



## حيرة المريض

يخيم على مجال الأمراض النفسية جوٌّ مكهربٌ قلما نجد له نظيراً في غيره من العلوم الاجتماعية. فغيابُ الحقائق الصلبة والعلاجات الحاسمة قد خَلَقَ فراغاً معرفياً أخذتُ ترتع فيه المذاهبُ المتصارعةُ والحركات المتباينةُ والتقاليعُ والبدعُ.

وقد شهد تاريخُ الطب النفسي كثيراً من الأفكار والنظريات التي استقبلها الناسُ بوصفها حقائقَ لا جدال فيها، ثم أثبتت الأيامُ أنها من قبيل الأساطير والخرافات. فكان لابد لنا أن نعي أن الدراسات التي تتناول أنواع العصاب واضطراب الانفعال - طبيعتها وعلاجها، هي دراساتٌ لا تقوم على نظريات ثابتة ولا تنأسس على فروض يقبلها الجميع. وحيث يُفتقدُ الإجماعُ حول قيمة النظريات والعلاجات فلن ينتهي الصراعُ بين المدارس الفكرية عند حد.

إلى مَنْ إذن يلجأ المريضُ النفسي إذا كان المضطلعون بعلاجه على هذا الخلاف المستحکم بشأن العلاج الصحيح؟ يبدو أن ليس أمامه سوى أحد أمرين: فإما أن يركنَ إلى الحظ ويختار معالماً كيفما اتفق، أو أن يفوض إلى الله امرأةً ويحاول جهده أن يتغلب على مصاعبه بنفسه.

ثمة منطقةٌ قد يكون فيها المخرجُ من هذه الورطة. تلك هي منطقة الوعي.. والمادة الثرية التي تتيحها لنا الأفكارُ الواعية للشخص ووسائله الفطرية في تحديد مشاكله النفسية وفي التغلب عليها.

لقد طالما أغفل المتصارعون هذه المنطقة رغم وضوحها وجلالتها. أما مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكي فتعتبر أن الأفكار الواعية إشاراتٌ مُقنَّعةٌ تُنمُّ على صراعات لا شعورية هي مكمُنُ الداء. أما تعليقاتُ المريض لمرضه فهي تبريرات زائفة، وأما آلياته التَّكيفيةُ فمجردُ دفاعات. إن أفكارَ المريض الواعيةَ واستدلالاته العقليةَ وأحكامه وحلوله العملية لمشكلاته - كل أولئك لا يجب أن يؤخذ بمعناه الظاهر. إنما هي معابرٌ موقوتةٌ توصلنا إلى المكونات الخفية للعقل، ثم لا يعدو شأنُها أكثر من ذلك.

وقد انتقص السلوكيون أيضاً من أهمية التفكير الواعى ولكن لأسباب جِد مختلفة. ففى غمرة حماسهم لمحاكاة دقة العلوم الطبيعية وأناقته النظرية رفض السلوكيون الأوائل كلَّ المعطيات والمفاهيم المستمدة من تأمل الإنسان لخبراته الواعية، ولم يأخذوا إلا بالسلوك الذى يظهر بشكل مباشر للملاحظ الموضوعى. وما دامت الأفكار والمشاعر والآراء تند بطبيعتها عن الملاحظة الموضوعية ولا تُتاح معرفتها إلا لمن يَحْبُرُها شخصياً، فلا يمكن اعتبارها معطيات علمية صادقة. وعليه فلا يمكن لعالم المريض الخاص أن يكون مجالاً ذا فائدة للبحث (Watson, 1914; Skinner, 1971).

ولم يشذَّ طبُّ الأعصاب التقليدى عن المدرسة السلوكية ومدرسة التحليل النفسى فى الانتقاص من أهمية الفكر الواعى، فطبيب الأعصاب neuropsychiatrist (\*)، ويطلق عليه أحياناً «العضوى»، لا يُعَوَّلُ على أفكار المريض ومشاعره فى فهم حالته وتفسيرها. وهو إن كان يستكشف هذه الأفكار وتلك المشاعر فلكى يشخص الحالة لا ليفسرها. ذلك أن الأفكار والمشاعر المرضية هى مجرد مظاهر لعملية مرضية تحتية قوامها اختلال كيميائى.

