

آرون بيك

العلاج المعرفي والإضطرابات الانفعالية

ترجمة عادل مصطفى



العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية

تأليف
آرون بيك

ترجمة
عادل مصطفى



Cognitive Therapy
and the Emotional Disorders

Aaron Beck

العلاج المعرفي والاضطرابات
الانفعالية

آرون بيك

الناشر مؤسسة هنداوي

المشهرة برقم ١٠٥٨٥٩٧٠ بتاريخ ٢٦/١/٢٠١٧

يورك هاوس، شيبث ستريت، وندسور، SL4 1DD، المملكة المتحدة

تليفون: ١٧٥٣ ٨٣٢٥٢٢ (٠) ٤٤ +

البريد الإلكتروني: hindawi@hindawi.org

الموقع الإلكتروني: https://www.hindawi.org

إن مؤسسة هنداوي غير مسؤولة عن آراء المؤلف وأفكاره، وإنما يعبر الكتاب عن آراء مؤلفه.

تصميم الغلاف: ولاء الشاهد

الترقيم الدولي: ٩٧٨ ١ ٥٢٧٣ ٣٥١٢٧

صدر أصل هذا الكتاب باللغة الإنجليزية عام ١٩٧٦.

صدرت هذه الترجمة عام ٢٠١٥.

صدرت هذه النسخة عن مؤسسة هنداوي عام ٢٠٢٤.

جميع حقوق النشر الخاصة بتصميم هذا الكتاب وتصميم الغلاف محفوظة لمؤسسة هنداوي.

جميع حقوق النشر الخاصة بنص العمل الأصلي محفوظة للسيد الدكتور عادل مصطفى.

المحتويات

٧	مقدمة
٩	تصدير
١١	Preface
١٣	مقدمة
١٧	١- الحس المشترك وما بعده
٣١	٢- استكشاف منظومة الاتصال الداخلي
٤٧	٣- المعنى والانفعالات
٦٩	٤- المحتوى المعرفي للاضطرابات الانفعالية
٨٩	٥- مفارقات الاكتئاب
١١١	٦- وقوع البلاء ولا انتظاره
١٢٩	٧- خائف بل غير خائف
١٥١	٨- الذهن فوق الجسم
١٧١	٩- مبادئ العلاج المعرفي
١٨٥	١٠- تقنيات العلاج المعرفي
٢٠٧	تنويه أخير
٢٠٩	ببلوغرافيا

مقدمة

مؤسسة هنداوي منارة عالمية مهمتها توصيلُ النور إلى مستحقيه؛ أي إلى البشر جميعاً؛ إذ تُشرق على الجميع دونَ تمييز، تحُدوها قيمُ الخير والحق والجمال، وهي غاياتُ في ذاتها وثوابُ ذاتها، وهي نهاياتُ لا شيء وراءها.

حين علمتُ أن مؤسسة هنداوي لا تهدف إلى الربح قلت: «وجدتها!» فقد أليتُ على نفسي منذ سلكتُ طريقَ الكتابة أن أقدمَ جهدي بروح الرسالة ومنطق الخدمة، غيرَ فاركٍ كفي تلمسُ ثمن، وأن أكسبَ لِقمتي من مصدرٍ آخر غير خبز الهيكل؛ فمارستُ الطبَّ سحابةً يومي، وقرمتُ ليلي أبثُّ القارئَ حديثاً لا يميل به الغرضُ ولا يمدِّقه الارتزاق. ثمة خيطٌ واحد يصل أعمالي جميعاً على تفاوتها الظاهري الشديد؛ ثمة همُّ واحد هو تأهيلُ العقل العربي وإيقاظه من سباته التاريخي الذي طال كثيراً، تأهيله «بالمنطق القويم والفهم السليم والفكر النقدي، لكي يتقبلَ الحداثة، والحضارة، والتعددية، ولا يعود ينفّر من الآخر، ويُجمد الزمن، ويهرب من الحرية».

تصدير

يطيب لي أن أضع هذه المقدمة للطبعة العربية لكتاب «العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية». تعتمد الصيغة النظرية للعلاج المعرفي على أساس تجريبي شديد الرسوخ. وقد صُمم النموذج المعرفي العام المستمد من النظرية بحيث يلائم الخصائص المميزة لقطاع عريض من الاضطرابات النفسية الخاصة بالمحور I، II،^١ وجاء عدد كبير من الدراسات الخاصة بالنتائج العلاجية مؤيداً لفعالية العلاج المعرفي في علاج اضطرابات المحور I. وقد دلت أحدث الدراسات المنضبطة للنتائج العلاجية على فعالية العلاج المعرفي، سواء كان مقترناً بالأدوية أم لم يكن، في علاج الاضطرابات الأكثر استعصاءً وشدة مثل الاكتئاب المزمن الشديد والاضطراب ثنائي القطبية^٢ وفقدان الشهية العصبي والفصام العقلي وزُملات التعب المزمن وإساءة استخدام المواد المخدرة. وإنني أعتزم في مقبل الأيام أن أقوم بإلقاء الضوء بشكلٍ خاص على مداخل معرفية جديدة لتناول مرض الفصام العقلي.

لقد آن لنا أن نستشرف الأفق الجديدة لنرى كيف يمكن للعلاج المعرفي أن يفي على خير وجه بالاحتياجات المتجددة للمرضى وللمستفيدين بنظام التأمين الصحي. إنني أتوقع في المستقبل ظهور علاج نفسي واسع النطاق يمكن أن يطور ليستوعب المجال العريض من

^١ محوران من المحاور الخمسة التي يشتمل عليها التصنيف الأمريكي للأمراض النفسية كما يمثله «الدليل التشخيصي والإحصائي DSM». يختص المحور I بالاضطرابات الإكلينيكية، ويختص المحور II باضطرابات الشخصية والتخلف العقلي. (المترجم)

^٢ هو ما كان يسمّى في السابق «الهوس الاكتئابي». (المترجم)

المشكلات النفسية لدى المرضى النفسيين والجسميين. وأتصور، تمشيًا مع المتغيرات التي طرأت على طرق تقديم الخدمات الصحية، أن المهام التي يُعهد بها إلى المعالجين سوف يتم تحديدها بحسب مستوى خبرتهم ومهاراتهم المتخصصة؛ فالمعالجون الأقل خبرةً ومهارةً سوف يقومون على الأرجح بعلاج الصنف العادي البسيط من الاضطرابات علاجيًا قصير الأمد (يستغرق ما بين ثلاث زيارات علاجية واثنيتي عشرة زيارة)، بينما يضطلع المعالجون الأكثر مهارة بتناول الاضطرابات المستعصية من اضطرابات المحور I، II، وذلك في علاجٍ أطول أمدًا توزَّع فيه الزيارات العلاجية على امتداد فترة زمنية أطول مما هو معتاد في الوقت الراهن.

سيعمل المعالجون النفسيون أيضًا كأعضاء فريق مع أطباء الرعاية الأولية؛ بحيث يكون كل معالج مسئولاً عن فحص عموم المرضى للكشف عن المشكلات الطب نفسية. وحيث إن أربعين إلى خمسين بالمائة من مرضى طب العائلة يعانون بدرجة أو بأخرى من الاكتئاب؛ فإن هذه المشكلات سوف يتناولها معالج الرعاية الأولية. كذلك سوف يشارك المعالجون النفسيون في «الخطة العلاجية» لاضطراباتٍ من قبيل مرض السكر وضغط الدم وآلام أسفل الظهر والربو الشعبي.

ومع دخولنا القرن الحادي والعشرين فإن فرصًا أوفر سوف تكون متاحة أمام المعالجين ذوي الخبرة والتدريب العاليين. وسوف يعتمد الترخيص للمعالجين في المستقبل بمزاولة العلاج على مدى كفاءتهم في التعامل مع المرضى. وهو ما يعني أنهم لن يُعهد إليهم بعلاج مرضى إلا بقدر مهارتهم العلاجية النفسية العامة، وكذلك لمهارتهم العلاجية الأكثر تخصصًا ودقة.

دعوني أعرب لكم مرة ثانية عن بالغ سعادتي بأن تكون لدينا طبعة عربية لكتاب «العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية» متاحة للممارسين المهتمين بالمدخل المعرفي؛ فإنني على إدراك واضح بأن العلاج المعرفي ينسجم كل الانسجام مع المفاهيم الخاصة بالمرض النفسي في البلاد العربية. ومن المؤمل أن تيسر هذه الترجمة استخدامه مع أولئك الذين يعانون من الاكتئاب والقلق والاضطرابات الأخرى.

أرون. ت. بك

أستاذ الطب النفسي

جامعة بنسلفانيا

فيلادلفيا/الولايات المتحدة الأمريكية

١٩/٨/١٩٩٩م

Preface

I am delighted to prepare this introduction to the Arabic edition of Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Cognitive Therapy draws on a very strong empirical base for its theoretical formulation. The generic cognitive model derived from the theory has been tailored to the specific characteristics of a wide range of Axis I and Axis II disorders. A large number of outcome studies have supported its efficacy in the treatment of Axis I disorders.

The most recent controlled outcome studies have indicated efficacy with or without medication in the more intractable and severe disorders, such as Severe Chronic Depression, Bipolar Disorder, Anorexia Nervosa, Schizophrenia, Chronic Fatigue Syndrome, and Substance Abuse. I would especially highlight new cognitive approaches to schizophrenia.

It is now time to look ahead to the new millennium to see how cognitive therapy may best serve the changing needs of the patients and the insurers of health care. In the future, I expect the emergence of a broad psychotherapy that can be refined for the broad range of psychological problems in psychiatric patients and medical patients. With changes in the delivery of health system, I propose that some kind of triage will assign psychotherapists according to their degree of expertise and specialized skills. In all probability less experienced, less skillful therapists will treat the simple

garden-variety of disorders on a short-term basis (from three to twelve visits). The more skillful therapists will work with the intractable Axis I and Axis II disorders in longer-term therapy which will include spacing out the visits over a longer period of time than is customary presently.

Also, therapists will work as members of a team with primary care physicians. Each therapist will be responsible for assessing and screening medical patients for psychiatric problems. Since forty to fifty percent of family practice patients have some degree of depression, these problems will be addressed by the primary care therapist. Therapists will also be involved in the "disease management" of disorders such as diabetes, hypertension, low back pain, and asthma.

As we enter the Twenty-first Century, many broader opportunities for well-trained, experienced therapists will open up. In the future the accreditation of therapists will be based on the assessment of their competency in dealing with patients, and they either will or will not be assigned to patients depending upon their "non-specific" psychotherapy skills as well as their more highly specialized skills.

Again, may I say how pleased I am to have an Arabic edition of Cognitive Therapy and the Emotional Disorders available to professionals who are interested in the cognitive approach. I realize that Cognitive Therapy fits in very well with the concepts of mental illness in the Arabic countries, and this translation should facilitate its use with people suffering from depression, anxiety and other disorders.

Aaron T. Beck, M. D.
University Professor of Psychiatry
University of Pennsylvania
Philadelphia, PA 19104, USA

مقدمة

حظيت الاضطرابات الانفعالية في السنوات الأخيرة باهتمام كبير ولقيت رواجًا عظيمًا بين عامة الناس؛ فالكتب التي تتناول هذه الاضطرابات أضحت في قوائم الكتب الأكثر مبيعًا. ولا تكاد تخلو مجلة من المجلات العامة من مقالات تتناول هذا الصنف من الأمراض. ومن اللافت للنظر أيضًا تزايد الاهتمام بمقررات علم النفس المرضي في الجامعات، وتزايد أعداد الأطباء النفسيين والأخصائيين الإكلينكيين وغيرهم من العاملين في مجال الصحة النفسية. لقد تدفقت الاعتمادات المالية، سواء من الموارد العامة أو الإسهامات الخاصة، وأدّت إلى توسع هائل في إنشاء المراكز الأهلية للصحة النفسية وغيرها من الخدمات المرتبطة بالطب النفسي.

غير أن الأمر لا يخلو من مفارقة مؤسفة؛ ففي الوقت الذي تحظى فيه الاضطرابات الانفعالية بهذا الاهتمام العام، وتُبدّل فيه الجهود الضخمة لتعميم الخدمات النفسية المتخصصة على أوسع نطاق، نجد أن أهل هذا التخصص في شقاق حاد، يتنازعون فيما بينهم حول طبيعة هذه الأمراض وحول العلاج الأمثل لها. وما تكاد نظرية جديدة تستأثر بالساحة وتخلب ألباب العامة والخاصة حتى يجفّ رواؤها وتُدْرَج في زوايا النسيان. وتظهر نظريات أخرى وعلاجات جديدة فما تلبث أن يلحقها نفس المصير. ويتكرر هذا المشهد باطراد عجيب. وما تزال الخلافات باقية حتى بين أرسخ النظريات قديمًا وأكثرها صمودًا، وأعني بها: الطب النفسي العصبي *neuropsychiatry* ومدرسة التحليل النفسي *psychoanalysis* ومدرسة العلاج السلوكي *behavior therapy*، تلك النظريات التي اضطلعت بدراسة الاضطرابات الانفعالية وعلاجها وما تزال على شقاقها القديم سواء فيما يتعلق بالبناء النظري أو المدخل التجريبي والإكلينيكي.

تتفق هذه النظريات السائدة، رغم تباينها الواضح، في افتراض أساسي هو أن الشخص المصاب باضطراب انفعالي هو ضحية قُوَى ومؤثرات لا يتبينها ولا يملك التحكم فيها. أما مدرسة الطب النفسي العصبي التقليدية، وهي التي انبثقت من النزعة الفيزيائية للقرن التاسع عشر physicalism^١، فتبحث عن أسباب بيولوجية للاضطراب الانفعالي كأن يكون هناك تغيرات كيميائية أو عصبية قد أدت إليه، وبالتالي فهي تستعين بالوسائل الطبية من أدوية وغيرها لإزالة هذا الاضطراب. وأما مدرسة التحليل النفسي، وتستند أيضاً إلى فلسفات القرن التاسع عشر، فترى أن في الأمر عُصَابًا شخصياً تعزوه إلى عوامل لا شعورية (لا واعية). وأن عناصرَ اللاشعور (اللاوعي) هذه شيء مكنون خُتِمَ عليه بأختام منيعَةٍ وُضِرَت دونه حُجُبٌ نفسية لا يملك كشفها إلا المحلل النفسي. وأما المدرسة السلوكية، وجذورها الفلسفية كسابقتها ترجع إلى القرن التاسع عشر، فلا ترى في الاضطراب الانفعالي أكثرَ من انعكاسات (منعكسات/ ارتكاسات) لا إرادية قائمة على إشارات قديمة طرأت على المريض في سالف أيامه. هذه الانعكاسات (الأفعال المنعكسة) الشرطية لا يملك المريض تعديلها بمجرد فهمها، فوعي المريض بما يجري لا يُغني عنه شيئاً، وإنما يلزمه إشراف مُضاد يقوم به معالج سلوكي قدير.

يتبين من ذلك أن هذه المدارس الثلاث الرئيسة تتفق في أن مصدر الاضطراب يكمن وراء وعي المريض وأنه يفعل فعله فيه دون علمه ودرايته. وهذا ما جعلها تتفق أيضاً في الغض من شأن الوعي ... أعني التصورات الواعية للمريض، أفكاره الخاصة، وخيالاته. ولكن ماذا لو كانت هذه المدارس كلها على باطل في هذا الشأن؟ ماذا لو أن الوعي هو مصدر الاضطراب؟ ولنحدس معاً الآن ماذا يكون الأمر لو أن وعي الشخص هو الذي ينطوي على العناصر المسؤولة عن اختلال انفعالاته وتفكيره ولجوئه من ثم إلى طلب العون، وماذا يكون الأمر لو أن جعبة هذا الشخص كانت في واقع الحال ملأى بالوسائل المنطقية الكفيلة بتعديل هذه المكونات الواعية فيما لو حظي بالتوجيه السليم. من الواضح أنه لو صحَّت هذه الافتراضات لشُقَّ أمام اضطرابات الانفعال طريق علاجي جديد مختلف تماماً عن الطرق الثلاثة الأخرى، يقوم على أن الإنسان لديه كل المفاتيح اللازمة لفهم اضطراباته

^١ المذهب الفيزيائي (أو النزعة الفيزيائية) هو المذهب الفلسفي القائل بأن كل قضايا العلوم المختلفة وكل ظواهر الوجود يمكن أن تُرد إلى أحداث فيزيائية ويُعبَّر عنها بحدود فيزيائية. وهو الصيغة العصرية المنقحة للمذهب المادي. (المترجم)

النفسية وحلها دون أن يندَّ عن نطاق وعيه قيدَ شبر. فبمقدور الإنسان أن يصحح أوهامه التي أورثته هذا الاختلال الانفعالي بنفس الجهاز العقلي الذي اعتاد استخدامه في حل المشكلات طوال مراحل نموه.

تتلاقى هذه الافتراضات لتكوّن منهجاً جديداً نسبياً في فهم الاضطرابات الانفعالية. هذا المنهج الجديد يقوم في الحقيقة على دعائم فلسفية ليست جديدة، بل هي موهلة في القدم، وتعود إلى زمن الرواقيين stoics. لقد اعتبر الفلاسفة الرواقيون أن فكرة الإنسان عن الأحداث، وليست الأحداث ذاتها، هي المسؤولة عن اختلاله الانفعالي. إلى هذا المنطق الرواقي يستند هذا العلاج الجديد — العلاج المعرفي — فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع وليّ الحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة. وتنشأ هذه الأوهام عن تعلّم خاطئ حدث له أثناء مراحل نموه المعرفي. وبصرف النظر عن منشأ الأوهام؛ فإن صيغة العلاج تُفصح عن نفسها ببساطة؛ فعلى المعالج أن يساعد المريض على كشف مغالطاته الفكرية وتعلّم طرائق بديلة أكثر واقعية لصياغة خبراته.

هكذا نرى أن المنهج المعرفي يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للمريض. وللمريض إذ ذاك أن يطمئن إلى أن اضطرابه لا يعدو أن يكون ضرباً من ضروب سوء الفهم التي كثيراً ما مرّ بمثلها في حياته السابقة وكثيراً ما نجح في تصحيحها حين توافرت له المعلومات الصحيحة أو حين تكشّفت له المغالطة الكامنة.

بهذا الاقتراب من الخبرات السابقة للمريض يقترب العلاج المعرفي من فهمه ولا يستغلق عليه. وهو يمدّه بالثقة في 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^٢ هذه الطريقة العلاجية في علاج ما تدّعي علاجه. ومن حُسن الحظ أن الظاهرة المعرفية قابلة للملاحظة

^٢ دأب علماء النفس العرب على استخدام كلمة «صدق» ترجمة لكلمة validity وهي ترجمة غير موفقة ولا تفي بالغرض في مجال القياس النفسي، كما أنها تزعم أهل الفلسفة لأنها تُفسد لهم تمييزهم الصارم بين الصواب المنطقي validity والصدق الواقعي truth. (المترجم)

المباشرة من جانب المريض عن طريق الاستبطان introspection، وأنها — بعكس تجريدات التحليل النفسي — قابلة للاختبار التجريبي. وهناك بالفعل أعداد متزايدة من الدراسات المنهجية قد أثبتت صحة الأسس التي يقوم عليها علم النفس المعرفي، وهناك تجارب بحثية علاجية قد برهنت على فعالية العلاج المعرفي.

من شأن هذا المدخل الجديد في فهم اضطرابات الانفعال أن يغير نظرة الإنسان إلى نفسه وإلى مشاكله. فالإنسان ليس رهين تفاعلات كيميائية أو نزوات عمياء أو انعكاسات آلية، بل هو كائن عُرضة للتعلم الخاطئ وللأفكار الانهزامية ولديه القدرة أيضاً على تصحيحها. وهو حين يضع يده على مواطن المغالطة في تفكيره ويُجري عليها التصحيح اللازم؛ فإنه يجعل حياته أكثر امتلاءً وإرضاءً له وتحقيقاً لذاته.

ولا يسعني، أخيراً، إلا أن أوجه عميق الشكر إلى كل زملائي وأصدقائي الذين قاموا بقراءة أجزاء مختلفة من المخطوط، وأمدوني بالاقترحات المفيدة والنقد السديد، وهم: بول برادي، جي إفران، سيمور إبشتاين، جوديت فريدمان، لي فريدمان، ماريكا كوفاكس، سير أوبري لويس، جورج مندler، آرثر برلماتر، جون رينهارت، فرجينيا ريفرز، جون رش، إرفين ساراسون.

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

ولا يفوتني في الختام أن أتوجه بالشكر إلى لي فليمنج وماري لوفل لطباعتهما المتقنة لمسوّدة تلو أخرى من المخطوط.

Aaron Beck

الفصل الأول

الحس المشترك وما بعده

«يتجذّر العلم فيما أسمىته «الجهاز الكلي لفكر الحس المشترك». فمن معطيات الفطرة السوية يبدأ العلم وإليها لا بد في النهاية أن يعود. ربما يتوجب عليك كرجل علم أن تجلو هذه المعطيات الفطرية وتهذبها، وقد تعارضها في التفاصيل الجزئية، وقد تفاجئها بما لم يكن في الحساب. غير أن مهمتك في نهاية المطاف هي أن تقنع هذه الفطرة وترضيها».

ألفرد نورث هويتهد

مأزق المريض

يخيم على مجال الأمراض النفسية جو مكهرب قلما نجد له نظيراً في غيره من العلوم الاجتماعية. فغياب الحقائق الصلبة والعلاجات الحاسمة قد خلق 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 والخرافات. فكان لا بد 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. وحيث يُفتقد الإجماع حول قيمة النظريات والعلاجات؛ فلن ينتهي الصراع بين المدارس الفكرية عند حد.

يسيطر على حقل الصحة النفسية عدد قليل من المؤسسات الراسخة الوطيدة، إلى جانب تجمعات أخرى من طوائف أصغر حجماً وأقل مكانة. وتشتبك المدارس الكبرى داخل هذا المجال في خصائص معينة؛ فهي جميعاً على قناعة بصحة نظامها الخاص وحقيقته النهائية، وازدراء للنظريات المعارضة، وتؤكد صارم على خلوص مذهبها وتقنياتها ونقائهما من أي شوائب دخيلة. وفي حالات كثيرة تبدو الشعبية التي يحظى بها نظام معين نابعة من الجاذبية الشخصية لمؤسسه وصحة عزمهم أكثر مما هي نابعة من صحة الأسس التي يقوم عليها النظام.

إلى من إذن يلجأ المريض النفسي إذا كان المضطلعون بعلاجه على هذا الخلاف المستحكم بشأن العلاج الصحيح؟ يبدو أن ليس أمامه سوى أحد أمرين؛ فإما أن يركن إلى الحظ ويختار معالجاً كيفما اتفق، أو أن يفوض إلى الله أمره ويحاول جهده أن يتغلب على مصاعبه بنفسه.

ثمة منطقة قد يكون فيها المخرج من هذه الورطة. تلك هي منطقة الوعي ... والمادة الثرية التي تتيحها لنا الأفكار الواعية للشخص ووسائله الفطرية في تحديد مشاكلكه النفسية وفي التغلب عليها.

لقد طالما أغفل المتصارعون هذه المنطقة رغم وضوحها وجلائها. أما مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكي؛ فتعتبر أن الأفكار الواعية ما هي إلا تمثيل مقنن لما يعتلج بالداخل من صراعات لا شعورية هي وحدها مكنم الداء. أما تعليقات المريض لمرضه فهي تبريرات زائفة، وأما آلياته التكيفية فمجرد دفاعات. إن أفكار المريض الواعية واستدلالاته العقلية وأحكامه وحلوله العملية لمشكلاته — كل ذلك يجب ألا يؤخذ بمعناه الظاهر. إنما هي معابر موقوتة توصلنا إلى المكونات الخفية العميقة للعقل، ثم لا يعدو شأوها أكثر من ذلك.

وقد انتقص السلوكيون أيضاً من أهمية التفكير ولكن لأسباب جد مختلفة. ففي غمرة حماسهم لمحاكاة دقة العلوم الطبيعية وأناقته النظرية رفض السلوكيون الأوائل كل المعطيات والمفاهيم المستمدة من تأمل الإنسان لخبراته الواعية، ولم يأخذوا إلا بالسلوك الذي يظهر بشكل مباشر للملاحظ الموضوعي. وما دامت الأفكار والمشاعر والآراء تند بطبيعتها عن الملاحظة الموضوعية ولا تتاح 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 يشدَّ طُبُّ الأعصاب التقليدي عن المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسي في الانتقاص من أهمية الفكر الواعي؛ فطبيب الأعصاب neuropsychiatrist^١، ويُطلق عليه أحياناً «العضوي»، لا يُعوّل على أفكار المريض ومشاعره في فهم حالته وتفسيرها. وهو إن كان يستكشف هذه الأفكار وتلك المشاعر؛ فلكي يشخص الحالة لا ليفسرهما. ذلك أن الأفكار والمشاعر المرضية هي مجرد مظاهر لعملية مرضية تحتية قوامها اختلال كيميائي. يستخدم أصحاب المدارس الثلاث من صنوف العلاج ما يوافق الأساس النظري لها، كل حسب مدرسته: فأما الفرويدي، باعتقاده الراسخ في سيكولوجيا الأعماق وفي المعاني الرمزية للأعراض؛ فيحاول علاج العُصاب بالتنقيب عن الأفكار والرغبات (المكبوتة) وكشفها وترجمة الأفكار والخيالات الواعية؛ أي رُدّها إلى المعاني الحقيقية التي ترمز إليها. وأما المعالج السلوكي، بإيمانه بالدور الحاسم للمؤثرات البيئية (الملاحظة)؛ فيحاول إزالة العصاب بطريق المنبهات الخارجية أيضاً، كأن يكافئ استجابات المريض ويعاقبها بحسب قربها من السَّوء أو بعدها عنه، أو أن يعرِّض المريض خطوة خطوة للمواقف أو الأشياء التي تخيفه. وأما طبيب الأعصاب، بثقته في دور الأسباب البيولوجية؛ فيستخدم علاجات «جسمية» من قبيل الأدوية والجلسات الكهربائية.

إن هذه المدارس المعاصرة إذ تستهين بقدرة 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 بالتالي أن يطرق باب المعالج المحترف كلما ألت به شدة من الشدائد المعتادة في الحياة اليومية. لقد أُنعت أنه أن اضطرابات الانفعال تنبع من أسباب خارج نطاق فهمه وأن فكرته عنها سطحية هامشية، وبذلك سلبت الثقة في طرائقه السهلة الواضحة التي اعتاد أن يحل بها مشكلاته. إن هذا التلقين الماكر، إذ يحط من قيمة الحس المشترك، إنما يجرد المريض من سلاحه الأصلي ويحرمه من استعمال عقله في تحليل مشكلاته وحلها. بل إن هذا الاتجاه السائد يقف حجر عثرة أمام المعالج النفسي ذاته ويكفُّه عن حثِّ المريض على استعمال عقله.

لقد حذرَ كتَّاب آخرون من خطر هذا الاتجاه إلى تجاهل أهمية سيكولوجيا الحس المشترك. يقول أولبورت (Allport, 1968) على سبيل المثال: «إن علينا في جميع المهن

^١ حرفياً: الطبيب النفسي العصبي، وقد اختزلنا العبارة للتخفيف. (المترجم)

العلاجية – شاملةً الطب النفسي والوعظ الديني والخدمة الاجتماعية والسيكولوجيا التطبيقية والتربية – أن نحاول استعادة شيءٍ من الحس المشترك الذي يبدو أننا قد أضعناه في الطريق.» (ص ١٢٥). هذا الإغفال من جانب المختصين لأفكار المريض الواعية هو الذي أسماه إشيرز Icheiser بحق «التعامي عن الواضح» *blind to the obvious* (ص ١٩٧٠م، ص ٧).

الوعي والحس المشترك^٢

حين ننظر إلى تعقيدات الحياة اليومية وضغوطها لا يسعنا إلا الإعجاب بقدره رفاقنا البشر على خوضها بهذه الكفاءة. فالإنسان ليس قادرًا فقط على مغالبة المحن ومسايرة التغيرات البيئية المباغثة والمواجهات الصعبة، بل إن باستطاعته أيضًا أن يعقد تسويات بين رغباته وآماله وتوقعاته من جهة وبين مقتضيات البيئة وقيودها من جهة أخرى. وباستطاعته أن يمتصَّ الإحباطات والخيبات والانتقادات دون أن يُصاب بعطب مستديم.

كثيرًا ما تُلزم الحياة المعاصرة الإنسان أن يتخذ، وبسرعة خاطفة، قرارات حياة أو موت (كما هو الحال حين يقود سيارته). بل تُلزمه أن يصدر أحكامًا أصعب حين يكون عليه أن يميز في الظروف المختلفة بين ما هو خطر حقيقي وما هو مجرد خدعة.

لولا قدرة الإنسان على فرز وتصنيف هذا الوابل من المثيرات (المنبهات) بكفاءة عالية لتحول عالمه إلى فوضى وتقاذفته الأزمات. ولولا هيمنة الإنسان على مخيلته العارمة لظل داخلًا في النطاق الغائم للخيال وخارجًا منه، هائمًا متخبطًا لا يميز بين الوجه الواقعي من موقفٍ ما وبين الصور والمعاني الشخصية التي يستدعيها هذا الموقف في الخيلة.

وفي نطاق علاقاته الشخصية يستطيع الإنسان في عامة الأحوال أن يلتقط أدق المشعرات التي يميز بها عدوه من صديقه. ويستطيع أن يتبنَّى من السلوك التوافقي ما يحفظ به علاقات دبلوماسية مع الأشخاص الذين لا يرتاح إليهم أو لا يرتاحون إليه. ويستطيع أن ينفذ ببصره خلال الأقنعة الاجتماعية التي يرتديها الناس وأن يفرق في

^٢ آثرنا تعبير «الحس المشترك» كترجمة لتعبير *common sense* من بين ترجمات أخرى كثيرة ومستعملة مثل: الموقف الطبيعي، الحس العام، بادئ الرأي، الفهم المشترك، الاعتقادات الراسخة، الذوق الفطري. (المترجم)

تواصله معهم بين الرسائل الصادقة والكاذبة ... بين الدعابة الأخوية وبين الضغينة التي ترتدي ثوب الدعابة. وهو في كل ذلك يوالف حواسه وعقله بحيث يلتفت إلى ما هو دالٌّ وهام وسط هذه الجلبة الهائلة من الإشارات، وبذلك يتسنى له أن ينظم استجاباته ويعدلها. تجري كل هذه العمليات السيكلوجية فيما يبدو بشكل آلي تلقائي ودون كثير تدبُّر من جانبه أو إعمال فكر.

يتبين من ذلك أننا خلال مراحل نمونا نكتسب تقنيات عالية الدقة والتركُّب نتعامل بها مع تعقيدات البيئة التي تحيط بنا سواء البيئة الحية وغير الحية. وبحوزتنا، فضلاً عن ذلك، مخزون واسع من المعلومات والمفاهيم والصيغ، نمتلكه داخل نطاق وعينا، يُمكننا من حل مشاكلنا السيكلوجية المألوفة. قد نخطئ بالطبع في تقييم موقفٍ ما أو نبالغ في تقدير إمكانياتنا، وقد نواجه مشكلات ليس لدينا حلول جاهزة لها، وقد تدفعنا الظروف إلى اتخاذ قرارات قبل أن تتوافر لنا المعلومات الكافية. غير أننا مجهزون سيكلوجياً بما يُمكننا من أن نتدارك الأخطاء على الفور، وأن نحكم على الأمور وأن نفسرها ونتنبأ بها، وأن نتناول المشكلات الجديدة بطريقة منهجية فنحلل مكوناتها المختلفة ونفاضل بين الحلول الممكنة.

حين ننظر إلى طريقة الإنسان العادي في تناول مشكلاته العملية نجد أنه في الحقيقة يتبع منهجاً أشبه بمنهج رجل العلم. فهو يقوم بملاحظات، ثم يضع فرضيات تفسيرية، ويقوم باختبار صدقها، إلى أن يصل في نهاية الأمر إلى تعميمات من شأنها أن تهديه فيما بعد إلى تقدير سريع للمواقف. ورغم أن الكثير من التعلم المبكر عند الإنسان يقوم على المحاولة والخطأ وعلى الاستدلال الاستقرائي inductive إلا أنه قادر على أن يجمع لديه ذخيرة من الصيغ والمعادلات والبدهييات التي تمكِّنه 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 البدئي للمنهج التجريبي مراراً وتكراراً دون أن يفطن لذلك.

وفيما يتعلق بالمشاكل النفسية المحضة، يكتسب الشخص مجموعة من الآليات والتعميمات التي يمكنه بها أن يقدِّر مدى واقعية استجاباته في المواقف المختلفة، وأن يقود مسار أفعاله بمرونة وسلاسة ويفضُّ الصراعات الناجمة عن تعدد البدائل المتاحة، وأن يتعامل بحكمة مع عوامل الخطر والإحباط والرفض. وخلال مراحل نموه فإن وعيه بخبراته النفسية الخاصة يتبلور في صورة ملاحظات ذاتية محددة تظل تتسع وتمتد حتى

تكوّن في النهاية أحكامًا عامة. وإن تصمد هذه الآليات المرتجلة لاختبار الزمن؛ فإنها تصبح بمثابة الإطار الذي من خلاله يفهم ذاته ويفهم الآخرين فهمًا حقيقيًا أصيلًا. وسوف نرى فيما بعد أن العلاج المعرفي في معظمه يسند إلى المريض دور العالم ويهيب به أن يستخدم أدوات المتاحة بالفعل لكي يحل بها مشكلاته التي تبدو له مستعصية.

من حسن الحظ أنه لا يتوجّب على كل شخص أن يبدأ الشوط من جديد لاكتساب هذا الفهم؛ لأنه من خلال عملية التنشئة الاجتماعية يتسلم مددًا ثريًا من حكمة الشعب يزوّده بديهيات السلوك الإنساني والمنطق الشعبي. كما أنه بفضل خبرته الشخصية واقتدائه بالآخرين وتعليمه الرسمي، يتعلم كيف يستخدم أدوات الحس المشترك؛ فيكوّن حدودًا ويختبرها، ويكوّن تمييزات، ويتعلم الاستدلال وإعمال العقل. والشخص الحكيم يستطيع أن يتناول الموروث الثقافي بالتصفية والتقطير، فيستخلص المبادئ السليمة منه ويستبعد الفضالة من الأفكار المغلوطة والأساطير والخرافات.

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. روبرت أوبنهايمر J. R. Oppenheimer (١٩٥٦م): «تنشأ كل العلوم كتقنية، وتصحيح، وتعديل لمعطيات الحس المشترك». وهو كما نرى صدق لقول هوايتهد الذي افنتحننا به هذا الفصل. لقد كانت نقطة البداية في علوم الفيزياء والكيمياء هي ملاحظات عن الوقائع الخارجية وعن قوانين الحس المشترك المبنية 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 القوانين الحرارية والغازية. وليست تشذ علوم السلوك عن هذا المقياس. فملاحظتنا عن وعينا، أي عن الوقائع النفسية الداخلية، تمدنا بالمواد الخام اللازمة لدراسة السلوك البشري دراسة علمية منهجية.

وقد أفاض هايدر Heider (١٩٥٨م) في بيان الدور الذي يضطلع به الحس المشترك في تطور السيكلوجيا العلمية. فأشار إلى أن بإمكان الإنسان بلمحة خاطفة أن يحيط علمًا بكّم هائل من المشاعر والأفعال، وأن هذه المعرفة «الحدسية» intuitive هي معرفة نافذة إلى حد كبير وبمقدورها أن تقطع شوطًا كبيرًا تجاه فهم السلوك البشري. يقول هايدر: «إن لدى الشخص العادي فهمًا عميقًا لنفسه ولغيره من الناس، وهو فهم إن يكن غائمًا وغير متبلور في صيغة محددة، فهو يمكّنه مع ذلك من التفاعل مع الآخرين بطريقة سوية إلى حد كبير.»

تشتمل سيكولوجيا الحس المشترك على العمليات النفسية والتأملات والملاحظات والاستبطانات التي يحاول بها الشخص أن يفهم أسباب عسره وأن يبحث عن مخرج من ضائقته، وأن يستبطن ذاته فيضع يده على الفكرة الرئيسية التي تشغل عقله وتولد فيه المشاعر السلبية من توتر وحزن واضطراب، وأن ينقّب بالسليقة عن الوقائع والظروف التي أدت إلى هذا الانشغال الفكري وبالتالي إلى هذا الكرب، وعندئذٍ يستطيع أن يتخذ الإجراءات الكفيلة بمداواة ألمه.

هذا اللون من التداوي الذاتي المألوف، كثيراً ما نشمل به الآخرين أيضاً؛ فنتفهم ألامهم ونمد 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 النصائح العملية لا تكلل بالنجاح على طول المدى، غير أنها تُعين كثيراً من الناس، إن لم يكن معظمهم، على تمالك أنفسهم وحفظ توازنهم معظم الوقت. كما تهدي هذه البصائر الفطرية والاستراتيجيات البنشخصية، فضلاً عن ذلك، إلى تأسيس نوع من العلاج النفسي المنهجي المتطور.

عندما يفشل الحس المشترك

رغم مآثره التي لا تنكر في تقديم إطار لفهم السلوك والاتجاهات وتغييرها؛ فكلنا يعلم عيوب الحس المشترك ومواطن قصوره. فقد ثبت لنا فشله في تقديم تفسيرات مقبولة ومفيدة للاضطرابات الانفعالية ... تلك الاضطرابات الغامضة المحيرة.

خذ على سبيل المثال لغز الاكتئاب؛ فهذه امرأة عاشت عمرها محبة للحياة معتزة بذاتها وبإنجازاتها راعية لأطفالها بحنان ظاهر وحب شديد، يصيبها الاكتئاب فتفقد اهتماماتها وتتقوقع وتتزوي وتهمل أطفالها، وتنشغل بتقريع الذات وبالرغبة في الموت. بل يعنُّ لها في لحظة من اللحظات أن تقتل نفسها وتقتل أبناءها، وتكاد تفعل لولا لطف الله. كيف للحكمة الشعبية أن تفسّر 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 لتقف متحدية أقوى الغرائز الإنسانية وأجلها — أعني غريزة البقاء وغريزة الأمومة. كما أن انزواءها وتحقيرها لذاتها يقفان على النقيض التام لمبدأ مسلم به من مبادئ السلوك الإنساني — هو مبدأ اللذة. إن الحس المشترك ينقلب عاجزاً عن فهم اكتئابها أو عن تجميع مكونات هذا الاكتئاب

في صورة متسقة. وربما يحاول البعض أن يبدد حيرته بإزاء مريض الاكتئاب في انزوائه ومعاناته العميقة بأن يتهمه بمحاولة لفت الأنظار أو بغير ذلك من الأفكار التقليدية. ولكن، أن يعذب الشخص ذاته حتى الانتحار من أجل إرضاء غير مضمون من مثل لفت الأنظار، ذلك شيء يتجاوز قدرتنا على التصديق ويناقض كل فطرة وسجية.

كي يمكننا أن نفهم لماذا أرادت الأم المكتئبة أن تُنهي حياتها وحياة أبنائها؛ فإن علينا أن نلج إلى داخل منظومتها الفكرية ونرى العالم بعينها هي، غير مقيدين سلفاً بالتصورات التي تنطبق على غير المكتئبين. إن إلامنا بوجهات نظر مريض الاكتئاب يفسر لنا سلوك هذه الأم ويُسبغ عليه المعنى.

فمن خلال عملية مُواجدة (تمثُّل وجداني) empathy وتوحدُ identification للمريض يمكننا أن نفهم المغزى الكامن وراء خبراتها، عندئذٍ يصبح بإمكاننا أن نقدم تفسيرات يقبلها العقل بشأن هذه المريضة بالنظر إلى إطارها المرجعي الخاص.

وقد اكتشفت 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 والحدب. وأن حالتها ميئوس منها. وإذا كانت تعزو فشلها وعجزها المزعومين إلى ذاتها وليس إلى أي شيء آخر، فقد أخذت تُصلي ذاتها ناراً من اللوم والتبكي. وبظنرة إلى المستقبل وجدت هذه الأم أن أبنائها سوف يصيبهم من الشقاء قدر ما أصابها. وإذا شرعت في التماس الحلول رأت أنه ما دامت هي غير قادرة على تغيير حالها فإن قرار الانتحار بالنسبة لها أمر مفروغ منه. ولكن ما أرقها وأقض مضجعها حقاً هو فكرة أن يترك أطفالها دون أم ... دون حب ورعاية تعلم تماماً أن ليس غير الأم قادر على منحهما. وبناءً على هذا قررت أن تجنبهم ذلك الصنف من البؤس الذي كانت تعانيه، وذلك بأن تُنهي حياتهم هم أيضاً. وجدير بالذكر أن هذه الأوهام كانت تسيطر على وعيها إبان ذلك إلا أنها لم تفصح قط عنها إلا بعد الفحص النفسي الدقيق والاستكشاف المتأنى لأفكارها ونواياها.

قد يصدنا هذا اللون من التفكير الاكتئابي بعشيته ولامعقوليته. إلا أنه يسترد معناه واتساقه حالما ننظر إليه داخل الإطار الفكري الخاص بهذه المريضة. فلو سلمنا جدلاً بصحة المقدمات التي ترتكز عليها (وهي أنها محكوم عليها بالشقاء هي وأبنائها نتيجة نقائصها المفترضة) للزم عن ذلك منطقياً أن التعجيل بوضع نهاية لهذا الشقاء هو خير للجميع. فكونها فاشلة عاجزة عن فعل أي شيء يؤدي منطقياً إلى انعزالها التام وفقدانها

للهمة، وشعورها بالحن الغامر ينتج بالضرورة من توبيخها المستمر لذاتها وضياع أملها في الحاضر وفي المستقبل. وما كدتُ أسلط الضوء على الأوهام التي رانت على عقل هذه المريضة حتى ارتسمت لي طرق عديدة لتصحيح مفاهيمها وحثها على مراجعة المقدمات غير الواقعية لمنظومتها الفكرية.

من هذا المثال يتبين لنا لماذا يفشل الحس المشترك في تفسير اضطراب انفعالي كالاكتئاب؛ فهناك دائماً معلومات محورية ناقصة (هي في هذا المثال فكرة المريضة عن نفسها وعن العالم وعن المستقبل... تلك الفكرة المحرّفة الشائهة). ومع ذلك فيمكننا العودة إلى استخدام أدوات الحس المشترك لحل المعضلة بمجرد أن نضع أيدينا على هذه المعطيات المفقودة. فما إن نضع كلَّ شيء في موضعه الصحيح حتى يبرز لنا تكوين أو نموذج واضح الدلالة والقصد. ولكي نستخلص تعميمات صحيحة من هذه النتيجة علينا أن نتحرى هذا النموذج في مرضى آخرين يعانون من نفس الصنف من الاضطراب الانفعالي. عندئذٍ يكون من الضروري أن نجري سلسلة من الإجراءات التجريبية لتدعيم المنهج الجديد في فهم هذا الاضطراب. وبعد أن نأخذ نتائج هذه التجارب بالمراجعة والتنقيح والتحقيق، يمكننا أن ننظر ما إذا كانت صياغتنا النهائية تفي بالمطلب الأساسي للعلم في رأي هوايتهد وهو أن تقنع الحس المشترك وترضيه.

لننتقل الآن إلى حالة المريض بالغسل القهري. إنه يقضي وقتاً يفوق كلَّ حد في غسل يديه وغيرها من الأجزاء المكشوفة من جسمه. وحين نطالبه بتفسير لذلك يقول إنه ربما يكون قد لامس الجراثيم التي قد تسبب له مرضاً خطيراً إذا هو لم يطهر يديه بدقة. والغريب أنه قد يعترف بأن الذي يخشاه بعيد الاحتمال، إلا أنه يمضي في غسل يديه ولو كان ذلك يعيقه في عمله وعلاقاته الاجتماعية واستجمامه، وربما في نومه وطعامه. يفسر التحليل النفسي التقليدي هذا السلوك بأن المريض لديه «تثبيت شرطي» anal fixation أو أنه يحاول أن يمحو إحساساً بالذنب نابغاً من رغبة لاشعورية محرّمة.

غير أننا حين نُنعم النظر في تفكير المريض يتبين لنا أنه كلما لامس شيئاً يحتمل أن يحتوي على بكتيريا تتملكه فكرة أنه ربما التقط مرضاً خبيثاً. وفي نفس الوقت تتمثل في مخيلته صورته وهو راقد في أحد أسرّة المستشفى يعاني النزاع الأخير من أثر ذلك المرض. فكلُّ من الفكرة والصورة الخيالية إذن يولّد القلق. ولكي يُبطل هذا الخوف ويخمده يُهرع إلى أقرب حمام ويبدأ في غسل نفسه.

وقد أسستُ طريقة لعلاج هذه الحالات بأن أحث المريض، في حضوري، على لمس أشياء متسخة ولكني، بموافقة مسبقه منه، أقصي عنه كلَّ فرصة لغسل يديه فأحرمه

بذلك من آلية تخليص نفسه من القدر المحمل بالجراثيم. عندئذ يبدأ في تصور نفسه راقداً بالمستشفى يموت من المرض المخيف، وتمثل هذه الصورة في مخيلته تلقائياً وتبلغ من الوضوح والجلء مبلغاً يعتقد معه أنه قد التقط المرض بالفعل، فيشرع في السعال ويشعر بحمى وضعف وتساوره إحساسات غريبة تشمل كل جسمه. في هذه اللحظة يكون بإمكانه أن أقطع عليه خياله وأبرهن له أنه غير مريض في واقع الأمر، وأن قوته موفورة، وأن حرارته طبيعية، وأن بإمكانه أن يتنفس دون سعال. هذه المقاطعة المتبوعة بحفز المريض على التقييم الواقعي لحالته الصحية، تؤدي إلى إزالة خوفه من التقاط مرض قاتل وتقلل من ميله القهري إلى غسل يديه.

الآن قد وضعنا أيدينا على المعلومة المحورية، وهي أن المريض ينتابه خيال وإحساس جسمي بمرض خطير إذا حيلَ بينه وبين الغسل، يتبين لنا أن ميله القهري إلى غسل يديه هو شيء له معناه ومغزاه. وتعصمنا هذه المعلومة، فضلاً عن ذلك، من إغراء التشبث بتفسيرات غامضة لن تعود بالنفع على المريض في محنته النفسية الخطيرة. بذلك تنهض حالة الغسل القهري مثلاً واضحاً على 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 نردُّ المشكلات النفسية إلى مقدمات منطقية خاطئة واستهداف لخبرات خيالية محرّفة؛ فإننا نحيد عن التفسيرات السائدة للأمراض النفسية بدرجة كبيرة. لقد افترض فرويد أن السلوك الشاذ له جذوره في اللاشعور (اللاوعي)، وأن ما يبدو عبثاً ولامعقولاً على مستوى الشعور (الوعي) لا يعدو أن يكون مظهرًا لدوافع لاشعورية باطنة. ولكننا نرى أن وجود التحريفات وخداع الذات لا يتطلب فرضية اللاشعور كما تصوره فرويد. فبإمكاننا أن نفهم اللامعقولية كعجز عن تنظيم الواقع وتفسيره.

ليست المشكلات النفسية بالضرورة نتاج قوى خفية سرية مستغلقة. فقد تنتج عن عمليات عادية مثل 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 منطقية خاطئة، والسلوك قد يكون انهزامياً لأنه مبني على اتجاهات غير عقلانية.

نُحْص من ذلك إلى أن المشكلات النفسية يمكن أن تُحلَّ عن طريق شحذ الفهم والتمييز، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلُّم اتجاهات أكثر تكيفًا. وبما أن الاستبطان، introspection، والتبصر (الاستبصار) insight، واختبار الواقع reality testing، والتعلم learning عمليات معرفية cognitive بالدرجة الأساس؛ فقد أسميناه هذا المدخل لفهم العصاب «العلاج المعرفي» (Beck, 1967, p. 318).

يُحْتُ المعالج المعرفي مريضه على تصحيح أفكاره المغالطة مستخدمًا 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. وتنشأ هذه التحريفات نتيجة تعلُّم ناقص أثناء مراحل النمو. والوصفة الطبية ببساطة هي أن نساعد المريض على أن يتعرف على أفكاره المغلوطة وأن يتعلم طرقًا أكثر واقعية لصياغة خبراته.

بذلك يقترب العلاج المعرفي من فهم المريض ويقدم للأمراض العصبية وعلاجها تصورًا غير بعيد عن خبراته العادية ... تصورًا يلحقها بغيرها من المواقف التي سبق أن أخطأ فيها الفهم وأساء التقدير ثم لم يلبث أن راجع نفسه وتدارك خطأه مستخدمًا تقنياته 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 السيكولوجية الكبرى تقف شاهدًا على أهمية المدخل المعرفي في فهم العُصاب وعلاجه. وبدا الفهم المعرفي كأنه نقطة التقاء جديدة بين السلوكية والتحليلية أخذة في التنامي والاتساع. وقد اضطلع روبرت هولت Robert Holt (١٩٦٤م) بعرض هذا التقارب الجديد ورسم خارطته. فقد أدرك التحليليون دعاة العمق، والسلوكيون أنصار الموضوعية، أن إغفالهم للجانب المعرفي قد فوّت عليهم حلَّ كثير من المشاكل الحقيقية والهامة، وأن تناولهم لهذه المشاكل لا يعني التنكر لمبادئهم الأساسية. ومن ثم بدأ «علم نفس الأنا» ego psychology في الازدهار داخل المدرسة التحليلية مستلهمًا كتابات هارتمان Hartmann (١٩٦٤م) وكريس Kris (١٩٥٢م) ورابابورت Rapaport (١٩٥١م)، وموجهًا الاهتمام إلى طبيعة الواقع وآليات التكيف النفسي لهذا الواقع. كما بدأ السلوكيون يولون اهتمامًا بالتفكير وعملياته ولا يقصرون عملهم على دراسة التعلم. وحتى في نطاق التعلم فقد بدأ السلوكيون يهتمون بدراسة تعلم المفاهيم والأفكار بعد أن كان تركيزهم منصبًا على الأداء الحركي، ويهتمون بتعلم الكلمات ذات المعنى بعد أن اقتصررت تجاربهم على تعلم المقاطع المفتقرة إلى المعنى.

لقد أخذ المعالجون يفيدون من طرائق العلاج المعرفي بشكل متزايد رغم ولائهم لمدارسهم الخاصة. فكثير من العلاج السلوكي، رغم ما يبدو من ارتكازه على نظريات التعلم واعتماده على التجارب العملية، لا يبعد كثيراً عما اعتاد الناس فعله منذ القدم لمغالبة مشاكلهم النفسية؛ فإجراء «بروفة» rehearsal خيالية للموقف المرهوب هو لب العلاج السلوكي المسمى «خفض الحساسية المنظم» systematic desensitization وتدريبات توكيد الذات assertive training التي يضطلع بها السلوكيون لا تزيد كثيراً عما كان يفعله كثير من الناس على السجية. أما أطباء الأعصاب neuropsychiatrists فقد أخذوا يصفون لمرضاهم الكثير من العلاجات العملية من مثل التوجيه والتفسير والتشجيع وتغيير البيئة، دون أن يضطروا إلى التنكر لفكرتهم المحورية وهي العلية الفيزيائية.

ونحن نتوسم أن تعطي المحاولات الجريئة لعلماء النفس الإنسانيين الملقبين «بالقوة الثالثة» (Goble, 1970) the third force دفعة كبيرة لهذه الروح المشتركة. فقد تحمس أولبورت Allport (١٩٧٠م) لهذا الانتقال لبؤرة الاهتمام إلى الأفكار الواعية والرغبات والمثل، واعتبرها «ثورة حقيقية» وأطلق على هذا الاتجاه اسم «العلاج الموقفي» attitudinal therapy مشيراً إلى وجود نقاط اتفاق تجمع نظريات كتأب متباينين من مثل أدلر Adler وإريكسون Erikson وهورني Horney وماسلو Maslow وروجرز Rogers. ونحن نضيف إليهم بالضرورة ألبرت إليس Albert Ellis.

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

وقد أبرز سيلفانو أريتي Arieti (١٩٦٨م) أهمية السيكلوجيا المعرفية كطريقة لفهم المشكلات الإنسانية. وهو محلل نفسي أطلق على المجال المعرفي اسم «سندريللا الطب النفسي»^٣ مؤكداً أن «قسماً كبيراً من حياة المرء مرده إلى بناءاته المعرفية

^٣ يعني سيلفانو أريتي بهذه التسمية أن المجال المعرفي ظل مهماً طيلة عقود من الزمن في فرع الطب النفسي الذي انصب اهتمامه آنذاك على النموذج الدينامي للتحليل النفسي والمدخل العضوي الطبي لعلاج المرض العقلي. لقد أهمل المدخل المعرفي رغم جدارته، مثل سندريللا في الأسطورة. ومثلها أيضاً وجد عددًا من أمراء الطب النفسي يكتشفونه وينصفونه ويدركون أهميته حتى غدا موضوعاً ذا رواج عظيم.

cognitive constructs، وأننا من المحال أن نفهم الكائن الإنساني دون أن نعرض لهذه البناءات الهامة من مثل صورة الذات self-image، وهويتها self-identity، والتماهي (التوحد/التقمص) identification، والأمل، والتشوّف إلى المستقبل..» (ص ١٦٣٧).

وبما أن الظواهر المعرفية يمكن تحديدها بسهولة من خلال الاستبطان؛ فهي إذن قابلة للاستقصاء والتمحيص. إن قابلية أفكار المريض للبحث والاستقصاء المنهجي هي التي دفعت كثيرًا من الكتّاب ذوي التدريب السلوكي (من أمثال ماهوني Mahoney ١٩٧٤م، ومايتشنبوم Meichenbaum ١٩٧٤م) إلى محاولة استكشاف الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية في مجالي السيكوباتولوجيا والعلاج النفسي. وقد جاءت الدراسات المنهجية الحديثة مؤيدةً إلى حد كبير للمبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي، وأدى الاهتمام المتزايد بهذا المدخل إلى إجراء كثير من التجارب البحثية العلاجية التي دلت على فعاليته.

الفصل الثاني

استكشاف منظومة الاتصال الداخلي

«الشخصية أشبه بمؤتمر كامل يضم عددًا كبيرًا من الأفراد، منهم الخطباء وجماعات الضغط والأطفال، ومنهم الغوغائيون والشيوعيون والانعزاليون وتجار الحروب، وفيهم المستقل والمحافظ ومبتز الأموال ومقايض الأصوات، وبينهم أشباه قيصر والمسيح ومكيافيلي ويهوذا وبرومثيوس الثوري.»

هنري مري

الرسالة الخفية

ثمة وابل من العلامات والإشارات الصادرة من البيئـة يصل إلى جهازنا العصبي في كل لحظة فيملي علينا ما نفعله وما نحسه بطرق عدة. كلُّنا يعرف ذلك ويدريه. فنحن نتوقف لدى الإشارة الحمراء، ومنتنكب مناطق التفجير، ونحتج على سوء المعاملة، ونبتهج للمدح، ونستاء من التأنيب. ولكننا أقل درايةً بمنظومة الإشارات الداخلية التي تناظر الإشارات الخارجية. إن لدينا جهازًا ذاتي التنظيم يقوم بمعالجة processing الرسائل الواردة ويفك شفرتها (رموزها) ويفسرهما، ويصدر إلينا الأوامر والنواهي، ويأخذ النفس بالإطراء والتبكيـت.

وتتواشج هاتان المنظومتان كالتروس؛ بحيث لا تسيرنا المنظومة الخارجية المعقدة من المنبهات البيئية إلا بقدر ما تحرك فينا نظيرتها الداخلية. ذلك أن بإمكان تشغيلاتنا الداخلية أن توصل الباب في وجه الإشارات الخارجية أو تشيح عنها فلا نعود نواكب ما يجري من حولنا. على أن التفاوت الشديد أو الزمن بين المنظومتين قد يسفر عن اضطرابات نفسية.

إن نقص معلوماتنا عن السلوك الإنساني هو الذي جعل الغموض يرخي بظله على اضطرابات الانفعال، وجعل كثيرًا من خصائصها محيرًا ملغزًا يتحدى قوانين الحس المشترك. وما إن تتوافر المعطيات الشاغرة للباحث أو المعالج حتى يعود بمقدوره أن يطبق وسائله ويتفهم أكثر الأعراض غموضًا وإبهامًا. إن كشف المعاني الملتحمة بكل استجابة شاذة هو مشروع مثير من شأنه أن يثري فهمنا للسلوك الإنساني أيما إثراء. وهاكم أمثلة توضيحية من واقع الممارسة الإكلينيكية:

- هذه امرأة تسير في الطريق، فتدرك فجأة أنها ابتعدت عن بيتها قيد ثلاثة مبانٍ، فينتابها على الفور شعور بالإغماء.
- وهذا رياضي محترف يعتربه انقباض وخفقان كلما اجتاز بسيارته خلال أحد الأنفاق؛ فيظل مختنقًا يلهث ويظن أنه يُحتضر.
- وهذا روائي ناجح جعل يبكي بمرارة عندما امتدح الحاضرون عملًا من أعماله.

لقد حفزت مثل هذه الاستجابات المحيرة أصحاب المدارس العلاجية المختلفة، وجعلت كلاً منهم يفتش في جعبته عن تفسير. فهذه مدرسة التحليل النفسي تفسر إغماء المرأة التي ابتعدت عن بيتها تفسيرًا لاشعوريًا؛ ذلك أن خروجها يوقظ فيها رغبة مكبوتة في الإغواء والاغتصاب (Fenichel, 1945) وهي رغبة تورث القلق بسبب طبيعتها المحرمة. أما السلوكيون فيقدمون لقلق هذه المرأة تفسيرًا مختلفًا يستند إلى نموذجهم الشرطي. فيفترضون أنها في لحظة ما من حياتها كان قد نالها خطر حقيقي قُدِّر له أن يتزامن مع موقف عادي من مثل التجوال بعيدًا عن المنزل. هذا التزامن بين المنبه الحميد والمنبه الخطر هو الذي هيأ هذه المرأة لأن تستجيب للمنبه الحميد فيما بعد بنفس القلق الذي اعتادت أن تجده بإزاء الخطر الحقيقي (Wolpe, 1969).

أما وقد تبين أن كلا التفسيرين التحليلي والسلوكي تمليه النظرية إملاءً ولا يكاد يفيد من أي من المعطيات المتصلة بالموضوع؛ فإن لدينا تفسيرًا آخر يفرض نفسه حالما نستكشف منظومة الاتصال الداخلي.

فكلُّ من المرضى الذين أشرنا إليهم في الأمثلة الثلاثة يدرك أن هناك سلسلة من الأفكار تتداخل بين الحدث والاستجابة الانفعالية غير السارة التي تنجم عنه. وما إن يتمكن المريض من ملء هذه الفجوة الفاصلة بين الحدث المؤثر وبين نتائجه الانفعالية حتى ينكشف مغزى هذه الاستجابة المحيرة ولا تعود لغزًا. وكلنا قادر بالمرانة والتدريب أن نمسك 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 إن تتبين ابتعادها عن منزلها حتى كان يداخلها هذا الفكر: «إنني بالفعل بعيدة عن المنزل، فلو أنه حدث لي شيء الآن فلن يكون بمقدوري العودة إلى المنزل لأتلقى العون. لو أنني سقطت مغشياً عليّ الآن فسوف يعبرني الناس ولن يتعرف أحد عليّ ولن يساعدني.» يتبين من ذلك أن سلسلة الوقائع المؤدية إلى القلق تتضمن تعاقباً من هواجس الخطر.

أما صاحبنا الرياضي الذي يعاني 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 مصيري الاختناق.» عندئذٍ ترتسم في ذهنه صورة هذه الكوارث فيعتبره ضيق بالصدر يفسره بأنه من علامات الاختناق الفعلي، وما تلبث هواجس الاختناق أن تُولد فيه مزيداً من القلق الذي يتمثل في تسارع النبض وضيق التنفس.

وأما الروائي الذي كان يعالج تبايرح الاكتئاب، فقد استجاب للإطراء بهذه السلسلة من الأفكار: «يا للكذبة المضللين، يعرفون أنني روائي محدود القيمة ولا يريدون أن يقبلوني على ما أنا عليه، فما يزالون يكيلون لي المذائح الزائفة.» وعندما كشف لنا عن هذه الأفكار تبدي الإبهام عن استجابته العكسية للمديح؛ فحيث إنه يعتبر عمله هابطاً فقد فسّر المديح بأنه مخارِع، وخلص من ذلك إلى أنه يفتقر إلى علاقة أصيلة بغيره من الناس. وقد أدى به هذا الاستنتاج الخاطئ إلى مزيد من الشعور بالعزلة والاكتئاب.

