

الفصل الرابع

المحتوى المعرفى لاضطرابات الانفعال

« ليس العُصابى مريضاً انفعالياً فحسب – إنه مخطئٌ معرفياً »

أبراهام ماسلو

إنه لما يدعو إلى الإعجاب حقاً تلك القدرة التي نتمتع بها نحن البشر، عند نضجنا النفسى، على استيعاب أعداد هائلة من الأحداث البيئية والتفاعل معها بتوافقٍ وتكيفٍ. وأدعى منه إلى الإعجاب قدرتنا على التمييز بين أدق المشعرات وأخفاها أثناء تعاملنا مع بعضنا البعض، ومرونتنا فى مواجهة الخيبة والإحباط. وإن قدرتنا على استخدام الخيال بشكلٍ إبداعى دون أن ندعه يجور على إحساسنا بالواقع لهو دليل آخر على نضجنا النفسى.

غير أن هذه الصورة المتألقة لا تخفى الوجه الآخر من الحقيقة. فمن الواضح أننا لا نستجيب لجميع التحديات استجابةً صائبةً على الدوام. إن لدينا نقاط ضعف خاصة، كأنها خطوطٌ تصدعُ تراكم إزاءها الضغوطُ وقد تُفضى إلى ما يشبه الزلزلة أو الثوران البركانى - ذلك هو السلوك الذى نسمه عادةً باسم «الاستجابة المفرطة» *over - reacting*، والذى تطغى فيه التقديرات الخيالية للأمور على التقديرات الواقعية. وقد يتبين لنا أن استجاباتنا فيه لا معقولة إلى حد بعيد.

هناك أمثلةٌ للاستجابة المفرطة نالها جميعاً:

* فهذا رجلٌ يحتدُّ فجأةً ويشتاط غضباً عندما يبدى له أصدقاؤه شكهم فى أنه حُجَّةٌ فى مجالٍ معين.

* وهذه امرأةٌ معروفةٌ بالهدوء ورباطة الجأش يمتلكها الضيقُ الشديد حين أعيهاها أن تجد رداءً مناسباً لحفلٍ عشائٍ تزمع حضوره.

* وهذا طالبٌ يعتكر مزاجه ويرين عليه الغم ويعد نفسه فاشلاً تماماً حين يعلم أنه حصل فى الامتحان على درجة أقل من المتوقع.

مثل هذه الأمثلةٌ للاستجابة الانفعالية الزائدة أو غير الملائمة تشير إلى أهمية الدراما الداخلية التى تتخلل خبراتنا: إننا نتصور صدمات بين قوى الخير والشر، بين الانتصارات والمآسى، بين المآثر والمخازى. وإن أحلام نومنا ويقظتنا لتعرض لمحاتٍ من هذه المشاهد المسرحية الداخلية. حين تفيض هذه الخيالات وتكتسح بقوتها الدرامية تقديراتنا العقلانى للأمور فإننا نقع فيما يسمى بالاستجابة الانفعالية الزائدة أو غير المناسبة.

قد تبلغ هذه الخيالات الداخلية عند البعض مبلغاً يصبحون معه فريسةً للأوهام تُسيرُّ سلوكهم وانفعالاتهم كيف شاءت. وعندما تتجاوز استجاباتهم الانفعالية حداً معيناً من الكرب والعجز فإن لنا أن نطلق عليها «اضطراب الانفعال» أو «العُصاب» أو «الاضطراب

النفسي» أو «المرض النفسي». تتكرر هذه الاضطرابات وتواتر متخذةً صورةً مميزةً تسمح بأن ندرجها في تصنيفٍ مرضيٍّ متعارفٍ عليه كالاكتئاب وحالات القلق وحالات البارانويا. ورغم أن هذه الاضطرابات النفسية تُمتُّ بصلّةٍ إلى صنوف الاستجابات الانفعالية التي عرضنا لها في الفصل الثالث، إلا أنها تختلف عن الاستجابات السوية. ففي حالة الاضطراب النفسي يكون الفكر الطفيلي الخيالي متعلقاً بمسائل محورية وموضوعات أساسية في حياة المريض. ويتجلى اضطراب التفكير في أوضح صورة حين نعرض لواحدة من المتلازمات (الزلمات) التي تصادف المعالجين. ألا وهي العصاب الحاد acute neurosis.

الاضطرابات الانفعالية الحادة

لعل الاستجابة العصابية الحادة هي أوضحُ مثالٍ وأجزؤه على البؤس والشقاء الذي يعاني منه المرضى النفسيون. تتمثل هذه الاستجابة، في حالاتها القصوى، في مجموعة متنوعة من الخبرات الأليمة الشديدة. فالأشياء المألوفة تبدو للمريض غريبةً مشوهةً غير حقيقية. بل إن خبراته الداخلية تبدو عجيبة شاذة. فقد يجد أنه فقدَ الإحساس الطبيعي بأطرافه أو بداخل جسمه. وقد يحس بثقل أو بخفة في جسده. وقد تأخذ الوقائع معاني ودلالات جديدة، فيهول في نظره حدثٌ ماضٍ كان يعده هيناً ويكبر ما كان ضئيلاً. إنها استجابات غريبة عن مجال خبرته المعتادة، يُشبهها بعض المرضى بخبراتهم عندما كانوا تحت تأثير التخدير الطبي أو تأثير سئٍ للمخدرات أو تأثير كابوس ليلي.

ومن الجوانب المدمرة للاضطراب الانفعالي الحاد ذلك الانفلات لكل ضروب التحكم والسيطرة التي كان المريض يسلم بوجودها من قبل ولا يخالجه فيها شك. إنه ليجهد ويصارع لكي يحتفظ بالتحكم الإرادي في التركيز والانتباه. ويشق عليه أن يحدد أفكاره أو أن ينهج مساراً متسقاً من التفكير. كما أن وعيه بنفسه وبما حوله يتغير بل ويتضاءل بحيث يشق عليه إدراك كثير من تفاصيل بيئته (إلا أنه قد يصير حاد الإحساس، على غير المتوقع، ببعض المؤثرات مثل نبرة صوت شخص معين أو أحاسيس داخلية معينة). وقد يعاني هذا المريض من اختلاط ذهني يصل لدرجة فقد التوجه disorientation. ورغم أنه قد يصيب في التعرف على ذاته وعلى المكان الذي هو فيه إلا أنه يظل غير واثق من هذا التعرف.

حين يبلغ هذا الاضطراب أشد درجاته يطلق عليه «الاستجابة الكارثية» catastrophic reaction حيث يصف الشخص خبراته الحارقة بأوصاف من مثل: «لست أحس أنني موجود هنا على وجه التحقيق»، «أحس أنني مختلف»، «الأشياء تبدو مختلفة». وفي محاولته أن يحصر نوعية خبرته يستخدم تعبيرات مثل: «أحس أن قبضتي تفلت»، «إنني أخرج من عقلي»، «إنني أحتضر»، «أحس أنني على أعتاب الموت»، «أننى أتفكك أجزاءاً»، «إننى أُجَن». ورغم أن المصاب كثيراً ما يفسر هذه المشاعر الخيفة كدليل على أنه بصدد الجنون، فإنها ترتبط عامةً بالاستجابات العصبية الحادة أكثر مما ترتبط بالذهان psychosis.