يستخدم أصحاب المدارس الثلاث من صنوف العلاج ما يوافق الأساس النظرى لها، كلُّ حسب مدرسته: فأما الفرويدى، باعتقاده الراسخ فى سيكولوجيا الأعماق وفى المعانى الرمزية للأعراض، فيحاول علاج العصاب بالتنقيب عن الأفكار والرغبات (المكبوتة) وكشفها وترجمة الأفكار والخيالات الواعية أى رَدِّها إلى المعانى الحقيقية التى إليها ترمز هذه الأفكار. وأما المعالج السلوكى، بإيمانه بالدور الحاسم للمؤثرات البيئية (الملاحظة) فيحاول إزالة العصاب بطريق المؤثرات الخارجية أيضاً، كأن يكافئ استجابات المريض ويعاقبها بحسب قربها من السوء أو بعدها عنه، أو أن يُعْرَضَ المريض خطوة للمواقف أو الأشياء التى تخيفه. وأما طبيب الأعصاب، بثقته فى دور الأسباب البيولوجية، فيستخدم علاجات «جسمية» من قبيل الأدوية والجلسات الكهربائية.

إن هذه المدارس المعاصرة إذ تستهين بقدره المريض على فهم نفسه بنفسه وعلى حل مشكلاته بما لديه من ملكة العقل، إنما تساعد على استمرار الخرافة. فهى تدفع المريض إلى الاعتقاد بأنه عاجز عن علاج نفسه وأن عليه بالتالى أن يطرق باب المعالج المحترف كلما ألت به شدة من الشدائد المعتادة فى الحياة اليومية. لقد أفتعت أنه اضطرابات الانفعال تنبع من

(\*) حرفياً: الطبيب النفسى العصبى، وقد اخترنا العبارة للتخفيف. «المرجم».

أسباب خارج نطاق فهمه وأن فكرته عنها سطحية هامشية، وبذلك سلبته الثقة في طرائقه السهلة الواضحة التي اعتاد أن يحل بها مشكلاته. إن هذا التلقين الماكر، إذ يحط من قيمة الفطرة والسليقة، إنما يجرد المريض من سلاحه الأصلي ويحرمه من استعمال عقله في تحليل مشاكله وحلها. بل إن هذا الاتجاه العام يقف حجر عثرة أمام المعالج النفسي ذاته ويكفّه عن حث المريض على استعمال عقله.

لقد حذر كُتَّاب آخرون من خطر هذا الاتجاه إلى تجاهل أهمية السيكلوجيا الفطرية. يقول أولبورت (Allport, 1968) على سبيل المثال: «إن علينا في جميع المهن العلاجية شاملة الطب النفسي والوعظ الديني والخدمة الاجتماعية والسيكلوجيا التطبيقية والتعليم. أن نحاول استعادة شيء من الحس المشترك الذي يبدو أننا أضعناه في الطريق» (ص ١٢٥). هذا الإغفال من جانب المختصين للأفكار الواعية للمريض هو الذي أسماه إيشير Icheiser بحق «التعامى عن الواضح» blind to the obvious (١٩٧٠، ص ٧).

## الوعى والحس المشترك

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

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

---

(\*) آثرنا تعبير «الحس المشترك» كترجمة لتعبير common sense من بين ترجمات أخرى كثيرة ومستعملة مثل: الموقف الطبيعي، الحس السليم، بادئ الرأي.

(\*\*) «تهويش» فصحي مئة بالمنة. يُقال هوَّشه أى خلط الأمر عليه.

لولا قدرة الإنسان على فرز وتصنيف هذا الوابل من المؤثرات الخارجية بكفاءة عالية لتحول عالمه إلى فوضى وتقاذفته الأزمات. ولولا هيمنة الإنسان على مخيلته العارمة لظل داخلاً في النطاق الغائم للخيال وخارجاً منه، هائماً متخبطاً لا يميز بين الوجه الواقعي من موقف ما وبين الصور والمعاني الشخصية التي يستدعيها هذا الموقف في الخيلة.

وفي نطاق علاقاته الشخصية يستطيع الإنسان في عامه الأحوال أن يلتقط أدق الأمارات التي يميز بها عدوه من صديقه. ويستطيع أن يتبنى من السلوك التوافقي ما يحفظ به علاقاته دبلوماسية مع الأشخاص الذين لا يرتاح إليهم أو لا يرتاحون إليه. ويستطيع أن ينفذ ببصره خلال الأقنعة الاجتماعية التي يرتديها الناس وأن يفرق في تواصله معهم بين الرسائل الصادقة والكاذبة.. بين الدعابة الأخوية وبين الضغينة التي ترتدى ثوب الدعابة. وهو في كل ذلك يوالف حواسه وعقله بحيث يلتفت إلى ما هو دالٌّ وهام وسط هذه الجلبة الهائلة من الإشارات، وبذلك يتسنى له أن ينظم استجاباته ويُعدّلها. تجري كل هذه العمليات السيكولوجية فيما يبدو بشكل آلي تلقائي ودون كثير تدبّر من جانبه أو إعمال فكر.

