

الفصل الثامن

تحليل الانفعال أو السبب في أن

معاونة الخبير ضرورية

Emotion analysis: why expert help is necessary

- مقدمة

أولاً: التحليل الأولي لحالة خوف اجتماعي.

ثانياً: التحليل الأولي لحالة خوف من الإغماء.

ثالثاً: بعض التعقيدات المصاحبة لتحليل الانفعال.

رابعاً: الاكثاب.

(-) كلمة ختامية

الفصل الثامن

تحليل الانفعال أو السبب في أن

معاونة الخبير ضرورية

(-) مقدمة:

لقد رأينا الطرق المنوعة التي ينغمس بها الشخص في مرجل «آتون»، العصاب، كما قمنا بمسح الأساليب التي تخلصنا منه، لكن يتعين القول هنا أن كل شخص وحدة فريدة، وفي الوقت نفسه هناك تنوع واختلاف لا حصر له في بنية المشكلات العصبائية، ويعتمد العلاج الفعال على تحديد العلاقة -بالضبط- بين أحداث معينة وردد فعل «استجابات» الفرد لهذه الأحداث، وهذا هو التقدير الذي نسميه تحليل الانفعال Emotion analysis وهو المهمة الأكثر حرجاً في العلاج السلوكي، لذلك فهو يتطلب مهارة عالية ومثابرة، وإن ضرورة هذا التقدير أو هذه المهمة، هي السبب الرئيسي في أن الكتب التي تدعو الأشخاص إلى تنفيذ العلاج السلوكي بأنفسهم هي كتب ذات قيمة محدودة.

يقول فولبه: آية ذلك أن المعلومات التي تستخدم في العلاج تأتي في الغالب مما يقوله الشخص، ويقوم معظم الناس بنقل أو بتوصيل المعلومات طوعاً، إلا أن بعضهم يضلل المعالج دون قصد فيما يتعلق بموضوعات مهمة وأحياناً يكون الشخص غير مدرك تماماً لبعض جوانب ومظاهر خبراته، أو لا يكون على وعى بها فهو أحياناً لا يكون دقيقاً في سرد الأحداث، فنجدّه يحذف -أحياناً- أو يحرف بعض المعلومات بسبب ارتبائه أو قد يشوه الصورة لأن له فهمه الخاص به he has his own understanding للمشكلة، لقد أعزت «أرجعت» أليس Alice، التي سوف نلتقى بها في الفصل القادم، أرجعت بشكل خاطئ بداية مخاوفها الحادة التي

لا أساس لها إلى المخدر الذى استخدم أثناء جراحة أجريت لها، ولقد أوضح الاستجواب الذى أجرى -بشكل يقينى لاشك فيه- أن الضغوط الاجتماعية كانت هى السبب الفعلى وأن المخدر كان أمراً طارئاً «عارضاً».

ومن ثم يتعين القول أن العلاجات التى ستحدث عنها سوف نتحدث عنها لسببين:

أولهما: أنها تقدم لنا تفسيرين كما هو متوقع، وثانيهما أنها علاجات تختلف تماماً عن أية علاجات أخرى.

من ناحية أخرى يمكن القول أن الاستجواب الحاذق الذى يقوم به المعالج إذا لم يمكن الشخص من أن يربط قلقه بأى شىء، فقد يكون للقلق سبب عضوى، أعنى أنه قد يرتكز من الناحية الفسيولوجية على حالة الغدة الدرقية النشطة بدرجة زائدة عن الحد أو حالات شذوذ هورمونى وإن القلق العضوى يكون عادة أكثر أو أقل استمرارية ولا يتغير بالتعلم، ومع ذلك -أحياناً- قد يتتاب الشخص قلق متعلم learned anxiety وخوف لا مبرر له والذى يكون أكثر أو أقل استمرارية ولكنه لا يرتبط بموقف معين وهو يسمى بالقلق الحر غير الثابت^(١).

إن تحليل الانفعال يتم اجراؤه بهدف تحديد الطبيعة الدقيقة للمشكلة، ففى المقابلة الأولى من المقابلات الإكلينيكية^(٢)، يطلب من الشخص أن يذكر الصعوبات التى أتت به للعلاج، ويتم اقتفاء «متابعة» تاريخ كل شكوى منذ بدايتها مع إعطاء اهتمام

(١) يطلق على القلق غير الثابت Free-floating anxiety اسم قلق الغمر الحر، ويقصد به إحساس مزمن منتشر من عدم الاستقرار، والخوف ليس من موقف معين، أو موضوع، وهذا الإحساس من أكثر الأعراض المميزة لعصاب القلق، ولكننا نجد فى أنماط أخرى من الأعصاب المميزة كاضطراب الخوف الوسواسى القهرى وكذلك فى بعض حالات الشيزوفرينيا.

(٢) يطلق على المقابلة الإكلينيكية الأولى اسم المقابلة التشخيصية Diagnostic Interview وهى المقابلة التى من خلالها يكتشف الإخصائى النفسى أو الطبيب النفسى مشكلة المريض الحالية، والموقف المحيط به، وخلفيته الاجتماعية مع هدف صياغة تشخيص، وتكهن بمآل المشكلة، وكذلك بتطوير برنامج علاج.

خاص لأي ظروف قد جعلتها «أى الشكوى» أحسن أو أسوأ، ذلك أن القلق فى الغالب يكون هو الشكوى الرئيسية فى الوقت الراهن، ولكنه حتى إذا لم يكن كذلك فإن البحث المتأنى يكشف النقاب عن دوره الرئيسى فى كل مشكلة عصابية، ثم يتم تمحيص العوامل التى تحكم ردود فعل القلق «استجابات القلق» برعاية على نحو خاص.

ثم يحول المعالج اهتمامه إلى خلفية الشخص ليحصل على صورة عامة أو «تصور» عام وكذلك الوقوف على بعض الأمثلة للطريقة التى يستجيب بها المريض للمواقف والعلاقات المتباينة، وقد تكشف معلومات الخلفية أيضاً عن أوجه جديدة للمشكلة التى فى متناول اليد، ويبدأ البحث عادة بالتنقيب فى حياته المنزلية المبكرة وقد تتضمن الأسئلة التى يتم طرحها: كيف كنت تشعر تجاه والديك؟ كيف كانا يرتبطان ببعض؟ هل كانا عطوفين ومهتمين بك؟ ماذا كانت مبرراتهم وأساليبهم فى العقاب؟ ما هى جرعة التدريب الدينى التى لقنوها إياك؟ هل لا يزال هذا التدريب يؤثر بشكل مباشر على حياتك؟ كيف كنت ترتبط بإخوتك وأخواتك؟ هل انتابك أية مخاوف فى الطفولة؟ هل تتنابك بين الحين والآخر بعض أفكار عصابية؟

وفيما يخص الحياة التعليمية: هل كنت تحب المدرسة؟ كيف كنت ناجحاً مدرسياً ورياضياً؟ هل كونت صداقات؟ هل هددك أحد؟ متى تركت المدرسة وماذا فعلت عندئذ؟ كيف تقدمت فى كل مرحلة تعليمية أو وظيفية تالية؟ وما إلى ذلك من تساؤلات.

كما تتضمن المقابلة الأولى معلومات تتعلق بحياة الحب الخاصة بالشخص: كم كان عمرك عندما انتابتك المشاعر الجنسية لأول مرة؟ وفى أى السياقات كانت تنشأ «تظهر»؟ هل مارست الاستمناء وهل سبب ذلك أحاسيس بالذنب ومشاعر الإثم، أو أفكار عن حدوث عواقب وخيمة؟ فى أى سن بدأت فى إقامة علاقات جنسية مع الجنس الآخر أو مع الجنس نفسه؟ متى ومع من بدأت علاقات عاطفية مهمة وكيف انتهت كل منها؟ فيما يخص كل علاقة ما الذى جذبك إلى شريكة حياتك؟ كيف

نجحت فى الزواج بها وما مدى الإشباع الذى حققه الجانب الجنسى للعلاقة؟

وقد يتضح من خلال المقابلة أن أوجه ومظاهر الحب والدفء العاطفى غالبًا ما تكون أكثر أهمية من السلوك الجنسى فى حد ذاته.

