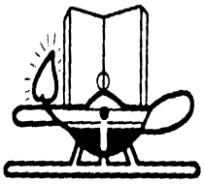


برنامج التعليم المفتوح

كلية الآداب

شعبة التنمية الاجتماعية

المستوى الثالث

الصحة النفسية

إعداد

أ.د. محمود السيد ابو النيل

أستاذ علم النفس بكلية الآداب

جامعة عين شمس

القاهرة

٢٠١٣ / ٢٠١٤

رقم الإيداع: ١٨٦٤٤ / ٢٠٠٤

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الكتاب

يتضمن الكتاب أثني عشر فصلاً، يتعلق الفصل الأول بمعني الصحة النفسية والسواء واللاسواء ويتناول مصطلح الصحة النفسية بالتفسير والتوضيح ومكونات هذا المصطلح من توافق ذاتي وتوافق اجتماعي وشروط التوافق السوي وعلامات التوافق اللاسوي ويتناول كذلك علاقات العمل المرتبطة بالتوافق كعلاقة العامل بعمله وزملائه ورؤسائه، كما يعرض الفصل أيضا لأساليب التوافق السوي وأساليب التوافق اللاسوي والحيل الدفاعية وأنواع الصراع ومعايير السواء واللاسواء كالمعيار الثقافي والمعيار الباولوجي والمثالي. وفي الفصل الذي يختص بتاريخ الصحة النفسية ثم تقديم عرض لكيفية تناول الإنسان لفكرة المرض عبر العصور التاريخية المختلفة كالعصر اليوناني والذي تميز بأعمال ابقراط ابو الطب، والعصر الروماني والذي ملأت فيه شهرة جالينوس الآفاق ثم العصر المسيحي والذي تميز بالربط بين المرض والشيطان، والعصر الإسلامي الذي أنشئت فيه البارستيمانات في بغداد والقاهرة لرعاية المريض النفسي، ثم حركة بيرز طالب الطب الذي دخل المستشفى وخرج منها وألف كتاباً عنوانه " عقل وجد نفسه". وفي نهاية الفصل تم تقديم العديد من الإحصائيات التي تبين مدي انتشار الانحرافات النفسية وآثارها الاجتماعية والاقتصادية. واختص الفصل الثالث بالصحة النفسية والنمو النفسي ومواجهة مشكلات سوء التوافق لدي الأطفال كالبتول اللاإرادي والسرقة والكذب والتخلف في القراءة والضعف العقلي، وكذلك اهتم هذا الفصل بمظاهر سوء التوافق لدي المراهقين وآثرها علي تحصيله ومن هذه المظاهر الهروب والجناح والتدخين وينتهي الفصل بدور أخصائي الصحة النفسية في مواجهة مشكلات سوء التوافق. أما الفصل الرابع فقد تناول صور الانحراف مثل الذهان (المرض العقلي) والعصاب (المرض النفسي)، والسلوك المضاد للمجتمع كالإدمان ودور أخصائي الصحة النفسية في الوقاية والعلاج . ويتعلق الفصل الخامس بتفسير السلوك اللاسوي أي العوامل والأسباب التي تقف وراء هذه الانحرافات كالوراثة والبيئة في الاضطرابات النفسية والعقلية وفي السلوك الإجرامي وعلاقة انتشار الاضطرابات النفسية ببعض النواحي الديموجرافية . ويختص الفصل السادس بالأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية) وجوانبها التاريخية وحجم ومدي انتشار هذه الامراض. وأما تصنيف هذه الاضطرابات لاضطرابات في القلب أو الجهاز المعيد معوي كقرحة الهضم والإمساك وعسر الهضم، أو السرطان ونظريات تفسيره وأنواع مرض السرطان والعوامل النفسية فيه واستخدام الوسائل النفسية في التنبؤ بالإصابة بالسرطان وأثر دراسة علم النفس في المعرفة بمرض السرطان فقد تمت معالجتها في الفصل السابع . وأما الفصل الثامن فقد قدم عرضا لنظريات تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية كالنظريات الفسيولوجية والنظريات النفسية والتفاعلية. وفي الفصل التاسع من الكتاب عرضت

العلاقة بين التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية. وفي الفصل العاشر قدمت الأساليب والاختبارات التي تستخدم في قياس الصحة النفسية كقائمة كورنل. واختص الفصل الحادي عشر بالعلاج النفسي وأهم مفاهيمه وخصائص العلاج النفسي الاجتماعي والطرق العلاجية. أما الفصل الأخير وهو الفصل الثاني عشر فقد تناولت تطبيقات الصحة النفسية والمتمثلة في الإجراءات الفعلية التي تتخذها المجتمعات من أجل نشر الصحة النفسية والوقاية من الانحرافات النفسية والعقلية.

الأهداف العامة للكتاب

يهدف الكتاب إلي تعريف القارئ بمفهوم الصحة النفسية وكيف أنه يتضمن التوافق النفسي والاجتماعي لدي الفرد كما يهدف الكتاب إلي تعريف القارئ بالمظاهر والعلاقات التي يستدل عليها من سلوك الآخرين وتدل علي السواء النفسي أو تدل علي اللاسواء. وإضافة إلي ذلك يمد الكتاب القارئ بالأسس والقواعد التي يتم الاعتماد عليها في الحكم علي سلوك الآخرين عما إذا كان عاديا أو غير عادي. كما يهدف الكتاب إلي تعريف القارئ بأن الصحة النفسية المرض العقلي قد تم تناوله عبر العصور الإنسانية المختلفة وأن هذا التناول في كل عصر تراكماً أضاف الكثير للعصور التالية قد مثل كما هدف الكتاب إلي تعريف القارئ بأن بذور المرض النفسي توجد منذ السنوات الأولي من النمو النفسي للفرد وأن هناك مظاهر لسوء التوافق التي تظهر في مراحل النمو المختلفة خاصة الطفولة والمراهقة كما أنه يمكن مواجهة هذه المشكلات من خلال أخصائي الصحة النفسية . ويهدف الكتاب كذلك إلى أن يعرف القارئ أن الانحرافات النفسية لها صور متعددة منها ما يختص بالمرض النفسي ومنها المرض العقلي والسلوك المضاد للمجتمع كالجريمة والإدمان وأن لكل انحراف من هذه الانحرافات مظاهره وله أعراضه وتكمن وراء هذه الأعراض عوامل واسباب يمكن من خلالهما تفسير هذه الأعراض. ويعرف الكتاب القارئ بكيفية الاكتشاف المبكر لهذه الانحرافات. ويهدف الكتاب إلى وضع يد القارئ علي كثير من العوامل التي تقف وراء السلوك اللاسوي وعلي رأس هذه العوامل الوراثة والبيئة ، وتأثير البيئة الرحمية، وأن ما يصيب الأم أثناء الحمل من مرض وسوء تغذية وانفعالات مؤلمة تصيب الجنين في بطنها، وعند هذه النقطة تنشأ الكثير من الانحرافات والسلوك اللاسوي. ويهتم الكتاب بأن يعرف القارئ الأساس النفسي لنشأة كثير من الاضطرابات الجسمية كقرحة المعدة وضغط الدم المرتفع والربو الشعبي ومدي انتشار هذه الامراض بين فئات المجتمع وكيف أن الضغوط الاجتماعية والاقتصادية تلعب دوراً في زيادة الاضطراب الانفعالي عند الإنسان مما يرافق ذلك اضطراب البدن في جهاز القلب والأوعية الدموية مثل الشريان التاجي وضغط الدم، والجهاز المعدي معوي كالإمساك ، وعسر الهضم وقرحة الهضم وكذلك السرطان والعوامل النفسية المرتبطة به كالمشقة وضغوط الحياة ، وكيفية تفسير تلك الاضطرابات النفسية. وتعريف القارئ أيضا أن هذه الأمراض السيكوسوماتية هي نتاج عمليات التحضر والتحديث السريع الذي يعم المجتمعات الإنسانية. كما يهدف الكتاب إلي تعريف القارئ بالإجراءات المستخدمة في قياس الصحة النفسية والحكم علي الفرد هل هو سوي أم غير سوي وفي أي الجوانب يكون سوء توافقه. كما يعرف الكتاب القارئ بطرق العلاج النفسي كتعلم اجتماعي وتقديم أمثلة لذلك. ومن الأهداف الأخيرة للكتاب أنه يعرف القارئ بالإجراءات التي تتخذها المجتمعات ويكون من شأنها زيادة توافق الأفراد في المجتمع كإنشاء مكاتب للزواج لفحص المقبلين للزواج للتأكد من سلامتهم النفسية والاجتماعية والجسمية، وكتطبيق الطريقة العلمية في اختيار المتقدمين للعمل في

الوظائف بالحكومة والمؤسسات الصناعية للتأكد من ممارستهم لأعمال تتلائم مع ما لديهم من استعدادات وقدرات تتضمن توافقهم في العمل وتتضمن زيادة أدائهم وكفاءتهم الإنتاجية.

الفهرس

الموضوع	رقم الصفحة
مقدمه الكتاب	٣
الأهداف العامة للكتاب	٥
١- الفصل الأول	
معني الصحة النفسية: السواء واللاسواء	٢٠
الأهداف	٢٠
المحتوي	٢٠
معني الصحة النفسية	٢٠
التوافق النفسي الاجتماعي	٢٢
مقدمه	٢٢
التوافق الذاتي	٢٣
التوافق الاجتماعي	٢٣
التوافق والصحة النفسية	٢٣
سوء التوافق	٢٣
عوامل سوء التوافق	٢٣
شروط التوافق السوي	٢٥
علاقات العمل المرتبطة بالتوافق	٢٥
علاقة العامل بعمله	٢٥

الموضوع	رقم الصفحة
علاقة العامل بالمؤسسة	٢٦

علاقة العامل بالرؤساء	٢٦
علاقة العامل بظروف العمل	٢٦
حيل وأساليب التوافق	٢٧
مقدمه	٢٧
أسلوب الحياة	٢٧
انواع الصراع	٢٨
مصادر عقبات تحقيق الهدف	٢٨
أساليب التوافق اللاسوي	٢٩
الحيل الدافعية	٢٩
الخلاصة	٣٣
السواء واللاسواء	٣٣
محكات الشخصية السوية	٣٤
معايير السواء واللاسواء	٣٥
(١) المعيار الاحصائي	٣٥
(٢) المعيار الثقافي	٣٧
(٣) المعيار الباثولوجي	٣٨
(٤) المعيار النموذجي المثالي	٣٨
(٥) المعيار الطبيعي	٣٩
(٦) المعيار الذاتي	٣٩

الموضوع	**رقم الصفحة**
(٧) المعيار التواؤمي	٣٩
الأسئلة	٣٩

مصادر تعليم أخرى ٣٩
مراجع الفصل الأول ٤٠
٢- الفصل الثاني
تاريخ الصحة النفسية ومدي انتشار الانحرافات ٤٢
الأهداف ٤٢
المحتوي ٤٢
مقدمه ٤٢
أولاً: تطور تناول الانحرافات عبر العصور: ٤٢
العصر اليوناني ٤٢
العصر الروماني ٤٣
العصر المسيحي ٤٣
العصور الوسطي في أوروبا ٤٤
العصر الإسلامي ٤٤
عصر النهضة ٤٤
حركة بيرز ٤٥
التفسير النفسي ٤٦
القرن العشرين ٤٧
الموضوع **رقم الصفحة**
ثانيا: مدي انتشار وآثار الانحراف علي الصحة النفسية ٤٧
مدي الانتشار والآثار الاجتماعية والاقتصادية ٤٧
الأثار الأقتصادية ٤٩
الأسئلة ٥١

مصادر أخرى ٥١

مراجع الفصل الثاني ٥٢

٣- الفصل الثالث

الصحة النفسية والنمو النفسي ومواجهة مشكلات سوء التوافق ٥٣

الأهداف ٥٣

المحتوي ٥٣

مقدمه ٥٣

أولاً: التوافق والنمو ٥٤

ثانياً: مظاهر سوء التوافق لدي الطفل ٥٥

(١) مص الأصابع ٥٦

(٢) التبول اللاإرادي ٥٦

(٣) قضم الأظافر ٥٦

(٤) اضطرابات التواصل ٥٧

(٥) الكذب ٥٧

(٦) النشاط الذائد والسلوك الاندفاعي ٥٨

(٧) السرقة ٥٩

(٨) العدوان ٥٩

(٩) التخلف في القراءة ٥٩

الموضوع **رقم الصفحة**

الأسس التي يقوم عليها دور الأخصائي النفسي ٦١

دور الأخصائي النفسي المدرسي ٦٢

أولاً: في التوجيه التربوي للتلاميذ ٦٣

ثانياً: بالنسبة لحالات صعوبات التعلم ٦٥

ثالثاً: بالنسبة للمجال العلاجي ٦٦

رابعاً: بالنسبة للمشكلات السلوكية ٦٦

خامساً: بالنسبة للجانب الوقائي والتنظيمي ٦٧
الأسئلة ٦٨
مصادر تعليم أخرى ٦٨
مراجع الفصل الثالث ٦٩

٤- الفصل الرابع

صور الانحراف عن الصحة النفسية ٧٢
الأهداف ٧٢
المحتوي ٧٢
مقدمه ٧٢
أسس التصنيف ٧٣
أولاً: الذهان ٧٣
مقدمة ٧٣

الموضوع	**رقم الصفحة**

أعراض الذهان ٧٤
أشكال الذهان ٧٦
(١) الذهان العضوي ٧٧
(٢) الذهان الوظيفي ٧٩
ثانياً: العصاب ٨١
القلق ٨٢
الهستيريا ٨٣

ثالثاً: السلوك المضاد للمجتمع ومواجهته ٨٤
مقدمة ٨٤
الإدمان ٨٥
مقدمة عن حجم المشكلة ٨٥
معني الإدمان ٨٧
العقاقير المخدرة ٨٨
(١)المسكنات ٨٨
(٢) العقاقير ومخدرات الإثارة ٨٨
(٣) عقاقير التنشيط وجلب النشوة ٨٨
(أ) المسكنات ٨٩
(ب) العقاقير المهدئة والمنومة ٨٩
(ت) عقاقير التنشيط والنشوة ٨٩
تفسير الإدمان ٨٩

الموضوع **رقم الصفحة**

ظروف الإدمان ٩٠
دراسات عربية علي الإدمان ٩١
دور أخصائي الصحة النفسية في مواجهة مشكلة الإدمان ٩٥
مقدمه ٩٥
تدريب أخصائي الصحة النفسية ٩٦
إعداد برنامج التدريب ٩٦
أسس إعداد البرنامج ٩٧
دور أخصائي الصحة النفسية ٩٨

أولاً: الوقاية ٩٨

ثانياً: اكتشاف التعاطي المبكر ٩٨

ثالثاً: تدريب المدمن علي الإدراك الواضح للمشكلة ٩٩

الأسئلة: ٩٩

مصادر التعلم أخري ٩٩

مراجع الفصل الرابع ١٠٠

٥- **الفصل الخامس**

تفسير السلوك اللاسوي: العوامل والأسباب ١٠٣

الأهداف ١٠٣

المحتوي ١٠٣

الموضوع	**رقم الصفحة**

مقدمة ١٠٣

الوراثة ١٠٦

أولاً: تأثير البيئة الرحمية ١٠٨

(١) تأثير العوامل الانفعالية ١٠٨
(٢) انتقال عدوي المرض من الأم للجنين ١٠٨
(٣) تأثير المواد المخدرة والتدخين ١٠٨
(٤) عدم مناسبة طعام الأم لظروف الحمل ١٠٩

ثانياً: الغدد الصماء ١٠٩

(أ) الغدد القنوية ١٠٩
(ب) الغدد الصماء ١١٠

خاتمة في الغدد ١١٢

ثالثاً: الغذاء ١١٢

البيئة ١١٣

(١) الأسرة ١١٣
(٢) الأخوة ١١٣
(٣) الثقافة والمجتمع ١١٣

دور الوراثة والبيئة في الاضطرابات النفسية ١١٤

والاجتماعية

مقدمة ١١٤

التفاعل بين الوراثة والبيئة ١١٤

الموضوع	**رقم الصفحة**

(أ) الأهمية النسبة للوراثة والبيئة ١١٤
(ب) الفرد نتاج الوراثة والبيئة ١١٥

دور الوراثة في السلوك الإجرامي ١١٦

(أ) دراسات الكروموزومات ١١٦
(ب) دراسات جودارد ١١٧

(ج) الغدد والسلوك الإجرامي ١١٧

البيئة والسلوك الإجرامي المضاد للمجتمع ١١٨

الدراسات ١١٨

(١) دراسة بيرت ١١٨
(٢) دراسة بولبي ١١٨

التحضر والسلوك الإجرامي ١١٩

الهجرة والسلوك الإجرامي ١١٩

الفصام بين الوراثة والبيئة ١١٩

علاقة انتشار الاضطرابات النفسية ببعض النواحي الديموجرافية ١٢٠

(١) نوع التعليم ١٢٠
(٢)ريف حضر ١٢٠
(٣) مهنة الوالد ١٢١
(٤) دخل الأسرة ١٢١

الموضوع	رقم الصفحة

(٥) عدد الأخوة ١٢٢
(٦) حجم الأسرة ١٢٣

الأسئلة ١٢٤

مصادر تعلم أخري ١٢٤

مراجع الفصل الخامس ١٢٥

٦- الفصل السادس

الأمراض السيكوسوماتية (النفسية جسمية) ١٢٦

الأهداف ١٢٦

المحتوي ١٢٦

أولاً: تعريف السكوماتيك (النفسي جسمي) ١٢٦

ثانياً: الجوانب التاريخية ١٢٧

إسهام علماء الغرب القدامى ١٢٧

إسهام العلماء العرب القدامى ١٢٨

أعمال الانثروبولوجيين ١٢٩

تعليق ١٣١

ثالثاً: حجم المشكلة ومدي الانتشار ١٣٢

الأمراض السيكوسوماتية والحضارة ١٣٢

حالات الوجه المألوف ١٣٢

الموضوع **رقم الصفحة**

مرض الشريان التاجي لدي أعضاء البرلمان ١٣٣

الحرب العالمية والأمراض السيكوسوماتية ١٣٣

إحصائيات التأمين والأمراض السيكوسوماتية ١٣٣

نسبة الوفاة ١٣٤

المهنة ١٣٥

انتشار الاضطرابات في الوظيفة المعدية ١٣٥

مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية علي المستوي القومي ١٣٧

مناقشة وتعليق ١٤١

الأسئلة ١٤٣

مصادر تعليم أخرى ١٤٤

مراجع الفصل السادس ١٤٥

٧- **الفصل السابع**

نظريات تفسير الاضطرابات السكوسوماتية ١٤٧

(النفسية جسمية)

الأهداف ١٤٧

المحتوي ١٤٧

مقدمة ١٤٧

الموضوع	رقم الصفحة

(١) النظريات الفسيولوجية ١٤٧

(أ) نظرية الضعف الجسمي ١٤٧

(ب) نظرية الاستجابة النوعية ١٤٨

(٢) النظريات السيكوفسيولوجية ١٤٨

(أ) نظريتي كانون ١٤٩

(١) النظرية المهارية ١٤٩

(٢) نظرية الأتزان الحيوي ١٤٩

(ب) نظرية الضغوط الانفعالية لسيلى ١٤٩

(ج) نظرية علاقة القلق بالهرمونات ١٥٠

(٣) النظريات النفسية ١٥٤

(أ) نظرية التحليل النفسي ١٥٤

(٢) الصلابة النفسية والتماسك النفسي ١٥٥

(٤) النظريات الاجتماعية والبيئة والسلوكية ١٥٦

(٥) النظريات التفاعلية: ١٥٨

(١) نموذج الاستهداف للمشقة ١٥٨

(٢) نموذج تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية ١٥٩

الأسئلة ١٦٠

مصادر تعلم أخرى ١٦٠

مراجع الفصل السابع ١٦١

الموضوع **رقم الصفحة**

٨- الفصل الثامن

تطبيقات الصحة النفسية في المجتمع ١٦٣

الأهداف ١٦٣

المحتوي ١٦٣

مقدمة ١٦٣

(١) الدستور والصحة النفسية ١٦٣
(٢) مكاتب الزواج والصحة النفسية ١٦٣
(٣) الأسس العلمية في اختيار الأفراد والصحة النفسية ١٦٤
(٤) وزارة البيئة والصحة النفسية ١٦٥
(٥) المدن الجديدة والصحة النفسية ١٦٥
(٦) مكاتب تنظيم الأسرة والصحة النفسية ١٦٥
(٧) محاكم الأسرة والصحة النفسية ١٦٥
(٨) الاختصاص النفسي في المدرسة والصحة النفسية ١٦٧
(٩) علاج أسرة المريض النفسي والصحة النفسية ١٦٨
(١٠) التعليم المفتوح والصحة النفسية ١٦٨
(١١) الخط الساخن والإدمان والصحة النفسية ١٦٩
(١٢) تصنيف التلاميذ في مراحل التعليم والصحة النفسية ١٧٠
(١٣) تصنيف المجندين بالقوات المسلحة والصحة النفسية ١٧١

الأسئلة: ١٧٢

الموضوع **رقم الصفحة**

مصادر تعلم أخرى ١٧٢

مراجع الفصل الثامن ١٧٣

٩- **المراجع العامة للكتاب** ١٧٤

الفصل الأول

معنى الصحة النفسية: السواء واللاسواء

الأهداف: يهدف هذا الفصل إلى تعريف القارئ بالمقصود بالصحة النفسية ومكوناتهما من توافق الفرد نفسياً واجتماعياً. وكذلك تعريف القارئ بسوء التوافق والأسباب التي تؤدي إلي عدم توافق الإنسان في الحياة وكذلك الاسباب التي تؤدي إلي سعادة الإنسان وتوافقه في الحياة إضافة إلى إمداد القارئ بالأسس والقواعد التي تمكنه من التمييز بين السلوك السوي وغير السوي.

المحتوي: معني الصحة النفسية – التوافق النفسي الاجتماعي – علاقات العمل المرتبطة بالتوافق – حيل وأساليب التوافق – محكات الشخصية السوية – معايير السواء واللاسواء كالمعيار الإحصائي والمعيار الثقافي والمعيار المرضي.

معني الصحة النفسية: أطلق ماير وكليفورد بيرز اسم الصحة النفسية علي المجهودات الثابتة المخططة التي تبذل للمحافظة علي الصحة النفسية والوقاية من المرض العقلي، باعتبارها جهوداً تؤدي إلى نتائج تؤثر علي الحياة الشخصية والاجتماعية والاقتصادية لبني البشر.

وتدعيماً لذلك أنشئت في عام ١٩٠٩ بأمريكا اللجنة القومية للصحة النفسية ، كما أقيمت كذلك معاهد منفصلة خاصة بالصحة النفسية، وأخيراً عرفت الجمعية الأمريكية للصحة النفسية هذا المفهوم (الصحة النفسية) بأنه يشمل : الإجراءات التي تتخذ لخفض انتشار الأمراض العقلية بالوقاية والعلاج المبكر (كوفيل وآخرون، ١٩٦٧: ٧٨).

ويري أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة "الأنا" علي التوفيق بين أجهزة الشخصية المختلفة ومطالب الواقع أو التوصل للصراع الذي ينشأ ين هذه الأجهزة وهذه الأجهزة هي: الأنا – الهي – الأنا الأعلي حيث يمثل الأنا الواقع وتمثل الهي الغرائز ، ويمثل الأنا الأعلي ، القيم الاجتماعية (عبد السلام عبد الغفار، ١٩٧٦: ٣٦، ٤٦).

ومن ناحية أخري فلقد حاول البعض الاقتصار في تعريفهم لمفهوم الصحة النفسية علي: خلو الفرد من الأعراض المرضية : كالقلق والتوتر، والصراع والوساوس إلا إن مثل هذا التعريف لا ينطوي علي شئ من الواقعية، لأنه لا يوجد إنسان عادي خالي من قدر من القلق والتوتر والصراع، هذا من جهة، ومن جهة أخري فإن هذا التعريف لا يتناول إلا الجانب النفسي من حيث علاقته بالصحة النفسية مهملاً الجانب الاجتماعي والاختلافات مع الآخرين ودورها في الصحة النفسية، إلا أنه في مقابل ذلك يري البعض أن ارتفاع القلق لا يمكن أن يكون علامة علي سوء التوافق فكثيراً ما يكون ارتفاع القلق علامة علي بغض الحياة وتحدياً لصعابها وعدم

تقبل للاستسلام . فالأمم تعاني من القلق بقدر ما يكون حظها من التقدم بينما تبتعد الأمم عن القلق بقدر ما يكون نصيبها من التخلف (صلاح مخيمر، ١٩٧٨: ٥).

ولقد انبثق عن النقد الذي وجه لهذا التعريف تعريف أعم واشمل لمفهوم الصحة النفسية، ويركز هذا التعريف علي أن الصحة النفسية تعني: توافق الفرد ذاتياً وتوافقاً اجتماعياً ويتمثل التوافق الذاتي في قدرة الفرد علي حل صراعاته وتوتراته الداخلية باستمرار حلاً ملائما، ويقصد بالتوافق الاجتماعي قدرة الفرد علي إقامة علاقات مناسبة ومسايرة لأعضاء الجماعة التي ينتمي إليها ويحظى في نفس الوقت بتقدير وتكريم واحترام الجماعة لآرائه واتجاهاته.

ويضيف البعض إلى مفهوم الصحة النفسية عملية التطور لا التوافق أ، التكيف فيقول: أن الصحة النفسية تقتضي القدرة علي التكيف والتطور معاً . فالفرد أو المجتمع أو الكائنات الحية بوجه عام في إطار هذا التعريف تحتاج علي مر الزمان إلى قدر من التوافق والتكيف مع قدر من التطور وذلك لأن التكيف التام يؤدي إلي درجة من الجمود والملل قد تنتهي بالموت أو تتساوي معه. ففي عالم الحيوان عندما وصلت بعض الأنواع إلى قمة التكيف فتوقفت عن التطور وترقب علي هذا التوقف أن صارت في حالة من الجمود جعلتها لا تستطيع أن تواجه الظروف الجديدة ، فانقرضت كالديناصور الذي وصل إلى قمة التكيف من حيث حجم الجسم والعضلات والقوة البدنية إلا أنه لم يستطيع أن يواجه (بالتطور) تغير الظروف من قلة الغذاء أو النقل السريع من مكان لمكان فانقرض. لكن الإنسان يختلف عن سائر الحيوانات لأنه يستطيع عمل التغيير والتجديد اللذان يمكنانه من مواجهة الظروف المختلفة (محمد شعلان، ١٩٧٧: ٢٤).

ويذهب فرانسسكو جاميريل (١٩٩٢) إلى أن مفهوم الصحة Health يعني غياب المرض DISEASE، ويذهب إلى القول أيضاً أن فائدة استخدام المفهوم السلبي للصحة يؤدي إلى التعريف الإجرائي للصحة ذلك الذي يخضع للقياس الموضوعي. وحسب منظمة الصحة العالمية World Health organization (WHO) " فإن الصحة لا تعني غياب المرض لكن تعني الدرجة القصوي من الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية للكائن البشري... والصحة لا تعني فقط التخلص من الألم والمرض لكن تعني الدرجة القصوي من الصحة الجسمية والعقلية والاجتماعية للكائن البشري" ... والصحة لا تعني فقط التخلص من الألم والمرض لكن تنمية وتحصيل واكتساب المزيد من القدرات الوظيفية (Gamberal, 1992; 207 – 218).

التوافق النفسي والاجتماعي

ونظراً لأن كلا من التوافق النفسي والاجتماعي من المكونات الأساسية لمفهوم الصحة النفسية فلابد أن نبين بصورة مفصلة للمقصود بكل منها. وفي هذا الصدد نجد أن الإنسان يلجأ حين يواجه عقبات أو مشاكل لا يستطيع حلها بما لديه من خبرات وبما زود به من سلوك، إلي

تعديل سلوكه حتي يتناسب مع هذا الظرف الجديد ويسمي هذا التعديل في السلوك بالتوافق. وكل فرد يختلف عن الآخرين من حيث قدرته علي التوافق، فمنهم من يسلك سلوكاً سوياً فيحاول حل المشكلة بطريقة سوية، فإن لم يستطيع بحث عن مخارج أو بدائل أخرى لإشباع حاجاته ودوافعه التي أعيقت عن الاشباع ، ومن الناس من يستجيب للمشكلات بطرق ملتوية أو شاذة كالاندفاع، أو الاعتداء والانطواء علي النفس أو كالأحتماء بمرض جسمي يبعده عن المشكلة.

وعملية التوافق إذا هي نشاط يقوم به الفرد نتيجة دافع من الدوافع فإذا واجهته عقبة تحول دون الإرضاء المباشر لهذا الدافع، يقوم بمحاولات متعددة حتي يصل في النهاية إلي حل ما، قد يرضي الدافع غير المشبع بالفعل، أو يكون حلال جزئيا لا يرضي الفرد إرضاء تاماً أو يعجز الفرد عن تحقيق ما يريد وعن معرفة ما يجب عمله لإزالة العقبة فيعاني من أزمة نفسية.

إما إذا استطاع الفرد بحكم بنائه البيولوجي وتنشئته الاجتماعية أن يعيش الحياة عيشة راضية ناجحة في نطاق قدراته واستعداداته قيل أنه سوي التوافق. أما إذا لم يستطيع علي الرغم مما يبذله من جهود قيل أنه سئ التوافق (أحمد عزت راجح، ١٩٥٧: ٣٨٧).

ونجد في العرض السابق لما نعنيه بالتوافق العام أن هناك عدة مفاهيم لابد أن نوضح ما نعنيه بها وهي:

التوافق: التوافق هو قدرة الفرد علي التواؤم مع ذاته مع الحياة الاجتماعية التي يعيش فيها من جميع النواحي الأسرية والاقتصادية والاجتماعية والدينية، وعرف توافق الفرد مع نفسه والتوافق النفسي أو الذاتي، كما يعرف توافق الفرد مع المجتمع بالتوافق الاجتماعي.

التوافق الذاتي: هو رضا الفرد عن نفسه وأن تكون حياته النفسية خالية من التوترات والصراعات النفسية المصحوبة بمشاعر الذنب والقلق والشعوب بالنقص. ومن العوامل الأساسية التي تساعد علي التوافق الذاتي إشباع الفرد لدوافعه المختلفة بصورة ترضي المجتمع وتوافق معاييره وترضي الفرد في آن واحد. كما أن الفرد غير المتوافق مع نفسه شخص يواجه صراعاً بينه وبين نفسه يستنفذ الكثير من طاقاته والتي كان من الممكن أن تستخدم في مواجهة الحياة. لذا نجد مثل هذا الفرد سريع التعب، عاجزاً عن الاستمرار في العمل والأداء والإنتاج وبذل الجهد.

التوافق الاجتماعي: هو قدرة الفرد علي أن يقيم علاقات اجتماعية سوية مع من يعيش معهم أو يعملون معه من الناس، علاقات لا تتصف بالصراع أو الشعور بالاضطهاد، ودون أن يشعر الفرد بحاجة ملحة إلي السيطرة أو العدوان علي من يقترب منه، والمتوافق مع المجتمع تكون لديه القدرة علي ضبط النفسي في المواقف اليت تتطلب ذلك فلا يثور لأسباب صغيرة واهية.

التوافق والصحة النفسية: الصحة النفسية حالة يخبرها الفرد بنفسه وتبدو في عمله وإنتاجه وعلاقاته مع الآخرين أي تبدو في " توافقه الذاتي" "وتوافقه الاجتماعي"

والصحة النفسية ترتبط بالكثير من العوامل الجسمية والنفسية والاجتماعية والمؤشرات الدالة علي الصحة النفسية هي:

١- سلامة الجسم بوجه عام وخاصة حالتي الجهاز العصبي والجهاز الغدي.
٢- خلو الشخصية إلى حد كبير من التوترات والصراعات النفسية المستمرة.
٣- سواء البيئة الاجتماعية الخاصة بالفرد فيما تطلبه منه وعدم تطرفها في وسائل الحرمان.

سوئ التوافق: إذا استطاع الفرد أن يعيش مع الآخرين حياة ناجحة منتجة قيل أنه "سوي التوافق" فإن عجز عن ذلك بالرغم مما يبذله من جهد للتكيف قيل أنه " سئ التوافق" أو أنه يعاني اضطرابا في الشخصية والذي يأخذ صوراً متعددة كالعصاب، والذهان، والأمراض الجسمية النفسية المنشأ، والجناح والجريمة والانحرافات الجنسية.

عوامل سوء التوافق: إن لم يكن لسوء التوافق أساس عضوي كتلف في الأنسجة العصبية، أو اضطراب في الغدد أو تسمم ناتج من تلوث بعض المعادن كالكربون كما يحدث أحياناً في صناعة البطاريات أو النسيج، كانت العوامل النفسية الاجتماعية هي العوامل الجوهرية الغالبة في إحداث الاضطراب، وسمي الاضطراب وظيفياً كما هو الحال في الأمراض النفسية ، وبعض الأمراض العقلية، والأمراض السيكوسوماتية، والانحرافات الجنسية، والإجرام.

وهذه الاضطرابات الوظيفية لا ترجع لعامل واحد بل لعدة عوامل مثل:

(١) العوامل الممهدة أي العوامل التي تهيئ الفرد للوقوع في الاضطراب مثل العوامل الوراثية، والتربية اللاسوية أو عدم الشعور بالأمن في الحياة.
(٢) العوامل المعززة التي تتوسط الطفولة ومرحلة الكبر فتوجد في الفرد أزمات تدعم أزمات الطفولة ومرحلة الكبر فتوجد في الفرد أزمات تدعم أزمات الطفولة، فتزيد من حساسية الفرد وتضعف من مقاومته مثل الرضا المهني، أو الخوف من افقد المكانة أو المركز الاجتماعي.
(٣) العوامل المباشرة أو المعجلة فهي العوامل التي يحدث بعدها الانهيار مباشرة وقد تكون جسمية كالإجهاد والضعف والمرض الجسمي، أو تكون صدمات نفسية كخسارة مالية أو موت أو فشل عاطفي أو طلاق.

إذن فالعوامل المختلفة المؤدية لسوء التوافق بمختلف أنواعه يمكن أن ترجع إلي وجود عقبات وعوائق مادية أو جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو مهنية تقف أمام إرضاء الدوافع

الأساسية للفرد وبلوغ أهدافه، عقبات ينجم عنها صراع بين الفرد ونفسه (احمد عزت راجح، ١٩٦١: ٤٧٠).

ويعرف سكوت وزملاؤه Scott التوافق المهني بأنه : توافق الفرد مع بيئة عمله، فهو يشمل توافق الفرد لمختلف العوامل البيئة التي تحيط به في العمل ، وتوافقه للتغيرات التي تطرأ علي هذه العوامل بمرور الزمن، وتوافقه لخصائصه الذاتية. وهكذا فإن توافق الفرد مع صاحب العمل، ومع المشرف عليه، ومع زملائه ، يعتبر هذا جميعه متضمناً في مفهوم التوافق المهني (فرج طه، ١٩٦٨: ١٥٥).

شروط التوافق: وللتوافق شروط نجملها في:

١- شعور الفرد بالرضا عن مستواه الاقتصادي.
٢- شعوره بأن الآخرين يقدرونه ويهتمون به، لا من حيث هو منتج بل من حيث هو إنسان له مكانته الذاتية.
٣- إدراك الفرد أن رؤسائه في العمل أو المشرفين عليه يحرصون علي مصالحه قدر حرصهم علي مصالح العمل.
٤- حب الفرد لنوع الدراسة أو العمل الذي يؤديه.
٥- توفر فرص الترقي العمل للفرد.
٦- توفر فرص الاستفادة من أفكاره وآرائه الخاصة بالإنتاج والعمل وتحسينه.
٧- شعوره بالأمن والاستقرار النفسي (صبري جرجس، ١٩٥٨: ١).
٨- قدرة الإنسان علي التغلب علي العقبات التي تقابله في الحياة (متفسل ملتن، ١٩٥٦: ٩٧٠).
٩- أن يكون الفرد قادراً علي تعديل سلوكه من أجل الاستجابة التي تلائم المواقف المختلفة كي ينجح في تحقيق دوافعه (شافر، ١٩٥٥: ٣٩٢).
١٠- تمتع الفرد بروح معنوية عالية (Laird Donald, 1958:334).
١١- تمتع الفرد بدرجة عالية من تقبل الذات (Feder earol, 1968:317).
١٢- قدرة الإنسان علي تنمية طرق توافقية تساعده علي التغلب أو الهرب من الإحباط أو الصداع الشديد (Gilmers, 1961:439).

علاقات العمل المرتبطة بالتوافق

كذلك فإن هناك مجموعة من العلاقات في مجال العمل يتيح توفرها للعامل الأمن النفسي والتوافق الصحيح مع أفراد المؤسسة وآلاتها وظروف العمل وهي:

(أ) علاقة العامل بعمله: فبازدياد التوسع الصناعي يزداد تنوع المهن ويتسع التخصص فيها، ونجد أن الكثير من العمال يتنقلون من عمل لآخر في أوقات قصيرة لعجزهم عن الاستقرار في عمل معين هم هؤلاء العمال الذين لم يجدوا العمل الذي يناسبهم منذ البداية ولذا فهم يعانون من كثرة التنقل بين الأعمال كما يعانون من شعور باليأس وفقد الثقة بالنفس، وما ينتج عن ذلك من تحويل العدوان الناجم عما يصادفه من إحباط متكرر إلى علاقاته مع زملائه ومع المؤسسة نفسها.

(ب) علاقة العامل بنظام المؤسسة: أن العامل المتوافق توافقاً سوياً مع عمله عادة يكون علي علاقة حسنة بنظام المؤسسة ولوائحها الإدارية . وأن الخبير بشكاوي العمال يجد أن أغلبها يصدر عن الفاشلين في أعمالهم، فالذي لا يجد الرضا النفسي عن طريق العمل يرضي نفسه عادة بتقديم الشكاوي ضد الآخرين وبالقيام بالاضطرابات داخل المؤسسة، وبذلك ينجح في صرف غيره عما فشل هو فيه ويرضي اعتباره لذاته عن طريق تزعمه هذه الحركات.

(ج) العلاقة بالرؤساء: وكثيرا ما تكون الشكاوي ناتجة في أساسها عن تعسف المشرف بالعمال الذي يشرف عليهم بينما تتخذ الشكوي مظاهر مختلفة أخرى وليست هذه الظاهرة بالمؤسسة الصناعية وحدها، بل إن علاقة الرئيس بالمرؤوسين عامل هام في إشاعة الأمن النفسي في كل بيئته. فالرئيس الاستبدادي يشيع بين مرؤوسيه السلوك العدواني، أما الديمقراطي فيشيع التفاهم والصداقة بينه وبين الذين يعملون معه.

(د) علاقة العامل بزملائه: إن طبيعة العمل الصناعي تقتضي دائماً تكوين علاقة نفسية بين كل عامل وزملائه وبين المشرف وزملائه، فالمجال النفسي لكل فرد في جو المؤسسة الصناعية يتضمن غيره من الأفراد وخاصة الزملاء. والتفاعل النفسي ينبيني علي علاقة ذات طرفين هما الأخذ والعطاء.

(هـ) علاقة العامل بظروف العمل: ويقصد بظروف العمل الشروط المادية التي يعلم فيها من ضوء وتهوية ورطوبة ونظام فترات العمل والراحة... الخ، فقد يختار العامل اختياراً نفسياً صحيحاً فيوضع في المهنة التي تناسبه من حيث الميول والاستعدادات والسمات الإنفعالية، وقد يدرب تدريباً ناجحاً علي استخدام قدراته علي أحسن وجه لصالحه وصالح المؤسسة بحيث تتاح له اكبر فرصة ممكنة للتوافق الصحيح مع بيئة العمل.

ولكن ينبغي فضلاً عن ذلك أن تهيأ له أسلوب الاحتفاظ بهذا التوافق الصحي بتوفير الظروف للبيئة الطبيعية لدوام هذا التوافق وتحسنه.

(و) علاقة العامل بالآت العمل : بالإضافة إلى اللوائح والأشخاص الذين يتعامل العامل معهم، فإنه يحتك بالآلات والأدوات التي يستخدمها والتى يتوقف إنتاجه

وتوافقه العام علي سيرها وزيادة علي ذلك فإن سلامته وأمنه يتوقفان علي حسن استعمالها بحيث نضمن بذلك عدم تعرضه للحوادث.

(ز) علاقة العامل ببيئته خارج المؤسسة: فليس العامل عضواً في مؤسسة العمل فحسب، بل هو عضو في جماعات كثيرة متعددة الأهداف ووجهات النظر. ويختلف مركزه في كل منها عن الأخرى فهو عضو في اسرة يسيطر عليها، ثم هو فرد في جماعة الشارع أو النادي.. وهكذا وهو محتاج في كل هذه الجماعات لدرجة كافية من التوافق النفسي حتي يكون مع كل فرد من هذا العدد الكبير من الأفراد الذين يتعامل معهم علاقات صحية خالية من الشذوذ ويصادف العامل في سبيل الحصول علي هذا التوافق صعوبات متنوعة. وبقدر تغلبه أو نجاحه في التغلب علي هذه الصعوبات يشعر العامل براحة نفسية عامة تنعكس علي المظاهر المختلفة لحياته واهمها العمل. (سيد خيري، ١٩٥٨: ٥٣).

حيل وأساليب التوافق

مقدمه: تعتبر حياة الإنسان سلسلة من العمليات التوافقية والتي يقوم فيها بتغيير سلوكه عند الاستجابة للمواقف المختلفة من أجل إشباع حاجاته، لكن الظروف المحيطة بالإنسان تحول بينه وبين إشباع هذه الحاجات أحياناً، فيحاول الإنسان تبعاً لذلك البحث عن بديل يؤدي به إلى الحصول علي تلك الحاجات مما يقلل من التوتر.

وقد يميل الإنسان خلال العملية التوافقية إلى الحلول البديلة التى لا تصل به إلى الحل كأن يوجه اللوم لغيره علي ما حدث له من فصل في عمله مثلاً أو يرجع سبب فصله لسوء النظام الاقتصادي والوظيفي.

أسلوب الحياة: وأمر عادي علي أن يلجأ الإنسان حينما يواجه صعوبة أو عقبة لا يصلح في حلها السلوك المألوف والخبرات السابقة إلى تحرير سولكه لكي يتكيف مع المواقف الجديدة. ولكل إنسان أسلوبه في التوافق أو أن لكل إنسان ما يسمي " أسلوب في الحياة" Life Style وهي طريقة الفرد وأسلوبه في الأخذ والعطاء مع الناس في تعامله الاجتماعي، وفي حل مشاكله وفي تغلبه علي ما يواجهه من عقبات. وتبعاً لذلك الأسلوب يختلف الناس من حيث قدرتهم وأسلوبهم في التوافق اختلافاً كبيراً. فمنهم من يسلك أساليب موفقة سليمة بإزالة العقبة أو حل المشكلة بطريقة إيجابية إنشائية فإن لم يوفقوا لمثل هذا الحل بحثوا عن حلول بديلة أو غيروا من حاجاتهم ودوافعهم التي لم تشبع ، ويستجيب بعض الناس لما يواجههم من مشكلات باستخدام اساليب ملتوية فيعتدي بالضرب علي أبنائه أو يثور بغضبه فيهم أو أن يستسلم لأحلام اليقظه.

أنواع الصرع: وبطبيعة الحال فإن الإحباط ينتج من التصادم بين دافعين يخرجان في اتجاهين متعارضين فينشأ عن ذلك حالة من الصراع وأنواع الصراع ثلاثة هي:

أ- صرع الأحجام المزدوج: Double avoidance حيث يجب علي الفرد أن يختار بين ضررين كأن يقوم الفرد بممارسة عمل غير مرغوب فيه أو أن يخسر كل ما لديه من نقود.

ب-صرع الأحجام الإقدام: Approach avoidance مثل تكبد الفرد الكثير من المشاق والتعب عن الاقتراب من هدف سار مثل السعي لمجد بطولي مع ما في ذلك من تعرض للخطر (كوفيل، ١٩٦٧: ٧٨)

مصادر عقبات تحقيق الهدف: تتمثل مصادر العقبات التي تحول دون تحقيق الفرد لأهداف فيما يلي:

١- البيئة الاجتماعية.
٢- القصور الجسمي والعقلي.
٣- اضطراب التكوين النفسي.

أولاً: البيئة الاجتماعية : تعزي الكثير من العقبات التي تقف دون إشباع الفرد لحاجاته إلى الضوابط والقيود التي تضعها البيئة الاجتماعية. وتعتبر البيئة الاجتماعية من أهم مصادر ألتزمت الشدة ، وذلك لما تقيمه من قوانين ، وقيود تحيط بالفرد وتعوقه عن إشباع مطالبه وحاجاته.

ثانياً- القصور الجسمي والعقلي: وينشأ الحرمان لدي بعض الأفراد نتيجة النقص في إمكانياته العقلية والحركية. فقد لا يمتلك الشخص مستوي الذكاء الذي يمكنه من دخول كلية الهندسة ليتحقق هدفه في أن يصبح مهندساً معمارياً أو ميكانيكياً، كما أنه قد لا يمتلك البنيان البدني الذي يجعله رياضياً فتحقق ما يحلم به من شهرة. وهكذا يصبح القصور الجسمي والعقلي سبباً في شعور الفرد بالحرمان.

ثالثاً – اضطراب التكوين النفسي: أن فصل دوافع الإنسان وحاجاته عن بعضها البعض أمر صعب . فغالباً ما تتشابك هذه الحاجات ببعضها نظراً لما يوجد بينها من رباط عام، وعلي هذا الاساس تتصف الدوافع والحاجات بشدة التعقيد . ويتضح التضارب أو التعارض عندما تشبع حاجة علي حساب حرمان حاجة اخري كأن يرضي رغبات والديه دون أن يرضي حاجاته.

أساليب التوافق السوي: من حيل وأساليب التوافق السوي في حالة الإحباط والصراع نجد أنها تتمثل في المحاولات الشعورية التالية:

١- زيادة الجهد للتغلب علي العقبات.
٢- النظر للمشكلة من جميع الأوجه وتحليل جوانبها السلبية والإيجابية وإعطاء وزن لكل جانب.
٣- تخفيض الهدف أو تعديله.
٤- التوفيق بين العوامل المتصارعة بتأجيل إشباع أحدها أو تفضيل أحدها علي الآخر.
٥- أن يقوم الفرد باستبدال حاجة بحاجة أخرى غيرها كأن يلجأ لزمت (المكبوت) جنسياً إلى الرياضة البدنية أو الرسم.

أساليب التوافق اللاسوي: عندما يعاني الفرد من الإحباط الشديد لمدة طويلة من الزمن فإن عدم تمكنه من تحقيق هدفه قد يؤدي إلي شعوره بالقلق والفشل ويستبدل سلوك حل المشكلة بسلوك يهدف إلي الدفاع عن الذات وعما يهدد مكانته وتقدير الآخرين واحترامهم له ، وينشأ عن ذلك أن تكون لدي الفرد ردود أفعال أو استجابات أو حيل دفاعية لا شعورية والحيل الدفاعية : هي المحاولات اللاشعورية التي يخفف بها الفرد قلقة وتوتراته الناجمة عن الإحباطات والصراعات التي لم تحل.

ومن أهم هذه الحيل:

١- العدوان	Aggression
٢- النكوص	Regression
٣- الانسحاب	Withdrawal
٤- الكبت	Repression
٥- تكوين رد الفعل	Reaction Formation
٦- التبرير	Rationalization
٧- الإسقاط	Projection
٨- التعويض	Compensation
٩- التحول	Conversion
١٠- الإنكار	Denial
١١- الإزاحة	Displacement
١٢- التوحد (التمقص)	Identification

ويحاول بعض علماء النفس تصنيف بعض هذه الحيل في فئات كبري علي النحو التالي:

أ- الحيل الاعتدائية ويدخل في نطاقها:
١- العدوان
٢- الإسقاط

ب-الحيل الهروبية ويدخل تحتها:

١- النكوص

٢- التبرير

ج- حيل استبداليه غير موفقة مثل:

١- التعويض

٢- النقص

وسنتكلم فيما يلي عن كل حيلة من الحيل الاثني عشر السابقة:

١- **العدوان:** ينفس التوتر الشديد المستمر المترتب عن الإحباط عن نفسه بما يقوم به الفرد من عدوان وللعدوان صور مختلفة فقد يكون عن طريق العنف الجسمي أو العدوان بالقذف اللفظي كالتشهير والإيقاع بين الناس والكيد لهم . وقد يأخذ العدوان صورة النقد والتندر والتهديد، كما قد يأخذ صورة الغضب والأفعال المتصفة بالتهيج والعنف.

وقد لا يوجه العدوان علي الأفراد أو المواقف التي أنتجت الإحباط ، ولذلك ينصب العدوان علي أول " كبش فداء" يجده الفرد أمامه. فالموظف الذي يلقي من رئيسه نهراً أو ذماً أ أي صورة من صورة الإيذاء، وفي نفس الوقت لا يستطيع أن يدفع عن نفسه ذلك فإنه عندما يذهب إلى منزله بعد انتهاء عمله يثور في أولاده ويوجه لهم كافة النقد. وقد لا يستطيع الفرد توجيه العدوان للعالم الخارجي فيوجه العدوان إلى داخله فيقوم بإيذاء نفسه.

ولقد وجدت شارلين ت . ماير Charlene T . Mayer في دراستها للعلاقة بين سلوك الآباء وعدوان الأبناء أن التدخل في تهذيب وتأديب الأطفال يرتبط ارتباطا موجباً بدرجات عدوان الطفل فيبلغ ٠،٥٧ أي أن التدخل في تأديب الطفل والخلافات المنزلية ترتبط بالعدوان ارتباطاً موجباً يصل إلي ٠،٤١ أي أن التدخل في تأديب الطفل والخلافات المنزلية يؤديان إلى زيادة العدوان لدي الأبناء، وفي مقابل ذلك فإن فهم مشكلات الأبناء واستخدام الديمقراطية كأسلوب في تربية الطفل يؤديان إلى خفض درجة العدوان لدي الأبناء (لورانس شافز، ١٩٥٥: ٣٧٥).

٢- **النكوص:** يعتبر النكوص من الحيل التي يعود فيها الفرد إلى استعمال أساليب تشير إلى التكيف غير الناجح كان يستخدمها الفرد في مرحلة سابقة من مراحل نموه، وهذا ما نراه لدي البعض عندما يواجهون مصاعب في حياتهم فنجدهم يلجاون إلى الإفراط في الحنين إلى الماضي حيث كانوا ينعمون بالراحة والنعيم دون تحمل لمسؤوليات وواجبات تقضيها الظروف الراهنة.

وقد نلمس استخدام الأطفال لمثل هذه الحيل فعندما يجد ابن من الأبناء أن أمه قد وجهت حنانها وعطفها إلى أخيه الأصغر منه فإنه يأخذ في التبول اللاإرادي أو يقوم بمص أصابعه أو قضم الأظافر كما سبق أن بينا.

٣- **الأنسحاب:** يذهب كرتش وزملائه Krech and others إلى أن الموقف الإحباطي الذي يتعرض له الفرد قد يؤدي إلى الانسحاب منه، وذلك بإقامة الحواجز النفسية التي تعزلة كلية عن الاتصال بهذا الموقف. والمثال علي ذلك أصحاب الرأي والاتجاهات السياسية فعندما تعاق آرائهم واتجاهاتهم ولا تجد المنافذ المعروفة للتعبير عنها لرفض المجتمع لها فإن هؤلاء الأفراد قد يفقدون كل الميل ويرفضون المشاركة بنشاط في العمل السياسي وتتكون لدي هؤلاء الأفراد تبعاً لذلك السلبية في سلوكهم فيصبحون غير منتجين ولا يستفيد منهم المجتمع بشئ.

٤- **الكبت** : هناك فرق بين الكبت والقمع Suppression فالقمع محاولة الفرد السيطرة الشعورية علي الدوافع والمشاعر والخبرات غير المرغوبة من قبل المجتمع. أما في الكبت فإن الفرد يقوم بإخضاع حاجاته المحبطة لقوي تجعلها صعبة المنال في الواقع ونتيجة لذلك فإن الفرد ينسب أو يكبت هذه الرغبات غير المشبعة.

٥- **تكوين رد الفعل:** أو التكوين العكسي ويعبر ذلك عن قيام الفرد بسلوك مخالف لما يود ويرغب أن يحققه مثل مبالغة الأم في العناية بأبنائها ، فإن ذلك قد يعكس كراهية شديدة نحوهم لأنهم نتاج زواج غير سعيد.

٦- **التبرير:** يعني قيام الفرد بتبني أسباباً معقولة لما يقوم به من أخطاء أو لما ينتج عنه من فشل دراسي أو لما يعتنقه من قيم ومعتقدات أو آراء تتصل بالسياسة، فالتلميذ الذي يغش في الامتحان يذهب إلى القول بأن الامتحانات آساليب تقليدية لا تصلح في المقارنة بين الناجحين والفاشلين أو بين الأذكياء وغير الأذكياء . وبهذا فإن التبرير من الحيل التي يدفع بها الإنسان عن ذاته ما يسبب لها الأذى والألم.

