

# العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية

تأليف

أرون بيك

ترجمة

د. عادل مصطفي



الطبعة الأولى

٨٢٠٠٠/٨١٤٢٠

## حقوق الطبع محفوظة

٩٩/١٧٦٦٣	رقم الإيداع
977-5727-50-2	الترقيم الدولي



القاهرة - ٥٥ شارع محمود طلعت من شارع الطويران

مدينة نصر - ت: ٢٦١٠١٦٤

مدرسة الطب النفسى العصبى التقليديّة، وهى التى انبثقت من النزعة الفيزيائية للقرن التاسع عشر physicalism (\*)؛ فبحث عن أسباب بيولوجية للاضطراب الانفعالى كأن يكون هناك تغيرات كيميائية أو عصبية أدت إليه وبالتالي فهى تتوسل بالوسائل الطبية من أدوية وغيرها لإزالة هذا الاضطراب. وأما مدرسة التحليل النفسى، ونستند أيضاً إلى فلسفات القرن التاسع عشر، فترى أن فى الأمر عصباً شخصياً تعزوه إلى عوامل لا شعورية. وأن عناصر اللاشعور هذه شئٌ مكنونٌ ختمٌ عليه باختامٍ منيعَةٍ وضربتُ دوتَهُ حُجُبٌ نفسية لا يملك كشفها إلا المحلل النفسى. وأما المدرسة السلوكية، وجذورها الفلسفية كسابقتها ترجع إلى القرن التاسع عشر، فلا ترى فى الاضطراب الانفعالى أكثر من انعكاسات لا إرادة قائمة على إشارات قديمة طرأت على المريض فى سالف أيامه. هذه الانعكاسات الشرطية لا يملك المريض تعديلها بمجرد فهمها، نوعى المريض بما يجرى لا يُغنى عنه شيئاً، وإنما يلزمه إشرافٌ مُضادٌ يقوم به معالجٌ سلوكىٌ تقدير.

من ذلك يتبين أن هذه المدارس الثلاثة الرئيسية تنفق فى أن مصدر الاضطراب يكمن وراء وعى المريض وأنه يفعل فعله فيه دون علمه ودرايته. وهذا ما جعلها تنفق أيضاً فى التهورين من شأن الوعى. . . أعنى التصورات الواعية للمريض، انكاره الخاصة، وخيالته.

ولكن ماذا لو كانت هذه المدارس كلها على باطلٍ فى هذا الشأن؟ ماذا لو أن الوعى هو مصدر الاضطراب؟ ولنحدسُ معاً للحظة ماذا يكون الامر لو أن وعى الشخص هو الذى ينظروى على العناصر المسئولة عن اعتلال انفعالاته وتمكيده وجرته من ثم إلى طلب العلاج، وماذا يكون الامر لو أن جمعية هذا الشخص كانت فى واقع احوال ملأى بالوسائل المنطقية الكفيلة بتعديل هذه المكونات الواهية فيما لو حظى بالتوجيه السليم. من التديهي أنه لو صحت هذه الافتراضات لَشقُ أمام اضطرابات الانفعال طريقٌ علاجيٌ جديد مختلف تماماً عن الطرق الثلاثة الأخرى، يقوم على أن الإنسان لديه كل المفاتيح اللازمة لفهم اضطراباته النفسية وحلها دون أن يُندَ عن نطاق وعيه قيدَ شبر. فبمقدور الإنسان أن يصحح أوهامه التى أوردته هذا الاعتلال المزاجى بنفس الجهاز العقلى الذى اعتاد استخدامه فى حل المشكلات طوال مراحل نموه.

إن هذا المنهج الجديد فى تناول الاضطرابات الانفعالية يقوم فى الحقيقة على دعائم فلسفية

(\*) المذهب الفيزيائى (أو النزعة الفيزيائية) هو المذهب الفلسفى القائل بأن كل قضايا العلوم المختلفة وكل ظواهر الوجود يمكن أن ترد إلى أحداث فيزيائية ويعبر عنها بحدود فيزيائية، وهو الصيغة المعاصرة المنقحة للمذهب الأدى. (انترجم.)

ليست جديدة، بل هي موغلة في القدم، وتعود بالتحديد إلى زمن الرواقين Stoics. لقد اعتبر الفلاسفة الرواقيون أن فكرة الإنسان عن الأحداث، وليست الأحداث ذاتها، هي المسؤولة عن اعتلال مزاجه. إلى هذا المنطق الرواقى يستند هذا للعلاج الجديد. العلاج المعرفى. فالشكالات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتعريف الواقع ولئى الحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراسات خاطئة. ونشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ حدث فى إحدى مراحل نموه المعرفى. وبصرف النظر عن منشأ الأوهام، فإن صيغة العلاج تُفصح عن نفسها ببساطة: فعلى المعالج أن يساعد المريض على كشف أغباطه الفكرية وعلى تعلم طرائق أكثر واقعية لصياغة خبراته.

هكذا نرى أن المنهج المعرفى يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للمريض. وللمريض إذًا أن يطمئن إلى أن اضطرابه لا يعدو أن يكون ضرباً من ضروب سوء الفهم التى كثيراً ما مرَّ بمثلها فى حياته السابقة وكثيراً ما نتج فى تصحيحها حين توافرت له المعلومات الصحيحة أو حين تكشفت له المغالطة الكامنة.

بهذا الاقتراب من الخبرات السابقة للمريض يقترب العلاج المعرفى من فهمه ولا يستغنى عليه. وهو يمدد بالثقة فى قدرته على أن يصحح أوهامه الحالية قياساً على نجاحاته السابقة. ومن البديهي أن هذا الاقتراب وهذا الوضوح، بالإضافة إلى استخدام الطرق المألوفة لحل المشكلات، كل أولئك من شأنه أن يمد جسور التواصل بين المريض والطبيب بسرعة هائلة.

ومن حق السائل أن يسأل بطبيعة الحال عن مدى صدق (\*) validity هذه الطريقة العلاجية فى علاج ما تُدعى علاجَه. ومن حُسن الطالع أن الظاهرة المعرفية قابلة للملاحظة المباشرة من جانب المريض عن طريق الاستبطان introspection، وأنها - بعكس تجريدات التحليل النفسى - قابلة للاختبار التجريبى. وهناك بالفعل أعدادٌ متزايدةٌ من الدراسات المنهجية أثبتت صحة الأساس التى يقوم عليها العلاجُ المعرفى، وهناك تجارب علاجية برهنت على كفاءته.

من شأن هذا المدخل الجديد فى فهم اضطرابات الانفعال أن يغير نظرة الإنسان إلى نفسه وإلى منأكله. فالإنسان ليس رهيئ تفاعلات كيميائية أو مؤثرات عمية أو انعكاسات آلية،

(\*) داب علماء نفس العرب على استخدام كلمة «صدق» ترجمةً لكلمة validity وهي ترجمة غير موفقة ولا تنى بالتعرض فى مجال القياس النفسى، كما أنها ترجع أهل الفلسفة لأنها تُسبب لهم تمييزهم العسارم بين الصحة المتطابقة validity والصدق الواقعى truth والترجمة.

بل هو كائن عُرِضَتْ لمتعلم الحاطن، والأفكار الانهزامية وندبه القدرة على تصحيحها أيضاً .  
وهو حين يتضح يده عطف مواطن المغالطة في تفكيره ويجرى عليها التصحيح اللازم فإنه يجعل  
حياته أكثر إرضاء له وأرواء .

ولا يستعنى ، أخيراً ، إلا أن أوجه عميق الشكر إلى كل زبائن وأصدقاء القريبين قاموا  
بقراءة أجزاء مختلفة من المخطوط ، وأمدوني بالآراء والنقد السديدة ، وهم : بول  
برادي ، جى إفران ، سيموز إيشناين ، جوديت فريدمان ، ل. فريدمان ، مارينا كوفاكين ، سير  
أوبى توبس ، جورج مندler ، ارثر برناترة جون وينهارت ، فرجينيا ريمرز ، جون زش ، إرفين  
ساراسون .

كما أتوجه بخالص الشكر إلى رث . ل . جرينبرج على الجهود الكبيرة التي تبذلها معي  
في تحرير هذا الكتاب .

ولا يفوتني في الختام أن أتوجه بالشكر إلى إبي فليمنج ومارى لوفيل لطباعتهما المثقة  
لمسودة نلوا أخرى من المخطوط .

**Aaron Beck**

## الفصل الأول

### الحس المشترك وما بعده

لا يتجدرُ العلمُ قبلما أُنشئتْهُ الأجهزة الكلبي لتفكر الجين المشترك . فمن  
معتادات الفطرة السنوية يبدأ العلم في اليها لا بد في النهاية أن يعود ، ربما  
بموجب علمك كونهل علم أن تجار هذه المغطيات الفطرية ونهايتها  
وقبل تعارضها هي «تمتصبل الجزئية» ، وقد نفاجتها بما لم يكن في  
الحسسان . غير إن ههناك في نهاية المطاف هي أن تقع هذه الفطرة  
وأنرضها .

القرء نورت هزبهاد

## حيرة المريض

يخيم على مجال الأمراض النفسية جوٌّ مكهربٌ قلما نجد له نظيراً في غيره من العلوم الاجتماعية. فغيابُ الحقائق الصلبة والعلاجات الحاسمة قد خلّق فراغاً معرفياً أخذت ترتع فيه المذاهب المتصارعة والحركات المتباينة والتقاليع والبدع.

وقد شهد تاريخ الطب النفسي كثيراً من الأفكار والنظريات التي استقبلها الناس بوصفها حقائق لا جدال فيها، ثم أثبتت الأيام أنها من قبيل الأساطير والمخترافات. فكان لابد لنا أن نعي أن الدراسات التي تتناول أنواع العصاب واضطراب الانفعال. طبيعتها وعلاجها، هي دراسات لا تقوم على نظريات ثابتة ولا تتأسس على فروض يقبلها الجميع. وحيثُ يُتفقدُ الإجماعُ حول قيمة النظريات والعلاجات فننتهي الصراعُ بين المدارس الفكرية عند حد.

إلى من إذن يلجأ المريضُ النفسي إذا كان المنضلعون بعلاجه على هذا الخلاف المستحكم بشأن العلاج الصحيح؟ يبدو أن ليس أمامه سوى أحد أمرين: فلما أن يركن إلى الحظ ويختار معالجاً كيفما اتفق، أو أن يفوض إلى الله أمراً ويحاول جهده أن يتغلب على مصاعبه بنفسه.

ثمة منطقةٌ قد يكون فيها المخرجُ من هذه الوروطة. تلك هي منطقة الوعى.. والمادة الثرية التي تتيحها لنا الأفكار الواعية للشخص ووسائله الفطرية في تحديد مشاكله النفسية وفي التغلب عليها.

لقد طالما أغفل المتصارعون هذه المنطقة رغم وضوحها وجلالها. أما مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكي فتعتبر أن الأفكار الواعية إشاراتٌ مُتعةٌ تُنمُّ على صراعات لا شعورية هي مكمنُ الداء. أما تعليلاتُ المريض لمرضه فهي تيربرات زائفة، وأما أليائه التكييفية فمجرد دفاعات. إن أفكار المريض الواعية وأستدلالاته العقلية وأحكامه وحلوله العملية لمشكلاته. كل أولئك لا يجب أن يؤخذ بمعناه الظاهر. إنما هي معبرٌ موقوتةٌ نؤصلنا إلى المكونات الخفية لتعمل، ثم لا يعدو شأنها أكثر من ذلك.

وقد انتقصر السلوكيون أيضاً من أهمية التفكير الواعي ولكن لأسباب جد مختلفة. ففي عمرة حماسهم لمحاكاة دقة العلوم الطبيعية واثباتها النظرية رفض السلوكيون الأوائل كل العاطيات والمفاهيم المستمدة من نامل الإنسان خبراته الواعية، ولم يأخذوا إلا بالسلوك الذي يظهر بشكل مباشر للملاحظ الموضوعي. وما دامت الأفكار والمشاعر والآراء تند بطبيعتها عن الملاحظة الموضوعية ولا تُتاح معرفتها إلا لمن يخبرها شخصياً، فلا يمكن اعتبارها معطيات علمية صادقة. وعليه فلا يمكن لعالم المريض الخاص أن يكون مجالاً ذا فائدة للبحث (Watson, 1914; Skinner, 1971).

ولم يشهد طب الأعصاب التقليدي عن المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسي في الانقراض من أهمية الفكر الواعي، فطبيب الأعصاب (neuropsychiatrist) (\*)، ويطلق عليه أحياناً والعضوى، لا يعول على أفكار المريض ومشاعره في فهم حالته وتفسيرها. وهو إن كان يستكشف هذه الأفكار وتلك المشاعر فلنكني بشخص الحالة لا يفسرها. ذلك أن الأفكار والمشاعر المرضية هي مجرد مظاهر لعملية مرضية تحتية توأمها اختلال كيميائي.

يستخدم أصحاب المدارس الثلاث من صنوف العلاج ما يوافق الأساس النظري لها، كل حسب مدرسته: فاما الفرويدي، باعتقاده الراسخ في سيكولوجيا الأعماق وفي المعاني الرمزية للأعراض، فيحاول علاج الأعصاب بالتنقيب عن الأفكار والرغبات (المكبوتة) وكشفها وترجمة الأفكار والخيالات الواعية أي ردها إلى المعاني الحقيقية التي إليها ترمز هذه الأفكار. وأما المعالج السلوكي، بإيمانه بالدور الحاسم للمؤثرات البيئية (الملاحظة) فيحاول إزالة الأعصاب بطريق المؤثرات الخارجية أيضاً، كأن يكافئ استجابات المريض ويعاقبها بحسب قربها من السواء أو بعدها عنه، أو أن يعرض المريض خطوة للمواقف أو الأشياء التي تخيفه. وأما طبيب الأعصاب، بثقته في دور الأسباب البيولوجية، فيستخدم علاجات «جسمية» من قبل الأدوية والجلسات الكهربائية.

إن هذه المدارس المعاصرة إذ تستهين بقدره المريض على فهم نفسه بنفسه وعلى حل مشكلاته بما لديه من ملكة العقل، إنما تساعد على استمرار الخرافة. فهي تدفع المريض إلى الاعتقاد بأنه عاجز عن علاج نفسه وأن عليه بالثبات أن يطرق باب المعالج المحترف كلما أنت به شدة من الشدائد المعتادة في الحياة اليومية. لقد اقتنعت أن اضطرابات الانفعال تنبع من

(\*) حرفياً: الطبيب النفسي العصبي، وقد اجتزأنا العبارة للتخفيف. و الترجمة .



أسباب خارج نطاق فهمه وأن فكرته عنها سطحية هامشية، وبذلك سلبته الثقة في طرائقه السهلة الواضحة التي اعتاد أن يحل بها مشكلاته. إن هذا التلقين الماكر، إذ يحط من قيمة النظرة والسليقة، إنما يجرد المريض من سلاحه الأصلي ويحرره من استعمال عقله في تحليل مشاكله وحلها. بل إن هذا الاتجاه العام يقف حجر عثرة أمام المعالج النفسي ذاته ويكفّه عن حتّ المريض على استعمال عقله.

لقد حذّر كُتّاب آخرون من خطر هذا الاتجاه إلى تجاهل أهمية السيكولوجيا الفعّلية. يقول أولسبورت (Allport, 1968) على سبيل المثال: «إن علينا في جميع المهن العلاجية شاملة الطب النفسي والوعظ الديني والخدمة الاجتماعية والسيكولوجيا التطبيقية والتعليم. أن نحاول استعادة شيء من الحس المشترك الذي يبدو أننا أضعناه في الطريق» (ص ١٢٥). هذا الإغفال من جانب المختصين للأفكار الواعية للمريض هو الذي أسماه إيشير Ichiser بحق «التعمى عن الواضح» (blind to the obvious) (١٩٧٠، ص ٧).

### الوعى والحس المشترك

حين ننظر إلى تعقيدات الحياة اليومية وضغوطها لا يسعنا إلا الإعجاب بقُدرة رفاقنا البشر على خوضها بيهذه الكفاية. فالإنسان ليس قادراً فقط على مغالبة المحن ومسايرة التغيرات البيئية المياغنة والمواجهات الصعبة، بل إن باستطاعته أيضاً أن يُعقد تسويات بين رغباته وآماله وتوقعاته من جهة وبين مقتضيات البيئة وقبودها من جهة أخرى. وباستطاعته أن يمتص الإحباطات والخيبة والانتقادات دون أن يصاب بعطب مستديم.

كثيراً ما نُدرِّم الحياة المعاصرة الإنسان أن يتخذ، وبسرعة خاطفة، قرارات حياة أو موت (كما هو الحال حين يقود سيارته). بل نُدرِّمه أن يصدر أحكاماً أصعب حين يكون عليه أن يميز في الظروف المختلفة بين ما هو خطر حقيقي وما هو مجرد خدعة وتهويش (\*\*).

(\*) أكثرنا تعبّر «الحس المشترك» كترجمة لتعبير *common sense* من بين ترجمات أخرى كثيرة ومستعملة مثل: الموقف الطبيعي، الحس السليم، بادي الرأي.

(\*\*) «تهويش» نفسى منة بالمنة. يُقال هَرَشَه أى حَلَطَ الأمر عليه.

لولا قدرة الإنسان على فرز وتصنيف هذا الوابل من المؤثرات الخارجية بكفاءة عالية لتحول عالمه إلى فوضى وتقاذفه الأزمات. ولولا هيمنة الإنسان على محيطه العارمة لظل داخلًا في النطاق الغائم للخيال وخارجاً منه، هائماً متخبطاً لا يميز بين الوجه الواقعي من موقف ما وبين الصور والمعاني الشخصية التي يستند عليها هذا الموقف في الخيلة.

وفي نطاق علاقاته الشخصية يستطيع الإنسان في عامه الأحوال أن يلتقط أدق الامارات التي يميز بها عدوه من صديقه. ويستطيع أن يتبنى من السلوك التوافقى ما يحفظ به علاقاته دبلوماسية مع الأشخاص الذين لا يرتاح إليهم أو لا يرتاحون إليه. ويستطيع أن ينفذ ببصره خلال الأفتحة الاجتماعية التي يرتديها الناس وأن يفرق في تواصله معهم بين الرسائل الصادقة والكاذبة.. بين الدعاية الأخوية وبين الضغينة التي ترتدى ثوب الدعاية. وهو في كل ذلك يوالف حواسه وعقله بحيث يلتفت إلى ما هو دالٌّ وهم وسط هذه الجلبة الهائلة من الإشارات، وبذلك يتسنى له أن ينظم استجاباته ويُعدّلها. تجرى كل هذه العمليات السيكولوجية فيما يبدو بشكل آلي تلقائي ودون كثير تدبّر من جانبه أو إعمال فكر.

من ذلك يتبين أننا خلال مراحل نمونا نكتسب تفتيات عالية الدقة والتركيب نتعامل بها مع تعقيدات البيئة التي تحيط بنا سواء البيئة الحية وغير الحية. وبحوزتنا، فضلاً عن ذلك، مخزون عريض من المعلومات والمفاهيم والصيغ، نمتلكه داخل نطاق وعينا، يمكننا من حل مشاكلنا السيكولوجية المألوفة. قد نخطفُ بالطبع في تقييم موقف ما أو نتابع في تقدير إمكاناتنا، وقد نواجه مشكلات ليس لدينا حلول جاهزة لها، وقد تدفعنا الظروف إلى اتخاذ قرارات قبل أن نتوافر لنا المعلومات الكافية. غير أننا مُجهزون سيكولوجياً بما يمكننا من أن نتدارك الأخطاء على الفور، وأن نحكم على الأمور وأن نفسرها وتنبيأ بها، وأن نتناول المشكلات الجديدة بطريقة منهجية فنحلل مكوناتها ونفاضل بين الحلول الممكنة.

حين ننظر إلى طريقة الإنسان العادى في تناول مشكلاته العملية نجد أنه في الحقيقة يتبع منهجاً أشبه بمنهج رجل العلم. فهو يقوم بملاحظات، ثم يضع فروضاً تفسيرية، ثم يقوم باختبار صحتها، إلى أن يصل في نهاية الأمر إلى تعميمات من شأنها أن تهديه فيما بعد إلى تقدير سريع للمواقف. ورغم أن كثيراً من التعلم الميكر للإنسان يقوم على المحاولة والخطأ وعلى الاستدلال الاستقرائى inductive إلا أنه قادر على أن يجمع لديه ذخيرة من الصيغ والمعادلات والبدهييات التي تمكنه من إجراء استنباطات deductions عاجلة حين يواجه مشكلة مشابهة لتلك المشكلات التي سبق له أن وجد حلولاً ناجحة لها. وهكذا يظل

الإنسان طوال مراحل نموه يستخدم النموذج البدني لنموذج التحريبي مراراً وتكراراً دون أن يفتن لذلك.

وفيما يتعلق بالمشاكل النفسية المحضة، يكتسب الشخص مجموعة من الآليات والتعميمات التي يمكنه بها أن يقدر مدى واقعية استجاباته في المواقف المختلفة، وأن يتعامل مسار أفعاله بمرونة وسلاسة ويُقضى الصراعات الناجمة عن تعدد البدائل المتاحة، وأن يتعامل بحكمة مع عوامل الخطر والإحباط والرفض. وهو خلال مراحل نموه يتبلور وعياً بخبراته المتواليات في ملاحظات واضحة لذاته تُفرض في النهاية إلى أحكام عامة. وإذا تصمد هذه الآليات المرتجلة لاختبار الزمن فإنها تصبح بمثابة الإطار الذي من خلاله يفهم ذاته ويفهم الآخرين فهماً حقيقياً أصيلاً. وسوف نرى فيما بعد أن العلاج المعرفي في معظمه يستند إلى المرض دور العالم وبهيب به أن يستخدم أدوات المتاحة بالفعل لكي يحل بها مشاكله التي تبدو مستعصية.

من حسن الحظ أنه لا يتوجب على كل شخص أن يبدأ الشوط من جديد لاكتساب هذا الفهم. لأنه من خلال عملية الاختلاط الاجتماعي يتسلم مبدأً ثرياً من حكمة الشعب بزوده بحقائق السلوك الإنساني والمنطق الشعبي. كما أنه بفضل خبرته الشخصية واقتدائه بالآخرين وتعليمه الرسمي، يتعلم كيف يستخدم أدوات الحس المشترك؛ فيكونُ حذوساً وبخبرتها، ويكونُ تميزات واستدلالات. والشخص الحكيم يستطيع أن يتناول الموروث الثقافي بالتصفية والتنظير، فيستخلص المبادئ السليمة منه ويستبعد الفضائل من الأفكار المغلوطة والأساطير والحرفات.

لا تقتصر أهمية الحس المشترك على التعلم الاجتماعي بل تتجاوزه بكثير. وقد طالما أكد علماء وفلاسفة على أهمية الحس المشترك في تأسيس العلم. يقول ج. ووبرت أوبنهايمر J.R. Oppenheimer (١٩٥٦): «نشأ كل العلوم كتنشئة، وتصحيح، وتعديل لمعطيات الحس المشترك». وهو كما نرى صدى نقول هوايتهد الذي افتتحنا به هذا الفصل.

لقد كانت نقطة البداية في علوم الفيزياء والكيمياء هي ملاحظات عن الوقائع الخارجية وعن قوانين الحس المشترك المبينة على هذه الملاحظات. فملاحظة أن الأجسام غير المسندة تسقط على الأرض كانت هي التمهيد الضروري لقوانين الجاذبية. وملاحظة أن الماء المتروك على اللهب لفترة كافية يغلي هي أساس لقوانين الحرارة والغازية. وليست تشد علوم السلوك

عن هذا المقياس. فملاحظاتنا عن وعينا، أى عن الوقائع النفسية الداخلة، تمدنا بالمواد الخام اللازمة لدراسة السلوك البشرى دراسة علمية منهجية.

وقد أفاض هايدر (Heider) (١٩٥٨) فى بيان الدور الذى يضطلع به الحس المشترك فى تطور السيكولوجيا العلمية. فأشار إلى أن بإمكان الإنسان بلحمته حافظاً أن يحيط علماً بكم هائل من المشاعر والأفعال، وأن هذه المعرفة «الحذسية» intuitive هى معرفة نافذة إلى حد كبير وتمتدورها أن تقطع شوطاً كبيراً تجاه فهم السلوك البشرى. يقول هايدر: «إن لدى الشخص العادى فهما عميقاً لنفسه ولغيره من الناس، وهو فهم إن يكن غائماً وغير متبلور فى صيغة محددة، فهو يمكنه مع ذلك من التفاعل مع الآخرين بطريقة سوية إلى حد كبير».

تشتمل سيكولوجيا الحس المشترك على العمليات النفسية والشاملات والملاحظات والاستدفانات التى يحاول بها الشخص أن يفهم أسباب عسره وأن يبحث عن مخرج من ضائقته، وتولد فيه للمشاعر السلبية من توتر وحزن واضطراب، وأن يتسبب بالسليقة عن الوقائع والظروف التى أدت إلى هذا الانشغال الفكرى وبالتالي إلى هذا الكرب، وعندئذ يستطيع أن يتخذ الإجراءات الكفيلة بمداواة الله.

هذا اللون من التداوى الذاتى المألوف كثيراً ما نشمل به الآخرين أيضاً فنتفهم آلامهم ونُد لهم يد العون. فنشجعهم مثلاً على أن يركزوا انتباههم على مصدر انزعاجهم وأن يتبنوا مواقف وحلولاً أكثر معقولة وواقعية. صحيح أن الحكمة العادية لا تصيب دائماً وأن التصالح العملي لا تكمل بالنجاح على طول المدى، غير أنها تُعين كثيراً من الناس، إن لم يكن معظمهم، على تمالك أنفسهم وحفظ توازنهم معظم الوقت. كما تُهدئ هذه البصائر الفطرية والاستراتيجيات البيئشخصية، فضلاً عن ذلك، إلى تأسيس نوع من العلاج النفسى المنهجي المنتظر.

### عندما يعشَل الحس المشترك

وغم ماآثره التى لا تنكر فى تقديم إطار لفهم السلوك والاتجاهات وتغييرها، فكلنا يعلم عيوب الحس المشترك ومواطن قصوره. فقد ثبت لنا فشله فى تقديم تفسيرات مقبولة ومفيدة للاضطرابات الانفعالية.. تلك الاضطرابات المفعزة الخيرة.

خذ على سبيل المثال لغز الاكتئاب: فهذه امرأة عاشت عمرها شغوقاً بالحياة معتزةً بذاتها وبإنجازاتها راعيةً لأطفالها بحنانٍ ظاهرٍ وحسبٍ شديدٍ، يصيبها الاكتئاب فتفقد اهتماماتها وتفترق وتزوي وتهمل أطفالها، وتتشغل بتفريع الذات وبالرغبة في الموت. بل يُعْن لها في لحظةٍ من اللحظات أن تقتل نفسها وتقتل أبنائها، وتكاد تفعل لولا لطف الله.

كيف للحكمة الشعبية أن تفسر التغير الشديد الذي اعترى هذه السيدة؟ فهي فيما يبدو تلغي أبسط مبادئ الطبيعة البشرية وتضرب بها عرض الحائط، شأنها في ذلك شأن غيرها من مرضى الاكتئاب. إن رغبتها في الانتحار وفي قتل أطفالها لتتف متحمدةً أعنى الغرائز الإنسانية وأجلها. أعنى غريزة البقاء وغريزة الأمومة. كما أن ازواجها وتحميرها لذاتها يتفان على التفرغ التام لمبدأ مُسلم به من مبادئ السلوك الإنساني. هو مبدأ اللذة. إن الحس المشترك ينقلب عاجزاً عن فهم اكتئابها أو عن تجميع مكونات هذا الاكتئاب في صورةٍ متسقة. وربما يحاول البعض أن يبدد حيرته بإزاء مريض الاكتئاب في ازواجه ومعاناته العميقة بأن يتهمه بمحاولة لفت الأنظار أو بغير ذلك من الأفكار التقليدية. ولكن، إن يهدب الشخص ذاته حتى الانتحار من أجل إرضاء غير مضمون من مثل لفت الأنظار، ذلك شيء يتجاوز قدرتنا على التصديق ويناقض كل فطرةٍ ونسجية.

كفى يمكننا أن نفهم لماذا أرادت الأم المكتئبة أن تُنهي حياتها وحياة أبنائها، فإن علينا أن نلج إلى داخل منظومتها الفكرية ونرى العالمَ بعبورتها هي، غير متبدلين سلفاً بالتصورات التي نتطبق على غير المكتئبين. إن إلمامنا بوجهات نظر مريض الاكتئاب يفسر لنا سلوكه هذه الأم ويُسِّع عليه المعنى. فمن خلال عملية مشاركة وجدانية empathy وتوحد identification بالمريض يمكننا أن نفهم المعزى الكامن وراء خيراتها. عندئذ يصبح بإمكاننا أن نقدم تفسيرات يقبلها العقل بشأن هذه المريضة بالنظر إلى إظهارها المرجى الخاص.

وقد اكتشفتُ خلال فحصي لهذه المريضة أنها ضحية أفكار خاطئة عن نفسها وعن العالم. فقد كانت تعتقد دون أي مبرر أنها أم فاشلة غير قادرة على أن توفر لأبنائها أدنى درجات الرعاية والحُذب، وأن حالتها ميؤوس منها. وإذا كانت تعزو فشلها وعجزها المزعومين إلى ذاتها وليس إلى أي شيء آخر، فقد أخذت تُصلي ذاتها ناراً من اللوم والتبكي.

وبنظرةٍ إلى المستقبل وجدتُ هذه الأم أن أبنائها سوف يصيبهم من الشقاء قدر ما أصابها. وإذا شرعت في التماس الحلول وأت أنه مادامت هي غير قادرة على تغيير حالها فإن قرار الانتحار بالنسبة لها أمرٌ مشروعٌ منه. ولكن ما أرتقها وأقض مضجعها حقاً هو فكرة أن

يُتْرَكُ أطفالُها دون أم .. دون حب ورعاية تعلم تماماً أن ليس غيرَ الأم قادرٌ على منحهمها .  
وبناءً على هذا قررتُ أن تجنبهم ذلك الصنفَ من البؤس الذي كانت تعانيه ، وذلك بأن تُنهي  
حياتهم هم أيضاً ، وجديرٌ بالذكر أن هذه الأوهام كانت تسيطر على وعيها إبان ذلك إلا أنها  
لم تفصح قط عنها إلا بعد الفحص النفسي الدقيق والاستكشاف المتأن لانكارها ونوابها .

قد بصدنا هذا اللون من التفكير الاكتسابي بعيشته ولا معقوليته . إلا أنه يسترد معناه  
واتساقه حالما ننظر إليه داخل الإطار الفكري الخاص بهذه المريضة . فلو سلمنا جدلاً بصحة  
المقدمات التي تتركز عليها ( وهي أنها محكوم عليها بالشقاء هي وأبنائها نتيجة نفاثتها  
المفترضة ) للزم عن ذلك منطقياً أن التعجيل بوضع نهاية لهذا الشقاء هو خيرٌ للجميع . فكأنها  
ناشئة عاجزة عن فعل أي شيء يؤدي منطقياً إلى انزائها التام وقدها للهمة ، وشموها بالحزن  
الغام ينتج بالضرورة من توريثها المستمر لذاتها وضياح أملها في الحاضر وفي المستقبل . وما  
كدت أسلط الضوء على الأوهام التي واثت على عقل هذه المريضة حتى ارتسمت لي طرقٌ  
عديدة لتصحيح مفاهيمها وحثها على مراجعة المقدمات غير الواقعية لمظومتها الفكرية .

من هذا المثال يتبين لنا لماذا يفضل الحس المشترك في تفسير اضطراب انفعالي كالاكتئاب .  
فهناك دائماً معنومات محورية ناقصة ( هي في هذا المثال فكرة المريضة عن نفسها وعن العالم  
وعن المستقبل .. تلك الفكرة المحرقة المشابهة ) . ومع ذلك فيمكننا العودة إلى استخدام أدوات  
الحس المشترك لحل المعضلة بمجرد أن نضع أهدبنا على هذه المعطيات المفقودة . فما إن نضع  
كلُّ شيء في موضعه الصحيح حتى يبرز لنا تكوينٌ أو نموذج واضح الدلالة والقصد . ولكني  
نستخلص تعميمات صحيحة من هذه النتيجة علينا أن نتحرى هذا النموذج في مرضى  
آخرين يعانون من نفس الصنف من الاضطراب الانفعالي . عندئذ يكون من الضروري أن  
تجرى سلسلة من الإجراءات التجريبية تدعم المنهج الجديد في فهم هذا الاضطراب . وبعد  
أن نأخذ نتائج هذه التجارب بالمراجعة والتنقيح والتحقق ، يمكننا أن نتظر ما إذا كانت  
صياغتنا النهائية تفي بالمطلب الأساسي للمعلم في رأي هوابنهد وهو أن تنفع الحس المشترك  
وترضيه .

لنتقل الآن إلى حالة المريض بالغسل القهري ، إنه يقضي وقتاً يفوق كلُّ حد في غسل  
يديه وغيرها من الأجزاء المكشوفة من جسمه . وحين نطالبه بتفسير لذلك يقول إنه ربما يكون  
قد لامس الجراثيم التي قد تنسب له مرضاً خطيراً إذا هو لم يظهر يديه بدقة . والغريب أنه قد  
يعترف بأن الذي يخشاه بعيد الاحتمال ، إلا أنه يمضي في غسل يديه ولو كان ذلك يعيقه في

صله وعلاقاته الاجتماعية واستجمامه؛ وربما في نومه وطعامه. يفسر التحليلُ النفسي التقليدي هذا السلوكُ بأن المريض لديه « تثبيتٌ شرعيّ » anal fixation أو أنه يحاول أن يحو إحساساً بالذنب نابعاً من رغبة لا شعورية مُحَرِّمة.

غير أننا حين نعلمُ النظر في تفكير المريض بتبين لنا أنه كلما لامس شيئاً يحتمل أن يعنق على بكثرتها تتسلكه فكرةُ أنه ربما التفتط مرهناً خبيثاً. وفي نفس الوقت تتمثل في مخيلته صورته وهو راقد في أحد أسِرَّة المستشفى يعاني النزاع الأخير من أثر ذلك المرض. فكلُّ من الضكرة والصورة الخيالية إذن بولّد القلق. ولكن يُبطلُ هذا الخوفُ ويخمدُه يُهرِّغُ إلى أقرب حمام ويبدأ في غسل نفسه.

وقد استست طريقةً لعلاج هذه الحالات بان أُحْتُ المريضُ، في حضوري، على نس أشباه متسخة ولكنى، بموافقة مسبقة منه، أقصى عنه كلُّ فرصة لغسل يديه فأحرمه بذلك من آلية تخليص نفسه من القدر المحمل بالجراثيم. عندئذ يبدأ في تصور نفسه راقداً بالمستشفى يموت من المرض الخفيف، وتمثّل هذه الصورة في مخيلته تلقائياً وترباع من الوضوح والجلء، مبلغاً يعتقد معه أنه قد التفتط المرضُ بالفتعل، فيشرع في السعال ويشعر بحمى وضعف وتساوره إحساسات غريبة تشمل كلُّ جسمه. في هذه اللحظة يكون بإمكانى أن أقطع عليه خياله وأبرهن له أنه غير مريض في واقع الأمر؛ وأن قُوته موفورة، وأن حرارته طبيعية، وأن بإمكانه أن يتنفس دون سعال. هذه المقاطعة المتبوعة بحفز المريض على التثبيت الواقعي لحالته الصحية، تؤدي إلى إزالة خوفه من التقاط مرض قاتل وتقلل من ميله القهري إلى غسل يديه.

الآن وقد وضعنا أيدينا على المعلومة المحورية، وهي أن المريض ينشأه خيالٌ وإحساسٌ جسمي بمرض خطير إذا حبل بينه وبين الغسل؛ بتبين لنا أن ميله القهري إلى غسل يديه هو شيء له معناه ومغزاه. وتعصنا هذه المعلومة، فضلاً عن ذلك، من إغراء التشبث بتفسيرات غامضة لن تعود بالنفع على المريض في محنته النفسية الخطيرة. بذلك نهض حالة الغسل القهري مثلاً وإضحاً علي الدور الحاسم الذي تلعبه عمليات التخيل في بعض الأمراض، متضمنةً الخيالات البصرية وما يصاحبها من إحساسات جسمية قائمة على الإيحاء الذاتي.

## ما بعد الحس المشترك: العلاج المعرفي

حين نرد الاضطرابات النفسية إلى مقدمات منطقية خاطئة وقابلة للحيرت خيالية محرفة، فنحن نحيد عن التفسيرات السائدة بدرجة كبيرة. لقد افترض فرويد أن السلوك الشاذ له جذوره في اللاشعور، وأن ما يبدو عيباً ولا معقولاً على مستوى الشعور لا يعدو أن يكون ظاهراً لدوافع لا شعورية باطنة. ولكننا نرى أن وجود التحريفات وخذاع الذات لا يتطلب فرضية اللاشعور كما تصوره فرويد. فإمكاننا أن نفهم اللا معقولية كعجز عن تنظيم الواقع وتفسيره.

ليست الأمراض النفسية بالضرورة نتاج قوى خفية سرية مستغلفة. فقد نتج عن عمليات عادية من قبيل التعلم الخاطئ، والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، وعدم التمييز بين الخيال والواقع. كما أن التفكير قد يكون واهماً لأنه مستمد من مقدمات خاطئة، والسلوك قد يكون انهزامياً لأنه مبني على اتجاهات غير عقلانية.

نُخَلِّصُ من ذلك إلى أن المشاكل النفسية يمكن أن تُحلَّ عن طريق سُخْذِ الفهم والتمييز، ونصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلُّم اتجاهات أكثر تكيفاً. وحيث أن الاستبطان introspection، والتبصر insight، واختبار الواقع reality testing، والتعلم learning عمليات معرفية cognitive بالدرجة الأساس، فقد أسمىنا هذا المدخل لفهم العصاب والعلاج المعرفي (Beck, 1967, p. 318)

بُحِثُ المعالِجِ المعرفي مريضه على تصحيح أفكاره المغالطة مستخدماً في ذلك نفس التقنيات الخاصة بحل المشكلات التي كان يستخدمها طوال حياته. فمشاكل المريض مستمدة من تحريفات معينة للواقع مبنية على مقدمات منطقية مغلوطة ومفاهيم عقلية خاطئة. ونشأ هذه التحريفات نتيجة تعلُّم ناقص أثناء مراحل النمو. والوصفة الطبية ببساطة هي أن نساعد المريض على أن يتعرف على أفكاره المغلوطة وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته.

بذلك يقترَب العلاج المعرفي من فهم المريض ويقدم للأمراض العصبية وعلاجها نصوراً غير بعيد عن خبراته العادية. . تصوراً يلحقتها بغيرها من المواقف التي سبق أن أخطأ فيها الفهم وأساء التدبير ثم لم يلبث أن راجع نفسه وتدارك خطأه مستخدماً تفتياته العقلية



العادية. والمعالج المعرفي إذ يخاطب المريض بمنطق واضح ويقترح عليه تقنيات مألوفة، فهو قادر على أن يؤتي ثماره العلاجية منذ الجلسة الأولى.

إن التطورات الحديثة داخل المدارس السيكونوجية الكبرى تنف شاهدة على أهمية المدخل المعرفي في فهم العُصاب وعلاجه. وبدا الفهم المعرفي كأنه نقطة التقاء جديدة بين السلوكية والتحليلية أخذت في التنامي والانتعاش. وقد اضطلع روبرت هولت Robert Holt (١٩٦٤) بعرض هذا التقارب الجديد ورسم خارطته. فقد أدرك التحليليون دعاء العمق، والسلوكيون انحصار الموضوعية، أن إغفالهم للجانب المعرفي قد قوّت عليهم حلّ كثير من المشاكل الحقيقية والهامة، وأن تناولهم لهذه المشاكل لا يعنى التنكر لبيادتهم الأساسية. ومن ثمّ بدأ «علم نفس الأنا» Ego Psychology في البروز داخل المدرسة التحليلية مستلهماً كتابات هارتمان Hartmann (١٩٦٤) وكرييس Kris (١٩٥٢) ورابابورت Rapaport (١٩٥١)، وموجهاً الاهتمام إلى طبيعة الواقع وآليات التكيف النفسى لهذا الواقع. كما بدأ السلوكيون يولون اهتماماً بالتفكير وعملياته ولا يقتصرون عملهم على دراسة التعلم. وحتى في نطاق التعنّف فقد بدأ السلوكيون يهتمون بدراسة تعلم المفاهيم والافكار بعد أن كان تركيزهم منصباً على الأداء الحركي، ويهتمون بتعلم الكلمات ذات المعنى بعد أن اقتصر تبحرهم على تعلم المقاطع المفترقة إلى المعنى.

لقد أخذ المعالجون يفيدون من طرائق العلاج المعرفي بشكل متزايد رغم ولاتهم لمدارسهم الخاصة. فكثير من العلاج السلوكي، رغم ما يبدو من ارتكازه على نظريات التعلم واعتساده على التجارب المعملية، لا يبعد كثيراً عما اعتاد الناس فعله منذ القدم لمعالجة مشاكلهم النفسية. فإجراء «بروفة» rehearsal خيالية للموقف المرهوب هو لب العلاج السلوكي المسمى «خفض الحساسية المنظم» systematic desensitization وتدرّيبات توكيد الذات assertive training التي يضطلع بها السلوكيون لا تزيد كثيراً عما كان يفعله كثير من الناس على السجّية. أما أطباء الأعصاب neuropsychiatrists فقد أخذوا يصفون لمرضاهم كثيراً من العلاجات المعملية من مثل الترجية والتفسير والتشجيع والتغيير، دون أن يضطروا إلى التنكر تفكيرهم المخوية وهي السببية القيزيائية.

ونحن نتوسم أن تعطى المحاولات الجريئة لعلماء النفس الإنسانيين الملقبين «بالقوة الثالثة» و (Goble, 1970) the third force دفعة كبيرة لهذه الروح المشتركة. فقد تحمس أوليورت Allport (١٩٧٠) لهذا الانتقال ليؤثر الاهتمام إلى الأفكار الواعية والرغبات والمثّل،

واعتبرها ثورة حقيقية، وأسمى ذلك الاتجاه «العلاج الموقفي» attitudinal therapy مشيراً إلى وجود نقاط اتفاق تجمع نظريات كُتّاب متباينين من مثل أدلر Adler وإريكسون Erikson وهورني Horney وماسلو Maslow وروجرز Rogers. ونحن نضيف إليهم أثيرت إيلس Albert Ellis بالضرورة.

ما هي هذه الأرض الوسطى التي رسم حدودها إنسانيو «القوة الثالثة» وما تزال ترونها بالتنقيط زخاتٍ متناهية من التحليل النفسي والسلوكية؟ إنها المدخل الجديد الذي يولى اهتماماً أكبر للمحتوى الظاهر للوعي من أفكار وأهداف واتجاهات، ويتوفر على خواطر المريض واستبطاناته لذاته وخططه لحل مشكلاته.

وقد أبرز سيلفانو أرييتي Arieti (١٩٦٨) أهمية السيكولوجيا المعرفية كطريقة لفهم المشكلات الإنسانية. وهو محلل نفسي أطلق على المجال المعرفي اسم «ستدريللا العطب النفسي» مؤكداً أن «قسماً كبيراً من حياة المرء مرده إلى بناعاته المعرفية cognitive constructs، وأنها من الحال أن نفهم الكائن الإنساني دون أن نعرض لهذه البناءات الهامة من مثل صورة الذات self - image، وهويتها self - identity، والتماهي (التوحد/ التغمص) identification، والأمل، والشوق إلى المستقبل» (ص ١٦٣٧).

ومن يُسنّ الطالع أن الإنسان يستطيع بسهولة أن يتعرف على مفرداته المعرفية. هذا الوضوح والتحدد الذي يميز الظواهر المعرفية هو ما يجعلها قابلة للبحث التجريبي. هذه القابلية للاختبار هي التي دفعت كثيراً من الكُتّاب ذوي التدريب السلوكي (من أمثال ماهورني Mahoney، ١٩٧٤؛ وميشنباوم Meichenbaum، ١٩٧٤) إلى محاولة استكشاف الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية في مجال السيكوباتولوجيا والعلاج النفسي. وقد جاءت كثير من الدراسات الحديثة مؤيدة للمبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي، وأدى الاهتمام المتزايد بهذا النهج إلى إجراء كثير من التجارب العلاجية البحثية التي برهنت على كفاءته.

## الفصل الثاني

# استكشاف منظومة الاتصال الداخلي

« الشخصية أشبه بمؤتمر كامل يضم عدداً كبيراً من الأفراد، منهم الخطباء وجماعات الضغط والأطفال، ومنهم الغوغاليون والشبوعيون والأناجيليون ونجار الخروب، وفيهم المستقل والمحافظ ومُبتز الأموال ومقايض الأصوات، وبينهم أشباه قيصر المسيح ومكباتلي ويهوذا وبرومثوس الثوري. »

هنري مري

## الرسالة الخفية

ثمة وابلٌ من العلامات والإشارات الصادرة من البيئة يصل إلى جهازنا العصبى فى كل لحظة فىملى علينا ما نفعله وما نحسه بطرق عدة. كُلُّنا يعرف ذلك وبدريه. فنحن نتوقف لدى الإشارة الحمراء، ونتكئُ مناطق التضجير، ونحتج على سوء المعاملة، ونبتهج للمدح، ونستاء من التائب. ولكننا أقلُ درايةً بمنظومة الإشارات الداخلية التى تناظر الإشارات الخارجية. إن لدينا جهازاً ذاتى التنظيم يقوم بفعلته processing الرسائل الواردة وبفك شفرتها ويفسرها، ويصدر إلينا الأوامر والنواهي، وياخذ النفسَ بالإمراء والتبكيث.

وتتواشج هاتان المنظومتان مثل تروس الآلة بحيث لا تؤثر فىنا المنظومةُ الخارجيةُ من المؤثرات إلا بقدر ما تحركُ نظيرتها الداخلية. فإمكان تشغيلنا الداخلية أن توصل البابَ فى وجه المؤثرات الخارجية أو تشيح عنها فلا نعود نواكب المخرجات الخارجية. على أن التفاوت الشديد أو المزم بين المنظومتين قد يسفر عن اضطرابات نفسية.

إن نقص معلوماتنا عن السلوك الإنسانى هو الذى جعلَ الغموضَ يلتقى بظله على اضطرابات الانفعال، وجعلَ كثيراً من خصائصها محيراً مغلغلاً يندحى كلُّ فطرةٍ وسليقة. وما ان تتوافر المعطياتُ الشاغرة للباحث أو المعالج حتى يعود بمقدوره أن يطبق وسائله ويتفهم أكثر الاعراض غموضاً وإبهاماً. إن كشف المعانى الممنحة بكل استجابة شاذة هو مشروع منير من شأنه أن يترى فهمنا للسلوك الإنسانى أليماً إثرأء. وهاكم أمثلةٌ توضيحية من واقع الممارسة الإكلينيكية.

\* فهذه امرأةٌ تسير فى الطريق، فتدرك فجأة أنها ابتعدت عن بيتها قيدَ ثلاثة مبانٍ، فبتابها على الفور شعور بالإغماء.

\* وهذا رياضىٌ محترفٌ بعتره انقباضٌ وخفقانٌ كلما اجتازَ بسيارته خلال أحد الانفاق، فيظل مختنقاً بلهث ويظن أنه يُحتَضَر.

• وهذا روائي ناجح جعل يبكي بمرارة عندما امتدح الحاضرون عملاً من أعماله .

لقد حفرت مثل هذه الاستجابات اشيرة اصحاب المدارس العلاجية المختلفة، وجعلت كلاً منهم يفترض في جمعته عن تفسير. فهذه مدرسة التحليل النفسي تفسر إغساء المرأة التي ابتعدت عن بيتها تفسيراً لا شعورياً: ذلك أن خروجها يوقظ فيها رغبة مكبوتة في الإغواء والاعتصاب (Fenichel, 1945) وهي رغبة تورث القلق بسبب طبيعتها المحرمة .

أما السلوكيون فيتقدمون لقلق هذه المرأة تفسيراً مختلفاً يستند إلى نموذجهم الشرطي . فيفترضون أنها في لحظة ما من حياتها كان قد نالها خطر حقيقي قدّر له أن يتزامن مع موقف عادي من مثل التجوال بعيداً عن المنزل . هذا التزامن بين المؤثر الحميد والخطر هو الذي هيأ هذه المرأة لأن تستجيب للمؤثر الحميد فيما بعد بنفسى القلق الذي اعتادت أن تجده بجزء الخطر الحقيقي (Wolpe, 1969) .

أما وقد تبين أن كلا التفسيرين التحليلي والسلوكي تُعلمه النظرية إملاء ولا يكاد يفيد من أي من المعلومات المتصلة بالموضوع، فإن لدينا تفسيراً آخر يفرض نفسه حالما نستكشف منظومة الاتصال الداخلى .

فكل من المرضى الذين أشرنا إليهم في الأمثلة الثلاثة يدرك أن هناك سلسلة من الأفكار تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية البغيضة التي تنجم عنه . وما ان يتمكن المريض من ملء هذه الفجوة الفاصلة بين الحدث المؤثر وبين نتائجه الانفعالية حتى ينكشف مغزى هذه الاستجابة المحيرة ولا تعود لغراً . وكلنا قادر بالمرآة والتدريب أن يمسك بهذه الشوارد من الأفكار والصور التي تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية .

فقد استطاعت المرأة في المثال الأول أن تستحضر هذه السلسلة من الأفكار التي كانت تحدث قبيل شعورها بالقلق . فما ان نبين ابتعادها عن منزلها حتى كان يداخلها هذا الفكر: «إننى بالفعل بعيدة عن المنزل، فلو أنه حدث لى شئ الآن فلن يكون بمقدورى العودة إلى المنزل لأتلقى المعون . لو أننى سقطتُ مغشياً على الآن فسوف يعبرنى الناس ولن يتعرف أحدٌ على ولن يساعدنى . » يتبين من ذلك أن سلسلة الوقائع المؤدية إلى القلق تتضمن تعاقباً من هواجس الخطر .

أما صاحبنا الرياضى الذى يعانى من رهاب الأنفاق Tunnel phobia فقد أمكنه أن يحدد سلسلة من الأفكار التي تدور حول مفهوم الخطر . فبمجرد دخوله إلى النفق كانت

تتملكه هذه الفكرة: «إنه من المحتمل أن ينهار هذا النفق فيكون مصيرى الاختناق». عندئذٍ ترتسم في ذهنه صورة هذه الكوارث فيعتربه ضيق بالصدر يفسره بأنه من علامات الاختناق الفعلى، وما تلبث هواجس الاختناق أن تولد فيه مزيداً من القلق الذى يتمثل فى تسارع النبض وضيق التنفس.

أما الرواى الذى كان يعالج تبايرج الاكتئاب، فقد استجاب إلى الإطراء بهذه السلسلة من الأفكار: «يا للكذب المفضلين، يعرفون أنى رواى محدود القيمة ولا يريدون أن يقبلونى على ما أنا عليه، فما يزالون يكلمون لى المدائح الزائفة». وعندما كشف لنا عن هذه الأفكار تبدد الإبهام عن استجابته العكسية للمديح: فحيث أنه يعتبر عمله هابطاً فقد أفسر المديح بأنه مُخادع، وخلص من ذلك إلى أنه يفترق إلى علاقة أصيلة بغيره من الناس. وقد أدى به هذا الاستنتاج الخاطى إلى مزيد من الشعور بالعزلة والاكتئاب.

ومن المؤلف أن أصحاب المدارس الكبرى للعلاج النفسى لا يتقبلون مبدأ وجود أفكار واعية تقع بين الحدث الخارجى والاستجابة الانفعالية الخاصة به. لقد أهملوا دراسة الفكر الواعى. ذلك المصدر الرئيسى للمعلومات فاضطروا إلى استبعاده من صياغة نظرياتهم. ولكن مهما يكن من أمر هذه المدارس فليس من الصعب أن ندرج الأسوياء والمرضى على أن يلتفتوا إلى ما يدور بخلدكم فى المواقف المختلفة. عندئذٍ يستطيع كل إنسان أن يلاحظ أن هناك فكرة ما تصل بين المؤثر سيجد الفارئ طوال هذا الكتاب أنى أترجم كلمة stimulus إلى «مؤثر» رغم أن الأعم والأصوب ترجمتها إلى «منبه» أو «مثير». وذلك لتفادى الدلالات الإضافية التى تحملها لفظنا «منبه» و«مثير» وتخرج بهما عن المقاد الدقيق لكلمة stimulus. «المرجم».

#### الخارجى والاستجابة الانفعالية.

ولكن ماذا عن تلك الانفعالات التى تقع للإنسان فجأة فى غياب أى حدث خارجى يفسرها؟ فى تاويل ذلك نقول إنه بالإمكان دائماً أن نشمت وجود «حدث معرفى» cognitive event، هو فكرة أو ذكرى أو صورة، مندمج فى الخبرى انطلق للوعى، ومسبب لهذه الاستجابة المفاجئة. وقد يكون هذا الانبهاء المعرفى السائد هو علة استمرار الانفعالات البغيضة فى الاضطرابات الانفعالية كالاكتئاب والقلق.

كثير من السلوكيين لا يوافقوننا على أن الفكر يلعب دوراً محورياً فى تشكيل الانفعال.

ويحاول بعضهم أن يثبت أن المؤثرات الخارجية تولّد الاستجابة الانفعالية مباشرة، وأن الشخص يتحكم بتقييمه المعرفي للحدث بعد ذلك باستعادته وتامله، أي (بأثر رجعي). ولكننا نستطيع أن نؤكد أن الشخص الذي تدرب على أن يتعقب أفكاره ويمسك بها بمقدوره أن يلاحظ مراراً وتكراراً أن تفسيره للموقف يسبق استجابته الانفعالية. فهو إذ يرى سيارة متطلّقة نحوه على سبيل المثال، فإنه يفكر أولاً: «إنها ستصدمني» ثم يشعر بالقلق. بل إنه قد يغير تقييمه للموقف فتتغير استجابته الانفعالية. فهذه فتاة، على سبيل المثال، يُقَرِّفُ ظنّها أن صديقاً لها قد مرّ دون أن يحببها، فتقول لنفسها «إنه يتردني» وتحس بالخون. ثم يتبين لها في النظرة الثانية أنه لم يكن صديقاً فلا تلبث مشاعر الاستياء أن تزول.

إن من الصعب في الحقيقة أن نتصور كيف يمكن للشخص أن يستجيب لحدث ما قبل أن يُتِمَّ طبيعة هذا الحدث. وعلى النقيض من المؤثرات العملية البسيطة من مثل زنين الجرس أو صدمات الكهرباء، الشائعة في التجارب السلوكية، فإن مفردتنا البيئية الدالة تنسجم عامة بالترتيب والتعقيد بحيث تتطلب منا ملكة الحكم judgement لكي نقرر ما إذا كان موقف ما مأموناً غير ذي خطر، وما إذا كان شخصاً ما صديقاً أو عدواً. وكثيراً ما يتوقف ذلك على مفاتيح دقيقة نحدد بها ما إذا كان مزاجه بريئاً مثلاً أو مسخرياً عدائياً. ولا شك أن أحداث البيئة هي مؤثرات ملحة تحملنا على أن نستجيب لها شيئاً ذلك أم أبنينا، فإن لم نستجب لها بناء على عمليات معرفية مثل التمييز والاستيعاب فسوف نستجيب بناءً على إشارات ماضية تجعل ما يتأهبنا أحياناً من ضحك أو بكاء أو غضب يبدو مُبْتَنِئاً عن واقع المبرمات. مثل هذه الاستجابات التلقوية قد يوكلُ التنبؤ بها إلى النظرية السلوكية التي تؤكد أن الاستجابات الانفعالية تقوم على إشارات طارئة قديمة يفجرها ما يدور حالياً من وقائع سبق ارتباطها في الماضي بمواقف مثيرة انفعالياً.

تتجلى أهمية الكشف عن الوجه المعرفي للشخص بشكل خاص حين نكرن بصدد استجابات انفعالية تقيضية. فحين نقف على انشغول المعرفي ندرك على الفور أن ما يبدو مفزطاً غير واقعي من الغضب أو القلق أو الخون الذي يديه الشخص يستند في الحقيقة إلى تقديراته الشاذة للحدث. وفي أمراض الانفعال تسود وتغطي هذه التقديرات الشاذة.

## اكتشاف الأفكار الأتوماتيكية

أود الآن أن أتطرق إلى شيء من سيرتي الذاتية ربما يلقى مزيداً من الضوء على أطروحتي

عن دور المعرفة في اضطرابات الانفعال . لقد مارست التحليل النفسي والعلاج التحليلي سنوات عديدة قبل أن تسترعي انتباهي حقيقة أن معارف المريض لها بالغ الأثر في مشاعره وسلوكه . فقد كنت أعلم كل مرضى قواعد التداوي الطليق Free association وذلك بأن أطلب من المريض أن يقول كل ما يعين لذهنه دون انثناء (Fenichel, 1945, p.23) وقد تعلم معظمهم جيداً أن يتقهر أى منبل لمراقبة أفكاره . وكانوا يعبرون بسئى من الحرية عن مشاعرهم ورغباتهم وخبراتهم التي يخفونها على الناس خشية الاستهجان . ورغم ما تبين لى من استحالة أن يوح المرضى بكل أفكارهم فقد ظلت أعتقد أن أقوالهم تمثل قطاعاً عرضياً لا بأس به لفكرهم الواسع .

غير أنى بدأت ذات يوم أشك أن المرضى كانوا يغفلون أنواعاً معينة من الأفكار لا عن مقاومة أو دفاع من جانبهم بل لأنهم لم يتعلموا التركيز عليها . وقد أدركت فيما بعد أن هذه الأفكار بالذات هي الحاسمة حقاً في فهم طبيعة المشاكل النفسية . وربما يكون بعض التحليليين قد كشفوا الغطاء عن هذه المادة الثرية ، غير أنهم لم يبرزوها فى تراثهم كما هى دون تحوير وتأويل .

وسوف أعرض الآن لخبرة علاجية حفزتنى على الاهتمام بهذه المادة غير المنطوقة وتعقبها بالبحث والدراسة .

فقد حدث أن كنت أعالج مريضاً لى علاجاً تحليلياً ، وبينما أنا سادراً فى تداعيه الطليق أخذ يشققتنى بحتى و غضب . وبعد أن توقف سألته ماذا تحس الآن ؟ فقال : وأحس بالذنب إحساساً شديداً . يوماً كنت قائماً بنهسى لما جرى . فقد كان هناك ، وفقاً للنموذج التحليلي التقليدى ، علاقة بين عمائه وذئبه هى ببساطة علاقة علة بمعلول ولم يكن لى يومئذ ما يدعو لى إلى توسيط أى حلقات أخرى فى السلسلة .

غير أن المريض تطوع عندئذ بتقديم معلومة جعلتنى أعيد تقييم الموقف من جديد . ذلك أنه فيما كان ينحى على بالانتقادات المشحونة بالغضب كان لديه أفكار أخرى آخذة مجراها مفادها لوم الذات . لقد أفاد المريض أن هناك تيارين من الأفكار كان بهريان فى نفس الوقت تقريباً : أحدهما تيار العداة والانتقاد الذين عبر عنهما أثناء التداوى الطليق ، أما التيار الآخر فكان بهجى هكذا : « إننى لا أقول الحق .. ما كان يصح أن أقول هذا .. إننى متجنن فى انتقادى له .. إننى سئى .. إننى وضع دنى بدرجة لا تُعتقره .



نقدتُ قَدِّمتُ لي هذه الحالةُ أولُ مثالٍ محدد على وجود تيارٍ من الأفكارِ بجرى موازياً للأفكارِ المُعلَّنة. فأدرِكتُ أن هناك سلسلةً أفكارٍ تتوسط بين تعبيراتِ الغضبِ ومشاعرِ الذنب. لم تكن هذه الأفكارُ البسيطةُ واضحةً للعيانِ فحسب بل كانت تليقاً مباشرةً لمشاعرِ الذنب، بحيثِ حوِّلتُ معادلةً الحدثِ إلى الآتى: لقد أحس المريضُ بالذنبِ لأنه كان ينحى على نفسه باللامعةِ بسببِ أقواله القاضيةِ لى.

ثم إننى جعلتُ أُخرى هذا الكشفِ الحديدِ شهوراً عدةً بل سنواتٍ مع مرضى آخرين خلالِ التداوى العَاطِيق. فاكتشفتُ أن لديهم أيضاً تياراتَ فكريةً لا يصرحون بها. غير أن كثيراً منهم، بعكسِ المريضِ الأولِ، لم يكونوا على درايةٍ تامةٍ بها قبل أن أحفرهم إلى التركيزِ عليها. تتميز هذه الأفكارُ المضمرةُ في صورتها النموذجيةِ بالانثاقِ التلقائى والسُرعةِ الحافظةِ. وهى فى ذلك تباينُ الأفكارِ المُعلَّنة. ولكى أتمكن من استكشافِ هذه الأفكارِ المضمرّةِ واستخراجها كان على أن أوجه المريضِ إلى أن يولى جُلَّ انتباهه إلى أفكارِ بعينها ثم يفتح لى عنها. إنه ضربٌ من تغييرِ بؤرةِ الانتباهِ ثبتتُ فعاليتهُ كما يوضحُ المثالُ التالي.

كانت لى مريضةً ينتابها قلقٌ مستمرٌ أثناءِ الجلساتِ العلاجيةِ دون سببٍ واضح. وقد نُظِرْتُ فى إحدى الجلساتِ إلى الحديثِ عن صراعاتٍ جنسيةٍ معينة. ورغم مسحةٍ من الحرجِ فقد أفصحتُ السيدةَ عن هذه الصراعاتِ الحساسةِ بحريةٍ ودون تحرُّزٍ. وقد احترتُ لأمرِ هذه المريضةِ ولم أفهم سببَ قلقها وتخرجها طوالِ الجلساتِ. فقررتُ أن أوجه انتباهها إلى الأفكارِ التى كانت تراودها أثناءَ حديثها معى خلالِ العلاج. وعندما طلبتُ منها ذلك أدركتُ أنها لم تلتفتُ من قبل إلى هذا التيارِ من الفكرِ. وبشيءٍ من التركيزِ تبيّنتُ هذه السلسلةَ من الأفكارِ: «إننى لا اعبر بوضوحٍ عن نفسى.. إنه ضجرٌ منى.. بل ربما يكون عاجزاً عن فهم ما أقول.. إن حديثى قد يبدو له سخيفاً.. من المحتمل أنه سيحاول التخلُّص منى».

عندما استطاعتِ المريضةُ أن تلتفتُ إلى هذه الأفكارِ وتسلطُ عليها الضوء، بدأتُ أفهم مغزى قلقها للملازم لها طوالِ الجلساتِ. لم يكن لتُخرجَ هذه السيدةَ والرتبائها علاقةً بالصراعاتِ الجنسيةِ التى وصفتها، بل كان نُبٌ مشكلتها هو تقييدها الفكرى لذاتها وتوقعاتها لاسنجاباتِ المعالج. فهذه السيدةُ رغم ما تتحلى به بالفعل من فصاحةٍ وجاذبيةٍ كانت تملكها أفكارٌ تدور حول موضوعٍ واحدٍ. هو أنها مُملّةٌ عاجزةٌ عن التعبير. وحين استطاعت أن تضعَ يدها على هذه الأفكارِ الحافظةِ وتتناولها بالمراجعةِ والتصحيحِ، زابها ذلك القلقُ الذى كان يلازمها أثناءِ الجلساتِ.

وقد بُدئت لى الأفكار الأوتوماتيكية للمرضى فى بداية الأمر من قبيل العرض Transference بمعنى أنها تتعلق بتقييم المريض لما يقوله لى أو يزمع أن يقوله، وللأسف على نفعها متى تجاه حديثه. ولكن تبيّن للمرضى فيما بعد أن هذه الأفكار ذاتها تسحب على تفاعلاتهم مع سائر الناس. وبدا أن هناك حقيقة جديدة تزداد وثوقاً يوماً بعد يوم. ذلك أن المرضى هم على اتصال دائم بأنفسهم، دون أن يفتنوا لذلك، سواء خارج الجلسات أو داخلها. وقد استظفنا عن طريق التوليف على نظام الاتصال الداخلى كما هو أن نحدد المشاكل المحورية للمريض بدقة أكبر. فذلك السيدة التى كانت تظن أنها تُصَجِرُنى، على سبيل المثال، تبيّن أنها تعانى نفس الأفكار فى كل تعاملاتها الشخصية.

ولكى أفضح هذا التبغ للثر من المعلومات كان من الضروري أن أدرب مرضى على ملاحظة نيار الأفكار المضرة. فمادت قد اكتشفت ابتداءً أن الأفكار المضرة سابقة على الأفعال فقد كانت تعليماتى للمرضى هى: «حالمًا انتابك شعورٌ أو إحساسٌ بغضبٍ حاول أن تستدعى الأفكار التى كانت لديك قبيل هذا الشعور» وقد ساعدتهم هذا التوجيه على أن يشحذوا انتباههم إلى أفكارهم فيتمكنوا فى النهاية من التعرف على الأفكار السابقة على الخبرة الانفعالية. ولما كان شأن هذه الأفكار أن تبتنى تلقائياً وبسرعة خاطفة فقد رَسَمْتُها باسم «الأفكار الأوتوماتيكية» automatic thoughts. وكما سوف نرى فى الفصول التالية، فإن تحديد الأفكار الأوتوماتيكية كان هو المادة الخام التى شكلنا منها فهماً جديداً للانفعالات واضطراباتها.

غير أن ملاحظة هذه الأفكار الأوتوماتيكية قد شكلت معضلة. فقد كان مرضاى، وفقاً لتوجهى التحليلى، يتبعون القواعد التحليلية ويقدمون المادة التى دأب جميع المرضى على تقديمها فى عملية التحليل النفسى psychoanalysis. يشهد على ذلك أساتذتى المشرفون فى معهد التحليل النفسى ممن راجعوا معى الأقوال الخفية لمرضاى فى تداعيمهم الطليق. ولكن الأسباب التحليلية السائدة مثل التداعى الطليق، ومغالبة الرقيب censoring، وتفسير المقاومة interpreting resistances، لم تنجح (باستثناء الحالات التى وصفها أتفاً) فى تحصيل الأفكار الأوتوماتيكية.

وقد خلصتُ بعد مزيد من التمعن والتمحيص إلى أن مرضاى فى الحقيقة لم يكونوا يركزون كما يجب على نيار أفكارهم. فقد كانوا يقدمون مادةً تتصل بمشاكلهم الحالية وأحلامهم وذكرياتهم أو يقدمون حكايات عن خبراتهم، أو يفترون من فكرةٍ إلى أخرى فى

سلسلة من التداعبات . ولكنهم لم يركزوا قط على ملاحظة أفكارهم والإدلاء بها . وبات واضحاً أن كثيراً مما قدموه كان مبنياً على حدسهم لما يُرجح أنهم كانوا يفكرون به وليس على تركيز حاد على ما كانوا يفكرون فيه بالفعل .

لماذا بغفل التداعي الطليق بصورته التقليدية في كشف النقاب عن هذه الأفكار الأوتوماتيكية؟ أحد التفسيرات المحتملة هو أن الناس قد ألفوا أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة ويتحدثوا إلى الآخرين بطريقة مختلفة تماماً . ورغم ما تمارسه عليه هذه الإشارات الداخلية من تأثير قوي، فإن المريض لم يكن يعيرها انتباهاً طوال عمره . صحيح أنه على اتصال دائم بذاته، منسرفاً لوقائع (أو مسيئاً لتأويلاتها) ومراقباً لسلكه ومتنبهاً بالأحداث ومستخلصاً لتعميمات عن نفسه؛ وصحيح أننا في الموقف العلاجي نغنيه أى حرج أو قلق يتبعه من البوح بأفكاره . ولكن المشكلة هي أنه إما غير واع تماماً بأفكاره الأوتوماتيكية أو أنه لم يدر بخلفه أن هذا النوع من الأفكار يستحق كثيراً من . ولذا فمن المستبعد أن يدلى المريض بأفكاره الأوتوماتيكية ما لم يُهَيَأَ لتركيز عليها .

وكما زادت خطورة الاضطراب، كما في الاكتئاب الشديد، زادت هذه الأفكار وضوحاً . وقد ازدادت إحاطة بوجودها، في الحقيقة، عندما أُجريت محاولات لاستكشاف المحتوى الفكري لمريض الاكتئاب الشديد . كما أنني لاحظتُ أن الأفكار الأوتوماتيكية أكثر سطوةً وتسلطاً في مرضى الوسواس الفهري .

## طبيعة الأفكار الأوتوماتيكية

أثارت خبراتي الإكلينيكية التي سلف ذكرها اهتمامي بقضية الأفكار الأوتوماتيكية، فشرعتُ أدرب مرضاي بشكل منهجي على ملاحظتها أثناء التداعي الطليق والإدلاء بها . وكنتُ أحتهم أهدأ على تسجيل ما يعرض لهم منها خارج جلسات العلاج . وكنتُ دهشتُ أثناء مراجعتي لتقارير المرضى عن أفكارهم عندما فوجئتُ بالتشابه الكبير في هذه الأفكار بين مختلف المرضى .

ومن الوجهة العملية، فإن التحديد الصريح للأفكار الأوتوماتيكية قد أعفاني، وأعفى المريض أيضاً، من التخمين فيما لا يرجح أنه يفكر فيه وجعل من الممكن تحديد أفكاره الفعلية بدقة كبيرة . وفيما يلي مثال آخر يوضح هذا الميدان .

فهذه امرأة أثناء التدهاى الطليق تتحدث عن فيلم سينمائي شاهدته فينتابها شعور بالقلق فيما كانت تصف الحبكة الروائية للفيلم. وعندما سألته عن سبب قلقها أجابت «ربما لأنني حساسة لمشاهد العنف». وهو مجرد تخمين أملاء تصورهما المستمد من النظرية التحليلية القائلة بأن العذراء يؤلّد القلق. عندئذ سألتهما إن كان لديها سلسلة أخرى من الأفكار سابقة مباشرة على ملاحظتها للقلق فأجابت «الآن وجدتها! لقد داخلتنى فكرة أنك ننتقدني بسبب تضيق وقتي بالذهاب إلى السينما. هذا ما جعلني عصبية».

لقد لاحظتُ مراراً أنه ما لم يتم للمريض التدرب على التركيز على أفكاره الأوتوماتيكية فالغالب أنها دون أن يكاد يلاحظها. ومع ذلك فيماكاننا مساعدته على تبين أفكاره بتحويل انتباهه إليها. وكما أشرنا للتو، فكلما اشتد المرض زادت الأفكار الأوتوماتيكية بروزاً وجلاءً. وكلما تحسنت حالة المريض خفت الأفكار وقل وضوحها. فإن رُدّت الحالة إلى الانتكاس عادت الأفكار الأوتوماتيكية إلى الظهور مرة ثانية.

كان لتلك الأفكار الأوتوماتيكية التي وصفها العديد من المرضى عددٌ من الخصائص المشتركة. فقد كانت واضحة متميزة بصفة عامة وبعيدة عن الغموض والهامية. وكانت مصوغة فيما يشبه الأسلوب الاختزالي أو التلغرافي الذي يقتصر على الكلمات الضرورية. وكانت مبرأة من التعمّل والتدبر والتفكير، خالية من التسلسل المنطقي الذي يسمُّ التفكير المتوجه لهدف goal-oriented أو لحل المشكلات problem-solving. كانت تحدث تلقائياً كما لو كانت انعكاسية. وبدت كأنها تتمتع بنوع من الاستقلال، فهي تنشأ دون أي جهد من جانب المريض. بل إنه لا يملكُ إيقاعها خاصة في الحالات المرضية الشديدة. وبالاستناد إلى هذه الطبيعة اللا إرادية للأفكار الأوتوماتيكية فقد كان بالإمكان أيضاً تسميتها «الأفكار المستقلة» autonomous thoughts.

