

التصورات التحليلية النفسية لتشكل العرض و البنية النفسية الجسدية



srudwan@hotmail.com

ميخائيل فون راد و زيغفريد تسبوت / Michael von Rad & Siegfried Zepf

ترجمة أ.د. الدكتور سامر جميل رضوان - علم النفس، سوريا

1- ملاحظة أولية

لفترة طويلة تم فهم وتفسير تشكل العرض النفسي الجسدي في التحليل النفسي من منظور عصابي ومؤخراً بدأت تظهر مساح تعطي لتشكل العرض النفسي الجسدي من منظور عصابي نفسي، ومؤخراً بدأت تظهر مساح تعطي لتشكل العرض النفسي الجسدي سمة تصنيفية مرضية.

فمن جهة يوجد اضطراب لأطر الوظائف الفيزيولوجية (غالباً ما يكون مرتبطاً بتهدم عضوي) والذي يبدي من ناحية أخرى سمات سلوك تواصلية قصدي متجذر بطريقة مرمزة ذات مغزى في تاريخ الحياة الفردي

ما هي العوامل الفيزيولوجية النفسية والاجتماعية والنفسية التي يرسى فيها فرد ما -

لفترة طويلة تم فهم وتفسير تشكل العرض النفسي الجسدي في التحليل النفسي من منظور عصابي نفسي، ومؤخراً بدأت تظهر مساح تعطي لتشكل العرض النفسي الجسدي من منظور عصابي نفسي، ومؤخراً بدأت تظهر مساح تعطي لتشكل العرض النفسي الجسدي سمة تصنيفية مرضية. وبدون المس باختلاف هذه المبادئ من التفسير يستند كلا المنظوران في رؤيتهما للعرض النفسي الجسدي إلى سمتين أساسيتين: فمن جهة يوجد اضطراب لأطر الوظائف الفيزيولوجية (غالباً ما يكون مرتبطاً بتهدم عضوي) والذي يبدي من ناحية أخرى سمات سلوك تواصلية قصدي متجذر بطريقة مرمزة ذات مغزى في تاريخ الحياة الفردي، وسوف يتم هنا الاحتفاظ بمصطلح المريض (النفسية الجسدية) على الرغم من أنه يستخدم في سياقات مختلفة من المعنى وأنه غير دقيق وغير صحيح من وجهات نظر متنوعة. إلا أنه قد ترسخ مقابل المفاهيم البديلة -مثل التجلي الأول نفسي المنشأ للأمراض العضوية-، ليس بسبب قصره ولكن لأنه يتسم بالصهر اللغوي للارتباط الوثيق في الوقت نفسه للعوامل النفسية والتاريخ حياتية الفردية. وعن هذا التحديد المزج ينجم المطلب الذي يوجب طرح التصورات التي سنعرضها من خلال المنظور الراهن: ما هي العوامل الفيزيولوجية النفسية والاجتماعية والنفسية التي يرسى فيها فرد ما -يحمل تجهيزاً بيولوجياً ونفسياً-بنياً محدداً-اضطراباً جسدياً وما هو الاضطراب الذي يرسيه وما هي الشروط التي يخنفي فيها الاضطراب بسرعة أو يسير بصورة متأزمة أو يصبح مزمناً؟

وفيما يتعلق بتشكيل العرض لما يسمى بالأمراض النفسية الجسدية التقليدية بالمعنى الضيق فإنه هنا لا بد من ملاحظة أنه على الرغم من أنها تابعة-باعتبارها أمراضاً جسدية-إلى مجال الطب الإنساني العلمي الطبيعي، ولكنها من حيث طبيعتها تقوم على اضطرابات العلاقات البين إنسانية للسيرة الفردية، ويمكن تقصيرها وإصلاحها بالأساليب التفسيرية للتحليل النفسي.

وليس هناك من نقص في التصورات التي حاولت بتوكيدات مختلفة الأخذ بعين الاعتبار المظاهر التحليلية النفسية للحدث الكلي-بصورة خاصة الطبيعة الدافعية والجسدية والأنوية والعلائقية الموضوعية (فيما يتعلق بالعلاقة بالموضوع) للعرض وتقديم إجابة عن بعض هذه الأسئلة. وعلى الرغم من أن فرويد في رسالة إلى فون فايتسكرد قد عبر عن وجهة النظر التي تقول: "إنه لا يمكننا

يحمل تمييزاً بيولوجياً
ونفسياً-بنهيوياً معدداً-
اضطراباً جسدياً وما هو
الاضطراب الذي يرسيه وما
هي الشروط التي ينتهي
فيها الاضطراب بسرعة أو
يسير بصورة متأزمة أو يصعب
مزماً؟

وعلى الرغم من أن فرويد
في رسالة إلى فون فايتسك
قد عبر عن وجهة النظر التي
تقول: "إنه لا يمكننا على
الإطلاق القيام بالقفز من
الجسدي إلى النفسي" ومع
ذلك فقد حاول تجاوز
الحدود ووصل هذين
المجالين.

تمسك فرويد دائماً بأنه
ينبغي التسليم بوجود (تساهل
جسدي) أي عامل جسدي
يمتلك أهمية فيما يتعلق
"باختيار العضو" يمكن
تصوره في منشأ يمتد بدءاً
من وجود استعداد وراثي
مروراً بالضغط الراهن وصولاً
إلى التأثيرات الطفلية
الباكورة في إطار خبراته
الجسد.

على الإطلاق القيام بالقفز من الجسدي إلى النفسي" ومع ذلك فقد حاول تجاوز الحدود ووصل هذين المجالين. وقد شكل كلا هذين المجالين-نموذج التحويل ونموذج عصاب القلق-منطلق التطور النظري اللاحق.

2- نموذج التحويل (فرويد)

حسب فرويد 1932 فإنه يتم من خلال التحويل جعل تصور مسبب للإزعاج غير ضار من خلال تحويل "مجموع استثارته" إلى الجسد. وقد حدد فرويد ستة سمات للعرض التحويلي نفسه:
انه ينشأ عندما:

- 1- تنزلق رغبة دافع في صراع مع المعايير الاجتماعية والداخلية وتقود بهذا إلى تصور غير قابل للتحمل،
- 2- والتي لا بد لهذا السبب من استبعادها من الشعور،
- 3- والصراع من طبيعة جنسية تناسيلة (أدبيي)،
- 4- فإذا ما عادت هذه الرغبة الدافعية للظهور ثانية، ولا يمكن الحفاظ عليها من خلال الكبت الذي تم حتى الآن، يحدث التحويل، أي إزاحة الطاقة النفسية (الليبدو من ملكية العمليات النفسية إلى ملكية العمليات الجسمية.
- 5- وهذا يقود إلى عرض جسدي يعبر عن رغبة الدافع الكامنة خلفه وعن تحريم هذا الدافع من خلال وسط مشفر ومرمز. وهذا يعني: إن التغيرات الجسدية يمكن ترجمتها إلى لغة وتكون قابلة للفهم باعتبارها كذلك.

والعرض يربط الطاقة النفسية ويحافظ على التصور المزعج أو الذي يصعب تحمله في اللاشعور، غير أنه يتطلب تركيزاً إضافياً ويقود بصورة ثانوية إلى امتلاك ليبدو مقوى. فهو يمتلك إذاً طابع إشباع وطابع عقاب في الوقت نفسه.

- 6- عدا عن ذلك فقد تمسك فرويد دائماً بأنه ينبغي التسليم بوجود (تساهل جسدي) أي عامل جسدي يمتلك أهمية فيما يتعلق "باختيار العضو" يمكن تصوره في منشأ يمتد بدءاً من وجود استعداد وراثي مروراً بالضغط الراهن وصولاً إلى التأثيرات الطفلية الباكورة في إطار خبرات الجسد.
- وحتى عندما أصبحت مثل هذه الأعراض النفسية الجسدية أكثر ندرة نتيجة للتطور الاجتماعي، فما تزال الصلاحية النظرية والعلاجية لهذا النموذج-حتى بشكلها الصارم أيضاً-غير مشكوك بها لدى مرضى حدوديين borderline على سبيل المثال الذين يعانون من شلل وظيفي (عدم القدرة على المشي Dysbasia)، وكذلك من اضطرابات حساسية أو اضطرابات في الصوت.

غير أنه سرعان ما تبين أنه في تشكيلات كثيرة من العرض تلعب عوامل اجتماعية-نفسية دوراً كبيراً، والتي لا يمكن تفسيرها بصورة مقبولة من خلال هذا النموذج. وهكذا فقد تم التخلي عن الارتباط بصراع جنسي-تناسلي وذلك من أجل المحافظة على نموذج التحويل باعتباره نموذج تفسير

حتى عندما أصبحت مثل هذه الأمراض النفسية الجسدية أكثر ندرة نتيجة للتطور الاجتماعي، فما تزال الصلابة النظرية والعلاجية لهذا النموذج - حتى بشكلها الصارم أيضاً - غير مشكوك بها لدى مرضى حدوديين borderline

تم التخلي عن الارتباط بصراع جنسي-تناسلي وذلك من أجل المحافظة على نموذج التحويل باعتباره نموذج تفسير وتوسيعه

يفترض متشرلش أن الدفاع العصابي يفشل لدى المريض النفسي الجسدي، ولهذا فهو مدفوع إلى الكبت "الجسدي" إلا أنه بهذا يترك العوامل المسؤولة عن هذا القصور معلقة،

تصميم تصور الكبت باعتباره حادثه ضمن منظومة مرجعية نظرية محددة، أي منظومة الجهاز النفسي.

وتوسيعه: وهكذا فقد وسع مفهوم فينيشل [فينخل] Fenichel "التحويل قبل التناسلي" مجال الصراعات ذات الأهمية إلى اضطرابات الحاجة الطفولية الباكرة جداً، التي تتمركز حول الرغبة بالقرب والدفء والرعاية. وحتى عندما حاول رانغل (Reangel, 1959) وآخرون إعادة تضيق مفهوم التحويل ثانية، فإنه قد حدث توسيع بلا حدود لهد النموذج ليشمل عملياً على كل الصراعات الممكنة التي ظهرت في سياقاتها اضطرابات جسدية أيضاً بحيث أنه سرعان ما طرح السؤال نفسه فيما (ذا كان من المبرر الاحتفاظ بمفهوم ما، بدون أن يكون جوهر الاقتراح الفرويدية - المتمثل في التصوير الرمزي للصراع والتخفيف الدينامي الدافعي من خلال العرض - غير مبرهن - بعد -) وإلى هنا تنتمي غالبية "خطايا" النفسي الجسدي التحليلي النفسي، عندما تفسر كل الحوادث الجسدية الممكنة بصورة شبه "رمزية" تقريباً - على سبيل المثال "بكاء" الشعب الهوائية في الربو.. الخ - هذه التأملات المغامرة التي قوبلت بالاستياء من الطب، وعانى منها عدد لا بأس به من المرضى).

وقد قدم محللون نفسيون مختلفون آراء منفردة وأقل منهجية حول المنشأ (النفسي) للأمراض النفسية الجسدية، نذكر منهم في المحيط الناطق بالألمانية على سبيل المثال هارالد شولتزر - هينيكه Harald Schultz-Heneke, 19970 وفيرنر شفيلدر Werner Schwidder, 1970 واستثناء من ذلك شكله الكسندر متشرلش Alexander Mitscherlich الذي طرح فيما يتعلق بالأمراض الجسدية تصوراً نوعياً "لكبت أو دفاع مكون من مرحلتين" يحثل مكاناً خاصاً إلى حد ما (Mitscherlich, 1967). ويفترض متشرلش أن الدفاع العصابي يفشل لدى المريض النفسي الجسدي، ولهذا فهو مدفوع إلى الكبت "الجسدي" إلا أنه بهذا يترك العوامل المسؤولة عن هذا القصور معلقة، ويحطم بطرحه لمفهوم الكبت الإطار المفاهيمي لما وراء علم النفس التحليلي النفسي psychoanalytical Metapsychology. إذ أنه قد تم تصميم تصور الكبت باعتباره حادث ضمن منظومة مرجعية نظرية محددة، أي منظومة الجهاز النفسي. حتى أن فرويد كان قد حذر بشدة من محاولة "تحديد التوضع النفسي تشريحيًا" (Freud, 1900) طالما أن الأساس النفسي العصبي للجهاز النفسي غير مفسر من خلال تجريدات وراء نفسية، وطالما لا تعني فرضية الكبت إلى الجسدي أي نوع من التقدم في المعرفة. ويبدو من المشكوك فيه فيما إذا كانت الفئات التي تم تطويرها لتفسير أسلوب وظيفة الجهاز النفسي، قابلة للتطبيق بالطريقة نفسها على العمليات (Processes) الجسدية وفيما إذا كان يجوز نقلها.

3- مصابى القلق (فرويد)

بصورة موازية لتصور التحويل لاحظ فرويد 1895 أعراضاً جسدية من التعرق، الدوار، والإسهال كمعادل لنوبة قلق ووصفه وحدده بدقة ضمن أعراض التحويل. وهنا افترض فرويد كذلك وجود مصدر جنسي، ولكنه ليس موجوداً في التطور المضطرب المشحون بالصراعات الجنسية، وإنما في اضطراب الحياة الجنسية الراهنة. ولم يعتبر أن منشأ عصاب القلق هو منشأ نفسي، وإنما سُمي - جسدي "كنتيجة للتوترات الجنسية غير المصروفة"، وميزته الفاصلة بأنه هنا لا ينشأ عرض جسدي على أساس صراع نفسي بمساعدة عمل الكبت النفسي - أي بمساعدة عمل الأنا - إذ لا يحدث في عصاب القلق أي تمثّل نفسي على الإطلاق وبدلاً من ذلك تتحول الإثارة المدركة جسدياً إلى عرض جسدي.

ولم يعتبر (فرويد) أن منشأ عصاب القلق هو منشأ نفسي، وإنما سُمِّي -جسدي "كنتيجة للتوترات الجنسية غير المصروفة".

تنتج وجهات نظر تشير إلى أن عصاب القلق هو الجانب الجسدي للمستيريا. فهنا نلاحظ كما هناك تكرار للإثارة... وهنا كما هناك نلاحظ قصور نفسي، تكون نتيجته حدوث حوادث جسدية شاذة... وهنا كما هناك بدلاً من التمثل النفسي حرفه للإثارة نحو الجسدي

الفارق هو فقط أن الإثارة التي يظهر العصاب عبر أراحتها هي إثارة خالصة من عصاب القلق... فهي حين أنها هي المستيريا هي عبارة عن إثارة نفسية"

من جديد أعيدت إلى علم الأمراض التحليلي النفسي مجموعة من الأمراض

وقد وصف ديناميكية منشأ العرض، الذي كان يسمى في مصطلحات ذلك الوقت "بعصاب القلق" المختلفة عن آلية التحويل التي صنفها تحت الهستيريا في عام 1895 بالشكل التالي "... وهكذا تنتج وجهات نظر تشير إلى أن عصاب القلق هو الجانب الجسدي للمستيريا. فهنا نلاحظ كما هناك تكرار للإثارة... وهنا كما هناك يلاحظ قصور نفسي، تكون نتيجته حدوث حوادث جسدية شاذة... وهنا كما هناك بدلاً من التمثل النفسي حرف للإثارة نحو الجسدي، والفارق هو فقط أن الإثارة التي يظهر العصاب عبر أراحتها هي إثارة خالصة من عصاب القلق... في حين أنها في الهستيريا هي عبارة عن إثارة نفسية" أو بصورة لا لبس فيها في عام 1917: "إن أعراض العصاب الراهن... ليس لها معنى، ليس لها أهمية نفسية".

ويتعلق الأمر -يقول في مكان آخر- "باغتراب خالص بين الجسدي والنفسي" (فرويد، 1885) وحسبما يرى لم يقدم العصاب الراهن للتحليل النفسي أي نقطة ضعف يمكن الولوج منها إليه (أي للعصاب الراهن) ولهذا فقد أزيح إلى خارج مجال التحليل النفسي.

4- العصاب العضوي وخصوصية الصراع (ألكسندر):

ظل هذا التقسيم الذي قام به فرويد، والذي حمل في طياته مبادئ تفسير حول تشكل العرض النفسي الجسدي، محجوباً عن الأنظار لفترة طويلة. ومن جديد أعيدت إلى علم الأمراض التحليلي النفسي مجموعة من الأمراض الجسدية التي كان فرويد قد صنف بعضها ضمن العصابات الراهنة، من قبل فرانس ألكسندر، الذي وضع من وجوه عدة أسس لطب نفسي جسدي حديث. وتحت تسمية "العصاب العضوي" و "عصاب- العضو"، -المُضَلَّة في الوقت الراهن- صنف ألكسندر مجموعة من صور الأمراض (من مثل القرحة المعدية و فرط التوتر الأساسي و الربو الشُعْبِي بالإضافة إلى اضطرابات وظيفية خالصة بدون تأذيات عضوية) وفصلها بدقة عن أعراض التحويل.

وحسب وجهة نظره ينشأ "العصاب العضوي" عن صراع لا شعوري في سياق تطور عصابي، يقود إلى التخلي عن التصرفات الموجهة للمواضيع الخارجية، وبهذا لا يمكن صد التوتر النفسي، في حين تستمر التغيرات الإحيائية المرافقة لها. وفي خطوة ثانية يمكن أن يحدث تغير في النسيج الحي وأمراض عضوية غير عكوسه. فالاستجابة الفيزيولوجية لا تعطي هنا بأي شكل من الأشكال سمة التعبير. و"هنا لا تكون الأعراض الجسدية تعويضاً عن الانفعالات المكبوتة، وإنما هي عبارة عن أعراض فيزيولوجية طبيعية مرافقة للانفعال.. إنها لا تخفض الغضب المكبوت، وإنما ترافقه. إنها عمليات تكيف للعضوية... فارتفاع ضغط الدم أو حشد السكر لا يخفض الغضب بأي صورة من الصور. هذه الأعراض لا تظهر بدلاً من التوتر الانفعالي، بل إنها ترافق ببساطة انفعال الغضب، (إنها جزء لا ينفصل عن الظاهرة ككل التي نسميها غضباً (Alexander,1078).

