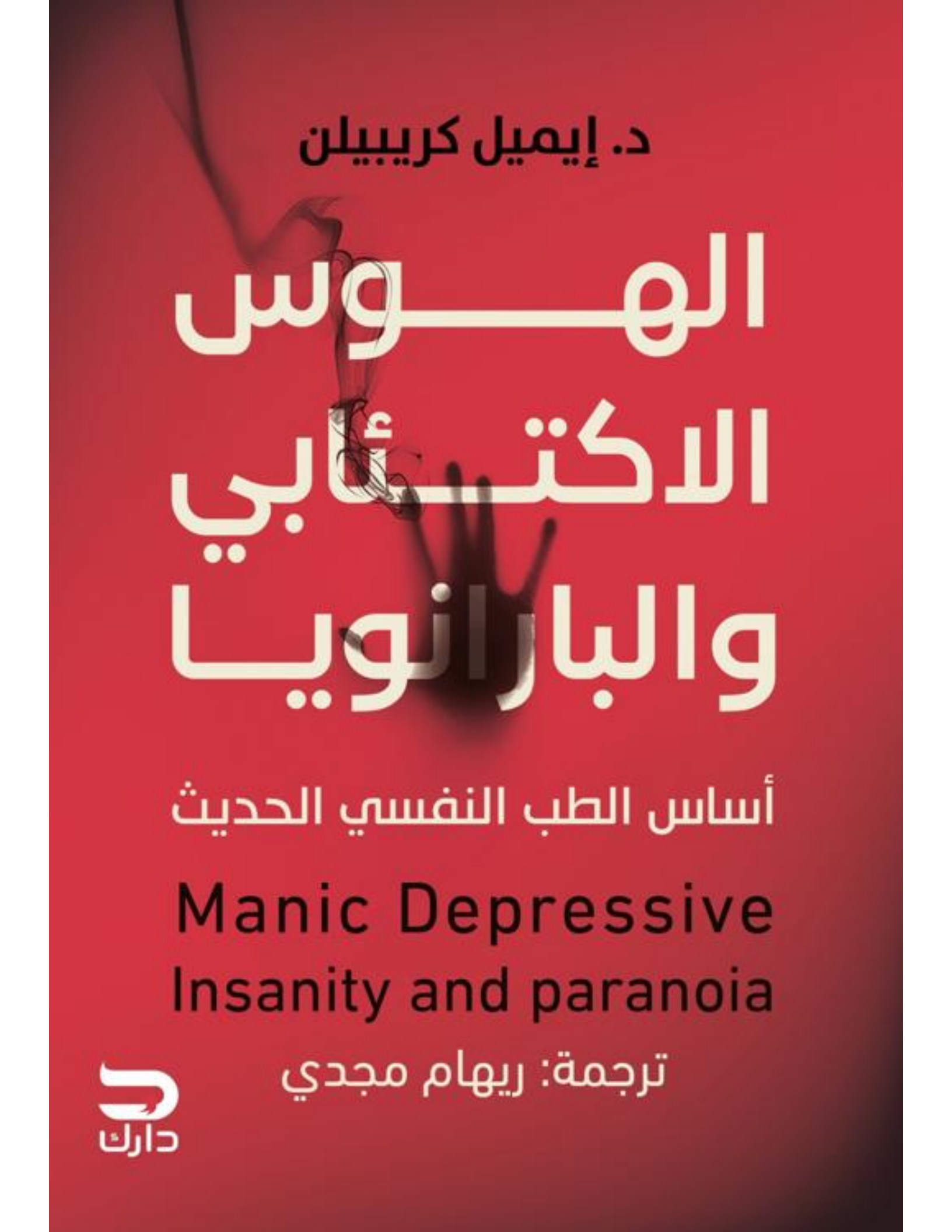
د. إيميل كريبيلن

الهوس الاكتئابي والبارانويا

أساس الطب النفسي الحديث

Manic Depressive Insanity and paranoia

ترجمة: ريهام مجدي



دارك

الهوس الاكتئابي والبارانويا

www.darak-egy.com
01027251915 - 01098952125
51 ب شارع النزهة من شارع رمسيس - القاهرة
جميع حقوق الطبع والتوزيع محفوظة للناشر

اسم النص الأصلي: Manic Depressive Insanity and Paranoia
اسم المؤلف: إميل كريبلين
ترجمة: ريهام مجدي
تصميم الغلاف: عبدالرحمن محمد خلف
تدقيق لغوي: سارة صلاح
رقم الإيداع: 2024/31828
الترقيم الدولي: 978-977-9672-19-9
الطبعة الأولى: 2025

د. إميل كريبلين

الهوس الاكتئابي والبارانويا

أساس الطب النفسي الحديث

ترجمة

ريهام مجدي

نبذة عن الكاتب

إيميل فيلهلم جورج ماجنوس كريبيلين

طبيب نفسي ألماني. تحدده موسوعة هـ. ج. آيزنك لعلم النفس باعتباره مؤسس الطب النفسي العلمي الحديث وعلم الأدوية النفسية، وعلم الوراثة النفسية.

كان كريبيلين يعتقد أن الأصل الرئيسي للأمراض النفسية هو الخلل البيولوجي والوراثي. سيطرت نظرياته على الطب النفسي في بداية القرن العشرين، وعلى الرغم من التأثير الديناميكي النفسي اللاحق لسيجموند فرويد وتلاميذه، فقد شهدت نهضة في نهاية القرن.

وُلِد عام 1856 في نويستريليتز، في دوقية مكلنبورغ-ستريليتز في ألمانيا. تعرف على علم الأحياء لأول مرة من خلال شقيقه كارل، الذي كان يكبره بعشر سنوات، والذي أصبح فيما بعد مدير متحف علم الحيوان في هامبورغ.

عمل في عيادة "فيلهلم هاينريش إيرب" لطب الأعصاب وفي مختبر علم الأدوية النفسية التابع لفوندت. وأكمل أطروحته التأهيلية في لايبزيج؛ وكان عنوانها "مكانة علم النفس والطب النفسي".

في عام 1903، انتقل كريبيلين إلى ميونيخ ليصبح أستاذًا للطب النفسي السريري في جامعة ميونيخ.

وفي عام 1908، انتخب عضوًا في الأكاديمية الملكية السويدية للعلوم.

في عام 1912، بناءً على طلب من الجمعية الألمانية للطب النفسي (DVP)، التي كان رئيسًا لها من عام 1906 إلى عام 1920، بدأ في وضع خطط لإنشاء مركز للأبحاث. وبعد تبرعات كبيرة من المصرفي الألماني الأمريكي جيمس لوب، الذي كان مريضًا في وقت ما، والعديد من "رعاة العلم"... أسس المعهد الألماني للأبحاث النفسية في عام 1917 في ميونيخ.

أعلن كريبيلين أنه وجد طريقة جديدة للنظر إلى المرض العقلي، مشيرًا إلى النظرة التقليدية باعتبارها "أعراضية" وإلى نظرته باعتبارها "سريرية". وتبين أن هذه كانت التركيبة النموذجية التي وضعها كريبيلين للمئات من الاضطرابات العقلية التي صنفها القرن التاسع عشر، حيث قام بتجميع الأمراض على أساس تصنيف المتلازمات الأنماط الشائعة للأعراض على مر الزمن وليس على أساس التشابه البسيط بين الأعراض الرئيسية على غرار ما فعله أسلافه.

إن مساهمة كريبيلين العظيمة في تصنيف الفصام والاكتئاب الهوسي تظل غير معروفة إلى حد كبير للعامة، وأعماله، لم تحظ بشهرة أعمال فرويد، ولا تُقرأ إلا نادرًا خارج الدوائر العلمية. كما تم تهميش مساهمات كريبيلين إلى حد كبير طوال جزء كبير من القرن العشرين أثناء نجاح النظريات السببية الفرويدية.

وقد وُصِف كريبيلين بأنه "مقامة علمية" ومشغل سياسي، وقد وضع برنامجًا بحثيًا وبائيًا واسع النطاق وموجهًا نحو طب النفس السريري. وفي هذا الدور كان يتلقى المعلومات السريرية من مجموعة واسعة من المصادر والشبكات. وعلى الرغم من إعلانه عن معايير سريرية عالية لنفسه لجمع المعلومات "من خلال التحليل الخبير للحالات الفردية"، إلا أنه كان يستعين أيضًا بالملاحظات المبلغ عنها من قِبَل مسؤولين في الطب النفسي.

وتم جمع معظم أعماله ونظرياته في مجلدات نشرت تباعًا خلال الفترة من 1876 م وحتى 1926م تكريمًا لإسهاماته في الطب النفسي.

وتوفي في السابع من أكتوبر عام 1926 في ميونيخ بألمانيا.

مقدمة المحرر

إن تصوُّر الهوس الاكتئابي كشكل محدد من الاضطرابات العقلية على الرغم من تنوع وتناقض بعض الأعراض في النوبات المختلفة وحتى في المراحل المختلفة من نفس النوبة، يعتبر أحد أعظم التعميمات التي قدمها البروفيسور "كريبلين". بالطبع في البداية، لم يُقبل بهذا التغير الكبير عن التصنيفات القديمة للمرض من قبل الجميع، على الرغم من أن الطريق للاعتراف به قد تم تمهيده من خلال وصف الاضطراب الدائري (Folic Circular) من قبل الأطباء النفسيين الفرنسيين، لكن مع مرور الوقت وزيادة الخبرة، أصبحت الفكرة مقبولة بشكل كبير.

يعود الفضل للبروفيسور "كريبلين" في أنه قد طور آراءه الخاصة مع زيادة المعرفة، حيث شمل ما يُطلق عليه غالبًا اسم "الكآبة الانعكاسية"(Involution Melancholia) في هذه المجموعة، وقد اعتبر الكثيرون أن فشله في القيام بذلك في بيانه الأصلي كان خطًا.

يُعد وصف البروفيسور "كريبلين" الهوس الاكتئابي والخرف المبكر (Dementia Praecox) من أعظم إنجازاته في الطب النفسي. ومع ذلك، لم تُحسم كل القضايا المتعلقة بهذا الموضوع بعد، فلا تزال هناك مشكلات تحتاج إلى حل. على سبيل المثال يتبنى البروفيسور "كريبلين" وجهة نظر فسيولوجية ترى أن السمة الأساسية للهوس هي الإثارة وسرعة الاستثارة بينما يتميز الاكتئاب بالكبح وضعف النشاط الوظيفي مما يؤدي إلى صعوبة عند التعامل مع حالات الكآبة القلقة أو المثارة، وهي صعوبة يمكن تفاديها إذا اعتمدنا وجهة نظر نفسية. ووفقًا لهذه النظرة، فإن أعراض الهوس ليست سوى تطورات مرضية لمشاعر البهجة أو الغضب، وأعراض الكآبة هي صورة مبالغ فيها لمشاعر الحزن واليأس أو الخوف والقلق، كما اقترح "ميدلي".

إن مجموعة الحالات المختلطة التي وصفها "كريبلين" بين الهوس والاكتئاب، والتي تشمل الكآبة القلقة، يمكن وفقًا للفرضية المذكورة سابقًا أن تُخصص لتلك الحالات النادرة. هذه الحالات تظهر عادة بعد عدة نوبات، وتعاني غالبًا من درجة معينة من ضعف في الوظائف، حيث تختلط المشاعر بشكل غير مألوف مع الأعراض الثانوية أو المصاحبة. ذُكر هذا المثال لتوضيح الطبيعة الملهمة والمحفزة لعمل "كريبلين" الذي يفتح آفاقًا جديدة لفهم الاضطرابات النفسية وتصنيفها.

الجزء الأخير من الكتاب مخصص لتناول مرض البارانويا (جنون الإرتياب)، حيث يتم استخدام هذا المصطلح بمعناه الضيق ليقتصر على الحالات التي تُعرف غالبًا بأنها البارانويا "الحقيقية" أو غير الهلوسية. أما الأشكال الأخرى الأكثر انتشارًا والتي تكون مترافقة بالهلوسات فقد صنفها "ريبلين" غالبًا تحت مسمى البارافرينيا رغم أن بعضها قد يُدرج تحت الخرف المبكر وجنون العظمة، وهو اضطراب يرتبط به ارتباطًا وثيقًا.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن القول إن البارانويا الحقيقية تشترك في بعض السمات مع مجموعة متنوعة من الألوان الأساسية، حيث تكون الأشكال المكتملة النمو والمميزة منها واضحة ومختلفة

عن بعضها البعض، كما هو الحال مع الألوان الأساسية.

إن مهنة الطب مدينة بالفضل والامتنان للدكتورة "ماري باركلي" على ترجمتها الأمينة لهذه الدراسات الكلاسيكية إلى اللغة الإنجليزية. لقد أكملت ترجمة الوصف الدقيق الذي قدمه البروفيسور "كريبلين" لتلك الأشكال من الاضطرابات العقلية التي تُعرف عادةً باسم "الذهانات"، وهي: الخرف المبكر ((Dementia Praecox)، البارافرينيا (Paraphrenia)، الهوس الاكتئابي (Manic-Depressive Insanity) والبارانويا (Paranoia).

تشكل هذه الاضطرابات مجموعة محددة وتوفر أمثلة فعّالة على منهجية البروفيسور "كريبلين" الدقيقة في تحليل ودراسة الأمراض النفسية والتحقيق فيها. سنجد الوصف المنظّم لهذه الحالات ذا قيمة كبيرة للعاملين في مستشفيات الأمراض النفسية، ولكل المعنيين بدراسة الطب النفسي السريري، خاصةً أولئك الذين يستعدون للحصول على دبلوم في الطب النفسي.

جورج م. روبرتسون
جامعة إدنبرة،
ديسمبر 1920

الفصل الأول

التعريف

يشمل مرض الهوس الاكتئابي كما سيتم وصفه في هذا الفصل بـ "الجنون الدوري والجنون الدائري" (يُعد هذا الاضطراب جزءًا من التصنيفات الحديثة للاضطراب ثنائي القطب)، ومن جهة أخرى يسمي "بالهوس البسيط"، ومعظم الحالات المرضية التي تُسمى "الاكتئاب"، بالإضافة إلى عدد لا يُستهان به من حالات "العته" (الأمانتيا). تُدرج هنا أيضًا بعض التغيُّرات الطفيفة والأقل حدة في الطباع اوالامزجة، بعضها متكرر بصفة دورية، وبعضها مستمر بشكل مرضي، والتي يجب اعتبارها من ناحية بداية لاضطرابات أكثر حدة ومن ناحية أخرى، اضطرابات مبنية على الاستعداد الشخصي والتي تحدث بسلاسة وبدون حدة بمرور الوقت.

ومع مرور السنين، أصبحت مقتنعًا أكثر فأكثر بأن جميع الحالات المرضية المذكورة سابقًا لا تمثل سوى تجليات لعملية مرضية واحدة، ولكن من المؤكد أنه لاحقًا يمكن وصف سلسلة من الأشكال الثانوية، أو حتى مجموعات صغيرة فردية منفصلة تمامًا مرة أخرى. ولكن إذا حدث هذا، فوفقًا لوجهة نظري لن تكون تلك الأعراض موثوقة بالتأكيد.

ما أوصلني إلى هذا الموقف هو أولًا التجربة التي على الرغم من الاختلافات الخارجية المتعددة، هناك بعض السمات الأساسية المشتركة تتكرر في جميع الحالات المرضية المذكورة. بالإضافة إلى الأعراض المتغيرة التي قد تظهر مؤقتًا أو قد تكون غائبة تمامًا، نلتقي في جميع أشكال الهوس الاكتئابي بمجموعة محددة` من الاضطرابات على الرغم من أنها ذات طابع وتركيب متنوع جدًا. وعلى الرغم من أن أيًا منها ليس سمة مطلقة للمرض، إلا أن ارتباطها معًا يترك انطباعًا موحدًا على جميع الحالات السريرية المتعددة الأشكال.

وإذا كان المرء على دراية بها، فسيكون في الغالب قادرًا على الاستنتاج بشأن أيٍّ منها تنتمي إلى المجموعة الكبيرة من أشكال الهوس الاكتئابي من خلال خصوصية الحالة، وبالتالي الحصول على سلسلة من النقاط الثابتة للدلالة السريرية والتنبؤية الخاصة بها. حتى جزء صغير من مسار المرض عادة ما يمكننا من الوصول إلى هذا القرار تمامًا، كما أن التغير النفسي العام في حالات الشلل أو الخرف المبكر غالبًا ما يجعل من الممكن تشخيص المرض الأساسي في مختلف مراحله.

ولعل ما هو أكثر أهمية من تصنيف الحالات حسب اضطرابات أساسية محددة هو تجربة أن جميع الأشكال المرضية المجمعة هنا كحالات سريرية، لا تنتقل فقط من واحدة إلى أخرى دون حدود يمكن التعرف عليها، بل إنها قد تحل محل بعضها البعض في نفس الحالة. فمن ناحية، كما ستتم مناقشته لاحقًا بمزيد من التفصيل، من المستحيل تمامًا من الناحية الأساسية والعملية الفصل بين الحالات البسيطة والدورية بأي طريقة واضحة؛ هناك تحولات تدريجية ولكن على الجانب الآخر، لا نرى في نفس المريض الهوس والكآبة فحسب، بل نرى أيضًا حالات من الارتباك والحيرة العميقين، وكذلك أوهام متطورة، وأخيرًا، تقلبات مزاجية تتناوب مع بعضها البعض. علاوة على ذلك، فإن الألوان الدائمة أحادية الجانب للمزاج تشكل في الغالب الخلفية التي تتطور عليها نوبات الهوس الاكتئابي الكامل النمو.

كختام لدعم وجهة النظر بشأن وحدة الاضطراب الهوسي الاكتئابي، يمكن الإشارة إلى أن الأشكال المختلفة التي يشملها هذا الاضطراب قد تظهر وكأنها تستبدي بعضها البعض وراثيا.

هناك رابطة مشتركة أخرى تضم جميع الأنواع المرضية المجمعة حتى الآن وتجعل الفصل بينها بلا معنى عمليًا، وهو تشخيصها الموحد. هناك بالفعل نوبات خفيفة وشديدة قد تستمر لفترة طويلة أو قصيرة، ولكنها تتناوب بشكل غير منتظم في نفس الحالة. ولذلك فإن هذا الاختلاف لا فائدة منه في تحديد الأمراض المختلفة. ومن الأفضل أن يؤخذ في الاعتبار التجميع وفقًا لتكرار النوبات، وهو ما سيكون بطبيعة الحال موضع ترحيب كبير من الأطباء. ومع ذلك، يبدو أننا هنا أيضًا لا نتعامل مع الاختلافات الأساسية لأنه على الرغم من وجود بعض القواعد العامة، لم يكن من الممكن فصل أنواع محددة وفق وجهة النظر هذه. وعلى العكس من ذلك، فإن التجربة العالمية ملفتة للنظر، حيث أن هجمات الهوس الاكتئابي ضمن الحدود التي تمَّ تحديدها هنا لا تؤدي أبدًا إلى الخرف العميق، ولا حتى عندما تستمر طوال الحياة دون انقطاع. عادةً ما تختفي جميع المظاهر المرضية تمامًا؛ ولكن عندما لا يكون الأمر كذلك بشكل استثنائي، لا يتطور سوى ضعف نفسي غريب وخفيف نسبيًا، وهو أمر شائع تمامًا بين الأنواع المجمعة هنا بقدر ما يختلف عن الخرف في الأمراض من انواع أخرى.

في أفراد العائلة الواحدة، نجد كثيرًا ما حالات دورية أو دائرية واضحة جنبًا إلى جنب، وأحيانًا حالات منفردة من سوء المزاج أو الارتباك، وأخيرًا تقلبات مزاجية طفيفة ومنتظمة أو تلوين دائم وملحوظ في السلوك وراثيًا بشكل واضح. وفي هذا الإطار، يمكن النظر إلى الأشكال المرضية للهوس الاكتئابي من وجهة نظر المسببات أو الظواهر السريرية أو مسار المرض ونتائجه. فمن الواضح أن في جميع الاتجاهات، يوجد نقاط اتفاق والتي تجعل من الممكن النظر إلى مجالنا ككيان موحَّد وتمييزه عن جميع الأنواع المرضية الأخرى التي تمت مناقشتها حتى الآن. ويجب أن تظهر

المزيد من التجارب ما إذا كان يمكن فصل المجموعات الفرعية الأصغر عن بعضها البعض وفي أي اتجاهات في هذا المجال الواسع.

في المقام الأول، يبدو أن اختلاف الحالات التي تشكل المرض عادة يمثل الأساس الأكثر ملاءمة للتصنيف. وبشكل عام، يتطور المرض على شكل نوبات منفصلة تكون محددة بدرجات متفاوتة عن بعضها البعض أو عن الحالة الصحية، وهذه النوبات قد تكون متشابهة أو مختلفة، بل وأحيانًا كثيرة تمثل تناقضًا تامًا.

وبناءً عليه، نميز أولًا بين الحالات الهوسية التي تتسم بالأعراض المرضية الأساسية مثل "تسارع الأفكار أو استرسال الأفكار السريع، المزاج المرتفع، وضغط النشاط) وهو الشعور بالاضطرار للانخراط في العديد من الأنشطة، وغالبًا دون راحة أو توقف")، وبين حالات الاكتئاب أو الكآبة التي تترافق مع مزاج شديد القلق، وأيضًا بطء في التفكير والأفعال.

لكن بالإضافة إليهم، نلاحظ أيضًا "أشكال مختلطة" سريرية، حيث تتداخل ظواهر الهوس والاكتئاب مع بعضها البعض، مما يؤدي إلى حالات تتكون بالفعل من نفس الأعراض المرضية كما في هذه الحالات ولكن لا يمكن تصنيفها دون إجبار أو إكراه.

الفصل الثاني

الأعراض النفسية

لكن قبل أن ننتقل إلى وصف الحالات المتعددة التي تشكل المسار الطبي السريري بأكمله، سيكون من الملائم الحصول على نظرة عامة للاضطرابات النفسية الفردية الخاصة بالهوس الاكتئابي.

إن إدراك الانطباعات الخارجية في حالة الهوس يتم التعدي عليها دائمًا بشكل متفاوت وأحيانًا بشكل كبير جدًا. فقط في الأشكال الطفيفة جدًّا من هذا المرض نجد قيمًا أقل من المتوسط تتوافق مع القيم الأدنى للأفراد العاديين.

وقد حصل "باتون" في التجارب التي أجراها على الإحساس عند مرضى الهوس على نتائج سيئة بشكل لافت للنظر. وقد لوحظ العدد الكبير نسبيًا للأخطاء التي ارتكبت والتي لم تكن كبيرة نسبيًا كما هو الحال عند مرضى الخرف المبكر، ولكنها مع ذلك كانت أكبر من تلك الموجودة في الأفراد العاديين.

يتم تمثيل هذه النسبة بالعمود الأول من الشكل رقم (1) الذي تتم فيه مقارنة النتائج الصحيحة والخاطئة للأفراد الطبيعيين الأسوياء ومرضى الهوس. يبدو أن المرضى يدركون الأمور بشكل غير دقيق وغير مبالٍ؛ ولكن من ناحية أخرى تؤدي التجارب المعزولة إلى الاعتقاد بأن ضغط الكلام لديهم يدفعهم بسهولة للإدلاء بتصريحات غير حقيقة لم يروها في الواقع. وغالبًا ما تكون شدة اضطراب الإدراك في تناقض ملحوظ مع عدم أهمية الأعراض السريرية.

