

التحليل التنويمى (*)

طريقة جديدة فى العلاج النفسى

بقلم

الدكتور صبرى مبرموس

كان باراسيلس Paracelsus فى النصف الأول من القرن السادس عشر أول من أشار إلى احتمال وجود عامل خاص يودى إلى أن يتأثر عقل من عقل آخر ، وألح إلى أن هذا العامل يحتمل أن يكون نوعاً من السوائل المغناطيسية . ولكن هذا الرأى لم ينضج إلا بجهود ماكسويل وصاحبه كرشر . وكان ماكسويل يعتقد أن المرض يرجع إلى فقد بعض السوائل أو سحبها ، وأن إعادة هذه السوائل ممكن عن طريق «المغناطيسية» . ثم جاء فان هلمونت بعد ذلك وقال إن هذا السائل المغناطيسى المنبعث من الإنسان يمكن أن يخضع لإرادته عند ما يقصد به إلى التأثير على عقول غيره من الناس .

وجاء مزمر Mesmer بعد زهاء مائة سنة (١٧٧٠) فأذاع نظريته عن المغناطيسية الحيوانية ، وتلخص هذه النظرية فى أن الناس جميعاً يقعون تحت تأثير الكواكب ، وأن هذا التأثير إنما يرجع إلى التدفق الدائم للسائل المغناطيسى الذى يملأ الكون ، ولا بد لكى نتمتع بالصحة من أن يبقى هذا السائل فينا فى حالة توازن وانسجام ، فإذا اختل توازنه أصبنا بمختلف الأمراض . «والممغطس» هو الشخص الذى يستطيع أن يعيد التوازن اللازم إلى جسم المريض بأن يسحب منه قدرأ من السائل أو يمده به عن طريق الاتصال به بالملاسة أو حتى على البعد . وقد ذاعت هذه النظرية حينئذ من الزمن وعرفت باسم «المزمرية» . ولا حاجة للقول بأنها لم تكن تستند إلى أى أساس علمى ، وقد دمجتها أكاديمية العلوم بباريس وهى يومئذ لا تزال فى أوجها . وبعد أن ظلت المزمرية على شىء من الانتشار بين العامة زمنأ غير قليل . بدأت

تفقد كثيراً من قيمتها بفضل تقدم العلوم المادية فى الخمسين سنة التالية ، وتلاشت الضجة العالية التى أقامتها فى كثير من العواصم الأوروبية . وفى عام ١٨٢٠ - ١٨٤٠ أثبت كل من برىد وبرتزاند أنه لا شأن للمزمرية بالسائل المغناطيسى المزعوم ، وأنها ليست إلا حالة ذاتية يمكن أن تحدث من الإيحاء وأطلقا عليها اسم «التنويم» Hypnotism . ولكنهما لم يصلا إلى فهم هذه الظاهرة من حيث العمليات السيكولوجية المنطوية عليها .

وبين سنة ١٨٧٠ - ١٨٩٠ كان شاركو على رأس مدرسة السالبريرير فى التنويم ، فخطأ بهذه النظرية خطوات كبيرة ، وبين كيف يمكن أن تؤدى الأفكار المرضية إلى إحداث المظاهر الهستيرية - وكيف أن كلا من الأفكار المرضية والأعراض الهستيرية يمكن أن تتأثر بالتنويم . وكانت خلاصة رأى شاركو أن التنويم حالة مرضية تشبه الهستيريا^(١) ، وأن ظاهرة التنويم فى ذاتها حالة غير سوية . ولعل هذه هى نقطة الخلاف الأساسية بين مدرسة شاركو ومدرسة نانسى التى كان ليبولت وبرنهايم من زعمائها . وكان من رأى أصحاب هذه المدرسة أن التنويم يرجع إلى الإيحاء ، بل كانت تقرر أن الاثني لا يختلفان إلا فى الدرجة وحسب . وقد أكد برنهايم بصفة خاصة أهمية دراسة عملية الإيحاء ومميزات الإيحائية (أى درجة التأثير بالإيحاء) ، وقرر أن الإيحائية ليست مقصورة على مرضى الهستيريا وحسب ، إذ أنها توجد ، بدرجات متفاوتة ، عند الناس جميعاً فيما عدا استثناءات نادرة . وقد ذاعت شهرة مدرسة نانسى فى استعمال الإيحاء ، مع التنويم أو بدونه ، لأغراض علاجية . ولا يزال كثير من الباحثين حتى الآن يرون أن التنويم وثيق الصلة بالإيحائية ، ويقولونجفيلد فى هذا المعنى إن الإيحاء الناجح يؤدى إلى ظاهرة التنويم وإن هذه الظاهرة بدورها تزيد من الإيحائية .

(١) يرى وليم براون أيضاً أن مرضى الهستيريا فقط هم الذين يمكن تنويمهم ويقول إنه كلما تحسن المريض مع العلاج قلت قابليته للتنويم . على أن وليم براون يحاول التوفيق بين نظرية شاركو القائلة بأن التنويم هستريا صناعية ورأى برنهايم الذى يقضى بأن التنويم لإيحائية مترايدة ، فيقول إن بعض الناس يسهل أن يصابوا بالتمكك (أى يسهل عندهم فقد الذاكرة) دون أن يكون عندهم أى زيادة فى الإيحائية ، ولكن الأرجح أن فقد الذاكرة هذا درجة قصوى فى الإيحائية . ويبدو أن رأى منجه حتى الآن إلى اعتبار حالة التنويم شبيهة بالنوم فما عدا الزيادة العامة فى الإيحائية فى الحالة الأولى .

