية التربوية التي يتصل عملها ببحث المشكلات

المدرسية المختلفة للتلاميذ ، والعيادات النفسية الملحقه بمحاكم الأحداث ، التي تهتم بدراسة الدوافع والأسباب التي تؤدي إلى انحراف الأحداث . .
وسننقل فيما يلي بعض الأنواع المختلفة للعيادات النفسية والمشكلات التي تحاول بحوثها وعلاجها .

أنواع العيادات والمشكلات التي تبحثها

قلنا إن العيادات النفسية تعمل — كأداة للخدمة الاجتماعية — على تقديم كل ما يمكن من الخير والمساعدة لجميع من يتقدم إليها . ولهذا فمن الممكن للعيادة — إذا أرادت — أن تدرس حالة أي فرد يرد إليها طفلاً كان أوروبياً ، ذكراً أو أنثى ، عاقلاً أو مجنوناً .

ولكن هذه العبارة عامة ، ولذا يشير المشتغلون بهذه العيادات إلى ضرورة تحديد وظيفتها . فبدهي أن الحالات ذات الاضطراب الجسمي — التي يمكن للطبيب العادي علاجها — يجب أن تخرج عن نطاق العيادات النفسية . وفوق ذلك يجب أن تحدد كل عيادة لنفسها أنواعاً معينة من الحالات التي تستطيع خدمتها ومساعدتها بحسب إمكانياتها وأغراضها ، ولهذا نجد أن بعض العيادات تستبعد البحث في حالات الأفراد من الكبار ، وتقتصر عملها على بحث حالات الأطفال ، كما نجد عيادات أخرى تركز اهتمامها في بحث حالات الكبار . . وهكذا . كما أن بعض العيادات تزيد في تحديد عملها بتخيار أنواع خاصة من المشكلات النفسية التي أوقفت نفسها على بحثها ، فلا تقبل غيرها من الأنواع الأخرى التي لا يمكنها معالجتها .

ومن أجل هذا نجد أن هناك اتجاهات لتخصص العيادات ، بحيث يمكن القول بأن هناك أنواعاً مختلفة للعيادات التي تبحث أنواعاً مختلفة من المشكلات .

على أن من الصعب تحديد هذا الاختصاص تحديدا كاملا ، إذ أن المشكلات النفسية بطبيعتها تكون فيها معقدة ومتداخلة وبينها عوامل كثيرة مشتركة ، ولهذا يصح أن نجد بعض العيادات تعالج أنواعا من الحالات التي تهتم بعلاجها عيادات أخرى .

ومن أمثلة الأنواع المختلفة للعيادات النفسية ما يأتي : -

عيادات إرشاد الأطفال Child Guidance Clinics :

وتبحث عادة حالات مشكلات الأطفال اليومية ، وهي حالات تتفاوت في البساطة والتعقيد ، ومن أمثلتها ما يشكوه الأهل من مخالفة الطفل وعناقه أو عدم طاعته ومقاومته وصلابة رأيه ، أو كونه خجولا جدا أو منكشا أو محبا للعزلة ، أو كونه ميالا لأحلام اليقظة ، أو منكبا على مص أصابعه أو قضم أظافره ، أو كونه نشطا أكثر من اللازم بحيث يمتد نشاطه إلى التخريب والتدمير وعدم الانسجام مع باقي الأطفال ، أو كونه قلقا أو حاد الطبع أو عصيبا ، أو كونه خوفا أو مضطربا في سلوكه العام ؛ وقد تتناول الشكوى مشكلات الطفل في الأكل أو النوم ، أو مشكلته في التبول اللاإرادي رغم وصوله لسن المعتاد في التعود على التحكم في ذلك ، وقد تتناول الشكوى عيوب النطق في الطفل أو تلغمه في الكلام ، أو كثرة ما يلجأ إليه الطفل من الكذب أو الغش ، أو أن يشكو الأهل من تأخر الطفل الدراسي أو اضطرابات سلوكه المدرسية . . . وقد تتناول الشكوى أيضا بعض نواحي انحرافات الأطفال في السلوك العام كالمشكلات الجنسية أو السرقة أو غيرها .

العيادات النفسية التربوية Psycho — Educational Clinics :

وتبحث عادة الحالات التي تتصل بسير التلميذ التحصيلي أو سلوكه المدرسي . ومن أهم الخدمات التي تؤديها هذه العيادات ما تعمله من التوجيه التعليمي Educational Guidance حيث تقوم ببحث حالة التلاميذ المتقدمين إليها لمعرفة ميولهم وقدراتهم العقلية ومستواهم التحصيلي ، ثم توجههم إلى أنواع التعليم والمدارس التي يمكن أن يسيروا فيها بنجاح .

وتحوّل إلى هذه العيادات أيضا حالات يظهر فيها العجز عن متابعة التعليم بسبب نقص طبيعي في كمية الذكاء كحالات الغباء والضعف العقلي ، وحالات أخرى يظهر فيها ضعف القدرات العقلية والمواهب الخاصة ، وحالات يظهر فيها تخلف التلميذ عن زملائه بالفصل لعاهة جسمية أو مشكلة مزاجية ، وحالات أخرى ترجع أسباب الشكوى منها إلى عدم تعاون المنزل مع المدرسة أو اضطراب العلاقات العائلية بشكل يجعل من الصعب على التلميذ مواصلة دراسته بانتظام ، وحالات أخرى من المشكلات المتصلة بسوء علاقة التلميذ بغيره من التلاميذ أو بالمدرس . وهناك أيضا حالات التأخر الدراسي في ناحية خاصة من نواحي الدراسة كحالات التأخر في الحساب أو اللغة ، وغيرها من الحالات التي لا يجد المدرس من وقته ما يكفي لبحثها بحثا شاملا ، والتي يحتاج فيها إلى الالتجاء إلى الاختصاصي النفسي .

وهناك من العيادات ما تتخصص في بحث حالات معينة للتأخر الدراسي ، ومن أمثلتها عيادات القراءة Reading Clinics التي تختص ببحث أسباب ضعف التلميذ في المطالعة وتعلم اللغة .

وطبيعي أن العيادات النفسية التربوية تبحث أيضا جميع أنواع مشكلات الأطفال التي سبق ذكرها خصوصا إذا ظهرت آثارها في حياة التلميذ المدرسية .

العيادات النفسية للأحداث المنحرفين Clinics for Juvenile Delinquents :

وهي العيادات التي تلحق عادة بمحاكم الأحداث ولا تختلف المشكلات التي تبحثها عن المشكلات السابقة في شيء سوى أنها اتخذت صبغة عدوانية وامتدت إلى العبث بحقوق الغير ، ووصلت إلى أيدي البوليس والقضاء فأصبحت مشكلات خاضعة لسلطة القانون ، ولأجل هذا يطلق عليها « جرائم الأحداث » .

ومن أمثلتها حالات القسوة على الأطفال أو الحيوان ، وحالات التعدي على الغير بالضرب أو الأذى أو القتل ، ثم حالات الإتلاف والتخريب وإيقاع الضرر بممتلكات الغير ، وحالات إشعال الحريق وحالات السرقة والنهب والخطف واغتصاب ممتلكات الغير ، وكذلك الاعتداءات الجنسية وهتك العرض وما إليها ، ثم حالات التشرد والهروب والمروق ، ثم حالات الانتحار.. وغيرها .

وطبيعي أن كلاً من هذه المشكلات على درجات متفاوتة في مقدار الضرر والنتيجة ، ولكن العيادات النفسية تبحث حالاتها من حيث دوافعها وأسبابها وأثرها في الصحة النفسية ، بقصد تقويم الحدث وإصلاحه ، بناء على دراسة العوامل الذاتية والاجتماعية التي أدت به إلى ارتكاب هذه الذنوب والآثام .

العيادات النفسية للطب العقلي Psychiatric Clinics :

وتبحث الحالات التي تكون قد تطورت المشككة فيها بحيث أصبحت قريبة من الأمراض النفسية العصابية Preneurotics أو أصبحت على وشك اتخاذ أعراض الأمراض العقلية الذهانية Prepsychotics ، وهذه الحالات تبحث في العيادات بجميع أنواعها ، غير أن الحالات الشديدة منها تبحث عادة في

هذا النوع من العيادات النفسية التي تلحق أحيانا بمستشفيات الأمراض العقلية .
ويلاحظ أن مشكلات الأمراض النفسية والعقلية ما هي إلا المشكلات
النفسية السابق ذكرها بعد أن تكون قد تطورت بسبب إهمال علاجها إلى
درجة تؤثر على صاحبها وعلى غيره تأثيرا شديدا ملموسا ، من حيث تعذر
الانسجام في المجتمع أو القيام بمباشرة الشخص لمصالحه وانتظامه في أداء عمله
بحيث يصبح في حالة مرضية .

وتتفاوت هذه المشكلات في شدتها ودرجتها من مظاهر القلق والضيق
النفسى والشعور بالتعب — وغيرها من الأعراض التي يشعر بها الكثير من
الأشخاص العاديين ، إلى حالات الهياج وعدم ضبط النفس والجزع ومظاهر
الشدوذ المتفاوتة التي تصل في حالاتها القصوى إلى ما يسمى بالجنون .

وهذه المشكلات على أنواع كثيرة ، ومن أمثلتها حالات الاضطراب
النفسى ذات الأسباب العضوية الواضحة كحالات الإدمان على الخمر
والخدرات ، وحالات الشلل المخي وحنون الشيخوخة . وهناك حالات أخرى
مثل المستريا والنورستانيا والشدوذ الجنسى بأنواعه وغير ذلك من الأمراض
النفسية العصائية Neuroses ، أما حالات الأمراض العقلية الذهانية Psychoses
فمن أمثلتها البارانويا كجنون العظمة ، وحالات الجنون الدورى أو ما يسمى
أحيانا بالمانيا الانهباطية ، ثم حالات الفصام أو السكرزوفرينيا بأنواعها ، وهناك
أيضاً حالات النوبات العصبية المعروفة بالصرع وكذلك حالات السلوك
السيكوباتى . . وغير ذلك مما سنفصل الكلام عنه فيما بعد .

عيادات التوجيه المهني Vocational Guidance Centres :

وتبحث حالات تتعلق المشكلة فيها بأشخاص عاديين ، ولكنهم

في حاجة إلى الإرشاد والتوجيه لخير ما يناسبهم من الأعمال وما يساعدهم على النجاح في الحياة .

ولهذا النوع من العيادات أهمية خاصة في محيط العمال وفي تنشيط الصناعة وتحسين الإنتاج . وتتراوح الخدمات التي تقدم للأفراد في هذه العيادات بين تقديم البيانات اللازمة عن مختلف الأعمال والمهن والصناعات الممكن للشخص أن يتخير عماله منها والتي كان يجهد ما يجب معرفته عنها ، وبين دراسة الشخص نفسه دراسة تحليلية لنواحي قوته وضعفه ومعرفة ميوله وقدراته وإمكانياته بقصد توجيهه إلى خير ما يناسبه من المهن والأعمال .

ويمتد نشاط هذه المكاتب إلى دراسة المهن ذاتها وتحليل خطوات العمل في الصناعات المختلفة ، وهذا يساعد كثيراً على توجيه الأفراد لأنواع العمل المناسبة خصوصاً في حالات ذوى العاهات ومن يقاسون نقصاً في ناحية ما حيث يمكن إلحاقهم بأنواع من العمل الصالح لهم والذي يؤدي إلى نجاحهم ورضاهم النفسي .

العيادات النفسية الحربية Centres of Service Psychiatry :

وتبحث الحالات المتعلقة بالجنود أو الضباط الذين يبحثهم الاختصاصيون لمعرفة مدى صلاحيتهم لأنواع الأعمال الحربية وأسلحة الجيش المختلفة عن طريق قياس استعداداتهم وقدراتهم العقلية وصفاتهم المزاجية ، ومن أمثلة ذلك اختيار القواد والرؤساء ، واختيار الطيارين والبحارين .

وتقوم هذه المراكز أيضاً ببحث حالات الانهيار العصبي والأمراض النفسية التي تؤثر في الروح المعنوية للقوى الحاربة ، بحيث تستبعد من هذه

القوات من لا يصلحون للخدمة العسكرية . وبحيث تعالج الحالات الممكن
تحسينها لتوجه إلى أنواع مناسبة من الأعمال العسكرية .

ومن أهم الحالات التي تظهر فيها مشكلات تعوقها عن الاستمرار في الخدمة
حالات المرض النفسي والمرض العقلي ، ثم حالات الغباء والضعف العقلي ،
ثم حالات الشخصية السيكوباتية وهؤلاء ينقصهم القدرة على المثابرة
ولا يعتمد عليهم في تحمل المسئوليات ، وسلوكهم لا يتلاءم مع ما تتطلبه حياة
المجتمع الذي يعيشون فيه ، ومن الصعب إصلاحهم من النواحي الخلقية .

وتعمل هذه المراكز النفسية بصفة عامة على تقليل الوقت والمجهود الذي
يصرف في إعداد وتدريب من يلتحقون بالخدمة الحربية باستبعاد من لا ترحى
منهم فائدة من هذا التدريب منذ البداية ، كما تعمل على اكتشاف حالات
الضعف والشذوذ مبكرا بحيث تحفظ المستوى النفسي والروح المعنوية
في المستوى المناسب .

عيادات أخرى :

وتبحث حالات أخرى خلاف ما سبق ذكره مما يمكن أن يدرس
في العيادات السابقة أو غيرها كحالات التبني وبحث حالات الأطفال اللقطاء
ومثل بحث حالة العاهرات ، كما يصح أن تقوم عيادات خاصة للإرشاد
الاجتماعي بمعناه الواسع كأن تعمل على بحث حالات الأفراد ذوي المشكلات
الشخصية ، أو حالات التوفيق بين الزوجين أو حل المشكلات العائلية بين
أفراد الأسرة الواحدة ، وغير ذلك من الأمور التي تتصل بالصحة النفسية والتي
يستطيع فريق الاختصاصيين بالعيادات النفسية تقديم المساعدة فيها .

نسبة وجود المشكلات النفسية بين أفراد المجتمع

إن استعراض الأمثلة السابقة من المشكلات المتنوعة التي تبحثها العيادات النفسية لا يكفي وحده لإشعارنا بالحاجة إلى هذا النوع من الخدمات النفسية الاجتماعية الطبية ، بل يصح أيضا أن نستعرض بعض الإحصائيات التي تبين مدى انتشار هذه المشكلات في المجتمع لنذكر أهمية العمل على علاجها والإكثار من هذه الأنواع المختلفة من العيادات .

وليس من اليسور أن نورد أرقاما دقيقة في هذه الناحية ، خصوصا وأننا في مصر لم نحاول بعد أن نقوم بأبحاث شاملة لاستقصاء هذه المشكلات بجميع أنواعها . ولهذا يصح أن نشير إلى نتائج بحوث العلماء في المجتمعات الأخرى كإنجلترا وأمريكا ، خصوصا وأن هذه المشكلات مشتركة وموجودة في كل المجتمعات ، وإن كانت نسبة وجودها تختلف بحسب مبلغ التقدم الاجتماعي . على أنه ليس من الضروري دائما أن يكون التقدم الاقتصادي عاملا على تقليل هذه المشكلات ، إذ أن بعض أنواعها تزداد بسبب تعقد الحياة وما تتطلبه من كفاح .

ومن المشكلات التي بحثت على نطاق واسع بحيث يمكن الاعتماد على الإحصائيات المتعلقة بها والقياس عليها في المجتمع المصري حالات الضعف العقلي ؛ فمن البحوث التي قام بها تerman في أمريكا و Burt في إنجلترا تبين أن نسبة ضعاف العقول لا تقل عن ١٪ في المجتمع . ويقصد بهؤلاء من تقل نسبة ذكائهم عن ٦٥ . كما أن نسبة الأغبياء من ناقصي الذكاء تبلغ حوالي ١٠٪ من مجموع السكان . ويقصد بالأغبياء من تقع نسبة ذكائهم بين ٦٥ و ٨٥ كما سيأتي تفصيله فيما بعد .

ويقول Lowrey إن نسبة المصابين بأمراض نفسية عصائية تقع

بين ١٠٪ و ١٥٪ في المجتمع ، أما نسبة المصابين بأمراض عقلية ذهانية فلا تتجاوز ٠,٣٥٪ من المجتمع ، كما أنه يقدر ضعاف العقول أيضا بحوالي ١٪ من المجتمع . وهذه لا تختلف كثيراً عن النسب التي يذكرها العلماء في إنجلترا حيث تبلغ نسبة المصابين بالأمراض العقلية الذهانية حوالي ٤ في الألف .

ويكفي أن نعلم أن الإدارة الحربية في كندا قد استبعدت ٢٣,٤٪ من حالات المتطوعين للخدمة العسكرية على أسس نفسية وعقلية عام ١٩٤٣ ، هذا مع العلم بأن كثيراً من هذه الحالات لا تظهر حالاتها المرضية بشكل واضح يتطلب حجزها في المستشفيات الخاصة بالأمراض العقلية .

أما عن المشكلات العامة للأطفال فقد وجد بيرت Burt أن هناك ١٣٪ من تلاميذ المدارس بإنجلترا عندهم مشكلات نفسية تحتاج إلى مساعدة بسيطة ، وأن هناك ٤٪ من التلاميذ تعتبر حالاتهم خطيرة لدرجة تستوجب العلاج السريع والبحث الخاص حتى يكون في ذلك وقاية لهم من الانسياق إلى الإجرام أو المرض النفسي فيما بعد .

أما عن مشكلات التأخر الدراسي فتختلف من مدرسة إلى أخرى ولكن هناك حوالي ٢٠٪ من التلاميذ يحتاجون لعناية فردية خاصة من المدرسين ، وحوالي ٥٪ من الحالات التي تحتاج لبحث أدق بمعرفة المختصين في العيادات النفسية .

وقد عملت إحصائيات أخرى لبعض المشكلات الخاصة فقد وجد مثلا أن نسبة الحالات التي تظهر فيها عيوب الكلام وأمراض النطق تبلغ حوالي ٨٪ بين البنين وحوالي ٥٪ بين البنات في سني الحياة المدرسية .

ولعل في إيراد الأمثلة السابقة من الإحصائيات حافزا لنا في مصر على

القيام بالإحصائيات اللازمة لرسم خطة إنشائية للأنواع المختلفة من هذه العيادات التي تعتبر من أهم الوسائل الوقائية والعلاجية والتي ترمى إلى تحسين الصحة النفسية والنهضة الاجتماعية .

وظائف العيادات النفسية

لا يقتصر نشاط العيادات النفسية على مجرد دراسة الحادلات ومشكلاتها المختلفة التي سبق ذكرها فحسب ، وإنما تقوم بجانب ذلك بوظائف أخرى تتضح في تحقيقها للأغراض الآتية : —

(أولاً) الغرض الثقافي والوقائي :

تعتبر العيادة النفسية مركزاً لإشعاع التوجيهات والإرشادات والدعاية العلمية للإيمان بالصحة النفسية ، عن طريق ما تقوم به من محاضرات عامة واجتماعات ثقافية يحضرها الآباء والأمهات والشباب وغيرهم . وقد دلت التجارب على إقبال الأمهات ومن يهتمهم تربية الأطفال من المدرسين وغيرهم على الاشتراك في هذه الاجتماعات وتكوين جماعات المناقشة الصغيرة التي تعقد تحت إشراف العيادة ، حيث يجري فيها تبادل الرأي في معاملة الأطفال وموقف الكبار منهم إزاء التغيرات العقلية والمزاجية في مراحل نموهم المختلفة كدور المراهقة مثلاً ، كما تهتم بعض العيادات أحياناً باستعراض نماذج من الحالات المختلفة لتوضيح حاجتها للمساعدة ومدى ما يمكن للآباء والأمهات وغيرهم عمله نحوها ، ويحضر هذه الدروس التوضيحية كثيرون من زوار العيادة . بل إن في أمريكا أنواعاً من العيادات تهتم بهذه الناحية كل الاهتمام وتعرف باسم Visitin gClinics

ويساعد على تحقيق هذا الغرض ما تصدره العيادات من نشرات ومطبوعات مشتملة على نماذج وأمثلة عملية من واقع الحالات التي تم بحثها فعلا في العيادة، وترمي بذلك إلى التأثير المباشر في تحسين أساليب الأفراد في السلوك والمعاملة والعادات بما يؤدي إلى رفع مستوى الصحة النفسية بينهم .

(ثانيا) الغرض العلمى :

يمكن للعيادة النفسية أن تكون محطة ناجحة للبحث العلمى ، إذ أن فيها مجالا واسعا للإفادة من تحليل الحالات ، والحصول بطريقة مباشرة على المعلومات الصحيحة عن المشكلات النفسية المختلفة وعواملها الكثيرة، فتستطيع أن تبحث العوامل المشتركة بين أنواع معينة من الحالات ، وأن تقف على خطوات تطور المشكلة النفسية وأثر التربية الأولى في نشأتها . وهذا يساعد كثيراً على التثبت من مدى صحة النظريات العلمية التي يقول بها بعض العلماء فيما يتعلق بعوامل تكوين الأمراض النفسية والعقلية .

ويرتبط بهذا الغرض العلمى أيضاً قيام المختصين بالعيادة بتبسيط الحقائق العلمية فى علم النفس وجعلها ذات قيمة تطبيقية بحيث يمكن أن ينتفع بها فى المسائل التربوية اليومية ، وذلك عن طريق الاتصال المباشر بمبادئ الحياة العملية والاشترك مع الآباء والمدرسين ومندوبى المصانع ورجال البوليس والدين وغيرهم فى بحث الحالات ودراسة أساليب السلوك المختلفة .

ويمكن للعيادات أن تساهم من هذه الناحية فى المجال التعليمى بالإرشاد فى وضع وتنظيم برامج التعليم ، وفى تحسين أساليب التربية وطرق التدريس ، وفى توجيه الاختبارات المدرسية إلى القيمة التشخيصية التي ترمى إلى تقدير مبلغ ما أمكن للتلميذ أن يصيبه من التقدم فى عمله ، وفى أهمية تنظيم السجلات

المدرسية التي تتناول شخصية التلميذ وأساليب سلوكه من جميع النواحي ،
والتي يجب أن تستكمل وتنتقل معه أينما يذهب من فصل إلى آخر ومن مدرسة
إلى أخرى ، لتكون عاملاً مساعداً على توجيه مستقبله .

وكثيراً ما تكون العيادات النفسية نفسها مركزاً لتأليف الاختبارات
النفسية والتحصيلية وتجربتها وتقنينها ، للانتفاع بها في نواحي القياس العقلي
وأغراضه المختلفة .

كما أن في السجلات الوافية وما تقوم به العيادة من إحصاءات ما يعتبر
منبعاً مفيداً لكل من يشتغل بالدراسات الإجتماعية والنفسية ، ولهذا يصح أن
أن تكون العيادة النفسية مركزاً للاستشارة في النواحي التي تقوم ببحثها
لجميع أولئك الذين تتصل أعمالهم بالتعامل مع الأطفال أو الكبار في المدارس
أو الملاهي أو المصانع أو المؤسسات الأخرى ، لتبادل البيانات والإرشادات
التي تساعد على السلوك السوي .

(ثالثاً) الغرض التدريبي :

وبجانب ما سبق تقوم العيادة بمهمة أخرى لا تقل شأنًا عن مهماتها
السابقة وهي مهمة إعداد الاختصاصيين في مختلف النواحي التي تهتم بها ،
فتقوم بتدريب من يريدون العمل كمختصين اجتماعيين أو مختصين
نفسيين أو مختصين في طب العيادات تحت إشراف ذوي الخبرة من
أفراد فريقها .

وقد تكون هذه المهمة هي أساس عمل بعض العيادات قياساً على ما يحدث
في المستشفيات الملحقة بكليات الطب والتي تعتبر مراكز لتدريب أطباء المستقبل
وإعدادهم إعداداً عملياً بجانب مهماتها الأخرى .

ومن أمثلة العيادات النفسية التي تهتم بهذا الغرض التدريبي عيادة لندن التدريبية المشهورة والتي تسمى London Training Centre . ومن هذا النوع من العيادات أيضا العيادات النفسية الملحقه بمعاهد تخريج المختصين الاجتماعيين ، والعيادات النفسية الملحقه بمعاهد علم النفس . . وهكذا .
ولهذا نجد في معظم العيادات الكبيرة عدداً من المختصين تحت التمرين الذين يقضون بها مدة تتراوح بين ستة شهور وسنة بعد حصولهم على المؤهلات العلمية في نواحي تخصصهم ، ويقوم هؤلاء بمعاونة المختصين وتعهدهم إليهم مسئولية إرشاد وبحث الحالات بالتدريج .

(رابعا) الغرض التشخيصي والعلاجي :

وهذا هو عمل العيادة الأساسية الذي يتلخص في تشخيص المشكلات النفسية للحالات التي ترد إليها وتقديم المساعدة والعلاج الممكن . وتختلف أنواع المساعدات التي تقدمها العيادات في هذا السبيل بحسب نوع المشكلة وظروف الحالة ، وتقسم هذه المساعدات أحيانا إلى نوعين وهما : -

(١) تقديم المساعدة الجزئية Partial Service ويحدث هذا عادة في الحالات التي يكتفي فيها بتشخيص الحالة ثم إحالتها إلى مؤسسة خاصة أو إلى جهة أخرى أقدر على المساعدة بحيث يكون عمل العيادة هنا قاصرا على إرشاد الحالة لخير الطرق الممكن اتباعها معها . ومن أمثلة ذلك ما يحدث في حالة ضعاف العقول حيث يكتفي بقياس ذكائهم والتثبت من النقص العقلي عندهم مع تقديم الإرشادات الممكنة في معاملتهم .

(ب) تقديم المساعدة الكلية Full Service حيث تقوم العيادة بواجب التشخيص والعلاج بما يتطلب الانتفاع بجهود المختصين جميعاً متعاونين كل
(٢)

في ناحيته ، وبما يتطلبه ذلك من تتبع تطور العلاج حتى بعد ترك الحالة للعيادة .
وهذا ما يسمى بالخدمة التتبعية Follow up Service

(خامساً) غرض إصلاح البيئة

ويتمد نشاط العيادات غالباً إلى إصلاح البيئة ذاتها عن طريق الإصلاحات الاجتماعية الممكن القيام بها خارج العيادة ، فمن الثابت في أحيان كثيرة أن الآباء والأمهات أو غيرهم من المحيطين بالحالة موضع البحث يكونون هم أنفسهم المحتاجين فعلاً إلى الإصلاح والتوجيه ، وليس من المتيسر دائماً فصل المريض عن البيئة ونقله إلى بيئة أخرى صالحة . ولهذا تعمل العيادة بمجهوداً كبيراً في تغيير اتجاهات الآباء والأمهات في معاملاتهم . وفي تحسين عاداتهم ونظام حياتهم بما يساعد على تقليل المشكلات النفسية في باقي أفراد الأسرة .

ولهذا يطلب أحياناً إلى الآباء أو الأمهات أو غيرهم التردد على العيادة لتقابلة المختصين فيها بقصد علاجهم وإصلاحهم . وغالباً ما يتم ذلك بطريقة لا تشعرهم بأنهم موضع البحث ، خصوصاً وأن من المرجح عدم قبولهم لفكرة كونهم مخطئين في تصرفاتهم أو أنهم لا يسلكون السلوك المناسب ، ولهذا يلقون الذنب دائماً على غيرهم ، كأن تلقى الأم كل الذنب على الوالد أو العكس أو أن يلقوا التبعة كلية على الطفل نفسه .

ويتم جزء كبير من الإصلاح في استمالة الكبار وإقناعهم بمسئوليتهم نحو المشكلة واعترافهم باشتراكهم في خلقها عند الطفل صاحب المشكلة الأصلية . وينطوى تحت هذا الغرض أيضاً ما يقوم به المختص الاجتماعي في أحيان كثيرة من تقديم الارشاد والتوجيه لباقي أفراد الأسرة ممن يراهم في حاجة إلى ذلك ومما قد لا يكون له علاقة مباشرة بالمشكلة .

الفصل الثاني

نشأة العيادات النفسية

العوامل التي أساعدت على نشأة العيادات

لقد ظهرت العيادات النفسية نتيجة لتقدم علم النفس واتساع ميادينه وتشعب فروعه ، ونتيجة الشعور بأهمية الفروق الفردية بين الأشخاص بسبب تعدد العوامل التي تتضافر على تكوين كل شخص في صورة تميزه عن غيره ، بحيث يصبح من الصعب تعميم الأحكام على تصرفات الأفراد ودوافع سلوكهم رغم تشابه المظاهر والنتائج .

وهناك حركات تقدمية يمكن أن تعتبر نقط التحول في تاريخ علم النفس ساعدت كثيراً على تطور علم النفس التطبيقي والعملية والإكلينيكي ومن أمثلة ذلك ما يأتي : —

حركة العناية بضعاف العقول وقياس الذكاء في فرنسا :

وقد نشطت على أيدي سيجوان Seguin الذي أنشأ أول مدرسة لتعليم ضعاف العقول في باريس عام ١٨٣٧ ، ثم بينيه Binet الذي وضع أول مقياس مدرج للذكاء في عام ١٩٠٥ .

حركة العناية بعلم النفس التجريبي في ألمانيا :

فقد أنشأ Wundt أول معمل منظم لعلم النفس عام ١٨٧٩ بمدينة ليبزج فكان نواة لانتشار الاهتمام بالبحوث التجريبية النفسية إلى باقي جهات العالم ، فقد حجج إلى هذا المعمل كثيرون من قادة علم النفس مثل كراپلين Kraepelin الذي

أصبح أحد كبار علم النفس الطبي ، وما كين كاتل Mckeen Cattell الذي نقل حركة التجريب والقياس إلى أمريكا حيث كان يعمل أستاذا بجامعة بنسلفانيا . فلما جاء بعده Witmer وجه العناية للانتفاع بهذا الاتجاه في الفاحية الإكلينيكية وقام فعلا بإنشاء أول عيادة سيكولوجية عام ١٨٩٦ حركة العناية بتحسين النسل في إنجلترا :

فقد كان جولتون Sir Francis Galton ممن تأثروا بنظرية دارون في التطور ، ومن وجهوا اهتمامهم بدراسة الوراثة والفروق الفردية في النواحي العقلية متمشياً في ذلك مع حركة تحسين النسل Eugenics التي كانت موضع الاهتمام في ذلك الوقت حوالي عام ١٨٦٩ ، وقد اتجه جولتون إلى تنبع حياة مشاهير الرجال ودراسة عوامل النبوغ والشهرة فكان له فضل كبير في تأكيد أهمية بحث الحالات الفردية بالطريقة التبعية . . وأدت دراساته إلى الاهتمام بعلم النفس الإحصائي الذي ساعد كثيراً على تقدم البحث في علم النفس التطبيقي والا كينيكي .

حركة العناية بعلم النفس الطبي :

فبالتدريج ازداد تقدم البحث في علم النفس الطبي ، وازداد الاهتمام بدراسة شخصية المريض في ماضيها وحاضرها ، ففي أوائل القرن العشرين نجد أن تعاليم فرويد Freud ومورتون برنس Morton Prince وأودلف ماير Adolf Meyer قد امتد أثرها للاهتمام بالطب النفسي للطفولة والعناية ببحث حالات الأطفال من جميع نواحيها ، ويعتبر Adolf Meyer من قادة الفكر في علم النفس الطبي ، وكانت زوجته تقوم ببحث حالة المرضى في منازلهم ولذلك يمكن اعتبارها الإختصاصية الاجتماعية الأولى في تاريخ العيادات النفسية . كل هذه الحركات مهدت لظهور العيادات النفسية التي لم تأخذ وضعها كمؤسسات منظمة إلا في مطلع القرن العشرين كما سنرى فيما يلي : —

نشأة العيادات بأمریکا

یرجع الفضل فی إنشاء أول عيادة نفسیة كما قلنا إلى لیتر وتمر
Lightner Witmer الذی أنشأ فی عام ١٨٩٦ عيادة نفسیة « لعلاج الأطفال
التأخرین عقلیا أو خلقیا أو الذین يعانون نقصا جسمیا یؤدی إلى إبطاء أو
إيقاف نموهم وتقدمهم المعتاد » وذلك بجامعة بنسلفانیا Pennsylvania
بأمریکا ، وقد أعلن وتمر فی قوة وإیمان اعتقاده بأن العيادة النفسیة مؤسسة
للخدمة الاجتماعیة العامة وللأبحاث النفسیة المتعلقة بالتوجیة الصحی والتعلیمی
والمهنی . وفی عام ١٩٠٧ بدأ ینشر نتائج أبحاث هذه العيادة فی مجلة « العيادة
السیكلوجیة » The Psychological Clinic التي تعتبر أول مجلة من
نوعها أيضا . وقد ظل وتمر مديرا لهذه العيادة حتی عام ١٩٣٧ واستطاع خلال
تلك المدة الطویلة أن یبث الدعوة لنشر العیادات فی جمیع أنحاء العالم ،
فكثرت وتنوعت علی أیدی تلاميذه ، فوجد مثلا أن E. B. Twitmyer
قد أنشأ عيادة لتشخیص وعلاج أمراض النطق فی عام ١٩١٤ ، كما أن
M. S. Vitells أنشأ عيادة للتوجیة المهنی والصناعی عام ١٩٢٠ لیذهب إليها
الكبار من البنین والبنات للكشف عن مواهبهم وقدراتهم والاسترشاد
برأی العيادة فی اختیار المهن التي یكثر فیها إنتاجهم ؛ وفی عام ١٩٢٢ أنشأ وتمر
فرعا فی عیادته للعناية بالأطفال الموهوبین علی ضوء البحوث التي وصل إليها
من دراساته للحالات المختلفة التي صادفها .

هذا وقد أنشأ هیلی William Healy فی عام ١٩٠٩ عيادة لتوجیة
الأطفال Child Guidance Clinic بمدينة شیکاگو، وكان لهذه العيادة اهتمام
خاص بمشكلات الأحداث ، وكانت فی البداية مؤسسة خصوصیة ولكنها

مالبت أن ضمت لإحدى الهيئات الاجتماعية من ناحية الإشراف المالى ، وقد تطورت إلى أن أصبحت فى عام ١٩٢٠ معهدا للبحوث الخاصة بالأحداث Institute for Juvenile Research . غير أن هيلى Healy تركها منذ عام ١٩١٧ حيث انتقل إلى بوسطن Boston ليدير عيادة جديدة أنشأها القاضى بيكر فى عام ١٩١٥ وسميت عيادة القاضى بيكر للتوجيه Judge Baker Guidance Centre وقد اشتركت الدكتورة Augusta Bronner مع هيلى فى العمل بهذه العيادة وقاما معا بنشر كثير من البحوث القيمة فى سيكولوجية انحرافات الأحداث وبحث حالاتهم فى العيادات النفسية .

وهكذا نجد أن حركة إنشاء العيادات أخذت تنشط وتنوع إلا أنها بدأت بخطوات بطيئة ويمكن أن نقول أن مصدر النشاط الحقيقى لهذه الحركة كان فى عام ١٩٠٩ عند ما تأسست جمعية الصحة العقلية فشملت العيادات النفسية المختلفة بتشجيعها المادى والأدبى ، ومنذ ذلك الوقت أخذت الجامعات تدرك أهمية هذه المؤسسات ، فأخذت تهتم بإعداد المختصين اللازمين للعمل فيها كالمختصين الاجتماعيين والمدرسين الزائرين ، وقد كانت البداية المنظمة لتخريج المختصين الاجتماعيين فى الخدمة النفسية والطبية فى Smith College for Social Work وفى New York School for Social Work . إبان الحرب العظمى حيث دفعت الى الحاجة اليهم ظروف الحرب ذاتها .

وفى عام ١٩٢٠ ظهر مصدر آخر لتشجيع الاهتمام بالعيادات النفسية وهو المعونة المالية التى كانت تقدم لتشجيع المشروعات الجديدة من « اعتماد الكمنولث » Commonwealth Fund الذى كان من أغراضه العمل على تقديم بحث حالات الأطفال المشكلين والمشردين والقابلين للتشرد والأطفال المذنبين والجرمين

ووسائل تفويهم ، وتشجيع مهمة المدرس الزائر والمختص الاجتماعي، وتسهيل إعداد من يريدون الاشتغال في هذا المحيط الاجتماعي ، ونشر الدعاية اللازمة لزيادة الإلمام بهذا النوع من النشاط الاجتماعي .

وفي عام ١٩٢٢ أنشئت عيادات نفسية نموذجية في شكل وحدات متنقلة لتوضيح عمل العيادات Demonstration Clinics في كل من سان لويس St Louis ونورفلك Norfolk ومن أغراضها أن توقف محاكم الأحداث والمؤسسات التي تعنى بتربية الأطفال على مقدار ما يمكن أن يقدمه الطب العقلي وعلم النفس والخدمة الاجتماعية لعلاج حالات الأطفال المشكلين مما يؤدي إلى تقليل حالات الانحراف والإجرام والشذوذ .

وما أن جاء عام ١٩٣٢ حتى كان هناك ما يزيد عن ٢٠٠ عيادة نفسية من أنواع مختلفة في أنحاء كثيرة بأمريكا - أما الآن فقد ازداد انتشار العيادات النفسية بشكل يصعب معه إحصاؤها كما انتشرت البحوث والنتائج المستقاة من دراسة حالاتها بحيث يمكن الرجوع إلى نماذج مختلفة لهذه الحالات في كثير من كتب علم النفس ومجلاته الآن .

نشأة العيادات بانجلترا

لم تنشأ في إنجلترا عيادات نفسية كمؤسسات بالمعنى المفهوم الآن إلا في وقت متأخر جدا بالنسبة لأمريكا ، فلم تنشأ هذه العيادات بانجلترا إلا بعد عام ١٩٢٠ بفضل المعونة المالية التي كانت تقدم من «اعتماد الكمنولث» Commonwealth Fund والتي كان الغرض منها العمل على تقليل آثام الأحداث ووقايتهم من الانسياق إلى الإجرام .

غير أن المشتغلين بعلم نفس العيادات في إنجلترا يرون أن من الخطأ أن

يظن أن فكرة دراسة المشكلات النفسية للأطفال قد بدأت نشأتها في أمريكا، أو أن هذه الفكرة كانت وليدة الاهتمام بالطب العقلي ، بل إنهم يرجعون تاريخ العيادات النفسية إلى جهود علماءهم أمثال جولتون Galton وسلي Sully ومكدوجل McDougall وتلاميذهم في كلية جامعة لندن ثم إلى مكدوجل وكيبنج Keatinge في أكسفورد ، منذ أوائل القرن العشرين .

ويستشهدون في ذلك بأن Sully الذي اشتغل أستاذاً لعلم الفلسفة العقلية بجامعة لندن أنشأ في عام ١٨٩٣ «جمعية دراسة الطفولة» وكانت مهمتها تشجيع المدرسين على دراسة الحالات الخاصة لتلاميذ فصولهم وإحالة المشكلين منهم إلى من يكون له عقلية نفسية من مقتضى المدارس أمثال بلارد Ballard وهذا يعتبر البداية الحقيقية لفكرة العيادات النفسية لتوجيه الأطفال . ويقولون أيضاً أن بيرت Burt عندما كان في أكسفورد عام ١٩٠٧ كان يقوم في مكتب كيبنج Keatinge ببحث حالات الأطفال المتأخرين دراسياً والأطفال المذنبين بطريقة تشبه العمل في العيادات النفسية الحقيقية . ولما عين بيرت Burt مستشاراً نفسياً لشئون التعليم بلندن قام بسلسلة من النشاط الدراسي لبحث حالات كثيرة من تلاميذ المدارس مما كان له أهمية في نشر كثير من الحقائق عن المشكلات النفسية للأطفال . ويضيفون إلى ذلك أن كريتون ملر C. Miller قد أنشأ عيادة «تافستك» التي كانت وثيقة الصلة بعمل علم النفس بكلية جامعة لندن قبل أن تنعكس حركة نشاط إنشاء العيادات من أمريكا إلى إنجلترا وقد أنشئت عيادة «تافستك» Tavistock Clinic عام ١٩٢٠ لعلاج الحالات النفسية للأطفال والكبار الذين لا يستطيعون دفع نفقات العلاج الخصوصي . وقد تطورت مهمة هذه العيادة فيما بعد فأصبحت الآن مركزاً هاماً

للمحوث النفسية وتدريب المختصين بجانب المهمة الأصلية وهي استقبال الحالات من الأطفال والكبار .

ولا ينكر الإنجليز فضل الأمريكيين في إنشاء العيادات ولكنهم يرون أن الفكرة الأولى نبتت في بلادهم ثم عبرت الأطنطى وعادت إليهم في شكل متبلور من نتائج الخبرات العملية لما أنشئ من العيادات في أمريكا .

ويعتقد Wall رئيس العيادة النفسية التربوية في برمنجهام الآن أن السبب في تعثر انتشار العيادات النفسية بإنجلترا هو أن السلطات الطبية بسطت عليها سلطانها منذ نشأتها الأولى فطغت على نواحي النشاط النفسى ردحا من الزمن إلى أن ازداد الوعى القومى بالناحية النفسية بفضل الجمعية البريطانية لعلم النفس فأصبحت العناية بالخدمات النفسية هى الأساسية الآن فى عمل العيادات ، أما فى اسكتلندا فكانت السلطات التعليمية والنفسية ولا تزال هى المسيطرة على حركة العيادات النفسية منذ قيامها هناك .

ومن المؤسسات الهامة ذات الصلة الوثيقة بالعيادات النفسية المعهد الأهلى لعلم النفس الصناعى National Institute of Industrial psychology الذى أنشأه تشارلز مايرز Charles Myers فى عام ١٩٢٠ وخصص فيه قسما كبيرا للتوجيه المهنى والاختبارات النفسية .

أما أهم العيادات النفسية بإنجلترا فهى عيادة لندن النفسية لتوجيه الأطفال التى أنشئت عام ١٩٢٩ لتسكون نموذجا لتوضيح عمل العيادات النفسية ، والتى صارت مهمتها الرئيسية الآن تدريب الإخصائين فى أعمال العيادات ، وأصبحت تسمى عيادة التدريب بلندن London Training Clinic .

وقد انتشرت الآن الأنواع المختلفة للعيادات بجميع أنحاء إنكلترا واسكتلندا .

نشأة العيادات النفسية بمصر

لقد رأينا أن حركة العيادات النفسية ظهرت بأمريكا في أواخر القرن الماضي ولم تبدأ في إنجلترا إلا بعد العشرين سنة الأولى من القرن الحالى ، أما في مصر فقد بدأ إنشاء أول عيادة نفسية في عام ١٩٣٤ بمعهد التربية للمعلمين بالقاهرة حيث تعاون بعض أساتذة المعهد على العمل بها متطوعين والفضل في ذلك يرجع إلى الرائد الأول في التربية والقياس العقلي إسماعيل القباني بك وتميذه الدكتور عبد العزيز القوصى الذى واصل رئاسة المختصين في العمل بهذه العيادة حتى الآن . وقد كانت هذه العيادة مركزا لتدريب المختصين في تتبع حالات الأطفال المشككين وكان لها الفضل في إيقاظ الوعى القومى لهذا النوع من ميادين الخدمة الاجتماعية ونشر الدعوة لإنشاء الأنواع المختلفة للعيادات النفسية . وكان من أثر ذلك أن أنشئت عيادة مماثلة في معهد التربية للبنات بالقاهرة تركز اهتمامها على حالات التأخر الدراسى ومشكلات الأطفال اليومية ، ثم أنشئت في وزارة المعارف عيادة نفسية طبية تابعة لقسم الصحة المدرسية لا يزال العمل فيها يعطى الأهمية الكبرى للنواحى الطبية بجانب النواحى النفسية .

هذا وقد أنشأت الجمعية المصرية للدراسات الاجتماعية مكتبا للخدمة الاجتماعية النفسية للأطفال المحولين من محكمة الأحداث لدراسة حالاتهم وظروف مشاكلهم وعوامل الإجرام والدوافع إليه ، كما أنشئت بالإسكندرية أقسام ملحقة بالجمعيات الخيرية التى تعتنى بضعاف العقول والأطفال المشردين وغيرهم يعنى فيها القياس العقلى والدراسة النفسية وإن كانت لم تستكمل حتى الآن تسكينها الفنى كعيادات نفسية حقيقية .

ومما لا شك فيه أن هذه الناحية ستعطي لها أهمية كبرى وخاصة بفضل
الوعي القومي والاهتمام بالشئون الاجتماعية ولوفرة المختصين الاجتماعيين
الممكن الاستفادة منهم في هذه الميادين بفضل معاهد ومدارس الخدمة الاجتماعية
التي تعد هؤلاء المختصين إعداداً فنيا يصل بهم إلى مستوى مرضى .

وقد أخذت جامعة إبراهيم بناء على اقتراح قسم علم النفس بمعهد التربية
للمعلمين في إنشاء عيادة نفسية جديدة سيكون لها بلا شك أثر كبير وأهمية
خاصة بالنظر للبيئة العلمية التي تحيطها وتقدر عملها .

ومن الممكن أن تنشأ عيادات كثيرة يلحق بعضها بمعاهد الخدمة
الاجتماعية لتركز اهتمامها في التدريب العملي للمختصين في هذا الميدان بجانب
النواحي التشخيصية والعلاجية لحالات الأطفال ، كما يجب أن تنشأ عيادات
سيكلوجية تلحق بالمستشفيات الحكومية للأمراض العقلية بكل من العباسية
والخانكة . وأن تنشئ وزارة الشئون الاجتماعية كثيراً من العيادات
النفسية تلحق بإدارتها التي تعنى بمشاكل الطفولة والشباب .

وقد آن الأوان لإنشاء مكاتب أو عيادات للتوجيه المهني تلحق بمصلحة
العمل بوزارة الشئون الاجتماعية ، وكذلك مكاتب خاصة بالتوجيه التعليمي
تلحق بإدارات مناطق التعليم المختلفة بوزارة المعارف .

هذا وقد أصبحت الحاجة ماسة إلى الاستفادة من علم النفس في جميع ميادين
الحياة فلا مندوحة من إنشاء أقسام لعلم النفس بالجامعات المصرية وإنشاء
معاهد خاصة لعلم النفس بجميع فروعها المختلفة .

وإذا أريد لجيشنا المصري التقدم على أسس سليمة فمن الضروري أن
يلحق به قسم للأبحاث النفسية والاختبارات التي تساعد على توجيه الجنود
والضباط لمختلف الأسلحة والأعمال التي تناسب استعداداتهم .

صعوبات

ويصادف حركة إنشاء العيادات النفسية عادة في أول نشأتها الصعوبات

الآتية :

١ - عدم الايمان الكافي بعلم النفس فقد كان هذا العلم يدرس ضمن دائرة الفلسفة ولم يدخل في الجامعات في الخارج كقسم خاص إلا في أواخر القرن الماضي أما الآن فأصبح علم النفس يدرس كعلم مستقل في كل الجامعات وأصبحت له فروع كثيرة مثل علم النفس الجنائي وعلم النفس التربوي وعلم النفس الطبي وعلم النفس الإحصائي وهكذا . وقد زاد الإيمان بقيمة علم النفس وأهميته التطبيقية في جميع نواحي الحياة .

٢ - سوء التفاهم الحادث بسبب وجود العيادات النفسية التي تختلف عن العيادات الطبية المعروفة ، ومقاومة الأطباء للعيادات النفسية على اعتبار أنها يجب أن تدخل في دائرة اختصاصهم وحدهم . وهذه نعمة قديمة لم يعد لها أثر بعد أن أصبح معظم الأطباء الآن يؤمنون بعلم النفس والخدمة الاجتماعية النفسية العامة في كل ميدان حتى ميدان الأمراض العادية التي هي من صميم عمل المختص الطبي وحده .

٣ - اعتقاد بعض الناس أن هذه العيادات قاصرة على الشواذ فقط بل وأنها قاصرة على ضعفاء العقول وحدهم ، فقد كان الآباء يخشون إذا هم ذهبوا بالطفل إلى العيادات النفسية وقيس ذكاؤه وكان غيبيا فإن هذه النتيجة ستصبح وصمة في جبين الطفل إلى الأبد .

ولكن من المعروف الآن أن نطاق هذه العيادات لا يقتصر على الشواذ وحدهم وإنما يشمل أيضا الأشخاص العاديين والأذكياء وغيرهم ممن

تكون عندهم اضطرابات نفسية من أى نوع ومهمة العيادة تنحصر في مساعدتهم على حل مشكلاتهم .

٤ — ارتباط العيادات النفسية بالخدمة الاجتماعية الطبية في ميدان الأمراض العقلية جعلت بعض الناس يخشون على أطفالهم وذويهم من أن يوصموا بالمرض العقلي ، ولكن المعروف الآن أن أسباب الاضطرابات التي يعانها الأفراد ليس من الضروري أن تكون أمراضاً عقلية أو عصبية بل ربما كانت اضطرابات في البيئة المحيطة تجعل من الصعب على الفرد أن يكيف نفسه فيها كما أن الأمراض العقلية أصبح الآن ينظر إليها على أنها نوع من الأمراض المعرض لها أى فرد ويجب علاجها .

٥ — عدم وجود المختصين الاجتماعيين الملمين بعملهم . أما الآن وقد كثر عدد مدارس تخريج المختصين الاجتماعيين ، وأصبحنا نجد مدارس لتخريج المختصين في مختلف نواحي العلاجات النفسية مثل المختصين في التربية البدنية وفي أمراض الكلام وفي فروع علم النفس المختلفة فقد ساعد ذلك على التوسع في إنشاء العيادات .

الفصل الثالث

فريق العيادة

يجرى العمل في العيادات النفسية على أساس تعاون فريق من المختصين في نواحي مكونات الشخصية المختلفة ، حيث نجد المختص الطبي والمختص الاجتماعي والمختص النفسي ومن يعاونونهم من المختصين الآخرين يتناولون الحالات التي ترد للعيادة بالتشخيص والعلاج ، وإلى القارىء فكرة عامة عن كل واحد من هؤلاء : —

أولاً : المختص الطبي

الإعداد : وينبغي أن يكون حاصلًا على بكالوريوس في الطب على الأقل ، مضافاً إليه دبلوم في الطب العقلي Psychiatry . كما يجب أن يكون على درجة كافية من المران في أعمال العيادات النفسية بحيث يقضى ستة شهور على الأقل كفترة تدريبية في إحدى العيادات تحت إشراف مختص قدير ، ولا يكفي لهذا المران مجرد قضاء المدة في أية عيادة بل يجب أن يكون هذا التمرين في عيادة تكون من ضمن أغراضها إعداد وتمرين المختصين مثل عيادة التمرين بلندن ، وقد يكون في العيادة الواحدة أكثر مختصاً في طب من واحد من المختصين الطبيين وفي هذه الحالة يحسن أن يكون أحدهم مختصاً في طب الأطفال Pediatrician

وينبغي أن يكون المختص الطبي ملماً بعلم النفس وخصوصاً ما يتعلق منه

بسيكولوجية الطفولة . وقد أكد هذه الناحية كثيرون من ذوى الخبرة بأعمال العيادات النفسية . فنجد أن Wall مثلاً يقول إن من المستحسن أن يشمل تمرين هذا المختص الإلمام بمشكلات الأطفال النفسية والتربوية وأسبابها خصوصاً إذا اعتزم العمل بإحدى العيادات التي تهتم بحالات الأطفال كالعيادات النفسية الملحقه بإدارات التعليم . إذ أنه لا يكفي في هذه الحالة مجرد توسع المختص في الطب العقلي وتمرينه في إحدى عيادات الكبار التي تختص بعلاج الأمراض الذهانية والعصابية لكي يتمكن من فهم العوامل التي تؤدي لمشكلات الأطفال والتعاون على تقديم المساعدات النفسية إليهم .

