

## الفصل الثامن

### الذهن فوق الجسم

# الاضطرابات النفسجسمية والهستيريا

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

ناتانييل هوثون

## مشكلة الذهن - الجسم

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

وقد يروق للمفكرين العمليين أن يطرّحوا ظواهر مثل التخيل بوصفها غيبيات غير ملموسة. فحين يعانى شخص ما من شلل ناشئ من التهاب سحائى فهو يعانى من وجهة نظرهم مرضاً «حقيقياً»، أما صاحب الشلل الهستيرى فهو إنما يعانى مرضاً «متخيلاً». ففكرة الحقيقى عندهم تقابل فكرة التخيل. ومع ذلك فصاحب الشلل أو الألم الناجم عن تخيلاته يخيّر أعراضه كأعراض حقيقة شأنها شأن المرض العضوى تماماً.

وربما زاد تعقّد مشكلة العلية السيكولوجية كمقابل للعية الفسيولوجية حين نفكر ملياً فى أسباب الاضطرابات النفسجسمية. فبمقدورنا فى هذه الحالات أن نضع يدينا على عطب محدد مثل قرحة بالمعدة أو التهاب بالجلد، أو أن نشاهد بأعيننا الدليل على الاضطراب الفسيولوجى باستخدام جهاز مُصمّم لقياس التغيرات فى ضغط الدم أو ضربات القلب. بل إن المستقصى لهذه الحالات قد يرى رأياً لا يعوزه السداد أن المسؤل عن هذا الاضطراب هو النشاط الزائد للجهاز العصبى المستقل autonomic nervous system. إن المثول العينى الظاهر والملموس للاضطراب يدل على أنه اضطراب حقيقى (حقيقة يشند وقعها ولا شك إذا عرفنا أن مريض القرحة قد ينزف حتى الموت). غير أننا حين نتساءل عما حمّل نشاط الجهاز العصبى المستقل على الزيادة ونستكشف الظروف التى أدت إلى هذا الاضطراب فإن ثقتنا بالتفسيرات القائمة على الاضطراب الفسيولوجى وحده لا تلبث أن تهتز.

والصورة النموذجية فى هذه الحالة هى أن نجد الشخص الذى يعانى من حدوث اضطراب نفسجسمى أو اشتداده يقرن به سلسلة من المتاعب الانفعالية التى ألمت به. ويذكر أنه كلما ضايقته مشكلة فإن قرحته تتور، وكلما احتاج غضباً فإن التهاب جلده يتفاقم، وإن يكن

الضيق والغضبُ أشياء لا تُفحص في أنبوبة اختبار أو توزن بميزان أو تُقاس بجلفانومتر. أضف إلى ذلك أن الطبيب أو المعالج النفسى حين يعتمد إلى تخفيف هذا العَرَض فإن اهتمامه ينصب على العوامل غير الفسيولوجية، فيقدم للمريض إichاءات تساعد على تخفيف الضيق أو الغضب، ويلاحظ التثام الإثنا عشر(\*) أو الجلد على أثر ذلك. أو يصف مهدئاً فإذا بالمريض يلحظ أن العرض الجسمى يتحسن حين أخذ قلقه النفسى فى نقصان.

وقد اشتبكت المدارس ذات التوجه السيكولوجى والمدارس ذات التوجه العضوى فى نزاع طويل بشأن تفسير العصاب والاضطرابات النفسجسمية. فأيهما يأتى أولاً: الظاهرة النفسية أم الظاهرة الفسيولوجية؟ أما العضويون فيرون أن من السذاجة أن نسند إلى كينانات غامضة مثل الانفعالات والأفكار والصور الذهنية دوراً سببياً فى هذه الاضطرابات. ويرون أن هذه الأحداث الذهنية لاتعدو، على أحسن تقدير، أن تكون ظواهر ثانوية epiphenomena أى ظواهر غير حقيقة بل نتاجاً ثانوياً by-product للنشاط الفسيولوجى.