عدا عن ذلك فقد اهتم ألكسندر بصورة أساسية بمسألة الخصوصية الانفعالية للعصابات العضوية. فقد خمن أن خروج الوظائف العضوية عن طريقها ترتبط مع الحالات الانفعالية في مواقف صراع محددة بعلاقة أكثر مباشرة من ارتباطها بالتميمات الماضية للشخصية. ففيما يتعلق بتطور القرحة المعدية على سبيل المثال ليس هناك من نمط شخصية محدد يحمل السمات نفسها عند جميع الأشخاص

الجسدية التي كان فرويد قد صنّف بعضها ضمن العصابات الراهنة، من قبل فرانسيس ألكسندر

صنّف ألكسندر مجموعة من صور الأمراض (من مثل القرحة المعدية و فرط التوتر الأساسي و الربو الشعبوي بالإضافة إلى اضطرابات وظيفية خالصة بدون تأذيات عضوية) وفصلها بدقة عن أمراض التحويل.

"هنا لا تكون الأمراض الجسدية تعويصاً عن الانفعالات المكبوتة، وإنما هي عبارة عن أمراض فيزيولوجية طبيعية مرافقة للانفعال... إنما لا تخفص الغضب المكبوت، وإنما ترافقه. إنما عمليات تكيفه العضوية..."

أن خروج الوظائف العضوية عن طريقها ترتبط مع الحالات الانفعالية في مواقف صراع محددة بعلاقة أكثر مباشرة من ارتباطها بالتمهيّلات

عند ألكسندر وإنما هؤلاء الأشخاص كانوا يشتركون جميعاً بموقف صراع لا شعوري نمطي، يتطور لدى أشخاص بأنماط شخصية مختلفة ويمكن أن يكتسب بالنسبة لحياة هؤلاء الأشخاص أهمية مسيطرة. وعليه يمكن في المواقف التي يعيشها المريض اللاحق بأنها فقدان للاهتمام والرعاية الداعمتين، أن تنزاح الرغبة اللاشعورية، في أن يكون محبوباً، إلى الحاجة إلى أن يُغذى. عندئذ يقوم التطلع إلى الاهتمام الانفعالي المكبوت تحت تأثير الأنا الأعلى بحشد مفرزات المعدة. ويعتبر ألكسندر أن الاستعداد للانزلاق في هذا الصراع تحديداً وعدم القدرة على حله بطريقة مناسبة هو عامل شخصي.

فإذا ما لم يتحقق إشباع رغبات الأمان والتعلق، عندئذ تثبت الاستجابات العضوية على شكل خلل وظيفي يعتبرها ألكسندر نتيجة استئارة نظيرة ودية متزايدة.

فإذا ما تم كف إمكانات التعبير عن ميول المنافسة والعدوان في السلوك، تكون النتيجة عندئذ حالة استئارة مستمرة للمنظومة الأدرينالينية الودية. عندئذ تكون هذه الأعراض العضوية نتيجة الإثارة الودية غير المصدودة، والتي تستمر لأنه لم يتم التمكن من القيام استجابة دفاع أو هروب مناسب. ويوضح ألكسندر ذلك من خلال مثال حول المرضى يفرط التوتر الأساسي: فحسب رؤيته يتعلق الأمر لدى هؤلاء المرضى بأناس مكفوفين في عدوانهم، ضابطين لأنفسهم، غير قادرين لا نفسياً ولا جسدياً على تصريف إثارتهم العدوانية بطريقة مناسبة. وقد حاول ألكسندر طرح تصويرة أساسية ديناميكية بالنسبة لكل عصاب إعاشي Vegetative Neuroses. فعلى سبيل المثال يقود فشل الرغبات الاستقبالية-الفمية لدى مرضى القرحة إلى استجابات عدوانية-فمية، تثير من جهتها مشاعر ذنب ومخاوف. ويتم تعويض ذلك من خلال طموح واضح للإنجاز بصورة مفرطة. الأمر الذي يعزز من جهته طموحات التعلق الفمية اللاشعورية.

وهناك اعتراض آخر يمس تميميات الصراع، التي لا تختلف كثيراً عن التأمل الدقيق فيها عن تميميات الشخصية الباكورة. فألكسندر قد صاغ تشكيلاته الصراعية النوعية specific conflict constellation باعتبارها خاصة بكل مرضى مجموعة تصنيفية مرضية ما (كالقرحة الاثني عشرية) وهي فرضية أصبح مشكوكاً بها على أساس من البحث النفسي الجسدي الراهن. ومن موقع آخر شكك غرينكر بالفارق البالغ "مقدار شعرة" لتميميات محددة من الشخصية ومن الصراع، التي لم يستطع فيها التعرف على شيء آخر "التشابك نفسه للتعلق والفشل والعدوانية التي تظهر بتكرار رتيب لدى كل الناس" (Grinker, 1961)

وكذلك اصطدمت بالانتقاد إحدى الفرضيات الجوهرية لألكسندر والقائلة: بأن كل حالة انفعالية (...). تمتلك متلازمتها الفيزيولوجية (Alexander, 1951; P.44) والتي تحتل في تصوره مركزاً أساسياً إلى حد ما. ولم تتبثق هذه الفرضية في النهاية عن تحديد أساس للعلاقة بين الظواهر النفسية والفيزيولوجية. فقد اختزل ألكسندر الظواهر النفسية إلى "وجه ذاتي لنوع من عمليات (الدفاع) الفيزيولوجية" (Alexander, 1951; P.28) ويعتبرها كانعكاس لها. ففي حين أن الفيزيولوجيا تختص بوظائف الجهاز العصبي المركزي من خلال مفاهيم المكان والزمان، يجد علم النفس مدخله إلى هذا من خلال مفاهيم مجموعة من الظواهر الفيزيولوجية، التي هي عبارة عن انعكاسات Reflections لعمليات فيزيولوجية" (Alexander, 1951; P.18) وبهذا فقد تم وضع العمليات النفسية والفيزيولوجية في علاقة معرفية Gnostic ومن منظور موضوعي فإن العمليات الفيزيولوجية تكون هي نفسها انفعالات وتصبح من خلال "الانعكاس reflection" حقيقة ذاتية أيضاً.

فيما يتعلق بتطور القرحة
المعدية على سبيل المثال
ليس هناك من نمط شخصية
محدد يحمل السمات نفسها
عند جميع الأشخاص عند
ألكسندر وإنما هؤلاء
الأشخاص كانوا يشتركون
جميعاً بموقف صريح لا
شعوري نمطي

يمكن في المواقف التي
يعيشها المريض اللاحق بأنها
فقدان الاهتمام والرعاية
الداعمتين، أن تنزاع الرحمة
اللاشعورية، فهي أن يكون
محبوباً، إلى الحاجة إلى أن
يُغذى. عندئذ يقوم التطلع
إلى الاهتمام الانفعالي
المكبوت تحت تأثير الأنا
الأعلى بحشد مفرزات
المعدة.

فإنها ما تم كونه إمكانات
التعبير عن ميول المنافسة
والعدوان في السلوك،
تكون النتيجة عندئذ حالة
استثارة مستمرة للمنظومة

ونظراً للنتائج التجريبية المتنوعة لم تتمكن الفرضية القائلة بأن كل تشكيلة انفعالية لها نموذجها الفيزيولوجي، من الصمود. ويبدو أن أنماط الاستجابة العضوية محددة وأقرب لأن تكون على وتيرة واحدة وأقل مرونة، وتستثار على المنبهات المختلفة بوتيرة واحدة إلى حد ما. بالإضافة إلى ذلك يبدو أن إشراك الرابط الانفعالي الجسدي "اختيار العضو" يتحدد أيضاً من خلال السيرة الفردية.

وقد بينت دراسات نفسية مخبرية مثل تجارب ليسلي وليسي (1958) (Lacey & Lacey, 1958) أنه على الرغم من أن أفراداً مختلفين يمكن أن يستجيبوا في المواقف المتشابهة بالانفعالات النفسية نفسها، إلا أن هذه الانفعالات ترتبط بحالات جسدية مختلفة كلية. وكما تنشأ الانفعالات على المستويات النفسية كانعكاس لعمليات دماغية جارية (مثارة من خلال عمليات دماغية) بصورة موضوعية (ألكسندر 1951، صفحة 35) تعد المحتويات النفسية حسب رأي ألكسندر انعكاسات نفسية لعمليات الدماغ التي تتحرك من خلال المثيرات. "عندما نتحدث عن علم النفس، فإننا نفكر هنا بعمليات فيزيولوجية، تتألف من حالات إثارة مرضية في الجهاز العصبي المركزي ويمكن دراستها بطرق نفسية، لأنها تدرك ذاتياً على شكل انفعالات أو أفكار أو رغبات" (ألكسندر 1951 صفحة 32) - وينظر للمحيط هنا باعتباره مثير، يقود إلى تعديلات وأحاسيس جسدية، تدرك عندئذ ويمكن أن تقود إلى محتويات نفسية وبهذا يقترب ألكسندر من موقف جيمس لانغ [2] (James-lange 1). وأصبح بهذا التصور معرضاً للنقد الذي مورس من اتجاهات مختلفة لهذا الموقف النظري المعرفي (انظر مثلاً روبنشتاين، 1968). وعلى الرغم من هذا النقد هناك مظهران بصورة خاصة من نتاج ألكسندر ذوي قيمة باقية: يمس المظهر الأول تدقيق وتحديد مفهوم التحويل الفرويدي بالنسبة لمجال النفسي الجسدي العيادي، والمظهر الثاني روعيت في تصوره استقلالية نسبية لعمليات نفسية وأعطيت مكانها بدون أن تفصل بهذا في الوقت نفسه تاريخ الحياة الفردي. وبهذه الطريقة أصبح فرانس ألكسندر مؤسس الطب النفسي-الجسدي الحديث.

5- نموذج شور Schur هي نزح وإمحاء التجسيد De-and Re-somatization :

على الرغم من استناد مؤلف "طبيب فرويد الخاص" في سنوات المرض الطويلة والموت إلى ملاحظات في المعالجة التحليلية النفسية لمرضى الشري العصبي Neuro-dermitis إلا أنه يعتبر أن تصوره قابل للتطبيق مبدئياً على كل الاضطرابات "النفسية الجسدية" (شور، 1974 1 صفحة 335). أما منطلقه فهو علم نفس الأنا، وهدفه التحديد النفسي لحوادث النمو والنضج النفسية سواء تحت شروط المتطلبات الداخلية (الدوافع الليبديوية والعدوانية) أم أيضاً الخارجية (المتعلقة بالمحيط مثلاً) وقد وصف شور حوادث النمو والنضج عند الرضيع والطفل باعتبارها عملية مستمرة لزوال التجسيد De-somatization المختصة بتحديد الطاقات الليبديوية والعدوانية: في حين أن المولود الجديد وعلى أساس من بناء (النفسية والجسدية) التي ما تزال غير نامية وغير متميزة بعد يستجيب على اضطرابات توازنه بصورة غير متناسقة جسدياً ولا شعورية- ذات عملية أولية، فإن النضج يقود بصورة متزايدة إلى "تفتح التفكير العملياتي الثانوي Secondary Process كمركب جوهري لتشكيل الأنا" (شور 1974، صفحة 340). وهنا تجري مجموعة من العمليات بصورة متوازنة. فعن الطور غير المتوازن تنمو بالإضافة إلى الجهاز العصبي المركزي القدرة على التنسيق العضلي، ويمكن تدريب وظائف الإدراك بصورة متصاعدة من خلال اختبار الواقع (وبهذا من اختبار مصادر الخطر الممكنة)؛ والحشد النامي، الذي كان في البدء في خدمة تصريف التوتر، يدعم كفاءة اختبار الواقع. ومع نمو

تم وضع العمليات النفسية والفيزيولوجية في علاقة معرفية Gnostic ومن منظور موضوعي فإن العمليات الفيزيولوجية تكون هي نفسها انفعالات وتصبح من خلال "الانعكاس reflection" حقيقة ذاتية أيضاً.

يبدو أن أنماط الاستجابة العضوية محددة وأقرب لأن تكون على وتيرة واحدة وأقل مرونة، وتستثار على المنبهات المختلفة بوتيرة واحدة إلى حد ما

يبدو أن إشرائه الرابط الانفعالي الجسدي "اختيار العضو" يتحدد أيضاً من خلال السيرة الفردية.

ويبدو نمو النضج عند الطفل السليم أكثر مما هو الأمر

الذاكرة وإمكانية التخطيط تنتج أولى الأسس التي تمكن سواءً من توقع الأخطار أو من تأجيل تصرف وحاجة (شور 1953، ص:7) ومن المادة غير المتميزة يتشكل شيئاً فشيئاً الأنا. وتراجع عليات المعالجة الإعاشة vegetative action-processes شيئاً فشيئاً إلى الخلفية. ويبدو نمو النضج عند الطفل السليم أكثر مما هو الأمر عند الحيوان المرتبط بالغريزة بصورة أشد طوال حياته كعملية لنزع التجسيد De-somatization. أما اتجاه النمو فيكون نحو الدمج المتناسق للعمليات الجسدية غير المتناسقة وتخفيض أعراض التفريغ الإعاشة وفي تعويض التصرفات من خلال الأفكار. أما نتيجة النمو المرغوبة فتكون في التحكم بالمثيرات بأقل قدر ممكن من الطاقة. وحسب شور يشبه أسلوب استجابة ما، "الذي يناور فيه الأنا في مجرى الاستجابة ككل الحوادث الثانوية" تصور استجابة "أنا سوي" (1974، صفحة 342). وعندئذ يشكل كل اضطراب لعملية النمو هذه "خطراً على اقتصاد التوازن الجسدي-الروحي" (1974، صفحة 340). وفي الوقت نفسه وكنتيجة لعملية النضج هذه ينمو الأنا وبالتالي القدرة على الاستجابة للصراعات أو الأخطار الخارجية أو الداخلية بما يسمى بطاقة نفسية (تحييدية) متوفرة بصورة حرة.

ويستند شور في هذه الآراء إلى تصور التحييد Neutralization "لطاقه الدافع، التي طورها هارتمان وزملاؤه (1949) وكريس (1962)، وعلى فرضية رابابورت (1956)، الذي يفترض وجود تطابق بين درجة الطاقة النفسية ودرجة سيطرة أنماط التفكير من نوع العملية الثانوية. ويقوم هذا التصور على أساس أنه يمكن للأنا الاستناد على نوعين مختلفين من الطاقة المفيدة، أي على الطاقة المحيدة من جهة ومن جهة أخرى على الليبيدو والعدوانيات بصورة غير محيدة. إن مقدار القدرة على تحويل إستثارات الدافع الليبيدوية والعدوانية إلى طاقة محيدة متوفرة للفرد بصورة طليقة، تعتبر مؤشراً على شدة واستقلالية وظائف الأنا "قدرة الأنا على تحييد طاقة الدافع واستخدام هذه الطاقة المحيدة في استجاباته، تشكل نتيجة أخرى لنضج الأنا" (شور، 1974، صفحة 342).

وهذا يعني مرونة أكثر وحرية حركة أوسع للتعامل مع البرامج المخططة أو حتى لتأجيل انبعاثات الدافع الراهنة. ويرتبط نمو هذه الطاقة الطليقة بتشكيل التوازن Homoeostasis الطفلي الباكر، المتعلق بالتزويد المناسب من قبل المحيط-كالأم على سبيل المثال-، إنها إذاً (أي الطاقة/ المترجم). "مكتسبة من قبل موضوع" وفي حين يشكل الجوع بالنسبة للرضيع في البدء خطراً، فإنه ينزاح في مجرى النمو أكثر فأكثر إلى غياب الأم، التي تؤمن الإشباع، ولاحقاً إلى فقدان الحب عموماً... الخ. إذاً فالخطر الداخلي قد تحول إلى خطر خارجي وأصبحت مواجهته والتغلب عليه أكثر سهولة (شور، 1953 صفحة 71).

وعليه نقول الفرضية المركزية لشور بأنه "بين قدرة الأنا على التعامل على مستوى عملية ثانوية وعلى تحييد طاقة الدافع، وبين نزع التجسيد De-somatization لأنماط السلوك لا بد وأن تقوم علاقة متبادلة. ويرتبط بهذا فرضية أخرى ألا وهي بأن عودة التجسيد Re-somatization للاستجابات تترافق مع تنبؤ بأنماط تفكير ذات عمليات ثانوية ضمن استخدام أشكال طاقة غير محيدة De neutralization " (شور، 1974 صفحة 342).

ويصبح مجرى النضج الطبيعي الموصوف أعلاه لزوال التجسيد De-somatization تحت شروط محددة عكوساً. فعندما لا يعود من الممكن على سبيل المثال التغلب على الأخطار الخارجية والداخلية بطاقة "محيدة" متوفرة بصورة طليقة، فإنه يحدث تحت ضغط القلق الناجم عن ذلك نكوص

إلى استجابات جسدية.

دافع هذه العملية والذي يسمى إعادة التجسد Re-somatization هو رجوع الأنا إلى أنماط باكرة من السلوك من نوع العملية الأولية، عندما لا يمكن التغلب على موقف خطر أو قلق بالوسائل النفسية، أي من خلال الطاقة المتوفرة. ويسمى شور ذلك "نكوص فيزيولوجي" ويقصد بهذا "نكوص إلى طلائع عمليات التفكير والانفعالات والتصرفات الدفاعية والدافعية، التي تتجلى هنا في النهاية على المستويات الجسدية" (شور ، 1974، صفحة 367). ويعتبر "ضعف الأنا" شرطاً ضرورياً للنكوص الفيزيولوجي. ويعني "ضعف الأنا" في هذا السياق بأنه قد ظهرت في السابق في الأطوار الباكرة من عملية نزع التجسد De-somatization اضطرابات تكون عاقبتها تثبيتات في منظومات أعضاء محددة وبالتالي تقييد عام لقدرة الأنا، تثير صراعات بالوسائل النفسية. وتتمثل بصورة خاصة في وظيفة تحييد غير كافية للأنا (شور ، 1974 ، صفحة 345).

وهنا نذكر إلى جانب المحددات الوراثية الأمراض الطفولية الباكرة وأنماط تفاعل معينة في الأسرة، وكذلك الانصدام الخارجية الشديدة. ومن أجل تحديد هذه العوامل المختلفة في أهميتها المختلفة للمنشأ المرضي العام والخاص أدخل شور مفهوم التشكيلة الكلية أو الشاملة overall constellation (شور، 1974، صفحة 387) الذي يهدف إلى التعبير أن المرء يتعامل هنا مع "تشكيلات من العوامل السببية"، مع "أنماط محددة من نمو تجهيزات الدافع والأنا ومع حالة محددة مرتبطة بالنمو والاستعداد للأعضاء ومنظومات الأعراض، علماً أن العوامل تكون من ناحية أخرى على علاقة متبادلة مع تأثيرات محددة للمحيط (شور، 1974، صفحة 385).