٧- **الإسقاط:** ويتمثل الإسقاط في قيام الفرد بنسبة ما لديه من صفات وخصائص غير مرغوب فيها إلي الآخرين، وذلك كالشخص الذي يشعر بذنب بسبب تصرفاته غير الأخلاقية فيعكسها علي الآخرين واجداً فيهم أسباب خطئه أو خطيئته ، كذلك الزوج الذي لدية رغبة لا شعورية في خيانة زوجته يميل إلى اتهامها بالخيانة.

٨- **التعويض** : يلجأ الفرد لهذه الحيلة محاولاً التغلب علي شعوره بالعجز سواءاً كان هذا العجز حقيقياً أو متخيلا، وقد يكون التعويض مباشراً أو غير مباشر، ويبدو التعويض المباشر في رغبة الإنسان النجاح في مجال من مجالات الحياة كعمل أو مهمة تعوض الفرد من الفشل أو العجز . أما العويض غير المباشر فهو محاولة الفرد النجاح في ميدان آخر غير الميدان الذي سبق له الفشل فيه كالطالب الذي فشل في التعليم فيحاول تعويض هذا الفشل في النجاح في النشاط الاجتماعي.

وهناك ما يسمي بالتعويض الزائد فيبلغ الإسراف في التعويض حد الاستعلاء والعدوان، كما نري في مجال جناح الأحداث الذين يهربون ويسرقون ويتشاجرون ليثبتوا لأنفسهم وللناس أنهم غير ضعفاء.

٩- **التحول:** عندما يعجز الإنسان عن مواجهة موقف من المواقف الخارجية فإن الفرد يهرب من هذه المواقف إلي الكسب عن طريق المرض في احد حواس الجسم أو أحد اعضائه . كالطالب الذي لم يستذكر دروسه نجده يوم الامتحان لم يستطع الإجابة علي الأسئلة فيحدث له شلل في يده التي يكتب بها ليعزو فشله لمرض يده وكالجندي الذي لا يقدر علي مواجهة المعركة فتشل قدمه ولا تقوي علي السير لكي يحمله زملائه لأقرب مستشفي بالميدان.

١٠- **الإنكار:** من خلال الإنكار يستطيع الفرد أن يتجنب العوامل المسببة للألم، وذلك بالإنكار لا شعورياً لما لدي الفرد من رغبات أو أفكار أو أي موضوع خارجي ومن صور الإنكار أن يلجأ الفرد إلي التجاهل التام لما في الواقع من جوانب مؤلمه.

١١- **الإزاحة:** في هذه الحيلة يتم توجيه ما لدي الفرد من مشاعر مكبوتة نحو الأفكار أو موضوعات أو أفراد غير تلك التي كانت الأساس في نشوء هذه الانفعالات ويتضح ذلك في شعور الحب الذي لا يستطيع الفرد أن يوجهه لصاحبه فيقوم بتوجيهه لأحد أقاربه أو لأحد أبنائه.

١٢- **التوحد:** ويعني بالتوحد رغبة الإنسان لا شعورياً في القيام بإدماج شخصيته في شخصية فرد أخر يود أن يتصف بصفاته وسماته لأنه يشعر بالعجز والنقص بالنسبة لهذه الخصائص والسمات. وفي مجال الاضطرابات النفسية نجد بعض المرضي النفسيين يتقمصون شخصية نابليون أو الملك مينا فيتشبهون بهما في مشيتهما. ويحدث التوحد في جميع الأعمار ففي الطفولة يتوحد الطفل بأبيه، وفي المدرسة بمدرسه ، وبهذا فإن التقمص مصدر سوي للإشباع التوافقي، ولكنه يري أيضاً في أكثر حالات عدم السواء تطرفاً كما سبق أن رأينا (لورانس شافر، ١٩٥٥: ٣٧٥).

الخلاصة: وهكذا نجد أن هذه الحيل والأساليب التوافقية لا تستطيع أن تحل المشكلة التي يقع فيها الفرد وأن عملت علي خفض التوتر كالانزواء الذي يجعل الفرد يشعر بأنه غير فاشل في صلاته مع الناس، لكنه لا يؤدي إلى تحسن في هذه الصلات . أي أن هذه الاساليب تشبع الدوافع بشكل وهمي ، ولا تحل المشاكل بل تزيدها سوءاً . ويكتسب الإنسان تلك الأساليب بالمحاولة والخطأ وعن طريق معايشته وتشربه للأشكال السلوكية المختلفة التي يقومون بها فيعمل علي تنفيذها مرة تلو الأخري حتي تصبح هذه الأساليب شيئاً ثابتاً لديه وجزءاً من شخصيته.

السواء واللاسواء

يذهب الطبيب النفسي ستافورد كلارك في كتابه Psychiatry to – day أن اللاسواء النفسي لدي الفرد يتحدد بتوفر الشروط الثلاثة الأتية:

(١) شدة المعاناة من الاعراض المرضية.
(٢) استمرار الأعراض فترة طويلة.
(٣) عدم تناسب الاستجابة مع المثير.

ويقصد " بالشدة" أن الأعراض كالقلق والتوتر والاكتئاب قد تعمقت في الذات وأصبح تأثيرها واضحاً وبشكل بارز يظهر في معاناة الشخص منها. ويعني "بالاستمرار" أن هذه الأعراض موجودة لدي الفرد منذ مدة طويلة ومازال يعاني منها. أما ما يقصد " بعدم تناسب الاستجابة مع المثير" فهو أن الفرد في استجاباته المختلفة لمن يحيطون به ولكافة المثيرات الموجودة في البيئة لا تكون هذه الاستجابات مناسبة للمثير وذلك لعدم مسايرة هذه الاستجابات لما هو متفق عليه بين أعضاء الجماعة أو ي المجتمع أو في الثقافة.

وفي فصل آخر عن: الحياة العقلية العادية يقول ستافورد كلارك في أن ما يقبل علي أنه "سواء" في مجتمع يختلف بصورة كبيرة في مجتمع أخر فلا يقبل علي أنه كذلك.

محكات الشخصية السوية: ونضيف لما سبق أن ذكرناه عن شروط التوافق أن الكثير من علماء النفس (كوفيل – متلمان – مازلو) يتفقون علي أن الشخص السوي يتمتع بالخصائص التالية:

أ- شعور مرتفع بالأمن: ويتمثل ذلك في سعي الإنسان سعياً كبيراً م أجل حماية ذاته وتأمينها، والوقاية من الأخطار المحيطة به.
سواء كانت هذه الأخطار في البيئة أو في الأشخاص والمؤسسات المختلفة.
ب- قدرة عالية من الاستبصار وفهم تقويم الذات : ويتضح ذلك في وصول الفرد إلي درجة عالية من الرضي الذاتي عما يقوم به من أعمال وما يرغب في القيام به من أفعال.
ت- عدم وجود فجوة وهوة كبيرة بين أهداف الحياة التي يضعها الفرد لنفسه وبين قدراته وفاعلية علاقاته الإنسانية بالآخرين.
ث- ثبات الفرد في أقواله.
ج- الاستفادة من الخبرة السابقة.
ح- تناسب انفعالات الإنسان مع المثيرات والمنبهات التي قد يتعرض لها.
خ- قدرة الفرد علي الموازنة بين تلبيته لحاجات الجماعة وبين استقلاله الذاتي.
د- إشباع الحاجات الفسيولوجية بشكل مقبول (كوفيل وآخرون، ١٩٦٧: ٧٨).

وفي ضوء الخصائص السابقة فإن الشخص السوي هو الذي يرسم لنفسه مستوي من الطموح مناسباً لقدراته وإمكانياته الشخصية، وهو الشخص الذي يتحمل مسئولية أعماله ويتمسك برأيه واستقلاله الذاتي بصورة تساير أهداف الجماعة ومثلها وقيمها. كما أنه في نفس الوقت

يكون قادراً علي التفاعل والتعاون مع الآخرين وتلبية حاجاته الفسيولوجية بشكل لا يتعارض مع المعايير السائدة وحب وتقدير الجماعة له.

معايير السواء واللاسواء

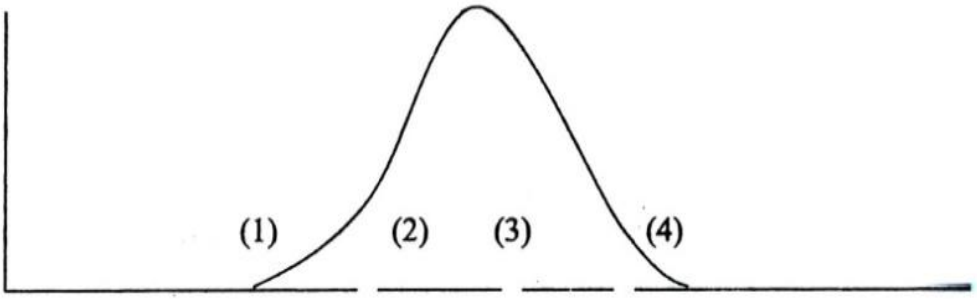
إن ما ينظر إليه علي أنه " سوي" في مجتمع قد ينظر إليه علي أنه " لا سوي" في مجتمع أخر ، بل أنه داخل الثقافة الواحدة تتعد الثقافات الفرعية Subcultures ويختلف " السواء" و"اللاسواء" في مفهومه ومعناه في كل ثقافة من هذه الثقافات الفرعية عن باقي الثقافات.

ولقد اختلفت الآراء ووجهات النظر فيما يتعلق بتحديد "السواء" و "اللاسواء" ويطلق في نهاي الأمر علي هذه الآراء ووجهات النظر المتعلقة بالسواء واللاسواء اسم" معايير السواء واللاسواء " وأهم هذه المعايير:

(١) المعيار الإحصائي
(٢) المعيار الثقافي
(٣) المعيار المرضي
(٤) المعيار المثالي
(٥) المعيار الطبيعي

وسنتكلم فيما يلي عن هذه المعايير كل علي حدة:

(١) المعيار الإحصائي: فكرة المعيار الإحصائي مستمدة من خصائص المنحني الاعتدالي النموذجي والذي يقوم علي اساس توزيع درجات عينة ممثلة للمجتمع علي اختبار من اختبارات الذكاء أو القدرات أو بعض الخصائص الأخرى.



والتوزيع الاعتدالي النموذجي من أهم خواصة الإحصائية أنه متماثل أي أن نصفه الأيمن نطبق علي نصفه الايسر وأن متوسطه يساوي صفراً (فؤاد البهي، ١٩٧١:٢٠٣)

ويفيد منحني التوزيع بالصورة السابقة في معرفة السواء واللاسواء (العادي والشاذ) بالنسبة للسمات والخصائص العقلية المختلفة فلو قمنا بتطبيق اختبار مناسب من اختبارات الذكاء علي عينة ممثلة للمجتمع ونعني " بممثلة " أن تمث العينة فئات العمر والتعليم الختلفة والمستويات الاجتماعية الاقتصادية والمناطق الجغرافية والجنسين، فلو طبقنا هذا الاختبار علي هذه العينة فإننا نتوقع أن يحصل معظم أفراد العينة علي درجة ذكاء متوسطة أي أنهم يقعون في المنتطقتين (٢)، (٣) من التوزيع وهي المنطقة التي تشمل معظم مساحة هذا التوزيع أي المنطقة " المتوسطة" ونتوقع كذلك أن تحصل قلة من هذه العينة علي درجات " أقل " من المتوسط ويقعون في المساحة رقم (٤) من التوزيع.

ومن وجهة نظر " المعيار الإحصائي" فإن الأفراد الذين يقعون في المنطقتين (٢) ، (٣) هم الأسوياء والأفراد الذين يقعون في المنطقتين (١) ، (٤) هم غير الأسوياء.

ويتفق توزيع الدرجات الخاصة بالذكاء بهذه الصورة مع رؤيانا لتوزيع الذكاء بين من نصادفهم من الناس في حياتنا اليومية فغالباً ما نقابل أفراداً تستطيع التفاهم معهم، كما أنهم يستطيعون التفاهم معنا، كما أنه من النادر أيضاً أن نقابل أفرداً لا نسطيع التفاهم معهم لانخفاض مستوي ذكائهم أو نقابل أفراد ذوي ذكاء مرتفع وذلك لأن هاتين الفئتين الأخيرتين نادرتين في المجتمع أي أن "منخفضي الذكاء" " و "مرتفعي الذكاء" قلة وليسوا بكثرة " متوسطي الذكاء".

وإذا كان هذا المعيار الإحصائي يصلح في تحديد السواء والشذوذ بالنسبة لبعض السمات الجسمية كالطول ووزن الجسم حيث نجد أن كلا من "القصر البالغ" و "الطول البالغ" من

الخصائص غير المرغوبة والتي تعتبر "شاذة" للدرجة التي أصبحت الأمثلة الشعبية السائدة تتطابق معها فيقال في الطول البالغ والقصر البالغ : كل طويل هبيل وكل قصير مكير" والوصف الموجود في هذا المثل عن كل من الطول والقصر يشير إلي أنهما صفتان غير مرغوبتان أي "شاذة" ... ومايقال علي الطول يقال علي وزن الجسم فالنحافة والبدانة صفتان غير مرغوبتان.

إلا إن ما يمكن أن يوجه من نقد لهذا المعيار هو أنه لا يمكن أن يصلح لكل الخصائص والسمات. فلو أخذنا الذكاء أو درجة الإبصار وقمنا بعمل توزيع درجات عينة ممثلة من الأفراد كل علي حدة فإننا لا نستطيع أن نقل أن الأفراد الذين يقعون في المنطقة رقم (٤) من التوزيع وهم "مرتفعو الذكاء" بالنسبة لصفة الذكاء وهم "حادو الإبصار" بالنسبة لصفة الإبصار أنهم "شواذ" وذلك لأن ارتفاع الذكاء وحدة الإبصار من الصفات المرغوبة والمحبوبة من قبل المجتمع.

(٢) **المعيار الثقافي** : توجد في كل ثقافة من الثقافات مجموعة من التقاليد والعادات والقيم والمعايير السائدة التي يتم من خلالها تقييم سلوك الأفراد، أي أن هذه المجموعة من القيم والعادات " مقياساً" أقامته الجماعة يقاس عليه سلوك كل فرد ليحاسب إذا خرج عليها ويكافأ إذا دخل سلوكه في نطاق ما هو مرغوب من تصرفات أقرتها الثقافة التي يعيش فيها.

وتختلف تلك المجموعة من القيم والعادات من ثقافة لأخرى ونتيجة لهذا الاختلاف فإن" المقياس" الذي يقاس علي أساسه انحراف سولك الأفراد أو تطابقه مع تلك المعايير والقيم يختلف من ثقافة لأخري أيضاً.

يتضح من هذا الكلام لو استعرضنا بعض الظواهر وتأملناها وكأنها علي ذلك "المقياس" في عدة ثقافات . فالجنسية المثلية أي ممارسة الجنس مع نفس النوع Homosexuality يعتبر سلوكاً "شاذاً" في كثير من الثقافات لكنه يعتبر سلوكاً سوياً في ثقافات أخرى.

وفي الثقافة الواحدة نجد أن المعايير والقيم السائدة فيها تتغير من وقت لآخر نتيجة لعوامل التغير والتطور فما كان يعتبر "شاذاً" في يوم من الأيام بأحد الثقافات يعتبر اليوم "سواء" فالسفر وخروج المرأة لمجال العمل بل واشتراكها في الحياة السياسية اعتبر في أواخر القرن الماضي وأوائل القرن الحالي سلوكاً شاذاً لكن خروج المرأة وسفورها أصبح اليوم سلوكاً مرغوباً فيه وسوي.

وهكذا نجد أن حتي في الثقافة الواحدة لا يمكن أن توجد مقاييس ، ثابتة دائمة علي مر الزمان وذلك لأن هذه المقاييس تخضع للتطور وللتغير.

وليس ذلك فقط بل أننا نجد أنه داخل الثقافة الواحدة تنتشر الثقافات الفرعية Subcultures وتتعدد وقد يكون هناك اتفاق عام بين هذه الثقافات الفرعية علي ما هو " سوي" وما هو "شاذ" بالنسبة لبعض الظواهر والمسائل السائدة إلا إن هناك ظواهر أخرى يختلف الحكم علي سوائها وانحرافها من ثقافة فرعية لأخري والمثال علي ذلك ما نجده في مصر بالنسبة لظاهرة الأخذ بالثأر فهذه الظاهرة تعتبر أمراً عادياً في الوجه القبلي فالإبن لابد أن يأخذ بثأر أبيه ويقتل من قتله، هذا حين أن هذا السلوك يعتبر "شاذا في الوجه البحري حيث يترك الأمر للعدالة لتصدر حكمها في القاتل عند حودث مثل هذه الظواهر.

(٣) المعيار الباثولوجي: يعتبر الشخص شاذاً في ضوء هذا المعيار إذا وجدت لديه أعراض وشكاوي مرضية كالقلق والاكتئاب والتوتر والصراعات النفسية المختلفة ويعتبر الشخص سوياً إذا خلا من هذه الأعراض إذ أن الشخص السوي هو شخص بلا أعراض. إلا أن الخلو من الأعراض لا نجده لدي أحد فمن الصعوبة بمكان أن نجد شخصاً خالياً من الأعراض المرضية ، ومع هذا فإنه عندما يغلب وجود تلك الأعراض المرضية في شخص ما فإنه يعتبر "شاذاً"

ويوجه نقد لهذا المعيار في اختفاء الدرجة التي ينبغي أن تكون عليها تلك الاضطرابات والأعراض المرضية حتي يمكن أن يحكم عليها بأنها مرضية حيت لا يختلط السواء بالشذوذ.

(٤) المعيار النموذجي أو المثالي: عند الكلام عن المعيار الإحصائي وجد أن هذا المعيار لا يصلح لكل السمات والخصائص وذكرنا أننا لا يمكن أن تعتبر الزيادة في الذكاء شذوذاً أو أنحرافاً حيث أن هذه الحالة أمر مرغوب فيه ومطلوب من أجل بناء المجتمع والذي يقوم بالدرجة الأولي علي ما يقدمه الأذكياء فيه من تخطيط وتنفيذ، كذلك الأمر بالنسبة للعديد من الخصائص الأخرى كالصحة البدنية والجمال والقوة.

ولقد أشار ايزنك إلي أنه في ضوء ذلك فإننا لابد أن نضع معياراً أخر بديلا للمعيار الإحصائي ألا وهو المعيار المثالي أو النموذجي وهو المعيار الذي يأخذ كل فرد علي عاتقه الاحتذاء به ومحاولته باستمرار الاقتراب منه يجعل سلوكه يتطابق معه. وبناء علي هذا المعيار فإننا نطلق علي الشخص بأنه سوي كلما اتفق سلوكه مع المثل الأعلي ونطلق علي الشخص بانه شاذ كلما كان سلوكه غير متفق وبعيداً عن المثل الأعلي.

إلا أن أهم ما يؤخذ علي هذا المعيار أن الشئ المثالي أمر لا وجود له في الثقافة التي يعيش فيها الإنسان ويعتبر هذا المعيار تطرفاً في تحديد السواء وأن كان هناك اتفاق جماعي. علي أن ارتفاع مستوي الجمال وارتفاع مستوي الذكاء يعتبر مثالية، ومن الناحية العملية نجد أن الأخذ بهذا المعيار يحيل أفراد الثقافة – باستثناء قلة – إلى أفراد غير اسوياء.

(٥) المعيار الطبيعي: ويري البعض إطلاق اسم " معيار السلوك الجنسي" علي المعيار الطبيعي لتطابقه واتفاه مع مضمون هذا المعيار . ومن خلال هذا المعيار يعتبر الشخص سوياً لقيامه بالدور المناسب لجنسه مثل أن يكون الولد الذكر مبادراً والبنت الأنثى خاضعة والقيام بالدور الجنسي الغيري Heterosexualty أسلوب سوي بالنسبة للحياة الجنسية لدي بني البشر، كما تعتبر في نفس الوقت الجنسية المثلية Homosexuality أي ممارسة الجنس مع فرد من نفس النوع أمراً شاذاً.

(٦) المعيار الذاتي: ويعتمد هذا المعيار علي أن الفرد يجعل من ذاته إطاراً مرجعياً Frame of reference يتخذه كأساس للحكم علي السوك بأنه سوي أو غير سوي والإطار المرجعي، كما أظهرت التجارب الأولي في تاريخ علم النفس (آشي – شريف) ماهو إلا اجتماع آراء الجماعة ذاتها أي أنه يتضمن الإطار الاجتماعي الممثل لعمليات التنشئة الاجتماعية. وعلي الرغم من ذلك فإننا نجد أن اعتماد الفرد علي ذاته وعلي الإطار المرجعي في الحكم علي السلوك يخضع للأحكام السابقة لدي الفرد ولدفاعات الأنا (صلاح مخيمر، ١٩٧٨: ٥).

(٧) المعيار التواؤمي: يعتبر كولمان Colman ١٩٧٣ صاحب هذا المعيار في تحديد السواء واللاسواء فالسواء واللاسواء في نظره لا يتحد من خلال تقبل المجتمع لكن من خلال مقدار ما يوفره هذا السلوك من نمو وتحقيق لإمكانات الفرد والجماعة فمسايرة الفرد للجماعة أن أدت إلي نمو الفرد والجماعة اعتبر السلوك عادياً . إما إذا لم تؤد لذلك اعتبر السلوك مرضياً (عبد السلام عبد الغفار، ١٩٧٦: ٧٥).

الأسئلة:

(١) حدد الشواهد والأدلة علي الشخصية السوية؟
(٢) أنقد المعيار الإحصائي والمعيار المثالي؟
(٣) ما هي علامات سوء التوافق؟

مصادر تعلم أخري: شفافيات بالرسوم والمنحنيات لمعايير السواء واللاسواء.

مراجع الفصل الأول

١- أحمد عزت راجح (١٩٧٥) – أصول علم النفس – مطبعة جامعة الإسكندرية.
٢- أحمد عزت راجح (١٩٦١) علم النفس الصناعي – المطبوعات الحديثة الإسكندرية.
٣- السيد محمد خيري (١٩٥٨) الصحة النفسية في الصناعة – مجلة الصحة النفسية – العدد (١).
٤- صلاح مخيمر (١٩٧٨) – مفهوم جديد للتوافق – مكتبة الأنجلو المصرية.
٥- عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٦) – مقدمة في الصحة النفسية– دار النهضة العربية.

٦- فرج طه (١٩٦٨) – سيكولوجية العامل المشكل في الصناعة – دكتوراه غير منشورة قدمت لآداب عين شمس.
٧- فؤاد البهي السيد (١٩٧١) – علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري – دار الفكر العربي.
٨- كوفيل وآخرون (١٩٦٧) – تأليف – محمود الزيادي – ترجمة علم النفس الشواذ – دار النهضة العربية.
٩- لورانس شافر (١٩٥٥) – تأليف – علم النفس المرضي والاضطرابات الصغري في كتاب "ميادين علم النفس" تأليف بإشراف جيلفورد – وترجمة بإشراف يوسف مراد – المجلد الأول – دار المعارف.
١٠- محمد شعلان (١٩٧٧) – الاضطرابات النفسية في الأطفال – الجهاز المركزي للكتب الجامعية.
١١- متغسل ملتن (١٩٥٦) تأليف – رياض عسكر – ترجمة – وجهة تظر التكيف مع البيئة – في ميادين علم النفس – المجلد الثانى.

12- Clar, David Stafford (1959) Psychiatry today, Apelican Book. London.

13- Gambberai Francsco (1992), Monitoring for health in the Workers environment: Beyond pathology and occupational Disease, applied psychology an interracial review, 41.

14- Feder Carol Z. (1968), relationship Between self-Acceptance and adjustment, repression sensitization and social competence Journal of Abnormal psychology, Vol. 73, N4.

15- Gilmer B.von Haller (1961), Industrial psychology, Me Graw Hill Book Comp. New York.

16- Laird Ronald & -Laird Eleanor, (1958) practical business psychology, Me Graw Hill, New York.

الفصل الثاني

تاريخ الصحة النفسية

ومدى انتشار الانحرافات النفسية الاجتماعية

الأهداف: يهدف هذا الفصل إلى تعريف القارئ بتطور تناول ظاهرة المرض النفسي عبر عصور التاريخ منذ الإنسان البدائي مروراً بالعصر اليوناني والروماني والمسيحي والإسلامي حتى عصر النهضة في أوروبا وبداية النظرة العلمية للمرض النفسي. كما يهدف الفصل إلى تعريف القاري أيضا بمدي انتشار المرض بين فئات الناس في الصناعة والحياة المدنية والعسكرية والآثار التي تنجم عن ذلك اجتماعياً واقتصادياً.

المحتوى: يتضمن هذا الفصل الوحدات الآتية: تاريخ الصحة النفسية في العصور اليوناني والروماني والمسيحي والإسلامي وعصر النهضة والتفسير النفسي، مدي انتشار وآثار الانحراف عن الصحة النفسية.

مقدمه: لقد وجدت معظم أنواع الانحرافات والشذوذ ، والأمراض النفسية المعروفة لنا الآن منذ القدم بين جميع الشعوب، فالهستيريا وعته الشيخوخة والصرع عرفت في القبائل البدائية، ولدي المصريين القدماء وعند العرب في العصر الجاهلي وأرجعوها للسحر، ولعبت هذه الانحرافات دوراً هاماً في النظام الاقتصادي للبدائيين من خلال احتراف رجل التطيب مهنة الطب، والذي كان يستخدم التمائم لإبطال مفعول السحر المسبب للمرض. ونتناول فيما يلي تطور تناول تلك الانحرافات عبر العصور وانتشارها في المجتمعات حالياً.

أولاً: تطور تناول الانحرافات عبر العصور

العصر اليوناني: وان المتتبع لتاريخ الصحة النفسية يجد أن القدامى اعتبروا الشذوذ العقلي ناتجاً عن قوى فوق طبيعية. ولقد بذلت محاولات كثيرة لتحرير الفكر الإنساني من هذه النزعة وهي ربط المرض النفسي بالقوى الخارقة. ويعد أبقراط في القرن الخامس قبل الميلاد من العلماء والأطباء الذي عارضوا تسمية الصرع بالمرض المقدس إذ قرر أبقراط أنه مرض عقلي، وأن المرض العقلي مركزه المخ وأنه من الممكن علاج هذه الأمراض بدرجة كبيرة بوضع هؤلاء المرضى في جو مناخي معين وتقديم التغذ ية المناسبة لهم. وإلى جانب هذا يعتبر أبقراط من أوائل من عضدوا فكرة تدرج حدوث المرض العقلي بمعنى أن الفرق بين السواء واللاسواء Normal & Abnormal كما أي فرق في الدرجة وليس في النوع، أي أنمه ليس هناك خط فاصل محدد بين السواء واللاسواء وعلى الرغم مما قدمه أبقراط للصحة النفسية إلا أنه ترك كتابات كثيرة تشير إلى الخلط والغموض في فكره وذلك لاعتقاده الأكيد في الطباع الأربعة تلك التي تزعم أن دم الإنسان تجري به مواد شديدة الصلة بالعناصر الأربعة وهي: الهواء والماء والنار والتراب والطباع التي اعتقد فيها أبقراط هي: البلغمي والصفراوي والدموي والسوداي.

العصر الروماني: وفي مدينة الإسكندرية في العصر الروماني نجد أن علاج الأمراض العقلية قد أخذ مجراه بشكل يلفت الأنظار كغيره مما ازدهر من علوم ونبغ من علماء في هذه المدينة من أمثال جالينوس ذلك العالم الذي سارت شهرته الآفاق لمدة تزيد على ألف عام لما اشتهر في أبحاثه بالربط بين النواحي اللجسمية والعقلية على نحو لم يسبق إليه أحد في مجال الأمراض المختلفة ومنها الأمراض العصبية.

المسيحية: وبظهور المسيحية أدخلت الفكرة التي سيطرت وماتزال على عقول الناس والتي تتمثل في نسبة الأمراض العقلية إلى الجن والعفاريت ذكرت هذه الفكرة في "العهد الجديد" متمثلة في طرد الشيطان من الجسد.

ولقد كانت الطرق التي استعملت في ذلك الوقت وأن كانت تنبدو لنا الآن غير رحيمة وقاسية فإنها تعد محاولات لعلاج هذه الفئة من المرضى الذين كانوا يمرون بآلام مبرحة أثناء هذه العمليات العلاجية. ولقد شملت الإجراءات الطبية في ذلك الوقت وسائل لإشاعة الخوف والرعب في نفوس المرضى الذي يظهر عليهم الانطواء والتبلد وذلك بهدف تنبيههم. كما استعملت طرق ووسائل أخرى منها الكراسي التي كان يجلس عليها المرضى وتدار بسرعة كبيرة، كذلك استخدمت طريقة إلقاء المرضى من الأماكن العالية في حمامات باردة جداً وكان يطلق عليها اسم "Surprise" ولقد ابتدع بعض الأطباء عملية "التربنة" وكانت هذه العملية لا تجري بهدف طبي علاجي بل لإخراج الأرواح الشريرة من الجمجمة كما كان يعامل المرضى كحيوانات ضاربة فيسلسون إلى الحوائط في الحجرات التي ينزلون بها. ولقد استعمل في تقييد حركة المرضى كل وسيلة يمكن التفكير فيها، لدرجة أن ظهر محترفون لأداء هذه المهمةو كالحدادين الذين يقومون بعمل الأصفاد وإلى جانب ذلك كان المرضى يوضعون في حجرات مظلمة لعدة سنوات كثيراً ما كانوا يموتون أثناءها.

العصور الوسطى في أوروبا: ولقد انتشرت فكرة طرد الشيطان في أوروبا في العصور الوسطى وفي بعض الأحيان كان يجتاح أوروبا موجة من الهياج الهستيري وكانوا يطلقون عليه في ذلك الوقت "مرض الشيطان" ونظراً لأن دور الإيحاء لم يكن متبلوراً في تسبيب الهستيريا في تلك العصور فإنه كان في إمكانية مريض هستيري أن يوحى لنزلاء دير بأكمله فيحولهم إلى هستيريين. ولقد ارتبطت الهستيريا في ذلك العهد بالسحر والشعوذة ارتباطاً كبيراً.

العصر الإسلامي: ولا يفوتنا أن نذكر أن العرب في مصرلا وفي غيرها من المدن العربية كدمنشق وبغداد لم يفتهم العناية بمرضى العقول فبالإضافة إلى إنشاء مستشفيات خاصة بهم فقد قامت خدمة نفسية على مستوى عال من المهارة والاهتمام وخاصة في أيام العباسيين وعصر المأمون. وفي مصر اشتهر مستشفى قلاوون لأنه كان يهتم بعلاج ورعاية فئات مختلفة من المرضى من بينهم ذوي العقول المضطربة.

ولقد انشأ هذا المستشفى قلاوون سنة ١٢٤٨م وسمي "المارستان الكبير المنصوري" وفاء بنذر أخذه على نفسه عندما شفى من مرض بالقولون. وكان المستشفى يقبل للعلاج فيه المرضى من الجنسين ومن جميع المستويات الاقتصادية. وقد خصصت بالمستشفى حجرات خاصة أو خلوات لمرضى العقل، ولقد أنشأ أحمد ابن طولون قبل ذلك عام ٨٧٣م أقدم مستشفى بالقاهرة وخصص فيها أيضاً قسماً لعلاج المرضى العقليين وكان يزور كل يوم مرضي المستشفي حتي جاء يوم تقدم منه مريض عقلي وطلب مه رمانه فرمي بها وجه بن طولون بدلاً من أن يأكلها فامتنع بعد ذلك عن زيارة المستشفي (براون ادوارد، ١٩٦٦:١٢٦).

عصر النهضة: وفي القرن السادس عشر نبعت فكرة إحياء الطب القديم " طب ابقراط". زمن أشهر الكتب التي تم تأليفها كتاب "تشريح الملانخوليا" لبيرتون Anatomy Meancholia by – Birton وعلي الرغم مما وجد في هذا الكتاب من عدم تمييز بين العوامل الطبيعية والعوامل فوق الطبيعية " الميتافيزيقية " في تسبب الأمراض العقلية إلا أن الكتاب قد قدم تصنيفاً ووصفاً دقيقاً للأمراض العقلية.

ولقد حدث في القرن السابع عشر تقدم كبير في وصف الأمراض العقلية وصفاً موضوعياً ويرجع ذلك إلي ما حدث في ذلك الوقت من أحداث هامة كان رد فعلها شاملاً كافة جوانب الحياة وفروع المعرفة وعلي رأس هذه الأحداث قانون الجاذبية لنيوتن والذي تأثر به كافة الباحثون في ذلك الوقت تأثيراً كبيراً وانتهي القرن السابع عشر بنجاج العلماء ، وتمكنهم من تصنيف الأمراض العقلية لا علي أساس أنها مجموعة من الكوارث التي تصيب الإنسان وإنما علي أساس أنها مجموعة من الأنماط المرضية والشذوذ عن السواء Normality وأن هذه الأنماط يمكن تعيينها وتحديدها من خلال أعراضها المتباينة.

وظهرت في القرن الثامن عشر حركات إنسانية علمية في ميدان الأمراض العقلية. فمن الناحية الإنسانية تزعم بينل في فرنسا، ورسل في انجلترا، وكيبوك في أمريكا حركة تحرير مرضي العقول من الأغلال التي تكبلهم. وكثيراً ما كان يلح الدكتور فيليب بينيل F.Pinel في عام ١٧٩٣ علي الحكومة الفرنسية لكي تصبح معاملة المرضي العقليين معاملة رحيمة وقد كان بينل مديراً لمستشفي بيستر، ولقد طلب من الحكومة أن تسمح له بخلع الأغلال من أيدي المرضي وأرجلهم ، ولقد سمح له بأن يبدأ تجربته بنزع الأغلال عن مريض واحد ولقد واجهت تجربته معارضة شديدة لام ن المسؤولون فقط بل ومن زملائه الأطباء الذين تنبأوا له بنتائج سيئة. وكان أول من قام بنزع أغلاله قبطان باخرة " انجلترا الحبشة" وكان مربوطاً في أغلاله لمدة أربع سنوات. ولقد نجحت التجربة بعد أسبوع وأعيدت التجربة مع ٥٠ مريضاً.

وفي النهاية تبين أن الرحمة في معاملة المرضي وعدم تقييد المريض قد اتيا بنتائج مشجعة، وانتهي علي أثر ذلك نظام قيد المرضي في المستشفي. وبعد ذلك بربع قرن تقريباً جاء أحد تلاميذ بينل فعمم هذه الإجراءات وظهرت آثار هذه الحركة بعد ذلك ف انجلترا وأخذ الأطباء الإنجليز يحضرون إلي فرنسا ليروا بأنفسهم نتائج ذلك متمثلاً فيما تقوم به النساء

المريضات من أعمال الحياكة والسلوك الجمعي الترفيهي. كما امتاز هذا القرن بهذه الصورة (تحرير المريض) بمناهضة الفكرة المسيحية التي تقوم بأن الإنسان حقير ومخطئ. وعلي أثر ذلك ظهرت حركة الإصلاح الإجتماعي ، التي نادت بضرورة علم مستشفيات لإيواء مرضي العقول.

حركة بيرز Cliford Bearas ذلك الطالب في كلية الطب والذي مرض بمرض عقلي (حواز انتحار) دخل المستشفي ثم شفي وخرج منها وكتب كتاباً بعنوان عقل وجد نفسه Amind that found it self وكتب أحد الأطباء العقليين (السكاتريين) في أمريكا مقدمه لهذا الكتاب وذلك في عام ١٩٠٩. وقد سجل بيرز في هذا الكتاب ما كان يحدث في المستشفي.

ويمكن تلخيص الحركة التي تزعمها بيرز في ثلاثة أهداف: الأول العلم علي تغيير الاعتقاد السائ بأن الأمراض العقلية لا يمكن علاجها، والثاني العلم علي اكتشاف الأمراض العقلية في مراحلها الأولي للوقاية منها قبل أن تصحب مستعصية، والثالث تحسين الظروف الموجودة بالمستشفي (محمد عماد الدين إسماعيل، ١٩٥٩ :٢٨٣).

ولقد أمتاز القرن التاسع عشر بالأبحاث العلمية عن مختلف الأمراض وعلي أثر ذلك انتشر الوعي بالأمراض العقلية فظهر في ألمانيا في منتصف القرن التاسع عشر الطبيب جرزنجر Gerzinger الذي تعمق في دراسة وتصنيف الأمراض العقلية وتبعه آخرون فكانت حصيلة أبحاثهم ودراساتهم التمكن من تصنيف الأمراض العقلية إلى ثلاثمائة تصنيف. وفي أحد المدن البلجيكية (مدينة تمبل) يوجد قبر لأحد القديسات التي فرت من محاولة أحد أقربائها اغتصابها إلي هذه المدينة لتستقر فيها حتي دفنت وأقاموا لها قبر بها يزوره الناس. ولقد أثرت قصتها في أهل هذه المدينة جيلاً بعد جيل حتي أشتهروا بالطرق الإنساسنة في معاملة المرضي العقليين.

وظهر في هذا القرن أيضاً تصنيف كربيلين Kraplin للأمراض العقلية والذي تضمن عشرون تصنيفاً مازالت سارية حتي الآن. وبعد كربيلن بدأ البحث في الجهاز العصبي حوالي عام ١٨٥٠ يعطي نتائج هامة مكنت الباحثين من معرفة العلاقة الموجودة بين أمراض المخ والأمراض العقلية ووضع في ذلك الوقت وصف مبدئي للشلل العام لدي المجانين.

وفي نهاية القرن التاسع أجريت فحوص ميكروسكوبية علي المخ أفصحت عن وجود دلائل فسيولوجية ساعدت في الكشف عن أسباب الاضطراب العقلي في حالات الشيخوخة وفي حالات التسمم والإصابات العضوية وحالات الصرع. كما قام علماء الأعصاب والطب العقلي الفرنسيون في الربع الثالث من القرن التاسع عشر ١٩ بوصف فكرة الإيحاء وبينوا علاقة الإيحاء بالهستيريا، ما ظهر في باريس الطبيب شاركوه Charkoet واتباعه الذين أوضحوا أن

هناك بعض الوظائف التي يمكن أن تسير في نشاطها مستقلة، أي أن بعض الأفعال قد تحدث لا شعورية مثل التجوال النومي.

التفسير النفسي: ولقد بدأ بعد ذلك التفسير السيكولوجي الصرف للأمراض العقلية في كتابات بروير ، وفرويد عام ١٨٨٠ وهما يفترضان وجود صراع ينشأ بين الدوافع فينتج عن ذلك الصراع كبت أو إنكار لهذه الدوافع، وهذه الرغبات المبكوتة تستمر في نشاطها حتي علي الرغم من أنها لا تحتل أي مكان في الشعور لأنها في نضال لكي تجد تعبيراً عنها ولقد وجد ذلك الصراع في أعراض الهستيريا وبعض الأمراض العقلية وكام محور الدراسة الاحلام وبعض الظواهر النفسية اليومية التي كانت غامضة كالهفوات وغيرها.

وفي عام ١٩٠٠ ظهر علم النفس المرضي نتيجة حدوث ارتباط بين الطب العقلي وعلم النفس التجريبي علي يد كربيلين الذي بذل جهداً كبيراً في السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر في عمل المقارنات بين العمليات العقلية السوية والعمليات العقلية الشاذة، كما قام بعمل دراسات تجريبية عن الشذوذ العقلي الناتج عن التعب والجوع وتناول العقاقير وتعاطي المخدرات وذلك تحت ظروف مضبوطة علمياً.

القرن العشرين: ولقد جاء القرن العشرين ١٩٠٠ والدراسات التجريبية علي الشواذ آخذة في التقدم. وقد ساعد علم نفس الطفل هذه الدراسات مساعدة فعالة، فالدراسات الدقيقة للنمو النفسي لدي الطفل تحت ظروف علمية نسبياً في الحضانة قد أضاقت قدراً كبيراً جداً من المعرفة لما توصل إليه الأطباء العقليون من نتائج والذين يهتمون بالكشف عن الأسباب المختلفة التي تكمن وراء مشكلات الأطفال خاصة أن نسبة كبيرة جداً من سوء توافق الشباب والبالغين ناتج عن الخبرات النفسية والمعاملة القاسية التي عوملوا بها أثناء طفولتهم، وقد أسهم هذا التعاون بين الطب والعقلي وعلم النفس الطفل في الوقاية من الانحراف والكشف عن المظاهر المختلفة للشذوذ والاضطراب النفسي (حسن الساعاتي وعبد المنعم المليجي، ١٩٦٠: ١)

ثانياً: مدى انتشار وآثار الانحراف عن الصحة النفسية

إذا كنا قد أوضحنا في البداية أن الصحة النفسية كما عرفتها هيئة الصحة العالمية هي كافة الإجراءات التي تتخذ من أجل الوقاية والعلاج للاضطرابات النفسية، وكافة صور السلوك التي يطلق عليها مفهوم " سوء التوافق" فإنه يجدر بنا تقديم عرض وفي لأشكال هذا السلوك وصوره المختلفة، والتي يصفها لورانس شافر بأنها " شذوذ في الإدراك والتفكير والتوافق" وذلك بعد أن نعرض لمدي انتشار وآثار هذه الانحرافات علي الأفراد والجماعات في بلاد العالم.

مدي الانتشار والآثار الاجتماعية والاقتصادية: تبذل جميع الدول الكثير من الجهد والمال في سبيل القيام بكافة الإجراءات التي تعمل علي الوقاية من وقوع أبناءها في هذه الاضطرابات والانحرافات. وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية من أكثر البلاد التي تتفق علي

برامج الصحة النفسية، ويوجد في الولايات المتحدة في أي فترة حوالي خمسمائة وثمانين ألف مريض في مستشفيات الأمراض العقلية. وفي خلال العام الواحد يدخل المستشفيات ١٤٢ (مائة واثنين وأربعين ألف مريض مرة أخري لحاجتهم إلي الرعاية ثانية. كما تذكر الإحصاءات أن من يموتون داخل مستشفي الأمراض العقلية عددهم ٤٦ (ستة وأربعون ألف مريض) ويدخل فيهم الذين يعانون من مرض " عته الشيخوخة".

والأرقام السابقة مأخوذة من الإحصاءات الرسمية لكنه يجب إلا يخفي علي أذهاننا أن هناك نسبة من المرضي العقليين يلقون الرعاية في منازلهم أو في العيادات الخاصة للأطباء النفسيين، ولا يخفي علينا حجم هذه المشكلة بإضافة النسبتين علي بعضهما.

ويرجع الأمريكان الزيادة في عدد المرضي في مستشفيات الأمراض العقلية والذي بلغ ٤٥٠ أربعمائة وخمسين ألف في عام ١٩٣٥، ٥٨٠ وخمسمائة وثمانين ألف في عام ١٩٤٥ لا إلي الضغط المطر بشدة في الحياة الحديثة لكن إلي توفير الرعاية داخل المستشفيات والتي يحتاجون لها، وإلي التحسن في قبول الجهود للتسهيلات التي تم إدخالها علي تلك المستشفيات (لورانس شافر، ١٩٩٥: ٣٤٩، ٣٧٥).

أما في انجلترا وويلز فقد بلغ في نهاية عام ١٩٤٩ نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية فيهما ١٥٠,٠٠٠ مائة وخمسون ألف من المرضي، كما بلغ عدد من يعانون من الضغط العقلي ٣٠٠,٠٠٠ ثلاثمائة ألف وذلك في نفس الفترة ، ويتلقي الرعاية من المؤسسات ٤٥,٠٠٠ خمسة وأربعين ألف منهم. ويتضح من خلال تحليل تلك الإحصائيات أن ثلاثة من كل ألف من عدد السكان يدخلون كمرضي في المستشفي العقلي، وواحد من كل ألف من السكان يدخل مؤسسة ضعاف العقول، كما أنه مما يشير إلي حجم المشكلة في هذين البلدين (انجلترا وويلز) أن ثلثي (٦٨%) عدد الاسرة التي في المستشفيات سواء كانت خاصة بمرض عضوي أو حوادث أو جروح يشغلها مرضي عقليون. وتلك الأرقام لا تشمل نسبة العصاب النفسي بين الأفراد والذين يشكلون من ٨-١١ في الألف من السكان . ويذكر دكتور بليكر Blacker C.Bفي كتابه " العصاب وخدمات الصحة النفسية عام ١٩٤٦ أن عدد العيادات المختصة بالإضطرابات الانفعالية عند الأطفال في إنجلترا وويلز وشمال إيرلندا يصل إلي ما بين ١٥٠-١٧٥، ٢٦ ستة وعشرون في لندن و ١٢٣ في باقي انجلترا ، ٧ سبعة في ويلز (Ckark, 1959:259).

العلاقة بين مدة الإصابة بالاضطرابات العقلية وبين مجموع السكان: قام لاندر، وبيج Landis& Page في مؤلفهما Modern Society and Mental Diseasse المجتمع الحديث والأمراض العقلية عام ١٩٣٨ بمحاولة للربط بين مدة الإصابة بالاضطرابات العقلية وبين مجموع السكان فتوصلا لما يأتي:

١- حوالي خمسة من كل ألف ينزلون بأحد المستشفيات العقلية خلال فترة ما من كل عام.

٢- حوالي خمسة عشرة من كل ألف في حاجة جدية إلي الرعاية الطبية العقلية إما داخل المستشفيات أو خارجها.
٣- من كل ألف يولدون سينزل خمسون منهم بأحد المستشفيات العقلية خلال فترة ما من حياتهم (لورانس شافر، ١٩٥٥: ٣٤٩).

وفي تقدير آخر للكشف عن العلاقة بين انتشار هذه الانحرافات وبين مجموع السكان وجد ما يلي:

١- واحد من بين كل عشرن سيؤدي به الأمر للمستشفي العقلي وستضطرب الحالة النفسية لواحد آخر منهم في يوم ما. ومعني ذلك أن ١٠% ممن يولدن سيعانون من انحرافات عقلية شديدة.
٢- سوف تلجأ اسرة واحدة من بين كل خمس أسر سنوياً للطبيب العقلي طلباً لمساعدته مما يلحق أفرادها من انحراف عن الصحة النفسية (عبدالمنعم المليجي، ١٩٥٦: ١٠، ٤٥).

الآثار الاقتصادية : ومما يشير إلي أن الانحراف عن الصحة النفسية ينتج خسائر اقتصادية كبري ما انفق بالولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٤٥ للوقاية والعلاج من هذه الانحرافات فبلغ إجمالي ما انفق ١٦٥ مليون دولار لنسبة ٨٥% من المرضي لأن النسبة الباقية وهي ١٥% تعالج تبع المجالس المحلية والريفية. كما أن عدد الأسرة التي يشغلها المرضي العقليون تصل إلي النصف من حوالي المجموع الكلي لعدد هذه الأسرة. كما أن عدد الموظفين الذين يقومون بالخدمة في هذه المستشفيات بلغ عددهم ٦٣ ثلاثة وستون ألف موظف (لوارنس شافر، ١٩٥٥: ٣٤٩).

وفي الجيش الأمريكي بلغت ميزانية بحوث التدريب والأفراد ٤٠٠ أربعمائة مليون دولار (Allusi, 1987)، كما يصل عدد الأخصائيين النفسيين المدنيين الملتحقين بالجيش للقيام بالخدمات النفسية ستمائة أخصائي نفسي في معامل الجيش والبحرية والطيران إضافة إلي عدد آخر من الأخصائيين الذين يعملون بعقود.

هذا بالنسبة للانحراف الشديد في الصحة النفسية كالذهان والمرض العقلي أما الانحراف البسيط عن الصحة النفسية أي العصاب فيذهب الكثير إلى أنه من الصعب تقدير هذه الفئة كما سبق تقدير الفئة السابقة لأن من يعانون هذه الانحرافات لا يذهبون إلى المستشفيات فالناس جميعاً يعانون من حالة عصاب في فترة ما من حياتهم، وأن حوالي ١٠% من السكان يعانون باستمرار من العصاب . ولقد ذهب اندرسونAnderson في كتابه عن الطب النفسي والصناعة (١٩٢٩) أن نسبة من ١٢-٢٠% من الموظفين في المحلات التجارية تعوقهم الحالة الانفعالية وغيرها من العصاب.

وبصرف النظر عما ينفق في سبيل الوقاية والعلاج من الانحرافات النفسية فإن هذا لا يعدل ما يعانيه هؤلاء من الشقاء وسوء التوافق في حياتهم اليومية والتي تتمثل في عدم قدرتهم

علي الاحتفاظ بأعمالهم كما أنهم لا يستطيعون الحياة حياة سعيدة مع أزواجهم أو أبنائهم ويكونون في حالة شقاء دائم. وإن دراستنا لتلك الأشكال من الانحرافات ليفيد في فهمها كما يفيد في كيفية ضبطها وشفائها (لورانس شافر، ١٩٥٥: ٣٤٩).

وفي الصناعة الأمريكية وجد أن ثلثي المتغيبين من العمال الصناعيين يرجع غيابهم لأمراض عصابية وتقدر الإحصائيات أن تأثير أشكال الأنحراف عن الصحة النفسية علي الاقتصاد يصل في امريكا إلى ١٧٥٠ دولار سبعمائة وخمسين مليون دولار سنوياًَ من الأرباح المتوقعة نتيجة سوء التوافق.

وفي الجيش الأمريكي استبعد ١٨% من المتقدمين للخدمة العسكرية في الحرب العالمية الثانية لأنهم غير لائقين انفعالياً وعقلياً . وقبل نهاية الحرب وجد أن ثلث (٣٣،٣%) الأشخاص الذين طردوا من الخدمة العسكرية لأنهم سئ التوافق.

أما في الجيش الألماني فقد تم الاهتمام بدراسة الكثير من النواحي النفسية والعوامل المرتبطة بها كالغياب والروح المعنوية والحالات الانفعالية المختلفة (Hoffman, 1992:264).

ولقد نشر منظمة الصحة العالمية WHO عام ٢٠٠٤ تقديراً لنسب الكأبة في بعض بلاد العالم علي النحو التالي:

رقم	البلد	%	رقم	البلد	%
١	روسيا	١٠%	٧	البرازيل	٧%
٢	الهند	١٠%	٨	المكسيك	٦%
٣	المانيا	١٠%	٩	كندا	٥%
٤	الولايات المتحدة	١٠%	١٠	تركيا	٤%
٥	تشيلي	١١%	١١	بلاد أخري	٢١%
٦	هولندا	٨%		John Spark,2004	

الأسئلة:

١- قارن بين العصر اليوناني والروماني من حيث تناولهما للمرض النفسي.
٢- قارن بين العصرين المسيحي والإسلامي من حيث تناولهما للمرض النفسي.
٣- ما العلاقة بين حركة بيرز وحركة بينل في فرنسا في الصحة النفسية.

مصادر تعليم أخرى: شفافيات عن إحصائيات انتشار الانحرافات النفسية والاجتماعية.

مراجع الفصل الثاني

١- براون أدوراد – تأليف ، أحمد شوقي حسن – ترجمة (١٩٦٦) الطب العربي – الألف كتاب، مؤسسة سجل العرب بإشراف إبراهيم عبده – القاهرة.
٢- حسن الساعاتي وعبد المنعم المليجي (١٩٦٠) – محاضرات غير منشورة في الصحة النفسية – قسم الدراسات النفسية والاجتماعية (فرع الدراسات النفسية) – كلية الآداب جامعة عين شمس.

٣- لورانس شافر – تأليف – يوسف مراد – ترجمة بإشراف (١٩٥٥) علم النفس المرضي والاضطرابات الصغري – في كتاب ميادين علم النفس – المجلد الأول – دار المعارف – القاهرة.

٤- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩) – الشخصية والعلاج النفسي – النهضة العربية – القاهرة.

5- Driskeil games F. & O'msted Beckett, (1989) psychology and Military Research Applications and *Treads,* American psychologist, January.

6- Hoffman Louise E. (1992), American psychologist and wartime research of Germany: 1941 - 1945, American psychologist, Vol. 47, No

7- John spark (2004) World Health organizing, National Institute of mentai health, from: News Week, 2004, 22 June, N.210.

الفصل الثالث

الصحة النفسية والنمو النفسي

ومواجهة مشكلات سوء التوافق

الأهداف: يهدف هذا الفصل إلى تعريف القارئ بالاضطرابات النفسية الاجتماعية المرافقة لمرحلتي النمو في الطفولة والمراهقة مثل اضطرابات الكلام والسرقة والعدوان والهروب والجناح والتدخين، كما يهدف إلى تعريف القارئ بالدور الذي يقوم أخصائي الصحة النفسية من الناحية الوقائية ومن الناحية العلاجية في مواجهة هذه الاضطرابات.

المحتوى: يتضمن هذا الفصل الوحدات التالية التوافق والنمو ومظاهر سوء التوافق عند الطفل كمص الأصابع وقضم الأظافر والتخلف في القراءة، وكذلك يتضمن الفصل مظاهر سوء التوافق لدى الطفل يقتضي منا تتبع عملية النمو الطويلة التي تطرأ على الطفل منذ نشأته خلية في بطن أمه حتى يصير ناضجاً.

والنمو عبارة عن تغيرات تقدميه تتجه نحو تحقيق غرض ضمني هو النضج. ويعني هذا الكلام بصورة أخرى أن هذه التغيرات تسير إلى الأمام لا إلى الوراء وأنها تسير وفق نظام معين. وليس حسب الصدفة البحتة، كما أن كل مرحلة من مراحل النمو هذه لا تنفصل عن أي مرحلة تليها أو تسبقها لأن جميع مرحل النمو تخدم غرضاً نهائياً واحداً تسعى للوصول إليه وهو النضج.

