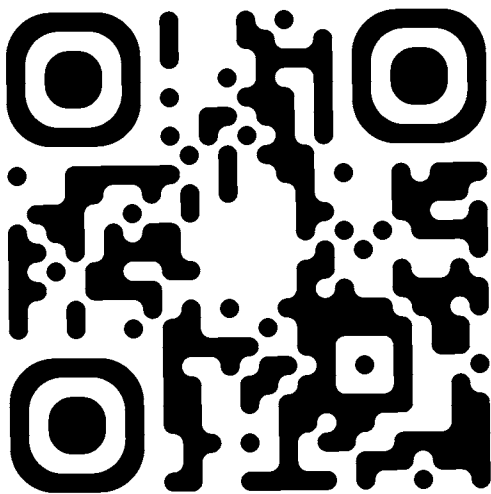


الطبعة المصرية

مكتبة

لماذا نكتب  
وكيف نتعافى  
د.هَمَّام يَحْيَى

تنمية صوتنا  
// Growth //



سجل في مكتبة

اضغظ الصفحة

SCAN QR

**لماذا نكتب وكيف نتعافى**

# لماذا نكتب وكيف نتعافى

د. همّام يحيى

طبعة خاصة لمصر عام 2025

رقم الإيداع : 2025/2673

التراقيم الدولي : 978-633-8281-07-6

جميع الحقوق محفوظة



## تنمية

١٩ شارع هدى شعراوي من شارع طلعت حرب - وسط البلد، القاهرة

محمول: 201007201056

هاتف: 00202 / 23926279

Email: khaled\_tanmia@hotmail.com

## صوفيا

//Σοφία

الكويت - حولي - الدائري الثالث - مجمع بروميناد - ميزانين 2

البريد الإلكتروني: info@sophiareads.com

هاتف: +965-52224643



@sophia\_kwt

تصميم الغلاف: أسماء العنيزي

تدقيق لغوي: جعفر حجاوي

# لماذا نكتب وكيف نتعافى

د. همّام يحيى

مكتبة

[t.me/soramnqraa](https://t.me/soramnqraa)

2025

صوفا  
"Σοφία"

  
تنمية

# الفهرس

7	مقدمة
11	القسم الأول: لماذا نكتب
13	تمهيد
19	الفصل الأول: ما هو الاكتئاب؟ حديث الأعراض
27	الفصل الثاني: ما هو الاكتئاب؟ حديث التجربة
33	الفصل الثالث: العوامل البيولوجية
53	الفصل الرابع: العوامل النفسية في الاكتئاب
65	الفصل الخامس: العوامل الاجتماعية والثقافية
81	الفصل السادس: مسابقة شد الجبل
89	الفصل السابع: كيف أعلم أنني مصاب بالاكتئاب؟ ومتى أراجع طبيباً؟
97	القسم الثاني: كيف نتعافى من الاكتئاب
99	الفصل الأول: كيف يبدو التعافى من الاكتئاب
115	الفصل الثاني: النوم
127	الفصل الثالث: الرياضة
133	الفصل الرابع: التغذية
147	الفصل الخامس: العلاقات
165	الفصل السادس: الامتحان، الحضور الذهني، التفكير
177	الفصل السابع: الاكتئاب والدين والروحانية
203	الفصل الثامن: العلاج النفسي، تعريف عام
214	العوامل المشتركة بين العلاجات النفسية المختلفة
221	الفصل التاسع: العلاج الإدراكي السلوكي
245	الفصل العاشر: التحفيز السلوكي
255	الفصل الحادي عشر: العلاج النفسي الديناميكي
275	الفصل الثاني عشر: علاج الحيز الاجتماعي Interpersonal Psychotherapy
283	الفصل الثالث عشر: مضادات الاكتئاب
303	الفصل الرابع عشر: العلاج بتعديل النشاط العصبي Neuromodulation
313	الفصل الخامس عشر: الاكتئاب و«مدربو الحياة Life Coaches»
325	خاتمة



# مقدمة مكتبة

t.me/soramnqraa

بدأتُ هذا الكتاب في ذهني قبل سنواتٍ من أوّل كلمةٍ كتبتها فيه بالفعل. رافقتني فكرته وأسئلته وفصوله وتفصيله عبر الأعوام، وكم خضتُ مع نفسي نقاشاته متسائلًا ومُجيبًا ومُحاورًا ومُحاجًا وباحثًا ومتأملًا.

وخلال ذلك كُلّه، كان علاج المُصابين بالاكْتئاب - وما زال - جزءًا أساسيًا من عملي اليومي، ولا يُمكنني أن أحصي الساعات الطوال التي قضيتها مستفهمًا عن مُعاناتهم ومُفكرًا في العلاج الأنسب لكلّ منهم ومتأملًا في تجربتهم.

إن كان لي أن أختار كلمةً واحدةً قادتنِي في هذا المسعى، فهي «الإصغاء». الإصغاء لما يقوله المرضى عن مُعاناتهم وتجربتهم وحياتهم، والإصغاء لما يقوله الدليل العلمي حول أسباب الاكْتئاب وتجلياته وعلاجاته، والإصغاء لصوت تفكيري وأسئلتي ومُساءلاتي وبحثي المُضني في كُلّ ما يتصل بهذه الظاهرة شديدة التركيب ومتعددة الأوجه ومتنوعة المستويات.

هذا الكتابُ هو خلاصةُ هذه الإصغاءات الثلاثة.

وفي مساعي هذا، توخيتُ بكلّ طاقتي البشريّة أن أعطي للدليل العلميّ الموثوق الاعتبارَ الأوّل، فلا شيء أنفع لطالب العافية وطالب المعرفة من القول العلميّ الموثوق. وحاولتُ أن أعرض ذلك في قالبٍ

سهل ولغة قريبة وأمثلة كثيرة، دون الخوض في القضايا التقنية الشائكة.

ورغم علمي واهتمامي بكثير من النقاشات ذات الطابع الفكري أو الإيديولوجي أو الديني أو النقدي مما يدور حول الاكتتاب خصوصاً والأمراض النفسية عموماً، إلا أنني ركزت في هذا الكتاب على فهم كيفية حصول الاكتتاب وعوامل حدوثه «لماذا نكتب؟»، وعلى طرق وآليات ومسارات ووسائل التعافي «كيف نتعافى؟»

وحين يتعرّض هذا الكتاب للقضايا الجدلية التي تدور حول الاكتتاب، فهو يقوم بذلك بالقدر الذي يراه مرتبباً بالفهم الأساسي للاكتتاب، والمعرفة اللازمة للتعافي منه، وبالتالي، فبعض هذه القضايا مطروحة بكثافة مع أنها جدلية، مثل وسائل التواصل الاجتماعي والعلاقات والتدين، لأن لها تأثيراً كبيراً ومباشراً على فهم الاكتتاب وفهم التعافي منه.

وهذا الكتاب موجّه للجميع، إذ أطمح أن يجد المصاب بالاكتتاب فيه ما يعينه على التعافي، وأن يجد المتعافي من الاكتتاب فيه ما يعينه على دوام التعافي، وأن يجد قريب أو صديق المصاب بالاكتتاب فيه إجابة لبعض أسئلتهم وطرقاً للمساعدة، وأن يجد المثقف فيه معرفة جديدة ومثيرة للاهتمام.

وأطمح كذلك أن يجد فيه زملائي المتخصصون معرفة جديدة أو طرقاً مفيدة لتوصيل ما يعرفونه سلفاً لمن يعالجونهم ويرشدونهم في رحلة التعافي.

ولا يمكن للكلمات أن تحيط بشكر من لهم فضل علي في إتمام هذا الكتاب، وأولهم مرضاي الذين تعلمت من صبرهم وجلدهم

وسعيهم نحو العافية ما لا يُمكنُ للكتِّبِ أن تنطقَ به، والشُّكْرُ الجزيلُ  
لوالديَّ على ما ربَّاني عليه من محبَّةِ الخيرِ للنَّاسِ ومحبَّةِ تعليمِهِ،  
ولزوجتي وابتنيَّ على غامرِ الدَّفءِ والحُبِّ، ولأصدقائي الذين  
آزروني وشجَّعوني خلالَ الكِتابةِ، ولأساتذتي الذين أدينُ لهم بفضلِ  
العلمِ وفضلِ الإلهامِ، ولآلافِ الباحثينَ في هذا الموضوعِ المُركَّبِ  
وما أضافوه للمعرفةِ البشريَّةِ وأسهموا به في رحلةِ التَّعافي. والشُّكْرُ  
موصولٌ للصديقةِ الكريمةِ الأستاذةِ رزان المرشد مُديرةِ دارِ صوفيا  
للنشرِ على رِعايةِ هذا الكِتَابِ حتَّى رأى النورَ.

د. همّام يحيى

أيار/ مايو 2024



القِسْمُ الأولُ: لماذا نكتب

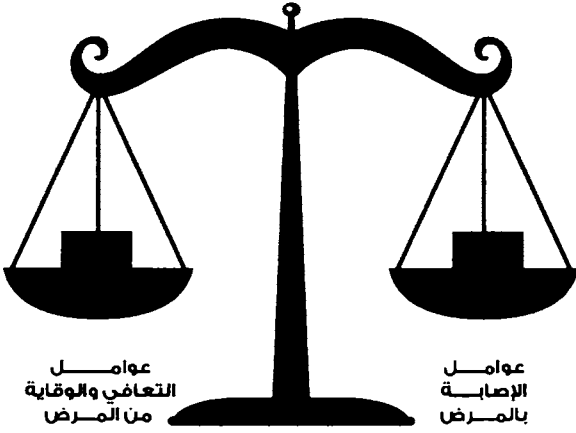


## تمهيد

لماذا نكتب؟ كثيراً ما يُطرح هذا السؤال، ونادراً ما يحظى بإجابة شافية، ولعلّ السبب هو أنّ الإنسان تواقٌّ دائماً إلى علاقاتٍ أكثر بساطةً بين الأشياء، أي علاقة على شكل سبب ← نتيجة، وهذا أمرٌ طبيعيٌّ ومفهومٌ.

لكنّ الاعتلالات النفسية، ومن بينها الاكتئاب، ظواهرٌ إنسانيةٌ معقّدة. هي معقّدةٌ في ذاتها، ومعقّدةٌ كذلك في علاقاتها بعواملها وأسبابها.

قبل أن نُجيبَ على هذا السؤال، لنأخذ خطوةً إلى الوراء ونتحدّث قليلاً عن الأمراض البدنية، من قبيل الضّغط والسكرى والعدوى الفيروسية وغيرها. لو تساءلنا: «لماذا نُصابُ بالسكرى؟» فلن نجدَ في الحقيقة إجابةً بسيطةً. ما نعلمه هو أنّ هناك مجموعةً من العوامل ترفع احتمالَ الإصابة بالسكرى، من قبيل وجود جيناتِ السكرى في العائلة والسمنة في الطفولة وغيابِ نمط الأكل الصّحّي ونقص النشاط البدنيّ، وإذا التقى عددٌ كافٍ من هذه العوامل في شخصٍ معيّن، فإنّه يُصاب بالسكرى. انظر الصّورة التوضيحية رقم (1).



الصورة رقم (1): في أكثرِ أمراضِ الإنسان، هناكُ عواملٌ تزيدُ من احتمالِ الإصابة، وعواملٌ أخرى تُقلِّلُ منها. حصولُ المَرَضِ يعني أن أثرَ عواملِ الإصابة قد فاقَ أثرَ عواملِ الوقايةِ والتَّعافيِ.

في مجال الطبِّ والصِّحة، العلاقات البسيطة المباشرة من قبيل سبب ← نتيجة هي الاستثناء النادر وليست القاعدة الشائعة. مثلاً، هناك مرضٌ اسمه «فقر الدَّم المنجليّ Sickle Cell Anemia» ينتج عن وجودِ جينٍ محدّدٍ لدى المُصاب، والعلاقة بين هذا الجين وهذا المرض علاقةٌ سببيّةٌ مباشرة، بمعنى أن وجودَ الجين يؤدي بشكلٍ مؤكّدٍ إلى وجودِ المرض. الأمراض التي على هذه الشاكلة قليلةٌ ونادرة، وأظنُّ أن القارئ لو طُلِبَ منه أن يذكرَ أوّلَ عشرةِ أمراضٍ تخطرُ على باله فلن يكونَ من بينها مرضٌ من هذه الفئة.

في المُقابل، غالبية الأمراض التي نعرفُ أسماءها ونسمعُ عنها وتصيبُ أقاربنا ومعارفنا وتصيبنا نحن تنتمي إلى الفئة الأخرى، أي الفئة التي يُصابُ الإنسانُ بها حين تلتقي مجموعة من العوامل وتتضافرُ إلى درجةٍ تؤدّي لوقوع المرض، وتحت هذه الفئة سنجدُ السَّكري والضغط وأمراض القلب والجلطات الدماغية وأنواع السرطان المختلفة وضيق المجاري التنفسية وغيرها.

ولأن وجود «سبب» لأيّ مرض أمرٌ نادرٌ للغاية، لا يستخدمُ الطبُّ أصلاً تعبير «أسباب الأمراض»، بل يستخدمُ عوضاً عن ذلك تعبير «risk factors» أي «عوامل الإصابة»، وتعني العوامل التي يؤدّي وجودها إلى ارتفاع احتمال الإصابة بمرضٍ ما.

ولكي تترسَّخُ الفكرةُ لدى القارئ، سأضعُ هنا جدولاً يذكرُ مجموعة من الأمراض التي تنتمي إلى الفئتين: فئة الأمراض ذات العامل الواحد - أو لها «سبب» واضح - وفئة العوامل المتعددة، وليرَ القارئ بنفسه أن الفئة الثانية تُشكّلُ أكثر ما يعرفه من أمراض:

أمراض العوامل المتعدّدة	أمراض العامل الواحد (أولها "سبب")
الضغط	الأنيميا المنجلية
السكري	التليف الكيسي Cystic Fibrosis
أمراض القلب	مرض تاي ساكس
السرطان	مرض هنتينغتون
الجلطات الدماغية	مرض دوشين للاعتلال العضلي
ضيق المجاري التنفسية asthma	غالاكتوزيميا
مرض ألزهايمر	مرض نقص المناعة الشديد المزدوج SCID
مرض باركينسون	الورم العصبي الليفي (النوع الأول)

إلى أيّ فئة يعتقد القارئ أنّ الأمراض النفسية تنتمي؟

الجواب واضح لا لبس فيه، فالأمراض النفسية تنتمي لأمراض العوامل المتعدّدة قطعاً. بالتالي، يُصبح السؤال عن «سبب» الاكتئاب سؤالاً ينافي الواقع، والسؤال الصحيح هو: ما هي العوامل التي تزيد احتمال الإصابة بالاكتئاب؟

سنبدل مساحةً واسعةً من هذا الكتاب للإجابة على هذه السؤال. ولكن قبل ذلك، لتحدّث عن الاكتئاب نفسه.

## ما هو الاكتئاب؟

هناك طريقتان أساسيتان لإجابة هذا السؤال، هما:

1. تعداد أعراض الاكتئاب وشرح كلٍّ منها.

2. وصفُ الاكتئاب كتجربةٍ معيشة.

وسنجيبُ عن السؤال بالطريقتين تَباعاً.

مكتبة  
[t.me/soramnqraa](https://t.me/soramnqraa)



## الفصل الأول: ما هو الاكتئاب؟ حديث الأعراض

تُصدر الجمعية الأمريكية للطب النفسي دليلًا شاملًا للأمراض النفسية كلَّ بضعة أعوام، يشتملُ على معايير تشخيص كلِّ مرض نفسي بالتفصيل. النسخة الأحدثُ من هذا الدليل هي الخامسة وصدرت عام 2013. يُقسّم هذا الدليل الأمراض النفسية إلى مجموعاتٍ كبرى، إحداها مجموعة «الاضطرابات الاكتئابية»، ومن بينها «اضطراب الاكتئاب الكبير (Major Depressive Disorder)».

حينما يتحدّث الأطباء النفسيون عن «الاكتئاب» هكذا بإجمال، فهم أحيانًا يقصدون اضطراب الاكتئاب الكبير تحديدًا، وأحيانًا يقصدون حالة الاكتئاب بعموم، وهذا يشمل أنماطًا أخفّ وطأة وأقلَّ شدةً من الاكتئاب الكبير، بالإضافة إلى الاضطرابات الاكتئابية الأخرى. هذه الحالات جميعها تشتركُ في عَرَضٍ «انحطاط المزاج» باعتباره السمة المُميّزة للاضطرابات الاكتئابية عمومًا، وتختلفُ في الأعراض الأخرى ومدّتها وفي نواحٍ أخرى مختلفة.

سنشرحُ هنا أعراض الاكتئاب الكبير بالتفصيل كما يُقدّمها دليلُ الأمراض النفسية، وليتذكّر القارئ أنّ هذا الاضطراب هو الحالة القُصوى من الاكتئاب، وأنّ كثيرًا من البشر يُمكنُ أن يكونَ عندهم «اكتئاب» بدرجة أقلَّ أو بشكلٍ أخفّ حدّة. ما سنقولُه في ثنايا الكتاب

عن «الاكتئاب» عمومًا ينطبق على الاكتئاب الكبير، وينطبق كذلك على كثير من حالات الاكتئاب الأقل شدة.

إذا ما نظرنا في دليل الأمراض النفسية الخامس، فسنجدُ الأعراض التالية مذكورة باعتبارها أعراض الاكتئاب الكبير. يُخبرنا الدليل أن وجود خمسة منها لمدة أسبوعين يُدخل المرء في دائرة الاكتئاب الكبير (يجب أن يكون من بين الأعراض الخمسة واحدٌ من العرضين 1 أو 2 على الأقل).

1. انحطاط المزاج مُعظمَ اليوم وكلَّ يوم تقريبًا. هذا يشملُ الشُّعور الدَّاتي بانحطاط المزاج، أو الحزن الشديد، أو الشُّعور بالخواء، أو الشُّعور بأن لا أمل ولا مخرج، ويشملُ أيضًا ملاحظة الآخرين للشخص بأنه دائمُ البكاء أو خاوٍ من حيويته المعروفة أو حزين وهائمٌ طيلة الوقت.

2. فقدانُ الاهتمام بالأمر التي اعتادَ المرء على الاهتمام بها وعلى تحصيل الرضا والسُّرور والمتعة من خلالها، وأن تكونَ هذه هي حالُ المرء مُعظمَ اليوم وكلَّ يوم، وتشملُ جميعَ أو أكثرَ ما اعتادَ المرء على التمتع به أو تحصيل الرضا والسُّرور من خلاله. مثلاً، أن يكونَ من عادة المرء مُعظمَ الأيام أن يخرجَ للمشي صباحًا ويعودَ نشيطاً مُستبشراً، وأن يُشاهدَ سلسلةً وثائقيةً بانتظام واهتمام، وأن يُلاعبَ أولاده بمرح حين يعودونَ من المدرسة، ثم تُصبحُ حاله أن لا يذهبَ للمشي مُعظمَ الأيام وأن يعودَ منه متثاقلاً مغتماً إن فعل، وأن يتوقفَ عن مشاهدة برنامجهِ المفضل، وأن يستقبلَ أولاده من المدرسةِ بابتسامة مكتومة أو دموع محتقنة، وأن يُجهدَ نفسه في إظهارِ الحفاوة بهم بعد أن كان ذلك يخرجُ منه طبيعياً سهلاً بلا تكلف. في

العادة، فُقدانُ المرءِ للقدرة على الشعور بالسرور تجاهَ أولاده الصغار أو أحفاده مؤشِّرٌ قويٌّ على وجودِ الاكتئاب، فصغار المرءِ وأحفاده قادرون في العادة على إخراجِه من الغمِّ العاديِّ أو المتاعبِ اليومية أو الحزنِ العابر وسوى ذلك ممَّا لا يرقى إلى درجةِ الاكتئاب.

3. فُقدانُ كبيرٍ للوزن من دونِ حمية، أو زيادةٌ كبيرةٌ في الوزن (أيُّ تغييرٍ للوزن بمقدار 5 بالمئة صُعودًا أو هبوطًا)، أو الهبوطُ الملحوظُ للشهية، أو الارتفاعُ الملحوظُ للشهية، وأن يكونَ هذا هو الحالُ معظمَ اليوم وكلِّ يوم تقريبًا. من المعروف أن التوتُّراتِ العاديةِ والحزنَ العابرَ ومتاعبَ الحياةِ تؤدِّي بكثيرينَ إمَّا إلى أن يعوفوا الطَّعامَ لبعضِ الوقتِ أو إلى أن يُفْرِطوا في الطَّعامِ لبعضِ الوقتِ. هذا أمرٌ شائعٌ وليس هو ما نقصدهُ هنا، إذ نحنُ نتحدَّثُ عن حالةٍ مستمرَّةٍ تتجاوزُ ظرفًا طارئًا.

4. الأرق، أو النومُ المُفْرِطُ، كلُّ يوم تقريبًا. يُمكنُ للأرقِ أن يتخذَ أشكالًا عدَّة، مثلُ البقاءِ مستيقظًا لوقتٍ طويلٍ من دونِ حصولِ النومِ، أو الاستيقاظُ المتكرَّر، أو صُعوبةُ العودةِ للنومِ بعد الاستيقاظِ خلالَ الليل، أو الاستيقاظُ قبلِ الموعدِ المرغوبِ بوقتٍ غيرِ قليلٍ والبقاءُ مستيقظًا حتَّى طلوعِ النَّهارِ. أمَّا النومُ المُفْرِطُ فهو غالبًا نومٌ مُجهَّدٌ لا يَشعُرُ المرءُ بعدَه بتجديدِ النَّشاطِ أو دَفْقِ الحيويَّةِ.

5. التهيُّجُ الحركيُّ أو الهُمود الحركيُّ. التهيُّجُ الحركيُّ هو تلكَ الحالة من فقدانِ القدرة على الرُّكونِ والسكونِ، أو أن يشعُرَ المرءُ أنَّه هائجٌ في داخلِه أو مرَّجَلٌ يغلي، أو أن يشعُرَ أنَّه بحاجةٌ لحركةٍ دائمةٍ كي يُفَرِّغَ توتُّرَه، وأن تكونَ هذه المظاهرُ ملحوظةً لمن يُحيطُ بالمرءِ، وأن يصفوه بكلماتٍ من قبيل «متوتِّرٌ دائمًا» أو «مستنفرٌ» أو «هائجٌ»

أو «لا يَكِنّ ولا يهدأ.» أما الهُمودُ الحركيُّ فهو العكس، أي حالة الارتخاء المُفْرِط وتثاقُل الحركة وبُطء التَّفَاعُلِ الجسديِّ مع المُحيط.

6. الكلال والخمول وانعدامُ الطّاقة، وصُعوبة استجماع العزم للقيام بمهامّ الحياة ومتطلّباتها، أي شعورٌ عامٌّ بقوّة تشدُّ المرء إلى أسفل وتُعيِّقه عن النهوض والسّعي والحراك، وهذا شعورٌ يحصلُ في الذّهن أو الجِسم أو كليهما، بمعنى أنّ المرء قد يشعُرُ بانعدام الطّاقة الذهنيّة على فعلِ الأشياء، وقد يشعُرُ بشعورٍ جسديٍّ واضحٍ وملموسٍ بالثقل والانشدادِ إلى أسفل، وقد يشعُرُ بكليهما معاً.

7. الشّعور بانعدام القيمة أو الشعور بالذنب بشكلٍ غيرٍ منطقيٍّ ومبالغٍ فيه. وهذا يشملُ أن يشعَرَ المرءُ بأنّه عبءٌ على غيره، أو أنّه فاشلٌ متعطلٌ لا قيمةَ له، وأنّ وجوده وعدمه سواء. أمّا الشّعور بالذنب فيتجاوزُ مجردَ لومِ النّفس على حالة الاكتئاب وما يُرافقها من خُمولٍ وتعطلٍ، ويصلُ إلى تذكُرِ أخطاءٍ تجاوزها المرءُ أو عثراتٍ تخطأها والشّعور بذنبٍ مُفْرِطٍ وغيرٍ مبرّرٍ تجاهها. يحصلُ أحياناً أن يظنّ المكتئبُ مُخطئاً أنّه في صحوةٍ ضميرٍ أو في حالة شفافية أخلاقيّة مع النّفس، ويبدأ في الاعتذارِ للأخريين عن أمورٍ عابرةٍ قد لا يذكرونها أو الاستغفار المطوّل عن صغائرٍ لم تكن تشغله قبل أن يكتئب. ومع أنّ من المحمود أن يجد المرءُ في المصاعبِ والفتراتِ المؤلمة -مثل حالة الاكتئاب- جانباً إيجابياً من قبيل الشّعورِ بصفاءٍ أخلاقيٍّ أو رغبةٍ في تصحيح المسار وتلافي الأخطاء في الحياة وإصلاح ما انكسرَ مع آخريين في حياته، إلا أنّه من المهمّ التنبّه إلى أنّ الشّعورِ المفرطِ وغيرِ المبرّرِ بالذنب يعكسُ حالة الاكتئابِ وحاجتها للعلاج أكثرَ من كونه تيقظاً أخلاقياً. ومما يُمكنُ أن يُساعدَ المرءَ أن يستفيدَ

من منظورٍ معالجِه أو شخصٍ يثقُ فيه لِيُساعدَه على تحديدِ مدى كونِ هذه المشاعرِ مبالغَةً مُفرِطةً أم لا. مثلاً، إذا بدأ المكتئبُ يُفكِّرُ بكثرةٍ في علاقتهِ بصديقٍ حصل معه بعضُ الجفاء، ويَصِفُ نفسَه بعباراتٍ من قبيل الغدر والخيانة ونكرانِ العِشرة، فيمكنُ للمعالجِ أو شخصٍ ثقة أن يُساعدَ المكتئبَ على تقديرِ ما إذا كان هذا الجفاءُ ممَّا يحصلُ بينَ الناسِ عادةً وله أسبابُه المنطقيَّة، أو ما إذا كان المكتئبُ بالفعل قد هضمَ حقَّ صديقه أو أساءَ إليه إساءةً جسيمةً أو فعلَ ما يعتبرُه شخصٌ رشيدٌ خيانةً للوفاء وهدراً للعِشرة.

8. فقدانُ القدرةِ على التركيزِ أو التفكيرِ أو اتِّخاذِ القرارات. هذا قد يكونُ من أقلِّ أعراضِ الاكتئابِ حضوراً في ذهنِ الناسِ حين يتحدَّثونَ عن الاكتئابِ، وقلَّ أن يحظى باهتمامِ كافٍ، وإن كان من أكثرِ ما يُزعجُ المصابِ بالاكتئابِ. ما يحصلُ هنا هو تراجعُ في قدراتِ الذهنِ اليوميَّة، من قبيل الانتباه والتركيز والذاكرة قصيرة الأمد والتخطيط ووزنِ البدائل واتِّخاذِ القرارات. ومن أهمِّ مظاهرِ هذا العَرَض أن تفكيرَ المرءِ يَفقِدُ مرونته وحيويَّته، فتراجعُ القدرةُ على حلِّ المُشكلاتِ أو التفكيرِ في جميعِ البدائلِ أو الابتكارِ في التعاملِ مع التغيُّراتِ. يُمكنُ للمكتئبِ أن يُصبحَ جامدَ التفكيرِ، يُرهِّقُه الخروُجُ عن المألوفِ أو الحاجةُ للتفكيرِ خارجَ الإطارِ أو الحاجةُ لتخيُّلِ سيناريوهاتٍ متنوِّعة، ويُصبحُ المرءُ بالتالي وكأنَّ عالمَه الذهنيَّ قد صَغُرَ وتقلَّصَ وصار محدوداً.

9. التفكيرُ المتكرِّرُ بالموت، والتفكيرُ المتكرِّرُ بإنهاءِ الحياة، أو وضعُ خططٍ محدَّدةٍ للانتحارِ، أو مُحاولةُ الانتحارِ بالفعل. وهذا بلا شكٍّ أخطرُ أعراضِ الاكتئابِ وعواقِبِه، وأهمُّ ما يجعلُ علاجَ الاكتئابِ ضرورةً مُلحَّةً بل وحالةً طارئةً أحياناً.

والانتحار ممّا ينبغي الحديث عنه باستيفاءٍ ودقّة، لكن نقولُ هنا باختصارٍ إنّ هذا العرضُ من أعراضِ الاكتئابِ يظهرُ بدرجاتٍ متفاوتةٍ الشدّةِ حسبَ الترتيبِ التالي من الأدنى للأعلى خطراً:

أ. شعورُ المرءِ باستواءِ الحياة والموت، وبأنّه لو انتهتْ حياته بأيّ طريقةٍ، مثلَ حادثِ سيارَةٍ، فلن يكونَ هذا شيئاً سيئاً بالضرورة، بل قد يكونُ فيه راحةٌ.

ب. تمني الموت، أي الشعورُ بأنّ انتهاء الحياة أفضل، ورغبةُ المرءِ أن تنتهي حياته لسببٍ طبيعيٍّ أو حادثٍ عرضيٍّ.

ت. التفكير في إنهاءِ الحياة بالانتحار، من دون أن يكونَ هذا التفكيرُ مصحوباً بنيةٍ أو خطةٍ لفعل ذلك.

ث. التفكيرُ في طُرُقٍ ممكنةٍ للانتحار.

ج. تبييتُ الرغبةِ في استخدامِ طريقةٍ ما للانتحار إذا سنحت فرصة.

ح. التخطيطُ الفعليُّ للانتحار.

خ. محاولة الانتحار، ولكن مع تركِ فرصةٍ للنجاة، مثل إرسال رسالةٍ للأهل أو الأصدقاء، أو استخدامِ وسيلةٍ تغلبُ معها احتمالاتُ النجاة.

د. استخدامُ وسيلةٍ مُميّنةٍ وتقليل فرص النجاة إلى أقلِّ حدٍّ ممكن.

ومن المهمّ التنبّه إلى أنّ وجودَ هذا العرضِ ممّا يستدعي مراجعة الطبيب بشكلٍ عاجلٍ، أو حتى الذهاب إلى غرفة الطوارئ من أجل الإدخال إلى مستشفى نفسيٍّ في الدّرجات المتقدّمة من التدرّج الذي أوضحناه.

وعلينا الإشارةُ إلى أنّ دليلَ الأمراضِ النفسيّةِ يشترطُ لتشخيصِ

الاكتئاب أن تؤدي هذه الأعراض إلى تراجع ملحوظ في الفعالية  
الأسرية والاجتماعية، أي أن يكون لها أثر واضح على مجمل فعالية  
الإنسان في أبعاد حياته المختلفة.

### ملحوظات على أعراض الاكتئاب:

بالتأمل في الأعراض المذكورة أعلاه، يتبين لنا أن الاكتئاب  
يمكن أن يتخذ صوراً عديدة، فباختلاف الأعراض التي تحصل لدى  
المصاب بالاكتئاب، تنتج تجارب مختلفة ومتفاوتة.

مثلاً يمكن لمصاب بالاكتئاب أن يكون متدني المزاج، عاجزاً عن  
تحصيل المتعة والسرور، هامد الحركة، منعدم النشاط، كثير النوم، كثير  
الأكل. ويمكن لشخص آخر مُصاب بالاكتئاب أن يكون متدني المزاج،  
عاجزاً عن تحصيل المتعة والسرور، في حالة هياج حركي دائم، قليل  
الأكل، دائم الأرق، مُشتت الفكر منعدم التركيز. هذان الشخصان وإن  
جمعت بينهما بعض الأعراض المشتركة إلا أن تجربة الاكتئاب في العموم  
تتجلى لدى كل منهما بطريقة واضحة الاختلاف عن الآخر. بالتالي، هذه  
الأعراض قد تُنتج صوراً مختلفة للاكتئاب لدى أشخاص مختلفين.

وينبغي ذلك التنبيه على أن هذه القائمة لا تستوفي جميع أعراض  
الاكتئاب. مثلاً، يعاني غالبية المُصابين بالاكتئاب من القلق، وقد  
يظهر هذا القلق على شكل أعراض جسمانية مثل نوبات الهلع  
وتسارع دقات القلب والتنفس وتتميل الأطراف، وقد يظهر على  
شكل أعراض ذهنية من قبيل اجترار الأفكار السلبية، والدخول في  
مهايات التفكير العدمي، وتوقع حصول الأسوأ دائماً، ورؤية المُقلق  
أو المُحزن من كل شيء.

مثال آخر هو تراجع الرغبة الجنسية. مع أن هذا العرض ليس من بين قائمة الأعراض التسعة في دليل الأمراض النفسية إلا أنه مسؤول عن قدر كبير من معاناة الاكتئاب لدى بعض المُصابين به.

ويمكن أن تُضيف أعراضاً أخرى شائعة، من قبيل الاجترار الدائم للأفكار ruminations، والبكاء المتكرر، وسُرعة فقدان الصبر irritability وغيرها.

ومن المهم جداً أن نتنبّه إلى بعض الثقافات غير الغربية، ومن بينها العربية، تشهد أحياناً أن يتمظهر الاكتئاب في صورة أعراضٍ جسمانية، أو أن يُركّز المُصابُ بالاكتئاب شكواه على الأعراض الجسمانية. كثيراً ما يذهب المُصابُ بالاكتئاب إلى الطبيب الباطني أو طبيب الأسرة، ويشكو آلاماً في المعدة، أو صداعاً مستمراً، أو آلاماً في الظهر والرقبة، وبالتدقيق وسؤال الأسئلة المناسبة يتبين أن السبب الحقيقي هو الاكتئاب، وأن الشخص ركّز شكواه على الأعراض الجسمانية لأسباب مختلفة، واعية أحياناً ولاواعية أحياناً أخرى، من قبيل الخوف من الصور النمطية عن الاكتئاب والمُصابين به، أو عدم امتلاك اللغة التي يُعبّر بها عن معاناته النفسية، والاستعاضة عن ذلك بلغة الآلام والأوجاع الجسمانية. يبدو هذا أكثر احتمالاً لدى كبار السن ممن لم يألفوا الحديث عن عالمهم الداخلي ومعاناتهم النفسية، وتبدو لهم لغة المرض البدني أقل حرَجاً وأكثر مقبولة.

والآن، بعد أن وصفنا الاكتئاب من خلال أعراضه، لننتقل إلى وصفه كتجربة إنسانية معيشة.

مكتبة  
t.me/soramnqraa

## الفصل الثاني: ما هو الاكتئاب؟ حديث التجربة

وصفُ الاكتئاب من خلالِ أعراضه أمرٌ لا غنى عنه لفهمه، لكنّه قد لا يُقدّم صورةً كاملةً للاكتئاب. بالإضافة لذلك، يشعرُ كثيرٌ من المُصابين بالاكتئاب أنّ الآخرين لا يفهمونهم، بما في ذلك الأطباء النفسويين، والسببُ أنّهم يشعرون أنّ الاكتئابَ تجربةٌ أكبرُ وأكثرَ وقعاً من أن توصفَ من خلالِ مجموعةِ أعراض. في الحقيقة، هذا الشعور بالاغتراب وبأنّ تجربةَ الاكتئاب عصيّةٌ على الشرح وإيصالِ مضمونها كاملاً للآخرين ممّا يزيدُ في معاناة المكتئب، وكثيراً ما يشعر المكتئبُ ببعضِ الراحة والسَّلوان حين يشعرُ أنّ غيره قادرٌ على فهم التجربة من داخلها، وعلى تمثّل ما يحدثُ في العالمِ الجوّاني للمكتئب.

لذا، سأقدّمُ هنا مثالين افتراضيين لمُصابين بالاكتئاب، نُحاول من خلالهما أن نفهمَ تجربةَ الاكتئاب من داخلها كحقيقة معيشة، لا كمجموعةِ أعراضٍ جافة.

### المثالُ الأوّل:

«بشر» شابٌ عمره ثمانيةٌ وعشرون عاماً، نشأ في مدينةٍ جدّة، عاش طفولةً عاديّةً إلى أن توفّي والده وعمره ستّ عشرة سنة، وكان لذلك

أثره الكبير عليه وعلى أخويه ووالدته. يذكر من تلك الفترة أنه بكى مرة أو اثنتين، وظلّ يعاني من خوفٍ من المجهول ومن أن يحصل الأسوأ لسنواتٍ بعد ذلك، ويذكر أنه كان متوترًا وسريع العصبية في تلك الفترة. بقيت والدته فترةً في حالة انعزالٍ اجتماعيٍّ، ويذكر بشكلٍ مجملٍ أن عنايتها بنفسها وبالبيت تأثرت سلبًا، وأن الحزن الشديد لازمها بضعة شهور إلى درجة البكاء اليومي، لكنه أصبح أقلّ وطأة بعد ذلك. تخرّج «بشر» من الثانوية ثم الجامعة، وبدأ في وظيفة جيدة، وتزوج قبل ثلاث سنوات من امرأة تحبّه وتدعمه، رزق منها بطفلٍ عمره الآن عامان.

منذ شهور، بدأ «بشر» يشعرُ بغمامةٍ لا يجد لها سببًا واضحًا. يستيقظُ في الصباح، فيجدُ نفسه متثاقلاً عن النهوض، ويتحاملُ على نفسه بصعوبة. يذهبُ إلى عمله ويجدُ نفسه غارقًا ساهمًا في أفكاره مرّاتٍ عديدة، إلى درجة أن زملاءه بدأوا ينبهونه لذلك. يشعرُ «بشر» وكأنه وحيدٌ ومعزول، وأن المسافة بينه وبين ما حوله تتسع. يمرُّ الوقتُ بطيئًا عليه، ويشعرُ أن أكثر ما كان يمنحه السعادة والشعورَ بالإنجاز أصبح باهتًا لا طعم له. يتراكمُ لديه شعورٌ متزايدٌ باللامبالاة، ويجدُ نفسه يعتذرُ بشكلٍ متزايدٍ عن نشاطاتٍ اجتماعيةٍ كان من طبعه أن يتطلّع إليها.

بحسّ دُعابةٍ ساخرة، قال «بشر» لصديقه المقرّب أنّه يُديرُ حياته وكأنه «حكومة تصريف أعمال»، أي أنّه يُسيّرُ أمورَ حياته تسييرًا، ينتقلُ من مكانٍ إلى مكان، ويؤدّي الواجبات بالحد الأدنى، ويمضي في يومه بطريقة ميكانيكية، لا رغبة فيها ولا روح.

بدأت الحالة تتفاقم، و«بشر» يستيقظ في الرابعة فجرًا بدلًا من السادسة، ويظل في فراشه لا يفعل شيئًا ويحاول عبثًا أن يعود للنوم، فإذا طلع النهار قام كمن يجرُّ نفسه جرًّا. بدأ يشعر أحيانًا وكأنه ينظرُ إلى نفسه من خارجها، ويتبَّه في بعض اللحظات وزملاؤه حوله يتكلمون ويعملون ويضحكون، وهو كأنه ليس هناك تمامًا، يشعر أنه يُقيم في جسده وكأنه يشغل حيزًا فحسب، لا أنه يعيش فعليًا داخل ذلك الجسد. ما إن ينتهي اليوم حتى يعود للبيت ويرتمي على فراشه منهكًا، تُراقبه نظرات زوجته القلقة.

ما كان غمامةً حول رأسه أصبح أقرب، وكأنه خيمةٌ قريبةٌ جدًا منه، يُرافق ذلك ارتخاءٌ في مفاصله وكلالٌ في عضلاته. يتحدث زملاؤه عن طلب شيءٍ للغداء، ولا يشعر أبدًا أن له بالآ لذلك. يلاحظ أنه يتنهدُ تنهدًا عميقًا بين كلِّ بضعة أنفاس. يتساءلُ عما إذا كانت زوجته تستحقه، وعما إذا كان عبثًا عليها، ويشعرُ برغبةٍ غير مفهومة في الاعتذار لوالدته عن تقصيره في فترة وفاة والده، مع أنه لم يقصُر في شيء، وكان فتى يافعًا يستحق هو من يدعمه ويخفف عنه ألمَ فقدان.

كان «بشر» مواظبًا على الصلاة، وبدأ يتناقل عنها بازدياد، وبدأت تخطرُ على باله تساؤلاتٌ لم يعهدها عن سبب المعاناة، والحكمة من وجود البشر، والجدوى من كلِّ شيء. بدأ يلحظ أن فكرةً سلبيةً يُمكن أن تحتلَّ ذهنه زمنًا، وتظل تذهبُ في باله وتجيء بلا كلل، وكلما حاول طردها والتشاغل عنها ازدادت إلحاحًا وحضورًا. حدثته زوجته عن زيارة أهلها في الرياض، وبدا له التخطيط لكلِّ شيء في تلك الرحلة وكأنه إزاحة جبل.

## المثال الثاني:

«أمينة» سيّدة في آخر الأربعينيات، تُقيم في أحد أحياء القاهرة الشعبيّة مع زوجها وابنيهما الأصغر في سنّ المراهقة، ولها ثلاثة أبناء متزوجين، بنتان وولد، يُقيم كلّ منهم في بيته مع أسرته، ولأمينة منهم ثلاثة أحفاد.

تمرّ الأسرة منذ أعوام بظروفٍ معيشيّة صعبة. أُحيلَ زوجها على المعاش، وأمراضه تمنعه من الاستقرار في عملٍ جديد، وغلاء الأسعار يلتهم القليل الذي تمكّننا من ادخاره.

لم تكن أمينة يوماً ممّن يتحدثون بكثرة عن مشاعرهم، إذ قضت عمرها منشغلة بتربية أبنائها ورعاية زوجها، وكان أداءها الدراسي متوسطاً في المدرسة ولم تُكمل تعليمًا جامعيًا، وبالتالي فبيتها وأسرتهَا ومُحيطها القريب تُشكّل كلّ عالمها. لم تسمع «أمينة» لفظة «الاكتئاب» إلا عَرَضًا، وفي سياقات تهكّميّة.

فوق ذلك، كان والدها فظًا قاسيًا مع والدتها، ووصل الأمر في بعض الأحيان إلى ضرب والدتها. حدث ذلك خلال سنواتٍ مراهقتها، ولم تشعرُ بالتالي أنّه كان ثمة مساحةٌ لمشاعرها هي. تعلّمت أمينة، من خلال تجربةٍ طويلة ومؤلمة، أنّ الصمت أسلم، إذ كانت تخافُ من أبيها، وتُشفقُ على أمها التي «فيها ما يكفيها»، ولا تذكرُ أبدًا أنّها حدثت أحدهما يومًا عن همّ يعتمل في صدرها أو قلبي يُساوِرُها. لذا، اعتادت أمينة على تنفيس مشاعرها من خلال النشاط الجسديّ، ولم يكن مُتاحًا لها لفعل ذلك إلا الانهماك في تنظيف البيت أو ترتيبه، أو الذهاب عند إحدى جاريتها. لم تكن تُحدّثهنّ بكثيرٍ من التفاصيل، لكن كانت تشعرُ أنّ الجلوسَ بينهنّ يُخففُ عنها.

منذ سُهور، يتراكمُ داخل «أمينة» شعورٌ متزايدٌ بالعصبية والتوتر. تجدُ نفسها تضيقُ ذرعًا بأبسطِ المنغصات، وتبكي كثيرًا بلا سببٍ واضح. في أحدِ الأيام، شعرت بتوترٍ متزايدٍ في جسديها وبالحاجة للحركة، فنظفت البيتَ كله دونَ رغبةٍ أو شعورٍ بأنها فعلت شيئًا مفيدًا، ورغم ذلك ظلت تشعرُ بالرغبة في أن تخرجَ من جلديها.

منذ أسابيع، بدأت تأكلُ كثيرًا وتُضيفُ إلى وزنها. لم يكن أكلًا مصحوبًا بمتعة، بل تفريغًا لشعورٍ مستمرٍ بالغضب والتوتر. بدأت عنايتها بنفسها تقل، وحاولَ زوجها التلميحَ عدّة مرّات إلى تراجع علاقتيها الجنسيّة لكنها لم تستطع أن ترى ذلك شيئًا مهمًا إزاء ما تمرُّ به.

تواصل تدهورُ الأمور، وصارت تعاني من نوباتٍ هلعٍ يعقبها بكاء، إذ تمرُّ كل بضعة أيام بنوبة تستمر 10 دقائق إلى 15 دقيقة، تشعرُ فيها بأنها تختنق، وتشعرُ بدوارٍ وتنميل في أطرافِ يديها وقدميها وحولِ فمها، وفي بعضِ هذه النوبات تظنُّ أنها تمرُّ بنوبة قلبية وتتوقّع أن تموت، وبعدَ النوبة تدخل في حالة بكاء متواصل. أخذها زوجها لعيادة قريبة بعد إحدى النوبات، ولم يكتشف الطبيب مشكلة جسديّة، وعلّق في عَجالةٍ أنّ الأمر بسبب «ضغوط نفسيّة» لكنه لم يقدم جوابًا شافيًا عما يمكن فعله عدا عن اقتراح الراحة وتخفيف الضغوطات.

بدأت «أمينة» تشعرُ بالآلام متزايدة في معدتها، وبضعفٍ عامٍّ في جسديها، وبصداعٍ لا يكاد يُفارقُها، وبالآلام في رقبتيها وأسفلِ ظهرها، وصارت تقضي أيامها بين توترٍ عالٍ وفورانٍ وعصبية، وبين هُمودٍ دائمٍ وخمولٍ وإرهاقٍ شديدٍ إلى درجة انعدامِ قدرتها على مغادرة الفراش حتى منتصفِ النهار.

\*\*\*

وبعد أن وصفنا الاكتئاب من خلال أعراضه ومن خلال كونه تجربة إنسانية معيشة، صار بإمكاننا أن نتحدث عن العوامل التي تزيد من احتمال وقوعه.

ولنلاحظ القارئ أننا تجنبنا عمداً أن نقول «أسباب الاكتئاب»، لأننا نريد أن نرسخ الحقيقة العلمية التي وضحتها سابقاً، وهي أن الاكتئاب، والأمراض النفسية عموماً، مركبة ومعقدة، وثمة مجموعة كبيرة من العوامل التي تزيد من احتمال وقوعها، وأن الاكتئاب يحصل عندما يجتمع عددٌ كافٍ من هذه العوامل في شخصٍ معيّن، وبالتالي فليس للاكتئاب «سبب» أو «أسباب»، بل له عوامل متعددة.

بفضل عقودٍ طويلةٍ من الدراسات، تراكمت لدينا معرفةٌ جيدةٌ بالعوامل التي تزيد من احتمال الاكتئاب. هذه العوامل تمتدُّ من أدقّ تكوين بيولوجي في الإنسان، ألا وهو جيناته، إلى مكوناته الثقافية والفكرية الأعلى تجريدًا. سنمرُّ على هذه العوامل تباعاً.

لو تأملنا في هذه العوامل الكثيرة، سنجد أنها تنقسم إلى فئاتٍ ثلاث:

1. العوامل البيولوجية

2. العوامل النفسية

3. العوامل الثقافية

هذا التقسيم وضعه أحد أهم الأطباء النفسيين والباحثين في الأمراض النفسية في القرن العشرين، ألا وهو كينيث كيندلر. سنقدّم تعريفًا مجملًا بكل واحدةٍ من هذه المجموعات الثلاث، ثم نُقدّم تفصيلاً لكل عاملٍ يندرج تحتها.

## الفصل الثالث: العوامل البيولوجية

نعني بها جميع العوامل التي تدخل في التكوين المادي للإنسان. هذه العوامل تمتاز بأن بإمكاننا تحديدها وقياسها وفحصها من خلال أدوات البحث العلمي المادي، أي العينات في المختبر، والصّور المغناطيسية للدماغ، وما شابه. هذه العوامل البيولوجية تشمل ما يلي:

### 1. الجينات:

كما هو معلوم، تشتمل كلُّ خلية في جسم الإنسان على نسخة من مادّته الوراثية، المسماة DNA، وهذه المادة الوراثية مقسّمة إلى جينات، والجين هو جزء من هذه المادة الوراثية تُترجمه الخلية إلى بروتين، والبروتين يقوم بوظيفة معيّنة. إذا اختلَّ أيُّ جزء من هذه العملية، فقد تتأثّر الوظيفة النهائية.

حينما نتحدّث عن أثر الجينات في الأمراض، فنحن ندخل منطقة مليئة بالتفاصيل. من المهمّ جدًّا أن نُفرّق بين أثر الجينات في الأمراض باعتباره موضوعًا للفهم النظري، وبين كون الجينات تُشكّل بالفعل مستوى يمكننا التدخل من خلاله لتحقيق غايات علاجية.

ولتوضيح الفرق، لتذكر مرضًا ذكرناه من قبل هو «الأنيميا المنجلية»، وقلنا إنه ينتج بسبب خلل في جين واحد مُحدّد. نظريًا، بإمكاننا لو أصلحنا هذه الجين أن نعالج هذا المرض تمامًا. بالتالي، معرفتنا بأثر هذا الجين تُترجمُ نفسها إلى فرصةٍ علاجيةٍ واضحة.

لكن لو وجدنا أنّ مَرَضًا معيّنًا ينتج عن تفاعل معقّدٍ ومتداخلٍ بين أكثر من ثلاثين جينًا، وأنا لا نعلمُ على وجه الدقة مدى إسهام كل منها في ظهور هذا المرض، وآنه ليس من بينها جينٌ موجودٌ عند جميع المصابين بالمرض، فستكونُ خلاصتنا أنّ معرفة علاقة هذه الجينات بهذا المرض مُفيدةٌ نظريًا، ويمكنُ أن يكونَ لها إسهامٌ علاجيٌّ ما، لكنّ عزو المرض تمامًا إلى هذه الجينات خطأً علميٌّ نظريٌّ فادح، وأنّ توقّع علاج هذا المرض من خلال التأثير في الجينات مسارٌ غير عمليٍّ وغير مُفيد.

ولعلّ القارئ أدرك مبكرًا أن الاكتئاب ينتمي إلى هذه الفئة الثانية، فالأبحاث العلمية استطاعت الكشف عن وجود ما يزيد عن ثلاثين جينًا لها نُسخٌ معيّنَةٌ أكثرُ وجودًا لدى المُصابين بالاكتئاب من غيرهم، لكن إسهامها النهائي في حصول الاكتئاب متواضعٌ ومحدود.

لنبرز الحقائق التالية حول الجينات في الاكتئاب:

- ليس هناك جينٌ واحدٌ ينتج الاكتئاب.
- ليس هناك مجموعةٌ صغيرةٌ من الجينات تُنتج الاكتئاب.
- هناك مجموعة من الجينات لها نُسخٌ معيّنَةٌ نجدها لدى المُصابين بالاكتئاب أكثر من غيرهم.
- لا تستطيعُ أيُّ من هذه النسخ أن تسبّب الاكتئاب وحدها.
- ليس من بين هذه النسخ الجينية جميعها نُسخةٌ موجودةٌ لدى جميع

المُصابين بالاكْتئاب.

- هناك مُصابون بالاكْتئاب ليس لديهم أيّ من هذه النسخ.
- ليس من بين هذه النسخ إطلاقاً أيّ نسخة يُشكّل وجودها لدى المرء ضماناً بحُصولِ الاكْتئاب، وليس من بينها أيّ نسخة يُشكّل غيابها ضماناً بعدم حُصولِ الاكْتئاب.
- لا نعلم كيفية إسْهامِ أيّ من هذه النسخِ الجينية في زيادة احتمال الإصابة بالاكْتئاب.
- لا نعلم مقدار إسْهامِ أيّ من هذه النسخِ الجينية في زيادة الاحتمال بوجود الاكْتئاب.

لا أريدُ للقارئ أن يستتجِبَ أن البحثَ عن الجيناتِ المرتبطة بالاكْتئاب أمرٌ لا جدوى منه، بل أريدُ له أن يدركَ الحجمَ الصّحيحَ للجيناتِ ضمنَ سؤالِ الاكْتئاب الكبير. في الحقيقة، هناك فوائدٌ مهمّةٌ لدراسة الجيناتِ المرتبطة بالاكْتئاب، منها:

1. أنّها تدعّمُ فكرةَ أنّ للاكْتئابِ مكوّناً بيولوجياً عضويّاً بصرفِ النظر عن حجمه وتأثيره، فوجودُ هذه النسخِ الجينية بشكلٍ أكثرِ شُيوعاً لدى المُصابين بالاكْتئاب من غيرهم يدعّمُ فكرةَ أنّ للاكْتئابِ مكوّناً بيولوجياً لا يمكنُ إنكاره.

2. بعضُ هذه الجيناتِ قد تكونُ مُساهمةً في إنتاجِ بروتينٍ مرتبطٍ بالاكْتئاب بشكلٍ ما. مثلاً، لو اكتشفنا أنّ أحدَ هذه الجيناتِ يُساهمُ في تحديدِ وتيرةِ إنتاجِ أحدِ الناقلِ العصبيّة، فمن المنطقيّ أن نشتبهِ بوجودِ علاقةٍ محتمّلةٍ بين هذا الناقلِ العصبيّ والاكْتئاب، وبالتالي تحسينِ فهمنا للعواملِ المُساهمة في حُصولِ الاكْتئاب.

3. بناءً على النقطة السابقة، قد تتولد إمكاناتٌ علاجيةٌ، فلو كانت تلك النسخة من الجين تؤدي إلى نقصٍ في إنتاج ذلك الناقل العصبي، فيمكننا أن نصنع دواءً مُحتملاً يعمل من خلال زيادة كمية ذلك الناقل، ونرى إن كان هذا الدواء يُساعدُ هذه الفئة من المُصابين بالاكْتئاب أو بعضاً منها.

وبالتالي، البحث في إسهام الجينات في الاكْتئاب مسعى مهمٌ نظرياً لفهم الاكْتئاب، وقد تنتجُ عنه فوائدٌ علاجيةٌ، ويبقى جزءاً محدوداً من قصة الاكْتئاب الواسعة.

## 2. ما فوق الجينات Epigenetics:

لو كنت أنت وشخصٌ آخرٌ تمتلكان النسخة نفسها من جين مُعيّن، فهل يعني أن هذا أن الجين سيعملُ بالضرورة بالطريقة نفسها عندك وعنده؟

الجوابُ هو لا، فهناك عواملٌ تتحكّم في نشاطِ الجين، وبسببها يُمكنُ لشخصين يمتلكان النسخة نفسها من الجين أن يختلفا في مقدارِ نشاطِ الجين، وبالتالي في مقدارِ إسهامه في وظيفته. هذه العواملُ هي ما نُطلقُ عليه إجمالاً «ما فوق الجينات».

وموضوعُ «ما فوق الجينات» شيقٌ جدّاً للدراسة والبحث، لكنه مُعقّدٌ كذلك، فضلاً عن أنّه مبحثٌ جديدٌ نسبياً -بعمر العلوم- وما يزالُ إسهامه بخصوص الاكْتئاب حيزاً وليداً بحاجةٍ لكثيرٍ من البحث.

تقومُ الفرضية الأساسية لآثر «ما فوق الجينات» على الاكْتئاب

كالتالي: الجينات وحدها لا تستطيع تفسير المكوّن البيولوجي للاكتئاب، وبالتالي لا بدّ من وجود عوامل بيولوجية أخرى تكمل هذا الدور. معروف أنّ «ما فوق الجينات» تتحكّم في نشاط الجينات، وبالتالي، فمن المحتمل أن يكون لها دورٌ في تفسير الاكتئاب.

بالإضافة لذلك، تُظهر الدراسات المخبرية على الحيوانات أنّ بعض أنواع الـ «كرب» -وهي الترجمة التي نرتضيها لمفهوم «trauma» - تتحكّم في نشاط بعض الجينات، وأنّ هذا الأثر يمتدّ لفترة تتجاوز المدة الفعلية للكرب، وبالتالي، قد تحمل تفسيراً لكون بعض تجارب الطفولة القاسية، من قبيل الحرمان وإساءة المعاملة الشديدين، تزيد من احتمال وقوع الاكتئاب بعد عقود.

بل فوق ذلك، تُظهر بعض دراسات الحيوانات المخبرية أنّ تعرّض الحيوانات للكرب لا يؤثر في نشاط جيناتها فحسب، بل يمتدّ أثره إلى نشاط جينات نسلها. هذا مفهومٌ ثوريٌّ جدّاً في البيولوجيا، ففكرتنا المعروفة عن الوراثة أنّ الكائنات الحية تورّث جيناتها لأبنائها من خلال الحيوانات المنوية والبويضات، لكن أن تورّث خبراتها وتجاربها إلى نسلها من خلال تأثيرٍ عابرٍ للأجيال في نشاط الجينات فهذا أمرٌ بالغ الأثر، ويفتح المجال لأفقٍ جديدٍ من تفكيرنا في موضوع الوراثة برمّته.

ورغم ما ينطوي عليه ما سبق من فتحٍ علميٍّ هائلٍ محتملٍ، إلا أنّ علينا أن نحفظ كثيراً ونترث، فهذه دراساتٌ مخبريةٌ على الحيوانات، ولم يثبت حتى الآن انطباقها على البشر. نأمل أن يُضيء العلم هذه المساحة أكثر فأكثر، فالإمكانات التي ينطوي عليها هائلةٌ بالفعل.

وقد يتساءل القارئ عن الآلية التي يحصل بها هذا الأثر، وهنا شرحٌ علميٌّ مبسّط قدر المُستطاع، من دونِ دُخولٍ في التفاصيل العلمية الشائكة.

لتخيل أن هناك جينًا معينًا، يمكنُ لزيادة نشاطه أن ترفعَ من احتمالِ حدوثِ الاكتئاب. يتعرّضُ الفأرُ في المختبرِ إلى نوعٍ مُعيّنٍ من الكرب، ويؤدّي هذا الكربُ إلى تنشيطِ طيفٍ من العمليّاتِ الفسيولوجيّة في جسمه، بشكلٍ شبيهٍ لما يحدثُ في الإنسان، من قبيلِ زيادةِ نشاطِ الغددِ فوقِ الكلوية، وتحفيزِ اللوزة الدماغية «amygdala» وغيرِ ذلك. جزءٌ من هذه الاستجابة الفسيولوجيّة يؤدّي إلى تنشيطِ الجينِ الذي ذكرناه في البداية كاستجابةٍ طبيعيّةٍ للكرب، لكن وكما يحدثُ في بعضِ الاستجاباتِ الفسيولوجيّة للكرب، قد تكونُ زيادةُ نشاطِ هذا الجينِ أكثرَ من الحاجة، أو تستمرُّ لفترةٍ أطولَ بكثيرٍ من فترةِ وقوعِ الكرب<sup>(1)</sup> وتؤدّي بالتالي إلى إصابةِ حيوانِ المختبرِ بالاكتئاب.

لا تتوقّفُ القصةُ هنا. لتذكّرْ أن هذه الاستجاباتِ الفسيولوجيّة تعمُّ الجسمَ كلّهُ، وبالتالي، يمكنُ لها أن تؤدّي إلى نشاطِ هذا الجينِ في الخلايا التناسليّة عند حيوانِ المختبرِ. هذه الخلايا التناسلية هي ما يُنتِجُ الحيوانات المنويّة عندَ الذكّر والبويضات عند الأنثى، فإذا ما حصلَ تزاوُجٌ في تلكَ الفترة، فإنّ هذه الخلايا التناسليّة تُصبحُ هي الخلايا الأولى التي تُشكّلُ جسمَ الحيوانات الجديدة، أي نسلِ الحيوانِ الذي تعرّضَ للكرب، ويحملُ الحيوانُ الجديدُ في تكوينه

(1) يحدثُ شيءٌ شبيهٌ مثلًا عندما يستجيب الجسمُ بالالتهاب لدخولِ جسمٍ غريبٍ مثل فيروس، وتُصبحُ استجابةُ الجسمِ هي بدورها سببًا للأعراضِ ومُشكّلةً في حدِّ ذاتها إذا زادت عن الحدِّ أو استمرت وقتًا أطولَ من اللازم

آثار الكرب الذي تعرّض له والده أو والدته، من دون أن يكون قد تعرّض هو نفسه للكرب.

قبل أن نختم هذا الجزء، لنُعِدِّ التذكير بأن هذا الحقل ما يزال في بداياته، وأن انطباق هذه الآليات على الإنسان ما يزال محل بحث كبير، والسنوات القادمة لعلها تحمل لنا تأكيداً أو نفي حضور هذا العامل في الإنسان، ومدى تأثيره إن وجد.

### 3. الناقل العصبيّ ومستقبلاتها وحواملها:

الناقل العصبيّ هي مركبات كيميائية «تحدث» من خلالها الأعصاب مع بعضها. حين تصل الإشارة العصبيّة إلى آخر الخلية العصبيّة، فإنها تواجه فجوةً تفصلها عن الخلية العصبيّة المُجاورة، وتحتاج بالتالي إلى مرسالٍ يحمل الإشارة عبر هذه الفجوة، وهذا المرسال هو الناقل العصبيّ. يُفرز الناقل العصبيّ إلى الفجوة التي تفصل بين الخليتين، وينتقل إلى الخلية المُجاورة حيث يلتقي بـ «مستقبل» له على جدارها، وحين يحصل اللقاء بين الناقل ومستقبله، تسري الإشارة في الخلية التالية، ويكون دور الناقل العصبيّ قد تمّ. ولأنّ الرسائل في الدماغ ينبغي أن تُنقل بين الخلايا العصبيّة بقدرٍ محسوب، ودون زيادةٍ أو نقصان، فمن المهمّ ألا يبقى الناقل العصبيّ حرّاً طليقاً بين الخليتين يحطّ على مستقبله بلا نهاية. لذا، يوجد في تلك الفجوة حوامل carriers تتولّى الإمساك بالناقل العصبيّ فور انتهاء وظيفته، وإعادته مرةً أخرى إلى داخل الخلايا العصبيّة، انتظاراً للمجيء رسالة جديدة يحملها.

ويمكنُ لنا أن نتخيَّلَ مجموعةً من المشكِلات التي قد تُصيبُ نظامَ التواصِلِ العصبِيِّ الجميلِ هذا، فقد تكونُ كميَّةُ الناقلِ العصبِيِّ أكثرَ أو أقلَّ من اللازم، وقد تكونُ كميَّةُ المستقبلاتِ على الجِهَةِ الأخرى أكثرَ أو أقلَّ من اللازم أو معطوبَةٌ في تكوينِها ولا تعملُ بكفاءة، وكذلك قد تكونُ الحواملُ أقلَّ أو أكثرَ من اللازم أو معطوبَةٌ، وبإمكانِ القارئِ أن يتخيَّلَ أن كلَّ واحدةٍ من هذه المُشكِلات قد تؤدِّيُ إما إلى نقصٍ أو زيادةٍ في الرسائلِ العصبِيَّةِ، وأيُّ من النقصِ أو الزيادةِ قد يُنتِجُ مشكلةً.

والنواقلُ العصبِيَّةُ الأساسيَّةُ التي وجدَ العِلْمُ ارتباطاً لها بالاكْتئابِ هي الـ «سِروتونين» والـ «دوبامين» والـ «نورإيبينفرين» وتُسمَّى معاً «النواقلُ العصبِيَّةُ أحاديَّةُ الأمين» وهو اسمُ مشتقٍّ من تركيبِها الكيمِيائيِّ.

أما اكتِشافُ علاقةٍ هذه النواقلِ بالاكْتئابِ فحصلَ بطريقةٍ عكسيَّةِ، بمعنى أنَّ الأدويةَ التي أصبحتَ لاحقاً «مُضادَّاتِ الاكْتئابِ» وُجِدَ بالصدفةِ أنَّ لها دوراً في تحسينِ المزاجِ عندِ المُصابينَ بالاكْتئابِ، وعندَ دراستِها في حيواناتِ المختبرِ تبينَ أنَّها ترفعُ من تركيزِ هذه النواقلِ، فُبنيَتِ فرضيَّةٌ مفادُها أنَّ هذه الأدويةَ تخفِّفُ الاكْتئابَ من خلالِ زيادةِ تركيزِ هذه النواقلِ. أما قياسُ تركيزِ هذه النواقلِ في دماغِ الإنسانِ فهو عمليةٌ معقَّدة، وحتىَّ اليومِ لم نتمكنْ من إيجادِ طريقةٍ علميَّةٍ دقيقةٍ لقياسِ كميَّةِ السِروتونينِ تحديداً في دماغِ الإنسانِ الحيِّ، وتحديدِ ما إذا كان السِروتونينُ بالفعلِ متدنِّي الكميَّةِ في دماغِ المُصابينَ بالاكْتئابِ أو بعضِهم، أمَّا قياسُ تركيزِهم في دماغِ المتوفِّينِ من خلالِ دراسةِ أدمغَتِهم فلن يُقدِّمَ إجابةً شافيةً لأنَّ نشاطَ هذه النواقلِ العصبِيَّةِ يُمكنُ أن يتغيَّرَ تماماً بعد الوفاةِ.

أَجْرِيَتْ لَاحِقًا تَجَارِبُ عَلَى الْبَشَرِ تَقَوْمٌ عَلَى حَذْفِ الْمَكُونَاتِ  
 الْغِذَائِيَّةِ الَّتِي يَحْتَاجُهَا الْجِسْمُ لِبِنَاءِ هَذِهِ النَّوَاقِلِ، وَكَانَ مِنْ نَتِيجَةِ ذَلِكَ  
 أَنَّ بَعْضَ الْمُصَابِينِ بِالْاِكْتِتَابِ -وَلَيْسَ جَمِيعُهُمْ- عَانُوا مِنْ اِزْدِيَادٍ فِي  
 أَعْرَاضِ الْاِكْتِتَابِ، كَمَا أَنَّ بَعْضَ مَنْ عِنْدَهُمْ أَقَارِبُ مُصَابُونَ بِالْاِكْتِتَابِ  
 عَانُوا مِنْ ظُهُورِ أَعْرَاضِ اِكْتِتَابٍ عَلَيْهِمْ خِلَالَ هَذِهِ التَّجْرِبَةِ، حَتَّى وَلَوْ  
 لَمْ يَكُونُوا قَدْ أَصِيبُوا هُمْ أَنْفُسُهُمْ بِالْاِكْتِتَابِ مِنْ قَبْلِ.

لماذا نذكر هذه التفاصيل كلها؟

السبب هو أن موضوع النواقل العصبية والاكْتِتَابِ صار مسرِّحًا  
 لاسْتِقْطَابِ حَدٍّ، فَهِنَاكَ مِنْ يُقَدِّمُونَهُ بِاعْتِبَارِهِ التَّفْسِيرَ الْكَامِلَ وَالنِّهَائِيَّ  
 لِلْاِكْتِتَابِ، إِلَى دَرَجَةِ الْقَوْلِ إِنَّ السِيرُوتُونِينَ هُوَ «هَرْمُونَ السَّعَادَةِ» أَوْ  
 الْقَوْلِ بِأَنَّ الْاِكْتِتَابَ ظَاهِرَةٌ بِيُولُوجِيَّةٍ صِرْفَةً يُمَكِّنُ تَفْسِيرُهَا تَمَامًا مِنْ  
 خِلَالِ نَقْصِ السِيرُوتُونِينَ. وَهِنَاكَ عَلَى الْجَانِبِ الْآخَرَ مِنْ يَقُولُونَ إِنَّ  
 مَوْضُوعَ السِيرُوتُونِينَ وَأَدْوِيَةِ الْاِكْتِتَابِ خُرَافَةٌ مِنْ أَوْلِهَا إِلَى آخِرِهَا،  
 وَأَنَّهَا مَجْرَدُ حِيلَةٍ لَجَنِي الْمَالِ مِنْ شَرِكَاتِ الْأَدْوِيَةِ.

وَالْحَقِيقَةُ أَنَّ هَذِهِ الْمَقُولَاتِ كَلَّمَا مَتَطَرَّفَةٌ وَلَا تَسْتَنْدُ إِلَى عِلْمٍ،  
 وَتَنْطَلِقُ مِنْ رُؤْيٍ تَبْسِيطِيَّةٍ سَاذِجَةٍ فِي أَحْسَنِ الْأَحْوَالِ، وَمِنْ أَعْرَاضِ  
 وَأَجْنِدَاتٍ غَيْرِ عِلْمِيَّةٍ فِي أَسْوَأِ الْأَحْوَالِ، فَلَا السِيرُوتُونِينَ وَغَيْرُهُ مِنْ  
 النَّوَاقِلِ الْعَصْبِيَّةِ تُقَدِّمُ تَفْسِيرًا شَامِلًا وَنِهَائِيًا وَقَاطِعًا لِلْاِكْتِتَابِ، وَلَا  
 هِيَ خُرَافَةٌ بَلَا دَلِيلٍ، بَلْ لَهَا دَوْرٌ لَهُ أَهْمِيَّتُهُ فِي قِصَّةِ الْاِكْتِتَابِ الْكَبِيرَةِ  
 وَالْمَعْقَدَةِ، وَلَهَا مَكَانُهَا إِلَى جَانِبِ الْعَوَامِلِ الْآخَرَى الَّتِي مَا نَزَالُ  
 نُفَصِّلُهَا فِي هَذَا الْكِتَابِ.

كما أن المهمم الإشارة إلى أن دور النواقل العصبية في الاكْتِتَابِ لا

يقتصرُ على هذه الثلاثة، فالدراساتُ تقترحُ دورًا لنواقلٍ أخرى مثل الـ «جلوتاميت Glutamate» وغيره.

#### ٤ . المرونة العصبية Neuroplasticity:

الدماغُ عضوٌ في غاية الديناميكية والتغير المتواصل، وتَظْهَرُ هذه الديناميكية بشكلٍ أساسيٍّ في الشُّجيرات Dendrites التي تمدها الخلايا العصبية تجاهَ بعضها للتواصل كما تتداخلُ فروع شجرتين متجاورتين. هذه الشجيرات في حالة تغيرٍ ديناميكيٍّ دائمٍ، فتوزيعُها وعددها وتجاهَ أيِّ الخلايا المُجاورة تمتدُّ، كلُّها أمورٌ تتغيرُ باستمرارٍ وفي حركيةٍ وحيويةٍ دائمتين، خصوصًا في مراحلِ النموِّ المبكرة. عمليةُ المراجعةِ والتقييمِ التي يقومُ بها الدماغُ للوصلات التي تمتدُّ ما بين الخلايا العصبية من خلالِ الشجيرات لها أبلغُ الأثرِ في وظائفِ الدماغ من قبيل التفكير والذاكرة ومعالجة الانفعالات وغيرها. هذه الخاصيةُ في الأعصاب تُسمى «المرونة العصبية Neuroplasticity» ولها دورٌ مهمٌ جدًّا في جميع وظائفِ الدماغ، ومن بينها التعاملُ مع التوتُّراتِ والتجاربِ السلبية والكروب.

من النواقلِ العصبية ذاتِ الأهمية في نموِّ الدماغ ناقلٌ يُسمى «عامل نموِّ الأعصاب المشتق من الدماغ Brain-derived Neurotrophic Factor Growth» والمعروف اختصارًا بـ «BDNF». هذا العاملُ مركزيٌّ في تشكُّلِ الأعصاب ونموِّها وتشكُّلِ الشجيرات التي تربطُها بغيرها. فوق ذلك، هذا العاملُ تربطُه بالـ «سيروتونين» علاقة

مُتَشَابِكَة، فَكِلَاهُمَا يُسَاهِمُ فِي إِنتَاجِ الْآخِرِ وَفِي قِيَامِهِ بِوَضِيفَتِهِ، فَهَمَا مُتَصَافِرَانِ مُتَعَاوِنَانِ.

ثُمَّ دِرَاسَاتٌ تُرْبِطُ بَيْنَ خَلَلٍ فِي إِحْدَى نَسَخِ الْجَيْنِ الْمَسْؤُولَةِ عَنِ هَذَا النَاقِلِ وَبَيْنَ الْقَابِلِيَّةِ لِلَاكْتِتَابِ، وَيَتَجَلَّى ذَلِكَ فِي أَنَّ بَعْضَ مَنْ يَمْتَلِكُونَ هَذِهِ النَسَخَةَ تَكُونُ مَنطِقَةُ «فِرْسِ النَّهْرِ Hippocampus» فِي دِمَاجِهِمْ أَصْغَرَ وَأَقْلَّ نَشَاطًا وَتَشْهَدُ تَغْيِيرَاتٍ مُخْتَلِفَةً لَدَى بَعْضِ الْمُصَابِينِ بِالَاكْتِتَابِ. وَثُمَّ دِرَاسَاتٌ تُظْهِرُ انْخِفَاضَ تَرْكِيزِ هَذَا الْعَامِلِ لَدَى الْمُصَابِينِ بِالَاكْتِتَابِ.

يُضَافُ لِذَلِكَ أَنَّ ثَمَّةَ دِرَاسَاتٍ تَقْتَرِحُ أَنَّ زِيَادَةَ الْمَرُونَةِ الْعَصْبِيَّةِ هِيَ إِحْدَى الْآلِيَّاتِ الَّتِي تَعْمَلُ مِنْ خِلَالِهَا مُضَادَّاتُ الْاَكْتِتَابِ، خُصُوصًا وَأَنَّ إِحْدَاثَ أَيِّ زِيَادَةٍ ذَاتِ قِيَمَةٍ فِي تَرْكِيزِ النَوَاقِلِ الْعَصْبِيَّةِ فِي الدِمَاجِ يَحْتَاجُ وَقْتًا أَطْوَلَ مِنْ ذَلِكَ الَّتِي تَحْتَاجُهُ مُضَادَّاتُ الْاَكْتِتَابِ لِتُظْهِرَ فَائِدَتَهَا وَيَتَحَسَّنَ الْمِزَاجُ، أَمَا زِيَادَةُ الْمَرُونَةِ الْعَصْبِيَّةِ فَتَحْتَاجُ وَقْتًا أَقْلًا، وَهِيَ بِالتَّالِيِ آلِيَّةٌ مُحْتَمَلَةٌ لِعِلَاجِ الْاَكْتِتَابِ. تُظْهِرُ دِرَاسَاتُ الْفُئْرَانِ أَنَّ مُضَادَّاتِ الْاَكْتِتَابِ تَزِيدُ مِنْ إِنتَاجِ هَذَا الْعَامِلِ.

وَمِمَّا يَعْضُدُ هَذِهِ الْفِكْرَةَ أَنَّ الْمُصَابِينِ بِالَاكْتِتَابِ مَا إِن تَبَدَّأَ حَالَتُهُمْ فِي التَّحَسُّنِ حَتَّى يَشْعُرُوا بِتَحَسُّنٍ فِي تَرْكِيزِهِمْ وَقَدْرَتِهِمْ عَلَى أَدَاءِ الْمِهَامِ وَبِتَضَاوُلٍ فِي ذَلِكَ الشَّعُورِ بِأَنَّهُمْ «عَالِقُونَ فِي نُقْطَةٍ» وَلَا يَسْتَطِيعُونَ التَّفَكِيرَ أَبْعَدَ مِنْهَا، وَهَذِهِ كَلِّهَا مَظَاهِرُ تَشْبِيهِ بِتَحَسُّنٍ فِي الْمَرُونَةِ الْعَصْبِيَّةِ.

## 5. محور تحت المهاد - الغدة النخامية - الغدتان الكظريتان:

هذا المحورُ أساسيٌّ في تنظيم الاستجابة لأحداث الحياة السليبيّة والتوتر وأنواع الكُروبِ المختلفة، وكما يَظْهَر من الاسم فهو يتكوّن من ثلاثة أجزاء: تحت المهاد «hypothalamus» وهي منطقتُ أسفل الدماغ، والغدة النُخامية «pituitary gland» وهي غُدة في غاية الأهمية وتفرز العديدَ من الهرمونات، وتتدلى من أسفل الدماغ في منطقتِ فوق تجويفِ الأنف وتتصلُ بشكل مباشر بمنطقة «تحت المهاد» التي تقع فوقها مباشرة، والجزء الثالث والأخير هو الغدتان فوق الكلّيتين - وتسميان أيضًا الغدتين الكظريّتين - وبالإنجليزية «Adrenal Glands» وهما غدتان صغيرتان تستقرُّ كلُّ منهما فوق إحدى الكلّيتين كأنها قُبعة للكلية.

هذا المحورُ يعملُ بتضافرٍ وتنسيقٍ كبيرين، فمنطقة «تحت المهاد» جزءٌ من الدماغ، وهي بالتّالي على اتّصالٍ وثيق بما يدخلُ إليه من معلومات وما يتولّد فيه من أحاسيس، وبالتّالي تصلُّها المعلوماتُ والانفعالاتُ التي تُنبه الجسمَ إلى وقوعِ توترٍ أو تجربةٍ مؤلمةٍ أو كربٍ من أيّ نوع. حين يحصلُ ذلك، تقوم منطقة «تحت المهاد» بإفرازِ هرمونٍ يُنبه منطقةً معيَّنة في الغدة النُخامية التي تقعُ تحته، فتقومُ هذه بدورها بإفرازِ هرمونٍ خاصٍّ بها، وهذا الهرمون يسبُحُ في الدم ويصلُ إلى مستقبلاته في الغدتين الكظريّتين، فيستجيبان بإفرازِ هرمونٍ سمعَ القارئُ اسمه كثيرًا، هو «الكورتيزول».

هرمونُ الكورتيزول ما إن يُفرزُ في الدم من الغدتين الكظريّتين حتى ينطلقَ إلى مستقبلاته الكثيرة في أعضاء وأنسجةٍ عديدةٍ جدًّا في

الدّم، فيحفّزها للقيام بوظائف متنوّعة تشترك كلّها في عنوانٍ واحد: تهيئة الجسم لاستجابة أفضل للتوتر والتجارب السلبية. إلى هنا تبدو الحكاية مطمئنة للغاية.

لكن، ما الذي يحدث إذا تعرّض المرء لتوتراتٍ وتجاربٍ سلبية وكروبٍ بشكلٍ متواصلٍ ومتتابعٍ؟ سيتوقّع القارئُ مُحققاً أن هذا المحورُ سيكونُ في حالة نشاطٍ دائمٍ وتحفيزٍ مستمرٍ. هذا أمرٌ ضارٌّ ويؤدّي لعكس المقصود، فحالة الاستجابة للتوترات والطوارئ حالةٌ مستنزفةٌ جسمياً ونفسياً، وليس من الصّحّي للدماغِ وبقية الجسم أن تصبح هذه الحالة هي القاعدة.

ويكون الضّررُ أشدَّ وقعاً وأبعد أثراً كلما حصلت حالة التوترات والكروب المستمرة هذه في عمرٍ أصغر، فجسمُ الإنسان بما فيه دماغه في حالة نموٍّ وتكوّنٍ في المراحل العمرية المبكرة، وهذه التغيّرات التي يوجدها هذا المحورُ استجابةً للتوتر يُختلف أثرها في الأعضاء التي ما تزال في مراحل التكوين الأولى عن أثرها في الأعضاء التي تكوّنت واكتملت.

من هنا، قد يؤدّي التحفيز المستمرُّ لهذا المحور إلى مجموعةٍ من النتائج السلبية، منها أن الجسمَ يجدُ صعوبةً متزايدةً في العودة إلى حالة الاستقرار، ويستمرُّ بالتالي في العملِ وكأنَّ هناك خطراً أو كرباً ما مع أن الخطر قد زال والكرب قد انتهى، ومنها أن استجابات الجسم للتوترات اللاحقة تُصبحُ مبالغاً فيها ويصعبُ ضبطها بشكلٍ متزايدٍ، وفي الحالات الشديدة يمكنُ أن تُنتجَ تغيّراتٌ فسيولوجيةٌ دائمةٌ بسبب هذا التحفيز المُفرطِ وغير المنضبط.

مثلاً، هناك منطقة في الدّماغ اسمها «فرس النّهر Hippocampus»

ولها وظائف متنوّعة من بينها الذاكرة وتجديد الأعصاب، فضلاً عن كونها جزءاً من الدوائر التي تُنتج وتنظّم الانفعالات. تُظهر الدراسات أنّ هذه المنطقة أصغر حجماً لدى بعض المُصابين بالاكتئاب، والسبب أن الزيادة المُفرطة في نشاط هذا المحور تجعل المستقبلات في هذه المنطقة تنكفي على نفسها لتحمي هذه المنطقة من أثر الكورتيزول، فتكون النتيجة أنّ هذه المنطقة لا تنمو نموّاً كافياً فتغدو أصغر حجماً، ولهذا أثره المُستقبلي على تدبير الانفعالات وبعض الوظائف الذهنية المرتبطة بالتعامل مع التوتر والتجارب السلبية، وبالتالي، قد يسهم هذا كله في حصول الاكتئاب.

ولعلّ القارئ بدأ يتنبّه إلى أنّ هذا المحور يُقدّم لنا مدخلاً مهمّاً لفهم العلاقة بين النفس والجسم، والارتباط الوثيق بينهما، فهو يُقدّم تفسيراً ملموساً مدعوماً بالحقائق العلمية لكيفية تأثير حدث مؤلم أو كرب على وظائف الجسم، وكيف أنّ بُنية الجسم الفسيولوجية واستجابته للمُحيط تُساهم هي بدورها في تشكيل مزاج الإنسان وحالته النفسية وطبيعة استجابته لما يمرُّ به، وبالتالي لا انفصال بين الأحداث والأفكار والمشاعر من جهة وبين عمل الجسم وفسيولوجيته ووظائفه، بل العلاقة اتّصال وثيق وتأثر وتأثير متبادل في الاتجاهين.

## 6. الالتهاب والعوامل المناعية:

كما هو معلوم، يتولى جهاز المناعة حماية جسم الإنسان تجاه المكونات الدخيلة، مثل المواد الكيميائية الضارة التي تدخل الجسم، أو الميكروبات الدقيقة مثل البكتيريا والفيروسات والطفيليات وغيرها، أو الخلايا السرطانية التي يُنتجها الجسم نفسه. يعمل جهاز المناعة بوسائل متنوعة لتحقيق هذا الهدف، والالتهاب من بينها، وهو استجابة فسيولوجية تقوم على تحريك طيف واسع من الخلايا والأنسجة والجزيئات في الجسم تعمل معاً بطريقة بالغة التعقيد وتتضافر جهودها من أجل القضاء على الخطر وحماية الجسم.

يحصل أحياناً في اللغة اليومية خلط بين الالتهاب Inflammation والعدوى Infection. الأولى شرحناها للتو، أما العدوى فهي حالة الإصابة بميكروب مُعدٍ يدخل الجسم من الخارج ويؤدي لاختلالات وأعراض متنوعة تختلف حسب طبيعة الميكروب ومدى عدوانيته وضرره. بالتالي، الالتهاب استجابة جسمانية، تحدث بسبب العدوى، وتحدث لأسباب أخرى لا علاقة لها بالعدوى أو بوجود ميكروب خارجي.

مثلاً، هناك مجموعة من الأمراض التي تُصيب البشر تُدعى «أمراض المناعة ضد الذات Autoimmune Diseases»، وتعني كما يدلّ الاسم أنّ جهاز المناعة يُهاجم خلايا جسم الإنسان نفسه وأجهزته وأعضائه، من دون وجود عدوانٍ خارجيٍّ من ميكروب أو مادة كيميائية دخيلة أو خلايا سرطانية. بعض هذه الأمراض شائعٌ ومعروف، مثل النوع الأول من السكري، والتهاب المفاصل الروماتيزمي، والصدفية، والحُمى الذئبية SLE، وبعض أمراض

الغدة الدرقيّة مثل مرض هاشيموتو ومرض جريفز، وغيرها.

لكن ما علاقة هذا كله بالاكْتئاب؟

العلاقة تبدأ من ملاحظة أنّ من يُعانون من هذه الأمراض المناعيّة أكثرُ عُرضَةً للاكْتئاب. هذا دفعَ الباحثين على مدار العقود الخمسة الماضية للبحث في العلاقة بين الاكْتئاب من جهةٍ وجهاز المناعة عموماً، ومكوّناتِ الالتهاب خصوصاً، من جهةٍ أخرى. هذا المسعى البحثي معقد لأنّ كلّاً من الاكْتئاب والالتهاب ظاهرتان معقدتان للغاية.

مكوّناتُ جهازِ المناعة عموماً ثلاثة: الخلايا المناعيّة (مثل خلايا T وخلايا B والخلايا البلعميّة Macrophages وغيرها)، والجزيئات المنظّمة للالتهاب Cytokines، والأجسام المُضادة Antibodies. خلال هذه العقود، درسَ الباحثون علاقةً كلّ من هذه المكوّناتِ بالاكْتئاب، من ناحيةٍ عدديّها ونشاطها وتفاعليّها فيما بينها. ما يمكنُ قوله هو أنّ جهازَ المناعةٍ ومكوّناتِهِ تتصرّفُ بوجودِ الاكْتئاب بطريقةٍ تختلفُ عنها في غيابهِ، بل وتختلفُ أعدادُها وأنشطتها عندَ المكتسبين قبلَ وبعدَ العلاج. ما يزالُ الوقتُ مبكراً لتقريرِ خُلاصاتٍ واضحةٍ بخصوصِ هذه العلاقة، لكن يتشكّلُ موقفٌ علميٌّ مفادُهُ أنّ الالتهاب ليسَ ظاهرةً مُحايدةً في الاكْتئاب، بل له دورٌ مؤثّرٌ في الاكْتئاب واستجابته للعلاج، وقد يكونُ عاملاً مهمّاً في الاكْتئاب المُقاوم للعلاج.