شكل رقم (1)

ومن المؤكد أن التشتت غير العادي في الانتباه يلعب دورًا أساسيًا في ضعف الإدراك. فالمرضى يفقدون تدريجيًا القدرة على اختيار وترتيب الانطباعات؛ حيث يفرض كل محفز حسي لافت للنظر

نفسه عليهم بقوة معينة، مما يجعلهم عادةً ما ينتبهون إليه على الفور. وعلى ذلك فإذا كان انتباههم في معظم الأحيان يمكن أن ينجذب بسرعة عن طريق عرض الأشياء أو عن طريق النداء بالكلمات، إن انتباههم يتشتت مرة أخرى بسهولة غير عادية في اتجاه أي محفز جديد. ومن ثم فإن صورة ما يحيط بهم والأحداث تبقى بالنسبة لهم أكثر انفصالًا وأكثر نقصًا مما لو كانت تعاني فقط من التداخل في عملية الإدراك.

ويبدو أن الإدراك في كثير من الأحيان يكون أقل حدة في حالات الاكتئاب؛ وقد وجد "فرانز" و"هاميلتون" أن المرضى الذين يأخذون مثبطات دوائية قد زاد إحساسهم باللمس ومنبهات الألم. وطبقًا لأقوال المرضى، فإنه في الحالات الشديدة، فإن خطوط الإدراك البطيئة متواجد دائمًا، وهذا ناتج عن خلل في رد الفعل تجاه انطباعات الوعي الخارجية. ففي عملية الإدراك، لا تظهر صور الذاكرة هذه بسرعة والتي تجعل من الممكن لنا أن نربط في الحال بين ما يتم إدراكه وبين التجارب السابقة. ويصبح المرضى أكثر أو أقل عجزًا عن معالجة تجاربهم ذهنيًا أو فهمها.

غالبًا ما يعلنون أنه على الرغم من كل جهد يبذلونه، إلا أنهم غير قادرين على فهم معنى ما يقرؤونه أو متابعة تفسيره. وقد شكا أحد المرضى قائلًا: "إن هذا الاضطراب كالضباب الذي يغشى كل شيء"، وقال آخر إنه "لم يعد قادرًا على ملاحظة أي شيء كما كان في السابق". وفي أشد درجات الاضطراب، وفي حالات الذهول، قد ينظر المرضى إلى العالم الخارجي بدون أي قدرة على الإدراك بالرغم من عمل كفاءة الحواس الخاصة بهم.

يكون دائمًا الوعي في الأشكال الشديدة من المرض غائمًا إلى حد ما. وفي ذروة الهجمة المرضية، تصبح الانطباعات والأفكار لدى المرضى قاتمة وغير واضحة. ونتيجة لذلك، لا يعرف المرضى بشكل صحيح أين هم، كل شيء يبدو "غير صحيح كأنه حلم. ويجب هنا أن يؤخذ في الاعتبار حقيقة أنه كقاعدة عامة تكون قدرة الانتباه لدى المرضى مضطربة بشكل واضح، فالمرضى غير قادرين على تحويل انتباههم إلى انطباعات أو أفكار، أو على صرف تفكيرهم أو الأفكار التي توحي إليهم بسهولة. فيحيون الأطباء والمرضى الآخرين بأسماء أقاربهم أو معارفهم، وفي حالات أخرى تبدو وكأنها لعبة مسلية يستمتع بها المريض وهو مدركًا جزئيًا لما يحدث. بينما يتضح من سلوك المريض الآخر وأقواله إنه على دراية تمامًا بشأن مكان إقامته والأشخاص المحيطين به.

أما في حالات الاكتئاب الشديد، يعاني المريض من الذهول وتغيبًا عميقًا في الوعي يصل إلى حد النسيان التام تقريبًا، حيث يمر المريض بكثير من المغامرات الهلوسية والمشوشة.

هنا الذاكرة ليست مهددة بشكل دائم من قبل المرض، لكن المرضى غالبًا ما يفقدون الذاكرة لفترة من الوقت والقدرة على السيطرة على أفكارهم.

يعاني مرضى الهوس، وفقًا لأبحاث "ولفسكيل"، يعاني المرضى الهوسيون من اضطراب مشابه في الإدراك. يتم تمثيل ذلك في الشكل (1)، حيث تم تقديم القيم الخاصة بالاحتفاظ بالحروف في الأفراد الطبيعيين، وفي المرضى بعد فترات زمنية قدرها 5 و20 و40 ثانية. ولقد لوحظ أن عدد النتائج الصحيحة لدى المرضى تكون دائمًا أقل بينما يكون عدد الأخطاء أكبر مقارنةً بالأفراد العاديين، خاصة بعد فترات زمنية طويلة. ومن الواضح أنه تم القيام بعمليات خاطئة تسببت في تحريف صور الذاكرة.

كما تُظهر التحقيقات في الأخطاء أن الانحراف اللغوي يلعب دورًا معينًا هنا. فالقيم المتوسطة لمرضى الهوس في الفترات القصيرة تظهر بشكل أوضح بكثير من تلك الخاصة بالأفراد الطبيعيين. فتشير إلى إنخفاضٍ في القيم الصحيحة (من 1. 19 إلى 1. 10) وهو سلوك يظهر بشكل أكبر بكثير في المرضى الفرديين وهذه علامة على تذبذب كبير في الانتباه.

في حالات مرضى الهوس تُلاحظ الذكريات الزائفة بشكل متكرر لدى المرضى، وهي تتوافق مع نتائج التجارب. ففي بعض الأحيان تظهر بطريقة واضحة ميلًا إلى التبويب الوهمي، وإلى وصف تجارب رائعة من الماضي يصدقها المرضى بشكل أو بآخر. عادةً ما تكون ذاكرة فترة المرض نفسها غير واضحة بعض الشيء، خاصةً بعد نوبات الهياج الشديد أو بعد حالات الغيبوبة. عادة ما تكون ذاكرة فترة المرض نفسها غير واضحة إلى حد ما، خاصة بعد الإثارة الهوسية الشديدة. وتعبر تجارب الطفولة عن شيء مختلف تمامًا عما حدث بالفعل، وهي حالة تمنع المرضى حتى بعد تعافيهم من اتخاذ الموقف الصحيح تجاه سلوكهم وتجاه محيطهم.

وتلاحظ الهلوسات المعزولة في كثير من الأحيان وفي أكثر الحالات اختلافًا، وإن كانت لا تظهر في كثير من الأحيان بشكل واضح، ولكن في العموم هي حالة من الحوادث الوهمية التي يساعد على ظهورها عدم اكتمال وضعف الإدراك، ولكن بشكل خاص من خلال المشاعر الحية التي تميز هذا المرض.

ولذلك فإن جوهر الأوهام يرتبط دائمًا ارتباطًا وثيقًا بتسلسل أفكار المرضى وحالاتهم المزاجية. تبدو محيطاتهم متغيرة بالنسبة لهم، الوجوه مزدوجة مظلمة؛ وجوههم تبدو سوداء في المرآة؛ يرون وهجًا من الضوء، وأبخرة بيضاء، "بخار الأفيون-المورفين-الكلوروفورم". ووميضًا وظل رجل عند النافذة، وشخصًا في الزاوية. يتبدل الناس؛ يبدون مثل "أشباح"؛ يظهر أطفالهم متبدلين؛ الطبيب "مجرد صورة" أو شيطان؛ الكراسي تتحرك؛ الصور تصنع إشارات بعيونها؛ قطعة من الورق البني تتحول إلى جمجمة أميرة.

ويسمع المريض همهمة وهمسا وزئيرًا وطقطقة كأنها من جهنم؛ ويسمع شخصًا يصعد الدرج، ويذهب إلى المخدع "وكأن الشيطان يسكن في الجدران"، والموت يكشر عن أنيابه، وأصواتًا "كأن جثة تلقى من النافذة "وضجة في الموقد كأن رجلًا يريد أن يدخله. هناك ضوضاء في رأس المريض تبدو مثل قرع الأجراس وصرخات استغاثة، وإطلاق النار وحشرجة الموت و"أنين وصراخ وعويل، وبكاء وندب وصياح ولعن". "في كل هذه الأصوات شيء ما"، قال أحد المرضى بنبرة بالغة الدلالة: "الأرواح تتحدث مع بعضها البعض". أحيانًا تكون الأوهام مرتبطة بانطباعات محددة، الطيور تنادي باسم المريضة مثل "تعالي يا إميلي".

أو تتكلم الساعة وتقول: "أيها الكلب، أنت ما زلت هنا، لقد أحضرت أباك إلى مستشفى المجانين، أنت شيطان، خنزير". يصبح الهمس في الأذن توبيخًا، "سيئ، سيئ"، أو "عاهرة، عاهرة"، والذي يُنسب بعد ذلك إلى الشيطان.

بجانب هذه الأوهام التي تكشف بوضوح عن تأثير المشاعر والأحاسيس، تظهر الهلوسات الحقيقية أيضًا بشكل متكرر للمرضى. ففي الليل، يدخل أشخاص متخفون إلى الغرفة. يرى المريض قبرًا مفتوحًا لزوجته المتوفاة، يرى جثثًا وهياكل عظمية، أرواحًا حزينة، "وحوشًا، ورؤوس أطفاله على الجدار، مما يدل على خطاياه. أما في النهار، تظهر أمامه كاريكاتيرات، أشكال ملونة، ووجوه مثل

تلك الموجودة في الشكل رقم (2)، التي رسمتها مريضة من قبل. تبتسم الكاريكاتيرات له من الكتاب الذي يتمنى قراءته، ومن الأغطية، ومن الحائط؛ ينظرون إلى النافذة. تتجمع الديدان في الطعام، والرؤوس الصغيرة المقطوعة. رأى أحد المرضى مسمارًا به حبل المشنقة، وهو ما تخيله أنه بمثابة دعوة لشنق نفسه.

شكل رقم (2)

من خلال الحائط والنافذة تأتي أصوات تحذيرية وبكاء وضحكة الشيطان، وبكاء الأم الميتة، وصراخ الأطفال، وغناء الملائكة. عادةً ما يكون محتوى الهلوسة السمعية مزعجًا ومثيرًا للقلق. تُعرض جميع الذنوب الممكنة أمام المريض كما لو كان مجرمًا وهنا يُغري بالانتحار. ، ويتم تحريضه على الانتحار. ‘‘افعل شيئًا ما بنفسك’’، ‘‘اشنق نفسك’’، ‘‘لو أنه فقط يشنق نفسه، وإلا فعلينا أن نبقيه عشر سنوات أخرى’’.

من بين الأصوات التي يسمعها المرضى أصوات تناديهم ‘‘بالخنزير البري’’، ‘‘الكلب’’، ‘‘المخلوق المرعب’’، ‘‘سندريلا،’’ الأنثى الدنيئة’’، ‘‘يجب أن تموت مثل الوحش’’، يجب عليك أن تذهب’’، ‘‘ تخلصوا منه!’’ الأصوات تهدد، ‘‘أنت ذاهب إلى الجحيم.’’ ‘‘اخرج من هنا، ليس لك حق هنا؛ ‘‘هناك شخص قادم من أجلك’’ ‘‘إنه يركض هناك، لن تهرب أبدًا.’’ سمعَتْ مريضة ذات مرة غناءً جعلها تدرك أنها السيدة العذراء؛ بينما سمعت أخرى أن ابنها قد فاز بملايين.

وكثيرًا ما تظهر الهلوسة السمعية في الليل فقط ويبدو كقاعدة عامة أن المرضى لا يملكون تمييزًا حسيًا كاملًا. فهي أصوات كما في الحلم من العالم السفلي، أصوات في الهواء تأتي من الله، أصوات الجرامافون أو أصوات الهاتف، والتلغراف اللاسلكي. فالسرير يتكلم، والله يتكلم، والأخت الميتة تنادي، والبنفسج الأبيض يقول: ‘‘إنها مشيئة الله’’، والأب الميت يتكلم.

في كثير من الأحيان تكون الهلوسة في جسد المريض نفسه، كلمات تُهمس بداخله، يوسوس له الشيطان ويقسم المريض إنه يسمعه داخليًا وليس بأذنه. قالت مريضة ‘‘سمعت أصواتًا تأتي من الداخل، تنوح وقالت أخرى: ‘‘هناك حديث في رأسي مع أفكاري’’.

ترتبط الأصوات بمدى الوعي المتبقي عند المريض، فيعلن المرضى أنهم في موضع استجواب، وتتكرر أفكارهم الداخلية بصوت عالٍ لمدة دقيقتين أو ثلاث دقائق. بينما يواصل آخرون المحادثات بأصواتهم. قالت إحدى المريضات، إنها سمعت كلامًا يأتي من داخلها وليس بأذنها، وكانت هناك إجابات ‘‘أكثر كما لو كانت أفكارًا!’’؛ وذكرت أخرى أن الناس قالوا ما كانت قد قالته بنفسها بالفعل. وبين الحين والآخر تُسمع أصوات آمرة ومهيمنة لدى المرضى لتدمير الذات.

نظرًا لأن الأوهام والأفكار الخادعة عند مرضى الهوس لا تصل عادةً إلى درجة الوضوح الحسي مثل مرضى الكحول أو الخرف، فإن المرضى لا يستطيعون أن يعطوا كلمات ذات جمل طويلة بل المضمون فقط. ومع ذلك فقد كتبت إحدى المريضات أنها سمعت إحدى جاراتها تقول: ‘‘إن دمها يتحلل ويذهب كل الغذاء إلى لحمها، وعندئذ يتورم وجهها كوجه الخنزير وتختفي عيناها تمامًا’’، فأجابتها أخرى ‘‘ولكن هذا لا يمكن أن يأتي من تلقاء نفسه - ولا بد أنها كانت فتاة سيئة جدًّا - وفكرت في عدد الشباب الذين كانوا دائمًا يدخلون ويخرجون من المنزل’’. بعد كل التجارب السابقة

فإنني أشك كثيرًا فيما إذا كانت أقوال مثل تلك الحالة تستنسخ العذاب الذاتي لتعذيب المريض لنفسه باستمرار.

وبالمقارنة بأوهام البصر والسمع، فإن أوهام الحواس الأخرى لا أهمية لها، هناك رائحة قوية في المنزل؛ ورائحة الزفير من جسم المريض له رائحة مخيفة؛ وطعم طعامه كريه أو فاسد مثل اللحم البشري أو السماد. السرير يتحرك؛ وتمر تيارات كهربائية من خلاله.

من ناحية أخرى، تظهر الاضطرابات الحسية بأشكال كثيرة ومتنوعة، وأحيانًا تهيمن على الحالة المرضية بأكملها. فيتكرر الصداع بشكل استثنائي، ونوبات الصداع النصفي، والضغط الخفيف على جبهة الرأس، أو الشعور بوجود خوذة ثقيلة على الرأس والشعور بآلام من جميع الأنواع. "شرويدر" لاحظ ذلك في 62% من حالاته المرضية، اللسان حساس؛ والظهر يؤلم كما لو أنه قد تحطم، وآلالام تمتد من مجري البول إلى الحنجرة؛ هناك احتراق وحرارة شديدة في الجسم. أحد مرضاه بدأ المرض عنده بألم شديد في أسفل الظهر، لدرجة أنه عندما فشلت جميع طرق العلاج الأخرى تم بتر العصعص كمحاولة لتخفيف الألم. هناك أيضًا أحساسيس النبض في الرأس، والجر في الساقين، والتشقق في الأمعاء.

وكمثال توضيحي أقتبس الجزء التالي من الوصف الذي قدمته إحدى المريضات عن نفسها. كانت تظن أنها جلبت على نفسها مرضًا خطيرًا (مرض الزهري). منذ ستة أشهر أفاقت المريضة على ضربتين عنيفتين على جسمها وفي نفس الوقت كانت المريضة تنبض بعنف في جسمها وقلبها وعظام ظهرها ومؤخرة رأسها وترتجف يديها وقدميها وقد انتفخت عروقها انتفاخًا شديدًا. شحوب رصاصي في وجهها مع انتفاخ البطن. وبعد بضعة أسابيع، ظهر في المفاصل وفي يديها وخزات شديدة. وأصبح جلد يديها ذابلًا، كما لو كان يمكن أن ينزع. وعندما كانت تُجرح، لم يكن يظهر أي دم إلا نادرًا، وأحيانًا سائل أبيض اللون.

احتراق عنيف في جفونها، وشفتَيها، ولسانها، وسقف حلقها، ثم ظهور بقع وثقوب في جلدها، بقع حمراء صغيرة كما في كبار السن ثم سيلان في جسمها كله كما لو أن السائل الحيوي يتجمد، وفي مفاصلها كالرصاص الأحمر الساخن. في البداية كان هناك استرسال كبير للبول، ثم أصبح خفيفًا جدًّا ولاحقًا كان هناك رائحة قوية من البول، وكانت قدماها كانتا باردتين ومجعدتين كما لو كانت ميتة.

أخيرًا كان هناك صوت فرقعة في رأسها، كما لو أن شيئًا ما يجف، وكان ذلك مقلقًا بشكل خاص؛ وفي أذنيها كان هناك صوت كدقات ساعة، مما جعل الاستلقاء على الوسادة عذابًا. ازداد ارتعاش يديها وذراعيها بشكل كبير. انكماش كبير في البطن وانخفاض في الصدر. عندما استلقت، كان جسدها حارًا كالرصاص. تدهور في حدة البصر. اللحم ذبل، جلدها يتقشر. أحيانًا يكون هناك رائحة احتراق خفيفة في الجلد. زاد وزن المريضة لكن يبدو أن كل شيء يذهب إلى اللحم ولا شيء يذهب إلى الدم لأن الأوردة تستمر في الاختفاء. عند مرفقيها يكون لحمها مؤلمًا، كما لو كان يخرج من العظم. أصبح النبض عند معصمها أصعب. شعور في صدغها كما لو أن يدًا ساخنة قد تم وضعها عليها.

وعندما تتعرق يداها تظهر إفرازات صغيرة مثل شظايا الزجاج. ظهر هنا أنه في الغالب حالة من حالات الحساسية البسيطة، وأيضًا تفسير وهمي للأحاسيس غير الضارة. يتضح ذلك بشكل واضح

عندما يقول المرضى إنهم يشعرون بأن طعامهم يدخل مباشرة إلى أوعيتهم الدموية، وأن غددهم تتآكل، وأن أعصابهم قد ارتخت، وديدان بيضاء تسحب كل شيء من أجسامهم وتزحف بين جلودهم المختلفة.

وهذا الإحساس المتزايد بالعمليات التي تجري في أجسامهم يتناقض تناقضًا واضحًا مع انخفاض الاستثارة المركزية في حالات الهوس. ونلاحظ هنا نقصًا شديدًا في الإحساس بالحرارة والبرودة والجوع والعطش والألم والإصابة. فالمرضى يعرضون أنفسهم لساعات طويلة لأشعة الشمس الحارقة، ويخلعون ملابسهم في حرارة الشتاء وينسون الأكل والشرب، ولا يبالون بتمزيق الضمادات عن قروحهم ويعالجون الأجزاء المريضة من أجسامهم أو أطرافهم المكسورة دون أن يبدو أي علامة من علامات الانزعاج أو الخوف على صحتهم أو حياتهم.

يظهر تسلسل الأفكار عند المرضى اضطرابات هامة وملحوظة جيدًا حيث يصبح المرضى غير قادرين تمامًا على سرد أي حدث معقد أو التفكير بشكل منهجي إلا إذا تم إرجاعهم دائمًا إلى الموضوع من خلال المقاطعة والأسئلة المستمرة حيث تسلسل الأفكار لم يعد خاضعًا لسيطرة فكرة عامة واحدة كما هو الحال عند الأشخاص العاديين، والتي تسمح باتجاه واحد محدد من الأفكار وتعيق جميع الأفكار الثانوية. فتحدث انحرافات عند المرضى من فكرة إلى فكره أخرى مشابهة أو مرتبطة بشكل متكرر. ويظهر ذلك الاضطراب الذي أصبحنا نعرفه بالارتباك وهروب الأفكار.

غالبًا ما يصبح هروب الأفكار ملحوظًا بالنسبة لإدراك المرضى الذين يشكون أنهم لا يستطيعون التركيز أو تجميع أفكارهم. تأتي الأفكار من تلقاء نفسها وتفرض نفسها وتفرض وجودها على المرضى. ‘‘لا أستطيع استيعاب كل الأفكار التي تفرض نفسها عليَّ’’. قال أحد المرضى: ‘‘هناك أفكار عاصفة جدًّا في رأسي، ‘‘كل شيء فوضوى، أفكاري كلها مشوشة’’، ‘‘لست مسيطرًا على أفكاري’’، ‘‘فكرة تطارد الأخرى ثم تختفي’’. هذه عبارات تمنحنا لمحة عن ما يدور في ذهن المرضى المكتئبين.

يشكو المرضى من أن أفكارًا كثيرة جدًّا في رؤوسهم تجعلهم غير قادرين على الصلاة، ولا يستطيعون العمل، لأن أفكارًا كثيرة أخرى متداخلة ولا يملكون أفكارًا مستقرة. ومضطرون إلى التفكير في كل شيء في نفس الوقت. وحتى التغيير الفوري بين حالة هروب الأفكار ثم يتبعها توقف الأفكار الذي سنناقشه لاحقًا، يبدو أنه يحدث كثيرًا. فتشكو إحدى المريضات قائلة: ‘‘إن أفكاري تقف ساكنة، ثم تعود مرة أخرى من تلقاء نفسها حيث تشاء’’.

ولما كان هروب وشرود الأفكار لا يمثل إلا ظاهرة جزئية من ظواهر التشتت الشديد، فإننا نلاحظ عمومًا أن المرضى الذين يعانون من شرود الأفكار يمكن أن يتسبب ذلك في أن يأخذ تسلسل أفكارهم منعطفًا جديدًا ينعكس بعد ذلك في حديثهم. فالشيء الذي تقع عليه أعينهم كشيء مكتوب أو صوت يسمعونه أو كلمة يقرأونها، تستدعي سلسلة من الأفكار المتشابهة التي لا ترتبط في الغالب إلا بما قرأوه أو سمعوه. ويدرك المرضى كقاعدة عامة إدراكًا سطحيًّا جدًّا وغير دقيق ولا يهتمون بما يدور حولهم. ولكن عندما يلاحظون أي شيء يتأثر مسار تفكيرهم في الحال، ويتأثر به أيضًا حديثهم بصفة عامة؛ ويعبّرون عن إدراكهم بالكلمات ويتركون أنفسهم ينساقون بلا هدف تحت تأثير الدافع الذي يعطيه هذا الإدراك.

وقد أسفرت التجارب والأبحاث عن استنتاجات هامة جدًّا عن تسلسل أفكار المرضى الذين يعانون من هروب وتشتت الإنتباه والأفكار. وقد قام بهذه التجارب كل من ‘‘أشافنبرج’’ و‘‘إيزرلين’’ فقد استطاع ‘‘أشافنبرج’’ أن يثبت أن أوقات رد فعل الارتباط عند مرضى الهوس لا تتسارع بأي حال من الأحوال، بل إنها غالبًا ما تكون متأخرة وذلك خلافًا للفكرة الأساسية لمصطلح ‘‘هروب الأفكار’’.