فإذا ما وجد مثل هذا النوع من ضعف الأنا عندئذ تكون العاقبة عجز الأنا في موقف الخطر والقلق بصورة خاصة عن الاستجابة بالوسائل النفسية بسبب سوء التقدير اللاشعوري النكوصي (عندما يتم إدراك موقف ما خارجي بأنه تكرر لصراع طفلي مبكر). عندئذ يحصل نكوص فيزيولوجي على مستويات العملية الأولية مع أنماط استجابة جسدية وإعاشة. وفي تعديل للمصطلح الفرويدي "لغة العضو" يسمى شور هذا "عمل العضو"، الذي يعبر من خلاله بأنه على هذا المستوى لا يتم التوقف "التكلم" وإنما يتم نقل الصراع من خلال العرض "بطريقة سلوكية" ويعد نوع ومقدار إعادة التجسد Re-somatization متعلقاً بطور النمو في حالات الانصدام وتثبيت على الحالات الجسدية، أي في الحالات التي أثارت الاضطراب الباكر لنزع التجسد De-somatization. وهنا ينتج أيضاً ارتباطاً بمشكلة الخصوصية المختلف عليها. فعلى العكس من ألكسندر يقول شور: "لم أجد بأي شكل من الأشكال في دراساتي الخاصة أي نوع من الخصوصية فيما يتعلق بتعلق نمط الشخصية بالصراع، بالدفاع ضد اندفاعات الدافع الجنسي في أطوار محددة أو ضد العدوان والدفاع الموجه ضده" (شور 1974، صفحة 383). وبالنسبة له توجد الخصوصية فقط... في الاستعداد لاستجابات عضوية معينة خاصة " (شور، 1974، صفحة 386). أي أن الأمر لا يتعلق هنا بما يسمى بخصوصية الصراع الذي يحدد الموقف المثير لمرض ما. وهنا بالتحديد احتل نموذج شور في نزع التجسد DE somatization أهمية بالنسبة للسيكوسوماتيك. فقد أصبح من المعقول أنه يمكن حتى لمواقف الضغط أو مواقف الخطر مواقف القلق (غير النوعية) ضمن ظروف معينة أن تقود إلى نكوص نفسي جسدي وتثير طبقاً لذلك استجابة عضو نوعي.

إلا أن مشكلة مفهوم إعادة التجسد Re-somatization تكمن ضمن أشياء أخرى في أنها تقوم

محدد الحيوان المرتبط
بالغريزة بصورة أشد طوال
حياته لعملية لنزع التجسد
De-somatization. أما
اتجاه النمو فيكون نحو
الدمج المتناسق للعمليات
الجسدية عبر المتناسقة
وتخفيض أعراض التهريج
الإعاشة وفي تعويض
التصرفات من خلال الأفكار

يمكن للأنا الاستناد على
نوعين مختلفين من الطاقة
المفيدة، أي على الطاقة
المعبدة من جهة ومن جهة
أخرى على الليبيدو
والعدوانيات بصورة غير
معبدة.

وفي حين يشكل الجوع
بالنسبة للرضيع في البدء
خطراً، فإنه ينزاح في مجرى
النمو أكثر فأكثر إلى تهاجم
الأم، التي تؤمن الإشباع،
ولاحقاً إلى فقدان الحب
عموماً...

"بين قدرة الأنا على التعامل
على مستوى عملية ثانوية
وعلى تحييد طاقة الدافع،

على مجموعة من فرضيات مختلف حولها من قبل علم نفس الأنا، أي على مفهوم تحييد طاقة الأنا القابلة للامتلاك بطريقة مستقلة وعلى فرضية الجذور المستقلة أولاً لوظائف الأنا (شور، 1974 صفحة 340). فالأنا يتم تصوره بأنه نتاج لتفتح التفكير العملياني الثانوي وما يترافق مع ذلك من تحييد طاقي ليبدوي وعدواني من جهة ومن جهة أخرى يعد هذا التحييد وظيفة للأنا (شور، 1974، صفحة 340، 342، 345، 355).

عدا عن ذلك يعد توسيع المصطلحات التحليلية النفسية مسألة مثيرة للإشكالية. فمفاهيم مثل الأنا، الحادث الأولي، التحييد، النكوص تحتل مكانها في التحليل النفسي ضمن إطار نظري محدد في إطار ما وراء علم النفس التحليلي psychoanalytical Metapsychology للجهاز النفسي، وتكمن طاقتها التفسيرية هنا. إلا أن الجسد الإنساني في عملياته الفيزيولوجية المرضية والفيزيولوجية التي تسير وفق قوانين الطبيعة غير داخل فيما وراء علم النفس التحليلي وبهذا لا يمكن كذلك بمساعدة فرضية " النكوص النفسي " إزالة التشابك بين الحادث الأولي والانحياز لنزع التجسيد De-somatization وإعادة التجسيد -من خلال صفة علاقة ترابطية فقط. والشئ نفسه ينطبق على الارتباط العكسي للحادث الثانوي التحييد والتجسيد De-somatization. فمن خلال الارتباط الموثوق بين التحييد ونزع التجسيد De-somatization تبدو ردة الفعل الانفعالية للجسد في النهاية وكأنها نوع من العَرَض فقط. وفي هذه المسألة يتم التساؤل كذلك حول الكيفية التي يمكن فيها الربط بين اضطراب ما لعملية نزع التجسيد De-somatization "وأنا" ناشط على مستوى الحادث الأولي مع استواء السلوك الموصوف كثيراً ومع التفكير الإجرائي (الذرائعي) للمريض سيكوسوماتياً الذي (أي استواء السلوك) يشترط على ما يبدو نزع التجسيد De-somatization وأسلوب وظيفة ذات عملية ثانوية للأنا.

7- نظرية تحليله حول الأمراض النفسية الجسدية (إنجل وشماليه)

يربط الباحثان الأمريكيان في مبدأهما مفاهيم مختلفة موجودة مسبقاً مع مساهمتهما الخاصة في تصور مهم على أساس تحليلي (Engel & Schmale, 1987). فقد اهتمتا بتدقيق دور العوامل النفسية في منشأ تشكل العرض الجسدي (يتعلق الأمر هنا بصورة خاصة بإيضاح أهمية "التحويل" في إطار نشوء المرض الجسدي) وبأهمية المواقف في انبثاق المرض. ويريان بأن قصر آلية التحويل على المنظومة الجسدية الحركية كما يراها ألكسندر بصورة خاصة قد تم اختراقها في هذه الأثناء إلى مدى بعيد. ويريان بأن التحويل هو عبارة عن "تصور نفسي؛ لا يُعرَف أو يحدد بمفاهيم تشريحية عصبية، حتى عندما يمكن لوظائف وبنى الجهاز العصبي أن تُشرك من قبل العضوية بشكل ثانوي كعواقب بيولوجية للتحويل. إذ لا تتصف مجموعات الجسد أو منظوماته التي تستعار للتحويل بالإعصاب Innervation المستقل أو العشوائي وإنما بالقدرة على تبني تمثلاً نفسياً. هذا الحادث الذي يشتمل على الأعصاب والادراكات بوساطة المُستقبَلات البُعاديّة؛ Distance receptors والهوام" (إنجل وشماليه، 1978 صفحة 247). ومن خلال مثال من الأعراض الجلدية في إطار التحسس العصبي الجلدي يناديان بفرضية أن زمان ومكان الآفة يحققان معايير تحويل ما وليست الآفة نفسها هي التي تحقق معيار التحويل (إنجل وشماليه، 1978 صفحة 247).

وبالنسبة للباحثين فإنه من المهم عندهما فيما يتعلق بمفهوم التحويل أنهما يميزان بحدّة بين حادث

وبين نزع التجسيد De-somatization لأنماط السلوك لا بد وأن تقوم علاقة متبادلة.

عندما لا يعود من الممكن على سبيل المثال التغلب على الأخطار الخارجية والداخلية بطاقة "معبدة" متوفرة بصورة طليقة، فإنه يحدث تحت ضغط القلق الناجم عن ذلك نكوص إلى استجاباته جسدية.

عندما لا يمكن التغلب على موقفه خطر أو قلق بالوسائل النفسية، أي من خلال الطاقة المتوفرة. ويسمى شور ذلك "نكوص فيزيولوجي"

يقول شور: "لم أجد بأي شكل من الأشكال في دراساتي الخاصة أي نوع من الخصوصية فيما يتعلق بتعلق نمط الشخصية بالصراع، بالدفاع ضد اندفاعاته الدافع الجنسي في أطوار محددة أو ضد العدوان والدافع الموجّه ضد"

التحويل والعواقب الثانوية (نوع الأذية) . فالجهاز العصبي أو الحركات اللاإرادية تدخل هنا كعواقب بيولوجية فحسب، وذلك ليس على أساس وهنأ اللاإرادي وإنما على أساس القدرة على تمكنها من تبني تمثيلاً نفسياً، وذلك في إطار النشاطات الموجهة نحو الموضوع مثلاً. "عندما يتم في علاقة بموضوع حشد جزء من الجسد بهدف التفرغ أو التعبير أو الإبلاغ يمكن للعمليات الفيزيولوجية والفيز ومرضية أن تحظى بتمثل نفسي أيضاً، ولا تصبح من خلال ذلك قادرة على إعادة التنشيط فيما بعد من خلال المثيرات الرمزية فحسب وإنما كذلك على الإسهام بأشكال من التعبير الرمزية الأولية " (صفحة 247). ويوضح الباحثان ذلك من خلال مثال حول الإقياء بسبب فساد المواد الغذائية الذي يدرك مرة على أنه نتيجة لفساد المواد الغذائية ومرة أخرى كنتيجة للخوف من تناول مواد غذائية فاسدة وثالثة على أنه قد يظهر كعرض تحويل. وهنا يمكن للتحويل أن يحدث مثير إقياء -مثل عندما يكون تناول الطعام قد احتل في خبرة الفرد أهمية لا شعورية (صفحة 248). - أو أيضاً يحدث في وظيفة الجسد، في الإقياء نفسه - . وفي تقييم لهذه الأفكار يشير الباحثان إلى أنه يمكن من خلال وجود تضرر هوامى لسطح الجسد وحده - مثلما يحدث في أعراض الجلد المثارة تنويمياً - أو على أساس من تضرر سابق للجلد في هذا المجال أن يحدث تنشيط لنشاطات المفزرات العصبية neurosecretory في هذا المجال والتي يمكن أن تقود إلى تضرر جسدي من جهة ومن جهة أخرى يمكن للتحويل أن يحدث في الأعصاب الخاص نفسه، حيث يمكن عندئذ " من خلال شهونة Erotization أعراض الدفاع المحلية أن يتمركز الهوام اللاشعوري الكامن خلف تحويل ما على جزء من الجسد الذي يُعصب Innervate للدفاع ضد الإصابة ويستجيب عندئذ وكأن الإصابة قد حدثت بالفعل " (صفحة 249) .

عندئذ فإن التضرر نفسه المنطلق والأعراض الناجمة عنه لا تمتلك أهمية رمزية أولية ولا تخدم الدفاع. ويوضح كل من إنجل وشماليه هذا مرة أخرى في مثال حول فرط التهوية. إذ يتم هنا وضع التنفس في سياق أهمية لا شعورية تقود إلى تنفس مفرط في حين أن أعراض تشوش الحس Paresthesia والدوار والتكزز ليست هي أعراض التحويل وإنما عواقب القلاء التنفسي respiratorical Alkalose التي تظهر كمضاعفات لفرط التهوية " (صفحة 250).

أما كيف يتحدد مكان التأذي على أساس التحويل بصورة رمزية فيرى الباحثان بأن المرضى بأمراض العرض نفسه (كالتقرح المعدي أو بمرض التهاب المعدة الموضعي) يبدون تقارباً أعلى من مرضى بمرض التهاب الرئة أو التهاب الكبد (صفحة 251). ولهذا فالتحويل (القبل تناسلي) يعد عموماً "عضواً مشتركاً في حلقة الأحداث" على الرغم من أن الباحثان يريان إن الإثارة النفسية الأولية لاضطراب الأعراض تلك أقرب لأن تكون غير محتملة (صفحة 250). ومن أجل ادعاء ذلك لا يبد للمرضى من أن يبرهن أن الترميز كان أولاً وبعد ذلك اكتسب التمثيل النفسي وأخيراً أعطى مناسبة للتركيز الثانوي. ولهذا يستخدم الباحثان المصطلح الذي اقترحه إنجل "الاضطراب النفسي الجسدي - الجسدي النفسي" كي يوضح الديناميكية النمائية. ويطلقان تسمية الأمراض النفسية الجسدية والجسدية النفسية على تلك الأمراض "التي لا توجد فيها عوامل بيولوجية استعدادية منذ الولادة أو من الرضاعة الباكرة فحسب وإنما كذلك العوامل المهمة بصورة مباشرة أو غير مباشرة في نمو الجهاز النفسي. وهذا لا يعني بالضرورة أولية العوامل البيولوجية، وكذلك وجود جوهر مشترك غير متميز. وهذا يعني أنه في نقطة ما تبدأ المنظومة الجسدية المشكوك بها ممارسة تأثير خاص على نمو الجهاز النفسي (صفحة 252) .

أصبح من المعقول أنه يمكن حتى لمواقفه الضغط أو مواقفه الخطر \ مواقفه القلق (غير النوعية) ضمن ظروفه معينة أن تقود إلى نكوص نفسي جسدي وتثير طبقاً لذلك استجابة محسوسة نوعي.

أن مشكلة مفهوم إحادة

التجسيد Re-

somatization تكمن

ضمن أشياء أخرى هي أنها

تقوم على مجموعة من

فرضيات مختلفة حولها من

قبل علم نفس الأنا.

يعد توسيع المصطلحات

التحليلية النفسية مسألة مثيرة

للإشكالية. فمفاهيم مثل الأنا،

العاقد الأولي، التجميع،

النكوص تحتل مكانها هي

التحليل النفسي ضمن إطار

نظري محدد هي إطار ما

وراء علم النفس التحليلي

للجهاز النفسي، وتكمن

طاقتها التفسيرية هنا.

وتوسيعاً لنموذج ألكسندر حول الخصوصية يرى إنجل وشماليه بأنه من المحتمل أن يوجد ارتباط لعوامل نوعية وغير نوعية فيما يتعلق بنشوء اضطراب نفسي جسدي. وفي هذا السياق يتم إبراز أهمية فقدان (الحقيقي والهوامي) مع المشاعر الناجمة عن ذلك من اليأس والعجز مع مركب التخلي والاستسلام giving-up & given-up بالنسبة لنشوء الأمراض الجسدية..... وينضمان بذلك إلى الاتفاق القائم بين مبادئ مختلفة بأنه عادة ما يتصف الموقف عند بدء المرض بفشل آليات الدفاع النفسية. فغالباً ما تمت ملاحظة وجود حالات من الشك والاكتئاب والانسحاب العام في مقدمة بدء المرض. وفي هذا السياق يميز الباحثان بين مشاعر اليأس ومشاعر العجز "ويعني اليأس فقدان استقلالية الأنا المرتبط بمشاعر العجز بسبب فقدان للإشباع المتأق إليه من موضوع موجود خارج الذات. وبالمقابل يعكس العجز فقدان الاستقلالية مع مشاعر الشك الناجمة عن ملاحظة عدم قدرة الذات على تحقيق الإشباع المرغوب" صفحة 258 وما بعدها .

ومن الناحية النمائية النشؤية تصنف مشاعر اليأس ضمن الطور الفموي في حين أن العجز يشترط بصورة أشد مصادر إشباع مُتمثلة وهو قريب من الطور القضيبى حسبما يرى إنجل وشماليه. ويتصف طور التخلي والاستسلام giving-up & given-up بمشاعر "عدم العودة على ما يرام". وغالباً ما يلاحظ وجود علاقات موضوع مزعجة ومنقطعة وخبرة متبدلة للمحيط مع عواقب عدم إمكانية استخدام الخبرات الماضية من أجل المستقبل وبأن العلاقة منقطعة ذاتياً بين الماضي والمستقبل وهناك مجموعة من الدراسات المثيرة التي تدعم فرضيتهما بأن مشاعر اليأس والعجز قبل بدء المرض تمتلك أهمية في إثارة الأمراض الجسدية المختلفة. إلا أن مركب التخلي والاستسلام giving-up & given-up ليس له علاقة سببية مباشرة في ظهور مرض جسدي كما يرى الباحثان " أنه ليس بالشرط الضروري ولا الكافي وإنما هو عبارة عن مساهمة في ظهور مرض جسدي فقط وذلك عند وجود العوامل الاستعدادية (صفحة 263). وتحاول نظرية إنجل وشماليه ربط الاستعدادات النوعية وغير النوعية للفرد مع الصراعات النوعية وغير النوعية للفرد. وهو تصور لا يبحث عن تحديد أهمية العوامل النفسية فحسب وإنما كذلك العوامل الجسدية الوراثية أو المكتسبة المرتبطة. ويشير بهذا إلى مراعاة تفرقية للعوامل الجسدية والنفسية الاجتماعية في نشوء الأمراض. إلا أن نظريتهما تعاني من مشكلات غير محلولة؛ فهي على الرغم من أنها تفهم التحويل بأنه يثار من خلال تنظيم يتعلق بالأطوار إلا أن التحويل هنا يفهم وفقاً لماوراء علم النفس التحليلي النفسي "كتصور نفسي" - أي يقوم على إزاحة المنظومة المرجعية العدوانية والليبودية من تمثيلات الموضوع المسرحية إلى التمثيلات النفسية للجسد. فهما يركزان على مسألة: ما هي العوامل التي تمتلك التمثيلات النفسية ضمنها أهمية لا شعورية، وما هي العوامل التي يستجيب الفرد ضمنها على ذلك بآليات فيزيولوجية مرضية؟

إنجل وشمالية يميزان بين ثلاثة عوامل تلعب دوراً هنا: التساهل الجسدي (صفحة 251) والفقدان النفسي الحقيقي أو المهدد أو الرمزي للموضوع (صفحة 261) والتي من الطبيعي ألا ينظر لهما بأنهما عاملين نوعيين وكذلك فشل آليات الدفاع (صفحة 245-261). ويعتقدان أن التساهل الجسدي عبارة عن عملية مرض مؤسسة -مهما تكن- يسهل مجراها بنيوياً المحتوى النفسي الواجب صده ويكتسب تمثيلاً نفسياً ويقدم نفسه كتصور بديل. إلا أن هذه الفكرة لا توضح لماذا ينبغي على فرد ما نقل دوافع لبيبودية أو عدوانية محددة من أجل الدفاع إلى هذه التصورات وليس إلى تصورات بديلة من مجال تمثيلات موضوعه والتي يمكن لها أن تطرح نفسها أيضاً.

