الحضارة والعلاج النفسي
خبرة سلوكية في إطار عربي

عبدالستار إبراهيم رضوى إبراهيم
كلية الطب والعلوم الطبية - جامعة الملك فيصل - السعودية

لاحظ المعالج السلوكي والباحث النفسي المعروف «كيسلر» Kiesler - منذ أكثر من عقدين - أن غالبية الباحثين والمعالجين السلوكيين عادة ما يعتمدون في بحوثهم وممارساتهم على فرضية خاطئة أطلق عليها «خرافة التجانس» myth of uniformity. كان ذلك من خلال دراسته للعوامل المرتبطة بممارسة العلاج السلوكي، وكان يقصد من هذا الإشارة إلى أن من الخطأ أن نعامل المرضى النفسيين على أنهم يمثلون مجموعة متجانسة من المرضى يصلح لأحدهم ما يصلح للآخر من أساليب علاجية (Kiesler, 1966). إن فئة كبيرة من الممارسين للصحة النفسية - بسبب هذا المنطلق الخاطىء - أصبحت تمارس نشاطاتها دون محاولات جادة تذكر، لتكييف الأساليب السلوكية الشائعة للفروق بين الأفراد أو الفروق بين الجماعات والحضارات الإنسانية.

إن أحد الأهداف الرئيسة لهذا البحث هو أن نُحذِّر - مع كيسلر - من الاعتماد على تلك الفرضية الخاطئة؛ وهي أن هناك أساليب معينة من العلاج السلوكي أو النفسي أفضل من غيرها، في كل الأوقات، ومع كل الأشخاص، وفي ظل كل الظروف. فمن الخطأ أن نتعامل مع بعض الفنيات العلاجية التي ثبت نجاحها في الغرب لعلاج مشكلة معينة - كالقلق، مثلا - على أنها ستحقق نفس النجاح، وتحقق نفس الفاعلية إذا ما استخدمناها في بيئة عربية، أو في ظل ظروف شخصية معينة.

والعكس صحيح أيضا، فقد نكتشف أساليب عربية تصلح لمعالجة بعض المشكلات الشائعة في الوطن العربي دون أن تحقق بالضرورة نفس النجاح إذا ما استخدمناها في أمريكا أو اليابان، مثلا. ولا شك أن مجرد أن ينطلق ممارس الصحة العقلية في العالم العربي من هذه الحقيقة البسيطة، وهي أن بإمكانه أن يكتشف أساليب علاجية تلائم المجتمعات العربية أكثر من غيرها، ستفتح أمامه بابا واسعا من الإبداع والابتكار في أساليب العلاج النفسي/ السلوكي، وهو مجال من الدراسة لا زال – بالرغم من أهميته لخبراء الصحة العقلية في العالم العربي – يلقى من الباحثين اهتماما شبه منعدم.

المسَلَّمة الأخرى التي نعتمد عليها في مناقشتنا لهذا الموضوع، ترى أن الأشخاص في أي مجتمع أو حضارة عادة ما يتعرضون – عمدا أو دون عمد – لخبرات مختلفة، ومن ثم تتطور لدى كل منهم قيم خاصة واتجاهات، ووجهات نظر متفردة، وإدراكات متباينة تمس تصوُّر الفرد لنفسه ولبيئته، وبشكل فريد ومتميز عما هو موجود لدى الآخرين. والمعالجة الناجحة هي تلك التي تراعي هذه الفروق، وتتلون بلون الفرد واحتياجاته.

وللحق فإننا نرى في الوقت الراهن وعلى المستوى العالمي، اهتماما واضحا وجهدا مكثفا من قِبَل المختصين بالصحة النفسية وخبرائها، بدراسة العوامل الحضارية والشخصية من حيث دورهما في تطوير أساليب العلاج النفسي، وزيادة إمكاناته وفاعليته في تعديل السلوك (Abel & Metraux, 1974; Ridley, Mendoza, & Kanitz, 1994). نلحظ هذا الاهتمام في مقدار البحوث التي تنشر، وفي مقدار المؤتمرات والحلقات العلمية التي تعقد، لدرجة يصعب علينا إحصاؤها في هذا المقام. ولكن يكفي أن نقول: إن هذه الجهود تمس محاولات جادة من التعديل في النظريات الأساسية الكبرى في العلاج النفسي، أي التحليل النفسي، والعلاج السلوكي، والعلاج الجشتالتي، والمعرفي... إلخ.

(Atkinson, Thompson & Grant, 1993; Badri, 1979; Gorkin, 1986; Helms, 1993, Liberman, 1994; Mass & El-Krenawi, 1994; Pernal & Padilla, 1983; Scott & Iwamasa,

(1993; Sue, 1977, 1981; Sue & Zane, 1991; Wyatt & Parham, 1985). ونعرف أيضا، أن هذه المحاولات، تجاهد للوصول إلى تعديلات أساسية في أساليب هذه النظريات الكبرى؛ بحيث تصبح ملائمة لجماعات غير الجماعات الأصلية التي ظهرت هذه النظريات فيها. ومن ثم، نجد اهتماما – في الولايات المتحدة، مثلاً – بتطوير النظريات الرئيسة في العلاج النفسي والسلوكي ليتلاءم توظيفها لخدمة السود والآسيويين، والمكسيكيين، والإسبانيين.. الخ. أما على المستوى العربي فإننا لم نعثر إلا على دراستين عن المرضى العرب، إحداهما «لجوركين» (Gorkin, 1986) والأخرى «لماس» و«كريناوي» (Mass & Krenawi)، وكلتاهما أجريتا في إسرائيل ولباحثَينِ من غير العرب، ولأهداف محدودة، وفي إطار نظري محدود بنظرية التحليل النفسي. وللأسف، لم نعثر حتى ولو على دراسة واحدة نابعة من واقع العالم العربي ولمصلحة الصحة النفسية في إطارها الشمولي. ولهذا تجيء أهمية دراستنا هذه كمحاولة لريادة طريق لا بد من استكشاف معالمه. ولكي يتحقق هذا الغرض، فلا بد لخبراء الصحة النفسية العربية ولباحثينا في هذا الميدان، من التسلح بالمرونة، والمقدرة الشُّجاعة على التبديل والتعديل، والإضافة لنظريات العلاج النفسي، والإثراء في أساليبه وتطويعها لحاجة المجتمع والأفراد. ويرسم هذا البحث أمام الباحثين العرب في مجال الصحة النفسية بشكل عام، وفي مجال حركة العلاج السلوكي بشكل خاص، بعض معالم هذا الطريق كما تتحدد من خلال الأهداف التالية.

ثمة أربعة أهداف أساسية لهذه الدراسة، يمكن إجمالها في شكل أسئلة على النحو الآتي: (1) هل هناك ضرورة للعلاجات النفسية في العالم العربي؟ بعبارة أخرى، ما الحاجة لخدمات الصحة العقلية في هذا الجزء من العالم؟ و(2) هل هناك خصائص مميزة للشخصية العربية، يجب الانتباه لها في مجال الممارسة، ومن شأنها أن تعطل أو تيسر من الفاعلية العلاجية؟ و(3) ما القضايا الشائكة التي قد يتعرض لها خبير الصحة العقلية خلال ممارساته للأساليب العلاجية في العالم العربي؟، وأخيرا (4) هل يمكن معالجة هذه المشكلات؟ وما أفضل الطرق لذلك؟

الحاجة لخدمات الصحة العقلية/ النفسية في العالم العربي من واقع البحث العلمي

لأن الدين الإسلامي، واللغة العربية هما دين ولغة الغالبية العظمى من الناس في غالبية أرجاء العالم العربي، فقد يتوهم البعض أن العرب يشكلون حضارة متجانسة. والحقيقة - ومن واقع البحث النفسي - أن العرب - كغيرهم من الشعوب والقوميات - لا يشكلون جماعة واحدة متجانسة. فسماتهم النفسية، وخصائصهم الشخصية، وأنماط الاضطراب النفسي والعقلي الشائعة بينهم تتباين بتباين كثير من المتغيرات، بما فيها الفروق الجنسية، والمكانة الاجتماعية، والوضع الاقتصادي الطبقي، والانتماء السياسي، والديني، والقومي.. الخ. ولسنا في حاجة، إلى تقديم ما يثبت ذلك، لأن البحث عن الفروق بين الأفراد والجماعات في المجتمع العربي الواحد، (بما فيها مثلا: الفروق الجنسية، والتعليمية، والعُمْرية، والطبقية، والحضارية.. إلخ) تتميز بالوفرة والشيوع، ونجد أمثلة منها، تقريبا، في أي دورية علمية تصدر في العالم العربي في حقل البحوث النفسية، وبحوث الطب النفسي.