هذه باختصار كانت الخطوات التي مرت بها الفكرة العلمية عن التنويم حين بدأ فرويد ، بالاشتراك مع جوزيف بروير ، تجربة الإيحاء في علاج الظواهر العصبية وبالأخص المستيريا . وكان فرويد قد قضى بعضاً من الوقت في الاستماع إلى شاركو ومشاهدة تجاربه بانتباه شديد ، كما كان قد قرأ الكثير عن مدرسة نانسي ثم زارها بعد ذلك ، فانصرف إلى مزاولة الإيحاء أثناء التنويم في معالجة الحالات العصبية التي كانت تعرض له . وقد وجد فرويد في الإيحاء أول الأمر وسيلة للتغلب على الشعور بالعجز إزاء تلك الحالات التي كان الطب يقف حائراً أمامها وقتئذ ، كما أنه أشعره بشيء من الزهول ما ذاع عنه أنه يأتي بالمعجزات . على أن فرويد سرعان ما تبين قصور هذه الوسيلة ، وكان هذا القصور ينحصر في مبدأ الأمر في عجزه عن تنويم مرضاه جميعاً (١) . وعدم قدرته أحياناً على الوصول بالتنويم إلى درجة العمق التي يريد بها . ثم تكشف له قصور هذه الطريقة بصورة أوضح عند ما اطلع على طريقة بروير في علاج المستيريا ثم عند ما مارسها بعد ذلك . وكان بروير قد لجأ إلى طريقة جديدة في علاج إحدى مرضاه بالمستيريا هي أن يجعل المريضة تتحدث إليه أثناء التنويم العميق بما يثقل عليها ، وكان حديث المريضة يجيء طلقاً ومصحوباً بكثير من الإفصاح الانفعالي ، كما كان يعقبه تحسن ظاهر في حالتها وإن كانت المريضة تظل في حالة اليقظة على جهلها السابق بطريقة نشأة أعراضها وبعلاقة هذه الأعراض بما مر بها من خبرات سابقة . فبدأ فرويد في تجربة هذه الطريقة ، وكان يدع المريضة تتحدث إليه بما تشاء دون أي إيحاء من جانبه ، فكان التنويم هنا وسيلة تيسر للمريضة سبل التحدث بما صادفها من تجارب وما اختزنت من ذكريات . وقد أطلق بروير على هذه الطريقة اسم « الطريقة التفريغية » Cathartic Method لما كان يصحبها من تفرغ انفعالي ، ولكنها كانت في الوقت نفسه تنطوي على كشف من أهم الكشوف العلمية وأبعدها أثراً هو كشف « اللاشعور » . كانت هذه هي المرة الأولى في تاريخ الطب النفسي أدى فيها استعمال وسيلة علاجية إلى معرفة سبب المرض .

(١) يرى لندرن أن الفشل في تنويم بعض المرضى لا يرجع إلى عامل خاص في هؤلاء المرضى يجعل تنويمهم متعذراً بقدر ما يرجع إلى عدم صبر النوم حتى يحدث التنويم ، أو إلى عدم كفاية التحويل transference بين النوم والمريض . على أن غالبية الباحثين يتفقون على تفاوت الناس في قابليتهم للتنويم ، وتقرر مارجريت بريمان ومرتون جريل أن ٧٨ — ٩٧٪ من الناس يمكن تنويمهم إلى درجة ما ، وأن ٢٠٪ فقط هم الذين يمكن تنويمهم إلى درجة عميقة .

ولكن على الرغم من النتائج العملية الباهرة للطريقة التفرغية ، فان قصورها بدأ يتكشف لفرويد . فقد لاحظ من خبرته المتزايدة أن هذه النتائج الباهرة نفسها عرضة للزوال إذا اضطربت علاقته الشخصية بالمرضى . وصحيح أن حالة المريض قد تتحسن مرة أخرى إذا عادت العلاقة بين الاثنين طيبة كما كانت . ولكن هذا في نفسه يشير إلى أن العلاقة الوجدانية الشخصية بين الطبيب والمريض كانت أقوى أثراً من العملية التفرغية فيما يصل المريض إليه من التحسن (١) . ومن ثم كان على فرويد أن يجد بديلاً لطريقة التنويم . وقد اهتدى إلى هذا البديل في طريقة « الترابط الحر » التي تلخص في أن يدع المريض يذكركل ما يرد على خاطره بغير استثناء ، ثم تحليل ما يجيء به المريض من خبرات وذكريات وتفسيره وفقاً للطريقة الخاصة التي ابتدعها وأطلق عليها « التحليل النفسى » .

هذا بالإضافة إلى أن التنويم كأداة علاجية كان يصطدم بعقبة تذهب بنفعه في كثير من الأحيان تلك هي ظاهرة المقاومة ، كما تبين أيضاً أن أثر التنويم مؤقت ومرهون بما يبدو من تحسن في الأعراض الظاهرة ، وهو ما علته أنا فرويد Anna Freud فيما بعد بعدم مساهمة « الأنا » في العملية العلاجية .