بالإضافة إلى المشاعر الغريبة وإلى تعطل العمليات النفسية المعتادة مما أشرنا إليه آنفاً، فقد تغمر المريض مشاعرٌ عنيفةٌ من القلق أو الحزن أو الغضب. وحتى حين يكون الانفعال تضحيمياً لأحد المشاعر السارة (كالانشراح في الاستجابات الهوسية) فإن شدته تجعل منه شيئاً بغيضاً غير سار.

هل بإمكاننا أن نستخلص معنى متسقاً من تلك الظواهر النفسية الغريبة التي تحدث في حالة العصاب الحاد؟ الحق أن هناك عنصراً لافتاً للنظر في تلك الخبرات الغريبة، وهو شدة «الوعي بالذات» self - consciousness. فمريض العصاب يغدو واعياً بعملياته الداخلية بدرجة زائدة. إن انتباهه مُثَبَّتٌ على إدراكاته وأفكاره ومشاعره بحيث تغدو هذه العمليات النفسية واضحة للغاية. ويتصف هذا الانتباه، فضلاً عن ذلك، بأنه زائدٌ مفرط تجاه مشاعر بيئية معينة، وغافلٌ ساهٍ تجاه المشاعر الأخرى، وهو ما نطلق عليه اسم «الرؤية الأنبوبية» Tunnel vision، وهو إذ يوثق انتباهه بمؤثراتٍ داخلية وخارجية محددة، يجد صعوبة كبيرة في الالتفات إلى مناطق أخرى من الخبرة والتركيز عليها.

هذه الظاهرة التي تتضمن الوعي المفرط بالذات والانتباه الموثوق المقيّد، تشبه الاستجابات التي يحس بها كثير من الناس في المواقف ذات الخطر الواقعي. فالطالب الذي يؤدي امتحاناً شفهياً أو تحريراً هاماً قد يحس بخبرة القلق بسبب الخطر الذي يهدد أهدافه الحياتية. فيجد صعوبة في التركيز على مهمته المباشرة، وهي أن يقرأ أو يستمع إلى الأسئلة ثم يعول على ذاكرته لتمده بالإجابات. إن انتباهه لينشغل بدلاً من ذلك بهواجس الرسوب وبالتقييم المستمر لأدائه وتفحص حالته الانفعالية السيئة. وهو بذلك يتشتت ولا يفهم الأسئلة وتتعرثر محاولاته لاستدعاء المادة وتكوين العبارات المناسبة. هذه الظاهرة التي تشمل تعطل الذاكرة وضعف

الأداء ليست ناتجة عن القلق بما هو كذلك، بل عن تقيّد الانتباه بأفكارٍ ومشاعرٍ غير متصلة بالموضوع.

هناك مجموعة مشابهة من الاستجابات النفسية قد تنتج عن التعرض للخطر الجسدى. فالجندي الذي يخوض الحرب لأول مرة قد يحس بصعوبة في التركيز وفي تحويل بؤرة انتباهه، وقد يتشبّت انتباهه على فكرة الخطر والرغبة في الهروب بحيث يعجز عن فهم الأوامر وتنفيذها. . تلك الأوامر التي من شأنها أن تحفظ حياته. وهناك خبرات مشابهة يذكرها أناسٌ في مواقف أخرى ذات خطر. فقد ينشغل متسلق الجبال المبتدئ بهاجس السقوط وهو يرتقى منحدرًا شاهقًا بحيث ترتبك خطواته أو تتعثر ومن ثمّ يعرض نفسه للخطر الحقيقي.

لنقارن الآن بين استجابات الخطر الحقيقي وبين تلك الخبرات التي يحسها المصاب بحالة عصاب القلق الحاد. إن مريض القلق يشبه ذلك المتعرض لتهديد فعلى في بعض الأوجه: فهو مفرط اليقظة للمؤثرات المترنة بالخطر يسترعى انتباهه أى تغيير في بيئته (صوت مفاجئ مثلاً) ولديه في نفس الوقت صعوبة في تركيز انتباهه على العناصر البيئية التي لا تنم على خطر.

ورغم أوجه الشبه فإن مريض القلق الحاد يختلف عن المتعرض للخطر الحقيقي اختلافًا كبيراً. فالخطر الذي يحسه مريض القلق لا وجود له أو هو مبالغ فيه إلى حد كبير. وهو غير مشغول فحسب بفكرة الخطر بل هو دائماً وأبداً يفسر المؤثرات المأمونة كدلائل خطر.

ليست مشكلة مريض القلق في تسمية المؤثرات بالدرجة الأساس أوفى نعتها. فبإمكانه للتو أن ينعث صوتاً ما بأنه صوت عالٍ. ولكن مشكلته فيما يلصقه من معانٍ ودلالاتٍ على مؤثراتٍ بعينها. إن تأويلاته تميل إلى أن تكون بعيدة الاحتمال وغير واقعية. فحين يسمع صفارة إنذار فذلك يعنى عنده أن منزله يحترق. وحين يحس ألماً في مؤخرة رأسه فذلك يحتمل إصابته بسكتة دماغية. وحين يرى شخصاً غريباً يقترب منه فهو يعتبره مهاجماً مغيراً. ويظل يفسر الأحداث والوقائع كدلائل خطرٍ بلا تمييز، وتتراكم هذه التفسيرات فتخلف نظرةً محرّفةً للعالم الواقعي وقلقاً متصاعداً. هذا التأويل السيئ للمواقف يشكل تحريفاً معرفياً - cog-nitive distortion يتراوح بين الزلل الطفيف والخطأ الثقيل الفادح.

تقيّد الانتباه، تقلص الوعي، التجريد الانتقائي selective abstraction، التشويه والتحريف. هذه الظواهر السلبية ليست وقفاً على عصاب القلق الحاد بل تحدث في العصابات الحادة الأخرى كالاكتئاب والهوس الخفيف وحالات البارانويا. تختلف هذه

الحالات من حيث صنف الانفعال الناجم: الحزن، الانشراح euphoria، الغضب. ويمكن رد هذه الاختلافات في الانفعال إلى اختلاف المعاني الشاذة أو اختلاف تيمات themes التفكير بين هذه الاضطرابات. ففي كل نوع من العصاب، كما سوف نرى، نجد المريض يلوى الحقائق كي توافق التصورات التي تهيمن على تفكيره. إن اضطرابات التفكير هي أيضاً في القلب من العصابات الأخرى كالهستيريا والرهاب والوسواس القهري.