يُلاحظ في هذه التجربة أن هناك استرسالًا واضحًا للأفكار حتى في حالات الحديث البطيء. وقد توصل ‘‘فرانز’’ أيضًا إلى النتيجة نفسها. وقد قام ‘‘إيزرلين’’ بشكل خاص بتجارب للتحقق من مدة الأفكار لدى مرضى الهوس. وقد وجد أن افكارهم تظهر ميلًا شديدًا إلى ‘‘التشتت’’ والخروج من دائرة الأفكار التي يثيرها مرض الهوس والذهاب إلى فكرة أخرى هي ظاهرة خاصة بالهوس بدرجة عالية. ويؤكد الدكتور ‘‘كيليان’’ والدكتور ‘‘غوتمان’’ نفس النظرية وهو التكرار الدائم للكلمة المنبهة. وقد استطاع ‘‘إيزرلين’’ أن يتأكد بمساعدة التجارب المستمرة من أن تغيير اتجاه تسلسل الأفكار يحدث عند الأفراد الطبيعيين كل 5 أو 6 ثوانٍ تقريبًا، وعند مريض الهوس بعد 1. 6 أو 1. 7 ثانية. وقد أمكن حساب مدة الفكرة المنفردة في الوعي على أساس التسجيلات الصوتية عند المريضة المذكورة سابقًا بحوالي ثانية واحدة، بينما تراوحت عند الشخصين الطبيعيين بين 1. 2 و1. 4 ثانية.

ولذلك فإن السمة الأساسية لتسلسل الأفكار الهوسية هي سرعة زوال تلك الأفكار العابرة؛ فهي لا تستمر في الوعي بل تتلاشى بسرعة كبيرة. يقول أحد المرضى: ‘‘إن أفكاري سريعة جدًّا لدرجة أنني لا أستطيع الاحتفاظ بها على الإطلاق’’.

يبدو أن تقييد أو تثبيط الأفكار هو النقيض لهروب الأفكار. وهو يلاحظ، بشكل قوي في حالات الاكتئاب وكذلك في بعض حالات الهوس الانفعالي المختلطة وفي أشكال الإثارة الهوسية المرتبطة بها. ويظهر على المرضى عجز، غالبًا ما يشعرون به بشكل مؤلم جدًّابسبب عدم قدرتهم على ترتيب أفكارهم بشكل صحيح. وكما يبدو، فإن الأفكار المقيدة تتطور ببطء ولا تتطور إلا استجابة لمحفزات قوية جدًا. ولذلك فإن ترابط الأفكار يحدث في الغالب وفقًا لمضمون الأفكار نفسها وليس وفقًا للعلاقات أو اللغة أو الاصوات، ولكن المرضى يبذلون جهد كبير لنسج سلسلة أفكارهم بالإرادة فقط. .

ولذلك تنشأ عند المرضى حالة من الكسل وتأخر كبير في التفكير وعدم القدرة على التفكير وإجابة الأسئلة البسيطة والفهم وفقر في الأفكار. ويشكو المرضى قائلين: ‘‘لم أعد أستطيع التفكير، لم أعد أستطيع تخيل أي شيء، رأسي فارغ’’، إن قدراتي العقلية تتراجع كما لو كنت ميتًا عقليًا’’، ‘‘أنا كما لو كنت في حلم غير مبالٍ ولا أعرف شيئًا’’.

وأحيانًا يشتكي المرضى أن أفكارهم عديمة اللون وباهتة، ويشعروا بالعجز عن تذكر أي انطباعات أو أحداث، مناظر طبيعية، أو حتى من يحبون. إنهم يعرفون جيدًا كيف تبدو الأشياء بل ويستطيعون أن يصفوها، ولكن صورة الذاكرة الملونة الحسية منقوصة لديهم.

مثل هؤلاء المرضى لديهم عددًا ضئيلًا من الأفكار، حتى عندما يبدو أنهم ليسوا غير قادرين على الإطلاق في التعبير عن أفكارهم يصنفون كضعيفي العقول، بينما يُظهر المسار اللاحق بوضوح أنه كان ذلك مجرد حالة من صعوبة التفكير وليس من انعدام مخزون الأفكار.

ومن ناحية أخرى، فإن الأفكار بمجرد أن تتطور لا تُستبعد بظهور سلسلة جديدة من الأفكار، بل تتلاشى ببطء وغالبًا ما تستمر، خاصة عندما تكون راسخة بعمق في وجدان المرضي. النتيجة لذلك هي توحيد استثنائي في محتوي الأفكار. فالمرضى يطرحون نفس الأفكار ولا يسمحون لأنفسهم بالانحراف إلى مجالات أخرى ويعودون بعد كل سؤال يتدخل مباشرة إلى الشكاوى القديمة قال أحد المرضي: "إنني أضطر إلى أن أعيد التفكير لساعات طويلة في التوبيخات والأشياء اليومية".

وبين الحين والحين تكتسب الأفكار التي تفرض نفسها من جديد على المرضى رغمًا عنهم طابع الهواجس.

وقد يرتفع مدة زمن عدم ترابط الأفكار خمسة أضعاف في حالات الاكتئاب، ولم تصبح أزمنة عدم ترابط الأفكار أطول فحسب، بل أصبحت أيضًا غير متساوية إلى حد كبير. إن العلاقة بين الارتباطات الداخلية والخارجية قد انعكست تمامًا؛ ففي حالة الهوس، تكون الروابط وفقًا للعلاقات الخارجية خاصة بعد الممارسة اللغوية. وزمن عدم ترابط الأفكار يقل كثيرًا عند مرضى الاكتئاب عندما تكون الارتباطات الفكرية معتمدة على المضمون. بنفس الطريقة، فإن الانحراف الذي يتميز به تشتت انتباه المرضى المصابين بالهوس غائب تمامًا في الاكتئاب، وأخيرًا أيضًا تكرار الكلمة المحفزة، الذي يتكرر كثيرًا لدى المرضى المصابين بالهوس ربما يكون سببه عدم القدرة على الانتباه.

إنَّ القدرة العقلية تنخفض دائمًا في الهوس، مع استثناء محتمل وهو أنه في حالات الإثارة الهوسية الطفيفة، قد يؤدي الانفعال الإرادي الذي يصاحب المرض في ظروف معينة إلى إطلاق القوى التي تكون مقيدة عند المرضي. فالنشاط الفني خاصًا الشعر يحقق تقدمًا ملحوظًا من خلال تسهيل التعبير اللغوي. وعادة ما يكون هذا التأثير واضحًا بشكل خاص بالمقارنة مع القيود التي تميز فترات الاكتئاب. في جميع أشكال الإثارة الهوسية، فإن التأثير السلبي لزيادة التشتت وعدم استقرار الإرادة هو السائد. علاوة على ذلك أن يقنع المرء نفسه بأن المرضى في مسارات أفكارهم المتقطعة لا يكونون أغنياء بالأفكار بأي حال من الأحوال بل أغنياء بالكلمات فقط؛ وكثيرًا ما يصل الأمر إلى التكرار الممل جدًا. فمثلًا: إن النكات لهؤلاء المرضى تكاد تكون دائمًا مجرد تلاعب بسيط بالألفاظ، ونجد أيضًا الميل للتحدث باللغات وسلسلة من السمات المماثلة في الإدمان الحاد على الكحول، الذي يمكن أن يظهر شلل للنشاط الفكري.

وعلى الرغم من كل هذا وعلى النقيض من نتائج القياس، كثيرًا ما نلتقي مع خداع النفس الذي يظهر زيادة الكفاءة العقلية، حيث يمكن إثبات شلل النشاط الفكري بشكل مؤكد تمامًا. ولا يوجد دليل على ذلك سوى القليل من الأدلة على فكرة الإنتعاش للصحة العقلية التي تنشأ عند الشعور بالراحة النفسية لمرضي الهوس. وعلى النقيض من ذلك، فإن الشعور بالكبت العقلي في حالات الاكتئاب غالبًا ما يكون أكبر من انخفاض الكفاءة العقلية، وربما كان ذلك لأن كبت الفكر يمكن التغلب عليه إلى درجة معينة بالجهد الإرادي الذاتي للمرضي، ولكنه عندئذ يصبح واضحًا للوعي. ويشكو المرضى من أنهم يشعرون بأنفسهم "كأنهم تحت الحظر" وكأنهم مقيدون وأن أفكارهم مشلولة وأنهم يحتاجون الآن إلى ساعات طويلة للقيام بأبسط نشاط عقلي ككتابة رسالة مثلًا، بعد أن كانوا يستطيعون إنجازها في بضع دقائق.

وللتأكد بصورة أدق من قيمة الكفاءة العقلية للمرضى، أجريت مرارًا تجارب حسابية على مرضى الهوس الاكتئابي وفقًا للإجراء المعتاد في قياسات التعب. وقد قام "ريهم" بفحص أربعة وعشرين شخصًا طبيعيًا وأربعة وثلاثين مريضًا في أكثر الحالات تنوعًا. ووجد أن أي عمل يقوم به المرضى كان متأخرًا عن عمل الأفراد الطبيعيين بمقدار الثلث تقريبًا. وكانت النتائج في مرضى الهوس أفضل عمومًا من نتائج مرضى الاكتئاب. والمرضى الذين تأثرت كفاءتهم بشكل أكبر هم أولئك الذين أظهروا تثبيطات سريرية، وكذلك المرضى المكتئبين الذين يعانون من نوبات من الإثارة. وكان التقدم الذي يرجع إلى الممارسة اليومية أقل في المتوسط من الأفراد العاديين، بل كان سلبيًا في بعض الأحيان ولكنه في مرات قليلة تجاوز أعلى القيم لدى الأفراد العاديين.

في نفس السياق، يجب تفسير الملاحظة التي تشير إلى أن تأثير التعافي الناتج عن فترة راحة مدرجة في العمل كان أقل لدى ما يقرب من نصف المرضى من أدنى القيم المسجلة لدى الأفراد الطبيعيين، وفي أكثر من ثلث الحالات كان حتى سلبيًا. هذا نتيجة قد لا تحدث أبدًا بين الأفراد الطبيعيين. وهنا، يبدو أن التثبيطات قد تطورت حتى أثناء فترة الراحة، مما أدى في ظروف معينة إلى التغلب على تأثيرات التعافي.

أجرى "هوت" تجارب على ثمانية من مرضى الهوس وسبعة عشر مريضًا بالاكتئاب وأعطت النتائج انخفاضًا في الكفاءة الحسابية التي كانت بالنسبة لحالة المرضى المصابين بالهوس ضئيلة جدًا، بقدر ما يسمح الفرق في التعليم بإجراء مقارنة مع الأفراد الطبيعيين الذين تمت التجارب عليهم. وظل التحسن الناتج عن الممارسة اليومية متأخرًا عن التحسن الذي طرأ على الأفراد العاديين وفي إحدى الحالات كان سلبيًا. وتم تسجيل عدة حالات قيم سلبية لتأثير التعافي الناتج عن التوقف المؤقت. وكان التأثير السلبي الناتج عن الانقطاع بسبب التوقف أكبر بشكل عام مقارنة بالأفراد العاديين. وأخيرًا، فإن التجربة جديرة بالملاحظة أنه في بعض الحالات، وعلى العكس تمامًا من سلوك الأفراد العاديين، فإن زيادة الناتج في العمل المتواصل بدون توقف كان مرتبطًا بانخفاض الناتج بعد التوقف، وهو ظرف لا يمكن أن يكون مرتبطًا إلا بإزالة المؤثرات المعيقة للعمل عن طريق العمل المتواصل وهذه لأن إزالة المؤثرات أقوى من تأثيرات التعب.

أفكار الخطيئة تظهر بشكل متكرر لدى المرضى عندما يتأملوا في ماضيهم، ويجدوا أنهم لم يقوموا بواجباتهم، وارتكبوا الكثير من الخطايا، ولم يكونوا مخلصون لخالقهم. ولم يكونوا ممتنون بما فيه الكفاية لوالديهم ايضًا، لم يعتنِوا بأولادهم جيدًا وعاملوهم معاملة سيئة ولم يقوموا بسداد الفواتير في الوقت المحدد، إرتكبوا زنا المحارم، وأشعلوا النيران في منازلهم وقتلوا إخوتهم، لقد سمموا أحد الأمراء. هم الملامون على كل مصيبة، وهم روح ملعونة ونبذ الإنسانية.

أصحبت أفكار الاضطهاد تحاصر المرضي؛ وكثيرًا ما ترتبط هذه الأفكار بتوهم الخطيئة. فالمريض يرى أنه محاط بالجواسيس، وأنه ملاحق من قبل المحققين، وأنه وقع في يد محكمة العدل السرية، في يد عدو منتقم، وأنه ذاهب إلى السجن، وأنه سيُذبح، ويُعدم، ويُحرق؛ وأن كل أسنانه تُقتلع، وعيناه تُقلع؛ وأنه يجب أن يتعفن، ويموت بطريقة قذرة. يُحتقر من جيرانه، يُستهزأ به، لا يُستقبل، يبصقون أمامه. هناك تلميحات في الجرائد؛ خطاياه معلنة على الملأ على لافتات كبيرة. لصوص فوضويون يقتحمون منزله عنوةً؛ أناس مختبئون في الخزائن. يلاحظ المريض أن هناك سمًا في القهوة، في ماء الغسيل، يشعر بأنه منوم مغناطيسيًا، ممغنطًا؛ يحاول الناس تضليله بوضع

المال في طريقه؛ هناك مؤامرة ضده. يتورط أقاربه أيضًا. يجب أن تموت أسرته من الجوع؛ ويجري تقطيع أوصال أمه، وقطع رأس أخيه. يظنّ أنه متجسّس عليه وهو على كرسي الاعتراف؛ خسر الخلاص الأبدي، عليه أن يكفّر عن الجميع، أن يحمل خطايا العالم كله على عاتقه. الشيطان له سلطان عليه، مختبئ في داخله، سيأمره أن يحلف، سيأخذه لأنه لم يعد يساوي شيئًا. الله تعالى لا يحبه بعد الآن؛ لم تعد صلاته لها قوة؛ نار جهنم تشتعل بالفعل تحت سريره.

أفكار العظمة

Ideas of Greatness

وفي حين أن كل هذه الأوهام عادة ما تتزامن مع الهياج الانفعالي العميق، ويطرحها المريض ويدافع عنها بأكبر قدر من الاقتناع، فإن أفكار العظمة التي تصاحب حالة الهوس في كثير من الأحيان تحمل في الغالب طابع المبالغة المتبجحة التي هي أيضًا على النقيض من الأفكار الاكتئابية التي يلتزم بها المريض في معظم الأحيان بشكل موحد. قد تتغير تلك الأفكار وتظهر على أنها من صنع اللحظة وتختفي مرة أخرى. غير أنه قد يلاحظ في المرضى الأكثر تعقلًا أوهام منسوجة بدقة للغاية من الناحية النفسية وتستمر بعناد كبير. فمثلا يزعم مجموعة من المرضى بأنهم المسيح المنتظر، لؤلؤة العالم، إمبراطور روسيا، وأن لهم عشرة آلاف ولد. ويزعم آخرون أن القيصر هو خطيبهم، وأنهم قد أبادوا الشيطان، وأنهم يستطيعون شفاء جميع المرضى بالتنويم المغناطيسي.

أفكار أقل ما يقال عنها إنها عبثية، أنهم فنانون أو مؤلفون عظماء، بارونات،" أطباء بالوراثة"، أطباء شرفاء في جميع العلوم، فرسان من رتب عالية، أبناء غير شرعيين لأمراء، يتحدثون سبع لغات، ويمكنهم رفع وزن مئتي رطل. وصف مريض نفسه بأنه "الرجل الثاني بعد نيتشه". وتلعب الميراثات الكبيرة عادةً دورًا أيضًا. مريض كان يعتقد أنه من أصل أرستقراطي زعم أن نصيبه من الميراث سيستلمه قريبًا.

البصيرة Insight

إن الفهم الواضح لمرض الحالة المرضية لا يكون، كقاعدة عامة، موجودًا فقط في أدني حالات الاكتئاب؛ ومع ذلك فإنه يأخذ بسهولة لونًا وسواسيًا مع فكرة اليأس من المرض. وعادةً ما يتم التأكيد على أن هذا المرض هو عذاب أكبر من أي مرض آخر، وأن المريض يفضل أن يتحمل أي ألم جسدي على أن يتحمل أي اضطراب عقلي. وعندما تكون الأوهام أكثر وضوحًا، يفقد المرضى عادةً إدراكهم لحالتهم المرضية، حتى عندما يتم التعرف على الهجمات السابقة المشابهة بشكل صحيح. في أفضل الأحوال، قد يرد المرضى أحيانًا على ملاحظات الطبيب بقولهم إنهم يتمنون لو كان محقًا؛ لكنهم يعتقدون للأسف أن معاناتهم أكثر حقيقة مما يقال.

وللأسف فإن عذابهم يكون صحيحًا جدًّا. فمثلًا توسلت إحدى المريضات أن يسمح لها بكتابة وصيتها، متخوفة من أن تكون مشوشة في اليوم التالي. وفي حالات المرض، يرفض المرضى الإيحاء لهم بالمرض العقلي. قال أحد المرضى: "من يعتقد أنني مجنون، فهو نفسه مجنون". وكثيراً كانوا يسخرون من الأفكار التي ينطقون بها؛ وكأن ذلك نوع من الهذيان أو جنون العظمة. وقد قالت

إحدى المريضات عند الإشارة إلى سلوكها المرضي: "أيها الطبيب، أنت أيضًا تقوم أحيانًا بأشياء غير منطقية".

ويغلب المزاج المنتشي والسعيد في مرض الهوس، وعند وجود أشياء محمسة تحمل لونًا خاصًا من الفرح غير المقيد، فيكون مجموع من المرضى مسرورين، مفرطين في المرح أو سعداء هادئين، مبصرين أكثر من راضين، مبتهجين يشعرون بالارتياح. ومستعدين للقيام بالرياضة البدنية والمزاح، مبتهجين في العالم حيث بالنسبة لهم "أيام السعادة والورود قادمة". أما مجموعة المرضى في حالات الهوس والانفعال في شكل (3) فتعكس التعبير عن هذا المزاج بألوان متفاوتة من البهجة الهادئة والوعي الذاتي المتكبر إلى البهجة الجامحة.

(شكل 3)

إن المزاج الأساسي في حالات الاكتئاب هو في أغلب الأحيان مزاج كئيب يائس. فالمريض يحمل حملا تقيلا ويثقله الحزن، وقد فقد الشغف والأمل ويشعر بأنه مهجور لا هدف حقيقي له في الحياة. قلبه كالحجر وليس لديه أي متعة في أي شيء. وكما يبدو، فإن الحالة المرضية هنا ليست حالة كئيبة ومتجهمة فحسب، بل هي حالة من كبح المشاعر، وهو ما يمثل نقيض الإسترسال الحر للعواطف في حالة الهوس. وهذا النقصان في الاهتمام العاطفي، وفقدان التعاطف الداخلي مع ما يحيط به من أحداث الحياة، هو بالضبط ما يشعر به المرضى عادة بمرارة شديدة بداخلهم.

كل شيء فارغ وعبثي، لا يبالون بأي شيء. الموسيقى تبدو غريبة، ويشعرون كما لو كانوا قد خرجوا من العالم تمامًا. لا يستطيعون البكاء بعد ذلك، لا يشعرون بالجوع ولا بالشبع، ولا بالتعب ولا بالنشاط بعد النوم، كأن قد نزع الله منهم كل أنماط الشعور. اشتكت إحدى المريضات من أنها تتضايق إذا رأت غيرها من الناس يفعلون شيئًا باهتمام، واشتكت مريضة أخرى قائلة: "أنا مثل السهم لا أشعر بفرح ولا حزن". وحتى عندما يزورهم أقاربهم فإنهم لا يبدون في الغالب أي اهتمام، ولا ينظرون إليهم. ولهذا السبب يبدون أحيانًا متبلدين وبلا إحساس، مع أن الأمر لا يتعلق بإلغاء العواطف، بل يتعلق فقط بكبحها.

أقل شيوعًا من الكآبة والحزن والظلمة التي تم وصفها للتو، يعتبر القلق السمة الرئيسية للمزاج. وأحيانًا يكون أكثر "قلقًا وارتعاشًا داخليًا"، وتوترًا مؤلمًا يمكن أن يصل إلى اليأس الصامت والعاجز؛ وأحيانًا يكون قلقًا مضطربًا يجد متنفسًا في أكثر الحركات تنوعًا، وفي حالات الانفعال العنيف وفي محاولات الانتحار.

فالمرضى ساخطون على كل شيء؛ فهم يكرهون العالم كله؛ وكل شيء يعذبهم ويزعجهم ويهيجهم ويملأهم بالمرارة، أشعة الشمس، والناس الذين يستمتعون بأنفسهم، والموسيقى في محيطهم. وتوجد هذه الحالات المزاجية في أغلب الأحيان في فترات الانتقال بين حالتي الاكتئاب والهوس؛ ولذلك ربما كان من الأصح اعتبارها حالات مختلطة من الاكتئاب والهوس.

إنَّ عذاب حالات الاكتئاب يكاد لا يطاق، حسب أقوال المرضى المتكررة على الدوام، يولد لدى الجميع تقريبًا من وقت لآخر، شعور بالضجر من الحياة، وكثيرًا ما يولد أيضًا رغبة كبيرة في الإنتحار بأي ثمن. قالت إحدى المريضات: "ليس هناك ما يمكن فعله معي سوى الموت اما بالبارود أو بالماء غرقًا". ولذلك يحاول المرضى في كثير من الأحيان أن يجوعوا أنفسهم، يشنقوا أنفسهم، أو

يقطعوا شرايينهم؛ يتوسلون أن يحرقوا أو يدفنوا أحياء، أو أن يُطردوا إلى أماكن مهجورة ويتركوا هناك حتى يموتوا. عند إلحاق الأذى بأنفسهم، غالبًا ما يكونون غير مبالين بالألم الجسدي. وقد ضرب أحد المرض رقبته مرارًا على حافة إزميل مثبته على الأرض لدرجة أن جميع الأنسجة الرخوة قد قُطعت حتى الفقرات.

من بين 700 امرأة مصابة بالهوس الاكتئابي (الاضطراب الثنائي القطب)، اللاتي تمت ملاحظتهن في ميونيخ، قامت 7.14%منهن بمحاولات جادة للانتحار؛ ومن بين هؤلاء، اللاتي كانت أعمارهن عند دخولهن المستشفى أكثر من 35 عامًا، بلغت نسبة 2.16%. ومن بين 295 رجلًا تم الإبلاغ عن 4.20% بمحاولات انتحار. وهكذا فإن الفرق الكبير في ميل الانتحار بين الجنسين، يتم محوه إلى حد كبير بسبب المرض. حتى في حالات الاكتئاب لا تكون الحالة المزاجية على نفس الوتيرة دائمًا، غالبًا ما نتفاجأ بابتسامة حزينة أو سعادة مفاجئة فهم يسخرون من شكواهم ويعالجونها بسخرية.