من ذلك يتبين أننا خلال مراحل نمونا نكتسب تقنيات عالية الدقة والتركب نتعامل بها مع تعقيدات البيئة التي تحيط بنا سواء البيئة الحية وغير الحية. وبحوزتنا، فضلاً عن ذلك، مخزونٌ عريضٌ من المعلومات والمفاهيم والصيغ، نمتلكه داخل نطاق وعينا، يمكننا من حل مشاكلنا السيكولوجية المألوفة. قد نخطفُ بالطبع في تقييم موقف ما أو نبالغ في تقدير إمكانياتنا، وقد نواجه مشكلات ليس لدينا حلولٌ جاهزة لها، وقد تدفعنا الظروف إلى اتخاذ قرارات قبل أن تتوافر لنا المعلومات الكافية. غير أننا مجهزة سيكولوجياً بما يمكننا من أن نتدارك الأخطاء على الفور، وأن نحكم على الأمور وأن نفسرها ونتبناها، وأن نتناول المشكلات الجديدة بطريقة منهجية فنحلل مكوناتها ونفاضل بين الحلول الممكنة.

حين ننظر إلى طريقة الإنسان العادي في تناول مشكلاته العملية نجد أنه في الحقيقة يتبع منهجاً أشبه بمنهج رجل العلم. فهو يقوم بملاحظات، ثم يضع فروضاً تفسيرية، ثم يقوم باختبار صدقها، إلى أن يصل في نهاية الأمر إلى تعميمات من شأنها أن تهديه فيما بعد إلى تقدير سريع للمواقف. ورغم أن كثيراً من التعلم المبكر للإنسان يقوم على المحاولة والخطأ وعلى الاستدلال الاستقرائي inductive إلا أنه قادرٌ على أن يجمع لديه ذخيرة من الصيغ والمعادلات والبداهيات التي تمكنه من إجراء استنباطات deductions عاجلة حين يواجه مشكلةً مشابهة لتلك المشكلات التي سبق له أن وجد حلولاً ناجعة لها. وهكذا يظل

الإنسان طوال مراحل نموه يستخدم النموذج البدئي للمنهج التجريبي مراراً وتكراراً دون أن يفتن لذلك .

وفيما يتعلق بالمشاكل النفسية المحضة، يكتسب الشخص مجموعة من الآليات والتعميمات التي يمكنه بها أن يقدر مدى واقعية استجاباته في المواقف المختلفة، وأن يقود مسار أفعاله بمرونة وسلاسة ويفضّ الصراعات الناجمة عن تعدد البدائل المتاحة، وأن يتعامل بحكمة مع عوامل الخطر والإحباط والرفض . وهو خلال مراحل نموه يتبلورُ وعيه بخبراته المتوالية في ملاحظات واضحة لذاته تُفضي في النهاية إلى أحكام عامة . وإذ تصمدُ هذه الآليات المرتجلة لاختبار الزمن فإنها تصبح بمثابة الإطار الذي من خلاله يفهم ذاته ويفهم الآخرين فهماً حقيقياً أصيلاً . وسوف نرى فيما بعد أن العلاج المعرفي في معظمه يسندُ إلى المريض دورَ العالم ويهيئ به أن يستخدم أدواته المتاحة بالفعل لكي يحل بها مشاكله التي تبدو له مستعصية .

من حُسن الحظ أنه لا يتوجبُ على كل شخص أن يبدأ الشوط من جديد لاكتساب هذا الفهم . لأنه من خلال عملية الاختلاط الاجتماعي يتسلم مدداً ثرياً من حكمة الشعب يزوده بحقائق السلوك الإنساني والمنطق الشعبي . كما أنه بفضل خبرته الشخصية واقتدائه بالآخرين وتعليمه الرسمي، يتعلم كيف يستخدم أدوات الحس المشترك : فيكونُ حدوساً ويختبرها، ويكونُ تمييزات واستدلالات . والشخص الحكيم يستطيع أن يتناول الموروث الثقافي بالتصفية والتقطير، فيستخلص المبادئ السليمة منه ويستبعد الفضالة من الأفكار المغلوطة والأساطير والخرافات .