ومهما يكن من غلوها وتمحّلها فقد كانت هذه الأفكار تبدو لصاحبها مقبولةً معقولةً. وكان يسلمُ بصحتها دون اوتياب ودون اختيار نواقضها ومنطقيتها. صحيح أن كثيراً من هذه الأفكار كان واقعياً، ولكن الغريب في أمر المريض هو أنه كثيراً ما كان يعتقد في الأفكار الباطلة منها، ويعتقها حتى لو كان قد أقر ببطلانها في مناقشات سابقة. فقد يتبين ببطلانها عندما أمهله وقتاً لتأملها وتمحيصها أو عندما اتاقله فيها لكي لا يلبث أن يستسلم لها حين تعاوده ويقبلها على علانها.

وتتميز الأفكار الأوتوماتيكية أيضاً بأنها تنطوي على نيمة Theme واحدة وإن اختلف

منطوقها في الظروف المختلفة، على ألا نخلط بين ذلك وبين الأفكار المكررة المتطابقة في حالات الوسواس. ولتأخذ هذا المريض الاكتسابي كمثال على فكرة اختلاف المنطوق مع وحدة الموضوع. إنما يملكه هاجس واحد، هو انتفاص الذات، يتلون بحسب الشخص الذي يتعامل معه. فيظن أن أمه تستهجن سلوكه العام وأسلوبه في اللبس، وأن رئيسه في العمل غير راضٍ عن أدائه، وأن زوجته تستنقل مغالزاته، وأن المعالج يراه غيبياً. وتظل هذه الأفكار السلبية على حالها مهما يكن بُعدها عن الحقيقة ومهما نافضتها الأداة الموضوعية وفندتها الجبرة الخارجية، ولا تزول إلا بشفاء المريض من الاكتساب.

وقد لاحظت أيضاً أن محتوى الأفكار الأوتوماتيكية ينسم بالخصوصية الفردية ولا سيما الأفكار الأكثر تكراراً وتوة. وهي ليست مميزة لصاحبها فقط بل مميزة أيضاً لغيره من المصابين بنفس المرض. كما لاحظت أنها تنصق بمشكلات المريض من تداعياته الطليقة وتتوقفها من ثم في الفائدة العلاجية، وأنها سابقة على الأفعال كما أسلفنا. فالأفكار الأوتوماتيكية في حالة المريضة السابقة هي التي ولدت فعلها وليس تأملاتها في المحتوى الفعلي للفيلم. والأفكار الأوتوماتيكية، أخيراً، تتضمن تحريفاً للواقع يفوق ما تتضمنه الأنواع الأخرى من التنكير.

وقد بدأ واضحاً من خلال متابعتي اللاحقة لمريض أن الإشارات الداخلية تلعب دوراً هاماً في السلوك سواء اتخذت شكلاً لغوياً أو بصرياً. وأن الطريقة التي يربط بها الإنسان ذاته ويوجهها ويظهرها ويقرعها ويفسر بها الخبرات ويقيم التوفعات. هذه الطريقة لا توضح لنا السنوك النسوي فحسب، بل تسلط الضوء أيضاً على الاضطرابات الانفعالية وآلياتها الداخلية.

## الضبط الذاتي والتعليمات الذاتية

يصرف بنو الإنسان شطراً كبيراً من أوقات صحوهم في رصد أفكارهم وأمانيتهم ومشاعرهم وأفعالهم. وقد يعقد الإنسان مداولة داخلية بينه وبين نفسه، يطارحها الرأي، ويوازن بين البدائل وبين مآل الأفعال، ثم يتخذ القرارات. وقد أطلق أفلاطون على هذه الظاهرة اسم «الحوار الداخلي» internal dialogue.

وقد يسفر الضبط الذاتي للسلك عن استجابات غير تكيفية. فيؤدي الرصد المفرط إلى

الوعي الذاتي الزائد، والتنظيم المفرط إلى الكف والتبسيط. فمن شأن الإشارات التحذيرية أن تعيق التعبير التلقائي عن النفس. وتجلى هذه الظاهرة بأوضح صورها في « رهبة المنصة » stage fright التي تنسم بفرط الإنسارات التحذيرية والتعليمات الذاتية الكابحة. وتبلغ هذه الظاهرة مداها في مرض الوسواس القهري حيث تتخذ المبادئ الداخلية وتؤدي إلى شلل الفعل.

ومن الوجهة الأخرى قد يُصاب جهاز الرقابة الذاتية بعجز فنجد بعض الناس قد فقد القدرة على ضبط فكره ودفعائه، كما هو الحال في المتدخين الزائد وفي البطلة. فقد يُعتم الشخصُ على ذاته عواقب أفعالهِ. وربما أوقف بعض مدمس الطعام أو الخمر جهاز الرقابة الذاتية بحيث يشع أحدهم في الشهام الطعام أو معاقره الشراب ولا يكاد يدري.

هذا التعاقب بين تفحص الموقف والمداولة واتخاذ القرارات يؤدي منطقياً إلى تعليمات ذاتية هي عبارة عن رسائل لفظية توجه السلوك. يتمثل ذلك في أبسط صورهِ عندما يصدر الإنسانُ إلى نفسه تعليمات لكي يتجز أهدافاً ملموسة محددة، كأن يُذكر الطالب نفسه أن قد أن أو أن المذاكرة، أو يحدث للطرب نفسه بالتوقف لتلقى التصفيق. وقد يتبنى التوجيه والتقييم الذاتي أهدافاً أعرض كان يتجه الإنسانُ لأن يكون والداً كفوفاً، أو أن يكسب الثروة والقوة أو يحقق الشهرة. وعندما ينذر الإنسانُ كل نفسه لهدفٍ محدد تصبح التعليمات التي تعينه هي تلك التي تحمهُ وتأمره وتوجيهه، ومثل هذا الخث والنخس والتحصيض قد يكون ثقبلاً على النفس حتى في حالتها السوية.

وقد تنشط هذه التعليمات الذاتية في بعض الأمراض بشكلٍ مفرط بحيث يظن الشخص بحث ذاته على الدوام بمناخسٍ داخلية. ونحن نصادف هذا في بدايات الاكتئاب وفي الاكتئاب الحزيف وبين أصحاب الإنجازات الكبيرة. وقد وصفت كارن هورني Karen Horney ( ١٩٥٠ ) هذه المظومة من الأوامر الذاتية بأنها « استياد الواجبات » أو « طغيان لابسد » the tyranny of the shoulds. وقد تتواجد الواجبات المتضاربة جنباً إلى جنب عند المترددين من الناس وفي حالات الوسواس القهري.

وهناك صنفٌ آخر من التعليمات الذاتية بذور حول نيمة تجنب الفعل avoidance أو كُفهُ inhibition، فيستجيب أصحابهُ للمواقف البغيضة بأفكارٍ مُدارها التنبُّل والتجنب. فكلما واجهتهم مهمة تبدو مضجرة أو مرهقة تولدت لديهم فكرة « لا تفعل هذا » (وإن قهر هذه

المقاومة resistance ليتطلب أحياناً من قوة الإرادة أكثر مما يتطلبه الفعل ذاته . وبمقياس القياس فإذا توقع الإنسان التعرض للخطر من جراء فعل ما فقد يصدر إلى نفسه إشارة داخلية بكف هذا الفعل وتجنبه .

وتبرز هواجس الهروب والتجنب بشكلٍ خاص في فكر مرضى القلق والاكتئاب . فمرضى القلق إذ يدرك وجود خطر بينما تموزه الثقة بقدرته على التغلب عليه ، تتملكه رغبات وأفكار مدارها الهروب والسلامة . أما مريض الاكتئاب فنشأ عليه الروتينيات المعتادة للحياة فيلتبس طرائق لعزل نفسه عن هذه المشاق أو عن الحياة ذاتها ، وينسحب من هذا المعترك البخيس إلى حالة من الجمود والسلبية .

أما التعليمات الذاتية للشخص الغاضب فتدعوه إلى اتخاذ موقف من الطرف المعتدى : «أثار لنفسك منه» ، «وثبته» ، «لا تتركه يغلت من العقاب» . وقد يدفع الغضب مريض البارانويا إلى القيام بفعل انتقامي بناءً على إساءات موهومة .

ثمة تعليمات ذاتية ترمي إلى عقاب الذات وأخرى ترمي إلى إثابتها . فقد يحفز الإنسان نفسه ويمطرها بوابل من اللوم والتقريع إذا ما آتس في سلوكه أو أدائه عجزاً أو قصوراً ، وربما عَمَمَ الحكم واعتبر نفسه نردلاً تالفها لا خير فيه . ومن شأن ذلك أن يورثه الحزن والإحساس بالذنب . وقد تصل هذه المشاعر من الفتامة إلى درجات مرضية فيصاب الشخص بالاكتئاب ، وهو مرضٌ سُودٌ فيه مشاعر الذنب ولوم الذات .

وعلى النقيض من التدم وعقاب الذات يأتي إطراء النفس وإثابتها . فقد يتملك الإنسان الكبير لإنجاز أناه أو لذناء ناله ، فيحدث نفسه : « باللك من فني ، إنلك تستحق أن تملك الدنيا ، لقد استعدت أمجادك حقاً » . ويقدر هذا الغلو والتعالى يكون انكساره فيما بعد وقنوطه عندما يمتني بالإخفاق أو يخونه الحظ ، فيقول لنفسه : « باللك من أحتمن . أخذتلك أوهام التبوغ بعيداً بينما يراك الجميع غيباً هزأة . إنلك أجوف لا تملك لنفسك نفعاً ولا لغيرك » .

## التوقعات

للتوقع والاستباق تأثير في مجرى المشاعر والأفعال يفوق كل التصورات . فما يتوقعه

الشخص خبراته من نتائج عاجلة وآجلة هو الذى يحدد معنى هذه الخبرات إلى حد كبير (Kelly, 1955). فالتوقعات السارة ترفع مزاج الشخص وهسته فى الدرس والحديث والعمل، بينما تبيته التوقعات السيئة وتجعله فائراً بليداً.

وقد تتخذ التوقعات شكلاً بصرىاً. فالمرضى فى فراشه ترتفع معنوياته ويتجدد أمله كلما ألم به طائف الشفاء ومعاودة الحياة النشطة. والمنصاب بالقلق تترأى له صور الكارثة كلما شرع فى موقف جديد لا عهد له به. ومرضى الاكتئاب تساوره خيالات القتل فى كل مهمة يباشرها (Beck, 1970 c).

وفى المواقف الاجتماعية نجد أن الفرد كأنما يسجل استجابات الناس له أولاً بأول ثم يحدس رأيهم فيه فى ضوء هذا التقييم. فمسائل نفسه: « ترى هل سيروقهم حديثى؟ » « أم سيرون ألقى أحقق؟ » « هل سأتال استحسنهم؟ » « هل سيهزؤون بى؟ ». ويميل الإنسان بطبيعته إلى اعتبار أى استجابة مباشرة من الغير تجاهه كما لو كانت موقفاً ثابتاً كتب أنه الدوام. وتقييمه لصورته الاجتماعية يتوقف إلى حد كبير على الانطباع الذى يلوح له أنه يُحدثه فى الآخرين. إن فكرته عن صورته الاجتماعية قد تطفئ على مفهومه عن ذاته وتحتاج تصوره عن نفسه: « ما لم أكن جذاب الشكل حنو الحديث فسوف لا يحبنى الناس وسوف أكون إنساناً عديم القيمة ».

## القواعد والإشارات الداخلية

حين نتامل الأفكار الأونوماتيكية ينحتم علينا أن نساءل: ما هى المبادئ العامة التى نتحكم فى تشكيل محتوى هذه الإشارات الداخلية؟ نحن نعلم من ملاحظتنا أن الناس قد يسلكون بطرق مختلفة تماماً فى الظروف المتشابهة. فمن الواضح أنهم يؤولون المواقف الواحدة تأويلات مختلفة يترتب عليها أن يصدروا بشأنها تعليمات ذاتية متفاوتة. ونحن نجد أيضاً أن كل إنسان يكرر نفس الاستجابة فى كثير من المواقف التى تتشابه فى صميمها بحيث يمكننا أن نتنبأ باستجابته قبل حدوثها. وقد تطرد هذه الاستجابة أطراداً يجعلها تتصدق به كسمة من سمات شخصيته أو كطبيع من طباعه. فيقال مثلاً إنه خجول هباب، أو إنه جاف عدوانى.



هذه الملاحظات عن مدى اتساق الاستجابات، نشى بوجود نظام من القواعد العامة يحكم كل فرد ويحدد للطريقة التي يستجيب بها لموقف بعينه. وهذه القواعد لا توجه سلوكه الظاهر فحسب، بل تشكل أيضاً الأساس الذي يسى عليه تديره للمواقف وتوقعاته وتعليماته الذاتية. كما تُمدّه هذه القواعد بالمعايير التي يحكم بها على استجاباته من حيث فاعليتها وملاءمتها للموقف، ويعرف بها قدر نفسه ومدى جاذبيتها. الإنسان إذن يسترشد دائماً بقواعد معينة فيما يسعى لتحقيق أهدافه وحماية ذاته جسدياً ونفسياً وتوطيد علاقاته بالآخرين.

وأبرز صنف من هذه القواعد هو ذلك الذى يأخذ صفة المعايير القياسية أو التنظيمات واللوائح. ففى ذهن كل فرد ما يشبه كتاب الإرشادات أو الدليل الذى يسترشد به فى أفعاله ويُقَم به نفسه ويُقَم الآخرين، ويتبين به الصواب والخطأ فى تصرفاته وفى تصرفات غيره. وهو يستخدم القواعد أيضاً كمساطر يقيس بها درجة نجاحه فى عمل معين، ويسترشد بهذه المعايير والمبادئ فى إصدار التعليمات لنفسه (أو لغيره) فى الموقف الذى هو بصددده، ثم يجرى التعديلات اللازمة فى ضوء ما تسفر عنه أفعاله. وبحسب الثمار الناتجة عن سُلُوكه فى النهاية يكون رضاه عن نفسه أو سخطه عليها.

ولا يقتصر دور القواعد على توجيه السلوك، فهى تزودنا أيضاً بمخطط لفهم المواقف الوجدانية المختلفة. فهذا الدليل الكتابى الذى يحمل كل منا فى ذهنه يتضمن نظاماً شفوياً يفيده فى تحديد معنى الأحداث والمؤثرات الخارجية. فهو يطبق قواعد هذا الكتاب حرفياً حين يحسب حسابات أو يتبع خارطة أو يسمي أشياء. فهذه القواعد تنطوى على معادلات وصيغ ومقدمات منطقية تتيح للفرد أن ينظم ملاحظاته عن الواقع ويصنّفها ويؤلف بينها، كما يتمكن فى النهاية من استخلاص نتائج ذات معنى.

ونحن نستخدم هذه الشفرة أيضاً فى المواقف المعقدة، وذلك لكشف المعنى الذى ينطوى عليه الموقف. فعندما يحدثنا شخص ما بشئ فنحن لا نكتفى بفهم رسالته (أى بفك شفرتها) بل يعيننا بالدرجة الأساس أن نستخلص المغزى الشخصى الخاص لحديثه، فننظر ما إذا كان فى حقيقة الأمر يلوّج بالعدوان، وما إذا كان علينا أن نرد عليه بالمثل أو أن نتسحب.

وفيما يلى مثال يوضح كيف يختلف شخصان فى تأويل موقف ما باختلاف القواعد التى يطبقونها على نفس الموقف. ويوضح المثال أيضاً كيف يكون الموقف الواحد مولداً لأنفعالات متباينة ومنهماً بأشكال مختلفة من السلوك بحسب القواعد التى تُستخدم فى فهمه وتقييمه.

فهذا معلّم يطلب، بطريقة عفوية، إلى طالبين (الآنسة أ، والآنسة ب) كانتا متشغلتين في حديث جانبي أن تنتبها إلى الدرس فيقول: «إذا كان لديكما ما نقولانه فإما أن تشاركنا جميعاً فيه أو أن تصمتا». أما الآنسة أ فقد استجابت بغضب قائلة إنها كانت تستوضح نقطة ليس غير، ثم جعلت تتحدى المعلم في المناقشة المفتوحة التي اعقبت الدرس وأخذت تنتقد شرحه ووجهات نظره التي عرضها انتقاداً حاداً. وأما الآنسة ب، وهي التي كانت دائماً تشارك في المناقشات مشاركة فعالة، فقد ظلت منزوية حزينة منذ سمعت تعليق المعلم ولزمت الصمت حتى نهاية الحصة.

فمن الممكن فهم الاستجابتين المتناقضتين لهاتين الفتيات بالنظر إلى القواعد التي طبقتها كل منهما في تفسير الموقف وبالتالي في الاستجابة له. فالآنسة أ قد فسرت ملاحظة المعلم كالتالي: «إنه يريد أن يتحكم فيّ، إنه يعاملني كما لو كنت طفلة صغيرة». وكانت استجابتها الانفعالية هي الغضب. وكانت القاعدة العامة التي أدت بها إلى هذا التفسير هي: «التقويم الصادر عن صور السلطة هو استبداد وسيطرة واستهانة. أما التعليمات الذاتية التي أصدرتها فكانت: «ردّي له الصاع صاعين»، والقاعدة وناء هذا الانتقام هي: «يجب أن أثار لنفسى من كل من يسئ معاملتي».

أما الآنسة ب فكان تفسيرها للموقف كالتالي: «لقد ضيعتني متلبسة بفعل لا يليق، وسوف يبغضني من الآن فصاعداً». والانفعال هو: الحجل والحزن. والقاعدة هي: «التقويم الصادر من السلطة يعني فضيحة وضعفاً وخطأً ودونية. ولتت النظر بعنى الرفض». وتعليماتها الذاتية هي: «يجب أن أبقي صامتة مطيعة للتم». والقاعدة هي: «إذا بقيت صامتة فإن ذلك يخلص من حجم غلظتي». وأيضاً: «إن صمتي سيكون تعبيراً عن أسفى على ما بدر مني».

يوضح لنا هذا المثال أن الناس يتصرفون في حياتهم وفقاً لمجموعة معينة من القواعد. فكل من الفتيات في هذا المثال قد استخدم معياراً مختلفاً في تقييم كلام المعلم وخلص بالتالي إلى تفسير مختلف. ثم شرع يطبق قواعد مختلفة ترشده إلى ما يجب فعله فيما بعد تجاه هذا المعلم، ووصل إلى نتائج مختلفة. وبذلك يكون سلوكه الظاهر هو النتائج النهائي الذي أسفرت عنه إشاراته الذاتية ومدلولاته الداخلية.

وصفوة القول أن هذه القواعد تفيد الفرد كمعايير لتقييم سلوكه وتوجيهه أو كبحه. وهو يطبقها أيضاً على الآخرين ليحكم على سلوكهم ومدى ملاءمته ومقبولته، ويتفهم بذلك دلالة أفعالهم ويحدد برأيهم في أفعاله.

ويبنى أن نسأل كيف نشأ هذه القواعد؟ كلنا نعلم أن الإنسان في نموه يبدأ بالتحدث السليم نحوياً قبل أن يتأتى له أن يدرس هذه القواعد. فنحن لا نطلب من الأطفال صراحةً أن يترجموا التعاقب النحوي للفعل والفاعل والمفعول (مثل: أريد زجاجتي)، بل هم يستمدون القواعد العامة من خلال الخبرات العينية الملموسة. وهم بالمثل يسلكون بطريقة مقبولة اجتماعياً قبل أن تُصنّف لهم قواعد السلوك. فهم على الأرجح ينشربونها خلال ملاحظتهم للآخرين وخبراتهم الشخصية كجزء من الموروث الاجتماعي. فمن اليسير أن يرى الطفل كيف تطبق قاعدة «كن مهذباً» أو «تمسك بحقوقك» في موقف معين لتنتج سلوكاً معيناً. وبالمثل يمكننا أن نرى كيف تتحكم قاعدة معينة في تفسير الموقف.

إن عمل هذه القواعد يمكن مقارنته بنوع من الأقيسة التي يعرض لها المناطقة. فإذا رجعنا إلى صاحبينا الأتسة والأنسة ب وجدنا أنهما تعتمدان قياساً منطقياً syllogism مقدمته الكبرى هي: «كل فتوى يصدر من شخص في موقع السلطة هو انتقاد» أما المقدمة الصغرى فهي «المعلم بقومتي». وبذلك تكون نتيجة القياس هي: «للمعلم ينتقدي». نلاحظ هنا أن الشخص لا يصرح بالمقدمة الكبرى لنفسه. ذلك بأنها قد اندمجت بنظامه المعرفي وصارت جزءاً منه، بنفس الطريقة التي اندمجت بها قواعد بناء العبارات اللغوية وقواعد التفرقة بين أصناف الحيوانات والنباتات. كذلك قد يكون متغظناً لمقدمته الصغرى (الحالة الخاصة) أو لا يكون، بحسب الظروف، بيد أنه في كل الأحوال يدرى نتيجة القياس. وهذه النتيجة قد تتخذ في الموقف موقعاً مركزياً وقد تعبره بسرعة شأن الأفكار الأونوماتيكية التي وصفناها آنفاً.

ولهذه القواعد والأقيسة المنطقية القائمة عليها أهمية خاصة للممارس الإكلينيكي. فهي تساعده على تفسير السلوك اللا منطقي المفاجئ وتفسير الاستجابات الانفعالية الشاذة. وسوف نرى في الفصل الرابع كيف أن هذه القواعد إذا تناقرت مع الواقع أو طُبقت بإفراط أو اعتساف حصلت نُذُر الاضطراب النفسي والمشاكل الينشخصية.

## الفصل الثالث

# المعنى والانفعالات

«إن ما يحدث للناس من انفعال ليس من جراء الأشياء، بل هو من جراء أفكارهم عن الأشياء.»

إيكنيوس

## معنى المعنى

ترى ما الذى يصرف علماء النفس عن دراسة المعانى الواعية؟ فالمعنى هو الذى يترى الحياة وبحول الواقعة العُقل إلى خيرة. ومع ذلك ترى المدارس النفسية المعاصرة إما ضاربة عنه صَدْحاً أو سادرة في طلب المعانى الخفية المستغلقة. فبينما تشكك السلوكية كل الافكار والمفاهيم العقلية، فإن التحليل النفسى التقليدى لا يشك بالمعنى الواعية السطحية فيلوذ بما يزعم أنه بنية تحتية معقدة من المعانى الرمزية التى تناقض المعانى العنوية للأحداث.

ورغم ما بين السلوكية والتحليلية من خلافات عميقة، فكلاهما يتفق فى رفض الاخذ بتوصيف المريض لحواله النفسية بمعناه الظاهر، وكلاهما يشك فى تفسيرات الحس المشترك للسلوك. فالسلوكيون لا يعولون على الخبرات الذاتية للمرضى ويصنعونها من دائرة البحث العلمى باعتبار أنها غير قابلة للتحقيق من قبيل ملاحظين آخرين. أما التحليليون فيرون أن الفكر الواعى ما هو إلا نتاج قوى لا شعورية دائبة فى إخفاء المعنى الحقيقى للأحداث. وأما أهل لطلب المعنى فهم قائمون بأن « وراء كل فكرة شاذة جزيماً شاذاً، ولا يُقَلَبُ خاطئهم المعنى النفسى لهذا الشذوذ.

وعلى التقبض من الموقف المتصلب للسلوكية وطب الأعصاب، والتجريد المغرق للتحليل النفسى، يقف المدخل العرفى موقفاً يأخذ بعين الاعتبار كلاً من المعانى الواعية والأحداث الخارجية. فهو يعتمد الافكار والمشاعر والرغبات التى يصفها المريض ويعتبرها مادته الخام، وهو أيضاً يقبل تفسيرات المريض للوقائع بوصفها معطيات أساسية أو قاعدية لا بوصفها سنناً بخفى معانى أعمق كما يفترض التحليل النفسى. وأحياناً ما يكون من الضرورى أن نغربل الافكار الأوتوماتيكية وغيرها من استنبطانات المريض لكى نتضمن من تحديده المعانى والدلالات التى يتضمنها وعبء وإبراز التشكلات المعقدة التى تتخذها، ثم يكون علينا أن نغرب مدى انطباق صياغتنا لهذه المعانى على المحتوى الحقيقى لوعى المريض، ونظّل نعيد الصياغة والتجريب إلى أن يقرر المريض انطباقها التام على بنائه الفكرى الخاص للواقع.

ولكن نتفهم الاستجابات الانفعالية لواقعة ما، علينا أن نفرق بين المعنى العام لها وبين معناها الخاص أو الشخصي. فالمعنى العام هو التعريف الرئيسي أو الموضوعي للحدث مجرداً من أي دلالة شخصية. فحين يأخذ ثلة من الاصدقاء في مضايقة صديق لهم فإن المعنى الموضوعي لهذا هو ببساطة أنهم يعبثون به. أما المعنى الشخصي الذي يقع لهذا الصبي فهو أكثر تعقيداً. فقد يعني هذا الحدث بالنسبة له أنهم يكرهونه أو أنه ضعيف الشخصية. ورغم إدراكه لهذا المعنى الشخصي فإنه في الغالب يكتفه في نفسه ولا يظهره مخالفة أن يعنوا في مضايقته إذا هو أظهر ثبرمه وضيقه. وبالمثل قد تحوز فتاة على أعلى الدرجات في الفصل فتقول لنفسها: إن هذا يثبت أنني أفضل من باقي الطالبات» غير أنها قلما تصدع بهذا المعنى الخاص كيلا تحق عليها زميلاتهما. فالمعاني الخاصة تولد عندما يقع شيء يمس جانباً هاماً من حياة الفرد مثل القول من جانب القرناء، إلا أنها تبقى في الأغلب شخصية متكثمة.

هذه المعاني الشخصية كثيراً ما تكون غير واقعية، إذ لا يُتاح لصاحبها فرصة التحقق من صدقها. وواقع الأمر أنه عندما يكشف للمعالج عن هذه المعاني تكون هذه على الأرجح هي المرة الأولى التي تتاح لهم فيها فرصة التحقق من هذه المعاني الحبيثة واختبار صحتها. وتحضرنى في هذه المناسبة حالة مريض لى في أواسط الخمسينيات من عمره، وكان يائساً ناجحاً، استولى عليه دُعرٌ شديد عندما علم بضرورة نقله إلى المستشفى للعلاج من الانتهاب الرئوي. ورغم إلمامه بالمعنى الدارج للمستشفى كمكان لعلاج الأمراض، فقد تركز حاجته الشخصية (كما تكشف لى من أفكاره الأتوماتيكية) على توقعات لا أساس لها، مفادها قيام الأطباء بتخديره وتقطيعه إرباً ثم نقل جثته بعربة (الكارو) إلى المشرفة للعرض والتعريف. لقد تولد قلقه إذن عن المعنى الشخصي للمستشفى وليس عن المفهوم العام المتعارف عليه لهذه الكلمة.

وأحياناً ما تصادف شخصاً يستجيب لموقف ما استجابة غير ملائمة بل مغالية إلى حد المرض. وحين نواجهه في ذلك نجد أنه قد أساء فأوبل الموقف بناءً على شبكة من المعاني الخاطفة التي الخفها به. إن لنا أن نعتبرها شاذةً ونسمها بالمرض تلك التأويلات التي تنأى تماماً عن الواقع، بعد أن نتأكد أنها ليست مجرد أخطاء بريئة لزمت عن معطيات خاطفة. تلك هي التحريفات المعرفية cognitive distortions التي تشكل لبُّ الاضطرابات الانفعالية كما سترى فيما بعد.

وقد يتعين على الشخص أن يركز على تيار أفكاره وخيالاته إبان الحدث لكي يتسنى له

أن يحدد المعنى الشخصي الذي يرتبط به . خذ مثلاً على ذلك طالب الطب الذي كان يشكو لي من رعب شديد يمتلكه لدى رؤيته لمريض يتزف أثناء عملية جراحية . ولم يكن في البداية يفهم سر تلك الاستجابة المسرفة . إلا أنني استطعت أن أستحث ذاكرته فاستدرك أنه كان أثناء العمليات الجراحية ترواده صورةً خيالية لنفسه وهو يتزف دماً ، وتصاحب الصورة فكرةً تقول : « من الممكن أن يحدث لي مثل هذا » . من الجلي إذن أن الطائف الخيالي والفكرة هما سبب الرعب وليس مشهد الدم في حد ذاته . وقد استطاع بعد أن تعطلن إلى المعاني الشخصية التي يفحهما على ذلك المشهد أن يحضر العمليات دون أن تثير فيه ذلك الشعور البغيض ولا الطائف المقيض .

إن هذه المعاني والدلالات والخيالات هي التي تؤلف ما يُسمى « بالواقع الداخلي » internal reality . وقد بذل التحليليون جهوداً هرقلية لاستكشاف هذا الواقع الداخلي ، ولكنهم استكنوا أن يأخذوا أقوال المرضى بمناعتها الظاهر فأعادوا صياغة مادتها الفكرية في تركيب مستمدّة من النظرية . ومهما يكن من غموض الأفكار الواعية لمريض ورواياتها فبإمكانه عن طريق الاستيطان الدقيق لخبائته الداخلية أن يوسع مجال وعيه ليشمل ذلك التيار الدائم التدفق من الأسيلة والأفكار . وقد سبق أن وصفنا طبيعة هذا التيار المعرفي في الفصل الثاني من هذا الكتاب .

## الطريق إلى الانفعالات

سبق أن قلنا إن ملاحظات الحس المشترك وتعميماته تشكل الأساس أو القاعدة التي تقوم عليها العلوم الطبيعية . ونشأ هذه التعميمات عندما يتم لنا تأسيس علاقة علّية بين واقعة تحدث وظاهرة تتلوها ، كأن ندع جسماً دون سند فنجد أنه يسقط على الأرض . ولا نشذ العلم السلوكية عن هذا . ففي سبيل تأسيس نظرية علمية تختص بالظواهر السيكولوجية فنحن نعتي بحشد مثل هذه العلاقات العلّية والبرهنة عليها . إلا أن المعطيات الأكثر أهمية في المراحل الأولى من تأسيس العلم السيكولوجي هي معطيات ذاتية مستنفاة من دخيلة النفس وليست موضوعية خارجية كما هو الحال في العلوم الطبيعية . هذه المعطيات السيكولوجية سواء أكانت انفعالات أو أفكاراً أو رؤى هي ذاتية بمعنى أنها لا يحقّيرها ولا يملك أن

يستطيعها ويُدلي بها إلا صاحبها. وإنما تنشأ التعميمات في العلم السيكولوجي بتأسيس علاقات مبدئية بين الخبرات النفسية لدى شخص ما ثم مضاهاة ذلك بعلاقات مناظرة لدى أشخاص آخرين. كما يمكن تعقب مسلسل (الحدث الخارجي الموضوعي - الأفكار الخاصة - الاستجابة الانفعالية) لدى مختلف الأفراد لتحديد أوجه الشبه بينهم وأوجه الاختلاف.

وبوضوح لنا المثال التالي كيف يثير الحدث الخارجي الواحد معاني مختلفة لدى الأشخاص المختلفين. فهذه معلمة تقول لطلاب الفصل إن توني، وهو طالب ذكي، قد حصل على درجة منخفضة في الامتحان. فيحس أحد الطلاب بالسرور ويقول لنفسه: «إن هذا دليل على أنني أذكى من توني». ويحس أخصم أصدقاء توني بالحزن (شأنه شأن توني نفسه) وكأنها شاركه الحسرة. ويحس طالب آخر بالحوف ويحدث نفسه: «إذا كان توني نفسه قد أخفق فمن الجائز جداً أنني قد أخفقت أيضاً». بل هناك طالب أحس بالسخط على المعلمة متفكراً: «ما دامت قد أعطت توني درجة منخفضة فهناك احتمال أن تكون معلمة ظالمة. ومن يظلم طالباً قد يظلم غيره، لأنه خرج على قاعدة أساسية ولم يعد يُؤمنُ شره». وهناك أخيراً طالب زائر خلا باله من أي انفعال. ذلك أن درجة توني لا تعنيه من قريب أو بعيد.

يتبين لنا من المثال السابق أن تأويلاً معيناً للحدث يؤدي إلى استجابة انفعالية معينة. كما يمكننا استناداً إلى أمثلة أخرى عديدة أن نعمم الحكم ونقول إنه بناء على التاويل الشخصي الخاص الذي يضعه كل فرد للحدث تكون استجابته الانفعالية سواء بالفرح أو الحزن أو الحوف أو الغضب أو الخلو من أي انفعال على الإطلاق.

إن هذا التنوع في المعاني الشخصية للحدث الواحد لا يفسر التنوع في الاستجابات الانفعالية لنفس الموقف فحسب، بل هو يفيدنا بشكل مباشر في فهم المشكلات الانفعالية. فالشخص الذي يلمص بالحدث معنى غير واقعي أو مغالي فيه حزين أن يعانى استجابة انفعالية مفترطة أو غير ملائمة. فلن ينعم بالنوم وجيل يتصور في كل نائمة يسمعها لصاً يقتحم عليه المنزل. ومثل هذا الرجل عرضة لأن يُصاب بعصاب القلق إذا هو ذاب على تفسير كل مؤثر حميد بوصفه نذير خطر.

هذه الأطروحة القائلة بأن المعنى الخاص للحدث هو الذي يحدد الاستجابة الانفعالية له، تشكل جوهر النموذج المعرفي للانفعال وأمراضه. يُدخّر هذا المعنى في مفردة معرفة cognition a هي عادة فكرة أو صورة خيالية. وفي بعض الأحيان تتألف المفردة المعرفية من



دلالة إضافية connotation أو حكم قيمة value judgement من قبيل «مخيف» أو «رائع». ومن المؤلف أن تصادف انفعالاً معيناً لا يربطه سبب واضح باغتربات الخارجية. فإذا طاف بنا في لحظة ما طائف من خيال أو كنا نجتر خاطراً ما، فإن انفعالنا إذ ذاك سيكون وليد الرؤيا أو الفكرة من دون المؤثر الخارجي. ثم إننا إذا حُرّفنا واقعة ما أو أسأنا فأوبل موقف ما إساءة بالغة فإن استجابتنا ستكون وفقاً لتحرّفاتنا لا لواقع الموقف وانفعالنا سيأتي تابعاً للوهج لا للحقيقة.

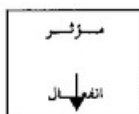
يستمد النموذج المعرفي للانفعالات مادته الأولى من إدلاءات المرضى بملاحظاتهم الاستبطانية لأفكارهم ومشاعرهم، ثم يكشف الصلة بين الأفكار والمشاعر، ويؤسس بعد ذلك تميمات تحدد أي نوع من الأفكار (أو المعاني) يؤدي إلى هذا الانفعال أو ذلك.

لم تلتفت المدارس السلوكية الأخرى في دراستها للانفعالات إلى تقارير الناس عن تفكيرهم وشعورهم، أو هي لم تقد من هذه التقارير كما يجب. فالسلوكية التقليدية تفسر الاستجابات الانفعالية وفقاً لنموذج «المؤثر - الاستجابة» stimulus-response. فهي تتخذ ما تراه الطريق الأسهل الذي يصل الحدث الخارجي مباشرة بالاستجابة الانفعالية، دون توسط من الفكر أو المعنى بين المؤثر والاستجابة. ويتأسس هذا التعاقب بين المؤثر والاستجابة، وفقاً للنظرية السلوكية، كنتيجة لإشراط سابق. ولذا جرّى العرف على تسمية هذه الصياغة باسم «النموذج الشرطي».

أما النموذج التحليلي للانفعالات فأعقد من ذلك بكثير. ومشيئاً من التبسيط الاصطلاحي نستطيع أن نقول إن التعاقب يحدث كما يلي: ثمة مؤثر أو حدث يقع فيثير رغبة أو دفة لا شعورية. وبما أن هذه الرغبة غير مقبولة من جانب الشخص فإن بداية انبثاقها في الوعي تشكل تهديداً داخلياً. وما لم يتمكّن من صد هذه الدفعة المحرّمة باستخدام ميكانزم دفاعي defense mechanism فإنه يشعر بالقلق والذنب. وعلى سبيل المثال يرى فرويد حسب نظريته عن عقدة أوديب أن الطفل الصغير يستجيب لرؤية أمه (المؤثر) بدفعة جنسية لا شعورية نحوها. فإذا ما هدّدت هذه الرغبة اللا شعورية بالانتدفاع إلى حيز الشعور واقتحامه، فإن الطفل يشعر بقلق مرده إلى الخوف من عقاب غريمه الأب.

يتفق النموذجان إذن، السلوكي والتحليلي، في الانتقاص من أهمية المعاني القابلة للملاحظة الاستبطانية والإدلاء المباشر. فالسلوكيون يرفضون المعنى الكلية، والتحليليون بمنهج

المعنى اللاشعوري. ويختلف النموذجان في تحديد موقع المؤثر المتحكم في الانفعال. فإيه السنوكيون خارجياً حسب نموذجهم الشرطي. وإيه التحليليون داخلياً غير أنه دون مثال تدعى (شكل ١).



النموذج الشرطي



النموذج التحليلي



النموذج المعرفي

(شكل ١) التفكير والانفعال

وبينما يتجنب هذان النموذجان كل ما تعارف عنده الناس من أسباب الحزن والفرح والخوف والغضب، فإن المدخل المعرفي يعيد المسألة بكاملها إلى حظيرة الحس المشترك. وهو إذ يفرز المعاني الخاصة للأحداث، فهو يضم في سلة واحدة مختلف المواقف التي تؤدي إلي نفس الاستجابة الانفعالية. ورغم أن تحديد الأحوال التي تثير انفعالاً ما قد يكون أوضح من

أن نفرد له كل هذه التحليلات المرهفة الدقيقة، إلا أن تحديد هذه المواقف لابد منه في إقامة التعميمات. وهذه التعميمات بدورها تشكل أساس كل فهم للاضطرابات الانفعالية من مثل الاكتئاب، والهوس mania، وعُصاب القلق anxiety neurosis، وحالات البارانويا paranoid states.

### النطاق الشخصي the personal domain (\*)

يحكى أن رجلاً عرض عليه صديق له صورة لشعار من شعارات النبالة فلم يحفل بها. إلى أن أقعه هذا الصديق أن هذا الشعار هو شعار النبالة الخاص بأسرته هو. فمئذ ذلك الحين لم يكف الرجل عن إجلال تلك الصورة وتجيدها. فكان يعرضها لغيره من الناس بسفوف وترويق، ويتأذى كثيراً إذا لم يبد عليهم اكتراث واضح. لقد استجاب الرجل إلى صورة تربية على قطعة من الورق كما لو كانت امتداداً لذاته.

يوضح هذا المثال أن الإنسان قد يلمص معاني شخصية الأشياء التي يرى أنها تتصل به بشكل خاص. إنها أشياء تهمه وتحرك مشاعره. هذه الأشياء سواء كانت ملموسة أو غير ملموسة تشكل النطاق الشخصي للفرد. وفي المركز من هذا النطاق يقع مفهوم الشخص عن ذاته: عن صفاته الجسمية وسماته الشخصية وأهدافه وقيمه. وحول مفهوم الذات - self concept تتحلل الأشياء، أحية والجامدة، التي هي ذخيرة وعُدته. وتتضمن هذه الأشياء على الوجه الأمثل عائلة الفرد وأصدقائه وممتلكاته المادية. أما باقي المكونات في هذا النطاق الشخصي فتتفاوت في درجة التجريد: من مدرسته وطائفته الاجتماعية وقومته إلى القيم المجردة أو المثلى التي تتصل بالحرية والعدالة والأشلاق.

ويفسر لنا مفهوم النطاق الشخصي كيف يمكن للشخص أن يتأثر لما يقع لشخص آخر أو مؤسسة أخرى ولو كانت فضية عنه جغرافياً إلى حد كبير. فقد يحس بالشرائح وبهجة عندما يكرم شخص ينتمي إلى نفس جنسه أو جماعته العرقية. أو يحس بسخط وغضب إذا مسّت ذلك الشخص إساءة، وهو يستجيب لهذه الإساءة وذلك التكريم كما لو كانا يسانه شخصياً.

(\*) وترجمتها معظم الكتاب إلى «الجال الشخصي». وقد اخترت لفظ «نطاق» لأنها الصق بالشخص وادى إلى دلالات العبارة والملكية. «المترجم».

وتتجلى أهمية النطاق الشخصي عندما نحلل الظروف والأحوال ذات الصلة بالانفعال واضطراباته. فمن الثابت أن الشخص يستجيب للأحداث انفعالياً بقدر ما تحس نطاقه الشخصي سواء كانت تضيف إليه أو تنتقص منه أو تهدده أو تنتهكه.

يؤكد أرنولد (Arnold) (١٩٦٠)، وهو من أوائل المنظرين الذين أبرزوا دور المعرفة في توليد الانفعالات، أن الانفعال هو عملية تبدأ حالماً ندرك شيئاً ما ونقيمه، فنقرر إن كان خيراً لنا أو شراً. وإنما يتوقف نوع الانفعال على مدى تقييم الشخص للمؤثر، فما أراه خيراً لمي ونفعاً من شأنه أن يؤدي إلى انفعالات من قبيل السرور واللذة والسعادة. ومن شأن ما أراه شراً لي وضرراً أن يورثي الحزن والقلق والغضب.

ورغم أن أرنولد وعلما نفس تجربيون مثل رينشارد لازاروس (R. Lazarus) (١٩٦٦)، ومارسون علاجيون مثل ألبرت إليس (A. Ellis) (١٩٦٢) قد حددوا بوضوح ذلك الطريق الذي يربط التفكير بالانفعال، فقد فاتهم أن يحددوا أي صنف من التقييم يؤدي إلى هذا الانفعال أو ذلك. والحقيقة أن التراث العلمي العريض في سببولوجية الشخصية والسيكولوجيا الاجتماعية لا يكاد يمس هذه المسألة، أعنى مسألة أي الأفكار يؤدي، كرد فعل للمؤثر مؤذ، إلى انفعالاتٍ يعينها الحزن والقلق والغضب... إلخ. ومع التسليم بأن التقييم المبني للموقف هو هذا شرلي، بصفة عامة، فإن التفسير الفريد الذي يضيفه الشخص على ذلك المؤثر المؤذي هو الذي يحدد طبيعته استجابته الانفعالية.

## الحزن

الحزن خبرةٌ بشريةٌ عامة يعرفها كل إنسان على ظهر البسيطة. وأحياناً ما يكون أكثر الحبرات إلغازاً وأبعثها على الحيرة. فكيف ذا تصادف من طفلٍ أو راشدٍ يقول: «إنني حزين، غير أنني لا أعرف لماذا» فمن غرائب هذا الشعور أنه يأتي في كثير من الأحيان مناقضاً للموقف الحياتي الظاهر. فقد يغشى الغنى ذا البُسْر ويسهو عن الفقير المعدم ويتركه قانعاً بل سعيداً.

وليك بعض النماذج من هذا الحزن التقريبي:

(١) فهذا بائع يبلغه أنه رقى إلى منصب أعلى في المؤسسة التجارية التي يعمل بها، فإذا به يتلقى الخبر حزناً منقبضاً .

(٢) وهذه أم يرين عليها الحزن أنّ تحقق لها حلم حياتها، وهو زواج ابنتها من رجل مرموق .

(٣) وهذا خريج يحضر حفل قدامى الخريجين، وهو الحفل الذي كان يتشوق له سنوات طويلة، فما كاد يلتقى بأصدقائه القدامى حتى خيم عليه الحزن وانسد أمامه حجاب قائم من الغم والكآبة .

(٤) وهذا كهل يلم به الحزن بعد أن انتقل إلى المنزل الجديد الذي كان يحلم به .

هل نعمة من معنى عام يمكن أن يُستخلص من خبرات هؤلاء الأشخاص؟ الحق أن المعلومات التي قدمها كل منهم بعد ذلك سرعان ما بددت للغموض وأمدتنا بتفسير معقول لاستجابة الحزن . فاما البائع فقد يُبْتَظ من همة أن الترقية تعنى أيضاً أن ينقل إلى مكان بعيد لا يجد فيه مؤسساً أو صديقاً . واما الام فاستطاعت أن تقف على الفكرة الأوتوماتيكية التي بثت الحزن في قلبها: « لقد فقدت فلذة كبدى » . واما الخريج القديم فقد غشيتته الكآبة عندما ارتأى نفسه أقل شأنًا وأرق حالاً من أصدقائه السابقين . واما صاحب الدار الجديدة فقد أطيقت عليه الحقيقة المرة، وهي أنه قد أهلك من أجل تلك الدار مالا كثيراً .

ورغم أن كلاً من هؤلاء في واقع الأمر قد أضاف إلى رصيده الخاص وأثرى من نطاقه الشخصي ببلوغه أملاً عزيزاً طالما كان يسعى إليه، فإن التفسير الذي غلبه على أمره كان عكسياً: فتمّة قيمة ما قد ضُيعت .

إن المعنى الشخصي الذي يضيفه الفرد على خسارة معينة هو الذي يحدد استجابته لها سواء كان ذلك بالحزن أو بعدم الاكتراث . فإذا قدر أن هذا الفرد قد انتقص كثيراً من نطاقه الشخصي فالحزن لا شك سيكون حليقته . أما إذا كانت الخسارة طفيفة بالنسبة إليه فإنه يستوعبها دون حزن يُذكر . فإذا خسر مليونير على سبيل المثال بضعة دولارات عرضاً فقد لا يابه، لأنها لا تؤثر شيئاً في مركزه المالى . لكنه إذا عرض له أن خسر نفس المبلغ في مراهنه فربما أصابه الحزن . ذلك أن للخسارة في هذا المقام دلالة سلبية إضافية تمس قطائنه وتؤمئ إلى طالعته . وبالمثل قد لا يكترت طبيب نفسى بإهانة يوجهها له مريض ذاهل يعتبره الطبيب فاقداً لوظيفة الحكم . ولكن نفس الإهانة قد تقض مضجعه إذا أتت من زميل له في المهنة . الإنسان

إذن لا يهمه أن تُزال من نطاقه صفة غير ذات قيمة في نظره. إن سقوط زائدة جلدية هو شيء ادعى إلى الارتياح، أما سقوط الشعر فلا.

ومن السهل أن نلاحظ كيف تختمل كثير من مواقف الحياة تفسيرها كفقدان أو انتقاص من النطاق الشخصي. ويمكن بسهولة أن نقسم الأحداث التي تبعث على الحزن إلى الأصناف التالية:

(١) فقدان موضوع عيني ملموس له وزنه كمصدر للإشباع أو له قيمته لأي سبب آخر.

(٢) فقدان أدبي (معنوي) من قبيل الذم والإهانة وكل ما يمس اعتبار الذات - self-esteem.

(٣) انعكاس قيمة أحد مكونات النطاق الشخصي، كأن يتقلب ضدنا ما كنا نعده من قبل ذخراً لنا ومصدر قوة.

(٤) وجود تفاوت بين ما نامله وما نحصل عليه. أي خيبة الرجاء.

(٥) تخيل فقدان مستقبلي واستيقافه: فيميل الفرد إلى معايشة الفقدان المتوقع كما لو أنه حادث بالفعل (يقدر الأبله قبل وقوعه) وبذلك يكابد الأسى من قبل الفقدان.

(٦) الخسارة الافتراضية: أي لم نفع خسارة ولكن يمكن أن نفع.

(٧) الخسارة الكاذبة: أن يقدر الشخص في واقعة ما انتقاصاً من نطاقه يطرق الخطأ.

فقد يكون الفقدان إذن عينياً ملموساً مثل الخسارة المادية، وقد يكون أدبياً معنوياً مثل فقد محبة شخص آخر. ولا يقل الفقدان الأدبي جلياً للحزن ويعتدئ للأسى عن الفقدان العيني. ومن بواهب الحزن أيضاً أن تتغير نظرة الشخص إلى إحدى خصائله أو يتقلب تقديره لها. مثال ذلك أن يرى شخص كان يحتر نفسه فكيفاً ظريفاً أن الناس ينظرون إليه كمهرج حرة.

وإذا كنا بإزاء قيمة نلحقها بصفة من صفاتنا فإن إحساسنا بالفقد تتناسب شدته مع الكمية المنتصبة من هذه القيمة لا مع القيمة المطلقة. فمثلاً إذا ارتأت فتاة كانت تظن نفسها فائتة الجمال أن الناس يعتبرونها مليحة وحسب، فإن إحساسها بالفقدان والحزن سيأتي متناظراً للدرجات التي انتقصت من جمالها في تقديرها الخاص. وينفس المقياس يكون حزن الوالد الذي ظن ولده نابغة الطلاب عندما يأتيه أن مستوى ابنه هو فوق المتوسط لا أكثر.

وثاني خيبة الرجاء ايضاً مصحوبةً بمحتوى فكري ينطوى على معنى الفقدان بتسامه وبيعته على الحزن. فعندما يتقرب شخص أن يحظى بتكريم أو ينال جائزة أو يرتفع أجره، فإنه سرعان ما ينسبه بشكلٍ ما لنفسه، أعني ينسبه كما هو كحق شرعي، ويظل يستشعر شيئاً من الإشباع ما بقي هذا الشيء يحتل مكانه الخيالي من نطاقه. فإذا قُدِّرَ له ألا ينال ما ربه فقد يصيبه نفس الحزن الذي كان حزيناً أن يصيبه لو أنه كان قد ناله ثم فقده. ومهما يكن الأمل بعيداً خيالياً، فإن خيبته الئيمة شديدة.

وكثير من الناس يعيشون المستقبل في الحاضر ويحسون الفقدان المرتقب كما لو كان واقعاً. كذلك المرأة التي أُخبرَتْ أن زوجها قد يسافر خلال بضعة أشهر في رحلة عمل قصيرة، فظلت في حزن مقيم لا يقل عن حزنها حينما سافر بالفعل. وقد كانت هذه المرأة تمهش بالبكاء كلما تأملت المستقبل وتصورت حالها بعد أن يكبر أطفالها ويتركوا المنزل.

أما الفقدان الافتراضي *hypothetical loss* فهو أن نعامل الخسارة الممكنة كما لو كانت حراماً حقيقياً. كذئاب تلك المرأة التي كانت تبتسب كثيراً كلما تحدث زوجها إلى امرأة أخرى، وتفكر أنه من المحتمل أن تتطور علاقتهما إلى الحب.

والخساراتُ الحافظة أو إساءة المسك الدفاتر مثل أنواع آخر من الفقدان هو الفقدان الكاذب. كسنان ذلك الرجل الذي كان يحس بالتم الفقدان كلما أنفق مالا لاكتساب شيء ذي قيمة. وظل هذا حاله إلى أن وقُتُّ إلى أن أساعده على إدراك حقيقة بسيطة: هي أن المكتسب قد وازن المنصرف وزيادة.

## الانشرائح والإشارة

مثلاً يرتبط الحزن بالفقد في الملاحظة الفطرية، فإن الشرط اللازم للانشرائح والإشارة هو إدراك كسب ما أو توقعه، بحيث يقدر الفرد أن نطاقه قد زاد واتسعت حدوده. مثال ذلك أن يكسب أصدقاؤه جُدتاً، أو يقتنى أشياء عتيبةً جديدة، أو يصل إلى هدفٍ منشود من أي نوع. فقد تزداد ثقة امرأة بقدراتها الاجتماعية بعد نجاح أول حفلٍ عشاءٍ تقيمه. وقد يزداد سرور الرجل بيذته الجديدة بعد أن يطربه عليها الآخرون.

ولا تقتصر بواعث الانشراح على التقدير الإيجابي للمشجع، بل إن استنباط اللذات والتعزيزات الأجلة قد يبعث السرور العاجل. وقد ينحو هذا الاستنباط الفكري في الواقع متخياً تصاعدياً، كما سر ذلك الرجل الذي طالعته الصحيفة اليومية بمقال بعرض لبعض إنجازاته المهنية، فكانت أول فكرة طرأت عليه هي أن عمله ذلك (وبالتالي هو نفسه) من الأهمية بحيث استدعى كل هذه الشعبية. وقد غرته هذه الفكرة بالانشراح. ثم جعل يجبل في ذهنه كل الشخصيات اللذين سوف يُقدِّرون لهم أن يقرأوا هذا المقال فيزداد انشراحه أكثر فأكثر. عندئذ بدأت تخياله خيالات الشهرة المتنامية والشعبية المعارمة. لقد أخذت آمالُ هذا الرجل تتسع ذواكراً. ومع كل دقيقة أملٍ كانت هناك دفعةً مناظرةً من الانشراح.

وتعتمد خبرة السرور في نشأتها على المعنى الذي تلحقه بالموقف أو الموضوع. فهذا شابٌ يلحظ أن إحدى الفتيات تزنو إليه فيفكر: «ناتسى تحبني». ثم يعسم هذه النتيجة إلى: «وما دامت هي تحبني فسوف يحبني أصدقاؤها أيضاً»، ثم: «واعتقد أن شعبيتي تزداد كثيراً، فكل الناس تحبني». وقد كان كل امتدادٍ لتقديراته الإيجابية له ما يناظره من ارتفاع المراج.

وليس من الضروري أن تكون هناك حاجةٌ مسبقةٌ قبد الإرضاء أو دافع قبد الإشباع لكي تحدث خبرة اللذة. فإمما واقعة أو فكرة تمثل للفرد إضافة ما هي سببٌ كافٌ للذة. فقد يتلقى الشخص هديةً على غير توقع ولا استنياج، فيسّر بها رغم ذلك ويلذذ. غير أن الشخص ما إن يجد لذة في شيء حتى ينمو فديه شرةً إلى مزيدٍ من هذا الشيء. فقد يستطيع شخصٌ مذاقاً الشهرة فيغدو منهوماً إلى المزيد منها لكي يحافظ على تقديره الجديد لنفسه.

هكذا يكون للتقدير الجديد للذات بالغ الأثر على الدافعية المرء. فالشخص الذي ينال مكافأةً ما قد تلتهب رغبته في الإثابة ويزداد ترقبه للمكافآت فيدفعه إلى مزيدٍ من العمل المنتج. ويعيد هذا المبدأ بصفة خاصة في مساعدة مرضى الاكتئاب على مغالبة ما يصيبهم من كلالٍ وهمود.

وقد تلعب آليات التغذية المرتجعة feedback mechanisms دوراً في تصعيد الاستجابة للمكاسب. فخبرة الانشراح بعد حدث معززٍ للنفس قد يتخذها الفرد دليلاً على أن هذا الحدث (شيءٌ طيب). ومن شأن هذا التقييم الإيجابي أن يوئد مزيداً من الرغبة في مثل هذه الأشياء أو الظروف الباعثة على السرور.



## القلق

من بدائه الملاحظة أن من يرى نفسه في خطرٍ مُحدَق يستشعر قلقاً. وهناك أمثلة تقفز إلى الذهن كنماذج لتلك المواقف الباعث على القلق. منها أن يتهدد المرء أذى جسدي، أو من مرضٍ خطير، أو كارثة اجتماعية، أو رفض اجتماعي. أو أن ينال أي شخص في انطلاقه خطرٌ يهدد سلامته أو صحته أو معنوياته. بل إن المرء ليعاني قلقاً إزاء أي خطرٍ يحيط بموسسةٍ يقدِّرها أو يمجدها.

ومن المخاطر التي تتهدد النطاقَ الشخصي للفرد وتثير قلقه أن يتوقع فقدان شيء ذي قيمة عنده سواء كان هذا الشيء موضوعياً عينياً كالمال والممتلكات أو كان صديقاً أو قريباً بوشك أن يفقده بالسفر أو المرض أو الموت. وللتهديدات النفسية الاجتماعية (مثل توقع الانقراض أو المهانة أو الهجر) نفس الأثر الذي تتركه التهديدات الجسدية ومخاطر المرض العضوي ولها في القلب نفس الوَقع.

ونحن نسمي توقع الأذى واستباقه (خوفاً). ونسمي الاستجابة الانفعالية البيضية (قلقاً) (\*). ومن شأن القلق أن يتنقص إذا استشعر الشخص القدرة على مغالبة الخطر أو ذمته. وإن يزداد إذا رأى أن الأذى المحتمل لنطاقه الشخصي باتَ وشيكاً ومرجحاً ومدمراً. ويذكر القلق أكثر وأكثر إذا كان الشخص في شك من التوقيت الدقيق لوقوع البلاء.

ولكن بشخص المرء الموقف كخطر يتعين عليه أن يقوم بسلسلة من الاستجابات تكاد تكون متزامنة. في الحكم الأول، أو التقدير المبدئي على حد تسمية ريتشارد لازاروس (١٩٦٦)، يتعرف على الموقف كشيء مهْدَد ويقدر مدى احتمالية الضرر ومدى اقترابه وشِدته. يأتي بعد ذلك التقدير الثاني، وفيه يزن المرء قوته الدفاعية، أي قدرته على إبطال الخطر واحتوائه. ويقدر ما تكون الغلبة للقوى المهْددة يكون حجم الخطر المدرك وبالتالي شدة القلق الناتج.

يلعب المعنى دوراً كبيراً في إثارة القلق. نلمس ذلك في التنوع الهائل للمواقف الباعثة على هذا الانفعال، وكذلك في اختلاف درجات القلق الذي يشهده الموقف الواحد لدى مختلف الأفراد. فكلنا نعرف كم يزعج الشخص الحساس للرفض الاجتماعي عندما يوضع في موقف قد يكشف نقاط ضعفه. مثل أن يُكَلَّف بالقاء كلمة أمام عددٍ من النظارة. فمثل هذا الموقف

(\* ستمرض في الفصل السادس فتصهيل الفرق بين الخوف والقلق.

قد يحمل معنى الكارثة بالنسبة إلى هذا الشخص. بينما لا يعنى شيئاً لشخصٍ ثانٍ لا يهمه رأى الناس فيه ولا يكثر لتقييمهم له.

كذلك يكون القلقُ البالغ عند البعض إزاء مواقف أو أشياء مأمونة هو نتاج المعانى الشخصية الخاصة التى يلمصقونها بهذه الأشياء والمواقف. من أمثلة ذلك تلك المرأة الموفورة الصحة التى كان يتخطفها القلقُ كلما نهجت نهجاً طبيعياً عقب مجهود عضلى، طناً منها أنها فى نوبةٍ قلبية. وذلك الرجل الذى كان يتتابه القلقُ كلما مر على أحد الجسور، فقد كانت تنلبسه صورةٌ بصرية للجسر وهو يتهار. ذلك وسوف نعرض فيما بعد لأمثلةٍ أخرى للدور الحاسم الذى يلعبه المعنى فى الحالات المرضية للقلق.

## الغضب

من النماذج التى ترد أحياناً لتمثّل النمطُ الأولى للغضب تلك الاستجابة التى تقوم بها الكائناتُ البدائية لتدمير أو طرد أى كيان مؤذٍ. وقد نضى لنا هذه للمثالة analogy جانبياً أساسياً من السلوك الانسانى: فعندما يتعرض أى شخص لاعتداء جسدى أو لفظى فمن المحتمل أن يثور غضبه ويقوم بهجوم مضاد.

ورغم أن هذه الصيغة الاعتداء يودى إلى الغضب و تناسب بعض الحالات الظاهرة للعبان، فإنها لا تنطبق على كل الحالات التى يتولّد فيها الغضب. فلا يندر أن نجد شخصاً قد أفعده التوترُ وأشله القلقُ على أثر اعتداء وقع عليه. أو أن نجد شخصاً قد تملكه الحزن لا الغضب بعد هزيمته فى اشتباكٍ جسدى. وقد وصف كانون Cannon (١٩١٥) استجابات الكائن للاعتداء وفقاً لنموذج «الكر أو الفر» fight - or - flight الذى يناظر الغضب أو القلق بصفة عامة. إلا أن هذه الصيغة لا تفسر بعض الاستجابات الأخرى للعدوان كاستجابة الاكتئاب مثلاً. كما أنها لا تقدم تعليلات محددة للفروق الفردية فى رد الفعل تجاه العدوان.

ومن المواقف التى نعرفها جميعاً والتي غالباً ما تولّد الغضب. موقف الإحباط، أعنى إحباط رغبة من الرغبات أو دافع من الدوافع. وقد تقصى دولارد وآخرون Dollard et al (١٩٣٩) هذه الملاحظة العامة وتوسعوا فيها وجعلوا منها نظريةً عريضةً هى نظرية «الإحباط السعدوان» aggression - frustration بقصد تفسير السلوك العدوانى aggressive.

والعداوة hostile على تفاوت درجته. إلا أن نظريتهم لا تثبتُ للتحليل النقدي الذي سرعان ما يكشف أنها لا تغطي إلا قطاعاً محدوداً من المواقف المثيرة للغضب. كما أنهم ينفلون الدور الذي يلعبه «معنى» الإحباط في الظروف المختلفة، الأمر الذي جعلهم يوردون في نظريتهم مواقف ترى أنها يتوافر فيها الإحباط ولكنها لا تؤدي إلى الغضب. فمن المستبعد مثلاً أن يغضب الناس حين يحيطون عن هدف ما إذا كان العامل المخطب عادلاً له أسبابه ومبرراته، كما أوضح إليس (Ellis, 1962) وكما اثبتت تجارب بستور (Pastore 1950) (1952). فالزوج الذي اعتاد أن يغضب إذا لم يجد العشاء جاهزاً لدى عودته إلى المنزل، من غير المحتمل أن يتور إذا اكتشف أن امرأته مريضة بحيث تعجز عن تحضير الطعام.

وحين نتعامل ضروب المواقف التي تبعث على الغضب بدءاً من الثورة الطفيفة حتى الهياج الشديد، فقد ترد إلى أذهاننا أعداد لا نهاية لها من هذه المواقف، بحيث يصعب أن نتبين بينها رابطة مشتركة. إلا أننا حين نتمكن من تمييز الملامح الأساسية لهذه المواقف، فرمما يتكشف لنا ما بينها من روابط.

### التحديات المتعمدة وغير المتعمدة

نتناول هذه الأمثلة المستفزة من المجال العريض للمواقف اليومية الباعثة على الغضب:

- (١) رجل تتعبه عصبية من الصبية رشقاً بالحجارة.
  - (٢) تلميذ يهمس في الفصل فيسج عليه توبيخ المدرس من بين كثير من التلاميذ الذين كانوا يهيمسون معه.
  - (٣) أحد رواد المسرح يحاول شراء تذكرة فيدفعه آخر عن الصف وقد بلغ الشباك تماماً.
  - (٤) امرأة ينكت حبيبها المعهد ويهجرها.
  - (٥) طفل يامر والده أن يشارك إخاه في لعبه.
  - (٦) عضو لجنة يحاول أن يقدم سياسة جديدة فيعارضه باقي الأعضاء.
- ثمة خيطٌ واحد على الأقل يجمع كلاً من هذه المواجهات. فالشخصية الرئيسية (أو

البطل (protagonist) في كل من هذه المواقف يتعرض لخبرة غير سارة (الهجوم) من جانب خصم أو أكثر. فهو المستهدف لاعتداء جسدي، أو انتقاد، أو إهانة، أو رفض، أو حرمان، أو معارضة. كلها عن عمد. وكلها مواقف مؤذية لأن فيها تعدياً على سلامة البطل أو رغباته أو اعتباره لذاته. وهو يدركها بوصفها انتهاكاً مقصوداً لطاقته الشخصي، وهي تقع في نفسه هذا الموقع حتى لو لم يكن وراءها سوء نية أو نعمة أذى.

وهناك مجموعة أخرى من المواقف الباعثة على الغضب تتكون من الأوامر والضوابط التي يراها الفرد تعدياً على حقوقه. فقد يغضب مثلاً من تعيبد ما يضعه شخص في موقع السلطة وإن لم تكن لديه الرغبة أصلاً في إتقان السلوك المظهور. ذلك أن حقوق الفرد لا تقتصر على استقلاله وحرية في التصرف والتعبير، بل تتضمن أيضاً توقع الاحترام والذوق واحترام المشاعر والولاء من قِبل الآخرين. وقد تدفع المكانة الاجتماعية والمهنية صاحبها إلى توقع امتيازات خاصة وإلى مهاجمة من يستهين بهذه الامتيازات أو السخط على أي شخص أقل مرتبة إذا هو أدنى امتيازات ليست من حقه.

## التعدييات غير المباشرة

هناك لوّن آخر من التفاعل يفسر لنا العديد من استجابات الغضب التي نستشعرها في أنفسنا ونلاحظها في غيرنا. وفيما يلي أمثلة من المواقف التي لا تمثل للوهلة الأولى انتهاكاً مباشراً لتفاهات المرء غير أنها قد تثير الغضب:

- (١) مُضيفٌ يمتعض من أحد ضيوفه لأنه يستعرض معرفته وثقافته في حفل عشاء.
- (٢) عاملٌ نسخ يغضب من حكايات صديق له عن نجاحه في أعماله التجارية.
- (٣) شابٌ يشاطر من رفيقه لأنها تتحدث بحويةٍ مع رجلٍ آخر.
- (٤) طالبٌ حاصل على درجةٍ ممتازةٍ يحسُّ على أستاذه حين يعلم أنه أعطى نفس الدرجة لأحد زملائه.
- (٥) زوجٌ يغتاظ لأن زوجته منحه إطاراً طفيفاً لما يعتبره نصراً تجارياً كبيراً.

بوسعنا حين نحلل هذه المواقف ان نفهم لماذا تُعتبر مؤذية مكثرة: فكل موقف من هذه المواقف يحمل معنى الاعتداء على البطل من جهة اعتباره لذاته. وسلوك المعتدي يُعرض البطل بطريقة غير مباشرة لانتقاص الذات. فالمجموعة الاولى من المواقف هي أمثلة للغيرة والحسد. فالذين يستحوذون على الانتباه معتدون لانهم يهددون البطل بالاعتيم على صورته: «إنه يحتكر كل الانتقاص ولا يترك لي شيئاً»، «إنه أكثر مني تأثيراً في الناس»، «إنه أكثر نجاحاً مني». مثل هذه المقارنات تجعل البطل يشك في أهميته وبأسه. فالطالب الذي عززت الدرجة الرائعة التي حازها اعتباراً لذاته، انكمش فيه هذا الاعتبار حين خسر ذلك التفرد في الامتياز الذي كان ادعاه لنفسه. والزوج ممتمض من رد الفعل القاتر لزوجته لانه يبدو مهوئاً من شأن إنجازها.

هاتنا سؤالاً يطرح نفسه: مادامت الاعتداءات تمثل نوعاً من فقد، فلماذا يقع البطل في الغضب وليس بالاحرى في الحزن؟ الجواب أنه يحس بالغضب ما بقي قادراً على دُفع الإهانة والانتقاص بالتركيز على الجوانب السلبية للمعتدي: إنه متباه فاقد الجدارة، فارغ العقل، ظالم. على أنه إذا سأم البطل بهذا الفقدان المتخيل للمكانة كشيء معقول أو صائب أو عادل، فإنه عندئذ يشعر بالحزن. أما إذا تراجح بين نوم المعتدي والندم على ما فقدته فإن مزاجه يتذبذب بين الغضب والحزن.

## التعدييات الافتراضية

يمكننا ان نصور أمثلة أخرى لا يبدو أن فيها أيُّ تُعدُّ مباشراً أو غير مباشر بغسر استجابة الغضب:

- ( ١ ) احد المشاة يغضب لرؤية راكب سيارة يخترق إشارة الوقوف.
- ( ٢ ) أمٌ تسخط على طفلها لانه لا يلتزم بأداب المائدة.
- ( ٣ ) رجلٌ ثرى يغتاظ حين يُطلب منه إسهام خيري.
- ( ٤ ) رجلٌ كرس نفسه لمبدأ القانون والنظام يثور غضبه حين يسمع بجرمة ارتكبت على بُعد آلاف الاميال منه.

ليس في أي من هذه الأحداث خرق واضح لنطاق الفرد، ومع ذلك فهو يستجيب كما لو كان تعرضاً لاعتداء مباشر. وهو قد يعترف صراحةً أنه لم يلحق به أي ضرر شخصي من جرّاه ما حدث. فإذا كان الأمر كذلك فلماذا بغضب؟ إذا نظرنا في هذه الأمثلة وجدنا أن القاسم المشترك بينها هو أن المعتدي قد خرق قاعدةً يعتبرها المعتدي عليه هامةً له. ولأن هذا الخرق يجعل البطل يرى نفسه مستهدفاً وعرضةً للإضرار فهو يمثل تعدياً يمكناً أو افتراضياً.

في المثال الأول يفسر السائر غضبه من الراكب المسرع هكذا: «كان من الممكن أن أكون عبيراً للطيرين في تلك اللحظة». أما الأم الساخطة على طفلها في المثال الثاني فتحذر أنه لو كان شخصاً غريباً موجوداً لحكم أنها أم سيئة لا تجيد تربية أطفالها وتقويمهم. وأما الثرى في المثال الثالث فقد احتفاظ لانه تنكّر: «لو أن عليّ أن أعطي نقوداً لكل عملٍ خيري لأفلس».

في الاعتدابات الافتراضية تكون لفكرة «يمكن أن يحدث» نفس الوزن تقريباً الذي لفكرة «حدث بالفعل». وتنسب هذه التعديبات الافتراضية، رغم خفائها ودقتها، في شطر كبير من الخلافات التي تحدث في العلاقات الإنسانية. وسوف نرى حين نتقدم في هذا الكتاب أن هذه الاعتدابات تتألف من انتهاك بعض قواعد السلوك المسلم بها بين الجميع، أو بعض القواعد والمعايير الشخصية الخاصة كما يحدث أحياناً.

إن المرء يُفرضُ حكمه قيمةً value judgement على سلوك الآخرين. وهو بما يدل على وجود دستور ضمني من القوانين والقواعد والمبادئ والمعايير. وإنه يطبق هذه القواعد كما لو كانت تساعد على حمايته من الأذى الجسدي والنفسي رغم أن شخصه ونطاقه لم يمتسأ في حقيقة الأمر في التحامٍ مباشرٍ بالمعتدي. هكذا يحقن السائر على راكب السيارة رغم أنه لم يتعرض للخطر الفعلي. فذلك أن اختراق القانون قد يؤثر على سلامته في المستقبل.

تشكل مبادئ اللعب النظيف والعدل واللياقة نوعاً من الجدار الخارجي أو الحماية لنطاق المرء. وإنما تثير الأفعال الاعتسافية والحاطلة والظالمة مشاعر الغضب والحق (حتى لو لم تكن موجّهةً ضده) لأنها تُعتبر تهديداً لهذا الجدار الواقى.

ونحن نولي أهميةً كبرى لمسائل العادات التي تحكم تفاعلات البشر. ونجد مؤشراً لى انتهاكها في صرخات الغضب من مثل: «ليس لهم حق أن ينصرفوا بهذه الطريقة»، «ليس يحق له أن يفعل هذا»، «يجب على أولئك الناس أن يسلكوا سلوكاً أفضل»، «إنه مبدأ هذا الشيء».

هذا مذهب تجاري في منتصف العمر يُبدي سخطه على مجموعة من الأنماط السلوكية لدى البعض مثل علو الصوت والعدوانية واللامبالاة وشعث الرأس. وبسؤاله اعترف أنه لم ينله شخصياً أذى أو خسارة من جراء سلوكهم غير أنه احتج على هذا السلوك بوصفه غلطاً وسوءاً، وقال إن المذنب يجب أن يناله العقاب بشكل أو بآخر؛ وليس من حق أولئك الهيبين أن يضربوا شعورهم إلى هذه الدرجة ويكونوا بهذه القذارة. إنهم لابد أن يُحتجروا<sup>١٠</sup>.

تؤلف أنماط السلوك المقبولة دستوراً أخلاقياً يتم دمجُه في نطاق المرء. بذلك يحدد أي خرق لهذا الدستور بمثابة اعتداء على نطاقه ويؤدي إلى نفس الاستجابة التي يثيرها الاعتداء. وتفاوت الدساتير الشخصية تفاوتاً كبيراً داخل الجماعة الثقافية الواحدة، وقد تنتهي في الخصوصية فتكون فردية مقصورة على شخص واحد. في هذه الحالة فإن غضب الفرد لخرق دستوره قد يبدو للآخرين غير ملائم وغير صحي. ولكنه يبدو ملائماً له بالنظر إلى معايير الخاصة للصواب والخطأ. إن أي انتهاك لمعايير الشخصية يعتبر اعتداءً على نطاقه.