وما يُمكنُ للقارئ أن يستخلصه من هذا العامل هو أنّ تشخيصَ وعلاجِ الأمراضِ المناعيّة والالتهابيّة مهمٌّ جدّاً لدى من يُعانون من الاكْتئاب، خصوصاً الاكْتئاب المُقاوم للعلاج، وخصوصاً لدى من

تُرافقُ الاكتئابَ عندهم أعراضٌ جسميّةٌ واضحةٌ، من قبيل طفق جلدِي، أو ألم في المفاصل، أو مشاكل في عمل الجهاز الهضمي، أو فقدان الطّاقة الشديداً، أو نتائج غير طبيعِيّة في فحوص الالتهاب الروتينية. ومن المهم أن نعلم أن الإناث أكثر عرضةً للأمراض المناعية، ويكتسبُ هذا الموضوعُ لديهنّ أهميّةً مُضاعفةً، خصوصاً بوجود تاريخٍ مرضيٍّ لهذه الأمراض في العائلة.

## 7. الدوائر العصبية في الدماغ Neural Circuits

في الدماغ أكثر من 80 مليار خلية عصبية، ولكنها لا تعمل كخلايا منفردة، بل تتنظّم مجموعات منها في أجزاءٍ تشريحية متميزة، مثل اللوزة Amygdala، وقرن النهر Hippocampus، والقشرة قبل الحركية Pre-frontal Cortex، والتلفيف الجزامي Cingulate gyrus، والنواة المتكئة Nucleus Accumbens، وغيرها كثير. هذه الأجزاء يتواصل بعضها معاً وتتبادل المعلومات والإشارات العصبية من أجل القيام بوظائف متنوعة. تُسمى مجموعة الأجزاء الدماغية التي تتواصل معاً كفريقٍ وظيفيٍّ منتظم دائرةً عصبيةً Neural Circuit.

هذه الدوائر العصبية يُمكنُ قياسُ نشاطها ومدى فاعليته من خلال وسائل متنوعة، أهمها التصوير المغناطيسي الوظيفي Functional MRI. ورغم أن التفاصيل التقنية كثيرة، إلا أن المبدأ بسيط: يخضع الشخصُ للتصوير المغناطيسي -بطريقة تُشبه التصوير لغايات التشخيص والعلاج- وتُخبرنا الصور التي يمدّنا بها الجهازُ عن نشاط

مناطقٍ مختلفةٍ في الدماغ. يمكنُ أن يكونَ الشخصُ ساكنًا لا يفعلُ شيئًا خلالَ التشخيص، ويمكنُ أن نطلبَ منه أن يقومَ بفعل ما، من قبيل قراءة نص، أو تحريك أصابعه، أو التفكير بشيءٍ يحبه، إلخ. ويمكنُ لنا بالتالي أن نلاحظَ المناطقَ التي يزدادُ نشاطُها عندَ القيامِ بوظيفةٍ معيَّنة، ونستنتجُ بالتالي أن لهذه المنطقة في الدماغ علاقةً ما بذلك النشاط.

وبخصوصِ الاكتئاب، تجري الدراساتُ على النحو التالي: تأتي بمجموعتين من المتطوعين، إحداهما لأشخاصٍ مُصابينَ بالاكتئاب، والأخرى بأصحاء من أجل المقارنة، ونخضعُ المجموعتين للتصويرِ الدماغِيّ، وندرسُ ما إذا كانَ تغيرٌ ما في نشاطِ منطقةٍ دماغيةٍ أو أكثر موجودًا في المُصابينَ بالاكتئاب وليسَ في الأصحاء.

هذه الدراساتُ أنتجتُ لنا ثروةً من البيانات تُساعدُنا في فهمِ الاكتئاب، فعلى مدى عقود، أظهرتُ هذه الدراساتُ أن أدمغةَ المُصابينَ بالاكتئاب تشهدُ تغيراتٍ في نشاطِ مناطقٍ متنوعةٍ في الدماغ، وهذا النشاطُ قد يكونُ أكثرَ أو أقلَ من نظرائهم الأصحاء.

هذه أمثلةٌ للمناطقِ الدماغيةِ التي نجدُ فيها تغيراتٍ في الحجمِ أو الوظيفةِ عندَ المُصابينَ بالاكتئاب مُقارنةً بالأصحاء:

- اللوزة الدماغية Amygdala.
- فرس النهر Hippocampus.
- بعض النويات القاعدية Basal Ganglia.
- نسيجُ المهاد Thalamus.
- القشرة الحزامية الأمامية Anterior Cingulate Cortex.
- القشرة قبل الحركية Prefrontal Cortex.

• القشرة المَحَجَرِيَّة الأماميَّة Orbitofrontal Cortex.

• الغدَّة النخامية Pituitary Gland.

وهنا علينا أن نُشيرَ لمجموعةٍ مهمَّةٍ من التنبهات:

أ. هذه ليست تغيُّراتٍ موجودةً لدى جميع المُصابين بالاكْتئاب، ويُمكنُ أن توجدَ عندَ غيرِ المُصابين بالاكْتئاب لأسبابٍ متنوِّعة. ما نعلِّمُه أنَّها أكثرُ شيوعاً لدى المُصابين بالاكْتئاب من غيرهم.

ب. هذه التغيُّراتُ حريٌّ بها أن تُغيَّرَ من وجهةِ نظرٍ من يرى الاكْتئابَ كسلاً أو ادِّعاءً، فلا قدرةً لأحدٍ على أن يصطنِعَ تغيُّراتٍ في دماغه وفقَ رغبته.

ت. على قارئِ هذا الكتابِ إن كان هو أو عزيزٌ عليه مُصاباً بالاكْتئاب ألا يجزَعُ ويتسرَّعَ في الخوفِ من أن دماغه مختلفٌ أو فيه خلل، فالدماغُ عَضُوٌّ ديناميكيٌّ جدًّا، فلدى الدِّماغِ قدرةٌ عاليةٌ على تعويضِ نقصِ حجمٍ أو نشاطٍ منطقيٍّ ما بمعادلةِ ذلك من خلالِ نشاطٍ منطقيٍّ أخرى.

ث. علاجاتُ الاكْتئاب، بما في ذلك العلاجُ النفسيُّ من خلالِ الجلسات -دون أدوية- أظهرتَ قدرتها على إحداثِ تغيُّراتٍ في حجمِ ونشاطِ مناطقٍ متنوِّعةٍ في الدِّماغِ، وبالتالي، فكمبدأً عامًّا، يُمكنُ للعلاجاتِ المُختلفةِ أن تُنتِجَ بدورها تغيُّراتٍ إيجابيّةً مُقابِلةً.

ج. هذه التغيُّراتُ نلحظُها أكثرَ في المصابينَ باكْتئابٍ سريريٍّ شديدٍ يتطلَّبُ علاجاتٍ كثيفةً، ونحنُ لا نتحدَّثُ بالتالي عن تدنٍّ

عارضٍ في المزاج أو حزنٍ عاديٍّ أو تقلبات المزاج بفعل توتراتِ الحياةِ اليوميّةِ أو حتى الأحداثِ السلبيّةِ الكبيرة التي لا تُفضي إلى اكتئاب.

بهذا نكونُ قد عرضنا أهمّ العوامل البيولوجيّة التي تزيد احتمالَ الاكتئاب، وفي الفصلِ التّالي نعرّضُ أهمّ العوامل النّفسيّة.

## الفصل الرابع: العوامل النفسية في الاكتئاب

ونقصدُ بها العواملَ المتعلقة بالتكوينِ النفسيِّ للشخص، وبنية شخصيته، وتجاربه الشخصية، ممَّا لا يُمكنُ اختزاله في التكوين البيولوجيَّ أو ردهُ إليه. نستعرضُ هنا أهمَّ هذه العوامل مع شرحٍ وتفصيل:

### 7. سمات الشخصية:

لو أردنا أن نصفَ شخصيَّةَ أحدهم، فهناك طيفٌ واسعٌ من الصفات التي تُسَعِّفنا اللغة بها، من قبيل أنه حازم، أو مقدام، أو ذكيَّة، أو اجتماعيَّة، أو مهذب، أو متشائم، أو مُنظَّمة، أو سريعةُ الغضب، أو مترنَّة، وغير ذلك كثير.

ولأنَّ هذه الصفاتِ لا يُمكنُ حصرها، كان على علم النفس أن يبحثَ فيما إذا كان هنالك بالفعل شيءٌ اسمه «سمات الشخصية» بالمعنى العلميِّ، أي مكوناتٌ قابلة للملاحظة والقياس والتكميم والوصف من خلال البيانات والأرقام، أو ما إذا كانت «سمات الشخصية» لا تعدو أن تكونَ أوصافاً لغويَّةً مبعثرةً وغيرَ متسقة، وليست بالتالي موضوعاً صالحاً للدرسِ العلميِّ المنهجيِّ.

وقصة الإجابة على هذا السؤال شيقَةٌ للغاية، لكنَّها خارجةٌ عن

مجال هذا الكتاب، وسنكتفي هنا بالقول إن الباحثين في علم النفس، وعلى مدى عقودٍ طويلةٍ من البحث العلمي المنضبط، وجدوا أن سمات الشخصية ميدانٌ يمكنُ درسه بقدر عالٍ من الانضباط العلمي والصرامة البحثية، وأن بإمكاننا من خلال البيانات والأرقام أن نستوثق من أن «سمات الشخصية» أمرٌ واقعٌ بالمعنى العلمي.

وخلاصةً هذه الأبحاث التي قامَ بها مئاتُ الباحثين على مئات الآلاف من البشر أن كلَّ إنسان له «ملفٌ شخصي Profile» من سمات الشخصية، شبيهاً بسماته الأخرى من قبيل الطول والوزن ومستوى الذكاء وغير ذلك.

هذا الـ «بروفایل» يتحدّد حسبَ موقعِ الإنسان من خمسةِ أبعادٍ للشخصية:

1. الانفتاحية Extraversion
2. الانضباط الذاتي Conscientiousness
3. الثقلب الانفعالي Emotional (in)stability
4. الذكاء والانفتاح على التجربة Intellect/Openness
5. التوافقية الاجتماعية Agreeableness

كلُّ واحدٍ من هذه الأبعاد يتوزّع عليه البشرُ بطريقةٍ تشبه صفةَ الطولِ مثلاً، فهناك الطويلون جداً والقصرون جداً، وهناك متوسطٌ للطول. أكثرُ البشرِ يقعُ طولهم حولَ المتوسط، أكثرُ منه بقليل أو أقل منه بقليل، وكلّما اتجهنا نحو طرفي هذا المقياس - أي الطول الفارع أو القصر الشديد - يقل عددُ البشر الذين يقعون قريباً من القطبين.

والأمرُ نفسه صحيحٌ بخصوصِ هذه السمات، فسمّةُ «الانفتاحية»

تصفُ مقدارَ إقبالِ الشخصِ على العلاقاتِ الاجتماعيَّة، وسرعةَ اندماجه في الآخرين، وألفته للتجمُّعاتِ والمناسباتِ الاجتماعيَّة، وميله للثقة في البشَرِ عُمومًا. الشخصُ عالي الانفتاحيَّة يتميَّزُ بامتلاكِ قدرٍ كبيرٍ من هذه الصِّفات، والشخصُ قليلُ الانفتاحيَّة (أو الانطوائي) يمتلكُ قدرًا ضئيلاً منها. أكثرُ البشرِ يقعونَ في الوَسَط، وقليلٌ منهم انفتاحيون جدًّا أو انطوائيون جدًّا. والأمرُ نفسه ينطبقُ على بقيَّة الأبعاد الخمسة.

وما يهْمُننا هنا لغاياتِ الحديثِ عن الاكتئابِ هو البُعدُ الثالث، أي التقلُّب (أو الثبات) الانفعاليّ Emotional (In)Stability، فهذا البُعدُ يَصِفُ المُكوِّنَ الانفعاليّ في الإنسان. المكوِّنات الفرعيَّة لهذا البُعدِ هي:

- القلق: ويشمَلُ التوتر، والخوف، والعصبيَّة، والمبالغة في حساب الاحتمالاتِ والعواقب، وانشغالَ البالِ بالأشياءِ التي يُمكنُ أن تحدث.

- الغضب: ويشمَلُ مشاعرِ العُدوانيَّة، ونفاذَ الصِّبرِ، وقِلَّةَ التحمُّل، والخروجَ عن الطُّور.

- انحطاط المزاج: ويشمَلُ الميلَ للحزنِ وفُقدانِ الأملِ وتدني الشُّعور.

- الخجلُ والشُّعورُ بالتوترِ في المواقفِ الاجتماعيَّة.

- التهور: ويعني صُعبوَّةَ ضبطِ النَّفسِ عن السلوكاتِ غيرِ المرغوبة من قبيل تهديَّة القلقِ بالأكلِ أو المُغادَرة المُفاجِئة والمُحرِجة لموقفِ اجتماعيٍّ غيرِ مُريح.

- الحساسِيَّة: وتعني الميلَ للمُشاعرِ السَّليبيَّةِ وصُعبوَّةَ احتوائها وتجاوزها.

وكما يُمكنُ أن نستنتجَ من المكوِّناتِ المذكورة أعلاه، فالأشخاصُ

الأعلى ثباتاً انفعاليًا يتميزون بمزاج مستقرّ وأكثر ثباتًا، لا تتقلّب عواطفهم بكثرة، ولا يعيشون الكثير من المشاعر السلبية، وهم أقلّ غضبًا، ويميلون لرؤية الجانب المُطمئن مما يمرّون به. أمّا الأشخاص الأقلّ اتزانًا عاطفيًا فهم أكثر تقلّبًا في المزاج، وأسرع غضبًا، وأميل للتشاؤم، وتعلّق الأفكار السلبية ببالهم لمدة أطول وبقدر أعلى، ولديهم إحساس أعلى بخطرٍ محتمل، ويحسبون حساب السيناريو الأسوأ.

وقبل أن يقفز القارئ إلى استنتاج متسرّع، أبادر فأقول: من الواضح أنه لو كان الاختيار بأيدينا، فسنختار أن نكون أكثر ثباتًا انفعاليًا. هذا صحيح على مستوى الفرد.

لكن على مستوى الجماعة البشرية، هناك ضرورة لوجود من يتوقّعون الخطر حين لا يشعر بهم غيرهم، ومن يحسبون حساب الأسوأ بينما غيرهم لا يرى إلا المستقبل المُشرق. تخيل عائلة أو شركة أو دولة لا يُفكر أيّ من أفرادها في الاحتمالات السلبية، أو في مكامن الخطر، أو في العواقب السيئة المحتملة لقرارٍ أو اختراعٍ أو سياسة.

أما بخصوص الاكثاب، فالأشخاص الأقلّ ثباتًا انفعاليًا أكثر عرضة للاكثاب، وهذه العلاقة من أقوى العلاقات بين عاملٍ ما والاكثاب.

ولعلّ القارئ يتساءل: ما الذي يجعل شخصًا ما أكثر أو أقلّ ثباتًا انفعاليًا من شخصٍ آخر؟ بلغةٍ أخرى، ما الذي يُحدّد مكاني على مقياس الثبات الانفعالي؟

والجواب هو أن هذا يتحدّد من خلال مزيج من الجينات والتجارب الحياتية. الجينات مسؤولة عن جزء كبير ولا يُستهان به من كوننا أقلّ أو أكثر ثباتًا انفعاليًا، ويُمكن للمرء ملاحظة ذلك من خلال العائلات

التي يَعْرِفُ العَدِيدِ من أَفْرَادِهَا بِقَدْرِ جَيِّدٍ من القُرْبِ، فهذه السَّمَاتُ تسري في العائِلَاتِ وتُورَثُ للأبْنَاءِ بِقَدْرِ لا يُسْتَهَانُ بِهِ.

لكنَّ للبيئَةِ والتَّجَارِبِ دورًا مُمَثِّلًا وفي غايَةِ الأهمِّيَّةِ، فَتَجَارِبُ الإنسانِ تُؤثِّرُ بِقَدْرِ كَبِيرٍ في نزعاتِهِ المِزاجِيَّةِ وَسِمَاتِهِ الشَّخْصِيَّةِ.

فإذا عاش المرءُ في أُسْرَةٍ ومَجْتَمَعٍ وظُرُوفٍ تَدْفَعُ بِاتِّجَاهِ المَزِيدِ من الثَّبَاتِ الانْفِعَالِيِّ، فسيكونُ لهذا أثرُهُ، كما سيكونُ للعكسِ لِأثرِهِ كذلك.

وبإمكانِ المرءِ أن يَتَوَقَّفَ عندَ الكَثِيرِ في واقعِ الدَّولِ العربيَّةِ ممَّا يُعزِّزُ المكوِّناتِ السَّلبِيَّةِ في هذا البُعدِ. فهناك تجرِبَةُ العيشِ تحتِ الاحْتِلالِ مَثَلًا، مع ما يَسْتَبْعُهُ ذلك من توتُّرٍ دائمٍ، وَقَلَقٍ مُسْتَمِرٍّ، وصُعُوبَةٍ في التَّعوِيلِ على أيِّ نوعٍ من المُسْتَقْبَلِ المضمونِ، إذ يُمكنُ للحياةِ أن تنقَلِبَ رأسًا على عَقَبٍ في غمضةِ عينٍ. هذا سيعزِّزُ جوانِبَ القلقِ والتُّوتُّرِ والتَّشاؤمِ والخوفِ من المُسْتَقْبَلِ. والأمرُ نفسُه ينطبِّقُ على البُلدانِ المُهدَّدةِ بخطرِ الانهيارِ الاقْتِصادِيّ أو الحربِ الأهلِيَّةِ أو غيابِ الحُقوقِ الأساسِيَّةِ، إذ يُمكنُ للمرءِ أن يَفْقِدَ حُرِّيَّتَهُ دونَ قَضَاءٍ نزيهٍ، أو تنهارَ قيمةُ مَدَّخِرَاتِهِ وممتلكاتِهِ بسببِ سياسةٍ اقْتِصادِيَّةٍ فاشِلَةٍ، أو يَخْسِرَ أمانَهُ الشَّخْصِيَّ لأسبابٍ مُخْتَلِفَةٍ. من يَعِشُ ضمنَ هذه الظُّروفِ من المنطِقِيَّ تمامًا أن تتعزَّزَ عندهُ المكوِّناتُ السَّلبِيَّةُ لهذا البُعدِ، خُصوصًا إذا كانت عندهُ قابليَّةٌ جينيَّةٌ لذلك.

## 2. التعرُّضُ للكروب:

كما قلنا سابقًا، لفظ «الكرب» هو الترجمةُ التي نرتضيها ل

«trauma». هُنَاكَ اجْتِهَادَاتٌ تَرْجَمِيَّةٌ أُخْرَى، مِثْلُ «الرُّضُوضِ» وَ«الْكُدَمَاتِ» وَ«الإِصَابَاتِ»، وَهُنَاكَ مِنْ يَسْتَعْمِدُ لَفْظَةَ «تَرْوَمَا» كَمَا هِيَ.

والتعرُّضُ للكُروبِ فِي سَائِرِ مَرَاكِبِ الحَيَاةِ مِنْ أَقْوَى العَوَامِلِ اِرْتِبَاطًا بِوَقُوعِ الاكْتِتَابِ، وَهَذِهِ الكُروبُ تُشْمَلُ:

• الاِعتِدَاءَاتُ الجِنْسِيَّةُ، فِي الطُّفُولَةِ خُصُوصًا وَفِي سَائِرِ مَرَاكِبِ العُمُرِ كَذَلِكَ.

• الإِسَاءَةُ الجَسِيمَةُ لِلْمُعَامَلَةِ فِي الطُّفُولَةِ، مِنْ قَبِيلِ الضَّرْبِ المُبْرِحِ المِتَوَاصِلِ، وَالإِهَانَةُ الجَسِيمَةُ المِستَمِرَّةُ، وَالجِرْمَانِ الشَّدِيدِ المِتَكَرِّرِ، وَالإِهْمَالِ البَالِغِ المُتَمَدِّ.

• فُقْدَانُ الأُمِّ أَوْ الأَبِّ فِي الطُّفُولَةِ أَوْ كِلَيْهِمَا، خُصُوصًا إِنْ لَمْ يَسُدَّ مَكَانَهُمَا قَرِيبٌ مُحِبٌّ أَوْ عَائِلَةٌ أُخْرَى رَاعِيَةٌ.

• فُقْدَانُ شَخْصٍ عَزِيزٍ فِي أَيِّ مَرَحَلَةٍ مِنْ مَرَاكِبِ العُمُرِ.

• فُقْدَانُ شَيْءٍ عَزِيزٍ جِدًّا يُعَرِّفُ المَرءَ نَفْسَهُ مِنْ خِلَالِهِ، مِثْلُ فُقْدَانِ التِّجَارَةِ الَّتِي بَنَاهَا المَرءُ عَلَى مَدَى عُقُودٍ، أَوْ البَيْتِ الَّذِي سَكَنَهُ عُمَرًا، أَوْ هَجْرٍ أَوْ لِوَالِدِهِ لَهُ، أَوْ الانْفِصَالِ العَاطِفِيَّةِ الشَّدِيدَةِ، أَوْ حَرْمَانُ لَاعِبٍ مِنْ مِمَارَسَةِ الرِّيَاضَةِ لِتَعَاطِيهِ المُنشِطَاتِ.

• التَّعَطُّلُ الحَادُّ وَالمُفَاجِئُ لوظِيفَةٍ جَسْمِيَّةٍ أَوْ حَاسَّةٍ أَوْ عُضْوٍ، مِثْلُ فُقْدَانِ الرِّجْلَيْنِ فِي حَادِثِ سَيَّارَةٍ، أَوْ السَّلْلُ بَعْدَ جَلْطَةٍ دِمَاغِيَّةٍ، أَوْ اسْتِنصَالِ الكَلْبَتَيْنِ بَعْدَ وَرَمٍ.

• العَيْشُ فِي مَنطَقَةٍ حَرْبٍ أَوْ نِزَاعٍ أَوْ اِحْتِلَالٍ، مَعَ مَا يُصَاحِبُ ذَلِكَ مِنْ تَوَثُّرٍ وَاسْتِنزَافٍ مُسْتَمِرٍّ، فَضْلًا عَنْ فُقْدَانِ الثِّقَةِ بِإِمْكَانِ التَّحَكُّمِ فِي الظُّرُوفِ المَحِيظَةِ بِقَدَرٍ مَعْقُولٍ أَوْ بِالقُدْرَةِ عَلَى التَّخْطِيطِ لِلْمُسْتَقْبَلِ. هَذِهِ الحَالَةُ بَحْدَ ذَاتِهَا كَرِبٌ حَتَّى وَلَوْ لَمْ يَتَعَرَّضَ الفَرْدُ لِأَذَى مُبَاشِرٍ.

- اللجوء والزوح وكافة أشكال الهجرة الاضطرارية.
- أي كرب شديد آخر يُصيب المرء فيما يعتبره من مقومات وجوده ومن دعائم تعريفه لنفسه.

وقد يقول قائل إننا تحدثنا عن أثر الكروب على بيولوجيا الإنسان ووظائف جسمه، خصوصًا عندما تحدثنا عن محور تحت المهاد - الغدة النخامية - الغدتان الكظريتان، فلماذا نضع الكروب هنا أيضًا مع العوامل النفسية؟

والجواب هو: صحيح أن للكروب أثرًا بيولوجيًا على جسم الإنسان ووظائفه، إلا أن لها أثرًا يتجاوز ذلك ولا يمكن رده إلى مفعولها البيولوجي فحسب. هذا الأثر مرتبطٌ بشكل أساسي بقضية «المعنى»، أي أن أثر الكرب على الإنسان ينقسم إلى شقين:

1. الكرب نفسه، مع ما ينتجه من تغيرات بيولوجية.

2. معنى الكرب، أي كيف يتمظهر الكرب في وعي الإنسان ومخياله وصورته لنفسه وللحياة.

مثلًا، الاغتصاب أحد أسوأ الكروب التي يمكن أن يتعرض لها إنسان، ومهما كانت الظروف والملابسات أو اختلف الأشخاص، يظل الاغتصاب كربًا هائلًا، ويُنْتِج بالتالي مفاعيله البيولوجية. لكن بإمكاننا أن نتصور أن الاغتصاب المصحوب بلوم للنفس وبشعور بالعار وجلد للذات أكثر احتمالًا لوقوع الاكتئاب. هذه الأفكار والمشاعر - العار ولوم النفس وتقريع الذات - ليست عمليات

بيولوجية، بل هي مفاهيم معقدة تتخلل بنية النفس شديدة التشابك.

وهناك نقطة نريد إبرازها في هذا السياق تتعلق بالكروب في الطفولة، وهو أن الحديث عن الطفولة وتجاربها وعلاقتها يجب أن يؤخذ في سياقه العلمي، لا في سياق مبالغات «السوشال ميديا». فما نتحدث عنه هنا هو أحداث جسيمة في شدتها أو متكررة بشكل طويل الأمد في مدتها أو الاثنين معاً. أما الأحداث الصغيرة المتناثرة والمواقف العابرة وحتى التجارب السلبية المتكررة إذا كانت محدودة الشدة فيمكن لأثرها أن يكون محدوداً أو حتى أن تولد قوة وتحملاً ومناعة، لأن الأطفال على قدر عالٍ من المرونة النفسية، والتجارب السلبية البسيطة جزء من النمو الطبيعي، بل ضرورية لبناء المناعة النفسية.

نقول هذا الكلام لأن «تجارب الطفولة» أمر هام جداً في التكوين النفسي وفي العلاج النفسي، ولأنها كذلك من أكثر ما يساء فهمه عند الحديث عن الأمراض النفسية في الثقافة العامة و«السوشال ميديا»، من قبيل تفسير كل شيء بها، والتساهل المفرط في تعريفها، أو حتى استخدامها بطريقة تُبرّر اعتقادات أو سلوكيات غير سوية تجاه النفس والآخرين. كل هذه الأمور وغيرها جعلت «تجارب الطفولة» مساحة ملغومة، أو على الأقل مساحة يتجنب أن يتحدث عنها المتخصص الجاد لأن حديث الشارع أفسدها وجعلها أمراً مُبتدلاً، وهذا يضر أولاً ما يضر من عانوا بالفعل في طفولتهم وتعرضوا لكروب كبيرة، لأن هذا الموضوع صار من الصعب جداً الحديث عنه بأسلوب علمي جاد بعيداً عن التهويل من كل شيء حدث في الطفولة وتصوير الأطفال كأنهم كائنات في منتهى العجز، ولا مرونة نفسية لديهم، ولا قدرة عندهم على تجاوز أي حدث سلبي، وبين التهوين الشديد من كروب

الطفولة كتطريفٍ مقابل، إلى درجة تُهمَلُ الكروب الحقيقية والتجاربِ بالغة الضرر التي مرّ بها كثيرون واستمرّ أثرها السلبي عليهم إلى بقية أعمارهم.

والأمثلة التي ذكرناها أعلاه تُمثلُ الكروب الجسيمة التي تُعتبر من عوامل زيادة احتمال الاكتئاب، أما التجارب السلبيّة محدودة الأثر أو التي يُمكن أن تولّد قوّة ومرونة فيصعبُ حصرها، ولكن من أمثلتها:

1. كون أحد الوالدين بارد المشاعر أو ذا حزم زائد أحياناً.
  2. السفر المتكرّر لأحد الوالدين.
  3. محدودية الموارد الماليّة للأسرة وقدرتها على توفير الضرووريات فحسب.
  4. الاستبعاد من اللعب.
  5. ما يشيع بين الأطفال من مُشاحناتٍ وملاسناتٍ وتكوينٍ ولاءاتٍ و«شلل» متخاصمة.
  6. أن يكون بعض المعلمين شديدين في تطبيق النظام وكثيري التوبيخ.
  7. وفاة الأقارب من الدائرة الثانية وما بعدها، كالجّد مثلاً (بافتراض أنه لم يكن يقوم بدور الأب).
- وغيرها كثير، مع مُراعاة التّفاوت الفرديّ بين البشر في التّعامل مع التجارب السلبيّة.

### 3. الضُّغْطُ والتوتُّر Stress:

كثيرًا ما يُشكِّل الضُّغْطُ والتوتُّرُ العاملَ الذي يُرَجِّحُ كَفَّةَ حُصُولِ الاكْتِتابِ عند من لهم قابليَّةٌ لذلك. صحيحٌ أنَّ الاكْتِتابَ يُمكنُ أن يحدثَ من دونِ حَدَثٍ مُعَيَّنٍ يسبِقُ وقوعه، وهذا صحيحٌ بالذاتِ عند من تجتمعُ عندهم مجموعةٌ كافيةٌ من العواملِ (وُجودِ الاكْتِتابِ بكثرةٍ في العائلةِ بالإضافة لفُقدانِ أحدِ الوالدينِ صغيرًا على سبيلِ المِثالِ). لكن في كثيرٍ من الأحيانِ هناك زيادةٌ في الضُّغْطِ والتوتُّراتِ توصلُ الأمورَ إلى نُقْطَةٍ تتغلبُ فيها عواملُ حُصولِ الاكْتِتابِ على عواملِ المُقاومةِ، فيحصلُ الاكْتِتابُ.

هذه الزيادةُ في الضُّغْطِ والتوتُّراتِ قد تأخذُ شكلَ الزيادةِ المتدرِّجَةِ المتصاعدةِ، وقد تأخذُ شكلَ حَدَثٍ واضحٍ ومُحدَّدٍ، وبإمكانِ المرءِ أن يتخيَّلَ الكثيرَ من الأمثلةِ على كُلِّ منهما.

كمِثالٍ على الحالةِ الأولى، يُمكنُ أن يظهرَ الاكْتِتابُ بعدَ شهورٍ من المتاعِبِ الماليَّةِ البسيطةِ التي تتراكمُ، يُصاحبُها تَعَثُّرٌ متصاعدٌ في العلاقةِ الزوجيةِ، بالإضافة لزيادةٍ تدريجيةٍ في آلامِ المفاصلِ بسببِ الروماتيزمِ. قد لا تكونُ أيُّ من هذه التغيُّراتِ كافيةً لوحدها في ظُهورِ الاكْتِتابِ، لكنها تتضافرُ معا فترجِّحُ الكَفَّةَ.

وكمِثالٍ على الحالةِ الثانيةِ، قد يُمُرُّ المرءُ بحادثٍ سيِّارةٍ كبيرٍ أو انفصالٍ زوجيٍّ أو فُقدانٍ عزيزٍ، فيُدخِلُه الحادثُ في حالةِ الاكْتِتابِ.

ومنَ المُهمِّ في هذا السِّياقِ تكثيفُ عواملِ التَّعافيِ والوقايةِ التي سنتحدَّثُ عنها لاحقًا حين تبدأُ الضُّغْطُ والتوتُّراتُ تتكاثرُ على

المراء، فإذا كانت كَفَّةُ الاكْتِئابُ تَزْدادُ وزناً باسْتِمْرار، فتكثيفُ الكَفَّةِ المُقابِلَةِ يُصبحُ ذا أهْمِيَّةٍ مُضاعَفَةٍ.

أما وقد تحدّثنا عن العواملِ البيولوجيةِ والنفسيةِ في الاكْتِئاب، فقد حان وقتُ الحديثِ عن المستوى الثالثِ من عواملِ الاكْتِئاب، وهي العواملُ الاجتماعيةِ والثقافيةِ.



## الفصل الخامس: العوامل الاجتماعية والثقافية

العوامل الاجتماعية والثقافية وأثرها في الصحة والمرض تحظى باهتمام متزايد، ومن يظن أن هذه العوامل تؤثر في الأمراض النفسية فقط بحكم طبيعتها الخاصة، فقد جانب الصواب. إذ نعلم أن هذه العوامل لها ارتباط بالأعراض البدنية كذلك.

وقد يظن ظان أن هذه العوامل ثانوية، أي أنها لا تؤثر في وقوع المرض نفسه، بل في طلب العلاج أو الاستمرار في العلاج أو في طبيعة شعور الإنسان تجاه مرضه، ولكن هذا ليس دقيقاً تماماً.

فصحيح أن الفقر مثلاً يرتبط باحتمال أعلى لحصول الكروب في الطفولة، ويرفع بالتالي من احتمال الاكتئاب من خلال رفع احتمال حصول الكروب، لكن هذا ليس الأثر الوحيد للفقر على الاكتئاب. حين تُجرى الدراسات على مصابين بالاكتئاب ومُصنّفين ضمن دائرة الفقر، ونكتشف أن من لم يتعرضوا للكروب في الطفولة منهم يظلون أكثر عرضةً للاكتئاب، نستنتج أن للفقر ارتباطاً بالاكتئاب يتجاوز العوامل الأخرى، ولا يمكن بالتالي عزو أثر الفقر إلى عوامل أخرى، بل هو عامل فاعل بذاته لا من خلال وساطة عوامل أخرى.

لكن الآثار الثانوية لهذه العوامل لا تقل أهمية، فأثرها علي تصور المرض أو على الحد الذي يبدأ عنده المرء في طلب العلاج، كلها أمور

في غاية الأهمية، فعلاج الاكتئاب يُصبح أكثر صعوبةً عندما تتفاقم شدته أو يطولُ مكوثه دونَ علاج، وبالتالي، إذا كانت ثقافة المرء أن الاكتئاب وطلبُ مُساعدة الآخرين علاماتٌ على ضعفٍ في الشخصية، فقد يمنعه هذا من طلبِ المُساعدة حينَ يَمُرُّ بتوتراتٍ وتقلباتٍ عادية لا ترقى إلى الاكتئاب، ثم تتفاقمُ الأمورُ حتى يدخل في دائرة الاكتئاب السريري، وعندها تكون هذه الثقافة بالفعل عاملاً مُساهمًا في الاكتئاب.

وهذا الأمر ليس حكرًا على الاكتئاب والأمراض النفسية، فمعروفٌ مثلاً أن السُّكري -النوع الثاني الشائع- لا يظهرُ فجأة، بل تسبقه حالةٌ يكون فيها مستوى السكر أعلى من الطبيعي ولكن دون ما هو مطلوبٌ لتشخيص السُّكري. في هذه الحالة، للكشفِ المُبكرِ فائدةٌ كبرى، وقد تكفي التمارينُ وتغييرُ نمطِ التغذية للتعامل مع الأمر دون أن يتطورَ إلى سُكري يحتاج إلى أدويةٍ وحُقنٍ ويتسببُ بمضاعفات. قد يقولُ قائلٌ إنَّ عدمَ الكشفِ المُبكرِ هو العاملُ المؤثر، لا الفقر، ولكن إذا كانَ الفقرُ هو العاملُ الأهم في عدمِ الكشفِ المُبكرِ، فإنَّ الفقرَ يُصبحُ عاملاً مهمًا بذاته في ظهورِ المرض.

وفيما يلي عرضٌ لأهم العوامل الاجتماعية والثقافية ذات الارتباطِ بالاكتئاب.

## 1. الفقر

للفقر آثارٌ مُتشابهةٌ على الصِّحة عموماً والصِّحة النفسية خصوصاً، وهذه الآثارُ تشملُ زيادةً في عواملِ الإصابة ونقصاً في عواملِ المناعة وصعوبةً في تحصيلِ العلاج.

ومن المُهمُّ هنا عندَ الحديثِ عن الفقر أن نحتاطَ عدَّةَ احتياطاتٍ،  
لعلَّ من أهمِّها أنَّ الفقرَ وإنَّ كانَ سيئاً وضاراً في جميعِ المجتمعاتِ،  
إلا أنَّ علينا أنْ نقومَ بدراساتٍ إحصائيةٍ عربيَّةٍ لاستِكشافِ أثره على  
الصِّحةِ النَّفسيةِ في مجتمعاتنا العربيَّة، لا أنْ نعتَمِدَ على الدِّراساتِ  
الغربيَّة. لهذا أسبابٌ كثيرة، فعلى سبيلِ المِثال، يربِّطُ الفقرُ في  
المجتمعاتِ العربيَّةِ بولادة الأبناء خارجَ إطارِ الزَّواجِ ونشوتهم في  
غيابِ الأب. هذه ليست ظاهرةً شائعةً عربيًّا (نتحدَّثُ هنا أطفالِ  
لا يعرفونَ آباءهم أصلاً، وهذا مُختلفٌ عن الانفصالِ بعدَ الزَّواجِ  
والإنجابِ ونُشوءِ الأطفالِ في كنفِ الأمِّ بشكلِ أساسيِّ). كما أنَّ  
الفقرَ مُرتبِطٌ بالمخدِّراتِ بكثرةٍ في الغربِ، أمَّا عربيًّا، فقد يصحُّ هذا  
في حالةِ الفقرِ الموجودِ في العشوائياتِ وعلى هامشِ المُدنِ الكبيرةِ،  
أمَّا المجتمعاتُ القرويَّةُ فلديها قدرٌ من المناعةِ لانتِشارِ المخدِّراتِ  
حتى ولو كانت فقيرة.

ومنَ الاحتياطاتِ المُهمَّةِ عندَ الحديثِ عن هذا الموضوع أنَّ هناكَ  
رؤيةً طبقيَّةً ذميمةً تُطلُّ برأسها أحياناً. هذه الرؤيةُ تتعاملُ عن جهلٍ مع  
الاكتئابِ وكأنَّ له نوعينِ مُختلفينِ: اكتئابُ الأغنياءِ واكتئابُ الفقراءِ.  
ففي حينِ يعبَّرُ بعضُ الأغنياءِ أو المشهورين أنَّ وجودَ الاكتئابِ في  
هذه الأوساطِ دليلٌ على تركيبِ الشَّخصيةِ sophistication وجزءاً  
من الـ «بيرسوننا»، يعبَّرُ هؤلاءُ بالاكتئابِ عندَ الفقراءِ شيئاً غيرَ موجودِ  
أو درجةً ثانيةً أو مُجرَّدَ نتيجةٍ لظروفهمِ الاجتماعيَّةِ - وكانَ الفقراءُ ليسَ  
لهمِ شخصياتٌ أو أفكارٌ - أو يحدثُ لأنَّهم يُنجبونَ بكثرة. وفي حينِ  
تعبَّرُ أوساطُ الأغنياءِ والمشاهيرِ والمؤثِّرين أنَّ حديثهمِ عن الاكتئابِ  
شجاعة، وأنَّ الحديثَ عنه والتَّوعيةُ به جزءٌ من الحلِّ، يعبِّرونَ أنَّ

الاكتتاب عند الفقراء مُشكِلة إدارية أو حُكومية تُحلُّ بالتنمية والبرامج الحُكومية، وليست ظاهرةً صحيّة.

من هنا، ينبغي التّعامل مع الفقر كأحد عوامل الاكتتاب، من خلال درسه بفاعلية دراسةً عربيّةً محلّيةً دون تهويل ولا تهوين، وأن يُتعامَل مع هذا العامل بعلمية ورصانة، بعيداً عن مقولات أو حلول ثقافية تأخذ شكل الشّفقة المهينة والفوقية أو تأخذ شكل الإهمال المُتعالِي.

## 2. الثقافة

وهذا عاملٌ متشعبٌ ويصعبُ حصره، فثقافة المجتمع نتاجٌ لمزيج من العادات والتقاليد والإيديولوجيات وأنماط التدوين والتفاوتات المادية وغير ذلك، وبالتالي أقصى ما نستطيعه هو أن نُضيء على بعض العناصر.

من ناحية رؤية المجتمع للاكتتاب، فهذه ذات تأثير مهمّ بالفعل. هناك جانبٌ صارَ معروفاً في هذه القضية، ألا وهو الأثر السلبي للوصمة، أي أن تشيع في المجتمع اعتقادات غير دقيقة بخصوص الاكتتاب، من قبيل أنه مُجرّد نقص في التدوين أو مُجرّد كسل وادعاء أو ضعف في الشخصية أو ما إلى ذلك، ومن الواضح ما لهذه الأفكار من أثر سلبيّ على رؤية المُصاب بالاكِتتاب لنفسه وزيادة احتمالات إحجامه عن طلب العافية بالطريقة الصحيحة. لكنّ هذه ليست الرؤية السلبية الوحيدة للاكتتاب، ففي بعض المجتمعات، المدينية الغنية والمتعلّمة بالذات، تشيع رؤية عن الاكتتاب مفادها أنه مُجرّد اختلال

في كيمياء الدماغ، ويُركّز بكثرة في هذه الأوساط على الأدوية وعلى اعتبار الاكتئاب مشكلةً فردية، وقد لا يحصل الفرد فيها على الدعم الاجتماعي والروحي الذي يحتاجه من المجتمع المحيط. وهناك رؤية سلبية جديدةً نسبيًا زاد من انتشارها وسائل التواصل الاجتماعي، وهي عبارة عن خليطٍ متنوعٍ من التنمية البشرية وأدبيات مُساعدة الذات «self-help» وقُشور الروحانيات الهندية وغيرها والإرشاد «coaching» والمقولات النفسية الشعبية «Pop Psychology» وبعض المقولات المُجتزأة والمُحوّرة من علم النفس وغيرها. هذه الرؤية ينتشر فيها التشخيص الذاتي للاكتئاب، والتعريف المطاط لـ «التروما»، والاعتدادُ بالتجربة الذاتية فوق العلم والدراسات والبحث الرصين، والثقة المفرطة ببعض المؤثرين الذين يتحدثون عن مفردات «الصحة النفسية» وال «تروما» وال «healing» دون تأهيل.

يشيع في هذه الأوساط تحويلُ الاكتئاب لهويةً بدلًا من كونه مرصًا بحاجةٍ لعلاج، ويأتي مع هذه الهوية شعورٌ بالاستحقاق «entitlement» والأهلية بمعاملةٍ مختلفةٍ ومُراعيةٍ من الآخرين في كلّ وقت وكلّ سياق (أي ليس فقط في لحظات التآزم وفي سياق العلاج). ويحدثُ أحيانًا في هذه الأوساط أن يتحوّل الجهد من علاج النفس ومُساعدة الآخرين على طلبِ العلاج إلى التشنيع على الآخرين واتهامهم بالجهل ومُفاقمة ال «تروما» وبأنهم «toxic»، وتتجهُ طاقة «توعية» الآخرين إلى تعزيز النزعات الترجسية ودفعهم لاعتبار كلّ من لا يوافقهم أو يخضع لهم تمامًا في مُحيطهم الاجتماعي أعداءً يجبُ قطعُ الصلةِ بهم.

ولا يخفى على أحد ما في كلّ ما سبق من مُشكلاتٍ ضخمة،

فصحيحٌ أن تشخيصَ الاكتئاب لا يعتمدُ على تحليل مخبريٍّ أو صورة أشعة، لكنه ليس حبلًا على غاربه، وليس شيئًا يُقرُّه شخصٌ ما عن نفسه. كما أن التعريفَ المطاط لـ «التروما» واعتبارَ كلِّ ما لم يسر حسبَ تمنياتنا في الحياة نوعًا من الـ «تروما» له نتيجةٌ عكسيَّة، إذ تحرُّمنا من امتلاكِ مصائرنا ومن تمثيلنا الأصيلِ لأنفسنا، وقد تُهيئنا نفسيًّا لتقبُّلِ أن مسارَ حياتنا تُحدِّده تمامًا عواملٌ خارجةٌ عنَّا، وتحرُّمنا من قدرتنا على المرونة والمقاومة، وتجعلنا أكثرَ هشاشةً للصدمات المُحتملة في المستقبل.

وهناك كذلك رؤيةٌ حديثةٌ نسبيًّا يُمكن أن نسميها «رمنسة الاكتئاب»، أي تحويله لحالة رومانسية. وما نقصده هو تحويل الاكتئاب من مرضٍ مُزعجٍ ومؤلمٍ إلى حالة تُعزى إليها أشياءٌ ليست منها، مثل القول بأن المكتئب «هو الشخصُ الوحيدُ السليمُ ومن حوله هم المُحتاجون للعلاج»، وكأنَّ العلاجَ عُقوبةٌ أو غرامة، وليس سعيًّا جادًا للعافية يقومُ به شخصٌ يريدُ أن يجعلَ نفسه أفضلَ ويمتلكَ زمامَ حياته، أو مثلَ اعتبارِ الاكتئاب حالةً وعيٍ متقدِّمٍ أو طريقًا إلى الحكمة أو غير ذلك.

أما الإيديولوجيات فيمكنُ أن تتفاعلَ مع الاكتئاب بطرقٍ مختلفة، فالإيديولوجيات اليسارية مثلًا، وإن كانت أكثرَ تقبُّلاً لفكرة الاكتئاب كمرضٍ في العموم، إلا أنَّها كثيرًا ما تُفرِّطُ في عزوِ الاكتئاب للعواملِ الاجتماعيَّة الخارجِية، وتُهملُ العواملَ البيولوجية والنفسية، فبعضُ هذه الأوساط لا ترى في الاكتئاب إلا مرضًا اجتماعيًّا وفشلًا حكوميًّا. وتوجد كذلك في بعضِ الأوساطِ اليسارية مقولاتٌ -بعكسِ السابقة- تعتبرُ منظومةَ الطبِّ النفسي مُجرَّدَ منظومةٍ لترسيخِ السائدِ في المجتمع

وتكريس الثقافة المهيمنة وتعزيز سلطة القوى الرجعية بأشكالها المختلفة ومحاربة الأفكار المتمردة والرافضة للامثال والتنميط الاجتماعي. ومع أن تاريخ الطب النفسي شهد بالفعل استغلالاً من قبل السلطة - يشترك في ذلك مُستبِدُّو اليمين واليسار - إلا أن استغلال الأفكار الصحيحة والمفيدة في ذاتها لغايات سيئة أمر لم يسلم منه علم ولا طب ولا دين ولا أيديولوجيا.

وفي المقابل، تنتشر في بعض الأوساط اليمينية المحافظة أفكارٌ تعتبر منظومة الطب النفسي، بما فيها الاكتئاب، مجرد تحويل للعطالة والكسل وضعف الهمة إلى أمراض، فبدل أن يبذل المرء جهده ويستجمع نفسه ويحل مشاكله بنفسه، يأتي الطب النفسي - حسب هذه الأوساط - ليُسَمِّي كسله وتقاعسه «اكتئاباً» ويجعل منه حالة مرضية يتكفل الآخرون برعايتها بدل أن يتولى المرء مسؤولية نفسه.

ولا يخفى على القارئ أن جميع هذه المقولات الإيديولوجية مُختزلةٌ وناقصة، وضارةٌ في المحصلة، فهي لا تبذل جهداً لترى الظاهرة كما هي ولتدرسها دراسةً رصينةً تعتمد على الدليل، بل تراها من منظورات إيديولوجية ضيقة وجاهزة، فتضحى بالظاهرة الموجودة في الواقع لتسلم النظرية المُعتنقة في الذهن.

وثمة جوانب أخرى في الثقافة بالمفهوم العام لها تفاعلات مهمة مع الاكتئاب لكنها خارج مدى هذا الكتاب، نأمل أن يتسنى لنا معالجتها في سياقٍ آخر.

### 3. وسائل التواصل الاجتماعي

كثُرَ الحديثُ في العقد الأخير عن علاقة السوشال ميديا بالاكْتِتاب، وارتبطَ الحديثُ عن هذا الموضوع بأستاذ علم النفس في جامعة نيويورك جوناثان هايدت Jonathan Heidt الذي كَتَبَ كثيرًا في الموضوع ويتحدَّثُ عنه بشكل متواصلٍ في مختلف وسائل الإعلام من تلفاز ومنصّات إلكترونيّة وبودكاست، وجميع ما كتبه في هذا الموضوع وغيره يستحقُّ أفضلَ الاهتمام.

يلفتُ هايدت النظرَ إلى الزيادةِ المُخيفةِ في الاكْتِتاب بين المُراهقين واليافِعين في العقدَين الثاني والثالث من الألفية الجديدة، بما في ذلك الزيادة في حالات الانتحار وأذية النفس (من قبيل جرح الأطراف بشفرة أو موس وما شابه)، خصوصًا عند الفتيات. يربطُ هايدت هذه الزيادة بظاهرة السوشال ميديا.

يتحدَّثُ هايدت عن ثلاث آلياتٍ رئيسة تُساهمُ بها السوشال ميديا في الاكْتِتاب عند المُراهقين واليافِعين:

1. العُنف من خلالِ العلاقات: يُفصّلُ هايدت هنا في أن لدى الذُكور والإناث نزوعًا متماثلًا نحو العُنف، لكنّ هذا النزوع يُعبّرُ عن نفسه في شكلٍ عنفٍ مادّي عند الذُكور، فيما يُعبّرُ عن نفسه في شكلٍ عنفٍ اجتماعيٍّ (أو علائقيٍّ relational) عند الإناث. العُنفُ المادّي نعني به استخدامَ الجسدِ مثل اللكم والرّكل، أما العُنفُ الاجتماعيُّ فهو يأخذُ أشكالًا كثيرةً منها تشويهُ السُّمعة، الشتائم، تحريضُ الآخرين، تخريبُ العلاقات، الاستبعادُ من

النشاطات الاجتماعية، ونشر الصور أو المُحادثات الخاصة، وإرسال اتهامات ودسائس من حسابات مجهولة، وغير ذلك. هذا العنف الاجتماعيّ يؤثّر بشكل أكبر في الإناث، وأثره السلبيّ عاملٌ مهمٌ محتملٌ في ظهور الاكتئاب وأذى النفس بين الإناث، وقد فتحت السوشال ميديا الباب على مصراعيه لاستخدام هذا النوع من العنف.

2. المُقارنات الاجتماعية: والمقصودُ هو حالة المُقارنة المُستمرّة التي يعيشها مستخدمو السوشال ميديا، إذ يتدفق إليهم بلا توقّف سلالٌ متواصلٌ من صورٍ من يتابعونهم، بالإضافة لما يقومون به من رحلاتٍ وخروجاتٍ للمطاعم ونشاطاتٍ اجتماعيةٍ وتسوّقٍ وغير ذلك. هذه كلّها تدفعُ المرءَ دفعًا لمُقارنةٍ نفسه بالآخرين بشكلٍ لم يحصل من قبل في تاريخ البشرية. في الحقيقة، مُقارنة النفس بالآخرين جزءٌ من طبيعة البشر، لكنّ الفرق الذي أحدثته السوشال ميديا هائلٌ، فإذا كان البشر قبل عقود يُقارنون أنفسهم بجيرانهم أو أقربائهم أو زملائهم أو ما شابه، فهم الآن يُقارنون أنفسهم بعددٍ ضخمٍ ومتزايدٍ من البشر، وهذا أمرٌ ليس في طاقة الإنسان استيعابه والتعامل معه. يُضاف لذلك أنّ الناس يُقدّمون صورةً غير واقعيةٍ عن أنفسهم على السوشال ميديا، تقوم غالبًا على تعظيم النواحي الجميلة وتهميش النواحي العادية أو السلبية، وبالتالي فكل ما يراه المرء مُصطنعٌ وغير حقيقيّ، لكنّه يتأثّر به بشدّة. أضف لذلك موضوع «الفلاتر» الذي يجعل أكثر ما يظهر على السوشال ميديا اصطناعًا فوق اصطناع. كل

ما سبق أكثر أثراً في الإناث لأن الإناث أنشط اجتماعياً في المتوسط من الذكور، ويعتمدن على النطاق الاجتماعي في صورتهم عن أنفسهن أكثر من الذكور، بمعنى أن الأنثى تعتمد بشكل أكبر من الذكر على التعزيز والتغذية الراجعة feedback التي تأتيها من محيطها، وتستدخل ذلك بقدر أكبر من الذكر في تشكيل تصورها الخاص عن نفسها. فإذا كانت كل الرسائل التي تأتي من المحيط -السوشال ميديا- تُخبرها أن أكثر من تراهم أجمل منها أو أرهف قواماً أو أكثر أصدقاءً أو أوسع علاقات أو محبوبون أكثر، فهذا سيزيد من احتمال حصول الاكتئاب عندها. وإذا أضفنا لذلك أن الوعي بالجسد والتأثر بالأقران يبلغان ذروتَهُما في المراهقة، فيمكننا أن ندرِك بشكل واضح تماماً الأثر البالغ الشدة للسوشال ميديا على المراهقين وزيادتها لاحتمالات الاكتئاب.

3. الخوف من الفوات Fear of Missing Out: وهو مُصطلح باتَ معروفاً لمن يتعاملون مع السوشال ميديا، إذ كثيراً ما يكون الدافع للمتابعة هو الرغبة في تجنب المشاعر السلبية الناتجة عن فوات شيء (حدث أو نشاط أو جدل في قضية أو «تريند» أو غير ذلك) أكثر من الرغبة في تحصيل مشاعر إيجابية. هذا الأمر يصح على استخدام السوشال ميديا بشكل عام، وعلى تفاصيل ما يفعله المرء على السوشال ميديا. كثيراً من الناس لو سألتهم عن سبب استخدامهم للسوشال ميديا أو لمنصة معينة فلن يكون لديهم جوابٌ عدا عن أن «الجميع يفعلون ذلك»، أي أن السوشال ميديا لا تُرى باعتبارها نشاطاً قصدياً

إراديًا يفعلُهُ المرءُ لغاياتٍ يُريدُها، بل باعتبارِها جزءًا مُسلَّمًا به من الوجود، والحالة الطَّبِيعِيَّة التي لا تحتاجُ إلى تفسير. وإذا دخلنا في التفاصيل، فسنجدُ كثيرين يُتابعون أشخاصًا بشكلٍ حثيثٍ وينتقدونهم باستمرارٍ، أو يُتابعون قنواتٍ مُغرِضةً بشكلٍ دائمٍ ويتضجَّرون من تغطيتها للأحداث، مع العلم أنهم ليسوا فاعلين سياسيين يحتاجون للاطلاع على مقولاتِ الخصوم ودعايتهم الإعلامية. ومفهوم «الخوف من الفوات» تفسيرٌ مهمٌ لهذه الظواهر، فكثيرٌ من البشر أصبح «البقاء على صلة Relevance» أحدَ هواجسهم الدائمة في علاقتهم بالسوشال ميديا. يصحُّ هذا على المتابعين العاديين وعلى المتابعين المشهورين والمؤثرين، فكلٌّ من الطرفين يبذلُ الكثيرَ من جُهدِهِ ووقتهِ وعُمُرِهِ وراحتهِ النفسِيَّة ليُحافظَ على شعوره بأنه على صلةٍ بما يجري، وأنه ليس مُستثنى من النقاشِ الدائر، أو أن دوائرَ تأثيره لا تتراجع، وهكذا. ولعلَّ كثيرين لو بذلوا بعضَ الوقتِ والفكرِ لمراجعةِ علاقتهم بهذه الظاهرة، وفكروا فيها باعتبارها خيارًا إنسانيًا إراديًا ينبغي أن تكونَ له أهدافه وغاياته، لغيروا كثيرًا في علاقتهم بهذه الظاهرة وما يتصلُّ بها.

وآلياتُ هايدت الثلاثة التي تُسهِمُ بها السوشال ميديا في الاكتئاب ليستِ الوحيدة، فهناك آلياتٌ أخرى محتملةٌ نذكرُ منها:

• **ضغطُ الصورة:** فمن ينساقُ وراءِ إغراءِ الصورة المصطنعة والمُدعاة على السوشال ميديا ستظلُّ الفجوةُ تتسعُ بين صورته عن نفسه، تلك التي يراها كثيرونَ ويصدقونها، وبين حقيقته التي يعرفها هو

وحده وقليلون حوله. كلما اتسعت هذه الفجوة، ازداد الشعور بالزيف، وصار التراجع عن الصورة أصعب. ومع تقدم الحالة، بدل أن تكون صورة المرء على السوشال ميديا رافداً لحياته وجزءاً منها، يتحول المرء إلى الاقتطاع من حياته الحقيقية ونهشها لكي يُطعم الصورة التي تتضخم ولا تكتفي. قد يصل المرء إلى درجة تفضيل الغرباء الذين لا يعرفون إلا صورته الزائفة على القريبين الذين يعرفون واقعه غير المثالي، وبالتالي فقدان مصادر أساسية لتقييم ذاته وتقويمها.

• السوشال ميديا وسيطاً للحيل الدفاعية: تُشكل السوشال ميديا مجالاً واسعاً لممارسة الحيل الدفاعية النفسية، ولكن بطريقة قد تكون أبلغ ضرراً. خذ مثلاً الموظف الذي قصر في أداء وظيفته، وحصلت مُشادة بينه وبين مُديره ولم يكن عنده ما يُدافع به عن نفسه. هذا الشخص قد يكتبُ على إحدى منصّات السوشال ميديا في المساء: «الوظيفة هي عبودية العصر الحديث». هو في الحقيقة يقول: «أنا لم أستطع اليوم أن أدافع عن نفسي، ولا أريدُ الاعترافَ بخطأي وتقصيري، وأريدُ من يُعزّزُ الـ «إيغو» المجرّوح بسبب ما حصل». بطبيعة الحال، أكثرُ أصدقائه لا يعرفون خلفيّة العبارة، وقد يُبدون إعجابهم بها كمقولةٍ عامّة، فيستخدمُ هو إعجابهم لإقناع نفسه بأنّه ليس مُخطئاً، وبدل أن يستخدمَ الموقف الذي حصل للتعلم والنُّمو، يستخدمُ أصدقائه وإعجابهم في تعزيز سلوكه لا يعودُ عليه بالنفع. وهناك أمثلة لا تُحصى لهذه الحالة، فشخصٌ سيئُ الخلق والمعشر قد تنتهي علاقةٌ مهمّةٌ في حياته بسبب سوء سلوكه هو، فيكتب منشوراً عن الخيانة، وشخصٌ يختلفُ خلافاً مُحدداً مع والده فينشرُ مقالا عن المجتمعات الأبوية،

وآخرُ لا يُريد أن يفهم أبناءه واختلافَ جيلهم عنه فينشرُ مقطعاً عن برِّ الوالدين، وهكذا.

• **تسطيح العلاقات الإنسانية:** كلُّ ما سبقَ قد يُؤدِّي إلى انسلاخ تدريجيٍّ من العلاقات المُركَّبة والمُعقَّدة والتي تمنحُ الإنسانَ الإشباعَ العاطفيِّ والاجتماعيِّ والروحيِّ الحقيقيِّ، وتَمُدُّه بالشعورَ بالجدوى والقيمةَ والإنجازَ والتحقق. هذه العلاقاتُ مُعقَّدةٌ بطبيعتها، ولذا فهي الأكثرُ قدرةً على منح الجدوى والمعنى والإشباع، وهي كذلكُ ميدانٌ طبيعيٌّ للمشكلات بسبب تعقيدها. قد ينسلخُ الشَّخصُ منها بالتدرُّج إلى علاقات السوشال ميديا البسيطة والسطحية وغير المُشبعة والأقلَّ إشكاليَّة والأقلَّ حاجةً لبذل الجهد والوقت والمشاعر من أجل تعميقها وتطويرها والحفاظ عليها، ومع الوقت يزدادُ شعورٌ بالخواء وبأنه ما من شيءٍ حقيقيٍّ ومُشبع ومُرضٍ في مُحيطِ الشَّخص، فهو تملَّصٌ من والديه بسبب خلافاتٍ كان يمكنُ الحدُّ منها أو إدارتها على الأقلِّ، وابتعدَ عن أصدقائه الذين يمكنُ أن يراهم ويسمعهم ويرى ابتساماتهم ودموعهم لأنَّه يتوهمُ أن هذه العلاقات صارت عبئاً عليه، وحصرَ علاقته بمن معه في العمل - وهم من يقضي معهم الإنسانُ ثلثَ إلى نصفِ وقته في زمننا - في حدودٍ ضيقةٍ جداً لأنَّه لا يُريد بذلَ جهدٍ عاطفيٍّ واجتماعيٍّ في التواصل معهم. هؤلاء الذين تسلَّخنا السوشال ميديا عنهم هم «المجتمع» الذي نحتاجُه حين نُصابُ بالاكئاب.

\*\*\*

الإناث أكثر عرضة للاكئاب من الذكور بدرجة تقترب من الضعف، وهناك أكثر من تفسير محتمل لذلك، والمُرجح أن لجميع هذه التفسيرات درجة من الصحة، وأنها بمجموعها تجعل كون المرء أنثى يزيد من احتمال حصول الاكئاب. العوامل التي تزيد من احتمال الاكئاب والمرتبطة بكون الشخص أنثى تنتمي إلى المستويات الثلاث (البيولوجي والنفسي والاجتماعي) ولذلك نناقش علاقة الاكئاب بالإناث نقاشاً مستقلاً بعد أن وضحنا المستويات الثلاث.

هناك شق بيولوجي في الموضوع، فالإناث أكثر عرضة بكثير لأمراض التهابات والمناعة الذاتية من الذكور، وكما أسلفنا فللتهاب والمناعة دور مهم في زيادة احتمال الاكئاب. كما أنه من المعروف أن التغيرات الهرمونية التي تصاحب الدورة الشهرية لها أثر على المزاج والحالة النفسية عموماً، وهذه التغيرات المزاجية تصل إلى حالة اكتئاب سريري في بعض الأحيان كما في اضطراب ما قبل الطمث الاكتابي Premenstrual Dysphoric Disorder.

يُضاف لذلك الأثر بالغ الأهمية للحمل والولادة والإرضاع، فهذه كلها تصاحبها تغيرات بيولوجية واسعة النطاق تؤثر على معظم أعضاء الجسم ووظائفه، وجزء مهم جداً من ذلك - وإن لم يكن الوحيد - هو التغيرات الهرمونية المصاحبة لهذه الأطوار. يُضاف لذلك العبء النفسي لهذه الأطوار وما يُرافقها من قلق وتوتر وترقب وغير ذلك من المشاعر. وهناك كذلك شق نفسي، فكما أوضحنا في الفصل الرابع، أحد

أبعاد الشخصية الخمس الكبرى هو «التقلب الانفعالي»، وكلما كان المرء أكثر تقلباً انفعالياً، كان أكثر عرضةً للاكتئاب. وقد أظهرت دراساتٌ نفسيةٌ متعددةٌ وواسعةُ النطاق أن الإناث في المتوسط أكثر تحصيلاً على هذا المقياس من الذكور في المتوسط، أي أن الإناث في المتوسط أكثر تقلباً انفعالياً. وحتى عند تفكيك هذا البعد dimension إلى مكوناته الأصغر، وجدت الدراسات أن الإناث أكثر تحصيلاً في معظمها، مثل «القلق» و«تدني المزاج» و«الحجل والوعي بالذات self-consciousness» و«الحساسية vulnerability».

يُضاف لذلك أن بعض الدراسات تقترح أن الإناث أكثر عرضةً للكروب في الطفولة، أو أكثر تأثراً بها، أو كلاهما، وهذا بالتالي يرفع من احتمال إسهامها في الاكتئاب في الطفولة وكذلك في المراحل العمرية اللاحقة.

وعلى المستوى الاجتماعي، تُسهّم النظم الاجتماعية بأشكالٍ مختلفة في زيادة أسباب التوتر والقلق والاكتئاب، وهذا يشمل حرمان النساء من حقوق أساسية، وضعف أو انعدام فرص التحقق المهني والاجتماعي، وضغط الامتثال للصور النمطية المقولبة بأشكالها المُحافظة أو المنفتحة، وكافة أشكال العنف بما في ذلك العنف الأسري، وغيرها.

\*\*\*

بهذا نكون قد غطينا أهم العوامل المُساهمة في الاكتئاب في مستوياتها الثلاث: البيولوجي والنفسي والاجتماعي. وهنا قد يتساءل القارئ: أستطيع أن أفهم أثر هذه العوامل في زيادة احتمال حصول

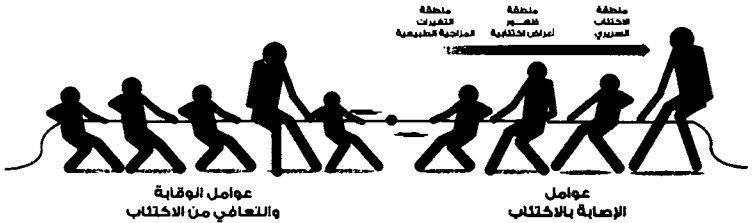
الاكتتاب، لكنّها تبدو لي مُفكّكة منفصلة، وأريدُ أن أفهمَ كيفَ تعملُ  
معاً لينتجَ الاكتتاب.

هذا ما يُعالجُهُ الفصلُ القادم.

## الفصل السادس: مُسَابَقَةُ شَدِّ الْحَبْلِ

إذن، كيف تتفاعلُ هذه العوَامِلُ معًا لِتُتَبَّجِ الاكْتِتَابُ؟ كم عَامِلًا منها يَجِبُ أَنْ تَجْتَمِعَ معًا لِیَحْدُثَ الاكْتِتَابُ؟ ولماذا هُنَاكَ مُصَابُونَ بِالاکْتِتَابِ لَا یبدو أَنَّ عِنْدَهُم منها إِلَّا القَلِيل، ومع ذلك يُصِيبُهُم اکْتِتَابٌ شَدِيدٌ؟

هذه الأَسْئَلَةُ كُلُّهَا تَحْتَاجُ مِنَّا أَنْ نَبْنِيَ نَمُودَجًا نَفْهَمُ مِنْ خِلالِهِ كَيْفَ تَحْصُلُ الِانْتِقَالَةُ مِنَ العوَامِلِ إِلَى ظُهُورِ الاكْتِتَابِ بِالْفِعْلِ. هذا النَّمُودَجُ هُوَ مُسَابَقَةُ شَدِّ الْحَبْلِ.



الصورة رقم (2): نُشِبُّ العَلاقَةَ بَيْنَ عوَامِلِ الإِصَابَةِ بِالاکْتِتَابِ مِنْ جِهَةٍ، وَعوَامِلِ الوِقَايَةِ وَالتَّعَاْفِي مِنْ جِهَةٍ أُخْرَى، بِمُسَابَقَةِ شَدِّ الْحَبْلِ.

تأمل معي الشكل أعلاه، إنه يُصوِّرُ مُسَابِقَةَ شَدِّ الحبل. في هذه المُسَابِقَةِ المشهورة، هُنَاكَ فَرِيقَانِ يَشُدُّانِ الحبلَ في اتِّجَاهَيْنِ مُخْتَلِفَيْنِ، والفَرِيقُ الفَائِزُ هو من يَسْحَبُ الفَرِيقَ الأخرَ إلى منطقتِهِ. هذه المُسَابِقَةُ سَتُسَاعِدُنَا كَثِيرًا على فهمِ الاكْتِتابِ.

الفَرِيقُ الأيمنُ هو فَرِيقُ الوِقَايَةِ والتَّعَاثُفِ، وفيه تَجْتَمِعُ العَوَامِلُ التي سَتُحَدِّثُ عنها في القسمِ الثَّانِي من هذا الكِتَابِ. والفَرِيقُ الأيسرُ هو فَرِيقُ عَوَامِلِ الاكْتِتابِ، وفيه تَجْتَمِعُ العَوَامِلُ التي فَصَّلْنَاها في هذا القسمِ، وَتَشْمَلُ العَوَامِلَ البيولوجِيَّةَ والنَّفْسِيَّةَ والاجْتِمَاعِيَّةَ/الثَّقَافِيَّةَ المُخْتَلِفَةَ.

لِنُلاحِظْ أنَّ عددَ العَوَامِلِ على كُلِّ جِهَةٍ يَخْتَلِفُ كَثِيرًا من شَخْصٍ إلى آخَرَ، ففي حين قد يَكُونُ عندَ شَخْصٍ ما خَمْسَةٌ من عَوَامِلِ الوِقَايَةِ والتَّعَاثُفِ وَعَشْرَةٌ من عَوَامِلِ الاكْتِتابِ، قد يَكُونُ عندَ غَيْرِهِ سَبْعَةٌ من عَوَامِلِ المَقَاوِمَةِ والتَّعَاثُفِ وَثَلَاثَةٌ من عَوَامِلِ الاكْتِتابِ، وهكذا.

ولِنُلاحِظْ كذلك أنَّ قُوَّةَ العَوَامِلِ تَتَفَاوَتُ وَتَخْتَلِفُ من شَكْلِ إلى آخَرَ، ففي حين قد يَكُونُ عامِلُ الجِينَاتِ عندَ شَخْصٍ ما عِبَارَةً عن لَاعِبٍ مُحْتَرَفٍ مَفْتُولِ العَضَلَاتِ وَضَخَمِ الجِنَّةِ وَعَرِيضِ المُنْكَبِينَ، قد يَكُونُ عامِلُ الجِينَاتِ عندَ غَيْرِهِ لَاعِبًا نَحِيلاً جَاءَ من بَابِ الهَوَايَةِ فَحَسْبِ، بل قد لا يَكُونُ عامِلُ الجِينَاتِ مُمَثِّلاً بِلَاعِبٍ في الفَرِيقِ أصلاً. والأمرُ نَفْسُهُ يَنْطَبِقُ على عَوَامِلِ الوِقَايَةِ والتَّعَاثُفِ، ففي حين قد يَكُونُ عامِلُ العَلَاقَاتِ لَاعِبًا مَتَمَّرَسًا شَدِيدًا قَوِيًّا عندَ شَخْصٍ ما، قد يَكُونُ لَاعِبًا كَسُولًا عندَ شَخْصٍ آخَرَ، بل قد يَكُونُ جَاسُوسًا للفَرِيقِ الأخرِ يُخَذِّلُ الهِمَمَ وَيُثَبِّطُ العَزَائِمَ في فَرِيقِ الوِقَايَةِ والتَّعَاثُفِ (وهو ما يَحْدُثُ حينَ تَكُونُ العَلَاقَاتُ سَيِّئَةً).

وعلينا أن نلاحظ كذلك أن العوامل في الفريق الواحد يمكن أن توازن بعضها بعضاً، فمثلاً، في فريق الاكتئاب، يظل لاعب الجينات يُحمس ويشد من أزر عامل الالتهابات. وعلى الجهة المقابلة، يظل لاعب النوم يُحفز لاعب التغذية، فالنوم الجيد يُحفز التغذية الجيدة، وهكذا.

وعلينا أن نعلم قاعدة مهمة في هذه المسابقة، وهي أنه من المسموح لك أن تضعف اللاعبين في الفريق الآخر، وذلك بالصراخ عليهم وتخذيل هممتهم وتوعدهم بالهزيمة. فمثلاً، لاعب «كروب الطفولة» يظل يصرخ على لاعب «العلاج النفسي» ويهدده بالهزيمة (كروب الطفولة تجعل الاندماج في العلاج النفسي تحدياً صعباً أحياناً لأنها تؤثر سلباً على الثقة بالآخرين عموماً). وبالمثل، يرد لاعب العلاج النفسي الصاع صاعين لكروب الطفولة، وهكذا.

وهناك شيء آخر مهم جداً، هو عامل الزمن. فبعض اللاعبين موجودون في هذه المسابقة منذ وقت طويل، وعندهم خبرة طويلة في المنافسة وشد الحبل بفعالية، وهذا يُعطيهم ميزة إضافية على اللاعبين الجدد. مثلاً، صفات الشخصية مثل القلب الانفعالي والتشاؤم موجودة منذ الصغر، وقد تكون شدت الحبل في بعض الأحيان وتدربت خلسة (وهو ما يحدث مثلاً في بعض فترات هبوط المزاج التي لا ترقى للاكتئاب). وبالمثل، بعض لاعبي فريق الوقاية والتعافي قد يكونون متمرسين وأصحاب خبرة، مثل العلاقات الجيدة من عمر مبكر. وهذا يُسلط الضوء على أهمية تنشيط عوامل الوقاية والتعافي بشكل مبكر، خصوصاً عند الأشخاص الذين يوجد عندهم لاعبون أقوياء في فريق الاكتئاب، مثل من عانى كثير من أفراد عائلته من الاكتئاب، وهو ما قد يُشير إلى لاعب جينات قوي.

ولنلاحظ أنه لا قواعد تمنع من انضمام لاعبين جدد إلى أي فريق،  
 ففريق الأكتئاب يمكن أن يُضيف لاعبي المشكلات المادية أو الهجرة  
 أو الحروب أو غيرهم، وفريق الوقاية والتعافي يمكن أن يُضيف لاعبي  
 العلاج النفسي والأدوية وتنظيم النوم وغيرهم.

وبعد أن وصفنا هذه المسابقة، لنذكر بضعة ملاحظات مهمة عنها:

• من الواضح أن ما يُحدد الاتجاه الذي تميل إليه الكفة هو مُحصلّة  
 القوى المُشاركة في المنافسة، وهذه المُحصلة تتأثر بعدد اللاعبين  
 في كل فريق وبقوتهم وبمدى تحفيزهم لبعضهم وبخبرتهم ومُدّة  
 ممارستهم للعبة وبمدى تأثيرهم سلبيًا على الفريق الآخر. بالتالي،  
 صارَ بمقدورنا أن نفهم لماذا يبدو أن شخصًا ما تجتمع عليه الكثير  
 من الكروب والمصاعب دون أن يُصاب بالاكتئاب، وأن شخصًا  
 آخر لا تبدو في حياته ظروفٌ صعبةٌ أو مشاكلٌ واضحة، ويُصاب  
 مع ذلك بالاكتئاب<sup>(2)</sup> فالأمر في النهاية مُحصلّة مُركبة لقوة كل  
 فريق، وميزان القوى قد لا يكون واضحًا للناظر من الخارج.  
 وهذا أيضًا يُساعدنا أن نفهم لماذا قد يُعاني مُتدينٌ عميقٌ وصادقٌ  
 من الاكتئاب، في حين لا يُعاني منه شخصٌ بعيدٌ تمامًا عن ذلك.  
 والجواب أن هذا أحدُ العواملِ فحسب، ولعلَّ عندَ المتدينين لاعبينَ  
 أقوىاءَ جدًّا في فريقِ الاكتئاب، ولولا أن تدينه قوي، لكانت نتيجة  
 المنافسة أقسى بكثير.

(2) بإمكان المرء أن يتساءل هنا: وماذا نعرف أصلًا عن ظروف الناس؟ هل تتخيل أن شخصًا  
 تعرّضَ لاعتداءات في طفولته سيخبرُ بذلك من هبَّ ودبَّ؟ ماذا يعرف أصدقاؤك المقربون عن  
 طفولتك ونشأتك أصلًا؟!

• وكما أن هذا النموذج يوضّح لنا أن العوامل المُساهمة في حصول الاكتئاب متنوّعة وتختلف من شخص إلى آخر، فهذا النموذج يوضّح لنا أيضاً أن الطريق إلى التعافي متنوّع ويختلف من شخص إلى آخر. فإذا كان فريق عوامل الاكتئاب قوياً جداً (لاعبه كثر أو أقوى أو كلاهما) فقد نحتاج إلى انضمام جميع اللاعبين الذين نستطيع ضمّهم إلى فريق التعافي (النوم والتغذية والعلاج النفسي والأدوية وغيرها). أما إذا كان فريق الاكتئاب متوسط القوة، وكان فريق التعافي يتأخّر عنه بفارق بسيط، فيمكن بإضافة لاعب واحد لفريق التعافي أن تعدّل الكفة ويتفوق فريق التعافي. هذا اللاعب الإضافي قد يكون الرياضة (إن لم يكن الشخص يُمارسها من قبل)، أو العلاج النفسي، أو الأدوية، أو غير ذلك. وما يحدث للأسف هو أن هذا التنوّع المُمكن في الوصول إلى التعافي يقود بعض الناس لاستنتاجات خاطئة، فهناك من قد يقول لصديقه: لماذا تأخذ مُضاداً للاكتئاب؟ قريبي أصيب بالاكتئاب وتعافى منه بالجلسات فقط! وهناك من تقول لأختها: لماذا تُضيعين وقتك في الجلسات كُل أسبوع، وحبّة دواء في اليوم ستحلّ لك المُشكلة؟ والاستنتاجات المتسرّعة من هذا النوع تُغفل أشياء كثيرة، فهي لا تأخذ في الاعتبار أن قوّة فريق الاكتئاب تختلف من حالة لأخرى، وبالتالي يختلف البشر في عدد ونوع لاعبي فريق التعافي الذين يجب أن ينضمّوا للفريق. كما أن البشر يتفاوتون كثيراً في عدد ونوع لاعبي فريق التعافي الذين يستطيعون ضمّهم للفريق، فهناك اعتبارات مهمّة تلعب دوراً في ذلك مثل التوفر، والتكلفة، والأريحية الشخصية، وغيرها. وأخيراً، يُمكن لبعض لاعبي فريق

التعافي ألا يُحققوا النتيجة المرجوة من انضمامهم لأسباب كثيرة.

• هذه المنافسة قائمة، وهناك فرصة دائماً للتعافي، وهناك إمكاناً للانتكاس كذلك، والحكمة تقتضي أن نُقوي فريقَ التعافي والوقاية كما ونوعاً بكل ما نستطيع، وأن نُضعفَ فريقَ الاكتئاب كما ونوعاً بكل ما نستطيع.

• لنلاحظ أن الوصول إلى حالة الاكتئاب السريري لا يحصل فجأة، فهذه النقطة جزء من تدرج يوصل إليها، فهناك توترات وانحطاطات متقطعة في المزاج وظهور بعض الأعراض بحدّة متفاوتة، وبالتالي فالإكتئاب السريري حالة تعمق كلما اتجهنا يساراً في الشكل، والتعافي يتعمق كلما اتجهنا يميناً. لكن من الوارد طبعاً أن يقوم فريق الاكتئاب بشد قوي ومفاجئ فور انضمام لاعب جديد مثلاً (كرب ناتج عن وفاة أو انفصال)، فتكون النتيجة عبوراً سريعاً إلى منطقة الاكتئاب السريري.

• يُساعدنا هذا النموذج على فهم الفرق بين تقلبات المزاج اليومية وحالات الحزن وأوقات الضغط والتوتر من جهة، وبين الاكتئاب السريري من جهة أخرى. عندما تتحرك نقطة المنتصف نحو اليسار بعض الشيء وتقترب من حالة الاكتئاب، تظل العودة إلى اليمين ممكنة من خلال تفعيل وسائل الوقاية والتعافي، ومن خلال مرونة الإنسان النفسية وقدرته على التعامل مع الضغوط والتوترات والصعاب. في كثير من الأحيان، لا يشعر الإنسان بوجود شد أصلاً بين الفريقين، ففي حالات التوازن النفسي والاستقرار الانفعالي، يُمكننا أن نتخيل الفريقين في حالة توازن، بحيث لا يشعر منظم

المُنَافِسة (الإنسانُ الذي تعيشُ فيه هذه العوالم) بأنَّ هناك منافسةً تجري أصلاً. حينَ تحُصِّلُ الضُّغوطُ والتَّقلُّباتُ الحياتيةَ التي لا بُدَّ منها، يتعاملُ معها فريقُ الوقايةِ والتَّعافيِّ بالقدرِ اللازم. لكنَّ كُلَّما تحرَّكتْ نُقطةُ المنتصفِ نحوَ اليسارِ أكثرَ، تُصبحُ العودةُ لنقطةِ التوازنِ أصعبَ. هذا منطقيٌّ في منافسةِ شدِّ الجبلِ، فحينَ يَجدُ أحدُ الفريقينِ نفسه يَخسرُ مَسافةً غيرَ قليلةٍ لصالحِ الفريقِ الآخرِ، يُصيِّبهُ إجهادٌ مُتزايدٌ وخوفٌ من التراجعِ أكثرَ، ويبدأُ الفريقُ ككُلِّ بخسارةِ توازنه وانسجامه وقوته، وقد يَحْتَاجُ الأمرُ تدخُّلاتٍ خاصَّةَ لاستِعادةِ التوازنِ (استدعاء لَعبِ العِلاجِ النَّفسيِّ أو لَعبِ الأدوية).

وما دُنا قد وضعنا هذا النموذجَ لفهمِ الاكْتئابِ وعوامله، فهذا وقتٌ مُلائمٌ للحديثِ عن المنطقَةِ في أقصى اليسارِ، أي تلك التي يحدثُ بعدها الاكْتئابُ السَّريريُّ، ومتى توجَدُ الحاجةُ للاستِعاانةِ بالمتخصِّصين.



## الفصل السابع: كيف أعلمُ أنني مُصاب بالاكْتئاب؟ ومتى أراجعُ طبيبياً؟

لعلّ هذا السؤال من أكثر الأسئلة شيوعاً، وهناك عواملٌ متعدّدة تجعلُ هذا السؤالَ حاضراً باستمرار، منها:

1. محدودية الثقافة العامّة فيما يتعلّق بالاكْتئاب. صحيحٌ أنّ مجتمعاتنا العربيّة شهدت في السنوات الأخيرة تزايداً ملحوظاً في الحديث عن الأمراض النفسيّة ومن بينها الاكْتئاب، إلا أنّ هذه الزيادة شابتها العشوائيّة في كثيرٍ من الأحيان، واختلطت فيها التجاربُ الشخصيّة والرؤى المتحيّزة والمضامين العلميّة، ومن الطبيعيّ أن يشعر أيُّ باحثٍ عن معرفةٍ موثوقة، سواءً لغايات الثقافة أو للاشتباه بوجود اكْتئاب، بالتشتت والضبابيّة.
2. الآثارُ الاجتماعيّة المتوقّعة، صحيحةٌ كانت أو مُبالغاً فيها، للذهابِ لطبيبٍ أو مُعالجٍ نفسيّ أو للتشخيصِ بالاكْتئاب. من المنطقيّ أن يُفكّر المرءُ فيما إذا كان هذا الأمر سيعودُ عليه بتبعاتٍ اجتماعيّة أو عائليّة أو وظيفيّة، ولتذكّر أنّ التشاوّم والتفكيرَ في الأسوأ ممّا يُعاني منه المُصابُ بالاكْتئاب.

3. اعتماد تشخيصِ الاكْتئاب على شدّة الأعراضِ ومستوى التّعطل عن الحياة الطبيعيّة، وهذه العواملُ تعتمدُ بقدرٍ كبيرٍ على

الشخص الذي يمرُّ بها لتحديد مقدارها ومدى تأثيرها عليه.

4. عدم إمكان تشخيص الاكتئاب من خلال نتيجة مخبرية أو صورة أشعة، وبالتالي تشكُّك بعض من يمرُّون به في أنهم مُصابون بالاكتئاب فعلاً.

5. التخوُّف من الأطباء والمعالجين النفسيين لأسباب متعدّدة، منها التخوُّف من المُسارعة إلى وصف الأدوية، أو ألا يستمع لنا الطبيب أو المعالج بشكل جيّد ويفهم تجربتنا على حقيقتها، أو أن يُسقط علينا معتقداته وفلسفته (يتخوُّف البعض من أن يُصرّ الطبيب النفسي على رؤية مادية أو اختزالية لتجربتهم ولا يحترم معتقداتهم الدينية والاجتماعية، ويخشى البعض الآخر من أن يقوم الطبيب النفسي بدور الواعظ أو رجل الدين)، أو ألا يتعامل مع مشاكلنا ومعاناتنا بالحساسية اللازمة، وغيرها.

6. إنكار أن ما يمرُّ به المرء اكتئاب، والرغبة في تجاوزه بأيّ طريقة ممكنة عدا الذهاب للطبيب أو المعالج، والشعور بأن مرور الوقت أو استجماع العزيمة أو دعم العائلة أو تصحيح العلاقة بالدين أو غيرها ستجعل المعاناة تزول، بدلاً من إلصاق عنوان «اكتئاب» على الحالة مع ما يلحق ذلك من تبعات.

7. صعوبة طلب المساعدة أو رؤية النفس في موضع الضعف والوهن. كثيرٌ من البشر يبنون تصوّراتهم عن أنفسهم على أساس مفاده أنهم الجدار الصلب الذي لا يهتزّ، وأنهم من يُقدّمون المساعدة والعون للآخرين وأن من حولهم يتكئ عليهم، ويصعبُ عليهم كثيراً أن يروا أنفسهم في موقع

الاحتياج وطلب الدّعم. هذه السّمة وإن كانت إيجابيّة في الظروف العاديّة وتمنح من يتحلّون بها صلابةً وجلداً، إلا أنّها سيفٌ ذو حدّين عندما يحتاج هؤلاء فعلاً إلى مُساعدةٍ حقيقيّة.

وهذه الاعتبارات، كما يتبيّن للقارئ، ليست ساذجة، ومن المتوقّع أن يكون لها أثرٌ على سلوك النّاس تجاه الأمراض، ونتعرّض لها في مواضع متعدّدة من هذه الكتاب، وفي هذا الفصل، سنركّز على تقديم إرشادٍ واضح قدر الإمكان لما يستدعي الذّهاب لطبيبٍ أو مُعالجٍ نفسيّ، وهذه أهمُّ النّقاط في هذا الصّد:

• من الواجب الذّهاب لمختصّ نفسيّ إذا وصل المرء لتمي الموت أو التفكير في أذية النفس أو الانتحار. هذا اعتبارٌ مهمّ وأساسيّ، وأهمّيته توضّح نفسها بنفسها ولا تحتاج كثيرَ تفسير.