لا تقتصر أهمية الحس المشترك على التعلم الاجتماعي بل تتجاوزه بكثير . وقد طالما أكد علماء وفلاسفة على أهمية الحس المشترك في تأسيس العلم . يقول ج . روبرت أوبنهايمر J.R. Oppenheimer (١٩٥٦) : « نشأ كل العلوم كتنقية، وتصحيح، وتعديل لمعطيات الحس المشترك » . وهو كما نرى صدى لقول هوايتهد الذي افتتحنا به هذا الفصل .

لقد كانت نقطة البداية في علوم الفيزياء والكيمياء هي ملاحظات عن الوقائع الخارجية وعن قوانين الحس المشترك المبنية على هذه الملاحظات . فملاحظة أن الأجسام غير المسندة تسقط على الأرض كانت هي التمهيد الضروري لقوانين الجاذبية . وملاحظة أن الماء المتروك على اللهب لفترة كافية يغلي هي أساس القوانين الحرارية والغازية . وليست تشذ علوم السلوك

عن هذا المقياس . فملاحظاتنا عن وعينا، أى عن الوقائع النفسية الداخلية، تمدنا بالمواد الخام اللازمة لدراسة السلوك البشرى دراسةً علميةً منهجيةً .

وقد أفاض هايدر Heider ( ١٩٥٨ ) فى بيان الدور الذى يضطلع به الحس المشترك فى تطور السيكولوجيا العلمية . فأشار إلى أن بإمكان الإنسان بلمحة خاطفة أن يحيط علماً بكم هائل من المشاعر والأفعال ، وأن هذه المعرفة «الحدسية» intuitive هى معرفة نافذة إلى حد كبير وبمقدورها أن تقطع شوطاً كبيراً تجاه فهم السلوك البشرى . يقول هايدر : «إن لدى الشخص العادى فهما عميقاً لنفسه ولغيره من الناس ، وهو فهمٌ إن يكن غائماً وغير متبلور فى صيغة محددة ، فهو يمكنه مع ذلك من التفاعل مع الآخرين بطريقة سوية إلى حد كبير» .

تتضمن سيكولوجيا الحس المشترك على العمليات النفسية والتأملات والملاحظات والاستبطانات التى يحاول بها الشخص أن يتفهم أسباب عُسره وأن يبحث عن مخرجٍ من ضائقته ، وتولدُ فيه المشاعر السلبية من توترٍ وحزنٍ واضطراب ، وأن ينقّب بالسليقة عن الوقائع والظروف التى أدت إلى هذا الانشغال الفكرى وبالتالي إلى هذا الكرب ، وعندئذٍ يستطيع أن يتخذ الإجراءات الكفيلة بمداواة ألمه .

هذا اللون من التداوى الذاتى المألوف كثيراً ما نشمّل به الآخرين أيضاً فنتفهم آلامهم ونمد لهم يد العون . فنشجعهم مثلاً على أن يركزوا انتباههم على مصدر انزعاجهم وأن يتبنوا مواقف وحلولاً أكثر معقولةً وواقعيةً . صحيحٌ أن الحكمة العادية لا تصيبُ دائماً وأن النصائح العملية لا تكفل بالنجاح على طول المدى ، غير أنها تُعينُ كثيراً من الناس ، إن لم يكن معظمهم ، على تمالكِ أنفسهم وحفظ توازنهم معظم الوقت . كما تهدى هذه البصائرُ الفطرية والاستراتيجيات البينشخصية ، فضلاً عن ذلك ، إلى تأسيس نوعٍ من العلاج النفسى المنهجى المتطور .

## عندما يفشل الحس المشترك

رغم مآثره التى لا تنكر فى تقديم إطارٍ لفهم السلوك والاتجاهات وتغييرها ، فكلنا يعلم عيوبَ الحس المشترك ومواطنَ قصوره . فقد ثبتَ لنا فشلُه فى تقديم تفسيراتٍ مقبولة ومفيدة للاضطرابات الانفعالية .. تلك الاضطرابات الملعزة المحيرة .

خذ على سبيل المثال لغز الاكتئاب : فهذه امرأة عاشت عمرها شغوفاً بالحياة معتزةً بذاتها وبإنجازاتها راعيةً لأطفالها بحنانٍ ظاهرٍ وحبٍ شديدٍ، يصيبها الاكتئاب فتفقد اهتماماتها وتتفوق وتنزوي وتهمل أطفالها، وتنشغل بتقريع الذات وبالرغبة في الموت . بل يعين لها في لحظةٍ من اللحظات أن تقتل نفسها وتقتل أبناءها، وتكاد تفعل لولا لطفُ الله .