يبدو أن التقاليد الاجتماعية تلعب دوراً أكبر مما نظن في تحديد الشروط التي تجعل الغضب مُبرراً أو متوقفاً أو لازماً. ولكنها أيضاً تضع الحدود التي يجب ألا يتجاوزها الغضب أو يُعَدُّ رداً أو غير لائق، كما نلمس ذلك في عبارات من قبيل: «إنك تهوّل المسألة» أو «لماذا تُعكّر مزاجك؟». وإن منا إلا من مواقف أغضبه من دون أن تُغضب رفقته، والعكس بالعكس. كذلك عندما نستجيب بهدوء ولا نحرك ساكناً بإزاء موقف مؤذ فقد يقول لنا الغير «كان يجب أن تغضب» «كان عليك أن توبخه». أما إذا أبدى شخص ما ثورة عارمة من الغضب لشيء نعتبره هيناً تافهاً، فقد نشكك عندئذ في أن هذا الموقف يحمل معنى شديد الخصوصية بالنسبة له.

يمكننا الآن أن نوجز أصناف المواقف التي تؤدي، بعامه، إلى الغضب كما يلي: (١) اعتداء مباشر متعمد (٢) اعتداء مباشر غير متعمد (٣) خرق للقوانين والمعايير والأعراف الاجتماعية: التهديدات الافتراضية، السلوك المتدنّي، خرق الدستور الأخلاقي الشخصي (الفردى)؛ في كل هذه الأصناف من ثورات الغضب يتمثل العامل المشترك في أن الفرد «يتعدى» وقوع اعتداء على نطاقه الخاص الذي يشمل فيه ودستوره الأخلاقي والقواعد التي تحمي حقوقه. ورغم أن هذا العامل المشترك هو شرط ضروري necessary condition (\*)

(\*) الشرط الضروري هو الشرط الذي لابد أن يتوافر في الشرط لكي يُتَدرَج هذا الشرط ضمن فئة أو مفهوم ما.

لإثارة الغضب فهو ليس شرطاً كافياً sufficient condition. فلكي يُثار الغضب يجب أن تتوافر شروط أخرى معينة. أولها أن يأخذ الفرد هذا الاعتداء مأخذ الجِدِّ وَيَسْمَهُ بِسْمَةِ سَلِيْبَةٍ. فالطفل الصغير الذي يقذف والده بكرات الثلج هو ادعى إلى البهجة والسلية منه إلى الغضب والتقمه. ثانياً ألا يعتبر الفرد الموقف المؤذي خطراً مباشراً أو دائماً. فإذا كان مبلغ همه هو سلامته الشخصية فسوف يتاله القلق لا الغضب. ثالثاً أن يكون الفرد معنياً أساساً بامر الإثم والعُدوان والمعتدي لا بالآذى الذي يمكن أن يصيبه.

لتوازن الآن بين سلسلة الاستجابات النفسية المؤدية إلى الغضب وبين تلك الخطوات التي تُفضي إلى القلق. إن الفرد في حالة الغضب يبدأ بوضع (تقدير أولي) للمؤثر المؤذي فيسيهه وَيَسْمَهُ كمْؤثر مؤذٍ. وهو في ذات الوقت يقوم بتقييم قدرته على تحمله أو صده أو إبطال أثره (تقدير ثانوي). وفيما يلي مثال ترى فيه البطل يتذبذب بين الغضب والقلق حسبما تعلقو ثقتُه في صد المؤثر المؤذي وتزداد أو تخبو وتتضاءل.

فهذا طالب جامعي كان يقود سيارته فعاثته سبارة نثلكتا أمامه وتتحرك ببطء. فغضب الطالب لأنه أحمق من جهة والتنهك من جهة أخرى من جراء استهانة هذا السائق بقواعد القيادة المتفق عليها. وأطلق نغير سيارته مراراً وصرخ في السائق. لقد كان يعد نفسه قادراً على صد أي انتقام محتمل، وإن استبعد حدوث انتقام على أي حال. غير أن الموقف بدأ ينطور. قلدهشته وجد السائق يتوقف ويخرج من سيارته، فازداد غضبه لتلك المشاكسة. ولما بدا واضحاً أن ذلك السائق ضخم وخطير تحول غضب الطالب إلى قلق فاندفع بسيارته مسرعاً ولاذ بالفرار. وبعد أن ابتعد مسافة آمنة عادته موجة من الغضب وحدت نفسه: «القرواد التذلل. يريد أن يمسحني».

يوضح لنا هذا المثال أن الشخص عندما لا يكون معنياً بسلامته فهو خليلق أن يحس بالغضب تجاه الطرف المعتدي. أما إذا تركز همه في الخطر الوشيك فإن غضبه يتبدل إلى قلق.

\*\*\* تاذكورة على سبيل المثال هي شرط ضروري لكي يدرج (س) ضمن فئة العراب. وعنى عن الذكر أن الشرط الضروري لا يضمن للشئ أن يدرج في الفئة (فالطفل الذكر ليس أعرب، والرجل المفروج ليس أعرب، والفظ البالغ لغزول ليس أعرب). أما الشرط الكافي فهو الشرط الذي إن توافر في الشئ ضمن له أن يدرج في الفئة أو لفهوم دون حاجة إلى شروط إضافية، وغالباً ما يكون الشرط الكافي شرطاً مركباً من مجموعة من الشروط الضرورية، أو قل إنها عندئذ تصبغ، إذ تؤخذ مجتمعة، شروطاً كافية. مثال ذلك أن كون (س) إنساناً وغير متزوج وذكراً وبالغا وليس كاهناً أو غير مؤهل للزواج. هو شرط كافٍ أو شروط كافية لكي يدرج (س) ضمن فئة العراب. «المفريم».



وهذا تذبذب مماثل بين الغضب والقلق وقع فيه رجل بعد أن عَفَنَتْهُ زوجته بقسوة . فهو يتأمل حيناً في ظلمها له وجورها عليه فينضب عليها . وحيناً آخر تُوْرِقه فكرة أنه خسر حينها فيشعر بالحزن . وجعلَ فكرةً يتراجع طول اليوم بين لوم زوجته وبين حرمانه من الحب ، مصحوباً بتراجع مناظر بين الغضب والحزن .

تناسبُ درجةُ الغضبِ بصفةٍ عامةٍ مع ما يبدو للباطل من عَسْفٍ في ذلك العدرانِ ومن جورٍ وظلم . فذلك أمرٌ يتوقف على تقديره الخاص . وهو مما يفسر الاستجابات المفرطة العنيفة إزاء ما يبدو للآخرين إساءةً هينةً طفيفةً .

يمكن تلخيص العوامل التي تنسب في اشتداد الغضب بعد وقوع الاعتداء فيما يلي :  
 ( ١ ) أن يدرك الشخص الاعتداء كشيءٍ متعمد . ( ٢ ) أن يدركه كشيءٍ خبيث . ( ٣ ) أن يدركه كظلمٍ وخيفٍ وأفتاتٍ . ( ٤ ) أن يدرك المعتدي كشخصٍ بغضٍ . ( ٥ ) إمكان توبيخ المعتدي وحرمانه .

وهناك ، من جهةٍ أخرى عواملٌ «مخففة» من شأنها أن تطفئ الغضب وتزيل النغمة ، مثل أن يدرك الشخصُ الاعتداءَ كشيءٍ «عارضٍ غير مقصود» أو واقعٍ «بحسن نية» أو «له ما يبرره» . أو أن يرى المعتدي «فتى لطيفاً» ، أو أن يعتقد الشخصُ أنه هو في الحقيقة المخطئ .

## التمييز بين ثورة الحزن والغضب والقلق

تشير ملاحظات الحياة اليومية إلى أن نفس الظرف الخارجي قد يُحدثُ حزناً في أحد الأشخاص وقلقاً في شخصٍ آخر وغضباً في شخصٍ ثالث . بل إن ظروفاً تبدو متشابهة قد تحدثُ في الشخص الواحد حزناً في أحد الأوقات ، وقلقاً في وقتٍ آخر ، وغضباً في وقتٍ ثالث . غير أننا لو تَقَطَّنا إلى المعاني الملحقة بالحدث نزال الغموض من الأمر وأمكنا في عامة الأحوال أن ننسب بالانفعال المثار . فالعائى الكبرى عند شخصٍ ما تحددها أفعالُه التي اعتادها في تصورِ صنوفٍ معينةٍ من مواقف الحياة ، وتحددها كذلك حالته النفسية إبان الموقف . فإذا كان الهم الرئيسي عند هذا الشخص هو «الخطر» فهو حليف «قلق» . وإذا كان شغله المشاغل هو «القدان» فهو رهين «حزن» . أما إن كانت بؤرة اهتمامه هي السلوك الجائر من المعتدي الليم فهو خدَن «غضب» . وربما تنضح الشروط الضرورية والكافية لإثارة كلِّ انفعالٍ من هذه الانفعالات حين تبين كيف تؤدي ظروفٌ واحدةٌ إلى انفعالاتٍ مختلفة .

## الحزن مقابل الغضب

يؤدى النقص المنزلة (بالإهانة مثلاً أو النقد) إما إلى الحزن أو الغضب. فإذا كان الشخص يسلم بصحة الإهانة أو النقد بحيث ينخفض تقديره لذاته فهو حقيق أن يشعر بالحزن. كذلك يشعر بالحزن، مع عدم تسليمه بصحة الإهانة، إذا كان يعد مجرد الإهانة انعكاساً سلباً عليه. أما إذا رأى الإهانة غير صحيحة وغير مشروعة وظالمة فالأرجح أن يشعر بالغضب. وقد يدرك الشخص أن تسليمه بصحة النقد ربما يسلمه إلى الحزن ومشاعر الذنب؛ فيعند إلى دحض هذا النقد بأن يُسَفِّهَ المنتقد ويجرده من صفته وأهليته للنقد. فإذا نجح فى ذلك فالأرجح أن يتناهى الغضب بدلاً من الحزن.

## الحزن مقابل القلق

حين يعد الشخص أن الحسارة (الفقد) قد وقعت بالفعل أو أن نطاقه الشخصى قد انقضى بتوقع الحسارة فالأرجح أن يشعر بالحزن. أما إذا اعتبر نفسه سلبياً ما يزال وأن الحسارة أو الإهانة وشيكاً فحسب فالأرجح أن يشعر بالقلق. وقد يحدث الحزن بتوقع حدث مؤذ بدلاً من القلق. من أمثلة ذلك أن يعلم الشخص بخسارة مستقبلية وتكتن شخصاً هاماً أو وظيفة أو مكانة. فالحزن هو الناتج إذا أحس الشخص بالحسارة المتخيلة إحساساً حاضراً لا مستقبلياً، أى إذا استقبلها من نطاقه قبل أن تحدث بالفعل.

## القلق مقابل الغضب

السمة البارزة فى حالة القلق هى «الخطر» danger: فالشخص فى حالة القلق مهوم أولاً وقبل كل شئ باحتمال أن يصيبه أذى ولا يملك حيلة فى دفع للمؤثر المؤذى. أما فى حالة الغضب فإن همه الأكبر ليس فى تعرضه للخطر بقدر ما هو فى انتهاك حقوقه وقواعده ومبادئه، وفى جور الطرف العتدى واستحقاقه لنوم.

ولكل محتوى فكري نموذجي لانتفاعات القلق والحزن والانشراح والغضب ما يناظره في أمراض القلق والاكتئاب والهوس وحالات البارانويا على الترتيب . والفرق الجوهرى بين الاضطرابات النفسية والاستجابات الانفعالية السوية هو ان المحتوى الفكرى فى حالة الاضطراب النفسى ينطوى على تحريف أو تشويه دائم لاجد المواقف الواقعية . فبينما تقوم الاستجابة الانفعالية السوية على تقدير معقول للموقف فإن الاستجابة المرضية تخضع إلى حد كبير لعوامل داخلية ( أى سيكولوجية ) من شأنها أن تُفسد عملية تقييم الواقع وتربكها .

## الفصل الرابع

# المحتوى المعرفى لاضطرابات الانفعال

هـ ليس العُصابى مريضاً انفعالياً فحسب - إنه مخبطٌ معرفياً

أبراهيم ماسلو

إنه لما يدعو إلى الإعجاب، حقاً تلك القدرة التي نتمتع بها نحن البشر، عند نضجنا النفسي، على استيعاب أعداد هائلة من الأحداث البيئية والتفاعل معها بتوافق وتكيف. وأدعى منه إلى الإعجاب قدرتنا على التمييز بين أدق المشعرات وأخفها أثناء تعاملنا مع بعضها البعض، ومرتنتنا في مواجهة الحبية والإحباط. وإن قدرتنا على استخدام الخيال بشكل إبداعي دون أن ندعه بجنون على إحساسنا بالواقع لهو دليل آخر على نضجنا النفسي.

غير أن هذه الصورة المتألفة لا تخفي الوجه الآخر من الحقيقة. فمن الواضح أننا لا نستجيب لجميع التحديات استجابةً صائبةً على الدوام. إن لدينا نقاط ضعف خاصة، كانتها خطوطاً تصدع تتراكم إزاءها الضغوط وقد تُفضى إلى ما يشبه الزلزلة أو الثوران البركاني. ذلك هو السلوك الذي نسمه عادةً باسم «الاستجابة المفرطة» وover-reacting، والذي تطلعي فيه التقديرات الخيالية للأمور على التقديرات الواقعية. وقد يتبين لنا أن استجاباتنا فيه لا معقولة إلى حد بعيد.

هناك أمثلة للاستجابة المفرطة نالها جميعاً:

• فهذا رجلٌ يحنأ فجأةً ويشنأ غضباً عندما يبدي له أصدقاؤه شكهم في أنه حجةٌ في مجال معين.

• وهذه امرأةٌ معروفة بالهدوء ورباطة الجأش يتمكها الضيق الشديد حين أعيائها أن تجد رداءً مناسباً لحفل عشاءٍ ترمع حضوره.

• وهذا طالبٌ يمتكر مزاجه ويرين عليه الغم ويعد نفسه فاشلاً تماماً حين يعلم أنه حصل في الامتحان على درجة أقل من المتوقع.

مثل هذه الأمثلة للاستجابة الانفعالية الزائدة أو غير الملائمة تشير إلى أهمية الدراما الداخلية التي تتخلل خبراتنا: إننا نتصور صدمات بين قوى الخير والشر، بين الانتصارات والمآسي، بين المآثر والمجازي. وإن أحلام نومنا يقظتنا لتعرض غمات من هذه المشاهد المسرحية الداخلية. حين تفيض هذه الخيالات وتكتسح بقوتها الدرامية تقديراتنا العقلانية للأمور فإننا ننع فيما يسمى بالاستجابة الانفعالية الزائدة أو غير المناسبة.

قد تبلغ هذه الخيالات الداخلية عند البعض مبلغاً يصبحون معه فريسةً للأوهام تُسيّر سلوكهم وانفعالاتهم كيف شاءت. وعندما تتجاوز استجاباتهم الانفعالية حداً معيناً من الكرب والمعجز فإن لنا أن نطلق عليها «اضطراب الانفعال» أو «التعصب» أو «الاضطراب

النفسى « أو المرض النفسى ». تتكرر هذه الاضطرابات وتتناوب متخذةً صورةً مميزة تسمح بأن ندرجها في تصنيف مرضى متعارف عليه كالاكتئاب وحالات القلق وحالات البارانويا . ورغم أن هذه الاضطرابات النفسية تُمتُّ بصلبة إلى صنف الاستجابات الانفعالية التي عرضنا لها في الفصل الثالث، إلا أنها تختلف عن الاستجابات السوية . ففي حالة الاضطراب النفسى يكون الفكر الطفلى الخيالى متعلقاً بمسائل محورية وموضوعات أساسية في حياة المريض . ويتجلى اضطراب التفكير فى أوضح صورة حين نعرض لواقعة من الملاحظات (الزلمات) التى تصادف المعالين . الا وهى العصاب الحاد acute neurosis .

## الاضطرابات الانفعالية الحادة

لعل الاستجابة العصابية الحادة هى أوضح مثال وأجزءه على البؤس والشقاء الذى يعانى منه المرضى النفسيون . تمثل هذه الاستجابة، فى حالاتها القسوى، فى مجموعة متنوعة من الحيراث الأليمة الشديدة . فالاشياء المألوفة تبدو للمريض غريبة مشوهة غير حقيقية . بل إن خبراته الداخلية تبدو عجيبة شاذة . فقد يجد أنه فقد الإحساس الطبيعى باطرافه أو بداخل جسمه . وقد يحس ينقل أو بخفة فى جسده . وقد تأخذ التوابع معانى ودلالات جديدة، فيهول فى نظره حدث ماض كان يعده حيناً وبكبر ما كان ضئيلاً . إنها استجابات غريبة عن مجال خبرته المعتادة، يُشبهها بعض المرضى بخبراتهم عندما كانوا تحت تأثير التخدير الطبى أو تأثير سئ للمخدرات أو تأثير كلبوس ليلى .

ومن الجوانب المدمرة للاضطراب الانفعالى الحاد ذلك الانفلات لكل ضروب التحكم والسيطرة التى كان المريض يسلم بوجودها من قبل ولا يخالجه فيها شك . إنه ليجهد ويصارع لكي يحتفظ بالتحكم الإرادى فى التركيز والانتباه . ويشق عليه أن يحدد أفكاره أو أن يتهج مساراً متسقاً من التفكير . كما أن وعيه بنفسه وبما حوله يتغير بل ويتضاءل بحيث يشق عليه إدراك كثير من تفاصيل بيئته (إلا أنه قد يصير حد الإحساس، على غير المتوقع، ببعض المؤثرات مثل نبرة صوت شخص معين أو احساسى داخلية معينة) . وقد يعانى هذا المريض من اختلاط ذهنى يصل لدرجة فقد التوجه disorientation . ورغم أنه قد يصيب فى التعرف على ذاته وعلى المكان الذى هو فيه إلا أنه يظل غير واثق من هذا التعرف .

حين يبلغ هذا الاضطراب اشد درجاته يطلق عليه «الاستجابة الكارثية» catastrophic reaction حيث يصف الشخص خبراته الحارقة بأوصاف من مثل: «لست أحس أنني موجود هنا على وجه التحقيق»، «أحس أنني مختلف»، «الأشياء تبدو مختلفة». وفي محاولته أن يحصر نوعية خبرته يستخدم تعبيرات مثل: «أحس أن قبضتي تفلت»، «إنني أخرج من عقلي»، «إنني أحتضر»، «أحس أنني على أعتاب الموت»، «أنتى أتفكك أجزاء»، «إننى أجن». ورغم أن المصاب كثيراً ما يفسر هذه المشاعر المحيطة كدليل على أنه بصدد الجنون، فإنها ترتبط عامة بالاستجابات العصبية الحادة أكثر مما ترتبط بالذهان psychosis.

بالإضافة إلى المشاعر الغربية وإلى تعطل العمليات النفسية المعتادة مما أشرنا إليه آنفاً، فقد تعمر المريض مشاعر عينية من القلق أو الحزن أو الغضب. وحتى حين يكون الانفعال تضخيماً لأحد المشاعر السارة (كالانشراح في الاستجابات الهوسية) فإن شدته تجعل منه شيئاً يغيضاً غير سار.

هل بإمكاننا أن نستخلص معنى متسقاً من تلك الظواهر النفسية الغربية التي تحدث في حالة العصاب الحاد؟ الحق أن هناك عنصراً لافتاً للنظر في تلك الخبرات الغربية، وهو شدة الوعي بالذات، self-consciousness. فمريض العصاب يغدو واعياً بعملياته الداخلية بدرجة زائدة. إن انتباهه مُمَيَّبٌ على إدراكاته وأفكاره ومشاعره بحيث تغدو هذه العمليات النفسية واضحة للغاية. ويتصف هذا الانتباه، فضلاً عن ذلك، بأنه زائد مفرط تجاه مشاعر بيئية معينة، وغافلاً ساء تجاه المشاعر الأخرى، وهو ما نطلق عليه اسم «الرؤية الأنثوية» Tunnel vision، وهو إذ يوثق لانتباهه بمؤثرات داخلية وخارجية محددة، يجد صعوبة كبيرة في الانتفات إلى مناطق أخرى من الخبرة والتركيز عليها.

هذه الظاهرة التي تتضمن الوعي المفرط بالذات والانتباه الموثوق المقيد، تشبه الاستجابات التي يحس بها كثير من الناس في المواقف ذات الخطر الواقعي. فالطالب الذي يؤدي امتحاناً تضخيماً أو تخريبياً هاماً قد يحس بخبرة القلق بسبب الخطر الذي يهدد أهدافه الحياتية. فيجد صعوبة في التركيز على مهتمته المباشرة، وهي أن يقرأ أو يستمع إلى الأسئلة ثم يعول على ذاكرته لتمده بالإجابات. إن انتباهه لينشغل بدلاً من ذلك بهواجس الرسوب وبالتقييم المستمر لادائه وتخصيص حالته الانفعالية السبقة. وهو بذلك ينشغل ولا يفهم الأسئلة وتنعثر محارلته لاستدعاء المادة وتكوين العبارات المناسبة. هذه الظاهرة التي تشمل تعطل الذاكرة وضعف

الأداء ليست ناتجة عن القلق بما هو كذلك، بل عن تقيّد الانتباه بأفكار ومشاعر غير متصلة بالموضوع.

هناك مجموعة مشابهة من الاستجابات النفسية قد تنتج عن التعرض للخطر الجسدي. فالجندي الذي يخوض الحرب لأول مرة قد يحس بصعوبة في التركيز وفي تحويل بؤرة انتباهه، وقد تثبتت انتباهه على فكرة الخطر والرغبة في الهروب بحيث يحجز عن فهم الأوامر وتنفيذها. تلك الأوامر التي من شأنها أن تحفظ حياته. وهناك خبرات مشابهة يذكرها أناس في مواقف أخرى ذات خطر. فقد ينشغل متسلق الجبال المبتدئ بهاجس السقوط وهو يرتقى منحدرًا شامخًا بحيث ترتبك خطواته أو تنعثر ومن ثمّ يعرض نفسه للخطر الحقيقي.

لنقارن الآن بين استجابات الخطر الحقيقي وبين تلك الخبرات التي يحسها للمصاب بحالة عصاب القلق الحاد. إن مريض القلق يشبه ذلك المتعرض لتهديد فعلي في بعض الأوجه: فهو مفرط اليقظة للمؤثرات المشتتة بالخطر يسترعى انتباهه أيّ تغير في بيئته (صوت مفاجئ مثلاً) ولديه في نفس الوقت صعوبة في تركيز انتباهه على العناصر البيئية التي لا تنم على خطر.

ورغم أوجه الشبه فإن مريض القلق الحاد يختلف عن المتعرض للخطر الحقيقي اختلافًا كبيراً. فالخطر الذي يحسه مريض القلق لا وجود له أو هو مبالغ فيه إلى حد كبير. وهو غير مشغول فحسب بفكرة الخطر بل هو دائماً وأبداً يفسر المؤثرات المأمومة كدلائل خطر.

ليست مشكلة مريض القلق في تسمية المؤثرات بالدرجة الأساس أوفى نعتها. فبإمكانه للتو أن يتحدث صوتاً ما يانه صوت عالٍ. ولكن مشكلته فيما يلمصقه من معانٍ ودلالات على مؤثراتٍ بعينها. إن تاويلاته تميل إلى أن تكون بعيدة الاحتمال وغير واقعية. فحين يسمع صفارة إنذار فذلك يعني عنده أن منزله يحترق. وحين يحس ألمًا في مؤخرة رأسه فذلك يحتمل إصابته بسكتة دماغية. وحين يرى شخصاً غريباً يقترب منه فهو يعتبره مهاجماً مغيراً. ويظل يفسر الأحداث والوقائع كدلائل خطر بلا تمييز، وتتراكم هذه التفسيرات فتخلق نظرة محرفة للعالم الواقعي وقلقاً متصاعداً. هذا التاويل السيئ للمواقف يشكل تحرفاً معرفياً cognitive distortion يتراوح بين الزلل الطفيف والخطأ الثقيل الفادح.

تقيّد الانتباه، تقلص الوعي، التجريد الانتقالي selective abstraction، التشويه والتحريف. هذه الظواهر النسبوية ليست وفقاً على عصاب القلق الحاد بل تحدث في العصابات الحادة الأخرى كالاكتئاب والهوس الخفيف وحالات البارانويا. تختلف هذه



الحالات من حيث صنف الانفعال الناجم: الحزن، الانشراح euphoria، الغضب. ويمكن رد هذه الاختلافات في الانفعال إلى اختلاف المعاني الشاذة أو اختلاف تيمات themes التفكير بين هذه الاضطرابات. ففى كل نوع من العصاب، كما سوف نرى، نجد المريض يلموى الحقائق كما توافق التصورات التي تهيم على تفكيره. إن اضطرابات التفكير هي أيضاً في القلب من العصابات الأخرى كالهستيريا والرهاب والوسواس القهرى.

## الاضطرابات العصابية

وغم أن الاضطراب الانفعالى الحاد قليل التوارد لا يعرض بكثرة للممارسين، فإن سماته الصارخة تساعدنا في فهم الأشكال العصابية الأكثر شيوعاً وتضى لنا جوانبها الأكثر صعوبة وخفاء. إن اضطراب التفكير في العصابات الأقل إثارة قد يقتصر على مواقف معينة أو يرتبط بمشكلات محددة تمس من المريض نقاط ضعفه وحساسيته بينما يبقى تفكيره في المواقف الأخرى معقولاً ومتناغماً مع الواقع. غير أننا يجب أن نذكر أن هذه العصابات الأكثر إزمناً وأقل حدة قد تعرض مسارها سورات episodes شبيهة بالاضطراب الانفعالى الحاد.

حيث أن ضيق التفكير وتثبيت الانتباه وتجريقات الواقع أشياء واردة في كل أنواع العصاب، فإن الترويق الهورمية بين العصابات يجب أن نلتبسها في مضمون الفكر الشاذ وليس في شكله. وقد أوجانا الحديث عن غرائب التفكير التي تسم كل أصناف العصاب والتي تشكل نقاط التقاء، لكي نعرض الآن لفحص نقاط الاختلاف بينها في محتوى الفكر.

في تلك العصابات المتسمة بالانفعالات الزائدة نجد أن الحالة الانفعالية المعيزة لكل اضطراب تتولد من محتوى بعينه من الفكر الشاذ. فالحزن، وهو الانفعال المعيز للاكتئاب؛ ينجم من ميل المريض إلى تفسير خبراته بوصفه محروماً ضعيفاً مقهوراً. والانشراح euphoria فى حالات الهوس الخفيف hypomania ينتج من الانشغال الدائب بفكرة تعزيز الذات وإعلاء شأنها. ومريض القلق ينخطفه الكرب والضييق بسبب غلوه في تأويل خبراته كإشارات خطر وتهديد. بينما يستبد الغضب والحقق بمرضى البارانونيا بسبب ثبوته عند أفكار الإسائة والاضطهاد.

وقد استقيت المعطيات الأساسية التي استندت إليها في عملية التحقق من اضطرابات

التنكير عند العصائيين من مدونات حُرْفية لما لفظوا به أثناء العلاج النفسي أو التحليل النفسي الرسمي (Beck, 1963; 1967) والتي تدور حول هواجسهم الكبرى المتكررة وتفسيراتهم للمواقف الحياتية وأفكارهم الأتوماتيكية. لقد كانت مشاغلي في ذلك الحين مناقضة للمحتوى الذي يبرز في هذه التجربة. وهذه الحقيقة لا شك تُضائل من احتمال أن يكون قد أثرت على إدلائهم أو أوحيت لهم بشيء غير نابع منهم. لقد لاحظتُ مثلاً ارتباط مشاعر الاكتئاب بفكرة الفقد ومشاعر القلق بفكرة الخطر. وتكررت هذه الملاحظات مراراً بحيث اضطرتني إلى أن أعدّل فكري عن هذه الأمراض. فبدأتُ الصياغات الجديدة تحمل بالتدريج محل نظريات التحليل النفسي التي كنتُ قد تعلمتها واعتقدتُ فيها، والتي نفسر الاكتئاب كنتاج عدوانية محوكة ضد الذات، وتفسر القلق كنتاج رغبة محرمة بالاشعور تهديد بالقتل الوعي.

وقد قسمتُ في البداية بتسجيل النتائج والاستنتاجات التي استوتُ لي من دراسة ٨١ مريضاً كنتُ أعالجهم (Beck, 1963)، والتي نُبتت لذي دراسة عينة لاحقة تتكون من مئة آخرين من مرضى (Beck, 1970 c). وقد وجدتُ أيضاً أثناء المقابلات التشخيصية لمرضى العيادة أن نواب العطب النفسي قد حصلوا على مادة تدعم تلك الصياغات. كما وجدتُ تدعيماً لها أيضاً في عددٍ من الاستقصاءات الضابطة قامت بها مجموعتي البحثية (Beck, 1971; Loeb, Beck, and Diggory, 1961; وفي ملاحظات ودراسات مستقلة قام بها مارسون وباحتون آخرون (Ellis, 1962; Velten, 1967).

وعلى أساس من الملاحظات الاكليميكية والدراسات المنهجية أمكنني أن أميز بين الاضطرابات العصابية الشائعة بحسب الفروق في محتوى الفكر. وفيما يلي جدول يوضح هذه الفروق:

## جدول (١)

### محتوى الفكر في الاضطرابات العصابية

الاضطراب	المحتوى الفكرى الخاص
• الاكتئاب	• انتفاص من النطاق الشخصى
• الهوس الحنيف	• تقدير مبالغ فيه للنطاق الشخصى
• عصاب القلق	• خطر يهدد النطاق الشخصى
• الرهاب	• خطر مرتبط بمواقف محددة يمكن تجنبها
• حالات الباراتويا	• تعدد غير جائز على النطاق الشخصى
• الهستيريا	• تصور اضطراب حركى أو حسى
• الوسواس	• تحذير أو شك
• الطقوس القهرية	• أمر ذاتى بتأدية فعل محدد لدفع خطر

### الاكتئاب

يرتكز المحتوى الفكرى لمرضى الاكتئاب على فكرة القدر . على وقوع فقدان كبير . فيحس المريض منهم أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أى مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه منتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن . وبإمكاننا أن نصور هذه التهمة فيما يسمى « الثلاثى المعرفى The cognitive triad » : تصور سلبى للذات ، تفسير سلبى لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل .

يؤدى الإحساس بالفقد النهائى وتؤدى التوقعات السلبية إلى الانفعالات المسيزة للاكتئاب : الحزن، والإحباط، والتبلد . فضلاً عن أن الاكتئابى حين يقوى فيه الاحساس بالتورط فى موقف بغيض ومشاكل عصبية تتبدد دافعته التلقائية للبراءة . وربما عليه ميل فاهز إلى الهرب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الاندحار .

## الهوس الخفيف

محتوى الفكر عند مريض الهوس والهوس الخفيف هو تقيض محتواه عند الاكتساب. فهو يرى في كل خبرة من خبرات حياته مكسباً كبيراً، ويسبغ على خبراته قيماً إيجابية دون تمييز، ويتوقع من مساعبه وجهوده نتائج مواتية دون سند من الواقع، ويبالغ في تقدير قدراته. وتزدى هذه التقديرات الإيجابية إلى مشاعر الانشراح euphoria. كما أن القبض المتلاحق للتقييمات الذاتية المتضخمة والتوقعات المفرطة التفاؤل تشحنه وتحمسه وتدفع به في نشاط مستمر.

## عصاب القلق

يسيطر على تفكير مريض القلق تيمات مفادها وجود خطر يهدد نفاذه الشخصي. فهو يتوقع أحداثاً مؤذية له أو لأسرته أو لممتلكاته أو لمركزه ومكانته وغيرها من القيم المعنوية التي يقدرها. وإذا كان مريض الرهاب يحس بالقلق في مواقف يمكن تجنبها فإن مريض عصاب القلق يحس الخطر في مواقف لا يملك تجنبها. فهل يوسع الحائف دوماً من مرض خطير أو قاتل سوى أن يفسر أي عرض فسيولوجي غير معتاد كعلامة على هذا المرض؟ إن ضيق التنفس عنده دليل على إصابته بنوبة قلبية، وأي إسهال أو إمساك أو ألم غامض دليل على إصابته بالسرطان. وكثيراً ما يشتمل بمخاوفه المؤثرات الخارجية، فيفسر أي صوت مفاجئ كتنديد بكارثة، وتثير أي ضوضاء عارضة بالمنزل مخاوفه من نصوص يقتحمونه، وتثير فرقة محرك السيارة (لاشتعال الوقود قبل الأوان) احتمال كونها طلقات رصاص، وتثير صياح أحد الصغار تصورات عنيف جسدي.

وكثير من مرضى القلق يتركز خوفهم على الأذى النفسي بالدرجة الأساس. فيكون الهاجس الغالب على أحدهم هو أن الآخرين والغريباء بل وأصدقائه سوف يرفضونه ويهينونه ويحقرونه. وصفوة القول أن توقعات الأذى البدني والنفسي ترتبط بالقلق وتولق به بحيث تثيره كلما ثارت وتبعته أينما وجدت.

## الرهاب

في حالة اضطرابات الرهاب يكون نوع المرض للآذى الجسمي والنفسي مقصوراً على

مواقف محددة. فإذا أمكنه تجنبها لم يُعُدْ لديه شعورٌ بالخَطَرِ وربما أحس بالأمن والطمأنينة. أما إذا اضطرتته الظروف إلى الدخول في هذه المواقف أو حَمَلَ نفسه على دخولها عَسَى أن يتنلَب على مشكلته، فإنه يعاني نفس الأعراض الذاتية والفسولوجية الخاصة بمرض القلق العصبي.

وكما هو الحال في الاضطرابات النفسية السابقة، فإن الاستجابة المعرفية للموقف المثير عند مريض الرهاب قد يعبر عنها في صورةٍ لفظية خالصة أو في صورة تخيلات. فهذه امرأةٌ مصابة برهاب المرتفعات تغامر بالصعود إلى الطابق العشرين من أحد المباني، فتتملكها خيالاتٌ بصرية وتظن أن الأرض تميد بها وأنها تنزلق تجاه النافذة وأنها تسقط منها، وتمس قلقاً شديداً كما لو كانت خيالاتها واقعةً خارجية حقيقية.

يتأسس الخوف من مواقف محددة على تصورٍ مغالي فيه من جانب المريض. وهو تصور يصيغ هذه المواقف بصيغة الخطر. فالمصاب برهاب الأنفاق يخشى أن النفق سينهار عليه وأنه سيختنق أو يصاب بمرضٍ حاد يهدد حياته ولن يجد أحداً ينقذه. والمصاب برهاب المرتفعات يستجيب لها استجابة الخوف من احتمال أن يسقط منها أو احتمال أن ينهار المبني أو احتمال أن يقدف نفسه باندفاعٍ لا إرادية.

### حالات البارانويا

ذأبُ مريض البارانويا أن يفترض أن الآخرين يتعمدون الإساءة إليه والتدخل في شؤونه وتعميق أهدافه. وإذا كان الاكتئابى أيضاً يتوهم أنه مهانٌ مرفوض من الآخرين فإنما يشعر بذلك عن قناعة منه بأنه يستحق الإهانة ويستأهل الرفض. أما البارانوى فتشغله، على العكس، فكرةُ الظلم الواقع عليه. إن النيمة الرئيسية في تفكيره هي «أنا على صواب.. هو على خطأ» بينما القيمة الرئيسية عند الاكتئابى هي «أنا على خطأ.. هو على صواب». البارانوى إذن لا يعاني من نقص اعتبار الذات self-esteem الذي يعاني منه الاكتئابى، فهو مهومٌ بالاعتداء الظالم على نفاقه الشخصي وليس بخسائرٍ حقيقية حُتت بهذا النفاق.

ويمكننا أن نلخص الفروق بين عصاب القلق والاكتئاب العصبي وحالات البارانويا بأن مريض القلق يركز على احتمال وقوع هجومٍ على نفاقه الشخصي، بينما يركز البارانوى على الظلم والإجحاف والدوافع الخبيثة من وراء هجومٍ مفترض أو انتهاكٍ مزعومٍ لحدهوده. أما

مرضى الاكتئاب فتركيته منصب على الفقدان المفترض والذي يعزوه إلى عجزه فيه وقصوره  
خاص به .

## الوساوس والطقوس القهرية

يتعلق محتوى الوسواس بصفة عامة بخطري ما يعين يظهر في هيئة شك أو حيلة . فمرضى  
الوسواس قد يبقى في شك مما إذا كان قد أدى عملاً ما ضرورياً لتأمين سلامته ( اطلقاً قرن  
الغاز على سبيل المثال ) ، أو أنه سيتسكن من أداء عمل ما كما ينبغي . إن أفكاره تختلف عن  
أفكار مريض القلق في أنها تنصب على عمل من الأعمال يعتقد أنه كان يجب أن يفعله  
( إطفاء القرن في المثال السابق ) أو عمل يعتقد أنه كان يجب ألا يفعله ( مثل ذلك المريض  
الذي يورقه احتمال إصابته بسرطان الدم لأنه لمس ثوب أحد المصابين ) .

أما الطقوس القهرية فتتألف من محاولات تهدئة الشكوك والوساوس عن طريق الفعل .  
مثال ذلك غسل اليد القهري فهو قائم على اعتقاد المريض أنه لم يُزل كل القذر والأوساخ من  
بعض أجزاء جسمه ، وهو مما يعرضه لخطر المرض الجسمي أو يجعله راثحة كريهة . وكثيراً ما  
تعاين التلوث التلازم : رهاب . وسواس . طقس قهري ، كما في حالة ذلك المريض الذي كان  
يخشى الإصابة بالإشعاع فينجب ( رهاب ) كل الأشياء التي قد تصدر إشعاعاً مثل الساعات  
ذات المبدأ المشع وأجهزة التلفزيون ، وحين نضطره الظروف إلى لمس شيء منها يظل يراوده  
احتمال التلوث ( وسواس ) ، مما يحمله على أخذ حمامات متكررة ضوئية كي يزيل المادة  
المشعة التي يتوهمها ( طقس قهري ) .

## الاستجابات الهستيرية

في حالة الهستريا يعتقد المريض أن به اضطراباً جسدياً . وحيث أن المرض الذي يتخيله غير  
قاتل فهو يميل إلى قبوله دون قلق كبير . والهستيريون أصحاب خيال حسى sensory  
imagers بالدرجة الأولى ، بمعنى أنهم يتخيلون مرضاً معيناً ثم يتخذون من الخبرة الحسية  
دليلاً على وجوده عندهم . فمرضى الهستريا في صورتها النموذجية تتلبسه خبرات حسية  
وحركية شاذة تطابق الصورة المغلوطة التي يحملها في ذهنه عن المرض العضوي .

## الذهان

رغم أن الموضوع المعقد للذهان خارج عن نطاق بحثنا، فقد يكون من المفيد في هذا المقام أن نقارن المحتوى الفكري للذهانات بالمحتوى الفكري للمُصابات. إن التيمات الفكرية للاكتئاب الذهاني تماثل نظائرها في الاكتئاب العصبي، والمحتوى الفكري في الفصام البارانوي يشبه ضئيف في حالات البارانويا. كذلك الأمر بين استجابة الهوس والهوس الخفيف. غير أن المحتوى الفكري في الذهان أكثر غرابة وشذوذاً وإغراقاً مما هو في العصاب. فإذا كان الاكتئاب العصبي يرى نفسه غير كلف اجتماعياً، فإن الاكتئاب الذهاني قد يصل به الغلو والإسراف إلى الاعتقاد بأنه يبعث روائح مفرزة تنفر عنه الناس.

فالذهانات بصفة عامة تتضمن استئلاً معرفياً أبرز وأوضح مما هو في العصاب، والمحتوى الفكري الملائم لها أشد حدة وأعصى على التعديل والتصحيح. والذهاني أقل قدرة بكثير على الرؤية الموضوعية لأفكاره الماطلة وأبعد عن المنطقية والواقعية في تفكيره.

## طبيعة اضطرابات التفكير

جرت العادة على أن يُعتبر اضطراب التفكير في غياب مرض عضوي مُلمحاً من ملامح الفصام، بينما تُعتبر اضطرابات الاكتئاب والهوس والتلقن بمظاهرها الانفعالية الصارخة اضطرابات وجدانية أو انفعالية في صميمها. غير أن بحورنا الآن أدلة دامغة على أن اضطراب التفكير مكون هام من مكونات الأمراض النفسية الشائعة. ثمة اضطراب ما في التفكير في جميع هذه الأمراض وإن يكن أقل حجماً وأكثر تحمداً واتحصاراً مما هو في مرض الفصام.

لقد وُجدت في دراسة طويلة الأمد (Beck, 1963) أنه ما من مريض من المرضى إلا ويسى تفسير أنواع معينة من الخبرات. وقد تفاوت هذا التحريف للواقع من الحط الطفيف في الحالات العصبية الخفيفة، إلى التحريفات المعقدة الشاذة والاضلالات المعهودة في الذهانيين. لقد أظهر التفكير الشاذ للمرضى خروجاً منتظماً عن الواقع والمنطق ينظم من الاستدلالات

الاعتسافية « arbitrary inferences »، والتجريدات الانتقائية « selective abstractions »، و« التعميمات المفرطة » « overgeneralisations ». وكانت التحريفات دائماً متصلة بالافكار التي تمس المشكلة الخاصة بالمرضى. فكانت تحريفات الاكتسابي تبرز للعبان عندما يفكر في قيمته وجدواه، وتحريفات مريض القلق عندما يتناول فكرة الخطر.

كان لهذه الافكار المحرفة خصائص الافكار الأوتوماتيكية (انظر الفصل الثاني). فقد كانت تبدو كأنها تأتي بطريق الأعمكاس، من دون أى تأمل أو استدلال مسبق. وكانت تبدو للمريض معقولة رغم أنها بالنسبة للآخرين بعيدة الاحتمال لا يقبلها عقل. وكانت، أخيراً، أقل قبولاً للتغيير في ضوء العقل والأدلة المناقضة من الافكار الأخرى التي لا تتصل بالتمط السيكوباتولوجي المميز للمريض. كما لاحظتُ لدرجة في عطب التفكير يمتد بين طرفي العصاب الخفيف والذهان الشديد، وأن المرض الواحد كلما اشتد تزايدت فيه درجة التحريف الفكرى ومعدل توارد الافكار المحرفة ومدى رسوخها وثباتها.

### الشخصنة personalization

الإنسان كائن متمركز على ذاته egocentric. وقد أثار هذا التمرکز افتقار على الذات اهتمام الكتاب والفلاسفة ردهاً طويلاً من الزمن. يبدو أن نكل إنسان، بمعنى ماء عالماً خاصاً، وأن كل إنسان هو مركز عالمه الخاص ومحوره. وقد وصف هيدجر Hidegger (١٩٢٧) وغيره كيف يشهد كل فرد من البشر عالمه الخاص. غير أن هذا لا ينفي أن لدى البشر بصفة عامة قدرة على أن يقيموا أحكاماً موضوعية عن الأحداث الخارجية، أو حتى عن أنفسهم. وأن يتصلوا بين المعنى الشخصي لحدث ما وبين سماته الموضوعية. أي أنهم قادرون على إقامة أحكام على مستويين مختلفين: مستوى يتصل بهم (أو بنطاقهم) وآخر منفصل عنهم. أما في الاضطرابات النفسية فنجد أن الأحكام المتمركزة على الذات تسبب على المريض وربما أطاحته بالأحكام الموضوعية وأزاحتها تماماً. يُطلق على هذه النزعة إلى تفسير الأحداث وفق معانيها الشخصية تسميات مثل الشخصنة personalization، والإحالة الذاتية self-reference.

وخير إيضاح لعملية الشخصنة أو الإحالة الذاتية هو أن ننظر في بضعة أمثلة بلغت فيها هذه العملية غايتها من الغلو والإغراق، ولا سيما عند من نسميهم الذهانيين. مثل ذلك الفصامي البارانوى paranoid schizophenic الذي كان يعتقد أن الصور التي يراها على



شاشة التلفاز نتحدث إليه مباشرة ومن ثم فقد كان يرد عليها. ومثل ذلك الاكتئابى الذهائى الذى سمع بوجود وباء فى بلد بعيد فكان يؤنب نفسه على التسبب فيه. ومثل تلك المرأة الهوسية manic التى كانت تعتقد أن كل شخص تعبر به فى الطريق كان واقعاً فى حجبها. من ذلك ترى أن المرضى الذهائين يفسرون دائماً كل حدث لا يتصل بهم من قريب أو بعيد كما لو كان متسبباً عنهم أو موجهاً ضدهم.

للعصابيين أيضاً أساليب من الإحالة الذاتية وإن تكن أقل نظراً. فالعصابيون يرون الأحداث دائماً تخصهم وتعنيهم، وبالعون فى ربطها بذواتهم، وتستغرقهم المعانى الشخصية لوقائع معينة. كشأن ذلك الاكتئابى العصابى الذى يلحظ عموماً فى وجه شخص آخر فيحدث نفسه: «إنه ينظر منى». من الجائز فى هذه الحالة أن يكون حكمه صحيحاً، ولكن الخطأ هنا قابع فى اعتقاده أن كل تقطيعه يراها فى غيره من الناس تمثل نقوراً منه شخصياً. إنه يظن أنه يثير مشاعر سلبية فى الآخرين ويبالغ فى تقدير معدل هذه المشاعر ودرجتها. ومن أمثلة الإحالة الذاتية فى العصاب حالة تلك الام الاكتئابية التى تؤنب نفسها على كل تقصير يأتى من جانب أطفالها. وحالة ذلك المريض بالقلق العصابى الذى يحسب كل صيحة عليه وكل إنذار خطر يخصه، فيكفى أن تعبر سيارة إسعاف لكن يحدث نفسه بأن ولده وقع له حادث.

هناك صورة أخرى من صور الشخصنة تتمثل فى ذلك الميل المسيطر عند الإنسان إلى مغارة نفسه بعيره من الناس. فهذه امرأة تشاهد لوحة إعلانات تمثل امرأة سعيدة مع طفلها، فتحدث نفسها: «إنها أم أكثر منى إخلاصاً ونكريساً بكثير». وهذا طالب يسمع بنور طالب آخر بجائزة فيفكر: «لأبى انتى غيبى وإلا كنت فزت بالجائزة». وهذا المريض الرهائى الصغير الذى يقرأ عن شخص مسن أصيب بنوبة قلبية فيقول لنفسه: «إذا كان هذا أصيب بنوبة قلبية فمن الممكن أن تحدث لى» ثم يبدأ فى الإحساس بالتم فى صدره.

فى كل وجه من أوجه التفكير الشاذ عند العصابيين قد نجد هذا اللون الذاتى الأساسى. وسوف نعرض فى الفصل العاشر لعملية «فض المركزية» decentering ويعنى تدريب الفرد على اتخاذ إطار مرجعى frame of reference لا يكون هو محوراً له.

## التفكير المستقطب polarized thinking

ينزع العصابى إلى التطرف والتشوط فى التفكير حين تكتنفه مواقف تمس الجوانب

الحساسية من نفسه، مثل تقديره لذاته في حالة الاكتئاب، واحتمالات الخطر الشخصي في حالة عصاب القلق. وقد يقتصر الشطط الفكري على مناطق قليلة. ويعنى الشطط thinking in extremes أن نَسِم الأحداث والوقائع بانها بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، رائعة أو فظيعة. وقد أطلق على هذه الخاصية اسم «التفكير المنقسم» dichotomous thinking أو «التفكير ثنائي القطبية» bipolar thinking (Neuringer, 1961). شأن المسدسات الأساسية التحتية لهذا النوع من التفكير أن تُصاغ في حدود مطلقة مثل «دائماً» أو «مطلقاً».

ولنضرب لذلك مثلاً من الحياة اليومية. وهو ذلك الشاب الذى كان موثقاً عند مفهوم القبول المطلق والرفض المطلق. لقد دأب أن يتفحص كل من يصادفه في حياته اليومية - موظفاً في متجر أو عابراً بالطريق - ليرى ما إذا كان هذا الشخص يتقبله أو يرفضه. ولم يكن يوسعه أن يعدل حكمه ويحوّره ليشمل الدرجات الدقيقة مثل القبول البسيط أو الرفض الطفيف أو الحياد. فقد كان الحياد (أو عدم الاكتراث) يمثل له رفضاً وبورته حزناً. وكان مجرد الأبتسام يمثل له قبولاً تاماً ويعت فيه الانسراح.

ولنأخذ مثلاً آخر لهذا الصنف من التفكير. وهو ذلك الشاب الجامعي حين يلعب كرة السلة. فإذا ما سجل أقل من ثماني نقاط في إحدى المباريات فكان يقول لنفسه: «إننى فاشل» ويغشاه الحزن. أما إذا سجل ثماني نقاط أو أكثر فيقول: «إننى حقاً لاعبٌ عظيم» ويعبره الانتعاش والبهجة.

وأحياناً ما يكون الشطط الفكري أحادي القطب unipolar. فيرى الشخص الوقائع على سبيل المثال إما غاية في السوء أو محايدة أو لا تعنيه من قريب أو بعيد. من ذلك تلك الخاصة الفكرية التي تسمى «التفكير الكارثي» أو «التهويل» catastrophizing وهي شائعة في مرضى القلق وتعنى توقع أسوأ النتائج قاطبة، إن تفكير مريض القلق موجه نحو تأمل أسوأ النتائج المحتملة لأي موقف من المواقف. شأن ذلك المريض الذى تلقى خدشاً بأذراعها فأنكب من فوره على احتمال أن يؤدي ذلك إلى عدوى قاتلة.

وقد يقتصر ميل الإنسان للشطط الفكري على الأشياء المادية الملموسة. كشان ذلك الرجل الذى كان يزرع لآفل ضرر يلحق بممتلكاته المادية، بحيث إن أقل خدش في أثنائه أو انزعاج في سيارته أو تآكل بملابسه كان يمثل له خسارة كبيرة. حدث ذات يوم أن كسفت لهب أكبر من المعتاد قد سفحت حاجز مدفاته. فلما اكتشف ذلك أقام الدنيا وأقعدتها وكانت أفكاره كالتالى: «هذا نشوءٌ مستديمٌ يستحيل إصلاحه. لقد أفسد العرقة بأكملها. العرقة التي كانت

على خير ما يرام وهي الآن حطام. إن حماقتي وغبائتي هما السبب. إنني لا أجيد عمل أي شئ على الإطلاق». ولكنه بمرور الأيام بدأ ينظر إلى الأمر نظرة أكثر موضوعية ليرى أن العطب الذي لحق بمدقته كان في الحقيقة عطلاً هيناً غير ذي بال.

من شأن الأشخاص الذين يخضون لكل مؤثر مؤذٍ بصداقهم أن يقعوا أيضاً في الشطط الفكري والأحكام المغالية. مثل ذلك الوالد الذي اضاع ابنه قفازاً فكانت استجابته هكذا: «هذا شئٌ فظيع. لسوف تخرب بيتنا وتنتهي بنا إلى الملجأ، إنك لا تصلح لشيء».

هناك ضروب أخرى من التفكير المؤدى إلى تحريف الواقع وإساءة تفسيره. وهي تنضوي أيضاً تحت مفهوم الشطط ونظرف الحكم (Beck, 1963). منها «التجريد الانتقائي» وهو أن يتزع الشخص إحدى التفاصيل من سياقها فتفوت بذلك دلالة الموقف الكلي. ومنها «الاستدلال الاعتسافي» arbitrary inference وهو أن يقفز الشخص إلى نتيجة معينة رغم نقص الأدلة أو في وجود أدلة متناقضة لها في واقع الأمر. ومنها «التعميم المفرط أو الزائد» overgeneralization وهو أن يقفز إلى تعميم غير مشروع (منطقياً) بناءً على واقعة فردية. مثل ذلك الطفل الذي يحظى خطأً واحداً فيستنتج أنه فاشل لا خير فيه. توضح هذه الأمثلة كيف يتولد التفكير الزائف في المواقف التي تمس حساسيات معينة مثل: القبول - الرفض، النجاح - الفشل، الصحة - المرض، المكسب - الخسارة.

## مبدأ القواعد

رأينا في الفصل الثاني أن لدى الفرد قواعدٌ يحل وفقاً لها رموزٌ خبراته ويقبمها وينظم سلوكه وسلوك الآخرين. تعمل هذه القواعد عملها دون أن يعي المرء بها أو يُلمّ بقائمتها إنأما واعياً. إنه يلمغث إلى تيار المؤثرات التي تكتنفه التفاتاً انتقائياً فيلتقط منها ما يعنيه ويجمعه ويهتفّه ويشكل استجاباته دون أن يقف على منطوق القواعد والمفاهيم التي تُعلمي هذه الاستجابات والتفسيرات. إن عمل جهاز «المُدخل - المُخرَج» input - output لديه هو عملٌ تقريبي بعيد عن الكمال.

لا جرمَ تبرزُ مشكلاتٌ في فهم المرء لسلوك الآخرين. إن محدودية خبرته السابقة

ففى عصاب القلق تتعلق القواعد بمفهوم الخطر ويتقدير المريض لدى قدرته على مغالبة .  
وتتخذ النتائج المستمدة من تطبيق القواعد شكل تنبؤات من قبيل : « إننى فى خطر وشيك أن  
أفقد أعلى حبيباتى (الصحة، الحياة، صديقاً، وظيفة) » . « ليس لى من وسيلة لدفع هذا  
الخطر » . وتطبيق القواعد الخاصة المؤدية إلى هذه النتائج على وقائع محددة : « إن سرعة  
ضربات قلبى تعنى أن عندى نوبة قلبية، وربما أموت قبل أن يسعنى أحد » . « إذا ابتعدتُ  
عن المنزل فقد تقع مأسا ولن أتمكن من التغلب عليها » . « إذا فعلتُ أى خطأ فربما أصطدم  
برئيسى » عندئذ سوف يفصلنى » .

فى حالة القلق نجد أن القواعد بصفة عامة مشروطة : « إذا وقع حدث معين فهناك احتمال  
أن تكون له نتائج سيئة » . ومن ثم فحين يقع الحدث بالفعل يبقى هناك احتمالاً لنتيجة  
حميدة . أما فى حالة الاكتئاب فإن القواعد مطلقة وغير مشروطة : « إن تقاضى الحاجة تعنى  
أننى سابقى قاشلاً على الدواء » .

والقواعد مشروطة أيضاً فى حالة الرهاب . فهى تتعلق على مواقف بإمكان المريض تجنبها :  
« إذا اجتريتُ خلال نفق فقد أختنق » . « إذا ذهبتُ إلى مكان لا أعرفه فقد أوتوه » . فى هذه  
الحالات يعمل المريض أيضاً حسب قاعدة « لن أستطيع أن أتغلب على الموقف بنفسى » .  
وكما هو الامر فى حالة القلق فإن هذه القواعد تفترض احتمالاً كبيراً لحدوث الكارثة، إلا أن  
المريض كثيراً ما يعزز وضعه بهذا الافتراض : « إذا كان معى شخص مساعد فسوف يمكنه  
إتخاذى » . ولهذا نجد كثيراً من مرضى الرهاب قادرين على الدخول فى الموقف الخيف إذا نوافر  
لديهم شخص مساعد .

أما فى حالة الاكتئاب فإن منظوق القواعد يستمد معانى وتنبؤات سلبية من ظرف حاضر  
أو ماضى . ليس فى هذه القواعد بند استثنائى أو باب للهروب كما هو الحال فى القلق  
والرهاب . ومن أمثلة هذه القواعد : « كونى غير ناجح فى عملى يعنى أننى فاشلٌ تماماً » . « ما  
دمت حزينا الآن فسوف أكون حزينا دائماً » . « عندما تحدث أى مشكلة أكون أنا السبب » .  
« حين أفقد حب زوجتى فهذا يعنى أننى تافه لا قيمة لى » . « حين لا أحظى بالإعجاب فهذا  
يعنى أننى بغض غير جدير بالحب » .

وفى حالات الهوس يكون مضمون الافتراضات على التقيض مما هو فى الاكتئاب . وتضام  
القواعد بطريقة من شأنها أن تبالح فى أى كسب حاصل وأن تعلى من قيمة الذات : « ما  
يكاد الناس ينظرون لى حتى يعجبوا لى » . « إذا أسند لى عملٌ ما فسوف أقوم به على نحو  
رائع » . « كل نجاح أحققه يثبت مرة ثانية كم أنا عظيم » .

وفى حالات البارانتويا يغلب أن تكون القواعدُ مطلقةٌ وغير مشروطة . فمحتوى القواعد يتضح بالمؤامرات والظلم والإجحاف والغاباة : « حين لا يتفق الناس معى فى الرأى فإنهم يتعمدون مناواتى » . « حين لا أحصل على ما أريد فإن هذا يعنى أن شخصاً ما كان يكيد لى » . « حين لا تسير أمورى على نحو صحيح ، فبسبب تدخل الآخرين فيها » .

حين نسأل مريضاً ما حول أفكاره فهو فى عامة الأحوال لا يتطوع بتقديم القاعدة التى تشكل تفسيراته للأحداث ، بل يذكر بدلاً من ذلك النتيجة التى انتهى إليها . فمريض القلق مثلاً يقول : « ربما أكون مشرفاً على الموت » . ومريض الاكتئاب يقول : « لقد فقدت كل شئى بهمنى ، إننى تافه لا أساوى شيئاً » . ومريض الهوس يقول : « إننى الأعظم » ، ومريض البارانتويا يقول : « كل الناس ضدى » .

إن علينا أن نرتد من النتيجة لى نستخلص القاعدة ( الفرض ، المقدمة ) . صحيح أن بإمكان المريض فى بعض الأحيان أن يأتى بمنطوق القاعدة دون صعوبة . شأن تلك الاكتئابية المشرفة على الانتحار بعد أن هجرها حبيبها ، التى قالت « إننى عديمة القيمة » فعين سئلت عن السبب أجابت ( كما لو كان هذا حقيقة عامة ) : « إذا لم يحببني أحد فانا عديمة القيمة » . إلا أن الأغلب الأعم أن يستلزم استخلاص القاعدة سلسلة من الأسئلة :

• مريض القلق : « اعتقد أننى أحتضر »

• المعالج : « ما الذى يجعلك تظن ذلك ؟ »

• المريض : « إن قلبى يرقق بقوة ، الأشياء تبدو غائمة ، لا يمكننى أن آخذ نفسى ، كل جسمى يرق »

• المعالج : « ولماذا تعتبر ذلك احتضاراً ؟ »

• المريض : « لأن هذا يشبه الاحتضار »

• المعالج : « كيف عرفت ذلك ؟ »

• المريض ( بعد شئ من التكبير ) : « أظننى أجهل ذلك . ولكنى اعتقد أن هذه هى علامات الاحتضار »

إن قاعدة هذا المريض ( المقدمة premise ) هى أن اجتماع هذه الاعراض يساوى الموت الوشيك . غير أن الحقيقة هى أن هذه العلامات ( الحلققان ، صعوبة تركيز البصر ، ضيق

التنفس) هي من العلامات النموذجية لتوبة القلق الحاد (قد تشير هذه العلامات بالطبع إلى خطر حقيقي على الحياة لو كانت مصحوبة بعلامات مؤكدة لمرض عضوي). بذلك يدخل كلٌ من فكر المريض والتفكير في حلقة خبيثة: فافكار الموت تؤدي إلى زيادة القلق، متشلاً في الأعراض الفسيولوجية. وهذه الأعراض بدورها تُفسَّر كعلامات للموت الوشيك.

كيف تتضخم هذه القواعد لتكون اضطراباً انفعالياً؟

ما دامت هذه القواعد تُصاغ في ألفاظ متطرفة فهي تؤدي إلى نتيجة متطرفة. إنها تُطبق كما لو كانت في قياس منطقي syllogism:

المقدمة الكبرى: إذا لم يحبنى أحد فانا تافهة

الحالة الخاصة (\*): ريموند لا يحبنى

النتيجة: أنا تافهة

إن المريض بطبيعة الحال لا يدلي بسلسلة من الأفكار على شكل قياس منطقي. فالمقدمة الكبرى (القاعدة) هي جزء بالفعل من نظامه المعرفي يطبقه على الظروف الماثلة. والمقدمة الصغرى (الموقف الخاص) قد ترد بباله أو لا ترد. أما النتيجة فهو بالتأكيد على دراية بها ورعي صريح.

بوسعنا أن نحلل اضطراب التفكير المميز للاضطراب النفسي وفق عملية القواعد. إن الانحرافات الفكرية المميزة مثل المبالغة، والتعميم المفرط، والإطلاق absoluteness مدمجة في بنية القاعدة وبالتالي فهي تفعل فعلها في الضغط على الشخص لكي يضع نتيجة مبالغ أو مفرطة التعميم أو مطلقة (في الحالات السوية هناك بالطبع قواعد أكثر مرونة تخفف من حدة القواعد المتطرفة التي تطغى في حالات الاضطراب). حين ينشغل المريض بموضوع يتعلق بتناط حساسيته الخاصة فإن القواعد الأكثر بدائية تميل إلى إزاحة المفاهيم الأكثر نضجاً. وما أن يُسَلِّم المريض بصحة إحدى النتائج المتطرفة حتى يكون نهباً للقواعد البدائية التي تتوسع بأضداد وتبسط سلطاتها على فكره.

إذا استسلم المريض مثلاً لهذه الفكرة «مادم أصدقائي لم يتصلوا بي اليوم، فإنهم يعتبرونني تافهاً غير جدير بالحب» فقد ينجرّف إلى قبول هذه النتيجة كمقدمة لنتيجة أخرى أبعد مدى: «بما أنني تافه فلا أحد سوف يحبنى أبداً». وهذه المقدمة تهيئ المسرح للنتيجة التالية: «بدون حب لا تستحق الحياة أن تُعاش، إذن لا معنى لأن أبقى على قيد الحياة».

(\*) أي المقدمة الصغرى minor premise...

## الفصل الخامس مشاركات الاكثاب

« برقد صاحبا، يحسب المستقبل  
بحاول ان يحل خيوط الماضي والآني  
وينشرهما ويفك الغازهما ويضمهما معاً  
بين منتصف الليل والفجر، حيث الماضي خداع كله  
والستقبل لا مستقبل له ».

ت . س . الهوت

« هذا أحد العلماء، ما كاد يتولى رئاسة رابطة علمية مرموقة حتى انحدر إلى الكتابة والنعم. وأقضى إلى حد أصدقائه أن لديه رغبة ملحة أن يهجر مهنته ويصبح من الهيبين.

« وهذه أم روم كانت دائماً شديدة الخب لأطفالها، فبدأت تعلمهم وتخطط جدياً لتدميرهم وتدمير نفسها بعد ذلك.

« وهذا رجل أبيقورى يستطيب لذة الطعام فوق كل لذة. فإذا به ينفر منه ولا يعود يأكل.

« وهذه امرأة ما كادت تسمع بوفاة صديقة قريبة على غير توقع حتى نذت عنها أول ابتسامتها لها منذ أسابيع طويلة.

كل هذه الأفعال الغريبة التي لا تتسق بحال مع اليهود من سلوك الشخص وقيمه هي سميرت مختلفة عن نفس الحالة الباطنة. الاكتئاب. قباى انحراف وزرع بصدم الاكتئاب توقعنا وبهزأ بأرسيخ أفكارنا عن طبيعة الإنسان وبيولوجيته؟ فإذا بغريزة حفظ الذات وعرائر الأمومة تتبدد. وإذا بالدوافع البيولوجية الأساسية، كالجنس، والتفوق. وإذا بالنوم، يتسهم الكرب جميعاً، يتعطل ويُعاق. وتنبخر الغرائز الاجتماعية كالتعلق بالأخريين والخب والعاطفة. ويتقلب مبدأ اللذة ومبدأ الواقع رأساً على عقب، فلا تصعيد للمتعة ولا تقبض للالم. إن ضحايا هذا المرض العجيب لا يفقدون قدرتهم على الاستمتاع فحسب: بل يبدو مدفوعين إلى ما يؤذيهم ويزيد معاناتهم. ويبدون عاجزين عن الابتهاج بما يُبهج أو الغضب مما اعتادوا أن يفضيوا منه.

كان الناس ذات يوم يعزون هذا الداء الغريب إلى شياطين يزعمون أنها تلبس بالضحية. غير أن مشكلة الاكتئاب ظلت باقية ولم تمدنا أى من النظريات التي قُدمت طوال هذه العصور بحل متماثل لها. وما يزال برهقتنا حتى اليوم هذا الاضطراب النفسى الذى يبدو مكذباً لأشد مفاهيمنا عن الطبيعة البشرية شيئاً واستقراراً. على أننا يمكن أن نقول، رغم ما يبدو فى قولنا من تناقض ظاهرى، إن غرائب الاكتئاب وخصائصه الشاذة قد تمدنا هي ذاتها بمفاتيح لحل لغزها وقرائن لفهم هذه الحالة المرضية الغامضة.

إن الانقلاب التام الذى يعترى سلوك الاكتئابى يبدو لنا فى بداية الأمر كأنه يتحدى كل فهم وتفسير. فشخصيته أثناء الاكتئاب تبدو أقرب لغيره من المكتئبين منها لشخصيته



الععادة، مشاعر المتعة والبهجة تتبدل بالحزن والتبلد. يتحسر نطاق الرغبة والمشاركة التلقائية ومجالها المريض فتحل محلها أمارات السلبية والهروب. دوافع المآكل والجنس تتحول إلى نفور منهما وإشماتز. الاندماج في الأنشطة المعتادة يتحول إلى تجنب وانزواء. وأخيراً، الرغبة في الحياة والعيش تطفئ وتحل محلها الرغبة في الفناء والموت.

يمكننا كخطوة أولى في سبيل فهم الاكتئاب أن ننظم ظواهره المتباينة في نوع من التسلسل المفهوم. يعطى مختلف الكُتاب الأولوية لواحد من الجوانب التالية: الحزن الشديد، الرغبة في الإسهبات (السيبات) wishes to hibernate، رغبات تحطيم الذات، الاضطراب الفسيولوجي.

هل الانفعال المؤلم هو العامل الحفّاز catalytic agent في مرض الاكتئاب؟ إذا صحّ أن الاكتئاب هو اضطراب وجداني في أساسه لا يمكن بالضرورة رد بقية أعراضه إلى اضطراب الوجدان وتفسيرها على أساس الحالة الانفعالية. إلا أن الحالة الداخلية المؤلمة لا تبدو في حد ذاتها سبباً كافياً لإثارة بقية الأعراض الاكتئابية. إن حالات المعاناة الداخلية الأخرى (كآلام الجسمي أو الغياني أو الدوخة أو فصر النفس أو القلق) قلما تؤدي إلى الأعراض التي نسميها الاكتئاب (مثل التحلي عن الغايات الكبرى في الحياة أو انطفاء مشاعر الحب أو الرغبة في الموت). فالحق أن الذين يصابون بالمشاكل الجسمي هم على العكس يقدرون أكثر من أي وقت مضى تلك الجوانب من الحياة التي سبق أن وجدوها ذات معنى وقيمة. زد على ذلك أن حالة الحزن أو الأسى ليس لها من الخصائص ما نتوقعه أن يولد ما يميز الاكتئاب من تائب النفس وتشوهات التفكير وقدق الدفاع إلى الأشياء المختلفة.

وتبرز نفس المشكلات حين نحصر الأولوية في جوانب أخرى من الاكتئاب. فبعض الكُتاب يلفتهم ما بالاكتئاب من سلبية وانزواء فيرون أنه ينشأ من رغبة في الإسهبات hibernation هي نوع من التأسل أو الردة التطورية atavism (\*). ولكن إذا كانت غابة الاكتئاب هي حفظ الطاقة فما الذي يدعو للمريض إلى تائب ذاته والانخراط في أنشطة منخبطة مستمرة حين يكون متهجاً؟ ماذا يسعى إلى تدمير ذاته وهي مصدر الطاقة؟

أما حصر الأولوية في الأعراض الفسيولوجية كاضطراب النوم والشهية والجنس فلا يخلو من مآخذ ومشكلات. فمن الصعب أن نجد أي تسلسل مفهوم يصل هذه الاضطرابات

(\*) هو عادة ظهور الخصائص الوراثية للسلف طليد بعد اختلافها في السلف المباشر أو القريب. المرجع.

الفسولوجية بطواهر مختلفة عنها كل الاختلاف مثل انتقاد الذات والنظرة السلبية إلى العالم وفقد استجابات الغضب والمرح. إن من الواضح والمؤكد أن نفس الأعراض الفسيولوجية (كفقد الشهية والنوم) حين تنشأ عن مرض جسمي حاد لا تؤدي إلى المكونات الأخرى التي ينفرد بها الاكتئاب.

## المفتاح: إحساس الفقدان

كيف يمكن أن نغرز ظواهر الاكتئاب ونسلكتها في نتاج مفهوم؟ أبسط الطرق هو أن نسأل المريض عما يحزنه وأن نشجعه على أن يعبر عن الأفكار التي تلح عليه وتعاوده. يقدم عامة الاكتبيين معلومات أسامية بعبارات تلقائية من قبيل: «إني حزين لأنني عديم القيمة»، «لم يعد لي مستقبل»، «لقد خسرت كل شيء»، «لقد انتهت أسرتي»، «ليس لي أحد»، «لم يعد لي شيء في الحياة». ليس من العسير أن يقف المرء على القيمة الرئيسية في عبارات مرضى الاكتئاب المتوسط أو الشديد؛ إن المريض يرى أنه يفتقر إلى عنصر ما أو صفة يعتبرها ضرورية لسعادته: القدرة على تحقيق أهدافه، الجاذبية الشخصية، ود الأسرة والأصدقاء، المتعلقات المادية، الصحة الجيدة، المكانة، المركز. مثل هذه التقييمات الذاتية تعكس الطريقة التي يدرك بها الاكتابي وضعه الحياتي.

حين نستكشف تيمة الفقدان loss نجد أن الاضطراب النفسي يدور حول مشكلة معرفية. إن مريض الاكتئاب يبدي تحريفات فكرية محددة: فلهذه نظرة سلبية تجاه عالمه، وتصور سلبى لنفسه، وتقدير سلبى لمستقبله. ذلك هو «الثلاثي المعرفي» cognitive triad.

تتعلق التقييمات المغرقة لدى مريض الاكتئاب بتقلص نطاقه الشخصي وانكماشه وتؤدي إلى الحزن (الفصل الثالث). وتصوره لصفاته وعلاقاته ومنجزاته وكل ما هو موضع تقدير فيه هو تصور مشبع بفكرة الفقدان. فقدان ماضٍ وحاضر ومستقبل. فحين يتأمل وضعه الحالي يجد عالماً فاحلاً مجدداً. ويحس أن المقلب الخارجية ثقبلة الوطأة عليه، تعتصره وتستنفد وسائله الهزيلة وتحول بينه وبين تحقيق مراده.

«خاسر» loser. ليس كمثلها كلمة تحصر حكمة الخبرة التي يجدها المكتئب والتقييم الذي يضعه لنفسه. إنه يتعذب بفكرة الخُسران، خُسران أشياء قيمة، أصدقائه، صحته، يمتلكاته

حيث أن العديد من المرضى لا يهتمون بالخطر ولا يأخذونه مأخذ الجد حين يكونون بمأمن منه في مكتب المعالج، فمن المفيد أن نعلم إلى تنشيط الحروف بطريقة ما ثم نساعد المريض في التعامل معه. وقد عرضنا في الفصل السابع لمقالة رجل يخاف السفر جواً ولاحظنا أنه يستبعد احتمال تحطم الطائرة إلى يرمع السفر بالفعل. وفي المثال التالي نعرض لحالة امرأة كانت مصابة بالخوف من الأماكن المزدحمة:

**المعالج:** تم تخشين عندما تكونين في مكان مزدحم؟

**المريضة:** أخشى أنني لن أستطيع التقاط أنفاسي.

**المعالج:** و؟

**المريض:** وأموت.

**المعالج:** تموتين بمعنى الكلمة؟

**المريضة:** حسناً، إنني أعرف أن هذا يبدو سخيفاً ولكنني أخشى أن يتوقف تنفسي تماماً.. وأموت.

**المعالج:** الآن الآن كم تقدرين احتمالات أنك سوف تخنقين وتموتين؟

**المريضة:** الآن الآن... تبدو لي واحداً في الألف.

عندئذ أعطيت المريضة إرشاداً عن التقنية الآتية. فقد طلبت منها أن تدون في إضمامة ورق ملاحظات عن احتمالات موتها ككلمات اقترنت من محل تجاري مزدحم. وفي الجلسة الجديدة أتت المريضة بالمعلومات التالية:

١ - أعاذر منزلي - احتمال الموت في المحل التجاري - ١ في الألف.