فائدة دراسة النمو: وتتحدد فائدة دراسة النمو في:

١- إننا نستطيع من خلال دراسة النمو الوقوف على ما نتوقعه بالنسبة لعمليات النمو لدى الطفل في كل عمر من الأعمال، فنعرف ما يجب أن يكون عليه إدراكه وفهمه ولغته وإنفعاله في عمر معين أي أننا بفضل دراسة النمو نتمكن من معرفة في أي عمر يرتقي نشاط الطفل وفي أي ناحية من النواحي إلى صورة النضج.

٢- لا يختلف إطار النمو من شخص لآخر وتلك الصفة التي يتصف بها النمو تجعلنا نعرف مستوى نضج أي طفل من الأطفال بالنسبة لمجموع الأطفال في نفس السن وفي نفس الوقت يتضح تأخر أي وظيفة عقلية أو جسمية لدى الطفل في ضوء انحراف هذه الوظيفة (بتأخر ظهورها هذا) عن مجموع الأطفال.

٣- وهذا الجانب هو الذي يعنينا هنا فالبيئة هي التي ترعى عملية النمو. ولذلك فإن التوصل لعمليات النمو السوية يفيد الأمهات والآباء والقائمين بعملية التربية حتى يستطيعوا رعاية عملية النمو رعاية سليمة، تسير في طريق السواء وتبعد بذلك عن طريق الانحراف.

أولاً: التوافق والنمو

وتجمع كافة آراء علماء النفس على أن سنوات الطفولة لها تأثير كبير في تحديد ملامح الشخصية في سوائها وفي انحرافها. فعندما يولد الطفل ينتقل إلى بيئة اجتماعية وطبيعية تختلف اختلافاً شاسعاً عن تلك البيئة التي كان يعيش فيها طوال فترة الحمل. فبعد أن كان الوليد يعيش في بيئة بسيطة سهلة يتعرض فيها لعدد قليل من المثيرات كالحرارة والضوء وانفعالات الأم وكان سلوكه الحركي أيضاً قاصراً على القيام بعدد من الحركات المقيدة بمحيط الرحم، نجده بعد ذلك ينتقل إلى بيئة طبيعية اجتماعية أهم ما تتميز به كثرة المثيرات والمنبهات السارة وغير السارة، وهذه المثيرات أحياناً تكون هوجاء مضطربة ومتغيرة باستمرار وأحياناً أخرى تكون مجلبة للذة والسرور. وبالإضافة لذلك فإننا نجد الطفل عرضة للضوء والضوضاء ودرجات الحرارة المتقلبة، وليس ذلك فقط بل إن الطفل يخضع في هذا كله لتأثير الوالدين عليه وللعلاقة التي بينهما.

وفي هذا كله يحاول الطفل الصغير أن يتكيف للبيئة الجديدة ولا تتم عملية التكيف هذه إلا بعد الأسبوع الرابع عندما يعتاد على هذه البيئة. وفي أثناء هذه المدة يكون نشاطه مقتصراً على النواحي الفسيولوجية كالطعام والراحة والنوم وعمليات الإخراج فهذه الفترة الزمنية ما هي إلا إعداد للحياة وتكيفاً على ما بها من متغيرات شاملاً ذلك ما يحدث من تعديلات من جانب الفرد في هذه البيئة.

وسنسوق فيما يلي بعض الخبرات التي يمر بها الطفل والتي لها علاقة بعمليات التكيف والتوافق في حياته اليومية، وبالطبع يدخل في نطاق ذلك فترة الحمل وما يتعرض له الجنين من مؤثرات، وهذه الخبرات هي:

أ- الحمل والولادة.

ب- الرضاعة.

ج- الفطام.

د- التدريب على الإخراج والنظافة.

وسيتم تناول كل خبرة من هذه الخبرات بالتفصيل في الفصل الخاص بتفسير السلوك اللاسوي.

ثانياً: مظاهر سوء التوافق لدى الطفل

للطفل حاجات لابد من إشباعها فالطفل في حاجة إلى أن يشعر بأنه مقدر ومحترم من الآخرين (الحاجة إلى احترام الذات) وكلما نما الطفل يوماً بعد يوم كلما رغب في تحمل الكثير من المسئوليات والأمور والشئون الخاصة به (الحاجة إلى الاستقلال)، وفي كل الأحوال

والظروف يسعى الطفل إلى إشباع الحاجة إلى الحب أي إحساسه دائماً بأنه محبوب ومرغوب فيه من قبل كل من حوله في الأسرة وفي جماعات اللعب والرفاق (الحاجة إلى الحب). ولا يقتصر بالطبع إشباع هذه الحاجات وغيرها على طفل ما قبل المدرسة بل وتمتد الحاجة إلى إشباع هذه الحاجات إلى الأعمار الأخرى، وأم افتقاد الطفل للحب وإلى إهمال الآخرين له وعدم احترامهم وتقديرهم له، يترتب عليه انسحاب الطفل من المجتمع الذي يعيش فيه وشعوره بالإحباط وينتج عن كل ذلك وقوعه في كثير من المشاكل التي تشير إلى سوء التوافق وسنتكلم فيما يلي عن أهمها:

١- مص الأصابع.

٢- قضم الأظافر.

٣- اضطراب النطق والكلام (التعلثم).

٤- التخلف في القراءة.

٥- الكذب.

٦- السرقة.

٧- الضعف العقلي.

(١) مص الأصابع: يجد الطفل لذة كبيرة وإشباعها فمياً في مص ثدي أمه. فإذا فطم تبقي رغبته في المص مستمرة لديه تلح عليه ليحققها بأي صورة من الصور، فيلجأ إلى مص أصابعه ومحاولة الأم منع طفلها من القيام بمص أصابعه يزيده عناداً وإصراراً على القيام بعملية مص اصبعه، ومحاولة منع الطفل من مص أصبعه في حد ذاتها تثير غضبه وصياحه وبكائه وتعمل على بعث القلق في نفسه لتهديد الآخرين له كلما اقترب بأصبعه من فمه.

(٢) التبول اللاإرادي: تعرف نيفين زيور التبول اللاإرادي بأنه تبول يحدث دون إرادة الطفل بشكل متكرر أو متقطع بعد سن التحكم في التبول وفي أثناء النوم (١٩٨٩)، وتميز بين التبول اللاإرادي الأولى حيث يفقد الطفل في أي مرحلة من مراحل النمو القدرة على ضبط التبول ويحدث ذلك بنسبة من ٧٥ – ٨٠% من حالات البوال، وبين التبول اللاإرادي الثانوي والذي يشير لتراجع القدرة على التبول بعد اكتسابها. وتشير نيفين زيور إلى أن المكسب الأولى في حالات التبول اللاإرادي يتمثل في أن البلل والإحساس بالدفء ويبول ينساب على الجلد يستثير لذة الإحساس بأخذ حمام دافئ لدى الرضيع، أما المكسب الثانوي فهي تساهم في الإبقاء على العرض والذي يتضح من تجنب الطفل الذهاب للمدرسة والبقاء بجوار الأم. ويعزي التبول اللاإرادي إلى عامل ذل

قطبين الاعتمادية خاصة على الأم، والعدوان حيث يسمح التبول بالتعبير عن العدوان. وقد بينت النتائج التي توصلت إليها نيفين زيور على ١٠ من الأطفال من ٩ – ١١ سنة بتطبيق الرورشاخ والمقابلة واختبار رسم الأسرة على تواجد العدوان والسلبية والاعتمادية في كل الحالات إلا أن كل طفل يتميز عن الآخر لاختلاف معنى العرض من طفل لآخر (نيفين زيور، ١٩٨٩: ٧).

(٣) قضم الأظافر: إن سلوك قضم الأظافر تعبير عن التوتر والقلق وتعتبر الأظافر لدى الطفل أقوى سلاح لديه فإذا قام بقضم أظافره بأسنانه فإن ذلك يعبر عن محاولته كبح جماح الجانب العدواني في شخصيته، وينشأ لدى الطفل سلوك قضم الأظافر كلما وجد نفسه في موقف يشير إلى نزاع أو شجار بين الكبار كأمه وأبيه أو بين أخوته الأكبر منه وفي هذا الموقف قد يعتري الطفل شعوراً معيناً تجاه المتنازعين فقد يغضب بشدة تجاه أحدهما، ويشعر بالعطف إزاء الأخير وإزاء هذه الثنائية يشعر أنه يجب عليه أن يخفض من حدة الكراهية والغضب فيلجأ لقضم أظافره. وتختفي عادة قضم الأظافر بزوال الأسباب التي تسبب التوتر (سوزان ايزاكس، ١٩٥١: ٦٢).

(٤) اضطرابات التواصل: يتمثل الاتصال الشفاهي عند الأطفال (محي الدين أحمد حسين، ١٩٧٨) في القدرة على التعامل اللغوي الشفاهي مع الآخرين، والحديث بشكل يسمح لهم أن يكونوا معنى عن العالم المحيط بهم. ويشار في هذا الصدد إلى ما أوضحه بانجز Bangs (١٩٧٩) من أن عادة ما يكشف الأطفال المعوقون عن ضرورة ضعفهم في الاتصال الشفاهي بين عمر الثانية والثالثة. ويأتي التمييز هنا بين اضطرابات اللغة واضطرابات الكلام. فاضطرابات اللغة تشير للاضطرابات المتعلقة باستقبال اللغة أي يجد الطفل صعوبة في فهم ما يقال له، كما تتمثل اضطرابات اللغة في التعبير اللغوي حيث لا يتوافر للطفل محصوله لغوي وافر إذا ما قورن بأطفال من نفس عمره، وإضافة لما سبق يتمثل اضطراب اللغة في أن يجد الطفل صعوبة من التتابع اللغوي فيعجز عن سرد قصة معينة بترتيب صحيح. أما اضطرابات الكلام فتتمثل في الاضطرابات الصوتية أي ارتفاع الصوت بشكل غير سوي، واضطرابات التلقط حيث يسقط الطفل بعض المقاطع الصوتية أو يشوهها. ويتمثل اضطراب الكلام في اللجلجة وهي اضطراب في الكلام يأخذ صورة اختلال يصبح معه تدفق الكلام غير متسم بالسلاسة نظراً لتدخل ضروب سلوكية أخرى فيه (محي الدين حسين، ١٧٨: ١٧٤).

ومن اضطرابات النطق والكلام الأخرى التلعثم فعندما يبدأ الطفل تعلم التحكم في كلامه فإن الأفكار تتداعى لديه بسرعة لا يمكن لشفتيه مجاراتها ويترتب على ذلك أن يتلعثم الطفل.

وقد يرجع التلعثم لدى بعض الأطفال إلى الاضطراب الانفعالي الشديد أو ال البغض والغضب الشديد، والذي لا يتمكن الطفل من أن يعبر عنه تعبيراً سليماً فيقع في التلعثم في الكلام (سوزان ايزاكس، ١٩٥١: ٦٢).

(٥) الكذب: ينتج عن قيام الطفل بالكذب وعد ذكر الحقيقة مما يعانيه من قسوة في المعاملة من والديه، فكذبه يكون دائما تعبيراً عن شعوره بالخوف من أن يعاقب عقاباً شديداً لسوء ذكر الحقيقة، فالطفل إذا فقد منه شيء وعرف أنه سيضرب تخلى عن ذكر الحقيقة واضطر إلى الكذب (سوزان ايزاكس، ١٩٥١: ٦٢).

ويرى الباحثون أن الكذب قد لا يكون شائعاً سن الخامسة لعد قدرة الطفل على التمييز بين الحقيقة والكذب، ولذا فهناك الكذب الخيالي، والكذب الإدعائي كأن يدعي الطفل أنه مريض لجذب الانتباه، والكذب الانتقامي ليتهم غيره بأفعال ممنوعةن وقد يلجأ الطفل للكذب كنوع من الدفاع خوفاً من العقاب الذي سيوقع عليه (هانم علي ابراهيم، ١٩٥٨: ٣٩).

ولقد قام "اندرسون Anderson of Anderson عام ١٩٥٩ بإعداد سلسلة من القصص الناقصة أعدت من أجل معرفة القيم لدى الأطفال في عدة بلاد. وكانت أداة الدراسة عبارة عن قصة عنوانها "اللحمة المفقودة" تحكي قصة طفل أرسلته أمه للبقال لشراء كمية من اللحم وبدلاً من ان يعود للمنزل مباشرة لعب مع أصدقائه، فأكل كلب اللحم، وبعد ذلك قام الطفل بأخذ الباقي وعاد إلى المنزل. وبعد أن قرأ الأطفال في عدة بلاد هذه القصة وجه إليهم السؤال الآتي: ما الذي قاله الطفل لوالدته؟

وهذا السؤال اسقاطي ويهدف الى معرفة ما الذي فعله المجيب في موقف مماثل. ولقد وجد أندرسون وأندرسون ان الأطفال الذين ينتمون لبلاد فيها قسوة وتسلطية في المعاملة يجيبون بأن الطفل سيكذب على أمه بينما الأطفال الذين يتبعون ثقافات تتشبع في المعاملة الطيبة والديمقراطية في السلوك وعدم الخوف من الأبوين مالو لقول الصدق.

وتبين لنا هذه الدراسة علاقة نوع معاملة الأطفال بانتشار الكذب والصدق بينهم (Lingren, 1968: 433).

(٦) النشاط الزائد والسلوك الاندفاعي: ويقصد بالنشاط الزائد مجموعة الحركات العضلية الزائدة عن الحد والتي يقوم بها الطفل دون أن يكون لها هدف محدد، ويكون انتباه الطفل فيها محدوداً كما يجد صعوبة في النمو. أما السلوك الاندفاعي فيقوم به الأطفال تحت ضغط أو تفكير غير متوقع ولا يضع الطفل في اعتباره ما يترتب من نتائج على فعله (فتحي السيد، ١٩٨٢، ١٢٢).

ويذهب محمد شعلان (١٩٧٩) إلى أن النشاط الزائد عن الحد قد يكون نتيجة لإصابة بالمخ حيث يجد الطفل صعوبة في التحكم في حركته، أو يكون راجعاً لعدم قدرة الطفل التحكم في رغباته أو تأجيلها فيميل إلى الإشباع الفوري مما يؤدي إلى اصطدامه بالبيئة في حوادث تؤدي إلى اصطدامه بالبيئة في حوادث تؤدي إلى اضرار جسيمة (هانم علي ابراهيم، ١٩٨٥: ٣٩).

(٧) **السرقة:** بعد أن تعلم الطفل اختراع ما يملكه الغير فلا يجب أن تمتد يده إليه وبعد أن يعرف ما يخصه من أشياء وما يخص غيره فلا يجب أن يعتدي عليه فتتعد لديه الأمانة (سوزان اسزاكس، ١٩٥١: ٦٢).

والسرقة لدى الأطفال بسيت غاية في حد ذاتها لكن قد يكون هدفها الرئيسي الثأر والانتقام من اعتدى عليهم وخاصة الوالدين (هانم علي، ١٩٨٥: ٣٩) كما أن الطفل قد يسرق بهدف الغيره من أقرائه من الأطفال فسوف أقلامهم وكتبهم. وقد يكون شعور الطفل بالنقص لعيب فيه دافعاً قوياً لقيامه بالسرقة فيوزع ما سرقه على زملائه وأصدقائه فيعوض ولو قليلاً بعض النقص الذي لديه من خلال ما كسبه من مكانه لديهم. وبالتفهم وعدم التشهير بالطفل الذي يقوم بالسرقة وبدراسة الدوافع والأسباب الكامنة وراء ذلك يمكن علاج السرقة لدى الأطفال (سوزان ايزاكس، ١٩٥١: ٦٢).

(٨) **العدوان:** وهو الفعل الذي يكون هدفه التخريب والتدمير وجلب الأضى والضرر للآخرين، ويعبر العدوان عن مواقف الفشل والإحباطات التي يقابلها الطفل في حياته اليومية. وقد وجدت انتصار يونس وأحمد العادلي (١٩٧٧) في دراستهما على مائة طفل ما بين ٣ – ٤ سنوات عدم وجود ارتباط له دلالة بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي والسلوك العدواني بصفة عامة، لكن يوجد ارتباط بين بعض أشكال العدوان كالعناد وعدم إطاعة الأوامر وبين المستوى الجتماعي الاقتصادي المرتفع.

وقد كشفت أن معدل انتشار اضطراب السلوك والعدوان ٦,٦٣% وأن الأنماط العدوانية أكثر من غير العدوانية.

وفي دراسة مقارنة للعدوان بين أطفال الحضر فنسبة الدرجة لدى أطفال الريف ٥٣% ولدى أطفال الحضر ٤٧% ويفسر الباحث ذلك بأن تقبل وتشجيع الوالدين في الريف للطاقة العدوانية هو التصريف خارج الأسرة فتقل بذلك درجة العدوان الموجه نحو الذات، أما في المدينة فيحرص الأباء على مستقبل أبناءهم فيعملون على الحد من السلوك العدواني لا بالعقاب البدني كما في الريف لكن بإثارة القلق بالتهديد والحرمان من الحب (حسن الفنجري، ١٩٨٨: ١١٣).

(٩) **التخلف في القراءة:** هناك الكثير من الأطفال المتخلفين في القراءة فيكون مستواهم فيها أقل من المستوى العادي لقرنائهم وقد يكون ذلك في راجعاً لعيب خاص لدى الطفل. وقد يكون ذلك بسبب تغيير الطفل لمدرسته أكثر من مرة عند بداية تعلم القراءة فيترتب على ذلك اضطراب حياته الدراسية لعدم تواجده في مدرسة واحدة بصفة مستمرة كذلك فإن عدم مواظبة الطفل وغيابه المستمر عاملاً من عوامل تخلفه في القراءة.

هذا بالإضافة إلى بعض العيوب الجسمية كالسمع والإبصار والتي تكون سبباً في عرقلة تقديم الطفل في مراحله الأولى من تعلم القراءة (سوزان ايزاكس، ١٩٥١: ٦٢).

ويوصف الطفل بأنه يتأخر في القراءة إذا كان اقل عاماً أو أكثر عن المستوى العام كما يقاس باختبار المقننة التي وضعت لمن هم في نفس

(٢) المهـارات الإكلينيكيـة: بـأن تكـون لـدى الأخصـائي النفسـي القـدرة علـى إجـراء المقابلات المختلفة سواء الحرة أو المقيدة على التلاميذ والراشدين، ويكون قادراً على تشخيص انفعالاتهم ومشاعرهم وتفسيرها، ومساعدتهم على فهم جوانب شخصياتهم، كما يكون قادراً على تكوين المواقف التجريبية المختلفة.

(٣) المهارات المساندة: فيكون الأخصائي النفسي المدرسي قادراً على مساعدة المعلمين والوالدين والتلاميذ على تحمل مشكلاتهم والتعامل معها وذلك بتبني نماذج سلوكية جديدة.

(٤) مهـارات الجماعـة: بـأن تكـون لـدى الأخصـائي القـدرة علـى العمـل مـع الجماعـة كالوالدين والمعلمين وذلك بتناول المواقف التعليمية، والمعرفة بطرق توضيحها بأن بأن يستطيع استخدام الأفلام والشرائط وكل وسائل الإيضاح. كما يكون قادراً على الحركة في ميدان الدراسة سواء من أجل الملاحظة أو العمل مع الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين والموجهين.

(٥) المهارات التنظيمية: اي تكون لديه القدرة على ترتيب وتنظيم وإدارة عمله لتمكن من استخدام إمكانياته لأقصى حد واتخاذ القرارات المناسبة لسعادة وصحة التلميذ (Labon, 1974: 186).

الأسس التي يقوم عليها دور الأخصائي النفسي المدرسي في التوجيه: لقد تبع انشاء المدارس الإلزامية في القرن ١٩ ظهور حركة التوجيه Guidance للتلاميذ الذي يلتقونه في المدارس إضافة لتوجيه الوالدين لهم. وفي المدارس يلتقي التلاميذ الكثير من التعليمات المدرسية والدينية لتنمية سلوكهم وشخياتهم كما يتدربون على رياضة أجسامهم لتحسين قدراتهم البدنية. ولقد انشئ عام ١٩٠٧ قسم طبي للتفتيش على صحة التلاميذ، ودخل التوجيه المهني Occupational Guidance بعد ذلك المدارس في ضوء ما يمتلمه التلاميذ من قدرات جسمية وذهنية ومدى إسهام هذه القدرات في الحرف والمهن المختلفة لتاركي الدراسة والمنتقلين من مرحلة تعليمية إلى مراحل أخرى متنوعة توجيههم إليها حسب ميولهم وقدراتهم.

وقد عني تقرير هادو Hadow Report (١٩٢٦) بحاجة كل التلاميذ في المدارس الثانوية لنموذج جديد من التوجيه يعتمد على أن التلاميذ يختلفون فيما يمتلكون من مواهب موروثة (الفروق الفردية) مما يتطلب ذلك تعليما مختلفاً بعد التعليم العام، وتوجهات مختلفة في طرق وأساليب حياتهم. والأمر باختصار يتعلق بالنظر للتوجيه على أنه عملية تتضمن القياس والتصنيف في مدارس مختلفة. ولقد أدت حركة القياس العقلي إلى زيادة وتحسين الأساس العلمي لتقدير وقياس قدرات التلاميذ واستعداداتهم للمساعة في توجييهم للمدارس المختلفة ثم بعد ذلك لتوجيههم للمهن المناسبة لهم ولقد كان هذا النوع من التوجيه الذي تمثل في تجميع التلاميذ في فئات حسب قدراتهم معمولاً به أوربا وسويسرا، وفي الدول الاسكندنافية حيث يشير التوجيه في

هذه البلاد إلى أساليب من التعليم الاجتماعي Social Education، والتوجه المهني يكون متمركزاً حول الفرد Individual – Centered بصورة كبيرة. (Reuchlin, 1964, Roder 1967, Vaoughan, 1975).

ويؤكد التوجيه على مسئولية المدرسة بالنسبة للتنمية الشخصية الشاملة للتلاميذ وليس فقط الاهتمام بنموهم الذهني أو نموهم الخلقي. كذلك يؤكد التوجيه على فردية وخصوصية كل تلميذ واهتمام التعليم بتقدم التلميذ وتحقيقه لذاته. كما يعترف التوجيه بأهمية العلاقة بين المعلم والتلميذ حيث يكون هدفهما واحداً ويتمثل في المزيد من الإنجاز والأداء المدرسي لتكين التلميذ من تحمل مسئولية ما يقوم به من ردود أفعال وليقرر بنفسه ما يرغب أن يفعله في حياته ويقوم به من إدارة لشئونه، وينظر للتوجيه حسب رأي هافيجهرست Havighurst (١٩٥٣) على أنه عملية تعليمية شاملة (Dawvis Peter, 1967: 474).

وينبع دول الأخصائي النفسي المدرسي من عدد من الأسس هي:

(١) أن علم النفس يختص بدراسة الإنسان وكذلك فإن دور الأخصائي النفسي المدرسي يستهدف التلاميذ بالدرجة الأولي، ولسي تطبيق الاختبارات والاستبيانات.

(٢) أن دور الأخصائي النفسي فن Art في جانبه التطبيقي أكثر من الجانب النظري إذ يتضمن التدخل الماهر في الشئون الإنسانية باستعمال الاستبصار وما لديه من خبرة.

(٣) يهتم الأخصائي النفسي بالأفراد ومشاكل التلاميذ أ، ب، ج وليس بمجموع التلاميذ ويمكن تقديم النصح والتوجيه بوجه خاص، وبوجه عام.

(٤) يكون لدى الأخصائي النفسي المدرسي اكتفاء ذاتي في تطبيقه لأفكاره ولا يعني أن يكون منعزلاً عن الآخرين.

(٥) ان مهنة الأخصائي النفسي المدرسي في جانبها التطبيقي تتمثل فيما تقدمه من مساعدة التلاميذ.

(٦) يدعم دور الأخصائي النفسي العلاقات الانسانية في المجتمع المدرسي.

وفي ضوء ما سبق على الأخصائي النفسي المدرسي ان يقاوم تلك الأفكار التي تحدد دوره في قياس نسبة الذكاء فيتحول بذلك إلى أخصائي اختبارات، إذ عليه أن يقوم بالقياس الإكلينيكي الكامل ليس نسبة الذكاء فقط، كذلك عليه أن يستخدم المقابلة بصورة دينامية متعمقة (Fawcett R. 1974:200).

دور الأخصائي النفسي المدرسي

يعمل الأخصائي النفسي المدرسي مع فريق يتضمن الطبيب والناظر والمدرس والأخصائي الاجتماعي والوالدين، حيث يتم مناقشة مشكلات التلميذ والتي قد تكون تعليمية أو نفسية أو طبية أو مشكلات جماعية كالتدخين أو الغياب (National Swedish Board of Education, 1944) ويشير فيليبس .Philips C.J (١٩٧٤) إلى أن عمل الأخصائي النفسي يتطلب منه أن تكون له علاقة مهنية بالأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين. كما يكون على اتصال بكافة مؤسسات المجتمع التي لها علاقة بالخدمات النفسية كالمستشفيات، ومراكز البحوث ويوطد علاقته بالمسئولين (Philips C.J, 1974: 221) ويتمثل الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي المدرسي في التصدي لكثير من المشكلات الفردية والجمعية سواء بالبحث والدراسة، أو التشخيص أو العلاج.

هذا إلى جانب دوره في إعداد الاختبارات وتقنينها واجراء الثبات والصدق لها، والتمسك بتوحيد تطبيقها من ناحية الظروف والتعليمات على الحالات التي تحول إليه من المدرسين أو التي يكتشفها هو بنفسه أن لديها مشكلات انفعالية أو ذهنية أو سلوكية تحتاج إلى خدماته.

ونذكر فيما يلي بعض الخدمات التي يقدمها الأخصائي النفسي المدرسي.

أولاً: في التوجيه التربوي للتلاميذ: يبدأ دور الأخصائي النفسي المدرسي قبل المدرسة الثانوية أي في المدرسة الإعدادية بل وفي المدرسة الابتدائية أيضاً إذ يجب ان يتم توجيه التلاميذ بعد المرحلة الإعدادية إلى نوع التعليم الثانوي والمهني التالي (ثانوي صناعي، زراعي، تجاري) ليس فقط وفقاً لمجموع المواد الدراسية بل يجب أن يوضع في الاعتبار ميولهم واهتمامهم واستعدادتهم وقدراتهم ومستوى ذكائهم فلكل نوع من أنواع التعليم الثانوي من متطلباته من هذه النواحي. ويسير توجيه التلاميذ وفقاً للخطوات الآتية:

(١) تحليل المناهج الدراسية في كل نوع من أنواع التعليم الثانوي للوقوف على أهدافه ومضمونة النظري والعملي وما يحتوي من هذين الجانبين وذلك لتحديد القدرات العقلية المتطلبة في كل نوع من التعليم إذ من المعروف أن محتويات مناهج التعليم الثانوي تركز على اللغات والرياضيات وغير ذلك من النواحي العلمية والأدبية. بينما التعليم الصناعي يركز على أعمال الورش والرسم الهندسي، والتعليم التجاري يهتم بالنواحي الكتابية والآلة الكاتبة والحسابات وغير ذلك. ولهذا فمن المتوقع أن تكون لكل نوع من أنواع التعليم الثانوي قدراته الخاصة به بل ومن المتوقع أيضاً يكون هناك اختلافاً في القدرات المتطلبة داخل التخصص في كل نوع من أنواع التعليم الثانوي وهذا ما سيأتي الكلام عنه بعد ذلك.

(٢) عمل المبيان النفسي Psychopfile لكل من أنواع التعليم يحدد فيه القدرات والميول وجوانب الشخصية المتطلبة ومستواها.

(٣) يتم تطبيق بطارية الاختبارات على التلاميذ الحاصلين على الإعدادية ويمكن أن يتعاول الأخصائيون النفسيون على مستوى كل منطقة تعليمية في تطبيقها بعد امتحانات

الإعدادية في المواد الدراسية وتوضع نتائج الاختبارات النفسية المختلفة إلى جانب نتائج المواد الدراسية ويتم التشاور مع المسئولين في التعليم لعمل القواعد المختلفة لتوجيه التلاميذ إلى التعليم الثانوي العام أو الصناعي أو التجاري أو الزراعي بالاعتماد على نتائج الاختبارات النفسية نتائج امتحانات الإعدادية بإعطاء وزن نسبي لكل منهما ويوفر مثل هذا النوع من التوجيه قدراً أكبر من التوافق والسواء للتلاميذ للاعتماد على ميولهم واستعداداتهم لذلك النوع من التعليم أو ذلك، بدلاً من الاعتماد على جانب واحد والذي يطبق حالياً وهو التحصيل الدراسي.

(٤) يتم إنشاء نظام البطاقة المجمعة الخاصة بكل تلميذ والتي تتضمن كل البيانات الصحية والدراسية والنفسية وتنتقل هذه البطاقة أو صورة منها لكل مرحلة تعليمية أو نوع تعليم ينتقل إليه التلميذ للاستفادة مما فيها من بيانات في توجيه التلميذ وليضاف إليها أيه بيانات أخرى جديدة.

(٥) تستخدم بيانات البطاقة المجمعة في التعليم الثانوي الذي وزع إليه التلميذ في التوجه التربوي على النحو الآتي:

بالنسبة للتعليم الثانوي العام:

(أ) يتم استخدام البيانات الخاصة بالاختبارات النفسية، (الذكاء والقدرات) والاعتماد عليها كاملاً في توزيع التلاميذ إلى الفصول في الفرقة الدراسية الواحدة حتى يتم استخدام الطريقة التدريسية ووسائل الإيضاح المناسبة لقدرات هؤلاء التلاميذ.

(ب) تستخدم الاختبارات النفسية في توزيع التلاميذ إلى علمي وإلى أدبي على أساس ان متطلبات الدراسة في الشعبة الأدبية تختلف عن متطلبات الدراسة في الشعبة العلمية. وذلك بالاعتماد على الاختبارات التي تقيس النواحي اللفظية واللغوية في التوزيع في التخصص الأدبي، والاختبارات التي تقيس النواحي العلمية والعددية في التوزيع للتخصص العلمي.

بالنسبة للثانوي الصناعي والزراعي والتجاري:

يتم الاستعانة بالبيانات التي في البطاقة المجمعة والخاصة بالاختبارات النفسية، والتي إذا تطلب الأمر تطبيق اختبارات أخرى لقياس المزيد من القدرات التي قد تكون متطلبه في ذلك النوع من التعليم أو غيره وفقاً لتحليل العمل كما سيأتي فيما بعد فإن على الأخصائي النفسي القيام بقياسها لدى التلاميذ وتستخدم نتائج هذه الاختبارات جميعاً في توزيع التلاميذ إلى التخصصات المختلفة في المدرسة الصناعية من براد وميكانيكا ونجارة وزخرفة على النحو الآتي:

(أ) **تحليل العمل Job analysis:** للوقوع على الواجبات التفصيلية في كل تخصص (كهرباء، ميكانيك) لاستخلاص القدرات الذهنية المتطلبة.

(ب) عمل مبيان نفسي Psychograph: لكل تخصص من هذه التخصصات للاستعانة به في توجيه التلميذ للتخصص المناسب ويتضمن المبيان النفسي القدرات والميول المتطلبة فيه.

(ج) المواءمة بين قدرات التلميذ: وبين البيانات الخاصة بالقدرات في المبيان النسي لتحديد التخصص المناسب من خلال المطابقة بين قدراته وبين القدرات التي في المبيان النفسي.

(د) يتم توجيه التلميذ إلى التخصص: الذي يكون أكثر تطابقاً في القدرات المتطلبة له مع القدرات المتوفرة لدى التلميذ.

في التوجيه للتعليم الجامعي: يمكن أن يمتد دور الأخصائي النفس للتوجيه للتعليم الجامعي باستخدام بيانات البطاقة المجمعة في توجيه في توجيه تلاميذ الشعبتين الأدبي والعلمي في الثانوي العام إلى الكلية التي تتفق وما تتطلبه من قدرات مع ما لدى التلميذ من قدرات ذهنية بالإضافة إلى مجموع الثانوية العامة.

ثانياً: بالنسبة لحالات صعوبات التعلم: فمن أنواع صعوبات التعلم وهي كثيرة، وعلى سبيل المثال اضطرابات التواصل أي الإتصال الشفاهي كأن يجد التلميذ صعوبة في فهم ما يقال له أو لا يوجد لديه المحصول اللغوي اللازم للتعبير (اضطرابات اللغة) أو كأن يسقط التلميذ بعض المقاطع الصوتية أو يشوهها (اضطرابات الكلام)، أو عدم تدفق الكلام بسلاسة (اللجلجة) إضافة إلى التلعثم تلك الاضطرابات والتي قد تمتد إلى ما بعد مرحلة الطفولة (أبو النيل، ١٩٩٤: ٥٢) ويدخل في دور الأخصائي النفسي المدرسي الاهتمام بحالات صعوبات التعلم المختلفة والذين يحتاجون لتعليم خاص وكذلك حالات الإعاقة المختلفة والمشكلات المتضمنة في هذه الحالات قد تكون ذهنية أو انفعالية أو اجتماعية أو طبية أو بعضاً من هذه المشكلات مجتمعة. ويتمثل دور الأخصائي النفسي إزاء توجيه هذه الحالات في اتخاذ القرار الخاص بإلحاق التلميذ في الفصول الخاص بحالته Special Class وذلك من خلال إجراء الفحوص النفسية والتي تتضمن بشكل عام المقابلة والاختبارات والاتصال بالوالدين. وبطبيعة الحال فإنه ليس من المعتاد أن يلحق التلميذ بالفصل على غير رغبته. وتقدم هذه الخدمات في العيادة بالتعاون مع مدرس الفصل.

ويتصل بعمل الأخصائي النفسي السابق قيامه بالاتصال بمدرسي الفصول الخاصة لمساعدتهم في وضع البرامج التعليمية الخاصة بالتلميذ الفرد أو كل تلاميذ الفصل، أو المساعدة في عمل التعديلات اللازمة أو تطوير هذه البرامج ذلك أن ممارستها والتدرب عليها وتعلمها يعتمد على ذكاء وقدرات هؤلاء التلاميذ.

ثالثاً: بالنسبة للمجال العلاجي: للأخصائي النفسي دور كبير في فريق العمل المدرسي (المدرس– الأخصائي الاجتماعي – الطبيب – الطبيب النفسي) الخاص بتقديم الحلول والعلاج

لمشكلات التلاميذ. ودور الأخصائي النفسي في العلاج أكبر حيث يقضي وقتاً طويلاً في العمليات المتطلبة للعلاج أكثر من التشخيص الذي قد يستغرق يوماً أو يومين أو أن يكون حسب الحالة ويتصل بدور الأخصائي النفسي في مجال العلاج قيامه بتوجيه مجموعات التلاميذ لمساعدتهم على مساعدة بعضهم للبعض To help them to help another one.

رابعاً: بالنسبة للمشكلات السلوكية: يرافق التغيرات البدنية للمراهق تلميذ المرحلة الثانوية تغيرات في النواحي الانفعالية والمزاجية كالخجل من إدراكه لنموه البدني على أنه شذوذ أو مرض، وشعوره بالذنب، إزاء ما يعتبر المراهق من صراعات ممكن أن تلحظ بعض مظاهر سوء التوافق لديه كالهروب من المدرسة والغياب والذي يعتبر شكل من أشكال التمرد على الأسرة الأسرية.

ويمثل الغياب أهم المشكلات التي يهتم بها الأخصائي النفسي المدرسي لما يلي:

(١) يؤدي الغياب إلى تدهور القدرات المدرسية للتلميذ.

(٢) كما يساعد الغياب على زيادة توافق التلميذ Maladjustment.

(٣) الاحتمال الأكبر أن يؤدي الغياب إلى الجناح.

وقد أعد كارول Carrol H.C.M (١٩٧٧) دراسة تختص بالغياب في المدرسة حيث أختير من بين ٢١٤ تلميذ عشرون تلميذاً ضعيفاً، وعشرون تلميذاً ناجحاً وذلك وفق بعض المحكات المدرسية والمنزلية. وقد تم إجراء فحص على هؤلاء التلاميذ في المجموعتين من خلال ملفات غيابهم ومواظبتهم فوجد فرقاً دالاً بينهما حيث كانت نسبة المواظبين لدى التلاميذ الناجحين ٩٦% ولدى الضعاف ٧٨,٥% وتشير معظم نتائج الدراسة أن المرتفع يصبح إنجاز ضعيف وسوء توافق وجناح(Carrol H.C.M., 1977:574).

ويتلخص دور الأخصائي النفسي في دراسة مستوى ذكاء وقدرات وشخصية التلاميذ الذين يكثر غيابهم للوقوف على التوجيه التربوي المناسبة سواء فيما يتعلق بالمشكلات الانفعالية أو التعليمية. ولا يقتصر دور الأخصائي النفسي على ذك فيمتد للمدرس الذي يعتبر بدوره عنصراً أساسياً في العلاج لاتصاله بالتلميذ وقتاً أطول من أي فرد آخر فينظم الأخصائي النفسي لهم الاجتماعات المختلفة فقد يحتاج المدرس لمناقشة بعض المشكلات مع الأخصائي والذي يساعده في تقديم بعض الحلول والأفكار المتصلة بذلك.

ويحول التلاميذ الذين يعانون من مشكلات نفسية صعبة من مدارسهم إلى أقرب مستشفى أو مؤسسة خاصة بخدمات الصحة النفسية وذلك بعد القرارالذي يتخذه فريق العمل المدرسي المتضمن التلميذ أو الوالدين والصحة المدرسية والأخصائي النفسي.

خامساً: بالنسبة للجانب الوقائي والتنظيمي: وفي الجانب الوقائي والتنظيمي Preventive work and organizational work يشارك الأخصائي النفسي في التخطيط لكل جوانب العمل المدرسي والبيئة المحيطة ولذلك لإعداد الخطط الكفيلة بالوقاية من المشكلات الانفعالية وكافة المشكلات الأخرى وذلك من خلال إلحاق أصحاب هذه المشكلات بفصول التهيئة Readiness classes وذلك للوقاية من هذه المشكلات بعد ذلك في المدرسة. وإضافة لذلك يكون متوقعاً من الأخصائي النفسي المدرسي أن يبذل جهداً مؤثراً في تشكيل وصياغة البيئة المدرسية نفسها. (National Sweden Board of educational, 1975) ولقد أشار فيليبس .Philips C.J (١٩٧٤) للدور الإداري والتنظيمي للأخصائي النفسي في مجالات الخدمات النفسية المدرسية، وخدمات التوجيه ويدخل في إطار ذلك كتابة التقارير عن المشكلات الشائعة بين التلاميذ، والاتصال المستمر والدائم بالمدرسين وتقديم المشورة لهم على النحو السابق ذكره، ويتمركز الأخصائي النفسي في استخدام الاختبارات النفسية والأساليب المعرفية، والتشخيص التعليمي، والتحصيلي ويضاف لما سبق ما يلي:

(١) القياس النفسي الفردي في المدارس والعيادات.

(٢) علاج مشكلات التوافق في المدارس.

(٣) عمل الدراسات المسبقة باستخدام الاختبارات الجمعية والاستبيانات وغيرها (Philips C.J., 1974: 221).

(٤) تشخيص قدرات التلاميذ المعوقين تمهيداً لتوجيههم.

(٥) تقدير وقياس قدرات التلاميذ الذين لديهم صعوبات تعلم.

(٦) التوجيه التربوي والمهني.

وقد ركز لابون .D. Labon (١٩٧٤) في ذكره لدور الأخصائي النفسي المدرسي على الكثير من الجوانب، لعمل الندوات والمؤتمرات المرتبطة بالمشكلات المدرسية والإسهام فيها بالمناقشة وغير ذلك من الجوانب كما يشارك في مشروعات البحث سواء في تصميم خطة البحث أو في الممارسة الميدانية أو المعالجات الإحصائية أو تفسير النتائج كما يشارك الأخصائي في تقديم الخطط العلاجية والتوجه لذوي الحاجات والمشاكل الخاصة، وأن يكون على اتصال مستمر بالمدرسين الذين لديهم تلاميذ متخلفين من جوانب التعليم كالقراءة والكتابة. ويضاف لما سبق عمل الخدمات التصنيفية الخاصة بالتلاميذ الذين لديهم صعوبات تعلم Learning Difficulties وكذلك تقديم العمل العلاجي في العيادة للحالات المرضية (Labon. D., 1974: 191).

وفي تقييم كورنوال .Cornwall K.F (١٩٧٤) لدور الأخصائي النفسي المدرسي ذكر أن خدمات التوجيه مازالت في طور التكوين وتحتاج إلى تقديم إسهامات مميزة. كذلك فإن مهمة

الأخصائي النفسي قد تزايدت في الآونة الأخيرة نتيجة ما حدث من تغيرات تعليمية ولذلك فإن الأخصائي النفسي يحتاج لمهارات متقدمة لتمكينه من القيام بدوره على أحسن وأكمل وجه (Cornwall K.F., 1974: 209).

الأسئلة:

(١) ما هو دور أخصائي الصحة النفسية الوقائي والعلاجي.

(٢) اشرح كيفية تأثير سوء التوافق لدى المرهق على تقدمه الدراسي.

مصادر تعلم أخرى: أفلام توضح طرق التنشئة التي تؤدي للسلوك المرضي.

مراجع الفصل الثالث

١- الجمعية المصرية للطب النفسي (١٩٧٨) الدليل المصري لتقسيم الأمراض النفسية.

٢- الحسين عبد المنعم (١٩٩٤) – الاتجاه العام لانتشار المواد النفسية بين الطلاب – الندوة القومية لمكافحة المخدرات – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان.

٣- حسن الفنجري (١٩٨٨) – العدوان لدى الأطفال دراسة مقارنة في الريف والحضر – مجلة علم النفس – العدد الخامس – الهيئة العامة للكتاب.

٤- خالد عبد المحسن بدر (١٩٩٤) العلاقة بين تعاطي المواد النفسية والاضطراب النفسي – الندوة القومية لمكافحة المخدرات – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان.

٥- سوزان ايزاكس (١٩٥١) – تأليف – محمد محتار المتولي وآخرين – ترجمة – الطفل في المدرسة الابتدائية – سلسلة كلية المعلمين بإشراف اسماعيل القباني – لجنة التأليف والترجمة – القاهرة (١٩٧٨).

٦- عبد المنعم المليجي (١٩٥٦) – خبراء النفوس – مكتبة مصر الفجالة – القاهرة.

٧- فتحي السيد عبد الستار (١٩٨٢) – سيكولوجية الأطفال غير العاديين (الجزء الثاني) – دار القلم – الكويت.

٨- فرج طه – علم النفس والمدرسة – في كتاب علم النفس وقضايا العصر لفرج طه – مكتبة سعيد رافت – القاهرة.

٩- مايسة أنور المفتي (١٩٧٥) دراسة مقارنة لأداء المصابين والمنجوليزم والأطفال المصابين بتلف في المخ على بعض الاختبارات السيكولوجية – رسالة دكتوراه بآداب عين شمس.

١٠- محمد صلاح الدين مجاور وآخرين (١٩٦٦) – سيكولوجية القراءة – دار النهضة العربية – القاهرة.

١١- محمود أبو النيل (١٩٩٤) – الأمراض السيكوسوماتية (المجلد الأول) – مكتبة النهضة العربية – بيروت.

١٢- محي الدين أحمد حسين (١٩٨٧) – التنشئة الأسرية والأبناء الصغار – الهيئة المصرية العامة للكتاب.

١٣- مصطفى سويف (١٩٦٧) – علم النفس الحديث – الأنجلو المصرية.

١٤- نيفين زيور (١٩٨٩) – دراسة متعمقة في ديناميات التبول اللا ارادي – مجلة علم النفس – الهيئة العامة للكتاب – العدد العاشر – القاهرة.

١٥- هانم علي ابراهيم الشبيني (١٩٨٥) السلوك المشكل لدى أطفال ما قبل المدرسة وعلاقته ببعض المتغيرات الأسرية – رسالة ماجستير غير منشورة بمعهد الدراسات العليا للطفولة بجامعة عين شمس.

١٦- هند طه (١٩٩٤) – الوقاية الأولية معناها وإجراءاتها – الندوة القومية لمكافحة المخدرات المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان.

17- Bardon Jackl. (1982) The future of school psychology Journal of professional Psychology, vol 13 N.6.

18- Cornwall K.F. (1974) Post - experience Training and specialization, occasional papers of the division of education and child psychology of the British psychology society, Five – spring.

19- Carrol H.C.M. (1977) Absence From secondary school, occasional papers of the Division of education and child. Psychology of the British psychological society Twelve – Summer>

20- Daws perter. (1967) Pupil counseling Anew element in the guidance provision for children occasional Papers of the division of educational and child psychology of the British psychological society, Eleven-Autumn.

21- Fawcett R. (1974) some desirable New Emphases in the training of education of educational psychologists occasional papers of the division of educational and child psychology of the British psychological society, Five-Spring.

22- La bon Don (1977) A field work program for trainee educational psychologist, occasional paper of the division of educational and child psychology of the British psychological society, Five-Spring.

23- Lindgren H.C.P. Byme of L. (1968), An introduction to a behavioral Acience Joney son. London.

24- Philips C.J., (1974) Report on A questionnaire on the training of educational and child psychology of the British psychological society, Five-Spring.

الفصل الرابع

صور الانحراف عن الصحة النفسية

الأهداف: يهدف الفصل الرابع إلى تعريف القارئ بصور اللاسواء أي الانحراف عن الصحة النفسية وتصنيف هذه الانحرافات وفقاً للبناء النفسي للمستوى الانفعالي والعقلي والسلوك وتعريف القارئ أيضاً بأعراض هذه الاضطرابات سواء كانت نفسية أو عقلية أو سلوكية كالعصاب والذهان والإدمان، وتعريف القارئ أيضاَ بدور أخصائي الصحة النفسية في مواجهة الإدمان وتدريب الأخصائي لتلك المواجهة من الناحيتين الوقائية والعلاجية.

المحتوى: يحتوي الفصل على الوحدات التالية: الذهان والعصاب والسلوك السيكوباتي والسلوك المضاد للمجتمع ويحتوي أيضاً على دور الأخصائي النفسي في مجال الإدمان.

مقدمة: يشار في الكتب والمراجع الخاصة بالأمراض النفسية والصحة النفسية إلى كثير من التقسيمات والتصنيفات. والتي بدأت بتصنيف "كريبلين" Karephin (١٨٥٦ – ١٩٣٦)، ثم تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩١٧ والذي عدل في عام ١٩٤٤ للحاجة لتصنيف يلائم الانحرافات المتصلة بصدمات الحروب، ثم أخيراً التصنيف النهائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٥٢، والذي قسمت الاضطرابات العقلية لفئتين الأولى المرتبطة بتلف في الدماغ العضوية والثانية المرتبطة بسوء التوافق (كوفيل وآخرون، ١٩٦٧:١٤).

وبناء على توجيه المؤتمر العربي الأول للطب النفسي المنعقد في القاهرة في ديسمبر ١٩٧٨ تأكدت ضرورة توحيد المصطلحات والتعريفات العلمية بما يشمل ذلك إعداد دليل للأمراض النفسية (الدليل المصري، ١٩٧٨:١٢٢).

ولقد أشار تقرير الجمعية المصرية للطب النفسي الخاص بذلك الموضوع إلى وجود العديد من التصنيفات التالية:

١- التقسيم الفرنسي ١٩٦٨.

٢- التقسيم العالمي التاسع للأمراض النفسية ١٩٧٧.

٣- التقسيم الأمريكي الثالث للأمراض النفسية ١٩٧٨.

أسس التصنيف: أما في هذا الفصل فسنسير على أساس التصنيف التالي للانحراف عن الصحة النفسية:

١- الذهان.
٢- العصاب.
٣- السلوك المضاد للمجتمع كالجناح والجريمة والسيكوباتية.
٤- الاضطرابات السكوسوماتية.

ويقوم هذا التصنيف على أساس أن كل انحراف من الانحرافات السابقة يمثل اضطراباً في جانب من جوانب البناء النفسي للإنسان وهذه الجوانب هي:

١- الجانب العقلي.
٢- الجانب الانفعالي.
٣- الجانب السلوكي.
٤- النفس جسم.

حيث يمثل الذهان اضطراباً في الجانب العقلي، ويمثل العصاب في الجانب الانفعالي، والسلوك المضاد للمجتمع يعكس اضطراباً في الفعل أو السلوك، والأمراض السكوباتية تشير للاضطراب في النفس جسم.

أولاً: الذهان

مقدمة: يعرف "الدليل العصري لتقسيم الأمراض النفسية" الذي أعدته الجمعية المصرية للطب النفسي والسابق الإشارة إليه، يعرف هذا الدليل الذهان: "بأن الشخص حيث يوصف بأنه ذهاني Psychotic فإن ذلك يعني وجود تغير نوعي أكيد، أو تغير كمي شديد للشخص ويكون هذا التغير معوقاً لوظائفه العقلية. ويشير الذهان إلى الأمراض العقلية الشديدة التي تختل فيها الوظائف العقلية لدرجة جسيمة تعوق قدرة الشخص على أن يعيش بشكل متوازن كما اعتاد أن يفعل أو بالنسبة للطفولة كما نتوقع له أن يفعل وينتج هذا الخلل عما يأتي:

١- خلل Impairment شديد في القدرة على التعرف على الوقائع أو على اختياره أو تقييمه.

٢- تغير جسيم في العواطف لدرجة تعوق الاستجابة المناسبة.

٣- نقص شديد في الإدراك واللغة والذاكرة، يعوق بشدة قدرة المريض على الاستيعاب الذهني لموقفه.

٤- درجات مختلفة من عدم انتظام الشخصية Disorganization.

وفي ضوء معنى الصحة النفسية ومقتضيات الوقاية والعلاج للأمراض العقلية، يشير الدليل السابق إلى أنه أصبح من الواجب عدم الانتظار حتى يصل المرض لدرجة الاستقرار والشدة. بل أن الذهان ينبغي أن يشخص في بداية التغير النوعي في الشخص وذلك بهدف إجهاض تقدم المرض، وبالتالي تغيير المسار. وبهذه الصورة وعلى هذا الأساس فإن بداية الذهان تتصف بسوء تأويل الإدراك في حين يكون تأثر الشخصية لم يظهر بعد (الدليل المصري، ١٩٧٨:١٢٢).

أعراض الذهان: يتفق ستافورد كلارك (١٩٥٩) مع لورانس شافر (١٩٥٥) في أن أعراض الذهان هي:

١- الاستجابة الانفعالية المتطرفة.
٢- الهذيانات.
٣- الهلوسات.
٤- عدم التعرف على المكان والزمان والأشخاص.
٥- الخبل.
٦- التفكك.
٧- البلادة الانفعالية.

وفيما يلي عرض لكل جانب من تلك الجوانب السابقة.

(١) **الاستجابة الانفعالية المتطرفة:** ويعني بالاستجابة الانفعالية المتطرفة Extreme emotional response التراوح بين أشد حالات العناء والإسراف في التشاؤم واليأس وبين

الشعور بالانشراح والمرح والمرضى المصحوب بالضحك والكلام الصاخب والنشاط الحركي الزائد. والمريض في هذه الحالة يكون مسرفاً في السعادة دون أن يعرف السبب، ويطلق على هذه الحالة اسم "الهوس" في حالة اصطحاب هذه الحالة بالنشاط الحركي الزائد.

(٢) الهذيانات (الهذاءات): ويعرفها ستافورد كلارك بأنها عبارة عن معتقدات شاذة غريبة خاطئة Morbid false beliefs تغلب على الصورة الإكلينيكية وعلى سلوك المريض (Clark, 1959 :83).

وتثبت هذه الهذيانات Delusions في عقل المريض بشكل غير قابل للتغيير (كوفيل، ١٩٦٧ :٤٥). وهناك نوعين منها: الهذيانات المنظمة والهذيانات الغير منظمة. وتتصف الأولى بالتماسك والإتقان والقبول في الظاهر، وتتطلب فحصاً دقيقاً لمحتواها لاكتشاف ما بها من زيف وسخف وأخطاء. أما الثانية فهي غير متماسكة ومتقلبة من حين لحين، وشفافة في زيفها أي أن زيفها ظاهر وواضح ولا يحتاج لعناء في اكتشافه.

وتوجد ثلاثة أنواع للهذيانات هي:

١- **الهذيانات السوداوية:** حيث يعتقد المريض أنه يخطئ منبوذ من المجتمع لارتكابه الخطيئة التي لا تغتفر، وكذلك يعتبر أنه أهل لأي عقاب يوقع عليه.

٢- **الهذيانات الاضطهادية:** يكون الأمر على العكس مما في الهذيانات السوداوية حيث يرجع السبب إلى المؤامرات التي يدبرها الآخرون من كبار رجال الدولة فهم سيقتلونه وهو بدوره يضع الخطط الدفاعية لردع ذلك. ويتطور مضمون هذه الهذيانات تبعاً للتغير التكنولوجي فالشركات ترسل موجات من الصدمات الإلكترونية التي تصيب أجسامهم.

٣- **هذيانات العظمة:** وفي هذيانات العظمة يعتقد المريض أنه شخصية عظيمة ويتصف هذا النوع من الهذيانات بأنه أقل تنظيماً فيسلك المريض كما لو كان قائداً في المنفى أو مخترعاً سرقت مخترعاته.