كيف للحكمة الشعبية أن تفسر التغير الشديد الذي اعترى هذه السيدة؟ فهي فيما يبدو تلغى أبسط مبادئ الطبيعة البشرية وتضرب بها عرض الحائط، شأنها في ذلك شأن غيرها من مرضى الاكتئاب . إن رغبتها في الانتحار وفي قتل أطفالها لتقف متحدياً أعتى الغرائز الإنسانية وأجلها . أعنى غريزة البقاء وغريزة الأمومة . كما أن انزواءها وتحقيرها لذاتها يقفان على النقيض التام لمبدأ مُسَلَّم به من مبادئ السلوك الإنساني . هو مبدأ اللذة . إن الحس المشترك ينقلب عاجزاً عن فهم اكتئابها أو عن تجميع مكونات هذا الاكتئاب في صورةٍ متسقة . وربما يحاول البعض أن يبدد حيرته بإزاء مريض الاكتئاب في انزوائه ومعاناته العميقة بأن يتهمه بمحاولة لفت الأنظار أو بغير ذلك من الأفكار التقليدية . ولكن، أن يعذب الشخص ذاته حتى الانتحار من أجل إرضاء غير مضمون من مثل لفت الأنظار، ذلك شيء يتجاوز قدرتنا على التصديق ويناقض كل فطرةٍ وسجيةٍ .

كبي يمكننا أن نفهم لماذا أرادت الأم المكتئبة أن تُنهي حياتها وحيات أبنائها، فإن علينا أن نلج إلى داخل منظومتها الفكرية ونرى العالمَ بعيونها هي، غير مقيدين سلفاً بالتصورات التي تنطبق على غير المكتئبين . إن إلماننا بوجهات نظر مريض الاكتئاب يفسر لنا سلوك هذه الأم ويُسِّع عليه المعنى . فمن خلال عملية مشاركة وجدانية empathy وتوحد identification بالمريض يمكننا أن نفهم المغزى الكامن وراء خيراتها . عندئذ يصبح بإمكاننا أن نقدم تفسيراتٍ يقبلها العقل بشأن هذه المريضة بالنظر إلى إطارها المرجعي الخاص .

وقد اكتشفتُ خلال فحصي لهذه المريضة أنها ضحية أفكارٍ خاطئةٍ عن نفسها وعن العالم . فقد كانت تعتقد دون أي مبرر أنها أم فاشلة غير قادرة على أن توفر لأبنائها أدنى درجات الرعاية والحدب، وأن حالتها ميؤوس منها . وإذا كانت تعزو فشلها وعجزها المزعومين إلى ذاتها وليس إلى أي شيءٍ آخر، فقد أخذت تُصلي ذاتها ناراً من اللوم والتبكي .

وينظرةً إلى المستقبل وجدتُ هذه الأم أن أبناءها سوف يصيبهم من الشقاء قدر ما أصابها . وإذا شرعتُ في التماس الحلول رأيتُ أنه مادامت هي غير قادرة على تغيير حالها فإن قرار الانتحار بالنسبة لها أمرٌ مفروغٌ منه . ولكن ما أرقها وأقض مضجعها حقاً هو فكرة أن

يُتْرَكَ أطفالُها دون أم . . دون حب ورعاية تعلم تماماً أن ليس غير الأم قادرٌ على منحهما . وبناءً على هذا قررت أن تجنبهم ذلك الصنف من البؤس الذي كانت تعانيه، وذلك بأن تُنهي حياتهم هم أيضاً . وجديراً بالذكر أن هذه الأوهام كانت تسيطر على وعيها إبان ذلك إلا أنها لم تفصح قط عنها إلا بعد الفحص النفسى الدقيق والاستكشاف المتأنى لأفكارها ونواياها .