ومن المؤسف أن أصحاب المدارس الكبرى للعلاج النفسي لا يتقبلون مبدأ وجود أفكار واعية تقع بين الحدث الخارجي والاستجابة الانفعالية الخاصة به. لقد أهملوا دراسة الفكر الواعي، ذلك المصدر الرئيسي للمعلومات؛ فاضطروا إلى استبعاده من صياغة نظرياتهم. ولكن مهما يكن من أمر هذه المدارس؛ فليس من الصعب أن ندرب الأسوياء والمرضى على أن يلتفتوا إلى ما يدور بخلدكم من أفكار في المواقف المختلفة. عندئذٍ يستطيع كل إنسان أن يلاحظ أن هناك فكرة ما تصل بين المنبه الخارجي والاستجابة الانفعالية.

ولكن ماذا عن تلك الانفعالات التي تقع للإنسان فجأة في غياب أي حدث خارجي يفسرها؟ في تأويل ذلك نقول إنه بالإمكان دائماً أن نتحقق من وجود «حدث معرفي» cognitive event، وهو فكرة أو ذكرى أو صورة، مندمج في المجرى الطليق للوعي، ومسبب لهذه الاستجابة الانفعالية. وقد يكون هذا الاتجاه المعرفي السائد هو علة استمرار الانفعالات غير السارة في الاضطرابات الانفعالية كالاكتئاب والقلق.

كثير من السلوكيين لا يوافقوننا على أن الفكر يلعب دورًا محوريًا في تشكيل الانفعال. ويحاول بعضهم أن يثبت أن المنبهات الخارجية تولّد الاستجابة الانفعالية بصورة مباشرة، وأن الشخص يقم تقييمه المعرفي للحدث بعد ذلك باستعادته وتأمّله، أي «بأثر رجعي». ولكننا نستطيع أن نؤكد أن الشخص الذي تدربّ على أن يرصد أفكاره ويمسك بها بمقدوره أن يلاحظ مرارًا وتكرارًا أن تفسيره للموقف يسبق استجابته الانفعالية. فهو إذ يرى سيارة منطلقة 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، يقرّ في ظنها أن صديقًا لها قد مرّ دون أن يحييها، فتقول لنفسها «إنه يزدريني.» وتحس بالحزن. ثم يتبين لها في النظرة الثانية أنه لم يكن صديقها فلا تلبث مشاعر الاستياء أن تزول.

إن من الصعب في الحقيقة أن نتصور كيف يمكن لشخص أن يستجيب لحدث ما قبل أن يقيّم طبيعة هذا الحدث. وعلى النقيض من المنبهات العملية البسيطة من مثل رنين الجرس أو صدمات الكهرباء، الشائعة في التجارب السلوكية؛ فإن مفرداتنا البيئية الدالة تتسم عامةً بالتركّب والتعقيد بحيث تتطلب منا ملكة الحكم judgement لكي نقرر ما إذا كان موقف ما مأمونًا غير ذي خطر، وما إذا كان شخص ما صديقًا أو عدوًا. وكثيرًا ما يتوقف ذلك على مفاتيح دقيقة نحدد بها ما إذا كان مزاحه بريئًا مثلًا أو سخرية عدائية. ولا شك أن أحداث البيئة هي منبهات ملحةً تحملنا على أن نستجيب لها شئنا ذلك أم أبينا؛ فإلا تكن استجابتنا لها بناءً على عمليات معرفية مثل التمييز والاستيعاب فسوف تكون بناءً على إشارات ماضية تجعل ما ينتابنا أحيانًا من ضحك أو بكاء أو غضب يبدو غير ذي صلة معقولة بواقع ما يجري. مثل هذه الاستجابات النزوية قد يوغل التنبؤ بها إلى النظرية السلوكية التي تؤكد أن الاستجابات الانفعالية تقوم على إشارات طارئة قديمة، وأن ما يفجر هذه الاستجابات هو ما يجري من أحداث سبق أن ارتبطت في الماضي، من طريق المصادفة، بموقف مثير انفعاليًا.

تتجلى أهمية الكشف عن الوجه المعرفي للشخص بشكل خاص حين نكون بصدد استجابات انفعالية نقيضية. فحين نقف على المحتوى المعرفي ندرك على الفور أن ما يبدو مفردًا غير واقعي من الغضب أو القلق أو الحزن الذي يبديه الشخص يستند في الحقيقة إلى تقديراته الشاذة للحدث. وفي أمراض الانفعال تسود وتطغى هذه التقديرات الشاذة.

اكتشاف الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية)

أود الآن أن أتطرق إلى شيء من سيرتي الذاتية ربما يلقي مزيداً من الضوء على نظريتي 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 مرضاي قواعد التداعي الطليق free association وذلك بأن أطلب من المريض أن يقول كل ما يعنُّه بباله دون انتقاء (Fenichel, 1945, p. 23). وقد تعلم معظمهم جيداً أن يقهر أي ميل لمراقبة أفكاره. وكانوا يعبرون بشيء من الحرية عن مشاعرهم ورغباتهم وخبراتهم التي يخفونها على الناس خشية الاستهجان. ورغم ما تبين لي من استحالة أن يبوح المرضى بكل أفكارهم فقد ظلت أعتقد أن أقوالهم تمثل قطاعاً عرضياً لا بأس به لفكرهم الواعي.

غير أنني بدأت بمرور الوقت أشك بأن 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 المحللين النفسيين قد كشفوا الغطاء عن هذه المادة الثرية، غير أنهم لم ينزلوها في تراثهم كما هي دون تحوير وتأويل.

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

فقد حدث أن كنت أعالج مريضاً لي علاجاً تحليلياً، وبينما كان سادراً في تداعيه الطليق أخذ ينتقدني بحنق وغضب. وبعد أن توقف سألته «ماذا تحس الآن؟» فقال: «أحس بالذنب إحساساً شديداً.» يومها كنتُ قانعاً بأنني فهمت سياق الأحداث النفسية التي جرت. فقد كان هناك، وفقاً للنموذج التحليلي التقليدي، علاقة بين عدائه وذنبه هي ببساطة علاقة علة بمعلول ولم يكن لديَّ يومئذٍ ما يدعوني إلى توسيط أي حلقات أخرى في السلسلة.

غير أن المريض تطوع عندئذٍ بتقديم معلومة جعلتني أعيد تقييم الموقف من جديد. ذلك أنه فيما كان ينحي عليّ بالانتقادات المشحونة بالغضب كان لديه أفكار أخرى آخذة مجراها مفادها لوم الذات. لقد أفاد المريض أن هناك تيارين من الأفكار كانا يجريان في نفس الوقت تقريباً: أحدهما تيار العداة والانتقاد اللذين عبَّرَ عنهما أثناء التداعي الطليق،

أما التيار الآخر فكان يجري هكذا: «إنني لا أقول الحق ... ما كان يصح أن أقول هذا ... إنني مُتجنُّ في انتقادي له ... إنني سيئ ... إنني وضع دنيء بدرجة لا تغتفر.»
لقد قدّمت لي هذه الحالة أول مثال محدد على وجود تيار من الأفكار يجري موازيًا للأفكار الملعنة. فأدركتُ أن هناك سلسلة أفكار تتوسط بين تعبيرات الغضب ومشاعر الذنب. لم تكن هذه الأفكار البينية واضحة للعيان فحسب بل كانت تعليقًا مباشرًا لمشاعر الذنب؛ بحيث حوّلت معادلة الحدث إلى الآتي: لقد أحس المريض بالذنب لأنه كان ينحي على نفسه باللائمة بسبب أقواله الغاضبة لي.

ثم إنني جعلت أتحرى هذا الكشف الجديد شهورًا عدة بل سنوات مع مرضى آخرين خلال التداعي الطليق. فاكتشفت أن لديهم أيضًا تيارات فكرية لا يصرحون بها. غير أن كثيرًا منهم، بعكس المريض الأول، لم يكونوا على دراية تامة بها قبل أن أحفزهم إلى التركيز عليها. تتميز هذه الأفكار المضمرة في صورتها النموذجية بالانبثاق التلقائي والسرعة الخاطفة. وهي في ذلك تباين الأفكار الملعنة. ولكي أتمكن من استكشاف هذه الأفكار المضمرة واستخراجها كان عليّ أن أوجه المريض إلى أن يولي جلاً انتباهه إلى أفكار بعينها ثم يفصح لي عنها. إنه ضرب من تغيير بؤرة الانتباه ثبتت فعاليتها الكشفية الكبيرة كما يوضح المثال التالي.

كانت لي مريضة ينتابها قلق مستمر أثناء الجلسات العلاجية دون سبب واضح. وقد تطرّقت في إحدى الجلسات إلى الحديث عن صراعات جنسية معينة. ورغم مسحة من الحرج فقد أفصحت السيدة عن هذه الصراعات الحساسة بحرية ودون تحرُّز. وقد احترت لأمر هذه المريضة ولم أفهم سرّ قلقها طوال الجلسات. فقررت أن أوجه انتباهها إلى الأفكار التي كانت تراودها أثناء حديثها معي خلال العلاج. وعندما طلبت منها ذلك أدركت أنها لم تلتفت من قبل إلى هذا التيار من الفكر. وبشيء من التركيز تبينت هذه السلسلة من الأفكار: «إنني لا أعبر بوضوح عن نفسي ... إنه ضجرٌ مني ... بل ربما يكون عاجزًا عن فهم ما أقول ... إن حديثي قد يبدو له سخيًّا ... من المحتمل أنه سيحاول التخلص مني.»

عندما استطاعت المريضة أن تلتفت إلى هذه الأفكار وتسلط عليها الضوء، بدأت أتفهم مغزى قلقها الملازم لها طوال الجلسات. لم يكن لقلق هذه السيدة وارتباكها علاقة بالصراعات الجنسية التي وصفتها، بل كان لبُّ مشكلتها هو تقييمها الفكري لذاتها وتوقعاتها لاستجابات المعالج. فهذه السيدة رغم ما تتحلّى به بالفعل من فصاحة

وجاذبية كانت تمتلكها أفكار تدور حول موضوع واحد؛ هو أنها مملّة عاجزة عن التعبير. وعندما استطاعت أن تضع يدها على هذه الأفكار الخاطئة وتتناولها بالمراجعة والتصحيح زایلها ذلك القلق الذي كان يلزمها أثناء الجلسات.

وقد بدت لي الأفكار الأوتوماتيكية للمرضى في بداية الأمر من قبيل «الطرح» (النقطة) transference بمعنى أنها تتعلق بتقييم المريض لما يقوله لي أو يزعم أن يقوله، وللاستجابة التي يتوقعها مني تجاه حديثه. ولكن تبين للمرضى فيما بعد أن هذه الأفكار ذاتها تنسحب 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 يفطنوا لذلك، سواء خارج الجلسات أو داخلها. وقد استطعنا عن طريق التوليف على نظام الاتصال الداخلي كما هو أن نحدد المشاكل المحورية للمريض بدقة أكبر. فتلك السيدة التي كانت تظن أنها تضجرتني، على سبيل المثال، تبين أنها تعاني نفس الأفكار في كل تعاملاتها الشخصية.

ولكي أفجر هذا النبع الثرّ من المعلومات كان من الضروري أن أدرب مرضاي على ملاحظة تيار الأفكار المضمرة. فما دمت قد اكتشفت ابتداءً أن الأفكار المضمرة سابقة على الانفعال فقد كانت تعليماتي للمرضى هي: «حالما انتابك شعور أو إحساس غير سارّ حاول أن تستدعي الأفكار التي كانت لديك قبيل هذا الشعور». وقد ساعدهم هذا التوجيه على أن يشحذوا انتباههم إلى أفكارهم؛ فيتمكنوا في النهاية من التعرف على الأفكار السابقة على الخبرة الانفعالية. ولما كان شأن هذه الأفكار أن تنبت تلقائياً وبسرعة خاطفة فقد وسمتها باسم «الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية)». automatic thoughts. وكما سوف نرى في الفصول التالية؛ فإن تحديد الأفكار الأوتوماتيكية كان هو المادة الخام التي شكلنا منها فهماً جديداً للانفعالات واضطراباتنا.

غير أن ملاحظة هذه الأفكار الأوتوماتيكية قد شكلت معضلة. فقد كان مرضاي، وفقاً لتوجيهي التحليلي، يتبعون القواعد التحليلية ويقدمون المادة التي دأب جميع المرضى على تقديمها في عملية التحليل النفسي psychoanalysis. يشهد على ذلك أساتذتي المشرفون في معهد التحليل النفسي ممن راجعوا معي الأقوال الحرفية لمرضاي في تداعيهم الطليق. ولكن الأساليب التحليلية السائدة مثل التداعي الطليق، ومغالبة الرقيب overcoming censoring، وتأويل المقاومة interpreting resistances، لم تنجح (باستثناء الحالات التي وصفناها آنفاً) في تحصيل الأفكار الأوتوماتيكية.

وقد خلصت بعد مزيد من التمعن والتمحيص إلى أن مرضاي في الحقيقة لم يكونوا يركزون كما يجب على تيار أفكارهم. فقد كانوا يقدمون مادة تتصل بمشاكلهم الحالية

وأحلامهم وذكرياتهم أو يقدمون حكايات عن خبراتهم، أو يقفزون من فكرة إلى أخرى في سلسلة من التدايعات. ولكنهم لم يركزوا قط على ملاحظة أفكارهم والإدلاء بها. وبات واضحاً أن كثيراً مما قدموه كان مبنياً على حدسهم لما يَرَجِّح أنهم كانوا يفكرون به وليس على تركيز حاد على ما كانوا يفكرون فيه بالفعل.

لماذا يفشل التدايعي الطليق بصورته التقليدية في كشف النقاب عن هذه الأفكار الأوتوماتيكية؟ أحد التفسيرات المحتملة هو أن الناس قد أَلْفُوا 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، مفسراً للوقائع (أو مسيئاً لتأويلها) ومراقباً لسلوكه ومتنبئاً بالأحداث ومستخلصاً لتعميمات عن نفسه، وصحيح أننا في الموقف العلاجي نجنبه أيَّ حرج أو قلق يمنعنا من البوح بأفكاره. ولكن المشكلة هي أنه إما غير واعٍ تماماً بأفكاره الأوتوماتيكية أو أنه لم يدُر بخلده أن هذا النوع من الأفكار يستحق كثير تمعُّن. ولذا فمن المستبعد أن يدلي المريض بأفكاره الأوتوماتيكية ما لم يُهَيَّأ للتركيز عليها.

وكلما زادت خطورة الاضطراب، كما في الاكتئاب الشديد، كانت هذه الأفكار أكثر وضوحاً. وقد ازدادت إحاطة بوجودها، في الحقيقة، عندما أُجريت محاولات لاستكشاف المحتوى الفكري لمريض الاكتئاب الشديد. كما أنني لاحظت أن الأفكار الأوتوماتيكية هي أكثر سطوة وتسلطاً في مرضى الوسواس القهري.

طبيعة الأفكار الأوتوماتيكية

أثارت خبراتي الإكلينيكية التي سلف ذكرها اهتمامي بقضية الأفكار الأوتوماتيكية، فشرعت أدرب مرضاي بشكل منهجي على ملاحظتها أثناء التدايعي الطليق والإدلاء بها. وكنت أحدثهم أيضاً على تسجيل ما يعرض لهم منها خارج جلسات العلاج. وكم كانت دهشتي أثناء مراجعتي لتقارير المرضى عن أفكارهم عندما فوجئت بالتشابه الكبير في هذه الأفكار بين مختلف المرضى.

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

فهذه امرأة أثناء التداعي الطليق تتحدث عن فيلم سينمائي شاهده؛ فينتابها شعور بالقلق فيما كانت تصف الحبكة الروائية للفيلم. وعندما سألتها عن سبب قلقها أجابت «ربما لأنني حساسة لمشاهد العنف.» وهو مجرد تخمين أملاه تصورهما المستمد من النظرية التحليلية القائلة بأن العدوان يولد القلق. عندئذٍ سألتها إن كان لديها سلسلة أخرى من الأفكار سابقة مباشرة على ملاحظتها للقلق فأجابت «الآن وجدتها! لقد داخلني فكرة أنك تنتقدني بسبب تضييع وقتي بالذهاب إلى السينما. هذا ما جعلني عصبية.»

لقد لاحظت مراراً أنه ما لم يتم للمريض التدريب على التركيز على أفكاره الأوتوماتيكية؛ فالغالب أنها تمرّ دون أن يلحظها. ومع ذلك فيإمكاننا مساعدته على تبين أفكاره بتحويل انتباهه إليها. وكما أشرنا للتو، فكما اشتد المرض زادت الأفكار الأوتوماتيكية بروزاً وجلاءً. وكلما تحسنت حالة المريض خفتت هذه الأفكار وقلّ وضوحها. فإن رُدّت الحالة إلى الانتكاس عادت الأفكار الأوتوماتيكية إلى الظهور مرة ثانية.

كان لتلك الأفكار الأوتوماتيكية التي وصفها العديد من المرضى عدد من الخصائص المشتركة. فقد كانت واضحة متميزة بصفة عامة وبعيدة عن الغموض والهلامية. وكانت مصوغة فيما يشبه الأسلوب الاختزالي أو التلغرافي الذي يقتصر على الكلمات الضرورية. وكانت مبرأة من التدبر والاستدلال والتفكّر في حدث أو موضوع، خالية من التسلسل المنطقي الذي ييسم التفكير المتوجه لهدف goal-oriented أو لحل المشكلات problem-solving. كانت تحدث تلقائياً كما لو كانت انعكاسية. وبدت كأنها تتمتع بنوع من الاستقلالية؛ فهي تنشأ دون أي جهد من جانب المريض. بل إنه لا يملك إيقافها خاصة في الحالات المرضية الشديدة. وبالاستناد إلى هذه الطبيعة اللاإرادية للأفكار الأوتوماتيكية وتمحيصها فقد كان بالإمكان أيضاً تسميتها «الأفكار المستقلة» autonomous thoughts.

ومهما يكن من غلوها وتمحّلها فقد كانت هذه الأفكار تبدو لصاحبها مقبولة معقولة. وكان يسلم بصحتها دون ارتياب ودون اختبار لواقعيتها ومنطقيتها. صحيح أن كثيراً من هذه الأفكار كان واقعياً، ولكن الغريب في أمر المريض هو أنه كثيراً ما كان يعتقد في الأفكار الباطلة منها، ويعتقدتها حتى لو كان قد أقر ببطانها في مناقشات سابقة. فقد يتبين بطلانها عندما أمهله وقتاً لتأملها وتمحيصها أو عندما أناقشه فيها لكن لا يلبث أن يستسلم لها حين تعاوده ويقبلها على علّاتها.

وتتميز الأفكار الأوتوماتيكية أيضاً بأنها تنطوي على تيمة theme واحدة وإن اختلف منطوقها في الظروف المختلفة، على ألا نخلط بين ذلك وبين الأفكار المكررة النمطية في

حالات الوسواس. ولنأخذ هذا المريض الاكتئابي كمثال على فكرة اختلاف المنطوق مع وحدة الموضوع. إنما يمتلكه هاجس واحد، هو انتقاص 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 تستثقل مغازلاته، وأن المعالج يراه غيباً. وتظل هذه الأفكار السلبية على حالها مهما يكن بعدها عن الحقيقة ومهما ناقضتها الأدلة الموضوعية وفدنتها الخبرة الخارجية، ولا تزول إلا بشفاء المريض من الاكتئاب. وقد لاحظتُ أيضاً أن محتوى الأفكار الأوتوماتيكية يتسم بالخصوصية الفردية ولا سيما الأفكار الأكثر تكراراً وقوة. وهي ليست مميزةً لصاحبها فقط بل مميزة أيضاً لغيره من المصابين بنفس المرض. كما لاحظتُ أنها أُلصقُ بمشكلات المريض من تداعياته الطليقة وتفوقها من ثم في الفائدة العلاجية، وأنها تسبق الانفعال كما أشرنا. فالأفكار الأوتوماتيكية في حالة المريضة السابقة هي التي ولدت قلقها وليس التأمل في المحتوى الفعلي للفيلم. والأفكار الأوتوماتيكية، أخيراً، تتضمن تحريفاً للواقع يفوق ما تتضمنه الأنواع الأخرى من التفكير.

لقد بدا واضحاً من خلال متابعتي اللاحقة لمرضاي أن الإشارات الداخلية تلعب دوراً هاماً في السلوك سواء اتخذت شكلاً لغوياً أو بصرياً. وأن الطريقة التي يرقب بها الإنسان ذاته ويوجهها ويطربها ويقرّعها ويفسر بها الأحداث ويقوم التوقعات؛ هذه الطريقة لا توضح لنا السلوك السوي فحسب، بل تسلط الضوء أيضاً على الاضطرابات الانفعالية وآلياتها الداخلية.

مراقبة الذات والتعليمات الذاتية

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

وقد تسفر المراقبة الذاتية للسلوك عن استجابات غير تكيّفية. فيؤدي الرصد المفرط إلى الوعي الذاتي الزائد، والتنظيم المفرط إلى الكف والتثبيط. فمن شأن الإشارات التحذيرية أن تعيق التعبير التلقائي عن النفس. وتتجلى هذه الظاهرة بأوضح صورها في «رغبة المنصة» (رغبة المسرح) stage fright التي تتسم بفرط الإشارات التحذيرية والتعليمات

الذاتية الكابحة. وتبلغ هذه الظاهرة مداها في مرض الوسواس القهري؛ حيث تحتدم المجادلات الداخلية وتؤدي إلى شلل الفعل.

ومن الوجهة الأخرى قد يصاب جهاز الرقابة الذاتية بعجز؛ فنجد بعض الناس قد فقد القدرة على ضبط فكره ودفعاته، كما هو الحال في التدخين الزائد وفي البطنة. فقد يعتّم الشخص على ذاته عواقب أفعاله. وربما أوقف بعض مدمني الطعام أو الخمر جهاز الرقابة الذاتية؛ بحيث يشرع أحدهم في التهام 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 صورته عندما يصدر الإنسان إلى نفسه تعليمات لكي ينجز أهدافاً ملموسة محددة، كأن يذكر الطالب نفسه أن قد آن أو ان المذاكرة، أو يحدث المطرب نفسه بالتوقف لتلقي التصفيق. وقد يتبنى التوجيه والتقييم الذاتي أهدافاً أعرض كأن يتجه الإنسان لأن يكون والدًا كفئًا، أو أن يكتسب الثروة والقوة أو يحقق الشهرة. وعندما ينذر الإنسان كل نفسه لهدف محدد تصبح التعليمات التي تعنيه هي تلك التي تحته وتأمره وتوبخه، ومثل هذا الحث والنخس والتضيض قد يكون ثقیلاً على النفس حتى في حالتها السوية.

وقد تنشط هذه التعليمات الذاتية في بعض الأمراض بشكل مفرط؛ بحيث يظل الشخص يحث ذاته على الدوام بمناخس داخلية. ونحن نصادف هذا في بدايات الاكتئاب وفي الاكتئاب الخفيف وبين أصحاب الإنجازات الكبيرة. وقد وصفت كارن هورني Karen Horney (١٩٥٠م) هذه المنظومة من الأوامر الذاتية بأنها «استبداد الموجبات» أو «طغيان لا بد» the tyranny of the shoulds وقد تتواجد الموجبات المتضاربة جنباً إلى جنب عند المترددين من الناس وفي حالات الوسواس القهري.

وهناك صنف آخر من التعليمات الذاتية يدور حول تيمة تجنب الفعل avoidance أو كفه (تثبيطه) inhibition، فيستجيب أصحابه للمواقف غير السارة بأفكار مدارها التنصّل 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). وبنفس القياس فإذا توقع الإنسان التعرض للخطر من جراء فعل ما فقد يصدر إلى نفسه إشارة داخلية بكفّ هذا الفعل وكبحه.

وتبرز هواجس الهروب بشكل خاص في فكر مرضى القلق والاكتئاب. فمريض القلق إذ يدرك وجود خطر بينما تعوزه الثقة بقدرته على التغلب عليه، تتملكه رغبات مدارها

الهروب والسلامة، أما مريض الاكتئاب فتشقُّ عليه الروتينيات المعتادة للحياة؛ فيلتمس طرائق لعزل نفسه عن هذه المشاق أو عن الحياة ذاتها، وينسحب من هذا المعترك البغيض إلى حالة من الجمود والسلبية.

أما التعليمات الذاتية للشخص الغاضب؛ فتدعوه إلى اتخاذ موقف من الطرف المعتدي: «أثار لنفسك منه»، «وبّخه»، «لا تتركه يفلت 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 يعنف الإنسان نفسه ويمطرها بوابل من اللوم والتقريع إذا ما لمس في سلوكه أو أدائه عجزاً أو قصوراً، وربما عمّم الحكم واعتبر نفسه تافهاً أرذل لا خير فيه. ومن شأن ذلك أن يورثه الحزن والإحساس بالذنب. وقد تصل هذه المشاعر، بالطبع، من القتامة إلى درجات مرضية فيصاب الشخص بالاكتئاب، وهو مرض تسود فيه مشاعر الذنب ولوم الذات.

وعلى النقيض من الندم وعقاب الذات يأتي إطراء النفس وإثابتها. فقد يملك الإنسان الكبر لإنجاز أتاها أو لثناء ناله، فيحدّث نفسه: «يا لك من فتى، إنك تستحق أن تملك الدنيا، لقد استعدت أمجادك حقاً». وبقدر هذا الغلو والتعالي يكون انكساره فيما بعد وقنوطه عندما يُمنى بالإخفاق أو يخونه الحظ، فيقول لنفسه: «يا لك من أحمق. أخذتك أوهام النبوغ بعيداً بينما يراك الجميع غيباً هزّأة. إنك أجوف لا تملك لنفسك نفعاً ولا لغيرك.»

التوقعات

للتوقع والاستباق تأثير في مجرى المشاعر والأفعال يفوق كل التصورات. فما يتوقعه الشخص لخبراته من نتائج عاجلة وأجلة هو الذي يحدد معنى هذه الخبرات إلى حد كبير (Kelly, 1955). فالتوقعات السارة ترفع مزاج الشخص وهمته في الدرس والحديث والعمل، بينما تثبطه التوقعات السيئة وتجعله فاتراً بليداً.

وقد تتخذ التوقعات شكلاً بصرياً. فالمريض في فراشه ترتفع معنوياته ويتجدد أمله كلما ألم به طائف الشفاء ومعاودة الحياة النشطة. والمصاب بالقلق تتراءى له صور الكارثة كلما شرع في موقف جديد لا عهد له به. ومريض الاكتئاب تساوره خيالات الفشل في كل مهمة يباشرها (Beck, 1970c).

وفي المواقف الاجتماعية نجد أن الفرد كأنما يسجل استجابات الناس له أولاً بأول ثم يحدس رأيهم فيه في ضوء هذا التقييم. فيسأل نفسه: «ترى هل سيروقهم حديثي؟» «أم سيرون أنني أحمق؟» «هل سأنال استحسانهم؟» «هل سيهزءون بي؟» ويميل الإنسان بطبيعته إلى اعتبار أي استجابة مباشرة من الغير تجاهه كما لو كانت موقفاً ثابتاً كتب له الدوام. وتقييمه لصورته الاجتماعية يتوقف إلى حد كبير على الانطباع الذي يلوح له أنه يحدثه في الآخرين. إن فكرته عن صورته الاجتماعية قد تطغى على مفهومه عن ذاته وتجتاح تصورهِ عن نفسه: «ما لم أكن جذاب الشكل أو حلو الحديث فسوف لا يحبني الناس وسوف أكون إنساناً عديم القيمة».

القواعد والإشارات الداخلية

حين نتأمل الأفكار الأتوماتيكية يتحتم علينا أن نتساءل: ما هي المبادئ العامة التي تتحكم في تشكيل محتوى هذه الإشارات الداخلية؟ فنحن نعلم من ملاحظتنا أن الناس قد يسلكون بطرق مختلفة تماماً في 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 في كثير من المواقف التي تتشابه في صميمها؛ بحيث يمكننا أن نتنبأ باستجابته قبل حدوثها. وقد تطرد هذه الاستجابة أطراداً يجعلها تلتصق به كسمة من سمات شخصيته أو كطبع من طباعه. فيقال مثلاً إنه خجول هيّاب، أو إنه جافٍ عدواني.

هذه الملاحظات عن مدى اتساق الاستجابات، توحى بوجود نظام من القواعد العامة يحكم كل فرد ويحدد الطريقة التي يستجيب بها لموقف بعينه. وهذه القواعد لا توجه سلوكه الظاهر فحسب، بل تشكل أيضاً الأساس الذي يبني عليه تفسيراته الخاصة وتوقعاته وتعليماته الذاتية. كما تمدّه 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 جسمياً ونفسياً وتوطيد علاقاته بالآخرين.

وأبرز صنف من هذه القواعد هو ذلك الذي يأخذ صفة المعايير القياسية أو التنظيمات واللوائح. ففي ذهن كل فرد ما يشبه كتاب الإرشادات أو «الدليل» الذي يسترشد به في أفعاله ويقيّم به نفسه ويقيّم الآخرين، ويتبين به الصواب والخطأ في تصرفاته وفي

تصرفات غيره. وهو يستخدم القواعد أيضًا كمساطر يقيس بها درجة نجاحه في عمل معين، ويسترشد بهذه المعايير والمبادئ في إصدار التعليمات لنفسه (أو لغيره) في الموقف الذي هو بصدد، ثم يجري التعديلات اللازمة في ضوء ما تسفر عنه أفعاله. وبحسب الثمار الناتجة عن مسلكه في النهاية يكون رضاه عن نفسه أو سخطه عليها.

ولا يقتصر دور القواعد على توجيه السلوك، فهي تزودنا أيضًا بإطار لفهم المواقف الحياتية المختلفة. فهذا الدليل الكتابي الذي يحمله كل منا في ذهنه يتضمن نظامًا شفريةً يفيد في تحديد معنى الأحداث والمنبهات الخارجية. فهو يطبق قواعد هذا الكتاب حرفيًا حين يحسب حسابات أو يتبع خارطة أو يسمي أشياء. فهذه القواعد تنطوي على معادلات وصيغ ومقدمات منطقية تتيح للفرد أن ينظم ملاحظاته عن الواقع ويصنفها ويؤلف بينها، حتى يتمكن في النهاية من استخلاص نتائج دالة.

ونحن نستخدم هذه الشفرة أيضًا في المواقف المعقدة، وذلك لكشف المعنى الذي ينطوي عليه الموقف. فعندما يحدثنا شخصٌ ما بشيء فنحن لا نكتفي بفهم رسالته (أي بفك شفرتها) بل يعنينا بالدرجة الأساس أن نستخلص المغزى الشخصي الخاص لحديثه؛ فننظر ما إذا كان في حقيقة الأمر يلوّح بالعدوان، وما إذا كان علينا أن نرد عليه بالمثل أو أن ننسحب.

وفيما يلي مثال يوضح كيف يختلف شخصان في تأويل موقفٍ ما باختلاف القواعد التي يطبقانها على نفس الموقف. ويوضح المثال أيضًا كيف يكون الموقف الواحد مولدًا لانفعالات متباينة وملهمًا بأشكال مختلفة من السلوك بحسب القواعد التي تستخدم في فهمه وتقييمه.

فهذا معلم يطلب، بطريقة عفوية، إلى طالبتين (الآنسة أ، والآنسة ب) كانتا منشغلتين في حديث جانبي أن تنتبها إلى الدرس فيقول: «إذا كان لديكما ما تقولانه فيما أن تشركانا جميعًا فيه أو أن تصمتا.» أما الآنسة أ فقد استجابت بغضب قائلة إنها كانت تستوضح نقطة ليس غير، ثم أخذت تتحدى المعلم في المناقشة المفتوحة التي أعقبت الدرس وأخذت تنتقد شرحه ووجهات نظره التي عرضها انتقادًا حادًا. وأما الآنسة ب، وهي التي كانت دائمًا تشارك في المناقشات مشاركة فعالة، فقد ظلت منزوية حزينة منذ سمعت تعليق المعلم ولزمت الصمت حتى نهاية الدرس.

من الممكن فهم الاستجابتين المتناقضتين لهاتين الفتاتين 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: «رديّ له الصاع صاعين»، والقاعدة وراء هذا الانتقام هي: «يجب أن أثار لنفسي من كل من يسيء معاملتي». أما الآنسة ب فكان تفسيرها للموقف كالتالي: «لقد ضبطني متلبسة بفعل لا يليق، وسوف يبغضني من الآن فصاعداً». والانفعال هو: الخجل والحزن. والقاعدة هي: «التقويم الصادر من السلطة يعني الفضيحة والضعف والخطأ والدونية. ولفت النظر يعني الرفض». وتعليماتها الذاتية هي: «يجب أن أبقى صامته مطبقة الفم». والقاعدة هي: «إذا بقيت صامته فإن ذلك يقلص من حجم غلطي». وأيضاً: «إن صمتي سيكون تعبيراً عن أسفي على ما بدر مني».

يوضح لنا المثال أن الناس يتصرفون في حياتهم وفقاً لمجموعة معينة من القواعد. فكلُّ من الفتاتين في هذا المثال قد استخدمت معياراً مختلفاً في تقييم كلام المعلم وخلصت بالتالي إلى تفسير مختلف. ثم شرعت تطبق قواعد مختلفة ترشدها إلى ما يجب فعله فيما بعد تجاه هذا المعلم، ووصلت إلى نتائج مختلفة. وبذلك يكون سلوكها الظاهر هو الناتج النهائي الذي أسفرت عنه إشارات ذاتية ومداولاتها الداخلية. وصفوة القول إن هذه القواعد تفيد الفرد كمعايير لتقييم سلوكه وتوجيهه أو كبه. وهو يطبقها أيضاً على الآخرين ليحكم على سلوكهم ومدى ملاءمته ومعقوليته، ويتفهم بذلك دلالة أفعالهم ويحدث برأيهم في أفعاله.

ويبقى أن نسأل كيف تنشأ هذه القواعد؟ كلنا يعلم أن الإنسان في نموه يشرع في الكلام السليم نحوياً قبل أن يتأتى له أن يدرس قواعد النحو. فنحن لا نطلب من الأطفال صراحة أن يلزموا 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 يصرّح لهم بمنطوق القواعد العامة للسلوك. فهم على الأرجح يتشربونها من خلال ملاحظتهم للآخرين ومن خلال خبراتهم 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 صاحبتينا الأنسة أ والآنسة ب وجدنا أنهما تعتمدان قياساً منطقيًا syllogism مقدمته الكبرى هي: «كل تقويم يصدر من شخص في موقع السلطة هو انتقاد.» أما المقدمة الصغرى فهي «المعلم يقومني.» وبذلك تكون نتيجة القياس هي: «المعلم ينتقدني.» 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 التمييز بين أصناف الحيوانات والنباتات. كذلك قد يكون متفطناً لمقدمته الصغرى (الحالة الخاصة) أو لا يكون، بحسب الظروف، بيد أنه في كل الأحوال يدري نتيجة القياس. وهذه النتيجة قد تتخذ في الموقف موقعاً مركزياً وقد تعبره بسرعة شأن الأفكار الأوتوماتيكية التي وصفناها آنفاً.

ولهذه القواعد والأقيسة المنطقية القائمة عليها أهمية خاصة للممارس الإكلينيكي. فهي تساعد على تفسير السلوك اللامنطقي المفاجئ وتفسير الاستجابات الانفعالية غير السوية. وسوف نرى في الفصل الرابع كيف أن هذه القواعد إذا تنافرت مع الواقع أو طبقت بإفراط أو اعتساف حملت نُدْر الاضطراب النفسي أو المشاكل البينشخصية.

الفصل الثالث

المعنى والانفعالات

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

إبكتيتوس

معنى المعنى

ترى ما الذي يصرف علماء النفس عن دراسة المعاني الواعية؟ فالمعنى هو الذي يثري الحياة ويحول الحدث الغُفل إلى خبرة. ومع ذلك نرى المدارس النفسية المعاصرة إما ضاربة عنه صفحاً أو سادرة في طلب المعاني الخفية المستغلقة. فبينما تتنكب السلوكية كل الأفكار والمفاهيم العقلية؛ فإن التحليل النفسي التقليدي لا يقنع بالمعاني الواعية السطحية؛ فيلوذ بما يزعم أنه بنية تحتية معقدة من المعاني الرمزية التي تناقض المعاني العفوية للأحداث.

ورغم ما بين السلوكيين والمحللين النفسيين من خلافات عميقة، فكلاهما يرفض الأخذ بتوصيف المريض لأحواله النفسية بمعناه الظاهر، وكلاهما يشك في تفسيرات الحس المشترك للسلوك. فالسلوكيون لا يعوّلون على الخبرات الذاتية للمرضى ويقصونها من دائرة البحث العلمي باعتبار أنها غير قابلة للتحقيق من قبل ملاحظين آخرين. أما المحللون فيرون أن الفكر الواعي ما هو إلا نتاج لقوى لاشعورية دائبة في إخفاء المعنى الحقيقي للأحداث. وأما أهل الطب العصبي فهم قانعون بأن «وراء كل فكرة شاذة هناك جزيء شاذ.» ولا يقلق خاطرهم المعنى النفسي لهذا الشذوذ.

وعلى النقيض من الموقف المتصلب للسلوكية وطب الأعصاب، والتجريد المغرق للتحليل النفسي، يقف المدخل المعرفي موقفًا يأخذ بعين الاعتبار كلاً من المعاني الواعية والأحداث الخارجية. فهو يعتمد الأفكار والمشاعر والرغبات التي يصفها المريض ويعتبرها مادته الخام، وهو أيضاً يقبل تفسيرات المريض للوقائع بوصفها معطيات أساسية أو قاعدية لا بوصفها ستارًا يخفي معاني أعمق كما يفترض التحليل النفسي. وأحياناً ما يكون من الضروري أن نغربل الأفكار الأوتوماتيكية وغيرها من استبطانات المريض لكي نتمكن من تحديد المعاني والدلالات التي يتضمنها وعيه وإبراز التشكيلات المعقدة التي تتخذها، ثم يكون علينا أن نجرب مدى انطباق صياغتنا لهذه المعاني على المحتوى الحقيقي لوعي المريض، ونظل نعيد الصياغة والتجريب إلى أن يقرر المريض انطباقها التام على بنائه الفكري الخاص للوقائع.

ولكي نتفهم الاستجابات الانفعالية لواقعة ما، علينا أن نفرق بين المعنى العام لها وبين معناها الخاص أو الشخصي. فالمعنى العام هو التعريف الرسمي أو الموضوعي للحدث مجرداً من أي دلالة شخصية. فحين تأخذ ثلثة من الأصدقاء في مضايقة صديق لهم فإن المعنى الموضوعي لهذا هو ببساطة أنهم يمزحون معه. 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 يكتمه في نفسه ولا يظهره مخافة أن يمعنوا في مضايقته إذا هو أظهر تبرُّمه وضيقه. وبالمثل قد تحوز فتاة على أعلى الدرجات في الفصل فتقول لنفسها «إن هذا يثبت أنني أفضل من باقي الطالبات..» غير أنها قلما تفصح عن هذا المعنى الخاص كيلا تحنق عليها زميلاتهما. فالمعاني الخاصة تتولد عندما يقع شيء يمس جانباً هاماً من حياة الفرد مثل القبول من جانب الرفاق، إلا أنها تبقى في الأغلب شخصية ومتكتمة.

هذه المعاني الشخصية كثيراً ما تكون غير واقعية؛ إذ لا يتاح لصاحبها فرصة التحقق من صدقها. وواقع الأمر أنه عندما يكشف المرضى للمعالج عن هذه المعاني تكون هذه على الأرجح هي المرة الأولى التي تتاح لهم فيها فرصة التحقق من هذه المعاني الخبيثة واختبار صحتها. وتحضرني في هذه المناسبة حالة مريض لي في أواسط الخمسينيات من عمره، وكان بائعاً ناجحاً، استولى عليه زعر شديد عندما علم بضرورة نقله إلى المستشفى للعلاج من الالتهاب الرئوي. ورغم إلمامه بالمعنى الدارج للمستشفى كمكان لعلاج الأمراض، فقد تركز هاجسه الشخصي (كما تكشف لي من أفكاره الأوتوماتيكية) على توقعات لا أساس

لها، مفادها قيام الأطباء بتخديره وتقطيعه ثم نقل جثته بعربة (الكارو) إلى المشرحة للعرض والتعرف. لقد تَوَلَّد قلقه إذْن عن المعنى الشخصي للمستشفى وليس عن المفهوم العام المتعارف عليه لهذه الكلمة.

وأحياناً ما نصادف شخصاً يستجيب لموقفٍ ما استجابة غير ملائمة بل مفرطة إلى حد المرض. وحين نواجهه في ذلك نجد أنه قد أساء تأويل الموقف بناءً على شبكة من المعاني الخاطئة التي ألحقها به. إن لنا أن نعتبرها شاذة ونسمها بالمرض تلك التأويلات التي تنأى تماماً عن الواقع، بعد أن نتأكد أنها ليست مجرد أخطاء بريئة لزمّت عن معطيات خاطئة. تلك هي التحريفات المعرفية cognitive distortions التي تشكل لبّ الاضطرابات الانفعالية كما سنرى 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 ينزف أثناء عملية جراحية. ولم يكن في البداية يفهم سرّ تلك الاستجابة المسرفة. إلا أنني استطعت أن أستحث ذاكرته؛ فاستدرك أنه كان أثناء العمليات الجراحية تراوده صورة خيالية لنفسه وهو ينزف دمًا، وتصاحب الصورة فكرة تقول: «من الممكن أن يحدث لي مثل هذا.» من الجلي إذْن أن الطائف الخيالي والفكرة هما سبب الرعب وليس مشهد الدم في حد ذاته. وقد استطاع بعد أن تفتّن إلى المعاني الشخصية التي يقمها على ذلك المشهد أن يحضر العمليات دون أن تثير فيه ذلك الشعور البغيض ولا الطائف المقبض.

إن هذه المعاني والدلالات والخيالات هي التي تُولف ما يسمّى «بالواقع الداخلي» internal reality. وقد بذل التحليليون جهوداً بطولية لاستكشاف هذا الواقع الداخلي، ولكنهم استنكفوا أن يأخذوا أقوال المرضى بمعناها الظاهر فأعادوا صياغة مادتها الفكرية في تراكيب مستمدّة من النظرية. ومهما يكن من غموض المعاني الشخصية وروغانها؛ فإن بإمكان الشخص عن طريق الاستبطان الدقيق والتسجيل الأمين لخبراته الداخلية أن يوسع مجال وعيه ليشمل ذلك التيار الدائم التدفق من الأخيلة 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. وتنشأ هذه التعميمات عندما يتم لنا تأسيس علاقة عليّة بين

واقعة تحدث وظاهرة تتلوها، كأن ندع جسمًا دون سند فنجد أنه يسقط على الأرض. ولا تشذ العلوم السلوكية عن هذا. ففي سبيل تأسيس نظرية علمية تختص بالظواهر السيكولوجية فنحن نَعْنَى بحشد مثل هذه العلاقات السببية والبرهنة عليها. إلا أن المعطيات الأكثر أهمية في المراحل الأولى من تأسيس العلم السيكولوجي هي معطيات ذاتية مستقاة من دخيلة النفس وليست موضوعية خارجية كما هو الحال في العلوم الطبيعية. هذه المعطيات السيكولوجية سواء أكانت انفعالات أو أفكارًا أو رؤى هي ذاتية بمعنى أنها لا يَحْبُرُها ولا يملك أن يستبطنها ويبدل بها إلا صاحبها. وإنما تنشأ التعميمات في العلم السيكولوجي بتأسيس علاقات مبدئية بين الخبرات النفسية لدى شخص ما ثم مضاهاة ذلك بعلاقاتٍ مناظرة لدى أشخاص آخرين. كما يمكن تعقب السياق (الحدث الخارجي الموضوعي - الأفكار الخاصة - الاستجابة الانفعالية) لدى مختلف الأفراد لتحديد أوجه الشبه بينهم وأوجه الاختلاف.

ويوضح 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 أخلص أصدقاء توني بالحزن (شأنه شأن توني نفسه) وكأنما شاركه الخسارة. ويحس طالب آخر بالخوف ويحدث نفسه: «إذا كان توني نفسه قد أخفق فمن الجائز جدًا أنني قد أخفقت أيضًا.» بل إن هناك طالبًا أحس بالسخط على المعلمة متفكرًا: «ما دامت قد أعطت توني درجة منخفضة؛ فهناك احتمال أن تكون معلمة ظالمة. ومن يظلم طالبًا قد يظلم غيره؛ لأنه خرج على قاعدة أساسية ولم يُعَدَّ يُؤمَن شُرُه.» وهناك أخيرًا طالب زائر خلا باله من أي انفعال. ذلك أن درجة توني لا تعنيه من قريب أو بعيد.

يتبين لنا من المثال السابق أن تأويلًا معينًا للحدث يؤدي إلى استجابة انفعالية معينة. كما يمكننا استنادًا إلى أمثلة أخرى عديدة أن نعمم الحكم ونقول إنه بناء على التأويل الشخصي الخاص الذي يضعه كل فرد للحدث تكون استجابته الانفعالية سواء بالفرح أو الحزن أو الخوف 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 يلصق بالحدث معنى غير واقعي أو مغالى فيه حرى أن يعاني استجابة

انفعالية مفرطة أو غير ملائمة. فلن ينعم بالنوم رجل يتصور في كل ضجة يسمعها لَصًا يقتحم عليه المنزل. ومثل هذا الرجل عرضة لأن يصاب بعُصاب القلق إذا هو دأب على تفسير كل مؤثر حميد على أنه نذير خطر.

هذه الدعوى القائلة بأن المعنى الخاص للحدث هو الذي يحدد الاستجابة الانفعالية له، تشكل جوهر النموذج المعرفي للانفعال واضطراباته. يُدخِر هذا المعنى في مفردة معرفية *a cognition* هي عادةً 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 نصادف انفعالاً معيناً لا يربطه سبب واضح بالمجريات الخارجية. فإذا طاف بنا في لحظة ما طائف من خيال أو كنا نجتز خاطراً ما؛ فإن انفعالنا إذ ذاك سيكون وليد الرؤيا أو الفكرة من دون المثير^١ الخارجي. ثم إننا إذا حرّفنا واقعةً ما أو أسأنا تأويل موقف ما إساءة بالغة فإن استجابتنا ستتكون وفقاً لتحريفاتنا لا لواقع الموقف، وانفعالنا سيأتي تابعاً للوهم لا للحقيقة.

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

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

أما النموذج التحليلي للانفعالات فأعقد من ذلك بكثير. وبشيء من التبسيط الاصطلاحي نستطيع أن نقول إن التعاقب يحدث كما يلي: ثمة مثير أو حدث يقع؛ فيثير رغبة لاشعورية. وبما أن هذه الرغبة غير مقبولة من جانب الشخص؛ فإن بداية

^١ اصطلاحنا على أن نستخدم كلمة «مثير» وكلمة «منبه» بنفس المعنى كترجمة لكلمة *stimulus* الإنجليزية. (المترجم)

انبثاقها في الوعي تشكل تهديدًا داخليًا. وما لم يتمكن الشخص من صد هذه الدفعة المحرّمة باستخدام ميكانيزم دفاعي defense mechanism؛ فإنه يشعر بالقلق والذنب. وعلى سبيل المثال يرى فرويد حسَب نظريته عن عقدة أوديب أن الطفل الصغير يستجيب لرؤية أمه (المثير) بدفعة جنسية لاشعورية نحوها. فإذا ما هددت هذه الرغبة اللاشعورية بالاندفاع 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 رفضًا كليًا، والتحليليون يعينهم المعنى اللاشعوري. ويختلف النموذجان في تحديد موقع المثير المتحكم في الانفعال. فيراه السلوكيون خارجيًا حسب نموذجهم الشرطي. ويراه التحليليون داخليًا غير أنه دون منال الوعي (شكل ٣-١).

وبينما يتجنب هذان النموذجان كل ما تعارف عليه 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 إلى 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 لا بد منه في إقامة التعميمات. وهذه التعميمات بدورها تشكل أساس كل فهم للاضطرابات الانفعالية من مثل الاكتئاب، والهوس mania، وعصاب القلق anxiety neurosis، وحالات البارانويا paranoid state.

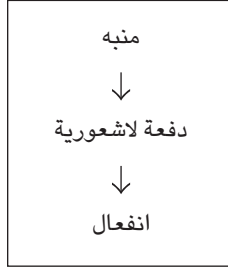
المجال الشخصي The Personal Domain

يُحكى أن رجلاً عرض عليه صديق له صورة لشعار من شعارات النبالة فلم يحفل بها. إلى أن أقنعه هذا الصديق أن هذا الشعار هو شعار النبالة الخاص بأسرته هو. فمنذ ذلك الحين لم يكفَّ الرجل عن إجلال تلك الصورة وتمجيدها. فكان يعرضها لغيره من الناس بشغف وترقب، ويتأذى كثيراً إذا لم يبدُ عليهم اكتراث واضح. لقد استجاب الرجل إلى صورة تزيينية على قطعة من الورق كما لو كانت امتداداً لذاته. يوضح هذا المثال أن الإنسان قد يلصق معاني شخصية بالأشياء التي يرى أنها تتصل به بشكل خاص. إنها أشياء تهمة وتحرك مشاعره. هذه الأشياء سواء كانت ملموسة أو غير ملموسة تشكل المجال الشخصي للفرد.

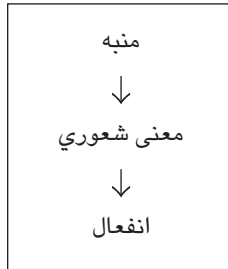
المعنى والانفعالات



النموذج الشرطي



النموذج التحليلي



النموذج المعرفي

شكل ١-٢: التفكير والانفعال.

وفي المركز من هذا المجال يقع مفهوم الشخص عن ذاته: عن صفاته الجسمية وسماته الشخصية وأهدافه وقيمه. وحول مفهوم الذات self-concept تتلَق الأشياء، الحية والجامدة، التي هي نُخره وعُدَّتُه، وتتضمن هذه الأشياء على الوجه الأمثل عائلة الفرد وأصدقاءه وممتلكاته المادية. أما باقي المكونات في هذا المجال الشخصي فتتفاوت في

درجة التجريد: من مدرسته وطائفته الاجتماعية وقوميته إلى القيم المجردة أو المثل التي تتصل بالحرية والعدالة والأخلاق.

ويفسر لنا مفهوم المجال الشخصي كيف يمكن للشخص أن يتأثر لما يقع لشخص آخر أو مؤسسة أخرى ولو كانت قصية عنه جغرافياً إلى حد كبير. فقد يحس بانسراح وبهجة عندما يكرّم 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 يمسانه شخصياً.

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

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

ورغم أن أرنولد وعلماء نفس تجريبيين مثل ريتشارد لازاروس R. Lazarus (١٩٦٦م)، وممارسين علاجيين مثل ألبرت إليس A. Ellis (١٩٦٢م) قد حددوا بوضوح ذلك الطريق الذي يربط التفكير بالانفعال؛ فقد فاتهم أن يحددوا أي نوع من التقييم يؤدي إلى هذا الانفعال أو ذلك. والحقيقة أن التراث العلمي العريض في سيكولوجية الشخصية والسيكولوجيا الاجتماعية لا يكاد يمس هذه المسألة. أعني مسألة أي الأفكار يؤدي، كرد فعل لمثير مؤذٍ، إلى انفعالات بعينها كالحزن والقلق والغضب ... إلخ. ومع التسليم بأن التقييم المبدي للموقف هو «هذا شر لي» بصفة عامة؛ فإن التفسير الفريد الذي يضيفه الشخص على ذلك المثير المؤذي هو الذي يحدد طبيعة استجابته الانفعالية.

الحزن

الحزن خبرة بشرية عامة يعرفها كل إنسان على ظهر البسيطة. وأحياناً ما يكون أكثر الخبرات إلغازاً وأبعثها على الحيرة. فكم ذا تصادف من طفل أو راشد يقول: «إنني حزين، غير أنني لا أعرف لماذا!» فمن غرائب هذا الشعور أنه يأتي في كثير من الأحيان

مناقضًا للموقف الحياتي الظاهر. فقد يغشى الغني ذا اليسر ويسهو عن الفقير المعدم ويتركه قانعًا بل سعيدًا.

وإليكم بعض النماذج من هذا الحزن النقيضي:

(١) فهذا بائع يبلغه أنه رُقِّي إلى منصب أعلى في المؤسسة التجارية التي يعمل بها؛ فإذا به يتلقى الخبر حزينًا منقبضًا.

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

(٣) وهذا خريج يحضر حفل قدامى الخريجين، وهو الحفل الذي كان يتشوّف له سنوات طويلة، فما كاد يلتقي بأصدقائه القدامى حتى خيم عليه الحزن وانسدل أمامه حجاب قاتم من الغم والكآبة.

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

هل ثمة من معنى عام يمكن أن يُستخلص من خبرات هؤلاء الأشخاص؟ الحق أن المعلومات التي قدمها كل منهم بعد ذلك سرعان ما بددت الغموض وأمدتنا بتفسير معقول لاستجابة الحزن. فأما البائع فقد ثبُط من همته أن الترقية تعني أيضًا أن ينقل إلى مكان بعيد لا يجد فيه مؤنسًا أو صديقًا. وأما الأم فاستطاعت أن تقف على الفكرة الأوتوماتيكية التي بثت الحزن في قلبها: «لقد فقدت فلذة كبدي.» وأما الخريج القديم فقد غشيتته الكآبة عندما ارتأى نفسه أقل شأنًا وأرقَّ حالًا من أصدقائه السابقين. وأما صاحب الدار الجديدة؛ فقد أطبقت عليه الحقيقة المرة، وهي أنه قد أهلك من أجل تلك الدار مالا لبيدًا.

ورغم أن كلاً من هؤلاء في واقع الأمر قد أضاف إلى رصيده الخاص وأثرى من مجاله الشخصي ببلوغه أملًا عزيزًا طالما كان يسعى إليه؛ فإن التفسير الذي غلبه على أمره كان عكسيًا؛ فثمة 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 الفقدان قد انتقص كثيرًا من مجاله الشخصي؛ فالحزن لا شك سيكون حليفه. أما إذا كانت الخسارة طفيفة بالنسبة إليه فإنه يستوعبها دون حزن يذكر. فإذا خسر مليونير على سبيل المثال بضعة دولارات عرضًا فقد لا يابه؛ لأنها لا تؤثر شيئًا في مركزه المالي. لكنه إذا عرض له أن خسر نفس

المبلغ في مراهنه فربما أصابه الحزن. ذلك أن للخسارة في هذا المقام دلالة سلبية إضافية تمس فطانتة وتومئ إلى طالعه. وبالمثل قد لا يكثر طيب نفسي بإهانة يوجهها له مريض زاهل يعتبره الطبيب فاقداً لوظيفة الحكم. ولكن نفس الإهانة قد تقض مضجعه إذا أتت من زميل له في المهنة. الإنسان إذن لا يهمله أن تزال من مجاله صفة غير ذات قيمة في نظره. إن زوال زائدة جلدية عن الجسم هو شيء أدعى إلى الارتياح، أما سقوط الشعر فلا.

ومن السهل أن نلاحظ كيف تحتمل كثير من مواقف الحياة تفسيرها كفقدان أو انتقاص من المجال الشخصي. ويمكن بسهولة أن نقسم الأحداث التي تبعث على الحزن إلى الفئات 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 المجال الشخصي؛ كأن ينقلب ضدنا ما كنا نعدده من قبل ذخراً لنا ومصدر قوة.
- (٤) وجود تفاوت بين ما نأمله وما نحصل عليه؛ أي خيبة الرجاء.
- (٥) تخيل فقدان مستقبلي واستباقه؛ فيميل الفرد إلى معايشة الفقدان المتوقع كما لو أنه حادث بالفعل (يقدر البلاء قبل وقوعه) وبذلك يكابد الأسى من قبل الفقدان.
- (٦) الخسارة الافتراضية: أي لم تقع خسارة ولكن يمكن أن تقع.
- (٧) الخسارة الكاذبة: أن يقدر الشخص في واقعة ما انتقاصاً من مجاله بطريق الخطأ.

قد يكون الفقدان إذن عينياً ملموساً مثل الخسارة المالية، وقد يكون أدبياً معنوياً مثل فقد محبة شخص آخر. ولا يقل الفقدان الأدبي جلباً للحزن وبعثاً للأسى عن الفقدان العيني. ومن بواعث الحزن أيضاً أن تتغير نظرة الشخص إلى إحدى خصاله أو ينقلب تقديره لها. مثال ذلك أن يرى شخص كان يعتبر نفسه فكهاً ظريفاً أن الناس ينظرون إليه كمهرج هزأة.

وإذا كنا بإزاء قيمة نلحقها بصفة من صفاتنا؛ فإن إحساسنا بالفقد تتناسب شدته مع الكمية المنتقصة من هذه القيمة لا مع القيمة المطلقة. فمثلاً إذا ارتأت فتاة كانت

تظن نفسها فاتنة الجمال أن الناس يعتبرونها مليحة وحسب؛ فإن إحساسها بالفقدان والحزن سيأتي مناظرًا للدرجات التي انتقصت من جمالها في تقديرها الخاص. وبنفس المقياس يكون حزن الوالد الذي ظنَّ ولده نابغة الطلاب عندما يأتيه أن مستوى ابنه هو فوق المتوسط لا أكثر.

وتأتي خيبة الرجاء أيضًا مصحوبة بمحتوى فكري ينطوي على معنى الفقدان بتمامه ويبعث على الحزن. فعندما يترقب 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 مجاله. فإذا قدر له ألا ينال مأربه فقد يصيبه نفس الحزن الذي كان حرياً أن يصيبه لو أنه كان قد ناله ثم فقده. ومهما يكن الأمل بعيداً خيالياً؛ فإن خيبته أليمة شديدة.

وكثير من الناس يعيشون المستقبل في الحاضر ويحسون الفقدان المرتقب كما لو كان واقعاً. كتلك المرأة التي أخبرت 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 تجهش 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 حرماناً حقيقياً. كدأب تلك المرأة التي كانت تبتئس كثيراً كلما تحدث زوجها إلى امرأة أخرى، وتفكر أنه من المحتمل أن تتطور علاقتهما إلى الحب.

والحسابات الخاطئة أو إساءة «مسك الدفاتر» مثال لنوع آخر من الفقدان هو الفقدان الكاذب. كشأن ذلك الرجل الذي كان يحس بألم الفقدان كلما أنفق مالا لاكتساب شيء ذي قيمة. وظل هذا حاله إلى أن وُقِّتْ إلى أن أساعده على إدراك حقيقة بسيطة: هي أن المكتسب قد وازن المنصرف وزيادة.

الانشراح والإثارة Euphoria and Excitation

مثلاً يرتبط الحزن بالفقد في الملاحظة الفطرية؛ فإن الشرط اللازم للانشراح والإثارة هو إدراك كسب ما أو توقعه، بحيث يقدّر الفرد أن مجاله قد زاد واتسعت حدوده. مثال ذلك أن يكسب أصدقاء جددًا، أو يقتني أشياء عينية جديدة، أو يصل إلى هدف منشود من أي نوع. فقد تزداد ثقة امرأة بقدرتها الاجتماعية بعد نجاح أول حفل عشاء تقيمه. وقد يزداد سرور الرجل ببذلته الجديدة بعد أن يطريه عليها الآخرون.

ولا تقتصر بواعث الانسراح على التقدير الإيجابي المشجّع، بل إن استباق اللذات والتعزيزات الآجلة قد يبعث السرور العاجل. وقد ينحو هذا الاستباق الفكري في الواقع منحنى تصاعدياً، كأمر ذلك الرجل الذي طالعه الصحيفة اليومية بمقال يعرض إنجازاته المهنية؛ فكانت أول فكرة طرأت عليه هي أن عمله ذاك (وبالتالي هو نفسه) من الأهمية؛ بحيث استدعى كل هذه الشعبية. وقد غمرته هذه الفكرة بالانسراح. ثم جعل يجيل في ذهنه كل الشخصوس الذين سوف يُقدّر لهم أن يقرءوا هذا المقال؛ فيزداد انسراحه أكثر فأكثر. عندئذ بدأت تجتاحه خيالات الشهرة المتنامية والشعبية العارمة. لقد أخذت آمال هذا الرجل تتسع دِراكًا. ومع كل دفقة أمل كانت هناك دفعة مناظرة من الانسراح. وتعتمد خبرة السرور في نشأتها على المعنى الذي نلحقه بالموقف أو الموضوع. فهذا شاب يلحظ أن إحدى الفتيات ترنو إليه فيفكر: «نانسي تحبني.» ثم يعمم هذه النتيجة إلى: «ما دامت هي تحبني فسوف يحبني أصدقاؤها أيضًا.» ثم: «أعتقد أن شعبيتي تزداد كثيرًا، فكل الناس تحبني.» وقد كان كل امتداد لتقديراته الإيجابية له ما يناظره من ارتفاع المزاج.