ضغط النشاط

Pressure of Activity

لا شك في أن أكثر الاضطرابات لفتًا للنظر في الهوس الاكتئابي توجد في الإرادة عند القيام بالمهام والأنشطة. في حالات الهوس، تهيمن ضغوطات القيام بالمهام والانشطة التي يجب فعلها على المرض؛ فالتجربة تعلمنا أن مدة ردود الفعل للقيام بالانشطة البسيطة أو التفصيلية تطول إلى حد كبير جدًا. وتشير العديد من الظروف إلى أن إطالة إنجاز المهام والانشطة تتعلق أساسًا بربط الأفعال بالطلبات التي غالبًا ما تكون غير مفهومة. ويبدو أن كل دافع عشوائي للقيام بالمهام يؤدي على الفور إلى الفعل، بينما يقوم الفرد العادي عادةً بقمع عدد لا يحصى من الدوافع الإرادية فور ظهورها. وقد يتطابق الاضطراب الناتج عن الضغوط المستمرة للقيام بالمهام بدون أي تمييز مع الاضطراب الذي يحدث بشكل مصطنع بواسطة الخمور؛ ومن هنا ينشأ التشابه بين كثير من مرضى الهوس وبين من يشربون الخمور. ولكن يجب الإشارة هنا أن اختلال الإدراك والتفكير يكون في حالة السكر أكبر بكثير مما هو عند المرضي.

يؤدي الضغط الهوسي للقيام بمهام إلى قلق عام ظاهر أو غير محسوس. في أدنى الدرجات، لا يلفت انتباهنا إلا سلوك مضطرب، فالمريض مشغول دائمًا بشيء ما، ولديه رغبة مضطربة للقيام بمهام مستعجلة.

يضع المرضى جميع أنواع الخطط، ويرغبون في التدريب على الغناء، أو أن يؤلفوا كوميديا؛ يرسلون اقتراحات إصلاحية إلى القضاء والشرطة أو إلى مديري السكك الحديدية.

ينشغلون بشؤون غيرهم من الناس، ولا ينشغلون بشؤونهم الخاصة؛ يبدأون أعمالًا لا معنى لها، ويشترون بيوتًا وملابس وقبعات، ويصدرون أوامر كثيرة، ويقترضون ديونًا؛ ويسافرون إلى بلاد بعيدة كأمريكا. وقد قام أحد المرضى برحلة إلى كورسيكا واشترى هناك عقارًا بمبلغ 85000 مارك، مما أدخله في دعاوى قضائية لا نهاية لها. يضعون خططًا للزواج، ويدخلون في علاقات تعارف مشكوك فيها. يتشاجروا مع رؤسائهم ويهملوا اعمالهم. وقد سافرت إحدى المريضات في الترام بدون تذكرة ثم ادعت كذبًا أن معها تذكرة.

الهوس الحاد Acute Mania

في حالة الإثارة الأكثر حدة، تتطور حالة من الهوس الحقيقي تدريجيًا وتتزاحم الدوافع الواحدة تلو الأخرى ويضيع تماسك القيام بالأعمال تدريجيًا. ويكون المريض غير قادر على تنفيذ أي عمل على الإطلاق، لأن هناك دوافع بإستمرار للقيام بمهام واعمال جديدة فتنحرف به عن أهدافه الأصلية. يؤدي الضغط المستمر للقيام بمهام كثيرة متتالية في النهاية إلى سلسلة متنوعة من الأفعال الإرادية الجديدة والمتغيرة بسرعة، حيث لا يمكن التعرف على أي هدف مشترك فيها بعد الآن بل تأتي المهام وتذهب كما تولد من اللحظة. فالمريض يغني، يثرثر، يرقص، يمرح ويمرح ويمرح. ويمارس الجمباز، ويصفق بيديه ويوبخ ويهدد، ويرمي كل شيء على الأرض، ويخلع ملابسه، ويزين نفسه بطريقة رائعة، ويصرخ ويصرخ ثم يضحك أو يبكي ويقوم بحركات جامحة. ولكن مهما كانت هذه التصرفات الغريبة مفاجئة وغير مترابطة، فإنها تظل دائمًا مكونة من أجزاء من الأفعال وطريقة من طرق التعبير والمزاح الجامح والهجوم على الناس والتسلية والتودد وما شابه ذلك.

في حالات الإرادة الشديدة جدًا، قد يدير المرضى عيونهم ورؤوسهم وقد يتدحرجون على الأرض ويقفزون ويصرخون ويتصرفون بتشنج، ويبصقون ويعضون على ما حولهم. وقد تكون الحركات بعد ذلك في ظروف معينة رتيبة جدًّا وبلا معنى. صرحت لي إحدى المريضات أنها تضطر دائمًا إلى القيام بحركات غريبة بذراعيها ورأسها وتقول جملًا معينة. وذكرت مريضة أخرى أنها نهضت من الفراش بأمر.

صورة الشكل (4) والشكل (5) تقدمان فكرة عن سلوك الهوس. فالصورة الأولى تمثل مريضة ضفرت شعرها على سبيل المزاح في ضفائر صغيرة لا حصر لها. وتمثل الصورة الثانية مريضة قامت بعمل زِي خلاب لنفسها من ملابس قديمة وأوشحة وبطانيات، وتعرض عددًا من الأعمال الفنية المصنوعة من الورق على غطاء صندوق كرتوني.

أعيد إنتاج بعض الصور، فالصورة رقم (6) هي من ضمن سلسلة صور التقطها "فايلر" والتي تظهر مريضة تتحرك برشاقة في أوضاع مختلفة مثيرة للإعجاب.

إن الشعور بالإعياء غائب تمامًا عند المريض على الرغم من الإثارة الحركية الشديدة التي قد تستمر أحيانًا لأسابيع بل لأشهر عديدة مع توقفات طفيفة. والمريض في هذه الحالة لا يشعر بالضجر أو بالاسترخاء؛ ولا ينتج عن سوء استخدام الأنسجة العضلية أي إحساس بالتعب، وربما كان ذلك جزئيًا بسبب تضاؤل الإحساس الذي سبق الحديث عنه، ولكن ربما كان ذلك بصفة خاصة بسبب السهولة التي يؤدي بها النشاط نفسه.

تغيير سلوكيات مريض الهوس (شكل 6)

يستطيع المريض القيام بنشاط بدني مكثف متتالٍ لتنفيذ مهمام معينة، في حين أن القيام بنفس النشاط البدني لتحقيق نفس المهمة المهام يتطلب من الفرد العادي طاقة نشاطية أكبر. ولهذا السبب أيضًا فإن كل محاولة لتقليد هذه الحالة تفشل بالضرورة في وقت قصير جدًّا بسبب استحالة التغلب على الشعور بالإرهاق والتعب الناتج عن الإرادة المتعبة. وقد أدى عدم المبالاة التي يستخدم بها

المرضى أطرافهم إلى انتشار الرأي الشائع بأنهم يمتلكون قوة بدنية كبيرة جدًّا ولكنه رأي غير صحيح، ولكن على العكس من ذلك فإن قدرتهم العضلية على العمل قد ثبت دائمًا في التجارب البيانية أنها تنقص كثيرًا. ومن ناحية أخرى فإن الحركات تتم بسرعة أكبر مما يقوم به الأفراد العاديون، وخاصة عندما تكون هناك سلسلة متواصلة من نفس الحركات ويسقط المرضى في حالة من الإثارة المتزايدة بسرعة.

يتصرف المرضى تجاه محيطهم بطريقة مختلفة للغاية. فهم كقاعدة عامة يتأثرون بسهولة ويصبحون في بعض الأحيان مخادعين وعنيفين، منفّرين وفظين وغير ودودين، ولكن سرعان ما يهدأون في كثير من الأحيان بالإقناع أو الفكاهه.

أحيانًا الكلام يسبب الضغط النفسي للمرضي لأنه مظهر جزئي من مظاهر الضغط العام للقيام بالمهام لأنه يسهل تحويل الأفكار اللفظية لكلام منطوق ومفهوم. وقد استطاع "إيزرلين" أن يثبت أن عدد المقاطع التي ينطق بها مريض الهوس في الدقيقة الواحدة يبلغ 180 إلى 200 مقطع لفظي، بينما لا يزيد عدد المقاطع اللفظية التي ينطق بها للشخص العادي عن 122 إلى 150. وكما سبق أن أشرنا إلى أن الظروف قد تلعب دورًا للهروب من استرسال الأفكار الهوسية. فالأفكار التي يسهل تحفيزها في حركات الكلام تكتسب تأثيرًا كبيرًا جدًّا على تسلسل استرسال الأفكار. وهكذا يحدث أنه في الدرجات الشديدة من تحليق الأفكار، مثلما يحدث تحت تأثير الخمور،

فإن أشكال الكلام، التي تم تعلُّمها على هذا النحو، ومجموعات الكلمات، والأصوات والقوافي المتقابلة، تحتل أكثر فأكثر مكان العلاقة الجوهرية للأفكار. ولذلك فإن التراكيب الكلامية التي تخفي أثر للعلاقة الداخلية للأفكار، تستولي على أشكال الكلام وتركيبات الكلمات والأصوات المتناغمة والقوافي بشكل متزايد على مكان الاتصال الجوهري للأفكار. كما هو واضح بالفعل من الأمثلة المذكورة أعلاه، فإن الترابطات الصوتية البحتة تكتسب المزيد والمزيد من السيطرة. ويبين الشكل رقم (7) إلى أي مدى يمكن أن يصل الاضطراب إلى هذا الحد، حيث تتكرر نسبة الارتباطات الصوتية في خمسة أفراد طبيعيين وخمسة مرضى هوسيين وفقًا لتجارب "أشافنبورغ". وتتأرجح الأرقام الخاصة بالأفراد الطبيعيين هنا بين 2-4% لكنها قد تكون مع التصرفات الشخصية الغريبة بطريقة ما أعلى بكثير. ومن ناحية أخرى فإنها لا تصل أبدًا إلى القيم العالية لمرضى الهوس التي ترتفع هنا من 32 إلى 100 %. وقد كتبت إحدى المريضات على قطعة من الورق: نيلكه - ويلكه - هيلجه - هيلده - تيلده - ميلده - ميلده - يد - عصا - رمل.

(شكل 7)

وفي حديث المريض يكون تحليق الأفكار وضغط القيام بالكلام، فهو لا يستطيع أن يصمت طويلًا. إنه يتكلم ويصرخ بصوت مرتفع، ويحدث ضجيجًا وصخبًا وعواءً وصفيرًا، ويكثر من الكلام، ويربط الجمل والكلمات والمقاطع المنفصلة بعضها ببعض، ويخلط بين لغات مختلفة، ويعط بنبرة مهيبة وإيماءات عاطفية، ويغير في صوته فجأة من صوت عالٍ منمق إلى الهزل والتهديد والوعيد والأنين أو ينتهي فجأة إلى نوبة من الضحك. وقد يصل الأمر أيضًا إلى الحديث بلغات مخترعة ليس لها معنى. والنكات السخيفة، والتعبيرات الشعرية، والإساءات القوية أو الاقتباسات. كثير من المرضى يتحدثون كالأطفال في عبارات لا معنى لها.

وكقاعدة عامة يتأثر حديث المرضى إلى حد كبير بالانطباعات الخارجية. فهم يرددون الكلمات التي سمعوها ويجعلونها بمثابة نقاط انطلاق لأقوال ينسجونها عند هروب الأفكار. ولكنهم في بعض الأحيان يتهربون من الرد على الاسئلة المباشرة بطريقة مازحة، ويكتفون بالضحك على كل سؤال، ويكررونه بطريقة مضحكة، ويعطون عمدًا ردودًا كاذبة أو مراوغة طريفة. وقد كانت إحدى المريضات تجيب دائمًا بضحك على كل ما يقال لها بكلمة واحدة (نكسن) (نيشتس). وأجابت أخرى عند سؤالها عن عمرها بقولها: "لم أولد بعد"؛ وعندما سئلت عن حاصل ضرب عدد سبعة في سبعة، أجابت: "لم يعد أحد يحسب، بل يقيس". وأخيرًا، يحدث أيضًا أن المرضى لا يربطون بين الكلمات الفردية والجمل غير المكتملة بدون ترابط، بل إنهم أيضًا لا يعيرون أي اهتمام لمعنى الأسئلة الموجهة إليهم؛ بل إنهم ينطقون بتعليقات لا علاقة لها بالموضوع ولا معنى لها. الكثير من المرضى يظلون صامتين، لكنهم يتواصلون مع من حولهم من خلال لغة إشارات معبرة وهزلية للغاية.

وتوجد في كتابات المرضى ميل إلى استخدام الكلمات الأجنبية والخلط بين اللغات المختلفة. وتأثير الارتباط الصوتي على تسلسل الأفكار أقل بكثير مما هو عليه في الكلام، وخاصة في حالة المرضى الذين لا تأخذ لغتهم الداخلية تفضيليًا الشكل الكامل لدوافع الكلام أو الصور الصوتية. فبدلًا من ذلك غالبًا ما يصل الأمر إلى تعدد الأفكار المتشابهة التي وصفها "أشافنبورغ" بالتفصيل، بينما يحل الارتباط وفقًا للتشابه الخارجي، أو وفقًا للتجاور، محل قطار الأفكار التدريجي. وتظهر الزيادة في التشتت في أن الكلمات أو الأبيات الأولى تكون في معظمها مترابطة تمامًا، بينما يتكون الباقي من سلسلة مشوشة من التذكارات وقصاصات أبيات الشعر والسجع والقوافي.

قد يكون خط يد المرضى في البداية منتظمًا وصحيحًا تمامًا. ومع ذلك، ونتيجة لسرعة الانفعال، فإنه عادة ما يصبح الخط تدريجيًّا أكبر وأكثر تكلفًا وأقل انتظامًا. لم يعد هناك أي اعتبار للقارئ؛ فالحروف تتداخل مع بعضها مكتوبة بخط غير مرتب؛ وتكثر علامات التعجب؛ وتصبح الزخارف أكثر جرأة. وتظهر كل هذه الاضطرابات، سواء تلك المتعلقة بالمحتوي أو الشكل في عينة الكتابة المرفقة. إن عدد الاوراق والكتابات التي ينتجها مرضى الهوس يكون مذهلا في بعض الأحيان، على الرغم من أنهم لا يعتمدون على قراءتها، فمتعة الكتابة نفسها هي الدافع الوحيد لقيامهم بالكتابة.

الكبح والتثبيط Inhibition

في حالات الاكتئاب، يظهر بدلًا من الضغط المتولد للقيام بالمهام النقيض تمامًا وهو كبح وتثبيط الإرادة. يصبح القيام بالمهام هنا صعبًا، بل ومستحيلًا. ويظهر هذا الاضطراب في تردد المرضى. فالدوافع الناشئة لا تكون قوية بما فيه الكفاية للتغلب على الموانع المعارضة للقيام بتلك المهام. فإن المريض لا يستطيع أن يحفز نفسه للقيام بأبسط الأعمال. فهو لم تعد له إرادة من تلقاء نفسه، ولا يعرف كيف يتصرف، ولا بد أن يطلب المشورة دائمًا فيما يجب أن يفعله، ولا يعود يستطيع أن يفعل أي شيء على الوجه الصحيح وفي نفس الوقت، لا يتيقن أبدًا أن ما يفعله هو الشيء الصحيح. قال إحدي المرضي: "أنا رجلٌ ضعيفٌ لا يدري ماذا يريد".

كذلك المهام التي يبدأها المرضى بعد تردد كثير تتوقف في كل لحظة لأن طاقة القرار الحازم للانتهاء من تلك المهام والانشطة تنقصهم. فلا ينتهوا من القيام بالمهام ويفعلوا كل شيء بطريقة

خاطئة، ولا يتقدموا إلى الأمام على الرغم من أن الأعمال التي يؤدونها بأقصى جهد. قالت إحدى المريضات إنها لبست ثيابها في الصباح الباكر وهي تنوي الخروج، وفي الظهيرة كانت لا تزال في البيت. حيث أن جميع الحركات المعزولة بقدر ما تتطلب حافزًا إراديًا تنفذ بسرعة أقل أو أكثر وبلا نشاط؛ ولم تعد الأيدي والأرجل تطيع المريض للقيام بما يريد. ولم يعد المريض قادرًا على الإمساك بأي شيء أو الاحتفاظ به؛ فالفم والسان ثقيلان كالرصاص. ومظهره العام مسترخٍ ومرهق؛ وسلوكه متصلب ومقيد؛ وتعبيره جامد وغير متحرك.

وفي الرسومات البيانية تمكن "جريغور" و "هانسل" أن يُظهرا في تلك الروسمات البيانية انخفاضًا حاد ومبكرًا في المنحنى، ثم تلته منحنيات منخفضة وطويلة ممتدة، وهي علامة على الفشل السريع في الدافع الإرادي الذي يؤدي إلى الجهد المطول للعضلات. ولكن في حالات الخطر، وبالمثابرة المستمرة يمكن لمريض إنجاز أعماله التي كان من المستحيل في الظروف العادية انجازها. كثيرًا ما لا يتبع الوخز بالدبابيس أي تقيدي على الإطلاق، أو لا يتبعها إلا إذا وخزت أماكن حساسة جدًّا.

وفي أشد أشكال الذهول والذهان الشديد، قد يعطل ويوقف كل تعبير إرادي للمريض، حتى أنه لا يستطيع الحركة ولا أن يفتح عينيه، ولا يستطيع أن يظهر لسانه ولا أن يتناول طعامه ولا أن يمد يده ولا حتى أن يترك فراشه وقضاء احتيجاته الطبيعة. وعلى الرغم من أنه ربما يفهم ما يقال له أو يطلب منه، إلا أنه لا يقوم بما هو مطلوب منه إلا محاولات قليلة ضعيفة. ويشعر المريض بعدم الراحة، لأنه لا يستطيع أن يغير من وضعه؛ وكل الأشياء التي توضع في يده واحدًا بعد الآخر يحاول أن يمسكها بشكل متشنج، لأنه غير قادر على تركها.

يظهر التقيد الشديد حتى للأفعال الإرادية البسيطة جدًّا بوضوح في المنحنى المصاحب للشكل رقم (7)، لحركة رد الفعل التي حصل عليها "إيزرلين" من مريض مكتئب. ويجب مقارنتها بمنحنيات الأفراد الطبيعيين والمصابين بالكتاتونية (التخشب والتشنج). وهو يظهر بشكل قاطع في الثني والتمديد البطيء للغاية للإصبع وكذلك مدى الحركة المحدودة.

المنحنى المصاحب لشكل رقم (7)

وعادةً ما يشعر المرضى بأن تقييد الإرادة مؤلم للغاية، شعور بالقصور وبالعجز يكون موجودًا بالفعل، عندما لا يمكن ملاحظة أي صعوبة على الإطلاق في الأفعال الإرادية عند الملاحظة الخارجية. ومن الشائع جدًّا أن يفسر المرضى إعادة المهام التي يقومون بها في عملهم على أنها إهانة فهم يلومون أنفسهم بمرارة شديدة على خمولهم أو تقاعسهم لذلك لا يلازمون الفراش حتى لا يُنظر إليهم على أنهم كسالي..

و يُطوِّر العديد من المرضى هوسًا تشنجيًا للعمل فيحرمون أنفسهم من كل راحة حتى لا يؤنبوا أنفسهم. ذكر أقارب أحد المرضى أنه "كان لا بُدَّ من انتزاع المجرفة من يده وإلا لن يتوقف عن العمل أبدًا". وهنا تلعب الإثارة النفسية الحركية دورًا فعالًا.

تؤدي الصعوبة في التخلص الإرادي بشكل طبيعي إلى تقييد القدرة على أداء المهام. وحتى لو استمر في البداية أداء الأعمال الضرورية، فإن كل مهمة عفوية تبقى غير منجزة. يتخلى المرضى عن هواياتهم ومناصبهم الرفيعة، وينسحبون من المجتمع ويشعرون باستمرار بالحاجة إلى الراحة.

ثم يهملون أنفسهم ويصبحون غير مبالين بأي شيء. وفي النهاية يلجأون إلى الفراش حيث ينامون بلا حراك. ومما له أهمية عملية أن عدم قدرة المرضى على اتخاذ قرار يقلل من تعرضهم لخطر الانتحار إلى حد ما، على الأقل في ذروة المرض. وعلى الرغم من أنهم يعتزون بالرغبة الشديدة في وضع حد لحياتهم، إلا أنهم لا يملكون القدرة على تنفيذ هذه النية. وقد همَّ أحد مرضاي للقفز في الماء ولكنه لم تكن لديه ‘‘الشجاعة’’ للقفز.

قد تتأثر المجالات المختلفة للتعبير الإرادي بدرجات متفاوتة بسبب تقييد الإرادة. فبينما يبدو أن القيام بالعزم الإرادي لإنجاز المهام صعبًا، فإن تلك الأفعال التي هي معتادة ولا تتطلب تدخل الإرادة لا تزال تتم دون عائق، بينما يظهر تثبيط الإرادة بقوة في مجالات أخرى.

المرضى قادرون على ارتداء ملابسهم دون صعوبة وإشغال أنفسهم، بينما هم غير قادرين على اتخاذ أي قرار مستقل؛ ربما ينجزون بسهولة أعمال اليوم دون صعوبة تذكر، لكنهم يشعرون بالقلق من كل مهمة ومسؤولية جديدة.

المشاعر النفسية، عادة ما تتعرض لهجوم شديد عن طريق التثبيط؛ وكذلك حركات الإيماءات والتقليد تفقد حيويتها. ويتحدث المرضى بصوت منخفض وببطء وتردد ورتابة، وأحيانًا يتلعثمون ويهمسون، ويحاولون عدة مرات قبل أن يتكلموا كلمة واحدة، ويصبحون صامتين في منتصف الجملة. فلا يستطيعون التحدث، على الرغم من أنهم قادرون على العد بسرعة معتادة أو القراءة بصوت عالٍ. وفي بعض الأحيان لا يتكلمون كلمة من تلقاء أنفسهم، ولكنهم يعطون المعلومات بسهولة عندما يطلب منهم ذلك.

أشار البروفيسور ‘‘إرسدورف’’ إلى حقيقة أن العديد من المرضى يرتكبون أخطاء كبيرة في الإملاء والحذف والتكرار وتبديل الحروف؛ هنا يمكن أحيانًا أن ندرك أن الصور الصوتية تؤثر على إدراك الصورة المرئية (بدلًا من الألف أو الهاء) تتم الكتابة في ظروف عادية دون عائق، بينما يجلس المرضى لساعات أمام حروف بدأوها دون أن يكملوها. في هذه الأثناء، لا يؤثر الاضطراب على الكلام والكتابة على الإطلاق بنفس القدر. هناك مرضى يتحدثون بطلاقة ولكنهم بالكاد يستطيعون كتابة بضع جمل، والعكس صحيح، فبعضهم يكتبون رسائل طويلة مليئة بالعاطفة، بينما يصبحون صامتين بمجرد أن يرغب أحدهم في التحدث معهم.

في مكان التثبيط الإرادي، تظهر الإثارة والقلق في كثير من الأحيان. يظهر على المرضى تملل حركي شديد، فلا يستطيعون الجلوس بدون حركة ولا يبقون في الفراش ويجرون ويختبئون في الزوايا ويحاولون الهرب. ويتأوهون ويتنهدون ويصرخون، يمزقون شعرهم، يضربون رؤوسهم، يضربون أنفسهم، يصلون ويركعون وينزلقون على الأرض، ويتوسلون الرحمة والمغفرة. وفي الحالات الشديدة يصل الأمر إلى الصراخ بلا معنى والنواح، دوران ورقص، التواء وتشنج اليدين.