قد يصدنا هذا اللون من التفكير الاكتئابى بعبثيته ولا معقوليته . إلا أنه يسترد معناه واتساقه حالما ننظر إليه داخل الإطار الفكرى الخاص بهذه المريضة . فلو سلمنا جدلاً بصحة المقدمات التى تركز عليها ( وهى أنها محكوم عليها بالشقاء هى وأبنائها نتيجة نقائصها المقترضة ) للزم عن ذلك منطقياً أن التعجيل بوضع نهاية لهذا الشقاء هو خيرٌ للجميع . فكأنها فاشلة عاجزة عن فعل أى شئ يودى منطقياً إلى انزعالها التام وفقدائها للهمة ، وشعورها بالحزن الغامر ينتج بالضرورة من توبيخها المستمر لذاتها وضياح أملها فى الحاضر وفى المستقبل . وما كدتُ أسلط الضوء على الأوهام التى رانت على عقل هذه المريضة حتى ارتسمت لى طرقٌ عديدةٌ لتصحيح مفاهيمها وحثها على مراجعة المقدمات غير الواقعية لمنظومتها الفكرية .

من هذا المثال يتبين لنا لماذا يفشل الحس المشترك فى تفسير اضطراب انفعالى كالإكتئاب . فهناك دائماً معلوماتٌ محوريةٌ ناقصة ( هى فى هذا المثال فكرة المريضة عن نفسها وعن العالم وعن المستقبل . . تلك الفكرة المحرّفة الشائثة ) . ومع ذلك فيمكننا العودة إلى استخدام أدوات الحس المشترك لحل المعضلة بمجرد أن نضع أيدينا على هذه المعطيات المفقودة . فما ان نضع كل شئ فى موضعه الصحيح حتى يبرز لنا تكوينٌ أو نموذج واضح الدلالة والقصد . ولكى نستخلص تعميمات صحيحة من هذه النتيجة علينا أن نتحرى هذا النموذج فى مرضى آخرين يعانون من نفس الصنف من الاضطراب الانفعالى . عندئذ يكون من الضرورى أن نجري سلسلة من الإجراءات التجريبية لتدعيم المنهج الجديد فى فهم هذا الاضطراب . وبعد أن نأخذ نتائج هذه التجارب بالمراجعة والتنقيح والتحقيق، يمكننا أن ننظر ما إذا كانت صياغتنا النهائية تفى بالمطلب الأساسى للعلم فى رأى هوايتهد وهو أن تقنع الحس المشترك وترضيه .

لننتقل الآن إلى حالة المريض بالغسل القهرى . إنه يقضى وقتاً يفوق كل حد فى غسل يديه وغيرها من الأجزاء المكشوفة من جسمه . وحين نطالبه بتفسير لذلك يقول إنه ربما يكون قد لامس الجراثيم التى قد تسبب له مرضاً خطيراً إذا هو لم يطهر يديه بدقة . والغريب أنه قد يعترف بأن الذى يخشاه بعيد الاحتمال، إلا أنه يمضى فى غسل يديه ولو كان ذلك يعيقه فى

عمله وعلاقاته الاجتماعية واستجمامه، وربما فى نومه وطعامه. يفسر التحليل النفسى التقليدى هذا السلوك بأن المريض لديه « تثبيتٌ شرجىٌ » anal fixation أو أنه يحاول أن يحو إحساساً بالذنب نابعاً من رغبة لا شعورية مُحَرَّمة.

غير أننا حين ننعّم النظر فى تفكير المريض يتبين لنا أنه كلما لامَسَ شيئاً يحتمل أن يحتوى على بكتريا تملكه فكرة أنه ربما التقط مرضاً خبيثاً. وفى نفس الوقت تتمثل فى مخيلته صورته وهو راقد فى أحد أسرة المستشفى يعانى النزاع الأخير من أثر ذلك المرض. فكل من الفكرة والصورة الخيالية إذن يولدُ القلق. ولكى يُبطلَ هذا الخوفَ ويخمدَه يُهرعُ إلى أقرب حمام ويبدأ فى غسل نفسه.

وقد أسستُ طريقةً لعلاج هذه الحالات بأن أحثُّ المريض، فى حضورى، على لمس أشياء متسخة ولكنى، بموافقة مسبقة منه، أقضى عنه كلَّ فرصة لغسل يديه فأحرمه بذلك من آلية تخلص نفسه من القذر المحمل بالجراثيم. عندئذ يبدأ فى تصور نفسه راقداً بالمستشفى يموت من المرض الخفيف، وتمثل هذه الصورة فى مخيلته تلقائياً وتبلغ من الوضوح والجلء مبلغاً يعتقد معه أنه قد التقط المرض بالفعل، فيشرع فى السعال ويشعر بحمى وضعف وتساوره إحساسات غريبة تشمل كل جسمه. فى هذه اللحظة يكون بإمكانى أن أقطع عليه خياله وأبرهن له أنه غير مريض فى واقع الأمر، وأن قوته موفورة، وأن حرارته طبيعية، وأن بإمكانه أن يتنفس دون سعال. هذه المقاطعة المتبوعة بحفز المريض على التقييم الواقعى لحالته الصحية، تؤدى إلى إزالة خوفه من التقاط مرض قاتل وتقلل من ميله القهري إلى غسل يديه.