فمن خلال الارتباط الموثوق بين التمييز ونزع التجسيد De-somatization تبدو ردة الفعل الانفعالية للجسد في النهاية وكأنها نوع من العَرَض فقط.

يتم التساؤل كذلك حول الكيفية التي يمكن فيها الربط بين اضطراب ما لعملية نزع التجسيد De-somatization و"أنا" ناشط على مستوى الحادث الأولي مع استواء السلوك الموصوفه كثيراً ومع التفكير الإجماعي (الذرائعي) للمريض سيكوسوماتياً

أن زمان ومكان الآفة يحققان معايير تحويل ما وليست الآفة نفسها هي التي تحقق معيار التحويل

عندما يتم في علاقة بموضوع حشد جزء من الجسد بهدف التفريغ أو التعبير أو الإبلاغ

يمكن للعمليات الفيزيولوجية والفيزيولوجية أن تحظى بتمثيل نفسي أيضاً، ولا تصعب من خلال ذلك فإحداً على إحادة التنشيط فيما بعد من خلال المثبرات الرمزية فحسب وإنما كذلك على الإسهام بأشكال من التعبير الرمزية الأولية "

ويعني اليأس فقدان استقلالية الأنا المرتبط بمشاعر العوز بسبب فقدان الإشباع المتأق إليه من موضوع موجود خارج الذات. وبالمقابل يعكس العجز فقدان الاستقلالية مع مشاعر الخنك الناجمة عن ملاحظة عدم قدرة الذات على تحقيق الإشباع المرغوب

من الناحية النماذجية النشوية تصنف مشاعر اليأس ضمن الطور العموي في حين أن العجز يشترط بصورة أشد مصادر إشباع متمثلة وهو قريب من الطور القضيبى حسبما يرى إنجل وشماليه

كما وأن مسألة لماذا يستجيب الفرد إلى المعنى اللاشعوري لجزء من الجسد مثلاً بآليات فيزيو- مرضية ولا يتم تمثيل ذلك نفسياً، تبقى كذلك معلقة. عدا عن ذلك لا يكتسب السياق بين فقدان نفسي للموضوع وظهور مركب التحلي والاستسلام giving-up و given-up شفافية كافية.

وعلى المستوى النظري لا يبرهن فقدان الموضوع ك لحظة تقود إلى فشل آليات الدفاع عند المريض النفسي الجسدي على أساس نمو نفسي محدد مثلاً. إن حجة فشل آليات الدفاع تكون مساعدة في تفسير الكيفية التي يظهر فيها عرض جسدي في سياق التحويل وذلك عندما نفترض في الوقت نفسه بأنه المقصود هنا آليات الدفاع الأكثر نضجاً وأن التحويل يشكل الشكل الأكثر بدائية للدفاع.

8- التكتّم Alexithymia

على الرغم من أن الوصف الأول للتكتّم من رويش (Reusch, 1948) يرجع إلى حوالي سبعين سنة إلا أن سلوك كثير من المرضى الذي تتم مناقشته تحت تسمية التكتّم (Sifneos, 1973) أو التفكير الإجرائي Pense'e Ope`ratoire (مارتي ودي موزان، 1978) لم يحظ بالاهتمام الحقيقي إلا في العقود الثلاثة الماضية. وقد كانت بعض مظاهر الأعراض الجوهرية للسلوك التكتمي -كضعف الخيال والقدرة الضئيلة على التعبير عن المشاعر وفرط التوافق الاجتماعي- قد لوحظت بشكل متفرق في وقت أبكر من ذلك بكثير. إذ كان فيرينتشي (Ferenczi, 1944) قد أشار إلى "نمط من الناس يتصف بصورة خاصة بفقر الخيال في الحياة وفي التحليل وإن كان هذا النمط ليس فاقداً للخيال كلية. إنه نمط من الناس يبدو أن الأحداث المثيرة تمر عليه دون أن تترك أثر. هؤلاء الناس يستطيعون من خلال التذكر إعادة إنتاج المواقف التي لا بد لها وفق تقديرنا أن تثير في كل إنسان انفعالات شديدة من القلق والانتقام ومن الإثارة الجنسية... الخ، وتقود إلى تصرفات مُصرفة للانفعال أو للهياج أو للهوامات أو على الأقل لحركات تعبيرية خارجية أو داخلية بدون الإحساس أو التعبير حتى بأثار مثل هذه الاستجابات". وقد نصح في ذلك الوقت باستخدام تقنية علاجية نفسية فعالة مع هؤلاء المرضى في التعامل مع التداعيات، وبهذا فقد سبق في جوانب كثيرة النزاع اللاحق في النظرية والممارسة. وهناك وصوفات شبيهة جداً - تحت اصطلاحات مختلفة - لدى تسيلبورغ، 1933 و فينشل الذي وصف في عام 1945 "النمط البارد انفعالياً emotionally frigid Type كالاتي:

"Certain person of this type avoid becoming aware of their insufficiencies by proving to themselves that they are, efficient... Fleeing, to reality from their "feared fantasies but to a dead and lifeless reality
إن الشخص من هذا النوع يتجنب أن يكون مدركاً لقصوره بالإثبات لنفسه بأنه لديه الكفاءة... يهرب إلى الواقع من خيالاته المرعبة ولكن إلى واقع عديم الحياة وميت.
إلا أن مثل تلك الوصوفات لم تكن حتى ذلك الوقت منهجية وكانت أقرب إلى أن تكون وصوفات انطباعية -عرضية casuistic-impressionistic.

وهكذا لا يعود الفضل إلى رويش 1948 لوصفه الشامل لسمات السلوك التكتمي تحت مصطلح "الشخصية الطفالية" فحسب وإنما كذلك لربطه بين السلوك " التكتمي مع ما يسمى بالمرضى "النفسيديين". وقد رأى في بنية الشخصية الطفالية والسلوك الناجم عن ذلك "جوهر المشكلة"

هناك مجموعة من الدراسات
المثيرة التي تدعم فرضيتهم
بأن مشاعر اليأس والعجز قبل
بدء المرض تمتلك أهمية هي
إثارة الأمراض الجسدية
المختلفة.

تحاول نظرية إنجل وشماليه
ربط الاستعدادات النوعية
وتحيز النوعية للفرد مع
الصراعات النوعية وتحيز
النوعية للفرد. وهو تصور لا
يبحث عن تحديد أهمية
العوامل النفسية فحسب وإنما
لكذلك العوامل الجسدية
الوراثية أو المكتسبة
المرتبطة

ما هي العوامل التي تمتلك
التمثيلات النفسية ضمنها
أهمية لا شعورية. وما هي
العوامل التي يستجيب الفرد
ضمنها على ذلك بالآليات
فيزيولوجية مرضية؟

إنجل وشماله يميزان بين ثلاثة
عوامل تلعب دوراً هنا:
التساهل الجسدي والفقدان
النفسي الحقيقي أو المصدد

عند المرضى "النفسجسديين" وبهذا فقد فتح باب النقاش الذي مازال حتى اليوم جارياً وحاداً. إلا أن
الاهتمام المتزايد بهذا الموضوع قد قاد إلى غموض متزايد حول ما الذي يمكن اعتباره " تكتماً"،
وكيف يلاحظ التكتم وكيف يمكن تحديده مفهوماً وكيف يمكن فهمه وتفسيره وربما معالجته؟

وعلى الرغم من أنه يمكن لدى باحثين مختلفين ومن بلدان مختلفة أيضاً استنتاج وجود تطابق كبير
فيما يتعلق بالعرض الجوهري للسلوك التكتمي (أنظر أدناه) ، إلا أنه ظهرت وجهات نظر متناقضة
أيضاً، عندما كانت تتم مناقشة أهمية هذه الظاهرة في سياقها العيادي وبصورة خاصة في تصنيفها
النشوي. وسوف نقوم هنا بعرض مجموعة من هذه المسائل المبدئية التي تستند على مبادئ ملاحظة
وتفسير مختلفة جداً وذلك من أجل التمكين من التوجيه. فإذا ما اعتبرنا التكتم بأنه فرقة لأنماط محددة
من السلوك فإنه لابد هنا من إيضاح فيما إذا كان الأمر هنا يتعلق:

1- بسمة شخصية أم بنمط سلوك محدد موقفياً -"بسمة Trait " أم "بحالة"، وبل انه يمكننا أن
نسأل فيما إذا كان الأمر هنا يتعلق بظاهرة فريدة sui generis أم بنتاج طبيعي لموقف الفحص.

2- إذا ما افترضنا بحق بأن التكتم عبارة عن ظاهرة قابلة للتحديد فإنه لابد من التفريق فيما إذا
كان الأمر هنا يتعلق بنقص -بقصور -في أنماط الاستجابة السوية أم ربما يتعلق بإنجاز غير مناسب
إلا أنه فعال وخالق للفرد. والمسألة نفسها تطرح ذاتها على مستوى آخر وذلك عندما يحاول المرء
تفسير المدى الذي يمكن فيه فهم التكتم على أنه قصور نمائي أم تشكيل دفاعي أم بنية أم عرض. وهنا
تتمركز مشكلة أساسية أخرى.

3- إلى أي مدى يمكن اعتبار التكتم سمة شخصية أولية -ربما تكون مكتسبة وراثياً أو في سياق
التنشئة الاجتماعية.

4- هل نحن أمام نمط سلوك غير نوعي يمتلكه جميع الناس بدرجات مختلفة، أم أن التكتم عبارة
عن نمط سلوك نوعي خاص بمجموعة من المرضى على الأقل (كالمرضى بأمراض نفسية جسدية
مثلاً" أو بمرضى الطبقات الدنيا). والمآزق نفسه يرافقتنا عندما نسأل عن:

5- العوامل النشوية: هل نجد أسباباً وراثية أم جسدية أم نمائية نفسية أم نمائية أم اجتماعية تكون
وحدها مسؤولة أم مع بعضها بشكل متعدد العوامل ؟

6- وهذا يقود أخيراً إلى مجموعة الأسئلة المختلف عليها بصورة خاصة إلا وهي فيما إذا كان
يمكن -ويجب- معالجة مرضى التكتم بالمعالجة النفسية الاعماقية الكاشفة أم من الأفضل معالجتهم
بأساليب علاجية أخرى (كالمعالجة الداعمة أو التدريبية أو الإيحائية)؟

(أ) نتائج عيادية

سنقوم هنا بعرض السلوك التكتمي بالنظر لبنية علاقته الانفعالية والمعرفية وبنية علاقته الذاتية أو
بنية علاقته بالموضوع.

- البنية الانفعالية

إحدى السمات المركزية والتي كانت سبباً للاسم المستخدم في هذا الأثناء أيضاً كانت الملاحظة بأن
مثل هؤلاء المرضى قلما يكونوا قادرين على التعبير عن المشاعر بكلمات مناسبة أو لا يكونوا على
الإطلاق (فمصطلح Alexithymia يصف thymos أي الذي لا يمتلك كلمات). وغالباً ما نجد نوعاً

أو الرمزي للموضوع والتي من الطبيعي ألا ينظر لها بما بأبصارها محامين نوعيين وكذلك فنل آليات الدفاع

كانت بعض مظاهر الأمراض الجوهريّة للسلوك التكتمي - كضعف الخيال والقدرة الضئيلة على التعبير عن المشاعر وفقر التوافق الاجتماعي - قد لوحظت بشكل متفرق في وقت أبكر من ذلك بكثير.

إنه نمط من الناس يبدو أن الأحداث المثيرة تمر عليه دون أن تترك أثراً.

هؤلاء الناس يستطيعون من خلال التذكر إعادة إنتاج المواقف التي لأبد لها وفق تقديرنا أن تثير في كل إنسان انفعالات شديدة من الفلق والانتقام ومن الإنارة الجنسية... الخ، وتنفذ إلى تصرفات مصرفة للانفعال أو للمهاج أو للمهاجات أو على

من " تقرير الرحلة " الذي يتمثل في وصف دقيق للظروف الواقعية القائمة أو سرد للحوادث الجسدية أو لتصرفات معينة بدون ذكر الأهمية الانفعالية. لهذا تم اقتراح التمييز بين التعبير الشعوري - المعاش عن المشاعر feelings وأعراضها الجسدية الفيزيولوجية المرافقة (الانفعالات emotions التي تكون هي وحدها المدركة شعورياً لدى هؤلاء المرضى). وهناك خلاف حول السؤال الناشئ في هذا السياق المتمثل في إلى أي مدى لا يعيش مثل هؤلاء المرضى المشاعر على الإطلاق أم أنهم لا يستطيعون تسميتها. غير أنه يبدو أنه يتم التعبير عن أحاسيس غير متميزة على الأغلب والتي هي أقرب لأن تشير إلى النوعية العامة للذة أو عدمها من المخاوف أو العدوانيات النوعية.

وهناك نوعيات مختلفة من المشاعر التي غالباً ما لا يمكن التمييز بينها. إن مثل هؤلاء المرضى "لا يعرفون" مشاعرهم وهم مصابون من هذه الناحية "بعمى الألوان"، يستتجون حالتهم الخاصة على الأكثر بصورة غير مباشرة من استجابات الآخرين وغالباً ما يبدو متشجنين كالخشب في سلوكهم.

- البنية المعرفية

ترتبط بصورة وثيقة مع صعوبة التعبير عن المشاعر بنية محددة من التفكير والتصرف والكلام تم وصفها غالباً بأنها تفكير إجرائي بالمعنى الضيق (مارتي ودي موزان 1978، مارتي وآخرون 1963). ويقصد بهذا أسلوب تفكير وخبرة وظيفيين يستندان إلى الواقع الحي الملموس، يختصر العادات الخارجية والحالات الداخلية بصورة كلية تقريباً إلى تركيبها الآلية الأداة في إطار المنظومات المرجعية الموضوعية والعامة. ويوصف هؤلاء المرضى بأنهم يفتقرون إلى الخيال وجافين - بدون ألوان ، وغير خلاقين وبلا حيوية وقليلي المبادأة ، على الرغم من أنهم غالباً ما يكونوا ناجحين جداً مهنيًا، ويتمتعون بقدرات ذكاء غير مقيدة. إنهم يبدو أنهم يمتلكون علاقة قليلة "بحياتهم الداخلية"، وينادون بموقف ذرائعي قائم على التصرف بحيث أن ماك دوغال، 1980 يتحدث في هذا السياق عن اضطرابات التصرف acting Disorders. ومن النادر جداً أن يتذكر هؤلاء المرضى الأحلام - هذا إذا تذكروها - ويندر أن يجدوا المدخل إلى معناها من خلال الخواطر التداغوية في إطار المعالجة النفسية مثلاً.

وقد لوحظ ودرس هذا الفقر في الخيال من خلال نوع وبنية اللغة بصورة خاصة، حيث وصفت بأنها جافة ومتضيق وغير حيوية وقولبية تتمسك غالباً بتفاصيل ثانوية (مارتي ودي موزان، 1978، تسييف، 1976، فون راد و لولاس، 1978، رويش 1948، ساندز، 1975).

إنه المحتوى الناقص أو حتى الغائب كلية من الترميز اللغوي وفقرها للمعاني الخاصة private والدالية connotative الذي يجعلها تبدو عندئذ بأنها أقرب إلى شذرات التصرف من كونها نتاج للتمثل النفسي للأحداث. وقلما يتم استخدام الأقوال ومحتويات الكلمات بطريقة مستملكة (متمثلة) شخصياً بل أنها تستخدم في شكل غامض -قالبى ذو صلاحية عامة بالشكل الذي يمكن أو كان سيعبر فيه المرء أو أي إنسان آخر في موقف آخر أو مشابه. ولهذا فقد تم وصف هذا النوع من التفكير والكلام بأنه لا تاريخي بدون استناد إلى الماضي والمستقبل مقيد بالمظهر الوظيفي لهذا الآن.

غير أنه هنا ينبغي عدم الخلط بين هذا النوع من التفكير وبين التقييد العام للوظائف اللغوية التي يمكن أن ترتبط مع الانتماء إلى الطبقات الاجتماعية الدنيا مثلاً. وقد أطلق روست 1981 على هذه

النتيجة (التكتّم الكاذب Pseudo-alexithymia).

- بنية علاقات الذات والموضوع

تحتوي الوصوفات التي ذكرناها حتى الآن بصورة ضمنية بعض السمات النموذجية لجوهر بنية علاقة الذات والموضوع. لقد تم الحديث عن "اضطراب التفرّد Disorder of Individuation"، إذ أنه ليس بإمكان هؤلاء الناس استخدام المفهوم ((أنا)) في سياق ممثلي انفعالياً بالمعنى (ساندز، 1958، 1975) ويرتبطون في علاقاتهم بين إنسانية بصورة رمزية بشكل وثيق بشريك -شخصهم المرجعي -يحاولون بمساعدته تثبيت مشاعر الهوية الغائبة لديهم واستقلاليتهم الناقصة من خلال منظومة تأمين خارجية. ويجعلهم العجز في مشاعر تقدير الذات والاستقلالية متعلقين بشدة بالتجانس مع الشخص المركزي بالنسبة لهم ومع اهتمامهم بهم -إنه موقف حياتي مهدد بصورة كامنة باستمرار-. وهذا ربما يفسر لماذا يكون هؤلاء الناس حساسين ومهددين بالمرض بدرجة كبيرة، إذا ما وصل الأمر للانفصال. بالمقابل من الملحوظ أنه يمكن للعلاقة مع الشخص المرجعي أن تظل مستقرة طوال الحياة وذلك ضمن ظروف خارجية ملائمة. وهنا يلاحظ بأن الأشخاص " التكتميين " يدركون الآخرين بصورة غير دقيقة وغير سوية ويعيشون أنفسهم بأنهم منفصلين عن الآخر. وقد أطلقت على هذه الطريقة من الخبرة والإدراك تسمية ((التضاعف الإسقاطي projective reduplication) (مارتي وآخرون، 1963؛ ستيفانوس، 1973) ويهدف هذا المصطلح إلى إيضاح أن مثل هؤلاء الأفراد يرون الآخر بصورة آلية بشكل إسقاطي وكأنه نوع من صورة ذاتهم ويحاولون بهذا المحافظة على ارتباطهم الرمزي.