فضلا عن هذا، نجد أن الدراسات التي قارنت بين عينات عربية وغير عربية تبين - كما سنرى بعد قليل - أن هناك بعض الفروق في بعض القواعد السلوكية العامة والمشتركة بين فئات عريضة من الجماعات العربية تميزها عن غيرها من الجماعات الأخرى في البيئات الأخرى. أي أن العرب، بالرغم من عدم تجانسهم، يتباينون - على مستوى المقارنات الحضارية - عن غيرهم في كثير من الخصائص السلوكية: مقبولة أو مستهجنة. كما يتباينون في أنماط التعبير عن الصحة النفسية والاضطراب.

وتثير هاتان الحقيقتان أمام الخبراء والممارسين للصحة النفسية في الوطن العربي تحديين أساسيين لبحوث الصحة النفسية؛ فمن ناحية: نحتاج إلى تطوير بعض الأُطُر النظرية أو التطبيقية الخاصة بالبيئة العربية، والملائمة لمواجهة المشكلات الخاصة بها والتي تميزها عن غيرها من الحضارات الغربية. ونحتاج

من ناحية أخرى، لتطويع مفاهيم الصحة النفسية - النظري منها أو التطبيقي - بحيث تستوعب أيضا الحاجات الخاصة لمختلف الجماعات داخل المجتمع العربي الواحد.

وقد وجب الآن الاستشهاد بنتائج بعض البحوث لترشيد خطى التقدم في مواجهة هذين التحديين. وهذه النتائج تنقسم - فيما نرى - إلى بحوث حضارية، وبحوث فروق بين الجماعات.

بحوث المقارنات الحضارية:

لا توجد لبحوث الصحة النفسية، ومدى انتشار الاضطرابات النفسية في أي من بلدان العالم العربي سياسة متسقة، أو هيئة تخطيطية عليا، فيما عدا بعض المجهودات المتناثرة التي تُنجَز بدافع الاهتمام الشخصي، أو تلك التي تهدف لتحقيق ترقية أكاديمية معينة، أو لتفي بمتطلبات الدراسات العليا في الجامعات وبعض مراكز البحوث. ومن ثم، فقد يعتقد الشخص المتعجل - بطريق الخطأ - أن خدمات الصحة النفسية - بجوانبها العلاجية والتشخيصية والوقائية - لا تشكل مطلبا ملحا أو ضرورة قصوى للمواطن العربي. والحقيقة أننا وجدنا بتقصي بعض البحوث المتناثرة في هذا الميدان ما يشير إلى عكس ذلك تماما.

ففي دراسة حديثة تَبيَّن انتشار كثير من المشكلات النفسية والسلوكية التي تستحق الرعاية المهنية المتخصصة بسبب شدتها وخطورتها، ومع ذلك، فهي لا تلقاها (ibrahim & ibrahim, 1993)؛ فمثلا: تبين أن الأعراض الدالة على وجود اضطراب الاكتئاب - بصورته الإكلينيكية، وباستخدام المقاييس النفسية - ينتشر بين أعداد كبيرة من الطلاب في إحدى الجامعات السعودية، بما في ذلك: الميل إلى اللوم الذاتي (64%)، والشعور بالعجز (52%)، وفقدان الشهية (49%)، واضطرابات النوم (38%). وبالمثل، فقد عبر أفراد كثيرون من نفس العينة عن أعراض أخرى ذات مُتضمَّنات مرَضية؛ منها: العجز عن التركيز (54%)، والخجل الشديد (53%)، والتشنج عندما تثور أعصابهم (42%)، والصعوبات الدراسية (33%)، (ibrahim & Al-Nafie, 1991).

وهناك دراسات أخرى حاولت أن تقارن عينات عربية بعينات أنجلو أمريكية من حيث بعض الخصائص الشخصية والمرضية. وفي هذا الإطار، أمكن تحديد الأبعاد الشخصية المرضية الأساسية؛ مثل النزعة العصابية neuroticism، والذهانية psychoticism، والإجرامية criminality في مصر والسعودية والكويت، كما تحددت في بريطانيا والولايات المتحدة (غالي، 1975؛ Farrag, 1887, Khalik & Eysenck; 1983). كذلك قارن إبراهيم (Ibrahim, 1979) بين عينات مصرية، وإنجليزية، وأمريكية باستخدام مقياس أيزنك للشخصية Eysenck Personality Questionnare (EPQ) فتبيَّن أن المصريين يحصلون على أعلى الدرجات في مقياس النزعة العصابية neuroticism. وفي دراسة أخرى (إبراهيم، غير منشورة)، تبين أن الطلاب الليبيين يحصلون على درجات مشابهة للغربيين على مقياس النزعة نحو الأمراض النفسية، ولكنهم حصلوا على درجات أعلى من الغربيين على مقياس للخجل shyness والقلق الاجتماعي social anxiety.

من هذه النتائج يمكن أن نستدل على وجود مؤشرات قوية تُبيِّن أن المواطن العربي يعاني مثل زميله الغربي – إن لم يكن أكثر – من الاضطرابات النفسية المعروفة، والتي تفتقر للرعاية المهنية الملائمة.

بحوث الفروق بين الجماعات:

تختلف الحاجة لخدمات الصحة النفسية داخل المجتمع العربي الواحد من جماعة إلى أخرى بحسب انتشار الأمراض النفسية وتوزيعاتها داخل الجماعات المختلفة في المجتمع الواحد، ومن حيث استهداف كل جماعة منها للتعرض لأحد الاضطرابات النفسية دون الأخرى. فعلى سبيل المثال، تُبيِّن دراسة الفروق الجنسية في غالبية المجتمعات العربية، أن المرأة تعاني أكثر من الرجل من الأعراض الدالة على شيوع القلق anxiety (ibrahim, 1979; ibrahim, 1991)، والاكتئاب depression (ibrahim, 1991; ibrahim & Al-Nafie, 1991) والجمود العقائدي dogmatism (ibrahim, 1977)، والتسلطية (إبراهيم 1984؛ ibrahim, 1977)، والنزعة العصابية neuroticism (تركي، 1976؛ ibrahim, 1977). وفي دراسة مَسْحية لنسبة الالتحاق بأحد أقسام الطب النفسي في الفترة من 1988 إلى 1989 فاقت النسوة المريضات

المرضى من الرجال بنسبة دالة إحصائيا (Rufaie & Mediny, 1991). كذلك فاقت نسبة المريضات من النساء، نسبة المرضى من الذكور في كل أشكال اضطرابات الاكتئاب في عيادة خارجية للرعاية الأولية في إحدى المستشفيات المعروفة بدولة الإمارات العربية (Rufaie & Absood, 1994). وفي دراسة بين 270 مريضا ومريضة في إحدى أقسام الطب النفسي بالمملكة العربية السعودية، عبرت النسوة عن تعرضهن للضغوط النفسية/ الاجتماعية بنسبة أعلى من المرضى الرجال، وبشكل أكثر مما هو عليه الحال في الغرب (Chaleby, 1986). وفي دراسة كويتية (هادي، 1995) ارتفعت النساء الكويتيات عن الرجال الكويتيين في عدد من المؤشرات الفسيولوجية المرتبطة بزيادة التوتر النفسي، من بينها ضغط الدم، وضربات القلب.

وتُبيِّن دراسة حديثة (عبدالخالق، 1994)، أن الإناث يزدن عن الذكور في كل متغيرات القلق في جميع مراحل العمر، تقريبا. وتوضح نفس هذه الدراسة، أن درجة القلق عند الإناث تبدأ منخفضة حتى سن 11 سنة، ثم تأخذ في الارتفاع الحاد في المراحل التالية من العمر، وتصل أقصى درجاتها في سن المراهقة. مما يشير إلى أن المرأة في العالم العربي تعتبر من حيث لغة الصحة النفسية من أكثر الجماعات استهدافا لمخاطر الاضطراب النفسي، وتزداد مخاطرها في مراحل مختلفة من العمر، خاصة في المراهقة.

والطفل العربي أيضا في خطر. فمن واقع دراسة تمهيدية، تَبيَّن لنا أن 65% من الزيارات في عيادتنا النفسية السلوكية بقسم الطب النفسي، بجامعة الملك فيصل كانت لمشكلات متعلقة بالأطفال بشكل مباشر أو غير مباشر. ومن بين هذه المشكلات: 35% كانت لمشكلات يمكن وصفها بالخطورة لأنها تتطلب رعاية مهنية وإشرافا طبيا مكثفا بما فيها: ذهان الطفولة، والتخلف العقلي، واضطرابات الانتباه والحركة، واضطرابات القلق. وفي استطلاع لرأي 998 من العاملين بالحقل التربوي من مدرسين ونظار بمدارس الكويت عن المشكلات النفسية والتربوية. ولعل أهم ما كشفت عنه هذه الدراسة الكويتية وجود مشكلات نفسية تنتشر بشكل مرتفع بين أفراد هذه العينة وتتعلق سلبا وبشكل مباشر بالصحة النفسية؛ من بينها: كثرة المشاجرات، والشرود، وإهمال الدراسة، والتهور. وقد تماثل نمط انتشار

هذه المشكلات بين الذكور والإناث، إلا أن مدارس الذكور شهدت أيضا انتشارا أكثر في أنماط سلوكية سالبة؛ كتدمير الممتلكات، والحركة المفرطة، وتدخين السجائر. بينما شهدت مدارس البنات شيوعا أكثر في الاستجابات الدالة على التشاؤم، وتوقع الأسوأ، والتردد، والعجز عن اتخاذ القرارات (مكتب الإنماء الاجتماعي، 1993).

