

## فصول

## في الطب السيكوسوماتي

الطب النفسي الجسمي Psychosomatic Medicine

للدكتور مصطفى زبور

## تمهيد

اعتري أوساط الأطباء شبه هزة من الدهشة منذ نحو خمس عشرة سنة خلت ، يوم فاجأها رجلان من كبار جراحى العالم ، هما Harvey Cushing مؤسس جراحة المخ ، و Charles Mayo مؤسس المستشفى الجراحى المشهور باسمه فى أمريكا ، فأعلنا فى حفل طبي كبير ، أنهما يريان أن قرحة المعدة تنشأ من التوترات الانفعالية أى من أسباب نفسية . ولم تكن الدهشة لطرافة الفكرة أو لخروجها عن المؤلف فحسب ، بل لمجيئها على لسان رجلين أنفقا حياتهما فى دراسة ميكانيكية الجسم وجراحته ، فلم تكن العوامل النفسية فى صحة الجسم مما يعنيان به . ولسنا فى حاجة أن نذكر أنهما لم يعلنا عقيدتهما دون أن يقدمنا الدليل التجريبي على صحة رأيهما ، كما سيجي الحديث عن ذلك فى حينه (١) .

ولكن نشأة الطب السيكوسوماتي لم تكن مجرد ثمرة لبحوث مستقلة فى أثر العوامل النفسية فى الأمراض العضوية ، بل جاءت كنتيجة طبيعية لشعور عام بالتبرم وعدم الرضا عن نتائج الأساليب الطبية الراهنة ، لدى جمهرة المشتغلين بالمسائل الإكلينيكية .

(١) ليست قصة أثر العوامل النفسية فى صحة الجسم وليدة هذا القرن . فقد ذكر A. A. Brill فى *American Journal of Psychiatry* vol XCII ، أن أبا الطب هيبوقراط عمل على شفاء برديكاس ملك مقدونيا من أعراض عضوية وذلك بتحليل أحلامه . وانصلت هذه المحاولات فى العصور القديمة ثم فى العصور الوسطى وخلفت آثارها فى صيغ لغوية تشير إلى علاقة الحب والحنان بالقلب والكبد ، والغضب والكره بالدم والصفراء ، والخوف بأحشاء جوفية مختلفة الخ .

والواقع أن المشكلات الإكلينيكية التي تواجه طبيب اليوم ، وخاصة طبيب المدن الكبرى ، تختلف عن مشكلات طبيب الأمس . ذلك أن تقدم البحوث الطبية في نصف القرن الأخير لم يغير وجه الوسائل العلاجية فحسب ، بل غير أيضاً بفضل تقدم هذه الوسائل ، وجه النماذج الغالبة في الحالات الإكلينيكية التي تواجه الطبيب في عمله اليومي . فبينما كان الطبيب في القرن الماضي ومشارف هذا القرن ، يتهيب الأمراض المعدية الكبرى لعلمه بخطورتها وقلة حيلته إزاء انتشارها ، فإننا نرى الطبيب في أيامنا هذه ، بفضل تقدم فنون الصحة الوقائية وأساليب العلاج الحديثة ، يتحول اهتمامه إلى قائمة أخرى من الأمراض لا تسفقه معارفه الطبية فيها كما أسفقتة إزاء الأولى ، بالرغم من أن هذه القائمة أصبحت تحوى أكثر الحالات التي تستدعى معونته . وعلى رأس هذه القائمة نجد ارتفاع ضغط الدم الجوهري essential hypertension وطائفة من الأمراض المزمنة .

وفي هذا يقول Weiss : إنه بالنظر في إحصاءات شركة متروبوليتان الأمريكية للتأمين على الحياة يتضح أن شخصاً من كل اثنين في الولايات المتحدة ممن تجاوزوا الخمسين يموت بفعل الأمراض « القلبية — الوعائية — الكلوية » ( cardio — vascular — renal ) . ويدل البحث على أن نصف هذه الحالات يرجع إلى ارتفاع ضغط الدم الجوهري . ومن ثم فإن ربع السكان تقريباً ممن جاوزوا الخمسين يموتون من أثر ارتفاع ضغط الدم على أحد الأجهزة الحيوية . فإذا عرفنا أن الإحصاءات تدل من ناحية أخرى على أن غالبية السكان في سبيل أن تصبح تدريجاً من متقدمي الأعمار ، تبين لنا خطورة المشكلة وخاصة إذا ذكرنا أن أصول هذا المرض ما زالت يكتنفها الغموض . ولكن شيئاً واحداً يكاد يكون محققاً ، هو أن العوامل الانفعالية تلعب دوراً رئيسياً في هذا المرض .

فإذا نظرنا في باقى الأمراض التي تشقى بها غالبية المرضى في الوقت الحاضر وجدنا أنها تنسم بسمتين : الأولى أنها تدخل في طائفة الأمراض المزمنة ، والسمة الثانية

أنها مما يقف حياها الطيب مكتوف اليدين أو يكاد . وقد دفع ذلك بكثيرين من الأطباء إلى التشاؤم ، فنرى الطيب الإنجليزي Halliday يكتب<sup>(١)</sup> رداً على سؤال طرحه : « هل يغدو شعبنا أكثر أم أقل صحة ؟ » فيقول إن ثمة ما يدل على زيادة مطردة في الأمراض المزمنة العصبية وطائفة من الأمراض العضوية ، مثل : فقر الدم ، والروماتزم ، والتهاب غشاء المعدة ، وقرحة المعدة الخ . ( وهي مما اصطلح على تسميته الآن بالأمراض السيكوسوماتية ) . ثم يذكر هذه الحقيقة الفذة ، وهي أننا نلاحظ هذه الزيادة في الأمراض العصبية والأمراض السيكوسوماتية لدى الشباب أكثر مما نلاحظها لدى الشيوخ ، على عكس ما كنا نتوقع من هذا الجيل لما ظفر به من تربية صحية وظروف اقتصادية لم تكن من حظ من سبقه ، حتى إنه لا بد لنا أن نعتز أن مستوى الصحة العامة يميل إلى الهبوط .

لم يعد من شك إذن أن التشبث بالتقاليد الطبية السائدة التي ترجع إلى Virchow وتتخذ علم الباثولوجيا سندها الوحيد ، فلا تعنى إلا بالعلل العضوية التي يمكن التحقق منها تشریحياً أو كيميائياً ، ولا تحفل بما عدا ذلك مما قد تضرب به شخصية المريض ، نقول إن التشبث بهذا التقليد قد جعل نسبة عدد المرضى الذين يفيدون من خدماتنا الطبية ، ضئيلة بالقياس إلى جماهير المرضى الذين يشقون من الأمراض المزمنة والعلل المهمة المنتشرة في العصر الحالى ، والذين يترددون على عياداتنا وينزلون مستشفياتنا ، حتى إذا لم يظفروا بما يرجون من شفاء تحولوا في نهاية الأمر إلى أوكار الدجل أو تعلقوا بأهداب الخرافات .

ولكن المسألة في هذه الأمراض المهمة لا تقف في خطورتها عند هذا الحد . فقد يحدث أن نرى مريضاً وتولى عنه لأننا لم نستطع أن نكشف لديه عن خلل عضوى مما نستطيع أن نجد له مكاناً في مصنفاتنا الإكلينيكية ، ثم يأتي إلينا بعد حين وهو يشكو نفس الأعراض القديمة ولكنها الآن مصحوبة بتغيرات عضوية ( تشریحية )

Halliday : The rising incidence of psychosomatic illness Brit. M.J., (١) 2, 1938 ; Social Pathology. id.