لقد تعرضت هذه الاضطرابات - الهستيرية والنفسجسمية - للصنوف ذاتها من الصياغة التى قدمها الفلاسفة الذين تناولوا مشكلة «الذهن - الجسم». فأحد الاتجاهات الفلسفية وهو «المثالية» idealism يعطى أولوية مطلقة للفكر. أما «المادية» فهى، على العكس من ذلك، تؤكد أن الجسم هو الحقيقة الوحيدة وأن تصور الذهن هو وهمٌ واختراع. وتسلم نظرية التأثير المتبادل interactionism بوجود كل من الذهن والجسم وبتأثير كل منهما على الآخر. أما الرأى القائل بتصاحب العمليات الذهنية والجسمية دون أن تؤثر الواحدة فى الأخرى فُسمى بنظرية التوازى Parallelism، أى أن أى شىء يؤثر على الذهن فإنه ينعكس بأثر موازٍ على الجسم، والعكس بالعكس(\*) . ويفترض علم نفس الجشطتلت بأن هناك تطابقاً (تناظر) نقطة لنقطة (واحد لواحد) بين خبرات الوعى والخبرات الجسمية.

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

---

(\*) آثرتُ عدم جر (إثنا) بالياء على اعتبار أن (إثنا عشر) فى هذا المقام اسم كلى مدمج يشير إلى عضوٍ نشريعى محدد واحد، وليس مجرد عدد كغيره من الأعداد «الترجم» .

(\*) ترى نظرية التوازى التى قال بها فلاسفةٌ بحجم ليبنتز وجيولنكس - أن الذهن والجسم دائرتان مقفلتان لاتؤثر إحداهما فى الأخرى، ومهما يكن من ارتباطهما الظاهر فهو ليس ارتباطاً عليه. وإنما هو انسجام مقدّر preestablished harmony من صنع الله، شأن ساعتين ضبطننا وهبئنا بحيث تدق الأولى كلما أشارت الثانية إلى الزمن دون أن تؤثر إحداهما فى الأخرى أو تتصل بها! «الترجم»

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

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

وصف الممارسون الاكلينيكيون عدداً من الاضطرابات التى تلعب فيها العوامل النفسية دوراً هاماً فى إنتاج الخلل الوظيفى أو الكرب الجسدى . قد تمثل هذه العوامل النفسية فى هيئة حدث أو ظرف ما يشكل ضغطاً أو إجهاداً . ويمكننا تقسيم الاضطرابات الجسمية المرتبطة باضطرابات انفعالية إلى ثلاثة مجموعات :

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

( ٢ ) اضطرابات جسمية أولية تؤدى العلميات النفسية إلى اشتدادها . وتشمل هذه الفئة حالات الغطاء السيكلوجى psychological overlay . مثال ذلك حالات الاعتلال القلبي وحالات البُهر dyspnea ( صعوبة التنفس ) الشديد الناجمة عن مرض صدرى خفيف .

( ٣ ) زيغ أو شذوذ فى الإحساس أو الحركة دون مرض بالأنسجة أو اضطراب فسيولوجى

---

( \* ) المصطلح الجديد « الاضطراب النفسسيولوجى » ( أو السيكونسيولوجى ) أخذ الآن يحل بالتدريج محل المصطلح القديم « الاضطراب النفسجسى » ( أو السيكوسوماتى ) .

ملحوظ. وتشمل هذه المجموعة طائفةً عريضةً من الحالات تمتد من «التصور الجسدى» والهستيريا حتى الضلالات الجسمية somatic delusions. هذه المجموعة هي، من جهات عديدة، الأكثر إثارةً للاهتمام من بين الاضطرابات الجسمية المرتبطة بعوامل نفسية.

## الاضطرابات النفسجسمية

تُعرف الاضطرابات النفسجسمية بأنها اختلالات تمكن معاينتها في وظيفة أو تركيب عضو من الأعضاء أو جهاز فسيولوجى من أجهزة الجسم مثل: الجلد، الجهاز الهضمى، الجهاز البولى التناسلى، الجهاز الدورى القلبى، الجهاز التنفسى... إلخ. تحتوى هذه الأجهزة على عضلات ملساء لا إرادية يغذيها الجهاز العصبى المستقل. غير أن الجهاز العضلى الهيكلى المكون من العضلات المخططية الإرادية قد يصاب هو أيضاً باضطرابات نفسجسمية مثل الصداع وآلام الظهر (الجمعية الأمريكية للطب النفسى، ١٩٦٨).