الاضطرابات العصابية

رغم أن الاضطراب الانفعالي الحاد قليل التوارد لا يعرض بكثرة للممارسين، فإن سماته الصارخة تساعدنا في فهم الأشكال العصابية الأكثر شيوعاً وتضى لنا جوانبها الأكثر صعوبة وخفاءً. إن اضطراب التفكير في العصابات الأقل إثارة قد يقتصر على مواقف معينة أو يرتبط بمشكلات محددة تمس من المريض نقاط ضعفه وحساسيته بينما يبقى تفكيره في المواقف الأخرى معقولاً ومتناغماً مع الواقع. غير أننا يجب أن نذكر أن هذه العصابات الأكثر إزمناً وأقل حدة قد تعرض مسارها لسورات episodes شبيهة بالاضطراب الانفعالي الحاد.

حيث أن ضيق التفكير وتثبيت الانتباه وتحريفات الواقع أشياء واردة في كل أنواع العصاب، فإن الفروق المحورية بين العصابات يجب أن نلتمسها في مضمون الفكر الشاذ وليس في شكله. وقد أرجأنا الحديث عن غرائب التفكير التي تسم كل أصناف العصاب والتي تشكل نقاط التقاء، لكي نعرض الآن لفحص نقاط الاختلاف بينها في محتوى الفكر.

في تلك العصابات المتسمة بالانفعالات الزائدة نجد أن الحالة الانفعالية المميزة لكل اضطراب تتولد من محتوى بعينه من الفكر الشاذ. فالحزن، وهو الانفعال المميز للاكتئاب، ينجم من ميل المريض إلى تفسير خبراته بوصفه محروماً ضعيفاً مقهوراً. والانشراح euphoria في حالات الهوس الخفيف hypomania ينتج من الانشغال الدائب بفكرة تعزيز الذات وإعلاء شأنها. ومريض القلق يتخطفه الكرب والضيق بسبب غلوه في تأويل خبراته كإشارات خطر وتهديد. بينما يستبد الغضب والحنق بمريض البارانويا بسبب ثبوته عند أفكار الإساءة والاضطهاد.

وقد استقيت المعطيات الأساسية التي استندت إليها في عملية التحقق من اضطرابات

التفكير عند العصائيين من مدونات حرفية لما لفظوا به أثناء العلاج النفسى أو التحليل النفسى الرسمى (Beck, 1963; 1967) والتي تدور حول هواجسهم الكبرى المتكررة وتفسيراتهم للمواقف الحياتية وأفكارهم الأوتوماتيكية. لقد كانت مشاغلي فى ذلك الحين مناقضة للمحتوى الذى برز لى فى هذه التجربة. وهذه الحقيقة لا شك تضائل من احتمال أن أكون قد أثرت على إدياءاتهم أو أوحيت لهم بشئ غير نابع منهم. لقد لاحظت مثلاً ارتباط مشاعر الاكتئاب بفكرة فقد ومشاعر القلق بفكرة الخطر. وتكررت هذه الملاحظات مراراً بحيث اضطررتنى إلى أن أعدل فكرتى عن هذه الأمراض. فبدأت الصياغات الجديدة تحل بالتدريج محل نظريات التحليل النفسى التى كنت قد تعلمتها واعتقدت فيها، والتي تفسر الاكتئاب كنتاج عدوانية محولة ضد الذات، وتفسر القلق كنتاج رغبة محرمة بالاشعور تهدد باقتحام الوعى.

وقد قمت فى البداية بتسجيل النتائج والاستنتاجات التى استوت لى من دراسة ٨١ مريضاً كنت أعالجهم (Beck, 1963)، والتي ثبتت لدى دراسة عينة لاحقة تتكون من مئة آخرين من مرضى (Beck, 1970 c). وقد وجدت أيضاً أثناء المقابلات التشخيصية لمرضى العيادة أن نواب الطب النفسى قد حصلوا على مادة تدعم تلك الصياغات. كما وجدت تدعياً لها أيضاً فى عدد من الاستقصاءات الضابطة قامت بها مجموعتى البحثية (Beck, 1961; Loeb, Beck, and Diggory, 1971) وفى ملاحظات ودراسات مستقلة قام بها مارسون وباحثون آخرون (Ellis, 1962; Velten, 1967).

وعلى أساس من الملاحظات الاكلينيكية والدراسات المنهجية أمكننى أن أميز بين الاضطرابات العصائية الشائعة بحسب الفروق فى محتوى الفكر. وفيما يلى جدول يوضح هذه الفروق:

جدول (١)

محتوى الفكر فى الاضطرابات العصابية

- الاضطراب المحتوى الفكرى الخاص
- * الاكتئاب انتقاص من النطاق الشخصى
- * الهوس الخفيف تقدير مبالغ فيه للنطاق الشخصى
- * عصاب القلق خطر يهدد النطاق الشخصى
- * الرهاب خطر مرتبط بمواقف محددة يمكن تجنبها
- * حالات البارانويا تعدد غير جائز على النطاق الشخصى
- * الهستريا تصور اضطراب حركى أو حسى
- * الوسواس تحذير أو شك
- * الطقوس القهرية أمر ذاتى بتأدية فعل محدد لدفع خطر

الاكتئاب

يرتكز المحتوى الفكرى لمرضى الاكتئاب على فكرة فقد .. على وقوع فقدان كبير. فيحس المريض منهم أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أى مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن. وبإمكاننا أن نصوغ هذه التيمة فيما يُسمى «الثلاثى المعرفى The cognitive triad»: تصور سلبى للذات، تفسير سلبى لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل.

يؤدى الإحساس بالفقد النهائى وتؤدى التوقعات السلبية إلى الانفعالات المميزة للاكتئاب: الحزن، والإحباط، والتبلىد. فضلاً عن أن الاكتئابى حين يقوى فيه الإحساس بالتورط فى موقفٍ بغيضٍ ومشاكلٍ عصية تتبدد دافعته التلقائية البناءة. وربما غلبه ميلٌ قاهرٌ إلى الهرب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الانتحار.

الهوس الخفيف

محتوى الفكر عند مريض الهوس والهوس الخفيف هو نقيض محتواه عند الاكتئابى . فهو يرى فى كل خبرة من خبراته حياته مكسباً كبيراً، ويسبغ على خبراته قيماً إيجابية دون تمييز، ويتوقع من مساعيه وجهوده نتائج مواتية دون سندٍ من الواقع، ويبالغ فى تقدير قدراته . وتؤدى هذه التقديرات الإيجابية إلى مشاعر الانشراح euphoria . كما أن الفيض المتلاحق للتقييمات الذاتية المتضخمة والتوقعات المفرطة التفاؤل تشحنه وتحمسه وتدفع به فى نشاطٍ مستمر .