واضحة . وبعبارة أخرى فإن الأعراض التي نسميها أحياناً « عصبية » (neurotic) وأحياناً أخرى وظيفية (functional) ونرد أصحابها بابتسامته تم عن الاستخفاف أو بوصفات لا طائل تحتها ، قد تفجؤنا إذا أتيت لنا أن نلقاها بعد عدة سنوات وقد تحولت إلى أمراض عضوية صريحة . ونستطيع أن نضرب لذلك مثلاً وهو إسراع ضربات القلب البسيط (simple tachycardia) غير المصحوب بارتفاع في « الميتابولزم » أو بغير ذلك من الأعراض الباثولوجية . فقد ترى المريض بهذا العرض الذي اصطلح على تسميته cardiac neurosis بعد عدة سنوات وقد تورمت غدته الدرقيّة وتحاذل القلب مؤذناً « بالهبوط » (heart failure) .

وليس هذا كل ما هنالك . فكم من طيب وقف مدهوشاً أمام مريض بداء معروف الأصول ، محقق الشفاء ، مما يفخر الطب المعاصر بأنه ملك زمانه ، وذلك عند ما يحيط المريض بكل ما وسعه الطب من علاج ، ومع ذلك يظل المريض يشكو ويتألم لغير سبب واضح ، وقد كان ينبغي — نظرياً — أن يتحقق له الشفاء التام بعد ما بذل له . تضطرنا هذه الحالات — التي يعلم كل طيب ممن أتتحت لهم تجربة كافية ، أنها ليست نادرة — تضطرنا أن نفترض وجود « كمية مجهولة » من العوامل الأخرى ( إذا صح استخدام هذا التعبير الرياضي ) أى عوامل خفية تحول دون الشفاء . وقد يعترض البعض بأن البحوث الطبية الفيزيائية لم تصل بعد إلى نهايتها ، وأن تقدم البحوث البيوكيميائية والبكتريولوجية وغير ذلك من الدراسات العملية من شأنه أن يقرب اليوم الذي نستوضح فيه ما غمض علينا . قد يكون هذا صحيحاً في بعض الحالات . ولكن ما كشفته البحوث السيكولوجية التحليلية يدعوننا إلى الحذر من الغلو في التفاؤل بما سيأتي به مستقبل البحوث الفيزيائية من جلاء لهذه الحالات الغامضة . ولا بد لنا لكي نوضح وجهة نظرنا أن نشير إلى ما يطلق عليه في ميدان الطب النفسي « بإرادة المرض » أو الرغبة في المرض .

يعلم كل طيب نفساني محجرب أن اليوم الذي يبدأ فيه علاج مريض بعصاب (neurosis) إنما هو بمثابة إعلان لمعركة تدور بينهما قوامها « مقاومة » المريض

للتحليل ونضاله في سبيل التشبث بمرضه . وغنى عن البيان أن هذه المقاومة وهذا النضال لا يدرکہما المريض إدراكاً واضحاً ، فهي أشياء خافية على شعوره ، وهي مع ذلك تشكل سلوكه مع طبيبه بحيث تحتم على الطبيب أن يجعل نصب عينيه دائماً أن يكشف للمريض عما يتضمنه سلوكه من مقاومة وعناد ورغبة عن الشفاء . وقد تبدو هذه الحقيقة نائية غريبة . ولكن إذا عرفنا أن المرض النفسى يحقق لصاحبه نوعاً من الربح ما كان ليدركه بغير هذا المرض ، أصبح من اليسير أن نفهم هذا المنطق المعكوس فى سلوك المريض . ومثال أو اثنان كفيلان بتوضيح ذلك .

كلنا سمع عن هؤلاء الجنود الذين يصابون فى ساحة الحرب بشلل هستيرى فى أحد الأطراف ، يضطرم إلى التخلي عن المعركة والعودة سالمين ! واضح إذن أن هذا المرض مكن لهم فرصة النجاة بأنفسهم ، وهو أمر ما كانوا ليسمحوا لأنفسهم بالتفكير فيه نظراً لشعورهم بواجبهم . ولا يزال محرر هذا المقال يذكر حالة فتاة اضطرتها ظروف أسرتها أن تكذب حتى تساعد أبويها وأخوتها على العيش ، فاشتغلت عاملة تليفون ، ولكنها كانت ضيقة بهذا العبء الذى سخرت له نفسها . فعادت ذات يوم وهى لا تكاد تستطيع أن تخرج صوتاً (aphonia) مما جعل قيامها بعملها مستحيلًا . وإزاء إلحاح أبيها قبل صاحب العمل أن يمنحها عملاً آخر فى السكرتيرية ككتابة . ولكنها لم تلبث أن أصيبت بتقلص فى عضلات اليد يمنعها من إمساك القلم (writer's cramp) . ولا نظننا فى حاجة إلى التعليق .

ويطلق على هذا النوع من الربح الذى يجنيه المريض « الربح الأولى » (primary gain) تمييزاً له عن نوع آخر من الربح يسمى « بالربح الثانوى » (secondary gain) ؛ وهو ما يجنيه المريض مثلاً من العطف عليه ، فيشبع بذلك حاجته إلى عطف افتقده طول حياته ، أو ما يجنيه من إدخال الهم والشقاء على من يحيطون به ، بما يحملهم من عناء وبما يكلفهم مما لا يطيقون فيشبع بذلك حاجته إلى العدوان عليهم والانتقام منهم .

ولكن سيكولوجية المرض لا تقتصر على ذلك الربح بنوعيه ، فقد نستطيع أن

نوضح للمريض هذه المعانى أثناء العلاج ، ومع ذلك نراه يصبر على المقاومة والتشبث بالمرض . ولا يلبث التحليل أن يكشف لنا عن أن السبب في ذلك حاجة مطوية في أعماق نفس المريض إلى إنزال العقاب بنفسه ، واستخدامه المرض كوسيلة لتعذيب النفس .

ويذكر فرويد حالة طريفة ذهبت فيها الحاجة إلى إنزال العقاب بالنفس إلى أبعد الحدود يقول : « أفلحت ذات مرة في تحرير عانس في متوسط العمر من أعراض أرغمتها على عيشة شقية نحو خمس عشرة سنة وحالت دون استمتاعها بالحياة . والآن وقد شعرت أنها استعادت صحتها ، انطلقت في إعصار من النشاط لكي تنمي ملكاتها ، التي لم يكن ليستهان بها ، فتتال شيئاً من التقدير والمتعة والنجاح قبل أن يفوت الأوان . ولكن جميع محاولاتها انتهت بأن وضع لها ، أو خيل إليها ، أنها بلغت سناً لا تستطيع معها أن تنجز شيئاً من هذا القبيل . فكلما تحقق لها شيء من ذلك فإن النكسة المرضية كانت تهددها لولا أن احتماها بالمرض لم يعد ممكناً . فعوضاً عن ذلك كانت تحدث لها إصابات تقعدها فترة من الزمن وتوسعها ألماً . فكانت تسقط فتتقصع قدمها ، أو تؤذى ركبته ، أو تجرح يدها أثناء قيامها بعمل ما . حتى إذا تبين لها عظيم مسئوليتها الشخصية في هذه الإصابات التي تبدو أنها محض الصدفة ، غيرت خطتها إذا صح هذا التعبير . فبدلاً من الإصابات أصبح يحل بها أمراض هينة مثل الزكام والتهاب الحلق وحالات الأفلونزا أو التورم الروماتزمي . فلما صح عزمها في النهاية على أن تركز إلى الخمول أسدل الستار على هذه القصة »<sup>(١)</sup> .

ولقد جاءتنا هذه الحرب — بما أغدقت من نعم الدنيا على نفر من مهرة التجار — بمشدد وفير من الحالات من نوع ما أطلق عليه فرويد « هؤلاء الذين يصرعهم النجاح »<sup>(٢)</sup> .