٢ - أتود سيارتي إلى المدينة ..... ١ في المئة.

٣ - أصف سيارتي في قطعة أرض ..... ١ في الخمسين.

٤ - أمشي إلى المحل التجاري - ..... ١ في العشرة.

٥ - أدخل المحل التجاري - ..... ٢ إلى ١.

٦ - في وسط الزحام - ..... ١٠ إلى ١.

العريضة. ويعتبر نفسه أيضاً «خسيران» بالمعنى العامى للكلمة: كائن نافع أردل عاجز عن أن يفي بمسئوليته ويحقق أهدافه. إذا اضطلع بمشروعات أو التمس إشباعاً ما. توقع الهزيمة والحياة. حتى النوم لا يقدم له هدنة ولا مهلة للراحة، فالاحلام المزعجة تطارده وتتعقبه، وهو في الحلم أيضاً أردل نافع فاشل.

حين نتعامل مفهوم الخسران يجب أن نتفطن للأهمية المحورية للمعاني والمتضمنات. فما يمثل خسارة موجعة لشخص ما قد يُعدُّ لدى شخصٍ آخر شيئاً هيناً لا يؤبه به. لا بد أن ندرك إذن أن مريض الاكتئاب منشغل في الحقيقة بخسائر افتراضية وخسائر موهومة. وهو ما يكاد يفكر في خسارة محتملة حتى بعدها حقيقة قائمة. من ذلك أن أحد مرضى الاكتئاب كان رد فعله المميز كلما تأخرت زوجته عن ميعادها أن يفكر: «ربما تكون قد ماتت في الطريق»، ثم يؤول الفقدان الافتراضى كواقعة فعلية ويبتس ابتسامة شديداً.

الآن، مع التسليم بأن فكرة الفقدان تؤدي إلى مشاعر الحزن، كيف يتأتى لهذا الإحساس بالفقدان أن يولد بقية أعراض الاكتئاب: النشاط، انتقاد الذات، الهروب. التجنب. التخلي، الرغبات الانتحارية، الاضطرابات الفسيولوجية؟

للإجابة على هذا السؤال من المفيد أن نستكشف التسلسل الزمني للاكتئاب: الحدوث والتطور الكامل للأعراض. بتعيين هذا التتابع في أوضح صورته في حالات «الاكتئاب التفاعلي» reactive depression أى الاكتئاب الذى يحدث استجابةً لعامل مرسب محدد. أما حالات الاكتئاب الأخرى الأبطأ في الحدوث فتتخذ صوراً مماثلة وإن تكن أكثر خفاءً ودفقاً.

## تطور الاكتئاب

قد يتعرض الشخص المستهدف للاكتئاب في مسار نشائه لألوان معينة من الظروف الحياتية المعاكسة التى تجعله حساساً بدرجة زائدة. ظروف من قبيل فقد أحد الوالدين أو الرفض الدائم للشخص من قِبَلِ قرينائه. كما أن هناك ظروفًا أخرى أقل حدةً ووضوحاً قد تؤدي بالمثل إلى القابلية أو الاستهداف للاكتئاب. من شأن هذه الخبرات الصادمة المبكرة أن تؤهل الشخص للاستجابة المُفرطة كلما صادف ظرفاً شبيهة بها في حياته اللاحقة، وتجمعه

أميل إلى الأحكام المطلقة المنطرفة في مثل هذه الظروف، فبرى أى خسارة يُمنى بها خسارة نهائية لا نعوّض وأى شخص لا يكثر به كأنما يرفضه رفضاً تاماً.

وهناك صنف آخر من المستهدفين للاكتئاب تنحصر مشكلتهم في أنهم قد وضعوا لأنفسهم منذ الصغر غايات مفرطة في الكمال والصرامة، بحيث يتقوض عالمهم وينهار كلما واجهوا في حياتهم التالية إيجابيات يتعذر اجتنابها.

إن الضغوط الحياتية التي تتسبب في حدوث الاكتئاب في مرحلة الرشد هي تلك التي تمس من الفرد جوانب حساسيته واستهدافه الخاص. من الأحداث المرعبة للاكتئاب، والتي يتفق عليها العديد من التقارير الأكاديمية والبحوثية: انفصام علاقة هامة، الفشل في تحقيق هدف حيوي، فقد وظيفته، التنكسات المالية، المعجز الجنسي المفاجئ، فقد المكانة الاجتماعية أو السمعة. قد يحدث أى من هذه الأحداث اكتئاباً إذا كان يعد في نظر الفرد نضوباً نهائياً تماماً لنطاقه الشخصي.

لإ يحق أن نعدّ الحدث بأنه «حدث مرسب» precipitating event إلا إذا كانت خيرة القصد لها عند المريض دلالة جوهرية. على أن الحدث المرسب ليس دائماً حدثاً منفصلاً. فهناك صنف من الضغوط يتسلسل ببطء وخفاء: كالدبول التدريجي لحب الزوج، والتفاوت المزم بين أهداف المرء ومنجزاته. مثل هذه الضغوط التراكمية قد تحث من النطاق الشخصي بما يكفي لأن يمهّد السبيل لحدوث الاكتئاب. من أمثلة ذلك أيضاً أن يكون الفرد غير قانع بأدائه كوالد، أو كربة بيت، أو كاسب دخل، أو طالب، أو فنان مبدع. أو أن يلمس الفرد مراراً وتكراراً وجود فجوة بين ما يامله وما يجنيه، سواء من علاقة شخصية هامة أو من مهنة أو من أنشطة أخرى. كل ذلك قد يوقع الشخص في الاكتئاب. وجملة القول أن الإحساس بالفقدان قد يكون وليد الأهداف الحياتية المسرفة في الطموح والاماني المغالية في العلو والتحليق.

ليست خبرات الاكتئابى قبيل حدوث الاكتئاب باتسى من خبرات غيره في الأغلب الأعم. إنما يختلف الاكتئابيون عن غيرهم في الطريقة التي يؤولون بها حرماناً ما. إنهم يلقون بالحسارة معاني مفرقة في التعميم ودلالات مبالغاً فيها إلى حد بعيد.

هذه حالة توضيحية تبين الطريقة التي تؤدى بها الظروف الصادمة المتضمنة حسارة ما إلى مجموعة الأعراض الاكتئابية. إنها حالة رجل هجرته زوجته على غير توقع. إن أثر الهجر على

أحد الأزواج هو شيء يصعب توقعه. فمن الجلبى أنه ليس كل من هجرته زوجته يصبح مكتئباً حتى لو كان المهجر موجعاً له. فقد يكون لديه مصادر أخرى للإشباع. أفراد الأسرة والأصدقاء. يمكنه بها أن يسد الفراغ. إذ لو كان الأمر مجرد نغمة أو فجوة جديدة فى حياته فإنه عسى أن يتسكن بمرور الأيام من تحمل هذا الفقدان دون أن يقع فى اكتئاب مرضى. غير أننا نعلم أن بعض الأفراد المستهدفين يستجيبون لمثل هذا الفقدان باضطراب نفسى جسيم.

يتوقف تأثير الفقد، جزئياً، على نوع المعانى المرتبطة بالشخص المفقود وشدةها. فالزوجة فى مثالنا الحالى كانت محور خبرات مشتركة وأحلام وآمال بالنسبة لزوجها الذى هجرته. لقد نسج حولها شبكة من الأفكار الإيجابية مثل: «هى جزء منى»، «هى كل شئ لى»، «إننى أستمع للحياة بفضلها»، «إنها دعائى الأساسية»، «إنها توأستنى فى محنتى». تتراوح هذه الارتباطات الإيجابية بين ما هو واقعى وما هو وهمى خيالى شديد البعد عن الواقع. ويقدر هذه المغالاة والتصلب فى التصورات الإيجابية يكون تأثير الفقدان على نطاق المرء.

إذا بلغت الإصابة التى تخفى بنطاق المرء مبلغاً معيناً فإنها تفجر تفاعلاً متسلسلاً chain reaction. لقد أبهدت مصادر القوة الإيجابية التى كانت بمثابة فى زوجته. وإن حرمانه من تلك الصفات الثمينة (مصدر سعائى الوحيد / كنه وجودى) لبعضهم تأثير الفقد ووبؤد مزيداً من الحزن. ومن ثم يستخلص الزوج المهجور نتائج سلبية للغاية توازى الإيجابيات المعروفة التى ينسبها لزوجته. ويكون تفسيره لعواقب الفقد: «إننى لا شئ بدونها، ولن أعرف السعادة بعدها» «لا حياة لى بدونها».

يؤدى توالى الرجاءات reverberations الفقد إلى أن يرتاب الزوج فى قيسته وجدواه: «لو كتبتُ زوجاً أفضل لما تركتني». ثم يتنبأ فضلاً عن ذلك بعواقب سلبية أخرى لانتهيار الزواج (جميع الأطفال سوف يتحولون إلى جانبها / سيفضل الأطفال أن يعيشوا معها لا معى / سوف يبغضنى إن أقتح بيتون).

وحيث يبلغ التفاعل المتسلسل الصورة المكتملة للاكتئاب تنسج شكوكه بنفسه وتتمدد تنبؤاته الكئيبة وتعدو تعميمات سلبية عن نفسه وعن عالمه وعن مستقبله. فيبدأ فى اعتبار نفسه محروماً حرماناً مستديماً من الأشياء العاطفية والمالية أيضاً. بل يهول فضلاً عن ذلك من حجم معاناته بأن يتسرح الخلدت مسرحةً رائدة: «إنه فوق احتمال البشر» أو «إنه كارثة مرعبة». مثل هذه الأفكار خليقة أن تضعف قدرته ودافعيته لامتنصاص الصدمة.

وبهجر الزوج أنشطته وأهدافه التي كانت من قبل تمنحه إشباعاً ورضاً. ويتراجع عن تعلماته المهنية (لأنها لا معنى لها بدون زوجته). ولا يجد دافعاً إلى العمل أو حتى إلى العناية بنفسه (لأنها لا تستحق الجهد). ويتفقم كرهه بالمصاحبات المسبولوجية للاكتئاب مثل فقد الشهية واضطراب النوم وأخيراً يفكر في الانتحار كوسيلة للهروب (لأن الحياة مؤلمة للغاية).

وحيث أن التفاعل المتسلسل دائري بطبيعته فإن الاكتئاب يصير إلى الأسوأ باستمرار. فالاعراض المختلفة كالخزن والإرهاق والاراق تعود فنلقم الجهاز النفسى تلقياً رجعياً (تغذية مرتجعة) feed - back. ومن ثم فإن المريض إذ يبلو الخزن بحمله تشاؤمه على أن يستنتج: «سوف أبقي حزناً أبداً» فتؤدى به هذه الفكرة إلى مزيد من الخزن الذى يفسر بدوره نفسياً سلبياً. وكذلك الحال بإزاء الاعراض الجسمية فهو يحدث نفسه: «لن أعود قادراً على الأكل أو النوم مرة ثانية»، ويخلص إلى أنه فى تدهور جسدى دائم. كذلك يلحظ المظاهر الاجتماعية لمرضه من نقص الانتاجية وتجنب المسئولية والأنزواء عن الناس فيزيد انتقاده لنفسه. وبعضى تأنيب الذات إلى مزيد من الخزن. الأمر كما نرى يتصل ويتماهى فى حلقة مفرغة أو دائرة خبيثة.

نُظهرنا حكاية الرجل الذى تهجره زوجته على تأثير فقدان وإرتجاعاته لدى الشخص المستهدف للاكتئاب. وبوسعنا الآن أن ندع هذه الحالة الخاصة جانباً لكنى تؤسس تعميمات عن تطور الاكتئاب. فقد نقدح التفاعل الاكتئابى المتسلسل ضروباً أخرى من فقدان مثل الفشل فى المدرسة أو فى الوظيفة، أو ضروب أخرى من الحرمان الأكثر إزمناً وتدرجاً مثل اضطراب العلاقات الشخصية المحورية فى حياة المرء.

يمكننا أن نمد مفهوم التفاعل الاكتئابى المتسلسل بحيث يتسع للإجابة عن المسائل الآتية: لماذا يعانى مريض الاكتئاب من هذا النقص فى اعتبار الذات؟ ولماذا يمتلك هذا التشاؤم المطلق؟ لماذا يوبخ ذاته بهذه القسوة؟ لماذا ينسحب من الحياة؟ لماذا يعتقد أن حالته ميئوس منها؟

### نقص اعتبار الذات وانتقاده وتآنيها

حين يتفكر مريض الاكتئاب فى المحن التى أمتت به (انفصال، رفض، هزيمة، خيبة أمل وإحباط سعى) يشرع فى تقييم نفسه فى ضوء هذه الحيرات. فيعزو عُسْره وشدهته إلى نقبضة

شائنة فيه. فيستنتج الزوج المهجور مثلاً: «لقد خسرتها لأننى شخصٌ كريمة غير جدير بالحب». ليس هذا الاستنتاج، بطبيعة الحال، غير واحد من عديد من التفسيرات الممكنة؛ مثل عدم انسجام الطباع والشخصيات، أو مشاكل الزوجة ذاتها، أو رغبتها فى مغامرة تتعلق بالنمسا الإثارة أكثر مما تعنى أى تغير حقيقى فى مشاعرها تجاه زوجها.

عندما يهزو المريض سببَ الفقدان إلى نفسه، يتحول الصدع فى نطاقه الشخصى إلى هوة كبيرة: فلا يعود يعانى من الفقدان وحده، بل هو «يكشف» نقصاً فى نفسه. ويميل إلى تضخيم هذا النقص إلى حد بعيد. فنفكر المرأة التى هجرها حبيبها مثلاً: «لقد علّيتى السن وصرت دمية الشكل. من المؤكد أن شكلى أصبح قبيحاً منفراً». ويفكر الرجل الذى خسر وظيفته بسبب انهيار عام فى الاقتصاد: «إننى غشيم أخرق، وأضعف من أن أكسب قوتاً».

وإذا برد المريض المهجران إلى نقائصه وعيوبه الخاصة فإنه يبلو مزيداً من الأعراض المرضية. ويغدو اقتناعه بنقائصه المزعومة أمراً ملزماً حتى ليخلل كل فكرة له عن نفسه. وتكثر صورة سلبياته مرور الوقت حتى تصبح هى «صورة النفس» self-image بالنسبة إليه. فإذا سئل أن يصف نفسه لم يسهه أن يفكر إلا فى سماته السببة، ووجد صعوبة كبيرة فى الالتفات إلى قدراته ومنجزاته، وعُض من شأن صفاته ومزاياه التى كان يقدرها قدماً ويعتز بها.

ينشغل المريض بنفسه المزعوم ويتخذ الشغاله أشكالاً كثيرة. فهو يقدم كل خبرة من خبراته وفقاً لهذا النقص. وهو يؤول أى خبرة تحتل أكثر من تفسير أو تحمل نبرة سلبية خفيفة كدليل على نقصه وقصوره. فهذه امرأة بها اكتئاب خفيف تستنتج بعد مشادة مع أخوها «إننى غير قادرة على أن أكون محبوبة أو أن أمتع حياً»، ولا يثبت اكتئابها أن يشتد، رغم أن لديها فى الحقيقة العديد من الأصدقاء الأقربين ولديها زوجٌ محب وأطفال. وحين تكون إحدى صديقاتها مشغولة بحيث تُنصّر معها الحديث على الهاتف تقول لنفسها: «إنها لا تريد أن نتحدث معى بعد ذلك». وحين يعود زوجها من مكتبه متأخراً ترى أنه كان يفضى الوقت فى مكان ما ليشجب البقاء إلى جانبها، وحين يتدمر أطفالها على المائدة تفكر: «لقد خذلتهم». الحق أنه فى جميع هذه الحالات كانت هناك تفسيرات أقرب إلى العقل والقبول، ولكن المريضة تجد صعوبة فى الالتفات إليها أو إلى أية تفسيرات لا تعكس عليها سلباً.

إن ميل المرء إلى مقارنة نفسه بغيره قد ينال من اعتباره لذاته، بحيث يتحول كل لقاء له بشخصٍ آخر إلى تقييم سلبى للنفس. هكذا يفكر مريض الاكتئاب عندما يتحدث مع الآخرين: «لست متحدثاً جيداً... لست جذاباً كبقية الناس». وحين ينمشى بالظرفين يفكر



« هؤلاء الناس يبدوون جذابين، ولكنني لست كذلك » « إن مشيتي رديفة ونفسي كربة ». وإذا يرى أمأ مع طفلها يفكر « إنها والدة طيبة ولست والدًا طيبًا ». وحين يشاهد مريضاً آخر يعمل بجد واجتهاد في المستشفى يفكر « إنه مجهد مجتهد بينما أنا كسول عاجز ».

ثم يتناول الكتاب هذه الظاهرة كما ينبغي. اعني ظاهرة القسوة والشغل في توبيخ الذات في حالة الاكتئاب. فمنهم من تجاهلها وضرب عنها صفحاً، ومنهم من أغرق في التاملات النظرية الشديدة التجريد. افترض فرويد مثلاً أنه في حالة البكل bereavement يكون لدى التاكل مخزون من العدائية اللاشعورية تجاه المفيد المحبوب. غير أنه لا يجيز لنفسه أن نقل هذه العدائية إلى حيز الشعور. ومن ثم فهو يوجه الغضب إلى نفسه ويتهمها بتفانص وعيوب. هي في الحقيقة تفانص المفيد المحبوب وعيوبه. وقد ظلت فكرة الغضب المعكوس ثابتة راسخة في نظريات كثيرة عن الاكتئاب. ونرى أن هذا المسار الملتف الذي اقترحه فرويد بعيد عن المعلومات المستفادة من المرضى بحيث يصعب اختياره والتحقق من صحته.

إن فحصاً دقيقاً لعبارات المرضى ليمدنا بتفسير أكثر اقتصاداً\* لظاهرة توبيخ الذات. فمن المفاتيح التي تكشف منشأ هذه الظاهرة ما نلاحظه كثيراً من أن مرضى الاكتئاب يبخسون نفس الصفات التي كانوا من قبل يقدرونها في أنفسهم ويعتزون بها. شأن هذه المرأة التي طالما سرها منظرها في المرأة فجعلت بعد أن أصابها الاكتئاب توبخ نفسها بإهانات مثل « إنني أسيخ باستمرار وأصير فيبحة دميمة ». ومثل هذه المرأة التي كثيراً ما اعتمدت على لباقتها واستغلت حلاوة حديثها وأسرت انتباه الآخرين واعتزت بهذه القدرة، فإذا بها بعد أن أصابها اكتئاب حاد تكلمت ذاتها وتحدثت نفسها « لقد فقدت قدرتي على إثارة انتباه الناس. إنني لا أقدر حتى أن أدير حديثاً مهذباً ». في كلنا الحالتين كان السبب المرسب للاكتئاب هو انقصام علاقة شخصية حميمة.

كثيراً ما نجد حين نراجع التاريخ الشخصي للمكتئبين أن المريض كان يستند في حياته إلى هذه الصفة التي يحط الآن من قدرها. وأنه كان يعتمد عليها في مواجهة الضغوط الحياتية

(\*) الاقتصاد parsimony هنا هو اقتصاد في الفكر، ومفاده أن التفسير الأفضل (لظاهرة...) هو ذلك الذي يتطلب أقل عدد ممكن من الافتراضات. وقد جرى العرف على تسمية هذا المبدأ الإثنولوجي « نزل أوكام » نسبة إلى وليم أوكام (١٢٨٥-١٣١٧) فيلسوف المعصر الوسيط. وإن كان مبدأ أوكام الأصنى مبدأً اندولوجياً في الأساس ومطوفه: « لا ينبغي أن نزيد من عدد الكيانات دون ضرورة » entities are not to be multiplied beyond necessity. المترجم.

المتعادة والسيطرة على المشكلات الجديدة وبلوغ الأهداف الهامة . لذا فهو حين يستنتج ( خطأ في الأغلب ) أنه غير قادر على السيطرة على مشكلة خطيرة أو تحقيق هدف ما أو تدارك خسارة فإنه يسخن صفته المميزة وبغض من شأنها . وإذا لوجح له هذه الصفة كأنها سخو وتلتأى بداخله اعتقاد أنه لن يعود قادراً على أن يجد في الحياة إشباعاً أو رضا وأن كل ما يمكن أن يتوقمه منها هو الألم والمعاناة . بذلك يتقدم الاكتئابى من الإحباط إلى تائب الذات إلى التشاؤم .

قد يفيدنا لتوضيح ميكانيزم تائب الذات أن نتأمل التسلسل الذى يجرى حين يكون الشخص العادى بصدد تائب شخص آخر قد ضايقه وتعدى عليه . إنه فى البدء يحاول أن يجد فى هذا الشخص المتعدى سمة سيئة يفسر بها سلوكه البغيض . الجلافة . . الأناينة . الخ . عندئذ يحسم هذه النقيسة المميزة لتشمل صورة التعدى بكاملها . وإذ شخص اتانى ، فإنه كرهه ، ثم يشرع بعد هذا الحكم الأخلاقى فى تدبر طرق بعاقبه بها . إنه لا يكتفى بأن يزدريه ويحط من شأنه ، بل يهاجم فيه إن واثته الفرصة نقطة ضعف يؤذيه بها ويصميه منها . وقد يشاء فى النهاية أن يقطع علاقته بهذا الشخص الذى تعدى عليه وآله ، وأن يبذل نهداً تاماً .

بنفس الطريقة يتفاعل الاكتئابى المؤنب لذاته مع تقيصته المفترضة الخاصة ويجعل من نفسه هدفاً لهجومه . إنه بعد نفسه خاطئةً مذنيةً جذيرةً باللوم . وهو يتجاوز فى ذلك وصية الكتاب المقدس : إذا ساءتْك عينك فاقلمعها ، ومد إذارته الأخلاقية من السمة المحددة المحصورة لتشمل شخصيته كلها وجُماع مفهومه لذاته ، مصحوبةً فى الأغلب بمشاعر الاستمزاز من النفس والنفور منها .

لنتأمل الآن الآثار المترتبة على انتقاد الذات وإذانتها ورفضها . إن المريض ليتفاعل مع هجماته ذاتها كما لو كانت موجهة إليه من شخص آخر ، فيشعر بالألم والحزن والحزى .

دأب فرويد وكثير من الكتّاب الأحدث أن يردوا مشاعر الحزن إلى تحول اتجاه الغضب وإرتداده إلى الداخل . ويزعمون أن الغضب المرتد يتحول ( كما يضرب من الخبيصاء **alchemy** (\*) ) إلى مشاعر اكتئابية . أليس تفسيراً أقرب أن نقول إن الحزن هو نتيجة نقص

( \* ) الخبيصاء **alchemy** هى الكيمياء القديمة التى سادت فى العصر الوسيط وكنلت مزيجاً من الكيمياء والفلسفة والمعرفة المكتسبة بالتجربة والأسرار ، وتهدف إلى تحويل المعادن الخسيسة إلى ذهب ( عن طريق ما يسمى حجر الفلاسفة ) وإلى اكتشاف إكسير الحياة الذى يشفى جميع الأرواء ويحصى الإنسان ضد الفناء . الترجمة .

اعتبار الذات الفاضل بحريضة ذاتي أي بتأنيب الشخص لنفسه؟ هبّ أننى أعلنتُ طالباً أن أداءه هابطٌ متدنٍ، وأنه تقبلٌ تقييبي لأدائه كتقييمٍ صحيحٍ عادلٍ. فالأرجح أن يحس هذا الطالب بالحزن رغم أنى أعلنه بذلك دوماً غضباً وربما بشئٍ من الأسف والعطف. فنقص اعتبار الذات يكفى لكي يجعله حزيباً. كذلك إذا وضع الطالب تقييماً سلبياً لنفسه فإنه يشعر بالحزن. إن مريض الاكتئاب يشبه بهذا الطالب المنتقص لذاته؛ فهو يشعر بالحزن لأنه يخفض من إحساسه بقيمته من جراء تقيّماته السلبية لذاته.

حين يقيّم مريض الاكتئاب نفسه تقييماً سلبياً فإنه لا يستشعر غضباً تجاهها لأنه ببساطة. في حدود إطاره المرجعي. يقيم حكماً موضوعياً سديداً، وهو بنفس القياس يستجيب استجابة الحزن (لا الغضب) حين يعتقد أن شخصاً آخر ينتقصه ويغض من قدره.

## التشاؤم

يُندفع التشاؤم مثل موجة عارمة إلى المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب. إننا جميعاً نحمل بدرجة ما إلى أن «نعيش في المستقبل». وحين نكون حيال حدث ما فنحن لا نفسر خبرتنا له وفق ما يعنيه هذا الحدث في لحظته الحاضرة فقط، بل وفق نتائجه المحتملة أيضاً. فحين يتلقى شابٌ إبطاً من رفيقته فإنه يتطلع إلى مزيد من الإبطاءات بأمل ولهفة. وقد يحدث نفسه: «إنها تحبني حقاً» وبتنبأ بأن علاقته بها ستزداد وداً وألفةً. أما إذا خيبت طنه أو رفضته فهو حقيق أن يتوقع تكراراً لمثل هذه التجربة الأليمة.

للاكتئابيين ولعٍ خاص بتوقع كربٍ ومحنٍ في المستقبل، والإحساس بهذه المحن والكروب كما لو أنها تحدث في الحاضر أو أنها حدثت بالفعل. كشأن رجل الأعمال الذي أملت به انتكاسةٌ بسيطةٌ فبدأ يفكر في إفلاسه النهائي. وإذا استغرق تفكيره في نيمة الإفلاس فقد صار يعد نفسه مفلساً، وبالتالي صار يحس بنفس الدرجة من الحزن كما لو كان الإفلاس قد حلّ به حقاً وفعلاً.

تنزع توقعاتُ الاكتئابيين وتنبؤاتهم إلى الغلو والتطرف والإقراط في التعميم. وهم إذ يعتبرون المستقبل امتداداً للحاضر يتوقعون للحرمان والهزيمة أن يمتد إلى الأبد. فإذا ما أحس الاكتابى بانتعاسة الآن فذلك يعنى عنده أنه سوف يبقى نعيماً على الدوام. ويعبر عن هذا التشاؤم الكلي المنطلق بعبارات مثل «لن يتصلح حالى أبداً» «الحياة لا معنى لها، ولا سبيل

إلى تغيير هذه الحال التعسة . يرى بربص الاكتئاب أنه مادام لا يملك أن يحقق أحد أهدافه الكبرى الآن فهو لن يحققه أبداً . ولا يكاد يرى إلى إمكان أن يستبدل به أهدافاً مجزية أخرى . وهو يفترض فوق ذلك أنه إذا بدأت مشكلة ما مستعصية الآن فسوف تبقى كذلك ولن يكون بمقدوره أبداً أن يجد حلاً لها أو أن يتجاوزها بشكل ما ويتخطاها .

ثمة مجرى آخر يفضى بمرضى الاكتئاب إلى التشاؤم . ينبع هذا المجرى من مفهومه السلسلي للذات . وقد سبق أن لاحظنا أن ما يجعل صدمة اللقمة مدمرة بشكل خاص هو أنها تُدخل في روعه أن به خللاً ما . وحيث أنه يعتبر هذه القبيصة المفترضة جزءاً مدمجاً بذاته فهو أميل إلى أن يعتبرها أهدية مستديمة . فلا أحد يستطيع أن يسترد له هوية فقدتها أو ميزة خَبِتَ فيه . بل إن نظرتة التشاؤمية لتفضي به إلى أن يتوقع أن عيبه هذا سوف يتفاقم باستمرار .

مثل هذا التشاؤم الاكتسابي حقيق أن يصدم أي شخص يتكئ على نفسه للوصول إلى أهدافه الحياتية الكبرى معتمداً على قدراته ذاتها وعلى جاذبيته الشخصية ونشاطه وقوته . لدينا على سبيل المثال كاتبٌ مكتئبٌ لم يفلح في إنجاز أعماله من الاستحسان والتفريط ما كان يتوقعه . فقد أدى به فشله في أن يعيـش وفق توقعاته إلى استنتاجين : الأول أن قدرته الكتابية في تدهور . والثاني مفاده أن القدرة الأبداعية شيءٌ داخلي صميمي . أما وقد فقد هذه القدرة فلا أحد يملك أن يستعيدها له . لقد فقدتها إذن فقداً نهائياً لا رجعة فيه .

وردت استجابةً مماثلة لذلك عن طالب لم ينجح في إحدى المسابقات لنيل جائزة في الرياضيات ، فكان يحدث نفسه « لقد فقدت قدرتي الرياضية ، ولن أنجح بعد ذلك في أي موقف تنافسي » . وحيث أن عدم الفوز كان معادلاً عنده للفشل التام فمعنى ذلك أن حياته بأسرها ، بماضيها وحاضرها ومستقبلها ، حياة فاشلة .

وهذه امرأة مهنية نشطة ألم بها اضطرابٌ مؤقتٌ بالظهر وكان عليها أن تلتزم الفراش . فاقصبتها الاكتئاب وخلصت إلى أنها ستظل طوال عمرها طريحة الفراش . لقد اعتبرت العجز المؤقت ، دون وجه حق ، عجزاً دائماً لا شفاء منه .

وإذ بهم التشاؤم في نفس المريض ويغلف توجهه الانهزامي التام ، يغدو تفكيره محكوماً بأفكارٍ مثل « انتهت المباراة . . ليس لدي فرصة ثانية . لقد فانتني الحياة . . ولم يعد هناك وقت لتدرك أي شيء » . إن خسارته تبدو له نهائية ومشكلاته لا حل لها .

هذا التشاؤم لا يلتهم المستقبل البعيد فحسب ، بل يتخلل في كل رغبة وكل مهمة

يضطرب بها المريض. فربة البيت التي تعددُ أشغالها المنزلية تنبئاً كلباً قبل البدء في أى شغل جديد أنها لن تستطيع إتمامه. والطبيب المكتئب يتوقع قبل مناظرة أى مريض جديد أنه لن يستطيع الوصول إلى تشخيص.

هذه التوقعات السلبية هي من القوة والرسوخ بحيث لا تززعها حتى الخبرات الناجحة. فحتى لو نجح المريض في مهمة ما ( وصول الطبيب إلى تشخيص مثلاً ) فهو يتوقع الفشل في المهمة التالية لها مباشرة. من الجلي أن يتقاضى عن خبراته الناجحة أو يفشل في تمثيلها. تلك الخبرات التي تناقض فكرته السلبية عن نفسه.

### تضاعف الحزن والتبدل

رغم أن حدوث الاكتئاب قد يكون سريعاً مفاجئاً، فإن نموه الكامل يستغرق أياً ما أو أسابيع، يحس المريض خلالها تزايداً تدريجياً في شدة الحزن وغيره من الأعراض، إلى أن يبلغ الحضيض. فكل معارضة لفكرة الفقد تأتي قوية شديدة بحيث تمثل خبرةً فقدت جديدة تصاف إلى المزجون السابق من خبرات الفقد. ومع كل فقد جديد يتولد مزيد من الحزن.

تتميز أى حالة سببكونوجية كما بينا آنفاً ( الفصل الرابع ) بحساسية خاصة تجاه أضافه معينة من الخبرات. أما مريض الاكتئاب فننحصر حساسيته في خبرات الفقد. فهو يميل إلى استخلاص العناصر التي توحى بالفقد ويتغافل عن المعالم الأخرى التي لا تتوافق مع هذا التفسير أو التي تناقضه. ذلك هو التجريد الانتقائي selective abstraction الذي يجعل المريض يسرف في تأويل الأحداث اليومية كدلائل فقد ويفعل عن التأويلات الأكثر إيجابية. إنه مفرد الحساسية للمؤثرات التي توحى بالخسارة وغير مبصر للمؤثرات التي تمثل المكسب. وهو بنفس النوع من الانتقائية يستندعى خبرات الماضي ويتذكرها. فتراه يخف إلى تذكر الخبرات الاليمية ويضرب صفحاً حين يُسأل عن الخبرات الإيجابية. وقد عرض ليشمان (Lishman, 1972) لهذه الذاكرة الانتقائية وبرهن عليها تجريبياً.

ونتيجة لهذه «الرؤية الأنوبية» tunnel vision يغدو المريض غير مُنْفَذ للمؤثرات التي يمكن أن تثير انفعالات سارة. ورغم أن يوسعه الاعتراف بإيجابية أحداث معينة فإن مواقفه إزاءها تعطل أى مشاعر سعيدة: «إني لا أستحق أن أكون سعيداً»، «إني غير بقية الناس ولا أحس بالسعادة حيال الأشياء التي تجعلهم سعداء»، «كيف يمكن أن أسعد بهذا إذا كان

كل شيء آخر شيئاً؟». كذلك لا تُعَرِّفُهُ المواقف المضحكة بفكاهتها بسبب نهجها السلبى وتزوعه إلى الإحالة الذاتية self-reference: «ليس فى حياتى ما يدعو إلى المرح»، وهو لا بغضب بسهولة لأنه يرى نفسه مسئولاً عن أى إهانات أو إساءات تلحق به من جانب الآخرين وجدراً بها.

يميل الاكتئابى إلى أن يفكر بحدودٍ مطلقة. وهذا مما يسهم فى الإثارة التراكمية للحنن. فهو يعنى فى الأفكار المتطرفة من قبيل: «الحياة لا معنى لها»، «لا أحد يحبنى»، «إننى عاجز تماماً»، «لم يبق لى من شىء».

ينقص الاكتئابى من مزاياه التى ارتبطت عنده بالرضا والإشباع. وهو بذلك ينزع الرضا عن نفسه ويقصبه. فحين ينتقص مريض من جاذبيته فهو فى حقيقة الأمر يقول «لم يعد يسرنى مظهرى البدنى ولا الإطرابات التى أمثلها من أجله ولا الصداقات التى اعاننى على تكويتها والاحتفاظ بها». ولا شك أن فقد الإشباع يعمل على تشغيل آلية تعكس اتجاه الإثارة الوجدانية - من السعادة إلى الأسى، وأن طوفان التشاؤم السائد يعمل على استمرار حالة الحزن ودوامها.

الحزن هو النتيجة المعتادة للفقدان. غير أن الأنواء السلبى الذى يديه بعض الاكتئابيين قد بغض بهم إلى حالة انفعالية مختلفة. فحين يعتبر الاكتئابى نفسه مقهوراً تماماً وينخلى بالتالى عن أهدافه، فهو خاليق أن يشعر بالتلذذ. والتلذذ apathy غالباً ما يُدرك بصفته غياباً للشعور. ومن ثم فقد يفسر المريض هذه الحالة بأنها علامة على أنه غير قادر على الانفعال. على أنه «ميت داخلياً».

### التفسيرات الدافعية

بين أغرب خصائص مريض الاكتئاب الشديد وأكثرها إلغازاً خاصية انعكاس الأهداف الكبرى فى الحياة. فهو لا يتزع فقط إلى تجنب الخبرات التى كانت من قبل ترضيه أو تشل انتباهه الرئيسى لحياته، بل ينحدو إلى حالة من السكون واللافعالية. وربما بلغ به الأمر حد الرغبة فى الانسحاب الكامل من الحياة عن طريق الانتحار.

ولكى نفهم الصلة بين التغيرات التى طرأت على دافعية المريض وبين إدراكه للفقدان، من المفيد أن ننمى فى الطرق التى استسلم بها وتخلّى. إنه لم يعد يحس بالانجذاب إلى ضروب

المغامرات التي اعتاد من قبل أن يقوم بها تلقائياً. بل يجد في الحقيقة أن عليه أن يُكرِّه نفسه بالقوة على أن يزاول أنشطته المعتادة. إنه ليسوف نفسه لتأديتها لا لأنه يعتقد أنها واجبة الأداء عليه أو أنه « يصرح أن يؤديها » أو يريد أن يؤديها، بل لأن الآخرين يضطرونه إلى ذلك. وهو يجد أن عليه أن يعمل ضد مقاومة داخلية كبيرة، كما لو كان يحاول قيادة سيارة « مفرمة » أو يسبح ضد التيار.

يُحس المريض في أقصى الحالات شدةً بشلل في الإرادة. إنه خَلُوٌ من أية رغبة في عمل أي شيء عدا أن يبقى في حالة عَطالة inertia، وما هو بقادر على أن يحرك إرادته ويدفع نفسه لعمل ما يعتقد أنه ينبغي عليه أن يعمل.

قد يشهدُ خُدْسُ المرء من خلال هذه الصورة للتغيرات الدفاعية، أن المريض قد يكون ضحية مرض جسسي شديد حل به واستنفد طاقته فلم تعد به قدرة أو حيلة لبذل أبسط مجهود. فمن الممكن تصوره أن مرضاً حاداً أو موهناً كالالتهاب الرئوي أو السرطان المتقدم قد ينهيه بالشخص إلى مثل تلك الحالة من الجمود. إلا أن فكرة الاستنفاد الجسسي هنا تدحضها ملاحظة المريض نفسه إذ يحس دافعاً قوياً لتجنب الأنشطة « البناءة » أو « العادية »: إن عَطالته خادعة من حيث إنها ليست مستعدة فقط من رغبة في أن يبقى سلباً، بل أيضاً من رغبة أشد خفاءً في أن ينسل من أي موقف يعتبره غير سار. فقد تسيطر وتنفره حتى فكرة تادية الوظائف الأولية كالقيام من الفراش وارتداء الملابس وقضاء الحاجات الشخصية. ما زلت أذكر مريضةً بالاكْتِئاب المُبْطِط (المتأخر) retarded depression كانت تسارع بدس نفسها تحت أغطية الفراش كلما دخلتُ الحجرة. وتصير نائرةً بشدة بل نشطة في محاولة الهروب من أي نشاط نحملها على أن تشترك فيه. أما الشخص المريض جسمانياً فهو، على عكس ذلك، يهجم إلى النشاط ويربده. وكثيراً ما تضطر أن تفرض عليه ملازمة الفراش فرهاً كي تحميه من إرهاق نفسه. إن رغبة مريض الاكتئاب في تجنب النشاط والهروب من الوسط المحيط به هي نتاج بناءاته الفكرية الفريدة: النظرة السلبية للمستقبل، وللبينة، وبنفسه.

نبتنا خبرات الحياة اليومية. وكذلك عددٌ من التجارب الجيدة التصميم. إن المرء حين يعتقد بعجزه عن تادية مهمة ما يكون أميل إلى تركها. فهو يتبنى موقف « لا جدوى من المحاولة » ولا يجد أي دافع تلقائي للقيام بهذه المهمة. زد أن اعتقاده في عبث المهمة ولا جدواها، حتى لو أُجْزِت بتجاح، من شأنه أن يقلل دافعيته إلى أدنى حد.

وما دام مريض الاكتئاب يتوقع نتائج سلبية فهو لا يستشعر أي حافز داخلي لبذل أي

جهد. ولا يرى أى طائل من المحاولة لأنه يعتقد أن الأهداف لا معنى لها. فإذا كانت القاعدة أن يتجنب الناس المواقف التي يتوقعون أنها مؤلمة، فإن مريض الاكتئاب الذي يرى معظم المواقف باطلة أو مملة أو مؤلمة، لا غرؤ يرغب في تجنب حتى الحاجات الأساسية وأسباب الراحة. وهذه الرغبات التجنبية عنده هي من القوة بحيث تفوق أى مبول تجاه النشاط والهادف البناء.

إن بالاكتئابى رغبة شديدة في الركون إلى حالة سلبية. ويمكن توضيح الإطار الذي تمثل فيه هذه الرغبة بهذا التعاقب من الأفكار: «إنتى منهك وحزين بحيث لا أستطيع عمل أى شئ. لو أنى قسمت باى نشاط فلن أصبر إلا إلى أسوأ. ولكن لو ظلمت وأقداً فربما أمكننى أن أذكر قوتى فذهب عنى المشاعر السيئة». غير أن هذه المحاولة للهروب من المشاعر المؤلمة من طريق الركون السلبى لا تنجح للأسف ولا تؤدى إلى شئ، اللهم إلا المزيد من الكرب. وبدلاً من أن يحظى المريض بمهلة ما أو اعتناق من أفكاره ومشاعره المؤلمة فإنه يرسف في قبدها ويصير أكثر اشغالاً بها.

### السلوك الانتحارى

ربما تعد الرغبات والمحاولات الانتحارية هي التعبير النهائى عن الرغبة في الهروب. فالإكتئابى يرى أن مستقبله متفئ بالانم والنعاء، ولا يجد من سبيل لتخفيف عذابه وتحسين وضعه، ولا يعتقد أنه سوف يصير إلى الأفضل. وبناءً على هذه المقدمات يبدو الانتحار خطوة منطقية. فالانتحار لا يَعد فقط بوضع نهاية لشقاته ويؤسه بل يفترض أيضاً أن يرفع عن أسرته عبئاً ثقيلاً. وما يكاد الإكتئابى يرى الموت أشهى إليه من الحياة حتى يشعر بانجذاب نحو الانتحار. ويقدر ما تبدو حياته أشد بؤساً وألماً يشتد توفقه إلى وضع نهاية لها.

تبين هذه الرغبة في وضع حد للحياة عن طريق الانتحار في تجميع هذه المكتئبة بعد أن نبذها حبيبها: «لا معنى للعيش.. لم يعد لى شئ هنا. إنتى بحاجة إلى الحب وقد فقدته إلى الأبد. لا يمكننى أن أكون سعيدة بدون حب. بل هى التعماسة التى تلازمى يوماً بعد يوم وتجعل استمرار الحياة لا معنى له ولا مبرر».

إنها الرغبة في الهروب من عبث الوجود وباطله، تتجلى أيضاً في هذا التناثر من الفكر مريض آخر: «الحياة تعنى مكابدة يوم آخر ليس غير. إنها لا تؤدى إلى أى معنى، وليس بها



شيء يمكن أن يمدحني أى رضا أو إشباع . لا مستقبل هناك . إننى لم أعد أطلق الحياة . إن مجرد الاستمرار فى العيش هو حماقة وغباء .»

ثم مقدمةً أخرى تبطن الرغبات الانتحارية ، هى اعتقاد المريض بأن الجميع سيكونون بحال أفضل إذا هو مات . إنه يعتبر نفسه تافهاً لا نفع منه ، ويعتبر نفسه هماً وعبئاً . ومن ثم لا وجه لأن تتضرر أسرته من موته ؛ وهل يتأذى من يضيع عن نفسه عبثاً؟! كانت إحدى المريضات تتصور أنها حين تنتحر إنما تقدم معروفاً لوالديها وفضلًا . فهى بالانتحار لا تنتهى أوجاعها فحسب ، بل تريح والديها أيضاً من أعباء نفسية ومالية جسيمة : « إننى أستغفد مالهما ونسبى شئنى غير ذلك . بوسعهما حين أريحهما منى أن ينفقا هذا المال فيما هو أفضل ، ولا يضطر والدى إلى أن يرهق نفسه فى العمل كل هذا الإرهاق . يمكنهما أيضاً أن يسافرا حول العالم . أنا لست سعيدة بأخذ هذا المال الذى يمكن أن يتمتعوا به ويسعدنا .»

## الدراسات التجريبية للاكتئاب

رغم أن الصياغات السابقة للاكتئاب مستمدة أساساً من الملاحظات الاكلينيكية وروايات المرضى ، فقد أمكن إخضاع هذه الفروض لسلسلة من الدراسات العلائقية (الارتباطية) correlational والتجريبية . وهى تؤيد النموذج الذى قدمناه للاكتئاب فى هذا الفصل .

### الأحلام وغيرها من ضروب المادة الفكرية

لاحظت فى خبرتى فى العلاج النفسى أن نسبة الأحلام ذات النتائج السلبية عند مرضى الاكتئاب تفوق ما عند غيرهم من المرضى النفسيين . يتضمن الحلم النموذجى لمرضى الاكتئاب المحتوى التالى : الصورة التى يرسمها للحلم للمريض هى صورة «الخاسر» . فهو فى الحلم يحرم من شيء عيلى ملموس أو يفقد اعتبار الذات أو يفقد شخصاً تربطه به علاقة حميمة . هذه هى التيمة النموذجية لأحلام المكتئب . وهناك إلى جانب هذه تيمات أخرى ، فقد يتمثل المريض فى الحلم كشخص آخرق أو مقزز أو متخلف أو معوق عن الوصول إلى هدف ما . وقد تابعت لنا هذه الملاحظة فى دراسة منهجية (Beck & Hurvish, 1959) .

تجلى قيمة الحرمان والخذلان في الأحلام النموذجية التالية لمرضى الاكتئاب: حد محاولات جاهداً في الحلم أن يتصل هاتفياً بزوجته، فيضع قطعة العملة الوحيدة معه في التليفون (الذي يعمل بالمسلة) لكنه يدير رقماً خطأً، ومن ثم ضاعت عليه المكافئة ولم تعد لديه عملة ولم يتمكن من الوصول إلى زوجته فقعد حزينا بالأساء. وهذا مريض آخر يحلم أنه في شدة الغضب فيقلب قفحاً من الجمعة، لكنه يؤتى بشراب هو مزيج من الجمعة و«السكوتش» فيقعده محبطاً بالأساء.

توجد إذن قيمات سلبية نموذجية في أحلام مرضى الاكتئاب. وقد تحققنا من هذه النتيجة في دراسة ثانية أكثر دقة تناولت آخر حلم لدى ٢٢٨ من مرضى الاكتئاب ومن المرضى النفسيين غير الاكتئابيين (Beck & Ward, 1961).

من المدخل الأخرى إلى دراسة أنماط التفكير عند الاكتئابيين مدخل قائم على تطبيق اختبار «الخيال المركز» *focussed fantasy*. اشتملت المادة فيه على مجموعة من البطاقات، كل بطاقة تتضمن أربعة إطارات تصور سلسلة من الأحداث تجري مجموعة من التوائم المتماثلة (الحقيقية) *identical twins*. وكانت الحطة شبيهة بما لاحظناه في أحلام الاكتئابيين، فأحد التوائم يفقد شيئاً ذا قيمة ويبتدئ ويعاقب. في هذا الاختبار دأب الاكتئابيون. دون غيرهم من المرضى. على أن يتمصصوا التوائم «الخاسر» في كل سلسلة ويتحدوا به.

في الدراسة الإكلينيكية الطويلة الأمد التي سبق أن أشرنا إليها (Beck, 1963) قمستُ بتحليل النتائج اللغظي المسجل حرفياً لواحده. وثمانين مريضاً اكتئابياً وغير اكتئابى في العلاج النفسى. فوجدتُ أن الاكتئابيين كانوا يحرفون خبراتهم بطريقة خاصة. فكانوا يسيئون تأويل الأحداث ويضعفون عليها معانى الحرمان والنقل الشخصى والرفض، أو ببالعون في دلالة الأحداث التي بدا أنها عادت عليهم بسوء. وكانوا لا يكفون عن نسج توقعات وتنبؤات سلبية دون مبرر. وكانت تقيساتهم المشوهة (المحرفة) للواقع شبيهة بمحتوى أحلامهم.

وقد قامت جماعتنا البحثية بسلسلة من الدراسات العلائقية (الارتباطية) لاختبار هذه النتائج الإكلينيكية. فوجدنا ارتباطات دالة بين عمق الاكتئاب من جهة ودرجة التشاؤم والتقييم النفسى السلبى من جهة أخرى. ووجدنا المرضى بعد شفائهم من الاكتئاب يُبدون تحسناً ملموساً في نظرتهم إلى الواقع وفي تقييمهم لأنفسهم (Beck, 1972 b). تقدم هذه النتائج دعماً قوياً للدعوى القائلة إن الاكتئاب يرتبط بنظرة سلبية إلى الذات وإلى المستقبل. ويقدم الارتباط العالى بين درجات النظرة السلبية إلى المستقبل والنظرة السلبية إلى الذات دعماً لمفهوم «الثلاثى المعرفى» *cognitive triad* في الاكتئاب.

وتأيدت العلاقة بين النظرة السلبية إلى المستقبل وبين الرغبات الانتحارية بعدد من الدراسات البحثية. كانت أهم هذه الدراسات دراسة تحاول أن تحدد العامل النفسي الذي ينحكم في مدى جدية المحاولة الانتحارية أكثر من غيره من العوامل. وقد خلصنا من هذه الدراسة إلى أن اليأس أو فقدان الأمل hopelessness هو أقوى مؤشر لمدى جدية الشخص في إنهاء حياته.

من الطرق الأخرى للتحقق من أولوية الاتجاهات السلبية في الاكتئاب هو أن نحاول تصحيحها ثم نلاحظ النتائج ونسجل الفرق. فإذا قمنا بتعديل المفهوم السلبى غير الواقعى للمريض عن قدراته ومستقبله والتخفيف من حدته، فقد نتوقع عندئذٍ لتلاعرض الثانوية للاكتئاب (مثل هبوط المزاج وفقد الدافعية البناءة) تحسناً مناظراً.

حين عُرضت عليهم مهمة تصنيف بطاقات تنقسم بالبساطة، كان مرضى العيادة الاكتئابيون أكثر نشاطاً بكثير حول فرص نجاحهم من مجموعة ضابطة من المرضى غير الاكتئابيين. كان أداء الاكتئابيين في الحقيقة مكافئاً لأداء الآخرين. وكان من ينجح منهم في إنجاز المهمة المقررة بصبر أكثر تعاضلاً في المهمة التالية لها. بل إن أداءهم في المهمة التالية كان أفضل من أداء غير الاكتئابيين (Loeb, Beck, and Diggory, 1971). وقد كررنا هذه الدراسة مع مرضى اكتئابيين وغير اكتئابيين تم دخولهم المستشفى للعلاج. فوجدنا أن الاكتئابيين عقب كل خبرة بنجاح كانوا يبدون زيادة في اعتبار الذات والتفاؤل، تمتد لتشمل خصائصهم غير المتعلقة بالاختبار. فيصبحون أكثر إيجابية في نظرتهم إلى جاذبيتهم الشخصية وقدرتهم على التواصل واهتماماتهم الاجتماعية. ويرون مستقبلهم أكثر إشراقاً وتعلو توقعاتهم حول إنجاز أهدافهم الكبرى في الحياة. وكان هذا التغير في تقييم الذات مصاحباً بارتفاع في المزاج (Beck, 1974).

ركزت دراسة مماثلة خمسة عشر مريضاً اكتئابياً نزولاً بالمستشفى على الصعوبة التي يجدها مرضى الاكتئاب في التعبير اللفظي عن أنفسهم. فكانوا يعطون مجموعة من المهام تتدرج من الأيسر (قراءة فقرة بصوت عالٍ) حتى الأشد صعوبة (أن يترجم المريض كلمة قصيرة في موضوع مختار ويحاول إقناع المختبر بوجهة نظره). وقد تمكن الجميع من أداء هذه المهمة الصعبة بالقدار. وهنا أيضاً وجدنا أن إنجازهم لهذه المهام بنجاح قد أدى إلى تحسن كبير في تقييمهم العام لأنفسهم ومستقبلهم. كذلك تحسن مزاجهم وارتفع.

يتميز مرضى الاكتئاب إذن بحساسية عالية تجاه أى دليل ملموس يثبت نجاح أدائه. ولهذا

النتيجة التجريبية متضمنات هامة تتعلق بالعلاج النفسى . إن معنى الموقف التجريبي (الذى يتلقى الشخص فيه عائداً إيجابياً positive feedback من القائم بالاختبار) له دون شك تأثير قوى على مريض الاكتئاب . إن لدى الاكتئابى التفتاناً خاصاً إلى الجوانب التقويمية للمواقف ونزوعاً إلى التعميم الزائد فى الاتجاه الإيجابى بعد النجاح . وهذه الصفة تمنحنا خطوطة هادئة لتتناول العلاجي لمرض الاكتئاب .

## جَمَاعُ الاكْتِئابِ

فيما سبق قمنا بتحليل نشأة الاكتئاب وتطوره بوصفه تفاعلاً متسلسلاً chain reaction تبدأه خيرةً تنضج عند المريض معنى «الفقد» loss . ولاحظنا كيف يعم هذا المعنى ويشمل نظرة الشخص إلى ذاته وإلى العالم وإلى مستقبله، ويؤدى إلى الظواهر الأخرى للاكتئاب .

وقلنا إن ضروب الفقد النموذجية التى تثير الاكتئاب بعضها درامى واضح مثل فقد زوج ومثل مجموعة خبرات يراها المريض منقصة له إلى درجة كبيرة . وبعضها أكثر دقةً وشفاهة تنجم من فشل المريض فى أن يقيم توازناً معقولاً بين مبدونه الانفعالى وعائل هذا المبدول، بين ما يمنحه للآخرين وما يتلقاه منهم، وكذلك بين ما يفرضه على نفسه من أهداف وما يحققه منها . وباختصار، بين ما يعطيه وما يأخذه (Saul, 1947).

بعد أن يستشعر الفقد (سواء الناجم عن حدث حقيقى واضح أو حرمان تدريجى مزمع) يبدأ الشخص المستهدف للاكتئاب فى تقييم خبراته بطريقة سلبية، فيبالغ فى تأويلها كدلائل هزيمة وحرمان، ويعتبر نفسه قاصراً عاجزاً لا قيمة له . ويرد الوقائع المؤلمة إلى نقص متواصل فيه . وحين يتطلع إلى الامام يتوقع لمصاعبه أو الآلمه الحاضرة أن تدوم إلى غير نهاية، ولحياته أن تكون عناء متصلاً وخيبة وحرماناً . وحيث انه يعزو مصاعبه إلى نقائصه هو وعبويه فإنه يؤنب نفسه ويتزايد انتقاده لذاته . هكذا تُنْشَطُ خبراته المعيشية أتماماً معرفية تدور حول تيمة الفقدان . وتنع مختلف الظواهر الانفعالية والدافعية والسلوكية والسمائية vegetative مسن هذه التقييمات السلبية للنفس .

إن حزن المريض هو نتيجة محتومة لإحساسه بالحرمان ولشأؤمه وانتقاده لذاته . أما التبدل فينتج عن انسحابه الكمال وتخليه وركونه . كذلك يندمج فقد التلقائية وينجم الرغبات

الهرمية والتجنبية والانتحارية من طبيعته في تقييم حياته . ويؤدي به اليأس إلى فقد الدافعية : بحيث أنه يتوقع نتيجة سلبية لأي فعلٍ ياتيه فإنه يفقد الحافز الداخلي على الانخراط في أي نشاط بناء . ويؤدي هذا التشاؤم في النهاية إلى الرغبة في الانتحار .

كذلك تُعدّ المظاهر السلوكية للاكتئاب ، كالحمول والتعب ، والتنهيج ، نتاجاً للمحتوى المعرفي السلبي . فالحمول والسلبية هما تعبير عن فقد المريض لثداقمة التلقائية ، والتعب السريع مرعبته التوقع الدائم للنتائج السلبية لأي فعلٍ يقوم به المريض . التنهيج أيضاً يتصل بالمحتوى المعرفي : فإذا كان المريض المثبط ( المتأخر retarded ) يستسلم صاغراً لمصيره ، فالمرضى التنهيج agitated يتناهل مستمبئاً كي يحد مخرجاً من مأزقه . وكلما فقد سيطرته علي موقف ما اندفع في نشاطٍ حركي مسعور كأن يذرع المكان جبهةً وذهاباً أو يخذل أجزاء مختلفة من جسمه .

أما العلامات النمائية vegetative للاكتئاب ، كتنقذ الشهية وفقد الليبيدو واضطراب النوم، فيبدو أنها المصاحبات الفسيولوجية للاضطراب السيكلوجي الخاص في الاكتئاب . وقد تعد هذه العلامات مثيلة لمظاهر الجهاز العصبي المنقل في مرض القلق . ولعل الشهية والنوم والدافع الجنسي هي أكثر الوظائف الفسيولوجية تأثراً بالاضطراب السيكلوجي الخاص بالاكتئاب .

ربما يُفسر التدهور المطرد لمرض الاكتئاب وفقاً لنموذج التغذية المرتجعة feedback . فمن أثر اتجاهاته السلبية يفسر المريض كرهه الانفعالي وإحساسه بالفقد وأعراضه الجسمية تقسيراً سلبياً . وإذ يستنتج أن به قصوراً ونقصاً لا بُرجي شفاؤه فإن استنتاجه هذا يدعم التوقعات السلبية والصورة السلبية للذات . فيؤدي به ذلك إلى مزيد من الحزن والأسى ويحس أنه مضطر إلى أن يتجنب مطالب بيئته وإلزاماتها . وهكذا تنشأ الحلقة الخبيثة .

تمدنا الدراسات التجريبية للاكتئاب ، بمفاتيح للتدخل العلاجي . فحين يساعد المعالجُ مريضه على تبين تحريفاته الدائمة لحياته فقد يخفف ذلك من انتقاده لذاته ومن تشاؤمه . وعندما تُفك هذه الحلقات المحورية في السلسلة نكون قد قصمنا الدائرة العنيدة للاكتئاب فنعود المشاعر والرغبات السوية للظهور . وكما سترى في شرح بقية الاضطرابات الانفعالية؛ فإن الدفعة الكبرى تجاه الصحة والشفاء تتحقق بتصحيح الاعتقادات الخاطئة للمريض وإعادة تشكيلها .

## الفصل السادس وقوع البلاء ولا انتظاره عصاب القلق

« تمثل مشكلة القلق نقطة عُقدية تنفجر عندها أهم التساؤلات وأكثرها تنوعاً واختلافاً، وتمثل لغزاً نرى أن حله جرى بأن يلقى فيضاً من الضوء على وجودنا العقلي بأسره » .

سيجموند فرويد

## القلق

ليس القلق انفعالاً شائعاً يعرفه جميع البشر فحسب، بل إننا نعتبره علامة على إنسانية الإنسان. فمن ذا الذي لم تحسه الشفرة الحادة للرعب إثر تعرض شيء عزيز لديه لحظير مفاجئ؟ ومن ذا الذي لم تتناوبه نوبات لا تنقطع من الضيق والكرب وهو بانتظار مواجهة عصبية؟ لقد أكد فرويد (١٩١٥ - ١٩١٧)، الذي أثار الاهتمام بظاهرة القلق كما لم يشهه كاتبٌ غيره، عمومية هذه الظاهرة إذ يقول:

«لست بحاجة إلى أن أعرفكم بالقلق. فكل منا قد جرب مرةً هذا الإحساس، أو على الأصح هذه الحالة الانفعالية، بطريقته الخاصة. غير أنني أعتقد أن السؤال الذي لم يُطرح كما ينبغي هو: لماذا يعاني العصبيون على الأخص قلقاً أكثر وأشد بكثير من بقية الناس؟»

لقد أثير كثيرٌ من الكتابات الدالة الكبيرة للقلق في الحياة المعاصرة مثل البيسر كامى A. Camus الذي أطلق على الحقبة التي نعيش فيها «قرن الخوف» (١٩٤٧)، و. و. ه. أودن W.H. Auden (١٩٤٧) في قصيدته «عصر القلق». وينفس العنوان وضع ليونارد برنشتاين L. Bernstein سمفونيته الثانية (١٩٦٠)، وجيروم روبنس J. Robbins أحد الباليهات المعاصرة (انظر ماسون Mason، ١٩٥٤). كما أن هناك كتاباً راجعاً عن أزمنتنا المعاصرة موسوماً باسم «عصر القلق» (Glasrud, 1960).

من الصعب رغم ذلك أن نقول إن مفهوم القلق مفهوم حديث. فنحن نجد في الكتابات التهيروغليفية المصرية القديمة. ونجد كتاباً من العصر الوسيط مثل ابن حزم الأندلسي يؤكدون شمولية القلق بوصفه حالة أساسية للوجود الإنساني (انظر كريتزك Krizeck، ١٩٥٦).

يسجل رولو ماي Rollo May (١٩٥٠) في كتابه «معنى القلق» تسجيلاً جيداً انتشار تبعة القلق ودورها في الأعمال الأدبية والموسيقية والفنية والدينية والفلسفية. ولقى مفهوم القلق رواجاً عظيماً بين الأطباء النفسيين وعلماء النفس باعتباره سبباً للعصاب ومظهراً له

أيضاً، ويُقدَّر ما ظهر عن القلق في التراث السيكيولوجي والطبي في العشرين سنة الأخيرة بأكثر من خمسة آلاف مقال وكتاب ( شيلبيرجر Spielberg ١٩٧٢ ).

## وظيفة القلق

لقد ظلنا أسند البيولوجيون والسيكيولوجيون والأطباء النفسيون إلى القلق وظيفة مفيدة، وكثير من الكتاب يعتبرون القلق تعبيراً عن استجابة الكر والفر Fight - Flight التي يُنشط بها البقاء وحفظ الحياة، ويمدونه ميكانيكياً بيولوجياً ضرورياً لحفز الكائن على الفعل استجابة للخطر. يقول فرويد (١٩١٥-١٩١٧) على سبيل المثال: «يبدُّنا القلق الواقعي كشيءٍ جد معنوي ومفهوم. ولنا أن نقول عنه إنه استجابة لرؤية خطر خارجي، أي لأذى مستقبلي ومتوقع، وهو مرتبط بمنعكس الفَرّ Flight reflex وقد يعتبر مظهرًا من مظاهر غريزة حفظ الذات» (ص ٣٩٣-٣٩٤).

هناك جمع كبير من الرأي يؤيد ما ذهب إليه فرويد من أن القلق هو نذير بخطر. يرى فرويد (١٩٢٦) أن القلق تحذير إما من خطر خارجي أو خطر داخلي (مثل انطلاق وشيك لرغبة محرمة). ويستجيب الفرد لهذا التحذير بأن ينهيا للفعل الكفيل بمغالبه الخطر الخارجي، أو بأن يحرك دفاعات نفسية يحتمس بها من الخطر الداخلي.

غير أن هذا التصور للقلق بحاجة إلى إعادة نظر. فهل صحيح أن القلق منه هام لتهيئة الفرد جسمياً ونفسياً لمواجهة تهديد ما؟ وما هو دليلنا على أن القلق شرط ضروري لاستجابات الطوارئ وليس تشبهاً بغيضاً؟ وفيم كل هذه الثقة بأن القلق دعامة للبقاء وظهر؟ إن بإمكاننا بالتأكيد أن نتصور حالات كثيرة يستطيع فيها المرء أن ينهيا للفعل المباشر دون أن يشحن نفسه بالقلق ابتداءً. فيستطيع الرياضي مثلاً أن يستنفر إمكاناته لتتو لياثي بحركة خاطفة، كأن يسدد لاعب الكرة ركلة نهائية في الرمي أو يدرك العداء خط النهاية بدفعة أخيرة. إن حائز الموقف التنافسي كافٍ وحده، دون استعانة بالقلق، لأن ينشط الرياضي جهازه العصبي المركزي بسرعة ويحرك جسمه بالتالي حركة توافقية. فإذا كان المرء قادراً على استجابات الطوارئ دون قلق (أو غضب) فما الذي يدعونا إلى توقع القلق أو استنزاه كمي يدفعه إلى الفعل التلازم في موقف الخطر؟

نحن نعلم أيضاً أن القلق يمكن في الحقيقة أن يعوق القدرة على التعامل مع الخطر، بل



يزيد بالفعل هشاشة المرء واستهدافه للخطر في المواقف المهددة للحياة. كلنا نعرف حالات «التجمد» Freezing التي تمرى الكائنات في مواجهة الخطر الجسمي. وقد درونا أن نتصور بسهولة كيف يمكن أن يتعرض لاعبو العقلة أو عمال الجسور للسقوط المروع لو أن الواحد منهم تملكه القلق فدار رأسه واهترت حركته. كما أن هناك أدلة على أن القلق المستديم قد يؤدي إلى اضطرابات فيسيولوجية لدى الأفراد المستهدفين لذلك (انظر الفصل الثامن).

اقترح ليفنثال (Leventhal, 1969) ما أسماه «نموذج الاستجابة المتوازنة parallel response paradigm» الذي يحدد تعاقب الأحداث من الخطر إلى الفعل كما يلي:

خطر خارجي ← تقدير الخطر ← سلوك مناسب للتغلب على الخطر. إن القلق من هذا المنظور هو شعور يأتي بعد تقدير الخطر. وهو يصاحب السلوك التكيفي ولا يسبقه. أي أنه لا يسهم في التعاقب التكيفي. وحين يتأني نلقلق أن يراحم السلوك التكيفي ويتعدى عليه فمن الأرجح أن يؤدي إلى تأثير ضار أو معطل. ألم بأن للذين يعزون إلى القلق وظيفة مفيدة؟ إن يتوّنوا قولاً سديداً وإن يبحثوا عن حجاج أكثر تماسكاً وإقناعاً يدعمون بها موقفهم؟

تثير فكرة غرضية القلق (بوصفه حافزاً لاستجابات الطوارئ ومحركاً لجهاز البقاء) أسئلة أخرى. لماذا ننسب مثل هذه الوظائف التكيفية المحورية لأحد الانفعالات (القلق) دون غيره من الانفعالات كالخوف أو الحرج أو السرور؟ صحيح أن كل الانفعالات تضيف أبعاداً للخبرة البشرية، غير أننا في حالتنا المعرفية الراهنة نرى أن من يسيغ على القلق وظائف صحية هو أشبه بمن يجعل من المحنة فضيلة.

حتى غرضية القلق الواقعي لم تكف نفسها عند هؤلاء فالحقوها بمفهوم القلق العصابي. يسلم فرويد (١٩٢٦) بأن القلق العصابي يتسبب عن إدراك خطر «داخلي» ناسم من الدفاعات اللاشعورية. وأن ما يثير القلق هو الخوف مما عساه أن يحدث أو أن قوى الكبت فشلت في صد المطالب الغريزية ومنعها من الانطلاق في فعل اندفاعي. فلو أقلت زمام الطاقات الغريزة المحرمة أو نشطت من عقابها فإن هذه الطاقات نفسها تؤدي عندئذ إلى القلق.

أبدي هوش Hoch (١٩٥٠) ارتيابه في منطقتي هذه الصيغة وعبر عن ذلك بالغاfrage التالية: «إذا كان القلق حتماً إشارة بأن القوى الغريزية المكونة قد بدأت تجيش وتثور، فلماذا يتوجب على أداة الإنذار ذاتها أن تحرق المنزل وتأتي عليه؟!» (ص ١٠٨).

## القلق والخوف

كثيراً ما يختلط تعريف الخوف بتعريف القلق. وهذا التداخل من شأنه أن يُفسد المزاج الاستفادة من استعمال لفظين مختلفين لتسمية ظاهرتين منفصلتين رغم ما بينهما من صلة. فهذا فرويد (١٩١٧) مثلاً يتحدث عن مخاوف واقعية ومخاوف غير واقعية ويسمى الأخيرة «قلقاً». إلا أن بالإمكان أن تفصل فضلاً حاداً بين الخوف والقلق دون أن تلجأ إلى معنى تكتيكي متخصص بعيد عن الاستعمال الشائع:

فالخوف هو صنف معين من «الفكر» ideation، بينما القلق «انفعال» emotion.

من التعريفات المعجمة للخوف أنه «إدراك مُرعب نسيء» ويحتمل أن يضر أو يؤذي... إلخ» (معجم وبستر الدولي المجدد للغة الإنجليزية ١٩٤٩). ويعرف معجم آخر القلق بأنه «احتمال أن يحدث شيء ما مرهوب أو غير مرغوب» (Standard College Dictionary, 1963). ومن الحقائق الدالة أن كلمة Fear مشتقة من كلمة إنجليزية قديمة تعنى الد المفاجئة، الخطر (معجم أكسفورد، ١٩٣٣).

تؤكد هذه التعريفات أن الخوف يعنى تقدير خطر فعلى أو ممكن. وبهذا المعنى فإن الخوف يمثل عملية معرفية - كمقابل للعمليات الانفعالية. هذه العملية السيكولوجية الخاصة هي الدراية (أو الإدراك أو التوقع) بأن شيئاً ما غير مرغوب قد يقع.

أما القلق فيعرف بأنه «حالة انفعالية منوشرة» (Standard College Dictionary, 1963). تواسم هذه الحالة بتعوت مثل: متوتر، عصبى، مرع، مرتعد داخلياً. وكثيراً ما يستخدم الباحثون والممارسون لفظ «القلق» ليمثل مُتصلاً continuum يمتد من التوتر الخفيف عند احد طرفيه حتى الرعب terror عند الطرف الآخر.

عندما يقول شخص «إننى متوتر» فهو يعنى أنه يحس قلقاً الآن وحالاً. ولكن ماذا تراه يعنى حين يقول «إن لدى خوفاً» (أو إننا خائف) من العواصف الرعدية؟ إنه يشير إلى مجموعة من الظروف ليست قائمة حالاً ولكن يمكن أن تقع في وقت ما في المستقبل. بهذا المعنى فإن الخوف يمثل «مبالاً» إلى أن يدرك المرء مجموعة معينة من الاحوال بصفتها تهديداً وأن يستجيب إليها أن تعرض لها استجابة القلق. ولكن يشير إلى الميل الباطن أو النزوع يمكن أن نستخدم تعبير «الخوف الكامن» latent fear، بمعنى مماثل لقولنا عن شيء صلب ظاهرياً

إنه حش إذا كان هذا الشيء قابلاً لأن ينكسر أو يصدع تحت إجهاد stress طفيف.

عندما تبدأ العاصفة الرعدية بالفعل، فإن الخوف ينشط ويحدث الشخص نفسه «أخشى أن يصعقني البرق ويقتلني». هذه العبارة تكشف ماهية الخوف: «تقدير أذى ممكن». يبتش مفهوم الخوف إذن من العواقب المحتملة للعاصفة الرعدية، وهي أن يُقتل المرء. عند هذه النقطة ينشط خوفه الذي كان من قبل كامناً (مكتملاً) إبان الطقس الهادئ ويثور قلبه؛ فيشعر بالارتعاش والعصبية والتوتر، يتسارع نبضه ويدق قلبه ويغزر عرقه. الخوف إذن هو «تقدير الخطر»، أما القلق فهو الحالة الشعورية البيضة والاستجابة الفسيولوجية التي تحدث عندما يُثار الخوف.

حين يقول شخص ما أنه خائف من الجسور أو من المباني العالية أو من التليفونات فيم يخبرنا؟ من المبين إنه ليس خائفاً من الشيء المادى أو تجهيزاته، بل من مجموعة معينة من الظروف. إنه خائف من النتائج المحتملة لوجوده على الجسر أو لاتصاله بالهاتف أو تلفيه مكالمته أو لوجوده في مبنى مرتفع أو بالقرب منه. فهو يتوقع أن وجوده في موقف معين يعرضه للخطر شخصي. فخوفه من الجسور مثلاً يعكس همه من احتمال إصابته أو غرقه، إما بسبب انهيار الجسر أو بسبب سقوطه منه أو قتره من الحماز. وخوفه من المباني العالية قائم على تصور أنه قد يهوى من النافذة أو أن المبنى قد ينهار. أما العنصر الذميم في عمل اتصالات هاتفية فهو قابليته للاجتراح بالصدمة الاجتماعية، كأن يبدو أحتم في نظر المتحدث على الطرف الآخر من الخط (سبغرض مثل هذه الحالة في الفصل الخاص بالرهابات).

ينشط الخوف حين يقترب الشخص من الموقف المفهد. غير أنه قد ينشط أيضاً بمجرد إذ يتحدث الشخص عن الموقف الخطر أو يفكر فيه أو يتخيله. فالإيمان في الخوف يجعل الموقف الخطر أكثر بروزاً ووشوكاً، أي أنه يستحضر الخطر البعيد إلى هنا والآن؛ فلا يعود الشخص يستشعر الخطر كشيء بعيد في المكان والزمان بل هو يسقط نفسه في الموقف الخطر.