فضلا عن هذا، يوجد ما يدل على أن نسبة أكبر من الأفراد الذين يتعرضون للكوارث والحروب يكونون أكثر عرضة من غيرهم للأخطار النفسية والعقلية مما يجعل مجتمعاتنا العربية في خطر مماثل، خاصة في البلدان التي تعرضت مباشرة لنير حرب الخليج، كالكويت. وكشاهد على ذلك الكثير من الدراسات التي أجريت في لبنان خلال حروبها الأخيرة (Khlat & Armenian, 1985; Shamaa, 1987; Zahr, Khoury & Saoud, 1994; Zurayk & Armenian, 1985)، وفي الكويت إثر العدوان العراقي وحرب الخليج (انظر: الأنصاري، 1994، 1995، والسهل؛ 1994، الصراف 1993، العمر؛ 1993، الغانم؛ 1994، المشعان؛ 1993، هادي؛ 1995).

كذلك، تُبيِّن دراسة العلاقة بين الأمراض النفسية والمتغيرات الديموجرافية في البلاد العربية أن الجماعات في الطبقات الاجتماعية المنخفضة، ومن ذوي الدخل المحدود، والأفراد غير المتزوجين من أكثر الجماعات عرضة للإصابة بالأمراض النفسية والعقلية كالاكتئاب، والقلق، والعدوان، مما يجعل أفراد هذه الجماعات أكثر عرضة لأخطار الأمراض النفسية من غيرهم، وأنه يجب وضع احتياجاتهم لخدمات الصحة النفسية موضعا بارزا من الاهتمام.

الخلاصة، ومن خلال ما عرضنا من بحوث (e.g., ibrahim, 1979; ibrahim & Al-Nafie, 1991; ibrahim & ibrahim, 1993; ibrahim, 1991; West & Al-Kaisi, 1985) يتبين لنا أن المواطن العربي بالمقارنة بأقرانه في المجتمعات الغربية لا يقل احتياجا لخدمات الصحة النفسية بسبب تعرضه لكثير من الضغوط النفسية والاجتماعية. وتشير المقارنات الحضارية ومقارنة الفروق بين الجماعات في مختلف البلدان العربية إلى أن بعض الجماعات تعتبر أكثر من غيرها استهدافاً للمخاطر النفسية والعقلية، كالنساء والأطفال، والمعرضين للكوارث والحروب، وذوي الدخل المحدود والمراهقين والعزاب. وفي مجتمعات تتضاءل فيها – عموما – الخدمات النفسية

بشكل مؤسف وملحوظ، تتضاءل هذه الخدمات أكثر فأكثر بالنسبة لنفس هذه الجماعات المستهدفة. ولهذا يحق لنا أن ندق ناقوس الخطر، بأن ندعو لمزيد من الدراسات التي تستهدف إعطاء الأولوية لتقديم خدمات الصحة العقلية وتوجيه سياساتها، في مختلف أنحاء العالم العربي على نحو إيجابي ومدروس.

الأُطُر الحضارية للشخصية العربية

سنقدم في الجزء المتبقي من هذه الدراسة بعض المقترحات الخاصة بالتعامل الفعال مع المشكلات النفسية للمريض العربي، وذلك بالاعتماد على خبرتنا في الممارسة العملية لسنوات طويلة مع المرضى العرب في العالم العربي وفي الولايات المتحدة. وبالرغم أن هذه المقترحات قد بنيناها على الخبرة، فإن ما يسندها من أسس ومسلمات مستمد من واقع عدد لابأس به من البحوث الاجتماعية والأنثروبولوجية والنفسية والطب نفسية.

ومن ثم، فإننا نقترح وجود أربعة عوامل خاصة بالشخصية العربية يجب مراعاتها في التعامل مع المريض العربي، وتشكل في عمومها إطاراً مرجعياً للممارسة الفعالة لأساليب العلاج السلوكي وما يتصل به.

هذه الأبعاد المنوالية الأربعة ستكون موضوع هذا الجزء، ويمكن تسميتها:

1 - التوجه الديني والعقائدي Religious orientation

2 - المرغوبية والتمركز الجماعي Social amiability and communal value

3 - الجنس، وما يرتبط به من محظورات Sex as a taboo

4 - الاتجاه التسلطي والانضباط الخارجي Authority orientation & external locus of control

ويجب أن ننبه - بادىء ذي بدء - أننا لا نقصد بذكر هذه الخصائص تقديم قائمة متكاملة عن خصائص الشخصية العربية، بقدر تقديم بعض الهاديات السلوكية التي توحي خبرتنا الخاصة إلى ضرورة التنبه لها بسبب ما يحيط بها من ممارسات علاجية، ومن شأن الانتباه لها أن يمنح كثيرا من المصداقية والفاعلية للأساليب العلاجية التي يستخدمها خبير الصحة العقلية والنفسية في العالم العربي.

كما أننا لا نقصد من وضع هذه الأبعاد الإشارة إلى وجود عقلية أو طابع قومي National Character عربي مختلف كيفيا عن غيره في هذه الخصائص، فنراها لا توجد إلا بين العرب، وتنطبق على كل العرب بشكل متساو. الأحرى أن ننظر لها بصفتها خصائص منوالية Modal. ومفهوم الشخصية المنوالية – كما سنستخدمه هنا – من المفاهيم التي ابتكرها «إنكلز» و«ليفينسون» منذ أكثر من ربع قرن (Inkeles & Levinson, 1969) ليشيرا به إلى تزايد شيوع بعض خصائص الشخصية في بعض المجتمعات أكثر من غيرها. بعبارة أخرى، فإن الطابع القومي المنوالي للشخصية، لا يعدو كونه إشارة إلى الزيادة النسبية في شيوع بعض أنماط أو سمات الشخصية السوية أو المرضية في مجتمع معين. ومن ثم، فإننا نرى هذه الخصائص – بهذا المعنى – تتزايد شيوعا في البيئة العربية، ومن ثم، يجب وضع حساب خاص لها خلال الممارسات العلاجية.

ويمكن لممارس العلاج السلوكي في البيئة العربية – بتنبُّهه لهذه المتغيرات – أن يكتسب الكثير من المهارة والفاعلية في مختلف مراحل العملية العلاجية بما فيها:

1 – صياغة السلوك المحوري Target behavior

2 – تحديد الأهداف القريبة والبعيدة للعلاج Treatment goals

3 – اختيار الأساليب العلاجية الملائمة Treatment techniques

ولننتقل الآن إلى بعض التفاصيل المرتبطة بوصف أبعاد وخصائص الشخصية العربية قبل أن ننتقل إلى مساهماتها العملية في الممارسة الإكلينيكية لمختلف مراحل العلاج السلوكي.

التوجه الديني العقائدي:

تتأثر العلاقات الاجتماعية في مختلف المواقف تأثرا عميقا بالدين الإسلامي؛ فأنت تجد سجادة الصلاة والمصحف الشريف داخل كل بيت مسلم تقريبا، حتى في بيوت هؤلاء الذين لا يمارسون الطقوس العقائدية على نحو منتظم.

ولأن العلاج النفسي السلوكي يعتبر بدوره موقفا اجتماعيا تفاعليا يتبادل فيه فردان أو أكثر التأثر والتأثير المتبادلين، ولأن المعالج السلوكي يريد من خلال هذه

العلاقة أن يؤثر في مريضه حتى تتحقق الأهداف العلاجية على نحو فعال، فإن عليه أيضا أن يحسب حساب هذا البعد في توجيه هذه العلاقة توجيها إيجابيا. إن الممارس السلوكي الذي يطبِّق الأساليب السلوكية الشائعة على نحو آلي ودون أن يحسب حساب البعد الديني ودوره في تنظيم العلاقات الاجتماعية لن يحرم نفسه من إحدى نقاط القوة فحسب، بل سيرتكب خطأ فادحا في حق مريضه، وفي مصداقيته الشخصية credibility بين مرضاه، مما سيضر بالأهداف العلاجية على نحو أكيد.