وأخيراً، يقوم الشخص بالإجابة عن استبيانات متعددة والتي لها فائدة، أحد هذه الاستبيانات وهو استبيان وولى Willoughby question naire ويزودنا هذا المقياس بمدى وحدة الاستجابات العصبية، خاصة فيما يتعلق بالمواقف الاجتماعية، والاستجابات ذات الدرجات المرتفعة إلى الأسئلة الخاصة تشير إلى الحاجة إلى البحث المفصل فى هذه المجالات فعلى سبيل المثال، إذا أوضحت الاستجابات حساسية كبيرة للنقد، فإن المعالج سوف يبحث فى كيفية ارتباط هذه الحساسية بمحتوى النقد وشخصية الناقد.

وهناك ملمح آخر لا غنى عنه عند تطبيق الاستبيانات والاستقصاءات ألا وهى الموقف المتسامح المقاوم للقلق من جانب المعالج، فهو لا يوجه انتقاداً للمريض كما أنه يمتضى فى طريقة لكى يصحح أى انتقادات للذات والتي ليس لها ما يبررها.

أولاً: التحليل الأولى للقلق الاجتماعى، Initial analysis in a social anxiety

والاقتباسات الآتية مأخوذة من المقابلة الأولى مع كارول Carol وهى فتاة فنية فى استخدام أشعة إكس X-ray تبلغ من العمر ٢١ عاماً وكانت تعاني من مخاوف اجتماعية - Social fears:

دكتور فوليه: ماذا أتى بك إلى هنا؟

كارول: إننى عصبية جداً جداً طول الوقت.

دكتور فوليه: منذ متى وأنت كذلك؟

كارول: منذ أن كنت فى حوال الرابعة عشرة من عمرى.

دكتور فوليه: أتقولين أنك قبل أن تبغنى الرابعة عشرة لم تكونى عصبية؟

كارول: نعم، لقد كنت كذلك ولكن ليس لهذا الحد، حتى فى المدرسة الابتدائية عندما كنت أضطر إلى قراءة شىء أمام زملائى فى الفصل كنت أصبح عصبية.

دكتور فوليه: ماذا حدث لك فى الرابعة عشر وجعلك عصبية على هذا النحو؟

كارول: عندما كنت فى الصف السابع كان على أن أقرأ شيئاً ما أمام زملاء الفصل.

دكتور فوليه: نعم!

كارول: لم أكد أمسك بالورقة التى سوف أقرأها، حتى بدأت يداى فى الاهتزاز، قال المعلم: «ماذا أحل بك «ما خطبك»؟ ولم استطع التحدث، من ذلك الحين، إذا اضطرت إلى أن أقرأ شيئاً، كنت أضعه على المكتب وأحملك فيه، لقد كنت عصبية لدرجة أنى لم استطع أن أقرأ.

دكتور فوليه: لذلك بعد هذه الواقعة أصبحت أسوأ مما كنت؟

كارول: نعم، ففى المدرسة الثانوية لم يمس النوم جفونى لعدة ليالى بسبب قلقى بخصوص إلقاء كلمة أمام زملاء الفصل. دكتور فوليه: وماذا عن خارج المدرسة؟

كارول: لقد أحسست بالخوف عندما خرجت مع بعض الصبية، خصوصاً إذا كان ذلك هو الموعد الأول^(١)، لقد كنت أحس بالرعب لدرجة ميمنة.

دكتور فوليه: وإذا خرجت مع شخص تعرفينه.

كارول: حسناً، بعد لحظات أصبح أهدأ قليلاً، ولكن أظل عصبية على أية حال.

دكتور فوليه: وماذا إذا خرجت مع صديقاتك؟

كارول: لا أخرج مع صديقاتى كثيراً.

(١) اللقاء الأول - bind date

هو لقاء بين رجل وامرأة لم يسبق لهما أن اجتماعا من قبل (المورد، ٢٠٠٤م: ١١١).

دكتور فولبه: متى تخرجت من المدرسة؟

كارول: منذ أربع سنوات.

دكتور فولبه: ماذا كانت وظيفتك عندئذ؟

كارول: أصبحت فنية في عمل أشعة إكس.

دكتور فولبه: هل تحبين هذا العمل؟

كارول: هذا غير حقيقي، لقد اعتقدت أنه عمل شيق لكن عندما ذهبت إلى هناك صرت عصبية جداً بسبب كل شيء، إنني أشعر بالرعب لكوني مع المرضى.

دكتور فولبه: أثناء السنوات الأربع التي كنت تمارسين فيها عملك هذا؛ هل أصبحت أكثر عصبية أم أقل أم بقيت كما أنت؟

كارول: بكل تأكيد، أصبحت أكثر عصبية منذ بدأت أمارس عملي.

دكتور فولبه: هل ما يزال المرضى يجعلونك عصبية؟

كارول: نعم وكذلك رئيسي في العمل.

كارول: إنه يجعلني عصبية للغاية ولذلك فإنني أخافه.

دكتور فولبه: لماذا؟ هل استمر في جعلك عصبية؟ هل لأنه يصرخ طول الوقت وما إلى ذلك؟

كارول: إنه لا يصرخ في أنا، لكنني كنت أخاف دائماً أن ذلك سوف يحدث لي.

دكتور فولبه: إنني أفهم، ومن أيضاً يخيفك.

كارول: الرجال إذا خرجت معهم.

دكتور فولبه: ماذا عن الرجال الذين يدخلون في المكان الذي تعملين فيه، مثل طلاب كلية الطب على سبيل المثال؟

كارول: نعم، إنهم يخيفونني أيضاً.

دكتور فولبه: إذن هم يخيفونك؟ ولكن كيف؟

كارول: إننى أخاف من الطريقة التى أتصرف بها، إن عصبيتى سوف تظهر من خلالها «أى من خلال سلوكى معهم».

دكتور فولبه: حسناً، هذا ما يحدث أثناء وجودك بالعمل، هل هناك شىء يخيفك عندما تكونى خارج العمل؟

كارول: مجرد الخروج، إننى أخاف - كما تعرف - من أنهم سوف يلاحظون الطريق الذى أسير فيه، إننى أخاف أن التقط شيئاً لأننى أخشى أن أهتز، وسمى مشدوداً لأعلى، إننى أخاف أن أنظر إلى الناس مباشرة وجهاً لوجه.

دكتور فولبه: هل تخافين فقط من النظر فى وجه الشخص الذى يكون معك أو أى شخص؟

كارول: نعم أى شخص.

دكتور فولبه: لذلك فإن النظر إلى الشخص وجه لوجه يزيد من عصبيتك؟

كارول: نعم.

دكتور فولبه: افترضى أنك تمشين فى الشارع وكان هناك مقعداً عبر الطريق يجلس عليه بعض الناس فى انتظار وصول الأوتوبيس، وكان هؤلاء الناس ينظرون بغموض عبر الشارع، هل تكونى مدركة لوجودهم؟

كارول: بالطبع، نعم.

دكتور فولبه: حتى لو كانوا لا ينظرون إليك على وجه الخصوص؟

كارول: نعم.

دكتور فولبه: الآن افترضى أننا أبعدهنا الناس جميعاً أو افترضى أنك تسيرين بمفردك، لنقل فى منتزه وليس هناك أى أحد آخر على الإطلاق، هل تكونى عندئذ مستريحة تماماً؟

كارول: نعم.

دكتور فولبه: حسناً، ماذا عن وجود أشخاص آخرين في البيت؟

كارول: لا يضايقني وجود أشخاص في البيت؟

دكتور فولبه: هل تستطيع أمك أن تنظر إليك متى أرادت؟

كارول: نعم إن هذا أمر سخيف حين نتحدث عنه، ولكن....