لا يختلف الكرب (القلق) الناجم من توقع معاناة جسدية (كأخذ حقنة) اختلافاً كبيراً عن ذلك الكرب الناجم من توقع صدمة نفسية اجتماعية (كالإذلال والمهانة). ومعظمنا يعرف التوتر السابق للامتحانات أو السابق لإلقاء كلمة أو التمثيل أمام مجموعة. تشمل أصناف الصدمات الجسمية الشائعة: الإصابات والمرض والموت. أما المخاوف الاجتماعية الشائعة فتدور حول احتمال الاستنكار، وفقدان علاقة هامة، والرفض.

إن الخوف في جوهره هو مفهوم concept، أو تصور معين، متوجه بمحتواه إلى المستقبل، ويشير إلى احتمال الضرر الشخصي. أما القلق فهو انفعال emotion غير سار، له مصاحباته الذاتية والسيولوجية المعروفة.

ثم نواتج معينة لهذا التمييز السيمانتى بين الخوف والقلق. فهو ينحاشى البناءات السيمانتية المتعشّرة من مثل «القلق الواقعى»، «القلق الموضوعى»، «القلق المعقول واللامعقول». إن من الخطأ أن نتمتع انفعالياً أو حالة شعورية بنوع لا تناسب غير أفكار أو مفاهيم. هل يصح على سبيل المثال أن نقول عن المرء بالبنط إنه «مغص غير عقلاني»؟!.

بناءً على التعريفات التي اترحتها يمكن أن نُبعتُ خوفٌ ما بأنه موضوعي أو واقعي إذا كان هناك خطرٌ حقيقي أى إذا كان من شأن أى ملاحظ نزيه أن يسمي الموتف موقفاً خطيراً بالفعل. بالمثل يمكن للخوف (وليس القلق) أن يُسمى لا واقعيًا. إن صفات مثل «معقول» أو «لا معقول» يمكن أن تستخدم على الرجب والسعة لتصف مفهوم الخوف: فيكون الخوف معقولاً إذا كان قائماً على الفراضات معقولة، وعلى المنطق والاستدلال، ويكون لا معقولاً إذا تأسس على الفراضات خاطئة أو استدلال مغلوط.

## التوجه المستقبلي للخوف

إذا سألت شخصاً ما عن أفكاره في الوقت الذى يشعر فيه بالقلق، يتضح لك أنها تنطوي على توقع حدث ما غير سار قد يحدث في المستقبل. فقد أدلى أحد المرضى على سبيل المثال بارتباط الأفكار التالية بقورات القلق التى عاناها على مدار أسبوع: دخل عليه رئيسه الحجره فقال الشاب في نفسه «ربما ينوى هذه الرجال أن يخسب بي إلى وظيفة أدنى». ولما جدّ فيما كان يعمل ونجح فيه خامر هذا الهاجس «إذا بالغت في إثنان ما عمله فقد يفرقني هذا الرجل حقاً في أعمال أخرى، ولن أستطيع عندئذ ملاحظتها». فأثار فيه هذا الحائط مزبداً من القلق. وعندما ذهب إلى طبيبه لعمل فحص روتيني كان يحدث نفسه «ربما يكتشف الطبيب مرضاً خطيراً عندي لا أعلم به». والنتيجة هي القلق مرة ثانية.

وهذا شاب آخر كان يفكر هل من المستحسن أن يطلب من إحدى الفتيات موعداً، فتساوره هذه الفكرة: «قد تكون سببة الطبع فتصدني». وقد لاحظ في نفسه فيما بعد

صعوبة ما في الحديث ففكر: «ربما أفقد صوتي تماماً». وحين كان يستعد لأحد الامتحانات كان يقول لنفسه: «قد أرسب حقاً في هذا الامتحان». كانت كل فكرة من هذه الأفكار متبوعة بالقلق. إن القاسم المشترك فيها جميعاً هو أن الحدث المهدور كان يُدرك كحدث مستقبلي وشيك الوقوع ولكن لم يقع بعد.

وبطبيعة الحال، يمكن لتوقع الأذى الجسدي أيضاً أن يثير القلق: كما يحدث لسائق يدرك أنه على شفا التصادم مع سيارة أخرى، والمريض في انتظار عملية جراحية. وبعد أن يزول الخطر يتبدد القلق ويتلاشى.

هذا التوجه المستقبلي future orientation هو من طبيعة الخوف والقلق. وربما يزداد هذا الأمر وضوحاً حين نأخذ له مثلاً مالوفاً: فكل معلم يُعلنُ طلابه عن امتحانٍ سوف يكون حاسماً في تحديد درجات كل طالب، يعرف كيف يتراكم قلمهم ويزداد كلما اقترب ميعاد الامتحان. ويعرف كيف يزيلهم هذا القلق بعد انتهاء الامتحان وإعلان الدرجات (وإن أحس بالحرز كلُّ من قصر عن مستواه المعتاد وآماله الخاصة، وبالفرح كل من أجاد وفق أهدافه وتقديراته).

هناك بالطبع استثناءات واضحة لمبدأ التوجه المستقبلي للقلق. فمرضى عصاب الحرب، على سبيل المثال، يقعون في قبضة القلق طويلاً بعد إبعادهم عن منطقة الخطر. وتظل تعاودهم خيرة أشبه «بنكوص الزمن» أو تراجعهم، يعيشون أثناءها نفس الحدث الخطير الذي مروا به من قبل.

شبهه بذلك ما ينتاب البعض من سوررات القلق بعد إغلاتهم من حادث وشيك أثناء القيادة على الطريق السريع. فيظن قائد السيارة بساوره نفس القلق كلما تنكر في اللحظة التي كادت تودي بحياته. وتعاوده ذكرى ما جرى كأنه يقع في الحاضر أو كان الخطر ما يزال قائماً. وكثيراً ما تنتاب مرضى القلق المزمن التالي للأحداث الصدمية نوبات من «الارتجاع الفنى» flashbacks تظل تُبديء الحيرة الأصلية وتعيددها.

من الواضح أن التوجه المستقبلي للخوف يدور بصفة عامة حول تيمة «المعاناة» suffering. فد تكون المعاناة نتيجة لتوقع ألم جسمي أو توقع حالة انفعالية موجهة ناجمة عن ضرر نفسي - اجتماعي. فمن الشائع بين مرضى القلق النفسي خوفهم من أن يفقدوا السيطرة على أنفسهم فيقعوا في الخزي والمخرج والحرز. كالخوف من فقد المرء لسيطرته على

قواه وملكانته كما يحدث في حالة الخوف من الجنون، والخوف من العجز عن الأداء وعن تحقيق الأهداف المحورية، والخوف من إضرار الآخرين. وكذلك الخوف من الغشيان وقلق في مكان عام.

هناك نسبة كبيرة من مرضى القلق يؤرقهم هم الموت (Lander and Marks, 1971) ورغم أنهم لا يتصورون الموت كحالة من المعاناة في حد ذاته، فإن فكرة أمحاء النفس وزوالها تبعث على القلق. يرى كثير من الناس أن توقّف الوعي والخبرة هو أسوأ نكبة يمكن أن تحلّ بالمرء، ومن ثمّ كان توقع الموت همّاً عظيماً. من جهة أخرى، حين ينظر المرء إلى الموت نظرة إيجابية فإنه لا يخافه ولا يرتاع منه. فمرض الاكتئاب المبال للانتحار قد يشتهي الموت في الحقيقة ويرحب به كشكل من أشكال الهروب من حالة لم تعد تُطاق.

## عصاب القلق

كنا نتحدث حتى الآن عن القلق كأنفعال عام يشمل جميع الناس في كل مكان. غير أننا ندرك أن القلق يبلغ من الشدة مبلغاً كبيراً في حالة الاضطرابات النفسية من قبيل عصاب القلق الحاد، أو يساهم في حدوث أمراض نفسجسمية مثل قرحة المعدة (انظر الفصل الثامن). إن هذا يطرح السؤال التالي: كيف نميز الحالات المرضية للقلق عن القلق السوي.

يُعتبر القلق بصفة عامة قلقاً سويّاً حين يكون استجابةً لخطرٍ قائم، وحين يزول بزوال هذا الخطر. ويُعتبر قلقاً مرضياً إذا تجاوز كثيراً حجم الخطر الحقيقي أو إذا لم يكن ثمّ خطرٍ خارجي فعلي. غير أن وضع حدّ دقيق يفصل القلق السويّ من القلق المرضي هو مهمة صعبة وتعتمد إلى درجة كبيرة على المعايير الاجتماعية. فهل يُعدّ الشخص غير سويّ إذا ما اعتراه قلقٌ مزمن لأن أحد أعمدائه، وفق خرافات مجتمعه، قد عمل له (عملاً)؟ وهل يحقّ لنا أن نعت بالقلق المرضي جندياً «أخضر» يصيبه الهلعُ وهو يقوم بأولى المهام الحربية في حياته؟

حين ننحى جانباً مثل هذه المشكالات الحديثة والحالات البينية، نجد أن لدينا معايير لتشخيص عصاب القلق على جانب كبير من الدقة والتحديد والشمس. فمرض هذا العصاب يُبدون قلقاً مستديماً في غياب أي خطر واضح أو مباشر. فالجارب القديم الذي ترك الخدمة بالتفعل وعاد إلى الحياة المدنية وما يزال قلقاً في كل وقتٍ ومرتاعاً يظفر هلعاً لدى سماع أي

صوت عالٍ. هذا للشخص لا شك يستحق تشخيص عصاب القلق (بعد الحرب العالمية الأولى كان مثل هؤلاء الحاربين القدامى يمدون ضحايا «صدمة القذائف» shell shock) (\*). وينطبق نفس التشخيص على ربة البيت التي تستشعر القلق سواء كانت بمفردها بالمنزل أو كانت في موقف اجتماعي. وتنتطبق أيضاً على ذلك الرجل الذي يبغى متوجساً قلقاً على صحته رغم ما لا حصر له من الفحوص الطبية التي تثبت خلوه من أى مرض.

تأخذ اضطرابات القلق أشكالاً مختلفة. فهناك حالات حادة تستمر أحياناً عديدة أو أسابيع. وهناك نوبات لا تتجاوز بضع دقائق غير أنها تميل إلى التكرار الكثير. وهناك حالات مزمنة يستمر فيها القلق أشهراً أو سنوات. وإذا يبدو أن هذه الحالات تحدث في غياب أى خطر واضح فقد ظهرت عدة مصطلحات لوصفها وتفسيرها، من أكثرها شيوعاً مصطلح «القلق العائم» free-floating anxiety. وقد استحدثت فكرة القلق العائم، كما سوف نرى، عدداً من النظريات المتباينة التي تُنمى إلى مدارس مختلفة من الفكر.

## مغالطة «القلق العائم» (الطلاق)

هذا مريض يؤتى به إلى غرفة الطوارئ بإحدى المستشفيات. ملامحه متقبضة رعباً،

(\*) عادت التقسيمات المرضية الأحدث إلى شيء هو أقرب إلى التصور القديم من «صدمة القذائف» و«عصاب الحرب» و«عصاب الصدمة»... إلخ؛ فأردت كلمة مرضية خاصة وتشخيصاً منفصلاً لكل هذه الحالات وغيرها من الحالات التي تحدث استجابة لصدمة بالغة لشدة تنحفي الحبرات المعتادة في حياة البشر هولا وجسامة (مثل الحوادث المفجعة والكوارث الطبيعية وويلات الحروب والانفصام والاختطاف والأسر والتعذيب... إلخ)، وأطلقت على هذه الفئة المرضية اسم «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» Post-traumatic stress disorder. وهي أقرب إلى المفارقة (أو الوطء) منها إلى الاضطراب، إذ تنضم حشداً من الأعراض الشائعة تشمل ١. أعراض إعادة معايشة الحبرات الصدمية إن في البقعة أو الأحلام أو سورات الشقاق الومي ٢. أعراض نيلد الاستجابة للعالم الخارجى والتجنب الرهلى لجميع أشكال المؤثرات المرتبطة بالصدمة من قريب أو بعد ٣. أعراض زيادة الاستارة من مثل الأرق والغضب والتوجس وضعف التركيز والإقبال... إلخ. وقد ظهر أن هذا الاضطراب يختلف عن عصاب القلق العام في الأساس البيورولوجي فضلاً عن اختلافه الواضح في الصورة الاكلينيكية. كما تبين أنه يتسبب - بالإضافة إلى الصدمة ذاتها - عن عوامل مهينة سابقة على الصدمة وداخلية في صميم بنية الشخصية وفي المهاد الاجتماعى الذى تعبت فيه. «الترجم».

وتفسه سريع ضحل، وجسده يتصيب عرقاً. وعقب إجراء الفحوص والتحليل الواقية التي أقيمت احتمال المرض الجسمي كسبب للحالة، دمعها الطبيب الباطني كحالة « عصاب قلق حاد » ودون ملاحظة في ملف المريض أن لديه « قلقاً عائماً » free-floating anxiety. فحيث لم يجد هذا الطبيب، وفق مقاييسه الخاصة، أي خطر موضوعي في هذه الحالة من القلق، فقد أحالها إلى فئة الشذوذات الانفعالية الناتجة من « النفس » أو ربما من عامل ما من العوامل البيوكيميائية الخفية.

إن حدوث القلق في غياب أي خطر موضوعي قد أدى إلى نشوء فروض عديدة ترمي إلى تفسير نوبات القلق وكشف سرها. فقد اقترح فرويد يوماً ما (١٩١٥ - ١٩١٧) أن الطاقة الجنسية الخبيسة تتحول (مثلما تتحول أشكال الطاقة) إلى قلق. ثم عاد في مرحلة تالية (١٩٢٦) لافتراض أن ما يثير القلق هو تهديد دقة لا شعورية محرمة بالانطلاق إلى الشعور. أما المدرسة العضوية التي يمثلها أئمة مثل كراپلين Kraepelin، فاقترحت نوعاً من اضطراب الأعصاب. وهي أطروحة طورها كتاب أحدث إلى نظرية في اختلال توازن الجهاز العصبي المستقل.

منذ بضعة أعوام حظي تفسير بيوكيميائي للقلق بشعبية كبيرة. ومفاد هذا التفسير أن القلق ناجم عن زيادة في حمض اللكتيك أو نقص الكالسيوم بالدم (pitts, 1969). إلا أن الدراسات اللاحقة فشلت في تدعيم هذه النظرية (Levitt, 1972). أما السلوكيون فيعتقدون أن سبب القلق هو إشارات سابقة خاصة بالمريض، فهو اليوم يستجيب بالقلق لمؤثرات حميدة سبق لها أن ارتبطت لديه بمؤثرات مؤذية (انظر الفصل السابع).

إن فكرة «القلق العائم» free - floating anxiety هي فكرة مستفاد من وجهة نظر الملاحظ لها وليس المبتلى بها. فإذا ما حاولنا فحص هذا الاضطراب من خلال الإطار المرجعي للمريض ننسفه فهل نجدنا بإزاء قلق محض لا صلة له بأي خطر؟ إن العكس هو الصحيح. ولننظر إلى مريض القلق الحاد الذي يشكو إلى طبيبه أنه يحس بكارفة وشيكة وبأنه ربما يكون مشرفاً على الموت. فبعد أن تثبت الفحصوص الطبية الكاملة خلو هذا المريض من أي مرض مهدد للحياة، فإنه غالباً ما يدرك أن خوفه لا أساس له فيخفف قلقه ويزول.

أدرك بولبسي (Bowly, 1970) خطأ مفهوم «القلق العائم»، إذ يقول: « ما لم نعرف ما جرى أو يجري في عالم المريض الخاص، فلن نكون في موقع يسمح لنا أن نقرر عدم وجود



تهديد، أو أن نقرر أن التهديد لا يتناسب - وفق المعايير المعقولة - مع الانفعال الذي يبدو أنه  
أثاره.

الحق أن الحيرة الأكلينيكية لتدنا أنه كلما ازدادنا علماً بالخوف الطبيعي وتعرّفنا على العالم  
الشخصي للمريض، تضاهلت عجية المخاوف التي يعاني منها، ولم يعد قلقه يبدو لنا «عائماً»  
free-floating. من ثمّ يتضح أننا لو شئنا أن نقرر استعمال كلمة (قلق) على الحالات التي  
يغيب فيها التهديد أو يبدو غير كافٍ، فربما انقضت هذه اللفظة بهدوء ولم تعد تستعمل»  
(Bowlby, 1970).

وحيث يبدو وقلق المريض غير متناسب مطلقاً مع أي ضغوط ممكنة أو أي خطر مهدد  
للحياة، يقع الطبيب الفاحص في الخطأ، ولا يلتفت إلى ما يفسم به المريض عن خوفه من  
الموت. حتى الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٦٨) ينص على أن  
الخوف هي تيرير أو إزاحة من خوف «فعلي»، أو هي ببساطة مظهر سطحي للقلق. إن هذا  
الميل نحو إقصاء المخاوف الظاهرة للمريض يلقي على بصر الطبيب غشاوة فلا يرى الاضطراب  
الكفري في حالات القلق الحاد. ويعجز بالتالي عن تبين أن المخاوف تبدو لعين المريض معقولة  
بالفعل. ذلك أن هذه المخاوف قائمة على المغالاة في تأويل المؤثرات كدلائل خطر، وتغريف  
المؤثرات الواردة، والاستدلالات الاعتسافية والتعميمات المفرطة (انظر الفصل الرابع).

بتشجيع المريض على أن يشرح مخاوفه يستطيع الطبيب الفاحص أن يكشف الغطاء عن  
المعلومات التي تجعل هذه الحالة الغامضة مفهومة تماماً. فالخوف الذي يعاني منه المريض هو من  
وجهة نظره الواقعي تماماً ومعقول. في البداية، حين نسأل المريض عن مخاوفه، قد يكون  
مهموماً بقلقه وحالاته الشعورية الغريبة وهو اجسه الملحّة بحيث لا يستطيع التركيز على  
السؤال. غير أنه بقليل من الاستبطان يتكهن أن يسدنا بمعلومات ذات صلة. وكثيراً (ولكن  
ليس دائماً) ما تنسلط على مريض القلق الحاد فكرة أنه يُحتمل، إذ تشير فيه بعض  
الإحساسات الجسمية المفاجئة أو الشديدة خوفاً من الموت. فهو يتسرّ الكرب الجسدي الذي  
اعتراه كعلامة لمرض جسسي، فينتابه القلق. ويبدأ التفاعل المتسلسل chain reaction.

هذا رجل في الأربعين من عمره جيء به إلى غرفة الطوارئ بأحد المستشفيات العامة بمدينة  
دينفر في حالة كرب حادة. قال هذا الرجل إنه منذ ساعات قليلة صعد إلى قمة مصعد  
التزلّف بالجبال فلاحظ أن ثنسه يضيئ. بعدها أحس بضعف شديد وأخذ يتصبّب عرقاً  
وتستحوذ عليه فكرة أنه يفقد وعيه. لم يكشف الفحص الطبي الذي أجرى ورسم القلب

الذى تم عمله بالمستشفى اى علامة تشير إلى خلل جسمانى . وقبل للمريض إنه يعانى « نوبة قلق حاد » وأعضى فينوباريتال للتهدئة .

غير أن قلقه الشديد استمر . وعاد إلى بيته في فيلادلفيا . وعندما جاء لأشترارتي في اليوم التالى كان غامضاً في البداية وهو يحاول تحديد مصدر قلقه . إلا أنه حين بدأ يراجع الوقائع الحديثة التى جرت له كان من السهل نسبياً ضم المعلومات ذات الصلة وتجميع أجزاء الصورة . ذكر الرجل أنه حين ارتقى إلى أعلى مصعد الترحلف لاحظ أن تنفسه يضيق ( ربما بسبب الجيو المخلخل ) . وتذكر أنه أروته فكرة أن ضيق تنفسه قد يكون علامة على مرض القلب . وتذكر أخاه الذى أصابه مثل هذا ومات بانسداد تاجى منذ بضعة أشهر . وحين أجال فى خاطره بجديّة أكبر فكرة إصابته بانسداد تاجى أزداد قلقاً على قلق . عند هذه النقطة بدأ يحس بالضعف وعرق بغزارة ويشعر بدوار . وقد فسر هذه الأعراض كدليل جديد على أنه أصيب بنوبة قلبية وأنه على مشارف الموت . عندما فُحصَ هذا الرجل فى غرفة الطوارئ لم يهدئ من روعه رسم القلب الطبيعى ، واعتقاده أن المرض ربما لم يكشف عن نفسه بعد فى هذا الاختبار .

بعد أن استقر بنا الرأى أن الخوف من النوبة التاجية هى التى أشارت « القلق العالمى » وأدامته ، كان باستطاعتنا أن نتناول المفاهيم الخاطئة للمريض . وقد شرحت له أن ضيق التنفس المبدئى كان استجابةً فسيولوجية عامة للجو الرقيق ( المخلخل ) بالجبال . وأن ما نتج عنها من خوف من نوبة القلب قد أثار أعراض القلق . . تلك الأعراض التى فسرها كعلامة على الموت الموشيك . تقبل المريض هذا التفسير وأطرفنى برأى وجيه هو أن خوفه من نوبة القلب كان « إنذاراً كاذباً » . عقب هذا التفسير المعدل لخبرته اختفت أعراض القلق وأحس المريض بأن صحته رُدّت إليه . لقد زالت الأعراض بسرعة بعد كشف السبب . فأمدّه هذا الزوال السريع بدليل إضافى على أنه لا يعانى من مرض عضوى .

إن المخاوف المؤدية إلى نوبة قلق حاد ليست مقصورة على هواجس المرض الجسمى . فقد تدور هذه المخاوف حول مصاعب ومحن نفسية - اجتماعية .

فيما أستاذ جامعى حضر إلى غرفة الطوارئ بأحد المستشفيات لأن « به هلعاً شديداً ولم بعد يحمّل ذلك لحظة واحدة » . وضع طبيب الحفارة تشخيص « قلق عالمى » وحوله إلى استشارة طبيغسبة عاجلة . حين شرح هذا الرجل سلسلة الأحداث السابقة للهلع مباشرة بزغت الصورة التالية :

كان قبل ساعات قليلة يتهبأ لإلقاء أول محاضرة له على فصل كبير . فبدأ يشعر بقلق متزايد ويرى أنه سوف يرتبك ويبدو غير كفاء أمام الطلاب . ومع تزايد القلق اتصبت أفكاره على أنه ربما يعجز عن تحضير المحاضرة، بل قد يتعطل ذهنه ويعجز عن الكلام أمام الفصل . وبدأ من هذه النقطة يستحضر في ذهنه سلسلة من العواقب الكارثية : فهو سوف يخسر وظيفته، وسوف يعجز عن كسب قوته، وينتهي به الأمر في شارع السافطين - متبوءاً من مجتمعه وعاراً لعائلته .

وبكشف المحتوى الفكرى الذى أنتج القلق، استطاع المريض أن يكون أكثر موضوعية فى فهم مشكلته المباشرة . وبداننا نطرح إجراءات بديلة ونمحصها : أن يفصح لرئيس القسم عن مصاعبه، أن يتولى عملاً آخر يقدر عليه حتى باقتراض فشله كمحاضر . إلخ . وإذا لم يعد المريض يركز مخاوفه ويوليها تصديقاً كبيراً، زایله القلق واستطاع أن يعد المحاضرة ويلقيها بنجاح . ومن طريف الأمر فى هذه الحالة أن هذا المريض قد انتخب فى العام التالى كأفضل محاضر بالكلية .

فى كلتا الحالتين السابقتين لم يكن الطبيب الفاحص هو الذى يستخرج العوامل التى أسهمت فى توليد القلق . لقد استطاع باقل قدر من الأسئلة أن يتحقق من سلسلة الأحداث ومن المحتوى الفكرى الذى أدى إلى «القلق العالم» . وفى كلتا الحالتين كان الخوف من كارثة (الموت فى الحالة الأولى والفشل الإنسانى التام فى الثانية) هو المسئول عن توليد القلق . وحين أدرك كل من المريضين أن خوفه الزائد كان «إنذاراً كاذباً» انحسر قلقه وتراجع .

لقد شرعت بعدها فى دراسة ثنويات القلق الحاد . ووضعت ترتيبات لمناظرة بعض المرضى الذين تم تشخيصهم من قبل الأطباء الفاحصين كحالات «قلق عالم» . وقد أمكنتى فى عشرة حالات متتالية أن أستخرج نفس الصنف من المحتوى الفكرى الذى وصفته فى الحالتين التوضيحتين السابقتين (Beck, 1972 a, Beck, Laude, and Bohnert, 1974) .

## التصاعد اللولبى للخوف والقلق

القلق الطاعى غير المروض شىء بغيبض، وهو فى حد ذاته خبرة مرهوبة . قد يستشعر المرء قلقاً، على سبيل المثال، قبيل إلقاء كلمة على الملا أو قبيل أداء امتحان ما . ويعود ذلك إلى

تهديد الجزى والقتل. غير أن الأمر لا يقف عند هذا الحد. إنه يعلم من خبرته السابقة أنه يواجه خصمين لا خصماً واحداً. إنه لا يتبارى فقط مع الألم الناشئ، من تعثر الأداء، بل عليه أيضاً أن يواجه فترة من القلق قبيل المحاولة وأثناءها. إن الرهبة من هذا القلق المبرح لا شك تضيف إلى معاناته الناجمة من الموقف المهديد ذاته.

قد يتراكم القلق أيضاً عندما يخشى الفرد من ذم الناس واستخفافهم إزاء ما قد يبدر منه على الملأ من أمارات الخوف والرهبة. مثل ذلك الرجل الذي كان يتخوف من إجراء تحليل دم، بينما كان خوفه الأكبر في الحقيقة هو من استهجان طبيبه الذي قد يعتبر خوفه من التحليل علامة على الضعف والعصاب. لقد كان خوفه الأولي primary fear هو من الألم الناشئ عن اختراق الإبرة جسده ومن المعنى المرضى الذي يلحقه بعملية فقد الدم. وكان خوفه الثانوي secondary fear هو من ازدياد طبيبه له. الحق أن خوفه الثانوي هذا كان أشد من خوفه من تحليل الدم، وقد كان يحصله من قبل على تجنب أخذ مواعيد طبية. فلما حدث أن أخذ مواعيداً بدأ قلقه بتزايد. وكلما ازداد شعوره بالقلق تزايد في ظنه احتمال إصابته بالإغماء في مكتب الطبيب. وهذه الفكرة بدورها أفرخت مزيداً من القلق. وبذلك استتبت الحلقة الحبيثة واشتدت.

قد نشهد حلقة القلق المستمر بطريقة أخرى. فهذا رجل أعمال أخيره أخذ مساعديه أن الأحوال الاقتصادية لصناعته كانت تسير إلى الأسوأ. فجعلته هذه الملاحظة قلقاً متوجساً من مصاعب خطيرة. وكلما أكبر من شأن المشكلات الممكنة وخطورتها قلت ثقته في قدرته على مواجهتها. وكلما انحسرت ثقته في قدراته الخاصة ازداد في تقديره حجم المشكلات. لقد نشأ تفاعل متبادل بين تصوره للمشكلة وتصوره لقدراته. وكانت كل خطوة في هذا التفاعل تؤدي إلى مزيد من القلق.

هناك عاملاً آخر يؤدي إلى التصاعد اللولبي للقلق، هو النظرية التي يفسر بها المريض حالته الوجدانية البغضة، أعنى حالة القلق. فهو يتفحص هذه الاستجابة الوجدانية ويؤولها ويعطيهها معنى، تماماً مثلما يفعل بإزاء أى مؤثر من المؤثرات الخارجية. وحيث أنه اعتاد أن يربط القلق بالخطر، فإنه يقرأ قلقه كإشارة خطر. ومن ثم نشأ حلقة خبيثة أخرى: فالتفكير المحتوى على معنى الخطر يولد قلقاً، والتغذية المرتجعة لشعرات القلق cues of anxiety تؤدي إلى مزيد من التفكير الباعث على القلق. ويخطر للمريض: «أنا أشعر بالقلق، إذن لا بد أن الموقف خطير بالفعل».

تتجلى هذه الظاهرة بوضوح فى حالة مريضة مصابة بنوبات نقص السكر بالدم. كان الهبوط المفاجيء للمسكر بالدم يؤدى بها إلى مشاعر الإغماء والارتعاش. فكانت عندئذ تفكر: «إننى عاجزة عن الإمساك بالأشياء» «قد أفقد السيطرة على نفسى وأفترق من النافذة أو أشترع فى الصراخ والمويل» «مزيد من القلق. لقد كانت تستجيب لمشاعر القلق بمزيد من الاعتقاد بفقد السيطرة.

## اضطراب التفكير فى عصاب القلق

ذكرنا آنفاً (الفصل الرابع) أن هناك اضطراباً فكرياً ما فى القلب من كل عصاب. وهذا ما نجده فى حالة مرضى القلق. إن المريض نفسه يلاحظ بسهولة أن به خللاً فى التفكير الواقعى. تتألف مظاهر الاضطراب الفكرى المميزة لمرض القلق فيما يلى:

(١) أفكار متكررة عن الخطر. فمرض القلق هو دائماً فى قبضة أفكار تقطبة وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية (إنذارات كاذبة).

(٢) نقص القدرة على «محادثة» الأفكار المهيبة. قد يشك المريض فى معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير الموضوعى وإعادة التقييم معاقبة. ومهما بلغ هذا الشك فإن الأرجحية عنده تظل فى صف هذه الأفكار.

(٣) تعميم المؤثر stimulus generalization: يتسع مجال المؤثرات المثيرة للقلق بحيث يمكن لآى صوت أو حركة أو تغير ييشى أن يدرك بوصفه خطراً. من ذلك أن امرأة فى نوبة قلق حاد سمعت بوق سيارة الإطفاء فحدثت نفسها «ربما شبَّ حريقٌ فى بيتى». وتخيّلت أسرتها محاصرة بالثيران. عندئذ سمعت طائرة تحلق فوقها فتخيّلت نفسها داخل الطائرة وهى تنحطم. وحين أمعت فى تخيل الحطام تحطفتها القلق.

قد نُفسر بعض خصائص القلق، مثل تعثر الكلام وتعطل استدعاء الأحداث القريبة، تفسيراً سطحياً. فيقال إنها ناتجة من انهيار التحكم الإرادى فى تركيز الانتباه. فإذا وجد مريض القلق صعوبة فى التركيز على مهمة مباشرة (أداء اختبار أو إلقاء كلمة... إلخ) قد يتندر إلى الحدس أن انتباه هذا المريض هو من التبعثر بحيث لا يمكنه أن يبقى لصبغاً بشئ، أو

موضوع معين لفترة طويلة. كذلك يسارع البعض بتفسير تشتت انتباه المريض تجاه أية مؤثرات طفيلية، فيجروه إلى الطبيعة الشاذة لهذا الانتباه.

غير أننا حين نمنع في الاستقصاء نبرز لنا سبيلاً أكثر دقة في فهم هذه الظواهر. إن مشكلة المريض لا تنجم من الطبيعة «المتقلبة» لانتباهه بقدر ما تنجم من «التثبيت» اللاإرادي لهذا الانتباه. فالجزء الأكبر من انتباه المريض ما يروح موقوفاً على تصور الخطر وإدراك «إشارات الخطر». يتجلى هذا الانتباه الموثوق في اشتغاله اللاإرادي بالخطر، وفي بقاءه الزائدة تجاه المؤثرات المتصلة بالخطر، وتَفْصُحُه الزائد في شعوره الذاتي. كل ذلك يستهلك انتباهه فلا يبقى منه للتركيز على المهام وللتذكر والتفكير إلا التزُّرُّ البسيط. وبعبارة أخرى يمكننا القول إن مريض القلق، بسبب تثبيت معظم انتباهه على تصورات الخطر ومؤثراته، يفقد الجانب الأكبر من قدرته على الالتفات الإرادي إلى العمليات الداخلية والمؤثرات الخارجية الأخرى. هذا العجز عن التحكم الإرادي في التركيز والتذكر والاستدلال قد يحمل المريض على الظن أنه يفقد عقله. وهي ظاهرة تعزز القلق بدورها وتدعمه.

في مرضى الصدمة، أولئك الذين يعيدون معايشة موقف صدمي معين، تتبدى موضوع شديد ظاهرة تزايد عدد المؤثرات القادرة على إثارة الأذكار الضيقة. شأن ذلك المحارب القديم المريض بالقلق المزمن، والذي سَخَّصت حالته «عصاب حرب». كان هذا الرجل تنراهى أنه تخيلات بصرية متغصّة كلما تُعرض لمثير مرتبط بخبراته في الحرب. مثال ذلك أن صوت فرقة (بالك فاير) لإحدى السيارات، أو أية حركة مفاجئة أو تلميح إلى معركة يقرأ عنه أو يسمع به، كان أي شيء من ذلك كفيلاً بأن يثير فيه خيالات متكررة. في هذه الخيالات كان يتصور نفسه رافداً على الأرض متعرضاً لفصف طائرات العدو. وكان خيالات نسخة من الخبرة الفعلية التي مرت به أثناء الحرب.

شبهه بذلك ما وقع لرجل كان يعمل سائساً بأحد مواقف السيارات المتعددة الطوابق. فقد عانى هذا الرجل من خيالات متكررة جعلت نتائجه بعد حادث الليم. فبينما كان يَرُجِع إحدى السيارات إلى الورد في أحد الطوابق العليا من الموقف، افلقت مكابح (فرامل) السيارة فاخترت «درايزين» الأمان وأخذت تترنح أماماً وخلفاً على أفريز ناتجٍ على ارتفاع شاهق من أرض الشارع. وظلت على هذا الوضع المربع ساعة كاملة قبل أن يتم إنقاذ السائق. فقد بقيت الصورة الذهنية لهذه الواقعة الصدمية تنساب هذا السائس وظلت تعاوده مراراً وتكراراً فتورقه وتفض مضجعه، وتحدث فيه نفس القلق الذي أحدثته الواقعة الفعلية.

من الخصائص الأخرى لاضطراب التفكير عند مرضى القلق ذلك النزوع إلى التهويل ورؤية كارثة في كل شيء (Ellis, 1962). ففي أى موقف يحتمل مآلاً سيئاً فإن المريض يتكسب على أسوأ ما يمكن تصوره من عواقب لهذا الموقف. فإذا كان في رحلة بالسيارة انصب فكره على احتمال تحطم السيارة ورفاته في الحادث. وإذا كان يؤدي امتحاناً شغلته احتمالات الرسوب. وإذا توقع وجوده في حشد من الناس داخله هاجس يفقد سيطرته على نفسه ثم الإغماء أو الصراخ الجنونى.

صفة التهويل catastrophizing أن يسمو المرء بين الفرض والحقيقة. فيعتبر الموقف الذى يتطوى على بعض احتمالات الضرر موقفاً خطراً بالفعل أو على درجة كبيرة من احتمالات الخطر: إن تاخرت نتائجه عن موعدها فذلك يعنى أنها قررت هجره. وتؤلؤل صغير بجلده يعنى سرطانياً. وقصفة رعد مفاجئة تعنى أنه سوف يصعقه البرق. والغريب القادم قد يكون هجماً مغترباً.

من طبيعة الأسوياء من البشر أنهم يتكيفون adapt (أو يتعودون habituate) مع المؤثرات المتوسطة الخطر بتكرار تعرضهم لها. أما مرضى القلق الشديد فلا يعرفون هذا التكيف. بل إن قلقهم ليزيد مع كل تكرار للمؤثر. وقد تحقق لادر Lader وجلسدر Gelder وماركس Marks (١٩٦٧) من ذلك بالتجربة. فى تلك الدراسة كانوا يعرضون كلاً من الأسوياء ومرضى القلق الشديد لمتابعات من الأصوات. فكان الطرفان يستجيبان فى البداية بزيادة التعرق (تقاس بدرجة توصيل الجلد للكهرباء). ثم يتأقلم الأسوياء بعد ذلك مع المؤثرات وتتوقف استجاباتهم الفسيولوجية. أما القلقون فيزيد تعريفهم باستمرار مما يعنى أن قلقهم فى ازدياد.

يوسعنا أن نفسر هذه الفروق فى الاستجابة للمؤثرات الخارجية كما يلى: إن لدى الشخص السوي القدرة على أن يقرر بشيء من السرعة أن المؤثر المؤذى ليس إنذاراً بخطير فعلى. وهو إذ ه يعنون ه المؤثر بأنه صوت غير ذى بال وليس إشارة خطر فإن قلقه سرعان ما يتلاشى. أما مريض القلق فهو لا يميز بين المأمون وغير المأمون ويظلل يعنون الصوت كتهدير خطر. إن تفكيره محكوم بمفهوم الخطر. وما ان يلقب مؤثراً ما يلقب الخطر حتى يعنى الارتباط بنبه وبين مفهوم الخطر ثابتاً لا يتفصم.

ولقد لاحظنا فى ممارستا الإكلينيكية أن الشخص السوي يغدو أكثر دقة وأقل قلقاً كلما تمرس بالمواقف العسيرة وعركها - أكانت خطابة عامة أو معارك قتالية. أما مريض القلق فيزداد سوءاً بتكرار المواجهة.

يمكن أن تلخص مشكلة عصاب القلق بجائز بسيط: إنه «نظام إنذار» زائد النشاط. إن مريض القلق «مؤلف» على احتمال الخطر متضبط عليه بحيث لا يكف عن تحذير نفسه من أخطار ممكنة. إن تيار الإشارات المتدفق خلال نظام الاتصال الداخلى لديه يحمل رسالة واحدة: «خطر». ويكاد أى مؤثر مهما كان ضعفه أن يكفى لتشغيل نظام التحذير وبعث «إنذاراً كاذباً». وتكون نتيجة هذه العاصفة العنيفة من الإنذارات الكاذبة أن المريض يستشعر أذى فعلياً - إنه فى حالة قلق دائم لا يريم.





الفصل السابع  
خائف بل غير خائف  
الرهاب والتوساوس

« ورأيتُ أن كل ما كنتُ أخشاه وكل ما كان يخيفني لم يكن هو في ذاته حسناً أو سيئاً. إنما كان كذلك بحسب ما كان العقل يراه ويتأثر به. »

سبينوزا

كان يحس بأن موجةً من الدوار تغشاه، وظن أنه على شفا الإغماء. فجهد أن يحتفظ بقبضته على وعيه. ودأخله في نفس الوقت شعورٌ بالغرابة والغربة - كأنه ليس هو! كان يظنه موجوداً كأنه يريد أن ينفجر. والغيثان يكاد يسلمه للقيء. كان يوسعُه أن يحس بنبضه يتداعى ويقلبه يخيبط جدار صدره. حاول أن يأخذ نفساً عميقاً فما استطاع. وبينما كان فسه جافاً يابساً بدرجة مزعجة، كان سائر جسده ينضح غرقاً. يذاه ترتعشان رغماً عنه وجسده يترنح. حاول أن يتكلم ولكن الكلمات لم تظاوعه غير جمجمة ضئيلة لا تُبين. كانت الفكرة الرئيسية التي تتلجج في صدره هي أنه مُشرف على الموت.

هذه الصورة توحي بشخص في حالة ضارئة. وهي تشمل أن يكون هذا الشخص نهباً مرضي حاد - نوبة قلبية أو التهاب حاد بالرائدة الدودية. وتشمل أيضاً أن يكون هذا الشخص قد حلت به كارثةٌ خارجية فهو منها في قلق غامر.

الحق أنه مريض بالرهاب، أمحتمته الظروف في موقفٍ دأب أن يرتاع منه دون مبرر. إن كشف هذه البنية وحلَّ خيوط هذه الاستجابة الفادحة بإزاء موقفٍ مأمونٍ نسبياً هو شيءٌ منيرٌ في حد ذاته. فضلاً عن أنه يلقي مزيداً من الضوء على تعقّد السلوك الإنساني وتركيبه.

عندما سادت (موضة) تقسيم الرهابات بحسب الشيء، أو الموقف المرهوب، نحت لها الأطباء المتفقون مئة وسبعة من الأسماء على الأقل (Terhune, 1949)، بين أكثرها غرابة: رهاب القطط *ailurophobia*، رهاب الأزهار *anthophobia*، رهاب الريق *astrophobia*، رهاب الترعذ، *brontophobia*، رهاب القنذر أو الجراثيم *mysophobia*، رهاب الطلام *nyctophobia*، رهاب الثعابين *ophidiophobia*. وقد أخذت الأشياء والموضوعات المرتبطة بالمواقف الرهابية تتغير من حقبة إلى أخرى بنفس الطريقة التي تتغير بها محتوى الضلالات *Delusions*. ففي القرن السادس عشر مثلاً تركزت الرهابات حول العفاريت *demonophobia* والشيطان *Satanophobia*. وعندما كان الزهرى همماً شائعاً في النصف الأول من القرن العشرين كان كثير من الناس يتجنبون الأشياء المنسوخة والسلام بالأيدي وما إلى ذلك خشيةً لتقاط المرض، رغم علمهم أنه لا ينتقل إلا بالاتصال الجنسي.

يبرهن هذا المتكاثري في أسماء الرهابات على أنه لا حدٌ لأصناف المغلوقات والأشياء والمواقف التي يمكن أن تثير قلقاً زائداً في غير محله. فمع تقدم التكنولوجيا مثلاً ظهرت رهاباتٌ جديدة لأعهد للأقدمين بها مثل قيادة السيارة في الأتفاق ومثل رهاب المصاعد، ومثل الخوف من النشاط الإشعاعي المنبعث من ميناء ساعات اليد.

بديهى ان ليس كل خوف رهاباً . فالحق ان بيئتنا تعج بأشياء هي مصدر خطر حقيقي على الصحة وعلى الحياة . إن الناس لتلقى حثتها كل يوم في الحوادث - السقوط من عل ، تصادم السيارات ، الحرائق ، الانفجارات - وتعتل أو تموت بالأمراض المعدية . ومن العسير ان نهنم شخصاً بالعصائية حين يتجنب مناطق الانفجارات أو شَرَك النار أو الاسلاك الكهربائية المكشوفة أو العقاقير السامة أو مرض الدرن أو الاسلحة المشحونة بالذخيرة . إن الذى يخشى السباحة فى بحر هائج أو شرب ماء ملوث أو السير ليلاً فى مناطق موبوءة بالثقبعة ليس عصياً أو هيباً بل إننا قد نغضبه ونظريه لتعقله وحصافته .

كيف نفرق ، والحال على هذا الشكل من مخاطر حقيقة ومخاوف متفشية ، بين الخوف السوى والرهاب ؟ يقدم لنا أحد المعاجم القياسية للمصطلحات النفسية تعريفاً مفيداً للرهاب : « فالرهاب هو الخوف الزائد الدائم من صنف معين من الأشياء أو المواقف على غير أساس صحيح أو دون أساس مقبول من جانب الشخص الذى يعاني من هذا الخوف » (English and English, 1958) . فالخوف القائم على مجرد الجهل لا يصح تصنيفه كرهاب . فقد يرتاب الشخص مثلاً وبخمس من الحيوانات العجيبة الضخمة أو المعدات الميكانيكية الغريبة . يعتبر بولبى (Bowley) (١٩٧٠) الخوف من المجهول أو غير المألوف « خوفاً طبيعياً » .

من المكونات الهامة للرهاب تلك الرغبة الملحة فى تجنب الموقف الرهابى ، وتراكم القلق المفرط إذا اقترب الشخص من الموقف ، مصحوباً بالرغبة فى الهرب والابتعاد . وكثيراً ما يتمكن الشخص من تجنب موضوع رهابه والعيش فى هدوء نسبي ، رغم ما يورثه ذلك من متاعب كبيرة وتضييق من نطاق حياته . وحدير بالملاحظة أن الشخص رغم اعترافه الصريح بلامعقولة رهابه فهو لا يملك أن يزيل هذا الخوف ولا ان يمحو تلك الرغبة فى تجنب الموقف الرهابى .

يمكننا ان نعرف الرهاب تعريفاً أكثر شمولاً من تعريف المعجم فنقول : « إنه الخوف من موقف ما خوفاً هو ، بإجماع الناس ويتقييم الشخص نفسه وهو يعبد عنه ، لا يتناسب مع احتمال أو درجة الضرر الكامن فى هذا الموقف » . الرهابى بالتالى يعاني من قلق زائد في مثل هذه المواقف ويميل إلى تجنبها . وهو إذ يفعل ذلك يضيئ حياته تضييقاً شديداً .

عندما يرغب المريض نفسه ( أو تضطره الظروف ) أن يتعرض للموقف الرهابى ، فقد تلم به أعراض نوبة قلق حاد : قلق شديد ، تنفس سريع ، خفقان بالقلب ، آلام بالبطن ، صعوبة فى التركيز والتذكر . على أن بعض المرضى يجدون كربهم أخف مما كانوا يتوقعون ولا يتناسب بحال مع درجة خشيتهم وتجنبهم ، فهو أشبه بشعور « زاحف » متسلل قريب مما يحسه بعض

الناس في وجود الحشرات. ورغم رد فعلهم المائع نسبياً حيال الموقف الرهابي فقد تبين لديهم رغبة شديدة في تجنبه. من الواضح إذن أن الجبهة لا تروض الخوف المسرف ولا تخفف النزوع الشديد إلى التجنب عند مرضى الرهاب.

## مشكلة «الخوف الموضوعي»

يصعب أحياناً أن ترسم خطاً فاصلاً بين الخوف الواقعي والرهاب. ففي بعض الأحيان يعاني المرء من رد فعل معطل تجاه خطر موضوعي قائم. مثل ذلك الطيار الذي يخطفه القلق في إحدى الرحلات القتالية. ومثل عامل الجسور المتمرس الذي يغشاه قلق مُقعد وهو يقرب من الجسر. ولكن تأمل، في المقابل، شخصاً يصيبه مثل ذلك وهو يستقل تراماً إلى عمله، وبالتالي يفترض خطراً أعظم في أن يقود سيارته على طريق جرّدى معدل عالٍ للحوادث. من الأيسر كثيراً أن نقرر أن هذا الشخص يعاني رهاباً - هو رهاب الترام. فكلما علا القلق والعجز بالمقارنة بالخطر الحقيقي ساغ لنا أن نستخدم مصطلح «الرهاب». وبإمكاننا أن نشخص «الرهاب» على الفور إذا كان مضمون الخوف بعيد الاحتمال. شأن ذلك الشخص الذي يتجنب كل الأنشطة الخلوية خوفاً من العواصف الكهربائية المفاجئة، وتلك المرأة التي تتجنب الأنفاق والحافلات خوفاً من الاختناق.

يملك كثير من الناس قدرة خاصة على تخفيف أو إخماد الخوف من مواقف واضحة الخطورة. فكلنا نعرف ذلك الهدوء النسبي الذي يتحلى به الشخصون في الأعمال الخطرة: بهلوانات المشي على الجبال، مدربي الأسود، مصالحو المداحين، متسلقو الجبال. وتشير دراسات تجريبية إلى أن رياضتي المظلات يخفضون من قلقهم كلما ازداد تمرسهم وخبرتهم (Epstein, 1972). كذلك يعاني الجنود المحنكون في ميدان القتال قلقاً أقل مما يعانيه الجنود الجدد. بإمكان المعالجين النفسيين في الغالب أن يطبقوا نفس المبادئ التي تحكم تكيف الناس بالمواقف الشديدة الخطورة كي يساعدوا مرضاهم المرعبين بأشياء ومواقف هينة العواقب محدودة الخطر.

في الممارسة الإكلينيكية، عادة ما تكون الرهابات من الوضوح والتحدد بحيث لا تحتاج إلى أي جهد لتفريتها عن «الخوف السوية». ففي معظم الحالات يلتصق الرهابي العلاج إما

لأنه يدرك أنه يعاني ويائس من مواقف لا يتزعج لها غيره من الناس، أو لأنه لم يعد يحصل ذلك التقييد الذي يفرضه على حياته تجنب مثل هذه المواقف. وقد تدهم المريض أعراضاً مؤلمة حين تبدأ ظروف حياتية تفرض عليه مواقف كان باستطاعته تجنبها في السابق. مثل طالب الطب الذي يهرب منظر الدم حين يكون عليه أن يشهد عملية جراحية.

نعلم كذلك من ممارستا الإكلينيكية أن الرهابي الذي تروعه مواقف معينة قد يكون ثابتاً ورابط الجأش تماماً في مواقف أخرى نسبيته لغيره فلحقاً شديداً. فهذا على سبيل المثال مريض لم يكن يهتزعج حين يلقى كلمة في حشد عام وكان يستطيع أن يتحدث إلى عدد كبير من النظارة. غير أنه كان يهلع ويترنح إذا ما زحف عليه صرصور أو حشرة أخرى صغيرة. وكان يملكه قلق بالغ كلما انفرد في منزله ليلاً خشية أن تهاجمه الحشرات. وقد أجهه هذا الرهاب إلى طلب العلاج.

## النظام الاعتقادي الثاني

يتضمن التراث الإكلينيكي كثيراً من التوكيدات والاعتقادات الجازمة التي تتوشق فها من الرهاب. فمن الصياغات المضللة مثلاً أن نقول إن الرهابي يعلم ويدري أن ليس ثمة خطر. يقول فريدمان (Friedman ١٩٥٩) على سبيل المثال إن الرهاب هو ذلك الخوف المتعلق بأشياء أو مواقف ليست مصدر خطر موضوعي أو، بتعبير أدق، يعلم الشخص أنها ليست مصدر خطر (ص ٢٩٢) ٤. هذه التوكيدات تجعل الرهاب يفلح أكثر غموضاً مما هو عليه بالفعل. فهل صحيح أنه ليس هناك مصدر خطر في الموقف الرهابي؟ هل صحيح أن المريض حين يكون في الموقف الرهابي بالفعل يكون على قناعة حقيقية بأن ليس ثمة من خطر؟

حين نفحص محتوى الرهاب نجد أن الخوف قلما يكون غريباً أو مناقياً للعقل. تأمل مثلاً أولئك المرضى الذين يعانون رهاباً من السباح في الماء العميق، أو من الأكل في مطاعم غير مألوفة لهم، أو من عبور الجسور، أو من الاحتياز خلال الأنفاق، أو من ركوب المصاعد. هل ينكر أحد أن هناك شيئاً من المخاطرة في كل من هذه المواقف؟ كلنا نعلم أن الناس تنرق بالفعل وأنهم يموتون بالاطعمة الملوثة أو الماء الملوث، وأن الجسور والأنفاق تنهار والمصاعد تتعطل. ثم خطر لا شك فيه بحيث لا يصح أن ننتع أحداً بالرهاب إلا إذا كان مغالياً إلى

حد بعيد في تقدير احتمالات الضرر وكان ما يغشاه من كرب لا يتناسب مع الخطر الفعلي . كذلك يحتمل إلغاء الخطب أو دخول الامتحانات مخاطر الأذى النفسي . إن من حقائق الحياة أن الناس يقسون على زميل لهم يرتكب في حديث عام ويخرجون شعوره . ومن حين أن الامتحان يتطوى على خطر الرسوب وبالتالي على الرضا والخزي والكرب . كذلك لا تخلو الرهابات المتعلقة بالمواقف التي تحتمل أذى اجتماعياً من عنصر خطر حقيقي .

حين نتمعن في بعض الرهابات الأكثر شيوعاً نجد أن كثيراً منها يجسد مخاوف منتشرة بين الأطفال في مراحل مختلفة من نموهم . وسوف نرى حين نستعرض نشوء الرهابات أن كثيراً منها ينتج من مخاوف يشيع وجودها في سن الطفولة . غير أن معظم الأطفال يتعلمون أن يتغلبوا على الخطر المحتمل وبذلك يتخطونه ويتجاوزونه .

ما يزال علينا أن نعلل لبعض ألوان الرهاب التي لا يبدو أنها تنطوى على أي عنصر من الخطر على المريض . مثل ذلك القلق العنيف الذي يعترى البعض لدى رؤية شخص آخر يصاب أو يتزرف أو تُجرى له عملية جراحية . تسفر هذه المخاوف عن نفسها بين العاملين بالمستشفيات ، كالأطباء والممرضات ، ممن تدفعهم ظروف عملهم إلى مثل هذه المواقف ولا حيلة لهم في النهرب ، فتعربهم الأعراض النموذجية للقلق كما فصلناها آنفاً . وإذا كان معظم هؤلاء يتمرسون بتلك المواقف مرور الزمن ويزدادون ثباتاً وصلابة ، فإن بعضهم يظل على رهابه مهما تعرض لتلك المواقف .

نجد الإجابة على هذا اللغز إذا لاحظنا أن مثل هذه الرهابات تنطوى على درجة عالية من « تقمص الضحية » identification with the victim . فعند سؤال المريض نتجلى لنا آلية التقمص واضحة صريحة : إن بإمكانه أن يستدعي صورة بصرية أو حسية أو شكلاً ما من المعرفة cognition التي تشير إلى أنه يتفاعل مع الحدث كما لو كان هو « الضحية » . فهذا طالب طب يشهد عملية جراحية فتسلط عليه صورة بصرية يرى فيها نفسه على طاولة العمليات ( انظر الفصل الثالث ) . وهذا طبيب مقيم يقوم بعملية بزل قصبي ( وخز عظم الصدر ) sternal puncture لأحد المرضى فيحس ألماً في عظم صدره هو . وهذه ممرضة تلاحظ مريضاً يتزرف من نهتك laceration بالجلد فتحدث نفسها « ترى ماذا كنت أشعر لو كنت أنت التي تتزرف ؟ » ، ثم يغشاها الدوار والإغماء ( تماماً كما لو كانت تفقد دماً ) .

هناك أشكال أخرى من الرهاب تتعلق بإثارة خيال بصرى . فهذا واحد من مرضى كان

ينجذب الذهاب إلى جانب معين من المدينة سبق أن وقع له فيها حادث سيارة. وسؤاله علمت أنه كلما اقترب من تلك المنطقة الجغرافية عادةً خيالاً أحداث التنبؤ واستبد به قلقٌ حاد. وهذه امرأة كان يتخلف قلبها لرؤية القوارب (أو حتى صورة القوارب) وتبين أنها تعاني من رهاب الماء. فكلما صادفت مؤثراً بذكرها بأنها في الماء تراهي لها خيالاً قوى بأنها تغرق.

تشير تقارير الرهاب إلى خصلة هامة ينسب بها المريض، هي أنه يستجيب للموقف الرهابي وفقاً دراما داخلية. فحين يقترب أحد مرضى رهاب المرتفعات من حافة منحدر تتخطفه خيالات السقوط وأفكاره. وربما أحس بجسمه يميل تجاه الحافة. وقد يلاحظ من براه أنه قد بدأ يترنح.

هنا يبدو لغز الرهاب وقد ازداد عمقاً: فكثيراً ما يقول المريض حين يكون بعيداً عن المؤثر الخيف «أعرف أنه ليس هناك خطرٌ حقيقي، وأعلم الآن أن خوفي عبثٌ وسخف...». كيف تفسر إذن هذا التناقض في استجاباته؟

بوسع المريض أن يقدم لنا الإجابة. فليس ما يمنع أن يكون لدى شخص ما تصوراتٍ واعتقادات متناقضة تماماً في ذات الوقت. فحين يكون المريض بعيداً عن الموقف الرهابي فإنه يعتنق مفهوم السلامة النسبية وقلما يعي أن لديه فكرة الخطر. فإذا ما شارف الموقف الرهابي فإن فكرة الخطر تزداد وتتنامى إلى أن تهيم تماماً على تقديره للموقف. إن اعتقاده يتبدل من مفهوم «إنه مأمون» إلى مفهوم «إنه خطر».

لقد تحققت من هذه الملاحظة مرات عديدة فكنت أطلب من مرضى الرهاب تقدير احتمالات الضرر. فلم أعدم مريضاً يقدرها بصفر حين يكون بعيداً عن الموقف الرهابي. فإذا قاربه تعبرت الأرجحية (odds\*) (٠) فإذا هي عشرة بالمئة، ثم خمسون بالمئة، حتى إذا دخل أخيراً في الموقف الرهابي فرمى اعتقد أن الضرر واقع بنسبة مئة بالمئة.

في حالات رهاب الطائرات، كنت أسأل المرضى أن يدونوا احتمالات الخطر الحقيقي الذي يتوقعونه عندما يكونون بالطائرة. فحين لم تكن لدى المريض نية الطيران في المستقبل المنظور كان يحس أن فرص تحطم الطائرة هي واحد إلى مئة ألف أو واحد إلى مليون. وبمجرد أن عقد النية على السفر جواً قفزت احتمالات الحادث في تقديره. وحين اقترب وقت الطيران

(\*) الأرجحية odds تعني (في حساب الاحتمالات) نسبة النجاح إلى الفشل. وهي غير الاحتمال Probability الذي يعني نسبة المحاولات الناجحة إلى المجموع الكلي للمحاولات. «الترجم».



جعلت الاحتمالات تزداد باستمرار. ولحظة اثلعت الطائرة بلغت فرصُ الحوادث خمسين إلى خمسين. فإذا ما كانت الرحلة وعرة كثيرة المطبات فرمًا تجاوزت الأرجحية مئة إلى واحد لصالح تحطم الطائرة.

وقد قمتُ في مناسبات عديدة باصطحاب المرضى إلى المواقع الرهابية (مثل ارتقاء دَرَج أو التزول في الماء أو الصعود في مصعد) فامكنتي التحقق من مسألة تزايد توقعات الضرر. ولاحظتُ أن كثيراً من المرضى ينتابهم شعورٌ شبيه بما هم متوجسون من حدوثه. فعندما اصطحبتُ امرأة مريضةً برهاب المرتفعات إلى قمة أحد التلال وجدتُ أنها بدأت تشعر بالدوار ثم تترنح ثم أحسستُ كأن قوةً ما تشدها صوب الحافة. وعندما كانت في الطابق الأربعين من إحدى ناطحات السحاب أحسستُ أن الأرض تميل بزواوية حادة. ولازمتُ امرأة أخرى مصابة برهاب الماء فوجدتها تُهَبُّ نخيل بصري لنفسها وهي تغرق رغم أنها لم تكن تجاوزت الشاطئ؛ فأخذتُ تلهث كأنها تغرق بالفعل. كذلك المريض الذي كان مهموماً بأن نصيبه نوبة قلبية وهو بمنزلة عن الخدمة الطبية، فكان دائم الإحساس بالم في صدره. تمثل هذه الحالات وأضرابها ظاهرة التصوير الجسدي somatic imaging التي سوف تعرض لها في الفصل القادم.

ومن الأهمية بمكان أن نعرف أن التعرض الشديد لموقف رهابي أو التعرض المتكرر لعدد من المواقع الرهابية المختلفة قد يُرَبِّب حالة عصاب قلق حاد.

إن الميل إلى تبني اعتقاداتٍ متضاربتين عن موضوع واحد يُشتمل في أوضح صورته في حالات الرهاب. غير أنه يوجد أيضاً في بقية الاضطرابات الانفعالية. ففي هذه الاضطرابات، كما في الرهاب، يكون أحد المفهومين أقرب إلى البدائية واللاواقعية، ويكون المفهوم المضاد أكثر نضجاً وواقعية. وحين يتغلب المفهوم اللاواقعي فإن بقية علامات العصاب، مثل الكرب الانفعالي، تكون خفيفة بالظهور.

## الجوهز الضكري للرهاب

مم يخاف مريض الرهاب على وجه التحقيق؟

لقد دأب المرضى على أن يعنونوا مشكلتهم بحسب المواقع التي تبعث القلق - الأمر الذي

أوقع كثيراً من الكتاب في شرك سيمانتى . فافترضوا مثلاً أن المريض إذا قال إنه يخشى الاماكن المزدحمة - دون أن يسأله المزيد - فذلك يعنى أن مصدر خوفه هو الموقف نفسه، أى الاماكن المزدحمة . وإذا تبدوا هذه المواقف فى الغالب حميدة مأمونة فقد أقام هؤلاء الكتاب تفسيرات ملتفة ينسرون بها ذلك الخوف . تلتقى التفسيرات التى قدمها كل من الفتحيليين psychoanalysts والسلوكيين behaviorists فى نقاط عديدة متعرض لها هنا باختصار .

يؤكد المعالجون السلوكيون أن الرهابى ليس خائفاً من المرتفعات أو المصاعد أو الجهاد لحظير داخلى صميم فى الموضوع المرهوب . ويفترضون نظرية فى الرهاب تقوم على «الإشراط الطائرئ»؛ accidental conditioning يفترض وليه wolpe (١٩٦٩) مثلاً أن كل رهاب إنما ينشأ بالشكل التالى : أولاً : بطراً حدث مخيف وبؤلاً قلقاً . يوجد مؤثر آخر (محايد) إبان، أو قبيل، الحدث الخفيف . ثانياً : يصبح المؤثر المحايد مرتبطاً بالقلق من خلال هذا التداخلى العارض . فيما بعد : يصبح الشخص قلقاً فى وجود المؤثر «الخايد» . أى يعانى من رهاب هذا المؤثر . يفترض التحليليون أيضاً صلة غير مباشرة بين مصدر الخوف من جهة والموتوى الخاص للخوف الذى يخشيه المريض من جهة أخرى . فالشخص فى زعمهم يقوم بإزاحة displacement خوفاه الخفيقى إلى موضوع خارجى ما (سميد غير مؤذ) . فى حالات الرهاب كما يقول فرويد (١٩٣٣) « يكون من السهل جداً أن نلاحظ الطريقة التى يتحول بها الخطر الداخلى إلى خطر خارجى » (ص ٨٤) . مثال ذلك تلك المرأة التى نكبت فى نفسها خيالات بغاء لا شعورية . وحيث أن هذه الخيالات الضرمة تثير القلق فإنها تقوم بتحويل (إزاحة) خوفها من أن تصير عاجزة إلى خوف آخر أكثر قبولاً من المجتمع . فتعانى من رهاب الشارع (Snaith, 1968) .

لماذا يلجأ الكتاب لثل هذه التفسيرات الملتوية؟ يبدو لى أن ذلك يرجع، فى جزء منه، إلى فكرة أن خوف المريض هو من التمثل والشطط بحيث يتحتم أن يكون مرتبطاً بشئ آخر أو مستمداً من مصدر ما هو الذى يهدد أمنه وقيمه . غير أنك إذا سألت المريض فإن خوفه لا يلبث أن يتضح ولا يعود عبثاً ولا معقولاً إلى هذا الحد . هذه فتاة مراهة، على سبيل المثال، راجعت إحدى العيادات النفسية بسبب خوفها من تناول الأطعمة الصلبة . كان والداه وطبيها الباطنى قد اعتبروا أن خوفها لامعقول وتم يحاولوا التحقق مما تخاف منه بالفعل . ذكرت هذه الفتاة أثناء المناظرة (المقابلة) النفسية أنها تخاف من أن تعض بالطعام حتى الموت . فقد حدث أن غصت بقطعة كبيرة من اللحم قبل بضع سنوات فلم نستطع أن نلتقط

انتفاستها وظنت أنها ستموت . وصارت بعد هذه الواقعة حساسة بشكل خاص لما يُرَوَى عن أناس غصوا حتى الموت ، فكان هذا يدعم خوفها ويُذكّيه . حين ننظر إلى خوفها في هذا السياق يعدو مفهوماً مبرراً وتكون في غنى عن البحث عن تفسيرات أخرى ملتفة غير مباشرة . ويتبين لنا فضلاً عن ذلك أن مصدر قلقها ليس في تناولها الطعام الصلب بحد ذاته ، بل في توقعها للفضة والاختناق .

وعندما نسأل بعناية مرضى الرهابات الأخرى يتضح أيضاً أنهم ليسوا خائفين من موقف معين أو من شيء في حد ذاته ، بل من «عواقب» consequences وجودهم في ذلك الموقف أو اتصالهم بذلك الشيء : فمرض رهاب المرتفعات يشير إلى أنه خائف من السقوط ، ومرض رهاب الاجتماعى يفيد أنه خائف من أنه سوف يُمتَهَن أو يُرْفَض .

هناك عدد لا حصر له من الرهابات المختلفة بحيث يصعب تصنيفها . ويشير عددٌ من الدراسات الإحصائية للمخاوف والرهابات أثناء الطفولة إلى أنها تنحصر في ثلاث فئات كبرى :

( ١ ) مخاوف قائمة على أخطار من صنع الإنسان man-made كالحوف من أن يُهاجَم المرءُ أو يُختطف أو تُجرى له عملية جراحية .

( ٢ ) أخطار طبيعية أو خارقة للطبيعة مثل الرعد والبرق والأشباح .

( ٣ ) مخاوف تعكس ضغوطاً نفسية - اجتماعية مثل الخوف من الامتحانات ، والخوف من إغضاب الآخرين ، والخوف من الانفصال عن الوالدين (Miller et al., 1972) وتحتل الفئة الأولى والثالثة الأستمرار إلى مرحلة الرشد أكثر من الفئة الثانية . ونكس نفي بمفادتنا الحالية سوف نطلق على توقع الأذى الجسدى أو الموت اسم «المخاوف الجسمية» ، وعلى توقع الأذى النفسى (الخزى والإحباط والوحدة والخون) اسم «المخاوف النفسية - الاجتماعية» . آخذين في الاعتبار أن كثيراً من الرهابات يتضمن عناصر من كلا الصنفين .

بناءً على حالة ٦٠ رُهابياً يتلقون العلاج النفسى وعلى دراسة منهجية لمرضى الرهاب قامت بها جماعتنا البحثية أمكننا أن نحدد خوفاً مركزياً معيناً لكل رهاب (Beck and Rush, 1975) . جاءت هذه النتائج متشعبة مع نتائج باحثين آخرين قاموا بمحاولة تحديد محتوى الخوف من خلال المناظرة الإكلينيكية الشاملة (Feather, 1971) . وقد انكشف الجوهر الفكرى للرهاب في كل حالة من خلال تقرير المريض نفسه ولم يعتمد على استدلال أو تامل نظرى كشأن النموذج التحليلي .

ثم ملاحظة جذرية بالانتباه . فرغم أن الطبيعة العامة للرهابات الخاصة specific phobias قد تبدو واحدة فإن مكوناتها المركزية تختلف اختلافاً كبيراً من حالة إلى أخرى . ومهما يكن من أمر تلك الاختلافات فإن من المفيد أن تحدد ضروراً المخاوف الأكثر تواتراً في قلب الرهابات الشائعة التي نقابلها في الممارسة الإكلينيكية . إن قائمة الرهابات الخاصة ليست شاملة بأي حال من الأحوال ، ونحن نوردها لكي نوضح الجوهر الفكري للرهابات النسوية قبل أي عرض آخر .

## الخوف من الأماكن المفتوحة agoraphobia

نُحِتَ وستفال Westphal عام ١٨٧٢ مصطلح أجورافوبيا الذي يعنى حَرَفِيًا «الخوف من السوق» . وفي كتابه «الأجورافوبيا» يصف وستفال الأعراض التالية: «... استحالة السير في شوارع أو مبادين معينة وإلا اعتراه قلقٌ مرعب... يزداد الكرب زيادة كبيرة في تلك الساعات التي تكون فيها تلك الشوارع المرهوبة خالية والدكاكين مغلقة... يجد المرضى راحةً كبيرة في اصطحاب غيرهم أو حتى في اصطحاب أشياء مادية مثل عربة أو عصا» . ويشرح ماركس (Marks, 1969) في هذا الاضطراب العديد من الرهابات كالخوف من الإغماء على الملا ، والخوف من الأماكن المزدحمة ، والأماكن المفتوحة الواسعة ، وعبور الجسور والشوارع .

وحين تستشير مريضاً الأجورافوبيا تجده في أمثل الأحوال يعرب عن خوفٍ من كارثة ما سوف تحيق به وهو بعيد عن مأمن بيته وحيث لا أحد يُخَفُّ لمساعدته . وبالتالي فهو يرتاح لوجود شخص ما يراه قادراً على تقديم العون له إذا ما أصابته أزمة جسدية حادة . إنه ، بعامه ، يزداد خوفاً كلما ابتعد عن مصدر معين للمساعدة الطبية . ويعرب بعض المرضى عن خوفهم من الوحدة الشديدة ، وخوفهم من أن يتوهوا ، وكان وجودهم في مكان غريب بمفردهم قد يفصلهم عن أصدقائهم وأسرتهم إلى الأبد . وهناك مرضى يخافون من الشوارع المكتظة بالغرباء ، لأنهم يخشون أن يفقدوا سيطرتهم على أنفسهم فيعرضوا للمهانة الاجتماعية . فقد يخشى المريض أن يُعْنَى عليه أو أن يشرع في الصباح الخنوني أو يتفوط دون إرادة فيكون موضع مسخرة . الخوف من فقد السيطرة إذن متصل بالخوف من الرفض الاجتماعي ومرتج به .

## الخوف من المرتفعات acrophobia

يتجلى هذا الرهاب الشائع عندما يكون المريض في طابق عالٍ من أحد المباني أو عندما يكون على تل أو جبل. ويشكو كثير من هؤلاء المرضى أيضاً من خوفهم من الوجود بالقرب من حافة جسر أو في خطوط الأنفاق. يتعلق الخوف هنا عامةً بهاجس السقوط والإصابة الخطيرة أو الموت. فمن المرضى من تتسلط عليه خيالاتٌ بصرية تتضمن السقوط وربما أحس جسدهُ بالسقوط وإن تكن قدماهِ واسختين على الأرض. ومنهم من يتوجس رعباً من أن تنسب به رغبة قاهرة شاذة إلى القفز. بل إن البعض ليشعر بقوة خارجية تجذبه إلى حافة المرتفع. هذا الإحساس بالسقوط أو الانزلاق والتردى هو مثال من أمثلة «التصور الجسدي» somatic imaging. ويشكو كثير من مرضى رهاب المرتفعات من الدوار. وهو دوار قد يكون مظهرًا فسيولوجيًا للقلق وقد يكون تعبيراً عن «التصور الجسدي» وشكلاً من أشكاله.

ينصوب الخوف من الشرفات والدراج والسلالم المتحركة تحت رهاب المرتفعات، من حيث إن الخوف فيها هو من السقوط. وغالباً ما يكون هذا الاحتمال بعيداً جداً لأن هناك حاجزاً واقياً (درابزين) يؤمن الشخص أو لأنه بعيد عن الإفريز بما يكفي لنفي هذا الاحتمال. من أمثلة ذلك تلك المرأة التي كانت تخاف من السلالم ولا تشعر بأمان إلا إذا بلغت مُنْبَسَطَ السلم شريطةً ألا تكون بقربها نافذة. فإن تصادف وجود نافذة كبيرة تملكها الخوف من السقوط واستبد بها.

## الخوف من المصاعد

رغم أن الخوف من المصاعد يبدو حين الأمر نسبياً فإنه قد يعيق المرء إعاقةً جسدية في زمننا هذا - زمن الأبراج الإدارية والشقق السكنية. تصل هذه الإعاقة بالبعض إلى حد العجز عن تجاوز عدد معين من الطوابق صعوداً بالمصعد، وإلى حد أن يصبح هذا الخوف هو الذي يُعَلِّي عليهم اختياراتهم لأماكن عملهم ومعيشتهم وزياراتهم. يتضمن المحتوى الشائع لهذا الرهاب الخوف من انكسار الكابلات وتحمض المصعد. وتتكون لدى الشخص فكرة استقرابية عن عدد الطوابق التي يمثل ارتفاعها خطراً ويبلغ خوفه الذروة عندما يصل إلى هذه النقطة (الدور

الثاني أو الثالث عادةً وإن كان البعض ليفزع من مجرد تجاوز الدور الأرضي). ويتركز الخوف عند البعض على احتمال تعطيل المصعد بين الأدوار مما يؤدي إلى استحالة فتح الباب وبالتالي إلى انحباسهم وموتهم شيئاً. والبعض يخشى بالأكثر من الاختناق من جراء نقص الهواء. ويغلب على هؤلاء أن يعانون من رهابات أخرى تنصب على الخوف من نقص الهواء (كالخوف من الأماكن المغلقة والزحام والأنفاق).