عصاب القلق

يسيطر على تفكير مريض القلق تيمات مفادها وجود خطرٍ يتهدد نطاقه الشخصى . فهو يتوقع أحداثاً مؤذية له أو لأسرته أو لممتلكاته أو لمركزه ومكانته وغيرها من القيم المعنوية التى يقدرها . وإذا كان مريض الرهاب يحس بقلقٍ فى مواقف يمكن تجنبها فإن مريض عصاب القلق يحس الخطر فى مواقف لا يملك تجنبها . فهل بوسع الخائف دوماً من مرضٍ خطير أو قاتل سوى أن يفسر أى عرض فسيولوجى غير معتاد كعلامة على هذا المرض ؟ إن ضيق التنفس عنده دليلٌ على إصابته بنوبة قلبية، وأى إسهال أو إمساك أو ألم غامض دليل على إصابته بالسرطان . وكثيراً ما يشملُ بمخاوفه المؤثرات الخارجية، فيفسر أى صوت مفاجئ كندير بكارثة، وتثير أى ضوضاء عارضة بالمنزل مخاوفه من لصوص يقتحمونه، وتثير فرقة محرك السيارة (لاشتعال الوقود قبل الأوان) احتمال كونها طلاقات رصاص، ويثير صياح أحد الصغار تصورات عنفٍ جسدى .

وكثير من مرضى القلق يتركز خوفهم على الأذى النفسى بالدرجة الأساس . فيكون الهاجس الغالب على أحدهم هو أن الآخرين والغرباء بل وأصدقائه سوف يرفضونه ويهينونه ويحقرونه . وصفوة القول أن توقعات الأذى البدنى والنفسى ترتبط بالقلق وتوثق به بحيث تثيره كلما ثارت وتبعته أينما وجدت .

الرهاب

فى حالة اضطرابات الرهاب يكون توقع المريض للأذى الجسمى والنفسى مقصوراً على

مواقف محددة . فإذا أمكنه تجنبها لم يعد لديه شعورٌ بالخطر وربما أحس بالأمن والطمأنينة . أما إذا اضطرت الظروف إلى الدخول في هذه المواقف أو حملَ نفسه على دخولها عسى أن يتغلب على مشكلته، فإنه يعاني نفس الأعراض الذاتية والفسولوجية الخاصة بمرضى القلق العصبي .

وكما هو الحال في الاضطرابات النفسية السابقة، فإن الاستجابة المعرفية للموقف المثير عند مريض الرهاب قد يعبر عنها في صورةٍ لفظية خالصة أو في صورة تخيلات . فهذه امرأة مصابة برهاب المرتفعات تغامر بالصعود إلى الطابق العشرين من أحد المباني، فتتملكها خيالاتٌ بصرية وتظن أن الأرض تميد بها وأنها تنزلق تجاه النافذة وأنها تسقط منها، وتحس قلقاً شديداً كما لو كانت خيالاتها واقعيةً خارجية حقيقية .

يتأسس الخوف من مواقف محددة على تصورٍ مغالى فيه من جانب المريض . وهو تصور يصيب هذه المواقف بصبغة الخطر . فالمصاب برهاب الأنفاق يخشى أن النفق سينهار عليه وأنه سيختنق أو يصاب بمرضٍ حاد يهدد حياته ولن يجد أحداً ينقذه . والمصاب برهاب المرتفعات يستجيب لها استجابة الخوف من احتمال أن يسقط منها أو احتمال أن ينهار المبنى أو احتمال أن يقذف نفسه باندفاعٍ لا إرادية .

حالات البارانويا

دأب مريض البارانويا أن يفترض أن الآخرين يتعمدون الإساءة إليه والتدخل في شئونه وتعويق أهدافه . وإذا كان الاكتئابي أيضاً يتوهم أنه مهانٌ مرفوض من الآخرين فإنما يشعر بذلك عن قناعة منه بأنه يستحق الإهانة ويستأهل الرفض . أما البارانوى فتشغله، على العكس، فكرة الظلم الواقع عليه . إن التهمة الرئيسية في تفكيره هي «أنا على صواب .. هو على خطأ» بينما القيمة الرئيسية عند الاكتئابي هي «أنا على خطأ .. هو على صواب» . البارانوى إذن لا يعاني من نقص اعتبار الذات self-esteem الذي يعاني منه الاكتئابي، فهو مهمومٌ بالاعتداء الظالم على نطاقه الشخصي وليس بخسائر حقيقية لحقت بهذا النطاق .

ويمكننا أن نلخص الفروق بين عصاب القلق والاكتئاب العصبي وحالات البارانويا بأن مريض القلق يركز على احتمال وقوع هجومٍ على نطاقه الشخصي، بينما يركز البارانوى على الظلم والإجحاف والدوافع الخبيثة من وراء هجوم مفترض أو انتهاك مزعوم لحدوده . أما

مريض الاكتئاب فتركيزه منصب على فقدان المفترض والذي يعزوه إلى عجز فيه وقصور خاص به .

الوساوس والطقوس القهرية

يتعلق محتوى الوسواس بصفة عامة بخطرٍ ما بعيدٍ يظهر في هيئة شك أو حيلة . فمريض الوسواس قد يبقى في شكٍ مما إذا كان قد أدى عملاً ما ضرورياً لتأمين سلامته (أطفأ فرن الغاز على سبيل المثال)، أو أنه سيتمكن من أداء عملٍ ما كما ينبغي . إن أفكاره تختلف عن أفكار مريض القلق في أنها تنصب على عملٍ من الأعمال يعتقد أنه كان يجب أن يفعله (إطفاء الفرن في المثال السابق) أو عمل يعتقد أنه كان يجب ألا يفعله (مثل ذلك المريض الذي يؤرقه احتمال إصابته بسرطان الدم لأنه لمس ثوب أحد المصابين) .

أما الطقوس القهرية فتألف من محاولات تهدئة الشكوك والوساوس عن طريق الفعل . مثال ذلك غسل اليد القهرى فهو قائم على اعتقاد المريض أنه لم يُزل كل القذر والأوساخ من بعض أجزاء جسمه، وهو مما يعرضه لخطر المرض الجسمى أو يجعل رائحته كريهة . وكثيراً ما نعاين التلوث المتلازم : رهاب - وسواس - طقس قهرى، كما في حالة ذلك المريض الذى كان يخشى الإصابة بالإشعاع فيتجنب (رهاب) كل الأشياء التى قد تصدر إشعاعاً مثل الساعات ذات الميناء المشع وأجهزة التليفزيون، وحين تضطره الظروف إلى لمس شئٍ منها يظل يراوده احتمال التلوث (وسواس)، مما يحمله على أخذ حمامات متكررة طويلة كى يزيل المادة المشعة التى يتوهمها (طقس قهرى) .

الاستجابات الهستيرية

فى حالة الهستريا يعتقد المريض أن به اضطراباً جسمياً . وحيث أن المرض الذى يتخيله غير قاتل فهو يميل إلى قبوله دون قلقٍ كبير . والهستيريون أصحاب خيال حسى sensory imagers بالدرجة الأولى، بمعنى أنهم يتخيلون مرضاً معيناً ثم يتخذون من الخبرة الحسية دليلاً على وجوده عندهم . فمريض الهستريا فى صورتها النموذجية تتلبسه خبرات حسية وحركية شاذة تطابق الصورة المغلوطة التى يحملها فى ذهنه عن المرض العضوى .