دكتور فولبه: هذا ليس من السخف، إن هذه هي الطريقة التي تتطور بها الأشياء.

كارول: نعم، إنني أعرف ذلك.

دكتور فولبه: ومن أيضاً يستطيع النظر إليك دون أن يضايقك ذلك؟

كارول: كل أفراد أسرتي.

دكتور فولبه: من هم أفراد أسرتك؟

كارول: أبي، أمي، أختي، وجدتي.

دكتور فولبه: بالإضافة إلى هؤلاء الناس هل هناك آخرون يستطيعون النظر إليك

دون أن يسببوا لك إزعاجاً؟

كارول: لا.

دكتور فولبه: ماذا عن طفل صغير؟

كارول: لا، هذا لا يزعجني؛ وكذلك الشخص المسن لا يزعجني.

دكتور فولبه: ماذا عن ولد «صبي» في الرابعة؟

كارول: لا، إن ذلك يحدث عندما يصل هؤلاء إلى سن المراهقة.

دكتور فولبه: في أي عمر يبدأ الأطفال في مضايقتك.

كارول: وهم في المراهقة «أي في العشرينات من أعمارهم».

دكتور فولبه: إنني أعتقد أن الولد في الثانية عشر لا يكون سيئاً مثل الولد في

الثامنة عشر.

كارول: لا.

إن الحوار السابق يوضح الحذر الذي يجب أن يؤخذ للحصول على التفاصيل الدقيقة الخاصة بالمواقف التي تسبب الإزعاج، لقد علمت من خلال طرح الأسئلة أن هذه الفتاة منذ أن كانت في الرابعة عشر كانت قلقة جداً تحت وطأة إمعان النظر من جانب الأعراب؛ وكان ذلك يحدث بشكل أكثر إذا كانت تقوم بعمل شيء أمامهم، لقد ازدادت حساسيتها مع مرور السنوات لدرجة أنها كانت قلقة حتى عندما أحست أنها مراقبة مصادفة؛ على سبيل المثال، أثناء سيرها في الشارع، لقد كانت تتأثر بمتابعة الرجال أكثر من تأثرها بمتابعة النساء، خاصة عندما يكون هناك عبارات غرام، وكان القلق يزداد عند تلاقى العيون، إن الناس الوحيديين الذي كانوا ينظرون إليها وتشعر بالراحة هم أعضاء أسرتهما، والأطفال الصغار، وكذا الطاعنين في السن من الناس «الشيوخ»، لقد كانت هناك علاقة واضحة بين عمر أو سن الشخص الآخر وشدة أو حدة كربها وارتباكها.

لقد تم الكشف عن أشكال أخرى للقلق الذي لم تكن هناك ضرورة أو «حاجة» له في مقابلات أخرى، مثل شدة الحساسية للنقد *Oversensitivity to criticism* لقد تم تحييصها بحذر مائل، في حين أنه من الأهمية بمكان أن نلاحظ أن إقرار كارول المبدئي بأنها كانت عصبية طول الوقت «All the time» كان مبالغ فيه؛ فلم يكن لديها قلق حر غير ثابت.

إن العلاج الذي يستخدم في التخلص من الخوف من نظر الأشخاص الغرباء هو إزالة الحساسية المنظم *Systematic desensitization* ولكن نظراً لأنني غريب فإن وجودي سوف يزيد من قلقها، لذلك لم يكن أسلوب إزالة الحساسية المتعارف عليه ملائماً، ففي حالة كارول قام المعالج بتسجيل أوصاف المناظر المزعجة لها على نحو متزايد، كما أنه علم المريضة الطريقة التي تسترخي بها في مراحل متدرجة في المنزل وبالفعل استرخت المريضة في المنزل وأعدت وصف كل منظر مسجل مرة ومرات حتى توقف من إزعاجها، وهي تقوم بهذا مع كل منظر في تتابع وفقاً لنظام صاعد للقلق وللإزعاج وذلك كما سبقت الإشارة في فصل لاحق عن التحصين التدريجي أو سلب الحساسية بشكل منظم.

وما دمننا بصدد الحديث عن سلب الحساسية بشكل منظم، فإنه من الجدير بالذكر أن «فولبه» يحدد ثلاث خطوات لتحقيق التحسين التدريجي ضد المثيرات الباعثة على القلق وذلك على النحو التالي:

الخطوة الأولى: تحديد مستويات التدرج الهرمي لمثير القلق أو ما يمكن أن نطلق عليه مدرج القلق - Anxiety Stimulus Hierarchy.

ففي البداية يجرى تحديد المواقف التي تستدعي استشارة وإحجاماً انفعاليين باعثن على الضيق، وذلك بواسطة إجراءات القياس المفصل الذي يتم عادة من خلال المقابلات، وبصرف النظر عن موضوعات القلق، فإن كل موضوع منها يجرى علاجه على نحو منفصل، فبالنسبة لكل موضوع من موضوعات القلق يحدد الشخص درجة أو مرتبة المثيرات المرتبطة به وفقاً لمستويات التدرج الهرمي لشدة المثيرات؛ فتتراوح من أكثر الأحداث شدة إلى أقلها شدة من حيث استثارة القلق، فمدرج القلق الذي يتبعه المعالج السلوكي هو قائمة المواقف المثيرة التي يستجيب لها المريض بكميات متدرجة من القلق، فالبند الأكثر إزعاجاً يوضع على رأس القائمة، بينما الأقل إزعاجاً يوضع في نهايتها، والمعطيات الخام اللازمة لمدرج ما يمكن الحصول عليها بطرق مختلفة، فتاريخ حياة المريض كثيراً ما يكشف عن كثرة من المواقف التي يستجيب لها بانزعاج ليس له ما يبرره.

ويمكن الكشف عن المزيد من مجالات الإزعاج عن طريق مراجعة إجابته على استبان أعدده «فولبه» ثم يكلف المريض - كواجب منزلي - بأن يعد قائمة بكل شيء يخطر بباله يمكن أن يزعجه، يضايقه، يخرجه على أي نحو وعندما يجد المعالج نفسه في نهاية الأمر في مواجهة ما يتراوح تقريباً من عشرة إلى مئة من البنود المتباينة، يتعين عليه أن يتمعن فيها ليرى ما إذا كانت تنتمي من حيث الموضوع إلى صنف واحد أو أكثر، فإن كان هناك أكثر من موضوع للخوف يتم تجميع البنود الخاصة بكل صنف على حدة، وعندئذ يعطى المريض قائمة الأصناف الفرعية، ويطلب منه أن يقوم بترتيب بنود كل صنف منها على نحو تنازلي، تبعاً لدرجة الإزعاج التي يمكن أن يشعر بها عند تعرضه لكل بند من هذه البنود.

والقائمة عندما يعاد ترتيبها على هذا النحو -تشكل المجموعات الدرجية Hierachal Series التي سوف تستخدم في العلاج ويمكن بالطبع عمل تعديلات أو إضافات بعد ذلك.

الخطوة الثانية: التدريب على الاستجابة المضادة، أو التدريب على الاسترخاء.

بعد تحديد وترتيب مستويات المثيرات الباعثة على القلق، يصبح من الضروري تزويد الشخص بالاستجابات التي يستطيع استخدامها فيما بعد لكي يكف قلقه، وتوجد أنماط سلوكية تتعارض مع القلق، ولذلك يفضل «فولبه» استخدام استجابات الاسترخاء لأنه يمكن تعلمها بسهولة، وأنها دائماً ما تكون متعارضة مع القلق، فلا يستطيع أحد أن يكون في حالة استرخاء وقلق في آن واحد، ولذلك يساعد المعالج المريض على تعلم الاسترخاء عن طريق تعليمات محددة، ويستطيع معظم الناس أن يتعلموا كيف يسترخون من خلال جلسات قليلة، والمشكلة الرئيسية هي أن يتعلم الشخص أن يسترخى بالنسبة للمثيرات التي تستدعي القلق، وهذا ما يجري محاولته في الخطوة الثالثة.