* * *

بعد اهتداء فرويد إلى التحليل النفسى عن طريق « الترابط الحر » كاد التنويم يهمل إهمالاً تاماً وخاصة في الدوائر العلمية . وفي أثناء هذه السنوات التي قاربت الخمسين اتسع نطاق التحليل النفسى وتعددت ميادين تطبيقه . فشملت إلى جانب علم النفس المرضى الطب العقلى في مختلف فروعها والفن والأنثروبولوجيا وغيرها . ولكنه ، كأداة علاجية ، ظل على شئ من التخلف والقصور ونى بالفشل في عدد غير قليل من الحالات . كما أن طريقة التحليل بصورتها الأصلية تستغرق من الوقت والجهد ما يجعلها بعيدة عن تناول الغالبية الكبرى من مرضى العصاب مما هبط بقيمتها العملية هبوطاً كبيراً . كل هذا حدا بعض الباحثين إلى محاولة تعديل الطريقة الأصلية تعديلاً يكفل الحد مما تستغرقه من وقت وجهد دون المساس بما تتميز به من

(١) أظهر فرنزي فيما بعد أن هذا نوع من الارتداد إلى الحالة الطفلية بما فيها من الاعتماد على بديل والذى . ومما يذكر بهذه المناسبة أن سبار وستكفيس Speyer and Stockvis أظهرا في عام ١٩٣٨ أن الاتجاه الشيق للنوم أزاء النوم يلعب دوراً هاماً في حدوث التنويم ، وأنه يسهل في حالة النكوص إلى الموقف الأوديبى تنويم أفراد الجنس الآخر .

الوصول إلى أغوار النفس البشرية وتحليل ما يحركها ويصطرع فيها من نوازع ورغبات .

والتحليل التنويمي إحدى هذه الطرق المعدلة في التحليل النفسي ، وهو كما يستدل من اسمه يجمع بين التنويم والتحليل النفسي ، أو هو القيام بالتحليل أثناء التنويم . وقد قام بالبحث فيه فريق غير قليل من علماء التحليل والطب النفسي نذكر منهم إريكسون وإيزنود وكوبي ولندنر وجيل وبرنمان وفيشر وفولبرج وميندجر^(١) . ولكن على الرغم من المزايا التي لا تنكر للتحليل التنويمي على غيره من وسائل التحليل المقتضب فاننا لم نصل بعد إلى تحديد الحالات التي يجدى معها العلاج به ، ولا إلى تقنين الطريقة التي يؤدي بها .

ويمكن القول باختصار إن التحليل النفسي ينطوي على طورين .

الطور الأول طور الكشف عن الدوافع اللاشعورية والخاوف والذكريات ومعرفة كيف تعجز هذه العوامل المريض عن إقامة علاقات بنائية مع العالم الخارجي . وهذا الطور بطيء ويستغرق زمناً طويلاً قد يصل إلى بضع سنوات . والسبب في ذلك أن «الأنا» لا يستطيع أن يحتمل القلق الذي صاحب كبت المادة اللاشعورية ، والتحليل يقوى الأنا بما يقيم علاقة إيجابية بين الطيب والمريض .

والطور الثاني طور التعليم من جديد وهو يتضمن تكوين اتجاهات جديدة في علاقة الفرد مع العالم الخارجي . وليس هذا بالأمر اليسير لأنه يعنى إقامة عادات

(١) الواقع أن هادفيلد كان أول من استعمل اصطلاح « التحليل التنويمي » Hypno analysis أثناء الحرب العالمية الأولى (١٩١٤ - ١٩١٨) ، ولكن الطريقة التي كان يستعملها كانت قريبة الشبه بطريقة فرويد التفريغية ، وقد نجحت معه نجاحاً طيباً في كثير من حالات القلق والهستيريا التحولية . وهو يقول إن طريقة تمر في طورين الطور الأول : بعد تنويم المريض يطلب منه ، بمجرد أن يشعر بيد الطبيب على جبهته مثلاً ، ان يستعيد كل الخبرات التي أدت به إلى المرض ، فيحيا المريض على التو هذه الخبرات من جديد ويهتز منفعلاً أو يرتعش غضباً أو يبكي بدمع منهمر . هنا ينبغي أن يشجع المريض على وصف ما يري بالتفصيل . الطور الثاني : الذي يستعمل فيه الإيحاء أثناء التنويم لإعادة تكيف المريض مع الخبرات التي استعادها . ويشير هادفيلد هنا إلى أهمية التفريغ المكرر لهذه الخبرات حتى يصل المريض لا إلى قبولها أثناء التنويم وحسب ، بل إلى تذكرها بمد اليقظة أيضاً ، ثم تكيف اتجاهه الانفعالي وفقاً لما يقتضيه زوال السبب في مرضه .

بنائية جديدة تحل محل الاتجاهات الهدمية السابقة . ونقطة البدء في تكوين هذه الاتجاهات هي علاقة المريض بالطبيب .