ويقول H, L. Witmer إنه لوحظ أن كثيرين من المختصين في الطب العقلي ممن يشتغلون بالعيادات النفسية ينقصهم الإلمام بسيكولوجية الطفولة فشكلات الأطفال غالباً لا يكون لها أساس عضوى أو نيورولوجى على الإطلاق وكثيراً ما تكون أسبابها متصلة بالعلاقات العائلية وتفاعل الطفل مع البيئة ، ولهذا ينبغي ألا ينظر إلى الوالدين والأهل على أنهم مصدرا للمعلومات أو منفذين للتعليمات المتصلة بالمرضى فحسب ، بل يجب الاهتمام بهم أنفسهم فيما يبدو منهم من تصرفات وانفعالات ورغبات مما يلقى كثيراً من الضوء على مشكلة المريض نفسه . وهذا يتطلب دراسة علم النفس .

وينبغى أيضاً أن يكون لهذا المختص إلمام واف بالظروف الاجتماعية المحيطة وعلى دراية كافية بأعمال المؤسسات التي يقضى فيها المريض وقته والتي تتعاون معه في إصلاح حالة المريض بحيث يستطيع أن يأخذ في الاعتبار القوى الديناميكية الفعالة في العلاقات بين المريض ومن حوله .

الوظيفة : ومهمة هذا العضو من الفريق أن يقوم بمقابلة الحالة للتشخيص

الطبي العقلي Psychiatric Interview حيث يوجه للمريض من الأسئلة والمناقشة ما يراه كافياً لمعرفة الشكوى وأسبابها ، كما يقوم بتشخيص الحالة من الناحية الجسمية والطبية سواء كان ذلك من النواحي التشريحية أو الوظيفية أو الصحة العامة ، وما يتبع ذلك من نواحي الكشف الطبي كقياس ضغط الدم أو عمل الأشعة أو عمل التحاليل البكتريولوجية والكيمائية التي يراها ضرورية . .

ولهذا تخصص للمختص الطبي حجرة خاصة مزودة بأدوات الكشف الطبي ومستلزماته المختلفة كأن يكون بها أجهزة لقياس الحواس مثل الأوديومتر Audiometer لقياس دقة السمع ، أو أجهزة قياس التنفس ، أو قياس التيارات العصبية . . وهكذا حسب إمكانيات العيادة وإعدادها .

وليس من الضروري دائماً أن يقوم هذا المختص بنفسه بكل نواحي التشخيص أو العلاج الطبي في جميع الحالات ، بل يصح له أن يستعين بمن يرى من المختصين في النواحي الطبية المختلفة خارج العيادة ، كأن يرسل إحدى الحالات لاستيفاء التشخيص أو العلاج عند مختص في الأنف والأذن والحنجرة ، أو أن يستعين في إحدى الحالات بمختص في الغدد الصماء ، أو أن يحول بعض الحالات لمعامل التحليل لاستيفاء ما يرى من التحاليل الطبية . وهكذا . .

ولكنه هو المسئول دائماً عن سير الحالة من الناحية الطبية سواء من حيث التشخيص أو العلاج ، كما يشترك مع باقي المختصين في الرأي وفي توجيه الحالة في خطوات بحثها ودراستها .

وتخصص في العيادة تقارير يسأل عن استيفائها المختص الطبي لتكون ضمن باقي تقارير الحالة في السجل الخاص بها .

ثانيا : المختص الاجتماعي

ووجود هذا العضو بين فريق العيادة اعتراف كامل بأهمية تأثير القوى الديناميكية في حياة الأسرة والوسط الاجتماعي في المشكلات التي تواجهها العيادات ، وتأكيدها لضرورة عدم الاكتفاء بدراسة الفرد من الناحية الطبية أو النفسية ، بل لا بد من أن تكون هذه الدراسة في ضوء العلاقات الاجتماعية المحيطة بالحالة موضع البحث . وهذا يتطلب الاتصال والتغلغل في بيئة الحالة . وتقصى العوامل المتفاعلة في تكوين المشكلة . ويتم هذا على أيدي المختص الاجتماعي الذي غالباً ما يكون سيده لتكوين أكثر قدرة على تفهم مشكلات الأسرة المنزلية وجمع البيانات الضرورية عن الحالة الاجتماعية من جميع نواحيها .

الإعداد : ولا بد من إعداد فني للمختص الاجتماعي . ولذا يشترط أن يكون حاصلًا على بكالوريوس التخصص في الخدمة الاجتماعية أو دبلومها ، مضافاً إلى ذلك دراسة سنة كاملة في الصحة النفسية وعلم النفس الإكلينيكي بحيث يحصل على دبلوم في علم نفس العيادات . ويشترط بجانب ذلك قضاء مدة في التمرين العملي لا تقل عن ستة شهور في إحدى العيادات النفسية المعترف بها كمرآة لتمرين المختصين .

ويتوقف نوع إعداد هذا المختص على أغراض العيادة التي يريد العمل بها ونوع المشكلات التي تعالجها . فعيادات توجيه الأطفال الملحقه بإدارات التعليم تتطلب إلمام المختص الاجتماعي فيها بمهنة التدريس والشئون المدرسية ، بينما العيادات التي تهتم بعلاج الأمراض العقلية تتطلب إلمام المختص الاجتماعي فيها بالخدمة الاجتماعية الطبية . . وهكذا .

ويعتقد البعض أن الخدمة الاجتماعية لا تحتاج إلى إعداد فني طويل بل

يكفى لمن يعمل في محيطها أن يكون محبا للخير وعنده روح المساعدة ، ولكن هذا الرأي لا يصح أن يؤخذ به الآن . فالخدمة الإجتماعية فن يحتاج إلى كل من الاستعداد وروح المساعدة وكذا الإعداد والتدريب . ونظراً لأهمية نصيب المختص الاجتماعي في العمل والإصلاح والاشتراك في تنفيذ خطة العلاج فقد عنيت جميع البلاد الراقية بمراهد إعداد المختصين الاجتماعيين لدرجة أنه قد أصبحت للخدمة الاجتماعية الآن كليات مستقلة بكثير من الجامعات .

بل إن كثيرين من المختصين الاجتماعيين المهتمين بعملهم يطالبون دائماً بحضور دراسات عليا تكملية تتصل بنواحي عملهم تقوم على أساس استعراض صعوباتهم العملية ومتابعة الدراسة التي تساعدهم على مواجهة هذه الصعوبات مع إعطائهم فرص التحليل النفسي لأنفسهم أحيانا بحيث يكونون قادرين على القيام بنصيبتهم في العلاج النفسي لمن يحيطون بالطفل كالأهيات وغيرهم .

الوظيفة : وتتأخص مهمة هذا المختص في جمع البيانات اللازمة عن الحالات التي ترد للعيادة بالاتصال بالبيئات ذات الصلة بها سواء كان ذلك في المنزل أو المدرسة أو المصنع أو الملجأ أو المستشفى أو غير ذلك . وتشمل هذه البيانات نوع الشكوى وتاريخها ، ثم المحاولات التي بذلت قبل الالتحاق بالعيادة لعلاج المشكلة مثل الوصفات البلدية والأدوية والاستشارات التي يلجأ إليها المحيطون بصاحب المشكلة عادة والتي تؤثر في تقدمها أو تعقدها . ثم دراسة علاقة الفرد بمن يحيطون به ونظرتهم إلى المشكلة . كما يجمع البيانات المتصلة بتاريخ حياة الفرد والعلاقات العائلية السائدة في المنزل من استقرار عائلي أو تفكك في الأسرة أو منازعات . . ثم السكوارث والتغيرات التي تنتاب حياة الأسرة مما يكون له تأثير في المشكلة .

وعلى هذا المختص أن يستعين في جمع بياناته ومعلوماته وفي تنفيذ المقترحات العلاجية التي تشير بها العيادة بغيره من المختصين الاجتماعيين الذين يعملون بالمؤسسات المختلفة التي توجد بها الحالات موضع الدراسة كالملاجئ أو المصانع أو المدارس أو المستشفيات .

ولهذا ينبغي أن يتعاون مع المدرس الزائر Visiting Teacher ومع الزائرة الصحية ومع الممرضة . . وغيرهم ممن تكون لهم صلة بالحالة موضع البحث ، وهذا يتطلب إلمام المختص الاجتماعي بنواحي نشاط هؤلاء جميعاً حتى تسهل مهمته ويطلب معونة كل منهم بالقدر المستطاع .

والمختص الاجتماعي هو الذي يقوم عادة بتفهم الآباء وغيرهم وظيفية العيادة وأغراضها وأهمية تعاونهم معها في حل المشكلة وعلاج الحالة . فهو إذن الوسيط بين العيادة والمحيطين بالحالة .

وقد تستدعي الحاجة نقل الحالة من وسطها الذي تعيش فيه إلى بيئة أخرى أكثر صلاحية ، كأن ينقل الطفل إلى مدرسة داخلية أو إلى مؤسسة اجتماعية أو إلى منزل آخر من المنازل البديلية Foster homes ، فيقوم المختص الاجتماعي بعمل الترتيب اللازم في هذه الحالات .

ويقوم المختص الاجتماعي عادة بجانب ذلك بأعمال سكرتارية العيادة والمراسلات الخاصة بها ، وتنظيم ملفات الحالات وتلخيص تقارير كل حالة ، وتنظيم الحالات وتبويبها واستخلاص النتائج منها وتنظيم عرضها في الاجتماعات الدورية لفريق المختصين بالعيادة .

وتخصص للمختص الاجتماعي حجرة مستقلة بالعيادة تزود بأدوات السكرتارية وما تحتاجه من أثاث .

ويشترك المختص الاجتماعي مع باقي المختصين في عمل الاحصائيات والأبحاث المستقاة من حالات العيادة ، كما يقوم بكتابة التقارير العامة عن أعمال العيادة ونواحي نشاطها ، كما يشترك في حضور اجتماعات المختصين المناقشة في تشخيص الحالة والاقترحات اللازمة لعلاجها ، إذ يعهد إليه في كثير من الأحيان بتنفيذ هذه الاقترحات خصوصاً ما يتصل منها بنصيب المنزل أو المدرسة أو غيرها من المعونة .

ولكثرة الأعمال التي يقوم بها هذا المختص يوجد في العيادة غالباً أكثر من واحد وعادة يشترك ثلاثة مختصين اجتماعيين مع كل مختص طبي ومختص نفسي ، كما أن من الممكن أن يستعين المختص الاجتماعي في عمله بمن يعاونه في الأعمال الكتابية أو الإحصائية من الموظفين الكتابيين .

وفي العيادات الكبيرة التي تهتم بتدريب المختصين كجزء من أغراضها يعهد إلى المختص الاجتماعي مهمة الإشراف على سير تدريب هؤلاء وتوزيع الحالات عليهم لبحثها ومناقشة التقارير معهم لاستكمالها واستيفاء النقاط الضرورية فيها .

أما نصيب المختص الاجتماعي في علاج الحالة فيتوقف على مدى إعداده وظروف العمل بالعيادة . ولكنه بحكم كثرة اتصاله بأوساط مختلفة وتغلغله في البيئة يكون أكثر قدرة من باقي المختصين على فهم طرق تفكير المحيطين بالحالة ومعتقداتهم وأساليب حياتهم . ولهذا يقوم بالجانب التنفيذي في العلاج خصوصاً ما يتعلق منه بإقناع الأم أو غيرها بتغيير أسلوب المعاملة أو إقناع المدرسة بضرورة نقل التلميذ من فصل إلى آخر إذا كانت المشكلة تتصل بعلاقة التلميذ بالمدرس أو تلاميذ الفصل مثلاً .

وفي معظم الحالات يكون علاج الطفل مرتبطاً بعلاج الأم نفسها ، وليس من السهل دائماً أن تقبل الأم أن تكون موضع العلاج حيث إنها تلقى المسؤولية أحياناً على غيرها ولا تعترف بأخطائها بسهولة . ومهمة المختصة الاجتماعية في هذه الحالة أن تدرس نفسية الأم وتحاول إقناعها بتغيير أساليب معاملتها ، وقد تعينها أيضاً على فهم مشكلاتها النفسية وعلاجها خصوصاً إذا كان للمختصة إلمام واف بعلم النفس ومبادئ التحليل النفسي بما يمكنها من إتقان هذا الدور من العلاج . وينطبق هذا على غير الأم أيضاً من باقي أفراد المنزل أو من يحيطون بالطفل ممن لهم صلة بالمشكلة التي جاء للعيادة من أجلها .

هذا وتخصص في العيادة تقارير واستمارات لإستيفاء البيانات الاجتماعية التي يقوم بجمعها وتدوينها المختص الاجتماعي لتحتفظ في سجلات الحالات مع باقي التقارير .

ثالثاً : المختص النفسي

ونظراً لأن الناحية النفسية هي أساس عمل العيادات فإنه يوجد عادة أكثر من مختص نفسي واحد في كل عيادة ، ويحسن في هذه الحالة أن يكونوا متنوعين في تخصصهم في فروع علم النفس المختلفة ، وأن يكون منهم السيدات والرجال إذ أن هناك من الحالات من تستجيب لمختص أكثر من غيره ، كما يحسن أن تمر الحالة على أكثر من مختص نفسي واحد إذا تيسر ذلك .

الإعداد : ويتوقف إعداد هذا المختص على نوع المشكلات التي تختص بها العيادة وتهتم بها ، ولكن في جميع الأحوال يجب أن يكون حاصلها على درجة بكالوريوس التخصص في علم النفس على الأقل ، وأن يكون قد حصل بعد ذلك على دبلوم عال في أحد الفروع اللازمة في عمل العيادات كدبلوم

في سيكولوجية توجيه الأطفال Child Guidance ، أو دبلوم في علم النفس الإكلينيكي Clinical psychology ، أو دبلوم في التوجيه المهني Vocational Guidance أو التوجيه التعليمي Educational Guidance . . وهكذا حسب نوع العمل الذي يريد التخصص فيه . ولا بد في جميع الحالات أن يقضى مدة تمرين لا تقل عن ستة شهور في إحدى العيادات النفسية المعترف بها كمراكز لتدريب المختصين .

وقد يحتاج هذا المختص في بعض الأحوال إلى زيادة في الإعداد ، فمثلاً إذا كان ممن يعملون بالعيادات النفسية الملحقه بإدارات التعليم فيجب أن يكون ملماً بشئون التربية والتعليم وأن يكون قد قضى مدة سنة على الأقل في التدريس الفعلي بإحدى المدارس . وإذا كان عمله في العيادات المهتمة بحالات انحرافات الأحداث وجرائمهم فيحسن أن يكون قد اشترك في الدراسات التي تنظمها معاهد شئون الأحداث التي تجعله ملماً بالنواحي القانونية والاجتماعية المتصلة بعمله . . وهكذا .

وإذا كان هذا المختص معتمداً العمل في علاج الحالات النفسية التي تحتاج إلى التحليل النفسي Psychoanalysis فلا بد أن يعد إعداداً خاصاً لذلك . وهذا النوع من الإعداد يحتاج إلى مدة طويلة إذ أن فن التحليل النفسي لا يكتسب عن طريق قراءة الكتب أو حضور المحاضرات ؛ ولكنه يحتاج إلى أن يمر الشخص نفسه في مرحلة التحليل الذاتي Self Analysis ليعرف بطريقة مباشرة خطوات ودقائق هذه العملية ، ويكون ذلك تحت إشراف أحد المختصين في التحليل النفسي المعترف بهم ممن يكون قد سبق لهم تحليل أنفسهم وتحليل غيرهم . وليس هذا فقط بل لا بد أن يقوم الراغب في هذا النوع من التخصص بالتمرين في تحليل اثنين من المرضى على الأقل

تحت إشراف ذلك المختص الكبير . ويحتاج التحليل الذاتى إلى سنتين تقريبا ، كما أن مدة التمرين تحتاج إلى سنتين آخريتين حسب النظام القائم الآن فى معهد التحليل النفسى بلندن والذى يتطلب أربع سنوات على الأقل فى هذا النوع من الإعداد ، بعد أن يكون الراغب فيه قد حصل على المؤهل الأسمى وهو بكالوريوس التخصص فى علم النفس .

الوظيفة : يقوم المختص النفسى بمقابلة الحالة والمناقشة التى تؤدى إلى وضوح المشكلة وتقصى أسبابها النفسية عن طريق ما يوجهه من الأسئلة أو الاختبارات وما يقوم به من تحليل أحداث الشخص أو تفسير أحلامه أو التحليل النفسى فى صورته القصيرة أو الطويلة كما يقوم بنفسه أو بالاشتراك مع من يعاونه بإجراء الاختبارات النفسية اللازمة سواء كانت من اختبارات القدرات العقلية أو النواحي المزاجية أو الشخصية بوجه عام ، وتفيد هذه الاختبارات أحيانا فى معرفة مدى ما يمكن للعريض أن يفيدته من توجيهات العيادة وإرشاداتها وما يتوقع له من التحسن وفى ضوء نتائج هذه الاختبارات يقوم المختص فى حالات كثيرة بالبت فى تحويل الحالة إلى إحدى المؤسسات الخارجية المناسبة كما يحدث فى حالات ضعاف العقول . كما أن بعض الحالات التى تحضر للعيادة بقصد التوجيه التعليمى أو المهنى يتقرر مصيرها فى ضوء نتائج مثل هذه الاختبارات .

ويقوم المختص بواجبه العلاجى الذى يتراوح بين العمل على تقوية الروح المعنوية للشخص لى يتغلب على مشكلاته وما يتطلبه ذلك من تغيير فى أساليب تفكيره ونظراته إلى نفسه ؛ والقيام بالتحليل النفسى الطويل الذى يحتاج إلى عدد كبير من الجلسات ولمدة تطول إلى بضع سنوات فى بعض الحالات .

ويوكل إلى المختص النفسي عادة الاتصال بأهل الشخص صاحب المشكلة عندما يراد إخطارهم بأمور تستوجب الحرص في طريقة إبلاغها ، وعندما يحتاج الأمر إلى ضمان استمرار الأهل في التعاون مع العيادة وتقبلهم لنصائحها ، وهذا يعتبر معاونة للمختص الاجتماعي في الحالات التي تتطلب ذلك . ويتبع ذلك ما يقوم به المختص النفسي من العمل على استمرار العلاقات الطيبة بين الآباء والأمهات وبين باقي أفراد فريق العيادة بحيث يشعرون أنهم مشتركون في رسم خطوات العلاج لكي يعاونوا المختص الاجتماعي في التنفيذ .

ولهذا المختص مهمة أخرى يشترك فيها مع باقي المختصين وهي مهمة تنوير الرأي العام بأعمال العيادات وأسس الصحة النفسية عن طريق ما يقوم به من محوث أو نشرات أو محاضرات يحضرها جمهور الآباء وغيرهم .

وفي العيادات التي تهتم بتمرين المختصين ، يوكل لهذا المختص الإشراف على تدريب المختصين النفسيين وتوجيههم وتقدير عملهم .

وهذا المختص هو المسئول عن تتبع الحالات التي تعالج تحت إشرافه بمعاونة المختصين الآخرين وعليه أن يعمل على استيفاء التقارير الخاصة بكل حالة من النواحي النفسية لتحفظ مع باقي التقارير في الملف الخاص بالحالة .

وتخصص للمختص النفسي الحجرات اللازمة لسير عمله كأن تجهز له حجرات صغيرة جدرانها مانعة للصوت لإجراء الاختبارات النفسية ، بجانب ما يخصص من الفصول اللازمة للتدريس العلاجي أو العلاج باللعب أو العلاج بالفن . . الخ حسب إمكانيات العيادة .

رابعاً : مختصون آخرون

ويستعين المختص النفسي في عمله بمختصين في نواح مختلفة من التشخيص والعلاج النفسي . فمثلاً يصح أن يعاونه مختبر للذكاء Mental Tester أو أكثر ممن يعدون أنفسهم للتمرن على إجراء الاختبارات العقلية كقاييس الذكاء واختبارات الشخصية وغير ذلك . فإجراء الاختبارات النفسية يحتاج إلى مران وإعداد خاص ، ولا يصح أن يوكل أمرها إلى المختص الطبي أو المختص الاجتماعي إلا إذا أعد الإعداد اللازم لهذا الغرض . ولا يمكن الارتياح إلى نتائج الاختبارات إذا لم يقم بها من يستطيع تقدير الظروف التي تحيط بإجرائها والتعليمات الواجب اتباعها مع المختبر أو في التصحيح . على أن تفسير نتائج الاختبارات في ضوء الظروف التي أجريت فيها يجب أن يقوم به المختص النفسي بنفسه .

وفي العيادات التي يكثر فيها حالات الأطفال أو الكبار ممن يعاونون مشكلة تتعلق بعيوب النطق والكلام يستعين المختص النفسي أحياناً بمختص في هذه الناحية Speech Therapist وينبغي أن يكون هذا المختص معداً الإعداد اللازم للقيام بمهمته . ويوجد بلندن معهد خاص لإعداد هذا النوع من المختصين حيث يلتحق به الطلاب أو الطالبات بعد الحصول على شهادة الدراسة الثانوية فيقضون به ثلاث سنوات يدرسون في أثناءها مواد الدراسة المتعلقة بأمور النطق والكلام، كعلم مخارج الأصوات Phonetics وعلوم التسميح ووظائف الأعضاء مع الاهتمام الخاص بجهاز الكلام وفسولوجية الأنف والأذن والحنجرة ، ثم علم الأعصاب Neurology وأمراض الجهاز العصبي وباثولوجيا

الكلام Speech Pathology ثم عيوب النطق كاحتباس الكلام أو عسره أو اللجاجة وطرق علاجها ، وذلك بجانب دراسة طب الأطفال وعلم النفس وغير ذلك .

ويسير مع هذه الدراسة جنباً إلى جنب دروس تمرينية عملية كافية بحيث يقضى الطالب فترات معينة في الاشتراك الفعلي في علاج بعض الحالات تحت إشراف المختصين . هذا ويقوم هذا المختص بمهمته تحت إشراف وتوجيه المختص النفسي وبناء على استشارات المختص الطبي أو النيورولوجي أو غيره ممن يشتركون في بحث الحالة إذ أن الجزء الكبير من عمل هذا المختص يتصل بالنواحي التمرينية لإصلاح عيوب النطق .

وفي العيادات النفسية التربوية يعاون المختص النفسي أحد المدرسين المختصين بالتدريس العلاجي Remedial Teaching الذي يتناول حالات التأخر الدراسي فيعاون المختص النفسي في الاختبارات اللازمة للتشخيص أو تصميم البطاقات العلاجية ، بجانب قيامه بمهمة التدريس الذي يساعد التلميذ على اللحاق بمستواه التحصيلي الممكن في مواد الدراسة التي ظهر فيها تأخره الدراسي .

وفي بعض العيادات النفسية يعطى العلاج بالتعبير الفني Art Therapy أهمية خاصة ، حيث يقوم الأطفال أو الكبار من حالات العيادة بالتعبير عن أنفسهم فيما يقومون به من رسم وتصوير أو عمل نماذج من الصلصال أو البلاستاسين أو غيره ، ويتم هذا عادة بإشراف مختص في التربية الفنية يتعاون في ذلك مع المختص النفسي أيضاً .

وبالمثل يحدث في كثير من العيادات أن تخصص أوقات معينة للعب

العلاجى play Therapy سواء كان بطريقة جمعية أو فردية وفي هذه الحالة يستعين المختص النفسى بمختص فى التربية البدنية ممن لهم دراية بـسيكولوجية اللعب وأهميته فى العلاج النفسى ، فيقوم بمباشرة الحالات أثناء اللعب ويعمل لها من التمرينات ما يكون مفيداً فى تقدم العلاج كتمرينات الترخى
مثلا Relaxation Exercises .

الفصل الرابع

نظام العمل بالعيادة

تحويل الحالة للعيادة

تأتى الحالات للعيادة عادة عن طريق الآباء أو الأقارب أو أى شخص له صلة بالحالة ، كما يجوز أن يتقدم الشخص نفسه لطلب المساعدة كما يحدث من الكبار كطلاب الجامعة مثلاً ، وفي أحيان كثيرة تحول الحالات عن طريق الوحدات الصحية أو الهيئات والمؤسسات الطبية الأخرى ، كما أن المدارس وإدارات التعليم المختلفة توجه بعض الحالات أحياناً إلى العيادة ، وكذلك تفعل الهيئات الاجتماعية كالفنادق ومراكز الخدمة الاجتماعية والملاجئ والإصلاحيات وغيرها ؛ وتقوم محاكم الأحداث بتحويل حالات الأطفال المنحرفين إلى العيادة ، وكذلك تفعل هيئات البوليس فى حالات الأطفال المشردين وعصابات الأطفال . على أن من الممكن لأى شخص يشعر بأهمية العلاج النفسى أن يوجه حالات المشكلات المختلفة إلى العيادة ، كما يفعل المختصون الاجتماعيون فى المصانع والمدارس والمؤسسات الاجتماعية الأخرى .

ويحدث الاتصال الأول بالعيادة بملء استمارة خاصة للاطلاع يمكن الحصول عليها من العيادة، حيث تدون بها البيانات الأولية مثل الاسم وصناعة الوالد وعنوانه والجهة المحول منها الطلب ، ووصف عام للمشكلة ونوع الشكوى، ثم المدرسة الملتحق بها الشخص المطلوب فحصه إذا كان تلميذاً والسنة الدراسية

والمدارس السابقة ومدة بقائه بها . كما يوضح بها كذلك بعض البيانات عن الأفراد المخالطين للشخص والذين يعيش معهم . .

فإذا رأت العيادة من هذه البيانات أن الحالة من الأنواع الممكن قبولها ودراستها أدرجتها في قائمة المتقدمين للعيادة لتأخذ دورها في البدء بالبحث والدراسة ، وإذا كانت من الحالات التي لا تقع في اختصاص العيادة تقدم لها النصح بالتوجيه لوسيلة علاجية أخرى تلائمها .

فإذا ما جاء الدور لبداية بحث الحالة تحدد العيادة موعداً لحضور صاحب الحالة مع الشخص المسئول عنه كالوالد أو من يقوم مقامه ، حيث تتم الزيارة التي تهدف إلى جمع البيانات اللازمة لتشخيص الحالة ومعرفة ظروفها . ويحتاج ذلك عادة لتردد الحالة على العيادة جملة مرات لمقابلة المختصين بها ، كما يصح أيضاً أن تقوم المختصة الاجتماعية بزيارة المنزل مرة أو أكثر لاستكمال البيانات المتصلة بالناحية الاجتماعية .

وتخصص بالعيادة حجرة لا تتظار الآباء ومصاحبي الحالات مزودة بالمجلات والنشرات الثقافية ، ومعدة إعداداً مناسباً لراحة الزائرين ، كما تخصص للأطفال أيضاً حجرات وملاعب مجهزة بما يناسب الأطفال من أدوات اللعب المختلفة ، حيث يمكن أن يقضوا بها أوقات فراغهم في أثناء وجودهم بالعيادة .

المقابلة Interview :

المقابلة هي إحدى الوسائل المتبعة لدراسة شخصية الأفراد بطريقة مباشرة حيث تتم بين الباحث والمفحوص وجهاً لوجه وتجري أثناء مناقشة موجهة لتحقيق الغرض المقصود منها ، وقد يكون هذا الغرض مجرد الحصول على معلومات وبيانات معينة كما يحدث في مقابلة المختص الاجتماعي لمن يكون مصاحباً

للشخص المراد دراسته ، وفي هذه الحالة يهيأ الجو الودى الذى يسمح بالإفشاء بكل ما يراد معرفته ، ولأجل هذا تحدث المقابلة فى أحيان كثيرة بالمنزل فى شكل زيارة وعلى أساس من التعارف والثقة .

ويصح أن تهدف المقابلة إلى دراسة الشخص نفسه كوحدة إذ أن وجوده أمام المختص والحديث إليه مدة يساعد على ربط المعلومات المستقاة عنه من مصادر مختلفة والوصول إلى حكم شامل على شخصيته كلها . وتحدث مثل هذه المقابلة عقب الحصول على مجموعة من البيانات المختلفة عن طريق الاختبارات والاستفتاءات والتقارير وغيرها .

كما تحدث المقابلة أيضاً بقصد إقناع الوالد أو الأم أو من له صلة بالحالة موضع البحث بفكرة معينة كتغيير معاملته أو اتجاه نظرتة نحو مشكلته ، أو بقصد التفاهم مع هؤلاء ، على الأشتراك فى تنفيذ المقترحات العلاجية للحالة .

أما الغرض العلاجى للمقابلة فيحتل أهمية خاصة فى العيادات النفسية إذ أن الجلسات التى يقضيها المختصون مع الحالات ذات الاضطراب النفسى هى نفسها الوسيلة العلاجية للحالة حيث يتم فيها إفشاء المريض بمشكلاته ويقوم المعالج بتحليلها ومساعدة المريض على التغلب عليها بالطرق التى يراها .

ويتوقف نجاح المقابلة فى كل هذه الحالات على الجو الذى يسودها وإتاحة الفرصة للحديث بطلاقة وحرية ورغبة مبنية على الثقة والشعور بالأمن والاطمئنان إلى المختص . ويحدث غالباً أن يقوم المختص بتوجيه المناقشة فى النواحي التى يراها ذات أهمية خاصة ، ويتم هذا بطريقة طبيعية بحيث لا يشعر من يقابله بأنه يقف منه موقف المستجوب أو أنه يقوم بعمل شكلى ، وبحيث لا يكون هناك مجال للتحفظ أو الارتياح أو المقاومة أو التضليل .

وإذا احتاج الأمر إلى تدوين بعض الملاحظات فإن ذلك يتم بشكل

مختصر جداً وبدون أن يظهر المختص اهتمامه بما يكتب حتى لا يعكر صفو المحادثة . ويصح تأجيل الكتابة إلى ما بعد المقابلة خصوصاً مع الأشخاص الذين يشعر المختص معهم بأهمية ذلك . وفي جميع الأحوال يجب تدوين نتائج المقابلة بحيث تكون شاملة للتفاصيل ونماذج من الأحاديث والمناقشات التي غالباً ما تكون ذات قيمة في فهم المشكلة ؛ وغالباً ما يكون المختص قد أعد النقط الهامة المراد بحثها من قبل بحيث يسهل عليه تسجيل ملاحظاته بعلامات سريعة . ويحدث في المقابلة ذات الأغراض التشخيصية والدراسية أن يقلل المختص من الكلام وأن يقف موقف المستمع معظم الوقت بحيث يترك المجال واسعاً للحصول على أكثر قدر ممكن من المعلومات بدون أن يحاول تسفيه آراء المتحدث أو استفزازه .

ويستفيد المختص أثناء المقابلة من ملاحظاته الأخرى عن طريقة الشخص في الحديث ، وتعبيراته وحركاته ، والانفعالات التي تبدو عليه في المواقف المختلفة ، والموضوعات والنقط التي ترتبط بهذه الانفعالات ، وعن اتجاهاته العقلية وأساليبه في التفكير التي تلتقي كثيراً من الضوء على طريقته الخاصة وأسلوبه العام في الحياة ونوع شخصيته .

وكثيراً ما يحتاج المختص للاستعانة بوسائل أخرى بجانب المقابلة لتساعد في تشخيص الحالة ، فربما يطلب إلى الوالد مثلاً الإجابة عن استفتاء معين ، أو أن يستعمل بعض الاختبارات والمقاييس مع الشخص موضع البحث وهكذا .

التقارير Reports

ومنذ أن يتقرر قبول الحالة للبحث في العيادة يخصص لها ملف خاص يجمع به التقارير المختلفة التي يستكملها المختصون كل في ناحيته ، كما يحفظ بهذا

الملف أيضاً صور المراسلات الخاصة بالحالة وما يتصل بها من أوراق ؛ وطبيعي أن تكون جميع هذه التقارير سرية ولا يسمح بإذاعة البيانات الموجودة بها إلا عن طريق العيادة ، وفي الحالات التي تبحث بحثاً كاملاً نجد لها أنواع التقارير الآتية :

التقرير الطبي :

ويشمل عدا البيانات الأولية العامة ما يتصل بالمشكلة من النواحي الطبية التي تشمل الحالة الصحية العامة وتاريخها مثل : صعوبات الولادة ، نمو الطفل ، مواعيد الفطام والسنين والكلام والمشى ، الأمراض السابقة ، الحوادث والصدمات .. الحالة الصحية الحاضرة ، الأنيميا ، الأمراض الطفيلية ، الخ .. ثم القوام والطول والوزن وتناسب أجزاء الجسم ، ثم حالة أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز العظمي وما فيه من تشويه في الأطراف أو الأكتاف أو الردف أو العمود الفقري أو القفص الصدري أو الجمجمة ، ثم نمو العضلات وتوزيع الدهن على أجزاء الجسم وحالة الجهاز التنفسي في أوقات الراحة والإجهاد وفي حالات الشهيق والزفير وقياس أبعاد الصدر وسعته وحالة الرئتين والقصبية الهوائية والأنف والأذن والحنجرة . . . ثم الجهاز الهضمي وحالة الفم واللسان والأسنان والحلق والجهاز الكلامي والبلعوم والمرى والمعدة . . . ثم حالة الغدد المعفاوية والغدد الهضمية . وكذلك حالة الجهاز الدوري وسلامة القلب والأوعية الدموية وقياس النبض وضغط الدم وتركيب الدم والتحليلات المتصلة به ، ثم حالة الجلد وما قد يوجد به من أمراض وعلامات أو تشوهات .. ثم أجهزة الإخراج وحالة المثانة والكليتين والمسالك البولية والتحليلات المتصلة بالبول والبراز وما يتصل بذلك من أمراض وعادات كضبط عضلات الجهاز البولي

في التبول اللاإرادي وحالات الإمساك . . . ثم حالة الغدد الصماء من حيث توازن إفرازاتها أو نقصها أو زيادتها ، ثم حالة الجهاز التناسلي والأمراض المتصلة به . . . وحالة الجهاز العصبي وما يحتاجه من قياسات تتصل بالأفعال المنعكسة والحساسية العصبية . . . ثم حالة الحواس المختلفة كالأنف والزوائد الأنفية وحالة العينين وقوة الإبصار والأذنين وحدة السمع وأمراض الحواس . . . وغير ذلك من البيانات الأخرى المتصلة بالنواحي الجسمية سواء أكانت في النواحي التشريحية أو وظائف الأعضاء أو الصحة العامة مما يكون له صلة هامة بالمشكلة أو الشكوى .

التقرير السيكياترى :

ويشمل عدا البيانات الأولية ؛ ملاحظات المختص في الطب العقلي والنفسي المتعلقة بالحالة العقلية العامة للشخص وما يبدو في شخصيته من اتزان أو اضطراب أو شذوذ ، وما يظهر في سلوكه من علامات تدل على بوادر المشكلات النفسية أو الأمراض العقلية ، كالأعراض الانفعالية والحركية المصاحبة لبعض الأمراض الذهانية كالفصام والبارانويا وذهان الهوس والاكتئاب ، أو التصرفات التي تميز السلوك السيكوباتى ، والدلائل التي تشير إلى وجود نوبات الصرع ، أو إلى احتمال وجود الضعف العقلي ونقص الذكاء . . . ثم اضطرابات السلوك المرتبطة بتعاطي المخدرات أو الأمراض العقلية ذات الأسباب العضوية الظاهرة وهكذا . كما يدون في هذا التقرير أيضاً نماذج وأمثلة لتصرفات الشخص التي تدل على اضطراباته النفسية كحالات النورستانيا والتعب ، والقلق والخاوف النفسية ، وحالات المستريا ، والانحرافات الجنسية . . .

ويرتبط بكل ذلك البيانات التي يستطيع هذا المختص الوصول إليها

عن تاريخ هذه الأعراض واحتمال وجودها في بعض أفراد الأسرة مما يرجح كونها ذات أساس وراثي ، وكذلك احتمال رجوع أسبابها إلى المعاملة الأولى وأساليب التربية المنزلية ، أو إلى المشكلات الحاضرة التي تواجه الشخص ولايستطيع التغلب عليها . . . ثم ما يرتبط بهذه المشكلات مما يبدو على الشخص من ميول عدوانية كالشروع في ارتكاب الجرائم أو القيام بها فعلاً ، أو اتجاهات هروبية وانسحابية كالميل للعزلة وترك الشخص لعمله وقلة نشاطه بشكل ظاهر . وكذلك علاقات الشخص الاجتماعية مع من يحيطون به في المدرسة أو المصنع أو المجتمع العام .

ويحتاج هذا المختص - لاستكمال بعض هذه البيانات - أحياناً إلى إجراء اختبارات وقياسات بأجهزة خاصة مثل قياس زمن الرجوع أو الثبات والاتزان الحركي أو الحساسية العصبية ، أو قياس الموجات العصبية ، أو قياس قوة الاحتمال أو القابلية للتعب . . وهكذا . وطبيعي أن تدون نتائج مثل هذه القياسات بهذا التقرير أيضاً .

التقرير الاجتماعي :

ويشمل - عدا البيانات الأولية - ما يراه المختص الاجتماعي مهما لبحث الحالة من النواحي الآتية : -

- (أ) الشخص نفسه ونوع شكواه وتاريخها ، والمحاولات التي بذلت لعلاجها حتى الآن ، والمعاملة التي يلقاها من حوله بسبب المشكلة ، ثم درجة شعور الشخص بمشكلته ورغبته في العلاج ونواحي الشذوذ في السلوك مما يصاحب المشكلة ، ثم الأمراض والحوادث التي أصابت الشخص . . وهكذا .
- (ب) الحالة الاجتماعية العامة كالوسط أو الطبقة الاجتماعية للأسرة وحالتها

المالية وما يتصل بها من إيرادات وممتلكات أو ديون أو خسائر ، ومن تقدير أو إسراف ، ونواحي الصرف والكماليات وسوء التصرف كالمقامرة أو المخدرات الخ . . ثم حالة الحى الموجود به المنزل ، وعدد الحجرات والأثاث ونظافته ونظامه ومكان الطفل فى المنزل فى نومه واستذكاره . ووجود حديقة بالمنزل أو قربه من الحدائق العامة والنوادي الخ . . ثم حالة العائلة فى الماضى والحاضر وانحدارها أو تقدمها والأسباب المباشرة لذلك كالصفقات أو الكوارث أو الأحكام القضائية والجنائية الخ . . .

(ج) الجو المنزلى ، ومستواه الثقافى من حيث درجة تعليم أفراد المنزل واهتمامهم بالكتب والمجلات وتهيئة الظروف المساعدة على تثقيف الأولاد ثم نوع العمل الذى يقوم به أفراد المنزل كوظيفة الأب . . ثم مدى متابعة الشئون الثقافية ، والثقافة الدينية والصحية ودرجة الاعتقاد فى الخرافات . . ثم الحالة المزاجية والخلقية التى تسود الجو المنزلى من انسجام وتوافق أو اختلاف ومنازعات بين الأبوين أو بين أحدهما وبين الأولاد ، والجو الانفعالى ومظاهر الهدوء أو القلق والاضطراب النفسى الموجود بين الأفراد . ثم مدى التمسك بالمبادئ الخلقية والتقاليد الصالحة ، وأساليب المعاملة التربوية من استهتار وحزم أو قسوة وعطف أو حرية وفوضى ، ودرجة الرقابة وما ينتج عنها من عادات خلقية تسود الجو المنزلى . . وما يتبع ذلك من انتظام وتماسك أو تفكك فى الأسرة .

(د) تكوين العائلة ، وعدد أفراد المنزل وحالة الأب الصحية وتاريخه ومرات زواجه . . وحالة الأم الصحية والمزاجية ومعاملتها لأفراد المنزل ، ثم الأبناء والأخوة الأحياء والمتوفون ومركز الطفل بينهم ومعاملتهم له ، ونواحي

الشذوذ واضطرابات السلوك بينهم . . ثم بقية أفراد المنزل الآخرين ممن يعيشون في الأسرة كالجدة والأقارب وكذلك الخدم واتصال الطفل بهم .

(٥) الجيران والأصدقاء والرفاق ممن يحيطون بالطفل صاحب المشكلة

واحتمال تأثيرهم عليه مما يؤثر في نشأة المشكلة وتطورها في بعض الأحيان .

وليس من السهل أن نحصر جميع البيانات الممكن أن تشملها التقارير

الاجتماعية إذ أنها تختلف بحسب المشكلة ، ويترك للمختص الاجتماعي عادة

حرية التدقيق والتعمق في بعض النواحي وإهمال نواحي أخرى حسب نوع

المشكلة وظروفها .

التقرير المدرسي :

ويشمل عدا البيانات الأولية :

(١) تاريخ التلميذ الدراسي كمرات رسوبه ، والمواد التي كان يرسب

فيها ، وتقدمه أو تأخره في مراحل التعليم السابقة . ثم المستوى التحصيلي

والتقديرات التي حصل عليها التلميذ في آخر مرة من مرات التقدير ، ومواطن

الشكوى في حالات التأخر الدراسي ، وأسباب هذا التأخر . وكذا نتائج

اختبارات الذكاء إن وجدت ، وآراء المدرسين في المستوى العقلي للتلميذ ومواهبه

وقدرته على متابعة الدراسة .

(ب) صفات التلميذ الشخصية مستقاة من مدرس الفصل ومن عميدة

الأسر التي ينتمي إليها التلميذ بالمدرسة كالهذوء أو المشاكسة والانتكال

أو الاعتماد على النفس ، والصفات الخلقية الأخرى كالتعاون والأمانة ،

والصفات المزاجية كسرعة الانفعال أو الاتزان أو الضعف الانفعالي .

ثم روح التلميذ بالمدرسة ومدى اشتراكه في نواحي النشاط الرياضي

والثقافي وإقباله على الجمعيات والهوايات ، وما ناله من جوائز أو جزاءات ،

وما يتصل بذلك من أحكام المدرسين عنه أثناء سلوكه في الرحلات أو الاجتماعات .

(ج) مواظبة التلميذ على حضور الدروس ، ومبلغ حماسه للعمل وحبه للمدرسة وقوة انتباهه وتلبيته في الفصل ، وتأديته لواجباته وتعاون المنزل في ذلك . . .

(د) آمال التلميذ واتجاهه نحو المستقبل والمهنة التي يرغب فيها ونوع الدراسة التي يرغب في متابعتها وما يكون عنده من استعدادات تساعد على ذلك ، وما يبدو في التلميذ من مواهب خاصة كالقدرة الميكانيكية أو الموسيقية أو الرياضية . . .

(هـ) وطبيعي أن يشمل هذا التقرير المشكلات التي بدرت من التلميذ وأنواعها ومظاهر السلوك المتعلقة بالمشكلة التي يبحث التلميذ من أجلها في العيادة وأثرها في علاقة التلميذ بغيره من المدرسين أو التلاميذ والتوجيهات التي قدمتها المدرسة للتلميذ أو أهله بخصوصها .

ويساعد على تسهيل جمع كل هذه البيانات وجود المختصين الاجتماعيين الآن بالمدارس واهتمامهم بالسجلات المدرسية وتخصيص بطاقات وافية لكل تلميذ تدون فيها جميع البيانات السابقة وغيرها في كل حالة من حالات التلاميذ ذوي المشكلات الخاصة . بحيث يمكن للعيادة النفسية أن تحصل على ما تريد من البيانات بمجرد الاتصال بالمختص الاجتماعي بالمدرسة .

التقرير النفسي :

ويشمل عدا البيانات الأولية نتائج مقابلات المختص النفسي للحالة التي تتضمن التفاصيل المتصلة بالمشكلة في النواحي الآتية :

(أ) تحديد الشكوى ونوعها والأسباب المحتملة لحدوثها ، وذلك في ضوء المعلومات التي يستقيها عن تصرفات الشخص في وقت عمله وفراغه ، وحالات الاضطراب النفسي التي حدثت له في الماضي وأعراضها ومدتها ، ومقدرة الشخص على السير في عمله من حيث الإنتاج والتقدم أو التأخر والتفاعل الاجتماعي مع من يحيطون به في المنزل أو العمل . وذلك بالاستناد إلى أمثلة ونماذج واقعية من أحاديث الشخص وتعبيراته المختلفة بالكتابة أو الرسم أو التعبيرات الحركية . . وهكذا .

(ب) اختبارات الذكاء التي أجريت عليه فعلا بعد تصحيحها وتحليل نتائجها سواء أكانت لفظية أم عملية مع ذكر الملاحظات المتصلة بها عن حالة الشخص أثناء الاختبار وخصوصاً في أثناء تأدية الاختبارات العملية التي تعتبر فرصة طيبة لدراسة شخصية المختبر من نواحيها المزاجية والفكرية بجانب ما ترمى إليه من قياس القدرة العقلية . ثم نتائج الاختبارات النفسية المتعلقة بالعمليات العقلية كالإدراك والتصور والتفكير والتذكر ، وكذلك اختبارات قياس القدرات الطائفية مثل القدرة الميكانيكية والقدرة الرياضية . .

(ج) نتائج الاختبارات التحصيلية والتشخيصية ، التي تجرى خصوصاً في حالات التأخر الدراسي أو التوجيه التعليمي أو المهني ، أو التي ترمى إلى دراسة تفكير الشخص ومدى تفكيره أو ارتباطه لما لذلك من دلالة في حالات الأمراض النفسية والعقلية .

(د) نتائج الاختبارات التي ترمى إلى تحليل الشخصية ومعرفة طابعها العام وأنواع الانحراف فيها كالاختبارات الإسقاطية مثل اختبار رورشاخ واختبار تفسير الصور الغامضة واختبار تكميل القصص . .

(٥) وتحوى التقارير النفسية أيضاً ما يدونه المختص أثناء جلساته مع الشخص من تحليل لأحداثه ومناقشاته وأحلامه وآماله وآرائه وتحليله للمشكلة بالأساليب التي يقبها معه مع ذكر نماذج للحوار الذي يجرى بينهما مما يلقي الضوء على تفسير المشكلة . وطبيعي أن يعقب الجلسات العلاجية تقارير وافية عن سير العلاج وما يراه المختص من توجيهات أو اقتراحات تبهم باقي المختصين .

وبدهى أن التقارير النفسية تختلف باختلاف نوع الحالة ومشكلاتها فالتقرير عن حالة التأخر الدراسي مثلاً يختلف في محتوياته وتفصيلاتها عن التقرير الذي يكتب عن حالة اضطراب في النطق والكلام . . وهكذا .

تقارير أخرى :

هذا ويصح أن يكون في سجل الحالة عدد من التقارير النفسية وعدد من التقارير الاجتماعية أو الطبية وهكذا حسب مرات المقابلة ، كما أن من المحتمل أن يحفظ بالسجل تقارير أخرى كتقرير من المصنع أو الملجأ أو المحكمة أو غير ذلك من الجهات التي تتصل بالحالة . كما توضع في السجل أيضاً تقارير تلخيصية للحالة من جميع نواحيها من آن لآخر وخصوصاً في حالات إيقاف البحث أو إعادة بحث الحالة وعرضها في اجتماع بحث الحالات .
ويحسن أن يراعى في وضع التقارير المختلفة بالسجل أن تكون مرتبة حسب تواريخ الحصول عليها لتساعد في تتبع سير الحالة .

اجتماعات بحث الحالات Case Conferences

تعقد العيادة في المواعيد المناسبة لظروفها اجتماعات دورية يحضرها جميع أفراد فريق المختصين لبحث الحالات من جميع نواحيها ولتنسيق المعلومات

الواردة في التقارير المختلفة التي قام بجمعها الإخصائيون منفردين ويمكن تلخيص أغراض هذه الاجتماعات فيما يأتي : -

١ - النظر في الطلبات الجديدة واستعراض الشكوى الواردة في كل منها بقصد تقرير قبولها أو تحويلها لجهات أخرى أو رفضها ، وفي الحالات المقبولة توضع خطة لتوزيع العمل على المختصين ببحثها وتحديد المواعيد المناسبة لذلك .

٢ - استعراض الحالات التي تجمعت عنها التقارير والتي تحتاج إلى العرض بقصد تبادل المعلومات بين المختصين وتبادل وجهات النظر في التفسيرات المختلفة والآراء الواردة بالتقارير بحيث ينظر إلى المشكلة من جميع نواحيها باعتبارها وحدة ومرة واحدة في ضوء دراسة الشخصية كلها . وهذه من أهم نواحي بحث العيادات التي ترمى إلى تأكيد أهمية فهم الحياة النفسية وحدة لا تتجزأ فليس تشخيص المشكلة بمجرد تحديد نواحي الضعف الصحي أو النفسي أو الاجتماعي منفصلة عن بعضها وإنما التشخيص الصحيح يتم عند النظر إلى المشكلة في ضوء جميع العوامل والموقف السكلي .

٣ - فإذا تم الاتفاق على نواحي التشخيص في ضوء تبادل الرأي والدراسة يكون من الممكن رسم خطة علاجية للمشكلة بنفس الروح التعاونية التي سادت التشخيص بحيث يكون هناك اتفاق على ما يصح عمله من حيث الاتصال بالحالة نفسها أو علاج أحد الوالدين أو غيره من المتصلين بها أو تغيير البيئة ، وفي هذه الاجتماعات تحدد خطوات العلاج في خطة مرسومة واضحة بحيث يعرف كل مختص نصيبه منها ومدى تعاونه فيها مع باقي المختصين ، على أن يتكرر عرض الحالة في الاجتماعات القادمة إذا لزم الأمر لمتابعة التطورات التي حدثت أثناء البحث والعلاج .

٤ - تنظر العيادة في هذه الاجتماعات أيضا في الحالات التي تم بحثها والتي ترى العيادة وجوب إيقاف البحث فيها وإقالتها إما لعدم إمكان تحسينها وضرورة إحالتها إلى جهات أخرى أقدر على العلاج ، أو بسبب الوصول إلى الدرجة الكافية من التحسن . وليس من الضروري أن يكون مجرد اختفاء الأعراض دليلا على زوال المشكلة فقد ترى العيادة ضرورة متابعة الحالة مدة أخرى بحيث تعاود زيارة صاحبها من آن لآخر إلى أن ترى من الأوصوب إيقاف البحث ، وأحيانا يتخلف الشخص صاحب المشكلة من تلقاء نفسه عن الحضور للعيادة لشعوره بالتحسن ، ويصح في بعض هذه الحالات إقبال الحالة بصفة مؤقتة إلى أن يظهر ما إذا كان الشخص سيعود ثانيا لعودة المشكلة أم لا . . .

٥ - يحدث في هذه الاجتماعات أيضا الاتفاق على الجهات الممكن أن يطلب معوتها في تشخيص أو علاج الحالة ، كالإحالة على إخصائي الأنف والأذن والحنجرة أو الإحالة على معمل التحاليل الكيميائية ، أو الاتصال بإخصائي اجتماعي خارجي يفيد في دراسة الحالة ممن لهم صلة بمقر العمل أو الوسط الذي يعيش فيه الشخص صاحب المشكلة .

٦ - وهناك غرض هام لهذه الاجتماعات وهو الغرض التدريبي والتنقيفي حيث تخصص بعض أوقات هذه الاجتماعات للدراسات النظرية التي توضح نقطة من النقط التي يصح الاختلاف عليها أثناء بحث الحالات بالرجوع إلى الكتب والبحوث المفيدة في مثل هذه الحالات .

وتفيد هذه الاجتماعات بصفة خاصة من يلتحقون بالعيادة من المختصين تحت التمرين من حيث استعراض الصعوبات وخطوات البحث . . . ولقائدة هؤلاء يحدث أحيانا التوسع في دراسة حالات معينة من أنواع نموذجية بقصد

توضيح ظروفها لهم . ويصح أن يدعى لهذه الاجتماعات ذات الغرض التوضيحي والتثقيفي بعض الأفراد الخارجيين المهتمين بشئون هذه الحالات المختلفة ، وفي مثل هذه الأحوال ينبغي أن تختار الحالات التي يصح مناقشتها بناء على الخطة التعليمية المناسبة .

طفل مشكل في العيادة

وفيما يلي مثال لإحدى الحالات التي تقدمت للعيادة النفسية بمعهد التربية واشترك المؤلف في بحثها وعلاجها ، ويمكن أن يتضح من تحليلها نظام العمل بالعيادة .