الخطوة الثالثة: ربط مثيرات القلق بالاستجابات المضادة، وهي المرحلة الحاسمة -مرحلة الاشتراط المضاد- وفيها تجري مساعدة المريض على الاسترخاء بعمق، بينما يقدم إليه أقل المثيرات استدعاءً للقلق من بين مستويات المثيرات التي جرى ترتيبها هرمياً في المرحلة الأولى، وعادةً ما يتم وصف الحدث المثير بطريقة لفظية، أو تقديمه في شكل رمزي «في صورة»، بينما يكون المريض في حالة استرخاء وهدوء عميقين (فيولا البلاوي، ١٩٨٢م: ٥٠٩-٥١٥).

وبعبارة أخرى تحاول إجراءات فنية التحصين التدريجي، استدعاء استجابات قوية مضادة للقلق، كالإسترخاء، مرهونة بوجود مثيرات باعثة على القلق بدرجة خفيفة، حتى تستطيع الاستجابة المضادة -جزئياً على الأقل- أن تمنع استجابة القلق،

ومن ثم يصبح الارتباط بين المثير المنفر والقلق ارتباطاً ضعيفاً، بينما يقوى ارتباط المثير مع استجابة الاسترخاء.

ثانياً: التحليل الأول لحالة خوف من الإغماء

Initial analysis in a fear of fainting

كانت إيلين Eileen ربة بيت في الأربعين من عمرها، وكان يهيمن على حياتها خوف من الإغماء، وقد تم الكشف عن العوامل التي تحكم خوفها خلال المقابلة التالية، كما تم الكشف أيضاً عن المخاوف الاجتماعية المرتبطة بالخوف من الإغماء، (كما وجدت مخاوف أخرى لا مبرر لها غير مرتبطة بالخوف من الإغماء وذلك في المقابلات اللاحقة).

دكتور فولبه: ما هي مشكلتك؟

إيلين: خوف من الإغماء.

دكتور فولبه: منذ متى يتتابك هذا الخوف؟

إيلين: منذ أن كنت في السابعة عشر.

دكتور فولبه: هل أغمى عليك من قبل؟

إيلين: لا، هذا شيء سخيف، فلم يحدث من قبل أن أغمى على.

دكتور فولبه: هل تتذكرين كيف بدأ هذا الخوف من الإغماء؟

إيلين: لقد كانت الحادثة «الواقعة» الأولى -عندما كنت في السابعة عشر- في كنيسة أثناء صلاة عيد الفصح Easter service، لقد شعرت بالدوار وتركت الصلاة، وبعد ذلك كنت خائفة من أن يحدث ذلك مرة ثانية وأتذكر أن والدي أخذاني إلى طبيب الأسرة، ولكنه لم يجد شيئاً بعد العديد من الفحوصات، وأخيراً تم التشخيص بأن اللوزتين تسببان مشكلات في الأذن الداخلية، وقد تم استئصال اللوزتين ومع ذلك استمر هذا الخوف.

دكتور فولبه: هل يتتابك الخوف من الإغماء طول الوقت «دائماً»؟

إيلين: ليس بشكل كلي فإذا كنت في الكنيسة أو في اجتماع أتأكد دائماً أنني قريبة من الباب.

دكتور فولبه: حسناً، هل هذا يعنى أن الخوف من الإغماء يتتابك فقط في المواقف العامة مثل الوجود في الكنيسة؟

إيلين: نعم، على وجه العموم.

دكتور فولبه: هل لا يتتابك الخوف من الإغماء وأنت في البيت؟

إيلين: نعم لا أشعر بالخوف من الإغماء طالما كنت بالبيت.

دكتور فولبه: وماذا عن وجودك بمنازل أصدقائك.

إيلين: إننى أَلعب البريدج-^(١) Bridge في منازل أصدقائي قليلاً، وأحياناً أشعر بعدم الراحة.

دكتور فولبه: ما هى تلك الأوقات؟

إيلين: أنا لا أعرف كيف أفرق بين الأوقات التى أشعر فيها بالراحة، والأوقات التى أشعر فيها بعدم الراحة.

دكتور فولبه: هل تستطيعين أن تذكري لى أى ظروف قد تحدث في منازل لأصدقائك وتجعلك تشعرين بعدم الراحة؟

إيلين: فى الواقع، لا أستطيع.

دكتور فولبه: حسناً، كيف تتخيلين حدوث هذا الإغماء؟:

إيلين: نظراً لأننى لم يغم على من قبل؛ فمن الصعب أن أتخيله فأحياناً أشعر بالضعف، وتبدأ ركبتي فى الاهتزاز قليلاً وتتصب يداي عرقاً.

(١) البريدج Bridge: لعبة من ألعاب الورق.

دكتور فولبه: وماذا يمكن أن يحدث بعد ذلك؟

إيلين: إننى لا أعرف حقًا، أعتقد أننى سأسقط، إننى أفكر فى الطريقة التى بدأت بها، أذكر أننى عندما كنت فى الخامسة أجريت لى عملية جراحية فى إحدى عيني وفى تلك الأيام لم يسمح لوالدى بالدخول إلى المستشفى، إننى لم أخبرك عن هذه العملية مسبقًا.

دكتور فولبه: نعم.

إيلين: وأذكر أننى كنت فى المستشفى مرعوبة جدًا وبعد ساعات قليلة قال لى أحد الأولاد، أوه! هذه الثياب تعنى أنه سوف تجرى لك جراحة. عندئذ تذكرت الإثير^(١)، أحيانًا يكون ذلك الإحساس، إننى أرفض حقن البنج أو غيرها على الرغم من أننى ولدت أربعة أطفال.

دكتور فولبه: حسنًا، ماذا حدث لك عندما أخبرك هذا الولد بأنك سوف تجرى لك عمية جراحية؟

إيلين: أصابنى رعب تام؛ أنت تعرف أنه فى تلك الأيام لم يكن هناك حقن مخدر قبل الدخول إلى حجرة العمليات.

دكتور فولبه: وعندما استقبلوك فى المستشفى ألم يخبروك بأنه ستجرى لك عملية جراحية؟

إيلين: لا.

دكتور فولبه: عندما أخبرك هذا الولد هل انتابك هلع تام؟

إيلين: نعم.

دكتور فولبه: إذن متى انتابك هذا الهلع بالضبط؟

إيلين: انتابنى عندما كنت فى حجرة التخدير، إننى أتذكر الزجاجات التى كانت

(١) الإثير Ether: سائل سريع الالتهاب يستخدم كمخدر.

على الأرفف، كما أتذكر عندما طلبوا منى أن أتففس فى جهاز «شىء ما».

دكتور فولبه: هل قاومتى؟

إيلين: لا أعرف.

دكتور فولبه: هل ماعرفته عن طريق السمع كان صائبًا وأنتك تتذكرين تلك

الخبرات بطريقة تشبه الإحساس الذى يتتابك هذه الأيام؟

إيلين: نعم.

دكتور فولبه: من أى ناحية؟ أعنى من أية وجهة؟

إيلين: إنه إحساس بالتحول إلى كائن من ثلج، ودوار خفيف وربما تصبح

الأصوات التى أسمعها أعلى.

دكتور فولبه: لقد قلنى منذ بضع دقائق مضت أنك أحيانًا تبدأين فى إصدار

استجابات أو ردود فعل، فتهتز ركبتيك، وتتصبب يديك بالعرق.

إيلين: نعم.

دكتور فولبه: ما هى الأحاسيس الأخرى التى تتتابك؟

إيلين: إحساس بدوار خفيف فى الرأس.