وإذا استعمل التنويم استعمالاً مناسباً فإنه يقصر من أمد هذين الطورين ، لأن علاقة التحويل بين الطبيب والمريض تكاد تنشأ مباشرة في التنويم ، كما أنه يساعد على التغلب على المقاومة التي تعوق العلاج ، فيذكر المريض في جلسة تنويمية واحدة ما قد لا يستطيع ذكره في شهور من التحليل العادى . ولا يعنى هذا أن كل مقاومة تزول بمجرد التنويم ، ولكن التنويم يساعد كثيراً على التغلب على ما يقيمه « الأنا » من وسائل الدفاع دون ظهور المادة اللاشعورية في الشعور . ولعل هذا هو أهم ما يساهم به التنويم في تقصير الطور الأول .

ويستطيع التنويم أيضاً أن يقصر من أمد الطور الثانى أو الطور التعليمى لأن العلاقة التنويمية تسهل على المريض امتصاص الاتجاهات الصحيحة ، على أننا لا ينبغي أن نتوقع المعجزات من التنويم ، لأن العمليات التعليمية تحتاج إلى زمن طويل لكي تؤتى ثمارها .

ولسياسة الساعة الأولى أثر كبير على توجيه العلاج فيما بعد . والأفضل الامتناع فيها عن توجيه أسئلة إلى المريض ، بل يترك لكى يروى مشاكله من تلقاء نفسه وبالطريقة التي تروق له . فان تدخل الطبيب بالسؤال عن تاريخ المرض أو محاولة تقصى اتجاهات المريض ودوافعه ستثير عنده أعنف المقاومة .

ويستحسن قبل البدء في التنويم أن يعرف المنوم رأى المريض في التنويم وأن يصحح أو يزيل ما قد يكون عنده من أخطاء ومخاوف بهذا الصدد . ولكن لإجاء الوعود بنتيجة العلاج ليست من الحكمة في شيء ، ولا ينبغي أن يتجاوز الطبيب في ذلك حد القول بأن النتيجة رهن بمدى ما يذهب إليه المريض في التعاون في العلاج .

وقبل البدء في العلاج ينبغي أن يدرّب المريض على التنويم بحيث لا يستغرق منه ذلك إلا أن يسمع الإشارة بالنوم . والتنويم هنا يعنى الوصول إلى حالة السبات ثم نسيان ما يحدث أثناء الجلسة التنويمية بعد ذلك . وبما يساعد على تقوية قابلية المريض للتنويم أنه في أول الأمر ينظر إلى المنوم نظرة من يملك قوة خارقة ويعقد عليه الآمال الكبار . ويقتضى الوصول إلى هذه الدرجة المران لمدة أسبوع ، يدرّب المريض في أثناءه أيضاً على العمليات التحليلية التنويمية الأخرى كاستحضار الأحلام عند

الإيحاء بذلك^(١) ، والنكوص والكتابة التلقائية والرسم والعلاج باللعب والتمثيل والنظر إلى بللورة أو مرآة .

وينبغي أن يشجع المريض على ذكر المشاعر والانفعالات التي تقوم في نفسه فيما يختص بالطبيب ، كما ينبغي أن يقال للمريض وهو في حالة السبات إنه على الرغم من نومه فإن في استطاعته أن يعمل ويشعر وفق مشيئته تماماً ، وبذا يقرب سلوكه مما يكون في حالة اليقظة ويبعد عن حالة الأستسلام والسلبية التي ترى في السبات العادى . وهذا يزيل من المريض الشعور بأنه بمثابة الآلة لا يستطيع حراكاً إلا بأمر المنوم ، كما أنه يخلق جواً يستطيع المريض فيه أن يبدى من الدوافع ما يمنعه الكبت من إبدائها أثناء اليقظة .

وقد يكون من الخير بين الحين والآخر إيقاف التنويم والرجوع إلى طريقة « الترابط الحر » العادية ، أو إلى مناقشة بعض المواد الهامة مع المريض وهو في حالة اليقظة . وفي الأدوار الأخيرة من العلاج بالتحليل التنوي ، وهي الأدوار التعليمية ، يمكن أيضاً إيقاف التنويم بينما يشرح الطبيب للمريض الاتجاهات الجديدة شرحاً شعورياً محضاً .

* * *

لم تخل طريقة التحليل التنوي من النقد ، وتتلخص الاعتراضات التي أثيرت ضدها ، والرد عليها ، فيما يأتي :

١ - إن عدداً قليلاً من المرضى فقط هم الذين يمكن أن يصلوا في التنويم إلى درجة السبات العميق اللازم لإجراء التحليل التنوي . ولعل هذا هو السبب الذي

(١) الأحلام التي تعقب المحاولات الأولى للتنويم تكون عادة تلقائية وعلى أكبر نطاق من الأهمية والدلالة وكثيراً ما تحتوي لب مشكلة المريض . / علي أنه يمكن أثناء العلاج التنوي اصطناع الأحلام عن طريق الإيحاء ، فيطلب من المريض مثلاً أن يصطنع حلماً واضحاً لتفسير حلم غامض ، أو يطلب إليه أن يتذكر جزء امر الحلم لا يستطيع تذكره . / والأحلام التنويمية أو التي تعقب التنويم يمكن أن تستعمل في فهم الاتجاهات والمشاعر اللاشعورية أو التي لا يمكن أن يفصح المريض عنها بالكلام ، وعلي الأخص اتجاهات المريض نحو أبويه وأخواته وغيرهم من الناس ، كما انها يمكن أن تؤدي أيضاً الى إحياء ذكريات أو خبرات منسية لها علاقة بالأعراض التي يشكو منها المريض : والأفضل ألا تفسر الأحلام التنويمية أثناء اليقظة ، بل يكون التفسير أثناء التنويم ، ويكون المريض الحرة في قبول التفسير أو رفضه حسبما يشعر بصدقه أو زيفه .