وهناك مظهر جوهري آخر لتعلقيتهم واعتمادهم على شريك يضمن تحقيق التوازن الجسدي والروحي، يتجلى في عدم الثقة الواضحة عند توكيد التصورات القيمية الخاصة بدرجة عالية من المسابرة الاجتماعية. إنهم يفتقرون إلى المعارضة ويميلون إلى ((الحل الوسط الذهبي)) ويقتدون بما على "المرء" فعله ويبدون في تلاؤمهم غير الملفت للنظر سلوكاً مرغوباً على الغالب من الناحية الاجتماعية و يوصفون من خلال مفاهيم "السواء الكاذب Pseudo normal" و "السواء المفرط" (ماك دوغال، 1974، تسييف، 1976). وفي عدم لفت النظر لهذا السلوك شبه السوي أو الكاذب السواء بالتحديد يكمن لماذا لم تحظ هذه السمات بالاهتمام لفترة طويلة. ففي العلاقة بالآخر، كالعلاقة بالفاحص أو المعالج النفسي، ينتشر نوع من الفراغ والملل لأن شريك الجلسة (والأشخاص الآخرين والأشياء الأخرى كذلك) قلما يصبحون واضحين في حقيقتهم بمشاركتهم الانفعالية أو في علاقتهم بالمريض. والشيء نفسه ينطبق كذلك على علاقتهم بجسدهم الذي يعاش كشيء غريب وغالباً ما يحمل في اضطراباته وإعاقاته في إطار الأمراض مع نوع من عدم المشاركة الصبورة. هذا الفراغ العلائقي (مارتي وآخرين، 1963؛ دي موزان، 1977، شنايدر، 1973) يطرح صعوبة خاصة في موقف الفحص والمعالجة، الذي غالباً ما يوقظ لدى الطبيب الشعور بأنه لا بد وأن يوازن هذا الفراغ بهواماته أو نشاطاته الخاصة، مع تزويد طاقى (مارتي ودي موزان، 1968). وهكذا يبدو المعالجون النفسيون على الأقل في البداية، في الجلسة الأولى أو في إطار المعالجات أكثر تدخلاً في التكتّم مما هو الأمر عليه لدى مرضى العصابات.

الأقل لحركاته تعبيرية خارجية أو داخلية بدون الإحساس أو التعبير حتى بأثار مثل هذه الاستجابات".

إن الشخص من هذا النوع يتجنب أن يكون مدرّكاً لقصوره بالإثبات لنفسه بأنه لديه الكفاءة... يهرب إلى الواقع من خيالاته المرعبة ولكن إلى واقع محديم الحياة وهيبته.

إذا ما افترخنا بحق بأن التكتّم عبارة عن ظاهرة قابلة للتحديد فإنه لا بد من التفريق فيما إذا كان الأمر هنا يتعلق بنقص -بقصور- في أنماط الاستجابة السوية أو ربما يتعلق بإنجاز غير مناسب إلا أنه فعال وخالق للفرد.

إلى أي مدى يمكن اعتبار التكتّم سمة شخصية أولية - ربما تكون مكتسبة وراثياً أو في سياق التنشئة الاجتماعية.

من ناحية أخرى نوقشت هذه النتيجة بصورة متكررة على نحو فيما إذا كان "التكتّم" أقرب لأن يعزى إلى استجابة "نقل معاكس" للفاحص في موقف محدد من كونه يشكل نمطاً سلوكياً عند المريض.

هل نحن أمام نمط سلوك غير
نوعي يمتلكه جميع الناس
بدرجات مختلفة، أم أن
التكتم عبارة عن نمط سلوك
نوعي خاص بمجموعة من
المرضى على الأقل

هؤلاء المرضى قلما يكونوا
قادرين على التعبير عن
المشاعر بكلمات مناسبة أو لا
يكونوا على الإطلاق (مصطلح
Alexithymia يصف
thymos أي الذي لا يمتلك
كلمات).

تم اقتراح التمييز بين
التعبير الشعوري - المعاش
عن المشاعر feelings
وأعراضها الجسدية
الفيزيولوجية المرافقة
(الانفعالات emotions التي
تكون هي وحدها المدركة
شعورياً لدى هؤلاء المرضى).

إلى أي مدى لا يعيش مثل
هؤلاء المرضى المشاعر على
الإطلاق أم أنهم لا يستطيعون

وعموماً هناك إجماع واسع في الأدبيات حول ظواهرية والسمات القابلة للوصف عيادياً ووصفياً
للسلوك التكتم. فقد لوحظ التكتم بوضوح مميز كثيراً أو قليلاً لدى مرضى بأمراض معدية-معوية
وبصورة خاصة في التفرح القولوني ولدى مرضى البنكرياس المزمن والربو وأمراض جلدية
ومرضى الشريان التاجي ولدى مرضى بالسمنة ومرضى الصداع وأمراض الحمل (التسمم الحلمي)
Gestosis ولدى مرضى الروماتيزم ولدى مرضى ما يسمى بألم الخلل الوظيفي الليفي العضلي
myofascial pain dysfunction غير القابلة للتفسير فيزيائياً Unexplained physical
complaints ولدى بعض التوائم السليمة. كما ووجدت سمات يمكن تفسيرها بالتكتم لدى مجموعات
غير متجانسة من المرضى النفسجسديين مقارنة بمجموعات سليمة.

وقد استخدمت في هذه الدراسات إلى جانب الأساليب الوصفية الخالصة أساليب قياس نفسية
وموضوعية. بالمقابل فإن مسألة التطور المرضي للسلوك التكتم ومسألة العقدة التي مازالت بدون
حل والمتمثلة في إلى أي مدى توجد علاقة بين السلوك التكتم وما يسمى بالأمراض النفسية الجسدية،
ما زالت غير موضحة كما كانت في السابق وسبباً لجدل حاد.

وقد طورت تصورات مختلفة من اتجاهات مختلفة وسوف نقتصر فيما يلي من الحديث على
الأفكار التي تمت فيها محاولة تقديم تفسير للارتباطات الديناميكية النفسية والتي يحتمل لها أن تكون
كامن خلف الخصوصيات الموصوفة تحت التكتم والتي تترك محاولات التفسير الوراثية
والفيزيولوجية جانباً والتي ما تزال قوتها التنبؤية غير واضحة بصورة كاملة.

يمكن تقسيم الآراء الديناميكية النفسية إلى تلك التي تبدي رأياً حول مظاهر محددة والتي سوف
نعرضها في البدء ضمن السياق وإلى تلك التي تهدف إلى منهجية نظرية للمظاهر المنفردة. وهنا لا بد
من الإشارة إلى أنه لا يمكن على أساس من مستوى البحث التجريبي الراهن إثبات أو نفي هذا أو ذلك
التصور النظري. ونجد تقييماً نقدياً للبحث التجريبي لدى فون راد، 1983.

ب) تصورات النموذج ضمن نظرية البنية التحليل النفسية

بعد أن تأكدت شيئاً فشيئاً عدم كفاية التصورات التقليدية من أجل التفسير النفسي الجسدي لتشكل
العرض الجسدي في سياق شذرات السلوك التكتمية، تقدمت أفكار جديدة لتحل مركز الصدارة. وقد
اعتمدت هذه الأفكار بصورة خاصة على خبرات من التحليلات النفسية طويلة الأمد إلى حد ما وأعدت
تصنيف هذه الأفكار من جديد على خلفية علم النفس النمائي الأحدث (Mahler, 1968) وعلم نفس
علاقة الموضوع (Jacobson, 1964) وعلى خلفية نظرية النرجسية (Koht, 1971; Kernberg, 1977).

وقد مثلت الخبرة القائلة: إن كثير من بناءات العرض الجسدية في إطار ما يسمى بالأمراض
النفسية الجسدية النمطية عبارة عن أمراض غير مُعبّرة وبدون أهمية أولية خاصة حتى عندما يمكنها
أن تكتسب في مجرى تاريخ الحياة الفردي أهمية (ثانوية) خاصة، منطلق غالبية المبادئ النظرية
الحقيقة الإمبيريقية القائلة: بأنه غالباً ما يسود في التنشئة الاجتماعية الأولية للمرضى بأمراض جسدية
نفسية سلوك أمومي وصف إما بأنه "مفرط الرعاية" أو "رافض بصورة علنية أو مغطاة" (الاعتباس

عن تسييف، 1976) علماً أنه لا يمكن على الغالب برهان وجود كلا النمطين (المتناقضين ظاهرياً) مع بعضهما.

إنها بصورة خاصة الصراعات النرجسية لهذه الأم (والأب) التي تنتقل إلى الطفل وتعالج به وبجسده ويساء استخدام الأطفال الذين يكونون في هذا الطور التعلقي بصورة خاصة متعلقين وقابلين للإصابة (حساسين، أو لديهم استعداد) وذلك من أجل حل هذه الصراعات (المرضية).

وتحتاج مثل تلك الأمهات أطفالهن " كالمخدر " (ماكدرغال، 1980)، ويحرسنه بخوف وحذر بحضور دائم وينمين بهذا مراقبة مكثفة وكأنه "جزء من الجسد الخاص" (Sperling, 1949; Mc Dougal, 1980).

ووفق هذا الفهم يبدو الطفل وكأنه حقل تجارب إرجاعي للقصور النرجسي للأم وكأنه جزء من ذاتها وكأنه "موضوع - ذات" شخص مرجعي أولي غير قادر على الانفصال ومتعلق بصورة تعايشي (Koht, 1971). وغالباً ما يدعم الأب بصورة لا شعورية التقييد التعايشي بين الأم والطفل كي يتخلص هو نفسه من هذا التطويق المهدد.

فإذا ما برزت لدى الطفل توترات أو مشاعر عدم اللذة فإن الأم تحاول مواجهتها من خلال حيل مهدئة تظل مرتبطة بحضورها الواقعي كحماية من التوتر وبهذا لا تمكن من قيام استراتيجيات المواجهة الخاصة بالطفل. وفي هذا السياق لا بد من الإشارة إلى الدور المركزي " للموضوع الانتقالي " بمعنى فينيكوت Winnicott ذلك أنه يأخذ الوظائف الأمومية بالنيابة وبهذا يتيح للطفل الانفصال المؤقت والقيام بالخطوات الأولى باتجاه استقلالية محدودة. إلا أن مثل هذا الاستخدام للموضوع الانتقالي الخارجي لا يستطيع الطفل القيام به إلا إذا كان يمتلك مسبقاً موضوعاً داخلياً حيويًا وطيباً (فينيكوت، 1976).

وبهذا المعنى يتحول إلى "الرمز الأول للطفل" ومن ثم إلى "أساس كل قدرة لاحقة على الخيال" (Rost, 1981).

وهنا أشارت مجموعة من الباحثين إلى غياب الموضوع الانتقالي في طفولة المرضى بأمراض جسدية نفسية.

وفي هذا السياق أكد ليفييفير (Lefebver, 1980) مستخدماً مصطلحات ياكوبسون (1964) على الأهمية الخاصة لطور الاستقلالية الفردانية التي تبقى مثبتة في حالة "التماثل أو التناظر Sameness" مع الأم ولا تستطيع الوصول إلى طور "التشابه Likeness" وبالتالي فإن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون اجتياز الموضوعات بصورة جيدة ولا كذلك الاحتفاظ بها داخلياً. فهم مثلاً لا يستطيعون التماهي مع " أم حامية Caretaking mother " وبالمقدار نفسه لا تنشأ بهذا أيضاً أية تمثيلات ذاتية محددة بصورة جيدة يرتبط بنموها في هذا الطور المبكر بصورة غير قابلة للحل مع الإحساسات الجسدية وإدراكاتها. ولأن أم هؤلاء الأطفال يستجبن بدرجة عالية للإشارات الجسدية واضطرابات أطفالهن فإن الجسد باعتباره ممثلاً للذات لا يستطيع اكتساب تمثيلاً ومعنىً نفسياً، أم أنه يتمكن من ذلك بصورة مشوهة. إنه يبقى كشيء غريب غير منتم للذات وتحت رقابة الشخص الأساسي (الأم). أما " تصويرة الجسد " فتكون مرضية Pathologic وبهذا تتحول وظائف الجسد إلى تعبير مباشر عن الحالة في التعامل مع

إن مثل هؤلاء المرضى "لا يعرفون" مشاعرهم وهم مصابون من هذه الناحية "بعمى الألوان"، يستنتجون حالتهم الخاصة على الأكثر بصورة غير مباشرة من استجابات الآخرين وغالباً ما يبدون متشبعين كالخشب في سلوكهم.

ويوصف هؤلاء المرضى بأنهم يفتقرون إلى الخيال وجافين - بدون ألوان، وغير خلاقين وبلا حيوية وقليلي المبادأة، على الرغم من أنهم غالباً ما يكونوا ناجحين جداً مهنيًا، ويتمتعون بقدرات ذكاء غير متفجرة.

قد تم وصف هذا النوع من التفكير والكلام بأنه لا تاريخي بدون استناد إلى الماضي والمستقبل مقيد بالمظهر الوظيفي لهذا والآن.

لقد تم الحديث عن
"اضطراب التفرد
Disorder of
Individuation". إذ أنه
ليس بإمكان هؤلاء الناس
استخدام المفهوم ((أنا)) في
سياق ممثلي، انفعالياً بالمعنى
ويرتبطون في علاقاتهم البين
إنسانية بصورة رمزية بشكل
وثيق بشريك - شخصهم
المرجعي - يحاولون
بمساعده تثبيته مشاعر
الصوية الغائبة لديهم
واستغلالهم الناقد من خلال
منظومة تأمين خارجية.

وهذا ربما يفسر لماذا يكون
هؤلاء الناس حساسين
ومهددين بالمرض بدرجة
كبيرة، إذا ما وصل الأمر
للانفصال.

أن مثل هؤلاء الأفراد يرون
الأخر بصورة آلية بشكل
إسقاطي وكأنه نوع من
صورة ذاتهم ويحاولون بهذا
المحافظة على ارتباطهم
الرمزي.

أشخاص الإطار المرجعي وتعكس التعامل التعايشي للموضوع الأولي الذي غالباً (أي التعامل
التعايشي) ما يستجيب فقط. إلى مثل هذه الوظائف الجسدية الملموسة في التفاعل. ويمكن لهذا أن
يتجلى من ناحية في التجاهل الكامل تقريباً وفي الرعاية الناقصة وفي التشوه الإدراكي الخطير حيوياً
للاضطرابات الجسدية، التي لا يتم التعرف عليها وتحديدها وتمثلها بصورة مناسبة في معناها
وظيفية الدلالية. ويلاحظ مثل هذا النقص الخطير في الرعاية الذاتية لدى كثير من المرضى بمرض
نفسى جسدي. ومن جهة أخرى غالباً ما تظهر حراسة مفرطة الرعاية وقلقة ومملوءة بالحب للعرض
الجسدي الذي يحمل همه عندئذ ويراعى كشرىك ضروري للحياة ويراقب بانتباه في أدق حالاته. في
كلا هذين النمطين الأساسيين من السلوك اللذين يمكن أن يتبادلا مع بعضهما أو يختلطان، يمكن
التعرف بسهولة على انعكاس الشكلين الأساسيين المذكورين أعلاه من أنماط السلوك الأمومي لدى
مرضى بأمراض نفسية جسدية: أي يمكن ملاحظة أنماط السلوك النابذة بصورة مغطاة أو صريحة
ومن ناحية أخرى الموقف المفرط الرعاية والقلق تجاه الطفل. ويشبه شكل الجسد الكيفية التي يعاش بها
الجسد شكل نمط تعامل الشخص المرجعي مع المشاعر. وفي مثل هذا المجال من العلاقة الذي يتم فيه
تجنب أي انفصال ويتشكل فيه الهدف وفق نمط صامت من المثير والاستجابة على أساس من التوازن
المتبادل الأمثل ليس من المفاجئ أن تحدد موجّهات الذاة- عدم الذاة تضاريس مشاعر محددة وبهذا
تتضح مشاعر متمايزة تمتلك مؤهلات معاني خاصة.

وعن ذلك ينتج أن التثبيته في هذا الشكل الموصوف من التعايش بين الأم والطفل والذي يتم الحفاظ
عليه إلى مدى أبعد من الطور الفيزيولوجي الضروري يعيق التمثيل الرمزي للمعطيات الواقعية، أي
اللغة بدلاً من التصرف مثلاً والهومات بدلاً من الاستمجا كموضوعات داخلية بدلاً من الأشخاص أو
الموضوعات الخارجية الموجودة واقعياً.

وبما أنه لا يمكن بناء الرموز بصورة واضحة (أو يمكن بنائها بشكل أولي فقط) على خلفية
الخبرات الفردية -التاريخ حياتية وفق أهميتها الشخصية في إطار تفاعل الطفل والأم الموصوف،
وبالتالي لا تتوفر تمثيلات جيدة للموضوع، يظل مثل هؤلاء الأشخاص متعلقون بطريقة شبه إدمانية
بالاتلاك الملموس للمواضيع الخارجية الواقعية (البديلة) التي يحاولون استخدامها في العالم الخارجي
بدلاً من التمثيل الرمزي (McDougal, 1974). وهذا يجعل من شبه السواء Pseudo normality
والمقدار العالي من الامتثال الاجتماعي social Conformity مفهوماً، إلا أنه هنا نظراً للنقص في
المواضيع الداخلية الموجودة تحت التصرف لأسباب اقتصادية في حماية الإثارة من أي خطر (داخلي
أو خارجي) فإن التلاؤم الوثيق مع الموضوع المُشبع للحاجات متاح هنا بالضرورة كاستراتيجية نجاة.
وفي حين تتكامل لدى الأشخاص الأصحاء أو لدى العصائبيين مثلاً الأحلام أو الهومات أو التفاعلات
الرمزية لتوترات الدافع على شكل مشهد (Marty et al., 1963) يتم لدى التكتميين ملء الفراغ
الداخلي بتفاصيل خارجية، الأمر الذي يمكن ملاحظته بصورة جيدة في اللغة .

ويرى كريستال (1974، 1978، 1979) ما يشبه ذلك، وذلك عندما يفصل في الانفعالات
"emotions" في حالة النمو السوي بين خطوات النضج لتمييز الانفعال والتعبير Verbalize و نزع
التجسيد De-somatization . فلدَى التكتميين يكون تمايز وتفعيل الانفعالات معاقان أو مضطربان،

يبدو المعالجون النفسيون على الأقل في البداية، في الجلسة الأولى أو في إطار المعالجات أكثر تحفظاً في التكمم مما هو الأمر عليه لدى مرضى العصابات.