وليس من الضروري أن تكون هناك حاجة مسبقة قيد الإرضاء أو دافع قيد الإشباع لكي تحدث خبرة اللذة. فأيما حدث أو فكرة تمثل للفرد إضافة دالة؛ فهي سبب كاف للذة. فقد يتلقى الشخص هدية على غير توقع ولا احتياج، فيسرُّ بها رغم ذلك ويلذُّ غير أن الشخص ما إن يجد لذة في شيء حتى ينمو لديه شره إلى مزيد من هذا الشيء. فقد يستطيع شخص مذاق الشهرة فيغدو منهومًا إلى المزيد منها لكي يحافظ على تقديره الجديد لنفسه.

هكذا يكون للتقدير الجديد للذات بالغ الأثر على دافعية المرء. فالشخص الذي ينال مكافأة ما قد تلتهب رغبته في الإثابة ويزداد ترقبه للمكافآت؛ فيدفعه إلى مزيد من العمل المنتج. ويفيد هذا المبدأ بصفة خاصة في مساعدة مرضى الاكتئاب على مغالبة ما يصيبهم من كلال وهمود.

وقد تلعب آليات التغذية الراجعة feedback mechanisms دورًا في تصعيد الاستجابة للمكاسب. فخبرة الانسراح بعد حدث معزز للنفس قد يتخذها الفرد دليلًا على أن هذا الحدث هو شيء طيب. ومن شأن هذا التقييم الإيجابي أن يولّد مزيدًا من الرغبة في مثل هذه الأشياء أو الظروف الباعثة على السرور.

القلق

من بدائه الملاحظة أن من يرى نفسه في خطر محقق يستشعر قلقًا. وهناك أمثلة تقفز إلى الذهن كنماذج لتلك المواقف الباعثة على القلق. منها أن يتهدّد المرء أذى جسدي، أو مرض خطير، أو كارثة اجتماعية، أو رفض اجتماعي. أو أن ينال أي شخص في مجاله خطر يهدد سلامته أو صحته أو معنوياته، بل إن المرء ليعاني قلقًا إزاء أي خطر يحيط بمؤسسة يقدرها أو بمبدأ يُجلّه.

ومن المخاطر التي تتهدد المجال الشخصي للفرد وتثير قلقه أن يتوقع فقدان شيء ذي قيمة لديه سواء كان هذا الشيء موضوعيًا عينيًا كالمال والممتلكات أو كان صديقا أو قريبًا يوشك أن يفقده بالسفر أو المرض أو الموت. وللتهديدات النفسية الاجتماعية (مثل توقع الانتقاد أو المهانة أو الهجر) نفس الأثر الذي تركه التهديدات الجسدية ومخاطر المرض العضوي ولها في القلب نفس الوقوع.

ونحن نسمي توقع الأذى واستباقه (خوفًا). ونسمي الاستجابة الانفعالية غير السارة (قلقًا).^٢ ومن شأن القلق أن ينقص إذا استشعر الشخص القدرة على التعامل مع الخطر أو درئته. وأن يزداد إذا رأى أن الأذى المحتمل لمجاله الشخصي قد بات وشيكا ومرجحا ومدمرا. ويذكو القلق أكثر وأكثر إذا كان الشخص في شك من التوقيت الدقيق لوقوع البلاء.

ولكي يشخص المرء الموقف كخطر يتعين عليه أن يقوم بسلسلة من الأحكام تكاد تكون متزامنة. في الحكم الأول، أو التقدير المبدئي على حد تسمية ريتشارد لازاروس (١٩٦٦م)، يتعرف على الموقف كشيء مهدد ويقدر مدى احتمالية الضرر ومدى اقترابه وشدته. يأتي بعد ذلك التقدير الثاني، وفيه يزن المرء قواه الدفاعية، أي قدرته على إبطال الخطر واحتوائه. وبقدر ما تكون الغلبة المرتقبة للقوى المهددة يكون حجم الخطر المدرك وبالتالي شدة القلق الناجم.

يلعب المعنى دورا كبيرا في إثارة القلق. نلمس ذلك في التنوع الهائل للمواقف الباعثة على هذا الانفعال، وكذلك في اختلاف درجات القلق الذي يثيره الموقف الواحد لدى مختلف الأفراد. فكلنا نعرف كم ينزعج الشخص الحساس للرفض الاجتماعي عندما يوضع في

^٢ سنعرض في الفصل السادس لتفصيل الفرق بين الخوف والقلق.

موقف قد يكشف نقاط ضعفه. مثل أن يكفّ بإلقاء كلمة أمام عدد من الحضور. فمثل هذا الموقف قد يحمل معنى الكارثة بالنسبة إلى هذا الشخص، بينما لا يعني شيئاً لشخص ثانٍ لا يهيمه رأي الناس فيه ولا يكثر لتقييمهم له.

كذلك يكون القلق البالغ عند البعض إزاء مواقف أو أشياء مأمونة هو نتاج المعاني الشخصية الخاصة التي يلصقونها بهذه الأشياء والمواقف. من أمثلة ذلك تلك المرأة الموفورة الصحة التي كان يتخطفها القلق كلما نهجت نهجاً طبيعياً عقب مجهود عضلي، ظناً منها أنها في نوبة قلبية. وذلك الرجل الذي كان ينتابه القلق كلما مرَّ على أحد الجسور؛ إذ كانت تغزو مخيلته صورة بصرية للجسر وهو ينهار. ذلك وسوف نعرض فيما بعد لأمثلة أخرى تبين الدور الحاسم الذي يلعبه المعنى في الحالات المرضية للقلق.

الغضب

من النماذج التي ترد أحياناً لتمثّل النمط الأولي للغضب تلك الاستجابة التي تقوم بها الكائنات العضوية البدائية لتدمير أو طرد أي كيان مؤذٍ. وقد تضيء لنا هذه المماثلة analogy جانباً أساسياً من السلوك الإنساني؛ فعندما يتعرض أي شخص لاعتداء جسدي أو لفظي؛ فمن المحتمل أن يثور غضبه ويقوم بهجوم مضاد.

ورغم أن هذه الصيغة «الاعتداء يؤدي إلى الغضب.» تناسب بعض الحالات الظاهرة للعيان؛ فإنها لا تنطبق على كل الحالات التي يتولّد فيها الغضب. فلا يندر أن نجد شخصاً قد أقعده التوتر وأشلّه القلق على أثر اعتداء وقع عليه، أو أن نجد شخصاً قد تملكه الحزن لا الغضب بعد هزيمته في اشتباك جسدي. وقد وصف كانون (Cannon ١٩١٥م) استجابات الكائن للاعتداء وفقاً لنموذج «الكر-أو-الفر» fight-or-flight الذي يناظر الغضب أو القلق بصفة عامة. إلا أن هذه الصيغة لا تفسر بعض الاستجابات الأخرى للعدوان كاستجابة الاكتئاب مثلاً. كما أنها لا تقدّم تعليقات محددة للفروق الفردية في رد الفعل تجاه العدوان.

ومن المواقف التي نعرفها جميعاً والتي غالباً ما تولّد الغضب — موقف الإحباط، أعني إحباط رغبة من الرغبات أو دافع من الدوافع. وقد تقصّى دولاورد وآخرون (Dollard et al. ١٩٣٩م) هذه الملاحظة العامة وتوسعوا فيها وجعلوا منها نظرية عريضة هي نظرية «الإحباط-العدوان» frustration-aggression بقصد تفسير السلوك العدواني hostile and aggressive والعدائي hostile على تفاوت درجاته. إلا أن نظريتهم لا تثبت أمام التحليل

النقدي الذي سرعان ما يكشف أنها لا تغطي إلا قطاعاً محدوداً من المواقف المثيرة للغضب. كما أنهم يغفلون الدور الذي يلعبه «معنى» الإحباط في الظروف المختلفة، الأمر الذي جعلهم يوردون في نظريتهم مواقف نرى أنها تنطوي على الإحباط ولكنها لا تؤدي إلى الغضب. فمن المستبعد مثلاً أن يغضب الناس حين يحبطون عن هدفٍ ما إذا كان العامل المحبط عادلاً له أسبابه ومبرراته، كما أوضح إيليس (Ellis, 1962) وكما أثبتت تجارب بستور (Pastore, 1950, 1952). فالزوج الذي اعتاد أن يغضب إذا لم يجد العشاء جاهزاً لدى عودته إلى المنزل، من غير المحتمل أن يثور إذا اكتشف أن امرأته مريضة؛ بحيث تعجز عن تحضير الطعام.

وحيث نتأمل 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 علينا أن نتبين بينها رابطة مشتركة. إلا أننا حين نتمكن من تمييز الملامح الأساسية لهذه المواقف، فربما يتكشف لنا ما بينها من روابط.

التعدييات المتعمدة وغير المتعمدة

لنتأمل هذه الأمثلة المستقاة من المجال العريض للمواقف اليومية الباعثة على الغضب:

- (١) رجل تتعقبه عصابة من الصبية رشقاً بالحجارة.
- (٢) تلميذ يهمس في الفصل فيقع عليه توبيخ المدرس من بين كثير من التلاميذ الذين كانوا يهمسون معه.
- (٣) أحد رواد المسرح يحاول شراء تذكرة فيدفعه آخر عن الصف وقد بلغ الشباك تماماً.
- (٤) امرأة ينكث حبيبها العهد ويهجرها.
- (٥) طفل يأمره والده أن يشرك أخاه في لعبه.
- (٦) عضو لجنة يحاول أن يقدم سياسة جديدة فيعارضه باقي الأعضاء.

ثمة خيط 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 قهر، أو إعاقة، 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 لمجاله الشخصي، وهي تقع في نفسه هذا الموقع حتى لو لم يكن وراءها سوء نية أو تعمد أذى. وهناك مجموعة أخرى من المواقف الباعثة على الغضب تتكون من الأوامر والضوابط التي يراها الفرد تعدياً على حقوقه. فقد يغضب مثلاً من تقييد ما يفرضه عليه شخص في موقع السلطة وإن لم تكن لديه الرغبة أصلاً في إتيان السلوك المحظور. ذلك أن حقوق الفرد لا تقتصر على استقلاله وحرية في التصرف والتعبير، بل تتضمن أيضاً توقع الاحترام والذوق ومراعاة المشاعر والولاء من قبل 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 ادعى امتيازات ليست من حقه.

التعدييات غير المباشرة

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

- (١) مضيف يمتعض من أحد ضيوفه لأنه يستعرض معرفته وثقافته في حفل عشاء.
- (٢) بائع في متجر يغضب من حكايات صديق له عن نجاحه في أعماله التجارية.
- (٣) شاب يشاط غصباً من رفيقته لأنها تتحدث بحيوية مع رجل آخر.
- (٤) طالب حاصل على درجة ممتازة يحقن على أستاذه حين يعلم أنه أعطى نفس الدرجة لأحد زملائه.
- (٥) زوج يغتاظ لأن زوجته منحته إطراءً طفيفاً لعمل يعتبره نصرًا تجاريًا كبيرًا.

بوسعنا حين نحلل هذه المواقف أن نفهم لماذا تعتبر مؤذية مكدرّة؛ فكل موقف من هذه المواقف يحمل معنى الاعتداء على البطل من جهة اعتباره لذاته. وسلوك المعتدي يُعزّض البطل بطريقة غير مباشرة لانتقاص الذات. فالمجموعة الأولى من المواقف هي أمثلة للغيرة والحسد. فالذين يستحذون على الانتباه معتدون لأنهم يهددون البطل بالتعتيم على صورته: «إنه يحتكر كل الالتفات 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 اعتباره لذاته، قد انكمش فيه هذا الاعتبار عندما

خسر ذلك التفرد في الامتياز الذي كان قد ادّعاه لنفسه. والزوج ممتعض من رد الفعل الفاتر من جانب زوجته لأنه يبدو مهوّنًا من شأن إنجازها.

ها هنا سؤال يطرح نفسه: ما دامت الاعتداءات تمثل نوعًا من الفقد، فلماذا يقع البطل في الغضب وليس بالأحرى في الحزن؟ الجواب أنه يحس بالغضب ما بقي قادرًا على دفع الإهانة والانتقاص بالتركيز على الجوانب السلبية للمعتدي: أنه متباهٍ، فاقد الجدارة، فارغ العقل، ظالم. على أنه إذا سلّم البطل بهذا الفقدان المتخيّل للمكانة كشيء معقول أو صائب أو عادل؛ فإنه عندئذٍ يشعر بالحزن. أما إذا تأرجح بين لوم المعتدي والندم على ما فقده؛ فإن مزاجه يتذبذب بين الغضب والحزن.

التعدييات الافتراضية

يمكننا أن نتصور أمثلة أخرى لا يبدو أن فيها أي تعدّد مباشر أو غير مباشر يفسر استجابة الغضب:

- (١) أحد المشاة يغضب لرؤية قائد سيارة يخترق إشارة الوقوف.
- (٢) أمٌّ تسخط على طفلها لأنه لا يلتزم بأداب المائدة.
- (٣) رجل ثريٌّ يغتاظ حين يطلب منه إسهام خيري.
- (٤) رجل كرّس نفسه لمبدأ القانون والنظام يثور غضبه حين يسمع بجريمة ارتكبت على بعد آلاف الأميال منه.

ليس في أي من هذه الأحداث خرق واضح لمجال الفرد، ومع ذلك فهو يستجيب كما لو كان قد تعرّض لاعتداء مباشر. وهو قد يعترف صراحةً أنه لم يلحق به أي ضرر شخصي من جرّاء ما حدث. فإذا كان الأمر كذلك فلماذا يغضب؟ إذا نظرنا في هذه الأمثلة وجدنا أن القاسم المشترك بينها هو أن المعتدي قد خرق قاعدة يعتبرها المعتدى عليه هامة له. ولأن هذا الخرق يجعل البطل يرى نفسه مستهفناً وعرضة للانجراف فهو يمثل تعدياً ممكنًا أو افتراضياً.

في المثال الأول يفسر السائر غضبه من السائق المسرع هكذا: «كان من الممكن أن أكون عابراً للطريق في تلك اللحظة.» أما الأم الساخطة على طفلها في المثال الثاني؛ فتحزر بأنه لو كان شخص غريب موجوداً لحكم أنها أم سيئة لا تجيد تربية أطفالها وتقويمهم. وأما الثريُّ في المثال الثالث فقد اغتاظ لأنه تفكّر: «لو أن عليّ أن أعطي نقوداً لكل عمل خيري لأفلسست.»

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

إن المرء ليفرض حكم قيمة value judgement على سلوك الآخرين. وهو مما يدل على وجود دستور ضمني من القوانين والقواعد والمبادئ والمعايير. وإنه ليطبق هذه القواعد كما لو كانت تساعد على حمايته من الأذى الجسمي والنفسي رغم أن شخصه ومجاله لم يُمسَّ في حقيقة الأمر في التحام مباشر بالمعتدي. هكذا يحق السائر على قائد السيارة رغم أنه لم يتعرض للخطر الفعلي. ذلك أن اختراق القانون قد يؤثر على سلامته في المستقبل.

تشكل مبادئ اللعب النظيف والعدالة واللياقة نوعاً من الجدار الخارجي أو الحماية لمجال المرء. وإنما تثير الأفعال التعسفية والخاطئة والظالمة مشاعر الغضب والحنق (حتى لو لم تكن موجهة ضده) لأنها تعتبر تهديداً لهذا الجدار الواقى.

إننا نولي أهمية كبرى لسائر العادات التي تحكم تفاعلات البشر. ونجد مؤشراً لأي انتهاك لها في صرخات الغضب من مثل: «ليس لهم حق أن يتصرفوا بهذه الطريقة»، «ليس يحق له أن يفعل هذا»، «يجب على أولئك الناس أن يسلكوا سلوكاً أفضل»، «إنه مبدأ هذا الشيء».

هذا مدير 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 أي أذى أو خسارة من جراء سلوكهم. غير أنه احتجَّ على هذا السلوك بوصفه غلطاً وسوءاً، وقال إن المذنب يجب أن يناله العقاب بشكل أو بآخر: «ليس من حق أولئك الهيبيين أن يطيلوا شعورهم إلى هذه الدرجة ويكونوا بهذه القدرة إنهم لا بد أن يُحتجزوا».

تؤلف أنماط السلوك المقبولة دستوراً أخلاقياً يتم دمجها في مجال المرء. بذلك يغدو أي خرق لهذا الدستور بمثابة اعتداء على مجاله ويؤدي إلى نفس الاستجابة التي يثيرها الاعتداء. وتتفاوت الدساتير الشخصية تفاوتاً كبيراً داخل الجماعة الثقافية الواحدة، وقد تتناهى 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 ملائمًا له بالنظر إلى معايير الخاصة للصواب والخطأ. إن أي انتهاك لمعايير الشخصية يعتبر اعتداءً على مجاله.

يبدو أن التقاليد الاجتماعية تلعب دورًا أكبر مما نظن في تحديد الشروط التي تجعل الغضب مبررًا أو متوقعًا أو لازمًا. ولكنها أيضًا تضع الحدود التي يجب ألا يتجاوزها الغضب أو يُعد زائدًا أو غير لائق، كما نلمس ذلك في عبارات من قبيل: «إنك تهوّل المسألة.» أو «لماذا تعكّر مزاجك؟» وما من أحد إلا ومرّ بمواقف قد أغضبته من دون أن تغضب رفقته، والعكس بالعكس. كذلك عندما نستجيب بهدوء ولا نحرك ساكنًا بإزاء موقف مؤذٍ؛ فقد يقول لنا الغير «كان يجب أن تغضب.» «كان عليك أن توبّخه!» أما إذا أبدى شخص ما ثورة عارمة من الغضب لشيء نعتبره هينًا تافهًا؛ فقد نتشكك عندئذٍ في أن هذا الموقف يحمل معنى شديد الخصوصية بالنسبة له.

يمكننا الآن أن نوجز أصناف المواقف التي تؤدي، إجمالًا، إلى الغضب كما يلي:

- (١) اعتداء مباشر متعمّد.
- (٢) اعتداء مباشر غير متعمّد.
- (٣) انتهاك القوانين والمعايير والأعراف الاجتماعية: التهديدات الافتراضية، السلوك المتدني، خرق الدستور الأخلاقي الشخصي. في كل هذه الأصناف من ثورات الغضب يتمثل العامل المشترك في أن الفرد «يقدر» وقوع اعتداء على مجاله الخاص الذي يشمل قيمه ودستوره الأخلاقي والقواعد التي تحمي حقوقه. ورغم أن هذا العامل المشترك هو شرط ضروري necessary condition لإثارة الغضب فهو ليس شرطًا كافيًا sufficient condition^٢. فلكي يثار الغضب يجب أن تتوافر شروط أخرى معينة. أولها أن يأخذ

^٢ الشرط الضروري هو الشرط الذي لا بد أن يتوافر في الشيء لكي يدرج هذا الشيء ضمن فئة أو مفهوم ما. فالذكورة على سبيل المثال هي شرط ضروري لكي يدرج (س) ضمن فئة العزاب. وغني عن الذكر أن الشرط الضروري لا يضمن للشيء أن يُدرج في الفئة (فالطفل الذكر ليس أعزب، والرجل المتزوج ليس أعزب، والقط البالغ المعزول ليس أعزب). أما الشرط الكافي فهو الشرط الذي إن توافر في الشيء ضمن له أن يُدرج في الفئة أو المفهوم دون حاجة إلى شروط إضافية، وغالبًا ما يكون الشرط الكافي شرطًا مركبًا من مجموعة من الشروط الضرورية. مثال ذلك أن كون (س) إنسانًا وغير متزوج وذكرًا وبالغا وليس كاهنًا أو غير مؤهل للزواج؛ هو شرط كافٍ لكي يدرج (س) ضمن فئة العزاب. (المترجم)

الفرد هذا الاعتداء مأخذ الجِد ويسمه بسمة سلبية. فالطفل الصغير الذي يقذف والديه بكرات الثلج هو أدمى إلى البهجة والتسلية منه إلى الغضب والنقمة. ثانيًا ألا يعتبر الفرد الموقف المؤذي خطرًا مباشرًا أو دائمًا. فإذا كان مبلغ همه هو سلامته الشخصية فسوف يناله القلق لا الغضب. ثالثًا أن يكون الفرد معنيًا أساسًا بأمر الإثم والعدوان والمعتدي لا بالأذى الذي يمكن أن يصيبه.

لنوازن الآن بين سلسلة الاستجابات النفسية المؤدية إلى الغضب وبين تلك الخطوات التي تفضي إلى القلق. إن الفرد في حالة الغضب يبدأ بوضع (تقدير أولي) للمثير المؤذي فيميزه ويسمه كمثير مؤذٍ. وهو في الوقت ذاته يقوم بتقييم قدرته على تحمله أو صده أو إبطال أثره (تقدير ثانوي). وفيما يلي مثال نرى فيه البطل يتأرجح بين الغضب والقلق حسبما تعلقو ثقته في صد المثير المؤذي وتزداد، أو تخبو وتتضاءل.

فهذا طالب جامعي كان يقود سيارته فعاقته سيارة تتلأأ أمامه وتتحرك ببطء. فغضب الطالب لأنه أعيق من جهة وانتُهك من جهة أخرى من جراء استهانة هذا السائق بقواعد القيادة المتفق عليها. وأطلق نفي سيارته مرارًا وصرخ في السائق. لقد كان يُعد نفسه قادرًا على صد أي انتقام محتمل، وإن استبعد حدوث انتقام على أي حال، غير أن الموقف بدأ يتطور؛ فلدهشته وجد السائق يتوقف ويخرج من سيارته؛ فازداد غضبه لتلك المشاكسة، ولما بدا واضحًا أن ذلك السائق ضخم وخطر تحول غضب الطالب إلى قلق فاندفع بسيارته مسرعًا ولان بالفرار. وبعد أن ابتعد مسافة آمنة عادته موجة من الغضب وحدث نفسه: «القوَاد النذل، يريد أن يسحقني!»

يوضح لنا هذا المثال أن الشخص عندما لا يكون معنيًا بسلامته فهو خليق أن يُحس بالغضب تجاه الطرف المعتدي. أما إذا تركَّز همُّه في الخطر الوشيك؛ فإن غضبه يتبدل إلى قلق.

وهذا تذبذب مماثل بين الغضب والقلق وقع فيه رجل بعد أن عنفت زوجته بقسوة. فهو يتأمل حينًا في ظلمها له وجورها عليه فيغضب عليها. وحينًا آخر تورقه فكرة أنه خسر حبها فيشعر بالحزن، وجعل فكره يتأرجح طوال اليوم بين لوم زوجته وبين حرمانه من الحب، مصحوبًا بتأرجح مُناظر بين الغضب والحزن.

تتناسب درجة الغضب بصفة عامة مع ما يبدو للبطل من عسف في ذلك العدوان ومن جور وظلم. فذلك أمر يتوقف على تقديره الخاص. وهو مما يفسر الاستجابات المفرطة العنيفة إزاء ما يبدو للآخرين إساءة هينة طفيفة.

يمكن تلخيص العوامل التي تتسبب في اشتداد الغضب بعد وقوع اعتداء فيما يلي:

- (١) أن يدرك الشخص الاعتداء كشيء متعمد.
- (٢) أن يدركه كشيء خبيث.
- (٣) أن يدركه كظلم وحيث وافتئات.
- (٤) أن يدرك المعتدي كشخص بغيض.
- (٥) إمكان توبيخ المعتدي وحرمانه.

وهناك، من جهة أخرى عوامل «مخففة» من شأنها أن تطف الغضب وتزيل النقمة، مثل أن يدرك الشخص الاعتداء كشيء «عارض غير مقصود» أو واقع «بحسن نية»، أو «له ما يبرره». أو أن يرى المعتدي «فتى لطيفاً»، أو أن يعتقد الشخص أنه هو المخطئ في حقيقة الأمر.

التمييز بين ثورة الحزن والغضب والقلق

تشير ملاحظات الحياة اليومية إلى أن نفس الظروف الخارجية قد تحدث حزناً في أحد الأشخاص وقلقاً في شخص آخر وغضباً في شخص ثالث. بل إن ظروفًا تبدو متشابهة قد تحدث في الشخص الواحد حزناً في أحد الأوقات، وقلقاً في وقت آخر، وغضباً في وقت ثالث. غير أننا لو تفتننا إلى المعاني الملحقة بالحدث لزال الغموض من الأمر وأمكننا في عامة الأحوال أن نتنبأ بالانفعال الناتج. فالمعاني الكبرى عند شخص ما تحددها أنماطه التي اعتادها في تصور صنوف معينة من مواقف الحياة، وتحددها كذلك حالته النفسية إبان الموقف. فإذا كان الهم الرئيسي عند هذا الشخص هو «الخطر» فهو حليف «قلق». وإذا كان شغله الشاغل هو «ال فقدان» فهو رهين «حزن». أما إن كانت بؤرة اهتمامه هي السلوك الجائر من المعتدي الأثيم فهو أسير «غضب». وربما تتضح الشروط الضرورية والكافية لإثارة كل انفعال من هذه الانفعالات حين نبين كيف تؤدي ظروف واحدة إلى انفعالات مختلفة.

الحزن مقابل الغضب

يؤدي انتقاص المنزلة (بالإهانة مثلاً أو النقد) إما إلى الحزن وإما إلى 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 يعتبر مجرد التعرض للإهانة شيئاً يعود عليه بالسوء. 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، فيعمد إلى دحض هذا النقد بأن يسقِّه المنتقد ويجرده من صفته وأهليته للنقد. فإذا نجح في ذلك فالأرجح أن ينتابه الغضب بدلاً من الحزن.

الحزن مقابل القلق

حين يجد الشخص أن الخسارة قد وقعت بالفعل أو أن مجاله الشخصي قد انتُقص بتوقُّع الخسارة؛ فالأرجح أن يشعر بالحزن. أما إذا اعتبر نفسه سليماً بعدُ وأن الخسارة أو الإصابة وشيكة فحسب فالأرجح أن يشعر بالقلق. وقد يحدث الحزن بتوقع حدث مؤذٍ بدلاً من القلق. من أمثلة ذلك أن يعلم الشخص بخسارة مستقبلية ولتكن شخصاً هاماً أو وظيفة أو مكانة؛ فالحزن هو الناتج إذا أحس الشخص بالخسارة المتخيلة إحساساً حاضراً لا مستقبلياً؛ أي إذا أسقطها من مجاله قبل أن تحدث بالفعل.

القلق مقابل الغضب

السمة البارزة في حالة القلق هي «الخطر» danger: فالشخص في حالة القلق مهموم أولاً وقبل كل شيء باحتمال أن يصيبه أذى وألا يملك حيلة في دفع المثير (المنبه) المؤذي. أما في حالة الغضب فإن همه الأكبر ليس في تعرضه للخطر بقدر ما هو في انتهاك حقوقه وقواعده ومبادئه، وفي جور الطرف المعتدي واستحقاقه للوم.

ولكل محتوى فكري نموذجي لانفعالات القلق والحزن والانسراح والغضب ما يناظره في اضطرابات القلق والاكئاب والهوس وحالات البارانويا على الترتيب. والفرق الجوهرى بين الاضطرابات النفسية والاستجابات الانفعالية السوية هو أن المحتوى الفكري في حالة الاضطراب النفسي ينطوي على تحريف أو تشويه دائم لأحد المواقف الواقعية. فبينما تقوم الاستجابة الانفعالية السوية على تقدير معقول للموقف، فإن الاستجابة المرضية تخضع إلى حد كبير لعوامل داخلية (أي سيكولوجية) من شأنها أن تفسد عملية تقييم الواقع وتربكها.

الفصل الرابع

المحتوى المعرفي للاضطرابات الانفعالية

«ليس العصابي مريضًا انفعاليًا فحسب؛ إنه مخطئ معرفيًا.»

أبراهام ماسلو

إنه لما يدعو إلى الإعجاب حقًا تلك القدرة التي نتمتع بها نحن البشر، عند نضجنا النفسي، على استيعاب أعداد هائلة من الأحداث البيئية والتفاعل معها بتوافق وتكيف. وأدعى من ذلك إلى الإعجاب قدرتنا على التمييز بين أدق المشعرات وأخفاها أثناء تعاملنا بعضنا مع بعض، ومرونتنا في مواجهة الخيبة والإحباط. وإن قدرتنا على استخدام الخيال بشكل إبداعي دون أن ندعه يجور على إحساسنا بالواقع لهو دليل آخر على نضجنا النفسي. غير أن هذه الصورة المتألقة لا تخفي الوجه الآخر من الحقيقة. فمن الواضح أننا لا نستجيب لجميع التحديات استجابةً صائبةً على الدوام. إن لدينا نقاط ضعف خاصة، كأنها خطوط تصدع تتراكم إزاءها الضغوط وقد تفضي إلى ما يشبه الزلزال أو ثورة البركان - ذلك هو السلوك الذي نسمه عادةً باسم «الاستجابة المفرطة» *overreacting*، والذي تطفئ فيه التقديرات الخيالية للأمور على التقديرات الواقعية، وقد يتبين لنا أن استجاباتنا فيه لا معقولة إلى حد بعيد.

هناك أمثلة للاستجابة المفرطة نألفها جميعًا:

- فهذا رجل يحتدُّ فجأةً ويشتاط غضبًا عندما يبدي له أصدقاؤه شكهم في أنه حجة في مجال معين.
- وهذه امرأة معروفة بالهدوء ورباطة الجأش يملكها الضيق الشديد حين أعيائها أن تجد رداءً مناسبًا لحفل عشاء تزمع حضوره.

• وهذا طالب يعتكر 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 والمخازي. وإن أحلام نومنا ويقظتنا لتعرض لمحات من هذه المشاهد المسرحية الداخلية. حين تفيض هذه الخيالات وتكتسح بقوتها الدرامية تقديرنا العقلاني للأمور؛ فإننا نقع فيما يسمى بالاستجابة الانفعالية الزائدة أو غير المناسبة. قد تبلغ هذه الخيالات الداخلية عند البعض مبلغاً يصبحون معه فريسةً للأوهام تُسبّر سلوكهم وانفعالاتهم كيف شاءت. وعندما تتجاوز استجاباتهم الانفعالية حدّاً معيناً من الكرب والعجز فإن لنا أن نطلق عليها «اضطراب الانفعال» أو «العصاب» أو «الاضطراب النفسي» أو «المرض النفسي». تتكرر هذه الاضطرابات وتتواتر متخذة صورة تسمح بأن ندرجها في تصنيف مرضي متعارف عليه كالإكتئاب وحالات القلق وحالات البارانويا. ورغم أن هذه الاضطرابات النفسية تمتُّ بصلة إلى صنوف الاستجابات الانفعالية التي عرضنا لها في الفصل الثالث، إلا أنها تختلف عن الاستجابات السوية. ففي حالة الاضطراب النفسي يكون الفكر الطفيلي غير الواقعي متعلقاً بمسائل محورية وموضوعات أساسية في حياة المريض. ويتجلى اضطراب التفكير في أوضح صورة حين نعرض لواحدة من المتلازمات (الزلمات) syndromes التي تصادف المعالجين، ألا وهي العصاب الحاد acute neurosis.

الاضطرابات الانفعالية الحادة

لعل الاستجابة العصابية الحادة هي أوضح مثال وأوجزه على اليأس والشقاء الذي يعاني منه المرضى النفسيون. تتمثل هذه الاستجابة، في حالاتها القصوى، في مجموعة متنوعة من الخبرات الأليمة الشديدة. فالأشياء المألوفة تبدو للمريض غريبة مشوهة غير حقيقية. بل إن خبراته الداخلية تبدو عجيبة شاذة. فقد يجد أنه فقد الإحساس الطبيعي بأطرافه أو بداخل جسمه. وقد يحس بثقل أو بخفة في جسده. وقد تأخذ الوقائع معاني ودلالات جديدة، فيهول في نظره حدث ماضٍ كان يعده هيناً ويكبر ما كان ضئيلاً. إنها استجابات غريبة عن مجال خبرته المعتادة، يشبّهها بعض المرضى بخبراتهم عندما كانوا تحت تأثير التخدير الطبي أو تأثير سيئ للمخدرات أو تأثير كابوس ليلي.

ومن الجوانب المدمرة للاضطراب الانفعالي الحاد ذلك الانفلات لكل ضروب التحكم والسيطرة التي كان المريض يسلم بوجودها من قبل ولا يخالجه فيها شك. إنه ليجهد ويصارع لكي يحتفظ بالتحكم الإرادي في التركيز والانتباه. ويشق عليه أن يحدد أفكاره أو أن ينهج مسارًا متسقًا من التفكير. كما أن وعيه بنفسه وبما حوله يتغير بل ويتضاءل بحيث يشق عليه إدراك الكثير من تفاصيل بيئته (إلا أنه قد يصير حاد الإحساس، على غير المتوقع، ببعض المثيرات مثل نبرة صوت شخص ما أو أحاسيس داخلية معينة). وقد يعاني هذا المريض من اختلاط ذهني يصل إلى درجة فقدان التوجه disorientation ورغم أنه قد يصيب في التعرف على ذاته وعلى المكان الذي هو فيه إلا أنه يظل غير واثق من هذا التعرف.

حين يبلغ هذا الاضطراب أشد درجاته يطلق عليه «الاستجابة الكارثية» cata-strophic reaction؛ حيث يصف الشخص خبراته الخارقة 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»، «أكاد أفقد عقلي»، «إنني أحتضر»، «أحس أنني على أعتاب الموت»، «إنني أتفكك أجزاءً»، «إنني أجن». ورغم أن المصاب كثيرًا ما يفسر هذه المشاعر المخيفة كدليل على أنه بصدد الجنون؛ فإنها ترتبط عامة بالاستجابات العصابية الحادة أكثر مما ترتبط بالذهان psychosis.

بالإضافة إلى المشاعر الغريبة وإلى تعطل العمليات النفسية المعتادة مما أشرنا إليه آنفًا؛ فقد تغمر المريض مشاعر عنيفة من القلق أو الحزن أو الغضب. وحتى عندما يكون الانفعال تضخمًا لأحد المشاعر السارة (كالانتشاح في الاستجابات الهوسية)؛ فإن شدته تجعل منه شيئًا بغيضًا وغير سار.

هل بإمكاننا أن نستخلص معنى متسقًا من تلك الظواهر النفسية الغريبة التي تحدث في حالة العصاب الحاد؟ الحق أن هناك عنصرًا لافتًا للنظر في تلك الخبرات الغريبة، وهو شدة «الوعي بالذات» self-consciousness. فمريض العصاب يغدو واعيًا بعملياته الداخلية بدرجة زائدة. إن انتباهه مثبت على إدراكاته وأفكاره ومشاعره؛ بحيث تغدو هذه العمليات النفسية واضحة للغاية. ويتصف هذا الانتباه، فضلًا عن ذلك، بأنه زائد مفرط تجاه مشاعر بيئية معينة، وغافل ساه تجاه المشاعر الأخرى، وهو ما نطلق عليه اسم «الرؤية الأنبوبية» tunnel vision. وهو إذ يوثق انتباهه بمثيرات داخلية وخارجية محددة؛ فإنه يجد صعوبة كبيرة في الالتفات إلى مناطق أخرى من الخبرة والتركيز عليها.

هذه الظاهرة التي تتضمن الوعي المفرط بالذات والانتباه الموثوق المقيّد، تشبه الاستجابات التي يُحس بها كثير من الناس في المواقف ذات الخطر الواقعي. فالطالب الذي يؤدي امتحاناً شفهياً أو تحريراً هاماً قد يُحس بخبرة القلق بسبب الخطر الذي يهدد أهدافه الحياتية؛ فيجد صعوبة في التركيز على مهمته المباشرة، وهي أن يقرأ أو يستمع إلى الأسئلة ثم يعوّل على ذاكرته لتمده بالإجابات. إن انتباهه لينشغل بدلاً من ذلك بهواجس الرسوب وبالتقييم المستمر لأدائه وتفحص حالته الانفعالية السيئة. وهو بذلك يتشتت ولا يفهم الأسئلة وتتعثّر محاولاته لاستدعاء المادة وتكوين العبارات المناسبة. هذه الظاهرة التي تشمل تعطّل الذاكرة وضعف الأداء ليست ناجمة عن القلق بحد ذاته، 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 يثبّت انتباهه على فكرة الخطر والرغبة في الهروب؛ بحيث يعجز 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 يرتقي منحدرًا شاهقًا؛ بحيث ترتبك خطواته أو تتعثّر ومن ثم يعرض نفسه للخطر الحقيقي.

لنقارن الآن بين استجابات الخطر الحقيقي وبين تلك الخبرات التي يحسها المصاب بحالة عصاب القلق الحاد. إن مريض القلق يشبه ذلك المتعرض لتهديد فعلي في بعض الأوجه؛ فهو مفرط اليقظة للمثيرات المقترنة بالخطر يسترعي انتباهه أي 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 اختلافاً 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 المثيرات المأمونة كدلائل خطر.

ليست مشكلة مريض القلق العصابي في تسمية المثيرات بالدرجة الأولى أو في نعتها — فبإمكانه للتو أن ينعت صوتاً ما بأنه صوت عالٍ — ولكن مشكلته فيما يلصقه من معانٍ ودلالات ببعض المثيرات المعينة. إن تأويلاته تميل إلى أن تكون بعيدة الاحتمال وغير واقعية. فحين يسمع صفارة إنذار فذلك يعني عنده أن منزله يحترق. وحين يحس ألماً

في مؤخرة رأسه فذلك قد يعني إصابته بسكتة دماغية. وحين يرى شخصاً غريباً يقترب منه فقد يعتبره مهاجماً مغيراً. ويظل يفسر الأحداث والوقائع كدلائل خطر بلا تمييز، وتتراكم هذه التفسيرات فتشكل نظرةً محرّفةً للعالم الواقعي وقلقاً متصاعداً. هذا التأويل السيئ للمواقف يشكل تحريفًا معرفيًا cognitive distortion يتراوح بين الزلل الطفيف والخطأ الثقيل الفادح.

تقيّد الانتباه، تقلص الوعي، التجريد (الفصل/الاجتزاء) الانتقائي selective abstraction، التشويه والتحريف. هذه الظواهر السلبية ليست وقفًا على عصاب القلق الحاد بل هي تحدث أيضًا في العصابات الحادة الأخرى كالاكتئاب والهوس الخفيف وحالات البارانويا. تختلف هذه الحالات من حيث صنف الانفعال الناجم: الحزن، الانسراح euphoria، الغضب. ويمكن رد هذه الاختلافات في الانفعال إلى اختلاف المعاني الشاذة أو اختلاف تيمات themes التفكير بين هذه الاضطرابات. ففي كل نوع من العصاب، كما سوف نرى، تجد المريض يلوي الحقائق كي توافق التصورات التي تهيمن على تفكيره. إن اضطرابات التفكير هي أيضًا في القلب من العصابات الأخرى كالهستيريا والرهاب والوسواس القهري.

الاضطرابات العصابية

رغم أن الاضطراب الانفعالي الحاد قليل الحدوث لا يعرض بكثرة للممارسين؛ فإن سماته الصارخة تساعدنا على فهم الأشكال العصابية الأكثر شيوعًا وتضيء لنا جوانبها الأكثر صعوبة وخفاءً. 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 ومتناغمًا مع الواقع. غير أننا يجب أن نذكر أن هذه العصابات الأكثر إزمناً وأقل حدةً قد تعترض مسارها سورات (نوبات) episodes شبيهة بالاضطراب الانفعالي الحاد.

وبما أن ضيق التفكير وتثبيت الانتباه وتحريفات الواقع أشياء واردة في كل أنواع العصاب؛ فإن الفروق المحورية بين العصابات يجب أن نلتمسها في مضمون الفكر الشاذ وليس في شكله. وقد أرجأنا 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 المميزة لكل اضطراب تتولد من محتوى بعينه من الفكر الشاذ. فالحزن، وهو الانفعال المميز للاكتئاب، ينجم من ميل المريض إلى تفسير خبراته بوصفه محروماً ضعيفاً مقهوراً. والانشراح euphoria في حالات الهوس الخفيف hypomania ينتج من الانشغال الدائب بفكرة تعزيز الذات وإعلاء شأنها. ومريض القلق يتخطفه الكرب والضيق بسبب غلوه في تأويل خبراته كإشارات خطر وتهديد. بينما يستبد الغضب والحنق بمريض البارانويا بسبب ثبوته عند أفكار الإساءة والاضطهاد.

وقد استقيت المعطيات الأساسية التي استندت إليها في عملية التحقق من اضطرابات التفكير عند العصابين من مدونات حرفية لما لفظوا به أثناء العلاج النفسي أو التحليل النفسي الرسمي (Beck, 1963; 1967)، والتي تدور حول هواجسهم الكبرى المتكررة وتفسيراتهم للمواقف الحياتية وأفكارهم الأوتوماتيكية. لقد كانت مشاغلي في ذلك الحين مناقضة للمحتوى الذي برز لي في هذه التجربة. وهذه الحقيقة لا شك تضائل من احتمال أن أكون قد أثرت على إبداءاتهم أو أوحيت لهم بشيء غير نابع منهم. لقد لاحظت مثلاً ارتباط مشاعر الاكتئاب بفكرة فقدان ومشاعر القلق بفكرة الخطر. وتكررت هذه الملاحظات مراراً بحيث اضطرتني إلى أن أعدّل فكرتي عن هذه الأمراض. فبدأت الصياغات الجديدة تحل بالتدريج محل نظريات التحليل النفسي التي كنت قد تعلمتها واعتقدت فيها والتي تفسر الاكتئاب كنتاج لعدوانية محوّلة ضد الذات، وتفسر القلق كنتاج لرغبة محرّمة باللاشعور تهدد باقتحام الوعي.

وقد قمت في البداية بتسجيل النتائج والاستنتاجات التي استوت لي من دراسة ٨١ مريضاً كنت أعالجهم (Beck, 1963)، والتي ثبتت لدى دراسة عينة لاحقة تتكون من مائة آخرين من مرضاي (Beck, 1970c). وقد وجدت أيضاً أثناء المقابلات التشخيصية لمرضى العيادة أن نواب الطب النفسي قد حصلوا على مادة تدعم تلك الصياغات. كما وجدت تدعيماً لها أيضاً في عدد من الاستقصاءات الضابطة قامت بها مجموعتي البحثية (Beck, 1961; Loeb, Beck, and Diggory, 1971)، وفي ملاحظات ودراسات مستقلة قام بها ممارسون وباحثون آخرون (Ellis, 1962; Velten, 1967).

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

المحتوى المعرفي للاضطرابات الانفعالية

جدول ٤-١: محتوى الفكر في الاضطرابات العصابية.

الاضطراب	المحتوى الفكري الخاص
الاكتئاب	انتقاص من المجال الشخصي
الهوس الخفيف	تقدير مبالغ فيه للمجال الشخصي
عصاب القلق	خطر يهدد المجال الشخصي
الرهاب	خطر مرتبط بمواقف محددة يمكن تجنبها
حالات البارانويا	اعتداء غير جائز على المجال الشخصي
الهستيريا	تصور اضطراب حركي أو حسي
الوسواس	تحذير أو شك
الطقوس القهرية	أمر ذاتي بتأدية فعل محدد لدفع خطر

الاكتئاب

يرتكز المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب على فكرة الفقد ... على وقوع فقدان كبير. فيحس المريض منهم أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن. وبإمكاننا أن نصوغ هذه التيمة فيما يسمى «الثلاثي المعرفي the cognitive triad»: تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل.

يؤدي الإحساس بالفقد النهائي وتؤدي التوقعات السلبية إلى الانفعالات المميزة للاكتئاب: الحزن، والإحباط، والتبليد. فضلاً عن أن الاكتئابي حين يقوى فيه الإحساس بالتورط في موقف بغيض ومشاكل عصية تتبدد دافعيته التلقائية البناءة، وربما غلبه ميل قاهر إلى الهرب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الانتحار.

الهوس الخفيف

محتوى الفكر عند مريض الهوس والهوس الخفيف هو نقيض محتواه عند الاكتئابي. فالهوسي يرى في كل خبرة من خبرات حياته مكسباً كبيراً، ويسبغ على خبراته قيماً إيجابية دون تمييز، ويتوقع من مساعيه وجهوده نتائج مواتية دون سند من الواقع، ويبالغ في

تقدير قدراته. وتؤدي هذه التقديرات الإيجابية إلى مشاعر الانشراح euphoria. كما أن الفيض 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 يتهدد مجاله الشخصي. فهو يتوقع أحداثاً مؤذية له أو لأسرته أو لممتلكاته أو لمركزه ومكانته وغيرها من القيم المعنوية التي يقدرها. وإذا كان مريض الرهاب يُحس بقلق في مواقف يمكن تجنبها؛ فإن مريض عصاب القلق يحس الخطر في مواقف لا يملك تجنبها. فهل بوسع الخائف دومًا 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. وكثيرًا ما يشمل بمخاوفه المثيرات الخارجية، فيفسر أي صوت مفاجئ كذئير بكارثة، وتثير أي ضوضاء عارضة بالمنزل مخاوفه من لصوص يقتحمونه، وتثير فرقعة محرك السيارة (لاشتعال الوقود قبل الأوان) احتمال كونها طلاقات رصاص، ويثير صياح أحد الصغار تصورات عنف جسدي.

وكثير من مرضى القلق يتركز خوفهم على الأذى النفسي بالدرجة الأولى. فيكون الهاجس الغالب على أحدهم هو أن الآخرين والغرباء وحتى أصدقاءه سوف يرفضونه ويهينونه ويحرقونه. وصفوة القول أن توقعات الأذى البدني والنفسي ترتبط بالقلق وتوثق به؛ بحيث تثيره كلما ثارت وتبعته أينما وجدت.

الرُّهاب (الفوبيا، المخاوف المرضية)

في حالة اضطرابات الرهاب يكون توقع المريض للأذى الجسدي والنفسي مقصورًا على مواقف محددة؛ فإذا أمكنه تجنبها لم يعد لديه شعور بالخطر وربما أحس بالأمن والطمأنينة. أما إذا اضطرت الظروف إلى الدخول في هذه المواقف أو حمل نفسه على دخولها عسى أن يتغلب على مشكلته؛ فإنه يعاني نفس الأعراض الذاتية والفسيولوجية الخاصة بمريض القلق العصابي.

وكما هو الحال في الاضطرابات النفسية السابقة، فإن الاستجابة المعرفية للموقف المثير عند مريض الرهاب قد يعبر عنها في صورة لفظية خالصة أو في صورة تخيلات.

فهذه امرأة مصابة برهاب المرتفعات تغامر بالصعود إلى الطابق العشرين من أحد المباني؛ فتتملكها خيالات بصرية وتظن أن الأرض تميد بها وأنها تنزلق تجاه النافذة وأنها تسقط منها، وتحس قلقاً شديداً كما لو كانت خيالاتها واقعةً خارجية حقيقية.

يتأسس الخوف من مواقف محددة على تصور مبالغ فيه من جانب المريض. وهو تصور يصبغ هذه المواقف بصبغة الخطر. فالمصاب برهاب الأنفاق يخشى أن النفق سينهار عليه وأنه سيختنق أو يصاب بمرض حاد يهدد حياته ولن يجد أحداً ينقذه. والمصاب برهاب المرتفعات يستجيب لها استجابة الخوف من احتمال أن يسقط منها أو احتمال أن ينهار المبنى أو احتمال أن يقذف نفسه باندفاع لا إرادية.

حالات البارانويا

دأب مريض البارانويا أن يفترض أن الآخرين يتعمدون الإساءة إليه والتدخل في شئونه وتعييق أهدافه. وإذا كان الاكتئابي أيضاً يتوهم أنه مهان مرفوض من الآخرين؛ فإنما يشعر بذلك عن قناعة منه بأنه يستحق الإهانة ويستأهل الرفض. أما البارانوي فتشغله، على العكس، فكرة الظلم الواقع عليه. إن التيمة الرئيسية في تفكيره هي «أنا على صواب ... هو على خطأ». بينما التيمة الرئيسية عند الاكتئابي هي «أنا على خطأ ... هو على صواب». البارانوي إذن لا يعاني من نقص اعتبار الذات self-esteem الذي يعاني منه الاكتئابي؛ فهو مهموم بالاعتداء الظالم على مجاله الشخصي وليس بخسائر حقيقية قد لحقت بهذا المجال.

ويمكننا أن نلخص الفروق بين عصاب القلق، والاكتئاب العصابي، وحالات البارانويا، بأن مريض القلق يركز على احتمال وقوع هجوم على مجاله الشخصي، بينما يركز البارانوي على الظلم والإجحاف والدوافع الخبيثة من وراء هجوم مفترض أو انتهاك مزعوم لحدوده. أما مريض الاكتئاب فينصب تركيزه على فقدان المفترض والذي يعزوه إلى عجز فيه وقصور خاص به.

الوساوس والطقوس القهرية

يتعلق محتوى الوسواس بصفة عامة بخاطرٍ ما بعيد يظهر في هيئة شك أو حيلة. فمريض الوسواس قد يبقى في شك مما إذا كان قد أدى عملاً ما ضرورياً لتأمين سلامته (أطفأ فرن الغاز على سبيل المثال)، أو أنه سيتمكن 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 يعمل (إطفاء القرن في المثال السابق) أو عمل يعتقد أنه كان يجب ألا يعمل (مثل ذلك المريض الذي يؤرقه احتمال إصابته بسرطان الدم لأنه لمس ثوب أحد المصابين). أما الطقوس القهرية فتتألف من محاولات تهدئة الشكوك والوساوس عن طريق الفعل. مثال ذلك غسيل اليد القهري فهو قائم على اعتقاد المريض أنه لم يزل كل القدر والأوساخ من بعض أجزاء جسمه، وهو مما يعرضه لخطر المرض الجسمي أو يجعل رائحته كريهة. وكثيراً ما نعين الثالث المتلازم: رهاب - وسواس - طقس قهري، كما في حالة ذلك المريض الذي كان يخشى الإصابة بالإشعاع فيتجنب (رهاب) كل الأشياء التي قد تصدر إشعاعاً مثل الساعات ذات الميناء المشع وأجهزة التليفزيون، وحين تضطره الظروف إلى لمس شيء منها يظل يراوده احتمال التلوث (وسواس)، مما يحمله على أخذ حمامات متكررة طويلة كي يزيل المادة المشعة التي يتوهمها (طقس قهري).

الاستجابات الهستيرية

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

الذهان

رغم أن الموضوع المعقد للذهان يخرج عن نطاق بحثنا؛ فقد يكون من المفيد في هذا المقام أن نقارن بين المحتوى الفكري للذهانات والمحتوى الفكري للعصابات. إن التيمات الفكرية للاكتئاب الذهاني تماثل نظائرها في الاكتئاب العصبي، والمحتوى الفكري في الفصام البارانوي يشبه ضريبه 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 كفاء اجتماعياً؛ فإن الاكتئاب الذهاني قد يصل به الغلو والإسراف إلى الاعتقاد بأنه يبعث روائح مقززة تنفر عنه الناس.

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

طبيعة اضطرابات التفكير

جرت العادة على أن يعتبر اضطراب التفكير في غياب مرض عضوي ملمحاً من ملامح الفصام، بينما تعتبر اضطرابات الاكتئاب والهوس والقلق بمظاهرها الانفعالية الصارخة اضطرابات وجدانية أو انفعالية في صميمها. غير أن بحورتنا الآن أدلة دامغة على أن اضطراب الفكر مكوّن هام من مكونات الأمراض النفسية الشائعة. ثمة اضطراباً ما في التفكير في جميع هذه الأمراض وإن يكن أقل حجماً وأكثر تحديداً وانحصاراً مما هو في مرض الفصام.

لقد وجدت في دراسة طويلة الأمد (Beck, 1963) أنه ما من مريض من المرضى إلا ويسيء تفسير أنواع معينة من الخبرات. وقد تفاوت هذا التحريف للواقع من الخطأ الطفيف في الحالات العصابية الخفيفة إلى التحريفات المغرقة الشاذة والضلالات المعهودة في الذهانيين. لقد أظهر التفكير الشاذ للمرضى خروجاً منظماً عن الواقع والمنطق يتضمن «الاستدلالات الاعتسافية أو الاعتبارية» *arbitrary inferences*، و«التجريدات (الاجتزاء/ الاقتطاع/ الفصل) الانتقائية» *selective abstractions*، و«التعميمات المفرطة» *over-generalizations*. وكانت التحريفات دائماً متصلة بالأفكار التي تمس المشكلة الخاصة بالمريض؛ فكانت تحريفات الاكتئاب تبرز للعيان عندما يفكر في قيمته وجدواه، وتحريفات مريض القلق عندما يتناول فكرة الخطر.

كان لهذه الأفكار المحرفة خصائص الأفكار الأوتوماتيكية (انظر الفصل الثاني). فقد كانت تبدو كأنها تأتي بطريق الانعكاس، من دون 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 الأفكار الأخرى التي لا تتصل بالنمط السيكوباتولوجي المميز للمريض. كما لاحظت تدرجاً في عطب التفكير يمتد بين طرفي العصاب الخفيف والذهان الشديد، وأن المرض الواحد كلما اشتد تزايدت فيه درجة التحريف الفكري ومعدل تكرار الأفكار المحرفة ومدى رسوخها وثباتها.

الشخصنة (التنسب الشخصي) Personalization

الإنسان كائن متمركز على ذاته. وقد أثار هذا التمرکز المحتوم على الذات اهتمام الكتّاب والفلاسفة ردًا طويلًا من الزمن. يبدو أن لكل إنسان، بمعنى ما، عالمًا خاصًا، وأن كل إنسان هو مركز عالمه الخاص ومحوره. وقد وصف هيدجر (Heidegger) (١٩٢٧م) وغيره كيف يشيد كل فرد من البشر عالمه الخاص. غير أن هذا لا ينفي أن لدى البشر بصفة عامة قدرةً على أن يقيموا أحكامًا موضوعية عن الأحداث الخارجية، أو حتى عن أنفسهم. وأن يفتلوا بين المعنى الشخصي لحدث ما وبين سماته الموضوعية. أي أنهم قادرون على إقامة أحكام على مستويين مختلفين؛ مستوى يتصل بهم (أو بمجالهم) وآخر منفصل عنهم. أما في الاضطرابات النفسية فنجد أن الأحكام المتمركزة على الذات تسيطر على المريض وربما أطاحت بالأحكام الموضوعية وأزاحتها تمامًا. 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 البارانوي paranoid schizophrenic الذي كان يعتقد أن الصور التي يراها على شاشة التلفاز تتحدث إليه مباشرة؛ ومن ثم فقد كان يرد عليها. ومثل ذلك الاكتئابي الذهاني الذي سمع بوجود وباء في بلد بعيد؛ فكان يؤنب نفسه على التسبب فيه. ومثل تلك المرأة الهوسية manic التي كانت تعتقد أن كل شخص تعبر به في الطريق كان واقفًا في حبها. من ذلك نرى أن المرضى الذهانيين يفسرون دائمًا كل حدث لا يتصل بهم من قريب أو بعيد كما لو كان متسببًا عنهم أو موجهًا ضدهم.

للعصابيين أيضًا أساليب من الإحالة الذاتية وإن تكن أقل تطرفًا. فالعصابيون يرون الأحداث دائمًا تخصهم وتعنيهم، ويبالغون في ربطها بذواتهم، وتستغرقهم المعاني الشخصية لوقائع معينة. كشأن ذلك الاكتئابي العصابي الذي يلحظ عبوسًا في وجه شخص آخر فيحدث نفسه: «إنه ينفر مني.» من الجائز في هذه الحالة أن يكون حكمه صحيحًا، ولكن الخطأ هنا قابع في اعتقاده أن كل تقطبية يراها في غيره من الناس تمثل نفورًا منه شخصيًا. إنه يظن أنه يثير مشاعر سلبية في الآخرين ويبالغ في تقدير معدل هذه المشاعر ودرجتها. ومن أمثلة الإحالة الذاتية في العصاب حالة تلك الأم الاكتئابية التي تؤنب نفسها على كل تقصير يأتي من جانب أطفالها. وحالة ذلك المريض بالقلق

العصابي الذي يحسب كلَّ صحيحة عليه وكلَّ إنذارٍ خطرٍ يخصه؛ فيكفي أن تعبر سيارة إسعافٍ لكي يحدث نفسه بأن ولده وقع له حادث.

هناك صورة أخرى من صور الشخصية تتمثل في ذلك الميل المسيطر عند الإنسان إلى مقارنة نفسه بغيره من الناس؛ فهذه امرأة تشاهد لوحة إعلانات تمثل امرأة سعيدة مع طفلها، فتحدث نفسها: «إنها أم أكثر مني إخلاصًا وتكريسًا بكثير». وهذا طالب يسمع بفوز طالب آخر بجائزة فيفكر: «لا بد أنني غبي وإلا كنت فزت بالجائزة». وهذا المريض الرهابي الصغير الذي يقرأ عن شخص مسنٌ أصيب بنوبة قلبية فيقول لنفسه: «إذا كان هذا أصيب بنوبة قلبية؛ فمن الممكن أن تحدث لي.» ثم يبدأ في الإحساس بألم في صدره.

في كل وجه من أوجه التفكير الشاذ عند العصائيين قد نجد هذا اللون الذاتي الأساسي. وسوف نعرض في الفصل العاشر لعملية «فض المركزية» decentering ويعني تدريب الفرد على اتخاذ إطار مرجعي frame of reference لا يكون هو محورًا له.

التفكير المستقطب Polarized Thinking

ينزع العصابي إلى التطرف والشطط في التفكير حين تكتنفه مواقف تمس الجوانب الحساسة من نفسه، مثل تقديره لذاته في حالة الاكتئاب، واحتمالات الخطر الشخصي في حالة عصاب القلق. وقد يقتصر الشطط الفكري على مناطق قليلة. ويعني الشطط (التطرف الفكري) thinking in extremes أن تسم الأحداث والوقائع بأنها بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، رائعة أو فظيعة. وقد أطلق على هذه الخاصة اسم «التفكير المنقسم» dichotomous thinking أو «التفكير الثنائي القطبية» bipolar thinking (Neuringer, 1961). شأن المقدمات الأساسية التحتية لهذا النوع من التفكير أن تُصاغ في حدود مطلقة مثل «دائمًا» أو «مطلقًا».

ولنضرب لذلك مثالًا من الحياة اليومية. وهو ذلك الشاب الذي كان موثِّقًا عند مفهوم القبول المطلق والرفض المطلق. لقد دأب أن يتفحص كل من يصادفه في حياته اليومية — موظفًا في متجر أو عابرًا بالطريق — ليرى ما إذا كان هذا الشخص يتقبله أو يرفضه. ولم يكن بوسعه أن يعدل حكمه ويحوّره ليشمل الدرجات الدقيقة مثل القبول البسيط أو الرفض الطفيف أو الحياد. فقد كان الحياد (أو عدم الاكتراث) يمثل له رفضًا ويورثه حزنًا. وكان مجرد الابتسام يمثل له قبولًا تامًا ويبعث فيه الانسراح.

ولنأخذ مثالاً آخر لهذا الصنف من التفكير. هذا شاب جامعي يلعب كرة السلة؛ فإذا ما سجل أقل من ثماني نقاط في إحدى المباريات فإنه يقول لنفسه: «إنني فاشل». ويغشاه الحزن. أما إذا سجل ثماني نقاط أو أكثر فيقول: «إنني حقاً لاعب عظيم». ويغمره الانتعاش والبهجة.

وأحياناً ما يكون التطرف الفكري أحادي القطب unipolar. يرى 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 «الفكر الكارثي» أو «التهويل» catastrophizing، وهي شائعة في مرضى القلق، وتعني توقع أسوأ النتائج قاطبة. إن تفكير مريض القلق موجه نحو تأمل أسوأ النتائج المحتملة لأي موقف من المواقف؛ شأن ذلك المريض الذي تلقى خدشاً بذراعه فانكب من فوره على احتمال أن يؤدي ذلك إلى عدوى قاتلة.