وقد يحدث أن تتسلسل إصابة المريض بهذه الأنواع الثلاثة من أعراض الهذيانات حسب تسلسل سردنا السابق لها. ففي بادئ الأمر يحدث للمريض حالة من التفكير واليأس فتظهر عنده

الهذيانات السوداوية، وبعد ذلك ينسب ما أصابه من بؤس وشقاء إلى غيره فتتضح لديه هذيانات الاضطهاد، ولكي يبرر المريض ما يوجه إليه من اضطهاد فيعزو ذلك إلى تفرده عن غيره بفعل المخترعات وغير ذلك من هذيانات العظمة.

(٣)- الهلوسات: ويقصد بالهلوسات Hallucinations رؤية المريض الذهاني لأشياء أو أشخاص، أو سماعه لأصوات تناديه أو تخاطبه، أو احساسه بأشياء تلمسه أو يشمها دون أن يكون لأي منها وجود في عالم الواقع.

(٤)- عدم التعرف على المكان والزمان والأشخاص: يوجد لدى كثير من المرضى الذهانيين من لا يعرف اسم اليوم أو التاريخ (الزمان) ولا يعرف أين يوجد الآن (المكان)، ولا يعرف أسماء أقرب المقربين له (الأشخاص).

(٥)- الخبل (الانحلال): ويعني بالخبل **Dementia** انحلال السلوك العقلي للمريض أي نقص الكفاية الذهنية لديه. وهناك نوعين من الانحلال أحدهما يتعلق بالذاكرة والآخر بالقدرة على التعليم.

أ- انحلال الذاكرة: وفيه ينسى المريض المعلومات العامة بالحياة والسابق تعلمه لها بصورة رسمية أو غير رسمية. وقد يبلغ عدم التذكر حداً ينسى المريض أسماء أقرب المقربين له وقد ينسى اسمه.

ب- انحلال القدرة على التعلم: حيث لا يستطيع المريض تعلم مهارات كلن في استطاعته تعلمها فيما مضى من عمره.

(٦)- التفكك: ويقصد بالتفكك **Disassociation** عدم قدرة المريض على الربط بين خبراته وأفكاره بصورة متماسكة، وبتعبير آخر لا يستطيع المريض أن يدرك العلاقة بين خبراته الماضية وأفكاره الحالية فلا يستطيع التفكير بوضوح.

(٧)- البلادة الانفعالية: وتتمثل البلادة الانفعالية **Emotional blunting** في عدم الاكتراث وفي التحرك، وتحدث (كلام) المريض ببطء. وقد يصل الأمر بالمريض إلى أن يظل فترة طويلة صامتاً قبل أن يجيب على سؤال بسيط يوجه إليه. وتظهر البلادة الانفعالية لدى

المريض في نمطية الاستجابة فيقول عن صحته إذا سئل عنها: "بأنها كويسة" وعن المستشفى "بأنها كويسة أيضاً".

أشكال الذهان: يصنف الذهان إلى مجموعتين هما:

(١) الذهان العضوي **Organic psychoses**، (٢) الذهان الوظيفي **Functional psychoses**، ويقد الدليل العصري للأمراض النفسية فئات كل مجموعة كما يلي (الدليل العصري، ١٩٧٨: ١٢٢).

١- **الذهان العضوي:** وهو تلك الاضطرابات العقلية الخطير التي ترجع لعوامل فسيولوجية معروفة لحد كبير مثل الشيخوخة وتصلب الشرايين في الدماغ، والتسممات الناتجة عن تناول الكحوليات وزهري الجهاز العصبي، وإصابات الدفاع والصرع.

ويصنف الدليل العضوي لتقسيم الأمراض النفسية هذه المجموعة من الذهان العضوي إلى عدة فئات نذكر هنا الفئات الهامة والشائعة منها وهي:

(أ) عته الشيخوخة وما قبل الشيخوخة: وتتمثل أعراضها في ضعف الذاكرة القريبة، وثراء الذاكرة البعيدة، ونسيان المريض الأشياء التي تعلمها، كما تظهر علامات الهذاء، وتصاب الحواس بالتدهور.

(ب) الذهان العضوي المصاحب لعدوى بالدماغ: كالجنون الشللي العام والذي يتصف بوجود أعراض وعلامات الإصابة العضوية بالزهري في الجهاز العصبي، كما توجد تغيرات مزاجية، ويفقد المريض القدرة على كف نوازعه، وتدهور في النواحي الحركية والعقلية، ويكون العلاج ببث ميكروب الحمى في المريض لرفع حرارته.

(جـ) الذهان المصاحب لحالات مخية أخرى: كالذهان المصاحب لحالة تصلب شرايين المخ، ومن الصعب تمييز هذا المرض عن عته الشيخوخة ولأن تصلب الشرايين يرجع لعوامل غذائية فإن العلاج يتركز في رعاية المرضى غذائياً بالابتعاد عن المواد الغذائية التي تساعد على تصلب الشرايين.

(د) الذهان الصرعي: وتتمثل الخاصية الأساسية للصرع في نوبة تشنجية وقبل حدوث النوبة يصاب المريض بعلامات ممهدة تشمل حالة قصيرة من الغثيان، وومضات من الضوء، وتبدأ النوبة الحقيقية عندما يصبح المريض متصلباً، ويقع فاقد الحس، وبعد ذلك تحدث الحالة التشنجية في شكل انقباضات كما تخرج رغاوي من فم المريض، وقد يعض لسانه وتأخذ النوبة بضع دقائق.

نوبات الصرع: ثلاثة (١) النوبة الكبرى ويصاب بها ٩٠% من مرضى الصرع، حيث تسبق النوبة "فوحة **aura**" قرب حدوث النوبة، كما يحدث تخدير في أطراف الجسم ودوار في الرأس وارتعاش في الجسم وقد يعض المريض لسانه، (٢) والنوبة الصغرى ويصاب بها ٨% من الحالات ويستمر فقدان الشعور فيها من عدد الثواني إلى دقيقة ولا تؤدي هذه النوبة لخلط عقلي، وقد تحدث عدة مرات في اليوم، (٣) النوبة النفسية الحركية، ويصاب بها ٢% ويفقد المريض الشعور ومع هذا يكون قادراً على القيام بأعمال موجهة، وقد يرتكب المريض بعض الجرائم، وقد تستمر النوبة عدة أيام وقد تقتصر على عدة ثواني.

أسباب الصرع: قد تكون وراثية، أو بيولوجية متمثلة في عسر الولادة أو نقص السكر في الدم مما يؤدي إلى اضطرابات في عمليات الأيض.

تشخيص الصرع: يسهل تشخيص بعض أنواع الصرع كما في حالة أعراض التشنج **Convulsions**، وفي حالة نوبات الصراع الكبرى **Grand Mal Fits**.

وهناك أنواع من الصرع يصعب تشخيصه (حتى مع توفر رسام المخ الكهربائي) لوجود خلط بينه وبين الحالات النفسية أو العقلية كالهستيريا، وصرع الفص الصدغي، أو الصرع النفسي الحركي والذي يحدث نتيجة وجود بؤرة نشطة خارج الفص الصدغي كما وجد في ٢٠% من الحالات ويتميز بالتبلد الانفعالي، واضطرابات إدراكية كالهلاوس، وفي التفكير كالوساوس، واضطرابات في الذاكرة، واضطرابات في الجهاز العصبي اللاإرادي كالأحاسيس غير السوية في البلعوم أو البطن، ونظراً لتشابه أعراض الصرع الحركي مع اضطرابات نفسية عقلية أخرى، وكما سبق أن ذكرنا فإن التشخيص المبكر لهذا النوع من الصرع يحتاج إلى مقياس قام بإعداده سامي عبد القوي علي (١٩٩٢) يتكون من فئات الأعراض الآتية:

(١) التركيز والذاكرة.
(٢) الأعراض الوجدانية.
(٣) الأعراض الحسية.
(٤) أعراض الجهاز العصبي المستقل.
(٥) الأعراض الإدراكية.
(٦) اضطراب التفكير.

وقد أجرى التحليل العاملي للمقياس (والذي حسبت له أيضاً الدرجة الكلية) على ١٦٠ مريضاً والذي كشف عن بنية عاملية مكونة من ثلاثة عوامل تعكس الأعراض الأكثر شيوعاً لدى مرضى هذا النوع من الصرع والمميزة له عن الفئات الإكلينيكية الأخرى كالقلق والفصام (سامي عبد القوي، ١٩٩٣: ٨٦).

علاج الصرع: يشخص الصرع بالرسم الكهربائي للمخ، وتستخدم عقاقير الميزانتون **Mesanton**، والديلانتين **Delantin** الذي وجد أن له مفعول كبير في علاج ٩٠% من الحالات.

(هـ) ذهان الإدمان الكحولي وحالات الاعتماد على العقاقير: في حالة التسمم الخفيفة تحدث للمريض حالات مرح **Elation** فتتدفق الأفكار لديه بشكل كبير، واستغراق المريض في تناول الكحوليات يقلبه من الصورة السابقة إلى حالة غير عادية من التهيج والتشكك أو الحزن، كما تقل قدرته على كف سلوكه السابق، وتضعف ذاكرته. وفي حالات الذهان الكحولي الحاد تحدث للمريض هلوسات بصرية كما في الحالات المزمنة ارتجافات جسمية وعدم القدرة على النوم.

ويرتبط بحالة الذهان الكحولي الحاد حالة يطلق عليها اسم "ذهان كورساكوف" والذي يحدث نتيجة نقص فيتامين "ب" **Vitamin B** لسوء التغذية لديهم. ويفقد مرضى "ذهان كورساكوف" ذاكرتهم بشكل كبير، ويملئون الثغرات المنسية في الذاكرة بتأليف قصص عن خبرات لا وجود لها (الدليل العصري ١٩٧٨: ١٢٢).

والعلاج الأساسي لحالات الإدمان الكحولي ليس بالوسائل الفسيولوجية بل من الضروري علاج المشكلات النفسية الاجتماعية وسوء التوافق الانفعالي التي دفعت بالشخص للإدمان. وبالنسبة لعلاج ذهان كوساكوف فإن زيادة الغذاء للمريض وإضافة فيتامين "ب" يساعد على إزالة بعض أعراض المرض الظاهرية **(Clark, 1959: 101)**.

(و) أمراض نفسية مهنية أو الذهان المهني: وهي تلك الأمراض أو الذهانات أو الاضطرابات العقلية الناتجة عن التعرض للغازات والأتربة والضوضاء مما أثمر عن طرح ميدان جديد من البحث (١٩٩٢) يسمى باسم"علوم السموم السلوكي **Behavioral toxicology**. **(Irgren, 1992: 205-206)**

(هـ) علم السموم السلوكي: وهو المشار إليه في الفقرة السابقة.

٢ – الذهان الوظيفي: يفوق انتشار الذهان الوظيفي **Functional psychoses** الذهان العضوي في المستشفيات العقلية. وكان يعتقد فيما مضى أن الذهان الوظيفي يرجع لعوامل نفسية صرفة لكن يوجه نقد لهذا الرأي ويستند على ذلك بوجود عامل تكويني في الفصام.

تصنيف الذهان الوظيفي: ويصنف الدليل العصري لتقسيم الأمراض النفسية هذه المجموعة من الذهان الوظيفي إلى عدة فئات هي:

(أ) أمراض الهوس والاكتئاب: ويشمل عدة أنواع كالنوع الاكتئابي والنوع الهوسي، والنوع الدائري، والنوع المختلط، والميلانخوليا الرجوعية.

(ب) الفصام: وهو عدة أنواع كفصام النوبة الحادة غير المتميزة، والفصام المبتدئ، والفصام الانفعالي، والفصام البارانوي، والفصام المتاتوني، والفصام الطفلي.

(جـ) حالات البارانويا: ومنها نوبة البارانويا الحادة، وحالة البارانويا الضلالية المزمنة، وحالات البارانويا الهلوسية المزمنة (الدليل العصري، ١٩٧٨: ١٢٢).

ذهان الهوس والاكتئاب: أطلق كريبلين (١٩٨٨) اسم ذهان الهوس والاكتئاب على الحالات الوجدانية المرحة والهائجة والمكتئبة. ويعرفه لورانس شافر باسم "مرض المبالغات

الانفعالية" فالمريض أما أن يكون في حالة من الهوس والهياج أو يكون مكتئباً خامداً. أما الدليل العصري فإنه يعرفه بأنه اضطراب شديد في المزاج تنشأ عنها بقية الأعراض بصورة تبدو مباشرة، فإذا كانت هناك اضطرابات في التفكير والسلوك فإنها تناسب للمزاج السائد بصفة عامة.

الأسباب: تتضامن العوامل الوراثية والحضارية في حدوث ذهان الاكتئاب، فبالنسبة للناحية الوراثية وجد أن الأعراض تنتشر بين أقرباء المرضى، أما العوامل النفسية فتتمثل في التنشئة الاجتماعية وعلاقة الطفل بوالديه، كما تتمثل في الشخص خاصة سمة الطموح والنشاط العالي والقلق والميل لتحقيقه لذاته. وبالنسبة للنواحي الحضارية توجد فروق حضارية في انتشار المرض.

العلاج: العلاج بالعمل هو أهم ما يوصى به لعلاج حالات الهوس لتوجيه النشاط الزائد لديهم في نواحي بناءة، هذا إلى جانب العلاج الطبي والعلاج النفسي.

الفصام: يطلق اسم الفصام على المجموعة الثانية من الاضطرابات العقلية الوظيفية، وهذا الاسم اطلقه بلويلر **Bleuler** عام ١٩١١ على كل حالات الاضطراب العقلي الوظيفي ما عدا حالات الاضطراب العاطفي. ويذهب ستافورد كلارك إلى أن كلمة الفصام مستخرجة من كلمتين يونانيتين تعنيان تقسيم الشخصية، والقسم الأول المألوف وهو **Schism**، والثاني هو الحجاب الحاجز **Diaphragm** والذي كان يعتبره أطباء اليونان مركز الإحساس. ويذهب كلارك **Clarks** إلى أن الفصام قد يحدث في الطفولة أو في المراهقة حسب كريبلين الذي أطلق عليه اسم "الخبل المبكر" كما أنه قد يحدث بعد ذلك.

وحسب لويس **Lewis** يذهب ستافورد كلارك إلى أن أعراض الفصام الأساسية تتمثل في (١) اضطراب التفكير، (٢) عدم التناسب الانفعالي، (٣) الهلوسات، (٤) الدفعات أو الأفعال المضطربة. ويتمثل اضطراب التفكير في أفكار الإشارة **Ideas of reference** فالدخان المتصاعد من مدفأة الجيران علامة على الأصدقاء أو الأعداء. ومن أمثلة أفكار الإشارة أيضاً صوت حركة المرور وأصوات السيارات وساعي البريد الذي يتجه للجيران. ومن أمثلة التداخل في عمليات التفكير لديهم عمليات توقف التفكير **thought blocking** فمجرى التفكير لديهم يتوقف فجأة فينسون كل ما في ذهنهم، وقد يتم التواصل بعد ذلك بأفكار لا علاقة لها بالسابقة.

ومن الأعراض الأخرى المصاحبة للفصام الهذاءات أي المعتقدات العقلية الخاطئة والتي تتضمن التعصب والاضطهاد، والأنشطة المرتبطة بالنازية والشيوعية والصهيونية. وتعتبر الهلوسات أيضاً من الأعراض المميزة للفصام سواء كانت هلوسات سمعية أو بصرية.

البارانويا: وتتمثل في فئتين كبيرتين هما بارانويا العظمة وبارانويا الاضطهاد **(Clark D.S, 1959: 101)**.

ثانيا: العصاب

يذهب كلارك بأن العصاب **Neuroses** هو تلك المجموعة من الاضطرابات الانفعالية والتي لا تحرم المريض من الاتصال بالواقع. وقد ميز دكتور روس **Ross T.A** في كتابه العصاب الشائع **Common Neuroses** بين العصاب والذهان فيما يلي:

يعيش الذهاني في عالم من الخيال بينما العصابي يعيش في عالم الواقع، ولديه مصاعب أكبر مما لدى العاديين لكنها نفس المصاعب التي لدى كل منا. أما المصاعب التي لدى الذهاني فتنبع من حقيقة أنه يعيش في عالم آخر لا يخضع لقوانين الطبيعة العادية.

وهناك وجهة نظر أخرى تذهب إلى عدم وجود فرق بين الذهان والعصاب فالفرق كمي في الدرجة وعلى هذا الأساس فإن القرار في أي حالة يعتمد على شدة الأعراض، ونوع العلاج المتطلب، ومدى تعاون المريض مع العلاج. وفي هذا الإطار فإن الذهاني لا يمكنه التعاون في العلاج ويحتاج لترتيبات خاصة يتعلق بالعناية به وحمايته.

تصنيف العصاب: تقع فئتان أساسيتان داخل الاضطرابات التي في المستوى الانفعالي أو الاضطرابات العاطفية هما الاكتئاب والقلق، يضاف لهما الهستيريا وعصاب الوسواس.

القلق: ويتمير القلق بالشعور الدائم بالتوتر، والقلق الذي لا يعرف المريض له سبباً، حيث يكون الفرد خائفاً من أي شيء لكنه لا يعرف مما يخاف ولا كيف يخاف، ولا يختلف القلق الذي يواجهة المريض عن القلق الذي يواجهه الناس عندما يكونون في ظروف شدة أو مشقة. ويصاحب القلق اضطرابات فسيولوجية تتمثل في ارتفاع معدل النبض وجفاف الحلق، وعدم

وجود شهية للطعام، كما يكون نوم المريض مضطرباً. ويدخل في إطار القلق ما يسمى بالقلق الموضوعي الذي يعرفه سببه، والقلق العصابي الذي لا يعرف الذي لا يعرف الشخص سببه كما سبق الإشارة، وهناك المخاوف المرضية **Phobias** كالخوف من الأماكن المزدحمة والأماكن المرتفة.

الاكتئاب: ويذكر ستافور كلارك أن الاكتئاب من نفس فئة القلق، وكل منا يخضع لتقلبات المزاج فأحياناً يكون الإنسان مبتهجاً وأحياناً يكون بائساً. ويحدث الاكتئاب لدى الإنسان العادي عندما يكون في حالة شديدة من الحزن أو عندما لا يكون موفقاً في بعض أمور الحياة. وإذا زاد الاكتئاب في الشدة واستمر لفترة طويلة من الزمن. تصل لأكثر من عام وأثر في اتجاهات الفرد وعلاقته مع الآخرين فإنه ينظر إله على أنه مرض عقلي ويعالج من هذا المنطلق.

ويحدث الاكتئاب نتيجة ظروف ضاغطة وإذا كان الفرد على علم بالظروف المصاحبة للاكتئاب سمي اكتئاباً خارجياً أو رجعياً **Reactive depression** أما إذا كان غير معروف الأصل والمصدر سمي اكتئاباً داخلياً **Endogenous depression** وبالإضافة لحالة الحزن المميزة لكلا النوعين من الاكتئاب والتي تميز مشاعر المريض فإن المريض يتصرف بحالة من البلادة **Blunting** والعزلة وعدم الاهتمام بما حوله، كما أن استجاباته للآخرين تكون بطيئة وبصعوبة وتتم بعد مقاومته، كما يتميز بالتردد والتأخر في الحركات كما في حالة التفكير.

والأعراض الفسيولوجية المصاحبة تتمثل في تعبيرات حزينة على الوجه، وتكون شهيته للأكل ضعيفة، كما أن وزنه يبدأ في النقصان ويشكو باستمرار من الإمساك، وقلة النوم ويستيقظ مبكراُ ويجلس لعدة ساعات مستغرقاً في أفكار كثير تشغل باله **(Clark D.S, 1959 :94)**.

دراسات عربية على الاكتئاب: وقد وجد عمر السيد الشوربجي (١٩٨٧) أن أطفال الأم التي تعاني من الاكتئاب يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب وكثيراً ما تتعرض الأم المكتئبة لمشاكل صحية أثناء فترة الحمل، وقد يرجع ذلك إلى إصابتها بالمرض أو إلى تعاطيها الأدوية. وفي دراسة على ٢٢٠ حالة تتراوح أعمارهم بين ٦ – ٢٣ عاماً وبمقابلة الأمهات تبين أن اثني

عشر أماً من المصابات بالاكتئاب كن تعانين من عدة مشاكل صحية أثناء الحمل، وأن ٣٢ كم تتعاطين أدوية وعلاج أثناء فترة الحمل (عمر السيد، ١٩٧٨: ١٢٨).

وتشير ممدوحة سلامة (١٩٨٩) إلى أن المعرفيين يذهبون (ومنهم بيك **Beck** ١٩٦٧، ١٩٧٧) أيضاً أن الاكتئاب اضطراب في التفكير، فالمريض بالاكتئاب يتسم نمط تفكيره بالتحريف والتشويه، فهو يستخلص استنتاجات غير منطقية، كما يحرف تفسير الوقائع والأحداث بما يتفق مع اعتقاداته السلبية عن ذاته، ويركز انتباهه على الجوانب السلبية للموقف. وقد أجرت ممدوحة سلامة دراسة طبقت فيها مقياس الاكتئاب لبيك ترجمة غريب عبد الفتاح (١٩٨٥) مع عدد آخر من المقاييس وذلك على مجموعتين من الطلبة بآداب الزقازيق أحدها مرضى، والأخرى أسوياء أعمارهم بين ١٩ – ٣٠ عاماً. وقد وجدت أن تعميم الفشل هو أحد متغيرات التشويه المعرفي الذي يمكن بموجبها التمييز بين المكتئبين وغير المكتئبين، وبالنسبة لمضمون الاسترجاع وجدت أن للمكتئب يركز تلقائياً على الأحداث السلبية (ممدوحة سلامة، ١٩٨٩: ٤١).

ويذهب رشاد عبد العزيز (١٩٨٩) إلى أن سبب عدم وجود فروق بين الجنسين في الاكتئاب ربما يعكس أن هذه الدراسات اعتبرت الاكتئاب أحادي البعد ولذا فإنه يسعى في بحثه للكشف عن أن البنية العاملية للأعراض الاكتئابية لعينة الإناث تختلف عن البنية العاملية للأعراض الاكتئابية لدى الذكور على المتغيرات التالية والمرتبة تنازليا حسب التشبع بالنسبة للذكور: (١) نوبات البكاء (٢) حدة الطبع (٣) اضطراب الشهية للطعام، وبالنسبة للإناث (١) الاهتياج (٢) فقدان الوزن (٣) اضطراب النوم (رشاد عبد العزيز، ١٩٨٩: ١٢).

الهستيريا: تتميز الهستيريا بأعراضها الدرامية التمثيلية كالعمى والشلل، وفقدان الذاكرة والتي لا يكون لها أساس عضوي. ويعتبر فرويد العرض الهستيري مظهر رمزي كنوع كامل من الصراع لم يجد له حلاً ويتصل ذلك بأحداث وقعت في الطفولة. ومن أنواع الهستيريا "الهستيريا الجماعية" والتي ظهرت في أول ابريل ١٩٩٣ وانتشرت في إحدى عشر مدرسة بسبع محافظات في صور إغماء جماعي بدأ في محافظة البحيرة بين طالبات المدارس الثانوية والإعدادية وقد أكد الأطباء النفسيون بعد كافة التحاليل التي أجريت على تلك الحالات (٢٠٠٠ حالة) وأكد وزير

الصحة أنها حالة نفسية عابرة تنتقل بالإيحاء ساعد على سرعة انتشارها الشائعات ووسائل الإعلام. ولم تكن هذه هي المرة الأولى التي تحدث فيه تلك الحالات من الإغماء بل حدثت عند وفاة الرئيس جمال عبد الناصر والفنان عبد الحليم حافظ. وقد ربط البعض بين وقوع حالات الإغماء وبين ظروف الفتيات الاقتصادية ونظرتهن لمستقبلهن غير الواضح ولتوترات الزلزال الذي حدث في مصر في أكتوبر ١٩٩٣.

عصاب الوسواس القهري: الوسواس أفكار مزعجة تقطع على الفرد سلسلة أفكاره، والقهري أفعال لابد أن يقوم بها العصابي. وكثيراً ما يظهر الوسواس القهري معاً.

ثالثاً: السلوك المضاد للمجتمع

مقدمة: ويشمل تلك الفئة التي لا يكون الاضطراب فيها في العقل أو الانفعال لكن يكون الاضطراب في السلوك ويتعلق بتوافقهم مع أنفسهم أو مع باقي العالم، وهم هؤلاء الأفراد الذين يرتكبون الجريمة وغير ذلك من صور السلوك المضاد للمجتمع كالنصب والاحتيال على الآخرين ويسمى هؤلاء "بالسيكوباتيين" **Psychopaths**.

ويتميز السيكوباتيين بعدم النضج الانفعالي وبالاندفاع، ويكونون غير قادرين على الاستفادة من الخبرة السابقة، وعدم القدرة على المثابرة، كما يتميزون باللامبالاة، وعدم الإخلاص. وتوجد لديهم انحرافات جنسية ويتسمون بعدم النضج الجنسي. وتوجد فئتين من السيكوباتيين الأولى العدوانيين المشاغبون الساديون الكحوليون، والثانية هي المجموعة التي تتصف بعدم الكفاءة كالجناحين (**Clarks D.S, 1959: 116**)، وفي رأينا (محمود أبو النيل، ١٩٩٣) أن مما يتصف به السيكوباتي ايضاً (١) ابتذاذ نقود الآخرين. (٢) ابتذاذ عواطفهم للعفو والتغاضي عما اقترفه تمهيداً للعودة مرة أخرى.

وفيما يختص بانتشار نسبة الجريمة من سرقة وقتل وخلافه والسلوك المضاد للمجتمع وبلوغه مستويات أصبحت تشكل قلقاً مستمراً للمجتمعات أفراداً وهيئات حاكمة أشار تقريراً أعده طريف شوقي (١٩٩٢) عن الآثار النفسية للعقوبات السالبة بقسم بحوث العقوبة بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية إلى أنه على الرغم من ضخامة عدد الجرائم كما تشير لذلك

الإحصاءات الرسمية. فكما يذهب أيزنك **Eysenck H.** وفقاً لإحصائيات الجريمة في بريطانيا فإن من المستحيل تقديم أية احصائيات دقيقة حول نسبة الجرائم التي ترتكب إذ أن غالبيتها لا تبلغ للشرطة وبالتالي لا عرف (طريف شوقي، ١٩٩٢: ٢٠).

ومن الدراسات التي أجريت على جريمة القتل تلك التي قام بها جلال عبد العال (١٩٨٧) على القاتلات وغير القاتلات. ولقد وجد الباحث أن شخصية القاتلات تتميز بصفات مثل الاندفاعية، والجمود بعد اتخاذ القرار، والمرونة أحياناً في الوسائل التنفيذية، والاستقلالية. كما وجد الباحث أنه في غير الحالات العصابية تتميز الشخصيات السوية للقاتلات بالانفاعية والتي تتصاعد إلى اللحظة الذهانية والتي تؤدي إلى سرعة اتخاذ القرار والوقوف عنده في جمود. وتوقيت التنفيذ يتوقف على الارتفاع النسبي لكل من المازوخية والسادية. فإذا كان ارتفاع السادية متواكباً مع الاندفاعية فإن اتخاذ القرار يعقبه مباشرة ويكون التنفيذ بوسائل من التي يستخدمها الذكور كالخنق والاسلحة النارية. أما إذا كان ارتفاع المازوخية متواكباً مع الاندفاعية فيتم تأجيل التنفيذ لحبك الإخراج ويكون القتل بالوسائل التي تستخدمها الإناث كالسم والمخدر (جلال عبد العال، ١٩٧٨: ٨١).

الأدمان

مقدمة: استعملت المخدرات قديم الزمان لتخفيف آلام الناس مما يواجهونه من ضغوط الحياة. وتؤثر المخدرات في الجهاز العصبي للإنسان وتحدث حالة من السرور لديه. وكانت المخدرات تصنع من عصير من عصير أشجار الخشخاش حيث يتم صناعة الأفيون من السائل اللبني لهذه الأشجار، أما الكوكايين فتتم صناعته من أوراق أشجار الكونجا، ويصنع الحشيش من القنب. وهناك الكثير من الأنواع الأخرى مثل الهيروين والحبوب المهدئة والتي تستخرج بطرق معملية وبأساليب كيميائية من بعض المخدرات البنائية (محمود أبو النيل، ١٩٨١: ١-٣٠).

الانتشار: وتتركز مناطق انتاج الهيروين في منطقة الهلال الذهبي وهي أفغانستان وإيران وباكستان، ومنطقة المثلث الذهبي وهايورماولاوس وتايلاند بالإضافة إلى الهند ولبنان والمكسيك.

ويذهب كل من سبوتس **Spotts**، وشونتز **Shonts** إلى أن أعداد المدمنين في تزايد مستمر. وأصبح الإدمان منتشراً الآن في كل طبقى اجتماعية، وأن من بين كل عشرة أشخاص يوجد تسعة أشخاص تمثل أنماط حياتهم الاعتماد الكامل على تعاطي الكوكايين.

وتعتبر مصر من الدول المستهلكة بصورة أكثر للحشيش لاعتقاد الناس انه غير محرم دينياً، وكانت بعض مساحات الأراضي تزرع بالخشخاش في صعيد مصر، وفي نهاية الحرب العالمية الأولى دخل الكوكايين مصر، وينتشر الآن الهيروين المكسيكي بين الأغنياء لرخص سعره. وقد وجد أن معظم مدمني الهيروين من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ – ٣٠ سنة، أما الحشيش فإنه غالباً ما يبدأ الشباب التعاطي قبل سن العشرين، وسبب ذلك مجموعة الأصدقاء والبحث عن النشوة وحب الاستطلاع.

وتعتبر جرائم المخدرات عبر السنوات المختلفة مؤشراً على مدى انتشارها بالنسبة إلى جملة الجنايات كما في الجدول (٢).

جدول رقم (٢)

عن عدد جرائم المخدرات وعدد الجرائم الجنائية عامة ونسبة جرائم المخدرات إلى الجنايات العامة.

السنة	المخدرات	الجنايات	%	السنة	المخدرات	الجنايات	%
١٩٥٨	٥٨٩٨	١٢٠٧٩	%٤١	١٩٧٨	٦٩٠٥	٩٣٨٩	%٧٤
١٩٦٣	٦٧٣٥	١١٠١٩	%٦١	١٩٨٣	٦٩١٩	٨٥٥٤	%٨١
١٩٦٨	٧٦٨٩	١٢٤١٤	%٦٢	١٩٨٦	٩٨٦١	١١٩٧٣	%٨٢
١٩٧٣	٤٠٩٩	٧٢٨٤	%٥٦				

ويتضح من الجدول (٢) أن نسبة جرائم المخدرات إلى جملة الجنايات العامة في زيادة مستمرة ففي عام ١٩٨٥ تصل نسبتها ٤١% وبعد ثمانية وعشرون عاماً أي في عام ١٩٨٦ تتضاعف النسبة لتصل إلى ٨٢%.

ليس ذلك فقط ففي تقرير لقسم الإحصاء بالإدارة العامة لمكافحة المخدرات عام ١٩٨٨ أن عدد قضايا المخدرات وعدد المهتمين بها في زيادة كما بين الجدول.

جدول رقم (٣)

السنة	عدد القضايا	عدد المهتمين
١٩٨٥	٧٩١٦	٩٠٧٣
١٩٨٨	١١١٣١	١٢٠٩٦

وكما يتبين من الجدول (٢) نجد أن عدد القضايا يرتبط بعدد من المهتمين فكلما زاد عدد القضايا عدد المتورطين في الجريمة.

ويبين الجدول (٤) ما تم ضبطه من مواد مخدرة خلال أعوام ١٩٨٥، ١٩٨٧، ١٩٨٩.

جدول رقم (٤)

السنة	حشيش		أفيون		هيروين		كوكايين		مواد مؤثرة على الحالة النفسية		مجموع كلي
	ن	%	ن	%	ن	%	ن	%	ن	%	
١٩٨٥	٥٠١٧٥	٩٨,٨	٢٨٨	٠,٥٧	١٢٤	٠,٢٤	٢	٠,٠٠٤	١٨٩	٠,٤	٥٠٧٧٨
١٩٨٧	٤٠٧٤٠	٤٠٧٤٠	٢١١	٠,٥١	٧٩	٠,١٩	٢	٠,٠٠٥	٠٠٥	٠,٠١	٤١٠٣٧
١٩٨٩	٣٧٧٦٧	٣٧٧٦٧	٩٠	٠,٢٤	٥٨	٠,١٥	٦	٠,٠٢٠	٠١٩	٠,٠٥	٣٧٩٤٠

ويبين الجدول (٤) أن انتشار الحشيش عبر ثلاث سنوات تكاد نسبته تكون ثابتة مما يشير إلى أن يكاد يكون مادة الإدمان الشائعة. أما باقي المواد فإن النسب المئوية لما تم ضبطه

غير ثابتة في الأفيون لكنها تعكس انخفاض نسبة المضبوط من عام لعام ٠,٥٧، ٠,٥١، ٠,٠٢٤ وكذلك الأمر بالنسبة للهيروين ٠,٢٤، ٠,١٩، ٠,١٥ (مجدي رزق، ١٩٩٥: ٧).

معنى الإدمان: شخص الإدمان على أنه يرتبط باضطراب في الشخصية دون أن يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأية أعراض ذهانية. ويتمثل بهذه الصورة في المبالغة في تعاطي المخدر حتى يبطل فعل مراكز الكف في الجهاز العصبي المركزي فيقوم الفرد بعمل أشياء وأمور غير مقبولة من حيث القيم والتقاليد الاجتماعية. ولا تتفق هذه الأعمال ولا تتناسب مع طبيعة الموقف الموجود فيه الفرد إذا تتسم بالغرابة والشذوذ وإذا وصل الفرد إلى حالة الاعتياد أو الإدمان الفسيولوجية في تعاطي المخدر فإن هذه الظاهرة بلا شك ترجع لاضطراب في شخصية الفرد.

وتنتج حالة اعتياد المخدر **Habituation** لحاجة الفرد إليه من الناحية الجسمية أو النفسية أو كليهما. وتستخدم كلمة "اعتياد" كمرادف لكلمة "أدمان" **addiction** وذلك لأنه في حالات إدمان العقاقير قلما يقف الفرد عند الاعتياد فقط بل يقع بعد ذلك في الإدمان ومع هذا فهناك فرق بينهما.

"فالإدمان فسيولوجية يستجيب بها الفرد لحاجة الجسم وتستثار لديه حاجة **Nees** لنوع معين من المخدر ويزيد المدمن الجرعة يوماً وراء يوم حتى يصل لهدف النشوة والتخدير إلى أن ينتشر في كل أجهزة الجسم نوعاً من التكوين البيوكيميائي".

وفي هيئة الصحة العالمية استقر الأمر على التخلي عن المفهومين السابقين (التعود، الإدمان) وحل محلهما مصطلح جديد هو "الاعتماد" لجمعه بين النواحي المشتركة لهذين المفهومين، وضرورة ربطه بالمواد المؤثرة في الأعصاب (حسين فايد، ١٩٩٢: ١٨).

إدمان المخدرات: يعتبر إدمان العقاقير المختلفة ذات الأثر التخديري داءاً خطيراً ومشكلة نفسية اجتماعية هدامة وصورة كبرى من صور الانحراف عن الصحة النفسية السوية، وذلك لأن العقاقير يسهل الحصول عليها وتكون في متناول فئات كثير من الناس منهم الأحداث الصغار. وبمرور الزمن يصبح التعود على تناول هذه العقاقير أمر لا مفر منه ويكون الأثر الذي يتركه

تعاطي المخدر ثواباً **Reward** يساعد على تدعيم العادة لدى المتعاطي حتى بعد زوال الظروف التي أدت لذلك.

العقاقير المخدرة: تنقسم العقاقير المخدرة إلى ثلاثة أقسام هي:

١- **المسكنات:** وهذه العقاقير تعمل على الإقلال من استجابة الجسم للألم، خاصة الأعصاب. ومن هذه العقاقير الأفيون ومستخرجاته كالمورفين والهيروين والكوكايين.

٢- **العقاقير والمخدرات الخاصة بزيادة الاستثارة:** التي يتناولها المتعاطي للتخلص من حالة الاكتئاب التي تكون لديه، وتزيد هذه العقاقير درجة النشاط لدى الرد، وتؤثر على الجهاز العصبي السمبتاوي ومن هذه العقاقير الكوكايين.

٣- **عقاقير التنشيط وجلب النشوة:** وتنقسم لثلاثة أقسام هي:

(أ) **المسكنات:** ومنها الأفيون (نبات السرور: اسمه قديماً) وتشتق منه مخدرات مثل المورفين وقد أمكن عزله من الأفيون، ويحدث حالة تسكين قوية قد تسبب تكوين السعادة. ويشتق من المورفين أيضاً الهيروين وهو أقوى.

وتحدث هذه العقاقير أي المورفين والهيروين لدى المتعاطي حالة من السرور والنشاط، وبزيادة الجرعات تختل الذاكرة ويضطرب الإدراك البصري وقدرات الفرد الحركية **Motor Abilities**، كما تضطرب حالة النوم ويضعف الاهتمام بالحياة الجنسية كما يرتفع ضغط الدم لدى المتعاطي، وتزداد ضربات القلب لديه، كما يحدث نتيجة المنع فجأة ودون تدريج آلام في عضلات الجسم وزيادة في حدة الأعصاب، وقد يرتكب المتعاطي سلوكاً إجرامياً. ومن الناحية الاجتماعية فمنها كان رقي المستوى الاجتماعي للمتعاطي فإنه لا مانع لديه من مصاحبته للمستويات الاجتماعية الأقل.

(ب) العقاقير المهدئة والمنومة: وتستعمل للمساعدة على النوم والاسترخاء وتنقسم حبوب هذه العقاقير لقسمين: (أ) نوع مفعوله طويل، (ب) نوع مفعوله قصير. ويؤدي استمرار تعاطيهما إلى حالة الإدمان. وهذه الحبوب تصنع بكثرة وتحت أسماء تجارية ومن أنواعها السيكونال **Seconal**، والأميتال **Amytal** وتحدث هذه العقاقير

حالة استرخاء عقلي وشعور بنشوة مؤقتة، وزيادة الكمية يؤدي إلى سرعة الثورة وعدم الإتزان الانفعالي، كما تضعف الذاكرة ويتعطل التفكير.

(ج) عقاقير التنشيط والنشوة: وتحدث لدى المتعاطي الارتياح والاسترخاء والانزواء عن العالم والبعد عن المشكلات. وتساعد مثل هذه العقاقير (المثدرين – الدكسترين) على اليقظة في بداية الأمر، على السهر الطويل لكنها تقلل الشهية. وزيادة الجرعات تؤدي إلى عصبية المزاج وسرعة التهيج والى اضطراب في العمليات العقلية.

تفسير الإدمان: هناك تفسيران يقفان وراء عملية الإدمان، أولهما (١) التفسير الفسيولوجي حيث تحدث العقاقير المخدرة تغيرات هامة. ما اتضح في وظائف أعضاء الجسم بحيث أن اعتياد الجسم على هذه الحالة الجديدة يشعر الفرد بالضيق إذا عاد لحالته الطبيعية أو أجبر على الامتناع مؤقتاً عن الخدر أو قام بإيقافه نهائياً. وقد تكون المجارة الاجتماعية أو غير ذلك هو الدافع وراء أول جرعة. ولكن الأثر الانتشائي يجعل الفرد لكريقة آلية **Automatic** يكرر تناول المخدر فإذا قل في جسمه بعد ذلك الحد المطلوب للنشوة والارتياج شعر بآلام ترجع اختلال التوازن الكيميائي والحيوي ولا يزيلها إلا العودة إلى المخدر. وثانيهما (٢) التفسير النفسي حيث يعتبر علماء النفسأن تأثير حالة النشوة والسرور والتخدير للآثار التي تعزز عادة التعاطي والإدمان لأنها تخفف التوتر والألم النفسي ولا يمكن ان نذكر أن هناك تفسيراً ثالثاً (٣) التفسير الاجتماعي للإدمان، والمتمثل في المجاراة والصحبة والظروف الاجتماعية المواتية.

ظروف الإدمان: يحدث الإدمان نتيجة توفر ظروف عدة منها غياب الأب لمدة طويلة عن الأسرة، أو أن يكون الأب مكروهاً من الأبناء لأنانيته أو لقسوته في معاملتهم، وكذلك للتفكك في العلاقة بين الوالدين والشجار المستمر بينهما دور رئيسي في الإدمان، وفي دراسة على مؤسسة عقابية قررت مجموعة من السجينات أنهن تعلمن الاعتماد على تلك المواد وكيفية استخدامها والحصول عليها من السجينات القدامى (**Gender & Plager 1968**) (ظريف شوقي، ١٩٩٢: ٢٠).

العلاج: يكون بتغيير جماعات الاصدقاء للمرضى وبإعادة تاهيل شخصية المدمن بتغيير مفهومة عن ذاته وتوفير أنشطة بديلة (لورانس شافر، ١٩٥٥: ٣٤٩).

وتوجد في مصر كثير من الجهات التي تتولى العلاج من الإدمان كالإدارة العامة لمكافحة المخدرات ولاجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات وأندية الدفاع الاجتماعي. ويبين الجدول (٥) عدد المدمنين المتقدمين للعلاج من الإدمان خلال إحدى عشر سنوات نكتفي بست سنوات منها.

جدول رقم (٥)

عدد المدمنين المتقدمين للعلاج

رقم	السنة	العدد	النسبة
١	١٩٨٠	٢٩١	%٢,٣
٢	١٩٨٢	٢٧٣	%٢,٩
٣	١٩٨٤	٥٦١	%٤,٤
٤	١٩٨٦	٢٠٤٨	%١٦,٠
٥	١٩٨٨	١٩٨٦	%١٥,٥
٥	١٩٨٩	٣٢٤٩	%٢٥,٤

وقد بلغ مجموع المتقدمين خلال الإحدى عشر عاماً والذي حسبت منه النسبة ١٢٨٠٢ متقدماً للعلاج. ويتضح من الجدول (٥) أن نسبة الإقبل على العلاج من الإدمان في زيادة مستمرة إذ بلغت ٢,٣% في العام ١٩٨٠ وبلغت ٢٥,٤% عام ١٩٨٩ أي أن الزيادة بلغت ٢٣,١% (مجدي رزق/ ١٩٩٥: ١٦).

دراسات عربية على الإدمان

فيما يلي تعرض لخمس دراسات الأولى أجريت عن التدخين والثانية عن تعاطي الحشيش والثالثة عن إدمان المخدرات والرابعة عن المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب، والخامسة عن علاقة التعاطي بالصحة النفسية والتنشئة الاجتماعية.

فقد أجرات مديحة العزبي (١٩٨٧) دراسة عن التدخين على طلبة الجامعات فذهبت إلى أن عدد المدخنين في ازدياد مستمر بين الفئات المختلفة ذكوراً وإناثاً أطفالاً وكبار مثقفين وعمال من مستويات اجتماعية اقتصادية مختلفة حيث كشفت الدراسات (عبده ميخائيل ١٩٤٣) أن سن ابتداء التدخين كان ١٢ عاماً، ونسبة التدخين بين آباء التلاميذ المدخنين ٧٠%، وبين آباء غير المدخنين ٥٠% والسبب الأول لتدخين هو الشعور بالزهو والرجولة، كما وجد (هند سيد طه ١٩٨٤) من العوامل التي تقف وراء التدخين تغيب الأب عن المنزل وضغوط الأصدقاء المدخنيني والميل للسلوك الإجرامي. وقد هدفت دراسة مديحة العزبي إلى الكشف عن ما هو الشخص الذي يدخن وتكونت العينة من ٣٨٧ طالباً من جامعتي عين شمس والقاهرة. وقد وجدت الباحثة أن التدخين يعبر عن وجود حاجة أو مجموعة معقدة من الحاجات تدفع الفرد الى هذا السلوك. كما أن التقليد سواء للكبار أو الزملاء يحتل مكاناً هاماً فالتدخين والرغبة في تجربته يعتمد على محاولة تقليد نموذج سواؤ واقعي أو متخيل، كما أن الشخص يدخن لكي يشعر بالاسترخاء والهدوء (مديحة العزبي، ١٩٨٧: ٧). ويمكن أن يسجل هنا أن دراسة سامي عبد القوي (١٩٨٦) قد توصلت قبل ذلك لنفس النتائج، فيما يختص بدوافع التدخين ووجود نماذج، وعوامل الاستمرار والإقلاع عن التدخين وسمات الشخصية المرتبطة بالتدخين لدى الطالبات كانت اكثر انبساطية (سامي عبد القوي، ١٩٨٦: ١٤٦).

وقد قام أحمد عبد الله محمد السعيد بإجراء دراسة (١٩٨٩) على ١٠٠ متعاطي مسجون بالسعودية والذين ضبطوا من قبل رجال الأمن في حالة تعاطي حشيش وكان العينة التجريبية ١٠٠ مسجون بتهم أخرى غير التعاطي وكانت العينة الضابطة ١٠٠ من الأسوياء في نسيان الهموم وتحسين المزاج وإطالة العملية الجنسية ومجاراة الأصدقاء (أحمد عبد الله، ١٩٨٩: ١٣٣).

وبالنسبة للدراسات الإكلينيكية نذكر دراسة حالة الإدمان التي قام بها عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٨٧) طبق فيها اختبار التات لقياس الشخصية، والمقابلة وتوصل إلى أن المدمن بتصف بالميول الاكتئابية والتي تضهر من فشله في الزواج، واليأس الذي ظهر في أحلامه، وبالوساوس والقهر والذي بدأ في محاولة المريض القفز من سطح المنزل (عبد الرحيم بخيت، ١٩٨٧: ٥١).

وأجرت هبة الله أبو النيل (١٩٩٨) دراسة هدفت فحص العلاقة بين أسلوب الحياة وتعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب لدى عينة من طلاب الجامعة من خلال توضيح إلى أي حد يختلف أسلوب حياة المتعاطين عن نظرائهم من غير المتعاطين. واختيرت عينة من طلاب الجامعة عددهم ٣٤٠، نصفهم تقريباً من بعض الكليات العملية (ن = ١٧٤) ونصفهم الآخر من بعض الكليات النظرية (ن=١٦٦) قسمت إلى مجموعتين، الأولى مجموعة من تعاطوا أي مادة نفسية ولو لمرة واحدة (المتعاطون)، أما الثانية فهي مجموعة ضابطة من غير المتعاطين. وقد طبق على كل مجموعة بطارية من الاختبارات وهي: المقاييس المتعلقة بأسلوب الحياة (أنشطة وعاداة الحياة اليومية، أنشطة وقت الفراغ، الاتجاهات نحو الذات ونحو العناصر المختلفة للسياق الاجتماعي، مشكلات الحياة اليومية وطرق مواجهتها، مقياس فعالية التعامل مع الوقت وتنظيمه) والمقاييس المتعلقة بالتعاطي (مصادر المعلومات عن التعاطي، الاتجاه نحو التعاطي) ثم مقاييس الشخصية (التطرف كأسلوب للاستجابة، مركز التحكم في التدعيم).

وقد كشفت النتائج عن وجود فروق لها دلالة إحصائية بين المتعاطين وغير المتعاطين على المتغيرات المختلفة لأنشطة الخياة اليومية فأظهر المتعاطون أنه أقل التزاماً بالعادات الصحية في التغذية وبأنهم أقل التزاماً بممارسة العادات الإيجابية المتصلة بنظام النوم. وتتسم تفاعلاتهم داخل السياق الأسري بالسلبية، كما أنهم ينمون عادات معوقة للاستذكار الفعال، كما اظهر المتعاطون أنهم أقل استفادة من أوقات فراغهم مقارنة بغير المتعاطين ولم تظهر فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في الاتجاهات نحو الذات، أو نحو الدراسة والعمل. واقتصرت الفروق فقط على الاتجاهات نحو الأسرة وكذلك أيدت النتائج توقعنا بأن يكون المتعاطون أكثر تعرضاً للمشكلات المثيرة للمشقة وأكثر معاناة من الاضطرابات النفسية مقارنة بغير المتعاطين (هبة الله أبو النيل، ١٩٩٨: ٩٩).

وفي دراسة مجدي رزق (١٩٩٥) عن أثر تعاطي الآباء للمخدرات على الصحة النفسية والتنشئة الاجتماعية لدى الأبناء، سعت للكشف عن:

(١) أن أبناء المتعاطين لهم خصائص معينة.
(٢) أنهم بدركون تنشئة أباءهم لهم بصورة خاصة.
(٣) يتسمون بخصائص عقلية معينة.

(٤) يتسمون بخصائص شخصية معينة.

(١) وفيما يختص بالخصائص العامة لأبناء المتعاطين: وجد أن اعمارهم تتراوح بين ٢٢ – ٢٧ عاماً وأنهم يتوزعون على المستويات التعليمية المختلفة، أغلبهم في مستوى التعليم المتوسط وبنسبة ٤٠% وذوي التعليم العالي ٣٠% أما بالنسبة لمستوى تعليم الأب فقد كان منخفضاً إذ بلغت نسبة الذي يعرفون القراءة والكتابة منهم ٥٠% كما أن أبناء المتعاطين للمخدرات ينتمون إلى أسر كبيرة العدد. ووجد في الدراسة أنه يغلب أن يكون ترتيب المتعاطي من أبناء المتعاطين للمخدرات هو الأول بين الأخوة والأخوات بنسبة ٦٠%.

(٢) وبالنسبة للاتجاهات الوالدية لدى أبناء المتعاطين:

إدراك سلوب الأب: سلوك الأب يتسم بعدم الضبط والتقبل التام لكل ما يؤتيه الطفل من سلوك لا سوي والمشوب أحياناً بالسيطرة العدوانية على الطفل، إذ يتسعر الأبناء القلق وعدم الأمن الذي يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي. أما نفس السلوك من جانب الأم فإن أثره على سلوك الأبناء يكون أخطر وأشد وطأة على البناء النفسي للأبناء. إذ يؤدي إلى العصيان والتمرد وألوان من السلوك المضاد للمجتمع.

إدراك أبناء المتعاطين للتعارض بين الوالدين في التنشئة: أما إدراك أبناء المتعاطين للتعارض الكبير بين الآباء والأمهات في نمط التنشئة الأجتماعية فيما يتعلق بنمط التقبل اى التساهل الشديد مع الطفل من جانب احد الوالدين فى مقابل التقييد الشديد لرغباته من جانب الوالد من الجنس الاخر، فإن التذبذب بين التقييد والسماحة يعتبر شديد الإرباك، حيث لا يستطيع الطفل أن يستنتج ما هو مرغوب وما هو ممنوع كما يتفق الكثير من العلماء على أن عدم الاتساق بين ألاب والأم في نمط التنشئة االجتماعية يعتبر عامل أساسي وفعال في تكوين السلوك المضاد للمجتمع.

(٣) وبالنسبة للخصائص العقلية لأبناء المتعاطين للمخدرات: أوضحت نتائج الدراسة الميدانية انخفاض أداء أبناء المتعاطين للمخدرات عموماً على مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين، فقد كان أداءهم أقل من أداء أبناء غير المتعاطين للمخدرات بشكل دال إحصائياً، إذ كانت نسب الذكاء اللفظي والعملي والكلي ومعامل الكفاءة لديهم منخفضة بشكل

ملحوظ مما يشير إلى انخفاض مستوى كفاءة الوظيفة العقلية لدى أبناء المتعاطين للمخدرات بصورة عامة.

(٤) وبالنسبة للخصائص الشخصية لدى أبناء المتعاطين للمخدرات: أوضحت نتائج الدراسة من خلال لاختبار الشخصية الاسقاطي الجمعي ان أبناء المتعاطين للمخدرات ستمون بعدم النضج الانفعالي ويفتقرون إلى الصحة النفسية، كما أن لديهم قابلية عالية للنجاح، وذلك خلال ارتفاع "الدرجة الكلية" على الاختبار لديهم (مجدي رزق، ١٩٩٥: ٢٤٦،٢٤٧).

وقد وجد مجدي رزق (١٩٩٥) أن البناء النفسي لأبناء المتعاطين للمخدرات يتسم بالخصائص الآتية:

(أ) صورة الذات: تتسم بالعجز والسلبية في مواجهة مواقف الحياة الضاغطة والتعلق الطفلي بالأم والمسل إلى الإشباع الفوري للرغبات مع عدم القدرة على تحمل الإحباط أو الإغراء أو تأجيل إشباع الرغبات. وتبدو هذه الصورة أكثر وضوحاً لدى المتعاطين من أبناء المتعاطين للمخدرات.

(ب) الصورة الوالدية: غالباً ما يدرك أبناء المتعاطين للمخدرات صورة الوالد على أنها شاذة، شريرة. أما صورة الأم فيتعلق يها أبناء المتعاطين للمخدرات تعلقاً يتسم بالخضوع والطاعة وإن كانت تبدو أحياناً مسيطرة إلا أن صورتها الخاضعة والخانعة والمطيعة كانت هي الأكثر شيوعاً.

(ج) الصراع: أوضحت النتائج أن الصراعات لدى أبناء المتعاطين للمخدرات تدور حول الرغبات الجنسية مع امتثال افرد لها وعجزه عن التعامل بكفاءة معها.