يميل الدكتور ‘‘شبيخت’’ والدكتور ‘‘ثالبيتزر’’، وكذلك دكتور ‘‘دريفوس’’ إلى تفسير هذا النوع من الانفعالات القلقة من وجهة نظر الحالات المختلطة. ويقال إن الحالة هنا هي حالة ‘‘اقتران الاكتئاب مع أعراض الهوس المرضى المتمثل في الإثارة الإرادية’’. ولكن من وجهة نظر معاكسة، أشار ‘‘وستفال’’ و‘‘كولبن’’، إلى أن الإثارة تمثل استرسالًا فوريًا للقلق، ولذلك لا يمكن اعتبارها عنصرًا هوسيًا من عناصر الحالة المرضية. وقد يرد على هذا بأن القلق في حد ذاته قد ينتج عنه تقييد أو كبح للإراده كما ينتج عنه إثارة الإرادة؛ ولذلك فمن الممكن أن يكون تحول التوتر الداخلي كما في

حالات الذهول الاكتئابي إلى إثارة قلقة، قد سهله أو سببه ظهور إثارة إرادية بمعنى الهوس. ومع ذلك، يبدو لي أنه من الخطورة التعامل مع الظروف التي هي بالتأكيد معقدة للغاية، بمثل هذه المفاهيم البسيطة. نلتقي لاحقًا بتجارب تقدم دليلًا على أن اللون القلق الفريد لحالات الاكتئاب، الذي يختلف تمامًا عن تلك الخاصة بحالات الهوس، له علاقة معينة بالعمر وهو الامر الذي إستفاد منه الدكتور "سبخت" لتوضيح وجهة **نظره.**

ومع ذلك، فإنني أعتبر أنه من المشكوك فيه أن تلك الانفعالات القلقة التي تحدث فقط في شكل حركات تعبيرية، على الرغم من أنها قد تكون من نوع عنيف جدًّا وغير منطقي، يمكن أن تعتبر بدون تردد مزيجًا من المزاج القلق والضغط الهوسي للنشاط. ولكن من ناحية أخرى، هناك بلا شك حالات يجب أن تفسر بهذا المعنى، ويجب أن نسلم بأن التمييز سيكون صعبًا في ظروف معينة بل ربما كانت الأشكال الانتقالية أيضًا تحت الملاحظة.

ضغوطات الكتابة

Pressure in Writing

تقدم المنحنيات المرافقة في الشكل رقم (8) فكرة جيدة عن خصائص الاضطرابات النفسية الحركية في الهوس الاكتئابي. وهم يمثلون تذبذبات الضغوط التي تسببها كتابة (i) و(10) في سلسلة مستمرة من كتابة الأشكال. وقد تم الحصول عليها بمساعدة مقياس الكتابة التي تعطي المسافات الموجودة على الخطوط الأفقية فكرة عن الوقت الذي تستغرقه الكتابة؛ ويمثل ارتفاع المنحنيات على مقياس موسع الضغط الذي يعاني منه المرضى في كل لحظة يمارسون فيها الكتابة. تحت المنحنيات الفردية للمرضي، توجد نسخ دقيقة من الأشكال نفسها تم صنعها في التجارب.

الشكل(8) مأخوذ من ممرضة سليمة ويظهر زوال الضغط أثناء دوران حركة الكتابة وإرتفاع الضغط في الضربة السفلية في الحرف الأول (i) وفي الشكل الثاني أفضل؛ ففي الحرف (o) أيضًا هناك تذبذب صغير في الضغط يتوافق مع الدوران. وتنتج الانحناءات الصغيرة في النهاية عن اهتزازات القلم عند رفعه بسرعة.

(شكل 8)

ومن المؤكد أننا لا نجد بأي حال من الأحوال مثل هذه التغييرات الملحوظة في خطوط الضغط كتابيًا في كل مكان. إن التجارب التي أجريت حتى الآن في حالات الاكتئاب علمتنا أن التدرجات الأكثر تعدًدا مثل الشكل (9) أقرب إلى الطبيعة. وقد لا يطرأ على النشاط والسرعة ومدى الحركة في الكتابة أي تغير جوهري في حين أن المرضى تظهر عليهم بوضوح علامات تقييد الإرادة. يجب في الوقت الحاضر ترك الأمر غير محدد ما إذا كانت الاضطرابات الأكثر شدة في الكتابة تخص حالات مميزة بشكل خاص، أو تعتمد على المحتوى الذي يكتب أو على أهمية الدوافع الإرادية لحركة الكتابة عند كل شخص على حدة.

الشكل (9)

الفصل الثالث

الأعراض الجسدية لمرضى الهوس

نوبات الهوس الاكتئابي تكون مصحوبة دائمًا بجميع أنواع التغيُّرات الجسدية. الأكثر لفتًا للنظر هي اضطرابات النوم والتغذية العامة، ففي حالات الهوس، يتأثر النوم في حالات الهياج الشديد بشكل كبير؛ وأحيانًا يكون هناك أرق بشكل كامل، ينقطع لبضع ساعات على الأكثر وقد يستمر لأسابيع بل لشهور.

في حالات الهياج الطفيفة، يذهب المرضى إلى الفراش متأخرين ويستيقظون مبكرًا جدًا، لكن نومهم يبدو عميقًا بشكل استثنائي. في حالات الاكتئاب، وعلى الرغم من الحاجة الشديدة إلى النوم، قد يرقد المرضى لساعات طويلة في الفراش بلا نوم، تعذبهم الأفكار المؤلمة، وبعد أحلام مشوشة قلقة يستيقظون في صباح اليوم التالي مرهقين متعبين. وهم يستيقظون في معظم الأحيان في وقت متأخر جدًا؛ وربما ظلوا في الفراش أيامًا أو أسابيع، مع أنهم حتى في الفراش لا يجدون ما يريحهم. وكثيرًا ما تزداد شهية مرضى الهوس ويكون تناولهم للغذاء غير منتظم نتيجة الأرق أو السرعة.

وفي الحالات المرضية الأكثر شدة، يأكل المرضى كل ما يمكنهم أكله من الأشياء غير قابلة للهضم والمثيرة للاشمئزاز، والأشياء الغريبة كالأقمشة والبلاستيك، كما في شكل رقم (10)؛ إنهم يفسدون طعامهم دون المضغ المناسب، ويرمون الطعام المقدَّم لهم، ويلطخونه، ويسكبونه. عادة ما يكون لدى مرضى الاكتئاب ميل قليل لتناول الطعام، وعادة ما يتناولون الطعام على مضض وبإقناع شديد.

شكل رقم (10)

تكلم عنهم دكتور ‘‘ويلمانس ‘‘ودكتور ‘‘دريفوس’’ وطرحا رأيًا وهو أن ما يسمى (بعسر الهضم العصبي) يمثل التعبير عن أدنى حالات الاكتئاب. يشكو بعض المرضى من وقت لآخر أو بشكل مستمر من شهية مفرطة والتي تبدو كأنها تجسيد للقلق.

(شكل 11)

منحنى زيادة وزن الجسم بسبب سوء الهضم حيث يعاني المرضى من الإمساك

وكقاعدة عامة، ينخفض وزن الجسم بشكل كبير في حالات الهوس الحاد، بينما يزيد وزن الجسم في حالات الهوس الخفيف، مثال على مسار وزن الجسم خلال نوبة من الإثارة الهوسية الشديدة، التي استمرت حوالي ستة أشهر، موضحة في الشكل رقم (11) حتى تم التعافي والشفاء.

شكل رقم (12)

وزن الجسم في حالات الهوس المستمر لفترة طويلة

ومع الهدوء النسبي للمرضي، يزيد الوزن بسرعة مدهشة للغاية، ففي أسبوع واحد قد يزيد الوزن (5) كجم.

يوضح الشكل رقم (12) دورة تمتد لأكثر من عامين. ويلاحظ هنا أن الوزن الأدنى قد تم الوصول إليه بالفعل في حوالي ستة أشه. وعلى الرغم من أن الهياج والإنفعال الهوسي استمر قرابة السنة في

حدته السابقة، إلا أن الوزن كان في زيادة، وفقط في الأسابيع الأخيرة ظل الوزن ثابتًا عندما تطور تقلب غير منتظم بين المزاج الهوسي الخفيف والاكتئابي.

يعطي المنحنى الموضح في الشكل رقم (13) صورة مختلفة بشكل اساسي. فهو لمريض مصاب بالهوس، خرج من المستشفى وقد شفي، وربما كان يعاني من اكتئاب طفيف، بعد العلاج لمدة استمرت عشرة أشهر في المستشفى حيث كان مريضًا قبل ذلك ببضعة أشهر. نلاحظ هنا قبل الارتفاع السريع والكبير للمنحنى تأرجحات صغيرة للوزن، بعضها منتظم إلى حد ما، ومع ذلك تظل أعلى نقاطها أقل بكثير من الارتفاع الذي تم الوصول إليه لاحقًا.

شكل رقم (13)

الحالة العامة

بالتوافق مع التغيُّرات في وزن الجسم، فإن الحالة العامة للمرضى عادة ما تشهد تغيرات مذهلة. ففي فترات الهوس الخفيف يكتسب الجلد الحيوية وتصبح الحركات مرنة ونشطة؛ وينمو الشعر الهزيل من جديد بل ويتجدد لونه. وفي حالات الاكتئاب يصبح الجلد شاحبًا متجعدًا ذابلًا جافًا خشنًا؛ وتصبح العين باهتة؛ ويتوقف نمو الأظافر كما أوضح "فالسيدا"، ويصبح الحيض هزيلًا أو متقطعًا، ويجف إفراز الدموع، ويبدو الإنسان عجوزًا قبل الأوان.

كل هذه التغيُّرات تشير إلى أنه في حالات الهوس الاكتئابي تحدث اضطرابات ملحوظة في التمثيل الغذائي. ولكن نتائج الفحوصات التي أجريت فيما يتعلق بهذه الجزئية حتى الآن لا تزال غير مرضية إلى حد ما.

وجد "منديل" في الهوس انخفاضًا في نسبة معدن الفوسفور في البول، بينما وجد "غيرين" و "آيم" زيادة في إفراز المغنيسيا؛ من ناحية أخرى، لم يكن "سيج" قادرًا على إثبات أي خلل في العملية التمثلية للمعادن، ولقد لاحظ في الاكتئاب ميلًا قويًا لتخزين النيتروجين، والذي يتم إفرازه فجأة بكميات متزايدة. أما الإفراز الداخلي لحمض البوليك يبقى في الحدود الطبيعية لدى مرضى الاكتئاب، بينما يكون منخفضًا لدى المصابين بالهوس. هنا بدا أنه كان هناك حالة من الانهيار والتكسير السريع بشكل غير طبيعي لأجسام البيورين.

وصل "لانج" إلى الرأي بأن زيادة تكوين حمض البوليك قد يُعتبر السبب الأساسي لحالات الاكتئاب. وتمكن "رايمان" من إثبات أنه في حالات الاكتئاب يمكن إنتاج البول السكري. " شولتزه" و "كنور" كانا قادرين أيضًا على إثبات ذلك. كما هو الحال في أشكال أخرى من الأمراض النفسية، ظهر مرض أيضًا في حالات الهوس الاكتئابي ربما كنتيجة للقلق؛ وكذلك في الاكتئاب بنسبة (67%)، وأقل في الحالات المختلطة بنسبة (53%)، وفي الهوس بنسبة (19%). وفي بعض الأحيان يُلاحظ مرض السكري الكاذب (Diabetes Insipidus)؛ وفي المرضى الأكبر سنًا، كنت ألاحظ بشكل متكرر إفراز السكر المستمر. وجد "بيني" أن القوة المختزلة للبول تزداد بشكل عام، خاصة في حالات الهوس، بينما تنخفض في حالات الإثارة الطويلة الأمد.

"ألبيرت" فحص سمية البول ومصل الدم دون أن يحصل على أي نتائج مفيدة. وقد استطاع "بيلكز" أن يثبت في كثير من الأحيان ظهور جميع أنواع المواد الغير طبيعية في البول مثل

الأسيتون، وحمض الدياسيتيك، والإندينداندان، والزلال، والتي عادت إلى الظهور في نوبات نفس المرضى. وقد وجد "توبيرت بيلة" وجود الإندوكان في البول لدى مرضى الهوس وغالبًا ما يكون ذلك قبل يوم أو يومين من نوبة الاستثارة، بينما لاحظ "سيج" اختفاء الإندينكان من البول اختفاءً شبه تام في حالة الاستثارة. ومن ناحية أخرى لاحظ في مريض مكتئب إفرازًا غير عادي من الإندينكان قبل يومين من الانتقال من حالة الإثارة الهوسية السابقة ولم يصاحبه إمساك. كما استطاع "تاونسند" أن يثبت زيادة إفراز الإندوكسيل الذي كان ملحوظًا بشدة في حالات الاكتئاب والذي بدأ يختفي قبل ظهور التحسن النفسي بفترة قصيرة. ويبدو أنه يوجد حالة من الاضطرابات المعوية التي تتكرر في الهوس الاكتئابي. وقد وجد "هانارد" و "سيرجنت" في حالات الاكتئاب وجود الكليسترول بالدم.

صورة الدم Blood - Picture

لم تسفر تحاليل الدم التي أجراها" فيشر" على خمسة من مرضى الهوس عن أي تغير مميز. فقد ازدادت نسبة الهيموجلوبين وعدد كريات الدم الحمراء في كثير من الأحيان، وازداد عدد الكريات البيضاء دائمًا تقريبًا. وربما كان ذلك بسبب الاستثارة المستمرة. ويذكر "دوماس" انخفاضًا في كريات الدم الحمراء في بداية الهوس، وزيادة في بداية الاكتئاب، وهي تغيرات يقال إنها انعكاسًا للنوبات اللاحقة. وقد وجد "ألبرتي" المقاومة الانحلالية لكريات الدم الحمراء في وجود مصل مرضى آخرين أو أفراد عاديين تضعف في الهوس وتتغير في حالات الاكتئاب. ولاحظ "بارهون" و"أوريشي" في كلتا الحالتين من المرض زيادة في كريات الدم البيضاء أحادية النواة.

الدورة الدموية Circulation

غالبًا ما تكون التغيُّرات في سلوك وظائف الدورة الدموية ملفتة للنظر، فتوجد نفخات في القلب، والكسل القلبي، وزيادة الإستثارة وإحتقان القلب والتعرق الشديد، والامراض الجلدية. في المرضى الذين يعانون من الهوس، يكون الوجه غالبًا محمرًا وَقد رَأَيْت مرّة بِسَبَب الصراخ المستمر لمريض انتفاخًا شديدًا وتعرجًا في أوردة الرقبة. وفي حالات الاكتئاب عادة ما يكون لون البشرة شاحبًا وكثيرًا ما تبدو الشفتان مزرقتين بشدة، واليدان والقدمان باردتين أو شاحبتين. وليس من النادر جدًّا أن يلاحظ المرء مؤشرات لظواهر باندو (Basedow's phenomena) وهو تورم ناعم في الغدة الدرقية مع تسارع النبض والرعشة وكثرة التعرق، كما يلاحظ بين الحين والآخر جحوظ العينين أحيانًا.

تتباين التصريحات حول سلوك معدل النبض وضغط الدم. فمن المفترض عادةً أن النبض يتسارع في حالة الهوس ويتأخر في حالة الاكتئاب أما الفحوصات التي قام بها "فيبر" في مستشفانا، فقد أعطت نتائج على العكس من ذلك حيث وجد ارتفاع لمعدل النبض في حالات الاكتئاب، وخاصة في حالات الهوس؛ وفي حالات الهوس الحماسي الحيوي وجدت نتيجة مماثلة، بينما في حالات الهوس الأكثر هدوءًا تبين أن تواتر ضربات القلب كثيرًا ما يكون طبيعيًا بل ومتأخرًا إلى حد ما.

أما عن ضغط الدم فقد وجد الدكتور "بليتش" أن النبض يكون متسارعًا في الهوس، ومتأخرًا في الاكتئاب. أظهرت التجارب التي أجراها "ويبر" في مستشفانا على العكس من ذلك زيادة في معدل النبض في حالات الاكتئاب، خاصة في أولئك الذين يعانون من الإثارة؛ وفي الإثارة الهوسية

النشيطة وُجدت نتيجة مماثلة، بينما في المرضى الهوسيين الأكثر هدوءًا كانت وتيرة ضربات القلب تُظهر غالبًا أنها طبيعية وأحيانًا متأخرة قليلًا.

وجد الدكتور "بيلتش" أن ضغط الدم ينخفض في الهوس، ويرتفع في الاكتئاب، بينما لاحظ "فالتشولي" أنه ينخفض في حالات الاكتئاب ويرتفع فقط في حالة ظهور القلق. في الهوس، نتيجة لسرعة إتساع الأوعية الدموية، يُلاحظ عند كل نبضة قلب موجات نبضية ذات قمة ترتفع بسرعة حادة وتنخفض بشدة مع تمييز واضح للثنائية. في المرضى المكتئبين وبسبب التوتر الشديد، تكون هناك موجات نبض منخفضة وبطيئة مع قمة مرتفعة قليلًا.

ويتسارع النفس في حالات الاستثارة، ويتأخر في حالات الاكتئاب البسيط والذهول؛ وفي القلق الشديد يلاحظ أحيانًا انقطاع التنفس أو التشنج. وقد وجد "فوغت" أن تغيرات التنفس على منحنى جهاز القياس كانت ملحوظة لدى المرضى الهوسيين؛ وفي حالات الاكتئاب الأكثر شدة، كانت هذه التغيُّرات متواجدة بشكل دائم. درجة الحرارة تكون أحيانًا مرتفعة بشكل طبيعي في حالات الإثارة الشديدة، وغالبًا ما تنخفض في حالات الاكتئاب الشديدة.

قد تتوقف الدورة الشهرية في بداية النوبة لفترة من الزمن لدى المرضى المكتئبين، وتعود عند اقتراب الشفاء.

الاضطرابات العصبية

Nervous Disorders

وعادة ما تظهر الاضطرابات العصبية بجميع أنواعها وخاصة عند مرضى الاكتئاب. فبالإضافة إلى الصداع والاضطرابات العصبية المتعددة، يشكو المرضى من التعب والشعور بالضيق والضوضاء في آذانهم والخفقان والرعشة في الظهر وثقل في الأطراف. وكثيرًا ما تزداد ردود الفعل العضلية. وقد وجد "فايلر" ارتفاعًا حادًا في منحنى رد الفعل، وتقصيرًا في زمن رد الفعل، ووجود كبح قوي أثناء انتهاء الفعل المنعكس. في حالات الاكتئاب العميق وفي حالات الجمود (stupor)لوحظ زيادة في وقت رد الفعل. تتوسع حدقة العين، وفقًا لتصريحات "فايلر" ولكن بخلاف ذلك لا تظهر أي انحرافات تستحق الذكر. وبدا لي في كثير من المرضى حساسية خاصة لتأثير الطقس؛ وكانوا يشعرون بانزعاج حيوي لفترة طويلة عند اقتراب العواصف الرعدية.

ومما له أهمية خاصة هو أن لدى مرضانا حالات غير عادية من الاضطرابات، والتي نسميها عادةً هستيرية والتي تنتمي إلى نوبات الإغماء ونوبات الدوار، والتشنجات الهستيرية، بالإضافة إلى التشنجات الكلونية الشبيهة بالرقص، والرعشة النفسية والبكاء التشنجي، والمشي أثناء النوم، وفقدان القدرة على المشي. انخفاض في ردود الفعل البلعومية واضطرابات الإحساس مثل فقدان الإحساس بالألم، والتشنجات. العديد من حالات الهذيان المتزامنة مع تدهور الوعي تبدو وكأن لها طابع هستيري كما أكد "إيمبودن". مريضة أصبحت هوسية بعد وفاة خطيبها فتجولت بلا هدف لبضعة أيام بحثًا عن "توني" الميت ولم يكن لديها سوى ذكريات ضبابية جدًّا عن هذه الرحلة. ذكرت مريضة أنها تعرضت لتجربة غريبة ولكنها لم تستطع الجزم إذا كانت حقيقة أم حلمًا. وعلى الرغم من المعلومات غير الكاملة التي كانت متاحة حول هذه الأعراض المرضية، فقد ثبتت وجود نسبة تتراوح بين 13-14% لدى الرجال، وحوالي نسبة 22% لدى النساء.

كما لوحظ في حالات قليلة أيضًا نوبات صرع وقد لاحظنا بعضها بأنفسنا. وأخيرًا ظهرت الاضطرابات العضوية بين الحين والآخر خاصة بين الرجال وفي سن متقدم، نوبات صرع مع أو بدون شلل لاحق، وفقدان وقتي للقدرة على الكلام، وتصلب الشرايين.

الفصل الرابع

الحالات الهوسية

إن عرض الحالات السريرية الفردية التي يظهر فيها عادةً اضطراب الهوس الاكتئابي يجب أن يبدأ أولًا بالتناقضات الواضحة بين نوبات الهوس والاكتئاب. وكذلك الحالات المختلطة والتي تصنف كصيغة ثالثة والتي تتكون من حالات تبدو متعارضة مع بعضها البعض. وأخيرًا، يجب أن نأخذ بعين الاعتبار التغيُّرات غير الواضحة في الحياة النفسية التي تستمر بين النوبات الملحوظة، وهي تغيرات يظهر فيها الأساس النفسي للهوس الاكتئابي. ومع ذلك، يجب التأكيد على أن تحديد الحالات السريرية الفردية للمرض هو في كثير من النواحي عشوائي وتعسفي تمامًا. إن الملاحظة لا تكشف فقط عن حدوث انتقالات تدريجية بين جميع الحالات المختلفة، بل إنها تُظهر أيضًا أنه في أقصر فترة زمنية قد تمر نفس الحالة المرضية بتحولات متعددة. وبناءً على ذلك يمكن اعتبار تلك الطريقة محاولة لترتيب المعلومات التي جمعتها التجربة بشكل عام بدرجة من الوضوح.

الهوس الخفيف Hypomania

وعادةً ما يطلق على أخف حالات الإثارة الهوسية "الهوس الخفيف" أو الهوس المعتدل (mania sine deliria). وهو مصطلح غير دقيق. أشار الفرنسيون إلى هذا النوع بمصطلح الجنون العقلاني (Folie raisonnante)، وهو جنون لا يصاحبه اضطراب في الإدراك العقلي حيث أن حواس وقوة الإدراك وذاكرة المرضى تبدو غير مضطربة. وغالبًا ما يزداد النشاط النفسي والتنقل في الانتباه مما يجعل المرضى يظهرون أكثر قدرة من ذي قبل لأنها تمكن المريض من تكوين ملاحظات وخيالات بارعة ومقارنات وإن كانت عادة لا تكون صحيحة جدًّا عند فحصها بدقة أكثر.

وعلى وجه الخصوص، فإن القدرة على إدراك الأحداث البعيدة تفاجئ المستمع في كثير من الأحيان، لأنها تمكّن المريض من إضافة تعليقات بارعة وخيالات، ولعب بالكلمات، ومقارنات مدهشة، رغم أنها عادةً ما تكون غير مقنعة عند فحصها بمزيد من الدقة لأنها من نتاج الخيال. كما أن المريض ينقاد بسهولة في رواياته إلى المبالغات والتشويهات التي تنشأ من الإدراك الخاطئ. ويتباهى المريض بمعارفه الأرستقراطية، وباحتمالات زواجه ويقدم نفسه على أنه كونت و"طبيب بسبب خدماته للدولة"، ويريد "أن يمتلك كل ما هو رائع". فيتحدث عن الميراث الذي قد يتوقعه. روت مريضة أن معجزة حدثت عند ولادتها وأن لها مواهب خارقة للطبيعة. وبكلمات بليغة، يتباهى المريض بأدائه وقدراته ويرغب في فهم كل شيء أفضل فهم، ويسخر من أعمال الآخرين بازدراء أرستقراطي، ويرغب في الحصول على تقدير خاص لشخصه، فهو "شاعر وخطيب ومهرج ورجل أعمال ممتاز"، وهو أيضًا "زميل مرح"؛ وهو يستطيع أن يحل محل كثير من الأساتذة المحترفين

أو الدبلوماسيين. كما أعلن أحد المرضى الذي كان متهمًا بالتسول، بفخر "الشحاذ هو الملك الحقيقي".