وقد يقتصر ميل الإنسان للتطرف الفكري على الأشياء المادية الملموسة. كشأن ذلك الرجل الذي كان ينزعج لأقل ضرر يلحق بممتلكاته المادية؛ بحيث إن أقل خدش في أثاثه أو انبعاث في سيارته أو تآكل بملابسه كان يمثل له خسارة كبرى. حدث ذات يوم أن كتلة لهب أكبر من المعتاد قد سعت حاجز مدفأته. فلما اكتشف ذلك أقام الدنيا وأقعدھا وكانت أفكاره كالتالي: «هذا تشوّه مستديم يستحيل إصلاحه. لقد أفسد الغرفة بأكملها. الغرفة التي كانت على خير ما يرام وهي الآن حطام. إن حماقتي وغبائي هما السبب. إنني لا أجد عمل أي شيء على الإطلاق.» ولكنه بمرور الأيام بدأ ينظر إلى الأمر نظرة أكثر موضوعية؛ ليرى أن العطب الذي لحق بمدفأته كان في الحقيقة عطباً هيناً غير ذي بال. من شأن الأشخاص الذين يغضبون لكل مثير مؤذٍ يصادفهم أن يقفوا أيضاً في التطرف الفكري والأحكام المغالية. مثل ذلك الوالد الذي أضع ابنه قفازاً؛ فكانت استجابته هكذا: «هذا شيء فظيع. لسوف تخرب بيتنا وتنتهي بنا إلى المأوى. إنك لا تصلح لشيء.»

هناك ضروب أخرى من التفكير المؤدي إلى تحريف الواقع وإساءة تفسيره. وهي تنضوي أيضاً تحت مفهوم الشطط وتطرف الحكم (Beck, 1963) منها «التجريد الانتقائي» (الاجتزاء) وهو أن ينتزع الشخص إحدى التفاصيل من سياقها فتفوته بذلك دلالة الموقف الكلي. ومنها «الاستدلال الاعتسافي» arbitrary inference وهو أن يقفز الشخص إلى نتيجة معينة رغم نقص الأدلة أو في وجود أدلة مناقضة لها في واقع الأمر. ومنها «التعميم المفرط أو الزائد» overgeneralization وهو أن يقفز إلى

تعميم غير مشروع (منطقيًا) بناءً على واقعة واحدة؛ مثل ذلك الطفل الذي يخطئ خطأً واحدًا؛ فيستنتج أنه فاشل لا خير فيه. توضح هذه الأمثلة كيف يتولد التفكير الزائغ في المواقف التي تمس حساسيات معينة مثل: القبول-الرفض، النجاح-الفشل، الصحة-المرض، المكسب-الخسارة.

مبدأ القواعد

رأينا في الفصل الثاني أن لدى الفرد مجموعة من القواعد يحل وفقًا لها رموز خبراته وقيمتها وينظم سلوكه وسلوك الآخرين. تعمل هذه القواعد عملها دون أن يعي المرء بها أو يُلم بقائمتها إلمامًا واعيًا. إنه يلتفت إلى تيار المثيرات التي تكتنفه التفاتًا انتقائيًا؛ فيلتقط منها ما يعنيه ويجمعه ويصنّفه ويشكّل استجاباته دون أن يقف على منطوق القواعد والمفاهيم التي تملي هذه الاستجابات والتفسيرات. إن عمل جهاز «المدخل-المخرج» input-output لديه هو عمل تقريبي بعيد عن الكمال.

لا جرم تبرز مشكلات في فهم المرء لسلوك الآخرين. إن محدودية خبرته السابقة وقصورها قد يحملانه على أن يستنبط من سلوكهم معاني غير صحيحة: مواقفهم المضمره تجاهه، ونواياهم الحالية، وسلوكهم المحتمل تجاهه في المستقبل.

تطرّقنا في مثال سابق (الفصل الثاني) لحالة طالب يصحح له المعلم خطأً فيظل يسائل نفسه: «هل هذه إيماءة ودّية؟ أو هي تعني أنني أزعجت المعلم؟ هل تعني أنه يعتبرني بليدًا؟ أو ربما يقسو عليّ في الدرجات؟» إذا نظرنا إلى هذا المدى الواسع للاستدلالات المحتملة من تفاعل واحد زایلنا العجب من حساسية كثير من الطلبة تجاه تعليقات المعلمين.

أحيانًا ما يقرأ أحد الطلبة في تعليق معلمه جفاءً يفوق ما يقصده المعلم. إن بوسعه أن يسترد توازنه النفسي إذا كانت هذه المبالغات والتحريفات في التفاعل طفيفة عابرة. ولكن دعنا ننظر حالة طالب ذكي تحمله حساسيته الخاصة على أن يعتبر أي نقد يوجّه إليه بمثابة تسفيه وانتقاص. إن تراكم النقد يجعله عرضة بشكل متزايد لأن يسمى كل ملاحظة أو اقتراح من معلمه تسفيهاً وانتقاصًا. فلو لم يتغير الحال بموقف إيجابي واضح من جانب المعلم؛ فإنه ينتهي به إلى أن يحمّل الأمر ما لا يحتمله. ويبدأ في تصور أي رسالة محايدة أو إيجابية بعض الشيء على أنها ازدراء. ثم يتوسع في التعميم ليشمل كل المعلمين فيرى أنهم جميعًا انتقاديون وأنه غبي بليد. ويتقدّم بناءً على هذه الأدلة

ليخلص إلى نتيجة مفادها أنه متخلف تخلفاً تاماً لا خلاص منه ولا أمل فيه. ولنتصور هذا الطالب أيضاً عائداً إلى حجرته يجتر هذه الاتهامات والخطايا إلى حد أنه لا يعود قادراً على التركيز في عمله. فيتدهور أدائه في الفصل. فيفسر هذا التدهور وهذا التشتت كدليل على تخلفه. إن أضفنا الآن هذا الكرب المحتوم — حزناً مثلاً ممتزجاً بالقلق — فنحن أمام إرهاصات مرض نفسي؛ إذ لو استمرت هذه الحالة أياماً عديدة أو أسابيع فإنها ستغدو حالة اكتئاب.

نستطيع الآن أن نحلل هذه الحالة وفق قائمة القواعد الخاصة بهذا الطالب؛ فهو يطبق في كل تفاعل مدرسي قواعد تتعلق بتقييمات المعلم. إنه يستخدم القواعد الآتية: «إن أي نقد من المعلم يعني أنه يعتبرني غيبياً»، «وحين يعتبرني أحد الخبراء غيبياً فأنا غبي»، «وما دمت غيبياً لن أصل إلى شيء». عندئذٍ يطبق على أدائه المتدني هذه الصيغة: «إن عدم كفاءتي دليل على أنني غبي». بل إن لديه قاعدة بشأن الكرب الناتج: «ما دمت حزينا فهذا يعني أن حالي لن ينصح». إنه كما نرى يطبق سلسلة من العمليات المنطقية كل نتيجة فيها تشكل مقدمة للنتيجة التالية.

لكل اضطراب من الاضطرابات النفسية التي سبق شرحها منظومتها الخاصة من القواعد؛ ففي عصاب القلق تتعلق القواعد بمفهوم الخطر وبتقدير المريض لمدى قدرته على مغالبتة، وتتخذ النتائج المستمدة من تطبيق القواعد شكل تنبؤات من قبيل: «إنني في خطر وشيك أن أفقد أعلى حيثياتي (الصحة، الحياة، صديقاً، وظيفة)». «ليس لدي من وسيلة لدفع هذا الخطر». وتطبق القواعد الخاصة المؤدية إلى هذه النتائج على وقائع محددة: «إن سرعة ضربات قلبي تعني أن لدي نوبة قلبية، وربما أموت قبل أن يسعفني أحد». «إذا ابتعدت عن المنزل فقد تقع مأسى ولن أتمكن من التغلب عليها». «إذا فعلت أي خطأ فربما أصطدم برئيسي، عندئذٍ سوف يفصلني».

في 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 احتمال لنتيجة حميدة. أما في حالة الاكتئاب؛ فإن القواعد مطلقة وغير مشروطة: «إن نقائصي الحالية تعني أنني سأبقى فاشلاً على الدوام».

والقواعد مشروطة أيضاً في حالة الرهاب؛ فهي تنطبق على مواقف بإمكان المريض تجنبها: «إذا اجتزت خلال نفق فقد أحتنق». «إذا ذهبت إلى مكان لا أعرفه فقد أتوه». في هذه الحالات يعمل المريض أيضاً حسب قاعدة «لن أستطيع أن أتغلب على الموقف بنفسي».

وكما هو الأمر في حالة القلق؛ فإن هذه القواعد تفترض احتمالاً كبيراً لحدوث الكارثة، إلا أن المريض كثيراً ما يعزز وضعه بهذا الافتراض: «إذا كان معي شخص مساعد فسوف يمكنه إنقاذي». ولهذا نجد كثيراً من مرضى الرهاب قادرين على الدخول في الموقف المخيف إذا توافر لديهم شخص مساعد.

أما في حالة الاكتئاب فإن منطوق القواعد يستمد معاني وتنبؤات سلبية من ظرف حاضر أو ماض. ليس في هذه القواعد بند استثنائي أو باب للهرب كما هو الحال في القلق والرهاب. ومن أمثلة هذه القواعد: «كوني غير ناجح في عملي يعني أنني فاشل تماماً.» «ما دمت حزيناً الآن فسوف أكون حزيناً دائماً.» «عندما تحدث أي مشكلة أكون أنا السبب.» «حين أفقد حب زوجتي؛ فهذا يعني أنني تافه لا قيمة لي.» «حين لا أحظى بالإعجاب؛ فهذا يعني أنني بغيض غير جدير بالحب.»

وفي حالات الهوس يكون مضمون الافتراضات على النقيض مما هو في الاكتئاب. وتصاغ القواعد بطريقة من شأنها أن تبالغ في أي كسب حاصل وأن تعلي من قيمة الذات: «ما يكاد الناس ينظرون إليّ حتى يعجبوا بي.» «إذا أسند إليّ عمل فسوف أقوم به على نحو رائع.» «كل نجاح أحققه يثبت مرة ثانية كم أنا عظيم.»

وفي حالات البارانويا يغلب أن تكون القواعد مطلقة وغير مشروطة. فمحتوى القواعد ينضح بالمؤامرات والظلم والإجحاف والمحاباة: «حين لا يتفق الناس معي في الرأي فإنهم يتعمدون مناوأتي.» «حين لا أحصل على ما أريد؛ فإن هذا يعني أن شخصاً ما كان يكيّد لي.» «حين لا تسير أموري على نحو صحيح، فبسبب تدخل الآخرين فيها.»

حين نسائل مريضاً ما حول أفكاره فهو في عامة الأحوال لا يتطوع بتقديم القاعدة التي تشكل تفسيراته للأحداث، بل يذكر بدلاً من ذلك النتيجة التي انتهى إليها. فمريض القلق مثلاً يقول: «ربما أكون مشرفاً على الموت.» ومريض الاكتئاب يقول: «لقد فقدت كل شيء يهمني، إنني تافه لا أساوي شيئاً.» ومريض الهوس يقول: «إنني الأعظم.» ومريض البارانويا يقول: «كل الناس ضدي.»

إن علينا أن نرتد من النتيجة لكي نستخلص القاعدة (الفرض، المقدمة). صحيح أن بإمكان المريض في بعض الأحيان أن يأتي بمنطوق القاعدة دون صعوبة. شأن تلك المرأة الاكتئابية المشرفة على الانتحار بعد أن هجرها حبيبها، والتي قالت «إنني عديمة القيمة.» فحين سئلت عن السبب أجابت (كما لو كان هذا حقيقة عامة): «إذا لم يحبني أحد فأنا عديمة القيمة.» إلا أن الأغلب الأعم أن يستلزم استخلاص القاعدة سلسلة من الأسئلة:

مريض القلق: «أعتقد أنني أحتضر.»

المعالج: «ما الذي يجعلك تظن ذلك؟»
المريض: «إن قلبي يدق بقوة، الأشياء تبدو غائمة، لا يمكنني أن آخذ نفسي، كل جسمي يعرق.»
المعالج: «ولماذا تعتبر ذلك احتضارًا؟»
المريض: «لأن هذا يشبه الاحتضار.»
المعالج: «كيف عرفت ذلك؟»
المريض (بعد شيء من التفكير): «أظنني أجهل ذلك. ولكنني أعتقد أن هذه هي علامات الاحتضار.»

إن قاعدة هذا المريض (المقدمة premise) هي أن اجتماع هذه الأعراض يساوي الموت الوشيك. غير أن الحقيقة هي أن هذه العلامات (الخفقان، صعوبة تركيز البصر، ضيق التنفس) هي من العلامات النموذجية لنوبة القلق الحاد (قد تشير هذه العلامات بالطبع إلى خطر حقيقي على الحياة لو كانت مصحوبة بعلامات مؤكدة لمرض عضوي). بذلك يدخل كلُّ من فكر المريض وانفعال القلق في حلقة مفرغة؛ فأفكار الموت تؤدي إلى زيادة القلق متمثلًا في الأعراض الفسيولوجية. وهذه الأعراض بدورها تفسّر كعلامات للموت الوشيك.

كيف تتضح هذه القواعد لتكوّن اضطرابًا انفعاليًا؟
ما دامت هذه القواعد تُصاغ في ألفاظ متطرفة؛ فهي تؤدي إلى نتيجة متطرفة. إنها تطبق كما لو كانت في قياس منطقي syllogism:

المقدمة الكبرى: إذا لم يحبني أحد فأنا تافهة.
الحالة الخاصة: ¹ ريموند لا يحبني.
النتيجة: أنا تافهة.

إن المريض بطبيعة الحال لا يدي 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 فإنه بالتأكيد على دراية بها ووعي صريح.

¹ أي المقدمة الصغرى minor premise. (المترجم)

بوسعنا أن نحلل اضطراب التفكير المميز للاضطراب النفسي وفق عملية القواعد. إن الانحرافات الفكرية المميزة مثل المبالغة، والتعميم المفرط، والإطلاق (الأحكام المطلقة) absoluteness مدمجة في بنية القاعدة؛ وبالتالي فهي تفعل فعلها في الضغط على الشخص لكي يضع نتيجة مبالغة أو مفرطة التعميم أو مطلقة (في الحالات السوية هناك بالطبع قواعد أكثر مرونة تخفف من حدة القواعد المتطرفة التي تغطي في حالات الاضطراب). حين ينشغل المريض بموضوع يتعلق بنقاط حساسيته الخاصة؛ فإن القواعد الأكثر بدائية تميل إلى إزاحة المفاهيم الأكثر نضجاً. وما إن يسلم المريض بصحة إحدى النتائج المتطرفة حتى يكون نهياً للقواعد البدائية التي تتوسع باطراد وتبسط سلطانها على فكره. إذا استسلم المريض مثلاً لهذه الفكرة «ما دام 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 فلن يحبني أحد أبداً.» وهذه المقدمة تمهد الطريق للنتيجة التالية: «بدون حب لا تستحق الحياة أن تعيش، إذن ليس هناك معنى لأن أبقى على قيد الحياة.»

الفصل الخامس

مفارقات الاكتئاب

«يرقدُ صاحياً، يحسب المستقبل
يحاول أن يحل خيوط الماضي والآتي
وينشرهما ويفك ألغازهما ويضمهما معاً
بين منتصف الليل والفجر، حيث الماضي خداع كلُّه
والمستقبل لا مستقبل له.»

ت.س. إليوت

- هذا أحد العلماء، ما كاد يتولى رئاسة رابطة علمية مرموقة حتى انحدر إلى الكآبة والغم. وأفضى إلى أحد أصدقائه أن لديه رغبة عارمة ملحّة أن يهجر مهنته ويصبح من الهيبين.
- وهذه أمُّ روم كانت دائماً شديدة الحب لأطفالها؛ فبدأت تهملهم وتخطط جدياً لتدميرهم وتدمير نفسها بعد ذلك.
- وهذا رجل أبيقوري 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 ندّت عنها أول ابتسامة لها منذ أسابيع طويلة.

كل هذه الأفعال الغريبة التي لا تتسق بحال مع المعهود من سلوك الشخص وقيمه هي تعبيرات مختلفة عن نفس الحالة الباطنة-الاكتئاب. فبأي انحراف وزيف يصدّم الاكتئاب توقعنا ويهزأ بأرسخ أفكارنا عن طبيعة الإنسان وبيولوجيته؟ فإذا بغريزة حفظ الذات وغرائز الأمومة تتبدد. وإذا بالدوافع البيولوجية الأساسية، كالجوع والجنس، تنطفئ.

وإذا بالنوم، بلسم الكروب جميعاً، يتعطل ويعاق. وتتبخر الغرائز الاجتماعية كالتعلق بالآخرين والحب والعاطفة. وينقلب مبدأ اللذة ومبدأ الواقع رأساً على عقب؛ فلا تصعيد للمتعة ولا تقليص للألم. إن ضحايا هذا المرض العجيب لا يفقدون قدرتهم على الاستمتاع فحسب، بل يبدون مدفوعين إلى ما يؤذيهم ويزيد معاناتهم. ويبدون عاجزين عن الابتهاج بما يبهج أو الغضب مما اعتادوا أن يغضبوا منه.

كان الناس ذات يوم يعزون هذا الداء الغريب إلى شياطين يزعمون أنها تتلبس بالضحية. غير أن مشكلة الاكتئاب ظلت باقية ولم تمدنا أي من النظريات التي قُدمت طوال هذه العصور بحل متماسك لها. وما يزال يرهقنا حتى اليوم هذا الاضطراب النفسي الذي يبدو مكذباً لأشد مفاهيمنا عن الطبيعة البشرية ثباتاً واستقراراً. على أننا يمكن أن نقول، رغم ما يبدو في قولنا من تناقض ظاهري، إن غرائب الاكتئاب وخصائصه الشاذة قد تمدنا هي ذاتها بمفاتيح لحل لغزه وقرائن لفهم هذه الحالة المرضية الغامضة.

إن الانقلاب التام الذي يعتري سلوك الاكتئابي يبدو لنا في بداية الأمر كأنه يتحدى كل فهم وتفسير. فشخصيته أثناء الاكتئاب تبدو أقرب لغيره من المكتئبين منها لشخصيته المعتادة. مشاعر المتعة والبهجة تتبدل بالحزن والتبلد. ينحسر نطاق الرغبة والمشاركة التلقائية ومجالها العريض لتحل محلها أمارات السلبية والهروب: دوافع المأكل والجنس تتحول إلى نفور منهما واشمئزاز. الاندماج في الأنشطة المعتادة يتحول إلى تجنب وانزواء. وأخيراً، الرغبة في الحياة والعيش تنطفئ وتحل محلها الرغبة في الفناء والموت.

يمكننا كخطوة أولى في طريق فهم الاكتئاب أن ننظم ظواهره المتباينة في نوع من التسلسل المفهوم. يعطي مختلف الكُتَاب الأولوية لواحد من الجوانب التالية: الحزن الشديد، الرغبة في الإسبات (البيات) wishes to hibernate، الرغبة في تحطيم الذات، الاضطراب الفسيولوجي.

هل الانفعال المؤلم هو العامل الحفّاز في مرض الاكتئاب؟ إذا صح أن الاكتئاب هو اضطراب وجداني في أساسه لأمكن 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 (كالألم الجسدي أو الغثيان أو الدوخة أو قصر النفس أو القلق) قلما تؤدي إلى الأعراض التي تسم الاكتئاب (مثل التخلي عن الغايات الكبرى في الحياة أو انطفاء مشاعر الحب أو الرغبة في الموت). فالحق أن الذين يصابون بألم جسدي هم على العكس يقدرّون 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 نتوقع له أن يولّد ما يميز الاكتئاب من تأنيب النفس وتشوهات التفكير وفقدان الدافع إلى الإشباعات المختلفة. وتبرز نفس المشكلات حين نحصر الأولوية في جوانب أخرى من الاكتئاب. فبعض الكُتّاب يلفتهم ما بالاكتئاب من سلبية وانزواء فيرون أنه ينشأ من رغبة في الإسبات hibernation هي نوع من التأسل أو الردة التطورية atavism^١ ولكن إذا كانت غاية الاكتئاب هي حفظ الطاقة فما الذي يدعو المريض إلى تأنيب ذاته والانخراط في أنشطة متخبطة مستمرة حين يكون متهيجًا؟ لماذا يسعى إلى تدمير ذاته وهي مصدر الطاقة؟ أما حصر الأولوية في الأعراض الفسيولوجية كاضطراب النوم والشهية والجنس فلا يخلو من مأخذ ومشكلات. فمن الصعب أن نجد أي تسلسل مفهوم يصل هذه الاضطرابات الفسيولوجية بظواهر 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 يتفرد بها الاكتئاب.

المفتاح: الشعور بالفقدان أو الخسارة

كيف يمكن أن نفرز ظواهر الاكتئاب ونسلكها في سياق مفهوم؟ أبسط الطرق هو أن نسأل المريض عما يحزنه وأن نشجعه على أن يعبر عن الأفكار التي تلح عليه وتعاوده. يقدم معظم الاكتئابيين معلومات أساسية بعبارات تلقائية من قبيل: «إنني 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 التيمة الرئيسية في عبارات مرضى الاكتئاب المتوسطة أو الشديد؛ إن المريض يرى أنه يفتقر إلى عنصر ما أو صفة يعتبرها ضرورية لسعادته: القدرة على تحقيق أهدافه، الجاذبية الشخصية، ود الأسرة والأصدقاء، الممتلكات المادية، الصحة الجيدة، المكانة، المركز. مثل هذه التقييمات الذاتية تعكس الطريقة التي يدرك بها الاكتئاب وضعه الحياتي.

^١ هو عودة ظهور الخصائص الوراثية للسلف البعيد بعد اختفائها في السلف المباشر أو القريب. (المترجم)

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

تتعلق التقييمات المحرفة لدى مريض الاكتئاب بتقلص مجاله الشخصي وانكماشه وتؤدي إلى الحزن (الفصل الثالث). إن تصويره لصفاته وعلاقاته ومنجزاته وكل ما هو موضع تقدير فيه هو تصور مشبع بفكرة فقدان — فقدان ماضٍ وحاضر ومستقبل. فحين يتأمل وضعه الحالي يجد عالماً قاحلاً مجدباً. ويحس أن المطالب الخارجية ثقيلة الوطأة عليه، تعترضه وتستنفد وسائله الهزيلة وتحول بينه وبين تحقيق مراده.

«خاسر» loser ... هي الكلمة التي تحصر كُنه تقييمه لنفسه ولخبرته. إنه يكتوي بفكرة الخسران، خسران أشياء قيمة، أصدقائه، صحته، ممتلكاته العزيزة. ويعتبر نفسه أيضاً «خسران» بالمعنى العام للكلمة: كائن تافه ناقص عاجز عن أن يفي بمسئوليّاته ويحقق أهدافه. إذا اضطلع بمشروع أو التمس إشباعاً ما — توقع الهزيمة والخيبة. حتى النوم لا يقدم له هدنة ولا مهلة للراحة، فالأحلام المزعجة تطارده وتتعبه، وهو في الحلم أيضاً ناقص وفاشل.

حين نتأمل مفهوم الخسران يجب أن نتفطن للأهمية المحورية للمعاني والمتضمنات. فما يمثل خسارة موجعة لشخص ما قد يُعد لدى شخص آخر شيئاً هيناً لا يؤبه له. لا بد أن ندرك إذن أن مريض الاكتئاب منشغل في الحقيقة بخسائر افتراضية وخسائر موهومة. وهو ما يكاد يفكر في خسارة محتملة حتى يعدها حقيقة قائمة. من ذلك أن أحد مرضى الاكتئاب كان رد فعله المميز كلما تأخرت زوجته عن موعد وصولها أن يفكر: «ربما تكون قد ماتت في الطريق». ثم يتوَلّل فقدان الافتراضي كواقعة فعلية وبيتئس ابتئاساً شديداً.

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

للإجابة عن هذا السؤال من المفيد أن نستكشف التسلسل الزمني للاكتئاب: الحدوث والتطور الكامل للأعراض. يتبين هذا التابع في أوضح صورة في حالات «الاكتئاب التفاعلي (الارتدادي/الرجعي)» reactive depression أي الاكتئاب الذي يحدث كاستجابة لعامل

مرسب محدد. أما حالات الاكتئاب الأخرى الأبطأ في الحدوث فتتخذ صورًا مماثلة وإن تكن أكثر خفاءً ودقة.

تطور الاكتئاب

قد يتعرض الشخص المستهدف للاكتئاب في مسار نشأته لألوان معينة من الظروف الحياتية المعاكسة التي تجعله حساسًا بدرجة زائدة. ظروف من قبيل فقد أحد الوالدين أو الرفض الدائم للشخص من قبل قرنائه. كما أن هناك ظروفًا أخرى أقل حدةً ووضوحًا قد تؤدي بالمثل إلى القابلية أو الاستهداف للاكتئاب. من شأن هذه الخبرات الصادمة المبكرة أن تؤهل الشخص للاستجابة المفرطة كلما صادف ظروفًا شبيهة بها في حياته اللاحقة، وتجعله أميل إلى الأحكام المطلقة المتطرفة في مثل هذه الظروف، فيرى أيَّ خسارة يمتنى بها خسارة نهائية لا تعوّض وأي شخص لا يكثرث به كأنما يرفضه رفضًا تامًا. 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 اللاحقة إحباطات 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 المرسبة (المعجلة) للاكتئاب، والتي يتفق عليها العديد من التقارير الإكلينيكية والبحثية: انفصام علاقة هامة، الفشل في تحقيق هدف حيوي، فقد وظيفة، النكسات المالية، العجز الجسمي المفاجئ، فقد المكانة الاجتماعية أو السمعة. قد يحدث أي من هذه الأحداث اكتئابًا إذا كان يُعد في نظر الفرد نضوبًا نهائيًا تامًا لمجاله الشخصي.

لا يحق أن ننتع الحدث بأنه «حدث مرسب أو معجل» precipitating event إلا إذا اتخذت خبرة الفقدان عند المريض دلالة جوهرية. على أن الحدث المرسب (المعجل) ليس دائمًا حدثًا منفصلًا. فهناك صنف من الضغوط يتسلل ببطء وخفاء: كالذبول التدريجي لحب الزوج، والتفاوت المزمّن بين أهداف المرء ومنجزاته. مثل هذه الضغوط التراكمية قد تحثُّ من المجال الشخصي بما يكفي لأن يمهد السبيل لحدوث الاكتئاب. من أمثلة ذلك أيضًا أن يكون الفرد غير راضٍ عن أدائه كوالد، أو كربة بيت، أو كاسب دخل، أو طالب، أو فنان مبدع. أو أن يلمس الفرد مرارًا وتكرارًا وجود فجوة بين ما يأمله وما يجنيه، سواء من علاقة شخصية هامة أو من مهنة أو من أنشطة أخرى. كل ذلك قد يوقع الشخص في

الاكتئاب. وجملة القول أن الشعور بالفقدان قد يكون وليد الأهداف الخيالية المسرفة في الطموح والأمني المغالية في العلو والتحليق.

ليست خبرات الاكتئابي قبيل حدوث الاكتئاب بأقصى من خبرات غيره في الأغلب الأعم. إنما يختلف الاكتئابيون عن غيرهم في الطريقة التي يتولون بها حرماناً ما. إنهم يلصقون بالخسارة معاني مغرقة في التعميم ودلالات مبالغاً فيها إلى حد بعيد.

هذه حالة توضيحية تبين الطريقة التي تؤدي بها الظروف الصادمة المتضمنة لخسارة ما إلى مجموعة الأعراض الاكتئابية. إنها حالة رجل هجرته زوجته على غير توقع. إن أثر الهجر على أحد الأزواج هو شيء يصعب توقعه. فمن الجلي أنه ليس كل من هجرته زوجته يصبح مكتئباً حتى لو كان الهجر موجعاً له. فقد يكون لديه مصادر أخرى للإشباع - أفراد الأسرة والأصدقاء - يمكنه بها أن يسد الفراغ؛ إذ لو كان الأمر مجرد ثغرة أو فجوة جديدة في حياته فإنه عسي أن يتمكن بمرور الأيام من تحمل هذا الفقدان دون أن يقع في اكتئاب مرضي. غير أننا نعلم أن بعض الأفراد المستهدفين يستجيبون لمثل هذا الفقدان باضطراب نفسي جسيم.

يتوقف تأثير الفقدان، على نوع المعاني المرتبطة بالشخص المفقود وشدتها؛ فالزوجة في مثالنا الحالي كانت محور خبرات مشتركة وأحلام وآمال بالنسبة لزوجها الذي هجرته. لقد نسج حولها شبكة من الأفكار الإيجابية مثل: «هي جزء مني»، «هي كل شيء بالنسبة لي»، «إنني أستمتع بالحياة بفضلها»، «إنها دعامي الأساسية»، «إنها تواسيني في محنتي». تتراوح هذه الارتباطات الإيجابية بين ما هو واقعي وما هو وهمي خيالي شديد البعد عن الواقع. وبقدر هذه المغالاة والتصلب في التصورات الإيجابية يكون تأثير الفقدان على مجال المرء.

إذا بلغت الإصابة التي تحيق بمجال المرء مبلغاً معيناً فإنها تفجّر تفاعلاً متسلسلاً chain reaction. لقد أمحت مصادر القوة الإيجابية التي كانت ممثلة في زوجته. وإن حرمانه من تلك الصفات الثمينة (مصدر سعادتي الوحيد/ كنه وجودي) ليضخم تأثير الفقدان ويولد مزيداً من الحزن. ومن ثم يستخلص الزوج المهجور نتائج سلبية للغاية توازي الإيجابيات المغرقة التي ينسبها لزوجته. ويكون تفسيره لعواقب الفقدان: «إنني لا شيء بدونها، ولن أعرف السعادة بعدها». «لا حياة لي بدونها».

يؤدي توالي ارتجاجات reverberations الفقد إلى أن يرتاب الزوج في قيمته وجدواه: «لو كنت 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 معي/ سوف يبھظني أن أفتح بيتين.»

وحين يبلغ التفاعل المتسلسل الصورة المكتملة للاكتئاب؛ فإن شكوكه بنفسه تتسع وتنبؤاته الكئيبة تتمدد وتغدو تعميمات سلبية عن نفسه وعن عالمه وعن مستقبله. فيبدأ في اعتبار نفسه محروماً حرماناً مستديماً من الإشباع العاطفية والمالية أيضاً. بل يهول فضلاً عن ذلك من حجم معاناته بأن يمسرح الحدث مسرحاً زائداً: «إنه فوق احتمال البشر.» أو «إنه كارثة مريعة.» مثل هذه الأفكار خليقة أن تضعف قدرته ودافعيته لامتنصص الصدمة.

ويھجر الزوج أنشطته وأهدافه التي كانت من قبل تمنحه إشباعاً ورضا. ويتراجع عن تطلعاته المهنية «لأنها لا معنى لها بدون زوجتي.» ولا يجد دافعاً إلى العمل أو حتى إلى العناية بنفسه «لأنها لا تستحق الجهد.» ويتفاهم كربه بالمصاحبات الفسيولوجية للاكتئاب مثل فقدان الشهية واضطراب النوم. وأخيراً يفكر في الانتحار كوسيلة للهروب «لأن الحياة مؤلمة للغاية.»

وحيث إن التفاعل المتسلسل دائري بطبيعته؛ فإن الاكتئاب يصير إلى الأسوأ باستمرار. فالأعراض المختلفة كالحزن والإرهاق والأرق تعود؛ فتلقم الجهاز النفسي تلقياً رجعياً (تغذية راجعة أو مرتدة) feedback. ومن ثم فإن المريض إذ يعاني الحزن يحمله تشاؤمه على أن يستنتج: «سوف أبقى حزيناً أبداً.» فتؤدي به هذه الفكرة إلى مزيد من الحزن الذي يفسر بدوره تفسيراً سلبياً.

وكذلك الحال بإزاء الأعراض الجسمية فهو يحدث نفسه: «لن أعود قادراً على الأكل أو النوم مرة ثانية.» ويخلص إلى أنه في تدهور جسدي دائم. كذلك يلحظ المظاهر الاجتماعية لمرضه من نقص الإنتاجية وتجنب المسئولية والانزواء عن الناس؛ فيتزايد انتقاده لنفسه. ويفضي تأنيب الذات إلى مزيد من الحزن. الأمر كما نرى يتصل ويتمادي في حلقة مفرغة. تُظهرنا حكاية الرجل الذي تهجره زوجته على تأثير فقدان وارتجاعاته لدى الشخص المستهدف للاكتئاب. وبوسعنا الآن أن ندع هذه الحالة الخاصة جانباً لكي نؤسس تعميمات عن تطور الاكتئاب. فقد تقدر التفاعل الاكتئابي المتسلسل ضروب أخرى من فقدان مثل الفشل في المدرسة أو في الوظيفة، أو ضروب أخرى من الحرمان الأكثر إزمناً وتدرجاً مثل اضطراب العلاقات الشخصية المحورية في حياة المرء.

يمكننا أن نمُد مفهوم التفاعل الاكتئابي المتسلسل؛ بحيث يتسع للإجابة عن المسائل الآتية: لماذا يعاني مريض الاكتئاب من هذا النقص في اعتبار الذات؟ ولماذا يمتلك هذا

التشاؤم المطبق؟ لماذا يوبخ نفسه بهذه القسوة؟ لماذا ينسحب من الحياة؟ لماذا يعتقد أن حالته ميئوس منها؟

نقص اعتبار الذات وانتقادها

حين يتفكر مريض الاكتئاب في المحن التي ألمت به (انفصال، رفض، هزيمة، خيبة أمل)؛ فإنه يشرع في تقييم نفسه في ضوء هذه الخبرات. فيعزو عسره وشدته إلى نقيصة شائنة فيه. فيستنتج الزوج المهجور مثلاً: «لقد خسرتها لأنني شخص كرهه 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 في مغامرة تتعلق بالتماس الإثارة أكثر مما تعني أي تغيير حقيقي في مشاعرها تجاه زوجها.

عندما يعزو المريض سبب فقدان إلى نفسه، يتحول الصدع في مجاله الشخصي إلى هوة كبيرة: فلا يعود يعاني من فقدان وحده، بل هو «يكتشف» نقصاً في نفسه. ويميل إلى تضخيم هذا النقص إلى حد بعيد. فتفكر المرأة التي هجرها حبيبها مثلاً: «لقد علت بي السنُّ وصرت دميمة الشكل. من المؤكد أن شكلي أصبح قبيحاً منفراً». ويفكر الرجل الذي خسر وظيفته بسبب انهيار عام في الاقتصاد: «إنني غشيم أخرق، وأضعف من أن أكسب قوتاً».

وإذ يرُدُّ المريض الهجران إلى نقائصه وعيوبه الخاصة؛ فإنه يكابد مزيداً من الأعراض المرضية. ويغدو اقتناعه بنقائصه المزعومة أمراً ملزماً حتى ليتخلل كلُّ فكرة له عن نفسه. وتكبر صورة سلبياته بمرور الوقت حتى تصبح هي «صورة النفس self-image» بالنسبة إليه. فإذا سئل أن يصف نفسه لم يسعه أن يفكر إلا في سماته السيئة، ووجد صعوبة كبيرة في الالتفات إلى قدرته ومنجزاته، وغضَّ من شأن صفاته ومزاياه التي كان يقدرها قديماً ويعتز بها.

ينشغل المريض بنقصه المزعوم ويتخذ انشغاله أشكالاً كثيرة. فهو يقيّم كل خبرة من خبراته وفقاً لهذا النقص. وهو يتوَلَّى أي خبرة تحتمل أكثر من تفسير أو تحمل نبرة سلبية خفيفة كدليل على نقصه وقصوره. فهذه امرأة تعاني من اكتئاب خفيف تستنتج بعد مشادة مع أخيها «إنني غير قادرة على أن أكون محبوبةً أو أن أُمْنَح حُباً»، ولا يلبث اكتئابها أن يشتد، رغم أن لديها في الحقيقة العديد من الأصدقاء الأقربين ولديها زوجاً محبباً وأطفالاً. وحين تكون إحدى صديقاتها مشغولةً بحيث تقصر معها الحديث على

الهاتف تقول لنفسها «إنها لا تريد أن تتحدث معي بعد ذلك.» وحين يعود زوجها من مكتبه متأخراً ترى أنه كان يقضي الوقت في مكان ما ليتجنب البقاء إلى جانبها. وحين يتذمر أطفالها على المائدة تفكر: «لقد خذلتهم.» الحق أنه في جميع هذه الحالات كانت هناك تفسيرات أقرب إلى العقل والقبول، ولكن المريضة تجد صعوبة في الالتفات إليها أو إلى أية تفسيرات لا تنعكس عليها سلباً.

إن ميل المرء إلى مقارنة نفسه بغيره قد ينال من اعتباره لذاته؛ بحيث يتحول كل لقاء له بشخص آخر إلى تقييم سلبي للنفس. هكذا يفكر مريض الاكتئاب عندما يتحدث مع الآخرين «لست متحدثاً جيداً ... لست جذاباً كبقية الناس.» وحين يتمشى بالطريق يفكر «هؤلاء الناس يبدون جذابين، ولكني لست كذلك.» «إن مشيتي رديئة ونفسي كريه.» وإذا يرى أمماً مع طفلها يفكر «إنها والدة طيبة ولست والداً طيباً.» وحين يشاهد مريضاً آخر يعمل بجد واجتهاد في المستشفى يفكر «إنه مجد مجتهد بينما أنا كسول عاجز.»

لم يتناول الكتاب هذه الظاهرة كما ينبغي. أعني ظاهرة القسوة والشطط في توبيخ الذات في حالة الاكتئاب. فمنهم من تجاهلها وضرب عنها صفحاً، ومنهم من أغرق في التأمّلات النظرية الشديدة التجريد. افترض فرويد مثلاً أنه في حالة الشكل bereavement يكون لدى الثاكل مخزون من العدائية اللاشعورية تجاه الفقيد المحبوب. غير أنه لا يجيز لنفسه أن تنقل هذه العدائية إلى حيز الشعور (الوعي). ومن ثم فهو يوجه الغضب إلى نفسه ويتهمها بنقائص وعيوب هي في الحقيقة نقائص الفقيد 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 اختباره والتحقق من صحته.

إن فصلاً دقيقاً لعبارات المرضى ليمدنا بتفسير أكثر اقتصاداً^٢ لظاهرة لوم الذات. فمن المفاتيح التي تكشف منشأ هذه الظاهرة ما نلاحظه كثيراً من أن مرضى الاكتئاب

^٢ الاقتصاد parsimony هنا هو اقتصاد في الفكر، ومفاده أن التفسير الأفضل (لظاهرة ... إلخ) هو ذلك الذي يتطلب أقل عدد ممكن من الافتراضات. وقد جرى العرف على تسمية هذا المبدأ الإيستمولوجي «نصل أوكام» نسبة إلى وليم أوكامي (١٢٨٥-١٣٤٧م) فيلسوف العصر الوسيط، وإن كان مبدأ أوكام الأصلي مبدأً أنطولوجياً في الأساس ومنطوقه: «لا ينبغي أن نزيد من عدد الكيانات (الكائنات) دون ضرورة.» (entia non sunt mutiplicanda praeter necessitatem): دون ضرورة. (المترجم) multiplied beyond necessity.

يبخسون نفس الصفات التي كانوا من قبل يقدرونها في أنفسهم ويعتزون بها؛ شأن هذه المرأة التي طالما سرّها منظرها في المرآة فجعلت بعد أن أصابها الاكتئاب توبخ نفسها بإهانات مثل «إنني أشيخ باستمرار وأصير قبيحة دميمة.» ومثل هذه المرأة التي كثيراً ما اعتمدت على لباقتها واستغلت حلوة حديثها وأسرت انتباه الآخرين واعتزت بهذه القدرة؛ فإذا بها بعد أن أصابها اكتئاب حاد تبكّت ذاتها وتحدّثت نفسها «لقد فقدت قدرتي على إثارة انتباه الناس. إنني لا أقدر حتى أن أدير حديثاً مهذباً.» في كلتا الحالتين كان السبب المرسّب (المعجل) للاكتئاب هو انفصام 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 المعتادة والسيطرة على المشكلات الجديدة وبلوغ الأهداف الهامة. لذا فهو حين يستنتج (خطأً في الأغلب) أنه غير قادر على السيطرة على مشكلة خطيرة أو تحقيق هدفٍ ما أو تدارك خسارة؛ فإنه يبخس صفته المميزة ويغض من شأنها. وإذا تلوح له هذه الصفة كأنها تخبو وتتلاشى يداخله اعتقاد أنه لن يعود قادراً على أن يجد في الحياة إشباعاً أو رضاً وأن كل ما يمكن أن يتوقعه منها هو الأمل والمعاناة. بذلك يتقدم الاكتئاب من الإحباط إلى تأنيب الذات إلى التشاؤم.

قد يفيدنا توضيح ميكانيزم تأنيب الذات أن نتأمل التسلسل الذي يجري حين يكون الشخص العادي بصدد تأنيب شخص آخر قد ضايقه وتعدى عليه. إنه في البدء يحاول أن يجد في هذا الشخص المتعدى سمة سيئة يفسر بها سلوكه البغيض — الجلافة ... الأنانية ... إلخ. عندئذٍ يعمم هذه النقيصة المميزة لتشمل صورة المتعدى بكاملها — «إنه شخص أناني.» «إنه كره.» ثم يشرع بعد هذا الحكم الأخلاقي في تدبر طرق يعاقبه بها. إنه لا يكتفي بأن يزدريه ويحط من شأنه، بل يهاجم فيه، إن واثته الفرصة، نقطة ضعف يؤذيه بها ويصميه منها. وقد يشاء في النهاية أن يقطع علاقته بهذا الشخص الذي تعدى عليه وآله، وأن ينبذه نبذاً تاماً.

بنفس الطريقة يتفاعل الاكتئاب المؤنب لذاته مع نقيصته المفترضة الخاصة ويجعل من نفسه هدفاً لهجومه. إنه يعدّ نفسه خاطئةً مذنبه جديرة باللوم. وهو يتجاوز في ذلك وصية الكتاب المقدس «إذا ساءت عينك فاقلعها.» ويمد إدانته الأخلاقية من السمة المحددة المحصورة لتشمل شخصيته كلها وجماع مفهومه لذاته، مصحوبة في الأغلب بمشاعر الاشتمزاز من النفس والنفور منها.

لنتأمل الآن الآثار المترتبة على انتقاد الذات وإدانتها ورفضها. إن المريض ليتفاعل مع هجماته ذاتها كما لو كانت موجهة إليه من شخص آخر، فيشعر بالألم والحزن والخزي. دأب فرويد وكثير من الكتّاب الأحدث أن يردّوا مشاعر الحزن إلى تحوّل اتجاه الغضب وارتداده إلى الداخل. ويزعمون أن الغضب المرتد يتحول (كما بضرب من الخيمياء^٢ alchemy) إلى مشاعر اكتئابية. أليس تفسيراً أقرب أن نقول إن الحزن هو نتيجة نقص اعتبار الذات الناشئ بتحريض ذاتي أي بتأنيب الشخص لنفسه؟ افترض أنني أعلنت طالباً أن أداءه هابط متدنٍ، وأنه تقبل تقييمي لأدائه كتقييم صحيح عادل. فالأرجح أن يحس هذا الطالب بالحزن رغم أنني أعلنه بذلك دونما غضب وربما بشيء من الأسف والعطف. فنقص اعتبار الذات يكفي لكي يجعله حزيباً. كذلك إذا وضع الطالب تقييماً سلبياً لنفسه فإنه يشعر بالحزن. إن مريض الاكتئاب شبيه بهذا الطالب المنتقص لذاته؛ فهو يشعر بالحزن لأنه يخفض من إحساسه بقيمته من جراء تقييماته السلبية لذاته.

حين يقيم 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 ويحط من قدره.

التشاؤم

يندفع التشاؤم مثل موجة عارمة إلى المحتوى الفكري لمريض الاكتئاب. إننا جميعاً نميل بدرجة ما إلى أن «نعيش في المستقبل». وحين نكون حيال حدثٍ ما فنحن لا نفسر خبرتنا له وفق ما يعنيه هذا الحدث في لحظته الحاضرة فقط، بل وفق نتائجه المحتملة أيضاً. فحين يتلقى شاب إطراءً من رفيقته؛ فإنه يتطلع إلى مزيد من الإطراءات بأمل ولهفة. وقد

^٢ الخيمياء alchemy هي الكيمياء القديمة التي سادت في العصر الوسيط وكانت 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 الذي يشفي جميع الأدوية ويحصن الإنسان من الفناء. (المترجم)

يحدث نفسه: «إنها تحبني حقًا.» ويتنبأ بأن علاقته بها ستزداد ودًا وألفة. أما إذا خيبت ظنه أو رفضته فهو حقيق أن يتوقع تكرارًا لمثل هذه الخبرة الأليمة.

للاكتئابيين ولع خاص بتوقع كروب ومحن في المستقبل، والإحساس بهذه المحن والكروب كما لو أنها تحدث في الحاضر أو أنها حدثت بالفعل. كشأن رجل الأعمال الذي أملت به انتكاسة بسيطة؛ فبدأ يفكر في إفلاسه النهائي. وإذا استغرق تفكيره في تيمة الإفلاس؛ فقد صار يُعد نفسه مفلسًا، وبالتالي صار يحس بنفس الدرجة من الحزن كما لو كان الإفلاس قد حلَّ به حقًا وفعلاً.

تنزع توقعات الاكتئابيين وتنبؤاتهم إلى الغلو والتطرف والإفراط في التعميم. وهم إذ يعتبرون المستقبل امتدادًا للحاضر يتوقعون للحرمان والهزيمة أن يمتدا إلى الأبد. فإذا ما أحس الاكتئابي بالتعاسة الآن؛ فذاك يعني عنده أنه سوف يبقى تعيشًا على الدوام. ويعبر عن هذا التشاؤم الكلي المطلق بعبارات مثل «لن ينصلح حالي أبدًا.» «الحياة لا معنى لها، ولا سبيل إلى تغيير هذه الحال التعسة.» يرى مريض الاكتئاب أنه ما دام لا يملك أن يحقق أحد أهدافه الكبرى الآن فهو لن يحققه أبدًا. ولا يكاد يرى إلى إمكان أن يستبدل به أهدافًا مجزية أخرى. وهو يفترض فوق ذلك أنه إذا بدت مشكلته ما مستعصية الآن؛ فسوف تبقى كذلك ولن يكون بمقدوره أبدًا أن يجد حلًّا لها أو أن يتجاوزها بشكلٍ ما ويتخطاها.

ثمة مجرى آخر يفضي بمريض الاكتئاب إلى التشاؤم. ينبع هذا المجرى من مفهومه السلبي للذات. وقد سبق أن لاحظنا أن ما يجعل صدمة الفقد مدمرة بشكل خاص هو أنها تُدخل في روعه أن به خللاً ما. وحيث إنه يعتبر هذه النقيصة المفترضة جزءًا مدمجًا بذاته؛ فهو أميل إلى أن يعتبرها أبدية مستديمة. فلا أحد يستطيع أن يسترد له موهبة فقدتها أو ميزة خبت فيه. بل إن نظرتة التشاؤمية لتفضي به إلى أن يتوقع أن عيبه هذا سوف يتفاقم باستمرار.

مثل هذا التشاؤم الاكتئابي حقيق أن يصدم أي شخص يتكئ على نفسه للوصول إلى أهدافه الحياتية الكبرى معتمدًا على قدراته ذاتها وعلى جاذبيته الشخصية ونشاطه وقوته. لدينا على سبيل المثال كاتب مكتئب لم ينل أحد أعماله من الاستحسان والتقريظ ما كان يتوقعه. لقد أدى به فشله في أن يعيش وفق توقعاته إلى استنتاجين: الأول أن قدرته الكتابية في تدهور، والثاني مفاده أن القدرة الإبداعية شيء داخلي صميمي؛ أما وقد فقد هذه القدرة فلا أحد يملك أن يستعيدها له. لقد فقدها إذن فقدًا نهائيًا لا رجعة فيه.

وردت استجابة 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 إن عدم الفوز كان معادلاً عنده للفشل التام؛ فمعنى ذلك أن حياته بأسرها، بماضيها وحاضرها ومستقبلها، حياة فاشلة.

وهذه امرأة مهنية نشطة ألمَّ بها اضطراب مؤقت بالظَّهر وكان عليها أن تلتزم الفراش؛ فأصابها الاكتئاب وخلصت إلى أنها ستظل طوال عمرها طريحة الفراش. لقد اعتبرت العجز المؤقت، دون وجه حق، عجزاً دائماً لا شفاء منه.

وإذ يعم التشاؤم في نفس المريض ويغلف توجهه الانهزامي التام، يغدو تفكيره محكوماً بأفكار مثل «انتهت المباراة ... ليس لديّ فرصة ثانية. لقد فاتتني الحياة ... ولم يُعد هناك وقت لتدارك أي شيء.» إن خسائره تبدو له نهائية ومشكلاته لا حل لها.

هذا التشاؤم لا يلتهم المستقبل البعيد فحسب، بل يتغلغل إلى كل رغبة وكل مهمة يضطلع بها المريض. فربة البيت التي تعدُّ أشغالها المنزلية تنتبأ ألياً قبل البدء في أي شغل جديد أنها لن تستطيع إتمامه. والطبيب المكتئب يتوقع قبل مناظرة أي 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 مهمةٍ ما (وصول الطبيب إلى تشخيص مثلاً)؛ فهو يتوقع الفشل في المهمة التالية لها مباشرة. من الجليُّ أنه يتغاضى عن خبراته الناجحة أو يفشل في تمثّلها؛ تلك الخبرات التي تناقض فكرته السلبية عن نفسه.

تضاعف الحزن والتبلد

رغم أن حدوث الاكتئاب قد يكون سريعاً مفاجئاً؛ فإن نموه الكامل يستغرق أياماً أو أسابيع، يُحس المريض خلالها تزايداً تدريجياً في شدة الحزن وغيره من الأعراض، إلى أن يبلغ الحضيض. فكل معاودة لفكرة فقدان تأتي قوية شديدة؛ بحيث تمثل خبرة فقدان جديدة تضاف إلى المخزون السابق من خبرات فقدان. ومع كل فقدٍ جديد يتولد مزيد من الحزن.

تتميز أي حالة سيكولوجية كما بيّنا آنفاً (الفصل الرابع) بحساسية خاصة تجاه أصناف معينة من الخبرات. أما مريض الاكتئاب؛ فتنحصر حساسيته في خبرات فقدان. فهو يميل إلى استخلاص العناصر التي توحى بالفقد ويتغافل عن المعالم الأخرى التي

لا تتوافق مع هذا التفسير أو التي تناقضه. ذلك هو الاجتزاء الانتقائي selective abstraction الذي يجعل المريض يسرف في تأويل الأحداث اليومية كدلائل فقدان ويغفل عن التأويلات الأكثر إيجابية. إنه مفرط الحساسية للمثيرات (المنبهات) التي توحى بالخسارة وغير مبصر للمثيرات التي تمثل المكسب. وهو بنفس النوع من الانتقائية يستدعي خبرات الماضي ويتذكرها. فتراه يخف إلى تذكر الخبرات الأليمة ويضرب صفحاً حين يسأل عن الخبرات الإيجابية. وقد عرض ليشمان (Lishman, 1972) لهذه الذاكرة الانتقائية وبرهن عليها تجريبياً.

ونتيجة لهذه «الرؤية الأنبوبية» tunnel vision يغدو المريض غير متقبل للمثيرات التي يمكن أن تثير انفعالات سارة. ورغم أن بوسعه الاعتراف بإيجابية أحداث معينة؛ فإن مواقفه إزاءها تعطل أي مشاعر سعيدة: «إنني لا أستحق أن أكون سعيداً.» «إنني غير بقية الناس ولا أحس بالسعادة حيال الأشياء التي تجعلهم سعداء.» «كيف يمكن أن أسعد بهذا إذا كان كل شيء آخر سيئاً؟» كذلك لا تُطرفه المواقف المضحكة بفكاهتها بسبب تهيبه ونزوعه إلى الإحالة الذاتية self-reference: «ليس في حياتي ما يدعو إلى المرح.»

وهو لا يغضب بسهولة لأنه يرى نفسه مسئولاً عن أي إهانات أو إساءات تلحق به من جانب الآخرين وجديراً بها.

يميل الاكتئابي إلى أن يفكر بحدود مطلقة، وهذا مما يسهم في الإثارة التراكمية للحن؛ فهو يمعن في الأفكار المتطرفة من قبيل: «الحياة لا معنى لها.» «لا أحد يحبني.» «إنني عاجز تماماً.» «لم يبق لي من شيء.»

وينتقص الاكتئابي من مزاياه التي ارتبطت عنده بالرضا والإشباع. وهو بذلك ينزع الرضا عن نفسه ويقصيه؛ فحين ينتقص مريض من جاذبيته فهو في حقيقة الأمر يقول «لم يُعد يسرني مظهري البدني ولا الإطراءات التي أنالها بفضلها ولا الصداقات التي أعانني على تكوينها 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.

إن الحزن هو النتيجة المعتادة للفقْدان. غير أن الانسحاب السلبي الذي يبديه بعض الاكتئابيين قد يُفضي بهم إلى حالة انفعالية مختلفة؛ فحين يعتبر الاكتئابي نفسه مقهوراً تماماً ويتخلى بالتالي عن أهدافه؛ فهو خليق أن يشعر بالتبدل. والتبدل apathy غالباً ما

يدرك على أنه غياب للشعور. ومن ثم فقد يفسر المريض هذه الحالة بأنها علامة على أنه غير قادر على الانفعال ... أنه «ميت داخلياً».

التغيرات الدافعية

من أغرب خصائص مريض الاكتئاب الشديد وأكثرها إلغاراً خاصة انعكاس الأهداف الكبرى في الحياة؛ فهو لا ينزع فقط إلى تجنب الخبرات التي كانت من قبل ترضيه أو تمثل التيار الرئيسي لحياته، بل ينحدر إلى حالة من السكون واللافعالية. وربما بلغ به الأمر حد الرغبة في الانسحاب الكامل من الحياة عن طريق الانتحار.

ولكي نفهم الصلة بين التغيرات التي طرأت على دافعية المريض وبين إدراكه للفقدان، من المفيد أن نتمعن في الطرق التي استسلم بها وتخلّى. إنه لم يُعد يحس بالانجذاب إلى ضروب المغامرات التي اعتاد من قبل أن يقوم بها تلقائياً. بل يجد في الحقيقة أن عليه أن يُكره نفسه بالقوة كي يزاول أنشطته المعتادة. إنه ليسوق نفسه لتأديتها لا لأنه يعتقد أنها واجبة الأداء عليه أو أنه «يصح 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 «مفرملة» أو يسبح ضد التيار.

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

قد يتبادر لحدس المرء من خلال هذه الصورة للتغيرات الدافعية، أن المريض قد يكون ضحية مرض جسدي شديد حل به واستنفد طاقته فلم تعد به قدرة أو حيلة لبذل أبسط مجهود. فمن الممكن تصويره أن مرضاً حاداً أو موهناً كالالتهاب الرئوي أو السرطان المتقدم قد ينتهي بالشخص إلى مثل تلك الحالة من الجمود. إلا أن فكرة الاستنفاد الجسدي هنا تدحضها ملاحظة المريض نفسه؛ إذ يحس دافعاً قوياً لتجنب الأنشطة «البناءة» أو «العادية»: إن عطالته خادعة من حيث إنها ليست مستمدة فقط من رغبة في أن يبقى سلبياً، بل أيضاً من رغبة أشد خفاءً في أن ينسل من أي موقف يعتبره غير سار. فقد تثبطه وتنفره حتى فكرة تأدية الوظائف الأولية كالقيام من الفراش وارتداء الملابس وقضاء الحاجات الشخصية. ما زلت أذكر مريضة بالاكتئاب المتأخر retarded depression كانت تسارع بدس نفسها تحت أغطية الفراش كلما دخلت

الحجرة. وتصير ثائرة بشدة بل نشطة في محاولة الهروب من أي نشاط نحملها على أن تشترك فيه. أما الشخص المريض جسمانياً فهو، على عكس ذلك، يصبو إلى النشاط ويريده. وكثيراً ما يضطر إلى أن يفرض عليه ملازمة الفراش فرضاً كي نحمله من إرهاق نفسه. إن رغبة مريض الاكتئاب في تجنب النشاط والهروب من الوسط المحيط به هي نتاج بناءاته الفكرية الفريدة: النظرة السلبية للمستقبل، وللبيئة، ولنفسه.

تكشف خبرات الحياة اليومية — وكذلك عدد من التجارب الجيدة التصميم — أن المرء حين يعتقد بعجزه عن تأدية مهمة ما فإنه يكون أميل إلى تركها. فهو يتبنى موقف «لا جدوى من المحاولة» ولا يجد أي دافع لتلقائي للقيام بهذه المهمة. زد أن اعتقاده في عبث المهمة وعدم جدواها، حتى لو أنجزت بنجاح، من شأنه أن يخفض دافعيته إلى أدنى حد.

وما دام مريض الاكتئاب يتوقع نتائج سلبية؛ فهو لا يستشعر أي حافز داخلي لبذل أي جهد. ولا يرى أي 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 غرو يرغب في تجنب حتى الحاجات الأساسية وأسباب الراحة. وهذه الرغبات التجنبية عنده هي من القوة؛ بحيث تفوق أي ميول تجاه النشاط الهادف البناء.

إن بالاكتئاب رغبة شديدة في الركون إلى حالة سلبية. ويمكن توضيح الإطار الذي تمثل فيه هذه الرغبة بهذا التعاقب من الأفكار: «إنني منهك وحزين بحيث لا أستطيع عمل أي شيء. لو أنني قمت بأي نشاط؛ فلن أصير إلا إلى أسوأ. ولكن لو ظللت راقداً فربما أمكنني أن أدخر قوتي فتذهب عني المشاعر المؤلمة.» غير أن هذه المحاولة للهروب من المشاعر المؤلمة من طريق الركون السلبي لا تنجح للأسف ولا تؤدي إلى شيء، اللهم إلا المزيد من الكرب. وبدلاً من أن يحظى المريض بمهلة ما أو انعتاق من أفكاره ومشاعره المؤلمة؛ فإنه يرسف في قيدها ويصير أكثر انشغالاً بها.

السلوك الانتحاري

يمكن أن ننظر إلى الرغبات والمحاولات الانتحارية على أنها التعبير النهائي عن الرغبة في الهروب. فالإكتئاب يرى أن مستقبله مثقل بالألم والعناء، 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 يعد فقط بوضع نهاية لشقائه وبؤسه بل يفترض أيضًا أن يرفع عن أسرته عبئًا ثقيلًا. وما يكاد الاكتئاب يرى الموت أشهى إليه من الحياة حتى يشعر بانجذاب نحو الانتحار. وبقدر ما تبدو حياته أشد بؤسًا وألمًا يشتهد توفقه إلى وضع نهاية لها.

تتبين هذه الرغبة في وضع حد للحياة عن طريق الانتحار في تفجع هذه المكتئبة بعد أن نبذها حبيبها: «لا معنى للعيش ... لم يعد لي شيء هنا. إنني بحاجة إلى الحب وقد فقدته إلى الأبد. لا يمكنني أن أكون سعيدة بدون حب. بل هي التعاسة التي تلازمي يوميًا بعد يوم وتجعل استمرار الحياة لا معنى له ولا مبرر.»

إنها الرغبة في الهرب من العبث الظاهر للوجود، تتجلى أيضًا في هذا التيار من الفكر لمريض آخر: «الحياة تعني مكابدة يوم آخر ليس غير. إنها لا تؤدي إلى أي معنى، وليس بها شيء يمكن أن يمنحني أي رضا أو إشباع. لا مستقبل هناك، إنني لم أعد أطيق الحياة. إن مجرد الاستمرار في العيش هو حماقة وغباء.»

وهناك مقدمة أخرى تبطّن الرغبات الانتحارية، هي اعتقاد المريض بأن الجميع سيكونون بحال أفضل إذا هو مات. إنه يعتبر نفسه تافهًا لا نفع منه، ويعتبر نفسه همًا وعبئًا. ومن ثم فلا وجه لأن تتضرر أسرته من موته، وهل يتأذى من يضع عن نفسه عبئًا؟! كانت إحدى المريضات تتصور أنها حين تنتحر إنما تقدم معروفًا لوالديها وفضلًا، فهي بالانتحار لا تنهي أوجاعها فحسب، بل تريح والديها أيضًا من أعباء نفسية ومالية جسيمة: «إنني أستنفد مالهما وليس شأني غير ذلك، وبوسعهما حين أريحهما مني أن ينفقا هذا المال فيما هو أفضل، ولا يضطر والدي إلى أن يرهق نفسه في العمل كل هذا الإرهاق. يمكنهما أيضًا أن يسافرا حول العالم. أنا لست سعيدة بأخذ هذا المال الذي يمكن أن يتمتع به ويسعدا.»