طفل في السابعة من عمره ، أحضرته أمه للعيادة لأنه لا يحسن ضبط عضلات مثانته ولذا يببل فراشه وملابسه ليلا معظم ليالي الأسبوع ، طلبت الأم علاجاً سريعاً ظناً منها أن العلاج في العيادة النفسية يتم في الحال بعد أخذ دواء معين كالأمراض الطبية ، وقالت أنها لجأت في علاجه للوصفات البلدية بعد أن عجز الأطباء عن علاجه بالأدوية والعقاقير ، كما أنها استعملت معه ضروب العقاب والتخويف بدون جدوى .

وظل الطفل يتردد على العيادة مدة تقرب من عامين ، حيث قامت العيادة بدراسة المشكلة وعلاجها ، فكتب المختصون فيها عن الطفل ونواحي حياته المختلفة ما يقرب من أربعين تقريراً بعضها عن النواحي الصحية وبعضها عن الحالة المنزلية وبعضها عن حياة الطفل في المدرسة وبعضها عن شخصية الطفل والاختبارات النفسية التي أجريت عليه .

وقد كشفت دراسة الطفل عن مشكلات نفسية أخرى تكونت عنده نتيجة إهمال علاج حالة التبول اللاإرادي عنده حتى هذا السن الكبير ،

إذ أن المفروض أن الطفل العادى يستطيع التخلص من التبول اللاإرادى فى حوالى سن الثانية والنصف . فالمعاملة التى كان الطفل يلقاها خلال هذه المدة قد ضاعفت المشكلة عنده فأصبح عنيداً محباً للمخالفة ، ميالاً للانتقام والتعذيب ، وكانت تبدو عليه الغيرة التى تتجلى فيها الأنانية ، كما نجد فيه طابع الشعور باليأس ومظاهر الشعور بالنقص التى كان يعوض عنها أحياناً بالغرور والعدوان . وقد تأثرت شخصيته كلها بذلك فصار ضعيف الثقة فى نفسه مفسكاً فى أساليب سلوكه غير قادر على الاعتماد على نفسه .

وقد وجهت العيادة اهتمامها فى أول الأمر إلى الكشف الطبى والتثبت من عدم وجود سبب جسمى أو فسيولوجى للمشكلة كأعراض المنطقة البولية والتهيج أو الالتهاب المحلى فى الأعضاء البولية ووجود آثار مرض البهارسيا أو زيادة الأملاح والحصوات البولية أو التركيز الشديد فى الحمض البولى . كما تثبت الطبيب من أنه لا يوجد ضعف فى الصحة العامة أو فى الجهاز العصبى وأنه لا يوجد اضطرابات فى الغدد الصماء أو تهيج فى اللوزتين أو الزوائد الأنفية ، وقد عملت التحاليل اللازمة لذلك كما عملت له أشعة للسلسلة الفقرية فلم يوجد بها شىء غير عادى ، فاتجهت العيادة للاهتمام بالأسباب النفسية والاجتماعية ، بعد أن تبين بوضوح أن المشكلة لا ترجع إلى أسباب جسمية .

وقد تبين من التقارير التى قدمتها المختصة الاجتماعية أن الجو المنزلى وأساليب معاملة الطفل من أفراد المنزل قد ساعدت على تعقيد مشكلة الطفل ، فقد كان والده موظفاً كبيراً مثقفاً وتوفى عندما كان الطفل فى سن الرابعة تقريباً ، واستدعى مرض والده نقله إلى المستشفى فى عمربة الإسعاف التى لازالت عالقة فى ذهن الطفل وهو لا يزال يذكره لأنه كان يلاطفه ويعزه ويأخذه إلى الحفلات ويقدم له الهدايا بسخاء ، ولما توفى شعر الطفل

فجأة بما فقدته من العطف والحنو الأبوي العظيم . أما الوالدة فسيده في سن الثلاثين تأثرت من وفاة زوجها كثيرا لأن الحالة الاقتصادية والعامية قد ساءت كثيرا فأصبحت قاصرة على إعانة شهرية ضئيلة ، وقد كانت الأم ترغب في الزواج من أحد أقاربها الذي كان يتردد على منزل العائلة وكانت جدة الطفل تحسن استقباله ظنا منها أنه يعتزم خطوبة ابنتها الأخرى التي تصغر أم الطفل ، وأدى هذا الموقف إلى تخرج العلاقة بين الأختين وبين الجدة وأم الطفل واستحكم الخلاف حتى أصبح المنزل ميدانا لمشاجرات ومعارك لا تنتهي . وكانت أم الطفل ترى فيه العقبة الوحيدة أمام زواجها حيث لم يكن لها غيره وبنت تصغره بسنتين . ولأجل هذا كانت تصب عليه عذابها وضيقها بالعقاب القاسي . . وقد زادت رغبة أم الطفل في الزواج بذلك الشاب فكثير خروجها من المنزل للقائه وكانت تترك الطفل وأخته عند الجدة والحالة اللتين لم تحسنا معاملتهما له . وهناك عوامل اجتماعية واقتصادية متشابهة أخرى تضاعف سوء حالة الجو المنزلي . ولكن المهم أن الطفل كان واعيا لكل ما يجري ويدرك ما يدور حول رغبة أمه في الزواج والأحداث التي تتردد من أفراد الأسرة في ذلك . . وكان يطيب له الحديث في وصف المعارك والأحداث التي تدور في الجو المنزلي . .

ومما ضاعف الحالة أيضا واعتبرته العيادة سببا رئيسيا في مشكلة الطفل معاملة أم الطفل لأخته الصغرى وتدليلها الشديد لها وتحيزها إلى جانبها في المنازعات الكثيرة بين الطفلين التي تنشأ عن غيرة الطفل من أخته ومن معاربتها له بمشاكلته وعنادها له واعتدائها عليه تحت حماية الأم .

وقد تبين للعيادة أن الأم من النوع الغير المكترث . حيث لم تهتم منذ بداية المشكلة بمحاولة تنظيم عادات الطفل في مواعيد خاصة كما هو ضروري

في مثل هذه الحالات ، بل إنها لم تكن قادرة على المشاورة على التعاون مع العيادة في تنفيذ ما تتطلبه منها إزاء ذلك مما أطال مدة العلاج . بل إنها كانت لا تسير على أسلوب ثابت في معاملة الطفل وكانت تتذبذب معاملتها له بين العطف الشديد والعقاب والتعنيف . . فبينما كانت تقوم بنفسها بإلباسه وتصفيف شعره ، لم تكن تعنى بنظافة فراشه المبلل .

وبناء على المقابلات التي تمت بين المختصين في العيادة وبين الطفل وذويه يمكن تلخيص أسباب مشكلة الطفل في إهمال تعويده على التبول في مواعيد منتظمة منذ الصغر ، ثم عدم إتاحة الفرصة للطفل لأن ينمي فرديته واستقلاله بنفسه في القيام بشئونه الخاصة ، ثم الحياة العاطفية التي لم يتوفر فيها إشباع ميل الطفل لأن يحب ويحب ، ثم معاملة الأم لأخت الطفل وما بين الطفلين من عناد وغيره واضحة ، ثم أثر القسوة والعقاب والسخط والتأنيب الذي كان يلقاه الطفل بسبب مشكلته وكذلك فشله المتكرر وبأسه من القدرة على التغلب على مشكلته .

وقد استكملت العيادة بحث الحالة من النواحي المدرسية فدلّت زيارات المختصة الاجتماعية لروضة الأطفال التي كان بها الطفل ، على أن الطفل في مرحلة دراسية أقل من مستواه العقلي بعام كامل وأنه ضعيف في الحساب واللغة العربية ولكن ضعفه ليس مبنياً على غباوة وإنما يرجع إلى اضطراب حياته المزاجية . . فقد كانت نسبة ذكائه فوق النسبة العادية ، وتبين تقارير مدرساته أنه كثير الشرود مشّت الانتباه ووصفته مدرسة الحساب بالعناد وقوة الإرادة وقالت مدرسة أخرى أنه لا يعرف النظام ولا الترتيب ولا النظافة حيث تظهر في أدواته وأعماله المدرسية علامات القذارة ، كما أجمع الكل على أنه مصدر مشكلات كثيرة بين زملائه لئله لمعاستهم وكبره عنهم . أما عن حياته

الانفعالية بالمدرسة فقالت إحدى مدرساته إنه ينقاد بالملاطفة قابل للاستهواء ولكنه متقلب المزاج غير ثابت فتارة يكون عبوسا وتارة يكون مرحا ولكن يغلب عليه القلق والتسرع . كما أنه لا يقدر على الصبر أو الانتظار ويبدو في تصرفاته طابع الاستهتار واليأس .

ومنذ التحاق الطفل بالعيادة اشترك المختص النفسي في تتبع حالته وتشخيص مشكلته فكان يقضى معه مددا طويلة في التحدث واللعب وعمل الاختبارات النفسية . وكانت تدون معظم أحاديثه والحكايات التي يقصها وتبحث دوافعها النفسية التي كانت تلقى الضوء على أسباب مشكلته . وقد أجريت عليه مجموعة من اختبارات الذكاء التي أثبتت أنه فوق العادي من هذه الناحية ، ولكن بعض الاختبارات العملية أوضحت عنده صفات التسرع واليأس وحاجته إلى العطف والملاطفة . وقد أجريت عليه اختبارات نفسية أخرى لدراسة الترابطات الذهنية عنده حول المشكلة وآثار المعاملة المنزلية وصعوبات حياته الماضية كاختبار بقع الخبر لرور شاخ واختبار التداعي الطليق وغيرها ، ومما يذكر أن الطفل كان يقص أحلامه ويميل للإطالة في شرح حكايات خيالية كثيرة ، وكان إفضاؤه بها يدل على حرمانه من العطف والصدقة ، وكانت معظم أحلامه تدور حول خوفه من عربة الإسعاف ، وخوفه من العفاريت التي كان يقول إنه يراها تمشي على الحائط وهو نائم فيقوم ليبحث عنها فلا يجدها ، وقد تبين أن الجدة كانت نقص عليه حكايات مخيفة وتهدهه بالعفاريت إذا هو لم يقلع عن عادته في التبول .

وقد كان ملف الطفل يعرض في بعض الاجتماعات الدورية للعيادة للنشاور فيما يجب عمله وكانت خطوات البحث والعلاج تقرر باتفاق المختصين وقد قدمت النصائح للأم في أول الأمر لتعنى بتغذية الطفل وتنظيم مواعيده في

الأكل والنوم والنظافة ، وطلب إليها مراقبة الطفل لمعرفة المواعيد التي يتبول فيها وهو نائم ثم قدمت لها تعليمات أوصتها بمراعاتها بدقة ، تقضى بضرورة إيقاظ الطفل قبيل المواعيد التي يحدث فيها التبول اللاإرادي عنده عادة ثم أخذه ليتبول وهو يقظ ثم يعود للنوم ، كما أوصتها بضرورة تغيير فراش الطفل وجعله نظيفا وجافا دائما وكذلك العناية بنظافة ملابسه وضرورة تغييرها في كل مرة يحدث فيها التبول عليها .

ولكن الجانب الهام من العلاج كان موجهها من المختص النفسي إلى الطفل نفسه عن طريق كسب ثقته ، وإشعاره بقدرته على التخلص من مشكلته بنفسه بالإيحاء المتكرر وتقوية إرادته ، وإشعاره بأنه المسئول الأول عن التخلص من عاداته ، وأنه أكبر منها وقادر على النجاح التام في التغلب عليها . وفي نفس الوقت قامت المختصة الاجتماعية بإرشاد أفراد المنزل وتعليمهم كيف يغيرون معاملاتهم واتجاهاتهم نحوه ونحو مشكلته بالإقلاع عن معايرته وتعنيفه ، واستبدال سخطهم عليه بالعطف والتشجيع .

أما عن مشكلة الأم وحياتها العاطفية فقد انتهت بزواجها من ذلك الشاب ، واستقرت الحياة المنزلية بعد ذلك نوعا ، وقامت المختصة الاجتماعية بنصيب كبير في تحسين معاملة الأم للطفل وعدم تفضيلها لأخته عليه ، كما أشارت العيادة بالإكثار من خروج الطفل إلى الرحلات وزيارة السينما بل وعاونته على الاشتراك في أحد المعسكرات الصيفية التي كانت تنظمها للأطفال المشكلين بالعيادة مما ساعد كثيرا في تقوية شخصية الطفل .

وقد اهتمت العيادة بعمل بطاقة يسجل فيها مدى تقدم الطفل في التحسن بذكر أيام الأسبوع والمرات التي يوقظ فيها وحالة التبول حيث يمكن منها أن تبين العيادة مرات فشل الطفل ونجاحه . وقامت الأم تحت إرشاد المختصة

الاجتماعية بتنفيذ هذه التعليمات ، وكان الطفل دائما يرى نتيجة تقدمه بالاطلاع على هذه البطاقة مما يساعد على تشجيعه .
هذا وقد كان علاج الحالة شاملا لجميع مظاهر الانحراف النفسى عند الطفل كما تناول أيضا معاونة المختصة الاجتماعية فى تحسين الجو المنزلى والاجتماعى .

مراجع الباب الأول

1. Brotemarkle, R. A: Clinical Psychology.
2. Burt, C. : The Young Delinquent; Appendix II.
3. Lowrey, L. G. : Psychiatry for Social Workers.
4. London County Council : Handbook on Mental Health for Social Workers.
5. Privy Council Office : The Work of Psychologists and Psychiatrists in the Services.
6. Skinner & Harriman : Child Psychology; Ch. 17.
7. Stevenson & Smith : Child Guidance Clinics.
8. Wall, D. W : Psychological services for children. Times Educational Supplement, April 1951.
9. Witmer, H. L. : Psychiatric Clinics for Children.

مراجع عربية :

- ١ — أسس الصحة النفسية : للدكتور عبد العزيز القوصى .
- ٢ — طفل مشكل فى العيادة السيكولوجية : للدكتور محمد خليفة بركات رسالة قدمت لدبلوم الخدمة الاجتماعية عام ١٩٤٠ .

الباب الثانی

نماذج من المشكلات التي تبيحها العيادات

الفصل الخامس : الضعف العقلي

الفصل السادس : التأخر الدراسي

الفصل السابع : ذنوب الأحداث

10000

الفصل الخامس الضعف العقلي

فكرة عامة عن ضعف العقول

معنى الضعف العقلي :

ترد إلى العيادات النفسية من آن لآخر حالات يبدو فيها بوضوح وجلاء أن من غير الممكن علاجها ، لأن الشذوذ فيها يتناول التكوين العقلي العام الذي يلزم الحالة من بدء الحياة ، وتتضح آثاره في تعطيل النمو العقلي بدرجة كبيرة . ومن أمثلة ذلك حالة طفل بلغ سن الثامنة ومع ذلك لم يستطع الانخراط مع زملائه في روضة الأطفال أو المدرسة الأولية إطلاقاً رغم اهتمام والديه ورغبتهم في تعليمه . ولم يمكن تعليمه حتى مبادئ القراءة أو الكتابة رغم عرضه على الأطباء الذين لم يجدوا عنده أي نقص أو مرض جسمي .

ويعرف الضعف العقلي بأنه « حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الشخص غير قادر على موازنة نفسه للبيئة العادية وبحيث لا يستطيع الاحتفاظ ببقائه وحياته بين غيره بدون إشراف أو حماية أو رعاية خارجية على أن يكون ذلك ملازماً للشخص من بدء حياته الأولى » .

ويجب أن نؤكد هنا أن ضعف العقول ليسوا « مجانين » إذ أنهم لم يكونوا عاقلين ثم مرضت عقولهم ، بل إنهم نشأوا في حالة ضعف طبيعي في القدرة العقلية العامة بحيث لا يمكن شفاؤهم ، وإن كان من الممكن أن تقدم لهم مساعدة كبيرة عن طريق وسائل التمرين وطرق التربية المناسبة لهم . فيصح

إذن أن نفرق بين حالات الاضمحلال العقلي Dementia وهي الحالات التي تحدث في مرحلة ما من مراحل الحياة بعد أن كان العقل في حالة عادية ، وبين حالات القصور أو الضعف العقلي Amentia وهي الحالات التي لا يتم النمو العقلي فيها بدرجة كبيرة ويكون هذا البطاء ملازما للشخص منذ الولادة أو قبلها ولا يمكن أن يتحسن .

ومن المهم أن نقرر أن الناس لم يخلقوا جميعا متساوين من حيث القدرة العقلية العامة أو الذكاء ، فكما أن هناك اختلافات فردية بينهم من حيث الصفات الجسمية كالطول والقوة العضلية والتكوين البيولوجي والمزاجي ، فكذلك نجد أن كمية العقل أو الذكاء تختلف من فرد إلى آخر في المجموعة البشرية ، فهناك العباقرة والموهوبون وهم قلة ومن أمثالهم نيوتن وموزارت ودارون ، وهناك العاديون في الذكاء أو المتوسطون وهم الذين يكونون الغالبية العظمى من الناس ، كما أن هناك درجات متفاوتة ممن وهبوا قسطا محدودا من الذكاء تصل في أحط درجاتها إلى من يطلق عليهم المعتوهون Idiots وهم قلة كذلك .

إذن فالفرق بين الموهوب والعادي وضعيف العقل فرق في الدرجة لا في النوع ، ولكن على أي أساس نحدد طبقات الذكاء أو الغباء أو الضعف العقلي؟ هناك اعتبارات كثيرة يمكن أن تحدد بمقتضاها هذه الطبقات المختلفة وبالأخص حالات الضعف العقلي ، ومن ذلك القابلية للتعلم والإفادة من التوجيه والإرشاد ثم نوع السلوك والتصرف الذي يبدو في حياة الشخص وعلاقاته الاجتماعية ؛ كما أن البحث العلمي قد ساعد على إيجاد اختبارات عقلية لقياس الذكاء يمكن بمقتضاها تقدير طبقة الذكاء التي ينتمي إليها الفرد .

الاهتمام بضعاف العقول :

وقد تطورت النظرة إلى ضعاف العقول بتقدم الزمن ، فقد كان الإغريق والرومان القدماء يعتبرون أن ضعاف العقول لا يستحقون الحياة ، ولذا كانوا يتركونهم ليموتوا ، بل كانوا في اسبرطة يلقونهم في الماء ليفرقوا . ولا تزال فكرة التخلص من الضعاف موجودة في بعض الحضارات المعاصرة ، إذ تعتمد بعض الدول كألمانيا النازية إلى إعدام أمثال هؤلاء تمشيا مع نظرية البقاء للأصلح .

وفي العصور الوسطى كان ينظر إلى ضعاف العقول على أنهم أبناء للشياطين وكانت أحاديث البلهاء والمعتوهين القاصرة غير المفهومة تترجم على أنها لغة يتفاهمون بها مع آبائهم وكان ينظر إليهم في أحيان أخرى على أنهم على صلة روحية بالخالق وأنهم من المقر بين إلى الله أو من أوليائه الصالحين ، تلك النظرة التي لا تزال موجودة حتى الآن في بعض الشعوب التي يتفشى فيها الجهل وتنتشر فيها الخرافات ، ومما يساعد على انتشار مثل هذه الاعتقادات الخرافية عجز الأطباء عن علاج ضعاف العقول أو تحسين ذكائهم .

وقد بدأت أول محاولة علمية لدراسة ضعاف العقول بفرنسا عقب الثورة الفرنسية بمناسبة عثور بعض الصيادين في غابة أفيرون على طفل على الفطرة The Wild Boy of Aveyron تبين فيما بعد أنه ضعيف العقل . وقد اهتم بدراسته إيتارد Itard الذي كان طبيبا بمدرسة الصم في باريس في ذلك الوقت حوالي عام ١٧٩٨ ورغم أن إيتارد قد عجز عن تعليم هذا الطفل إلا أنه استطاع أن يثير الاهتمام بضعاف العقول وصفاتهم النفسية . وقد قام سيجوان Seguin تلميذ إيتارد بعمل بعض التجارب والاختبارات غير اللفظية للتفاهم مع هذا

الطفل مما أدى إلى تطور البحث في قياس الضعف العقلي ، ولا تزال لوحة
سجوان الشهيرة تستعمل حتى الآن في تقدير الذكاء . .

وفي عام ١٨٣٧ أنشأ سجوان Seguin أول مدرسة لتعليم ضعاف العقول
في باريس . ثم انتشرت فكرة إنشاء مؤسسات لهذه الطائفة بالإفادة من
أساليب سجوان في تعليمهم فأنشئ بإنجلترا مؤسسة مشابهة في هايجيت
Highgate عام ١٨٤٩ ، وأنشأ إتمولر Etmüller مؤسسة بمقاطعة ساكسوني
Saxony بألمانيا عام ١٨٤٤ ، كما أنشئت مؤسسة بنيويورك في عام ١٨٤٨
ودعى إليها سجوان نفسه للمساعدة في إنشائها .

وبالتدريج اهتمت الدول بوضع التشريعات والقوانين التي ترمى إلى
ضمان حماية ضعاف العقول ، والعمل على رعايتهم بحيث لا يكونون عبئا ثقيلا
على المجتمع ففي إنجلترا مثلاً وضع قانون المعتوهين Idiot Act في عام ١٨٨٦ ،
ولكن أول قانون شامل لطبقات الضعف العقلي وتمييزها وضع في عام ١٩١٣
وأجريت عليه تعديلات متتابة أهمها قانون عام ١٩٢٧ وتعديل عام ١٩٣٨
كما أفردت لضعاف العقول مواد خاصة في قوانين التعليم كما نرى في قانون
التعليم الإنجليزي لعام ١٩٤٤ والتعديلات التي أدخلت عليه .

الصفات العامة لضعاف العقول :

يختلف النمو العقلي في ضعاف العقول عنه في العاديين من حيث :-
(أ) تأخر النمو العام . (ب) عدم توافق أو انسجام القوى العقلية المختلفة .
(ج) وقوف النمو ووصوله إلى نهايته في سن مبكرة . وتبدو هذه المظاهر في
الطفل الضعيف العقل منذ بداية حياته كأن يكون قليل الحركة وهو جنين
وأن تعوزه الدوافع التي ترمى إلى حفظ الذات بحيث لا تظهر عليه علامت الخوف
أو الجوع بوضوح .

ومن الثابت أن ضعاف العقول يتأخرون عن المعتاد عادة في التسنين والنمو الحركي كالجولس والمشي ، كما يتأخرون أيضا في النطق والكلام ، وفي تكوين عادات النظافة ، والاعتماد على أنفسهم في تناول الطعام أو ارتداء الملابس .

وغالبا ما يكون عندهم اضطراب في الطاقة المزاجية والوجدانية كأن تكون انفعالاتهم بطيئة الاستثارة ومشوبة بالوهن والضعف فيكونون متصفين بالثمول Apathetic أو تكون انفعالاتهم متقلبة بحيث يصعب عليهم التحكم في تنظيمها وتوجيهها فيكونون متصفين بعدم الثبات Unstable وهذا يسبب لهم مشكلات لا قبل لهم بها ولذا لا تنظم حياتهم الخلقية والاجتماعية وينساقون بسهولة إلى التشرذم والإجرام .

ويبدو ضعفهم في نواحي القدرات العقلية المعرفية في عدم قدرتهم على الإفادة من التعليم بالمدراس العادية ، وفي بقاء فهمهم وضالة أفكارهم وعدم ترابطها أو انسجامها ، وفي أخطائهم الواضحة في الإدراك والفهم والاستنتاج وعدم قدرتهم على تمييز الخطأ والصواب وعجزهم عن القيام بالأعمال التي تساعدهم على كسب عيشهم وحاجتهم المستمرة إلى رعاية غيرهم لهم .

وغالبا ما يكونون قابلين للإيحاء والانقياد لغيرهم بسهولة ولذا يستغلهم بعض الأشرار عادة في تنفيذ جرائمهم فيكونون لهم بمثابة مخالب القط ويعرضونهم لخطر وقوعهم في أيدي البوليس خصوصا وأنهم يقنعون بنصيب يسير من الغنائم . وهناك نوع من ضعاف العقول تتضح عنده قدرة عقلية في ناحية خاصة بشكل غير عادي رغم وجود صفات ضعاف العقول السابقة فيه كأن يكون ذا قدرة موسيقية فائقة أو له ذاكرة ممتازة بشكل غير عادي أو أن يكون رساما ماهرا أو غير ذلك . ويطلق على هؤلاء « المعتهون العارفون » « Idiots Savants » .

وقد دلت دراسات بيرت Burt ولوس Lewis على أن نسبة وجود ضعاف العقول في القرى تكاد تبلغ ضعف نسبتها في المدن . ويمكن تعليل ذلك بسهولة على أساس هجرة الأذكاء إلى المدن وترسيب ضعاف العقول في القرى.

مراتب الضعف العقلي

يقسم ضعاف العقول عادة إلى طبقات حسب درجة الضعف العقلي التي تؤثر في سلوكهم الاجتماعي وقدرتهم على العمل والتعلم ، كما يقسمون أيضا إلى أنواع بحسب ما يتضح فيهم من الصفات الجسمية والبايولوجية والإكلينيكية . وفيما يلي طبقات الضعف العقلي حسب التقسيم الأول :

المعتوهون Idiots :

وهم أحط طبقات الضعف العقلي ويعرفهم القانون الإنجليزي بأنهم « الأشخاص الذين يوجد عندهم ضعف عقلي بدرجة تجعلهم غير قادرين على حماية أنفسهم ضد الأخطار المادية البسيطة العادية » ويعرف بينيه Binet هذه الطائفة بأنهم أولئك الذين لا يستطيعون التفاهم مع غيرهم بالكلام إذا لم يكن هذا راجعا إلى إصابتهم بالصمم أو البكم أو إلى اضطراب أجهزة الكلام بل يكون عجزهم راجعا إلى نقص القدرة العقلية العامة ، فيكون كلامهم مكونا من مقاطع بسيطة وأصوات غير مفهومة ، ويكون فهمهم لما يقال لهم محدودا بحيث لا يصل إلى أكثر من تلبية الأوامر البسيطة . وطبيعي أن هؤلاء لا يمكنهم أن يتعلموا بالمدارس أو أن يقوموا بأي عمل مفيد بل إنهم يحتاجون لمن يرعاهم ويطعمهم ويعنى بنظافتهم كالأطفال الصغار تماما . ويصل إدراكهم وفهمهم إلى درجة من الضعف تجعلهم لا يستطيعون أن يعرفوا الطريق إلى منازلهم إذا تركوا وحدهم .

وفي الولايات المتحدة يعرف المعتوهون بأنهم ضعاف العقول الذين لا يصل
عمرهم العقلي لأكثر من ثلاث سنوات مهما بلغ عمرهم الزمني ، أو أنهم من
تقل نسبة ذكائهم عن ٢٥ .

وتبلغ نسبة وجود هذه الطائفة في المجتمع ٠.٠٦ و ٪ ، ومعظمهم من أعمار
صغيرة نظرا لوفاة أفراد هذه الطائفة بكثرة بالنسبة لباقي الطبقات .

وتقسم هذه الطائفة أحيانا إلى طبقتين وهما : العته الكلي Absolute
Idiocy والعته الجزئي Partial Idiocy وذلك بحسب درجة العته التي تبدو
فيهم من دوافع المحافظة على الذات Self Preservation .

وقد لوحظ أن نسبة المعتوهين من الذكور تفوق نسبتهم بين الإناث
فقد وجد Lewis أن هناك ٤٠ في الألف من المعتوهين بين الذكور ويناظرهم
٢٩ في الألف من المعتوهات بين الإناث .

ويغلب أن يكون الضعف العقلي في المعتوهين مصحوبا بضعف في
التكوين الجسمي وفي الحواس والتوافق الحركي وفي الإدراك والقدرة على
التمييز بين المدركات المختلفة ، ولا يستطيع المعتوهون توجيه طاقتهم حتى نحو
اللعب المقبول ولا يمكنهم الاستغناء عن رعاية غيرهم وحمايتهم إطلاقا .

ويمكن تصور أفراد هذه الطائفة من وصف الحالة الآتية : —

« بنت من نزيلات مؤسسة ضعاف العقول بانجلترا منذ طفولتها ، لم تكن
تستطيع إطعام أو إلباس نفسها أو فهم أي كلام يوجه إليها ، لم تظهر عندها
أية رغبة في الاستطلاع أو التقليد أو أية قدرة على الانتباه ، وكانت قدرة في
عادتها ودائما يسيل لعابها من فمها ؛ لم تكن تستطيع النطق ولكنها كانت
تصدر أصواتا غريبة كنهيق الخمر في بعض الأحيان ، وكانت تنتابها نوبات
تعمل فيها أظافرها وأسنانها في المحيطين بها بدون تمييز بين زميلاتها وبين

الممرضات ، وكانت دائما مصدر قلقا كثيرا ، وقد ظلت على هذا الحال حتى بلغ عمرها ٣٥ سنة حيث بدأت تنقلبها نوبات واضحة من الصرع Epilepsy ، وعند وفاتها تبين من تشريح المخ أن خلاياه كانت تختلف في تكوينها وترتيبها عن خلايا المخ في الأشخاص العاديين ، كما وجد أن حجم المخ نفسه كان أصغر من المعتاد .

البهلاء : Imbeciles

« وهم الأشخاص الذين يوجد عندهم ضعف عقلي وإن كان لا يصل إلى درجة العتة إلا أنه يكون ظاهرا لدرجة تجعلهم غير قادرين على رعاية أنفسهم أو مباشرة مصالحهم الخاصة أو أن يتعلموا ذلك » ؛ ويعرفهم بينه Binet بأنهم من لا يستطيعون التفاهم مع غيرهم بالتعبير اللغوي التحريري رغم إعطائهم الفرصة والوقت الكافي لتعلم الكتابة ، وهم وإن كانوا يستطيعون عد الأرقام الأولى إلا أنهم لا يستطيعون القيام بالعمليات الحسابية البسيطة ولكن عن طريق العناية الفردية يمكن تعليمهم قراءة وكتابة كلمات ذات حرفين أو ثلاثة وجمع وطرح الأرقام البسيطة ، وهم لا يستطيعون تقليد أي رسم هندسي أو إدراك جزء ناقص من صورة تعرض عليهم ، ولهذا لا يمكن تعليمهم بالمدارس العادية إطلاقا .

ومن الممكن تمرينهم على القيام ببعض الأعمال اليدوية الآلية التي لا يكون فيها أي تصرف أو تغيير في الحركات وإشراكهم في أعمال النظافة المنزلية وتعويدهم بعض العادات المفيدة لهم ، ولكنهم لا يمكنهم الاعتماد على أنفسهم في كسب عيشهم لعجزهم عن الإنتاج المادي الكافي لذلك ، ولعدم وجود فكرة واضحة في أذهانهم عما يجب أن يتدبروه من النفقات الضرورية لهم .

ويتميز البلهاء عن المعتوهين بأنهم يستطيعون أن يتعودوا حماية أنفسهم من الأخطار المادية الخارجية كأن يتعدوا عن النار خوفا من الحريق ، وعن الترع والأنهار خوفا من الغرق ، وعن السيارات والقطارات خوفا من الحوادث وهكذا . كما أن إدراكهم وفهمهم يصل إلى درجة يستطيعون بها الوصول إلى منازلهم وحدهم وإن كانوا يضلون الطريق بسهولة إذا ابتعدوا عن الشارع . وفي أمريكا يعرف البلهاء بأنهم ضعاف العقول الذين يقع عمرهم العقلي بين ٣ سنوات و٧ سنوات ، أو أنهم من تقع نسبة ذكائهم بين ٢٥-٥٠ تقريبا . وتبلغ نسبة وجود هذه الطائفة في المجتمع حوالي ١٩ ، ٠ ٪ ، ونسبة البلهاء من الذكور إلى الإناث كنسبة ٥ إلى ٤ تقريبا .

وبعض أفراد هذه الطائفة يبدو عليهم النمو الجسمي والمظهر العادي بحيث يصطدم من لا يعرفهم بحقيقة كونهم ضعاف العقول ، ولكن البعض الآخر ممن يكون عندهم إصابات في المخ أو تشوهات جسمية يتميزون بسهولة ، وفي معظم الأحوال يبدو على أفراد هذه الطائفة وجوم الوجه والبله ويدرك من يعاشروهم أن تصرفاتهم وسلوكهم لا يمكن أن تصل إلى أكثر من سلوك الأطفال الذين يكونون أقل من نصف عمرهم .

ويمكن تصور هذه الطائفة من وصف الحالة الآتية :

«شاب في العشرين من عمره ، كان الطفل الأخير من سبعة إخوة ، مات ثلاثة منهم في الطفولة وواحد آخر ضعيف العقل أيضا ، الوالد من نزلاء مستشفى الأمراض العقلية ، الوالدة عادية ولكن صحتها ضعيفة .

تأخر نموه في الطفولة فلم يستطع أن يقف بنفسه إلا في سن سنتين ، ولم يستطع المشي إلا في سن ٤ سنوات ، وكان عمره أكثر من خمس سنوات قبل أن يتكلم ، ولم يكن مجموع محصوله اللغوي يزيد عن ١٢ كلمة وهو في سن العشرين ،

لم يدخل أية مدرسة لأن المدارس رفضت قبوله بها ، بقي في المنزل حتى سن ١٥ سنة إلى أن أصبحت أمه غير قادرة على حكمه فدخل مستشفى الأمراض العقلية .

قصير بدين بارز التقاطيع كبير الأذنين يبدو على وجهه البله ، أسنانه غير منتظمة ، حركاته ثقيلة وغير متوافقة ، لا يبدو في حواسه أى ضعف ولكنه لا ينتبه أو يكثر لآى شىء لدرجة تجعل من يتحدث إليه يظن أنه أصم ، فهو يلتفت إذا سمع صوتا مفاجئا كصفارة مثلا ، يبدو أنه لا يهتم أين هو ، وليس عنده أية فكرة عن الوقت ومضيه ، ورغم كونه مسالما ولا يميل للإجرام إلا أنه ينتابه أحيانا نوبات نشاط حركى يصطدم فيها بمن يصادفه .

المأفونون Morons :

« وهم الأشخاص الذين يوجد عندهم ضعف عقلى وإن كان لا يصل إلى درجة البله إلا أنه يكون ظاهرا لدرجة تجعلهم يحتاجون لرعاية وإشراف وضبط لحماية أنفسهم أو حماية غيرهم منهم . أو في حالة الأطفال الذين يظهر أنهم غير قادرين — بسبب هذا الضعف — على الإفادة الصحيحة من التعليم بالمدارس العادية . »

ويعرفهم بينه Binet بأنهم الأشخاص الذين يستطيعون التفاهم بالكلام أو الكتابة مع غيرهم ، ولكن يبدو فيهم تخلف ملحوظ في التحصيل وكسب المعرفة عن زملائهم من العاديين رغم وجودهم معهم في نفس الظروف . ولما كان هذا التخلف قد يرجع إلى أسباب كثيرة فإن من المفيد أن يعطى هؤلاء من الاختبارات العقاية ما يوضح أن تخلفهم يرجع إلى نقص في الذكاء الذى يبدو في العجز عن الفهم وعدم القدرة على تركيز الانتباه واستمراره وفي

عدم الاهتمام بما يعود على الشخص بالفائدة ، وعدم القدرة على تصميم خطة للسير في العمل .

ومثل هذه الطائفة لا يمكن أن تصل في التعليم بالمدارس العادية لأكثر من السنة الثانية الابتدائية رغم المحاولات التي يبذلها المدرسون في تقويتهم ، ولكن من الممكن تعليمهم في مدارس خاصة وعلى أيدي مدرسين فنيين ، العمليات الحسابية في القواعد الأربع في أبسط صورها وكذلك بعض الدراسات القائمة على الأعمال اليدوية والصناعات البسيطة .

وتتميز هذه الطائفة عن البلاء بالقابلية للتمرن على القيام بأعمال مفيدة لهم في كسب عيشتهم إذا وجدوا الإشراف المصحوب بالعطف والصبر والرغبة في مساعدتهم ، وطبيعي أن تكون هذه الأعمال من النوع الذي لا يحتاج إلى تصرف أو ابتكار أو تغيير في سير العمل .

وهم ينتجون إذا كانوا يعملون في جماعة أكثر مما لو كانوا يعملون في عزلة خصوصا إذا كانوا متزنين في حياتهم الانفعالية والخلقية . ولكن أصحاب المصانع يضيقون ذرعا بهذه الطائفة ولا يطبقون ضعفهم العقلي الذي يؤدي لكثرة أخطائهم ، ومن الممكن أن يقوم أفراد هذه الطائفة بأعمال الخالين أو بأعمال النظافة وغيرها من الأعمال التي لا تحتاج إلى تحمل أي مسئولية .

ورغم قدرتهم على الكسب بما يكفي لمعيشتهم فهم محتاجون دائما إلى من يرسم لهم خطة الكسب والعمل ، وإلى من ينظم لهم ميزانيتهم ومباشرة مصالحهم الخاصة .

وفي أمريكا تعرف هذه الطائفة بأنهم ضعاف العقول الذين يقع عمرهم العقلي بين ٧ سنوات و ١٠ سنوات ، أو من تقع نسبة ذكائهم بين ٧٠ و ٥٠ تقريبا .

وتبلغ نسبة وجود هذه الطائفة بين أفراد المجتمع حوالي ٧٥.٠٪ ونسبة الذكور منهم إلى الإناث كنسبة ٨ : ٧ .

وتظهر عند أفراد هذه الطائفة الصفات التي ذكرناها عند المعتوهين والبلهاء ، ولكن بدرجات أقل وضوحاً . ولذا يصعب أحيانا تمييزهم قبل الالتحاق بالمدارس ووضوح تأخرهم العقلي .

ويمكن تصور أفراد هذه الطائفة من وصف الحالة الآتية : —

« شاب في سن ٢٢ سنة يبدو عليه أنه أقل من ذلك بخمس سنوات ، التحق بمدرسة أولية وتركها وهو في الفرقة الثالثة بعد أن قضى بها ست سنوات ولكن تبين أنه كان ينقل من فرقة إلى أخرى بالنظر لكبر سنه وجسمه ، ولم يكن مستواه التحصيلي يزيد على مستوى الفرقة الثانية ، اشتغل عاملا في إحدى المطابع مساعدا لأحد العمال بأن يحمل إليه الأوراق التي يطلبها وغير ذلك من الأعمال الآلية . وكان يعطى أجرته كلها لأمه التي كانت تدبر أمره ، وتشتري له ملابسه إذا احتاج كما لو كان طفلا صغيرا .

كان قانعا سعيدا بعيشته ليس له أي مطمع ، أتاحت له فرصة صداقة إحدى البنات ولكن علاقته بها لم تتطور فهجرته وتزوجت بغيره ، كان يعرف القراءة والكتابة ولكن معلوماته العامة ضئيلة وسطحية ، لا يعرف عن الجغرافيا إلا أنها تتعلق بالبلاد والأنهار ، ولا عن التاريخ إلا أنه ما حدث من من قبل ، ولكنه لا يعرف أية معلومات تاريخية أو جغرافية » .

ضعاف الخلق Moral Defectives :

ويضيف القانون الإنجليزي لضعاف العقول طائفة أخرى وهم « الأشخاص الذين يوجد عندهم ضعف عقلي مصحوب بنزعات ملتوية أو ميول إجرامية ، والذين يحتاجون من أجل ذلك إلى رعاية وإشراف وضبط لحماية غيرهم منهم » .

وقد اهتم القانون بهذه الطائفة لتأكيد أهمية السلوك العام من النواحي الخلقية بدل قصره على النواحي العقلية المعرفية وحدها ، ولتوجيه الانتباه لوحدة العقل وصعوبة الفصل بين النواحي المعرفية والمزاجية خصوصا في حالات الضعف العقلي ، وقد يظن أن تميز هذه الطبقة كطائفة رابعة يحمل في طياته أن هؤلاء الأشخاص من مستوى عقلي أحسن من الطوائف السابقة ولكن هذا غير صحيح فهم فعلا ضعاف العقول ولكنهم فوق ذلك يفشلون في توجيه طاقتهم العقلية وفي تربية قواهم العاطفية والمزاجية بحيث أصبحوا لا يستطيعون التحكم في أهوائهم وشهواتهم وبحيث يحتاجون لحماية غيرهم من عدوانهم وخطرهم .

ويلاحظ أن السلوك الإجتماعي الشاذ لهذه الطائفة يتصف بالاستمرار رغم العقوبة أو النصح لأن من الصعب عليهم التمييز الخلقى أو فهم المعايير الاجتماعية أو التحكم في غرائزهم بما يلائم هذه المعايير .

وينزع بعض أفراد هذه الطائفة إلى عدم الانتظام في أي عمل أو في الذهاب للمدرسة ولذا يميلون إلى التشرذم والانحراف الجنسي وتغلب عليهم صفات التسرع والأنانية وعدم تقدير حقوق غيرهم أو مراعاة شعورهم ، ولا يفيد فيهم التأنيب أو العقاب لأنهم لا ينجحون من أي عمل إذ ليس عندهم أي احترام لأنفسهم . ولا يعاؤون بالنظام أو السلطة الضابطة .

وتسكروا كاذبيهم وسرقاتهم وارتكابهم للذنوب الخلقية حتى مع أقاربهم وغالبا ما يتعرضون للإجرام والوقوع في أيدي العدالة لعدم قدرتهم على تدبير الخطط التي تساعدهم على التخلص .

ومن المستحيل إصلاح هؤلاء أو علاجهم لأن ضعفهم طبيعي ويرجع إلى نقص عقلي وهذا هو الذي يميزهم عن غيرهم ممن يقعون في أخطاء خلقية .

كما أن شذوذهم الخلقى يلازمهم منذ طفولتهم ولا يكون راجعا إلى أخطاء التربية أو المعاملة التي يلقاها الطفل في بيئته كما يحدث في بعض الحالات التي يتعرض لها بعض العاديين .

الأنواع الإكلينيكية لضعاف العقول

قلنا إن الضعف العقلي أمر يتعلق بنقص الذكاء أو القدرة المعرفية العامة ، وإذن فليس من الضروري أن يكون هناك تلازم بين ضعف الصحة أو نقص النمو الجسمي أو اضطراب الوظائف الفسيولوجية وبين الغباء أو الضعف العقلي ؛ غير أن هناك بعض الحالات التي تعرض للعيادات النفسية تكون متصفة بمجموعة من الأعراض المتصلة بالفواحي الجسمية التشريحية والفسيولوجية بجانب نقص الذكاء ، وتكون هذه الأعراض الجسمية واضحة بدرجة كبيرة بحيث يمكن الاستعانة بها على تشخيص وتمييز هذه الحالات . ومن أمثلة الأنواع الشهيرة لضعاف العقول المرتبط بضعفهم العقلي بوصفات وعيوب جسمية مميزة ما يأتي : —

حالات صغر الجمجمة Microcephalic :

وهؤلاء يكون حجم الجمجمة عندهم صغيرا بدرجة ملحوظة رغم نمو الوجه بالحجم الطبيعي ، ويبدو ذلك واضحا في قلة ارتفاع قمة الرأس بحيث يكون البعد العمودي بينها وبين مستوى الأذنين قصيرا جدا ، وتكون النسبة الجسمية Cephalic Index عندهم — أى نسبة عرض الجمجمة إلى طولها — أقل من المعتاد بكثير حيث تصل إلى ٠,٧٣ ، أحيانا بينما هي حوالي ٠,٧٨ في العاديين . ولا يزيد محيط الجمجمة في تلك الطائفة من الشواذ عن ١٧ بوصة

بينما يكون حوالى ٢٢ بوصة فى العاديين . ولهذا تبدو تقاطيع الوجه - فى تلك الطائفة - كبيرة بمقارنتها بضيق الجبهة وقصر ارتفاع الجمجمة ، أما المخ فيكون صغيرا أيضا بحيث لا يزن أكثر من نصف كيلو جرام رغم نمو الشخص الجسمى التام أحيانا ، وقد يكون المخ سليما وخاليا من العاهات والإصابات مع صغر حجمه ، ولكن التعرجات الموجودة بالقشرة الخفية تكون بسيطة وأقل عمقا عن المعتاد . هذا ويلاحظ أن صغر حجم الجمجمة يكون نتيجة - وليس سببا - لصغر حجم المخ ، ولذا لا يفيد العلاج فى زيادة حجم المخ . أما جلد الرأس فيكون فى الغالب غليظا وبه تجاعيد وتقلصات تحدث نتيجة صغر عظام الجمجمة بالنسبة للجلد الذى يغطيها .

وقد يكون من بين أفراد هذه الطائفة من يكونون فى صحة عامة جيدة ويكون نموهم العصبى عاديا ، إلا أن غالبيتهم يكون نموهم أقل من المعتاد وحرركاتهم فى المشى بدائية وذات طابع خاص ، ومعظمهم يموتون فى سن مبكرة ولهذا تقدر نسبة هذه الطائفة بحوالى ٥٪ من ضعاف العقول الأقل من عشر سنوات ، ولكن نسبتهم تهبط إلى ٥,٠٪ بالنسبة لضعاف العقول من جميع الأعمار .

أما مستواهم العقلى فيختلف بحيث نجد بينهم المراتب المختلفة للضعف العقلى فمنهم المعتوهون والبلهاء والمورون ، وهم عادة محبون للتقليد الحركى ولكنهم قليلو الضرر عادة ، وبعضهم أميل إلى السرور والمرح والمسائلة .

وهناك تفسيرات كثيرة لأسباب صغر الجمجمة ، منها الارتداد أو النكوص الفطرى نحو جيل حيوانى سابق ، ومنها إصابات الجنين قبل الولادة نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربية التى قد تؤثر فى تكوين الطفل ... ولكن معظم هذه التفسيرات ليس لها أسس علمية تجعل لها صفة الثبات .

حالات كبر الجمجمة : Hydrocephalic

وفيها يكون حجم الجمجمة أكبر كثيرا من المعتاد ، بسبب امتلائها بالسائل المخي ، وقد يكثر تجمع هذا السائل في الفجوات الداخلية بالمخ ، أو يكثر وجوده حول المخ من الخارج تحت عظام الجمجمة ، ويكون كبر حجم الرأس ملحوظا حيث تبرز الجبهة وتتكور الجمجمة فوق الوجه بشكل يجعل حملها يبدو ثقيلًا ، وقد يزيد محيط الجمجمة عن ٣٠ بوصة بينما يكون في المعتاد حوالي ٢٢ بوصة ، وعادة يتأخر التأم اليافوخين الأمامي والخلفي كثيرا مما يعرض المخ للأخطار ، كما أن جلد الرأس يبدو مشدودا بحدة على سطح الجمجمة نظرا لكبر مساحتها الخارجية بالنسبة للجلد .

وترجع أسباب هذه الحالات أحيانا إلى إصابات أو عاهات تشريحية بالمخ ، أو أمراض تصيب خلاياه وتعوق نمواً نسجته فيبقى ضامرا صغيرا ، ويمتلئ فراغ الجمجمة بالسائل المخي . وإذا كان السائل المخي يتزايد تجمعه بالتدريج فإن الحالة تزداد سوءاً ويموت الشخص بسرعة في هذه الحالات ، أما إذا وقفت زيادة السائل المخي عند حد معين فمن الممكن أن تكون الحالة أحسن حالا وأطول عمراً .

والمهم في جميع حالات كبر الجمجمة هذه أن يكون المخ نفسه صغيراً عن المعتاد ، وغالبا ما تتأثر بعض المناطق المخية من ضغط السائل المخي فتؤدي إلى اضطرابات حسية أو حركية ، ولهذا تسكثر في أفراد هذه الطائفة عاهات الحس والحركة كضعف السمع أو البصر ، وحالات الشلل الحركي في الأطراف والتعرض لنوبات الصرع .

وغالبا ما يكون أفراد هذه الطائفة أميل إلى الطاعة والهدوء ، ولكنهم يعجزون عن القيام بأي عمل يتطلب التوافق الحركي رغم توافر رغبتهم في القيام به .

حالات القزامة Cretinism :

وفيها يكون الشخص قصير القامة بدرجة ملحوظة وقد لا يصل طوله لأكثر من ٣ أقدام مهما كان عمره الزمني ، ويصحب ذلك ضعف عقلي عام يرجع إلى انعدام أو قلة إفراز الغدة الدرقية Thyroid Gland . ويتأخر نمو الأطفال من هذه الطائفة في النواحي المختلفة كالنسنين والجلوس والمشى والكلام ، فقد يتأخر المشى إلى سن خمس سنوات ، وقد يتأخر الكلام إلى سن الثامنة ، كما يتأخر إفعال اليافوخ الأمامي في الجمجمة بحيث يبقى مفتوحا حتى البلوغ أحيانا ، كما يتأخر النمو والنضوج الجنسي أيضا . ويتميز هؤلاء بجانب قصر القامة بأن يكون جلدهم جافا غليظا مصفرا ، وقد يكون مجعدا في بعض المواضع ، ويكون شعرهم خفيفا فلا يظهر منه إلا القليل في الحواجب وفروة الرأس ، وتكون درجة حرارة الجسم أقل من المعتاد كما يكون التنفس مضطربا وبصوت مسموع أحيانا ، وغالبا ما تكون الشفتان غليظتين والقم مفتوحا والأنف أفطسا والعينان متباعدتين ، وهذه الصفات تجعل من السهل الخلط بينهم وبين طائفة ضعاف العقول من النوع المغولي ، ولكن حالات القزامة تتميز بالبطء في الاستجابات الحركية وبوجوم الوجه وعدم وضوح تعبيراته الانفعالية .

وهذه الحالات قابلة للتحسن إذا أمكن فيها التشخيص المبكر والمبادرة بإعطاء العلاج المسكون من خلاصة إفرازات الغدة الدرقية ، خصوصا إذا كان الضعف العقلي نتيجة قلة إفراز هذه الغدة وكان ذلك راجعا لأسباب مكتسبة ، أما إذا كان الضعف العقلي تكوينا وولاديا Congenital فلا يفيد فيه العلاج رغم تحسن الأعراض الجسمية نتيجة نشاط الغدة الدرقية .

حالات النوع المغولى Mongolism :

وهى من أشهر أنواع الضعف العقلى التى اهتم بها الباحثون ، ومع أنها من أكثر الأنواع وضوحا فى التشخيص إلا أنها من أكثرها غموضا فى معرفة الأسباب التى تؤدى إلى حدوثها ، ويوجد حوالى ٥٪ من نزلاء مؤسسات ضعاف العقول من هذا النوع الذى يتميز بالشبه السكبير بين أفراده وبين الجنس المغولى فى الكثير من الصفات الجسمية الظاهرية . ومن هنا كانت التسمية التى ترجع إلى الدكتور لانجندن داون Langdon Down عام ١٨٦٦ . وبعض أوصاف هذه الطائفة يمكن ملاحظته عند بعض الأفراد العاديين ، غير أن وجود مجموعة أعراض منتظمة مع بعضها بحيث تحدث طابعا خاصا هو الذى يجعل تمييز ضعاف العقول من النوع المغولى أمرا ممكنا ، وأهم هذه الصفات هى الضعف العقلى المصحوب بالتأخر فى النمو العام وقصر القامة ، وصغر حجم الرأس واستدارتها بحيث يقل بروز الجزء الخلفى منها ، ويتأخر موعد إقفال اليافوخ الأمامى إلى ما يقرب من سن الثامنة أحيانا ، وغالبا ما يكون المخ نفسه قليل النمو وتكون شقوقه واسعة وخلاياه العصبية غير تامة النمو ، أما الوجه فيشبه المغوليين من حيث شكل العينين وانحدار جفونها والثنيات التى توجد بها ، ومن حيث الأنف الأفطس وصغر الأذنين وغلظ الشفتين ، ويبدو اللسان أكبر من الحجم الطبيعى بحيث لا يقفل الفم عليه بسهولة ، ويكون عادة غليظا وبه شقوق واضحة ، ويكون الشعر جافا خاليا من التجاعيد ، أما الأيدي فيكون شكلها غير متناسق حيث تكون عريضة وطرية وتتجه الأصابع فيها فى شكل دائرى وتختلف الثنيات التى توجد عادة فى راحة اليد حيث تكون معظمها خطوطا مستعرضة ، كما يكون الأصبع البنصر قصيرا ومنحنيا إلى الداخل وقد يكون مكونا من

عقلتين بدلا من ثلاثة . أما الأرجل فتكون مفرطحة القدمين وأحيانا يوجد شق واسع بين إبهام القدم والأصبع المجاور له ، وغالبا ما يكون كلامهم قليل الوضوح غير مفهوم إلا لمن يخالطهم .