وقد يتفق للبعض أن يعاني من خوف جسسي مفروبٍ بخوف اجتماعيٍ شبيه برهاب التجمعات. فقد كان أحد المرضى على سبيل المثال يخشى بالدرجة الأساس من أن يُغشى عليه في المصعد ويتعرض بالتالي للحرع، ولم يكن هذا الخوف بنتابه إلا في وجود أشخاص آخرين بالمصعد.

## الخوف من الأنفاق

يشبه الخوف من اجتياز الأنفاق سائر ضروب الخوف من الأماكن المغلقة. فهناك خوف من أن يختنق الشخص لنقص الهواء، أو أن ينهار النفق فيدفن حياً أو يُقتل تحت الأنقاض. هكذا نرى مرة أخرى أن الخوف ليس وليد شيء غير معقول بل شيء بعيد الاحتمال. حين يكون المريض مجتازاً خلال النفق (أو متواجداً في مكان مغلق) فقد يشعر بقصر النفس كما لو أن صدره ضيق حرج (التصور المسدي).

## الخوف من السفر بالطائرة

هل يُعد الشخص الذي يتجنب السفر بالطائرة رهيباً بالضرورة؟ تلك مسألة تبقى موضع خلاف. غير أن بعض الناس يصل قلقه من السفر بالجو - حتى لضرورة علاجية - درجة من العنف تسوّغ أن نسماه رهيباً. ورغم أن الخوف ينصب في معظم الحالات على فكرة تحطم الطائرة، فقد يقوم هذا الرهاب على ألوان أخرى من الخوف. فهذه امرأة مثلاً لم تكن نخشى من احتمال تحطم الطائرة بل من احتمال حدوث خلل في الإمداد الهوائي بالطائرة بحيث

تموت اختناقاً . وهذا مريض آخر هاجسه الأكبر هو فقدان السيطرة في المواقف الاجتماعية، فكان تخوفه هو من أن يبقى في الطائرة فيبدو ضعيفاً دوناً ويكون هدفاً للاعتراض والسخرية .

وقد وجدت في عدد من الحالات أن منشأ الخوف من الطيران يعود إلى حدث صدمي حقيقي سبق وقوعه في رحنة ماضية، وأن هؤلاء كانوا يطيرون في السابق دون قلقٍ يُذكر إلى أن مروا برحلة صادمة بسبب الطقس السيء أو الأعطال الميكانيكية .

## الرهاب الاجتماعي

يمثل هذا الرهاب صورةً كارينكاتوريةً لتلك الانفضلية التي يضعها مجتمعنا المعاصر للجاذبية الاجتماعية، وكراهة الاستهجان الاجتماعي وفقدان الشعبية . من شأن هذه التوكيدات والتشديدات الاجتماعية أن ترغم الفرد على محاراة الجماعة والأنصاع لمعاييرها . فما من طالب إلا مرّ في حياته بنوعين من المواقف التي تجسد ذلك أخوف من الأداء المستحسن . الأول هو الخوف من الامتحانات، ويطلق عليه مصطلح «قلق الاختبار» test anxiety ، وقد يبعث من الكرب والإعاقة والتشيط ما يبرر تسميته رهاباً . فقد يبلغ خوف الطالب من الرسوب مبلغاً يعيق سيطرته على وظائف فكرية معينة كالقلم والتذكر والتعبير .

من الطريف هنا أن نشير إلى أننا حين نعلن الطلاب أن درجات الامتحان لن تُسجل أو أن بإمكانهم تقديم ورقة الإجابة غفلاً من الاسم فإن قلقهم يهبط إلى أدنى حد (Sarason, 1972) . ندلنا هذه الملاحظة على أن الطالب لا يخشى من الامتحان ذاته، بل بالأحرى من جرائر الأداء الهابط في الامتحان .

الحديث العام public speaking هو «بيع» آخر نلطلبه واختالة الثالثة تعرض رهاباً نموذجياً يتصل بالحديث العام: فهذا طالب جامعي جاء بتمسّ العلاج بسبب الكرب الشديد الذي اعتاد أن يرين عليه لأيام عديدة وربما لأسابيع قبل أن يلقى كلمة أمام الفصل كلما كان عليه أن يفعل ذلك . كانت تراوده خلال هذه الفترة أفكارٌ من قبيل «سوف يكون أدائي ضعيفاً»، «سوف أبدو مرتبكاً»، «لن أكون قادراً على النطق». كانت هذه الأذكار تثير فيه القلق والرغبة في التنصل من هذه المهمة . وحين يكون هذا الطالب متخربطاً بالفعل في

الحدث العام يكون فكره نهياً لتغيير متصل من الأفكار مثل: «إنني أبعد متوتراً.. إنهم ضجرون مما أقول.. إنهم يروني ضعيفاً دوناً.. حين أقف من هذه الكلمة لن أغفرها لنفسى ما حبيت». ليس من المستغرب، نظراً لهذه الأفكار السلبية المتسلطة، أن يشعر هذا الطالب فى نفسه بالتوتر والضعف أثناء إلقاء كلمته وأن يجد صعوبة فى التركيز أثناء حديثه.

تتسبب الرهابات الاجتماعية على أمور من قبيل المحبة أو الكراهية، القبول أو الازدراء، الإعجاب أو الاستهزاء، ومقدار ما يحظى به الشخص من هذه الاستجابات الاجتماعية. إن التقييمات الاجتماعية السلبية تثير فى المريض مشاعر اليقظة، مما يجعله متخوفاً من الظهور بمظهر الاحمق أو العيى أو الضعيف. يسمى هذا اللون من التخوف «تخوف التقييم» evaluation apprehension. وتختلف المواقف التى تثيره بين شخص وآخر. فمن الناس من يخشى جميع المواقف البينشخصية التى تنطوى على أدنى احتمال لأن يكون موضع تقييم أو حكم. ومنهم من ينحصر خوفه فى مواقف محددة. ومهما يكن من أمر فمن المؤكد أن خوف الشخص قائم على رد فعل الآخرين تجاهه. فهذا مريض على سبيل المثال كان يعانى من رهاب اللقاءات الاجتماعية ويتجنب من ثم حضور الحفلات. وتبين أن خوفه الأكبر هو من أن يبدو معيباً دمجاً منتقراً إلى اللباقة الاجتماعية.

من الاشكال الغريبة بعض الشيء من الرهاب الاجتماعى ذلك الخوف من فقد السيطرة على السلوك. فالمرضى بهذا اللون من الرهاب قد يكون متخوفاً من احتمال أن يسلك بطريقة اندفاعية غير مقبولة؛ فيشرع مثلاً فى الصراخ دون مبرر، أو يفقد التحكم فى بعض الوظائف الفسيولوجية فىقىء دون إرادة منه أو يتغوط أو يبول أمام الملا. من شأن هذا الخوف أن يحمله على تجنب المواقف التى يحتمل فيها أن يحدث هذا التفكك وأن يكون ملحوظاً من الآخرين.

صفة القول أن مريض الرهاب الاجتماعى هو شخص خائف من أن يأتى أداءه فى موقف معين دون المستوى الذى وضعه الآخرون أو وضعه هو لنفسه؛ إن أداءه الهابط سوف يقسم سلبياً، وهو من ثم يتوقع لنفسه أن يكون موضع نقد ورفض من جانب الآخرين. وهناك ألوان أخرى من الرهاب الاجتماعى (مثل قلق الاختبار) تقوم على توقع المريض بأن يحرمه أداءه السلى. من أن يحقق أهدافه كأن ينال جائزة أو يحظى بشعبية أو يباشر عملاً مهنيًا ناجحاً.



## تعدد المعاني: رهاب صالون الحلاقة

كثيراً ما تحمل الاعراضُ المتماثلة في الظاهر معاني مختلفةً فيما بينها أشد الاختلاف . وقد تجلّى ذلك في دراسة قام بها ستيفنسون وهابن عام ١٩٦٧ (Stevenson and Hain, 1967) فتبيناً في نفس اللون من الرهاب (رهاب صالون الحلاقة) أصنافاً مختلفة من المخاوف . دأب أحد المرضى، على سبيل المثال، على أن يهرب من الصالون إذا أشرف دوره على الضيء . وقد تبين أنه يعاني أيضاً من خوف من مواقف أخرى مثل حضور الكنيسة أو قاعات الاستماع بالمدرسة إذا اكتظلت بالحاضرين... إلخ . لقد كان خوف هذا المريض متعلقاً بالترس الاجتماعي . فهو يخشى أن يكون مُحط الأنظار، ويتحرج من أى موقف يكون فيه سلوكه موضع ملاحظة أو تَفحُّص .

وكانت مشكلة مريض آخر هي أنه لا يتحمل الانتظار الذي تقتضيه مهمة الحلاقة . وكان أيضاً لا يبصر على الاختناقات المرورية . وهناك مرضى تثير قلقهم ملازمة كرسي الحلاقة . إن جوهر مشكلتهم هو تخوفهم من التقيّد والعجز عن الهروب، فهم يحسون أثناء الحلاقة بأنهم أشبه بالمساجين .

وكما هو متوقع، يقوم رهاب الحلاقة عند البعض على الخوف من التشوه بالآلات اشداء التي يستخدمها الخلاق . ومن الاستجابات النادرة لموقف الحلاقة ما وصفه أحد المرضى من أنه يتحرج من احمرار وجهه عندما يمثّل على كرسي الحلاقة، ومن أن يكون ذلك ظاهراً بحيث يجعله موضع سخرية .

## العنصر المشترك في الرهاب المتعدد

يعاني كثيرٌ من المرضى من مجموعة متنوعة من الرهابات لا يربط بينها في الظاهر أى رباط . إلا أن بإمكاننا دائماً أن نعرّض على تيمة مركزية واحدة تجمع هذه الرهابات التي تبدو متباينة على السطح . هذه التيمة تتعلق دائماً بخوفٍ محدد من عواقب التواجد في هذه المواقف . وهو خوف واحد وعواقب واحدة على تعدد المواقف وتفاوتها الشكلى .

فهذه امرأة كانت تخاف من السفر جواً، ومن الرقود على الشاطئ، في يوم حار، ومن الوقوف في الأماكن المزدحمة، وركوب سيارة مكشوفة في يوم عاصف، وركوب سيارة مغلقة، ومن المصاعد والانفاق والتلال. حين أخذنا في تحديد سبب الخوف في كل موقف من هذه المواقف لم يصعب على الإطلاق أن نجد بينها فاسماً مشتركاً. ذلك هو احتمال الاختناق في كل حالة منها والذي يستند عند هذه السيدة إلى خرافات معينة وإلى اعتقادات شعبية (إلى جانب الاحتمال الحقيقي بالطبع).

الخوف المركزي في حالة هذه السيدة هو الحرمان من الهواء. فالأماكن المغلقة محدودة التهوية، والرياح الشدييدة (كما سمعت في طقولتها) تسحب الهواء عن فمك، والحر الشديد يقطع الانفاس، وركوب الطائرة يتطوى على احتمال أن تُغلق القمرة المكيفة للضغط مصادرةً فينبد الأوكسجين.

وقد اكتشفنا أيضاً أن لديها خوفاً كامناً من الماء أمكنها تفاديه باصطحاب شخص ما كلما ذهبت للسباحة ليكون متهيئاً لإنقاذها إذا لزم الأمر. ذلك مثالٌ يبين لنا أحد الأسباب الرئيسية لاعتمادية الرهابيين وتعويلهم على الآخرين: إنهم ينشدون توافر الإنقاذ إذا ما وقع الحدثُ المرهوب.

بروي فيذر Feather (١٩٧١) عن مريض آخر كان يخاف من الأبواب الدوارة ومن قيادة سيارته ومن إفساء أسرار العمل. وكان فوق ذلك يقوم بطقوس معقدة حين يتناول دوائه. لقد كان العنصر المشترك الثلاث للنظر في كل هذه الأعراض هو خوفه من أن «يضر الآخرين»: أن يدهس بسيارته أحد المشاة، أن يؤدي إفساء المعلومات إلى حوادث مفاجئة للطائرات، أن انياب الدوار قد يخطئ شخصاً آخر، أن سهوه عن دوائه قد يفضي إلى أن يتناول مريض آخر بطريق الخطأ فيؤذيه.

يذكر فيذر أيضاً حالة طبيب مصاب بالخوف من السفر بالطائرة، ومن الجلوس بين الحاضرين في اللقاءات المهنية، ومن الحفلات الموسيقية، والمحاضرات، وإلقاء كلمة أمام جمع، وحضور حفلات الكوكتيل. قد يسبق إلى الظن أن التهمة المركزية هنا هي الخوف من الرفض الاجتماعي، غير أن هذا لا يفسر خوفه من الطائرات. اسبق أن خوف هذا الطبيب الرهابي في كل من هذه الحالات كان من «فقد السيطرة على النفس» مما قد يؤدي إلى إنداء الآخرين. فقد تحقّق الطبيب النفس من ذلك. واسترعى انتباهه أن هذا المريض لم يكن يخشى من تحطم الطائرة، بل بالأحرى من أن يأخذه هياج مسعور ويفقد التحكم في نفسه ويحمل على

المسافرين ويروغ عليهم ضرباً. أما في الحفلات الموسيقية والتجمعات الشبيهة فكان خوفه هو من أن يهب من مكانه ويُلوح بذراعية ويصيح في التظاهرة بالشنائم والبنذاعات. وكانت تعاوده خبالات تتضمن جلوسه بالصف الثاني في الحفلة وتعطيلها تماماً إذ يقف على الجالس قبائله، وبطأ أقدام الجالسين وهو يهرج مقعده، ويصرف الجميع عن متابعة الموسيقى.

أما خوفه من الحديث العام في الاجتماعات المهنية فبدأ أنه يرتبط بإشفاقه من أن يدحض رأى زميل آخر ويهدم نظريته. وبالنسبة لحفلات الكوكيتيل فقد كان قلقه هو من أن يهين كاسه ويصم الحاضرين بالغباء في فورة اندفاعية. من الواضح مرة ثانية أن العنصر المشترك في هذه الرهابات المتعددة هو خوفه من أن يؤذي الآخرين، وخوفه (بشكل ثانوي) من الإحراج الناجم عن فقد سيطرته على نفسه.

معظم مرضى الرهاب الاجتماعي المتعدد يخشون بالاساس من رفض الآخرين لهم. ولدينا مثال في هذه المرأة التي كانت تُعالج بسبب خوف رئيسي من الرد على الهاتف (الفتنيفون). فقد كانت تخشى أن ترد بعض النظر عما إذا كان المتحدث صديقاً أو غريباً. وكان لها في تجنب الرد على الهاتف أفانين وحيل. كانت هذه المرأة، فضلاً عن ذلك، تخاف من القراءة الجهرية أمام الآخرين، ومن عمل دبيعة بالبينك، ومن قص الحكايات في التجمعات الاجتماعية، ومن طلب الطعام بالمطاعم، ومن تصحيح التجارب القطبائية لكتابات أى سكرتيرة أخرى بالمكتب.

لم يكن صعباً أن يقف الطبيب على القاسم المشترك بين هذه الخواف: فقد كانت المريضة تخشى من الرفض بسبب عدم إجادة الكلام. والحق إنها عانت في الماضي من الشاتاه *stuttering* وغيرها من صعوبات النطق العابرة. فكانت تتعلم مثلاً في كلمات معينة وترتبك في القراءة الجهرية في المدرسة الثانوية. ورغم أن هذه المشكلات كانت قد انتهت إلا أن خوفها من الرفض بقى على حاله وكان يبلغ ذروته كلما ازداد احتمال الحزى والرفض (Feather, 1971).

تُبرز هذه الأمثلة أهمية تجنب الأحكام «القبيلية» *a priori* بخصوص المحتوى الفكرى للرهابات. فكما يختلف المعنى المسبغ على الموضوع الرهابي الواحد بين مريض وآخر، كذلك قد تُرَدُّ التشكيلة المتعددة من الخواف لدى المريض الواحد إلى خوف واحد، وتُحمَلُ على نفس المعنى.

## التفرقة بين عصاب القلق والرهاب

يفضى النظرُ في الرهابات المتعددة بشكلٍ تلقائي إلى السؤال عن الفرق بين الرهاب وعصاب القلق. وهي تفرقة هامة من حيث إن مريض الرهابات المتعددة قد يكون عرضاً للقلق المتوالي، وذلك لاسحالة أن يتضاد جميع المواقف الرهابية. فالرهابي خليقٌ أن يعانى نوبة قلق حاد كلما تعرّض للموقف الرهابي وتعذّر عليه الهروب. وهذا الصنف من النوبات لا يختلف في جوهره عن أية نوبة أخرى من نوبات القلق الحاد.

ما الفرق إذن بين الرهاب وعصاب القلق؟ الفرق هو أن الرهاب شيءٌ نوعي مخصّص إلى حد كبير، وأن الرهابي قد يظل يمتأ عن القلق عن طريق التجنب avoidance. حسبَ أن شخصاً لديه رهاب من اعتلاء قمة جبل أو ناطحة سحاب: إن بتدوره، ببساطة، أن ينظم نخط حياته بحيث يتجنب هذه المواقف.

أما مريض القلق العصابي فليس بتدوره أن يتجنب المؤثر المؤذي. فقد يكون خوفه متلاً متركزاً حول فكرة إصابته بمرض خطير. وهو بالتالي يفسر أي إحساس جسسي شديد أو غير معتاد أو غير مفسّر بوصفه علامة على المرض الخطير أو القاتل. وحيث أنه لا يملك أن يهرب من إحساساته الجسمية ويتجنبها فلا فكاك له من القلق. وكثيراً ما يسبب قلقه مزيماً من الأحاسيس الجسمية، فيضيف ذلك وقوداً جديداً لخوفه من المرض.

كذلك الشخص الذي يخشى من استهزاء الناس به وارذائهم إياه وتهجمهم عليه فهو حري أن يدوم قلقه ما دام بين الناس. فإذا ما قام هذا الشخص بعزل نفسه عن الآخرين عزلاً تاماً فهو عندئذٍ نهبٌ للرهاب وليس لعصاب القلق.

وتستندف الحدود بين الرهاب والقلق أكثر وأكثر في حالة ذلك المريض الذي يخاف من كل شيء، فهو في خوفٍ مثلاً من الجلوس بين الناس ومن الجلوس وحده، ومن البيت والحارج (من الأشياء المنزلية والمواقف الخارجية). من الواضح في مثل هذه الحالة أن «إنذارات الخطر» في نشاط دائم يجعل القلق انفعالاً مستديماً، وأن مثل هذا المريض يعانى استجابة قلقٍ نموذجية: ذلك أن تفكيره مسكون بهواجس القلق وخيالاته حتى وهو في مكان يعتبره آمناً.

## نشوء الرهاب

تتوافر لدينا أدلة كثيرة على أن الرهابات المختلفة عند الراشدين تقع بصفة تقريبية في مجموعتين: (١) تلك المخاوف الشديدة المبكرة التي تشيع في سن الطفولة وتحدث لمعظم الأطفال والتي يتجاوزها المرء بعد ذلك وه يكبر عنها. يطلق على هذه المخاوف مصطلح «رهابات التثبيت» Fixation phobias إشارة إلى أن النضج التصوري (المفاهيمي) فيما يتعلق بهذا الخوف قد توقف عند مرحلة مبكرة من مراحل النمو. (٢) «رهابات الصدمة» traumatic phobias أو «الرهابات الصدمية»، الشبيهة بعصبات الصدمة. وفيها تؤدي خبرة مؤلمة أو مؤذية يمر بها المرء إلى زيادة حساسيته تجاه هذا النوع من المواقف. ومن الأمثلة الصارخة لهذه الرهابات ما يُعرف بصدمة القذائف shell shock وكذلك الخوف من السفر بالسيارة بعد خبرة حادث أليم.

من الجدير بالذكر أن المحتوى الفكري لمخاوف المرضى الراشدين الذين يأتون للعلاج من الرهابات الخاصة تنبع بصفة عامة نفس التوزيع الإحصائي للمخاوف عند عامة الناس (أو في مجموعة ضابطة من الأسوياء). تشير دراسة سنايث Snaith (١٩٦٨) لمرضى الرهاب أن صنف الخوف الذي أباداه معظم المرضى لاج أشبه بصورة مكبرة لما يشعر به كثير من الأسوياء من عامة المواطنين. فقد وجد سنايث مثلاً أن أكثر المخاوف شيوعاً عند مرضاه (بامتثناء الأجوراقونيا) هي المخوف من العواصف والعواصف الرعدية والحيوانات والمرض وتهدد الحياة. وجاء توزيع هذه المخاوف بين مرضى الرهاب موازياً لتوزيعها بين أفراد مجموعته الضابطة من أسوياء الناس.

لكي نفهم العلاقة بين الخوف والرهاب يجب أن نبرز الفارق بين هذا الصنف أو ذلك من الخوف إذ بخبره العديد من الأسوياء وبينه إذ يصير رهاباً. فالرهابي أولاً يُعدّ المؤثر المؤذي أخطر بكثير مما هو في نظر الآخرين. والرهابي ثانياً يستشعر قلقاً أكبر بكثير من غيره بسبب ما أضناه على الموقف أو الشيء من خطورة هائلة. وهو ثالثاً يتجنب المؤثر الرهابي جهده ما يستطيع ويفرض «مسافة أمان» بينه وبين ذلك المؤثر. ويضمرب بعض المرضى «رهاباً خفياً» لا يسفر عن نفسه إلا حين تحول الظروف بينهم وبين تجنب الموضوع أو الموقف الرهابي. حينئذ يضطربهم القلق الموحج والتنبهات الحياتية إلى التماس العلاج.

يغلب على مخاوف الطفولة أن تتركز على الأذى الجنسي أو على الموت. وكثيراً ما تدوم هذه المخاوف طوال الحياة. ويبدأ الأطفال الأكبر سناً، بالإضافة إلى ذلك، خوفاً من الأذى الاجتماعي كالرفض أو النبذ (Berecz, 1968).

قام جيرسيلد وماركس وجيرسيلد عام ١٩٦٠ (Jersild, Marks, and Jersild 1960) بمناظرة إكلينيكية مباشرة لـ ٣٩٨ طفلاً تتراوح أعمارهم بين الخامسة والثانية عشرة لتحديد معدل المخاوف بينهم فجمعت النتيجة كالتالي: الخوف من القوى الحارقة للطبيعة (الأشباح، السحرة، الجيوش، الأحداث الخفية) - ١٩,٢٪، الوحدة في الظلام بمكان غريب، التيه، والمخاطر المرتبطة بهذه المواقف - ١٤,٦٪، يتعرض لهجوم الحيوانات أو خطر الهجوم ١٣,٧٪، الإصابة الجسدية، المرض، السقوط، الحوادث المرورية، العمليات الجراحية، الأذى والألم - ١٢,٨٪. وقد دلت الأبحاث بصفة عامة على أن مخاوف الأطفال الأصغر تتعلق أساساً بالضرر الجسدي، أما الأطفال الأكبر فيعانون فوق ذلك من مخاوف الأذى النفسي - الاجتماعي مثل رفض قربانهم، الرسوب، السخرية والاستهزاء (Miller et al., 1972) Angelino and shedd 1953 على أن نلاحظ مع ذلك أن خوفهم من هذه الصدمات الاجتماعية لا يحدث إلا إذا كانت نتائجها مما يهيمهم ويعنيهم (مثل مشاعر الخزن أو الوحدة أو الإحراج أو الذنب أو الخزن).

من الملاحظات الهامة أن المخاوف عند الأطفال مرتبطة بالآثار التي توجد في بيئتهم بالفعل. فصبية الطبقات الدنيا مثلاً يخافون من المدى النابضية (المطاطوى)، السباحة، اللصوص، القتل، المسدسات، والعنف. بينما يخاف صبية الطبقات العليا من حوادث السيارات، القتل، الصبية المجانحين، الكوارث، والأحداث الأخرى الأكثر غموضاً. وتخشى فتيات الطبقات الدنيا من الحيوانات والعرباء وأعمال العنف، بينما تخشى فتيات الطبقات العليا من المختطفين والمرتفعات وألوان من الأحداث الصدمية غير الواردة عند فتيات الطبقات الدنيا مثل تحطم القطار وتحطم السفن.

وتنشأ رهوبات التشبيث Fixation phobias من المخاوف الطفولية الشائعة التي لم يتجاوزها المريض والتي يعترف بأنه كان يعانى منها طفلاً بقدر ما تسعته ذاكرته البعيدة. ومن أمثلتها النمردجية الخوف من الماء والعواصف والعواصف الرعدية والأطباء والدم. وقد قمتُ في عددٍ من هذه الحالات بسؤال المرضى، وكانوا شيئاً ما في مقتبل العمر، عما إذا كان والدهم يعانين من نفس الرهاب (أو سؤال الوالدين مباشرة عن ذلك). فمن بين اثني عشر مريضاً علمتُ بقينا أن خمسة منهم يعانى أحد والديهم من نفس الرهاب. بينما كان السبعة

آخرون على غير يقين من ذلك، ومن ثم قاموا بالاستعلام من والديهم عن ذلك الأمر فظهر أن ثلاثة من بين السبعة كان أحد والديهم يعاني من نفس الرهاب (رهاب الماء، الأماكُن المفلتة، العواصف الرعدية). بذلك يكون هناك ثمانية من بين الأثني عشر من مرضى الرهاب المستديم يعاني أحد والديهم من نفس الصنف من الرهاب.

ماذا ظل هؤلاء المرضى «مُثبِتِينَ» Fixed عند هذه الرهابات بينما تمكن سائر الأطفال من تجاوزها وتخطيها؟ يبدو أن الآباء في هذه الحالات هم الذين أدوا إلى تدعيم المخاوف لدى أطفالهم فلم يتمكنوا من السيطرة عليها. فكلما لاحظ الطفل تجنب أحد أبويه للموضوع الرهابي اقتدى به واتبع طريقته. على أن هناك بعض الحالات يحدث فيها التثبيت بسبب حدث مؤلم يدعم الرهاب ويديمه. مثل تلك المرأة التي تذكر أن رهاب العواصف الذي بدأ عندها في الطفولة قد تفاقم واستفحل وصار خوفاً رهيباً مستديماً بعد أن رأت رأى العين صيباً صغيراً صبغته البرق وأرداه (انظر رهاب الصدمة).

وبصرف النظر عن موقف الوالدين، وحتى في حالة خلوها من أي رهاب، فإن تجنب المريض للموقف الرهابي يلعب دوراً حاسماً في استمرار الرهاب. فالتجنب بحول بينه وبين السيطرة على الرهاب وتخطيه. ومع كل تجنب متعاقب يتواصل الرهاب ويزداد عمقاً ورسوخاً.

يوسع مرضى رهابات الصدمة traumatic phobias عادةً أن يؤرخوا لحدوث الرهاب بحادث صدمي محدد. وتشمل رهابات الأذى الجسدي رهاب الكلاب على اثر عضه كلب، ورهاب المرتفعات بعد واقعة سقوط من طابق، ورهاب الحفن عقب تفاعل شديد، ورهاب ركوب السيارة بعد حادث أليم.

وفيما يلي حالات تبين كيفية حدوث المخاوف الجسمية:

(١) فهذا طفل في الثامنة أصابه خوف بالغ الشدة مصحوباً بإغماء يتعلق بالمنشآت والأطباء وروائح التخدير بعد أن أُجريت له عملية خطيرة. واستمر هذا الخوف ينتابه في الكبر.

(٢) وهذه امرأة مريضة برهاب المرتفعات ألم بها الرهاب بعد أن سقطت ذات يوم من عارضة غطى عالية وأصيبت.

(٣) كثير من مرضى رهاب قيادة السيارة أصابهم هذا الرهاب بعد حادث صدمي أصيبوا فيه أو أصيب فيه شخص كانوا يتقصدونه (يتحدثون به أو يتماهون معه).

(٤) أصيب عدد من المرضى برهاب المرض عندما أصيب أحد أعراسهم بمرض قاتل مثل السرطان، القلب، النزيف الدماغي... إلخ.

(٥) وهذه امرأة في الثالثة والعشرين أصابها خوف مُتعمد من الرعد والبرق. فكانت تتخوف كلما رأت سحياً داكنة. فإذا استهل الرعد ارتفعت وتركت ما في يدها سواء كانت بالعمل أو بالبيت أو أي مكان آخر وهُرِعَت للاختباء في أي مكان لا نوافذ له كالمحاض. بدأ هذا الرهاب بنتابها في سن الثامنة بعد أن شهدت صبيّاً صغيراً صعقه البرق وأرداه قتيلاً.

(٦) تنشأ بعض الرهابات اليبسوخسية أيضاً بعد حادث صادم. مثل ذلك المريض الذي أصيب برهاب الظهور في الأماكن العامة بعد نوبة دوار وإغماء وذلك الذي أصيب برهاب التقي بعد نوبة قيء مفاجئ ألمت به في مكان عام. وذلك الخامي الذي أصابه رهاب الثول في المحكمة بعد أن أصيب بحالة انفلونزا معوية مصحوبة بإسهال (كان خوفه متعلقاً باحتمال أن يداخه إسهال لا إرادي في قاعة المحكمة فيدمر حياته المهنية).

(٧) قد تحدث رهابات غريبة أيضاً على أثر حدث صدمي. فهذا عامل أصابه خوف رهابي من العمل في الطرق بعد أن صدمته شاحنة بينما كان ينقش خطاً أبيض. واتسع الرهاب فيشمل الخوف من ركوب الدراجة أو الدراجة النارية على أي طريق (Kraft and Al-Issa, 1965a).

(٨) وهذه فتاة أصيبت بخوف مستديم من الحرارة بعد أن شاهدت حريقاً أخرجوا فيه جثتي طفلين متفحمتين من المنزل المشترق وقد شعل الرهاب خوفها من أن تستحم بماء حار أو أن تأكل أطعمة ساخنة أو تشرب ماءً ساخناً. كذلك كانت تتخوف من لمس أي موقد كهربى سواء أكان في حالة تشغيل أو إطفال، وتتنحرف من استعمال أي مكواة ساخنة (Kraft and Al-Issa, 1965b).

تلقي الرهبات الصدمية أضواءً على العمليات التصورية (المفاهيمية) المتضمنة في تكوين الخوف. فنتيجة للخبرة الصادمة، يقوم الشخص بتعديل جذري لتقييمه السابق لإمكانات الخطر القابع في موقف أو موضوع ما؛ فيرى خطراً ما كان يعتبره من قبل موقفاً مأموناً إلى حد كبير.



الفصل الثامن  
الذهن فوق الجسم  
الاضطرابات النفسجسمية والهستيريا

«إن المرض الجسمي الذي ننظر إليه كأنه كلٌّ مكتملٌ في ذاته قد يكون في نهاية الأمر مجرد عَرَضٍ واحدٍ من أعراض اعتلالٍ مزمنٍ أُلِّمَ بالجانب الروحي من الإنسان».

ناتانييل هوثون

## مشكلة الذهن - الجسم

حين يحاول علماء السلوك وضع الأسس النظرية لحالات من قبيل الاضطرابات النفسجسمية Psychosomatic والهستيريا، فإنهم يكتفون بذلك قد دخلوا نطاق الخط الساحلي الضيق الواقع بين الطب العضوي والطب النفسي، ويكون من الصعب عليهم إغفال مفاهيم من مثل الشعور والتخيل وعلاقتها بوظائف الجسم. بذلك يجدون أنفسهم وجهاً لوجه أمام مشكلة «الذهن - الجسم»، تلك المشكلة الشائكة التي حيرت الفلاسفة عصوراً طويلة ولم يصلوا فيها حتى اليوم إلى حل مرضٍ.

وقد برز للمفكرين العمليين أن يظروا ظواهر مثل التخيل بوصفها غيبيات غير ملموسة. فحين يعاني شخص ما من شلل ناشئ عن التهاب سحائي فهو يعاني من وجهة نظرهم مرضاً «حقيقياً»، أما صاحب الشلل الهستيرى فهو إما يعاني مرضاً «متخيلاً». ففكرة الحقيقي عندهم تقابل فكرة التخيل. ومع ذلك فصاحب الشلل أو الألم الناجم عن تخيلاته يُعبر أعراضه كأعراض حقيقة شأنها شأن المرض العضوي تماماً.

وربما زاد تعقد مشكلة العلية السيكولوجية كمتقابل للعلية الفسيولوجية حين تفكر ملياً في أسباب الاضطرابات النفسجسمية. فيمقدورنا في هذه الحالات أن نضع يدنا على عطب محدد مثل قرحة بالمعدة أو التهاب بالجلد، أو أن نشاهد بأعيننا الدليل على الاضطراب الفسيولوجي باستخدام جهاز مُصمَّم لقياس التغيرات في ضغط الدم أو ضربات القلب. بل إن المستقصى لهذه الحالات قد يرى رأياً لا يعوزه السداد أن المسؤل عن هذا الاضطراب هو النشاط الزائد للجهاز العصبي المستقل autonomic nervous system. إن المتأمل العيني الظاهر والملموس للاضطراب يدل على أنه اضطراب حقيقي (حقيقة بشدة وقمها ولا شك إذا عرفنا أن مريض القرحة قد يتوفى حتى الموت). غير أننا حين نتساءل عما حَمَلَ نشاط الجهاز العصبي المستقل على الزيادة ونستكشف الظروف التي أدت إلى هذا الاضطراب فإن ثقتنا بالتفسيرات القائمة على الاضطراب الفسيولوجي وحده لا تلبث أن تهتز.

والصورة التمودجية في هذه الحالة هي أن نجد الشخص الذي يعاني من حدوث اضطراب نفسجسمي أو اشتداده يقرن به سلسلة من المتاعب الانفعالية التي ألمت به. ويذكر أنه كلما ضايقته مشكلة فإن قرحته تتور، وكلما احتاج غضباً فإن التهاب جلده يتضام، وإن يكن

الضيق والغضب أشياء لا تُفحص في انبوبة اختبار أو توزن بميزان أو تُقاس بجلفانومتر. أضف إلى ذلك أن الطبيب أو المعالج النفسي حين يعتمد على تخفيف هذا اللعزّ فإن اهتمامه ينصب على العوامل غير الفسيولوجية، فيقدم للمريض إيجابيات تساعد على تخفيف الضيق أو الغضب، ويلاحظ التمتع الإثنا عشر\* أو الجلد على أثر ذلك. أو يصف مهدئاً فإذا بالمرضى يلحظ أن العرض الجسمي يتحسن حين أخذ قلقه النفسي في التقصان.

وقد اشتمكت المدارس ذات التوجه السيكلوجي والمدارس ذات التوجه العضوي في نزاع طويل بشأن تفسير العصاب والاضطرابات النفسجسمية. فإيهما يأتي أولاً: الظاهرة النفسية أم الظاهرة الفسيولوجية؟ أما العضويون فيرون أن من السذاجة أن نستند إلى كيانات غامضة مثل الانفعالات والأفكار والصور الذهنية دوراً سببياً في هذه الاضطرابات. ويرون أن هذه الأحداث للذهنية لاتعدو، على أحسن تقدير، أن تكون ظواهر ثانوية epiphenomena أي ظواهر غير حقيقية بل نتاجاً ثانوياً by-product للنشاط الفسيولوجي.

لقد تعرضت هذه الاضطرابات - الهستيرية والتفسجسمية - للصفوف ذاتها من العياغة التي قدمها الفلاسفة الذين تناولوا مشكلة «الذهن - الجسم». فأحد الاتجاهات الفلسفية وهو المثالية idealism يعطى أولوية مطلقة للفكر. أما «المادية» فهي، على العكس من ذلك، تؤكد أن الجسم هو الحقيقة الوحيدة وأن تصور الذهن هو وهمٌ واختراع. ونسلم نظرية التأثير المتبادل interactionism بوجود كل من الذهن والجسم ويتأثر كل منهما على الآخر. أما الرأي القائل بتصاحب العمليات الذهنية والجسمية دون أن تؤثر الواحدة في الأخرى فُسمى بنظرية التوازي Parallelism، أي أن أي شيء يؤثر على الذهن فإنه ينعكس بأثر موازٍ على الجسم، والعكس بالعكس\* (2). ويفترض علم نفس الجشطالت بأن هناك تطابقاً (تناظر) نقطة نقطة (واحد لواحد) بين خبرات الوعي والخبرات الجسمية.

وقد كان هناك ميلٌ في السنوات الحديثة لتجاهل مشكلة «الذهن - الجسم» تحت تأثير السلوكية. فبعض السلوكيين مثل واتسون Watson (١٩١٤) يستبعد الأفكار والمشاعر

(\*) آتت عدم جر (إثنا) بإباء على اعتبار أن (إثنا عشر) في هذا التام اسم كلي مدمج يشير إلى عنصر تشريحي محدد واحد، وليس مجرد عدد كبيره من الأعداد المترجمه.

(\*) نرى نظرية التوازي التي قال بها فلاسفةً بحجم لوبنيز وجونلوكس - أن الذهن والجسم دترتان مقلتان لا تؤثر إحداهما في الأخرى، وهما يمكن من ارتباطهما الظاهر فهو ليس ارتباطاً عملية. وإنما هو انسجام مقدّر preestablished harmony من صنع الله، شأن ساعتين ضبطنا وهنئنا بحيث تدق الأولى كلما أشفرت الثانية إلى الزمن دون أن تؤثر إحداهما في الأخرى أو تتصل بها المترجمه

ببساطة من البحث السيكولوجي. بينما يستخدم آخرون حيلةً سيميائيةً فيسمون الأفكار والمشاعر «سلوكيات» علينا أن ندرسها بوصفها «متغيرات تابعة» *dependent variables* دون أن نخولها دوراً مستقلاً أو أولياً. وجدير بالذكر أيضاً أن بعض الفلاسفة يعتبر مشكلة «الذهن - الجسم» مشكلة وهمة ناتجة عن البدء بافتراضات زائفة.

ليس بوسعنا في هذا المقام أن نحاول حل مشكلة «الذهن - الجسم»، إلا أن بإمكاننا أن نستخلص النموذج الوصفي - التفسيري الذي يفى بمقاصدنا الحالية أكثر مما عداه. إن بحث الاضطرابات النفسجسمية والهستيريا سوف يُظهر بوضوح أن نموذج «التأثير المتبادل» هو أصلها جميعاً لفهم هذه الحالات. فهو أقدرها على تفسير الملاحظات الإكلينيكية. وهو النموذج الوحيد الذي يمكنه أن يحصر وينظم علاقات ذات معنى بين المعطيات من مثل الإثارة الانفعالية والعطب الجسمي القابل للملاحظة، وتضمن العطب الجسمي على أثر العلاج النفسي، وانفراج التوتر الانفعالي بواسطة العقاقير المهدئة.

وصف الممارسون الإكلينيكيون عدداً من الاضطرابات التي تلعب فيها العوامل النفسية دوراً هاماً في إنتاج الخلل الوظيفي أو الكرب الجسدي. قد تشمل هذه العوامل النفسية في هيئة حدث أو ظرف ما يشكل ضغطاً أو إجهاداً. وبمكنا تقسيم الاضطرابات الجسمية المرتبطة باضطرابات انفعالية إلى ثلاثة مجموعات:

(١) اضطرابات فسيولوجية أو اختلالات تركيبية تتضافر فيها العوامل النفسية والبنوية (الجينية) *constitutional* لنتج الاضطراب. تتضمن هذه الاضطرابات النفسجسمية(\*) حالات مثل فرحة الاثنا عشر، شنج البواب *pylorospasm*، التهاب القولون، وبعض حالات التهاب الجذل والضغط ونوبات تسارع ضربات القلب والصداع. هذه الاضطرابات تنشأ بصفة عامة وتتفاقم في حالات الإثارة الانفعالية.

(٢) اضطرابات جسمية أولية تؤدي العمليات النفسية إلى اشتدادها. وتشمل هذه الفئة حالات الغطاء السيكولوجي *psychological overlay*. مثال ذلك حالات الاعتلال القلبي وحالات البهـ *dyspnea* (صعوبة التنفس) الشديدة الناجمة عن مرض صدرى خفيف.

(٣) زيغ أو شذوذ في الإحساس أو الحركة دون مرض بالانسجة أو اضطراب فسيولوجي

---

(\*) المصطلح الخديد «الاضطراب النفسفسيولوجي» (أو السيكونسيولوجي) أخذ الآن محل التدرج محل المصطلح القديم «الاضطراب النفسجسمي» (أو السيكوسمالي).

ملحوظ. وتشمل هذه المجموعة طائفة عريضة من الحالات تمتد من «التصور الجسدي» والهستيريا حتى الضلالات الجسمية somatic delusions. هذه المجموعة هي، من جهات عديدة، الأكثر إثارة للاهتمام من بين الاضطرابات الجسمية المرتبطة بعوامل نفسية.

## الاضطرابات النفسجسمية

تُعرف الاضطرابات النفسجسمية بأنها اختلالات تمكن معالجتها في وظيفة أو تركيب عضو من الأعضاء أو جهاز فسيولوجي من أجهزة الجسم مثل: الجلد، الجهاز الهضمي، الجهاز اليرلي التناسلي، الجهاز الدوري القلبي، الجهاز التنفسي... إلخ. تحتوي هذه الأجهزة على عضلات ملساء لا إرادية يغذيها الجهاز العصبي المستقل. غير أن الجهاز العضلي الهيكلي المكون من العضلات المخططة الإرادية قد يصاب هو أيضاً باضطرابات نفسجسمية مثل الصداع وآلام الظهر (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ١٩٦٨).

وقد ظهر خلال الخمسين سنة الأخيرة عددٌ من نماذج التأثير المتبادل التي اقترحت بهدف توضيح العلاقة بين العوامل السيكولوجية والفسيولوجية في إنتاج الاضطرابات النفسجسمية (تجد مراجعة نقدية لهذه النماذج عند مندلسون وهيرش ووبر Mendelson, Hirsch, and Webber (١٩٥٦)، وعند بك (Beck, 1972).

تنقسم هذه النماذج بصفة عامة إلى صنفين: الأول: نماذج الخصومية السيكولوجية. وبمقتضاها تتوقف نوعية الاضطراب النفسجسمي على نمط الشخصية أو صنف الصراع أو الموقف النفسي. والثاني: نماذج الخصومية الفسيولوجية. ومفادها أن من طبيعة كل شخص أن يستجيب لمتنوع الضغوط النفسية نفس الاستجابة النفسجسمية.

من الآراء التحليلية Psychoanalytic المبكرة مثلاً رأى يعتبر كل مرض نفسجسمي هو ظاهرة تحويلية conversion خاصة تتميز بأعراض هي تمثيلات رمزية لندوافع وأفكار معينة. فالإسهال مثلاً هو تحول لندافع طفولي (Ferenczi, 1926). وفرحة المعدة، كما يؤكد جارما (Garma (١٩٥٠)، ترمز لأم عذراوية مُدخلة بذات المريض internalized وترمز حواف للقرحة إلى فكى الأم المدخلة.

ومن الكتاب التحليليين من اقترح أن الاضطرابات النفسجسمية تمثل تكوفاً regression فسيولوجياً إلى أنماط من الوظيفة الجسمية الخاصة بالطفولة المبكرة. يؤكد مارجولين Margolin (١٩٥٣) على سبيل المثال أن هناك علاقة مباشرة بين درجة التكويف الفسيولوجي ودرجة التكويف السيكلولوجي. ويرى Szasz (١٩٥٢) أن كثيراً من الاعراض الجسمية ترجع إلى إثارة باراسميناوية مزمنة ومحددة الموضوع، ويدعى أن مثل هذه الإثارة يجب اعتبارها تكويفية مادام الجهاز العصبي الباراسميناوي سابقاً في النشوء على الجهاز السباتوي.

هاجمت فلاندرز دنبار F.Dunbar (١٩٣٥)؛ وهي من رواد الدراسات النفسجسمية؛ نظرية التحول وقدمت أدلة إحصائية على ارتباط أمراض نفسجسمية محددة (الشقيقة مثلاً) وانسداد الشريان التاجي وقرحة المعدة) بأنماط شخصية بعينها. غير أن الدراسات اللاحقة شككت في صحة هذا المفهوم.

ويربط سبيتز Spitz (١٩٥١) وجيرارد Gerard (١٩٥٣) بين نوعية الاضطراب النفسجسمي عند الأطفال وشخصية الأم فأكد جيرارد مثلاً أن أمهات مرضى الربو من الأطفال يتسمن بشخصية اعتمادية كثيرة المطالب قليلة العطاء، وإن تكن، دون استثناء؛ جذابة ودودة اجتماعياً ذات مظهر خارجي جيد التوافق.

أما الكسندر Alexander (١٩٥٠) فيرفض كلاً من نظرية التحول ومفهوم دنبار عن ارتباط المرض بصورة الشخصية، ويرد الاضطرابات النفسجسمية إلى صراعات لا شعورية؛ فمن شأن الشخص الواحد إذ يمر بسلسلة من الصراعات النفسية المختلفة أن يعاني من تغير مناهظ في نوعية الاضطراب النفسجسمي الذي يتلقاه. فالقرحة مثلاً هي استجابة فسيولوجية لرغبة مكبوتة في الحب والمساعدة؛ فالمعدة المحرومة تدمع (بحمض الهيدروكلوريك) طلباً للتحب. والربو، كما يؤكد، هو صرخة استنجد مكبوتة. بل إن تشنج المعدة (الشنج القواضي cardiospasm) يمثل معنى لاشعورياً منطوقاً: «لا أستطيع أن أتبع هذا الموقف».

وبغرض ولف Wolff (١٩٥٠)، وهو من مؤيدي نموذج الخصومية الفسيولوجية، أن لكل فرد نمطاً من الاستجابة الجسمية للضغوط. وهو نمط خاص ثابت ومحدد جينياً. صحيح أن نقطة حساسيته قد تتبني خافية فترات طويلة، إلا أنه تراكم ضغوط كافية سوف يعاني في النهاية من اضطراب يتوقف على موطن ضعفه واستهدافه الفسيولوجي؛ التهاب القولون؛ الشقيقة؛ التهاب الخلد... إلخ.

روسل لاسى ولاسى Lacey and Lacey (١٩٥٨) إلى أدلة صلبة بشأن خصوصية الاستجابة الفسيولوجية للمواقف الضاغطة المختلفة. فقد وجدوا فى دراستهما أن لكل فرد ميلاً للاستجابة الوائدة فى واحد على الأقل من أجهزته الفسيولوجية. فيستجيب شخص مثلاً لكل حالة ضاغطة بزيادة كبيرة فى ضربات القلب دون تعرُّق يُذكر. ويستجيب آخر بتعرق شديد دون كثيرٍ تغيرٍ فى ضربات القلب.

## الضغوط النفسية والاختلالات الجسمية

حيث أن الدليل التجريبي يشير إلى أن كل فرد واقع تحت ضغوطٍ يستجيب بإقراطٍ فى جهاز معين من أجهزته الفسيولوجية، فمن الضروري الحاسم أن نحدد المقصود بكلمة «ضغوط» (إجهاد Stress)، تلك اللفظة المستعارة من علم القزياء والهندسة. يعرف معظم الكتاب الضغوطَ بأنها حالات خارجية يفترض أن تؤدي إلى توترات داخلية تؤدي بدورها إلى اضطرابات فسيولوجية. تظهر هذه الضغوط الداخلية فى شكل حالاتٍ من الإثارة يَحْتَرِّمُها الفرد ذاتياً على هيئة غضبٍ أو قلقٍ أو انشراحٍ.

تأتى الإثارة الانفعالية مصحوبةً بزيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل؛ مما يؤثر فى واحدٍ أو أكثر من الأعضاء أو الأجهزة الفسيولوجية. هذا الجهاز المثار لا يمكن التنبؤ به سلفاً بالاستناد إلى نوع الانفعال المثار (ما إذا كان قلقاً مثلاً أو غضباً). فيبدو أن لكل فرد استجابته المعيرة التى تتوقف على جهازه الفسيولوجي الأكثر تأثراً. فقد تاتى المظاهر البدنية عنده فى شكل عصبٍ أو اضطرابٍ فى القنادة الهضمية (قرحة الأثنا عشر) أو الجلد (التهاب الجلد العصبي) أو الشعبات الهوائية (الربو) أو الجهاز الدورى القلبي (الضغط وتسرع القلب الانتبائي paroxysmal tachycardia).

ورغم أن هذه الصياغة تبدو معقولة، فمن الواضح أنها تفقر فوق وصلات عديدة من السلسلة. ومن الضروري لكى نتعرف على هذه المتغيرات اللبينة أن نفحص طبيعة الضغوط والتفاعل الحادث بين الأنظمة المعرفية والأنظمة الانفعالية استجابةً لهذه الضغوط. فهناك ضروب متباينة من المواقف الضاغطة التى يمكن أن ترسب اضطرابات نفسجسمية.

تتألف أول فئة من الضغوط من المواقف العصبية التى تحدث فى المعارك العسكرية. فمثل

هذه المواقف تمثل تهديداً هو من الشدة والواقعية بحيث يؤدي إلى قلق شبه محتوم . ورغم ذلك يبدو أن الجندي المتعرض بالقتال يرفع عبئاً قلقة خلال فترة من الوقت بإنهاء ثقته في مغالبة الخطر وإرهاقه تمييزه للمواقف المهتدة للحياة . إلا أنه وجد عملياً أن لكل مقاتل نقطة التهيأ . ففي الحرب العالمية الثانية مثلاً أصيب معظم الطيارين بأعراض انفعالية ونفسجسمية بعد عدد معين من المهمات القتالية .

هناك تهديدات أقل درامية من الحرب مثل المصاعب الدراسية ومصاعب العمل التي توشك أن تهدد الوضع الاجتماعي والاقتصادي، والأحداث التي تهدد الصحة والسعادة أو تهدد بانفصام علاقات شخصية هامة . وهناك مواقف تمثل ضغوطاً وإن تكن غير بارزة للعبان . مثال ذلك أن تقذف الظروف بالماء في بيقة يصعب عليه فيها أن يعصوغ خطبة معقولة ثابتة لمعالجة المؤثرات المؤذية . كأن يعمل في جو تنبع فيه المضايقات بغنة بحيث لا يعرف متى يحترس و متى يسترخى وينعم بالأ . كشأن تلك السكرتيرة التي كان رئيسها في العمل متغلباً سريع الغضب لا تستطيع أن تتكهن بسورانه فاصيبت بعد فترة بالتهاب قولون متوسط الشدة شفيت منه بمجرد أن انتقلت إلى عمل جديد في مناح أكثر ثباتاً . بنفس الطريقة يمكن أن يُصاب طفلٌ بإجهاد شديد إن كان أحد أبويه عُرضة للتقلبات المزاجية المبالغنة . يؤدي الصدوف عن هذه المواقف إلى زوال القلق والاضطراب النفسجسمي وإن احتاج ذلك إلى وقت طويل في حالة التعرض المزمع للضغوط .

أما الفئة الثانية من الضغوط فتشمل الضغوط المقاتلة *insidious* المزمعة . فالتشكل هنا تدريجي ينشأ من التأثيرات التراكمية لعدد من التوترات الدقيقة التي لا يشكل أي منها خطراً كاسحاً في حد ذاته . إن سلسلة طويلة من المواقف المعاكسة كالإحباط والرفض والخوف من شأنها أن تؤدي تدريجياً إلى زيادة الإثارة الانفعالية وإضعاف القدرات التكيفية للشخص .

وهناك بعدُ صنفٌ ثالث من الضغوط شخصي للغاية وخاص بكل فرد على حدة . وتعني به تلك المواقف التي تمس من الفرد مناطقٌ ضعفه الخاصة . فلكل إنسان نفاذاً حساسة غير حصينة يجعله هدفاً للاضطرابات الانفعالية كلما تعرض لمواقف تمس هذه النقاط . وما يكون أمراً عادياً لأحدنا قد يشكل صدمةً بالنسبة لآخر . هناك شخص حساس للرفض وآخر حساس للنظام التحكيمي وثالث للمخاطر الصحية . إن الموقف الضاغط بالنسبة لشخص ما هو شيء يتوقف على المعاني الشخصية والدلالات الخاصة التي يضيفها هذا الشخص على الموقف (انظر الفصل الثالث) .



هناك سمة شخصية محورية يتسم بها مرضى الاضطرابات التنفسية وهي سمة تطبيع بطابعها عموم المرضى ذوى القابلية للقلق أو الغضب: فهم يميلون إلى تصور بعض خبرات الحياة بطريقة خاصة فتجد الواحد منهم يشكل من الوقائع المأمونة صورة مخيفة مهددة، ويضخم التهديدات الصغرى التي يسهل التغلب عليها ويجعل منها كوارث كبرى.

ثم دراسات حديثة حاولت أن تؤسس علاقةً سببية بين المواقف الضاغطة والاضطرابات التنفسية. فقد كشف الباحثون، مستخدمين استبيان «أحداث الحياة» (Holmes and Rahe, 1967)، وجود بعض الارتباط الموضوعي بين الضغوط والاضطراب الجسدي. غير أن الدليل الإكثينيكي يوحي بأن المواقف الحياتية الضاغطة في ذاتها أقل أهمية في إحداث القلق والاضطرابات الجسدية من الطريقة التي تتراعى بها هذه المواقف في ذهن الشخص. فالمستهدفون للاضطرابات الجسدية هم أميل إلى تهويل الأحداث واعتبارها أحداثاً ضاغطة، وإلى الاستجابة للتحديات المتصورة باختلال نفسى وجسمى أكبر كما أظهرت دراسة هنكل وآخرين (Hinkle et al., 1958).

إن تحديد الظروف التي تشكل ضغطاً من بين غيرها من الظروف هو مسألة معقدة. وقد تبين ذلك في دراسة لمرضى الربو من الأطفال. في هذه الدراسة قام الباحثون بفصل مجموعة من المرضى عن والديهم فصلاً تاماً، فوجدوا أن حالتهم المرضية تحسنت تحسناً كبيراً (Sarason, 1972a). وحين أعادوهم إلى بيوتهم انكسرت حالتهم مرة أخرى. وقد افترض الباحثون أن تناقض سمات كل من الطفل والوالد في هذه المجموعة كان يمثل ضغطاً على الطفل (بحيث يجد في الانفصال قُرْباً). بينما المعتاد في سائر الأطفال أن الانفصال عن الأبوين هو الموقف الضاغط.

## الضغوط الداخلية

كما حتى الآن نتحدث عن الضغوط بوصفها ظروفاً خارجية تبعث على التوتر. غير أن هناك اضطرابات نفسجسمية نموذجية قد تحدث في غياب أى ظروف خارجية غير عادية. في هذه الحالات تكون الضغوط صادرة من الداخل، وتتألف من ظواهر نفسية مثل المطلب والالتزامات التي يفرضها المرء على نفسه، ومثل المخاوف المتكررة وتائب الذات. يمكننا

كشفت هذه الآلية الخاصة بتأزيم الذات عن طريق التقييد في « منظومة الاتصال الداخلي » ، إنها شبيهة في بعض الجوانب بمفهوم فرويد عن الأنا الأعلى .

معظم المرضى الذين يستشيرون الطبيب بسبب مرض نفسجسمي لا يعانون من ضغوط خارجية محددة . وكثيراً ما يبدوون عصبيين ويكتسبون لقب « عصابي » ( في نظر الطبيب أولاً ثم في نظر أنفسهم ) . وكثيراً ما يبنيتهم الطبيب أنهم قلقون مترمون يأخذون الأمور بجدية زائدة . إلا أن هذه الأحكام بدلاً من أن تمنحهم تبصراً ورساداً فهي في الاغلب تدعم فكرة المريض عن نفسه كشخص متقلب ضعيف .

ولنا في رجل الأعمال المتطلع الذي يصاب بقرحة المعفدة خير مثال على الاستهداف النفسجسمي . ورغم أن هذا النمط النفس ذاته قد يؤدي إلى اضطرابات نفسجسمية أخرى كالضغط أو التهاب الجلد ، فمن المفيد لنا أن ننعم النظر في هذه الحالة المرضية كنموذج إيضاحي للاضطرابات النفسجسمية بصفة عامة . يمكننا أن نسمى هذا النمط الإداري التنبؤي من البشر « نمط القرحة التنبؤية ( أو الإدارية ) » . إنه يضع لنفسه أهدافاً مفرطة في الطموح ، ثم يدفع نفسه ويدفع الآخرين على إنجازها . وإن سلوكه الخارجي ليعكس منظومته الخاصة عن الأهداف والقناعات . تلك المنظومة التي تؤدي به إلى حالة مستديمة من التوتر . وتظل قوته الدافعة هي خوفه من عدم بلوغ أهدافه وتوجسه من أن يرتكب مرسوءه أخطاءً فادحة . ويظل يستجيب لكل مهمة جديدة بشكوك قوية . ويهوئ من أهميتها وصعوبتها ( تقييم معرفي خاطيء ) ويبخس من قدرته على أدائها ( تقييم خاطيء أيضاً ) . وهو يضخم من حجم العوائق التي تحول دون إتمام المهمة ويضخم في نفس الوقت من شأن العواقب النهائية للفشل . ذيعقد في وهمه سلسلة من الوقائع المؤدية إلى الإفلاس كلما واجه متامرة مالية غير مأمونة . قد لا يكون الخوف من الفشل هو رائده بطبيعة الحال ، ولكن من يعمل تحت مبدأ « النجاح التام هو الطريق الوحيد إلى السعادة » يعتصر نفسه قدر ما يفعل الخائف من الفشل .

ورغم عدم وجود ضغوط خارجية حقيقية فإن مهنة هذا الرجل تشكل له ضغطاً من جراء الطريقة التي ينظر بها إلى عمله . فهو في كرب دائم لأنه ينظر إلى كل مهمة كأنها مواجهة كبرى ويتوهم كل لحظة كارثة عليه أن يسارع بمواجهتها . من شأن هذه الضغوط النفسية التي يفرضها المرء على ذاته أن تبسط واحداً أو أكثر من أجهزته الفسيولوجية .

هؤلاء المستهدفون للقلق والاضطراب النفسجسمي لا يبالغون فقط في هول النتائج المترتبة

على الفشل بل أيضاً في احتمال وقوعها. ولنضرب لذلك مثلاً بهذا الطالب المستهدف للفرحة. فقد كان يرغب بمآلاته السابقة دائم التوجس من عدم إتمام واجبه في الوقت المحدد ومن عدم استعداده للامتحان. كان يقدر ذلك باحتمال خمسين بالمئة قبل الامتحان بأسابيع عديدة، وبظل هذا الاحتمال يتزايد عنده باقتراب موعد الامتحان إلى أن يصل إلى ٩٩٪ لحظة بداية الامتحان. وكان تقديره لنتائج السلبية للفشل بنصاعده في نفس الوقت: «سوف يفرون أن يسقطوا اسمي من سلك الشرف». لن أعود قادراً على أي امتحان قادم. سوف يفصلونني من المدرسة وسيبتهي بي الأمر إلى شارع الساقطين». وحيث أن هذا الطالب كان قد أنجز واجبات واجتاز امتحانات على امتداد حياته الأكاديمية، فمن الواضح أن مخاوفه من عدم الاستعداد هي نابعة أساساً من انحط تفكيره الداخلية لا من ضغوط خارجية.

لماذا يُصاب بعض المرضى (مثل هذا الطالب) باضطراب نفسي جسدي من جراء قلقهم المفرد، بينما يبقى آخرون من ذوي القلق المزمن دون اضطرابات جسيمة؟ تلك مسألة تحتاج إلى مزيد من البحث. فمن الواضح أن أنماط التفكير متشابهة عند الطرفين. فكلاهما مرتين للخوف من التقصير بل من الكارثة. كلاهما في حُصم مرمن. ويبدو محتملاً في حدود معلوماتنا الحالية أن هناك عوامل جينية تحدد ما إذا كانت الأعراض النفسجسمية سوف تلحق بالقلق.

## الدورة النفسفسيولوجية

يتوقف نشوء الاضطرابات النفسفسيولوجية واستمرارها، في معظم الحالات، على حدوث تأثير متبادل مستمر بين «المعرفة» cognition والانفعال emotion والأعراض الجسمية. ويمكننا أن نوضح هذه الدورة بمثال من حالة مرضية. إنها ربة بيت في الثامنة والأربعين كانت تعاني من نوبات سابقة من الألم أسفل البطن مصحوبة بإسهال. كانت تلك السورات episodes تدوم من أسبوعين إلى سنة أشهر ويرتبط حدوثها بضغوط خارجية بشكل واضح. وقد أُجريت لهذه السيدة فحوص جسمية عديدة (متضمنة فحوصاً بالأشعة) طوال ثلاثين عاماً ولم يثبت وجود أي علامات تشير إلى مرض عضوي، فُنخِصت حالتها قوئوناً عصبياً. بدأت أشد سورات هذا المرض، والمتمثلة في ألم بطني شديد وإسهال دموي، أثناء المرض

النهائي لوالدها (كانت مريضتنا في ذلك الوقت في السابعة والأربعين من عمرها) حين بدأت تعاني من قلق وهياج agitation. وما لبثت أعراضها المعوية أن ظهرت خلال أيام معدودة. وأظهرت صور الأشعة تفرحات مؤكدة بالقولون. ومن الجلي أن الإثارة الانفعالية الشديدة عندها قد أحدثت تشنجات بالقولون نتج عنها تغيرات بغشائه المخاطي.

حيث أن معظم الناس ينحملون ملامح جسمية من مثل مرض أحد الأبوين ووفاته دون أن يصابوا باضطراب نفسي أو نفسجسمي شديد، فإن السؤال الذي يطرح نفسه هو: لماذا كان لهذه المريضة مثل هذه الاستجابة الشديدة؟ في هذه الحالة، كما في معظم الاضطرابات النفسجسمية، يكون لدى المريض تهيؤ أو استعداد predisposition للمرض النفسي (والنفسولوجي أيضاً): لقد ذكرت مريضتنا أنها منذ دخولها المدرسة في سن الخامسة اعتادت أن تستجيب للمواقف المرعبة بسورات عابرة من الإسهال. لكن هذه الاستجابات لم تكن تؤدي إلى كرب خطير إلى أن بلغت الثامنة عشرة من عمرها. حينئذ أصيبت شقيقها الكبرى بسرطان القولون الذي أودى بحياتها في النهاية. ومنذ ذلك الحين صار ههما الشاغل أنها سوف تموت أيضاً بالسرطان، بحيث أضحيت تفسر كل عرض جسمي كإشارة إلى السرطان. فكانت إذا أحسّت أي وعكة بطنية (حتى لو كان سببها واضِحاً وبسيطاً كاللتخمة) تحدث نفسها: إنه ربما يكون السرطان؛ فنشدد الوعكة وتؤدي إلى الإسهال. بذلك تكون دائرة للاشتداد قد تأسست كاستجابة للضغط: تهديد ← قلق ← تشنح القولون ← ألم ← قلق.

بإمكاننا أن نفهم التعاقب المؤدى إلى حدوث التهاب تفرحي خفيف بالقولون في هذه الحالة. فقد كان مرض الأم يمثل ضغطاً نفسياً لهذه المريضة إذ يثير فيها هاجس الموت (موت والدتها وموتها هي أيضاً). وقد أدى هذا التهديد الدائم إلى القلق ومصاحباته النفسولوجية. وإذا كانت القناة المعوية السفلية هي عضوها المستهدف، فقد أدت زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل إلى المغص والإسهال. فوق ذلك كانت المعطيات الحسية الآتية من الأمعاء تُخضع للتقييم المعرفي: فتفسر كعلامات للسرطان، مما جعل المريضة تحس بتفاقم كل من القلق والمرض المعوي.

## الاضطرابات الجسمية ذات الغطاء السيكولوجي

### Physical disorders with psychological overlay

كثير من المرضى بهم مرض عضوي مؤكد وثابت. غير أن وجود عوامل نفسية لديهم يجعل عجزهم ومعاناتهم تتجاوز كثيراً حجم الاضطراب العضوي الفعلي. والحق أن هذا العجز والكره الناتج من عوامل نفسية قد يكون هو السبب الوحيد للتدخل الطبي. في هذه الفئة أو التصنيف تقع كثير من حالات «احتلال القلب» cardiac invalidism. فالمريض الذي ألم بقلبه شيء من الاضطراب العضوي قد يظل في دعر دائم من الموت بعد أن يبرأ من أي متاعب بدنية أو أي مرض قلبي متق. وقد يتجنب أي حركة أو إجهاد كي لا يرسب نوبة قلبية أو أي صورة من صور الموت المفاجيء. وهو من ثم يحد من نشاطاته بدرجة كبيرة. وهو إذ يجتمع عليه الحرمان من مصادر إشباعه المعتادة ومرارة الفلق المزمن يغدو فريسةً للاكتئاب.

من الحالات العضوية التي تسهم فيها العوامل النفسية بنصيب كبير وتضيق كبراً وعجزاً صمياً، تلك الحالة التي أوردتها كاتشر Katcher (١٩٦٩) لرجل في الأربعين عانى سنوات طويلة من نوبات ذبحة صدرية. كانت صور رسم القلب تؤكد مرض الشريان التاجي (هبوط قطعة S-T الذي يتفاجم بعد التدريب البدني).

نقد أعاقته علته وأعدته لدرجة أنه لم يكن قادراً على أن يمشي أكثر من بضخ خطوات دون أن يحس بألم صدرى شديد، وأنه إذا لم يتوقف ليستريح انتابه ألم متكرر يعيقه دعر من حدوث سورة الشريان التاجي.

استخدم الطبيب النفسى في علاج هذا المريض مزيجاً من العلاج السلوكي والمعرفي. فقد أكد له وجود أدلة إحصائية على أن التمرين البدني المتدرج يفيد مثل حالته وأن تجنب الجهد ضار به محاولاً بذلك أن يقلص اعتقاده بأن الجهد البدني حقيق أن يرسب نوبة احتشاء القلب.

عندئذ أعطى المريض جدولاً متدرجاً من التمرين البدني. فكان يمشي مسافة معينة إلى أن يشعر بالألم حقيقى فيتوقف. وجعل يمد هذه المسافة بالتدريج حتى استطاع في النهاية أن يمشي كما يشاء دون أن يعانى ألماً. وكان عليه كلما عارده الخوف أن يردد: «ولا بأس بالتمرين». هذه الضمائم الذاتية كانت تهديئ قلته، بل تزيد دافعيته لمواصلة المشي.

وحين أعيد رسم القلب بعد انتهاء فترة التدريب كانت النتيجة مرضية. فرغم أن قطعة S - T ظلت هابطة أثناء الراحة فإن هبوطها لم يتفاقم بعد التمرين.

يمكننا أن نفسر الغطاء السيكونولوجي في هذه الحالة كما يلي: بعد أعراض الذبحة الأولى كان المريض يتوقع الموت المفاجيء باحتشاء القلب، ويربط تلقائياً بين التمرين البدني وترسيب نوية ثلجية. بذلك كان يشعر بالخطر إزاء أى جهد جسماني. هذا القلق السابق على المشي كان يزيد ضربات القلب وغيرها من استجابات الجهاز العصبي المستقل. مما يمثل عبئا على القلب ويزيد من فصوص الشريان التاجي. يترتب على ذلك أنه بعد مسير يضع خطوات كان يُصاب بذبحة حقيقية: إنه نموذج كلاسيكي لتبوءة ذاتية التحقق (تحقق نفسها بنفسها).

ما أن اتضح هذا المريض بأن القلق هو الذي كان يربس الذبحة وليس الجهد البدني، حتى عاد قادراً على التمتع في نظام التدريب إلى أن شفي من أعراضه.

تؤلف ذات الرئة lung disease فئة أخرى من الاضطرابات الجسمية ذات الغطاء النفسي. فمريض الرئة قد يكونون على وعي بكل نفس من انفسهم وكل حركة من حركات صدرهم. ويسبب علمهم بمرضهم للرئوي فهم كثيراً ما يعتقدون أن من الضروري للبقاء أن يبدلوا جهداً إرادياً لامتصاص الهواء إلى الداخل ثم لدفعه إلى الخارج.

وقد تجلّى هذا الصنف من المشكلات في دراسة منهجية لحالات تعاني من صعوبة مزمنة في التنفس (Dudley, Martin, and Holmes, 1964). فبين عشرين حالة معظمها حالات درن رئوي أو أمراض أخرى تسبب اتسداد القناة التنفسية، وجد الباحثون أنه لا علاقة بين ضيق التنفس والإعاقة الفعلية لوظيفة الرئة. فعندما كان المرضى يعضون أن يقلقون استجابةً للضوابط الحياتية المعتادة كانوا يميلون إلى فرط التهوية hyperventilation و«السُّهْر» dyspnea. ولم تكن هناك علاقة بين صعوبة التنفس والقصور الوظيفي الفعلي. تشير هذه الدراسة إلى أن البُهر (صعوبة التنفس) يتوقف على إدراك إشارات صادرة من أجهزة الرئوي. فقد كان لهؤلاء المرضى حساسية زائدة تجاه التغيرات الجارية في الجهاز الرئوي الفعلي، تلك التغيرات التي لا يعيرها الناس انتباهاً ولكنها بالنسبة لهؤلاء ترتبط بخاطر الموت. وقد انعكس ذلك في شعورهم الذاتي بالكرب. إن دائرة خبيثة قد تكونت: قلبي ← فرط تهوية وأهت hyperpnea ← بُهر ← قلبي.

## التصور الجسدى Somatic imaging

المعنا أنفًا لظاهرة «التصور الجسدى» فى شرحنا لأنواع الرهاب. وقلنا إن مرضى الخوف من المرتفعات على سبيل المثال كثيراً ما يتأهبهم إحساس بالانقلاب أو السقوط حين يشارفون حافة مكان مرتفع وقد يحسون بأنهم منجذبون إلى الحافة. وإن مريضة بالخوف من الماء كانت تحس كأنها تغرق عندما تتخيل نفسها فى الماء. وبالمثل يحس كثير من الناس بالهم «نابى» عندما يشاهدون شخصاً آخر قد أصيب، فيستجيبون كما لو كانوا هم المصابين.

وقلت فى الفصل الثالث إن رأى المرء فى نفسه عنصر متمم لنطاقه الشخصى personal domain إلى جانب ممتلكاته المادية وقيمه المعنوية. ونعرض هنا لمكون أساسى آخر لنهوم الذات هو ما يمكن أن نسميه «الذات الجسمية» bodily self أو «الذات البدنية» somatic self أو «صورة الجسم» body image (Epstein, 1973). إن تصور الفرد لذاته الجسمية فى وقت ما قد يحدد شعوره فى ذلك الوقت، إن بالسرور أو الألم، بالقوة أو الضعف، بالحبوبة أو الفتور. وقد يكون تصور حالته الجسمية أهم من حالته الجسمية الفعلية فى تحديد مشاعره وإحاسيسه.

قد يؤثر التنبيه البصرى على صورة الجسم فيؤدى إلى تنويع عريضة من الاحساسات الجسمية. فمن الممكن للصور المتحركة المتعكسة على شاشة منحنية (مثل السينرما) أن تخلق فى المنفرج وهما بأنه يعنى مركبة سريعة مثل الزلاجه أو أنه يهوى فى القضاة. إنه يحس نفس الإحساسات كما لو كان منطلقاً أو ساقطاً بالفعل. بنفس الطريقة قد تحدث الصور المتحركة لأناس يشبهون ويمزفون مشاعر الألم والقلق فى المشاهد. هذه الظاهرة التى تنضم إحصاسات جسمية متولدة من خداعات بصرية هى مثال آخر «للتصور الجسدى» somatic imaging.

قد يحدث «التصور الجسدى» بطبيعة الحال بدون تنبيه بصرى. إنه ظاهرة منتشرة سجلها منذ أكثر من مئة عام سير فرانسيز جالتون F.Galton (١٨٨٣). من الأفراد الذين درسهم جالتون من كانت لديهم إحساسات جسمية من الوضوح والحيوية بحيث يصعب عليهم أن يحددوا هل هى وليدة التخيل أو وليدة تنبيه جسمى حقيقى.