(د) كفاءة الأنا: اتضح لدى أبناء المتعاطين للمخدرات ضعف الأنا وعجزه عن مواجهة صراعاته وحل مشكلاته بطريقة توافقية، فالأنا لا يتحمل الإحباط والإغراء ولا يستطيع تأجيل الإشباع ويسوده مبدأ اللذة ويتسم بالتردد والسلبية.

(هـ) الأنا الأعلى: أظهرت النتائج أن الانا الأعلى لدى أبناء المتعاطين للمخدرات يبدو كثير الثغرات متساهلاً أما انسياق الفرد وراء رغباته.

العدوان: توضح النتائج أن العدوان لدى أبناء المتعاطين للمخدرات يتجه نحو السلطة الوالدية والمجتمع (مجدي رزق، ١٩٩٥: ٢٤٩).

دور أخصائي الصحة النفسية في مواجهة مشكلة الإدمان

مقدمة: بعد أن تضاءل دول الأسرة في توجيه الأبناء نحو اكتساب العادات السوية لانشغال الوالدين في العمل بدأت أجهزة الإعلام في تولي مد جمهور الناس بالمعلومات عن كثير من أمور الحياة من أجل الإقناع والاقتناع بمعتقدات معينة. وإن نجحت أجهزة الإعلام والموجهة لجميع فئات المجتمع في إقناعهم واقتناعهم ببعض الأمور الثقافية والمشكلات الخاصة بضغوط الحياة إلا أن دورها بالنسبة لمشكلة الإدمان من زاوية الاحتواء والمكافحة لم يصل للمستوى المطلوب بعد وذلك لسخونة معالجة البرامج الظاهرة في البداية ثم يحدث بعد ذلك القتور في المواجهة. هذا إضافة إلى أن أجهزة الإعلام تلجأ إلى غير المتخصصين لمد جماهير المستمعين (الراديو) والمشاهدين (التلفزيون) والقراء (الصحف والمجلات) بالمعلومات عن الظاهرة لإرشادهم إلى أضرار التعاطي حيث الحق الناس الكثير من الأضرار نتيجة الاستعانة بغير المتخصصين. هذا إذا أضفنا أن البرامج الإعلامية لا يوجد تنسيق بينها كما أنه لا توجد ثقافة عامة لدى مقدمي هذه البرامج مما يفرغ البرنامج من هذفه نتيجة تسطيحهم للظاهرة.

تهدف هذه المقدمة إلى توضيح أن الفرد قد خضع من حيث التأثير في سلوكه بالمؤسسات الآتية:

(١) الأسرة.

(٢) المدرسة مع وسائل الإعلام.

ونجد أن دور الاسرة قد تقلص واقتصر دور المدرسة على التعليم وأن الفرد يتعر لوسائل غلام غير هادفة لا يوجد تكامل بين برامجها مما يجعل من الضرورة بمكان أن يكون لأخصائي الصحة النفسية دور كبير في مواجهة ومكافحة ظاهرة التعاطي (محي الدين حسين، ١٩٩٤).

يرتكز – كما أسلفنا – دور أخصائي النفسية في مواجهة ظاهرة التعاطي على:

(١) معايشته للأفراد.

(٢) المتابعة المستمرة لهم.

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن المواجهة تتطلب إعداداً لأخصائي الصحة النفسية وتدريبه على مواجهة الظاهرة لكي يستطيع القيام بدوره ولديه المعلومات الكاملة عن الظاهرة. كما تتلطب المواجهة أن يتوفر في أخصائي الصحة النفسية الذي يتم اختياره للقيام بدور المواجهة شرطين أساسيين:

(١) سمات واستعدادات معينة.

(٢) إعداداً وتدريباً خاصاً.

وذلك لأنه إذا كان العمل مع الأسوياء من الناس يتطلب أن يكون القائم بهذا العمل متصفاً بسمات تتركز في أي يكون متوافقاً نفسياً واجتماعياً فإن من باب أولى ان يتصف من يواجه ظاهرة التعاطي بالصحة النفسية السوية وأن يكون تقبله للآخرين صفة من الضروري أن تتوفر فيه كما أن قدرته على فهم الآخرين تصبح ذا أهمية كبرى في مواجهة أخصائي الصحة النفسية السوية وان يكون تقبله للآخرين صفة من الضروري أن تتوفر فيه كما أن قدرته على فهم الآخرين تصبح ذا أهمية كبرى في مواجهة أخصائي الصحة النفسية لهذه الظاهرة (جمعة سيد يوسف، ١٩٤٤: ٨٩).

تدريب أخصائي الصحة النفسية: يجب ان تلقى عملية تدريب أخصائي الصحة النفسية عناية شديدة من الناحيتين النظرية والعملية في موضوع التعاطي بصفة عامة لكي يكسب معلومات عن المخدرات وتعاطيها وانتشارها وتوزيعها وانتشارها وأنواعها وكيفية علاجها والوقاية منه حتى يصبح قادراً على الإفادة في مواجهة الظاهرة لدى الأفراد. ويقترح في هذا الصدد إعداد برنامج لهذا الغرض لتدريب أخصائي الصحة النفسية على مواجهة ظاهرة التعاطي.

إعداد برنامج التدريب: ينبغي أن يتوفر في برنامج التدريب إعداد أخصائي الصحة النفسية لمواجهة ظاهرة التعاطي:

(١) تحديد الهدف من البرنامج.

(٢) عمل توصيف للظاهرة لإعداد مراد البرنامج.

(٣) التوصل للمهارات المطلوبة من أخصائي الصحة النفسية واكتسابها من البرنامج.

(٤) عمل تقييم ومتابعة للبرنامج من حيث تحقيقه للهدف.

أسس إعداد البرنامج

(١) يؤسس البرنامج في محتواه على الإفادة من المعلومات والمهارات التي أمكن تحصيلها من فروع علم النفس والطب النفسي والاجتماع والقانون وذلك بهدف زيادة كفاءة الخدمة التي تقدم للمتعاطي من قبل الأخصائي في مجالات المواجهة المختلفة.

(٢) كما أنه يمكن أن توضع في هذا الصدد برامج تدريب محدودة تقتصر على الجوانب الرئيسية لرعاية المتعاطي على أن يلحق ذلك دورات تدريب متتابعة حتى يمكن تجديد معلومات الأخصائي بصفة مستمرة.

برنامج مقترح: يجب أن يتضمن البرنامج مواداً في علم النفس والاجتماع والطب كما أسلفنا بحيث يكون لدى الأخصائي معرفة عن التكامل البيولوجي النفسي الاجتماعي والذي يشكل الشخصية وأن الفرد المتعاطي إنسان أي "وحدة بيولوجية نفسية اجتماعية" متفاعلة ومتكاملة وأن هذه العوامل الثلاثة تؤثر في بعضها البعض.

وعلى هذا فإن الفروع الآتية تساهم في إعداد مواد البرنامج:

(١) علم النفس.

(٢) علم الاجتماع.

(٣) الطب.

(٤) القانون.

(٥) بحوث التعاطي والخاصة بأنواعه والعوامل المسببة له وطرق علاجه والوقاية منه.

(٦) عرض شرائط فيديو تعتمد على استخدام طرق للعلاج السائدة في ذلك المجال.

دور أخصائي الصحة النفسية

(١) الوقاية.

(٢) اكتشاف التعاطي المبكر.

(٣) تدريب المدمن على الإدراك السليم لمشكلته

أولاً: الوقاية: وذلك بأن بتم عمل مخطط لمواجهة ظاهرة التعاطي وتتمثل تلك الوقاية في منع وقوع تعاطي المواد للنفسية أي الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة وذلك لدى الأفراد المحتمل تورطهم في سلوك التعاطي. أي أن يكون احتمال التعاطي لديهم بدرجة أعلى من لدأي جماعة أخرى ويسهم في ذلك الاحتمال عدة عوامل نشير لها فيما بعد.

(١) التعرض للمعلومات الخاصة بالمواد النفسية حيث أشارت البحوث بوجود ارتباط مرتفع بين التعرض للمعلومات الخاصة بالمواد النفسية (سواء من خلال الرؤيا المباشرة أو الأقارب أو الأصدقاء المتعاطين) وارتفاع احتمال إقبال الأفراد على تعاطي هذه المواد.

(٢) التدخين فقد كشفت الدراسات عن وجود علاقة وثيقة بين تدخين السجائر واحتمال التورط في التعاطي.

(٣) ارتفاع حجم المصروف: وجدت علاقة قوية بينه وبين التورط في التعاطي (هند طه، ١٩٩٤: ٢٣١).

ثانياً: أكتشاف التعاطي المبكر:

ويكون ذلك من خلال المؤشرات الآتية:

(١) وجود مظاهر فسيولوجية على المتعاطي كانتفاخ العين وارتخاء عضلات الوجه.

(٢) انخفاض أداء الفرد في التحصيل الدراسي أو في العمل.

(٣) وجود مؤشرات للسلوك المرضي كالسرقة للإنفاق على شراء المخدر.

ثالثاً: تدريب المدمن على الإدراك الواضح لمشكلته:

يكون دور الأخصائي النفسي دوراً مسانداً للمتعاطي وذلك بتدريبه على الملاحظة الدقيقة لنفسه للوصول به للإدراك الواضح للجوانب العقلية والبدنية التي تاثرت بسلوكه الإدماني والتي تتمثل في:

(١) مجموعة السوابق على فعل المتعاطي.

(٢) فعل التعاطي نفسه.

(٣) مجموعة اللواحق المباشرة.

وتعتبر ملاحظة ورصد السوابق التي تثير الدافع إلى التعاطي ثم ملاحظة ورصد اللواحق التي تدعم فعل التعاطي نقاط ارتكاز أساسية في إدراك المدمن لذاته إدراكاً واضحاً حتى يمكن تطهير الجسم من السموم وذلك بان يتم في نفس العلاج بالأدوية حتى لا تحدث انتكاسة لدة المتعاطي (محي الدين حسين، ١٩٩٤: ٢٥١).

الأسئلة:

(١) قارن بين عقاقير الإثارة وعقاقير التنشيط وجلب النشوة.

(٢) ما الفرق بين الذهان والعصاب؟

مصادر تعلم أخرى: أفلام لصور الأمراض النفسية والإدمان.

مراجع الفصل الرابع

١- أحمد عكاشة (١٩٩٤) الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة في الندوة القومية لمكافحة وعلاج الإدمان – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان – القاهرة.

٢- أحمد عبد الله محمد السعيد (١٩٨٩) دراسة لبعض النواحي النفسية لمتعاطي الحشيش بمنطقة الرياض – مجلة علم النفس – الهيئة العامة للكتاب.

٣- جمعة سيد يوسف (١٩٩٤) تدرب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات في الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان – القاهرة.

٤- جلال عبد العال (١٩٨٧) دراسة للعوامل النفسية التي تكمن وراء جريمة القتل عند القاتلات – مجلة علم النفس – العدد الثاني – الهيئة العامة للكتاب.

٥- حسين فايد (١٩٩٢) دراسة مقارنة لديناميات شخصية متعاطي الهيروين ومتعاط الحشيش – رسالة ماجستير غير منشورة بآداب عين شمس .

٦- رشاد عبد العزيز (١٩٨٩) النوع كمحدد سلوكي في الاكتئاب النفسي دراسة عاملية – مجلة علم النفس العدد (١١) الهيئة العامة للكتاب.

٧- سامي عبد القوي (١٩٨٦) خصائص الشخصية المرتبطة بتدخين السجائر دراسة في الفروق بين الجنسين لدي طلاب الجامعة– رسالة ماجستير بآداب عين شمس.

٨- ظريف شوقي (١٩٩٢) الآثار النفسية للعقوبات سالبة الحرية المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٩- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٨٧) – الدلالات الإكلينيكية لاستجابات مدمن المخدرات (دراسة حالة) – مجلة علم النفس العدد (٣) الهيئة العامة للكتاب.

١٠- عمر سيد الشوربجي (١٩٨٧) أخطار اكتئاب الأم علي الطفل مجلة:علم النفس العدد (٤) الهيئة العامة للكتاب.

١١- كوفيل وآخرون – تأليف محمود الزيادي – ترجمة – علم نفس الشواذ – دار النهضة العربية – القاهرة.

١٢- لورانس شافر – تأليف – علم النفس المرضي والإضطرابات الصغرى في :ميادين علم النفس تأليف بإشراف جيلفورد وترجمة بإشراف يوسف مراد المجلس الأول دار المعارف القاهرة.

١٣- محمود أبو النيل (١٩٩١) الإدمان محاضرة ألقيت ضمن برنامج تدريب الضباط بكلية شرطة دبي.

١٤- الجمعية المصرية للطب النفسي (١٩٧٨) الدليل العصري للأمراض النفسية–القاهرة.

١٥- مجدي رزق (١٩٩٥) دراسة عن آثر تعاطي الآباء للمخدرات علي الصحة النفسية والتنشئة الاجتماعية للأبناء – رسالة دكتوراه بآداب عين شمس.

١٦- محي الدين أحمد حسين (١٩٩٤) إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي لمتعاطي المخدرات، في: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان – القاهرة.

١٧- محي الدين أحمد حسين (١٩٩٤) تدريب الإعلاميين وترشيد الإعلام ، في: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان – القاهرة.

١٨- هبه أبو النيل (١٩٩٨) العلاقة بين أسلوب الحياة والاستهداف لتعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب لدي طلبه الجامعة رسالة ماجستير غير منشورة كلية الآداب – جامعة القاهرة.

١٩- هند طه (١٩٩٤) الوقاية الأولية معناها وإجراءاتها ، في: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان – القاهرة.

20- Clark Daived Stafford (1959) Psychiatry Today, Apelican Book, London.

21- Irgren Andres & Serber Andrea (1992) psychologist Approaches in Neurotoxichology: some introductory Remarks, Applied psychology: An international Review.

الفصل الخامس

تفسير السلوك اللاسوي

العوامل والأسباب

الأهداف: يهدف هذا الفصل إلى مد القارئ بالمعرفة التي تتعلق بالعوامل والأسباب التي تقف وراء حدوث اللوك اللاسوى والتي تتركز في كل من الوراثة والبيئة وفي هذا الإطار يتم تعريف القارئ بالوراثة وتأثير البيئة الرحمية وما يحدث للأم من انفعالات وتأثيرها كذلك يعرف القارئ بدور الغدد الصماء في السلوك اللاسوى عند زيادة أو نقصان إفرازها كذلك يهدف الفصل إلى تعريف القارئ بدور البيئة والوراثة في السلوك الإجرامي وفي الفصام.

المحتوى: يشتمل على العديد من الوحدات ومن أهمها: الوراثة تأثير البيئة الرحمية وتأثير العوامل الانفعالية والمواد المخدرة والغدد الصماء والغذاء والبيئة، والتفاعل بين الوراثة والبيئة دور الوراثة في السلوك الإجرامي والتحضر والهجرة والسلوك الإجرامي والفصام بين الوراثة والبيئة.

مقدمة: إن ما حدث في تاريخ علم النفس عام ١٩٠٨ في القرن الماضي يعتبر نقطة تحول من الاعتماد على التفسيرات الواحدة إلى الاعتماد على التفسيرات المتعددة والتي تتضمن كل العوامل الوراثية والبيئة ويحاول العلماء التوفيق بين كل هذه العوامل فيلجأون لنظام في التفسير من شأنه أن تقلل من عدد العوامل إلى الحد الأدنى ولذلك فإنه بالنسبة للاضطرابات النفسية والاجتماعية أي الصحة النفسية فإن أسبابها توحد في التخصيب بين البيولوجيا وعلم النفس وعلم الاجتماع وعلم الصحة والأنثروبولوجيا ونتناول فيما يلي العوامل البيولوجية والعمليات التوافقية ثم ننتقل للكلام بالتفصيل عن الوراثة والبيئة.

أولاً: العوامل البيولوجية والعمليات التوفقية

الأساس البيولوجي:

أي انه يجب الابتداء بالفرد ككائن حي منذ البداية وكأساس لها. وتعتبر العوامل دون أدنى شك الأساس في تحديد السلوك، وخاصة إنها من المحددات الهامة في نمو شخصية الإنسان، على هذا يجب البدء في النظر للسلوك اللاسوى وعند تناول موضوعاته بالنظر للفرد ككائن حي individual organism منذ البداية وذلك على الرغم من اجدل والنقاش الذي يتعلق

بمشكلة الوراثة في مقابل البيئة، ولقد الزمت هذه المناقشات أن يعطي للوراثة البيولوجية للإنسان قدراً من الأهمية وأن ينظر للسلوك اللاسوى على أساس أنه نتيجة تفاعل الإمكانيات الموروثة والتأثيرات الاجتماعية الثقافية فالأبنية البيولوجية لدى الإنسان مسئوله جزئياً على ما يحدث له من اضطرابات نفسية أي أن لها دوراً في استعدادات الفرد للإصابة بالمرض النفسي (proshansky, 197:3).

وبالنسبة لعلاقة النواحي البيولوجية بالشخصية، فإنه نظراً لأن الشخصية عبارة عن نظام شديد التعقيد فإنه من الممكن النظر للعوامل البيولوجية لا على أنها عوامل مسببة causative factors، بل على أنها عوامل محددة limiting factor ، أي أنها أحد العوامل التي لها علاقة بنمو الشخصية وليس هي العامل الوحيد وانطلاقاً من ذلك فإنه يعطي وزن للعوامل الفسيولوجية والتكوينية التي يفترض أنها تلعب دوراً في السلوك كالجهاز العضلي، والجهاز العصبي، والحاجات الأساسية للكائن الحي، والنشاط الغدي. ونتكلم فيما يلي عن هذه النواحي:

١- **الجهاز العضلي:** أن الدور الذي يلعبة الجهاز العضليmusculature والعضلات له علاقة بدرجة اتزان أو اضطراب الشخصية فخلال الخوف أو التهيج، يزداد نشاط العضلات خاصة الملساء في المعدة والأثنى عشر، وعندما تنقبض العضلات فإنها تحرك الجسم وتطرد الهواء وتستقبله وتعمل على اهتزاز الأحبال الصوتية، كما تساعد على مواجهة الموقف، وعلى الاتصال بالآخرين.

٢- **الجهاز العصبي:** يوجد جهازان عصبيان هما : الجهاز العصبي المركزي control nervous system والجهاز العصبي اللاإرادي autonomic ويتكون الجهاز العصبي المركزي من المخ والحبل الشوكي spinal cord وهو مركز كل الممرات والتوصيلات التي تنتقل من خلالها للحركات أما الجاز اللاإرادي فإنه يتحكم في نشاط الغدد والقلب والكبد والمعدة والأمعاء ويعتبر الجهاز العصبي المركزي أساس الذكاء والفهم واللغة والإدراك والتعلم، كما أنه يساعد الفرد على التوافق والنجاح. أبما الجهاز العصبي اللاإرادي فيلعب دوراً أساسياً في التوافق الفسيولوجي للكائن الحي أثناء مواجهته للمخاطر والمخاوف المختلفة.

٣- **الحاجات الأساسية للكائن الحي:** تشير الحاجة إلى حالة من النقص الذي يعتري الجسم، أو إلي الاضطراب الذي يصيب النفس، وإذا لم يقم الفرد بإشباع هذه الحاجة، فإنه يثير لديه حالة من التوتر والضيق الذي ينتهي بإشباع هذه الحاجة. وتصنف الحاجات إلى ناحيتين رئيسيتين: الأولى تلك الحاجات التي تكفل المحافظة على بقاء النوع، كالحاجة إلى الطعام

والراحة والنوم، والثانية تلك الحاجات التي تكفي للمحافظ على بقاء النوع، كالحاجة إلى الجنس، والحاجة إلى الأمومة. ويميل الإنسان من تلقاء نفسه إلى الاحتفاظ بتوازنه الداخلي الفيزيقي الكيميائي وذلك بالقيام بالعمليات اللازمة لاستعادة توازنه، فإن ارتفعت درجة حرار الجسم زاد إفراز العرق، وإن فشل الفرد في استعادة توازنه العضوي مرض أو مات وعندما يكون الفرد في حاجة إلى الماء أثارت هذه الحاجة توتراً يحمله على أن يقوم بالسلوك المناسب لإرضائها وإزالة ما يعانيه من توتر ومن استعادة التوازن أن يعمل على المستوي النفسي الاجتماعي أيضاً كما يعمل على المستوى الفسيولوجي فالإنسان يميل إلى الاحتفاظ بحالة توازن في علاقته بالبيئة المادية والاجتماعية فإن اختل هذا التوازن شعر الفرد بحالة من التوتر تدفعه بنوع من السلوك الظاهر كالمشي، أو الباطن كالتفكير أو بهما معاً.

ولكل ما سبق فإن عالم النفس يعطي أهمية لدور الحاجات الأساسية في السلوك الإنساني فالأطفال الذي ينتمون لمستوى اجتماعي اقتصادي منخفض أقل ذكاء من الأطفال ذوي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع. وذلك لأنه من المعروف أن الأطفال ذوي المستوي الاقتصادي المنخفض لا تتوافر لهم نفس ظروف الأطفال الأغنياء الذين يمكنهم إشباع حاجاتهم الأساسية، وعلى رأسها الطعام الذي يلعب دوراً هاماً في عملية النمو وتكوين بنية الجسم، وتزويد الجسم بالطاقة التي يحتاجها كما يصلح الخلايا التالفة ويعيد بنائها ويكون خلاليا جديدة كما أن الطعام يزيد من مناعة الجسم ضد بعض الأمراض، بوقايته منها. وعندما تفوق عملية الهدم البناء بسبب التغذية ينشأ عن ذلك إصابة الكيان النفسي بالوهن والهزال والنقص مما يقلل ذلك من قدرته على التوافق النفسي الاجتماعي.

(ب) العمليات التوافقية: لقد جاءت مدارس جديدة في علم النفس، وتوارث من الوجود مدارس أخرى، لكن المشكلة الأساسية في علم النفس وموضوعة الرئيسي لازال باقياً كما هما وهو دراسة خصائص الفرد في الجماعة وعمليات التوافق التي يكتسب بها أهدافه أو يقلل من تواتراته كما يدرس سلوك الجماعة نفسها ويستند علم النفس المعاصر في إقامة صرح موضوعاته على العمليات النفسية ومبادئ علم النفس، كما يؤكد في نفس الوقت على الشخصية ككل، وذلك امتداداً لوجهة نظر الطب النفسي psychomedicine الذي ينظر للإنسان ككل. كما يعتبر الفرويديون الجدد من أمثال هاري ستاك سولفيان وكارني هورني، وأريك فورم مصدراً خصباً وغير محدود في دراسة السلوك الاجتماعي وعلم النفس اليوم لا يركز على الاستجابة للمنبه بل على التفاعل بين الإنسان والإنسان وبين الإنسان والجماعة وبين الجماعات، وتعتبر التفاعلية

interactionism اكتشافاً أساسه اجتماعي إلى حد كبير ونجده في الكثير من كتابات ميد (bruner,j.s,119).

ولقد استفاد علم النفس من كل هذه الآراء والاكتشافات والدراسات الطب نفسيه، والأنثروبولوجية، وذلك في نظرته لتوافقات الفرد، على أساس أنه وحده بيولوجية نفسيه اجتماعية، وذلك منذ بداية حياته جنيناً في بطن أمه يتأثر بالعديد من المؤثرات مثل انفعالات الأم ومرضها وإدمانها على المهدئات وما تتناوله من غذاء وحتى يصير كائنا اجتماعياً متفاعلاً (broun foger,1965:8).

ثانياً: الوراثة والبيئة

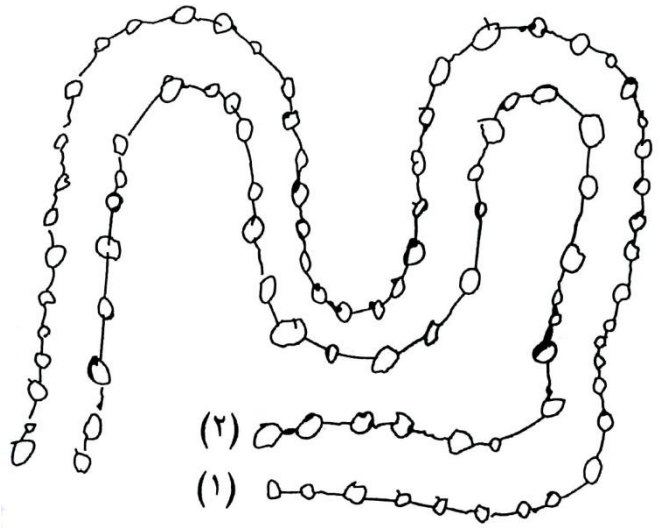
مقدمة: تلعب كل من الوراثة والبيئة دوراً أساسياً في تسبيب السلوك اللاسوى والاضطرابات البيئية والاجتماعية وسيتناول فيها كل منهما على حده وتوضيح دورها في نشأه السلوك اللاسوى.

الوراثة: تعني الوراثة كافة الخصائص والصفات التي توجد لدى الفرد عندما يبدأ الحياة.

١- يبدأ الحمل بالتقاء الحيوان المنوي للرجل ببويضة الأنثى.
٢- وتنمو تلك البويضة المخصبة في رحم الأم، وتنقسم إلى ٢ خلية، ٤ خلية،٨ خلية، ١٦ خلية، ٣٢ خلية حتى يصل عددها ملايين وبلايين الخلايا.
٣- وعلى الرغم من أن كل هذه الخلايات قد أتى من البويضه المخصبة فإن كلا منها ينمو على حده، فالبعض يصبح خلايا للعضلات والبعض للغدد والبعض للأعصاب وهكذا.
٤- وكل خلية تحتوي على نواه صغيرة وتختلف كيميائياً وفسيولوجياً عن باقي خلايا الجسم.
٥- ولكل خلية عملها فخلايا العضلات تقوم بعمليات التقلص والانكماش والانقباض وخلايا الغدد تقوم بعملية الإفراز وخلايا الأعصاب تقوم بعمليات التوصيل.
٦- أما النواة فإن عملها يكون خاصاً بالنمو وبتقسيم الخلية، وإعطائها الحياة والقوة .
٧- وفي نهاية الأمر نقول أن الوراثة لدى الفرد تتكون من بلايين نواة الخلية وكلها آتية من نواة البويضة المخصبة والتي تكونت من نواتين أحدهما من الأب والأخرى من الأم ويوضح الشكل الآتي تكون الخلية:

(شكل يبين تكوين الخلية)

٨- والملاحظ في هذا الشكل الذي يبين تكوين الخلية ما يوجد بداخل النواة من شبكة من الخيوط الرفيعة تسمى باسم الكروموزومات عليها بقع صغيرة تسمى الجينات وهي حملة الاستعداد الوراثي ويوضح الشكل ( ) هذه الجينات أي الموروثات.



شكل ( ) بتوضيحي بين الجينات أي الموروثات الذكرية"١" من الأب والموروثات الأنثوية "٢" من الأم.

٩- وتحمل الخلية الواحدة التي تبدأ بها الحياة ٢٤ زوجاً من الكروموزومات بعضها من الأب وبعضها من الأم كما يلاحظ أن الشكل التوضيحي السابق.

١٠- وأن كل زوج من الكروموزومات مقسم إلى عدد كبير من الجينات وهي التي تميز كل فرد عن الآخر من حيث الطول والوزن ولون الشعر والبشرة ودرجة الذكاء والشعور والانفعال.

أولاَ: تأثير البيئة الرحمية على الاستعدادات الوراثية: تتأثر الموروثات حملة الاستعداد الوراثي بالبيئة الرحمية على النحو الأتي:

١- **تأثير العوامل الانفعالية:** تؤثر العوامل الانفعالية من صراع وتوتر وقلق وعدم أمن نفسي والتي تحدث للأم خلال الحمل تأثيراً سيئاً في الجنين ويعمل على صعوبة توافقه مستقبلاً مع البيئية الخارجية التي يعيش فيها، ولقد وجد سونتاج sontag. L.W (١٩٤٤) أن الأم التي تعاني من أزمات انفعالية وتوترات نفسية حادة خلال الحمل فإن ذلك يكون له تأثيره على الطفل فيصبح أكثر استعداداً للتهيج والاستثارة ويكون دائب الحركة والصراع مما يترتب على هذه العمليات كثرة في الطفل لما تناوله من غذاء فتزداد صحته سوءاً.

٢- **انتقال عدوى المرضى من الأم للجنين:** على الرغم من وجود مانع بين أنواع الجراثيم والفيروسات لدى الأم وبين الجنين إلا أن هناك حالات ولد الأطفال فيها وهم مصابون بأمراض الحصبة والتهاب الغدد النكفية والجدري منقولة بالعدوى من الأم. ولقد مرضت بعض الأمهات بالحصبة الأمانية أثناء شهور الحمل الأولى فأصيب أطفالهن بالصم والبكم وإصابات قلبية وحالات من الضعف العقلي، ولقد وجد في إحصاء أن ١٢% من الأمهات يمرضن بالحصبة الألمانية توجد في أطفالهن ولديهم تشوهات عند ولادتهن .

ولقد وجدر ديبل DIPPEL (١٩٩٤) مرض الزهري لدى ١٦ جنيناً من ٦٧ أما مصابة بالزهري ويساوى هذا العدد نسبة ٢٤% ولقد وجد ديبل أن الطفل إذا ظل حياً ولم يمت فإما أن يحدث له ضعف عقلي أو عيوب خلقية أو تشوهات.

٣- **تأثير المواد المخدرة والتدخين:** لوحظ أن كثير من الدراسات والبحوث أن الأم التي تتعاطي مواد مخدرة خلال المخاض (فترة ما قبل الولادة) تظهر على مواليدهن أعراض التخدير الزائد عن الحد، كما تظهر على موالديهن أعراض التخدير الزائد عن الحد، كما تظهر عليهم اضطرابات في التنفس وعلامات الخمول والرغبة في النوم المستمر إلا أن هذه العلامات تختفى في اليوم الثالث. أما بالنسبة للتدخين فإن تدخين الحامل يؤثر في الجنين لوجود مادة النيكوتين في الدخان ولقد وجد أن الجنين تزداد سرعة ضربات القلب لديه عقب تدخين الأم الحامل. وهكذا نرى أن المواد المخدرة سواء التي يتم تناولها يقصد أو التي تكون ضمن الأدوية والعقاقير الطبية كذلك التدخين الذي يحتوى على مادة النيكوتين تؤثر على الأجهزة الحيوية لدى الجنين والوليد البشري وهذا بدوره يؤثر على استجاباته المختلفة مما يؤخر ويعطل أساليب التكييف للبيئة الخارجية عنده.

٤- **عدم مناسبة طعام الأم لظروف الحمل:** يتغذى الجنين وهو في بطن الأم من خلال الأغشية التي تنفذ إلى المشيمة والحبل السري، ولذلك فلابد أن تتغذى الأم بالطعام المناسب الخالي من المواد التي تؤدي إلى تهيج الجنين واستثارته وزيادة حركاته في بطن الأم، كما يجب أن يكون الطعام مليئاً بالمواد الغذائية التي تعوض الأم عما تفقده من دم يذهب لإطعام الجنين، ولقد أجرى أبس aps وآخرين (١٩٤٢) دراسة على ٢١٠ من السيدات الحوامل حيث أن كل منهن لم تتناول الغذاء المناسب خلال الخمسة شهور الأولى من الحمل وفي باقي مدة الحمل أي الأربعة أشهر الأخيرة قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تتكون من ٩٠ سيدة حصلن على طعام كاف ومناسب لظروف الحمل.

المجموعة الثانية: تتكون من ١٢٠ سيدة استمرت طريقة تغذيتهن على ما هي عليه.

ولقد وجد في الدراسة التتبعية للمجموعتين أن المجموعة الأولى قد عاشت فترة حمل خالية من الأنيميا والإجهاض وتسمم الدم تلك النواحي التي شاعت بين الأمهات في المجموعة الثانية، كذلك وجد أن أطفال السيدات في المجموعة الأولى كانوا أصحاء عن أبناء سيدات المجموعة الثانية والتي انتشرت لديهم أمراض البرد والكساح وفقر الدم ومما لا شك فيه أن اعتدال الصحة الجسمية نتيجة سوء التغذية للأم يؤثر على توافق الطفل ونظرته إلى نواحي القصور البدنية التي قد تكون لديه.

ثانياً الغدد الصماء: لقد أشرنا إلى الغدد في كلامنا السابق لكن بصورة مختلفة عندما تكلمنا عن الخلايا، وتتضح الصورة كاملة إذا عرفنا أن الوظيفة الأساسية للغدد تتركز في تكوين مركبات كيميائية خاصة يحتاج إليها الجسم ويطلق عليها اسم الهرمونات والغدد عبارة عن أعضاء موجودة داخل الجسم وتنقسم الغدد إلى قسمين رئيسيين هما:

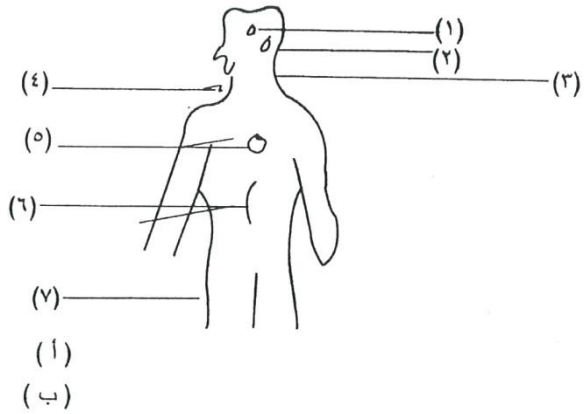
الغدد القنوية: وهي الغدد التي تفرز إفرازات خارجية كالغدد الدمعية، والغدد العرقية والغدد اللعابية حيث تقوم بتجميع المواد الأولية كالماء والأملاح المعدنية من الدم عند مروره بها ثم تخلطهما ليتكون من ذلك الدموع والعرق واللعاب.

الغدد الصماء: وهي الغدد التي تقوم بتجميع مواردها الأولية من الدم مباشرة، ثم تحويلها إلى موارد كيميائية معقدة للتركيب تسمى الهرمونات (كما سبق أن بينا) ثم تصبها مباشرة في الدم

دون الاستعانة بقناة خاصة تسير فيها الهرمونات، ولذلك تسمى أحياناً الغدد غير المقناة. ويتضمن الجسم البشري عدداً من الغدد الصماء توجد في نصفه العلوي كما يلي وبالترتيب.

١- الغدد الصنوبرية: وتوجد بأعلي المخ.
٢- الغدة النخامية: وتوجد في منتصف الرأس.
٣- الغدة الدرقية: وتوجد بأسفل الرقبة.
٤- الغدة جارات الدرقية: وهي عبارة عن أربعة فصوص حول الغدة الدرقية.
٥- الغدة التيموسية: وتوجد داخل تجويف الصدر وتضمر قبل البلوغ كالصنوبرية.
٦- الغدة الكظرية: وتوجد في الكلى.
٧- الغدة التناسلية: وهي الخصية في الرجل والمبيض في المرأة.

ويوضح الشكل الأتي موقع كل غدة من الغدد ا لسابقة في الجسم البشري.



١- **الغدة الصنوبرية والغدة التيموسية:** كما سبق أن ذكرنا وكما شاهدنا في الشكل السابق فإن للغدة التيموسية تقع فوق القلب والغدة الصنوبرية تقع في قاع المخ خلف الغدة النخامية: وقد تتعرض الغدتان للضمور قبل مرحلة البلوغ ليتيح ذلك الفرصة للغدد التناسلية لكي تعمل وتقوم بدورها. وعدم ضمور الغدتين يؤدي إلى بقاء الفرد كالطفل في سلوكة ويعيش ضعيف الإرادة كالطفل، أما حدث الضمور في وقت مبكر فإن ذلك ينشط الغدد التناسلية ويحدث النضح الجنسي المبكر.
٢- **الغدة النخامية:** وهي غدة صغيرة جداً في الحجم وتوجد في قاع المخ وتتكون من جزئين: الفص الأول (الأمامي) والفص الخلفي ويفرز الأمامي مجموعة من الهرمونات عددها ١٢ أهمها هرمون النمو وحدوث نقص في هذا الهرمون قبل البلوع يسبب وقف نمو العظم لدى الطفل فيصبح بذلك قزماً طول حياته كما يؤثر هذا النقص في القوى العقلية والتناسلية فيضعفها كما يؤدي إلي السمنه المفرطة، كذلك فإن آية زيادة في نسبة

هذا الهرمون في الدم تحدث قبل البلوغ أيضاً فإنها تؤدي إلي استمرار النمو حتى يصبح الطفل عملاقاً. كما أن حدوث الزيادة بعد البلوغ يؤدي إلى تضخم الأطراف وإلي تشوه عظام اليد والوجه.

٣- **الغدة الدرقية:** وموضعها أسفل الرقبة أمام القصبة الهوائية ووظيفتها إفراز هرمون الثيروكسين الذي يؤثر في تنشيط الأعصاب، والنقص في إفراز هذا الهرمون يؤدي إلى تأخر المشي والكلام والقدرة على تحريك الأطراف، ويجعل العظام معوجه وبالتالي الهيكل الجسمي، كما يؤدي إلى خشونة الجلد وعدم انتظام الأسنان، والزيادة في إفراز هذا الهرمون ينتج عنه أيضاً مرض يسمى مرض جريفر وأعراضة بروز في العينين وسرعة في التنفس وتتابع ضربات القلب وحساسية شديدة في الناحية الانفعالية. وهو مرض يورث البلاهة ولقد بينت الأبحاث أن ٨٠% من البلهاء أيضاً أمهاتهم مصابات بمرض تضخم الغدة الدرقية ومن أعراضه كذلك الكسل والخمول والإمساك وفقدان الشهية للطعام.

٤- **المجاورة للدرقية:** وتتكون من أربعة فصوص يقع كل زوج منها إلى جوار فص من فصي الغدة الدرقية. وتقوم هذه الغدد بعملية ضبط ومراقبة نسبة الكالسيوم والفسفور في الدم حيث أن النسبة العادية للكالسيوم تتراوح بين ٠,٠١٠,٠,٠٠٨ % وهبوط هذه النسبة إلى ٠,٠٠٦ أو أقل يؤدي إلى :

أ- شعور الفرد بالصداع الحاد والهبوط العام والألم في الاطراف.

ب-الشعور بالضيق والبلادة والخمول العقلي.

ج-الثورات الانفعالية الحادة والميل إلى المقاتلة العنيفة. وتمزيق الملابس والصراخ الحاد المتواصل لأنفة الأسباب.

٥- **الغدة الكظرية:** وتسمى بالغدة الإدرينالية نسبة لاسم الهرمون الذي تفرزه وهي عبارة عن غدتان موقعهما فوق الكليتين وتتكون كل غدة منهما من جزئين.

أ-جزء خارجي يفرز هرمونات لها علاقة بالمهارة العضلية والنواحي الجنسية.

ب- جزء داخلي وإفرازه له علاقة بالجهاز العصبي السمبتاوي على النحو التالي:

- **يؤثر هرمون الإدرينياليين في الدم ويوجه** نسبة كبيرة منه نحو المخ والنخاع الشوكي والعضلات ليساعد الفرد على التفكير القوى في مواقف الخطر.
- **يزيد هذا الهرمون:** نسبة السكر في الدم حتى يؤدي احتراق هذا السكر إلى زيادة الطاقة التي يستعيد بها الفرد نشاطه في تلك المواقف الخطرة.

٦- **الغدد التناسلية:** يؤثر نشاط هذه الغدد على النمو حسب جنس الشخص ذكراً كان أم أنثى ويؤثر أيضاً على نشاط الجهاز العصبي وعلى عمليات الهضم والتمثيل الغذائي. ويؤثر نشاط الغدد التناسلية على الصفات الجنسية للذكر والأنثى وهذه الصفات تنقسم لقسمين أساسية، وصفات ثانوية، وتتمثل الصفات الأساسية في شكل ووظيفة الأعضاء التناسلية وفي قدرة الشخص على التناسل أما الصفات الثانوية فتتمثل في تمييز الرجل بضخامة تكوينه، وقوة عضلاته والجرأة والغلظة، وفي تمييز المرأة بنمو صدرها وبتركز الدهن في أماكن أخرى من جسمها وبالاستحياء والرقة وتتكون الغدد التناسلية الذكورية في نوعين من الخلايا نوع يقوم بإفراز الحيوان المنوي ونوع يقوم بإفراز الهرمونات الذكرية: وتتكون الغدة التناسلية الأنثوية أو المبيض من قشرة خارجية، ولب داخلي وتقوم القشرة بإفراز البيضة الأنثوية.

خاتمة في الغدد: تسيطر الهرمونات على وظائف الأعضاء المختلفة وتتأزر معاً على تحديد شكل الجسم بتأثيرها على نمو الجنين وعلى تطوره وتؤثر هذه الهرمونات منفردة ومجتمعة في تنظيم الوظائف المختلفة للجسم الإنساني وفي تكييف الفرد جسمياً ونفسياً واجتماعياً.

ثالثا: الغذاء: تتلخص وظيفة الغذاء في تزويد الجسم بالطاقة التي يحتاجها نشاطه ما يصلح الغذاء لخلايا التالفة ويعيد بنائها ويكون خلايا جديدة، كما أن الغذاء يزيد من مناعة الجسم ضد لأمراض ويقوم بوقايته منها.

وأهم المواد الغذائية التي يحتاج إليها الفرد في نموه:

١- المواد الدهنية.
٢- المواد السكرية والنشوية.
٣- المواد الزلالية.
٤- بعض الأملاح المعدنية.
٥- الفيتامينات والماء.

فالمواد الدهنية تزود الجسم بالطاقة التي تجعله يحافظ على درجة حرارته وعلى تأدية وظائفه المختلفة. أما المواد الزلالية فتقوم ببناء الخلايا التي تلف كخلايا الدم الحمراء والتي تتلف كل شهر تقريباً وتساعد الفيتامينات بوجه عام وتحول بين الفرد وبين الإصابة ببعض الأمراض كالكساح وضعف الإبصار. أما الماء فهو الوسط الذي تحدث فيه التفاعلات الكيميائية الحيوية

كالهضم. وفي نهاية الأمر فإن السلوك اللاسوي يخضع لإتزان المواد الغذائية من حيث تأثيرها على الجسم فالإفراط في أحدهما يؤدي إلى خلل في هذا الاتزان.

البيئة: والعامل الرابع والأخير في العوامل المؤثرة في الاضطرابات النفسية والاجتماعية هو البيئة وتلعب البيئة التي يعيش فيها الفرد دوراً كبيراً في ذلك ويبدأ عمل البيئة بعد عملية التخصيب التي تحدث بين الحيوان المنوي للذكر من بويضة الأنثى في رحم الأم. أي أن البيئة تشمل البيئة الرحمية والبيئة الخارجية التي يخرج إليها الوليد بعد ولادته ولقد سبق أن تكلمنا في الجزء الخاص بتأثير البيئة الرحمية على الاستعدادات الوراثية عن دور هذه البيئة أما البيئات الخارجية فتشمل المؤسسات الآتية.

١- الأسرة : (الوالدين).
٢- الأخوة. \
٣- الثقافة والمجتمع.

فالأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأولى والبيئة التي تساعد الفرد وترعى وتوجه نموه وهو طفل وفي الأسرة تبدأ علاقة الطفل بأمه حيث تقوم بإشباع حاجاته البيولوجية الأساسية من طعام ونوم ودفء. وشيأ فشيأ تتطور هذه العلاقات إلى علاقات نفسية واجتماعية يكون امتداداً لها ما يربط الطفل بأبيه واخوته ثم ينتقل بعد ذلك لإقامة علاقات بينه وبين زملائه وأصدقائه ثم بالمجتمع. ويلعب ترتيب الطفل داخل أسرته دوراً كبيراً في نوع المعاملة وصورة العلاقة التي تربطه بأمه وبباقي أفراد أسرته وبطبيعة الحال يتأثر نمو الطفل بترتيبه الميلادي في الأسرة. وتبعاً لذلك تختلف سرعة النمو من أخ إلى آخر ويتمثل ذلك في تقليد الطفل الثاني لأخية الأول، ويظهر ذلك واضحاً في النمو اللغوي والذي يعتمد أول ما يعتمد على المحاكاة والتقليد كما أن الطفل الأخير في الميلاد يحظى من باقي أخوته بعطف ورعاية وتدليل زائدين مما يثير هذا في أخوته خنقهم وعدوانهم الخفي نحوه.

ويتأثر الطفل بطبيعة الحال بالثقافة والمجتمع الذي يعيش فيه فيتشرب منه التقاليد والقيم والمعايير الاجتماعية والمحركات، وبهذه الكيفية ينشأ الطف ويتطور نموه في إطار الثقافة والمجتمع الذي يؤثر فيه ويتفاعل معه. وتؤثر الثقافة في الفرد من خلال كثير من المؤسسات كالأسرة والمدرسة، وهو يحاول باستمرار التوافق والتكيف معها حينما يقلد لتعلم الأساليب العامة للحياة التي يرتضيها لنفسه. وعندما تصل خاصية من خصائص النمو كالمشي أو الكلام لدرجة معينة من النضج، فإن المؤسسات السابقة تتناول هذه الخاصية بالمرين والتعليم في الوقت

الملائم لكي تصل إلى نهاية نموها في وقت ملائم، فالطفل يبدأ المشي بتحريك رجله حركة عامة ثم تنضج هذه المهارة عنده ثم تتميز حركة القدم ثم الأصابع، وكل هذه النواحي تنمو بالتدريب.

دور الوراثة والبيئة في الاضطرابات النفسية والاجتماعية

مقدمة: لقد سبق أن أوضحنا أن الوراثة تشمل كل العوامل التي تكون موجودة في الفرد عندما يبدأ الحياة عند الحمل CONCEPTION ، أي قبل تسعة شهور تقريباً من الميلاد في حين أن البيئة تشمل كل العوامل الخارجية التي تؤثر على الفرد منذ ذلك الوقت أي منذ الحمل وتتفاعل كل من الوراثة والبيئة بحيث يصعب التمييز بين أثر كل منهما.

التفاعل بين الوراثة والبيئة: تتضمن الوراثة عدداً من الاستعدادات التي تختص بالطول والوزن ولون العين، وتعتمد هذه الاستعدادات التي تختص بالطول والوزن ولون العين، وتعتمد هذه الاستعدادات في نموها على البيئة فالاستعداد الوراثي الخاص بتكوين العضلات لن ينمو إذا لم تمده البيئة بالغذاء والطعام، كما أن العضلات لن تشتد وتقوي إذا لم تتح البيئة لها الفرصة للتمرين، وعلى هذا الأساس فإن عضلات الراشد ما هي إلا نتاج الوراثة والبيئة متضامنين.

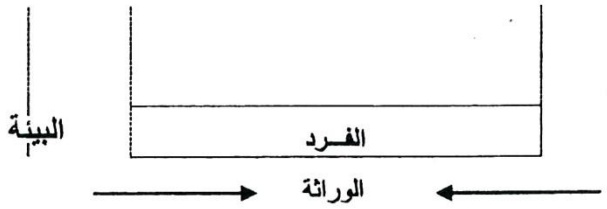
كذلك الأمر بالنسبة للنبات ،فالوراثة الخاصة به تتضمن الحبوب، في حين أن العوامل البيئية تتكون من التربة ، والرطوبة وضوء الشمس، وغيرها فإذا زرع الزارع بذوراً طماطم مثلاً إلى جانب بذور البامية فإنه سيحصل على طعام من البذور الأولى وعلى باميه من البذور الأخرى رغماً من وضع بذور هذين النوعين من الخضار في نفس البيئة، ونعرض فيما يلي للجوانب التي تشير لذلك التفاعل.

(أ) **الأهمية النسبية للوراثة والبيئة:** يتساءل الناس أحياناً أيهما أهم الوراثة أم البيئة؟ ويستوى هذا التساؤل مع تساؤل آخر هو أيهما أهم للعربة ماكينة الموتور أم البترول؟ ولقد تناولنا فيما بسبق مثال البذور وزراعتها، وفي ضوء الأهمية النسبية للوراثة والبيئة نجد أنه بدون بيئة سليمه لا تنبت البذور، وبدون وجود البذور لن يكون هناك شيئاً. ولذلك فإن كلا من الوراثة والبيئة أساس في عملية النمو، وفي القيام بالدور الرئيسي في الفروق بالنسبة لكافة الخصائص سواء كانت جسمية أو عقلية.

وعادة عندما يتساءل أحد الأفراد أيهما أهم الوراثة أم البيئة فإنه يشير بسؤاله لفروق بين الأفراد أو بين الجماعات أي أنه يريد أن يعرف هل يختلف الناس بعضهم عن بعض لأن الوراثة لديهم مختلفة أم لأنهم ينتمون لبيئات مختلفة ويتضح الأمر لو أشرنا مرة أخرى لموضوع العربة، فهناك عربة أو سيارة تسير بسرعة أو في حالة أحسن من

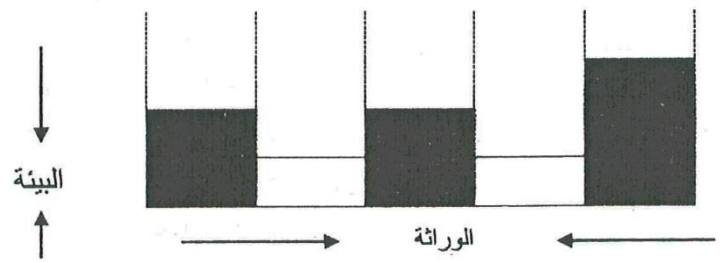
الأخرى ويرجع ذلك إما لأن ماكينة الموتور التي بنها أحسن أو لأن البترول الذي بها أجود. كذلك الأمر بالنسبة للإنسان. فإننا نجد فردان (أخان) من وراثة واحدة لكنهما يكونان مختلفان في النمو، وذلك لأنهما تربياً في بيئات مختلفة، كذلك الأمر فإننا نجد شخصان تربياً وعاشا في بيئة واحدة لكنهما يكونان مختلفان في كثير من الخصائص الجسمية والنفسية والاجتماعية وذلك بسبب أنهما من بيئات مختلفة.

(ب) الفرد نتاج الوراثة والبيئة: أن العلاقة بين الوراثة والبيئة ليست علاقة إضافة بل علاقة تضاعف، فالفرد لا يساوي الوراثة + البيئة بل يساوى الوراثة × البيئة. فالفرد نتاج الاثنين من العوامل، وليس هو مجموعة من أجزاء معينة تعزي الوراثة، ومجموعة أخرى من الأجزاء التي تنسب للبيئة ويمكننا أن نمثل الوراثة هنا بقاعدة أحد المستطيلات والبيئة بارتفاع هذا المثلث والفرد بمساحة المثلث التي هي نتاج القاعدة والارتفاع.



ويشير الخط غير المتصل إلى أن زيادة التنبيه البيئي المتمثل في ارتفاع المستطيل يتبعه زيادة في مساحة المستطيل لكن العوامل الوراثية تظل كما هي.

وعندما نقارن بين فردين أو أكثر بإجراء نفس المثال السابق وهو المستطيل فإننا نجد أنهما قد يختلفان في عامل الوراثة وحده أو في عامل البيئة وحده، أو في الاثنين فالفرد أ، ب يعيشان في بيئة واحدة سواء كان غنيه أو فقيرة لكنهما يختلفان لعدم



تساويهما فى الوراثة، هذا فى حين أن ب ، جـ الوراثة لديهما واحدة لكنهما

تساويهما في الوراثة، هذا في حين أن ب، ج الوراثة لديهما واحدة لكنهما يختلفان لعدم تساويهما في البيئة.

وبالدراسة الأعمق لهذه المستطيلات نجد أن تحسين البيئة بالنسبة للمجتمع يؤدي إلى تساوى هؤلاء الأفراد، ولا يقلل من الفروق الفردية لديهم بل من المحتمل أن يؤدي إلى زيادتها. فمثلاُ نجد أن بعض الأطفال يكون لديهم الاستعداد الموسيقى أكثر من غيرهم، لكن إذا عاشوا في بيئة يوجد بها أفرادها من يدعم ويعزز هذا الاستعداد فإنهم لن يصبحوا موسيقيين (WODWORTH,1974).

دور الوراثة في السلوك الإجرامي: كما سبق أن أوضحنا تعني الوراثة كافة الخصائص والصفات التي توجد لدى الفرد عندما يبدأ الحياة وليس المقصود ببدء الحياة ميلاد الفرد لكن يعني بها وقت الحمل. أي عندما يحدث التخصيب بين الحيوان المنوي للذكر وبويضة الأنثى، وليس هناك مجال للحديث عما يحدث بعد عملية التخصيب سوى أن البويضة بعد التخصيب تنقسم لخلايا وتحمل كل خلية ٢٤ زوجاً من الكرموزومات بعضها من الأب وبعضها من الأم ومجموعها ٤٦ كرموزوما منها اثنين أحدهما الكرموزوم X الخاص بالأنوثة والثاني الكرمزون Y والخاص بالذكر.

وفي المرأة تنقسم الخلية إلى خليتين في كل منهما X كروموزوم، وفي الرجل تنقسم الخلايا فتكونه هناك خلايا X كرموزوم وخلايا Y كروموزوم، فإذا اجتمعت خلية X مع X كان النتاج أنثى (XX) والصورة السابقة هي العادية NORMAL.

أ- **دراسات الكرموزومات:** وأما عن دور الوراثة في السلوك الإجرامي فيتمثل في خروج اجتماع الكرموزومات عن الصورة العادية السابقة فقد وجد لدى بعض الأشخاص ومنهم مجرمين كان توزيع الكرموزومات في خلاياهم (XYY) ويتميز هؤلاء بالعدوانية والعنف والميل للمشاجرة.