خذ - على سبيل المثال - الأسلوب السلوكي المعروف باسم تدريب القدرة على تأكيد الذات Assertiveness training، (إبراهيم، 1994) وتطبيقه في حل الصراعات الزوجية. فمن خلال علاقاتنا الطويلة ببعض الزملاء من المعالجين العرب/ الأمريكيين في تعاملهم مع المرضى العرب في الولايات المتحدة، لاحظنا أن كثيراً من الجوانب الدالة على فشل العلاقات العلاجية (بما فيها الانقطاع المفاجيء عن الجلسات العلاجية، والرغبة في الانتقال إلى معالج آخر، وتعثر أهداف العلاج بسبب تدخل أحد أفراد الأسرة) كانت لاحقة لاستخدام هذا الأسلوب على نحو خاطيء، يتصادم مع دور المعايير الدينية والاجتماعية في تحديد شكليات العلاقات الاجتماعية والزوجية.

فضلا عن هذا، فإن من المرغوب أحيانا إثارة المشاعر الدينية على نحو متعمَّد بسبب ما قد تؤدي إليه من تأثيرات علاجية إيجابية. وقد بيَّن بدري (Badri, 1979) - على سبيل المثال - أنه كان يثير المشاعر الدينية بشكل متعمد لمساعدة مرضاه العصابيين ليصل بهم إلى الاسترخاء العميق والهدوء.

وفي أحيان كثيرة قد تستند بعض جوانب السلوك المرَضي بطريقة غير عقلانية على أرضية أو توجه ديني خاطيء (بعض الهواجس، والسلوك القهري/ الوسواسي كالتوضؤ القهري، مثلا)، مما يؤدي إلى آثار علاجية سلبية. في مثل هذه الحالات، من الممكن اللجوء إلى الأساليب المعرفية في العلاج السلوكي لتحييد أخطاء إدراك الفرد للمفاهيم الدينية، وما قد تثيره إدراكاته الخاطئة، من تمويه على جوانب السلوك المحوري المطلوب علاجه. ولكي يتحقق أكبر قدر من عملية الإقناع العقلي فقد وجدنا أن من الأفضل للمعالج السلوكي/ المعرفي أن

يسلح نفسه بالمعرفة الدينية، خاصة تلك التي تتعلق بإثارة الاتجاه الصحي، والوعي بمفاهيم من الصحة النفسية. وبمثل هذا التوجه يعمل المعالج السلوكي/ المعرفي على زيادة مصداقيته لدى مريضه، كما يعمل على خلق إطار ديني عقلاني وصحي يناقض – ومن ثم يكف inhibits – الاتجاه والسلوك المرضي الذي يتبناه المريض بما في ذلك تصحيح المعتقدات الخاطئة والأفكار الانهزامية والسلوك الاجتماعي/ المرضي.

النزعة للمرغوبية الاجتماعية والتمركز الجماعي:

النزوع الجماعي والإغراق في معايير وأحكام الجماعة في مقابل النزعة الفردية من الأشياء الهامة في المجتمعات العربية، تكشف عنها الملاحظات العامة، كما تكشف عنها بحوث السلوك الاجتماعي في البلاد العربية (انظر مثلا: Melikian, 1977; Sharabi, 1977; Toma, 1989)؛ فالأطفال يتم تدريبهم ومنذ فترة مبكرة من حياتهم لتقبُّل الوجود مع الآخرين وتفضيله على الانفراد بالنفس أو الانعزال. وعلى أفراد الأسرة أن يفعلوا ذلك دون إظهار أي تململ أو احتجاج حتى ولو كان لهم أو لأحدهم مشاغل أو ارتباطات خاصة. بل إن مجرد الرغبة في الابتعاد عن الآخرين واعتزالهم لفترات مؤقتة لأسباب شخصية أو إبداعية قد ينظر إليها على أنها شيء غريب وشاذ لا يجوز تشجيعه (إبراهيم، 1978). وربما لهذا السبب نجد أن الرغبة في إرضاء الآخرين والانصياع الاجتماعي من الأشياء والقيم المقبولة، والتي تلقى تدعيما قويا في المجتمعات العربية. وعلى المستوى المَرَضي، تُبيِّن بحوثنا أن القلق الاجتماعي في الدول العربية، يعتبر من أكثر أنواع الاضطراب النفسي شيوعا بين طلاب الجامعات العربية بما فيها مصر وليبيا والكويت والسعودية، مما يدل على مدى ما تلعبه المجاراة والانصياع الاجتماعي من ضغوط نفسية على الفرد العربي (ibrahim, 1991).

كذلك تُبيِّن بحوث أخرى (Melikian, 1977) أن الطلاب العرب بمقارنتهم بطلاب غربيين تجنبوا التعبيرات الدالة على العدوان والتهجم، وعندما أتيح لهذه الاستجابات أن تظهر، كانت تقنَع بالمجاملات والاعتذارات. فالاهتمام الأساسي بين المواطنين العرب، يرتكز على محاولة المحافظة على علاقة طيبة ودودة

بالآخرين، تخلو قدر الإمكان من الصراع والتوتر وترتكز على قيم الصداقة والمحبة. إن الفرد العربي في علاقته بالآخرين يحاول بكل جهده ألا يجرح مشاعر الآخرين أو كرامتهم.

من الناحية العلاجية، من الضروري للمعالج السلوكي أن ينتبه لهذه الخصائص المنوالية في الشخصية العربية خاصة عندما يتعرض لعلاج اضطرابات السلوك الاجتماعي بما فيها من صعوبات العمل وتوتر العلاقات الاجتماعية بين الأزواج والزوجات، أو الآباء والأبناء، أو الرؤساء والمرؤوسين. ومن ثم، فإن من الواجب توخي الحذر الشديد في ممارسة بعض أساليب العلاج السلوكي التي تستخدم في علاج الصراعات النفسية المرتبطة بمثل هذه المواقف بما فيها تدريب القدرة على تأكيد الذات، ومهارات التعبير عن الانفعالات الغاضبة. إن الممارس الذي يريد لمريضه أن يتبنى وجهة نظر واقعية وجادة نحو أهداف العلاج، لن يجد ما يحفظ مصداقيته أمام مريضه العربي إن هو شجعه على الاستجابة العدوانية نحو الأصدقاء، أو الآباء، أو الرؤساء، أو الأزواج وأفراد المجتمع الآخرين.

لكن من الممكن - من جهة أخرى - الاستفادة بالالتزامات الاجتماعية التقليدية الشائعة في الأسرة العربية كوسيلة إيجابية لتيسير أهداف العلاج. ونجد - من جانبنا - أدلة قوية في صالح منهج العلاج الأسري/ السلوكي في تشجيع توافق المريض لمجتمعه ومواساته في بعض حالات الاكتئاب، ومساعدته في مواقف الضغط النفسي المرتبط بالصراعات الأسرية، وصراعات العمل. ومن ثم، فإننا نتوقع أن يجد الممارس السلوكي في البيئة العربية تربة خصبة لأساليب العلاج الأسري/ السلوكي بسبب ما تحققه من مكاسب على هذا المستوى.

كما يمكن أيضا، تعديل بعض الأساليب السلوكية الأخرى، وتطويعها للاستفادة من هذه الحقيقة. فقد وجدنا مثلا في إثارة الصور الذهنية المرتبطة بمواقف الانتماء الاجتماعي والائتناس بالآخرين من أفراد الأسرة والأصدقاء وسيلة فعالة لتحقيق الاسترخاء كفنية علاجية، ويذكر لنا مرضانا أنهم يجدونها ذات تأثير مهدِّىء أكثر من صور الطبيعة ومشاهد الخلاء والأنهار والجبال.

الجنس ومحظوراته:

على المعالج أن يتعامل مع المشكلات الجنسية بحذر شديد. ومن ثم، فإن اختيار فنيات العلاج السلوكي للاستخدام في علاج المشكلات الجنسية يجب أن تخضع للتدقيق الجيد، وأن تكون متلائمة مع الإطار الحضاري. ونعتقد أن التطبيق الآلي لأساليب العلاج الجنسي كما هي مستخدمة في الولايات المتحدة خاصة تلك التي ابتكرها «ماسترز» و«جانسن» (Masters & Johnson, 1987)، ودون التنبه للإطار الحضاري وما يحيط بهذا الموضوع من اعتبارات دينية وتقليدية، وتوزيع أدوار القوة بين أفراد الأسرة العربية، والمفاهيم المثالية عن المرأة.. سيحول العلاج إلى تجربة حرجة لكلا الطرفين؛ المعالج والمريض.