الدراسات التجريبية للاكتئاب

رغم أن الصياغات السابقة للاكتئاب مستمدة أساسًا من الملاحظات الإكلينيكية وروايات المرضى؛ فقد أمكن إخضاع هذه الفروض لسلسلة من الدراسات العلائقية (الارتباطية) correlational والتجريبية. وهي تؤيد النموذج الذي قدمناه للاكتئاب في هذا الفصل.

الأحلام وغيرها من ضروب المادة الفكرية

لاحظت في خبرتي في العلاج النفسي أن نسبة الأحلام ذات النتائج السلبية عند مرضى الاكتئاب تفوق ما عند غيرهم من المرضى النفسيين. يتضمن الحلم النموذجي لمرضى الاكتئاب المحتوى التالي: الصورة التي يرسمها الحلم للمريض هي صورة «الخاسر». فهو في الحلم يُحرَم من شيء عيني ملموس أو يفقد اعتبار الذات أو يفقد شخصاً تربطه به علاقة حميمة. هذه هي التيمة النموذجية لأحلام المكتئب. وهناك إلى جانب هذه تيمات أخرى؛ فقد يتمثل المريض في الحلم كشخص أخرق أو مقزز أو متخلف أو معوّق عن الوصول إلى هدفٍ ما. وقد تأيدت لنا هذه الملاحظة في دراسة منهجية (Beck and Hurvish, 1959).

تتجلى تيمة الحرمان والخذلان في الأحلام النموذجية التالية لمرضى الاكتئاب: هذا مريض يحاول جاهداً في الحلم أن يتصل هاتفياً بزوجته؛ فيضع قطعة العملة الوحيدة معه في التليفون (الذي يعمل بالعملة) لكنه يدير رقماً خطأً، ومن ثم ضاعت عليه المكالمة ولم تُعد لديه عملة ولم يتمكن من الاتصال بزوجته فقعد حزيناً يائساً. وهذا مريض آخر يحلم أنه في شدة العطش فيطلب قدحاً من الجعة، لكنه يؤتى بشراب هو مزيج من الجعة و«السكوتش»! فيقعده محبباً يائساً.

توجد إذن تيمات 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 and Ward, 1961).

من المداخل 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 لمجموعة من التوائم المتماثلة (الحقيقية) identical twins وكانت الخطة شبيهة بما لاحظناه في أحلام الاكتئابيين؛ فأحد التوائم يفقد شيئاً ذا قيمة ويُنَبَذ ويُعاقب. في هذا الاختبار دأب الاكتئابيون — دون غيرهم من المرضى — على أن يتقمصوا التوأم «الخاسر» في كل سلسلة ويتوحدوا به.

في الدراسة الإكلينيكية الطويلة الأمد التي سبق أن أشرنا إليها (Beck, 1963) قمت بتحليل النتائج اللفظي المسجل حرفياً لواحد وثمانين مريضاً اكتئابياً وغير اكتئابي في العلاج النفسي. فوجدت أن الاكتئابيين كانوا يحرفون خبراتهم بطريقة خاصة. فكانوا

يسيئون تأويل الأحداث ويضفون عليها معاني الحرمان والفشل الشخصي والرفض، أو يبالغون في دلالة الأحداث التي بدا أنها عادت عليهم بسوء. وكانوا لا يكفون عن نسج توقعات وتنبؤات سلبية دون مبرر. وكانت تقييماهم المشوهة (المحرفة) للواقع شبيهة بمحتوى أحلامهم.

وقد قام فريقنا البحثي بسلسلة من الدراسات الارتباطية لاختبار هذه النتائج الإكلينيكية. فوجدنا ارتباطات دالة بين عمق الاكتئاب من جهة ودرجة التشاؤم والتقييم النفسي السلبي من جهة أخرى. ووجدنا المرضى بعد شفائهم من الاكتئاب يبدون تحسناً ملموساً في نظرهم إلى الواقع وفي تقييمهم لأنفسهم (Beck, 1972b). تقدم هذه النتائج دعماً قوياً للدعوى القائلة بأن الاكتئاب يرتبط بنظرة سلبية إلى الذات وإلى المستقبل. ويقدم الارتباط العالي بين درجات النظرة السلبية إلى المستقبل والنظرة السلبية إلى الذات دعماً لمفهوم «الثلاثي المعرفي» 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 يتحكم 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 السلبي غير الواقعي للمريض عن قدراته ومستقبله والتخفيف من حدته؛ فقد نتوقع عندئذٍ للأعراض الثانوية للاكتئاب (مثل هبوط المزاج وفقد الدافعية البناءة) تحسناً مناظراً.

حين عُرضت عليهم مهمة تصنيف بطاقات تتسم بالبساطة، كان مرضى العيادة الاكتئابيون أكثر تشاؤماً 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 المطلوبة يصير أكثر تفاؤلاً 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 ناجحة كانوا يبدون زيادة في اعتبار الذات والتفاؤل تمتد لتشمل خصائصهم غير المتعلقة بالاختبار. فيصبحون أكثر إيجابية في نظرهم إلى

جاذبيتهم الشخصية وقدرتهم على التواصل واهتماماتهم الاجتماعية. ويرون مستقبلهم أكثر إشراقاً وتعلو توقعاتهم حول إنجاز أهدافهم الكبرى في الحياة. وكان هذا التغيير في تقييم الذات مصاحباً بارتفاع في المزاج (Beck, 1974).

ركزت دراسة مماثلة لخمسة عشر مريضاً اكتئابياً نزيلاً بالمستشفى على الصعوبة التي يجدها مرضى الاكتئاب في التعبير اللفظي عن أنفسهم. فكانوا يعطون مجموعة من المهام تتدرج من الأبسط (قراءة فقرة بصوت عال) حتى الأشد صعوبة (أن يرتجل المريض كلمة قصيرة في موضوع مختار ويحاول إقناع الباحث بوجهة نظره). وقد تمكن الجميع من أداء هذه المهمة الصعبة باقتدار. وهنا أيضاً وجدنا أن إنجازهم لهذه المهام بنجاح قد أدى إلى تحسن كبير في تقييمهم العام لأنفسهم ول مستقبلهم. كذلك تحسن مزاجهم وارتفع.

يتميز مريض الاكتئاب إذن بحساسية عالية تجاه أي دليل ملموس يثبت نجاح أدائه. ولهذا النتيجة التجريبية متضمنات هامة تتعلق بالعلاج النفسي. إن معنى الموقف التجريبي (الذي يتلقى الشخص فيه تغذية راجعة إيجابية positive feedback من القائم بالاختبار) له دون شك تأثير قوي على مريض الاكتئاب. إن لدى الاكتئاب التفتاً خاصاً إلى الجوانب التقييمية للمواقف ونزوعاً إلى التعميم الزائد في الاتجاه الإيجابي بعد النجاح. وهذه الصفة تمنحنا خطوطاً هادية للتناول العلاجي لمرض الاكتئاب.

نظرة إجمالية للاكتئاب

فيما سبق قمنا بتحليل نشأة الاكتئاب وتطوره بوصفه تفاعلاً متسلسلاً chain reaction تبدو خبرة تتضمن عند المريض معنى «الفقدان» loss. ولاحظنا كيف يعم هذا المعنى ويشمل نظرة الشخص إلى ذاته وإلى العالم وإلى مستقبله، ويؤدي إلى الظواهر الأخرى للاكتئاب.

وقلنا إن ضروب الفقدان النموذجية التي تثير الاكتئاب بعضها درامي واضح مثل فقد زوج ومثل مجموعة خبرات يراها المريض منقصة له إلى درجة كبيرة، وبعضها أكثر دقة وخفاءً تنجم عن فشل المريض في أن يقيم توازناً معقولاً بين مبذوله الانفعالي وعائد هذا المبذول، 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 حقيقي واضح أو حرمان تدريجي مزمن) يبدأ الشخص المستهدف للاكتئاب في تقييم خبراته بطريقة سلبية؛ فيبالغ في

تأويلها كدلائل هزيمة وحرمان، ويعتبر نفسه قاصراً عاجزاً لا قيمة له. ويرد الوقائع المؤلمة إلى نقص متأصل فيه. وحين يتطلع إلى الأمام يتوقع لمصاعبه أو آلامه الحاضرة أن تستمر إلى غير نهاية، ولحياته أن تكون عناءً متصللاً وخيبة وحرماناً. وحيث إنه يعزو مصاعبه إلى نقائصه هو وعيوبه؛ فإنه يؤنب نفسه ويتزايد انتقاده لذاته. هكذا تنشط خبراته المعيشية أنماطاً معرفية تدور حول تيمة فقدان. وتنبع مختلف الظواهر الانفعالية والدافعية والسلوكية والنمائية vegetative من هذه التقييمات السلبية للنفس. إن حزن المريض هو نتيجة محتومة لإحساسه بالحرمان ولتشاؤمه وانتقاده لذاته. أما التبدل فينتج عن انسحابه الكامل وتخليه وركونه. كذلك ينجم فقد التلقائية وتنجم الرغبات الهروبية والتجنبية والانتحارية من طريقتة في تقييم حياته. ويؤدي به اليأس إلى فقد الدافعية؛ فحيث إنه يتوقع نتيجة سلبية لأي فعل يأتيه؛ فإنه يفقد الحافز الداخلي على الانخراط في أي نشاط بناء. ويؤدي هذا التشاؤم في النهاية إلى الرغبة في الانتحار. كذلك تُعد المظاهر السلوكية للاكتئاب، كالخمول والتعب والتهيج، نتاجاً للمحتوى المعرفي السلبي. فالخمول والسلبية هما تعبير عن فقد المريض للدافعية التلقائية، والتعب السريع مبعثه التوقع الدائم للنتائج السلبية لأي فعل يقوم به المريض. التهيج أيضاً يتصل بالمحتوى المعرفي؛ فإذا كان المريض المتببط (المتأخر retarded) يستسلم صاغراً لمصيره، فالمرضى المهيج agitated يناضل مستميتاً كي يجد مخرجاً من مأزقه. وكلما فقد سيطرته على موقفٍ ما اندفع في نشاط حركي مسعور كأن يذرع المكان جيئةً وذهاباً أو يخذش أجزاءً مختلفة من جسمه.

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

ربما يفسر التدهور المطرد لمرض الاكتئاب وفقاً لنموذج التغذية الراجعة feedback. فمن أثر اتجاهاته السلبية يفسر المريض كربه الانفعالي وإحساسه بالفقد وأعراضه الجسمية تفسيراً سلبياً. وإذ يستنتج أن به قصوراً ونقصاً لا يرجى 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 المفرغة.

العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية

تمدنا الدراسات التجريبية للاكتئاب بمفاتيح للتدخل العلاجي؛ فحين يساعد المعالج مريضه على تبين تحريفاته الدائمة لخبراته فقد يخفف ذلك من انتقاده لذاته ومن تشاؤمه. وعندما تفك هذه الحلقات المحورية في السلسلة نكون قد قصمنا الدائرة العنيدة للاكتئاب؛ فتعود المشاعر والرغبات السوية للظهور من جديد. وكما سنرى 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^{*١}

«تمثل مشكلة القلق نقطة عُقدية تنبع عندها أهم التساؤلات وأكثرها تنوعًا واختلافًا، وتمثل لغزًا نرى أن حله حري بأن يلقي فيضًا من الضوء على وجودنا العقلي بأسره.»

سيجموند فرويد

القلق

ليس القلق انفعاليًا شائعًا يعرفه جميع البشر فحسب، بل إننا نعتبره علامة على إنسانية الإنسان. فمن ذا الذي لم تمسه الشفرة الحادة للرعب إثر تعرض شيء عزيز لديه لخطر مفاجئ؟ ومن ذا الذي لم تتقاذفه موجات لا تنقطع من الضيق والكرب وهو بانتظار مواجهة عصبية؟ لقد أكد فرويد (١٩١٥-١٩١٧م)، الذي أثار الاهتمام بظاهرة القلق كما لم يثره أي كاتب آخر، عمومية هذه الظاهرة إذ يقول:

«لست بحاجة إلى أن أعرفكم بالقلق. فكل منا قد عانى مرةً هذا الإحساس، أو على الأصح هذه الحالة الانفعالية، بطريقته الخاصة. غير أنني أعتقد أن السؤال

*١ .The alarm is worse than the fire

الذي لم يطرح كما ينبغي هو: لماذا يعاني العصائبيون على الأخص قلقًا أكثر وأشد بكثير من بقية الناس؟»

لقد أبرز كثير من الكُتَّاب الدلالة الكبيرة للقلق في الحياة المعاصرة. مثل ألبير كامي A. Camus الذي أطلق على الحقبة التي نعيش فيها «قرن الخوف» (١٩٤٧م)، و«و.ه. أودن» W. H. Auden (١٩٤٧م) في قصيدته «عصر القلق». وبنفس العنوان وضع ليونارد برنشتاين L. Bernstein سيمفونيته الثانية (١٩٦٠م)، وجيروم روبنس J. Robbins أحد الباليهات المعاصرة (انظر ماسون Mason، ١٩٥٤م). كما أن هناك كتابًا رائجًا عن أزمنتنا المعاصرة بعنوان «عصر القلق» (Glasrud, 1960).

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

في كتابه «معنى القلق» يسجل رولو ماي Rollo May (١٩٥٠م) تسجيلًا جيدًا انتشار تيمة القلق وذيوعها في الأعمال الأدبية والموسيقية والفنية والدينية والفلسفية. وقد لقي مفهوم القلق رواجًا عظيمًا بين الأطباء النفسيين وعلماء النفس باعتباره سببًا للعصاب ومظهرًا له أيضًا. ويُقدَّر ما ظهر عن القلق في التراث السيكلوجي والطبي في العشرين سنةً الأخيرة بأكثر من خمسة آلاف مقال وكتاب (سبيلبرجر Spielberg، ١٩٧٢م).

وظيفة القلق

لقد طالما أسند البيولوجيون والسيكلوجيون والأطباء النفسيون إلى القلق وظيفة مفيدة. وكثير من الكُتَّاب يعتبرون القلق تعبيرًا عن استجابة «الكر والفر» fight-flight التي يناط بها البقاء وحفظ الحياة، ويُعدونه ميكانيزمًا بيولوجيًا ضروريًا لحفز الكائن على الفعل استجابةً للخطر. يقول فرويد (١٩١٥-١٩١٧م) على سبيل المثال: «يبدِّهنا القلق الواقعي كشيءٍ جد معقول ومفهوم. ولنا أن نقول عنه إنه استجابة لإدراك خطر خارجي، أي لأذىٍ مستبَقٍّ ومتوقَّع. وهو مرتبط بمنعكس الفِرِّ 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 (١٩٢٦م) أن القلق تحذير إما من خطر خارجي أو خطر داخلي (مثل انطلاق وشيك لرغبة محرّمة). ويستجيب الفرد لهذا التحذير بأن يتهيأ للفعل الكفيل بمغالبة الخطر الخارجي، أو بأن يحرك دفاعات نفسية يحتمي بها من الخطر الداخلي.

غير أن هذا التصور للقلق بحاجة إلى إعادة نظر. فهل صحيح أن القلق هو منبه هام لتهيئة الفرد جسدياً ونفسياً لمواجهة تهديد ما؟ وما هو دليلنا على أن القلق شرط ضروري لاستجابات الطوارئ وليس تشنيتاً بغيضاً؟ وفيم كل هذه الثقة بأن القلق دعامة للبقاء وظهير؟ إن بإمكاننا بالتأكيد أن نتصور حالات كثيرة يستطيع فيها المرء أن يتهيأ للفعل المباشر دون أن يشحن نفسه بالقلق ابتداءً. فيستطيع الرياضي مثلاً أن يستنفر إمكاناته للتو ليأتي بحركة خاطفة، كأن يسد لاعب الكرة ركلة نهائية في المرمى أو يدرك العداء خط النهاية بدفعة أخيرة. إن حافز 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 استلزامه كي يدفعه إلى الفعل الملائم 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 تعترى الكائنات في مواجهة الخطر الجسدي. وبمقدورنا أن نتصور بسهولة كيف يمكن أن يتعرض لاعبو العقلة أو عمال الجسور للسقوط المروّع لو أن الواحد منهم تملكه القلق فدار رأسه واهتزت حركته. كما أن هناك أدلة على أن القلق المستديم قد يؤدي إلى اضطرابات فسيولوجية لدى الأفراد المستهدفين لذلك (انظر الفصل الثامن).

اقترح ليفنثال (Leventhal, 1969) ما أسماه «نموذج الاستجابة المتوازية» 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 التكيّفي ولا يسبقه. أي أنه لا يسهم في التعاقب التكيّفي. وحين يتأتى للقلق أن يزاحم السلوك التكيّفي ويتعدى عليه فمن الأرجح أن يؤدي إلى تأثير ضار أو معطل. ألم يأن

للذين يعزّون إلى القلق وظيفَةً مفيدةً أن يقولوا قولاً سديداً وأن يبحثوا عن حجج أكثر تماسكاً وإقناعاً يدعمون بها موقفهم؟

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

حتى غرضية القلق الواقعي لم تكف نفسها عند هؤلاء فألحقوها بمفهوم القلق العصابي. يسلّم فرويد (١٩٢٦م) بأن القلق العصابي يتسبب عن إدراك خطر (داخلي) ناجم من الدفعات اللاشعورية. وأن ما يثير القلق هو الخوف مما عساه أن يحدث لو أن قوى الكبت فشلت في صد المطالب الغريزية ومنعها من الانطلاق في فعل اندفاعي. فلو أفلت زمام الطاقات الغريزية المحرّمة أو نشطت من عقالها فإن هذه الطاقات نفسها تؤدي عندئذ إلى القلق.

أبدى هوش Hoch (١٩٥٠م) ارتياحه في منطقية هذه الصيغة وعبر عن ذلك بالمفارقة التالية: «إذا كان القلق حقاً إشارة بأن القوى الغريزية المكبوتة قد بدأت تجيش وتثور، فلماذا يتوجّب 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 يفسد المزايا المستفادة من استعمال لفظين مختلفين لتسمية ظاهرتين منفصلتين رغم ما بينهما من صلة. فهذا فرويد (١٩١٧م) مثلاً يتحدث عن مخاوف واقعية ومخاوف غير واقعية ويسمي الأخيرة «قلقاً». إلا أن بالإمكان أن نفصل فصلاً حاداً بين الخوف والقلق دون أن نلجأ إلى معنىٍ تكتيكي متخصص بعيد عن الاستعمال الشائع: فالخوف هو صنف معين من «الفكر» ideation، بينما القلق «انفعال» emotion.

من التعريفات المعجمية للخوف أنه «إدراك مربع لشيء يحتمل أن يضر أو يؤدي ... إلخ» (معجم وبستر الدولي الجديد للغة الإنجليزية، ١٩٤٩م). ويعرّف 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 تعني النكبة المفاجئة، الخطر (معجم أكسفورد، ١٩٣٣م).

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

أما القلق فيعرّف بأنه «حالة انفعالية متوترة» (Standard College Dictionary, 1963). توسم هذه الحالة بنوعت مثل: متوتر، عصبي، مروّع، مرتعد داخلياً. وكثيراً ما يستخدم الباحثون والممارسون لفظ «القلق» ليمثل متصلاً continuum يمتد من التوتر الخفيف عند أحد طرفيه حتى الرعب terror عند الطرف الآخر.

عندما يقول شخص «إنني متوتر» فهو يعني أنه يحس قلقاً الآن وحالاً. ولكن ماذا تراه يعني حين يقول «إن لديّ خوفاً (أو أنا 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 «مياً» إلى أن يدرك المرء مجموعة معينة من الأحوال بصفاتها تهديداً وأن تكون استجابته إن تعرض لها هي استجابة القلق. ولكي نشير إلى الميل الباطن أو النزوع يمكن أن نستخدم تعبير «الخوف الكامن» latent fear. بمعنى مماثل لقولنا عن شيء صلب ظاهرياً إنه هش إذا كان هذا الشيء قابلاً لأن ينكسر أو ينصدع تحت إجهادٍ stress طفيف.

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

حين يقول شخص ما إنه خائف من الجسور أو من المباني العالية أو من التليفونات فبمَ يخبرنا؟ من البين أنه ليس خائفاً من الشيء المادي أو تجهيزاته، بل من مجموعة معينة من الظروف. إنه خائف من النتائج المحتملة لوجوده على الجسر أو لاتصاله بالهاتف أو تلقيه مكالمة أو لوجوده في مبنى مرتفع أو بالقرب منه؛ فهو يتوقع أن وجوده في موقف

معين يعرضه لخطر شخصي. فخوفه من الجسور مثلاً يعكس همه من احتمال إصابته أو غرقه، إما بسبب انهيار الجسر أو بسبب سقوطه منه أو قفزه من الحاجز. وخوفه من المباني العالية قائم على تصويره أنه قد يهوي من النافذة أو أن المبنى قد ينهار. أما العنصر الذميمة في عمل اتصالات هاتفية فهو قابليته للانجراف بالصدمة الاجتماعية، كأن يبدو أحق في نظر المتحدث على الطرف الآخر من الخط (سنعرض لمثل هذه الحالة في الفصل الخاص بالرهاب).

ينشط الخوف حين يقترب الشخص من الموقف المهدد. غير أنه قد ينشط أيضاً بمجرد أن يتحدث الشخص عن الموقف الخطر أو يفكر فيه أو يتخيله؛ فالإمعان في الخوف يجعل الموقف المهدد أكثر بروزاً ووشوكاً، أي أنه يستحضر الخطر البعيد إلى «هنا والآن»، فلا يعود الشخص يستشعر الخطر كشيء بعيد في المكان والزمان بل هو يُسقط 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 لامتحانات أو السابق لإلقاء كلمة أو التمثيل أمام مجموعة. تشمل أصناف الصدمات الجسمية الشائعة: الإصابة 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.

ثمة فوائد معينة لهذا التمييز السيمانتي (الدلالي) بين الخوف والقلق؛ فهو يتحاشى البناءات السيمانتية (الدلالية) المتعثرة من مثل «القلق الواقعي»، «القلق الموضوعي»، «القلق المعقول واللامعقول». إن من الخلط أن ننتع انفعالاً أو حالة شعورية بنعوت لا تناسب غير أفكار أو مفاهيم. هل يصح على سبيل المثال أن نقول عن ألم بالبطن إنه «مغص غير عقلائي»؟!

بناءً على التعريفات التي اقترحناها يمكن أن ينعت خوفٌ ما بأنه موضوعي أو واقعي إذا كان هناك خطر حقيقي أي إذا كان من شأن أي ملاحظ نزيه أن يسمي الموقف موقفاً خطيراً بالفعل. بالمثل يمكن للخوف (وليس القلق) أن يسمى لا واقعياً. إن صفات مثل «معقول» أو «لا معقول» يمكن أن تستخدم على الرحب والسعة لتصف مفهوم الخوف:

فيكون الخوف معقولاً إذا كان قائماً على افتراضات معقولة، وعلى المنطق والاستدلال، ويكون لا معقولاً إذا تأسس على افتراضات خاطئة أو استدلال مغلوط.

التوجه المستقبلي للخوف

إذا سألت شخصاً ما عن أفكاره في الوقت الذي يشعر فيه بالقلق، يتضح لك أنها تنطوي على توقع حدث غير سارٍ قد يحدث في المستقبل. فقد أدلى أحد المرضى على سبيل المثال بارتباط الأفكار التالية بفورات القلق التي عاناها على مدار أسبوع: دخل عليه رئيسه الحجرية فقال الشاب في نفسه «ربما ينوي هذا الرجل أن يخسف بي إلى وظيفة أدنى.» ولما جدَّ فيما كان يعمل وأجاد فيه خامره هذا الهاجس «إذا بالغت في إتقان ما أعمله فقد يغرقني هذا الرجل حقاً في أعمال أخرى، ولن أستطيع عندئذٍ ملاحقتها.» فأثار فيه هذا الخاطر مزيداً من القلق. وعندما ذهب إلى طبيبه لإجراء فحص روتيني كان يحدث نفسه «ربما يكتشف الطبيب عندي مرضاً خطيراً 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 سيئة 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 المحذور كان يُدرَك كحدث مستقبلي وشيك الوقوع ولكنه لم يقع بعد.

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

هذا التوجه المستقبلي هو من طبيعة الخوف والقلق. وربما يزداد هذا الأمر وضوحاً حين نأخذ له مثلاً مألوفاً؛ فكل معلم يعلن طلابه عن امتحان سوف يكون حاسماً في تحديد درجات كل طالب، يعرف كيف يتراكم قلقهم ويزداد كلما اقترب ميعاد الامتحان. ويعرف كيف يزايلهم هذا القلق بعد انتهاء الامتحان وإعلان الدرجات (وإن أحس بالحزن كلٌّ من قَصَّر 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، يبقون في قبضة القلق طويلاً بعد إبعادهم عن منطقة الخطر.

وتظل تُعاودهم خبرة أشبه «بنكوص الزمن» أو تراجعهم، يعيشون أثناءها نفس الحدث الخطر الذي مروا به من قبل.

شبيه بذلك ما ينتاب البعض من سورات القلق بعد إفلاتهم من حادث وشيك أثناء القيادة على الطريق السريع؛ فيظل قائد السيارة يساوره نفس القلق كلما تفكّر في اللحظة التي كادت تؤدي بحياته. وتعاوده ذكرى ما جرى كأنه يقع في الحاضر أو كأن الخطر ما يزال قائماً. وكثيراً ما تنتاب مرضى القلق المزمن التالي للأحداث الصادمة نوبات من «الارتجاع الفني» flashbacks تظل تُبدئ الخبرة الأصلية وتعيدها.

من الواضح أن التوجه المستقبلي للخوف يدور بصفة عامة حول تيمة «المعاناة» suffering. قد تكون المعاناة نتيجة لتوقع ألم جسدي أو توقع حالة انفعالية موجعة ناجمة عن ضرر نفسي-اجتماعي. فمن الشائع بين مرضى القلق النفسي خوفهم من أن يفقدوا السيطرة على قواه وملكاتة كما يحدث في حالة الخوف من الجنون، والخوف من العجز لسيطرته على قواه وملكاتة كما يحدث في حالة الخوف من الجنون، والخوف من العجز عن الأداء وعن تحقيق الأهداف المحورية، والخوف من إيذاء الآخرين. وكذلك الخوف من الغثيان والقيء في مكان عام.

هناك نسبة كبيرة من مرضى القلق يُورقهم همُّ 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 تحل بالمرء، ومن ثم كان توقع الموت همّاً عظيماً. من جهة أخرى، حين ينظر المرء إلى الموت نظرة إيجابية؛ فإنه لا يخافه ولا يرتاع منه. فمريض الاكتئاب الميال للانتحار قد يشتهي الموت في الحقيقة ويرحب به كشكل من أشكال الهروب من حالة لم تُعد 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 أكبر 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؟ يعتبر القلق بصفة عامة قلقاً سويّاً حين يكون استجابة لخطر قائم، وحين يزول بزوال هذا الخطر. ويعتبر قلقاً مرضياً إذا تجاوز كثيراً حجم الخطر الحقيقي أو إذا لم

يكن ثم خطر خارجي فعلي. غير أن وضع حد دقيق يفصل القلق السوي عن القلق المرضي هو مهمة صعبة، وتعتمد إلى درجة كبيرة على المعايير الاجتماعية. فهل يُعد الشخص غير سوي إذا ما اعتراه قلق مزمن لأن أحد أعدائه، وفق خرافات مجتمعه، قد عمل له (عملاً)؟ وهل يحق لنا أن ننعت بالقلق المرضي جندياً «أخضر» يصيبه الهلع وهو يقوم بأولى المهام الحربية في حياته؟

حين ننحي جانباً مثل هذه المشكلات الحدية والحالات البينية، نجد أن لدينا معايير لتشخيص عصاب القلق على جانب كبير من الدقة والتحديد والحسم. فمرضى هذا العصاب يُبدون قلقاً مستديماً في غياب أي خطر واضح أو مباشر. فالمحارب القديم الذي ترك الخدمة بالفعل وعاد إلى الحياة المدنية وما يزال قلقاً في كل وقت ومرتاعاً يطفر هلعاً لدى سماع أي صوت عالٍ. هذا الشخص لا شك يستحق تشخيص عصاب القلق (بعد الحرب العالمية الأولى كان مثل هؤلاء المحاربين القدامى يُعدون ضحايا «صدمة القذائف» shell shock).^٢ وينطبق نفس التشخيص على ربة البيت التي تستشعر القلق سواء كانت بمفردها بالمنزل أو كانت في موقف اجتماعي. وتنطبق أيضاً على ذلك الرجل الذي يبقى متوجساً قلقاً على صحته رغم ما لا حصر له من الفحوص الطبية التي تثبت خلوه من أي مرض.

^٢ عادت التصنيفات المرضية الأحدث إلى شيء هو أقرب إلى التصور القديم عن «صدمة القذائف» و«عصاب الحرب» و«عصاب الصدمة»... إلخ؛ فأفردت فئة مرضية خاصة وتشخيصاً منفصلاً لمثل هذه الحالات وغيرها من الحالات التي تحدث استجابة لصدمة بالغة الشدة تتخطى الخبرات المعتادة في حياة البشر هولاً وجسامة (مثل الحوادث المفجعة والكوارث الطبيعية وويلات الحروب والاعتصاب والاختطاف والأسر والتعذيب... إلخ)، وأطلقت على هذه الفئة المرضية اسم «اضطراب الضغوط التالية للصدمة» post-traumatic stress disorder. وهي أقرب إلى المتلازمة (أو الزملة) منها إلى الاضطراب؛ إذ تضم حشداً من الأعراض المتباينة تشمل:

- (١) أعراض إعادة معايشة الخبرات الصدمية إن في اليقظة أو الأحلام أو سوررات انشقاق الوعي.
- (٢) أعراض تبدل الاستجابة للعالم الخارجي والتجنب الرهابي لجميع أشكال المنبهات المرتبطة بالصدمة من قريب أو بعيد.
- (٣) أعراض زيادة الاستثارة من مثل الأرق والغضب والتوجس وضعف التركيز والإجفال... إلخ. وقد ظهر أن هذا الاضطراب يختلف عن عصاب القلق العام في الأساس النيورويولوجي فضلاً عن اختلافه الواضح في الصورة الإكلينيكية. كما تبين أنه يتسبب — بالإضافة إلى الصدمة ذاتها — عن عوامل مهينة سابقة على الصدمة وداخلة في صميم بنية الشخصية وفي المهاد الاجتماعي الذي تعيش فيه. (المترجم)

تأخذ اضطرابات القلق أشكالاً مختلفة. فهناك حالات حادة تستمر أياماً عديدة أو أسابيع. وهناك نوبات لا تتجاوز بضع دقائق غير أنها تميل إلى التكرار الكثير. وهناك حالات مزمنة يستمر فيها القلق أشهرًا أو سنوات. وإذ يبدو أن هذه الحالات تحدث في غياب أي خطر واضح؛ فقد ظهرت عدة مصطلحات لوصفها وتفسيرها، من أكثرها شيوعاً مصطلح «القلق الهائم» (العائم/الطليق) free-floating anxiety. وقد استحدثت فكرة القلق الهائم، كما سنرى، عددًا من النظريات المتباينة التي تنمى إلى مدارس مختلفة من الفكر.

مغالطة «القلق الهائم» (العائم/الطليق)

هذا مريض يؤتى به إلى غرفة الطوارئ بإحدى المستشفيات. ملامحه متقبضة رعباً، وتنفسه سريع ضحل، وجسده يتصبب عرقاً. وعقب إجراء الفحوص والتحليل الوافية التي أقصت احتمال المرض الجسمي كسبب للحالة، دمغها الطبيب الباطني كحالة «عصاب قلق حاد» ودون ملاحظة في ملف المريض أن لديه «قلقاً هائماً» (طليقاً) free-floating anxiety؛ فحيث لم يجد هذا الطبيب، وفق مقاييسه الخاصة، أي خطر موضوعي في هذه الحالة من القلق؛ فقد أحالها إلى فئة الشذونات الانفعالية الناجمة من «النفس» أو ربما من عاملٍ ما من العوامل البيوكيميائية الخفية.

إن حدوث القلق في غياب أي خطر موضوعي قد أدى إلى نشوء فرضيات عديدة ترمي إلى تفسير نوبات القلق وكشف سرها؛ فقد اقترح فرويد يوماً ما (١٩١٥-١٩١٧م) أن الطاقة الجنسية الحبيسة تتحول «مثلما تتحول أشكال الطاقة» إلى قلق. ثم عاد في مرحلة تالية (١٩٢٦م)؛ فافترض أن ما يثير القلق هو تهديد دفعة لاشعورية محرمة بالانطلاق إلى الشعور (الوعي).

أما المدرسة العضوية التي يمثلها أئمة مثل كربلين Kraepelin؛ فاقترحت نوعاً من اضطراب الأعصاب. وهي أطروحة طورها كُتاب أحدث إلى نظرية في اختلال توازن الجهاز العصبي المستقل.

منذ بضعة أعوام حظي تفسير بيوكيميائي للقلق بروج كبير. 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 لمثيرات (منبهات) حميدة سبق لها أن ارتبطت لديه بمثيرات (منبهات) مؤذية (انظر الفصل السابع).

إن فكرة «القلق الهائم» free-floating anxiety هي فكرة مستقاة من وجهة نظر الملاحظ لها وليس المبتلى بها؛ فإذا ما حاولنا فحص هذا الاضطراب من خلال الإطار المرجعي للمريض نفسه 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 بكارثة وشيكة وبأنه ربما يكون مشرفاً على الموت. فبعد أن تثبت الفحوص الطبية الكاملة خلّو هذا المريض من أي مرض مهدد للحياة؛ فإنه غالباً ما يدرك أن خوفه لا أساس له فيخف قلقه ويزول.

أدرك بولبي (Bowlby, 1970) خطأ مفهوم «القلق الهائم» 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 الخبرة الإكلينيكية تدلنا أنه كلما ازدادنا علمًا بالخوف الطبيعي وتعرّفنا على العالم الشخصي للمريض، تضاءلت عبثية المخاوف التي يعاني منها، ولم يعد قلقه يبدو لنا «هائماً» free-floating. من ثم يتضح أننا لو شئنا أن نقصر استعمال كلمة (قلق) على الحالات التي يغيب فيها التهديد أو يبدو غير كافٍ؛ فربما انقرضت هذه اللفظة بهدوء ولم تعد تستعمل (Bowlby, 1970).

وحيث يبدو قلق المريض غير متناسب مطلقاً مع أي ضغوط ممكنة أو أي خطر مهدد للحياة؛ فإن الطبيب الفاحص يقع في الخطأ، ولا يلتفت إلى ما يغمغم به المريض عن خوفه من الموت. حتى الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٦٨م) ينص على أن المخاوف هي تبرير 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 الفكري في حالات القلق الحاد، ويعجز بالتالي عن تبين أن المخاوف تبدو لعين المريض معقولة بالفعل. ذلك أن هذه المخاوف قائمة على المغالاة في تأويل المثيرات كدلائل خطر، وتحريف المثيرات الواردة، والاستدلالات الاعتسافية والتعميمات المفرطة (انظر الفصل الرابع).

وبتشجيع 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 واقعي تمامًا ومعقول. في البداية، حين نسأل المريض عن مخاوفه، قد يكون مهمومًا بقلقه وحالاته الشعورية الغريبة وهواجسه الملحة بحيث لا يستطيع التركيز على السؤال. غير أنه بقليل من الاستبطان يمكنه أن يمدنا بمعلومات ذات صلة. وكثيرًا (ولكن ليس دائمًا) ما تتسلط على مريض القلق الحاد فكرة أنه يُحتَضَر؛ إذ تثير فيه بعض الإحساسات الجسمية المفاجئة أو الشديدة خوفه من الموت. فهو يفسر الكرب الجسدي الذي اعتراه كعلامة لمرض جسيمي، 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 التزلق بالجبال فلاحظ أن تنفسه يضيق. بعدها أحس بوهن شديد وأخذ يتصبب عرقًا وتستحوذ عليه فكرة أنه يفقد وعيه. لم يكشف الفحص الطبي الذي أجري ورسم القلب الذي تم عمله بالمستشفى أي علامة تشير إلى خلل جسماني. وقيل للمريض إنه يعاني «نوبة قلق حاد» وأُعطِيَ فينوباربيتال للتهديئة.

غير أن قلقه الشديد استمر. وعاد إلى بيته في فيلادلفيا. وعندما جاء لاستشارتي في اليوم التالي كان غامضًا في البداية وهو يحاول تحديد مصدر قلقه. إلا أنه حين بدأ يراجع الوقائع الحديثة التي جرت له كان من السهل نسبيًا ضم المعلومات ذات الصلة وتجميع أجزاء الصورة. ذكر الرجل أنه حين ارتقى إلى أعلى مصعد التزلق لاحظ أن تنفسه يضيق (ربما بسبب الجو المخلخل). وتذكَّر أنه راودته فكرة أن ضيق تنفسه قد يكون علامة على مرض القلب. وتذكر أخاه الذي أصابه مثل هذا ومات بانسداد تاجي منذ بضعة أشهر. وحين أجال في خاطره بجديّة أكبر فكرة إصابته بانسداد تاجي ازداد قلقًا على قلق. عند هذه النقطة بدأ يحس بالوهن ويعرق بغزارة ويشعر بدوار. وقد فسر هذه الأعراض كدليل جديد على أنه أصيب بنوبة قلبية وأنه على مشارف الموت. عندما فحص هذا الرجل في غرفة الطوارئ لم يهدئ من روعه رسم القلب الطبيعي، لاعتقاده أن المرض ربما لم يكشف عن نفسه بعد في هذا الاختبار.

بعد أن استقر بنا الرأي أن الخوف من النوبة التاجية هي التي أثارَت «القلق الهائم» وأدامته، كان باستطاعتنا أن نتناول المفاهيم الخاطئة للمريض. وقد شرحت له أن ضيق التنفس المبدئي كان استجابة فسيولوجية عامة للجو الرقيق (المخلخل) بالجبال. وأن ما نتج عنها من خوف من نوبة القلب قد أثار أعراض القلق ... تلك الأعراض التي فسرها

كعلامة على الموت الوشيك. تقبّل المريض هذا التفسير وأطرفني برأي وجيه هو أن خوفه من نوبة القلب كان «إنذارًا كاذبًا». عقب هذا التفسير المعدّل لخبرته اختفت أعراض القلق وأحس المريض بأن صحته رُدت إليه. لقد زالت الأعراض بسرعة بعد كشف السبب. فأمدّه هذا الزوال السريع بدليل إضافي على أنه لا يعاني من مرض عضوي.

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

فهذا أستاذ جامعي حضر إلى غرفة الطوارئ بأحد المستشفيات لأن «به هلعًا شديدًا ولم يُعدّ يحتمل ذلك لحظة واحدة». وضع طبيب الخفارة تشخيص «قلق هائم» وحوله إلى استشارة طب نفسية عاجلة. حين شرح هذا الرجل سلسلة الأحداث السابقة للهلع مباشرة بزغت الصورة التالية: كان قبل ساعات قليلة يتهيأ لإلقاء أول محاضرة له على فصل كبير. فبدأ يشعر بقلق متزايد ويرى أنه سوف يرتبك ويبدو غير كفاء أمام الطلاب. ومع تزايد القلق انصبت أفكاره على أنه ربما يعجز عن تحضير المحاضرة، بل قد يتعطل ذهنه ويعجز عن الكلام أمام الطلاب. 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 الساقطين منبؤدًا من مجتمعه وعارًا لعائلته.

وبكشف المحتوى الفكري الذي أنتج القلق، استطاع المريض أن يكون أكثر موضوعيةً في فهم مشكلته المباشرة. وبدأنا نطرح إجراءات بديلة ونمحصها: أن يفصح لرئيس القسم عن مصاعبه، أن يتولى عملاً آخر يقدر عليه حتى بافتراض فشله كمحاضر ... إلخ. وإذا لم يعد المريض يركن إلى مخاوفه ويوليها تصديقًا كبيرًا، زايه القلق واستطاع أن يُعدّ المحاضرة ويلقيها بنجاح. ومن طريف الأمر في هذه الحالة أن هذا المريض قد انتخب في العام التالي كأفضل محاضر بالكلية.

في كلتا الحالتين السابقتين لم يكن الطبيب الفاحص هو الذي يستخرج العوامل التي أسهمت في توليد القلق. لقد استطاع بأقل قدر من الأسئلة أن يتحقق من سلسلة الأحداث ومن المحتوى الفكري الذي أدى إلى «القلق الهائم». وفي كلتا الحالتين كان الخوف من كارثة (الموت في الحالة الأولى والفشل الإنساني التام في الثانية) هو المسؤول عن توليد القلق. وحين أدرك كلٌّ من المريضين أن خوفه الزائد كان «إنذارًا كاذبًا» انحسر قلقه وتراجع.

لقد شرعتُ بعدها في دراسة لنوبات القلق الحاد. ووضعت ترتيبات لمناظرة بعض المرضى الذين تم تشخيصهم من قبل الأطباء الفاحصين كحالات «قلق هائم». وقد أمكنني

في عشر حالات متتالية أن أستخرج نفس الصنف من المحتوى الفكري الذي وصفته في الحالتين التوضيحيتين السابقتين (Beck, 1972; Beck, Laude, and Bohnert, 1974).

التصاعد اللولبي للخوف والقلق

القلق الطاعي غير المروض شيء غير سار، وهو في حد ذاته خبرة مرهوبة. قد يستشعر المرء قلقًا، على سبيل المثال، قبيل إلقاء كلمة على الملأ أو قبيل أداء امتحانٍ ما. ويعود ذلك إلى تهديد الخزي والفشل. غير أن الأمر لا يقف عند هذا الحد. إنه يعلم من خبرته السابقة أنه يواجه خصمين لا خصمًا واحدًا. إنه لا يتبارى فقط مع الألم الناشئ من تعثر الأداء، بل عليه أيضًا 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 أيضًا عندما يخشى الفرد من زم الناس واستخفافهم إزاء ما قد يبدو 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 لجسده ومن المعنى المرضي 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 يحمله من قبل على تجنب أخذ مواعيد طبية. فلما حدث أن أخذ موعدًا بدأ قلقه يتزايد. وكلما ازداد شعوره بالقلق تزايد في ظنه احتمال إصابته بالإغماء في مكتب الطبيب. وهذه الفكرة بدورها أفرخت مزيدًا من القلق. وبذلك استتبت الحلقة المفرغة واشتدت.

قد تشد حلقة القلق المستمر بطريقة أخرى. فهذا رجل أعمال أخبره أحد مساعديه أن الأحوال الاقتصادية لصناعته كانت تسير إلى الأسوأ. فجعلته هذه الملاحظة قلقًا متوجسًا 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 عامل آخر يؤدي إلى التصاعد اللولبي للقلق، هو الطريقة التي يفسر بها المريض حالته الوجدانية غير السارة، أعني حالة القلق. فهو يتفحص هذه الاستجابة

الوجدانية ويثولها ويعطيها معنى، تمامًا مثلما يفعل بإزاء أي مثير من المثيرات الخارجية. وحيث إنه اعتاد أن يربط القلق بالخطر؛ فإنه يقرأ قلقه كإشارة خطر. ومن ثم تنشأ حلقة مفرغة أخرى: فالتفكير المحتوي على معنى الخطر يولد قلقًا، والتغذية الراجعة feedback لمشعرات القلق cues of anxiety تؤدي إلى مزيد من الفكر الباعث على القلق. ويخطر للمريض: «أنا أشعر بالقلق، إذن لا بد أن الموقف خطير بالفعل.» تتجلى هذه الظاهرة بوضوح في حالة مريضة مصابة بنوبات نقص السكر بالدم. كان الهبوط المفاجئ للسكر بالدم يؤدي بها إلى مشاعر الإغماء والارتعاش. فكانت عندئذ تفكر: «إنني عاجزة عن الإمساك بالأشياء.» - «قد أفقد السيطرة على نفسي وأقفز من النافذة أو أشرع في الصراخ والعيول.» - مزيد من القلق. لقد كانت تستجيب لمشاعر القلق بمزيد من الاعتقاد بفقد السيطرة.

اضطراب التفكير في عصاب القلق

ذكرنا آنفًا (الفصل الرابع) أن هناك اضطرابًا فكريًا ما في القلب من كل عصاب. وهذا ما نجده في حالة مرضى القلق. إن المريض نفسه يلاحظ بسهولة أن به خللًا في التفكير الواقعي. تتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميّزة لمريض القلق فيما يلي:

- (١) أفكار متكررة عن الخطر. فمريض القلق هو دائمًا في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية (إنذارات كاذبة).
- (٢) نقص القدرة على «مجادلة» الأفكار المخيفة. قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار، ولكن قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم معاقة. ومهما بلغ هذا الشك؛ فإن الأرجحية عنده تظل في صف هذه الأفكار.
- (٣) تعميم المثير (المنبه) stimulus generalization: يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أو تغير بيئي أن يدرك بوصفه خطرًا. من ذلك أن امرأة في نوبة قلق حاد سمعت بوق سيارة الإطفاء فحدّثت نفسها «ربما شبّ حريق في بيتي.» وتحيلت أسرتها محاصرة بالنيران. عندئذ سمعت طائرة تحلق فوقها فتحيلت نفسها داخل الطائرة وهي تتحطم. وحين أمعنت في تخيل الحطام تخطّفها القلق.

قد تُفسّر بعض خصائص القلق، مثل تعثر الكلام وتعطل استدعاء الأحداث القريبة، تفسيرًا سطحيًا. فيقال إنها ناتجة من انهيار التحكم الإرادي في تركيز الانتباه. فإذا وجد

مريض القلق صعوبة في التركيز على مهمة مباشرة (أداء اختبار أو إلقاء كلمة ... إلخ) قد يبتدر إلى الحدس أن انتباهه هذا المريض هو من التبعثر؛ بحيث لا يمكنه أن يبقى لصيقاً بشيء أو موضوع معين لفترة طويلة. كذلك يسارع البعض إلى تفسير تشتت انتباه المريض تجاه أية مثيرات طفيلية، فيعزوه إلى الطبيعة الشاذة لهذا الانتباه.

غير أننا حين نعمن في الاستقصاء تبرُّر لنا سبيل أكثر دقة في فهم هذه الظواهر. إن مشكلة المريض لا تنجم من الطبيعة «المتقلقة» لانتباهه بقدر ما تنجم من «التثبيت» اللاإرادي لهذا الانتباه. فالجزء الأكبر من انتباه المريض ما برح موقوفاً على تصور الخطر وإدراك «إشارات الخطر». يتجلى هذا الانتباه الموثوق في انشغاله اللاإرادي بالخطر، وفي يقظته الزائدة تجاه المثيرات المتصلة بالخطر، وتفحصه الزائد في شعوره الذاتي. كل ذلك يستهلك انتباهه فلا يبقى منه للتركيز على المهام وللتذكر والتفكير إلا النزر اليسير. وبعبارة أخرى يمكننا القول إن مريض القلق، بسبب تثبيت معظم انتباهه على تصورات الخطر ومثيراته، يفقد الجانب الأكبر من قدرته على الالتفات الإرادي إلى العمليات الداخلية والمثيرات 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 معيشة موقف صدمي معين، تتبدى بوضوح شديد ظاهرة تزايد عدد المثيرات القادرة على إثارة الأفكار المخيفة. شأن ذلك المحارب القديم المريض بالقلق المزمن، والذي شخصت حالته «عصاب حرب». كان هذا الرجل تترامى له تخيلات بصرية منغصة كلما تعرض لمثير مرتبط بخبراته في الحرب. مثال ذلك أن صوت فرقعة (باك 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 راقداً على الأرض متعرضاً لقصف طائرات العدو. وكان الخيال نسخة من الخبرة الفعلية التي مرت به أثناء الحرب.

شبيه بذلك ما وقع لرجل كان يعمل سائساً بأحد مواقف السيارات المتعددة الطوابق. فقد عانى هذا الرجل من خيالات متكررة جعلت تنتابه بعد حادث أليم. فبينما كان يرجع إحدى السيارات إلى الورا في أحد الطوابق العليا من الموقف أفلتت مكابح (فرامل) السيارة فاخرقت حاجز «درازين» الأمان وأخذت تترنح أماماً وخلفاً على إفريز ناتئ على ارتفاع شاهق من أرض الشارع. وظلت على هذا الوضع المريع ساعة كاملة قبل أن يتم إنقاذ السائق. لقد بقيت الصورة الذهنية لهذه الواقعة الصادمة تنتاب هذا السائس وظلت

تعاوده مرارًا وتكرارًا فتؤرقه وتقض مضجعه، وتحدث فيه نفس القلق الذي أحدثته الواقعة الفعلية.

من الخصائص الأخرى لاضطراب التفكير عند مرضى القلق ذلك النزوع إلى التهويل وتصور كارثة في كل شيء (Ellis, 1962). ففي أي موقف يحتمل مألًا سيئًا؛ فإن المريض ينكبُّ على أسوأ ما يمكن تصوره من عواقب لهذا الموقف. فإذا كان في رحلة بالسيارة انصب فكره على احتمال تحطم السيارة ووفاته في الحادث. وإذا كان يؤدي امتحانًا شغلته احتمالات الرسوب. وإذا توقع وجوده في حشد من الناس داخله هاجس بفقد سيطرته على نفسه ثم الإغماء أو الصراخ الجنوني.

صفة التهويل (التفكير الكارثي) catastrophizing أن يسوي المرء بين الفرضية والواقعة؛ فيعتبر الموقف الذي ينطوي على بعض احتمالات الضرر موقفًا خطرًا بالفعل أو على درجة كبيرة من احتمالات الخطر؛ إن تأخرت فتاته عن موعدها فذاك يعني أنها قررت هجره. وتؤلؤل صغير بجلده يعني سرطانًا. وقصفة رعد مفاجئة تعني أنه سوف يصعقه البرق. والغريب القادم قد يكون هجًا مغيرًا.

من طبيعة الأسوياء من البشر أنهم يتكيفون adapt (أو يتعودون habituate) مع المثيرات (المنبهات) المتوسطة الخطر بتكرار تعرضهم لها. أما مرضى القلق الشديد فلا يعرفون هذا التكيف، بل إن قلقهم ليتزايد مع كل تكرار للمثير. وقد تحقق لادر Lader وجلد Gelder وماركس Marks (١٩٦٧م) من ذلك بالتجربة. في تلك الدراسة كانوا يعرضون كلاً من الأسوياء ومرضى القلق الشديد لسلسلة من الأصوات. فكان الطرفان يستجيبان في البداية بزيادة التعرق (تقاس بدرجة توصيل الجلد للكهرباء). ثم يتأقلم الأسوياء بعد ذلك مع المثيرات وتتوقف استجاباتهم الفسيولوجية. أما القلقون فيتزايد تعرقهم باستمرار مما يعني أن قلقهم في ازدياد.

بوسعنا أن نفسر هذه الفروق في الاستجابة للمثيرات الخارجية كما يلي: إن لدى الشخص السوي القدرة على أن يقرر بشيء من السرعة أن المثير المؤذي ليس إنذارًا بخطر فعلي. وهو إذ ينعت المثير بأنه صوت غير ذي بال وليس إشارة خطر؛ فإن قلقه سرعان ما يتلاشى. أما مريض القلق فهو لا يميز بين المأمون وغير المأمون ويظل ينعت الصوت كذئير خطر. إن تفكيره محكوم بمفهوم الخطر. وما إن يلقب مثيرًا ما بلقب الخطر حتى يبقى الارتباط بينه وبين مفهوم الخطر ثابتًا لا ينفصم.

ولقد لاحظنا في ممارستنا الإكلينيكية أن الشخص السويّ يغدو أكثر دقة وأقل قلقًا كلما تمرّس بالمواقف العسيرة وعركها — سواء أكانت خطابة عامة أو معارك قتالية. أما مريض القلق فيزداد سوءًا بتكرار المواجهة.

يمكن أن نلخص مشكلة عصاب القلق بمجاز بسيط: إنه «نظام إنذار» زائد النشاط. إن مريض القلق «مولّف» على احتمال الخطر منضبط عليه بحيث لا يكفُّ عن تحذير نفسه من أخطار ممكنة. إن تيار الإشارات المتدفق خلال نظام الاتصال الداخلي لديه يحمل رسالة واحدة: «خطر». ويكاد أي مثير (منبه) مهما كان ضعفه أن يكفي لتشغيل نظام التحذير ويبعث «إنذارًا كاذبًا». وتكون نتيجة هذه العاصفة العنيفة من الإنذارات الكاذبة أن المريض يستشعر أدنى فعلياً؛ إنه في حالة قلق دائم لا يريم.

الفصل السابع

خائف بل غير خائف

الرهاب والوساوس

«ورأيت أن كل ما كنت 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 موجة من الدوار تغشاه، وظن أنه على شفا الإغماء. فجهد أن يحتفظ بقبضته على وعيه. وداخله في نفس الوقت شعور بالغرابة والغربة؛ كأنه ليس هو! كان بطنه موجعاً كأنه يريد أن ينفجر. والغثيان يكاد يسلمه للقيء. كان بوسعه أن يُحس بنبضه يتدافع وبقلبه يخبط جدار صدره. حاول أن يأخذ نفساً عميقاً فما استطاع. وبينما كان فمه جافاً يابساً بدرجة مزعجة، كان سائر جسده ينضح عرقاً. يداه ترتعشان رغماً عنه وجسده يترنح، حاول أن يتكلم ولكن الكلمات لم تطاوعه غير جمجمة ضئيلة لا تبين. كانت الفكرة الرئيسية التي تعتلج في صدره هي أنه مشرف على الموت.

هذه الصورة توحى بشخص في حالة طارئة. وهي تحتل أن يكون هذا الشخص نهب مرض حاد؛ نوبة قلبية أو التهاب حاد بالزائدة الدودية، وتحتل أيضاً أن يكون هذا الشخص قد حلت به كارثة خارجية فهو منها في قلق غامر.

الحق أنه مريض بالرهاب، أقحمته الظروف في موقف دأب أن يرتاع منه دون مبرر. إن كشف هذه البنية وحل خيوط هذه الاستجابة الفادحة بإزاء موقف مأمون نسبياً هو شيء مثير في حد ذاته. فضلاً عن أنه يلقي مزيداً من الضوء على تعقد السلوك الإنساني وتركُّبه.

عندما سادت (موضة) تقسيم الرهابات بحسب الشيء أو الموقف المرهوب، نحت لها الأطباء المثقفون مائة وسبعة من الأسماء على الأقل (Terhune, 1949)، بين أكثرها غرابة: رهاب القطط ailurophobia، رهاب الأزهار anthophobia، رهاب البرق astraphobia، رهاب الرعد brontophobia، رهاب القدر أو الجراثيم mysophobia، رهاب الظلام nyctophobia، رهاب الثعابين ophidiophobia. وقد أخذت هذه الأشياء والموضوعات المرتبطة بالمواقف الرهابية تتغير من حقبة إلى أخرى بنفس الطريقة التي تغير بها محتوى الضلالات الفكرية delusions. ففي القرن السادس عشر مثلاً تركزت الرهابات حول العفاريات demonophobia والشيطان Satanophobia. وعندما كان الزهري همًّا شائعاً في النصف الأول من القرن العشرين كان كثير من الناس يتجنبون الأشياء الوسخة والسلام بالأيدي وما إلى ذلك خشية التقاط المرض، رغم علمهم أنه لا ينتقل إلا بالاتصال الجنسي. يبرهن هذا التكاثر في أسماء الرهابات على أنه لا حدًّا لأصناف المخلوقات والأشياء والمواقف التي يمكن أن تثير قلقًا زائدًا في غير محله. فمع تقدم التكنولوجيا مثلاً ظهرت رهابات جديدة لا عهد للأقدمين بها مثل قيادة السيارة في الأنفاق ومثل رهاب المصاعد، ومثل الخوف من النشاط الإشعاعي المنبعث من ميناء ساعات اليد.

بديهياً أن ليس كل خوف رهاباً. فالحق أن بيئتنا تعج بأشياء هي مصدر خطر حقيقي على الصحة وعلى الحياة. إن الناس لتلقي حتفها كل يوم في الحوادث — السقوط من علٍ، تصادم السيارات، الحرائق، الانفجارات — وتعتل أو تموت بالأمراض المعدية. ومن العسير أن نتهم شخصاً بالعصابية حين يتجنب مناطق الانفجارات أو شرك النار أو الأسلاك الكهربائية المكشوفة أو العقاقير السامة أو مرض الدرن أو الأسلحة المشحونة بالذخيرة. إن الذي يخشى السباحة في بحر هائج أو شرب ماء ملوث أو السير ليلاً في مناطق موبوءة بالجريمة ليس عصابياً أو هيئاباً، بل إننا قد نغبطه ونطريه لتعقله وحصافته.

كيف نفرّق، والحال على هذا الشكل من مخاطر حقيقية ومخاوف متفشية، بين الخوف السويّ 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 الذي يعاني من هذا الخوف.» (English and English, 1958). فالخوف القائم على مجرد الجهل لا يصح تصنيفه كرهاب. فقد يرتاب الشخص مثلاً ويحترس من الحيوانات العجيبة الضخمة أو المعدات الميكانيكية الغريبة. يعتبر بولبي Bowlby (1970م) الخوف من المجهول أو غير المألوف «خوفاً طبيعياً».

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

يمكننا أن نعرّف الرهاب تعريفاً أكثر شمولاً من تعريف المعجم فنقول: «إنه الخوف من موقفٍ ما خوفاً هو، بإجماع الناس وبتقييم الشخص نفسه وهو بعيد عنه، لا يتناسب مع احتمال أو درجة الضرر الكامن في هذا الموقف.» الرهابي بالتالي يعاني من قلق زائد في مثل هذه المواقف ويميل إلى تجنبها. وهو إذ يفعل ذلك يضيّق حياته تضييقاً شديداً. عندما يرغم المريض نفسه (أو تُضطره الظروف) أن يتعرض للموقف الرهابي، فقد تلمّ به أعراض نوبة قلق حاد: قلق شديد، تنفس سريع، خفقان القلب، آلام بالبطن، صعوبة في التركيز والتذكر. على أن بعض المرضى يجدون كربهم أخف مما كانوا يتوقعون ولا يتناسب بحال مع درجة خشيتهم وتجنبهم، فهو أشبه بشعور «زاحف» مُنمل قريب مما يحسه بعض الناس في وجود الحشرات. ورغم رد فعلهم الملطّف نسبياً حيال الموقف الرهابي فقد تبقى لديهم رغبة شديدة في تجنبه. من الواضح إذن أن الخبرة لا تروّض الخوف المسرف ولا تخفف النزوع الشديد إلى التجنب عند مرضى الرهاب.

مشكلة «الخوف الموضوعي»

يصعب علينا أحياناً أن نرسم خطاً فاصلاً بين الخوف الواقعي والرهاب. ففي بعض الأحيان يعاني المرء من رد فعل معطلّ تجاه خطر موضوعي قائم. مثل ذلك الطيار الذي يتخطّفه القلق في إحدى الطلعات القتالية. ومثل عامل الجسور المتمرس الذي يغشاه قلق مقعد وهو يقترب 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 حُرّ ذي 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 المكهربة المفاجئة، وتلك المرأة التي تتجنب الأنفاق والحافلات (الباصات) خوفاً من الاختناق.

يملك كثير من الناس قدرة خاصة على تخفيف أو إخماد الخوف في مواقف واضحة الخطورة. فكلنا يعرف ذلك الهدوء النسبي الذي يتحلّى به المتخصصون في الأعمال الخطرة: بهلوانات المشي على الحبال، مدربو الأسود، مصلحو المداخن، متسلقو الجبال. وتشير دراسات تجريبية إلى أن رياضيي المظلات يخفضون من قلقهم كلما ازداد تمرسهم ونمت خبرتهم (Epstein, 1972). كذلك يعاني الجنود المحنكون في ميدان القتال قلقاً أقل مما يعانيه المجندون الجدد. بإمكان المعالجين النفسيين في الغالب أن يطبقوا نفس المبادئ التي تحكم تكيف الناس بالمواقف الشديدة الخطورة كي يساعدوا مرضاهم المرؤعين بأشياء ومواقف هينة العواقب محدودة الخطر.

في الممارسة الإكلينيكية تكون الرهابات عادة من الوضوح والتحدد بحيث لا تحتاج إلى أي جهد لتمييزها عن المخاوف «المخاوف السوية». ففي معظم الحالات يلتبس الرهابي العلاج إما لأنه يدرك أنه يعاني ويألم من مواقف لا ينزعج لها غيره من الناس، أو لأنه لم يعدّ يحتمل ذلك التقييد الذي يفرضه على حياته تجنب مثل هذه المواقف. وقد تدهم المريض أعراض مؤلمة حين تجدّ 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 ممارستنا الإكلينيكية أن الرهابي الذي تروعه مواقف معينة قد يكون ثابتاً وربط الجأش تماماً في مواقف أخرى تسبب لغيره قلقاً شديداً. فهذا على سبيل المثال مريض لم يكن يهتز له جفن حين يلقي كلمة في حشد عام وكان يستطيب أن يتحدث إلى عدد كبير من الحضور غير أنه كان يهلع ويرتاع إذا ما زحف عليه صرصور أو حشرة أخرى صغيرة. وكان يتملكه قلق بالغ كلما انفرد في منزله ليلاً خشية أن تهاجمه الحشرات. وقد أُلجأه هذا الرهاب إلى طلب العلاج.