كما وجد أن الأفراد الذين تتكون خلايا جسمهم من كرموزومات (XXX) لديهم نزعة نحو التخشن وفقدان الرجولة. وقد وجد الباحثون في أدنبرة بانجلترا أن بين ١٩٧ سجيناً فحصوا في المستشفى سبعة منهم يحملون خلايا (XYY) وواحد يحمل خلايا (XXYY) ولذلك ربط العلماء بين الشواذ في توزيع الكرموزومات وبين السلوك الاجرامي.

ب- **دراسات جودارد:** قام جودارد GOODARD بدراستين توضحان علاقة الوراثة بالسلوك الإجرامي.

١- الأولى دارت حول أسرة جوكس JUKES إذ وجد جوادارد في هذه الأسرة خمس شقيقات أنجبن أطفالاً شرعيين وغير شرعيين وقد تبين من متابعة اثنين من الباحثين أنه من

أصل ٢٨٢٠ فرد من هذه الأسرة أن حوالي نصفهم يعاني من التأخر العقلي، وارتكب عدد كبير منهم جرائم خطيرة كالبغاء وغيره.

٢- والدراسة الثانية كانت تتعلق بأسرة كاليكاك والذي تزوج من اثنين أحدهما سوية والأخرى لديها تأخر عقلي. وقد تمت متابعة الأبناء من الزوجتين فوجد أن الأبناء من الزوجة غير السوية (التي لديها تأخر عقلي) لديهم انحرافات أخلاقية وكثير منهم لديه تخلف عقلي. أما أبناء الزوجة السوية فلم توجد مظاهر شاذة لديهم.

ج- **الغدد والسلوك الإجرامي:** أكد كثير من الباحثين أن زيادة إفراز الغدة النخامية تؤدي بالشخص لأن يصبح كثير الحركة والانفعال أنانياً مستعداً دائماً للمشاجرة والتعدي، أي تكون لديه ميولاً عدوانيه مع ارتكاب بعض السرقات. وفي دراسة للمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية عام ١٩٥٩ على البغاء وجد أن ٨٥% منهن كن مصابات باضطرابات في إفرازهن الهرموني وقد قام الطبيب الإنجليزي "جيبنز" بدراسة على السارقات وذهب في تقريره عام ١٩٦٠ أن معظمهن كن يشكين أثناء السرقة أو قبلها من الضطرابات هرمونية ناتجه عن وجودهن في فترة الحيض (مصطفى العوجي، ٢٨٥).

الجهاز العصبي والسلوك الإجرامي: وجد أن إيقاع الموجات الصوتية الصادرة عن المخ من النواحي الفسيولوجية التي تميز الجانحين. وتتضح هذه الإيقاعات بواسطة الرسام الكهربائي للمخ E.E.G فقد تبين أن هناك نشاطاً غير عادي لتلك الموجات في مناطق معينة في المخ.

دراسات التوائم: كشف دراسات التوائم أن السيكوباتيين يرثون ميلاً لخرق القانون (ميشيل أرجايل، ١٩٨٣: ٩٧) .

ثالثاُ: البيئة والسلوك الإجرامي المضاد للمجتمع: يشمل موضوع علاقة البيئة بالسلوك الإجرامي والجانح ما يلي من نواحي.

١- تأثير البيئة الرحمية: ويتضمن ذلك العوامل الانفعالية التي تؤثر على الأم أثناء الحمل، وانتقال عدوى المرض من الأم للجنين وتأثير المواد المخدرة والتدخين وعدم مناسبة طعام الأمر لظروف الحمل على الجهاز النفسي والسلوكي للأبناء.

٢- تأثير البيئة بعد الرحمية: ويتمثل تأثير البيئة بعد الرحمية في دور الأسرة والوالدين والأخوة والمجتمع. ومن جوانب التنشئة الاجتماعية التي ترتبط بالسلوك الجانح والسلوك الإجرامي.

أ- الإهمال: يرتبط بالسلوك السيكوباتي كالإدمان والتشرد واحتراف الدعارة والانحراف الجنسي.

ب-الحماية الزائدة: ترتبط بعجز الطفل عن أ، يكون مستقلاً كما يفقد اهتمامه بالعالم المحيط به.

ج- الخلافات الزوجية.

د- السلطة والفطام.

هـ-العلاقات بالأشقاء.

الدراسات التي توضح علاقة التنشئة بالسلوك الإجرامي.

١- **دراسات بيرت عام ١٩٤٤** واهتم فيه بالكشف عن أثر الظروف المنزلية والجل، والقسوة في المعاملة على الجناح ولقد وجد ارتباط الجناح بالكثافة السكانية أي بحجم الأسرة وبالتساهل مع الأبناء في المعاملة وبعدم وجود نظم يسير الأبناء وفقاً له في المنزل.

٢- **دراسة بولبي ١٩٤٦** على ٤٤ ولد جانح ومثله من غير الجانحين وهدفت لدراسة أثر العلاقة بين الوالدين وأبنائهم فوجد أن السلوك الجانح له علاقة بابتعاد الطفل عن أمه مدة كبيرة في السنوات الخمس الأولى (محمود أبو النيل، ١٩٨٥: ٥٢) .

التحضر والسلوك الإجرامي يعني التحضر الأخذ بالأساليب المدنية الحديثة MODERNIZATION أي انتقال الناس من الريف للمدينة مما يستتبع تغييراً في عاداتهم وتقاليدهم (محمد خيري، ١٩٧٧: ٤٤٣) وتذهب الكثير من الدراسات (CHESMAIS, 1981 REMY & VOYE,1981) إلى أن الجريمة والجناح من نتائج الحياة الحضرية فمن المعروف أن تزايد السلوك الإجرامي يرتبط بحجم المدن ويزداد بصورة أكبر في وقت الأزمات الاقتصادية مما أدى إلى ظهور مفهوم جديد هو عدم الأمن INSECURITY وقد قام كليفورد شو ١٩٢١ بدراسة على الأحياء التي يسكن فيها ١٠٠,٠٠٠ من التلاميذ المنحرفين فوجد أن معظم عينته يسلكون في مناطق معينة ملاصقة للأحياء التجارية والصناعية والتي فيها تحول طبيعي من أحياء سكنية إلى مراكز صناعية وتجارية (محمد خيري، ١٩٧٠: ٤٤٣).

الهجرة والسلوك الإجرامي: أجرى محمد خيري محمد عن (١٩٧٠) دراسة على الهجرة والجريمة في مصر، وعني بالهجرة انتقال الأفراد من مناطق إقامتهم إلى مناطق أخرى. وكانت عينة البحث من نزلاء السجون المهاجرين فوجد ارتباط الجرائم بالعمر، وغير المتزوجين فهم يبتعدون أكثر من موطنهم الأصلي، وأن أكثر من نصف العينة ينتمون لأسر يزيد عدد أفرادها

عن خمسة أشخاص ومعدل الهجرة بين الأميين أكثر كما وجد أن أغلب العينة لم ينتابها الحنين للعودة للوطن الأصلي (محمد خير محمد على ، ١٩٧٠: ٤٤٣).

الفصام بين الوراثة والبيئة: وبالنسبة لأسباب الفصام فإن العوامل الوراثية تلعب دوراً كبيراً في حدوثة إذ أن ١٦% من الأطفال الذين لهم أحد الوالدين فصامي يصبحون فصامين وأن ٦٨,١% من الأطفال من أب وأم فصامين يصبحون فصاميين ويبين الجدول (٦) نسبة وقوع الفصام في أُقرباء المرضى الفصاميين.

رقم	القـــرابة	% للإصابة بالفصام
١	توائم متماثلة (بويضة واحدة)	%٨٥,٨
٢	توائم غير متماثلة (بوضتين)	%١٥,٧
٣	أخوة أشقاء	%١٤,٣
٤	أخوة غير أشقاء	%٧
٥	أخوة بالتبنى	%١,٨
٦	علاقة زواج	%٢,١

ونجد في الجدول (٦) أن كلما كان دور العوامل الوراثية في درجة القرابة كبيراً كلما ارتفعت نسبة وقوع الفصام لدى أقرباء المرضى. وإضافة إلى العوامل الوراثية وكذلك الاستعداد التكويني يضاف إلى أسباب الفصام النفسية في الطفولة والتي تفترض أن الفصامي قد تعرض لصدمة نفسية عنيفة في طفولته المبكرة جعله غير قادر على تحمل الضغوط التالية التي تحدث له، لذا فكلما زادت الضغوط عليه ازداد اضطراباً حتى أنه يلجأ إلى لانسحاب من عالم الواقع إلى عالم الخيال ليحقق فيها إشبعاته التي حرم منها في الحقيقة.

كما أن الحماية الزائدة للطفل في المحيط العائلي تعزله عن المؤثرات التربوية التي يقدمها المجتمع فلا يعرض نفسه بشكل كاف للتفاعل الاجتماعي والنتيجة النهائية هي الفشل في تطوير مهاراته للقيام بأدواره في مجالات الحياة المختلفة مما يؤدي إلى مزيد من فقدان الاهتمام بالعالم المحيط به.

كما تلعب العلاقات العائلية دوراً كبيراً في حدوث ونشأة الفصام كالرعاية الأموية الزائدة، وتصدع العلاقات داخل الأسرة له تأثير كبير كذلك من الأسباب الهامة في تطور الفصام تلك الأحداث التي تقلل من تقدير الفرد لنفسه أو التي تتحدى كفاءته.

كذلك فإنه من الممكن أن تؤدي صراعات المراهقة أو الضغط الناجم عن مواجهة مشكلات النضج إلي النمط الفصامي كوسيلة للهروب (كوفيل وزملاؤه، ١٩٨٦: ٢٤١ –٢٤٦).

علاقة انتشار الاضطرابات النفسية ببعض النواحي الديموغرافية:

وقد ربطت مجدة السيد على (٢٠٠٢) في دراسة لها على طلاب جامعة أسيوط بين انتشار الاضطرابات النفسية كما تقاس باختبار الشخصية المتعدد الأوجة وبين بعض النواحي الديموجرافية مثل نوع التعليم، ريف حضر، مهنة والد الطالب، دخل الأسرة عدد الأخوة عدد أفراد الأسرة، الترتيب الميلادي، وفيما يلي بعض نتائج هذه الدراسة:

١- **نوع التعليم:** ففي الكليات العملية تكون أعلى نسبة انتشار في المثلث العصابي بنسبة ٥٣,٨% وأقل نسبة انتشار في الانحراف السيكوباتي بنسبة ٣٣%، أما الكليات النظرية فقد كانت أعلى نسبة انتشار لديهم في الانحراف السيكوباتي بنسبة ٦٧% وأقل نسبة في المثلث العصابي ٤٦,٢%.

٢- **ريف –** حضر: وبالنسبة لمتغير ريف – حضر وجدت أن أعلى نسبة انتشار لدى طلاب الريف الانطواء الاجتماعي بنسبة ٤٢,٨٦% وأقل نسبة في المثلث العصابي بنسبة ١٥,٤% وأقل نسبة في الانطواء الاجتماعي بنسبة ٢٨,٥٧% ونجد فيما سبق من نتائج أن العصاب يكون أكثر انتشاراً بين طلاب الحضر بينما يكون الأكثر انتشاراً في الريف الانطواء الاجتماعي.

٣- **مهنة والد الطالب:** وكشفت النتائج أيضاً بالنسبة لعلاقة نسب الانتشار بمهنة والد الطالب أنه في مهنة العمال الحرفيين توجد أعلى نسبة في الانطواء الاجتماعي بنسبة ١٤,٣% وأُقل نسبة انتشار في المثلث الذهابي بنسبة ١١,٦٣% وبالنسبة لعمال الخدمات كانت أعلى نسبة انتشار في الانطواء الاجتماعي بنسبة ٢٨,٦% وأقل نسبة انتشار في المثلث العصابي بنسبة ٧,٧% وأما الموظفون فقد كانت أعلى نسبة انتشار لديهم في الانطواء الاجتماعي بنسبة ٤٢,٨٦% وأقل نسبة انتشار ١٦,٢٨% وفي الوظائف الإدارية العليا كانت أعلى نسبة في المثلث العصابي بنسبة ٣٨,٥% وأقل نسبة في المثلث الذهابي نسبة ٢٣,٢٥%. ونلمح في النسب المئوية السابقة أن الانطواء الاجتماعي هو الذي يكون أعلى انتشاراً لدى الطلاب الذين يعمل أباؤهم في مهن منخفضة المستوى بينما يكون العصاب هو الأعلى انتشار لدى الطلاب الذين يعمل أباؤهم في المهن الإدارية العليا.

٤- **دخل الأسرة:** وبالنسبة لدخل أسرة الطلاب وعلاقته بانتشار الاضطرابات النفسية لديهم وجدت الباحثة أن :

أ- الدخل الأقل من ٢٠٠: وجدت أعلى نسبة في الانحراف السيكوباتي بنسبة ١٦,٦٧% وأقل نسبة في المثلث العصابي بنسبة ٧,٧%.

ب-الدخل ٢٠٠- ٤٠٠: وجدت أعلى نسبة في الانطواء الاجتماعي بنسبة ٢٨,٦% وأقل نسبة في المثلث العصابي بنسبة ٧,٧%

ج-الدخل ٤٠٠- ٦٠٠ : وجدت أعلى نسبة في المثلث العصابي بنسبة ٢٣,١% وأقل نسبة في المثلث الذهاني بنسبة ٩,٣%

د- الدخل من ٦٠٠- ٨٠٠: وجدت أعلى نسبة انتشار في الانحراف السيكوباتي بنسبة ١٦,٦٧% وأقل نسبة في المثلث الذهاني بنسبة ٩,٣%.

هـ-الدخل من ٨٠٠ – ١٠٠٠: وجدت أعلى نسبة انتشار في الانطواء الاجتماعي بنسبة ٢٨,٦% وأقل نسبة انتشار في المثلث الذهاني بنسبة ١١,٦٣% .

و- الدخل من ١٨٠٠- ٢٠٠٠: أعلى نسبة انتشار في المثلث العصابي بنسبة ٢٣,١% وأقل نسبة انتشار في المثلث الذهاني بنسبة ٤,٦٥%.

ويلاحظ في النتائج السابقة أن كلا من الطلاب الذين ينتمون لأسر مرتفعة ومنخفضة الدخل ينتشر بينهم الانطواء الاجتماعي بنسبة أعلى ٢٨,٦%، ٢٨,٦% وينتشر بينهم الانحراف السيكوباتي بنسبة أقل ١٦,٦٧%، ١٦,٦٧%. وفي حين ركون المثلث العصابي انتشاره أُقل لدى الطلاب ذوي الدخل المنخفض نجد أن المثلث الذهاني هو الأقل انتشاراً لدى الطلاب ذوي الدخل المرتفع. وقد قمنا بضم فئات أسرة الطلاب في ثلاث فئات وتم أيضاً حساب النسبة المئوية لانتشار الاضطرابات النفسية كما تقاس باختبار الشخصية المتعدد الأوجه في كل فئة من هذه الفئات كما يتضح ذلك من الجدول (٧).

عن فئات الدخل ونسبة الاضطراب المقابلة لكل فئة دخل

رقم	فئة الدخل	المثلث العصابي	المثلث الذهاني	الانطواء الاجتماعي	الانحراف السيكوباتي
١	٤٠٠ فما أقل	%١٥,٤	%٣٧,٢١	%٤٢,٨٨	%٤٠
٢	٤٠٠ إلي أُل من ٨٠٠٠	%٢٣,١	%١٨,٦٠	%١٤,٢٨	%٣٣,٣٤
٣	٨٠٠ فما فوق	%٤٦,٢	%٢,٩٣	%٢٨,٦٠	%٣٣,٣٤

وتعتبر الفئة الأولى في الجدول (٧) المنخفضة الدخل والثانية المتوسطة الدخل والثالثة المرتفعة الدخل، ونجد أن الانطواء الاجتماعي هو الأكثر انتشاراً بين الطلاب المنخفضي الدخل وأن الانحراف السيكوباتي الأكثر انتشاراً بين الطلاب المتوسطي الدخل وأن العصاب هوا لأكثر انتشاراً بين الطلاب المرتفعي الدخل.

٥- **عدد الأخوة:** وبالنسبة لعدد الأخوة وعلاقته بنسبة انتشار الاضطرابات النفسية لدى الطلاب وجد:

أ- عدد الأخوة من ٢- ٣ : وجد أن أعلى نسبة انتشار في الانحراف السيكوباتي بنسبة ٣٣,٣٣% وأقل نسبة في الانطواء الاجتماعي بنسبة ٢٨,٥٧%.

ب-عدد الأخوة من ٤ -٥ : وجد أن أعلى نسبة انتشار في المثلث العصابي بنسبة ٣٨,٥% وأقل نسبة انتشار في المثلث الذهاني بنسبة ٢٠,٩%.

ج- عدد الأخوة من ٦-٧: وجد أن أعلى نسبة انتشار في الانطواء الاجتماعي بنسبة ٢٨,٥٧ % وأقل نسبة انتشار ٢٠,٩% في المثلث الذهاني.

د- عدد الأخوة من ٨-٩ : وجد أن أعلى نسبة انتشار في الانطواء الاجتماعي بنسبة ١٤,٢٨% وأقل نسبة انتشار في المثلث الذهاني بنسبة ٦,٩٧%.

ويلاحظ من النتائج السابقة أن الانحراف السيكوباتي هو الاضطراب السائد لدى الطلاب الذي يكون عدد الأخوة في أسرهم صغيراً بينما الانطواء الاجتماعي يكون الاضطراب السائد لدى الطلاب الذي يكون عدد الأخوة في أسرهم كبيراً وقد قمنا بضم عدد الأخوة في ثلاثة مجموعات: صغيرة العدد – متوسطة العدد – كبيرة العدد وتم حساب النسبة المئوية لانتشار الاضطرابات النفسية في كل مجموعة كما في الجدول (٨)

رقم	فئة الدخل	المثلث العصابي	المثلث الذهاني	الانطواء الاجتماعي	الانحراف السيكوباتي
١	صغيرة العدد	%١٥,٤	%٢٥,٥٥	%٢٨,٥٧	%٣٣,٣٣
٢	متوسطة العدد	%٣٨,٥	%٢٠,٩٠	%١٤,٢٨	%٣٣,٣٣
٣	كبيرة العدد	%٣٠,٨	%٢٧,٨٧	%٢٤,٨٥	%١٦,٦٧

ويتضح من الجدول (٨) أن الاضطراب الأكثر انتشاراً لدى الطلاب في المجموعة الصغيرة، وأن العصاب هو الأكثر انتشاراً لدى الطلاب في المجموعة المتوسطة وأن الانطواء الاجتماعي الأكثر انتشاراً لدى الطلاب في المجموعة الكبيرة العدد.

٦- **حجم الأسرة** :وبالنسبة لعدد أفراد الأسرة وعلاقة بانتشار الاضطرابات النفسية وجد:

أ- أن في فئة عدد أفراد الأسرة من ٤-٥ تكون اضطرابات المثلث العصابي هي الأكثر انتشاراً بنسبة ٢٣,١% واضطرابات المثلث الذهاني هي الأقل انتشاراً نسبة ١٣,٩٥%.

ب-أن في فئة عدد أفراد الأسرة من ٦-٧ يكون الانحراف السيكوباتي هو الأكثر انتشاراً بنسبة ٥٠% والمثلث العصابي الأقل انتشاراً بنسبة ٧,٧%.

ج- أن في فئة عدد أفراد الأسرة من ٨-٩ تكون اضطرابات المثلث العصابي هي الأكثر انتشاراً بنسبة ٥٣,٨% وأن اضطرابات المثلث الذهاني تكون الأقل انتشاراً وبنسبة ٢٣,٢٥%.

د- أنه في فئة عدد أفراد الأسرة من ١٠-١١ يكون الانحراف السيكوباتي هو الأكثر انتشاراً بنسبة ١٦,٦٧% واضطرابات الذهان الأقل انتشاراً وبنسبة ١٣,٩٥%.

٧- **الترتيب الميلادي:** وبالنسبة للترتيب الميلادي وعلاقة بانتشار الاضطرابات النفسية وجد:

أ- أن الطلاب الذين يكون ترتيبهم الميلادي الأول والرابع يكون الانحراف السيكوباتي هو الأكثر انتشاراً لديهما بنسبة ٣٣,٣٣% لدى الأول، وبنسبة ١٦,٦٧% لدى الرابع كما أن الذهان هو الأقل انتشاراً لديهما وبنسبة ٢٣,٢٥% لدى الأول وبنسبة ٤,٦٥% لدى الرابع.

ب-أن الطلاب الذين يكون ترتيبهم الميلادي الثالث والسابع يكون العصاب هو الأكثر انتشار لديهما بنسبة ١٥,٤% لدى الثالث وبنسبة ٧,٧% لدى السابع وأن الذهان الأقل انتشاراً لديهما أيضاً وبنسبة ٦,٩٨% لدى الثالث وبنسبة ٦,٩٨% أيضاً لدى السابع.

ويستخلص من النتائج السابقة أن الطلاب الذين يقع ترتيبهم الميلادي في الأول يغلب انتشار الانحراف السيكوباتي والانطواء الاجتماعي لديهم وأن الذين يقع ترتيبهم الميلادي في الوسط يغلب انتشار العصاب لديهم وأن الذين يقع ترتيبهم الميلادي بعد ذلك يغلب انتشار الانحراف السيكوباتي والذهان لديهم (مجدى السيد على، ٢٠٠٢: ٧٨-٨٧).

الأسئلة:

١- قارن بين تأثير كل من البيئة الرحمية والبيئة بعد الرحمية، في الاضطرابات النفسية والاجتماعية؟

٢- الزيادة والنقصان في إفراز الغدد يؤدى إلى اضطرابات نفسية – اشرح هذه العبارة؟

مصادر تعليم أخرى: فيلم عن الوراثة والبيئة والتوائم وأطفال الملاجئ.

مراجع الفصل الخامس

١- عمر السيد الشوربجي (١٩٨٧) أخطار اكتئاب الأم على الطفل – مجلة علم النفس العدد (٤) الهيئة العامة للكتاب القاهرة.

٢- محمود أبو النيل (١٩٨٥) علم النفس الاجتماعي – دار النهضة العربية – بيروت.

٣- محمد خيري محمد على (١٩٧٠) الهجرة والجريمة في كتاب علم النفس الاجتماعي في البلاد العربية – إعداد لويس كامل – الهيئة العامة للكتاب.

٤- مجدى السيد على (٢٠٠٢) – قدرة الاختبارات النفسية الحركية على التمييز بين الفئات الإكلينيكية باختبار الشخصية المتعدد الأوجة – دراسة على طلاب جامعة أسيوط – رسالة دكتوراه غير منشورة قدمت لكلية الآداب جامعة أسيوط تحت إشراف محمود أبو النيل.

٥- كوفيل وزملاؤه (١٩٨٦) – تأليف – محمود الزيادي – ترجمة – الصحة النفسية – مكتبة الأنجلو المصرية – القاهرة.

6- Proshansky, Harold & Seidenberg (1970), basic studies in social psychology, holt rinehart and wiston, London.

7- Brown roger (1965), social psychology collier macmillan limited london.

8- Brown i.s., social psychology and group process, annual review of psychology & cp. Stone editor.

9- Woodworth robert & marquis donald g. (1974) psychology, henry holt & company.

الفصل السادس

الأمراض السيكوسوماتية (النفسية جسمية)

الأهداف: يمد هذا الفصل القارئ بعدد من المعارف المرتبطة بماهية الأمراض الجسمية الناتجة عن أسباب نفسية كالصداع النصفي وارتفاع ضغط الدم وقرحة المعدة وإسهامات العلماء الغربيين والعلماء العرب في تفسير هذه الأمراض وفي علاجها. كما يهدف الفصل إضافة إلى ذلك تعريف القارئ بمدى انتشار هذه الأمراض في العصر الحديث.

المحتوى: يتضمن الفصل الجوانب التاريخية لنشأة الأمراض السيكوماتية – إسهام علماء الغرب القدامى، أعمال الأنثروبولوجين حجم المشكلة ومدى الانتشار – الأمراض السيكوسوماتية والحضارة – مرض الشريان التاجي – الحرب العالمية والأمراض السيكوسوماتية – حالات القلق والأمراض السيكوسوماتية لدى رجال الأعمال.

ونتناول فيما يلي تعريق السيكوسوماتيك ثم الجوانب التاريخية وبعد ذلك حجم وانتشار هذه الاضطرابات.

أولاً: تعريف السيكوسوماتيك (النفسي جسمي)

بدأ استخدام تعبير "نفسي جسمي" Psychosomatic مع "هنرث" عام ١٨١٨ عندما كان يتحدث عن الأسباب "النفسي جسمي" لحالة الأرق. ومنذ ذلك الحين استخدم هذا التعبير على نطاق واسع وكان الغرض من استخدامه هو تأييد دور العوامل النفسية في ميدان الطب العضوي. ومنذ هذه الفترة كانت كلمة "نفسجسمية" تطلق أيضاً على مجموعة من الاضطرابات النفسية التي لها مظاهر عضوية مثل حالات الهستيريا.

وقد لاحظت الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٥٢ إلى ما يتضمنه هذا المصطلح من غموض وإلى عدم تحديد المقصود بنوع المرض الأمر الذي أدى إلى اتفاق أعضاء جمعية الطب النفسي إلى استخدام مصطلح "نفس فسيولوجي" عندما يكون المقصود بالاضطرابات الجسمية الناشئة عن أسباب نفسية وبهذا لا تعتبر الهستريا ضمن هذه المجموعة من الاضطرابات (عمر شاهين، ١٩٧٠: ٢).

ثانياً الجوانب التاريخية: سنعالج فيما يلي إسهام العلماء الغربيين والعلماء العرب في النظر للعلاقة بين النفس والجسم وتفاعلهما وتأثير ذلك في الفرد نتيجة الضغوط التي يتعرض لها في صور غير سوية تتمثل في أمراض القرحة المعدية وارتفاع الضغط والصداع النصفي.

إسهام علماء الغرب: أن العلاقة بين النفس والجسم قديمة قدم تاريخ الفكر الإنساني إذ يرجع أثر العوامل النفسية في الجسم بالذات إلى زمن قديم فقد أشار بريل A. A. Brill إلى أن هيبوقراط (أبو الطب) Hippocrats قد استطاع أن يشفي "برد يكاس" ملك مقدونيا من مرضه الجسمي وذلك عندما قام بتحليل أحلامه (يوسف كرم، ١٩٥٨: ١٣، ١٥٣)، ويعكس ذلك دون شك أن إدراك هيبوقراط للعلاقة بين النفس والجسم. ويذهب أرسطو (٣٨٤ – ٣٢٢ ق.م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والرجاء والفرح والمجد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها. ففي نفس الوقت الذي يحدث فيه انفعال نفسي يحدث تغير في الجسم (٥١: ١٥٣). وهكذا نلمح في اعمال كل من أبقراط وأرسطو ما يشير إلى أن أثر النفس في الجسم يؤدي إلى سوء توافق الإنسان في حياته.

وجاءت بعدهما في القرن الثاني الميلادي نظرية جالينوس والتي فسرت بمقتضاها الظواهر الحيوية في الجسم الإنساني والصلة بينهما وبين بعض الظواهر النفسية.

وظهرت بعد ذلك نظرية أخرى هي نظرية المواراة بين الجسم والنفس والتي تعتبر الظواهر البدنية ظروفاً أو شروطاً للظواهر النفسية، كما أن الزيادة في التغير في أحدهما يتبعه زيادة في الآخر.

ولقد دعم ماديو القرن التاسع عشر آراءهم عن الصلة بين النفس والجسم بنظريات أبستمولوجية (أي في طبيعة المعرفة) تظهر أول آثارها في قول ""فوجت": بأن المخ هو الأداة التي بواسطتها يؤدي العقل وظيفته. ويأتي بعد ذلك مولشت في كتابه المسمى: دور الحياة (١٨٨٧) ليقول باتحاد الجسم والعقل.

إسهام العلماء العرب: ولا يقتصر تناول موضوع العلاقة بين النفس والجسم على آراء الفلاسفة اليونانيين القدامى وغيرهم من الفلاسفة الإنجليز والفرنسيين المحدثين، بل كذلك فطن العرب ما للأعراض النفسانية من أثر في إحداث تغيرات بدنية وأمراض جسمية، وفي إعاقة الشفاء أو تعجيله، مما يهدد ذلك توافق الإنسان، وأهم من أشار لذلك من الأطباء ابن عيسى المجوسي (٩٩٤م) فيذهب في كتباه "كامل الصناعة الطبية" أن الأمراض النفسية كالغم والغضب

والهم والحسد تغير مزاج البدن وتؤدي إلى انهاكه وتولد هذه الأعراض الحميات الرديئة (يوسف مراد، ١٩٥٤: ١٣٠، ١٣٨).

وليس رأي ابن عيسى المجوسي فقط هو الرأي الوحيد بل إننا نرى أن التطبيق الخاص للمبادئ المتضمنة في التشخيص الطبي والعلاج في أيامنا لا يعتبر جديداً، ونستشهد بما ذكر في الكتاب الفارسي المسمى "أخلاق الجلالي" The Akhlaq – i – galali عن أن الطبيب الرازي العظيم Rhazes قد دعى إلى ترانسواكسيانا ليعالج الأمير منصور الذي كان يشكو من أمراض روماتيزمية في مفاصله، فلما وصل نهر أوكسيس خاف عبوره إلى القارب مع جنود الامير فاضطروه للعبور. ولما دخل الرازي بخاري بلد الأمير جرب طرقاً عديدة لعلاجه دون أن ينجح. وقال له آخر الأمر "سأجرب غداً طريقة جديدة ولكنها ستكلفك خير حصان وخير بغل في حظيرتك". وفي اليوم التالي ركب الرازي والأمير وذهب إلى حمام ساخن خارج المدينة، وربط الحصان والبغل خارجه ثم دخل الحجرة الساخنة وحده مع مريضه الذي وضعه تحت الماء الساخن عدة مرات وسقاه جرعة كان قد أعدها "ليسقيها له" كما يقول الرازي "عندما يجئ الوقت الذي تتضح فيه الأخلاط التي في مفاصله". ثم خر ولبس ثيابه، ودخل ثانية وفي يده سكين، ووقف برهة يسب الأمير قائلاً: "لقد أمرت أن أقيد وأن ألقى في القارب، متآمراً بذلك على حياتي، وإن لم أقتلك عقاباً لك على ذلك فلست محمد بن زكريا فغضب الأمير غضباً شديداً وثارت ثائرمة وهب واقفاً على قدميه مدفوعاً بالغضب من جهة، والخوف من جهة أخرى، فأسرع الرازي هارباً ثم أرسل رسالة للأمير قائلاً "بأنه عمد للعلاج النفسي، ولما تعرضت الأخلاط الفاسدة لحرارة الحمام الساخن إلى الحد الكافي أثرتك عامداً حتى أزيد من حرارتك الطبيعية، وبذلك اكتسبت من القوة، ما يكفي لإذابة الأخلاط التي كانت قد لانت....."

وجاء في كتاب ان سينا "الأصل والعودة" عام (٩٨٠م) شيء شبيه بعمل الرازي، وكانت المريضة جارية في بلاط الملط إذ كانت منحنية لأسفل لرفع الأكواب والأطباق، فأصيبت بتصلب مفاجئ في المفاصل وصارت غير قادرة على أن تاخذ الوضع الطبيعي، ولم يستطع أطباء الملك حيالها شيئاً، فرجعوا للعلاج النفسي، وجعل ابن سينا انفعال الخجل أحد مساعداته وبدأ برفع ملابسها بادئاً بالبرقع حتى الخماء وهكذا، فانتج ذلك وهجاً من الحرارة أوقفت المزاج الروماتيزمي Dissolved the Rheumatic Humour، ووقفت المريضة معتدلة كاملة العلاج. وتشير هاتين الحادثتين إلى أن معرفة المبادئ التي تحكم الجسم والعقل مفهومة ومعروفة منذ القدم. وتشكل هذه المبادئ العلاج الأساسي للطرق الحديثة في الكشف عن الوجع.

أعمـال الأنثروبولـوجين: كمـا نلاحـظ أن مـا ظهـر علـى عـلاج حـديث ممكـن أن يرجـع لمئات بل لآلاف السنين عند بني البشر الذين ننظر إليهم على أنهم بدائيين. وقد يكون ذكر عن موضوع العلاقة بين النفس والجسم في هذه اللحظة من واقع ما هو مدون في المراجع وكتب الفلسفة والتاريخ. ولعل في ملاحظات ومشاهدات الأنثروبولوجين مثالاً يوضح الطرق المستعملة لديهم في الكشف عن السلوك الإجرامي، فلقد ذبح شيح أخد القبائل، وشُك في خمس رجال كان قد أصابهم ضرر في الماضي منه، ولاكتشاف المذنب قام الطبيب العراف بعمل احتفال كبير وسط دقات الطبول المنتظمة، وأخد التوتر يظهر لدى الرجال الذين وقفوا أمام القبيلة وظهورهم للنهر، وقد وضع العراف خمس أكوام من الأرز أمامهم، وأخذ يخطب عن الظلم والجور الذي وقع باغتيال رئيس القبيلة، وعن السحر الذي سيكشف المغتال. فالشخص المذنب لن يستطيع بلع الأرز وغير المذنب سيأكل الأرز دون صعوبة. واستطرد العراف يسرد مزايا طريفته هذه في كشفها لمجرمين اعترفوا من قبل. ثم قام بعرض أطباق الأرز على المتهمين بطريقة مسرحية وقال: انظر وشاهد وتقدم أربعة منهم لأكل الأرز دون أن يظهر علامات خارجية للسرور أو الرعب. أما الخامي فيوجه له تغير في اللون وبصعوبة وقف على رجلين مرتعبتين وأخذ يحرك فكيه، وبلا جدوى حاول ابتلاع بعض الأرز دون نجاح، واعترف بقتل رئيس القبيلة. ويتضح فيما حدث بين العراف والمتهمين حقيقة التفاعل بين النفس والجسم، فنحن نعرف الفم الجاف من الخوف وأن الانفعال الشديد يكف الهضم، وإفراز اللعاب الذي يتصل اتصالاً وثيقاً بالهضم، فبدون اللعاب يصبح من الصعوبة مضغ وبلع الطعام، فالجاني في هذه الحادثة خاف من قوة الطبيب العراف وقدرته على كشف الحقيقة، وهكذا فعندما ظهر الأرز لم يكن الجاني في حالة نفسية ملائمة لأكله وبلعه.

وإلى جانب الأحداث الثلاثة السابة نسوق تلك الحادثة الأخيرة لابن سينا والتي ذكرت في أفضل ما عمل من أعمال وهو كتاب "القانون" The Qanun. ففي القسم الخاص بالحب، والذي يقع تحت الأمراض العقلية والمخية، فعندما هرب ابن سينا من محمود الغزنوي M. of Ghazna متنكراً إلى مدينة هايركانيا Hyrcania عن طريق نهر كاسيبان Casippan وجد أن أحد أقارب حاكم ذلك الإقليم مريضاً بمرض حير كل الأطباء المحليين، وفحص ابن سينا المريض بعناية، وطلب أن يأتي معه بعضاً ممن يعرفون أحياء المدينة والمدن الموجودة بالإقليم وقاموا بذكر أسمائها، بينما ابن سينا واضعاً يده على نبض المريض. وعندما ذكر اسم مدينة معينة شعر بزيادة في نبض المريض وفي الحال قال ابن سينا: إني في حاجة لبعض ممن يعرفون كل البيوت والشوارع والأحياء في هذه المدينة، ومرة أخرى وجد زيادة في نبض المريض عند ذكر

شارع معين، كذلك وجد عن ذكر القاطنين في منزل معين زيادة في نبض المريض، فقال ابن سينا بعد ذلك إن هذا الشاب واقع في حب بنت تسكن في ذلك المنزل من ذلك الشارع من ذلك الحي من تلك المدينة، واكتمل علاج الشاب بزواجه منها في ساعة حددها ابن سينا (Eysenck, 1962: 71).

وهكذا نجد أن الإنسان قد عرف منذ زمن طويل كما سبق، أن "الأنفعالات النفسية" لها علاقة بالحالة الجسمية، والجسد عامة، فالمثل الإغريقي الذي يقول: العقل السليم في الجسم السليم، يعترف ضمناً بأن كليهما يرتبط بالآخر ارتباطاً وثيقاً ومع ذلك فإن الكثير من الناس يجدون صعوبة كبيرة في الإعتراف بذلك حتى ولو بينهم وبين أنفسهم. ولقد أتاحت المتاعب التي القيت على الفرد أثناء الحرب للكثيرين مزيداً من الوعي والتقدير العظيم للعلاقة بين أفكرنا ومشاعرنا وطريقة الجسم في القيام بوظيفته، كما اكتشفوا أموراً عديدة عن انفعالاتهم وأثر هذه الانفعالات على أجسامهم وهي حقائق لم يسبق لهم أن عرفوا شيئاً عنها.

ومن أكثر الأمور شيوعاً مما تعلمه هؤلاء الرجال أنه عندما كانت الحياة عنيفة بشكل غريب لفترة طويلة كانوا على وشك أن تظهر عليهم أعراض جسمانية فكان يحدث ألا يقوم عضو من أعضاء الجسم بوظيفته خير قيام كالقلب أو الرئتين أو العين أو المعدة (منجر منروليف، ١٩٦٦: ٩٤، ١٨٢). ولقد وصل براتراند راسل، وجون ديوي وهما من المفكرين المحدثين لاتفاق أن الفصل بين الجسم والعقل لا معنى له أساساً، لأنه من الخطأ التفرقة بين العقل في المحل الأول، وتصورا أنهما عملية مستمرة من نواحي عقلية ونواحي جسمية كلاهما يخضع للدراسة العملية (Floydl, 1967: 437).

تعليق: يتضح من العرض السابق أن مشكلة العلاقة بين النفس والجسم سارت في عدة اتجاهات. فهناك من يعتبر النفس والجسم شيئان منفصلان، وهناك من يعتبرها شيئاً واحداً أو مظهران لكل واحد هو الإنسان. وهناك من يعتبرهما شيئاً واحداً ثم يعود فيقول أنهما شيئان منفصلان ولعل ذلك يرجع في حقيقة الأمر للظروف التي كانت تحيط بهؤلاء المفكرين والفلاسفةن والعصور التي كانوا يعيشون فيها، فالرأي الذي كان يقول بانفصال النفس والجسم يعكس تزمتاً دينياً واضحاً لدى هؤلاء المفكرين حيث كانت تعطى الأهمية للنواحي الدينية والروحية، وتنكر النواحي المادية والجسمية.

ولقد التقت آراء أبقراط "أبو الطب" وأرسطو وابن عيسى المجوسي والطبيب الرازي وابن سينا والإنثروبولوجيين، في الكشف عن أن اثر الانفعالات في الجسم أمر يهدد تكيف الإنسان

ويشير إلى أن التوافق الذي كان محققاً بين الإنسان وبيئته قد فقد. ولقد تكلم أرسطو عن ذلك بوجه عام. أما محاولة أبقراط القيام بتحليل أحلام ملك مقدونيا لشفائه من مرضه الجسمي فتشير إلى أن المرض لم يهدد التوافق العام للمريض فقط بل وافقه المهني، فهو كملك مسؤول عن رعية لو أزمن المرض لديه لساء توافقه في تصريف أمور الناس. ونفس الشيء ينطبق على الأمير المنصور الذي كان شفاؤه على يد الطبيب الرازي، وعلى جارية البلاط الملكي والتي كان ابن سينا سبباً لشفائها.

من أين نعلم أن هذه الأمراض التي أصابت ملك مقدونيا، والأمير المنصور، وجارية البلاط الملكي "اضطرابات سيكوسوماتية"؟ إن الأجابة على هذا التساؤل وضحت في سردنا لأخداث تلك الحالات التي طال المرض بها واحتار الأطباء في علاجها، فطول المرض، وعدم جدوى العلاج الطبي وحده في شفائها من العلامات التي تستخدم الآن في الكشف عن هذه الأمراض إلى جانب الوسائل الأخرى.

ثالثا: حجم المشكلة ومدى الإنتشار: اتضح من العرض التاريخي السابق مدى ما تشكله الاضطرابات السيكوسوماتية من خطورة على حياة الأفراد سواء في توافقهم العام أو في توافقهم المهني، وسنحاول هنا أن نوضح أهمية هذه المشكلة ومدى خطورتها أو بمعنى آخر مدى انتشارها بين الناس (ديوبولد، ١٩٦٦: ٢١١).

الأمراض السيكوسوماتية والحضارة: ولقد ارتبط انتشار هذه الاضطرابات بالحضارة فرغماً مما تتسم به حياتنا اليوم من نعيم وترف وعناية في التنشئة والتربية الصحية والتعليمية، والتي لم تتح لأفراد الجيل السابق، وبالرغم من التقدم الهائل في وسائل الطب سواء الوقائي أو العلاجي فقد انتشر في الحضارة الحديثة مجموعة من الأمراض الجسمية المزمنة المستعصية عى الشفاء ومن أظهرها أمراض الشريان التاجي والذبحة الصدرية، والجلطة الدموية، وارتفاع ضغط الدم الجوهري أي الذي لا يرجع إلى الأسباب العضوية المعروفة، ومنها قرحة المعدة والإثنى عشر، وبعض حالات الإسهال والإمساك المزمن، والربو، والتهاب المفاصل الروماتيزمي، وتصخم الغدة الدرقية، وكثير من حالات الصداع النصفي، والطفح الجلدي، والبول السكري، وسلس البول، واللمباجو، عرق النساء، والصلع. وإن مما يوضح دور الحضارة الغربية وبين السكان الأصليين هي ٥ : ١ كما لوحظ أنها بدأت تنتشر في البلاد الآخذة بالتصنيع كالهند وغرب أفريقيا وأنها اقل انتشاراً في المناطق الزراعية وغير المصنعة من انجلترا. وقد نشر الدكتور عبد العزيز إسماعيل مقالاً بمجلة Lancer ١٩٢٨ أشار فيه أن ارتفاع ضغط الدم نادر

جداً بين العمال المصريين. ومما يجب ذكره أن هناك فارقاً إحصائياً دالاً بين ضغط الدم لدى الزنوج الذين يعيشون بالولايات المتحدة، وقد تأكد أنه فارق يرجع للحضارة لا للسلالة. كما لوحظ أن ضغط الدم لدى الأجانب المقيمين في الصين والمناطق الحارة أقل من الضغط لديهم أنفسهم وهم يعيشون في المناطق المعتدلة، وأن التاجر الأميركي ذا الحياة القلقة الصاخبة إذا ذهب ليعيش بين قوم هادئين انخفضت عمليات الأيض لديهم – أي عمليات التحول الكيميائي في الجسم – يظل في مكانه كأنه معرضاً في أغلب الظن للإصابة بأحد الاضطرابات السيكوسوماتية نتيجة لقلقه الزائد (أحمد عزت راجح، ١٩٦١: ٤٧٠).

حالات الوجه المألوف والملف السميك: ولقد بلغت مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية حجماً متضخماً لدرجة أن الأطباء الممارسون العموميون يشكون من أن هناك مرضى يستشيرونهم باستمرار، وهذا يؤثر في الخدمة التي يمكن أن يؤدونها لباقي المرضى، ويصطلحون على تسمية هؤلاء المرضى بحالات "الملف السميك" "Thick-File" لكثرة ما به من فحوص وروشتات خاصة بالتشخيص والعلاج. كما يسمونهم أيضاً بحالات أعراض "الوجه المألوف" "Familiar Face" (Kemp, 1963).

مرض الشريان التاجي لدى أعضاء البرلمان: وفي دراسة شملت ١٤١٨ عضواً من أعضاء البرلمان الانجليزي رجالاً ونساءاً من عام ١٩٤٥ حتى نهاية ١٩٦٧ سواء الذين مازالوا أعضاء أم لا، حيث توفرت معلومات عن كل عضو أهمها تاريخ وسبب الوفاة حيث كان ذلك الأخير هو هدف الدراسة فوجد أن أسباب الوفاة: مرض الشريان التاجي حيث توفى ٨١ بذلك المرض في حين أن المتوقع ٩٧,٢، وأمراض أوعية القلب الدموية حيث مات بها ٦٨ من الأعضاء في حين أن المتوقع ١٣٥ (Pincherle, 72).

الحرب العالمية والأمراض السيكوسوماتية: وتزخر المراجع بالإحصائيات التي توضح خطورة المشكلة فقد بلغ عدد الوفيات من أمراض القلب في الولايات المتحدة لكل ١٠٠,٠٠٠ مائة ألف شخص ١٣٢ في عام ١٩٠٣ فارتفع الى ٢٢٨ في عام ١٩٣٣، كما ارتفعت حالات الوفاة من القرحة المعوية في اسكتلنده من عام ١٩١٠ – ١٩٣٨ إلى ثلاثة أضعاف، وفي انجلترا إلى أربعة أضعاف، كذلك فإن عدد الجنود الذين أعفوا من الخدمة العسكرية بسبب إصابتهم بالقرحة المعوية في الخمسة عشر شهراً الأولى في الحرب العالمة الأولى ٧٥٠، وفي حين وصل هذا العدد من السبعة والعشرين شهراً الأولى في الحرب العالمية الثانية إلى ٢٣٥٧٤ (يوسف مراد، ١٩٥٤: ١١٠).

إحصائيات التأمين والأمراض السيكوسوماتية: كما أنه بالنظر في إحصائيات شركة متروبوليتان الأمريكية للتأمين على الحياة يتضح أن شخصاً من كل اثنين في الولايات المتحدة ممت تجاوزوا الخمسين يموت بفعل الأمراض القلبية – الوعائية – "Renal Cardio-vascular ويدل البحث على ان نصف هذه الحالات يرجع إلى ارتفاع ضغط الجوهري، ومن ثم فإن ربع السكان تقريباً ممن جاوزوا الخمسين يموتون من أثر ارتفاع ضغط الدم. وإذا عرفنا أن الإحصائيات تدل من ناحية أخرى على أن غالبية السكان في سبيل أن يصبحوا تدريجيا من المتقدمين في العمر، وتبين لنا خطورة المشكلة. ويؤكد تلك الخطورة وطائفة الانجليز هاليدي Hallidey عام ١٩٣٨، حيث يقول أن الأمراض العصبية وطائفة من الأمراض العضوية مثل: فقر الدم والروماتيزم والتهاب غشاء المعدة، وقرحة المعدة وهي المسامه باضطرابات سيكوسوماتية زيادة مطردة كما أنها لدى الشباب أكثر منها لدى الشيوخ (مصطفى زيور، ١٩٤٥: ١٣).

وليس ذلك فقط بل أن تكاليف علاج فئة واحدة من هذه الأمراض وهي الصداع يبلغ ٨٠ مليوناً من الدولارات بالولايات المتحدة الأمريكية سنوياً (Laird, 1958: 337) كما يقرر الأطباء النفسيون أن من ٥٠ – ٧٥% من الشكاوي البدنية والتي يذهب من أجلها الناس إلى الطبيب نفسية المنشأة (Marraw, 1957: 227). ويؤيد وليم ك.مننجر منروليف ذلك حيث يذكر أن نسبة عالية من الأمراض التي نجدها في نصف المرضى الذي نراهم في حياتنا العامة اضطرابات سيكوسوماتية، كما يذكر أنه أعفى من الخدمة العسكرية أكثر من نصف مليوم من الرجال والذين يكونون ٤٩% من مجموعة الذين أعفوا من الجيس بسبب اضطراب نفسجسمي. وكان بسبب إعطائهم عد قدرتهم على الوصول إلى درجة التوافق المطلوبة (وليم منروليف، ١٩٦٦: ٨٥، ٨٨).

نسبة الوفاة في الأمراض السيكوسوماتية: ويذكر براون أن نسبة الوفيات في إنجلترا بسبب تسمم الغدة الدرقية (الجويتر) ما بين عامي ١٩٠٠، ١٩٣٦ ازدادت إلى ٤٠٠% في الذكور، ٢٣٠% في الإناث على الرغم من تحسم وسائل العلاج. كما تبين أنه في عام ١٩٢٤ قد توفى بالولايات المتحدة حوالي ١٤٠٠٠٠ مائة وأربعون ألفاً نتيجة لضغط الدم المرتفع، إلا أن هذا الرقم قد ارتفع عام ١٩٤٠ إلى ٣٧٥٠٠٠ ثلاثمائة وخمسة وسبعين ألفاً، وفي استكلندا أوضحت الإحصائيات بين عامي ١٩٣١، ١٩٣٦ (الفترة التي بلغ التعطل فيها القمة) ازدياداً في نسبة قرحة المعدة من ١٣٠ – ١٤٠% والوهن العصبي من ٩٠ – ١٠٠% والتهاب المعدة من ١١٠ – ١٢٠%. ويقول براون أنه لا يمكننا تجاهل الأخطاء المنطقية العديدة التي تتضمنها هذه

الأرقام. ولكن سواء كانت الارقام مضبوطة أم لا فإن حقيقة ازدياد الأمراض الناتجة عن الضغوط الانفعالية أمر لا شك فيه وخاصة في الأقطار الصناعية، وهي نادرة في المجتمعات البدائية غير المصنعة. كما بدأت تظهر في الهند وغرب أفريقيا بدخول التصنيع فيها. ولا يزداد حدوث مثل هذه الأمراض كمياً فقط بل إن التكرار الأفقي لهجماتها متجه الآن تجاه المجموعات الأصغر سناً كلما كانت ظروف الأفراد في طفولتهم عسرة.

المهنة والأمراض السيكوسوماتية: وقد انتشر مكتب بيع الكتب عام ١٩٥١ تقريراً "الدول" .R Doll وآخر "لجونز" .A Jones عن "العوامل المهنية في تسبب قرحة المعدة والأمعاء" حيث لفت هذان الباحثان النظر إلى حقيقة أن ٩% من الأسرة التي يبلغ تعدادها أكثر من ٤٠٠٠٠ سرير في الجراحة والطب عامة تشغلها حالات قرحة ببسينية (هضمية) وأن ١٠٥ من المرضى المترددين على العيادات الخارجية هم حالات تعاني من سوء الهضم، وأنه في سلسلة متتابعة من التشريحات الكشفية أوضحت أن ٩,٥٥% من الحالات قرحة عاجلة أو آثار قرحة ملتئمة. وهذه الحالات لا تنشر عشوائياً في المجتمع بل إنها تقع في بعض المهن بصورة أكثر من المهن الأخرى، وقد وجد أن المهن التي يزداد فيها وقوع هذه الأمراض هي الأطباء، والمشرفون، ورؤساء التنفيذ. وهاتان المجموعتان الأخيرتان تتضمنان أولئك الذين يسند إليهم أكثر المراكز مسؤولية في الصناعة، وقد وجدت نسبة منخفضة لوقوعها كما هو متوقع بين العمال الزارعين (براون، ١٩٥٦: ٢٨٨).

الاضطرابات السيكوسوماتية في الوظيفة المعدية المعوية: كذلك تحدث الاضطرابات السيكوسوماتية في الوظيفة المعدية المعوية لدى الناس الأصحاء الخاضعين لشدة انفعالية غير عادية. ولقد وجد فرايز ونسلون Fries & Nelson من بين ٢٦٩ مريضاً عصابياً ٤١,٥% كانت شكواهم الرئيسية أمراض معدية معوية ويرجع ذلك إلى أن البطن ماذة غذاء الانفعالات Abdomen, indeed, the sounding board of emotion. ولقد وجد دوير وبلاكفورد Dwyer & Blackford في دراسة لـ ٣٠٠٠ حالة من وجهة النظر الإكلينيكية أن الإصابات الكبيرة في المعدة والإثنى عشر أوضحت أعراضاً معدية في ١٥% فقط من الحالات. وفي سلسلة متتابعة من الفحوص في عيادة مايو فحص ١٥٠٠٠ مريض لديهم عسر هضم مزمن فوجد ١٥,٥% لديهم تشويهات Deformities نتيجة قرحة هضمية بالمعدة Peptic Ulcer، ٢,٦% لديهم ورم سرطاني معدي، وهذا يشكل ١٨% من المرضى الذين كان اضطرابهم الهضمي نتيجة للأمراض العضوية الكبيرة في المعدة والإثنى عشر. ولقد علق أيوسترمان Eusterman على ذلك بقوله أن هذه الإضطرابات وإصابات أخرى قليلة نادرة تعلل ٢٠% من

حالات الاضطرابات المعدية المزمنة. لكنه أضاف إلى أنه في الطب العام قد لا تزيد النسبة المئوية عن ١٠%ن واشار إلى الاضطرابات المعدية المنعكسة عن أحشاء البطن بخلاف المعدة مسؤول عن من ٣٠ – ٤٠% من كل الحالات، وهذا في رأيه هو العصاب الذي يشكل ٢٥% من المجموع الكلي. هذا بالإضافة إلى أن من ١٥ – ٢٠% من الاضطرابات المعدية تعزي لأمراض أعضاء بعيدة عن المعدة (Weiss, 1950: 350).