إن نمط العلاقات بالجنس الآخر في غالبية الدول العربية تختلف عن تلك التي في الدول الغربية. هذه حقيقة تكشف عنها أي ملاحظة عابرة، كما تكشف عنها دراسات علماء الأنثروبولوجي، وعلماء النفس الاجتماعيين. فتفاعل أفراد نفس الجنس بعضهم بالبعض الآخر يختلف عن أنماط التفاعل مع الجنس الآخر في جوانب كثيرة في اتجاه الميل للتحفظ، وقلة حجم التفاعل اللفظي، واختيار موضوعات الحديث.. الخ. صحيح أنه توجد فروق مماثلة في نمط العلاقات بالجنس الآخر في الغرب، إلا أن الفروق ليست هي نفس الفروق.

خذ – على سبيل المثال – المسافة الفيزيقية (أو البعد المكاني) بين الطالب الجامعي والطالبة الجامعية في بلد عربي كمصر عندما يتبادلان حوارا معينا، وقارنها بالمسافة بين طالبين مماثلين في إحدى مدن كاليفورنيا. ستجد دون شك فروقا شاسعة.

وتأكيدا لهذه الحقيقة أجرى «ساندرز» وآخرون (Sanders et al., 1985) دراسة قارنوا فيها بين مجموعتين من الطلاب في جامعة الإسكندرية، وإحدى الجامعات الأمريكية، واكتشفوا بالفعل أن الطالبات المصريات قد حافظن على مسافة مكانية عند تبادلهن الحوار مع الزملاء الذكور (سواء كانوا زملاء عاديين أو من الأصدقاء المقربين) أبعد من تلك المسافة التي تحافظ عليها زميلتها الطالبة الأمريكية عندما تتبادل الحوار مع زملائها الذكور. فضلا عن هذا، نجد أن المسافة بين الجنسين لا تختلف فقط، بل تأخذ اتجاها معاكسا؛ إذ من المتوقع أن تأخذ المسافة بين الطالب

والطالبة من الأصدقاء في الولايات المتحدة وضعا وثيقا لدرجة قد تختفي فيه تماما. أما في البلاد العربية فإن هذه المسافات الوثيقة لا تكون إلا بين الأصدقاء من الجنس الواحد. أما مع أفراد الجنس الآخر فإنه عادة ما يُنظَر إلى هذه المسافة الوثيقة مع أفراد الجنس الآخر على أنها مستهجَنة، وغير مقبولة اجتماعيا.

ولا شك أن كل هذا يعكس التصورات العربية للعلاقة بالجنس الآخر بصفته موضوعاً حساساً ومحرماً، ولأن الجنس من الموضوعات الهامة في العلاج النفسي، ولأن العلاقة العلاجية كثيرا ما تكون بين أفراد مختلفين في جنس كل منهم (معالج رجل مع امرأة، أو العكس)، فإنه يجب أن يتنبه الممارسون إلى هذا الموضوع لوضعه في إطار سليم وفعال.

ولسنا نعني من هذا أنه يجب على المعالج ألا يتطرق لمناقشة المشكلات الجنسية، أو أن يتجنب إخضاعها لأساليب العلاج السلوكي الملائمة. إن العلاج السلوكي للاضطرابات الجنسية في البلاد العربية يمكن أن يؤدي إلى نتائج إيجابية، كما يمكن ممارسته ولكن مع ضرورة أن يتفهم المعالج أنواع العلاقات الملائمة، وجوانب الحساسية والتهديد النفسي للزوج أو الزوجة عند التطرق لمثل هذه الموضوعات، حتى يمكن لكل الأطراف الداخلة في هذه العلاقة أن تحقق أكبر قدر ممكن من الفوائد المشتركة. كما يجب على المعالج عند تعامله مع أفراد من الجنس الآخر ألا يغفل عن أن إدراك الآخرين له بما فيهم المرضى والأقارب والأزواج أنه رجل تنطبق عليه نفس التصورات الجنسية الشائعة. ويحتاج هذا منه لجهد خاص أكثر من زميله الممارس في الغرب. فمن اللائق أن يحافظ على مسافة بعيدة مع المرضى من الجنس الآخر، وأن يتجنب اللمس (أو الرَّبْت) كوسيلة من وسائل التدعيم والتعزيز للمريض. ومن المفضل - إن كان ممكنا - أن يتشارك معالج ومعالجة معا في جلسات العلاج في حالات العلاج الأسري والجنسي.

التوجه نحو السلطة والانضباط الخارجي:

تمثل العلاقة بنماذج السلطة جزءاً حيوياً من حياة الأفراد في كل المجتمعات الإنسانية. وتوضح الدراسات الحضارية المقارنة أن المصريين يحصلون على

درجات تفوق الأمريكيين على مقاييس التسلطية (إبراهيم، 1984). وفي دراسات أخرى سابقة تبيَّن بمقارنة مجموعتين من الطلاب إحداهما من أصل عربي والأخرى من أصل أمريكي في جامعة بيروت العربية (Prothro & Melikian, 1953) أن المجموعة ذات الأصل العربي تفوقت على المجموعة الأمريكية على مقياس أدورنو للميول التسلطية. وقد تكررت نفس النتيجة عندما قام إبراهيم بالمقارنة بين الطلاب المصريين والأمريكيين على مقياس «روكيتش» Rokeach للجمود العقائدي الذي يقيس وظائف مماثلة لمقاييس التسلطية (ibrahim, 1977). لكن مقاييس التسلطية في كل الدراسات المصر/ عربية، لم تكن مرتبطة بمقاييس التصلب، والنفور من الغموض، والتوتر، كما هو الحال بالنسبة للعينات الأمريكية. وقد دفعت تلك النتيجة بالباحث (إبراهيم، 20:1984) أن يستنتج أن «ارتفاع الطلاب المصريين في الميول التسلطية [كما تقيسها مقاييس التسلطية] لا يعتبر دليلا على ارتفاع مستوى التصلب والنفور من الغموض في الشخصية كما هو الحال في المجتمعات الأنجلو/ أمريكية».

أي أن ارتفاع الميول التسلطية في البيئة العربية يقيس شيئا مختلفا عما يقيسه في البيئة الأنجلو/ أمريكية. ويبدو أن من الأسلم أن نستنتج أن ارتفاع التسلطية لدى فرد أمريكي تشير إلى عدم المرونة والتصلب، والتعصب، ولكنها بالنسبة للطالب العربي ربما لا تكون أكثر من خاصية شائعة في الشعوب العربية للتعبير عن احترام السلطة، ومعاييرها.

ويتفق هذا الاستنتاج مع البحوث والملاحظات العامة للمجتمعات العربية في إثبات أن الأفراد العرب يميلون – أكثر من الغربيين – إلى احترام السلطة، وطاعة معاييرها (Melikian, 1977; Ibrahim, 1983; ibrahim, 1982). وقد بيَّن «مليكيان» في دراسة استخدم فيها مقياس تكميل الجمل للشخصية في عينات عربية أن تقبل السلطة، واحترام معاييرها من الخصائص البارزة في الشخصية. ولهذا نجد أن العلاقة بنماذج السلطة تمثل جزءاً حيوياً من حياة الأفراد وقيمهم. وتزداد أهمية الفرد بمقدار قربه أو بعده عن مواقع السلطة في الجماعة (Melikian, 1977).

وإن أحد المحاور المتضمنة هذا البعد ما يسمى بالانضباط الخارجي External Locus of Control في مقابل محور الانضباط الداخلي (Internal Locus of Control) (Phares, 1979). وبمقتضى هذه النظرية، يميل الخارجيون إلى تبنِّي المعتقدات الدالة على أن السلوك تحكمه قوى خارجة عن الشخص كالحظ والقدَر والظروف الخارجية بما فيها السلطة و«الواسطة»... إلخ. بينما يميل أصحاب البعد الثاني (الداخليون) إلى نسبة السلوك إلى عوامل داخلية أي متعلقة بالفرد نفسه كالجهد الشخصي، والعمل والمثابرة وقدراته الخاصة. وقد كشفت بعض البحوث (إبراهيم، غير منشور) أن الطلاب العرب بالمقارنة بعينة من الطلاب الأمريكيين في جامعة ميشيجان الشرقية Eastern Michigan University كانوا أكثر اتصافا بالخصائص الدالة على الشخصية الخارجية.