Cf : Freud S : New Introd. Lectures. London : The Hogarth Press 1933. (١)  
P. 140

Cf : Freud S. Those Wrecked by Success.. Collected Papers Vol. IV (٢)  
The Hogarth Press London 1925 P. 323

فهذا شاب أجنبي يعمل كموظف صغير في أحد المحال التجارية ، يدفعه طموحه إذا ما حلت الحرب إلى الاستقلال بنفسه في تجارة لا يطول انتظاره حتى تسمى رابحة ، فتفيض جيوبه ببحر عظيم وتعدو أطايب الحياة منه دانية . وكأنه حين يقتطفها يقتطف الثمرة المحرمة فيقع فريسة لعصاب حاد .

ويذكر محرر هذا المقال حالة تكاد تقوم مقام التجربة العملية في ظاهرة الحاجة إلى إنزال العقاب بالنفس . فقد جاءه شاب يشكو خوفاً وسواسياً من أن يلقى بنفسه تحت مجلات الترام ، ويشعر بدافع قهري نحو هذا التصرف . يرى هذا الوسواس خُبالاً لا يفهم له معنى ولا يقره ، ولكنه مشفق من أن يغلبه ذلك الدافع يوماً فيورده موارد الهلاك . ( وغنى عن البيان أن رغبة إنزال العقاب بالنفس تطفو في مثل هذه الحالات على السطح وتظهر سافرة بالرغم من أن صاحبها لا يعرف لها أصلاً ) .

يشكو له المريض هذه الحال ويطلب الدواء ، ولكن ظروفًا قاهرة تحول دون إجراء علاج مناسب طويل الأمد ، فيرى أن واجبه على الأقل أن يطمئنه ، ويوعز إليه أن لا خوف عليه من هذا الدافع البغيض ( وهذا صحيح ) . ويوضح له كيف أن التجربة الإكلينيكية دللتنا على أن هذا الدافع لا يعدو أن يكون تهديداً وإلقاء للربح والغم في نفس صاحبه . ولكن بدلاً من أن يدخل هذا الكلام الطمأنينة في نفس المريض ، أحزنه وزاد انقباضه ، فلم ير المريض بدأً من أن يبرر زيادة انقباضه بقوله إنه قد أنهك نفسه بطول شرح أعراضه .

عند ذلك بدت الحاجة إلى محاولة جديدة ، فأفهم أن انقباضه إنما هو نتيجة لما عرفه الآن من أنه لن يستطيع لنفسه أذى . وما كادت هذه الفكرة تتضح لدى المريض حتى انفجر في ثورة من الغضب والهياج المستعري ، وجعلت قبضات يده تندق نافوخه وتتشنج حول عنقه وهو يهذى بعبارات غير مفهومة ، ولم يكف حتى أشبع نفسه ضرباً وإيلاماً .

وقد لفت Laforgue النظر — في محاضراته بمعهد باريس للتحليل النفسي — إلى نفر من النساء يتميز سلوكهن بميل قوى إلى إخضاع أنفسهن لأقصى أنواع العذاب ،

فلا يفتأن يكبلن أنفسهم في أغلال الهوان والضعفة ، ويلتقن بأنفسهن إلى برائن الشقاء ، فكأن للعوامل الهدامة جاذبية خاصة لا قبل لهن بدفعها . وهن مع ذلك غير متوجعات بل صابرات صبر المتصوف على ما « قُدِّر » لهن .

ونجد بين هذه الفئة ، هؤلاء النساء اللواتي يسكن إلى الأشقياء من الرجال فيصبحن ضحية لاستغلالهم وتحقيرهم ، كما نجد بينهن قعيدات بيوت الدعارة ، أو بعض أديرة الرهبة إذا ما كانت النظم فيها بالغة في الصرامة . ونجد في هذه الفئة المقامرات والمدمنات على المخدرات ممن يتحين الفرص للإفلاس التام والتدهور إلى أعماق الهاوية . ثم نجد بينهن سجينات مرض يرغهن على فرقة الأهل والنزول في إحدى المصحات . ويذكر لافورج أن أكثر الأمراض انتشاراً لديهن هو التدرن الرئوي لأنه أوفى الأمراض بتحقيق ما يطمعن فيه من سجن<sup>(١)</sup> . وعند ما تمرض هؤلاء النساء يندر أن يلجأن إلى طبيب باطنى فضلاً عن استشارة طبيب نفسانى . وكثيرات من هؤلاء يعمدن إلى جراح مدفوعات برغبة دفينه أن يكن ضحية مشرطه . وقد نشر Greenacre في مجلة Psychosomatic Medicine بحثاً مستفيضاً استقصى فيه بعض الحالات وجعل عنوانه « إدمان العمليات الجراحية<sup>(٢)</sup> »

وإذا كان إدمان العمليات الجراحية يبدو شيئاً غريباً فإن « إدمان العقاقير » ظاهرة مألوفة يعرفها الأطباء الباطنيون أنفسهم . ولكنهم لا يتنبهون عادة إلى ما قد يصل إليه المكر السوء لدى بعض المرضى — لا عن قصد واع — من تحايل على الطبيب حتى يدفعوه إلى الاشتراك معهم في تحقيق رغباتهم المرضية واتلاف أنسجتهم عن طريق تعاطى العقاقير السامة .

وأخيراً ينبغي لنا أن نشير إلى ظاهرة معروفة لدى أطباء النفس ، ظاهرة تماثل المريض بعصاب إلى الشفاء من مرضه إذا حل به مرض عضوى خطير ، كأن أوجاع المرض العضوى وآلامه قد جعلت آلام المرض النفسى لا موجب لها .

Laforgue : Clinique Psychanalytique. Paris. Denoel. 1936 (١)

Greenacre : Surgical addiction. Case illustration. Psychosomatic Med. I. 325 : 1939 (٢)

وقد يكون من الخير أن نذكر في هذا المقام تجارب استئصال القشرة الحية لدى القوط التي ترمى إلى تعرية مراكز الانفعال في السريز البصرى (hypothalamus) وجعلها مستقلة في توجيه المظاهر الانفعالية . فقد لوحظ أن هذه القوط تغدو شديدة الانفعال ، يثير غضبها وعدوانها أبسط أنواع التنبيه . والطريف في هذه المشاهدات أن هذه القوط لا تقتصر على خدش من يثيرها وعضه بل تعتمد إلى كنهها فتعضها في غير رفق ، كما يفعل بعض الأطفال في حالة الهياج ، وكما يفعل المريض بعصاب حين يلطم نفسه أو يعض شفته حتى تدمى

اضطررنا إلى شيء من الإطناب في موضوع « سيكولوجية المرض » الذي يتضمن الرغبة في الداء والتشبث به حتى نوضح مسألة مألوفة لدى أطباء النفس ، ولكنها لا تزال مجهولة لدى الأطباء الباطنيين على الرغم مما لها من خطر في ظاهرة المرض عموماً<sup>(١)</sup>

والذي يعيننا الآن هو التفات بعض المشتغلين بالمسائل الإكلينيكية إلى ما قد يدخل من عوامل خفية في الأمراض العضوية فيحول دون الشفاء .

والآن نستطيع أن نقول إن ما قدمناه من اعتبارات : عدم الرضا عن نتائج الأساليب الطبية الراهنة في علاج الأمراض المزمنة المنتشرة في العصر الحالى ، وتحول بعض الأعراض الوظيفية إلى آفات عضوية ، وقيام إشكالات إكلينيكية حول استعصاء بعض الأمراض المعروفة الأصول على العلاج وغير ذلك ، قد دفع نقرأ من الأطباء في السنوات العشر الأخيرة إلى الاعتقاد بأن قصورنا الحالى في مواجهة مشكلاتنا الطبية إنما يرجع إلى مذاهبنا ومناهجنا الطبية السائدة ، وأنه أصبح لزاماً علينا أن نعدل موقفنا إزاء ظاهرة المرض .