وهم يولدون عادة بالحجم العادى ، ولكن نموهم يكون بطيئا جدا بحيث لا يصل نموهم لأكثر من نمو شخص عادى فى سن عشر سنوات مهما كان عمرهم الزمنى ، ولهذا يسهل الخلط بينهم وبين الأقزام ، غير أن المفاصل فى النوع المغولى تكون حركتها غير مضبوطة lax joints ومن السهل تمييزهم بالصفات السابقة الذكر التى تجعلهم متشابهين تشابها عجيبا لدرجة أنهم يكونون أشبه بأفراد أسرة واحدة مهما اختلفت بيئاتهم وجنسياتهم .

وهذا التشابه الذى يجعل لهم طابعا مميزا يوحى بقوة أن السبب واحد فى جميع الحالات ، ولكن للآن لم يمكن الاهتداء إلى هذا السبب ، غير أن هناك بعض التكهينات عن الأسباب فبعضهم يقول إنها ترجع إلى ضعف صحة الأم واضطرابها العقلى والمزاجى الشديد أثناء الحمل ، وبعضهم يرجع السبب إلى عوامل أصلية فى تكوين البويضة قبل الإخصاب . . ولذا يطلق عليهم الأطفال الناقصى التكوين Unfinished children ، كما يرجع البعض الآخر هذه الحالات إلى نقص الفيتامينات ومواد التغذية أثناء نمو الجنين ، أو نقص هورمونات الغدد الصماء واضطراب إفرازاتها ، أو الشذوذ النفسى والعقلى فى الأبوين وإصابتهم بأمراض خطيرة وإدمانهم للمخدرات والمواد الكحولية إلى غير ذلك . ولكن هذه الأسباب المختلفة لا تفسر لنا تشابه الأعراض فى جميع الحالات .

هذا وقد وجد أن متوسط عمر الأمهات عند إنجاب الأطفال من هذا

النوع حوالي ٣٧ سنة ، بينما متوسط عمر الأمهات في إنجاب الأطفال العاديين ٢٩ سنة ، ولكن ذلك لا يفيدنا كثيرا في معرفة السبب الحقيقي أيضا .

وأفراد هذه الطائفة من ضعاف العقول يتصفون بكثرة الحركة والميل للمرح وحب التقليد والطرب من سماع الموسيقى ، كما أنهم عادة ظرفاء ومحبون للسرور .

أنواع إكلينيكية أخرى :

ويمكن أن يضاف إلى ما سبق أنواع أخرى كثيرة مثل : حالات الضعف العقلي المصحوب بقلّة إفراز الغدة النخامية Pituitary Gland في القشرة السنجابية منها والذي يؤدي إلى وضوح صفات الطفولة في الشخص Infantilism فيكون رخواسمينا وجسمه مغطى بالدهن ، وقد لا يحدث عنده النضوج الجنسي . . . وهناك أيضا الحالات التي يلزم الضعف العقلي فيها حدوث نوبات الصرع Epilepsy ويكون عندهم صفات الخلق الصرعى كالأنانية وعدم الاكتراث بالغير ، وفي هؤلاء تتدهور حالة الإدراك العقلي بالتدريج ويكون ذلك متمشيا مع مرات حدوث نوبات الصرع عندهم . . . وهناك أيضا حالات الضعف العقلي نتيجة الإصابة بمرض الزهري الولادي Congenital Syphilis الذي يؤثر في المخ والجهاز العصبي في بعض الأطفال الذين يولدون أحياء ، إذ أن معظم هذه الحالات تولد ميتة ولا تعيش طويلا . . . كما أن هناك حالات أخرى أساسها اضطراب في نمو خلايا المخ وتضخم بعض أجزائه بدرجة تؤثر في تنظيم الخلايا مما يؤدي إلى وجود الضعف العقلي Sclerotic Amentia الذي يسمى أحيانا Epiloia ، ويتبع ذلك عادة بعض أعراض جسمية ظاهرة كوجود علامات خاصة في الجلد . . . وهناك كذلك حالات الضعف العقلي المصحوب بالشلل Paralysis ، أو المصحوب بعاهاات الحواس كالصمم والعمى . .

كما أن هناك حالات للضعف العقلي تنتج من الإصابة بالحى الخمية الشوكية . .
وحالات أخرى تكون مصحوبة بالإصابة بالأمراض العقلية Psychoses . .
وغير ذلك من الحالات المتصلة بالإصابات التشريحية أو الاضطرابات الوظيفية
للجهاز العصبي .

أسباب الضعف العقلي

رأينا أن الضعف العقلي يبدو في وقوف أو عدم اكتمال النمو العقلي إلى
درجة متفاوت بين العته والغباء ، كما رأينا أنه يأخذ صوراً إكلينيكية مختلفة ؛
وإزاء هذا التنوع ينبغي في تشخيص الأسباب أن تبحث كل حالة على حدة
في ضوء ظروفها الخاصة .

ومن الممكن بوجه عام أن نقسم أسباب الضعف العقلي إلى ما يأتى : —

أولاً : عوامل وراثية Hereditary

وهى الأسباب التكوينية الأصلية الداخلية Endogenous التى ترجع
إلى عوامل طبيعية تؤثر فى تكوين الخلايا ، وقد يحدث ذلك نتيجة التغيرات
التلقائية التى تطرأ فى الجينات genes التى تحملها الكروموزومات
Chromosomes ، تلك التغيرات التى تعرف فى علم الوراثة بالطفرة العاملة
Gene Mutation ، والتى ينشأ عنها وجود صفات جديدة بالنوع تنتقل من
جيل إلى جيل ، ويصح اختفاؤها فى بعض الأجيال وعودة ظهورها فى أجيال
أخرى . ويمكن أن تحدث هذه التغيرات فى أجيال قديمة من الجدود ، أو فى
الآباء القريبين ، ويكون تأثيرها فعلاً قبل حدوث عملية الإخصاب وتكوين
الزيجوت ، إذ أن ما يحدث بعد هذا الوقت يعتبر راجعاً لعوامل دخيلة Induced
أو مكتسبة من البيئة .

وقد اتفق على تسمية الضعف العقلي الذي يرجع إلى عوامل أصلية وراثية بالضعف العقلي الأولي Primary Amentia ، وهو الذي يكون حوالي ٨٠٪ من حالات الضعف العقلي . ولا غرو في ذلك فالذكاء في أساسه قدرة فطرية لا تكسب بالخبرة ولا يمكن للبيئة أن تزيد في كمية ما يرثه الفرد منه وإن كان من الممكن لعوامل البيئة أن تؤثر في مدى الانتفاع به واستغلال القدر الموروث منه .

ويمكن التحقق من فعل العوامل الوراثية بدراسة التاريخ العائلي Family History لحالات ضعاف العقول ، حيث نجد أن بين آبائهم أو أجدادهم ، من قريب أو بعيد ، من يمكن اعتبارهم دليلا على وجود الاستعداد للضعف العقلي ، إذ يظهر عندهم نوع أو أكثر من أنواع الشذوذ العقلي الذي يتخذ صوراً مختلفة مثل الأمراض الذهانية كالبارانويا ، والأمراض العصابية النفسية كالهستيريا ، ومثل الصرع ، والكوريا ، والسلوك السيكوباتي ، وكذلك الغباء والضعف العقلي .

إذن فالذي يرث ليس الضعف العقلي نفسه وإنما الاستعداد للإصابة به أو بأي اضطراب عقلي آخر . كما أنه ليس من الضروري أن يرث الضعف العقلي بنفس الدرجة التي يوجد بها في الآباء ، فقد تتبع بيرت Burt أبناء حوالي ٥٠٠ حالة من ضعاف العقول فوجد أن ١٤٪ منهم فقط ضعاف العقول وأن ٣٢٪ منهم أغبياء ، كما وجد أن ٨٧٪ منهم جميعا تقل نسبة ذكائهم عن ١٠٠ ، ومعنى ذلك أن أبناء ضعاف العقول قد يرثون درجات — من الضعف العقلي أو الغباء — مختلفة عن درجة الضعف العقلي في آبائهم .

وعلى الجملة يمكن القول بأن ضعاف العقول يأتون عادة في العائلات التي يكثر فيها عدد حالات الشذوذ العقلي بأنواعه المختلفة ، وأن الضعف العقلي

يوجد في آباء ضعاف العقول بنسبة تقدر بحوالي ١٠٪ فقط ، ولكنه يوجد بنسبة أعلا من ذلك كثيرا في أبنائهم حيث تصل إلى ٥٠٪ تقريبا حسب تقدير تردجولد Tredgold .

ثانيا : عوامل بيئية Environmental

وهي العوامل التي تحدث تأثيرها بعد عملية الإخصاب وتكوين الجنين ، سواء أكان ذلك في بداية تكوينه أو في أثناء مدة الحمل ، أو عند الوضع ، أو عقب الولادة .

ونظرا لأن تأثير هذه العوامل لا يمتد إلى إحداث تغيير أصلي في جوهر الخليا ، فإن الضعف العقلي الناتج بسببها يكون عرضيا ولا ينتقل للأجيال التالية . ولأجل هذا تعتبر هذه العوامل خارجية Exogenous ويعتبر الضعف العقلي المتسبب عنها من النوع الثانوي Secondary Amentia .

وقد تكون هذه العوامل ذات أثر كيميائي أو بكتريولوجي أو ميكانيكي كما يصح أن تكون عوامل جسمية أو نفسية أو اجتماعية . ومن الجائز أن تحدث بعض هذه العوامل في حالات الضعف العقلي الوراثي ، ولكن تأثيرها يعتبر إذ ذاك مصاحبا فقط للضعف العقلي الأصلي ، أما في حالات الضعف العقلي الثانوي فلا يكون هناك أي أثر وراثي في العائلة ، بل يكون من المحقق إرجاع الأسباب كلها إلى عوامل وظروف طارئة حديثة يتم حدوثها بعد تكوين الجنين .

ورغم ما يبدو لهذه العوامل من أهمية ، وما يميل إليه الكثيرون من آباء ضعاف العقول من إرجاع الضعف العقلي في أبنائهم إليها حتى لا توصم عائلاتهم بوجود الاستعداد الوراثي للضعف العقلي فيها ؛ فإن نسبة الحالات التي يرجع

الضعف العقلي فيها لهذه الأسباب الثانوية المكتسبة من البيئة لا تتجاوز ٢٠٪ من الحالات كلها . بل إن بعض هذه الحالات يحتمل وجود أسباب وراثية لها ولكن لم يمكن استقصاؤها . ويحسن أن نستعرض هذه العوامل المكتسبة مرتبة حسب وقت تأثيرها وحدوثها كما يلي : -

(١) العوامل التي تحدث قبل الولادة Prenatal خصوصا إذا كانت في المرحلة الأولى من الحمل ، كما يحدث بسبب إعطاء الأم بعض العقاقير لغرض الإجهاض والتخلص من الجنين ، فلا تنجح المحاولة ولكن تخلف آثارا ضارة بتكوين الجنين قد تؤدي إلى وجود الضعف العقلي عنده . ويتبع هذه العوامل أيضا ما يتعرض له الجنين من الإصابة بالعدوى بمرض خطير يصيب الأم ، أو التأثر من وجود السموم والتكسينات التي تؤثر في جهازه العصبي ، وكذلك عدم اتزان إفرازات الغدد الصماء ونقص بعض هورموناتها . كما يصح أن يتعرض الجنين للخطر نتيجة صدمة أو حادث يقع للأم أثناء الحمل بحيث يمتد هذا الخطر إلى الجهاز العصبي وخصوصا المخ ، ومن هذه العوامل أيضا ما قد يحدث للخلايا العصبية في مخ الجنين من إتلاف أو ضمور بسبب تأثير أشعة إكس التي قد تضطر الأم للعلاج بها أثناء الحمل . ويقال أيضا إن بعض الحالات التي يحدث الحمل فيها سفاحا أو يكون الآباء فيها سكارى بتأثير المواد المخدرة والكحولية وما يحيط ذلك من اضطرابات عقلية قد يؤدي إلى الإضرار بالجنين لدرجة تعرضه للضعف العقلي ، على أن كثيرا من العوامل السابقة تعتبر نادرة التأثير .

(ب) العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة Intranatal ، وهي التي تحدث في حالات الوضع الغير طبيعي Abnormal Birth ، كما في الحالات التي تطول فيها مدة الوضع لصعوبته وما يحدث من جراء ذلك من التهابات

أو تشوهات في المنخ نفسه ، والحالات التي يحدث فيها اختناق الجنين عقب ولادته Asphyxia لمدة طويلة بسبب تأخر عمل الإسعافات اللازمة لحدوث التنفس ، مما يؤدي إلى اضمحلال بعض الخلايا العصبية نتيجة عدم وصول الأكسوجين اللازم لحياتها ، وقد تحدث إصابة المنخ أو جرحه نتيجة استعمال الآلات في الولادة العسرة . . على أن الحالات السابقة لا تحدث الضعف العقلي إلا في أحوال نادرة جدا أيضا .

(٢) العوامل التي تحدث بعد الولادة Postnatal وهي التي تنسب عن الظروف الصحية والنفسية والاجتماعية الغير ملائمة التي تؤثر في حياة المولود وتعرضه للإصابة بضعف العقل ، وفي هذه الحالات يفترض دائما أن ذكاء الطفل كان عاديا ولكنه تأثر بمفعول هذه العوامل لدرجة تؤثر في إيقاف النمو العقلي أو إبطائه بما يجعل الطفل في مصاف ضعاف العقول . وقد أدخل القانون الإنجليزي هذه الطائفة في تحديده لمعنى الضعف العقلي كما يتبين من النص الآتي : -

« الضعف العقلي يعني حالات وقوف أو عدم اكتمال النمو العقلي ، الذي يوجد في الفرد قبل سن ١٨ سنة ، سواء أكان ذلك ناتجا من أسباب أصلية ذاتية أم أسباب دخيلة بالمرض أو الإصابة » .

فمن المعروف أن سن الثامنة عشر هو الموعد الطبيعي الذي ينتهي عنده نمو الذكاء الفطري ، فأى وقوف لنمو الذكاء قبل ذلك يعتبر أمرا غير طبيعي . ومن أمثلة الحالات التي يحدث فيها هذا النوع من الضعف العقلي حالات الحوادث والإصابات المباشرة للمنخ والتي يؤدي بعضها لحدوث الشلل وبعضها الآخر لحدوث أمراض عصبية أخرى كما يؤدي بعضها أحيانا لحالات الضعف العقلي .

وهناك أيضا حالات اضطرابات الغدد الصماء ونقص إفرازاتها كما سبق شرحه في حالة القزامة Cretinism التي ترجع لقلة إفراز الغدة الدرقية ، وكذلك حالات اضطراب الغدة النخامية .

كما أن هناك من الأمراض العقلية ما يكون لها تأثير مباشر على الذكاء والقدرة العقلية العامة بحيث تؤدي إلى الاضمحلال العقلي ووقوف نمو الذكاء . هذا وغنى عن الذكر أن عوامل الفقر وضعف الصحة العامة وغير ذلك من العوامل الاجتماعية لا يصل تأثيرها وحدها إلى إحداث حالات الضعف العقلي .

واجبنا نحو ضعاف العقول

رأينا فيما تقدم أن ضعاف العقول يعيشون عالة على غيرهم ، ويسببون كثيرا من الضيق والقلق والانشغال لذويهم ، نظرا لعدم قدرتهم على حماية أنفسهم من الأخطار ؛ كما أنهم أيضا مصدر خطر على غيرهم من أفراد المجتمع وأكثر عرضة للانحراف وارتكاب الجرائم ، فكثيرا ما يستغلهم بعض الأشرار في تنفيذ جرائمهم . وفوق ذلك فهم يكونون نسبة كبيرة من المتشردين والمتسولين ونزلاء السجون ويعتبرون عنصرا هداما في المجتمع .

وإذا صح تقدير نسبة وجودهم في المجتمع بحوالي ١٪ فمعنى ذلك أن لدينا في مصر حوالي ٢٠٠ ألف من هؤلاء يشتركون في توجيه حياة المجتمع بحكم حقهم في إعطاء أصواتهم في الانتخاب وحقهم في التزوج والتساوي مع غيرهم في الحقوق والواجبات . وهم لعجزهم عن التحكم في نزعاتهم ودوافعهم الغريزية ولعدم تقديرهم للمسئولية أو فهمهم للتقاليد أو إدراكهم للمعاني المقصودة من تحديد النسل مثلا ، يتزاوجون ويتكاثرون بسرعة وبدون ضابط بحيث نجد أن نسلهم أكثر نسبيا من العاديين ، بل إن غالبيتهم يلجأون

إلى التناسل الغير الشرعى ، ولهذا ينتشر بينهم البغاء ، ويعتبرون مصدراً خطيراً للأطفال اللقطاء الغير الشرعيين ، ومرتعا خصيباً للأمراض الجنسية التى يكثُر انتشارها عن طريقتهم .

ويبدو أن الطبيعة نفسها قد زودتهم بهذه القدرة على كثرة التناسل شأن كل مخلوق ضعيف ، فمن الثابت أن نسبة الوفيات فى ضعاف العقول كبيرة وأنهم لا يعمرّون طويلاً ، ولكن كلما زاد الخطر على حياة نوع من الكائنات كلما ازدادت قدرته على التناسل لكيلا ينقرض . وإذن فليس من السهل مقاومة الطبيعة بالعمل على إبادتهم ، ولكن من الممكن تنظيم حياتهم بما لا يتعارض مع صالحهم وصالح المجتمع . فإذا أضفنا إلى ذلك أن ضعاف العقول لا يمكن جعلهم عادين فى الذكاء بأى علاج ، ولكن من الممكن أن نساعدهم كثيراً على التوفيق والمواءمة بينهم وبين المجتمع بحيث تقلل من أخطارهم ، فإننا ندرك أهمية واجبنا وواجب الحكومة إزاء هذه الطائفة .

وقد سبقتنا الدول الناهضة فى هذه الناحية وسارت فيها قدماً ، فوضعت الواجبات فى صورة تشريعات وقوانين مفصلة تقوم بتنفيذها هيئات مسئولة . ويمكن تلخيص ما يجب عمله إزاء ضعاف العقول فيما يأتى : —

أولاً : التشخيص المبكر Early Ascertainment

إذا ظهرت بوادر الضعف العقلى فى طفل ما قبل سنّ الدراسة ، فيجب على الآباء والأمهات أن يسرعوا بتحويله إلى العيادة النفسية أو الهيئة المسؤولة عن هذه الناحية الاجتماعية للتأكد من وجود الضعف العقلى أو عدمه . والآن وقد أصبح التعليم مباحاً بل وإجبارياً للجميع فإن عدداً كبيراً من ضعاف العقول يمكن معرفتهم وتمييزهم عن طريق المدارس الأولية أو رياض الأطفال ،

وينبغي على النظار والمدرسين أن يقوموا بتبليغ الإدارات التعليمية عن هذه الحالات لتحويلها بدورها إلى العيادات النفسية الطبية التعليمية التي تقوم بإجراء اللازم للتثبت من وجود الضعف العقلي أو عدمه . على أنه يجب على المدرسين ألا يخلطوا بين الضعف العقلي والتأخر الدراسي ، فقد يكون التلميذ متأخرا دراسيا لأسباب أخرى غير ضعف الذكاء . ومما يساعد على تمييز الضعف العقلي أنه يكون موجودا في الطفل منذ ولادته في جميع الحالات تقريبا ، وأنه يبدو في عجز الطفل عن التصرف بصفة عامة بحيث يكون تأخره الناتج من الضعف العقلي عاما في جميع الدروس وليس مجرد تأخر في ناحية خاصة ، كما يكون شذوذ الطفل باديا في النواحي المعرفية والإدراكية على الأخص إذ ليس الاضطراب الوجداني أو المزاجي دليلا كافيا على الضعف العقلي .

ويستعين المختصون في العيادة النفسية على تشخيص الضعف العقلي بما سبق تفصيله عن الصفات العامة لضعاف العقول ومميزات كل نوع وكل درجة منه ، ولهذا تلجأ العيادة إلى ما يأتي : —

- (١) ما يجمعه المختص الاجتماعي عن تاريخ العائلة .
- (٢) ما يجمع عن تاريخ حياة الطفل نفسه .
- (٣) التشخيص الطبي والسيكياتري .
- (٤) مقارنة تصرفات الطفل موضع البحث بتصرفات الأطفال العاديين ، خصوصا في الحالات التي يكون العمر العقلي فيها أقل من ٣ سنوات بحيث يتعذر إجراء الاختبارات العقابية على الطفل . ويستعان في هذه المقارنات بالجدول المعياري لتطور نمو الطفل العادي كتملك التي وضعها جزل Gesell والتي وضعها تردجولد Tredgold خصيصا لتشخيص حالات الضعف العقلي .

(٥) إجراء اختبارات الذكاء المقتنة Standardised وأهمها مقياس بينيه Binet الذى يعتمد على التعبير اللغوى ، وهناك اختبارات أخرى تصلح للتطبيق على من يعوقهم التعبير بالكلام مثل اختبارات القلم والورقة Pencil-Paper Tests كاختبار متاهات بورتيموس واختبار رسم الرجل ، كما توجد أيضا مجموعة كبيرة من اختبارات التأدية الحسية Performance Tests كلوحات الأشكال ومجموعة اختبارات كلتر ودريفر Collins & Drever واختبارات الكسندر Alexander وغيرها .

ويمكن للعيادة النفسية — أو الهيئة التى يصح أن تعهد إليها الحكومة بمهمة التأكد من تشخيص الضعف العقلى — فى ضوء ما سبق أن تقرر وجود الضعف العقلى أو عدمه ، وأن تقدر درجة الضعف العقلى ونوعه إذا أمكن بحيث يعتمد على تقديرها فى التصرف إزاء الحالة .

ثانيا : الوضع تحت الإشراف Supervision

فإذا ثبت وجود الضعف العقلى وجب تحويل الحالات إلى جهات يضمن لهم فيها التربية والتمرين المناسب لاستغلال ما لديهم من مواهب عقلية إلى أقصى حد ممكن ، بما يساعدهم على تكوين عادات صالحة وتعلم بعض الأعمال والمهن الميسورة التى تساعدهم على كسب العيش وأهم هذه الجهات ما يأتى : —

(١) المدارس الخاصة Special schools ، حيث يقدم لهم فيها دراسات قائمة على الاهتمام بالنواحي العملية والمهنية على أيدي مدرسين مختصين فى تعليم ضعاف العقول ، ويحول لهذه المدارس حالات الضعف العقلى للممكن لهم الاستفادة منها بحيث لا نجد بينهم من يكونون فى درجة العته أو البله . وهذه المدارس يجب أن تكون حكومية ومجانا .

(٢) المؤسسات المعترف بها كراكز لرعاية ضعاف العقول Certified Institutions ، ويرسل إليها الحالات التي لا تتوافر في منازلهم مقتضيات الرعاية والحماية والإشراف اللازم لمثل هؤلاء الأطفال . وينبغي أن يوافق الآباء على إيواء أبنائهم في مثل هذه المؤسسات ، إلا في الحالات التي ترى السلطات المختصة فيها عدم ضرورة هذه الموافقة . وفي العادة يقوم الآباء القادرون بالمساهمة في نفقات إقامة أولادهم بهذه المؤسسات .

(٣) المؤسسات العامة للمساعدة المؤقتة Public Assistance Institutions وتحويل إليها الحالات التي ينبغي فيها الإسراع بضرورة تغيير بيئة الطفل لضمان حمايته أو حماية غيره منه ، ويبقى بها الطفل مؤقتا إلى أن يتم عمل الترتيب اللازم لتدبير مكان له في مؤسسة أخرى من نوع آخر ليعيش فيها حياة استقرار .

(٤) إبقاء ضعاف العقول في منازلهم تحت الإشراف المستمر من الهيئة المسئولة عن رعاية ضعاف العقول ، بحيث ترسل إليهم من وقت إلى آخر زائرات صحيات واجتماعيات للإرشاد والتوجيه ، وفي هذه الحالة تقوم الأمهات بما يجب عمله من مران وتعليم تحت إشراف المختصين . ويتوفر على الأهل كثير من المتاعب التي تتسبب عن القلق في حالة انتزاع الطفل منهم وإرساله لمؤسسة بعيدة .

(٥) نقل الطفل من منزله إلى منزل آخر من المنازل المرخص لها بمزاولة احتضان هذا النوع من الأطفال ، وفي هذه الحالة يدفع أهل الطفل — أو الحكومة في حالة معجزهم — تكاليف إقامة الطفل ومعيشتهم لمن يدير المنزل الجديد . ويعتبر نظام الرعاية هذا Guardianship حلا وسطا بين بقاء الطفل في منزله تحت الإشراف ، ونقله إلى مؤسسة أخرى ، ويصح أن تضم هذه المنازل عددا قليلا من ضعاف العقول بحيث يعيشون في شبه عائلة على

أن تختار من الأطفال من يسهل قيادتهم ولا يخشى خطرهم ممن لا يتحتم حجزهم في مؤسسات أخرى .

ثالثا : العزل في مستعمرات خاصة Segregation

وفي حالات الضعف العقلي من درجتي العته والبله ، أو الحالات التي يشتد خطرها ويتحتم إبعادها عن المجتمع تلجأ الهيئات المشرفة على ضعاف العقول إلى نظام العزل في مستعمرات Colonies يبقى بها ضعاف العقول بصفة مستديمة ، بحيث لا يسمح لهم بتركها بل يبقوا بها ليعيشوا في مجتمع خاص بهم له نظمه وتدابيره ، وينظم لهم إشغال أوقاتهم بما يساعد على المساهمة في تمويل المستعمرة . ويعهد بالإشراف على هذه المستعمرات إلى مختصين في تربية ضعاف العقول . وتعتبر هذه المستعمرات مراكز علمية للبحوث الطبية والنفسية والاجتماعية ولهذا يزورها العلماء ويقضي بها الباحثون وقتا طويلا . ومن أمثلة ذلك البحوث التي قام بها بنروز Penrose في دراسة العوامل الوراثية للضعف العقلي بمستعمرة كلشستر Colchester بإنجلترا ، حيث درس حالة ١٢٨٠ فردا من ضعاف العقول . ويختار لهذه المستعمرات أماكن بعيدة عن المدن وفي مناطق ريفية حيث يسهل تنظيم وسائل الإعداد والمران القائمة على الاشتغال بالأعمال الزراعية ، كما تنشأ بالقرب من هذه المستعمرات أيضا مراكز للتدريب المهني Occupational Centres يحول إليها ضعاف العقول ممن يحتمل تعليمهم بعض الحرف والصناعات .

وطبيعي أن هذه المستعمرات تتطلب نفقات كثيرة تتحملها الدولة والهيئات الخيرية من أجل هذه الفئة التي خلقها الله لتكون عالة على غيرها . ولسكن هذه النفقات في الواقع أقل بكثير من النفقات التي يتكلفتها ضعاف العقول

لو تركوا بين أفراد المجتمع العادى ، خصوصا إذا أدخلنا فى حسابنا ما ينجم عن أخطارهم وحوادثهم من أضرار مادية واجتماعية .

ويضاف إلى ذلك أن إبقاءهم فى هذه المستعمرات يبعدهم عن جو الحياة المدنية الذى لا قبل لهم به والذى يشعرون فيه بالذلة والنقص عن غيرهم ، بينما هم فى المستعمرات الخاصة بهم يقضون وقتا يشعرون فيه بكثير من الحرية والسعادة والبعث عن الأخطار .

رابعا : التعقيم Sterilization

إن أول ما يخطر بالبال كعلاج لمشكلة ضعاف العقول هو إيقاف دخولهم للمجتمع بتنظيم الزواج والتحكم فى التناسل بحيث نمنع تيار غزوهم ، وذلك بأن نلجأ إلى تعقيمهم بحيث يصبحوا غير قادرين على إنجاب أجيال أخرى منهم . وهذا يحتاج إلى وضع التشريعات والقوانين التى تبيح هذا الإجراء .

وقد يعترض على ذلك بأنه إجراء معارض لحقوق هؤلاء الأدميين وحريةهم فى الحياة والتكاثر ، وأن هذا تدخل فى عمل الطبيعة التى يجب أن تترك لتعمل حسب قانون الانتخاب الطبيعى وبقاء الأصلح . . . كما قد تقوم أمام هذا الإجراء صعوبات عاطفية ودينية وسياسية . . . ولكن أهم ما يوجه لهذا العلاج من نقد أنه لا يؤدى إلى القضاء على ضعاف العقول قضاء تاما كما يتبادر إلى الذهن ، إذ المعروف كما سبق أن قلنا أن ١٠٪ فقط من ضعاف العقول يأتون من آباء ضعاف العقول ، أما الباقون فيأتون من آباء عاديين أو ممتازين فى الذكاء . كما أن تعقيم ضعاف العقول سيمنع إنجابهم لأفراد قد يكونون أذكاء وعاديين . . . ولكى يكون هذا العلاج مؤديا للغرض المقصود منه ينبغى ألا يتناول ضعاف العقول فحسب ، بل أيضا جميع الأفراد الذين يظهر عندهم

أمراض عقلية أو صرَع أو غباء أو إدمان أو سلوك إجرامى طبيعى فيهم . .
أو غيرهم ممن يكون عندهم الاستعداد لإلجاب ضعاف العقول كما سبق أن بينا . .
كما أن هناك صعوبات أخرى إدارية وفنية من حيث طريقة التنفيذ سواء في
طريقة قياس الذكاء وتحديد الحالات التي ينطبق عليها القانون ، أو في الأساليب
الطبية التي تتبع في التعقيم ومدى نجاحها أو غير ذلك .

وبرغم هذه الاعتراضات والصعوبات فقد قامت بعض الدول فعلا بتطبيق
نظام التعقيم الإجبارى ، فقد بدأت بعض الولايات الأمريكية بالأخذ به منذ
عام ١٩٠٧ ، كما لجأت إليه ألمانيا النازية وغيرها من البلاد ، أما في إنجلترا
فقد صدرت بها تشريعات تقضى بجعل التعقيم أمرا اختياريا منذ عام ١٩٣٣ .
أما في مصر فحتى الآن لا توجد تشريعات بشأن ضعاف العقول كطائفة
لا من حيث تشخيصهم أو تعليمهم أو إيوائهم ، ولا زلنا محتاجين إلى إيقاظ
الوعى القومى والاجتماعى لفهم مسائل تحديد النسل من نواحيها المختلفة .

خامسا : العلاج الطبى Medical Treatment

قلنا إن الضعف العقلى ليس مرضا وإنما هو درجة من درجات
الاختلافات الفردية الطبيعية فى القدرة العقلية العامة ، وإذن فالكلام عن
العلاج والشفاء فى الضعف العقلى ليس له محل ، وخصوصا فى حالات النوع
الموروث الأولى Primary وإنما يقصد بالعلاج الطبى هنا ما يتناول بعض
الحالات من النوع الثانوى Secondary ، والحالات التى يكون الضعف العقلى
فيها مصحوبا بأمراض جسمية تتطلب العلاج . وأهم النواحي التى يكون
للعلاج الطبى فيها بعض القيمة ما يأتى : —

(١) حالات الضعف العقلى الذى ترجع أسبابه إلى اضطرابات الغدد

الصماء والتي يمكن فيها إعطاء خلاصة الغدد منذ الطفولة ، وقد ثبت نجاح العلاج في بعض حالات القزامة Cretinism على الخصوص .

(٢) علاج الأم والطفل في حالات الاصابة بمرض الزهري ، على أن علاج الأطفال ضعاف العقول بهذا السبب لا يؤدي لأكثر من إيقاف تقدم المرض وبالتالي يوقف استمرار تناقص الذكاء ، ولكن من النادر أن يؤدي العلاج إلى زيادة إيجابية في الذكاء .

(٣) إجراء العمليات الجراحية في بعض الحالات التي يكون السبب فيها راجعا إلى إصابات في المخ أو حالات كبر الجمجمة وغيرها من الحالات بشرط ألا يكون سبب الضعف العقلي فيها وراثيا ، ولكن من النادر جداً نجاح هذه العمليات في إحداث تحسن في الذكاء . ومثل هذا ينطبق على المحاولات التي بذلت في تجريب العلاج بالصدمات الكهربائية وغيرها من الوسائل العنيفة .

(٤) إعطاء بعض العقاقير التي تساعد على تنشيط القدر الموجود من الذكاء ، فقد ثبت حتى في حالات الأفراد العاديين في الذكاء - أن أخذ كميات مناسبة من الكافين أو البنزدرين يساعد على إيقاظ النشاط الذهني بصفة مؤقتة - ولكنه لا يساعد على تحسين كمية الذكاء الفطري .

هذا وقد أجرى ألبرت Albert وآخرين عام ١٩٤٦ وكذلك زممرمان Zimmerman وآخرين عام ١٩٤٨ تجارب على استعمال الحمض الجلوتيمي Glutamic Acid كعلاج لضعاف العقول فوجد أنه يفيد في حالات الضعف العقلي المصحوب بالصرع حيث يوقف نوبات الصرع وينظم النشاط العقلي بما يساعد على تحسين الذكاء . على أن تحسن الذكاء بهذا العلاج لا يمكن أن يزيد عن بضع درجات كما أنه علاج يصعب الحصول عليه ويتطلب عناية خاصة في طريقة استعماله .

مراجع الفصل الخامس

1. Burt, C. : The Subnormal Mind : Ch. II 1937.
2. National Association for Mental Health : Notes on Legislation Relating to Mental Defects. 1946.
3. Penrose, L. S. : The Biology of Mental Defect, 1949.
4. Shruballs & Williams : Mental Deficiency Practice. 1932.
5. Stoddard, G. D. : The Meaning of Intelligence. Ch. XI. 1943.
6. Tredgold, A. F. : Mental Deficiency. 1947.

الفصل السادس

التأخر الدراسي

التأخر وأنواعه

سبق أن قلنا إن العيادات النفسية التربوية تهتم بعلاج حالات التأخر الدراسي التي لا يجد المدرس من وقته ما يكفي لبحثها بحثا شاملا ، والتي يحتاج فيها إلى الالتجاء إلى المختصين بالعيادة .

والتأخر الدراسي مشكلة مدرسية اجتماعية تهتم الآباء والمدرسين والتلاميذ وكل من لهم صلة بهم ، ولذا فهي تستوجب بحث عواملها وأسبابها ووسائل علاجها . ويكفي الإشارة إلى ما ينتج عن إهمال علاج التأخر الدراسي من رسوب التلميذ وفشله في التعليم أحيانا ، وما يلابس ذلك من قلق واضطراب عائلي ومن خسارة وضياع في الوقت والمال والمجهود في الدروس الخصوصية وإعادة الامتحانات . . . الخ . بجانب ما يصيب شخصية التلميذ من شعور بالنقص واليأس ، وقد تضيع عليه سنوات كاملة من عمره مما قد يفوت عليه بعض فرص الحياة .

وقبل أن نبحث العوامل التي تؤدي إلى التأخر الدراسي يجدر بنا أن نفرق أولا بين حالات التأخر التي نصادفها في الحياة المدرسية وهي حالات الغياب وحالات التأخر التحصيلي وحالات التأخر التعليمي أو الدراسي .

الطفل الغبي هو الذي يقل ذكاؤه عن غيره من الأطفال العاديين المتفقيين معه في العمر الزمني بدرجة وإن كانت كبيرة إلا أنها لا تصل إلى الضعف العقلي . فالغباء إذن طبقة من طبقات القدرة العقلية الفطرية العامة أو الذكاء ، ولذا يمكن تشخيصه عن طريق اختبارات الذكاء ومقارنة العمر العقلي بالعمر الزمني لإيجاد نسبة الذكاء . Intelligence Quotient .

$$\text{ونسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

وقد اصطلح على اعتبار من تقع نسبة ذكاؤهم بين ٦٥ و ٨٥ أغبياء . وطبيعي أن هذا التأخر العقلي يرجع إلى عوامل وراثية أكثر منها بيئية ، ولذا فليس من السهل التحكم فيه اللهم إلا من ناحية تهيئة البيئة الصالحة لاستغلال القدر الموجود من الذكاء والانتفاع به إلى أقصى حد ممكن .

وبدهى أن التلميذ الغبي إذا وجد بين مجموعة من التلاميذ الأحسن منه ذكاء فإنه سوف لا يستطيع أن يسير بسرعتهم في التحصيل المدرسي ، مما يؤدي به إلى التخلف عنهم ، ولذا نجد من حالات التأخر الدراسي كثيرا من الحالات التي يرجع تخلفها إلى الغباء ، وهؤلاء لا علاج لهم إلا بالتوجيه إلى أنواع ملائمة من المدارس ، أو وضعهم في فصول يتجانس أفرادها من حيث درجة الذكاء وإعطائهم القدر المناسب من المناهج وطرق التدريس ، إذ أن أمثال هؤلاء ينطبق عليهم قوله تعالى « لا يكلف الله نفسا إلا وسعها » .

غير أن حالات التأخر الدراسي لا ترجع كلها إلى الغباء فكثيرا ما تصادف تلاميذ عاديين أو ممتازين في الذكاء ومع ذلك متأخرين دراسيا ، وهؤلاء ينبغي

تحليل ظروفهم وبحث حالاتهم من النواحي الأخرى غير الذكاء لمعرفة أسباب تأخرهم وعلاجه .

التأخر التحصيلي Educational Retardation :

يطلق اصطلاح التأخر التحصيلي على التلميذ الذي يكون مستواه التحصيلي في المواد الدراسية أقل مما يناسب مستوى ذكائه الفعلي ، ولذا يكون قابلاً للتحسن ، أى في حالة التلميذ الذي لا يستغل ما عنده من ذكاء بالقدر الكافي فيبدو مقصراً ويتخلف عما يجب أن يكون عليه بالنسبة لنفسه ولما لديه من قدرة عقلية .

إذن فالتأخر التحصيلي يتوقف على مقارنة العمر التحصيلي والعمر العقلي

للتلميذ لإيجاد النسبة التحصيلية Achievement Quotient .

$$\text{النسبة التحصيلية} = \frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر العقلي}} \times 100$$

ويقدر العمر التحصيلي باختبارات التحصيل المقننة Standardised

Achievement Tests وهي اختبارات في المواد المدرسية تختلف في نوعها عن الامتحانات التقليدية من حيث كونها مكونة من أسئلة أكثر عدداً وأقصر في الإجابة والزمن وأنها بذلك تعتبر عينة أكثر صلاحية لتمثيل معظم أجزاء المادة ، كما أنها لا تخضع في تصحيحها لعوامل شخصية لأن الإجابات عنها محدودة بقاء على سابق تجربتها وثبوت صلاحيتها ، ويحسب العمر التحصيلي بمقارنة الدرجة التي يحصل عليها التلميذ في الاختبار بالمعايير Norms التي يكون قد سبق تحديدها بالتجريب على العدد الكافي من مدى معين من الأعمار .

أما العمر العقلي فيقدر باختبارات الذكاء كما سبق أن شرحنا .

فإذا أمكن قياس النسبة التحصيلية في تلميذ ما لمادة ما أو جملة مواد دراسية ووجدنا أن هذه النسبة قريبة من ١٠٠ اعتبر التلميذ عادياً ، أى أن تحصيله يتمشى مع ما لديه من ذكاء ولا يوجد عنده أى تقصير ، أما إذا قلت هذه النسبة عن ٨٥ فإن هذا يدل على وجود التقصير والتأخر الدراسي الذى يستوجب البحث والعلاج ، ومن النادر جداً أن تزيد هذه النسبة عن ١٠٠ ، إذ أن معنى ذلك أن التلميذ يكلف نفسه أكثر من طاقتها كما يحدث أحياناً في دفع التلاميذ إلى العمل بالعقاب والإجبار وبالدروس الخصوصية والإرهاق بوسائله المختلفة ، وطبيعى أن التلميذ في هذه الحالة يكون تحسنه الدراسي الأ أكثر من اللازم على حساب صحته وأعصابه مما يسبب كثيراً من الضرر . ولهذا يصح أن نكون على حذر في تقدير النسبة التحصيلية التى لا يمكن أن تزيد عن ١٠٠ بخلاف نسبة الذكاء فإنها تتراوح بين أكثر من ١٦٠ وأقل من ٤٠ ، أى أن ١٠٠ هى النسبة المتوسطة وليست النهائية كما فى النسبة التحصيلية .

وبهذا المعنى الاصطلاحي نجد أنه ليس من الضروري أن يكون الغباء متبوعاً بالتأخر التحصيلي وإن كان يتبعه تأخر دراسي بطبيعة الحال . فقد نجد تلميذاً غيبياً ولكنه يستغل القدر البسيط الموجود لديه من الذكاء إلى أقصى ما يمكن ، فتكون النسبة التحصيلية عنده قريبة من ١٠٠ ولا يكون عنده تأخر تحصيلي . ولكن غبائه سيجعله متأخراً عن غيره دراسياً إذا وجد بين مجموعة من الأذكياء الذين لا يستطيع مجاراتهم .

التأخر الدراسي Backwardness :

يعتبر التلميذ متأخراً دراسياً إذا ظهر ضعفه بوضوح فى الدراسة عند مقارنته بغيره من التلاميذ العاديين من مثل عمره الزمني ، سواء أكان ذلك

راجعاً إلى الغباء أو إلى التأخر التحصيلي ، وسواء أكان ذلك التأخر عاماً
General بحيث يشمل جميع المواد الدراسية ، أو خاصاً Specific بحيث يظهر
في مادة واحدة أو مادتين مثلاً .

وينبغي أن يتوقع المدرس أن يجد كثيراً من الإختلافات الفردية بين
تلاميذ فصله من حيث التقدم الدراسي وسرعة الفهم والاستجابة ، فهذا أمر
طبيعي يرجع إلى اختلاف المواهب والنواحي المزاجية والاجتماعية . . . وعلى
المدرس إزاء ذلك أن يدرس تلاميذه جيداً ، وأن يقدم لهم العناية الفردية
المناسبة ليضمن مسايرة كل واحد منهم لمجموعة الفصل . غير أن هناك حالات
قليلة يصادفها المدرس من آن لآخر ، يكون التأخر فيها واضحاً ومستمرًا لدرجة
تتطلب الدراسة الشاملة لظروف التلميذ مما يحتاج إلى وقت طويل . وتختلف
نسبة وجود هذه الحالات من مدرسة إلى أخرى ومن فصل إلى آخر ، بل
ومن مادة إلى أخرى ، حسب الظروف ومبلغ الاهتمام بالعناية الفردية في
التدريس . فالتأخر الدراسي من شأنه أن يزداد ويتضاعف إذا أهمل علاجه
خصوصاً في المواد الدراسية التي تتوقف الدروس الجديدة فيها على القواعد التي
يجب التأكد من إتقانها في الدروس السابقة ، كما في مادة الحساب مثلاً .

ولكن إذا كان التأخر أمراً نسبياً ، فما هي الحدود التي نعتبر عندها التلميذ
متأخراً دراسياً بالمعنى الاصطلاحي ؟ ثم كيف نقيس هذا التأخر ؟ يمكن القول
بأن التلميذ يكون متأخراً دراسياً في مادة أو أكثر إذا كان عمره التحصيلي
أقل بمقدار سنة ، أو سنة ونصف ، عن المستوى التحصيلي والعقلي للتلاميذ
العاديين من نفس العمر الزمني للتلميذ . ولكن القياس بالفرق في السنوات
لا يعتبر قاعدة سليمة ، إذ أن أثر الفرق يختلف من عمر إلى آخر ، فتأخر سنة
ونصف عند تلميذ عمره الزمني ٢٠ سنة ليس له من الخطورة ما نجده عند تلميذ

في سن ٧ سنوات مثلاً . ولأجل هذا قد اصطلح على تقدير التأخر الدراسي بقياس النسبة التعليمية Educational Quotient .

$$\text{والنسبة التعليمية} = \frac{\text{العمر التحصيلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$$

فإذا قلت هذه النسبة عن ٨٥ اعتبر التلميذ في حالة تأخر دراسي يستحق العلاج الخاص . ويقدر العمر التحصيلي كما سبق أن قلنا باختبارات التحصيل المدرسي المقننة - سواء أكانت لمادة واحدة أو لمجموعة من المواد - ومقارنة نتائجها بالجدول المعياري التي يبين بها العمر التحصيلي المقابل لكل درجة . وبدهي أن من الممكن للنسبة التحصيلية أن تزيد كثيراً عن ١٠٠ كما في حالات التلاميذ المتفوقين في الذكاء العام والتحصيل المدرسي أيضاً ، حيث يكون هؤلاء متقدمين كثيراً بالنسبة لعمرهم الزمني .

ومما سبق يتبين أن كل تلميذ غبي أو متأخر تحصيلياً يكون متأخراً دراسياً ، ولكن قد يكون التلميذ متأخراً دراسياً وليس متأخراً تحصيلياً . كما أنه ليس من الضروري أن يكون المتأخر دراسياً من الأغبياء ، فقد يكون ذكياً ولكن ظروف حياته الأخرى أو غيرها من العوامل هي التي تسبب ما عنده من التأخر .

أسباب التأخر الدراسي

ترجع حالات التأخر الدراسي إلى اشتراك عدد من العوامل المتداخلة التي تختلف في نوعها وتأثيرها من تلميذ إلى آخر ، ولهذا ينبغي في تشخيص التأخر عند تلميذ ما أن تدرس حالته دراسة فردية خاصة .

وإذا حاولنا تصنيف أسباب التأخر الدراسي بصفة عامة فإننا نجد أن بعضها يتعلق بالبيئة ، ومنها ما يكون راجعاً لعوامل منزلية وما يكون راجعاً

لعوامل مدرسية ، كما أن بعضها يتعلق بالتلميذ نفسه مما يرجع إلى عوامل
جسمية أو عقلية .

أولاً : العوامل المنزلية الاجتماعية :

وتشمل الظروف المادية ، والمستوى الثقافي للأسرة ، والحالة الوجدانية والخلقية
التي تسود الجو المنزلي ، ثم الرفقاء والأصدقاء وغيرهم ممن يحيطون بحياة التلميذ .
(أ) ويمكن اعتبار الفقر من أقوى أسباب التأخر الدراسي في مدارسنا
لمصرية ، نظراً لما يتبعه من نقص التغذية وقلة وسائل راحة التلميذ وما يضطر
إليه أحياناً من القيام بخدمات وأعمال غير دراسية ليساهم بها في تعويض النقص
المادي في الأسرة . وكل هذا يرتبط بضعف الصحة ونقص القوة والطاقة
الحيوية التي يوجهها التلميذ للعمل المدرسي .

(ب) ويتصل بذلك أيضاً عدم توافر الجو الثقافي الذي يساعد التلميذ على
زيادة معلوماته العامة وثقوية تحصيله المدرسي ، فالتلميذ الفقير لا يجد في منزله
فرصة لقراءة الصحف أو المجلات ، أو الذهاب إلى السينما أو حتى سماع الراديو
أحياناً ، بينما يستطيع زملاؤه من الأغنياء أن يقرأوا الكتب الأدبية وأن
ينتفعوا بالجو الثقافي الذي يساهم في تكوينه الأبنون المثقفان في أغلب
الأحيان ؛ كما أن التلميذ الفقير لا يجد فرصاً كثيرة للرحلات والزيارات التي
تزيد من خبرته العامة .

(ج) ويجب أن نؤكد أن عدم صلاحية البيئة المنزلية الاجتماعية لا ترجع
إلى الفقر وحده ، فهناك بيوت يكون مستواها المادي فوق المتوسط أو ممتازاً
ولكن يكون الجو المنزلي فيها مملواً بانحلافات العائلية والاضطرابات العاطفية
التي تؤدي إلى عدم الاستقرار والاطمئنان الذي من شأنه أن يؤدي إلى اضطراب

نفسية التلميذ ، مما يؤثر على إقباله على الدرس والتحصيل . ومن أمثلة ذلك حالات التأخر الدراسي التي تكون من أسبابها الرئيسية ما يلقاه التلميذ من قسوة في معاملة زوجة أبيه أو زوج أمه ، أو تنازع الأبوين على احتضان الابن بعد الانفصال بالطلاق . . وغير ذلك من ضروب التفكك العائلي وفقدان التوازن العاطفي .

هذا وقد يؤدي قلق الآباء الزائد عن الحد على سير التلميذ الدراسي إلى الإفراط في إنقاله بالدروس الخصوصية مما يسبب كراهيته للدراسة ، وإضعاف قدرته على الاعتماد على النفس ، مما يضاعف التأخر الدراسي في كثير من الحالات .

(د) وهناك من حالات التأخر الدراسي ما تكون أسبابها متصلة اتصالاً وثيقاً بعلاقة التلميذ بأخوته أو أفراد المنزل من أقارب أو خدم ، وكثيراً ما يكون التأخر نتيجة صحبة السوء وتأثير الزملاء والأصدقاء على التلميذ بما يغير اتجاهه نحو عمله المدرسي ، وما يرتبط بذلك من الوسائل التي يقضى بها أوقات فراغه .

ثانياً : العوامل المدرسية :

وأحياناً تكون أسباب التأخر الدراسي راجعة إلى عوامل في المدرسة ذاتها كمواطبة التلميذ على الانتظام في الدروس ، أو سوء التدريس وفشل المدرس في عمله ، أو سوء التنظيم المدرسي بصفة عامة .

(١) فالتغيب عن المدرسة وخصوصاً لفترات طويلة متقطعة أو مستديمة من شأنه أن يفوت على التلميذ كثيراً من الدروس ، ويعوقه عن فهم المعلومات الجديدة التي تبني على نقط سابقة ؛ ولهذا يتجه البحث في هذه الحالات إلى معرفة أسباب عدم المواظبة وتلافيها ، ومن هذه الأسباب ما يكون رغم إرادة

التلميذ كالمريض ، أو اضطرار الأهل لحجز التلميذ أحيانا لمعاونتهم في العمل كما في موسم الحصاد في الريف ، أو كثرة تنقل الآباء من بلد إلى آخر وما يتطلبه تحويل التلميذ للمدرسة الجديدة من وقت ؛ كما أن هناك أسبابا أخرى أكثر خطورة مثل كراهية التلميذ للمدرسة وهروبه منها ، أو اتفاقه مع بعض زملاء على ارتياد دور السينما وترك المدرسة بسبب شعور التلميذ بالفشل وعدم القدرة على مسايرة غيره من التلاميذ . . كما أن تشدد المشرفين على الحضور والغياب وما يلجأون إليه من ضروب القسوة والعقاب أحيانا قد يؤدي إلى نتائج عكسية .

(ب) ويميل بعض المرين إلى أن يضعوا في المرتبة الأولى من أسباب التأخر الدراسي عدم كفاية التدريس حيث تلقى المسؤولية على المدرس وطريقته أو المادة وعدم ملاءمتها للتلميذ . ولكن السبب الأكثر احتمالا من حيث المدرس هو عدم عنايته واهتمامه الكافي بكشف وتشخيص حالات التأخر الدراسي مبكرا وإعطائها العلاج المناسب . كما أن تغيير المدرسين بكثرة وعدم قدرة بعض التلاميذ على مسايرة طريقة المدرس الجديد — التي قد تختلف عن طريقة سابقه — قد تؤدي إلى التأخر .

هذا وتلجأ بعض الإدارات التعليمية إلى نقل المدرسين الصالحين من المدارس الابتدائية إلى الثانوية ، أو إلى أن تعهد إليهم بالتدريس في الفرق التي تعقد لها امتحانات عامة مما يعرض التلاميذ الآخرين لعدم الانتفاع بالمدرس الكفء فيكثر بينهم التأخر الدراسي .