دكتور فولبه: حسنًا، هل هذا الإحساس يشبه خبرة الرعب التى مررت بها عندما

كنت فى الخامسة من عمرك؟ أم أى شىء آخر؟

إيلين: نعم، إنه ليس مجرد دوار؛ إنه إحساس بأن الأشياء تعلقو وتنخفض وإننى

لا أعرف كيف أشرحها.

دكتور فولبه: حسنًا، وهل أحسستى بدوار وأنت فى السابعة عشر عندما كنت

تؤدين صلاة عيد الفصح؟

إيلين: نعم.

دكتور فولبه: متى أحسستى بالدوار مرة أخرى؟

إيلين: فى بعض هذه المواقف العامة.

دكتور فولبه: أتعنى أنك إذا ذهبتى إلى حجرة مزدحمة فإنك ستشعرين بدوار؟

إيلين: نعم، لكن عندما أكون قريبة من الباب أشعر بأننى بحالة جيدة.

دكتور فولبه: هل عندما تشعرين بدوار تعتقدين أنك قد تفقدين الوعى؟

إيلين: نعم.

دكتور فولبه: هل تشعرين دائماً بالخوف دون إحساس بدوار؟

إيلين: أوه نعم، كل صباح عندما أفكر فى جدول أعمالى هذا اليوم.

دكتور فولبه: حسناً.

إيلين: أليس ذلك فيه شىء من السخف؟

دكتور فولبه: كلا، إنها عاداتك فحسب، عندما تفكرين فى جدول أعمالك هذا

اليوم فيما تفكرين حقاً؟ هل المواقف المحتملة هى التى قد تشعرك بالتعرض للخطر

إلى حد ما؟

إيلين: هذا صحيح تماماً.

دكتور فولبه: هل تستطيعين أن تخمنى ماذا هنالك عن الجمهرة «الزحام» التى

تسبب الخطر من وجهة نظرك؟

إيلين: فقط، عندما أشعر أنه لا سبيل للهروب من هذا الخطر.

دكتور فولبه: بالإضافة إلى الازدحام، هل هناك أى مواقف مخيفة أخرى؟

إيلين: أوه، أحياناً قيادة السيارة مع الجيران عندما أحل محل الأطفال، فأنا أكون

بخير عندما أكون فى السيارة بمفردى.

دكتور فولبه: هل يتتابك دائماً خوف من أنك قد تفقدين الوعى فى مثل هذه

المواقف؟

إيلين: نعم.

دكتور فولبه: هل هناك أى مواقف أخرى؟

إيلين: فى نادى السباحة عندما يكون هناك أناس آخرين حولى يغوصون.

دكتور فولبه: هل تعتقدين حينئذ أنك قد تفقدين الوعى؟

إيلين: نعم هناك مرة أخرى.

دكتور فولبه: هل هذا الخوف من الإغماء هو المشكلة الكبرى من حيث الأهمية

فى حياتك؟

إيلين: أكاد أن أؤكد لك ذلك.

دكتور فولبه: ماذا لو اختفت هذه المشكلة؟

إيلين: أوه، سوف يكون ذلك رائعاً.

لقد كان واضحاً جلياً أن السيدة إيلين لديها نوعان من الخوف، ففي المقام الأول لديها خوف من الازدحام -أو بشكل أدق- خوف مرتبط باقتراب الناس الغرباء الذين ليسوا من عائلتها، وهذا هو أكثرهم سوءاً، فقد كانت تشعر بتحسن وهى بجوار الباب نظراً لأنها تستطيع الهروب، فى المقام الثانى تضمن هذا الخوف عدداً من الأعراض -خصوصاً الدوار- التى سببت التهديد بفقدان الوعى والذى كان مزعجاً فى حد ذاته، لقد اتضح أخيراً أن إيلين كانت تخاف أيضاً من أن يراها الأشخاص الغرباء وهى فاقدة الوعى -أو وهى لا حول لها ولا قوة- وهذا يخالف حالة أليس Alice التى سبقت الإشارة إليها، حيث أن خبرة التخدير تعتبر حقيقية فى حال مقارنتها باستجابات القلق لدى إيلين.

وفى مقابلات تالية أخرى مع إيلين، ومع اتساع شبكة استكشاف البحث عن مزيد من المخاوف تم تحديد مجالات أخرى للخوف الذى لا مبرر له؛ على سبيل المثال، منظر الجروح أو الناس وهم فى حالة إغماء، وكان العلاج المستخدم فى كل

هذه المجالات هو إزالة الحساسية المنظم، وقد تم شفاؤها تماماً فى ستة عشر جلسة، وبذلك انتهى العلاج.

وبعد مرور أربعة أشهر كتبت إيلين بأن أنشطة معينة أصبحت -منذ علاجها- سهلة تماماً لأول مرة، ومن بين هذه الأنشطة قيادة السيارة بصحبة الأطفال أينما أرادوا الذهاب بغض النظر عن نقاط المرور أو عدد مرات الوقوف عند إشارات المرور؛ وكذلك شراء الطعام دون أن يصحبها زوجها، والمشى بدلاً من قيادة السيارة للمحال القريبة؛ وكذا الذهاب لتناول العشاء بالخارج، أو مشاهدة مباريات الكرة، بيد أنها ما زالت تعاني من خوف طفيف عندما تتسوق فى محلات بها أقسام كبيرة وكذا عندما تحضر اجتماعات موسعة بالمدرسة، وبعد مرور سنة أعلنت أنها لم تعد تنزعج تماماً من أى من هذه الأمور القديمة؛ إن هذا ليس بالأمر الغريب، نظراً لأن المخاوف الباقية كانت ضعيفة بدرجة كافية لكى تنافسها «تقللها» العواطف والانفعالات التى تنشأ فى مواقف الحياة اليومية.

ثالثاً: بعض التعقيدات المصاحبة لتحليل الانفعال

Some complexities of emotion analysis

لقد رأينا فى المقابلات التشخيصية مع كل من كارول وإيلين كيف تم تحديد مصادر القلق لديهما وكيف تم توضيح مجالات القلق العامة لدى كل واحدة منهما فى المقام الأول؛ ومع ذلك فإن المصادر الحقيقية للخوف أو الاضطرابات السلوكية الأخرى تختلف تماماً عن مصادر الخوف التى تظهر على الشخص المريض فى بداية الأمر، وهو خوف تمت إثارته فى سياق خاص، وربما ظهر هذا الخوف عن طريق ظروف مصاحبة له لا بسبب حدوثه فى سياق معين مما يسميه البعض خوف من الطيران الذى ربما يكون فى واقع الأمر خوف من الإنحصار داخل الطائرة -وهذا الخوف ربما يحدث أيضاً فى الأماكن الضيقة الأخرى مثل المصاعد الكهربائية أو الحجرات الصغيرة، وبالمثل فإن الوحدة لا تكون مخيفة فى ذاتها، ولكن تكون فقط -المصدر الحقيقى للخوف- أعنى الخوف من السكون التام، أو الخوف من إمكانية وجود أشخاص متطفلين وما إلى ذلك.

أضف إلى ما سبق أن التشابه المادى «الفيزيقي» لا يؤدي عادة إلى تحريك مشيرات الخوف التي تتجمع معاً في المدرج نفسه «الترتيب» الهرمي^(١)، فقد تتجمع الدوافع إلى الخوف أحياناً لا بسبب ملامح عامة مثل الارتفاع أو اللون ولكن لأن مصادر الخوف تثير الإحساس نفسه، فالإحساس بالانحصار -سالف الذكر- يحدث لشخص ما يجد نفسه محاصراً داخل حجرة صغيرة أو عند محاولة التخلص من أحد أظافره المتعذر إزالته أو عن طريق الرقود على سرير صغير الحجم جداً، وهذه الأشياء الثلاثة لا تشبه بعضها من حيث الطبيعة، ولكن كل منها تزيد من شعور المريض بالانقباض، والذي يسبب القلق لدى المريض، وهكذا نجد أن المريض وهو فى حالة من القلق من خلال إحساسه بالانقباض والإعاقة؛ يستجيب للعالم الخارجى ولكن بطريقة غير مباشرة.