إن مسألة التطور المرضي للسلوك التكتمي ومسألة العقدة التي مارلت بدون حل والمتمثلة في إلى أي مدى توجد علاقة بين السلوك التكتمي وما يسمى بالأمراض النفسية الجسدية، ما زالت غير موضحة كما كانت في السابق وسبباً لجدال حاد.

وما زالت الإجابات حتى الآن غير متفقة حول مسألة فيما إذا كانت آليات الدفاع تلعب دوراً في نشوء مرض نفسي جسدي ما وإذا كانت تلعب دوراً فما هي هذه الآليات.

بحيث تظل هذه انفعالات بمعنى سيفينيوس (1975). أي أنه لا يحصل نزع للتجسيد De-somatization للانفعالات أو يحصل بصورة محدودة فقط، ذلك أن الأمر يتعلق هنا " بنمو أولي مقيد " (Ruesch, 1948) . وبهذا يستبعد نموذج تفسير "إعادة التجسيد Re-somatization" لشور 1974 بالنسبة للتكتيمين الذي يستند إليه كثير من الباحثين في التفسير التحليل النفسي لبناء العرض النفسي (ميتشيرليش 1967 على سبيل المثال) . إذ أنه عندما لا يتم بالأصل " نزع التجسيد " لانفعال ما فإنه لا يمكن فهمه أيضاً كنتاج لإعادة تجسيد بنتيجة تشكيلة صراع غير قابل للتحمل نفسياً.

وما زالت الإجابات حتى الآن غير متفقة حول مسألة فيما إذا كانت آليات الدفاع تلعب دوراً في نشوء مرض نفسي جسدي ما وإذا كانت تلعب دوراً فما هي هذه الآليات. إن زهاب النفسجسدي التحليل النفسي المستند إلى نموذج العصابات حتى الآن من فرضية أن الدفاع يتم وفق حوادث الكبت التي تتم في الأعراض العصبية أصبح في هذه الأثناء مشكوكاً به بصورة جوهرية -بالنظر لأنماط السلوك التكتمية-. وبدلاً من ذلك غالباً ما يتم الحديث عن "الإنكار" denial لوصف حوادث الدفاع النفس جسدية النموذجية. إلا أن نيمياه (1973-1975, Nemiah) قد أشار بحق إلى أن الإنكار بالأصل قد صمم كآلية دفاع خاصة لتجنب إدراك الواقع الخارجي واستخدامه من أجل إزالة الأحداث الداخلية ولا يحتوي على توسيع غير دقيق للمفهوم فحسب، وإنما (بكلمة أخرى) يوصف بهذا الحادث نفسه الذي كان قد استخدم في وصفه مفهوم "الكبت". ويرى بأن اختيار الكلمات المتبدلة (غير الدقيقة) تعكس لا شعورياً ملاحظة صائبة، ألا وهي التحسس بوجود ظاهرة أخرى لدى التكتيمين. فإذا ما كان صحيحاً أن العرض الجسدي -وكذلك اللغة أو التعامل مع المواضيع- لا يحتوي على طابع رمزي، عندئذ يتضح أنه هنا، إذا ما لم يدعي المرء بوجود استعداد (مولود أو مكتسب)، أن القليل فقط من آليات الدفاع المتميزة والعامية والمبكرة من الناحية التاريخ حياتية يمكن أن يمتلك أهمية. ولهذا فإنه غالباً ما يكون المقصود في هذا السياق حوادث " أثرية archaic " (من النمط البدئي-الأولي) -إنها كلمة تصف التصميم الناقص، والطبيعة القبل تاريخية تقريباً لاستراتيجيات البقاء الجسدي -الروحي العامة والصعبة التسمية في مجراها أيضاً

و يفترض بسبب تعلقيتهم التعايشية و عدم القدرة على التمثل النفسي كحماية من المواقف الصادمة أن مثل هؤلاء الأشخاص يلجئون في حالة الصراع إلى استجابات مبكرة جداً وعامية ، تم وصفها في هذه الأثناء بشكل أدق من خلال مفاهيم الصد foreclosure والانقسام splitting والإسقاط والتماهي الإسقاطي . وتشير هذه المصطلحات إلى القرب من المجال الحدودي للطواهر الذهانية والحدودية Borderline. " فمن خلال الانقسام لا يحصل على سبيل المثال أي تمثيل مستقر ولا شعوري و كلي للموضوع ولا أي توليف بين الوجوه الإيجابية والسلبية للموضوع. وعند غلبة المظاهر السلبية، وعند نقص قدرة الأنا على كبتها إلى اللاشعور يتم إبقاء الميزات السلبية للموضوع بعيدة عن الميزات الإيجابية له تراح إلى شريك آخر بطريقة هذيانية (بارانوية) (....)" (Beneditti,1980) . وبهذا يمكن إبقاء أقسام الذات والموضوع التي لم تنبذ باتجاه الانقسام أو التي صدت وأبطلت بمساعدة الصد بحالة "جيدة" ومُتَلَنَّة (مقدسة) والحفاظ على استمرارية تثبيت وحدة متجانسة خالية من التناقض.

وقد تم تدقيق أو ضبط نمطين نموذجيين أساسيين ومتناقضين من التهديد الصادم بالنسبة لهذا التوازن غير المستقر، الذين تستخدم فيهما عمليات الدفاع المذكورة. النمط الأساسي الأول من التهديد

إن ذهابه النفسى
التحليل نفسى المستند إلى
نموذج العصابات حتى الآن
من فرضية أن الدفاع يتم
وفق حوادث الكبته التي
تتم في الأعراض العصابية
أصبح في هذه الأثناء
مشكوكاً به بصورة جوهرية
-بالنظر لأنماط السلوك
التكتمية-

أن الإنكار بالأصل قد صمم
كألية دفاع خاصة لتجنب
إدراك الواقع الخارجى
واستخدامه من أجل إزالة
الأحداث الداخلية ولا يحتوى
على توسيع غير دقيق
للمفهوم نفسه، وإنما (بكلية
أخرى) بوصفه بهذا الحادث
نفسه الذي كان قد استخدم
في وصفه مفهوم "الكبت".

أن مثل هؤلاء الأشخاص
يلجئون في حالة الصراع إلى
استجابات مبكرة جداً وعمامة
، تم وصفها في هذه الأثناء
بشكل أدق من خلال مفاهيم
foreclosure
والانقسام splitting
والإسقاط والتماهي الإسقاطي

هو الحميمية الكبيرة لشخص الإطار المرجعي الأولي الذي يحتوي على خطر الاشتباك والذوبان وإزالة هوية الأنا الابتدائية وعلى تحديد مع إمكانية حدوث تعويض ذهاني. والانحرافات الذهانية في إطار المعالجات النفسية للمرضى النفسجسديين معروفة منذ أمد بعيد (; Benedetti, 1980 Kuetemeyer, 1953 : McDoudall, 1947 : Meng, 1943). أما النمط الثاني من التهديد والذي كثيراً ما تم وصفه والذي كذلك غالباً ما يترافق مع تشكل العرض الجسدي فيتمثل في الانفصال أو فقدان للشخص المرجعي الأساسي، أي فقدان الحقيقي أو المتصور للموضوع الذي يقود إلى فقدان التكامل بناء على فقدان الذي لا يعوض مع الموضوع لأجزاء الذات. وعندئذ لا يبقى إلا الشك اليأس والحنق الذي لا حيلة له والذي لا يمكن محاصرته من خلال التغلب النفسي بمساعدة عمل الحزن أو تماهيات جديدة .

إنهما قطبا الخطر كلاهما من الوجدانية أو عدمها oneness or non-oneness الذين يقيدان كثير من المرضى النفسجسديين والذين يجعلان المساعي المضنية والدائمة نحو قرب وبعد أمثلين من الشخص المرجعي مفهوم (Lefebvre, 1980). وفي مثل هذه المواقف الخطرة تتحول لدى المرضى النفسجسديين " العضوية البيولوجية الذاتية إلى مظلة إسقاط لتمثيلات موضوعهم لمرضى" (De Boor, 1976). وهنا لا بد من ملاحظة أنه ينظر للجسد ككل أو في مجالات محددة الذي تكون تمثيلاته مضطربة بشدة بصورة منتظمة إلى حد ما في تصويره الجسد ومستقرة بشكل غير كاف في منظومة الذات، كشيء غريب وغير منتم للذات، التابعة بشكل لاشعوري إلى جزء من الأم الممثلة (التي يتم تقديسها) أو المكروهة. وبهذا يبدو العرض النفسى إما "ترميم نرجسي" لثغرة في منظومة الذات العاطلة أو " كجزء من موضوع شريـر " مَقْصَى جسدياً" (Benedetti, 1980). وبشكل متمم لذلك يمكن للمرء اعتبار الرعاية والانتباه الحنونين الملفتين للنظر لدى قسم من المرضى النفسجسديين للعرض الجسدي على أنهما استرداد وترميم للألم. وبالعكس يمكن لدى مرضى آخرين بين الحين والآخر فهم الاحتقار المهبط حيويًا وإهمال الإشارات والأعراض الجسدية على أنه محاولة لتدمير الوجوه المكروهة والمنقسمة لأمجية الأم من خلال تدمير الجسد الذاتي (McDougall, 1980). ولا يندر أن تتبادل مثل هذه الحالات المتناقضة مع بعضها (في مجرى العلاج مثلاً) بشكل مفاجئ. وعندئذ تتكرر ملاحظة وجود مفاجآت من خلال أفعال تعوض التمثل النفسى وتخفف من التوتر في الوقت الراهن إلا أنها في النهاية لا تمكن من التخفيف والقضاء على الصراع الأساس.

9- نماذج تفسير نوعية

حتى الآن هناك تصورين اثنين، حاولا تعقب تشكل العرض والبنية مصممان خارج نظرية البنية التحليل نفسية ولكن دون التخلي في الوقت نفسه عن الفرضيات التحليل النفسية الأساسية. وهما التصور النظري لما يسمى " بالمدرسة السيكوسوماتية الفرنسية " و مفهوم تسييف Zepf .

ففي الستينيات من القرن العشرين تقريباً بدأ كل من ديفيد وفاين ومارتي و دي موزان بتطوير تصور حول الأمراض النفسية الجسدية، يختلف عن التصورات النظرية القائمة حتى ذلك الوقت. ووفقاً لرؤيتهم بأن الأمر يتعلق في الأمراض الجسدية النفسية بوحدة تصنيف مرضية nosological (دي بور و ميتشيرليش ، 1973 على سبيل المثال) ، والتي تتضمن أيضاً فرضية وجود بنية نفسية جسدية خاصة كنتيجة لعملية تنشئة اجتماعية معينة ، فقد حاول الباحثون الفرنسيون - وكذلك تسييف - بحث

ذلك. واستناداً إلى روش (Ruesch, 1948) وصفوا بنية شخصية نفسية خاصة، حدودها عن البنية العصابية أو الذهانية أو التناسلية أو الشاذة (De M'Uzan, 1963; Fain, 1966; Fain & Marty, 1964, 1965; De M'Uzan & David, 1960) .

وقد رأوا ثلاث سمات مميزة للبنية النفس جسدية المرضية pathognomonic وهي:

□ *La pensee`ope`ratoire* (التفكير الإجرائي) وقد تم من خلال هذا المفهوم وصف

نوع من التفكير ذو توجه دائم نحو ما هو راهن وملمس *actual and concrete* . ويمكن لهذا التفكير أن يكون مجرداً ومتقفاً، إلا أنه يظل دائماً عملياً (ذرائعياً) و أداتياً و يظل في كل الحالات مفصلاً عن تمثيلات الموضوع النفسية الداخلية. ويحدد هذا النوع من التفكير لغة المرضى النفسانيين. حيث يتم وصف الأشخاص والأحداث بدون أية إشارة لعلاقة بالشخص *subject* بما يشبه التصوير.

□ التكرار أو النسخ *Re`duplication* : ويقصد به أن المريض النفسي الجسدي بشكل دائم يدرك موضوعاته وفق نمط صورته الذاتية (مفهوم ذاته) غير المتميزة فقط. والشئ نفسه ينطبق على السمة الثالثة من سمات البنية النفس جسدية والمسماة:

□ *Inhibition fantasmatique du base* " : أي النقص في الهومات اللاشعورية المرتبط مع التفكير الإجرائي . فعندما يتخيل هؤلاء الأشخاص فيما أن تكون الهومات عندئذ غير متميزة البنية أو أنها تتألف من استرجاع بسيط للمواقف المعاشة بشكل حرفي .

وقد أضيفت لها لاحقاً سمة أخرى تتمثل في فرط التكيف الاجتماعي (McDougall, 1974; Stephanos & Auhagem, 1979) .

ومن خلال مصطلحات مشابهة أضاف تسييف (1976، 1976، أ، 1981) عدا عن ذلك الخصائص النفسية التالية: هومات لا شعورية غير متميزة وعلاقة نرجسية بالموضوع (موضوعات الذات بمعنى كوت، 1973) ومشاعر منخفضة أو غير مستقرة للقيمة الذاتية وغياب أنماط السلوك العدوانية. وينطلق الباحثون الفرنسيون وكذلك تسييف في أفكارهم النظرية عملياً من النتائج التجريبية نفسها غير أنها تختلف عن بعضها في نقاط جوهرية.

- " التفكير الإجرائي *La pensee`ope`ratoire* : المدرسة النفسية الجسدية الفرنسية

في بداية التأملات النظرية للباحثين الفرنسيين تصدرت المحاولة الفاشلة في التوفيق بين السمات النفسية للمرضى النفسانيين الموصوفة من قبلهم داخل نظرية البنية التحليل نفسية و ربطها بشكل منهجي (De M'Uzan, 1977) . ولذلك فقد حاولوا وبدون التخلي طبعاً عن مفاهيمية نظرية البنية التحليلية النفسية في تعقب التفكير الإجرائي في النموذج الطبوغرافي لفرويد الذي يقسم الجهاز النفسي إلى منظومات الشعور وما قبل الشعور واللاشعور. وعلى المستوى النظري فقد اعتبر التفكير الإجرائي نتيجة للانقطاع الحاصل بين الشعور واللاشعور بنتيجة غياب ما قبل الشعور وفهم على أنه شكل للحادث الثانوي (Marty & De M'Uzan, 1978) تتم فيه مضاعفة الكلمات والأفعال والأشياء. أما سبب النقص في تشكل منظومة ما قبل الشعور فقد افترض وجود " *me`re calmante* " ، الذي على العكس من " *me`re satisfaisante* " من خلال الوجود المستمر ، يصبح مرضياً من خلال

وعند خلبة المظاهر السلبية،
وعند نقص قدرة الأنا على
كبتها إلى اللاشعور يتم إبقاء
الميزات السلبية للموضوع
بعيدة عن الميزات الإيجابية
له تزام إلى شريك آخر
بطريقة هذيانية (بارانونية)

وبهذا يبدو العرض
النفسدي إما "كترميم
نرجسي" لتغرة في منظومة
الذات العاطلة أو " كجزء
من موضوع شريك " مقصي
جسدياً

: (التفكير الإجرائي) وقد تم
من خلال هذا المفهوم وصف
نوع من التفكير ذو توجه
دائم نحو ما هو راهن
وملمس

التكرار أو النسخ
Re`duplication : ويقصد
به أن المريض النفسي
الجسدي بشكل دائم يدرك
موضوعاته وفق نمط صورته
الذاتية (مفهوم ذاته) غير

ويقود هذا السلوك إلى أن الرضع لا يستطيعون الوصول إلى طور التحقيق الهلاسي للرجبة ولا يتمكنون من تنمية نشاطات مشبعة (Fain, 1971) (autoerotic) . ولم يتمكن الهو من الانفصال عن أصله الجسدي ومن بناء تمثيلات نفسية (Fain & Marty , 1965) . وقد استخلص فاين من ملاحظات للأم ولرضيعها المريض بمرض نفسي جسدي أن شغل الأم الدائم للطفل يعيق تنمية الإشباع الذاتي الأولي وبهذا يتم فصل النشاطات الليبديوية عن بناء الرمز، ولكن من ناحية أخرى فإن الأم التي تتصرف بطريقة مضادة لذلك التي تصد عن طفلها بطريقة واضحة نشاطات الإشباع الذاتي (McDougall, 1974) تكون مسؤولة أيضاً عن النتيجة نفسها. وعلى الرغم من أن سلوكها يقود إلى أعراض نفسية جسدية من نوع آخر إلا أنه على المستوى النفسي فإن ذلك هو أيضاً نتيجة للارتباط المضطرب بين الأهداف الدافعية و تمثيلات الموضوع (Fain, 1971) .

وأثارت هذه المحاولات التأسيسية الأولى لنظرية التفكير الإجرائي pensee`ope`ratoire لتحديد السمة الرئيسية لبنية الشخصية النفسية الجسدية مسائل . فمن جهة وصف التفكير الإجرائي بأنه منطقي وسببي ومستند إلى الواقع وبأنه شكل من الحادث الثانوي ؛ إلا أنه استنتج من جهة من جهة أخرى بأن التفكير الإجرائي يضاعف من الكلمات والأشياء والتصرفات وبأن التباعد بين المُسمي (أو الدال significant) و المُسمى (المدلول signife) ملغاة أو مبطللة (Marty & De M`uzan , 1978). وبهذا لا يعود يستطيع للمرضى النفسجسديين من التمييز بين تصورات الكلمة وتصورات الشيء . ويعني هذا الشيء في النموذج الطبوغرافي ل فرويد أنه لا بد لتصورات الكلمة والشيء أن تكون موجودة في المنظومة نفسها ، أي في منظومة اللاشعور . إلا أن الحادث الأولي هو المسيطر في هذه المنطقة. إذاً فالتحديد النظري للتفكير الإجرائي يتضمن أنه منطقي وسببي ومتوجه للواقع وذو عملية أولية في الوقت نفسه.