قد تؤدى الخيالات أو أحلام اليقظة إلى إحساس شديد بالجسم. وكثيراً ما يصف المرضى

النفسيون هذا النوع من التصور الجسدى . مثل ذلك المريض الذى كانت نتابه تخيلات متكررة لتضيقه وهو يصاب بأذى . فكان إذا سمع صوت نائذة تغلق ينصورها تصطك على تضيقه ويحس بانسحاقه . وإذا رأى فجأة سكيناً حادة ينصورها تنقطع تضيقه ويحس فى نفس الوقت باللم حاد بالتضيق .

وقد تزدى فكرة الأذى الجسمى إلى إحساسات بدنية . ولتضرب لذلك مثلاً بذلك المراهق الصغير الذى كان يستجيب بقلق لرأى الدم أو أى نشوء جسمى ، وكان حساساً بوجه خاص لآى مؤثر يوحى بتكسر العظام . ويحدث نفسه حين أراه المعالج عظمة : « قد تكون ساقى منكسرتة » ويحس باللم فى ساقه ويان العظمة تننا من جلد الساق . وذلك مريض آخر كان شديد التقمص للمتالمين والمعاقين . فعندما قرأ تقريراً عن مريض عقلى متدهج قام أحد المعاوين بتثبيت ذراعية ، أحس بضغط شديد على ذراعيه كما لو كانتا ثببتان . وعندما قرأ عن مريض كان يفقد بصره بالتدريج أحس بإعتمام علمر فى بصره . فى هذه الحالة تكون الفكرة ، وليس الخيال البصرى ، هى ما ولدت الإحساسات البهيفة .

## الهستيريا

الهستيريا هى امتداد مرضى لعملية «التصور الجسدى» somatic imaging . وأكثر صور الهستيريا التى نشاهدها هذه الأيام تتألف من نوع من الاضطراب الجسمى لا أساس له من مرض عضوى يمكن إثباته أو من خلل فسيولوجى . قد يأتى هذا الاضطراب الجسمى على هيئة فقد القوة فى أحد الأطراف (شلل أو ضعف) ، أو فقد الإحساس فى جزء من الجسم ، أو الإحساس باللم فى غياب أى تنبيه لمستقبلات الألم ، أو زيادة نشاط العضلات كما فى حالة الغصّ choking الهستيرى أو حالة الصرع الكاذب .

حين يشخص الطبيب أحد مرضى الهستيريا يكون بوسع فى الغالب أن يتبنت أن الصورة التى يتخذها العرض الهستيرى لا تتمشى مع التشریح الفعلى لجسم الإنسان بل مع تصور المريض لاعراض مرض جسمى معين . فعقب إصابة بالساق مثلاً أو بالساعد قد نجد لدى مريض الهستيريا فقدا للإحساس أخذاً توزيع «الجورب - القفاز» stocking - glove وهو توزيع لا يمكن أن ينشأ من أى إصابة . وبالمثل إذا ظن مريض الهستيريا أن مخه قد أصيب فقد



يحدث بشلل أحد الأطراف الواقعة على نفس الجهة التي حدثت بها الإصابة الضحية المفترضة، بينما يستلزم تشريح الجهاز العصبي أن يأتي الشلل في الجهة المقابلة. وفيما يلي حالات توضح قوة التصورات الذهنية وسلطتها:

هذا مريض كان يعاني من عطب مخي عضوي واضح عقب احتشاء قلبي (Stein et al., 1969). أظهرت الاختبارات النفسية وجود عجز لديه في الاستدعاء اللفظي وعجز في التركيز الذهني. وفي جلسات العلاج النفسي التي عقدت له تبين أن لديه تحريفًا معرفيًا يتعلق بتأثيرات نوبة القلب التي أصابته. فقد كان يعتقد بأن هناك شريانًا يغذي المخ يخرج من القلب مباشرة عند موضع الاحتشاء وأن هذا الشريان صار مسدودًا وأدى ذلك إلى عطب نهائي بالمخ. وحين تمكن المعالج من البرهنة له على خطأ استنتاجه برسم صورة بيانية تشريحية، تلاشت أعراض العطب الدماغي العضوي.

وقد عالج شاركو charcot العديد من حالات الهستيريا عن طريق «التنويم» hypnosis. وفيما يلي بعض الحالات التي أوردتها وهي تثبت أن الأعراض الحركية والحسية كانت مظاهر وتجليات للمفهوم الخاطيء للعرض العضوي عند المريض.

فهذا مريضٌ صدمته مركبة ثم مضت غير عابئة به. فاعتقد خطأ أنها دهسته وسحقت رجله التنتين. وأصيب بشلل هستيري بهما.

وفي حالاتٍ أخرى كان العرض الهستيري يقوم على «تشخيص» خاطيء من جانب المريض للتأثيرات المتأجمة من إصابة حقيقية.

فهذا جندي أصيب برصاصة في ساقه فظن يعاني من خُدَّار (فقد للحس) من صنف «الجورب» stocking anesthesia. فقد كان يعتقد أن الرصاصة قد قطعت عصبًا بالساق. وبمجرد أن أوضح له الطبيب أن العصب سليم لم يُصَب بأذى زابله الخُدَّار (فقد الحس).

تشير هذه الأمثلة إلى أن الهستيريا هي خير مثال على الإطلاق لظاهرة «التحريف المعرفي» cognitive distortion في الأمراض النفسية. فمريض الهستيريا يعتقد أن به مرضاً جسدياً ما ومن ثم يحس بأعراض المرض المرصوم: فيعجز عن رفع رجله أو يفقد الحس في جزء من جسمه أو يضعف بصره أو سمعه. وحين نتناول الاعتقاد الخاطيء بالتعديل والتصحيح عن طريق الإيحاء أو التنويم أو الإرضاع والإثبات أو العلاج المعرفي لا يثبت العرض الهستيري أن يزول.

من أطباء القرن التاسع عشر من اقرب من فهم الهستيريا ورأى أن لدى مريض الهستيريا مفهوماً ذهنياً زائفاً يقوم بالتعبير عنه في هيئة مرض جسمي. فن وصف الطبيب الإنجليزي رينولدز Reynolds ( ١٨٦٩ ) اعطاه من الشلل ناجمة من أفكار خاطئة. إلا أن الفضل يرجع إلى شاركو في انتشار هذه الملاحظة وذبوعها. فقد كان عليه دائماً بوصفته واحداً من أعظم أطباء الأعصاب في عصره أن يفصل الاضطرابات التي تشبه بالأمراض العضوية عن الاضطرابات الناشئة عن عطب حقيقي بالجهاز العصبي. ومن خلال عمليات التنويم التي كان يقوم بها لمرضاة خلص إلى نتيجة تفيد أن الهستيريا تنشأ من « فكرة مُرضية » pathogenic idea. من شأن هذه الفكرة الباطلة القائمة على افتراض خاطيء أن تختفي عندما يزول العرض الهستيرى بالتنويم. أثبت شاركو أن الاضطرابات الجسمية قد تنتج من عمليات سيكولوجية. وهو مما شجع فرويد على استخدام العلاج النفسي في حالات العصاب.

من أهم إسهامات شاركو في البحث السيكولوجي ما كان يقوم به من إحداث شلل في الأفراد الحاضرين للتجربة عن طريق التنويم. لقد كانت فكرة « بذي البنى عاجزة » تُحدث نفس الاضطراب الإكلينيكي الملاحظ في الشلل الهستيرى التلقائي. وقد اعتبر البعض هذا التوصل بين الظواهر الإكلينيكية والتجريبية مساوياً لعملية إنتاج المرض البشرى والحيوانى في معامل باستير وكوخ. يقول هافنس Havens (١٩٦٦): « في حالة الأمراض النفسية، ليس العامل المسبب هو ضمة الكوليرا cholera vibrio أو عُصبة الدرن tubercle bacillus، بل العامل المسبب هو فكرة... إبحاء... ».

بعد أن اطّلع فرويد على إضافات شاركو ولاحظه فترة من الوقت أثناء عمله، بدأ يستخدم التنويم مثله في علاج الهستيريا. ثم استبدل بالتنويم فيما بعد فنية « التداوى الطليق » Free association. كان هذا التغيير في الطريقة مؤشراً لانقالب بؤرة التركيز من النحوص العصبي الموضوعى إلى الاهتمام بأفكار المريض وخيالاته وانفعالاته ورغباته وأحلامه، لتغدو هذه العناصر هي عمدة المعالجين الديوينامين الجدد. لقد تخطف فرويد كثيراً مفهوم شاركو المسط للاعراض الهستيرية كنتاج لأفكار خاطئة، وشرع في إنشاء نظرية معقدة. وحلّت أطروحته عن تحول الرغبات الجنسية اللاشعورية إلى أعراض هستيرية محل فكرة شاركو. وما يزال التصور الفرويدى هو المهيمن على مفهوم نهستيريا السائد اليوم. ففى عام ١٩٥٦ استبدل المصطلح الرسمى لرابطة الطب النفسى الأمريكية بلغة « هستيريا » مصطلح « الاستجابة التحولية » conversion reaction وهو مستمد من مفهوم التحول عن فرويد. وقد تقبلت كتب الطب النفسى الأمريكية بصفة عامة المفهوم الفرويدى للهستيريا.

ورغم أن «الشكرة المعرّضة» التي قال بها شاركو كعامل حاسم في الهستيريا عمدت عنتقة الزبي، فلا شك أن صياغته نوافق المعطيات الإكلينيكية المستمدة من المناظرة المنهجية لمرضى الهستيريا. فحدوث الأعراض الهستيرية يعدو مفهوماً دائماً بمجرد أن نقب عن خيرات المرض ونستكشف معانيها الخاصة. إن كشف الأفكار الخاطئة للمريض يقدم تفسيراً صحيحاً للعرض الهستيرى. والمبدأ الأساسى هنا هو أن الهستيريا تشبه بالمرض العضوى ليس لأن المرض يربد إن يحاكمى مرضاً بل لأن اعتقاده خاطئ.

كثيراً ما يتقمص مرضى الهستيريا شخصاً آخر يعانى، أو كان يعانى، من اضطراب جسمى أو نفسى شبيه بالأعراض الهستيرية. كان المفتاح إلى كشف هذه الآلية الخاصة من آليات تكوّن الأعراض هو ملاحظة المبول التمثيلية عند مرضى الهستيريا فى عنابر سالبرير حيث كان يعمل شاركو. وقد ذكر جانيت Janet، أحد تلاميذ شاركو، فيما بعد أن كثيراً من مرضى شاركو كانوا «يتعلمون» الهستيريا داخل العنبر. فقد كانوا يلاحظون حالات صرع حقيقى بل يساعدون فى علاج هذه الحالات، ثم يعاتون من جراء ذلك من نوبات صرع هستيرى تحدث لهم فى وقت لاحق (Havens, 1966).

يذكرنا هذا الصنف من التقمص بظاهرة نوبات التشنج السارية حيث تنتقل هذه الظاهرة من شخص إلى آخر بالعدوى. إن النظرة العصرية المستنيرة تعزو هذه الظاهرة إلى عوامل سيكولوجية لا إلى مسّ شيطانى أو سحر كما كان يُظن فى يوم من الأيام.

وقد روى عدد من مرضى التشنج الهستيرى عن صلتهم بقريب مصاب بنوبات الصرع. وحكى آخرون عن تأثيرهم الشديد لدى ملاحظتهم أو قراءتهم عن شخص آخر به عرض شبيه بما أصابهم. مثل تلك المريضة «بعضاب القلب» cardiac neurosis التي عايشت معاناة أمها من فشل القلب سنوات عديدة (إذ أخذ قلبها يتدهور إلى أن توفيت فى سن الثانية والثلاثين). ذكرت هذه المريضة أنها كانت تعاودها فكرة مفادها أنها سوف تُصاب بالقلب عندما يبلغ عمر أمها. وما كادت تبلغ الثامنة والعشرين حتى بدأت تعاني من الآم بالصدر وإرهاق سريع وضيق فى التنفس - تماماً كما كانت تعاني أمها. ولازمتها هذه الأعراض عشر سنوات، رغم سلامة الفحوص المتكررة، وأدت بها إلى كرب دائم وتقييد شديد لأنشطتها. إلى أن زالت الأعراض الهستيرية بعد مزيج من العلاج العرفى والسلوكى.

وبنفس الطريقة أمكن تتبع عدد من حالات الغصّ choking الهستيرى وردّها إلى أحداث وقعت فى سن مبكرة نسبياً. يذكر هؤلاء المرضى أنهم قرأوا أو سمعوا عن شخص

آخر عُصُ بالطعام حتى مات، فما لبثت أن تملكتمهم فكرة «هذا يمكن أن يحدث لي». فكان أحدهم كلما مر بضغط نفسي بعد ذلك يحس بضيق في الصدر، وبخاصة أثناء تناول الطعام، فيحدث نفسه: «هذا دليل على أنني لن أستطيع ابتلاع الطعام كما ينبغي». ويقدر ما يلتفت إلى هذه الفكرة تزداد عنده صعوبة البلع، فتدعم اعتقاده بوجود خلل في عضلات الحلق وبنائه سوف يعص حتى الموت.

بوسعنا الآن للنخص نشوء العرض الهستيرى: يقر في دُوع الهستيرى (نتيجة إصابة المت به أو نتيجة تقمصه لاعراض غيره) أن به مرضاً عضوياً. وهو إذ تملكه هذه الفكرة تنشأه إحساسات جسمية - تصور جسدى somatic imaging. تنشأ عن ذلك آلية دائرية. إنه «يقرا» إحساساته الجسمية كدليل على إصابته بالمرض. بذلك يزداد اعتقاده صلاباً ورسوخاً وتشتد أعراضه الجسمية بنفس الدرجة.

يعتمد للدخل العلاجي للاعراض الهستيرية على عملية قلب الدائرة الخبيثة التي تكونت. فيمكن للمعالج أن يوضح للمريض أنه لم يفقد تحكمه بعد - أنه قادر مثلاً على تحريك الطرف المشلول. من شأن هذا الإثبات (سواء أتم ذلك بالإيهام أم بالإقناع أم بالتنويم) أن يقوّض الاعتقاد الخاطئ. فضلاً عن ذلك فإن المعالج إذ يبحث المريض على تخيل نفسه بهرك طرفه فهو بذلك يستخدم الخيال استخداماً بناءً. كما يمكن للمعالج أن يبدأ العلاج بتفسيء المفاهيم الخاطئة للمريض وإعادة تعليمه (كما في حالة الرجل الذى كان يعاني من أعراض تحاكى التدهور الذهني عقب نخرى ناجى coronary thrombosis). وإذ تهتر «الفكرة المرعبة» الخاطئة فإن العرض يتراجع فيكون بذلك دليلاً إضافياً للمريض على أن اعتقاده في مرضه هو اعتقاد خاطئ، مما يعزز الشفاء أكثر فأكثر.

بهذه الطريقة، فإن علاج الهستيريا يستغل ملكة التخيل عند المريض بطريقة بناءة وبشقي العرض «بصرف تصور» imaging away the symptom. وفوق ذلك، فإن قلب دائرة الاشتداد (كما في حالة الأمراض النفسجسمية) تُحدث تحسناً متنامياً. يتألف جوهر العلاج في حالات الهستيريا من عملية تحويل اعتقاد غير صحيح إلى آخر صحيح. إن آلية الشفاء في هذا المقام هي في الأساس نفس الآلية في حالات الاكتئاب والقلق والرهاب: صحح الاعتقاد الخاطئ؛ تحفّف العرض المرضى.

## الفصل التاسع

# مبادئ العلاج المعرفي

« إذا شئنا أن نغير العواطف، فمن الضروري قبل كل شيء أن نغير الفكرة التي انتجتها. وأن نتبين أنها إما فكرة غير صحيحة في ذاتها أو أنها لا تمسّ شعورنا ومصالحنا ».

بول ديبويس

وأبداً في الفصول السابقة أن الاضطرابات النفسية الشائعة تتركز حول انحرافات معينة في التفكير. ويبقى التحدي الحقيقي أمام العلاج النفسي هو أن يقدم للمريض نيات فعالة لتغلب على نقاطه العمياء (blindspots)، وعلى إدراكاته المشوشة وطوائفه في خداع ذاته. إنه لمؤثر واعد أن نلاحظ أن المرء يتفاعل بواقعية وفعالية في المواقف التي لا تمت بصلة لتعبئه، وأن أحكامه وسلوكه في المناطق النواقة خارج حدود حساسيته الخاصة كثيراً ما يعكس مستوى وظيفياً عالياً، وأنه قبل حدوث العصاب كثيراً ما يبدي نمواً واثقاً في أدواته التصورية التي يتعامل بها مع مشكلات الحياة.

يوسع المرء أن يستخدم المهارات السيكولوجية (دمج الخبرة ونسجتها وتوليدها) في تصحيح الانحرافات النفسية. وحيث أن المشكل النفسي المركزي وعلاجه أيضاً كلاهما يتعلق بتفكير المريض (أو معرفته) فقد أطلقنا على هذا الشكل من العون «العلاج المعرفي» cognitive therapy.

يتألف العلاج المعرفي بمعناه العريض من كل المداخل التي من شأنها أن تخفف الكرب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة. ولا يعني توكيدنا على التفكير أن نغض أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للكرب بصفة عامة. إنما يعني ببساطة أننا نقارب التفاعلات الشخص من خلال معرفته أو من طريق تفكيره. ويتصحح الاعتقادات الباطلة يمكننا أن نخدم أو نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة.

هناك وسائل عديدة لمساعدة المريض على أن يفهم نفسه وعامله تقييماً أكثر واقعية؛ فهناك المدخل العقلاني intellectual الذي يتألف من كشف المفاهيم الخاطئة واختبار صحتها والاستعاضة عنها بمفاهيم أكثر موافقة. وكثيراً ما تبرز الحاجة إلى تغيير موقفى واسع النطاق، وذلك حين يفتن المريض إلى أن القواعد التي استند إليها في توجيه فكره وسلوكه قد أضلته وخذعته وعملت على هزيمته.

وهناك المدخل الخبروى experiential الذي يعتمد إلى تعرض المريض لخبرات هي من الشدة بحيث تحمله على تغيير مفاهيمه. فالتفاعل مع الآخرين في مواقف منتظمة خاصة مثل جماعات الملافة encounter groups أو العلاج النفسي التقليدي قد يساعد الشخص على أن يدرك الآخرين إدراكاً أكثر واقعية وأن يعدل بالتالى من استجاباته غير التكيفية وغير اللائمة تجاههم. ففي جماعات الملافة مثلا، فإن الخبرات البيشخصية قد تخترق التوجهات

غير التوافقية التي تعوق المريض عن التعبير عن المشاعر الحسنة . ومثل ذلك يحدث في العلاج النفسي . فكثيراً ما يستجيب المريض للدفع والقبول الذي يمنحه إياه المعالج النفسي بأن يعدل مفهومه النمطي الجامد عن صور السلطة . وقد أطلق على مثل هذا التغيير « الخبرة الانفعالية المصححة » (Alexander, 1950) corrective emotional experience . فأحياناً ما تتم الفعالية العلاجية بدفع المريض إلى أن يُعْمَى موافقاً ذأب من قبل على تجنبها بسبب مفاهيمه الخاطئة .

وهناك المدخل السلوكي behavioral الذي يبحث المريض على تبني أنماط معينة من السلوك من شأنها أن تغير في عموم نظرتة إلى نفسه وإلى العالم الواقعي . إن ممارسة تنيات للتعامل مع الأشخاص الذين يرههم المرء ، كما يحدث في تدريبات توكيد الذات as- sertive training ، تكسبه نظرة أكثر واقعية تجاه الآخرين وتعزز ثقته بنفسه في ذات الوقت .

ولكن لماذا يفشل العصابي في تغيير مواقفه اللاشكافية مادام العصاب هو شرته ونتاجها؟ لماذا يفشل في تغييرها خلال خبرة الحياة أو بمساعدة والده أو أصدقائه؟ لماذا يحتاج إلى معالج محترف؟ السنا ترى أن بمقدور المرء في أحوال كثيرة أن يحل مشاكله بنفسه أو بمشاورة جار عجوز حكيم؟ بلى وإن كثيراً من الناس ليستخدمون بالسليقة، وينجح تام، صنوفاً من التقيات هي من صميم أدوات المعالج السلوكي . فيقومون مثلاً بتعريض أنفسهم بالتدريج للمواقف التي يرهونها، أو يتخيلون أنفسهم في تلك المواقف (خفض الحساسية المنظم systematic desensitization) أو الاقتداء بالغير في سلوكهم (النمذجة modeling) . أو يُحْتَحون من «الحكمة الشعبية» Folk wisdom (الخبرة المتراكمة لجماعتهم الثقافية) لدى الأصدقاء والأقارب أولى الرأي والمشورة .

أولئك الذين يلتمسون العلاج الرسمي ، ويلتصق بهم على غير عمد لقب «مريض» أو «عميل» هم البقية الباقية التي فشلت في السيطرة على مشكلاتها . ربما لأن رد فعل هذه المشكلات عليهم هو من الشدة والحدة بحيث لا يستجيب لخبرات الحياة المعتادة أو للعون الذاتي . فقد يكون المريض من البدء هناً لم يكنسب القدرات التكيفية التي يواجه بها المصاعب . وقد تكون مشكلاته عميقة متأصلة . وقد تكون «وصفة سيئة» هي التي أوقعته في الاضطراب . وقد يكون مفتقراً إلى المصادر غير المهنية للعون . ولا ننس أن الحكمة الشعبية - على نعمها في أحوال كثيرة بل ودخولها في صميم الكثير من العلاج النفسي - لا يندر أن تنتج بالخرافات والأساطير والمفاهيم الخاطئة التي تخلق توجهها وبيلاً غير واقعي . زد أن كثيراً

من الناس لا يجدون في أنفسهم حافزاً على الانخراط في برنامج تحسين ذاتي ما لم يتم ذلك في إطارٍ حرّفي .

إن العلاج النفسي، على أية حال، هو الانفع والآنح في المشكلات. ويعود ذلك إلى السلطة الكبيرة التي نسندها إلى المعالج، وإلى قدرته على تمحيص المشكلات، وقدرته على تقديم مجموعة منظمة ومناسبة من الإجراءات العلاجية.

## أهداف العلاج المعرفي

اتسب ما تكون الفغنيات المعرفية حين تقدم إلى أناس لديهم القدرة على الاستبطان introspection وعلي التامل في أفكارهم الخاصة وخيالهم. إن المدخل المعرفي هو في جوهره امتداد وتحسين لما دأب الناس على فعله بدرجات متفاوتة منذ المراحل الأولى لتطورهم الفكري. والفغيات العلاجية من مثل : تسمية الأشياء والمواقف، غرمة الغروض، تنقية الغروض واختيارها - كلها قائمة على مهارات يستخدمها الناس على السحجة ودون اطلاع على العمليات الداخلة فيها.

هذه الوظيفة الفكرية الخاصة شبيهة بعملية تكوين الكلام حيث تُطبق قواعد النطق والبناء السحوي دون وعي محتشد لهذه القواعد أو لتطبيقها. أما إذا ابتأى أحد البالغين باضطراب كلامي يريد تقويمه أو إذا أراد تعلم لغة جديدة، فلا تُدحّ نه عندئذ من أن يركز انتباهه على تكوين الجمل والكلمات. وبنفس المقياس، عندما يجد صعوبة في تفسير جوانب معينة من الواقع فقد يفغده أن يركز على القواعد التي يتبعها في بناء أحكامه، فربما ظهر له إذآ أن القاعدة خاطئة أو أن تطبيقه للقاعدة غير صحيح.

غير أن بناء الأحكام الخاطئة قد يفغو عادةً متصلة عميقة الجذور في نفسه بعيدة عن منال وعيه ودرابته بحيث يتطلب تصحيحها خطوات عديدة. إن عليه أولاً أن يصبح واعياً بما يفكر فيه، ويتوجب عليه ثانياً أن يميز أي الأفكار هي الرائعة المتحرفة. وعليه عندئذ أن يستبدل بالأحكام الختلة أحكاماً دقيقة. وهو بحاجة في النهاية إلى تغذية مرتجعة Feedback تديه بمدى صحة ما حققه من تغيير. إنه نفس الصنف من النتائج اللازم لكل تغيير سلوكي مثل تحسين الأداء في إحدى الرياضات أو تصحيح أخطاء العرف على آلة موسيقية أو إحكام فنيات الجدل والإقناع.



ولكى نوضح عملية التغير المعرفى سنخبر مثلاً (جسماً) بعض الشيء. وهو حالة شخص لديه خوف من جميع الغرباء. عندما نستكشف ردود أفعال هذا الشخص فقد نجد أنه يعمل وفق قاعدة: «كل غريب هو فقط عدائي». إن القاعدة هي الحاطة في هذه الحالة. وقد يكون هذا الشخص، من جهة أخرى، مدركاً أن الغرباء يتفاوتون فيما بينهم، ولكنه لم يتعلم أن يميز بين الغريب الودود والغريب الخبايد والغريب القظ. إن الخلط في مثل هذه الحالة هو في تعليق القاعدة، أى تحويل المعلومات المتاحة في موقف معطى إلى حكم مناسب.

بدهى أنه ليس كل من يخطئ التفكير يحتاج إلى أن يقرم فكره أو يردد ذلك. إنما حق المساعدة لمن تسلمه أخطاؤه وللحزن والابتئاس وتوقع في حياته القوضى.

تتمثل المشكلات التي تدفع المرء إلى التماس العلاج في صورة كرب ذاتي (كالقلق أو الاكتئاب)، أو مصاعب في سلوكه الظاهر (مثل الكف المعطل أو العدوانية)، أو قصور في استجاباته (كالعجز عن الإحساس بمشاعر دافئة أو التعبير عنها). وفيما يلي نوجز أنواع التفكير الذى يبطن هذه المشكلات:

## تحريرات الواقع المملوسة المباشرة

من التحريفات المألوفة لنا جميعاً تلك الأفكار التي يضمها مريض البارانونيا الذى يستنتج، دون تمييز، عندما يرى الآخرين - أنهم يريدون أن يؤذوه (حتى أولئك الذين يؤذونه بشكل واضح). أو كما قال لي أحد المرضى ذات يوم: «لقد قتل الرئيس كينيدي».

تحدث تحريفات أقل حدة من ذلك في جميع أنواع العصاب. فقد يرى أحد مرضى الاكتئاب مثلاً أنه لم يعد قادراً على أن يكتب على الآلة الكاتبة أو أن يقرأ، أو يفقد سيارته. على أنه حين يتورط في إحدى هذه المهام يجد أدايه كفتاً لم يزل. وقد يشكو رجل أعمال أنه مشرف على الإفلاس، ثم يتبين من فحص حساباته أن موقفه المالى وطيد بل فى ازدهار. ونحن حين نسمى ذلك «تحريف الواقع» فإن مبررنا أن التقدير الموضوعى للموقف يناقض تقديره.

هناك تحريفات سهلة الكشف نسبياً. من أمثلة ذلك أفكار من قبيل «إننى أزداد بدانة» أو

«إنني عبء على أسرتي» وهناك أحكام يتطلب التحقق منها جهداً كبيراً، مثل «لا أحد بحيي». في مثل هذه الحالات فإن الجلسات العلاجية، خاصة إذا كان المريض قد تدرب على تسجيل أفكاره الأوتوماتيكية، تزودنا بعمل ممتاز لكشف التحريفات. وهناك، بعد، تحريفات يبينها المعالج على الفور. مثال ذلك أن يعرب مريضٌ يمكنه له المعالج مشاعر دافئة عن اعتقاده بأن المعالج لا يحبه.

## التفكير غير المنطقي

هناك أحوالاً لا يمكن فيها الخطأ في تقدير المريض للواقع بل في النظام الذي يتخذه في بناء الاستدلالات واستخلاص النتائج من الملاحظات: يسمع المريض ضوضاء بعيدة فيستنتج أن أحداً قد أطلق عليه النار من مسدسه. في مثل هذه الحالات إما أن تكون المقدمات الكبرى خاطئة أو أن العمليات المنطقية مغلوطة. فهذا مريض بالاكبتئاب يلاحظ أن هناك تسريباً بأحد صنابير الحمام، وأن الشعلة الدائمة بالموقد قد نفذت، وأن إحدى درجات السلم مكسورة فيستنتج: «إن المنزل برمته في تدهور». لقد كان المنزل بحالة ممتازة (باستثناء هذه المشكلات الصغيرة). الحظُّب أن صاحبنا قد ارتكب تعميماً مفرطاً غاية الإفراط. وينفس النهج فإن المرضى الذين يعانون مصاعب ناجمة عن سلوكهم الظاهر كثيراً ما يبدأون من مقدمات خاطئة. فذلك الذي ذاب على تنفير الغير من صحبته بسبب عدوانيته الزائدة قد يكون تصرفه خاضعاً لقاعدة: «إذا لم أرح الناس عن طريقتي أزاوحوني». أما المنشط الهباب فقد يكون سائراً على هذا المبدأ دون تمييز: «إذا فتحت فمي فسيفتنض على الجميع».

## التعاون العلاجي

لبعض العوامل أهمية في جميع أشكال العلاج النفسي، غير أنها في العلاج المعرفي تغدو حاسمة جوهرية بشكل استثنائي. فمن المسلم به أن التعاون الأصيل بين المعالج والمريض هو مكون أساسي لأي علاج فعال. فحين يتخطى الطرفان في اتجاهات مختلفة، كما يحدث أحياناً، فإن ذلك يصيب المعالج بالإحباط والمريض بالكرب. إن من الأهمية بمكان أن ندرك

أن كلاً من مقدم الخدمة (المعالج) ومتلقيها (المريض) قد يتصور العلاقة العلاجية بشكل  
جد مختلف. فالمرضى مثلاً قد يتصور العلاج كعملية تشكيل كتلة من الصلصال يقوم بها  
رغم إلهي كلى القدرة والعلم. وللمحد من مثل هذه المخاطر يتعين على كل من المريض والمعالج  
أن يصل إلى اتفاق في الرأي بصدد أي المشاكل يتطلب المساعدة، وما هو هدف العلاج،  
وكيف بخططان لبلوغ هذا الهدف. إن الاتفاق حول طبيعة العلاج ومدته هو عامل حاسم  
في تحديد نتائجه. فقد أثبتت إحدى الدراسات أن وجود تفاوت بين توقعات المريض ونوعية  
العلاج الذي يتفاهه بالفعل يؤثر تأثيراً عكسياً في النتائج المحصلة. ومن جهة أخرى بدأ أن  
تلقي المريض لبعض التعليم المبدئي عن الصنف العلاجي المختار يعزز من تأثير هذا العلاج  
(Orne and Wender, 1968).

كما يتعين على المعالج أن يلتفت إلى التقلبات التي تعترض مشكلات المريض من جلسة  
إلى أخرى. فكثيراً ما يصوغ المرضى «جدول أعمال» يضم الموضوعات التي يريدون تناولها  
في جلسة بعينها. فإذا ما أهمل المعالج ذلك ولم يعر اهتماماً فإنه يضئ على العلاقة توتراً لا  
داعى له. من ذلك أن يكون المريض متغصاً مهموماً بمشاحنة جديدة بينه وبين زوجته بينما  
المعالج متصلب في التزامه بمخطط مقدّر سلفاً (مثل فحص حساسيته من رهاب الاتفاق).  
مثل هذا التعتن من جانب المعالج قد يدفع المريض إلى أن يعرض عنه وينأى بجانبه.

من المفيد أن نلظر إلى علاقة (المريض / المعالج) بوصفها جهداً مشتركاً. فليست مهمة  
المعالج أن يحاول إصلاح المريض، بل بالأحرى أن يتحالف معه «ضدها» أي ضد مشكلة  
المريض. إن تركيز الاهتمام على حل مشكلات المريض لا على عيوبه المفترضة أو عاداته السيئة  
يساعده على أن يتحسس مصاعبه بانفصال أكبر، ويُدَّهب عنه مشاعر الخزي والدونية والتوجه  
الدفاعي. إن مفهوم الشراكة العلاجية يتيح للمعالج أن يحصل على تغذية  
مرتفعة قيمة عن كفاءة الفنيات العلاجية، وعلى مزيد من المعلومات المفصلة عن أفكار المريض  
ومشاعره. لقد اعتدت شخصياً، على سبيل المثال، حين أستخدم «خفض الحساسية المنظم»  
أن أطلب من المريض أن يصف كل صورة ذهنية وصفاً مفصلاً. فكان وصفه في أغلب  
الأحوال مفيداً غاية الفائدة، بل كاشفاً في أحيان كثيرة عن مشكلات لم يتم التعرف عليها  
في السابق. ومن شأن تربيته الشراكة كذلك أن تحد من ميل المريض إلى أن يسقط على  
المعالج دور السوبرمان. على المعالج، كما تبين لباحثين مثل روجرز وتروكس، أن يتمتع  
بالحصول التالي كى يأتي العلاج بثمرته في بسر وسهولة: الدفاء الأصلي، القبول، المشاركة

الوجدانية الصحيحة والقدرة على الإحساس بمشاعر الغير على نحو دقيق (Rogers, 1951, Truax, 1963). من الأيسر فهذه الحصال أن تبرز وتعمل فعلها حين يعمل المعالج مع المريض كشريك متعاون لآحين يتخذ دوراً شبه إلهي ويلبس ثوب العلم المقادر .

## تأسيس المصادقية

لا تبرز الاقتراحات والتصباغات التي يقدمها المعالج في كثير من الأحيان من أن تكون مصدراً لبعض المشكلات. فحين ينظر المرضى إلى المعالج كنوع من السوبرمان يكونون أميل إلى قبول تفسيراته وتوجيهاته والتسليم بها كمنطوقات مقدسة. مثل هذا التناول البلبند لافتراضات المعالج وأخذها على علاتها يحرم العلاج من التصحيح الذي يمكن أن يأتي به التقويم النقدي من جانب المريض لأراء المعالج.

هناك مشكلة من صنف آخر تتعلق بالمرضى الذي يستجيبون آلياً لتصريحات المعالج بالثقت والريية. يظهر ذلك في أبلغ صورته عند مريض البارانونيا والاكنتاب الشديد. فحين يعهد المعالج إلى كشف التحريفات التي يقوم بها المريض لصورة الواقع قد يلقى نفسه متورطاً في المنظومة الاعتقادية الراسخة لذلك المريض. لذا يتحتم على المعالج أن يؤسس أرضية عامة بشكل ما أو يجد نقطة التقاء ما بينه وبين المريض، فيشرع عندئذ في توسيع دائرة الاتفاق بدءاً من هذه النقطة. إن مرضى الاكنتاب مثلاً كثيراً ما يرين علمهم اعتقاداً بأن اضطرابهم الأنفعالي سوف يدوم ويتفاقم ولن يتغير فيه علاج. فإذا كان المعالج حيال مريض من هؤلاء وتعمل باتخاذ موقف حماسي متفائل، فقد يترأى للمريض أن هذا المعالج إما كاذب ملتق أو أنه لا يعي حسامة مرضه وعياً حقيقياً أو أنه، ببساطة، رجل أحمق. كذلك الشأن في حالة مريض البارانونيا. فحين يحاول المعالج أن يصحح آراءه المشوهة للواقع قد يدفعه في حقيقة الأمر إلى مزيد من الاعتقاد بها. وربما بدأ في اعتبار المعالج عضواً في «المعارضة» وأفرغ له دوراً محورياً داخل منظومته الضلالية.

إن المدخل الأسلم في تأسيس المصادقية هو أن توصل للمريض رسالة من قبيل: «إن لديك أفكاراً معينة تضايقت. هذه الأفكار قد تكون صحيحة وقد تكون غير ذلك. لنفحص الآن بعض هذه الأفكار». وباتخاذ هذا الموقف المحايد يستطيع المعالج عندئذ أن يشجع المريض

على أن يعبر عن أفكاره المحرفة، مصغياً إليها بانتباه. بمقدوره بعد ذلك أن يطلق «منطاد اختيار» يستطلع به الأمر ويجس النبض، كمن يحدد ما إذا كان المريض مهيمًا لفحص الأدلة المتعلقة بهذه التحريفات.

هناك اعتقاد تقليدي بأن الأفكار الاضطهادية عند البارانويين والدونية عند الاكتئابيين هي أفكار مستعصبة لا ينفذ إليها العلاج النفسي ولا ينجع فيها. لعل أحد الأسباب التي أشاعت هذا الاعتقاد هو أن المعالجين كانوا يحملون إلى تصحيح هذه الأفكار قبل الأوان وقبل الانتهاء الكافية. الحق أن هذه الأفكار، بل والضلالات الثابتة، قد تسلم نفسها في النهاية إلى شيء من التعديل والتغيير لو تحلى المعالج بالرفاعة والصبر والدأب (Beck, 1952; Davison, 1966; Salzman, 1960; Schwartz, 1963).

تشير دراسات علماء النفس الاجتماعي إلى أن الدوجماتيقية<sup>(\*)</sup> dogmatism تميل إلى أن توسع الهوة بين الأشخاص ذوي الآراء المتعارضة وتحملهم على المزيد من التصليب والتطرف. كذلك الشأن في العلاج النفسي. ولا يقوتنا أن نحذر المعالجات الدوجماتيقية من أن يتخذ بصمت المريض ويمض أنه قد وصل معه إلى تسوية، بينما المريض غير راغب في إبداء معارضته بشكل صريح. إن أحرص المعالجين وأيقظهم يجب أن يتوخى الحذر ويولي انتباهاً شديداً تجاه أية بدوات تشير إلى ما يضره المريض من معارضة واختلاف. والمداولة التالية توضح إحدى الوسائل الممكنة لتحديد ما إذا كان المريض على وفاق حقيقي مع نصريحات المعالج:

**المعالج:** أما وقد سمعتُ صياغتي للمشكلة، فما رأيك فيها؟

**المريض:** يبدو لي معقولة لا بأس بها.

**المعالج:** عندما كنتُ أتحدث هل كان لديك أي شعور بأن في حديثي جوانب قد لا توافق رأيك؟

**المريض:** لست متأكدًا من ذلك.

---

(\*) الدوجماتيقية معناها أخذت هي الاعتقاد الجازم الإيماني دون دليل أو بالاستناد إلى مبادئ تقليدية وأمسحة دون البحث عن وجه الحق في التسليم بها. وهي ضد «التفدية» criticism «المترحم».

المعالج: لا بأس بأن نخبرني إن كان في حديثي أشياء لست موافقاً بها، أو في قلبك منها شيء. أتدرى.. إن بعض المرضى لا يرغب في إبداء اختلافه مع طبيبه في الرأي.

المريض: حسناً، إن ما قلته يبدو لي منطقياً، ولكني لست في الحقيقة متأكدًا إن كان قد وقر في قلبي وبلغ منى مرتبة الاعتقاد.

إن عبارات من هذا القبيل لتوحى دائماً بأن المريض لا يوافق المعالج. على الأقل جزئياً. وتلزم المعالج أن يشرع في فحص تحفظات المريض والتحقق منها، وأن يشجعه على تفنيد صياغته والرد عليها بالحجة.

يُبدي كثير من المرضى اتفاقهم مع المعالج لا لشيء إلا لحوفهم من مناوآته وحرصهم على إرضائه. فالمرضى الذي يقول: «إنني اتفق معك فكرياً لا انفعالياً» يزدوننا مفتاح لكشف مثل هذا الوفاق السطحي. تشير مثل هذه العبارات بعامة إلى أن تعليقات المعالج وتأويلاته قد تبدو منطقية للمريض ولكنها لا تنفذ إلى قلبه ولا تحس منظومته الاعتقادية الأساسية (Ellis, 1962). فهو ما يزال يتصرف وفقاً لأنكاره اللطافة. بل إن الملاحظات السلطوية التي تروق للمريض وتشفى توقعه إلى تفسير لشقاوته قد تمهد للسبيل لحبوبة أمل كبيرة عندما يحد ثغرات في هذه الملاحظات والتصيغات. لذا نقول إن نقعة المعالج في دوره كخبير يجب أن تنتزع بكثير من التواضع. فالعلاج النفسي يتضمن الكثير من المحاولة والخطأ وتجريب العديد من المداخل والتصاغات لتحديد الأنسب من بينها والأوفى.

بشكل التفكير الضلالي اختياراً حساساً لثقة المريض في المعالج. ومن الحكمة بوجه عام ألا يعمد المعالج إلى مهاجمة الضلال مباشرة. فإن لم يَسع المعالج أن يتحدى الضلال ذاته فبوسع أن يعين المريض على احتمالته. ولتأخذ لذلك مثالاً: فهذا رجل مُسِن مصاب بمرض جسسي خطير، أخذه اعتقادٌ ضلالي بأن زوجته (المسنة) على علاقة بطبيبها الشاب. فجعل هذا الرجل يوبخ امرأته ويتهمها بالخيانة. كانت تلك الاتهامات مزعجة لزوجته لدرجة أنها فكرت جدياً في تركه. فحدثه طبيبه النفسي قائلاً: «إنني لا أملك دليلاً بشأن صحة اتهاماتك لزوجتك. ولكن ما يهمني هو أنك يجب أن تتبصر بجزائر سلوكك. كيف تصير الأمور إذا ما تماديت في اتهام زوجتك وتبكيبتها؟». في البداية كان رد المريض هو أنه لا يهيمه شيء. عندئذ قال الطبيب النفسي: «إذا ما تركتك زوجتك فمن سوف يبرعك ويعتني بك؟». هذا السؤال هو الذي حمل المريض على أن ينعم انظر في عواقب أفعاله، فلم يعد يكيل الاتهامات لزوجته وتمسكت علاقتهما بل صار الرجل يحس بود كبير تجاه امرأته. من

المحتمل أيضاً أنه كفه عن الاتهامات قد خلفت من حدة ضلالات الحياة وأضعفه وإن لم يكن لدينا دليل مباشر على هذا الحدس.

من الجائز في الحالات الأقل شدة أن يتعامل المعالج مباشرة مع الأفكار المغلوطة، على أن يتحلى بالحصافة ويقدر مدى تقبل المريض لعبارة فيها تحدُّ لتصوراته الخرفة. قد يشير حتى المريض أن تقول له إن أفكاره خاطئة، ولكنه قد يستجيب إيجابياً لسؤال مثل: «هل هناك تفسير آخر لسلوك زوجتك؟». وما دامت محاولات المعالج للتفسير والتوضيح في حدود مقبولة من جانب المريض، تظل فجوة المصادفة بينهما كاضيق ما تكون.

## اختزال المشكلة

كثير من المرضى يأتون إلى المعالج بحشد من الأعراض والمشكلات قد يستلزم عمراً بأكمله إذا هو عمد إلى حل كل مشكلة منها بمزول عن باقي المشكلات. فقد يلتمس أحدهم العلاج من مجموعة متباينة من الاعتلالات مثل الأرق والقلق والوان من الصداع بالإضافة إلى مشكلات يتشخصية. حينئذ لا مفر مما يسمى «اختزال المشكلة» *Problem reduction* أي تعرف المشكلات المتشابهة في المنشأ وضمها معاً. وحينئذ يكون بوسع المعالج أن يتخير القنيات المناسبة لكل مجموعة منها.

ولنأخذ على ذلك مثلاً بحالة المريض الذي يعاني من رهبات متعددة. فالمرأة التي عرضنا لها في الفصل السابع كانت تعاني بشكل معوق من خوف الطائرة والسباحة والمشى السريع والجرى والرياح الشديدة والطقس الحار الرطب. في مثل هذه الحالة فإن علاج كل رهاب على حدة عن طريق «خفض الحساسيه المقطم» قد كان يتطلب جلسات علاجية لا تُحصى عدداً غير أننا استطعنا العثور على قاسم مشترك نكل تلك الأعراض: هو خوفها المسيطر من الاختناق. لقد كانت هذه المرأة تعتقد أن كلاً من تلك المواقف الرهانية يمثل خطر الحرمان من الهواء، وبالتالي الاختناق. ومن ثم اتجه تركيزنا العلاجي مباشرة إلى هذا الخوف المركزي.

يمكن تطبيق مبدأ «اختزال المشكلة» أيضاً بشأن الأعراض المتنوعة التي يشتملها مريض معين كالإكتئاب. فحين يتركز العلاج على عناصر محورية معينة مثل نقص اعتبار الذات أو التوقعات السلبية يمكنه أن يثمر تحسناً في المزاج وفي السلوك الظاهر والشهية وتخط النوم، فهذا

مرضى، على سبيل المثال، كان كلما مر بخبرة سارة أفسدت بهجته فكرةً منفصلة. فما يكاد مثلاً يحس بمتعة لدى استماعه للموسيقى حتى يحدث نفسه: «هذا التسجيل سينتهي سريعاً» فنزول متعة لتو. وما يكاد يجد في نفسه هناءة ما بفيلم سينمائي أو بموعد مع فتاة أو بمجرد المشي، حتى تحدثه نفسه: «سينتهي هذا سريعاً» فتخمد بهجته على الفور. في هذه الحالة أصبح التركيز العلاجي منصباً على ذلك النمط الفكري الذي يفيد أنه عاجز عن الاستمتاع بالأشياء لأنها سوف تزول.

في حالة ثانية كانت بؤرة التركيز هي استغراق المريضة في الجوانب السلبية من حياتها وإغفالها الانتقائي لغيراتها الإيجابية. ونألف العلاج من جعلها تسجل وتستعيد الخبرات الإيجابية في حياتها. وكم كانت دهشتها لكثرة الخبرات السارة التي مرت بها ثم تناستها ولم تعد تذكرها.

ثمة صورة أخرى من صور «الخنزال المشككة» تتمثل في تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض. ومن طوائف الأمور أن الحلقة هذه قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها وسهل الاستئصال على ما جزئه ورأها من عواقب مَعْدَة. إن المرء - على سبيل المماثلة analogy - ربما يتولى ألماً ويعجز عن المشي والاكل والاسترسال في الحديث وعن تادية أقل نشاط بناء من جراء «ذرة» في عينه. نتواتر «متلازمة ذرة العين» هذه بين المرضى النفسيين بكثرة تفوق كل انظنون. غير أن الناخر في اكتشاف المشكلة المبدئية وتناولها يتيح للمصاعب الناجمة منها أن تتمكن وترسخ. كشأن تلك المرأة التي كانت تخشى أن تترك أولادها بالمنزل مع حاضنة baby - sitter، فلازمتها رهبة الخروج وبقيت رهبةً بالمنزل سنواتٍ طويلةً بعد أن كبر أبنائها وبلغوا سن النضج.

بمراجعة دعوب لأعراض المرض وتاريخ المرض يمكننا في الأغلب تحديد التلهمات السببية. ويكون من اقتصاد الجهد والفكر بصفة عامة أن نركز على تلك العوامل التي يتبين أنها الأساس الذي تقوم عليه بقية الأعراض ونتج عنه. فهذا على سبيل المثال طالب دراسات عليا ذو تاريخ طويل من الاكتئاب. تلقى هذا الطالب علاجاً نفسياً بنائاً من محاولات فاشلة من جانب المعالج لرفع اعتباره لذاته وخفض انتقاده لها، بالإضافة إلى تجريب كل مضادات الاكتئاب المتوافرة فعلياً بالسوق. إلا أنه بقي على حاله حزيناً مستوحشاً مسكوناً بهواجس انتقاض الذات، وظل مضطرب النوم فاقد الشهية واهن الجسم وهنأ زمناً.

بعد تحليل مفصل لظروف هذا المريض الماضية والحاضرة بزغ النمط التالي: لقد كان هذا



الشباب يعانون من عدد من الرهابيات المزمنة: مخاوف من الخروج بمفرده، ومن الأماكن المفتوحة، ومن الرفض الاجتماعي. غير أن ظروفه كانت تسعفه طيلة سنوات الدراسة المدرسية بما يغالب به مصاعبه ويعرض ضعفه. فحيث كان يعيش في بيت الأسرة كان يجد دائماً من يرافقه إلى المدرسة. وكان أصدقاءه يصبغونه في المواقف الاجتماعية الجديدة فيخفون عنه من خوف الرفض الكامن في نفسه. وقد أمكنه في ظل هذه المنظومة من التدعيمات والمساندات أن ينهي دراسته الجامعية بسلام ويقضي حياة اجتماعية مرضية. لم تُعجزه الرهابيات في هذه المرحلة إذ نيسرت له سبل مرادها والإفلات من قبضتها.

فلما أزف أوان الدراسات العليا وتعين عليه أن ينتقل إلى مدينة بعيدة انكشف اكتنابه واستر عن وجهه. وإذا صار معزول بدأ القلق الشديد يتملكه. وكلما أزمع السير إلى محاضرة أخذ الحوف من كارثة جسمية توشك أن تنزل به حيث لا أحد هناك ينتقده. ورأى من الأسلم أن يلبث بشقته على مقربة دائماً من الهاتف حتى يمكنه استدعاء العديد من الأطباء الذين عقد بهم صلة. ورغم أنه تمكن من أن يحمل نفسه على الذهاب إلى المحاضرات فقد كان السفر بالنسبة إليه مصحوباً بكثير من القلق. وكان يهرع عائداً إلى غرفته عندما تنتهي المحاضرات. ولم يكن صدقات جديدة لأن القلق كان يساوره كلما حاول أن يقيم صداقة مع طالب آخر. فكان من ثم يتجنب المواقف الباعثة على القلق قدر المستطاع. وتراكم تأثير الحرمان التام من التفاعل الاجتماعي في صورة مشاعر الوحدة والتشاؤم والتبؤ والعلامات الفسيولوجية للاكتئاب.

هذا هو التتابع السببي الحقيقي لهذه الحالة أعدنا بناؤه. وعلى أساس هذا البناء قمنا بالتركيز على الرهابيات أساساً وليس على الاكتئاب في ذاته. واستخدمنا في علاج هذه الرهابيات فنيات «خفض الحساسية التنظيم» حيث كان هذا المريض يتصور في ذهنه مشاهد لكوارث جسمية، إلى جانب مجموعة منفصلة من مشاهد الرفض الاجتماعي. وكنا نشجعه على أن يقاوم ميوه التجنّب ويعرض نفسه بالتدريج للمواقف التي أعاد أن يربحها. واستطاع صاحبنا في النهاية أن يغادر شقته دون قلق وأن يشترك في حوار مع شخص غريب. هذا الإحساس بالإجاز لا شك أذهب عنه بعض أعراض الاكتئاب. غير أن الأعراض الاكتئابية المتبقية كانت بعد كبيرة. إلا أنه إذ تمكن من فهم استجاباته الرهابية استطاع شيئاً فشيئاً أن يقيم علاقات جديدة وأن يحصل على الإشباع الذي كان يفتقده. وإذا جعلت إشباعاته الناتجة من نشاطه الاجتماعي تزداد وتطرد زاله الاكتئاب. وتم شفاؤه.

## تعلم التعلم learning to learn

ليس من الضروري، كما أوضحنا في الجزء السابق، أن يساعد المعالج مريضه على أن يحل كل مشكلة تزعجه. ولا هو من الضروري أن يتوقع كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدماً. إن هذا الصنف من التعاون العلاجي الذي فصلناه آنفاً هو موصل جيد لصنفٍ خاص من التعلم: فهو يعلم المريض أن يتبنى طريقاً جديدة للتعلم من الخبرات ووسائل جديدة لحل المشكلات. إن المريض بمعنى ما «يتعلم أن يتعلم». وقد أُطلق على هذه العملية «التعلم الثاني» (Bateson، «duetero - learning» (1942).

إن هذا المدخل العلاجي، مدخل «حل المشكلات»، يضع عن كاهل المعالج كثيراً من المسؤولية ويدفع المريض للاشتراك بنشاط أوفر في التعامل مع صعوباته. إنه يقلل اعتمادية المريض على المعالج فيزيد بذلك ثقته بنفسه واعتباره لذاته. وربما يكون أهم من ذلك أن طريقة المشاركة الإيجابية للمريض في تحديد المشكلة ووضع خيارات عديدة وتأملها، توفر معلومات أكثر بكثير مما يتحدها أى طريقة أخرى. كما أن مشاركة المريض في صنع القرار تساعده بالتأكيد على تنفيذها.

وقد كنت أشرح لمرضى مفهوم حل المشكلات بطريقة قريبة من هذه: «من أهداف العلاج أن يساعدك على تعلم طرق جديدة لتناول المشكلات. حتى إذا ما عثت المشكلات أمكنك أن تطبق الصيغ التي فرغت من تعلمها. عندما كنت تتعلم الحساب مثلاً كنت تكفي بتعلم القواعد الأساسية ولم يتوجب عليك أن تتعلم كل حسبة جمع أو طرح ممكنة. فبمجرد أن تعلمت العمليات ذاتها أمكنك أن تطبقها على أى مسألة حسابية».

ونكى نوضح فكرة «تعلم التعلم» لنسعن النظر في المشكلات العملية والبيشخصية التي تدخل في الأعراض المختلفة لأحد المرضى. فهذه امرأة، على سبيل المثال، كانت مبتلاة دائماً بالصداع ومشاعر التوتر وآلام البطن والأرق. وحين ركزت على مشكلاتها بالعمل والمنزل أمكنها أن يجد بعض الحلول لها وقل تعرضها للأعراض السابقة. وقد أمكنها، كما تخيلنا، أن تعمم هذه الدروس العملية وتحل بها مشاكلها الحياتية الأخرى بحيث لا يلزمنا أن نتناول جميع مشكلاتها في جلسات العلاج.

من بين أصناف المشاكل التي كانت تسبب لها الأعراض ما يلي: كانت هذه امرأة دائمة التوتر أثناء العمل لأن رئسها في العمل كان شديد الانتقاد. وكانت على ارتفاع آذائها دائمة

أخوف من أن تقع في خطأ ما فتثير حنقَه . لقد تقدّت حيلتها ولم تعرف لنفسها مخرجاً من هذا الوضع . لذا قمنا بتجريب عدد من الطرائق التي يمكن أن تستخدمها في مناقشة المشكلة مع رئيسها بشكل مباشر . ولما تمّ تهيؤها قالت له : « إنني متوترة دائماً مادمت موجوداً لاني متوجسة من أن تهاجمني . إن هجومك عليّ لا يزيد أدائي إلا سوءاً . هذا ما كنت أود دائماً أن أجد القدرة عليّ أن أقوله لك » . لقد أثار هذا القول دهشة رئيسها عند سماعه . ومنذ ذلك الحين قلّ انتقاده لها .

تعلمت المريضة من هذه الخبرة أن بإمكانها أن تواجه الآخرين وتثبت لهم . وصارت قادرة في المواقف المشابهة على أن تتعامل مع خوفها من النقد بأن تكون أكثر ثقة واعتداداً . أضف إلى ذلك أن زيادة اعتدادها بنفسها جعلها أقل حساسية للنقد .

يشمل « تعلم التعلم » ما هو أكثر بكثير من اتباع بضع فنيات يستخدمها المريض في حل مجموعة عريضة من المواقف . فهذا المدخل يهدف في الأساس إلى أن يزيل العوائق التي كانت تمنع المريض من الإنفاذ من الخبرة ومن تنمية طرائق ناجحة للتعامل مع مشكلاته الداخلية والخارجية . إن معظم المرضى هم أناسٌ قد أعاقت نحوهم النفسى - الاجتماعى مجموعة معينة من الاتجاهات وأنماط السلوك اللاتكيفية . ففى حالة المرأة ذات المشكلات العديدة بالعمل والمنزل ، فقد كانت استجاباتها المميزة كلسا واجهت علاقات حساسة أو مشكلات عملية جديدة هي : « لا أدرى ماذا أفعل » . ويفضل العلاج كانت كل خبرة ناجحة ( تحت ) شيئاً من هذا الاتجاه السلبي . وبالتالي تمكنت من أن تستند إلى براعتها الخاصة في مواجهة المواقف الشديدة التباين والسيطرة عليها .

من دأب المرضى بوجه عام أن يتجنبوا المواقف التي تنسب لهم الحرج . وهم بالتالى لا تتكون لديهم فنيات المحاولة والخطأ التي هي شرط أساسى لحل جميع المشكلات . أو قلّ إنهم يبتائهم خارج المواقف الصعبة لا يتعلمون كيف يتخلصون من ميلهم إلى التحريف أو المبالغة . فالشخص الذى لا يتعد عن بيته خوفاً من الغرباء لن يتأتى له أن يتعلم كيف يختبر صدق مخاوفه أو كيف يفرق بين الغرباء المسلمين والغرباء الخطيرين . وهو من خلال العلاج يمكنه أن يتعلم أن يختبر هذه المخاوف ( بل وغيرها ) اختبار الواقع .

إن الإحساس بالتحكم والسيطرة الذى يحدث من جراء حل إحدى المشكلات ، كثيراً ما يلهم المريض أن يتناول غيرها من المشكلات التي ظلماً نجحها وأن يحلها . هكذا لا يكون عائد العلاج الناجح هو التحرر من المشكلات الأصلية فحسب ، بل هو أيضاً تغير سيكولوجى دقيق يؤهله لمواجهة التحديات الجديدة .

## الفصل العاشر

# فنيات العلاج المعرفي

«إن مشكلة الحرية، بمعناها السيكولوجي لا السياسي، هي مشكلة تقنية إلى حد كبير. ليس يكفي أن ترغب في السيادة، ولا هو يكافٍ حتى أن تجد وتجتهد لكي تنال هذه السيادة. فالمعرفة الصحيحة لأفضل الوسائل لنيل السيادة هي أيضا شرط ضروري.»

ألدوس هكسلي

## المنهج التجريبي

إن مساعدة المريض في التعرف على تحريفاته وتصحيحها هي عملية تتطلب استخدام مبادئ إستمولوجية معينة (الايستمولوجيا تعني المعرفة من حيث طبيعتها وحدودها ومعاييرها). إن المعالج لينقل إلى المريض ويبلغه، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، مبادئ معينة:

أولاً: أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع نفسه. بل هو على أفضل تقدير صورة استقراره للواقع. فالعينة التي يلتقطها للواقع هي عينة محدودة بحدود وظائفه الحسية - البصر والسمع والنشم... إلخ. وهي حدود مناصلة مفطورة. ثانياً: أن توافقاته للمُدخَل الحسي sensory input تنوقف على عمليات معرفية من قبيل دمج المؤثرات وتجميعها وتفرقتها، وهي عمليات عُرضة بطبيعتها للخطأ. إن العمليات والمداخلات الفسيولوجية والسيكولوجية قد تغير إدراكنا وفهمنا للواقع تغييراً كبيراً.

كذلك يعرف جيداً أن تعريف الواقع قد يحدث عندما يكون المرء تحت تأثير العقاقير، أو عندما يكون في حالة إجهاد أو نقص الوعي أو في حالة من الاستثارة الشديدة. وقد سبق أن رأينا أيضاً أن تقييم الواقع قد يعثره الخلل من جراء بعض الانماط الفكرية اللاواقعية. ففي عصاب المقلق، على سبيل المثال، يتمثل المريض جميع المؤثرات، حتى المأمونة منها، بطريقة تجعلها توحى بالخطر وتندّر به. يستلزم استخدام الفنيات السيكولوجية لعلاج هذا العصاب أن يكون المريض قادراً من الأصل على أن يميز ويدرك الفوارق بين الواقع الخارجي (المؤثرات المحايدة غير المؤذية) من جهة والظاهرة السيكولوجية (تقييم الخطر) من جهة أخرى. ليس بمقدور بعض المرضى (كمرضى الانسحاب بالعقاقير ومرضى الذهان الحاد ذي الضلالات) أن يعي أو يميز هذا الفرق.

كذلك يتوجب على المريض أن يكون قادراً على أن يخبر الفروض وبمحصها قبل أن يصدق عليها ويسلم بها كحقائق. فالمعرفة التي يُعولُّ عليها تعتمد جوهرياً على امتلاك معلومات كافية تسمح لنا باختيار الأصح والأقوم من بين فروض بديلة. فهذه ربة بيت يطرق سمعها صُكُّ باب (الغلافه بعنف) فتقع لها فروض عديدة: «قد تكون سالي عادت من المدرسة». «قد يكون نص منازل». «قد تكون الريح هي التي صُكَّت الباب». إن انتقاء الفرض الأرجح هنا يتوقف على أن تأخذ السيدة بعين الاعتبار جميع الظروف ذات الصلة.

غير أن تهيؤها النفسى قد يفسد عليها العملية المنطقية لاختبار القرض وتمحيصه. فإذا سيطر على تفكيرها مفهوم الخطر فرمما تقفز إلى استنتاج وإتهام لـ. ذلك هو الاستدلال الاعتسافى arbitrary inference. ورغم أنه ليس بالضرورة استدلالاً خاطئاً، فإنه مبنى أساساً على عمليات معرفية داخلية أكثر مما هو قائم على معلومات حقيقية. إذا فرغت هذه السبيدة عندئذ إلى الفرار والاختباء فإنها تؤجل أو تقوّت على نفسها فرصة دحض الافتراض (أو تدعيمه).

## التعرف على الفكر الالتيضي

تتوجه الاستجابات الانفعالية والدوافع والسلوك الظاهر، كما بينا في الفصول السابقة، بالفكر وتسترشد به. قد يكون الشخص غير مدرك تماماً للأفكار الأوتوماتيكية التي تؤثر كثيراً على أسلوب فعله وشعوره ومدى استمتاعه بحياته. غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق والأطراد. فالحق أن بإمكاننا أن ندرك فكرة ما ونركز عليها ونقيّمها، تماماً كما يمكننا أن نتعرف على إحساس ما (كالآلم) ونشأله، أو أن نميز مؤثراً خارجياً (مثل عبارة لغوية) ونشأله.

ويعنى مصطلح «الأفكار الالتيضية» maladaptive thoughts (\*) ذلك التفكير الذي يعطل القدرة على التكيّف مع خبرات الحياة ويفسد التوافق انداخلى بلا داع، ويؤدّد استجابات انفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الآلم. إننا نناشد المريض في العلاج المعرفى أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تورثه ضيقاً وآماً لا مبرر لهما أو تدفعه إلى سلوك سلبي انتهزامى. على أن المعالج يجب أن يحرص حين يستخدم مصطلح «لا تكيّفى» من أن يفرض منظومته القويمية الخاصة على المريض. فهذا المصطلح لا يصبح استخدامه ما لم يتمكن كل من المريض والمعالج من أن يصلوا إلى اتفاق على أن هذه الأفكار الأوتوماتيكية تعوق سعادة المريض أو تحول بينه وبين تحقيق أهدافه الكبرى.

هناك استثناءات يمكنه لهذا التعريف تقفز تَوّاً إلى الذهن. فهل كل فكرة مؤرقة تُعتبر لا تكيّفية حتى لو كانت متفقة مع الواقع؟ قد يبدو صعباً أن نسوّغ استخدام صفة «لا تكيّفى»

(\*) «الذوق أن نترجمه إلى «الأفكار السببية للتكيّف» لكننا آتقنا السهولة والمرونة المعرفية خاصة أن كلمة «الالتيضية» هي تمان من الآليات ولا تزاها معان أخرى ذات شأن «الترجم».

ننسى أحد التقديرات الدقيقة لخطر (والقلق المصاحب لذلك) أو ننسى إدراكاً لفقدان حقيقى وما يستتبع ذلك من ثورة الحزن. إلا أن هناك أحوالاً معينة تبرر لنا أن ننعت بعض الأفكار الواقعية بصفة «لا تكيفية» لأنها تعوق الأداء وتعطل الوظائف. فخذ مثلاً لذلك مصلحي المدخن وعامل الجسور وممثلى الجبال. إن هواجس السقوط وصوره معينة أن تؤرقهم بل قد تعرضهم لخطر جسيم. فمثل هذا التفكير يشنت تركيزهم عن مهمتهم وربما يودى القلق المصاحب له إلى الترنج والدوار والارتعاش وقد التوازن. كذلك شأن الأجرأح إذا تنازعه أفكار تتعلق باحتمال أن يزل مبضعه أثناء العملية الجراحية. فمن شأن هذه الأفكار أن تشتت تركيزه بالفعل وتعرض حياة المريض للخطر. يكتسب العاملون فى الوظائف الخطرة، بوجه عام، تلك القدرة على أذراخ مثل هذه الأفكار وإخمادها. ويبدو أنهم بالتمرس والخبرة يكوّنون مصداً نفسياً يخفف من شدة هذه الأفكار وتواردها. هذا «المصنّف اللطّف» buffer هو الذى يميز التمرس المحك فيهم من الجديد المبتدئ.

تلما يعضط للعلاج فى الممارسة الاكلينيكية الفعلية إلى وضع تمييز دقيق بين الأفكار اللاتكيفية والأفكار الواقعية. فالتحريفات والسمات الانهزامية تكون عادة من الوضوح والجلء بحيث تبرر لنا أن نسميها «لا تكيفية». فهذا رجل مثلاً ظل مكتئباً لسنوات بعد وفاة زوجته، متجاوزاً بذلك كل حساب واقعى لآثار الفقد، وظل مسكوناً بهواجس متطرفة من قبيل «لقد ماتت بسببى» أو «لا يمكنى أن أبقي بدونها» أو «لن أجد أى عزاء إلى الأبد». ومنه ذلك الطالب خلال قلق ما قبل الامتحان إذ يحدث نفسه «ستكون نهايتى لو رسيت، ولن أجرؤ أن أواجه أصدقائى» أو «سوف أنتهى فى شارع الساقطين». ثم يدرك بسهولة بعد الامتحان تلك الطبيعة اللواقعية لهذه الأفكار.

يشير إليسى Ellis (١٩٦٢) إلى هذا اللون من التفكير اللاتكيفى بوصفه «عبارات مُدخلة» internalized statements أو «عبارات ذاتية» self-statements وكان يصفها للمريض بأنها «أشياء تقولها لنفسك». ويطلق مانتيسى Maultsby (١٩٦٨) على هذه الأفكار مصطلح «الحديث الذاتى» self-talk. لمثل هذه التفسيرات قيمة عملية من حيث إنها تلمح إلى المريض أن أفكاره اللاتكيفية هى شىء إرادى، ومن ثم فهى طوع مشيئة وبإمكانه أن يطفئها أو يغيرها بإرادته. ورغم أنى أقدر الفائدة العملية لهذه التسميات، فهى أفضل مصطلح «الأفكار الأوتوماتيكية» لأنه يعكس الطريقة التى نُختر بها هذه الأفكار بصورة أدق. فصاحب هذه الأفكار يدركها كما لو كانت تنشأ بالانعكاس - دون أى تفكر

أو استدلال مسبق. وتقع في نفسه كشيء معقول وصحيح. وهي في ذلك تُعَدُّ وَقَع عباراتٍ والدِّ في نفس ولده الواثق به المصدِّق له. بإمكان المريض في أغلب الحالات أن يوقف بنفسه هذا اللون من التفكير بعد تدريب كافٍ. غير أن الحالات الشديدة، الذماتات بخاصة، قد تتطلب تدخلات علاجية فسيولوجية كإعطاء الأدوية وعلاج الصدمة الكهربائية توقف الأفكار اللائكية.

يبدو أن الأفكار اللائكية تزداد قوةً وبروزاً بزيادة شدة المرض. ففي الاضطرابات الشديدة تبدى هذه الأفكار بوضوح وربما احتلت مركز الجبال الفكرى. من ذلك ما نشاهده في الحالات الحادة والشديدة من الاكتئاب والقلق وحالات البارانويا. ففي الاكتئاب مثلاً قد تسيطر على ذهن المريض اجترارات من قبيل: «لا أمل في...» إن داخلي قد مات.. كل المصائب تحمل بي.. وفي حالات القلق نجد هواجس ماثلة تتعلق بالخطر. أما في حالات البارانويا فالهواجس السائد هو الإساءة والإيذاء.

على أننا لا نعدّم حالات غير حادة وغير شديدة وهي تعج مع ذلك بالهواجس المقيمة والعبارات المنحّنة المتكررة عنى وعنى من المريض وإدراك قوى. تلك هي حالات الوسواس القهري حيث الهواجس المتواصلة علامة مميزة ومؤشر تشخيصى. بل إن من الناس من تشغله أفكاراً ماثلة وهو سويّ تماماً وخلوّ من أى عصاب. فالأم المنزعجة لمرض طفليها، والطالب المهوم بامتحان وشيك... إلخ، كل هؤلاء مستهدون لأفكار منغصة حول مشكلتهم الخاصة تراوهم بلا هوادة. ويعلم كل من جرب هذه الهوم كيف تبدو كرهية خارجة عن كل إرادة.

حين يعانى شخص اضطراباً خفيفاً فى المشاعر والسلوك، فقد تخفى عليه الأفكار الأوتوماتيكية رغم أنها تبقى بمنال وعيه. فهي لا تجذب انتباهه رغم فعلها فى شعوره وسلوكه. فى هذه الحالات يستطيع الشخص بشيء من التركيز أن يظهر على هذه الأفكار بسهولة ويتعرف عليها. تبدو هذه الظاهرة بوضوح فى مرضى الاضطرابات النفسية الخفيفة وفى المرضى الذين تعافوا من المرحلة الحادة لمرض نفسى.

كذلك الشأن فى حالة الأشخاص الذين مرّوا على تجنب المواقف التى تضايقتهم وترعجهم، كالراهبين. أولئك لن يمتكنوا من إدراك أفكارهم اللائكية ما طلوا بفرصون مسافة مريحة بينهم وبين المواقف المهذّدة. غير أنهم حين تلقى بهم الظروف فى الموقف أو يتخلون انفسهم فيه نشط فيهم هذه الأفكار اللائكية ويمكنهم تمييزها بسهولة.



عندما يصرح مريض بأنه لم يكن قط على دراية بأفكاره الأوتوماتيكية إلا بعد أن تم تدريبه على ملاحظتها، عندئذ نكون بصدد مشكلة فلسفية: كيف يثابت أن يكون الشخصي علي غير وعي بشيء ما هو في مجمل وعيه 19 رغم أن هذا السؤال يبدو مربكاً على المستوى النظري إلا أننا جميعاً قد وقع لنا عملياً أن تعرضنا لمؤثر ما دون أن ندري به دراية واعية إلى أن نهبنا أحدنا إليه وأظهرنا على جلبيته. عندئذ قد يكون تعليقنا: «أعرف أنه كان هناك طيلة الوقت ولكنني أتم لحظة فقط». يبدو في مثل هذا الموقف أن الإدراك كان قائماً ولكننا لم نلتفت إليه ولم نعه أي انتباه. وليس ما يتبع من أن يكون هذا الإدراك قد فعل فعله في مسار فكرنا وشعورنا خلال الموقف. من أمثلة ذلك أن يجد الشخص نفسه عاجزاً عن النوم دون أن يدري أن ضجيره وتسلله هما من أثر أصوات مؤرقة من مثل نكات الساعة أو المرور الكثيف. كذلك تجرى الأفكار الأوتوماتيكية في مجال الوعي دون أن يلحظها الشخص، إلى أن يتم تدريبه فيعرف كيف يوجه انتباهه إليها ويلتفتها ويحدد محتواها.

## ملء الفراغات

ليست هناك صعوبة تُذكر في التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية ما دامت سائدة ماثلة في مركز الوعي. إنما تبرز الصعوبة في الحالات الخفيفة والمتوسطة من العصاب، حيث يتوجب أن تدرب المريض على تحديد تلك الأفكار خلال برنامج منظم من التعليمات ومن جلسات الممارسة. وفي بعض الأحيان يكون تخيل الموقف الصدمي كافياً لإثارة هذه الأفكار لدى الفرد.

من الإجراءات الأساسية لمساعدة المريض على تبيين أفكاره الأوتوماتيكية أن تدربه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله حيالها. قد يذكر المريض عدداً من الظروف التي أحس فيها بكدر لا مبرر له. في هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المؤثر والاستجابة الانفعالية. ويكون باستطاعة المريض أن يفهم سر كدره الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة.

صُممَ وليس الفتيات التالية لكي يوضح للمريض هذا الإجراء. وقد أسمى هذا التتبع الذي أشرنا إليه ABC، حيث A هي المؤثر المثير Activating stimulus و C هي الاستجابة

الشروطية Conditioned response المفروطة وغير الملائمة، و B هي الفراغ Blank الكائن في ذهن المريض، والذي يمكن حين مبلأه أن يكون بمثابة جسر يصل بين A و C. بذلك يصبح ملء الفراغ - بمادة مستمدة من المنظومة الاعتقادية للمريض - هو المهمة العلاجية الأساسية.