وأول ما يبرز من هذا الالتفات الجديد هو الاتفاق على أنه يجب أن يسود البحوث

(١) غنى عن البيان أن «إرادة المرض» ليست ظاهرة أولية ، وأن وجودها يرجع إلى أسباب تسكن الطبقات اللاشعورية السفلى . ولا يسعنا في هذا المقال أن نعالج مشاكل «سيكولوجية الأعماق» .

الطبية طابع النظرة « الأرجانزمية » (organismal) . وفي هذا يقول ريتير : « إن الكائن الحي في كليته ضروري لتفسير عناصره بقدر ضرورة هذه العناصر لتفسير الكائن . فليس من المستطاع أن نفهم موضوعاً طبيعته أميل إلى التركيب منها إلى التحليل بأساليب من التفكير يغلب عليها التحليل » .

والواقع أن تقدم الطب في الخمسين سنة الأخيرة سار نحو تجزئة الكائن إلى أقسام وتغليب النظرة التحليلية ، حتى أصبحت وحدة الكائن الأساسية شيئاً نظرياً لا يذكر إلا في الإشارة مثلاً إلى أن وظيفة المجموع العصبي إنما هي تكامل الجسم The integrative action of the nervous system . ولا يخدعنا القول بأن الفحص الطبي الحديث يقوم على امتحان « كامل » لجميع الأجهزة ويستند إلى اختبارات معملية « شاملة » لأن هذا الكمال ، وذلك الشمول لا يعدوان أن يكونا سلسلة غير متصلة الحلقات من التسمع والتحسس والمعايرة ، وليس هناك من ظواهر لوحدة الكائن في الموقف الإكلينيكي غير قلق المريض وقوله « إني مريض » .  
ولقد ساعدت البحوث في الأسس البيولوجية للسلوك وخاصة بحوث Child (١)

وتلميذه Coghill (٢) على أن تذيب النظرة الكلية إلى الكائن حتى فرضت نفسها أخيراً على المشاكل الإكلينيكية . ويجدر بنا أن نذكر هنا قول Coghill « إن دراسات السلوك الأمبريولوجي تقودنا حتماً إلى فكرة أن الكائن إنما هو وحدة في أساسه (لا مجموعه) وأن الاتزان (equilibrium) يتطلب أن تكون جميع الأجزاء خاضعة للكائن ككل ، أو بعبارة مخالفة ، أن يحتفظ الكائن ككل بقدرته على تنشيط السلوك في الأجزاء » (٣) . وتعرف هذه النظرة الكلية إلى الكائن لدى المشتغلين بعلم النفس بالنظرة الجشتالتية (Gestalt) صاحبة الفضل في بيان خطأ النظرة التحليلية

Child : The Physiological Foundation of Behavior ; New York. Mac (١) Millan 1924

Coghill : Anatomy and the problem of Behavior. Cambridge : (٢) Harvard University Press 1929.

Coghill : Corollaries of the anatomical and physiological study of (٣) amblystoma from the age of the earliest movement to swimming. J. Comp. Neur. 1934.

القديمة التي كانت تعتبر الكائن نوعاً من الآلة تتكون من « مجموعة » من الأجزاء .  
ولكن أسوأ أنواع التجزىء التي اتصف بها البحث الإكلينيكي في الخمسين سنة  
الأخيرة هو فصل الكائن من بيئته وحياته العامة ، فلم يعد الطبيب ينظر إلى المريض  
عند ما يستشيرهُ إلا باعتباره « أعضاء مريضة » غافلاً أو متغافلاً عن حقائق  
مشهورة مثل ابتداء بعض أزواج الربو الشعبية عند الزواج ، ثم انقطاعها عند الطلاق  
والزواج من فرد آخر . يهمل الطبيب مثل هذه الحقائق ولا يعنى إلا بإجراء التجارب  
المعملية ليكشف عن المواد التي لها تأثير خاص على حساسية المريض (allergy)  
ناسياً أو متناسياً أن أدق أنواع الاختبار المعمل لا تكشف لنا عند بعض المرضى  
بالربو عن أى نوع من أنواع الحساسية ، وأن حساسية البعض الآخر تتغير بتغير  
الملابسات الانفعالية لحياتهم

إن « طيب الأسرة » فيما مضى كان على جهله بهذه الثروة العظيمة من الحقائق  
الفسولوجية والباثولوجية التي كشفتها البحوث الحديثة — أو قد يكون هذا من جراء  
جهله — كان حريصاً على أن يدرس مريضه في إطاره الحقيقي: في بيئته، وفي ملابس  
حياته الداخلية والخارجية ، وكان من أجل هذا ينجح في علاج ألوان من المرض  
ربما استعصت على الطبيب المعاصر بالرغم من علمه الواسع

إن الفكرة التي سادت البحوث الطبية في القرن الماضي وأوائل هذا القرن إنما هي  
نوع من الخوف الوسواسي من كل ما اتصف به الطب قديماً من « الروحية » أو  
الغيبية (mysticism) والدعوة إلى أن يكون البحث موضوعياً بحتاً (objective) ،  
تجريبياً بحتاً ، علمياً بحتاً . ولكن المسألة هنا هي : أيكون من الموقف العلمى البحث  
أن مجرد الكائن من أهم مميزاته ، ونفصله من بيئته ، ونفعل وحدة شخصيته ؟ وإذا  
كان محك التجريب العلمى هو الواقع ، فإن الواقع أن المريض إنسان يسعد ويشقى  
قبل أن يكون رثة محتنقة أو أمعاء ملتهبة .

التفت بعض المشتغلين بالمسائل الإكلينيكية إلى هذه الحقائق في السنوات العشر  
الأخيرة عندما اضطرتهم المشكلات الإكلينيكية المستعصية إلى البحث عن مخرج

مما وقع فيه الطب من أزمة ، فكانت نشأة الطب السيكوسوماتي . وأساس هذا التوجيه الجديد هو النظر إلى الناحية الجسمية والناحية النفسية باعتبارها زاويتين لملاحظة الكائن تدرس خلالها وحدته ، ويفحص منهما مبلغ توازنه الداخلى ومبلغ توازنه الخارجى أى توافقه بالقياس إلى البيئة .

وغنى عن البيان أن هذا التوجيه الجديد لا يرى جدوى فى الموقف الإكلينيكي الذى تسوده فكرة البحث عما إذا كان المرض جسمياً أم نفسياً . ولقد سبق أن لفت الطبيب السويسرى الكبير Bleuler النظر إلى فساد هذه الفكرة عندما أعلن « أن من الخطأ أن نتساءل: هل نحن إزاء حادث عضوى أم حادث نفسى . والواجب أن نستبدل بذلك قولنا . إلى أى حد هو عضوى وإلى أى حد هو نفسى » (١)

جاء هذا التوجيه الإكلينيكي الجديد فى وقت نضجت فيه البحوث فى ميدانين مستقلين هما ميدان الفسيولوجيا من ناحية وميدان السيكولوجيا من ناحية أخرى . فأفاد من هذه البحوث كثيراً واستعان بها على توضيح كثير من معميات الطب العضوى التقليدى ، بحيث أصبح النشاط الدراسى فى المسائل الإكلينيكية والمسائل الفسيولوجية والمسائل السيكولوجية يتلاقى فى مجال واحد يضمها جميعاً ، هو مجال الطب السيكوسوماتي .