جدير بالذكر أنه فى دراسة أنواع معينة من المخاوف يكون عادة المصدر الحقيقى للقلق مبهم فى معظم الأحيان؟ ومرضى الخوف من الأماكن المفتوحة أو المرضى الذى يشيع بين ربات البيوت «House wives disease» هو أفضل مثال لذلك فكلمة «Agoraphobia» ذات الأصل اليونانى التى تعنى الخوف من ساحة السوق. كما تعرف كلمة Agoraphobia بمعناها الشائع بالخوف من الأماكن المفتوحة^(٢)، ولكنها تعرف بالخوف من الابتعاد عن صديق يبعث على الشعور بالأمن موثوق به ويتعلق خوف الفرد بدرجة ابتعاده عن المكان الذى يشعر فيه بالأمان، وعادة يكون

(١) انظر الخطوات الثلاث لتحقيق التحصين التدريجى السابقة الإشارة إليها.

(٢) خواف الأماكن العامة، أجورافوبيا Agoraphobia اضطراب يتضمن القلق ويتميز بالخوف من أن يبقى الفرد وحيداً أو فى مكان عام «أماكن الزحام، الأنفاق، الكبارى، المصاعد الكهربائية، وسائل النقل العامة»، حيث يكون من الصعب على الفرد أن يهرب أو أن يتلقى المعونة والمساعدة إذا احتاجها، وهذا الاضطراب يمكن أن يحدث مصحوباً بنوبة هلع حادة، أو بدون نوبات ألم أو هلع حادة، ولكن فى هذه الحال الأخيرة قد تصبح الأنشطة العادية أكثر تحديداً وانحصاراً فى الوقت الذى يزداد فيه سلوك الخوف والتجنب حتى يصبح سلوكاً مسيطراً على حياة المريض (جابر كفافى، ١٩٨٨م، ج١: ١٠٤).

بيته أو عند صديق موثوق به، ويوجد أحياناً عدد من الأشخاص الذى نثق بهم، وهم عادة من الأقارب والأصدقاء.

ولو أن الطبيب المعالج وافق على وجود هذه المخاوف فى قيمة ظاهرية، فسوف يكون بمقدوره إزالة حساسية المريض من أجل زيادة مدة ومكان العزلة، كما يمكن للمعالج أن يقوم بمحاولة من أجل كسر حاجز الخوف وذلك بأن يجعل المريض وهو فى حالة استرخاء عميق يتخيل نفسه مثلاً معزولاً عن بيته بحوالى خمس ياردات، ثم عشر ياردات، ثم عشرين ياردة، وهلم جرا، والحقيقة هى أن هذا الأسلوب لن ينجح غالباً، لأن حوالى من ١ إلى ١٥٪ فقط من الخواف من الأماكن المفتوحة تنتج فى البداية من خوف المريض من العزلة.

وتوضح نتائج البحوث والدراسات أن الأساس الحقيقى للخوف لدى معظم حالات الخواف من الأماكن المفتوحة ينتج من مصدر آخر بعيد، فمثلاً ربما نجد أن الشخص المريض يخشى بطريقة مبالغ فيها وغير واقعية، بعض المصائب الجسدية مثل الإصابة بالنوبة القلبية التى تخطر بباله عندما يشعر بألم فى صدره، وسبب خوفه من الابتعاد عن بيته يكمن فى أنه إذا أصابه ألم الآن فلن يكون قادراً على طلب النجدة فى الحال، والواضح أنه إذا عاجلنا خوف هذا الشخص من الأماكن المنعزلة بتحصيله على أن يتخيل نفسه يستعد تدريجياً من منزله، فإننا نضل السبيل، فهو يخشى من ابتعاده عن منزله، ولكن هذا الوضع يعتبر حالة استثنائية، ويجب أن يوجه العلاج إلى إصابات القفص الصدرى، ويجب أن يقتنع المريض أولاً بأنه غير مصاب بأى مرض قلبى أو صدرى.

فإذا كان المريض لا يزال يشعر باستجابات القلق وردود أفعاله نتيجة لآلامه، يجب أن يحصن ضد ذلك، وفى معظم الحالات فإن الأسلوب الأمثل لتحصيل المريض هو أن نجعله وهو مسترخ استرخاء تاماً يتخيل هذا النوع من الألم فى موضع بعيد عن القفص الصدرى مثل المنطقة السفلى من البطن وبعد ذلك يقترب تدريجياً من موضعه بالقفص الصدرى.

تجدد الإشارة إلى أنه فى حالات أخرى من الخواف المرضى من الأماكن المفتوحة،

يرفض المريض أن يغادر بيته لأنه يخاف من بعض الناس أو الأشياء التي من المحتمل أن تصادفه في العالم الخارجي - كالمعتوهين. والسيارات. ورجال البوليس، أو الناس ذوو المظهر المخيف مما يجعله يعتقد أنه مهدد بأن يهاجمه شخص من الخلف ويحاول خنقه بقصد السلب.

أضف إلى ما سبق أن أكثر أنواع الخواف المرضى من الأماكن المفتوحة شيوعاً توجد لدى النساء اللاتي يكن تعيسات في حياتهن الزوجية مما يجعلهن يشعرن بقلّة الحيلة وعدم الثقة بأنفسهن؛ فيكون عندهن انخفاض في «الاكتفاء الذاتي» أى يكون من الصعب عليهن أن يدافعن عن أنفسهن وفى الواقع يتطور الإحساس بالخوف من العزلة لديهن فى نهاية سلسلة معقدة من الأحداث فى تاريخ الحياة الزوجية والاجتماعية لهذه المرأة، فهى دائماً تفقد شجاعتها بسهولة. ولا تشعر إطلاقاً بأنها قادرة على صنع القرارات الخاصة بها أو مواجهة الناس؛ فهى ربما تزوج زيجة غير ملائمة من أجل أن تجد شخصاً تعتمد عليه وهذه الظروف تجعل الاختيار السيء للزوج أكثر احتمالاً، وبمرور الأيام تصبح الزوجة أكثر استياءً من الزواج، وتفشل جهودها فى إصلاح الأمر، وينمو لديها رغبة فى التخلص من هذا الزواج، ولكنها لا تتخذ أى إجراء فعلى، وشعورها الدائم بالحاجة يجعلها تخاف من التراجع والانسحاب من مأوى الحياة الزوجية حتى ولو كانت تشمئز منه، وبالتالي تخشى أيضاً انتقادات والديها وأصدقائها وأقاربها لها إذا حاولت إنهاء حياتها الزوجية، ومع ذلك تحلم بالتححرر من أغلال هذا الزواج ولسوء الحظ نجد أن هذه الصورة المغرية تثير أيضاً مخاوفها، ونظراً لأنها تنغمس مراراً وتكراراً فى الأوهام فيلتحق بهذه الأوهام مزيداً من المخاوف، ويتضاءل أملها فى الانفصال شيئاً فشيئاً وعندما يزداد قدر الخوف يصبح أكثر تعميمياً فينتشر من صورة الانعزال فى اتجاه اجتماعى ليصبح فى شكل خواف من الوجود فى الفضاء «أى الأماكن المفتوحة».

كما يمكن القول أن الخوف المرضى من الأماكن المفتوحة عند هؤلاء النساء ومنهن هذه السيدة بطريقة أخرى وأكثر شيوعاً كما يلي: إنها دائماً تكون فى حالة من القلق البالغ وفى ذات يوم بينما كانت تقود سيارتها شعرت بالدوار والخفقان أو الوجيب P palpitations خفقان القلب بقوة وسرعة، هذه الأعراض تجعل أى شخص قلق قليلاً، ولكن عندما يضاف هذا القلق إلى معدل القلق المرتفع الموجود بالفعل فربما تبلغ الحالة إلى درجة من الذعر، ويتحد هذا الذعر مع ظروف ابتعادها عن المنزل، وتصبح تجربة ابتعادها عن المنزل مثيرة للذعر وعندما تبتعد عن البيت، يزداد رد فعل «استجابة» الذعر لديها أوتوماتيكياً أو قد يزداد الأمر سوءاً من حيث التكرار، وبذلك تقل تدريجياً المسافة التى تشعر عندها بالراحة.