الذهان

رغم أن الموضوع المعقد للذهان خارج عن نطاق بحثنا، فقد يكون من المفيد في هذا المقام أن نقارن المحتوى الفكري للذهانات بالمحتوى الفكري للعُصابات. إن التيمات الفكرية للاكتئاب الذهاني تماثل نظائرها في الاكتئاب العصابي، والمحتوى الفكري في الفصام البارانوني يشبه ضريبه في حالات البارانونيا. كذلك الأمر بين استجابة الهوس والهوس الخفيف. غير أن المحتوى الفكري في الذهان أكثر غرابة وشذوذاً وإغراقاً مما هو في العصاب. فإذا كان الاكتئاب العصابي يرى نفسه غير كفء اجتماعياً، فإن الاكتئاب الذهاني قد يصل به الغلو والإسراف إلى الاعتقاد بأنه يبعث روائح مفرزة تنفر عنه الناس.

فالذهانات بصفة عامة تتضمن اختلالاً معرفياً أبرز وأوضح مما هو في العصاب، والمحتوى الفكري الملازم لها أشد حدة وأعصى على التعديل والتصحيح. والذهاني أقل قدرة بكثير على الرؤية الموضوعية لأفكاره الخاطئة وأبعد عن المنطقية والواقعية في تفكيره.

طبيعة اضطرابات التفكير

جرت العادة على أن يُعتبر اضطراب التفكير في غياب مرض عضوي ملمحاً من ملامح الفصام، بينما تُعتبر اضطرابات الاكتئاب والهوس والقلق بمظاهرها الانفعالية الصارخة اضطرابات وجدانية أو انفعالية في صميمها. غير أن بحوزتنا الآن أدلة دامغة على أن اضطراب الفكر مكونٌ هام من مكونات الأمراض النفسية الشائعة. ثمة اضطراب ما في التفكير في جميع هذه الأمراض وإن يكن أقل حجماً وأكثر تحديداً وانحصاراً مما هو في مرض الفصام.

لقد وُجِدَتْ في دراسةٍ طويلة الأمد (Beck, 1963) أنه ما من مريضٍ من المرضى إلا ويسئُ تفسير أنواع معينة من الخبرات. وقد تفاوت هذا التحريف للواقع من الخطأ الطفيف في الحالات العصابية الخفيفة، إلى التحريفات المغرقة الشاذة والضلالات المعهودة في الذهانيين. لقد أظهر التفكير الشاذ للمرضى خروجاً منظماً عن الواقع والمنطق يتضمن «الاستدلالات

الاعتسافية» arbitrary inferences، «والتجريدات الانتقائية» selective abstractions، و«التعميمات المفرطة» overgeneralisations. وكانت التحريفات دائماً متصلةً بالأفكار التي تمس المشكلة الخاصة بالمرضى. فكانت تحريفات الاكتئابى تبرز للعيان عندما يفكر فى قيمته وجدواه، وتحريفات مريض القلق عندما يتناول فكرة الخطر.

كان لهذه الأفكار المحرفة خصائص الأفكار الأوتوماتيكية (انظر الفصل الثانى). فقد كانت تبدو كأنها تأتي بطريق الانعكاس، من دون أى تأمل أو استدلال مسبق. وكانت تبدو للمريض معقولةً رغم أنها بالنسبة للآخرين بعيدة الاحتمال لا يقبلها عقل. وكانت، أخيراً، أقل قبولاً للتغيير فى ضوء العقل والأدلة المناقضة من الأفكار الأخرى التي لا تتصل بالتمط السيكوباثولوجى المميز للمريض. كما لاحظتُ تدرجاً فى عطب التفكير يمتد بين طرفى العصاب الخفيف والذهان الشديد، وأن المرض الواحد كلما اشتد تزايدت فيه درجة التحريف الفكرى ومعدل توارده الأفكار المحرفة ومدى رسوخها وثباتها.

الشخصنة personalization

الإنسان كائن متمركز على ذاته egocentric. وقد أثار هذا التمرکز المحتوم على الذات اهتمام الكتاب والفلاسفة رداً طويلاً من الزمن. يبدو أن لكل إنسان، بمعنى ما، عالماً خاصاً، وأن كل إنسان هو مركز عالمه الخاص ومحوره. وقد وصف هيدجر Heidegger (١٩٢٧) وغيره كيف يشيد كل فرد من البشر عالمه الخاص. غير أن هذا لا ينفى أن لدى البشر بصفة عامة قدرة على أن يقيموا أحكاماً موضوعية عن الأحداث الخارجية، أو حتى عن أنفسهم. وأن يفصلوا بين المعنى الشخصى لحدث ما وبين سماته الموضوعية. أى أنهم قادرون على إقامة أحكام على مستويين مختلفين: مستوى يتصل بهم (أو بنطاقهم) وآخر منفصل عنهم. أما فى الاضطرابات النفسية فنجد أن الأحكام المتمركزة على الذات تسيطر على المريض وربما أطاحت بالأحكام الموضوعية وأزاحتها تماماً. يُطلق على هذه النزعة إلى تفسير الأحداث وفق معانيها الشخصية تسميات مثل الشخصنة personalization، والإحالة الذاتية self-reference.

وخير إيضاح لعملية الشخصنة أو الإحالة الذاتية هو أن نظرتُ فى بضعة أمثلة بلغت فيها هذه العملية غايتها من الغلو والإغراق، ولا سيما عند من نسميهم الذهانيين. مثل ذلك الفصامى البارانونى paranoid schizophrenic الذى كان يعتقد أن الصور التي يراها على

شاشة التلفاز تتحدث إليه مباشرة ومن ثم فقد كان يرد عليها. ومثل ذلك الاكتئابى الذهانى الذى سمع بوجود وباءٍ فى بلدٍ بعيد فكان يؤنب نفسه على التسبب فيه. ومثل تلك المرأة الهوسية manic التى كانت تعتقد أن كل شخص تعبره فى الطريق كان واقعاً فى جبهها. من ذلك نرى أن المرضى الذهانيين يفسرون دائماً كل حدث لا يتصل بهم من قريب أو بعيد كما لو كان متسبباً عنهم أو موجهاً ضدهم.

للعصابيين أيضاً أساليب من الإحالة الذاتية وإن تكن أقل تطرفاً. فالعصابيون يرون الأحداث دائماً تخصصهم وتعنيهم، ويبالغون فى ربطها بذواتهم، وتستغرقهم المعانى الشخصية لوقائع معينة. كشأن ذلك الاكتئابى العصابى الذى يلحظ عبوساً فى وجه شخص آخر فيحدث نفسه: «إنه ينفر منى». من الجائز فى هذه الحالة أن يكون حكمه صحيحاً، ولكن الخطأ هنا قابع فى اعتقاده أن كل تقطيعٍ يراها فى غيره من الناس تمثل نفوراً منه شخصياً. إنه يظن أنه يثير مشاعر سلبية فى الآخرين ويبالغ فى تقدير معدل هذه المشاعر ودرجتها. ومن أمثلة الإحالة الذاتية فى العصاب حالة تلك الأم الاكتئابية التى تؤنب نفسها على كل تقصير يأتى من جانب أطفالها. وحالة ذلك المريض بالقلق العصابى الذى يحسب كل صيحةٍ عليه وكل إنذارٍ خطرٍ يخصه، فيكفى أن تعبر سيارة إسعافٍ لكى يحدث نفسه بأن ولده وقع له حادث.