وسنعرض فيما يلى بإيجاز بعض البحوث الفسيولوجية والسيكولوجية التى كان لها فضل فى التوجيه السيكوسوماتي الحديث (٢)

وقد يحسن بنا أن نذكر فى بادئ الأمر تجربة توضح لنا هذا التناظر بين الناحية الفسيولوجية والناحية السيكولوجية . فقد قام Benedek المحلل النفسانى وRubenstein الباحث الفسيولوجى بمحاولة تجريبية لتعيين ميعاد نضوج البويضة وتتهيئها للقاح

Bleuler : Physisch und psychisch in der Pathologie Ztschr. f.d. ges. (١)  
Neurol. u. Psychiat. 30, 1916

Dunbar Flanders : Emotions and bodily changes. 2nd ed. New York (٢)  
Columbia University, Press 1943,

Dunbar Flanders : Psychosomatic Diagnosis New York, P. Hoeber 1943

لدى إحدى السيدات، الأول عن طريق «التداعى الحر» والثانى عن طريق اختبارات ميكروسكوبية . فانفقت نتائج بحوثهما تماماً<sup>(١)</sup>

على أن أبرز الحقائق التى يجب أن نقررها فى هذا الصدد هو أن الدليل يقوم الآن على أن المنبهات النفسية مثل الانفعالات لها أثر على التغيرات يعادل أثر البكتريا والتوكسينات ، وأن التغيرات الفسيولوجية التى تصاحب الانفعال قد تصيب وظيفة أى عضو من أعضاء الجسم

سار نفر من المشتغلين بالفسيولوجيا على أثر Cannon فى الاتجاه إلى دراسة التغيرات الفسيولوجية الملازمة لأنواع الانفعال المختلفة كالحوف والغضب والتهيج الجنسى والارتباك الناشئ عن عدم القدرة على اتخاذ رأى حاسم . وأهم هذه التغيرات الملازمة : تغير فى التوتر العضلى وعلى الأخص توتر العضلات المساء ، ثم تغير فى الإفرازات ثم فى الجهاز الدورى والجهاز التنفسى . أما التغيرات الكيميائية فأهمها تغير فى سكر الدم ، وزمن التخثر وغير ذلك من الأحداث التى تأتى كأثر لتنبه الجهاز العصبى السمبتاوى والغدد الصماء وعلى الأخص الغدد الأدرينالينية . وتدل البحوث الحديثة على قيام تغيرات فى التوازن الكهربائى بين الخلايا وما يحيط بها من سوائل وتتميز هذه الأحداث جميعاً بصفات مشتركة

اولاً — قد يستفيد الكائن من هذه التغيرات نشاطاً يبدو فى سلوك الهرب أو الهجوم .

ثانياً — تؤثر هذه الأحداث على جميع أجهزة الجسم بحيث قد يحدث منها خلل مؤقت فى الوظائف .

ثالثاً — إذا لم تُصَرَّف هذه التغيرات الفسيولوجية عن طريق نوع مجددٍ من النشاط فستبقى دوماً أو سوف تتبعها ألوان أخرى من التغيرات ، ومثال ذلك اضطراب التوازن الهرمونى وما ينشأ عنه من اضطراب الجهاز الحركى للأوعية ( vasomotor ) وغير ذلك من الأجهزة ، نتيجة لتنبيه شديد مستمر فى الغدد الأدرينالينية والدرقية ،

(١) Benedek and Rubenstein : The correlations between ovarian activity (١) and psychodynamic processes. Psychosomatic Med., 4, 1939.

أو تمدد المرء نتيجة لتقبض القلب المستديم ، وما يتبع تمدد المرء من اضطراب التغذية .

رابعاً — إن أى اضطراب مزمن فى إحدى الوظائف ينتهى إلى أن يتحول إلى خلل فى التركيب التشريحي . مثال ذلك ما يحدث من الضمور العضلى نتيجة للتقلص المزمن فى الأطراف فى مرض « الكتاتونيا » أو تضخم القلب نتيجة لارتفاع ضغط الدم المستمر ، أو البواسير نتيجة للامساك المزمن . وقد يحدث التغير العضوى بطريقة غير مباشرة عند ما يوجد فى الجسم مواد عفنة ما كانت لتحدث آثارا باولوجية لولا قيام التغيرات الفسيولوجية المستديمة . ومثال ذلك أن يكون فى الجسم أنواع من البكتريا لا تحدث أعراضاً إكلينيكية نظراً لأنها تنصرف من الجسم فى يسر ، حتى إذا قام فى سبيلها عائق كتقلصات مستديمة فإن طول بقاء المواد العفنة ينتهى بأن يجلب التهاباً صديدياً حاداً ، كما يحدث ذلك فى حويصلة الصفراء أو حوض الكلية . وقد يكون من الطريف أن نذكر أن هذه التغيرات الفسيولوجية يمكن خلقها تجريبياً بواسطة الإيحاء الهينوزى (التنويم المغناطيسى) . وتدل التجربة على أن خير وسيلة لذلك أن يوحى أثناء التنويم بالانفعال المناسب للتغير المطلوب . مثلاً إذا أوحى إلى النوم أن يقبىء أو أن يسرع ضربات قلبه ، فإن الإيحاء لا يجدى إذا لم نوح إليه بحالة تتضمن الاشمزاز أو الخوف . وقد بين البحث التجريبي أنه يمكن أن نحدث تغييراً عميقاً بواسطة الإيحاء الهينوزى فى وظائف أى عضو مثل تغيير حرارة الجسم ، وكيمياء الدم ، ونسبة الخلايا فيه ، وزمن الالتئام (agglutination) ومقدار التبول ، أو إحداث آفات مثل الهربس (herpes) . أو البروقة (verruca) وهذا يدعوننا إلى الحذر من الاستخفاف بما يتوهمه بعض المرضى من اعتلال بعض أجهزتهم . لأن هذا الوهم — إذا طال — من شأنه أن يقوم مقام الإيحاء الذاتى . وقد قام (Southard) بتشريح جثث مرضى بأوهام الاعتلال (hypochondria) لكى يتبين ما قد ينجم من هذه الأوهام من تغيرات تشريحية . وستقتصر على ذكر حالة احدة على سبيل المثال . فقد كان أحد مرضاه يشكو من أعراض التهاب غشاء

الرئة (pleurisy) . غير أن الفحص الإكلينيكي لم يبين في وقت ما أى علامة على مرض هذا الغشاء . وعند تشريح الجثة لم يجد بغشاء الرئة تلك التغيرات الخطيرة التي تتميز بها إصابة الغشاء بالسل ، على أنه وجد بالمكان الذي كان يجعله المريض موضع أوهامه مظاهر احتقان والتهاب حقيقيين .

ويمحس بنا الآن أن نذكر تجارب Cushing التي أسفرت عن رأيه الذي سبقت الإشارة إليه في مستهل هذا المقال . فقد كشفت له تجاربه عن أن مجرد التهيج الميكانيكي لمراكز الانفعال الخفية فيما تحت السيرير البصرى (hypothalamus) يؤثر في إفراز العصير المعدى وفي حركة المعدة وما يقد عليها من دم . وهذا قد يؤدي في النهاية إلى قرحة « تجريبية » . وليس من العسير أن نحس أن تهيج المراكز الانفعالية لدى المريض يحدث بتقصير دائرة السيالات العصبية بحيث لا تمر إلا في المراكز تحت اللحاءية (subcortical) عند ما يقوم عائق في سبيل ظهورها في حيز الشعور ، كما قام الدليل على ذلك في تجارب Mittlemann و Wolf (١)

يدو إذن أن خلجات النفس التي لا تجد لها منصراً ملامماً موقفاً ، مصيرها إلى الانحباس في تغيرات عضوية قد تكون على درجة عظيمة من الخطورة . وهذا يقودنا إلى ميدان التجارب السيكوباتولوجية . وسنقتصر على ذكر تجارب العصاب التجريبي (Experimental Neurosis) .