• شدّة الأعراض: أي وُصولها إلى درجةٍ يشعرُ المرءُ معها أنّ ما يجري ليس حزناً عابراً، ولا تأثراً بضغوطٍ مؤقتة، ولا حالةً يبدو أنّها ستنجلي من تلقاء ذاتها. ومن المؤشّرات على ذلك أن تزداد المُعاناة إلى ما يقترُب من حُدودِ تحمّل المرء، وأن تصبح شغله الشاغل، وأنّ الأزمنة والأمكنة التي يُمكن فيها نسيان هذه المُعاناة أو تناسيها تَقَلُّ وتتضاءل.

• تراجعٌ واضحٌ في الفعالية العائليّة والمهنيّة، أي أن يصل المرء إلى درجة التقصير الجسيم في واجباته تجاه أسرته ودراسته أو عمله، وأن تتزايد المهام التي يعجز عنها أو يُحاول التخلّص من أدائها بأيّ طريقة. وسيلحظ القارئ أنّ هذه النقطة وسابقتها نسيّتان، فالبشر يختلفون كثيراً في طاقتهم وقدرتهم على التحمّل، فمن يعلم عن

نفسه أنه شديد التحمل والصبر، عليه أن يعلم أن الأمر وصل حالة متقدمة إذا شعر أن تحمله وصل إلى حدوده.

• أن يفقد المرء القدرة على تحصيل المتعة أو الرضى أو السرور من أقرب الأشياء إليه وأحبها لقلبه. يتفاوت البشر كثيرًا في عدد ونوع ما يمنحهم السعادة والرضى والسرور، لكن كل إنسان يعرف جيدًا شيئًا أو اثنين في حياته يستطيع من خلالها تسرية همّه وتخفيف توتره والحد من حزنه، فحين لا تعود تمتلك هذه القدرة، فهذا مؤشّر على الحاجة لمساعدة متخصصة.

• أن يلاحظ القريبون الثقات أن المرء في وضع مختلف جدًا عما عرفوه، من ناحية حزنه أو بُكائه المستمر أو تعطُّله الوظيفي أو انعزاله عن التفاعل أو عزوفه عما يُحبّ. صحيح أن هذه النقطة نسبية أيضًا، لكن ملاحظة القريبين لها وزنها، ويمكن أن تُساعد المرء على تجاوز عقبات داخلية تمنعه من التصريح بكامل ما يمرُّ به.

• تسجيل نتيجة تقترح وجود الاكتئاب عند ملء استمارة الاكتئاب، وسنفرّد لهذه النقطة شرحًا خاصًا.

## مقاييس الاكتئاب:

هناك مقاييس مبسّطة للكشف عن وجود الاكتئاب، وُجدت أساسًا لمُساعدة الأطباء من غير المختصين في الطب النفسي (مثل طبيب الأسرة والطبيب الباطني) على الكشف عن الاكتئاب إذا ما اشتبهوا بوجوده أو إذا ذكّر المريضُ شعوره بأنه متدنّي المزاج أو حزين فوق المعتاد أو ليس راضيًا عن حياته.

أشهر هذه المقاييس هو PHQ-9 وهو استمارة بسيطة ومتوفرة بالعربية، وهو عبارة عن أسئلة حول وجود أعراض الاكتئاب في الأسبوعين السابقين، مع مقياس لشدتها ودوامها:



استبيان صحة المريض – اضطراب الاكتئاب (PHQ9)

الاسم: \_\_\_\_\_ العمر: \_\_\_\_\_ الجنس:  ذكر  أنثى تاريخ اليوم: \_\_\_\_\_

الاسم: _____	العمر: _____	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	تاريخ اليوم: _____	ما مدى تكرار التزعجك من أي مشكلة من المشكلات التالية خلال الأسبوعين الأخيرين؟			
أدلة	عدة أيام	أكثر من نصف الأيام	أكثر من 3 أيام تقريباً	0	1	2	3
أ. قلة الاهتمام أو السعادة عن القيام بالأشياء.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ب. الشعور بالفضيحة أو اليأس.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ج. صعوبات في النوم أو في الاستمرار في النوم أو كثرة النوم.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
د. الشعور بتعب أو قلة النشاط.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هـ. قلة الشهية أو كثرة الأكل.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
و. الشعور بعدم الرضا عن نفسك أو الشعور بأنك تفشل أو أنك حدثت نفسك أو عائلتك.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ز. صعوبات في التركيز على الأشياء كقراءة الجريدة أو مشاهدة التلفاز.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ح. التحرك أو التفتت ببطء شديد لتراجحة سطوحته، أو العكس: القممّل و عدم القدرة على الاستقرار للدرجة التحرك من مكان لأخر أكثر من المعتاد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ط. قلة التفكير بغير من الأفضل لك الموت أو التفكير بتهمة نفسك بطريقة ما.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

المجموع = ( )

ما مدى الصعوبة التي سببها لك هذه المشكلة عند أدائك لعملك أو دراستك أو القيام بمسؤولياتك في منزلك أو الانسجام مع الناس؟

لا توجد أي صعوبة أبداً	صعبة إلى حد ما	صعبة جداً	صعبة بشكل لا يطاق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AlHadi, A.N., AlAteeq, D.A., Al-Sharif, E., Bawazeer, H.M., Alnman, H., AlShomran, A.I., et al. An Arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample. Ann Gen Psychiatry. 2017 Sep;16(1):32 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0155-1>

هذه الاستمارة مأخوذة من دراسة قام بها الباحثون أحمد الهادي وزملاؤه بحثوا فيها موثوقية هذه الترجمة للكشف المبدي عن احتمال وجود الاكتئاب لدى المتحدثين بالعربية.

AlHadi, A.N., AlAteeq, D.A., Al-Sharif, E. et al. An arabic translation, reliability, and validation of Patient Health Questionnaire in a Saudi sample. Ann Gen Psychiatry 16, 32 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0155-1>

ونتائج الاستثمارة تُقرأ كالتالي:

- أقل من 5: وجودُ الاكْتِتابِ مُستَبَعَد
- من 5-10: من المحتمل وجودُ اِكتِتابٍ طفيف
- من 10-15: من المحتمل وجودُ اِكتِتابٍ متوسّط
- من 15-20: من المحتمل وجودُ اِكتِتابٍ بين المتوسّط والشديد
- أكثر من 20: من المحتمل وجودُ اِكتِتابٍ شديد

ومن المهمّ جدًّا - جدًّا - أن يتنبّه القارئ إلى أن هذه الاستثمارة لا يُقصدُ منها الوصولُ إلى تشخيصٍ موثوقٍ للاِكتِتابِ، بل الكشفُ عن إمكانِ وجودِهِ من أجل إحالةِ الشخْصِ إلى مختصّ نفسي إذا كانت النتيجة تُشيرُ إلى احتمالِ وجودِ الاِكتِتابِ. ويُمكنُ للقارئ أن يتوقَّعَ أن تعرّضَ المرءَ لحدثٍ مؤلِمٍ أو كربٍ أو مُشكلةٍ في حياته في الفترة القريبة الماضية يُمكنُ أن يجعلَ نتيجةَ الاستثمارة تُشيرُ إلى وجودِ اِكتِتابِ، لكنّ الحقيقةَ أن المرءَ ما زال في طورِ التعاملِ مع أمرٍ جَلَلٍ، ومن الواردِ جدًّا أن تتحصَّنَ أمورُهُ دون أن يتطوَّرَ الوضعُ إلى اِكتِتابِ.

بالتالي، من المهمّ أن نتنبّه أن الغرضَ من هذه الاستثمارة ليس أن يقومَ المرءَ بتشخيصِ نفسه دونَ مُساعدةٍ مختصّ، ولا أن تؤخِّدَ نتيجَتُها باعتبارها حكمًا قاطعًا، ولا أن نُحوِّلَ الاستجاباتِ الإنسانيَّةَ الطبيعيَّةَ للضغوطِ والكروبِ وتحدياتِ الحياةِ إلى اِكتِتابٍ سريريِّ. الغرضُ منها فقط هو أن تُعطيَ فكرةً لمن يُعاني أصلًا من أعراضِ الاِكتِتابِ بخصوصِ ما يمرُّ به، وأن تُشجِّعَهُ على مراجعةٍ مختصّ

إذا كانت نتيجتها تقترح وجودَ اكتئاب، ومن البدهيِّ القولُ إنّ هذه الحاجة تزدادُ كلما كانت نتيجة الاستمارة أعلى. وعلينا كذلك أن نتنبّه إلى أن الاستمارة مُكمّلةٌ للنقاطِ التي سبقتها حول ما يستدعي الذهاب لمختصّ نفسيّ، وليست بديلاً عنها.

\*\*\*

بهذا نختمُ القسمَ الأوّل من هذا الكتاب، والذي ناقشنا فيه تعريفَ الاكتئاب والعوامل التي تزيد احتمال وقوعه، وكيف تتفاعل هذه العوامل معاً، وكيف نعرفُ أنّنا مُصابون بالاكتئاب ونحتاجُ مُختصّاً. صار بإمكاننا الآن أن نخوض رحلة التعافي من الاكتئاب.

مكتبة

t.me/soramnqraa



القسم الثاني: كيف نتعافى من  
الاكتئاب



## الفصل الأول: كيف يبدو التعافي من الاكتئاب

مع أن المكتبة العربية والمحتوى العربي على الإنترنت ما يزالان يحتاجان للمزيد في جميع ما يتعلق بالأمراض النفسية، إلا أن الحاجة مُضاعفة فيما يتعلق بوصف التعافي من الاكتئاب، إذ يمكنك أن تجد الكثير -على تفاوتٍ في جودته- بخصوص أعراض الاكتئاب وكيف يبدو الاكتئاب، لكن المصابَ بالاكتئاب قلما يجد من يُخبره كيف يبدو شكل التعافي من الاكتئاب، وماذا بإمكانه أن يتوقع.

### تحدي التعامل مع الإنكار

يُمكن أن يحصل الاكتئاب بطريقة تدريجية بطيئة، ويُمكن أن يحصل بشكل مفاجئ، مثل أن يقع كَرْبٌ للمرء، وتتطور حالة الكرب إلى اكتئاب، وعدا عن حالات استثنائية، يحصل الاكتئاب والمرء ذاكرة حاضرة وقوية عن حاله قبل وقوع الاكتئاب، أي أنه يتذكر كيف كان أفضل حالا، وأهدأ بالأ، وأقل حزنا وقلقا، وأكثر قدرة على تحصيل المتعة والرضى والسرور.

حضور ذاكرة ما قبل الاكتئاب يجعل المصابَ بالاكتئاب في مراحل الاكتئاب الأولى يتسلح بالإنكار، أي أنه يُخبر نفسه باستمرار والآخرين

أحياناً أنه بخير، وأن ما يحدثُ غمّ عابِراً أو حزنٌ عاديٌّ أو استِجابةٌ طبيعيّةٌ لظُرُوفِ الحياة، وقد يُصاحِبُ ذلكُ نُفورٌ وجفاءٌ وعصبيّةٌ تجاهَ من يُحاولُ تبصيره بأنّ ما يحدثُ ليسَ عاديّاً وأنّه لا يبدو شيئاً عابِراً.

وفوقَ ذلك، يُمْكِنُ للمُصابِ بالاكْتئابِ أن يشعُرَ بالنُّفورِ والعصبيّةِ تجاهَ نفسه، فيقرِّعَ نفسه على ضعْفِها واستكانتِها واستسلامِها لحالةٍ يُمكنُ لها - حسبَ ظنِّه في ذلكَ الظَّرْفِ - أن تتجاوزَها وتخرِجَ منها. وغنيٌّ عن القولِ إنَّ الغَضَبَ تجاهَ الذاتِ يُمكنُ أن يجعلَ الأمورَ أسوأ.

يُمْكِنُ للمُصابِ بالاكْتئابِ في هذه المرحلةِ أن يُحاولَ، مدفوعاً بالإنكارِ، تَقْمُصَ الحالةِ السابِقةِ للاكْتئابِ، أي الحالةِ التي كانتِ الأمورُ فيها أفضلَ، وقد يدفعُهُ هذا إلى المُبالِغةِ في إنتاجِ تلكَ الحالةِ السابِقة. مثلاً، إذا كان الاكْتئابُ مصحوباً بنقصٍ واضحٍ في الشهيةِ، فيُمْكِنُ للشخصِ أن يذهبَ للتسوّقِ مثلاً، ويشتريَ أكثرَ من حاجتِه للطعامِ، لأنّه يتخيّلُ أن شراءَ كميّةٍ أقلّ تعني استسلاماً لفكرةٍ أنّه لن يأكل. ويُمْكِنُ للشخصِ الذي بدأ يشعُرُ أن العلاقاتِ الاجتماعيّةِ والتواصلَ مع البشرِ لا تمنحُه السعادةَ أن يُنظِمَ حفلةً أو عزومةً كبيرة. ويُمْكِنُ للشخصِ الذي بدأ يفقدُ لذةَ العبادةِ بسببِ الاكْتئابِ أن يزيدَ من الصلواتِ النافِلةِ عمّا يؤدّيه عادةً.

وحيثَ يبدأ يتبيّنُ للشخصِ أنّ الإنكارَ لا يُجدي، وأنّ حالتهِ ليست عاديّةً أو نتاجَ ظُرُوفٍ عابِرة، فإنَّ الإنكارَ قد يأخذُ شكلاً آخرَ، بأن يتحوّلَ من نفيِ وجودِ الاكْتئابِ إلى محاولةِ التخلّصِ منه بمناطحتِه ومُصارعتِه.

ومن أسبابِ ذلكَ أنّ الاكْتئابَ حالةٌ مؤلِمة، وأستخدِمُ مفهومَ الألمِ هنا بشكلٍ حقيقيٍّ لا مجازيٍّ. المُصابون بالاكْتئابِ يشعرونَ بـ «ألمٍ»

حقيقي يصعب وصفه، فهو ليس ألماً جسدياً - وإن كان هذا وارداً في  
 الاكتاب - ولا هو صداعٌ في الرأس مثلاً حيث يوجد الدماغ، ولا هو  
 ألمٌ على طريقة الضجر الوجودي عند بعض المفكرين والمثقفين،  
 ولا هو ألمٌ مجازي يُشبه ما عند الشعراء، بل هو ألمٌ حقيقي، يشعر  
 المُصابُ بالاكتاب بوجوده لا في نقطة محددة من جسمه، بل في  
 كل كيانه، وترافقه حالة في الشعور وكأن الإنسان يريد أن يخرج من  
 جلده، أو يتمنى لو كان للدماغ شيء يُشبه زر التوقف المؤقت pause  
 حين تُشاهد فيلماً.

وفي المراحل الأولى للاكتاب، قد يُحاول المكتئب مناطقاً هذا  
 الألم وهزيمته بالضربة القاضية، وما نعيه هو أن يجعل المكتئب من  
 كل جزئية في تجربة الاكتاب أمراً يُحاول التخلص منه هنا والآن،  
 وأن يجعل من كل تغيير في حياته بسبب الاكتاب هدفاً يريد التصويب  
 عليه لإعادته كما كان قبل الاكتاب بأسرع وقتٍ ممكن. هذه التعامل  
 مع الاكتاب من المتوقع أن يأتي بنتيجة عكسية.

## التعافي بالنقاط، لا بالضربة القاضية

لِنَعُدْ إلى مُسَابَقَةِ شَدِّ الحبل التي تحدثنا عنها في القسم السابق. لا  
 شك أن أياً منا سيفضّل أن ينتفض فريق الوقاية والتعافي انتفاضةً قويّة،  
 ويسحب فريق الاكتاب بقوة حاسمة ومفاجئة فيسقطهم أرضاً، ويحسم  
 المُسَابَقَةَ بأقصى سرعة. لكنّ هذا السيناريو، وإن كان الأمثل من ناحية  
 الأمنيات، إلا أنه بعيدٌ عن الحقيقة، بل إن محاولته قد تجعل الأمور أسوأ.

ومن المهمّ التأكيد على أنّه ليس بالإمكان تجاهل الاكْتِتابِ تمامًا، فالاكْتِتابُ حالةٌ مؤلّمة كما أسلفنا، وهي فوق ذلك حالةٌ تزِنُ على المرءِ باستمرارٍ ولا تكادُ تفارِقُهُ عندما تكونُ في أوجِها. لكنّ هناك مساحةٌ واسعة بين التّجاهلِ التّامِ لكلِّ فكرةٍ أو شعورٍ أو ألمٍ مُصاحبٍ للاكْتِتابِ - وهذا مستحيل - وبين أن نُحوّلَ كلَّ شعورٍ أو فكرةٍ أو ألمٍ يُلْمُ بنا ونحن مكتئبون إلى نزالٍ نهائيٍّ وحاسِمٍ يَجِبُ أن يَحْصُلَ هنا والآن.

سأضربُ أمثلةً عمليّةً هنا لتوضيحِ الفِكرة.

لِنَعُدْ إلى «بِشْر» الذي تحدّثنا عنه في القِسمِ الأوّل. في أحدِ المساءات، يجلسُ بِشْرُ مهمومًا مُغتمًّا، ومن حيثُ لا يدري يُسيطرُ عليه خوفٌ ممّا يخسرُهُ الآن ويُمكنُ أن يخسره من حياته بسببِ الاكْتِتابِ، وتتوالى الأفكارُ حولَ النشاطاتِ التي فوّتها، ودوراتِ التّرقّي في العملِ التي اضطرَّ للاعتذار عن عدمِ التسجيلِ فيها، وعن اللحظاتِ الفارقة في نموِّ طفله التي تمرُّ دونَ أن يستطيعَ الاستمتاعَ بها، وعمّا إذا كانت هذه الحالةُ ستنتهي أصلًا، أم أنّه سيقضي ما تبقى من حياته على هذه الحال. تتواردُ هذه الأفكارُ وما يُشبهُها عليه وتتوالى بلا انقِطاع، فتزيدهُ غمًّا، وتمتلئُ عيناهُ بالدموع، ويقومُ من مجلسِهِ مُحاولًا المشي ذهابًا وإيابًا علّ رأسه يهدأ قليلًا، وفي أثناء ذلك يجدُ نفسه يُحاولُ أن يتصدّى لتلك الأفكارِ كمُقاتِلٍ وحيدٍ تهجمُ عليه السِّهام من كلّ ناحية.

«ما هذه الحالةُ التي أعيشُ فيها؟ كيف تركتُ نفسي أصلُ إلى هنا؟ هل ما يحصلُ معي حقيقيٌّ أصلًا؟ لماذا أشعرُ أحيانًا أنّي يُمكنُ أن أنفضَ كلّ هذه الحالةِ عني في ثوانٍ؟ أستطيعُ أن أتذكّرَ نفسي سعيدًا مبتهجًا راضيًا... أرى الصورةَ واضحةً في ذاكرتي، لكنّي لا أستطيعُ

أن أستدعي الشعور الذي كان يُصاحبها... أنا لست أبا سيئًا، سأعوضُ كلَّ شيء، بل لن أفقدَ أيَّ شيءٍ أصلًا... أنا لست بحاجة لدوراتِ العملِ تلكِ أصلًا، وبإمكانني التسجيلُ فيها غدًا لو أردت...»<sup>(3)</sup>

كان بشرٌ يقولُ هذا كلِّه لنفسه بسُرعة وتوترٍ وبلا تركيزٍ كامل، وهو يذرع البيتَ ذهابًا وإيابًا، وجسمُه متحفزٌ، وتعبُه يزداد، والثقلُ في رأسه يتعمق، وألمُه يُصبحُ أكثرَ عنادًا، ولا يجدُ بدءًا من أن يجلسَ في النهاية، منكمسًا على نفسه، كتفاه مُنطويانِ على صدره، ورأسُه بين يديه.

ثمَّ خطرَ له خاطرٌ مختلفٌ. هذه الحالةُ واقعة، وتُلازمُه منذُ شهور، ورغمَ أن ألمه منها شديد، إلا أنه بدأ يستوعبُها. ثمَّةُ أوقاتٍ شديدةٍ ومؤلمة، لكنَّه في أحيانٍ قليلةٍ يستطيعُ أن يشعرَ كما لو كانَ الاكتئابُ جالسًا بجانبه، لا جائئًا عليه، وبالتالي فالألمُ موجودٌ دائمًا، لكنَّه يُلاحظُ بالفعلَ أنه على درجات. منحتُه الفكرةُ قدرًا ولو بسيطًا من السَّلام. هذه الأفكارُ البغيضةُ التي أنهكتُه، سيدعُها هذا المساءَ تمرُّ أمامه، سيستقبلُها بلا قبول، ولكن بلا مواجهةٍ كذلك. ستركُّها تمرُّ، سيتعاملُ معها كظاهرةٍ طبيعيةٍ تحدثُ، ولن يُطلقَ عليها أحكامًا. سيدعُها تأتي وتمرُّ به فحسب.

شعرَ بمساحةِ السَّلامِ تتسع، وإن كانت ما تزالُ صغيرة. خطرَ له خاطرٌ آخر: ماذا لو كانَ هناك خللٌ عارضٌ في آلةِ الطباعة، مثل أن يكونَ هناك تسرُّبٌ للحبر. ألنَّ يؤدي هذا إلى أن تخرجَ كلُّ ورقةٍ منها

(3) بعضُ علاجاتِ الاكتئاب، مثلَ العلاجِ المعرفي السلوكي، تقومُ على تحديِّ الأفكارِ المصاحبةِ للاكتئاب، ولكنَّ هذا يحدثُ في سياقٍ مختلفٍ تمامًا وبطريقةٍ مختلفةٍ وفعالة، كما أنَّ وجودَ المعالجِ النفسيِّ كجزءٍ من تلكِ العمليةِ يُضيفُ إلى نجاعتها، وبالتالي فنحنُ نتحدَّثُ عن مواجهةٍ مختلفةٍ تمامًا للأفكارِ والمشاعرِ السلبية.

مصطبغةٌ بحبر عشوائيٍّ يُشوِّهها في مكانٍ ما؟ ألا يُمكنُ أن يكونَ شيءٌ شبيهٌ بهذا يحدثُ في نفسي؟ لماذا أتصرَّفُ وكأنَّ عليَّ أن أنقضَّ كلَّ فكرةٍ سلبيةٍ، رغمَ معرفتي أنَّها لا تصدرُ أصلاً عن منطقي سليمٍ، بل عن حالةٍ استثنائيةٍ؟

شعرَ بأنه قادرٌ على التنفُّسِ بطريقةٍ أفضلٍ، وبدأتِ الدَّوامَةُ في رأسِهِ تهدأُ قليلاً. ثمَّ تذكَّرَ أنَّه اشترى قبلَ أسبوعٍ لعبةً لطيفَةً تحتاجُ لتركيبٍ، وتناقلُ عن إتمامِها حتَّى اليومِ. حملَ نفسه على النهوضِ وجلبِها وأجلسَ طفلهَ إلى جوارِهِ وبدءَ إينايَها معاً. بدأ طفلهُ ينهمكُ في اللعبة، ويضحكُ ضحكاً صافياً، ويُسركُ «بِشْر» في اللعبِ. بطبيعةِ الحالِ، لم يكنِ «بِشْر» في أفضلِ حالاتِهِ لفعلِ ذلك، لكنَّهُ تحاملَ وابتسمَ مع طفلهِ، وحاوَلَ أن يُشاركَه قدرَ المُستطاعِ. لم تختفِ الأفكارُ السلبيةُ من ذهنِهِ تماماً، لكنَّها بدلٌ أن تكونَ في الواجهةِ، انزاحتُ قليلاً إلى أطرافِ المشهدِ، وما إن انقضى اللعبُ مع طفلهِ حتَّى أحسَّ «بِشْر» أنَّه أقلُّ كمدًا وألمًا. ربَّما خفتُ وطأةُ الاكتئابِ درجتين أو ثلاثًا من عشرةٍ خلالِ لعبِهِ مع طفلهِ، لكنَّهُ أفضلُ حالًا الآن، ولو بقليلٍ.

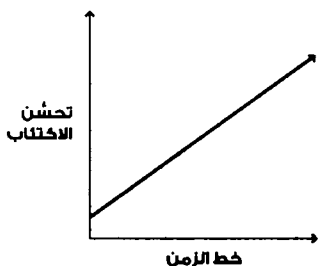
هذه اللحظاتُ الجيدةُ تنبغي مُراكمتها والبناءُ عليها، وهذا ليسَ سهلاً، بل يحتاجُ لجهدٍ، ولجهدٍ مُضنيٍّ أحياناً. حتَّى بعدَ حدوثِ هذه اللحظاتِ الجيدةِ بقليلٍ، قد يصعبُ على المرءِ حتَّى أن يتذكَّرَ أن مزاجَهُ كانَ أفضلَ خلالَها، لأنَّ الاكتئابَ السيِّءَ يعودُ ويُطبَّقُ مرَّةً أُخرى، لكنَّ هذا لا ينبغي له أن يجعلَ المرءَ يتوقفُ، بل يُعيدُ الكرةَ مرَّاتٍ ومرَّاتٍ.

مع الوقتِ، وبمُساعدةِ العلاجاتِ المناسبةِ بأنواعِها المختلفةِ، تبدأُ هذه الأوقاتُ الجيدةُ تتسَّعُ وتتكاثرُ، وحتَّى عندما تعودُ فتراتُ

الاكتئاب والألم، فإنها لا تعود بنفس الشدة، أي أن فريق الاكتئاب خسر خطوة في مُسابقة شدّ الجبل. إنه لم يخسر تمامًا، وما يزال قادرًا على المنافسة، لكن فريق الوقاية والتعافي اكتسب خطوة، ويتقدّم ببطءٍ لكن بثبات.

## تقبُّل النَّكسات واجتيازها

من المهمّ أن نعلم أنّ التعافي من الاكتئاب ليس خطأً مستقيمًا صاعدًا، بل هو خطّ يصعدُ ويهبطُ، ولكنه في المجمل يصعدُ مع الوقت.



صورة رقم (3): المنحنى الأيمن يُظهر كيف يتوقّع كثيرٌ من الناس مسارَ التعافي، والمنحنى الأيسر يُظهر كيف يكون عادةً مسارُ التعافي في الحقيقة.

والمقصودُ هو أنّ التعافي يسيرُ بشكلٍ جيّدٍ طالما أنّ الخطّ في المجمل يسيرُ في اتجاه الصُّعود، أمّا النَّكساتُ فلا بُدَّ منها، وحصولُها

هو القاعدة وليس الاستثناء.

وحين تحدث النَّكَّسات، يكونُ قد تشكَّل لدى المرءِ «ذاكرةٌ مُرونة»، أي قدرةٌ أفضلُ على التَّعاملِ معها لأنَّه جرَّبَ الحالةَ من قبل، بل أسوأَ منها، لذا فالمأمولُ أن تكونَ أقلَّ وطأةً، وأسرعَ انجسارًا، وأن يكونَ شعورُ المرءِ خلالها أفضلَ بشكلٍ عامٍّ.

لكن ينبغي التنبيهُ إلى أنَّ هذه النَّكَّسات كثيرًا ما تكونُ مشوبةً بالخوفِ من عودةِ الاكتئابِ بثقله الكامل، ويحدثُ بالتالي أن تدورَ ببالِ الشخصِ أفكارٌ من قبيل «لا شيءٌ سيُخرجُني من هذا» أو «يبدو أنَّ هذا هو قدرِي» وما شابه. من المهمِّ أن يتذكَّرَ الشخصُ ومُحيطُه القريبُ ومن يُعالِجُه أنَّ ورودَ هذه الأفكارِ أمرٌ طبيعيٌّ، وأنَّه ينبغي التَّعاملُ معها وفق ما ذكرنا آنفًا، أي بتقبُّلها، وعدمِ مُناطحتِها، والتَّعاملِ الهادئِ معها في جلساتِ العلاجِ النفسيِّ.

ثمَّ إنَّ المُصابَ بالاكتئابِ حينَ يعلمُ سلفًا أنَّ النَّكَّساتِ طبيعيَّةٌ ومتوقَّعةٌ يكتسبُ قدرةً أفضلَ على التَّعاملِ معها حينَ تَقَعُ، ولهذا نُشدِّدُ على أنَّ فهمَ التعافي أمرٌ لا يقلُّ أهميَّةً عن فهمِ الاكتئابِ نفسه، فكثيرونَ تُصيبُهُم هذه النَّكَّساتُ على حينِ غرَّةٍ، فتُسيطرُ عليهم أفكارٌ سلبيةٌ وسوداويَّةٌ عن عدمِ جدوى العلاجِ وعن أنَّ الاكتئابِ سيُلازمُهُم دائمًا.

فالاكتئاب إذن لا «يختفي»، وإنما «ينحسر»، ويبدأ هذا الانحسار تدريجيًا، بطريقة تُشبه انحسار الليل وطلوع النهار، إذ لا يمكن تحديد نقطة زمنية معينة نقول لحظتها إن النهار قد طلع. هذا ما يحدث عادةً، إذ يجد المصاب بالاكتئاب نفسه قد نسي أنه مكتئب لبضعة ساعات وهو منهمك في شيء يُحبه، أو يجد نفسه يضحك مرة من قلبه دون أن يدهمه الهم، أو يجد أنه يهتم بمظهره دون تكلف ذات صباح، أو أنه راغب في الخروج إلى مطعم مع شخص يأنس به.

وعلى مستوى الأفكار، كثيرًا ما يصف المتعافون من الاكتئاب التغيير في تفكيرهم بأنهم لا يعودون يشعرون بأنهم عالِقون في نقطة، أو أنهم في طريق مسدود، بل تبدو الحياة أكثر مرونة، وما كان حديًا وثنائيًا و«أسود أو أبيض» يكتسب تدرجاتٍ ويصبح طيفًا.

وتغيّر آخر مهمّ هو أن الشعور بالعجز عن فعل شيء يجعل الأمور أفضل، أي ما يُوصف بال «helplessness» يتغيّر بأن يصبح المرء أكثر ثقةً بالتدريج في قدرته على فعل شيء لمُساعدة نفسه، أي أن الشخص يستعيد مركز التحكم والسيطرة في داخله، بعد أن كان يشعر أنه لا يملك من أمره شيئًا، أو أنه قشة في مهبّ الريح.

وعلى مستوى المشاعر، فما يحصل في مرحلة التعافي ليس سعادةً أو انتشاءً - وإن كان المأمول أن يصبح هذا ممكنًا لاحقًا - بل حالة من الارتياح relief، فالألم الثقيل ليس هنالك، والأشياء تبدو في مكانها الصحيح بلا بهرجة أو احتفالاتٍ رنانة، ونفس الإنسان وجسمه في حالة انسجام، من دون شعورٍ بالثقل الذي يشدُّ إلى الأرض.

## التعايش مع التعافي

لعل هذا الجانب من قصة التعافي هو الأقل حظوةً بالحديث والكتابة، مع أنه مهمٌ للغاية. نحن نتحدث عن مرحلة يكون التعافي فيها قد قطع شوطاً كبيراً، ووصل الشخص إلى نقطة تُشبه ما كان حاله عليه قبل الاكتئاب. حسناً، يبدو أننا وصلنا إلى ما نريد، فماذا هنالك بعد؟

والجواب أن هذه المرحلة يُمكن أن تشهد مجموعةً من الملامح التي تحتاج إلى فهمٍ جيّد ومعالجة لاستكمال التعافي.

### أولاً، الإنكارُ بأثر رجعيّ:

يُحصل مثلاً لدى بعض المتعافين من الاكتئاب أن تلك المساحات المُظلمة من المشاعر والأفكار تُصبح عصيّةً على الاستدعاء للذهن. هي موجودةٌ كذاكرة مُزعجة، لكنّ الألم المُرتبط بها لا يُمكن استدعاؤه، تماماً كما يتذكّر من كُسر ساقه أنه مرّ بالألم فظيع، لكنّ الألم لا يُمكن استحضاره كجزءٍ من الذاكرة. هذا أمرٌ جيّدٌ جداً، فغاية ما يُريده المتعافي هو اختفاء الألم تماماً.

لكن ما يحدث أحياناً هو أن يبدأ المتعافي في الشك بأن تجربته كانت حقيقيةً، لأنّه لا يستطيع أن يستوعب أن هذه التجربة التي أنهكته زمناً وقد تكون قلبت حياته رأساً على عقب قد انسلخت تماماً عنه، ولم يعد دماغه قادراً على استحضارها للتأكّد من حقيقتها. لو قارنا هذه الحالة بانفصالٍ مؤلمٍ بين زوجين، فستجد أن أكثر من يُمرّون

بتلك التجربة قادرون على استحضار ألمها حتى بعد أن يتجاوزوها، لكنّ التعافي من الاكتئاب قد يأخذُ فعلاً شكلَ المرَضِ الذي زال، لا التجربة الاجتماعية المؤلمة التي تبقى حيةً في الوجدان.

وقد تتساءل، ليكن، ما المشكلة في ذلك؟

قد لا ينتجُ عن هذا أيةُ مشكلة، وهذا ممتاز. لكن قد يحدثُ لدى المتعافي شعورٌ بالخزي أو بالفضالة أو بأنّه ضعيفُ المعنويات أو أنّه كان تحت تأثير وهم أو أنّه تعامل مع تجربةٍ عاديةٍ بكثيرٍ من الدراما، وقد يشعُرُ بأنّه أهدرَ وقتاً ثميناً وفوتَ فرصاً وربما دفعَ مالا للعلاج على أمرٍ لم يكن يستحقُّ ذلك العناء كُلّه. قد يُساهمُ بعضُ المحيطينَ في تعزيزِ هذه الأفكار، ويربطونَ التحسّنَ بأمورٍ تزامنت مع التعافي من قبيل الصدقة أو كان لها أثرٌ هامشيٌّ أو ساهمت مع غيرها في التعافي لكنّها لم تصنعهُ وحدها، كأن يقولَ للمتعافي أحدُ أقربائه: «ألم أقل لك إنّ مشكلتك ليست اكتئاباً ولا ما يحزنون؟ ألا ترى أنّ أمورك تحسّنت تماماً بمجرد أن تركتَ تلك الوظيفة/ فسختَ خطبتك/ عدتَ للعيش في مدينةٍ أهلك... إلخ.» والمُحزنُ أنّ بعضَ ما قد يكونُ المتعافي فعله بسببِ كونه مكتئباً - مثل العودة للسكن مع والديه من أجل الحصولِ على دعمهم - يُعزى إليه التعافي، مع أنّه كان تكيّفاً مؤقتاً وأمراً جيّداً في نطاقِ استثنائيٍّ، لا أمراً جيّداً في ذاته.

قد تكونُ نتيجةُ هذا كُلّه التوقّف عن العلاج أو الدواء أو كليهما بشكلٍ متسرّعٍ وقبل ترسُّخِ التعافي، وبالتالي زيادة احتمالِ عودة الاكتئاب، وقد تكونُ فقداناً للثقة بالنفس وبمصداقية منظورِ الشخصِ للأشياء، فبدل أن تكونَ نتيجةُ التجربة استعادةً للأصالة agency ولامتلكِ الشخصِ

لعالمه الجواني، تُصبح دليلاً مغلوطاً على تفلّت النفس وضباية المنظور وعائقاً أمام استجماع زمام الحياة والذات مرّة أخرى.

والعلاج لجميع ما سبق هو الوعي والفهم، وإدراك هذه الفترة على حقيقتها، ومن المهمّ التطرّق لخصوصيات هذه المرحلة في العلاج النفسي في الوقت المناسب.

## ثانياً، الحنين لبعض تفاصيل تجربة الاكثاب:

قد يبدو هذا شيئاً في غاية الغرابة، لكنّه حقيقيّ ويحدث. فالإنسان لا تتوقّف حياته تماماً مع الاكثاب، وإنما تستمرّ وفيها الجيدُ وخلافه، وتتحرك خلالها نفسية الإنسان بديناميكية عالية، تتداخل فيها أفكاره ومعتقداته وثقافته ونظرته للوجود وغيرها، وبالتالي فل هذه التجربة تفاصيل كثيرة ومتشعبة عند كلّ فرد يمرّ بها، فهي تشترك في خطوطٍ عامّة، لكنها فريدة جداً كتجربة فردية معيشة.

يُضاف لذلك أنّ البشر يفعلون أشياء مختلفة جداً للتعامل مع هذه الظاهرة وتجاوزها وجعلها أقلّ ألماً أو ذات معنى، وهذا كلّهُ يؤثّر في الطريقة التي ينظرُ بها المتعافي إلى التجربة.

تفاعل التجربة مع الدين مثلاً هو أحد الأمثلة البارزة على هذا، فمن المفاهيم الإسلامية المهمة أن يجعل المسلم من كلّ بلاء فرصة لتهديب النفس وتقويم الأخطاء، وهناك حث على فعل الخير لرفع البلاء من قبيل «داووا مرضاكم بالصدقة» وغيرها، ومن الطبيعيّ أن يفعل المسلم هذه الأشياء إذا أصابه اكتاب، وأثرها في المجمال

إيجابيّ ومحمود ما لم تُستخدَم بطريقةٍ خاطئة، من المُحيطِ خصوصًا، من قبيلِ التفرّيعِ وعزوِ الاكْتئابِ إلى البُعدِ عن الله، فيزدادُ المُكتئِبُ شعورًا بالذنبِ وتزدادُ أفكارُه السلبيةُ رُسوخًا.

فإذا كان من معالمِ فترةِ الاكْتئابِ أنّ الشَّخصَ أصبحَ أكثرَ فعلاً للخير، وأكثرَ استِحْضارًا لِقِيَمِهِ الدِّينيةِ، ثمّ بدأتْ هذه التغيّراتُ تضعُفُ بعدَ زوالِ الاكْتئابِ، فقد يشعُرُ الشَّخصُ أنّه كانَ أفضلَ حالًا وأكثرَ قربًا من الله وهو مكتئِب.

وهذه مسألةٌ دقيقةٌ وحسّاسة، ولن يتفقَ النَّاسُ على طريقةٍ واحدةٍ في معالجتِها، فهمُ الشَّيخُ أو رجلُ الدِّينِ أن يكونَ المرءُ أقربَ إلى ربِّه، وإذا لم يكن لدى الشَّيخِ معرفةٌ جيّدةٌ بالاكْتئابِ ومدى المعاناة التي يُسبِّبُها، فقد لا يُمانِعُ -بحسَنِ نيةٍ- أن يكونَ الاكْتئابُ تذكيرًا لهذا الشَّخصِ، وسببًا في صلاحِ أمرِهِ، وأن يعتبرَ أنّ حنينه لتلك الفترة أمرٌ حَسَنٌ وعلامةٌ تقوى وصلاح.

لكنّهم الطَّبيبُ أو المعالجُ النفسيُّ هو العافية، وكونُ الأمراضِ البدنيةِ تُذكرُ المؤمنَ بقيَمِهِ الدِّينيةِ لا يتناقضُ مع السَّعيِّ للشفاءِ منها، والاكْتئابُ حالةٌ مرّضيةٌ مُنهكة، لا مُجرّدُ غمٍّ يعترِي المرءَ بحيثُ نعتبرُهُ ثمنًا مقبولًا لدوامِ الصَّلاحِ، أو لنعْتبرَهُ الحالةَ الطبيعيَّةَ طالما أنّه يُذكرُ بالله أو يجعلُ المرءَ أقربَ إلى فعلِ الخير.

وفي القرآنِ مواضعٌ كثيرةٌ تصِفُ الإنسانَ بأنّه يذكرُ ربّه وقتَ الشِّدةِ، كأن يكونَ في بحرٍ متلاطمٍ الأمواجِ يوشِكُ أن يغرقَ، وأنّه يعودُ إلى خطئه ونقصانه وطولِ أمله حينَ يصلُ إلى برِّ الأمانِ، ويذكرُ القرآنُ هذه السِّمةَ في الإنسانِ واصفًا ومقومًا في الوقتِ نفسِه، فهي

سِمَةٌ مَلَاذِمَةٌ لِلإِنسَانِ لِكُونِهِ إِنسَانًا، فَلَا أَحَدٌ يَعْبُدُ اللَّهَ وَيَتَوَجَّهُ إِلَيْهِ طِيلَةً  
الوقت بالكيفية نفسها التي كان سيفعلُ بها ذلك لو كان على وشكِ  
الغرق، لكنَّ القرآنَ يحثُّه على ألا يُبالِغَ في الأملِ وألا ينقلبَ من حالة  
الاستحضارِ الكاملِ وقتَ الخوفِ إلى النسيانِ التامِ وقتَ الأمانِ.

ولعلَّ المدلولَ العميقَ لهذا المعنى المتكرِّرِ في القرآنِ هو أن  
قيمةَ فعلِ الخيرِ واستحضارِ القيمِ والمفاهيمِ الدنيئةِ تتضاعفُ حينما  
تحصلُ وقتَ العافية، وطلبُ العافيةِ والقوةِ والقدرةِ قيمةٌ دنيئةٌ كذلك.

وبالتالي، فعلى المختصِّ النفسيِّ أن يتعاملَ مع هذه المسائلِ  
بحساسيةٍ وتفهُمٍ، وأن يحترمَ القيمَ الدنيئةَ والأخلاقيةَ للمتعالِجِ عنده،  
وأن يدعمه في استكشافِ تفاعلِ هذه القيمِ مع رحلةِ التعافيِ.

والتواحي الدنيئة ليست الوحيدة في هذا السياق، فقد تجدُ أمًّا مثلاً  
أنها أحزنُّ على أولادها خلالَ الاكتئابِ، وأنَّ بعضَ السَّماتِ السلبيةِ،  
من قبيلِ تقيريهم الدائمِ وعدمِ تفهُمِ استقلالِ شخصياتهم عنها  
والتعاملِ معهم بنرجسيةٍ وكأنهم مجردُ امتدادٍ لذاتها ووسيلةٌ لتحقيقِ  
أحلامها... قد تجدُ أنَّ هذه السَّماتِ كلُّها قد خفَّتْ خلالَ الاكتئابِ،  
وأنَّها أصبحتْ أمًّا أفضلَ خلالَ الاكتئابِ، وقد تحنُّ بالتالي إلى  
العلاقةِ الأفضلِ بأولادها خلالَ الاكتئابِ، وتشعرُ أنَّها بدأتْ تعودُ إلى  
طرقها القديمة بعد التعافيِ وتنفِّرهم منها. هذا مثالٌ آخرٌ على المهمةِ  
الحساسةِ للمختصِّ النفسيِّ في تدعيمِ العافيةِ ومُساعدةِ المتعافيِ على  
مَوْضعةِ قيمِهِ الاجتماعيةِ وطباعِهِ الشخصيةِ ضمنَ رحلةِ التعافيِ.

## ثالثاً، التّعامل مع التّبعاتِ الاجتماعيّة لمرحلة الاكتئاب:

كثيرونَ من المُصابينَ بالاكتئابِ يتأثّرُ محيطُهم الاجتماعيّ خلالَ الاكتئابِ بطُرقٍ شتّى، فقد يؤثّرُ على علاقتهم بزملائهم ومرؤوسهم في العمل، أو بأزواجهم، أو بأبنائهم، أو بأصدقائهم، والأمثلةُ على ذلك كثيرة. قد يُصابُ المتعافي بجرح نفسيّ مثلاً لأنّه كان يبكي ويشكو لزوجته مثلاً خلالَ الاكتئاب، ثمّ إذا بدأ يتعافى ساوره القلقُ بأنّه لم يعد يحظى باحترامها، وأنّه منكسّفٌ وهشٌّ أمامها. قد يشعرُ المتعافي برضّة نرجسيّة في العمل إذ كانَ قبلَ الاكتئابِ ينتقدُ من يتغيّبونَ عن العمل ومن لا يُنجزونَ مهما كانتِ الظروف، ورسمَ لنفسه صورةَ المديرِ الصّلب الذي لا يهزّه شيء، فإذا أصابه الاكتئابُ اضطرَّ للتغيّبِ ولتفويضِ كثيرٍ من مهامه، وصارَ يشعرُ بعدَ التّعافي أنّه لا يُمكن أن يُرى إلا بوصفه منافقاً مدّعياً.

وما تفعله هذه الأمثلةُ وغيرها هو أنّها تُشعّرُ بعضَ المتعافينَ أنّ تصوّرهم عن أنفسهم قبلَ الاكتئابِ أصبحَ هيكلًا لا يُمكنهم أن يملأوه تمامًا، ويجدونَ أنفسهم أحيانًا أمامَ مفترقِ طُرق، يُمكنُ أن يتخذَ أيًا من الأشكالِ التّالية وغيرها:

1. مُحاولةٌ صعبةٌ وتحتاجُ كثيرًا من الشّجاعة لترميمِ علاقاتهم والتّصالحِ مع التجربة واستيعابها ضمن رؤيتهم المتطورة لأنفسهم.

2. الانسحابُ من بعضِ هذه الأدوار تجنّبًا لصعوبة الترميم والعثورِ على توازنٍ جديد.

3. الانقلاب إلى عدوانية ومزيد من الادعاء ليعوضوا عن نقصٍ داخلي لا يُريدون مواجهته وحالة من عدم الأمان النفسي insecurity لا يُريدون الاعتراف بها.

4. رفض استكمال التعافي بشكل لاواع، أي استمرار التصرف وكأن المرء لم يتعاف، بالتغيب عن العمل أو النكوص عن أدواء مسؤوليات الزوجية، وغير ذلك، كحيلة دفاعية لتجنب مواجهة تبعات التعافي.

وكما قلنا أكثر من مرة في هذا الفصل، هذا تأكيدٌ على أهمية الدعم الاجتماعي، وترسيخ الاستبصار بالنفس خلال التعافي، وضرورة طرح جميع هذه الأمور على المختص النفسي للتعامل معها واستكشافها.

وما دُمنّا قد وصفنا التعافي من الاكتئاب، فالوقت مُلائمٌ للحديث عما يوصلنا إلى التعافي. لكن قبل ذلك، لننقض فصلاً في الحديث عن بعض ما يظنُّ كثيرون أنه يُفيد في التعافي لكنه ليس كذلك، لكي نُهيئ المجالَ تماماً للحديث عما يفيده في التعافي من الاكتئاب.

## الفصل الثاني : النوم

النوم الكافي من أهم خطوات التعافي من الاكتئاب وكذلك من الوقاية منه. حتى عقود قليلة قريبة، لم يحظ النوم بالاهتمام البحثي الكافي، ولكن لدينا الآن ثروة معرفية وبحثية مدعومة بالأدلة العلمية حول الأهمية البالغة للنوم. سنتحدث في هذا الفصل عن ملحوظات عامة حول النوم وأهميته وعلاقته بالاكتئاب، ثم عن الأحلام، ونختتم بنصائح في غاية الأهمية للنوم السليم.

ملحوظات عامة حول النوم وأهميته وعلاقته بالاكتئاب

أولاً: النوم ليس نشاطاً سلبياً، بل نشاطٌ موجبٌ مقصودٌ لذاته

بمعنى أنّ النوم ليس توقف الجسم عن فعل أشياء يفعلها في اليقظة فحسب، بل هو نشاط إيجابي، أي نشاط يحتاج مراكز دماغية ونواقل عصبية ليحدث. النوم ليس عكس الاستيقاظ أو غياب الاستيقاظ، بل هو نشاطٌ مختلف عن الاستيقاظ. وبهذا المعنى، فالنوم ضروري لذاته، وليس شيئاً يحدث لمجرد أننا نصاب بالتعب ولا نستطيع مواصلة الاستيقاظ. ودراسات النوم أظهرت أنّ ثمة نشاطاً دماغياً هائلاً يحدث خلال النوم، إذ يجري تناقل المعلومات والإشارات العصبية، وإعادة تنظيم وترتيب التشابكات الدماغية بين الأعصاب

والمناطق المختلفة، ولكل هذا أهمية بالغة في التعلم والذاكرة وتنظيم الانفعالات.

ثانياً: نقص النوم كمًّا ونوعًا يرفع احتمال الإصابة بأمراض جسمانية ونفسية متعددة وخطيرة

فثمة دراسات متنوعة ومتعاضدة تربط قلة النوم بالاكثاب ومرض ألزهايمر وأمراض القلب والجلطات وأمراض الاستقلاب metabolism. وعدا عن ذلك فلنقص النوم مضاعفات مهمة، من قبيل ضعف التركيز والإرهاق المتواصل خلال اليوم. كما أن قدرتنا على فهم مشاعر الناس من خلال استقراء انفعالات وجههم تضعف عند الحرمان من النوم. يُضاف لذلك تدني المزاج والعصبية والتهور في اتخاذ القرارات. كما يرتبط نقص النوم بضعف القدرة على الالتزام بنظام غذائي صحي، فمن لا ينام بقدر كافٍ مُعرّض أكثر لالتهاام الطعام غير الصحي. وحتى من دون ذلك، تؤدي قلة النوم إلى إضعاف قدرة الجسم على حرق الدهون وبناء العضلات.

بالتالي، من الضلال الجسيم ربط قلة النوم بالإبداع والنشاط وعلو الهمة، وامتداح من لا ينامون باعتبارهم أصحاب عزيمة وجلد واستحقاق للنجاح. ومن هذا الخطل ترويغ أخبار عن ملياردير لا ينام إلا أربع ساعات أو ما شابه، وكأن ملياراته تجمعت لمجرد أنه لا ينام! في الحقيقة، «ما فاز إلا النوم» مقولة علمية سليمة إذا عنت من يأخذون كفايتهم من النوم، ومتوسط حاجة البشر من النوم سبع

ساعات إلى ثماني ساعاتٍ للبالغين، وهي أعلى للأطفال.

## ثالثاً: النومُ يحصلُ على شكلِ دوراتٍ متعاقبة

هُناكَ نوعان من النومِ متميزانِ جداً من ناحيةِ طبيعةِ النشاطِ الدماغِيّ أثناءَ النومِ:

1. نومٌ لا تتخلَّلهُ زغللةُ الأعينِ Non-rapid Eye Movement Sleep

2. نومٌ تتخلَّلهُ زغللةُ الأعينِ Rapid Eye Movement Sleep

وجِسْمُ الإنسانِ مُحتاجٌ للنوعينِ، وكلُّ منهما يقومُ بوظائفَ مختلفَةٍ. كلُّ دورةِ نومٍ تمتدُّ لما يقربُ من 90 دقيقة، وتبدأُ بالنوعِ الذي لا تتخلَّلهُ زغللةُ الأعينِ، ثم تتقلُّ لزغللةِ الأعينِ. في بدايةِ الليلِ، يستحوذُ النوعُ الأوَّلُ على مُعظمِ الدَّورةِ ويحظى النوعُ الثاني بوقتٍ قليلٍ منها، ومع كلِّ دورةٍ لاحقةٍ، تزيدُ نسبةُ النوعِ الثاني، وهو النوعُ الذي يحدثُ فيه الأحلامُ التي نتذكُّرها، ولذلك يحدثُ كثيراً أن تكونَ الأحلامُ التي تعلقُ بذاكرتنا مما يحدثُ قبيلَ الاستيقاظِ. كما أن حصولَ الأحلامِ علامةٌ إيجابيةٌ على أن المرءَ يحظى بنومٍ كافٍ، لأن كثرتها تعني أن المرءَ حصلَ على عدَّةِ دوراتِ نومٍ، وبالتالي أصبحتُ مدَّةُ النوعِ الثاني أطولَ. وبحسبةٍ بسيطةٍ، خمسُ دوراتِ نومٍ تعني النومَ لسبعِ ساعاتٍ ونصفٍ تقريباً، وهذا ما يحتاجُهُ الإنسانُ في المتوسطِ.

## رابعاً: النومُ ضروريٌّ لتشكُّل هرمون التستوستيرون (هرمون الذكورة)

وهو الهرمون الذي يضطلعُ بدور هامٍ في الرغبة الجنسية وبناء العضلات وكثافة العظام. الأرق وحده سببٌ كافٍ لضعف الاهتمام بالجنس، ونقص التستوستيرون يزيدُ الأمرَ سوءاً. ضعفُ الرغبة الجنسية من أعراض الاكتئاب كذلك، كما أن غياب النشاط الجنسي يحرمُ المصابَ بالاكتئاب من نشاطٍ حيويٍّ أساسيٍّ لتحسين المزاج والفعالية الاجتماعية وصورة الذات وصحة العلاقة الزوجية. هذه كله يؤدي إلى حلقة مُفرغةٍ يتراجع فيها الاهتمام بالجنس، وهو أحد أهم المحفزات السلوكية، وهذا قد يؤدي إلى توتر العلاقة مع الشريك، التي قد تكون متوترة أصلاً بسبب الاكتئاب، وبالتالي تتفاقم الحلقة المُفرغة.

## خامساً: يختلف البشرُ في وقتِ حلولِ النوم

فجزءٌ من البشر يُصيهمُ النعاسُ في الساعة الثامنة أو التاسعة مساءً، وجزءٌ أقل لا يحل عليهم النعاسُ إلا بعد منتصف الليل بساعتين أو حتى ثلاث، وأكثر البشر يقعون في مكانٍ ما بين هذين القطبين. بطبيعة الحال، سيستيقظ أصحاب النوع الأول في الصباح الباكر جداً، وأصحاب النوع الثاني وقت الضحى إن لم يكن عندهم ارتباطات صباحية مُلزمة (وهذا نادر) أو يستيقظون صباحاً مُرغمين في حالة من الإرهاق والخمول وتَعكُّر المزاج. هذا الفرق في ساعة حلول النوم مُحدّدٌ جينياً وليس له علاقةٌ بالهمة والجدية في الحياة والرغبة

في الاستيقاظ باكراً، وهذه الفئة التي لا تستطيع النوم باكراً مظلومة اجتماعياً غاية الظلم لشيء لا تستطيع التحكم فيه، فهؤلاء منتقدون لأنهم يتأخرون في السهر (وهذا مرتبط اجتماعياً بقلّة المسؤولية والترهل والإهمال) ومنتقدون لأنهم يتأخرون في الاستيقاظ (وهذا مرتبط اجتماعياً بالكسل والعطالة ودنو الهمة)، وكلا الانتقادين ظلّم وحيف. وقد أحسنت بعض الدول صنفاً حين أخرت بداية المدارس المتوسطة والثانوية، فمعروفٌ علمياً أن البشر بدخول المراهقة تنزاح ساعتهم البيولوجية وتتأخر ساعة نومهم رغماً عنهم، فالمراهق الذي لم يعد يذهب للنوم باكراً لا يفعل ذلك بسبب رفاق السوء أو الهاتف النقال أو تمرّداً وعناداً، وإن كانت هذه كلها قضايا واردة وتستحق الاهتمام، بل يفعل ذلك لأن جسمه يتغيّر بلا أيّ تحكّم منه.

سادساً: انتظام النوم مرتبط ارتباطاً وثيقاً بتعرّض العينين للضوء

يُنظّم دماغنا وقت النوم والاستيقاظ وفق عدّة عوامل، من أهمّها التعرّض للضوء، ضوء الشمس خصوصاً. من المهمّ غاية الأهمية أن تقع أشعة الشمس على العينين (دون النظر لها مباشرةً طبعاً) في الفترة الصباحية لكي تصل الإشارات إلى الدماغ ويفهم أن هذا وقت بداية النوم. وبالمثل، من المهمّ تخفيف الأضواء استعداداً للنوم كي يبدأ الدماغ إفراز مادة الـ«ميلاتونين» التي تُعطي الإشارة لاقتراب موعد النوم.

## سابعًا: قلة النوم والاكتئاب حلقة مفرغة

قلة النوم من أعراض الاكتئاب، وهي كذلك مما يجعل الاكتئاب أسوأ، وبالتالي فالمُصاب بالاكتئاب يعاني غالبًا من قلة النوم بسبب الاكتئاب، وهذا بدوره يؤثر سلبيًا على المزاج وبقيّة الأعراض الأخرى، أي أننا ندخلُ في حلقة مفرغة. لذا، يُشكّل تحسين النوم كما ونوعًا هدفًا أساسيًا للعلاج، وهو هدفٌ في المتناول في كثيرٍ من الأحيان، ولكن نقص الوعي بأهميته يُقلّل من التركيز عليه للأسف الشديد. وفي بعض الأحيان، لا ينتبه المُصاب بالاكتئاب إلى أنّ العلاقة بين النوم والاكتئاب موجودةٌ في الاتجاهين، فهو يتوقّع -مُحِقًا- أن تحسّن الاكتئاب سيَجعلُ النومَ أفضل، وهذا صحيح، لكنّه لا ينتبه للوجه الآخر من العملة، وهو أن عليه السعي لجعل نومه أفضل كهدفٍ بحدّ ذاته، مهما كان وضع الاكتئاب متفاقمًا، وبالتالي فانْتَظارُ تحسّنِ الاكتئاب ليتحسّنَ النومَ ليس هو التصرف السليم، بل ينبغي بذلُ كلِّ الجهد لتحسينِ النومِ، لذاته أولًا، ولكي يساهم ذلك في تحسّنِ الاكتئابِ ثانيًا.

## ثامنًا: أدوية المساعدة على النوم

قد توجد الحاجة لاستخدام الأدوية المساعدة على النوم في بعض الحالات، لكن هذا يجب أن يكون حصرًا بإشراف طبيب، وبالتوازي مع استخدام الوسائل غير الدوائية واستنفادها. من الخطأ الكبير التساهل في الأدوية المساعدة على النوم، خصوصًا في البلدان

التي لا تُقيم رَقابةً كافيةً على الأدوية. لا يجوزُ أن تكون هذه الأدويةُ بديلاً عن الوسائلِ غيرِ الدوائيةِ، ويَجِبُ سؤالُ الطَّبيبِ بشكلٍ وافٍ عن الآثارِ الجانبيةِ لهذه الأدويةِ وحصرُ استخدامها لحالاتِ الضَّرورةِ وللمدَّةِ التي تقتضيها الضَّرورةُ فحسب، فكثيرٌ من هذه الأدويةِ قد تُساعدِ في جانبٍ مُعيَّن، ولكنها في المُقابلِ تؤثرُ سلباً على نوعيَّةِ النومِ وتركيبتهِ ومراحلهِ والفائدةِ التي نحصلُ عليها منه، وبالتالي فأخذها له تَبعات، وشأنُ أيِّ قرارٍ طبّي، يَجِبُ أن يخضعُ لموازنةٍ دَقيقةٍ بين الفوائدِ المرجوةِ والآثارِ غيرِ المرجوةِ.

## تاسعاً: الاكتئاب وانقطاع النَّفس الانسداديّ النوميّ

بعضُ مرضى الاكتئاب الذين يأتون لعيادة الطبيب النفسيّ يتبيّن أن اكتئابهم يعود جزئياً أو كلياً إلى وجود اضطراب في النوم. أحدُ أشهرِ هذه الاضطرابات هو انقطاع النَّفس الانسداديّ النوميّ Obstructive Sleep Apnea، أي متلازمة توقّف وتباطؤ التنفّس بسبب انسدادٍ في المجاري التنفسيّة العليا أثناء النوم. هؤلاء المرضى لا يستطيعون الحفاظُ على مجاريهم التنفسيّة مفتوحةً أثناء النوم، فينتجُ الشخيرُ المزعجُ والتباطؤُ والتوقّفُ في النَّفس أثناء النوم، والشعورُ الدائمُ بالإرهاق، والشعورُ بأنّ النوم لا يُجدد النشاط، وقد ينامون بشكلٍ متكرّرٍ أثناء العمل أو حتّى عند التوقّف على إشارة المرور. هذا الحرمانُ المزمنُ من النوم المُريح والمُجدد للنشاط يؤدّي لخمولٍ وتراجع في الرغبة والقدرة على القيام بالأنشطة المُختلفة، ويؤدّي لتراجع اجتماعيٍّ ووظيفيٍّ، وهذا كلّهُ يؤدّي لمزاج سيئ. هذه كلها من

أعراض الاكتئاب، فيأتي من يُعاني منها للطبيب النفسي، في حين أنّ مشكلته في النوم.

علاج هذا المرض يُحسّن الاكتئاب وقد يُلغي الحاجة للطبيب النفسي تمامًا. من توجد لديه بعض هذه الأعراض عليه إجراء دراسة نوم sleep study وإذا سُخِّصَ بهذا المرض وتعالج بشكل جيد فستغير حياته جذريًا للأفضل.

## وقفة مع الأحلام

في كتابه بالغ الأهميّة «لماذا نام Why We Sleep» قدّم مات ووكر إطلالةً مُمتازة على الأحلام ودورها في التعافي، ونُقدّم هنا خلاصةً للبحوث والأفكار التي أوردّها. تحصّل الأحلام بشكل أساسي في أحد نوعي النوم، ألا وهو النوم الذي تتخلّله زغللة العين REM Sleep. من اللافت جدًّا أنّ الدماغ حين يدخل في هذا الطور من النوم، يحصلُ شيئان في غاية الأهميّة:

1. الأجزاء المسؤولة عن الانفعالات والذاكرة يزداد نشاطها، وهذا يشمل اللوزة وفرس النهر وأجزاء من القشرة الدماغية ترتبط بالانفعالات والذاكرة.

2. الناقل العصبي المسؤول عن القلق والتوتر «نورإيبينفرين» يتوقّف نشاطه في الدماغ تمامًا.

ماذا يعني هذا؟

يعني أن الدماغ يُعالج الذكريات والأحداث والتجارب التي مرّ بها المرء، ولكنه يُعالجها بعد أن تأكّد من شيء في غاية الأهميّة، ألا وهو «إطفاء» الناقل العصبيّ الذي يجعلنا نشعرُ بالشحنة العاطفيّة والانفعاليّة المُصاحبة لهذه الخبرات والتجارب والذكريات.

تَحَيَّلْ أَنَّكَ خُضْتَ حَدِيثًا قَاسِيًا مَعَ صَدِيقٍ أَدَّى لِحُزْنٍ وَغَضَبٍ، وَانصَرَفَ كُلُّ لِحَالِهِ بَعْدَهَا، وَجَاءَ اللَّيْلُ فَذَهَبَ لِلنَّوْمِ. مَا حَصَلَ أَمْرٌ مُهِمٌّ بِالنَّسْبَةِ لَكَ، وَلَا يُمَكِّنُ لِدِمَاغِكَ أَنْ يُهْمَلَهُ، بَلْ هُوَ بِحَاجَةٍ لِلتَّعَامُلِ مَعَهُ وَمَعَالَجَتِهِ، فَمَنْ أَهَمُّ وَظَائِفِ النَّوْمِ أَنَّهُ يَسْتَوْعِبُ الْأَحْدَاثَ وَالخِبْرَاتِ وَالتَّجَارِبَ الَّتِي مَرَّتْ بِنَا خِلَالَ الْيَوْمِ، وَيَسْتَدخِلُهَا ضَمَنَ شَبَكَةِ أَفْكَارِنَا وَمَعَارِفِنَا وَخِبْرَاتِنَا الْعَامَّةِ، أَيَّ أَنَّهُ يَهْضُمُهَا وَيَضْعُهَا ضَمَنَ مَخزُونِ مَعْرِفَتِنَا وَخِبْرَتِنَا الْمَمْتَدِّ عِبْرَ سِنَوَاتٍ.

لكن في الوقت نفسه، يعرف دماغك أن هذه التجربة كانت مشحونة عاطفيّة، ولكي يتعامل معها بشكل جيّد، عليه أن يفصل التجربة عن الانفعال الذي صاحبها. هذا ما يفعله الدماغ بالضبط حين «يُطفئ» مادة الـ «نورايبينفرين» المسؤولة عن الشحنة والعاطفيّة والانفعاليّة، فتبقى التجربة وحدها مُجرّدةً من الانفعال الذي صاحبها. الأمر يُشبهُ تمامًا أسدًا بحاجةٍ لعمليّةٍ جراحيّةٍ، ولكنه يتقافزُ ويزأرُ ويتحرّكُ بقوةٍ وضرّاوةٍ، فيُعاجله الطيّبُ البيطريُّ بإبرةٍ مُخدّرٍ، فيهدأُ ويستلقي على طاولةِ العمليّات، ويمضي الطيّبُ في الجراحةِ بكلِّ كفاءة.

حينَ تَصْحُو فِي الْيَوْمِ التَّالِي، تَجِدُ نَفْسَكَ أَقْلَ تَأَثُّرًا بِمَوْقِفِ الْأَمْسِ وَلَوْ بِمِقْدَارٍ بَسِيطٍ، وَالسَّبَبُ أَنَّ دِمَاغَكَ تَمَكَّنَ خِلَالَ النَّوْمِ بِسَبَبِ غِيَابِ «نورايبينفرين» مِنَ الْعَمَلِ عَلَى التَّجْرِبَةِ الصَّعْبَةِ بِالْأَمْسِ

ومعالجتها والتخفيف من حدة الانفعال المُصاحِب لها<sup>(4)</sup>.

إذا كنتَ مَحْظُوظًا، فَسَتَحُلُمُ بِالنَّقَاشِ الحَادِّ مَعَ صَدِيقِكَ بِشكْلِ مَا يَغْلِبُ عَلَى الأحْلَامِ أَنهَا تُحَوِّرُ الأزِمْنَةَ وَالأمِكنَةَ وَالتَّفَاصِيلَ، وَبِالتَّالِيِ فَلَنْ يَكُونَ حُلْمُكَ مُجَرَّدَ اسْتِعَادَةٍ لِلنَّقَاشِ، لَكِنَّكَ سَتُدْرِكُ بِسُهولةِ أَنَّكَ حَلُمْتَ بِشَيْءٍ لَهُ عِلَاقَةٌ بِذَلِكَ النَّقَاشِ الحَادِّ، وَإِذَا حَصَلَ هَذَا، فَسَتَكُونُ غَالِبًا أَقْلًا تَأَثَّرًا بِالنَّقَاشِ وَمَا حَصَلَ فِيهِ بَعْدَ أَنْ يَظْهَرَ فِي أَحْلَامِكَ.

نَعْرِفُ هَذَا مِنْ دَرَاةٍ قَارَنْتَ بَيْنَ مُسْتَوَى الاكْتِتَابِ فِي مَجْمُوعَتَيْنِ مِنَ النِّسَاءِ المُصَابَاتِ بِالاكْتِتَابِ وَاللُّوَاطِيِ مَرْرَنَ بَتَّجَارِبَ مُؤَلِّمَةً، إِحْدَى المَجْمُوعَتَيْنِ تَأَلَّفَتْ مِنَ النِّسَاءِ اللُّوَاطِيِ ظَهَرَتْ التَّجَارِبُ المُؤَلِّمَةُ فِي أَحْلَامِهِنَّ، وَالأُخْرَى تَأَلَّفَتْ مِنَ النِّسَاءِ اللُّوَاطِيِ لَمْ تَظْهَرِ التَّجَارِبُ المُؤَلِّمَةُ فِي أَحْلَامِهِنَّ، وَبَعْدَ فِتْرَةٍ مِنَ الفَحْصِ وَالمُرَاقَبَةِ، كَانَتْ نِسَاءُ المَجْمُوعَةِ الأُولَى أَكْثَرَ تَعَاْفِيًا مِنَ الاكْتِتَابِ بِدَرَجَةٍ مَلْحُوظَةٍ.

بِالتَّالِيِ، مِنَ المُهِمِّ أَنْ نَنَامَ لِلتَّعَاْفَى، وَمِنَ المُهِمِّ أَنْ نَنَامَ بِمَا يَكْفِي لِنَحْصُلَ عَلَى مَا يَكْفِي مِنَ النَّوْمِ مِنَ النَّوعِ الَّذِي تَتَخَلَّلُهُ زَغَلَّةُ الأَعْيُنِ، وَسَيَكُونُ أَمْرًا جَيِّدًا جَدًّا أَنْ يَظْهَرَ مَا يُحْزِنُنَا أَوْ يُؤَلِّمُنَا أَوْ يَشْغَلُ بَالْنَا فِي أَحْلَامِنَا.

## قواعد في غاية الأهمية للنوم الصحي والسليم

1. الحُصُولُ عَلَى القَدْرِ الكَافِي مِنَ النَّوْمِ. مِنْ أَمَمِّ عِلَامَاتِ ذَلِكَ الاسْتِيقَاطُ

(4) هُنَاكَ اسْتِدْرَاكُ مُهِمِّ هُنَا يَتَعَلَّقُ بِمَنْ تَعَرَّضُوا لِتَّجَارِبَ فِي غَايَةِ القَسْوَةِ مِنْ قَبِيلِ الاغْتِصَابِ أَوْ الحُرُوبِ، فَبَعْضُ هَؤُلَاءِ تَحْضُرُ نَجَارِبُهُمُ المُؤَلِّمَةَ فِي أَحْلَامِهِمْ بِشكْلِ لَمْ يَنْجَحِ الدِّمَاغُ مَعَهُ فِي تَحْلِيصِهَا مِنْ أَيِّ قَدَرٍ مِنَ الانْفِعَالِ، فَتَكُونُ فِي الحَقِيقَةِ كَوَابِسٍ مُرْعَبَةٍ تَوَقِّظُهُمْ مِنَ النَّوْمِ مَفْرُوعِينَ. هَذِهِ حَالَةٌ مُخْتَلِفَةٌ وَمُرْتَبِطَةٌ بِاضْطِرَابِ مَا بَعْدَ الكَرْبِ PTSD وَتَحْتَاجُ عِلَاجَاتٍ وَتَعَامُلَاتٍ خَاصَّةً.

والمرءُ يشعرُ أن نشاطه تجدد وأن جسمه مُرتاح وذهنه صافٍ.

2. الالتزام بوقتٍ مُحدّدٍ للنوم والاستيقاظ قدرِ المُستطاع، فتغييرُ ساعةِ النومِ أو الاستيقاظِ أو كليهما بشكلٍ متكررٍ يؤثّرُ سلبيًا على جودةِ النومِ.

3. تخفيفُ التعرُّضِ للأضواءِ في الساعاتِ السابقةِ للنومِ، خصوصًا اللون الأزرق الموجود بكثرة في تطبيقاتِ الهاتفِ.

4. تخفيفُ استخدامِ الهاتفِ الذكيِّ ووصولًا إلى وقف ذلك تمامًا مع اقترابِ النومِ.

5. وضعُ الهاتفِ الذكيِّ بعيدًا عن المتناولِ خلالِ النومِ، واستخدامِ منبهٍ تقليديٍّ عوضًا عن مُنبهِ الهاتفِ.

6. عدم وضعِ التلفازِ في غرفةِ النومِ إطلاقًا وتحتَ أيةِ مبرّراتٍ.

7. تعتيُمُ غرفةِ النومِ قدرِ الإمكانِ.

8. جعلِ غرفةِ النومِ باردةً بعضَ الشيءِ. يختلفُ الناسُ فيما يُناسِبُهُم ولكنَّ بعضَ الشعورِ بالبرودة يُساعدُ على نومٍ أفضلٍ، وهذا في العادة بحدود 19 درجة.

9. كتابة قائمةٍ بمهامِ اليومِ التالي لتخفيفِ انشغالِ الذهنِ بها قبلِ النومِ.

10. تجنُّبُ الأكلِ في الساعاتِ القليلةِ السابقةِ لوقتِ النومِ، خصوصًا الأطعمة الثقيلة أو الحارّة أو كثيرة التوابلِ.

11. تجنُّبُ الأطعمة المحتوية على السكريّاتِ البسيطة في الساعاتِ السابقةِ للنومِ، مثل الحلوياتِ والمخبوزاتِ والفاكهةِ

عالية السكر وقليلة الألياف (مثل العنب)، لأن هذه الأطعمة تُسبب ارتفاعاً سريعاً في هرمون الإنسولين، وهذا قد يخلق شعوراً مؤقتاً بالتعب ناتجاً عن التخمرة، لكنه يؤدي لانخفاض لاحق في نسبة السكر في الدم، وهذا من أسباب الاستيقاظ بعد ساعات قليلة من النوم في حالة توقي شديد إلى الطعام، الحلو خصوصاً. فضلاً عن ذلك، هذا من أسباب كثرة الاستيقاظ ليلاً للتبول وهو ما يؤثر سلباً على جودة النوم.

12. تجنب المشروبات المحلاة لساعات قبل النوم، مثل الشاي والحليب والعصائر. فضلاً عن زيادة إفراز الإنسولين كما في النقطة السابقة، هذه المشروبات تُضيف إلى السوائل في الجسم وهذا يزيد إدرار البول، عدا عن أنها تُسبب شعوراً بالعطش، فيؤدي شرب الماء إلى مزيد من السوائل ومزيد من البول، بالإضافة لكون بعضها مُدرة للبول بسبب تركيبها الكيميائي مثل الشاي.

13. تجنب القهوة بعد منتصف النهار. القهوة منبهة قوي، ويحتاج الجسم ساعات طويلة لإخراجها من الجسم، ومن يُريد نومًا جيدًا فعليه التوقف عن تناولها بعد منتصف اليوم أو الثانية بعد الظهر على أبعد تقدير. يُضاف لذلك أن القهوة مُدرة للبول.

14. شرب كميات كافية من الماء في النصف الأول من النهار، لتقليل الحاجة لشرب الكثير من الماء في الساعات المؤدية للنوم.

15. التعرض للشمس صباح اليوم التالي. هذا مهم جدًا لمن لا يخرجون من البيت صباحًا بشكلٍ طبيعي للعمل أو ما شابه.

## الفصل الثالث: الرّياضة

ممارسة الرّياضة تُفيد الجميع، بدءًا ممّن لا يُعانون من أيّ اكتئاب مرورًا بمن يُعانون من اكتئابٍ طفيفٍ ومتوسّطٍ إلى من يُعانون من اكتئابٍ شديد، وهي من أهمّ وسائل التّعافي من الاكتئاب وأقلّها استخدامًا للأسف. تُظهرُ الدّراسات نتائج إيجابيّة للغاية للرّياضة في التّعافي، وينبغي نشرُ هذه المعرفة لزيادة استخدام هذه الوسيلة في التّعافي في كلّ سياق، ويجدرُ بكلّ طبيب نفسيّ أو مُعالج أن يصفها للمتعالجين من الاكتئاب ويُذكّرُ بها ويحفّزُ عليها باستمرار، فمن أهمّ أسباب قِلّة استخدام هذه الوسيلة للأسف أن كثيرين ببساطة لا يعرفون عن أثرها الإيجابي، أو يظنّون أنّها مُجرّد نصيحة عامّة على غرار النّصائح الطّبيّة العامّة. الأمر ليس كذلك، فدورُ الرّياضة في الاكتئاب تدعّمه أبحاثُ رصينة، وبالتالي فالرّياضة «وصفة طيّبة» للمُصابٍ بالاكتئاب، لا مُجرّد نصيحة عامّة.

لكن نقص المعرفة ليس السّبب الوحيد بطبيعة الحال، فمن أهمّ الأسباب أن المُصابين بالاكتئاب يُعانون من هُبوطٍ في الرّغبة والحافزِ للقيام بالنّشاطاتِ المختلفة كما وضحنا بالتفصيل في القسم الأوّل. في الحقيقة، حتّى من لا يُعانون من الاكتئاب يصعبُ على كثيرٍ منهم أن يلتزموا بممارسة الرّياضة. وسنفضّل في كيفة التعامل مع هذه المُشكلة عُمومًا في فصلِ العلاج الإدراكيّ السلوكيّ، لكن

باختصارٍ هنا نقولُ إنَّ أحدَ الحلولِ الناجعةِ لهذه المُعضلة هو التالي:  
أنَّ يقومَ الشخصُ بوضعِ جدولٍ بأيامِ الأسبوعِ، وتقسيمِ خاتمة كلِّ يومٍ  
إلى نصفين، أحدهما يُسجَّلُ فيه مقدارَ الشعورِ الإيجابيِّ المتوقعِ من  
الرياضةِ قبلَ ممارستها، والآخرُ يُسجَّلُ فيه الشعورُ الإيجابيُّ الحقيقيُّ  
الذي شعرَ به الشخصُ أثناء الممارسة.

يُسجَّلُ مقياسُ الشعورِ الإيجابيِّ من خلالِ مقياسٍ أو range  
من صفرٍ إلى 10، بحيثُ تعني 10 أكبرَ شعورٍ إيجابيٍّ يُمكنُ تخيُّله،  
ويعني الصفرُ انعدامَ الشعورِ الإيجابيِّ تماما. قبلَ الرياضة، اسأل  
نفسك، ما هو مقدارَ الشعورِ الإيجابيِّ (مُتعة، لذة، شعورٌ بالنشاط،  
شعورٌ بالقدرة على فعلِ شيءٍ... إلخ) الذي أتوقَّعه من الرياضةِ اليومِ  
حسبِ هذا المقياسِ؟ قد تكون 3 من 10 مثلا. مارسِ الرياضة،  
وسجِّلِ مقدارَ الشعورِ الإيجابيِّ الذي شعرتَ به فعلا. في كثيرٍ من  
الأحيان، يجدُ المُصابونُ بالاكْتئابِ أنَّ شعورَهُمُ الإيجابيِّ الحقيقيِّ  
أكبرَ من المتوقعِ، وحينَ يستمرُّون في تسجيلِ ذلك خلالِ الأسبوعِ،  
يتعلَّمون أن يتغلبوا على غيابِ توقُّعِ الشعورِ الإيجابيِّ، لأنَّهم يعرفون  
من تجربتهم الخاصَّة أنه أكبرُ ممَّا توقَّعوا.

ومن المُهمِّ الإشارةُ إلى أنَّ بعضَ الدِّراسات وجدت أنَّ نسب  
الانسحابِ من الدِّراساتِ dropout التي تبحثُ في أثرِ الرياضة  
على الاكْتئابِ لا تختلفُ عن نسبِ الانسحابِ من العلاجِ النَّفسيِّ  
أو الأدوية. هذا مؤشِّرٌ مهمٌّ جدًّا، إذ يعني أنَّ ممارسةَ الرياضةِ بشكلٍ  
منتظمٍ ومُتقنٍ ومتواصلٍ لم يكنِ أصعبَ على المُصابينَ بالاكْتئابِ من  
أخذِ الأدويةِ أو الالتزامِ بجلِسةٍ علاجيةٍ أسبوعيا. هذا مهمٌّ لأنَّ الرياضة  
هي الفعلُ الأكثرُ ذاتيةً وتطلُّبا للجهدِ من طرفِ المصابِ بالاكْتئابِ.

أما طبيعة الرياضة التي تُفيدُ في الاكثاب فتتقسّم لثلاثة أقسام:

1. الرياضات التنفسيّة **Aerobic exercise**، وهذه تعني الرياضات التي تعتمدُ بشكلٍ أساسيٍّ على زيادة نشاطِ الدوّرة الدميّة واستهلاكِ الأكسجين في النشاطِ العضليّ المُرافقِ لها، وتشملُ المشي والجري والقفز والسباحة وركوبَ الدّراجة وغير ذلك، وتمثلُها في قاعة الرياضة آلات Treadmill, Elliptical, Stair Climber وما شابه.

1. تمارين المُقاومة **Resistance Training**، وهذه تعني التمارين التي تعتمدُ بشكلٍ أساسيٍّ على استخدامِ العضلات لدفع أو جذب قوّة، وتشملُ تمارين الضّغط والقرصاء ورفع الجسم، وتشملُ كذلك تمارين رفع الأثقال واستخدامِ الأوزان بطرقها المختلفة.

1. رياضات الذّهن والجسم **Mind/Body Exercises**، وتشمل اليوغا والتاي-تشي وما شابهها.

والدراساتُ تُظهرُ أثرًا إيجابيًا لجميع ما سبق في التعافي من الاكثاب، والنوعُ الأوّل يبدو أن مستوى الدليل على فائدته هو الأعلى، وبالتالي يُمكنُ التوجّه إليه لمن بإمكانه الاختيارُ من بين الثلاثة، لكن من يُفضلُ نوعًا آخر ويستطيعُ الالتزامَ به بشكلٍ أفضل أو تتوفّر له إمكانياتٌ أفضلُ للقيام به، فعليه أن يختاره.

أما كميّة الرياضة التي تُساعدُ في التعافي من الاكثاب، فالدراساتُ عموماً تُشيرُ إلى 3-5 مرّات أسبوعيًا متوسطة الشدّة على الأقلّ

(50-70٪ من العدد الأقصى لنبضات القلب Maximum Heart Rate) لمدة أربعة أسابيع على الأقل، مع تفضيل مدتها إلى عدة شهور، والأفضل بطبيعة الحال إيجاد روتين يُمكن للمرء الاستمرار فيه لبقية حياته. مُدة الجلسات التي درستها الأبحاث متفاوتة، وتتراوح من 30 إلى 90 دقيقة (الأخيرة غالباً في دراسات اليوغا وما يُشبهها). الاستمرارية هي الأولوية، وكثير من الناس يصعبُ عليهم الالتزام بساعة يومياً أو أكثر، وبالتالي فمدة 30 إلى 45 دقيقة تبدو الأكثر مُناسبة إذا ما أخذنا في الاعتبار جميع العوامل.

أما الآلية التي تُساعد بها الرياضة في الاكتئاب، فتتقسّم إلى عوامل نفسية وعوامل فسيولوجية. أما العوامل النفسية فتشمل تنامي الشعور بالفعالية في مُقابل العجز، ازدياد الثقة بالنفس، الحصول على تغذية راجعة إيجابية من المُحيط، الشعور بقيمة النفس من خلال الاعتناء بالذات، زيادة فرص الاتصال الإيجابي بالآخرين، تقليل الوحدة والعزلة، تقليل الأفكار السلبية.

أما العوامل الفسيولوجية فتشمل الأثر الإيجابي للرياضة في تقليل الالتهاب inflammation (وقد تحدّثنا عن علاقته بالاكتئاب في الفصل الأوّل)، تقليل الأكسدة الضارة في الدماغ oxidative stress، تحفيز تجدد الأعصاب ومرونتها (neurogenesis and neuroplasticity)، تحفيز النواقل العصبية المرتبطة إيجابياً بالمزاج مثل الدوبامين والسيروتونين والنورايينيفرين، وأظهرت بعض الدراسات تغييرات إيجابية بُنيوية في الدماغ (أي كبيرة بما يكفي لتظهر في صور الأشعة، لا تغييرات على مستوى الجزيئات المجهرية فحسب) عند المُصابين بالاكتئاب بعد ممارسة الرياضة

لشهور. يُضافُ لذلك أنّ الرّياضة تزيدُ إنتاج هرمون التستوستيرون (وهو هرمون مهمّ للجنسين في الحفاظ على كتلة العَضَلات وكثافة العظام، ومهمّ للذكور في الرغبة والنشاط الجنسيين)، وتزيدُ إنتاج الـ «إندورفينات endorphins» وهي هرمونات مهمّة في تخفيف الألم، فضلًا عن إمكان أن تزيدَ الرّياضة من إنتاج هرمون «ميلاتونين» الذي يُساعدُ على تنظيمِ دورة النّوم، وغيرها.

### ملحوظات عامّة حول الرّياضة والاكْتئاب:

• أهميّة الرّياضة مركزيّة بالذات عند المُصابين بالاكْتئاب الطفيف والمتوسّط، لأنّ هؤلاء هم الأكثرُ تردّدًا بخصوص مراجعة طبيبٍ أو أخذِ دواء، والأدوية أقلُّ فائدة لهم من المصابين باكْتئاب شديد، وما يزالُ عندهم في الغالبِ رغمَ المعاناة قُدرةً أكبرُ على ممارسة الرّياضة. نُذكرُ أنّ الرّياضة مهمّةٌ ومفيدةٌ لجميعِ المُصابين بالاكْتئاب، لكنّها مركزيّةٌ في هذه الفئة.

• من المهمّ عند الحديث عن ممارسة الرّياضة عدم ربط ذلك بِقاعة الرّياضة «gym»، وهذا ربطٌ شائعٌ ومنتشرٌ، فكثيرونَ يعتبرونَ أنفسهم أو غيرهم غيرَ جادّين في الرّياضة إذا لم يذهبوا لمكانٍ مخصّصٍ ويدفعوا مالا. هذا خطأ، فهناك رياضاتٌ أخرى وطرقٌ أخرى وأجواءٌ أخرى، والاستعانةُ بأصدقاءٍ في ترتيب الموضوع والمواظبة عليه تُفيدُ كثيرًا، خصوصًا لمن يشعرونَ أنّ بيئة قاعة الرّياضة لا تُواتيهم أو تزيدُ من شعورهم السّلبِيّ تجاه أنفسهم.

• من الشائع أن يُحاولَ النَّاسَ دفعَ مبلغٍ من المالِ مُقدِّمًا للاشتراكِ في قاعةِ الرِّياضةِ وذلكَ لضمانِ الالتزامِ. هذه الفِكرَةُ لا تعملُ عندَ كثيرٍ من النَّاسِ، وحسبَ النَّظريَّةِ السُّلوكيَّةِ في التَّحفيزِ، فإنَّ التَّحفيزَ من خِلالِ تجنُّبِ شُعورٍ سلبيِّ (سألْتِزمِ كي أتجنَّبَ الشُّعورَ السيِّئَ النَّاتِجَ عن تضييعِ المالِ) من أضعفِ أنواعِ التَّحفيزِ وأقلِّها تأثيرًا. بل قد يُصبحُ المالُ الضَّائعُ سببًا جديدًا لضعفِ الثِّقةِ بالنَّفْسِ والشُّعورِ بالعجزِ. أفضلُ طُرُقِ التَّحفيزِ السُّلوكيِّ تأتي من خِلالِ المردودِ الإيجابيِّ الذي نحصلُ عليه بشكلٍ متقطِّعٍ ويصعبُ توقُّعُه. مثلاً، بإمكانِ الشَّخصِ أن يضعَ في إناءٍ خمسينَ ورقةً صغيرةً متماثلةً ومطويةً، يكونُ في عشرةٍ منها فقط (عشرون بالمئة) رسمُ نجمةٍ مثلاً، وكلِّما أدَّى الشَّخصُ الرِّياضةَ حسبَ جدولِه الذي وضعَه لِنفسِه، يسحبُ ورقةً عشوائياً، وإذا كانَ عليها نجمةٌ، يفعلُ شيئاً يُحبُّه (الاستماعُ لبودكاستٍ مُفضَّلٍ، وجبةٌ محبَّبةٌ، الذهبُ لمكانٍ جَميلٍ)، بشرطِ أن يُلزِمَ نفسَه بألا يفعلَ هذا النَّشاطَ المُحبَّبَ إلا إذا كانَ على الورقةِ نجمةٌ. هذا التَّحفيزُ الذاتيُّ أفضلُ أثراً من دفعِ اشتراكِ قاعةِ الرِّياضةِ لمدَّةٍ طويلةٍ مُقدِّمًا.