البصيرة Insight

بوجه عام، لا يمكن للمريض أن يدرك طبيعة حالته الحقيقية، حتى عند تذكيره بنوبات سابقة قد يكون قد كوّن حولها رأيًا دقيقًا أثناء فترات الاكتئاب. بل على العكس، يشعر بأنه أكثر صحة وكفاءة من أي وقت مضى، ويدّعي امتلاك "طاقة هائلة للعمل" و"مزاجًا مرحًا للغاية".

يرى المريض أن تقييد حريته مجرد مزحة سيئة أو ظلم لا يغتفر، ويعتقد أن ذلك ناتج عن تصرفات منحرفة من أقاربه أو أعدائه. فيتصاعد غضبه ويهدد باتخاذ إجراءات قانونية لمعاقبتهم. ويؤمن المريض أن الآخرين، وليس هو، هم من يعانون من اضطراب عقلي، لأنهم لم يدركوا تفوقه الفكري ومواهبه، أو لأنهم استفزوه وحاولوا إثارته بأساليب مستفزة.

المزاج غالبًا ما يكون مفعمًا بالبهجة والسرور، متأثرًا بالشعور بزيادة القدرة على العمل. المريض في مزاج جيد، واثق من النجاح، "شجاع"، يشعر بالسعادة والمرح، وغالبًا ما يكون ذلك بشكل مفرط، يستيقظ كل صباح "في مزاج ممتاز". يرى نفسه محاطًا بأشخاص لطيفين وأرستقراطيين، ويجد رضا تامًا في الاستمتاع بالصداقة والفن والإنسانية؛ سيجعل الجميع سعداء.

في الغالب، يتطور مزاج مفعم بالحيوية وغير مقيد يميل إلى المزاح والنظر إلى كل شيء من الجانب الفكاهي، والسخرية من نفسه ومن الآخرين. أحد المرضى وصف نفسه بأنه "أحمق من سلالة نقية"، آخر قال إنه "شاعر، راعي بقر، مؤلف، حداد، معلم، رئيس". وغالبًا ما توجد حساسية عاطفية كبيرة لدى المرضي. أوقات أخرى غير متسامح متعجرفًا، غير مبالٍ، وقحًا وحتى خشنًا عندما يواجه معارضة لرغباته وميوله. وفي حالة غضبه الشديد يضرب زوجته وأولاده، ويهدد بتحطيم كل شيء إلى أشلاء ويهجم على كل شيء ويضرم النار في البيت، ويسب أقاربه بأعنف الألفاظ، وخاصة عندما يكون تحت تأثير الخمر. ويفقد المريض اتزانه الداخلي، وينقاد كليًا للإنفعالات، وبناءً على ذلك فإن تصرفاته غالبًا ما تحمل طابع الاندفاع وعدم التروي.

زيادة الانشغال هي السمة الأكثر لفتًا للانتباه. فالمريض يشعر بالحاجة إلى أن يكون له دور في الحياة. وبما أنه لا يتعب، فإن نشاطه يتواصل ليلًا ونهارًا؛ ويصبح العمل سهلًا جدًا بالنسبة له؛ وتإسترسال الأفكار إليه بسهولة وسرعة. فهو لا يستطيع البقاء طويلًا في الفراش؛ وفي الصباح الباكر بل في الساعة الرابعة صباحًا يستيقظ، وينظف الغرف، وينهي الأعمال المتأخرة، ويقوم بنزهات صباحية ورحلات. ويكتب رسائل طويلة كثيرة وبمذكرات يومية، ويكثر من الموسيقى والتأليف.

ويؤدي ضغط نشاط إلى أن يغير المريض في أثاثه، ويزور معارفه البعيدين. يفكر في السياسة والملاحة الجوية وشؤون المرأة والشؤون العامة. ويدخل المريض في ارتباطات عديدة، ويسدد كل ديونه دون أن يكون ذلك ضروريًا، ويقدم الهدايا الرائعة. يطبع 16000 بطاقة بريدية مصورة لقريته الصغيرة، ويحاول أن يتبنى صبيًا زنجيًا من الكاميرون. ويعرض عرضًا مفاجئًا للبوليس بأن يحضر في الحال مجرمًا سياسيًا كان مطلوبًا منذ زمن طويل.

ثم، يتغير الوضع، فلم يعد لدى المريض أي مثابرة، يترك ما بدأه نصف مكتمل، مهمل وغير مبالٍ في تنفيذ أي شيء، يفعل فقط ما يحبه، ويتجاهل واجباته الحقيقية. مريض قضى كل وقته في التخطيط للزواج، وقراءة الصحف، "هو مشغول للغاية". فجأة، يقوم المريض برحلات غير ضرورية، ويتجول، ويقود السيارة، ويرهن ساعته، ويستعير المال، ويقوم بشراء مشتريات حتى عندما لا يكون لديه قرش واحد في جيبه، لأن كل شيء جديد يحفز رغبته. حتى السرقة والاحتيال تُرتكب في هذا الشغف المرضى بالامتلاك. طالب المريض ذات مرة بزيادة في الراتب، وفي نفس الوقت هدد بإطلاق إنذار إلى رجال الإطفاء لجذب انتباه الناس إلى حالته.

السلوك الخارجي

External Behavior

ويلاحظ على المريض أن لديه وعيًا ذاتيًا مبالغًا فيه، وشغفًا بالتقدم إلى الأمام، وكذلك الاضطراب وتغير المزاج. فيرتدي المريض ملابس مخالفة لسلوكه المعتاد وفقًا لأحدث صيحات الموضة ويلبس قبعة، ويستخدم العطر بكثرة. وقد صففت إحدى المريضات شعرها إحدى عشرة مرة على التوالي. والمريض يدخل في كل مكان، يشارك في الحفلات الصاخبة، ويقرأ في الأماكن العامة، ويشترك في مجموعات كبيرة ويحاول أن يلفت الأنظار إليه، ويحاول أن يترك انطباعًا عن نفسه.

يطلق المرضى نكات غير محتشمة أمام السيدات ويتحدثون أحاديث بها تبجح، ويتصرفون بطيش مع الغرباء أو مع رؤسائهم، ويصادقون الناس. ونتيجة لسرعة انفعالهم وعصبيتهم كثيرًا ما يدخلوا في نزاع مع من حولهم. وكثير من المرضى يتورطون في دعاوى قضائية. وعادة ما يصبح الميل إلى الفساد قاتلًا للمريض فيبدأ بالسكر المتكرر، والمقامرة والسهر ليلًا والتردد على الحانات والإفراط في التدخين والإفراط في تناول الطعام. وعندما تكثر حالات الاستثارة هذه، وتكون قصيرة المدة، قد تنشأ صورة شبيهة جدًّا بالديبسومانيا أو الشرب المفرط.

تجربة الإثارة الجنسية تشهد زيادة كبيرة عند المرضى. فقد بدأ رب أسرة مسن متقاعد، كان يعيش حياة عادية جدًّا في شرب الشمبانيا مع فتيات السيرك. وبدأت النساء يلبسن ثيابًا ملفتة للنظر، ويضعن شعرًا مستعارًا، ويتزيّن بأناقة، ويتحدثن أحاديث ملتبسة، ويذهبن إلى الحفلات الراقصة ويتصرفن بابتذال ويدخلن في علاقات غرامية بلا مبالاة، ويقرأن روايات غير لائقة.

فتاة شابة رهنت ملابسها من أجل شراء فستان فاخر والذهاب إلى حفلة راقصة مع رجل غريب عنها. وكانت مريضة أخرى عندما تكون في هذه الحالة تتقدم دائمًا بعروض للزواج حيث أن في كل نوبة من نوبات الهوس تهيج عندها عاطفة عنيفة تجاه أي رجل في محيطها. وبدأت أخرى في كتابة أبيات منمقة عن معلمها. وضايقت فتاة قائدًا في الجيش برسائل حب عديدة موقعة بتوقيع "خطيبتك"، وحاولت بكل الطرق أن تفرض نفسها عليه بالقوة. تنشأ بطبيعة الحال مشاجرات زوجية خطيرة بسبب تلك الحالة المرضية.

الهوس الحاد Acute Mania

تؤدي التحولات غير المحسوسة لأشكال الهوس الخفيفة تدريجيًا إلى الحالة المرضية للهوس الفعلي الحاد. وبداية المرض تكون دائمًا مفاجئة إلى حد ما؛ وفي أغلب الأحيان يكون الصداع والتعب وقلة الشغف في العمل أو الانشغال الشديد والأرق تسبق أعراض المرض ببضعة أيام أو أسابيع ليتحول الهوس من خفيف إلى حاد. وسرعان ما يصبح المرضى مضطربين لا يهدأ لهم بال، ويصبحون منقطعين في حديثهم، ويرتكبون كل أنواع الأفعال الغريبة.

فهم يخرجون من المنزل مرتدين قمصصًا، ويقضون الليل في حقل ذرة، ويهبون ممتلكاتهم، ويزعجون الناس بالصراخ والغناء في الشارع، ويضعون الصابون والصودا في الطعام، ويحاولون الدخول عنوة إلى البيوت، ويرمون الأشياء من النوافذ. قفزت إحدى المريضات في مرة إلى عربة أحد الأمراء على سبيل المزاح. وقرعت أخرى جرس الصيدلاني ليلًا، إذ زعمت أنها قد تسممت. وذهبت ثالثة إلى الطبيب وهي ترتدي ثيابًا غير لائقة.

ولذلك، كقاعدة عامة، يجب إحضار المرضى إلى مصحة نفسية في غضون أيام قليلة. وهنا يبدون كعقلاء ولكنهم مشتتون بشكل غير عادي في الإدراك وتسلسل الأفكار. وأحيانًا يستحيل تمامًا التواصل معهم؛ غير أنهم كقاعدة عامة يفهمون الكلام ويعطون ردودًا مناسبة، ولكنهم يتأثرون بكل انطباع جديد؛ فهم يستطردون ويسترسلون في تفاصيل لا نهاية لها.

الأوهام Delusions

عادةً ما يتم التعبير عن الأوهام الهاربة بطريقة بها مزاحًا. فيؤكد المريض أنه ينحدر من عائلة نبيلة، وأنه رجل نبيل؛ ويدعو نفسه بالعبقري، والإمبراطور ويليام، وإمبراطور روسيا وأنه يستطيع طرد الشيطان.

أحيانًا يروي المرضى قصص من الخيال. أصرت مريضة على أنها تعرضت للاعتداء والإساءة، لكنها قالت بعد ذلك إنها لا تستطيع أن تقسم أنه لم يكن حلمًا. العديد من المرضى لديهم شعور مريض معين، وأحيانًا يسخرون من الأفكار التي يطرحونها. يقومون أيضًا بطرح أفكار وأماني وخطط عظيمة، فيتمنى المريض أن يخترع شيئًا، أو أن يشتري بيتًا، أو أن يتزوج ابنة أستاذ بمهر كبير، أو أن يذهب إلى الجامعة؛ وقد سبق له أن حصل على شهادة الدكتوراه. يأمل أن يغطى صدره بالكامل بالأوسمة، يتمنى أن يعالج المرضى بالتنويم المغناطيسي، وأن يرى الجميع يذهبون إلى الجنة، وأن يتم إصلاح قانون العقوبات وفقًا للمبادئ الدينية. وترغب إحدى المريضات في شراء دراجة هوائية مزينة بالزنابق؛ ويطلب آخرون أقراطًا من الماس، وملابس باهظ الثمن.

ويلاحظ المرء الندم الذي يظهر لدى المرضى بعد حالة عنيفة من الانفعال يتم تحويله في الصفحة الثانية بواسطة الانقطاع الناتج عن قلب الصفحة إلى دائرة أخرى من الأفكار الاكتئابية. قد يصل الأمر عند أتفه الإساءات إلى نوبات من الغضب الشديد، وإلى موجات هياج وغضب بالصراخ، والتهديدات بإطلاق النار والطعن والقيام باعتداءات فعلية. الإناث لديهن ميل أكبر بكثير لمثل هذه الانفجارات مقارنة بالذكور. وتجد الإناث الإثارة الجنسية مخرجًا لها في الحديث الفاحش والاقتراب من المرضى الشباب عنوة؛ والتزين، واستعمال الألفاظ البذيئة والخادشة للحياء، وكذلك في الافتراء الجنسي على طاقم التمريض.

الهوس الوهمي

Delusional Mania

إن التوهمات والهلوسات، التي تكون في الحالات المرضية المذكورة حتى الآن هاربة أو مجردة، تكتسب في سلسلة من الحالات تفصيلًا يستدعي إلى الأذهان نوبات جنون العظمة. ويبدو للمريض أن ما يحيط به قد تغير؛ فيرى الرسل، والقيصر، والأرواح، ومريم العذراء. التماثيل تحييه بالإيماء؛ القمر يسقط من السماء؛ أبواق يوم القيامة تدوي، يَتَكَلَّمُ مَعَ اللهِ وَالأَرْوَاحِ. هناك أصوات في أذنيه، صرير الأرض، وصوت الأجراس يأخذ شكل كلمات. يتواصل المريض تخاطريًا مع خطيبته الأرستقراطية، ويشعر بالتيار الكهربائي في الجدران، ويشعر بنفسه منومًا مغناطيسيًا؛ ويحدث انتقال للأفكار.

إن الأوهام، التي تظهر على الفور، تتحرك في كثير من الأحيان على أرض دينية. فالمريض يتوهم أنه نبي، لم يعد خاطئًا، هو شيء خارق للطبيعة؛ عليه أن يتمم مهمة إلهية، يخفي روح العالم في نفسه، ينوي الصعود إلى السماء، يمتلك سلطة سرية على الناس المتألمين عقليًا. سيكشف للعالم أمورًا عظيمة، يعطي الأوامر بحسب الإرادة الإلهية. مرضى آخرون ينحدرون من عائلات ملكية، هم أمراء، أباطرة ألمان ونمساويون، أصحاب السمو الملكي، مقدر لهم حياة أعلى؛ يمتلكون الملايين، سيتزوجون أميرة، أرملة غنية. لقد ماتوا بالفعل ألف مرة، ويعودون دائمًا، يمكنهم ممارسة السحر، يمكنهم مساعدة الناس بالدعاء، يمكنهم جعل أنفسهم غير مرئيين. كان أحد المرضى يشعر أنه سيحصل على المال من مكان ما؛ وأعلن مريض ثاني أنه كان محققًا خاصًّا؛ وقال مريض ثالث إنه سيكون أشهر رجل في أوروبا؛ وذكر مريض رابع أنه وجد امرأة بطول 193 سم وسيحصل عليها مقابل 40،000 مارك. المرضى الإناث يتفاخرن بأنهن من عائلات ملكية، وأنهن ملكات، وأنهن يمتلكن صوتًا جميلًا، وأنهن سيضعن التاج الإمبراطوري على أزواجهن. أعلنت مريضة أنها كانت الأميرة النائمة وأنها الآن تنتظر الأمير.

غالبًا ما يروي المرضى جميع أنواع الرحلات والمغامرات، والتجارب السرية؛ لقد واجهوا رجالًا قاموا بالاعتداءات؛ وتم استقبالهم في العاصمة بالتكريم.

وعلي صعيد أخر من التوهومات، يشكو العديد من المرضى من الاضطهادات، فقد تعرضوا لسوء المعاملة وتم ضربهم بالأيدي من 130 إلى 150 مرة؛ كما تم إطلاق النار عليهم وضربهم بالعصي. يمتلكون الملايين، وكؤوسًا من الألماس، ويحصلون على تيجان ذهبية، أنشأوا جبالًا، وبنوا مدنًا كاملة. كتب مريض أنه سيقدم لخطيبته حياة لم تعشها أي أميرة في العالم، "في ميونيخ سأبني لنفسي قلعة ميراناري، وفي فيلدافينغ قلعة الملك ماكس، سأجعل ميونيخ أجمل مدينة في العالم، لقد صممت بالفعل ثلاثمائة مبنى رائع، الأجمل في العالم. سأقوم ببناء السكك الحديدية وسأحقق الملايين من خلال ذلك".

تنتج هذه الأوهام من قبل المرضى بطريقة مسرحية. غالبًا ما تظهر نفس الأفكار مرة أخرى في الهجمات اللاحقة حيث يبدو أن تركيز المرضى يكون قليلًا. إنهم يدركون بشكل غير كامل، وليس لديهم فهم كامل لما يحدث في محيطهم، وليسوا واضحين بشأن الترابطات الزمنية، وربما يرتكبون أيضًا أخطاء بشأن الأفراد. غالبًا ما تضلل الهلوسات والأوهام الحكم على حالتهم المرضية. مزاجهم

مبهج، واعٍي بذاته، وبصير؛ المريض قد يبكي من السعادة لكن في بعض الأحيان يكون المرضى متظاهرين ومتعالين ومسيئين في جميع النواحي أو ينفجرون فجأة في بكاء عاطفي.

الإثارة ليست عادة شديدة للغاية. قد يبدو المرضى في سلوكهم منظمين بشكل جيد لكنهم يظهرون بعض القلق، ويتدخلون في كل شيء، ويغنون، ويوعظون، ويتسببون في الأذى. إنهم يريدون شراء المنازل، وتوزيع أموالهم "على الأطفال المنكوبين"، وإلقاء الخطب من قطار السكة الحديدية. مريض أعلن الحرب على فرنسا؛ ويقوم آخرون بمحاولات لعلاج زملائهم المرضى، ويمارسون السحر عليهم.

الهوس الهذياني

Delirious Mania

مجموعة أخري من الحالات المرضية هي حالة الهوس الهذياني. هذه الحالة مصحوبة بضبابية في الوعي، وهلاوس وأوهام استثنائية ومشوشة. قبيل أن تنتاب المريض الحالة يبدأ الأرق، أو القلق، أو المزاج العصبي الذي قد يكون واضحًا قبل يوم أو يومين، وأحيانًا قبل بضعة أسابيع. الوعي يصبح مشوشًا؛ ويصبح المرضى مذهولين، مرتبكين، مذهولين تمامًا، ويفقدون تمامًا الإحساس بالزمان والمكان. كل شيء يبدو لهم مختلفًا؛ يظنون أنهم في الجنة؛ زملاؤهم في المرض هم من الأقارب المقربين؛ الطبيب هو صاحب السمو الملكي، مريضة كانت في العديد من النوبات المماثلة تتخيل دائمًا أنها محاطة بشخصيات تاريخية مشهورة، لويس الرابع عشر، قيصر، إليزابيث، كانت تسمي ذلك "وهمها التاريخي".

في نفس الوقت، تظهر العديد من الهلوسات فهناك شيء يحترق؛ الطيور تطير في الهواء؛ الملائكة تظهر؛ الأرواح تلقي الثعابين في وجه المريض؛ الظلال تأتي وتذهب على الجدران. يرى المريض السماء مفتوحة، مليئة بالجمال والفيلة؛ الشيطان قد اتخذ شكل السيدة العذراء. يُسمع رنين الأجراس، وإطلاق النار، واندفاع المياه. لوسيفر يتحدث يعلن له عن ميعاد يوم القيامة، المريض يجري حوارات مع أشخاص غائبين، ويتلقى وحيًا؛ أفكاره تنتقل من صوت إلى آخر. القهوة رائحتها كجثث الموتى، ويداه كأنهما متعفنتان؛ في البيت رائحة احتراق، الطعام طعمه لحم الماعز أو لحم البشر، والماء رائحته كبريت.

يعتقد المرضى أنهم يُرفعون ويُلقون في هاوية؛ يسبحون مع الملوك في المحيط.

في نفس الوقت، تتطور أوهام حالمة وغير متماسكة. مصيبة رهيبة قادمة فجأة؛ يشعر المريض بالشيطان في صدره، وقد تشاجر معه، حيث يجب أن يموت، ويخوض صراعات رهيبة؛ ضائع، ملعون، متعفن، وحيد تمامًا في العالم. كل شيء قد دُمِّر؛ جميع أقاربه قد ماتوا. لقد فاز بالجائزة الأولى في اليانصيب، وأُعلن إمبراطورًا، وهو البطل الموعود الذي سيخلص العالم، ويرغب في الذهاب مع أطفاله إلى الجنة. .

المزاج مع هذا الهذيان يتغير كثيرًا، أحيانًا يكون يائسًا ("أفكار الموت")، خجولًا وباكيًا، مشتتًا، وأحيانًا يكون مبهجًا بلا حدود، وأحيانًا يكون سريع الانفعال أو غير متعاطف وغير مبالٍ. في البداية، يظهر المرضى غالبًا علامات الهياج الجنوني بلا معنى، يرقصون، يؤدون حركات غريبة،

يهزون رؤوسهم، يكونون مدمّرين، يقومون بمحاولات انتحار متهورة، يخلعون ملابسهم. تم العثور على مريض عارٍ تمامًا في حديقة عامة. آخر ركض نصف عارٍ في الممر ثم إلى الشارع.

المرضى لا يهتمون على الإطلاق بمحيطهم؛ لا يستمعون، لا يقدمون أي معلومات، لا يطيعون أي أوامر، يقاومون، ويضربون. تتناوب ألفاظهم اللغوية بين أصوات غير مفهومة وبين الصلاة، الشتائم، التوسل، التلعثم، الحديث المتقطع، حيث يتم التعرف على الارتباطات الصوتية والقوافي التي لا معنى لها بواسطة الانطباعات الخارجية والعبارات الفردية.

مرضى آخرون يظهرون قلقًا، يهمسون لانفسهم بأفكارهم، وعندما تتم مخاطبتهم ينظرون إلى الأعلى بدهشة وبدون فهم، يطيعون الطلبات البسيطة، يعطون إجابات غير منطقية، يبتسمون، يبكون، يتعلقون بالناس، ويبدأون فجأة في غناء أغنية أو الصراخ.

يصبح المرضى في بعض الأحيان هادئين تمامًا، لكن في البداية لا يكونون واضحين؛ يظلون غير قادرين على التفكير ومشوشين.

ثم يشتكون أنهم لا يستطيعون جمع أفكارهم، وأنهم ليسوا في كامل قواهم العقلية، وأن كل شيء مختلط، وأن لديهم الكثير من الأفكار في رؤوسهم. غالبًا ما يمكن ملاحظة التغير المتكرر بين الإثارة والذهول. أن اختفاء الظواهر المرضية يحدث أحيانًا بشكل مفاجئ، ولكن في كثير من الأحيان بشكل تدريجي. غالبًا ما تبقى الأوهام لفترة من الوقت أو بقايا منها، وخاصة تقلبات المزاج بعد أن تختفي الإثارة والارتباك. المرضى في البداية لا يزالون غير واثقين، بلا بصيرة، غير راضين، سريعو الانفعال؛ يسهل عليهم الانزلاق إلى أفكار طائشة. قليلًا قليلًا تختفي الأعراض المرضية الأخيرة. استرجاع الوقت قبل حالة الهذيان يكون ضبابيًا إلى حد كبير؛ وغالبًا ما يوجد فقدان ذاكرة شبه كامل.