نعلم أن بافلوف في تجاربه في إفراز الغدد اللعابية التي أتاحت له كشف الفعل المنعكس الشرطي ، قد تبين أنه إذا رُبطت الاستجابة اللعابية بمنبه ما ، فإنه يمكن استثارتها بواسطة منبهات مشابهة ، وهو ما أطلق عليه ظاهرة التعميم ؛ مثلاً إذا كان المنبه « مترونوم » يدق ١٢٠ مرة في الدقيقة ، فإنه يمكن الحصول على نفس الاستجابة بواسطة مترونوم يدق ٦٠ مرة في الدقيقة . ولكنه ما لبث أن تبين أنه إذا عَقَّب على المنبه ذى الدقات الـ ١٢٠ بتقديم الطعام ، وامتنع عن تقديمه بعد

(١) Mittlemann and Wolf : Emotions and gastroduodenal function ; experimental studies on patients with gastritis, duodenitis and peptic ulcers. Psychosomatic Medicine, 4 : 5 1942

المنبه ذى ال ٦٠ دقة ، وعاود ذلك مرات عديدة ، فإن استجابة الحيوان موضوع التجربة بالنسبة للمترونوم ذى ال ٦٠ دقة « تنطفيء » ولا يعود يستجيب بسيلان اللعاب إلا بالنسبة للمترونوم ذى ال ١٢٠ دقة . وهو ما سماه بظاهرة التمييز . كما تبين أن فى إمكاننا أن ندفع بظاهرة التمييز إلى درجات أكثر دقة حتى يستطيع الحيوان أن يميز بين مترونوم يدق ١٢٠ مرة وآخر يدق ١٠٠ مرة .

كان بافلوف مشغولاً بتجارب من هذا النوع عندما وقع على ظاهرة لم يفتحه أن يظن لأهميتها بالنسبة لباتولوجية السلوك . وتفصيل التجربة أنه كان يُسقط دائرة منيرة فوق شاشة أمام الحيوان ويعقب على ذلك بتقديم الطعام له . حتى إذا تم له خلق استجابة لعابية بالنسبة للدائرة المنيرة ، جعل يسقط قطعاً ناقصاً (ellipse) نسبة محوره إلى محور الدائرة ٢ : ١ ، ولكنه يعادل الدائرة من حيث شدة الإضاءة ومساحة السطح . ثم خلق لدى الحيوان ظاهرة تمييز وذلك بتقديم الطعام بعد الدائرة دون القطع الناقص . بعد ذلك جعل يقرب شكل القطع الناقص من شكل الدائرة فى محاولات تدريجية كانت النسبة فيها بين المحورين ٣ : ٢ ثم ٤ : ٣ وهكذا ، حتى إذا وصلت النسبة إلى ٩ : ٨ فإن الحيوان لم يعد يستطيع التمييز بينهما ، وتبدل سلوكه تبدلاً عميقاً . فبعد أن كان الكلب هادئاً جعل يعوى ويتلوى وينتفض ، ثم جعل يعرض جهاز التجربة فى غضب وهياج . وفى اليوم التالى بدأ ينبج عند إحضاره إلى حجرة التجارب ، حتى إذا وضع على المنضدة لم يستطيع التمييز بين أضييق قطع ناقص وبين الدائرة . ويعلق بافلوف على ذلك قائلاً : « وبالجملة فقد ظهرت على الكلب أعراض عصاب حاد »<sup>(١)</sup> . ونستطيع أن نضيف أن الحيوان لم يعد قادراً على تحقيق سلوكه التوافقى السابق نظراً لأن المشكلة قد فاقت ما يطبق .

وقد أعاد Liddel و Anderson هذه التجارب فى أمريكا أخيراً على حيوانات مختلفة ، وخصوصاً على الخراف والخنزير ، وسجلا التغيرات الفسيولوجية عندما يصل الحيوان إلى حالة « العصاب التجريبي » ، فوجدوا سرعة ضربات القلب تزداد وقد

(١) Pavlov : Conditioned Reflexes (Trans. by Anrep) London Oxford University Press 1927 pp. 290 — 292.

تصل إلى ضعف عددها ويختل إيقاع القلب (arrhythmia) فتظهر انقباضات زائدة (extrasystoles) كما تختل سائر وظائفه<sup>(١)</sup>.

وقد لوحظ أن الحيوان يبقى بعد خروجه من العمل في حالة توتر شديد مدة من الزمن بحيث تحفز فيه المنبهات العادية التي لم تكن تستثيره من قبل — استجابات عنيفة .  
ومما هو جدير بالذكر أنه عند ما نترك الخراف طليقة ترعى ، ونجرب عليها في هذه البيئة الطبيعية تجربة المتاهة ، ونجعل « ثوابها » قدرًا من الطعام ، فإن أعراض العصاب لا تظهر عليها مهما تعقدت المشكلة لأنها تقنع إذ ذاك بالجنوم وتعرض عن الموقف بأسره . بيد و إذن أن ما يهيئها للمرض عند ما تتعقد المشكلة في التجربة العملية إنما هو اضطرابها السابق إلى الخضوع لستلزمات العمل ، أي لفقدانها قدرًا عظيمًا من حريتها الفطرية . وهذا يذكرنا بما يشابه ذلك في الأمراض العصبية لدى الإنسان ونعني علاقة هذه الأمراض لديه بما هو مضطر إلى قبوله من النواهي التي تفرضها عليه الحياة المدنية .

وجملة القول إن «العصاب التجريبي» يلقي ضوءاً على سيكوفسيولوجية الانفعال لدى الإنسان ، من حيث إن الانفعال باعتباره نذيراً بفقدان التوافق خليق أن ينحسب انصرافه عند ما لا يصلح كاستجابة ملائمة . ويبدو ذلك واضحاً عند ما لا يوجد في المشكلة ما يقتضى الاستجابة بالهرب أو الهجوم أو غير ذلك من أنواع النشاط الحركي الذي تهيئ الجسم له تلك الملابس الفسيولوجية كزيادة إفراز الأدرنالين ، وارتفاع مقدار السكر في الدم ، وازدياد كرياتة الحمراء الخ التي سبقت الإشارة إليها .

وقد دلت التجارب الإكلينيكية في ميدان الطب النفسى على أنه إذا قامت في سبيل التنفيس عن الانفعال عوائق صادرة من البيئة أو من عقائد الإنسان وأوهامه ، فإن نضالاً يقوم في النفس لا يلبث أن يقف منه صاحبه موقف النعامة من الخطر يهددها عند ما تضع رأسها بين قوائمها فلا تراه . وبعبارة أخرى فإن في طبيعة الإنسان

(١) Anderson, Parmenter and Liddel : Some Cardiovascular Manifestations of the experimental neurosis in sheep. Psychosomatic Medicine, 1 : 93, 1939.

ميلاً إلى التخلص من ألم النضال النفسى بأن ينعج موضوعه من الظهور فى حيز الشعور . « ولكن النضال المستبعد من حيز الشعور يخلق حالة دائمة من التوتر قد تكون سبباً فى اضطرابات دائمة فى الوظائف العضوية » (١) .

ويكتب Alexander عن هذه الاضطرابات فى الوظائف العضوية فيقول « إن الإنسان الذى يضحك أو يبكي يستطيع عادة أن يعين السبب النفسى الذى دعاه إلى الضحك أو البكاء . ولكن الأمر يختلف عن ذلك لدى المريض الذى يشكو من عصاب المعدة (stomach neurosis) . لأن مثل هذا المريض لا يستطيع وصف الانفعالات التى كانت سبباً فى أعراضه المعديّة . بل هو لا يدري أن الأصل فى دائه نفسى . وسينكر ذلك ويحاول أن يجد أصولاً جسمية لعلته ، وهو فى محاولته تلك سيلقى فى معظم الأحيان تأييد الطبيب . إن الاضطراب العضوى الناتج من أسباب نفسية غير عادى ، أو على الأصح ، تغيير ناقص للتوتر النفسى . فهو لا يحتمل تنفيساً كاملاً للتوتر الانفعالى الأصيل كما يفعل الضحك أو البكاء ذلك؛ ونتيجة هذا استمرار فى التوتر ينشأ عنه اضطراب مزمن فى الوظيفة » (٢) .