(ج) وكثيرا ما تؤثر الروح المدرسية العامة ، وما يسودها من حزم في الإدارة والتنظيم في سير التلميذ الدراسي ، فالمدارس التي تتيح المناسبات والفرص للتلاميذ لكي يشعروا بالتفوق والنجاح الذي يزيد ثقتهم بأنفسهم لا تكثر

فيها حالات التأخر . إذ أن الشعور بالنجاح في ذاته يوقد الحماس ويوقظ الأمل مما يساعد على بذل الجهد .

وقد يكون فساد نظم الامتحانات وطريقة النقل من فرقة إلى أخرى سببا جوهريا للتأخر الدراسي ، فليس أضر بالتلميذ من نقله إلى فرقة أعلا من مستواه الحقيقي سواء أكان ذلك بسبب الاعتماد على امتحان واحد تتدخل فيه عوامل الصدفة وغيرها ، أو بسبب الوسائل غير المشروعة التي قد يلجأ إليها أحيانا كالغش وغيره . ولهذا قد اتجه رأى المربين إلى تعديل نظم الامتحانات يجعل النقل مبنيا على عمل التلميذ طول العام الدراسي وعلى معرفة مبلغ استعداده للسير بنجاح في الدراسة القادمة .

ثالثا : العوامل الجسمية :

وهي العوامل المتعلقة بالنمو والصحة العامة ، أو غايات الحواس المختلفة ، أو الاضطرابات الحركية التي تتضمن عيوب النطق وصعوبات الكلام ، واستعمال اليد اليسرى بدلا من اليمنى وما يترتب عليه .

(١) فكثيرا ما يكون اضطراب النمو الجسمي ذا تأثير مباشر في النمو والنضوج العقلي ، كما أن ضعف البنية والصحة العامة من أشد العوامل تأثيرا في إحداث التأخر الدراسي ، نظرا لما يتبع ذلك من القابلية للتعب ، وعدم القدرة على بذل الجهد ، والتعرض للإصابة بنوبات الزكام والصداع والحميات وغيرها من المضايقات الصحية .

وغنى عن الذكر ما تسببه الإصابة بالأمراض الطفيلية والمزمنة . . . والاضطرابات الوظيفية لأجهزة الجسم ، وعدم اتزان إفرازات الغدد الصماء ، وكذلك الإصابة بالصرع Epilepsy . . . الخ . من أثر يؤدي إلى التعطيل عن مواصلة العمل المدرسي مما يؤدي إلى التأخر .

(ب) أما عاهات الحس فتعتبر مسئولة عن عدد كبير من حالات التأخر الدراسي، وخصوصا الحالات التي لا تكون فيها هذه الحالات واضحة لدرجة تسمح بفصلها في مدارس خاصة، مثل حالات ضعف البصر الجزئي Partially Sighted، وكذلك حالات ضعف السمع الجزئي Partially Deaf، التي لا يفتن إليها المدرس. فقد يكون جلوس هؤلاء التلاميذ في أماكن غير مناسبة بالفصل سببا أساسيا لتعطل إدراكهم وتأخرهم. وهناك أنواع مختلفة للعلل البصرية والسمعية، ففي حالة البصر نجد طول النظر أو قصره وعمى الألوان Colour Blindness. . . وغيرها، وفي حالة السمع نجد بجانب درجات ضعف السمع عدم القدرة على تمييز النغمات الدقيقة High - note Deafness وغيرها من أنواع الضعف التي تتطلب في تشخيصها الاستعانة بأجهزة وتجارب فنية خاصة.

وهناك حالات أكثر تعقيدا مما ترجع إلى اضطرابات نيورولوجية تتصل بالمراكز العصبية للأحواس، وعدم التوافق الحسي الإدراكي الحركي، كحالات الكتابة المعكوسة Mirror Writing وحالات عمى الكلمات Word Blindness وهي اضطرابات سمعية في إدراك أو فهم بعض الحروف أو أشكال الكلمات والتعبير عنها بالكتابة، ويكون لهذه الأنواع من العاهات آثار بعيدة في التأخر الدراسي الذي يظهر بوضوح في القراءة والكتابة.

(ج) ومن أهم الإضطرابات الحركية ما يصيب اللسان وأجهزة الكلام، ثم التوافق الحركي اليدوي الذي يظهر أثره في التأخر الدراسي في الرسم والأشغال اليدوية والكتابة. أما عيوب الكلام وصعوبات النطق وما ترتبط بها من الاضطرابات الانفعالية والمزاجية فمن شأنها أن تعوق التلميذ عن التعبير الصحيح، كما تسبب له مضايقات زملائه ومعايرتهم له مما يصرف جزءا كبيرا

من طاقته في التفكير في هذه المشكلة والانصراف عن الدروس والتأخر فيها .
وكثيرا ما يصاحب عيوب النطق تأخر كبير في القراءة والأعمال المدرسية
الشفوية ، ويكثر ذلك في البنين أكثر من البنات .

وأحيانا يكون استعمال التلميذ ليده اليسرى بدلا من اليمنى في الكتابة
سببا في خلق صعوبات نفسية عنده ، نتيجة المحاولات العنيفة التي يلجأ إليها
الأهل لإقلاعه عن ذلك ، وما يلابس هذه المحاولات من عناد مما يضاعف
المشكلة ويحيطها باضطرابات مزاجية ، وبسبب تعثر التلميذ بين استعمال اليد
اليسرى تارة واليمنى تارة أخرى يحدث كثير من التعطيل والاضطراب الحركي ،
الذي يبدو في رداءة الخط والتأخر الدراسي في الأعمال الكتابية في عدد غير
قليل من الحالات .

رابعاً: العوامل العقلية :

وأهم هذه العوامل القدرة المعرفية الفطرية العامة أو الذكاء ، ثم حالة التلميذ
من حيث استعداداته وقدراته العقلية الخاصة ، وكذلك حالته المزاجية والخلقية
وما فيها من قوة أو ضعف أو اضطراب .

(١) فنقص الذكاء هو أقوى الأسباب التي تبدو في حالات التأخر
الدراسي الذي يستعصى علاجه ، أما إذا كان الذكاء عاليا فإن الأمل يكون
كبيرا في قدرة التلميذ على اللحاق بزملائه إذا عولجت الأسباب التي أدت إلى
التأخر . وقد وجد بيرت Burt أن حوالي ١٠ ٪ من مئات حالات التأخر
الدراسي التي قام ببحثها ترجع إلى الغباء الذي يكون وحده كافيا لإحداث
التأخر .

وتختلف أهمية عامل الذكاء للنجاح في مواد الدراسة المختلفة بحسب
اعتمادها عليه أو على غيره من القدرات العقلية الأخرى .

فقد وجد بيرت أن معامل الارتباط بين الذكاء والتحصيل المدرسي العام
حوالي ٠٧٤ . وبين الذكاء والإنشاء ٠٦٣ . وحوالي ٠٥٥ . للمسائل
الحسابية ٠٥٤ . للقراءة ٠٥٢ . للإملاء ٠٤١ . للحساب الآلي ، ويهبط
معامل الارتباط إلى ٠٢١ . للخط ٠١٨ . للأشغال اليدوية ٠١٥ . للرسم .
(ب) أما القدرات والمواهب الخاصة فيظهر أثرها بوضوح أكثر في
حالات التأخر الدراسي في مادة معينة Specific Backwardness ، حيث
لا يتوافر الاستعداد العقلي الكافي للسير بنجاح في دراستها ؛ ومن أمثلة ذلك
تأخر عدد من البنات أكثر نسبيا من البنين في الحساب والمواد التي تتطلب
القدرات الرياضية ، وكذا المواد العملية التي تتطلب القدرات الميكانيكية ،
بينما يتأخر عدد من البنين أكثر نسبيا من البنات في اللغات والمواد التي
تتطلب القدرات اللفظية .

ومن الثابت أن هناك اختلافات فردية بين التلاميذ في قدرات الذكاء
والتصور التي تؤثر في طريقهم في الحفظ والدراسة ، ولذا يحدث أحيانا أن
يكون تغيير أسلوب التدريس بالاستعانة بالصور ووسائل الإيضاح البصرية
لازما لعلاج التأخر الدراسي عند التلاميذ البصريين Visualisers الذين
يكون تأخرهم راجعا لعدم ملاءمة الطريقة السمعية لهم ، بينما تكون هذه
الطريقة ملائمة لغيرهم من التلاميذ السمعيين Audiles .

ولتشخيص التأخر الدراسي وعلاقته بعدم توافر الاستعدادات العقلية
الخاصة ينبغي تحليل المواد الدراسية إلى القدرات العقلية التي تتدخل في
دراستها^(١) وبحث نواحي ضعف التلميذ في هذه القدرات لمعرفة سبب تأخره ،
فقد وجد أن مادة الهندسة مثلا تتطلب مستوى معيناً من الذكاء وقدرات

(١) انظر رسالة المؤلف للدكتوراه في تحليل القدرات الرياضية .

التفكير Reasoning والقدرة على التصور البصري Visual Imagery والإدراك المكاني Space Perception وغيرها . وأن السير في تعلم القراءة بنجاح يتطلب سلامة الحواس وجهاز النطق ، وقدرات الإدراك ودقة الملاحظة والقدرات التي تؤدي إلى سرعة التعرف والفهم . بجانب الاتزان الانفعالي وغير ذلك .

(ح) أما النواحي المزاجية والصفات الخلقية فكثيرا ما تكون عاملا أساسيا يشترك في معظم حالات التأخر الدراسي ، ولهذا ينبغي دائما استكمال بحث هذه النواحي لمعرفة مدى تحفز التلميذ وحماسه للعمل وما عنده من طاقة انفعالية تساعد على إقباله عليه ، فقد تبين أن عدم الاتزان المزاجي Temperamental Instability وحالات القلق والاضطراب العصبي تؤثر كثيرا في أعمال التلاميذ التي تتطلب الدقة وتركيز الانتباه ، ولذا يكثر تأخر من يتصفون بهذه الصفات في الحساب ويكون خطهم رديئا وأعمالهم ينقصها الترتيب والنظام .

وغنى عن الذكر أن النجاح المدرسي يتطلب وجود الصفات الخلقية الأساسية مثل المثابرة والأمانة والاعتماد على النفس ، والبعد عن الخداع والغش والانتكال على الغير .

الأهمية النسبية لأسباب التأخر الدراسي :

تختلف أهمية العوامل السابقة لا من حيث كثرة انتشارها فحسب ، ولكن أيضا من حيث قوة تأثيرها في إحداث التأخر ، إذ أن النجاح المدرسي يتأثر بهذه العوامل بدرجات متفاوتة .

وقد وجد بيرت Burt في بحثه لعدد كبير من حالات التأخر الدراسي

بلندن وبرمنجهام ، والذي نشره في كتابه « الطفل المتأخر » أن الذكاء هو أكثر العوامل ارتباطا بالتحصيل الدراسي ، فمعامل الارتباط بينهما ٠٠٧ ، فإذا استبعد أثر الذكاء فإن معامل الارتباط بين التأخر الدراسي وضعف بعض القدرات الخاصة كالتمسك والتذكر والانتباه يكون أقل من ذلك نسبيا ، وإن كان عاليا نوعا بين التحصيل والذاكرة البعيدة المدى (٠٠٥ إلى ٠٠٦) .
وبلى ذلك في الأهمية — على هذا الأساس — عدم المواظبة ٠٠٤٥ ، ثم بعض حالات الانحراف الخاصة كضعف السمع واضطرابات النطق — وهي وإن تكن نادرة الحدوث نسبيا — إلا أن آثارها تكون بعيدة وواضحة في التأخر ، حيث يصل معامل الارتباط بينهما حوالي ٠٠٤ ، وكذلك نجد أن معامل الارتباط بين التأخر الدراسي والتأخر في النمو الجسمي العام حوالي ٠٠٣ ، ومع الفقر الشديد بين ٠٠٢٥ و ٠٠٣ ، وبلى ذلك في الأهمية حالات ضعف الصحة وسوء التغذية وتتابع الإصابة بالأمراض ، حيث يكون معامل الارتباط بين ٠٠٢ و ٠٠٢٥ ، أما في حالات الانحراف المزاجية كعدم الاتزان المزاجي والقلق والنورستانيا فيقرب معامل الارتباط من ٠٠٢ ، وأخيرا نجد معامل الارتباط بين العلل البصرية والتأخر لا يزيد كثيرا عن ٠١٥ .
على أن هذه النتائج يجب أن تؤخذ بشيء من الحرص لأنها مستمدة من بحث خاص على مجموعة معينة من تلاميذ المدارس الانجليزية الذين تختلف ظروفهم كثيرا عن تلاميذ المدارس المصرية ، كما أن وجود الارتباط في ذاته لا يتبعه حتما وجود علاقة سببية بين الظاهرتين ، فمعامل الارتباط قيمة إحصائية أما تفسيرها فيترك للقارئ الأخرى .

وما أحوجنا في مصر إلى الكثير من أمثال هذا البحث لتبدأ بدياة علمية في دراسة هذه المشكلة التعليمية الاجتماعية على أسس سليمة .

وقد قام الدكتور عبد العزيز القوصي بدراسة تحليلية لحوالي ثلاثين حالة من حالات التأخر الدراسي التي بحثت في العيادة النفسية بمعهد التربية المعلمين بالقاهرة ، وأورد نتائجها في كتابه « أسس الصحة النفسية » كما أشار إلى مصاحبات التأخر الدراسي ومضاعفاته مثل الهروب وشروذ الذهن وأجلام اليقظة ، كما وضح في بعض الحالات علاقة التأخر الدراسي بانحراف الأحداث وجرائمهم ، وبالخروج على النظام والثورة ضد المدرسة .

علاج التأخر الدراسي

يمكن في ضوء ما سبق شرحه عن أسباب التأخر أن نوجه النظر إلى ما يجب عمله لتقليل حالاته وعلاجها ، وذلك بالاهتمام بالنواحي الوقائية والنواحي التشخيصية وطرق العلاج ، التي يجب أن ترسم خططها وتحدد وسائلها بالإفادة من المختصين في علم النفس كمشائرين لإدارات التعليم في المناطق المختلفة .

أولا : النواحي الوقائية :

وتشمل الاهتمام بالفروق الفردية سواء من حيث التوجيه التعليمي وبناء سياسة التعليم العامة على أساس سليم ، أو من حيث الاهتمام بالفروق الفردية في كل مدرسة ، وإعادة تنظيم المناهج وطرق التدريس وإعداد المدرسين على أساس مراعاة هذه الفروق ، ثم العناية بالنواحي الطبية والاجتماعية وتعاون المدرسة والمنزل لصالح التلميذ .

(١) ويقصد بالتوجيه التعليمي Educational Guidance توجيه كل تلميذ إلى نوع التعليم المناسب لاستعداداته العقلية ، ولذا يجب أن تتنوع سبل التعليم بحيث تناسب مراتب القدرات العقلية . وقد فطنت لذلك انجلترا

فوضعت لمرحلة التعليم الأولى من التشريعات والنظم ما يكفل إبعاد ضعاف العقول في مدارس ومؤسسات خاصة ، ثم أنشأت مدارس خاصة لمن يحتاجون إلى علاج تربوي من نوع مناسب لحالاتهم كذوى العاهات من العميان وضعاف البصر ، والصم والبكم وضعاف السمع ، والمصابين بالصرع ، ومن يكون عندهم عيوب في النطق ، والأغبياء ممن يظهر عجزهم عن متابعة الدراسة مع العاديين .

أما مرحلة التعليم الثانوي فنجد فيها ثلاثة سبل : أولها المدارس النظرية Grammar التي لا يسمح بالالتحاق بها إلا لمن يكون استعدادهم العقلي عالياً بحيث يستطيعون متابعة الدراسة التي توصل إلى التعليم الجامعي ليكون من هؤلاء قادة الفكر ؛ وثانيها المدارس العملية Technical التي لا يسمح بالالتحاق بها إلا لمن يكون ذكاؤهم وقدراتهم العملية الخاصة على درجة تجعلهم قادرين على التفوق في الأعمال الصناعية والمهن الفنية ليكون من هؤلاء قادة الصناعة والتجارة والزراعة ؛ أما السبيل الثالث فهو المدارس الثانوية الحديثة Modern التي يدخلها الباقون ممن انتهوا من مرحلة التعليم الأولى ومن تكون قدراتهم العقلية محدودة بحيث لا تنسج لهم مدارس النوعين السابقين . وترمي الدراسة في هذا النوع من المدارس إلى تسهيل التعليم الأساسي بما يمهد لخروج تلاميذها إلى الحياة عند سن الخامسة عشرة أو السادسة عشرة ليكونوا طبقة العمال والصناع الكادحين .

وطبيعي أن تختلف المناهج وطرق التدريس بما يناسب كل نوع من أنواع هذه المدارس ، وبهذا يجد كل تلميذ نفسه في الطريق الذي أهلت له الطبيعة ، ويكون مع زملائه في وسط متجانس من حيث المستوى العقلي ، ولذا يقل احتمال ظهور التأخر الدراسي في مثل هذا النظام التعليمي .

(ب) وفي داخل كل مدرسة أيا كان نوعها ينبغي الاهتمام بالاختلافات الفردية بين تلاميذ كل فرقة ، وتقسيم التلاميذ إلى فصول متجانسة من حيث السن والذكاء والقدرة التحصيلية بقدر الإمكان ، وتنظيم الدراسة بحيث يسير تلاميذ كل فصل بسرعتهم الخاصة ، و بطرق التدريس التي تناسب مستواهم ، كما يصح أن يقل عدد تلاميذ الفصول الأضعف في قدراتهم لزيادة حاجتهم إلى الاهتمام الفردي ، ويجب أن يعهد بالتدريس لهم إلى مدرسين أكفاء فلا يصح أن يعهد بهم ناظر المدرسة إلى المدرسين القليلي الخبرة أو كبار السن ، فالعناية بهؤلاء التلاميذ يجب ألا تقل — إن لم تزد — عن العناية بالتلاميذ الأقوياء والأذكياء .

وقد رأيت بعض المدارس الثانوية بانجلترا تهتم بهذه الناحية كثيرا لدرجة أنها كانت تعمد إلى تقسيم تلاميذ الفرقة إلى شعب تختلف من مادة إلى أخرى بحيث يقسمون تقسيما خاصا في حصص الرياضة ، وتقسيما آخر في حصص اللغة بحسب تجانسهم في كل مادة . وكانت ترتب دروسا إضافية للشعب الضعيفة بحيث تضمن سير الجميع في مستوى واحد .

(ج) وفي جميع الأحوال يجب أن تعنى المدرسة بالنواحي الصحية والاجتماعية للتلاميذ ، وأن ينظم الكشف الطبي الدوري عليهم جميعا ، ويبادر بعلاج أى انحراف يكتشف بدون إبطاء ، وينبغي أن يكون طبيب المدرسة مملا لا بأمراض الطفولة فقط بل بالطريقة التي تؤثر بها هذه الأمراض على نمو التلاميذ العقلي وقدرتهم التحصيلية أيضا .

وقد خطت مصر في ذلك خطوات طيبة فأنشأت الوحدات الصحية للمدرسية مما سيؤدي إلى رفع المستوى الصحي للتلاميذ ويقلل من احتمال تأخرهم الدراسي .

وعلى الرغم من أن عددا كبيرا من حالات التأخر ترجع إلى عوامل
النقص في القدرات العقلية التي لا يكون المنزل مسئولا عنها ، إلا أن نسبة
كبيرة من هذه الحالات يزداد أثر هذا النقص فيها بالعوائق التي تسببها البيئة
المادية والاجتماعية في المنزل . ولهذا كان البحث الاجتماعي ضروريا في جميع
حالات التأخر الدراسي ، ومن أجل هذا أدخلت مصر أخيرا نظام المختصين
الاجتماعيين بالمدارس لأنهم بمقتضى إعدادهم الفني الخاص يستطيعون العمل
على ضمان تعاون المنزل والمدرسة ، وتوجيه النصح إلى الآباء ليعاملوا أولادهم
المعاملة التي تؤدي إلى تحسين مستواهم الدراسي ، وإرشادهم إلى ضرورة
الإشراف المنزلي على التلميذ في أداء واجباته المنزلية وما يعطيه المدرس من
نصائح أو بطاقات علاجية تساعد على علاج التأخر الدراسي .

ثانيا : النواحي التشخيصية :

وتشمل ما يقوم به المدرسون والنظار والمفتشون والإدارات التعليمية من
اختبارات عقلية ودراسية وغيرها لأغراض التوجيه التعليمي ، أو تشخيص
حالات التأخر التي تظهر في صورة جمعية ببعض المدارس أو الفصول ،
أو تشخيص حالات التأخر الفردية في مادة أو أكثر من مواد الدراسة .

(١) أما اختبارات التوجيه التعليمي فتتطلبها الإدارات التعليمية بقصد
اختبار مواهب التلاميذ والوقوف على مستوياتهم التحصيلية ، بقصد المقاضاة
بينهم في الالتحاق بأنواع التعليم المختلفة ، وتوجيه كل منهم إلى الطريق الذي
يناسبه ؛ وتلجأ وزارة المعارف حاليا لتحقيق هذا الغرض إلى الامتحانات العامة ،
ولكن من الواجب أن تستبدل الامتحانات التقليدية بإجراء اختبارات للذكاء
والقدرات العقلية الخاصة ، وكذا اختبارات مقننة للتحصيل المدرسي في مواد

الدراسة المختلفة ، بجانب ما يقدمه المدرسون من تقارير عن حالات تلاميذهم في ضوء ما يكونوا قد قاموا به من تسجيلات في بطاقة التلميذ أثناء الأعوام الدراسية الماضية .

(ب) وأما اختبارات التشخيص الجمعية فيقصد بها ما يقوم به المفتشون والنظار والمدرسون أحيانا للوقوف على المستوى التحصيلي للتلاميذ ، لأغراض إرشاد المدرسين وتوجيههم إلى أساليب العلاج المناسبة لما يظهر من حالات التأخر الدراسي . ويستعان باختبارات الذكاء هنا لمعرفة الحالات التي يرجع تأخرها إلى الغباء ولا يكون المدرس مسؤولا عنها ، كما يستعان بالاختبارات التحصيلية في مواد الدراسة المختلفة لمعرفة المادة التي يكثر فيها الضعف وتتطلب المزيد من الاهتمام .

وهذا النوع من التشخيص يأخذ أحيانا شكل معاينات واسعة Surveys لتحقيق أغراض علمية أو إدارية ، كالبحث الذي قام به بيرت Burt في مدارس لندن وبرمنجهام ، وكان له أثر كبير في لفت النظر إلى مشكلة التأخر الدراسي .

وكثيرا ما يتضح من مثل هذه الاختبارات التشخيصية ضعف المستوى في إحدى المدارس أو الفصول بشكل يستوقف النظر ، فتكون أسبابه راجعة إلى ظروف مدرسية خاصة ، كعدم كفاية التدريس أو عدم معرفة المدرس بأصول طرق التدريس الخاصة بمادته . ومن أمثلة ذلك حالة أحد الفصول بمدرسة ابتدائية تبين تأخر تلاميذه في مادة الحساب وحدها ، وتبين أن السبب كان يرجع إلى تسرع المدرس في الانتقال بالتلاميذ إلى دراسة القسمة المطلوبة قبل إتقان ما سبقها من العمليات الحسابية ، فبرغم أن التلاميذ

كانوا يحفظون جدول الضرب جيداً إلا أنهم كانوا يبطنون كثيراً في عمليات الجمع والطرح ، وتبين أن ذلك يرجع إلى ثبوت عادة العد على الأصابع عندهم ، وعدم حفظهم لتشكيلات الجمع والطرح الأولية ، وكان العلاج قائماً على الرجوع بالتلاميذ جميعاً إلى مرحلة التدريب على عمليات الجمع والطرح البسيطة ، وتخليصهم من عادة العد على الأصابع التي لم يفتن المدرس إلى خطورتها .

(ج) أما اختبارات التشخيص الفردية فيقصد بها ما يقوم به المدرس من آن لآخر من تصميم اختبارات خاصة لتلاميذ فصله ، لمعرفة نواحي الضعف عندهم ومتابعته لعملية التشخيص ، بتصميم اختبارات فردية خاصة بكل تلميذ لمعرفة تفاصيل نقط الضعف عنده ، حتى يبني علاجه على أساسها .

وتفيد هذه الاختبارات كثيراً في حالات الدراسة الفردية في العيادات النفسية ، وفي حالات إعطاء الدروس الخصوصية للتلميذ الضعيف ، حيث يتناول التشخيص خطوات متتالية ترمي إلى تحديد نقط الضعف التفصيلية .

وواضح أن مثل هذه الاختبارات الفردية تحتاج إلى جهد خاص من المدرس لأنها ستختلف من تلميذ إلى آخر . ولكنها في نظري أهم عمل للمدرس حيث يجب أن تبني عليها الواجبات المنزلية والبطاقات العلاجية وغير ذلك من وسائل العلاج الفردي للتأخر الدراسي .

ثالثاً : الطرق العلاجية :

فإذا انتهينا من خطوة التشخيص ودراسة الأسباب وجب أن ننقل إلى أساليب العلاج التي تقع أولاً وأخيراً على عاتق المدرس ، وإن كان من الممكن أن يتعاون معه جهات أخرى . ففي كل الحالات ينبغي أن يرتب المدرس لتلاميذه سجلات منظمة يتبين منها نتائج التشخيص وخطوات العلاج ومدى

التقدم أو التأخر أثناء سير التلميذ في الدراسة . ويمكن أن يتم هذا العلاج عن طريق المدرس نفسه ، أو عن طريق اشتراك الوالدين وتعاون المنزل ، أو بتحويل التلميذ إلى العيادة النفسية التربوية إذا كانت المشكلة أكثر تعقيدا .

(أ) فأما واجب المدرس في داخل الفصل فهو العمل على توجيه العناية الفردية للتلميذ الضعيف ، وإعطائه من التمرينات العلاجية بطريقة البطاقات ما يمكنه من اللحاق بزملائه . وفي بعض الأحيان يكون من المفيد إعطاء التلميذ وحده أو مع غيره ممن يشتركون معه في التأخر بعض الدروس الإضافية كوسيلة تكميلية لعمل المدرس في الفصل ، كما يحدث في حالة التلاميذ الذين تفوتهم بعض الدروس لأسباب قهرية .

ويساعد المدرس في عمله العلاجي استغلاله للنواحي التي يبرز فيها التلميذ وتشجيعه على التقدم وإشعاره بقدرته على النجاح حتى لا يستسلم لليأس ، وفوق ذلك كله ما يسود علاقتهما من روح العطف والتعاون .

(ب) وأحيانا يكون من الضروري تكليف التلميذ ببعض الواجبات المنزلية التي يساعد أداؤها بانتظام على علاج التأخر ، ويتوقف نجاح هذه الطريقة على مدى تعاون الآباء في المنزل ، وفي بعض الحالات يكون من الجائز السماح للتلميذ بأخذ بعض الدروس الخصوصية بما يعوض ما فاته من الدروس ، ولكن ينبغي الحرص الشديد في السماح بمثل هذه الدروس فلا يصح إعطاؤها إلا للتلاميذ ذوي الاستعداد العقلي والجسمي الكافي لاحتمالها ، أما ما يعمد إليه بعض الآباء من فرض هذه الدروس على أولادهم بسبب وبغير سبب فإنه يؤدي إلى كثير من الضرر ، فالتلميذ الذي يتعود الدروس الخصوصية يشب قليل الثقة بنفسه ميالا للاتكال على غيره ، بحيث لا يستطيع السير

في التعليم بدون هذه الدروس . بل كثيرا ما يؤدي إرهاق التلميذ بالدروس
الخصوصية إلى كراهية التعليم والانصراف عن الانتباه للدروس اعتمادا على
المدرس الذي سيعيد له شرح ما فاته منها . وللدروس الخصوصية أخطار أخرى
كثيرة ولذا لا يصح تشجيعها إلا في الحالات النادرة .

(ج) وقد يكون التأخر الدراسي مرتبطا بانحرافات مزاجية أو مضاعفات
أخرى معقدة ، وفي هذه الحالات يصبح من الضروري لعلاج التأخر الالتجاء
إلى العيادات النفسية التربوية التي تقوم بدراساتهم دراسة فردية كاملة وتقدم
لهم العلاج المناسب ، ويلحق بهذه العيادات في أغلب الأحيان فصول علاجية
خاصة Remedial Classes حيث يعهد فيها إلى مدرسين مختصين بواجب
العلاج فيعاونوا بذلك المدرس في عمله .

وتفيد هذه العيادات خصوصا في حالات أمراض الكلام وما يصحبها
من تأخر في القراءة ، وحالات التأخر الدراسي المصحوب بمشكلات أخرى
في السلوك .

وتهتم معاهد إعداد المعلمين التقدمية بتمرين طلابها على التدريس العلاجي
للتلاميذ المتأخرين دراسياً ، بأن تهيب لهم فرصة العمل في العيادات النفسية
التربوية ، والتدريب العملي في فصول التأخر الدراسي .

ومن أمثلة ذلك ما قام به معهد التربية في برمنجهام إذ أنشأ قسما خاصا
لعلاج التأخر الدراسي وجعله مركزا ملحقا به بمثابة محطة للبحوث التربوية
ولتمرين الطلاب .

مراجع الفصل السادس

- 1 . Baker : Introduction to Exceptional Children.
- 2 . Barakat, M. K : A Factorial Study of Mathematical Abilities.
B. J. Psy. Stat. Sec. Vol. IV, Part III, Nov. 1951.
- 3 . Burt : The Subnormal Mind.
- 4 . Burt : The Backward child.
- 5 . Fernald : Remedial Techniques in Basic School Subjects.
- 6 . Ministry of Education Pamphlet No. 5 : Special Educational Treatment.
- 7 . Nunn P. : The Education of Backward children.
- 8 . Schonell F. : Backwardness in the Basic Subjects.
- 9 . Schonell F. : Diagnosis of Individual Difficulties in Arithmetic.
10. The University of Birmingham Institute of Education : Remedial Education Centre.
11. Traxler. A. E : Techniques of Guidance.

الفصل السابع

ذنوب الأحداث

مقدمة :

رأينا في حالتى الضعف العقلى والتأخر الدراسى مثالين للانحراف أو الشذوذ أولهما يتعلق بالتكوين العقلى الطبيعى أو القدرة المعرفية الفطرية ، والثانى يتعلق بالتكوين الثقافى المكتسب أو القدرة المعرفية التعليمية ، وفى كلتى الحالتين كان الشذوذ أمرا خاصا بالفرد ، بحيث لا يتحتم أن يترتب عليه ضرر إيجابى بالغير .

أما مشكلة ذنوب الأحداث فنوع آخر من الانحراف الذى يتعدى أثره إلى إيقاع الضرر بالغير مما يقع تحت طائلة العقاب ، ولهذا يعتبر شذوذا فى السلوك الاجتماعى .

وإذا كانت انحرافات الأحداث من النوع الذى يعتبر خارقا للقانون بحيث تستحق العقوبة لو حدثت من الكبار فإنها تسمى « جرائم الأحداث » ولكن الكلام هنا سيتناول « ذنوب الأحداث » حتى يكون البحث شاملا لتلك التصرفات التى يفلت مرتكبوها من الإحالة إلى المحاكم ، والتى قد تضارع تلك الجرائم فى خطورتها وأهميتها . كما أن استبدال لفظ « جرائم » بالانحرافات أو الذنوب فى حالة الأطفال يتضمن استبدال النظرة القاسية الانتقامية إليهم بالنظرة الدراسية العلاجية التى تدعو إلى اتجاه المجتمع فى معاملة الأحداث نحو الإصلاح والرعاية والتهذيب بدل السجن والعقاب والتعذيب ، فبدل أن

نعتبر الأطفال من مرتكبي هذه الذنوب مجرمين آثمين يصح أن نعتبرهم مرضى أو منحرفين يحتاجون إلى العلاج والتقويم لتصح نفوسهم فيصبحوا مواطنين نافعين .

ويمكن أن نتناول مشكلة الأحداث من عدة زوايا . فهي تعد مشكلة تربوية لأنها لا تختلف كثيرا عن مشكلات الأطفال اليومية في أساسها والدوافع إلى ارتكابها سوى أنها تتخذ وضعاً قانونياً خاصاً لارتباطها بالعدوان على الغير ، وهي مشكلة قانونية من حيث التشريعات التي توضع بشأنها من ناحية محاكمة الأحداث وعقوباتهم . . الخ ، كما أنها تعد من المشكلات البارزة في علم الاجتماع من حيث عواملها وآثارها الاجتماعية ، على أن المشكلة من حيث دوافعها وأسبابها تقع في دائرة علم النفس الذي يبحث القوى الديناميكية الفعالة في شخصية الحدث والتي تسوقه إلى ارتكاب هذه الذنوب ، كما يرسم خطوط العلاج النفسي والتربوي التي ترمى إلى وقاية المجتمع وحماية الحدث من الانسياق إلى طريق الجريمة الذي يؤدي به إلى السجن والهوان في المستقبل . ومن المهم أن نؤكد ضرورة ارتباط الدراسات التي تقوم بها هذه العلوم وغيرها مما يمس المشكلة من قريب أو بعيد ، إذ أن سلوك الإنسان في أي صورة من صور السوية أو الشاذة يعتبر محصلة لعدة عوامل أو قوى لا يمكن الفصل بينها ، وإن كنا نسمى بعضها عوامل نفسية وبعضها عوامل اجتماعية وبعضها عوامل جسمية . . وهكذا . . فالسلوك مظهر للشخصية التي تعتبر وحدة متكاملة لا تقبل التجزئة .

فكرة عامة عن تشريعات الأحداث في مصر :

قد يكون من المفيد أن نستعرض نظام معاملة الأحداث في مصر باختصار فإن هذا يساعد على إبراز أهمية المشكلة قبل أن نتعرض للجانب النفسي منها .

وضع أول تشريع مصرى للأحداث عام ١٨٨٢ ثم عدل تعديلات كثيرة أهمها تعديل عام ١٩٣٧؛ ويعتبر قانون الأحداث الطفل غير مسئول عن تصرفاته حتى سن السابعة . أما إذا ارتكب جنائية أو جنحة وهو في سن ٧ - ١٢ فلا يحكم عليه بعقوبه سوى تسليمه إلى والديه أو أهله ، أو إرساله لإصلاحية أو ملجأ أو مؤسسة حكومية أخرى . أما إذا ارتكب الحدث بين سن ١٢ و ١٥ سنة جنائية عقوبتها الأشغال الشاقة أو السجن فإنها تبدل بالحبس الذي لا يزيد عن ثلث المدة الأصلية للسكير ، وإذا ارتكب الحدث جنائية عقوبتها الإعدام أو الأشغال الشاقة المؤبدة فإن العقوبة تبدل بالحبس لمدة لا تزيد عن عشر سنوات . ويجوز للقاضي ألا يحكم عليه بالحبس بل بعقوبة تأديبية بتسليمه لأهله أو إرساله إلى إصلاحية . .

ولم تكن القوانين حتى عام ١٩٠٨ تشمل الأحداث المشردين أو المهملين أو الذين لا عائل لهم ، ماداموا لم يرتكبوا جريمة يعاقب عليها قانون العقوبات . ولكن في ذلك العام وضع قانون خاص بالمشردين الأحداث و عدل بقانون عام ١٩٤٩ ، وفيه يعتبر الحدث ، ذكرا كان أو أنثى ممن لم يبلغ ١٨ سنة ، متشرداً إذا وجد متسوفاً أو مارقا من سلطة أبويه أو لم يكن له محل يأويه بحيث يبيت في الطرقات . . الخ ، ولذا يجوز للنيابة العامة بحث حالته وتسليمه لوالديه ، أو وضعه في مؤسسة تحت إشراف وزارة الشؤون الاجتماعية ، على أن يخلى سبيل الحدث حتماً إذا بلغ عمره ٢١ سنة كاملة .

وفي كل من القاهرة والإسكندرية توجد محكمة خاصة للفصل في قضايا الأحداث ، وملحق بكل منها مكتب للخدمة الاجتماعية لمحاكمة الأحداث ، مهمته التعاون مع المحكمة في بحث حالات الأحداث المحولين للمحاكمة من النواحي الاجتماعية والنفسية والصحية ، على أن يرفع تقارير بنتائج بحثه مشفوعة

باقترحات استشارية للقاضي أن يأخذ بها أو يرفضها ، وهذه المكاتب تعتبر في الحقيقة نوعا من العيادات النفسية بالمعنى الصحيح .

هذا وتوجد بمصر عدة إصلاحيات للأحداث وهي : إصلاحية الجيزة المخصصة للأحداث المشردين من سن ٨ سنوات فأكثر بحيث لا يبقى بها الحدث إذا وصل إلى سن ١٨ سنة ؛ ويشرف عليها من حيث المراقبة ضباط عسكريون ، ومن حيث التعليم مدرسون من التعليم الأولي وبعض الموظفين الفنيين في تعليم الصناعات . أما إصلاحية البنات فتعتبر مدرسة داخلية للتدريب المنزلي وتضم البنات ممن يحكم عليهن حسب قانون التشرد أو قانون العقوبات ، بين سن ٧ و ١٢ سنة ولا تبقى بها البنت إذا وصلت إلى سن ١٨ سنة .

وهناك أيضا إصلاحية المرج المخصصة للمحكوم عليهم بقانون العقوبات ، أي الأحداث المجرمين ، حيث يتعلمون بها الزراعة والصناعات الزراعية بجانب التعليم الأولي . وأخيرا نجد إصلاحية الأحداث بالقناطر الخيرية ، وهي تعتبر مدرسة صناعية للفرز والنسج مع التعليم الأولي أيضا ، ويختار لها الأحداث المتشردون ممن ألحقوا بإصلاحية الجيزة وقضوا بها فترة لا تقل عن سنتين مع توافر شروط خاصة من حيث ملاءمتهم واستعداداتهم لهذا النوع من العمل الصناعي .

أسباب ذنوب الأحداث

يهتم القانون بالنظر إلى جرائم الأحداث من حيث نتائجها ، ومبلغ الضرر الذي ينجم عنها ، ولهذا تهدف الدراسة القانونية لقضايا الأحداث إلى محاولة إثبات التهمة أو نفيها بالبحث عن الشهود والأدلة والقرائن . . . الخ ؛ إذ أن الغرض الأساسي هنا هو حماية المجتمع وحفظ الأمن . . . ولهذا يقسم القانون

هذه الذنوب إلى مخالقات وجنح وجنبايات . . . وهكذا ، ويقرر لها العقاب على حسب القدر السكى للضرر وما تنص عليه مواد القانون .

ولكن الجريمة على هذه الصورة ليست سوى ظاهرة خارجية ، إذ تكن وراءها أسباب أكثر أهمية لعمقها وتأصل جذورها أحيانا في شخصية المذنب ، ولهذا فالعقاب ليس إلا علاجا سطحيا للظاهرة ، ولن يزيد المشكلة إلا تعقيدا ، لأنه يضيف عاملا جديدا في دفع المذنب لمعاودة الإجرام في أغلب الأحيان . وكثيرا ما تعرض للمحاكم حالات من المجرمين العائدين ، الذين تكون حياتهم عبارة عن سلسلة متتابعة من الذنوب والجرائم التي ترجع بوادرها إلى أيام الطفولة والصبا ، ولم تثمر فيها الأحكام والعقوبات السابقة بل زادت تعقيدا . وفي مثل هذه الحالات يصبح أن تتساءل هل من الممكن أن يساعدنا علم النفس على دراستها في با كورة ظهورها ، وعندما يكون الفرد لا يزال في مرحلة المرونة والقابلية للتشكل والتغير ، حتى نحول بينه وبين هذه النهاية التعمسة المؤسفة ؟

يؤكد علم النفس أهمية تركيز البحث في الحدث ذاته وفي طبيعة ذنبه والظروف التي ساقته إلى ارتكاب هذا الذنب أو ذاك . ولهذا يركز الاختصاصي النفسي جهوده في بحث البواعث والأسباب . مهما كانت الصورة الشكلية أو السكية التي يظهر بها الذنب .

وقد ثبت أن ذنوب الأحداث ترجع إلى أكثر من سبب واحد ، وأن هناك ما يزيد على ٦٠ عاملا يمكن تنفيذها كصفات مميزة لجماعة المجرمين الأحداث ، وأن من الممكن أن يشترك أكثر من ١٢ سببا في دفع الحدث إلى ارتكاب ذنب واحد ، وأن الذي يؤدي بالحدث إلى ارتكاب ذنب معين ليس ذلك السبب المباشر الذي قد يكون واضحا فيعاقب الحدث من أجله ،

وإنما هو في الأغلب تراكم مجموعة من الأسباب والعوامل واحدا بعد الآخر لدرجة تجعل الحدث غير قادر على احتمال الموقف الذي ينجم عن إقبال نفسه بهذه الأسباب المتراكمة فيقع في ارتكاب الذنب ويجب إذن أن يكون العلاج قائما على بحث الأسباب كلها لا على مجرد النظر إلى السبب المباشر .
ويجب أن نشير هنا إلى أن الذنب الواحد قد يرجع إلى أسباب مختلفة من شخص إلى آخر، وتختلف الأسباب في الشخص نفسه من مرة لأخرى . فقد يكون الدافع للسرقة مثلا مرة الجوع ، ومرة حب التملك ، ومرة الجهل وعدم القدرة على التمييز بين حقوق الشخص وحقوق غيره ، ومرة أخرى مرض نفسي وهكذا .

وإزاء تعقد الأسباب وتنوعها وتداخلها ينبغي في دراسة ذنوب الأحداث الالتجاء إلى طريقة البحث الفردي Case Study لمعرفة الدوافع الحقيقية والظروف التي تجمعت فأدت بالحدث إلى ارتكاب الذنب ، وذلك في ضوء تحليل الموقف الكلي وتفاعل القوى المسكانية والزمانية سواء منها ما يتعلق بالفرد نفسه وما يتعلق بعوامل البيئة . وهذا لا يتم على الصورة المجدية إلا في العيادات النفسية المملحة بمحاكم الأحداث حيث يتوافر وجود المختصين في جميع النواحي .

وسنحاول فيما يلي تصنيف الأسباب المختلفة لذنوب الأحداث فإن هذا يساعد عند البحث في دراسة الحالات الفردية بالعيادات . وسنتبع في هذا التصنيف نفس الخطة التي يمكن أن نلصقها في دراسة عوامل التأخر الدراسي ، والتي تصلح لدراسة أي نوع من أنواع الشذوذ النفسي ، وهي خطة مبنية على تحليل الشخصية إلى مركباتها الرئيسية^(١) .

(١) انظر كتاب تحليل الشخصية للمؤلف .

عوامل البيئة ✓

كان المعتقد قديماً أن الإجرام صفة طبيعية تولد مع بعض الأشخاص ، ولكن الدراسات التحليلية لعوامل الإجرام قد أثبتت أن معظم هذه العوامل ترجع إلى فساد البيئة ، وأن الإجرام ظاهرة اجتماعية بمعنى أن الخارجين على القانون هم في أغلب الأحيان ضحايا فساد التربية والبيئة والظروف ، ولا ذنب لهم في الحقيقة ، بل الذنب ذنب أهلهم وذنب المجتمع الذي هيأ لهم البيئة السيئة التي نشأوا فيها .

ويؤكد علماء الاجتماع والتربية على الخصوص أهمية عوامل البيئة المنزلية والمدرسية والاجتماعية العامة ، سواء منها ما يتعلق بالفقر المادى وما يترتب عليه من تقدير أو حرمان ، وما يتعلق بأساليب التربية وما يكون فيها من أخطاء وعيوب ، كتناقض معاملة الوالدين أو سوء أخلاقهما ، وأهم من كل ذلك عامل التفكك العائلى وانحلال روابط الأسرة الذى يعتبر مسئولا عن أكثر من نصف حالات ذنوب الأحداث وتشردهم .

✓ وقد دلت الدراسات الإحصائية التى قام بها مكتب الخدمة الاجتماعية للأحداث بالقاهرة على أن ٧٦٪ من الحالات التى قام ببحثها ترجع أسباب الانحراف فيها إلى أثر البيئة المنزلية بعواملها المختلفة ، و ١٤٪ إلى أثر البيئة الخارجية كصحبة قرناء السوء أو تأثير بعض روايات السينما أو وقوع الحدث تحت سلطة (البلطجية) ، وأن ٨٪ فقط من الحالات ترجع إلى عوامل ذاتية فى شخصية الحدث كالعاهات الجسمية والعقلية والنفسية ، وترجع باقى الحالات إلى عوامل مختلفة حار المكتب فى تغليب انسابها إلى أحد هذه الأقسام .

وتدل المعايينات الإحصائية الواسعة على أن الأحياء الفقيرة التى تنتشر

فيها العقائد الفاسدة والجهل والمرض والانحلال الخلقى تسكون مصدرا لعدد من الأطفال المنحرفين يفوق بكثير العدد الذي ينحرف من أطفال الأحياء الراقية. ويمكن تقسيم ذنوب الأحداث بحسب عمق تأثير عوامل البيئة فيها إلى ما يأتي : —

أولا : الذنوب البريئة Benign Delinquencies :

وهي التي تعزى إلى عدم فهم وتقدير خصائص الطفولة وعدم تهيئة الجو الملائم للطفل كي يعبر عن دوافعه الطبيعية بطريقة مناسبة ، فكثيرا ما يقع الطفل في أخطاء وذنوب أثناء التعبير الطبيعي عن دوافعه النفسية دون أن يقصد إلى إحداث الضرر بالغير ، ولذا لا يصح لوم الطفل عليها لأنها تتمشى مع قواعد الصحة النفسية . ومن أمثلة ذلك أكاذيب الأطفال التي تتصل بخصوصية خيالهم في بعض مراحل النمو ، وكذلك ما ينتج عن ميل الطفل الطبيعي للمخاطرة وحب التسلق الذي يدفعه أحيانا إلى تجريب قدرته على تسلق شجرة أو سور حديقة فيمسك به صاحبها ويتهمه بالسطو أو الشروع في السرقة ، ومن أمثلة ذلك أيضا ميل الطفل إلى اللعب والتعبير عن طاقته الحيوية بلعب الكرة ، ولكنها تخطئ فتصيب زجاج نافذة الجيران . . وغير ذلك مما يمكن تلافيه بتهيئة الملاعب والحداثق وأخذ الأطفال في رحلات تشبع ميلهم للمخاطرة وغيرها .

وينبغي أن نقف من مثل هذه الذنوب موقفا لينا ، وألا نعامل الحدث الذي يرتكبها بالقسوة أو بتهمه بالإجرام ، بل يصح التفاوض عنها لأن وسم الطفل بالسرقة أو الإجرام في هذه الحالات قد يخلق منه مجرما بالفعل فيما بعد .

ثانيا : الذنوب البسيطة Simple Delinquencies :

وترجع بساطتها إلى عدم تعمق جذورها في نفسية الحدث ، حيث تكون عوامل البيئة ذات أثر مباشر في إحداثها دون أن يكون عند الطفل نفسه استعداد للسلوك الإجرامي ، كالطفل الذي يدفعه أهله دفعا إلى السلوك المنحرف ، أو الطفل الذي يقع في حبال القواد من كبار المجرمين فيضطرونه إلى تنفيذ جرائمهم ، أو الفتاة التي تجبرها الظروف إلى مسلك الدعارة قهراً ، أو الطفل الذي ينحرف بسبب الصحبة السيئة . . وغير ذلك من الحالات التي يكون الحدث فيها غير متأثر بدوافع ذاتية متصلة في نفسه بحيث يندفع بإرادته لارتكاب الذنوب .

وفي هذه الحالات يكون من اليسير علاج الحدث وتطهيره من الذنوب بمجرد إبعاده عن هذه المؤثرات .

ثالثا : الذنوب التي يردبها الطفل على مؤثرات البيئة Reaction Delinquencies :

وفيها تكون آثار عوامل البيئة أكثر تعمقا في نفسية الحدث ، ويكون سلوكه الإجرامي بمثابة الرد أو الاحتجاج على هذه المؤثرات بطريقة شعورية أو غير شعورية . ومن أمثلة ذلك الذنوب التي ترجع إلى ما يلقاه الطفل في صغره من قسوة في المعاملة تجعله يشب نائرا ساخطا على الحياة ميالا للانتقام من البيئة ، كحالات الحرمان من العطف التي تنتج من التفكك والاضطراب العائلي ، ومن ذلك أيضا الذنوب التي تترتب على الفشل في الحياة المدرسية أو عدم الانسجام في الحياة العائلية وما قد يوجد فيها من مسببات الغيرة الشديدة والعناد وحب الانتقام . وترجع كثير من حالات الجرائم الجنسية والسرقه إلى هذا النوع من العوامل .

ولعلاج هذه الحالات ينبغي البحث في القوى الفعالة في العلاقات العائلية وغيرها من عوامل تربية الطفل في نشأته الأولى ، ومعرفة مركز الطفل في الأسرة ونوع المعاملة التي شب عليها الطفل من تدليل أو حرمان أو غيرها . وقد دلت مثل هذه الدراسات على أن الطفل الأكبر هو أكثر الأخوة تعرضا للانحراف وذلك لتعرضه أكثر من إخوته لعيوب التربية كالتدليل وعدم الاعتماد على النفس وعدم المتابعة وغير ذلك .

رابعا : الذنوب التي ترجع إلى المرض النفسي Psychoneurotic Delinquencies

وقد تكون عوامل البيئة قوية التأثير لدرجة تحدث معها حالات المرض النفسي التي يندفع الحدث بسببها إلى الإجرام من غير أن يدرك الباعث الحقيقي لسلوكه ، وهذه الذنوب يمكن تفسيرها على أساس التعبير عن المخاوف أو الرغبات النفسية المكبوتة في صورة تصرف شاذ من الناحية الاجتماعية ، ومن أمثلتها بعض حالات الجرائم التي يكون طابعها الشذوذ الجنسي ، وحالات السرقة القهريّة التي تسمى Kleptomania التي ترمز إلى انتزاع الحب والحصول على العطف في صورة الشيء المسروق ، وجرائم إشعال الحريق التي ترمز أحيانا إلى الثورة ضد الكبت الجنسي ، وغير ذلك من الجرائم التي تعبر بطريقة رمزية عن العقد النفسية بطريقة لا شعورية . . والتي تحتاج في علاجها إلى التحليل النفسي وتعديل البيئة بما يؤدي إلى إعادة انجاس عناصر الشخصية الشعورية واللاشعورية .

وتتميز هذه الذنوب بتورط الشخص في ارتكابها بسبب عوامل نفسية مكبوتة لا يشعر بها وقت ارتكاب الذنب ، ولكنه ينتحل الأعذار بطريقة يبرر بها موقفه Rationalisation فيذكر أسبابا شعورية لا تكون الباعث الحقيقي للانحراف .

ويؤكد علماء التحليل النفسي أهمية هذه الدوافع وينسبونها إلى اضطراب الجهاز النفسي وما يعترى مكوناته من ضروب الصراع Conflict ، وطغيان القوى اللاشعورية على الذات الشعورية ، وما يتبع ذلك من وطأة الشعور بالإثم Sense of Guilt والميول العدوانية التي تتخذ صورة الرغبة في التعذيب Sadism كما في بعض جرائم القتل .

ولمهم أن هذه الآثار النفسية اللاشعورية يرجعها علماء التحليل النفسي إلى التربية وعوامل البيئة التي نشأ فيها الحدث منذ الصغر ، وبالأخص علاقة الطفل بأبويه وما يتبعها من حالات الصراع الأوديبي Oedipus Conflict ، واضطراب نمو الذات العليا Super-Ego وتفكك روابطها بسبب ما قد يتعرض له الطفل من أساليب العقاب وتضارب المعاملة وعدم انسجام العلاقات العائلية والاجتماعية .