النظام الاعتقادي الثنائي

يتضمن التراث الإكلينيكي كثيراً من التوكيدات والاعتقادات الجازمة التي تشوش فهمنا للرهاب. فمن الصياغات المضللة مثلاً أن نقول إن الرهابي يعلم ويدري أن ليس ثمة خطر. يقول فريدمان (Friedman ١٩٥٩م) على سبيل المثال إن الرهاب هو «ذلك الخوف

المتعلق بأشياء أو مواقف ليست مصدرًا لخطر موضوعي أو، بتعبير أدق، يعلم الشخص أنها ليست مصدر خطر.» (ص ٢٩٣). هذه التوكيدات تجعل الرهاب يلوح أكثر غموضًا 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 غريبًا أو منافيًا للعقل. تأمل مثلًا أولئك المرضى الذين يعانون رهابًا من السَّبَح في الماء العميق، أو من الأكل في مطاعم غير مألوفة لهم، أو من عبور الجسور، أو من الاجتياز خلال الأنفاق، أو من ركوب المصاعد. هل ينكر أحد أن هناك شيئًا من المخاطرة في كل من هذه المواقف؟ كلنا نعلم أن الناس تغرق بالفعل وأنهم يموتون بالأطعمة الملوثة أو الماء الملوث، وأن الجسور والأنفاق تنهار والمصاعد تتعطل. ثم خطر لا شك فيه بحيث لا يصح أن ننتع أحدًا بالرهاب إلا إذا كان مغاليًا إلى حد بعيد في تقدير احتمالات الضرر وكان ما يغشاه من كرب لا يتناسب مع الخطر الفعلي.

كذلك يحتمل إلقاء الخطب أو دخول الامتحانات مخاطر الأذى النفسي. إن من حقائق الحياة أن الناس يقسون على زميل لهم يرتبك في حديث عام ويجرحون شعوره. ومن الحق أن الامتحان ينطوي على خطر الرسوب وبالتالي على الرفض والخزي والكرب. كذلك لا تخلو الرهابات المتعلقة بالمواقف التي تحتمل أذى اجتماعيًا من عنصر خطر حقيقي. حين نتمعن في بعض الرهابات الأكثر شيوعًا نجد أن كثيرًا منها يجسد مخاوف منتشرة بين الأطفال في مراحل مختلفة من نموهم. وسوف نرى حين نستعرض نشوء الرهابات أن كثيرًا 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 نعلم لبعض ألوان الرهاب التي لا يبدو أنها تنطوي على أي عنصر من الخطر على المريض. مثل ذلك القلق العنيف الذي يعترى البعض لدى رؤية شخص آخر يصاب أو ينزف أو تجرى 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 التهرب؛ فتعترتهم الأمراض النموذجية للقلق كما فصلناها آنفًا. وإذا كان معظم هؤلاء يتمرسون بتلك المواقف بمرور الزمن ويزدادون ثباتًا وصلابة؛ فإن بعضهم يظل على رهابه مهما تعرض لتلك المواقف.

نجد الإجابة على هذا اللغز إذا لاحظنا أن مثل هذه الرهابات تنطوي على درجة عالية من «تقمص (التوحد مع) الضحية» identification with the victim؛ فعند سؤال المريض تتجلى لنا آلية التقمص (التوحد) 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؛ فتتسلط عليه صورة بصرية يرى فيها نفسه على طاولة العمليات (انظر الفصل الثالث). وهذا طبيب مقيم يقوم بعملية بزل قسوي (وخز عظم الصدر) sternal puncture لأحد المرضى فيحس ألماً في عظم صدره هو. وهذه ممرضة تلاحظ مريضاً ينزف من تهتك laceration بالجلد؛ فتحدث نفسها «ترى ماذا كنت أشعر لو كنت أنا التي تنزف؟» ثم يغشاها الدوار والإغماء (تماماً كما لو كانت تفقد دمًا).

هناك أشكال أخرى من الرهاب تتعلق بإثارة خيال بصري. فهذا واحد من مرضاي كان يتجنب الذهاب إلى ناحية معينة من المدينة سبق أن وقع له فيها حادث سيارة. وبسؤاله علمت أنه كلما اقترب من تلك المنطقة الجغرافية عاده خيال الحادث القديم واستبد به قلق حاد. وهذه امرأة كان ينخلع قلبها لرؤية القوارب (أو حتى صورة القوارب) وتبين أنها تعاني من رهاب الماء. فكلما صادفت منبهاً (مثيراً) يذكرها بأنها في الماء تراءى لها خيال قوي بأنها تغرق.

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

هنا يبدو لغز الرهاب وقد ازداد عمقاً: فكثيراً ما يقول المريض حين يكون بعيداً عن المنبه المخيف «أعرف أنه ليس هناك خطر حقيقي، وأعلم الآن أن خوفي عبث وسخف...» كيف نفسر إذن هذا التناقض في استجاباته؟

بوسع المريض أن يقدم لنا الإجابة. فليس ما يمنع أن يكون لدى شخص ما تصورات واعتقادات متناقضة تماماً في ذات الوقت. فحين يكون المريض بعيداً عن الموقف الرهابي؛ فإنه يعتقد مفهوم السلامة النسبية وقلما يعي أن لديه فكرة الخطر. فإذا ما شارف الموقف الرهابي فإن فكرة الخطر تزداد وتتنامى إلى أن تهيمن 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 تغيرت الأرجحية ¹odds فإذا هي عشرة بالمائة، ثم خمسون بالمائة، حتى إذا دخل أخيراً في الموقف الرهابي؛ فربما اعتقد أن الضرر واقع بنسبة مائة بالمائة. في حالات رهاب الطائرات، كنت أسأل المرضى أن يدونوا احتمالات الخطر المحيى الذي يتوقعونه عندما يكونون بالطائرة. فحين لم تكن لدى المريض نية الطيران في المستقبل المنظور كان يحس أن فرص تحطم الطائرة هي واحد إلى مائة ألف أو واحد إلى مليون. وبمجرد أن عقد النية على السفر جواً قفزت احتمالات الحادث في تقديره. وحين اقترب وقت الطيران جعلت الاحتمالات تزداد باستمرار. ولحظة أقلعت الطائرة بلغت فرص الحادث خمسين إلى خمسين. فإذا ما كانت الرحلة وعرة كثيرة المطبات فربما تجاوزت الأرجحية مائة إلى واحد لصالح تحطم الطائرة.

وقد قمت في مناسبات عديدة باصطحاب المرضى إلى المواقع الرهابية (مثل ارتقاء درج أو النزول في الماء أو الصعود في مصعد)؛ فأمكنني التحقق من مسألة تزايد توقعات الضرر. ولاحظت أن كثيراً من المرضى ينتابهم شعور شبيه بما هم متوجسون من حدوثه. فعندما اصطحبتُ امرأة مريضة برهاب المرتفعات إلى قمة أحد التلال وجدت أنها بدأت تشعر بالدوار ثم تترنح ثم أحست كأن قوةً ما تشدها صوب الحافة. وعندما كانت في الطابق الأربعين من إحدى ناطحات السحاب أحست أن الأرض تميل بزواوية حادة. ولازمت امرأة أخرى مصابة برهاب الماء فوجدتها نهب تخيلٍ بصري لنفسها وهي تغرق رغم أنها لم تكن جاوزت الشاطئ، فأخذت تلهث كأنها تغرق بالفعل. كذلك المريض الذي كان مهموماً بأن تصيبه نوبة قلبية وهو بعيد عن النجدة الطبية، فكان دائم الإحساس بألم في صدره. تمثل هذه الحالات وأضرابها ظاهرة «التصور الجسدي» somatic imaging التي سوف نعرض لها في الفصل القادم.

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

¹ الأرجحية odds تعني (في حساب الاحتمالات) نسبة النجاح إلى الفشل. وهي غير الاحتمال probability الذي يعني نسبة المحاولات الناجحة إلى المجموع الكلي للمحاولات. (المترجم)

إن الميل إلى تبني اعتقادين متضاربين عن موضوع واحد ليتمثل في أوضح صوره في حالات الرهاب. غير أنه يوجد أيضًا في بقية الاضطرابات الانفعالية. ففي هذه الاضطرابات، كما في الرهاب، يكون أحد المفهومين أقرب إلى البدائية واللاواقعية، ويكون المفهوم المضاد أكثر نضجًا وواقعية. وحين يتغلب المفهوم اللاواقعي؛ فإن بقية علامات العصاب، مثل الكرب الانفعالي، تكون حريّة بالظهور.

الجوهر الفكري للرهاب

مم يخاف مريض الرهاب على وجه التحقيق؟

لقد دأب المرضى على أن يعنونوا مشكلتهم بحسب المواقف التي تبعث القلق — الأمر الذي أوقع كثيرًا من الكتّاب في شرك سيمانتي (دلالي)؛ فافترضوا مثلًا أن المريض إذا قال إنه يخشى الأماكن المزدحمة — دون أن يسأله المزيد — فذلك يعني أن مصدر خوفه هو الموقف نفسه، أي الأماكن المزدحمة. وإذا تبدو هذه المواقف في الغالب حميدة مأمونة فقد أقام هؤلاء الكتّاب تفسيرات ملتفة يفسرون بها ذلك الخوف. تلتقي التفسيرات التي قدمها كل من التحليليين psychoanalysts والسلوكيين behaviorists في نقاط عديدة سنعرض لها هنا باختصار.

يؤكد المعالجون السلوكيون أن الرهابي ليس خائفًا من المرتفعات أو المصاعد أو الجياد لخطر داخلي صميم في الموضوع المرهوب. ويقترحون نظرية في الرهاب تقوم على «الإشراط الطارئ» accidental conditioning. يفترض ولبى Wolpe (١٩٦٩م) مثلًا أن كل رهاب إنما ينشأ بالشكل التالي:

أولًا: يطرأ حدث مخيف ويولد قلقًا. يوجد مثير (منبه) آخر (محايد) إبان، أو قبيل، الحدث المخيف.

ثانيًا: يصبح المثير المحايد مرتبطًا بالقلق من خلال هذا التداعي العارض.

فيما بعد: يصبح الشخص قلقًا في وجود المثير «المحايد». أي يعاني من رهاب هذا المثير.

يفترض التحليليون أيضًا صلة غير مباشرة بين مصدر الخوف من جهة والمحتوى الخاص للخوف الذي يخبره المريض من جهة أخرى. فالشخص في زعمهم يقوم بإزاحة displacement خوفه الحقيقي إلى موضوع خارجي ما (حميد غير مؤذ). ففي حالات الرهاب كما يقول فرويد (١٩٣٣م) «يكون من السهل جدًّا أن نلاحظ الطريقة التي

يتحول بها الخطر الداخلي إلى خطر خارجي». (ص ٨٤). مثال ذلك تلك المرأة التي تكنُ في نفسها خيالات بغاء لاشعورية. وحيث إن هذه الخيالات المحرمة تثير القلق فإنها تقوم بتحويل (إزاحة) خوفها من أن تصير عاهرة إلى خوف آخر أكثر قبولاً من المجتمع، فتعاني من رهاب الشارع (Snaith, 1968).

لماذا يلجأ الكتاب لمثل هذه التفسيرات الملتوية؟ يبدو لي أن ذلك يرجع، في جزء منه، إلى فكرة أن خوف المريض هو من التمُّل والشطط؛ بحيث يتحتم أن يكون مرتبطاً بشيء آخر أو مستمداً من مصدرٍ ما هو الذي يهدد أمنه وقيمه. غير أنك إذا سألت المريض فإن خوفه لا يلبث أن يتضح ولا يعود عبثاً ولامعقولاً إلى هذا الحد. فهذه فتاة مراهقة، على سبيل المثال، راجعت إحدى العيادات النفسية بسبب خوفها من تناول الأطعمة الصلبة. وكان والداها وطبيبها الباطني قد اعتبروا أن خوفها غير معقول ولم يحاولوا التحقق مما تخاف منه بالفعل. ذكرت هذه الفتاة أثناء المناظرة (المقابلة) النفسية أنها تخاف من أن تغص بالطعام حتى الموت. فقد حدث أن غصت بقطعة كبيرة من اللحم قبل بضع سنوات فلم تستطع أن تلتقط أنفاسها وظنت أنها ستموت. وصارت بعد هذه الواقعة حساسة بشكل خاص لما يُروى عن أناس غصوا حتى الموت؛ فكان هذا يدعم خوفها ويذكره. حين ننظر إلى خوفها في هذا السياق يغدو مفهوماً مبرراً ونكون 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 للغصة 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؛ فمريض رهاب المرتفعات يشير إلى أنه خائف من السقوط، ومريض الرهاب الاجتماعي يفيد أنه خائف من أنه سوف يُمتهن أو يُرفض. هناك عدد لا حصر له من الرهابات المختلفة؛ بحيث يصعب تصنيفها. ويشير عدد من الدراسات الإحصائية للمخاوف والرهابات أثناء الطفولة إلى أنها تنحصر في ثلاث فئات كبرى:

- (١) مخاوف قائمة على أخطار من صنع الإنسان man-made كالخوف من أن يهاجم المرء 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 الاستمرار إلى مرحلة الرشد أكثر من الفئة الثانية. ولكي نفي بمقاصدنا الحالية سوف نطلق على توقع الأذى الجسدي أو الموت باسم «المخاوف الجسدية»، وعلى توقع الأذى النفسي (الخزي والإحباط والوحدة والحزن) اسم «المخاوف النفسية-الاجتماعية». أخذين في الاعتبار أن كثيراً من الرهابات يتضمن عناصر من كلا الصنفين.

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

ثمّة ملاحظة جديرة 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 نحدد ضروب 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 النموذجية قبل أي غرض آخر.

الخوف من الأماكن المفتوحة Agoraphobia

نحت وستفال Westphal عام ١٨٧٢م مصطلح أجورافوبيا الذي يعني حرفياً «الخوف من السوق». في كتابه «الأجورافوبيا» يصف وستفال الأعراض التالية: «... استحالة السير في شوارع أو ميادين معينة وإلا اعتراه قلق مرعب ... يزداد الكرب زيادة كبيرة في تلك الساعات التي تكون فيها تلك الشوارع المرهوبة خالية والدكاكين مغلقة ... يجد المرضى راحة كبرى في اصطحاب غيرهم أو حتى في اصطحاب أشياء مادية مثل عربة أو عصا». ويدرج مراكز (Marks, 1969) في هذا الاضطراب العديد من الرهابات كالخوف

من الإغماء على الملأ، والخوف من الأماكن المزدحمة، والأماكن المفتوحة الواسعة، وعبور الجسور والشوارع.

وحين تستخبر مريض الأورافوبيا تجده في أمثل الأحوال يعرب عن خوف من كارثة ما سوف تحيق به وهو بعيد عن مأمّن بيته وحيث لا أحد يخفّ لمساعدته. وبالتالي فهو يرتاح لوجود شخصٍ ما يراه قادرًا على تقديم العون له إذا ما أصابته أزمة جسدية حادة. إنه، بصفة عامة، يزداد خوفًا كلما ابتعد عن مصدر معين للمساعدة الطبية. ويعرب بعض المرضى عن خوفهم من الوحدة الشديدة، وخوفهم من أن يتوهوا، وكأن 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 فيتعرضوا للمهانة الاجتماعية. فقد يخشى المريض أن يغمى عليه أو أن يشرع في الصياح الجنوني أو يتعوط دون إرادة فيكون موضع سخرية. الخوف من فقد السيطرة إنَّ متصل بالخوف من الرفض الاجتماعي وممتزج 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 أيضًا من خوفهم من الوجود بالقرب من حافة جسر أو في خطوط الأنفاق. يتعلق الخوف هنا عامة بهاجس السقوط والإصابة الخطيرة أو الموت. فمن المرضى من تتسلط عليه خيالات بصرية تتضمن السقوط وربما أحس جسده بالسقوط وإن تكن قدماه راسختين على الأرض. ومنهم من يتوجس رعبًا من أن تتلبس به رغبة قاهرة شاذة إلى القفز. بل إن البعض يشعر بقوة خارجية تجذبه إلى حافة المرتفع. هذا الإحساس بالسقوط أو الانزلاق والتردي هو مثال من أمثلة «التصور الجسدي» somatic imaging. ويشكو كثير من مرضى رهاب المرتفعات من الدوار. وهذا الدوار قد يكون مظهرًا فسيولوجيًا للقلق وقد يكون تعبيرًا عن «التصور الجسدي» وشكلًا من أشكاله.

ينضوي الخوف من الشرفات والدرج والسلالم المتحركة تحت رهاب المرتفعات، من حيث إن الخوف فيها هو من السقوط. وغالبًا ما يكون هذا الاحتمال بعيدًا جدًا لأن هناك حاجزًا واقياً (درايزين) يؤمّن سلامة 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 منبسط السلم شريطة ألا تكون بقربها نافذة. فإن تصادف وجود نافذة تملّكها الخوف من السقوط واستبد بها.

الخوف من المصاعد

رغم أن الخوف من المصاعد يبدو هين الأمر نسبياً؛ فإنه قد يعيق المرء إعاقة جسيمة في زمننا هذا — زمن الأبراج الإدارية والشقق السكنية. تصل هذه الإعاقة ببعض إلى حد العجز عن تجاوز عدد معين من الطوابق صعوداً بالمصعد، وإلى حد أن يصبح هذا الخوف هو الذي يمي عليهم اختياراتهم لأماكن عملهم ومعيشتهم وزياراتهم. يتضمن المحتوى الشائع لهذا الرهاب الخوف من انكسار الكابلات وتحطم 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 عادة وإن كان البعض ليفزع من مجرد تجاوز الدور الأرضي). ويتركز الخوف عند البعض على احتمال تعطل المصعد بين الأدوار مما يؤدي إلى استحالة فتح الباب وبالتالي إلى انحباسهم وموتهم صبراً. 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 جسمي مقرون بخوف اجتماعي شبيه برهاب التجمعات. فقد كان أحد المرضى على سبيل المثال يخشى بالدرجة الأساس من أن يغمى عليه في المصعد ويتعرض بالتالي للحرج، ولم يكن هذا الخوف ينتابه 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 يقتل 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 ضيقٌ حرج (التصور الجسدي).

الخوف من السفر بالطائرة

هل يعد الشخص الذي يتجنب السفر بالطائرة رهائياً بالضرورة؟ تلك مسألة تبقى موضع خلاف. غير أن بعض الناس يصل قلقه من السفر بالجو — حتى لضرورة علاجية — درجة من العنف تسوّغ أن نسميه رهائياً. 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 تخشى 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 تخوّفه هو من أن يقيء في الطائرة فيبدو ضعيفاً دوناً ويكون هدفاً للامتعاض والسخرية.

وقد وجدتُ في عدد من الحالات أن منشأ الخوف من الطيران يعود إلى حدث صدمي حقيقي سبق وقوعه في رحلة ماضية، وأن هؤلاء كانوا يطيرون في السابق دون قلق يذكر إلى أن مروا برحلة صادمة بسبب الطقس السيئ أو الأعطال الميكانيكية.

الرهاب الاجتماعي

يمثل هذا الرهاب صورة كاريكاتورية لتلك الأفضلية التي يضعها مجتمعنا المعاصر للجاذبية الاجتماعية، وكراهة الاستهجان الاجتماعي وفقدان الشعبية. من شأن هذه التوكيدات والتشديدات الاجتماعية أن ترغم الفرد على مجاراة الجماعة والانصياع لمعاييرها. فما من طالب إلا مرَّ في حياته بنوعين من المواقف التي تجسد ذلك الخوف من الأداء المستهجن. الأول هو الخوف من الامتحانات، ويطلق عليه مصطلح «قلق الاختبار» *test anxiety*، وقد يبعث من الكرب والإعاقة والتثبيط ما يبرر تسميته رهائياً. فقد يبلغ خوف الطالب من الرسوب مبلغاً يعيق سيطرته على وظائف فكرية معينة كالفهم والتذكر والتعبير.

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

الحديث العام *public speaking* هو «بعبع» آخر للطلبة. والحالة التالية تعرض رهائياً نموذجياً يتصل بالحديث العام: فهذا طالب جامعي جاء يلتمس العلاج بسبب

الكرب الشديد الذي اعتاد أن يرين عليه لأيام عديدة وربما لأسابيع قبل أن يلقي كلمة أمام الفصل كلما كان عليه أن يفعل ذلك. كانت تراوده خلال هذه الفترة أفكار من قبيل «سوف يكون أدائي ضعيفاً»، «سوف أبدو مرتبگًا»، «لن أكون قادرًا على النطق.» كانت هذه الأفكار تثير فيه القلق والرغبة في التنصل من هذه المهمة. وحين يكون هذا الطالب منخرطًا بالفعل في الحديث العام يكون فكره نهبًا لتيار متصل من الأفكار مثل: «إنني أبدو متوترًا ... إنهم ضجرون مما أقول ... إنهم يرونني ضعيفًا دونًا ... حين أفرغ من هذه الكلمة لن أغفرها لنفسي ما حييت.» ليس من المستغرب، نظرًا لهذه الأفكار السلبية المتسلطة، أن يشعر هذا الطالب في نفسه بالتوتر والضعف أثناء إلقاء كلمته وأن يجد صعوبة في التركيز أثناء حديثه.

تنصب الرهابات الاجتماعية على أمور من قبيل المحبة أو الكراهية، القبول أو الرفض، الإعجاب أو الاستهزاء، ومقدار ما يحظى به الشخص من هذه الاستجابات الاجتماعية. إن التقييمات الاجتماعية السلبية تثير في المريض مشاعر أليمة، مما يجعله متخوفًا من الظهور بمظهر الأحمق أو العاجز أو الضعيف. يسمى هذا اللون من التخوف «تخوف التقييم» evaluation apprehension. وتختلف المواقف التي تثيره بين شخص وآخر. فمن الناس من يخشى جميع المواقف البيئشخصية التي تنطوي على أدنى احتمال لأن يكون موضع تقييم أو حكم. ومنهم من ينحصر خوفه في مواقف محددة. ومهما يكن من أمر فمن المؤكد أن خوف الشخص قائم على رد فعل الآخرين تجاهه. فهذا مريض على سبيل المثال كان يعاني من رهاب اللقاءات الاجتماعية ويتجنب من ثم حضور الحفلات. وتبين أن خوفه الأكبر هو من أن يبدو معيبًا دميًا مفتقرًا إلى اللياقة الاجتماعية.

من الأشكال الغريبة بعض الشيء من الرهاب الاجتماعي ذلك الخوف من فقدان السيطرة على السلوك. فالمريض بهذا اللون من الرهاب قد يكون متخوفًا من احتمال أن يسلك بطريقة اندفاعية غير مقبولة: فيشرع مثلًا في الصراخ دون مبرر، أو يفقد التحكم في بعض الوظائف الفسيولوجية؛ فيقيء دون إرادة منه أو يتغوط أو يبول أمام الملأ. من شأن هذا الخوف أن يحمله على تجنب المواقف التي يحتمل فيها أن يحدث هذا التقلت وأن يكون ملحوظًا من الآخرين.

صفوة القول أن مريض الرهاب الاجتماعي هو شخص خائف من أن يأتي أداءه في موقف معين دون المستوى الذي وضعه الآخرون أو وضعه هو لنفسه: إن أداءه الهابط سوف يقيم سلبياً، وهو من ثم يتوقع لنفسه أن يكون موضع نقد ورفض من جانب الآخرين. وهناك ألوان أخرى من الرهاب الاجتماعي (مثل قلق الاختبار) تقوم على توقع

المريض بأن يحرمه أداؤه السيئ من أن يحقق أهدافه كأن ينال جائزة أو يحظى بشعبية أو يباشر عملاً مهنيًا ناجحًا.

تعدد المعاني: رهاب صالون الحلاقة

كثيرًا ما تحمل الأعراض المتماثلة في الظاهر معاني مختلفة فيما بينها أشد الاختلاف. وقد تجلى ذلك في دراسة قام بها ستيفنسون وهابن عام ١٩٦٧م (Stevenson and Hain, 1967) فتيبنا في نفس اللون من الرهاب (رهاب صالون الحلاقة) أصنافًا مختلفة من المخاوف. دأب أحد المرضى، على سبيل المثال، على أن يهرب من الصالون إذا أشرف دوره على المجيء. وقد تبين أنه يعاني أيضًا من خوف من مواقف أخرى مثل حضور الكنيسة أو قاعات الاستماع بالمدرسة إذا اكتظت بالحاضرين ... إلخ. لقد كان خوف هذا المريض متعلقًا بالتفرُّس الاجتماعي. فهو يخشى أن يكون محط الأنظار، ويتحرج من أي موقف يكون فيه سلوكه موضع ملاحظة أو تفحص.

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

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

العنصر الرئيسي في الرهاب المتعدد

يعاني كثير من المرضى من مجموعة متنوعة من الرهابات لا يربط بينها في الظاهر أي رباط. إلا أن بإمكاننا دائمًا أن نعثر على تيمة مركزية واحدة تجمع هذه الرهابات التي تبدو متباينة ظاهريًا. هذه التيمة تتعلق دائمًا بخوف محدد من عواقب التواجد في هذه المواقف. وهو خوف واحد وعواقب واحدة على تعدد المواقف وتفاوتها الشكلي.

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 والأنفاق والتلال. حين أخذنا في تحديد سبب الخوف في كل موقف من هذه المواقف. لم يصعب على الإطلاق أن نجد بينها قاسماً 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 الشديدة (كما سمعت في طفولتها) تسحب الهواء من فمك، والحر الشديد يقطع الأنفاس، وركوب الطائرة ينطوي على احتمال أن تتقب القمرة المكيفة للضغط مصادفة فينفد 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 مثال يبين لنا أحد الأسباب الرئيسية لاعتمادية الرهابيين وتعويلهم على الآخرين: إنهم ينشدون توافر النجدة إذا ما وقع الحدث المرهوب.

يروى فيذر Feather (١٩٧١م) عن مريض آخر كان يخاف من الأبواب الدوارة ومن قيادة سيارته ومن إفشاء أسرار العمل. وكان فوق ذلك يقوم بطقوس معقدة حين يتناول دواءه. لقد كان العنصر المشترك اللافت للنظر في كل هذه الأعراض هو خوفه من أن «يضر الآخرين»: أن يدهس بسيارته أحد المشاة، أن يؤدي إفشاء المعلومات إلى حوادث مفاجئة للطائرات، أن الباب الدوار قد يخبط شخصاً آخر، أن سهوه عن دوائه قد يفضي إلى أن يتناوله 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 التيمة المركزية هنا هي الخوف من الرفض الاجتماعي، غير أن هذا لا يفسر خوفه من الطائرات. الحق أن خوف هذا الطبيب الرهابي في كل من هذه الحالات كان من «فقد السيطرة على النفس» مما قد يؤدي إلى إيذاء الآخرين. فقد تحقق الطبيب النفسي 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 ويلوح بذراعيه ويصيح في النظارة بالشتائم والبذاءات. وكانت تعاوده خيالات تتضمن جلوسه بالصف الثاني في

الحفلة وتعطيها تمامًا إذ يقيء على الجالس قبلته، ويطأ أقدام الجالسين وهو يبرح مقعده، ويصرف الجميع عن متابعة الموسيقى.

أما خوفه من الحديث العام في الاجتماعات المهنية فبدأ أنه يرتبط بإشفاقه من أن يدحض رأي زميل آخر ويهدم نظريته. وبالنسبة لحفلات الكوكتيل فقد كان قلقه هو من أن يريق كأسه 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 بالأساس من رفض الآخرين لهم. ولدينا مثال في هذه المرأة التي كانت تعالج بسبب خوف رئيسي من الرد على الهاتف (التليفون). فقد كانت تخشى أن ترد بغض 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 وديعة بالبنك، ومن قص الحكايات في التجمعات الاجتماعية، ومن طلب الطعام بالمطاعم، ومن تصحيح التجارب الطباعية لكتابات أي سكرتيرة أخرى بالمكتب.

لم يكن صعباً أن يقف المعالج على القاسم المشترك بين هذه المخاوف: فقد كانت المريضة تخشى من الرفض بسبب عدم إجابة الكلام. والحق أنها عانت في الماضي من التأتأة stuttering وغيرها من صعوبات النطق العابرة. فكانت تتلعثم مثلاً في كلمات معينة وترتبط في القراءة الجهرية في المدرسة الثانوية. ورغم أن هذه المشكلات كانت قد انتهت إلا أن خوفها من الرفض بقي على حاله وكان يبلغ ذروته كلما ازداد احتمال الخزي والرفض (Feather, 1971).

تبرز هذه الأمثلة أهمية تجنب الأحكام «القبلية» a priori بخصوص المحتوى الفكري للرهابات. فكما يختلف المعنى المسبغ على الموضوع الرهابي الواحد بين مريض وآخر، كذلك قد تُردُّ التشكيلة المتعددة من المخاوف لدى المريض الواحد إلى خوف واحد، وتحمل على نفس المعنى.

التفرقة بين عصاب القلق والرهاب

يفضي النظر في الرهابات المتعددة بشكل تلقائي إلى السؤال عن الفرق بين الرهاب وعصاب القلق، وهي تفرقة هامة من حيث إن مريض الرهابات المتعددة قد يكون غرضاً للقلق

المتوالي، وذلك لاستحالة أن يتفادى جميع المواقف الرهابية. فالرهابي خليق أن يعاني نوبة قلق حاد كلما تعرّض للموقف الرهابي وتعدّر 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 شيء نوعي مخصّص إلى حد كبير، وأن الرهابي قد يظل بمنأى عن القلق عن طريق التجنب avoidance. هب أن شخصاً لديه رهاب من اعتلاء قمة جبل أو ناطحة سحاب: إن بمقدوره، ببساطة، أن ينظم نمط حياته بحيث يتجنب هذه المواقف.

أما مريض القلق العصابي فليس بمقدوره أن يتجنب المنبه (المثير) المؤذي. فقد يكون خوفه مثلاً متمركزاً حول فكرة إصابته بمرض خطير. وهو بالتالي يفسر أي إحساس جسدي شديد أو غير معتاد أو غير مفسّر بوصفه علامة على المرض الخطير أو القاتل. وحيث إنه لا يملك أن يهرب من إحساساته الجسمية ويتجنبها فلا فكاك له من القلق. وكثيراً ما يسبب قلقه مزيداً من الأحاسيس الجسمية؛ فيضيف ذلك وقوداً جديداً لخوفه من المرض.

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

وتستدقُّ الحدود بين الرهاب والقلق أكثر وأكثر في حالة ذلك المريض الذي «يخاف من كل شيء»، فهو في خوف مثلاً من الجلوس بين الناس ومن الجلوس وحده، ومن البيت والخارج (من الأشياء المنزلية والمواقف الخارجية). من الواضح في مثل هذه الحالة أن «إنذارات الخطر» هي في نشاط دائم يجعل القلق انفعالاً مستديماً، وأن مثل هذا المريض يعاني من استجابة قلق 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 و«يكبر عنها». يطلق على هذه المخاوف مصطلح «رهابات

التثبيت « fixation phobias إشارة إلى أن النضج التصوري (المفاهيمي) فيما يتعلق بهذا الخوف قد توقَّف عند مرحلة مبكرة من مراحل النمو.

(٢) «رهابات الصدمة» traumatic phobias أو «الرهابات الصدمية»، الشبيهة بعصابات الصدمة. وفيها تؤدي خبرة مؤلمة يمر بها المرء إلى زيادة حساسيته تجاه هذا النوع من المواقف. ومن الأمثلة الصارخة لهذه الرهابات ما يعرف 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 تتبع بصفة عامة نفس التوزيع الإحصائي للمخاوف عند عامة الناس (أو في مجموعة ضابطة من الأسوياء). تشير دراسة سنيث (Snaith ١٩٦٨م) لمرضى الرهاب أن صنف الخوف الذي أبداه معظم المرضى لاح أشبه بصورة مكبرة لما يشعر به كثير من الأسوياء من عامة المواطنين. فقد وجد سنيث مثلاً أن أكثر المخاوف شيوعاً عند مرضاه (باستثناء الأجورافوبيا) هي الخوف من العواصف والعواصف الرعدية والحيوانات والمرض وتهتد 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 ذاك من الخوف إذ يخبره العديد من الأسوياء وبينه إذ يصير رهاباً.

فالرهابي أولاً يُعد المنبه المؤذي أخطر بكثير مما هو في نظر الآخرين. والرهابي ثانياً يستشعر قلقاً أكبر بكثير من غيره بسبب ما أضفاه على الموقف أو الشيء من خطورة هائلة. وهو ثالثاً يتجنب المنبه الرهابي جهد ما يستطيع ويفرض «مسافة أمان» بينه وبين ذلك المنبه. ويضمرب بعض المرضى «رهاباً خفياً» لا يسفر عن نفسه إلا حين تحول الظروف بينهم وبين تجنب الموضوع أو الموقف الرهابي. حينئذ يضطربهم القلق الموجه والتقبيدات الحياتية إلى التماس العلاج.

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

وقد أفادت أمهات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ثلاثة أشهر وست سنوات بأن أغلب مخاوفهم تترايب كالتالي: الخوف من الكلاب، ثم من الأطباء، فالعواصف، فالمياه العميقة، فالظلام. وقد كان محتوى المخاوف لدى الطفل مناظراً بشكل لافت لمحتواها

لدى الأم، وكان هناك ارتباط دال بين المجموع الكلي لمخاوف الأطفال والمجموع الكلي لمخاوف الأمهات، مما يوحي بوجود نمط عائلي للخوف – وهي نقطة سوف نعود إليها عندما نعرض لرهابات التثبيت.

قام جيرسيلد وماركز وجيرسيلد عام ١٩٦٠م (Jersild, Marks, and Jersild, 1960) بمناظرة إكلينيكية مباشرة لـ ٣٩٨ طفلاً تتراوح أعمارهم بين الخامسة والثانية عشرة لتحديد معدل المخاوف بينهم فجاءت النتيجة كالتالي: الخوف من القوى الخارقة للطبيعة (الأشباح، السحرة، الجثث، الأحداث الخفية) – ١٩,٢٪، الوحدة في الظلام بمكان غريب، التيه، والمخاطر المرتبطة بهذه المواقف – ١٤,٦٪، التعرض لهجوم الحيوانات أو خطر الهجوم – ١٣,٧٪، الإصابة الجسمية، 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 قرنائهم لهم، 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 يهمهم ويعنيهم (مثل مشاعر الحزن أو الوحدة أو الإحراج أو الذنب أو الحزن).

من الملاحظات الهامة أن المخاوف عند الأطفال مرتبطة بالأخطار التي توجد في بيئتهم بالفعل. فصبية الطبقات الدنيا مثلاً يخافون من المدى النابضية (المطاوي)، والسياط، واللصوص، والقتلة، والمسدسات، والعنف. بينما يخاف صبية الطبقات العليا من حوادث السيارات، والقتل، والصّبية الجانحين، والكوارث، والأحداث الأخرى الأكثر غموضاً. وتخشى فتيات الطبقات الدنيا من الحيوانات والغرباء وأعمال العنف، بينما تخشى فتيات الطبقات العليا من المختطفين والمرتفعات وألوان من الأحداث الصدمية غير الواردة عند فتيات الطبقات الدنيا مثل تحطم القطارات وتحطم السفن.

وتنشأ رهابات التثبيت fixation phobias من المخاوف الطفولية الشائعة التي لم يتجاوزها المريض والتي يعترف بأنه كان يعاني منها طفلاً بقدر ما تسعفه ذاكرته البعيدة. ومن أمثلتها النموذجية الخوف من الماء والعواصف والعواصف الرعدية والأطباء والدم. وقد قمت في عدد من هذه الحالات بسؤال المرضى، وكانوا شباناً في مقتبل العمر، عما إذا كان والداهم يعانيان من نفس الرهاب (أو سؤال الوالدين مباشرة عن ذلك). فمن بين اثني عشر مريضاً علمت يقيناً أن خمسة منهم يعاني أحد والديهم من نفس الرهاب.

بينما كان السبعة الآخرون 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، الأماكن المغلقة، العواصف الرعدية) بذلك يكون هناك ثمانية من بين الاثني عشر من مرضى الرهاب المستديم يعاني أحد والديهم من نفس الصنف من الرهاب.

لماذا ظل هؤلاء المرضى «مثبتين» fixated عند هذه الرهابات بينما تمكّن 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 خوفًا رهيبًا مستديمًا بعد أن رأت بعينها صبيًا صغيرًا صعقه البرق وأرداه (انظر رهابات الصدمة).

وبصرف النظر عن موقف الوالدين، وحتى في حالة خلوهما من أي رهاب، فإن تجنب المريض للموقف الرهابي يلعب دورًا حاسمًا في استمرار الرهاب. فالتجنب يحول بينه وبين السيطرة على الرهاب وتخطيه. ومع كل تجنب متعاقب يتأصل الرهاب ويزداد عمقًا ورسوخًا.

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

وفيما يلي حالات تبين كيفية حدوث المخاوف الجسدية:

(١) هذا طفل في الثامنة من العمر أصابه خوف بالغ الشدة مصحوب بإغماء يتعلق بالمستشفيات والأطباء وروائح التخدير بعد أن أُجريت له عملية خطيرة. واستمر هذا الخوف ينتابه في الكبر.

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

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

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

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

(٦) تنشأ بعض الرهابات البينشخصية أيضاً بعد حادث صادم. مثل ذلك المريض الذي أصيب برهاب الظهور في الأماكن العامة بعد نوبة دوار وإغماء، أو الذي أصيب برهاب القيء بعد نوبة قيء مفاجئ ألت به في مكان عام، وذلك المحامي الذي أصابه رهاب المثول في المحكمة بعد أن أصيب بحالة إنفلونزا معوية مصحوبة بإسهال (كان خوفه متعلقاً باحتمال أن يداهمه إسهال لإرادي 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 يرسم خطأً أبيض. واتسع الرهاب ليشمل 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 جثتيّ طفلتين متفحمتين من المنزل المحترق. وقد شمل الرهاب خوفها من أن تستحمّ بماء حار أو أن تأكل أطعمة ساخنة أو تشرب ماءً ساخناً. كذلك كانت تتخوف من لمس أي موقد كهربائي سواء أكان في حالة تشغيل أو إبطال، وتتخوف من استعمال أي مكواة ساخنة (Kraft and Al-Issa, 1965b).

تُلقي الرهابات الصدمية أضواءً على العمليات التصورية (المفاهيمية) المتضمنة في تكوين المخاوف. فنتيجة للخبرة الصادمة، يقوم الشخص بتعديل جذري لتقييمه السابق فيما يتعلق بإمكانات الخطر القابع في موقف أو موضوع ما؛ فيرى خطأً 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 كلُّ مكتمل في ذاته قد يكون في نهاية الأمر مجرد عَرَض واحد من أعراض اعتلال مزمن ألمَّ بالجانب الروحي من الإنسان.»

ناثانييل هوثون

مشكلة الذهن-الجسم

حين يحاول علماء السلوك وضع الأسس النظرية لحالات من قبيل الاضطرابات النفسجسمية psychosomatic والهستيريا؛ فإنهم يكونون بذلك قد دخلوا نطاق الحد الضبابي الواقع بين الطب العضوي والطب النفسي، ويكون من الصعب عليهم إغفال مفاهيم من مثل الشعور والتخيل وعلاقتها بوظائف الجسم. بذلك يجدون أنفسهم وجهًا لوجه أمام مشكلة «الذهن-الجسم»، تلك المشكلة الشائكة التي حيرت الفلاسفة عصورًا طويلة ولم يصلوا فيها حتى اليوم إلى حل مُرضٍ.

وقد يروق للمفكرين العمليين أن يطرحوا ظواهر مثل التخيل بوصفها غيبيات غير ملموسة. فحين يعاني شخص ما من شلل ناشئ من التهاب سحائي فهو يعاني من وجهة نظرهم مرضًا «حقيقيًا»، أما صاحب الشلل الهستيريا فهو إنما يعاني مرضًا «متخيلًا». ففكرة الحقيقي عندهم تقابل فكرة المتخيل. ومع ذلك فصاحب الشلل أو الألم الناجم عن تخيلاته يخبر أعراضه كأعراض حقيقية شأنها شأن المرض العضوي تمامًا.

وربما زاد تعقُّد مشكلة العِلْيَةِ السيكولوجية كمقابل للعلية الفسيولوجية حين نفكر ملياً في أسباب الاضطرابات النفسجسمية. فبمقدورنا 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 مصمَّم لقياس التغيرات في ضغط الدم أو ضربات القلب. بل إن المستقضي لهذه الحالات قد يرى رأياً لا يعوزه السداد أن المسئول عن هذا الاضطراب هو النشاط الزائد للجهاز العصبي المستقل autonomic nervous system. إن المثل العيني الظاهر والملموس للاضطراب يدل على أنه اضطراب حقيقي (حقيقة يشدّد وقعها ولا شك إذا عرفنا أن مريض القرحة قد ينزف حتى الموت). غير أننا حين نتساءل عما حمل 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 النموذجية في هذه الحالة هي أن نجد الشخص الذي يعاني من حدوث اضطراب نفسجسمي أو اشتداده يقرن به سلسلة من المتاعب الانفعالية التي أُلّت به. ويذكر أنه كلما ضايقته مشكلة فإن قرحته تثور، وكلما احتاج غضباً فإن التهاب جلده يتفاقم، وإن يكن الضيق والغضب أشياء لا تفحص في أنبوبة اختبار أو توزن بميزان أو تقاس بجلفانومتر. أضف إلى ذلك أن الطبيب أو المعالج النفسي حين يعمد إلى تخفيف هذا العرَض فإن اهتمامه ينصب على العوامل غير الفسيولوجية؛ فيقدم للمريض إحياءات تساعد على تخفيف الضيق أو الغضب، ويلاحظ التئام الإثنا عشر^١ أو الجلد على أثر ذلك. أو يصف مهدئاً فإذا بالمريض يلحظ أن العرض الجسمي يتحسن حين أخذ قلقة النفسي في النقصان.

وقد اشتبكت المدارس ذات التوجه السيكلوجي والمدارس ذات التوجه العضوي في نزاع طويل بشأن تفسير العصاب والاضطرابات النفسجسمية فأيهما يأتي أولاً: الظاهرة النفسية أم الظاهرة الفسيولوجية؟ أما العضويون فيرون أن من السذاجة أن نسند إلى كيانات غامضة مثل الانفعالات والأفكار والصور الذهنية دوراً سببياً في هذه الاضطرابات. ويرون أن هذه الأحداث لا تعدو، على أحسن تقدير، أن تكون ظواهر

^١ أثرت عدم جر (إثنا) بالياء على اعتبار أن (إثنا عشر) في هذا المقام هو اسم كلي مدمج يشير إلى عضو تشريحي محدد واحد، وليس مجرد عدد كغيره من الأعداد. (المترجم)

ثانوية epiphenomena أي ظواهر غير حقيقية بل نتاجاً ثانوياً by-product للنشاط الفسيولوجي.

لقد تعرضت هذه الاضطرابات — الهستيرية والنفسجسمية — للصنوف ذاتها من الصياغة التي قدمها الفلاسفة الذين تناولوا مشكلة «الذهن-الجسم». فأحد الاتجاهات الفلسفية وهو «المثالية» idealism يعطي أولوية مطلقة للفكر. أما «المادية» فهي، على العكس من ذلك، تؤكد أن الجسم هو الحقيقة الوحيدة وأن مفهوم الذهن هو وهم واختراع. وتسلم نظرية التفاعل المتبادل (التأثير المتبادل) interactionism بوجود كل من الذهن والجسم وتأثير كل منهما على الآخر. أما الرأي القائل بتصاحب العمليات الذهنية والجسمية دون أن تؤثر الواحدة في الأخرى؛ فتسمى بنظرية التوازي parallelism، أي أن أي شيء يؤثر على الذهن فإنه ينعكس بأثر مواز على الجسم، والعكس بالعكس.^٢ ويفترض علم نفس الجشطلت أن هناك تطابق (تناظر) نقطة لنقطة (واحد لواحد) بين خبرات الوعي والخبرات الجسمية.

وقد كان هناك ميل في السنوات الحديثة لتجاهل مشكلة «الذهن-الجسم» تحت تأثير السلوكية. فبعض السلوكيين مثل واطسون Watson (١٩١٤م) يستبعد الأفكار والمشاعر ببساطة من البحث السيكلوجي. بينما يستخدم آخرون حيلة سيمانتية (دلالية) 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 وهمية 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 يظهر بوضوح أن نموذج «التفاعل 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

^٢ ترى نظرية التوازي، التي قال بها فلاسفة بحجم ليبنتز وجيولونكس، أن الذهن والجسم دائرتان مقفلتان لا تؤثر إحداهما في الأخرى، ومهما يكن من ارتباطهما الظاهر فهو ليس ارتباطاً علّياً. وإنما هو انسجام مقدّر preestablished harmony من صنع الله، شأن ساعتين ضبطتا وهيتتا بحيث تدق الأولى كلما أشارت الثانية إلى الزمن دون أن تؤثر إحداهما في الأخرى أو تتصل بها! (المترجم)

المعطيات من مثل الإثارة الانفعالية والعطب الجسمي القابل للملاحظة، وتحسن العطب الجسمي على أثر العلاج النفسي، وانفراج التوتر الانفعالي بواسطة العقاقير المهدئة. وصف الممارسون الإكلينيكيون عددًا من الاضطرابات التي تلعب فيها العوامل النفسية دورًا هامًا في إنتاج الخلل الوظيفي أو الكرب الجسدي. قد تتمثل هذه العوامل النفسية في هيئة حدث أو ظرفٍ ما يشكل ضغطًا أو إجهادًا. ويمكننا تقسيم الاضطرابات الجسمية المرتبطة باضطرابات انفعالية إلى ثلاث مجموعات:

(١) اضطرابات فسيولوجية أو اختلالات تركيبية تتضافر فيها العوامل النفسية والبنوية (الجبليّة) constitutional لتنتج الاضطراب. تتضمن هذه الاضطرابات النفسجسمية^٢ حالات مثل قرحة الإثنا عشر، تشنج البواب pylorospasm، التهاب القولون، وبعض حالات التهاب الجلد 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 السيكلوجي psychological overlay. مثال ذلك حالات الاعتلال القلبي وحالات البُهر dyspnea (صعوبة التنفس) الشديد الناجمة عن مرض صدري خفيف.

(٣) زيغ أو شذوذ في الإحساس أو الحركة دون مرض بالأنسجة أو اضطراب فسيولوجي ملحوظ. وتشمل هذه المجموعة طائفة عريضة من الحالات تمتد من «التصور الجسدي» والهستيريا حتى الضلالات الجسدية somatic delusions. هذه المجموعة هي، من جهات عديدة، الأكثر إثارة للاهتمام من بين الاضطرابات الجسمية المرتبطة بعوامل نفسية.

الاضطرابات النفسجسمية

تعرف الاضطرابات النفسجسمية بأنها اختلالات تمكن معاينتها في وظيفة أو تركيب عضو من الأعضاء أو جهاز فسيولوجي من أجهزة الجسم مثل: الجلد، الجهاز الهضمي،

^٢ المصطلح الجديد «الاضطراب النفسفسيولوجي» (أو السيكوفسيولوجي) أخذ الآن يحل بالتدرج محل المصطلح القديم «الاضطراب النفسجسمي» (أو السيكوسوماتي).

الجهاز البولي التناسلي، الجهاز الدموي 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، ١٩٦٨م).

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

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

من الآراء التحليلية psychoanalytic المبكرة مثلاً رأي يعتبر كل مرض نفسجسمي هو ظاهرة تحويلية conversion خاصة تتميز بأعراض هي تمثيلات رمزية لدوافع وأفكار معينة. فالإسهال مثلاً هو تحول لدافع طفولي (Ferenczi, 1926). وقرحة المعدة، كما يؤكد جارما Garma (١٩٥٠م)، ترمز لأهم عدوانية مدخلة بذات المريض internalized وترمز حواف القرحة إلى فكي الأم المدخلة.

ومن الكتاب التحليليين من اقترح أن الاضطرابات النفسجسمية تمثل نكوصاً regression فسيولوجياً إلى أنماط من الوظيفة الجسمية الخاصة بالطفولة المبكرة. يؤكد مارجولين Margolin (١٩٥٣م) على سبيل المثال أن هناك علاقة مباشرة بين درجة النكوص الفسيولوجي ودرجة النكوص السيكولوجي. ويرى زاز Szasz (١٩٥٢م) أن كثيراً من الأعراض الجسمية ترجع إلى إثارة باراسمبتاوية مزمنة ومحددة الموضع، ويدعي أن مثل هذه الإثارة يجب اعتبارها نكوصية ما دام الجهاز العصبي الباراسمبتاوي سابقاً في النشوء على الجهاز السمبتاوي.

هاجمت فلاندرز دنبار F. Dunbar (١٩٣٥م)، 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.

وربط سبيتز Spitz (١٩٥١م) وجيرارد Gerard (١٩٥٣م) 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 ألكسندر Alexander (١٩٥٠م) فيرفض كلاً من نظرية التحول ومفهوم دنبار عن ارتباط المرض بصورة الشخصية، ويرد الاضطرابات النفسجسمية إلى صراعات لاشعورية: فمن شأن الشخص الواحد إذ يمر بسلسلة من الصراعات النفسية المختلفة أن يعاني من تغير مناظر في نوعية الاضطراب النفسجسمي الذي يبتليه. فالقرحة مثلاً هي استجابة فسيولوجية لرغبة مكبوتة في الحب والمساعدة؛ فالمعدة المحرومة تدمع (بحمض الهيدروكلوريك) طلباً للحب. والربو، كما يؤكد، هو صرخة استنجاك مكبوتة. بل إن تشنج المعدة (الشنج الفؤادي cardiospasm) يمثل معنى لاشعورياً منطوقه: «لا أستطيع أن أبتلع هذا الموقف».

ويفترض ولف Wolff (١٩٥٠م)، وهو من مؤيدي نموذج الخصوصية الفسيولوجية، أن لكل فرد نمطاً من الاستجابة الجسمية للضغوط. وهو نمط خاص ثابت ومحدد جينياً. صحيح أن نقطة حساسيته قد تبقى خافية فترات طويلة، إلا أنه بتراكم ضغوط كافية سوف يعاني في النهاية من اضطراب يتوقف على موطن ضعفه واستهدافه الفسيولوجي: التهاب القولون، الشقيقة، التهاب الجلد ... إلخ.

وتوصل لاسي ولاسي Lacey and Lacey (١٩٥٨م) إلى أدلة صلبة بشأن خصوصية الاستجابة الفسيولوجية للمواقف الضاغطة المختلفة. فقد وجدوا في دراستهما أن لكل فرد ميلاً للاستجابة الزائدة في واحد على الأقل من أجهزته الفسيولوجية. فيستجيب شخص مثلاً لكل حالة ضاغطة بزيادة كبيرة في ضربات القلب دون تعرق يذكر. ويستجيب آخر بتعرق شديد دون كثير تغير في ضربات القلب.

الضغوط النفسية والاختلالات الجسمية

حيث إن الدليل التجريبي يشير إلى أن كل فرد واقع تحت ضغوط يستجيب بإفراط في جهاز معين من أجهزته الفسيولوجية، فمن الضروري الحاسم أن نحدد المقصود بكلمة «ضغوط» (إجهاد stress)، تلك اللفظة المستعارة من علم الفيزياء والهندسة. يعرف معظم الكُتّاب الضغوط بأنها حالات خارجية يفترض أن تؤدي إلى توترات داخلية تؤدي

بدورها إلى اضطرابات فسيولوجية. تظهر هذه الضغوط الداخلية في شكل حالات من الإثارة يخبرها الفرد ذاتياً على هيئة غضب أو قلق أو انشراح.

تأتي الإثارة الانفعالية مصحوبة بزيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل، مما يؤثر في واحد أو أكثر من الأعضاء أو الأجهزة الفسيولوجية. هذا الجهاز المتأثر لا يمكن التنبؤ به سلفاً بالاستناد إلى نوع الانفعال المثار (ما إذا كان قلقاً مثلاً أو غضباً). فيبدو أن لكل فرد استجابته المميزة التي تتوقف على جهازه الفسيولوجي الأكثر تأثراً. فقد تأتي المظاهر البدنية عنده في شكل عطب أو اضطراب في القناة الهضمية (قرحة الإثنا عشر) أو الجلد (التهاب الجلد العصبي) أو الشعبيات الهوائية (الربو) أو الجهاز الدوري القلبي (الضغط وتسرع القلب الانتيابي paroxysmal tachycardia).

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

تتألف أول فئة من الضغوط من المواقف العصبية التي تحدث في المعارك العسكرية. فمثل هذه المواقف تمثل تهديداً هو من الشدة والواقعية؛ بحيث يؤدي إلى قلق شبه محتوم. رغم ذلك يبدو أن الجندي المتمرس بالقتال يرفع عتبة قلقه خلال فترة من الوقت بإنماء ثقته في مغالبة الخطر وإرهاق تمييزه للمواقف المهددة للحياة. إلا أنه وجد عملياً أن لكل مقاتل نقطة انهيار. ففي الحرب العالمية الثانية مثلاً أصيب معظم الطيارين بأعراض انفعالية ونفسجسمية بعد القيام بعدد 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 للعيان. مثال ذلك أن تقذف الظروف بالمرء في بيئة يصعب عليه فيها أن يصوغ خطة معقولة ثابتة للتعامل مع المثيرات المؤذية. كأن يعمل في جو تقع فيه المضايقات بغتة بحيث لا يعرف متى يحترس ومتى يسترخي وينعم بالألأ. كشأن تلك السكرتيرة التي كان رئيسها في العمل متقلباً سريع الغضب لا تستطيع أن تتكهن بسوراته؛ فأصيبت بعد فترة بالتهاب قولون متوسط الشدة شفيت منه بمجرد أن انتقلت إلى عمل جديد في مناخ أكثر ثباتاً. بالطريقة نفسها يمكن أن يصاب طفل بإجهاد شديد إن كان أحد أبويه عرضة

للتقلبات المزاجية المبالغية. يؤدي الصدوف عن هذه المواقف إلى تخفيف القلق والاضطراب النفسجسمي وإن احتاج ذلك إلى وقت طويل في حالة التعرض المزمّن للضغوط. أما الفئة الثانية من الضغوط فتشمل الضغوط المخاتلة insidious المزمّن. فالتآكل هنا تدريجي ينشأ من التأثيرات التراكمية لعدد من التوترات الدقيقة التي لا يشكل أيّ 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 التكيّفية للشخص.

وهناك بعدُ صنف ثالث من الضغوط شخصي للغاية وخاص بكل فرد على حدة. ونعني به تلك المواقف التي تمس من الفرد مناطق ضعفه الخاصة. فلكل إنسان نقاط حساسة غير حصينة تجعله هدفاً للاضطرابات الانفعالية كلما تعرّض لمواقف تمس هذه النقاط. وما يكون أمراً عادياً لأحدنا قد يشكل صدمة بالنسبة لآخر. هناك شخص حساس للرفض وآخر حساس للنظام التحكمي 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 النفسجسمية. وهي سمة تطبع بطابعها عموم المرضى ذوي القابلية للقلق أو الغضب؛ فهم يميلون إلى تصور بعض خبرات الحياة بطريقة خاصة ورؤيتها بمنظار خاص. فنجد الواحد منهم يشكل من الوقائع المأمونة صورة مخيفة مهددة، ويضخم التهديدات الصغرى التي يسهل التغلب عليها ويجعل منها كوارث كبرى.

وهناك دراسات حديثة حاولت أن تؤسس علاقة سببية بين المواقف الضاغطة والاضطرابات النفسجسمية. فقد كشف الباحثون، مستخدمين استبياناً «أحداث الحياة» (Holmes and Rahe, 1967)، وجود بعض الارتباط الموضوعي بين الضغوط والاضطراب الجسمي. غير أن الدليل الإكلينيكي يوحي بأن المواقف الحياتية الضاغطة هي بحد ذاتها أقل أهمية في إحداث القلق والاضطرابات الجسمية بالقياس إلى الطريقة التي تتراءى بها هذه المواقف في ذهن الشخص. فالمستهدفون للاضطرابات الجسمية هم أميل من غيرهم إلى تضخيم الأحداث واعتبارها أحداثاً ضاغطة، وإلى الاستجابة للتحديات المتصورة باختلال نفسي وجسمي أكبر كما تبين ذلك من دراسة هنكل وآخرين (Hinkle et al., 1958).

إن تحديد الظروف التي تشكل ضغطاً إجهادياً من بين غيرها من الظروف يعتبر 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 انتكست حالتهم مرة أخرى. وقد افترض الباحثون أن تنافر سمات كل من الطفل والوالد في هذه المجموعة كان يمثل ضغطاً إجهادياً على الطفل (بحيث يجد في الانفصال فرجاً). بينما المعتاد في سائر الأطفال أن الانفصال عن الأبوين هو الموقف الضاغط.

الضغوط الداخلية

كنا حتى الآن نتحدث عن الضغوط بوصفها ظروفاً خارجية تبعث على التوتر. غير أن هناك اضطرابات نفسجسمية نموذجية قد تحدث في غياب أي ظروف خارجية غير عادية. في هذه الحالات تكون الضغوط صادرة من الداخل، وتتألف من ظواهر نفسية مثل المطالب والالتزامات التي يفرضها المرء على نفسه، ومثل المخاوف المتكررة وتأنيب الذات. يمكننا كشف هذه الآلية الخاصة بتأزيم الذات عن طريق التنقيب 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 يبدو عصبيين ويكتسبون لقب «عصابي» (في نظر الطبيب أولاً ثم في نظر أنفسهم). وكثيراً ما ينبئهم الطبيب أنهم قلقون متبرمون يأخذون الأمور بجدية زائدة. إلا أن هذه الأحكام بدلاً من أن تمنحهم تبصراً ورشاداً فهي في الأغلب تدعم فكرة المريض عن نفسه كشخص متقلب وأدنى من سواه.

ولنا في رجل الأعمال الطموح الذي يصاب بقرحة المعدة خير مثال على الاستهداف النفسجسمي. ورغم أن هذا النمط النفسي ذاته قد يؤدي إلى اضطرابات نفسجسمية أخرى كالضغط أو التهاب الجلد، فمن المفيد لنا أن نُنعم النظر في هذه الحالة المرضية كنموذج إيضاحي للاضطرابات النفسجسمية بصفة عامة. يمكننا أن نسمي هذا النمط الإداري التنفيذي من البشر «نمط القرحة التنفيذية (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

مرءوسوه أخطاءً فادحة. ويظل يستجيب لكل مهمة جديدة بشكوك قوية. ويهول من أهميتها وصعوبتها (تقييم معرفي خاطئ) ويخس من قدرته على أدائها (تقييم خاطئ أيضاً). وهو يضخم من حجم العوائق التي تحول دون إتمام المهمة ويضخم في نفس الوقت من شأن العواقب النهائية للفشل. فيعقد في وهمه سلسلة من الوقائع المؤدية إلى الإفلاس كلما واجه مغامرة مالية غير مأمونة. قد لا يكون الخوف من الفشل هو رائده بطبيعة الحال، ولكن من يعمل تحت شعار «النجاح التام هو الطريق الوحيد إلى السعادة» قد يعتصر نفسه قدر ما يفعل الخائف من الفشل.

رغم 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 في كل لحظة كارثة عليه أن يسارع بمواجهتها. من شأن هذه الضغوط النفسية التي يفرضها المرء على نفسه أن تبهظ واحداً أو أكثر من أجهزته الفسيولوجية.

هؤلاء المستهدفون للقلق والاضطراب النفسجسمي لا يببالغون فقط في هول النتائج المترتبة على الفشل بل أيضاً في احتمال وقوعها. ولنضرب لذلك مثلاً بهذا الطالب المستهدف للقرحة. فقد كان برغم نجاحاته السابقة دائم التوجس من عدم إتمام واجبه في الوقت المحدد ومن عدم استعداده للامتحان. كان يقدر ذلك باحتمال خمسين بالمائة قبل الامتحان بأسابيع عديدة، ويظل هذا الاحتمال يتزايد عنده باقتراب موعد الامتحان إلى أن يصل إلى ٩٩٪ لحظة بداية الامتحان. وكان تقديره للنتائج السلبية للفشل يتصاعد في نفس الوقت: «سوف يقررون أن يسقطوا اسمي من سلك الشرف ... لن أعود قادراً على أي امتحان قادم ... سوف يفصلونني من المدرسة وسينتهي بي الأمر إلى شارع الساقطين.» وحيث إن هذا الطالب كان قد أنجز واجبات واجتاز امتحانات على امتداد حياته الأكاديمية، فمن الواضح أن مخاوفه من عدم الاستعداد الآن هي نابعة أساساً من أنماط تفكيره الداخلية لا من ضغوط خارجية.