والنتيجة التى نستخلصها من هذه الدراسات الفسيولوجية والسيكولوجية ، أنه عند ما يشكّل الأمر على الإنسان ولا يملك له حلاً مناسباً ، أو عند ما تتصارع فى نفسه دوافع متنافرة قوية فإنه يضيق بالإشكال أو بالمصارعة وبما ينشأ منهما من توتر انفعالى مؤلم ، ولا يمكن لها خروجاً إلى ميدان الشعور . ولكن الطاقة الانفعالية التى أُغلقت دونها سبل التنفيس الطبيعى على هذا النحو لا بد لها من اصطناع مصارف أخرى ، فتعتمد إلى اختراق مسالك قصيرة تحت لحائية حيث إن المسالك اللحائية أى التى تتميز بالشعور قد سدت فى وجهها . ونستطيع أن نضرب مثلاً لذلك بالضحك والبكاء المستيرى الذى يحدث دون سبب ظاهر ، ويبقى ما بقيت أسباب هذه المظاهر خافية ، حتى إذا تبينها صاحبها استطاع أن يقف منها موقفاً ملائماً . على أن

(١) Freud, S. *Ma Vie et la psychanalyse*. (Tr. Marie Bonaparte) Paris 1930. Gallimard 1930.

(٢) Alexander, F. : *Addenda to "The Medical Value of Psychoanalysis"*. (٢) *Psychoanalyt. Quarterly* 5 : 548. 1936.

اصطناع المسالك تحت اللحائية من شأنه أن ينبهها تنبيهاً قوياً قد يؤدي إلى فقدان التوازن الوظيفي في الأجهزة الحيوية على نحو قد تنشأ منه إصابات تشريحية كما تبين من تجارب Cushing .

فأتمه : إن تجربة كل طبيب تتفق مع ما تسجله الإحصاءات في أن الأمراض المزمنة أصبحت الآن أكثر شيوعاً من الأمراض الحادة ، على عكس ما كان يشاهد فيما مضى . ولكن هذه الأمراض المزمنة يكتنفها كثير من الغموض ، ولا يستطيع حيالها الطبيب إلا قليلاً . فكأن هذه الثروة العظيمة من المعارف الطبية التي ينفق الطبيب في تحصيلها زهرة العمر لا تسعفه حيث تشتد الدعوة إلى معونته . وهذه حال محزنة مؤسفة دفعت بنفر من الأطباء إلى قلب النظر في مشكلة المرض بأسرها، وجعلت الحاجة إلى تعديل موقفنا إزاء المريض تلح علينا يوماً بعد يوم . فقد تبين أن غالبية هذه الأمراض المزمنة — التي تشمل كثيراً من الاضطرابات الوظيفية والعصائية — تلابسها عوامل من نوع جرى التقليد الإكلينيكي على ألا يقيم لها وزناً، حتى أصبح من المعقول أن يتردد السؤال الآتي على الألسنة : ألا يكون عجزنا الحالي في مناهضة هذه الأمراض راجعاً إلى منهجنا في تصور ظاهرة المرض أكثر مما هو راجع إلى قصور معارفنا الفسيولوجية والباثولوجية ؟

ليس من شك أن المنهج التجريبي ، الذي كان لكلود برنار الفضل في وضع أسسه كان فتحاً ميبناً أفادت منه فنون الطب والصحة نفعاً عظيماً ، وليس من شك أن النظرة التشريحية (structural concept) في الدراسات الباثولوجية ، التي أذاعها Virchow أعانت الطب على التخلص من أوهام عصور الظلام . ولكن إذا كان من الواضح أن المريض كائن يهضم ويتنفس بحيث يملئ علينا إذا ما اضطرب هضمه أو ضاق تنفسه أن نبحت عما اعتري كيمياء الهضم من خلل ، أو ما عاق سواء التنفس ، فإنه ليس أقل وضوحاً أن المريض إنسان يحزن ويفرح ، يعقد الآمال ويشفق مما يجتبه له المستقبل ، يناضل في سبيل البقاء ويجهد في الملاءمة بين مآربه وبين مقتضيات البيئة . إنه يتنفس وهذا يقتضينا أن ننظر في فسيولوجية

هذه الوظيفة ثم في باتولوجيتها العضوية ، ولكنه « يضيق صدرًا » بمتاعب الحياة ، فكيف لا يقتضينا هذا أن ننظر في سيكولوجية حوافره في الحياة ؟ قد يقال إن ذلك ليس من عمل الطبيب الباطني وإنه أمر متروك لأهله من علماء النفس وأطباء العقل . ولكن هذا القول يتضمن فرضاً لم يعم الدليل على صحته ، ومنطوق هذا الفرض أن الإنسان كائن ثنائي ذوعنصرين : جسم ونفس ، وأن هذين العنصرين مختلفان في طبيعتهما مستقلان بعضهما عن بعض . وأقل ما يقال عن هذا الفرض إنه لا يعدو أن يكون نظرية ميتافيزيقية لا تمت للواقع ولا للتجربة المباشرة التي هي عماد الدراسات الطبية الحديثة . ويعرف أهل الفلسفة أن هذه النظرية الميتافيزيقية انحدرت إلينا من الفيلسوف الفرنسي ديكارت ، وأن مردها في آخر الأمر إلى عقيدة بدائية .

إن التجربة المباشرة إذا تحررت من أغلال الفكر الميتافيزيقي تدلنا على أن الإنسان « كائن واحد » وأن هذه الوحدة الأساسية في الكيان تجربة صميمية يحياها كل فرد ، ويلبسها في كل من يتصل بهم من الأفراد عندما تتجاوب وحدته مع وحدة غيره من الناس . لم يعد من شك إذن أن الطبيب عندما يستبدل بهذه الوحدة التي تعطيها له التجربة المباشرة ، ثنائية الكائن ، إنما يفلسف فلسفة ميتافيزيقية حيث أراد أن يكون موضوعيا واقعيا .

يجب علينا إذن أن ننظر إلى الظواهر الجسمية والظواهر النفسية باعتبارها جانبي وحدة الكائن ويتحتم علينا أن ندخل في حسابنا كلا الجانبين إذا أردنا أن تكون نتائج البحث كاملة مستوفاة . وهذا هو أساس التوجيه السيكوسوماتي

فليس الطب السيكوسوماتي إذن فرعا من الطب النفسي ولا هو وقف على طائفة من الإخصائيين ، بل هو اتجاه جديد في الدراسة الإكلينيكية عموماً . ثم ليس الطب السيكوسوماتي بحثا عن أثر العوامل النفسية في نشأة الأمراض العضوية ، بل هو دراسة الأعراض المرضية جميعاً الجسمية منها والنفسية ، وإدماجها في إطار واحد هو إطار شخصية المريض ووحدته الأصيلة . وغير خاف أن هذا يعني أن الطب السيكوسوماتي ينكر أن يكون المرض جسميا بحتا أو نفسيا بحتا ، ويرى أن واجبنا أن ننظر إلى أي حد يكون المرض جسميا وإلى أي حد يكون نفسيا

سار الإكلينيكيون بخطوات واسعة في هذا السبيل في السنوات العشر الأخيرة وتكاتف الباحثون من كل صوب ، قشأت مؤسسات ومعاهد تحمل اسم هذا الاتجاه الجديد ، نخص بالذكر منها المعاهد التي نشأت في الأوساط الطبية الآتية .

Columbia University Presbyterian Hospital center in New York. City.