حدا بفرويد إلى إهمال التنويم كوسيلة لاستحضار الذكريات المؤذية المنسية . على أنه يمكن باستعمال الطريقة المناسبة أن نزيد من حالات السبات (١) ، وكذا أيضاً بتحليل مقاومة التنويم . كما يمكن الاستعانة على ذلك باستعمال طريقة التخدير ، إذ أن بعض المرضى الذين يقاومون السبات العميق يصلون إليه بسهولة عند استعمال العقاقير المخدرة . ويمكن في هذه الحالات الإيحاء للمريض بإمكان الوصول إلى الطور السباتى بالطرق التنويمية المألوفة . والواقع أن عدم الوصول بالمرضى جميعاً إلى الطور السباتى العميق فى التنويم هو أهم ما يحول دون تعميم استعماله ، فان حالة السبات العميق لازمة جداً للحصول على خير النتائج العلاجية وإن كانت غير ضرورية لظواهر التحويل وإحداث الأحلام .

٢ - أثر التنويم على التحويل كان مثار الاعتراض فى كثير من الأحيان . فالمعروف أن خير نتائج التحليل إنما تكون حيث يأخذ المريض دوراً إيجابياً ويضطلع بجانب من المسئولية أثناء العلاج . ومن ثم كان لب الاعتراض أن التنويم يسلب المريض النشاط والإيجابية . فلا يدعه يتحرك إلا وفقاً لإيحاءات المنوم . ولكن الواقع أن هذا غير صحيح فان التحليل التنويمى ينطوى على قدر كبير من النشاط من جانب المريض . ومن وسائل التجديد فى هذه الطريقة العلاجية أن يخرج المريض من الحمول والتخشب المميزين لحالة السبات إلى اليقظة والإنتاج . فتنبته فيه الوظائف الإدراكية والوجدانية والحركية ويتحرك بكثير من الحرية ويشترك اشتراكاً نشطاً فى العمليات التحليلية .

(١) يقول إريكسون إن غالبية المرضى يمكن أن يصلوا إلى الدور السباتى فى التنويم إذا استعملت معهم الطريقة المناسبة . ويتوقف نجاح هذه الطرق الخاصة على حسن اختيار الحالات المناسبة لها ، وعلى شخصية الطبيب أيضاً ، وتتلخص هذه الطرق فيما يأتى :

١ - الطريقة الأولى تطابق ما سماه فرنزى « طريقة الأب » وهى طريقة الأمر واستعمال السلطة واصطناع قوة خارقة ، فيقول الطبيب للمريض إنه لن يترك الغرفة إلا إذا عادت ذاكرته إليه كاملة . وهذه طريقة ناجحة فى أغلب الأحيان ولكن عيبها أنها تريد من نزعة المريض إلى الخضوع ، غير أنه من الممكن تقويم هذه النزعة بالتحليل فيما بعد مما يساعد المريض على أن يرى حاجته إلى القدر الصحيح من تقرير الذات .

٢ - الطريقة الثانية تطابق ما سماه فرنزى « طريقة الأم » وهى طريقة التهدئة والملاطفة وتشجيع المريض على التعاون الذكى ، فيقول الطبيب للمريض إنه سيستطيع تذكر الخبرات المنسية بعد يقظة برغم عجزه عن ذلك أثناء التنويم ، أو أنه سيتذكرها فى صورة حلم . وقد استعملت هذه الطرق على نطاق واسع فى كثير من حالات عصاب الحرب بصفة خاصة .

وبفضل تشجيع المحلل يستطيع أن يفكر بطريقة تلقائية سهلة وأن يقبل تفسيرات المحلل أو يرفضها .

٣- وثمة اعتراض آخر هو أن التنويم يعوق المريض دون اختبار أعمق لمشاعره ودوافعه والإفصاح عنها . فان من أهم ما يدفع المريض لقبول التنويم رغبته في الطمأنينة وحاجته إلى القوة التي يلتمسها في الاعتماد على المنوم وتقمصه . وقد يؤدي هذا إلى الظن بأن مثل هذه العلاقة قد تعوق اتجاهات التحويل الأخرى دون النمو ، إذ قد تتعارض هذه الاتجاهات مع دوافع المريض إلى قبول التنويم . ولكن هذا الاعتراض واضح الزيف والخطأ ، فان العلاقة التنويمية بين الطبيب والمريض لا تقتصر على دور الاعتماد الذي يكون المريض عليه عادة أثناء السبات ، ولكنها تأتلف مجموعة كاملة من مطالب المريض ووسائل دفاعه التي قد لا تبدو على السطح ولكن يمكن أن تلاحظ في أحلامه وترابطه الحر ، كما تتضمن أيضاً تعبئة دوافع المريض العدوانية والشبقية التي قد لا تكون ظاهرة في الشعور في أول الأمر . والواقع أن التنويم يمكن أن يعد بمثابة المنبه لاختبار أعمق لمشاعر التحويل وأكثرها دينامية ، لأنه يربط المريض مباشرة بعلاقة وثيقة قد ينجح في تجنبها وهو في حالة اليقظة .