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

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

من الآراء التحليلية Psychoanalytic المبكرة مثلاً رأى، يعتبر كل مرض نفسجسمى هو ظاهرة تحويلية conversion خاصة تتميز بأعراض هي تمثيلات رمزية لدوافع وأفكار معينة. فالإسهال مثلاً هو تحول لدافع طفولى (Ferenczi, 1926). وقرحة المعدة، كما يؤكد جارما Garma (١٩٥٠)، ترمز لأم عدوانية مُدخلة بذات المريض internalized وترمز حواف القرحة إلى فكى الأم المدخلة.

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

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

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

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

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

ووصل لاسى ولاسى Lacey and Lacey (١٩٥٨) إلى أدلة صلبة بشأن خصوصية الاستجابة الفسيولوجية للمواقف الضاغطة المختلفة. فقد وجدوا في دراستهما أن لكل فرد ميلاً للاستجابة الزائدة في واحدٍ على الأقل من أجهزته الفسيولوجية. فيستجيب شخص مثلاً لكل حالة ضاغطة بزيادة كبيرة في ضربات القلب دون تعرُّقٍ يُذكر. ويستجيب آخرُ بتعرق شديد دون كثيرٍ تغييرٍ في ضربات القلب.

## الضغوط النفسية والاختلالات الجسمية

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

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

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

تتألف أول فئة من الضغوط من المواقف العصبية التي تحدث في المعارك العسكرية. فمثل

هذه المواقف تمثل تهديداً هو من الشدة والواقعية بحيث يؤدي إلى قلق شبه محتوم . رغم ذلك يبدو أن الجندي المتمرس بالقتال يرفع عتبة قلقه خلال فترة من الوقت بإنمائه ثقته في مغالبة الخطر وإرهاف تمييزه للمواقف المهددة للحياة . إلا أنه وُجد عملياً أن لكل مقاتل نقطة انهيار . ففي الحرب العالمية الثانية مثلاً أصيب معظم الطيارين بأعراض انفعالية ونفسجسمية بعد عدد معين من المهام القتالية .

هناك تهديدات أقل دراميةً من الحرب مثل المصاعب الدراسية ومصاعب العمل التي توشك أن تهدد الوضع الاجتماعي والاقتصادي ، والأحداث التي تهدد الصحة والسعادة أو تهدد بانفصام علاقات شخصية هامة . وهناك مواقف تمثل ضغوطاً وإن تكن غير بارزة للعيان . مثال ذلك أن تقذف الظروف بالمرء في بيئة يصعب عليه فيها أن يصوغ خطة معقولة ثابتة لمعالجة المؤثرات المؤذية . كأن يعمل في جو تقع فيه المضايقات بغتة بحيث لا يعرف متى يحترس ومتى يسترخي وينعم بالأمان . كشأن تلك السكرتيرة التي كان رئيسها في العمل متقلباً سريع الغضب لا تستطيع أن تتكهن بسوراته فأصيبت بعد فترة بالتهاب قولون متوسط الشدة شفيت منه بمجرد أن انتقلت إلى عمل جديد في مناخ أكثر ثباتاً . بنفس الطريقة يمكن أن يُصاب طفلٌ بإجهاد شديد إن كان أحد أبويه عُرضةً للتقلبات المزاجية المبالغية . يؤدي الصدوفُ عن هذه المواقف إلى زوال القلق والاضطراب النفسجسمى وإن احتاج ذلك إلى وقت طويل في حالة التعرض المزمن للضغوط .

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

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

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

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

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

## الضغوط الداخلية

كنا حتى الآن نتحدث عن الضغوط بوصفها ظروفاً خارجية تبعث على التوتر. غير أن هناك اضطرابات نفسجسمية نموذجية قد تحدث فى غياب أى ظروف خارجية غير عادية. فى هذه الحالات تكون الضغوط صادرةً من الداخل، وتتألف من ظواهر نفسية مثل المطالب والالتزامات التى يفرضها المرء على نفسه، ومثل المخاوف المتكررة وتأنيب الذات. يمكننا

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

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

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

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

هؤلاء المستهدفون للقلق والاضطراب النفسجسيمي لا يببالغون فقط في هول النتائج المترتبة

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

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

## الدورة النفسفسيولوجية

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

النهائى لوالدتها ( كانت مريضتنا فى ذلك الوقت فى السابعة والأربعين من عمرها ) حين بدأت تعاني من قلق وهياج agitation . وما لبثت أعراضها المعوية أن ظهرت خلال أيام معدودة . وأظهرت صور الأشعة تقرحات مؤكدة بالقولون . ومن الجلى أن الإثارة الانفعالية الشديدة عندها قد أحدثت تشنجات بالقولون نتج عنها تغيرات بغشائه المخاطى .