مسار هجمات الهوس متغير للغاية. البداية تكون دائمًا فترة من المزاج القلق أو الحزين، إما اكتئاب ملحوظ يستمر لعدة أشهر أو حتى سنوات، أو مرحلة هادئة لبضعة أيام أو أسابيع. يبدأ الهوس فجأة، مريض شديد الهوس أصيب فجأة بجنون العظمة في المقبرة أثناء تشييع جنازة ابنته دون أن يلاحظ عليه أي تغيير قبل ذلك. عادةً ما يتم الوصول إلى ذروة الظواهر المرضية بسرعة كبيرة وأحيانًا في غضون بضعة أيام. قد تقترب الحالة بسرعة من الوضع الطبيعي، على الرغم من أن ذلك يحدث تقريبًا فقط في أشكال الهذيان، وأقل بكثير في الهوس الخفيف. كقاعدة عامة، يتم الحفاظ على الإثارة الهوسية لفترة طويلة تقريبًا على الرغم من أنها تأتي مع تقلبات متعددة. غالبًا ما تكون هناك فترات متداخلة من الكآبة الحزينة وحتى الذهول العابر، وهي ظاهرة تفتح الطريق لفهم الأشكال المختلطة التي سيتم مناقشتها لاحقًا. الهدوء النهائي يظهر عادةً بشكل تدريجي جدًّا بعد فترة طويلة نسبيًا من المرض، بينما يصبح التحسن في الحالة أكثر وضوحًا بشكل متزايد.

يصبح المرضى أكثر وضوحًا بشأن محيطهم، وأكثر انفتاحًا وأكثر انتباهًا، لكنهم لا يزالون يسقطون بسهولة في الأفكار السابقة. حتى عندما تكون الاضطرابات الأكثر عنفًا قد انتهت بالفعل. قد تحدث انفجارات من الغضب الشديد في مواقف تافهة حتى بعد فترة طويلة من الهدوء التام وخاصة في الهجمات اللاحقة الطويلة. غالبًا ما يُلاحظ أيضًا أن الحماس الهوسي يشتعل مرة أخرى إذا وقع المرضى في ظروف غير مواتية أو بدأوا في الشرب.

مدة النشوة الهوسية تخضع أيضًا لتقلبات كبيرة. بينما تستمر الهجمات أحيانًا لمدة بضعة أسابيع أو حتى بضعة أيام، فإن الغالبية العظمى لمدة المرض تمتد إلى عدة أشهر. النوبات التي تستمر لمدة عامين أو ثلاثة أعوام شائعة جدًا؛ الحالات المعزولة قد تستمر لفترة أطول بكثير، لعشر سنوات وأكثر. خاصة الحالات التي تتضمن الأوهام والإثارة المعتدلة، والتي تتهيج فقط من حين لآخر. كما أنه في نوبات الهوس الخفيف، يتعين على المرء غالبًا أن يأخذ في الاعتبار مدة طويلة نسبيًا كما أشرت سابقًا.

غالبًا ما يظهر بعد اختفاء الهياج الهوسي حالة من الضعف والاكتئاب أكثر أو أقل وضوحًا، والتي تُعتبر إرهاقًا بعد المرض الشديد؛ ومع ذلك، فهي في الواقع مجرد انتقال إلى حالة الاكتئاب بسبب المرض. المرضى عرضة للإرهاق فهم غير قادرين على أي جهد عقلي أو جسدي، يتحدثون قليلًا، مترددين؛ يلومون أنفسهم على أفعالهم الهوسية، ويشعرون بالقلق بشأن مستقبلهم. هذه الاضطرابات عادة ما تختفي تدريجيًا مع الزيادة في وزن المرضي.

الفصل الخامس

حالات الاكتئاب

الاكتئاب البسيط

Melancholia Simplex

تتميز حالات الاكتئاب البسيط بتواجد الكبح النفسي للأفعال والأفكار والانفعالات بدون تأثير الهلوسة أو الأوهام الملحوظة. فيكون التفكير صعبًا على المريض، فهو لا يستطيع أن يجمع أفكاره أو أن يستجمع أفكاره ولا أن يستجمع نفسه؛ فيصبح تفكيره كما لو كان مشلولًا، جامدًا بلا حراك. ويشعر المريض بأن رأسه ثقيل، غبي تمامًا، كل شيء مشوش. لم يعد قادرًا على الإدراك، أو على متابعة تسلسل الأفكار في كتاب أو محادثة، يشعر بالإرهاق والإعياء وعدم الانتباه والفراغ الداخلي؛ لا ذاكرة له، لم يعد يتحكم أو يتذكر المعلومات التي يعرفها في السابق، يجب أن يفكر طويلًا في أشياء بسيطة، يحسب حسابًا خاطئًا، يقول أشياء متناقضة، لا يعرف كيف يعبر عما يريد قوله بالكلمات، لا يستطيع تركيب الجمل بشكل صحيح. وفي نفس الوقت تسمع شكاوى من أن المريض يجب أن يتأمل كثيرًا، وأن أفكارًا جديدة تأتيه دائمًا، وأن لديه الكثير من الأفكار في رأسه، وأنه لا يجد راحة وأنه مشوش.

وكثيرًا ما يصف المرضى هذا التغير في حالتهم الداخلية، وهو ما يسمى عادةً "بفقدان الشخصية". تبدو انطباعات العالم الخارجي عندهم غريبة، كما لو كانوا بعيدين عن العالم، ولا يتجاوبون مع ما يحدث في محيطهم؛ ويشعرون بأن أجسامهم غريبة عنهم وأن ملامحهم متغيرة عن المرآة ويبدو صوتهم ثقيلًا. التفكير والعمل يستمران بدون تعاون المريض؛ فيبدون كأنهم آلة، وقد أشار "هايلبرونر" إلى أن "جوته" قد وصف اضطرابات مماثلة في رواية "فيرتر" عندما قال "تبدو قدرة الإنسان مكبلة ومتحجرة كالصور الصغيرة الملونة، وكل ما فيها من بهجة لا يستطيع أن ينشر السعادة، "أقف بكل فضول أشاهد، فأرى أمامي رجالًا صغارًا وخيولًا صغيرة تتحرك، وكثيرًا

ما أسأل نفسي هل هذا خداعًا بصريًا؟ إنني ألعب معهم، أو بالأحرى أتلاعب بهم كما لو كنت ألعب بهم كدمية متحركة، وأحيانًا أمسك جاري من يده الخشبية وأعود إلى الوراء مرتجفًا".

تسيطر الكآبة الداخلية العميقة على المزاج العام وأيضًا اليأس الشديد، وأحيانًا أخرى قلق واضطراب. يكون قلب المريض ثقيلًا وحزينًا. لا شيء يمكن أن يثير اهتمامه بشكل دائم، ولا شيء يجعله سعيدًا. لم يعد لديه أي روح دعابة أو أي شعور ديني. أصبح غير راضٍ عن نفسه وغير مبالٍ بأقاربه وبكل ما كان يحبه في السابق. تنشأ لديه أفكار كئيبة فيشعر أن لا قيمة له وأنه لا يساوي شيئًا، لا جسديًا ولا عقليًا، لم يعد له فائدة ويبدو لنفسه كالقاتل.

حياته كانت خطأً فادحًا، هو غير مناسب لوظيفته، يريد أن يمتهن مهن جديدة، كان يجب أن ينظم حياته بشكل مختلف، كان يجب أن يجمع شتات نفسه أكثر.

يشعر بالوحدة والتعاسة كـ "مخلوق محروم من السعادة. إنه متشكك في وجود الله، ليس لديه أمل ويجرجر نفسه بصعوبة من يوم إلى آخر. كل شيء أصبح غير مريح له؛ كل شيء يبعث على الملل لديه. أصدقاؤه، الموسيقى، السفر، عمله. في كل مكان يرى فقط الجانب المظلم والصعوبات التي أمامه؛ الناس من حوله ليسوا طيبين بل أنانيين؛ يعاني من خيبات أمل واحدة تلو الأخري. تبدو الحياة لديه بلا هدف، ويعتقد أنه عبء على هذا العالم، فيفكر في الإنتحار دون أن يعرف لماذا. يشعر وكأن شيئًا قد انكسر بداخله ويخشى أن يصبح مجنونًا، مريضًا عقليًا، مشلولًا، ويرى أن النهاية تقترب. وآخرون ينتابهم انطباع كما لو أن شيئًا رهيبًا قد حدث، شيء ما يتصاعد في صدورهم، كل شيء يرتجف بداخلهم، وليس لديهم أمل في أي شيء.

الذهول Stupor

في أشد المراحل قد يتطور التثبيط النفسي المشار إليه إلى التطور إلى حالة الذهول. ويكون المرضى في حالة لا مبالاة شديدة، ولا يعودون قادرين على إدراك انطباعات من حولهم واستيعابها، ولا يفهمون الأسئلة، ولا يكون لديهم أي فهم عن وضعهم. إحدى المريضات التي أُجبرت على ترك سريرها والذهاب إلى السرير المجاور، قالت "هذا معقد جدًّا بالنسبة لي". وفي بعض الأحيان، يمكن التعرف على أن تثبيط الفكر لدى المرضى يكون أقل من الاضطراب الإرادي. كان المريض قادرًا على إعطاء نتيجة لمشاكل حسابية معقدة في نفس الوقت، الذي قد تستغرق عملية الجمع البسيط وقتًا أطول بكثير. وأحيانًا تحتوي أقوال المرضى على دلائل على أفكار مشوشة وهمية، وفي تعبيرات المرضى المندهشة يمكن ملاحظة عجزهم عن الإدراك وكذلك شعورهم بالقلق وانعدام الأمان عند محاولة أي شيء.

البصيرة Insight

الإحساس والتوجه يظلان محفوظين تمامًا على الرغم من الصعوبات الكبيرة في الإدراك والتفكير. بشكل عام، يظهر شعور مرضي واضح جدًّا لدى المرضى، وأحيانًا حتى إدراك جزئي لحالتهم المرضية. يعبِّر بعض المرضى عن ندمهم على تصرفاتهم السابقة غير اللائقة، وخوفهم من أن ينقادوا مرة أخرى إلى حالات من الإثارة. ومع ذلك، هناك من يعتقد أنهم ليسوا مرضى، بل فقط يفتقرون إلى قوة الإرادة ويقولون إن بإمكانهم استعادة السيطرة على أنفسهم، ولكنهم لا يفعلون ذلك بإرادتهم، بل يتهمون أنفسهم بمحاكاة المرض.

غالبًا ما يرتبط عودة المزاج السيئ بحوادث خارجية، مثل تجارب غير سارة، أو تغييرات في الظروف، أو أحداث مشابهة. لكن للمراقب يتضح أن تأثير هذه العوامل الخارجية على الحالة النفسية ناتج عن الضبابية المرضية التي تسيطر على المزاج العام للمرضي.

يُقدم المثال التالي في شكل رسالة تصور تفكير وشعور المرضى في هذه الظروف، حيث تعكس الكلمات بدقة الصراع النفسي الذي يعيشونه بين وعيهم بحالتهم وصعوبة التحكم في تصرفاتهم.

"لويسا، الحقيقة كلها! كل شيء إهدار للمال، لا أجرؤ على العودة إلى المنزل، ولا أستطيع البقاء هنا؛ احبسوني في زنزانة وأعطوني خبزًا وحليبًا فقط. لم أعد مريضة، ولكنهم لا يصدقونني. أشعر بالقرف من نفسي وبتعب تام من الحياة. لا أستطيع أن أكون عبئًا على الناس الطيبين أكثر من ذلك. لا أستطيع الكتابة لأطفالي بعد الآن، لأنني لا أستطيع أن أقول لهم إنهم لم يعودوا يهمونني. أنا أعيش في رعب، تطاردني المخاوف، وكلما بقيت هنا، زادت حالتي سوءًا. رأيتِ وجهي الخالي من الحياة يا لويسا؛ أنت إنسانة. . اشفقي عليّ. أعطيني فقط ما يكفي لأستر نفسي؛ كل شيء آخر هو عذاب لي.

الحياة نفسها عذاب مخيف. يجب أن أذهب إلى دار إصلاح، ويجب أن أُجبر على العمل. هنا لا أستطيع العمل، لأن القلق بشأن حالتي يسيطر عليّ. لا تؤثر فيَّ أي أدوية، لأن القلق يستهلكني. كان على هنا أن أسيطر على نفسي بصرامة، لكن الحياة انطفأت داخلي. كيف يمكنني العيش بين الغرباء وأنا لا أستطيع حتى تنظيم أموري؟ أتنقل بحذاء ممزق ولا أستطيع أن أشتري غيره؛ المال لا يفيدني. حياتي خالية من الراحة، وهي محتملة فقط عندما أشكو من معاناتي، لأنني حينها أرجو المساعدة. ستحتقرينني بدلًا من محبتك السابقة لي. لويسا، لا تتحدثي عن بؤسي مرة أخرى".

هذه الرسالة تعكس بوضوح الاكتئاب العميق، والشعور بالفراغ الداخلي واللامبالاة، والتردد، والوهم بالخطيئة، والرهبة من الحياة، وأخيرًا الأمل الضعيف في الحصول على مساعدة.

الاكتئاب الوهمي الاضطهادي

Paranoid Melancholia

عندما تكون أفكار الاضطهاد وهلاوس السمع حاضرة بشكل متكرر وتظل الحواس متواجدة، قد تنشأ حالات مرضية بين الحين والآخر، نستدعي إلى الأذهان الجنون الكحولي، دون أن يكون للكحول أي دلالة سببية. يشعر المرضى بأنهم مراقبون، ويتعرضون للمطاردة من قبل الجواسيس ويتعرضون للتهديد من قبل القتلة الملثمين؛ يرون خنجرًا في يد جيرانهم. في الشارع، في المطعم من الطاولة المجاورة، يسمعون تعليقات بها سخرية عن أنفسهم. تنظر محكمة العدل في قضاياهم ولكن يتم التآمر عليهم. تُجرى عليهم تجارب، يُهددون بكلمات سرية وإيماءات مشبوهة. يتم ارتكاب أخطاء وهمية بسبب الإكتئاب الوهمي الاضطهادي. أحد مرضاي حاول الهروب من مطارديه، لكنه لاحظ في المحطة أنهم يرافقونه، لم يمش إلا في وسط الشارع لأن الأصوات كانت تهدده بإطلاق النار عليه بمجرد أن يلتفت يمينًا أو يسارًا.

في سياق النماذج الموضحة هنا، يكون وعي المريض واضحًا في الغالب وكذلك الإحساس والإدراك. فيدرك المرضى بشكل صحيح المحادثات والأحداث في محيطهم، ولكن يسيئون تفسيرها بشكل متكرر. يعتقدون مثلًا أنهم ليسوا في المكان المناسب ولا مع الأطباء الأكفاء، بل هم في سجن مسجونين وأن المرضى الآخرين هم معارف أو أفراد من عائلاتهم؛ ما يقال أو يسمعونه له معنى خفي. أفكارهم منظمة على الرغم من أنها في الغالب رتيبة جدًا؛ المرضى يتحركون دائمًا في نفس الدائرة من الأفكار،وعند محاولة تغيير الأفكار المسيطرة عليهم، يعودون مرة أخرى إلى الأفكار القديمة. جميع الأنشطة العقلية تكون كقاعدة عامة، صعبة. المرضى مشوشون، سريعي النسيان، يتعبون بسهولة، يتقدمون ببطء أو لا يتقدمون على الإطلاق، وفي نفس الوقت يكونون أحيانًا دقيقين بشكل مبالغ فيه في التفاصيل. غالبًا ما يوجد شعور مرضي معين. يتحدث المريض عن وهمه "لدي شيء يشبه اضطرابًا عقليًا"؛ "الفهم، والعقل، والحواس الخمس مفقودة. " لا يوجد أي شك، مع ذلك، في عدم وجود بصيرة مرضية حقيقية.

المزاج كئيب، يائس ولكن بالإقناع أو زيارات الأقارب، يمكن أن يقل الأمر إلى حد ما؛ من ناحية أخرى، غالبًا ما تترك الأخبار غير السارة انطباعًا ضئيلًا. فما يحدث في المحيط عادةً يؤثر على المرضى بشكل طفيف فقط "الضوضاء لا تزعجني، ولكن الاضطراب بداخلي "هذا كان رد مريضة عندما تم اقتراح نقلها إلى جزء آخر من المبنى بسبب الأجواء المزعجة. يشكو المرضى كثيرًا من الإثارة الداخلية الكبيرة على الرغم من سلوكهم الخارجي الهادئ؛ وقد يعبرون عنها في بعض الأحيان بقلق شديد مما يدفع المرضى باستمرار إلى محاولة الهروب غير مهتمين بأي منطق.

إذ استمرَّ المريض في حالة الاكتئاب لمدة طويلة، فإن حالته الذهنية تتدهور بسرعة. فكثير من المرضى فيما يتعلق بأوهامهم يبدون في حالة من البلادة واللامبالاة بشكل ملحوظ، وربما كانوا أحيانًا في حالة من المرح والسعادة.

عندما يقومون بالأعمال يشعر المرضى بكبح إرادتهم ومن ناحية أخرى بتأثير أوهامهم. فيشعرون بالتعب وحاجتهم إلى الراحة، لم يعودوا قادرين على العناية بأنفسهم، لا ينفقون المال، لا يتناولون الطعام، يرتدون ملابس قديمة، يغلقون على أنفسهم، ينامون كثيرًا. يجلسون بخجل على حافة السرير، لأنهم لا يجرؤا على الاستلقاء. في مرضى آخرين، يكون القلق والاضطراب هما السائدين. يهربون، يبقون لأيام في الغابة، يتوسلون المغفرة، يتضرعون للرحمة، يركعون، يصلون، يرتبون شعرهم، يفركون أيديهم بلا راحة، يطلقون صرخات غير مفهومة. من الصعب جدًّا الحصول على أي شيء منهم. لا يقدمون المعلومات من تلقاء أنفسهم، لكنهم في نفس الوقت يظهرون أحيانًا في كتاباتهم أسلوبًا سلسًا وماهرًا. الكلام غالبًا ما يكون رتيبًا، مترددًا وحتى متلعثمًا. الخط غالبًا ما يكون غير واضح.

الانتحار Suicide

إن الميل الشديد للغاية للإنتحار له أهمية عملية كبيرة. في بعض الأحيان يلازم الميل للإنتحار باستمرار طوال فترة المرض، دون أن يصل إلى محاولة جادة بسبب عجز المريض عن الوصول إلى قرار. فيشتري المريض مسدسًا ويحمله معه ويصطحبه معه إلى المصحة. ويرغب في الموت ويرجو أن تقطع رأسه؛ يربط وشاحًا حول عنقه ويذهب إلى الغابة ليبحث عن شجرة يشنق نفسه عليها؛ ويخدش معصمه بسكين أو يضرب رأسه في طرف الطاولة. وقد اشترت إحدى مريضاتي معجون الفسفور لأن الفسفور "رائحته قذرة جدًا". وصعدت أخرى إلى النافذة في الطابق الثاني لتلقي بنفسها إلى أسفل، ولكنها عادت إلى الغرفة عندما هددها شرطي كان مارًا بالصدفة. ومع ذلك فإن خطر الانتحار في جميع الظروف خطير للغاية، إذ إن المانع الإرادي قد يختفي فجأة أو ينقطع بسبب انفعال عنيف.

وفي بعض الأحيان يظهر الدافع إلى الانتحار فجأة دون أن يستطيع المريض أن يفهم الدوافع التي تدفعه إلى الانتحار. وقد كانت إحدى مريضاتي مشغولة بأعمال منزلية عندما جاءها الدافع فجأة لتشنق نفسها؛ وقد فعلت ذلك في الحال ولم تنجُ إلا بصعوبة. بعد ذلك لم تكن قادرة على إعطاء أي تفسير لما فعلته ولم يكن لديها سوى ذاكرة باهتة للحادثة بأكملها.

والقت إحدي مريضاتي بنفسها من الطابق الثاني في حركة فجائية. وكانت مريضة أخري قد خرجت بمفردها لبضع دقائق في غرفة الغسيل، فأخذت زجاجة صغيرة من الكحول وعود ثقاب من الخزانة التي تركت مفتوحة بسبب الإهمال، وبعد أن سكبت الكحول على نفسها ثم أشعلت النار. ليس من النادر أن تخطر على بال المرضى فكرة التخلص من العائلة أيضًا، بل من الأفضل ألا يكون أحد منهم على قيد الحياة. فيحاولون عندئذٍ خنق زوجاتهم وقطع رقاب أطفالهم، ويذهبون معهم ليغرقوهم في الماء لكي لا يكونوا هم أيضًا تعساء ولكي لا يصبحوا آباء.

الاكتئاب الخيالي

Fantastic Melancholia

تتميز مجموعة أخري من الحالات بتطور المرض إلى حالات أكبر من الأوهام. ربما يمكننا أن نطلق عليها "الاكتئاب الخيالي". تظهر هلوسات كثيرة، فيرى المرضى أرواحًا شريرة، والموت، ورؤوس حيوانات، ودخانًا في البيت، ورجالًا سودًا على الأسطح، وحشودًا من الوحوش، ورأسًا رماديًا بأسنان حادة، وملائكة، وقديسين، وأقارب أموات، ورأسًا يرتفع في الهواء. خاصة في الليل تحدث أشياء غير عادية. يجلس صديق ميت على الوسادة ويروي للمريض قصصًا. يظن المريض أنه في رحلة؛ الشيطان يقبع خلف السرير منتظرًا؛ شيء ما يتحرك في الحائط. يسمع المريض أقاربه المعذبين يصرخون وينوحون؛ الطيور تغرد باسمه "أنت ذاهب إلى الجحيم".

وإلى جانب تلك الهلوسات، هناك أيضًا تفسيرات وهمية للتصورات الحقيقية. فيسمع المريض قدوم القتلة، هناك من يتسلل خلف السرير؛ وهناك رجل يرقد تحت السرير ومعه مسدس محشو؛ ويتبعه في الشارع أشخاص يرتدون قبعات خضراء أو نظارات سوداء؛ وتصدر السيارات ضوضاء غريبة؛ وفي الغرفة المجاورة سكاكين تُسنّ. والمسرحيات والقصص في الجرائد تتحدث عنه. تستخلص من كل تصور أكثر الاستنتاجات غرابة؛ فالغربان التي تطير تدل على أن الابنة تقطع إربًا إربًا في القبو؛ والابن عندما قام بزيارته كان يرتدي ربطة عنق سوداء فلا بد أن يكون الطفل الأصغر قد مات. كل شيء "مصيري للغاية"، كوميديا ووهم. . الطعام هو لحم ودم أقاربهم والنور هو ضوء جنازة، والسرير هو سرير مسحور، والعربة المجلجلة في الخارج هي عربة نقل الموتى. إنه عالم آخر تمامًا، ليست البلدة الصحيحة، إنه قرن آخر تمامًا. الساعات تدق بشكل خاطئ. الأشجار في الغابة والصخور تبدو غير طبيعية كما لو كانت مصطنعة كما لو كانت قد بُنيت خصيصًا للمريض، في الواقع، حتى الشمس والقمر والطقس ليسوا كما كانوا عليه. كان أحد مرضاي يعتقد أن الشمس إضاءة كهربائية اصطناعية وكان يشكو من ضعف عينيه لأنه لا يستطيع أن يرى الشمس الحقيقية في الليل.