الآن وقد وضعنا أيدينا على المعلومة المحورية، وهى أن المريض ينتابه خيالٌ وإحساسٌ جسمى بمرضٍ خطيرٍ إذا حيل بينه وبين الغسل، يتبين لنا أن ميله القهري إلى غسل يديه هو شئ له معناه ومغزاه. وتعضنا هذه المعلومة، فضلاً عن ذلك، من إغراء التشبث بتفسيرات غامضة لن تعود بالنع على المريض فى محتته النفسية الخطيرة. بذلك نهض حالة الغسل القهري مثلاً واضحاً على الدور الحاسم الذى تلعبه عمليات التخيل فى بعض الأمراض، متضمنة الخيالات البصرية وما يصاحبها من إحساسات جسمية قائمة على الإيحاء الذاتى.

## ما بعد الحس المشترك: العلاج المعرفي

حين نرد الاضطرابات النفسية إلى مقدمات منطقية خاطئة وقابلية لخبرات خيالية محرّفة، فنحن نحيد عن التفسيرات السائدة بدرجة كبيرة. لقد افترض فرويد أن السلوك الشاذ له جذوره في اللاشعور، وأن ما يبدو عبثاً ولا معقولاً على مستوى الشعور لا يعدو أن يكون ظاهراً لدوافع لا شعورية باطنة. ولكننا نرى أن وجود التحريفات وخداع الذات لا يتطلب فرضية اللاشعور كما تصوره فرويد. فبإمكاننا أن نفهم اللا معقولة كعجز عن تنظيم الواقع وتفسيره.

ليست الأمراض النفسية بالضرورة نتاج قوى خفية سرية مستغلقة. فقد تنتج عن عمليات عادية من قبيل التعلم الخاطئ، والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، وعدم التمييز بين الخيال والواقع. كما أن التفكير قد يكون واهماً لأنه مستمد من مقدمات خاطئة، والسلوك قد يكون انهزامياً لأنه مبني على اتجاهات غير عقلانية.

نُحْضِرُ من ذلك إلى أن المشاكل النفسية يمكن أن تُحَلَّ عن طريق شُحْدِ الفهم والتمييز، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتعلّم اتجاهات أكثر تكيفاً. وحيث أن الاستبطان introspection، والتبصر insight، واختبار الواقع reality testing، والتعلم learning عمليات معرفية cognitive بالدرجة الأساس، فقد أسميناه هذا المدخل لفهم العصاب «العلاج المعرفي» (Beck, 1967, p. 318)

يُحْتِ المَعَالِجُ المعرفي مريضه على تصحيح أفكاره المغالطة مستخدماً في ذلك نفس التقنيات الخاصة بحل المشكلات التي كان يستخدمها طوال حياته. فمشاكل المريض مستمدة من تحريفات معينة للواقع مبنية على مقدمات منطقية مغلوطة ومفاهيم عقلية خاطئة. وتنشأ هذه التحريفات نتيجة تعلّم ناقص أثناء مراحل النمو. والوصفة الطبية ببساطة هي أن نساعد المريض على أن يتعرف على أفكاره المغلوطة وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته.

بذلك يقترب العلاج المعرفي من فهم المريض ويقدم للأمراض العصبية وعلاجها تصوراً غير بعيد عن خبراته العادية. . تصوراً يلحقها بغيرها من المواقف التي سبق أن أخطأ فيها الفهم وأساء التقدير ثم لم يلبث أن راجع نفسه وتدارك خطأه مستخدماً تقنياته العقلية

العادية . والمعالج المعرفى إذ يخاطب المريض بمنطق واضح ويقترح عليه تقنيات مألوفة، فهو قادرٌ على أن يؤتى ثماره العلاجية منذ الجلسة الأولى .