## الفصل الرابع: التغذية

موضوع التغذية شهد اتساعاً في كميّة الحديث عنه في السنوات الأخيرة، ولهذا أسبابٌ كثيرةٌ ومتداخلة، منها ازديادُ الاعتناء بالنفسِ عموماً (من تغذية ورياضة وغيرها)، ومنها الأثر الهائل للسوشال ميديا في انتشارِ أيّ شيء، ومنها الشيوع الهائل لثقافة الـ «lifestyle» وتحوُّل أنماطِ الحياة اليوميّة إلى هويّات صغيرة، بل كبيرة أحياناً، وغير ذلك.

أما موضوعُ الصّحة النفسيّة فشهد اتساعاً هائلاً هو الآخر تحدّثنا عن جانبٍ منه في القسم الأوّل.

ولذا ليس مُستغرباً أنّ العلاقة بين الأمرين حظيت هي الأخرى بحظّها من المتحدّثين والمؤثّرين والمُهمّتين، مع تفاوتٍ كبيرٍ بين هؤلاء من باحثين جادّين ومُتبعين لمصادر المعرفة الصّحيحة إلى مهتمّين بالأمر يختلطُ عندهم الصواب والخطأ، إلى متتبعين صُرحاء. مُجرّد بحثٍ بسيطٍ على أيّ من المنصات الإلكترونيّة عن الصّحة النفسيّة والتغذية سيأتيك بآلاف الفيديوهات والنتائج الأخرى، وكثيرٌ منها ليس مبنياً على أيّ دليلٍ علميٍّ للأسف الشديد.

ومما يُساعدُ على ذلك أنّ موضوعَ الأنماطِ الغذائيّة والمُكمّلاتِ الغذائيّة supplements لا يخضعان لسيطرة الأجهزة الحكوميّة الرقابيّة

مثل مُؤَسَّسة الغذاء والدواء في الولايات المتحدة، وبالتالي فليس هنالك مسؤولية قانونية على من يُرَوِّج لِنَمَطٍ غِذَائِيٍّ ضارٍّ أو غير مُفيد، والأمرُ نفسه ينطبقُ على المكملاتِ الغذائية التي تنحصرُ مسؤوليتهاُ الأجهزة الرقابية على التأكد من صلاحيتها للاستخدام الآدمي، أما سائرُ الدعاوى حولَ فعاليتها وما يدعي صانعوها أنها قادرةٌ عليه فهذا خارجُ نطاق الرقابة.

وهناك قضيةٌ أخرى كبيرة، وهي أن الأنماطِ الغذائية والمكملاتِ الغذائية ليست محميةً ببراءاتِ اختراع، فلا أحدٌ عنده حُقوقِ نمَطِ الغذاء المتوسطي أو النمطِ المُنتج للكي-tonogenic diet، والأمرُ نفسه صحيحٌ بخصوصِ كثيرٍ من المكملات. هذا يعني أنه ما من حافزٍ ماديٍّ للقيام بدراساتٍ علميةٍ موثوقةٍ حولَ فعاليتها، وبالتالي فدراسةُ فعاليتها تقتصرُ على التمويلِ الحكوميِّ أو الجمعياتِ غير الربحية<sup>(5)</sup>.

وفي الحقيقة، مهما قال المرءُ عن أثرِ السوشال ميديا في هذا الموضوع فلن يفهمه حقاً، فكلُّ العواملِ الأخرى تُفرضُ عليها أو ترتبطُ بها بشكلٍ ما. هذا الصعودُ الضخمُ مثلاً لكلِّ ما يتعلقُ بالاعتناء بالنفس (رياضة، صحة نفسية، تغذية، تجميل، إلخ) لا يمكنُ فصلُه عن حاجة الفرد للتمييزِ والظهورِ في زمنِ السوشال ميديا، فإذا كانت قيمةُ هذه الأشياءِ تعودُ على الفردِ ومحيطه القريبِ فحسب في زمنٍ ماضٍ، فإن أثرها في زمنِ السوشال ميديا يمتدُّ ويتجاوزُ ذلك بكثيرٍ.

مثلاً، قبلَ السوشال ميديا، يقتصرُ أثرُ تخفيفِ الوزنِ والاهتمامِ

(5) بطبيعة الحال هناك وجهٌ إيجابيٌ لغيابِ حماية براءاتِ الاختراع، وهي أن هذه المكملات رخيصةٌ نسبيًا لأن بإمكانِ أيِّ شركةٍ أن تُصنِّعها، وبالتالي فالوزنُ بينَ أسعارِ أرخصٍ أو موثوقةٍ أعلى.

بالرياضة على الشخص ونفسه وربما عائلته، وقد يكون له علاقة بظهوره العام إذا كان مشهوراً لسبب منفصل (ممثل أو مذيع أو غير ذلك)، ويصعب العثور على أي دوافع أخرى لفعل ذلك أو الحديث عنه. أما في زمن السوشال ميديا، فالصورة جزء من حضور أي شخص، وبالتالي فحتى من لا يتحدثون عن التغذية وتخفيف الوزن تهمهم الصورة التي يظهرون عليها، أي أن تصورنا عن أنفسنا كبشر صار يساهم فيه «جمهور» من الغرباء الذين لا تربطنا بهم علاقة مباشرة. بالتالي، زاد الطلب بشكل كبير على كل ما يتصل بالرشاقة والجمال والصورة عموماً. مكتبة سر من قرأ

وجانب آخر من أثر السوشال ميديا هو أنها تعتمد دائماً على زيادة الاندماج Engagement وذلك بإطالة مدته وبزيادة عمقه، أي تحريك أكبر قدر ممكن من مشاعر الشخص أثناء الاندماج. ومعروف عن المشاعر الإنسانية أنها تخضع للتعود habituation، فما يثير اهتمامك اليوم بمقدار ما، سيثير اهتمامك بقدر أقل غداً أو بعد غد، وبالتالي فهناك حاجة دائمة في السوشال ميديا لتحريك قدر أكبر من المشاعر كل مرة كي لا يفلت المستمع من قبضة المحتوى.

ومما أدركه علم النفس والمؤثرون وصناع المحتوى على السواء أن المشاعر والانفعالات السلبية هي الأقدر على إبقاء الجمهور مندمجاً أطول وقت ممكن وبأكبر عمق ممكن. ولكن، ما دور ذلك في محتوى «إيجابي» يتعلق بالتغذية أو الرشاقة أو الأكل الصحي أو الصحة النفسية؟

وهذا سؤال في غاية الأهمية، وجوابه أن المشاعر السلبية موجودة

في هذا المُحتوى بطُرقٍ مُختلفة، بعضها ظاهراً وبعضها خفيّ. أحدُ أكثرِ الأنماطِ شيوعاً أن يحتويَ عنوان الفيديو أو المقطع أو على شيءٍ سلبيّ، مثل شيءٍ تفعله يومياً ولكنه خطأ، أو شيءٍ مهمٌ جداً يجب أن تعرفه ولكنك لا تعرفه، أو شيءٍ يخفيه أحدٌ ما عنك ويؤثّر عليك بطريقةٍ سلبية.

وحتى لو لم يكن الأمرُ السلبيّ ظاهراً في العنوان أو في بداية المقطع، فهناك دائماً تفرّيعٌ خفيٌّ لأنك لا تفعل شيئاً ما أو لا تعرف شيئاً ما أو يخفي أحدهم عنك شيئاً ما. وحتى لو غاب ذلك، فسيكون هناك نوعٌ من الشعور السلبيّ من خلال المقارنة، فلماذا لا أتمرّن مثل هذا المؤثّر؟ ولماذا لا أبدو جميلةً مثل صانعةِ المُحتوى تلك؟ ولماذا لا أعرفُ كلَّ هذا عن صحتي النفسية؟ وهكذا.

وهذا كُلُّه مرتبطٌ ارتباطاً وثيقاً بـ «نمط الحياة Lifestyle» فهذا أصبح نشاطاً تجارياً Business بسبب السوشال ميديا، وتقدّر قيمته بمليارات الدولارات، وهو قائمٌ على أشخاصٍ عاديين يقرّرون أن يستغلّوا شيئاً ما في حياتهم ليحوّلوه إلى نشاطٍ تجاريّ. كثيراً ما يملكُ هذا الشخصُ العاديّ مقوماتٍ متميزةً تتحوّل إلى عاملٍ جذبٍ استهلاكيّ. هذه المقومات من السهل تطويرها واستغلالها تجارياً لشخصٍ تدرُّ عليه دخلاً، لكن لا يمكنُ للفرد المتوسّط أن يملكها بالقدر نفسه، فمن يجعلُ من الرّشاقة مثلاً موضوعاً لمحتواه، بإمكانه أن يقضي الساعات الطّوال في الـ «gym» لأنّ هذا يُصبحُ مصدرَ دخلٍ له، لكن الفردَ العاديّ لا يستطيعُ ذلك، والأمُّ التي تتكسّبُ من فيديوهات التّربية بإمكانها أن تحدّث مُتابعيها عن الوقت الطّويل والرائع الذي تقضيه مع أبنائها، أمّا الأمُّ التي تعملُ وتُعيّلُ أسرتها فلا

تستطيعُ مُجاراةَ ذلك.

بالتالي، حتى «المُحتوى الإيجابي» في السوشال ميديا سيتحوّل إلى سلبيّ عند أكثر مُتابعيه من خلال قلق المُقارِنَة والمُجاراة. ومما يزيدُ الأمورِ سوءًا أنّ المُتابع يقيسُ نفسه بجميَع هؤلاء المؤثّرين مجتمَعين، فهي ترى يوميًا مؤثّرَةً فائقةَ الرّشاقة، ومؤثّرَةً أُخرى تملأُ إنستغرام بصورها الخُرافيّة عن نشاطاتها مع أبنائها، وترى يوميًا فيديوهات شخصٍ رائدٍ وناجحٍ في مجالِ عملها، ولا تتبّه إلى أنّ هؤلاء أشخاصٌ مختلفون أوّلاً، وفي الغالب متكسّبون ممّا ينشرون ثانيًا، وأنّ مُحتواهم كثيرًا ما يكون مصنوعًا باحترافيةٍ ثالثًا. يغيبُ عن هذه المُتابعة أنّ هؤلاء كلّهم لا يُمكنُ أن يجتمعوا معًا إلا على شكلِ نبضاتٍ إلكترونيّةٍ على هاتفيها الذكيّ.

لِنُعُد إلى التّغذية والتّعافي من الاكتئاب. سأضعُ هنا مثالين لمقاطع افتراضية - ولكنّ أشباهها أكثرُ من أن تُحصى - لفيديوهين على يوتيوب حول الاكتئاب والتّغذية.

## المثال الأول:

عنوانُ الفيديو: ما تأكله هو سبب اكتئابك؟ ما لن يُخبركَ به الأطباءُ النفسيّون

مُقَتَّع من محتوى الفيديو: هل تَعلم أنّ التّغذية يُمكنُ أن تكون سببَ اكتئابك؟ نعم لقد سمعتني جيّدًا. سيُحدّثكَ الطيب النفسيّ عن السيروتونين والأدوية، لكنّه لن يُخبركَ أنّ التّغذية يُمكنُ أن

تكونَ الحلّ. هناك دراسات أظهرت أنّ نقص فيتامين د هو السبب في الاكتئاب.

## المثال الثاني:

عنوان الفيديو: تعويض فيتامين د عند نسبة من المُصابين بالاكتئاب قد يكون له دورٌ إيجابيٌّ في التعافي

مُقتَطع من الفيديو: هناك بعض الدراسات العلميّة أظهرت نتائج إيجابية في تخفيف أعراض الاكتئاب عند نسبة من المُصابين به. لا يُمكننا من خلال هذه الدراسات أن نقول إنّ نقص فيتامين د من أسباب الاكتئاب، ولا أن نعتبره علاجًا مُستقلًّا أو مكملًا للاكتئاب، لكن يُمكننا أن نقول إنّ تناوله، خصوصًا إذا كان عند الفرد فقرٌ فيه، يُمكن أن يساهم في تخفيف الاكتئاب.

أي الفيديو هين السابقين يعتقد القارئ أنّه سيحظى بمُشاهدة أكبر؟ هذا تمثيلٌ مُقتَضب لحقيقة الوضع في مجال «التغذية والاكتئاب»، وهي أنّ أكثر ما لدينا من معرفةٍ موثوقةٍ في الموضوع ليس مُثيرًا ولا خارقًا ولا فتوحًا علميّة هائلة، بل معلوماتٌ محدودة الأثر من ناحية قيمتها في موضوع الاكتئاب ككل، ويغلبُ على مُستوى الدليل العلميّ فيها أنّه يصلحُ للاستئناس والإرشادات العامة التي يُؤملُ أن تُفيد.

لكنّ الأمر ليس كذلك في السوشال ميديا للأسف، فكثيرًا ما تقعُ

مبالغاً وتهويلات. حتى عندما يُستضاف متخصصون في الموضوع في البودكاستات المعروفة، فإنَّ تحفظاتهم العلميّة وتنبهاتهم على أن الأبحاث ما زالت في بدايتها تضيع في خضمِّ حماسة المُستضيف أحياناً، وقد لا ينتبه المُستمع -الذي ليس باحثاً ولا خبيراً- إلى التّحفظات والاستدراكات، وتعلّق بذهنه أنصافُ حقائق.

وجزءٌ من هذه المشكّلة أن الباحثين سابقاً لم تكن عندهم أدوات الوصول الجماهيريّ، فكان ينبغي على الفرضيات أن تمرّ بمراحل الأبحاث العلميّة المُحكّمة وقبول المُجتمع العلميّ قبل أن تصل إلى الجمهور. أما الآن فالسّوشال ميديا والعدّد الهائل للبودكاستات قد فتحت الباب على مصراعيه لكلّ ما هبّ ودبّ، فهناك طلبٌ عالٍ على الكمّ لملء عددٍ ضخم من السّاعات تحتاج إلى محتوى، وطلبٌ عالٍ على الكيف، أي على محتوى مُثيرٍ ومُستفّزٍّ وجاذبٍ مهما كانت دقّته. قد يقولُ قائل إنَّ المُجتمع العلميّ نفسه قد يُصيبه الجُمود وسلبيّات التفكير الجماعيّ ويقمّع بالتالي الرّؤى المُختلفة عن السائد حتى ولو كانت وجيهة، وبالتالي فهناك دورٌ للسّوشال ميديا والبودكاست في كسر الجُمود وتخطّي حواجز التفكير السائد. هذا قولٌ صحيحٌ في بعض الحالات، لكن كمُختصّ في الطبّ النفسيّ، ليس هذا ما أراه، بل تكاثراً في الادّعاءات غير المُثبتة والتهويل من شأنِ قضايا محدودة الأثر عموماً ومحدودة الدليل العلميّ.

وما سننتهجه في هذا الفصل هو أننا سنذكرُ قواعدَ عامّة للتعامل مع موضوع التّغذية والاكْتئاب بحيث تُعينُ القارئ، متعافياً ومتثقفاً، على التّعامل مع الموضوع باعتدال.

## القاعدة الأولى: نصائح التغذية المفيدة للصحة عموماً جيدة للاكتتاب، بلا مبالغة في دورها

فأكثر أنماط أو قواعد التغذية التي تواترت الأدلة على فائدتها للصحة بشكل عام من الجيد اعتمادها للاكتتاب. بعض هذه الأنماط والقواعد يتوفر دليل علمي يستأنس به على دور إيجابي لها في الاكتتاب، وحتى لو لم يكن هذا الدليل قاطعاً، ففائدتها العامة بالإضافة لما يتوفر من دليل على فائدتها للاكتتاب تكفي لاعتمادها، خصوصاً أنها لا تُفيد شركة بعينها، وهي في الغالب غير مُكلفة، ولا يترتب عليها ضررٌ معروف، ولا تتطلب جهداً كبيراً. بالتالي، هي نصائح لا بأس بها.

من هذه القواعد:

1. الاقتراب قدر الإمكان من نمط الغذاء المتوسطي، وهو يتميز بالحبوب الكاملة وكثرة الخضار والفواكه، ويحتوي على اللحوم البيضاء والسّمك، ويستخدم زيت الزيتون بدلاً من الزيوت المُصنّعة.

2. الحرص على وجود السمك في الطعام، وفي حال التكلفة العالية أو عدم التوفر، يمكن استخدام مُكمل غذائي يحتوي على زيت السمك أو دهون «أوميغا 3». هناك بعض الدليل على أثر إيجابي لهذه الدهون.

3. تكميل فيتامين د من خلال الطعام، أو التعرض المسؤول للشمس، أو الحصول عليه من المكملات الغذائية.

4. تكميل مجموعة فيتامينات ب من خلال الطعام أو المكملات الغذائية.

5. التقليل قدر الإمكان من الأغذية عالية المعالجة highly processed foods ومن الأغذية عالية السكريات.

والمكونات والمكملات المذكورة أعلاه متوفرة في الطعام الصحي المتوازن وفي المكملات الغذائية supplements المنتشرة بكثرة ورخيصة الثمن. أي منتج غذائي باهظ الثمن يدعي علاج الاكتئاب ينبغي أن يُحذَر منه، فما يتوفّر دليل علمي على دور إيجابي له كُله من المتوفّر والمتاح.

### القاعدة الثانية: ليس هناك «سبب» غذائي للاكتئاب

أريد أن أذكر القارئ بأننا نقلنا تفكيرنا في الاكتئاب من «السبب» إلى «العوامل التي تزيد الاحتمال»، وأنصح القارئ بالعودة إلى الفصل الأول في الكتاب إن لزم. ودافعي لذلك هو أن الخروج من تصور «سبب الاكتئاب» إلى تصور «عوامل تزيد الاحتمال» ليس أمراً سهلاً، فمع أننا وضّحنا الأساس العلمي لذلك بشكل مُفصّل، إلا أنه من السهل الانجذاب إلى نمط التفكير المعتاد، أي البحث عن «سبب» للاكتئاب.

والتغذية من أكثر المناطق التي أرى فيها حديثاً غير دقيق عن «سبب» للاكتئاب. هذا يعود لكل ما تحدثنا عنه من سطوة للسوشال

ميديا حتى على المتخصصين، وجذبهم إلى مساحات يتخلون فيها عن العلمية والانضباط لأسبابٍ مختلفة.

والقول العلمي السليم هو أننا حتى الآن لم نجد سبباً غذائياً أساسياً يُمكن أن نعزو إليه نسبة ذات معنى من حالات الاكتئاب. بالتالي، إذا كنت شخصاً معافى جسمانياً في العموم وبلا أمراض بدنية أو نقص غذائي فادح وأصابك اكتئاب، فكون هذا الاكتئاب عائداً إلى مشكلة في التغذية احتمالُهُ ضئيلٌ للغاية.

**القاعدة الثالثة:** إذا ترافق الاكتئاب مع أعراض جسمية، فمن المهم إجراء فحوصات تستثني الأمراض الجسمانية ومُشكلات التغذية

من المعروف منذ عقود، وليس شيئاً جديداً بحال، أن كثيراً من الأمراض الجسمانية ومُشكلات التغذية تُنتج أعراضاً تتقاطع مع أعراض الاكتئاب، بما في ذلك تدني المزاج. وبسبب ذلك، جزءٌ من المقابلة الطبية التي يقومُ بها الطبيب النفسي أن يسأل عن أعراض جسمانية أو تشخيصات جسمانية.

مثلاً، نقص الحديد يُمكن أن يُسبب فقر الدم «الأنيميا»، وهذه تُسبب أعراضاً من قبيل التعب والإرهاق المتواصل، الخمول، نقص القدرة على القيام بالمهام، تدني الرغبة في القيام بالنشاطات عموماً، تدني التركيز، وتدني المزاج. هذه الأعراض يُمكن أن يُصاحبها صداع أو ضيق في النفس أو دوخة. يُمكننا أن نلاحظ التقاطع الواضح مع

الاكتئاب في هذه الأعراض، وفحص دم بسيط يُمكن أن يُشخص فقر الدّم بسبب نقص الحديد. وهناك أمثلة كثيرة أخرى مثل نقص اليود الذي يؤدي لكسل في الغدة الدرقيّة الذي تتقاطع أعراضه مع الاكتئاب، والنقص الكبير في فيتامين د الذي قد يؤدي لتعب وإرهاق وخمول، وغير ذلك.

هذه الأمثلة تُظهر لنا أن بعض أعراض الاكتئاب يُمكن أن تظهر بالترافق مع نقص غذائيّ، وفي غالبية هذه الحالات تكون الأعراض والعلامات الجسميّة لهذا النقص الغذائيّ موجودة، أي أن الاكتئاب هنا ظاهرة مُصاحبة لنقص غذائيّ، أكثر من كون الاكتئاب ناتجاً عن نقص غذائيّ خفيّ في شخص معافى جسمياً تماماً.

## وقفة مع محور الأمعاء-الدماغ Gut-Brain Access

منذ سنوات، هناك حديثٌ في الأوساط البحثيّة والطبيّة عن علاقة وثيقة تربط بين الأمعاء والدماغ. هناك عددٌ كبيرٌ من الأعصاب الموجودة في الأمعاء، وال «سيروتونين» ناقلٌ عصبيّ رئيسٌ فيها، وهناك عددٌ هائلٌ من البكتيريا المفيدة التي تُقيم في الأمعاء ولها أدوارٌ كبيرة متعلّقة بالهضم والمناعة والتعامل مع السموم وغيرها. منذ فترة، تجري أبحاثٌ جادة حول علاقة هذه المكونات بالدماغ والأمراض النفسيّة، فضلاً عن أمورٍ أخرى خارج نطاق موضوعنا من قبيل اضطرابات الهضم وقضايا زيادة الوزن وغير ذلك.

تقترح بعض الأبحاث أن الأنظمة الغذائيّة الصحيّة تُسهم في تقليل

الأمراض النفسية من خلال نشاط البكتيريا المفيدة في الأمعاء، وهناك إشاراتٌ لدورٍ للأطعمة المتخمّرة fermented التي تُحفّز البكتيريا وتحتوي عليها، مثل الألبان والمخلّلات، في التقليل من الاكتئاب والقلق.

هذا الميدانُ البحثيُّ ما يزالٌ وليدًا، ونحتاجُ لمزيدٍ من الدراساتِ فيه، ويُمكنُ أن نستفيدَ من المعرفة التي تحقّقت فيه بالاهتمام بالغذاءِ الصّحّي المتوازن عُمومًا، بما في ذلك زيادة الألياف وتقليل السّكّريّات البسيطة والأطعمة عالية المُعالِجة. الأطعمة المتخمّرة لها فوائدٌ صحّيةٌ أخرى بالإضافة لتحفيز البكتيريا المفيدة، وبالتالي فإضافتها للطعام أمرٌ مُحبّبٌ. كما أنّه ينبغي الحذرُ من التساهل في استخدام المُضادّات الحيويّة لأيّ التهاب أو ارتفاع في درجّات الحرارة، فهذه المُضادّات قد يكون لها أثرٌ كبيرٌ في قتل البكتيريا المفيدة.

## الأكل والعناية بالنفس

عدا عن محتوى الغذاء وكميّته، مجردُ الاهتمام بالتّغذية يعكسُ حالةً من الاهتمام بالنفس، ولهذا قيمته في التعافي من الاكتئاب، فرعاية الإنسان لنفسه تخلقُ شعورًا داخليًا عامًا باستحقاق الإنسان للخير وأهليّته للعافية، وإذا تنامى هذا الشعور فهو يُمكنُ أن يزيدَ من دافعيّة الإنسان لنشاطاتٍ مُفيدةٍ أخرى، من قبيل الرياضة والخروج أكثرَ من المنزل للقاء بالناس والتواصل والتزاوُرِ وهكذا.

وهذه العلاقةُ بين الأكل وشعورِ الإنسان تجاه نفسه معروفةٌ وتحدّثَ عنها التحليلُ النفسيّ وعلومُ الأعصاب، فالأكلُ من أيسرِ

أسباب تحصيل اللذة وتحسين المزاج ولو لمدة قصيرة، ولذلك يكثر الاعتماد عليه كطريق لتحصيل اللذة المؤقتة ودفع المشاعر السلبية. مثلاً، من حصل معه موقف اجتماعي مُحرج أو فشل في امتحان أو تعرّض ليوم سيئ في العمل، من المتوقع أن ينجرّ إلى الأكل بطريقة غير صحيحة ذلك اليوم (كمية أكبر، سكريات أكثر، سرعة في الأكل، وغيرها). هذه اللذة السريعة غالباً ما تنقلب لحسرة بعد ذلك.

بالتالي، تقوم العناية بالنفس بعكس هذه العملية، بمعنى أن انتباه الإنسان لما يأكله بتجنب الإسراف في الأكل وتجنب استهلاك الأصناف قليلة القيمة الغذائية وعالية الضرر يُترجم نفسياً إلى شعور إيجابي تجاه النفس.

كما أن اهتمام الإنسان بما يأكل يعكس في كثير من الأحيان اهتماماً بالبشر الآخرين، من خلال رفض الأطعمة المستوردة أو المصنعة من خلال الاستغلال الفادح أو نهب موارد الدول المُستضعفة أو غير ذلك، ويمكن أن يعكس اهتماماً رشيداً بالبيئة واستدامة الموارد، وهذه كلها مشاعر إيجابية تُنمي الإيثار والأخوة الإنسانية والانتماء المتجاوز للفرد، وهذه كلها قيم إيجابية تُشعر الإنسان بالخير والأثر والفعالية.



## الفصل الخامس: العلاقات

لا يُمكنُ الحديثُ عن العلاقات الاجتماعية والاكْتِتاب من دون حديثٍ عن العلاقات الاجتماعية عموماً والطريقة التي يتحدّث بها عن العلاقات في مجتمع اليوم، خصوصاً في وسائل التواصل الاجتماعي وما يُشبهها.

فمتابعةً بسيطةً لهذه الوسائل تُظهرُ مشاكلَ في غاية الخطورة في الحديثِ الشائع عن العلاقات الاجتماعية بأنواعها المختلفة، من أبوة وأمومة، وعلاقات عاطفية، وعلاقات بين الأقارب، والصداقات، والعلاقات في العمل، وغير ذلك. سأحاولُ هنا أن أذكرَ بعضَ ملامح هذه الأفكارِ الخطيرة وآثارها المُدمرة:

أولاً: الانتقال من لغة الإنسان في الحديث عن العلاقات إلى لغة الفيزياء والكيمياء

المجازات التي يستخدمها الإنسان لوصف ما حوله لها قوة كبيرة، لأنها تُشكّلُ تصوّراته عن الأمور حتى دون وعي منه، وبالتالي، فالطريقة التي نَصِفُ بها العلاقات الاجتماعية ونتخيّلها بها تُؤثّرُ بشكل كبير في سلوكنا تجاهها. ومما ألاحظُه من فترة أن البشر ينتقلون في وصف

العلاقات الاجتماعية من المعجم الإنساني إلى معجم العلوم الطبيعية. مثلاً، اعتاد البشر أن يعزوا تآكل العلاقة أو عدم استمرارها إلى «مشكلة في التوافق» أو «الجفاء» أو «صعوبة التفاهم» أو «اختلاف الأولويات» أو «الغدر» أو «سوء العشرة» أو «عدم احترام الخصوصية» أو ما شابه، وهذه العبارات كلها ترتبط بالإنسان وطريقة تفاعله مع المجتمع. أما اللغة المستخدمة اليوم فكثيراً ما تسمع فيها عبارات من قبيل «علاقة سامة» أو «علاقة مستنزفة للطاقة» أو «تأثير سلبي bad influence» أو «الحاجة لإقامة الحدود setting boundaries» أو «الحاجة للمسافة needing distance» أو «الحاجة للحيز I need space» أو «الحاجة لإعادة الشحن I need to recharge» وغير ذلك.

وهذه التعبيرات المجازية ليست اعتباطية، بل تعكس مشكلة في إنسان اليوم الذي ينظر إلى العلاقات نظرة غير إنسانية، أي تهمل فيها عوامل الروح والشخصية واعتبارات القيم والأخلاق والذوق والعرف والمقبول وغير المقبول. هذه الاعتبارات الإنسانية والاجتماعية تُجاهل لصالح تصور عن الإنسان يجعله كتلة فيزيائية كيميائية، لها مكونات معينة تتفاعل بشكل جيد مع مكونات أخرى محددة بدقة، لكنها تتفاعل بشكل ضار مع مكونات أخرى سامة أو ضارة، كما أن هذه الـ «كتلة» لها طاقةٌ وحيزٌ وفراغٌ ومساحة، وكلُّ اقتراب منها ينبغي أن يكون وفق عملية رياضية تأخذ في الاعتبار هذه الأبعاد وتجري حسابات دقيقة، وإلا فالنتيجة وخيمة.

هذه التصورات تنحدر بالإنسان وعلاقاته، فالإنسان أكثر تركيباً من كتلة وطاقة وجدول بالمكونات وما يمكن أن يتفاعل معها وما يجب أن يبقى بعيداً. الإنسان روحٌ وشخصية وطباعٌ، وهو يتطور ويتغير،

وهو يُؤثّر فيمن يرتبطُ معهم بعلاقاتٍ اجتماعيةٍ بقدرٍ ما يُؤثرونَ فيه، وهو لا يَعْرِفُ كُلَّ شيءٍ عن نَفْسِهِ فَضْلاً عن أن يَعْرِفَ كُلَّ شيءٍ عن الآخرين، بل لا يَعْرِفُ إلا القليل.

والعلاقاتُ بحرٌ واسعٌ وعالمٌ شاسعٌ، وكم علاقةٌ عَرَضيةٌ في حياتنا أصبحت من أهمِّ ما فيها، وكم خابَ أَمَلُنَا في علاقاتٍ توقَّعنا منها الكثير، وكم كَبُرَتْ في حياتنا علاقاتٌ لم نُلقِ لها بالاً أوَّلَ الأمرِ، وكم رأينا حولنا من ينمونَ وتتطوَّرُ شخصياتُهُم ويكبرُ موقعُهُم في وُجودِنا، وكم وكم...

بالتالي، حينَ نُفكِّرُ في العلاقاتِ بمنطِقِ الإنسانِ وتركيبِهِ وتعقيدهِ، يُصبحُ عالمُ العلاقاتِ رَجَباً خِصباً واحتمالاً للنموِّ والتطوُّرِ مع بعضِ خيالاتِ الأملِ والنكساتِ التي لا بُدَّ منها، أما حينَ نُفكِّرُ في العلاقاتِ بمنطِقِ الفيزياءِ والكيمياءِ، فستَنحَدِرُ إلى خاناتِ ضيقَةٍ ومساحةٍ هزيلةٍ ومصدرٍ للقلقِ والخوفِ والتوترِ والتَّحسُّبِ.

## ثانياً: الرَّغبةُ المؤذيةُ في وضعِ «قواعدِ رياضيةٍ» للعلاقاتِ

وهذا مُرتَبَطٌ بالنقطةِ السابقةِ، فحينَ يُصبحُ البَشَرُ كُتلاً فيزيائيةً ومكوّناتٍ كيميائيةً، يُصبحُ من الضَّروريِّ أن يأتيَ معهم كُتَيْبٌ إرشاديٌّ catalogue لما يُمكنُ التَّفَاعُلُ معه وما لا يُمكنُ، وهذه نتيجةٌ طبيعيةٌ، فالبَشَرُ يتواصلونَ وفقَ منطِقِ الأرواحِ والشخصياتِ والأخلاقِ والدُّوقِ، أمّا الكُتَلُ الفيزيائيةُ والكيميائيةُ فتتفاعلُ بمنطِقِ الرياضياتِ والحساباتِ.

وإذا كانَ هذا هو الحال، فيمكّانِك أن تَفهَم لماذا تَظَهَر الحاجَةُ المؤذِيَةُ وغيرُ الصّحِيَّةِ لمن يُسْمَوْنَ أَنفَسَهُم مؤثَرين أو مُرشِدِين أو coaches في مَجَالِ العَلاقَات، ولِمَاذا يَمْتَلئُ فِضَاءُ السّوشال ميديا وفضاءُ الإنترنت عُمومًا بهذا الكَمِّ الهائلِ من القواعدِ اليقينيَّةِ والأوامِرِ والنّواهي والتّعليماتِ الواثِقَةُ وال «ألغوريثمات» المُفصّلة و«افعل ولا تفعل» في مَجَالِ العَلاقَات، وهو مَجَالٌ أبعدُ ما يَكُونُ عن الحسَمِ والجزمِ والمَقولاتِ القاطِعةِ واليقينيَّاتِ المُؤكّدةِ والتّعليماتِ الدّقيقةِ.

لا أنكِرُ أن النّصيحةَ والمَشورةَ والاستِفادةَ من خِبرةِ الآخرين أو عِلْمِهِم في حالاتٍ مَخصوصةٍ لَهُ دورٌ وفائدة، لكنّ الغالبيةَ العُظمى من هؤلاء ليسَ عندهم اختِصاصٌ علميٌّ ولا خِبرةٌ عمليَّة، ويُلقونَ الكلامَ جُزأفاً لجمهورٍ واسع، ولا يُقدّمونَ مشورةً مُحدّدةً لحالةٍ خاصّةٍ اطلّعوا على تفاصيلِها.

حتّى المُعالِجِ النّفسيّ المتخصّصِ الذي يُقدّمُ علاجًا للأفرادِ أو الأزواجِ يُحجِمُ في الأغلبِ الأعمّ من الحالاتِ عن إعطاءِ نصائحٍ مُحدّدة، فباستِثناءِ حالاتِ الأذى المُباشِرِ والاستِغلالِ الواضح، يتمثّل دورُ المُعالِجِ النّفسيّ في تبصيرِ المتعالِجِ بِنَفْسِهِ وبأنماطِ علاقتهِ وبطريقةِ تصرّفِهِ في العَلاقَات، ومدى صِحّةِ ذلك أو ضررِهِ، سعيًا لأن يأخذَ المتعالِجُ زمامَ حياتِهِ بِنَفْسِهِ ويُقرّرَ ما يَصُلِحُ له وما لا يَصُلِحُ. فالغايةُ الكُبرى هي أن يتمكّنَ المتعالِجُ من فهمِ نَفْسِهِ ومن حوله ليُدِيرَ حياتَهُ بالأصالةِ عن نَفْسِهِ، لا أن يُعطى قائمةً بالأوامِرِ والنّواهي، ولا أن يُملأَ بالتّخويفاتِ والترهيباتِ من الآخرين بدلًا من أن تنموَ شخصيَّتهُ هو وقدرتُهُ هو على تحديدهِ ما يُريدُ وما لا يُريدُ.

أما هؤلاء الذين يملأون الفضاء الإلكتروني بنصائح وأوامر مليئة بالتخويفات والترهيبات من العلاقات فهدفهم هو جمع المتابعين، ولا شيء يزيد الاندماج engagement في السوشال ميديا أكثر من المحتوى الذي يُثير القلق أو الغضب أو كليهما.

### ثالثاً: انتشار الترجسية<sup>(6)</sup> الهشة

نتيجة لما سبق، ينتشر نوع من الخطاب منذ سنوات يستخدم مفرداتٍ وعباراتٍ شديدة الأنانية والاستغراق في الذات وجعل الإنسان من نفسه معياراً لكل شيء. لكن هذا الخطاب نفسه يمتلك بالشكوى من أذى الآخرين والدروس المستخلصة من المعاونة في العلاقات والتحذيرات شديدة اللهجة مما يمكن أن تفعله «العلاقات السامة».

فمن ناحية الأنانية والانغماس في الذات، تجد عبارات تدعو إلى اعتزال من لا يلائمك، ونبذ من لا يواتيك، وإخراج من لا تتطور بوجودهم من حياتك، وإبعاد من لا ينتقي المفردات الدقيقة الملائمة لكل انفعال تمرُّ به، وإقصاء من لا يقبلون بشكل كامل أن تقترب كما تشاء وتبتعد كما تشاء وتتكلم متى شئت وتصمت متى شئت وتحصل على الدعم في كل قرار والتفهم لكل خطأ والتعاضى عن كل عيب والتسامح مع كل خلل.

(6) للتوضيح، الترجسية كصفة تكوينية trait أمر عميق في تكوين الإنسان وتداخل فيه الجينات والتجارب المبكرة، وبالتالي فهي ليست شيئاً يمكن أن تصنعه خطابات السوشال ميديا من العدم عند شخص ما، وبالتالي فما نتحدث عنه هنا هو خطابٌ نرجسي وسلوكات نرجسية، قد يكون لدى أصحابها نزوع نرجسي في تكوينهم وقد لا يكون.

ومن ناحية الشكوى والتذمر، تجد في الخطاب نفسه حديثاً دائماً عن الأذى في العلاقات والخطورة التي تكمن في كل منعطف فيها والألغام التي يمكن أن تنفجر في أية لحظة والدروس المستخلصة من العلاقات السامة السابقة والتحذيرات شديدة اللهجة من مغبة الوقوع فيها.

فإذا كان لدى الإنسان هذا الفائض من العلاقات الإنسانية ليختار ويتقَي منها من يُبعد ومن يُقرب، ومن يُقدّم ومن يُؤخر، ومن يُنعم عليه بالوصل ومن يُخرجه إلى جحيم الهجر، فمن أين تأتي كل هذه الحاجة للحديث الدائم عن العلاقات والأذى منها والعبر المُستفادَة من المُعاناة بسببها؟ ولماذا يتشَرُّ هذا الحديث الذي لا ينتهي عن أنني «قررتُ وضعَ حُدودٍ لعلاقتي» و«أخرجتُ الأشخاصَ الساميينَ من حياتي» و«لن أسمح لأحدٍ أن يؤذيني بعدَ اليوم»؟

أي أن هذا الخطاب يتظاهر بالثقة ويدعي السيطرة ويوحي بالثبات، إلا أنه يعكس اهتزازاً وقلقاً وتوتراً، وكثيراً ما يصدُر عن أشخاص يُعانون من الوحدة والعزلة وإن كان يوحي بالعكس.

هذه المكونات المتنافرة لا يمكن أن تجتمع إلا في «الترجسية الهشة»، أي تلك الحالة النفسية التي تمزج بين ادعاء التفوق والمرغوبية والصورة المتنفخة عن النفس وأهميتها ومدى كونها محبوبة وموضعاً للتنافس والتهاوت، وبين الشعور المُستمرّ بالهشاشة والخواء والفراغ وغياب التحقق.

## رابعاً: تعميمُ الـ «تروما» وضرورة وجودِ ضحية

في عالمِ التَّرجِسيَّةِ الهَشَّةِ، لا مجالَ لفشلٍ طبيعيٍّ أو تجرِبةٍ لم تكتملِ أو مشاعرٍ سلبيةٍ نتجاوزُها. لا، فكلُّ شيءٍ سلبيٍّ يُصبحُ «تروما» يجبُ إشباعُها بحثاً وفحصاً وحديثاً واستنتاجَ دُروسٍ واستخلاصَ عبرٍ.

هل من المُمكِنِ أن تؤدِّي علاقةٌ ما إلى «تروما» بالفعل؟ بالتأكيد! لا يُمكنُ لعاقِلٍ أن يُنكرَ ذلك، لكنَّ الضحايا الحقيقيين الذين يُعانون من أذى جسيمٍ بسببِ علاقةٍ ما هم أوَّلُ الخاسرين من هذا التسطيح لمصطلحِ الـ «تروما» وإطلاقه على كلِّ شيءٍ، حتى على جفوةٍ عاديةٍ بين أصدقاءٍ أو خُطوبةٍ لم تكتملِ أو زواجٍ لم يُكتبَ له النِّجاحُ أو أخِ صعبِ الطِّباعِ أو والدهِ عاليةِ التوقُّعاتِ أو غير ذلك.

ومن أخطرِ التتائجِ التي تترتَّبُ على هذا الاستِخدامِ الخاطيِّ لمفهومِ الـ «تروما» أنه لا يتركُ مجالاً لمسؤوليَّةٍ مُشتركةٍ في العلاقاتِ، فحينَ تنتهيِ العلاقةُ بسببِ سوءِ تفاهمٍ أو اختلافٍ في الأولويَّاتِ أو تنافرٍ في الطِّباعِ فليسَ هناكُ بالضرورةٍ ظالمٌ ومظلومٌ، حتى ولو نتجَ عن العلاقةِ وانتهائها مشاعرٌ سلبيةٍ أو ألمٌ أو خيبةٌ أو انكسارٌ. لكنَّ هذا الاستِخدامَ الخاطيَّ للتروما يشترطُ أن يكونَ هناكُ ساءٌ وضحيةٌ، وتترتَّبُ أحكامٌ أخلاقيةٌ ليسَ بناءً على سلوكٍ وأفعالِ الطَّرفينِ، بل بناءً على من يُقرُّرُ أنه تألَّم أكثر، وأنه الضحيةُ.

وفي بعضِ الأحيانِ، لا تعودُ حالةُ الضحيةِ حالةً مؤقتةً لحينِ التعمُّلِ مع المشاعرِ السلبيةِ، بل تُصبحُ هويَّةً دائمةً، وجزءاً من تعريفِ

النفس ومكوّنًا من مكوّناتِ خطابها، فبدلًا من أن يكونَ الهدفُ هو التعافي والانتقالَ إلى علاقاتٍ أفضلَ وأكثرَ تحقيقًا لغاياتِ المرءِ ومُساعدةً على نموِّ نفسه وتعمُّقِ بصيرته، تُصبح الـ «تروما» نُقطةَ نهايةٍ ومحطةً دائمةً.

## مكتبة

t.me/soramnqraa

### خامسًا: موتُ العَلاقاتِ وميلادُ العُزلةِ

في عالمِ «تروما العَلاقاتِ» الذي نوَكِّدُ أننا لا نعني به الضحايا الحقيقيين بل حالةَ تحويلِ كُلِّ شعورٍ سلبيٍّ أو تجربةٍ سلبيةٍ إلى «تروما» دائمة... في هذا العالمِ تضيقُ دائرةُ العَلاقاتِ ويضيقُ نطاقُها، وكلّما ضخّمَ الإنسانُ مشاعره وتجاربه السلبيةَ التي لا بُدَّ منها، سيُصبحُ الدخولُ في عَلاقاتٍ ذاتِ معنى وعمقٍ أمرًا في غايةِ الصُّعوبةِ، وتُصبحُ العَلاقاتُ محفوفةً بالتحفُّزِ والترقبِ، وإخضاعِ الطرفِ الأخرِ للامتحانِ والاختبارِ، وتضخيمِ كلِّ مظهرٍ سلبيٍّ في العَلاقةِ.

بالتالي، تحدثُ مُفارقةٌ لافتة: هذا الحديثُ كلُّه في العَلاقاتِ، الذي يملأُ السّوشال ميديا وغيرها، يفترضُ أنّه يُحاولُ أن يُعطيَ الناسَ سيادةً أكبرَ على أنفسهم وأصالةً أكبرَ في إدارةِ شؤونها، وأن يُقلِّلَ الأثرَ السلبيَّ للآخرين على الإنسانِ.

لكنّ ما يحدثُ هو العكسُ تمامًا، فإذا كنتُ أنا ضحيّةً، فكلُّ عَلاقةٍ أدخلُ فيها عليّ أن أخضعها لمقاييسَ دقيقةٍ من الفرزِ والفحصِ، وإلا فهناك أذى وألمٌ ينتظرُني، وعليّ أن أتعاملَ مع «إخراجِ السّامينَ من حياتي» بصرامةٍ وتيقظٍ، وعليّ ألا أتساهلَ أبدًا فيما يُمكنُ أن يُسبّبَ لي

شعورًا سلبياً. أي أنني أصبحَ تمامًا ما أريدُ أن أتجنّبَه: شخصًا ضعيفًا، مهزوزًا يشعُرُ بتهديدٍ دائمٍ، ويتحكّمُ الآخرونَ تمامًا بسلامتهِ وآنزانه، ويُمكنُ لأيِّ قرارٍ خطأٍ أو شخصٍ خطأٍ أن يتسبّبَ لي بمُعاناةٍ، أي أنني أعطيتُ الآخرينَ تحكّمًا كاملاً بي من خلالِ مُحاولتي تَقليلِ أثرهم عليّ.

هذا يُفسّرُ لنا، نحنُ البَشَرُ الذين نعيشُ اليومَ، لماذا نتكلّمُ عن العلاقاتِ أكثرَ من أيِّ بَشَرٍ سبقونا، ونملأُ الدنيا حديثًا عن شُروطنا ومعاييرنا ومحاذيرنا لعلاقاتنا ومن يقترِبُ منّا وعن حزمنا في قطعِ من لا يُعجبنا ونبذِ من لا يُؤايننا، ونحنُ في الوقتِ نفسه أكثرُ البَشَرِ الذين عاشوا على هذه الأرضِ عُزلةً ووحدةً وفقرًا في العلاقاتِ.

كان ما سبقَ مُقدّمةً لا بُدَّ منها للحديثِ عن العلاقاتِ والتّعافي من الاكتئابِ، وهو ما نتقلُّ إليه الآن.

## العلاقات والاكْتئاب والتّعافي

لعلّ الرّابطةَ بينَ العلاقاتِ الاجتماعيّةِ والاكْتئابِ والتّعافي منه من أكثرِ القضايا وضوحًا، فالإنسانُ كائنٌ اجتماعيٌّ، وأهميّةُ الدّعمِ الاجتماعيِّ من خلالِ العلاقاتِ كما ونوعًا مما يعرفه النّاسُ بداهةً، وهو كذلكُ ممّا تُظهِره الدّراساتُ كمبدأٍ عامٍّ.

وحيثُ تَبدأُ الدّراساتُ في الدّخولِ في التّفصيلِ، فإنّ نتائجها تَبدأُ في طرحِ أسئلةٍ مُهمّةٍ حولَ العلاقاتِ القريبةِ، مثلَ الزّواجِ والعلاقةِ بالأبناءِ، فكما أنّ الأثرَ الإيجابيَّ لهذه العلاقاتِ مركزيٌّ، قد يؤدي توتُّرها وتدهورُها إلى أثرٍ سلبيٍّ مُضاعفٍ، وذلك لأهمّيّتها المُضاعفةِ عندَ الفردِ.

هذا يقودنا إلى بدهة أخرى، ولكن من المهم التنبيه إليها، وهي أن أفضل اهتمام الإنسان ووقته ومشاعره واستثماره في العلاقات ينبغي أن يتجه لأقرب العلاقات إليه. هذه الفكرة على بدهتها تغيب عن كثيرين، إذ قد يبدو لهم أن العلاقات القريبة تحصيل حاصل، وأن القواعد التي توطنها من دين وعادات وأعراف كفيلاً بالحفاظ عليها، إلا أن الأمر ليس ذلك، فقد يكون الأبناء بارين من باب التزامهم الديني، لكن هذا لا يعني بالضرورة أن يحبوا والدهم أو والدتهم وأن تكون علاقتهم بهم عميقة ذات معنى وذات أثرٍ إيجابي على الفرد. ينبغي للإنسان ألا يتعامل مع هذه العلاقات القريبة على أنها مضمونة أو «في الجيب»، فسوءها وتدهورها قد تكون له عواقب كبيرة على السلامة النفسية.

ومما صارَ معروفًا في السياق العامّ الدّراسةُ ذائعة الصّيت التي قامت بها جامعة هارفارد على مدى عقود حول أهمّ العوامل التي تقود إلى حياة سعيدة، وكانت العلاقات الجيدة هي العامل الأوّل والأهم من عوامل الحياة السعيدة.

وليس مفاجئًا بالتالي أن تولي جميع العلاجات النفسية الكبرى على اختلافها أهمية قصوى للعلاقات الاجتماعية كما سنوضح في الفصول اللاحقة، سواءً من ناحية ارتباطها بنشوء الاكتئاب أو أهميتها في التعافي منه.

بل إن العلاقة العلاجية نفسها مع الطبيب النفسي أو المعالج النفسي مما يساهم في التعافي، ولها أثرٌ إيجابيٌ منفصلٌ عن الدواء الموصوف والتقنية العلاجية المستخدمة، وليس من فراغ إذن أن يقول الطبيب النفسي والمعالج الوجودي المرموق «إيرفين يالوم» مقولته اللافتة:

«It's the relationship that heals» أي «إِنَّ الْعَلَاقَةَ - أي  
العلاجية - هي ما يُحْدِثُ التَّعَاْفِي»

وَنَخْتِمُ هَذَا الْفَصْلَ بِإِرْشَادَاتٍ عَامَّةٍ حَوْلَ الْعَلَاقَاتِ وَالتَّعَاْفِي مِنْ  
الْاِكْتِتَابِ (وَدَعْمِ الصَّحَّةِ النَّفْسِيَّةِ عُمُومًا):

• ضَرُورَةُ الْاِهْتِمَامِ بِالْعَلَاقَاتِ الْاِجْتِمَاعِيَّةِ كَمَا وَنوعًا، وَبِذَلِكَ الْجُهْدِ  
الْمَقْصُودِ فِي ذَلِكَ

وَمَا نَعْنِيهِ بِ«الْجُهْدِ الْمَقْصُودِ» هُوَ ضَرُورَةُ أَنْ يَكُونَ الْاِهْتِمَامُ  
بِالْعَلَاقَاتِ أَمْرًا يَفْعَلُهُ الْإِنْسَانُ بِقَصْدِيَّةٍ وَتَعَمُّدٍ، لَا يَتْرِكُهُ لِلظَّرُوفِ  
وَالْمُصَادَفَاتِ، فَكَلَّمَا تَقَدَّمَ عُمُرُ الْإِنْسَانِ تَنَاقَصَتِ السِّيَاقَاتُ الَّتِي تَنشَأُ  
فِيهَا الْعَلَاقَاتُ بِطَرِيقَةٍ تَلْقَائِيَّةٍ وَدُونَ جُهْدٍ مَقْصُودٍ، فَإِذَا كَانَتِ الْجَامِعَةُ  
تَضَعُكَ أَنْتَ وَعَشْرَاتٌ مِنَ الْبَشَرِ مَعًا فِي قَاعَاتٍ وَسَاحَاتٍ وَنَشَاطَاتٍ  
مُشْتَرَكَةٍ، فَإِنَّ هَذَا لَنْ يَتَكَرَّرَ بَعْدَ ذَلِكَ، وَلَنْ تُضَافَ إِلَى حَيَاتِكَ عِلَاقَاتٌ  
أُخْرَى مَا لَمْ تَسَعِ أَنْتَ إِلَيْهَا.

• ضَرُورَةُ بَذْلِ أَفْضَلِ الْجُهْدِ وَالْوَقْتِ وَالْمَشَاعِرِ لِلْعَلَاقَاتِ الْأَقْرَبِ  
فَالْأَقْرَبِ

وَهَذَا نَقْطَةٌ نَكَرَّرُهَا لِأَهْمِيَّتِهَا، فَالْعَلَاقَةُ الزَّوْجِيَّةُ وَالْعَلَاقَاتُ بِالْأَبْنَاءِ  
وَالْوَالِدِينَ وَالْأَصْدِقَاءِ الْقَرِيبِينَ تَسْتَحِقُّ أَفْضَلَ اسْتِثْمَارٍ وَجُهْدٍ لِلتَّطْوِيرِ  
وَالْتَحْسِينِ.

• لن تستطيع إلغاء العلاقات الصعبة والمعقدة تمامًا من حياتك

الخطابات الشائعة في السوشال ميديا والتي تدعو لنبد كل من يُرهقك أو يستنزفك أو لا يواتيك تتجاهل سؤالاً مهمًا جدًا: وماذا لو كان هذا الشخص الذي يستنزفك أو تتناقر طباعك معه هو والدتك أو أخاك أو ابنك أو ابنتك؟ يتبارى المؤثرون على السوشال ميديا في إخبارك كيف تُخرج الشخص النرجسي من حياتك، ولكن ماذا لو كان والدك نرجسيًا؟ وماذا لو كانت والدتك هي من يتلاعب بك عاطفيًا manipulative؟ وماذا لو كان ابنك هو المتطلب عاطفيًا والمستنزف لراحتك النفسية؟ وماذا لو كان مُديرُك في وظيفة لا بديل لها حاليًا هو من يتجاوز لفظيًا ويتعدى حدود اللياقة؟

هذا يُظهر قصورَ خطابات النبذ والحذف والإلغاء وال «بلوك» في الحياة الواقعية، فكثير من العلاقات لا سبيل لإلغائها إلا في حالات الاعتداء المباشر والأذى الجسيم، وسوى ذلك، لا مناص من تعلم إدارتها وتقليل جوانبها السلبية وتعظيم جوانبها الإيجابية إن أمكن.

• ضرورة التوازن بين الأخذ والعطاء

تشيع خطابات أنانية تحث الناس على ألا يكونوا جزءًا من علاقة لا تعود عليهم بمردودٍ ما، سواءً أكان هذا المردود نفسيًا أم ماديًا أم اجتماعيًا، وتعتبر كل ما سوى ذلك إضاعة للوقت والجهد وحرمانًا للنفس من فرص التقدم والارتقاء.

ولو تأمل أصحاب هذه الخطابات فيما يقولونه، لو جدوا أن هذا يعني أن تنحصر علاقاتك في دائرتين: من هم بنفس مستواك، ومن هم

أعلى منك في شيء. أما من هم أقلُّ منك، فلا فائدةَ منهم. ولكن، ماذا لو طبَّقَ الجميعُ هذه النصيحة؟ هؤلاء الذين هم أعلى منك وتُحاولُ الارتقاءَ من خلالِ علاقةٍ بهم، ماذا لو عملوا هم بهذه النصيحة الانتهازية وأهمَلوكَ لأنك أقلُّ منهم ولن تُضيفَ لهم؟

وماذا عن قيمِ التَّضحية وجبرِ الخواطرِ وبذلِ المعروف والتكافلِ والتضامنِ والتواؤدِّ والتراحمِ؟ ثمَّ إننا حتَّى لو نظرنا للأمرِ من وجهةِ نظرِ الفردِ نفسه، ففعلُ الخيرِ تجاهَ الآخرينِ بأشكالِهِ المختلفةِ الماديةِ والمعنويةِ ممَّا يعودُ بالنفعِ على الصِّحةِ النَّفسيةِ للفردِ. كلُّنا يَعْرِفُ الأثرَ النَّفسيَّ الطَّيبَ لمُساعدةِ المُحتاجِ مادِّيًا، ولإعانةِ الضعيفِ، ولتعليمِ من تنقَّصه المعرفة، ولتخفيفِ همِّ المكروبِ، ولتزويدِ اليائسِ ببعضِ الأملِ.

لذا، ينبغي للمرء أن يكونَ في علاقتهِ توازُنًا، فإذا كانَ هو من يُعطي فيها جميعًا دون أن يأخذَ فهذا قد يكونُ علامةً على قابليَّةٍ للاستِغلالِ أو إهمالِ النَّفسِ أو تقصيرٍ في حقِّها، وإذا كانَ هو من يأخذُ فيها جميعًا دون أن يُعطيَ فهذا قد يكونُ علامةً على استِغلالِهِ للآخرينِ وأنايتِهِ وانغماسِهِ في ذاته.

• التوقف عن التعاملِ الفيزيائيِّ والكيميائيِّ مع العلاقاتِ، وبدلاً من ذلك، التعاملُ معها كظاهرةٍ إنسانيةٍ بالاحترامِ الذي تستحقُّ

إذا غيرنا طريقةَ تفكيرنا الحاليةِ ذاتِ الطَّابعِ الفيزيائيِّ والكيميائيِّ للعلاقاتِ، وتعاملنا معها بالمُفرداتِ الإنسانيةِ والاجتماعيةِ، فسنكتشفُ فينا صلابةً ومرونةً وقُدرةً أوسعَ على التَّعاملِ مع ما يُمكنُ للعلاقاتِ أن تأتيَ به، وسنكتشفُ أنَّ الآخرينَ أكثرُ من مركَّباتِ آمنةٍ أو سامةٍ. سنجدُ

أَنَّ هُنَاكَ مَجَالًا لِاخْتِلَافِ الطَّبَاعِ وَالْأَرَءِ، وَأَنَّ هُنَاكَ إِمْكَانِيَّةً لِلوُصُولِ إِلَى تَفَاهُمَاتٍ وَمَسَاوِمَاتٍ، وَأَنَّ تَعَامُلَنَا مَعَ أَنْفُسِنَا كِكَاثِنَاتٍ حَسَّاسَةٍ لَا تَحْتَمِلُ أَيَّ مَشَاعِرٍ سَلْبِيَّةٍ وَتُغَلَّبُ التَّخَوُّفَ عَلَى التَّجْرِبَةِ لِنَ يَمْنَحَنَا أَمَانًا عَاطِفِيًّا أَكْثَرَ، بَلْ سِيْزِيْدُنَا خَوْفًا وَانْكِفَاءً وَقَابِلِيَّةً لِلانْكَسَارِ.

### • أَهْمِيَّةُ قِيَمِ الشَّهَامَةِ وَالْمَرْوَةِ وَالنُّبْلِ

إِذَا كَانَ الْإِنْسَانُ يَمُرُّ بِظَرْفٍ نَفْسِيٍّ خَاصٍّ وَمُحَدَّدٍ، فَمِنْ الْمَفْهُومِ أَنْ تَزْدَادَ حَسَّاسِيَّتُهُ لِلتَّعَامُلَاتِ الْإِنْسَانِيَّةِ، وَأَنْ تُصْبِحَ حَالَتُهُ النَّفْسِيَّةُ عَامِلًا مُؤَثِّرًا فِي ذَلِكَ. لَكِنْ خَارِجَ هَذَا الظَّرْفِ الْخَاصِّ الْمُحَدَّدِ الْاسْتِثْنَائِيِّ، لَا يَنْبَغِي اسْتِخْدَامُ «الْحَالَةِ النَّفْسِيَّةِ» أَوْ حَرْصِيٍّ عَلَى مَشَاعِرِيٍّ كَمَرْجِعِ أُسَاسِيٍّ لِلتَّعَامُلِ مَعَ الْآخَرِينَ، فَالْمَرْجِعُ هُوَ الْأَخْلَاقُ وَالْقِيَمُ وَالذُّوقُ وَاللِّيَاقَةُ.

بِالتَّالِي، لَا أَحَدٌ مُسْتَثْنَى مِنْ وُجُوبِ التَّعَامُلِ مَعَ الْآخَرِينَ بِمَا يَقْتَضِيهِ الذُّوقُ وَمَا تُمْلِيهِ الشَّهَامَةُ وَمَا تَتَطَلَّبُهُ الْمَرْوَةُ. لَا أَحَدٌ مُسْتَثْنَى مِنْ الْإِتِمَاتِ الْأَخْلَاقِيَّةِ، وَإِنَّ مِنْ أَكْثَرِ مَا يُؤَلِّمُنِي كَطَيْبِ نَفْسِيٍّ أَنْ أَرَى مَهْتِي تَسْتَعْلُ لِتَبْرِيرِ النَّذَالَةِ وَانْحِطَاطِ الْمَرْوَةِ وَمَعَامَلَةِ الْآخَرِينَ بِانْتِهَازِيَّةٍ.

كَمَا قُلْنَا سَابِقًا، لَا يُقَدَّمُ الطَّيِّبُ أَوْ الْمَعَالِجُ النَّفْسِيُّ نَصَائِحَ مُبَاشِرَةً بِخُصُوصٍ عِلَاقَةٍ مَا إِلَّا فِي حَالَاتٍ مَحْدُودَةٍ يَكُونُ فِيهَا الْمَتَعَالِجُ عُرْضَةً لِلأَذَى الْجَسِيمِ أَوْ الْاسْتِغْلَالِ الْبَشِيعِ، أَمَّا الْهَدَفُ الْأَسَاسِيُّ لِلْعِلَاجِ، كَمَا وَضَحْنَا مِرَارًا، فَلَيْسَ إِعْطَاءُ النَّصَائِحِ الْمُبَاشِرَةِ، وَإِنَّمَا مُسَاعَدَةُ الْمَعَالِجِ عَلَى اسْتِعَادَةِ زِمَامِ حَيَاتِهِ وَتَحْدِيدِ أَوْلِيَاتِهِ وَتَقْرِيرِ مَا يُنَاسِبُهُ. وَعَلَيْنَا أَنْ نَتَذَكَّرَ أَنَّ بَعْضَ الْمَتَعَالِجِينَ قَدْ تَكُونُ لَدَيْهِمْ تَحْدِيَّاتٌ عَمِيقَةٌ فِيمَا يَتَعَلَّقُ بِالْعِلَاقَاتِ بِسَبَبِ اخْتِلَالِ الْعِلَاقَاتِ الْأَسَاسِيَّةِ فِي حَيَاتِهِمْ، وَبِالتَّالِي فَمَنْ

المفهوم أن يتحدث إليهم المُعالِج عن مفاهيم «إقامة حُدود للعلاقات setting boundaries» أو كيفية التَّعامل مع النزوع اللاإرادي نحو الدُّخول في علاقات مؤذية أو استغلالية أو غير صحيّة بشكلٍ ما.

لكن ما نلاحظه منذ سنوات هو خروجُ هذا الخطاب من العيادة إلى المَجال العام، ونقله من سياقٍ خاصٍ محدّد له ظروفه وأسبابه إلى خطاب يتداوله المؤثرون وصانعو المحتوى دون فهم خلفياته العميقة، ويتداوله جمهورُ السوشال ميديا دون تمييز للسياق والحيثيات.

وبالتالي، بدل أن يكون الهدف هو المرونة النفسيّة والمناعة النفسيّة والقدرة على الدُّخول في التَّعاملات والعلاقات الإنسانيّة بنديّة وجرأة وعقلٍ واعٍ وقلبٍ مفتوح، يتحوّل الجَميعُ إلى ضحايا «تروما» محتملين يُخافون من كلّ مطبّ، ويتعاملون مع نفسيّتهم كزجاج قابل للكسر مع كلّ هزة، ويحرمون أنفسهم من فرصِ التحقّق والنموّ الشَّخصيّ والتواصليّ الإنسانيّ الجسورِ والفعال.

## إشراك الوَسَطِ الاجتماعيّ في الاكتئابِ والتَّعافي

في سياقِ الحديثِ عن العلاقاتِ والتَّعافي، ثمة نُقطةٌ تستحقُّ توقُّفاً خاصّاً، وهي مقدارُ إشراكِ الوَسَطِ الاجتماعيّ في تجربةِ الاكتئابِ وتفاصيلها. فالواقعُ أنّ إشراكَ كثيرين من المحيطِ العائليّ والاجتماعيّ في معاناة المكتئب وإدخالهم في تفاصيلٍ ما يمرُّ به قد لا يَنفعُ في الاكتئابِ، بل ربّما يأتي بآثارٍ عكسيّة.

لماذا؟

لهذا أسباب كثيرة منها:

أولاً: لا يفهم كثيرون حالة الاكتئاب وطبيعتها، وبالتالي قد يبدو لهم المُصابُ بالاكتئاب سوداويًا أو متشائمًا أو سلبياً، وقد يخلق هذا نفورًا من قبلهم، ويحرم المُصابَ بالاكتئاب من فرصة الاستفادة من دعمهم بأشكالٍ مختلفة. بالتالي، يحسنُ بالمكتئب أن يختارَ بدقّة من يُشركه في تفاصيل المعاناة والانفعالات والأفكار التي يُعاني معها. أما الآخرون في المحيط الاجتماعي ممن لا تواتبهم هذه المهمة تحديداً، فهناك الكثير مما يستطيعون الدّعم من خلاله، فبعضهم يُمكن أن يكون رفيق مشي أو رياضة، وبعضهم قد يمتلك مهارة إشغالك في نشاطٍ يمنحك استراحة مؤقتة من الأفكار والانفعالات، وبعضهم يُمكن أن ينتزع منك ابتسامة بخفة ظلّه حتى في أحلك الظروف، وبعضهم يؤنسك وجوده دون أيّ حديث عن الاكتئاب بالتحديد. بالتالي، قد يكون من المفيد تحديد ما يتوقّع المُصابُ بالاكتئاب أن يدعمه فيه كل من الموجودين في محيطه، بدل أن يتوقّع منهم جميعاً أن يدعموه ويتفهموه جميعاً بالكيفية نفسها.

ثانياً: كلما زادت دائرة المُشركين في الاكتئاب والألم، زاد احتمال اتّسع قائمة من «لا يفهموني» أو «لا يقدرّون ما أمرُّ به»، خصوصاً وأنّ الاكتئاب أحياناً يترافق مع حساسية اجتماعية عالية، وتخوفٍ مُسبقٍ من الوصم وسوء الفهم، وعليه، من المُحبذ ألا يساهم المُصابُ بالاكتئاب من دون قصدٍ في توسيع دائرة شعوره بالاغتراب من خلال إشرارك كثيرين يتعذّر عليهم فهم الحالة وتقديرها.

ثالثاً: كلما اتّسعت دائرة المُشركين في الاكتئاب والألم، زاد

احتمال تحول الأمر من مرحلة عابرة إلى طبيعة مشهورة عن المُصابِ بالاكتئاب، خصوصًا عند من لا يفهمون الاكتئاب والتعامل معه، وقد يُضطرُّ الشخصُ لبذل جهدٍ هو في غنى عنه لتغيير هذا الانطباع حين يتعافى.

رابعًا: جزءٌ أساسيٌّ من التعافي يكمنُ في أن يظلَّ المرءُ قادرًا على تجنبِ بعضِ جوانبِ حياته لتبعات الاكتئاب. إذا عرفتُ عائلتكُ وزملائكُ في العملِ وأصدقاؤكُ ومن تلعبُ معهم كرة القدمِ ومن تعملُ معهم في مشروعٍ تطوَّعي بتفاصيلٍ ما تَمُرُّ به، فهذا قد يجعلكُ تشكُّ في كلِّ سلوكٍ تجاهكُ وتُبالغُ في تفسيرِ المواقفِ العابرة. مثلاً، قد تُفسِّرُ عدمَ دعوتكُ لعشاءٍ مع الزملاء على أنه نفورٌ منك، وقد تُفسِّرُ استبعادكُ من مشروعٍ ما على أنه عدمُ ثقةٍ بقدراتكُ بسببِ الاكتئاب.

خامسًا: الاكتئابُ حالةٌ متعبةٌ ومرهقةٌ، ويفعلُ المرءُ خلالها ما لم يكن ليفعله في سواها، ومن هذا إطلاع الأصدقاء والمحيطين على تفاصيلٍ مؤلمةٍ ومُحرِجةٍ، مثل تفاصيلِ علاقةٍ زوجيةٍ في مأزقٍ، أو تفاصيلِ أخطاءٍ في الماضي يشعرُ المرءُ بالندمِ تجاهها - والندمُ شائعٌ جدًّا في الاكتئاب كما ذكرنا آنفًا، حتَّى تجاه أشياء كان المرءُ قد تجاوزها وتصلحَ معها - أو تفاصيلِ المُعاناةِ نفسها من بكاءٍ وتعبٍ وإرهاقٍ، وهذا أمرٌ قد يخجلُ المرءُ أن يعرفه غيره عنه.

وقد يحصلُ أحياناً أن يتحسَّن الشخصُ، فيبدأ يتذكَّرُ التفاصيلَ التي أطلعَ أصدقاءه والقربين منه عليها، ويبدأ يقولُ لنفسه: «كيف سمحتُ لنفسي أن أقول كذا وكذا؟ لا شكَّ أنني كنتُ أتصرَّفُ بلا حسٍّ سليمٍ

وقتها!»، وقد يتعاضم شعوره بالحرج إزاء ذلك. هنا، قد يظن المكتئب أن صورته عند هؤلاء الأصدقاء قد تغيرت، وأنهم سيتذكرون تفاصيل حياته المؤلمة والمُحرِجة عندما يلتقي بهم أو يُحادثهم، وقد تحدثنا في الفصل السابق عن طرقٍ مختلفة يسلكها الناس عند التعامل مع هذا الجانب من رحلة التعافي.

لجميع ما سبق، يحسنُ بالمرء أن يُشركَ مُحيطه الاجتماعي بحسابٍ وبتمييز، وأن يرعى علاقاته المهمة بوعيٍ وحكمةٍ خلال الاكتئاب وخلال التعافي على السواء، وأن يجتهد في التسامح مع نفسه ومع الآخرين، فلا أحد لديه خطة كاملة وموثوقة تمامًا للتعامل مع هذه الحالة، وحتى المُعالِج النفسي المُختص يحتاج بعض الوقت والتأمل لفهم طباع المتعالِج وما ينفعه وما لا ينفعه، فمن بابٍ أولى أن يصحَّ هذا على غير المتخصّصين.

وبطبيعة الحال، هناك التزامٌ مقابلٌ على من يستشيرهم الشخص ويستأمنهم في مُحيطه الاجتماعي، من قبيل ألا يُحاولوا تذكير الشخص بالتفاصيل المؤلمة خلال اكتنابه، وأن تظلَّ أسئلتهم للاطمئنان أسئلةً عامة، لا تفصيليةً ومُحرِجة، وأن يتركوا للشخص نفسه تحديد مقدار الإفصاح الذي يُريده، وأن يُذكروه بأهميته وما يعنيه لهم، وبنقاط قوته وجُهد المحمود الذي يبذله للتعافي.

## الفصل السادس: الامتنان، الحضور الذهني، التفكير

نناقش في هذا الفصل ثلاثة مفاهيم لها أثرٌ إيجابيٌّ على الصّحة النفسيّة عُمومًا، وعلى الانفعالات السّلبية المرتبطة بالكتابة.

### الامتنان Gratitude

منذ سنوات، أصبحت دراسات الامتنان وآثاره الإيجابية المختلفة عنوانًا بارزًا في المجلات العلميّة والمؤتمرات ومشاريع تحسين الصّحة النفسيّة.

ومع أنّ كلمة Gratitude تُترجم غالبًا إلى «الامتنان» بالعربيّة، إلا أنّ معناها يتقاطع مع معاني «الحمد» و«الشُّكر» كذلك، بالإضافة إلى كلمة الامتنان ومعناها الجميل. وكما هو واضح من هذه المترادفات، فالمعنى يدور حول ثلاثة مكوّنات:

- مكوّن ذهنيّ، يتمثّل في اعتقاد المرء أنّ لديه ما يستحقّ أن يكون ممتنًّا له أو شاكرًا بسببه أو حامدًا عليه، وأنّ ثمة أشياء جيّدة في حياته (في جسده أو عقله أو روحه أو عائلته أو علاقته أو ممتلكاته أو حقوقه... إلخ).

- مكوّن شعوريّ، يتمثّل في ذلك الشعور الإيجابي الذي يُرافق الأفكار السّابقة، وقوامه حالة من الرّضى والسّكينة والانسجام.
- مكوّن سلوكيّ، يتمثّل في التعبير عن الامتنان والشكر والحمد بطرق كثيرة، منها شكر الآخرين وإظهار الامتنان لهم، وبذل الابتسامه ولبين القول ونشر البشر، وتقديم المال هديّة وتبرّعاً وصدقة، والدعاء والصلاة.

والدراسات تُظهر ارتباطاً قوياً للامتنان بالرّضا عن الحياة Satisfaction With Life، كما أنّها تُظهر ارتباطاً عكسياً للامتنان بـ «التقلّب الانفعاليّ Emotional Instability»، وهو أحد أبعاد الشخصية الخمسة الكبرى، وقد سبق أن تحدّثنا عنه في العوامل النفسيّة التي تزيد من احتمال الاكتئاب.

بصياغة أخرى، الأشخاص الأكثر تقلّباً انفعالياً يميلون إلى أن يكونوا أقلّ امتناناً وأكثر تعرّضاً للاكتئاب. ولكن إذا كان «التقلّب الانفعالي» من أبعاد الشخصية، ومن خصائص هذه الأبعاد أنّها تتسم بقدر عالٍ من الثبات، فالامتنان حالة يُمكن اكتسابها ولو جزئياً ومع الزمن، وبالتالي، فمن تنزّع شخصيته إلى التقلّب المزاجي والتشاؤم والقلق والتوتر والغضب، يُصبح السعي نحو الامتنان في حالته أكثر أهميّة وإلحاحاً.

والوسائل التي يُمكن زيادة الشعور بالامتنان من خلالها كثيرة، منها:

- التفكير فيمن تشعر تجاههم بالامتنان (يُمكن تخصيص دقيقة واحدة فقط يومياً في وقت مُحدّد يستحضر فيها المرء شخصاً واحداً يشعر تجاهه بالامتنان، وسبب هذا الشعور، دون أن يكون هذا

الشخص حياً أو يعرفه شخصياً بالضرورة، ودون أن يترتب على ذلك أي فعل، بل مجرد استحضار فقط).

- الكتابة لمن تشعر بالامتنان لهم (ورقياً أو إلكترونياً أو صوتياً).

- كتابة ما تشعر بالامتنان بسببه أو تجاهه (يمكن الاحتفاظ بمذكرة صغيرة أو تطبيق إلكتروني، وإضافة شيء واحد يومياً تشعر بالامتنان لوجوده في حياتك).

- التفكير في حالة الامتنان نفسها (انظر قسم التفكير بعد قليل).

- الحمد والدعاء والصلاة.

الفرق بين تعزيز الامتنان وبين تذكير المصاب بالاكتماب بأنه أفضل حالاً من كثيرين

يحسن نية غالباً، يُحاول كثيرون التخفيف عن المصاب بالاكتماب من خلال ذكر مصائب الآخرين الأشد قسوة، وتذكيره بأنه أفضل حالاً من كثيرين غيره، وأن كثيرين مرّوا بظروفٍ أصعب وتجاوزوها. فهل يُساعد هذا في التخفيف من الاكتماب؟ وما الفرق بين ذلك وبين تعزيز الامتنان؟

هذا أحد الأخطاء الشائعة التي يقع فيها الناس عن حسن نية، ويأتي غالباً بنتيجة عكسية، وسنقدّم تفسيراً ممكناً لذلك.

قد لا يعلم كثيرون أن من أوّل ما يُريد أن يطمئن إليه المصاب باكتمابٍ شديد حين يذهب لطبيبٍ نفسي أن يتأكد من أنه ما زال إنساناً

طبيعياً، أي أنه ليس في طريقه للجنون أو فقدان عقله. فالمُصابُ بالاكْتئاب من دونِ تَجربةِ سابقةٍ يمرُّ بمشاعرَ وأفكارٍ غريبةٍ جداً عليه وغير مفهومة، فالاكْتئاب لا يُصيبُ جانباً محدوداً من إدراك الإنسان وعقله، بل يُصيبُ جوانبَ متعدّدة. تخيّل لو أنّ قواك الجسميّة متراجعة، ورغبتك في فعل أيّ شيءٍ منعدمة، وتركيزك ضعيفٌ جداً، ونومك قليل ومتقطّع، وما يمنحك السعادة انحسر كثيراً، وفعاليتك الاجتماعيّة والمهنيّة متضائلة، فكيف ستكون حياتك؟

يأتي المُصابُ بالاكْتئاب للطبيب النفسي وهو يُعاني مما سمّاه أحد المحلّلين النفسيين «Alienation» أي «الاغتراب»، ويريد أن يتأكّد أنّ ما يمرُّ به شيءٌ يقع ضمن نطاق تجربة البشر الممكنة، وأنّه لم يفقد صلته بنفسه والسيطرة على ذهنه.

وبينما هو في تلك الحالة، يمكنُ لمن حوله أن يقولوا له بحسن نية: «انظر إلى من هجروا من بيوتهم، وإلى المُصابين بأمراضٍ لا شفاءٍ منها، وإلى من فقدوا عزيزاً. على الأقل أنت حيّ وعندك بيت وأهل ووظيفة، فهون عليك».

وهذا الكلامُ يُترجمُ نفسه في ذهن المُصابِ بالاكْتئاب إلى شيءٍ مختلفٍ تماماً، شيءٍ من قبيل: «أنت في حالةٍ غير عقلانيّة بالفعل، فليس هناك أيّ منطقيّ في أنك مكتئب، ولا يقتصر الأمر على أن كونك مكتئباً غير منطقيّ، على اعتبار أن من يُشبهونك في ظروفهم ليسوا مكتئبين، بل يتعدى ذلك إلى أن هناك من يعيشون حياةً أسوأ بكثير وهم مع ذلك ليسوا مكتئبين. أنت في وضعٍ مختلٍ بالفعل، وما تشكو منه يصعبُ فهمه».

لقد أجبنا في فصل سابق عن السؤال النظري الذي مفاده: «لماذا لا يعاني كثيرون من الاكتئاب رغم أنهم مروا بظروفٍ بالغة القسوة، في حين يُصابُ به من لا تشهدُ حياتهم منغصاتٍ كبرى؟» أما هنا، فنحنُ نتعاملُ مع السؤال العملي، وهو: ما الطريقةُ الصحيحةُ لدعم المُصابِ بالاكتئاب، إذا كانَ التذكيرُ بمن هم أسوأ حالًا لا يُجدي؟

الاستجابةُ الصحيحةُ تعتمدُ بشكلٍ أساسيٍّ على إعطاء مشروعيةٍ للحالة التي يعيشها المُصابُ بالاكتئاب، أو ما يُسمَّى «Validation»، أي أن توصلَ للمُصابِ بالاكتئاب فكرةً مفادها: «أنتَ تعاني وهذه حقيقة، وكثيرون كانوا سيشعرونَ بألمٍ أكبر لو كانوا مكانك، وربما كانوا سيتحرّجون من أن يُفصحوا عن آلامهم. أنتَ تواجهُ قلقك وخوفك، لا من ألمك فقط، بل تواجهُ قلقك وخوفك من ألا يفهمك من حولك، ومن ألا يشعروا بشعورك. تجربتك التي تجعلك تشعرُ باغترابٍ عنّا جزءٌ من تجربتنا كبشر، ويمرُّ بها كثيرون، أكثر ممّا تتصوّر. أنتَ ما تزالُ أنتَ، حتّى ولو كانت هذه الحالة تُشعركُ أن شيئاً جوهرياً قد تغيّر. أنا متأكّدٌ من أنّي لن أشعرَ بألمك كما تشعرُ به ولو حاولت، لكنني أريدُ أن أدمك بكل ما أستطيع.»

وهناك نقطةٌ ذاتُ صلةٍ بما نتحدّثُ عنه هنا، وهي تذكيرُ المرء بما في حياته من أمورٍ جيّدة لا يحظى بها كثيرون، ولا يخفى على القارئ أن التذكيرَ بها لا ينفَعُ هو الآخر، وعوضاً عن ذلك، علينا تذكيرُ المُصابِ بالاكتئاب بما يمتلكُ من صفاتِ القوّة والجَلدِ وبذلِ الجُهدِ من أجلِ تجاوزِ الصّعابِ.

فبدلَ أن نقول لها: «تذكّري أن عندك زوجاً مُحبّاً، وأبناءً بارّين،

وعملاً مرموقاً... إلخ» علينا أن نقول: «أنا أعرف قوتك في مواجهة التحديات، وأنت لا تتخلين عن الآخرين فضلاً عن أن تتخلي عن نفسك في أزمة، وأنت تبذلين جهدك دائماً وتلتمسين أسباب القوة فيك وفيمن حولك. لست مضطرة للتعامل مع هذا واجتيازه وحدك، ونحن معك ولن ندخر جهداً، ونعلم أنك ستعبرين هذه الحالة حتى العافية».

أما الفرق بين هذا وبين تعزيز الامتنان فهو في المنطلق الذي نطلق منه، فحين يأتي التذكير بالأشياء الجيدة في حياة المرء في سياق استغراب واستنكار وقوع الاكتئاب، فالنتيجة ستكون شعور المصاب بالاكتئاب بضرورة الدفاع عن نفسه وتبرير مشاعره وتأكيد مشروعية ما يمرُّ به، وهذا يؤدي لغضبه وحنقه أو انكفائه وانسحابه.

أما تعزيز الامتنان فهو ينطلق من منطلقٍ مختلفٍ تماماً، مفاده أن تجربة الاكتئاب حقيقيةٌ تماماً، ومن يمرُّ بها ليس مضطراً لإثباتها أو تبريرها، وبالتالي فالأشياء الجيدة في حياته لا تُعامل باعتبارها أدلةً على أن اكتابه لا مبرر له، بل تُعامل على أنها خيرٌ بإمكانه أن يُعينه في المقاومة والتعافي.

## الامتنان والسوشال ميديا

ونختتم حديثنا عن الامتنان بملاحظة ما ينتشر على السوشال ميديا مما يعاكس فكرة الامتنان، ولهذا أشكال كثيرة.

مثلاً، ما تحدثنا عنه في فصل «العلاقات» من التركيز على مشاكل العلاقات، والغدر في العلاقات، و«العلاقات السامة»، وغير ذلك. هذا

كُلُّهُ يُشِيعُ جَوْأً مِنَ النَّظَرِ إِلَى الْآخِرِينَ نَظْرَةً سَلْبِيَّةً بِالْعُمُومِ، وَأَنَّ الْآخِرِينَ سَيِّئُونَ أَوْ أَشْرَارٌ حَتَّى يَبْتُتَ عَكْسُ ذَلِكَ، وَهَذِهِ الْبَيْئَةُ النَّفْسِيَّةُ تُقَلِّلُ مِنَ مِيلِ الْمَرْءِ إِلَى اسْتِحْضَارِ الْخَيْرِينَ فِي حَيَاتِهِ وَالْإِمْتِنَانِ لَوْجُودِهِمْ.

كَمَا أَنَّ الْقَارِيَّ قَدْ يُلَا حِظَّ شُبُوعِ فِكْرَةِ أَنَّ النَّجَاحَ لَا يَأْتِي إِلَّا بَعْدَ مَسِيرَةٍ مِنَ التَّغَلُّبِ عَلَى تَشْيِيطِ الْمُشَبِّطِينَ، وَتَجَاهُلِ قَصِيرِي النَّظَرِ، وَعَدَمِ الْاسْتِمَاعِ لَضَيْقِي الْأُفُقِ وَ«أَعْدَاءِ النَّجَاحِ». وَلَا يُمَكِّنُ بِطَبِيعَةِ الْحَالِ أَنْ نُنْكِرَ وُجُودَ الْمُشَبِّطِينَ وَقَصِيرِي النَّظَرِ وَضَيْقِي الْأُفُقِ وَأَعْدَاءِ النَّجَاحِ، لَكِنَّ عَلَيْنَا أَيْضًا أَلَّا نَهْمَلَ وُجُودَ مَنْ عَلَّمُونَا أَوْ أَلْهَمُونَا أَوْ أَثَارُوا خِيَالَنَا أَوْ آمَنُوا بِرُؤْيِينَا أَوْ دَعَمُونَا بِأَيِّ شَكْلِ، فَلَا يَنْتَقِصُ مِنْ نَجَاحِ النَّاجِحِ أَنْ يَكُونَ هُنَاكَ مَنْ دَعَمَهُ، وَالشُّعُورُ بِالْإِمْتِنَانِ وَإِشَاعَتُهُ يُضِيفُ الطَّمَأِينَةَ وَالرَّضَى إِلَى لَذَّةِ النَّجَاحِ.

وَمِنَ الْمُهْمِمْ أَيْضًا مُلَا حِظَّةَ أَنَّ الْإِمْتِنَانَ شُعُورٌ دَاخِلِيٌّ عَمِيقٌ وَصَادِقٌ، وَيَخْتَلِفُ كَثِيرًا عَنِ اسْتِعْرَاضِ مَا لَدَى الْمَرْءِ مِنْ مَمْتَلِكَاتٍ أَوْ مَلذَّاتٍ أَوْ امْتِيَازَاتٍ أَوْ حَتَّى عِلَاقَاتٍ عَلَى السُّوشَالِ مِيدِيَا، فَمَا يَخْرُجُ مِنْ نِطَاقِ الْمَرْءِ إِلَى نِطَاقِ الْعَرَضِ عَلَى الشَّبَكَاتِ وَالْمَنْصَّاتِ يَتَغَيَّرُ تَمَامًا وَيُصْبِحُ عُرْضَةً لِكُلِّ أَشْكَالِ الْجَدَلِ وَالِاسْتِقْطَابِ وَالْحِفَاوَةِ مِنْ هَذَا وَالِانْتِقَادِ مِنْ ذَلِكَ. بِالتَّالِي، يَجْدُرُ بِالْمَرْءِ أَنْ يُبْقِيَ مَسَاحَةً مِنَ الْإِمْتِنَانِ لِنَفْسِهِ، يَضُنُّ بِهَا عَنِ أَنْ تُصْبِحَ مَادَّةً لِفُضُولِ الْآخِرِينَ وَجَدَلِهِمْ وَسُوءِ ظُنُونِهِمْ وَغَيْرِ ذَلِكَ.