ونظرا للارتباط الوثيق بين التوجه للسلطة والانضباط الخارجي، ونظرا لأن البُعدين يشيعان في الشخصية العربية، فإن من الضروري أن ننتبه إلى متضمناتهما الإكلينيكية. فعلى مستوى ممارسة العلاج النفسي، كلما كان العلاج يميل إلى التوجيه المباشر والبناء المحكَم كانت فاعليته أفضل. ومن رأينا أن العلاج السلوكي في البيئة العربية ربما يكون – لهذا السبب وحده – أفضل وأكثر فاعلية من العلاج الوجودي والتحليل النفسي. وتؤيد الدراسات الإكلينيكية التي أُجريت في بيئات غير عربية مماثلة في بنيتها للبيئة العربية كالمكسيك واليابان (e.g., Sue & Zane, 1987; Sue & Morishma, 1982) هذه الحقيقة، من حيث إن المرضى في تلك المجتمعات كانت استجابتهم أكثر إيجابية لأنواع العلاج المباشر directive approaches. كما يتفق معنا في نفس الرأي خبراء الصحة النفسية في الوطن العربي، عندما يرى بعضهم (e.g., Badri, 1979; Cheleby, 1992; West & Al-Kaisi, 1985) أن الأساليب العلاجية المباشرة كالعلاج بالتنويم المغناطيسي، والعلاج الكيميائي وبعض أساليب العلاج السلوكي تعتبر أفضل من غيرها للممارس الإكلينيكي في البلاد العربية. كذلك يرى آخرون (Cheleby, 1992) أن العلاج السلوكي/ المعرفي يقع في نفس الفئة الفعالة من الممارسة العلاجية الملائمة للتطبيق بين المرضى العرب بسبب وضوحه وتأكيده المباشر على علاج الأعراض المرَضية. إننا ندعو بهذه المناسبة إلى مزيد من البحوث في هذا الاتجاه حتى يمكن التخطيط الملائم لسياسة الصحة النفسية في البلاد العربية وعلى نحو مستنير.

مسار العملية العلاجية في إطار حضاري عربي

إن من إحدى المسلمات الرئيسة في العلاج السلوكي أن الفرد يتعلم أساليبه العلاجية من خلال خبراته المستمرة ببيئته الاجتماعية. ومن ثم فإن عملية العلاج تتطلب أن يتعرض المريض لتوجيه المعالج إلى خبرات جديدة تناقض السلوك المرضي وتكفه. وتستند مناهج العلاج السلوكي إلى عدد من نظريات التعلُّم من بينها: التشريط الكلاسيكي classical conditioning، والتشريط الإجرائي operant conditioning، والتعلُّم بالقدوة الاجتماعية social modeling، والتعلم المعرفي cognitive learning (انظر بالعربية شرحا وافيا لهذه الأسس وتطبيقاتها السلوكية في: إبراهيم؛ 1994، 1991، 1987. إبراهيم، والدخيل، وإبراهيم؛ 1993). وتتفق هذه المبادىء في المسلَّمَة الرئيسة لوصف السلوك المَرَضي وعلاجه بصفتهما نتاجاً لحوادث بيئية سابقة أو لاحقة لظهور السلوك.

ووفقا لمسلمات العلاج النفسي السلوكي، لا يستطيع المعالج السلوكي أن يمارس عمله بفاعلية دون أن يراعي خصائص الإطار الحضاري الذي ينشأ فيه السلوك المرَضي ويتدعم بما في ذلك الإطار من القيم والاتجاهات الاجتماعية السائدة في حياة المريض والتي تَظْهَرُ تأثيراتها على سلوكه وتدعم اتجاهاته المرضية، على نحو مباشر أو غير مباشر. ويؤدي الانتباه لدور العوامل الاجتماعية والقيم الحضارية الشائعة في عملية العلاج السلوكي إلى فوائد متعددة في مختلف جوانب وعمليات العلاج السلوكي بما فيها تحديد المشكلة المحورية موضوع العلاج (السلوك المحوري) target problem's، واختيار الفنيات العلاجية الملائمة treatment techniques، وتحديد أهداف العلاج ومساره treatment goals and prognosis.

صياغة المشكلة وتحديد المشكلة المحورية:

عادة ما يصوغ المريض مشكلاته بطريقة تتفق وتتسق مع اعتقاداته وتصوراته لما هو سليم أم مَرْضِيّ، وهي تصورات لا يمكن فهمها - ومن ثم تعديلها - دون

اعتبار للإطار الاجتماعي/ الحضاري الذي تكونت من خلاله هذه التصورات. وقد يركز المعالج ويقتفي مشكلة ثانوية أو تافهة، إذا لم ينتبه للإطار الحضاري للمريض، مما يقلل من فاعليته ومصداقيته.

مثال: قام زوج إحدى المريضات بإحدى العيادات الخارجية بقسم الطب النفسي بأحد المستشفيات الكبرى بإحدى الدول العربية بتقديم شكوى لإدارة المستشفى ضد طبيب نفسي حديث بالقسم لأنه (أي الطبيب) أصر على أن ترفع الزوجة حجابها خلال جلسات العلاج، بحجة أن من الضروري له أن يرى وجهها كجزء من عملية العلاج، وكان نتيجة ذلك أن نقلت المريضة إلى معالج آخر، وبعدها بقليل انقطعت المريضة عن العلاج في فترة حرجة.

في هذا المثال صاغ الطبيب المشكلة المحورية على نحو مختلف عن تصور المريضة أو أسرتها للمشكلة، وكان من الممكن أن تختلف نتيجة العلاج تماما لو أنه انتبه لدور الإطار الحضاري في فهم العلاقات الاجتماعية.

اختيار الأساليب العلاجية الملائمة:

قد تتعرض مصداقية المعالج وفاعليته للخطر أو على أحسن الأحوال للتشكك، إذا أصر على أن يستخدم مريضه أساليب علاجية تتعارض أو تتنافر، من وجهة نظر المريض، مع الإطار الحضاري.

مثال: ذكرت إحدى الطبيبات النفسيات الأمريكيات من ديترويت بولاية ميشيجان لأحد الباحثين (رضوى)، أنها (أي الطبيبة) كانت تقوم بعلاج إحدى السيدات العربيات. وقد نصحت الطبيبة المريضة، في إحدى جلسات العلاج بأن تتبنى موقفاً حازماً مع زوجها الذي كان فيما يبدو يسيء التعامل مع الزوجة. وقد بدأت تعلمها بعض أساليب التعبير عن الغضب كطريقة من طرق تأكيد الذات، وشجعتها في مرة أخرى على القيام برحلة محلية خلال عطلة نهاية الأسبوع كانت تقوم بتنظيمها إحدى الجمعيات المحلية للتغلب على حالة الاكتئاب التي كانت تصيبها في تلك الفترة. وقد تعثر العلاج بشدة، وزاد من المشكلة أن المريضة كانت ترفض الأدوية الطبية على أساس أن حالتها لا تستدعي ذلك. وفي هذه المرحلة الحرجة من العلاج التي كانت مشكلات المريضة خلالها تتفاقم،

استشارت الطبيبة الأمريكية الباحثة، وعندما أدركت أن تعبير المرأة عن غضبها نحو الزوج في البيئة العربية ربما لا يكون مقبولا كطريقة من طرق حل الصراع في العلاقات الزوجية بسبب القيم الخاصة، وقد استبدلت بأسلوب العلاج هذا أسلوب العلاج الأسري، أي بإشراك الزوج في جلسات علاجية أسرية تشجع المريضة خلالها وتحت إشراف المعالجة والأخصائية الاجتماعية وتشجيعهما لها على التعبير عن احتياجاتها ورغباتها. ومن بعدها بدأ العلاج يأخذ شكلاً إيجابيا مختلفا. حتى الزوج الذي كان في البدايات الأولى غير مشجع على أن تستمر زوجته في العلاج، بدأ - بسبب اطلاعه المباشر على ما كان يدور في جلسات الأسرة - يتبنى موقفا إيجابيا ومطمئنا للأهداف العلاجية بما فيها إتاحة الفرصة لزوجته لتنمية بعض الاهتمامات الرياضية والاجتماعية خارج الأسرة.

من الواضح في الحالة السابقة أن العلاج قد أخذ يتعثر، ونشأت عراقيل كثيرة ضده من قِبَل الزوجة والزوج معا، لأن المعالِجة كانت تشجع مريضتها على تبنِّي طريقة فنية علاجية غير مقبولة وفق الإطار الحضاري الذي عاشت فيه المريضة. وعندما تنبهت المعالِجة إلى أن العلاج الأسري قد يكون هو الصيغة المقبولة في مثل هذا الظرف وتحت هذا الإطار، نَحَتْ بالعملية العلاجية نحوا إيجابيا مختلفا عن السابق.

أهداف العلاج:

إذا اختلفت أهداف المعالج عن الأهداف التي عند المريض، فإن العملية العلاجية ستعاني معاناة سلبية شديدة، وستتأثر مصداقية المعالج بنفس الاتجاه السلبي. ومن المعتقد أن انقطاع المرضى المفاجيء عن جلسات العلاج يتزايد بسبب هذا العامل نتيجة لمشاعر عدم الراحة، وخيبة الأمل، والحرج الناتج عن التعارض بين الأهداف المرسومة للعلاج. ومن المؤكد أن كثيراً من الأهداف العلاجية التي يبنيها المريض تكون متأثرة إلى حد بعيد بالإطار الحضاري وما يفرضه على الفرد من جزاءات، أو ما يمنح من إثابات لسلوك معين، كما سنرى في الحالات الآتية.