العوامل العضوية Organic

كان لمبروزو Lombroso عالم الفسيولوجيا الإيطالي أول من وجه النظر إلى ضرورة دراسة المجرم بعد أن كان الاهتمام متوجها لدراسة الجريمة ، ولكنه كان يعتقد أن المجرم شخص يمكن تمييزه بصفات جسمية خاصة تبدو في طابع تكوينه البدائي الذي يمكن معرفته من قسمة الوجه أو مظاهر الشذوذ والعيوب العضوية التي يولد بها الشخص كالصرع والجنون . ولكن من الثابت كما سبق أن أشرنا أن الإجرام ينتج من تضافر جملة عوامل أغلبها من مؤثرات البيئة وليس من الضروري أن تكون له أية علامات أو مصاحبات جسمية ؛ غير أن هناك بعض الحالات التي نجد فيها أثر العوامل التكوينية Constitutional المتصلة بالنواحي العضوية واضحا بحيث تعتبر دوافع رئيسية

للانحراف وتكون عوامل البيئة ثانوية بالنسبة لها . ومن أمثلة ذلك ما يأتي : -

أولا : الذنوب التي ترجع إلى عاهات الحس والحركة :

فكثيرا ما تكون العاهة سببا لشقاء صاحبها وشعوره بعدم التكافؤ الاجتماعي والإحساس بالظلم وعدم القدرة على المنافسة والشعور بالنقص . . . مما يدفع به إلى السلوك الإجرامي تعويضا عن شعوره بالنقص أو انتقاما من البيئة ، كما أن بعض ذوى العاهات يضطرون أحيانا إلى استجلاب الرحمة والشفقة عليهم عندما تشتد حاجتهم ويعوزهم الكسب فينحرفون إلى الاستجداء والتسول والتشرد .

ثانيا : الذنوب التي ترجع لسوء الحالة الصحية :

فكثيرا ما تكون الأمراض الجسمية ونقص التغذية سببا مباشرا للانحراف ، ومن أمثلة ذلك حالة الحدث المنتشرد الذي كان لا يكاد يستطيع أن يستقر في أي عمل يلتمح به ، وتبين من الكشف الطبي عليه أنه مصاب بالقراع ، وأن خجله من علته هذه ومن تعبير الناس له بها ، كان السبب في تشرده وجنوحه فلما عولج وشفى انتظم في عمله . وحالة أخرى لخادمة صغيرة كانت تسرق الأطعمة من بيوت الجيران ، وظهر من الكشف الطبي عليها أنها مصابة بديدان الأسكارس وهي ديدان تعيش في الأمعاء وتشارك صاحبها طعامه ولا تترك له منه إلا النذر اليسير ، فالطفلة لم تكن في هذه الحالة مجرمة تسرق ولكنها كانت جائعة تريد الأكل ، ولما عولجت من علتها صلحت حالها .

ثالثا : الذنوب التي ترجع إلى اضطرابات الغدد الصماء Endocrine Glands :

ومن أبرز حالاتها اضطراب إفرازات الغدد التناسلية الذي يتسبب عنه كثير من ضروب الانحرافات الجنسية ، والمثل على ذلك حدوث البلوغ مبكرا وقبل الأوان ، الأمر الذي يدفع بالحدث إلى إشباع الميل الجنسي بطرق غير مشروعة ، حيث لا يكون نموه العقلي قد وصل إلى الدرجة التي تمكنه من السيطرة على تصرفاته الغريزية والتوفيق بينها وبين التقاليد والتعاونين الاجتماعية .

وكثيرا ما يؤدي عدم انتظام إفرازات الغدد الأخرى كالغدة فوق الكلية والغدة الدرقية ، إلى سرعة الغضب وحدة الطبع ، مما يعرض الشخص للانحرافات العدوانية . . .

رابعا : الذنوب التي ترجع لأمراض عقلية عضوية Organic Psychoses :

ومن أمثلتها الواضحة حالات الذنوب التي يرتكبها أصحابها تحت تأثير المواد المخدرة والمشروبات الكحولية التي تجعل الشخص في حالة لا يستطيع معها التحكم في تصرفاته وأعماله . وهناك حالات من الجنون يكون سببها إصابات مباشرة في المخ تجعل الشخص في حالة غير عادية ، وهناك أيضا حالات الشلل الجنوني العام الذي ترجع أسبابه إلى مرض الزهري . . وفي هذه الحالات وأمثالها يقوم الشخص بارتكاب جرائم عدوانية مختلفة تجعل من الضروري عزله عن المجتمع لعلاج في المستشفيات الخاصة . هذا ويمكن أن نضيف هنا حالات الإصابة بنوبات الصرع Epileptic Fits حيث يكون الشخص في أثناء هذه النوبات في حالة يفقد فيها شعوره وذاكرته بحيث يرتكب بعض الذنوب أحيانا من غير وعي أو إدراك .

ويلاحظ أن بعض حالات الصرع لا تكون واضحة بحيث تختلط مع حالات السلوك السيكوباتي وغيرها ، ولكن من الممكن تمييزها الآن بدقة بجهاز الموجات الكهربية للمخ الذي يسمى Electroencephalogram

عوامل القدرات العقلية المعرفية

إن نقص القدرات العقلية المعرفية الفطرية منها أو المكتسبة يجعل الشخص أقل إدراكاً وتمييزاً للسلوك السوي والشاذ ، إذ يؤدي قصوره العقلي أو جهله إلى مخالفة القانون من غير تبصر وبدون أن يشعر بالندم على ما يقترفه من الذنوب ، ويمكن تلخيص أنواع الذنوب التي ترجع إلى هذا النوع من العوامل إلى ما يأتي : -

أولاً : الذنوب التي ترجع إلى الغباء والضعف العقلي :

يعتقد الباحثون في علاقة النقص العقلي بالإجرام أمثال جودارد Goddard وهيلي Healy أن الضعف العقلي هو أكبر عامل وحيد يسبب الانحراف ، بحيث لا يحتاج لعوامل أخرى بجانبه ، لأن الضعف العقلي في ذاته يعتبر مصدراً كافياً للاستعداد للسلوك الإجرامي . فهو إذن أقوى العوامل التكوينية البيولوجية التي تسبب نسبة كبيرة من ذنوب الأحداث .

وقد كانت البحوث الأولى تدل على أن نسبة ضعاف العقول بين المجرمين من نزلاء السجون والإصلاحات تصل إلى أكثر من ٦٠٪ ولكن هذا كان مبالغاً فيه نتيجة أخطاء قياسية وإحصائية ، خصوصاً وأن من المعروف أن هناك من المجرمين والأحداث المذنبين كثيرين خارج الإصلاحات والسجون ممن يساعدهم ذكاؤهم العالي على الإفلات من أيدي العدالة .

وقد دلت بحوث بيرت Burt في إنجلترا وهيلي Healy في أمريكا على أن بين نزلاء الإصلاحيات للأحداث المذنبين ما يقرب من ٨٪ من ضعاف العقول ، وأكثر من ٢٨٪ من الأغبياء ، ويقابل ذلك ١٪ فقط و ١٠٪ على التوالي ، بين أفراد المجتمع العام .

وقد قام المؤلف بقياس ذكاء عدد يقرب من ٢٠٠ طفل من نزلاء إصلاحية الأحداث بالمرج ، فوجد أن ٧٥٪ منهم تقريبا نسبة ذكائهم أقل من ١٠٠ وأن نسبة ضعاف العقول بينهم تقرب من ٢٠٪ ؛ كما قام مكتب الخدمة الاجتماعية للأحداث بالقاهرة بقياس ذكاء ٤١٨ طفلا من الأحداث المحولين إليه . فكان منهم ٢١٪ من ضعاف العقول و ٢٥٪ من الأغبياء ، بينما كان منهم ٥٥٪ فقط من طبقة ذكاء فوق المتوسط و ١٥٪ من طبقة ذكي جدا .

وتتميز ذنوب ضعاف العقول والأغبياء بعدم حبك خطتها وسهولة ضبطها والاستدلال عليها كحالات السكر والإدمان ، والسرققة البسيطة ، والجرائم الجنسية كالدعارة ، والجرائم الوحشية والهمجية كالتقتل بطريقة ظاهرة وإشعال الحريق . . . وغير ذلك .

كما تكثر جرائمهم التي يسخرهم فيها الأذكاء من رؤساء العصابات لترويج تجارة المخدرات واستخدام الخدمات في كشف أسرار مواطن السرقات في البيوت وجرائم الخطف . . . وبالطبع لا يكسب ضعاف العقول من هذه الغنائم سوى دريهمات قليلة . أما النصيب الأكبر فللعصابات ورؤسائها .

ثانيا : ذنوب الأذكاء :

غير أن الإجرام ليس مرتبطا دائما بالغباء أو الضعف العقلي ، فأقصى أنواع الجرائم يقوم بها في الغالب أشخاص متفوقون في الذكاء ، وإن كانوا يستعينون

في تنفيذها أحيانا بمن هم أقل ذكاء ، وتميز جرائم الأذكياء . باتقان رسم
خطتها وخطورتها . ومن أمثلتها الجرائم الانتقامية كالقتل والإتلاف وجرائم
التزوير والنصب والاحتيال وتدمير المؤامرات . .

على أن التفوق في الذكاء ليس في ذاته سببا للانحراف ، وإنما ينحرف
الشخص الذكي عن السلوك السوي إذا وجد نفسه في بيئة لا تقدر ذكاه
ولا تهيب له الفرصة لاستغلاله بطريقة ملائمة ، كحالة الصبي الذي ضبط متلبسا
بسرقه عدد كبير من طوابع البريد ، وتبين أن والديه كانوا غير قادرين على
تربيته لأنهما كانا أقل منه في الذكاء بكثير ، حيث كان يجادلها ويخالفهما في
الرأي وينتصر عليهما في المناقشات ، ولعجز والديه عن متابعة تعليمه اضطر
الصبي للالتحاق بعمل لا يتناسب مع ذكائه مع أحد رجال الأعمال ، وظل
أمينا في هذا العمل مدة ، ثم طالب بتحسين أجره فلم يجب إلى طلبه وكان
جزاؤه القليل ، فبدأ ينحرف إلى السرقة والاتجار في مسروقاته إلى أن ضبط
متلبسا بجريمته . ولكن من حسن الحظ أنه وجد من يوجهه إلى عمل آخر
يستطيع مع قيامه به أن يتابع الدراسة المسائية في أحد المعاهد إلى أن أصبح
مؤهلا للالتحاق بوظيفة تناسب مع ذكائه فأصبح ناجحا في حياته .

ثالثا : الذنوب التي ترجع إلى الجهل ونقص التعليم :

إن الجهل ونقص التعليم الثقافي أو المهني بالنسبة للتشرد والإجرام كالجرائم
الفتاكة بالنسبة للأمراض ، فكما زادت وكثرت عم الوباء . ولهذا تسكث
الذنوب والانحرافات في الجهات التي يفتشر فيها الجهل وتنفضي فيها المعتقدات
الخرافية ومظاهر السلوك البدائي ، فأفراد بعض القبائل العشائرية يعتبرون
الغزو والسلب مظهرا من مظاهر الشجاعة ، والأخذ بالنار عنوان الكرامة .

والعزة ، ولا يعتبرون للطفل قيمة عندهم إلا عندما يصبح قادرا على الغدر وحمل السلاح والسرقة بحيث يعد ممن يعتمد عليهم في الذود عن القبيلة وتحصينها . وكثيرا ما يؤدي الفشل المدرسي ونقص التعليم إلى التعويض عن النقص بالانحراف إلى الاشتراك في الثورات وأعمال التخريب والاندماج في العصابات الإجرامية .

كما أن البطالة التي تنتج من عدم توجيه الأفراد إلى المهن المناسبة لاستعداداتهم الخاصة ، أو عدم تعليمهم بما يكفي لإتقان عمل معين بحيث يشعرون أثناء القيام به بالرضى النفسى ، قد تكون من أهم العوامل في دفع الأفراد إلى الانحراف وارتكاب الذنوب . ولهذا كان التعليم بأنواعه من أهم الأسلحة ضد انتشار الإجرام والتشرد .

العوامل الانفعالية والمزاجية

يختلف الأفراد فيما بينهم من حيث الطاقة الانفعالية والطابع المزاجى ، ومن الممكن أن نلمس هذا الاختلاف في طوائف الأحداث المذنبين حيث يمكن أن نتبين حالة الشخص المزاجية والانفعالية من نوع الذنوب التي يرتكبها إذ أن الانحراف ما هو إلا مظهر من مظاهر السلوك الذى يعبر عن أسلوب الشخص وطابعه المزاجى .

الذنوب التي ترجع لاضطراب الطاقة الانفعالية العامة :

وهذه يتميز أصحابها بالشذوذ من حيث قوة الطاقة الانفعالية وعنفها بحيث يصعب كبح جماحها ؛ أو ضعفها لدرجة الخمول والبرود الانفعالى والبلادة المزاجية Temperamental Apathy ، أو من حيث عدم الاستقرار أو الثبات الانفعالى Emotional Instability . . . الخ .

وقد قام هيلي Healy بدراسة إحصائية لمجموعتين من الأطفال كل منهما مكونة من ١٠٥ أطفال ، إحداهما من الأحداث المنحرفين ، والثانية من العاديين المقارنة Control Group ، فوجد أن أفراد المجموعة الأولى تكثر بينهم صفات اضطراب الطاقة المزاجية مثل النشاط الزائد عن الحد Hyperactivity ، والميل للتجمع والاختلاط ، والميل إلى إظهار القوة والسيطرة واستعمال العنف ، كما تكثر بينهم مظاهر الشعور بالنقص . . . بينما تقل بينهم صفات الهدوء والاستقرار ، وحب العزلة والمسالمة ، أى إن معظم حالات الأطفال المنحرفين ممن تنطبق عليهم صفات الظاهريين Extroverts المعروفة في تقسيم يونج Jung بينما تقل بينهم حالات الباطنيين أو المنطويين Introverts .

هذا ويمكن تقسيم الأحداث المنحرفين من حيث الصفات المزاجية إلى طائفتين رئيسيتين : الأولى تضم مدبري الجرائم وأفراد عصابات السطو والسرقه والاعتداء بالقتل وغيره ، وهؤلاء تغلب عندهم النزعة إلى السيطرة واستعمال العنف والقوة . والثانية تضم المتسكعين والمتشردين والمتسولين وضحايا الاعتداء الجنسي . . . وغيرهم ممن تغلب عليهم دوافع الخنوع والاستكانة والاستسلام .

الذنوب ودوافعها الغريزية الخاصة :

وليس أدل على أهمية النواحي الانفعالية في الانحراف من أن من الممكن إرجاع جميع ذنوب الأحداث إلى أساس مبنى على الدوافع الانفعالية الغريزية الفطرية التي تعتبر منابع الطاقة النفسية ، مهما تعددت المظاهر والصور التي تعبر بها عن نفسها . ولهذا نجد أن نسبة حدوث الأنواع المختلفة للذنوب بين البنين والبنات تتمشى مع الفروق الجنسية في النزعات والدوافع الغريزية الأصلية .

فمثلا يتعرض الإناث أكثر من الذكور للانحرافات الجنسية بنسبة الضعف تقريبا ، وطبيعى أن تكون معظم ذنوب الأولاد فى هذه الناحية من النوع العدوانى ، بينما تكون ذنوب الإناث من النوع الذى يتميز بالاستسلام كالذعارة والبغاء .

أما الذنوب المبنية على الغضب والعدوان كالضرب والقتل والقسوة على الحيوان أو الأطفال ، والتعبير عن الغضب بإتلاف ممتلكات الغير بالتدمير والتخريب وإشعال النار . . . وغيرها ، فتكثر بين البنين أكثر من البنات . وتغلب فى البنين أيضا الذنوب المبنية على حب التملك ، وأهمها حالات السرقة التى تكون أكثر نسبة فى ذنوب الأحداث ، وما يتبعها من الاتجاء إلى اقتحام المحلات العامة وتسلق الأسوار ، والسطو على المنازل والخطف والسلب والنهب . . . الخ ، وتعتبر الشحاذة والتسول من الانحرافات التى يمكن إرجاعها إلى الدافع الغريزى لحب التملك ، وإن كانت ترجع كغيرها من الذنوب إلى أنواع مختلفة من العوامل .

وأما الذنوب المتعلقة بالخوف والهرب كالمروق من السلطة الأبوية وحالات التشرذم والنوم بعيدا عن المنزل ، والهروب من المدرسة ، وغير ذلك مما يرجع لسكراهية الحياة فى البيئة الغير الملائمة ، فتكثر بين البنين أيضا . ويمكن أن تضم هذه الطائفة من الذنوب أيضا حالات محاولة الانتحار والتخلص من الحياة والهرب منها ، وهذه تكثر فى البنات ، وإن كانت لها أيضا دوافع أخرى مرضية ونفسية فى معظم الحالات .

وهناك نوع آخر من الذنوب التى تكثر بين البنات عن البنين وهى ذنوب الكذب وتكتم الأسرار ، وما يتبع ذلك من ضروب الغش والخداع وغيرها ، وهذه يمكن أن ترجع لأكثر من دافع غريزى واحد ولكن الدافع الأساسى فيها هو الخوف .

ويجب أن يكون مفهومًا أن أي ذنب من الذنوب قد يشترك في الدفع إلى ارتكابه أكثر من عامل انفعالي واحد ، فالسرقة قد يكون الدافع لها إشباع الجوع وحب التملك أو الرغبة في الانتقام نتيجة الغضب وهكذا .
الذنوب ودوافعها المزاجية المكتسبة :

وأهمها عدم إشباع الميول Interests ، وعدم انسجام الحياة العاطفية ، والصراع النفسي الناتج من اضطرابات الحياة النفسية اللاشعورية ، نتيجة فساد عوامل التربية في البيئة المحيطة بالطفل ، مما سبق أن فصلناه في استعراضنا لأثر عوامل البيئة في ذنوب الأحداث . ويمكن أن تصل هذه العوامل إلى درجة من القوة بحيث تؤدي إلى اضطراب الشخصية وانهارها ، كما في الذنوب التي يرتكبها المصابون بالأمراض النفسية كالهستيريا ، والأمراض الذهانية كالبارانويا والجنون الدوري .

إصلاح الأحداث المنحرفين

تبين مما سبق أن واجبنا إزاء الأحداث المنحرفين أعمق من مجرد محاكمتهم وإيداعهم الإصلاحيات ، إذ أن المسئولية في معظم الحالات تمتد إلى الآباء وإلى المجتمع ذاته ، كما اتضح من تحليلنا للأسباب أن المشكلة نفسية قبل كل شيء ، ولا بد أن تعالج في ضوء الإفادة من تعاليم علم النفس وبحوثه . ويمكن أن يتناول الإصلاح النواحي الآتية : —

أولا : النواحي الوقائية :

ويقصد بها الوسائل التي تؤدي إلى توفير السعادة والأمن والصحة لأطفالنا ، وشعورهم بالارتياح في علاقاتهم بآبائهم وأندادهم وكل من يتعاملون معهم . سواء أكان ذلك في حياتهم المنزلية أم المدرسية أم في المجتمع العام .

(١) أما من حيث الحياة المنزلية فتحسين المساكن والدخل المادى ،
وتقوية روابط الأسرة ، والعمل على ضمان الحصانة الأخلاقية فى الطفل
يجب أن تكون هدف الإصلاح الاجتماعى .

✓ وقد أنشئت مدارس خاصة للآباء والأمهات بكثير من البلدان الراقية ،
يتلقون فيها معلومات تمكنهم من أداء مهمتهم التربوية فى محيط الأسرة
بنجاح ، وترتب فيها حلقات دورية للبحث فى المشكلات التربوية والعائلية
التي يثيرها بعض الآباء والأمهات ، كما أنها مراكز استشارية لحل هذه
المشكلات .

(ب) أما من حيث الحياة المدرسية فتعميم التعليم والعمل على علاج
التأخر الدراسى ، وإنشاء مدارس خاصة لذوى العاهات وضعاف العقول ،
وتنوع التعليم بما يسمح لإيجاد الفرص الملائمة لذوى الاستعدادات والميول
المختلفة ؛ من شأنه أن يقلل من حالات انحراف الأحداث .

وينبغى فى حالات الأحداث المنحرفين من تلاميذ المدارس أن يترك
أمرهم إلى نظار مدارسهم ، وألا يجامكوا أمام المحاكم ، أو يحولوا إلى
الإصلاحيات . حيث إن مدارسهم أقدر على فهم القوى الفعالة فى سلوكهم ،
وتستطيع بمعاونة المختصين الاجتماعيين فيها أن تدرس حالتهم دراسة وافية ،
كما يمكن أن تستعين فى ذلك بنصائح العيادات النفسية الملحقه بإدارات التعليم .

(ج) أما من الناحية الاجتماعية العامة فإن اهتمام رجال الأمن بواجباتهم
واهتمام الحكومة بالإصلاح الاجتماعى ، والإفادة من المختصين فى الخدمة
الاجتماعية فى النواحي التي تتطلب معونتهم ، والاهتمام برعاية الطفولة وأنديتهم
وأندية الشباب وشغل أوقات فراغهم فى اللعب المفظم والاهتمام بالتوجيه

والتدريب المهني ، وحماية الأحداث من التعرض للسقوط في مهاوى الرذيلة والالتجاء لدور النهتك واللهو الرخيص . . . كل هذا من شأنه أن يقلل الفرص لانحرافات الأحداث .

وأهم من كل ذلك العناية بالتربية الدينية ، واحترام شعائر الدين وتقوية جماعته ، فالدين للأطفال والشباب بمثابة السلطة الضابطة والوازع النفسى الذى يعتبر خير موجه للسلوك .

ثانيا : النواحي التشريعية :

وأهم الخطوط الرئيسية التى يصح الاهتداء بها فى تعديل تشريعات الأحداث ما يأتى : —

(١) أن تقرب بين نظرتنا إلى الحدث المذنب والحدث المتشرد ، لأن كلا منهما سبب ونتيجة للآخر ، والدوافع واحدة فى الحالتين ، ومصير المتشرد إلى الإحرام إن عاجلا وإن آجلا ، وكثيرا ما يرتكب الحدث جرائم عدة واسكنه يتمكن من الإفلات من طائلة القانون ويقبض عليه وهو فى حالة تشرد فيحاكم متشرداً لا مجرماً ؛ والمهم أن نراعى أن العبرة ببواعث الانحراف وليست بنتائجها أو الصورة التى يظهر بها .

(٢) ينبغى أن يشمل التشريع مسئولية الوالدين وخصوصا فى حالات تقصيرهم أو معجزهم عن تربية أولادهم ، وفى حالة تحريضهم للطفل على التسول أو دفعهم له لارتكاب الذنوب . . . ولهذا يصح أن توضع نصوص صريحة فى القانون تبيح نزع السطة الأبوية فى مثل هذه الأحوال .

(٣) يبنى التشريع مواد القانون بتقسيم الأحداث إلى طوائف بحسب العمر الزمنى ، ولكن من الأجدر أن يؤخذ فى الاعتبار أيضا العمر العقلى

للحدث الذي يمكن معرفته بمقاييس الذكاء ، لأن هذا يرتبط بالنضوج في الإدراك والقدرة على التمييز بين الخطأ والصواب .

(٤) يجب أن ترفع كافة العقوبات التأديبية عن الحدث وخصوصا أحكام الحبس والسجن ، وأن تستبدل بها توجيهات مناسبة للتربية والعلاج والإصلاح في البيئة المناسبة .

٥ - ينبغي تعميم نظام محاكم الأحداث ، وأن يكون القائمون بالعمل فيها من قضاة وخبراء ممن تخصصوا في دراسة الطفولة ومشكلاتها النفسية ، وأن يكونوا ملهمين بالخدمة الاجتماعية للأحداث - على ألا يكونوا عرضة للتغيير والنقل بحيث تضمن لهم ترقياتهم في أماكنهم ، ليتقنوا عملهم في ضوء الخبرة بمشكلات البيئة .

ويجب أن ترمى دراسة قضايا الأحداث إلى بحث الدوافع النفسية للانحراف ، لا إلى مجرد إثبات التهمة أو نفيها عن الحدث .

ثالثا : النواحي العلاجية :

وهي التي تتناول الترتيبات اللازمة نحو الحدث ذاته من حيث تشخيص ظروفه أو علاج شخصيته من النواحي الطبية أو النفسية أو الخلقية ، أو تتبع حياته بعد خروجه لمعاودة الاشتراك في الحياة العادية . وينبغي مراعاة ما يأتي : -

(١) أن تنشأ عيادات نفسية تلحق بمحاكم الأحداث يوضع الحدث فيها تحت الملاحظة والدراسة مدة تكفي لرسم خطة علاجه في ضوء التقارير التي يضعها المختصون بالعيادة .

(٢) يجب الإكثار من منشآت الأحداث وإصلاحياتهم وأن تنظم إدارتها والعمل بها بحيث تكون مراكز للبحث والدراسة ، ومعاهد لتربية

الأحداث وإصلاحهم ، فيقوم بالإشراف عليها مختصون في التربية والخدمة الاجتماعية ، ولا داعى لأن يوجد بها ما يشعر بأنها نوع من أنواع السجون . ويمكن الاسترشاد في تنظيم هذه الإصلاحيات بما يوجد في هولندا وبلجيكا وغيرها من الدول المتقدمة في ميدان الإصلاح الاجتماعى ، كأن تقوم الحياة فيها على نظام الأسر House System .

(٣) ينبغى العناية بتشغيل الأحداث وتعليمهم الصناعات العملية في ضوء بحوث التوجيه المهني Vocational Guidance إذ أن خير علاج للنفس والخلق هو قضاء الوقت في عمل منتج يشعر الفرد أثناء قيامه به بالراحة النفسية .

(٤) يحسن أن يترك الحدث في وسطه العائلى وبيئته التى نشأ فيها كلما أمكن ذلك ، بحيث توضع له الوسائل الكفيلة بالإشراف على تربيته وتهذيبه بإرشاد القاضى والمختصين بالعيادة النفسية للأحداث ، مع القيام بإصلاح البيئة إذا تيسر ذلك .

(٥) يجب العناية بتوفير العمل المناسب للحدث عند خروجه من الإصلاحية بعد انتهاء مدة بقائه فيها ، ويصح أن تعاون في ذلك الجهات الخيرية والشركات الصناعية كما ينبغى الاهتمام بالدراسة التتبعية Follow up Study للحدث ، واستمرار الإشراف عليه بمعرفة الباحث الاجتماعى حتى يتم انتظام حياته في المجال الاجتماعى العادى .

مراجع الفصل السابع

- 1 . Bowlby, J. : Forty-Four Juvenile Thieves. 1946,
- 2 . Burt, C. : The Young Delinquent. 1927.
- 3 . Friedlander, K. : The Psychoanalytical Approach to Juvenile Delinquency. 1947.
- 4 . Glueck, S. & Glueck, E. : One Thousand Juvenile Delinquents. 1934.
- 5 . Hadfield, J. A. : Psychology and Mental Health. 1950,
- 6 . Healy, W. & Bronner, A. F. : New Light on Delinquency & Its Treatment. 1936.
- 7 . Merrill, M. A. : Problems of child Delinquency. 1937.
- 8 . Mullins, C. : Crime and Psychology. 1945.
- 9 . Stott, D. H. : Delinquency & Human Nature. 1950.
10. Thurston, H. W. : Concerning Juvenile Delinquency. 1942.

مراجع عربية :

- ١ - أسس الصحة النفسية : للدكتور عبد العزيز القوصي .
- ٢ - تحليل الشخصية : للدكتور محمد خليفة بركات .
- ٣ - حلقة الدراسات الاجتماعية للدول العربية : اجتماع بيروت سنة ١٩٤٩ : محاضرة الدكتور محمد صلاح الدين بك عن الخدمات الاجتماعية للأحداث المنحرفين .

الباب الثالث

الأمراض النفسية والعقلية

الفصل الثامن : الأمراض النفسية

الفصل التاسع : الأمراض العقلية

الفصل العاشر : علاج الأمراض النفسية والعقلية

RECEIVED
LIBRARY
UNIVERSITY OF CHICAGO

الفصل الثامن الأمراض النفسية

مقدمة :

الجنون Insanity لفظ عام شائع الاستعمال في دوائر الطب الشرعي ، إذ يطلق على طائفة من أنواع الشذوذ العقلي التي تجعل الشخص غير قادر على التحكم في نفسه أو على أن يتصرف تصرفاً صحيحاً يتلاءم مع مقتضيات الحياة الاجتماعية . وبهذا ينطوي تحت الجنون حالات الضعف العقلي Amentia ، وحالات الفساد أو الاضمحلال العقلي Dementia بأنواعها المختلفة .

ولكن الضعف العقلي — كما سبق أن بينا — ليس من الحالات المرضية إذ أن معظم حالاته يرجع إلى التكوين الفطري ، ولذا فهي ليست من الجنون في شيء .

كما أن لفظ « الجنون » قد قل استعمالها بعد أن تقدمت بحوث الطب النفسي والعقلي التي حددت معاني الاصطلاحات الآتية :

أولاً : الأمراض النفسية العصبية أو النيوروز Neuroses وهي مجموعات من الأمراض العصبية الشاذة ، التي لا يكون لها أسباب عضوية ، وإنما تعتبر مظاهر خارجية لحالات التوتر Tension والصراع النفسي Conflict الداخلي ، والتي تؤدي إلى اختلال جزئي في الشخصية بحيث يكون المريض بها لا يزال متصلاً بالحياة الواقعية .

ويمكن اعتبار الأمراض النفسية امتدادا للمشكلات النفسية التي سبق الكلام عنها في حالات الطفولة ، والتي يؤدي إهمال علاجها في العيادات النفسية إلى تطورها بحيث يكون الشخص معرضاً للانحياز العصبي وتفكك الشخصية .

ثانياً : الأمراض العقلية الذهانية أو السيكوزيس Psychoses وهي التي يصح اعتبارها حالات جنونية لخطورتها ولأنها تؤدي إلى اختلال كبير في القوى العقلية يؤثر في جميع أساليب تكيف الشخص في سلوكه من النواحي الذاتية والاجتماعية والدينية وغيرها . . ويكون المريض بها غير مدرك للحالة التي صار عليها بحيث لا يكون عنده استبصار Insight لما حدث له من تغيير .

ثالثاً : وهناك أنواع أخرى من اضطرابات الشخصية التي يصعب وضعها تحت أحد القسمين السابقين ، ومن أهمها حالات الصرع Epilepsy وحالات الشخصية السيكوباتية Psychopathic Personality

كما أن هناك أنواعاً أخرى من الأمراض العصبية العضوية المنشأ التي يكون علاجها من اختصاص طبيب الأمراض العصبية Neurologist ، وهذه لا يصح الخلط بينها وبين الأمراض النفسية التي يعهد بها إلى المعالج النفسي Psychotherapist أو الأمراض العقلية التي يعالجها الطبيب العقلي Psychiatrist .

الفرق بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية :

وليس من السهل أن نفصل بين الأمراض النفسية أو العصابية والأمراض العقلية أو الذهانية لاشتراكهما في كثير من الأعراض ، مما جعل بعض العلماء يعتبر أن الفرق بينهما فرق في الدرجة فقط لاني النوع .

ولكن هذا لم يمنع محاولة التفريق بينهما للأغراض العلاجية على أساس الاعتبارات الآتية : -

١ - الأمراض النفسية أسبابها الأساسية سيكلوجية وليس لها أسباب جسمية ، ولذا يحدى في علاجها الأساليب النفسية التي يقوم بها المختص النفسي .
أما الأمراض العقلية فالها في الغالب أسباب عضوية ، أو ترجع إلى اختلال وظيفي في الجهاز العصبي أو الفسيولوجي ، ولذا تتمر في علاجها الأساليب الطبية ولا يثمر فيها العلاج النفسي وحده .

٢ - المرض النفسي يعتبر جزئياً إذ لا يتناول الشخصية كلها بالتغيير ، ولهذا تبقى بعض مكونات الشخصية في حالة طبيعية ، أما الأمراض العقلية فأشد خطورة لأنها تؤثر في الشخصية في مجموعها فتحدث بها تغييراً كلياً في محيط أوسع من الأمراض النفسية .

٣ - في حالة المرض النفسي يكون المريض لا يزال متصلاً بالحياة المحيطة به ومندمجاً فيها إلى حد ما ، وقادراً على العمل أحياناً ، أما في حالة المرض العقلي فيفقد الشخص صلته بالعالم الواقعي ويكون لنفسه عالماً خاصاً به ، ولا يكون في حالة تسمح له بالقيام بعمل إنتاجي كالمعتاد .

٤ - المريض بالمرض النفسي يكون شاعراً بما يجري في نفسه من التغيير وواعياً لحالته المرضية ، ولذا نجده في الغالب يقدم نفسه بنفسه للعلاج ، بينما المصاب بالمرض العقلي لا يكون عنده الوعي الكافي لحالته ، إذ لا يعترف بأنه مريض في غالب الأحيان . ولهذا يتولى المحيطون به مهمة إحالته إلى المستشفى أو الطبيب المعالج .

٥ - المريض بالمرض النفسي يعتبر مسئولاً عن تصرفاته وسلوكه الاجتماعي نظراً لقدرته على التمييز ، خصوصاً إذا قورن بالمريض بالمرض العقلي

الذي لا يكون عنده استبصار لما صارت عليه حالته ، ولا يكون قادرا على التمييز بين الخطأ والصواب ، ولذا لا تكون عليه مسئولية من الناحية القانونية .

٦ - في الأمراض العقلية يكون للوراثة تأثير كبير من الناحية التشخيصية ، ولذا يهتم في دراستها بالتاريخ العائلي . أما الأمراض النفسية فاحتمال أثر الوراثة فيها أقل نسبياً إذ أنها ترجع إلى عوامل مكتسبة كالمعاملة في الصغر أو صعوبات الحياة التي أدت إلى الصراع النفسي .

الأسباب العامة للأمراض النفسية :

إن أهم ما يميز الأمراض النفسية أنها لا ترجع إلى أسباب عضوية ، وإن كانت تصحبها في بعض الأحيان مظاهر أو أعراض جسمية شاذة . فالأسباب فيها دائماً ترجع إلى اضطرابات نفسية صرفة .

وقد دلت الدراسات التي قام بها علماء النفس على الحيوان من أمثال بافلوف Pavlov وماسرمان Masserman على أن من الممكن إحداث حالات المرض النفسي في الحيوان بطرق صناعية تجريبية ، وذلك بتعرضه للصدمات ومواقف الصراع النفسي التي يجد نفسه فيها أمام رغبتين قويتين متعارضتين بحيث يصعب عليه إعمال إرادته في الفصل بينهما .

وقد أكدت هذه التجارب أن الحالة المزاجية للفرد تتأثر بما ينتابه من صراع نفسي بحيث تتغير حالته من الاستقرار والثبات الانفعالي إلى حالة الهبوط والانكماش والعزلة والتمحول الانفعالي ؛ أو على العكس إلى ازدياد الحساسية الانفعالية بحيث تبدو على الفرد مظاهر القلق والهوس . . . وتبين أيضاً أن الأعراض قد تختلف وتباين باختلاف الأشخاص في تكوينهم واستعدادهم المزاجي Temperamental Constitution وإن كانت

الأسباب العامة واحدة في الجميع . ويفسر ذلك بنظرية اختيار العرض Choice of Symptom التي تقول بأنه في الحالات التي يهدد الصراع النفسى فيها الاتزان العقلى يلجأ العقل إلى الاحتماء بنوع من التنفيس الانفعالى الذى يتلمس طريقه فى مواطن الضعف التي تصاح كسالك لهذا التنفيس ، ويتم ذلك بطريقة لا شعورية . وعلى هذا الأساس يتخذ هذا التنفيس أعراضا تختلف من شخص إلى آخر ، منها الأعراض الحركية كحالات اضطرابات النطق وعيوب الكلام ، وحالات النشاط الحركى الزائد hyperkinesis وعدم ترابط الحركات وتوافقها ؛ والحركات النمطية Mannerism ؛ ومنها الأعراض الانفعالية كالنشأوم والهبوط والخمول Apathy ؛ ومنها أعراض فقد الذاكرة والهتر Delirium وغير ذلك مما يبدو فى أعراض الأمراض النفسية التي سيأتى شرحها .

وقد أدت بحوث علماء التحليل النفسى فى ضوء دراستهم للحالات الواقعية للمرض النفسى إلى افتراض وجود اللاشعور والجهاز النفسى الذى يتكون من الأنا أو النفس الذاتية Ego والهى أو النفس البدائية Id والذات العليا أو النفس اللوامة Super Ego ؛ وإلى تفسير الأمراض النفسية على أساس الصراع الداخلى Endo-psyhic الذى يحدث بين أجزاء الجهاز النفسى بسبب ضعف النفس اللوامة على الفصل فى النزاع والصراع بين ما تتطلبه النفس البدائية وما يتناسب مع المثل العليا والمعايير الأخلاقية التي يتطلبها المجتمع الخارجى والتي تتمثل فى الذات العليا وتنمو معها فى تطور تكوينها منذ مراحل الحياة الأولى .

ويؤكد علماء التحليل النفسى أهمية الطفولة الأولى وما يلقاه الطفل أثناء تربيته من حرمان ومقاومة لرغباته ونزغاته وما يحدث لها من كبت repression

وما يمر به من أزمات نفسية لا يستطيع تكييف نفسه إزاءها إذ لا تنسجم مع حياته الشعورية فتضطر إلى أن تهبط إلى قاع اللاشعور لتبقى هناك فعالة نشطة في صورة تنظيمات ذات صبغة انفعالية وهي التي تسمى العقدة النفسية Complexes ، ومثل هذه المحتويات اللاشعورية المرضية تجعل الشخص في حالة استعداد للعرض ولذا تعتبر بمثابة الأسباب المرسبة Precipitating Causes لحدوث المرض النفسي فيما بعد ، إذا واجه الشخص موقفاً معقداً تضعف نفسه إزاءه بحيث يحدث له الانهيار العصبي Nervous breakdown ، ويكون هذا الموقف الأخير سبباً مباشراً للاضطراب فقط .

ويختلف علماء التحليل النفسي في نظرهم للأهمية النسبية لكل من الأسباب السابقة التي تجعل الشخص مهياً للحالات المرضية ، والأسباب المباشرة التي يحدث بسببها المرض مباشرة . والواقع أن كلا النوعين من العوامل لا يقل أهميته عن الآخر .

ويرى فرويد Freud أن الرغبات الجنسية وما يعترضها من ضغط وكبت وحرمان ومخاوف في سنوات الحياة الأولى هي أساس الأمراض النفسية التي تعتبر أعراضها بديلية للإشباع الجنسي ، وأن الصورة التي تظهر بها هذه الأعراض تتوقف على نوع التثبيت Fixation الذي حدث للدافع الجنسي في المراحل المختلفة لتطور نموه كمرحلة اللذة الذاتية ومرحلة الصراع الأوديبي ، وما يرتبط بكل ذلك من الشعور بالإثم Sense of Guilt ومن نزعات عدوانية Aggression . أما يونج Jung فأكد أهمية المواقف الحاضرة والأسباب المباشرة ، ولكنه لم ينكر أهمية الأسباب المرسبة التي يفسرها على أساس توقف نمو الليبدو Libido عند إحدى مراحل النمو السابقة مما يجعل المريض يتصرف في المواقف الحاضرة على أساس التراجع والنكوص regression إلى وسائل السلوك الطفلية

وبذا تؤدي الأمراض النفسية وظيفة هروبية من المواقف الحاضرة . أما أدلر Adler فيرى أن جذور الاضطراب موجودة في الطفولة ولكن فيما يعترى الدافع إلى السيطرة والنزعة إلى القوة Will Power من صعوبات تؤدي إلى الشعور بالنقص Inferiority ، الذي يضطر المريض إلى المبالغة في التعويض عنه بتخيل أهداف بعيدة فوق طاقته يعجز عن تحقيقها فيصاب بالمرض النفسى .
والآن نستعرض بعض الأمثلة والنماذج للأمراض النفسية :

الاضطرابات الجسمية النفسية

ويقصد بها تلك الأمراض الجسمية والفسولوجية التي تكون أسبابها نفسية صرفة ، والتي تظهر أعراضها في صورة اضطراب يصيب أجهزة الجسم ، ولكن لا تجدى فيها العلاجات الطبية ، وإنما تستجيب للعلاجات النفسية . وهذا النوع من الأمراض يؤكد أهمية العلاقة بين الجسم والعقل وصعوبة الفصل بينهما ، وضرورة النظرة إلى الشخصية كوحدة لا تنجزاً — وقد يبدو غريباً أن تبدو على الشخص أعراض جسمية واضحة دون أن يكون لها سبب عضوى ؛ ولكن من الممكن أن نتصور ذلك بالقياس على الحالات الواضحة التي نشاهدها في مظاهر السلوك الانفعالي العادية ، حيث نجد أن احمرار الوجه والارتعاش واضطرابات التنفس مثلا تحدث في المواقف الانفعالية لأسباب نفسية بحتة .

ويمكن تفسير ذلك من الناحية الفسيولوجية على أساس تأثير العوامل النفسية والمزاجية على المراكز العصبية والأجهزة الفسيولوجية وخصوصاً الهيبوثلامس Hypothalamus الذى يقوم بوظيفة التنظيم وعمل التوازن بين مهمة كل من الجهاز العصبى السمبأوى Sympathetic والباراسمبأوى Parasympathetic ، وأولها يتحكم فى انسياب النشاط العضوى الذى يؤدي

إلى انطلاق الطاقة في المواقف الطارئة بما يساعد على التقليل من حدة التوتر ،
بينما يقوم الثاني بوظيفة عكسية تؤدي إلى ضبط النشاط وتخزين الطاقة
للفائدة البنائية .

ففي حالات الاضطرابات النفسية التي أهمها الحرمان والضغط والكبت
الذي يؤدي لضروب الصراع النفسي المختلفة يحدث تأثير مباشر يغير في انتظام
سير هذه العمليات والوظائف العصبية والفسولوجية بما ينتج عنه هذا النوع
من الأمراض التي تسمى الاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic
Disorders ومن أمثلتها : حالات اضطرابات الجهاز الهضمي مثل بعض
حالات قروح المعدة Gastric Ulcer والاثني عشر ، والتهابات القولون ،
وما ينتج عنها من حالات الإسهال أو الإمساك في بعض الأحيان ، وكذلك
حالات الاضطرابات الحركية في المريء وما ينتج عنها من صعوبات البلع
وحالات استرجاع الطعام والقيء Vomiting وغيرها .

وتفسر مثل هذه الحالات على أساس كونها مظاهر للقلق والاضطراب
النفسي ، الذي يؤدي إلى اختلال الإفرازات المعدية أو المعوية ، والذي تنتج
عنه حالات التقرح والنزيف أحيانا ، وقد كشفت دراسات بعض علماء
التحليل النفسي والطب السيكوسوماتي من أمثال الكسندر Alexander ،
وسول Saul عن نوع شخصية من يصابون بحالات القروح المعدية ، وهي
أنهم يكونون طموحين أكثر من اللازم ، وينزعون إلى المبالغة في بذل
الجهد لتخطي العقبات بدون هوادة ، بينما يكونون في حقيقة أنفسهم شاعرين
بعدم قدرتهم وكفايتهم الذاتية ، ويعبرون عن حاجتهم إلى الاعتماد على الغير
والاحتماء بمن يحيطون بهم ، بطريقة رمزية ، عن طريق حاجتهم إلى

الأكل والتغذية . ويؤدي الصراع النفسى عندهم — بين الشعور بالنقص والنزعة إلى التعويض عنه — إلى حالات القلق العصبى والاضطراب النفسى الذى يتخذ أعراضه فى المظاهر الجسمية السابقة .

وقد تؤدي الاضطرابات النفسية أيضا إلى اضطرابات الجهاز التنفسى التى تتضمن بعض حالات النزلات الشعبية ، وبعض حالات الربو Asthma ، ويقول علماء الطب السيكوسوماتى أن من يصابون بهذه الأعراض يكونون من النوع الذى تظهر عليه دلائل الاتسكال وعدم الفطام النفسى وطول مدة الالتصاق الانفعالى بالأم ، وتبدو على هؤلاء مظاهر الحاجة إلى الرعاية وإلى الشعور بالأمن وتفتابهم نوبات الربو بكثرة فى المواقف التى يشعرون فيها بغضب الأم أو عدم إرضائها .

كما أن بعض حالات الصداع Headache ، وبعض الآلام الروماتزمية Rheumatism ، واضطرابات الجهاز الحركى للأوعية الدموية كبعض حالات ضغط الدم ، وكذلك حالات الحساسية الكيميائية المعروفة بالأليرجيا Allergy ، كلها من الأعراض التى يتبين فيها أثر الملابس الانفعالية لحياة المريض . وترجع بعض الاضطرابات التى تصيب الغدد الصماء وما ينتج عنها من تغيرات مزاجية إلى عوامل نفسية فى حالات كثيرة ، والمثل على ذلك بعض حالات الاضطرابات الجنسية ذات الأسباب الانفعالية التى تؤدي إلى اضطراب الوظائف التناسلية وما يتعلق بها .

وكثيرا ما تكون الاضطرابات الجلدية ذات أصل نفسى ، إذ أنها قد تؤدي مهمة مريحة للنفس بطريقة لاشعورية . كأن يؤدي ظهور الأعراض الجلدية إلى جذب انتباه الغير ، أو إلى إشباع الرغبة المكبوتة لحب العرض أو التعرية Exhibitionism ، وقد ترمز إلى الصراع النفسى الذى يحدث بين مثل

هذه الرغبة وبين الشعور بالخطيئة والخجل . كما أن بعض الأمراض الجلدية قد تؤدي وظائف نفسية أخرى كحالة الفتاة التي يظهر في وجهها « حب الشباب » لغرض لا تشعر به ، وهو إبعاد خطيئها — الذي لا تحبه من صميم قلبها — ومنعه من تقبييلها مثلاً .

هذا ، وكثيراً ما ينتاب الشلل الجزئي بعض الحواس أو الأطراف بدون أن تكون له أسباب عضوية ، وإنما يكون ذلك لغرض لا شعوري كالهروب من موقف غير مرغوب فيه ، أو الامتناع عن تأدية عمل مكروه . على أن مثل هذه الحالات تعتبر تصرفات دفاعية أو وقائية ، يقوم بها العقل الباطن لأغراضه التي لا يشعر الشخص ببواعثها ، ويمكن الوصول إلى تفسيراتها بوسائل التحليل النفسي .

ومن الطريف أن الكثير من الأمراض الجسمية النفسية التي يعنى بعلاجها الطب السيكوسوماتي قد أمكن لبعض العلماء أن يحدثوها بالتجربة وبطرق صناعية بتعريض الفرد إلى مواقف الصراع النفسي أو بوضعه تحت تأثير التنويم المغناطيسي .

هذا ويجب ألا يغيب عن الذهن أن من الممكن أن تشترك الأسباب الجسمية مع العوامل النفسية لإحداث هذه الأمراض ، مما يحتم أهمية العناية بكل من النواحي الجسمية والنفسية معاً في التشخيص والعلاج ، واعتبار الشخصية وحدة كاملة .

الهستيريا

الهستيريا من أقدم الأمراض النفسية وأكثرها انتشاراً وأهمية ، ولفظ هستيريا Hysteria معناه بالأغريقية الرحم ، فقد كان الأغريق يقصرون

هذا المرض على النساء وحدهم ، ويعتقدون أن أسبابه ترجع إلى تحول الرحم وعدم استقراره واضطرابه طلباً للإشباع الجنسي .

غير أن المعروف الآن أن الهستريا تصيب الرجال والنساء على السواء ، وأن أسبابها ترجع إلى الاضطرابات النفسية التي يلقاها الشخص في ماضيه وحاضره وخصوصاً ما يرتبط منها بالدافع الجنسي وما يعترى ذلك من ضروب الحرمان والضغط والقيود التربوية .

ويمكن أن نقول بأن الهستريا مظهر من مظاهر التكيف الناقص أو الفشل في مواجهة الحياة الواقعية ، والتعبير عن الحيرة والارتباك إزاء المواقف التي لا يحتمل الشخص مواجهتها ، فبدل أن يقدم ليحاول التغلب على صعوباتها فإنه يلجأ للسلوك الهستيري كخيلة لاشعورية تجعله ينسحب ويتراجع ويحجم عن تحمل المسؤولية ، فيفقد القدرة على توجيه سلوكه ، ويضع نفسه في موقف يتطلب استدراج العطف عليه ويدعو الغير لمعاونته على حل المشكلة أو العمل على حمايته ورعايته .

على أن هذا السلوك الهستيري لا يظهر إلا في الأشخاص الذين توجد عندهم الاستعدادات المهيئة لذلك فتكون قد أثقتهم الاضطرابات النفسية في حياتهم الماضية ، نتيجة مالا قوة من ضروب الحرمان أو السكبت الانفعالي وغيره من الأسباب المرسبة .

وتظهر الهستريا في صور مختلفة يمكن أن نميز منها ما يأتي : -

أولاً : النوبات الهستيرية :

وهي التي تحدث في صورة نوبات انفعالية لتأدية أغراض لا شعورية كنوبات الإغماء التي تنتاب بعض الأفراد لاستدراج العطف وجذب الانتباه ،

أو التي تؤدي أغراضاً هروبية أو انسحابية من موقف معين ، وتحدث بعض هذه النوبات في صورة انفجار انفعالي شديد ، يكون المريض في أثنائه غير قادر على ضبط نفسه أو التحكم في انفعالاته وتوجيهها ، كنوبات الحزن العميق ، أو نوبات الضحك ، أو البكاء والصياح بدون سبب ظاهر . وفي مثل هذه الأحوال لا يكون لهذه الانفعالات أغراض أو فوائد بيولوجية كالمعتاد ، ولكنها تؤدي وظيفة التنفيس .

وقد يحدث في هذه النوبات انسياب لعدة انفعالات مجتمعة ومختلطة بعضها مع البعض بحيث يصعب تمييز الحزن عن الغضب أو الفرح ، وذلك لعنف الحالة الانفعالية واختلاط المظاهر الجسمية التي تصاحب الانفعالات المختلفة . وتكثر هذه النوبات في حالة الأخبار المفاجئة الغير متوقعة خصوصاً إذا كانت مسبوقة بحالات من الضيق والسكبت والحُرمان . وأحياناً تكون الاستجابة في مثل هذه النوبات بانفعالات عكسية كالضحك الشديد بدل إظهار الحزن أو البكاء عند تلقي خبر مفرح .

الفرق بين نوبات الصرع ونوبات الهستيريا :

هذا وتميز النوبات الهستيرية عن نوبات الصرع بعلامات خاصة ، إذ تحدث النوبات الهستيرية مع شيء من الوعي والإدراك بحيث لا يلقى المريض بنفسه في مكان يؤذيه بل يتخير المكان الذي يقع فيه . بخلاف نوبة الصرع التي يقع المريض أثناءها في أي مكان بدون وعي فيتعرض للأذى ، ولذا يخشى على المصاب بالصرع من حوادث الفرق أو الحريق أو الإصابات المختلفة عن حدوث النوبات الصرعية .

كما أن النوبة الهستيرية تحدث فيها محاولات من المريض تشعر الغير

بأنه يحاول أن يؤذي نفسه كأن يضرب برجله ويشد شعره ، ولكن معظم هذه الحركات مصطنعة ولا تؤدي لأذى حقيقي ، وتشتد إذا تدخل أحد لمحاولة إيقافها ، وتنتهي إذا ترك الشخص وشأنه . أما نوبة الصرع فيكون المريض خلالها فاقد الشعور تماما وملتزم الصمت ، ولا تبدو منه حركات مقصودة ، وقد يعرض لسانه فيدميه كما أنه قد يبول على نفسه من غير أن يشعر . كما أن نوبة الصرع عادة قصيرة المدة لا تتجاوز بضع دقائق وتبدأ النوبة بصرخة واحدة تأخذ المريض بعدها النوبة سواء كان وحده أو مع غيره ، أما نوبة الهستيريا فمدتها عادة أطول ؛ كما أن النوبة قد تبدأ بصيحات متكررة ويقوم المريض أثناء النوبة بحركات ذات دلالة تعبيرية عن الرغبات المكبوتة في صور رمزية . ولا تحدث نوبات الهستيريا للمريض وهو منفرد بل تصيبه في حضرة الناس عادة .