## الحضور الذهني Mindfulness والتفكير Meditation

الحضور الذهني هو حالة الوعي باللحظة الراهنة، مع شعور بالقبول وتعليق للأحكام.

وما نعينه بذلك هو أن ذهن الإنسان في حالته الطبيعية مشدودٌ باتجاهاتٍ كثيرة، فهو إما منغمسٌ في ذكرى ماضية، أو مُقيمٌ في حَدَثٍ مرّ وانتهى، أو متعلّقٌ بأملٍ مستقبليّ، أو مشغولٌ بتخوّفٍ ما، أو غير ذلك. هذه هي الحالة طول الوقت، وهذا ليس شيئاً سيئاً في حد ذاته، لكنّه كثيراً ما يتجاوزُ حدّه، وذلك بأن يعوّص المرءُ في أحداثٍ مضت، أو تستهليكه آمالُ المستقبلِ ومخاوفه، أو يُرهقه اجترارُ الأفكارِ بلا توقّف، أو يستنزفه تيارُ المشاعرِ المتقلّب. هذه الحالة تجعلُ الذهنَ يقوّدُ الإنسانَ في اتجاهاتٍ شتى، والحضورُ الذهنيُّ هو حالةٌ من الاستعادةِ لِمَما الذهنُ، وتعلّمُ التأثيرِ فيه بدلاً من الخضوعِ لومضاته واجتراراته وتياراته.

فما تطمّحُ له حالةُ الحضورِ الذهنيِّ هو تحقيقُ الوعيِّ باللحظةِ الحاليةّ، ويُمكنُ تشبيهُ ذلك بتركيزِ البصرِ على جزءٍ مُحدّدٍ من الزجاجِ في حوضٍ ضخمٍ للكائناتِ البحريةِ في حديقةِ الحيوان. إذا ركّزتَ في جزءٍ ما، فستعبرُ هذا الجزءَ سمكةً حمراء، ثم أخرى صفراءَ في الاتجاهِ المُعاكسِ، ثم طرفٌ من سمكةٍ ضخمة، ثم نبتةٌ بحريةٌ تهتزّ، وغير ذلك. حالةُ الحضورِ الذهنيِّ هي أن تتأمّلَ هذه الكائناتِ كلّها بقبولٍ وتفكّرٍ، دونَ أحكامٍ بالإيجابِ أو السلبِ، ودونَ تتبّعِ أيِّ منها في مساره، بل البقاءُ حاضرًا في هذا الجزءِ من الزجاجِ، مهما اشتدّت الرّغبةُ في خلافِ ذلك.

وبالمثل، حالةُ الحضورِ الذهنيِّ هي أن تتركَ الأفكارَ والمشاعرَ والانفعالاتَ تعبرُ بؤرةَ وعيكِ دونَ أن تنتقدَها أو تؤيدَها، دونَ أن تقبلَها أو ترفضَها (هامش: المقصودُ بالقبولِ أو الرّفصِ أساسًا هو المعنى النفسيّ، أي دونَ الحكمِ على فكرةٍ أو شعورٍ بأنّها جيّدةٌ أو سعيدةٌ أو مُريحة، أو سيئةٌ أو حزينةٌ أو مُتعبةٌ)، دونَ أن تستاءَ لورودها ولا أن تطربَ له، ودونَ أن تتبّعَ أيّا منها إلى فكرةٍ تترتّبُ عليها أو تقوّدُ

إليها أو ترتبطُ بها، بل تتركها تعبرٌ وتمُرُّ، وتفعلُ الشيءَ نفسه مع ما يظهرُ في وعيكِ في اللحظةِ التالية، والأهمُّ من ذلك أنك تنسحبُ بلطفٍ من ذكرى موقفٍ مرَّ بالأمس وخطرَ على بالكِ الآن، وتنسحبُ بلطفٍ من ذكرى إخفاقٍ عاطفيٍّ مررتَ به قبلَ سنواتٍ وظهرَ لسببٍ ما في وعيكِ الآن، وتنسحبُ كذلك بلطفٍ من تفكيرك في عشاءِ الليلة إذا وجدته يطرُقُ بابَ اللحظة، وكذلك من تفكيرك في المنصبِ الوظيفي الذي تطمَحُ له بعدَ سنواتٍ إذا قرَّرَ أن يظهرَ في بؤرةِ وعيكِ فجأةً، أي أنك تظلُّ مُحافظًا على حضورك في اللحظة، وفي اللحظة فقط.

أما التفكيرُ Meditation، فهو تدريبُ الذهنِ وتمرينه على الحضور والانتباه، والتسامي على تيارِ الأفكارِ والمشاعرِ والاجترارات، ووصولًا إلى حالةِ الحضورِ الذهنيِّ التي وصفناها للتو.

على سبيلِ التشبيه، العلاقةُ بينُ مداومةِ التفكيرِ وتحقيقِ الحضورِ الذهنيِّ تُشبهُ العلاقةَ بينُ مداومةِ الرياضةِ وتحقيقِ اللياقةِ البدنيةِ. (هامش: هناك تعريفاتٌ كثيرةٌ ومتداخلةٌ وأحيانًا مشوشةٌ للحضورِ الذهنيِّ والتفكيرِ، وهذان التعريفان نرتضيهما ونعتبرهما واضحين ومُفيدين). ولكونِ الحضورِ الذهنيِّ حالةً تتطوَّرُ وتتقدَّمُ باستمرارٍ مع مداومةِ التفكيرِ، فكلُّ حالةٍ تفكيرٍ تُصيبُ قدرًا ما من الحضورِ الذهنيِّ<sup>(7)</sup>.

ولكن، ما قيمةُ ذلك كُلِّه؟

هناك دراساتٌ قارنت بين أدمغة من يُمارسون التفكيرَ بانتظامٍ ومن

(7) مع أن هذين المفهومين مأخوذان من الفلسفاتِ المشرقية، إلا أن في موروثنا العربي الإسلامي ما يُقابلهما، فهما يُشبهان مثلًا ممارسةَ تصفيةِ الذهنِ في الصلاةِ والذكرِ من الخواطرِ العابرةِ والأفكارِ الواردةِ ووصولًا إلى حالةِ الخشوعِ.

لا يُمارسونه، وجدت فروقاتٍ مهمّةٍ مثل:

- زيادة سُمك بعض المناطق الدماغية المرتبطة بالانتباه، الاستبطان، والمعالجة الحسيّة.
- زيادة نشاط المناطق المرتبطة بمعالجة مُشتمات الانتباه ومعالجة المشاعر.
- زيادة سمك القشرة الرّمادية في المناطق التي تكون فعّالة خلال عملية التفكير (وهو ما يدلّ على آثار طويلة المدى تتعدّى ما يحصل في الدماغ خلال الممارسة).

وقد كان من نتيجة ذلك أن نشأت علاجات نفسيّة عديدة تستخدم الحضور الذهني كأحد مكوناتها الأساسيّة، مثل علاج تخفيف التوتر استنادًا على الحضور الذهني MBSR، والعلاج الإدراكي المستند الحضور الذهني MBCT، وعلاج الرضى والالتزام ACT، والعلاج الجدليّ السلوكي DBT.

ومع انتشار هذه العلاجات وممارسة التفكير والحضور الذهني بشكل عام، أظهرت الدراسات أن من يُمارسون التفكير يتمتّعون بمستويات أعلى من التعاطف الذاتي self-compassion، والشعور بأنهم بخير عمومًا -أمورهم طيبة well-being-، كما يتمتّعون بمستويات أقل من اجترار الأفكار ruminations، وكبت الأفكار repression، والخوف من المشاعر، وصعوبة تنظيم الانفعالات

وتهدئتها، وهذه كلها مما يحصل بكثرة في الاكتاب.

كما تُظهر دراسات أخرى أن ممارسي التفكير بانتظام يكتسبون مستويات أعلى من المرونة الإدراكية واستخدام انتباههم بشكل فعال، وقد ذكرنا سابقًا كيف يتسم الاكتاب بنقص المرونة الذهنية والشعور بالانسداد والانغلاق والعجز عن التعامل مع التحديات.

وهناك عمليات ذهنية متعددة يُحاول الحضور الذهني تحقيقها أو تحسينها، وكلها لها دورٌ إيجابي في الاكتاب. من هذه العمليات مثلًا تكوين وعي أعلى ومتجاوز، أي أن يملك الفرد حالة من الوعي تتجاوز الأفكار والمشاعر التي تُسيطر عليه وتشتته، وهو ما يُعبر عنه بفكرة ألا تكون أسيرًا للمشاعر وأفكارك، بل تنظر إليها من مستوى أعلى قادرٍ على التعامل معها بشكل أفضل.

ومن هذه العمليات الذهنية المفيدة أيضًا التعرض للأفكار، فمن خلال الحضور الذهني بلا أحكام مسبقة يكتسب الفرد قدرة على التعرض لأفكاره المزعجة والمجترة التي كان يكتبها أو يتجنبها، ويكتسب بالتالي قدرة أكبر على التعامل معها وتقليل التأثير السلبي بها.

كما أن الحضور الذهني يزيد من التحكم في الانتباه، ويمنحنا بالتالي القدرة على توجيه أفكارنا ومشاعرنا بدل أن توجّهنا.

والحضور الذهني كذلك يُحسن ذاكرة المعالجة working memory التي يسهم تأثرها السلبي بالاكتاب إلى مشكلات التركيز وتأدية المهام لدى بعض من يعانون من الاكتاب.

وفي ختام هذا الفصل، أنصحُ القارئَ بمزيدٍ من مُمارَسةِ الامتِنانِ والتفكُّرِ والحُضورِ الذّهنيِّ بأشكالِها المُختلِفةِ بصرفِ النَّظَرِ عن وُجودِ الاكْتئابِ من عَدَمِهِ، ففوائدها تتجاوَزُ التّعافيَ من الاكْتئابِ إلى الصّحّةِ النفسيّةِ عُمومًا، وهناك موادُّ تعليميّةٌ للتمرُّنِ على ذلك، وهي كثيرةٌ ومُتاحةٌ ومجانِيّةٌ.

## الفصل السابع: الاكتئاب والدين والروحانية

لعلّ هذا من أكثر الموضوعات إثارةً للجدل عند الحديث عن الاكتئاب في السياق العربي، ولهذا أسبابٌ كثيرةٌ سنُحاولُ التطرُّقَ إلى أهمّها ونُحاولُ معالجتها كذلك. قبلَ ذلك، أودُّ أن أقولَ إنني ممن يؤمنون بأنّ ثمةَ قضايا استقطابيةً بطبيعتها، ويختلفُ الناسُ حولها لأسبابٍ عميقة تتعلّقُ برؤيتهم للوجودِ عُمومًا، لا بدراساتٍ وبياناتٍ وإحصاءات، وبالتالي فليس من المنطِقِ أن نتوقّعَ اتّفاقًا حولها، بل الاختلافُ بشأنها جزءٌ من اختلافِ البشر. قضية العلاقة بين الاكتئاب والدين ليست من هذه القضايا في نظري، إذ اعتقدُ أنّ البشر الذين يؤمنون بالدليل العلميّ بإمكانهم الاتّفاقَ على أسسها بصرفِ النظر عن عقيدتهم أو موقفهم من الدين نفسه، وبطبيعة الحال سيظلُّ في التفاصيل مساحاتُ اختلاف، لكنّ أساسَ القضيةِ علميٌّ ويُمكنُ أن يتفقَ أصحابُ النزاهة والموضوعية عليه.

أما الاستقطابُ والنزاعُ فليسَ نابغًا -في نظري- من أصلِ الموضوع وأساسه، بل من تفاصيلِ هنا وهناك، ومن أمورٍ إجرائية، ومن أمورٍ تتعلّقُ بطبيعة الخطابات التي تُستخدمُ في هذا الموضوع وسياقها وجمهورها وما إلى ذلك، وستعرّضُ لبعضِ هذه القضايا.

# اشتباك المفاهيم بين «العافية من الاكتاب» وبين «المعنى والغاية والقصد»

هذا من أول الفخاخ التي ينبغي التنبه لها عند معالجة علاقة الدين والاكتاب، فكثير من الآراء المتشعبة في الموضوع تنبع من الخلط بين مفاهيم بينها تداخل ما ولكنها ليست متطابقة. يرى كثير من المتدينين أن مفاهيم المعنى والغاية والقصد وما يشبهها مفاهيم روحانية ووجودية عميقة، وأنها تنتمي لمساحة من اختصاص الدين، فالأديان جاءت لما فيه خير البشر، وهي تقدم نفسها باعتبارها الطريق الذي يصل فطرة الإنسان واستعداداته المغروسة فيه بمنظومة من العقائد والأخلاق والقوانين والعبادات والروحانيات، وأن استجابة الإنسان لهذا النداء من خلال الإيمان يملأ عليه عالمه الجواني بالسكينة والطمأنينة والانسجام، ويملاً عالمه البراني بالعبادات التي تلبّي أشواقه الروحية، والسلوكات الخيرة التي تحقق غاية وجوده، بل إن الإيمان يتجاوز ذلك ليشكل محيطه الاجتماعي، فهو يجعل الأسرة أكثر تماسكاً، والمجتمع أكثر تراحمًا، والفضائل شائعة إلى درجة أن اسمها يصبح «المعروف»، والردائل نادرة إلى درجة أن اسمها يصبح «المنكر».

فإذا تحقق ذلك، فمن أين سيأتي الاكتاب؟ ولماذا؟ وبأي مبرر ولأي سبب؟

وكيف يمكن أن نتقبل أن هذه القضايا الروحانية أو العقديّة أو الوجوديّة العميقة تؤوّل في النهاية إلى عمليّة كيميائيّة في الدماغ؟ كيف تُصبحُ أسمى سمات وجود الإنسان وخصوصيته واستخلافه

وغايات وجوده فرعاً من فروع الطب؟ وهل يُمكنُ لشركات الأدوية أن تكونَ بديلاً لرسالات الأنبياء وتعاليم المصلحين؟

هذه تساؤلاتٌ كثيرةٌ من المتدينين، وهي تساؤلاتٌ مشروعةٌ للوهلة الأولى، ولكنها مشوبةٌ بكثيرٍ من الخلط والخطأ، واعتقادي أن أساس الخطأ في هذه التساؤلات هو جعلُ الاكْتِتابِ بمعناه الطبّي نقيضاً لمفاهيم المعنى والغاية والقصد وما يُشبهُها، وبالتالي الدخولُ في معركةٍ على أرضٍ خاطئةٍ تماماً.

فالاكْتِتابُ بمعناه الطبّي الذي يُعالِجُه الأطباءُ النفسيون والمعالجون النفسيون حالةٌ مُحدّدةٌ ووصفنا أعراضها والعوامل التي تزيدُ من احتمالِ حصولها بالتفصيل في القسم الأول. ليتذكّر القارئُ معي قصّتي «بشر» و«أمانة». لوزالتُ حالةُ الاكْتِتابِ منهما، أي تحقّق لهُما التّعافي من الاكْتِتابِ، فهل سيُعني ذلك بالضرورة حصولهُما على السعادة؟ أو امتلاكهُما للمعنى؟ أو شعورهُما بالجدوى والغاية؟

لا، هذا لا يقتضي ذلك، فالتّعافي من الاكْتِتابِ يعني أن تنامَ جيّداً وتستيقظَ مُرتاحاً، وأن تشتهيَ الطّعامَ، وأن تجدَ الطّاقةَ لرعايةِ أبنائك ومتطلّباتِ عملِك، وأن تستطيعَ الاستمتاعَ بمظاهرِ الحياةِ وما تُحبُّه فيها، وأن تُلبّيَ دعوةَ أصدقائك للخروجِ بدلاً أن تشعرَ بثقلِ يَشُدُّكَ للأرضِ، وأن تُركّزَ فيما تفعلُ بدلاً من أن تكونَ دائمَ الشُّرودِ، وهكذا.

بالتالي، فالتّعافي من الاكْتِتابِ، أو غيابُ الاكْتِتابِ، هو حدٌّ أدنى من هدوءِ النَّفسِ وصحّةِ الجسدِ وفعاليّةِ المرءِ، وهو مُجرّدُ حالةٍ من الصّحّةِ، أي التّعافي من حالةٍ استثنائيةٍ مرَضِيّةٍ مُنهكةٍ ومُتعبةٍ.

ولذا، من المُمكنِ أن يكونَ الشّخصُ مُكْتَبّاً ومُتحقّقاً تماماً من

معنى حياته في الوقت نفسه، ويُمكنُ له ألا يكون مُكتتبًا ويُعاني مع ذلك من غيابِ المعنى.

كما أنّ من المُمكنِ أن يكونَ الشَّخصُ مكتتبًا وفي الوقتِ نفسه مُدرِّكًا ومؤمنًا تمامًا بغايةِ حياته والقصدِ من وجوده، ويُمكنُ له ألا يكونَ مُكتتبًا وفي الوقتِ نفسه متشكِّكًا بغايةِ حياته والقصدِ من وجوده.

وإذا صَحَّت العِبَارَاتُ السَّابِقَةُ على المعنى والغاية والقصدِ بشكلٍ عامٍّ، فهي تَصِحُّ من بابِ أولى على المعنى والغاية والقصدِ بالمعنى الدِّينيِّ. فإذا كان من الممكنِ أن يكونَ الشَّخصُ متشكِّكًا في وجودِ معنى لحياته - أيِّ معنى - دون أن يؤدِّي ذلك بالضرورة لحُصولِ الاكْتِتابِ عنده، فمن بابِ أولى أن يكونَ هناك من يستقي معنى الحياة من مصدرٍ غيرِ دينيِّ دون أن يؤدِّي ذلك بالضرورة لحُصولِ الاكْتِتابِ عنده.

وإذا كان من الممكنِ أن يكونَ الإنسانُ متشكِّكًا في وجودِ غايةِ حياته وقصدِ من وجوده - أيِّ غايةٍ وأيِّ قصدٍ - دون أن يؤدِّي ذلك بالضرورة لحُصولِ الاكْتِتابِ عنده، فمن بابِ أولى أن يكونَ هناك من يُعرِّفُ غايةَ حياته وقصدَ وجوده خارجَ إطارِ الدينِ دون أن يكونَ مُكتتبًا.

ولكن، أليسَ من المنطقيِّ أن يكونَ من لا يجدُ معنى لحياته أو غايةً لوجوده أكثرَ ميلًا للاكْتِتابِ؟ وأن يكونَ من يجدُ معنى لحياته وغايةً وقصدًا من وجوده أقلَّ عُرضَةً للاكْتِتابِ؟

نعم، هذا منطقيٌّ وهذا ما تُظهِرُه البَيِّنَاتُ والدراسات، فوجودُ المعنى والغاية والقصدِ يُقلِّلُ من احتمالِ الاكْتِتابِ، وبالتالي فهذا عاملٌ من العواملِ، كالجيناتِ والالتهاباتِ والكروبيِّ في الطَّفولة وغيرِها. هذا لا يجعلُ الاكْتِتابَ مُرادفًا أو مُطابِقًا لغيابِ المعنى

والقصد والغاية مهما كان نوعها، ولا يجعل الاكثاب مُرادفًا أو مُطابقًا لغياب المعنى والقصد والغاية بمعانيها الدينية.

والحقيقة أننا لم نكن مُضطربين لخوض كل هذه التفريقات المفهومية، فمن واقع الناس المُشاهد كل يوم أن دائرتي الدين والاكثاب لا تتطابقان، فهناك متدينون مُصابون بالاكثاب، وهناك غير متدينين - بدءًا من عدم أداء بعض الشعائر وصولًا إلى الإلحاد الكامل - وليسوا مُصابين بالاكثاب، ومن يُنكر ذلك لا يستطيع إلا أن يزعم أن جميع المتدينين المُكتسبين ناقصو دين، وأن جميع غير المتدينين مُصابون بالاكثاب سرًا ويكتمون ذلك ويكذبون، وهذه المقولات إمعان في الأدلجة على حساب رفض الواقع المُشاهد.

إذن، نحن نتحدث عن ظواهر متداخلة، ولكنها ليست متطابقة، فالاكثاب والدين والمعنى والغاية والقصد مفاهيم بينها تداخل، ولكنها ليست مُتطابقة.

وهذا التداخل يقل كلما اقتربنا أكثر من المفهوم الطبّي السريري للاكثاب، أما إذا تعاملنا مع ال «اكثاب» ككلمة أوسع دلالة، من قبيل القلق الوجودي أو الخواء الروحي أو العدمية أو ما إلى ذلك، فلا شك أن دائرة التداخل مع الدين والمعنى والقصد والغاية تتسع، ولكنها تظل غير مُتطابقة حتى حين نتعامل مع ال «اكثاب» كمفهوم أقل صرامة من معناه الطبّي السريري المُحدد.

والحقيقة أن أحد الدوافع المهمة لهذا الخلط هو شعور بعض المؤمنين بأنه إذا لم تكن هاتان الدائرتان متطابقتين، فإن هذا يقلل من شأن الدين والإيمان، أي أن هذه الفئة من المؤمنين تقول: إذا كان

بالإمكان أن يحصل أحدهم على المعنى والقصد والغاية خارج نطاق الدين، وإذا كان يُمكن للمتدين أن يفتقد المعنى والقصد والغاية، أفليس هذا تقيلاً من شأن الدين؟

ومع أن هذا السؤال ليس في صميم نقاش علاقة الاكتئاب بالدين، إلا أننا سنُجيب عليه لتكتمل الصورة. لتذكّر أن الدين والإيمان من أهم ما يمنح المعنى للبشر عموماً، بل إن أكثر البشر لا يجدون معنى لحياتهم خارج الدين، وبالتالي فالتدخل بين الدائرتين مهم، فكل ما نقوله هنا هو أننا ننفي التطابق الكامل، لكن نُقرّ بتداخل كبير.

وبخصوص الفئة التي لا تتداخل عندها الدائرتان (من يجدون المعنى خارج الدين، والمتدينون الذين لا يجدون المعنى) تُصبح القضية نقاشاً دينياً فلسفياً وجودياً، ولا دليل ولا حاجة ولا فائدة للإصرار على دخول هذا النقاش مصممين على أن نثبت أن من يدعون عثورهم على المعنى والقصد والغاية خارج الدين كاذبون ومكتتبون في السر، ومصممين على أن نثبت أن المتدينين الذين يفتقدون المعنى والقصد والغاية ناقصو إيمان.

مثلاً، يُمكن لمن يرغب حوص هذه القضايا أن يُبرز مثلاً أن النظم غير الدينية التي يلتمس منها البعض معنى لحياتهم كثيراً ما تستخدم قيماً ومثلاً ومعاني دينية مُعلمنة، فالفن والإيديولوجيات المتنوعة والعلموية والفلسفات المختلفة تتقاطع كل منها مع الدين تقاطعات مهمة، بل يُمكن لمن شاء أن يجادل أن البحث عن المعنى بحد ذاته ملمح ديني يخرج بالإنسان من مادّية الطبيعة إلى بحث وجودي هو بحد ذاته دليل على أن ثمة شيئاً وراء هذا الوجود المحسوس.

وهذا التوضيح التأسيسي لهذه المفاهيم، وتبيين أنها تتقاطع ولكنها لا تتطابق، يدعمه الدليل التجريبي الإمبيريقى كما سنرى.

## الدين والسعادة

ربما لاحظ القارئ أننا تحدثنا عن القصد والمعنى والغاية وعلاقتها بالاكْتِتاب من ناحية المفهوم، لكننا لم نتطرق للسعادة. السبب هو أننا نعتقد أن الأديان عموماً جاءت بالفعل بوعدها بإعطاء المعنى والقصد والغاية، لكن الأمر مختلف بخصوص السعادة.

السعادة مفهوم شديد الإشكال وصعب التعريف، وهي بدورها تتداخل مع مفاهيم القصد والمعنى والغاية لكنها لا تتطابق معها، فيمكن للإنسان أن يستشعر معنى لوجوده وغاية وقصداً لحياته من دون أن يكون سعيداً.

وبعض من يتناولون علاقة الاكْتِتاب والدين يتخيلون أن الطب النفسى يقدم نفسه بديلاً للأديان لأنه يعد بـ «سعادة علمانية»، أي سعادة تتكفل بها الأدوية والعلاجات النفسية التي لا تعتمد على الدين لتخفيف معاناة الإنسان. بل يمكننا أن نقول أن هناك من يتخيل أن الطب النفسى، بتقديمه أدوية لعلاج الاكْتِتاب، يعد بـ «سعادة كيميائية» يحل فيها «بروزاك» محل الدين. تخيل أن تكون السعادة، هذا المفهوم العميق والمعقد الذي لا يمكن تخيله من دون مكونات روحية ووجودية ودينية عميقة، يصبح في المتناول من خلال مادة كيميائية. هذا يبدو شيئاً مستفزاً للكثيرين، إذ إنه يبدو لهم مما يحط من وجود

الإنسان وجسامته تكليفه وخطورة قضية وجوده على هذه الأرض.

والحقيقة أنّ من يتخوّفون من هذا معهم حقّ، فإن تكون السعادة في النهاية حالة كيميائية يمكن أن تجلبها مادة دوائية أو أيّ مادة كيميائية، أمرٌ ينفّر منه كل من يرى الإنسان كائنًا يتجاوز المادة ويتعالى على الطبيعة.

لكنّ هذا التّخوّف ينطلق من افتراضٍ خاطئ، بل من افتراضين خاطئين كبيرين، هما:

1. أنّ الطّبّ النفسيّ والأدوية تعدّ بالسعادة.

2. أنّ الدين نفسه يعدّ بالسعادة.

فبخصوص الافتراض الأول، نذكر بما قلناه من أنّ الاكتئاب حالة مرضية شديدة ومنهكة، والتعافي منها لا يعني حصول السعادة، بل يعني قدرًا معقولًا من العافية يستعيد المرء به نشاطه وحيويته، ويستردّ فعاليته بالحدّ الأدنى أو بالحدّ الطبيعيّ، ويسترجع قدرته على التمتع بطيبات الحياة. هذه خطوة صغيرة نحو السعادة. أقصى ما يستطيعه الطّبّ النفسيّ وما يمكن أن تفعله الأدوية هو أن تجعل السعادة شيئًا ممكنًا فحسب. بصياغة أخرى، التعافي من الاكتئاب شرطٌ ضروريٌّ لإمكان حصول السعادة عند من يعاني من الاكتئاب، لكنّه ليس شرطًا كافيًا بحال.

أما الافتراض الثاني، وهو أنّ الدين يعدّ بالسعادة، فقد يتفاجأ كثيرون من أنّنا نعتبره افتراضًا خاطئًا. نحن نعتبره كذلك لأنّ قراءة النصوص الدينية تُظهر لنا أنّ الدين يعدّ بالمعنى والقصد والغاية في

الدنيا، أما السعادة في هذه الدنيا فليست شيئاً تعدُّ به الأديانُ أو تضمُّنه.

لو تأملنا في القرآن الكريم، فسَنَجِدُ أنَّ «السعادة» لم ترد فيه بهذا اللفظ، ولم يرد من جذرها «سعد» إلا كلمتان في سورة هود تحدَّثتا بشكل واضح عن السعادة الأخروية: «يَوْمَ يَأْتِ لَا تَكَلِّمُ نَفْسٌ إِلَّا بِإِذْنِهِ فَمِنْهُمْ شَقِيٌّ وَسَعِيدٌ...» وأما الذي سَعِدُوا ففي الجنة خالدين فيها ما دامت السماوات والأرض إلا ما شاء ربك عطاءً غير مجدوذ.

وحين يتحدَّث القرآن الكريم عن الدنيا وحياة الإنسان فيها، فهو يصفها بأنها دارٌ مشقَّةٌ وكبِدٌ وابتلاءٌ وامْتِحَانٌ، وما يَعِدُ به المؤمنين في الدنيا هو التمكينُ بعدُ ضعف، ووراثَةُ الأرض بعد هوان، والأمنُ بعد الخوف، أما «السعادة» فليست من ضمن الوعود.

وحين يتحدَّث القرآن الكريم عن المؤمنين في الآخرة، فهو في كثير من الأحيان يُقَارِنُ سعادتهم فيها بعكس ذلك في الدنيا: «وقالوا الحمد لله الذي أذهب عنا الحزن إن ربنا لغفورٌ شكور\* الذي أحلنا دارَ المُقامة من فضله لا يمسُّنا فيها نصبٌ ولا يمسُّنا فيها لغوب»

﴿وَنَزَعْنَا مَا فِي صُدُورِهِمْ مِّنْ غَلِيٍّ إِخْوَانًا عَلَىٰ سُرُرٍ مُّتَقَابِلِينَ ﴿١٧٧﴾﴾

﴿وَجَزَّوْهُمْ بِمَا صَبَرُوا جَنَّةً وَحَرِيرًا ﴿١٧٨﴾﴾

﴿فَرِحِينَ بِمَا آتَاهُمُ اللَّهُ مِنْ فَضْلِهِ ۗ وَيَسْتَبْشِرُونَ بِالَّذِينَ لَمْ يَلْحَقُوا بِهِمْ مِّنْ خَلْفِهِمْ أَلَّا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴿١٧٩﴾﴾

بالتالي، فسعادة الآخرة تعقبُ الصبرَ والمعاناةَ والحزنَ والخوفَ في الدنيا.

هذا لا يعني مُطلقًا أنّ الأديان تقول إنّ السعادة في الدنيا أمرٌ غيرٌ ممكن، لكنه يعني أنّ اتّخاذ السعادة مقياسًا لوجودِ الدين أو صحته أو تمامه أمرٌ لم تقل به الأديان. قد تتحقّق السعادة في الدنيا للمؤمن في بعض الأحوال، وقد تتحقّق السعادة لغير المؤمن في بعض الأحوال. من يستطيع القول إنّ بلدًا مُسلمًا أنهكته المجاعة وفتكت به الحرب الأهلية وتكالب عليه الأعداء ينبغي أن يكون أكثر سعادة من بلدٍ وافرٍ الموارد ينعم بالاستقرار ويعمُّ فيه الأمان؟ هل من المنطقي أن نستنتج أن إيمان هؤلاء المُسلمين ناقص؟ وأن أهل البلد الآخر حزاني تُعساء ولكنهم جميعًا تواطؤوا على إخفاء ذلك في مؤامرة كبرى؟

هل هناك عاقلٌ يقول إنّ المُسلمين زمنَ الفتنَة الأولى أو زمنَ غزو المغول أو زمنَ التكبّة كانوا سُعداء؟ بل يُمكن للمرء أن يقول إنّ الحزن والغم وانشغال البال في تلك الأزمان وما يُشبهها علامةٌ على سلامة الضمير وعلى الاهتمام بالحال العام، وأنّ عكس ذلك هو المُستغرب والمُستنكر<sup>(8)</sup>.

من المنطقي القول إنّ الدين يُعطي الإنسان صبرًا أكبر وقُدرةً أكبر على التعامل مع المصاعب واحتمالِ التقلبات، وأنّه يمنح الإنسان القناعة بأنّ الابتلاءات ليست عبثًا وأنّ الأمر كلّه خير إذا شكر المؤمن على السراء وصبر على الضراء، وأنّه يزوّد الإنسان بالدافع ليسعى في إصلاح شأنه وتجاوز مصاعبه بدلًا من الركون والتخاذل والعجز. هذا كلّهُ منطقيٌّ، وهناك أدلّة علمية تجريبية تُظهره سنتحدّث عنها، لكنّ

(8) انشغال البال والحزن لما يُصيب أنفسنا وأهلنا وأوطاننا علامة سلامة في الضمير ورُشد في أولويات الإنسان، لكننا نختلف - كما نبيّن في موضع آخر - مع القول إنّ «الأكتئاب» بمعناه السريري علامة صحّة أو دليل على رفض الواقع الخاطيء، فالأكتئاب بمعناه السريري مرض يستوجب العلاج، حتّى ولو كان ظهوره في سياق استجابة متوقّعة لأحداث مؤلمة، شخصية أو عامة.

من غير المنطقيّ ومما ينفيه الواقعُ المُشاهدُ أن يكونَ الدينُ والسَّعادةُ أمرين مترافقين دائماً في الدنيا، وأن المؤمنين سُعداءُ دائماً وغيرهم شقيّ دائماً، وأن كلَّ مؤمنٍ غير سعيدٍ ناقصُ إيمان، وأن كلَّ سعيدٍ غير مؤمنٍ كاذبٌ ومُخادعٌ.

بالتالي، من يستنكرون أن يحلَّ الطبُّ النفسيُّ محلَّ الأديانِ أو محلَّ الإيمانِ يَصْعون خوفهم في غير محلّه، ويجلسون في ملعبٍ ليشجّعوا بعصبيّةٍ وتشجُّجٍ واحداً من فريقين لم يحضُر أيُّ منهما للملعبِ أصلاً.

## الجينات وكروب الطفولة والالتهابات

كما ذكرنا في القسم الأول، هناك مستوى بيولوجيٌّ مهمٌّ في الاكتئاب، وبعضُ العواملِ البيولوجية لا يدُ للإنسان فيها ولا علاقة لها بدينه وتديّنه، وإذا كان لدى الشخصِ حُمولةٌ عاليةٌ من هذه العواملِ، فاحتمالُ الاكتئابِ عنده عالٍ قبل أن يتعرّف إلى الدينِ أصلاً.

تخيّل مثلاً شخصاً تتواجدُ جيناتُ الاكتئابِ بكثرةٍ في عائلته وورثَ كثيراً منها، وتعرّضَ في طفولته لاعتداءاتٍ جنسيّةٍ أثرت في قدرته على الثقة حتى بأقرب الناسِ إليه، وكانت مؤسّراتُ الالتهابِ في جسمه مرتفعة. هذا الشخصُ بدأ حياته باحتمالٍ عالٍ للإصابة بالاكتئاب، حتى قبل أن يُصبحَ مُكلِّفاً بالمعنى الدينيّ، وقبل أن يعرفَ شيئاً ذا بالٍ عن الدين. حسبَ الدراسات، إذا كان هذا الشخصُ متديّناً فهذا سيكونُ لصالحه من ناحيةِ التَّعاملِ مع الاكتئاب والتَّعافي منه إذا وقع، لكنّ نصيبه من عواملِ الاكتئابِ عالٍ منذُ البداية بالنسبة للبشرِ

الأخرين، ولا يصحُّ منطقيًا ولا من خلال البيانات والدراسات أن يُقال إن كونه متدينًا ضمانًا لعدم وقوع الاكتئاب بالمعنى السريري.

## ما الذي يقوله الدليل التجريبي؟

في عام 2012، نشر الطبيب النفسي رافايل بونيلي مع مجموعة من الباحثين مُراجعةً مفصّلةً ممتازة للدراسات التي تناولت علاقة الدين بالاكتئاب. هذه الدراسة راجعت كل ما نُشر من دراسات إمبريقية (أي تعتمد على البيانات، لا النقاشات المفهومية النظرية) حول العلاقة بين الاكتئاب والدين بين عامي 1962 و 2010. وجد الباحثون أكثر من 400 دراسة أُجريت على امتداد تلك الفترة، أظهرت 61٪ منها أثرًا إيجابيًا للدين والروحانية على الاكتئاب. هذا الأثر الإيجابي أخذ أشكالًا عدّة، منها نسبُ اكتئاب أقل، شفاءً أسرع، واستجابةً جيّدة لتدخلاتٍ علاجيةٍ تعتمد على الدين أو الروحانية. كما وجدوا أن 6٪ وجدت العكس، أي أثرًا سلبيًا للدين والروحانية على الاكتئاب. بقيّة الدراسات (الثُلث تقريبًا) لم تجد علاقةً واضحةً، إيجابيةً أو سلبيةً.

ومن الأمور المهمة التي قام بها الباحثون في هذه المُراجعة أنهم صنّفوا هذه الدراسات حسب قوة منهجيتها البحثية والإحصائية، وضيّقوا النطاق ليروا إن كانت الدراسات الأكثر صرامةً تُظهر شيئًا مختلفًا. ما وجدوه هو أن الدراسات الأكثر صرامةً أكّدت هذه العلاقة بشكل أكبر، إذ إن 67٪ منها أظهرت أثرًا إيجابيًا للدين والروحانية على الاكتئاب. بصياغةٍ أخرى، كلما اعتمدنا مقياسًا أكثر صرامة

لموثوقية الدراسات التي تناولت هذا الموضوع، سنجدها تؤكد هذه العلاقة الإيجابية بشكل أكبر.

كما أن الباحثين وجدوا أن 75-80٪ من الدراسات التي بحثت في علاقة التدخين بالانتحار وجدت أن التدخين يحمي من الانتحار. هذا ليس شيئاً مفاجئاً قط، فكل متخصص في الطب النفسي يتعلم بشكل مكثف إجراء تقييم للسلامة risk assessment يقوم من خلاله بتحديد العوامل التي تزيد من احتمال الانتحار عند المريض وتلك التي تقلل من هذا الاحتمال، وكون الشخص معتقاً لدين يعارض الانتحار مُصنّف من ضمن العوامل الحامية من الانتحار، كما أن الإلحاد واللا دينية أو الفلسفات التي لا تعارض مبادئها الانتحار تزيد من احتمال الانتحار.

بالتالي، مقولة أن المتدينين والروحانيين أقل اكتئاباً وأسرع تعافياً مقولة تسندها الدراسات التجريبية والبيانات الإحصائية، وليست اجتهاداً أو ظناً أو توقعات.

أما عن تفسير ذلك، فهناك الكثير من الدراسات التي أظهرت آليات متنوعة لتفسير هذه العلاقة، منها:

1. أن الدين والروحانية تساعد على مواجهة المصاعب وتحملها، ففي كثير من الدراسات التي يُسأل فيها من يمرون بظروف صعبة مختلفه عما يساعدهم على مواجهة ظروفهم، يكون الدين والروحانية من أهم الإجابات.

2. أن الدين والروحانية تقلل من احتمال بعض العوامل السلبية التي تزيد من إمكان الاكتئاب، أي أن للدين والروحانية أثراً

حامياً ووقائياً، ومن هذا مُعاملة الآخرين معاملةً خيرةً تُعوذُ بالسكينة والسلام النفسى على فاعليها (مثل الصدقة والإيثار والامتنان والصفح)، ونمط الحياة المستقيم (تجنب الخيانة الزوجية، البعد عن الجريمة، الاجتهاد في الدراسة، الجد في العمل)، ونمط الحياة الصحي (البعد عن الكحول، البعد عن المخدرات، نسب التدخين الأقل). هذه كلها تقلل احتمالات الاكتئاب من المنبع والأصل.

3. الدعم الاجتماعي: فأكثر أشكال التدين والروحانية لها صفة جماعية واجتماعية، وهذا يزيد التواصل الإنساني الإيجابي، ويشعر الإنسان بالانتماء والسند، ويقلل الوحدة، ويزيد التكافل مما يقلل من المتطلبات على الفرد، وغيرها.

4. المشاعر والأفكار الإيجابية: فالتدين والروحانية ترتبط بمشاعر إيجابية مثل الرضى، الأمل، التفاؤل، والمعنى، والغاية.

ومن باب اكتمال الصورة، نسوق بعض الآليات والظروف التي يكون للتدين والروحانية فيها أثر سلبي على الاكتئاب، وتفسر تلك النسبة القليلة من الدراسات التي وجدت علاقة سلبية، فمنها:

1. مشاكل الأسرة بأشكالها المختلفة: فأنماط التدين يغلب عليها أن تُعطي للأسرة مكانة مركزية، وبالتالي فأي حوادث سلبية من قبيل النزاعات الزوجية أو الطلاق أو تعثر الأولاد دراسياً أو ظهور سلوكات غير حميدة عندهم كلها تضع المتدينين تحت ضغط استثنائي لأنها تمس هويتهم.

2. المشكلات مع الوالدين: فللعلاقة الطيبة بالوالدين أهمية دينية، وأكثر المتدينين يُصيبهم شعورٌ بالذنب ومشاعرٌ سلبيةٌ عموماً إذا ساءت علاقتهم بوالديهم، حتى ولو كان للخلاف أسبابه.

3. أن يؤدي التدخّل العلاجيّ المرتكز على الدين إلى زيادة الشعور بالذنب، وهذا قد يحدث بطرقٍ مُختلفة، مثل شعور الشخص بأنّ التركيز على القيم الدينية يُشعره بأنه مُقصرٌ دينياً فزيد الشعور بالذنب من معاناته، أو أن يكون لخلافٍ عائليّ مثلاً دورٌ كبيرٌ في الاكتئاب، فيؤديّ التركيز على العائلة ودورها وأهميتها إلى شعور الشخص بأن سبب مُشكلته يُقدّم له باعتبارِه الحلّ.

## من الدراساتِ إلى الفرد

بعد كلّ هذه الدراسات والبيانات، ما الذي يُمكن أن نستنتجُه بخصوصِ حالاتِ اكتئابِ بعينها؟ مثلاً، إذا عرفت أن صديقك أُصيبَ بالاكتئاب، فهل يُمكن أن تستنتج أن عنده نقصاً في التدين؟ وكيف توفّقين بين نتائج هذه الدراسات وكونِ خالتكِ أُصيبتَ بالاكتئاب مع أنّها أكثر من تعرفين تديناً والتزاماً؟ وكيف تُوفّق بين هذه الدراسات وبين كونِ جميع من تعرف في محيطك الاجتماعيّ ممّن شخصوا بالاكتئاب متدينون، في حين أن زميلك اللادينيّين في العمل لا يبدو عليهما أيُّ إشاراتٍ لوجودِ اكتئاب؟

هذه الأسئلة كلّها تدورُ حولَ نقطةٍ واحدة، وهي: ما العلاقة بين نتائج الدراسات التجريبية وبين حالة بعينها؟

والجوابُ هو أنّ هذه الدّراسات تُجرى على عيّنات samples، أي مجموعاتٍ من البَشَر، وهناك عواملُ كثيرةٌ تزيدُ من موثوقيتها ومن تمثيلها للمجتمع أو المجموعاتِ البشريّة المُراد دراستها، من قبيل أن يكونَ حجمُ العيّنة كبيرًا واختيارُ أفرادها عشوائيًا وغير ذلك. كلّما زادت موثوقيّة الدّراسة، زادت قدرتها على أن تعطينا معلوماتٍ أدقّ عن المجتمع أو المجموعة البشريّة التي تدرُسها، أي تزدادُ موثوقيتها على مستوى المجموع.

أمّا بخصوصِ أيّ فردٍ على التّعيين، فلا يُمكنُ للدّراسات أن تقولَ لنا شيئًا مؤكّدًا.

بالتّالي، هذه الدّراسات يُمكنُ أن نستخلصَ منها الاستنتاجاتِ التّالية على سبيلِ المِثال:

- نسبُ الاكْتئاب بين المتديّنين و الرّوحانيّين أقلّ من غيرهم.
- لو أخذنا عشوائيًا 1000 شخصٍ متديّن وروحانيّ و1000 شخصٍ ليسوا متديّنين ولا روحانيّين، فعدّدُ المُصابينَ بالاكْتئاب في العيّنة الأولى سيكوّنُ أقلّ من الثّانية.
- لو أخذنا عشوائيًا 1000 شخصٍ مُصابينَ بالاكْتئاب و متديّنين وروحانيّين في الوقتِ نفسِه، وعيّنةٌ أخرى من 1000 شخصٍ مُصابينَ بالاكْتئاب ولكنهم ليسوا متديّنين أو روحانيّين، وقارنّا بين المجموعتين من ناحيةِ احتمالِ الاكْتئاب والتعاملِ معه بثباتٍ أكبر ومن ناحيةِ سرعةِ التّعافي، فسَنجدُ المجموعة الأولى تُحقّقُ نتائجَ أفضلَ على مُستوى المجموعة ككلّ من المجموعة الثّانية.

أما على مُستوى الفرد، فلا يُمكنُ الخُروجُ باستنتاجاتٍ مُشابهة، والسبب هو أنّ الدراساتِ لا يُمكنُ لها أن تقيسَ العلاقاتِ بين المتغيّرات (الاكتئاب والتدين في حالتنا) إلا على مستوى مجموعاتٍ من البشر، لا على مستوى أفرادٍ بعينهم.

لو أجرى أحدُهم دراسةً لنسبة أصحابِ العيونِ الزرقاءِ في بغداد، فوقفَ في طريقٍ وسجّلَ لونَ عيونِ أوّلِ ألفٍ من الماشينَ في الطريقِ، فكانت نسبةُ ذوي العيونِ الزرقاءِ 5 بالمئة مثلاً. ما الذي يُمكنُ لنا أن نستنجهُ بخصوصِ أن يكونَ العابرُ التّالي للطريقِ ذا عيونِ زرقاءٍ؟ يُمكنُنا أن نقولَ إنّ الاحتمالَ ضئيلٌ، ويُمكنُنا أن نقولَ إنّهُ ليسَ من مصلحةِ أحدٍ أن يُراهِنَ بمئةِ دولارٍ أنّ العابرَ التّالي سيكونُ ذا عيونِ زرقاءٍ، وأنّ من المعقولِ إلى حدٍّ ما أن يُراهِنَ بمئةِ دولارٍ على أنّ عيونَ العابرِ التّالي ليست زرقاءٍ، لكنّ من الخطورةِ أن يُراهِنَ على ذلك بعشرةِ آلافِ دولارٍ، فالمبلغُ كبيرٌ و5% احتمالٌ ضئيلٌ ولكنه ليس معدوماً. يُمكنُنا قولُ ذلك وما يُشبههُ، لكن لا يُمكنُ لأحدٍ أن يقولَ على وجهِ على اليقينِ أنّ عيني العابرِ التّالي زرقاوان، ولا أن يقولَ على وجهِ اليقينِ أنّهما ليستا كذلك.

إذن، ما الاستنتاجاتُ الخاطئةُ التي يُمكنُ أن نقعَ فيها بعد أن اطَّلعنا على الدراساتِ التي بحثتْ في العلاقةِ بين التدينِ والروحانيّةِ والاكتئابِ؟ هذه بعضُ الأمثلةِ:

• صديقي مُصابٌ بالاكتئابِ، وقرأتُ في كتابٍ أنّ المتديّنينَ أقلُّ اكتئاباً، إذن، صديقي غيرُ متديّنٍ أو قليلُ الدينِ. خطأ، فالدراساتُ

تُخْبِرُنَا أَنَّ نِسْبَةَ الْاِكْتِتَابِ أَقْلُ بَيْنَ الْمْتَدِينِينَ، تَمَامًا كَمَا تُخْبِرُنَا أَنَّ  
أَمْرَاضَ الْقَلْبِ أَقْلُ عِنْدَ مَنْ يُمَارِسُونَ الرِّيَاضَةَ. هَذَا لَا يَعْني أَنَّهُ  
لَا يُوْجَدُ مُطْلَقًا رِيَاضِيُونَ مُصَابُونَ بِأَمْرَاضِ الْقَلْبِ، بَلْ كُلُّ مَا فِي  
الْأَمْرِ أَنَّ أَمْرَاضَ الْقَلْبِ أَقْلُ شُيُوعًا بَيْنَهُمْ.

• خَالْتِي مُصَابَةٌ بِالْاِكْتِتَابِ، وَاشْتَدَّ عَلَيْهَا كَثِيرًا، وَهِيَ مُتَدِينَةٌ جِدًّا.  
قَرَأْتُ فِي كِتَابِ أَنَّ الْمْتَدِينِينَ أَسْرَعُ تَعَافِيًا مِنَ الْاِكْتِتَابِ. إِمَّا أَنَّ هُنَاكَ  
مَشْكَلَةٌ فِي تَدِينِهَا أَوْ أَنَّ هَذِهِ الدَّرَاسَاتُ غَيْرُ دَقِيقَةٍ وَالتَّدِينُ لَا يُفِيدُ فِي  
الْاِكْتِتَابِ. خَطَأً، خَالَتْكِ شَخْصٌ وَاحِدٌ، وَالدَّرَاسَاتُ لَا تَسْتَطِيعُ أَنْ  
تُخْبِرَنَا بِبِقِينٍ عَنِ شَخْصٍ مُحَدَّدٍ، بَلْ تُخْبِرُنَا مَعْلُومَاتٍ عَنِ مَجْمُوعَةٍ  
مِنَ الْبَشَرِ كَمَجْمُوعَةٍ لَا كَأَفْرَادٍ. الدَّرَاسَاتُ تَقُولُ بِالْفِعْلِ إِنَّ الْمْتَدِينِينَ  
أَسْرَعُ تَعَافِيًا مِنَ الْاِكْتِتَابِ، وَهَذَا يُشْبِهُ تَمَامًا أَنْ تَقُولَ دِرَاسَةٌ إِنَّ  
الرِّيَاضِيِّينَ أَسْرَعُ تَعَافِيًا مِنْ كُسُورِ الْفَخْذِ مَقَارَنَةً بِغَيْرِ الرِّيَاضِيِّينَ، هَلْ  
هَذَا يَعْني أَنَّهُ لَنْ يُوْجَدَ رِيَاضِيٌّ يَتَأَخَّرُ تَعَافِيَهُ مِنْ كُسْرِ الْفَخْذِ عَنِ مَدَّةِ  
تَعَافِيِ بَعْضِ غَيْرِ الرِّيَاضِيِّينَ؟ لَا، فَهَذَا احْتِمَالٌ وَارِدٌ بِالتَّأْكِيدِ.

• ثَمَّ إِنْ اِكْتِتَابَ خَالَتْكِ قَدْ يَكُونُ شَدِيدًا بِطَبْعِهِ، وَالتَّدِينُ سَاعِدَهَا  
خِلَالَه وَإِنْ لَمْ تَتَعَفَ بِسُرْعَةٍ، فَمِنَ الْوَارِدِ أَنَّ مَعَانَاتَهَا كَانَتْ سَتَكُونُ  
أَشَدَّ بِكَثِيرٍ لَوْ لَمْ تَكُنْ مْتَدِينَةً، وَالرِّيَاضِيُّ قَدْ يَكُونُ كُسْرُ الْفَخْذِ الَّذِي  
أَصَابَهُ شَدِيدًا جِدًّا، وَلَوْ لَمْ يَكُنْ رِيَاضِيًّا، لِتَأَخَّرَ تَعَافِيَهُ أَكْثَرَ بِكَثِيرٍ.

• يَقُولُونَ إِنَّ الْمْتَدِينِينَ أَقْلُ اِكْتِتَابًا، وَجَمِيعٌ مِنْ أَعْرَفٍ مِنَ الْمُصَابِينَ  
بِالْاِكْتِتَابِ حَوْلِي مِنَ الْمْتَدِينِينَ. فَوْقَ ذَلِكَ، لَا أَعْرِفُ مُلْحِدِينَ فِي  
نِطَاقِي الْاجْتِمَاعِيِّ إِلَّا زَمِيلَيْنِ فِي الْعَمَلِ، وَهُمَا مِنْ أَسْعَدِ مَنْ رَأَيْتُ  
مِنَ الْبَشَرِ. أَنَا لَا أَصَدِّقُ هَذِهِ الدَّرَاسَاتِ الَّتِي تَتَحَدَّثُ عَنِ الْاِكْتِتَابِ  
وَالدِّينِ. خَطَأً، وَأَسْبَابٌ كَثِيرَةٌ، فَالْعَيْنَتَانِ صَغِيرَتَانِ جِدًّا (مَجْمُوعَةٌ

صغيرة من المتدينين المُصابين بالاكئاب، وزميلان مُلحدان غيرُ  
مكتَّبين)، ولا تصلحان لنقضِ الدراساتِ التي تُجرى على أعدادٍ  
كبيرة من البشر. فوق ذلك، من الواضح أن المحيطَ الاجتماعيَّ حولَ  
هذا الشخص يتألفُ بشكل أكبر من المتدينين، وليس فيه إلا مُلحدان.  
بطبيعة الحال، سيكون عددُ المكتَّبين بين المتدينين أكبر لأن عدد  
المتدينين أكبر ببساطة، أي نسبة وتناسب. لو كان حوله العددُ نفسه  
من المتدينين والملحدين، وكان حجمُ العيّنتين كبيراً بما يكفي،  
فستكون أعدادُ المكتَّبين في الفريقين أقرب لما تُخبرنا به الدراسات.

## دورُ الطيب والمعالج النفسي في موضوع الاكئاب والدين

هناك سؤالٌ منطقيٌّ ومُشروعٌ إذن: إذا كان للتدين دورٌ إيجابيٌّ في  
الاكئاب، ألا ينبغي أن يكون الدينُ ممّا على الطيب النفسي والمعالج  
النفسي توظيفه في التعافي؟

والجوابُ على هذا السؤالِ ينبغي أن يأخذَ في الاعتبارِ كثيراً من العوامل.

في كثيرٍ من الأحيان، تكونُ لمشكلةٍ أو ظاهرةٍ ما عدّةُ جوانبٍ  
لمعالجتها والتعاملِ معها، ومع أنّ هذه العواملُ متداخلةٌ وتتفاعلُ  
معاً، إلا أنّ هناك أهميةً كبيرةً للفصلِ بين الاختصاصاتِ التي تتعاملُ  
مع جوانبها المختلفة. هذا الفصلُ يحدثُ لغاياتٍ عمليّة، ومن أجلِ  
وضوحِ المسؤولياتِ وزيادة الكفاءة في معالجة المشكلة، لكنّه لا يعني  
بحال أنّ هذه الجوانبَ منفصلةٌ عن بعضها، أو أنّ اقتصارَ جهةٍ ما على  
التعاملِ مع جانبٍ مُحدّدٍ فيها يعني أنّ الجوانبَ الأخرى أقلُّ أهميةً.

مثلاً، لو أراد مُجْتَمَعٌ ما أن يُحَقِّقَ نهضةً في مجال الذكاء الاصطناعي، فسيكون لهذا المشروع جوانبٌ مختلفةٌ تتضافرُ معاً، فالمدارسُ ينبغي أن تستدخِله في مناهجها، والجامعاتُ يجبُ أن تستحدثَ تخصصاتٍ جديدة، ورأسُ المالِ يجبُ أن يستثمر، والحكومةُ ينبغي أن تسنَّ القوانين، والإعلامُ ينبغي أن يرفعَ الوعي، وهكذا. وبالمثل، لو أراد مُجْتَمَعٌ ما أن يكافِحَ ارتفاعَ نِسَبِ الجريمة، فعلى المدارسُ أن تنشرَ الوعي وتضعَ استراتيجياتٍ لمواجهةِ التسرُّبِ من الفصولِ الدراسية، وعلى المُصلِحين أن يُذكروا بفضائلِ الأخلاقِ وعواقبِ الانحرافِ، وعلى الشُّرطة أن تحزِمَ في تنفيذِ القانونِ، وعلى الجمعياتِ الأهلية أن توجهَ مواردها للتأهيلِ وإعادةِ الإدماج، وهكذا. حتى لو كانَ للشرطي إيمانٌ واهتمامٌ بدورِ المدرسة في مكافحةِ الجريمة، فدوره ليسَ أن يُربيَ الطلابَ في المدارس.

وبخصوصِ موضوعنا، فالطبيبُ النفسيُّ والمعالِجُ النفسيُّ يحصلانِ على تعليمٍ متميزٍ وتأهيلٍ نادرٍ، ويتدرَّبانِ على مهاراتٍ في التعاملِ مع المرضِ النفسيِّ لا يُتاحُ لغيرِهما امتلاكُها والتمكُّنُ منها، ولهذه المهارات - فهم الأدوية ووصفها ومراقبتها، وأنواعِ العلاجِ النفسيِّ المختلفة - نتائجٌ في غاية الأهمية ودورٌ في التعافي لا يُمكنُ لأسرةِ المريض ولا الأصدقاء ولا رجالِ الدين أن يقوموا به، وبالتالي فالأولى لهما أن يقوموا بهذا الدورِ الذي لا يُتقنه سواهما.

ولهذا النقطةُ خصوصيةٌ مهمةٌ في مجتمعاتنا العربية والإسلامية بالذات، وهي أنه ما ترألُ قطاعاتٌ واسعةٌ من المُجْتَمَعِ لا تؤمنُ بوجودِ المرضِ النفسيِّ والاكْتِئابِ خصوصاً، وتعتبرُه ناتجاً عن نقصٍ في الدين والإيمان. بالتالي، قد لا يصلُ المُصابُ بالاكْتِئابِ إلى عيادةِ

الطبيب النفسي أو جلسة المُعالج النفسي إلا بعد أن يكون استنفد المشايخ الذين يعرفهم، وسمع من أسرته وممن حوله كلامًا كثيرًا مؤلمًا عن أنه لو كان قوي الإيمان لما أرقهه الاكتئاب بهذه الطريقة، وجاء أخيرًا يُريد من الطبيب أو المُعالج أن يفهمه، ثم يجد الطبيب أو المُعالج يُحدثه عن علاقة الدين بالاكتئاب!

حتى لو كانت العلاقة موجودة كما تُظهر الأبحاث والدراسات، فهذا ليس ما يبحث عنه كثير ممن يقصدون الأطباء النفسيين والمُعالجين النفسيين، بل هم يبحثون عن المهارات التي يمتلكها هؤلاء المتخصصون والعلم الذي يمتازون به عن سواهم.

بالتالي، هذا الفصل في الاختصاصات مهم جدًا في أغلب الأحيان لغايات الفعالية وتقاسم الأدوار وأن يتصدى كل لما يُتقنه وما يختص به، وأن نُغلب ما يُفيد المصاب بالاكتئاب في التعافي إذا كان يقصد المتخصصين لمعرفةهم الاختصاصية، لا ليبرزوا جانبًا من الاكتئاب لم يقصدهم لنقاشه أو ليُركزوا عليه في العلاقة العلاجية.

ولكن، هل هذا يعني أن على الطبيب النفسي والمُعالج النفسي ألا يتطرقا لموضوع الدين؟

على العكس تمامًا، فتقييم موقع المصاب بالاكتئاب -وبأي مرض نفسي عمومًا- من الدين جزء من المقابلة الطبية، وبالتالي ينبغي السؤال عما إذا كان المُعالج يعتبر نفسه متدينًا أو روحانيًا بأي معنى، وعما يعنيه الدين والتدين له، وعما إذا كان ملتزمًا بالشعائر، وعما إذا كان الذهاب

للمسجد أو دار العبادة عموماً جزءاً من نظامه اليومي أو الأسبوعي.

وبعدها، فإنه ينبغي للطبيب أو المُعالِج أن يستثمر هذه الجوانب إن كانت موجودة، فإذا كان المتعالِج متديناً فهناك الكثير من الجوانب التي يُمكن للطبيب والمُعالِج أن يستثمراها ويبرزها، والأمثلة على ذلك كثيرة، منها:

• قد يعتبرُ المتعالِجُ الدِّينَ ممَّا يُساعدُه على مقاوِمَةِ الاكْتِئابِ، وهنا على الطَّبيبِ تَميِنُ ذلك ودَعْمُه.

• قد يعتبرُ المتعالِجُ الاكْتِئابَ ابتلاءً عليه أن يَصْبِرَ عليه، ويعتبرُ نفسه مأجوراً على صبره ومثابرتِه، وهذا يَجِبُ دَعْمُه.

• قد يعتبرُ المتعالِجُ أن من واجِبِه الدِّينيُّ أن يسعى إلى العافية «عبادَ الله تداووا»، وهذه فكرةٌ إيجابيةٌ ينبغي تَدعيمُها.

• قد يعتبرُ المتعالِجُ أن ذهابه للصلاة واجتماعه مع المؤمنين أمرٌ حَسَنٌ ويمنحه الطَّاقةَ ويزيدُ عزمته، وبالتالي فعلى الطَّبيبِ تشجيعُ ذلك والسؤالُ عنه، بل يُمكنُ اعتبارُ الذهابِ للصلاة أحدَ النِّشاطاتِ التي يسعى الطَّبيبُ والمعالِجُ لتعزيزِها من خلالِ التحفيزِ السلوكيِّ.

• قد يعتبرُ المتعالِجُ أن إيمانه يجعله يعتقدُ ألا شيءٌ يحدثُ عبثاً، وأنَّ خيراً يُرادُ به من هذه التجربة رَغَمَ معاناته خلالها، وهذا يمنحه المعنى ويجعله يتطلَّعُ إلى ما بعدَ التعافي، وهذا شعورٌ إيجابيٌّ ينبغي تعزيزه.

وغيرها كثير.

وما يتجاوزُ ذلك إلى قضايا تخصُّ كلَّ مريضٍ بعينه، فهذه ينبغي التَّعاملُ معها بحكمةٍ ورِصانةٍ، ويتحدَّدُ مسارُها من خلالِ العلاقةِ العلاجيَّةِ وتطوُّرها، وما تَطْرُقُه على طاولةِ العلاجِ بشكلٍ طبيعيٍّ غيرِ مفتعلٍ أو مؤدَّجٍ.

مثلاً، قد يتبيّن خلال العلاج أنّ هناك إشكالاتٍ مع الدّين والتّدئين لها طابعٌ عُصائبيٌّ غيرٌ صحّيّ، مثل أن يكون المتعالجُ من أسرةٍ متديّنة، لكنّ علاقته بوالديه في غاية السّوء لأسباب كثيرة، وهذا أدّى إلى أن تُصبح العلاقة بالدّين نفسه متوتّرةً ومتشنّجةً، وتُشكّل للشخصِ عشرةً في طريق تعافيه، لأنّه يُريدُ للدّين مكاناً في حياته، ولكنّ اشتباك ذلك مع علاقته المريرة بأسرته يجعله يعيشُ نزاعاً كبيراً يحولُ بينه وبين العافية. في هذه الحالة، هذا الموضوعُ من ضمنٍ ما يتناولُه العلاجُ النّفسيّ، ولكن على قاعدةٍ مسؤوليّة الطّبيبِ والمعالجِ في السّعي إلى العافية بأدواتهما المتخصّصة، فهما يُعالجانِ هذا الموضوع بصفتهما متخصّصين مهنيين مؤتمنين هدفهما تحقيقُ العافية، لا بصفتهما واعظين أو داعيين إلى فكرٍ ما أو منطلّقين من خلفيّة إيديولوجيّة.

وهناك أمثلةٌ أخرى على أن يكون الدّينُ مركزياً في طلبِ العلاجِ من الاكْتئاب، كأن يطرحَ المتعالجُ بنفسه أنّه ابتعدَ عن الدّين وأنّ هذا الأمرُ يؤرّقه وأنّه يعتبرُ الدّينَ أمراً مهمّاً له ولسلامته الوجدانيّة وتوازنه النّفسي، فعندها يكونُ الحديثُ في هذا الأمرِ واستكشافه والبحثُ عن أسبابه في صميمِ الحاجةِ العلاجيّة، وغير ذلك.

هل من مشكلة في البحثِ عن طّبيبٍ أو معالجٍ متديّن أو ذي موقفٍ إيجابيّ من الدّين؟

كثيرٌ من المتديّنين الذين يبحثون عن طّبيبٍ نفسيّ أو مُعالجٍ نفسيّ يهتمُّهم أن يكون الطّبيبُ أو المُعالجُ متديّناً، لأنّهم يتوقّعون أن يفهمَ

مشكلاتهم بشكل أفضل، وألا يفرض عليهم رؤية مادية أو علمانية للاكتئاب والتعافي. هذا لا مشكلة فيه، فلا حرج في أن يبحث المتعالج عن طبيب أو مُعالج يشعر أنه أقدر على فهم ثقافته وفلسفته في الحياة، فهذا يدخل ضمن التوافق بين المُعالج والمتعالج، وهذا أمرٌ مفيدٌ ومطلوب. كما أن من حق من يعيش حياةً ليبرالية بعيدة عن التدين أن يبحث عن مُعالج يفهم نمط الحياة هذا ويتقبله ولا ينظر إليه نظرةً سلبية، من حق المتدين أن يبحث عن مُعالج يفهم نمط حياة التدين ولا ينظر لها نظرةً سلبية.

إبراز إيجابيات علاقة الدين والاكئاب، بدلاً من الحديث عنها  
بتنفير

نتائج الأبحاث والدراسات التي ذكرناها فيما يخص العلاقة بين التدين والروحانية والاكئاب يُمكن أن تُستخدم بأكثر من طريقة، فبالإمكان استخدامها باعتبارها دليلاً على أن نقص التدين والروحانية تزيد نسبة الاكئاب أو تجعل التعافي منه أصعب وأبطأ، ويُمكن استخدامها بحيث تُبرز أن للتدين والروحانية قيمةً إيجابية، وأنهما رافعةً نفسيةً ومصدرٌ مهمٌ من مصادرٍ مُقاومة المصاعب وتحقيق التعافي. الخطابُ الأوّل يأخذ شكل التقرير والإنكار على غير المتدينين، والثاني مُبشّرٌ وإيجابيٌ ويُفيد المتدينين دون أن يُنفّر ويصنع الخصومات، ونحن بالتأكيد نُفضّل هذا الخطاب، ونعتبره أحكم وأكثر مسؤولية، ويُبعد هذا الموضوع عن الاستقطابات التي لا طائل من ورائها.

ومن حَقٍّ من شاء أن يقولَ في المجالِ العامِّ ما شاء، من إعلامٍ وندواتٍ ومحاضراتٍ وغيرِ ذلك، وحتى لو كُنَّا نختلفُ مع الخطابِ الآخرِ من ناحية الجدوى وترتيبِ الأولوياتِ والتأليفِ بين القلوبِ ونبذِ المُناكَفاتِ، إلا أن من لا يُعجِبُهُ أيُّ خطابٍ بإمكانه أن يُحاجِجَهُ ويُناقِشَهُ، أو ينصِرفَ عنه، هكذا بكلِّ بساطة. ومع أننا نُدرِكُ أن بعضَ المُصابينَ بالاكْتئابِ من المتديّنينَ ومن غيرِ المتديّنينَ يستَفِزُّهم الحديثُ عن هذا الموضوعِ بطريقةٍ تتهمُ المُصابينَ بالاكْتئابِ بأنهم قليلو دين، إلا أننا نذكُرُهم بأنَّه ليس بالمُمكنِ ولا حتى بالمرغوبِ أن نتحكَّمَ في جميعِ الخطاباتِ في المجتمعِ، ونجعلَ من أنفسنا عُرْضةً للضيقِ من أيِّ خطابٍ لا يُعجِبُنَا أو حتى نرى أن فيه غمطاً لنا وسوءَ فهمٍ لحالنا. يكفي أن نفهمَ أن هذه الدِّراساتُ تُعطينا فكرةً عن المجموعِ البشريِّ كمجموع، ولا تُخبرنا شيئاً عن حالِ شخصٍ بعينه، فإذا كنتَ متديّناً ومُصاباً بالاكْتئابِ، وتعلَّمُ من نفسك أنك تُحبُّ التدينَ وتنتمي إليه، فأنت أدرى بحالكِ من منشورِ على السّوشال ميديا أو مقطعٍ على يوتيوب.

ثم إنَّ المُتحدِّثَ في المجالِ العامِّ من حقِّ الناسِ عليه أن يذكرَ الحقائق كما هي، مع تفضيلِ أن يكونَ ذلكَ في إطارٍ من اللباقةِ وإدراكِ الحساسياتِ والتّماسِ أفضلِ الطُّرُقِ وأحسنِ القولِ، ونتائجُ الدِّراساتِ والأبحاثِ في هذا الأمرِ معرفةٌ بشريّةٌ من حقِّ من يشاءُ أن يعرضَها، ومن حقِّ الناسِ معرفتها، ولذا، نختلفُ مع من يُنكرونَ مُجرّدَ التطرُّقِ لهذه الدِّراساتِ باعتباره أمراً يُمكنُ أن يُسببَ الإزعاجَ ويُثيرَ الحفائظَ. تُرى، لو كانت أكثرُ الدِّراساتِ تُشيرُ إلى العكس، أي إلى أن التدينَ والرُّوحانيّةَ تؤثّرُ على الاكْتئابِ سلبيّاً، أما كان كثيرُونَ ليستخدِموا ذلكَ بطريقةٍ تُزعجُ المتديّنينَ وتُثيرُ حفائظَهم؟

ولذا، نرى أنّ بالإمكان، بل من المُستَحَبِّ والمُحَبَّد، أن نجمعَ بين تقديم الحقائق ونتائج الأبحاث، وبين اللباقَةِ والحِرصِ والحكمةِ والقولِ الحَسَنِ، فالدينُ نَفْسُهُ يُقدِّمُ نَفْسَهُ على أَنَّهُ الحَقُّ والحَقِيقَةُ، ومع ذلكَ يتوخى في الوقتِ نَفْسَهُ الحِكْمَةَ والموعِظَةَ الحَسَنَةَ وتَأليفَ القُلُوبِ والتِماسِ مَظانِّ التَّبشِيرِ والتَّيسِيرِ، لا التَّنْفِيرِ والتَّعْسِيرِ.

## الفصل الثامن: العلاج النفسي، تعريف عام

العلاج النفسي Psychotherapy من أهم ما يُفيد في الاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية، ونعني به الجلسات العلاجية مع مُعالج متخصص therapist، ويُطلقُ عليه أحيانًا «العلاج بالحِوار Talk Therapy» تمييزًا له عن العلاج النفسي الدوائي.

هناك أنواعٌ كثيرةٌ للعلاج النفسي، ثلاثةٌ منها هي الأكثرُ حضورًا في علاج الاكتئاب:

- العلاج الإدراكي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy
- العلاج النفسي الديناميكي Psychodynamic Psychotherapy
- علاج الحيز الاجتماعي Interpersonal Psychotherapy

وستحدّثُ عن هذه الأنواع بالتفصيل، لكن قبل ذلك، سنتحدّثُ عن قضيتين مهمّتين، هما الأسبابُ التي تحوّلُ عادةً بين المُصابين بالاكتئاب والعلاج النفسي، والمكوّنات التي تشتركُ فيها هذه العلاجاتُ جميعًا قبل أن تتفرّعَ إلى فروعٍ متخصصة.

### أسبابُ العُزوفِ عن العلاجِ النفسي

هنا نحاولُ عرضَ ومعالجةَ أهمّ الأسباب التي تحوّلُ عادةً بينَ

المُصابينَ بالاكْتئابِ والعِلاجِ النَفسيّ:

أولاً: الأسبابُ ذاتُها التي تَحولُ ما بينَ المُصابينَ بالاكْتئابِ وطلبِ العِلاجِ عموماً مهما كانَ نوعُهُ، من قَبيلِ إنكارِ وجودِ الاكْتئابِ أصلاً والتخوُّفِ من التبعاتِ الاجتماعيّةِ والأسريّةِ والوظيفيّةِ وغيرها، وهذه فصلنا بعضُها في الفصلِ الثامنِ.

ثانياً: ضعفُ المعرفةِ العامّةِ بالعِلاجِ النَفسيّ عموماً، فرغم اتّساعِ نطاقِ الاستفادةِ من الطبِّ النَفسيّ والانتشارِ المُتزايدِ للثقافةِ المرتبطةِ به، إلا أن كثيراً من جوانبِ الطبِّ النَفسيّ ما تزال مُحاطةً بالغموضِ والظنونِ الخاطئةِ والأفكارِ المغلوطةِ، وهذا ينطبقُ على العِلاجِ النَفسيّ، إذ لا يعلمُ أكثرُ النَّاسِ ما يعنيه العِلاجُ النَفسيّ وما يحدثُ خلاله، وسنُحاولُ في ثنايا هذا الفصلِ والفصولِ اللاحقةِ أن نتحدّثَ عن تفاصيلِ ما يحدثُ في العِلاجِ النَفسيّ وآلياتِ عمله وكيف يُساهمُ في التعافي.

ثالثاً: كثيرون يُحجمونَ عن العِلاجِ النَفسيّ لظنِّهم أنّه مجردُ كلامٍ وفضفضيةٍ و«حواديت» يُمكنُ أن يقومَ بها صديقٌ أو قريبٌ، وبالتالي يُشكِّونَ في قيمتهِ، ويعتبرونَ أنّ وجودَ عائِلةٍ داعِمةٍ أو أصدِقاءٍ متفهِّمينَ تُسدُّ مسدَّ العِلاجِ النَفسيّ. نأملُ أن يوضِّحَ هذا الفصلُ والفصولُ الثلاثةُ التي تليه أنّ العِلاجَ النَفسيّ له كثيرٌ من الجوانبِ المتخصِّصةِ والتقنيّةِ التي تتجاوزُ الدَّعمَ والمؤازرةَ بمعانيها الواسعةِ.

رابعاً: هناك من يتجنَّبونَ العِلاجَ النَفسيّ لظنِّهم أنّه سيكونُ مُجرّداً دَعمٍ وتطمينٍ ورفعِ معنوياتٍ من دونِ دُخولٍ في صلبِ المُشكِلاتِ، أي أنّهم يُشكِّونَ في قُدرةِ المُعالِجِ على خوضِ الموضوعاتِ الصَّعبةِ والمُشاعِرِ الأليمةِ، وبالتالي يخشونَ أن يظلَّ العِلاجُ «على السَّاطي» دونَ

الدّخولِ في العمق. وهناك من يُعرضون عنه للعكسِ تمامًا، أي لتخوّفهم من أن يَغوَصَ في مُشكلاتٍ أو تجاربٍ صعبةٍ يتحرّجونَ أو يخافونَ من الحديثِ عنها، مع ما يُصاحِبُ ذلك من انكشافٍ أو إحراجٍ أو هشاشة.

خامسًا: الصّورة النمطيّة عن العلاجِ النفسيّ، فكثيرٌ من المعرفة العامّة بالطبّ النفسيّ عمومًا والعلاجِ النفسيّ خصوصًا آتيةٌ من الأفلام والمسلسلات، ومع أن تاريخ الطبّ النفسيّ شهد بالفعل كثيرًا من المشكلات، إلا أنّ الأفلام والمسلسلات شوّهت الطبّ النفسيّ كثيرًا، فالصّورة الشائعة للمختصّ النفسيّ في الأفلام والمسلسلات، طبيبًا كانَ أو مُعالِجًا، إمّا سلبيةً مُخيفةً أو مُضحكةً كاريكاتوريّة. وبخصوص العلاجِ النفسيّ تحديدًا، فالصّورة النمطيّة مستمدةٌ غالبًا من شكلٍ مشوّه من التحليلِ النفسيّ، حيث يستلقي المريض على «الشيزلونج» ويجلس المحلّل النفسيّ غريب الأطوار خلفه، ويمتدّ التحليل النفسيّ لسنوات، ويكاد يقتصر الحديث على الطّفولة والعلاقة بالأمّ والجنس والأحلام. هذا تصوير كاريكاتوريّ غير دقيق أصلاً للتحليل النفسيّ، ثم إنّ التحليل النفسيّ بشكليه التقليديّ أصبح نادرًا هذه الأيام، وانبثقت عنه علاجاتٌ جديدةٌ أدخلت عليه تطوّرات كثيرةٌ سنتحدّث عنها، فضلًا عن أنّ هناك أنواعًا شائعةً جدًّا ومفيدة من العلاجِ النفسيّ ليست مبنية على أساس التحليلِ النفسيّ الفرويدي، بل قامت بناءً على قطيعيّة مع أفكاره وأساليبه.

سادسًا: التخوّف من أن يحتاجَ ظهورُ التّحسّن فترةً طويلةً جدًّا، وهذا مفهومٌ باعتبارِ أنّ الشّخصَ يمرُّ بمُعاناةٍ كبيرة ويحتاجُ إلى تخفيفها على الأقلّ في المُستقبل القريب، حتّى ولو كانَ علاجُ جذورِ المُشكلاتِ يتطلّب وقتًا. والحقيقة أنّ النتائج التي يُحقّقها العلاج

تفاوت في حجمها ووقت تحققها حسب عوامل كثيرة، من بينها طبيعة الحالة النفسية وشدتها، وحجم الدعم الاجتماعي الذي يحظى به المتعالج خلال العلاج، وتكوينه النفسي والاجتماعي السابق على ظهور المشكلة، وكفاءة المُعالِج، ومناسبة نوع العلاج للحالة، وغيرها كثير. بالتالي، فالتحسُّن قد يظهر خلال أسبوعين أحيانا وقد يحتاج شهورا طويلة في أحيان أخرى. لكن من المهم أن ننبه هنا سريعا إلى نقطتين، وفي القادم مزيد من التفصيل:

1. جزء من هذا التحوُّف قادم، مرّة أخرى، من التحليل النفسي بشكليه الفرويديّ التقليديّ الذي كان يمتدُّ بالفعل لسنوات، بل يعتبر أحيانا أن الرغبة في ارتياح سريع من بعض المُعانة تعكس مقاومة من المتعالج لتجنّب الغوص في التفاصيل العميقة لحالته. وكما قلنا، هذا النوع من العلاج النفسي نادر هذه الأيام، وهو بالغ الندرة في المنطقة العربية.

2. أن معرفتنا بالاضطرابات النفسية وما يُفيد فيها تطوّرت كثيرا مُقارنةً ببدايات العلاج النفسي، وهذه المعرفة تنتشر وتزايد، مثل معرفتنا بفوائد النوم والرياضة وغيرها، وبالتالي، فلدى المُعالِج والمتعالج الآن وسائل متنوعة لتخفيف المُعانة بينما العلاج النفسي يُحدث آثاره الإيجابية.

سابعًا: توقُّع نصائح مباشرة من المُعالِج النفسي، وهذا قد يدفع المُصاب بالاكْتئاب للإحجام عن العلاج النفسي بطريقتين مُتناقضتين لا تخلوان من مُفارقة:

1. الرغبة في النصائح المُباشرة، وخيبة الأمل من غيابها: أي أن

المتعالج يطلب العلاج أملاً في نصيحة مباشرة، من قبيل: اترك عملك أو ابق، أنه هذه العلاقة أو حافظ عليها، صرح زوجتك بالأمر أو أبقه سرًا، وما شابه. فإذا لم يحصل على هذه النصائح المباشرة، شعر أن العلاج مضيعة للوقت.

2. النفور من النصائح المباشرة: أي أن يتخوف المتعالج من أن كل ما لدى المتعالج النفسي ليقدمه له هو نصائح من نوع: انفصل أو ابق، اقبل الوظيفة أو لا تقبل، اعمل أو لا تفعل، وما شابه. وبعض المتعالجين لا يريدون أن يسمعوا أشياء من هذا النوع، وبالتالي يحجمون عن العلاج.

والحقيقة أن تصوّر الطرفين مغلوط، فالعلاج النفسي لا ينبغي أن يكون فيه نصائح مباشرة إلا في حالات محددة، من قبيل: «يجب أن تمنعي ابنتك تمامًا عن الذهاب لبيت عمها لأنه لَمَحَ لجسدها بطريقة جنسية» وما يقع ضمن هذا النطاق وما يشبهه، أما الأمور المتعلقة بخيارات الحياة من قبيل الزواج والطلاق، والبقاء في عمل أو تركه، وكيفية وضع حد لتدخل الأقارب في حياتك وخصوصياتك، فهذه ليست مما ينبغي تقديم نصائح مباشرة بخصوصه.

لكن هذا لا يعني أن العلاج النفسي ليس لديه ما يقدمه بهذا الخصوص، بل العكس تمامًا هو الصحيح، فالعلاج النفسي قد ينبه المتعالج مثلاً إلى أن الخيارات التي هو حائرٌ بينها حديثة جدًا، في حين أن ثمة حلولاً وسطاً أو مركبة أو مختلفة، وقد ينبه المتعالج إلى أنماط عامة في التفكير أو السلوك ساهمت في الأزمة الحالية، وأن تصحيحها سيوسع من دائرة الممكن، كما أنه سيوفر الدعم الضروري إذا ما اتُخذ

قراؤً وكانت له تبعاتٌ نفسيةٌ بحاجة إلى إدارةٍ وتعاملٍ، وغيرها.

ثامناً: تصوّر أنّ العلاجَ النفسيَّ ترفٌ، وهذا أيضاً مأخوذٌ غالباً من الأفلامِ والمسلسلاتِ الحديثةِ، التي كثيراً ما تُصوّرُ طالبَ العلاجِ شخصاً ثرياً يملكُ كلَّ شيءٍ لكنه يجدُ نفسه فجأةً مُصاباً بالاكتئابِ فيذهب إلى طبيبِ نفسيٍّ كي «يُفضفض» وحسب. هذا تصويرٌ كارثيٌّ للعلاجِ النفسيِّ، فمن يحتاجونه ويمكن أن يستفيدوا منه ليسوا طبقةً محدّدةً ولا من مستوى مادّي أو اجتماعيٍّ معيّن، والمشاكلُ التي يمكنُ أن يُساعدَ فيها العلاجُ النفسيُّ ليست فقط مشاكلُ الطبقةِ المخملية، بل مشاكلُ أيِّ مُصابٍ بمرضٍ نفسيٍّ يُناسبه العلاج. وبما أننا نعلم أن انخفاضَ المستوى المادّي-الاجتماعيِّ ممّا يزيدُ احتمالَ وقوعِ الاكتئابِ، فالعلاجُ النفسيُّ حاجةٌ للفقيرِ كما هو للغني، وحاجةٌ للنجاحِ في مساره المهنيِّ كما هو حاجةٌ للمتعثّرِ فيه، وحاجةٌ للمكتئبِ ذي الحياةِ الزوجيةِ المستقرّةِ كما هو حاجةٌ للمكتئبِ الذي يعاني من مشاكلِ زوجية، وهكذا.

تاسعاً: تصوّر أنّ من المُخجلِ طلبَ العلاجِ النفسيِّ لقضايا محدودةٍ أو غيرِ كارثيةٍ. هذه النقطة عكسُ السابقة، ويبدو أنّها منتشرةٌ بين من ينشدون العلاجَ النفسيَّ في مجتمعاتنا أو يفكّرون فيه، حيث يخجلُ كثيرونٌ من طلبِ العلاجِ النفسيِّ لأنهم يعتبرون مشاكلهم تافهةً مقارنةً بالمشكلاتِ الضخمة التي تُعاني منها مجتمعاتنا، أو يخشون أن يرى المعالجُ مشكلاتهم تافهةً. فقد تقولُ إحداهنّ لنفسها: «كيف أطلبُ العلاجَ النفسيَّ لمشكلة محدودة بيني وبين زوجي وهناك من يموتون من الجوع وهناك من تُقصّف عليهم بيوتهم؟» أو يقول أحدهم لنفسه: «كيف سأخبر الطبيب أنّي مكتئب مع أنّ حياتي مثالية بلا مشكلات

واضحة، فيما غيري لا يجد بيتا يؤويه أو لا يجد عملاً ينفق منه على أطفاله؟»... إلخ. والحقيقة أنّ وجود شوكة صغيرة مثلاً في حذاء أحدنا لمدة يوم واحد سيجعله عاجزاً عن التفكير في أيّ شيء أو أية مشكلة أخرى في العالم، فما بالك بمن يُعاني من تردّد شديد في المزاج وعجز عن الاستمتاع بأيّ شيء وعدم القدرة على نوم ساعتين متصلتين في الليلة وانحطاطٍ حتى في القدرة الجسدية على القيام بأي نشاط؟

نذكر القارئ هنا بحدیثنا عن العوامل التي تزيد احتمال الاكتئاب، وأن بعضها مُرتبط بالتكوين البيولوجي وتكوين الشخصية وكروب الطفولة والكروب عموماً، وهذه عابرة للطبقات الاجتماعية والمستويات المادية. ونضيف لذلك أن العلاقة بين المستوى المادي والاستقرار النفسي ليست خطية أو مباشرة. صحيح أن الاكتفاء من حاجات الحياة الأساسية يزيح مصدرًا مهمًا للقلق والتوتر والكروب ويُتيح المجال للمرء للاهتمام بصحته والعناية بنفسه، وهذه كلها عوامل إيجابية فيما يتعلق بوقوع الاكتئاب أو شدته، إلا أنها ليست إلا جزءاً بسيطاً من العوامل المرتبطة بالاكتئاب. ثم إن من الطبيعي والمتوقع أن تكون بعض المشكلات أكثر تحديداً ودقة كلما ارتفع مستوى الفرد الاجتماعي والمادي والوظيفي، وهذه سنة في تطور المجتمعات، فإذا كانت هموم آبائنا في زمانهم مُنحصرة في لقمة العيش، فهذا لا يعني أن مشكلاتنا يجب أن تكون بالضرورة على هذا المستوى. ونعيد ونكرّر للأهمية أن صحة الفرد في ذاته وقدرته على القيام بنفسه ومن حوله عوامل مُساعدة على قيامه بدوره الاجتماعي في قضايا مجتمعه وأُمَّته.

عاشراً: النقص الشديد في المعالجات النفسية المتخصصةين والأكفاء، وهذا هو الواقع حتى في أكثر أنواع العلاج شيوعاً، وهو

أصح في أنواع العلاج الأكثر تخصصًا ودقة للأسف. ومع أن حل هذه النقطة يتجاوز قدرة القارئ والمؤلف، إلا أن أحد الحلول الممكنة هو عدم التوقف مليًا أمام نوع العلاج النفسي إذا كانت الخيارات محدودة، فهناك مساحة كبيرة مشتركة ومفيدة بين أنواع العلاج النفسي المختلفة كما سنبين في هذا الفصل.