٤- أما فقد الذاكرة اللاحق للتنويم فلا ينبغي أن يكون مثاراً للقلق فقد دلت التجربة على أنه مصطنع وليس حقيقياً . ومن التجارب البسيطة التي تؤيد ذلك التجربة الآتية : أثناء السبات التنويمي استبدلت الآلة الطنانة بالصدمة الكهربائية استبدالاً شرطياً (الاستجابة هي سحب اليد) . وبعد اليقظة استمر المريض في سحب يده كلما سمع الآلة الطنانة برغم أنه لا يذكر شيئاً عن التجربة التي أجريت عليه أثناء السبات . وهذا يشير إلى أن ما يقع للشخص أثناء السبات له تأثير محقق على الأنا في حالة اليقظة على الرغم من أن هذا التأثير لا يسجل مباشرة .

٥- ومن النقط الهامة التي يختلف فيها التحليل التنويمي عن التنويم العادي مشكلة تحليل التحويل فان التحليل لا يكتفي بالإشارة إلى مواقف التحليل وانفعالاته كاستجابة للمحلل كإنسان ولكنه يتناول أيضاً نزعات الاعتماد التي يقوم عليها دافع المريض إلى قبول التنويم . ولن يؤثر تحليل نزعات الاعتماد هذه على قدرة المريض على الوصول إلى حالة السبات ، ولكنه سيزيل منه ما ينطوى عليه من توهم المحلل كشيء إله تقبل إيجاءاته على أساس الإيمان المطلق .

٦- وهناك إلى جانب الخوف من أن يؤدي التنويم بالشخص الضعيف الثقة

بالنفس إلى أن يصبح أكثر اعتماداً الخوف من أن يقاوم الشخص الذى تملأه دوافع القوة محاولات التنويم فيؤدى فشل المحلل فى تنويمه إلى السخرية منه ثم إلى الانقطاع عن العلاج . أو قد يفرغ الشخص المنطوى الذى يقيم السدود بينه وبين الناس من العلاقة الوثيقة التى يقتضيها التنويم فيرفضه ، أو يسبب له الرعب الذى يؤدى به إلى أذى لا يمكن الخلاص منه .

على أن هذه الاعراضات لا تثير عقبات جدية ضد التحليل التنويمى كطريقة علاجية . وفى رأى فولبرج المستمد من خبرته الواسعة أن المريض سيستجيب للتنويم كما يستجيب لأى شىء آخر وفقاً لنزعاته الخلقية العادية وسبله الدفاعية المألوفة . ولكن توجد إلى جانب ذلك النزعة إلى قبول التنويم وإلى تحسين علاقة الفرد بنفسه وغيره . وإذا كان للعملية التنويمية أثر ما فإنها تنزع إلى تقوية الاكتفاء الذاتى عند المريض ودعم قواه الداخلية .

ومن الآراء الخاطئة أن التنويم لشخص ذى نزعة فصامية منطوية قد يؤدى إلى الفصام . ولا شك فى أن الإنسان الذى يخاف الناس سينظر إلى التنويم ، كما ينظر إلى أية علاقة مع الغير ، نظرة الخوف والوجل وقد يقاوم الوصول إلى حالة السبات . ولكن الغالب أن المنطويين يسهل تنويمهم . كما يمكن تنويم بعض الفصامين أيضاً دون نتائج ضارة .

وقد يقال إن التحليل التنويمى لا ينفذ إلى أعماق الشخصية وإنه يترك المشكلات العميقة دون أن يمسه . ولا بد من القول بأنه إذا كان العلاج سيقف عند إظهار الذكريات والصراعات المكبوتة وحسب فإن العيوب الخلقية لن تمس . أما التحليل النفسى الناجح فإنه يتناول عادة تغيير بناء الشخصية بحيث لا يجد الشخص نفسه مضطراً إلى استعمال وسائله الهدمية الدفاعية إزاء الناس لكى يتوق مواقف العجز ويحتفظ باحترام الذات .

وما دام أن العلاج يهدف إلى تغيير السمات الخلقية وتعديل بناء الشخصية فإن الكشف عن الذكريات اللاشعورية يصبح جزءاً هاماً من العلاج ولكنه ليس أهم ما فيه !

ويمكن الوصول إلى تغيير بناء الشخصية بتحليل التحويل التنويمى . فالواقع أن التحليل التنويمى لا يخرج عن كونه نوعاً من التحليل النفسى يؤدى فى ظروف خاضعة للضبط ، وفيه يستجيب المريض للمحلل وللموقف التنويمى بالمقاومات

والنزعات ووسائل الدفاع العادية ، وهذا يمكن المحلل من أن يفهم وظيفة النزعات القهرية عند مريضه فيحللها معه . وبذا يمكن أن يعد التحليل التنويمي تجربة ذات قيمة في العلاقات الإنسانية ، لأنها تساعد المريض على تغيير موقفه من نفسه ومن الناس .