حيث أن معظم الناس يتحملون ملومات جسيمة من مثل مرض أحد الأبوين ووفاته دون أن يصابوا باضطراب نفسى أو نفسجسمى شديد ، فإن السؤال الذى يطرح نفسه هو : لماذا كان لهذه المريضة مثل هذه الاستجابة الشديدة؟ فى هذه الحالة ، كما فى معظم الاضطرابات النفسجسمية ، يكون لدى المريض تهيؤ أو استعداد predisposition للمرض النفسى (والفسيولوجى أيضاً) : لقد ذكرت مريضتنا أنها منذ دخولها المدرسة فى سن الخامسة اعتادت أن تستجيب للمواقف المزعجة بسورات عابرة من الإسهال . لكن هذه الاستجابات لم تكن تؤدى إلى كرب خطير إلى أن بلغت الثامنة عشرة من عمرها . حينئذ أصيبت شقيقتها الكبرى بسرطان القولون الذى أودى بحياتها فى النهاية . ومنذ ذلك الحين صار همها الشاغل أنها سوف تموت أيضاً بالسرطان ، بحيث أضحت تفسر كل عرض جسمى كإشارة إلى السرطان . فكانت إذا أحست أى وعكة بطنية ( حتى لو كان سببها واضحاً وبسيطاً كالنخمة ) تحدث نفسها : « إنه ربما يكون السرطان » فتشتد الوعكة وتؤدى إلى الإسهال . بذلك تكون دائرة للاشتداد قد تأسست كاستجابة للضغط : تهديد ← قلق ← تشنج القولون ← ألم ← قلق .

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

## الاضطرابات الجسمية ذات الغطاء السيكولوجي

### Physical disorders with psychological overlay

كثير من المرضى بهم مرض عضوى مؤكد وثابت . غير أن وجود عوامل نفسية لديهم يجعل عجزهم ومعاناتهم تتجاوز كثيراً حجم الاضطراب العضوى الفعلى . والحق أن هذا العجز والكرب الناجم من عوامل نفسية قد يكون هو السبب الوحيد للتدخل الطبى . فى هذه الفئة أو التصنيف تقع كثير من حالات «اعتلال القلب» cardiac invalidism . فالمرضى الذى ألمَّ بقلبه شىء من الاضطراب العضوى قد يظل فى ذعر دائم من الموت بعد أن يبرأ من أى متاعب بدنية أو أى مرض قلبى متبقٍ . وقد يتجنب أى حركة أو إجهاد كى لا يرسب نوبة قلبية أو أى صورة من صور الموت المفاجيء . وهو من ثم يحد من نشاطاته بدرجة كبيرة . وهو إذ يجتمع عليه الحرمان من مصادر إشباعه المعتادة ومرارة القلق المزمن يغدو فريسةً للاكتئاب .

من الحالات العضوية التى تسهم فيها العوامل النفسية بنصيب كبير وتضيف كرباً وعجزاً صميماً، تلك الحالة التى أوردتها كاتشر Katcher ( ١٩٦٩ ) لرجل فى الأربعين عانى سنواتٍ طويلةً من نوبات ذبحة صدرية . كانت صور رسم القلب تؤكد مرض الشريان التاجى [هبوط قطعة S-T الذى يتفاقم بعد التدريب البدنى] .

لقد أعاقته علته وأقعدته لدرجة أنه لم يكن قادراً على أن يمشى أكثر من بضعة خطوات دون أن يحس بألم صدرى شديد ، وأنه إذا لم يتوقف ليستريح انتابه ألم متكرر يعقبه ذعر من حدوث سورة الشريان التاجى .

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

عندئذ أعطى المريضُ جدولاً متدرجاً من التمرين البدنى . فكان يمشى مسافةً معينة إلى أن يشعر بالألم حقيقى فيتوقف . وجعل يمد هذه المسافة بالتدريج حتى استطاع فى النهاية أن يمشى كما يشاء دون أن يعانى ألماً . وكان عليه كلما عاوده الخوف أن يردد: « لا بأس بالتمرين » . هذه الطمأننة الذاتية كانت تهدئ قلقه ، بل تزيد دافعيته لمواصلة المشى .