مثال: سيدة سعودية في الثانية والثلاثين من العمر، حاصلة على شهادة جامعية، وزوجة لرجل ناجح بكل مقاييس النجاح الاجتماعي والأكاديمي والمهني، والذي رُقِّي مؤخرا - وبفترة سابقة بقليل على خضوع المريضة للعلاج - لوظيفة حكومية عليا. وقد تركزت شكاوى المريضة على عدد من الشكاوى من بينها: القلق، ومشاعر عدم اللياقة، والملل، وزيادة الوزن، والخوف على مستقبلها الشخصي في ظل ظروف النجاح الخاص بزوجها، (التي كانت تراها قاصرة عليه ولا تحمل نفس المزايا لها). ذكرت لنا (ر. إبراهيم) أنها كانت تتردد قبل التحاقها بالعيادة السلوكية على طبيب نفسي في أحد المستشفيات المحلية، والذي كان من المعروف عنه ميله لمدرسة التحليل النفسي. من خلال البيانات المسجلة في ملف المريضة ومن خلال تقريرها الشخصي، كان من الواضح أن أهداف العلاج - كما رسمها المعالج التحليلي - تركز - فضلا عن العلاج بالعقاقير المهدئة - على مساعدة المريضة على الاستبصار بديناميات علاقتها بزوجها، من خلال تحليل خبراتها الطفولية المبكرة من حيث علاقتها بوالديها، وعلاقة أمها بأبيها. وقد وصفت المريضة خبرتها العلاجية السابقة بأنها كانت غير مريحة، ولم تكن ملائمة لحل مشكلاتها «لقد ذهبت للعلاج بهدف محدد، ولكني وجدت أنه يقودني إلى سكة أخرى». ولهذا فقد شجعنا المريضة منذ البداية ولجلستين متتاليتين على حصر كل شكاياتها، واستطعنا من خلال ما عبرت عنه شخصيا، ومن خلال الاستعانة ببعض المقاييس السلوكية أن نحصر جوانب المشكلات المحورية target-proplems، ومن ثم الوصول إلى اتفاق متبادل للأهداف العلاجية. كان ذلك - حسبما عبرت المريضة - بداية ناجحة لجلسات علاج فردي وأسري (بوجود الزوج)، دُرِّبت المريضة خلالها على عدد من الأساليب السلوكية بما فيها التدريب على الاسترخاء، وتصحيح أفكارها الخاطئة عن نجاح زوجها، واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية، وتنمية مهاراتها التفاعلية بزوجها وبالبيئة المهنية الجديدة للزوج، فضلا عن مساعدتها على تنمية بعض المهارات السلوكية للتعامل مع أطفالها الذين كانت تشعر بأنها أهملت في حقهم خلال فترات معاناتها. إنها الآن تؤدي عملا ناجحا حصلت عليه مؤخرا، كما أنها - وكما تذكر خلال زياراتها المنتظمة - تنمي علاقة إيجابية ناجحة بزوجها وبأولادها.

في المثال السابق، يتضح أن من الخطأ الاعتماد على أفكار نظرية جاهزة عند التعامل مع المرضى في الأطر الحضارية العربية. صحيح أن هذا يصدق على المرضى العرب وغير العرب، إلا أن المشكلة بالنسبة للمرضى العرب تكون أكثر إلحاحا، وتشكل مطلبا علاجيا أهم. فالنظريات العلاجية الكبرى تطورت في الدول الأنجلو/ أمريكية لتفي بحاجات مرضاها ولتلتقي - من ثم - أهدافها الكبرى مع الأهداف العلاجية العامة للمرضى في تلك المجتمعات. أما في الدول العربية، فقد يؤدي التطبيق الأعمى للنظريات العلاجية الكبرى، وبدون محاولة لتطويع الأهداف العامة لتلك النظريات وفق الأهداف الخاصة والنوعية للمرضى إلى نتائج متعارضة مع أهداف المريض، ومن ثم التأثير سلبا في مصداقية المعالج.

مثال آخر: مريض في الخمسين من العمر، شكا من كثير من الأعراض المرضية البدنية والنفسية بما فيها الاكتئاب، وضغوط العمل، وتوهم الإصابة بمرض القلب. أقنعه أحد أفراد الأسرة المقربين - والذي تصادف أن يكون طبيبا بقسم الأمراض الباطنية ويعمل بنفس المستشفى الذي يعمل به المعالج (ع.إبراهيم) - بالحضور للعيادة السلوكية للاستشارة، واستكشاف إمكانات العلاج لشكواه، وتصادف في نفس الوقت، أن حصلت زوجة الطبيب الصديق على معلومات من زوجة المريض - بحكم صداقتهما - تفيد بأن المريض يعاني أيضا من العجز الجنسي في علاقته بها لمدة لا تقل عن عامين. لهذا اتصل الطبيب بالمعالِج في الليلة السابقة على الموعد الذي ضُرِب للمريض، مبلغا إياه هذه المعلومات، وأنه ناقشها مع المريض، وطلب منه أن يلتمس منا محاولة مساعدته في إيجاد حل سريع لمشكلاته الجنسية، بسبب ما قد تؤدي إليه من مشكلات أسرية. لقد كان واضحا منذ البداية وجود أهداف مختلفة للعلاج: المريض يعزو مشكلاته إلى حالته النفسية الراجعة أساسا في تصوره إلى المرض والمشكلات القلبية، بينما المقربون منه يضغطون في اتجاه أن المشكلة الأساسية هي العجز الجنسي، وما يمكن أن يؤدي إليه من مشكلات أسرية واجتماعية. لهذا أصبح المريض منذ البداية دفاعيا ومترددا في تكوين العلاقة العلاجية، لولا أن المعالِج وجه المريض منذ البداية إلى ضرورة تحديد أهداف العلاج كما يراها المريض.

ولما كانت الشكوى من الإصابة بمرض القلب، هي الشكوى الرئيسة كما كان يراها المريض، فقد أحيل المريض إلى أخصائي الأمراض القلبية بالمستشفى لإجراء بعض الفحوص الطبية له. وخلال هذه الفترة، وبتعاون مشترك مع طبيب الأمراض القلبية أمكن تدريجيا تكوين علاقة إيجابية مطمئنة بالمعالج، أمكن خلالها الاتفاق على رسم أهداف علاجية لمشكلاته المحورية ومن بينها مشكلاته الجنسية، التي أصبحت منذ الآن موضوعا مقبولا للعلاج.

يتضح بجلاء من خلال الحالتين السابقتين أن صياغة أهداف العلاج بشكل لا يتسق مع الإطار الحضاري والشخصي للمريض تؤدي إلى تعطيل العملية العلاجية، وربما إلى إنهائها بشكل مبتور. وفي الحالتين عندما تدارك المعالجان هذه الثغرة، وأصبح هناك تفهُّمٌ للإطار الحضاري العربي بتوجهاته الدينية، والجنسية، وعلاقات الالتزام الأسري، بدأت العملية العلاجية تتجه اتجاهها الإيجابي الملائم.

المراجع العربية

أحمد محمد عبدالخالق

1994 الدراسة التطورية للقلق. حوليات كلية الآداب، 14، (العدد – 90).

بدر عمر العمر

1993 الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للغزو العراقي على دولة الكويت. المؤتمر الدولي الأول للآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للعدوان العراقي على دولة الكويت. مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت، (3-6 أبريل).

بدر محمد الأنصاري

1994 أثر العدوان العراقي في سمات شخصية طلاب جامعة الكويت. المؤتمر الدولي عن آثار العدوان العراقي على دولة الكويت، جامعة الكويت، (2-6 أبريل).

1995 دراسة عاملية للحالات الانفعالية للشباب الجامعي في الكويت بعد العدوان العراقي. المؤتمر الدولي الثاني عن الصحة النفسية في دولة الكويت. مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت، (1-4 أبريل).

راشد علي السهل

1994 أثر العدوان العراقي علي عملية النوم وما يصاحبها من سلوك عند الأطفال من سن 11:7 سنة في دولة الكويت. المؤتمر الدولي عن آثار العدوان العراقي على دولة الكويت، جامعة الكويت، الكويت (2-6 أبريل).

عبدالستار إبراهيم

1984 البحث عن القوة: الاتجاه التسلطي في الشخصية والمجتمع. القاهرة: المركز العربي للبحث والنشر والتوزيع.

1987 آفاق جديدة في دراسة الإبداع. الكويت: وكالة المطبوعات.

1987 علم النفس الإكلنيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ.

1991 القلق: قيود من الوهم. مصر، القاهرة: كتاب الهلال.

1994 العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

—— (غير منشور) دراسة حضارية مقارنة للميكيافيلية والميول الاحتوائية ومحاور الضبط.