وتبقى كذلك مسألة كيف يمكن أن ينجم الارتباط الناقص بين النشاطات الليبديوية واللغة، أي التفكير الإجرائي عن سلوك أم تتصرف سواء بشكل تهدئة الأم " me`re calmante " أو بشكل إرضاء الأم me`re satisfaisante مفتوحة. وبهذا تصبح فرضية البنية النفسجسدية الخاصة إشكالية لاسيما وأنه أيضاً لم يتم فصل أو تحديد البنى النفسية التي تمتلك نوعية أخرى عن هذه البنية النفسجسدية الخاصة داخل النظرية الطبوغرافية. وفي مساعيهم نحو التفسير النظري للبنية النفس جسدية، يتحجج الباحثون الفرنسيون بشكل متكرر في إطار النظرية الطبوغرافية بالفئات المحددة بشكل نظري بنيوي " تنظيم الأنا التقليدي" و "الأنا الأعلى" و "آليات الدفاع" الخ..، مثلاً (مارتي، 1974، 1976، مارتي وآخرين ، 1963) ، بدون إيضاح للنظريات المتناقضة و المختلفة في وجوه متنوعة ومبدئية بطريقة ما وراء نظرية (راجع Arlow & Brenner, 1976) . وبالتالي يتألف تصورهم الكلي من مجموعة من الفرضيات غير المترابطة.

و على ما يبدو فقد رأى الباحثون الفرنسيون هذه النتيجة. وبالتالي فقد ابتعدوا في عام 1976 عن النظرية الطبوغرافية واستندوا منذ ذلك الحين على إطار واسع، تم فيه السعي إلى توضيح منشأ "آليات التثبيت الثانوي" ، المسؤولة في النهاية عن نمو أعراض الجسد النفسية الجسدية (Marty, 1076) . وقد

فمن جهة وصفه التفكير
الإجرائي بأنه منطقي وسببي
ومستند إلى الواقع وبأنه
شكل من الحادث الثانوي ؛
إلا أنه استنتج من جهة من
جهة أخرى بأن التفكير
الإجرائي يضاعف من
الكلمات والأشياء والتصرفات
وبأن التباعد بين المُسمي
(أو الدال significant) و
المُسمى (المدلول signife)
ملغاة أو مبطللة

بهذا لا يعود يستطيع
للمرضى النفسجسديين من
التمييز بين تصورات الكلمة
وتصورات الشيء

وهي مساعيهم نحو التفسير
النظري للبنية النفس جسدية،
يتحجج الباحثون الفرنسيون
بشكل متكرر في إطار
النظرية الطبوغرافية بالفئات
المحددة بشكل نظري بنيوي
" تنظيم الأنا التقليدي" و
"الأنا الأعلى" و "آليات
الدفاع" الخ..

أن دافع الحياة يتمدى في
تشكل بنية " ارتقائية "
ودافع الموت في شكل
تغيرات " تدمية " ، تخريبية
مُشوّشة.

تفقد السيطرة العابرة، وخير
القابلة للتجنب لدافع الموت
لدى الرضيع إلى الخلل
الوظيفي المرضي تدفع
دافع الحياة إلى عمليات
إعادة تنظيم بناءة. ومن خلال
ذلك يتم التغلب على الخلل
الوظيفي وتنمية الليبيدو
والجهاز النفسي.

وارتباطاً بضعف بنيوي
لدافع الحياة وبغياب
الاهتمام الطفولي المناسب
ينشأ لدى المريض بمرض
نفسى جسدي اضطرابى نضع
بيوفيزيولوجي عميق الأثر

وفي مواقف الأزمات سرعان
ما يحصل بسهولة نكوص إلى
مناطق التثبيت مع عاقبة
حدوث سوء تنظيم أو خلل لا
يمكن محاصرته إلا بشكل

تم التمسك بفرضية وجود انقطاع بين الحالات النفسية وعمليات الدافع الجسدية : وكذلك لا يوجد بين
الصراع النفسي وأعراض الجسد أي ارتباط ذو معنى (Stephanson & Auhagen, 1979) على
سبيل المثال) . وتم الاحتفاظ بالتخمين الذي عبر عنه مارتي في وقت سابق حول وجود تثبيت على
الآليات النفسية الأولية التي كانت قد نشأت ضمن الرحم intrauterine من خلال التفاعل الخطي
humoral المرضي بين الجنين والعضوية الأمومية (Marty, 1074). ومنذ ذلك الحين اعتبرت عدم
الاستمرارية Discontinuity وآليات التثبيت الأولية استجابات توليفة مرضية لدافعين اثنين ، ألا
وهما "دافع الحب أو الحياة Eros و دافع الموت (Thanatos) Marty, 1076). وقد افترض أنه في
كل طور من النمو تتحدد كل العمليات الفيزيولوجية والنفسية لفرد ما من خلال التأثير المتبادل لهذين
الدافعين ، علماً أن دافع الحياة يتمدى في تشكل بنية " ارتقائية " ودافع الموت في شكل تغيرات "
تدمية " ، تخريبية مُشوّشة. وعليه تفقد السيطرة العابرة، وغير القابلة للتجنب لدافع الموت لدى
الرضيع إلى الخلل الوظيفي المرضي تدفع دافع الحياة إلى عمليات إعادة تنظيم بناءة. ومن خلال ذلك
يتم التغلب على الخلل الوظيفي وتنمية الليبيدو والجهاز النفسي. وعلى الرغم من أنه من خلال ذلك يفقد
الخلل الوظيفي طبيعته المرضية، إلا أنه يظل موجوداً كآليات تثبيت نفسية جسدية. و ينشأ خطر إعادة
التنشيط في المواقف التي تضعف فيها دوافع الحياة و أو في المواقف التي لا يمتلك فيها الفرد آليات
تمثل نفسية مناسبة. عندئذ تكون العاقبة خلل مرضي. وإعادة التنظيم تكون ممكنة عندما يتمكن الفرد
من العثور على دافع الحياة. الاهتمام من جانب الموضوع يحافظ على حياة الفرد ويحث إعادة التنظيم
بشكل حاسم.

وارتباطاً بضعف بنيوي لدافع الحياة (Marty, 1973 , 1976) وبغياب الاهتمام الطفولي المناسب
(Stephansons & Auhagen , 1979) ينشأ لدى المريض بمرض نفسي جسدي اضطرابى نضع
بيوفيزيولوجي عميق الأثر. جهازه النفسي يكون متشكلاً ومصمماً في حده الأدنى فقط، ولا تُستدَمج
الأم أو يتم تمثّلها كموضوع "طيب"، كما وأنه ما كان بالإمكان لتحقيق هلاسي للرجبة أن ينمو ولا
القدرة على الترميز. وكنتيجة لذلك ينشأ التفكير الإجرائي المحصور باستمرار بالراهن والملموس.
وفي مواقف الأزمات سرعان ما يحصل بسهولة نكوص إلى مناطق التثبيت مع عاقبة حدوث سوء
تنظيم أو خلل لا يمكن محاصرته إلا بشكل محدود بسبب دافع الحياة الذي تم تضعيفه بنيوياً. ولا يعود
المريض يستطيع الشفاء من هذا الانهيار، والعاقبة هي الأعراض النفسية الجسدية.

وفي هذا التصور الجديد للمدرسة الفرنسية تبقى مشكلة أنه هنا قد تم إضافة نظرية "الحياة" و
"الموت" في النموذج الطبوغرافي والبنوي للتحليل النفسي فقط بدون إيضاح ما وراء نظري. وعلى
الرغم من أن بعض المحللين النفسيين يتمسكون بهذه النظرية التي وصفها فرويد نفسه بأنها "تأملية
speculative" فإنه من المشكوك به في إمكانية إيجاد أساس علمي لتخفيض الطبيعة الإنسانية إلى
هذين الدافعين الأساسيين (راجع حول هذا الموضوع : Braun, 1953\1954 ; Brun, 1979 ;
(Finichel, 1935; Johnes, 1962, Reich, 1970).

ففي البيولوجيا الإنسانية والحيوانية على حد سواء لم يتم التمكن حتى الآن من إيجاد أية ملاحظة
تجعل من فرضية دافع الحياة ضرورة حتماً.

- الخبرة المُقيّدة و البناء القاصر للعرض (تسييف Zepf)

في هذا التصور يبرهن تشكّل البنية النفسية الجسدية من خلال "نظرية أشكال التفاعل" التي طورها لورنسر Lorenzer. وحسب هذه النظرية فإن الفرد الإنساني يتحول إلى شخص Subject من خلال تسجيل تاريخ علاقاته على شكل ما يسمى "أشكال التفاعل" في الفرد. فمن خلال الأسلوب الذي يتعامل من خلاله كل من الأم والوليد الجديد يتم تعديل توترات الجسد غير المتميزة في البدء كي تصبح حاجات دافعية محددة في أشكال التفاعل. ويمكننا تصور هذه العملية من الناحية الفيزيولوجية وعصبية على النحو التالي: يتم تخزين أشكال محددة من التفاعل المحددة من خلال خبرات الحياة في هيئة تعشيق للحالات الجسدية المشتركة بذلك على شكل "برامج تفاعل". وبهذا تقود خبرات الحياة على المستويات النفسية والبيولوجية سواء إلى تأسيس ذاتية Subjectivity "هذا" الطفل. ومع إدخال اللغة تتحول هذه الأشكال من التفاعل إلى أشكال تفاعل "رمزية" وبالتالي إلى أشكال تفاعل شعورية.

ويمكن أن يتم ترميز هذا الشكل من التفاعل بالنسبة للطفل وذلك بأن تنطق الأم في علاقة محققة في اللحظة الراهنة كلمة "ماما" على سبيل المثال. وينضاف هنا إلى "الأثر المخلف Engram" لهذا التفاعل عنصراً جديداً من مركب المثير السمعي - اللغوي الحركي المؤلف من "ماما" وتكون العلاقة بين "ماما" و شكل التفاعل في البداية ذات طبيعة استجابية، وما زالت لا تمتلك معنى دالاً بعد. ولا تتحول إلى شكل تفاعل رمزي ممتلك شعورياً إلا عندما يعرف هذا الطفل أيضاً ما الذي تعنيه "ماما". ومن خلال مستوى أشكال التفاعل الرمزية يمكن تمييز أشكال التفاعل لغوياً. "كالحب" مثلاً الذي يتم فيه حمل الطفل بين الذراعين ولمسه والنظر إليه الخ. ولا تتحول أشكال التفاعل إلى شكل شعوري إلا عندما تكون على علاقة بكلمات مختلفة "مسندات Predicatory". وينجم شرط آخر لأشكال التفاعل الرمزي عن ألا يمكن إدراك أشكال التفاعل المرزومة أو المسماة "بماما" إلا إذا كان الطفل يعرف مسبقاً من أشكال تفاعل أخرى ما هو "المحبوب"، أي أنه لابد لأشكال التفاعل التي تشكل معنى "محبوب" أن تكون من جهتها على علاقة برموز لغوية أخرى، تشير أيضاً إلى ما تعنيه كلمة "محبوب"، وكذلك لابد لهذه الرموز أو الإشارات اللغوية أن تكون على علاقة برموز لغوية أخرى من جهتها.

لقد طور لورنسر مفهوم الرمز هذا الذي يعني دائماً تركيبة محددة من اللغة وأشكال التفاعل، في تجديد نقدي للتصورات التحليلية النفسية. وعلى مستوى أشكال التفاعل الرمزي يوجد شكل تفاعل خاص بكلمات مختلفة، وكلمة خاصة بأشكال مختلفة من التفاعل. ويعتبر هنا تقديم أو إدخال مسندات متنوعة و عرض تفاعل أمومي واسع وثابت شرطاً عاماً لنمو أشكال التفاعل الرمزية هذه.

ومنطلق تسييف كان السلوك المفرط الرعاية أو الصاد بشكل واضح أو كليهما معاً لأم المريض بمرض نفسي جسدي. ويعتبر هذا السلوك نتيجة لإشكالية نرجسية غير محلولة للأم، يتحول الطفل من خلالها إلى جزء مصدود من "ذات" الأم. ويمكن في السلوك الأمومي الملموس أن يتجلى هذا الوجه من الصراع بوضوح وفي مرة أخرى الوجه الآخر منه، مع العلم أنه يؤثر الميل المعاكس للميل الجاري حالياً بشكل خفي عندئذ. ومن خلال هذا السلوك المتناقض قلما يستطيع استخدام عرض التفاعل

محدود بسبب دافع الحياة الذي تم تضعيفه بنبويًا. ولا يعود المريض يستطيع الشفاء من هذا الانصياع، والعاقبة هي الأمراض النفسية الجسدية.

ففي البيولوجيا الإنسانية والحيوانية على حد سواء لم يتم التمكن حتى الآن من إيجاد أية ملاحظة تجعل من فرضية دافع الحياة ضرورة حتمية.

فمن خلال الأسلوب الذي يتعامل من خلاله كل من الأم والوليد الجديد يتم تعديل توترات الجسد غير المتميزة في البدء كي تصبح حاجات دافعية محددة في أشكال التفاعل.

لابد لأشكال التفاعل التي تشكل معنى "محبوب" أن تكون من جهتها على علاقة برموز لغوية أخرى، تشير أيضاً إلى ما تعنيه كلمة

"محبوبه". وكذلك لأبد لهذه الرموز أو الإشارات اللغوية أن تكون على علاقة برمز لغوية أخرى من جهتها.

ولأن حالات التوتر الطفلية لا تستطيع أن تتمايز بشكل كافٍ إلى أشكال تفاعل، فإنها لا يمكنها الارتباط في الدلالة اللغوية أيضاً. وتكون أشكال التفاعل المسيطرة غير متميزة، وتبقى ما قبل لغوية ولا شعورية.

ويفهم الفراغ الداخلي الانفعالي - الحسي للمرضى النفس جسديين من قبل الباحثين الفرنسيين على أنه تعبير عن الاستمرارية الشعورية واللغة والاشعور. وتعدى هذه الاستمرارية إلى أن الدلالات اللغوية لا يتم اكتسابها من خلال الخبرات، التي تستقر في الطفل من خلال بناء أشكال التفاعل الرمزي، فحسب وإنما من خلال التحديد الماوراء لغوي و من خلال مجرد الخبرة "المقدمة"، التي لا يشارك الطفل في عمليات التفاعل (ZEPF, 1976, 1976 a). وفي ممارسة مقيدة تبقى المُسندات اللغوية المُدخلة ضمن إطار دلالي خالص denotative. وبما أن العلاقات بالمواضيع تكون في الواقع مقيدة أو حتى غائبة كلية، فإنه يمكن فقط وصف مواضيع لا علاقة لها بالشخص. وتكتسب اللغة هنا سمة الرمز "الأولي" والتي يميزها تسييف عن الرموز "الثانوية" والتي يصفها لورنسر كنتاج لعملية تنشئة اجتماعية مولدة للعصاب. والرموز "الثانوية" هي نتيجة لعمليات الدفاع، التي يتم فيها انفصال ثانوي للعلاقة القائمة بين اللغة وأشكال التفاعل. أما في الرموز "الأولية" فلم يحصل مثل هذا النوع من الانقسام، بحيث أن اللغة تتصف هنا بفقر مفهومي connotative وبنقص في خبرات الجسد التاريخ حياتية.

إذا ما ذهبنا من أنه في خبره مقيدة للتنشئة الاجتماعية يكون أيضاً مبني بشكل غير كافٍ هي أشكال التفاعل، عندئذ تتضح لنا من ذلك أيضاً المواقف اللغوية غير المتميزة، وتتنشأ حالات التوتر كترابط بين خبرات الانفصال ويتم تجنبها من خلال إصلاح "الفوضى الأولية" (Primary confusion) (Sandler & Joffe, 1967) بصورة الأم. وعلى أساس هذا العوز النرجسي يتجنب المرضى بأمراض نفسية جسمية أنماط السلوك العدوانية ويطورون وظائف أدائية فأننا وبشكل خاص فيما يتعلق بالوصول بأنفسهم إلى تطابق مع توقعات الأم أو مع صورهم البديلة اللاحقة "الشخص الرئيسي" (Engel, 1955) ("Key Figure").

الأومومي الثابت والمتماهي، الضروري لممارسة أشكال متنوعة وانتقائية من التفاعل. بل أنه تسيطر "خبرة تنشئة اجتماعية مُقيدة" Zepf, 1976 "restrictive socializations praxis"، لا يتم فيها تنظيم احتياج الدافع الطفولي في حاجات دافع نوعية وقابلة للتحديد انتقائياً تنظيم احتياج الدافع الطفولي في حاجات دافع نوعية وقابلة للتحديد انتقائياً إلا بشكل ناقص. ولأن حالات التوتر الطفلية لا تستطيع أن تتمايز بشكل كافٍ إلى أشكال تفاعل، فإنها لا يمكنها الارتباط في الدلالة اللغوية أيضاً. وتكون أشكال التفاعل المسيطرة غير متميزة، وتبقى ما قبل لغوية ولا شعورية. ولأنه في "تظرية أشكال التفاعل" لا يتم تمايز بنية التفاعل بين الطفل والأم إلى ذات طفلية وأمومية إلا وفق مستوى أشكال التفاعل الرمزية، فإن منشأ علاقة الموضوع للمرضى النفس جسديين الموصوفة بأنها "تعايشية" و "نرجسية" يعزى إلى خبرة تنشئة اجتماعية مُقيدة.

ويفهم الفراغ الداخلي الانفعالي - الحسي للمرضى النفس جسديين من قبل الباحثين الفرنسيين على أنه تعبير عن لا استمرارية الشعور واللغة والاشعور. وتعدى هذه الاستمرارية إلى أن الدلالات اللغوية لا يتم اكتسابها من خلال الخبرات، التي تستقر في الطفل من خلال بناء أشكال التفاعل الرمزي، فحسب وإنما من خلال التحديد الماوراء لغوي و من خلال مجرد الخبرة "المقدمة"، التي لا يشارك الطفل في عمليات التفاعل (ZEPF, 1976, 1976 a). وفي ممارسة مقيدة تبقى المُسندات اللغوية المُدخلة ضمن إطار دلالي خالص denotative. وبما أن العلاقات بالمواضيع تكون في الواقع مقيدة أو حتى غائبة كلية، فإنه يمكن فقط وصف مواضيع لا علاقة لها بالشخص. وتكتسب اللغة هنا سمة الرمز "الأولي" والتي يميزها تسييف عن الرموز "الثانوية" والتي يصفها لورنسر كنتاج لعملية تنشئة اجتماعية مولدة للعصاب. والرموز "الثانوية" هي نتيجة لعمليات الدفاع، التي يتم فيها انفصال ثانوي للعلاقة القائمة بين اللغة وأشكال التفاعل. أما في الرموز "الأولية" فلم يحصل مثل هذا النوع من الانقسام، بحيث أن اللغة تتصف هنا بفقر مفهومي connotative وبنقص في خبرات الجسد التاريخ حياتية.