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

يمكننا أن نفسر «الغطاء السيكلولوجي» في هذه الحالة كما يلي : بعد أعراض الذبحة الأولى كان المريض يتوقع الموت المفاجيء باحتشاء القلب، ويربط تلقائياً بين التمرين البدني وترسيب نوبة قلبية . بذلك كان يشعر بالخطر إزاء أى جهد جسماني . هذا القلق السابق على المشي كان يزيد ضربات القلب وغيرها من استجابات الجهاز العصبي المستقل . مما يمثل عبئاً على القلب ويزيد من قصور الشريان التاجي . يترتب على ذلك أنه بعد مسير بضع خطوات كان يُصاب بذبحة حقيقية : إنه نموذج كلاسيكي لنبوءة ذاتية التحقيق (تحقق نفسها بنفسها) .

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

تؤلف ذات الرئة lung disease فئةً أخرى من الاضطرابات الجسمية ذات الغطاء النفسي . فمريض الرئة قد يكونون على وعى بكل نفسٍ من أنفاسهم وكل حركة من حركات صدرهم . وبسبب علمهم بمرضهم الرئوي فهم كثيراً ما يعتقدون أن من الضروري للبقاء أن يبذلوا جهداً إرادياً لامتناص الهواء إلى الداخل ثم لدفعه إلى الخارج .

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

## التصور الجسدى Somatic imaging

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

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

قد يؤثر التنبيه البصرى على صورة الجسم فيؤدى إلى تنويعه عريضة من الأحاسيس الجسمية . فمن الممكن للتصور المتحركة المنعكسة على شاشة منحنية (مثل السينراما) أن تخلق فى المتفرج وهماً بأنه يعتلى مركبةً سريعةً مثل الزلاجه أو أنه يهوى فى الفضاء . إنه يحس نفس الإحساسات كما لو كان منطلقاً أو ساقطاً بالفعل . بنفس الطريقة قد تحدث الصور المتحركة لأناسٍ يشوّهون ويمزقون مشاعر الألم والقلق فى المشاهد . هذه الظاهرة التى تتضمن إحساسات جسمية متولدة من خداعات بصرية هى مثال آخر «للتصور الجسدى» somatic imaging .

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

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

النفسيون هذا النوع من التصور الجسدى . مثل ذلك المريض الذى كانت تنتابه تخيلات متكررة لقضييه وهو يصاب بأذى . فكان إذا سمع صوت نافذة تغلق يتصورها تصطك على قضييه ويحس بانسحاقه . وإذا رأى فجأة سكيناً حادة يتصورها تقطع قضييه ويحس فى نفس الوقت بألم حاد بالقضييه .

وقد تؤدى فكرة الأذى الجسمى إلى إحساسات بدنية . ولنضرب لذلك مثلاً بذلك المراهق الصغير الذى كان يستجيب بقلق لمراى الدم أو أى تشوه جسمى ، وكان حساساً بوجه خاص لأى مؤثر يوحى بتكسر العظام . ويحدث نفسه حين أراه المعالجُ عظمةً : « قد تكون ساقى انكسرت » ويحس بالألم فى ساقه وبأن العظمة تنبت من جلد الساق . وذلك مريض آخر كان شديد التقمص للمتألمين والمعاقين . فعندما قرأ تقريراً عن مريض عقلى متهيج قام أحد المعاوين بثبيت ذراعية ، أحس بضغط شديد على ذراعيه كما لو كانتا تُثَبَّتَان . وعندما قرأ عن مريض كان يفقد بصره بالتدريج أحس بإعتمادٍ عابر فى بصره . فى هذه الحالة تكون الفكرة ، وليس الخيال البصرى ، هى ما وُلِدَ الإحساسات البغيضة .