حادي عشر: التكلفة، وهذه حقيقة لا مفر منها، فالعلاجات النفسية تقوم على جلسة أسبوعية على الأقل، أما العلاج الدوائي فيمكن أن يحتاج بضعة مراجعات متقاربة نسبيًا في أول العلاج، فإذا استقرت الأمور صارت المواعيد متباعدة بالشهور، ولذا، يُحجم كثيرون عن العلاج النفسي. وهذه أيضًا مشكلة بحاجة لحلول اجتماعية، من قبيل شمل الجلسات العلاجية في التأمين الصحي، ودعم التخصصات النفسية في الجامعات، وشملها في الخطط الحكومية لتطوير الصحة عمومًا. أما على الصعيد الفردي، فالاستعانة بكل الوسائل الممكنة للتعافي، كالمذكورة في بقية فصول هذا القسم، من المأمول أن يُقرب العافية من خلال تضافر الوسائل، ويجعل العلاج النفسي أقل تكلفة.

ولا شك أن هناك عوائق وموانع أخرى تجعل المُصابين بالاكْتئاب يُحجمون عن طلب العلاج النفسي، لكن هناك قضية خاصة تستحق أن نُفرد لها بنقاشٍ مستقل.

قضية خاصة: لست أنا من يجب أن يتعالج، بل من حولي

ترددت هذه الفكرة كثيرًا بصيغٍ مختلفة، وخلصتها أن هناك من

يشعرون أنهم ضحايا لأخطاء غيرهم، مهما كان نوع هذا الخطأ، وأنهم يعانون بسبب هؤلاء الآخرين، وبالتالي يعزُّ عليهم أن يكونوا هم من يُعاني ويتلقَّى العلاج النفسي، لا من تَسبَّب بمعاناتهم.

لنأخذ مثلاً بسيطاً: امرأة انتهى زواجها بالطلاق. تعرّفت على الرجل وبدا لها في وقتها زوجاً مناسباً، ومرّت فترة بسيطة قبل أن تبدأ الأمور تتدهور، إذ بدأ يعاملها بقلّة احترام، ويستخدم طرقاً مختلفة للتلاعب النفسي، من قبيل لومها على أخطائه هو، وإشعارها دائماً بالذنب، وإنكار أيّ خطأ في التعامل حين تُحاول نقاش ذلك معه، بل اتّهامها بأنّها متطلّبةٌ مستحيلّة الإرضاء، ثم أصبحت استجاباته لها غير متوقّعة، فما يقول إنه يريدُه يوماً ما يُصبح في اليوم التالي من أسباب غضبه، وما تتوقّع منه ثناءً أو شكرًا عليه يُصبح بطريقة ما سبباً لانزعاجه، حتى صارت لا تعرف ما يريدُ وما لا يريدُ، ولا تدري ماذا تتوقّع منه، فلا معيارٍ لشيءٍ إلا مزاجه المتقلّب، وحين أخذت موقفاً بضرورة إصلاح العلاقة، اتّهمها بخيانة العشرة وتخريب البيت، وطلّقها بطريقةٍ مهينة. أصابها غمٌ كبير بعد الانفصال، وفوجئت بخطبته بعد أشهر قليلة، وحين كانت تختلس النظر إلى حساباته على وسائل التواصل الاجتماعي، تجدها ملأى بالصور السعيدة مع خطيبته الجديدة، مع عباراتٍ ملغومةٍ من قبيل «لا يمكنك أن تمنح السعادة لمن لا يريدُها» أو «ستجد قلبك حين تجد من يفهمك»، وغيرها، وكانت قراءة هذه العبارات تستفزُّها جداً وتُشعرُها بكثيرٍ من الظلم، فهي لم تدخِر جهداً لفهمه، وأرادت بالفعل أن تكون سعيدة معه، لكنّه خرّب محاولاتها عند كلّ مُنعطف. ورغم قناعتها بأنّها ليست المسؤولة عمّا حدث، إلا أنّ حالتها ظلّت تسوء حتى ظهرت عندها أعراض الاكتئاب، فقررت اللجوء لمعالج نفسي.

حينَ أخبرتْ صديقَتَها القريبةَ بالأمر، دعمتَها وتفهمتَها، ولكن قالتَ من ضمنِ ما قالتَه: «ذاك الوغدُ هو من أن ينبغي أن يتعالج، لا أنتِ». وَقَعَتْ هذه العبارةُ من نفسها موقِعاً مؤلماً. «بالفعل! لماذا أنا التي أعاني فيما هو يُكملُ حياته سعيداً؟ ها هو ارتبطَ بامرأةٍ أخرى ويبدو في أفضلِ حال، فيما أنا التي تبحثُ عن مُعالجِ نفسيّ وتُصارعُ أحزانها وهُمومها، بل فوق ذلك تتكَلَّفُ وقتاً ومالاً ومُشاعر!»

هذه الفكرةُ شائعة، بل يقولها أحياناً بعضُ المُعالجين النفسيين بحُسن نيةٍ للتخفيفِ عن المتعالجينَ عندهم، لكنها خاطئةٌ تماماً، وأبينُ ذلك في نقاط:

أولاً: العلاجُ النفسيُّ ليس عُقوبة، بل هو سعيٌّ جادٌ من الإنسانِ لجعلِ حياته أفضل. هذا أمرٌ يفعلُه الإنسانُ لنفسِه، من أجلِه هو، وتعودُ فائدتهُ عليه هو.

بالتالي، لا تقتصرُ نتيجةُ العلاجِ النفسيِّ على تحسُّنِ المُعانة، بل يُمكنُ للإنسانِ أن ينموَ من خلاله، بأن يفهمَ نفسه بشكلٍ أفضل، ويحبَّ نفسه أكثر، ويتخلَّصَ مما قد يكونُ باقياً في نفسه للأخرينَ من أثرِ سلبِيّ على حياته بما يتجاوزُ السببَ المُباشرَ لطلبِ العلاج. بالتالي، ليس العلاجُ النفسيُّ مُجردُ مسحٍ وإزالةٍ لشيءٍ فعله أحدُهم، بل هو فرصةٌ نموٍّ واستكشافٍ للنفس.

ثانياً: ليسَ من غايةِ العلاجِ النفسيِّ أن يُقيمَ ميزانَ العدالة ويتحوَّلَ لمحكمة. الأذى الذي قد يُسبِّبه لنا الآخرونَ إمّا واقعٌ تحتَ طائلةِ القانونِ وهذا مكانه الشرطُ والمحاكم، وإمّا جزءٌ من اختلافِ البشرِ وتفاوتهم في الأخلاقِ والطباعِ والسلوك، وهذا مكانه الفهمُ والتجاوُزُ والمعرفةُ الأفضلُ لما ينفَعنا ويُناسِبنا.

ففي المثال الذي طرحناه أعلاه، قد يقول المُعالِجُ لهذه السَّيِّدة إنَّ تصرُّفاتِ طليقها بغيضةٌ وخاطئةٌ، وأنها نابعةٌ من شخصيَّة نرجسيَّة، وقد يكونُ مُصيبًا في ذلك، وقد يمنحها هذا بعضُ السَّلوى. لكنَّ معرفةً أنَّ الآخرين قد أخطأوا بحقنا تمنحنا راحةً مؤقتةً على الأغلب، ومن غيرِ المُفيد أن تكونَ غايئنا من العِلاجِ النَّفسيِّ تحديدهُ المُخطئِ والمُصيبِ، بل الأنفعُ أن تكونَ غايئنا أن نتقدَّم نحنُ في حياتنا ونتجاوزَ ونفتحَ آفاقًا للسَّعادة. في مثالنا هذا، سنتفهَّم أن ترغَبَ هذه السَّيِّدة في أن تسمعَ خبرَ طلاقِ هذا الرَّجل من ارتباطه الجَدِيدِ لأنَّه آذاها ولا يستحقُّ السَّعادة، أو أن تجدَ فرصةً لتقولَ له في وجهه أنَّه نذلٌّ ونرجسيٌّ. سنتفهَّم هذا، ولكنَّ ألن يكونَ أفضلَ لها ألا يعودَ أمرُه يهتمُّها أصلًا؟

ثالثًا: من أهمِّ أهدافِ العِلاجِ النَّفسيِّ أن يستعيدَ الإنسانُ امتلاكَ زمامِ حياتِه، وأن تعودَ له أصالتهُ agency، وبالتالي فمن يسعى في العِلاجِ يكونُ قد اتخذَ خطوةً في غايةِ الشَّجاعة، وهي الإقرارُ بأنَّ هناك شيئًا ما في مُستطاعِه وضمنَ قدرته يُمكنُ له أن يفعلَه ليُصبحَ في حالٍ أفضل. بالتالي، العِلاجُ النَّفسيُّ إقرارٌ شجاع، حتَّى ولو لم يكنِ الأمرُ واضحًا تمامًا في البداية، بأنَّ بإمكانني أنا أن أفعلَ شيئًا. قد تكونُ دائرةُ تأثيري محدودة، قد يكونُ 99٪ من الأوراقِ خارجَ تحكُّمي، لكنني أريدُ أن أستخدمَ ال1٪ الذي معي لأجعلَ حياتي أفضل، وأريدُ أن أعظِّمَ هذه المِساخة وأطوِّرها بكلِّ طاقتي، بدلَ الاستسلامِ للمِساخة التي لا أملكُ منها شيئًا. بالتالي، أنتُ تُحاولُ من خلالِ العِلاجِ النَّفسيِّ أن تُعظِّمَ امتلاكَكَ لزمامِ أمرِكَ وحياتِكَ، أما التركيزُ المُبالغُ فيه على أنَّ الآخرين هم من يجب أن يجلسَ وهنا ويُسألَ ويُستجوبَ فهو استِدامةٌ لأثرهم الضَّار حتَّى ولو كان فيه مؤقتًا بعضُ العزاء.

## العوامل المشتركة بين العلاجات النفسية المختلفة

هناك أنواع كثيرة من العلاج النفسي، وتختلف عن بعضها في كثير من النواحي، من قبيل تاريخ نشأتها والنظريات التي تستند إليها والوسائل التي تستخدمها والمدى الزمني للعلاج وغيرها. عند الدخول في التفاصيل التقنية لكل علاج، قد تغيب عنا حقيقة في غاية الأهمية، ألا وهي أن كثيراً من الفائدة التي تعود بها هذه العلاجات نابعة من عوامل مشتركة بينها، ولا تتأثر باختلافات التقنية بينها، وبالتالي من المهم التعريف بهذه العوامل. ومع أن تحقق بعض هذه العوامل في العلاج من مسؤوليته المُعالج بالدرجة الأولى، إلا أن بعضها يحتاج مساهمة أساسية من المُتعالج، ولذا وجب ذكرها وتوضيحها.

### أولاً: التمثُّل الوجداني Empathy

مفهوم Empathy كثيراً ما يُترجم إلى «تعاطف»، وهي ليست ترجمة خاطئة، لكنها ليست الأفضل، فكلمة «التعاطف» العربية توحى بشعور من الخارج، أما المدلول الحقيقي لكلمة Empathy فهو الشعور بما يشعر به الشخص الآخر، أي الإحساس بالتجربة من داخلها.

وحصول التمثُّل الوجداني في العلاج النفسي من الأسباب المهمة للتحسن، ولهذا أسباب كثيرة، من بينها أن التمثُّل الوجداني يُساعد المُتعالج على تقبل تجربته وفهم مشاعره بطريقة أفضل، وتقليل الشعور بالاغتراب النفسي والاجتماعي، كما يُساعد المُتعالج على

تكوين نظرة إيجابية لنفسه في مقابل مشاعر الذنب والتقليل من النفس.  
يُضاف لذلك أنّ التمثّل الوجوداني يُساعدُ المتعالج على أن يُعاملَ نفسه بطريقة أفضل، فتمثّل المعالج للتجربة معه يُساعده - أي المتعالج - على أن يستعيد جدارة نفسه بالرعاية، بدءًا بالأُمور البسيطة مثل النوم الجيد والتغذية الجيدة والعناية بالجسد، وانتهاءً بجدارته بالمحبة والنجاح والسعادة.

ثمّ إنّ مجرد شعور المرء أنّه حاضرٌ في ذهن إنسانٍ آخر يمنحه شعورًا إيجابيًا، فهو يُدرك أنّه ليس وحده، وأنّ هناك من يُقاسمه هذا الحمل ويُريد له الخير والتعافي.

## ثانيًا: الاستماع الفعّال Active Listening

وهذا يشمّل الاستماع للكلام المنطوق وكذلك للإشارات غير المنطوقة، والاستماع باهتمام صادق ومن دون تخطيطٍ مُسبقٍ للردّ والتعليق، والاستماع من دون أحكامٍ مُسبقة، وطرح المزيد من الأسئلة، وغيرها.

ومع أنّ هذا المكوّن يقع على عاتق المُعالج، إلا أنّنا نذكره ليكون المتعالج على علم بأنّ الاستماع مُفيدٌ في حدّ ذاته، وبالتالي فمن المُهمّ الانخراط في إجابة أسئلة المُعالج، والحديث بما يدور في النفس، فالحديث هو المادّة الأساسيّة للعلاج النفسيّ، وهناك فائدة تحدّث بمجرد كلام المتعالج واستماع المُعالج استماعًا فعّالًا.

## ثالثًا: التحالف العلاجي Therapeutic Alliance

ويعني تشكّل إجابةً مشتركةً بين المُعالِج والمُتعالِج على سؤال: «ما هي المُشكلة؟» وهذا يتطلبُ بعضَ الوقت، لكنّه أمرٌ في غاية الأهميّة. قد يتساءلُ القارئ: ولكن، ألا تكونُ المُشكلة واضحةً في العلاج النفسي؟ الاكتئاب والتخلُّص منه مثلًا؟ هذا صحيحٌ أحيانًا، لكن في أحيانٍ أُخرى كثيرة يكونُ في حياة المرءِ نمطٌ من التفكير أو التفاعل مع الحياة أو السلوك يقفُ حاجزًا أمامَ التعافي، وقد لا يكونُ المُتعالِجُ واعيًا بهذا النمطِ تمامًا، وقد يُقاومُ تغييره عندما يُصبحُ واعيًا به، لأنَّ للتغييرِ كلفةً اجتماعيّةً أو نفسيّةً أو غير ذلك. لذا، من المهمّ أن تتحدّدَ المُشكلة/ المُشكلات التي يُرادُ للعلاج النفسي أن يعملَ عليها، وأن يُصبحَ المُعالِجُ والمُتعالِجُ حليفين في هذا المسعى.

## رابعًا: الفعاليّة الذاتيّة Self-efficacy

وتعني بناءً وترسيخَ وتعزيزَ إيمانِ المُتعالِجِ بقدرته على الوصولِ لغاياتٍ مُحدّدة من خلالِ القيامِ بأفعالٍ مُحدّدة. وهذه النقطةُ على بدهيّتها الظاهرة مهمّةٌ للغاية، فكثيرًا ما يُتخيّلُ العلاجُ النفسي باعتباره شيئًا يحدثُ في عالمٍ مُنفصلٍ أو حقيقةٍ موازية، لكنّه في الحقيقة شيءٌ يحدثُ هنا. كما أن حالةَ فقدانِ الشعورِ بالقدرة على مُساعدةِ الذاتِ helplessness تجعلُ المُصابَ بالاكْتئاب يفقدُ الصّلةَ بفعاليّته، أي باقتناعه أنّ بمقدوره جعلُ الأشياءِ تحدثُ، وأنَّ له من الأمرِ شيئًا، وأنَّ له أصالةً وتأثيرًا.

## خامسًا: التحفيز Motivation

تَشْتَرِكُ العِلاجاتُ النَّفسِيَّةُ في أنَّها تَسْعَى لِخَلْقِ حافِزٍ لِلتَّحسُّنِ وتَغييرِ الحِياةِ نَحوَ الأفضَلِ. قَد يَبْدُو هَذا بَدَهيًّا، فلِماذا يَذهَبُ أَحَدُهُم لِلعِلاجِ النَّفسيِّ إِنْ لَمْ يَكُنْ عِنْدَهُ حافِزٌ لِلتَّحسُّنِ؟ لَكِنَّ الأَمْرَ لَيْسَ بِهَذِهِ البَساطَةِ، فَكثيرونَ يَذهَبونَ لِلعِلاجِ النَّفسيِّ وَهم مَترَدِّدونَ أَصلاً، أو مَتشكِّكونَ في جِداوِها، أو مَدفوعونَ بِضَغطٍ مِنَ العائِلةِ، أو خائِفونَ مِنَ التَّغييرِ، أو لا يَعرِفونَ ماذا يُريدونَ أَنْ يُغيروا بِالضَّبْطِ، أو يُريدونَ أَنْ يُشَبِّتوا لأنفِسيهِم أَنَّهُ لا أَمَلٌ مِنَ المُحاوَلَةِ وَأَنَّ وَضَعَهُم مِيووسَ مِنْهُ، وَغَيرُ ذَلِكَ.

وَلِذا، وَجودُ الحافِزِ لَيْسَ مُعطىً بَدَهيًّا دائِمًا، بل هُوَ أَمْرٌ يَحصلُ خِلالَ العِلاجِ، وَقَد يَجري مِنَ خِلالِ خُطواتٍ مُتعدِّدة. قَد يَحْتَاجُ الأَمْرُ لِلبدءِ مِنَ نُقْطةِ اسْتِعادَةِ القُدرةِ عَلى تَخيلِ وَضَعِ أَفضَلِ، أَي بِناءِ صِورةِ ذَهيَّةٍ لِمَا يُمكنُ أَنْ يَكُونَ عَليهِ الحالِ، فَالاکْتِتابُ كِما نَعْلَمُ قَد يَصحِبُهُ شَعورٌ بِانْسِدادِ الأَفقِ وَبِنَقْصِ المِرونةِ الذَهيَّةِ. وَقَد يَحْتَاجُ الأَمْرُ إلى البَحْثِ عَنِ الدَّوافِعِ الذاتِيَّةِ الحَقِيقِيَّةِ لِلتَّغييرِ وَالوُصولِ إلى نُقْطةٍ مُختلِفةٍ. كِما قَد يَأخُذُ التَّحفيزُ شِكلًا سُلوكيًّا بَسيطًا، مِنَ قبيلِ التَّشجيعِ عَلى اسْتِعادَةِ النِّشاطاتِ اليوميَّةِ وَمَظاهِرِ الاعْتِناءِ بِالنَّفْسِ وَالقيامِ بِالمِهامِ البَسيطةِ الَّتِي تَعوَدُ عَلى المُتعالِجِ بِشَعورٍ أَفضَلِ تَدريجيًّا.

## سادسًا: المِساخَةُ الأَمِنَةُ Safe Space

وَلِذاكَ مَعنِيانِ، أَحَدُهُما مُباشِرٌ، وَالآخَرُ غَيرُ مُباشِرٍ:

المعنى المباشر: يعني خلق حيزٍ يُمكنُ للمتعالج فيه أن يُفصحَ عن أشياء لا يستطيعُ أن ييوحَ بها لغيرِ المُعالج، سواءً أكانت أحداثاً أم أفكاراً. فالمتعالج قد لا يكونُ في مُحيطه من هو مستعدُّ للسمعِ عن اعتداءٍ جنسيٍّ حصلَ له في طفولته، أو عن شيءٍ فعله هو ويؤنّبهُ ضميرهُ بسببه مثل أخذِ رشوةٍ في العمل، وغير ذلك. مُجرّدُ الإفصاحِ يُخفّفُ كثيراً من المُعاناة.

المعنى غيرُ المباشر: يعني الحمايةَ المزدوجةَ للمتعالج ووسطه الاجتماعي من تبعاتِ ما يَمُرُّ به. مثلاً، قد يكونُ المتعالجُ يشعرُ بأنّه عديمُ القيمة، وفاشل، ولا يُعتمدُ عليه، ولا يستحقُّ الحُبَّ. مهما كان وسطه الاجتماعي داعماً ومتفهّماً، سيصعبُ على أيِّ إنسانٍ أن يُصارحَ من حوله بهذا الأفكار، لأنهم قد يُعاملونه بطريقةٍ مختلفة، وحتى لو لم يفعلوا، فقد يشعرُ هو أنّه يُعاملُ بطريقةٍ مختلفة. المُعالجُ شخصٌ متدرّبٌ ومحترّفٌ ويُريدُ الخيرَ للمتعالج، ولن يُعامله بالتالي بطريقةٍ مختلفة، بل سيساعدهُ على طرحِ هذه المشاعرِ ونقاشها في حيزِ آمِنٍ وداعمٍ، وحتى لو كانت الفكرةُ صحيحة، فسيُساعدُه على تغييرها، دونَ أن يتعرّضَ المتعالجُ ومُحيطه للتبعاتِ التي قد تنتجُ عن ذلك في الحياة الواقعيّة خارجَ مساحةِ العلاج.

### سابعاً: البصيرة Insight

وتعني اكتسابَ المتعالجِ لقدرةٍ أفضلَ على رؤيةٍ وفهمِ عالمِهِ الجوّانيّ. مهما كان نوعُ العلاجِ النفسيّ فإنّ من آليّاته وأهدافه على

السواء أن تتطوّر قُدرةُ المتعالِجِ على رؤيةِ عالمِهِ الداخليِّ، أي ما يحصلُ في نفسِهِ من أفكارٍ وانفعالاتٍ وحركةٍ، وللمعالِجِ دورٌ أساسيٌّ في ذلك بحكمِ تدرِيبِهِ وخبرتهِ، وكذلك بحكمِ كونهِ مصدرًا خارجيًا قادرًا على تزويدِ المتعالِجِ بمنظورٍ جديدٍ لنفسِهِ، نابعٍ من حرصٍ وتفهُمٍ ومن دونِ أحكامٍ مُسبّقةٍ.

وهناكَ عواملٌ أخرى عابرةٌ لأنواعِ العلاجاتِ المُختلفةِ وتُساعدُ على تحقيقِ نتيجةٍ إيجابيّةٍ بصرفِ النَّظرِ عن نوعِ العلاجِ النَّفسيِّ، مثل شخصيّةِ المُعالِجِ، وتفاؤُلِ المتعالِجِ بالعلاجِ، والاحترامِ المتبادلِ، والجدّيّةِ والصّدقِ، وغيرها.

أما وقد تحدّثنا عن العواملِ المُشتركةِ بينَ العلاجاتِ النَّفسيّةِ، فلنتحدّث بتفصيلٍ عن الأنواعِ الشائعةِ منها وكيفيّةِ إسهامها في علاجِ الاكتئابِ.

مكتبة

[t.me/soramnqraa](https://t.me/soramnqraa)



## الفصل التاسع: العلاج الإدراكي السلوكي<sup>(9)</sup>

لهذا العلاج روافدٌ متنوّعةٌ في الطبّ النفسيّ وعِلْمِ النَّفس، لكنّ الشّخصيّة الأبرزَ في تأسيسه هو الطّبيب النفسيّ الأمريكيّ آرون بيك Aaron Beck، ولتأسيسه هذا العلاج قصّةٌ طريفةٌ ومشهورة، نوردها هنا لاعتقادنا أنّ معرفتها تُساعدُ في فهمِ هذا النوعِ من العلاج.

بدأ آرون بيك حياته المهنيّة مُحللاً نفسياً تقليدياً على الطّريقة الفرويدية. كانت نظريّة فرويد في تفسير الاكتئاب -والتي تخلى مُعظم الوسط العلميّ عنها- أنّ الاكتئاب نابعٌ من توجّه الغريزة العدوانيّة في الإنسان إلى ذاته، وأنّ هذه العدوانيّة تجاه الذات تبقى مكبوتةً في اللاوعي، وتتمظهرُ على شكلِ أعراضِ الاكتئابِ المعروفة.

أراد آرون بيك أن يختبرَ هذه النظرية. تُخبرنا النظرية الفرويدية أنّ أحدَ أهمّ المداخل إلى عالمِ اللاوعي هو الأحلام، بالتالي، توصّل آرون بيك إلى فكرةٍ منطقيّةٍ مفادها أنّنا لو سألنا المُصابينَ بالاكتئاب عن أحلامهم، لوجدنا فيها الكثيرَ من العدوانيّة تجاه الذات مُقارنَةً بغيرِ المكتئبين، باعتبارِ أنّ الأحلامَ تكشفُ ما في اللاوعي.

(9) التّرجمة الشّائعة لاسم هذا العلاج هي «العلاج المعرفي السلوكي»، ونحنُ نؤمنُ بأنّ المعنى الذي تُشيرُه المصطلحاتُ في الذهن للوهلة الأولى له أهميّةٌ واعتبار، وبالتالي نصرُّ على لفظه «إدراكي» بدلاً من «معرفي» لترجمة مفهوم «Cognitive»، فما يستهدفُه هذا العلاج هو أنماط إدراك الإنسان لنفسه وما حوله والتي تتعرّضُ لتشوّهات خلال الاكتئاب، أما كلمة «معرفي» فهي تُوحي بشيء ثقافي أو مرتبطٍ بالتعلم والمعرفة، وهذه ليست دلالةً دقيقةً في سياقنا هذا.

بدأ «بيك» يسأل المُصابين بالاكْتئاب عن أحلامهم، ووجد أن العُدوانية فيها أقل من غير المكتئبين، فبدأ يُشكُّ في صحّة هذه النظرية. بل إنه وجد أن الثيمات السّائعة في أحلام المُصابين بالاكْتئاب تدور حول النقص والخلل والفقدان وما شابه، وكانت هذه الثيمات هي نفسها موجودة في جلسات العلاج النفسي. بدأ «بيك» يُصغي بشكل جيّد إلى ما يقوله المُصابون بالاكْتئاب في جلسات العلاج النفسي، فوجد ظاهرة لافتة جدًّا للاهتمام، وهي أنّهم يقولون أشياء سلبية جدًّا عن أنفسهم خلال الجلسات، وأنّ هذه الأفكار السلبية عن أنفسهم تظهر من دون سياق يسبقها من التفكير والتأمّل، أي تبدو «أوتوماتيكية». كان هذا لافتًا للغاية، فلماذا يقول أحدُهم عن نفسه أنّه فاشل، أو غير كفء، أو لا يصلح لشيء، أو لا يُحبه أحد، وغير ذلك، مع أنّ حياته -التي يعرف «بيك» الكثير عنها باعتبارها المعالج النفسي- لا تدعم شيئًا من هذه الأفكار. والأهم، هل من المفيد نقاش هذه الأفكار مع المرضى وتنبههم لوجودها؟

هذا ما فعله «بيك» بالضبط، إذ بدأ يُبرزُ ظهورَ هذه الأفكار لمرضاه، ويُناقشهم فيما إذا كانت واقعية أو مدعومةً بدليل.

كمثالٍ تبسيطيّ، لناخذ مقطعًا من إحدى جلسات «بشر» حين قرّر اللجوء لمعالج إدراكيّ سلوكي. خلال الجلسة، قال «بشر» للمعالج: «اتفقنا أنا وزملائي قبل أسبوعين أن نذهب للعشاء معًا بعد أن نتمّ أحد المَشاريع. أتممتُ آخرَ جزءٍ من المشروع بالأمس، وحينما تعدّت الساعة السادسة ولم يتصل أحد، خطرَ لي أنّي عبءٌ على الجميع، وانتابني موجةٌ حزن، حتّى إنني أغلقتُ هاتفي».

هنا، ينتبه المُعالِجُ تحديدًا إلى عبارة «خطر لي أنني عبءٌ على الجميع»، فيسألُ «بِشْر»:

- قلتَ إنّه خطرٌ بِبالِكَ أنّكَ عبءٌ على الجميع. ما الذي جعلَ هذه الفكرة تُمرُّ بِبالِكَ؟

- لأنّه لم يتّصل منهم أحد.

- لتُفكّر قليلًا في هذه الفكرة، ونرّ إلى أيّ مدى هي فكرةٌ دقيقة. هل هناك في حياتك من يعتمدُ عليك بأيّ قدر؟

- ممم... نعم، زوجتي... وطفلي بطبيعة الحال.

- ومن غيرِ زوجتك وطفلك يعتمدُ عليك؟

- والدتي... أساعدها في المنزل كلّما استطعت، وأخذها لمواعيد الطبيب.

- لو رفعنا سماعة الهاتف الآن، وسألناها عمّا إذا كنتَ ولدًا اتكاليًا عليها، فبماذا ستُجيب، مفترِضين أنّها ستقولُ الحقيقة ولن تُجاملك؟

- (مع ابتسامة) ستقولُ إنني أساعدها دائمًا وأنّها نادرًا ما تحمِلُ همّي.

- حسنًا، ومن غيرُهما يعتمدُ عليك؟

- هذا ما يخطرُ في بالي الآن..

- أذكرُ إنّك قلتَ في جلسةٍ سابقة أنّك تُساعدُ أخاك الصّغيرَ في مسابقاتِ الجامعة، أليسَ كذلك؟

- نعم... صحيح... لم يخطرُ ببالي أنّ هذا يُحتسبُ في سؤالك.

- هل تُساعدُ مادّيًا كذلك؟

- نعم.

- وماذا عن أصدقائك؟ كم عدد من تعبّرهم أصدقاء قريين؟

- خمسة

- ومن هؤلاء، كم يعتمدون عليك في المُجمل أكثر من اعتمادك عليهم؟

- ثلاثة... ربّما أربعة... لنقل ثلاثة، وأنا وواحد منهم نعتدّ على بعضنا بنفسِ القدر، وهناك واحد منهم أنا أعتدّ عليه أكثر من العكس.

- إذن، أنت لستَ عبئًا على ثمانين بالمئة من أصدقائك القريين، صحيح؟

- ممم... صحيح

- وماذا عن الواحد الذي تعتدّ عليه أكثر من العكس. متى أبدى

ضجره منك آخر مرّة؟

- لا أذكرُ أنّه أبدى ضجره منّي

- ومتى شعرتَ آخر مرّة أنّ وجودك في مكانٍ قلّل من سعادته؟

- لا أذكرُ أنّ هذا حصل

- هل تُساعده إذا احتاج شيئًا منك؟

- بالتأكيد!

- وماذا تظنّ أنّ ردّة فعله ستكون لو علم أنّك تخشى أن تكون عبئًا عليه؟

- يبدو واضحًا لي ما تُريدُ قوله... كانتِ الفكرةُ مُجرّدَ خاطرٍ طرأ

على بالي... لا أدري لماذا...

- سنحاول أن نفهم معاً لماذا. قبل ذلك، أريد أن نستعرض حصيلَةَ  
فحصنا للدليل حول الفكرة. لم نجد دليلاً على أنك عبء على  
عائلتك، بل أنت تدعمهم وهم يعتمدون عليك. ووجدنا أن معظم  
أصدقائك يعتمدون عليك أكثر من العكس، وأن الصديق الوحيد  
الذي تعتمد عليه أكثر من العكس لم يبد قط ما يشير إلى أنك عبء  
عليه، هل تبدو هذه الخلاصة صحيحة لك؟

- نعم... تبدو كذلك...

- ما هو انطباعتك بعد هذه الخلاصة؟

- لا أدري... أنا قادر الآن على رؤية أن هذه الفكرة لا يدعمها  
دليل، ومن الوارد جداً أنها خاطئة... لكن، وأنا أفكر في الأمر الآن،  
تذكرت أنني أسارع أحياناً إلى استنتاجاتٍ من هذا النوع.

- ماذا تقصد بـ «هذا النوع»؟

- لا أدري تحديداً... شيء من قبيل أنني عبء، أو زائد... أتحرج  
كثيراً من طلب المساعدة، وأشعر أن عليّ دائماً أن أفعل شيئاً إضافياً  
لأحظى بالقبول...

هذا الحوار بين «بشر» ومعالج يستخدم العلاج الإدراكي السلوكي  
يضيء لنا الكثير من مكونات هذا العلاج، وسنستعرض هنا أهمها وما  
يفيد القارئ غير المتخصص منها، وهي البنية الرباعية الأساسية، وأنماط  
الإدراك المشوهة، والمستويات الثلاثة للأفكار، والتحفيز السلوكي.  
نستفيد في هذا العرض بشكل أساسي من كتاب «العلاج الإدراكي

السُّلوكيَّ» من تأليف «جوديث بيك»، وهي ابنة «آرون بيك» وممَّن سَاهَمُوا مَعَهُ فِي تَدْرِيبِ كَثِيرٍ مِنَ الْمُعَالِجِينَ النَّفْسِيِّينَ عَلَى هَذَا الْعِلَاجِ.

## البُنية الرَّباعِيَّةُ الأَسَاسِيَّةُ «المَوْقِفُ-الفِكرَةُ-الانْفِعَالُ-الاسْتِجَابَةُ»

وهذه البُنية تُشكِّلُ الأساسَ الذي يَنبَنِي عَلَيْهِ الْعِلَاجُ الإِدْرَاكِيَّ السُّلوكِيَّ، وَتُخَبِّرُنَا أَنَّ مَنْ يُعَانُونَ مِنَ الْاِكْتِتَابِ يَحْدُثُ عِنْدَهُمُ التَّسْلُسُ التَّالِي:

أولاً: هناك مَوْقِفٌ يَحْدُثُ، وَهَذَا الْمَوْقِفُ قَدْ يَكُونُ حَدُثًا خَارِجِيًّا، أَوْ تَسْلُسَلُ أَفْكَارٍ يَحْدُثُ فِي الدَّهْنِ، أَوْ إِحْسَاسًا بِشَيْءٍ يُحْدُثُ فِي الْجِسْمِ، أَوْ غَيْرِ ذَلِكَ. الْأَمثلةُ عَلَى هَذَا لَا تُحْصَى، مِنْ قَبِيلِ تَوْبِيخٍ مِنْ مُدِيرٍ، أَوْ سَمَاعِ صَوْتِ مُزْعِجٍ، أَوْ تَلَقِّي نَتِيجَةِ امْتِحَانٍ، أَوْ شُعُورٍ بِالْأَلَمِ فِي الْمَعِدَةِ، أَوْ تَذَكُّرٍ لِحَدَثٍ مُزْعِجٍ... إلخ.

ثانيًا: يُوَدِّي الْمَوْقِفُ إِلَى نَشْوءِ فِكرَةٍ أَوْ تَوْمَاتِيكِيَّةٍ فِي الدَّهْنِ، مِنْ قَبِيلِ «لَا أَسْتَطِيعُ الْقِيَامَ بِذَلِكَ»، أَوْ «هَآ أَنَا أَفْشَلُ مَرَّةً أُخْرَى»، أَوْ «لِمَاذَا يَتَجَاهَلُنِي؟»، أَوْ «الْحَيَاةُ صَعْبَةٌ»، أَوْ «أَنَا مَرِيضٌ»، وَغَيْرِ ذَلِكَ.

ثالثًا: تُوَدِّي الفِكرَةُ الأَوْ تَوْمَاتِيكِيَّةُ إِلَى تَوْلُدِ انْفِعَالٍ، مِثْلَ الْحَزَنِ، أَوْ الْغَضَبِ، أَوْ الْغَيْرَةِ، أَوْ الْخَوْفِ، أَوْ الْاِشْمِئزَازِ، أَوْ غَيْرِ ذَلِكَ.

رابعًا: يُوَدِّي الانْفِعَالُ إِلَى حُصُولِ اسْتِجَابَةٍ، وَهَذِهِ الاسْتِجَابَةُ قَدْ تَكُونُ سُلُوكًا خَارِجِيًّا، مِثْلَ الْخُرُوجِ مِنَ الْغُرْفَةِ، أَوْ الصُّرَاحِ، أَوْ رَمِي شَيْءٍ، أَوْ الْبُكَاءِ... وَقَدْ تَكُونُ تَغْيِيرًا فِسيُولُوجِيًّا دَاخِلِيًّا، مِثْلَ تَسَارُعِ

النفس، أو خَفَقَانِ القلب، أو الدُّوَار، أو الأَلَم، وغير ذلك.

لنأخذ الحِوَارَ المقتطَع الذي عرضناه قبل قليل:

- كان «بشر» ينتظرُ اتّصالاً من أصدقائه، وهذا لم يحدث. هذا هو «الموقف».

- حين تأخَّرَ الاتّصال، خطرَ ببالِ «بشر» أنه عبءٌ على أصدقائه. هذه هي «الفكرةُ الأوتوماتيكية».

- نتيجةً لهذه الفكرة، شعَرَ «بشر» بالحزن. هذا «انفعال».

- بعد ذلك، أغلَقَ «بشر» هاتفه. هذه «استجابة».

ولكي تترسَّخُ هذه البنية تماماً، يُمكنُ للقارئ أن يتمعنَ في الجدولِ التالي الذي أوردنا فيه أمثلةً متنوّعة، وإذا تتبَّعَ القارئُ الجدولَ سَطْرًا سَطْرًا من اليمين إلى اليسار، فسيرى كيفَ تتربَّطُ هذه المكونات الأربعة في تسلسلٍ واضح:

موقف	فكرة أوتوماتيكية	انفعال	استجابة
لم تدعني صديقتي إلى عيد ميلادها	«هل صُعقت علاقتنا؟»	شعرتُ بالإهانة	أكلتُ بشرهة كمية كبيرة من السكريات
قالت زوجتي نُكتة تستخفُّ بمهنتي	«هل تُحاولُ التقليلَ مني؟»	غضبت	تحدّثتُ معها ببرود شديد طيلة اليوم

لازمني خفقانٌ وُصداعٌ شديدٌ لساعات	حزنت	«لا طعمَ للحياة»	شاهدتُ في الأخبارِ صورًا قاسيةً من بلدي
بكيت	اشماززتُ من نفسي	«إلى متى سأظلُّ أخافُ من الفشلِ؟»	تذكّرتُ امتحانًا مهما رسبتُ فيه
لم أتم تلك الليلة	خفت	«سامرُضُ مرّةً أخرى»	شعرتُ بعثيان مفاجئٍ

يُخبرنا العلاجُ الإدراكيُّ السلوكيُّ أنّ «الأفكارِ الأوتوماتيكية» هو الجزءُ الأكثرُ خفاءً على المُصابينِ بالاكئاب، ولذا، ينصبُّ جُهدُ المُعالجِ على تدريبِ المتعالجِ على الانتباهِ للأفكارِ الأوتوماتيكيةِ وتحديدِها وكتابتِها، فهي كثيرًا ما تمرُّ بشكلٍ سريعٍ وخاطفٍ، وكثيرونَ لا يتنبهونَ لها أصلًا حتى يبدأ المُعالجُ في لفتِ نظرِهِم إليها.

لو تأملنا المِثالَ الأوّلَ من الجدولِ السّابقِ، وفكرنا في الكيفيّةِ التي نتوقّعُ بها من صاحِبَةِ المِثالِ أن تذكّرَ الواقعةَ، فسنجدُ أنّها ستقولُها غالبًا كالآتي:

«لم تدعني صديقتي إلى عيدِ ميلادِها فشعرتُ بالإهانة، ثمّ أكلتُ بشرَاهِ كمّيّةً كبيرةً من السُّكريّات».

لاحظ أنّ روايةَ الحادثةِ بهذه الطّريقة تُغفلُ تمامًا ذِكرَ «الفكرةِ الأوتوماتيكية»، ألا وهي التّساؤلُ «هل ضَعُفتُ علاقتنا؟». ولو تأمّلَ القارئُ في بقيّةِ الأمثلةِ، وحاولَ أن يتخيّلَ أصحابَها يروونها له، فسيجدُ

أن القفز عن «الفكرة الأوتوماتيكية» هو ما يفعله أغلب الناس. أنصح القارئ أن يجرب قراءة كل مثال مع الفكرة الأوتوماتيكية أولاً، ثم من دونها، ويحكم بنفسه أي الطريقتين في رواية الوقائع هي ما يفعله الناس عادةً في حديثهم اليومي.

لذا، يظلُّ المُعالِجُ يُدرِّبُ المتعالِجَ على الانتباه لهذه الأفكار الأوتوماتيكية، حتى يُصبحَ الانتباهُ لها وتحديدُها أمرًا تلقائيًا عند المتعالِجِ.

بعد ذلك، يتنقّلُ المُعالِجُ إلى المسألة الهادئة والمنهجية لهذه الأفكار، من دون افتراض أنها خاطئة منذ البداية، بل يُحاولُ مع المتعالِجِ أن يبيحنا عن الدليل الذي يؤيدُّ هذه الأفكار إن وُجد، كما رأينا في المقتطع السابق من علاج «بشر».

وتُخبرنا التجربة العملية أن هذه الأفكار الأوتوماتيكية عند المُصابين بالاكئاب غالباً ما تكون أحد الاحتمالات التالية على الأقل:

1. غير صحيحة، وبالتالي فغياب الأدلة التي تدعمها - أو وجود دليل على عكسها - يُساعد على تغييرها.

2. صحيحة نسبياً، ولكن الشخص يني عليها استنتاجات خاطئة أو مُبالغاً فيها أو لا تؤدّي إليها بالضرورة، وهنا تُفيد كثيراً مُساءلة الروابط بين الفكرة والاستنتاج ومدى منطقية ذلك.

3. صحيحة، ولكنها غير مفيدة أو غير جوهرية أو يُمكنُ بالفعل تغييرها بدل الاستسلام لها، وهنا تُفيد كثيراً مُساءلة تمسك الشخص بها، أو سبب اختياره لها من بين خيارات أخرى كثيرة، أو العوائق التي تحول دون تغييرها.

وباستمرار هذه العملية، أي تحديد الأفكار الأوتوماتيكية، والبحث عن وجود دليل يدعمها من عدمه، ومن ثم تناقض قدرتها على إنتاج الانفعالات والاستجابات السلبية، يبدأ المتعالج بتحسين واكتسابه ينحسر.

ومع استمرار هذه العملية، تبدأ ثيمات عامة للأفكار الأوتوماتيكية في الظهور بشكل متكرر، فيتمكن المُعالج من ملاحظة هذه الثيمات، واستكشاف ما إذا كانت تعكس أنماطاً عامة في التفكير. من هنا يبدأ تشكُّل مستويات أعلى من الأفكار، فلتتحدث عنها.

## المُعتقدات المتوسطة

لم تكن تلك المرّة الأولى التي تَظهرُ فيها فكرة «العيب على الآخرين» خلال علاج «بشر»، ففي جلسة سابقة، ذكّر للمُعالج أنه وافق على زيارة أهل زوجته في الرياض دون أن يكون راغباً في ذلك على الإطلاق. كانت علاقته بهم جيدة جداً، لكنّه كان مُستقلاً جداً للسفر بسبب حالته. حين سأله المُعالج عن سبب موافقته على السّفَر على الرّغم من أنّه لم يكن راغباً فيه، أجاب بأنّه أحسّ أنّ زوجته ستتضايق لو لم يُسافر معها، وستُضمرُ في نفسها أنّه يتقاعس عن واجباته تجاه أسرته. بمزيد من السؤال والتّقاش، تبين للمُعالج أن زوجة «بشر» اقترحت السّفَر أصلاً من أجله، أملاً في أن يُساعد تغيير الجوّ والوجوه في تحسين مزاجه. أي أنّ «بشر» تحامل على نفسه للقيام بشيء اقترحتّه زوجته من أجله هو، خوفاً من أن تراه بطريقة سلبية.

بدأ يتّضح للمعالج نمط متكرّر في تعامل «بشر» مع الأمور، وقرّر أن يستوضح ذلك منه في الجلسة التالية:

- لفت نظري شيء أودّ أن نتحدّث عنه أكثر. تحدّثنا في الجلسات الماضية عن موقفين، أحدهما مع زوجتك، والآخر مع أصدقائك. قد يكون هناك نمط مشترك بين الموقفين.

- هل يمكن أن توضّح أكثر؟

- بالتأكيد. مع زوجتك، تحاملت على نفسك كي لا تراك بطريقة سلبية، أي متقاعساً عن مهامك كزوج جيد.

- صحيح.

- ومع أصدقائك، يبدو أنك تُقدّم الكثير من الدعم، وتحمّل على نفسك أحياناً، ومع ذلك تخشى أن يروك بطريقة سلبية، أي عبئاً عليهم.

- نعم... صحيح.

- هل يمكننا أن نقول إنّ لديك طريقة تعامل متكرّرة مع علاقاتك المهمة في حياتك، وهي أنّك تشعر أنّ عليك أن تبدّل جهداً مضاعفاً لتبقي الطرف الآخر راضياً تجاهك، وأنّ الطرف الآخر يمكن له أن يأخذ منك موقفاً سلبياً لو صدر منك تقصير بسيط؟

- مع أنّ هذا ليس شيئاً أحبّ أن أقرّ به عن نفسي، إلا أنّي لا أستطيع أن أنكره تماماً (قالها بشر وبعض الانزعاج واضح على وجهه، وأكمل الجملة وهو ينظر إلى الأرض).

- ما رأيك أن تصيغ أنت هذه الفكرة بلغةك؟

- لنقل إن لديّ قناعةً لا أحبُّها ولكنها دائماً في ذهني، وهي أنني لا أمانعُ أن يكونَ عليّ الدورُ الأكبرُ في الحفاظِ على العلاقة.

- تقولُ إنَّك لا تُحبُّ هذه القناعة. ما الذي جعلك تعتمدُها وتتصرَّفُ بناءً عليها إذن؟

- شعوري أنَّ الجميعَ لديهم خياراتٌ أكثرُ مني. أشعرُ دائماً أنني مُحتاجٌ إلى الآخرينَ في حياتي أكثرَ من حاجتهمَ لي، وأنَّ نهايةَ العلاقة ستؤلمني كثيراً، ولكنَّ الطرفَ الآخرَ لن يتأثرَ إلا بنسبةٍ بسيطةٍ من تأثري.

- أيَّ إنَّك تعتقدُ أنه للحفاظِ على العلاقاتِ المهمَّةِ في حياتك...

- عليّ أن أبذلَ جهداً مضاعفاً...

- وإنَّك إذا لم تكنِ أنت من يبذلُ الجهدَ المضاعفَ ويحافظُ على العلاقة، فستنتهي. صحيح؟

- صحيح... لا أشعرُ أنني محبوبٌ لذاتي... عليّ دائماً أن أفعلَ شيئاً لأكونَ محبوباً...

المُقتطعُ السابقُ يعرِّضُ لنا المُعتقداتِ المتوسِّطة بطريقتي عمليَّة. تبدأ هذه الأفكارُ تتكشفُ للمعالجِ خلالَ العلاجِ بطرقٍ متنوِّعة، منها ما عرضناه في هذا المِثال، أي من ظُهورِ نمطٍ متكرِّرٍ من الأفكارِ التلقائيَّةِ في الأمثلةِ التي يوردها المتعالجُ على مواقفٍ حصلت معه، ففي الموقفين مع الزوجة والأصدقاء تظهرُ فكرةُ «العبء على الآخرين». حين استكشفَ المُعالجُ هذا النمط، وجدَ التالي:

1. موقف (attitude)، ألا وهو: «نِهايَّةُ العلاقاتِ المهمَّةِ في حياتي بسببي أمرٌ واردةٌ جداً وسيؤلمني جداً».

2. قاعدة (Rule)، وهي: «عليّ أن أبذل جهداً مضاعفاً للحفاظ على العلاقات المهمة في حياتي».

3. افتراض (Assumption): «إذا لم أبذل جهداً مضاعفاً للحفاظ على العلاقات المهمة، فستنتهي وسأتألم أكثر بكثير من الطرف الآخر».

هذه الأنواع الثلاثة من الأفكار (المواقف والقواعد والافتراضات) يعتبرها العلاج الإدراكي السلوكي معتقدات متوسطة Intermediate Beliefs. ومدلول الاسم هو أنها تقع في الوسط ما بين الأفكار التلقائية والمعتقدات العميقة. هذه الأفكار المتوسطة تأخذ أحياناً شكل مواقف من النفس والناس والوجود، وتأخذ أحياناً شكل قواعد يضعها الشخص للتعامل مع ما حوله، وتأخذ أحياناً شكل افتراضات، أي عبارات من قبيل «إذا كان... فإن...».

وإذا تأملنا هذه المعتقدات في مثالنا، فس نجد أنها أكثر عمومية من الأفكار التلقائية، فالأفكار التلقائية ومضات سريعة تظهر في الذهن خلال موقف ما، أما المعتقدات المتوسطة فهي تعكس أنماطاً في التفكير وقواعد عامة للتعامل مع النفس والآخرين والحياة والوجود. كذلك نلاحظ أن بعض هذه المعتقدات المتوسطة عبارة عن استراتيجيات تكيف Coping Strategies يكون الشخص قد طورها عبر السنين للتعامل مع نفسه والآخرين والوجود. فمثلاً، قاعدة «عليّ أن أبذل جهداً مضاعفاً للحفاظ على العلاقات المهمة في حياتي» تُخبرنا أن «بشر» اعتمد هذه القاعدة عبر السنين للتعامل مع قلقه من فقدان العلاقات المهمة. من المهم أن نقول هنا إن استراتيجيات

التكيف ليست دائماً صحيحة، فهي في الأصل موجودةٌ للتغطية على مُشكلةٍ أعمق، كما أن استخدامهما بشكل دائم ومتكرر يجعل الشخص عرضةً لاستنزافٍ نفسيٍّ متواصلٍ وأزماتٍ نفسيةٍ.

والمُعالج النفسي يتعامل مع هذه المعتقدات المتوسطة بطريقةٍ مشابهةٍ لتعامله مع الأفكار التلقائية، أي بتحديدِها، ولفَتِ نظير المتعالج لوجودها، وتعميق وعيه بها وبأثرها على حياته، ومساءلة صحتها وجدواها، والتفكير في بدائل أخرى أكثر صحةً وجدوى.

## المعتقدات العميقة Core Beliefs

المعتقدات العميقة هي المستوى الأعلى عموميةً وتجريداً، وهي تمثل مجموعة تصوراتٍ أساسيةٍ للإنسان عن نفسه تتجاوز الظروف الطارئة والانفعالات المؤقتة والأفكار العابرة، كما أنها أعمقُ كذلك من قواعد التعامل مع النفس والآخرين والوجود ومن استراتيجيات التكيف. إنها معتقدات مركزية تمثل جوهر تصور الإنسان لنفسه.

وفي حالة «بشر»، بإمكان المُعالج أن يلاحظ أن معتقداته المتوسطة تنبع من معتقد عميق هو: «أنا لست أهلاً لأن يحبني الآخرون». فحين يعتقد شخص أن علاقاته المهمة في الحياة يمكن أن تنتهي، وأن ذلك لو حصل فسيكون ذلك بسببه، وأن ذلك سيسبب له ألماً شديداً، وبالتالي فعلى عاتقه تقع مسؤولية فعل أي شيءٍ للحفاظ على هذه العلاقات، ولذا فهو يحاول تقليل اعتماده على الآخرين قدر الإمكان، وتقبل اعتمادهم عليه لأنه من وجهة نظره ضمانٌ لاستمرار العلاقة.

ومن خلال تَبُّعِ المَعْتَقَدَاتِ العميقة في عددٍ كبيرٍ من المتعالجين، وجد مؤسسو العلاج الإدراكي السلوكي ومُطَوِّروه أن المَعْتَقَدَاتِ العميقة عند المُصابين بالاكْتِئاب تنتمي غالبًا إلى ثلاثة مَعْتَقَدَاتِ أساسية:

1. العجز **Helplessness**، ويعبر عن هذا المَعْتَقَدِ العميق بطرقٍ مختلفة من قبيل: «أنا عاجز، أنا ضعيف، أنا غير كفء، أنا لا حاجة لي، أنا لا أفلح في شيء، أنا لا أصلح لشيء، أنا فاشل، أنا ضحية، أنا هسّ، أنا فاقدٌ للسيطرة على حياتي، أنا عالق، أنا معطوب، أنا لا حول لي ولا قوة... إلخ».

2. غير محبوب (أو ليس أهلاً لأن يُحب) **Unlovable**، ويُعبر عن هذا المَعْتَقَدِ بطرقٍ مختلفة مثل: «لا يُحِبُّني أحد، أنا غير محبوب، أنا مكروه، أنا منبوذ، أنا مرفوضٌ دائماً، أنا يتخلى عني الجميع، أنا وحيد، أنا لا يهتمُّ لأمرِي أحد، أنا لا يقبل بي أحد، أنا لستُ جذاباً، أنا لستُ جميلاً... إلخ».

3. انعدام القيمة **Worthlessness**، ويُعبر عن هذا المَعْتَقَدِ العميق بطرقٍ مختلفة من قبيل: «أنا بلا قيمة، أنا تافه، أنا سيء، أنا شرير، أنا لا معنى لوجودي، أنا لا أحدثُ أثراً، أنا ضائع، أنا تائه، أنا بلا وزن... إلخ».

وتحديدُ هذه المَعْتَقَدَاتِ الأساسية من أهم أهدافِ العلاج الإدراكي السلوكي، لأنها بمثابة الجذور العميقة المتأصلة، ومنها تنفَعُ المَعْتَقَدَاتُ المتوسطة، والتي تُنتج بدورها الأفكار التلقائية، لذا فالوصولُ للجذور والمنابع مهمّةٌ في غاية الأهميّة.

وحين تُحدّدُ هذه المَعْتَقَدَاتِ العميقة، يعملُ المعالجُ مع المتعالج

على الانتباه إليها، وفهم مدى تغلغلها في مقاربات الإنسان لنفسه ومن حوله والحياة عموماً، وحضورها في المجموعة الكبيرة من الأفكار والتصرفات والانفعالات التي ترتبط بها. بعد ذلك، يعمل المعالج مع المتعالج على استكشاف الدليل الذي يؤيد هذه المعتقدات أو يدحضها، ومدى دقتها وجدواها، والبدائل الممكنة لها.

ومن البدهي أن نتوقع مقاومة أكبر من هذه المعتقدات العميقة للمساءلة، سواءً أكان مسألة صحتها أو مساءلة جدواها، فتسميتها بال«عميقة» ليست اعتباطاً، بل هي عميقة بالفعل، أي مركزية ومؤثرة، وتقع في جوهر تصور الإنسان لنفسه والآخرين والوجود. لكن هذا لا يعني أبداً أنها عصية على المسألة والتغيير، فهي الأخرى تُصبح محل شك وتساؤل حين يبدأ المُعالج في طرح الأسئلة واستكشاف الدليل الذي يسندُها.

نقطة أخرى مهمة بخصوص المعتقدات العميقة، وهي أن هذه المعتقدات كثيراً ما يكون لها ارتباط مهم بالطفولة والتجارب المبكرة وما يتعلمه المرء خلال النشأة، وبالتالي فاستكشاف علاقتها بالتجارب المبكرة أمر مهم ومفيد لأنه يفتح أفقاً أوسع لمساءلتها، فحين ندرك أن بعض معتقداتنا العميقة عن أنفسنا شكلتها تجارب معينة، وأنها ليست متعالية أو متجاوزة لقواعد الخبرة والتعلم والتأثر والتكيف، فهذا يجعلنا أكثر استعداداً لتغييرها وأقدر على تصديق أن هناك طرقاً أخرى أكثر صحة (بمعنى الدقة وكذلك بمعنى العافية) لتصور أنفسنا ومن حولنا والوجود.

وفي حالة بشر، لنستعرض مقطعاً من جلسة لاحقة يظهر هذه العلاقة:

- في آخر الجلسة الماضية، قلت شيئاً مهماً جداً... قلت إنك لا

تشعرُ أنّك محبوبٌ لذاتك، وأنّ عليك دائماً أن تفعلَ شيئاً ليُحبِّكَ الآخرون.

- صحيح... كثيراً ما يُراوِدُنِي هذا الشُّعور.

- لو عُدتَ بالذَّاكرةِ إلى الوراء، هل تخطُرُ بِبالِكَ أوَّلُ مرّةٍ ظَهَرَتْ في ذهنِكَ هذه الفكرة؟

- (بعدَ تفكيرٍ) لستُ متأكِّداً أنّ هذه هي المرّةُ الأولى تماماً، ولكنّها عالقةٌ في ذهني. كانت في نهاية الصّفِّ الرابعِ أو الخامسِ.

- ماذا حصلَ وقتها؟

- عُدتُ إلى البيتِ ومعِي درجَاتُ نهايةِ السّنةِ المدرسيّةِ. كان تحصيلي جيّداً جدّاً في العادة، بينما كان تحصيلُ أخويّ متوسّطاً في العادة. كانت درجاتي أقلّ من المُعتاد، وأريتها لوالدي، فغَضِبَ غضباً شديداً ونهرني. لم يكن مسروراً من نتيجةِ أخويّ، لكنّه لم يغضبْ تجاههُما رُبْعَ غَضْبِهِ مِنِّي.

- وهل غَضِبْتَ أنتِ تجاهه؟

- أوَّلَ الأمرِ، لكنّه والدي كما تعلم... فوقَ ذلك، حصلَ بعدها شيءٌ صَدَمَنِي تماماً.

- ما هو؟

- مررتُ بجانبِ غرفةِ والدَيّ بعدها بقليل، وسمعتُ والدتي تُهدِّئُ والدي وهو يبكي بِصوتٍ مسموع. لا أذكرُ أنّي سمعتُ صوتَ بُكاءِ والدي قبلها.

- وهل عرفت سبب بكائه؟

- لم أجرو أن أسأله قط بطبيعة الحال، لكنني لاحظت في الأيام التالية أن غضبه انقلب تَلُطُّفًا كبيرًا... بعدها، تجرأتُ وسألتُ والِدتي. تفاجأتُ أنني سمعته يبكي يومها، وحاولتُ أن تَمَلِّصَ من إخباري عن السبب، لكنها أخبرتني أخيرًا.

- وماذا قالت لك؟

- قالت إنَّ والدي اكتشفَ قبلَ أيامٍ من نِهايَةِ العامِ الدَّرَاسِيَّ أَنَّهُ مريض، وإنَّ مشاعره من وقتها مُضطَّرَبَةٌ. عرفتُ بعدها بسنوات أَنَّهُ شُخِّصَ وقتها بالسرطان الذي توفي بسببه. قالت باكيةً إِنَّه نَدِمَ كثيرًا بعد أن نهرني وقسا عليّ، وأنّه يرى فيَّ رَجُلَ الأُسرة من بَعْدِهِ، وأنني يجبُ أن أنجحَ في حياتي لأَسندَ إخوتي من بَعْدِهِ.

- أتخيّلُ أن مجرد فهم ذلك كان أمرًا صعبًا عليك وأنت لم تتجاوز عشرَ سنوات...

- (منفَعِلًا مع دُموع في عينيه) بالتأكيد! بالتأكيد! لم أشعر بشيءٍ تِجَاهَهُ ما قالته إلا الاضطرابَ والحيرة... أنا متأكّدُ أَنها كانت تُحاولُ أن تُخفِّفَ عني، لكنها وضعتُ عليّ حِمْلًا أكبر...

يظهرُ لنا من المَقْطَعِ السَّابِقِ أنَّ شعورَ «بِشْر» بأنَّ محبّة الناس له أمرٌ مشروطٌ بأن يفعلَ شيئًا له ارتباطٌ مهمٌّ بظروفِ طفولته، فهو شعرٌ مُبَكِّرًا أن عليه واجبًا كبيرًا ما، وأنَّ محبّة الناس له لا تأتي إلا من خلال التّزامِ ما.

وبقدرِ أهميّة هذا الكشفِ خلالَ العلاج، علينا أن نتوقّفَ معه بضعة وقفاتٍ في غاية الأهميّة. لتذكّر أن المُعالِجَ يتعاملُ مع ذاكرة «بِشْر»،

والذاكرة ليست كاملة، ففضلاً عن النسيان الطبيعي، هناك ما تقوم به أدمغتنا من إبراز وتهميش وتركيز وإغفال. هل لهذا الحدث أهمية محورية في تشكّل المعتقد العميق لدى «بشر» أنه ليس محبوباً لذاته؟ هذا وارد، لكنه قد لا يكون الحدث الوحيد، وقد لا يكون الأهم، وقد يكون لدى «بشر» قابلية ما لهذا الاعتقاد لأسباب لا يمكن تحديدها تماماً.

ونودّ هنا تذكير القارئ بما قلناه عن تجارب الطفولة في الفصل الرابع، وضرورة التعامل معها بمنهجية علمية ودون تهويل ولا تهوين. وإذا ما أبقينا هذا التذكير في الذهن، فيمكننا القول إن لتجارب الطفولة بالفعل أثراً في نشوء المعتقدات العميقة كما يبيّن هذا المثال، ونضيف إلى التذكير بأهمية دورها تنبيهاً على ضرورة أن يتم استكشاف أثر هذه التجارب على مستوى الفرد من خلال مُعالج نفسي متخصص، وعلى ضرورة أن يكون الحديث عنها على مستوى المجتمع من خلال متحدثين جادين يتحلون بالرّصانة والاطلاع اللازمين.

ولو عدنا إلى «بشر»، فسلاحظ أنّ هذا المعتقد العميق تشكّل عنده بناءً على إدراك نشأ في ذهنه، ومفاده أن توقّع والده منه أن يكون دائماً على قدر المسؤولية شرطاً لِحُبّه. هكذا تشكّل هذا الاعتقاد في ذهن «بشر»، لكن هل هذا الانطباع صحيح بالضرورة؟

بلغه أخرى، هل «بشر» واثق تماماً من أن والده ما كان لِحُبّه إلا إذا كان متفوقاً في دراسته ومتحلياً بتحمّل كبير للمسؤولية؟ هل سيتذكّر مواقف مُقابله غمره فيها والده بالحُبّ بصرف النظر عن أدائه في شيء ما وتحمله للمسؤولية؟ وماذا عن حُبّ والدته له؟ هل كان هو الآخر مشروطاً؟ وماذا عن أخويه؟ وأصدقائه في الصغر؟

هذه كلها أسئلة يُمكنُ للمعالجِ النَّفسيِّ أن يطرحَها على «بشر»، وسيكونُ لها دورٌ مهمٌّ في استِكشافِ ظروفِ نشأةِ هذا المُعتقَدِ العميقِ، تمهيداً لمُساءلةِ صحتهِ وجدواه، أملاً في الوُصولِ إلى تصوُّرٍ أكثرَ صحَّةً وعافيةً لذاته.

ولعلَّ هذا الوقتَ مناسبٌ للانتقالِ للحديثِ عن بعضِ أنماطِ الإدراكِ غيرِ الصحَّيحةِ التي تُرافقُ الاكتئابَ وتُساهمُ فيه ويُساهمُ هو بدوره في إذكائها وتعميقها، ويعمَلُ العلاجُ الإدراكيُّ السلوكيُّ على استِكشافها ومُساءلتها.

## أنماطُ الإدراكِ المُشوَّهة Distorted Cognitions

ونعني بها مجموعةٌ من أنماطِ إدراكنا لأنفسنا والآخريين وما حولنا بطريقةٍ غيرِ دقيقةٍ ومُشوَّهة. هذه الأنماطُ غالباً ما يكونُ بعضها بشكلٍ ما موجوداً حتَّى قبلَ الاكتئابِ، وبعضُها موجودٌ عندَ من لا يُعانون من اكتئابٍ أبداً. لكن إذا وقعَ الاكتئابُ، فإنها يُمكنُ أن تزدادَ سوءاً، وتنشأ بينها وبينَ الاكتئابِ علاقةٌ تضافرُ، أي أن كلاً منهما قد يجعلُ الآخرُ أسوأ، فالإكتئابُ يزيدُ من أنماطِ الإدراكِ المُشوَّهة، وأنماطُ الإدراكِ المُشوَّهة تزيدُ من وطأةِ الاكتئابِ ومعاناتِهِ. لهذا كُله، يُصبحُ فهمُ هذه الأنماطِ مهمّاً للغاية، والتعاملُ معها وتصحيحُها من المهامِّ التي يعملُ عليها العلاجُ النَّفسيُّ عموماً، والعلاجُ الإدراكيُّ السلوكيُّ خصوصاً.

وهنا استعراضٌ لبعضِ هذه الأنماطِ، وهذه القائمةُ ليستُ كاملةً، لكنّه تُغطِّي ما نعتقُدُ أنه أهمُّها:

## 1. التعميم Generalization

ونعني نَقْلَ حَدَثٍ أو فِكْرَةٍ أو شُعُورٍ من نِطاقٍ ضَيِّقٍ ومحدود إلى نطاقاتٍ أوسعٍ وأبعد، ومن دونِ سببٍ منطقيٍّ مُقنِعٍ. مَثَلًا، أن يكونَ لدى فتاةٍ رغبةٌ في تَعَلُّمِ لغةٍ أجنبيَّةٍ، فتَحاولُ ذلكَ وتواجهُ العديدَ من الصَّعوباتِ، وتبذلُ جُهدًا مُضاعفًا ولكن بنتائجٍ محدودة. خِلافَ ذلك، تحصيلُها الجامعيُّ في تخصصِها مُمتاز، وحاولت تعلمَ عزفِ البيانو وتقدّمت بوتيرةٍ مُرضيةٍ جدًا، لكنها تُصرُّ على أنها «فاشلة» لأنَّ اللغة الجديدة تستعصي عليها تمامًا. هذا مِثالٌ على التفكيرِ التعميميِّ المُشوِّه، وهو شائعٌ جدًا في الاكثاب.

## 2. التدويم Permanence

أي تحويلِ شيءٍ عارضٍ أو مؤقتٍ إلى حالةٍ دائمةٍ مُمتدَّةٍ في الزَّمنِ، من دونِ سببٍ مُقنِعٍ. مَثَلًا، أن يرُسِبَ أحدهم في امتِحانٍ، رغمَ أن أداءه العامَّ في كلِّ امتِحاناتِه فوقَ المتوسطِ، فتتولدُ عندهُ قناعةٌ مفادُها أنه سيرُسِبُ في جميعِ الامتِحاناتِ القادمة، وأنَّ عندهُ مُشكلةٌ عويصةٌ في التعاملِ مع الامتِحاناتِ، وأنَّه لا مُستقبلَ له في تخصصِهِ الجامعيِّ لأنه يعتمدُ على أنواعٍ متنوّعةٍ من الامتِحاناتِ، وأنَّ عليه تغييرَ التَّخصُّصِ وإلا فسينفشلُ فشلًا ذريعًا. هذا مِثالٌ على تحويلِ حَدَثٍ مُحدِّدٍ زمنيًّا إلى حالةٍ دائمةٍ.

## 3. الشَّخصنة Personalization

أي أن يُبالغَ الشَّخصُ في استخدامِ نفسه كتنسيرٍ لكلِّ شيءٍ سلبيِّ. من المعلوم أن ما يحصلُ في حياتنا نتيجةً لعاملين: الظروفُ المحيطة، وأفعالنا. ليسَ من الصَّوابِ أن نعزوَ كلَّ شيءٍ سلبيٍّ للظروفِ الخارجيّةِ، فهذا لا يُمكنُ أن يكونَ صحيحًا في كلِّ حَدَثٍ،

كما أنه ليس مفيداً فضلاً عن كونه غير صحيح، إذ إنه يجعل المرء مستسلماً تماماً ويفقده أي شعور بالقدرة على التأثير في مسار حياته. وفي المقابل، ليس من الصواب أن نعزو كل شيء في حياتنا لأفعالنا، فهذا لا يمكن أن يكون صحيحاً دائماً، كما أنه غير مفيد. من المؤكد أن شعور المرء بالمسؤولية عن حياته أمر إيجابي، ولكن إلى حد معقول، فالامتحانات صعبة أحياناً بالفعل، والوظائف قد تكون شاقة، والأوضاع الاقتصادية لها أثر، والناس المحيطون ليسوا ملائكة، وغير ذلك، لكن بعض المصابين بالاكئاب يربطون كل شيء سلبي بأنفسهم، فهو يرُسب في الامتحان لأنه فاشل ولأنه فاشل فقط، ويرفض أبداً أن يأخذ في الاعتبار أن الجدول كان مزدحماً، أو أن الامتحان كان صعباً بشكل استثنائي، أو أن ذلك اليوم لم يكن يومه ببساطة. هذه المبالغة في الشخصنة من أنماط الإدراك المشوهة التي تُسهم في الاكتئاب وترافقه.

#### 4. التفكير الكارثي Catastrophizing

أي التفكير دائماً بأسوأ السيناريوهات المحتملة، وإعطاؤها نسبة حدوث أكبر بكثير مما هي عليه في الحقيقة، بل الشعور بأنها المأل الوحيد الممكن. مثلاً، قد يُرسل المدير في شركة مُحاسبة إيميلاً لمُحاسب في الشركة يُنبههُ فيها إلى خطأ في ملف أرسله، وعُرف المهنة يعتبر هذا النوع من الخطأ طفيفاً أو متوسطاً على أبعد تقدير. إذا كان هذا المُحاسب مُصاباً بالاكئاب فسيُدخل في دوامة، إذ سيعتقد أن المدير بالتأكيد يعتبره الآن غير كفء، وأنه لا يمكن له أبداً أن يُغيّر هذا الانطباع، وأنه سيفصل بعد الخطأ التالي الذي سيقع لا محالة، وأن مديره سيتحدث عن الأمر بالتأكيد مع مُدراء شركات المُحاسبة في

المنطقة، وستهوي سُمعته المهنيّة، ولن يستطيع الحصولَ على وظيفةٍ جيّدةٍ في أيّ شركةٍ قريبة، وأن مصدرَ رزقِ أسرتهِ في خطر... إلخ.

## 5. التفكير الاستقطابي Polarized Thinking

وهو التفكير على طريقة أسود/أبيض، أو الكلّ/ لا شيء، ويعني ذلك تضادّ القدرة على رؤية الأشياء والأشخاص والأحداث ضمن تدرّجاتٍ طبيعيّة، بل رؤية الأقطابِ والأطرافِ فحسب. مثلاً، قد يحصلُ موقفٌ غيرُ سارٍّ مع صديق، وينقطعُ التواصُلُ بضعةَ أيّام، فتكونُ ردّةُ فعلِ المُصابِ بالاكْتئابِ أنّ هذه العلاقة انتهت إلى غير رجعة، بينما قد تكونُ الحقيقةُ أنّ الصديقَ عاتب، أو يتنظّرُ بضعةَ أيّامٍ ليهدأ انفعاله، أو يتنظّرُ اعتذاراً مُستحقاً، أو يُراجعُ نفسه لعلّه أخطأ... إلخ.

## 6. إغفال الإيجابيات

ويعني ضعفَ القدرة على رؤية الجوانبِ الجيّدَةِ في الأشياء، حتّى ولو كانت مُشوبةً بسلبيات، أي فقدانُ القدرة على رؤية الأشياء بتركيبيّة، والتركيزُ على السلبياتِ فيها. مثلاً، قد تكونُ مُصابةً بالاكْتئابِ قد توقفت عن دعوة الأصدقاءِ إلى منزلها بسبب حالتها، وحين أحست ببعض التّحسّن، دعتهم إلى منزلها، وسارت الأمورُ عموماً على ما يُرام باستثناء مطباتٍ صغيرة لا تخلو منها دعوةٌ بهذا الحجم. بعد انتهاء الأمسية، تتصلُّ بصديقتها القريبة التي كانت من ضمن المدعوّين، وتبكي لأنّها لم تكن في أفضلِ حالاتها. تُحاولُ صديقتها أن تُقنعها أنّ الجميع كانوا مسرورين، وأن قدرتها على استضافتهم إنجازٌ بحدّ ذاته، وأن الطعامَ كانَ لذيذاً والجوّ كانَ حميماً، لكنّها تُصرُّ على أنّها بدت مُتعبة، وأنّها شعرت بنبرة شفقةٍ لا تُحبّها في

بعضِ التّعليقات، وأنّها لم تتفاعل اجتماعيًا مع ضيوفها كما تُحبّ.  
بهذا نصلُ إلى الجزء الأخير من حديثنا حولّ العلاج المعرفي  
السلوكي، وهو يتناولُ الشّق «السلوكي» من هذا العلاج، وهو موضوعُ  
الفصلِ التّالي.

## الفصل العاشر: التحفيز السلوكي

التحفيز السلوكي ليس حكرًا على العلاج الإدراكي السلوكي، بل يمكن استخدامه كدقيق لأي علاج نفسي أو كعلاج مستقل، لكنه مرتبط بشكل أساسي بالعلاج الإدراكي السلوكي كما يظهر من الاسم، والحقيقة هي أن السلوك لا يمكن أبدًا أن ينفصل عن الإدراك، فلكل سلوك إرادي نقوم به مكون إدراكي حتى ولو لم يكن واضحًا لنا تمامًا.

تقوم فكرة التحفيز السلوكي على أن حلقة مفرغة كثيرًا ما تنشأ عند المصابين بالاكئاب، فتدني المزاج يؤدي إلى تضاؤل الرغبة في فعل الأنشطة، وهذا بدوره يؤدي إلى مزيد من تدني المزاج، وبالتالي إلى تناقص متزايد في الأنشطة التي يقوم بها الفرد، وهكذا. بالتالي، لا بد من كسر هذه الحلقة المفرغة.

ولنفهم كيف يحدث ذلك، علينا أن نوضح شيئًا مهمًا جدًا، ألا وهو أنه لا يوجد سلوك مستقل عن الإدراك، فكل سلوك إنساني تُصاحبه العديد من المكونات الإدراكية، من قبيل الذكريات والأفكار والانفعالات وغيرها. لذا، فالتحفيز السلوكي له جانب إدراكي مهم جدًا.

يُخبرنا التحفيز السلوكي أن هناك نتيجتين مرغوبتين نبحث عنهما في الأنشطة المختلفة التي نقوم بها، ولهما أثر إيجابي في المزاج وفي تخفيف الاكتئاب:

وبعض الأنشطة قد تَمُدُّنا بإحداهما دون الآخر، وبعضها قد تَمُدُّنا بكليتهما بدرجاتٍ متفاوتة. مثلاً، أحدهم قد يشعر بالمتعة إذا سقى نباتات الحديقة، وأحدهم قد يشعر بالتمكن والإنجاز حين يصلح جهازاً مُعطلاً في المنزل، وأحدهم قد يشعر بكليهما حين يصنع آنية فخارية.

ما يهدف إليه التحفيز السلوكي هو أن يقوم الشخص بأكبر قدرٍ ممكنٍ ومفيدٍ من الأنشطة التي تُحقِّق مقداراً مناسباً له من المتعة والتمكن والإنجاز. بطبيعة الحال، يتفاوت الناس في حاجتهم الفردية لهاتين الجائزتين السلوكيتين، فهناك من يحتاج إلى الشعور بالمتعة أكثر من الإنجاز، وهناك من يحتاج الإنجاز أكثر، لكن البشر عموماً يحتاجون الاثنين، وإن بدرجاتٍ متفاوتة من شخصٍ لآخر.

ولكي يقوم المُعالج بالتحفيز السلوكي، فإنه يستعرض أولاً ما يقوم به الشخص المُصاب بالاكئاب حالياً من أنشطة تمنحه المتعة أو التمكن أو كليهما، ويُقارن ذلك بما كان يفعله الشخص قبل الاكئاب. سيجد المُعالج غالباً أن هنالك تراجعاً في هذه الأنشطة، وسيحاول أن يحفزَه على القيام بالمزيد منها.

ولكي نفهم بشكل أفضل كيف يعمل التحفيز السلوكي، علينا أن نفهم لماذا توجد مقاومة لدى المكتئب أصلاً لفعل الأنشطة التي تجلب له مشاعر إيجابية. بصيغة أخرى، لماذا يشعر بالمكتئب بأنه لا جدوى من المحاولة؟ أو يتوقع ألا يأتي القيام بالنشاطات بالشعور الإيجابي الذي يطمح إليه؟

في الحقيقة، هذه الظاهرة ليست أمرًا عَرَضِيًّا في الاكتئاب، بل هي إحدى مكوّناته المركزيّة، وقد تحدّثنا عنها حين شرّحنا أعراض الاكتئاب، ألا وهي الـ anhedonia، وهو مُصطلحٌ متعدّدُ الجوانب، لكنّه يُشيرُ عمومًا إلى حالةِ فقدانِ المتعةِ والدّافعِ للقيام بما يمنحُ المرءَ عادةً مشاعرَ إيجابيّةٍ أهمّها المتعةُ والتّمكّنُ والإنجازُ.

هذه الظاهرةُ يُمكنُ أن توجَدَ لدى المكتئبِ بثلاثةِ أشكالٍ، قد يكونُ لدى المكتئبِ واحدٌ منها أو أكثرُ أو كلّها معًا، وهي:

1. فقدانُ القدرةِ على توقُّعِ شعورٍ إيجابيّ من الأنشطةِ المختلفةِ، أي أنّ المُشكلةَ هنا تتعلّقُ بالتوقُّعِ المُستقبليّ ووجودِ الدّافعِ للفعل. في هذه الحالة، تكمنُ المُشكلةُ أساسًا في الوصولِ إلى نقطةِ الفعلِ، أمّا إذا وصلَ الشّخصُ إلى تلكِ النقطةِ، فإنّه يستطيعُ التمتعَ بمشاعرٍ إيجابيّةٍ. مثلاً، قد تقترحُ على المُصابِ بالاكتئابِ أن يذهبَ للعبِ كرةِ القدم، وهو شيءٌ يُحبُّ فعله لو لم يكن مكتئبًا. قد تكونُ استجابتهُ أن يقولَ إنّهُ ليسَ في المزاجِ لذلكِ أبدًا، وأنّه لا يستطيعُ تخيُّلُ أنّه سيستمعُ أبدًا، وما إلى ذلك. لكن إذا حصلَ أن ذهبَ للعبِ الكرةِ بالفعل، فإنّه يستمتعُ ويشعرُ بحالةٍ أفضل.

2. فقدانُ القدرةِ على الشعورِ بالمتعةِ خلالَ النشاط، أي أنّ المُشكلةَ هنا تتعلّقُ بأساسِ القدرةِ على الشعورِ بالمتعةِ أو بالإنجازِ والتّمكّن. فالمكتئبُ قد يكونُ يُحاولُ أن يفعلَ الأنشطة، ولا يُظهرُ مُقاومةً كبيرةً للمُحاولةِ، لكنّه لا يحصلُ على الشعورِ الإيجابيّ الذي يتوقَّعه. ومن المنطقيّ أن هذه الحالةُ لو تكرّرت

فقد يَصِلُ الشَّخْصُ إِلَى نَقْطَةٍ يَفْقِدُ فِيهَا الدَّفَاعَ لِلْمُحَاوَلَةِ. كما في المِثَالِ السَّابِقِ، قد يُوَافِقُ المِصَابُ بِالاكْتِثَابِ عَلَى الذَّهَابِ لِلْعِبْ كِرَةِ القَدَمِ، وَلَكِنَّهُ لَا يَشْعُرُ بِالشَّعُورِ الإِيجَابِيِّ الَّذِي كَانَ يَطْمَحُ إِلَيْهِ.

3. فُقْدَانُ القُدْرَةِ عَلَى تَذَكُّرِ الشَّعُورِ الإِيجَابِيِّ، أَي أَنَّ الشَّخْصَ قَدْ يَشْعُرُ بِشُعُورٍ جَيِّدٍ خِلَالَ الفِعْلِ، لَكِنَّهُ لَا يَمْتَلِكُ القُدْرَةَ عَلَى اسْتِبْقَاءِ هَذَا الشَّعُورِ فِي ذَاكِرَتِهِ، وَبِالتَّالِي يُصْبِحُ مِنَ الصَّعْبِ عَلَيْهِ أَنْ يَبْنِيَ عَلَيْهِ، لِأَنَّ مُقَاوَمَتَهُ لِفِعْلِ الأَنْشِطَةِ تَبْدَأُ فِي كُلِّ مَرَّةٍ مِنَ الصَّفْرِ بِسَبَبِ أَنَّ الذِّكْرَى الإِيجَابِيَّةَ غَيْرُ مَوْجُودَةٍ. وَفِي مِثَالِنَا، فَالشَّخْصُ قَدْ يَشْعُرُ بِشُعُورٍ جَيِّدٍ بِالفِعْلِ أَثْنَاءَ لَعِبِ الكِرَةِ، لَكِنْ حِينَ يَسْأَلُهُ المُعَالِجُ عَنِ ذَلِكَ، يُجِيبُ بِأَنَّ ذَلِكَ لَمْ يَمْنَحْهُ شُعُورًا إِيجَابِيًّا.

كَيْفَ يَعْمَلُ المُعَالِجُ وَالمْتَعَالِجُ مَعًا لِلقِيَامِ بِالتَّحْفِيزِ السُّلُوكِيِّ وَتَجَاوُزِ عَوَائِقِهِ؟

هَذِهِ العَمَلِيَّةُ تَمْرُّ بَعْدَهُ خُطُوات:

أولاً: تَحْدِيدُ مَسْتَوَى الأَنْشِطَةِ الَّتِي يَقُومُ بِهَا الفِرْدُ حَالِيًّا

أَي التَّعَرُّفُ عَلَى وَضْعِ الشَّخْصِ حَالِيًّا بِخُصُوصِ هَذِهِ الأَنْشِطَةِ، وَهَلْ تَرَاجَعَتْ بِسَبَبِ الاكْتِثَابِ، وَبِأَيِّ مِقْدَارٍ يُشَكِّلُ كُلُّ مِنَ المْتَعَةِ وَالمْتَكِنِ حَافِزًا لِهَذِهِ الأَنْشِطَةِ، وَمَا إِذَا كَانَ الشَّخْصُ يَرَى أَنَّهُ يَقُومُ بِمَا يَكْفِي أَمْ لَا، وَمَا إِذَا كَانَ يَحْصُلُ عَلَى مَا يَعْتَبِرُهُ مَنَاسِبًا مِنْ كِلَيْهِمَا

(المُتعة والتمكُّن). في الأغلبِ الأعمّ، سيجدُّ المعالجُ أن هناك تراجعًا منذ الاكْتِتابِ في الأنشطةِ جميعِها، وأنَّ الشَّخصَ لا يحصلُ على حاجتِه من الشُّعورِ بالمتعة ولا من الشُّعورِ بالتمكُّنِ والإنجازِ. يُمكنُ في حالاتٍ معيَّنة أن يكونَ هناكَ زيادةٌ في هذه الأنشطةِ من بابِ محاولةِ المُصابِ بالاكْتِتابِ أن يُعوِّضَ عن اِفْتِقادهِ للمتعة والإنجازِ، فقد يكونُ مُبالِغًا في النَّشاطاتِ التي يُحاولُ فعلُها ليشعُرَ أنَّ أمرَه جيِّدةٌ أو ليعوِّضَ تدنِّيَ مزاجِه.

ثانياً: إرشادُ الشَّخصِ إلى أهمِّيةِ التحفيزِ والقيامِ بالأنشطةِ التي تعودُ عليه بالمتعة والإنجازِ

من الشَّائعِ لدى المُصابينَ بالاكْتِتابِ أنَّهم يقضونَ وقتًا طويلاً إمَّا في الفراشِ أو يقومونَ بالأنشطةِ لا تتطلَّبُ قدرًا كبيرًا من التفاعلِ، مثلَ مشاهدةِ التلفازِ أو تصفُّحِ الهاتفِ دونَ هدَفٍ مُعيَّن. كثيرًا ما يكونُ تفسيرُ المُصابينَ بالاكْتِتابِ لذلك بأنهم لا يشعرونَ بأنَّ لديهمَ مزاجًا للقيامِ بأشياءٍ يُحبُّونها، وأنهم يتتظَّرونَ أن يتحسَّنَ مزاجُهم لكي يعودوا إلى أنشطتهم. هنا، من المهمِّ للمعالجِ النَّفسيِّ أن يُعلِّمهم أنَّ القيامَ بالأنشطةِ يُوَدِّي لتحسينِ المزاجِ، لا العكس. هذه نُقطةٌ مُهمَّةٌ للغاية، فكثيرٌ من المُصابينَ بالاكْتِتابِ لا يتخيَّلونَ أنَّ مُحاولتهمَ لتحفيزِ أنفسهم من خلالِ الأنشطةِ ستنجحُ، ويكونونَ مقتنعينَ بالفعل أنَّ عليهمَ انتظارَ مفعولِ العلاجِ أو الدَّواءِ ليقوموا بذلك<sup>(10)</sup>.