هناك صورة أخرى من صور الشخصنة تتمثل فى ذلك الميل المسيطر عند الإنسان إلى مقارنة نفسه بغيره من الناس. فهذه امرأة تشاهد لوحة إعلانات تمثل امرأة سعيدة مع طفلها، فتحدث نفسها: «إنها أم أكثر منى إخلاصاً وتكريساً بكثير». وهذا طالب يسمع بفوز طالب آخر بجائزة فيفكر: «لابد أننى غبى وإلا كنتُ فزتُ بالجائزة». وهذا المريض الرهابى الصغير الذى يقرأ عن شخصٍ مُسنٍ أُصيبَ بنوبةٍ قلبية فيقول لنفسه: «إذا كان هذا أُصيبَ بنوبة قلبية فمن الممكن أن تحدث لى» ثم يبدأ فى الإحساس بألم فى صدره.

فى كل وجه من أوجه التفكير الشاذ عند العصابيين قد نجد هذا اللون الذاتى الأساسى. وسوف نعرض فى الفصل العاشر لعملية «فض المركزية» decentering ويعنى تدريب الفرد على اتخاذ إطار مرجعى frame of reference لا يكون هو محوراً له.

التفكير المستقطب polarized thinking

ينزع العصابى إلى التطرف والشطط فى التفكير حين تكتنفه مواقف تمس الجوانب

الحساسية من نفسه، مثل تقديره لذاته في حالة الاكتئاب، واحتمالات الخطر الشخصي في حالة عصاب القلق. وقد يقتصر الشطط الفكرى على مناطق قليلة. ويعنى الشطط thinking in extremes أن نَسِمَ الأحداث والوقائع بأنها بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، رائعة أو فظيعة. وقد أُطلق على هذه الخاصة اسم «التفكير المنقسم» dichotomous thinking أو «التفكير ثنائى القطبية» bipolar thinking (Neuringer, 1961). شأن المقدمات الأساسية التحتية لهذا النوع من التفكير أن تُصاغ في حدودٍ مطلقة مثل «دائماً» أو «مطلقاً».

ولنضرب لذلك مثلاً من الحياة اليومية. وهو ذلك الشاب الذى كان موثقاً عند مفهوم القبول المطلق والرفض المطلق. لقد دأب أن يتفحص كل من يصادفه في حياته اليومية - موظفاً في متجرٍ أو عابراً بالطريق - ليرى ما إذا كان هذا الشخص يتقبله أو يرفضه. ولم يكن بوسعه أن يعدل حكمه ويحوّره ليشمل الدرجات الدقيقة مثل القبول البسيط أو الرفض الطفيف أو الحياد. فقد كان الحياد (أو عدم الاكتراث) يمثل له رفضاً ويورثه حزناً. وكان مجرد الابتسام يمثل له قبولاً تاماً ويبعث فيه الانشراح.

ولنأخذ مثلاً آخر لهذا الصنف من التفكير. وهو ذلك الشاب الجامعى حين يلعب كرة السلة. فإذا ما سجل أقل من ثماني نقاط في إحدى المباريات فكان يقول لنفسه: «إننى فاشل» ويغشاه الحزن. أما إذا سجل ثماني نقاط أو أكثر فيقول: «إننى حقاً لاعبٌ عظيم» ويغمره الانتعاش والبهجة.

وأحياناً ما يكون الشطط الفكرى أحادى القطب unipolar. فيرى الشخصُ الوقائع على سبيل المثال إما غايةً فى السوء أو محايدةً أو لا تعنيه من قريب أو بعيد. من ذلك تلك الخاصة الفكرية التى تسمى «التفكير الكارثى» أو «التهويل» catastrophizing وهى شائعة فى مرضى القلق وتعنى توقع أسوأ النتائج قاطبة، إن تفكير مريض القلق موجه نحو تأمل أسوأ النتائج المحتملة لأى موقف من المواقف. شأن ذلك المريض الذى تلقى خدشاً بذراعه فانكب من فوره على احتمال أن يؤدي ذلك إلى عدوى قاتلة.

وقد يقتصر ميلُ الإنسان للشطط الفكرى على الأشياء المادية الملموسة. كشأن ذلك الرجل الذى كان يتزعج لأقل ضررٍ يلحق بممتلكاته المادية، بحيث إن أقلَّ خدشٍ فى أثائه أو انبعاجةً فى سيارته أو تآكلٍ بملابسه كان يمثل له خسارةً كبرى. حدث ذات يوم أن كتلةً لهبٍ أكبر من المعتاد قد سفعت حاجز مدفاته. فلما اكتشف ذلك أقام الدنيا وأقعدها وكانت أفكاره كالتالى: «هذا تشوهٌ مستديمٌ يستحيل إصلاحه. لقد أفسدَ الغرفةَ بأكملها. الغرفة التى كانت

على خير ما يُرام وهي الآن حطام . إن حماقتي وغبائي هما السبب . إنني لا أجد عمل أى شئ على الإطلاق . ولكنه بمرور الأيام بدأ ينظر إلى الأمر نظرة أكثر موضوعية ليرى أن العطب الذى لحق بمدفاته كان فى الحقيقة عطباً هيناً غير ذى بال .

من شأن الأشخاص الذين يغضبون لكل مؤثر مؤذٍ يصادفهم أن يقعوا أيضاً فى الشطط الفكرى والأحكام المغالية . مثل ذلك الوالد الذى أضع ابنه قفازاً فكانت استجابته هكذا : « هذا شئٌ فظيع . لسوف تخرب بيتنا وتنتهى بنا إلى الملجأ . إنك لا تصلح لشيء » .

هناك ضروب أخرى من التفكير المؤدى إلى تحريف الواقع وإساءة تفسيره . وهى تنضوى أيضاً تحت مفهوم الشطط وتطرف الحكم (Beck, 1963) . منها « التجريد الانتقائى » وهو أن ينتزع الشخصُ إحدى التفاصيل من سياقها فتفوته بذلك دلالة الموقف الكلى . ومنها « الاستدلال الاعتسافى » arbitrary inference وهو أن يقفز الشخص إلى نتيجة معينة رغم نقص الأدلة أو فى وجود أدلة مناقضة لها فى واقع الأمر . ومنها « التعميم المفرط أو الزائد » overgeneralization وهو أن يقفز إلى تعميم غير مشروع (منطقياً) بناءً على واقعة فردة . مثل ذلك الطفل الذى يخطئ خطأً واحداً فيستنتج أنه فاشل لا خير فيه . توضح هذه الأمثلة كيف يتولد التفكير الزائغ فى المواقف التى تمس حساسيات معينة مثل : القبول - الرفض ، النجاح - الفشل ، الصحة - المرض ، المكسب - الخسارة .