## الهستيريا

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

حين يفحص الطبيبُ أحدَ مرضى الهستيريا يكون بوسعه فى الغالب أن يثبت أن الصورة التى يتخذها العرض الهستيرى لا تتمشى مع التشريح الفعلى لجسم الإنسان بل مع تصور المريض لأعراض مرضى جسمى معين . فعقب إصابة بالساق مثلاً أو بالساعد قد نجد لدى مريض الهستيريا فقداً للإحساس آخذاً توزيع « الجورب - القفاز » stocking - glove وهو توزيع لا يمكن أن ينشأ من أى إصابة . وبالمثل إذا ظن مريض الهستيريا أن مخه قد أصيب فقد

يحس بشلل أحد الأطراف الواقعة على نفس الجهة التي حدثت بها الإصابة الحسية المفترضة، بينما يستلزم تشريحُ الجهاز العصبي أن يأتى الشلل فى الجهة المقابلة. وفيما يلى حالات توضح قوة التصورات الذهنية وسطوتها:

هذا مريض كان يعاني من عطب مخى عضوى واضح عقب احتشاء قلبي (Stein et al., 1969). أظهرت الاختبارات النفسية وجود عجز لديه فى الاستدعاء الفورى وعجز فى التركيز الذهنى. وفى جلسات العلاج النفسى التى عقدت له تبين أن لديه تحريفاً معرفياً يتعلق بتأثيرات نوبة القلب التى أصابته. فقد كان يعتقد بأن هناك شرياناً يغذى المخ يخرج من القلب مباشرةً عند موضع الاحتشاء وأن هذا الشريان صار مسدوداً وأدى ذلك إلى عطب نهائى بالمخ. وحين تمكن المعالج من البرهنة له على خطأ استنتاجه برسم صورة بيانية تشريحية، تلاشت أعراض العطب الدماغى العضوى.

وقد عالج شاركو charcot العديد من حالات الهستيريا عن طريق «التنويم» hypnosis. وفيما يلى بعض الحالات التى أوردتها وهى تثبت أن الأعراض الحركية والحسية كانت مظاهر وتجليات للمفهوم الخاطيء للمرض العضوى عند المريض.

فهذا مريضٌ صدمته مركبة ثم مضت غير عابئة به. فاعتقد خطأً أنها دهسته وسحقت رجليه الثنتين. وأصيب بشللٍ هستيرى بهما.

وفى حالاتٍ أخرى كان العرض الهستيرى يقوم على «تشخيص» خاطئ من جانب المريض للتأثيرات الناجمة من إصابة حقيقة.

فهذا جندى أصيب برصاصة فى ساقه فظل يعاني من خُدار (فقد للحس) من صنف «الجورب» stocking anesthesia. فقد كان يعتقد أن الرصاصة قد قطعت عصباً بالساق. وبمجرد أن أوضح له الطبيب أن العصب سليم لم يُصَب بأذى زائله الخُدار (فقد الحس).

تشير هذه الأمثلة إلى أن الهستيريا هى خير مثال على الإطلاق لظاهرة «التحريف المعرفى» cognitive distortion فى الأمراض النفسية. فمريض الهستيريا يعتقد أن به مرضاً جسمى ما ومن ثم يحس بأعراض المرض المزعوم: فيعجز عن رفع رجله أو يفقد الحس فى جزء من جسمه أو يضعف بصره أو سمعه. وحين نتناول الاعتقاد الخاطيء بالتعديل والتصحيح عن طريق الإيحاء أو التنويم أو الإيضاح والإثبات أو العلاج المعرفى لا يلبث العرضُ الهستيرى أن يزول.

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

من أهم إسهامات شاركو فى البحث السيكولوجى ما كان يقوم به من إحداث شلل فى الأفراد الخاضعين للتجربة عن طريق التنويم . لقد كانت فكرة « يدى اليمنى عاجزة » تُحدث نفس الاضطراب الإكلينيكي الملاحظ فى الشلل الهستيرى التلقائى . وقد اعتبر البعض هذا الوصل بين الظواهر الإكلينيكية والتجريبية مساوياً لعملية إنتاج المرض البشرى والحيوانى فى معامل باستير وكوخ . يقول هافنس Havens (١٩٦٦) : « فى حالة الأمراض النفسية ، ليس العامل المسبب هو ضمة الكوليرا cholera vibrio أو عَصِيَّة الدرن tubercle bacillus ، بل العامل المسبب هو فكرة ... إحياء ... » .