Harvard Medical School

Massachusetts General Hospital

Beth Israel Hospital in Boston

Menninger Sanitarium in Topeka, Kansas

Temple University in Philadelphia

Chicago Institute,

ثم صدرت عام ١٩٣٩ مجلة تحمل اسم (Psychosomatic medicine) يشرف على تحريرها Dr. Flanders Dunbar وأخيراً بدأ المؤلفون ينشرون الكتب الجامعة فصدر عام ١٩٤٣ كتاب Weiss و English وعنوانه Psychosomatic Medicine ثم كتابا Dunbar . وهما Emotions and bodily changes و Psychosomatic Diagnosis ويجد المتتبع لهذه المؤلفات والدوريات أن أهم المشاكل التي استرعت إهتمام الباحثين والتي وصل البحث فيها إلى نتائج مرضية هي : أمراض الجهاز القلبي الوعائي وخصوصاً ارتفاع ضغط الدم الجوهري ثم أمراض الجهاز التنفسي وخصوصاً الربو الشعبي ثم أمراض الجهاز الهضمي وخصوصاً قرحات المعدة والأثني عشر ، ثم الأمراض الروماتزمية والالتهابات المفصليّة ثم اضطرابات الغدد الصماء بما في ذلك مرض السكر ثم طائفة من الأمراض العصبية وخصوصاً الصرع ثم الصداع (migraine) وبعض الأمراض الجلدية مثل (urticaria) وغير ذلك .

وغنى عن البيان أن هذه الدراسات التي تستند إلى هذا الاتجاه الجديد تقتضى تغييراً في أساليب التشخيص بحيث تمتد لتشمل سمات المريض الخلقية والسيولوجية . ويحسن بنا أن نذكر هنا مثلاً ما وصل إليه البحث في هذا الصدد ، فقد تبينت Dunbar أن المرضى بأمراض مختلفة مثل ارتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية ومرض السكر الخ لا يختلفون من حيث الصورة الإكلينيكية الجسمية فحسب بل

يختلفون أيضاً من حيث بناء شخصيتهم . وقد أسفر هذا البحث عن تخطيط صورة جانبه (profile) لكل طائفة من المرضى . ومجتزئاً من هذه الصورة الجانبية بأقوال المرضى التلقائية المعبرة عن مشاكلهم وعن العلاقة بين طبيعة توتراتهم وأعراضهم المرضية وبين ما يدور بخلدكم ويجرى على ألسنتهم وما ينزعون إليه<sup>(١)</sup> .

فيقول المريض بارتفاع ضغط الدم : « أراني دائماً مضطرباً إلى أن أجيب ب «نعم» ولست أدري لماذا ، ولكن الخنق يأخذني بعد ذلك دائماً » . أو يقول « أنى ساخط ولكنى لا أحب النضال أبداً — ولا أدري لماذا — فلعل شيئاً حدث مرة ... ولكن الجدل هو ما يطيّب لى فقد أستطيع أن أجادل يوماً بأ كمله . »

ويقول المريض بأوعية القلب الأكليلية (coronary) « لقد كالتحت أشد كفاتح طول حياتى ، ولا أجد بدا من مواصلة العمل لأنه يجب أن أكون فى القمة . » ويقول المريض بالحى الرومانزمية : « كل ما أعمل يحدث ضرراً ولكنى أرانى مضطرباً إلى مواصلة الحركة »

ويقول المريض بالرومانزم القلبي : « أرى أحلاماً مفزعة » أو يقول « لعلى ولدت لأكون هدفاً للعذاب . »

ويقول المريض باضطراب إيقاع القلب (arrhythmia) « كنت أحب أن أكون رجلاً ملحوظاً ، ولكن لعلى قدر لى أن أكون فاشلاً ، وأنا أخشى الناس ، وتعظم سعادتى حين أستسلم لأحلام اليقظة »

ويقول المريض بالديابيطس : « يا دكتور إن الأمر شنيع ، ولا أدري ما ينبغى أن أفعل ، فإنى أجدنى أوشك دائماً أن ألقى الأذى بغيرى أو بنفسى ، ولا بد أن تعيننى ، فلست مشغولاً عما أعمل ، لأنى لا أستطيع أن أتخذ قراراً » .

وسنعرض فى أعداد تالية من هذه المجلة أهم النتائج التى أسفرت عنها البحوث السيكوسوماتية ، وسنبداً بما يعتبر حجر الزاوية فى كل دراسة إكلينيكية ونعنى أساليب التشخيص ومنهج دراسة تاريخ الحالة وفقاً للنمط السيكوسوماتى .

## المراجع

- ALEXANDER, F. The relation of structural and instinctual conflicts. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 1933.
- ALEXANDER, F. The Medical Value of Psychoanalysis. New-York. Norton 1938.
- ALEXANDER, F. Addenda to "The Medical Value of Psychoanalysis". *Psychoanalytic Quarterly*, 5, 1936.
- ALEXANDER, F. Psychological aspects of Medicine. *Psychosom. Med.* 1, 1939.
- ANDERSON & LIDDEL. Observations on experimental Neurosis in Sheep. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 34, 1935.
- ANDERSON, PARMENTER & LIDDEL. Some cardiovascular manifestations of the experimental neurosis in Sheep. *Psychosom Med.* 1, 1939.
- BLEULER. Physisch und psychisch in der pathologie. *Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psychiat.*; 30, 1916.
- BOAS. The Unseen Plague-Chronic Disease. New York Augustin 1940.
- CANNON. Bodily changes in Pain, Hunger, Fear and Rage. New York, Appleton 1929.
- CAUTERMANN. Considerations cliniques sur l'allergie dans les affections rhumatismales. *Acta rheumatol.* 8.5. 1936.
- CHILD. The Physiological foundation of Behavior. New York Mac-Millan 1924.
- COGHILL. Anatomy and the problem of behavior. Cambridge. Harvard Univ. Press. 1929.
- COGHILL. Corollaries of the anatomical and physiological study of amblystoma from the age of the earliest movement to swimming J. *Comp. Neurol.* 53-157, 1931.
- CROOKSHANK. Organ-Jargon. *Brit J.M. Psychol.*, 10, 1930.
- DONZELAT. Les éclipses cérébrales au cours des poussées hypertensives *Presse Medicale*, 49, 1941.
- DUNBAR. Emotions and bodily changes. New York. Columbia Univ. Press. 1938.
- DUNBAR. Psychosomatic. Diagnosis. New York. Hoeber, 1943.
- FRENCH. Physiology of behavior and choice of neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 10, 1941.
- FREUD. Gesammelte Schriften. Leipzig. Internal. psychoanal. Verlag. 1925.
- FREUD. New Introductory Lectures on Psychoanalysis. London. The Hogarth Press. 1933.
- FREUD. Ma Vie et la psychanalyse (Tr. Marie Bonaparte, Paris. Gallimard 1930.
- GALLAVARDIN. Les angines de poitrine. Paris. Masson 1925.
- GREENACRE. Surgical addiction-Case illustration. *Psychosom. Med.* 1, 1939.
- HALLIDAY. The rising incidence of psychosomatic illness. *Brit. Med. J.*, 2, 1938.
- HALLIDAY. Social Pathology. *B.M.J.*, 2, 1938.
- LAFORGUE. Clinique Psychanalytique. Paris Denoel. 1936.
- LAFORGUE. Relativité de la réalité. Paris Denoel. 1937.
- MITTMELMANN & WOLF. Emotions and gastroduodenal function : experimental studies on patients with gastritis, duodentis, and peptic ulcer. *Psychosom. Med.* 4. 1942.
- PAVLOV. Conditioned Reflexes. New York Oxford Univ. Press. 1927.
- WEISS & ENGLISH. Psychosomatic Medicine : The Clinical application of psychopathology to general medical problems Philadelphia, Saunders 1943.
- ZILBOORG. A history of medical psychology. New York, Norton. 1941.