الأمراض السيكوسوماتية لدى رجال الأعمال: ويتضح لنا أمراً مشابهاً لما سبق أن ذكره براون، يتمثل في تكرار وقوع أولئك الذين يتحملون ضغط الصناعة فريسة المرض ويموتون بأمراض الأوعية الدموية. ولقد كتب جراي G. W. Gray في هذا الصدد قائلاً: إن ضريبة الموت لرجال الأعمال الذي يقعون فريسة امراض القلب فى العقد الرابع والخامس من اعمارهم إنما هو شئ مرعب ، لدرجة أن المؤسسات الكبرى تصر على الفحص الطبى السنوي لمديريها الكبار، وذلك لكى تكتشف هذه الأمراض فى مرحلة مبكرة. وليست أمراض القلب والأوعية هى فقط السائدة فى الصناعة بل أن هناك مشكلة اخرى خطيرة خاصة بالإلتهاب الجلدى فى مجال الصناعة والتى وصفها تويستون دافيز J.H. Twiston Davis فى مقال بعنوان "أمراض الجلد فى الصناعة" بالمجلة البريطانية للطب بأنها اضطراب فى الشخصية. وعلى الرغم من أنه ليس هناك شك فى أن بعض المواد الصناعية قد تؤدى الى تلف بالجلد عند اى فرد يلمسها فان الغالبية العظمى من حالات الالتهاب أدت اليه الروح المعنوية المنخفضة من العمل أو القلق بالبيت ، وضاعفته السياسة الرسمية ، ومن المعتقد ان اكثر من ٤٠٠,٠٠٠ حالة التهاب جلدي تظهر كل عام يعتقد أن سببها الظروف الخارجية مثل الرطوبة، والسوائل، والبخر الذي تمتلئ به الصناعة (براون، ١٩٥٦: ٢٨٨).

وتذكر الدكتوره فلاندرز دنبار .Dunbar F أن المفقود من الوقت بسبب أمراض القلب بمثل ٢٠% من كل الوقت بسبب المرض عامة. وتأخذ هذه الأمراض رجالاً من العمل يقدرون بمليون رجل في السنة أو بـ ٢٥٠,٠٠٠,٠٠٠ يوم رجل في السنة، كما تذكر أن الدكتور شارز جلنكنج Dr. Charles glennking المدير العلمي لمؤسسة التغذية Nurturtion Foundation قد كتب بأن الأشخاص الذين يزيدون في الوزن ١٥% عن معدلهم يكون نسبة موتهم ٢٢% فوق المتوسط، وهؤلاء الذين يزيدون في الوزن ١٥% عن معدلهم يكون نسبة موتهم ٢٢% فوق المتوسط. وتشير دنبار إلى أن مرضى الشريان التاجي من المتوقع أن يظهر بأعداد أكبر من سن العشرين والأربعين وبين الشيوخ الكبار.

ولقد سجلت الإحصاءات في الولايات المتحدة أن أمراض القلب بمختلف أنواعها ارتفعت نسبة الإصابة بها من ٨% عام ١٩٠٠ إلى ٣٢,٧% عام ١٩٤٨ أي بزيادة أكثر من ٤٠٠%، وأن ازدياد الوفيات من أمراض القلب ترجع في المقام الأول إلى الزيادة المذهلة في الإصابات بأمراض الشريان التاجي. كما دلت نفي الإحصاءات إلى أن نسبة الوفيات بالأمراض التاجية في إنجلترا أقل منها في إنجلترا لمنها لا تزداد .

ولقد كان الضعف العصبي الوعائي Neuro circulatory مشكلة أقل في الحرب العامية الثانية من الأولى ولقد بلغت الحالات التي تقدمت لمركز العصاب بمستشفى لندن للطوارئ ٢,٣٢٣ حالة. كذلك يذكر كل من فيس وانجلش أن ارتفاع ضغط الدم اضطراب ملازم للحضارة الغربية. فتشير الدراسات التي أجريت على أهالي أفريقيا والصينيين والعمال المصريين، إلى أن ضغط الدم نادر جداً بينهم. ولقد وجد كل من شولز وشواب Schulze & Schwab أن حدوث ارتفاع ضغط الدم بين الزنوج الأمريكان الجنوبيين كما سبق أن اشرنا، بكون مرتفعاً مرتين ونصف علن البيض الجنوبيين. كما بين شولز وشواب ومساعديهم هاينز وبراون Hines & Brown أن الميل لارتفاع ضغط الدم كما تأكد باعتبار الماء المثلج Ice Water Test يوجد بدرجة أعلى بين الزنوج والأمريكان الجنوبيين. وهذا يشيؤ لعدم وجود أثر للوراثة إذ أن أجداد هؤلاء الزنوج في أفريقيا قبل أن يأتوا لأمريكا لم يكن لديهم ضغط دم عالٍ بدرجة أعلى من البيض الأمريكان (Wess, 1950: 35) وتواصل دنبار رأيها فتقول أن ارتفاع ضغط الدم أعم وأكثر مواتاً من السرطان ويعتبر أكبر مشكلة صحية لذوي الأعمال المتوسطة ويقتل واحداً من كل اربع رجال ونساء فوق الخمسين.

مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية على المستوى القومي: يقدر بعض كبار الأطباء في مدينة القاهرة نسبة هذه الاضطرابات بـ ٥٠% من بين مرضاهم وهي في التقدير الاحصائي بالخارج لا تقل عن هذا الرقم إن لم تتجاوزه كما تبين (صبري جرجس، ١٩٥٨)، وهذا الرقم يتجاوز بالفعل مثيله في الخارج بمراحل ونعتقد أن هؤلاء الأطباء أدخلوا في حسابهم الاضطرابات العضوية المؤقتة والتي تزول بزوال أو انتهاء العوامل الانفعالية المسببة لها.

وقد قمنا بتطبيق استبيان على الأطباء لتحديد العمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية وتهدف أسئلة الاستبيان إلى التعرف على حجم المشكلة من خلال رأي الأطباء في ضوء تعريفنا للاضطرابات السيكوسوماتية ونستعرض فيما يلي نتائج الإجابة على هذه الأسئلة:

أولاً: نتائج الإجابة على السؤال الأول وهو: من بين كم من العمال تم بالتقريب تحديد العمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية؟ ويوضح الجدول (٩) نتائج الإجابة على هذا السؤال.

جدول (٩) نتائج الإجابة عن عدد العمال المترددين على العيادة الطبية

رقم	الطبيب	الشركة	العمال المترددين	عدد الحالات التي تم تحديدها	عدد العاملين في كل شركة
١	الطبيب الأول	بالحديد والصلب	١٠٠٠	٦٦	٨٥٠٠
٢	الطبيب الثاني	بالحديد والصلب	٩٥٠	٥١	
٣	الطبيب الثالث	النصر للسيارات	١٠٠٠	٥٥	٧٥٠٠
٤	الطبيب الرابع	النصر للسيارات	٨٠٠	٥٠	

جدول (٩) يوضح عدد العمال المترددين وعدد الحالات التي تم تحديدها من بينهم ويتضح من الجدول (٨) بالنسبة لكل من الشركتين ما يلي:

(أ) بالنسبة لشركة الحديد والصلب: نجد أن من بين كل ١٩٥٠ عامل تقريباً يوجد ١٧ مريضاً بهذه الاضطرابات وذلك في ضوء المفهوم المقدم للأطباء في البحث عن هذه الاضطرابات. وإذا عممنا تلك النتيجة على مجموع العاملين بالشركة نجد أن بالشركة ما يقرب من ٥١٠ مريضاً بالاضطرابات السيكوسوماتية.

(ب) بالنسبة شركة النصر للسيارات: نجد أنه من بين كل ١٨٠٠ حالة يوجد ١٠٥ مريضاً بهذه الاضطرابات وإذا عممنا تلك النتيجة على مجموع العاملين بالشركة نجد أن بالشركة ما يقرب من ٤٣٨ مريضاً بالاضطرابات السيكوسوماتية.

ثالثا: نتائج الإجابة على السؤال الثاني وهو: كم نسبة انتشار هذه الأمراض بين العمال؟ وقد قصدنا من هذا السؤال التأكد من دقة تحديد الأطباء للعدد الذي تم من بينه تحديدهم للعمال المضطرين فكانت إجاباتهم كما هو موضح في الجدول (١٠):

جدول (١٠) للعدد الذي تم من بينه تحديد المضطرين سيكوسوماتياً

رقم	الطبيب	الشركة	النسبة	مجموع النسبتين في كل شركة	متوسط النسبة في كل شركة
١	الطبيب الأول	بالحديد والصلب	٥%	١٣%	٦,٥%
٢	الطبيب الثاني	بالحديد والصلب	٨%		
٣	الطبيب الثالث	النصر للسيارات	٤,٥%	٤,٥%	٤,٥%
٤	الطبيب الرابع	النصر للسيارات	لم يحدد		

ويتبين من الجدول (١٠) ما يلي:

أ- ان مجموع متوسط النسبة المئوية في الشركتين ١١%.

ب-أن متوسط النسبة المئوية في الشركتين ٥,٥% وإذا ما حاولنا معرفة مدى الانتشار بين العمال حسب هذه النسبة في كل شركة فتكون على النحو:

أ- في الحديد والصلب ٤٦٨ حالة.

ب- في النصر للسيارات ٤١٣ حالة.

ويتضح من الجدول (١١) العدد المقدر بالتقريب من العمال المضطرين بناءاً على السؤال الأول والعدد المحسوب بناء النسبة المئوية في السؤال الثاني على النحو الآتي:

جدول (١١) العدد المقدر من العمال المضطرين سيكوسوماتيا

الشركة	العدد بناء على السؤال الأول	العدد بناء على السؤال الثاني
شركة الحديد والصلب	٥١٠	٤٦٨
شركة النصر للسيارات	٤٣٨	٤١٣
المجموع بالشركتين	٩٤٨	٨٨١
المتوسط	٤٧٤	٤٤٠

جدول (١١) عن العدد المقدر بالتقريب للعمال الذين لديهم اضطرابات سيكوسوماتية.

ويرجع الفرق بين المتوسطين إلى أن العدد كان تقديرياً، كما أن أحد الأطباء لم يقم بتحديد النسبة على السؤال الثالث، إلا أنه على الرغم من ذلك فإن هذا الفرق ليس كبيراً.

تعميم النتائج السابقة على جميع العاملين في الصناعة في مصر.

تشير النتائج التي تم التوصل إليها خاصة ما أشار إليه الأطباء عن العدد الذي تم تحديد هؤلاء العمال المضطرين من بينه وتعميم النسبة على العدد الإجمالي للعمالين والتي تصل إلى نسبة ٥,٥% في الشركتين. ومنذ البداية فنحن نحتاط من هذا التعميم لما يلي:

١- أن هذه النسبة بناءاً على تقدير أربعة أطباء.

٢- أن هذه النسبة مقدرة عن العمال بالشركتين المذكورتين وهما يمثلان صناعات معدنية وصناعات هندسية كما أن هاتين الصناعتين تقعان تحت باب الصناعات التحويلية (الكتاب السنوي للإحصاءات، ١٩٦٨: ٦١، ٦٢).

٣- أن هذا التقدير قد ينطبق على المجال الصناعي وهو أحد المجالات التي يتكون منها المجتمع.

٤- أن تقدير الأطباء كان في ضوء التعريف المقدم لهم والذي استخرجنا منه وقائع كانت بمثابة ضوابط لا يخرج عنها الطبيب في تحديده للحالة التي لديها اضطراب سيكوسوماتي.

٥- أن التقديرات السابقة التي ذكرها أطباء القاهرة من المحتمل أن تكون قد وضعت في حسابها العلاقة المتبادلة بين النفس والجسم بينما اقتصرنا نحن في مفهومنا للاضطراب السيكوسوماتية على التركيز على أثر العوامل النفسية في الجسم بالدرجة الأولى.

ومع ذكر الاحتياطات السابقة فإن تعميم تلك النسبة على جميع العاملين في المجال الصناعي حسب تعداد عام ١٩٦٧ وهو ٨٦٦ ألف عامل نجد أن عدد العمال المضطرين بهذه الأمراض ٤٧,٦٣٠ ألف حالة بنسبة ١٨%. ويشير هذا الرقم دون شك إلى خطورة هذه المشكلة وأنها تستحق الدراسة بالإضافة إلى أننا نتوقع زيادتها نظراً للتطور الصناعي المتزايد، وما يتبعه من تطور تكنولوجي يتمثل في التعديل المستمر في تصميم الآلات والذي يستلزم توافقاً وتكيفاً جديداً من جانب العامل لمثل هذه الظروف. كما أن عدد العاملين في المجال الصناعي حتى

إجراء هذه الدراسة أصبح يفوق في العدد المليون عامل مما يجعل التقدير يختلف ويفترب من الخمسين ألف عامل.

ويجب أن نوجه النظر إلى أن هذا العدد به نسبة من الحالات التي لم يفطن لها الأطباء – وهذا أمر لهم عذرهم فيه – والتي ترجع لا لأسباب نفسية بل لعوامل خارجية وعضوية ولقد وجدنا في دراستنا نسبة ١٤% من الحالات ترجع إما لعوامل انفعالية مؤقتة أو لعوامل مهنية فإذا عزلنا هذه النسبة من هذا العدد الإجمالي ٤٧,٦٣٠ ألف حالة فإننا نجد أن عدد المعزولين يصل إلى ٦٦٦٨ حالة وبذلك يكون الباقي ٤٠,٩٦٣ عامل.

مناقشة وتعليق

١- نلمس فيما قدمنا إحصاءات وبيانات أن التقدم التكنولوجي وعمليات التحضر قد لعبت دوراً كبيراً في وجود الاضطرابات إذ وجد أن نسبتها في المجتمع الآخذ بالتصنيع قدر المجتمع الأصلي خمس مرات، كما تأكد أن هذا الانتشار راجع فعلاً لعمليات التقديم التكنولوجي. وتبين أيضاً أن ضغط الدم لدى زنوج أفريقيا والزنوج الذين بالولايات المتحدة ليس راجعاً للسلالة بل للحضارة، وقد أيد كلاً من فيس ولنجلش ذلك فذهبا إلى أن ارتفاع الضغط اضطراب مصاحب للحضارة.

ولا يقتصر هذا على ضغط الدم فقط بل نجد أن ٦٥% من أمراض الجلد، ناتج عن الروح المعنوية المنخفضة في الصناعة، كذلك الأمر بالنسبة لأمراض القلب فهو الضريبة التي يدفعها رجال الأعمال في الصناعة.

٢- نجد كذلك أن هذه الاضطرابات تنتشر بين ذوي المهن والمراكز العليا كأعضاء البرلمان وذوي المسؤولية الكبيرة، وتنخفض بين العمال الزراعيين.

٣- يشير ما سبق أن ذكرناه أن هذه الاضطرابات لا تقتصر على سن معين بل تنتشر بين الشباب والشيوخ، كما أشارت إحصاءات شركة متروبوليان من أن فرداً واحداً من كل اثنين ممن تجاوزوا سن الخمسين يموت بسبب ضغط الدم وهذا يساوي ربع من يموتون في هذه السن. ويؤكد البعض (هاليدي) أن هذه الأمراض بين الشباب أكثر من الشيوخ، ومما يؤكد ذلك ما ذكره من أنه كلما كانت ظروف الطفولة عسرة كلما زاد انتشارها في سن الشباب.

٤- بالنظر للسنوات التي عرضت فيها الإحصاءات السابقة نجد أنها بين عامي ١٩٣٣، ١٩٤٨ وهي السنوات التي سبق وتخللت وتبعت الحرب العالمية الثانية أي كان الناس يسمعون أنباء عن قرب اندلاع هذه الحرب فيقع من يقع صريع المرض لمجرد سماع نبأ عن قرب الحرب، ومنهم من تحمل أناه حتى وقعت الحرب فلم يصمد فكان توافقه على نحو اضطراب نفسي، ومنهم من تحمل ويلات الحرب وتراكمت على كاهله شدة الظروف حتى خر في نهايتها صريع الاضطراب السيكوماتي(*). وهذا ما تحمله لنا تلك الإحصاءات التي أشرنا إليها فلقد ازداد انتشار أمراض القلب بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٣٣ وازداد انتشار قرحة المعدة في السنتين الأولتين من اندلاع الحرب إذا بلغ ٢٣٥٧٤ حالة. ويؤكد ذلك ما ذكره وليم ك. منجز منروليف من أن ٤٩% ممن أعفوا من الجيش بسبب اضطرابات نفسية جسمية. كما أن معظم الإحصاءات الباقية تؤكد ذلك وتجعلها في ازدياد نسبة الوفيات بتسمم الغدة الدرقية ما بين عامي ١٩٠٠ – ١٩٣٦ إلى ٤٠٠% بين الذكور، ٢٣% بين الإناث وعام ١٩٣٦ كان العالم خلاله في حالة حرب، وزيادة حالات ضغط الدم في الولايات المتحدة عام ١٩٤٠ إلى ٣٧،٥٠٠ بينما كانت عام ١٩٢٣، ١٤٠٠٠٠ كما أن نسبة أمراض القلب بالولايات المتحدة ارتفعت نسبة الإصابة بها من ٨% عام ١٩٠٠ إلى ٣٢,٧% عام ١٩٤٨ أي بزيادة ٤٠٠%. ونحن لا نستطيع أن ننكر أن الحرب ليست هي العامل الوحيد في هذه الزيادة بل هناك عوامل أخرى سبق أن قدمناها وما الحرب إلا من العوامل المساعدة أو من ظروف الشدة التي أدت إلى زيادة تلك الاضطرابات.

٥- كذلك نجد أن ما يمر به المجتمع من ظروف شدة كالبطالة يزيد من هذه الاضطرابات ومما يشير إلى ذلك ما حدث في اسكتلندا بين عامي ١٩٣١، ١٩٣٦ حيث بلغت البطالة القمة فزادت القرحة والوهن العصبي والتهاب المعدة.

٦- وفي الإحصاءات ما يشير إلى ان المرض السيكوسوماتي يكون مصاحباً لبعض الاضطرابات النفسية ومما يؤكد ذلك ما تبين من أن من بين ٢٦٩ مريض عصابي توجد لدى ٤١,٥% منهم شكاوي من أعراض معدية معوية كما يذكر المسؤولون بمستشفيات الأمراض العقلية من أن من ٤٠ – ٦٠% من المرضى الذين يترددون على الأطباء يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية.

(*) مراحل تطور رفع الضغوط على الفرد مفترح من المؤلف

٧- ما نريد أن نؤكد في كل ما سبق ما يلي:

أولاً: المفقود من الوقت بسبب هذه الأمراض يقدر بعشرات الملايين من الرجال كل عام.

ثانياً: أن هناك قطاعات كبيرة من البشر في أعمار الشباب والشيوخ وفي مهن مختلفة قد فقدوا توافقهم نتيجة لهذه الاضطرابات.

ثالثاً: أنه نتيجة لما جاء في أولاً وثانياً فإن هذا المشكلة جديرة بالبحث والدراسة على المستوى القومي.

تعليق: ومما يشير إلى زيادة الاضطرابات السيكوسوماتية في مصر ما أشارت إليه جريدة الأخبار المصرية في ١٣ يونيو ٢٠٠٤ العدد ١٦٢٦٧ أن معهد القلب بإمبابة بالقاهرة قد بلغ عدد المترددين عليه خلال مايو ٢٠٠٤ من المرضى ٣٢ ألف مريض تكلف علاجهم ٣ ملايين جنيه كما بلغ عدد حالات الاستقبال بالمعهد ٤١١٤ حالة بما يمثل حالة كل ١٠ دقائق وأجرى المعهد ١٤٨ عملية قلب مفتوح. كما يستقبل المعهد سنوياً نصف مليوم مريض بتكلفة علاجية ٣٨ مليون جنيه موزعه بين الأدوية والأدوات والإعاشة بالمعهد.

الأسئلة:

١- قارن بين إسهامات العلماء العرب والعلماء الغربيين في الأمراض السيكوسوماتية.

٢- ما المقصود بحالات الوجه المألوف في ضوء تعريف الأمراض السيكوسوماتية؟

٣- ما علاقة إحصائيات التأمين بالأمراض السيكوسوماتية؟

مصادر تعليم أخرى: شفافات لاحصائيات عن انتشار ضغط الدم والصداع والقرح.

مراجع الفصل السادس

١- براون أ. – تأليف – سيد محمد خيري وآخرون – ترجمة (١٩٥٦) – علم النفس الاجتماعي في الصناعة – دار المعارف – القاهرة.

٢- دبو بولد فان والين – تأليف – محمد نبيل نوفل وآخرون – ترجمة (١٩٦٩) – مناهج البحث في التربية وعلم النفس – الأنجلو – القاهرة.

٣- صبري جرجس (١٩٥٨) – الانفعال والمرض العضوي – مجلة الصحة النفسية – مجلد (١) العدد (٢).

٤- الكتاب السنوي للإحصاءات العامة في ج.م.ع – الجهاز المركزي للإحصاء – القاهرة.

٥- عمر شاهين (١٩٧٠) الطب النفسي الجسمي – مجلة الصحة النفسية – الجمعية المصرية للصحة العقلية – القاهرة.

٦- مصطفى زيور (١٩٤٥) فصول في الطب السيكوسوماتي مجلة علم النفس – يونيو – القاهرة.

٧- وليم مننجز منروليف – تاليف – محمد أحمد غالي – ترجمة (١٩٦٦) أضواء الطب النفسي على الشخصية والسلوك – القاهرة الحديثة.

٨- والتركوفيل وآخرون – تاليف – محمود الزيادي – ترجمة (١٩٦٨) – دار النهضة العربية.

٩- يوسف كرم (١٩٥٧) – تاريخ الفلسفة اليونانية – لجنة التأليف والترجمة والنشر – القاهرة.

١٠- يوسف مراد (١٩٥٤) – مبادئ علم النفس العام – دار المعارف – القاهرة.

11- A new survey of universal knowledge encyclopedia, William Benton, Vol. 18.

12- Eysenck, H. J. (1967) Sense & Nonsense in psychology, Penguin Book, London.

13- Feder carol, (1968) Relationship between self – acceptance and adjustment Repression sensation and social competence, Journal of abnormal psychology, Vol. 73, N.4.

14- Gilmer B. Von Haller (1960), Industrial psychology, Mc Grow Hill Book Comp. New York.

15- Larid Donald & Lawird Eleanor (1950), Practical Business psychology, Mc Grow Hill Book Comp. New York.

16- Marrow, Alfred (1957), Making management Human, Mc Grow Hill Book Comp. New York.

17- Pincherel G., Mortality of Members of parliament, British Journal of preventive of social Medicine, Vol. 23, N.2.

18- Weiss Edward & English O., Spurgeon, (1950), Psychosomatic Medicine, W. W. B. Saunder, London.

الفصل السابع

نظريات تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية

(النفس جسمية)

الأهداف: يهدف هذا الفصل إلى تقديم عرض للقارئ عن النظريات المفسرة لنشأة وحدوث الاضطرابات السيكوسوماتية كالنظريات الفسيولوجية والنظريات السيكوفسيولوجية والنظريات النفسية والنظريات الاجتماعية والبيئة والسلوكية.

المحتوى: يحتوي هذا الفصل على نظرية الضعف الجسمي ونظرية الاستجابة النوعية ونظريتي كانون ونظرية الضغوط لهانزسلي ونظرية التحليل النفسي، ونظرية سمات الشخصية ونموذج الاستهداف للمشقة.

مقدمة: تعدد التفسيرات الخاصة بالاضطرابات النفسية جسمية وتمثلت في النظريات الفسيولوجية لنظرية الضعف الجسمي ونظرية الاستجابة النوعية، والنظريات السيكوفسيولوجية التي بدأها بافلوف ونشأ عنها نظريتي كانون المهارية والاتزان اليومي، ونظرية الضغوط الانفعالية لسيلي، ونظرية القلق المؤدي لزيادة إفراز الهرمونات لولف، ثم النظريات النفسية كالتحليل النفسي والتعليم وسمات الشخصية، وأخيراً النظريات الاجتماعية والبيئة والسلوكية وفيما يلي عرض لأهم محاور هذه النظريات.

١- **النظرية الفسيولوجية:** توازن الاهتمام بدراسة العوامل الفسيولوجية وأثرها في الإصابة النفس جسمية، مع الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية الأخرى ومن أهم هذه النظريات:

أ- **نظرية الضعف الجسمي:** تشير هذه النظرية إلى أن الاضطرابات النفس جسمية تحدث نتيجة الضعف الجسمي، سواء كان في عضو معين من أعضاء الجسم (مثل المعدة، مسبباً مرض القرحة) أو في فسيولوجي معين (مثل جهاز القلب والأوعية الدموية، مسبباً مرض ضغط الدم الأساسي). ويفترض هذا أن العوامل الوراثية، والأمراض الجسمية المبكرة في حياة الشخص، ونوعية الغذاء الذي يتناوله قد تؤدي في مجملها إلى اضطراب في وظيفة هذا العضو (أو الجهاز) مما يجعل هذا العضو الأضعف والأكثر استهدافاً للمرض ففي حالة تعرض الفرد لضغوط شديدة. وعلى هذا فإن الضعف الجسمي في إطار هذه النظرية – قد يكون موروثاً، أو قد يزداد نتيجة للمرض (مثال العدوى في الجهاز التنفسي التي تجعل الفرد مهيئاً لمرض البو) (gatchel, r.j.,1993,p2).

ويصعب الاعتماد على هذه النظرية في تفسير الاضطرابات النفس جسمية نظراً لصعوبة تحديد مدى تأثير كل من عامل الوراثة، أو عامل الإصابة المكتسبة في الوقوع في المرض النفس جسمية (أمال عبد الحليم ١٩٩٩: ١٥).

ب-**نظريــة الاســتجابة النوعيــة:** ويعنـي هـذا المنحـى بـأن الأفـراد يميلـون إلـى الاسـتجابة فسيولوجياً للمواقف الضاغطة بطريقتهم الخاصة أي وفقاً لاستعداداتهم الذاتية الخاصة، فأحد الأفراد قد يظهر زيادة في ضربات القلب، ومستوى ضغط الدم، وقدراً ضئيلاً من التوتر في العضلات، بينما شخص آخر، يستجيب للموقف نفسه مظهراً زيادة قليلة في معدلات ضربات القلب، ومستوى ضغط الدم، مع زيادة كبيرة في توتر العضلات، هذا الاختلاف في أنماط الاستجابة يسمى (نمط استجابة الفرد) تأكيداً لوجود فروق فردية في الطريقة النمطية للاستجابة للمواقف ووفقاً لهذا المنحنى فإن العضو الفسيولوجي النوعي الأكثر نشاطاً. وتوتراً يكون أكثر قابلية للتأثر والنتيجة هي نمو وزيادة الاضطرابات النفس حيوية (السيكوفسيولوجية). فالشخص الذي يستجيب باستمرار للمواقف الضاغطة بارتفاع كبير في مستوى ضغط الدم، يكون عرضه للضغط على جهاز القلب الوعائي، بما ينتج عنه من اختلال لآليات الاتزان الحيوي. وبالتالي يكون أكثر قابلية للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم.

والنقد الأساسي الذي يوجه لهذا المنحنى العام، هو افتقاده للصدق التنبؤي فلا يمكن تفسير لماذا لا يصاب كل الأفراد الذين يستجيبون بدرجة دالة للتنشيط القلبي الوعائي بأمراض القلب الوعائية: مثل مرض ارتفاع ضغط الدم حيث لم يركز المنحنى على دور العوامل النفسية في تحديد من سيصاب بالمرض ومن لن يصاب به (GATCHEL, R.J.,1993,P15).

٢- **الاضطرابات السيكوفسيولوجية:** ترجع أصول هذه النظريات إلى بافلوف PAVLOV الذي أكد أن عديداً من أمراض البدن مصدرها اختلاف العمليات العصبية، كما أن تلك الأمراض تؤثر بدورها على الاضطرابات العصبية ومن ثم تزيد من حدتها مع الأخذ في الحسبان أيضاً أهمية اتجاهات المريض النفسية، وآرائه وتأثيرها على مسار علاجه. (سليمان ، نجلاء، ٢٠٠٠،ص ٢٦).

وقد دعمت افتراضات بافلوف بالدراسات التي أجراها كانون Cannon (١٩٢٠) عن المصاحبات الفسيولوجية للانفعال. مثل الخوف والغضب فقد وجد كانون أن الحيوانات تستجيب للألم والخوف والجوع عن طريق تغيرات في إفرازات الغدد، بالإضافة إلى حدوث اضطرابات في نشاط العضلات، وفي الأجهزة الوعائية القلبية، والمعدية، والمعوية ، وكل ذلك يكون تحت سيطرة الجهاز العصبي الذاتي (أبو طيرة، ١٩٨٩: ٥٦).

١- **نظريتي كانون:** في ضوء التصورات السابقة، قدم كانون نظريتين حاول من خلالهما أن يفسر فسيولوجية الاضطرابات النفسجسمية:

الأولى: النظريــة المهاديــة لكانون: أوضح كانون في هذه النظرية أن الجزء السمبثاوي من الجهاز العصبي الذاتي يقوم بدو مميز في استعداد الكائن الحي لمواجهة حالات الطوارئ ففي الحالات التي تستثير الخوف أو الغضب تحدث تغيرات جوهرية في الجسم مثل منع إفراز

اللعاب، والحركة المعوية، وإفراز العصارة المعدية، وسرعة ضربات القلب، وإعادة توزيع الدم في الجهاز العضلي، وزيادة ضغط الدم، واستعادة الجسم للقيام بنشاط عضلي قوي، مما جعل كانون يستنتج أن التوتر الانفعالي يصل إلى معظم أجزاء الجسم بواسطة الممرات الأتونومية، وممرات القشرة المهادية.

الثانيـة: الاتـزان الحيـوي: أشـار كـانون – فـي هـذه النظريـة – إلـى أن اسـتثارة الجهـاز العصبي السمبثاوي مع زيادة إفراز الادرينالين يعني وجود الكائن الحي في حالة رد فعل تجاه موقف طارئ، وأن الجهاز العصبي السمبثاوي يقاوم الضغوط البيئية بينما الوظيفة الرئيسية للجهاز الباراسمبثاوي هو إعادة بناء المصادر الخاصة بالكائن الحي، وعلى هذا فالتغيرات الجسمية المرتبطة بالانفعالات القوية تنتج عن الجهاز العصبي السمبثاوي وتهدف إلى إعادة التوازن الحيوي فهي بمثابة مؤشرات لنقص هذا التوازن مما حفز الجسم على إعادته مرة أخرى (أبو طيرة، منى ١٩٨٩، ص ٥٥).

ج- **نظرية الضغوط الانفعالية لسيلي:** أوضح سيلي في هذه النظرية أن الضغوط التي يقع الإنسان تحت وطأتها تمثل حجر الزاوية في كافة الاضطرابات النفس جسمية، وهو يرى أن الإنسان يستجيب للضغوط عبر ثلاث مراحل هي: مرحلة استجابة الإنذار، ثم مرحلة المقاومة، ثم مرحلة الانهاك.

في المرحلة الأولى: يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية في صورة تغيرات فسيولوجية- كزيادة إفراز الإدرينالين .. الخ – نتيجة التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن الكائن مهيئاً لها، فإذا استمر الموقف الضاغط فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة مقاومة هذا الموقف، وتشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات، والمواقف الضاغطة التي يكون الكائن قد اكتسب القدرة على التكيف معها، ولذلك تعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف والأمراض النفس جسمية، وخاصة عندما تعجزه قدرة الإنسان على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كافة، ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب التوازن الداخلي مما يؤدي إلى مزيد من الإفرازات الهرمونية التي تتسبب في اضطرابات التوازن الداخلي مما يؤدي إلى مزيد من الإفرازات الهرمونية التي تتسبب في اضطرابات عضوية، فإذا استمر التعرض لمزيد من الضغوط تضطرب أجهزة الجسم إلى الدرجة التي قد ينتج عنها – إذا تزايدت واستمرت على هذ النحو – الوفاة (عبد القوي ، ١٩٩٥: ٢٢٥ ، ٢٢٥).

نظرية علاقة القلق بالهرمونات: وقد أجرى وولف wolf عدة أبحاث، امتدت حوالي ثلاثين عاماً، اهتمت بالعلاقة بين المتغيرات الفسيولوجية والمتغيرات النفسية، وارجع الاضطرابات النفسجسمية إلى القلق والتوتر الذي يؤدي إلى زيادة إفرازات الهرمونات وعصارات الغدد بقدر لا تتحمله الأجهزة الجسمية الداخلية ، فتضطرب الوظائف وتصاب الأعضاء كما يحدث في حالة قرحة المعدة وقرحة القولون (منى ابو طيرة، ١٩٨٩: ص ٥٦).

٢- **النظريات النفسية:** يشير عدد من الباحثين إلى أن تعرض الفرد لمثيرات المشقة وللضغوط stress ربما يؤدي إلى ارتفاع درجة استهداف للإصابة بالأمراض النفسجسمية (wayner et al,1979) وتنقسم النظريات النفسية التي سعت لتفسير الاضطرابات النفسجسمية إلى نظرية التحليل النفسي ونظرية التعلم ونظرية سمات الشخصية وذلك كما يلي:

أ- **نظرية التحليل النفسي:** يرى فرانز الكسندر f. alexander أن الصراعات الحالية التي يعاني منها المريض ترجع إلى صراعات لا شعورية رمزية، مرتبطة بمراحل مبكرة من النمو النفسي – الجنسي ، وعندما لا تحل هذه الصراعات بطريقة مرضية تتدخل آليات الدفاع، وتؤدي إلى زيادة في التوتر الجسدي ثم تظهر على هيئة اضطرابات عضوية، أي أن الانفعالات إن لم يتم التعبير عنها تعبيراً حراً فإنه تنشأ عن ذلك توترات مزمنه، مما يؤدي إلى اضطرابات نفسجسمية متباينة ومزمنة

٣- **النظرية الفسيولوجية:** توازن الاهتمام بدراسة العوامل الفسيولوجية وأثرها في الإصابة النفس جسمية، مع الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية الأخرى ومن أهم هذه النظريات:

د- **نظرية الضعف الجسمي:** تشير هذه النظرية إلى أن الاضطرابات النفس جسمية تحدث نتيجة الضعف الجسمي، سواء كان في عضو معين من أعضاء الجسم (مثل المعدة، مسبباً مرض القرحة) أو في فسيولوجي معين (مثل جهاز القلب والأوعية الدموية، مسبباً مرض ضغط الدم الأساسي). ويفترض هذا أن العوامل الوراثية، والأمراض الجسمية المبكرة في حياة الشخص، ونوعية الغذاء الذي يتناوله قد تؤدي في مجملها إلى اضطراب في وظيفة هذا العضو (أو الجهاز) مما يجعل هذا العضو الأضعف والأكثر استهدافاً للمرض ففي حالة تعرض الفرد لضغوط شديدة. وعلى هذا فإن الضعف الجسمي في إطار هذه النظرية – قد يكون موروثاً، أو قد يزداد نتيجة للمرض (مثال العدوى في الجهاز التنفسي التي تجعل الفرد مهيئاً لمرض البو) (gatchel, r.j.,1993,p2).

ويصعب الاعتماد على هذه النظرية في تفسير الاضطرابات النفس جسمية نظراً لصعوبة تحديد مدى تأثير كل من عامل الوراثة، أو عامل الإصابة المكتسبة في الوقوع في المرض النفس جسمية (أمال عبد الحليم ١٩٩٩: ١٥).

هـ- **نظرية الاستجابة النوعية:** ويعني هذا المنحنى بأن الأفراد يميلون إلى الاستجابة فسيولوجياً للمواقف الضاغطة بطريقتهم الخاصة أي وفقاً لاستعداداتهم الذاتية الخاصة، فأحد الأفراد قد يظهر زيادة في ضربات القلب، ومستوى ضغط الدم، وقدراً ضئيلاً من التوتر في العضلات، بينما شخص آخر، يستجيب للموقف نفسه مظهراً زيادة قليلة في معدلات ضربات القلب، ومستوى ضغط الدم، مع زيادة كبيرة في توتر العضلات، هذا الاختلاف في أنماط الاستجابة يسمى (نمط استجابة الفرد) تأكيداً لوجود فروق فردية في الطريقة النمطية للاستجابة للمواقف ووفقاً لهذا المنحنى فإن العضو الفسيولوجي النوعي الأكثر نشاطاً. وتوتراً يكون أكثر قابلية للتأثر والنتيجة هي نمو وزيادة

الاضطرابات النفس حيوية (السيكوفسيولوجية). فالشخص الذي يستجيب باستمرار للمواقف الضاغطة بارتفاع كبير في مستوى ضغط الدم، يكون عرضه للضغط على جهاز القلب الوعائي، بما ينتج عنه من اختلال لآليات الاتزان الحيوي. وبالتالي يكون أكثر قابلية للإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم.

والنقد الأساسي الذي يوجه لهذا المنحنى العام، هو افتقاده للصدق التنبؤي فلا يمكن تفسير لماذا لا يصاب كل الأفراد الذين يستجيبون بدرجة دالة للتنشيط القلبي الوعائي بأمراض القلب الوعائية: مثل مرض ارتفاع ضغط الدم حيث لم يركز المنحنى على دور العوامل النفسية في تحديد من سيصاب بالمرض ومن لن يصاب به (GATCHEL, R.J.,1993,P15).

٤- **الاضطرابات السيكوفسيولوجية:** ترجع أصول هذه النظريات إلى بافلوف PAVLOV الذي أكد أن عديداً من أمراض البدن مصدرها اختلاف العمليات العصبية، كما أن تلك الأمراض تؤثر بدورها على الاضطرابات العصبية ومن ثم تزيد من حدتها مع الأخذ في الحسبان أيضاً أهمية اتجاهات المريض النفسية، وآرائه وتأثيرها على مسار علاجه. (سليمان ، نجلاء، ٢٠٠٠،ص ٢٦).

وقد دعمت افتراضات بافلوف بالدراسات التي أجراها كانون Cannon (١٩٢٠) عن المصاحبات الفسيولوجية للانفعال. مثل الخوف والغضب فقد وجد كانون أن الحيوانات تستجيب للألم والخوف والجوع عن طريق تغيرات في إفرازات الغدد، بالإضافة إلى حدوث اضطرابات في نشاط العضلات، وفي الأجهزة الوعائية القلبية، والمعدية، والمعوية ، وكل ذلك يكون تحت سيطرة الجهاز العصبي الذاتي (أبو طيرة، ١٩٨٩: ٥٦).

٣- **نظريتي كانون:** في ضوء التصورات السابقة، قدم كانون نظريتين حاول من خلالهما أن يفسر فسيولوجية الاضطرابات النفسجسمية:

الأولى: النظرية المهادية لكانون: أوضح كانون في هذه النظرية أن الجزء السمبثاوي من الجهاز العصبي الذاتي يقوم بدو مميز في استعداد الكائن الحي لمواجهة حالات الطوارئ ففي الحالات التي تستثير الخوف أو الغضب تحدث تغيرات جوهرية في الجسم مثل منع إفراز اللعاب، والحركة المعوية، وإفراز العصارة المعدية، وسرعة ضربات القلب، وإعادة توزيع الدم في الجهاز العضلي، وزيادة ضغط الدم، واستعادة الجسم للقيام بنشاط عضلي قوي، مما جعل كانون يستنتج أن التوتر الانفعالي يصل إلى معظم أجزاء الجسم بواسطة الممرات الأتونومية، وممرات القشرة المهادية.

الثانية: الاتزان الحيوي: أشار كانون – في هذه النظرية – إلى أن استثارة الجهاز العصبي السمبثاوي مع زيادة إفراز الادرينالين يعني وجود الكائن الحي في حالة رد فعل تجاه موقف طارئ، وأن الجهاز العصبي السمبثاوي يقاوم الضغوط البيئية بينما الوظيفة الرئيسية للجهاز الباراسمبثاوي هو إعادة بناء المصادر الخاصة بالكائن الحي، وعلى هذا فالتغيرات

الجسمية المرتبطة بالانفعالات القوية تنتج عن الجهاز العصبي السمبثاوي وتهدف إلى إعادة التوازن الحيوي فهي بمثابة مؤشرات لنقص هذا التوازن مما حفز الجسم على إعادته مرة أخرى (أبو طيرة، منى ١٩٨٩، ص ٥٥).

و- **نظرية الضغوط الانفعالية لسيلي:** أوضح سيلي في هذه النظرية أن الضغوط التي يقع الإنسان تحت وطأتها تمثل حجر الزاوية في كافة الاضطرابات النفس جسمية، وهو يرى أن الإنسان يستجيب للضغوط عبر ثلاث مراحل هي: مرحلة استجابة الإنذار، ثم مرحلة المقاومة، ثم مرحلة الانهاك.

في المرحلة الأولى: يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية في صورة تغيرات فسيولوجية- كزيادة إفراز الإدرينالين .. الخ – نتيجة التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن الكائن مهيئاً لها، فإذا استمر الموقف الضاغط فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة مقاومة هذا الموقف، وتشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات، والمواقف الضاغطة التي يكون الكائن قد اكتسب القدرة على التكيف معها، ولذلك تعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف والأمراض النفس جسمية، وخاصة عندما تعجزه قدرة الإنسان على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كافة، ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب التوازن الداخلي مما يؤدي إلى مزيد من الإفرازات الهرمونية التي تتسبب في اضطرابات التوازن الداخلي مما يؤدي إلى مزيد من الإفرازات الهرمونية التي تتسبب في اضطرابات عضوية، فإذا استمر التعرض لمزيد من الضغوط تضطرب أجهزة الجسم إلى الدرجة التي قد ينتج عنها – إذا تزايدت واستمرت على هذ النحو – الوفاة (عبد القوي ، ١٩٩٥: ٢٢٥ ، ٢٢٥).

ز- **نظرية علاقة القلق بالهرمونات:** وقد أجرى وولف wolf عدة أبحاث، امتدت حوالي ثلاثين عاماً، اهتمت بالعلاقة بين المتغيرات الفسيولوجية والمتغيرات النفسية، وارجع الاضطرابات النفسجسمية إلى القلق والتوتر الذي يؤدي إلى زيادة إفرازات الهرمونات وعصارات الغدد بقدر لا تتحمله الأجهزة الجسمية الداخلية ، فتضطرب الوظائف وتصاب الأعضاء كما يحدث في حالة قرحة المعدة وقرحة القولون (منى ابو طيرة، ١٩٨٩: ص ٥٦).

٤- **النظريات النفسية:** يشير عدد من الباحثين إلى أن تعرض الفرد لمثيرات المشقة وللضغوط stress ربما يؤدي إلى ارتفاع درجة استهداف للإصابة بالأمراض النفسجسمية (wayner et al,1979) وتنقسم النظريات النفسية التي سعت لتفسير الاضطرابات النفسجسمية إلى نظرية التحليل النفسي ونظرية التعلم ونظرية سمات الشخصية وذلك كما يلي:

ب-**نظرية التحليل النفسي:** يرى فرانز الكسندر f. alexander أن الصراعات الحالية التي يعاني منها المريض ترجع إلى صراعات لا شعورية رمزية، مرتبطة بمراحل مبكرة من النمو النفسي – الجنسي ، وعندما لا تحل هذه الصراعات بطريقة مرضية تتدخل آليات الدفاع، وتؤدي إلى زيادة في التوتر الجسدي ثم تظهر على هيئة اضطرابات عضوية، أي أن الانفعالات إن لم يتم التعبير عنها تعبيراً حراً فإنه تنشأ عن ذلك توترات مزمنة،

مما يؤدي إلى اضطرابات نفسجسمية متباينة ومزمنة يرتبطان بالاضطرابات النفسجسمية وهما النمط أ المرضى abnormal الذي يجعل الفرد مستهدفاً للإصابة بأمراض الشريان التاجي، والنمط (ب) السوي normal ويتميز أصحاب النمط (أ) بسمات من قبيل: التنافس الشديد، والرغبة في الإنجاز، والتنبيه الزائد، وسرعة الحديث، وتوتر عضلات الجبهة، والشعور بضغط الوقت، والغضب، والعداء، وعدم التأني، أما النمط الثاني – النمط (ب) فهو نمط سوي لا تتوافر لديه تلك الخصال، وبالتالي يكون أصحابه غير مستهدفين للإصابة بالأمراض النفسجسمية (rosenman& Chesney, 1985,p549).

بعد ذلك اقترح جرير وموريس نمطاً آخر يصف الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان أطلقا عليه النمط (ج) ويوصف الشخص من النمط (ج) بانه دمث لخلق، ومثابر، واجتماعي كما أن لديه الميل للعطاء أكثر من روح المنافسة والتحدي، ويعتقد الباحثان أن هذا النمط يرتبط جوهرياً بتطوير مرض السرطان وسرعة انتشاره ويتسم أفراد هذا النمط بسمات من قبيل: العجز عن التعبير عن الغضب، الميل للموافقة، عدم تأكيد الذات، والتضحية بالذات الهدوء، والصبر مما ينتج عنه العجز عن تفريغ التوتر، وعدم الإفصاح عن الانفعالات، والشعور بالتفاهة... الخ (بدر الأنصاري، ١٩٩٦: ٦٠٣).

ويتسق هذا الوصف لنمط الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان مع ما يشير إليه إيزنك حيث يرى أن الشخصية المستهدفة للسرطان تتميز بخاصيتين أساسيتين هما:

١- الاستجابة اليائسة وفقد الأمل تجاه الضغوط.
٢- كبت الاستجابة الانفعالية لأحداث الحياة المثيرة للإنفعال.

(Sheridan & radmacher, 1992,p278).

الصلابة النفسية والتماسك النفسي وعلاقتهما بالاضطرابات النفسجسمية وحديثاً

قدمت كوباسا ١٩٨٢-١٩٧٩ kobasa مفهوم الصلابة الذي يشير إلى أسلوب الشخصية الذي يتميز بقدر كبير من التحكم، والالتزام والتحدي في الحياة (santrock, 2000.p522) وعرفت كوباسا الالتزام بأنه قدره الفرد على الاعتقاد في القيمة الحقيقية والمهمة لذاته ولما يفعله في الحياة. أما التحكم فهو درجة اعتقاد الفرد في قدرته على التأثير في أحداث حياته وقدرته على السلوك أيضاً بشكل مؤثر في تلك الأحداث والتحدي هو النظر على أي تغيير في البيئة الخارجية أو الداخلية على أنه أمر طبيعي، وأن هذا التغيير هو فرصة يجب اغتنامها أكثر من كونه تهديداً. وأوضح الباحثون أن أسلوب الصلابة له تأثير مباشر على الإصابة بالمرض، كما أن الأفراد ذوي الصلابة في الشخصية يميلون إلى إدراك عدد قليل من الضغوط كما يدركون المنغصات اليومية على أنها أقل مشقة، وذلك مقارنه بمن هم أقل صلابة منهم.

أما التونوفسككي antonovsky,1979 فأهتم بدراسة سمات الأشخاص الباقين على قيد الحياة من المرضى فوجد أن لديهم نوعاً من الشعور بالتماسك وعرف أنتونوفسكي ثلاثة مكونات لمفهوم الشعور بالتماسك وهي:

١- القدرة على الفهم.
٢- القدرة على التحكم.
٣- إضفاء المعنى.

ويشير مفهوم القدرة على الفهم، إلى وعي الفرد بما يحدث في الحياة أما القدرة على التحكم فتشير إلى الشعور بأن الفرد لديه مصادر ملائمة لمواجهة مطالب الحياة. ويشير مفهوم إضفاء المعنى إلى الشعور، بأن مطالب الحياة، تحديثات تستحق أن تستثمر وتمارس، وأوضح انتونوفسكي أن الأفراد ذوي الشعور القوي بالتماسك يضفون قدراً من البساطة على المواقف السيئة، كما أنهم يشعرون بالاطمئنان إلى أنهم قادرون على التحكم في الضغوط، أو في استجاباتهم لها، فهم قادرون على إدارة الضغوط بشكل أفضل من غيرهم، وهم أكثر توافقاً من المشاق الناتجة عن مشكلات غير قابلة للحل (Sheridan & radmacher, 1992,p161).

النظريات الاجتماعية والبيئية والسلوكية: يشير ليبوفسكي lipowski ١٩٨٥ إلى أن الدراسات الفنسجسمية لابد وأن تضع في اعتبارها تأثير البيئة الاجتماعية مثل الضغوط المهنية، والمواقف التي تسبب الإنهاك كفقد الوظيفة، أو العيش في بيئة مزعجة. كذلك التعرض إلى تغيرات شاملة في حاة الأسرة، أو التعرض لأي اضطهاد من الآخرين، حيث يؤدي كل ذلك إلى ردود فعل انفعالية شديدة قد تؤثر بشكل خطير على الإفرازات الهرمونية (جبالي ١٩٨٩: ٥٤) ويفسر ليبوفسكي ذلك بأن الاستثارة الزائدة تؤدي على زيادة نشاط الجهاز الأتونومي، ولحاء المخ، مما يؤدي إلى أداء معرفين أو حركة وتكرار هذه الاستثارة قد يؤدي إلى تغيرات فسيولوجية بالإضافة إلى سلوك معين مما يدعم القابلية العامة للمرض لدى الفرد (نجلاء سليمان ٢٠٠٠: ٣١).

ولقد أوضحت المؤسسة القومية للسرطان أن أسلوب لحياة والعوامل البيئية مسئوله عن ٩٠% من حدوث أمراض السرطان، كما أوضحت أن ٣٠% من الموت بالسرطان ترجع إلى تدخين السجائر، وأن من ٢٥% إلى ٣٥% من الموت بالسرطان يرجع إلى أسباب غذائية، وعوامل بيئية تتمثل في تلوث المياه والهواء والتربة والمحيطة بنا.

وفي إطار تأكيد دور أسلوب الحياة اهتمت دراسة هبة الله أبو النيل (٢٠٠٢). بالكشف عن الفروق في أنماط أسلوب الحياة بين المرتفعين والمنخفضين في الاضطرابات النفسجسمية من ناحية، والكشف – من ناحية ثانية – عن الفروق في أنماط أسلوب الحياة بين فئتين من مرضى الاضطرابات النفسجسمية (مرضى القلب والشريان التاجي – مرضى سرطان الثدي)، وللإجابة عن أسئلة الدراسة طبقت بطارية اختبارات، على ثلاث فئات من العينات.

الأولى: عينة ممن يعانين من اضطرابات نفسجسمية (بدرجة مختلفة)، وشملت (٢:٥) من الإناث اللاتى قسمن – وفقاً لدرجاتهن على قائمة كورنل – إلي مجموعتين متكافئتين (مجموعة المرتفعات على الاضطرابات النفسجسمية مقابل المنخفضات على هذه الاضطرابات).

والثانية: عينة من المرضى اللاتي يعانين من أمراض نفسجسميسة، وشملت مجموعتين من المرضي أولاهما مجموعة مريضات القلب والشريان التاجي، والتي تكونت من (٢٥) مريضة وثانيتهما، مجموعة مريضات سرطان الثدي: والتي تكونت من (١٦) مريضة، ممن تم تشخيص الورم لديهم على أنه ورم سرطاني.

والثالثة: عينة الأسوياء، والتي تكونت من مجموعتين ضابطتين من غير المصابات بأي مرض عضوي أو نفسي، واللتين روعي عند اختيارهما أن تكون المجموعة الضابطة الأولى منهما مضاهية تماماً– في السن والعدد والحالة الاجتماعية – لمجموعة مرضى الشريان التاجي (ن=٢٥) أما المجموعة الضابطة الثانية، فروعي أن تكون مضاهية تماماً– في المتغيرات السابقة – لمجموعة مرضى السرطان (ن=١٦).

وقد تكونت بطارية الدراسة من خمسة مقاييس – أربعة منهم من أعداد الباحثة شملت: مقياس أسلوب الحياة الشاق، مقياس أسلوب الحياة الانسحابي، مقياس التعرض للمشكلات، مقياس مواجهة المشكلات، قائمة كورنل للإضرابات النفسجسمية. وقد جاءت النتائج مؤيده لمعظم فروض الدراسة حيث وجد ارتباط إيجابي دال بين الاضطرابات النفسجسمية وكل من أسلوب الحياة الشاق وأسلوب الحياة الانسحابي، والتعرض للمشكلات الضاغطة.

كما أظهرت مجموعة المرتفعات في الاضطرابات النفسجسمية زيادة دالة عن مجموعة المنخفضات في حجم ما تتبناه من عادات وأنشطة شاقة (أسلوب الحياة الشاق)، وكذلك في حجم ما تتبناه من عادات وأنشطة انسحابيه (أسلوب الحياة الانسحابي). كما أنها تعرضت على نحو أكبر من مجموعة المنخفضات للمشكلات الضاغطة، ولكن لم تظهر فروق بين المجموعتين في طرق مواجهتهما لهذه المشكلات (سواء أكانت هذه المواجهة سلبية – شاقة أو انسحابيه – أم كانت مواجهة إيجابية إقداميه) كما وجدت فروق دالة بين مريضات القلب والشريان التاجي من ناحية، وغير المريضات من ناحية ثانية في أسلوب الحياة الشاق وأسلوب الحياة الإنسحابي ، في اتجاه المجموعة الأولى كما وجدت فروق بين المجموعتين، في حجم التعرض للمشكلات الضاغطة فتزيد عدد المشكلات التي يتعرض لها المريضات عن غير المريضات ووجدت فروق دالة بين مريضات سرطان الثدي من ناحية، ومريضات القلب والشريان التاجي من ناحية ثانية على أسلوب الحياة الانسحابى حيث كانت مريضات السرطان أكثر معاناة من أسلوب الحياة الانسحابي من مريضات الشريان التاجي، ولكن لم تظهر الفروق الدالة – المتوقعة – بين المجموعتين على أسلوب الحياة الشاق. أو على حجم التعرض للمشكلات الضاغطة أما طرق مواجهة هذه المشكلات فظهرت فروق بين المجموعتين عليها . حيث تميل مريضات القلب إلى

المواجهة الشاقة غير التكيفية للمشكلات في حين أن مريضات السرطان يملن على المواجهة الانسحابية (هبة الله أبو النيل ٢٠٠٢: ١٨١).