بعد أن اطلَّع فرويد على إضافات شاركو ولاحظه فترةً من الوقت أثناء عمله ، بدأ يستخدم التنويم مثله فى علاج الهستيريا . ثم استبدل بالتنويم فيما بعد فنية « التداعى الطليق » Free association . كان هذا التغيير فى الطريقة مؤشراً لانتقال بؤرة التركيز من الفحص العصبى الموضوعى إلى الاهتمام بأفكار المريض وخيالاته وانفعالاته ورغباته وأحلامه ، لتغدو هذه العناصر هى عُدَّة المعالجين الديناميين الجدد . لقد تخلى فرويد كثيراً مفهوم شاركو المبسط للأعراض الهستيرية كنتاج لأفكار خاطئة ، وشرع فى إنشاء نظرية معقدة . وحلَّت أطروحته عن تحول الرغبات الجنسية اللاشعورية إلى أعراض هستيرية محل فكرة شاركو . وما يزال التصور الفرويدي هو المهيمن على مفهوم الهستيريا السائد اليوم . ففى عام ١٩٥٢ استبدل المصطلح الرسمى لرابطة الطب النفسى الأمريكية بلفظة « هستريا » مصطلح « الاستجابة التحولية » conversion reaction وهو مستمد من مفهوم التحول عن فرويد . وقد تقبلت كتب الطب النفسى الأمريكية بصفة عامة المفهوم الفرويدي للهستيريا .

ورغم أن «الفكرة المَرُضة» التي قال بها شاركو كعامل حاسم في الهستيريا غدت عتيقة الزى، فلا شك أن صياغته توافق المعطيات الإكلينيكية المستمدة من المناظرة المنهجية لمرضى الهستيريا. فحدوث الأعراض الهستيرية يغدو مفهوماً دائماً بمجرد أن نقب عن خبرات المريض ونستكشف معانيها الخاصة. إن كشف الأفكار الخاطئة للمريض يقدم تفسيراً صحيحاً للعرض الهستيرى. والمبدأ الأساسى هنا هو أن الهستيريا تتشبه بالمرض العضوى ليس لأن المريض يريد أن يحاكي مرضاً بل لأن اعتقاده خاطيء.

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

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

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

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

آخر غصّ بالطعام حتى مات، فما لبثت أن تملكتمهم فكرة « هذا يمكن أن يحدث لى ». فكان أحدهم كلما مرّ بضغوط نفسية بعد ذلك يحس بضيق فى الصدر، وبخاصة أثناء تناول الطعام، فيحدث نفسه: « هذا دليل على أننى لن أستطيع ابتلاع الطعام كما ينبغي ». ويقدر ما يلتفت إلى هذه الفكرة تزداد عنده صعوبة البلع، فيتدعم اعتقاده بوجود خلل فى عضلات الحلق وبأنه سوف يغص حتى الموت.

بوسعنا الآن لنلخص نشوء العرض الهستيرى: يقر فى روع الهستيرى ( نتيجة إصابة ألت به أو نتيجة تقمصه لأعراض غيره ) أن به مرضاً عضوياً. وهو إذ تملكه هذه الفكرة تغشاه إحساسات جسمية - تصور جسدى somatic imaging. تنشأ عن ذلك آلية دائرية. إنه « يقرأ » إحساساته الجسمية كدليل على إصابته بالمرض. بذلك يزداد اعتقاده صلابةً ورسوخاً وتشتد أعراضه الجسمية بنفس الدرجة.

يعتمد المدخل العلاجى للأعراض الهستيرية على عملية قلب الدائرة الخبيثة التى تكونت. فيمكن للمعالج أن يوضح للمريض أنه لم يفقد تحكمه بعد - أنه قادر مثلاً على تحريك الطرف المشلول. من شأن هذا الإثبات ( سواء أتم ذلك بالإيحاء أم بالإقناع أم بالتنويم ) أن يقوّض الاعتقاد الخاطئ. فضلاً عن ذلك فإن المعالج إذ يحث المريض على تخيل نفسه يحرك طرفه فهو بذلك يستخدم الخيال استخداماً بناءً. كما يمكن للمعالج أن يبدأ العلاج بتفنيذ المفاهيم الخاطئة للمريض وإعادة تعليمه ( كما فى حالة الرجل الذى كان يعانى من أعراض تحاكى التدهور الذهنى عقب تخثر تاجى coronary thrombosis ). وإذ تهتز « الفكرة الممرضة » الخاطئة فإن العرض يتراجع فيكون بذلك دليلاً إضافياً للمريض على أن اعتقاده فى مرضه هو اعتقاد خاطئ، مما يعزز الشفاء أكثر فأكثر.

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