فإذا ما ذهبنا من أنه في خبره مقيدة للتنشئة الاجتماعية يكون أيضاً مبني بشكل غير كافٍ في أشكال التفاعل، عندئذ تتضح لنا من ذلك أيضاً الهوامات اللاشعورية غير المبنية (المتفككة) للمرضى بأمراض نفسية جسمية، التي ترتبط باللغة في علاقة ابتدائية فقط (قارن De Boor, 1964). ويتم إيضاح فرط التكيف الاجتماعي من خلال الفرضية القائلة إنه بنتيجة وجود تمايز ناقص تبقى كذلك حالات التوتر غير متميزة وبلا معنى. وتتنشأ حالات التوتر كترابط بين خبرات الانفصال ويتم تجنبها من خلال إصلاح "الفوضى الأولية" (Primary confusion) (Sandler & Joffe, 1967) بصورة الأم. وعلى أساس هذا العوز النرجسي يتجنب المرضى بأمراض نفسية جسمية أنماط السلوك العدوانية ويطورون وظائف أدائية فأننا وبشكل خاص فيما يتعلق بالوصول بأنفسهم إلى تطابق مع توقعات الأم أو مع صورهم البديلة اللاحقة "الشخص الرئيسي" (Engel, 1955) ("Key Figure").

وفي هذا التصور يلعب "فقدان الموضوع"، أي الانحلال الهومي المهدد أو الواقعي للعلاقة النرجسية بالموضوع الأومومي البديل دوراً مركزياً بالنسبة لتشكيل العرض النفسي الجسدي. ويعني انحلال هذه العلاقة بالنسبة للمريض النفسي الجسدي إعادة إحياء تلك المواقف الباكرة التي أثّرت فيها حالات توتر مزعجة نتيجة الانفصال. وعندئذ يعتبر العرض النفسي الجسدي على أنه نتيجة للمحاولات

(المتنحية) للمرضى

بأمراض نفسية جسدية، التي ترتبط باللغة هي علاقة ابتدائية فقط

يلعب "فقدان الموضوع"، أي الانحلال الموممي الممدد أو الواقعي للعلاقة النرجسية بالموضوع الأهمومي البديل دوراً مركزياً بالنسبة لتشظّل العرض النفسي الجسدي.

يعتبر العرض النفسي

الجسدي على أنه نتيجة للمحاولات المتجددة للتغلب على توتراته الجسد غير المتميزة المثارة ثانية.

وهذا النمو اللاشعوري

للأهمية يوضع لماذا غالباً ما يكون المرضى بمرض نفسي جسدي مستثارون أنفعالياً عند أكثر عندما يصفون جسدكم مما هو الأمر عليه عندما يصفون علاقاتهم بالموضوع.

المتجددة للتغلب على توترات الجسد غير المتميزة المثارة ثانية. ويرجع تسييف هنا إلى فكرة لشور 1974 ويفترض بأنه لا يتم تقييم الموقف الراهن بشكل نكوصي فحسب وإنما يُردّ عليه بشكل نكوصي. وقد وصف إنجل وشماليه 1978 التصور نفسه بالتحويل. ويقصد بهذا، أن أشكال التفاعل اللاشعورية المتجددة في هذا الموقف تكون خاضعة لشروط أنه لم يعد هناك مواضيع بديلة متوفرة. وفي السياق تتم إزاحة التمثيلات إلى معطيات خارجية ملموسة (للهواء أو للتحسس أو لجهاز التنفس [البخاخ] لدى مرضى الربو على سبيل المثال) أو إلى حادث جسدي. وبهذا تكتسب أهمية لاشعورية في خبرة المريض. وهذا النمو اللاشعوري للأهمية يوضح لماذا غالباً ما يكون المرضى بمرض نفسي جسدي مستثارون أنفعالياً عند أكثر عندما يصفون جسدكم مما هو الأمر عليه عندما يصفون علاقاتهم بالموضوع.

ويعقب هذا النمو اللاشعوري للمعنى استجابة من الآليات الفيز ومرضية. ويعزى سبب ذلك إلى أنه على أساس من الخبرة المقيدة لدى المريض النفسي الجسدي تكون أيضاً حالات الوظائف الجسدية مختلة البناء. وبما أن حالات الوظائف الجسدية لا ترتبط بعلاقة مع بعضها إلا من خلال بناء "أشكال التفاعل" ولا تتوافق مع بعضها إلا طبقاً لخبرة الحياة، فإنه تحت شروط خبرة التنشئة الاجتماعية الأولية المقيدة تبقى بنية تناغمها على ذلك المستوى من عدم التمايز الذي وصفه غرينكر في عام 1953 على سبيل المثال "بالطفالة الفيزيولوجية" physiological Infantilism . ويتجدد هذا التناغم المختل التنشئة الاجتماعية

غير المنتظم نسبياً لعمليات الجسد عند وجود انحلال مهدد أو واقعي لعلاقة موضوع نرجسية. وهنا يستجاب جسدياً بطريقة "النمط الأولي" أو "عشوائية" على النمو اللاشعوري للأهمية. ومع الاستجابة الجسدية ينسحب المريض نحو تلك المستويات الفيزيولوجية من التفاعل، التي كانت فيها العضوية الطفلية والأمومية مرتبطان مع بعضهما برابطة متحدة. ومن خلال ذلك تنسحب علاقات الموضوع إلى حالة ارتباط بيولوجي للمثير والاستجابة.

ويطرح هذا التصور مسائل مفتوحة أيضاً. فعلى الرغم من تحديد الشروط العامة التي تحدد من خلال اختيار العضوية أيتها أماكن تشكل العرض، إلا أنه لم يتم المعطيات الخاصة (بالاستجابة الجسدية؟)، التي تجعل مسؤولة عن العرض الجسدي الخاص. وكذلك لم تحل في هذا التصور مشكلة ما يسمى "البنى المشتركة" التي يمكن إثباتها في الأمراض العصابية والنفسية الجسدية على حد سواء. فمثلاً لم تتم حتى الآن تحت شروط خبرة أولية مقيدة للتنشئة الاجتماعية دراسة حادث "فك الترميز De-symbolization " الذي يحتل في الأمراض العصابية ضمن هذا الإطار المفاهيمي موقع الصدارة.

10 الطب الأنتروبولوجي ليفيكتور فون فايتسكرو

تطرح الأفكار التي سنناقشها في النهاية ليفيكتور فون فايتسكرو حول الطب الأنثروبولوجي حالة خاصة من ناحية أنه لا يتعلق الأمر في تصوره بمفهوم تحليلي نفسي لتشكل العرض النفسي الجسدي بالمعنى الضيق. لقد أصبح فيكتور فون فايتسكرو الذي كان يعمل في البداية فيزيولوجياً وفيلسوفاً ولاحقاً

وبما أن حالاته الوظائفية الجسدية لا ترتبط بعلاقة مع بعضها إلا من خلال بناء "أشكال التفاعل" ولا تتوافق مع بعضها إلا طبقاً لخبرة الحياة، فإنه تحت شروط خبرة التنشئة الاجتماعية الأولية المقيدة تبقى بنية تناغمها على ذلك المستوى من عدم التمايز الذي وصفه هيرينغر في عام 1953 على سبيل المثال "بالطفالة الفيزيولوجية

ليس كل مرض بالنسبة لفون فايتسكرف قدر موضوعي فحسب وإنما يمتلك معنى شخصياً كلية في تاريخ ومنظ حياة الفرد.

"إن مشكلة الإنسان في الطب-أو بشكل خاص في هذا النوع الجديد من الطب-هي أنه، الإنسان، مرضه، الذي ينبغي فهمه كجزء من بيوغرافيته الكلية لا يمتلكه فحسب وإنما يصنعه. إنه ينتج المرض، الذي هو حركة تعبيرية، لغة جسده، كما يشكل أية حركات تعبيرية وأي حديث آخر.

طبيباً عصبياً داخلياً أحد مؤسسي الطب النفسي الجسدي في ألمانيا. وقد طبعت مقابله وجدله مع سيجموند فرويد تصوره الفلسفي المستقل والذي لم ينضب حتى اليوم إلى مدى واسع. وسوف نقتصر هنا على مقطع صغير من أثره، ألا وهو رسم بعض العناصر الأساسية القليلة لما يرتبط باسمه من "الطب الانثروبولوجي" أو "مدخل الشخص إلى الطب Einführung des Subjects in die Medizin" (وإلى البيولوجيا).

مستنداً إلى تعاليمه حول دائرة الجشطalt circle طور انثروبولوجيا، تحاول فهم الإنسان في علاقته " بفهم لماذا لا يستطيع نفسه أن يكون موضوعاً " (von Weizsäcker , 1973). إنه إنسان مصاغ كجزء من الطبيعة من خلال حالات وجوده المرضية Pathic و الحقيقية Ontic، والتي يمكن توضيحها من خلال المفهوم المركزي بالنسبة لفايتسكرف "الأزمة". فالشخص مهدد دائماً بالنسبة له في وجوده بأزمات (التي يمكن أن تنعكس طبيياً من خلال الأمراض مثلاً) من جهة، ويمتلك من جهة أخرى إمكانية إيجاد نفسه. فالأزمة تحدد إذاً نقطة تحول، بل أنها أقرب لأن تكون "وسيلة حدث بيولوجي" (Schneemann, 1967). ويلخص فايتسكرف بنية مثل هذه الأمراض الأزماتية التي غالباً ما تمتلك طبيعة ممثّل أو نائب لصراع غير محلول على الشكل التالي:

" يوجد موقف ما، يضاف إليه نزوع، يرتفع التوتر، تزداد حدة الأزمة، يعقب ذلك حدوث المرض، ومع المرض، بعده يكون القرار موجوداً؛ فقد أنجز موقف جديد ويعم الهدوء؛ وينبغي الآن عدم رؤية الربح والخسارة، كل شيء مثل وحدة تاريخية: تحول، انقطاع أزماتي، تحول (von Weizsäcker , 1935).

ليس كل مرض بالنسبة لفون فايتسكرف قدر موضوعي فحسب وإنما يمتلك معنى شخصياً كلية في تاريخ ومنظ حياة الفرد. "إن مشكلة الإنسان في الطب-أو بشكل خاص في هذا النوع الجديد من الطب-هي أنه، الإنسان، مرضه، الذي ينبغي فهمه كجزء من بيوغرافيته الكلية لا يمتلكه فحسب وإنما يصنعه. إنه ينتج المرض، الذي هو حركة تعبيرية، لغة جسده، كما يشكل أية حركات تعبيرية وأي حديث آخر. وما زلنا حتى الآن لم نفهم هذه اللغة بشكل واضح، إلا أننا نقترّب منها دائماً بشكل أقرب" (von Weizsäcker , 1935).

ويستند مفهوم فايتسكرف للشخص Subject، إلى إنسان، مُحدد في مرضه من خلال تاريخيته وتنشئته الاجتماعية وغائيته بالمقدار نفسه (v. Rat, 197). ولهذا على سبيل المثال عواقب بالنسبة لفهم المرض: "المرض موجود الآن بين الناس، إنه أحد علاقاتهم وأشكال مواجهته. وهنا يبدأ الطب الانثروبولوجي" (von Weizsäcker , 1947). وهنا يصف العلاقة بين الجسد والروح بأنهما "تتعامل متم" تصوير (عَرَض) وإيضاح متبادلين "لقد سمعنا أن وظائف العَرَض متبادلة: الجسد، يصور الجسد، والجسد يصور الروح. المهم في هذا التبادل هو أنهما يمثلان بعضهما" (von Weizsäcker , 1948). وقبل نشوء الطب الاجتماعي أو علم الاجتماع الطبي بوقت طويل أكد فايتسكرف بشكل مستمر على البعد الاجتماعي للمرض بشكل نقدي وحاول يؤسسه نظرياً. (von Weizsäcker , 1955). وتشتمل الأنثروبولوجيا الطبية لديه بشكل حتمي وفقاً لمبدئه الغائية وطبيعية مخطط الحياة ومسألة المعنى.

وهنا بشكل خاص يكمن نقده للتحليل النفسي وللطب النفسي الجسدي الذي يطرح "وجهات نظر نفسية" فقط مضيفاً أسلوب التفكير الفيزيائي-الجسدي الذي لا بد من الاحتفاظ به بدون تغيير بشكل مكمل. " إن الطب النفسي الجسدي غالباً ما يسأل: ما هو هذا الإنسان؟ أما الطب الأنثروبولوجي فيسأل: ما الذي سيكون عليه هذا الإنسان؟ ولكن بالطبع لن يتخلص من المرضي وحقيقة الوجود. ... (v. Weizsäcker & Wyss, 1957)

وفي مكان آخر يسأل مستغرباً: "لماذا دائماً مشاعر ذنب فقط وليس الذنب ؟. (von Weizsäcker, 1949).

وبالذات فقد أعاق الإصرار الذي طرح من خلاله بعد مسألة المعنى والقيمة في سياق المرض دمج تصوره المهم في الطب. يرتبط هذا أيضاً بأن مفهوم المرض كان بالنسبة له لا ينفصل إطلاقاً عن علاقة المريض بمحيطه الإنساني، وبمكانه في المجتمع. المرض هو دائماً بالنسبة له شيء مثل السقوط من الاستقامة، صدع في تحقيق الحياة "الصحيحة"، التي يمكن تحقيقها؛ كسر في التضامن المتبادل المبني عليه الناس. وبهذا لم يعد بالإمكان كثيراً عزل وقصر المرض على وظائف العضو المضطربة، على عوامل موضوعية خالصه، على مثيرات ما للمرض على سبيل المثال. إنه موجود بالنسبة له "بين الناس"، أي بين المريض والطبيب، وي طرح بهذا بشكل صارم السؤال عن صدق وتضامن ومسؤولية الطبيب. ويشتمل هذا المفهوم للمرض على مسألة المعنى الشخصية كلية للحياة الإنسانية ك المعاناة وصولاً إلى الخبرات الدينية، حيث يكتسب بالنسبة له "الطب النفسي الجسدي المفهوم بحق" من خلال ذلك (... طابعاً متداعياً (von Weizsäcker, 1949\50) غير أن هذا التحدي لبديهية الطب ومثاليه يظل حسب تقدير دي بور وميتشيرليش "نداء ثورة لم نستطع نحن ممثلو السيكوسوماتيك التحليلي القيام بها في السنوات 23 الماضية" (De Boor & Mitscherlich, 1973).

لم يعتبر أحد مثل فون فايتسكير أسلوب المدخل النفسي الجسدي على أنه تخصص "الطب النفسي الجسدي"، وإنما اعتبره تغييراً ثورياً للطب والبيولوجيا ككل وهنا لا بد من أن نلاحظ بصورة نقدية بأن تصوره الأخاذ غالباً ما يستخدم مفاهيم متبدلة جداً ويصعب تحقيقها في الممارسة الطبية اليومية، الأمر الذي لم يكن مفيداً دائماً بالنسبة للمسألة. وعندما يندفع فون فايتسكير اللاحق نحو فرضية، أن كل مرض يتضمن ذنباً لا شعورياً... (von Weizsäcker, 1965)، فإنه يقترب بهذا من الأفكار الدينية القديمة، التي فسرت المرض نتيجة للذنب. بالإضافة إلى ذلك فقد فتح بمسألة غائبة الإنسان ومرضه أرضاً جديدة مهمة، تم تجنبها حتى الآن من قبل الطب والتحليل النفسي بالمقدار نفسه. لقد احتضن دي بور وميتشيرليش مسألة حاسمة لفيكتور فون فايتسكير من جديد ويلحان على تدقيقها: "الجسد والروح يتراقان مع بعضهما البعض، هذا ما صاغه فون فايتسكير، ولكن بأي توليف؟

ما زلنا حتى الآن لم نفهم هذه اللغة بشكل واضح، إلا أننا نقترب منها دائماً بشكل أقرب

" إن الطب النفسي الجسدي غالباً ما يسأل: ما هو هذا الإنسان؟ أما الطب الأنثروبولوجي فيسأل: ما الذي سيكون عليه هذا الإنسان؟ ولكن بالطبع لن يتخلص من المرضي وحقيقة الوجود. ..."

" الجسد والروح يتراقان مع بعضهما البعض، هذا ما صاغه فون فايتسكير، ولكن بأي توليف؟

إرتباط كامل النص:

<http://www.arabpsynet.com/Documents/DocRudwan-SymptForm.pdf>

بمناسبة الذكرى 15 لاطلاق " شبكة العلوم النفسية العربية " على الويبج (الذكرى 18 لتأسيسها)

تنظم مؤسسة العلوم النفسية العربية

www.arabpsynet.com

البرنامج

مساء يوم 12 جوان

الاعلان عن الفائز بالتكريم بلقبه الراسخون في العلوم النفسانية للعام 2018
(يتواصل في هذا اليوم رئيس الشبكة و مقرر لجنة التكريم هاتفيا ، بالشخصية الى حظيت بالتكريم لعلامها فوزها و
تمننتها ثم التنزيل على الشبكة)

13 جوان 2018

اليوم السنوي لـ: الموقع العلمي " شبكة العلوم النفسية العربية "
اصدار الفصل الاول من " الكتاب السنوي 2018 للشبكة عن منجزات الموقع العلمي

14 جوان 2018

اليوم السنوي لـ: الدوريات و المجلات في علوم وطب النفس
اصدار الفصل الثاني من " الكتاب السنوي 2018 للشبكة عن الاصدارات الدورية

15 جوان 2018

اليوم السنوي لـ: الاصدارات المكتبية في علوم وطب النفس
اصدار الفصل الثالث من " الكتاب السنوي 2018 للشبكة عن الاصدارات المكتبية

16 جوان 2018

اليوم السنوي لـ: الاصدارات المعجمية في علوم وطب النفس
اصدار الفصل الرابع من " الكتاب السنوي 2018 للشبكة عن الاصدارات المعجمية

17 جوان 2018

يوم الجوائز و التكريم في علوم وطب النفس
اصدار الفصل الخامس من " الكتاب السنوي 2018 للشبكة عن الجوائز و التكريم

18 جوان 2018

اليوم السنوي لـ: المتجر الالكتروني لمؤسسة العلوم النفسية العربية
اصدار الفصل السادس من " الكتاب السنوي 2018 للشبكة عن نشاط المتجر الالكتروني

19 جوان 2018

اليوم السنوي للانطباعات و الآراء حول الشبكة : الكتاب الذهبي
اصدار الفصل السابع من " الكتاب السنوي 2018 للشبكة عن الكتاب الذهبي

20 جوان 2018

اليوم السنوي لـ: المساندة و الاعلانات

اصدار " الكتاب السنوي 2018 لشبكة العلوم النفسية العربية "

" منجزات خمسة عشرة عاما من العطاء "