أما بالنسبة للعوامل الحضارية فقد وجد أن ضغط الدم المرتفع بين السود في أمريكا ضعفه بين البيض على الأقل ووجده أيضاً شائعاً بين السيدات من الطبقة الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة بنسبة ٢: ٣ مقابل السيدات من الطبقة المتوسطة، وفي دراسة عن الفروق الحضارية في الاستجابة للألم ظهرت فروق لدى المرضى من الشعوب المختلفة، فبالنسبة للمرضى من أصل يهودي غالباً ما يكون لديهم قلق متصل بمعنى الأعراض وذلك لاهتمامهم الزائد بالصحة العامة (نجلاء سليمان ٢٠٠٠: ٣١).

النظريات التفاعلية: للوصول إلى نظرة أكثر تكاملاً لتفسير الاضطرابات النفسجسمية حاول بعض الباحثين اقتراح عدد من النماذج التي توضح كيفية التفاعل بين المتغيرات الفنسية، والفسيولوجية، كمكونات أساسية في العملية التي تؤدي إلى الاضطراب الوظيفي وبالرغم من أن بعض هذه النماذج يختص بأمراض معينة مثل ارتفاع ضغط الدم، أو مرض السرطان، فإن أغلب هذه النماذج تتسم بمقدار كبير من العمومية، بحيث يمكن تعميمها على مختلف الاضطرابات النفسجسمية وفيما يلي أمثله هذه النماذج.

نموذج الاستهداف للمشقة: يمثل هذا النموذج الذي لقي تأييداً كبيراً من الباحثين مثالاً لتوضيح التوجه الذي يهتم بضرورة أخذ مختلف العوامل المسببة للأمراض النفسجسمية (النفسية، والاجتماعية، والبيئية، والجينية، والفسيولوجية) في الحسبان عند وصف هذه الأمراض مع التركيز على ما يحدث بين هذه العوامل من تأثير متبادل. ويشير النموذج إلى أن الاستعدادات الفسيولوجية السابقة على حدوث المرض مثل الضعف الجيني وعدم التوازن البيولوجي، والمتغيرات النفسية والاجتماعية المصاحبة له مثل المشقة، وكيفية التكيف معها، والاستجابة لها، والمواقف البيئية التي يخبرها الفرد تتفاعل معاً، مسببة عديداً من الأمراض النفسجسمية وهو ما يعني أنه رغم أهمية العوامل البيولوجية في الإصابة بهذه الأمراض، فإن العوامل النفسية والاجتماعية لها تأثيرها الحاسم في ذلك ويبني النموذج على وجود شقين يشكلاً استجابة الفرد للضغوط.

أولهما الجزء الاستعدادي أو الاستهداف، ويفترض هنا وجود عاملين رئيسين يحددان استعداد الفرد للاستجابة للمشقة، الأول: الاستجابة النمطية والمعتادة للفرد، والتي ينظر إليها بوصفها استعداداً بنائياً في الجسم للاستجابة الفسيولوجية بطرق محددة لمواقف متنوعة، مع تنشيط ثابت لبعض أعضاء وأجهزة الجسم، والثاني هو الاضطراب في الاتزان الحيوي للجسم الناتج عن ضعف في مستوى تحمل الفرد العصبي لمواجهة أحداث الحياة الشاقة والذي قد يكون انعكاساً لاستعداد جيني، أو مرض عضوي، أو التعرض للانهيار العصبي أكثر من مرة أما الجزء الثاني فهو موقف التعرض للمشقة، ويبرز فيه أهمية المحددات الموقفيه مثل الظروف الاجتماعية والفيزيقية، في تشكيل استجابة الفرد للمشقة .

كما يفترض ستيرنباك والذي يمثل هذا النموذج أن استمرار التعرض للتنبيه أو المواقف الضاغطة يجعل الفرد يدرك المواقف والأحداث الطبيعية كضغوط، ويستجيب لها استجابة فسيولوجية شديدة (gatchel, r.j., 1993,p15).

نموذج تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية: وفي هذا النموذج اهتم كونترداد وزميله بدور العوامل النفسية – الاجتماعية، والعوامل البيولوجية، والفسيولوجية، التي تتفاعل مع عوامل الشخصية، وتسهم في الإصابة بالمرض الجسمي (خاصة السرطان) (contrada leventhal & oleary 1990). وأوضح الباحثان أن التعرض للضغوط النفسية مثل الفقد بأنواعه وأساليب المواجهة القائمة على الكبت والتنفيس الانفعالي يوالدان الشعور بالاكتئاب، الذي يؤدي بدوره إلى ممارسات أو سلوكيات غير صحية تؤثر بشكل غير مباشر على أداء الخلايا الطبيعية القاتلة في جهاز المناعة مما يجعل الفرد مستهدفاً للإصابة بالمرض الجسمي . ويوضح كونترداد أن الطرق التي يتشكل من خلالها مرض السرطان قد تأخذ اتجاهين هما:

الاتجاه الأول: ويبدأ بتعرض الفرد لضغوط نفسية ناتجه عن أنواع الفقد المختلفة مثل فقد شخص عزيز أو فقد الشخص لاحترامه لذاته أو شعور الشخص بالفقد الناتج عن التغيرات البدنية، والنفسية والاجتماعية مع مرور العمر وأي من مواقف الفقد تلك تسبب الشعور بالاكتئاب الذي يؤدي بصورة إلي إفراز هرموني ومما راسات صحية يجتمعان ليشكلاً سبباً يؤدي إلى اختلاف في جهاز المناعة مما يجعله مهيئا للإصابة بمرض السرطان.

أما الاتجاه الثاني: فيبدأ من الكبت وعدم التنفيس الانفعالي اللذين يمثلان عاملاً غير مباشر يتسبب في جهاز المناعة فضلاً عن التأخر في طلب الرعاية الصحية اللازمة مما يؤدي إلى بداية الورم السرطاني وتطوره وانتشاره.

ويتفق هذا التصور النظري للنموذج مع معظم الدراسات التي عرضت للعوامل النفسية المهيئه للإصابة بمرض السرطان حيث أشارت تلك الدراسات إلى ارتباط ظهور السرطان بمتغيرات نفسية من قبيل الفقد وتجنب السراع، وعدم التنفيس الانفعالي ومشاعر الاكتئاب.

الأسئلة:

١- ما العلاقة بين نظرية الضغوط ونظرية علاقة القلق بالهرمونات.
٢- فسر المقصود بالاستعداد للإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتيه.

مصادر تعليمة أخرى: إحصائيات عن أنماط أسلوب الحياة والمعرض السيكوسوماتي، وأفلام لحالات سرطان قبل وبعد العلاج.

مراجع الفصل السابع

١- أمال عبد الحليم (١٩٩١) – علاقة الاضطرابات السيكوسوماتيه بأحداث الحياة ووجه الضبط دراسة مقارنة لحالات مرضى ضغط الدم والقرحة المعدية – رسالة ماجستير غير منشورة بكلية الآداب جامعة عين شمس.

٢- بدر الأنصاري (١٩٩٦) الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان في : مجلد البحوث العلمية المقدمة للمؤتمر الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم – الكويت – الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان.

٣- سامى عبد القوي (١٩٩٥) – علم النفس الفسيولوجي – مكتبه النهضة المصرية – القاهرة.

٤- منى أبو طيرة (١٩٨٩) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتيه بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة – رسالة دكتوراه غير منشورة – كلية الآداب – جامعة عين شمس.

٥- نجلاء سليمان (٢٠٠٠) سيكولوجية البدائية وعلاقتها بالشخصية في ضوء الفروق بين الجنسين – رسالة ماجستير غير منشورة – بكلية الآداب – جامعة المنوفية.

٦- هبة الله أبو النيل (٢٠٠٢) – الفروق في أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات مرضى الاضطرابات السيكوسوماتيه – رسالة دكتوراه غير منشورة – قدمت بكلية الآداب – جامعة عين شمس.

7- Contrad, r.j., leventhal H.O. leary A., (1990), personality and health: L.A. persin (Eds) handbook of personality theory and research, new york> Guilford press.

8- Gatcel, R.L., (1993) psychophysiological disorders, past an present perspective, in: gatchel, R.J. & Blanchard, E.B.(Eds) psychophysiological disordes, amcriacn psychological association (APA) first edition .

9- Rosenman. R.H., Chesny., M.A. (1982), stress type (A) behavior and coronary disease in Goldberger leo, breznitag. Sholomo (Eds) handbook of stress theoretical and clinical aspects, new york. Macmillan, P. Co Inc.

10- Santrock,j., (2000), psychology, new york Mc grow hill, six edition .

11- Sherdan C. radmacher, S. (1992) health psychology, canda john wiley &sons inc.

12- Wayner L., Cox T.& mackay C.(1979) " stress immunity and cacer" in : obrone D.j. etal., (Eds) research in psychology and

medicine, physical aspects: pain, stress, diagnosis and organic damage, London: academic dress.

13- Wolman, B.B (1988), psychosomatic disorders, London: plenum medical book company.

الفصل الثامن
تطبيقات الصحة النفسية في المجتمع

الأهداف: يهدف هذا الفصل إلى تعريف القارئ بالإجراءات التي تتخذها المجتمعات من لوائح وقوانين وإنشاءات من شأنها أن تقلل من انتشار الأمراض النفسية والاجتماعية.

المحتوى: الدستور والصحة النفسية – مكاتب الزواج والصحة النفسية، المدن الجديدة والصحة النفسية – مكاتب الأسرة والسكان والصحة النفسية – العلاج الأسري – تعيين الأخصائي النفسي بالمدرسة – تصنيف المجندين والصحة النفسية.

مقدمة: يرى الكثيرون أن الصحة النفسية – هي مجموعة الإجراءات التي تتخذها المجتمعات من أجل الوقاية من الوقوع في الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية من جريمة وإدمان وغير ذلك والتي تمثل خروجاً على قيم المجتمع.

وتتمثل تلك الإجراءات في التشريعات والقوانين وإقامة المدن الجديدة وبناء العيادات النفسية والمستشفيات ومؤسسات رعاية الأحداث وملاجئ الأيتام وغير ذلك ونوضح فيما يلي أمثله من هذه الإجراءات والدور الذي تلعبه في نشر السلوك السوي والصحة النفسية في المجتمع.

الدستور والصحة النفسية: ينص الدستور في كل دول العالم على كفالة الصحة والتعليم لكل مواطن. ومن منطلق أن "في المعرفة الشفاء" نجد أن نشر التعليم الذي ينص الدستور على كفالته لأفراد المجتمع له علاقة بنشر الوعي بالأسس التي يعتمد عليها السلوك السوي في تنشئة الأفراد في الأسرة. ولقد وجد في كثر من البحوث أن الأمراض العقلية تنتشر بين الأميين ومحدودي التعليم، كذلك تنتشر الجرائم بينهم ولذا قامت مصر بإنشاء الجامعات في صعيد مصر. ومن أجل التنمية في المقام الأول ومن أجل نشر الوعي بالآثار المادية والبشرية لجرائم الأخذ بالثأر والتطرف والإرهاب.

إنشاء مكاتب للمقبلين على الزواج والصحة النفسية: أنشأت الكثير من دول العالم مكاتب للتأكد من سلامة الصحة النفسية والجسمية للمقبلين على الزواج. إذ يتم في هذه المكاتب الكشف على كل من الرجل والمرأة للإطمئنان إلى خلوهما من الأمراض المعدية والوراثية وللاطمئنان من عدم وجود عوامل وراثية فيهما يؤدي اتحادها إلي إنجاب أطفال لديهم عاهات جسمية أو عقلية.

كذلك يتم في هذه المكاتب تقديم صورة نفسية (بروفيل) بها درجة ذكاء لكل من الرجل والأنثى، وبها بعض السمات الشخصية التي تساعد كل منهما على التعرف على خصائص الآخر لمواءمتها مع خصائصه قبل الزواج. ومن المفيد أن نذكر أن انتشار هذه المكاتب يساعد المقبلين على الزواج للتعرف على بعضهما مما يزيد من توافقهما الزواجي، كما سبق، إضافة إلى أنه سيتجنب المجتمع وجود حالات من ذوي العاهات والمضطربين عقلياً ومما يقلل كذلك من نسبة الأفراد المتخلفين عقلياً في المجتمع.

تطبيق الأسس العلمية في اختيار الأفراد المتقدمين للعمل بالوظائف المختلفة والصحة النفسية : إنه مما لا شك فيه أن وضع الشخص المناسب في المكان المناسب يؤدي إلى زيادة توافق الفرد وسعادته ورضاه في عمله ويعتمد الأسلوب العلمي على تحديد القدرات العقلية ومستوي الذكاء وصفات الشخصية الواجب أن تتوفر في الفرد الذي سيشغل الوظيفة التي أعلنت المؤسسة أو الشركة عن حاجتها لأفراد يعملون بها وبعد ذلك يقوم أخصائي علم النفس بإعداد الاختبارات النفسية التي تقيس تلك القدرات والصفات وتطبيقها على الأفراد الذين تقدموا بطلباتهم لشغل تلك الوظيفة وبعد ذلك يقوم الأخصائي ترتيب هؤلاء الأفراد وفقاً لدرجاتهم من الأعلى إلى الأدنى ليتم تعيين الحاصرين على أعلى الدرجات ويترتب على ذلك:

١- أنه يتم اختيار الأفراد الأكثر توافقاً من الناحيتين النفسية والاجتماعية.
٢- أن يتم اختيار الأفراد كفاءة في الأداء والعمل والإنتاج.

كما أنه يتحقق من وراء ذلك.

١- انخفاض عدد الأفراد المترددين على العيادة النفسية والطبية.
٢- انخفاض نسبة الغياب المرضي والغياب بدون إذن.
٣- انخفاض نسبة الأفراد المستهدفين والذين لديهم ميل للوقوع في الحوادث.

وللتدليل على الأثر الذي تحدثه الطريقة العلمية في حسن اختيار الفرد على زيادة الإنتاج تبين فيما يلي مقارنة بين إنتاج أفراد أحد اختيارهم وأضرتين كم تتبع معهم طريقة ما في الاختيار . كما يبين الجدول (٣٦) .

الجدول (٣٦)

المقارنة بين إنتاج العاملين المختارين وفق الأسس العلمية والذين لم تستخدم طريقة علمية

رقم	الحرفة	انتاج المختارين بالطريقة العلمية	انتاج من لم يتبع معهم طريقة ما
١	أعمال الرقي للجوارب	٧ دست في الساعة	٣,٢٥ دستة في الساعة
٢	الأعمال الكهربائية	١٤,٥% من المعدل المتوسط	٦٠% من المعدل المتوسط
٣	أعمال النجارة	٠,٩ من الساعة لإكمال عمل ما	٣,٦ ساعة لإكمال نفس العمل
٤	كي القمصان	٢١٣ ثانية لكي القميص	٢٧٩ ثانية لكي القميص
٥	مسك الدفاتر	١٤٠ ثانية لكي القميص	٩٤ درجة من درجات الإنتاج
٦	الكتابة على الآلة الكاتبة	١٠٢% من المتوسط	٦٠% من المتوسط

ويتضح من الجدول (٣٦) مقدار الزيادة من خلال مقارنة في الإنتاج لدى الأفراد الذين اختيروا بالطريقة العملية عن الفريق لم تتبع معهم طريقة في اختيارهم ويمكن أن نتوقع ان يكون الأفراد الذين أحسن اختيارهم أن يكونوا أكثر أمناً وزيادة في التوافق في عملهم من المجموعة الأخرى. والذين يتوقع لهم الاطمئنان في الاستمرار في العمل واحتمال قيام صاحب العمل بفصلهم منه وبالتالي تظهر عليهم علامات سوء التوافق وأغراض الاضطراب النفسي (السيد خيري، ١٩٦٢: ٢ – ٣).

إنشاء وزارة للبيئة والصحة النفسية: ازدادت نسبة التلوث في البيئة في الهواء والماء نتيجة زيادة عدد السيارات ونتيجة إنشاء كثير من الصناعات كصناعة الغزل والنسيج وصناعة بطاريات السيارات والتي يترتب على هاتين الصناعتين انتشار كثير من الغازات سواء في صناعة الحرير والتي يدخل فيها مادة السليلوز أو صناعة بطارية السيارة ويترتب على تعرض العاملين في هذه الصناعات وغيرها لفترة طويلة استنشاق تلك الغازات مما يؤثر على خلايا المخ ويؤدي إصابة بعض الأماكن به وتسممه إلى وجود خلل في الوظائف العقلية كالذاكرة والإدراك. ولذا أنشئت وزارة البيئة في مصر للمحافظة على الصحة البدنية والعقلية بالحد من التلوث من خلال سن التشريعات التي تجرم السلوك أو الإجراء الذي من شأنه أن يؤدي إلى التلوث كإلقاء المخلفات الناتجة عن الصناعة في مياه النيل، وضرورة أن تقوم المصانع بعمل الفلاتر التي تقلل من الدخان أو العادم المتصاعد من مداخنها كما في صناعة الأسمنت وكما في تطبيق التأكد من عدم تجاوز عادم السيارة عن حد معين قبل إعطاء صاحبها الرخصة لسيارته. ويسهم الحد من التلوث البيئي في زيادة توافق الناس في حياتهم نتيجة عدم إصابتهم بالإمراض الجسمية والعقلية.

ومن الدراسات التي تشير إلى ذلك تلك التي قام بها محمود أبو النيل عن الأمراض السيكوسوماتيه في شركتين صناعيتين أحدهما ترتفع فيها نسبة التلوث كثيراً وهي شركة الحديد والصلب والأخرى التي يقل فيها التلوث وهي شركة النصر لصناعة السيارات وفيما يلي الجدول (٣٧) يوضح نتائج هذه الدراسة على مجموعتين من العمال في هاتين الشركتين.

الجدول (٣٧) المقارنة بين شركتين تختلفان من حيث درجة التلوث

رقم	الأعراض السيكوسوماتيه	عينة الحديد والصلب		عينة النصر للسيارات		مستوى الدلالة
١	الخوف على الصحة	٤,٣٠	١,٣٨	٥,١٠	١,١٨٩	٠,٠٥
٢	الأعراض المعدية معوية	٤,٤٥	٣,٠٢	٥,٦٢	٢,١٦	٠,٠٠١
٣	الحساسية والشك	٣,٤٠	٣,٢٤	٤,٦٠	١,٣٨	٠,٠٠١

ويتضح من نتائج الجدول (٣٧) بالنسبة لمقدار تأثير التلوث في شركة الحديد والصلب في زيادة الأعراض السيكوسوماتيه لديهم بالنسبة للخوف على الصحة وأعراض الجهاز المعدي

معوي عن مجموعة النصر للسيارات وذلك كما يتضح في زيادة متوسط درجات عينة الحديد والصلب على تلك الأعراض (محمود أبو النيل ، ١٩٩٤: ٢٤٦).

إنشاء المدن الجديدة والصحة النفسية: يهدف إنشاء المدن الجديدة كمدينة ٦ أكتوبر ومدينة العاشر من رمضان ومدينة ١٥ مايو ومدينة السادات إلى الإقلال من الكثافة السكانية في المدن الأخرى كمدينة القاهرة والإسكندرية والتي أصبحت الخدمات فيها من طرق ومواصلات ومياه وكهرباء ومدارس وجامعات لا تتناسب مع عدد سكان هذه المدن ليس ذلك فقط بل إن الزحام والزيادة العددية لدى أفراد الأسر في هذه المدن يساعد على نشر كثير من صور السلوك اللاسوي كالجريمة والبغاء وغير ذلك من الاضطرابات النفسية والعقلية ولذلك فإن إنشاء المدن الجديدة يفتح المجال أمام الشباب لوجود مساكن صحية كما يعمل على استقطاب كثير من الأسر في المدن القديمة للعيش في المدن الجديدة يتمتع فيه السكان بمناخ صحي يجدون فيه أماكن للترفيه وممارسة الرياضة بالأندية المختلفة.

إنشاء مكاتب تنظيم الأسرة والصحة النفسية: تقوم الدولة كل عام بإنشاء كثير من ا لمشروعات وإقامة الصناعات الجديدة وذلك من أجل إيجاد وظائف جديدة للخريجين من المعاهد التعليمية والجامعات. إلا أن ما يترتب على إقامة تلك المشروعات والصناعات من زيادة في نسبة التنمية تلتهما أولاً بأول تملك الزيادة السكانية. ولذلك أنشأت الدولة مكاتب تنظيم الأسرة بل وأطلقت على وزارة الصحة أسماً جديداً هو وزارة الصحة والسكان والتي يتبعها مكاتب تنظيم الأسرة والتي تساعد الأسر على تنظيم نسلها في نطاق عدد معين مما يسهل على الوالدين تربية أبنائهم تربية سوية وتعليمهم تعليماً مناسباً يضمن لهم مستقبلاً زاهراً. والأسرة الصغيرة ينعم أفرادها بدرجة علاية من التوافق النفسي الاجتماعي والصحة النفسية، وندرة وجود المشكلات التي تهيئ المناخ للسلوك اللاسوي بين الأبناء.

إنشاء محاكم للأسرة والصحة النفسية: أنشأت مصر في بداية عام ٢٠٠٤ محاكم للأسرة للنظر في المشاكل التي تحدث بين الزوج والزوجة. وتتشال محاكم الأسرة إلى جانب القاضي من الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي لدراسة كل الظروف التي يرتبط بمشكلات الانفصال بين الزوجين أو الطلاق بحيث لا يكون الفصل في ذلك متقصراً على جانب واحد وهو القانون بل يوضع في الاعتبار الأحوال النفسية والاجتماعية لكل من الزوجين مما قد يؤدي ذلك إلى خفض نسبة الطلاق في الأسرة نتيجة ما يقوم به الأخصائي النفسي والاجتماعي من تعديل في الإدراك للمشكلة التي بين الزوجين. ويترتب على ذلك الدور الذي تقوم به محاكم الأسرة إلى إعادة التوافق بين الزوجين بما يضمن لجميع أفراد الأسرة والأبناء حياة متوافقة يتمتعون فيها بصحة نفسية جيدة.

تعيين أخصائي نفسي في المدرسة الثانوية: قامت مصر في أواخر القرن العشرين بتعيين أخصائي نفسي في كل مدرسة ثانوية من خريجي أقسام علم النفس بكليات الآداب وذلك نتيجة انتشار كثير من المشكلات الدراسية والنفسية والاجتماعية لدى تلاميذ هذه المدارس. ويقوم الأخصائي النفسي في المدرسة بدور وقائي وعلاجي ويتمثل الدور الوقائي في مساعدة المسؤولين على الوقوف على المشكلات الدراسية والنفسية والاجتماعية والسلوكية المحتمل أن يقع

فيها التلاميذ لكي تقوم إدارة المدرسة باتخاذ القرارات التي تساعد على عدم الوقوع في تلك المشكلات ويستفيد الأخصائي في تشخيصه لهذه المشكلات بقيامه بعمل الدراسات المسحية على التلاميذ باستخدام الاختبارات النفسية التي تحدد له التلاميذ المستهدفين للوقع في اضطراب معين باقتراب درجاتهم على هذه الاختبارات من درجة الاسواء النفسي. كما يتمثل الدول العلاجي للأخصائي النفسي المدرسي في تقديم الإرشاد أو العلاج النفسي للتلاميذ الذين يشكون من اضطرابات نفسية أو لديهم مشاكل حولتهم الإدارة نتيجة ذلك إلى الأخصائي النفسي لعلم الدراسة اللازمة عليهم تمهيداً لعلاجهم بالتعاون مع الفريق المدرسي من مدرس وأخصائي اجتماعي وطبيب. ولا شك أن قيام مصر بتقدم هذه الخدمة في المدرسة الثانوية بالتلاميذ الذين يمرون بمشكلات المراهقة في هذه السن سيؤدي إلى خفض نسبة التلاميذ المشكلين والمضطرين نفسياً مما يزيد من نسبة التوافق والصحة النفسية لدى هؤلاء التلاميذ في المدارس الثانوية.

علاج أسرة المريض النفسي: أنشأت الدولة في مصر كثيراً من المستشفيات ودور الاستشفاء النفسي والتي يقيم فيها المرضى النفسيون طوال فترة علاجهم بها وترعاهم الدولة ويتعهدهم الأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون بتقديم الدواء والمشورة النفسية والاجتماعية والطبية حتى يتماثلوا للشفاء ويرجعون إلى أسرهم إلا أنه وجد أن كثيراً من هؤلاء المرضى يعودون مرة أخرى للمستشفى نتيجة عودة الأعراض المرضية النفسية فترة أخرى.

ولقد وجد المعالجون والأخصائيون والأطباء النفسيون أن المريض يعود بعد شفاؤه بالمستشفى إلى نفس البيئة التي أسهمت بصورة ما وفي وجود المرض النفسي لديه، ورأوا نتيجة ذلك أن من الضروري تغير هذه البيئة والتي تشتمل على الوالدين بوجه خاص وذلك بتقديم الإرشاد والعلاج النفسي للوالدين من خلال تغيير اتجاهاتهم نحو المرض النفسي وإكسابهم الطرق والوسائل الفعالة في كيفية معاملة ابنهم المريض معاملة سوية بعد خروجه من المستشفى ولا شك أن علاج أسرة المريض النفسي حتى يمكن أن تستقبل إنها بعد خروجه من المستشفى باتجاهات إيجابية تساعد على دعم السلوك السوي لديه يقلل من نسبة المرضى العود إلى المستشفى ويرفع من نسبة السواء النفسي والصحة النفسية في المجتمع.

التعليم المفتوح والصحة النفسية: يصاب الإنسان بالفشل والإحباط وتضطرب حالته النفسية إذا لم يستطع أن يحقق أماله وطموحاته في مجالات الحياة المختلفة وذلك لوجود عقبات في طريقه لم يكن قادراً على مواجهتها أو إيجاد حلول لها في أي مرحلة من مراحل حياته.

ولقد قامت الدولة في مصر في السنوات الأخيرة من القرن العشرين بافتتاح التعليم المفتوح لإتاحة الفرصة لكثير من العاملين في الدولة الحاصلين على الثانوية في التعليم والذين لم يستكملوا تعليمهم الجامعي والذين لم يتح لهم ذلك في حينه.

ويعتبر التعليم المفتوح في إطار الصحة النفسية مساراً سوياً صحيحاً قامت مصر بإجرائه لرفع الإحباط النفسي psychological frustration لدى كثير من العاملين وغير العاملين في الدولة إذ يمكن من خلال التعليم المفتوح أن يتحقق هدفين أساسين من أهداف انتشار الصحة النفسية في المجتمع أولهما زيادة توافق الفرد نفسياً أي انخفاض مستوى القلق

والتوتر والإحباط لديه بتحقيقه لهدف استكمال تعليمه الجامعي، والثاني أنه من خلال التعليم المفتوح سترتفع مهارات الفرد العلمية والعملية والمعرفية وبالتالي سينتقل أثر ذلك على عمله فتزداد كفاءته الإنتاجية ومن خلال ما سبق يمكن القول أن من خلال التعليم المفتوح نستطيع أن نتوقع زيادة الأفراد والمتوافقين نفسياً واجتماعياً في المجتمع من تلك الشريحة التي لم تكن قد أكملت دراستها الجامعية، وتلتحق به لتحقيق طموحاتها.

إنشاء الخط الساخن للمدمنين والصحة النفسة: يعتبر إدمان المخدرات من المشكلات التي يعاني منها المجتمع لانتشاره بين كثير من الفئات خاصة الشباب، وتبذل الدولة الكثير من المجهودات لعلاج المدمنين. وذلك من خلال الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، والجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات وأندية الدفاع الاجتماعي. وقد قام المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بإنشاء الخط الساخن لمساعدة المدنيين وتقديم النصح والإرشاد من خلال خطوط تليفونية يعمل عليها أخصائيون نفسيون لمدة ٢٤ ساعة يتغيرون كل فترة عمل على مدى اليوم وقد تم تدريب الاخصائيون النفسيين على كيفية تقديم الخدمة النفسية والتي أعلن المركز عنها. ويتلقى الاخصائيين عبر الخط الساخن المكالمات التي تأتيهم من المواطنين ويقومون بالرد على استفساراتهم التي تتعلق بتورطهم في التعاطي وذلك دون معرفة بأسمائهم حتى يمكنهم التحدث بصراحة عن شكواهم فيستطيع الأخصائي أن يتعرف من خلال الحديث التليفوني على أبعاد مشكلته وظروفه المحيطة بالتعاطي وآثار التعاطي على صحته الجسمية والعقلية، فيجيب بالتالي على أسئلته ويعرض من خلالها عليه العون والذي يكون من بينها اللجوء للعلاج بالمصحات والتي يكون المدمن في العادة لا يعرف عنها شئياً بالنسبة لأماكنها وبالنسبة لترتيبات الدخول وتكاليف العلاج وأنه سيكون أمنا فال يتم القبض عليه إذا تقدم بنفسه للعلاج وبهذه الخدمة التي يقدمها الخط الساخن ورغبة المدمن في تلقى هذه الخدمة طواعية يؤدي إلى إعادة التوافق النفسي والاجتماعي والصحة النفسية للمدمنين وبهذا يلعب الخط الساخن دروا كبيراً في انتشار الصحة النفسية والتوافق في المجتمع وعلى المستوى الرسمي أيضاً قام مجلس الوزراء إلى جانب المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بإنشاء الخط الساخن في صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي ويوجه في إعلاناته نداء إلى الآباء والأمهات على النحو الآتي:

عزيزتي الأم.....؟

عزيزي الأب.....؟

من أجل حفظ ابنك أو ابنتك من الوقوع في دائرة الإدمان نرجو أن تلاحظ هذه التغيرات التي تطرأ على من يقع في هذه الدائرة الجهنمية.

١- تغير سلوكيات الابن حيث يصبح أكثر انفعالاً واندفاعاً في تصرفاته مع اللجوء للكذب عند محاولة مواجهته.
٢- اصفرار وشحوب بالوجه، مع تغير لون العينيين حيث يزداد احمرارهما.
٣- فقدان الشهية والهزل، ونقص الوزن بدرجة ملحوظة.

٤- تغير مواعيد العودة من المؤسسة التعليمية أو من العمل للمنزل.
٥- تغير مواعيد النوم، وكثرة الشكوى من الدوار والغثيان ورغبة الأطراف.
٦- تكرار فقدان بعض الأشياء الثمينة والأموال من المنزل.
٧- تغير الأصدقاء القدامى، وظهور أصدقاء في جدد في حياة الشباب أو الفتا.

كيف تقضي على الإدمان

إذا كنت أصبت بلعنة المخدرات ، أو إذا كان أحد أفراد اسرتك أو قريبك أو صديقك قد أصيب بها فاتصل فوراً بالخطر الساخن ٣٠٥١٨٤١- ٣٠٤١٩٤٨ اتصل بدون تردد في سرية تامه بالخط الساخن " خبراء المشورة"

وفكرة الخط الساخن لا تقتصر على حالات الإدمان بل تمتد لكل صورة السلوك اللاسوى وقد أنشأ عدد من المعالجين النفسيين في عياداتهم الخاصة هذا الخطر.

تصنيف التلاميذ في المراحل الدراسية وفقاً لقدراتهم والصحة النفسية: من منطلق مبدأ الفروق الفردية بين الناس وأنهم يختلفون فيما يمتلكون من قدرات ذهنية وبدنية وتحصيلية وأنهم يختلفون في الميول والاهتمامات وأنه كلما تم توزيع التلاميذ في نهاية كل مرحلة دراسية إلى المرحلة التالية وفقاً لمستوى تحصيلهم والذي يعكس في الغالب النتاج النهائي لمستوى ذكائهم وميولهم وقدراتهم العقلية كلما ضمناً زيادة توافقهم النفسي والاجتماعي ولذلك تقوم الدولة ووزارة التربية والتعليم بعد حصول التلاميذ على شهادة المرحلة الإعدادية يتم توزيعهم على نوع التعليم المناسب لمستوى تحصيلهم فالتلاميذ الحاصلون على درجات عالية يلحقون بالتعليم الثانوي ثم الفني والتجاري والزراعي وهكذا. وتوزيع التلاميذ وفقاً لمستواهم التحصيلي على اعتبار أنه محصلة عمليات التفكير والإدراك والذاكرة وكذلك الميول لا شك أنه سيزيد من توافقهم النفسي والاجتماعي وسيساعد على نشر الصحة النفسية في جانبها الإيجابي لدى هؤلاء التلاميذ إذ أنهم يلتحقون بنوع التعليم الثانوي المناسب لقدراتهم الدراسية تطبيقاً لمبدأ الفروق الفردية من جهة، ومن جهة أخرى سيتلقى التلميذ في نوع التعليم الذي وزع له (ثانوي، فني، زراعي، تجاري) مجموعة المواد والمناهج التي تتناسب مع قدراته فيواصل التقدم فيها دون فشل أو إحباط.

تصنيف المجندين بالقوات المسلحة للأسلحة المختلفة والصحة النفسية: للعمل في أسلحة القوات المسلحة متطلبات نفسية وعقلية تختلف من سلاح لأخر فالفرد والذي يجند في سلاح الطيران وما به من طائرات شديدة التعقيد وأسلحة متقدمة غير الفرد الذي يجند في سلاح المشاة والذي يتعامل مع أسلحة أقل تعقيداً لكنها في نفس الوقت تمكنه من السيادة على الأرض وهكذا يختلف كل سلاح من حيث الواجبات والمسئوليات المتطلبة في الفرد الذي يلتحق به ولذلك تقوم شعبة الانتقاء والتوجيه في كل جيوش العالم بقياس القدرات العقلية والمهارات الحركية لدى المتقدمين للتجنيد بالقوات المسلحة. ويتم بعد ذلك تصنيفهم للأسلحة المختلفة وفقاً لتلك القدرات وتوزيع الجنود حسب مستوى ذكائهم وقدراتهم يزيد من أدائهم وكفاءتهم القتالية وبالتالي يزيد من توافقهم النفسي والاجتماعي خلال فترة التجنيد. واستخدام الاختبارات النفسية في توزيع الجنود

يؤدي إلى رفع الروح المعنوية لديهم لشعور كل جندي بأنه قد التحق في السلاح الذي يحبه ويناسب مواهبة وقدراته.

خاتمه:

ويسبق تطبيق هذه الإجراءات توفير المتخصصين في مجال علم النفس خاصة، وتعين الأخصائي النفسي في المدرسة الإعدادية والثانوية بل وفي كليات الجامعة للقيام بمسؤولية عمليات الإرشاد والتوجيه، وكذلك أن يكون في كل شركة من شركات الصناعة أخصائياً نفسياً لكل خمسمائة موظف وعامل وأن تنتشر مكاتب التوجيه للزواج والتوجيه لنوع التعليم والتدريب المهني والإداري وأن يكون من بين القائمين على هذه المكاتب أخصائياً نفسياً مسؤولاً عن تطبيق اختبارات علم النفس ومسؤولاً عن عمليات الإرشاد والتوجيه والاختبار إلى جانب الطبيب والطبيب النفسي السيكاتري والأخصائي الاجتماعي.

الأسئلة:

١- ما العلاقة بين الدستور والصحة النفسية؟
٢- ما العلاقة بين إنشاء وزارة البيئة والصحة النفسية؟

مصادر تعليم أخرى: أفلام عن تأثير التلوث في الجهاز العصبي وأفلام عن تأثير الإدمان.

مراجع الفصل الثامن

١- السيد محمد خيري (١٩٦٢) – الاختيار المهني – وزارة الصناعة – مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهني – المطابع الأميرية – القاهرة.
٢- سيد محمد غنيم (١٩٧٥) – سيكولوجية الشخصية – النهضة العربية.
٣- عماد الدين اسماعيل (١٩٦٦) – الشخصية والعلاج النفسي – النهضة العربية. – القاهرة.
٤- محمود أبو النيل (١٩٩٤) – الامراض السيكوسوماتية – المجلد الثاني – دار النهضة العربية – بيروت.

المراجع العامة للكتاب

١٧- أحمد عبد الله محمد السعيد (١٩٨٩) دراسة لبعض النواحي النفسية لمتعاطي الحشيش بمنطقة الرياض – مجلة علم النفس – الهيئة العامة للكتاب.

١٨- أحمد عزت راجح (١٩٦١) علم النفس الصناعي – المطبوعات الحديثة الإسكندرية.

١٩- أحمد عزت راجح (١٩٧٥) – أصول علم النفس – مطبعة جامعة الإسكندرية.

٢٠- أحمد عكاشة (١٩٩٤) الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة في الندوة القومية لمكافحة وعلاج الإدمان – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان – القاهرة.

٢١- أمال عبد الحليم (١٩٩١) – علاقة الاضطرابات السيكوسوماتيه بأحداث الحياة ووجه الضبط دراسة مقارنة لحالات مرضى ضغط الدم والقرحة المعدية – رسالة ماجستير غير منشورة بكلية الآداب جامعة عين شمس.

٢٢- بدر الأنصاري (١٩٩٦) الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان في : مجلد البحوث العلمية المقدمة للمؤتمر الأول حول مرض السرطان بين الحقيقة والوهم – الكويت – الجمعية الكويتية لمكافحة التدخين والسرطان.

٢٣- براون أ. – تأليف – سيد محمد خيري وآخرون – ترجمة (١٩٥٦) – علم النفس الاجتماعي في الصناعة – دار المعارف – القاهرة.

٢٤- براون أدوراد – تأليف ، أحمد شوقي حسن – ترجمة (١٩٦٦) الطب العربي – الألف كتاب، مؤسسة سجل العرب بإشراف إبراهيم عبده – القاهرة.

٢٥- جلال عبد العال (١٩٨٧) دراسة للعوامل النفسية التي تكمن وراء جريمة القتل عند القاتلات – مجلة علم النفس – العدد الثاني – الهيئة العامة للكتاب.

٢٦- جمعة سيد يوسف (١٩٩٤) تدرب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات في الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان – القاهرة.

٢٧- الجمعية المصرية للطب النفسي (١٩٧٨) الدليل العصري للأمراض النفسية–القاهرة.

٢٨- حسن الساعاتي وعبد المنعم المليجي (١٩٦٠) – محاضرات غير منشورة في الصحة النفسية – قسم الدراسات النفسية والاجتماعية (فرع الدراسات النفسية) – كلية الآداب جامعة عين شمس.

٢٩- حسن الفنجري (١٩٨٨) – العدوان لدى الأطفال دراسة مقارنة في الريف والحضر – مجلة علم النفس – العدد الخامس – الهيئة العامة للكتاب.

٣٠- الحسين عبد المنعم (١٩٩٤) – الاتجاه العام لانتشار المواد النفسية بين الطلاب – الندوة القومية لمكافحة المخدرات – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان.

٣١- حسين فايد (١٩٩٢) دراسة مقارنة لديناميات شخصية متعاطي الهيروين ومتعاط الحشيش – رسالة ماجستير غير منشورة بآداب عين شمس .

٣٢- خالد عبد المحسن بدر (١٩٩٤) العلاقة بين تعاطي المواد النفسية والاضطراب النفسي – الندوة القومية لمكافحة المخدرات – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان.

٣٣- دبو بولد فان والين – تأليف – محمد نبيل نوفل وآخرون – ترجمة (١٩٦٩) – مناهج البحث في التربية وعلم النفس – الأنجلو – القاهرة.

٣٤- رشاد عبد العزيز (١٩٨٩) النوع كمحدد سلوكي في الاكتئاب النفسي دراسة عاملية – مجلة علم النفس العدد (١١) الهيئة العامة للكتاب.
٣٥- سامي عبد القوي (١٩٨٦) خصائص الشخصية المرتبطة بتدخين السجائر دراسة في الفروق بين الجنسين لدي طلاب الجامعة– رسالة ماجستير بآداب عين شمس.
٣٦- سامى عبد القوي (١٩٩٥) – علم النفس الفسيولوجي – مكتبه النهضة المصرية – القاهرة.
٣٧- سوزان ايزاكس (١٩٥١) – تأليف – محمد محتار المتولي وآخرين – ترجمة – الطفل في المدرسة الابتدائية – سلسلة كلية المعلمين بإشراف اسماعيل القباني – لجنة التأليف والترجمة – القاهرة (١٩٧٨).
٣٨- السيد محمد خيري (١٩٥٨) الصحة النفسية في الصناعة – مجلة الصحة النفسية – العدد (١).
٣٩- السيد محمد خيري (١٩٦٢) – الاختيار المهني – وزارة الصناعة – مصلحة الكفاية الانتاجية والتدريب المهني – المطابع الأميرية – القاهرة.
٤٠- سيد محمد غنيم (١٩٧٥) – سيكولوجية الشخصية – النهضة العربية.
٤١- صبري جرجس (١٩٥٨) – الانفعال والمرض العضوي – مجلة الصحة النفسية – مجلد (١) العدد (٢).
٤٢- صلاح مخيمر (١٩٧٨) – مفهوم جديد للتوافق – مكتبة الأنجلو المصرية.
٤٣- ظريف شوقي (١٩٩٢) الآثار النفسية للعقوبات سالبة الحرية المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
٤٤- عبد الرحيم بخيت عبد الرحيم (١٩٨٧) – الدلالات الإكلينيكية لاستجابات مدمن المخدرات (دراسة حالة) – مجلة علم النفس العدد (٣) الهيئة العامة للكتاب.
٤٥- عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٦) – مقدمة في الصحة النفسية– دار النهضة العربية.
٤٦- عبد المنعم المليجي (١٩٥٦) – خبراء النفوس – مكتبة مصر الفجالة – القاهرة.
٤٧- عماد الدين اسماعيل (١٩٦٦) – الشخصية والعلاج النفسي – النهضة العربية. – القاهرة.
٤٨- عمر السيد الشوربجي (١٩٨٧) أخطار اكتئاب الأم على الطفل – مجلة علم النفس العدد (٤) الهيئة العامة للكتاب القاهرة.
٤٩- عمر شاهين (١٩٧٠) الطب النفسي الجسمي – مجلة الصحة النفسية – الجمعية المصرية للصحة العقلية – القاهرة.
٥٠- فؤاد البهي السيد (١٩٧١) – علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري – دار الفكر العربي.
٥١- فتحي السيد عبد الستار (١٩٨٢) – سيكولوجية الأطفال غير العاديين (الجزء الثاني) – دار القلم – الكويت.
٥٢- فرج طه – علم النفس والمدرسة – في كتاب علم النفس وقضايا العصر لفرج طه – مكتبة سعيد رافت – القاهرة.
٥٣- فرج طه (١٩٦٨) – سيكولوجية العامل المشكل في الصناعة – دكتوراه غير منشورة قدمت لآداب عين شمس.
٥٤- الكتاب السنوي للإحصاءات العامة في ج.م.ع – الجهاز المركزي للإحصاء – القاهرة.

٥٥- كوفيل وآخرون (١٩٦٧) – تأليف – محمود الزيادي – ترجمة علم النفس الشواذ – دار النهضة العربية.
٥٦- كوفيل وزملاؤه (١٩٨٦) – تأليف – محمود الزيادي – ترجمة – الصحة النفسية – مكتبة الأنجلو المصرية – القاهرة.
٥٧- لورانس شافر – تأليف – يوسف مراد – ترجمة بإشراف (١٩٥٥) علم النفس المرضي والاضطرابات الصغري – في كتاب ميادين علم النفس – المجلد الأول – دار المعارف القاهرة.
٥٨- لورانس شافر (١٩٥٥) – تأليف – علم النفس المرضي والاضطرابات الصغري في كتاب "ميادين علم النفس" تأليف بإشراف جيلفورد – وترجمة بإشراف يوسف مراد – المجلد الأول – دار المعارف.
٥٩- مايسة أنور المفتي (١٩٧٥) دراسة مقارنة لأداء المصابين والمنجوليزم والأطفال المصابين بتلف في المخ على بعض الاختبارات السيكولوجية – رسالة دكتوراه بآداب عين شمس.
٦٠- متغسل ملتن (١٩٥٦) تأليف – رياض عسكر – ترجمة – وجهة تظر التكيف مع البيئة – في ميادين علم النفس – المجلد الثانى.
٦١- مجدى السيد على (٢٠٠٢) – قدرة الاختبارات النفسية الحركية على التمييز بين الفئات الإكلينيكية باختبار الشخصية المتعدد الأوجة – دراسة على طلاب جامعة أسيوط – رسالة دكتوراه غير منشورة قدمت لكلية الآداب جامعة أسيوط تحت إشراف محمود أبو النيل.
٦٢- مجدي رزق (١٩٩٥) دراسة عن آثر تعاطي الآباء للمخدرات علي الصحة النفسية والتنشئة الاجتماعية للأبناء – رسالة دكتوراه بآداب عين شمس.
٦٣- محمد خيري محمد على (١٩٧٠) الهجرة والجريمة في كتاب علم النفس الاجتماعي في البلاد العربية – إعداد لويس كامل – الهيئة العامة للكتاب.
٦٤- محمد شعلان (١٩٧٧) – الاضطرابات النفسية في الأطفال – الجهاز المركزي للكتب الجامعية.
٦٥- محمد صلاح الدين مجاور وآخرين (١٩٦٦) – سيكولوجية القراءة – دار النهضة العربية – القاهرة.
٦٦- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩) – الشخصية والعلاج النفسي – النهضة العربية – القاهرة.
٦٧- محمود أبو النيل (١٩٨٥) علم النفس الاجتماعي – دار النهضة العربية – بيروت.
٦٨- محمود أبو النيل (١٩٩١) الإدمان محاضرة ألقيت ضمن برنامج تدريب الضباط بكلية شرطة دبي.
٦٩- محمود أبو النيل (١٩٩٤) – الامراض السيكوسوماتية – (المجلد الثاني) – دار النهضة العربية – بيروت.
٧٠- محمود أبو النيل (١٩٩٤) – الأمراض السيكوسوماتية (المجلد الأول) – مكتبة النهضة العربية – بيروت.
٧١- محي الدين أحمد حسين (١٩٨٧) – التنشئة الأسرية والأبناء الصغار – الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٧٢- محي الدين أحمد حسين (١٩٩٤) إعادة التأهيل والدمج الاجتماعي لمتعاطي المخدرات، في: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان – القاهرة.
٧٣- مصطفى زيور (١٩٤٥) فصول في الطب السيكوسوماتي مجلة علم النفس – يونيو – القاهرة.
٧٤- مصطفى سويف (١٩٦٧) – علم النفس الحديث – الأنجلو المصرية.
٧٥- منى أبو طيرة (١٩٨٩) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتيه بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة – رسالة دكتوراه غير منشورة – كلية الآداب – جامعة عين شمس.
٧٦- نجلاء سليمان (٢٠٠٠) سيكولوجية البدائية وعلاقتها بالشخصية في ضوء الفروق بين الجنسين – رسالة ماجستير غير منشورة – بكلية الآداب – جامعة المنوفية.
٧٧- نيفين زيور (١٩٨٩) – دراسة متعمقة في ديناميات التبول اللا ارادي – مجلة علم النفس – الهيئة العامة للكتاب – العدد العاشر – القاهرة.
٧٨- هانم علي ابراهيم الشبيني (١٩٨٥) السلوك المشكل لدى أطفال ما قبل المدرسة وعلاقته ببعض المتغيرات الأسرية – رسالة ماجستير غير منشورة بمعهد الدراسات العليا للطفولة بجامعة عين شمس.
٧٩- هبة الله أبو النيل (٢٠٠٢) – الفروق في أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات مرضى الاضطرابات السيكوسوماتيه – رسالة دكتوراه غير منشورة – قدمت بكلية الآداب – جامعة عين شمس.
٨٠- هبه أبو النيل (١٩٩٨) العلاقة بين أسلوب الحياة والاستهداف لتعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب لدي طلبه الجامعة رسالة ماجستير غير منشورة كلية الآداب – جامعة القاهرة.
٨١- هند طه (١٩٩٤) الوقاية الأولية معناها وإجراءاتها ، في: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان – المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان – القاهرة.
٨٢- والتركوفيل وآخرون – تاليف – محمود الزيادي – ترجمة (١٩٦٨) – دار النهضة العربية.
٨٣- وليم مننجز منروليف – تاليف – محمد أحمد غالي – ترجمة (١٩٦٦) أضواء الطب النفسي على الشخصية والسلوك – القاهرة الحديثة.
٨٤- يوسف كرم (١٩٥٧) – تاريخ الفلسفة اليونانية – لجنة التأليف والترجمة والنشر – القاهرة.
٨٥- يوسف مراد (١٩٥٤) – مبادئ علم النفس العام – دار المعارف – القاهرة

86- A new survey of universal knowledge encyclopedia, William Benton, Vol. 18.
87- Bardon Jackl. (1982) The future of school psychology Journal of professional Psychology, vol 13 N.6.
88- Brown i.s., social psychology and group process, annual review of psychology & cp. Stone editor.
89- Brown roger (1965), social psychology collier macmillan limited london.
90- Carrol H.C.M. (1977) Absence From secondary school, occasional papers of the Division of education and child. Psychology of the British psychological society Twelve – Summer>
91- Clar, David Stafford (1959) Psychiatry to day, Apelican Book. London.
92- Contrad, r.j., leventhal H.O. leary A., (1990), personality and health: L.A. persin (Eds) handbook of personality theory and research, new york> Guilford press.
93- Cornwall K.F. (1974) Post - experience Training and specialization, occasional papers of the division of education and child psychology of the British psychology society, Five – spring.
94- Daws perter. (1967) Pupil counseling Anew element in the guidance provision for children occasional Papers of the division of educational and child psychology of the British psychological society, Eleven-Autumn.
95- Driskeil games F. & O'msted Beckett, (1989) psychology and Military Research Applications and *Treads*, American psychologist, January.
96- Eysenck, H. J. (1967) Sense & Nonsense in psychology, Penguin Book, London.
97- Fawcett R. (1974) some desirable New Emphases in the training of education of educational psychologists occasional papers of the division of educational and child psychology of the British psychological society, Five-Spring.
98- Feder Carol Z. (1968), relationship Between self-Acceptance and adjustment, repression sensitization and social competence Journal of Abnormal psychology, Vol. 73, N4.

99- Gambberai Francsco (1992), Monitoring for health in the Workers environment: Beyond pathology and occupational Disease, applied psychology an interracial review, 41.
100- Gatcel, R.L., (1993) psychophysiological disorders, past an present perspective, in: gatchel, R.J. & Blanchard, E.B.(Eds) psychophysiological disordes, amcriacn psychological association (APA) first edition .
101- Gilmer B. Von Haller (1960), Industrial psychology, Mc Grow Hill Book Comp. New York.
102- Gilmer B.von Haller (1961), Industrial psychology, Me Graw Hill Book Comp. New York.
103- Hoffman Louise E. (1992), American psychologist and wartime research of Germany: 1941 - 1945, American psychologist, Vol. 47, No
104- Irgren Andres & Serber Andrea (1992) psychologist Approaches in Neurotoxichology: some introductory Remarks, Applied psychology: An international Review.
105- John spark (2004) World Health organizing, National Institute of mentai health, from: News Week, 2004, 22 June, N.210.
106- La bon Don (1977) A field work program for trainee educational psychologist, occasional paper of the division of educational and child psychology of the British psychological society, Five-Spring.
107- Laird Ronald & -Laird Eleanor, (1958) practical business psychology, Me Graw Hill, New York
108- Larid Donald & Lawird Eleanor (1950), Practical Business psychology, Mc Grow Hill Book Comp. New York.
109- Lindgren H.C.P. Byme of L. (1968), An introduction to a behavioral Acience Joney son. London.
110- Marrow, Alfred (1957), Making management Human, Mc Grow Hill Book Comp. New York.
111- Philips C.J., (1974) Report on A questionnaire on the training of educational and child psychology of the British psychological society, Five-Spring.
112- Pincherel G., Mortality of Members of parliament, British Journal of preventive of social Medicine, Vol. 23, N.2.

113- Proshansky, Harold & Seidenberg (1970), basic studies in social psychology, holt rinehart and wiston, London.
114- Rosenman. R.H., Chesny., M.A. (1982), stress type (A) behavior and coronary disease in Goldberger leo, breznitag. Sholomo (Eds) handbook of stress theoretical and clinical aspects, new york. Macmillan, P. Co Inc.
115- Santrock,j., (2000), psychology, new york Mc grow hill, six edition .
116- Sherdan C. radmacher, S. (1992) health psychology, canda john wiley &sons inc.
117- Wayner L., Cox T.& mackay C.(1979) " stress immunity and cacer" in : obrone D.j. etal., (Eds) research in psychology and medicine, physical aspects: pain, stress, diagnosis and organic damage, London: academic dress.
118- Weiss Edward & English O., Spurgeon, (1950), Psychosomatic Medicine, W. W. B. Saunder, London.
119- Wolman, B.B (1988), psychosomatic disorders, London: plenum medical book company.
120- Woodworth robert & marquis donald g. (1974) psychology, henry holt & company.