مبدأ القواعد

رأينا فى الفصل الثانى أن لدى الفرد قواعد يحل وفقاً لها رموزَ خبراته وقيمها وينظم سلوكه وسلوك الآخرين . تعمل هذه القواعدُ عملها دون أن يعى المرءُ بها أو يلمُّ بقائماتها إماماً واعياً . إنه يلتفت إلى تيار المؤثرات التى تكتنفه التفاتاً انتقائياً فيلتقط منها ما يعنيه ويجمعه ويصنّفه ويشكل استجاباته دون أن يقف على منطوق القواعد والمفاهيم التى تُملئ هذه الاستجابات والتفسيرات . إن عملَ جهاز « المُدخَل - المُخرَج » input - output لديه هو عملٌ تقريبي بعيد عن الكمال .

لا جرمَ تبرزُ مشكلاتٌ فى فهم المرء لسلوك الآخرين . إن محدودية خبرته السابقة

وقصورها قد يحملانه على أن يستنبط من سلوكهم معاني غير صحيحة: مواقفهم المضمرة تجاهه، ونواياهم الحالية وسلوكهم المحتمل تجاهه في المستقبل.

تَطَرَّقْنَا فِي مِثَالٍ سَابِقٍ (الفصل الثاني) لحالة طالب يصحح له المعلمُ خطأً فيظل يسائل نفسه: «هل هذه إيماءةٌ ودودة؟ أو هي تعنى أننى أزعجتُ المعلم؟ هل تعنى أنه يعتبرنى بليداً؟ أو ربما يقسو علىّ فى الدرجات؟». إذا نظرنا إلى هذا المدى العريض للاستدلالات المحتملة من تفاعل واحد زابلنا العجبُ من حساسية كثير من الطلبة تجاه تعليقات المعلمين.

أحياناً ما يقرأ أحد الطلبة فى تعليق معلمه جفاءً يفوق ما يقصده المعلم. إن بوسعه أن يسترد توازنه النفسى إذا كانت هذه المبالغات والتحريفات فى التفاعل طفيفةً عابرة. ولكن دعنا ننظر حالة طالب ذكى تحمله حساسيته الخاصة على أن يعتبر أى نقد يوجهُ إليه بمثابة تسفيه وانتقاص. إن تراكم النقد يجعله عرضةً بشكل متزايد لأن يسمى كل ملاحظة أو اقتراح من معلمه تسفيهاً وانتقاصاً. فلو لم يتغير الحال بموقفٍ إيجابى واضح من جانب المعلم فإنه ينتهى به إلى أن يُحْمَلُ الأمر ما لا يحتمله. ويبدأ فى تصور أى رسالة محايدة أو إيجابية بعض الشئ على أنها ازدراء. ثم يتوسع فى التعميم ليشمل كل المعلمين فىرى أنهم جميعاً انتقاديون وأنه غيبى بليد. ويتقدم بناءً على هذه الأدلة ليخلص إلى نتيجة مفادها أنه متخلف تخلفاً تاماً لا شفاءً منه ولا أمل فيه. ولنتصور هذا الطالب أيضاً عائداً إلى حجرته يجتر هذه الاتهامات والخطايا إلى حد أنه لا يعود قادراً على التركيز فى عمله. فيتدهور أدائه فى الفصل. فيفسر هذا التدهور وهذا التشتت كدليل على تخلفه. إن أضفنا الآن هذا الكرب المحتوم - حزناً مثلاً ممتزجاً بالقلق - فنحن أمام إرهاصات مرضٍ نفسى. إذ لو استمرت هذه الحالة أياماً عديدةً أو أسابيع ستغدو حالة اكتئاب.

نستطيع الآن أن نحلل هذه الحالة وفق قائمة القواعد الخاصة بهذا الطالب. فهو يطبق فى كل تفاعل مدرسى قواعدَ تتعلق بتقييمات المعلم. إنه يستخدم القواعد الآتية: «إن أى نقد من المعلم يعنى أنه يعتبرنى غيبياً»، «وحيث يعتبرنى أحد الخبراء غيبياً فأنا غيبى»، «ومادمتُ غيبياً فلن أصل إلى شئ». عندئذ يطبق على أدائه المتدننى هذه الصيغة: «إن عدم كفاءتى دليل على أنى غيبى». بل إن لديه قاعدة بشأن الكرب الناتج: «مادمتُ حزيناً فهذا يعنى أن حالى لن ينصلح». إنه كما نرى يطبق سلسلةً من العمليات المنطقية كل نتيجة فيها تشكل مقدمةً للنتيجة التالية.

لكل اضطراب من الاضطرابات النفسية التى سبق شرحها منظومتها الخاصة من القواعد.

ففى عصاب القلق تتعلق القواعد بمفهوم الخطر وبتقدير المريض لمدى قدرته على مغالبتة . وتتخذ النتائج المستمدة من تطبيق القواعد شكل تنبؤات من قبيل : « إننى فى خطر وشيك أن أفقد أعلى حياياتى (الصحة ، الحياة ، صديقاً ، وظيفة) » . « ليس لى من وسيلة لدفع هذا الخطر » . وتطبق القواعد الخاصة المؤدية إلى هذه النتائج على وقائع محددة : « إن سرعة ضربات قلبى تعنى أن عندى نوبة قلبية ، وربما أموت قبل أن يسعبنى أحد » . « إذا ابتعدتُ عن المنزل فقد تقع مأس ولن أتمكن من التغلب عليها » . « إذا فعلتُ أى خطأ فربما أصطدم برئيسى ، عندئذ سوف يفصلنى » .

فى حالة القلق نجد أن القواعد بصفة عامة مشروطة : « إذا وقع حدثٌ معين فهناك احتمال أن تكون له نتائج سيئة » . ومن ثم فحين يقع الحدثُ بالفعل يبقى هناك احتمالٌ لنتيجة حميدة . أما فى حالة الاكتئاب فإن القواعد مطلقة وغير مشروطة : « إن نقائصى الحالية تعنى أننى ساقى فاشلاً على الدوام » .

والقواعد مشروطة أيضاً فى حالة الرهاب . فهى تنطبق على مواقف بإمكان المريض تجنبها : « إذا اجتزتُ خلال نفق فقد أختنق » . « إذا ذهبتُ إلى مكان لا أعرفه فقد أتوه » . فى هذه الحالات يعمل المريض أيضاً حسب قاعدة « لن أستطيع أن أتغلب على الموقف بنفسى » . وكما هو الأمر فى حالة القلق فإن هذه القواعد تفترض احتمالاً كبيراً لحدوث الكارثة ، إلا أن المريض كثيراً ما يعزز وضعه بهذا الافتراض : « إذا كان معى شخصٌ مساعد فسوف يمكنه إنقاذى » . ولهذا نجد كثيراً من مرضى الرهاب قادرين على الدخول فى الموقف المخيف إذا توافر لديهم شخصٌ مساعد .