هذا وكثيرا ما يحدث أن تنتشر نوبات الهستيريا بين الجماعات بطريق المشاركة الوجدانية والإيحاء كالنوبات المستيرية التي تصيب جماعات البنات في المدارس الداخلية إذا توافرت فيهن الأسباب المهيئة ، ويساعد على ذلك ظروف حياتهن وما يكون فيها من ضغط وحرمان انفعالي .

وقد يكون من المفيد في حالات الانفجار الانفعالي أن يسمح للمريض بكثرة البكاء ، ولذا يريحهم ارتياد الاجتماعات ذات الطابع الانفعالي الشديد كالمآتم والأفراح ، كما أن الحفلات الترويحية تؤدي أغراضا علاجية في مثل هذه الحالات .

ثانيا : الهستيريا القلقية أو الحصرية : Anxiety Hysteria

وهي الحالات المستيرية التي لا تظهر فيها النزعات المكبوتة في صورة تفريغ انفعالي كما في النوبات السابق الإشارة إليها ، والتي لا تعبر عن نفسها

بطريق التحويل إلى أعراض جسمية كما سيأتي بعد ، ولكن الأعراض تستبدل وتمثل فيما يساور المريض من مخاوف مقلقة وانزعاج فكري . فتبقى العوامل اللاشعورية فعالة في نفسه وتسبب له الوسواس والمخاوف الوهمية المقلقة والأحلام المزعجة . وتتخذ هذه الأعراض مظاهر مختلفة من الحساسية الانفعالية الشديدة كأن يخاف الشخص الظلام أو الأماكن المقلقة أو الخوف من بعض الأمراض أو الأدوية أو الخوف من الخوف . . وغيرها من المخاوف المستيرية . . Hysterie Phobias ، وقد يسود النفس نوع من الرعب أو الانزعاج والفرع المجهول المصدر ، أو أن تتسلط عليه فكرة وهمية تنغص حياته بما يؤدي إلى المستيريا التسلطية Compulsion Hysteria .

ثالثا : المستيريا التحويلية : Conversion Hysteria

وفيها تتحول الاضطرابات الانفعالية إلى مسالك جسمية تتخذ منها وسيلة للتعبير عن نفسها ، ولهذا نجد المرضى بهذا النوع من المستيريا يكونون أكثر هدوءا ولا يشكون توترا انفعاليا ، إذ تكون الطاقة الانفعالية قد تحولت إلى الناحية العضوية التي ظهر بها المرض .

ومن أمثلة ذلك بعض حالات اضطرابات الحواس كالسمع أو البصر . ولكن مثل هذه الاضطرابات لا تتخذ صورة دائمة كالمرض الجسمي ، إذ أنها تؤدي وظائف مؤقتة المريض ، فضعف السمع المستيري لا يظهر بصفة مستديمة ، وإنما يسمع الشخص أحيانا ، بدليل أنه ينزعج عند سماع صوت مفاجيء . إذا كان في حالة النوم مثلا ، بينما يكون غير قادر على السمع وهو يقظ . وقد يبدو في ذلك شيء من التصنع ولكن المريض لا يسمع شيئا بالفعل ويتم الصمم بطريقة لاشعورية .

كما أن حالات العمى قد تحدث في إحدى العينين بدون أى إصابة جسيمة ويندر أن يحدث ذلك في العينين معا ، كما يلاحظ أن المصاب بالعمى المستيرى في العينين إذا صادف حفرة وهو سائر في الطريق فإنه لا يقع فيها بل يتفادها !

وقد شاهدت إحدى حالات العمى المستيرى في فتاة تزوجت بشخص على غير رغبتها فأصيبت بالعمى المستيرى من وقت رؤيتها له ، وعبثا حاول الأطباء علاجها ، ولما طلقت من الرجل شفيت من نفسها ، وهذه ينطبق عليها المثل العامى القائل « تشوف العمى ولا تشوفوش » .

ومن أهم الأعراض المستيرية التحولية أيضا حالات الشلل التى تصيب بعض الأطراف والتي بسببها لا يستطيع الشخص تأدية عمل معين ، ومثل هذه الظاهرة تحدث بكثرة بين الجنود فى ميادين القتال كخيلة هروبية يرجعون بسببها إلى أهلهم سالمين دون أن يهتموا بعدم الوطنية أو الجبن .

وهناك أيضا حالات الصداع التى تنتاب الطلاب فى مواسم الامتحانات ، أو الصداع الذى يشكوه بعض الأشخاص ليؤدى وظيفة الاحتجاج على تحكم الغير فيهم وكثرة إملاء إرادتهم عليهم وإجبارهم على القيام بأعمال لا يوافقون عليها ولكن لا يستطيعون المعارضة فينتابهم الصداع هربا من هذه المواقف .
رابعا : أنواع أخرى :

وهناك أعراض هستيرية أخرى مثل حالات فقدان الذاكرة Amnesia ، كالأشخاص الذين يفقدون ذاكرتهم فى فترات معينة من الزمن ، أو الذين ينسون شخصياتهم فيهممون فى الأرض ويكونون فى حالة توهان Fuge State ويعيشون بشخصيات أخرى ، وقد يعودوا إلى شخصياتهم الأولى بعد فترة من الزمن وهذه تسمى حالات ازدواج الشخصية Dual personality .

ومن الحالات المستيرية الأخرى حالات التجول أثناء النوم
Somnambulism حيث يكون الشخص أثناء النوبة المستيرية وهو نائم
خاضعا لسلطان مجموعة من الأفكار والذكريات اللاشعورية ذات الصبغة
الانفعالية الخاصة والتي تكون منفصلة Dissociated عن باقي مركبات
الشخصية وغير منسجمة معها بسبب كثرة الصراع النفسى الداخلى وتفكك
المحتويات العقلية .

الخلق المستيرى :

يتميز الأشخاص المصابون بالمستريا والمعروضون لها بشدة قابليتهم للإيحاء
والاستهواء وتقبل آراء الغير بدون تمحيص أو نقد ، وسهولة الانقياد ، ولذا فإنهم
كثيرا ما يقعون فريسة فى أيدي المحتالين والدجالين فيستسلمون لاقتراحاتهم
وينفذونها بدقة ، وقد ينجح هؤلاء فى التأثير عليهم بشكل يزيل الأعراض
بصفة مؤقتة ، ولكنها لا تلبث أن تعود بالصورة ذاتها أو بصور أخرى لأن
العلاج لم يتناول العوامل النفسية الأساسية . والمثل على ذلك ما يحدث نتيجة
حفلات « الزار » وما أشبهها .

ويتميز المصابون بالمستريا أيضا بشدة الحساسية الانفعالية وسهولة استثارتهم
كما أنهم يتصفون بعدم الثبات أو الاستقرار الانفعالى ، وغالبا ما تنقلبهم
حالات الفتور الانفعالى وخصوصا فى النواحي الجنسية .

وهم يميلون للتحويل والتثميل والمبالغة ويبدو ذلك بوضوح أثناء النوبات
المستيرية ، إذ أن ذلك يساعد على تأدية الغرض الأساسى من المستريا وهو
الحصول على عطف الآخرين وطلب معونتهم .

كما أن من أبرز صفاتهم عدم الاعتماد على النفس وتبدو فى تصرفاتهم

نواحى النقص التى تدل على عدم النضوج وعدم تكامل الشخصية .
ومن حسن الحظ أن ميلهم الطبيعى للاستسلام والقابلية للاستهواء يجعل
من السهل استعمال طريقة التنويم المغناطيسى Hyhnotism فى علاجهم ،
كما أن العلاج النفسى بطرقه المختلفة ينجح معهم بنسبة كبيرة .
الهستيريا والفصام (السكرزوفر بنيا) :

كثيرا ما تتشابه الأعراض فى هذين المرضين ، فكلاهما مظهر من
مظاهر تفكك الشخصية Dissociation غير أن الهستيريا مرض نفسى عصابى ترجع
أسبابه إلى أمور مكتسبة واضطرابات انفعالية كما قلنا ، أما الفصام فرض عقلى
ذهانى ترجع أسبابه إلى عجز تكوينى Constitutional Inability يجعل المريض
فى حالة قصور تضطره إلى الانزواء والانطواء على نفسه ، بحيث لا تكون
له آمال ولا أهداف ولا يريد شيئا ، بينما المصاب بهستيريا تكون له أهداف
ويطلب العطف ويشكو أمره للغير وتظهر فى سلوكه الصورة الانبساطية
Extrovert ، على نقيض المصاب بالفصام الذى يكون من النوع الانطوائى
Introvert .

الحصر أو القلق العصابى Anxiety Neurosis

للقلق النفسى مظاهر كثيرة منها سهولة الانزعاج وسرعة الغضب ،
والتشكك الزائد عن الحد ، والتشاؤم وتوقع الشر ، والخوف بدون سبب
ظاهر ، والشعور بعدم الاطمئنان أو الاستقرار . . . ويمكن القول بأن القلق
يشبه الخوف غير أن الخوف يستثار بسبب وجود خطر خارجى ، أما القلق
النفسى فمثيراته مشاعر داخلية تهدد أفكار صاحبها وتجعله فى حالة من التوتر
النفسى وعدم الاستقرار والجزع .

والشخص المصاب بالقلق النفسى يكون غير قادر على التركيز فى عمل معين مدة طويلة ، كثير التذبذب بين الثورة والهدوء ، وبين الهياج والانهباط ويكون ضيق الخلق شديد الحساسية عديم الصبر ، تثقل حياته الأوهام والأفكار الخيالية التى تنغص عليه حياته وتستنفد جزءا كبيرا من طاقته .

ومن أمثلة حالات القلق النفسى ما يبدو على بعض الأشخاص من عدم احتمال سماع الأصوات وحساسيتهم الشديدة ، كأن يضايقهم صوت جرس التليفون وجرس الباب وأصوات الباعة المتجولين ، ويربكهم أى تغير فى حياتهم الهادئة ؛ وبعض المصابين بالقلق يتخيلون الشر ويفكرون فيه من غير أن يحدث بل يلذ لهم التفكير فى المصائب ويتصورون وقوعها فعلا ، فإذا أصيب أحد أقارب المريض بالأنفلونزا مثلا ، فبسرعة يتصور فى ذهنه أن المرض تطور إلى التهاب رئوى وأن الوفاة حدثت ، ويأخذ يعد العدة لما يتطلبه ذلك من إجراءات فى ذهنه ، وإذا خرج من المنزل وعاد فوجد بطريق الصدفة جماعة من الناس بالقرب من منزله فبسرعة يتصور أن أحد أبنائه قد وقع من الشباك أو أصيب فى حادث . . . وغير ذلك من الأوهام ، وقد تشتد حالة المريض فيتشكك فى كل شىء إذ يرتاب فى الناس ، ويتصور أنهم يطاردونه أو يتحدثون عنه ، ولا يثق فى نفسه ولا فى تصرفاته ، فإذا أقفل الباب يعود ثانية ليتأكد من أنه محكم القفل ويكرر ذلك أحيانا ، وإذا كتب خطابا وأقفل الظرف فقد يعود لفتحه ليتأكد من كتابة التاريخ أو الإمضاء . . . كل هذا بجانب المخاوف المختلفة بدون مبرر كالخوف من الإصابة بالجنون ، أو الخوف من الموت المفاجئ . ومثل هؤلاء الأشخاص تكثر أحلامهم فى اليقظة والنوم ، ولكن يغلب عليها المحتويات المزعجة والخيفة المقلقة كالكابوس

وتفسر حالات القلق النفسى كغيرها من حالات الأمراض العصابية على أساس تجمع الوجدانات المقلقة خلف حواجز الكبت ، حتى إذا ما زاد تراكمها ولم يحتملها العقل الباطن فإنها تطفح وتفيض وتسود حياة الشخص انفعالات القلق الحائرة . ويرى فرويد وأتباعه أن مسببات القلق النفسى وثيقة الصلة بأساليب ممارسة المريض للمسائل الجنسية وسلوكه إزاءها وما قد يحدث من عدم إرواء ظمأ الغريزة الجنسية مما يؤدي إلى التعطش لإشباعها في صورة مقنعة في شكل مظاهر القلق المختلفة . ومن أمثلة ذلك حالات عدم التكافؤ الجنسي بين الزوجين ، أو الاستثارة الجنسية بدون أن يعقبها الإشباع الفعلى وتكرر حدوث ذلك ، أو مزاولة العملية الجنسية بأساليب ناقصة لا تؤدي إلى الترضية الكافية كحالات الاتصال الجنسي في ظروف محرجة ، وما يساور النفس أثناءها من الشعور بالخطيئة وغير ذلك .

ولكن الرأى السائد الآن هو أن القلق النفسى لا تقتصر أسبابه على ما يعترى الانفعال الجنسي من الحرمان وعدم الإشباع ، بل إن أى اضطراب يؤثر في أية ناحية انفعالية أخرى يمكن أن يسبب القلق ، فصعوبات الحياة المتعلقة بالكوارث العائلية والمالية ، والمواقف التى تصيب الكرامة وتشعر الشخص بالذلة ، والمنازعات التى تنتج من المنافسة الشديدة ، وحالات اليأس التى تعقب الفشل في أى ناحية من نواحي الحياة . . . كل هذه وغيرها يمكن أن تكون سببا لحالات القلق النفسى خصوصا إذا كانت حياة الشخص الماضية مشحونة بالاضطرابات النفسية والصراع النفسى . والمثل على ذلك ما يحدث من حالات القلق النفسى للجنود في ميادين القتال نتيجة ما يتعرضون له من مخاوف وأخطار من غير أن يكون لذلك علاقة مباشرة بالنواحي الجنسية .

هذا ، ومن المهم أن نؤكد أن التحفز في ذاته والاهتمام وبعد النظر والتفكير للمستقبل ، بل والخوف أيضاً ، من مستلزمات الحياة التي تعين على النجاح فيها . ولكنها إذا اتخذت صورة غير عادية بشكل مبالغ فيه كما في حالات القلق العصبي فإنها تصبح حرباً على صاحبها . وإذن لا بد أن يجد كل شخص نفسه قلقاً وخائفاً ومتشككاً في بعض المواقف ، ولا يصح له أن يجزع من ذلك أو يعتبر نفسه مريضاً ... وإنما إذا ظهرت عنده هذه الأعراض في صورة شاذة فعلية أن يستشير الاختصاصي النفسي ، مع العلم بأن الفرق بين العادي والشاذ فرق في الدرجة فقط وخصوصاً في الأمراض النفسية .

السوسوس المتسلطة Obsessions

وكثيراً ما تظهر أعراض الاضطرابات النفسية في صورة إصرارات ملحة تسيطر على الشخص وترغمه على القيام بأعمال نمطية يتكرر حدوثها منه بدون إرادته وقهره عنه ، بحيث يصبح سلوكه شاذاً ومثاراً للعجب والسخرية أحياناً ، ويمكن أن تتخذ هذه السوسوس والإصرارات صوراً مختلفة منها : —
(١) حالات التسلط الفكري ، كأن تسيطر على المريض فكرة القتل أو فكرة الانتحار ، أو التشكك في الدين أو التفكير في الغنى والفقير بشكل يشغل البال دائماً ، أو التفكير في المستقبل ، أو تصور الظلم والاضطهاد وتكرار حدوث ذلك بشكل شاذ .

(٢) السوسوس الحركية التي تبدو عند بعض المرضى ممن يأتون بحركات نمطية متكررة بدون سبب ظاهر ، مثل كثرة غسل الأيدي وتكرار ذلك عدة مرات بدرجة شاذة ، وحركات هز الكتف والرقبة ، وغير ذلك من اللزمات الحركية . ومن ذلك أيضاً تعمد لمس أعمدة النور جميعها أثناء السير

في الطريق ، أو قذف كل قطعة من الطوب يصادفها الشخص في الشارع ، وغير ذلك .

وقد يبرر الشخص موقفه من هذه الأعمال الحركية كضرورة العمل على النظافة والتطهير من النجاسة في حالة كثرة غسل الأيدي ، وإبعاد الحصى عن طريق المارة في حالة إبعاد الطوب الذي يراه في الشارع ... ولكن الأسباب الحقيقية لهذا السلوك ترجع لدوافع مرضية .

(٣) الوسواس الانفعالية التي تبدو في حالات المخاوف المتسلطة ، والحالات المتكررة للشعور بالخلجل من النفس ، والشعور بالذنب ، وكثرة تأنيب الضمير ، والشعور بالنقص بدون سبب ظاهر . وحالات الغيرة الشديدة والشكوك المتعلقة بها .

الصفات التي تميز الوسواس المتسلطة :

ويلاحظ أن هذه الأعراض وإن كانت تختلف في مظاهرها وجدانية كانت أو حركية أو فكرية ، إلا أنها جميعاً تشترك فيما يأتي : -

١ - أنها قهرية أو إجبارية Compulsory بحيث تضطر الشخص للقيام بها .

٢ - أنها غير إرادية Involuntary أي أن الشخص قد يشعر بأنها غير عادية وشاذة ولكنه يعملها رغم إرادته .

٣ - يتكرر حدوثها باستمرار Persistent recurrent فيقوم بها الشخص مرات ومرات بحيث تصبح طابعاً مميزاً لسلوكه .

٤ - ليست لها أسباب منطقية Irrational إذ يأتيها الشخص بدون تفكير منطقي .

٥ - يكون الشخص شاعرا بوجودها عنده ، ويعتقد أنها شاذة ويكون راعبا في التخلص منها . . وهذا هو ما يميزها عن حالات « البارانويا » التي تعتبر من الأمراض العقلية الذهانية .

ويتميز المصابون بهذه الأنواع من الوسواس القهري بالتصميم والميل للتعدي وصلابة الرأي ، وغالبا ما تكون قوة إرادتهم وعنادهم في الماضي من الأسباب التي تجعل أعراض المرض النفسي عندهم تتخذ هذه الصورة التسلطية . إذ أن الصراع النفسي الذي يسببها يحدث بين الذات العليا التي تجعل الشخص يصر على أمر معين وبين الخوف من نتائج هذا الإصرار ، ولهذا يكثر في هذه الحالات وجود المرضى من المتدينين والمتمسكين بالمبادئ . والمثل العليا الذين يغلب في شخصياتهم سيطرة الذات العليا . كما نجد في هذه الطائفة من المرضى من يتصف سلوكهم بالتأنيق الزائد عن الحد والحذر الشديد مما يخدش كرامتهم بحيث نلمس في حياتهم عدم المرونة ... وهؤلاء تكون عاداتهم ثابتة لا يتحولون عنها ، وتكون معظم تصرفاتهم على نمط واحد . فيكونون أسرى للعادات والأعمال التكرارية ذات الطابع الثابت . ويميلون للترتيب والنظام الذي لو اضطرب أو تغير يثير عندهم القلق والارتباك .

وتختلف هذه الوسواس المتسلطة في درجتها بين الأشخاص العاديين والشواذ ، إذ أن الكثير من العاديين لا تخلو تصرفاتهم من بعض الإصرارات والوسواس في بعض الأحيان ، كما أن المرضى بهذه الإصرارات قد تشتد بهم هذه الحالات بحيث يعرضون أنفسهم بسببها للإجرام ، كما في النزعة المتسلطة نحو إشعال الحريق التي تسمى Pyromania ، وكذلك النزعة المتسلطة نحو السرقة التي تسمى Kleptomania ، وفي هذه الأحوال يجد المريض نفسه مضطرا للإجرام دون أن يتمكن من صد تيار هذه الدوافع المتسلطة ؛ إذ أنها

تكون قد أصبحت قوة ذاتية جامحة ، لا يملك الشخص لها قياداً وتلزمه بالوقوع في الخطأ بدون إرادة .

وطبيعي أن علاج هذه الحالات وأمثالها لا يتم بالسجن أو العقاب ، وإنما يحتاج لوسائل التحليل النفسي التي تكشف عن عوامل المرض الدفينية ودوافعه اللاشعورية .

النيوراستينيا Neurasthenia

وهو مرض التعب النفسي الذي تبدو مظاهره في الشعور بالإعياء والإجهاد والضعف وفقدان المهمة ، وعدم القدرة على التركيز في العمل ... وقد تتخذ الأعراض صورة الصداع والشعور بثقل الرأس ، وعدم القدرة على تركيز الانتباه وضعف الذاكرة .. وعادة يكثر المريض من الشكوى من ناحية الضعف الصحي . ويرجع هزاله وتعبه إلى أعراض جسمية تافهة ، غير أن الفحص الطبي يدل على عدم وجود ما يبرر الشكوى .

والمصاب بالنيوراستينيا يكون عادة محباً للانزواء والفرار من مواجهة الأعباء ومسئوليات الحياة ، وميلاً للعزلة والانشغال عن الناس ، اكتفاء بانشغاله بمشاكله النفسية الداخلية الكثيرة ؛ ويكون هادئاً في مظهره من حيث قلة الحركة والكلام والعمل ، بينما يكون نائراً يغلي كالمرجل في باطن نفسه .

وقد كان يظن أن الإرهاق العصبي ينتج من تراكم التوكسينات وسموم الجسم نتيجة الاحتراق الكيميائي من كثرة العمل بما يؤثر على الجهاز العصبي وكان العلاج قائماً على النصح بالراحة التامة والنوم في السرير والابتعاد عن

الضوضاء وكل ما يثير الحركة والانتباه . كما كانت توصف أنواع خاصة من التغذية وعلاجات التدليك والتنبيه الكهربي . . . وغير ذلك .

ولكن الدراسات التتبعية المرضي بالنيوراستينيا قد دلت على أن كثرة العمل ليست سببا لهذا المرض ، وإنما يرجع المرض إلى القلق النفسي وإلى إرهاق ذهن المريض بكثرة ما فيه من مشكلات معقدة تتطلب الحل . كما تبين في هؤلاء المرضى أن الخلايا العصبية ذاتها لا تتأثر ، وأن العلاجات القائمة على فكرة الأسباب النيورولوجية والبيولوجية والسيولوجية لا تفيد وحدها في العلاج ، وأن كثيرين من هؤلاء المرضى يشفون من غير الالتجاء إليها .

ولما كانت مظاهر هذا المرض تشتد في النوبات الانفعالية والأزمات النفسية ، وأعراض التعب النفسي تستثار بدون أسباب ظاهرة أحيانا ، فقد اتجه البحث إلى العوامل النفسية اللاشعورية ، وأصبح هذا المرض يفسر على أساس انصراف معظم الطاقة النفسية إلى تسوية النزاع وحل مشكلات الصراع النفسي التي تدور في ذهن المريض ، بحيث يكون من الصعب عليه توجيه هذه الطاقة إلى أي نشاط منتج آخر خلاف ما يتعاقب بهذا الصراع الداخلي ، فالتعب النفسي إذن ينتج من الافتقار إلى القوة والطاقة اللازمة للنشاط والإنتاج .

ويمكن أن نفهم هذا التفسير بالقياس على ما يحدث للشخص العادي بسبب المواقف المعقدة التي تتطلب تركيز الطاقة في التفكير فيها ، حيث يجد نفسه غير قادر على بذل الجهد فيما عداها ، فتشل حركته تقريبا ويقل نشاطه وتبدو عليه مظاهر التعب والإعياء . غير أن الشخص العادي تحدث له هذه الحالات بصفة مؤقتة ، إذ أنه يستطيع التنقل من موقف إلى آخر ، وحياته العقلية في تغير مستمر ، بحيث يجد نفسه قادرا على تجديد النشاط . أما المريض

بالنيوراستينيا فشكلائه النفسية المعقدة في ذهنه تشغله دائما ، ولا يتيح له فرصة هذا التغيير أو تجديد النشاط .

وقد كان فرويد وأتباعه يعتقدون أن النيوراستينيا تحدث نتيجة مباشرة للإفراط في العملية الجنسية إلى حد إنهاك المجموع العصبي وإجهاده ، وخصوصا في حالات كثرة عمل العادة السرية ، وما ينتاب الشخص بسببها من صراع نفسي قائم على الشعور بالخطيئة وتأنيب الضمير والرغبة في التخلص من هذه العادة مع عدم القدرة على مقاومتها .

ولكن يحسن ألا يقتصر التفسير على النواحي الجنسية وحدها ، بل يجب أن يشمل أية ناحية من نواحي المغالاة أو الإفراط في النشاط الانفعالي بأنواعه المختلفة ، وما يحدث من توتر نفسي بسببها ، فحالات الغضب أو الخوف الشديد أو الغيرة أو حالات اليأس . . . وغير ذلك من الأزمات الانفعالية الشديدة يمكن أن تكون لها مثل التأثير في إحداث النيوراستينيا ، إذا توافر الاستعداد والأسباب المهيئة للمرض .

إذن فعلاج هذا المرض ينبغي أن يقوم على بحث المشكلات النفسية للمريض ومحاولة تسويتها لتنسجم مع الحياة الشعورية ، وعلى محاولة إتمام الأعمال الناقصة المتعلقة في ذهن المريض ، بحيث يقل الصراع النفسي الذي يشغله .

على أن كشف الاستعدادات والميول الخاصة للمريض وتوجيهه لإشغال نفسه فيما يشبع هذه الميول ، والعمل على تغيير البيئة بما يتيح له فرصا جديدة لتوجيه نشاطه وطاقته فيما يتلاءم مع طبيعته ، وتنظيم حياته والعناية بالتربية البدنية . . . وغير ذلك ، من شأنه أن يساعد في العلاج .

Sex Perversions الانحرافات الجنسية

الميل الجنسي من أقوى الدوافع الفريزية وأبعدها أثرا في حياة الإنسان ،
ونظرا لما يحيط بهذا الدافع من قيود وتقاليد وأوضاع اجتماعية وخلقية تؤثر
في سير نموه الطبيعي فقد اهتم علماء النفس ببحث ما يعتر به من الانحرافات
وضروب الشذوذ الجنسي المختلفة التي يمكن أن تتضح من الأمثلة الآتية : —
أولا : البرود الجنسي والارتخاء :

وهي تسبب كثيرا من حالات الشقاء العائلي ، وترجع لأسباب فسيولوجية
أحيانا ، إلا أن معظم حالاتها ترجع لعوامل نفسية ، ومما يدل على ذلك أنها
تحدث أحيانا في فترات زمنية مؤقتة يعود بعدها الشخص إلى الحالة الطبيعية ،
كما أنها قد تحدث عند الفرد في حالة الاتصال الجنسي بشخص معين دون غيره .
وتعزى حالات البرود الجنسي Frigidity في الإناث إلى القلق اللاشعوري
الذي يرتبط بتوهم الخوف من عدم الكفاية وعدم تحقيق الإشباع الجنسي
الكامل ، أو إلى ما يتعلق بالمركب الأوديبي وتصور البنت لوالدها في شخص
من يجامعها ، أو إلى توقف نمو الإحساس الجنسي عند المنطقة الخارجية بدل
استمراره إلى المنطقة المهبلية ، وما قد ينتج عن ذلك من اشتقاق اللذة الجنسية
بالسحاق وما يصحبه من صراع نفسي . . . مما يؤدي إلى البرود عند
الاتصال الجنسي .

وقد تصل هذه الحالات من الخطورة إلى درجة تجعل المرأة — رغم رغبتها
في الجماع الجنسي — تنقلبها تقلصات مؤلمة في المهبل تجعل الجماع أمرا مستحيلا ،
وهي حالة نادرة يطلق عليها اسم Vaginismus ترجع أسبابها إلى احتمال وقوع
اعتداء جنسي مبكر مصحوب بفرع وخوف مكبوت .

كما تعزى حالات الارتخاء Impotence في الرجل إلى أسباب مشابهة في أساسها النفسي ، وخصوصا ما يعترى الشخص من شعور بالنقص وتوهم عدم القدرة الجنسية ، وتكرار محاولته للاتصال الجنسي بقصد تعمد الانتصاب وما يعترى ذلك من الفشل الذي يضاعف المشكلة .

ثانيا : إدمان العادة السرية :

وتبدو هذه الظاهرة بوضوح في دور المراهقة عند البنين والبنات ؛ نظرا لما يحيط بحياة المراهقين والمراهقات من ظروف تحتم ضرورة تأجيل الزواج الشرعى مدة طويلة ، وحدث الاستمناء في ذاته لأسباب تجمع الإفرازات الجنسية والتخلص منها أو لغيره من الأسباب لا يعتبر أمرا شاذا في ذاته ، إذا علمنا أن أكثر من ٧٥٪ من الأشخاص قد زاولوا هذه العادة في فترة من فترات حياتهم ، وأن أغلبهم يتخلص منها بالتدريج .

ولكن الاستمرار على إدمانها وما يحيط ذلك من توهم ضررها وتأنيب الضمير والرغبة في الإقلاع عنها ، وانهباء عزيمة الشخص أمام تسلط العادة عليه ، وما ينتج عن ذلك من ضروب الصراع والشعور بالخطيئة وكتمان كل ذلك ومحاولة التظاهر بما يخالف الواقع . . . هو الذى يؤدي إلى الشقاء النفسى ومضاعفة الاضطراب .

وتفسر الحالات الشاذة في هذه العادة على أساس توقف النمو الجنى عند مرحلة اللذة الذاتية Narcissistic stage عندما كان الطفل يتلمس اللذة الحسية من أجزاء جسمه في أيام الطفولة الأولى ، وما لقيه الطفل إزاء ذلك من ضروب العنت والمقاومة والتحرىم الشديد ، ويضاف إلى ذلك ظروف حياة الشخص الحاضرة وافتقارها إلى التفاهم والعطف والإرشاد .

ثالثا : الجنسية المثلية Homosexuality :

وهي التي يتجه فيها الدافع الجنسي في غير الاتجاه الطبيعي ، فتعشق البنت أثنى أخرى ، ويميل الولد أو الرجل إلى الاتصال الجنسي بغيره من الذكور .

وترجع بعض هذه الحالات إلى عوامل فسيولوجية كاضطراب الغدد الصماء ، أو إلى شدوذ في بنية الجسم والجهاز التناسلي ، كما أن بعض العلماء يقرر أن صفات الذكورة والأنوثة موجودة في كلا الجنسين بدرجات متفاوتة ، وأن بعض الذكور يكونون بطبيعتهم أميل إلى الأنوثة ، كما أن بعض الإناث قد يكونون أميل إلى الذكورة ؛ كما يرى بعض علماء التحليل النفسي أن كل شخص يمر في حياته بمرحلة يشعر فيها بانجذاب نحو أفراد من نفس جنسه لدرجة قد لا تكون واضحة ، وهي مرحلة طبيعية عادية ولكنها عارضة ، أما ما يحدث من حالات عشق الجنس الشاذة فترجع إلى ما حدث من تثبيت Fixation ووقوف النمو عند هذه المرحلة في بعض الأفراد لأسباب تربوية مختلفة . كما أن بعض العلماء الآخرين يؤكدون أهمية ظروف الوسط والبيئة وما يحدث للشخص من عدوان يتطور إلى استمرار هذه العادة .

وتتخذ ظاهرة الجنسية المثلية درجات متفاوتة ، فبعض من يتصفون بهذا الانحراف يشعرون بمجرد وجود هذا الميل الشاذ عندهم بدون أن يسعوا إلى إشباعه فعلا ، بينما البعض الآخر يتملكهم هذا الشعور بصورة تدفعهم للإشباع وضرورة الاتصال الجنسي ، كما تصل بعض الحالات إلى درجة من العنف ، بحيث تؤدي إلى وجود علاقات مع أفراد من نفس الجنس تصل في قوتها إلى اتخاذ صورة مشابهة للمعاشرة الزوجية العادية .

وتعالج هذه الظاهرة بدراسة ظروف الشخص والعمل على إقناعه بضرورة التعاون على التخلص من هذا الشذوذ ، ويلجأ إلى التنويم المغناطيسي والطرق النفسية الأخرى في ذلك ، وخصوصا العلاج بالتحليل النفسي .

ولكن الحالات الشديدة من هذه الانحرافات تجعل المريض بها في حالة سيئة لدرجة تجعله عبدا لهذا الانحراف ، رغم ما قد يتظاهر به من الرغبة في التخلص من علته ، ويكون الشذوذ متصلا في أعماق نفسه لدرجة تجعل من الصعب عليه أن يتعاون التعاون الصادق مع المحلل النفسي المعالج ، ولهذا يفدر نجاح العلاج في هذه الحالات .

رابعاً : الشذوذ في حب الإيذاء وحب التأذى :

من الأمور الطبيعية التي تساعد على تحقيق الاتصال الجنسي الطبيعي ، اتصاف الرجل بالقوة والخشونة والسيطرة ، واتصاف المرأة بالضعف والرقرة والجمال والخضوع ، غير أن هذه الصفات الطبيعية قد تتخذ مظاهر شاذة في بعض حالات الانحراف الجنسي ، كأن يشتق الرجل لذته الجنسية عن طريق توقيع الأذى على الجنس الآخر ، والعمل على تعذيبه في قسوة ووحشية ، وهذا يسمى بالبرزة إلى الإيذاء أو السادية Sadism ؛ ويناظر ذلك المظهر العكسي ، وهو حب التعذيب أو الماسوكية Masochism الذي يبدو عند بعض الإناث ممن لا يهتمن بالإشباع الجنسي بالجماع في ذاته بقدر ما يهتمن الوقوع بين يدي رجل قوى الشكيمة صلب المراس ، يقسو عليهن في غير رفق ويعتصرهن بين يديه القويتين . . . ويصل هذا الشذوذ لدرجة تجعل المرأة لا تستريح جنسيا إلا بالتألم والضرب المبرح !!

هذا وقد تنعكس الآية بأن توجد حالات من السادية أو حب الإيذاء في

بعض السيدات بحيث لا يلذهن الإشباع الجنسي إلا مع شخص ضعيف مستكين يحركه في عنف وقسوة ، كما يوجد بعض الرجال ممن يشتهون لذتهم الجنسية مع النساء المترجلات خصوصا إذا كن قادرات على إيلاهم وتعذيبهم .
على أن ظهور هذه الحالات الشاذة يحمل وراءه تاريخا مليئا بالصعوبات النفسية المتعلقة بالدافع الجنسي وموقف الكبار منه في أيام الطفولة ، وما يعترى ذلك من خدش للكرامة والكبرياء مما يؤدي إلى الذلة والعبودية أو إلى العكس في حالة حب الانتقام والتعذيب وإظهار السيطرة والقوة .

خامساً: الشذوذ في العرض والاستعراض :

فالتجمل في المرأة أمر طبيعي ، وله أهمية بيولوجية تساعد على جذب انتباه الرجل واهتمامه ، ولكن هذا الميل الطبيعي قد يتطور إلى صورة شاذة بحيث يؤدي بالمرأة إلى حب العرض Exhibitionism فتميل إلى المبالغة في عرض جسمها عاريا بحيث تشتق اللذة الجنسية من مجرد الحصول على نظرات الرجال وتأملهم لمفاتيح جسمها ، دون أن تشعر بجانب ذلك بأي رغبة في الإشباع الجنسي الطبيعي . ويمكن أن نلمس هذه الظاهرة في إحدى درجاتها الخفيفة في بعض هاويات الرقص والمغرمات بالعراء .

وينظر ذلك حب المشاهدة Voyeurism وميل الرجل لملاحظة جمال المرأة والأجزاء الحساسة من جسمها ، وشذوذ هذا الميل بحيث يكون مجرد التأمل والنظر هو نهاية القصد للإشباع الجنسي ، وبحيث يقف ذلك عن العملية الجنسية ذاتها .

ويلاحظ أن الأشخاص العاديين قد توجد لديهم هذه النزعات ، ولكن بدرجة معقولة ، فلا تؤدي إلى الاقتناع بها عن الفعل الجنسي ذاته ، بل تساعد على حدوئه . كما أن أي النوعين قد يوجد عند بعض الرجال أو النساء .

و يفسر الشذوذ في هاتين الناحيتين على أساس السلوك بطريقة دفاعية يستعاض بها الشخص عن التورط في الاتصال الجنسي الذي يخشى عدم نجاحه فيه بطريقة لا شعورية ، وأحيانا يرتبط التفسير بعقدة الخوف من الخصى Casteration ومحاولة الشخص التثبت من وجود الأجزاء التناسلية بإطالة النظر إليها أو تعريضها .

سادساً : انحرافات أخرى :

وهناك أنواع أخرى لهذه الانحرافات ، مثل اشتقاق اللذة الجنسية عن طريق الأشياء المادية المتعلقة بالجنس الآخر ، وهذا يطلق عليه Fetishism كأن يهوى الرجل قطعة من ملابس امرأة : كحذاءها أو قميصها . . . بحيث يكتفى بارتدائه ليشتبع شهوته الجنسية ، دون الحاجة إلى الاتصال الجنسي الصحيح . . .

كما توجد أنواع من الشذوذ تبدو في اشتقاق اللذة الجنسية عن طريق الاتصال الجنسي بالحيوانات ، وهذه الظاهرة تسمى Bestiality أو Zooerasty وتظهر بعض حالاتها في مناطق الريف ، وترجع لأسباب مختلفة ، أهمها عدم قدرة الشخص على الاتصال الجنسي الطبيعي بسبب الضعف العقلي أو المرض العقلي أو الحرمان . . . أو غير ذلك .

هذا وقد تحدث انحرافات جنسية أخرى أقل خطورة ، من حيث تعقيد العوامل النفسية فيها . ومن أمثلة ذلك الجرائم الجنسية الخلقية : كحالات الزنا والدعارة ، وما أشبه ذلك .

الفصل السابع الأمراض العقلية

سبق أن فصلنا بعض الفروق بين الأمراض النفسية أو العصائية والأمراض العقلية أو الذهانية ، وقلنا أن المصاب بالأمراض العقلية Psychoses يكون في حالة عدم استبصار Lack of Insight لحالته المرضية ، بحيث لا يعترف بوجود الاضطراب العقلي عنده ، ولذا يدفعه غيره إلى العلاج والدخول بالمستشفيات العقلية ، ولكن هذا يتم بناء على اشتراطات قانونية في الإجراءات التي تتبع في ذلك أحيانا ، كالحصول على شهادة موقعة من طبيبين على الأقل بوجود الحالة المرضية ، أو الحصول على حكم قضائي بعد الكشف الطبي . . وهكذا .

ونظرا لتعدد أنواع الأمراض الذهانية ، كان من الضروري أن يهتم العلماء بدراستها على أساس ظهور المجموعات الخاصة من الأعراض Combination of Symptoms التي توحى بنوع كل مرض . وقد يحتاج التمييز الدقيق لنوع المرض إلى وقت طويل نظرا للتشابه الكبير في أعراض الأمراض المختلفة .

ويمكن تقسيم الأمراض العقلية بوجه عام إلى نوعين وهما : —

(١) **الذهان العضوي Organic** ويشمل ذهان التسمم بالتكسينات المختلفة ، والشلل الجنوني العام ، وذهان الشيخوخة ، والذهان المصحوب بإصابة في المخ . . . وغير ذلك .

(٢) **الذهان الذي لا تعرف له أسباب عضوية** ، والذي يمكن إرجاعه لعوامل وظيفية Functional ، ويشمل حالات الفصام أو السكرزوفرينيا ،

وذهان الهوس والاكتئاب أو الذهان الدوري ، والذهان الهذائي أو البارانويا ،
وحالات المانيا Mania والملائخوليا . . . وغير ذلك .

وسنورد فيما يلي أمثلة من هذه الأمراض باختصار :

ذهان التسمم بالتوكسينات

وقد تكون السموم ذات مصدر خارجي Exogenous Toxins ، ومن
أمثلة ذلك حالات التسمم بالمشروبات الكحولية ، والمواد المخدرة ، والتسمم
بالمعادن : كالرصاص . . . كما قد تكون السموم داخلية Endogenous
كالتسمم بالتوكسينات التي يفرزها الجسم في حالات الأمراض المعدية الحادة ،
وحالات اضطراب إفرازات الغدد الصماء . . .

ويحدث الاضطراب العقلي نتيجة تسرب السموم إلى مجرى الدم ووصولها
إلى أنسجة المخ ، ولذا تتوقف شدة الاضطراب على كمية السموم ومدى مناعة
الجسم . . . وغير ذلك من العوامل .

ويمكن وصف أعراض هذه الحالات الذهانية بالقياس على ما يحدث
في حالة كثرة تعاطى المشروبات الكحولية التي تؤدي إلى هذيان الارتعاش
Delirium Tremens أو إلى ذهان كورساكو Korsakow ، وما ينتاب
المريض فيها من فقدان القدرة على التوافق الحركي ، وعدم إدراكه للتوجيه
الزماني أو المكاني ، واضطراب الذاكرة وكثرة ما ينتاب المريض من الهتر
Delirium ، والهلوسة السمعية التي يتصور فيها وجود الثعابين والفيضان وغيرها
أمامه . . . وعدم قدرة المريض على تركيز الانتباه ، وانهيار القدرة على التفكير
وضعف الخلق لدرجة تجعل المريض معرضا للإجرام أو التعدي على الغير . . .

خصوصا نظرا لما ينتابه من حالة التشكك في المحيطين به وعدم اكرانه
أو تحمله للمسئولية . .

ولا تقتصر أضرار هذه الأمراض الذهانية على المريض وحده بل إن
حياته العائلية تضطرب وتسودها الفوضى في أغلب الأحيان خصوصا إذا كان
المريض هو رب الأسرة وقائدها ، إذ كثيرا ما ينساق بعض الأفراد إلى تقليده
ومحاكاته في تعاطي الكحوليات والمخدرات مما قد يؤدي بهم إلى نفس المصير.

الشلل الجنوني العام General paralysis of the Insane

وهو من الأمراض الذهانية التي تنتج من التهاب الدماغ بسبب الإصابة
بالزهري مما يؤدي إلى اضمحلال القوى العقلية وتدهورها ، وهو يصيب الرجال
أكثر من النساء ، وتحدث الإصابة بهذا الزهان بعد مضي حوالي ١٥ سنة
من العدوى بمرض الزهري ولذا يكثر ظهور هذه الحالات الذهانية بين سن
٤٠ ٥٠ . وتظهر أعراضه المبكرة في صورة تغيرات انفعالية في طبيعة أسلوب
حياة الشخص ، كالقلق وعدم الاستقرار ، أو الهدوء الزائد والخمول ، ويكثر
ميل المريض للنوم ، أو على العكس ينتابه الأرق بكثرة . .

ومن العلامات المميزة لهذا المرض اضطرابات النطق وعدم وضوح تفاصيل
الحروف أثناء الكلام العادي ، كما تضطرب القدرة على التوافق الحركي
فيسوء خط المريض في الكتابة ، وذلك بجانب الشعور بالتعب بسرعة
وضعف البصر أحيانا والشكوى من الآلام الروماتزمية .

ويمكن التحقق من وجود المرض بتحليل الدم وسائل النخاع الشوكي .
وعندما تشتد حالة المرض تبدو العلامات السابقة في صورة أوضح ،
فيضعف ذكاء الشخص ويقل وعيه وانتباهه ، ويظهر في مشيته عدم الثبات

أو التوافق الحركي ، وتضعف الذاكرة ويزداد عدم الاكتراث فينسى المريض مواعيده ولا يهتم للرد على مراسلاته ، دون أن يدرك خطورة ما وصلت إليه حالته ، كما ينتابه الخمول الانفعالي ، وبالتدريج يتطور حال المريض إلى اتخاذ مظاهر الهوس أو مظاهر الهبوط والملائخوليا وهكذا ، حسب نوع شخصيته .

ذهان الشيخوخة Senile Psychosis

تطلق مرحلة الشيخوخة على ما بعد الستين من العمر ، ولكن عوامل الفروق الفردية الوراثية والمكتسبة تجعل هذا التحديد غير نهائي . وبتقدم العمر بعد هذه السن عادة يحدث اضمحلال وضعف في النمو العقلي والجسمي أيضا . . ولذا فإن ذهان الشيخوخة يتطور بالتدريج ، وتظهر أعراضه على الخصوص في عدم القدرة على الحفظ والتذكر وخصوصا للخبرات المباشرة ، بينما يكون الشخص قادرا على إعادة الذكريات القديمة ، كما تقل القدرة العقلية العامة ، ويتحول اهتمام المريض إلى الأمور المتمركزة حول نفسه ، ولذا يقل الاهتمام بالشئون العامة والأفكار الحديثة ، ويزداد تمسكهم بالقديم . . وبعض الحالات يظهر فيها العناد الشديد وصلابة الرأي مما يسبب كثيرا من المشكلات . . وغالبا ما يتنحى المريض عن مباشرة شئونه الخاصة فيوكل أموره لغيره ، بينما لا يدرك البعض الآخر ضرورة التخلي عن إدارة الأمور العائلية والمالية لمن يخلفه فيسبب كثيرا من الأضرار بتصرفاته الخاطئة التي تخلق المتاعب .

وكما تقدم المريض في السن كما زاد نكوصه وتراجع رجوعه Regression إلى أنواع السلوك المشابه لسلوك الأطفال ، من حيث الأنانية والاعتماد على الغير وغير ذلك . كما تضعف ميوله الغريزية والانفعالية ، وتقل قدرته

على ضبط عواطفه ، ويكون ضيق الصدر لا يقبل النصح . . وكثيرا ما يتورط في أعمال لا يحتمل مسئوليتها كالإقبال على زواج جديد تكون نتيجته عدم التوفيق دائما ، أو مغازلة الفتيات والسيدات كما لو كان شابا ، أو التفكير في القيام برحلة طويلة ، ونجده لا يخضع لمشورة ، بل يعتقد أن من ينصحه عدوله ، وتتكون عنده أفكار اضطهادية أحيانا .

ومما يدل على اقتراب تفكير هؤلاء من طبيعة الطفولة أنهم يميلون عادة للعب مع الأطفال ومعاكستهم ، وقضاء الوقت الطويل بينهم كما لو كانوا من أعمار متقاربة .

وليس من الممكن علاج هذه الحالات ، وإنما يمكن فيها التوجيه وإرشاد المحيطين بهم إلى أساليب معاملتهم والعناية بهم .

الفصام أو السكرزوفرينيا Schizophrenia

وهو أكثر الأمراض العقلية انتشارا ، وقد كان يسمى جنون المراهقة Dementia praecox مما يوحي بظهور أعراض هذا المرض في وقت مبكر من العمر ، ولكن هذه التسمية لا تنطبق على جميع الأنواع التي يظهر بها هذا المرض . وترجع تسمية السكرزوفرينيا إلى العلامة Bleuler عام ١٩١١ ، لأنها تحمل في معناها ظاهرة تفكك شخصية المريض وانسحابه من الحياة الواقعية إلى حياة العزلة والانكماش في عالم خيالي ، وهي من أهم الأعراض المميزة للمرض .

ويكثر حدوث هذا المرض العقلي لأنواع الأشخاص الذين ينتمون إلى النوع الانطوائى Introvert . والذين يصفهم Kraepelin بالتأمل وشدة الهدوء ونحول الجسم ويسمئهم Asthenic .

والمريض بالفصام تصاب شخصيته بالتحول والتبدل الانفعالي بحيث يصبح في حالة عدم اكتراث من حيث علاقاته العاطفية مع أصدقائه أو أعدائه ، ولا يبدو عليه الاهتمام في المواقف التي كان ينفعل فيها من قبل ، ويميل إلى قضاء معظم وقته وحيدا شارد الذهن كأنه في حلم .

ويرتبط بذلك انحدار قدرته على الانتباه والتركيز ، فإذا كان طالبا فإنه يفقد القدرة على متابعة الدروس وعلى التركيز في المذاكرة ، وإذا كان عاملا يقل إنتاجه بالتدريج ويكثر انقطاعه عن العمل بدون سبب ظاهر . ويتبع ذلك قلة اتصال المريض بمجريات الحوادث والأمور العامة فتكون معلوماته سطحية وتافهة .

كما يبدو في هؤلاء المرضى عدم ترابط حياتهم الفكرية والمعرفية بحياتهم الوجدانية والانفعالية نظرا لتفكك عناصر الشخصية الرئيسية مما يؤدي إلى ضعف القدرة على الموازنة والحكم وضعف الاعتداد بالذات وعدم التمسك بالمبادئ الخلقية .

وكثيرا ما توجد الهلوسة السمعية Auditory Hallucinations والبصرية أحيانا في هؤلاء المرضى ، بحيث يتخيلون أصواتا تحدثهم ويحدثونها ، ولهذا فرغم ما يعترهم من البلادة الانفعالية ، فقد تتغير حالة المريض فجأة فيتهدج ويعاوضياحه ويصبح خطرا ، إذ يقوم بأعمال التخريب وتكسير الزجاج والأثاث وتمزيق الملابس وغيرها ، وذلك ردا على ما يتخيله من أصوات وأوامر ينفذها أو يتهدج من أجلها

وقد يعترى المريض بعض حالات الهذاء Delusions في شكل معتقدات خاطئة وغير مطابقة للواقع كأن يعتقد المريض أن بعض المحيطين به يتآمرون

عليه أو يضطهدونه . . ولكن هذه المعتقدات لا تكون ثابتة أو منتظمة كما في حالات البارانويا .

وقد ميز كراپلن Kraepelin الأنواع الأربعة الآتية للفصام :

أولا : الفصام البسيط Simple :

ويقلب ظهوره مبكرا في سنى المراهقة ، وقد تكون أعراضه غير واضحة بحيث لا يفتن لها أهل المريض ، ولذا فكثير من حالات هذا النوع توجد خارج المستشفيات بين الأشخاص العاديين من الكسالى والخاملين والذين يتعطلون عن العمل مددا طويلة ، إذ أن أعراض المرض تبدو في ضعف الطموح وعدم الاكتراث بالمستقبل ، فلا يكون للمريض فلسفة خاصة أو آمال معينة ، ولا يتحمس لعمل ما رغم تنقله من عمل إلى آخر ، وكثيرا ما يهمل الشخص نفسه من حيث مظهره في الملابس ، على أن التغيرات الانفعالية هي الميزة لهذا النوع إذ أن الذاكرة والقدرات العقلية لا تتأثر كثيرا . فبجانب ميل المريض إلى الانسحاب من الواقع وحب العزلة نجده غير مكتمل النضج في انفعالاته ، بحيث يبدو عليه التكلف الواضح في المواقف الانفعالية ، وخصوصا ما يتعلق بالنواحي الجنسية ، بل إن المريض قد يصل ضعفه الانفعالى لدرجة الشكوى من خلوه من وجود أى انفعال عنده لأنه لا يحس الشعور بالانفعال الحقيقي .

ثانيا : الفصام الكاتاتونى أو الحركى Catatonic :

ويظهر في هذا النوع اشتداد الأعراض السابقة . ووضوح الشذوذ في النواحي الحركية ، التى تظهر في صورة العزلة المطلقة والجمود والصمت Stupor ، حيث يزداد انطواء الشخص وامتناعه عن الاتصال بالغير لدرجة

أنه قد يصبح في حالة صمت مستديم فيبقى شهورا طويلة دون أن ينطق بلفظ واحد ، أو أن يمتنع عن تناول الطعام مدة طويلة لدرجة تستلزم ضرورة تغذيته بطرق صناعية ، أو أن يمتنع عن تغيير مكانه أو وضعه الحركي ، بحيث يحتاج إلى من ينقله من مكانه في عربة مثلا ، كما قد يحتفظ المريض بأى وضع حركي من أوضاع الجسم posturing مدة طويلة فإذا رفع ذراعه أو رجليه لا يحاول العودة إلى الوضع الطبيعي مهما كان هذا الوضع متعبا أو غير لائق ، وتسمى ظاهرة عدم القدرة على تحريك الأطراف من أوضاعها Catalepsy ، كما تظهر كثير من الحركات النمطية التصنيعية Mannerism كأن يقف المريض على رجل واحدة أو يقف كالتمثال وهكذا بدون سبب أو داع لذلك . ويتبع ذلك مظاهر أخرى كأن يفقد المريض إرادته فيصبح قابلا للانقياد الأعمى فينفذ كل ما يؤمر به ويردد كل كلمة يسمعهما أو على العكس يميل إلى المعاندة وعمل عكس ما يؤمر به تماما ، كما أن الأعراض الحركية قد تنقلب من حالة الجمود والصمت إلى حالة النشاط الحركي الزائد hyperkinesis وكثرة الحركات التكرارية التي لا لزوم لها ، ويصح ذلك قيام المريض بتصرفات مشوبة بالشطط والعدوان بدون أسباب منطقية مما يجعل لهذا المرض خطورته .