إن الإحساس بالعزلة -بطريقة أو أخرى- يعتبر بمثابة حلقة الوصل النهائية فى سلسلة من الأحداث ذات القوة الانفعالية، ولكى نعالج فقط القلق الذى ينتج من العزلة فسوف نترك المريضة مع محاولها الأساسية فهى تعانى من خوف من العزلة ولكن يجب أن تعالج شبكة أو مجموعة المخاوف الأصلية، فإذا تمت إزالة الخوف من الأماكن المفتوحة بصورة متكررة فإن البقعة «الضعيفة» الأصلية، وهى عدم الاكتفاء الذاتى يمثل عجزاً واضحاً يبدو فى مجازاة الآخرين بما فى ذلك زوجها، ولذلك فمن الضرورى حقاً أن نقهر هذا الفشل، ولذلك فإن التدريب التوكيدى يكون عادة مقوم حيوى للعلاج النفسى وفى حالة الخوف المرضى من الأماكن المفتوحة كما فى أمراض أخرى كثيرة يتضح من البداية أن القلق يكون هو جوهر المشكلة، والمهمة الرئيسية لتحليل الانفعال هى أن تحدد مصدر القلق ولكن بطريقة صحيحة ومع هذا فإن كثيراً من الناس لا يضعون القلق بين شكواهم، إلا أن عملية تحليل الانفعال توضح لنا بدقة تامة أن القلق متأصل عندهم، ومن بين الأمثلة الشائعة حالات العجز الجنسى، التأتأة، الصداع الناتج عن التوتر وأنواع معينة من الربو والاكتئاب.

ولنأخذ مثلاً حالة التأتأة^(١)؛ فإذا سألنا الطفل والفرد المصاب بالتأتأة أو التهتهة فسوف يجيب دائماً بالرفض، ومن المحتمل أن يكون حديثه رأياً غير متصدع مع أسرته في المنزل، ولكنه يتأنيء أو يتهتهه باستمرار في ظروف اجتماعية خاصة، كما في جود الغرباء مثلاً ويوضح المزيد من الأسئلة التي توجه إلى مثل هذا الشخص تفاصيل العوامل المسيطرة على المريض، هل تزداد تأتأة المريض في حديثها إذا كان هناك شخص آخر غير مألوف للمريض؟ وهل يعتمد ذلك على عدد الغرباء الحضور «الحاضرين»؟ وعلى عمرهم وجنسهم؟ وعلى منزلتهم ونفوذهم؟ وعلى مدى صداقتهم له أو عدوانيتهم، وما إلى ذلك من أسئلة، وتوجد دائماً علاقة بين المريض بالتأتأة وكم القلق الذي يثيره الموقف: فكلما زاد القلق، زادت حدة المرض «التأتأة»، ويتبع ذلك أن العلاج الذي يضعف استجابة القلق عند وجود الأعراب سوف يضعف المريض نفسه، وهذا ما يحدث تماماً، ففي حالات عديدة، لا نحتاج لعلاج إضافي، ومع ذلك فإن الكلام الذي يصاحبه تردد والذي لا ينتسب إلى القلق يكون موجوداً أيضاً في حالات أخرى، ويجب أن يعالج باستخدام إجراءات التدريب الصوتي وإعادة هذا التدريب.

وكما لاحظنا في مواطن سابقة من هذا الكتاب أنه في حين تعزى معظم المخاوف العصبية إلى اشتراط انفعالي مباشر، نجد أن أنواع أخرى منها تنتج عن معتقدات

(١) التأتأة: Stuttering

تكراراً للأصوات والمقاطع، أو الكلمة، وإطالة لها مع تردد وانقطاع يعوق التكلم فهو اضطراب في إيقاع الكلام، ويحدث الاضطراب عند حوالي واحد في المائة من الأطفال، ونسبة الحالات الخفيفة عادة على نحو تلقائي؛ أما الحالات المزمنة فتتفاقم في المواقف التي تتطلب تواصلًا، ويستخدم لفظ تهتهة stammering كمرادف للفظ تأتأة، والتهتهة أو التأتأة نوعان:

تأتأة تهتهة أولية Primary stuttering وهي تقلصات أو تشنجات عصبية عضلية، واختلال في طلاقة الكلام أو النطق عند الأطفال الصغار دون أن يصحب ذلك حركات الوجه أو الجسم التي لا علاقة لها بالكلام ومع عدم الوعي بالكلام أو القلق بشأنه، تأتأة أو تهتهة ثانوية Secondary stuttering وهي التشنجات العضلية العصبية وعسر الطلاقة اللغوية المصحوب بالقلق والحركات التي اعتاد عليها الفرد، وتستر أو تحجب أو تغير إعاقات الحديث.

خاطئة ولذلك يمكن القول أن الوظيفة المهمة لتحليل السلوك هي أن يحدد بالنسبة للحالة الفردية ما إذا كان الخوف ناتجاً عن تفكير خاطئ أو إذا كان هذا الخوف عادة انفعالية متعلمة عن طريق الاشتراط.

فأحياناً ما يسهم كل من الاعتقاد الخاطئ والاشتراط الانفعالي في إحداث الخوف نفسه، كما توضح الحالة التالية:

لاحظت بيجى - Peggy، وهي محاسبة فى الخامسة والثلاثين من عمرها، أن بعض البثور الحمراء Red pimples قد انتشرت وتناثرت على صدرها وكتفها، لم تهتم بها فى البداية، لكنها بعد أيام قليلة قرأت بالصدفة مقالة فى «Reader's Digest» عن مرض جلدى ميمت يسمى «الحمى الجلدية» Lupus erythematosus، وأقنعت نفسها أن ذلك هو سبب البثور، وبعد عدة أسابيع من رعب هذا البلاء أوصاها الطبيب بالمجيء إلى عيادتي «أى عيادة فولبه».

يقول د. فولبه بعد أن سمعت قصتها، أرسلتها فى الحال إلى إخصائى أمراض جلدية بالمدرسة أوضح فحصه أن اعتقادها لا أساس له من الصحة، فقد شرح لها فى ضوء رعاية طبية كاملة السبب الحقيقى لهذه البثور، فقد أكد لها ذلك مراراً ولذلك شعرت بالراحة تماماً، لكن هذه البثور كانت تعاود الظهور من آن لآخر، وعندما كانت ترى هذه البثور ينتابها القلق بالرغم من أنها تعرف الآن أنها غير ضارة.

ومن المنطق ألا تخاف بيجى، لذلك يمكن أن يطرح سؤال مفاده ما السبب فى أنها ما زالت مرعوبة من هذه النقاط الحمراء؟ ترجع الإجابة إلى الطرق والأساليب التى تم اكتساب عادات الخوف بها، والتى تم وصفها فى الفصل الثالث.

وهكذا يمكن القول أنه عندما ينشأ خوف هائل مرتبطاً ومقترناً بشىء معين - لا يهمنا السبب - فإن هذا الشىء يميل إلى الاقتران بهذا الخوف، إنه يكتسب القدرة على إحداث الخوف، إن فكرة بيجى Peggy الخاطئة جعلتها فى البداية تخاف عندما تنظر إلى البقع أو البثور الحمراء فقد كانت فى حالة خوف أثناء رؤيتها للبقع أو البثور، وقبل أن يثبت خطأ الفكرة، اقترن هذا الخوف بمنظر البقع، فقد اكتسبت «أى

هذه البثور» القوة لإستدعاء الخوف تلقائياً، في حالة عدم وجود فكرة الخوف، لذلك يتطلب علاج بيجى Peggy أولاً علاج عاداتها فى التفكير، وبعد ذلك إزالة حساسية العادة الانفعالية التى نُجمت عن هذه الفكرة.