(10) التحفيزُ الذي يقومُ بهِ المعالجُ النَّفسيُّ مدروسٌ ومنهجيٌّ كما سَترى، وهو يحصلُ في إطارِ الاتِّفاقِ بينِ المعالجِ والمتعالجِ على أنَّ هناكَ اِكْتِتابًا يقومُ بعلاجِه بطريقةٍ منهجيَّة. هذا يختلفُ عن مُحاولَةِ

ثالثاً: وضع جدول مقترح بالتعاون بين المُعالِجِ والمُتعالِجِ  
لأنشطة سيحاول المُتعالِجُ جهده أن يقومَ بها

مُجرّدُ أن «يصف» المُعالِجُ للمُتعالِجِ أنشطةً يقومُ بها قد يكونُ له كبيرُ الأثر على التحفيزِ السلوكيِّ وتحسينِ المزاجِ، فثقةُ المُتعالِجِ في نصيحةِ المُعالِجِ وجدواها لها أثرٌ إيجابيٌّ بحدِّ ذاتها، فضلاً عن أن حالةَ المُشاركةِ بين المُعالِجِ والمُتعالِجِ وما يُصاحِبُها من شعورِ المُتعالِجِ بأنَّ هناك من يُشجِّعُه ويراقِبُ نشاطه وتقدّمه وأداءه للمهامِّ تُنتِجُ كُلها آثاراً طيبةً كذلك. من المهمِّ جدّاً أن يكونَ للمُتعالِجِ دورٌ فعّالٌ في وضعِ هذا الجدولِ، بحيث لا تكونُ الأنشطةُ ممّا يتطلّبُ جهداً أو وقتاً كبيرين، وألا يُغرِقَ الجدولُ بمهامِّ كثيرة. الهدفُ هو تحديدُ أنشطةٍ معقولةِ العددِ والوقتِ والجهدِ ممّا يتوقَّعُ المُتعالِجُ أن يعودَ عليه بالشعورِ بالمتعةِ أو بالإنجازِ أو كليهما. لا مانعَ أن يكونَ في أدائها بعضُ التحدّيِ وبذلِ الجهدِ، بل هذا هو الطبيعيُّ، لكنّ من المهمِّ أن تغلبَ احتمالاتُ النجاحِ في أدائها على العكس، وذلك لكي يبنى المُتعالِجُ على إنجازاته ويُعمِّقها. بطبيعةِ الحالِ، يُمكنُ للمُتعالِجِ أن يعجزَ عن أداء ما اتَّفَقَ عليه، وهذا متوقَّعٌ وطبيعيٌّ وجزءٌ من العلاجِ، بل تحضُّلُ الاستفادةِ منه علاجياً حين يقع من خلالِ مُناقشةِ أسبابِ ذلك والأفكارِ التي صاحبته في الجلسةِ العلاجيّةِ التّالية.

---

المُحيطين بالمُصاب بالاكْتئاب أن يدفَعوه بحُسن نيةٍ إلى الخُروجِ من البُيْتِ والاستمتاعِ بالحياةِ وأن كل ما عليه فَعَله هو أن ينفِصَ عن نَفْسِهِ الكأبةِ ويخرُجَ للحياةِ وكل شيءٍ سيُصبحُ على ما يُرامُ بمجرّدِ فَعَلِ ذلك.

## رابعاً: ترتیبِ تجربهِ سُلوکیّةِ عندَ وجودِ مُقاومةٍ لدى المتعالج

إذا كانَ هناكَ مُقاومةٌ للتحفيزِ السُّلوکيِّ لأيِّ من الأسبابِ التي ذكرناها سابقاً، فمِمّا يُساعدُ في التغلُّبِ على ذلك أن يتَّفَقَ المعالجُ والمتعالجُ على تجربةِ سُلوکیّة. للتجاربِ السُّلوکیّةِ أشكالٌ عديدة، وسنذكرُ هنا نموذجاً من النماذجِ المُمكنة:

أ. يتَّفَقُ المُعالجُ والمتعالجُ على نشاطٍ مُعيَّن سيقومُ به المتعالج. من المُهمِّ مُراعاةُ ألا يكونَ صعباً جدّاً وألا يتطلَّبَ الكثيرَ من الوقتِ والجهدِ والخطواتِ التحضيرية.

ب. يقومُ المتعالجُ قبلَ القيامِ بالنشاطِ بتحديدِ مستوى المتعةِ أو التمكنِ والإنجازِ اللذين يتوقَّعُ أن يحصلَ عليهما من هذا النشاط. مثلاً، كم علامةً من عشرة تتوقَّعُ أن يمنحكَ هذا النشاطُ من المتعةِ (حيث صفر تعني لا مُتعةٌ على الإطلاقِ وعشرة تعني أقصى متعة متخيَّلة)، وكم علامةً من عشرة تتوقَّعُ أن يمنحكَ هذا النشاطُ من شعورِ بالتمكُّنِ والإنجازِ (حيث صفر تعني لا تمكُّنَ ولا إنجازَ أبداً، وعشرة تعني أقصى شعورٍ متخيَّلٍ بالتمكُّنِ والإنجاز).

ت. بعدَ إتمامِ النشاطِ مُباشرةً، يقومُ المتعالجُ بإعطاءِ علامةٍ من عشرة لكلِّ من الشعورين: المتعة، والتمكُّنِ والإنجازِ، بناءً على ما أحسَّ به فعلياً خلالَ النشاطِ.

ث. بعدَ يومٍ أو أكثر، يقومُ المتعالجُ بإعطاءِ علامةٍ من عشرة لكلِّ من الشعورين، بناءً على ما يتذكرُه من إحساسٍ بأثرِ النشاطِ عليه.

الشعور بعد يوم أو أكثر (علامة من عشرة)		الشُّعور بعدَ النَّشاطِ مباشرةً (علامة من عشرة)		التَّوقُّعُ قبلَ القيامِ بالنَّشاطِ (علامة من 10)		الشُّعورُ الإيجابيُّ المستهدف  (منعة؟ أم تمكُّن وإنجاز؟ أم كلاهما؟)	النَّشاط
التمكُّن والإنجاز	المنعة	التمكُّن والإنجاز	المنعة	التمكُّن والإنجاز	المنعة		
-	4	-	6	-	3	منعة	الخُرُوجُ مع صديقٍ للغداء
5	0	5	1	4	3	كلاهما	زراعة نبتة في حديقة المنزل

ج. يُحضِرُ المتعالِجُ الجدولَ السَّابِقَ إلى جِلسَةِ العِلاجِ التَّالِيَةِ من أجلِ التَّفَاشِ وَالخِلاصَاتِ وَالاسْتِتِجَاتِ وَتَحْدِيدِ الخُطواتِ اللاحقة.

وَيَمكِنُ القاريُّ أن يتوقَّعَ مُحِقًّا أنَّ هذا الجدولَ الصَّغِيرَ كُنَّ من المَعلُومَاتِ الهامَّةِ، وَيَمكِنُ الاستِفادةُ منه بِطُرُقٍ كَثيرةٍ للغاية.

من الواضِحِ مَثَلًا أنَّ المَنعَةَ الحَقِيقِيَّةَ للخُرُوجِ مع صديقٍ للغداء فَاقَتْ توقُّعاتِ المتعالِجِ. هذا يعني أنَّ هناكَ نِشاطاتٍ أُخرى مُحتمَلةٌ توقَّفَ المُتعالِجُ عن فعلِها لأنَّه لا يتوقَّعُ أن يَستَمِيعَ بها، ولكنَّ أماننا دليلاً عملياً بالأرقام أن توقُّعاته قد لا تكونُ دقيقة. هذا بحدِّ ذاته يُمكنُ أن يكونَ دافعاً لتجربةِ المزيدِ من النِّشاطاتِ التي توقَّفَتْ بسببِ الاكْتِتابِ، بل يُمكنُ تجربةُ نِشاطاتٍ جديدة.

كما أنَّ الجدولَ يُخبرُنا أنَّ هذا المتعالِجُ يُمكنُ أن ينسى الشُّعورَ الجيِّدَ الذي حصلَ عليه بعدَ مرورِ بعضِ الوقتِ. هذا مُهمٌّ جدًّا، إذ

معناه أن المتعالج إذا سنحت له فرصة جديدة للخروج مع أصدقاءٍ بعد أسبوع، فقد تقول له أفكاره الأتوماتيكية «لن تستمتع بذلك»، فإذا حاول أن يتذكر شعوره خلال الغداء، قد يجد أن معظم شعوره الجيد قد تلاشى من ذاكرته، لكنه إذا نظر إلى الجدول فسيقول لنفسه: «في الأسبوع الماضي توقعتُ ألا أستمتع بالخروج مع أصدقائي، لكنني أرى أمامي أنني استمتعتُ بالفعل، وأرى أمامي كذلك أن هذا الشعور الجيد يتلاشى مع الوقت، لكن هذا لا يعني أنه لم يحصل. سأخرج معهم».

والنتائج السلبية في التجربة مهمة ومفيدة لنا بقدر النتائج الإيجابية، فإذا نظرنا للنشاط الثاني «زراعة نبتة» فسنجد أنها لم تحقق المتعة المتوقعة. لا بأس، فهناك الكثير مما يمكننا فعله إزاء ذلك. يمكن للمعالج في الجلسة التالية أن يفحص ما حصل خلال زراعة النبتة، وما الأفكار الأتوماتيكية التي ظهرت خلال ذلك، وكيف أثرت هذه الأفكار على الحالة الذهنية عموماً.

مثلاً، قد يكون مرّ بذهن المتعالج أفكار من قبيل «أنا بائس أحاول الاستمتاع بزراعة نبتة بدلاً من فعل كذا وكذا» أو «لماذا أبحث عن المتعة؟ الشعور بالإنجاز فقط هو ما سيجعلني أشعر أنني أفضل» أو «لم أكن أعلم أن زراعة نبتة يحتاج كل هذا الوقت» أو غير ذلك من الاحتمالات التي لا حصر لها. دور المعالج أن يفحص تلك الأفكار ويخضعها للتشريح نفسه الذي ناقشناه من قبل، فما الدليل على صحة هذه الأفكار؟ وما الدليل ضدها؟ وما جدواها؟ وما هي المعتقدات الأعمق التي تُنتجها، وهكذا.

والنتائج الإيجابية للتحفيز السلوكي كثيرة، منها:

• مزيدٌ من الأنشطة التي يقوم بها المُصاب بالاكْتئاب، وهذا بحدِّ ذاته يؤدي لتحسين المزاج.

• تغيير الأفكار السلبية غير الصحيحة عن الأنشطة المُختلفة والانععالات المُرتبطة بها، وهذا يُعطي المُصاب بالاكْتئاب منظورًا أفضل لأفكاره المُقيّدة ويجعلها أكثر قابليةً للتغيير.

• فتح المجال لمراجعة الأفكار السلبية عن النفس عموماً، فإذا كانت الأفكار السلبية عن السلوكات والنشاطات خاطئة ومُقيّدة وتجعل أمورٍ أسوأ، فما المانع أن تكون بعض أفكارٍ الأخرى عن نفسي خاطئة كذلك؟ وهذا أيضاً ينطبق على الأفكار والتصورات عن الآخرين والحياة عموماً.

• تحويل الاكْتئاب من حالة عامة مُهيمنة نواجهها كُلها ككتلة واحدة إلى حالة مُجزأة ومتعددة المكونات يُمكن تفكيكها ومواجهتها من أكثر من زاوية وأكثر من طريقة. أي أن مواجهة الاكْتئاب تُصبح «ورشة عمل» يُحقق فيها المُتعالج مكاسبَ تدريجيةً ومتنوعةً، بدل أن يظلّ يتعامل مع الاكْتئاب ككتلة ضخمة يجلس بلا فعالية منتظرًا أن تنزاح بطريقة ما.

ومع أن بعض الحالات تحتاج لمعالج متخصص كي يُؤتي التحفيز السلوكي ثماره، إلا أن بعض المفاهيم والأفكار والتقنيات التي ذكرناها في هذا الفصل ممّا بإمكان المتعافي غير المنخرط في علاج مع متخصص أن يُحاول الاستفادة منه وتوظيفه في رحلة التعافي.

## الفصل الحادي عشر: العلاج النفسي الديناميكي

العلاج النفسي الديناميكي (سنشير إليه بـ «الديناميكي» من الآن وصاعداً للاختصار) هو علاجٌ يستفيدُ من نظرياتِ وأفكارِ التحليل النفسي ويوظفها في آلياتٍ علاجيةٍ حديثة. يُمكننا وصفُ العلاج الديناميكي بأنه تطويرٌ وتهذيبٌ وتحديثٌ للتحليل النفسي على أكثر من مستوى، بما فيها القضايا التقنية. مثلاً، يُمكنُ تقديمُ هذا العلاج من خلال جلسة أسبوعية في مُقابل التحليل النفسي الذي يشترطُ ثلاث جلساتٍ على الأقل أسبوعياً، كما أن المتعالج والمعالج يجلسان متقابلين على كرسيين كسائر العلاجات الأخرى، في مُقابل الصورة النمطية للتحليل النفسي حيث يتمددُ المتعالج على الـ «شيزلونج» ويجلسُ المُحللُ النفسيُّ خارجَ مدى نظره.

في الواقع، بإمكاننا القول إنَّ العلاج الديناميكي اليوم يُشبهُ أقرانه من العلاجات الأخرى (الإدراكي السلوكي والحيز الاجتماعي وغيرها) أكثر مما يُشبهُ جدّه الكبير، أي التحليل النفسي. أذكرُ هذا لأنَّ صورة القارئ العربي عن التحليل النفسي صورة كاريكاتورية على الأغلب، مُستقاة من الشائع المشهور عن فرويد -الذي يُصوّرُ بكاريكاتورية بالغة هو الآخر- ولأنَّ علاقة الثقافة العربية بالتحليل النفسي توقفت عند فرويد وبعض تلامذته من الجيل الأوّل، فلا نجدُ بعد ذلك مصادراً كافيةً بالعربية لمواكبة التطورات الكثيرة التي حصلت بعد ذلك.

والواقعُ أنّ المجتمعَ العلميَّ في الغربِ نفسه احتاجَ وقتًا غيرَ قليلٍ لإعطاءِ العلاجِ الديناميكيِّ الرصيدَ الذي يستحقُّه، فبعدَ أن كانَ التحليلُ النفسيُّ هو سيّدَ المشهدِ لعُقود، ظهرَ العلاجُ الإدراكيُّ السلوكيُّ بأفكارِهِ الواضحةِ وأساليبهِ السهلةِ وقابليّةِ نتائجِهِ للقياسِ بالأرقامِ والبياناتِ، فأصبحَ هو سيّدَ المشهدِ الجديدِ، وتوارى التحليلُ النفسيُّ بأفكارِهِ المُعقّدةِ ومدّةِ الطويلةِ وصُعوبةِ قياسِ نتائجِهِ. ومعَ أنّ العلاجَ الديناميكيَّ ظلَّ يتطوّرُ ويتحدّثُ عبرَ السنينِ، إلا أنّ المجتمعَ العلميَّ احتاجَ وقتًا ليقننَعَ بالفعلِ بأنّ هذا العلاجَ تخلّصَ من كثيرٍ من مشاكلِ التحليلِ النفسيِّ وتعقيداتهِ وبعضِ أفكارِهِ غيرِ القابلةِ للاختبارِ العلميِّ. ومنذُ سنواتٍ تتوالى الدراساتُ التي تُثبتُ أنّ العلاجَ الديناميكيَّ علاجٌ فعّالٌ وفقَ المعاييرِ البحثيةِ السريريةِ التي ثبتتَ بها فعاليةُ أنواعِ العلاجاتِ الحديثةِ الأخرى، فبدأَ يأخذُ مكانَهُ الذي يستحقُّه كعلاجٍ حديثٍ وفعّالٍ وقائمٍ على الدليلِ العلميِّ التجريبيِّ.

وفيما يلي أهمُّ الأفكارِ الأساسيةِ والمفاهيمِ التي يوظّفها العلاجُ الديناميكيُّ.

## مركَزيةُ الخِبراتِ السابقةِ

يعتمدُ العلاجُ الديناميكيُّ كثيرًا على أثرِ الماضيِ في الحاضرِ، والسببُ الأساسيُّ هو أننا نتعلّمُ من تجاربنا وخبراتنا، وهذا التعلّمُ ليسَ ذهنيًّا وإدراكيًّا فقط (أي المعلوماتِ والحقائق)، بل هو تعلّمُ انفعاليٍّ وعاطفيٍّ كذلك، فكما نتعلّمُ شكلَ المُرَبّعِ وأسماءَ الفُصولِ

الأربعة وسنة احتلال فلسطين، نحن نتعلم كذلك أن حنان الأم يمنحنا السعادة وأن عطف الأب يُشعرنا بالطمأنينة وأن تقربنا من شخص نرغبه يُصبح ألمًا إذا قابلنا هذا الشخص بالرفض، وأن الفقد مُحزن، وأن الإنجاز يملأنا بالفخر، وهكذا.

هذه الخبرات والتجارب لا تنكتب على صفحة بيضاء، فلدينا جيناتنا وسماتنا التكوينية التي تتحدد بدرجة كبيرة قبل حتى أن نبدأ نعي تجاربنا، لكن هذه التجارب تتفاعل مع تكويننا، وتؤثر فينا وتغيرنا. وقد يتنبأ القارئ مُحققًا أن قوة أثر هذه التجارب علينا وامتداد هذا الأثر في عمرنا اللاحق يتناسب طرديًا مع العوامل التالية:

1. شدة التجربة: فإمكاننا أن نتخيل أن وفاة الأب أكثر تأثيرًا بكثير من غيابه لسنوات بسبب العمل في الخارج.

2. تكرار التجربة: فالضرب المتكرر يوميًا لسنوات أكثر تأثيرًا من الضرب بضعة مرات خلال سنوات.

3. العمر المبكر: فالتعرض للرفض المتكرر من زملاء المدرسة في المراهقة وشخصية الإنسان ودماعه يتشكلان أكثر تأثيرًا من التعرض للرفض من زملاء العمل في الثلاثينيات.

4. التوافق بين التجربة والسمات التكوينية: فالتجارب المؤلمة إذا حصلت للشخص المتشائم بطبعه تكون أكثر تأثيرًا عليه من الشخص المتفائل بطبعه، لأنها تُعزز التشاؤم وتزيده عند المتشائم، أما المتفائل فيراها استثناءً وأمرًا يمكن تجاوزه.

يُخبرنا العلاج الديناميكي أن التجارب المبكرة كلما اجتمع فيها

عددٌ أكبرٌ من هذه العوامل، يزدادُ احتمالُ أن تتحوَّلَ من تجاربٍ منفردةٍ ومنفصلةٍ إلى نماذجٍ نَعَمُّها على الحياةِ والوجودِ، ويزدادُ احتمالُ أن تتحوَّلَ من أحداثٍ منفردةٍ إلى قوالبٍ نفهَمُ ونفسِّرُ أنفسنا وحياتنا وما حولنا من خلالها.

حين تتحوَّلُ هذه الخبراتُ المنفصلةُ والأحداثُ المنفردةُ إلى نماذجٍ وقوالبٍ نرى من خلالها أنفسنا والآخريينَ والوجودَ، فإنَّ قدرتنا على تعلُّم ما يُخالفُها أو حتى ملاحظته تتناقصُ تدريجيًّا. مثلاً، شابٌّ تعرَّضَ للرفضِ المُستمرِّ عاطفيًّا قد يعجزُ عن التفاعل مع امرأةٍ تُحاولُ فعلاً الاهتمامَ به والتقرُّبَ له، بل قد لا يلاحظُ ذلك أصلاً.

بل فوق ذلك، تتحوَّلُ هذه النماذجُ والقوالبُ (التي تشكَّلتُ من خبراتنا السابقة) إلى موجهاتٍ لانفعالاتنا ومشاعرنا وسلوكياتنا واستجاباتنا، وفي بعضِ الأحيان تتحوَّلُ إلى ما يُسمَّى «النَّبوءة التي تُحقِّقُ نفسها Self-fulfilling Prophecy»، أي أن نُرسِّخَ نحنُ سلوكنا من دونِ وعي صحِّة هذه النماذج والقوالب. مثلاً، الشابُّ الذي تعرَّضَ لرفضِ عاطفيٍّ مُستمرٍّ قد يُحاولُ -بشكلٍ لاواعٍ- التقرُّبَ من امرأةٍ يعلمُ سلفاً أنها سترفضُه، وذلك بسببِ رغبةٍ نموذجيةٍ الدَّاخليَّةِ الذي يقولُ «لا أحدٌ يُحبُّني» أن يُرسِّخَ أنه صحيحٌ.

وما يُحاولُ العلاجُ الديناميكيُّ فعله بخصوصِ هذه النقطةِ هو بناءُ بصيرةٍ Insight لدى المتعالجِ بوجودِ هذه النماذجِ في حياته، وأنها تمنعه من رؤية الأشياءِ بطريقةٍ أكثرَ صحِّةٍ (بمعنى الدِّقةِ وبمعنى العافية)، وأن هذه النماذجِ والقوالبِ تشكَّلتُ في حياته بسببِ تجاربٍ معيَّنة، وليست حقائقَ مطلقةً.

مُجَرَّدُ نَشْوَى هَذَا الْوَعْيِ لَدَى الْمَتَعَالِجِ يُحَدِّثُ فَرْقًا كَبِيرًا، فَحِينَ نَمْتَلِكُ بَصِيرَةً وَاضِحَةً بِنَمُوذَجٍ فِي أَنْفُسِنَا يَتَحَكَّمُ بِالطَّرِيقَةِ الَّتِي نَرَى بِهَا الْعَالَمَ وَنَتَفَاعَلُ مَعَهُ، نُصَبِّحُ أَكْثَرَ قُدْرَةً عَلَى تَجَاوُزِ هَذَا النَّمُوذَجِ وَرُؤْيَا عِلَاتِهِ وَمَحْدُودِيَّتِهِ وَالظَّرُوفِ الَّتِي آدَتْ لَتُشَكِّلِهِ. هَذِهِ الْبَصِيرَةُ تُشْبِهُ رُؤْيَا الْمَشْهَدِ مِنْ أَعْلَى.

هَذَا بِدَوْرِهِ يُتِيحُ الْمَجَالَ لِتَجَارِبَ جَدِيدَةٍ أَنْ تَظْهَرَ وَخِبْرَاتٍ مُخْتَلِفَةٍ أَنْ تُخَاضَ، وَمِنْ ثَمَّ يُصْبِحُ الْمَرْءُ قَادِرًا عَلَى بِنَاءِ نَمَاذِجٍ أَكْثَرَ صِحَّةً وَحَيَوِيَّةً.

## دور اللاوعي

مفهوم «اللاوعي» من المفاهيم المركزية في العلاج الديناميكي، وهو مرتبط بقوة بالخبرات السابقة. الفكرة باختصار هي أن هذه القوالب والنماذج التي تتشكل داخلنا لفهم أنفسنا والوجود والعالم تُصبح جزءاً من تكويننا النفسي العميق الذي يُحرِّكنا دون أن نكون بالضرورة واعين لذلك. ما نُحِبُّ ونكره، وما نحلمُّ به وما نخشى وقوعه، وقراراتنا الكبرى في الحياة (من نتزوج، مساراتنا المهنية، تفكيرنا في الإنجاب، وغيرها) كلها تتأثر بهذه المؤثرات والدوافع العميقة التي تُقيم داخلنا حتى ولو كنا غير مُدركين لها بشكل واعٍ.

مثال:

بدأ «وليد» جلسات العلاج الديناميكي بعد سنة من محاولة تجنب

الموضوع. خلال هذه السنة، ساءت علاقته بزوجته إلى حد بعيد، ومنذ ثلاثة أشهر بدأت أعراض الاكتئاب في الظهور. ولأنه يريد تجنب الدواء ما لم يكن لذلك داعٍ واضح، قرّر البدء في الجلسات.

بالحديث معه واستكشاف ظروف حياته، برز خلافٌ مثيرٌ للاهتمام بينه وبين زوجته. تزوجا قبل ثلاث سنوات، وزوجته أتمت البكالوريوس في العلوم السياسية قبل الزواج بقليل. كان هو حاصلاً على الدكتوراة في التاريخ، وكانت زوجته قد ذكرت عرضاً خلال الخطبة أنها ربما ترغب في شهادة الماجستير. بعد سنة من الزواج، حدثت في موضوع الإنجاب، وحاول تأجيل النقاش وأحياناً إقفاله، بلطف في البداية، ثم بعصبية وتهرب. بدأ الموضوع يلقي بثقله على علاقتهما، وهي تذكره أنها في الثالثة والثلاثين، ويهتمها أن تُنجب قبل أن تتقدم أكثر في العمر. بعد تهرب، أخبرها وليد أن عليها أن تحصل على الماجستير، ثم تلتفت لموضوع الإنجاب.

انزعجت زوجته كثيراً من هذه الاستجابة لأكثر من سبب، إذ بدأت تخشى أنه يؤجل الموضوع ويخترع الحجج، ثم إنها بدأت تخشى أن يكون إصراره نابعاً من أنه لا يراها كفتناً له ما لم تحصل على شهادة عالية مثله، فضلاً عن أنها رأت في إصراره وصايةً على قراراتها هي. بدأت الأمور تسوء والجفوة تزيد.

من خلال استكشاف طويل ومتشعب لنشأة وليد، ظهر أمران لفتا نظر المعالجة الديناميكية. الأمر الأول هو أن والدة وليد لم تكمل تعليمها الجامعي، إذ التقت بوالده في منتصف مرحلة البكالوريوس، وحصل الزواج على أمل إكمال تعليمها، لكنهما اضطررا للسفر

للخليج إثرُ فرصةٍ عملٍ لم يستطع والده أن يرفضها. تأملتُ والدته أن تُكَمِّلَ تعليمها، لكنّها حملت به بعدَ السفرِ بقليل، حملاً من دون تخطيطٍ مُسبق. مع أن والدته أعطته وإخوته الثلاثة الذين أتوا بعده كلَّ حُبٍّ ورعاية، ألا أن حسرتها على عدم إكمالِ تعليمها كانت تظهرُ بشكلٍ صامتٍ مع كلِّ شهادةٍ حصلَ عليها هو أو إخوته.

الأمرُ الثاني هو أن وليد ظلَّ لفترةٍ يُحاولُ أن يرتبطَ بإحدى زميلاته في القسم دون جدوى. تقربَ منها وأبدى اهتمامه، وقابلته بلطف، لكن حين وصلَ الأمرُ إلى حديثٍ جدِّيٍّ في الارتباط، تملصت من الأمر بلباقة. حاولَ الحديث مع زميلاتها والبحث عن منفذٍ إلى قلبها، لكن باءت مُحاولاته بالفشل، واحتاج وقتاً لتهدأ مشاعره تجاهها، وبقيت في قلبه حسرةٌ تجاه الأمر. مع أن الأمورَ بينهما لم تصل إلى درجةٍ جدية، إلا أنه وجد نفسه مدفوعاً نحو هذا المرأة وعاجزاً عن تجاوز مشاعره نحوها بطريقةٍ لم يستطع هو نفسه أن يفهمها، بل إن أكثرَ أصدقائه لم يروا الارتباطَ منطقياً بسببِ اختلافٍ كبيرٍ في الطباعِ بينهما.

اقتَرَحَتِ المُعالِجَةُ على وليد أنه قد يكونُ يبحثُ بشكلٍ لاواعٍ عن امرأةٍ تُحِبُّه وتكونُ عاليةَ التعليم في الوقتِ نفسه. أمه أحبته، ولكنها لم تكملَ تعليمها، وقد يكونُ تسرَّبَ إليه شعورٌ بأن محبَّتها له لم تكن كاملةً لأنَّه هو حالٌ بينها وبين التعليم (لكونه الحملُ الأوَّل الذي عطلَّ خططها). وزميلته عاليةُ التعليم ولكنها لم تُبادله المشاعر. إذا حصلتُ زوجته على الماجستير، فهذا يحلُّ عقدتين لاواعيتين عنده: زوجته تحبُّه وهي في الوقتِ نفسه عاليةُ التعليم، وتجنُّبُ طفله القادم مغبةً أن يُعيدَ التجربةَ نفسها بأن يحولَ بين والدته -زوجة وليد- وطموحها في التعليم.

بدا الأمر منطقيًا لوليد، وبدا مُقنعًا له أنه يُحمَلُ علاقته مع زوجته ما ليس عليها أن تحتمل. بمُساعدةٍ من المُعالِجة، بدأ يُفكِّكُ هذا التشابك بأن يركِّزُ على تأكيدِ مشاعره الحقيقية لزوجته، وتقديره لها بغض النظر عن أي شهادة، وتوقفَ عن مُطالبتهَا بذلك قبل الإنجاب. هدأت الأمور بشكل جيد، وبدأت نفسيته تتحسن، ثم صارحها بأنه قد يكونُ أصرَّ على الأمر خوفًا من أن يمرَّ طفله بتجربته نفسها، تفهمت زوجته ذلك، بل إنَّ محبَّتها لوليد ازدادت لأنَّها اكتشفت أن خلفَ إصراره الذي أزعجها حرصًا عليها وعلى علاقتها بطفليها، واستمرت كل من صحَّة وليد وصحَّة علاقتهما في التحسُّن.

## مركزية العلاقات الأساسية

التحليل النفسي، ومن بعده العلاج الديناميكي، يؤكِّدان على أن العلاقات الأساسية في الطفولة تُشكِّلُ قالبًا أو نموذجًا يبني الإنسان علاقاته اللاحقة مُستهدِّيًا به ومعتمدًا عليه، وإذا كان لهذه العلاقات الأساسية في الطفولة ملمحٌ واضحٌ أو ثيمةٌ عامَّةٌ متكرِّرة، فإنَّ احتمال تأثيرها على العلاقات اللاحقة يزداد. وكما يُمكنُ للقارئ أن يتوقَّع، فإنَّ أهمَّ العلاقات الأساسية علاقة المرء بوالديه أو من يقوم مقامهما، ثم تبدأ مركزية العلاقة تقلُّ كلما اتَّسعت الدائرة.

ونريدُ هنا أن نُعيدَ التأكيد على التنبيه الذي ذكرناه في أكثر من موضع، وهو أنَّ الحديث عن الطفولة وتجاربها وعلاقاتها يجبُ أن يؤخَّذ في سياقه العلمي، لا في سياق مبالغات السوشال ميديا. فما

تحدّثُ عنه هنا هو ثيماتٌ واضحةٌ متكرّرةٌ وطويلةُ الأمدٍ تميّزُ بها علاقاتُ الطفلِ الأساسيّة. هذا النوعُ من الثيمات هو ما يُساهمُ في تشكيل نموذجٍ وقالبِ العلاقاتِ اللاحقة، أمّا الأحداثُ الصّغيرةُ المتناثرةُ والمواقفُ العابرةُ فأثرُها محدود، لأنّ الأطفالَ على قدرٍ عالٍ من المرونةِ النَّفسيةِ، والتّجاربُ السّلبيةُ البسيطةُ جزءٌ من النموِّ الطبيعيِّ، بل ضروريّةٌ لبناءِ المناعةِ النَّفسيةِ.

بالتّالي فالتّجاربُ السّلبيةُ غيرُ العابرةِ في العلاقاتِ الأساسيّةِ خلالَ فترةِ النموِّ والتّشكُّلِ يُمكنُ أن يُصبحَ لها أثرٌ لاحقٌ على العلاقاتِ الأساسيّةِ في الكِبَرِ، مثل العلاقةِ بالشريكِ العاطفيِّ والأبناءِ والأصدقاءِ القريبين. وهذا ليسَ مُفاجئًا في ضوءِ ما وضحناه حتّى الآن من مركزيّةِ الخبراتِ السّابقةِ واللاوعي، فالتّجاربُ الأساسيّةُ تندرجُ ضمنَ الخبراتِ السّابقةِ، كما أنّ اللاوعي هو مخزنٌ ضخمٌ للمشاعرِ والانفعالاتِ، والعلاقاتُ الأساسيّةُ هي الميدانُ الرّئيسُ لتشكُّلِ مشاعرنا وانفعالاتنا.

مثال:

بدأت «مريم» جلساتِ علاجيةٍ بطريقةِ العلاجِ الدّيناميكيِّ بعدَ سنتين من آلام في الظّهر بلا سببٍ واضحٍ، ومن أعراضِ اكتئابٍ مُتقطّعة. عمُرُ مريم سبعةٌ وأربعون عامًا ومتزوّجة منذ عشرين عامًا. عانت مريمُ في السّابق من فتراتٍ تدنّى فيها مزاجُها وظهرت عندها بعضُ أعراضِ الاكتئاب، لكنّ هذه المرّة هي الأسوأ من حيث شدّةِ الأعراضِ ومُدتها.

بالحديث مع مريم، تبيّن للمعالج أنّ هناك مسافةً تتسع بين مريم وزوجها لسبب غير مفهوم، فهي أقلّ دفئاً تجاهه من ناحية عاطفية، كما أنّ علاقتهما الجنسية في تراجع مستمرّ. كان ممّا ذكرته أنّها منذ فترة تزور شقيقاتها أكثر من المعتاد، واشترت لإحداهنّ هديةً ثمينةً غير معتادة. توقّع المعالج أنّ الأمر عائدٌ إلى خلوّ البيت منذ فترة بسيطة لأنّ أصغر أبنائهم سافر للدراسة وأصبحا وحدهما، ممّا زاد الضغط على علاقتهما. بدا هذا التفسير مقنعاً أوّل الأمر، لكنّ المعالج تخلّى عنه بعد أن لم يبدُ أنّه أحدث صدًى لدى مريم، كما أنّ حالتها لم تتحسنّ.

بمزيد من الاستكشاف، تبيّن أنّ مريم تأثرت كثيراً لوفاة والدها، إذ توفّي فجأةً بنوبةٍ قلبية في الثالثة والخمسين وكان عمراً ثمانية أعوام. عمّر زوجها الآن أربعة وخمسون عاماً، وشخصّ قبل عامين بارتفاع ضغط الدم. لم تلاحظ مريم الرابطة بين الأمرين، بل احتاجت بعض الوقت لتستعيد شيئاً من ذكرياتها ومشاعرها وقت وفاة والدها.

قدّم المعالج تفسيره المحتمل لمريم، إذ من الوارد أنّها ربطت ربطاً غير واع بين وفاة والدها ووضع زوجها الصحي، وأنّ الألم الشديد الذي عانته بسبب وفاة والدها، وإن كان كثيراً منه قد كُبت، يُعبّر عن نفسه منذ فترة في صورة قلقٍ من أن يموت زوجها، وأنها بسبب هذا القلق صارت تُقلل بشكل لاواع من تعلقها بزوجها، وذلك كي لا تتألم بشدة في حال وفاته، أي كي لا تُكرّر معاناتها مع فقد والدها. (سنكمل مثال مريم مع النقطة التالية).

## النزاع الداخلي وآليات الدفاع Psychic Conflict and Defense Mechanisms

يُعطي العلاج الديناميكي قيمة مركزية لكون الأعراض والأمراض النفسية مرتبطة بنزاع نفسي يحصل بين مكونات النفس، فمكونات النفس، حسب الرؤية الديناميكية، في حالة تفاعل مستمر، وهذا التفاعل قد تنتج عنه نزاعات بين المكونات المختلفة. هذه النزاعات يمكن أحياناً التخفيف منها بآليات الدفاع Defense Mechanisms، لكن هذه الآليات الدفاعية تفسد أحياناً، كما أنها يمكن أن تصبح هي بعد ذاتها سبباً للمعاناة.

ففي مثال مريم الذي تحدثنا عنه قبل قليل، هناك نزاع نفسي داخلي بين حبها لزوجها وبين خوفها من الألم الذي ستعاني منه في حالة فقدانه. هذا النزاع الداخلي يعبر عن نفسه على شكل أعراض مختلفة، من قبيل أعراض الاكتئاب والقلق وأعراض جسدية أحياناً. حاول التكوين النفسي في داخلها أن يتعامل مع هذه الحالة من خلال استخدام آلية دفاعية هي «التجنب avoidance»، بمعنى أنها تتجنب بشكل لاواع القرب والحميمية مع زوجها كي تخفف من ألمها في حال فقدانه. من الواضح أن الصراع الذي تمرُّ به أتعبها، وأن هذه الآلية الدفاعية ليست فعالة لأن علاقتها بزوجها ستعاني، ويمكن أن ينفصلاً، ويمكن له أن يعيش ثلاثين سنة أخرى قبل أن يموت، وتكون بالتالي خسرتُه بالفعل بسبب خوفها من خسارته، أي أن آلية الدفاع هذه ستنتج تماماً ما وُجدت لتفاديه.

بالتالي، توضيح هذه الآلية الدفاعية لمريم من قبل المعالج

الديناميكي أمرٌ مهمٌ جدًّا، لأنَّ مريم تُصَبِّحُ واعيَّةً بها بعد أن كانت هذه الآليَّةُ تعملُ في اللاوعي، أي دونَ قُدرةِ رادارِ مريم على رصدها. بهذا ستفهمُ مريم أسبابَ تصرُّفاتِها المُستجِدة، وستفهمُ أنَّ هذه الآليَّةُ الدفاعيَّةُ لن تمنعها من فقدانِ زوجها بالوفاة، وقد تسبَّبَ في فقدانها له بالانفصال، وبالتالي، من المتوقعِ والمأمولِ أن تنحسرَ هذه التصرُّفاتُ والأعراضُ التي ترافقها بالتوازي مع تطوُّرِ مريم بمساعدةِ العلاجِ لآليَّاتٍ أفضلٍ للتعاملِ مع مخاوفِها.

## مركَزيَّةُ العلاقةِ العلاجيَّةِ والتَّحويلِ Transference

هذه النِّقطةُ ممَّا يتميِّزُ به العلاجُ الديناميكيُّ بوضوحٍ عن أنواعِ العلاجِ الأخرى. ما يُخبرنا به العلاجُ الديناميكيُّ هو أنَّ المُعالِجَ ليسَ عاملاً مُحايداً في العمليَّةِ العلاجيَّةِ، بل له أثرٌ مركَزيٌّ.

تخيَّلِ أنَّكَ قرَّرتَ أن تبدأ في جلساتِ علاجيَّةٍ دون أن تكونَ عندكَ أدنى فكرةٍ عن أنواعِ العلاجِ. لننقلِ إنَّكَ بدأتَ البَحْثَ من خلالِ موقعِ إلكترونيٍّ في الخياراتِ المُتاحَةِ. حتَّى في تلكَ اللحظة، وقبل أن يبدأَ العلاجُ، تبدأُ مكوِّناتُك النَّفسيَّةِ في إظهارِ نفسها. مثلاً، قد تختارُ امرأةً دونَ أن تفهمَ لِماذا، وقد تُصرِّحَ على أن يكونَ المُعالِجُ صغيراً في السنِّ دونَ أن تفهمَ لِماذا، وقد ترى في الملامِحِ شيئاً يُخبرُكُ أنَّ هذا المُعالِجَ سيكونُ جافاً فتصرفُ النَّظَرَ عنه دونَ أن تعرفَ لِماذا.

فإذا تحدَّدَ الموعدُ الأوَّلُ، ستبدأُ في التَّفكيرِ فيما ستقولُه ولن تقولَه في البداية، وستبدأُ في تخيُّلِ ردَّاتِ فعلٍ مُعيَّنة من المُعالِجِ، بعضها

تُريده وبعضها تخافُ أن تحدثَ لأنها ستزعجُك، وهكذا.

ما يُخبرنا به العلاجُ الديناميكيّ هو أنّ هذا كله يندرجُ ضمنَ آليّةِ سيكولوجيّةٍ في غايةِ الأهميّةِ، هي «التحويل Transference»، وتعني أن يقومَ المتعالجُ بشكلٍ لاواعٍ بنقلِ مشاعره من الأشخاصِ الأساسيين في حياته إلى المُعالجِ.

ماذا يعني هذا؟ وما أهميته؟

المُعالجُ شخصٌ يأتي فجأةً من خارجِ السياقِ الاجتماعيّ للمتعالجِ، ويكتسبُ فجأةً أهميّةً كبيرةً، فأنت ستحدثُ معه عن قُرب، وستُخبرهُ بما يحدثُ في داخلِ نفسك، أيّ أنّك ستُقرُّبه كثيراً منك. نتيجةً لذلك، ستبدأ دونَ أيّ وعيٍ أو تخطيطٍ أو إرادةٍ بمُعاملته بالطريقةِ نفسها التي تُعاملُ العلاقاتِ المركزيّةِ في حياتك.

لنقل إنك ذكّرٌ تعرّضَ لفقدانِ الأب في عُمرٍ مُبكرٍ، وتزوَّجتِ والدتك بعد ذلك، ولم يكن زوجها حانياً عليك، وبدأتِ العلاجَ مع مُعالجٍ ذكّرٍ في الثلاثينياتِ من عُمرِكَ. بسببِ تجاربكِ السابِقة، من الواردِ جداً أن يكونَ لديك توجُّسٌ كبيرٌ وغيابٌ للثقة في الذكورِ الذين يحتلّون موقعاً مُهماً في حياتك. فوالدك اختفى من حياتك بالوفاة، وزوج والدتك لم يملأ هذا الفراغَ، وبالتالي فأنت قد تجدُ صعوبةً في الاطمئنانِ لوجودِ ذكّرٍ مُهمٍّ في حياتك لأنه قد يختفي في أيّة لحظةٍ أو قد لا يكونُ متوفراً لك من ناحيةِ المشاعرِ والعطفِ والرعاية، وبالتالي فأنت لا تُريدُ الاعتمادَ على رَجُلٍ مُهمٍّ في حياتك.

هذه المشاعرُ كلّها من الواردِ جداً أن تظهرَ بشكلٍ غيرِ واعٍ في العلاقةِ مع المُعالجِ، بل سيكونُ من النادرِ ألا تظهرَ، ويُمكنُ أن تُظهرَ

بَطْرُقٍ عَدِيدَةٍ، مِنْهَا مَا تَفَعَّلَهُ أَنْتَ كَمُتَعَالِجٍ، وَمِنْهَا رَدَاتٌ فِعْلٍ عَلَى مَا يَبْدُرُ مِنَ الْمُعَالِجِ.

مَثَلًا، قَدْ تَتَغَيَّبُ عَنْ جَلْسَةٍ دُونَ سَبَبٍ وَاضِحٍ وَدُونَ أَنْ تَعْرِفَ أَنْتَ لِمَاذَا فَعَلْتَ ذَلِكَ. كُلُّ مَا تَعَلَّمُهُ هُوَ أَنَّ شَيْئًا مَا فِي نَفْسِكَ يَدْفَعُكَ لِلتَّغَيَّبِ. ثُمَّ تَنْتَظِرُ رَدَّةَ فِعْلِ الْمُعَالِجِ، هَلْ سَيَتَّصِلُ لِيَطْمَئِنَّ؟ وَمَتَى سَيَتَّصِلُ؟ هَلْ سَيُحَدِّدُ جَلْسَةً بَدِيلَةً؟ هَلْ سَيَكُونُ مِيكَانِيكِيًّا فِي تَحْدِيدِ الْجَلْسَةِ الْبَدِيلَةِ أَمْ سَيَبْدُو عَلَيْهِ الْإِهْتِمَامَ بِرُؤْيَتِي فِعْلًا؟ وَهَكَذَا.

مَا تَفَعَّلَهُ نَفْسُكَ فِي هَذِهِ الْحَالَةِ هُوَ أَنَّهَا تَخْتَبِرُ الْمُعَالِجَ: هَلْ هُوَ مِثْلَ بَقِيَّةِ الرِّجَالِ فِي حَيَاتِي؟ غَائِبٌ أَوْ بَعِيدٌ أَوْ لَا يَكْتَرِثُ؟ أَمْ هُوَ شَيْءٌ مُخْتَلَفٌ.

قَدْ يَحْدُثُ مِثَلًا أَنْ يُضْطَرَّ الْمُعَالِجُ لِإِلْغَاءِ جَلْسَةٍ لظَرْفِ طَارِيءٍ، فَتَأْتِي لِلْجَلْسَةِ التَّالِيَةِ -دُونَ تَخْطِيطٍ أَوْ إِرَادَةٍ- وَتَصِلُ قَبْلَ الْوَقْتِ عَلَى غَيْرِ الْعَادَةِ، وَتُحَاوَلُ أَنْ تَتَحَدَّثَ فَقَطْ عَنِ الْأَشْيَاءِ الْجَيِّدَةِ الَّتِي حَدِثَتْ مِنْذِ الْجَلْسَةِ الْمَاضِيَةِ، وَتَبْدُلُ جَهْدًا لِإِقْنَاعِ الْمُعَالِجِ أَنَّكَ تَتَحَسَّنُ، حَتَّى وَلَوْ لَمْ تَكُنْ هَذِهِ هِيَ الْحَقِيقَةُ.

لِمَاذَا؟ لِأَنَّكَ لَا تُرِيدُ أَنْ تَفْقِدَ الْمُعَالِجَ كَمَا فَقَدَتِ الرِّجَالُ الْمُهِمِّينَ فِي حَيَاتِكَ، وَهَذِهِ الْجَلْسَةُ الْمُلْغَاةُ لِسَبَبِ طَارِيءٍ ذَكَرْتِكَ بِأَنَّ هَذَا احْتِمَالٌ وَارِدٌ، وَبِالتَّالِي دَقَّتْ جَمِيعَ أَجْرَاسِ الْإِنْذَارِ فِي رَأْسِكَ، وَصَارَتْ نَفْسُكَ دُونَ وَعْيٍ مِنْكَ تُحَاوَلُ التَّعَامُلَ مَعَ هَذَا الْأَمْرِ بِإِقْنَاعِ الْمُعَالِجِ بِأَنَّكَ «وَلَدٌ جَيِّدٌ»، تَأْتِي فِي الْمَوْعِدِ، وَأُمُورُكَ فِي تَحَسُّنٍ، وَلَنْ تَكُونَ عَبْنًا عَلَى الْمُعَالِجِ، وَلِذَا فَأَنْتَ «تَرْجُوهُ» أَلَا يَرْحَلُ (كَمَا غَابَ الرِّجَالُ الْآخَرُونَ الْمُهِمُّونَ مِنْ حَيَاتِكَ).

لكل ما سبق أهمية قصوى، فالمُعالِجُ يلاحظُه بدقة، ويبدأ في فهم الأنماطِ المهيمنة على العلاقاتِ الأساسية في حياة المتعالِجِ، وذلك من خلال الملامح التي تظهرُ بها هذه العلاقاتُ الأساسية ضمنَ العلاقةِ العلاجيّة. هذه الملامحُ كثيرةٌ ومتنوعة، فقد تكون سمةً علاقاتِ المتعالِجِ البرودَ الشديداً، أو الحميميّة الزائدة، أو البحثَ عن الرّعاية، أو البحثَ عن فرضِ السّلطة، أو الرّغبة في الإعجاب والتقدير، أو الخوفَ من الفقد، وغير ذلك.

وملاحظةُ المُعالِجِ لهذه الأنماط لها نتيجتان في غاية الأهمية:

1. أن المُعالِجِ، بعد ملاحظةٍ طويلةٍ ووقتٍ كافٍ، يبدأ في إبرازِ هذه الملامحِ للمتعالِجِ، وينقلُها بالتالي من اللاوعي إلى الإدراك الواعي.

2. أن المُعالِجِ في كثيرٍ من الأحيان يستجيبُ للمتعالِجِ بطريقةٍ غير التي اعتادَ عليها في علاقته في المحيطِ الاجتماعيّ، ويدفعُه بالتالي لتصحيح أنماطِ مُقاربتِه للعلاقاتِ المهمّة.

فالمُعالِجُ في مثالنا السابق قد يقولُ للمتعالِجِ شيئاً من قبيل:

«أنا سعيدٌ بأنك تُخبرني بالأشياء الجيدة التي حصلت منذ جلستنا الماضية... في العادة، حين تُلغى جلسةٌ لسبب طارئ، تتراممُ بعضُ الأشياءِ المزعجة التي يُريدُ شخصٌ في مكانك أن يتحدثَ عنها. أخبرني، كيف شعرتَ إزاءَ إلغاءِ الجلسة؟»

ما يفعله المُعالِجُ هنا هو أنه يُبرزُ للمتعالِجِ، بلطفٍ وبطريقةٍ غير مباشرة، أن أخباره السعيدة قد تكون تُخفي قلقاً ما. إضافةً لذلك، هو

يُطمئنُه بأنه -أي المُعالِج- ما زالَ موجودًا ومستعدًا لسماعِ الأشياءِ المُزعِجة، وبالتالي، فليس عليك أن تُسعدني وتخبرني ما يسرني لأبقى بجانبك. أي أنه يُحاولُ كسرَ النمطِ غيرِ الصّحّي الذي يستخدّمه المتعالِج لمقارِبَةِ علاقتهِ المهمّة، والذي يتلخّص في «إذا كنتُ جيّدًا، فسيبقى الرّجالُ المُهمّونَ في حياتي، أمّا إذا أزعجتهم، فسيرحلون».

وبعدَ أن استعرضنا أهمّ مكوّناتِ العلاجِ الديناميكيّ، لنختِمَ بِمِثالٍ يوضّحُ مجموعةً من هذه المكوّناتِ معًا.

## مِثالٌ شاملٌ:

تُعاني سعاد من اكتئابٍ متوسّطٍ منذ ستّةِ شهور، وخلالِ جلسَتين من العلاجِ الديناميكيّ تبيّنَ أنَ علاقتها بزوجها وائل لها ارتباطٌ مركزيٌّ بالاكتئاب. تزوّجا منذ سنتين، وكانتِ الأمورُ جيّدةً لسنةٍ تقريبًا، ثم بدأت تنحدِر، وساءت كثيرًا بعدَ ذلك. عندما استكشَفَ المُعالِجُ جوانبَ مُختلِفَةً في العلاقة، بدا واضحًا أنّ وائل شخصٌ نبيلٌ وكريمٌ ويُعامِلُ سعادَ بكلِّ احترام، وعلاقتُهُما الجنسيّةُ ممتازة، وسعادُ متفَقّةٌ مع كلِّ ذلكَ تمامًا، لكنّها -لسببٍ لا تفهّمهُ- لا تراه يملأ مكانَ الرّجلِ في حياتها. باستِكشافِ نشأةِ سعاد، تبيّنَ للمُعالِجِ أنّ لها ثلاثَ أخواتٍ أكبرَ منها وأخًا واحدًا أصغرَ منها، ولم يكن لهم اتّصالٌ كثيرٌ بأعمام أو أخوال، وبالتالي فصورة «الرّجل» في حياتها تشكّلت من خلالِ والدها. والدها تزوّجَ كبيرًا، وكان شديدًا جدًّا معها ومع إخوتها، نفسيًّا

ولفظيًا، ويستخدم الضرب أحيانًا. لا تذكرُ سعاد أنه قال لها «أحبك» مرّة، وأكثر الانفعالات التي رأتها منه هي الغضب أو البرود.

لاحظ المُعالِجُ أنَّ سعاد تأخّرتُ عن إحدى الجلسات رُبْعَ ساعة، وحين أخبرها بأهمّية بدءِ الجلسات على الوقت، قالت شيئًا بمعنى أنَّ العلاج ليس أهمُّ شيءٍ في حياتها، وأنَّ عندها أشياء أخرى أكثرَ أهمّية. تعامل المُعالِجُ مع جوابها بهدوء، قائلاً إنه لم يكن أصلًا ليظنَّ أنَّ العلاج أهمُّ شيءٍ في حياتها، وأنَّه يُريدها أن تحضّر في الوقت احترامًا لوقتها هي كي لا يفوتها من جلستها شيء. بدت سعاد خجولة من جوابه بخلاف ما بدا عليها من عصبيّة في بداية الحوار.

من خلالِ الجلسات، بدا واضحًا للمُعالِج أنَّ لطف وائل مع سعاد أمرٌ جديدٌ عليها من ذكرٍ مُهمٍّ في حياتها. في البداية فاجأها لطفه، لكنّها -بمساعدة المُعالِج- بدأت تتنبّه إلى أنّها تُحاول أن تُقلّل منه دون أن تعي ذلك، وحين يغضبُ بسبب ذلك، تشعرُ بألفةٍ أكبر معه، وأحيانًا كان نشاطٌ جنسيٌّ ينشأ بينهما بعد أن تُغضبه وتستفزّه، وتجد ذلك أكثر إشباعًا لها من النشاطِ الجنسيّ الذي ينشأ في جوٍّ من الودِّ واللطف. أخبر المُعالِجُ سعاد أنّها تُحاول أن تُشكّل وائل على هيئة الرجل الأهم الذي تعرفه، أي والدها، وأنَّ لطفه واحترامه صنعَ عندها نوعًا من التنافرِ الذهني (رجلٌ ولطيف في الوقتِ نفسه)، وأنّها تُحاول حلّ هذا التنافرِ من خلالِ إغضابه واستفزازهِ، لينطبّق على النموذجِ الذهني للرجل في تصوُّرها.

بقدر ما كان هذا الكشفُ ثقيلًا على سعاد، كان مُفيدًا لها ومنورًا لبصيرتها، وساعدتها الجلساتُ اللاحقةُ على استكشافِ المزيد من

التفاصيل في حياتها عموماً وعلاقتها بوائل خصوصاً، واستطاعت من خلال وعيها بنموذجها الذي تشكل من خبرتها السابقة أن تتجاوز هذا النموذج، وتدرك أنه نشأ في ظروف غير صحيحة، وبدأت علاقتها بوائل تتحسن، وأعراض الاكتئاب تنحسر.

## مكونات العلاج الديناميكي في هذا المثال:

1. مركزية الخبرات السابقة والعلاقات الأساسية: العلاقة بالأب وتأثيرها على العلاقة بزوجها وبالمعالج.

2. مركزية اللاوعي: سعاد لم تكن واعيةً بأثر علاقتها بوالدها على جميع العلاقات المهمة في حياتها، وبالرجال خصوصاً، مع أن هذا الأثر كان كبيراً إلى درجة جعلتها تتصرف بطرق لم تكن لتتصرف بها لو كانت جميع دوافعها واعية.

3. النزاع الداخلي وآليات الدفاع: في سعاد نزاعٌ داخلي بين محبتها لزوجها وبين هيمنة والدها على نموذج الذكر في حياتها. تستعمل سعاد وسيلة دفاعية اسمها «التماهي الإسقاطي» Projective Identification، ومعنى هذا أنها تحاول دون وعي أن تخلق في الطرف المقابل انفعالاً مطابقاً لانفعالها كوسيلة للتقليل من أثر هذا الانفعال عليها، فهي تحاول من دون وعي أن تغضب زوجها والمعالج كي يصبحا غاضبين مثلها، وبالتالي يقل الأثر السلبي للغضب عليها.

4. التحويل في العلاقة العلاجية: قامت سعاد بتحويل الانفعالات

التي تشعرُ بها تجاه زوجها إلى انفعالاتٍ تجاه المُعالِج، وهذا ساعدَ المُعالِجَ على أن يفهمَ بنيةَ اللاوعي عندَ سُعاد وما يدورُ في تكوينِها النفسي، كما أن المُعالِجَ استجابَ لسُعاد بطريقةٍ تختلفُ عمّا اعتادَ عليه تكوينُها النفسي، فوالدُها كان سيُعنّفُها لو تصرّفت معه بهذه الطريقة، وزوجها كان سيغضبُ وينفعل، أما المُعالِجَ فتعاملَ معها بطريقةٍ تكسرُ نمطَ الاستجابة الذي اعتادت عليه، وبالتالي فتُحَ المجالَ لدفاعاتها غيرِ الصحيّة أن تتداعى، وأن تُطوّرَ بدلاً منها طُرُقًا أكثرَ نُضجًا للتعبيرِ ومُقارَبةِ العلاقاتِ المُهمّة.

\*\*\*

وبعدَ الحديثِ عن العِلاجين الإدراكي السلوكي والديناميكي، نختمُ ثالوثَ علاجاتِ الاكْتئابِ الرئيسة بالحديثِ عن علاجِ الحيزِ الاجتماعيّ.

مكتبة  
t.me/soramnqraa



## الفصل الثاني عشر: علاج الحيز الاجتماعي<sup>(11)</sup>

### Interpersonal Psychotherapy

هذا النوع من لعلاج النفسي يركّز على دور الحيز الاجتماعي في الاكتئاب، أي مركزية العلاقات الاجتماعية الحالية وأدوار الإنسان الاجتماعية. ينطلق هذا العلاج من فكرة أساسية مفادها أن الاكتئاب يُصاحبه خللٌ في الحياة الاجتماعية، أي في علاقات المرء وأدواره ضمن سياقهِ الاجتماعي. لا يشغل هذا العلاج نفسه بسؤال ما إذا كانت هذه الاختلالات «سبباً» للاكتئاب، فكل ما يركّز عليه هو أنها تُصاحبُ الاكتئاب، وأن التأثيرَ بينها وبين الاكتئاب متبادل، وهذه حقيقةٌ مُشاهدة، فالمُصابُ بالاكتئاب تتأثرُ علاقته وأدواره الاجتماعية بشكلٍ سلبيّ، وهذا بدوره يُصعبُ التعافي ويؤخّره.

بالتالي، يركّز هذا العلاج على استكشاف الحيز الاجتماعي للمُصاب بالاكتئاب وإصلاح ما يجري فيه، وأظهرت الدراسات السريرية المنضبطة أن لهذا أثراً إيجابياً بالفعل في التعافي.

---

(11) كعادتنا في هذا الكتاب نحاول دائماً الاجتهاد في ترجمة دالة للقارئ العربي. يُترجم اسم هذا العلاج في العادة ترجمة حرفية إلى «العلاج البين-شخصي، وأحياناً تُكتب «البيشخصي» كلمة واحدة وهذا التّمط في التسمية ثقيل وفقر الدلالة عربياً، فدلالة كلمة Interpersonal تشيرُ إلى العلاقات والأدوار الاجتماعية، أي الحيز الاجتماعي عموماً، ولذا اخترنا هذه الترجمة.

يَطْرَحُ هذا العِلاجُ أربعَ مَساحاتٍ أساسيةٍ في الحيزِ الاجتماعيِّ لها ارتباطٌ قويٌّ بالاكْتِتابِ:

1. الفقد والحِداد Grief

2. خِلافات في العلاقات الأساسية Interpersonal Role Disputes

3. تحوُّلات الأدوار الاجتماعيَّة Role Transitions

4. القُصور الاجتماعي Interpersonal Deficits

وهنا شيءٌ من التفصيل.

## الفقد والحِداد

كثيرًا ما يرتبطُ الاكْتِتابُ بأنواعٍ متنوّعةٍ من الفقد، والتعاملُ مع الفقد وما يتبعه من حُزنٍ وحِدادٍ ممّا يُساعدُ في التّعافي. من الواضح أن فُقدانَ عزيز، سواءً أكانَ فردًا في العائلة أو صديقًا أو عزيزًا أو ما إلى ذلك، ممّا يرتبطُ بالاكْتِتابِ بقوّة، والحِدادُ بعدَ هذا الفقد هو الحالة الطّبيعيّة، ويختلفُ البشَرُ كثيرًا في طبيعَةِ الحِدادِ ومدّته وما إلى ذلك، لكنّ حالاتِ الاكْتِتابِ تتميَّزُ بحِدادٍ يفوقُ في الشدّةِ أو المُدّةِ ما هو مألوفٌ اجتماعيًّا في حالاتٍ مُشابهة.

ومعَ أنّ هذا النّوعَ من الفقد هو ما يتبادرُ أولاً إلى الذّهنِ إلاّ أنّه ليس الوحيد، فهناك أنواعٌ كثيرةٌ من الفقدِ الذاتيّ يمكنُ أن ترتبطَ بالاكْتِتابِ. من ذلك مثلاً فقدُ الصّحّةِ، وهذا قد يحدثُ إثرَ تشخيصِ مَرَضٍ صعبٍ أو مُزمنٍ يحتاجُ علاجًا طويلًا ومُكثّفًا، مثلَ سرطانٍ يحتاجُ علاجًا كيماويًّا لشهور، أو كُسورٍ متعدّدةٍ تحتاجُ علاجًا طبيعيًّا لسنوات، وغير ذلك.

يشمّل ذلك أيضًا فقدانَ عضو (بالبتر أو الاستئصال الجراحيّ أو غير ذلك) أو فقدانَ وظيفة جسيمة (مثل تراجع البصر أو التشخيص بالعقم).

ويُمكنُ تعدادُ الكثير من أصنافِ الفقد الأخرى التي يُمكنُ أن ترتبطَ بالاكْتئاب، مثل فقدانِ العملِ أو خسارة الممتلكات أو اللّجوء والنزوح وغير ذلك.

ولا تخفى على القارئِ أهميّة معالجة هذه الأنواع من الفقد وما يتلوها من حُزنٍ وحُداد، سواءً على صعيد فهم المشاعرِ المُصاحبة لها وتقبُّلها، والتعاملِ مع الوقائع الجديدة التي تفرضُها، وآلياتِ استكشاف الحياة والخيارات من بعدها، وغير ذلك. ومن الشائع أن يجد المرءُ نفسه في هذه الحالات موزّعًا بينَ مشاعرٍ ومتطلباتٍ عديدة ومتناقضة أحيانًا، من قبيل الحاجة للحُزن وضرورة الاستمرار في رعاية الآخرين في الوقتِ نفسه، أو الغضب على فصل تعسّفي من العمل والحاجة لضبط المشاعر والتفاؤل من أجل استكشاف فرصٍ أخرى، أو الرغبة في الرّاحة بعدَ حادثٍ صعب والحاجة لعلاج طبيعيّ مكثّف، وغير ذلك. هذه الحالاتُ وأشباهها قد تتجاوزُ طاقة المرء على التعاملِ معها، وعندها يُصبحُ هذا العلاجُ مفيدًا.

## الخلافات في العلاقات الأساسية

للاكتئاب ارتباطٌ كبير بالعلاقات الأساسية عُمومًا والزّوجيّة على وجه الخصوص، ويُحاولُ علاج الحيز الاجتماعي أن يستكشف أيّ خلافٍ أو نزاعٍ في العلاقات الأساسية عندَ من يُعاني من الاكتئاب،

وذلك لأنّ التعامل مع هذا النزاع وتصحيحه ممّا يُساعد في التعافي.

ومن المتوقَّع أن تكون العلاقة الزوجية مركزية في هذا السياق، فالعلاقة الزوجية من أكثر العلاقات الإنسانية تركيباً، وترتبطُ بها كثيرٌ من الحاجاتِ والآمالِ والرغباتِ، ويشملُ ذلك الحاجاتِ الجنسيّةِ والعاطفيّةِ والسكّنِ والأمانِ والدعمِ والتفاهمِ والخصوصيّةِ وغيرها، وترتبطُ بها كثيرٌ من المهامِ الكبيرة من قبيل تربية الأبناء والتخطيطِ لمستقبلهم والإدارة الماليّة وعلاقات الأسرة كوحدة اجتماعية بأسرتي الزوجين والأقارب والأصدقاء وغير ذلك. يُضافُ لذلك أنّها مساحةٌ تتأثّرُ بالتدوين والقوانين والأعراف الاجتماعية والإيديولوجيات السائدة والأوضاع الاقتصادية وغير ذلك.

هذا كلّهُ يجعلُ العلاقة الزوجية مُطالبَةً بالكثير، وهذا يؤلِّدُ ضغطاً عليها بطبيعة الحال. وحتى لو كانتِ العلاقة الزوجية في أحسنِ أحوالها، وحصلَ الاكتئابُ عند أحدِ الزوجين دونَ أن يكونَ لهذه العلاقة أيُّ دورٍ سلبيٍّ في ذلك، فإنّها هي نفسها قد تتأثّرُ سلباً لما يُمليه دورُ الزوجية من مسؤولياتٍ ومتطلباتٍ وتوقّعاتٍ بطبيعته. هذا كلّهُ يجعلُ من هذه العلاقة هدفاً مركزياً في العلاج.

لكنّ العلاقة الزوجية ليستِ الوحيدة، فمن الواردِ أن يكونَ لعلاقةٍ أخرى تأثيرٌ كبيرٌ على الاكتئابِ أو تأثّرٌ كبيرٌ به، مثلَ العلاقة مع أحدِ الوالدين أو كليهما، أو مع الأبناء أو الأشقاء، أو غير ذلك.

لجميع ما سبق، يتخذُ علاجُ الحيزِ الاجتماعيّ من العلاقاتِ الأساسيّةِ هدفاً علاجياً مهمّاً، بالبحثِ في تفاصيلها وما لا يجري بشكلٍ جيّدٍ فيها وما يُمكنُ فعلُهُ لإصلاحها.

## تحوّلات الأدوار الاجتماعيّة

حياة الإنسان أطوارٌ متنوّعة، والانتقال بينَ طورين قد يُصاحبه تغييرٌ كبير في الدور الاجتماعيّ الذي يقومُ به المرء، ولهذه التغيّرات ارتباطٌ بالكتاب.

من الأمثلة الشائعة على هذا ما يحدثُ عندما يكبرُ الأولادُ ويُغادرونَ بيت العائلة، ويبقى الأب والأم وحدهما. تربيةُ الأبناء ورعايتهم غالبًا ما تملأُ على الوالدين حياتهما وتشغلُ جزءًا كبيرًا من وقتهما وجهدهما وتفكيرهما، بل كثيرًا ما يُعرّفُ الوالدانِ نفسيهما من خلال دور الأمومة والأبوة. عندما يستقل الأبناء، يتغيّر الدور الاجتماعيّ للأبوين جذريًا، وكثيرًا ما يُصاحبُ الكتابُ هذا التحوّل.

مثالٌ آخرُ هو الابنُ الذي يرعى أحدَ الوالدين في مرضه لسنوات حتى الوفاة. يُمكنُ لهذا الابن أن يواجهَ صعوبةً في التأقلم مع التغيّر في دوره في الأسرة، فضلًا عن التّعامل مع الفقدِ نفسه.

ومثالٌ آخر - مع أن الأمثلة كثيرة - هو التقاعد، فكثيرون يواجهون صعوبةً كبيرةً في التحوّل من العمل المنتظم اليوميّ إلى حياة التقاعد.

استكشافُ هذه التحوّلات في الأدوار والتعاملُ المنتج معها وتحديدُ ما يُفيد المتعالجَ لعبور هذه التحوّلات من ركائز علاج الحيز الاجتماعيّ.

## القصورُ الاجتماعيّ

وهذا مفهومٌ عامٌ يشملُ ما ينبغي أن يكون موجودًا في الحياة

الاجتماعية للمُصاب بالاكْتئاب ولكنّه غائبٌ أو ناقصٌ. أيّ أن المُعالجَ وفق علاج الحيز الاجتماعيّ يستكشفُ أوّلاً ما إذا كان في حياة الفرد في الفترة القريبة فُقدانٌ وحِداد، أو خِلافٌ في العلاقات الأساسيّة، أو تحولاتٌ في الأدوار الاجتماعيّة (المكوّنات الثلاث السّابقة)، فإذا لم يجد شيئاً من ذلك، فإنّه يتقلّب للبحث عن أوجه القصور في الفعاليّة الاجتماعيّة، أي التّساؤل عن غيابِ علاقةٍ عاطفيّة ذات معنى، أو غيابِ الحميميّة في العلاقة القائمة، أو غيابِ الصّدقات المُهمّة، أو غيابِ العلاقة مع العائلة، أو غيابِ العلاقة مع العمل، وغير ذلك.

بالتّالي، فهذا المكوّن الرّابع يقومُ على البحث فيما هو غائبٌ ويُمكنُ لإيجاده أن يزيدَ من حيويّة الفرد الاجتماعيّة ويُساهمَ فيه تعافيه من الاكْتئاب.

## مكتبة

[t.me/soramnqraa](http://t.me/soramnqraa)

من يُناسبُه هذا النّوعُ من العلاجِ؟

من المُهمّ الإشارة إلى أنّ علاج الحيز الاجتماعيّ محدودٌ زمنيّاً، فهو لا يزيدُ عن أربعة شهورٍ في العادة، كما أنّه يجري وفق بُنية محدّدة structure، ويعتمدُ على القيام بإجراءاتٍ عمليّة للتّعامل مع المكوّنات الأربعة السّابق ذكرها. يُضافُ لذلك أنّ هذا العلاجَ يتميّزُ بتركيزه على العلاقات الاجتماعيّة الحاليّة، لا على امتداداتها في تجاربِ الطفولة أو تأثرها بالعلاقات المُبكّرة أو دورِ اللاوعي فيها.

بالتّالي، هذا العلاجُ مناسبٌ لمن يُفضّلون حلّواً لتنبّي على خطّواتٍ عمليّة في المدى القريب وتخصّصُ للتقويم المُباشرِ والتّصحیح، ولمن

لا يُفَضَّلونَ لأيِّ سببِ التعمُّقِ في تكوينِهم النَّفسيِّ وتأثيرِ اللاوعي والعلاقاتِ المُبكرَّةِ على علاقاتهم الحاليَّةِ. وإذا كانَ لدى المتعالِجِ ارتباطٌ واضحٌ بينَ أحدِ المكوِّناتِ الأربعةِ السَّابِقةِ وظُهورِ الاكْتئابِ، فهذا سببٌ إضافيٌّ لاختيارِ هذا العِلاجِ.



## الفصل الثالث عشر: مُضادّات الاكْتِتاب

الأدويةُ التي تُستخدَمُ لعلاجِ الاكْتِتابِ كثيرة، وتنتمي لعائلاتٍ مختلفة. بعضُ هذه الأدوية تُصنّفُ أساسًا كمُضادّاتِ اكْتِتابٍ وهذا هو استخدامها الأساسي، وبعضُها الآخرُ مُصنّفُ ضمنَ عائلاتٍ أخرى وعلاجِ الاكْتِتابِ ليسَ استخدامها الأساسي أو الأكثرَ شُيوعًا، ولكنّ الدّراساتِ السريريّةِ وجدتُ لها دورًا في الاكْتِتابِ. سنتحدّثُ عن الصنّفين، وإن كُنّا سنُفصّلُ أكثرَ في الصنّفِ الأوّل، أي الأدويةِ المصنّفةِ أساسًا كمُضادّاتِ اكْتِتابِ.

وقبلَ ذلك، علينا هنا أن نذكرَ تحذيرًا واضحًا وصريحًا: هذه المراجعةُ المختصرةُ للأدويةِ المستخدمةِ في الاكْتِتابِ لا تشكّلُ بأيّ حالٍ من الأحوالِ توصيةً طبّيّةً لأيّ شخصٍ على التّعيين، بل هي معلوماتٌ عامّةٌ الهدفُ منها التّثقيفُ والتّوعية، وأيُّ استخدامٍ لأيّ دواءٍ يجبُ أن يخضعَ حصراً لوصفةٍ من طبيبٍ مختصٍّ ومؤهلٍّ.

ولنبداً بمُقدّمةٍ عامّةٍ في نقاطٍ حولَ أهمّ ما ينبغي معرفته عن مُضادّاتِ الاكْتِتابِ.

أولاً: مُضادَاتُ الاكْتِتابِ أدويةٌ طبيّةٌ، يخضعُ تناولُها لجميعِ القواعدِ التي تحكّمُ تناولَ الأدويةِ الأخرى

وهذه ينبغي أن تكونَ معرفةً بدهيةً، فمُضادَاتُ الاكْتِتابِ «أدوية» بالمعنى التام للكلمة، يجبُ على الجميعِ التّعاملُ معها كما يتعاملُ مع أدوية القلبِ والجلطة والسّرطان. هذا يشمَلُ:

- عدم أخذها إلا بوصفةٍ من طبيبٍ مُختصٍّ ومؤهلٍ.
- ضرورة التّشخيصِ الصّحيحِ من قِبَلِ طبيبٍ مُختصٍّ ومؤهلٍ.
- ضرورة الالتزامِ الكاملِ بالجرعات دون زيادة أو نقصان.
- عدم تناولِ الدّواءِ بمزاجيّة أو بتقطُّع.
- عدم وقفِ الدّواءِ دون إعلامِ الطّبيبِ بالرغبة بذلك وتنسيق الأمر معه.
- إخبارِ الطّبيبِ بأيّ أعراضٍ جانبية أو تدهور في الحالة.
- عدم إعطاءِ الدّواءِ لأي شخصٍ آخر ليُجرِّبه.
- إخبارِ الطّبيبِ عن أيّ دواءٍ آخر يتناولُه الشّخصُ لأيّ سببٍ لمراقبة التّفاعلاتِ الدّوائيةِ والاختيارِ المناسبِ لمُضادِ الاكْتِتابِ.

ويمكنُ تلخيصُ هذه النّقاطِ في فكرةٍ عامّة: يجبُ التّعاملُ مع مُضادَاتِ الاكْتِتابِ بالحذرِ نفسه الذي نتعاملُ به مع أيّة أدويةٍ أخرى، ومن الخطأ -الذي يُمكنُ أن يكونَ قاتلاً- اعتبارُها شيئاً مختلفاً أو أقلّ جديةً لأنّها تتعلّقُ بمرَضٍ نفسيّ، فهي أدوية كيميائية شأنها شأن الأدوية الأخرى.

## ثانيًا: مُضادَاتُ الاكْتِئابِ لها أعراضٌ جانبية

وهذا أمرٌ بدهيّ، ولكنّه مع ذلك يبدو مُفاجئًا أحيانًا للبعض لأسبابٍ مختلفة. بعضٌ من لا يُدرِكون صعوبةً وقسوةً الاكْتِئابِ يتوهمون أنّ مُضادَاتِ الاكْتِئابِ مُجرّدٌ «مُحسّناتِ مزاجٍ» وبالتالي فليس من حقّها أن تكون لها أعراضٌ جانبيةٌ لأنهم يتوهمونها شيئًا كماليًا. هذا جهلٌ فادح. مُضادَاتُ الاكْتِئابِ أدويةٌ لعلاجِ مَرَضٍ اسمه «الاكْتِئاب»، ومثُلُ كلّ الأدوية الأخرى، لها أعراضٌ جانبيةٌ.

هذه الأعراضُ الجانبيةُ متفاوتةٌ في شدّتها حسبَ الدّواءِ وعائلتهِ وحسبَ الشّخصِ وتكوينه الجسمانيّ. بعضُ عائلاتِ مُضادَاتِ الاكْتِئابِ أعراضُها الجانبيةُ أقلُّ من غيرها، لكنّها جميعًا أعراضًا جانبيةٌ قد تكونُ خطيرةً وأحيانًا مهدّدةً للحياة.

## ثالثًا: مُضادَاتُ الاكْتِئابِ ليست «مُحسّناتِ مزاجٍ»

ليست «مُحسّناتِ مزاجٍ» بمعنى أنّها لا توصفُ وتؤخذُ لمجرّدِ أنّ الشّخصِ يشعرُ بتدنٍّ في مزاجِهِ، بل ينبغي أن توجدَ أعراضُ الاكْتِئابِ الأخرى بما يكفي لتشخيصِ اكتئابٍ سريريّ. بالتالي كونُ شخصٍ ما متدنّي المزاجِ أو حزينًا أو أقلَّ سعادةً من عادتهِ أو «يشعرُ أنّه مكتئبٌ» ليست أسبابًا كافيةً لوصفِ مُضادَاتِ الاكْتِئابِ، بل ينبغي أن يكونَ هناكَ ما يكفي لتشخيصِ اضطرابِ اكتئابيّ.

## رابعًا: مُضَادَاتُ الاكْتِتَابِ لِيَسْتِ «حُبُوبِ سَعَادَةٍ»

من الوهم الشَّدِيدِ تَخَيُّلٌ أَنَّ شَخْصًا لَيْسَ عِنْدَهُ اِكْتِتَابٌ سَيُصْبِحُ أَكْثَرَ سَعَادَةً لَوْ تَنَاوَلَ مُضَادَاتِ الاكْتِتَابِ. هَذَا وَهْمٌ كَبِيرٌ جِدًّا. أَقْصَى مَا تَطْمَحُ إِلَيْهِ مُضَادَاتُ الاكْتِتَابِ هُوَ أَنْ تُعِيدَ الْمُصَابَ بِالاكْتِتَابِ إِلَى أَقْرَبِ مَا يُمَكِّنُ مِنْ حَالَتِهِ السَّابِقَةِ عَلَى حُصُولِ الاكْتِتَابِ، أَيْ اسْتِعَادَةِ قَدْرَتِهِ عَلَى أَنْ يَكُونَ فَاعِلًا فِي حَيَاتِهِ مَتَخَفِّفًا مِنْ أَلَمِ الاكْتِتَابِ وَقَادِرًا عَلَى تَحْصِيلِ سَبَابِ السَّرُورِ وَالرِّضَا وَلَوْ جَزْئِيًّا. أَمَا تَوْهْمٌ أَنَّهَا تَمْنَحُ السَّعَادَةَ أَوْ تَرْفَعُ الْمَزَاجَ عِنْدَ غَيْرِ الْمُصَابِينَ بِالاكْتِتَابِ فَجَهْلٌ شَدِيدٌ عِنْدَ مَنْ لَا يَعْرِفُ الْحَقَائِقَ، وَدَجَلٌ كَبِيرٌ عِنْدَ مَنْ يَعْرِفُ الْحَقَائِقَ وَيُرِوِّجُ عَكْسَهَا.

بَلِ فَوْقَ ذَلِكَ، إِذَا كَانَ هُنَاكَ مُصَابٌ بِاِكْتِتَابِ سَرِيرِيٍّ مُشَخَّصٍ، وَبَدَأَ يَتَنَاوَلُ مُضَادَاتًا لِلَاكْتِتَابِ، ثُمَّ بَدَأَتْ تَظْهَرُ عَلَيْهِ أُمُورٌ مِنْ قَبِيلِ ارْتِفَاعِ مُفَاجِئٍ أَوْ كَبِيرٍ أَوْ غَيْرِ مَنْطِقِيٍّ أَوْ لَا سَبَبَ لَهُ فِي الْمَزَاجِ، فَهَذَا أَمْرٌ مُقْلِقٌ وَلَيْسَ مُبَشِّرًا. وَإِذَا رَافَقَ ذَلِكَ أَعْرَاضٌ مِنْ قَبِيلِ الْكَلَامِ السَّرِيعِ، وَفُورَةٌ مِنَ النِّشَاطِ الزَّائِدِ، وَتَضَاوُلٌ فِي الْحَاجَةِ لِلنَّوْمِ رَغْمَ السَّهَرِ الطَّوِيلِ، وَالْإِقْبَالُ عَلَى الْمَلذَّاتِ أَوْ الْقِيَامُ بِأَشْيَاءَ مَتَهَوِّرَةٍ (مِثْلَ تَخْطِيطِ رِحَالَتِ مَفَاجِئَةٍ، التَّقْدِيمُ لِجَامِعَةٍ دُونَ سَابِقِ تَخْطِيطِ، فَتْحُ مَشْرُوعِ تِجَارِيٍّ، السُّلُوكُ الْخَارِجُ عَنِ الطَّوْرِ عَلَى السُّوشَالِ مِيدِيَا، زِيَادَةُ مَفَاجِئَةٍ فِي النِّشَاطِ الْجِنْسِيِّ، إِتْفَاقٌ غَيْرِ مَنْضَبِطٍ، وَغَيْرِهَا) فَهَذَا مُؤَشِّرٌ مُقْلِقٌ عَلَى أَنَّ الاكْتِتَابَ قَدْ يَكُونُ انْقِلَابًا إِلَى «هُوسِ Mania» وَهَذَا مِنَ الْآثَارِ غَيْرِ الشَّائِعَةِ وَلَكِنِ الْمَهْمَةُ لِمُضَادَاتِ الاكْتِتَابِ، وَيَنْبَغِي إِعْلَامُ الطَّبِيبِ فُورًا عِنْدَمَا يَحْصُلُ هَذَا.

## خامسًا: مُضادَاتُ الاكْتِئابِ أَوْضَحُ فاعِلِيَّةٌ وَأَثْرًا كَلِّمًا كانِ الاکْتِئابُ أَكْثَرَ شِدَّةً

وهذا خِلافٌ ما يَتبادَرُ إلى الذَّهْنِ، فالمنطِقِيّ أن تُفِيدَ الأدويةُ بِشَكْلِ  
أَكْبَرَ في الاكْتِئابِ الخَفِيفِ منها في الاكْتِئابِ الشَّدِيدِ، لكن لیسَ هذا ما  
أَظْهَرْتُهُ الدَّرَاسَاتُ، إذ تَكْمُنُ الاستِفاَدَةُ الأَكْبَرُ من مُضادَاتِ الاكْتِئابِ  
عِنْدَ المُصابِينَ باكْتِئابٍ متوسِّطٍ إلى شَدِيدِ، وهذا جَيِّدٌ لِأَنَّ هَذِهِ الفِئَةَ  
هي الأَكْثَرُ حاجَةً لِلعِلاجِ، ومنَ المنطِقِيّ أن يَتَقَبَّلَ المرءُ اِحْتِمَالَ  
الأَعْرَاضِ الجانِبِيَّةِ حينَ يَكُونُ في حاجَةٍ أَمَسٍّ لِلعِلاجِ.

بالتَّالِي، هذا سَبَبٌ آخَرٌ لِلتَّأكِيدِ من أن ما يَمُرُّ بِهِ المرءُ هو اكْتِئابٌ  
سَرِيرِيّ، فتَدْنِي المِزاجَ النَّاتِجُ عَنِ الحِزْنِ العابِرِ أو الضَّغْوَطِ أو الموقَّتَةِ أو  
تَقَلُّبَاتِ الحِياةِ اليوميَّةِ أَقْلٌ قابِلِيَّةً لِلتَّحَسُّنِ من خِلالِ مُضادَاتِ الاكْتِئابِ.

## سادسًا: لیسَ هُنَاكَ طَريقَةٌ لِنَعْلَمَ مُسَبِّقًا أَيَّ مُضادَاتِ الاكْتِئابِ سِياتِي بِالنَّتِيجَةِ المَرجوَّةِ

لِیسَ هُنَاكَ أداةٌ يُمَكِّنُ للطَّيِّبِ من خِلالِها أن يَعْرِفَ سَلْفًا أَيَّ  
مُضادَاتِ الاكْتِئابِ الكَثِيرَةِ سِیكونُ أَكْثَرَ نَفْعًا. في العادَةِ، يَبْدَأُ الطَّيِّبُ  
بمُحاوَلَةِ أَحَدِ أَفرادِ عائِلَةِ مانِعَاتِ اسْتِردادِ السِیروتونینِ SSRI،  
والسَّبَبُ الأَساسِيّ هو أَنَّها الأَقْلُ من نَاحِيَةِ الأَعْرَاضِ الجانِبِيَّةِ (أَقْلُ،  
ولكنَّها موجودَةٌ)، وَهَذِهِ عُمومًا مَتقارِبَةٌ في كِفاءَتِها (12). وَالعامِلُ

(12) نَمَّةٌ بَعْضُ الفُرُوقِ تُظْهَرُها بَعْضُ الدَّرَاسَاتِ، لكنَّ هَذِهِ العائِلَةُ مَتقارِبَةٌ الفِعالِيَّةِ عُمومًا.

الأساسي لاختيار واحدٍ من هذه العائلة فوق الآخر ليس اختلاف  
الفعالية، بل عوامل أخرى من قبيل ما يُفضّل المريض تجنبه من  
أعراض جانبية أو ما يراه أسهل من ناحية عدد مرّات التناول في اليوم  
أو التفاعلات مع أدوية أخرى أو مجرد التوفّر في الصيدليات في تلك  
المنطقة. بعض الأطباء قد يبدأون بمضادٍ اكتتاب استخدمه أحد أفراد  
العائلة من قبل وكان محتمل الأعراض الجانبية وأظهر فعالية.

بالتالي، يظلّ التجريبُ طريقتنا الأساسية لمعرفة أيّ مضادات الاكتتاب  
سيعمل، وهذه هي حقيقة معرفتنا العلمية الراهنة، وهناك جهودٌ بحثية  
لتحسين القدرة على معرفة ذلك سلفاً، ونتمنى أن تُثمر في المستقبل.

## سابعاً: مضادات الاكتتاب تُفيدُ نسبةً من المُصابين بالاكتتاب

ليس لدينا مضادٌ اكتتاب يُفيدُ الجميع، فلو أخذنا عشوائياً مئة شخص  
يعانون من الاكتتاب، وأعطيناهم أحد مضادات الاكتتاب فلن يتحسنوا  
جميعاً، بل ستتحسّن نسبةٌ منهم. تحديد هذه النسبة صعبٌ ويخضع  
لاعتبارات كثيرة. كما قلنا في القسم الأول، نحتاج خمسة أعراضٍ من  
تسعة لتشخيص الاكتتاب الكبير، وبالتالي فالاكتتاب قد يكون مختلفاً  
بدرجة كبيرة في المريض (أ) عن المريض (ب) مع أن كليهما ينطبق  
عليهما التشخيص. بالتالي، من الوارد أن ما نسميه الاكتتاب هو في  
الحقيقة مجموعاتٌ متنوّعة groups-sub بينها شيءٌ مهمّ مشترك،  
ولكنها مختلفة بما يكفي لتكون استجابتها لمضادات الاكتتاب مختلفة.

كمثالٍ غير دقيقٍ تماماً ولكنه يوصلُ الفكرة، لدينا عدّة أنواعٍ من

السَّكْرِي، أهما النوعان الأول والثاني، وبينهما جوانب مشتركة، لكنهما مختلفان بما يكفي ليكون علاجهما مختلفًا. يُمكنُ بطريقةٍ مُشابهة أن يكون «الاكتئاب» مظلةً كبيرةً لاضطراباتٍ أصغرَ ضمنه لها استجاباتٌ مختلفة. ما زالت الأبحاثُ جاريةً في هذا المضمار ولم تُقدِّم نتائجَ شافيةً بعد.

يُضافُ لذلك أن الاكتئابَ يتعلَّقُ بالحالةِ النفسيةِ، وهناك الكثيرُ مما يؤثِّرُ فيها من قبيل أحداثِ الحياةِ والبيئةِ المحيطةِ وغيرِ ذلك، وهذا صحيحٌ في الأمراضِ الجسمانيةِ ولكن بدرجَةٍ أقل.