ولا شك في أن استقرار المريض إلى علاقاته الجديدة يقتضى زمناً أطول من الثلاثة شهور أو الأربعة التي يحتاجها العلاج . وليس من السهل تحديد مدة العلاج أو تقرير مدى نجاحه ، فإن هذه أمور تتوقف على طبيعة المشكلة الانفعالية التي يقاسمها المريض وعلى مدى تعاونه في العلاج . ولكن الحالات الهستيرية والسيكوسوماتية أسهل تناولا في العادة من المشكلات الخلقية أو اضطرابات الشخصية ، ولكن التحليل التنويمي كثيراً ما أثبت حتى في هذه الحالات الأخيرة أنه ذو قيمة لا غناء عنها للتحليل النفسى .

يتطلب التحليل التنويمي شروطاً خاصة في كل من المريض والمحلل . فالمريض كما أشرنا سابقاً يجب أن يكون قابلاً للتنويم ، وأن يستطيع الوصول إلى درجة عميقة من السبات ، أما الطبيب فيجب أن يكون على إلمام واف بديناميات اللاشعور . ويجب أن يعرف بدقة كيف يتناول العلاقة التنويمية بينه وبين المريض لتحقيق الأهداف العلاجية .

وأفضل النتائج إنما تكون مع المرضى الذين يتكلمون بطلاقة أثناء التنويم ، ويستحضرون ذكريات سابقة من حياتهم . والقدرة على النسيان بعد التنويم وعلى تنفيذ الإيحاءات من العوامل اللازمة لنجاح التحليل التنويمي . والذين يستطيعون الوصول إلى حالة السبات العميق منذ البداية إنما هم أقلية بين المرضى ، ولكن هذا العدد يزداد مع استعمال الطريقة الصحيحة ومران المرضى عليها .

ثم أن جانباً غير قليل من تبة العملية التحليلية يقع على عاتق المريض ، ومن ثم فإن الأنا عنده ينبغي أن يكون على قدر معين من القوة ، وينبغي أن يستطيع المريض احتمال القلق الذى يحدث عند ما ينهار دفاعه وتزول مقاومته فتطفو الدوافع اللاشعورية المكبوتة إلى السطح . وأغلب الحالات التي يفشل فيها العلاج التنويمي إنما هي حالات مرضى تعوزهم الرغبة الصادقة في الشفاء ، أو مرضى يحرصون على الغم الثانوى الذى يأتيهم من استغلال العصاب . على أن الفشل قد يحدث أيضاً إذا

كانت النزعات الهدمية من الشمول بحيث تغلب كل جهد يبذل نحو البناء والإبداع ، أو إذا كان شعور المريض بفقد الذات من القوة بحيث يحس وكأن لا وجود ولا كيان له . هذا الفريق الأخير من المرضى قد يعينهم اختبار رورشاخ على معرفة ماذا يتبقى للمريض من قدرات بنائية ، وما إذا كان المريض مستطيعاً ، بما عنده من قوة ، المضى فى التحليل التنويمى وتحمل ما فيه من صدمات .

أما الدهانيون أو المرضى الذين فى طور سابق للذهان أو الذين يعانون من اضطرابات خلقية ترجع إلى نكوص طفلى أو اعتماد بالغ فهؤلاء لا يصلحون للتحليل التنويمى غالباً . وقصارى ما يمكن أن يفيدوه هو تهدئة الأعراض مع بعض التوجيه عن طريق العلاج النفسى . ويمكن أيضاً الإفادة من تغيير البيئة والإقناع وخفض قابلية المريض للتأثر السريع وذلك بمعاونة التنويم إذا لزم الأمر ، حيث يمكن للطبيب أن يغض من قيمة الكسب الثانوى الذى يستمده المريض من العصاب ويساعده على تنظيم قدراته الإبداعية ويقوى الأنا عنده إلى الدرجة التى قد تسمح ببدء التحليل التنويمى .

وفى التحليل التنويمى يكون على الطبيب أن يقوم بدور الدليل الذى يهدى المريض أثناء تجواله فى متاهة اللاشعور . ومن ثم ينبغى أن يعرف الطبيب أى النزعات ذات دلالة وأيها قليلة الأهمية . كما ينبغى أن يعرف كيف يعالج التحويل والمقاومة بمهارة وكيف يقوم بعمل التفسير المناسب فى الوقت المناسب ، إذ قد يصبح التحويل المضاد هنا . كما فى التحليل النفسى المعتاد . مشكلة مستعصية ، لأن العلاقة الوثيقة التى هى جزء من طبيعة التحليل تؤدي إلى إثارة إسقاطات عدوانية أو شبقية من جانب المريض ، وغيرها من الدوافع العصائية الأخرى . ومن واجب الطبيب أن يحتفظ بحيده ويلتزم اتجاهها موضوعياً إزاء تلك المظاهر جميعاً . فلا يدع نفسه يشتبك فى الموقف الدرامى الذى يحدث . فان أى انحراف من الطبيب عن الحيطة قد يعوق سير التحليل ويؤثر عليه تأثيراً سيئاً .