أما فى حالة الاكتئاب فإن منطوق القواعد يستمد معانى وتنبؤات سلبية من ظرفٍ حاضر أو ماض . ليس فى هذه القواعد بندٌ استثنائى أو بابٌ للهرب كما هو الحال فى القلق والرهاب . ومن أمثلة هذه القواعد : « كوني غير ناجح فى عملى يعنى أننى فاشلٌ تماماً » . « ما دمت حزيناً الآن فسوف أكون حزيناً دائماً » . « عندما تحدث أى مشكلة أكون أنا السبب » . « حين أفقد حب زوجتى فهذا يعنى أننى تافه لا قيمة لى » . « حين لا أحظى بالإعجاب فهذا يعنى أننى بغيض غير جدير بالحب » .

وفى حالات الهوس يكون مضمون الافتراضات على النقيض مما هو فى الاكتئاب . وتصاغ القواعد بطريقة من شأنها أن تبالغ فى أى كسبٍ حاصل وأن تعلى من قيمة الذات : « ما يكاد الناس ينظرون إلى حتى يعجبوا بى » . « إذا أسند إلى عملاً ما فسوف أقوم به على نحوٍ رائع » . « كل نجاح أحققه يثبت مرة ثانية كم أنا عظيم » .

وفى حالات البارانويا يغلب أن تكون القواعد مطلقاً وغير مشروطة . فمحتوى القواعد ينضح بالمؤامرات والظلم والإجحاف والمحاباة: « حين لا يتفق الناس معى فى الرأى فإنهم يتعمدون مناوأتى » . « حين لا أحصل على ما أريد فإن هذا يعنى أن شخصاً ما كان يكيد لى » . « حين لا تسير أمورى على نحو صحيح، فبسبب تدخل الآخرين فيها » .

حين نسائل مريضاً ما حول أفكاره فهو فى عامة الأحوال لا يتطوع بتقديم القاعدة التى تشكل تفسيراته للأحداث، بل يذكر بدلاً من ذلك النتيجة التى انتهى إليها . فمريض القلق مثلاً يقول: « ربما أكون مشرفاً على الموت » . ومريض الاكتئاب يقول: « لقد فقدت كل شئٍ يهمنى، إننى تافه لا أساوى شيئاً » . ومريض الهوس يقول: « إننى الأعظم » ، ومريض البارانويا يقول: « كل الناس ضدى » .

إن علينا أن نرتد من النتيجة لكى نستخلص القاعدة (الفرض، المقدمة) . صحيح أن بإمكان المريض فى بعض الأحيان أن يأتى بمنطوق القاعدة دون صعوبة . شأن تلك الاكتئابية المشرفة على الانتحار بعد أن هجرها حبيبها، والتى قالت « إننى عديمة القيمة » فحين سئلت عن السبب أجابت (كما لو كان هذا حقيقة عامة): « إذا لم يحبنى أحد فأنا عديمة القيمة » . إلا أن الأغلب الأعم أن يستلزم استخلاص القاعدة سلسلة من الأسئلة:

- مريض القلق: « أعتقد أننى أحتضر »

* المعالج: « ما الذى يجعلك تظن ذلك؟ »

- المريض: « إن قلبى يدق بقوة، الأشياء تبدو غائمة، لا يمكننى أن آخذ نفسى، كل جسمى يعرق »

* المعالج: « ولماذا تعتبر ذلك احتضاراً؟ »

- المريض: « لأن هذا يشبه الاحتضار »

* المعالج: « كيف عرفت ذلك؟ »

- المريض (بعد شئ من التفكير): « أظننى أجهل ذلك . ولكننى أعتقد أن هذه هى علامات الاحتضار »

إن قاعدة هذا المريض (المقدمة premise) هى أن اجتماع هذه الأعراض يساوى الموت الوشيك . غير أن الحقيقة هى أن هذه العلامات (الخفقان، صعوبة تركيز البصر، ضيق

التنفس) هي من العلامات النموذجية لنوبة القلق الحاد (قد تشير هذه العلامات بالطبع إلى خطر حقيقى على الحياة لو كانت مصحوبةً بعلامات مؤكدة لمرض عضوى). بذلك يدخل كلٌّ من فكر المريض وانفعال القلق فى حلقة خبيثة: فافكار الموت تؤدي إلى زيادة القلق متمثلاً فى الأعراض الفسيولوجية. وهذه الأعراض بدورها تُفسَّر كعلامات للموت الوشيك.

كيف تتضخم هذه القواعد لتكوّن اضطراباً انفعالياً؟

ما دامت هذه القواعد تُصاغ فى ألفاظ متطرفة فهى تؤدي إلى نتيجة متطرفة. إنها تُطبق كما لو كانت فى قياس منطقي syllogism:

المقدمة الكبرى: إذا لم يحبنى أحد فأنا تافهة

الحالة الخاصة (*): ريموند لا يحبنى

النتيجة: أنا تافهة

إن المريض بطبيعة الحال لا يدلى بسلسلة من الأفكار على شكل قياس مضى. فالمقدمة الكبرى (القاعدة) هى جزء بالفعل من نظامه المعرفى يطبقه على الظروف الماثلة. والمقدمة الصغرى (الموقف الخاص) قد ترد بباله أو لا ترد. أما النتيجة فهو بالتأكيد على دراية بها ووعى صريح.

بوسعنا أن نحلل اضطراب التفكير المميز للاضطراب النفسى وفق عملية القواعد. إن الانحرافات الفكرية المميزة مثل المبالغة، والتعميم المفرط، والإطلاق absoluteness مدمجة فى بنية القاعدة وبالتالي فهى تفعل فعلها فى الضغط على الشخص لكى يضع نتيجة مبالغة أو مفرطة التعميم أو مطلقة (فى الحالات السوية هناك بالطبع قواعد أكثر مرونة تخفف من حدة القواعد المتطرفة التى تطفخى فى حالات الاضطراب). حين ينشغل المريض بموضوع يتعلق بنقاط حساسيته الخاصة فإن القواعد الأكثر بدائية تميل إلى إزاحة المفاهيم الأكثر نضجاً. وما ان يُسَلِّم المريض بصحة إحدى النتائج المتطرفة حتى يكون نهباً للقواعد البدائية التى تتوسع باطراد وتبسط سلطانها على فكره.

إذا استسلم المريض مثلاً لهذه الفكرة «مادام أصدقائى لم يتصلوا بى اليوم، فإنهم يعتبرونى تافهاً غير جدير بالحب» فقد ينجرى إلى قبول هذه النتيجة كمقدمة لنتيجة أخرى أبعد مدى: «بما أنى تافه فلا أحد سوف يحبنى أبداً». وهذه المقدمة تهيبى المسرح للنتيجة التالية: «بدون حب لا تستحق الحياة أن تُعاش، إذن لا معنى لأن أبقى على قيد الحياة».

(*) أى المقدمة الصغرى minor premise ..