عبدالستار إبراهيم، عبدالعزيز الدخيل، رضوى إبراهيم

1993 العلاج السلوكي للطفل، أساليبه ونماذج من تطبيقاته. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة.

عبدالعزيز الغانم

1994 دراسة حول مشاكل الشباب الجامعي في الكويت في مرحلة ما بعد العدوان العراقي. المجلة العربية للعلوم الإنسانية، 74، 221-262.

عويد سلطان المشعان

1993 الشخصية وبعض اضطراباتها لدى طلاب جامعة الكويت أثناء العدوان العراقي: دراسة للفروق بين الصامدين والنازحين وبين الجنسين. عالم الفكر، مجلد 22، عدد 1، 124-152.

فوزية عباس هادي

1995 تأثير المدى البعيد لأزمة الخليج على أطفال الكويت ووالديهم. المؤتمر الدولي الثاني للصحة النفسية في دولة الكويت (1-4 أبريل).

قاسم الصراف

1993 تأثير أزمة الاحتلال العراقي على الجوانب السلوكية والانفعالية والمعرفية للشباب الجامعي في الكويت. المؤتمر الدولي الأول للآثار النفسية والاجتماعية والتربوية للعدوان العراقي على دولة الكويت. مكتب الانماء الاجتماعي، الكويت، (3-6 أبريل).

محمد أحمد غالي

1974 دراسة مقارنة لبعض أبعاد الشخصية باستخدام مقياس أيزنك. الكويت: وزارة التربية، مركز البحوث النفسية والاجتماعية.

مصطفى أحمد تركي

1976 الفروق بين الذكور والإناث من الكويتيين في بعض سمات الشخصية. الكويت: مجلة كلية الآداب والتربية.

مكتب الانماء الاجتماعي

1993 الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية الناجمة عن العدوان العراقي على أطفال الكويت من سن 17:6 سنة. الكويت: إدارة البحوث والدراسات، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري.

المراجع الأجنبية

Abel, T. & Metraux, R.

1974 Culture and Psychotherapy. New Haven: College and University Press.

Atkinson, D. R., & Thopmson, C. & Grant, L.

1993 «Racial ethnic, and cultural variables in counseling». 2nd ed., pp. 349-382: In S. D. Brown & R. W Lent (Eds.), Handbook of counseling pscholology. New York: wiley.

Badri, M.

1979 The dilemma of Muslim psychologists. London: MWH Publishers.

Chaleby, K.

1986 Psycho social stresses and psychiatric disorders in an outpatient population in Saudi Arabia. Acta Psychiatry Scandinavian, 73,147-151.

Chaleby, K.

1992 «Psychotherapy with Arab patients: Toward a culturally oriented technique». The Arab Journal of Psychiatry, 3, 1. 16-27.

Farrag, M. F.

1987 Dimensions of personality in Saudi Arabia. Personality and Individual Differences, 8, 951-953.

Gorkin, M.

1986 Countertransference in cross cultural psychotherapy: The example of Jewish therapist and Arab patient. Psychiatry International and Biological Processes, 49, 69-79.

Helms, J. E.

1993 Considering some methodological issues in racial identity counseling. The Counseling psychologist, 17, 227-252.

Ibrahim, A-S.

1977 «Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students». The Journal of Psychology, 95, 213-215.

1979 Extroversion and neuroticism across cultures. Psychological Reports, 44. 799-803.

1983 «The factorial structure of the Eysenck Personality Questionnaire among Egyptian University students». The Journal of Psychology, 112 - 221-226.

Ibrahim, A-S., & Al-Nafie, A.

1991 «Perception and concern about sociocultural change and psychopathology in Saudi Arabia». The Journal of Social Psychology, 13. 179-186.

Ibrahim, A-S., & Ibrahim, R.M.

1993 Is psychotherapy really needed in nonwestern cultures? The case of Arah countries. Psychological Reports, 72, 881-882.

Ibrahim, R. M.

1991 Sociodemographic aspects of depressive symptomatology: Cross-cultural comparisons. Dissertation Abstracts International, 51, 12.

Inkeles, A., & Levinson, D.

1969 National character: The study of modal personality and socio-cultural systems. In; G. Lindzey and E. Aronson (eds.), Handbook of Social psychology, IV. Reading, Pa.: Addison Wesley pp. 418-508.

Khalik, A.M., & Eysenck, S. B. J.

1983 A cross cultural study of personality: Egypt and England. Research in Behavior and Personality, 3, 215-226.

Khlat. M., & Armenian, H.

1985 Morbidity and risk factors. In H. Zuryak & H. Armenian (Eds.), Beirut 1984: A population and health profile. Beirut, Lebanon: American University of Beirut.

Kiesler, D. J.

1966 Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. Psychological Bulletin, 65,110-136.

Liberman, R. P.

1994 Treatment and rehabilitation of the seriously mentally ill in China: Impressions of a society in transition. American Journal of Orthopsychiatry, 64, 68-77.

Mass, M., & El-krenawi, A.

1994 When a man encounters a woman, Satan is also present: Clinical relationships in Bedouin society. American Journal of Orthopsychiatry, 64, 357-367.

Masters, W. & Johnson, V.

1987 Human sexual response. Boston.: Little Brown.

Melikian, L. H.

1977 The modal personality of Saudi College students. In L. C. Brown & N. Itzkowitz (Eds.), Psychological dimensions of near Eastern studies. New Jersey: The Darwin Press.

Pernal, M. E., & Padilla, A. M.

1983 Status of minority curricula and training in clinical psychology. American Psychologist, 37, 780-787.

Phares, E. J.

1979 Clinical psychology: Concepts, methods, and professions. Homewood, Ill: The Dropsy Press.

Ridley, C. R., Mendoza, D. W., & Kanitz, B. E.

1994 Multicultural training: Reexamination, operationalization, and integlation The Counseling Psychologist, 22, 227-289.

Rufaie, O. E. F., & Mediny, M. S.

1991 «Psychiatric inpatients in a general teaching hospital: An experience from Saudi Arabia». The Arab Journal of psychiatry, 2, 138-145.

Rufaie, O. E. F., & Absood, G. H.

1994 «Depression in primary health care». The Arab Journal of Psvchiatry, 5, 39-47.

Sanders, J. L., Hakky, U. M., & Brizzolara, M. M.

1985 «Personal space amongst Arabs and Americans». International Journal of Psychology, 20, 13-17.

Scott, N.E., & Iwamasa, L.G.

1993 Effective use of cultural more taking professional psychology, 21, 167 - 170

Shamaa, A.

1987 Growing up with war: The scourge of children in the Third World. Beirut, Lebanon: Berbir Medical Center.

Sharabi, H., & Ani, M.

1977 Impact of class and culture on social behavior: The feudal-bourgeois family in Arab society. In L. C. Brown & N. Itzkowitz (Eds.), Psychological dimension of Near Eastern studies. New Jersey: The Darwin Press

Sue, S.

1977 Community mental health services to minority groups: Some optimism, some pessimism. American Psychologist, 32, 616-624.

1981 Counseling the culturally different: Theory and practice. New York: Wiley

Sue, S., & Morishima, J. K.

1982 The mental health of Asian Americans. San Francisco: Jossey- Bass.

Sue. S., & Zane, N.

1991 The role of cultural techniques in psychotherapy. American Psychologist, 42, 1, 37-45.

Toma, J. M.

1989 Mental health services for children: The state of the art. American Psychologist, 44, 188-199.

West, J., & Al-Kaisi, H. H.

1985 Comparison of depression symptomatology between Saudi and American psychiatric outpatients. The International Journal of Social Psychiatry, 31, 230-235.

Wyatt, G. E., & Parham, W. D.

1985 The inclusion of culturally sensitive course materials in graduate school and training programs. Psychotherapy, 22, 461-468.

Zahr, L. K., Khoury, R. N., & Saoud, N. B.

1994 «Chronic illness in Lebanese preschoolers». American Journal of Orthopsychiatry, 64, 396-403.

Zuryak, H. & Armenian, H.

1985 Beirut 1984: A population and health profile. Beirut, Lebanon: Arnerican University of Beirut.

استلام البحث: مايو 1995
إجازة البحث: نوفمبر 1995

Culture and Psychotherapy Behavioral Experience From an Arab Perspective

Abdel-Sattar Ibrahim *Radwa M. Ibrahim*
Dept. of Psychiatry
King Faisal University

Based on personal experiences with Arab patients, as well as on the findings of various mental health researches conunted in Arab countries, this paper presents an overview of the mental health needs within the Arab countries. Themes central to some shared social and psychological Arab characteristics including religious orientation, communal values, sex as a taboo, and authority orientation are discussed along with their role in facilitating or hindering the treatment process. Some cultural suggestions regarding the technical management of psycho-behavioral therapeutic practices with emphasis on defining target problems, selection of treatment techniques, and formulating treatment goals are also discussed.