ومن المهم أن يكون الطبيب على استبصار بمتاعبه حتى لا يسقطها على المريض ، على أنه مهما يكن من محاولة الطبيب التزام الحيطة فلا بد له من الاستجابة للمريض بشيء من الانفعالية ، ومن ثم كلما كان أعمق فهماً لدوافعه ونزعاته كان أقل احتمالاً فى أن يجعل من المريض هدفاً لدوافعه العصائية . والطبيب الذى لا استبصار عنده بحالته قد يشجع فى المريض نزعات العدوان والهدم أو قد يمتدح فيه النزعة إلى الإذعان

أو الاستعطاف ، أو قد يبدي العطف على مريض عنده من المشكلات ما يشبه مشكلاته .

ومن ناحية أخرى قد يثير التنويم دوافع عصابية فى النوم نفسه ، فان حالة التنويم بصفة خاصة تغرى باستغلال المريض استغلالاً صاعداً* لما يبدو فيها من سلبية واستسلام ، ومن ثم فينبغى أن يكون الطبيب على بينة تامة بأية نزعات صادية فى نفسه وإلا أفسد الجهل بوجودها كل محاولة للعلاج .

كما أن التنويم يمكن أن يثير فى نفس النوم مشاعر أخرى قد تؤثر على العلاج وتفسده . فان الطبيب الطموح مثلاً قد يغضبه أى تعويق فى العلاج فيثور على المريض إذا تمسك بوسائله العصابية فى الدفاع ، وبهذه الطريقة ينقل الطبيب ثورته إلى المريض الذى قد يسىء الظن بأغراضه فيحسب أن عنده دافعاً داخلياً إلى إحباط العلاج . أو قد لا يستطيع المحلل احتمال شعور الكراهة والعداء الذين يظهرهما المريض له ، أو قد يكون فى حاجة دائمة إلى استماع المديح من المريض ، وهكذا .

والخلاصة أننا لا نعرف كثيراً عن الناحية النظرية فى التنويم ، ولكننا من الناحية العملية نستطيع بطرق متعددة أن نصل إلى مختلف مستويات النكوص ، ومن ثم يمكن استغلال التنويم فى الكشف عن اللاشعور .

وإذا أردنا أن نقرر قيمة التنويم فى العلاج النفسى فلا ينبغى أن نخذعنا نتائجه إذ أن كثيراً منها لا يتعدى تخفيف الأعراض وقد أدى ذلك أحياناً إلى شىء من الإسراف فى التفاؤل فيما يختص باحتمالاته العلاجية ، وهو ما لا يتفق والواقع فيما وصلنا إليه حتى الآن . على أن فشل التحليل التنويمى فى بعض الحالات لا ينبغى من ناحية أخرى أن يغض من قيمته كخطوة إلى الأمام فيما نعرف من وسائل العلاج . وقد رأينا فى العرض السريع الذى قدمنا لطريقة التحليل التنويمية الإجابة على كثير من الأسئلة فيما يتعلق بمدى نفعها وحدود تطبيقها . ولكن يتبقى بعد ذلك الكثير مما لا نستطيع أن نحسم فيه برأى حتى الآن . ولندكر أخيراً أننا لا نعرف طريقة علاجية ، وخاصة فى ميدان الطب النفسى ، مضمونة النتائج فى جميع الحالات ، ولندكر أيضاً أن مقاومة المريض ، أيا كان سببها ، قد تقف حائلاً دون تحقيق الشفاء أيا كانت الطريقة التى تستعمل فى سبيل إدراكه .

صبرى جرمس

Summary

SABRY GUERGUES : HYPNOANALYSIS

The history of the use of hypnosis as a therapeutic tool is briefly reviewed. Special reference is made to Freud's application of hypnosis in the treatment of neurotic illness, and its subsequent replacement by the method of free association. The revival of hypnosis, as an adjunct to psychoanalytic therapy, is then considered. Hypnoanalysis combines both hypnosis and psychoanalysis, *i.e.* it is psychoanalysis conducted in the hypnotic state.

Psychoanalysis, as is well known, consists of two phases, the uncovering phase and the re-educative phase; and hypnoanalysis is assumed to have a definite value in shortening both phases.

The first week of hypnoanalysis is devoted to the instruction of the patient in the problems of procedure, so that by its end the patient is able to go into deep hypnosis immediately he is asked to. Moreover, he will have been instructed in the other hypnoanalytic processes, including free association, dreaming on suggestion, automatic writing, drawing, regression etc.

The physician should be well acquainted with the dynamics of the unconscious, and should be able to deal effectively with the transference situation. He should avoid projecting his own difficulties on the patient.

The objections raised against hypnoanalysis are discussed. Among these the most important are, the inability of many patients to achieve the deep trance necessary for effective hypnoanalytic therapy, the effect of hypnosis on the transference relationship, posthypnotic amnesia, the problem of analysis of the transference phenomena, etc. Moreover, the objection that hypnoanalysis does not penetrate to the deeper personality strata is considered, and it has been argued that hypnoanalysis, no less than psychoanalysis, can achieve much in changing the personality structure, although this, it must be admitted, takes a long time than is consumed by the average hypnoanalytic treatment.

It is still too early to attempt a final valuation of hypnoanalysis as a psychotherapeutic agent. Neither the rapid amelioration of some of the symptoms, nor the failures not uncommonly met with, should induce us to a hasty conclusion as to its value. For the present it might be fair to state that hypnoanalysis is a step forwards in the domain of psychoanalytic therapy.