إن التطورات الحديثة داخل المدارس السيكولوجية الكبرى تقف شاهداً على أهمية المدخل المعرفى فى فهم العُصاب وعلاجه . وبدا الفهم المعرفى كأنه نقطة التقاء جديدة بين السلوكية والتحليلية آخذة فى التنامى والانتساع . وقد اضطلع روبرت هولت Robert Holt ( ١٩٦٤ ) بعرض هذا التقارب الجديد ورسم خارطته . فقد أدرك التحليليون دعاة العمق، والسلوكيون أنصار الموضوعية، أن إغفالهم للجانب المعرفى قد قوّت عليهم حلّ كثير من المشاكل الحقيقية والهامة، وأن تناولهم لهذه المشاكل لا يعنى التنكر لمبادئهم الأساسية . ومن ثمّ بدأ « علم نفس الأنا » Ego Psychology فى البزوغ داخل المدرسة التحليلية مستلهماً كتابات هارتمان Hartmann ( ١٩٦٤ ) وكريس Kris ( ١٩٥٢ ) ورابابورت Rapaport ( ١٩٥١ )، وموجهاً الاهتمام إلى طبيعة الواقع وآليات التكيف النفسى لهذا الواقع . كما بدأ السلوكيون يولون اهتماماً بالتفكير وعملياته ولا يقصرون عملهم على دراسة التعلم . وحتى فى نطاق التعلم فقد بدأ السلوكيون يهتمون بدراسة تعلم المفاهيم والأفكار بعد أن كان تركيزهم منصباً على الأداء الحركى، ويهتمون بتعلم الكلمات ذات المعنى بعد أن اقتصررت تجاربهم على تعلم المقاطع المفتقرة إلى المعنى .

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

ونحن نتوسم أن تعطى المحاولات الجريئة لعلماء النفس الإنسانين الملقبين « بالقوة الثالثة » (Goble, 1970) the third force دفعة كبيرة لهذه الروح المشتركة . فقد تحمس أوليورت Allport ( ١٩٧٠ ) لهذا الانتقال لبؤرة الاهتمام إلى الأفكار الواعية والرغبات والمثُل،

واعتبرها « ثورة حقيقية » وأسمى ذلك الاتجاه « العلاج الموقفي » attitudinal therapy مشيراً إلى وجود نقاط اتفاق تجمع نظريات كُتابٍ متباينين من مثل أدلر Adler وإريكسون Erikson وهورنى Horney وماسلو Maslow وروجرز Rogers. ونحن نضيف إليهم ألبرت إليس Albert Ellis بالضرورة .

ما هي هذه الأرض الوسطى التي رسم حدودها إنسانيو « القوة الثالثة » وما تزال ترويه بالتنقيط زخاتٍ متأنيةٍ من التحليل النفسى والسلوكية؟ إنها المدخل الجديد الذى يولى اهتماماً أكبر للمحتوى الظاهر للوعى من أفكار وأهداف واتجاهات، ويتوفر على خواطر المريض واستبطاناته لذاته وخططه لحل مشكلاته .

وقد أبرز سيلفانو أرييتى Arieti ( ١٩٦٨ ) أهمية السيكولوجيا المعرفية كطريقة لفهم المشكلات الإنسانية . وهو محلل نفسى أطلق على المجال المعرفى اسم « سندريللا الطب النفسى » مؤكداً أن « قسماً كبيراً من حياة المرء مردهُ إلى بناءاته المعرفية cognitive constructs ، وأتينا من المحال أن نفهم الكائن الإنسانى دون أن نعرض لهذه البناءات الهامة من مثل صورة الذات self - image ، وهويتها self- identity ، والتماهى ( التوحد / التقمص ) identification ، والأمل ، والتشوفُ إلى المستقبل » ( ص ١٦٣٧ ) .

ومن يُمن الطالع أن الإنسان يستطيع بسهولة أن يتعرف على مفرداته المعرفية . هذا الوضوح والتحدد الذى يميز الظواهر المعرفية هو ما يجعلها قابلةً للبحث التجريبي . هذه القابلية للاختبار هى التى دفعت كثيراً من الكُتاب ذوى التدريب السلوكى ( من أمثال ماهونى Mahoney ، ١٩٧٤ ، وميشنباوم Meichenbaum ، ١٩٧٤ ) إلى محاولة استكشاف الدور الذى تلعبه العملياتُ المعرفيةُ فى مجال السيكوباتولوجيا والعلاج النفسى . وقد جاءت كثير من الدراسات الحديثة مؤيدةً للمبادئ التى يقوم عليها العلاج المعرفى ، وأدى الاهتمام المتزايد بهذا المنهج إلى إجراء كثير من التجارب العلاجية البحثية التى برهنت على كفاءته .