لماذا يصاب بعض المرضى (مثل هذا الطالب) باضطراب نفسجسمي من جراء قلقهم المفرط، بينما يبقى آخرون من ذوي القلق المزمن دون اضطرابات جسدية؟ تلك مسألة تحتاج إلى مزيد من البحث. فمن الواضح أن أنماط التفكير متشابهة عند الطرفين. فكلاهما مرتهن للخوف من التقصير بل من الكارثة. كلاهما في همٍّ مزمن. ويبدو محتملاً في حدود معلوماتنا الحالية أن هناك عوامل جينية (وراثية) 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 و«الانفعال» 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 (النوبات) episodes تدوم من أسبوعين إلى ستة أشهر ويرتبط حدوثها بضغط خارجية بشكل واضح. وقد أُجْرِي لهذه السيدة فحوص جسمية عديدة (متضمنة فحوصًا بالأشعة) طوال ثلاثين عامًا ولم يثبت وجود أي علامات تشير إلى مرض عضوي، فشخصت حالتها قولونًا عصبيًا. بدأت أشد سورات (نوبات) هذا المرض، والمتمثلة في ألم بطني شديد وإسهال دموي، أثناء المرض النهائي لوالدتها (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 تقرحات مؤكدة بالقولون. ومن الجلي أن الإثارة الانفعالية الشديدة عندها قد أحدثت تشنجات بالقولون نتج عنها تغيرات في غشائه المخاطي.

حيث إن معظم الناس يتحملون ملّمات جسيمة 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 (والفسيولوجي أيضًا): لقد ذكّرت مريضتنا أنها منذ دخولها المدرسة في سن الخامسة اعتادت أن تستجيب للمواقف المزعجة بسورات (نوبات) عابرة من الإسهال؛ لكن هذه الاستجابات لم تكن تؤدي إلى كرب خطير إلى أن بلغت الثامنة عشرة من عمرها. حينئذ أصيبت شقيققتها الكبرى بسرطان القولون الذي أودى بحياتها في النهاية. ومنذ ذلك الحين صار همها الشاغل أنها سوف تموت أيضًا بالسرطان؛ بحيث أضحت تفسر كل عرض جسمي كإشارة إلى السرطان. فكانت إذا أحست أي وعكة بطنية (حتى لو كان سببها واضحًا وبسيطًا كالتخمة) تحدّث نفسها: «إنه ربما يكون السرطان.» فتشتد الوعكة وتؤدي إلى الإسهال. بذلك تكون دائرة للاشتداد قد تأسست كاستجابة للضغط: تهديد - قلق - تشنج القولون - ألم - قلق.

بإمكاننا أن نفهم التعاقب المؤدي إلى حدوث التهاب تقرحي خفيف بالقولون في هذه الحالة. فقد كان مرض الأم يمثل ضغطًا نفسيًا لهذه المريضة إذ يثير فيها هاجس

الموت (موت والدتها وموتها هي أيضاً) وقد أدى هذا التهديد الدائم إلى القلق ومصاحباته الفسيولوجية. 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 تخضع للتقييم المعرفي؛ فتفسر كعلامات للسرطان، مما جعل المريضة تحس بتفاقم كل من القلق والمرض المعوي.

الاضطرابات الجسمية ذات الغطاء السيكلولوجي

كثير من المرضى بهم مرض عضوي مؤكد وثابت. غير أن وجود العوامل النفسية يجعل عجزهم ومعاناتهم تتجاوز كثيراً حجم الاضطراب العضوي الفعلي. والحق أن هذا العجز والضغط الإجهادي الناجم من عوامل نفسية قد يكون هو السبب الوحيد للتدخل الطبي. في هذه الفئة أو التصنيف تقع كثير من حالات «اعتلال القلب» cardiac invalidism. فالمرضى الذي ألمَّ بقلبه شيء من الاضطراب العضوي قد يبقى في دُعر دائم من الموت بعد أن يبرأ من أي متاعب بدنية أو أي مرض قلبي متبقٍ. وقد يتجنب أي حركة أو إجهاد كي لا يرسب نوبة قلبية أو أي صورة من صور الموت المفاجئ. وهو من ثم يحذ من نشاطاته بدرجة كبيرة. وهو إذ يجتمع عليه الحرمان من مصادر إشباعه المعتادة ومرارة القلق المزمن يغدو فريسة للاكتئاب.

من الحالات العضوية التي تسهم فيها العوامل النفسية بنصيب وافر وتضيف إليها كرباً وعجزاً صميماً، تلك الحالة التي أوردها كاتشر Katcher (١٩٦٩م) لرجل في الأربعين عانى سنوات طويلة من نوبات ذبحة صدرية. كانت صور رسم القلب تؤكد مرض الشريان التاجي [هبوط قطعة S-T الذي يتفاقم بعد التدريب البدني].

لقد أعاقته علته وأقعدته لدرجة أنه لم يكن قادراً على أن يمشي أكثر من بضع خطوات دون أن يحس بألم صدري شديد، وأنه إذا لم يتوقف ليسترخ انتابه ألم متكرر يعقبه زعر من حدوث أزمة الشريان التاجي.

استخدم الطبيب النفسي في علاج هذا المريض مزيجاً من العلاج السلوكي والمعرفي. فقد أكد له وجود أدلة إحصائية على أن التمرين البدني المتدرج يفيد مثل حالته وأن تجنّب الجهد ضارٌّ به. محاولاً بذلك أن يقلص اعتقاده بأن الجهد البدني حقيق أن يرسب (يعجّل) نوبة احتشاء (جلطة) القلب.

عندئذٍ أُعطيَ المريضُ جدولًا متدرجًا من التمرين البدني. فكان يمشي مسافة معينة إلى أن يشعر بألم حقيقي فيتوقف. وجعل يمد هذه المسافة بالتدرج حتى استطاع في النهاية أن يمشي كما يشاء دون أن يعاني ألمًا. وكان عليه كلما عاوده الخوف أن يردد: «لا بأس بالتمرين». هذه الطمأنة الذاتية كانت تهدئ قلقه، 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 السيكولوجي» في هذه الحالة كما يلي: بعد أعراض الذبحة الأولى كان المريض يتوقع الموت المفاجئ باحتشاء القلب، ويربط تلقائيًا بين التمرين البدني وترسيب نوبة قلبية. بذلك كان يشعر بالخطر إزاء أي جهد جسماني. هذا القلق السابق على المشي كان يزيد ضربات القلب وغيرها من استجابات الجهاز العصبي المستقل. مما يشكل عبئًا على القلب ويزيد من قصور الشريان التاجي. يترتب على ذلك أنه بعد مسير بضع خطوات كان يصاب بذبحة حقيقية: إنه نموذج كلاسيكي لنبوءة محققة لذاتها self-fulfilling prophecy (تحقق نفسها بنفسها).

ما إن اقتنع هذا المريض بأن القلق هو الذي يرُسب الذبحة وليس الجهد البدني، حتى عاد قادرًا على التقدم في نظام التدريب إلى أن شفي من أعراضه.

تؤلف ذات الرئة lung disease فئةً أخرى من الاضطرابات الجسمية ذات الغطاء النفسي. فمرضى الرئة قد يكونون على وعي بكل نفس من أنفاسهم وكل حركة من حركات صدرهم. وبسبب علمهم بمرضهم الرئوي فهم كثيرًا ما يعتقدون أنه من الضروري للبقاء أن يبذلوا جهدًا إراديًا لامتناس 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 انسداد القناة التنفسية، وجد الباحثون أنه لا علاقة بين ضيق التنفس والإعاقة الفعلية لوظيفة الرئة. فعندما كان المرضى يغضبون أو يقلقون استجابة للضوابط الحياتية المعتادة كانوا يميلون إلى «فرط التهوية» hyperventilation و«البهر» dyspnea. ولم تكن هناك علاقة بين صعوبة التنفس والقصور الوظيفي الفعلي. تشير هذه الدراسة إلى أن البهر (صعوبة التنفس) يتوقف على إدراك إشارات صادرة من الجهاز الرئوي. فقد كان لهؤلاء المرضى حساسية زائدة تجاه التغيرات الجارية في الجهاز الرئوي القلبي، تلك التغيرات التي لا يعيرها الناس انتباهًا

ولكنها بالنسبة لهؤلاء ترتبط بخطر الموت. وقد انعكس ذلك في شعورهم الذاتي بالكرب. إن حلقة مفرغة قد تكونت: قلق - فرط تهوية ولهث hyperpnea - بُهر - قلق.

التصور الجسدي Somatic Imaging

ألعبنا آنفًا لظاهرة «التصور الجسدي» في شرحنا لأنواع الرهاب. وقلنا إن مرضى الخوف من المرتفعات، على سبيل المثال، كثيرًا ما ينتابهم 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 في الماء. وبالمثل يحس كثير من الناس بألم «نيابي» عندما يشاهدون شخصًا آخر قد أصيب، فيستجيبون كما لو كانوا هم المصابين.

وقلت في الفصل الثالث إن رأي المرء في نفسه هو عنصر متمم لمجاله الشخصي personal domain إلى جانب ممتلكاته المادية وقيمه المعنوية. ونعرض هنا لمكون أساسي آخر لمفهوم 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 في وقت ما قد يحدد شعوره في ذلك الوقت، إن بالسرور أو الألم، بالقوة أو الضعف، بالحيوية أو الفتور. وقد يكون تصويره لحالته الجسمية أهم من حالته الجسمية الفعلية في تحديد مشاعره وأحاسيسه.

قد يؤثر التنبيه البصري على صورة الجسم؛ فيؤدي إلى تنويعه عريضة من الأحاسيس الجسمية؛ فمن الممكن للصور المتحركة المنعكسة على شاشة منحنية (مثل السينراما) أن تخلق لدى المتفرج وهمًا بأنه يعتلي مركبة سريعة مثل الزلاجة أو أنه يهوي في الفضاء. إنه يحس نفس الإحساسات كما لو كان منطلقًا أو ساقطًا بالفعل. بنفس الطريقة قد تحدث الصور المتحركة لأناس يشوهون ويمزقون مشاعر الألم والقلق في المتفرج. هذه الظاهرة التي تتضمن إحساسات جسمية متولدة من خداعات بصرية هي مثال آخر «للتصور الجسدي» somatic imaging.

قد يحدث «التصور الجسدي» بطبيعة الحال بدون تنبيه بصري. إنه ظاهرة منتشرة سجلها منذ أكثر من مائة عام سير فرانسيز جالتون F. Galton (١٨٨٣م). من الأفراد الذين درسهم جالتون من كانت لديهم إحساسات جسمية من الوضوح والحيوية؛ بحيث يصعب عليهم أن يحددوا هل هي وليدة التخيل أو وليدة تنبيه جسمي حقيقي.

قد تؤدي الخيالات أو أحلام اليقظة أيضًا (دون وجود أي منبهات بصرية خارجية) إلى إحساس شديد بالجسم. وكثيرًا ما يصف المرضى النفسيون هذا النوع من التصور الجسدي. مثل ذلك المريض الذي كانت تنتابه تخیلات متكررة لقضيبه وهو يصاب بأذى. فكان إذا سمع صوت نافذة تغلق يتصورها تصطك على قضيبه ويحس بانسحاقه. وإذا رأى فجأة سكينًا حادة؛ فإنه يتصورها تقطع قضيبه ويحس في نفس الوقت بألم حاد بالقضيب.

وقد تؤدي فكرة الأذى الجسمي إلى إحساسات بدنية. ولنضرب لذلك مثلًا بذلك المراهق الصغير الذي كان ينتابه القلق لمراى الدم أو أي تشوه جسمي، وكان حساسًا بوجه خاص لأي مثير يوحى بتكسر العظام. ويحدث نفسه عندما عرض عليه المعالج قطعة من العظم: «قد تكون ساقي انكسرت.» ويحس بألم في ساقه وبأن العظمة تنثأ من جلد الساق. وذلك مريض آخر كان شديد التقمص للمتألمين والمعاقين. فعندما قرأ تقريرًا عن مريض عقلي متهيج قام أحد المعاوين بتثبيت ذراعيه، أحس بضغط على ذراعيه كما لو كانتا تثبتان. وعندما قرأ عن مريض كان يفقد بصره بالتدرج أحس بإعتام عابر في بصره. في هذه الحالة تكون الفكرة، وليس الخيال البصري، هي ما ولّد الإحساسات غير السارة.

الهستيريا

الهستيريا هي امتداد مرضي لعملية «التصور الجسدي» somatic imaging. وأكثر صور الهستيريا التي نشاهدها هذه الأيام تتألف من نوع من الاضطراب الجسمي لا أساس له من مرض عضوي يمكن إثباته أو من خلل فسيولوجي. قد يأتي هذا الاضطراب الجسمي على هيئة فقد القوة في أحد الأطراف (شلل أو ضعف)، أو فقد الإحساس في جزء من الجسم، أو الإحساس بألم في غياب أي تنبيه لمستقبلات الألم، أو زيادة نشاط العضلات كما في حالة الغصّ choking الهستيريا أو حالة الصرع الكاذب.

حين يفحص الطبيب أحد مرضى الهستيريا يكون بوسعه في الغالب أن يتثبت أن الصورة التي يتخذها العرض الهستيريا لا تتمشى مع التشريح الفعلي لجسم الإنسان، بل مع تصور المريض لأعراض مرض جسمي معين. فعقب إصابة بالساق مثلًا أو بالساعد قد نجد لدى مريض الهستيريا فقدًا للإحساس أخذًا توزيع «الجورب-القفاز» stocking-glove، وهو توزيع لا يمكن أن ينشأ من أي إصابة. وبالمثل إذا ظن مريض

الهستيريا أن مخه قد أصيب فقد يحس بشلل أحد الأطراف الواقعة على نفس الجهة التي حدثت بها الإصابة المخية المفترضة، بينما يستلزم تشريح الجهاز العصبي أن يأتي الشلل في الجهة المقابلة. وفيما يلي حالات توضح قوة التصورات الذهنية وسطوتها:

هذا مريض كان يعاني من عطب مخي عضوي واضح عقب احتشاء قلبي (Stein et al., 1969). أظهرت الاختبارات النفسية وجود عجز لديه في الاستدعاء الفوري وعجز في التركيز الذهني. وفي جلسات العلاج النفسي التي عُقدت 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 طريقة «التنويم» hypnosis. وفيما يلي بعض الحالات التي أوردها وهي تثبت أن الأعراض الحركية والحسية كانت مظاهر وتجليات للمفهوم الخاطئ للمرض العضوي عند المريض. فهذا مريض صدمته مركبة ثم مضت غير عابئة به. فاعتقد خطأ أنها دهسته وسحقت رجليه الاثنتين. وأصيب بشلل هستيري بهما.

وفي حالات أخرى كان العرض الهستيري يقوم على «تشخيص» خاطئ من جانب المريض للتأثيرات الناجمة من إصابة حقيقية.

فهذا جندي أصيب برصاصة في ساقه فظل يعاني من خدار (فقدان للحس) من صنف «الجورب». فقد كان يعتقد أن الرصاصة قد قطعت عصبًا بالساق. وبمجرد أن أوضح له الطبيب أن العصب سليم ولم يُصب بأذى زايه الخدار (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 مرضًا جسميًا ما ومن ثم يحس بأعراض المرض المزعوم؛ فيعجز عن رفع رجله أو يفقد الحس في جزء من جسمه أو يضعف بصره أو سمعه. وحين نتناول الاعتقاد الخاطئ بالتعديل والتصحيح عن طريق الإيحاء أو التنويم أو الإيضاح والإثبات أو العلاج المعرفي؛ فإن العرض الهستيري لا يلبث أن يزول.

من أطباء القرن التاسع عشر من اقترَب من فهم الهستيريا ورأى أن لدى مريض الهستيريا مفهومًا ذهنيًا زائفًا يقوم بالتعبير عنه على شكل مرض جسمي. فقد وصف

الطبيب الإنجليزي رينولدز Reynolds (١٨٦٩م) أنماطاً من الشلل ناجمة من أفكار خاطئة. إلا أن الفضل يرجع إلى شاركو في انتشار هذه الملاحظة وذيوعها. فقد كان عليه دائماً بصفته واحداً من أعظم أطباء الأعصاب في عصره أن يفصل الاضطرابات التي تتشبه بالأمراض العضوية عن الاضطرابات الناشئة عن عطب حقيقي بالجهاز العصبي. ومن خلال عمليات التنويم التي كان يقوم بها لمرضاه خلص إلى نتيجة تفيد أن الهستيريا تنشأ من «فكرة مُمرضة» pathogenic idea. من شأن هذه الفكرة الباطلة القائمة على افتراض خاطئ أن تختفي عندما يزول العرض الهستيريا 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 الخاضعين للتجربة عن طريق التنويم. لقد كانت فكرة «يدي اليمنى عاجزة» تحدث نفس الاضطراب الإكلينيكي الملاحظ في الشلل الهستيريا التلقائي. وقد اعتبر البعض هذا الوصل بين الظواهر الإكلينيكية والتجريبية مساوياً لعملية إنتاج المرض البشري والحيواني في معامل باستير وكوخ. يقول هافنس Havens (١٩٦٦م): «في حالة الأمراض النفسية، ليس العامل المسبب هو ضمة الكوليرا cholera vibrio أو عُصية الدرن tubercle bacillus، بل العامل المسبب هو فكرة ... إحياء ...»

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 تقنية «التداعي الطليق» free association. كان هذا التغير في الطريقة مؤشراً لانتقال بؤرة التركيز من الفحص العصبي الموضوعي إلى الاهتمام بأفكار المريض وخيالاته وانفعالاته ورغباته وأحلامه، لتغدو هذه العناصر هي عدّة المعالجات الديناميين الجدد. لقد تخطى فرويد كثيراً مفهوم شاركو المبسط للأعراض الهستيرية كنتاج لأفكار خاطئة، وشرع في إنشاء نظرية معقدة. وحلّت أطروحته عن تحول الرغبات الجنسية اللاشعورية إلى أعراض هستيرية محل فكرة شاركو. ولا يزال التصور الفرويدي هو المهيمن على مفهوم الهستيريا السائد اليوم. ففي عام ١٩٥٢م استبدل المصطلح الرسمي لرابطة الطب النفسي الأمريكية بلفظة «هستيريا» مصطلح «الاستجابة التحولية» (التفاعل التحولي) conversion reaction (وهو مستمد من مفهوم التحول عند فرويد). وقد تقبلت كتب الطب النفسي الأمريكية بصفة عامة المفهوم الفرويدي للهستيريا.

ورغم أن «الفكرة المرضية» التي قال بها شاركو كعامل حاسم في الهستيريا غدت عتيقة الزم، فلا شك أن صياغته توافق المعطيات الإكلينيكية المستمدة من المناظرة المنهجية لمرضى الهستيريا. فحدوث الأعراض الهستيرية يغدو مفهومًا دائمًا بمجرد أن ننقب عن خبرات المريض ونستكشف معانيها الخاصة. إن كشف الأفكار الخاطئة للمريض يقدم تفسيرًا صحيحًا للعرض الهستيري. والمبدأ الأساسي هنا هو أن الهستيريا تتشبه بالمرض العضوي ليس لأن المريض يريد أن يحاكي مرضًا بل لأن اعتقاده خاطئ.

كثيرًا ما يتقمص مرضى الهستيريا شخصًا آخر يعاني، أو كان يعاني، من اضطراب جسدي أو نفسي شبيه بالأعراض الهستيرية. كان المفتاح إلى كشف هذه الآلية الخاصة من آليات تكوّن الأعراض هو ملاحظة الميول التمثيلية عند مرضى الهستيريا في عنابر مستشفى سالبترير؛ حيث كان يعمل شاركو. وقد ذكر جانيه Janet، أحد تلاميذ شاركو، فيما بعد أن كثيرًا من مرضى شاركو كانوا «يتعلمون» الهستيريا داخل العنبر (الجناح). فقد كانوا يلاحظون حالات صرع حقيقي بل يساعدون في علاج هذه الحالات، ثم يعانون من جراء ذلك من نوبات صرع هستيري تحدث لهم في 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 وليس إلى مس شيطاني أو سحر كما كان يظن في يوم من الأيام. وقد روى عدد من مرضى التشنج الهستيري عن صلتهم بقريب مصاب بنوبات صرع. وحكى آخرون عن تأثرهم الشديد لدى ملاحظتهم أو قراءتهم عن شخص آخر يعاني من عرض مشابه. فهذه مريضة مصابة «بعصاب القلب» cardiac neurosis وقد عايشت معاناة أمها من فشل القلب لسنوات عديدة (إذ أخذ قلبها يتدهور إلى أن توفيت في سن الثانية والثلاثين). ذكرت هذه المريضة أنها كانت تعاودها فكرة مفادها أنها سوف تصاب بالقلب عندما تبلغ عمر أمها. وما كادت تبلغ الثامنة والعشرين حتى بدأت تعاني من آلام بالصدر وإرهاق سريع وضيق في التنفس — تمامًا كما كانت تعاني أمها — وقد لازمتها هذه الأعراض عشر سنوات، رغم سلامة الفحوص المتكررة، وأدت بها إلى كرب دائم وتقيد شديد لأنشطتها. إلى أن زالت الأعراض الهستيرية بعد مزيج من العلاج المعرفي والسلوكي.

وبنفس الطريقة أمكن تتبع عدد من حالات نوبات الغصّ choking الهستيري وردّها إلى أحداث وقعت في سن مبكرة نسبيًا. يذكر هؤلاء المرضى أنهم قرءوا أو سمعوا عن شخص آخر قد غصّ بالطعام حتى مات، فما لبثت أن تملكتهم فكرة «هذا يمكن

أن يحدث لي.» فكان أحدهم كلما مرَّ بضغط نفسية بعد ذلك يحس بضيق في الصدر، وبخاصة أثناء تناول الطعام، فيحدّث نفسه: «هذا دليل على أنني لن أستطيع ابتلاع الطعام كما ينبغي.» وبقدر ما يلتفت إلى هذه الفكرة تزداد عنده صعوبة البلع، فيتدعم اعتقاده بوجود خلل في عضلات الحلق وبأنه سوف يغص حتى الموت.

بوسعنا الآن أن نلخص نشوء العرض الهستيري. يقرُّ في رُوع الهستيري (نتيجة إصابة أمت به أو نتيجة تقمصه لأعراض غيره) أن به مرضاً عضوياً. وهو إذ تتملكه هذه الفكرة تغشاها إحساسات جسمية — تصور جسدي somatic imaging — تنشأ عن ذلك آلية دائرية. إنه «يقرأ» إحساساته الجسمية كدليل على إصابته بالمرض. بذلك يزداد اعتقاده صلابةً ورسوخاً وتشتد أعراضه الجسمية بنفس الدرجة.

يعتمد المدخل العلاجي للأعراض الهستيرية على عملية قلب الحلقة المفرغة التي تكونت. فبإمكان المعالج أن يوضح للمريض أنه لم يفقد تحكمه بعد — أنه قادر مثلاً على تحريك الطرف المشلول. من شأن هذا الإثبات (سواء أتم ذلك بالإيحاء أم بالإقناع أم بالتنويم) أن يقوِّض الاعتقاد الخاطيء. فضلاً عن ذلك فإن المعالج إذ يحث المريض على تخيل نفسه يحرك طرفه فهو بذلك يستخدم الخيال استخداماً بنأء. كما يمكن للمعالج أن يبدأ العلاج بتفنيد المفاهيم الخاطئة للمريض وإعادة تعليمه (كما في حالة الرجل الذي كان يعاني من أعراض تحاكي التدهور الذهني عقب تخثر تاجي coronary thrombosis). وإذ تهتز «الفكرة الممرضة» الخاطئة؛ فإن العرض يتراجع فيكون بذلك دليلاً إضافياً للمريض على أن اعتقاده في مرضه هو اعتقاد خاطيء، الأمر الذي يعزز الشفاء أكثر فأكثر.

بهذه الطريقة، فإن علاج الهستيريا يستغل ملكة التخيل عند المريض بطريقة بناءة ويشفي العرض «بصرف تصويره» imaging away the symptom. وفوق ذلك، فإن قلب دائرة الاشتداد (كما في حالة الأمراض النفسجسمية) تحدث 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: صحَّح الاعتقاد الخاطيء؛ تُخفَّف العرَض المرضي.

الفصل التاسع

مبادئ العلاج المعرفي

«إذا شئنا أن نغير العواطف؛ فمن الضروري قبل كل شيء أن نغير الفكرة التي أنتجتها وأن نتبين أنها إما فكرة غير صحيحة في ذاتها أو أنها لا تمسُّ شئونا ومصالحنا.»

بول دبويس

رأينا في الفصول السابقة أن الاضطرابات النفسية الشائعة تتمركز حول انحرافات معينة في التفكير. ويبقى التحدي الحقيقي أمام العلاج النفسي هو أن يقدم للمريض تقنيات فعالة للتغلب على نقاطه العمياء blindspots، وعلى إدراكاته المشوشة وطرائقه في خداع ذاته. إنه لمؤشر واعد أن نلاحظ أن المرء يتفاعل بواقعية وفعالية في المواقف التي لا تمت بصلة لعصابه، وأن أحكامه وسلوكه في المناطق الواقعة خارج حدود حساسيته الخاصة كثيراً ما تعكس مستوى وظيفياً عالياً، وأنه قبل حدوث العصاب كثيراً ما يبدي نمواً وافياً في أدواته التصورية التي يتعامل بها مع مشكلات الحياة.

بوسع المرء أن يستخدم المهارات السيكلوجية (دمج الخبرة وتسميتها وتأويلها) في تصحيح الاضطرابات النفسية. وحيث إن 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 الواسع من كل المقاربات التي من شأنها أن تخفف الكرب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة. ولا يعني تركيزنا على التفكير أن نغمت أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للكرب بصفة عامة. إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال

معرفته أو من طريق تفكيره. وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكننا أن نخمد أو نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة.

هناك وسائل عديدة لمساعدة المريض على أن يقيم نفسه وعالمه تقييماً أكثر واقعية: فهناك المدخل العقلاني (الفكري) intellectual الذي يتألف من كشف المفاهيم الخاطئة واختبار صحتها والاستعاضة عنها بمفاهيم أكثر مواءمة. وكثيراً ما تبرز الحاجة إلى تغيير واسع في الاتجاهات. وذلك عندما يفتن المريض إلى أن القواعد التي استند إليها في توجيه فكره وسلوكه قد أضلته وخدعته وعملت على هزيمته.

وهناك المدخل الخبروي experiential الذي يعتمد إلى تعريض المريض لخبرات هي من الشدة؛ بحيث تحمله على تغيير مفاهيمه. فالتفاعل مع الآخرين في مواقف منظمة خاصة مثل جماعات الملاقاة (اللقاء، المواجهة) encounter groups أو العلاج النفسي التقليدي قد يساعد الشخص على أن يدرك الآخرين إدراكاً أكثر واقعية وأن يعدل بالتالي من استجاباته غير التكيفية وغير الملائمة تجاههم. ففي جماعات الملاقاة مثلاً، فإن الخبرات البينشخصية قد تخترق التوجهات غير التوافقية التي تعوق المريض عن التعبير عن المشاعر الحميمة. ومثل ذلك يحدث في العلاج النفسي. فكثيراً ما يستجيب المريض للدفء والقبول الذي يمنحه إياه المعالج النفسي؛ وذلك بتعديل 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 يغشى مواقف قد دأب من قبل على تجنبها بسبب مفاهيمه الخاطئة.

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

ولكن لماذا يفشل العصابي في تغيير مواقفه اللاتكيفية ما دام العصاب هو ثمرتها ونتائجها؟ لماذا يفشل في تغييرها خلال خبرة الحياة أو بمساعدة والديه أو أصدقائه؟ لماذا يحتاج إلى معالج محترف؟ ألسنا نرى أن بمقدور المرء في أحوال كثيرة أن يحل مشاكله بنفسه أو بمشاوره جار عجوز حكيم؟ بلى وإن كثيراً من الناس ليستخدمون بالسليقة، وبنجاح تام، صنوقاً من التقنيات هي من صميم أدوات المعالج السلوكي. فيقومون

مثلاً بتعريض أنفسهم بالتدرّج للمواقف التي يرهّبونها، أو يتخيلون أنفسهم في تلك المواقف (خفض الحساسية المنظم systematic desensitization) أو الاقتداء بالغير في سلوكهم (النمذجة modeling). أو يمتحون من «الحكمة الشعبية» folk wisdom (الخبرة المتراكمة لجماعتهم الثقافية) من خلال نصائح الأصدقاء والأقارب ومشوراتهم. أما أولئك الذين يطرقون باب المعالج المحترف، ويلتصق بهم على غير عمد لقب «مريض» أو «عميل»؛ فهم البقية الباقية التي فشلت في السيطرة على مشكلاتها. ربما لأن ردود فعلهم إزاء تلك المشكلات ترتدي طابع الشدة والحدة؛ بحيث لا تستجيب لخبرات الحياة المعتادة أو للعون الذاتي. فقد يكون المريض منذ البدء هشاً لم يكتسب المهارات التكيّفية 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 نفعها في أحوال كثيرة بل ودخولها في صميم الكثير من العلاج النفسي — لا يندر أن تمتزج بالخرافات والأساطير والمفاهيم الخاطئة التي تخلق توجّهاً وبيلاً غير واقعي. زد على ذلك أن كثيراً من الناس لا يجدون في أنفسهم حافزاً للانخراط في برنامج تحسين ذاتي ما لم يتم ذلك في إطار حرّفي.

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

أهداف العلاج المعرفي

أنسب ما تكون التقنيات المعرفية حين تقدّم إلى أناس لديهم القدرة على الاستبطان introspection وعلى التأمل في أفكارهم الخاصة وخيالاتهم. إن المدخل المعرفي هو في جوهره امتداد وتحسين لما دأب الناس على فعله بدرجات متفاوتة منذ المراحل الأولى لتطورهم الفكري. والتقنيات العلاجية من مثل: تسمية الأشياء والمواقف، طرح الفرضيات، غرابة الفرضيات واختبارها — كلها قائمة على مهارات يستخدمها الناس بصورة عفوية ودون اطلاع على العمليات الداخلة فيها.

هذه الوظيفة الفكرية الخاصة شبيهة بعملية تكوين الكلام؛ حيث تُطبّق قواعد النطق والبناء النحوي دون وعي محتشد لهذه القواعد أو لتطبيقها. أما إذا ابتلي أحد البالغين باضطراب كلامي يريد تقويمه أو إذا أراد تعلم لغة جديدة، فلا بد له عندئذٍ

من أن يركز انتباهه على تكوين الجمل والكلمات. وبنفس المقياس، عندما يجد صعوبة في تفسير جوانب معينة من الواقع فقد يفيدته أن يركز على القواعد التي يتبعها في بناء أحكامه، فربما ظهر له إذًا أن القاعدة خاطئة أو أن تطبيقه للقاعدة غير صحيح. غير أن بناء الأحكام الخاطئة قد يغدو عادة متأصلة عميقة الجذور في نفسه بعيدة عن منال وعيه ودرأيته؛ بحيث يتطلب تصحيحها خطوات عديدة. إن عليه أولاً أن يصبح واعياً بما يفكر فيه. ويتوجب عليه ثانياً أن يميز أي الأفكار هي الزائغة المنحرفة. وعليه عندئذ أن يستبدل بالأحكام المختلفة أحكاماً دقيقة. وهو بحاجة في النهاية إلى تغذية راجعة feedback تنبئه بمدى صحة ما حققه من تغيير. إنه نفس الصنف من التتابع اللازم لكل تغيير سلوكي مثل تحسين الأداء في إحدى الرياضات أو تصحيح أخطاء العزف على آلة موسيقية أو إحكام فنيات الجدل والإقناع.

ولكي نوضح عملية التغير المعرفي سنتخير مثلاً صارخاً 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 فظٌ عدائي». إن القاعدة هي الخاطئة في هذه الحالة. وقد يكون هذا الشخص، من جهة أخرى، مدرّكاً أن الغرباء يتفاوتون فيما بينهم، ولكنه لم يتعلم أن يميز بين الغريب الودود والغريب المحايد والغريب الفظ. إن الخلل في مثل هذه الحالة هو في تطبيق القاعدة، أي تحويل المعلومات المتاحة في موقف معطى إلى حكم مناسب.

بديهياً أنه ليس كل من يخطئ التفكير يحتاج إلى أن يقوم فكره أو يريد ذلك. إنما تحق المساعدة لمن تسلّمه أخطاؤه للحزن والابتئاس وتوقع في حياته الفوضى. تتمثل المشكلات التي تدفع المرء إلى التماس العلاج في صورة كرب داخلي ذاتي (كالقلق أو الاكتئاب)، أو مصاعب في سلوكه الخارجي الظاهر (مثل الكف المعطل أو العدوانية الزائدة)، أو قصور في استجاباته (كالعجز عن الإحساس بمشاعر دافئة أو التعبير عنها). وفيما يلي نوجز أنواع التفكير الذي يبيطن هذه المشكلات.

تحريفات الواقع الملموسة المباشرة

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

تحدث تحريفات أقل حدة من ذلك في جميع أنواع العصاب. فقد يرى أحد مرضى الاكتئاب مثلاً أنه لم يعد قادرًا على أن يكتب على الآلة الكاتبة أو أن يقرأ أو يقود سيارة. على أنه حين يُضطر إلى إحدى هذه المهام يجد أداءه كفتًا لم يزل. وقد يشكو رجل أعمال أنه مشرف على الإفلاس، ثم يتبين من فحص حساباته أن وضعه المالي وطيد بل في ازدهار. ونحن حين نسمي ذلك «تحريف الواقع»؛ فإن مبررنا أن التقدير الموضوعي للموقف يناقض تقديره.

وهناك تحريفات سهلة الكشف نسبيًا. من أمثلة ذلك أفكار من قبيل «إنني أزداد بدانة.» أو «إنني عبء على أسرتي.» وهناك أحكام يتطلب التحقق منها جهدًا أكبر، مثل «لا أحد يحبني.» في مثل هذه الحالات فإن الجلسات العلاجية، خاصة إذا كان المريض قد تدرّب على تسجيل أفكاره الأوتوماتيكية، تزودنا بمختبر ممتاز لكشف التحريفات. وهناك، بعد، تحريفات يتبينها المعالج على الفور. مثال ذلك أن يعرب مريض يكره له المعالج مشاعر دافئة عن اعتقاده بأن المعالج لا يحبه.

التفكير غير المنطقي

هناك أحوال لا يكمن فيها الخطأ في تقدير المريض للواقع بل في النظام الذي يتخذه في بناء الاستدلالات واستخلاص النتائج من الملاحظات: يسمع المريض ضوضاء بعيدة؛ فيستننتج أن أحدًا قد أطلق عليه النار من مسدسه. في مثل هذه الحالات إما أن تكون المقدمات الكبرى خاطئة أو أن العمليات المنطقية مغلوطة. فهذا مريض بالاكتئاب يلاحظ أن هناك تسريبًا بأحد صنادير الحمام، وأن الشعلة الدائمة بالموقد قد نفذت، وأن إحدى درجات السلم مكسورة، فيستننتج: «إن المنزل برمته في حالة خراب.» لقد كان المنزل بحالة ممتازة (باستثناء هذه المشكلات الصغيرة). الخطب أن صاحبنا قد ارتكب تعميمًا مفرطًا غاية الإفراط. وبنفس النهج فإن المرضى الذين يعانون مصاعب ناجمة عن سلوكهم الظاهر كثيرًا ما يبدعون من مقدمات خاطئة. فالشخص الذي دأب على تنفير الغير من صحبته بسبب عدوانيته الزائدة قد يكون تصرفه خاضعًا لقاعدة: «إذا لم أزع الناس عن طريقي أراحوني.» أما الشخص الخجول الهباب فقد يكون سائرًا على هذا المبدأ دون تمييز: «إذا فتحت فمي فسينقض عليّ الجميع.»

التعاون العلاجي

لبعض العوامل أهمية في جميع أشكال العلاج النفسي في واقع الأمر، غير أنها في العلاج المعرفي تغدو حاسمة جوهرية. فمن المسلم به أن التعاون الأصيل بين المعالج والمريض هو مكوّن أساسي لأي علاج فعال. فحين يتخبط 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 بشكلٍ جِدٍ مختلف. فالمريض مثلاً قد يتصور العلاج كعملية تشكيل كتلة من الصلصال يقوم بها رمز إلهي كلي القدرة والعلم. وللد من مثل هذه المخاطر يتعين على كل من المريض والمعالج أن يصلا إلى اتفاق في الرأي بصدد أي المشاكل يتطلب المساعدة، وما هو هدف العلاج، وكيف يخططان لبلوغ هذا الهدف. إن الاتفاق حول طبيعة العلاج ومدته هو عامل حاسم في تحديد نتائجه. لقد أثبتت إحدى الدراسات أن وجود تفاوت بين توقعات المريض ونوعية العلاج الذي يتلقاه بالفعل يؤثر تأثيراً عكسياً في النتائج المحصلة. ومن جهة أخرى بدا 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 تعترى 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 يُعِرهِ اهتماماً فإنه يضيفي على العلاقة توتراً لا داعي له. من ذلك أن يكون المريض منغصاً مهموماً بمشاحنة جديدة بينه وبين زوجته بينما المعالج متصلب في التزامه بمخطط مقدّر سلفاً (مثل خفض حساسيته من رهاب الأنفاق). مثل هذا التعنت من جانب المعالج قد يدفع المريض إلى أن يعرض عنه وينأى بجانبه.

من المفيد أن ننظر 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 يتفحص مصاعبه بانفصال أكبر، ويذهب عنه مشاعر الخزي والدونية والتوجه الدفاعي. إن مفهوم الشراكة partnership العلاجية يتيح للمعالج أن يحصل على تغذية راجعة قيمة عن كفاءة التقنيات 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 ترتيبات «الشراكة» كذلك أن تحدّ من ميل المريض إلى أن يسقط على المعالج دور السوبرمان. على المعالج، كما تبين لباحثين مثل روجرز، وتروكس، أن يتمتع بالخصال التالية كي يأتي العلاج بثمرته في يسر وسهولة: الدفء الأصيل، القبول، المشاركة الوجدانية الصحيحة والقدرة على الإحساس بمشاعر الغير (المواجدة) على نحو دقيق (Rogers, 1951; Truax, 1963). accurate empathy. من الأيسر لهذه الخصال أن تبرز وتنفعل فعلها حين يعمل المعالج مع المريض كشريك متعاون لا حين يتخذ دوراً شبه إلهي ويلبس ثوب العليم القادر.

تأسيس المصادقية

لا تبرأ الاقتراحات والصيغات التي يقدمها المعالج في كثير من الأحيان من أن تكون مصدرًا لبعض المشكلات. فحين ينظر المرضى إلى المعالج كنوع من السوبرمان يكونون أميل إلى قبول تفسيراته وتوجيهاته والتسليم بها كمنطوقات مقدسة. مثل هذا التقبل البليد لافتراضات المعالج وأخذها على علاتها يحرم العلاج من التصحيح الذي يمكن أن يأتي به التقييم النقدي من جانب المريض لأراء المعالج.

هناك مشكلة من صنف آخر تتعلق بالمرضى الذين يستجيبون ألياً لتصريحات المعالج بالشك والريبة. يظهر ذلك في أبلغ صورته عند مريض البارانويا والاكنتئاب الشديد؛ فحين يعمد المعالج إلى كشف التحريفات التي يقوم بها المريض لصورة الواقع قد يُلغي نفسه متورطاً في المنظومة الاعتقادية الراسخة لذلك المريض. لذا يتحتم على المعالج أن يؤسس أرضية عامة بشكلٍ ما أو يجد نقطة التقاء ما بينه وبين المريض، فيشرع عندئذٍ في توسيع دائرة الاتفاق بدءاً من هذه النقطة. إن مرضى الاكنتئاب مثلاً كثيراً ما يرين عليهم اعتقاد بأن اضطرابهم الانفعالي سوف يدوم ويتفاقم ولن يفيد فيه علاج. فإذا كان المعالج حيال مريض من هؤلاء وتعبّل باتخاذ موقف حماسي متفائل؛ فقد يتراءى للمريض أن هذا المعالج إما كاذب ملفق أو أنه لا يعي جسامة مرضه وعياً حقيقياً أو أنه، ببساطة، رجل أحمق. كذلك الشأن في حالة مريض البارانويا؛ فحين يحاول المعالج أن يصحح آراءه المشوهة للواقع فقد 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 المصدقية هو أن نوصل للمريض رسالة من قبيل: «إن لديك أفكارًا معينة تضايقك. هذه الأفكار قد تكون صحيحة وقد تكون غير ذلك. لنفحص الآن بعض هذه الأفكار.» وباتخاذ هذا الموقف المحايد يستطيع المعالج عندئذٍ أن يشجع المريض على أن يعبر عن أفكاره المحرّفة، مصغياً إليها بانتباه. بمقدوره بعد ذلك أن يطلق «منطاد اختبار» يستطلع به الأمر ويجس النبض، كي يحدد ما إذا كان المريض مهياً لفحص الأدلة المتعلقة بهذه التحريفات.

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

تشير دراسات علماء النفس الاجتماعي إلى أن الدوجماتيقية dogmatism تميل إلى أن توسع الهوية بين الأشخاص ذوي الآراء المتعارضة وتحملهم على المزيد من التصلب والتطرف. كذلك الشأن في العلاج النفسي. ولا يفوتنا أن نحذّر المعالج الدوجماتيقي من أن يندفع بصمت المريض ويظن 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 تصريحات المعالج:

المعالج: أما وقد سمعت صياغتي للمشكلة، فما رأيك فيها؟

المريض: تبدو لي معقولة لا بأس بها.

المعالج: عندما كنت أتحدث هل كان لديك أي شعور بأن في حديثي جوانب قد لا

توافق رأيك؟

^١ الدوجماتيقية بمعناها الحديث هي الاعتقاد الجازم اليقيني دون دليل أو بالاستناد إلى مبادئ تقليدية راسخة دون البحث عن وجه الحق في التسليم بها. وهي ضد «النقدية» criticism. (المترجم)

المريض: لست متأكدًا من ذلك.

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

المريض: حسنًا، إن ما قلته يبدو لي منطقيًا، ولكنني لست في الحقيقة متأكدًا إن كان قد وقر في قلبي وبلغ مني مرتبة الاعتقاد.

إن عبارات من هذا القبيل لتوحي دائمًا بأن المريض لا يوافق المعالج، على الأقل جزئيًا. وتلزم المعالج أن يشرع في فحص تحفظات المريض والتحقق منها، وأن يشجعه على تنفيذ صياغته والرد عليها بالحجة.

يُبدى كثير من المرضى اتفاقهم مع المعالج لا لشيء إلا لخوفهم من مناوآته وحرصهم على إرضائه. فالمرضى الذي يقول: «إنني أتفق معك فكريًا لا انفعاليًا.» يزودنا بمفتاح 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 تمس منظومته الاعتقادية الأساسية (Ellis, 1962). فهو ما يزال يتصرف وفقًا لأفكاره الخاطئة. بل إن الملاحظات السلطوية التي تروق المريض وتشفي توقه إلى تفسير لشقائه قد تمهد السبيل لخيبة أمل كبيرة عندما يجد ثغرات في هذه الملاحظات والصياغات. لذا نقول إن ثقة المعالج في دوره كخبير يجب أن تمتزج بكثير من التواضع. فالعلاج النفسي يتضمن الكثير من المحاولة والخطأ وتجريب العديد من المداخل والصياغات لتحديد الأنسب من بينها والأوفق.

يشكل التفكير الضلالي delusional اختبارًا حاسمًا لثقة المريض في المعالج. ومن الحكمة بوجه عام ألا يعمد المعالج إلى مهاجمة الضلال delusion مباشرة. فإن لم يسع المعالج أن يتحدى الضلال ذاته فبوسعه أن يعين المريض على احتمالته. ولنأخذ لذلك مثالًا: فهذا رجل مسنٌ مصاب بمرض جسمي خطير، أخذه اعتقاد ضلالي بأن زوجته (المسنة) على علاقة بطبيبها الشاب. فجعل هذا الرجل يوبخ امرأته ويتهمها بالخيانة. كانت تلك الاتهامات مزعجة لزوجته لدرجة أنها فكرت جدًّا في تركه. فحدثه طبيبه النفسي قائلاً: «إنني لا أملك دليلًا بشأن صحة اتهاماتك لزوجتك. ولكن ما يهمني هو أنك يجب أن تتبصر بجرائر سلوكك. كيف تصير الأمور إذا ما تماديت في اتهام زوجتك وتبكيته؟» في البداية كان رد المريض هو أنه لا يهمله شيء. عندئذٍ قال الطبيب النفسي: «إذا ما تركتك زوجتك فمن سوف يردك ويعتني بك؟» هذا السؤال هو الذي حمل المريض على أن ينعم النظر في عواقب أفعاله، فلم يُعد يكيل الاتهامات لزوجته وتحسنت علاقتهما، بل صار

الرجل يحس بود كبير تجاه امرأته. من المحتمل أيضاً أن كفه عن الاتهامات قد خفف من حدة ضلالات الخيانة وأضعفها 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 لعبارات فيها تحدُّ لتصوراته المحرّفة. قد يثير حنق المريض أن نقول 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 المصادقية بينهما كأضيّق 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 بمعزل عن باقي المشكلات. فقد يلتمس أحدهم العلاج من مجموعة متباينة من الاعتلالات مثل الأرق والقلق وألوان من الصداع بالإضافة إلى مشكلات بينشخصية. حينئذٍ لا مفر مما يسمى «اختزال المشكلة» *problem reduction* أي تعرّف المشكلات المتشابهة من حيث المنشأ وضمها معاً. وحينئذٍ يكون بوسع المعالج أن يتخير التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.

ولنأخذ على ذلك مثلاً بحالة المريض الذي يعاني من رهابات متعددة. فالمرأة التي عرضنا لها في الفصل السابع كانت تعاني بشكل معوّق من خوف من المصاعد والأنفاق والتلال والأماكن المغلقة وركوب سيارة مكشوفة وركوب الطائرة والسباحة والمشي السريع والجري والرياح الشديدة والطقس الحار الرطب. في مثل هذه الحالة فإن علاج كل رهاب على حدة عن طريق «خفض الحساسية المنظم» قد كان يتطلب جلسات علاجية لا تحصى عدداً. غير أننا استطعنا العثور على قاسم مشترك لكل تلك الأعراض: هو خوفها المسيطر من الاختناق. لقد كانت هذه المرأة تعتقد أن كلاً من تلك المواقف الرهابية 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 يشملها مرض 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 والشهوية ونمط النوم. فهذا مريض، على سبيل المثال، كان كلما مرّ بخبرة سارة أفسدت بهجته

فكرة منغصة. فما يكاد مثلاً يحس بمتعة لدى استماعه للموسيقى حتى يحدث نفسه: «هذا التسجيل سينتهي سريعاً». فتزول متعته للتو. وما يكاد يجد في نفسه هذاءً ما بفيلم سينمائي أو بموعد مع فتاة أو بمجرد المشي، حتى تحدّثه نفسه: «سينتهي هذا سريعاً». فتخمد بهجته على الفور. في هذه الحالة أصبح التركيز العلاجي منصباً على ذلك النمط الفكري الذي يفيد أنه عاجز عن الاستماع بالأشياء لأنها سوف تزول.

في حالة ثانية كانت بؤرة التركيز هي استغراق المريضة الزائد في الجوانب السلبية من حياتها وإغفالها الانتقائي لوقائعها الإيجابية. وتألف العلاج من حثّ المريضة على أن تسجل وتستعيد الخبرات الإيجابية في حياتها. وكما كانت دهشتها لكثرة الخبرات السارة التي مرت بها ثم تناستها ولم تُعدّ تذكرها.

صورة أخرى من صور «اختزال المشكلة» تتمثل في تحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض. ومن طرائف الأمور أن الحلقة الأولى هذه قد تكون مشكلة صغيرة في حد ذاتها وسهلة الاستئصال على ما جرّته وراءها من عواقب مقعدة. إن المرء — على سبيل المماثلة analogy — ربما يتلوى ألماً ويعجز عن المشي والأكل والاسترسال في الحديث وعن تأدية أقل نشاط بناءً من جراء «ذرة» في عينه. تتواتر «متلازمة ذرة العين» هذه بين المرضى النفسيين بكثرة تفوق كل الظنون. غير أن التأخر في اكتشاف المشكلة المبدئية وتناولها يتيح للمصاعب الناجمة منها أن تتمكن وترسخ. كشأن تلك المرأة التي كانت تخشى أن تترك أولادها بالمنزل مع مربية؛ فلازمتها رهبة الخروج وبقيت رهينة المنزل سنوات طويلة بعد أن كبر أبنائها وبلغوا سن النضج.

بمراجعة دءوب لأعراض المريض وتاريخ المرض يمكننا في الأغلب تحديد التتابعات السببية. ويكون من اقتصاد الجهد والفكر بصفة عامة أن نركز على تلك العوامل التي يتبين أنها الأساس الذي تقوم عليه بقية الأعراض وتنتج عنه. فهذا على سبيل المثال طالب دراسات عليا ذو تاريخ طويل من الاكتئاب. تلقى هذا الطالب علاجاً نفسياً يتألف 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 انتقاص الذات، وظل مضطرب النوم فاقد الشهية واهن الجسم وهذا مزمناً.

بعد تحليل مفصّل لظروف هذا المريض الماضية والحاضرة بزغ النمط التالي: لقد كان هذا الشاب يعاني من عدد من الرهابات المزمّنة: مخاوف من الخروج بمفرده، ومن

الأماكن المفتوحة، ومن الرفض الاجتماعي. غير أن ظروفه كانت تسعفه طيلة سنوات الدراسة المدرسية بما يغالب به مصاعبه ويعوض ضعفه. فحيث كان يعيش في بيت الأسرة كان يجد دائماً من يرافقه إلى المدرسة. وكان أصدقائه يصحبونه في المواقف الاجتماعية الجديدة؛ فيخففون عنه من خوف الرفض الكامن في نفسه. وقد أمكنه في ظل هذه المنظومة من التدييمات والمساندات أن ينهي دراسته الجامعية بسلام ويقضي حياة اجتماعية مُرضية. لم تعجزه الرهابات في هذه المرحلة إذ تيسرت له سبل مراوغتها والإفلات من قبضتها.

فلما أزم أوان الدراسات العليا وتعين عليه أن ينتقل إلى مدينة بعيدة انكشف اكتئابه وأسفر عن وجهه. وإذ صار بمعزل بدأ القلق الشديد يملكه. وكلما أزمع السير إلى محاضرة أخذه الخوف من كارثة صحية توشك أن تنزل به حيث لا أحد هناك لينقذه. 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 يكوّن صداقات 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 والتبدل والعلامات الفسيولوجية للاكتئاب.

هذا هو التتابع السببي الحقيقي لهذه الحالة أعدنا بناءه. وعلى أساس هذا البناء قمنا بالتركيز على الرهابات أساساً وليس على الاكتئاب بحد ذاته. واستخدمنا في علاج هذه الرهابات تقنيات «خفض الحساسية المنظم»؛ حيث كان هذا المريض يتصور في ذهنه مشاهد لكوارث جسدية، إلى جانب مجموعة منفصلة من مشاهد الرفض الاجتماعي. وكنا نشجعه على أن يقاوم ميوله التجنبية ويعرض نفسه بالتدرج للمواقف التي اعتاد أن يرهبها. واستطاع صاحبنا في النهاية أن يغادر شقته دون قلق وأن يشارك في حوار مع شخص غريب. هذا الإحساس بالإنجاز لا شك أذهب عنه بعض أعراض الاكتئاب. غير أن الأعراض الاكتئابية المتبقية كانت بعداً كبيرة. إلا أنه إذ تمكن من قهر استجاباته الرهابية استطاع شيئاً فشيئاً أن يقيم علاقات جديدة، وأن يحصل على الإشباع الذي كان يفترقه. وإذ جعلت إشبعاته الناتجة من نشاطه الاجتماعي تزداد وتطرد فقد زایلته الاكتئاب وتم شفاؤه.

تعلم التعلم Learning to Learn

ليس من الضروري، كما أوضحنا في الفقرات السابقة، أن يساعد المعالج مريضه على أن يحل كل مشكلة تزعجه. ولا هو من الضروري أن يتوقع المعالج 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 لصنف خاص من التعلم؛ فهو يعلم المريض أن ينمي طرائق جديدة للتعلم من الخبرات ووسائل جديدة لحل المشكلات. إن المريض بمعنى ما «يتعلم أن يتعلم». وقد أطلق على هذه العملية «التعلم الثاني» deuterio-learning (Bateson, 1942).

إن هذا المدخل العلاجي، مدخل «حل المشكلات»، يضع عن كاهل المعالج كثيراً من المسؤولية ويدفع بالمريض إلى مواجهة مصاعبه بنشاط أكبر. إنه يقلل اعتمادية المريض على المعالج؛ فيزيد بذلك ثقته بنفسه واعتباره لذاته. ولعل الأهم من ذلك أن طريقة المشاركة الإيجابية للمريض في تحديد المشكلة ووضع خيارات عديدة وتأملها، توفر معلومات أكثر بكثير مما تتيحها أي طريقة أخرى. كما أن مشاركة المريض في صنع القرار تساعده بالتأكيد على تنفيذه.

وقد كنت أشرح لمرضاي مفهوم حل المشكلات بطريقة قريبة من هذه: «من أهداف العلاج أن يساعدك على تعلّم طرق جديدة لتناول المشكلات. حتى إذا ما عنتّ المشكلات أمكنك أن تطبق الصيغ التي فرغت من تعلمها. عندما كنت تتعلم الحساب مثلاً كنت تكتفي بتعلم القواعد الأساسية ولم يتوجّب عليك أن تتعلم كل حسبة جمع أو طرح ممكنة. فبمجرد أن تعلمت العمليات ذاتها أمكنك أن تطبقها على أي مسألة حسابية.»

ولكي نوضح فكرة «تعلم التعلم» لنمعن 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 تجد بعض الحلول لها وقل تعرضها للأعراض السابقة. وقد أمكنها، كما تمنينا، 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 المرأة دائمة التوتر أثناء العمل لأن رئيسها في العمل كان شديد الانتقاد. وكانت على ارتفاع أدائها دائمة الخوف من أن تقع في خطأ ما فتثير حنقه. لقد نفدت حيلتها ولم تعرف لنفسها

مخرجًا من هذا الوضع. لذا قمنا بتجريب عدد من الطرائق التي يمكن أن تستخدمها في مناقشة المشكلة مع رئيسها بشكل مباشر. ولما تمَّ تهيؤها قالت له: «إنني متوترة دائمًا ما دمت موجودًا لأنني متوجسة من أن تهاجمني. إن هجومك عليّ لا يزيد أدائي إلا سوءًا. هذا ما كنت أود دائمًا أن أجد القدرة على أن أقوله لك.» لقد أثار هذا القول دهشة رئيسها عند سماعه. ومنذ ذلك الحين قلَّ 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 واعتدًا. أضف إلى ذلك أن زيادة اعتداها بنفسها جعلها أقل حساسية للنقد.

يشمل «تعلم التعلم» ما هو أكثر بكثير من اتباع بضع تقنيات يستخدمها المريض في حل مجموعة عريضة من المواقف. فهذا المدخل يهدف في الأساس إلى أن يزيل العوائق التي كانت تمنع المريض من الاستفادة من الخبرة ومن تنمية طرائق ناجحة للتعامل مع مشكلاته الداخلية والخارجية. إن معظم المرضى هم أناس قد أعاقت نموهم النفسي-الاجتماعي مجموعة معينة من الاتجاهات وأنماط السلوك اللاتكيفية. ففي حالة المرأة ذات المشكلات العديدة بالعمل والمنزل؛ فقد كانت استجابتها المميزة كلما واجهت علاقات حساسة أو مشكلات عملية جديدة هي: «لا أدري ماذا أفعل.» وبفضل العلاج كانت كل خبرة ناجحة (تحتُ) شيئًا 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 تسبب لهم الحرج. وهم بالتالي لا يبنون لديهم فنيات (تقنيات) المحاولة والخطأ التي هي شرط أساسي لحل جميع المشكلات. أو قل إنهم ببقائهم خارج المواقف الصعبة لا يتعلمون كيف يتخلصون من ميلهم إلى التحريف أو المبالغة. فالشخص الذي لا يبتعد عن بيته خوفًا من الغرباء لن يتأتى له أن يتعلم كيف يختبر صدق مخاوفه أو كيف يفرق بين الغرباء المسلمين والغرباء الخطرين. وهو من خلال العلاج يمكنه أن يتعلم ليس فقط أن يختبر هذه المخاوف بل وأن يختبر المخاوف الأخرى اختبار الواقع.

إن الإحساس بالتحكم والسيطرة الذي يحدث من جراء حل إحدى المشكلات، كثيرًا ما يلهم المريض أن يتناول غيرها من المشكلات التي طالما تجنبها وأن يحلها. هكذا لا يكون عائد العلاج الناجح هو التحرر من المشكلات الأصلية فحسب، بل هو أيضًا تغيير سيكولوجي دقيق يؤهله لمواجهة التحديات الجديدة.

الفصل العاشر

تقنيات العلاج المعرفي

«إن مشكلة الحرية، بمعناها السيكولوجي لا السياسي، هي مشكلة تقنية إلى حد كبير. ليس يكفي أن ترغب في السيادة. ولا هو بكافٍ حتى أن تجد وتجتهد لكي تنال هذه السيادة. فالمعرفة الصحيحة لأفضل الوسائل لنيل السيادة هي أيضاً شرط ضروري.»

ألدوس هكسلي

المنهج التجريبي

إن مساعدة المريض في التعرف على تحريفاته وتصحيحها هي عملية تتطلب استخدام مبادئ إبستمولوجية معينة (الإبستمولوجيا 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 استقرابية للواقع؛ فالعينة التي يلتقطها للواقع هي عينة محدودة بحدود وظائفه الحسية: البصر والسمع والشم ... إلخ. وهي حدود متأصلة مفطورة.

ثانياً: أن تأويلاته للمدخل الحسي sensory input تتوقف على عمليات معرفية من قبيل دمج المنبهات (المثيرات) وتفريقها، وهي عمليات عرضة بطبيعتها للخطأ. إن العمليات (والداخلات) الفسيولوجية والسيكولوجية قد تغير إدراكنا وفهمنا للواقع تغييراً كبيراً.

كلنا يعرف جيداً أن تحريف الواقع قد يحدث عندما يكون المرء تحت تأثير العقاقير، أو عندما يكون في حالة إجهاد أو نقص في الوعي أو في حالة من الاستثارة الشديدة. وقد سبق أن رأينا أيضاً أن تقييم الواقع قد يعتره الخلل من جراء بعض الأنماط الفكرية اللاواقعية. ففي عصاب القلق، على سبيل المثال، يتمثل المريض جميع المنبهات، حتى المأمونة منها، بطريقة تجعلها توحى بالخطر وتندّر به. يستلزم استخدام التقنيات السيكلوجية لعلاج هذا العصاب أن يكون المريض قادراً من الأصل على أن يميز ويدرك الفوارق بين الواقع الخارجي (المثيرات المحايدة غير المؤذية) من جهة والظاهرة السيكلوجية (تقييم الخطر) من جهة أخرى. ليس بمقدور بعض المرضى (كمرضى الانسمام بالعقاقير ومرضى الذهان الحاد ذي الضلالات) أن يعي أو يميز هذا الفرق.

كذلك يتوجب على المريض أن يكون قادراً على أن يختبر الفرضيات ويمحصها قبل أن يصدّق عليها ويسلم بها كحقائق. فالمعرفة التي يُعوّل عليها تعتمد جوهرياً على امتلاك معلومات كافية تسمح لنا باختبار الأصح والأقوم من بين فروض بديلة. فهذه ربة بيت يطرق سمعها صكُّ باب (انغلاقه بعنف) فتقع لها فروض عديدة: «قد تكون سالي عادت من المدرسة.» «قد يكون لص منازل.» «قد تكون الريح هي التي صكَّت الباب.» إن انتقاء الفرض الأرجح هنا يتوقف على أن تأخذ السيدة بعين الاعتبار جميع الظروف ذات الصلة. غير أن تهيؤها النفسي قد يفسد عليها العملية المنطقية لاختبار الفرض وتمحيصه. فإذا سيطر على تفكيرها مفهوم الخطر فربما تقفز إلى استنتاج «إنه لص.» ذلك هو الاستدلال التعسفي (التحكمي، الاعتبائي) arbitrary inference. ورغم أنه ليس بالضرورة استدلالاً خاطئاً؛ فإنه مبنيٌّ أساساً على عمليات معرفية داخلية أكثر مما هو قائم على معلومات حقيقية. إذا هُرعت هذه السيدة عندئذٍ واختبأت فإنها تؤجل أو تفوّت على نفسها فرصة دحض الافتراض (أو تدعيمه).