ثالثا : الفصام الهذاني Paranoid :

ويتميز هذا النوع بوجود أعراض الفصام البسيط مشوبة بسيطرة بعض العقائد الوهمية Delusions على أفكار المريض ، وتختلف الأفكار المتسلطة بحسب ظروف بيئة المريض وشخصيته ، فقد تتخذ شكل الوسواس الاضطهادية أو التشكك في تصرفات الغير ، أو المبالغة في اعتبار الذات بما يشبه جنون

العظمة على أن هذه الأعراض تكون مختلطة بأعراض الفصام الأخرى وخصوصا البلادة الانفعالية والانسحاب من حياة الواقع . وتكون الأوهام والأفكار المتسلطة غير مترابطة وغير منظمة ، كما أنها تكون طارئة وغير ثابتة بخلاف ما يحدث في حالات البارانويا الحقيقية التي كثيرا ما يخلط بينها وبين هذا النوع من الفصام .

رابعا : فصام المراهقة Hybephrenic :

وهو الفصام الذي يطلق على الأنواع التي يصعب تمييزها ووضعها تحت أحد الأنواع السابقة . وهو يحدث عادة في سن مبكرة بالنسبة للنوعين السابقين ، ويبدو فيه نكوص المريض إلى تصرفات الطفولة من حيث البلاهة Silliness وانحطاط قوة التفكير التي تبدو في حديث المريض وأفعاله ، ويكثر في هذا النوع أيضا خضوع المريض للأوهام والتخيلات والتهيؤات السمعية والبصرية التي ينزعج لها بشدة ، وقد يفقد المريض فكرته عن نفسه بحيث يتخيل نفسه شخصا آخر ، كما قد تنتابه نوبات التشاؤم والقلق والهجاس السوداوى hypochondria . وذلك بجانب ظهور بعض الأعراض من الأنواع المختلفة السابقة .

ذهان الهوس والاكتئاب Manic-Depressive psychosis

وهو مرض واحد تظهر أعراضه في صورة نوبات دورية متعاقبة ومتكررة وتكون هذه الأدوار نوبة هوس Mania تعقبها نوبة هبوط واكتئاب Depression وهكذا . في شكل دورى ، ولذا يطلق على هذا المرض أحيانا اسم الذهان الدورى Circular psychosis ، وقد يتخلل هذه الأدوار الحادة فترات هادئة يكون المريض أثناءها في حالة تكاد تكون طبيعية .

وتعترى المريض هذه النوبات في فترات زمنية تختلف من مريض إلى آخر ، فقد تبقى حالة الهوس مثلا بضعة أسابيع أو شهور أو سنين ، وبعد ذلك يعود المريض إلى حالته الطبيعية ، ثم لا يلبث أن ينتابه دور الهبوط والاكتئاب فيستغرق مدة طويلة ، ثم يزول لتعاود المريض نوبة الهوس ثانية وهكذا . . . كما أن تعاقب الأدوار لا يتبع نظاما ثابتا في كل المرضى ، فقد لا يجد المريض نفسه في حالة طبيعية بين الأدوار ، بل تتناوب الدورات تباعا مثلا .

وهذا المرض يصيب النساء بنسبة أكبر من الرجال ، كما أنه أكثر حدوثا لأنواع من الشخصيات كمن يطلق عليهم النوع الانبساطى Extrovert والذين يصفهم كراپلن Kraepelin بكثرة التقلب والمرح وامتلاء الجسم وقصر الرقبة ممن يسميهم Pyknic Type .

دور الهوس : Manic Phase

وتعترى المريض في هذا الدور حالة وجدانية تتصف بالفرح الشديد وسرعة الهياج والانبساط والمرح ، وربما تتحول إلى غضب شديد إذا وجدت مقاومة . إذ أن التقلبات الانفعالية في هذا الدور تظهر في مجموعة الانفعالات الثورية ، وتكون أفكار المريض سريعة جدا وغير متماسكة ، ويصحب ذلك عادة مرح في الحديث والنهيم اللاذع والنكت الباردة ، مع الاحتفاظ بقوة الذاكرة المكانية والزمانية ، ويشتمد نشاط المريض في كل ناحية ، فتجده دائما منشغلا ولو في أمور تافهة وفي حركة مستمرة أكثر من اللازم ، ولا يكون عنده صبر أو ترو أو تركيز في عمل معين ، ولا يتعب أو يمل . . . وتعتره نوبات من الشعور بالقوة وحسن الصحة ورفعة الجاه في الهيئة الاجتماعية والكبرياء والعظمة .

وهو لا يهتم بنقد الغير ويندفع في تصرفاته بتهميج شديد ، ويقاوم بشدة كل من يقف في طريقه ، كما أنه يصاب بأرق فلا ينام إلا نادراً ، أما صحته الجسمية العامة فلا تتأثر كثيراً . .

وهذا النوع من المرضى يكون عادة مسلماً لمراقبيه ، ولكنه قد يأتي من الأعمال أثناء هياجه ما ينجل أهله ومن يهتمهم أمره ، ولذا فهو يجلب لهم العار ، وكثيراً ما يضطرون لمقاومة بالقسوة مما يزيد في هياجه وغضبه ، ويكثر تجوال المرضى في هذا الدور وتنقلهم من مكان إلى آخر حتى في الليل وخصوصاً في الليالي القمرية .

وكثيراً ما يرتكب المرضى في هذا الدور بعض الجرائم العدوانية كالاعتصاب الجنسي ، واقتحام منازل الغير بدون إذن ، وإدمان المشروبات الكحولية . . وغير ذلك .

كما قد تشتد الأعراض في هذا الدور لدرجة يكون المريض فيها في حالة نشاط عقلي حاد بحيث لا يجد من وقته ما يسمح حتى بتناول الطعام المقدم إليه ، وقد يأتي أعمالاً خطيرة لغيره أو لنفسه بحيث يفقد القدرة على السيطرة على تصرفاته دون أن يدري ما وصلت إليه حاله .

دور الاكتئاب: Depressive state

أما حالة الاكتئاب والهبوط فعلياً عكس الحالة السابقة تماماً ، حيث ينتاب المريض الإعياء والإرهاق من كثرة استنفاد الطاقة في دور الهياج ، ولذا يغلب على المريض التعب والانقباض والهدوء الزائد عن الحد والانكماش والعزلة التامة ، وتبدو الانفعالات الانقباضية في السيطرة على حياة المريض فيكون ميالاً للاستسلام والخضوع والحزن ويشعر بأنه عديم القيمة Worthless

و بأن الحياة ليس لها معنى في نظره بل إنها تكون مقلقة ومتعبة ، ويبدو عليه تجهم الوجه وقلة التعبير الانفعالي ، ويميل للعزلة والسكون والانسحاب من الحياة الواقعية إلى عالم الخيال والأحلام .

وقد يصل به الضعف إلى درجة يشعر فيها بعدم الميل لأي حركة فيحس بثقل أرجله ، ويقل كلامه وتكثر وساوسه وأوهامه التي تؤدي به إلى التفكير في الانتحار أحيانا .

وعلى العموم يكون المريض في حالة ضعف عام من النواحي العقلية والجسمية والمزاجية . بحيث يحتاج إلى رعاية غيره المستمرة .

البارانويا Paranoia

وهذا هو ذهان العقائد الوهمية ، وقد سبق أن رأينا أن الأعراض الهذائية Delusions التي تبدو في الأفكار المتسلطة تظهر في صور مختلفة في عدد كبير من الأمراض النفسية والعقلية كما في حالة الأوهام المستيرية Paranoid Hysteria وحالة الفصام الهذائي Paranoid Schizophrenia ، كما أن هناك من الأشخاص العاديين من يكون سلوكهم مشوبا بالخلق البارانوي Paranoid character والواقع أن معنى البارانويا ينطبق على كل هذه الأنواع ، غير أن المقصود بالبارانويا الحقيقية True Paranoia تلك الحالات الشديدة التي تظهر عندها عقائد وهمية لها صفة الثبات والانتظام حول فكرة واحدة تسيطر على سلوك المريض بحيث تكون مركزا ينسج حوله كل أفكاره وتصرفاته في خطة مبحوكة تبدو في تسلسل وترابط منتظم وبحيث يخيل لنا أنها حقيقية فعلا ، ولكن بتكرارها ومحاولة تتبع تفاصيلها ودراستها يقين لنا أن فيها بعض نقط الضعف في الاستنتاج والربط التي تدل على أنها مجرد وهم ومن نسج خيال المريض .

وعادة يكون الشخص المصاب بالبارانويا ذا قدرة كبيرة على التفكير والتذكر وسرعة الاستنتاج وقوة الحججة ؛ بحيث يسهل عليه إدماج ما يريد في الخطة التي تنتظم عليها الفكرة المتسلطة على ذهنه .

ومن أمثلة ذلك حالة الشخص الذي يقضى كل وقته في التفكير في توزيع المناصب والألقاب ، وعمل برنامج الإصلاح الديني والاجتماعي على أساس أنه تلقى نبأ تقلده إدارة هامة ، فتجده يكثر من الحديث عن برنامجه وإصلاحاته كما لو كان ذلك حقيقيا ، ويتبين بعد ذلك أن هذه فكرة وهمية تسلطت على ذهن الرجل ، ومن العبث أن تحاول إقناعه بعدم صحة النبأ .

أو الشخص الذي تسلطت على ذهنه فكرة الحصول على الجائزة الأولى لليانصيب ، فتجده يقضى كل وقته في التفكير في الثروة الجديدة وطريقة استغلالها ، ويحكي لك خطته المبنية على تركيز جهوده في أوجه البر ، ويأخذ في دراسة أوجه الصرف ، ويجادلك بالحجة والبراهين على نجاح خطته . . . وعبثا تحاول إقناعه بأن هذا من محض الخيال .

وتتخذ العقائد الوهمية أشكالا مختلفة بحسب ظروف المريض ونوع شخصيته
ومن أمثلة ذلك :

١ - البارانويا الاضطهادية Persecuted Paranoia التي يتصور فيها المريض أنه مضطهد من شخص معين ، وأنه يحاول أن يكيد له ويشغل كل وقته في التفكير في ذلك .

٢ - بارانويا العظمة Grandeur وفيها يعتقد الشخص أنه رجل عظيم فمثلا يتصور نفسه أحد الزعماء أو القادة أو أنه نبي مرسل من الله ، ويأخذ في شرح معجزاته ويتحدث عن المؤمنين برسالته . . . وغير ذلك .

٣ - بارانويا الغيرة Jealousy وفيها يتشكك الشخص في سلوك من يعشق ويعتقد أن كل الناس يريدون مشاركته هذا الحب وانتزاعه ، وينسج حول ذلك أفكاره وتصرفاته .

٤ - البارانويا العشقية Amorous paranoia وفيها يعتقد الشخص أنه محور انتباه الجميع وخصوصا الجنس الآخر ، فيتصور أن الجميع يتسابقون لكسب حبه كأنه معبود الجماهير ، وأن كل فرد من الجنس الآخر يتمناه .

وهناك تفسيرات كثيرة لحالات البارانويا منها أنها إجراء عقلي يقوم على انعكاس مشاعر المريض وإحساساته اللاشعورية في صورة العقائد الوهمية التي ترتبط بالتكوين النفسى للمريض . ويؤكد بعض العلماء علاقة البارانويا باضطراب النمو في تطور الميل الجنسي وتوقفه عند المراحل المبكرة كمرحلة حب الذات ، كما أن ستودارد Stoddard قد حاول توضيح تفسير فرويد للعقائد الوهمية على أساس الميل إلى ذات الجنس بقوله : إن المريض إذا كان رجلا يجد في نفسه نزعة ممثلة في عبارة « أنا أحب الرجل » وهذه النزعة لا تلبث أن تنعكس إلى « أنا لا أحب الرجل أى أنا أكرهه ؛ ولذا فهو يكرهنى » . . مما يؤدي إلى العقائد الاضطهادية . . . وقد تتطور العلاقة إلى الصورة « أنا أحب الله » كما في العقائد الوهمية ذات الصبغة الدينية ، أو إلى الصورة « أنا أحبها .. هى تحبني » كما في البارانويا العشقية . . وهكذا . .

ويجدر بنا أن نشير هنا إلى صفات الأشخاص ذوى الخلق البارانوى Paranoid character والذين قد تتطور حالاتهم إلى البارانويا الحقيقية - وهم الأشخاص الذين نلمس في سلوكهم الأنانية والعناد والتصميم على آرائهم بحيث يصعب إقناعهم ، وقد تسوقهم هذه الآراء التى يتمسكون بها إلى القيام بنشاط كبير

لو أمكن توجيهه فإنه يؤدي إلى الكثير من وجوه الإصلاح ؛ ولذا يقال إن الكثيرين من القادة والزعماء مصابون بالخلق البارائى .

غير أن الكثيرين من هؤلاء الناس لا يعترفون بنقصهم أو أخطائهم ، ويلقون التبعة دائماً على غيرهم ، ويرجعون فشلهم إلى سوء الحظ أو إلى تدخل غيرهم في شؤونهم ، دون أن يتسرب شكهم في مقدرتهم . بل إنهم غالباً يعتقدون أنهم ذوو قدرات عقلية فائقة ، وأنهم من سلالة ممتازة عن باقي الناس ، كما قد يتصورون أن الناس جميعاً يحسدونهم ويخافونهم ويتمنون لو كانوا مثلهم ، وغير ذلك من صفات الغرور الواضحة . وهم في الغالب ميالون للمرح والسيطرة على من يحيطون بهم ، إلا أنهم متقلبون في صداقاتهم ؛ فبينما يضعون شخصاً معيناً موضع الصدارة من حبهم إذا بهم يغيرون نظرتهم إليه لأتفه الأسباب ؛ فيصبح العدو اللدود ، ويصبون عليه الغضب والسخط . وهم لا يصلحون للأعمال التي تتطلب طاعة الرؤساء لسكثرة ميلهم إلى المعارضة والاستقلال بالرأى وعدم تقبل النصيح من أحد .

ومن أكبر الخطأ أن تحاول الجدال مع مثل هؤلاء الأشخاص ، كما أن من العبث أن تستسمحهم أو تطلب منهم العفو ؛ إذ أن من الصعب جداً انتزاع الأفسكار الإضطهادية من ذهنهم .

والمهم أن هذا النوع من الخلق يصيب الأشخاص من جميع الطبقات ، وقد تظهر صورته بدرجات مخففة بحيث لا تستدعى الحجز في مستشفيات ، ولكنها قد تظهر في شكل حاد يستلزم ضرورة الحجز والعلاج .

الفصل العاشر

علاج الأمراض النفسية والعقلية

سنتناول في هذا الفصل الأساليب التي تتبع في علاج الأمراض النفسية أو العصائية ، وكذلك الطرق التي تنمو في علاج الأمراض العقلية أو الذهانية ، ثم نستعرض بعض الجهود التي تبذل في مصر للعناية بالمصابين بهذه الأمراض .

طرق العلاج النفسى Psychotherapy

قلنا إن المشكلات النفسية ترجع إلى اضطرابات في ظروف حياة المريض . وأساليب تنشئته في الماضى والحاضر ، وأن هذه المشكلات تنقل نفس المريض وتشغله وتجعله في حالة احتياج إلى من يأخذ بيده . . . ولهذا فآية محاولة لمساعدة المريض بأية وسيلة يمكن أن تحدث تأثيراً يساعد على تخفيف حالته ، غير أن الأساليب تختلف من حيث تناولها للمشكلة من أعراضها الظاهرة أو تعمقها إلى تقصى الأسباب . وهذه أمثلة من طرق العلاج النفسى : —

الطرق البدائية :

الإلتجاء إلى « السحر » و « الزار » والتمايم والأحجية وغير ذلك من الطرق البدائية الساذجة هو أقدم الأساليب التي لا يزال بعض المرضى يتبعونها ، ولا يقتصر العلاج بها على العامة والجهلاء من الناس ، بل إن بعض المثقفين يلجأون إليها أحياناً عندما تنقل حياتهم الإضطرابات الإنفعالية فتجعلهم في حالة تضطربهم إلى النكوص والتراجع لاتباع المعتقدات الخرافية لاحتمال نجاحها .

وقد تفيد بعض هذه الطرق تحت تأثير الإيحاء وتواصل اعتقاد المريض في مثل هذه المخراقات ؛ إلا أنها أيضاً مرتع خصيب للدجل والشعوذة ، كما أن فوائدها غالباً مؤقتة تبدو في إختفاء ظاهري لبعض الأعراض التي لا تلبث أن تعود بعد فترة ما في صورتها الأصلية أو في صورة أخرى .

الإيحاء: Suggestion

وفي معظم الاضطرابات النفسية يكون المريض في حالة قابلية للاستهواء ، ويمكن استغلال ذلك في أن نبث في نفسه بعض الآراء والأفكار التي يتقبلها بدون نقد أو مناقشة لفرط إعتقاده في شخصية المعالج ، فيمكن بذلك أن نضعف إعتقاده في القابلية للشفاء وأن نقدم له من النصائح ما يساعده على حل مشكلاته .

ويتبع ذلك طريقة الإيحاء الذاتي Auto-Suggestion حيث يوحى المريض إلى نفسه بالشفاء بتكرار عبارات تدخل على نفسه الثقة والإطمئنان في الأوقات المناسبة التي يكون فيها في حالة قابلية للإيحاء ، كالحظات التي تسبق النوم أو تعقبه مباشرة .

ويفيد الإيحاء في الأشخاص المتصفين بالاتكال والإعتماد على الغير ، وفي حالات الأزمات الانفعالية التي تقل بسببها قدرة المريض على المقاومة والنقد ، كما أن القابلية للإيحاء تزداد عند وجود الشخص بين مجموعة من الناس ؛ إذ أن الاستهواء من أهم مميزات عقلية الجماعات .

AMERICAN UNIVERSITY LIBRARY
FEBRUARY 19 1960

التنويم المغناطيسى: Hypnotism

وهو حالة متطرفة من حالات القابلية للايحاء ، حيث يهيا المريض بطرق خاصة ليكون في حالة تقل فيها مقاومته ، ويصبح مستعداً لتقبل آراء الغير بسهولة ، وتم تهيئة المريض لذلك عن طريق الإسترخاء التدريجى بتركيز النظر في جسم مضى ، أو تركيز الانتباه في سماع صوت ممل ، فإذا ما أصبح المريض في حالة شبيهة بالنوم يمكن للمعالج أن يوحى إليه بالإقلاع عن بعض المعتقدات ، أو ييث في نفسه الثقة والاعتقاد بالشفاء . وبتكرار ذلك مرات قليلة يمكن أن تزول الأعراض في كثير من الحالات .

الإقناع: Persuasion

وهو الإلتجاء إلى المنطق والتفكير المنظم في مناقشة المريض في معتقداته الخاطئة ، وشرح أسبابها ونواحي عدم صوابها ، بالإفادة من العلاقة العاطفية التي تبنى على الثقة في المعالج وقدرته على الإغراء . وهذه الطريقة تستعمل في الحياة العادية عند ما يتدخل العقلاء في فض المنازعات التي قد تتطور إلى عواقب وخيمة لو لم يحدث هذا التدخل . وهي تفيد مع الأشخاص الأذكياء القادرين على الفهم المنطقي ، وتساعد كثيراً في تغيير الأساليب الخاطئة لنواحي السلوك المسببة للاضطراب وفي تقديم النصائح التوجيهية المفيدة ، في تقليل التوتر النفسى في حياة المريض كالنصح بالإسراع بالزواج ، أو تغيير البيئة أو تغيير العمل .

إعادة التربية: Re-education

ويدخل تحت هذه الطريقة أساليب تغيير عادات المريض ، وتغيير أساليب معاملته بإقناع المحيطين به بذلك ، والعمل على أن يتخلص المريض من أساليب

السلوك المرضية واستبدالها بالأساليب السوية . ويدخل في ذلك أيضا تثقيف المريض وتبصيره بمشكلاته وتكوين اتجاهات عقلية attitudes جديدة في نظرته لأمور الحياة بما يساعد على تحسين حالته .
والمهم في التعليم من جديد ألا يكون قائما على مجرد النصح والإرشاد بالألفاظ والمواعظ النظرية ، وإنما يجب أن يقوم على أساس الممارسة العملية للعادات والأعمال الجديدة .

العلاج بالعمل : Occupational Therapy

وهو توجيه طاقة المريض إلى النواحي العملية حتى ينصرف عن الانشغال بمشكلاته الداخلية ، وبحيث يشعر أثناء قيامه بعمل إنتاجي بأهميته مما يزيد في شعوره بالطمأنينة ويعيد إليه الثقة بنفسه ، كما أن قيامه بالنشاط العملي واليدوي يساعد على تقليل حدة انفعالاته .

وهذا ينطبق أيضا على العلاج بالطرق الترويحية Recreational التي يستغل فيها وقت المريض فيما يقلل من حدة الأعراض المرضية . كما أن العلاج باللعب Play Therapy يعتبر طريقة أساسية للعلاج النفسي خصوصاً مع الأطفال .

الطرق التحليلية : Analytical

وهي التي تتناول محتويات العقل الباطن للمريض بالبحث والتحليل للوقوف على ديناميكية العوامل التي أدت إلى الصراع النفسي . ثم الاشتراك مع المريض في العمل على تقليل هذا الصراع والتغلب على عوامله ، والعمل على ربط المحتويات اللاشعورية بحياة المريض الشعورية بالاستعانة ببعض الطرق السابقة أو غيرها ، وتختلف الطرق التحليلية من حيث مدتها وطريقتها بحسب النظريات التي يستند عليها التحليل وبحسب ظروف الحالات ذاتها .

طريقة التحليل النفسى : Psychoanalysis

وهى أكثر أساليب العلاج تعمقا فى بحث الأمراض النفسية ، ولكنها تحتاج إلى وقت طويل أحيانا ، إذ تقوم على أساس المقابلة Interview والمناقشة فى عدد من الجلسات يختلف بحسب نوع الحالة وظروفها ، وقد يحتاج تكرار الجلسات التى تستغرق كل جلسة منها حوالى ساعة - إلى الاستمرار عدة شهور أو سنوات ، كما أن طريقة التحليل النفسى تتطلب إعدادا فنيا خاصا لمن يقوم بها .

وتؤكد هذه الطريقة أهمية التركيز على المريض نفسه وإشراكه إشراكا فعليا فى العلاج ، إذ لا يكتفى فيها بمجرد إفضاء المريض بكل ما فى نفسه مما يسمى التفريغ Catharsis ، وإنما يتبين المريض بنفسه عوامل المشكلة البارزة فيوجه اهتمامه للوصول إلى حلها بالاسترشاد بالمعالج بها .

ومن أهم مراحل التحليل النفسى وأكثرها خطورة مرحلة التحويل العاطفى Transference التى يعكس المريض فيها علاقاته العاطفية على المحلل أو المعالج ؛ وهذه المرحلة تحتاج فى ذاتها إلى تحليل طبيعتها للمريض وإفهامه لأساسها ، وهذا أمر يتطلب مزيدا من المهارة والدقة ، ويتوقف نجاح العلاج على مرور هذه المرحلة بسلاسة وبدون الوقوع فى أخطاء تعطل سير العلاج .

ويذبغى أن يهدف التحليل النفسى إلى الوصول بالمريض إلى مرحلة يستطيع فيها الاعتماد على نفسه اعتمادا كليا ، بدون الالتجاء إلى المعالج ، فإن هذا هو علامة الشفاء .

ويلاحظ أن التحليل النفسى ينجح فى حالات دون أخرى ، ويتوقف ذلك على عوامل كثيرة ؛ منها الظروف المادية للمريض ، ومقدار الوقت الذى

يستطيع أن يتفرغ فيه إلى الجلسات ، ثم درجة ذكاء المريض ومرونته التي تختلف باختلاف السن ، وأهم من ذلك كله الرغبة الصادقة في العلاج وإقبال المريض على التعاون القلبي بإيمان سليم في المعالج .

ولأنسي أهمية ظروف المعالج نفسه من حيث مبلغ إيمانه بعمله ، وحسن إعداده له ، ودرجة الخبرة والمران التي يستطيع بها تقصير مدة العلاج والوصول إلى حل المشكلة من أسهل السبل .

وينجح التحليل النفسي في حالات المستريا والقلق النفسي وغيرها من الأمراض النفسية العصابية ، إلا أن فائدته في الأمراض الذهانية أو العقلية تعتبر مكحلة لطرق العلاج الجسمية والكيميائية التي تتبع فيها .

ويصح أن نشير هنا إلى أن طريقة التحليل النفسي تتضمن الإفادة بالطرق التحليلية المختلفة ؛ كطريقة التداعي الطليق وتحليل كتابات المريض ومذكراته وتحليل أحلامه . . الخ

طريقة التداعي الطليق : Free Association

وفيها يطلق للمريض العنان لتنساب أفكاره وخواطره في تسلسل حر ، بحيث يدلى بكل ما يمر بخاطرهم من ذكريات ، وبحيث تستدعي الفكرة ما يرتبط بها من أفكار أخرى . . على ألا يتحفظ المريض أو يقاوم ورود هذه الذكريات مهما كانت مخجلة أو غير منطقية ، ومهما كانت تافهة أو غريبة .

وفي أثناء ذلك يلاحظ المعالج حالات المريض التي تعتريه عند الإدلاء بأفكار معينة ؛ كمواضع المقاومة أو التلعثم أو محاولة التحفظ ، وغير ذلك مما يمكن أن يعتبر مفتاحا لمشكلات المريض .

وفي هذه الطريقة يكون موقف المعالج مستمعا فقط ، إذ يكتفي بمجرد

توجيه الأسئلة التي تساعد على استمرار انسياب حديث المريض ، كما يقوم
بطلب بعض الإيضاحات أو زيادة الحديث في النواحي التي يظنها ذات
أهمية خاصة .

تحليل الأحلام : Dream Analysis

وهي أن يقوم المعالج بدراسة محتويات العقل الباطن للمريض عن طريق
تحليل الأحلام التي يقوم المريض بروايتها للمعالج ، فيقوم بتفسير محتوياتها
الظاهرة وما يكون فيها من تعبيرات رمزية Symbolic تتم عن الرغبات
المكبوتة ، أو المخاوف الكامنة في ذهن المريض . . . إذ أن ما يبدو في
الأحلام من طلائع وصور وأفكار غريبة هي لغة العقل الباطن وترجمان
النفس ، ولهذا اللغة قواعد يستطيع أن يستغلها المعالج في تفسير مشكلات
المريض وفهم ما يشغله ويسبب له الاضطراب .

وإنه — وإن كان علماء التحليل النفسي يختلفون في تفسير بعض الرموز
التي يتكرر ظهورها في الأحلام من حيث ربطها بمصادر الصراع وبواعث
الاضطراب النفسي بحسب ما يتبعونه من نظريات — إلا أن الكل يجمعون
على قيمة الأحلام كطريقة تعبيرية عن مكونات النفس ومشاعها في الماضي
والحاضر ، ويتخذون من هذه التعبيرات وسيلة لمساعدة المريض على حل
مشكلاته .

الأهمية النسبية لطرق العلاج النفسي :

يمكن تقسيم أساليب العلاج النفسي من حيث أهميتها إلى نوعين :
الطرق التوجيهية Directive وهي التي يكتفي فيها بإمداد المريض ببعض
النصائح التي تساعد على اختفاء الأعراض بالقياس على أساليب الطرق الطبية

التي تقوم على وصف الدواء وإعطائه للمريض ليشفى ، وفي هذه الحالة ليس من الضروري أن يعرف المريض شيئا عن طبيعة مرضه ، ومن أمثلة ذلك طرق الإيحاء وإعادة التربية والعلاج بالعمل واللعب . . . الخ . فالمرضى بالنوراستينيا مثلا ينصح بالراحة ، والمريض بالمستريا يوجه لتغيير الجو والاشترك في نواحي النشاط الترويحي . . . وهكذا . ومثل هذه الوسائل العلاجية لا تبني دائما على الفهم الحقيقي لديناميكية العوامل الفعالة في العقل الباطن ولذا تكون نتائجها في الغالب سطحية ومؤقتة .

أما الطرق غير التوجيهية Non-directive فتقوم على أساليب التحليل ، وبحث الأسباب وإشراك المريض نفسه في فهم مشكلاته والعمل على حلها ، وفي هذا يستعان بكل الطرق السابقة كما كان لذلك ثمرة . وأساس هذه الطرق هي المقابلة المتكررة للمريض ويتخذ العلاج بهذه الأساليب صورا مختلفة من حيث الخطة والنظام المتبع في العلاج ، ولكنها جميعا تهتم بتحليل المحتويات العقلية اللاشعورية على الخصوص ، ويستعان لذلك أحيانا بطرق الإسقاط Projection التي يفرغ المريض بها محتويات عقله الباطن في نواحي التعبير التي تطلب منه ، سواء أكان ذلك بالكلام أو الكتابة أو الرسم أو غيره .

العلاج بالطرق الكيميائية والجسمية

قلنا إن الأمراض العقلية العضوية أو الوظيفية يكون لها في الغالب أساس فسيولوجي ؛ ولأجل هذا تشر في علاجها الطرق الكيميائية والجسمية ، ولاتنفيد فيها طرق العلاج النفسى وحدها . وهناك طرق مختلفة لعلاج الأمراض العقلية ، ومعظم هذه الطرق ليس مبنيا على فهم للأسباب الحقيقية للأمراض العقلية ، وإنما تستعمل بناء على ما تعطيه من نتائج إيجابية . من أجل هذا نجد

أن الكثيرين من المعالجين بهذه الطرق لا يهتمون كثيراً بتصنيف الأمراض أو فهم أسبابها الغامضة ، وإنما يبنون محاولاتهم العلاجية على ما ثبت بالتجربة والخبرة من أن الأعراض الذهانية تفيد فيها هذه الأنواع من العلاجات .
ومن أمثلة هذه العلاجات ما يأتي : —

العلاج بالصدمات : Shock Therapy

فقد كان بعض الأطباء يستعملون مادة الكافور Camphor التي استبدل بها الآن مادة المترازول Metrazol ليحقن المريض بها لإحداث تنشيط عقلي عنده ، بحيث يخرج من عزلته وسلبيته ؛ خصوصاً في حالات مرض الفصام أو السكرزوفرنيا .

غير أن أكثر هذه الأنواع من العلاج انتشاراً الآن هو استعمال الحقن بالأنسولين Insulin الذي يعطى بنظام خاص لمدة معينة فيحدث تحسناً في الحالة العقلية للمريض .

وقد تطورت الوسائل العلاجية ؛ فأصبح إحداث الصدمات المنشطة يتم الآن بالاستعانة بأمراة تيار كهربائي في المخ ، ويتكرر حدوث هذه الصدمات الكهربائية Electric Shocks عدة مرات تختلف في عددها وتتابعها باختلاف المرض وظروف المريض .

وتدل الدراسات المقارنة لهذه العلاجات على أن العلاج بالصدمات الكهربائية هو أقلها خطورة وأكثرها سهولة في الاستعمال ، كما أن المريض لا يتعرض في هذا العلاج إلى الألم ؛ نظراً لزيادة سرعة التيار الكهربائي عن سرعة التيار العصبي ، مما يجعل المريض في حالة لا شعورية عند حدوث التيار فلا يحس بالألم .

ويفسر بعض العلماء ما يحدث من التنشيط إلى زيادة إفراز غدة الأدرنالين ؛ ولهذا جرب استعمال حقن الكورتيزون مباشرة ، كما استحدثت أجهزة كهربائية من مميزات أن تعطى المريض عددا من الصدمات الكهربائية في المرة الواحدة فيؤدي ذلك إلى إفراز كمية كبيرة من هذا الهرمون مما يساعد على سرعة الشفاء .

العلاج الجراحي : Psychosurgery

وقد عملت تجارب كثيرة للعلاج بجراحة المخ ، وهذا من أكثر أنواع العلاج خطورة ؛ ولذا لا يستعمل إلا في الحالات المستعصية ، وتم الجراحة باستئصال أجزاء دقيقة من الفصوص الخفية وتسمى العملية Lobotomy .

وقد بدى استعمال هذه العمليات الجراحية في الفص الأمامي Frontal Lobe ولكنها تستعمل الآن لأجزاء مختلفة في المخ ، ويحتاج إجراؤها إلى دقة كبيرة في تحديد المنطقة الخفية المراد استئصالها وعدم قطع أجزاء خفية أخرى ؛ مما قد يحدث تعطيلًا كبيرًا في العمليات العقلية المختلفة .

وقد تحدث العملية الجراحية بقصد استئصال الاتصالات العصبية الجامدة بين بعض الخلايا ، وخصوصًا تلك التي تنقل التيارات العصبية من القشرة الخفية إلى الثلاموس Thalamus حيث يؤدي جمودها وتلفها إلى تعطل عملية التكامل الانفعالي والعقلي .

وتدل التجارب التي تعمل على من تجرى عليهم هذه العمليات الجراحية على أنهم يقاسون بعدها من ضعف الذاكرة أو القلق والتوتر النفسي أو الخمول والبطء وقصور التفكير . . . وغير ذلك .

وتفيد العمليات في الحالات الخطيرة التي تكون دائمة الهياج والتي لا يرجى منها فائدة بالعلاجات الأخرى .

العلاج بالنوم : Narcosis Therapy

ويقصد بذلك تنويم المريض بطرق صناعية وقتا طويلا قد يصل إلى ١٨ ساعة أو أكثر في اليوم ، ويحدث ذلك لأغراض مختلفة منها : الاستراحة من متاعب المريض وكثرة مضايقاته ، ومنها إعطاء المريض فرصة الراحة الجسمية أو الاسترخاء Relaxation ، كما قد يكون الغرض منها وضع المريض في حالة شبيهة بالنوم لأغراض العلاج النفسى ، ولكي يتم هذا التنويم الصناعى يعطى المريض مواد كيميائية منومة خاصة مثل مركبات البروميد Bromides أو مادة Sodium Amytal وغيرها ، وتتوقف الكميات التى تعطى من هذه المواد على درجة التنويم المطلوبة وعلى ظروف المريض الخاصة .

علاجات أخرى:

وتستعمل مادة سلفات البنزدرين Benzedrine Sulphate لتقليل حالات التعب وخصوصا في حالات النيوراستينيا ، وفي الملائخوليا وحالات الهبوط المختلفة ، كما أن العلاج بالفيتامينات Vitamins يصلح في بعض الحالات كإعطاء مركبات فيتامين ب في حالات الأمراض العقلية التى يسببها مرض البلاجرا Pillagra ، كما أن العلاج بالحمى الصناعية Fever Therapy يفيد في علاج الشلل الجنونى العام حيث يمكن بإدخال ميكروبات المالاريا إلى الجسم أن تهاجم ميكروب الزهري فتقضى عليه .

العناية بمرضى العقول في مصر

الجهود الحكومية :

تشرف مصلحة الصحة العقلية التابعة لوزارة الصحة على العناية بمرضى العقول من حيث الصيانة والعلاج بالمستشفيات الحكومية والأهلية ، ومن حيث تقرير ما إذا كان المتهمون في الجرائم المشتبه في قواهم العقلية مصابين فعلا أولا ، ومن حيث نشر الثقافة المتصلة بالصحة العقلية وخصوصا إعداد طلبة التخصص في الأمراض العقلية بكليات الطب بالجامعات .

ويوجد بمصر مستشفين فقط لصيانة وعلاج المعتوهين ومرضى العقول ، إحداهما بالعباسية والأخرى بالخانكة . وقد أنشئت الأولى منذ عام ١٨٨٠ ، وهي تتسع الآن لحوالى ١٦٩٠ مريضا ولكن نزلاءها يزيدون عن ثلاثة آلاف بكثير ، أما الثانية فأنشئت منذ عام ١٩١٢ ، وتتسع لحوالى ١٧٣٠ مريضا ولكن نزلاءها الحاليين يزيدون عن ٢٦٠٠ ؛ ووجود هذا العدد المتضاعف الأكثر من اللازم يجعل العناية بالمرضى كما يجب أمرا مستحيلا ، كما أن ضغط الإقبال على المستشفين يحتم إخراج بعض المرضى قبل أن يتم شفاؤهم تماما ، مما يعرضهم للعودة ثانيا .

وتضم مستشفى العباسية جميع مرضى الإناث ، ومرضى الرجال الذين يدفعون أجورا لعلاجهم ، والمرضى الذين ترسلهم النيابة لارتكابهم ذنبا بقصد تقدير مسئوليتهم نحو ذنوبهم ؛ أما المرضى الذين تقبلهم مستشفى الخانكة فهم المذنبون الذين يثبت إصابتهم بالمرض العقلي ، وكذلك مرضى الرجال الذين يعالجون مجانا .

ونظرا للاختلاف المرض العقلي عن الأمراض العادية من حيث احتمال خطورة المريض على نفسه أو على غيره مما يعرض الأمن للخطر ، فقد اهتمت الحكومة بوضع التشريعات التي تنظم طريقة إلحاق المرضى بالمستشفيات وخرجهم منها ؛ فمثلا يلتحق المريض بالمستشفى إما بتطوعه بنفسه للدخول ، أو عن طريق التبليغ إلى البوليس الذي يقوم بالإجراءات الكفيلة بإلحاقه بالمستشفى إذا ثبتت حالته المرضية ، أو عن طريق تقدم أهل المريض بطلب مشفوع بشهادتين طبييتين حيث يحجز المريض إذا ثبت مرضه ؛ وقد وضعت التنظيمات الكفيلة بالمحافظة على أموال المريض وما يعمل بشأنه في حالات الوفاة أو الشفاء وغير ذلك .

ويبقى المريض بالمستشفى مدة تختلف باختلاف ظروف حالته ، ويشرف على علاجه هيئة الأطباء والمرضى والمختصين الاجتماعيين ، وتشمل أنواع العلاجات التي تقدم للمرضى الصدمات الكهربية والعلاج بالبنسلين وغير ذلك من الطرق التي سبق شرحها ، كما تهتم المستشفيات أيضا بنواحي العلاج بالعمل ، والنواحي الترويحية كتنظيم الحدائق وإعداد مكاتب الاطلاع وتنظيم الألعاب الهادئة والمسلية ، وإقامة حفلات السينما والتمثيل والاهتمام بالموسيقى وغير ذلك . كما تضع النظم التي تسمح بزيارة أقارب المرضى إليهم مما يساعد على تخفيف التوتر النفسى عندهم .

الجهود الأهلية :

وتوجد بمصر محاولات مشكورة لعدد قليل من المهتمين بهذه الأمراض من أنشأوا مستشفيات خصوصية للعلاج بالطرق النفسية والجسمية ،

ومن أمثلة ذلك مستشفى الدكتور بهمان بجلوان ، ومستشفى الدكتور عرب بالمعادي ، وكذلك مستشفى الأمراض العصبية والعقلية بحلمية الزيتون .

ولم يفت مصلحة الصحة العقلية أن تضع هذه المستشفيات أيضا تحت إشرافها من حيث وضع الاشتراطات الخاصة بإنشائها وضمان سير العمل فيها بما يحقق أهدافها العلاجية .

ماذا يجب عمله :

١ - يجب الاهتمام بزيادة عدد المستشفيات الحكومية للأمراض العقلية بحيث لا نرى ما يحدث من حشر المرضى وازدحامهم مما لا يحقق الأهداف المنشودة من العلاج . وينبغي تشجيع الأطباء على التخصص في الطب النفسي والعقلي ليوكل إليهم العمل بهذه المستشفيات ، فلا يكفي الحصول على البكالوريوس العام في الطب للعمل في هذا النوع من العلاج الذي يحتاج إلى تخصص دقيق .

٢ - لقد أصبح وجود المختص الاجتماعي^(١) في مؤسسات الأمراض العقلية أمرا ضروريا ، فهو الذي يستطيع أن يكمل البحث الطبي والنفسي بتوضيح العوامل الاجتماعية التي أثرت في تطور المرض ، وهذا المختص بحكم إعدادة يستطيع المساهمة في كثير من النواحي العلاجية والترويجية للمريض ، وما يتصل بعلاقته بأهله وبتوجيهه للعمل العلاجي أثناء وجوده بالمستشفى وتلبيح حالته بعد خروجه منها .

(١) بسر المؤلف أن يوجه القارىء إلى الاستفادة من البحث القيم الذى قام به فريق من طالبات المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة تحت إشراف الأستاذ صالح الشيكشى عن « الرعاية الاجتماعية لمرضى العقول في مصر » .

٣ - ينبغي العناية بفصل ضعاف العقول في مؤسسات خاصة وخدمهم ، كما يحسن عدم حجز المصابين بأمراض نفسية مع المصابين بأمراض عقلية ، إذ أن المصابين بالمرض النفسي يحتاجون إلى أساليب مختلفة تماما في معاملتهم وعلاجهم ؛ ولهذا يتحتم الاستعانة بالمختص النفسي ليشترك مع المختص في الطب العقلي للعمل بهذه الأنواع من المستشفيات .

٤ - يجب الاهتمام بالثقافة العامة في نواحي الصحة العقلية المختلفة من حيث محاربة التقاليد الخاطئة ، والاهتمام بالتربية الجنسية ، ومحاربة تعاطي المخدرات والكحوليات ، وتنوير عقول الناس عن الأمراض العقلية والنفسية بحيث نستبعد من أذهانهم المعتقدات الخاطئة بشأنها ، كاعتبارها تنقيح من الحسد أو مس الجن أو السحر . . . أو إيمانهم بأن علاجها يتم بعمل الزار وكتابة التعاويذ والأحجية أو زيارة المشايخ والسحرة والمنجمين . . . بحيث يسارعون بالمبادرة إلى علاجها عند الأطباء المختصين من بدء ظهورها .

ويتبع ذلك أيضا العمل على إبعاد فكرة الشعور بالعار بسبب وجود الإصابة بالمرض العقلي في العائلة ، فكثيرا ما يؤدي هذا إلى حبس المريض وكتمان أمره واعتبار إرساله إلى المستشفى فضيحة كبرى . مع أن الأمراض النفسية والعقلية في الحقيقة يمكن أن يتعرض لها أي شخص شأنها في ذلك شأن باقي الأمراض .

٥ - ينبغي الاهتمام بالنواحي الوقائية وخصوصا العناية بتربية الأطفال وعلاج مشكلاتهم النفسية واضطراباتهم العقلية قبل استفحالها وتطورها ؛ وذلك بالإكثار من العيادات النفسية التي تبينت أهميتها مما سبق شرحه في هذا الكتاب .

مراجع الباب الثالث

- 1 . Adler, A. & Others : Individual Psychology & Sexual Difficulties. Medical Pamphlet No. 3.
- 2 . Burt, C. : The Subnormal Mind.
- 3 . Cattell, R. B. : Description & Measurement of Personality.
- 4 . Culpin, M. : Mental Abnormality.
- 5 . Dorcus, R. M. & Shaffer : Textbook of Abnormal psychology.
- 6 . Hadfield, J. A. : psychology & Mental Health.
- 7 . Klein, D. B. : Mental Hygiene.
- 8 . Lowrey, L. G. : psychiatry for Social Workers.
- 9 . Schafer, R. : The Clinical Application of psychological Tests.
10. Witmer, H. L. : psychiatric Clinics for Children.

مراجع عربية :

- ١ - مقدمة في التحليل النفسي : ترجمة الدكتور اسحق رمزي .
- ٢ - التربية الجنسية : ترجمة الأستاذين رفعت رمضان ونجيب إسكندر
- ٣ - الأمراض النفسية : للدكتور عزت راجح .
- ٤ - علم النفس الجنائي : للأستاذ محمد فتحى بك .
- ٥ - مجلة علم النفس : لجامعة علم النفس التسكاملى .

فهرس

صفحة	الباب الأول : العيادات ونشأتها ونظامها
٣	الفصل الأول : العيادات ومهمتها
٣	معنى العيادة النفسية
٥	أنواع العيادات والمشكلات التي تبحثها
٦	عيادات إرشاد الأطفال
٧	العيادات النفسية التربوية
٨	العيادات النفسية للاحداث الزخرفين
٨	العيادات النفسية للطب العقلي
٩	عيادات التوجيه المهني
١٠	العيادات النفسية الحربية
١١	عيادات أخرى
١٢	نسبة وجود المشكلات النفسية بين أفراد المجتمع
١٤	وظائف العيادات النفسية
١٤	الغرض الثقافي والوقائي
١٥	الغرض العلمي
١٦	الغرض التدريبي
١٧	الغرض التشخيصي والعلاجي
١٨	غرض إصلاح البيئة
١٩	الفصل الثاني : نشأة العيادات النفسية :
١٩	العوامل التي ساعدت على نشأة العيادات
٢١	نشأة العيادات بأمريكا
٢٣	نشأة العيادات بإنجلترا
٢٦	نشأة العيادات بمصر
٢٨	صعوبات
٣٠	الفصل الثالث : فريق العيادة :
٣٠	المختص الطبي

صفحة

٣٣	المختص الاجتماعي ...
٣٧	المختص النفسي ...
٤١	مختصون آخرون ...
٤٤	الفصل الرابع : نظام العمل بالعيادة :
٤٤	تحويل الحالة للعيادة ...
٤٥	المقابلة ...
٤٧	التقارير ...
٤٨	التقرير الطبي ...
٤٩	التقرير السيكياتري ...
٥٠	التقرير الاجتماعي ...
٥٢	التقرير المدرسي ...
٥٣	التقرير النفسي ...
٥٥	تقارير أخرى ...
٥٥	اجتماعات بحث الحالات ...
٥٨	طفل مشكل في العيادة ...
٦٤	مراجع الباب الأول ...

الباب الثاني : نماذج من المشكلات التي تبحثها العيادات

٦٧	الفصل الخامس : الضعف العقلي
٦٧	معنى الضعف العقلي ...
٦٩	الاهتمام بضعاف العقول ...
٧٠	الصفات العامة لضعاف العقول
٧٢	مراتب الضعف العقلي
٧٢	المعتوهون
٧٤	البلهاء
٧٦	المأقونون
٧٨	ضعاف الخلق
٨٠	الأنواع الاكلينيكية لضعاف العقول

AMERICAN UNIVERSITY IN SHIBUYA

الصفحة	
٨٠	حالات صغر الجمجمة
٨٢	حالات كبر الجمجمة
٨٣	حالات القزامة
٨٤	حالات النوع المغولى
٨٦	أنواع إكلينيكية أخرى
٨٧	أسباب الضعف العقلي
٨٧	عوامل وراثية
٨٩	عوامل بيئية
٩٢	واجبنا نحو ضعاف العقول
٩٣	التشخيص المبكر
٩٥	الوضع تحت الأشراف
٩٧	العزل في مستعمرات خاصة
٩٨	التعقيم
٩٩	العلاج الطبي
١٠١	مراجع الفصل الخامس
١٠٢	الفصل السادس : التأخر الدراسي :
١٠٢	التأخر وأنواعه
١٠٣	الغباء
١٠٤	التأخر التحصيلي
١٠٥	التأخر الدراسي
١٠٧	أسباب التأخر الدراسي
١٠٨	العوامل المنزلية الاجتماعية
١٠٩	العوامل المدرسية
١١١	العوامل الجسمية
١١٣	العوامل العقلية
١١٥	الأهمية النسبية لأسباب التأخر الدراسي
١١٧	علاج التأخر الدراسي
١١٧	النواحي الوقائية
١٢٠	النواحي التشخيصية

١٢٢	الطرق العلاجية
١٢٥	مراجع الفصل السادس
١٢٦	الفصل السابع : ذنوب الأحداث
١٢٧	فكرة عامة عن تشريعات الأحداث في مصر
١٢٩	أسباب ذنوب الأحداث
١٣٢	عوامل البيئة
١٣٣	الذنوب البريئة
١٣٤	الذنوب البسيطة
١٣٤	الذنوب التي يردبها الطفل على مؤثرات البيئة
١٣٥	الذنوب التي ترجع إلى المرض النفسى
١٣٦	العوامل العضوية
١٣٧	الذنوب التي ترجع إلى عاهات الحس والحركة
١٣٧	الذنوب التي ترجع لسوء الحالة الصحية
١٣٨	الذنوب التي ترجع إلى اضطرابات الغدد الصماء
١٣٨	الذنوب التي ترجع لأمراض عقلية عضوية
١٣٩	عوامل القدرات العقلية المعرفية
١٣٩	الذنوب التي ترجع إلى الغباء والضعف العقلى
١٤٠	ذنوب الأذكياء
١٤١	الذنوب التي ترجع إلى الجهل ونقص التعليم
١٤٢	العوامل الانفعالية والمزاجية
١٤٢	الذنوب التي ترجع لاضطراب الطاقة الانفعالية العامة
١٤٣	الذنوب ودوافعها الغريزية الخاصة
١٤٥	الذنوب ودوافعها المزاجية المكتسبة
١٤٥	إصلاح الأحداث المنحرفين
١٤٥	النواحي الوقائية
١٤٧	النواحي التشريعية
١٤٨	النواحي العلاجية
١٥٠	مراجع الفصل السابع

الباب الثالث : الأمراض النفسية والعقلية

الصفحة	
١٥٣	الفصل الثامن : الأمراض النفسية
١٥٤	الفرق بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية
١٥٦	الاسباب العامة للأمراض النفسية
١٥٩	الاضطرابات الجسمية النفسية
١٦٢	المستريا
١٦٣	النوبات المستيرية
١٦٤	الفرق بين نوبات الصرع ونوبات المستريا
١٦٥	المستريا القلقية أو الحصرية
١٦٦	المستريا التحولية
١٦٨	الحلق المستيري
١٦٩	المستريا والفصام
١٦٩	الحصر أو القلق العصبي
١٧٢	الوساوس المتسلطة
١٧٣	الصفات التي تميز الوساوس المتسلطة
١٧٥	النيوراستينيا
١٧٨	الانحرافات الجنسية
١٨٤	الفصل التاسع : الأمراض العقلية
١٨٥	ذهان التسمم بالتوكسينا
١٨٦	الشلل الجنوني العام
١٨٧	ذهان الشيخوخة
١٨٨	الفصام أو السكرزوفرينيا
١٩٢	ذهان الهوس والاكتئاب
١٩٣	دور الهوس
١٩٤	دور الاكتئاب
١٩٥	البارانويا

الصفحة	
١٩٩	الفصل العاشر : علاج الأمراض النفسية والعقلية
١٩٩	طرق العلاج النفسى
١٩٩	الطرق البدائية
٢٠٠	الإيحاء
٢٠١	التنويم المغناطيسى
٢٠١	الأقناع
٢٠١	إعادة التربية
٢٠٢	العلاج بالعمل
٢٠٢	الطرق التحليلية
٢٠٣	طريقة التحليل النفسى
٢٠٤	طريقة التداعى الطليق
٢٠٥	تحليل الأحلام
٢٠٥	الأهمية النسبية لطرق العلاج النفسى
٢٠٦	العلاج بالطرق الكيميائية والجسمية
٢٠٧	العلاج بالصدمات
٢٠٨	العلاج الجراحى
٢٠٩	العلاج بالنوم
٢٠٩	علاجات أخرى
٢١٠	العناية بمرضى العقول فى مصر
٢١٠	الجهود الحكومية
٢١١	الجهود الأهلية
٢١٢	ماذا يجب عمله
٢١٤	مراجع الباب الثالث
٢١٥	فهرس

I 14945046

B 13142434

21
5

DATE DUE

~~20 DEC 1986~~

SEP 71

BF
173
B25x
1952
c.2

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