من أمثلة ذلك هذا التتابع الذي رسمه أحد المرضى: A هو رؤية صديق قديم، C الإحساس بالحزن. وهذا الذي رسمه مريض آخر: A سماع تقرير عن وفاة شخص ما في حادث سيارة، C الإحساس بالقلق. في هذين المثالين استطاع المريض أن يستعيد الأحداث بالحركة البطيئة كما وقعت، واستطاعا عندئذ أن يتذكرا الأفكار التي وقعت لهما في أثناء الضجوة. رؤية المريض الأول للصديق القديم قد أثارت B وهي سلسلة الأفكار التالية: «لو أتى حبيبت بوب فقد لا يتذكرني... فقد يُعزبني بازدرء... لقد مرزمن طويل ولم يعد يجمعنا شيء، ولن نكون منسجمين كسالف العهد». هذه الأفكار هي التي أثارت للمشاعر الحزينة C. أما المريض الذي أحس بالقلق على أثر سماعه عن حادث السيارة فقد استطاع أن يملأ الفراغ حين استحضر أنه تخيل نفسه (هو الضحبة).

وقد يتضح التتابع ABC إذا أخذنا له مثلاً ذلك الخوف الشائع من الكلاب. فقد يؤكد الشخص أنه رغم عدم وجود سبب لخوفه من الكلاب فهو لا يتمالك عن القلق كلما تعرض لها. كان لي مريض يحيره لغز خوفه حين يكون بالقرب من أي كلب حتى لو لم يكن هناك أي احتمال أن يهاجمه (كان يكون الكلب مسلسلاً أو داخل سياج أو أن يكون أصغر من أن يؤذيه). وقد أوصيته أن يركز علي أية أفكار تعرض له في رؤيته القادمة لأي كلب.

وفي المقابلة التالية للمريض روي لي أنه قد رأى خلال هذه الفترة عدداً من الكلاب. ووصف ظاهرة قال إنه لم يكن يلحظها في السابق، وهي أنه في كل مرة كان يشاهد فيها كلباً كانت ترد له أفكار مثل: «سيعضني هذا الكلب». استطاع المريض بتركيزه على الأفكار الوسيطة أن يفهم مبرق فلقه: إنه يعتقد أوثوماتيكياً أن كل كلب هو خطر. وقد أردف هذا المريض أنه كان يستشعر الخوف من العوض حتى عند رؤية كلب «بودل» منتم. وجعل يؤنب نفسه علي مجرد التفكير في احتمال ذلك. وتبين المريض أيضاً أنه عندما كان يرى كلباً كبيراً مسوكاً بمقود كان يهجم لنفسه بأسوء الاحتمالات وأوخها: «سوف يقتل هذا الكلب وبعض إحدى عيني». «سوف يهجم عليّ وبعض رقبتي ويقتلني». وقد نجح المريض خلال ثلاثة أسابيع في أن يتغلب على خوفه المزمن عن طريق التعرف المتكرر علي الأفكار التي تخطر له عند تعرضه للكلاب.

يمكن لتقنية «ملء الفراغ» أن تكون عوناً كبيراً للمرضى الذين يعانون من الخجل المفرط أو القلق أو الغضب أو الحزن في المواقف البيئشخصية، أو المرضى الذين يشلهم الخوف من أماكن معينة أو أبنية معينة. فهذا طالب جامعي كان يتجنب التجمعات العامة بسبب ما ينتابه في هذه المواقف من مشاعر الخجل والقلق والحزن التي لا يعرف لها سبباً. وبعد أن تم تدريبه على تمييز أفكاره وتسجيلها تبين له أن الأفكار التالية هي ما يجعله يورع أثناء هذه المواقف: «لن يرغب أحد في التحدث إليّ... إنهم يرون أن منظري بشر الشفقة... إنني حقاً غريب أزدل». هذه الأفكار هي التي تبعث فيه الشعور بالمهانة والقلق والحزن، وتثير فيه رغبة قوية في مغادرة المكان.

وهذا مريض آخر كان يشكو من غضب شديد يتملكه كلما كان عليه أن يتعامل مع الغرباء، سواء أثناء شراء حاجياته أو حين يسأل عن شيء أو في مجرد الحديث. وبعد جلستين تدريبيتين تكشفت له أفكارٌ بيئية مثل «إنه يدفعني جانباً»، «إنه يظنني لعمرة سائفة»، «إنها تحاول أن تستغلي». وما تكاد نخالجه هذه الأفكار حتى يجتاحه الغضب تجاه الشخص المذكور. إنه يميل إلى اعتبار الآخرين خصوصاً، ولم يكن يفتن إلى ذلك قبل تدريبه.

كثيراً ما يأتي التفكير اللاتكيني في شكل صوري بدلاً من الشكل اللفظي (أو بالإضافة إليه) (Beck, 1970 c): فهذه امرأة مصابة بالخوف من السير بمفردها كانت تراودها صور خيالية ترى فيها نفسها في نوبة قلبية وهي تختصر مطروحة بالشارع لا معين لها. وكانت هذه الصور بالطبع مصحوبة بقلق حاد. وهذه امرأة أخرى كانت تعاني من فورة قلق تغمرها عندما يجتاز بسيارتها جسراً. وقد نبئت بالتدريب أن قلقها كان دائماً مسبوقاً بصورة بصرية لسيارتها وهي تحترق الحاجر الوافي وتهدى من أعلى الجسر. وهذا طالب اكتشف أن قلقه لدى مغادرة السكن الجامعي لبلد كان سببه خيالات بصرية يتصور فيها نفسه هدفاً لقطع الطرق.

## الإبعاد (أخذ مسافة) وفض المركزية distancing and decentering

يقدمون بعض المرضى الذين تعلموا التعرف على أفكارهم الأتوماتيكية أن يتبينوا بسهولة طبيعتها المهترئة غير التكيفية. إذ يصبحون بالملاحظة المتكررة لأفكارهم قادرين على أن ينفقوا

منها موقفاً موضوعياً ويتأملوها بحبيدة. وتسمى هذه العملية الإبعاد أو الإقصاء أو فرض مسافة distancing. ويستخدم مفهوم المسافة هنا بنفس المعنى الذي يستخدم به في مقام الاختبارات الإسقاطية (مثل اختبار بقعة ورشاش) لتشير إلى قدرة المريض على أن يحتفظ بالتمييز بين هيئة بقعة الخبر وتشكيلاتها من جهة، والتداعيات والخيالات التي يثيرها شكل البقعة من جهة أخرى. فاما المرضى الذين تحرفهم انفعالاتهم بالمدرجات التي يثيرها الشكل فيندمجون بالبقعة كما لو كانت هي والأشياء التي تستحضرها في الذهن شيئاً واحداً. واما المريض الذي يستطيع أن يسأل انتباهه من هذا التداعي ويدرك هذا المؤثر كبقعة حير لا أكثر، فيقال عنه إنه قادر على أن « يأخذ مسافة » من البقعة.

بنفس القياس، فإن الشخص الذي يملك القدرة على تفحص أفكاره الأوتوماتيكية بوصفها ظواهر سيكولوجية لا بوصفها معادلاً للواقع، بوصف بأنه قادر على أخذ المسافة. خذ مثلاً ذلك المريض الذي نخامره فكرةً نقول « هذا الرجل عدوئي»، فهو لو جعل هذه الفكرة بلا تردد مساوية للواقع تكون قدرته الإبداعية ضعيفة. أما إذا كان قادراً على أن ينظر إلى فكرته بوصفها فرضاً أو استدلالاً أكثر مما يسلم بها كحقيقة فإن قدرته الإبداعية جيدة، أو هو قادر على « أخذ مسافة » من أفكاره.

إن مفاهيم مثل الإبعاد distancing، واختبار الواقع، reality testing، والتثبت من الملاحظات authenticating observations، والتحقق من النتائج Validating Conclusions هي مفاهيم تنتمي إلى الإستيمولوجيا. وبلغت الإستيمولوجية يمكننا القول إن الإبعاد distancing هو تلك القدرة على التمييز بين « أنا أعتقد » I believe (أى أعتقد رأياً يخضع للتحقق والتثبت) و « أنا أعرف » I Know (أى أعرف حقيقة ثابتة لا تقبل الدحض). لهذه القدرة التمييزية أهمية حاسمة في تعديل تلك القطاعات العريضة من استجابات المرضى المعرضة للتحريف والتشوية.

ينشأ التحريف الفكرى الجسمى فى عديد من الأمراض النفسية (القلق، الاكتئاب، حالات البارانويا) من ولع المريض بشخصنة الأحداث التي لا تمت إليه بصلة سببية. مثل ذلك الرجل الاكتئابى الذى ينحى على نفسه باللوم لأن التزهة العائلية التي حدث موعدها تعين إغاؤها بسبب الأمطار. ومثل تلك المرأة المصابة بالقلق إذ شهدت مبنى يحترق فهجس فى بالها أن منزلها ربما شب فيه حريق أيضاً. ومثل ذلك البارانوى الذى لمح تقطبة فى وجه أحد المارة فاستنتج أنه ربما يريد أن يؤذبه. تُسمى التقبنة التي يتم بها صرف المريض عن النظر إلى نفسه بوصفها دؤرة كل الأحداث باسمه « فُض المركزية » (أو فض التمرکز).

decentering . وفيما يلي حالة تمثل التطبيق الناجح لهذه النظرية (Schuyler, 1973).

فهذا طالب دراسات عليا كان يعاني من قلق شديد قبيل الامتحانات . وكان قلقه يشتد ويتفاقم بسبب تاويله لاية أعراض فسيولوجية (ضيق التنفس، الحرقان... إلخ) كعلامة على نوبة قلب وشيكة. كان لهذا الطالب فلسفة في القضاء والقدر يعتقد بموجبها أنه قد كُتِب عليه الشقاء. وحتى تقدم نوبل درجة متقدمة اجتاز الامتحان التحريري ولكنه رسب في الشفوي. وقد فسّر ذلك بأنه دليل على أن القدر يناصبه العداوة، رغم علمه بأن قلقه الشديد هو الذي أفسد عليه الامتحان الشفوي.

وفي اليوم الذي حان فيه ميعاد الامتحان الشفوي الملحق كانت الأرض مغطاة بالثلوج، فانزلق عليها وهو في طريقه وسقط على الأرض واثابه قلقٌ عظيم. وإذا كان قد تدرّب على كشف أفكاره فقد تعرف على هذه الفكرة التي خالجه في ذلك الحين: «لقد وضع لي القدر هذا الثلج لكي أسقط». عندئذ تذكر حديث معالجة عن ميله إلى «شخصنة» الأحداث الخارجية. فتنفّس فيما حوله فإذا الآخرون أيضاً يتزحلقون، والسيارات تنزلق جانبياً على الثلج. حتى الكلاب كانت تزل أرجلها وتسقط حين وقع له هذا الوعي (أن الثلج ليس ابتلاءً خاصاً به بالذات) زابله القلق، واستعاد هدوءه وانزاته.

## التثبيت من النتائج

يميل عامة البشر إلى الثقة بأفكارهم. وقلما يترنّب الواحد منهم في صحة أفكاره. فهو يعتبرها صورة مصغرة (عالمًا أصغر) للعالم الخارجي. ويلصق بها نفس الدرجة من قيمة الصدق Truth value (\*) التي يلصقها بمدركاته الحسية للعالم الخارجي.

وحتى بعد أن يتمكن المريض من التمييز الواضح بين عملياته الذهنية الداخلية من جهة والعالم الخارجي الذي يشر هذه العمليات من جهة أخرى، يبقى من المتوجب علينا أن نرشده عن طرق اكتساب المعرفة الدقيقة. فالتناس يقومون في كل لحظة بوضع فروض وبناء استدلالات. ويميلون إلى اعتبار استدلالهم مكافئاً للواقع وإلى التسليم بفروضهم كما لو

(\*) هناك فئتان للصدق في المنطق التقليدي هما: الصدق والكذب. على أن هناك أنواعاً من المنطق تستخدم ثلاث قيم للصدق: الصدق، والكذب، وعدم التحديد. «الترحم».

كانت حقائق صلبة. وهم في الظروف العادية قد يحققون مستوى جيداً من التكيف والانداء لأن أفكارهم قد يكون متفقاً مع الواقع بحيث لا يعيق تكيفهم وأدائهم.

أما في حالات العصاب فقد يكون للمفاهيم المحرفة تأثير معطل. فمن شأن هذه المفاهيم المحرفة أن تؤدي إلى تفكير مغلوط في مجالات معينة من الخبرة. في هذه القطاعات المحددة تعضى المفاهيم المحرفة إلى ضرب من الاحكام المهوَّشة undifferentiated الشمولية بدلاً من أن تهدي الشخص إلى تمييزات دقيقة مرهفة نضج؛ له نضاعيف الواقع ولناياها وتهيته للانسجام معه. فكثيراً ما نجد المريض (كما أشرنا في الفصل الرابع) ينتكس المنطق ويفقر إلى استدالات اعترافية وتعميمات مفرطة وتهويلات ومبالغات.

يمكن للمعالج النفسي أن يستخدم فنيات معينة لكي يحدد ما إذا كانت استنتاجات المريض غير دقيقة أو غير مبررة. وحيث أن المريض قد اعتاد إقامة تحريفات وتشويهات فإن مهمة المعالج تنحصر أساساً في استكشاف النتائج ومضاهاتها بالواقع. إن مهمته هي أن يشترك مع المريض في تظييق قواعد الاستدلال الصحيح وهي التحقق أولاً من صدق الملاحظات ثم تتبع المسار المنطقي الذي يؤدي إلى النتائج.

## تغيير القواعد

رأينا أن الناس تستخدم قواعد معينة (صياغات، معادلات، مقدمات) في تنظيم حياتها الخاصة وفي محاولة تعديل سلوك الآخرين. بل إنهم يطلقون الأسماء والنوعت ويفسرون الأمور ويقومونها وفقاً لمجموعة من القواعد. حين تكون هذه القواعد مصنوعة في حدود مظلمة أو تكون غير واقعية أو مستعملة بطريقة غير ملائمة أو غير معتدلة، فكثيراً ما تؤدي إلى سوء التوافق، وكثيراً ما تفضي في النهاية إلى نونٍ من الوان الاضطراب: القلق، الاكتئاب، الرهاب؛ الهوس، حالات الجوارثونيا، الوسواس. وحين تؤدي القواعد إلى صعوبات ومشكلات فهي غير تكيفية بحكم التعريف.

يطلق إيس (١٩٦٢) على مثل هذه القواعد اسم «الأفكار اللامعقولة» irrational ideas ويرى أن هذا المصطلح، رغم قوته، غير دقيق. فليست هذه الأفكار في عمومها غير معقولة، بل هي مظلمة شمونية مغالية إلى حد بعيد. وهي مفرضة في الشخصية ومستخدمة

باعتراف شديد . وهي بذلك لا تستعفه ولا تعينه على مطالب العيش ومقتضيات الحياة . لكي تصير القواعد مُجدية له وادنى إلى النفع والفائدة يجب أن يُعاد تشكيلها وصياغتها بحيث تكون أكثر دقة ومرونة وأقل تمرركزاً على الذات . فإذا ما ثبت أنها زائفة وانتهابية وغير عملية فعلي المريض أن يطرَحها من مخزونه ويستبدل بها ، بمساعدة المعالج ، قواعد أخرى أكثر واقعية وتكيفاً .

ونظراً لأن بقية الكتاب قد استخدموا مصطلحات من قبيل « الاتجاهات » attitudes ، « الأفكار » ideas ، « المفاهيم » concepts ، « البناءات » constructs ، لتشير إلى ما نعينه بلفظ « القواعد » rules ، فسوف نستعمل هذه المصطلحات في دراستنا الآتية بطريقة تعاوضية . فيغض النظر عن المصطلحات المستخدمة ، يقرر كثير من المعالجين أن مساعدة المريض على تعديل أفكاره اللاكيفية أو أطراحها وتبني اتجاهات أكثر واقعية ، قد أدت إلى زوال الأعراض الموهّنة من قلق و رهاب و اكتئاب . علي أن المعالجين يغفلون أحياناً عن الحقيقة الواضحة وهي أنهم لا يلزمهم أن يغيروا افتراضات المريض الحافظة وأساطيره الشخصية ما لم تؤدّ به إلى مصاعب أو تورثه مشكلات . فالمعالج ليس مفوضاً بأن يعتم المريض أن يكون « رجل نهضة » .

يبدو أن محتوى القواعد الخاصة بتفسير الخبرات وتسيير السلوك تدور حول محورين رئيسيين : الخطر في مقابل الأمان ، والألم مقابل اللذة . أما المرضى فتبرز مصاعبهم في تقديراتهم للخطر والأمان ، أو في مفهوماتهم عن الألم والإشباع .

تشمل القواعد المتصلة بالأمان والخطر كلاً من الضرر الجسدي والضرر السيكولوجي ( انظر الفصل السابع ) . أما الهموم المتعلقة بالضرر الجسدي فتغطي نطاقاً عريضاً من المواقف الخطرة : أن يهاجم المرء أو يُقتل بواسطة بشر أو حيوانات ، أن يُصاب أو يقتل من جراء سقوطه من مكان مرتفع أو باصطدام ( كما في حوادث السيارات ) ، الحرمان من الهواء حتى الاختناق أو من الطعام حتى الموت صبراً . يديهى أن هذه الأحداث المؤذية كائنةً في العالم الواقعي . ومن أجل البقاء يسترشد الناس بـ « دليل القواعد » الذهني لتأويل المواقف الخطرة وتقدير درجة الخطر . وتأتي المصاعب من التأويل المغلوط والتقدير الخاطئ . فكل من المتخوف المرتاع حيث لا خطر والطائش المتهور حيث لا أمان يفتقدان القواعد الصحيحة ، أو هما لا يطبقانها لتطبيق الصحيح .

أما الضرر النفسي - الاجتماعي فيشمل مختلف مشاعر الاستياء والحزب والمرج والحزن التي تلحق بالشخص حين تناله إهانة أو نقد أو رفض . وهنا يجب أن نلاحظ أن هذه المشاعر

يمكن أن تساوره حين « يفكر »، مجرد تفكير، أنه أهين أو انتقد أو رُفض، في حين أن شيئاً من ذلك لم يحدث في الواقع. ويجب أن نلاحظ أيضاً أن الرفض أو النقد لا يترك أى علامة دالة كما هو الشأن في حالة الأذى الجسدى الذى ينطوى على مؤشر دقيق لدرجة الإصابة (التزيف مثلاً أو الألم المحدد). فالشخص الذى رُفض أو أهين بحس باستياء ما، دون أن يكون بإمكاننا أن نتبين ما إذا كان استيائه قائماً على إهانة حقيقية أو على وهم الإهانة.

لكى يخفف الناس الخطر إلى أدنى حد فإنهم يستخدمون قواعد لتقدير احتمالات الخطر ودرجته، وإمكانات النجاح فى التعامل معه. فصفة الخطر يمكن أن تطلق على نسبة [الضرر الممكن - إلى - آليات التكيف]. فإذا ما بالغ شخصٌ في هذه النسبة وغالى في تقدير درجة الخطر فهو يحتمل نفسه قلقاً لا داعى له ويضيق نطاق حياته بلا مبرر. أما إذا استخف بالخطر ولم يقدر حجمه الصحيح فهو يعرض نفسه للحوادث ويلقى بنفسه إلى الهلاك.

تتم القواعد المستخدمة في العلاقات البيئشخصية بشيء من الغموض وعدم التحدد. فهي علاقات معقدة بطبيعتها، ولا يتوافر فيها للشخص مؤشر أمين يقيس به نوايا الشر عند الشخص الآخر بشكل دقيق. يرى بعض الناس أنه سهل الانجراف في جميع العلاقات الشخصية، وهو بذلك يحس على الدوام أنه على حد الوسى. بينما يغفل البعض إشارات الآخرين وتُدْرهم فيقعون بطبيعة الحال في مصاعب بيئشخصية متكررة.

ولما كانت معظم مشكلات المرضى تنشأ في سياق العلاقات البيئشخصية، فسوف نبداً يبحث بعض الاتجاهات البيئشخصية الشائعة. يمكن أن نلخص المظاهر البيئشخصية في قاعدة مثل: «إنه لشيء مروع أن يستهين بى شخصٌ ما». قد يكون هذا الشخص الآخر صديقاً قريباً أو والداً أو قريباً أو أحد المعارف أو أحد الغرباء. وتدلتنا الممارسة الإكلينيكية على أن عامة المرضى يخشون بالأكثر من استهانة القرناء - زملاء الفصل أو زملاء العمل أو زملاء المهنة أو الأصدقاء. على أن البعض يخاف بالأكثر من الغرباء ومن احتمال أن يبدو لهم احسن مثيراً للسخرية؛ فأكثر تخوفه هو من ردود أفعال موظف في محل أو نادل في مطعم أو سائق تاكسى أو ركاب في حافلة أو عابر في طريق. قد تكون هذه الاستجابات أكثر تهديداً لهؤلاء المرضى لأنهم لم يتعلموا من الخبرة المباشرة ماذا عليهم أن يتوقعوا من هؤلاء الغرباء في هذه المواقف.

قد يهرب شخصٌ موقفاً ما يرى أنه عُرضة فيه لانقادات الآخرين (جهراً وسراً). لقد نمت به حساسية خاصة تجاه المواقف التى قد تكشف بعض نقاط ضعفه أو نقائصه. وقد



يكون خوفه منصبياً على رفض الآخرين له بسبب ارتبائه، أو بسبب خوفه البادي من الرفض .  
في الحالات الأكثر شدة قد يخشى الفرد من فقد التحكم في نفسه : أن يبدو شديد الانفعال  
أو أن يُعنى عليه أو يتصرف بجنون .

قد يتخيل المريض من الغباء كل صنوف الاستجابات السلبية ودرجاتها، بدءاً من النظرة  
المتحجرة حتى الشجب الصريح . ومن الضروري أن نفهم أنه يعتبرها جميعاً بالغة السوء .  
وعندما نسأل المرضى لماذا يعدون انتقاد أحد الغباء لهم شيئاً بالغ السوء يتحيرون في تفسير  
ذلك، ويتضح أنهم يعتبرونه من المسلمات : إنه شيء سيء « بحكم التعريف » by  
definition . إنهم مسكونون بفكرة غامضة مفادها أن الرفض أو النقد من شأنه أن يثبته إلى  
الأبد صورته الاجتماعية وصورته عن أنفسهم بشكل أو بآخر .

هذه حالة لطالب طب توضح المدخل العلاجي للتعامل مع مثل هذا الخوف من النقد .  
كان هذا الطالب دائم الانكماش والتخاذل في مواقف عديدة تتطلب توكيد الذات . كان  
يخجل مثلاً من أن يسأل غريباً عن الطريق، أو يراجع أمين صندوق في قائمة حسابه أو يرفض  
فعل شيء طُلب منه أو يطلب من أحد خدمة ما أو يتحدث أمام جمع . وفيما يلي مقتطفات  
من المناظرة الأكاديمية تبين المدخل المستخدم في علاج هذا الطالب :

المريض : إن عليّ أن ألقى كلمة أمام الفصل غداً وأنا خائف إلى أبعد حد .

المعالج : لم تخاف؟

المريض : اعتقد أنني سوف أبعد مرتبكاً أحسق .

المعالج : نفرض أنك ارتبكت بالفعل ، لماذا تعد ذلك شراً مستطيراً؟

المريض : لن أعترف ذلك لنفسى بعدها « أبداً »

المعالج : إن « الأبد » هذا أمدٌ يطول . خلنا هنا الآن . افترض أنهم استهزءوا بك ، فهل في

ذلك موتك؟

المريض : بالطبع لا .

المعالج : هبّ أنهم قرروا أنك أسوأ متحدث عرفته الدنيا ، فهل في ذلك نهايةٌ مستتبلك

الهنى؟

المريض: لا. ولكن لا شك أنه يكون شيئاً جميلاً لو كان بإمكانى أن أكون متحدتاً جيداً.

المعالج: مؤكداً يكون شيئاً جميلاً. ولكن إذا فأنتك هذا، هل يتبرأ منك والدك أو زوجتك؟

المريض: لا. إنهم في منتهى العطف.

المعالج: حسناً. ما الشيء المريع إذن في هذا الأمر؟

المريض: قد أشعر بشيء من الأسى.

المعالج: كم يطول هذا الشعور؟

المريض: يوماً تقريباً أو يومين.

المعالج: وماذا يحدث؟

المريض: يحدث ساكون بخير.

المعالج: إذن أنت تروّع نفسك بالضبط. كما لو أن مصيرك معلق بالميزان.

المريض: هذا صحيح. إننى أروّع نفسى كما لو كان مستقبلى بأسره على الحازوق.

المعالج: دعنى أقل لك لقد تعطلت تفكيرك فى نقطة ما من مساره فجعلتَ تعتبر أى فشل كأنه نهاية العالم. إن ما يجب أن تفعله هو أن تسمى فشلكَ تسميةً صحيحة - كفشلك فى الوصول إلى أحد الأهداف وليس كتنكبة أو كارثة. إن عليك أن تبدأ فى تنفيذ مقدماتك الحاطفة.

فى الجلسة التالية، وبعد أن ألقي المريض كلمته التى جاءت، كما توقع، مضطرباً بعض الشيء بسبب مخاوفه، قمنا بمراجعة أفكاره عن فشله.

المعالج: بم تشعر الآن؟

المريض: فى حال أفضل. ولكنى كنتُ فى كدرٍ ونكدٍ بضعة أيام.

المعالج: ماذا ترى الآن فى فكرتك أن إلقاء كلمةٍ متعثرة هو تنكبة و كارثة؟

المريض: إنه بالطبع ليس تنكبة.

المعالج: ماذا يكون إذن؟

المريض: إنه شيء غير سار، ولكنني سأعيش.

لقد تم تدريب المريض على تغيير فكرة أن «الفشل كارثة». وانخفض قلقه التوقعي anticipatory anxiety بدرجة كبيرة قبل كلمته الثانية التي ألقاها بعد أسبوع من الأولى. وكان أكثر هدوئاً أثناء كلمته. وفي الجلسة العلاجية التالية اتفق معي تماماً في أنه يُكبر ردود فعل زملاء الفصل ويسخ عليها أهمية زائدة. وقد جرى بيتنا الحديث التالي:

المريض: لقد كان شعوري أفضل بكثير أثناء كلمتي الأخيرة. أظن أنها مسألة تمرس وخبرة.

المعالج: هل وجدت هدباً ما في فكرة أن رأى الناس فيك ليس على درجة مطلقة من الأهمية؟

المريض: لو صرتُ طبيباً في يوم من الأيام ساكون متعباً جداً للمرضى.

المعالج: إن كونك طبيباً جيداً يتوقف على إجادتك للتشخيص والعلاج وليس على إجادتك الحديث العام.

المريض: حسناً، إنني على يقين من أنني مقنع للمرضى - أظن أن هذا هو المهم.

أما بقية الجلسات فقد كرستها لتفنيد الاتجاهات الالاتكيفية التي كانت تسبب متاعب لهذا المريض في غير ذلك من المواقف. وقد أفضى إلى المريض بتوجه جديد كان أخذاً في اكتسابه عندما قال: «إنني أدرك الآن بالفعل كم هو معيب أن أكون مهموماً بمن هم غرباء تماماً عنى. إنني لئن أراهم مرة ثانية فما أهمية رأيهم عنى وإى فرق يمكن أن يُحدثه؟».

وبنفس الطريقة يمكن تفنيد الاضطرابات المتصلة بالخاوف الجسمية وتعديلها. والأغلب في شأن هذه الاتجاهات ألا تنشط إلا إذا اقترب المريض من الموقف الخفيف. غير أننا يمكن أن نحرك فيه هذه الاتجاهات بأن نجعله يصف لنا الموقف الرهاسي أو يتخيل نفسه فيه (تخيل الموقف هو من الفنيات الأساسية لخفض الحساسية المنظم عند ولبه wolpe). فقد تُصاغ القاعدة التحتية للخوف بصورة قريبة من هذا: «إذا صعدتُ علي الدرج (اجتازت خلال نفق، دخلتُ محلاً مزدحماً، ارتقيتُ قمة مبنى مرتفع) فسوف أصاب بتوبة قلبية (أصاب باختناق، أصاب بإغماء، أسقط من علي)».

**المعالج:** إذن عندما كنت في الزحام اعتقدت أنك تموتين باحتمال عشرة إلى واحد .  
المريضة: لقد كان المتجر مزدحماً ومكتوماً ولم أكن أستطيع أخذ نفسى . واحسست  
أنى أموت . لقد أصابنى الهلع بالفعل فهُرَعْتُ خارجةً من هناك .

**المعالج:** كم تقدرين - الآن الآن - احتمال موثك لو أنك كنت قد لبثت في المتجر؟  
المريضة: ربما واحد في المليون .

وفى ذهابها التالى إلى المتجر انخفضت تقديراتها لاحتمال موتها انخفاضاً كبيراً عما كانته  
فى المرة السابقة . فقد استطاعت هذه المريضة، بعد مزيد من الحوار، أن تستوعب فكرة أن  
المتجر المزدحم ليس خطراً على حياتها . فلما أن دخلت المتجر ذكَّرت نفسها بانها خلصت  
بالفعل إلى فئاعة قائمة على العقل - أن المتجر هو مكان مأمون . ولم تعد بالتالى تشمر بضيق  
فى المحلات التجارية ولا فى غيرها من الأماكن المزدحمة .

إن قواعد (اللذة - الألم) يتائل بعضها البعض : فأحدها فى الأغلب هو معكوس الآخر .  
ومن هذه القواعد ما هو من الشمول والانتساع بحيث يخالف الواقع ولا يطابقه ، أو أن له  
آثاراً بعيدة تعارض مع بعض الأهداف الحيوانية الكبرى للمريض . من أمثلة هذه القواعد أو  
التوجهات : «إنه لشيء رائع أن يكون المرء مشهوراً» . أما معكوسه ، وهو ما يعتقد كثير من  
الناس ، فهو : « من ائمال أن أحس بأى سعادة إذا كنتُ غير مشهوره . ومن شأن الأشخاص  
الذين تسيطر عليهم هذه القواعد أن يظلوا فى حالة حرب : فيدفعون أنفسهم دوماً نحو تحقيق  
المكائنة والصبوت والشعبية والسلطة ، ويدونون نقطة عند كل مكسب ويطرحون نقاشاً عند  
كل خسارة أو توقف . مثل هذا الاتباع العبودى لهذه القواعد كفيل بان يعنى غايات أخرى  
فى الحياة مثل التمتع بالصحة الجيدة والعيش الهادئ والعلاقات المشبعة مع الآخرين .

والأدهى من ذلك حقاً أن بعض الناس قد يسقطون فى الاكتئاب نتيجة عيودتهم لهذه  
القواعد . ويمرون فى ذلك بالمراحل الآتية : يبدأون أولاً بالتحكم على أنفسهم بالفشل فى  
تحقيق الهدف السانح - الشهرة على سبيل المثال . ويتبعون ذلك بسلسلة من الاستناباتات :  
«إذا لم أصبح مشهوراً فقد فشلت .. وقد فقدتُ الشيء الوحيد الذى يهم أى إنسان حقاً ..  
إننى فاشل .. لا فائدة فى الاستمرار .. ربما أبخع نفسى أيضاً وأستريح » . حين ينحصر  
المريض المقدمة الأولى يدرك أنه لم يلتفت إلى إشباعات أخرى فى الحياة غير الشهرة . ويدرك  
كيف ضيق حياته وحسب نفسه فى صندوق حين حصر سعادته فى حدود الشهرة . كذلك

يفعل من يحصرون سعادتهم في حدود الحب، فلا يرون هناءة سوى أن يكون المرء محبوباً من شخصٍ معين. إنهم يسلمون أنفسهم للتقلبات الشعورية والترجح بين السعادة والأسى وقصفاً يرون أنفسهم ويقدرون نصيبهم من الحب أو من الهجر. وقد يستهدفون للاكتئاب أيضاً ويتيهون إليه.

وفيما يلي قائمة ببعض الاتجاهات التي تعرّض الناس للحزن المزائد أو الاكتئاب:

(١) لكي أكون سعيداً ينتحتم أن أكون ناصحاً في أي شيء أقوم به.  
(٢) لكي أكون سعيداً ينتحتم أن أكون مقبولاً (محبوباً، محطّ إعجاب) من كل الناس.

(٣) إذا لم أكن على القمة فانا فاشل ساقط (\*).

(٤) إنه لشيء رائع أن أكون غنياً شهيراً ذا شعبية ورواج، وشيء فظيع أن أكون مغموراً محدوداً.

(٥) إذا ما ارتكبتُ خطأً فهذا يعني أنني غشيم أخرق.

(٦) إن قيمتي كشخص تتوقف على رأي الآخرين فيّ.

(٧) يستحيل أن أعيش بلا حب. إذا لم تحبني زوجتي (حبيبتي، والدي، ولدي) فانا نافع لا قيمة لي.

(٨) إذا اختلف معي شخص ما في الرأي فهذا يعني أنه لا يحبني.

(٩) إذا لم أهتمل كل فرصة تسنح لكي أتقدم إلى الأمام، فسوف اندم عليها فيما بعد.

مثل هذه القواعد حربية أن تؤدي إلى اليأس والشقاء. فمن غير الممكن أن يكون الشخص محبوباً تماماً وفي جميع الأوقات ومن جميع الأصدقاء. فالحب درجات، ودرجة الحب والقبول تتذبذب بشدة. فضلاً عن أن منطوق هذه القواعد يجعل أي انخفاض في درجة الحب بمثابة رفض ونبذ.

كما أن الاعتماد أو التعويل على القبول والإعجاب والحب يطرح مشكلةً أخرى. فنحن لا نملك مقياساً دقيقاً يحدد ما إذا كان شخصٌ ما يرفضنا بالفعل أو يزدرينا أو يتغذنا. وقد

---

"If I am not on top, I am a Flop" (\*)

سبق أن بينا أن الأذى النفس يختلف عن الأذى الجسدى . فإذا كان بمقدورنا أن نتحقق موضوعياً من الأذى الجسدى حين يهاجمنا شخص ما بأن نفحص موضع الإصابة، فكيف ترى نتحقق، حين يبدو علي شخص ما أنه يرفضنا، من أننا لا ننسى تأويل سلوكه؟ فمشاعر الكرب الذاتى ليست مقياساً أميناً للتحقق من تأويلنا لأن مثل هذه للمشاعر قد تحدث سواء كان التأويل صحيحاً أم مخطئاً. هذا الافتقاد للمعلومات المؤيدة هو ما يجعل التعامل مع الصدمة النفسية أصعب بما لا يُحَد من التعامل مع الإصابة الجسدية.

من الثغريات الكبرى فى العلاج المعرفى فنية مؤداها أن نكتشف اتجاهات المريض ونسلط عليها الضوء ونساعده على أن يحصنها ويقرر ما إذا كانت الهزمية قاهرة للذات. ومن الضرورى فضلاً عن ذلك أن يتعلم المريض من خبرته ذاتها أن بعض اتجاهاته قد انتهت به إلى غاية من التعاسة والشقاء، وأنه كان أجدى له أن يسترشد بقواعد أكثر اعتدالاً وواقعية. وعلى المعالج هنا أن يقف دوره عند اقتراح قواعد بديلة يأخذها المريض بالتأمل والتحميص، لا أن يقوم له بغسيل مخ ويفرض عليه قواعده واعتقاده.

تتصل بقواعد (اللذة... الألم) مجموعة من القواعد تسمى «طفغان لايد» (Horney, 1950). فإذا ما اعتنق شخص قاعدة «لكى أكون سعيداً يلزمنى أن أكون محبوباً من الجميع»، فإنها تحمله على أن يحقق ذلك بقاعدة أخرى: «لايد أن أجعل الجميع يحنى». «لايد أن» و«لايد الأ». لهذين الأمرين طبيعة استعبادية، وهما يتفقان فى ملامح كثيرة مع مفهوم فرويد عن الأنا الأعلى.

وفيما يلى بعض قواعد «لايد» الشائعة:

- 1 - لايد أن أكون قمة الكرم والرفقة والجلال والشجاعة والإيتار.
- 2 - لايد أن أكون المحب المثالى والصديق المثالى والوالد والمعلم والطالب والزوج المثالى.
- 3 - لايد أن التحمل أية مصاعب نبات ورياضة جاش.
- 4 - لايد أن أكون قادراً على إيجاد حل سريع لاي مشكلة.
- 5 - لايد ألا أسئء أو أتأذى، ولا يد أن أكون دائماً سعيداً صافياً.
- 6 - لايد أن أعرف وأفهم وأتنبأ بكل شيء قبل حدوثه.
- 7 - لايد أن أكون دائماً طبيعياً تلقائياً، وأن أتحكم دائماً فى مشاعرى.

- ٨ - لا بد أن أؤكد ذاتي، والأ أؤذي أي شخص آخر.
- ٩ - لابد الأ أتعب أو أمرض أبداً.
- ١٠ - لابد أن أكون دائماً في أوج الكفاءة والفاعلية.

## الاستراتيجية الاجمالية

إن جمعية المعالج المعرفي لَتَتَّبِعُ بالتكتيكات العلاجية المتنوعة. فإذا لم يَكُونِ استراتيجياً إجمالية للحالة التي بين يديه، يصبح العلاج عرضةً لأن يضل في مسار متخبط قائم على المحاولة الخطأ. وقد سبق أن أجملنا المبادئ التي تكون الإطار العام للعلاج المعرفي في هذا الفصل وفي فصول سابقة أيضاً؛ تسليط الضوء على تحريفات المريض وأوامره لنفسه وتأييده لها مما يورثه حُماً وعجزاً، ثم مساعدته على مراجعة القواعد التخفية التي تبعث هذه الإشارات الذاتية الحافظة. ولا تختلف بعض طرائق المعالج المعرفي عما كان يستخدمه المرضى من قبل في محاولاتهم الناجحة لحل المشكلات. إنه يعمل مع المريض بطريقة أكثر منهجية واتساقاً لحل تلك المشكلات النفسية التي عجز عن حلها بنفسه. وتشتمل آلياته الخاصة على تحديد مناطق الاضطراب بدقة؛ وملء الثغرات المعلوماتية، والربط المنطقي بين المعطيات، وإقامة تعميمات صحيحة. عندئذٍ يقوم المعالج بحَثِّ المريض على استخدام جهاز حل المشكلات الخاص به كي يعدّل طرائفه في تأويل خبراته وتنظيم سلوكه.

تتداخل تقنيات العلاج النفسي مع عملية process العلاج النفسي تدخلاً شديداً بحيث يصعب وضع خط فاصل بين ما يقوم به المعالج وبين استجابات المريض. كما أن المعالج قد يستخدم عدة إجراءات في الوقت نفسه. وقد يستجيب المريض لهذه الإجراءات بسلسلة من الاستجابات العلاجية. فحين يكون المعالج مثلاً بصدد تدريب مريضه على اكتشاف أفكاره الأوتوماتيكية فهو بطريق مباشر أو غير مباشر يلقى ظلال الشك على صحة هذه الأفكار. وبدوره يكتسب المريض مزيداً من الموضوعية (أخذ مسافة) خلال عملية اكتشافه لهذا اللون من التفكير. وهو إذ يبين عيشة هذه الإشارات الذاتية ولا تكفيها ومجالاتها للواقع يميل إلى تصحيحها تلقائياً. ويؤدي هذا الصنف من التعميم الذاتي مباشرة إلى كشف المقدمات والمعادلات التخفية - أي القواعد المسبوبة عن الاستجابات

الحاملثة . وفيما يلي حالة توضح التأثير المتبادل بين إجراءات العلاج والاستجابات النفسية للمريض .

إنها حالة امرأة شابة على جانب كبير من الجاذبية، وأم لثلاثة أطفال . نوظرت هذه المرأة في إحدى العيادات النفسية الجامعية بسبب نوبات قلق كانت تلم بها وتدموم ست ساعات أو سبعا في اليوم، وجعلت تنتابها يوميا طوال أكثر من أربعة أعوام . وكثيرا ما استشارت طبيب العائلة الذي وصف لها الثورازين thorazine وعلديدا من المهدئات دون تحسن يُذكر .

في أول مناظرة إكلينيكية لهذه المرأة اكتشفت الحقائق التالية : وقعت أول نوبة من هذه النوبات بعد أسبوعين من إجهاض لها . فقد كانت تنحني لكي وتحمم طفلها ذا العام الواحد فإذا بها تحس ببداية إغماء، وألمت بها أولى نوبات القلق ودامت ساعات عديدة . عيّت المرأة بان تجد لقلقها أى تفسير . وحين سألتها عما إذا كانت أبة فكرة قد حالجتها لحظة أحست بالدوار تذكّرت هذه الفكرة : « ويلي لو غشيتني إغماء فأصبحت طفلى الرضيع » . وقد بدا معقولا ، كفرض عامل ، أن دوارها ( الذي ربما كان نتيجة انحبسا النفس ) قد أدى إلى الحوف من الإغماء وسقوط الطفل، وإن هذه الفكرة المخيفة قد أدت إلى القلق الذي نستره كعلامة على أنها تتداعى وتحطم .

كانت هذه المرأة حتى وقت إجهاضها مطمئنة ناعمة البال لا تعرف القلق ونوباته . لكنها بعد الإجهاض أخذت نساورها من وقت لآخر فكرة « ناست مُحَصَّنة من المصائب » . ومنذ ذلك الحين جعلت كلما سمعت بمرض أحد فُكّرت « ربما يصيبني هذا » وبدأت في القلق والتوتر .

وقد وجهت تعليماتى إلى المريضة أن تحاول تحديد أى أفكار تسبق أى نوبة قلق قادمة . وفى الجلسة التالية روت المريضة ما يلى :

١ - سمعت المريضة ذات مساء أن زوج إحدى صديقاتها أصيب بالتهاب رئوى شديد فذهمتها للنو نوبة قلق دامت ساعات عديدة . وقد حاولت وفق التعليمات أن نستحضر الفكرة السابقة على القلق، فتذكّرت هذه الفكرة : « قد يُصاب نوم ( زوجها ) بمثل ذلك وربما يموت » .

٢ - حين أزمعت يوما الذهاب إلى منزل أختها أصابها قلق شديد وبالتركيز على فكرها تبينت هذا الهاجس المتكرر « قد أقع مريضة أثناء الذهاب » . لقد سبق أن أصيبت هذه



المریضة بالتهاب معدی معوی فی رحلة سابقة إلی منزل أختها . ومن الواضح أنها اعتقدت أن ذلك یحتمل جداً أن یتكرر .

٣ - أحسست ذات مرة بضحیق وبان الأشياء تبدو لها غیر حقیقة . عندئذ طاف بها هذا الطائف : « قد یكون هذا بداية الجنون » واثابتها للتو نوبة قلق دامت قرابة الساعة .

٤ - علمت يوماً أن إحدى صديقاتها قد أودعت بمسشفى عقلى حكومى . وقد أدت هذه المعلومة إلی هذه الفكرة « قد یحدث لى ذلك .. قد أفقد عقلى » . وبسؤالها عن تفصیلات معينة عن فقد عقلها قالت إنها تخشى إذا ما أصابها الجنون أن تفعل شیئاً قد یلحق الضرر بأطفالها أو بنفسها .

من الواضح أن المخاوف الرئيسية لهذه المریضة كانت تدور حول توقعها أن تفقد التحكم فی نفسها ، سواء من طریق الإغساء أو اللذهان ، وأن تفعل بالثالى شیئاً ضاراً . وقد بینت لها أنها لا تعانى من أى ذهان ، وقدمت لها تفسیراً لنوبات قلقها ولما تنبیه على هذه النوبات من معانٍ ( كانت صياغاتها التخفية هی أن امراض القلق تشير إلی أنها على شفا الذهان ) . وقد انخفض معدل النوبات وقُلت شدتها خلال الأسابيع القليلة التى نلت ذلك . واختفت تماماً بنهاية الأسبوع الرابع .

كانت الدفعة العلاجية الكبرى فی هذه الحالة هی تدريب المریضة على أن تستحضر الأفكار السابقة على نوبة القلق وأن تقيّم صحتها . ذلك أن هذه النوبات تبدأ بفكرة أو معرفة cognition لا بقوة خفية غامضة . وإذ تبینت المریضة ذلك اقتنعت بأن فكرة ضعفها واستعدادها للمرض والجنون كانت غیر صحيحة . وأدركت أيضاً أن اعتقادها فی أنها عاجزة عن التحكم فی استجاباتها كان اعتقاداً خاطئاً . واستطاعت إذ تعلمت تحديد الأفكار المؤدية إلی القلق أن تكتسب شيئاً من الانفصال عن هذه الأفكار وأن تضعها موضع الفحص واختبار الواقع ، وبالتالي أن تدحضها وتبطل تأثيرها .

وبوسعنا الآن أن نصوغ التقدم الذى حققته هذه المریضة صياغةً تتفق مع النموذج العلاجى التالى : ( ١ ) الملاحظات الذاتية التى أدت مباشرة إلی الفكر السابق على القلق ( ٢ ) إيجاد صلة بین الأفكار ونوبة القلق ( ٣ ) تعلم النظر إلی الأفكار كفروض لا كحقیقات ( ٤ ) اختبار الفروض ( ٥ ) تجميع المسلمات التى تبطن هذه الفروض وتولدها .

( ٦ ) البرهنة على أن هذه المقواعد المكونة لمنظومتها الاعتقادية كانت غیر صحيحة . نقد

كانت منظومتها الاعتقادية تتألف من معادلات تتعلق باحتمال المرض الجسسي والعقلي، وفقد التحكم في النفس، وإيذاء شخص ما دون إرادة، بالإضافة إلى خرافة أن ما أصاب الغير يحتمل أن يصيبها أو يصيب أحداً من أسرتها، وأخيراً ذلك المبدأ المفزع لكل البشر: «لستُ منيعة». وأى شيء يمكن أن يحدث بي؟ . وقد تمكّننا عن طريق كشف المعالطة في معادلاتها وإحالاتها الذاتية أن تعدّل هذه المنظومة الاعتقادية المليئة بالعيوب والأخطاء.

## References

- Alexander, F.(1950), *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York: Norton.
- Allport, G.(1968), *The Person in Psychology*. Boston:Beacon Press.
- American Psychiatric Association (1968), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Angelino, J.I.& Shedd, C.I. (1953), Shifts in the content of fears and worries relative to chronological age. *Proc. Oklahoma Acad. of Sci.* 34: 180-186.
- Aricci, S. (1968), The present status of psychiatric theory. *Amer. J. Psychiat.*, 124: 1630-1939.
- Arnold, M. (1960), *Emotion and Personality*, 1. New York: Columbia University Press.
- Auden, W.H. (1947), *The Age of Anxiety:A Baroque Eclogue*. New York: Random Hous.
- Bandura, A (1969), *principles of Behavior Modification*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Bateson, G. (1942), Social planning and the concept of deutero-learning in relation to the democratic way of life. In: *Science, philosophy, and Religion*, 2nd Symposium. New York: Harper, pp. 81-97.
- Beck, A. T. (1952), Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiat.*, 15:305-312.
- (1961), A systematic investigation of depression. *Comprehens. Psychiat.*, 2:163-170.
- (1963), Thinking and depression. *Arch. Gen. psychiat.*, 9:324-333.
- (1967), *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row. Republished as : *Depression: Causes*

and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.

----- (1970a), Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1:184-200.

----- (1970b), The core problem in depression: The cognitive triad. In: *Depression: Theories and Therapies*, ed. J. Masserman, New York: Grune & Stratton, pp. 47-55.

----- (1970c), Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 150:3-17.

----- (1972a), Cognition, anxiety, and psychophysiological disorders. In: *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 2:343-354.

----- (1972b) The phenomena of depression: A synthesis. In: *Modern psychiatry and Clinical Research*, ed. D. Offer & D. X. Freeman. New York: Basic Books, pp. 136-158.

----- (1974), Cognitive modification in depressed, suicidal patients. Presented at meeting of the Society for Psychotherapy Research, Denver, Colo.

----- & Greenberg, R. L. (1974), Cognitive therapy with depressed women. In: *Women and Therapy: New Psychotherapies for a Changing Society*, ed. V. Franks & V. Burtie. New York: Brunner / Mazel, pp. 113-131.

----- & Hurvich, M. (1959), Psychological Correlates of depression. *psychosom. Med.*, 21:50-55.

----- & Rush, A.J. (1975), A cognitive model of anxiety formation and anxiety resolution. In: *Stress and Anxiety*, ed. I. D. Sarason & C.D. Spielberger. Washington: Hemisphere Publishing Co., 2:69-80.

----- & Ward, C.H. (1961), Dreams of depressed patients: Characteristic themes in manifest content. *Arch. Gen. Psychiat.*, 5:462-467.

----- Kovacs, M., & Weissman, A. (1975), Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *JAMA*, 234:1136-1139.

----- Laude, R. & Bohnert, M. (1974), Ideational components of anxiety neurosis. *Arch. Gen. Psychiat.* 31:319-325.

Bem, D. (1967), Self perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychol. Rev.* 74:183-200.

Berez, J.M. (1968), Phobias of childhood: Etiology and treatment. *Psychol. Bull.*, 70:694-720.

- Bergin, A. (1970), Cognitive therapy and behavior therapy: Foci for a multidimensional approach to treatment. *Behav. Ther.*, 1:205-212.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove.
- Bernstein, L. (1960), *The Age of Anxiety: Symphony No. 2 for Piano and Orchestra* (after W.H. Auden). New York: G. Schirmer.
- Bowlby, J. (1970), Reasonable fear and natural fear. *Internat. J. Psychiat.*, 9:79-88.
- Brown, B. (1967). Cognitive aspects of Wolpe's behavior therapy. *Amer. J. Psychiat.*, 124:854-859.
- Camus, A. (1947), *the New York Times*, Dec. 21, Sec. 7, p. 2
- Cannon, W.B. (1915), *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Charcot, J.M. (1890), *Hémorrhagie et Ramollissement du Cerveau, Métallothérapie et Hypnotisme, Electrothérapie*. Paris: Bureau du Progrès médical.
- Coleman, R. (1970), *The manipulation of self-esteem: A determinant of elation-depression*. Doctoral dissertation, Temple University.
- Costello, C. G. (1972), Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? *Behav. Ther.*, 3:240-247.
- Davison, G.C. (1966), differential relaxation and cognitive restructuring in therapy with a "paranoid schizophrenic" or "paranoid state" *Proc. 74th Ann. Convention Amer Psychol. Assn. Washington, D.C.: American Psychological Association*, pp. 177-178.
- (1968), Case report: Elimination of sadistic fantasy by a clientcontrolled counter-conditioning technique. *J. Abnorm. psychol.*, 73:84-90.
- Di. Loretto, A. (1971), *Comparative Psychotherapy: An Experimental Analysis*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. & Sears, R. (1939), *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Dudley, D.L., Martin, C.J. & Holmes, T.H. (1964), Psychophysiological studies of pulmonary ventilation. *psychosom. Med.*, 26:645-660.
- Dunbar, F. (1935), *Emotions and Bodily Changes: A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships, 1910-1933*. New York: Columbia University Press.

- D'Zurilla, T.J., Wilson, G. & Nelson, R. (1973). A preliminary study of the effectiveness of graduated prolonged exposure in the treatment of irrational fear. *Behav. Ther.*, 4:672-685.
- Efran, J.S. (1973), Self-criticism and psychotherapeutic exchanges. Mimeographed paper.
- & Marcia, J.E. (1972), Systematic desensitization and social learning. In: *Applications of a social Learning Theory of Personality*, ed. J.B. Rotter, J.E. Chance, & E.J. phares. New York: Holt, Rinehart, & Winston, pp. 524-532.
- Ellis, A. (1958), Rational psychotherapy. *J. Gen. Psychol.*, 59:35-49.
- (1962), *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- (1971), *Growth Through Reason: Verbatim Cases in Rational Emotive Psychotherapy*. Palo Alto: Science & Behavior Books.
- & Murphy, R. (1975), *A Bibliography of Articles and Books on Rational-Emotive Therapy and Cognitive-Behavior Therapy*. New York: Institute for Rational Living.
- English, H.B. & English A.C. (1958), *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms: A Guide to Usage*. New York: Longmans, Green.
- Epstein, S. (1972), Comments on Dr. Cattell's paper. In: *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 1:185-192.
- (1973), The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *Amer. Psychol.* 28:404-416.
- Feather, B.W. (1971), A central fear hypothesis of phobias. Presented at the La. State University Medical Center Spring Symposium, "Behavior Therapy in Theory and Practice," New Orleans.
- Fenichel, O. (1945), *the psychoanalytic Theory of Neurosis* New York: Norton.
- Ferenczi, S. (1926), *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*, New York: Basic Books, 1952.
- Frank, J. (1961), *Persuasion and Healing*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Freud, S. (1900), the interpretation of dreams. *Standard Edition*, 4&5 : 1-627. London: Hogarth Press, 1953.

- (1915- 1917), *Introductory lectures on psychoanalysis*. Standard Edition, 15 & 16. London, Hogarth Press, 1963.
- (1926), *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Standard Edition, 20: 77- 175. London: Hogarth Press. 1959.
- (1933), *New introductory lectures on Psychoanalysis*. Standard Edition, 22: 3- 182. London : Hogarth Press, 1964.
- Friedman, A.S. (1964), *Minimal effects of severe depression on cognitive functioning*. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 69: 237 - 243.
- Friedman, P. (1959), *The phobias*. In: *American Handbook of Psychiatry*, ed. S. Arieti. New York: Basic Books, 1: 292 - 305.
- Galton, F. (1883), *Inquiries into Human Faculty and Its Development*. New York: Macmillan.
- Garma, A. (1950), *On pathogenesis of peptic ulcer*. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 31:53- 72.
- Gathercole, C.E. (1972), *Modification of depressed behavior*. Presented to a conference at Burton Manor organized by University of Liverpool, Dept. of Psychiatry.
- Gerard, M.W. (1953), *Genesis of Psychosomatic symptoms in infancy*. In: *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis.*, ed. F. Deutsch. New York: International Universities Press, pp. 82- 95.
- Glasrud, C.A. (1960), *The Age of Anxiety*. New York: Houghton Mifflin.
- Glasser, W. (1965), *Reality Therapy; a New Approach to Psychiatry*. New York: Harper & Row.
- Goble, F.G. (1970), *The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow*. New York: Grossman.
- Goldfried, M.R., Decentecco, E.T.& Weinberg, L. (1974), *Systematic rational restructuring as a self-control technique*. *Behav. Ther.*, 5:247- 254.
- Hartmann, H. (1964). *Essays on Ego Psychology: Selected Problems in Psychoanalytic Theory*. New York: International Universities Press.
- Havens, L. (1996), *Charcot and hysteria*. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 141:505- 516.
- Heidegger, M. (1927), *Being and Time*. London: SCM Press. 1962.

- Heider, F. (1958), *The psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.
- Hinkle, L.E., Christenson, W.N., Kane, F.D., Ostfeld, A., Thetford, W. N. & Wolff, H.G. (1958), An investigation of the relation between life experience, personality characteristics, and general susceptibility to illness. *Psychosom. Med.*, 20: 278 - 295.
- Hoch, P. (1950), Biosocial aspects of anxiety. In: *Anxiety*, ed. P. Hoch & J. Zubin. New York: Grune & Stratton, pp. 105 - 116.
- Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967), the social readjustment rating scale. *J. Psychosom Res.*, 11 : 213 - 218.
- Holroyd, K.A. (1975), Cognition and desensitization in the group treatment of test anxiety. Doctoral dissertation, University of Miami.
- Holt, R. (1964), The emergence of cognitive psychology. *J. Amer Psychoanal. Assn.*, 12: 650 - 665.
- Horney, K. (1950), *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self- Realization*. New York: Norton.
- Horowitz, M., Becker, S.S. & Moskowitz, M. L. (1971), Intrusive and repetitive thought after stress: A replication study. *Psychol. Reports*, 29: 763 - 767.
- Icheiser, G. (1970), *Appearances and Reality*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Jackson, B. (1972), Treatment of depression by self-reinforcement. *Behav. Ther.*, 3:298-307.
- Janov, A. (1970), *The Primal Scream: Primal Therapy, the Cure for Neurosis*. New York: G.P.Putnam's Sons.
- Jersild, A.T., Markey, F.V. & Jersild, C.L. (1933), Children's fears, dreams, wishes, daydreams, likes, dislikes, pleasant and unpleasant memories. *Child Development Monographs*, 12. New York: Teachers College. Columbia University.
- Karst, T.O. & Trexler, L.D. (1970), Initial study using fixed- role and rational- emotive therapy in treating public-speaking anxiety. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 34:360- 366.
- Katcher, A. (1969), Personal communication.
- Kelly, G. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.



- Klein, M. H., Dittmann, A. T., Parloff, M.B. & Gill, M. M. (1969). Behavior therapy: Observations and reflections. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 33:259- 266.
- Klerman, G.L. & Weissman, M.M. (1974). Symptom reduction and the efficacy of psychotherapy in depression. Presented at meetings of the Society for Psychotherapy Research, Denver, Colo.
- Kovacs, M., Beck, A. T. & Weissman, A. (1975). The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. *Amer. J. Psychother.*, 29:363-368.
- Kraft, T. & Al- Issa, I. (1965a), The application of learning theory to the treatment of traffic phobia. *Brit. J. Psychiat.*, 111:277-279.
- (1965b), Behavior therapy and the recall of traumatic experience- a case study. *Behav. Res. & Ther.*, 3:55-58.
- Kris, E. (1952). *Psychoanalytic Explorations in Art*. New York: International Universities Press.
- Kritzeck, J. (1956), *Philosophers of anxiety*. *The Commonweal*, 63:572-574.
- Lacey, J.I. & Lacey B.C (1958), Verification and extension of the principle of autonomic response stereotypy. *Amer. J. Psychol.*, 71:50-73.
- Lader, M.& Marks, I. (1971). *Clinical Anxiety*. New York: Grune & Stratton ton.
- Gelder, M.G.& Marks, I. (1967), Palmar skin conductance measures as predictors of response to desensitization. *J. Psychosom. Res.*, 11:283-290.
- Lazarus, A. (1968), Learning theory and the treatment of depression. *Behav. Res. Ther.*, 6:83-89.
- (1972), *Behavior Therapy and Beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1966), *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Leitenberg, H., Agras, W.S., Barlow, D.H. & Oliveau, D.C. (1969), Contribution of selective positive reinforcement and therapeutic instructions to systematic desensitization therapy. *J. Abnorm. Psychol.*, 74:113-118.
- Lester. D.& Beck, A.T. (1975), Suicidal intent, medical lethality of the

- suicide attempt, and components of depression. *J. Clin. Psychol.*, 31:11-12.
- Leventhal, H. (1969), Affect and information in attitude change. Presented at meetings of Eastern Psychological Association, Philadelphia, Pa.
- Levitt, E.E. (1972), A brief commentary on the "psychiatric breakthrough" With emphasis on the hematology of anxiety. In: *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 1:227-234.
- Lewinsohn, P.M. (1974a), A behavioral approach to depression. In: *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, ed. R.J. Friedman & M. M. Katz. Washington: Winston- Wiley, pp157 - 178.
- (1947b), Clinical and Treoretical aspects of depression. In: *Innovative Treatment Methods in Psychopathology*, ed. K. Calhoun, H. Adams & K. Mitchell. New York: Wiley, pp. 63- 120.
- & Atwood, G.E. (1969), Depression: A clinical- research approach. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 6:166-171.
- & Graf, M. (1973), Pleasant activities and depression. *J. Consult. Clin Psychol.*, 41:261- 268.
- & Shaw, D.A. (1969), Feedback about interpersonal behavior as an agent of behavior change. *Psychother. Psychosom.*, 17:82-88.
- Shaffer, M.& Libet, J. (1969), A behavioral approach to depression. Presented at meetings of the American Psychological Association, Miami Beach.
- Weinstein, M. S. & Alper, T. (1970), A behaviorak approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. *J. Clin. Psychol.*, 26:525-532.
- Lewis, A. (1970), The ambiguous word "anxiety." *Internat. J. Psychiat.*, 9:62-79.
- Liebert, R. M. & Morris, L. W. (1967), Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychol. Rep.*, 20:975-978.
- Lishman, W. A. (1972), Selective factors in memory. *Psychol. Med.*, 2:248-253.
- Loeb, A., Beck, A. T. & Diggory, J. (1971), Differential effects of

success and failure on depressed and nondepressed patients. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 152: 106 - 114.

London, P. (1964), *The Modes and Morals of Psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.

Maes, W. & Haimann, R. (1970), *The Comparison of Three Approaches to the Reduction of Test Anxiety in High School Students*. Washington: Office of Education, Bureau of Research, U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Mahoney, M. J. (1974), *Cognition and Behavior Modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger.

Margolin, S. G. (1953), Genetic and dynamic psycho-physiological determinants of pathophysiological processes. In: *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*, ed. F. Deutch. New York: International Universities Press, PP. 3 - 36.

Marks, I.M. (1969), *Fears and Phobias*. London: Academic.

Marlett, N. J. & Watson, D. (1968), Test anxiety and immediate or delayed feedback in a test-like avoidance task, *J. Personal. Soc. Psychol.*, 8:200-203.

Mason, F. (1954), ed., *Balanchine's Complete Stories of the Great Ballets*. New York: Doubleday.

Maultsby, M. C. (1968), The pamphlet as a therapeutic aid. *Rational Living*, 3:31-35.

May, R. (1950), *The Meaning of Anxiety*. New York: Ronald Press.

Meichenbaum, D.H. (1966), Sequential strategies in two cases of hysteria. *Behav. Res. Ther.*, 4:89-94.

----- (1974), *Cognitive Behavior Modification*. Morristown, N.J.: General Learning Press.

----- Gilmore, J. B. & Fedoravicius, A. (1971), Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 36:410-421.

Mendelson, M., Hirsch, S. & Webber, C. S. (1956), A critical examination of some recent theoretical models in psychosomatic medicine. *Psychosom. Med.*, 18:363-373.

Miller, L.C., Barrett, C. L., Hampe, E. & Noble, H. (1972), Factor structure of childhood fears. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 39:264-268.

- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T. & Bec, R. (1973), Hopelessness depression, and attempted suicide. *Amer.J. Psychiat.*, 130:455-459.
- Mischel, W. (1973), Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychol. Rev.*, 80:252-283.
- Murray, E. & Jacobson, L. (1969), The nature of learning in traditional and behavioral psychotherapy. In: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. A. Bergin & S. Garfield. New York: Wiley. pp. 709-747.
- Neuringer, C. (1961), Dichotomous evaluations in suicidal individuals. *J. Consult. Psychol.*, 25:445-449.
- Oppenheimer, J. R. (1956), Analogy in science. *American Psychologist*, 11:127-135.
- Orne, M. T. & Wender P.H. (1968), Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale. *Amer. J. Psychiat.*, 124:1202-1212.
- Oxford English Dictionary (1933), Vol. 4. Oxford: Clarendon Press.
- Pastore, N. (1950), A neglected factor in the frustration-aggression hypothesis: A comment. *J. Psychol.*, 29:271-279.
- (1952), The role of arbitrariness in the frustration-aggression hypothesis. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 47:728-731.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1951), *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Dell.
- Pitts, F.N. (1969), The biochemistry of anxiety. *Sci. Amer.*, 220:69-75.
- Rapaport, D. (1951), *Organization and Pathology of Thought: Selected Sources*. New York: Columbia University Press.
- Rardin, W.M. & Wetter, B. D. (1972), Behavioral techniques with depression: Fad or fledgling? Presented at meetings of the Rocky Mountain Psychological Association, Albuquerque, N.M.
- Reynolds, J.R. (1869), Remarks on paralysis, and other disorders of motion and sensation, dependent on idca. *Brit. Med. J.*, Nov, 6, pp. 483-485.
- Rogers, C.R. (1951), *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., Khatami, M., Fitzgibbons, R., & Wolman, T. (1975), Comparison of cognitive and pharmacotherapy in

- depressed outpatients: A preliminary report. Presented at meetings of Society for Psychotherapy Research, Boston, Mass.
- Khatami, M. & Beck, A. T. (1975), Cognitive and behavioral therapy in chronic depression. *Behav. Ther.*, 6:398-404.
- Salzman, L. (1960), Paranoid state-theory and therapy. *Arch. Gen. Psychiat.*, 2:679-693.
- Sarason, I. G. (1972a), Comments on Dr. Beck's paper. In : *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 2:355-357.
- (1972b), Experimental approaches to test anxiety: Attention and the uses of information. In : *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, ed. C. Spielberger. New York: Academic Press, 2:381-403.
- Saul, L.J. (1947), *Emotional Maturity: The Development and Dynamics of Personality*. Philadelphia: Lippincott.
- Schuyler, D. (1973), Cognitive therapy: Some theoretical origins and therapeutic implications. *Internat. Ment. Health Res. Newslet.*, 15:12-16.
- Schwartz, D.A. (1963), A review of the "paranoid" concept. *Arch. Gen. Psychiat.*, 8:349-361.
- Seitz, F.C. (1971), Behavior modification techniques for treating depression. *Psychother.: Theory, Res. & Practice*, 8:181-184.
- Seligman, M.E.P. (1974), Depression and learned helplessness. In: *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, ed. R.J. Friedman & M. M. Katz. Washington: Winston-Wiley, pp. 83-113.
- Shaw, B. (1974), Outpatient cognitive therapy of depression. Unpublished study.
- (1975), A Systematic Investigation of Three Treatments of Depression. Doctoral dissertation, University of Western Ontario.
- Skinner, B.F. (1971), *Beyond Freedom and Dignity*. New York: Knopf.
- Sloane, R.B., Staples, F., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., & Whipple, K. (1975), Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. *Amer. J. Psychiat.*, 132:373-377.
- Snaitch, R.P. (1968), A clinical investigation of phobias. *Brit. J. Psychiat.*, 114:673-697.
- Spielberger, C. (1972), ed., *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, Vols. 1&2. New York: Academic Press.

- Spitz, R.A. (1951), The psychogenic diseases in infancy; an attempt at their etiologic classification. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 6:255-275.
- Stampfl, T.G. & Levis, D. J. (1968), Implosive therapy - a behavioral therapy? *Behav. Res. Ther.*, 6:31-36.
- Standard College Dictionary (1963). New York: Funk & Wagnalls.
- Stein, E. H., Murdaugh, J. & MacLeod, J.A. (1969), Brief psychotherapy of psychiatric reactions to physical illness. *Amer. J. Psychiat.*, 125:1040-1047.
- Stevenson, I. & Hain, J.D. (1967), On the different meanings of apparently similar symptoms, illustrated by varieties of barber shop phobia. *Amer. J. Psychiat.*, 124:399-403.
- Sullivan, H.S. (1954), *The Psychiatric Interview*, ed. H. Perry & M. Gawel. New York: Norton.
- Szasz, T.S. (1952), Psychoanalysis and the autonomic nervous system: Bioanalytic approach to problem of psychogenesis of somatic change. *Psychoanal. Rev.*, 39:115-151.
- Taylor, F. G. (1974), *Cognitive and Behavioral Approaches to the Modification of Depression*. Doctoral dissertation, Queen's University, Kingston, Ontario.
- Terhune, W. B. (1949), The phobic syndrome: A study of eighty-six patients with phobic reactions. *Arch. Neurol. & Psychiat.*, 62:162-172.
- Trexler, L.D. & Karst, T. O. (1972), Rational-emotive therapy, Placebo, and no-treatment effects on public-speaking anxiety. *J. Abnorm. Psychol.*, 79:60-67.
- Truax, C.B. (1963), Effective ingredients in psychotherapy: An approach to unraveling the patient-therapist interaction. *J. Counsl. Psychol.*, 10:256-263.
- Valins, S. & Ray, A. (1967), Effects of cognitive desensitization on avoidance behavior. *J. Personal. & Soc. Psychol.*, 7:345-350.
- Velten, E.C. (1967), *The induction of Elation and Depression through the Reading of Structural Sets of Mood Statements*. Doctoral dissertation, University of Southern California.
- Wahler, R.G. & Pollio, H.P. (1968), Behavior and insight: A case study in behavior therapy. *Exper. Res. Personal.*, 3:44-56.

- Watson, J. B. (1914), *Behavior: An Introduction to Comparative Psychology*. New York: Holt.
- Webster's New International Dictionary of the English Language (1949), Second Edition Unabridged. Springfield, Mass. : Merriam.
- Weitzman, B. (1967), Behavior therapy and psychotherapy. *Psychol. Rev.*, 74:300-317.
- Westphal, C. (1872), Die Agoraphobie. eine neuropathische Erscheinung. *Arch. Psychiat. & Nervenkrank.* 3:138-161. Cited by Snaith (1968).
- Wetzel, R. D. (1976), Hopelessness, Depression, and suicide intent. *Arch. Gen. Psychiat.*, in press.
- Wilkins, W. (1971), Desensitization: Social and cognitive factors underlying the effectiveness of Wolpe's procedure. *Psychol. Bull.* 76:311-317.
- Wolff, H. G. (1950), Life stress and bodily disease- a formulation. In: *Life Stress and Bodily Disease; Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease*. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 1059-1094.
- Wolpe, J. (1969), *The Practice of Behavior Therapy*. New York: Pergamon Press.

## الفهرس

٥	مقدمة :
٩	الفصل الأول : الحس المشترك وما بعده
١٠	حسيرة المريض
١٢	الوعي والحس المشترك
١٥	عندما يفشل الحس المشترك
١٩	ما بعد الحس المشترك : العلاج المعرفى
٢٣	الفصل الثانى : استكشاف منظومة الاتصال الداخلى
٢٤	الرسالة الخفية
٢٧	اكتشاف الأفكار الأوتوماتيكية
٣١	طبعة الأفكار الأوتوماتيكية
٣٣	الضبط الذاتى والتعليمات الذاتية
٣٥	التسويحات
٣٦	القواعد والإشارات الداخلية
٤١	الفصل الثالث : المعنى والإفعالات
٤٢	معنى للمعنى
٤٤	الطريق إلى الانفعالات
٤٨	The personal domain النطاق الشخصى



٤٩	الحزن
٥٢	الاستراح والإثارة
٥٤	القلق
٥٥	الغضب
٥٦	التعديات المتعمدة وغير المتعمدة
٥٧	التعديات غير المباشرة
٥٨	التعديات الإقتراضية
٦٢	لتمييز بين ثورة الحزن والغضب والقلق
٦٣	الحزن مقابل الغضب
٦٣	الحزن مقابل القلق
٦٣	القلق مقابل الغضب
٦٥	الفصل الرابع: المحتوى المعرفي لاضطرابات الانفعال
٦٧	الاضطرابات الانفعالية الحادة
٧٠	الاضطرابات العصبية
٧٦	الذهان
٧٦	طبيعة اضطرابات التفكير
٨٠	مسألة القواعد
٨٥	الفصل الخامس: مفارقات الاكتئاب
٨٨	الفتحاح وحساس الغممان
٨٩	تطور الاكتئاب
١٠٢	الدراسات التجريبية للاكتئاب
١٠٥	جماع الاكتئاب

١٠٧	الفصل السادس : وقوع البلاء ولا انتظاره
١٠٨	القلق
١١٣	القلق والخوف
١١٥	عصاب القلق
١٢٠	التصاعد اللولبي للخوف والقلق
١٢٧	الفصل السابع : الرهاب والوسوس
١٣٠	مشكلة الخوف الموضوعي
١٣١	النظام الاعترفادي الثنائي
١٤٦	نشوء الرهاب
١٥١	الفصل الثامن : الاضطرابات النفسجسمية والهستيريا
١٥٢	مشكلة الذهن-الجسم
١٥٥	الاضطرابات النفسجسمية
١٥٧	الضغوط النفسية والاختلالات الجسمية
١٦٣	الاضطرابات الجسمية ذات الغطاء السيكولوجي
١٦٥	التصور الجسدي
١٦٦	الهستيريا
١٧١	الفصل التاسع : مبادئ العلاج المعرفي
١٧٤	أهداف العلاج المعرفي
١٧٦	التعاون العلاجي
١٧٨	تأسيس المصدقية
١٨١	اختزال المشكلة
١٨٤	تعلم التعليم