التعرف على الفكر اللاتكفي

تتوجه الاستجابات الانفعالية والدوافع والسلوك الظاهر، كما بيّنا في الفصول السابقة، بالفكر وتسترشد به. قد يكون الشخص غير مدرك تماماً للأفكار الأوتوماتيكية التي تؤثر كثيراً على أسلوب فعله وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته. غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق والاطراد. فالحق أن بإمكاننا أن ندرك فكرة ما ونركز عليها ونقيّمها، تماماً كما يمكننا أن

نتعرف على إحساس ما (كالألم) ونتأمله، أو أن نميز منبهاً خارجياً (مثل عبارة لغوية) ونتملاه.

ويعني مصطلح «الأفكار اللاتكيفية» *maladaptive thoughts* ذلك التفكير الذي يعطل القدرة على التكيف مع خبرات الحياة ويفسد التوافق الداخلي بلا داع، ويولد استجابات انفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الألم. إننا نناشد المريض في العلاج المعرفي أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تورثه ضيقاً وألماً لا مبرر لهما أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي. على أن المعالج يجب أن يتحرز حين يستخدم مصطلح «لاتكيفي» من أن يفرض منظومته القيمة الخاصة على المريض. فهذا المصطلح لا يصح استخدامه ما لم يتمكن كل من المريض والمعالج من أن يصلا إلى اتفاق على أن هذه الأفكار الأوتوماتيكية تعوق سعادة المريض أو تحول بينه وبين تحقيق أهدافه الكبرى.

هناك استثناءات ممكنة لهذا التعريف تقفز تَوّاً إلى الذهن. فهل كل فكرة مؤرقة تعتبر لاتكيفية حتى لو كنت متفقة مع الواقع؟ قد يبدو صعباً أن نسوِّغ استخدام صفة «لاتكيفي» لتسم أحد التقديرات الدقيقة للخطر (والقلق المصاحب لذلك) أو لتسم إدراكاً لفقدان حقيقي وما يستتبع ذلك من ثورة الحزن. إلا أن هناك أحوالاً معينة تبرر لنا أن ننعت بعض الأفكار الواقعية بصفة «لاتكيفية» لأنها تعوق الأداء وتعطل الوظائف. خذ مثلاً لذلك مصلحي المداخن وعمال الجسور ومتسلقي الجبال. إن هواجس السقوط وصوره قمينة أن تؤرقهم بل قد تعرضهم لخطر جسيم. فمثل هذا التفكير يشنت تركيزهم عن مهمتهم وربما يؤدي القلق المصاحب له إلى الترنح والدوار والارتعاش وفقد التوازن. كذلك شأن الجراح إذا تنازعت أفكار تتعلق باحتمال أن يزلّ مبضعه أثناء العملية الجراحية. فمن شأن هذه الأفكار أن تشنت تركيزه بالفعل وتعرض حياة المريض للخطر. يكتسب العاملون في الوظائف الخطرة، بوجه عام، تلك القدرة على أطراح مثل هذه الأفكار وإخمادها. ويبدو أنهم بالتمرس والخبرة يُكوّنون مصداً نفسياً يخفف من شدة هذه الأفكار وتواترها. هذا «المصدُّ الملطّف» *buffer* هو الذي يميز المتمرس المحنك فيهم من الجديد المبتدئ.

١ الأدق أن تترجم إلى «الأفكار السيئة التكيف»؛ لكننا آثرنا السهولة والمرونة الصرفية خاصة أن كلمة «اللاتكيفية» هي بمأمن من الالتباس ولا تزاحمها معان أخرى ذات شأن. (المترجم)

قلما يضطر المعالج في الممارسة الإكلينيكية الفعلية إلى وضع تمييز دقيق بين الأفكار اللاتكيفية والأفكار الواقعية. فالتحريفات والسمات الانهزامية تكون عادةً من الوضوح والجلء بحيث تبرر لنا أن نسميها «لاتكيفية». فهذا رجل مثلاً ظل مكتئباً لسنوات بعد وفاة زوجته، متجاوزاً بذلك كل حساب واقعي لآثار فقدان، وظل مسكوناً بهواجس متطرفة من قبيل «لقد ماتت بسببي.» أو «لا يمكنني أن أحيأ بدونها.» أو «لن أجد أي عزاء إلى الأبد.» ومثله ذلك الطالب خلال قلق ما قبل الامتحان إذ يحدث نفسه «ستكون نهايتي لو رسبت، ولن أجد أن أواجه أصدقائي.» أو «سوف أنتهي في شارع الساقطين.» ثم يدرك بسهولة بعد الامتحان تلك الطبيعة المبالغة اللاواقعية لهذه الأفكار.

يشير إليس Ellis (١٩٦٢م) إلى هذا اللون من التفكير اللاتكيفي بوصفه «عبارات مدخلة» internalized statements أو «عبارات ذاتية» self-statements وكان يصفها للمريض بأنها «أشياء تقولها لنفسك». ويطلق ملتسبي Maultsby (١٩٦٨م) على هذه الأفكار مصطلح «الحديث الذاتي» self-talk. لمثل هذه التفسيرات قيمة عملية من حيث إنها تلمح إلى المريض أن أفكاره اللاتكيفية هي شيء إرادي، ومن ثم فهي طوع مشيئته وبإمكانه أن يطفئها أو يغيرها بإرادته. ورغم أني أقدر الفائدة العملية لهذه التسميات؛ فإني أفضل مصطلح «الأفكار الأوتوماتيكية» لأنه يعكس الطريقة التي نخبر بها هذه الأفكار بصورة أدق. فصاحب هذه الأفكار يدركها كما لو كانت تنشأ بالانعكاس — دون أي تفكير أو استدلال مسبق. وتقع في نفسه كشيء معقول وصحيح. وهي في ذلك تعيد وقع عبارات والد في نفس ولده الواثق به المصدق له. بإمكان المريض في أغلب الحالات أن يوقف بنفسه هذا اللون من التفكير بعد تدريب كافٍ غير أن الحالات الشديدة، الذهانات خاصة، قد تتطلب تدخلات علاجية فسيولوجية كإعطاء الأدوية وعلاج الصدمة الكهربائية لوقف الأفكار اللاتكيفية.

يبدو أن الأفكار اللاتكيفية تزداد قوة وبروزاً بزيادة شدة المرض. ففي الاضطرابات الشديدة تتبدى هذه الأفكار بوضوح وربما احتلت مركز المجال الفكري. من ذلك ما نشاهده في الحالات الحادة والشديدة من الاكتئاب والقلق وحالات البارانونيا. ففي الاكتئاب مثلاً قد تسيطر على ذهن المريض اجترارات من قبيل «لا أمل في... إن داخلي قد مات... كل المصائب تحل بي.» وفي حالات القلق نجد هواجس مماثلة تتعلق بالخطر. أما في حالات البارانونيا فالهواجس السائد هو الإساءة والإيذاء.

على أننا لا نعدم حالات غير حادة وغير شديدة وهي تعجُّ مع ذلك بالهواجس المقيمة والعبارات الملحة المتكررة، على وعي من المريض وإدراك قوي. تلك هي حالات الوسواس

القهري حيث الهواجس المتواصلة علامة مميزة ومؤشر تشخيصي. بل إن من الناس من تشغله أفكار مماثلة وهو سويٌّ تمامًا وِخْلُو من أي عصاب. فالأم المنزعجة لمرض طفلها، والطالب المهموم بامتحان وشيك ... إلخ، كل هؤلاء مستهدفون لأفكار منغصة حول مشكلتهم الخاصة تراودهم بلا هوادة. ويعلم كل من جرب هذه الهموم كيف تبدو كرهيةً وخارجة عن كل إرادة.

حين يعاني شخص اضطرابًا خفيفًا في المشاعر والسلوك؛ فقد تخفى عليه الأفكار الأوتوماتيكية رغم أنها تبقى في متناول وعيه. فهي لا تجذب انتباهه رغم فعلها في شعوره وسلوكه. في هذه الحالات يستطيع الشخص بشيءٍ من التركيز أن يظهر على هذه الأفكار بسهولة ويتعرف عليها. تبدو هذه الظاهرة بوضوح في مرضى الاضطرابات النفسية الخفيفة وفي المرضى الذين تعافوا من المرحلة الحادة لمرض نفسي.

كذلك الشأن في حالة الأشخاص الذين مردوا على تجنب المواقف التي تضايقهم وتزعجهم، كالرهابيين. أولئك لن يتمكنوا من إدراك أفكارهم اللاتكيفية ما ظلوا يفرضون مسافة مريحة بينهم وبين المواقف المهددة. غير أنهم حين تُلقَى بهم الظروف في الموقف أو يتخيلون أنفسهم فيه تنشط فيهم هذه الأفكار اللاتكيفية ويمكنهم تمييزها بسهولة.

عندما يصرح مريض بأنه لم يكن قط على دراية بأفكاره الأوتوماتيكية إلا بعد أن تم تدريبه على ملاحظتها، عندئذٍ نكون بصدد مشكلة فلسفية: كيف يتأتى أن يكون الشخص على غير وعي بشيءٍ ما هو في مجال وعيه؟! رغم أن هذا السؤال يبدو مربكًا على المستوى النظري إلا أننا جميعًا قد وقع لنا عمليًا أن تعرضنا لمنبه ما دون أن ندري به دراية واعية إلى أن نبهنا أحد إليه وأظهرنا على جليته. عندئذٍ قد يكون تعليقنا: «أعرف أنه كان هناك طيلة الوقت ولكنني لم ألاحظه قط.» يبدو في مثل هذه المواقف أن الإدراك كان قائمًا ولكننا لم نلتفت إليه ولم نُعره أي انتباه. وليس ما يمنع من أن يكون هذا الإدراك قد فعل فعله في مسار فكرنا وشعورنا خلال الموقف. من أمثلة ذلك أن يجد الشخص نفسه عاجزًا عن النوم دون أن يدري أن ضجره وتملله هما من أثر أصوات مؤرقة من مثل تكات الساعة أو المرور الكثيف. كذلك تجري الأفكار الأوتوماتيكية في مجال الوعي دون أن يلحظها الشخص، إلى أن يتم تدريبه؛ فيعرف كيف يوجه انتباهه إليها ويلتقطها ويحدد محتواها.

ملء الفراغات

ليست هناك صعوبة تذكر في التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية ما دامت سائدة ماثلة في مركز الوعي. إنما تبرز الصعوبة في الحالات الخفيفة والمتوسطة من العصاب؛ حيث يتوجب أن ندرب 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 تبين أفكاره الأوتوماتيكية أن ندربه 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 المثير (المنبه) والاستجابة الانفعالية. ويكون باستطاعة المريض أن يفهم سرّ كدره الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة.

يصف إليس التقنيات التالية لكي يوضح للمريض هذا الإجراء. وقد أسمى هذا التابع الذي أشرنا إليه ABC؛ حيث A هي المنبه المنشط Activating stimulus، وC هي الاستجابة الشرطية Conditioned response المفرطة وغير الملائمة، وB هي الفراغ Blank الكائن في ذهن المريض، والذي يمكن حين يملؤه أن يكون بمثابة جسر يصل بين A وC. بذلك يصبح ملء الفراغ — بمادة مستمدة من المنظومة الاعتقادية للمريض — هو المهمة العلاجية الأساسية.

من أمثلة ذلك هذا التابع 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 الفجوة. فرؤية المريض الأول للصديق القديم قد أثارت B وهي سلسلة الأفكار التالية: «لو أنني حييت «بوب» فقد لا يتذكرني ... قد يعبرني بازدياء. لقد مر زمن طويل ولم يُعدّ يجمعنا شيء، ولن نكون منسجمين كسالف العهد.» هذه الأفكار هي التي أثارت المشاعر الحزينة C. أما المريض الذي أحس بالقلق على أثر سماعه عن حادث السيارة فقد استطاع أن يملأ الفراغ حين استحضر أنه تخيل نفسه (هو الضحية).

وقد يتضح التابع ABC إذا أخذنا له مثلاً ذلك الخوف الشائع من الكلاب. فقد يؤكد الشخص أنه رغم عدم وجود سبب لخوفه من الكلاب؛ فهو لا يتمالك نفسه 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 (كأن يكون الكلب مربوطاً أو داخل سياج أو أن يكون أصغر من أن يؤذيه). وقد أوصيته أن يركز على أية أفكار تعرض له في رؤيته القادمة لأي كلب.

وفي المقابلة التالية للمريض روى 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 كلباً كانت ترد له أفكار مثل: «سيعضني هذا الكلب». استطاع المريض بتركيزه على الأفكار الوسيطة أن يفهم سرَّ قلقه: إنه يعتقد أوتوماتيكياً أن كل كلب هو خطر. وقد أردف هذا المريض أنه كان يستشعر الخوف من العض حتى عند رؤية كلب «بودل» منمنم. وجعل يؤنب نفسه على مجرد التفكير في احتمال ذلك. وتبين المريض أيضاً أنه عندما كان يرى كلباً كبيراً ممسوكاً بمقود كان يهجس لنفسه بأسوأ الاحتمالات وأوخمها: «سوف يقفز هذا الكلب ويعض إحدى عيني». «سوف يهجم عليّ ويعض رقبتني ويقتلني». وقد نجح المريض خلال ثلاثة أسابيع في أن يتغلب على خوفه المزمع عن طريق التعرف المتكرر على 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 يجول بوعيه أثناء هذه المواقف: «لن يرغب أحد في التحدث إليّ ... إنهم يرون أن منظري يثير الشفقة ... إنني حقاً غريب ناقص». 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 يدخل في مجرد حديث. وبعد جلستين تدريبيتين تكشفت له أفكار بينية مثل «إنه يدفعني جانباً». «إنه يظنني لقمة سائغة». «إنها تحاول أن تستغلني». وما تكاد تخالجه هذه الأفكار حتى يجتاحه الغضب تجاه الشخص المذكور. إنه يميل إلى اعتبار الآخرين خصوماً، ولم يكن يفتن إلى ذلك قبل تدريبه.

كثيراً ما يأتي التفكير اللاتكيفي في شكل صوري بدلاً من الشكل اللفظي (أو بالإضافة إليه) (Beck, 1970c): فهذه امرأة مصابة بالخوف من السير بمفردها كانت تراودها صور خيالية ترى فيها نفسها في نوبة قلبية وهي تحتضر مطروحة بالشارع لا معين لها. وكانت هذه الصور بالطبع مصحوبة بقلق حاد. وهذه امرأة أخرى كانت تعاني من فورة قلق تغمرها عندما تجتاز بسيارتها جسراً. وقد تبينت بالتدريب أن قلقها كان دائماً مسبوقاً بصورة بصرية لسيارتها وهي تخترق الحاجز الواقي وتهوي من أعلى الجسر. وهذا طالب اكتشف أن قلقه لدى مغادرة السكن الجامعي ليلاً كان سببه خيالات بصرية يتصور فيها نفسه هدفاً لقطع الطرق.

الإبعاد (أخذ مسافة) وفض المركزية Distancing and Decentering

بمقدور بعض المرضى الذين تعلموا التعرف على أفكارهم الأوتوماتيكية أن يتبينوا بسهولة طبيعتها المهتزة غير التكيفية. إذ يصبحون بالملاحظة المتكررة لأفكارهم قادرين على أن يقفوا منها موقفاً موضوعياً ويتأملوها بحيدة. 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 بقع الحبر لرورشاخ)؛ ليشير إلى قدرة المريض على أن يحتفظ بالتمييز بين تشكيلات بقع الحبر من جهة، والتداعيات أو التخيلات التي تثيرها تلك التشكيلات من جهة أخرى. فأما المرضى الذين تجرفهم انفعالاتهم بالمدركات التي يثيرها الشكل؛ فيندمجون بالبقعة كما لو كانت هي والأشياء التي تستحضرها في الذهن شيئاً واحداً. وأما المريض الذي يستطيع أن يسأل انتباهه من هذا التداعي ويدرك هذا المنبه كبقعة حبر لا أكثر، فيقال عنه إنه قادر على أن «يأخذ مسافة» من تلك البقعة. بنفس القياس، فإن الشخص الذي يملك القدرة على تفحص أفكاره الأوتوماتيكية بوصفها ظواهر سيكولوجية لا بوصفها مساوية للواقع، يوصف بأنه قادر على أخذ المسافة. خذ مثلاً ذلك المريض الذي تخامره فكرة تقول «هذا الرجل عدو لي». فهو لو جعل هذه الفكرة بلا تردد مساوية للواقع تكون قدرته الإبعادية ضعيفة. أما إذا كان قادراً على أن ينظر إلى فكرته بوصفها فرضاً أو استدلالاً أكثر مما يسلم بها كحقيقة فإن قدرته الإبعادية 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 الإيستمولوجيا. وبلغة إيستمولوجية يمكننا القول إن الإبعاد distancing هو تلك القدرة على التمييز بين «أنا أعتقد» I believe (أي أعتقد رأياً ظناً) يخضع للتحقق والتثبت) و«أنا أعرف» I know (أي أعرف حقيقة واقعة لا تقبل الدحض). لهذه القدرة التمييزية أهمية حاسمة في تعديل تلك القطاعات العريضة من استجابات المرضى المعرضة للتحريف والتشويه.

ينشأ التحريف الفكري الجسيم في العديد من الأمراض النفسية (القلق، الاكتئاب، حالات البارانويا) من ولع المريض بشخصنة personalization الأحداث التي لا تمت إليه بصلة سببية. مثل ذلك الرجل الاكتئابي الذي ينحي على نفسه باللوم؛ لأن النزهة العائلية التي حدد موعدها تعيّن إلغاؤها بسبب الأمطار. ومثل تلك المرأة المصابة بالقلق إذ شهدت مبنى يحترق؛ فهجس في بالها أن منزلها ربما شب فيه حريق أيضاً. ومثل ذلك البارانوي الذي لمح تقطبية في وجه أحد المارة؛ فاستنتج أنه ربما يريد أن يؤذيه. تُسمى التقنية التي يتم بها صرف المريض عن النظر إلى نفسه بوصفها بؤرة كل الأحداث باسم «فض المركزية» (أو فض التمركز) decentering. وفيما يلي حالة تمثل التطبيق الناجح لهذه الطريقة (Schuyler, 1973).

فهذا طالب دراسات عليا كان يعاني من قلق شديد قبيل الامتحانات. وكان قلقه يشدّد ويتفاقم بسبب تأويله لأية أعراض فسيولوجية (ضيق التنفس، الخفقان ... إلخ) كعلامة على نوبة قلب وشيكة. كان لهذا الطالب فلسفة في القضاء والقدر يعتقد بموجبها أنه قد كتب عليه الشقاء. وحين تقدم لنيل درجة متقدمة اجتاز الامتحان التحريري ولكنه رسب في الشفوي. وقد فسّر ذلك بأنه دليل على أن القدر يناصبه العدا، رغم علمه بأن قلقه الشديد هو الذي أفسد عليه الامتحان الشفوي.

وفي اليوم الذي حان فيه ميعاد الامتحان الشفوي الملحق كانت الأرض مغطاةً بالثلوج؛ فانزلق عليها وهو في طريقه وسقط على الأرض وانتابه قلق عظيم. وإن كان قد تدرب على كشف أفكاره فقد تعرف على هذه الفكرة التي خالجه في ذلك الحين: «لقد وضع لي القدر هذا الثلج لكي أسقط». عندئذٍ تدكّر حديث معالجه عن ميله إلى «شخصنة» الأحداث الخارجية. فتفرّس فيما حوله فإذا الآخرون أيضاً يتزلقون، والسيارات تنزل جانبياً على الثلج. حتى الكلاب كانت تزل أرجلها وتسقط. حين وقع له هذا الوعي (أن الثلج ليس ابتلاءً خاصاً به بالذات) زايه القلق، واستعاد هدوءه واتزانه.

التثبت من النتائج

يميل عامة البشر إلى الثقة بأفكارهم. وقلما يرتاب الواحد منهم في صحة أفكاره. فهو يعتبرها صورة مصغرة (عالمًا أصغر) للعالم الخارجي. ويلصق بها نفس الدرجة من قيمة الصدق ^٢ 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 يثير هذه العمليات من جهة أخرى، يبقى من المتوجب علينا أن نرشده عن طرق اكتساب المعرفة الدقيقة. فالناس يقومون في كل لحظة بوضع فروض وبناء استدلالات. ويميلون إلى اعتبار استدلالهم مكافئًا للواقع وإلى التسليم بفروضهم كما لو كانت حقائق واقعة. وهم في الظروف العادية قد يحققون مستوى جيدًا من التكيف والأداء؛ لأن فكرهم قد يكون متفقًا مع الواقع بحيث لا يعيق تكيفهم وأدائهم.

أما في حالات العصاب فقد يكون للمفاهيم المحرّفة تأثير مُعيق. فمن شأن هذه المفاهيم المحرّفة أن تؤدي إلى تفكير مغلوط في مجالات معينة من الخبرة. في هذه القطاعات المحددة تفضي المفاهيم المحرّفة إلى ضرب من الأحكام العامة غير المتميزة بدلاً من أن تهدي الشخص إلى تمييزات دقيقة مرهفة تضيء له ملابسات الواقع وتهيئه للانسجام معه. فكثيرًا ما نجد المريض (كما أشرنا في الفصل الرابع) يتنكب المنطق ويقفز إلى استدلالات اعتباطية وتعميمات مفرطة وتهويلات ومبالغات.

يمكن للمعالج النفسي أن يستخدم تقنيات معينة لكي يحدد ما إذا كانت استنتاجات المريض غير دقيقة أو غير مبرّرة. وحيث إن المريض قد اعتاد إقامة تحريفات وتشويهات؛ فإن مهمة المعالج تنحصر أساسًا في استكشاف النتائج ومضاهاتها بالواقع. إن مهمته هي أن يشترك مع المريض في تطبيق قواعد الاستدلال الصحيح وهي التحقق أولاً من صدق الملاحظات ثم تتبّع 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 والنوعوت ويفسرون

^٢ هناك قيمتان للصدق في المنطق التقليدي هما: الصدق والكذب. على أن هناك أنواعًا من المنطق تستخدم ثلاث قيم للصدق: الصدق، والكذب، وعدم التحديد. (المترجم)

الأمر و يقيّمونها وفقاً لمجموعة من القواعد. حين تكون هذه القواعد مصوغة في حدود مطلقة أو تكون غير واقعية أو مستعملة بطريقة غير ملائمة أو غير معتدلة؛ فكثيراً ما تؤدي إلى سوء التوافق، وكثيراً ما تفضي في النهاية إلى لون من ألوان الاضطراب: القلق، الاكتئاب، الرهاب، الهوس، حالات البارانويا، الوسواس. وعندما تؤدي القواعد إلى صعوبات ومشكلات فهي غير تكيّفية بحكم التعريف.

يطلق إليس (١٩٦٢م) على مثل هذه القواعد اسم «الأفكار اللامعقولة» irrational ideas. وأرى أن هذا المصطلح، رغم قوته، غير دقيق. فليست هذه الأفكار في عمومها غير معقولة، بل هي مطلقة شمولية مغالية إلى حد بعيد. وهي مفرطة في الشخصية ومستخدمة باعتساف شديد. وهي بذلك لا تسعف المريض ولا تعينه على مطالب العيش ومقتضيات الحياة. ولكي تصبح القواعد مجدية له وأدنى إلى النفع والفائدة يجب أن يُعاد تشكيلها وصياغتها بحيث تكون أكثر دقة ومرونة وأقل تمركزاً على الذات؛ فإذا ما ثبت أنها خاطئة وانهازمية وغير عملية؛ فعلى المريض أن يطرحها من مخزونه ويستبدل بها، بمساعدة المعالج، قواعد أخرى أكثر واقعيةً وتكيّفاً.

ونظراً لأن بقية الكتاب قد استخدموا مصطلحات من قبيل «الاتجاهات» (المواقف) attitudes، «الأفكار» ideas، «المفاهيم» concepts، «البناءات» constructs لتشير إلى ما نعنيه بلفظ «القواعد»؛ فسوف نستعمل هذه المصطلحات في دراستنا الآتية بطريقة تعاوضية. فبغض النظر عن المصطلحات المستخدمة، يقرر كثير من المعالجين أن مساعدة المريض على تعديل أفكاره اللاتكيّفية أو أطّراحها وتبني اتجاهات أكثر واقعية، قد أدت إلى زوال الأعراض المعوّقة من قلق ورهاب واكتئاب. على أن المعالجين يغفلون أحياناً عن الحقيقة الواضحة وهي أنهم لا يلزمهم أن يغيروا افتراضات المريض الخاطئة وأساطيره الشخصية إن كانت غير مرتبطة بما يعانیه من صعوبات. فالمعالج ليس مفوّضاً بأن يعلم المريض أن يكون «رجل نهضة».

يبدو أن محتوى القواعد الخاصة بتشفير الخبرات وتسيير السلوك يدور حول محورين رئيسيين: الخطر في مقابل الأمان، والألم مقابل اللذة. أما المرضى فتبرز مصاعبهم في تقديراتهم للخطر والأمان، أو في مفاهيمهم عن الألم والإشباع.

تشمل القواعد المتصلة بالأمان والخطر كلاً من الضرر الجسمي والضرر السيكولوجي (انظر الفصل السابق). أما الهموم المتعلقة بالضرر الجسمي؛ فتغطي نطاقاً عريضاً من المواقف الخطرة: أن يهاجم المرء أو يُقتل بواسطة بشر أو حيوانات، أن يصاب أو يقتل

من جراء سقوطه من مكان مرتفع أو باصطدام (كما في حوادث السيارات)، الحرمان من الهواء حتى الاختناق أو من الطعام حتى الموت. بديهي أن هذه الأحداث المؤذية كائنة 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. فكلُّ من المتخوف المرتاع حيث لا خطر والطائش المتهور حيث لا أمان يفتقدان القواعد الصحيحة، أو هما لا يطبقانها التطبيق الصحيح.

أما الضرر النفسي-الاجتماعي فيشمل مختلف مشاعر الاستياء والخزي والهرج 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 أي علامة دالة كما هو الشأن في حالة الأذى الجسدي الذي ينطوي على مؤشر دقيق لدرجة الإصابة (النزيف مثلاً أو الألم المحدد). فالشخص الذي رُفض أو أهين يحس باستياء ما، دون أن يكون بإمكاننا أن نتبين ما إذا كان استيائه قائماً على إهانة حقيقية أو على وهم الإهانة.

لكي يخفف الناس الخطر إلى أدنى حد فإنهم يستخدمون قواعد لتقدير احتمالات الضرر ودرجته، وإمكانات النجاح في التعامل مع التهديد. فصفة الخطر يمكن أن تطلق على نسبة [الضرر الممكن - إلى - آليات التكيف]. فإذا ما بالغ شخص في هذه النسبة وغالى في تقدير درجة الخطر فهو يحمل نفسه قلقاً لا داعي له ويضيِّق نطاق حياته بلا مبرر. أما إذا استخفَّ بالخطر ولم يقدر حجمه الصحيح فهو يعرِّض نفسه للحوادث ويلقي بنفسه إلى الهلاك.

تتسم القواعد المستخدمة في العلاقات بينشخصية 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 الموسيقى. بينما يغفل البعض عن إشارات الآخرين؛ فيقعون بطبيعة الحال في مصاعب بينشخصية متكررة.

ولما كانت معظم مشكلات المرضى تنشأ في سياق العلاقات بينشخصية؛ فسوف نبدأ ببحث بعض الاتجاهات بينشخصية الشائعة. يمكن أن نلخص المخاطر بينشخصية في قاعدة مثل: «إنه لشيء مروّع أن يستهين بي شخص ما.» قد يكون هذا الشخص الآخر

صديقًا قريبًا أو والدًا أو قريبًا أو أحد المعارف أو أحد الغرباء. وتدلنا الممارسة الإكلينيكية على أن عامة المرضى يخشون بالأكثر من استهانة القراء-زملاء الفصل أو زملاء العمل أو زملاء المهنة أو الأصدقاء. على أن البعض يخاف بالأكثر من الغرباء ومن احتمال أن يبدو لهم أحمق ومثيرًا للسخرية؛ فأكثر تخوفه هو من ردود أفعال موظف في محل أو نادل في مطعم أو سائق تاكسي أو ركاب في حافلة أو عابر في طريق. قد تكون هذه الاستجابات أكثر تهديدًا لهؤلاء المرضى لأنهم لم يتعلموا من الخبرة المباشرة ماذا عليهم أن يتوقعوا من هؤلاء الغرباء في هذه المواقف.

قد يرهب شخص موقفًا يرى أنه عرضة فيه لانتقادات الآخرين (جهراً أو سراً). لقد نمت به حساسية خاصة تجاه المواقف التي قد تكشف بعض نقاط ضعفه أو نقائصه، وقد يكون خوفه منصباً على رفض الآخرين له بسبب ارتبائه، أو بسبب سلوكه العدواني، أو بسبب اختلافه عن الآخرين، أو حتى بسبب خوفه البادي من الرفض. وفي الحالات الأكثر شدة قد يخشى الفرد من فقدان التحكم في نفسه: أن يبدو شديد الانفعال أو أن يغمى عليه أو أن يتصرف بجنون.

قد يتخيل المريض من الغرباء كل صنوف الاستجابات السلبية ودرجاتها، بدءاً من النظر الشزر حتى الشجب الصريح. ومن الضروري أن نفهم أنه يعتبرها جميعاً بالغة السوء. وعندما نسأل المرضى لماذا يعتبرون انتقاد أحد الغرباء لهم شيئاً بالغ السوء يتحيزون في تفسير ذلك، ويتضح أنهم يعتبرونه من المسلمات: إنه شيء سيئ «بحكم التعريف» by definition إنهم مسكونون بفكرة غامضة مفادها أن الرفض أو النقد من شأنه أن يشوهه إلى الأبد صورتهم الاجتماعية وصورتهم 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 تستدعي توكيد الذات. كان يخل مثلًا من أن يسأل غريبًا عن الطريق، أو يراجع أمين صندوق في قائمة حساباته، أو يرفض فعل شيء طلب منه، أو يطلب من أحد خدمة ما، أو يتحدث أمام جمع. وفيما يلي مقتطفات من المناظرة الإكلينيكية تبين المدخل المستخدم في علاج هذا الطالب:

المريض: إن عليّ أن ألقى كلمة أمام زملاء الصف غدًا وأنا خائف إلى أبعد حد.

المعالج: مم تخاف؟

المريض: أعتقد أنني سوف أبدو مرتبكا وأحمق.

المعالج: لنفرض أنك ارتبكت بالفعل، لماذا تعد ذلك شراً مستطيراً؟

المريض: لن أعتفر ذلك لنفسي بعدها «أبدًا».

المعالج: إن «الأبد» هذا أمد يطول. خلِّنا هنا الآن. افترض أنهم سخروا منك، فهل في ذلك موتك؟

المريض: بالطبع لا.

المعالج: هب أنهم قرروا أنك أسوأ متحدث عرفته الدنيا، فهل في ذلك نهاية مستقبلك المهني؟

المريض: لا. ولكن لا شك أنه سيكون شيئاً جميلاً لو كان بإمكانني أن أكون متحدثاً جيداً.

المعالج: بالتأكيد يكون شيئاً جميلاً. ولكن إذا فاتك هذا، هل يتبرأ منك والداك 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: ماذا بعدئذٍ؟

المريض: بعدئذٍ سأكون بخير.

المعالج: إذن أنت تروِّع نفسك بالضبط كما لو أن مصيرك معلق بالميزان.

المريض: هذا صحيح. إنني أروِّع نفسي كما لو كان مستقبلي بأسره على الخازوق.

المعالج: دعني أقل لك لقد تعطل تفكيرك في نقطة ما من مساره؛ فجعلت تعتبر أي فشل كأنه نهاية العالم. إن ما يجب أن تفعله هو أن تسمي فشلك تسمية صحيحة، كفشل في الوصول إلى أحد الأهداف وليس ككعبة أو كارثة. إن عليك أن تبدأ في تنفيذ مقدماتك الخاطئة.

في الجلسة التالية، وبعد أن ألقى المريض كلمته التي جاءت، كما توقع، مضطربة بعض الشيء بسبب مخاوفه، قمنا بمراجعة أفكاره عن فشله.

المعالج: بم تشعر الآن؟

المريض: في حال أفضل. ولكنني كنت في كدر ونكد بضعة أيام.

المعالج: ماذا ترى الآن في فكرتك أن إلقاء كلمة متعثرة هو نكبة و كارثة؟
المريض: إنه بالطبع ليس نكبة.
المعالج: ماذا يكون إذن؟
المريض: إنه شيء غير سار، ولكنني سأعيش.

لقد تم تدريب المريض على تغيير فكرة أن «ال فشل كارثة» وانخفض قلقه التوقعي anticipatory anxiety بدرجة كبيرة قبل كلمته الثانية التي ألقاها بعد أسبوع من الأولى. وكان أكثر هدوءًا أثناء كلمته. وفي الجلسة العلاجية التالية اتفق معي تمامًا في أنه كان يعطي أهمية زائدة لردود فعل زملاء الفصل وقد جرى بيننا الحديث التالي:

المريض: لقد كان شعوري أفضل بكثير أثناء كلمتي الأخيرة. أظن أنها مسألة تمرس وخبرة.

المعالج: هل وجدت هديًا ما في فكرة أن رأي الناس فيك ليس على درجة مطلقة من الأهمية؟

المريض: لو صرت طبيبًا في يوم من الأيام سأكون مقنعًا جدًا لمرضاي.
المعالج: إن كونك طبيبًا جيدًا يتوقف على إجادتك للتشخيص والعلاج وليس على إجادتك الحديث العام.

المريض: حسنًا. إنني على قناعة بأنني ناجح مع المرضى، وأظن أن هذا هو المهم.

أما بقية الجلسات فقد كرستها لتفنيدها الاتجاهات اللاتكيفية التي كانت تسبب المتاعب لهذا المريض في مواقف أخرى. وقد أفضى إليّ المريض بتوجه جديد كان أخذًا في اكتسابه عندما قال: «إنني أدرك الآن بالفعل كم هو معيب أن أكون مهمومًا بمن هم غرباء تمامًا عني. إنني لن أراهم مرة ثانية فما أهمية رأيهم عني وأي فرق يمكن أن يحدثه؟» وبنفس الطريقة يمكن تفنيدها الافتراضات المتصلة بالمخاوف الجسدية وتعديلها. والأغلب في شأن هذه الاتجاهات ألا تنشط إلا إذا اقترب المريض من الموقف المخيف. غير أننا يمكن أن نحرك فيه هذه الاتجاهات بأن نجعله يصف لنا الموقف الرهابي أو يتخيل نفسه فيه (تخيل الموقف هو من التقنيات الأساسية لخفض الحساسية المنظم عند فُلبي (Wolpe). فقد تصاغ القاعدة التحتية للخوف بصورة قريبة من هذا: «إذا صعدت على الدرج (اجتزت خلال نفق، دخلت محلًا مزدحمًا، ارتقيت قمة مبنى مرتفع)؛ فسوف أصاب بنوبة قلبية (أصاب باختناق، أصاب بإغماء، أسقط من عل)».

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

المعالج: مم تخشين عندما تكونين في مكان مزدحم؟

المريضة: أخشى أنني لن أستطيع التقاط أنفاسي ...

المعالج: و...؟

المريضة: وأموت.

المعالج: تموتين بمعنى الكلمة؟

المريضة: حسناً، إنني أعرف أن هذا يبدو سخيلاً ولكنني أخشى أن يتوقف تنفسي

تماماً ... وأموت.

المعالج: الآن الآن كم تقدّرين احتمالات أنك سوف تختنقين وتموتين؟

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

عندئذٍ أعطيت المريضة إرشاداً عن التقنية الآتية. فقد طلبت منها أن تدون في إضمامة ورق ملاحظات عن احتمالات موتها كلما اقتربت من محل تجاري مزدحم. وفي الجلسة الجديدة أتت المريضة بالمدونات التالية:

(١) أغادر منزلي - احتمال الموت في المحل التجاري ١ في الألف.

(٢) أقود سيارتي إلى المدينة ١ في المائة.

(٣) أصفُ سيارتي في ساحة انتظار ١ في الخمسين.

(٤) أمشي إلى المحل التجاري ١ في العشرة.

(٥) أدخل المحل التجاري ١ إلى ٢.

(٦) في وسط الزحام ١ إلى ١٠.

المعالج: إذن عندما كنت في الزحام اعتقدت أنك تموتين باحتمال عشرة إلى واحد.

المريضة: لقد كان المتجر مزدحماً ومكتوماً، ولم أكن أستطيع أخذ نفسي. وأحسست

أنني أموت. لقد أصابني الهلع بالفعل فهرعت خارجة من هناك.

المعالج: كم تقدّرين — الآن الآن — احتمال موتك لو أنك كنت قد لبثت في المتجر؟
المریضة: ربما واحد في المليون.

وفي نهايتها التالي إلى المتجر انخفضت تقديراتها لاحتمال موتها انخفاضاً كبيراً عما كانت عليه في المرة السابقة. فقد استطاعت هذه المريضة، بعد مزيد من الحوار، أن تستوعب فكرة أن المتجر المزدهم ليس خطراً على حياتها. فلما أن دخلت المتجر ذكّرت نفسها بأنها قد خلصت بالفعل إلى قناعة قائمة على العقل أن المتجر هو مكان مأمون. ولم تُعد بالتالي تشعر بضيق في المحلات التجارية ولا في غيرها من الأماكن المزدهمة. إن قواعد (اللذة-الألم) يماثل بعضها البعض؛ فأحدها في الأغلب هو معكوس الآخر. ومن هذه القواعد ما هو من الشمول والاتساع بحيث يخالف الواقع ولا يطابقه، أو أن له آثاراً بعيدة تتعارض مع بعض الأهداف الحياتية الكبرى للمريض. من أمثلة هذه القواعد أو التوجهات: «إنه لشيء رائع أن يكون المرء مشهوراً». أما معكوسه، وهو ما يعتنقه كثير من الناس، فهو: «من المحال أن أحس بأي سعادة إذا كنت غير مشهور». ومن شأن الأشخاص الذين تسيطر عليهم هذه القواعد أن يظلوا في حالة حرب؛ فيدفعون أنفسهم دفعاً نحو تحقيق المكانة والصيت والشعبية والسلطة، ويدونون نقطة عند كل مكسب ويطرحون نقاطاً عند كل خسارة أو توقف. مثل هذا الاتباع العبودي لهذه القواعد كفيلاً بأن يعيق غايات أخرى في الحياة مثل التمتع بالصحة الجيدة والعيش الهادئ والعلاقات المشبعة مع الآخرين.

والأدهى من ذلك حقاً أن بعض الناس قد يسقطون في الاكتئاب نتيجة عبوديتهم لهذه القواعد. ويمرون في ذلك بالمراحل الآتية: يبءون أولاً بالحكم على أنفسهم بالفشل في تحقيق الهدف السانح — الشهرة على سبيل المثال. ويتبعون ذلك بسلسلة من الاستنباطات: «إذا لم أصبح مشهوراً فقد فشلت ... وقد فقدت الشيء الوحيد الذي يهم أي إنسان حقاً ... إنني فاشل ... لا فائدة في الاستمرار ... ربما أبغض نفسي أيضاً وأستريح». حين يفحص المريض المقدمة الأولى يدرك أنه لم يلتفت إلى إشباعات أخرى في الحياة غير الشهرة. ويدرك كيف ضيّق حياته وحبس نفسه في صندوق حين حصر سعادته في حدود الشهرة. كذلك يفعل من يحصرون سعادتهم في حدود الحب، فلا يرون هناءة سوى أن يكون المرء محبوباً من شخص معين. إنهم يسلمون أنفسهم للتقلبات الشعورية والترجّح بين السعادة والأسى حسبما يرون أنفسهم ويقدرون نصيبهم من الحب أو من الهجر. وقد يستهدفون للاكتئاب أيضاً وينتهون إليه.

وفيما يلي قائمة ببعض الاتجاهات التي تعرّض الناس للحنن الزائد أو الاكتئاب:

- (١) لكي أكون سعيدًا يتحتّم أن أكون ناجحًا في أي شيء أقوم به.
- (٢) لكي أكون سعيدًا يتحتّم أن أكون مقبولًا (محبوبًا، محطّ إعجاب) من كل الناس.

(٣) إذا لم أكن في القمة فأنا فاشل ساقط.^٣

(٤) إنه لشيء رائع أن أكون غنيًا شهيرًا ذا شعبية ورواج، وشيء فظيع أن أكون مغمورًا محدودًا.

(٥) إذا ما ارتكبت خطأ فهذا يعني أنني غشيم أحمق.

(٦) إن قيمتي كشخص تتوقف على رأي الآخرين فيّ.

(٧) يستحيل أن أعيش بلا حب. إذا لم تحبني زوجتي (حبيبتي، والدي، ولدي)؛ فأنا تافه لا قيمة لي.

(٨) إذا اختلف معي شخصٌ ما في الرأي؛ فهذا يعني أنه لا يحبني.

(٩) إذا لم أعتنم كل فرصة تسنح لي لكي أتقدم إلى الأمام؛ فسوف أندم عليها فيما بعد.

مثل هذه القواعد حَرية أن تؤدي إلى اليأس والشقاء. فمن غير الممكن أن يكون الشخص محبوبًا تمامًا وفي جميع الأوقات ومن جميع الأصدقاء. فالحب درجات، ودرجة الحب والقبول تتذبذب بشدة. فضلًا عن أن منطوق هذه القواعد يجعل أي انخفاض في درجة الحب بمثابة رفض ونبذ.

كما أن الاعتماد أو التعويل على القبول والإعجاب والحب يطرح مشكلة أخرى. فنحن لا نملك مقياسًا دقيقًا يحدد ما إذا كان شخص ما يرفضنا بالفعل أو يزدرينا أو ينتقدنا. وقد سبق أن بينّا أن الأذى النفسي يختلف عن الأذى الجسدي؛ فإذا كان بمقدورنا أن نتحقق موضوعيًا من الأذى الجسدي حين يهاجمنا شخصٌ ما بأن نفحص موضع الإصابة؛ فكيف ترى نتحقق، حين يبدو على شخصٍ ما أنه يرفضنا، من أننا لا نسيء تأويل سلوكه؟ إن مشاعر الكرب الذاتية ليست مقياسًا أمينًا للتحقق من تأويلنا؛ لأن مثل

^٣ If I am not on top, I am a flop

تقنيات العلاج المعرفي

هذه المشاعر قد تحدث سواء كان التأويل صحيحًا أم مخطئًا. هذا الافتقاد للمعلومات المؤيِّدة هو ما يجعل التعامل مع الصدمة النفسية أصعب بما لا يحد من التعامل مع الإصابة الجسدية.

من التقنيات الكبرى في العلاج المعرفي تلك التقنية التي نكشف بها اتجاهات المريض ونسلط عليها الضوء ونساعده على أن يمحسها ويقرر ما إذا كانت انهزامية قاهرة للذات. ومن الضروري فضلًا 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 اعتدالًا وواقعية. وعلى المعالج هنا أن يقف دوره عند اقتراح قواعد بديلة يأخذها المريض بالتأمل والتمحيص، لا أن يقوم له بغسيل مخ ويفرض عليه قواعد واعتقاداته. تتصل بقواعد (اللذة-الألم) مجموعة من القواعد تُسمى «طغيان لا بد» أو «استبداد الموجبات» (the tyranny of shoulds (Horney, 1950). فإذا ما اعتنق شخص قاعدة «لكي أكون سعيدًا يلزمني أن أكون محبوبًا من الجميع.» فإنها تحمله على أن يحقق ذلك بقاعدة أخرى: «لا بد أن أجعل الجميع يحبني.» «لا بد أن» و«لا بد ألاً». لهذين الأمرين طبيعة استعبادية، وهما يتفقان في ملامح كثيرة مع مفهوم فرويد عن الأنا الأعلى. وفيما يلي بعض قواعد «لا بد» الشائعة:

(١) لا بد أن أكون قمة في الكرم والرقّة والجلال والشجاعة والإيثار.
(٢) لا بد أن أكون المحب المثالي والصديق المثالي والوالد والمعلم والطالب والزوج المثالي.

- (٣) لا بد أن أتحمّل أية مصاعب بثبات ورباطة جأش.
- (٤) لا بد أن أكون قادرًا على إيجاد حل سريع لأي مشكلة.
- (٥) لا بد ألا أستاذ أو أتأذى، ولا بد أن أكون دائمًا سعيدًا صافي النفس.
- (٦) لا بد أن أعرف وأفهم وأتنبأ بكل شيء قبل حدوثه.
- (٧) لا بد أن أكون دائمًا طبيعيًا تلقائيًا، وأن أتحمك دائمًا في مشاعري.
- (٨) لا بد أن أوكد ذاتي، وألا أوذي أي شخص آخر.
- (٩) لا بد ألا أتعب أو أمرض أبدًا.
- (١٠) لا بد أن أكون دائمًا في أوج الكفاءة والفاعلية.

الاستراتيجية الإجمالية

إن جعبة المعالج المعرفي لتعجُّ بالتكتيكات العلاجية المتنوعة؛ فإذا لم يكوّن استراتيجية إجمالية للحالة التي بين يديه، يصبح العلاج عُرضة لأن يضل في مسار متخبط قائم على المحاولة والخطأ. وقد سبق أن أجملنا المبادئ التي تكوّن الإطار العام للعلاج المعرفي في هذا الفصل وفي فصول سابقة أيضاً: تسليط الضوء على تحريفات المريض وأوامره لنفسه وتأنيبه لها مما يورثه همًّا وعجزاً، ثم مساعدته على مراجعة القواعد التحتية التي تبعث هذه الإشارات الذاتية الخاطئة. ولا تختلف بعض طرائق المعالج المعرفي عما كان يستخدمه المرضى من قبل في محاولاتهم الناجحة لحل المشكلات. إنه يعمل مع المريض بطريقة أكثر منهجيةً 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 بحثاً المريض على استخدام جهاز حل المشكلات الخاص به كي يعدّل طرائقه في تأويل خبراته وتنظيم سلوكه.

تتداخل تقنيات techniques العلاج النفسي مع عملية process العلاج النفسي تداخلاً 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؛ فعندما يكون المعالج مثلاً بصدد تدريب مريضه على اكتشاف أفكاره الأوتوماتيكية فهو بطريق مباشر أو غير مباشر يُلقي ظلال الشك على صحة هذه الأفكار. وبدوره يكتسب المريض مزيداً من الموضوعية (أخذ مسافة) خلال عملية اكتشافه لهذا اللون من التفكير. وهو إذ يتبين عبثية هذه الإشارات الذاتية ولاكتيقيتها ومجافاتها للواقع يميل إلى تصحيحها تلقائياً. ويؤدي هذا الصنف من التمحيص الذاتي مباشرة إلى كشف المقدمات والمعادلات التحتية؛ أي القواعد المسئولة عن الاستجابات الخاطئة. وفيما يلي حالة توضح التأثير المتبادل بين إجراءات المعالج 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 سبعاً في اليوم، وجعلت تنتابها يومياً طوال أكثر من أربعة أعوام. وكثيراً ما استشارت طبيب العائلة الذي وصف لها الثورازين Thorazine وعديداً من المهدئات دون تحسن يُذكر.

في أول مقابلة إكلينيكية لهذه المرأة تم اكتشاف الحقائق التالية: وقعت أول نوبة من هذه النوبات بعد أسبوعين من إجهاض لها؛ فقد كانت تنحني لكي «تحمم» طفلها ذا العام الواحد؛ فإذا بها تحس ببداية إغماء، وألمت بها أولى نوبات القلق ودامت ساعات عديدة. عيّت المرأة بأن تجد لقلقها أي تفسير. وحين سألتها عما إذا كانت هناك أية فكرة قد خالجتها لحظة أحسّت بالدوار تذكّرت هذه الفكرة: «ويلي لو أغمي عليّ فأذيت طفلي الرضيع». وقد بدا معقولاً، كفرض عامل، أن دوارها (الذي ربما كان نتيجة أنيميا النفاس) قد أدى إلى الخوف من الإغماء وسقوط الطفل، وأن هذه الفكرة المخيفة قد أدت إلى القلق الذي فسرتة كعلامة على أنها تتداعى وتتحطم.

كانت هذه المرأة حتى وقت إجهاضها مطمئنة ناعمة البال لا تعرف القلق ونوباته. لكنها بعد الإجهاض أخذت تساورها من وقت لآخر هذه الفكرة «لست محصنة من المصائب». ومنذ ذلك الحين جعلت كلما سمعت بمرض أحد فكّرت «ربما يصيبني هذا» وبدأت في القلق والتوتر.

وجّهت تعليماتي إلى المريضة أن تحاول تحديد أي أفكار تسبق أي نوبة قلق قادمة. وفي الجلسة التالية روت المريضة ما يلي:

(١) سمعت المريضة ذات مساء أن زوج إحدى صديقاتها أصيب بالتهاب رئوي شديد فدهمتها للتو نوبة قلق دامت ساعات عديدة، وقد حاولت وفق التعليمات أن تستحضر الفكرة السابقة على القلق، فتذكرت هذه الفكرة: «قد يصاب توم (زوجها) بمثل ذلك وربما يموت.»

(٢) عندما أزمعت يوماً الذهاب إلى منزل أختها أصابها قلق شديد وبالتركيز على أفكارها تبينّت هذا الهاجس المتكرر «قد أقع مريضة أثناء الذهاب.» لقد سبق أن أصيبت هذه المريضة بالتهاب معديّ معويّ في رحلة سابقة إلى منزل أختها. ومن الواضح أنها اعتقدت أن ذلك يحتمل جدّاً أن يتكرر.

(٣) أحسّت ذات مرة بضيق وبأن الأشياء تبدو لها غير حقيقية. عندئذٍ طاف بها هذا الطائف: «قد يكون هذا بداية الجنون» وانتابتها للتو نوبة قلق دامت قرابة الساعة.

(٤) علمت يوماً أن إحدى صديقاتها قد أودعت بمستشفى عقلي حكومي. وقد أدت هذه المعلومة إلى هذه الفكرة «قد يحدث لي ذلك ... قد أفقد عقلي.» وبسؤالها عن تفاصيل معينة عن فقد عقلها قالت إنها تخشى إذا ما أصابها الجنون أن تفعل شيئاً قد يلحق الضرر بأطفالها أو بنفسها.

من الواضح أن المخاوف الرئيسية لهذه المريضة كانت تدور حول توقعها بأن تفقد التحكم في نفسها، سواء من طريق الإغماء أو الذهان، وأن تفعل بالتالي شيئاً ضاراً. وقد بينت لها أنها لا تعاني من أي ذهان، وقدمت لها تفسيراً لنوبات قلقها ولما تبنيه على هذه النوبات من معانٍ (كانت صياغاتها التحتية هي أن أعراض القلق تشير إلى أنها على شفا الذهان). وقد انخفض معدل النوبات وقلَّت شدتها خلال الأسابيع القليلة التي تلت ذلك. واختفت تماماً بنهاية الأسبوع الرابع.

كانت الدفعة العلاجية الكبرى في هذه الحالة هي تدريب المريضة 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 تبينت المريضة ذلك اقتنعت بأن فكرة ضعفها واستهدافها للمرض والجنون كانت غير صحيحة. وأدركت أيضاً أن اعتقادها في أنها عاجزة عن التحكم في استجاباتها كان اعتقاداً خاطئاً. واستطاعت بعد أن تعلمت تحديد الأفكار المؤدية إلى القلق أن تكتسب شيئاً من الانفصال عن تلك الأفكار وأن تخضعها للفحص واختبار الواقع، وبالتالي أن تدحضها وتبطل تأثيرها.

بوسعنا الآن أن نصوغ التقدم الذي حققته هذه المريضة صياغة تتفق مع النموذج العلاجي التالي:

- (١) الملاحظات الذاتية التي أدت مباشرة إلى الفكرة التي سبقت القلق.
- (٢) إيجاد صلة بين الأفكار ونوبة القلق.
- (٣) تعلم النظر إلى الأفكار كفرضيات لا كحقائق.
- (٤) اختيار الفرضيات.
- (٥) تجميع المسلمات التي تبطن هذه الفرضيات وتولدها.
- (٦) البرهنة على أن هذه القواعد المكونة لمنظومتها الاعتقادية كانت غير صحيحة.

لقد كانت منظومتها الاعتقادية تتألف من معادلات تتعلق باحتمال المرض الجسمي والعقلي، وفقدان 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 المفرع لكل البشر: «لست منيعة ... وأي شيء يمكن أن يحقق بي.» وقد تمكننا عن طريق كشف المغالطة في معادلاتها وإحالاتها الذاتية أن نعدّل هذه المنظومة الاعتقادية المليئة بالأغاليط والأخطاء.

تنويه أخير

آثرنا حذف الفصلين الأخيرين من هذا الكتاب، إذ وجدنا أنهما يتناولان موضوعين قد تجاوزهما الزمن: الأول عن علاج الاكتئاب الذي شهد تطورًا كبيرًا في العقدين الأخيرين. والثاني عن الوضع الحالي للعلاج المعرفي، وهو يعني الوضع عام ١٩٧٦م، والذي أعفانا منه بروفيسور بيك إذ ألمع في تصديره إلى الوضع في منعطف القرن الحادي والعشرين. وبذلك يكتمل الكتاب بين يدي القارئ عملاً واحدًا متسقًا، وأساسًا نظريًا باقياً لنوع من أحدث أنواع العلاج، وإسهامًا كبيرًا لا تخلق جدته ولا ينقطع نفعه على تقادم الأيام والأعوام.

(المترجم)

بیلو جرافیا

- 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, H. and Shedd, C.I. (1953), Shifts in the Content of Fears and Worries Relative to Chronological Age. *Proc. Oklahoma Acad. Of Sci.* 34: 180–186.
- Arieri, S. (1968), The Present Status of Psychiatric Theory. *Amer. J. Psychiat.*, 124: 1630–1639.
- Arnold, M. (1960), *Emotion and Personality*. New York: Columbia University Press.
- Auden, W. H. (1947), *The Age of Anxiety; A Baroque Eclogue*. New York: Random House.
- 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 and 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.
- _____ and Greenberg, R. L. (1974), Cognitive Therapy with Depressed Women. In *Women and Therapy: New Psychotherapy for a Changing*

Society, ed. V. Franks. and V. Burtle. New York: Brunner/Mazel, pp. 113–131.

- _____ and Hurvich, M. (1959), Psychological Correlates of Depression. *Psychosom. Med.*, 21: 50–55.
- _____ and Rush, A. J. (1975), A Cognitive Model of Anxiety Formation and Anxiety Resolution. In *Stress and Anxiety*, ed. I. D. Sarason and C. D. Spielberger. Washington: Hemisphere Publishing Co., 2: 69–80.
- _____ and Ward, C. H. (1961), Dreams of Depressed Patients: Characteristic Themes in Manifest Content. *Arch. Gen. Psychiat.*, 5: 462–467.
- _____, Kovacs, M., and Weissman, A. (1975), Hopelessness and Suicidal Behavior: An Overview. *JAMA*, 234: 1136–1139.
- _____, Laude, R., and Bohnert, M. (1974), Ideational Components of Anxiety Neurosis. *Arch. Gen. Psychiat.* 31: 319–325.
- Beck, A. et al. (1950), *Scientific Foundations of Cognitive Therapy and Therapy of Depression*. London: Wiley.
- Beck, A. and Alford, B. (1997), *The Integrative Power of Cognitive Therapy*. Guilford.
- Beck, A. et al. (1993), *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford.
- Beck, A. and Freeman, A. (1990), *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford.
- Beck, A. and Emery, G. (1985), *Anxiety Disorders and Phobia*. Basic Books.
- Beck, A. et al. (1979), *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford.
- 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. 8, p. 2.
- Cannon, W. B. (1915), *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage*. New York: Appleton–Century–Crofts.
- Charcot, J.–M. (1890), *Hémorragie 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 Client–Controlled Counter–Conditioning Technique. *J. Abnorm. Psychol.*, 73: 84–90.
- DiLoretto, A. (1971), *Comparative Psychotherapy: An Experimental Analysis*. Chicago: Aldine–Atherton.
- Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O., and Sears, R. (1939), *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.

- Dudley, D. L., Martin, C. J., and 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., and 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.
- _____ and 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, and 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 and Behavior Books.
- _____ and 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. and English, A. C. (1958), *A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytic 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 L. A. 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., Decentecce, E. T., and 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. (1966), 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., and 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 and 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., and 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., and 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. and 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., and Gill, M. M. (1969), Behavior Therapy: Observations and Reflections. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 33: 259–266.
- Klerman, G. L. and 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., and Weissman, A. (1975), The Use of Suicidal Motives in the Psychotherapy of Attempted Suicides. *Amer. J. Psychother.*, 29: 363–368.
- Kraft, T. and 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.
- Kritzcek, J. (1956), Philosophers of Anxiety. *The Commonweal*, 65: 572–574.
- Lacey, J. I. and Lacey, B. C. (1958). Verification and Extension of the Principle of Autonomic Response Stereotypy. *Amer. J. Psychol.*, 71: 50–73.
- Lader, M. and Marks, I. (1971), *Clinical Anxiety*. New York: Grune & Stratton.
- _____, Gelder, M. G. and Marks, I. (1967), Palmar Skin Conductance Measures as Predictors of Response to Desensitization. *J. Psychosom. Res.*, 1: 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, A. W., Barlow, D. H., and Oliveau, D. C. (1969), Contribution of Selective Positive Reinforcement and Therapeutic Instructions to Systematic Desensitization Therapy. *J. Abnorm. Psychol.*, 74: 113–118.

- Lester, D. and 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 Break-through" 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 and M. M. Katz. Washington: Winston-Wiley, pp. 157-178.
- _____ (1974b), Clinical and Theoretical Aspects of Depression. In *Innovative Treatment Methods in Psychopathology*, ed. K. Calhoun, H. Adams, and K. Mitchell, New York: Wiley, pp. 63-120.
- _____ and Atwood, G. E. (1969), Depression: A Clinical-Research Approach. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 6: 166-171.
- _____ and Graf, M. (1973), Pleasant Activities and Depression. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 41: 261-268.
- _____ and Shaw, D. A. (1969), Feedback about Interpersonal Behavior as an Agent of Behavior Change. *Psychother., Psychosom.*, 17: 82-88.
- _____, Shaffer, M., and Liber, J. (1969), A Behavioral Approach to Depression. Presented at meetings of the American Psychological Association, Miami Beach.
- _____, Weinstein, M. A., and Alper, T. (1970), A Behavioral 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. and 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., and 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 & Winston.
- Maes, W. and 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 Psychophysiological 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), *Fear and Phobias*. London: Academic.
- Marlett, N. J. and 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., and Fedoravicius, A. (1971), Group Insight versus Group Desensitization in Treating Speech Anxiety. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 36: 410–421.
- Mendelson, M., Hirsch, S., and 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., and Noble, H. (1972), Factor Structure of Childhood Fears. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 39: 264–268.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., and Beck, 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. and Jacobson, L. (1969), The Nature of Learning in Traditional and Behavioral Psychotherapy. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed. A. bergin and 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. and 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., and 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. and 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 Idea. *Brit. Med. J.*, Nov. 6, pp. 438–485.
- 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., and 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., and 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 and 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., and Whipple, K. (1975), Short-Term Analytically Oriented Psychotherapy versus Behavior Therapy. *Amer. J. Psychiat.*, 132: 373–377.
- Snaith, 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. New York: International Universities Press.
- Stampfl, T. G. and 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., and MacLeod, J. A. (1969), Brief Psychotherapy of Psychiatric Reactions to Physical Illness. *Amer. J. Psychiat.*, 125: 1040–1047.
- Stevenson, I. and 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 and 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. and Karst, T. O. (1972), Rational-Emotive Therapy, Placebo, and No-Treatment Effects on Public-Speaking Anxiety. *J. Abnorm. Psychol.*, 79: 60–67.
- Truax, G. B. (1963), Effective Ingredients in Psychotherapy: An Approach to Unraveling the Patient-Therapist Interaction. *J. Counsel. Psychol.*, 10: 256–263.

- Valins, S. and 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. and 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.