وهناك نقطةٌ مهمَّةٌ جدًّا في هذا الموضوع هي أثر الدواء الوهمي Placebo. في الدِّراساتِ السريريةِ، يُقسَّمُ المشاركون في الدِّراسةِ إلى قسمين: قسمٌ يأخذُ الدواءَ المراد اختبارُ فعاليتهِ (مضادَّ الاكتئاب في حالتنا) وقسمٌ يأخذُ دواءً وهميًا للمقارنة. السببُ هو أننا نريدُ أن نعرفَ بالضبط الفرقَ في الاستجابةِ الذي يُمكنُ أن نُرجعه تحديدًا وحصراً للمادَّةِ الكيميائية التي يتشكَّلُ منها الدواء، ونُحَيِّ الأثرَ الذي قد ينتجُ عن توقُّعِ الشفاء، أو التحسُّنِ الناتجِ عن العلاقةِ الجيدةِ مع الطبيب، أو التحسُّنِ بسببِ كونِ المرءِ جزءاً من دراسةٍ سريريةٍ مع ما يُصاحبُ ذلك من زياراتٍ واتِّصالاتٍ متكرِّرةٍ لأخذِ المعلوماتِ وقياسِ الاستجابةِ وهكذا. لكننا نعلِّمُ أن هذهِ العواملُ مهمةٌ بشكلٍ استثنائيٍّ في الاكتئاب. فإذا كان لها أثرٌ مُحتمَلٌ في الأدويةِ التي تُعالجُ الضَّغطَ والسَّكْرِي والسَّرطانَ، فمن بابِ أولى أن يكونَ لهذهِ العواملِ أثرٌ في الاكتئاب. بالتالي، أثرُ «الدواءِ الوهمي» في علاجِ الاكتئابِ يزدُ من صُعبيةِ الدِّراساتِ المتعلقةِ بأدويةِ الاكتئابِ لأنَّ الأثرَ الإيجابيَّ لرؤيةِ الطبيبِ ووجودِ العلاقةِ العلاجيَّةِ والانخراطِ في الرِّعايةِ الصحيَّةِ مما يستحيلُ فصلهُ تماماً عن الدواءِ في شقِّه الكيميائي.

ومن المؤسفِّ أن موضوعَ الاستجابةِ لمُضاداتِ الاكتئابِ كثيرًا ما كان

مَسْرَحًا لِلإِسْتِقْطَابِ، بَيْنَ فِئَةٍ تُصَوِّرُهَا وَكَأَنَّهَا أَدْوِيَةٌ خَارِقَةٌ لَا يَسْتَعْصِي عَلَيْهَا شَيْءٌ وَيَسْتَجِيبُ لَهَا الْجَمِيعُ، وَبَيْنَ فِئَةٍ تُصَوِّرُهَا وَكَأَنَّهَا خِدْعَةٌ أَوْ عَمَلِيَّةٌ نَصَبَ مُحْكَمَةٍ. وَالْفِئَتَانِ عَلَى خَطِّ جَسِيمٍ، فَمُضَادَاتُ الْإِكْتَابِ أَدْوِيَةٌ كَسَائِرِ الْأَدْوِيَةِ، وَكَمَا أَنَّ الْمُصَابَ بِالصَّرْعِ أَوْ اللَّوْكَيمِيَا قَدْ يَحْتَاجُ أَنْ يُجَرَّبَ دَوَاءً وَثَانِيًا وَثَالِثًا حَتَّى تَحْصُلَ الْإِجَابَةُ، قَدْ يَحْتَاجُ الْمُصَابُ بِالْإِكْتَابِ إِلَى أَنْ يُجَرَّبَ دَوَاءً وَثَانِيًا وَثَالِثًا حَتَّى تَحْصُلَ الْإِسْتِجَابَةُ.

ثَامِنًا: مُضَادَاتُ الْإِكْتَابِ لَا تُسَبِّبُ الْإِدْمَانَ، وَلَكِنْ وَقْفَهَا الْمُفَاجِئُ قَدْ يُسَبِّبُ أَعْرَاضًا جَسْمِيَّةً

التَّوَقُّفُ الْمُفَاجِئُ وَدُونَ إِشْرَافِ طَيْبٍ مِنَ الْأَخْطَاءِ الشَّائِعَةِ عِنْدَ مَنْ يَأْخُذُونَ مُضَادَاتِ الْإِكْتَابِ. إِذَا أَرَادَ مَنْ يَأْخُذُ مُضَادًا إِكْتَابًا أَنْ يَتَوَقَّفَ عَنْهُ لِأَيِّ سَبَبٍ، فَعَلَيْهِ أَنْ يُنَاقِشَ ذَلِكَ مَعَ طَيْبِهِ لِيَفْهَمَ بِالتَّفْصِيلِ إِجْبَابِيَّاتٍ وَسَلْبِيَّاتٍ كُلِّ مِنَ الْخِيَارَيْنِ (الْمَوَاصِلَةُ أَوْ التَّوَقُّفُ)، وَإِذَا مَا كَانَ الْقَرَارُ هُوَ التَّوَقُّفُ، فَالطَّيِّبُ سَيَضَعُ جَدولًا مُفَصَّلًا لِلتَّنْقِيسِ التَّدْرِيجِيِّ لِلجُرْعَةِ وَمَتَابَعَةِ الْحَالَةِ خِلَالَ ذَلِكَ. أَمَّا التَّوَقُّفُ الْمُفَاجِئُ فَيُمْكِنُ أَنْ يُوَدِّيَ لِأَعْرَاضٍ جَسْمَانِيَّةٍ (مِثْلَ التَّعَبِ وَالْخُمُولِ وَحَالَةِ الْإِعْيَاءِ الَّتِي تُصَاحِبُ الْإِصَابَةَ بِالْإِنْفِلُونزَا وَغَيْرِهَا) وَكَذَلِكَ لِأَعْرَاضٍ نَفْسِيَّةٍ مِثْلَ زِيَادَةِ الْقَلْقِ أَوْ تَدَنِّي الْمِزَاجِ أَوْ عَوْدَةِ الْإِكْتَابِ وَغَيْرِهَا.

وَفِي هَذَا السِّيَاقِ، مِنَ الْمَهْمِّ غَايَةَ الْأَهْمِيَّةِ أَنْ نُوَكِّدَ عَلَى الْفَرْقِ الْكَبِيرِ وَالْوَاضِحِ بَيْنَ الْإِدْمَانِ عَلَى مَادَّةٍ أَوْ دَوَاءٍ، وَبَيْنَ أَنْ يَتَأَقَلَّمَ الْجِسْمُ عَلَى وَجُودِ دَوَاءٍ، وَأَنْ تَحْصُلَ أَعْرَاضٌ عِنْدَ الْإِيقَافِ الْمُفَاجِئِ لِلدَوَاءِ.

## الجدول التالي يوضِّح هذه الفروق بالتفصيل:

مضادّ اكتاب	مادّة إدمانيّة (كوكايين مثلاً)	
لا	نعم	التناولُ يسبّبُ شعورًا بالنشوة (high)
لا (بل يميلُ المُصابونُ بالاكئاب إلى طلبِ تخفيضِ الجرعة عندما يتحسنون)	نعم	يحتاجُ المتناولُ إلى جرعة متزايدة للحصول على الشعور
لا	نعم	يُصبحُ تامينُ المادّة سُغلاً شاغلاً
لا، بل يتحسنُ انتباهُهُ إلى حاجاته وحاجاتِ غيره عندما يتحسنُ مزاجُهُ	نعم	يُفرِّطُ الشخصُ بحاجاتِ أساسية (كالأكل وحاجات الأسرة) لتأمين المادّة
لا، بل يتحسنُ اهتمامُ الشخص بواجباته والتزاماته	نعم	يُفرِّطُ الشخصُ في التزاماته الأساسية تجاه الأسرة والعمل والمجتمع
لا، بل تتحسن	نعم	تراجع التغذية والصحة عموماً
لا، عملية أمانة إذا التزم بتعليمات الطبيب وتيم من خلال مراجعات العيادة العادية	نعم	وقف تناولُ عملية شاقّة وقد تحتاجُ إلى مستشفى تأهيليّ
متدرّجة في المُجمَل (مع استثناءات مثل باروكسيتين)	تتفاوتُ حسب المادّة، لكن في المُجمَل سريعةُ الظهور والتفاقم	سرعة ظهور أعراض التوقف المُفاجئ
تختلفُ حسب الدواء، مُزعجة لكن مُحتملة في الغالب، وفي أحيانٍ قليلة قد تُصل إلى الحاجة لمراجعة الطوارئ وأخذ علاجٍ للأعراض	تختلفُ حسب المادّة، لكنها في المُجمَل شديدة وقد تؤدّي للوفاة في حالاتٍ قصوى، وتحتاجُ إلى مركزٍ لعلاج الأعراض الانسحابية أو الإدخال للمستشفى أو العناية المُركزة أحياناً	شدة أعراض الوقف المُفاجئ

تاسعاً: مُضادَاتُ الاكْتِتابِ لا تعملُ بطريقتي «يؤخذُ عندَ اللّزومِ»

وهي بهذا تختلف اختلافاً جذرياً عن مسكّناتِ الألمِ وبعضِ مهدّئاتِ القلقِ مثلاً، فمُضادَاتُ الاكْتِتابِ لا تعملُ خِلالَ ساعاتِ، بل تحتاجُ عادةً إلى بضعةِ أيّامٍ على الأقلّ لِيبدأَ أثرُها الإيجابيِّ، وإلى أسابيعٍ ليكتمَلَ الأثرُ الإيجابيُّ للجرعةِ الحاليّةِ. من يأخذُ مُضاداً الاكْتِتابِ فقط عندَ الشّعورِ بالضيقِ أو تدنّي المزاجِ فهو لا يحصلُ على فائدةِ الدّواءِ بل قد يتسبّبُ لنفسه بالضررِ.

عاشراً: مُضادَاتُ الاكْتِتابِ يُمكنُ أن تُقلّلَ من الرّغبةِ والقُدرةِ في النّشاطِ الجنسيِّ

وهذا يترأخُ من آثارِ بسيطةٍ مثل تأخيرِ القذفِ إلى عدمِ القُدرةِ على إكمالِ الجماعِ أو فقدانِ الرّغبةِ في الجنسِ. الآثارُ البسيطةُ شائعةٌ، أمّا الأعراضُ الجانيّةُ الأبعدُ أثراً مثل فقدانِ القُدرةِ فهي نادرةٌ. جميعُ هذه الآثارِ، البسيطِ منها والبالغِ، مرتبطةٌ باستخدامِ الدّواءِ وتوقّفُ بتوقّفِهِ، وهي بالتالي ليست تغيّراتٍ دائمةٍ. إذا حصلتُ هذه الأعراضُ مع مُضادٍ اكْتِتابِ معيّنٍ فهذا لا يعني أنّها ستحصلُ مع البقيةِ بالضرورة، وبالتالي فتغيّرُ الدّواءِ أحدُ الاستراتيجياتِ الممكنةِ للتعاملِ مع هذا. كما أنّ هناكِ علاجاتٍ فعّالةٌ لبعضِ جوانبِ تراجعِ النّشاطِ الجنسيِّ، فالعقاراتِ الموسّعةِ للأوعيةِ الدّمويةِ مثل الـ «فياغرا» فعّالةٌ في علاجِ تراجعِ القُدرةِ على النّشاطِ الجنسيِّ بسببِ مُضادَاتِ الاكْتِتابِ.

ومن المهم أن نتذكر أن الاكتئاب نفسه يؤثر سلباً على النشاط الجنسي، وهذا الأثر قد يكون بالغاً لأكثر من سبب، فالنشاط الجنسي مهم من أجل المزاج الجيد والصحة النفسية عموماً، وبالتالي فالحفاظ عليه مهم في رحلة التعافي من الاكتئاب، كما أن استمراره سبب مهم لسعادة الشريك وحيوية العلاقة، وهذا بدوره مهم في التعافي. يُضاف لذلك أن النشاط الجنسي يرتبط بشعور الرجل بذكوريته والمرأة بأنوثتها، ويرتبط كذلك بالثقة بالنفس من خلال إسهامه في شعور المرء بالجاذبية والحيوية والمرغوبية، وهذه كلها عوامل مهمة في التعافي. إذا كان النشاط الجنسي مما تأثر سلباً خلال الاكتئاب، فالأدوية تُساعد في ذلك من خلال مساعدتها في التعافي من الاكتئاب، وبالتالي، يُمكن للمحصلة العامة لاستخدام الأدوية أن تكون تحسناً في النشاط الجنسي حتى لو سببت بعض الآثار الجانبية، لأن أثرها في تحسين الاكتئاب أهم.

لذا، فأثر مُضادات الاكتئاب من هذه الناحية يخضع لموازنة يُقدّرُها الطبيب والمتعالج معاً، فليس هناك جواب واحد صالح للجميع.

وبعد هذه المُقدمة، بإمكاننا الآن أن نتحدث عن مُضادات الاكتئاب، وسنقسمها إلى قسمين: الأدوية المُصنفة أساساً كمُضادات اكتئاب، وأدوية أخرى تنتمي لعائلات دوائية أخرى لكن وُجد لها أثر إيجابي في الاكتئاب.

# الأدوية المُصنَّفة كَمُضادَّاتِ اكتئاب

وهذه تنتمي للعائلات الرئيسة التالية:

1. مانعات استرداد السيروتونين الانتقائية Selective Serotonin

## Reuptake Inhibitors

وهذه المجموعة هي الأكثر شيوعاً في الاستخدام، والسبب الأساسي ليس أنها أكثر كفاءة من غيرها، بل أن أعراضها الجانبية عموماً أكثر احتمالاً واستخدامها أكثر أماناً من نواحٍ عدّة. في الحقيقة، وجود هذه المجموعة من مُضادَّاتِ الاكتئاب في مطلع التسعينيات (وأول أفرادها ظهوراً هو عقار بروزاك) كان له أثرٌ عارٍمٌ على كلِّ ما يتعلّق بالاكتئاب، سواءً من ناحية المُصابين به أو من يعالجونه أو تصوّر المجتمع عنه بشكلٍ عامّ. إذا ما أردنا أن نُورِّخ للاكتئاب، فبإمكاننا بثقة أن نتحدّث عن «ما قبل بروزاك» و «ما بعد بروزاك». والسبب كما قلنا ليس زيادةً في الفعاليّة، فمُضادَّاتُ الاكتئاب التي وُجِدَت قبلَ هذه المجموعة تُماثلُها كفاءةً أو تزيد. السببُ هو أن هذه المجموعة بأمانها النسبيّ وكونِ أعراضها الجانبية أكثر احتمالاً قد نقلت الاكتئاب في التصوّر العامّ من مرضٍ مُعقّدٍ ومُحاطٍ بالوصمة يُعالجُه أطباءٌ متخصصونَ يعيشونَ على هامشِ المجتمعِ ويستخدمونَ أدويةً مُعقّدةً وعلى درجّةٍ من الخطورة، إلى مرضٍ واضحٍ لا يختلفُ عن الأمراضِ الأخرى يُعالجُه أطباءٌ متنوعون (طبيب الأسرة والباطنية بالإضافة للطبيب النفسي) بعضهم نُجومٌ اجتماعيونَ ويستخدمونَ أدويةً بسيطةً وأكثرَ أماناً.

ولا يخفى على من قرأ الكتاب حتى الآن أن هذا التغير في التصور ليس خطأ تاماً، لكنه ليس صحيحاً تماماً، فكما أسلفنا، جميع مُضادات الاكتئاب، بما فيها البروزاك وأشقائه في هذه المجموعة، أدوية جديّة ولها أعراض جانبية ويجب التعامل معها بالطريقة نفسها التي نتعامل بها مع أمراض الضغط والجلطة والسرطان. لكن الأمان النسبي لهذه المجموعة نقل علاج الاكتئاب نقلة نوعية، وفي هذه النقلة النوعية بالتأكيد ما هو جيد، وفيها كذلك ما ينبغي تصحيحه.

فمن الجيد دائماً أن توجد لأي مرض أدوية فعالة وعلى درجة جيدة من الأمان، لأن تعافي المريض وأمان العلاج هما غايتنا الطب باختصار، ومن المنطقي أن وجود الدواء الأكثر أماناً والأقل أعراضاً جانبية سيزيد من انتشار العلاج واستخدامه، فأخذ أي علاج يقوم على الموازنة بين الفائدة المتوخاة منه والضرر المحتمل من استخدامه، وبالتالي فالدواء الأكثر أماناً سيأخذ بعض من كانوا يتخوفون من العلاجات المتوفرة قبله.

لكن في المقابل، هناك آثارٌ سلبية محتملة لكل ما سبق، من قبيل إهمال الأمور الكثيرة المفيدة في التعافي من الاكتئاب، فإذا شاع في المجتمع أن علاج الاكتئاب بالأدوية بسيط وآمن وكل ما عليك فعله هو أخذ حبة يومياً، فما الذي سيدفع المتعالج إلى الاهتمام بالرياضة وتنظيم النوم والعلاقات الأساسية والتغذية الجيدة والعلاج النفسي؟

وهذا الوقت بالذات، بعد أكثر من ثلاثة عقود على ظهور «بروزاك» مناسب تماماً للثقيف المتوازن حول هذه الأدوية، دون التقليل من أثرها الممتاز والذي أخرج كثيرين من أسوأ مراحل حياتهم، وكذلك دون تصويرها على أنها مجرد حبات حلوى تجعلك سعيداً.

2. مانعات استرداد السيروتونين والنورإيبينيفرين الانتقائية Selective

## Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors

وهي تُشبهُ المجموعةَ السَّابِقةَ من ناحية كونها مجموعةً جديدةً نسبياً، فهي تُعتبرُ من أدوية الاكتئابِ الحديثة. من ناحية أثرها الكيميائي، هذه المجموعة أوسع نطاقاً من المجموعة السَّابِقة (SSRI) في تنوع النواقل العصبية التي تتأثرُ بها، ولأنَّ البشرَ مُختلفون في استجاباتهم لمُضاداتِ الاكتئابِ المختلفة، فهذه المجموعة قد تلائمُ بعضَ الأفراد من ناحية الاستجابة أو تحمّلِ الأعراض.

## 3. مُضاداتِ الاكتئابِ ثلاثية الحلقات Tricyclic Antidepressants

وهذه المجموعة أقدمُ من المجموعتين السَّابقتين، واسمُها مُستقًى من التركيب الكيميائي الحيوي لأفرادها، وهذه المجموعة تُراجع استخدامها كثيراً منذُ ابتكارِ المجموعتين السَّابقتين، والسببُ هو أن أعراضها الجانبية أكثر تنوعاً وأبلغ في الدرّجة، وتفاعلاتها كثيرة مع أدوية الأمراض الأخرى التي يحتاجها كثيرٌ من مرضى الاكتئاب.

## 4. مانعات أو كسبديز أحادي الأمين Monoamine Oxidase Inhibitors

وتتتمي لهذه المجموعة أولى مُضاداتِ الاكتئابِ اكتشافاً، وتعملُ من خلال تثبيط الإنزيم المسؤول عن تفكيك النواقل العصبية المرتبطة بالاكتئاب (سيروتونين، نورإيبينيفرين، دوبامين)، فتكون النتيجة زيادة تركيز هذه النواقل في الدماغ، وهو ما يعزى إليه المُساهمةُ في التعافي من الاكتئاب.

وهذه المجموعة يندُر استخدامها هذه الأيام، ويكاد يكون محصوراً في الأطباء النفسيين المتمرسين في علاج الاكتئاب الشديد الذي لم تُجد معه محاولات متنوعة لأدوية مختلفة، والسبب هو أنها الأخطر من حيث أثارها الجانبية، كما أن لها تفاعلات خطيرة محتملة مع بعض الأطعمة.

## 5. مجموعات متفرقة وصغيرة من مُضادات الاكتئاب

هناك مجموعة صغيرة من مُضادات الاكتئاب لا تنتمي لأي من العائلات السابقة، وتعمل بطرق مختلفة، بعضها من خلال تأثير مُشترك على السيروتونين ومستقبلات ألفا  $\alpha$  receptors، وبعضها من خلال أثر مباشر على مستقبلات السيروتونين.

## أدوية تُستخدم في الاكتئاب لكنها تُصنّف ضمن عائلات أخرى

هناك طيف واسع من الأدوية التي لا تُصنّف كمضادات اكتئاب، ولو بحثت عنها في google أو أي مرجع علمي، فستجد التركيز مُنصباً على استخدامات أخرى لها، لكن الدراسات السريرية وجدت أنها تُفيد في الاكتئاب. أكثر هذه الأدوية تُستخدم في الاكتئاب كعلاج إضافي مُكمل مع دواء ينتمي للمجموعات السابقة، ووصفها يحتاج خبرة ودراسة من طبيب نفسي مختص.

من هذه الأدوية:

## 1. مُضَادَاتِ الذَّهَانِ Antipsychotics

من المُهمّ أن نعلّم أنّ الاكْتِتابَ الشَّدِيدَ قد يُصَاحِبُهُ ذُهَانٌ (أي ظُهور أوهام delusions وهلوسات hallucinations) وهذا سببٌ لاسْتِخدامِ مُضَادَاتِ الذَّهَانِ فِي الاكْتِتابِ. لكن حتّى دونَ وُجودِ ذُهَانٍ، وَجَدتِ الدَّرَاسَاتُ أنّ بَعْضَ مُضَادَاتِ الذَّهَانِ تُفِيدُ كَعِلاجٍ مُكْمَلٍ فِي الاكْتِتابِ<sup>(13)</sup>.

## 2. الليثيوم Lithium

والليثيوم عنصُرٌ موجودٌ فِي الطَّبِيعَةِ وَمِنَ عِناصِرِ الجَدولِ الدَّورِيِّ، وَلَهُ اسْتِخداماتٌ كَثِيرَةٌ مِن ضَمَنِها البَطَّارِياتُ الحَدِيثَةُ. يَمْتَلِكُ الليثيومُ خِصائِصَ عِلاجِيَّةً هِيَ تَثْبِيتُ المِزاجِ وَتَخْفِيفُ الاكْتِتابِ، وَيُسْتِخدمُ غالِبًا كَعِلاجٍ مُكْمَلٍ لِمُضَادَاتِ الاكْتِتابِ الشَّائِعَةِ. الليثيومُ موجودٌ فِي الطَّبِيعَةِ وَفِي بَعْضِ الأَطْعِمَةِ وَمِصادِرِ المِياهِ الطَّبِيعِيَّةِ بِتِراكِيزٍ قَلِيلَةٍ جِدًّا، وَهُوَ موجودٌ كَعِقاَرٍ عِلاجِيٍّ، وَيُسْتِخدمُ أساسًا فِي اضْطِرابِ ثنائِي القُطبِ، وَيُمْكِنُ أن يُسْتِخدمَ فِي الاكْتِتابِ كَعِلاجٍ مُكْمَلٍ كَمَا اسْلَفْنَا. يَجِبُ القَوْلُ إنَّ تِراكِيزَ الليثيومِ كَعِقاَرٍ عِلاجِيٍّ (أي فِي الأَدويةِ المُصَنَّعَةِ) أَعلى مِنْه بِكَثيرٍ فِي الطَّبِيعَةِ، وَبِالتَّالِي فَالرَّقابَةُ الطَّبِيعِيَّةُ عَلى وَظائِفِ الكَلَى وَالغَدَّةِ الدَّرَقِيَّةِ وَخِلايا الدَّمِ أساسِيَّةٌ جِدًّا مِن قَبْلِ الطَّبِيبِ الَّذِي يَصِفُهُ، كَمَا أَنَّهُ دِواءٌ عَلى سُمِّيَّةٍ عَاليَةٍ وَقد يَكُونُ قاتِلًا إذا أُخِذَ وَلو بِكَمِيَّاتٍ بَسيطةٍ فِوقَ وَصِفَةِ الطَّبِيبِ، وَبِالتَّالِي

(13) هذا أحدُ الأسبابِ التي تَجعَلُ تسمية «مُضَادَاتِ الذَّهَانِ» غيرَ موفِّقَةٍ تامًّا، فَمَعَ أن اسْتِخدامَها الأَوَّلِ وَالأساسِيَّ وَالأكْثَرَ شِبوْعًا هُوَ عِلاجُ الذَّهَانِ، إلا أنْ لها اسْتِخداماتٍ أُخرى مِن قبيلِ اسْتِخدامِها كَمُثَبِّتاتِ مِزاجٍ فِي اضْطِرابِ ثنائِي القُطبِ وَكَمُضَادَاتِ اكْتِتابٍ وَكَذلكِ فِي اضْطِرابَاتٍ نَفْسِيَّةٍ أُخرى مِثْلِ اضْطِرابَاتِ الأَكْلِ، بِالتَّالِي فالأَفْضَلُ تسميَتُها بِـ «مُعَدَّلَاتِ الدوبامينِ وَالسِروتونِينِ Dopamine and Serotonin Modulators» أي تسميَتُها بِاسْتِخدامِ طَريقةٍ عَمَلِها بِدَلالَةٍ مِن اسْمِ «مُضَادَاتِ الذَّهَانِ» الَّذِي يُنْفَرُ أو يُخِيفُ المِرضى وَأَهْلَهُم.

فالالتزام التام بالجرعة التي وصفها الطبيب أساسي، فضلاً عن القياس المنتظم لتركيزه في الدم لضمان أن الجرعة الحالية مناسبة.

### 3. كيتامين Ketamine

هذا المركب يتمي أصلاً لعائلات الأدوية المخدرة التي تُستخدم لتخفيف المريض في العمليات الجراحية anesthetic agents، ويعمل من خلال تثبيط مستقبلات مهمّة في الدماغ اسمها NMDA. هذه المستقبلات تستجيب لناقل عصبي مهم في الدماغ هو «غلوتامات Glutamate»، ووجدت الدراسات أن استخدام الـ «كيتامين» من خلال الحقن المتدرّج في الوريد (بالطريقة نفسها التي يوضع بها كيس السائل الملحي في وريد في الذراع) له أثر سريع في تحسين المزاج. هذا الأمر فتح باباً لأمل كبير في علاج الاكتئاب، إذ ما تزال إحدى المشاكل الكبرى في علاج الاكتئاب أن جميع ما لدينا من علاجات يحتاج وقتاً غير قليل ليظهر أثراً ملموساً. ما يزال الـ «كيتامين» وما يرتبط به موضوعاً خصباً جداً في الطب النفسي وتتوالى فيه الدراسات. حالياً، يُعطى الـ «كيتامين» من خلال مجموعة جلسات علاجية بواقع جلسة كل بضعة أيام، وخلال الجلسة يُعطى إما من خلال الحقن الوريدي المتدرّج كما ذكرنا أو من خلال الاستنشاق (صممت إحدى الشركات أداة لتوصيل الدواء الأنف، عبارة عن أسطوانة صغيرة نهايتها متوافقة مع فتحة الأنف، بحيث يحقن الشخص الدواء داخل أنفه ويستنشقه).

ما يزال لاستخدام الـ «كيتامين» محدوديات متعددة، فبعض المرضى يدخلون في حالة هلوسة أو انفصال عن الواقع (وهذا ليس مستغرباً لأن

ال «كيتامين» دواءً تخديراً أساساً كما أسلفنا)، وبالتالي فيجب إعطاؤه في العيادة (سواءً أكان بالحقن الوريدي أو بالاستنشاق الأنفي) وليس دواءً يأخذه المريض في البيت، ويجب أخذه على شكل عدة جلسات علاجية، كما أنه ما يزال مُكلفاً جداً بطريقة الاستنشاق، وما يزال استخدامه أساساً كعلاج مُكَمَّلٍ مع أدوية الاكتئاب الأخرى الشائعة.

#### 4. برامبيكسول Pramipexol

وهذا الدواء يُستخدَمُ أساساً لعلاج مرض باركينسون، ويعمل من خلال تحفيز مُستَقْبَلاتِ ال «دوبامين»، ووُجِدَ له أثرٌ جيّدٌ في علاج الاكتئاب، خصوصاً في الحالات المُعَانِدَة للعلاج. ما يزال لهذا الدواء محدوديات كثيرة، منها أعراضه الجانبية المُزعِجَة لكثير من المرضى (مثل الغثيان الشديد)، وضرورة رفع جرعته ببطء شديد، واحتمال أن يؤدي تحفيز الدوبامين إلى سلوكيات متهورّة وخطيرة، وبالتالي فاستخدامه في علاج الاكتئاب ينبغي أن يكون حصرًا من قِبَل طبيبٍ نفسيٍّ خبيرٍ ومتمرسٍ وذو دراية<sup>(14)</sup>.

#### 5. هرمون الغدة الدرقية Triiodothyronine

هذا الهرمون هو أحد نسخ هرمونات الغدة الدرقية. كما هو معروف، هرمونات الغدة الدرقية متوفرة كأدوية توصف لمن لا

(14) أحبُّ هنا أن أذكر بالفضل أستاذي الراحل جان فاسيت Jan Fawcett أحد الأسماء البارزة في مجال الاكتئاب المقاوم للعلاج، فله فضل كبير في دراسة أثر هذا العقار على الاكتئاب.

تُنتِجُ أجسامُهم ما يكفي منها، ووَجِدَ أَنَّ لهذا الهرمون أثرًا في علاج الاكتئاب. محدودية استخدامِه تكمنُ في ضرورةِ المراقبةِ الدقيقةِ للتأكدِ من ألا تزيدَ كميةِ الهرمون في الجسم عن الحاجة وتؤدي بالتالي لأعراضٍ جانبيةٍ متنوعةٍ وكثيرةٍ.

## أيُّهما أفضل، العلاجُ النفسيُّ أم الدواءُ؟

بعدَ أن تحدّثنا عن العلاجِ النفسيِّ وعن الأدويةِ، ثمة سؤالٌ منطقيُّ وهو: أيُّهما أفضلُ لعلاجِ الاكتئاب، العلاجُ النفسيُّ أم الدواءُ؟ والدراساتُ السريريةُ أظهرت مرّةً بعدَ مرّةٍ أنَّ أفضلَ النتائجِ تأتي من خلال الجمعِ بين الأدويةِ والعلاجِ النفسيِّ، وهذا هو الخيارُ الأفضلُ في حالةِ الاكتئابِ الشديدِ إذا كانَ الخيارانِ متوفّرَيْن. فوقَ ذلك، تُظهرُ الدراساتُ أنَّ أثرَ اجتماعِ الدواءِ والعلاجِ النفسيِّ أثرٌ تضافريُّ synergistic بمعنى أنَّه يتجاوزُ مجموعَ فائدتيهما منفردَيْن، وبالتالي فاجتماعُهما فائدةٌ مُضاعفةٌ (وهو ما يُعبّرُ عنه رمزيًا بالقول: واحد زائد واحد يساوي ثلاثة، وليس اثنين).

وقد قلنا سابقًا إنّه كلما كانَ الاكتئابُ أشدَّ، كانت الاستفادةُ من الأدويةِ أكبرَ وأوضحَ. هذا يجعلُ من المنطقيِّ لمن عنده اكتئابٌ دونَ الشديدِ (أي طفيف أو متوسط) أن يُحاولَ العلاجَ النفسيَّ أولاً، هذا في حال لم يكنَ الاكتئابُ مصحوبًا بتعطُّلٍ واضحٍ في الفعاليةِ الاجتماعيةِ أو المهنية، أو مصحوبًا بأفكارِ إيذاءِ النفسِ أو الانتحارِ.

وعلينا أن نتذكّرَ أنَّ العلاجَ النفسيَّ يحصلُ مرّةً أو مرتينِ كلَّ

أسبوع، وأنه مُكَلِّفٌ نِسْبِيًّا، وأنَّ المُعَالِجَ النَّفْسِيَّ الْمُنَاسِبَ لَيْسَ مَتَوَقَّرًا دَائِمًا وَفِي كُلِّ مَكَانٍ.

وبالتالي، إذا أخذنا كلَّ ما سَبَقَ فِي الْإِعْتِبَارِ، فبِمَكَانِنَا أَنْ نَضَعَ قَائِمَةً بِالْعَوَامِلِ الَّتِي تَزِيدُ مِنَ الْحَاجَةِ لِاسْتِخْدَامِ الدَّوَاءِ:

1. الْإِكْتِتَابُ فَوْقَ الْمَتَوَسِّطِ، وَالشَّدِيدُ بِالْأَخْصِ.

2. الْإِكْتِتَابُ الْمَصْحُوبُ بِأَفْكَارٍ أَوْ سُلُوكَاتٍ إِيْذَاءَ النَّفْسِ أَوْ الْإِنْتِحَارِ.

3. الْإِكْتِتَابُ الْمَصْحُوبُ بِتَعْطُّلٍ وَاضِحٍ فِي الْفِعَالِيَةِ الْاجْتِمَاعِيَّةِ وَالْمِهْنِيَّةِ.

4. عَدَمُ الْقُدْرَةِ عَلَى الْعِلَاجِ النَّفْسِيِّ (بِسَبَبِ عَدَمِ التَّوَقُّرِ أَوْ غِيَابِ الْقُدْرَةِ الْمَادِّيَّةِ أَوْ عَدَمِ الْقُدْرَةِ عَلَى تَفْرِيفِ الْوَقْتِ اللَّازِمِ لِلْجُلُوسَاتِ أَوْ عَدَمِ وُجُودِ الْإِسْتِعْدَادِ لِلْحَدِيثِ لِمُعَالِجِ فِي الْوَقْتِ الرَّاهِنِ، وَغَيْرِهَا).

5. أَنْ يَكُونَ الشَّخْصُ جَرَّبَ الْعِلَاجِ النَّفْسِيِّ وَلَمْ يَتَحَسَّنْ.

وَمِنَ الْمَهْمِّ جَدًّا أَنْ نَتَّبِعَ هُنَا إِلَى أَنْ أَيَّا مِمَّا سَبَقَ - بِإِسْتِثْنَاءِ النَّقْطَةِ 4- لَيْسَ سَبَبًا لَوْ قَفِ الْعِلَاجِ النَّفْسِيِّ أَوْ عَدَمِ السَّعْيِ إِلَيْهِ، فَكَمَا قُلْنَا، لِاجْتِمَاعِ الدَّوَاءِ وَالْعِلَاجِ فَائِدَةٌ مُضَاعَفَةٌ. مَثَلًا، إِذَا كَانَ الشَّخْصُ يَتَلَقَّى الْعِلَاجَ النَّفْسِيَّ دُونَ تَحَسُّنٍ، وَقَرَّرَ مَعَ الطَّبِيبِ الْبَدءَ فِي الدَّوَاءِ، فَالْأَفْضَلُ أَنْ يُوَاصِلَ الْعِلَاجَ النَّفْسِيَّ إِذَا كَانَ ذَلِكَ مُمَكِّنًا.

## الفصل الرابع عشر: العلاج بتعديل النشاط العصبي

### Neuromodulation

بالإضافة إلى العلاج النفسي والأدوية، هناك مجموعة ثالثة من علاجات الاكتئاب، وتتألف من مجموعة من العلاجات يجمع بينها أنها تُحاول تعديل النشاط العصبي في الدماغ باستخدام مؤثر خارجي هو التيار الكهربائي أو الكهرومغناطيسي. هذه العلاجات تشمل:

### أولاً: العلاج بالتشنج الكهربائي Electroconvulsive Therapy

وهذا العلاج هو ما يُطلق عليه في العرف المتداول «جلسات الكهرباء» أو «صدمات الكهرباء». نبدأ حديثنا عن هذا العلاج بوصفٍ كفيته بالتفصيل، أملاً في تطوير الوعي بواقعه اليوم، وأملاً في رسم صورة أدق وأقرب للواقع لهذا العلاج الذي تعرّض لتشويه كبير عبر التاريخ، والحقيقة أن هذا العلاج كان دائماً هدفاً مفضلاً للهجوم على الطب النفسي وتشويهه، وتمتلئ الأفلام في الثقافات المختلفة بتصويراتٍ مخيفة لهذا العلاج، نذكر منها على سبيل المثال فيلمي «One Flew Over the Coko's Nest» وفيلم «Requiem For a Dream»، وغيرهم كثير.

يُحَصَّلُ هَذَا الْعِلَاجُ بِالْكَفِيَّةِ التَّالِيَةِ:

• تُجْرَى الْجُلُوسَةُ فِي مَكَانٍ مُجَهَّزٍ ضَمَنَ مُسْتَشْفَى أَوْ عِيَادَةٍ مُجَهَّزَةٍ جَدًّا، وَتَحْتَاجُ عَلَى الْأَقْلَى إِلَى طَبِيبٍ نَفْسِيٍّ وَطَبِيبٍ تَخْدِيرٍ وَمَمْرَاضٍ.

• تَبْدَأُ الْجُلُوسَةُ بِإِعْطَاءِ الْمَرِيضِ دَوَاءَ تَخْدِيرٍ كَمَا يُحَصَّلُ تَمَامًا قَبْلَ عَمَلِيَّةِ جِرَاحِيَّةٍ.

• يَنَامُ الْمَرِيضُ بِفِعْلِ دَوَاءِ التَّخْدِيرِ، وَيُعْطِيهِ طَبِيبُ التَّخْدِيرِ مُرْخِيًّا لِلْعَضَلَاتِ، وَالْهَدَفُ مِنْ ذَلِكَ أَنْ تَحْصُلَ نَوْبَةُ الْكَهْرَبَاءِ فِي الدَّمَاعِ فَقَطْ، وَلَا يُحْصَلُ تَشْنُجُ الْعَضَلَاتِ الْمُصَاحِبُ لِلنُّوْبَاتِ الْكَهْرَبَائِيَّةِ الْمَرَضِيَّةِ.

• يُمَرَّرُ الطَّبِيبُ النَّفْسِيُّ تِيَّارًا كَهْرَبَائِيًّا مِنْ خِلَالِ وَضْعِ قُطْبَيْنِ عَلَى الرَّأْسِ (عَلَى جَانِبِي الرَّأْسِ فَوْقَ الْأُذُنِ، وَأَحْيَانًا يَكُونُ أَحَدُهُمَا فِي مَقْدَمَةِ الرَّأْسِ). وَالْقُطْبَانِ مَصْنُوعَانِ بِحَيْثُ يُوَصِّلَانِ الْكَهْرَبَاءَ مِنْ دُونَ آلامٍ مَوْضِعِيَّةٍ أَوْ أَذَى لِلْجِلْدِ فِي الْمَنْطِقَةِ.

• تَبْدَأُ نَوْبَةُ كَهْرَبَائِيَّةِ فِي الدَّمَاعِ، وَيُسَجَّلُهَا مُسْتَشْعِرٌ مَوْضُوعٌ عَلَى الرَّأْسِ. تَسْتَمِرُّ النُّوْبَةُ مَا بَيْنَ خَمْسِ عَشْرَةَ ثَانِيَّةً إِلَى دَقِيقَةٍ أَوْ أَكْثَرَ بِقَلِيلٍ. قَدْ تَمْتَدُّ النُّوْبَةُ إِلَى دَقِيقَتَيْنِ أَوْ أَكْثَرَ فِي حَالَاتٍ نَادِرَةٍ، وَعِنْدَهَا يَقُومُ طَبِيبُ التَّخْدِيرِ بِإِنهَائِهَا مِنْ خِلَالِ دَوَاءٍ فِي الْوَرِيدِ.

• يَبْدَأُ الْمَرِيضُ فِي الْاسْتِيقَازِ، وَكَشَّانِ الْعَمَلِيَّاتِ الْجِرَاحِيَّةِ، لَا يَتَذَكَّرُ أَصْلًا أَنَّهُ خَضَعَ لْجُلُوسَةٍ عِلَاجِيَّةٍ.

تَارِيخِيًّا، بَدَأَ هَذَا الْعِلَاجُ عِنْدَمَا لَاحِظَ أَحَدُ الْأَطِبَّاءِ أَنَّ تَشْرِيحَ الدَّمَاعِ بَعْدَ الْوَفَاةِ يُظْهِرُ أَنَّ إِحْدَى خَلَايَا الدَّمَاعِ الْمَهْمَّةَ مَوْجُودَةٌ بِكَمِّيَّةٍ

أكبر في أدمغة المُصابين بمرضِ النوباتِ الكهربائيةِ (الصَّرَعِ) مُقارَنةً بمرضى الفصام schizophrenia. قدَّرَ هذا الطَّبيبُ أنَّ التَّسبُّبَ في نوباتِ كهربائيةٍ كتلك التي تحدثُ في الصَّرَعِ قد يكونُ مُفيداً لمرضى الفصام، وبالفعل، قامَ بحقنِ مادَّةٍ مُسبِّبةٍ للنوباتِ الكهربائيةِ لمرضى في حالٍ متقدِّمةٍ من الفصام تُسمَّى «الجامود catatonia». وكانتِ النتيجةُ أنَّ هذا المريضَ تحسَّنَ بشكلٍ لافِتٍ بعد تحفيزِ الطبيبِ لعدَّةِ نوباتٍ كهربائيةٍ.

بدأ استخدامُ هذهِ الطَّريقةِ يتَّسع، ولكنَّ مشكِلَةً كبيرةً كانتِ بحاجةٍ إلى حلٍّ، ألا وهي أنَّ بضعَ دقائقٍ تُمرُّ بينَ حقنِ الدَّواءِ المُسبِّبِ للنوبةِ وُحدوثِ النوبةِ بالفعل، وكانَ هذا الوقتُ يمرُّ بطيئاً ومُخيفاً على المرضى الذينَ ينتظرونَ أن تحدثَ لهم نوبةٌ كهربائيةٌ في آيةٍ لحظَةٍ.

ولذا، بدأ الأطباءُ يُفكِّرونَ في طُرُقٍ أُخرى لتحفيزِ النوباتِ، إلى أن اهتدى طبيبٌ إلى فعلٍ ذلكَ من خلالِ تمريرِ تيارٍ كهربائيٍّ خلالَ فروةِ الرأسِ، وبالفعل، أَدَّى ذلكَ إلى النتيجةِ نفسِها وتحسَّنِ المرضى.

ومنذَ البدءِ في استخدامِ هذا العلاجِ قبلَ ما يقربُ من قرنٍ مضى وحتىَ اليومِ، خضعَ هذا العِلاجُ إلى تعديلاتٍ وتطويراتٍ كثيرةٍ لزيادةِ فعاليتهِ وأمانِهِ وتقليلِ أسبابِ قلقِ النَّاسِ منه.

في هذا السِّياقِ، بدأ استخدامُ التَّخديرِ الطَّبيِّ قبلَ تمريرِ التيارِ الكهربائيِّ، وكذلكَ بدأ استخدامُ دواءٍ يُرخي العضلاتَ لكي تحدثُ النوبةُ الكهربائيةُ فقط دونَ التشنُّجاتِ العضليَّةِ في الأطرافِ.

ثمَّ بدأتِ الدَّراساتُ المرتبطةُ بهذا العِلاجِ تأخذُ منحىً أكثرَ دِقَّةً، وذلكَ من خلالِ البَحثِ عن مقوماتِ التيارِ الكهربائيِّ الذي يؤدِّي

لأفضل النتائج وأقل الأعراض الجانبية، وكذلك البحث عن أفضل الأماكن لوضع الأقطاب على فروة الرأس للحصول على أفضل النتائج بأقل الأعراض الجانبية.

بالتالي، هذا العلاج يُقدّم اليوم في بيئة آمنة وبإشرافٍ طبيّ حثيث، والقوانين بشأنه صارمة في كثيرٍ من البلاد، من حيث التأكد من موافقة المريض أو من يمثله على العلاج، بل تُصنّ قوانينٌ بعض البلدان صراحةً على قيمِ التيارِ الكهربائي المسموح استخدامه وما إلى ذلك.

وبطبيعة الحال، لا يعني أيُّ مما سبق التقليل من جدية هذا العلاج، فهو علاجٌ يحتاجُ إلى تخديرٍ كامل، ولتمرير التيارِ الكهربائي عبر فروة الرأس آثارٌ علاجيةٌ وكذلك آثارٌ جانبيةٌ ستحدثُ عنها. بالتالي، هدفنا من هذا الحديث هو أن نُقدّم هذا العلاج للقارئ العربي ليعرف عنه الحقائق بدلاً من المُبالغات السينمائية.

فمن ناحيةِ الفعالية، هذا العلاجُ هو أفضلُ العلاجاتِ المتوفرة قاطبةً في إنهاءِ نوباتِ الاكتئابِ الحادةِ والشديدةِ، وبالتالي، هناك نسبةٌ قليلةٌ من مرضى الاكتئابِ قد تحتاجُه، وهم المرضى المُصابون باكتئابٍ حادٍّ وشديدٍ ولم تُفلح معه العلاجاتُ الأخرى، ووصلَ الاكتئابُ إلى درجةٍ أن يكونَ سبباً لتعطُّلِ حياةِ الفردِ بشكلٍ شبه تامٍ بسببِ الاكتئابِ، أو ربّما أصبحت حياته في خطرٍ كما يحدثُ مع المرضى الذين يتوقفون بشكلٍ شبه تامٍّ عن الطعامِ والشرابِ بسببِ الاكتئابِ الشديدِ، أو من يدخلونَ مُستشفى الأمراضِ النفسية بعد مُحاولاتٍ انتحارٍ جسيمةٍ.

لا نعلّم على وجه الدقة كيف يُساعدُ هذا العلاجُ في تخفيفِ

الاكتئاب، وهناك عدّة فَرَضِيَّات لذلك، منها أنّه يُحَفِّزُ إفرازَ نواقلٍ عصبيةٍ مُعَيَّنة، أو يُحَدِّثُ تأثيرًا في نشاطِ مناطقِ دِمَاجِيَّةٍ مُعَيَّنة، أو أنه يُسَاعِدُ على زيادةِ مُرونةِ الأعصابِ وُسُجيراتِها، وغيرها. لكنّ ما صارَ في حُكْمِ المؤكَّد هو أن كُلا من مُرورِ التيّارِ الكهربائيِّ وُحُصولِ التشنيجِ seizure ضروريَّان لِحُصولِ الاستِجابةِ، فمُرورِ الكهَرَباءِ دون تشنيجٍ لا يُفيد، وُحُصولُ التشنيجِ دونَ مُرورِ تيارٍ لا يُفيد، فكلاهُما عامِلانِ ضروريَّانِ ليُحَصَلَ الأثرُ المُفيدُ لهذا العِلاجِ.

### الآثارُ الجانبيَّة:

- الضبابية confusion بعدَ الجلسَةِ مُباشرةً، وهو يُشَبَّهُ ما يَحْدُثُ عندَ الصَّحو من التَّخديرِ الكاملِ في العمليَّاتِ الجِراحِيَّةِ، يُضَافُ إليه أثرُ التيّارِ الكهربائيِّ نَفْسِه. هذه الحالة تزولُ خِلالَ ساعةٍ وَيَعوُدُ المرءُ لِحالِهِ الطَّبِيعِيِّ.

- صُداعٌ بعدَ العِلاجِ: يَحْدُثُ أحيانًا بعدَ الجلساتِ، وَيَزولُ من تلقاءِ نَفْسِه دونَ عِلاجٍ أو بعِلاجٍ بسيطٍ مثلِ أدويةِ الصُّداعِ الشائعةِ (باراسيتامول).

- مُشكِلاتٌ في الذاكرة: يُمكنُ أن تَحَصَلَ مُشكِلاتٌ في الذاكرةَ خِلالَ فترةِ العِلاجِ. يُعطى هذا العِلاجُ عادةً ثلاثَ مرَّاتٍ أسبوعيًا ويمتدُّ في العادة من أسبوعين إلى أربعة (أي 6-12 جلسة). هذا الخَللُ في الذاكرة يتعدَّلُ تلقائيًا خِلالَ أسابيعٍ من اكتمالِ الجلساتِ. لكن يُمكنُ لِبعضِ المتعالِجينَ ألا يتذكَّروا أبدًا أشياء حصلت قِبَلَ الجلساتِ أو خِلالَها أو بعدها بفترةٍ قصيرة.

- يُمكنُ للمتعالِجِ أن يُقلِّلَ من هذا الأثرِ من خلالِ التَّنشيطِ المُستَمِرِّ لذهنِه، وذلكَ من خلالِ القراءة، الحَدِيثِ مع الآخرين، والقِيَامِ بأنشطة ذهنيَّة تستدعي فتراتٍ جيِّدة من الانتباه الجيِّد والمتواصل.

ومن اللافتِ أنَّ هذا العِلاجَ لا يَزِيدُ من احتمالِ حدوثِ النَّوباتِ الكهربائيَّةِ المَرَضِيَّةِ (نوبات الصَّرَع)، بل قد يُقلِّلُها عندَ بعضِ من يخضَعونَ لهذا العِلاجِ ممَّن يُعانونَ منها أصلاً.

ومن المُهمِّ جدًّا أن نُشيرَ إلى أنَّ هذا العِلاجَ رغمَ تَفوُّقه على جميعِ علاجاتِ الاكتئابِ الأخرى في إنهاءِ نوباتِ الاكتئابِ الشديدةِ والمُقاومةِ للعِلاجاتِ، إلا أنَّ نسبةَ عودةِ الاكتئابِ بعدِ اكتمالِ الجلساتِ عاليَّةٌ إذا لم تُتَّبَعْ مُباشرةً (أو حتَّى خلالَ الجلساتِ) بعِلاجٍ دوائِيٍّ من طيبِّ نفسيٍّ خبيرٍ.

وختامًا، يَجِبُ على كُلِّ من يلتَمِسُ هذا العِلاجَ أو ينصَحُه به طيبِّ نفسيٍّ أن يسألَ كُلَّ الأسئلةِ التي تَخَطُرُ ببالِه وأن يُشكِّلَ صورةً كاملَةً عن هذا العِلاجِ وحيثيَّاتِه وما يتَّصلُ به، فهو عِلاجٌ فعَّالٌ جدًّا، ومن الخسارةِ ألا يحصُلَ عليه بعضُ من يحتاجونَه بسببِ نقصِ المعلوماتِ والصَّورةِ غيرِ الكاملةِ عنه.

## ثانيًا: التحفيز المغناطيسي الموضعي Transcranial Magnetic Stimulation

وهذا العِلاجُ يجري من خلالِ وَضعِ جِهَازٍ على نُقطةٍ مُحدَّدة من فروة الرأسِ. داخلَ هذا الجِهَازِ يوجدُ سِلْكٌ معدنيٌّ مُلتفٍّ، وعندَ إمرارِ

تيار كهربائي في هذا السلك يتولد مجالاً مغناطيسيّ يؤدي إلى تحفيز الأعصاب في منطقةٍ دماغيةٍ مُستهدفةٍ ولها علاقةٌ بالاكْتئاب. من المهمّ ملاحظةٌ أنّ التحفيز يحدثُ من خلال توليد مجالٍ مغناطيسيّ، لا من خلال التيار الكهربائيّ مباشرةً، وبالتالي فالسلكُ المعدني لا يتلامسُ مع الجلد مباشرةً.

لا نعرفُ على وجه اليقين الآليّة الدقيقة التي يحصلُ بها الأثرُ الإيجابيُّ لهذا العلاج، لكنّ الفرضيّة الأكثرَ مقبوليّةً هي أنّ الأثرَ الإيجابيَّ يحدثُ من خلال تغيير النشّاطِ الكهربائيِّ للأعصابِ في المنطقة المُستهدفة، والتي تكونُ جزءاً من دائرة كهربائيّة circuit لها علاقةٌ بالاكْتئاب. من الممكنِ كذلك أنّ المجالَ المغناطيسيّ يحفّزُ مرونة الأعصابِ neuroplasticity وهو ما ذكرنا في أكثر من موضعٍ أهمّيته في التعافي من الاكْتئاب. كما أنّ من المُحتمل أن تكون الآليّة هي تغيير نشاطِ بعضِ النواقلِ العصبيّة في الدماغ.

هذا العلاجُ يُقدّمُ على شكلِ جلساتٍ يوميّة، ويمتدُّ لأيام أو أسابيع، ففي العادة يمتدُّ لـ 20 إلى 40 جلسة، بواقع خمسِ جلساتٍ أسبوعيّة (مع استراحة في يوميّ نهاية الأسبوع). تمتدُّ الجلسةُ من 20 دقيقة إلى ساعة. يحصلُ هذا العلاجُ في عيادة الطّبيب، ويكونُ المتعالِجُ مستيقظاً تماماً من دونِ أيّة تخديرٍ أو أدويةٍ مُهدّئة، ويُشجّعُ المتعالِجُ على القيامِ بنشاطٍ ذهنيّ خلالَ العلاج، من قبيل مُشاهدة فيلمٍ مُحفّزٍ بصريّاً أو قراءة كتاب.

وهذا العلاجُ، مثل سابقه، يُستخدَمُ فقط في حالاتِ الاكْتئاب الشّديدِ المُقاومِ للعلاج، ويُشرطُ للجوءِ إليه أن تكون وسائلُ علاجيّةٍ أخرى

قد استُخدمت من قبل ولم تُثبت فعاليتها، فمن يوصي لهم الطبيب بهذا العلاج يكونون قد جربوا أكثر من دواء، وبعض الجهات العلمية والتنظيمية تشترط أن يكونوا قد جربوا أحد العلاجات النفسية كذلك.

ولأن هذا العلاج يستخدم المجال المغناطيسي، فلا يمكن استخدامه عند من يحتوي الجزء العلوي من أجسامهم على أجسام معدنية، مثل أجهزة طبية مزروعة (مثل الأجهزة المزروعة في الدماغ لبعض الأمراض العصبية، ومنظم ضربات القلب، وقوقعة الأذن)، أو شظايا معدنية من إصابات أو حوادث، أو بعض المكونات التجميلية مثل بعض أنواع الوشم، وغيرها. هذه مجرد أمثلة، وهناك أسئلة مفصلة حول هذه الأشياء وغيرها مما يجب أن يتأكد منه الطبيب قبل أن يعتبر هذا العلاج مناسباً.

وبخلاف العلاج السابق، فهذا العلاج قد يؤدي لحدوث نوبة كهربائية (تشبه نوبة الصرع)، ولذا فكون الشخص أو آخرين في عائلته ممن عندهم هذا المرض قد يؤدي إلى اعتبار هذا العلاج غير مناسب، أو يُجرى برعاية شديدة مع تخفيف لمكونات المجال المغناطيسي الذي يُنتجه الجهاز.

## الآثار الجانبية:

1. نوبة كهربائية: وهذا أثر جانبي نادر الحدوث، وإذا حدثت فهي تنتهي من تلقاء ذاتها ولا تتكرر (أي أن هذا العلاج لا يؤدي لحدوث نوبات مرضية متكررة أو صرع، بل هي نوبة واحدة

وتزول، وهذا أمرٌ نادرٌ كما قلنا، بل شديدُ النُدرة في بعضِ الدراساتِ المُدقَّقة). يُمكنُ تَقْلِيلُ احْتِمَالِ هذا الأمرِ عندَ من يُخشى حصوله عندهم من خلالِ تخفيفِ مكوّناتِ المَجَالِ المغناطيسيِّ.

2. صُدَاعُ أو ألمٌ في فروةِ الرأسِ عندَ موضعِ التَّحفيزِ: وهذه يُمكنُ التَّقْلِيلُ منها بمُسكِّنٍ موضعيٍّ بسيطٍ.

3. صُعوبة في سَماعِ الأصواتِ المنخَفِضة في الفترةِ التَّالية للجلسةِ (لحدِّ أربعِ ساعاتٍ على الأكثرِ)، وذلك لأنَّ الجِهَازَ يُصدِرُ صوتًا عاليًا أثناءَ توليدِ الموجاتِ المغناطيسيَّة، ويُمكنُ تَقْلِيلُ ذلك من خلالِ سَدَّاداتِ الأذنينِ.

من قد يُناسِبُهُ هذا لِعِلاجٍ؟

هذا العِلاجُ له دورٌ في حالاتِ الاكْتئابِ الشَّدِيدِ والمُقاوِمِ للعِلاجاتِ الأخرى كما أسلفنا، خُصوصًا عندَ من يَمْنَعُهُم سَبَبٌ ما، طبِّيٌّ أو غيرُ ذلك، من الحُصولِ على علاجِ التَّشْنِيجِ الكهربائيِّ. مع أنَّ علاجِ التَّشْنِيجِ الكهربائيِّ أكثرُ فعاليَّةً من هذا العِلاجِ، إلا أنَّ بعضَ المرضى لا يَسْتَطِيعُونَ الخُضوعَ للتَّخديرِ الكاملِ، أو لا يَرغَبُونَ في ذلك، أو يَعتَبِرُونَ مُشكِلاتِ الذَّاكرةِ التي قد تُصاحبُ التَّشْنِيجَ الكهربائيِّ أمرًا لا يُمكنُهُم التَّعايشُ معه.

وهذا العِلاجُ حديثٌ نسبيًّا، وما زالَ يَتَطوَّرُ وتَخضَعُ أَجهزَتُهُ وبروتوكولاتُهُ العِلاجيَّةُ لِلتَّحسينِ، وما ذكرناه هنا بِخُصوصِهِ هو

مُقدِّمةٌ عامَّةٌ مُختَصِّرةٌ لتعريفِ القارئِ به، وكسائرِ العِلاجاتِ الطِّبيَّةِ التي تعرَّضنا لها في هذا الكتاب، لا بُدَّ لمن يُريدُ أخذه في الاعتبارِ كعِلاجٍ أن يخضعَ لمُقابَلَةِ طِبيَّةٍ معَ طِبيبٍ متخصِّصٍ وخَبيرٍ في هذا العِلاجِ، وأن يفهمَ بشكلٍ تفصيليٍّ مدى مناسِبَتِهِ لهذا العِلاجِ من عَدَمِها، وماذا عليه أن يتوقَّعَ أثناءَ العِلاجِ وبعده، وتفصيلَ الخُطَّةِ العِلاجيَّةِ، والأعراضِ الجانبيَّةِ وكِيفيَّةِ التقليلِ منها والتعاملِ معها، وكلِّ ما يتصلُّ بهذا العِلاجِ من اعتباراتٍ أُخرى.

مكتبة

[t.me/soramnqraa](https://t.me/soramnqraa)

## الفصل الخامس عشر: الاكثاب و«مدربو الحياة Life

### «Coaches

ولا يُمكنُ للحديثِ عن الاكثاب أن يكونَ مُكتملاً من دونِ الإشارةِ إلى كونه أصبحَ موضوعاً مُفضَّلاً لمن يُوصفون بـ «مدربي الحياة Life Coaches» بأنواعهم المختلفة، وذلك يشملُ من يصفون أنفسهم بذلك عموماً، بالإضافة لمن يُقدِّمون أنفسهم باعتبارهم مُدربي حياة متخصصين بجوانب ذاتِ صلةٍ بالصحة النفسية، مثل «مدرب صحة نفسية» أو «مدرب علاقات» وما شابه.

أودُّ أن أبدأ هذا الحديث بالقولِ إنني مؤمنٌ جذريٌّ بحريّة التعبير، وأرى أن الأضرارَ المترتبةَ عليها مثل تحدث الناس فيما لا يفقهون تظلُّ أقلَّ ضرراً من قمع الحريات وفرضِ رقابةٍ على الحديث.

لكنّ هذا الإيمانَ الجذريَّ بحريّة التعبير يشملُ كذلك حريّة الحديث عن المتربّحين والمتكسّبين ومُستغلي حاجاتِ الناس، وهذا يشملُ التحذيرَ منهم وكشفَ وسائلهم وألاعيبهم وقلّة علمهم وخطرَ تصدّيرهم لما ليسوا مؤهلين له.

ومُسمّى «مدرب الحياة» أصلاً هو أحدُ الأسماءِ الكثيرة التي تُخرُجُ بها الفئةُ نفسها من الناس كلِّ حينٍ من الزّمن، فتارةً يخرُجونَ تحتَ مُسمّى التنمية البشرية، وأخرى تحتَ مُسمّى تطويرِ الذات، وأخرى

بمُسمى التدريب وال coaching. ولهذه الفئة صفاتٌ مميزةٌ تتكرَّرُ بشكلٍ واضحٍ يُمكنُ التعرُّفُ إليه بسهولة، فمن عاش بما يكفي ليشهدَ أكثرَ من واحدةٍ من هذه الموضوعات والصِّرعات و«التريندات» يرى التشابهَ الكبيرَ بين من يركَّبونَ موجَّتها، بل يرى أحياناً الأشخاصَ أنفسهم يُبدلونَ مُسمياتهم مع كلِّ موجة.

وسأضعُ هنا أمامَ القارئِ مجموعةً من العلاماتِ التحذيريةِ Red Flags والخصائصِ المتكرِّرةِ والواضحةِ في هذه الفئة، ليُصبحَ التعرُّفُ عليهم أكثرَ سهولةً. كلُّما رأيتَ عددًا أكبرَ من هذه الخصائصِ في شخصٍ يُسمى نفسه مُدرِّبًا أو مُطوِّرًا أو ما شابهه، فالحذرُ منه يُصبحُ أكثرَ إلحاحًا:

1. عدمُ وُضوحِ المؤهَّلاتِ: فهذه الفئةُ تستخدمُ مُسمياتٍ عائمةٍ وأوصافاً هلاميةً وغيرَ واضحةٍ ومتغيِّرةٍ باستمرارٍ لمؤهلاتِها، ويتسببونَ لمراكزٍ تُقدِّمُ شهاداتٍ بلا قيمة، وتُكتسبُ بأيامٍ قليلةٍ أو أسابيع، وغالبًا من خلالِ حُضورِ دورةٍ لـ «مُدرِّب» آخرٍ يقولُ الكلامَ نفسه. ولا يجوزُ أن يغتَرَّ أحدٌ بكونِ هؤلاءِ ينتسبونَ لمركزٍ في الولاياتِ المتحدةِ أو كندا أو أوروبا، فما لا يعرفُه كثيرونَ أنَّ هذه الصِّرعاتِ في بلادنا العربيةِ ليستِ إلا تقليدًا واستنساخًا من الولاياتِ المتحدةِ خصوصًا، فكلُّ هذه الصِّرعاتِ والترينداتِ تبدأُ من هناك، وحجمُها وانتشارُها هناك تتضاءلُ أمامه أحجامُ المُقلِّدين العرب.

2. عدمُ وُجودِ أيِّ تسجيلٍ مهنيٍّ في أيِّ بوردٍ أو نقابةٍ: قبلَ أن تدفعَ أيَّ قرشٍ لأيِّ شخصٍ سينصِّحُكَ بخصوصِ حياتِكَ أو صحتِكَ

النفسية، اسأله بوضوح: هل ما تقومُ به تُمثله أيُّ نقابة أو بورداً أو هيئة لتنظيم هذه المهنة؟ إذا كانَ الجوابُ لا، فعليك أن تفهمَ أنّك لا تتعاملُ مع مهنة أو تخصص لها تقاليد وأعراف ومعرفة منظمة، بل مع صرعة وانطباعات شخصية ومزاجات وتريندات.

3. الوعودُ المبالغ فيها: وهذا ينبغي أن يكونَ قاعدةً عامّةً في الحياة، فكما يُقال في الإنجليزية «If it's too good to be true, it is» أي «إذا كانَ الشيءُ مُغريباً إلى درجة أنه لا يُمكنُ أن يكونَ حقيقةً، فهو ليسَ حقيقةً». فمن يَعدُّكَ بعلاج الاكتئاب تماماً أو في وقتٍ قصيرٍ جداً أو بمجردِ حضورِ دورةٍ أو تناولِ عُشبة أو استهلاكِ مكملٍ غذائيّ فهو ليسَ أكثرَ من دجال.

4. الإيجابية المبالغ فيها: فمن لديه أدنى معرفة بالصحة النفسية يعلمُ أنّ قضاياها مُعقّدة وصعوباتها كثيرة ومعاناتها كبيرة، وبالتالي فالتعاملُ الجادُ معها يُكسِبُ الإنسانَ تواضعاً ووقاراً وجديةً، أمّا من يتفانز جسمه ويتفخُّ وجهه وتراقصُ عيناه ويضحكُ دائماً ملءَ شِدْقِيهِ وهو يتحدّثُ عن هذه القضايا فهو شخصٌ لم يتعاملَ معها قطّ أيّ تعاملٍ جادٍ.

5. استخدام أساليب مندوبي المبيعات sales person في العرض: وهذه الأساليب معروفة ومنها الإلحاح في عرضِ السلعة أو الخدمة، التخويفُ من تفويتِ فرصة هائلةٍ أو حصولِ خسارةٍ جسيمةٍ إذا لم تشتري هذه السلعة أو الخدمة، التركيز على الشقّ الماديّ في العرض مثل الوعد بأنّ هذه السلعة أو الخدمة أوفر من الخيارات الأخرى،

التركيزُ المبالغ فيه على الدعاية والإعلان، وغيرها. مُعظمُ البشر تعاملوا في حياتهم مع طيب من نوع ما ومع مندوب مبيعات من نوع ما، وبالتالي فهناك فحصٌ بسيطٌ يُمكن للجميع استخدامه: كل من يتحدث عن الصّحة النفسيّة أو يعرض شيئاً مرتبطاً بها مثل استشاراتٍ أو خدماتٍ أو ما شابه، هل يُذكرك أكثر بالأطباء الذين تعاملت معهم في حياتك، أم بمندوبي المبيعات الذين تعاملت معهم في حياتك؟ إذا كان الجواب هو الثاني، فعليك الحذر.

6. الحكمة الساذجة، أي الكلام العام الذي يصلح لكل شيء ولا يصلح لأي شيء: فأكثر «مدرّبي الحياة» يستخدمون خطاباً يشبه كثيراً فكرة «الأبراج»، أي أنّها عباراتٌ يُمكن أن تكون صحيحة في أي سياق، فهي عامّة إلى درجة أنّها ساذجة وفارغة وبلا قيمة. مثلاً، من يتحدث عن ضرورة «الانسجام مع النفس» أو «وضع حدود للعلاقات» أو «العلاقات لا يُمكن أن تستمر من دون تفاهم متبادل» أو «إعطاء الأولوية لراحتك النفسيّة»، هو لا يقول شيئاً مفيداً، فكل من هذه العبارات يُمكن أن تُستخدم لتبرير تصرفاتٍ متناقضة تماماً. مثلاً، إذا كان أحدهم يقومُ بسُلوِكٍ غير نبيل تجاه شخصٍ آخر، وهذا السُلوِكُ يُسبّب له بعضاً من وخز الضمير، فالوصول إلى «الانسجام مع النفس» قد يعني التوقف عن هذا السُلوِك، وقد يعني تبريره والاستمرار فيه كي لا يستمرّ وخز الضمير. و«وضع حدود للعلاقات» قد تعني إنهاء العلاقة وقد تعني الحديث المفتوح والصّادق حولها. و«إعطاء الأولوية لراحتك النفسيّة» قد يعني أن تستمرّ في تصرفاتك الأنانيّة المتمركزة حول ذاتك

ورغباتك والاستمرار في تجاهل الحاجات والتوقعات المشروعة لمن حولك، وقد يعني التعرف على عيوبك أنت وتصحيحها وتقويم أخطائك التي تؤذي من حولك. وبالإمكان الاستمرار في ذكر ما لا يحمي من الأمثلة على هذه العبارات الصحيحة لكن الفارغة من أي مضمون ذي قيمة.

7. الأحكام والنصائح القاطعة بناءً على معرفة ضئيلة جدًا بالحالة: وهذه من أهم علامات التحذير red flags التي ينبغي الانتباه لها عند أي مُحدّث في مجال الصحة النفسية، حتى ولو كان متخصصًا أو طبيبًا نفسيًا. من الأمثلة على ذلك خاصية «اسألني سؤالاً Ask me a question» على إنستغرام، حيث يُرسل بعض المتابعين سؤالًا مكونًا من جملة أو جملتين فقط، ويأتيه تعليق قاطع أو نصيحة مُحدّدة بما عليه أن يفعل، وبعض هذه النصائح والتعليقات لا يُمكن حتى لأفضل الأطباء أو المُعالجين النفسيين أن يتوصّل إليها قبل عدّة جلسات معمّقة مع الشخص ومعرفة الكثير من التفاصيل عن حياته وظروفه وسياق القضية التي تشغله أو يُعاني منها، وبالتالي فلا يُمكن لأي شخص يتحلّى بالحد الأدنى من الأمانة أن يُقدّمها بناءً على سطرٍ أو سطرين. سنستعرض بعد قليل أمثلةً عمليةً على هذا.

8. نشر تعليقات «الزبائن» السعداء: من حق أيّ متخصص أن يشعر بالرضا والفخر عن النتائج التي يُحقّقها، وكثير من الأطباء يحتفظون في مكان ما في مكتبهم برسالة شكر أو هدية رمزية مثل تذكّار أو ما شابه مع عبارات شكر وتقدير. لكنّ العلاج الذي يُقدّمه الطبيب النفسي أو المُعالج النفسي ليس سلعة

ولا أمرًا يخضع لمنطق «خدمة العملاء customer service»، فبعض الحالات صعبة وقد لا تتحقق فيها النتائج المرجوة، ثم إن المقصد من العلاج النفسي وعلامة نجاحه نادرًا ما يكون «سعادة الزبون» وانطلاقه بعبارات الشاء وال «excitement»، فالعلاج النفسي قد يتمثل نجاحه في الكشف للشخص عن أمور مزعجة لم يكن يعرفها عن نفسه ليتعامل معها بشكل أفضل، أو تبصيره بسلوكات وأنماط مؤذية للذات، أو تشخيصه بمرض يحتاج علاجًا طويل الأمد. هذا لن يتج «زبائن سعداء» ينشرون الدعاية ويروجون ل «المدرّب الخارق»، بل سيؤدي إلى أشخاص يفهمون أنفسهم بشكل أفضل وقادرين على التعامل مع حياتهم بشكل أفضل، وهؤلاء لا يتوقع منهم أن ينطلقوا بعبارات الشاء والمديح والإعجاب. وكما قلنا، فلا ضمانّة أكيدة للنجاح، فهناك حالات صعبة العلاج وقد تحتاج للمرور على أكثر من طبيب ومعالج نفسي قبل الوصول لوضع معقول من الاستقرار. بالتالي، من يكثر من نشر شهادات وتعليقات «الزبائن» السعداء والهائمين بروعة ما حصلوا عليه، هو لا يقدم شيئًا نفسيًا جادًا، بل حالة من التأثير النفسي المؤقت وسريع التلاشي.

9. الحديث بكثرة عن التجارب الشخصية والقصص والانطباعات وغياب الحديث عن البيانات والدراسات: هناك دور للخبرة والتجربة في التعامل مع قضايا النفس وتجاربها، ولا يمكن نفي وجود دور لخبرة البشر والحكمة المترجمة والعقول السديدة في التعامل مع العلاقات الإنسانية أو تجارب فقدان أو

الأزمات العامة وما إلى ذلك. لكن حين يصل الأمر إلى قضايا طبية مُحدّدة مثل تشخيص الاكتئاب وعلاجه وما يَنفَعُ فيه وما لا يَنفَعُ فهذا ليس حقلاً مَشاعاً لمن شاء أن يَقولَ فيه ما عنَّ على باله أو ما خطرَ له أو ما استوحاهُ من تجربةٍ خاصّةٍ أو ما قرأه في روايةٍ أو سمعه من مُدرِّبٍ يوغا. هُنَاكَ تقاليدٌ علميّةٌ تحكُّمُ هذه القضايا، والاستنتاجات العامة بشأنها لا بُدَّ أن تقومَ على بياناتٍ ودراساتٍ وأدلةٍ. فالمرجعُ ليس أسلوبَ المتحدث، ولا قدرته على إثارة الاهتمام، ولا أن ما يَقولُه «يبدو منطقيّاً» ولا أنه يُدغِغُ المَشارِعَ أو يتجاوَبُ مع ما يُريدُ أن يسمعه الجمهور، ولا أنه «لديه ملايين المتابعين وبالتالي فكلامه لا بُدَّ أن يكون صحيحاً»، بل المرجعُ هو الدليلُ العلميّ والمعرفة التي شكّلت بإسهامٍ من آلاف الباحثين وفق أسسٍ علميّةٍ.

10. تركيزُ هذه الفئة على النجّاح الذي حققوه في الانتشار والوصولِ إلى الجمهورِ وعددٍ من يُتابعونهم ويحضرونَ دوراتهم: فهذه القضايا تُصبحُ شُغلاً شاغِلاً وتحتلُ مساحةً واسعةً من الخطاب، في محاولةٍ للتشويشِ على ضحالةِ المضمونِ وهشاشةِ الأسُس، أي أن النجّاحَ في بيعِ المضمونِ يُستَخدمُ للتغطيةِ على المضمونِ نفسه.

سأحاول هنا أن أبين للقارئ لماذا يجدُّ به أن يتجنَّب إرسال الأسئلة للمؤثرين والمدربين للحصول على نصائح تتعلق بحياته وصحته النفسيَّة وعلاقته، سواءً أكان ذلك من خلال تطبيق «إنستغرام» أو ما يشبهه.

لنتخيَّل أن أحدهم أرسل السؤال التالي لمؤثرٍ لا يعرف شيئاً عن تفاصيل حياة السائل وتجربته وسياق السؤال:

«أنا شخصٌ تعرَّض للغدر والخيانة كثيراً، ومنذ فترة كنتُ على علاقة جادة بفتاة لكنها اختفت فجأة بعد أن استغلَّتني وتلاعبت بي عاطفياً. صرتُ أكره نفسي. ما الحلُّ؟ بماذا تنصحنني؟»

بإمكان القارئ أن يرى بنفسه كيف يُمكن لـ «مؤثر» أو «مدرب» أن يقول الأشياء المتناقضة التالية بخصوص هذا السؤال، ويبدو مع ذلك حكيمًا في كلِّ مرَّة:

الجواب الأوَّل:

«قد يبدو لك أنك تعرَّضت للغدر والخيانة، لكن هذا ليس صحيحًا. كلُّ شخصٍ يخرج من حياتنا يُعلِّمنا درسًا و ننضج من خلال هذه التجارب. أنا واثق أن القدر يُخبئ لك ما هو أفضل»

الجواب الثاني:

«قد يبدو لك أنك تعرَّضت للغدر والخيانة، ولكن هذا ليس صحيحًا. هؤلاء الذين خرجوا من حياتك كانوا واضحين و صريحين

معك، وهذا أفضل لك. لو بقوا في حياتك دون أن يُحبّوك فعلاً لكانت تلك هي الخيانة»

### الجواب الثالث:

«قد يبدو لك أنك تعرّضت للغدر والخيانة، ولكنّ هذا ليس صحيحًا. هؤلاء الذين خرّجوا من حياتك كشفوا عن وجههم الحقيقي وأزالوا الأقيعة، ولو بقوا في حياتك لأذوك وتلاعبوا بك. كُن ممتنًا لأنك تخلّصت منهم»

### الجواب الرابع:

«قد يبدو لك أنك تعرّضت للغدر والخيانة، ولكنّ هذا ليس صحيحًا. أنت أدخلت هؤلاء الناس إلى حياتك، وعليك أن تتأمّل لتفهم لماذا وقعت ضحية لهم أكثر من مرّة»

### الجواب الخامس:

«قد يبدو لك أنك تعرّضت للغدر والخيانة، ولكنّ هذا ليس صحيحًا. هل تساءلت لماذا تركك من تقربت منهم في كل مرّة؟ أليس من الممكن أنك متطلب أو needy أو ساهمت بطريقة ما في جعلهم يرحلون؟»

### الجواب السادس:

«لقد تعرّضت للغدر والخيانة بالفعل وهذا يحصل كثيرًا في العلاقات. أتوقّع أن الأشخاص الذين كنت على علاقة بهم عندهم شخصية نرجسية أو عندهم خوف من الالتزام *commitment issues*»

## الجواب السابع:

«لقد تعرّضت للغدر والخيانة بالفعل، لكن أتوقّع أنّ الأشخاص الذين كنت على علاقةٍ بهم عانوا من صدماتِ الطفولة ولذلك كان عندهم صعوبة في الثقة والالتزام بالعلاقات. الذنب ليس ذنبك»

## الجواب الثامن:

«لقد تعرّضت للغدر والخيانة بالفعل، ومن الأكيد أنّ العلاقات السابقة كانت علاقات سامة. أنصحك أن تأخذ فاصلاً للتعافي، وتراقب علامات العلاقات السامة وتنسحب إذا لاحظتها»

وبإمكاننا أن نمضي أكثر من ذلك، والنقطة التي نريدُ تأكيدها هي أنّ بإمكان أيّ شخص أن يضع خلاصة تبدو منطقيةً وذات معنى ردًا على سؤالٍ منزوع من سياقه، وهذه الخلاصات المتحملة كثيرة ومختلفة ويمكن أن تكون متناقضة، وبالتالي فلا معنى من إرسال هذه الأسئلة و«الاستشارات» لأشخاص لا يعرفون شيئًا عن حياتك، ويهتمهم كيف سيقراً الجمهورُ جوابهم أكثر من اهتمامهم بمشكلاتك الخاصة.

## كيف نتعاملُ مع موضوع المدرّبين والمُرشدين؟

1. في قضايا المرضِ النفسيّ، تجنّبهم تمامًا. في حالة الاكتئاب، تجدُ في هذا الكتاب وفي الكثير غيره من المصادرِ الموثوقة تفصيلًا كافيًا للأعراض التي يجبُ الذهابُ لطبيبٍ أو مُعالجٍ نفسيّ إن وُجدت.

الاكتئابِ السريريِّ حالةٌ مرضيةٌ تحتاجُ متخصصين، لا مُدرِّبينَ ولا مؤثِّرينَ.

2. في قضايا الصِّحةِ النفسيَّةِ العامَّةِ، أي غير المرتبطة بحالةٍ مرضيةٍ أو تشخيصٍ مُحدَّد، هناك فائِضٌ من المواقع والكتب والبودكاست التي يُقدِّمُها ويتحدَّثُ فيها متخصصون. إذا كانَ هناك مؤثِّرٌ أو مدرِّبٌ تُحبُّ أن تتابعه لغاياتِ التحفيز أو الذوقِ الشَّخصيِّ، فلا تأخذُ أيَّ نصيحةٍ منه على أنَّها مُسلمة (وهذا يجبُ أن يكونَ قاعدةً عامَّةً)، بل حاول أن تتوثقَ منها علميًّا، خصوصًا إذا كان يترتَّبُ عليها دفعُ مالٍ أو تغييرٌ ملموس في حياتك أو تحتاجُ لجهد كبير أو يحتاجُ فعلُها للتوقُّفِ عن شيءٍ آخر قد يكونُ أكثرَ فائدة. كلما كَبُرَ حجمُ النصيحة التي تسمعُها وكلما كبرت تبعاتُها، زادت مسؤوليتُكَ في التوثقِ منها.

3. توثقُ بشكلٍ خاصٍّ من كلِّ ما يتطلَّبُ أن تدفعَ مالا أو تُغيِّرَ علاقتك بأحدٍ ما أو تضعَ شيئًا داخلَ جسدك (حبَّة أو عشبة أو حقنة أو غيره). هذه قضايا جوهرية ولا ينفَعُ فعلُها بناءً على ثقةٍ عمياء أو عددٍ متابعي من ينصَحُ بها. جسْمُك وعلاقاتك ومالك من أهمِّ ما لديك، فلا تتعاملَ معها باستهتار بناءً على شخصٍ لا تربطه بك أيَّةُ مسؤوليَّة.

4. انظر بعينِ الحذر لكلِّ شخصٍ تشعرُ أنه يُبعدُك عن وسطِكَ الاجتماعيِّ الداعم. إذا شعرتَ أنَّ متابعتك لأيِّ مؤثِّرٍ أو مدرِّبٍ تجعلُك أقربَ له ولجمهوره من وسطِكَ الاجتماعيِّ القريب، فعليك الحذر من أنَّك تقتربُ من حالة الـ cult، أي الجماعة التي تتشكَّلُ حولَ شخصٍ يُمارِسُ عليها حيلَ التلاعب والتأثير ويفصلُ أفرادها عن سياقهم الاجتماعيِّ الطبيعيِّ.

1. تذكر أن موارد الإنسان محدودة، وهذا يشمل الوقت والمال والانتباه والجهد. التغيير الإيجابي في الحياة نادرًا ما كان مسألة معلومات، بل هو غالبًا مسألة حافز. كثرة المؤثرين الذين تستمع لهم لن تؤدي غالبًا لفعل إيجابي، فمشكلة البشر ليست أنهم لا يعرفون ما عليهم فعله، بل بذلهم للجهد والقيام بالتغيير فعلاً. بالتالي، قد تكون مصادر قليلة وموثوقة للمعلومات أكثر فائدة من مصادر كثيرة تشتت وتتناقض مع بعضها وتُعطلك عن القيام بتغييرات إيجابية بسيطة ولكنها مفيدة للغاية.

مكتبة  
t.me/soramnqraa

## خاتمة

بهذا، يصل هذا الكتاب إلى غايته، وكُلِّي أمل أن تكون هذه الرحلة حقت ولو بعض مقاصدها من تقديم معرفة مدعومة بالدليل حول الاكتئاب وأسبابه والتعافي منه، وأن يكون القارئ السائر في طريق العافية قد وجد فيها إجابات لبعض أسئلته، وفهمًا يدعم رحلته مع التعافي، ووسائل عملية ذات فائدة في مسعاه.

وأمل أن يكون القارئ المثقف قد وجد محاوره مع أفكاره، وتفاعلاً مع ما يدور بذهنه حول الاكتئاب من قضايا.

ولعل القارئ قد لاحظ أننا حاولنا أن نبين خصب موضوع التعافي، وتنوع وسائله وأدواته، وأن نمكّنه من أكثر الأدوات الممكنة في رحلة التعافي. وبُخصوص العلاجات المختصة، حاولنا أن نُقرّبها ونُمكن القارئ قدر المستطاع من فهم خلفياتها وعناوينها العريضة، كي يحصل التكامل بين دور المُختص ودور المتعافي وطالب العلاج.

وحاولنا أن نُظهِر ما في ظاهرة الاكتئاب من تنوع في المستويات والوجوه والأبعاد، بإذلين جُهدنا في أن نفعل ذلك دون تعقيد.

ونختِم بأمل دائم في أن تسهم النقاشات التي أوردناها في توسيع مساحة الحوار والفهم والتراحم الإنساني والجدل الخلاق والنقاش المثمر، وأن تتقدم معرفتنا في السياق العربي بهذه القضايا وتعمق

وتتطوّر، في جوٍّ من طَلَبِ العَافِيَةِ وطلَبِ الحَقِيقَةِ.

وقد كان ممّا لاحظتهُ أثناءَ الكِتابةِ (وذكرتهُ في الكِتَابِ) أنّ كلمةَ «صِحَّة» تعني الدِّقَّةُ وتعني العَافِيَةُ، ولعلَّ هذا الارتباطَ بينَ المعنيتين من أحسنِ التّوافقاتِ، فما كانَ لي أن أجدَ صِياغةً أفضلَ لغايةِ هذا الكِتَابِ: الصِّحَّةُ، بمعنى الدِّقَّةِ، والصِّحَّةُ بمعنى العَافِيَةِ.

مكتبة

t.me/soramnqraa

هل تعرفُ فعلاً معنى الاكتئاب وأبعاده؟ وهل هو في المعرفة العلمية الاكتئاب نفسه الذي يُناقش في جلسات المقاهي ووسائل التواصل الاجتماعي؟ يشرح الدكتور همام يحيى في هذا الكتاب "لماذا نكتب وكيف نتعافى" أهم الأسئلة حول الاكتئاب، من قبيل أسبابه وطبيعته وتجربته وتفاوت البشر في احتمال وقوعه وفي استجابتهم له، ويناقش كذلك سبل التعافي من الاكتئاب، سواءً أكانت وسائل متخصصة مثل الأدوية والعلاج النفسي وتغيير النشاط العصبي، أو كانت وسائل في متناولنا مثل النوم والرياضة والتغذية والتفكير والروحانية والحضور الذهني وغيرها، يتناول الكتاب قضايا معاصرة مثل علاقة الاكتئاب بالتدخين، والتحوليات في نظرتنا للعلاقات الإنسانية، وأثر وسائل التواصل والمؤثرين ومُدربي الحياة على فهمنا للاكتئاب ونقاشنا المتداول بشأنه.

يتميز الكتاب بفرادته في مجاله، إذ تفتقر مكتبتنا العربية لكتاب شموله ومعاصرته حول موضوع الاكتئاب، ولمؤلفه الدكتور همام يحيى خبرة واسعة في علاج الاكتئاب سيرياً ومعالجة قضاياها نظرياً، إضافةً لأسلوبه الفاحص المدقق الذي أضفى رصانة ومنهجية على الكتاب، واللغة المتميزة التي أضفت امتاعاً وتنشويقاً لتجربة قراءة الكتاب.

الناشر

الكاتب: البروفيسور المُشارك في الطب النفسي  
والمدير التنفيذي للصحة النفسية في جامعة  
نيومكسيكو في الولايات المتحدة الأمريكية. حاصل  
على البورد الأمريكي في الطب النفسي. حاصل على  
زمالة الجمعية الأمريكية للتحليل النفسي. حاصل  
على درجة الماجستير في البيزنس وإدارة الأعمال من  
كلية أندرسون لإدارة الأعمال في جامعة نيومكسيكو. باحث ومتحدث عام في  
قضايا الطب النفسي والثقافة والفكر والفلسفة. مؤلف وشاعر. صدرت له  
المجموعة الشعرية "خواف".



مكتبة

t.me/soramnqraa

info@sq

صوفيا تنميمة



Σοφία