رابعاً: الاكتئاب - (١) Depression

إن الاكتئاب اضطراب شائع، ذلك أنه مرض مشهور بما قيل وكتب عنه من الأقاويل التى ربما تكون عارية من الصحة، فكثيراً ما يدعى شخص بأن لديه حلاً لمشكلة الاكتئاب (The problem of depression).

فى الواقع ليس هناك فى الاكتئاب مشكلة واحدة، وإنما يعتمد حل المشكلة على محتوى الاكتئاب والذى يكشفه تحليل الانفعال.

(١) اكتئاب Depression

أعراض تميز الحالة المزاجية بالحزن والأسى. وعدم الإقبال على الحياة مع تغير وانحطاط واضح فى العزيمة. وهذا العرض يوضح مظاهر تعكس اضطراباً عقلياً وجسماً يرتبط بأعراض ثانوية مثل الاضطراب النفسى. والبطء فى التفكير. كما يصاحب الاكتئاب نقص الإحساس بالإقبال على الحياة، وفقدان الأمل.

والحياة بالنسبة للأشخاص المكتئبين ما هى إلا مكان دائم للخوف والتشاؤم. ولذلك فهم يعانون من النقص فى النشاط الجسمى والحركى. ويعانون اضطراب فى النوم، ويشكون من عدم الرغبة فى تناول الطعام، ويمكن أن تتنوع هذه الأعراض بالنسبة لدرجات الحدة فى الإصابة، فتتراوح ما بين الحزن والأسى وعدم الإقبال على الحياة إلى الانفعال الشديد الذى قد يصل إلى حد الهوس والجنون.

ويوجد نوعان رئيسيان من الإكتئاب:

الأول: الاكتئاب العصابى؛ ويسمى أيضاً الأكتئاب الاستجابى لأنه يحدث نتيجة لبعض الأزمات الخارجية؛ كفقدان قريب، أو فقدان صديق، أو نتيجة لفشل، أو خسارة فى العمل، أو مهنة أو علاقة اجتماعية، وعادةً ما يكون الاكتئاب العصابى مصحوباً بالقلق.

الثانى: الاكتئاب الدهانى، ويعتقد أنه يرجع إلى خلل فى توزيع بعض العناصر الكيميائية فى الجسم، وهو أشد حدةً وأكبر استمراراً من الإكتئاب العصابى. وقد يصب المريض إلى الشعور باليأس، والرغبة فى الانتحار، وعادةً ما يكون مصحوباً باضطرابات عقلية مثل الهلاوس والهواجس، أو الأوهام (كما سالم، ٢٠٠٢: ١١١).

وفيما يتعلق بالاكتئاب يقرر «فولبه» أن هناك ثلاثة أنواع أساسية للاكتئاب يمكن الإشارة على النحو التالي:

النوع الأول الاكتئاب العادى أو الطبيعى^(١) normal depression أو الموقفى situational depression، فالطالب يكتب بعد أن يفشل فى الامتحان ويكون عليه أن يعيد عامًا دراسيًا، أو بسبب وفاة صديق عزيز لديه، ويقل اكتابه مع الأشياء الأقل أهمية، مثلما يدرك أنه قال شيئًا من شأنه أن يجرح مشاعر شخص آخر دون سبب واضح لذلك، وهذه هى المشاعر الطبيعية التى تنشأ عن حدث واقعى، وهذه المشاعر تخبو بمرور الساعات، والأيام أو الأسابيع، أى بمرور الوقت، ويتوافق الشخص مع التغيير فى حياته وقد يستمر الاكتئاب الطبيعى لفترة طويلة إذا دام مرض مزمن «طويل» أحد أفراد الأسرة أو إذا كانت هناك مشكلات مالية دائمة وهكذا تعتبر بعض أنواع الاكتئاب الحاد والذى يستمر طويلًا تعتبر طبيعية لأن هناك أحداثًا تبررها فى الواقع.

إن النوعين الآخرين للاكتئاب لا يتفقان مع النظام السائد، فيكون الاكتئاب حينئذ غير عادى إن لم يتعلق بالخسارة أو الفشل، أو إذا زادت حدة العلاقة واستمراريتها عن الأحداث التى سببتها، وتوجد أسباب مختلفة وراء الاكتئاب البيولوجى biological depression والذى يرجع لأسباب داخلية المنشأ Endogenous، فغالبًا ما تتحد حالات ممتدة من المرض مع مرض الاكتئاب الذى يصاحبه ذعر أو خوف لا مبرر له، والذى تظهر له أوجه من الاكتئاب والذعر المفاجئ أو أوجه من الاكتئاب فحسب وتتراوح أسباب أخرى لعدم انتظام الدورة الشهرية لدى المرأة ما بين آثار العقاقير الشائعة والعواقب الوخيمة للإنفلوانزا، ويمكن أن نقهر أو نتغلب على الاكتئاب البيولوجى عن طريق المرور بمجموعة من الخبرات الضاغطة؛ ويمكن

(١) يشير الاكتئاب العادى: Normal depressing إلى تقلبات المزاج التى يمر بها كل فرد، ويعبر عنها عادة، كمشاعر معبرة عن الحزن، والاكتئاب العادى يرادف - بصفة عامة - الاكتئاب الذى ينظر إليه كمرض، وتوجد جميع أعراض الاكتئاب العادى، فيما عدا المزاج الحزين.

أن نقهر هذا الاكتئاب دون استخدام مثل هذه الخبرات القاسية، وتوجد مقاييس
فسيولوجية متنوعة يمكن أن تحدد ما إذا كان الشخص يعاني من اكتئاب بيولوجي أم
لا، وعلاوة على ذلك فإن مثل هذا النوع من الاكتئاب يتميز غالباً بالحدوث المبكر في
الصباح، وسيطرة فكرة الإحساس بالذنب، وكذلك بطء الحركة.

وفي النوع الثالث من الاكتئاب وهو ما يطلق عليه اسم الاكتئاب العصابي
neurotic or reactive depression، أو القلق الاستجابي فإنه يلائم العلاج
السلوكي، وهذا النوع من الاكتئاب يقوم على الخوف الذي لا مبرر له، ففي مرحلة
متقدمة جداً من ممارسة هذه الأساليب اعتدت أن أضع كلمة اكتئاب بين علامتي
الاقتراس، عندما كنت أقوم بوضع ملاحظات أثناء عملية تحليل الانفعال، ويواصل
«فولبه» قوله ولأنني بدأت أشعر بذلك عند إزالة مصدر القلق، فقد زال الاكتئاب
العصابي معه «أي مع مصدر القلق»، ويتم تحديد قوة الاكتئاب بتحديد قوة القلق
وحجمه لدى المريض وفي الفصل القادم سنجد أمثلة توضح ذلك.

ولا يمكن أن نؤكد بدرجة كافية مدى أهمية تحليل الانفعال ومدى تعقيده أو
وضوحه، ولا يمكن للعلاج أن يبدأ بدون معرفة ذلك، وعلى ذلك ربما يتغير نوع
العلاج بالحصول على معلومات جديدة بعد أن يبدأ العلاج، وهذا أيضاً سوف يتم
إيضاحه في الفصل القادم.

(*) كلمة ختامية:

تناول الفصل الحالي أربعة محاور على درجة عالية من الأهمية وهي تحليل
تفصيلي من خلال مقابلات إكلينيكية لحالات انفعالية ذات طابع خاص هي حالة
الخوف الذي لا مبرر له من أن يكون المرء موضع مراقبة من جانب آخرين، وحالة
الخوف من أن يحدث للمرء حالة إغماء، ثم تناول الفصل مصاحبات عملية تحليل
الانفعال واختتم بفقرات موجزة عن الاكتئاب باعتبار أن تناوله يعد مكملاً للحديث
عن المخاوف المرضية والقلق.