وعادة ما تصل أوهام الوسواس القهري(Hypochondriacally delusions) إلى تطور كبير؛ غالبًا ما تشبه تمامًا أوهام المشلول فيري المريض أن كل شيء ميت، متعفن، محترق، متحجر، أجوف. إن رأسه قد تغير شكله فأصبح كبير مثل فلسطين؛ ويداه ورِجلاه لم تعُد كما كانتا، وازدادت عظامه غلظة وجسمه لم يعد متماسكًا بل ذابل. المعدة والأمعاء لم تعودا موجودتين. هناك دودة في جسده، حيوان كاذب في معدته؛ طعامه يسقط بين أمعائه، لا يخرج البول ولا البراز. أحشاؤه متآكلة، أعضاؤه التناسلية تزداد صغرًا. الغدد المخاطية قد انتفخت وهناك صديد في فكه وفي جميع أطرافه.

وذكر مريض أنه كان منذ إحدى عشرة سنة روحًا ولم يتبق له إلا الأعضاء الداخلية؛ وعندما مات، مرّ به الموت فأخذ أحشاءه. أصرت مريضة أن هناك حديدًا في جسدها وأن السرير المعدني يجذبها وقالت أخرى إنها ستلد طفلًا برأس قطة. ويعتقد العديد من المرضى أنهم مسحورون

وتحولوا إلى حيوانات متوحشة، وأنهم يجب أن ينبحوا ويعووا ويغضبوا. مرضى آخرون لا يستطيعون الجلوس، ولا يستطيعون الأكل، ولا يستطيعون السير أو مد يدهم. إن أفكار المرضى تشهد مزيدًا من التفاصيل غير المنطقية تمامًا، فالمريض لم يعد له اسم، ولا بيت، ولم يولد، ولم يعد ينتمي إلى العالم على الإطلاق، ولم يعد إنسانًا هو روح، صورة، شبح، "مجرد شكل من الأشكال".

المريض هنا لا يستطيع أن يعيش ولا يستطيع أن يموت ويجب أن يبقي هكذا في العالم إلى الأبد وقد مضى عليه مئة عام بالفعل. تم ضربه بالفأس على رأسه وتم شق صدره وتم إلقاؤه في النار ولكنه لايزال حيًا حيث لا يمكن قتله. العالم قد هلك بالنسبة لهم، لم تعد هناك سكك حديدية ولا مدن ولا أموال ولا أسرّة ولا أطباء، البحر نفد. جميع البشر ميتون ومحترقون، ميتون جوعًا لأنه لا يوجد ما يؤكل بعد الآن لأن المريض قد أكل كل شيء في معدته الضخمة، وشرب أنابيب المياه حتى جفت. لا أحد يأكل أو ينام بعد الآن والمريض هو الكائن الوحيد في العالم. أعلنت مريضة أن لم يكن في أوردتها دم أو في أعضائها الداخلية لذلك اشتعلت الكهرباء بسببها واحترق الجنس البشري بالكامل.

الاكتئاب الهذياني

Delirious Melancholia

يقول "جريسنجر" تتوافق نماذج المرضى بشكل أساسي مع "الاكتئاب الخيالي" وجزئيًا أيضًا مع "الجنون الاكتئابي" كما وصفه العديد من الباحثين، تظهر تحولات تدريجية تؤدي إلى مرحلة نهائية للمرض تُعرف بالاكتئاب الهذياني. يتميز هذا النوع باضطراب نفسي عميق مصحوب بتشوّش رؤيوي في الوعي.

هنا أيضًا تتطور هلوسات عديدة ومرعبة تتغير بشكل مختلف وتتطور أوهام مشوشة. يتغيّر مظهر الأشخاص، وتتشوه الوجوه؛ ويكون الأمر أشبه بـ "تيه الأرواح". فتعتقد المرأة أن زوجها مجنون ويرى المريض مريم العذراء، والأرواح والشياطين والرجال الذين يرغبون في قتل الأرواح البائسة بالسيف. الجميع في حالة حداد، لا بُدَّ أن أحدهم قد توفي. النار واللهب يرتفعان إلى الأعلى، المباني بها رجال جرحى تحترق، النوافذ تدور والسماء تسقط. يسمع المريض صوت إطلاق نار وصوت الشيطان وصراخ وأصوات مرعبة ويقال له سبع وعشرون مرة: "ستموت مثل الوحش" ويؤمر المريض بأن يشنق نفسه ليدفن عاره؛ ويشعر بحرق حول جسده. إنه في المحاكم الشرعية، في السجن وفي سفينة متحركة، يحضر الدفن المهيب لأمير بموسيقى جنائزية، يطير في السماء، الناس من حوله لهم دلالة سرية فهم مشاهير تاريخيون.

المريض قد أصبح من جنس آخر منتفخ مثل البرميل، يعاني من تقرحات في فمه أوسرطان. هو من نسب رفيع، مخلص العالم، فارس حرب. تُرفع عليه دعوى قضائية. يلام على كل مصيبة، قد ارتكب الخيانة، وأشعل النار في البيت. هو ملعون ومذموم، تُقتلع رئتاه، وتفترسه الوحوش الضارية ويُجبر على التجول عاريًا في الشارع. نادى مريض من النافذة قائلًا: "الشيطان يأخذني بعيدًا"، وسألت مريضة "هل مسموح لي أن أموت علنًا؟". يشعر المريض بفقدان الذاكرة تمامًا، ولا يدري ما الذنب الذي ارتكبه ويصرخ بصوت عالٍ: "هذا ليس صحيحًا!". الأولاد قد قتلهم والدهم، الزوج

يريد أن يتزوج الأخت، ووالد الزوج يريد أن يقتل البنت؛ والأخ يهدد بالقتل، الجميع ضائعون؛ كل شيء خرب، كل شيء يتداعى.

خلال هذه التجارب البصرية المتغيرة، يكون المرضى في الغالب مكبوتين بشدة ويكونون غير قادرين على قول كلمة واحدة، يشعرون بالارتباك والحيرة ولا يستطيعون جمع أفكارهم ولا يعرفون أي شيء على الإطلاق. يتكلمون كما لو كانوا مذهولين. يستلقي المرضى في السرير دون أن يهتموا بأي شيء. لا يظهرون أي عاطفة، صامتون ويحدقون إلى الأمام بتعبيرات فارغة على وجوههم مثل قناع بلا روح. في بعض الأحيان يتخذ المرضى أوضاعًا غريبة ويصبحون مضطربين فيخرجون من السرير ويتجولون ببطء ذهابًا وإيابًا. يصرخون في الناس، تناول الطعام غالبًا ما يكون صعبًا جدًّا بسبب مقاومة المرضى. محاولات الانتحار تحدث أيضًا.

تطور حالات الاكتئاب عمومًا طويل جدًّا خاصة في مراحل العمر المتقدمة. يسبق تطور الحالات اضطرابات عصبية متذبذبة ومتقلبة واضطرابات عصبية ومزاجية طفيفة أو اكتئابية لسنوات قبل أن تبدأ الظواهر المرضية الأكثر وضوحًا. عندما يختفي الاكتئاب بسرعة ملحوظة، يأتي بعده هجوم هوسي وتحسن في الصحة الجسدية ويكون واضحًا جدًّا للطبيب المراقب، بينما لا يشعر المريض بذلك على الإطلاق، بل يشعر بأنه في حالة أسوأ مما كان عليه في السابق ربما كان ذلك بسبب أنه يكون أكثر إدراكًا للاضطرابات عندما تعود إليه الضغوط الانفعالية الطبيعية مما كان عليه في ذروة المرض. في وقت لاحق، قد يحل الشعور بالرفاهية محل الاكتئاب ويجب علينا أن نعتبر هذا مؤشرًا من مؤشرات الهوس حتى عندما لا يكتسب مرضًا حقيقيًا. وقد كتبت إحدى المريضات ما يلي في رسالة شكر بعد فترة وجيزة من التعافي من فترة اكتئاب طويلة نوعًا ما:

"إنني الآن إنسانة سعيدة كما لم أكن من قبل في حياتي كلها، إنني ببساطة أشعر أن هذا المرض على الرغم من جنون تحمله، كان لا بُدَّ أن يأتي. الآن أخيرًا، وبعد صراع شاق يمكنني أن أتطلع إلى مستقبل هادئ. إن روحي في غاية النشاط ولست في حاجة مطلقًا إلى العلاج، فأنا أطبخ بهدوء. . وفي الوقت نفسه أحافظ على مُثُلِي العليا التي تركتها لي الحياة ولله الحمد على الرغم من كل ما مر بي وَهَكَذَا نَفْسِي فِي أَعْظَمِ سَكِينَةٍ".

في حالات أخرى يستمر الاكتئاب والكسل وعدم الاستمتاع بالعمل والحساسية لفترة طويلة بعد اختفاء الظواهر المرضية الأكثر وضوحًا. وأحيانًا أيضًا نرى الهلوسات التي تظهر في ذروة النوبات المرضية تختفي تدريجيًا رغم أن المرضى فيما عدا ذلك يكونون غير مقيدين نفسيًا وقد اكتسبوا فهمًا واضحًا عند الاضطراب. وقد ظلت إحدى المريضات بعد شفائها من اكتئاب شديد مشوشة لعدة أسابيع تسمع" ثرثرة عقلها"، وقد أبدت الملاحظات التالية حول ذلك:

"ليس لدى شيء ولا أفعل شيئًا ولا أحب أحدًا. لا أعرف أحدًا بعد الآن يا إلهي، ماذا سأفعل؟ لقد أسأتِ إلى الجميع، أيتها الأنثى الوقحة".

محتوى هذه الهلوسات السمعية تكشف عن إيقاع معين، يتغير جزئيًا وغير متصل، ولكنه في المجمل يسمح بالتعرف على مسارات التفكير التي كانت تسيطر على المريضة في فترة اكتئابها.

الفصل السادس

حالات مختلطة

إذا تتبَّع المرء عن قرب عددًا من الحالات التي تنتمي إلى الأشكال المختلفة للهوس الاكتئابي، سوف يلاحظ وجود تحولات عديدة بين الأشكال الأساسية للهيجان الهوسي والاكتئاب التي لم يتم الفصل بينها حتى الآن. أولًا لا بُدَّ من الإشارة إلى أن النوبات الفردية للمرض ليس لها شكل موحد على الدوام. فمرضى الهوس قد لا يظهرون بصورة عابرة حزينين ويائسين فحسب، بل قد يظهرون هادئين وساكنين، أما مرضى الاكتئاب فيبدؤون بالابتسام والغناء والركض. ومثل هذه التغيُّرات المفاجئة التي تستمر لساعات أو لأيام كاملة متكررة للغاية في كلا الاتجاهين. فقد يذهب المريض إلى فراشه متقلب المزاج ويستيقظ فجأة وهو يشعر بالنشاط والأمل والسعادة ويمضي نهاره في بهجة هوسية وهو يعمل. ثم في صباح اليوم التالي، يبدو منهكًا مثقلًا ورأسه ثقيلًا وقد يقوم المريض المصاب بالهوس المفرط بمحاولة جادة للانتحار على نحو غير متوقع تمامًا.

ولكننا كثيرًا ما نلتقي بحالات لا تتوافق تمامًا مع الإثارة الهوسية أو الاكتئاب بل تمثل مزيجًا من الأعراض المرضية لكلا نوعي الهوس الاكتئابي. وتتضح هذه العلاقة بشكل أكبر في فترات الانتقال من حالة إلى أخرى والتي غالبًا ما تمتد على مدى أسابيع أو أشهر. وفي نفس الوقت لا نرى ظواهر الحالة الواحدة تختفي دائمًا في نفس الوقت في جميع عوالم الحياة النفسية، وتحل محلها بعد فترة من الاتزان اضطرابات من أنواع أخرى تتطور تدريجيًا. بل إن بعض الأعراض المرضية للفترات السابقة تختفي بسرعة أكبر وبعضها الآخر أبطأ. وفي نفس الوقت تظهر بعض ظواهر الحالة التي تتطور. وإذا ما تفحصنا بدقة أكبر تلك الفترات الانتقالية، فإن المرء يندهش من تعدد الحالات التي تظهر.

إذا بدأنا بالحالات التي تتطور بالطريقة التقليدية، حيث تظهر حالات الهوس والاكتئاب واحدة تلو الأخرى، نجد في ذروة الهجوم مجموعات من الأعراض المحددة. نواجه التشتت واسترسال الأفكار والأفكار السامية والمزاج المبتهج والحماس. ومن ناحية أخرى الكسل في التفكير والانتباه وأفكار الخطيئة والاضطهاد والمزاج الحزين والقلق. ومن أجل تبسيط النقاش، سنقتصر على النظر في اضطرابات الفكر والمزاج والإرادة مع افتراض أن هذه المجالات الثلاثة تتغير بسبب كل اضطراب. في الهوس والاكتئاب التقليدي فإن المجموعات الثلاث ستظهر انحرافات في نفس الاتجاه. ويبدو في الوقت نفسه أنه بالإضافة إلى هذه التأثيرات المماثلة، تحدث تأثيرات غير مماثلة للأفرد بسبب العملية المرضية مما يؤدي إلى حالات مختلطة. يجب ألا نتفاجأ بذلك حيث أن التغيُّرات في الفكر وفي المزاج وفي الإرادة تكون غالبًا متباينة حتى في الحياة النفسية. قد يشلّ القلق الفكر والعمل ولكنه قد يحفز أيضًا جنبًا إلى جنب مع الإثارة الصاخبة المبهجة. نلتقي بمزاجات من الاستمتاع الهادئ، ومع الاكتئاب الشديد المؤلم نواجه نوبات شديدة من اليأس.

من أجل تفسير حدوث الحالات المختلطة بشكل متكرر في فترات الانتقال من حالة إلى حالة، يكفي افتراض أن تحول الاضطرابات الجزئية الفردية إلى عكسها لا يبدأ في نفس الوقت بل واحدًا تلو الآخر. ووفقًا لهذه الفرضية، سيتم تحويل أحد الاضطرابات النفسية إلى عكسها بينما في الحالات أخرى لا يزال الوضع السابق موجودًا.

يشرح الشكل التوضيحي التالي الشكل رقم(14) بشكل أوضح الاحتمالات التي تنشأ بالإشارة إلى المجالات الثلاثة المذكورة سابقًا. وهما يمثلان الانتقال من الإثارة الهوسية إلى الاكتئاب ومرة أخرى إلى الهوس. تشير أجزاء المنحنيات الموجودة فوق الخط الأفقي إلى الاضطرابات الجزئية للهوس حسب العرف المعتاد، بينما تشير الأجزاء الموجودة تحت الخط إلى الانتقال إلى الاكتئاب. وتمثل اضطرابات الفكر بخطوط متقطعة، والتغيرات في المزاج بخطوط منقطة، والاضطرابات الإرادية بخطوط متصلة. في الحالة الأولى الموضحة، يتحول اضطراب الفكر إلى نقيضه في وقت مبكر، وتغير المزاج متأخرًا للاضطراب الإرادي بينما في الحالة الثانية يسبق الفكر والمزاج الإرادة. وبطريقة مماثلة يمكن للمرء أن يوضح أيضًا احتمالات أخرى مختلفة، التحول المبكر للاضطراب الإرادي في وقت واحد أو المسار المتزامن لاضطرابين قبل أو بعد الثالث.

الشكل (رقم 14) مقارنة بين الحالات المختلطة للهوس الاكتئابي.

إذا نظرنا إلى المنحنى الأول، نجد أن الحالة الأولية تتوافق مع حالة الهوس الحماسي. وفي السطر الرابع، نجد أن تحليق الأفكار قد أفسح المجال لتثبيط الأفكار، بينما يستمر المزاج المبتهج وضغط النشاط؛ وفي السطر السادس يكون التثبيط الإرادي قد تطور أيضًا. ونجد في السطر 5 صورة الاكتئاب الدائري في ذروته؛ وهو يسيطر على الموقف لفترة طويلة، وإن كان ذلك في تركيبة متغيرة إلى حد ما.

وفي السطر السابع نجد أمامنا هروب الأفكار إلى جانب المزاج الحزين والكبت الإرادي، بينما نجد بعد ذلك بوقت قصير في السطر الثاني تغيرت أيضًا الاضطرابات الإرادية ولم يبق سوى المزاج الاكتئابي. ثم يؤدي المسار التالي مرة أخرى إلى تطور الهوس الذي يستمر لفترة طويلة.

في المنحنى الثاني، الذي يبدأ بطريقة مشابهة للمنحنى الأول، نجد في الخط الثاني نفس الحالة التي تطورت في المنحنى الأول قبل النوبة الهوسية الجديدة. ولكن بعد ذلك في الخط الثالث، يحدث مزيج من تثبيط الفكر والمزاج الاكتئابي مع الإثارة. بعد التطور الكامل للاكتئاب في الخط الخامس يأتي بعد ذلك مرة أخرى حالة معروفة لنا من المنحنى الأول، وهي تثبيط التفكير والإرادة مع المزاج السعيد، ولكن في الخط الثامن يحدث تثبيط الإرادة مع استرسال الأفكار والمزاج السعيد.

وإذا كانت حالات الانتقال بين الحالات المتعارضة للهوس الاكتئابي تجري في مسارها على نحو ما هو مذكور هنا، فينبغي أن نستنتج في المقام الأول أن حالات الانتقال لم تحظَ حتى الآن إلا باهتمام قليل نسبيًا؛ لأنها، كقاعدة عامة، قصيرة المدة، وعلاوة على ذلك، قد يكون هناك عدد محدود فقط من الحالات التي تكون فيها التباينات المؤقتة للتغيرات عن بعضها البعض في المجالات المختلفة واضحة بشكل ملحوظ. يجب أن نتخيل أيضًا أن المنحنيات الفردية لا تسير على الإطلاق بسلاسة، بل تظهر تقلبات مفاجئة متعددة، مما يجعل الصور المتغيرة أكثر ضبابية. ولكن، من ناحية أخرى، فإن المفهوم الموصوف هنا يجعل من المفهوم أن حتى في الصور النقية للهوس والاكتئاب، قد تتغير العلاقة بين الاضطرابات الجزئية مع بعضها البعض ضمن حدود واسعة. قد يكون التثبيط الإرادي شديدًا للغاية، بينما تكون التقلبات المزاجية قليلة نسبيًا، والعكس صحيح؛ قد يعاني المرضى الهوسيون من استرسالات أفكار كبيرة ولكن في نفس الوقت، لا يكونون متحمسين كثيرًا؛ قد يظهرون مزاجًا عنيفًا للغاية مع تشتت طفيف.

ومع ذلك يجب علينا الآن أن نتساءل عما إذا كانت التجربة السريرية قد أظهرت لنا في الواقع حالات مرضية تتوافق مع الفرضيات التي تم ذكرها أم لا. وعلى الرغم من أن طريقتنا لتحليل الحالات الفردية لا تزال ناقصة، وعلى الرغم من أن البحث المنهجي الحقيقي للحالات المختلطة وظروف تطورها لم يتم تجربته حتى الآن إلا نادرًا، فإنني ما زلت أعتقد أنه يمكنني أن أجيب على هذا السؤال بالإيجاب. فبمجرد أن يتدرب المرء على هذه الملاحظات، سرعان ما يدرك أن الوصف التقليدي للهوس والاكتئاب الدوري لا يناسب في الحقيقة إلا إلى حد ما بعض الأشكال الرئيسية. وتتجمع حول هذه الأشكال مجموعة من الحالات المتعددة من مختلف الأنواع والتي تبدو بقدر ما أنها تتألف من نفس الاضطرابات الأساسية تمامًا. وسنناقش هنا باختصار تلك التي تستنتج مباشرة من الاعتبارات المذكورة أعلاه.

الهوس الاكتئابي القلق

Depressive or Anxious Mania

إذا حلّ الاكتئاب محل المزاج السعيد أو المرح، نشأت حالة اكتئابية مركبة من هروب الأفكار والانفعال والقلق. فالمريض مشتت، شارد الذهن، شارد الفكر، يدخل في كل ما يدور حوله، وينشغل بكل شيء، ويتلقف الكلمات ويواصل نسج الأفكار التي تثيرها هذه الأفكار؛ ولا يكتسب صورة واضحة لموقفه،

لأن المرضى عاجزون عن الملاحظة المنتظمة، ويطالبهم كل انطباع جديد بانتباههم. وهم يشكون من أنهم مضطرون إلى كثرة التفكير، وأفكارهم تأتيهم من تلقاء نفسها، وهم في حاجة شديدة إلى توصيل أفكارهم، ولكنهم يفقدون الخيط بسهولة، ويمكن أن يخرجوا عن السياق بسهولة، وينقطعون فجأة وينتقلون إلى مسارات أخرى تمامًا من الأفكار. كثير من المرضى يظهرون شغفًا حقيقيًا بالكتابة، ويخطون على أوراق بكتابات غير منظمة. وفي نفس الوقت عادة ما تكون أفكار الخطيئة والاضطهاد حاضرة، وكثيرًا ما تكون أيضًا أوهامًا وُسوَاسية كما وصفناها سابقًا.

المزاج يائس قلق ويأخذ جزئيًا شكل حركات تعبيرية ونشاط عملي، ولكنه جزئيًا أيضًا يتحول إلى نشاط حركي بلا معنى. فيجري المرضى هنا وهناك، يختبئون، يندفعون للخروج، يقومون بحركات دفاعية أو هجومية؛ ينوحون، يصرخون، يطوون أيديهم، يصفقون بأيديهم فوق رؤوسهم، يمزقون شعرهم، ينزلقون وهم ركوع على الأرض. إذا أراد المرء أن يبحث عن التفسير لهذه الحالات، يمكنه هنا التحدث عن "الهوس الاكتئابي".

الاكتئاب الحماسي (المثار)

Excited Depression

إذا تم استبدال هروب وشرود الأفكار في الحالة المذكورة بكبح الأفكار، يظهر شكل من الاكتئاب المثار. هنا حالة من المرضى يظهرون فقرًا استثنائيًا في التفكر والقلق الشديد. هم اجتماعيون، يحتاجون إلى الأطباء، لديهم مخزون كبير من المفردات، لكنهم مملون بشكل استثنائي في تعبيراتهم.

إن تم سؤالهم، يقدمون إجابات قصيرة ومباشرة، ثم يعودون فورًا إلى شكواهم مرة أخرى، والتي تُطرح بتكرار لا نهاية له، وغالبًا بنفس العبارات.

هم واضحون ويدركون الأمور بشكل جيد ويفهمون ما يحدث، باستثناء التفسيرات الخاطئة. ومع ذلك، فإنهم لا يهتمون كثيرًا بمحيطهم، فهم مشغولون بأنفسهم فقط.

مزاجهم قلق ومتوتر، مكتئبين، سريعوا الانفعال، لديهم دموع وأحيانًا مختلطة بنوع من السخرية الذاتية. أحيانًا يسمع المرء من المرضى تعليقات لاذعة أو سريعة البديهة والأوهام تكون متواجودة بشكل متكرر.

تتميز الإثارة التي تظهر على المرضى في هذه الحالات بعدم كونها عنيفة أو متقلبة بشكل كبير. عادةً ما يهرع المرضى هنا وهناك، صعودًا وهبوطًا، يتحركون بلا هدف، ويعبِّرون عن توترهم من خلال حركات مثل عصر أيديهم أو العبث بالأشياء المحيطة بهم. قد يتحدثون بصوت عالٍ وكأنهم يخاطبون شخصًا أمامهم، ويطلقون صرخات إيقاعية متكررة، مما يعكس حالة من القلق أو الضيق الشديد.

في كثير من الأحيان، تتجلى معاناتهم في شكل شكاوى متكررة ومملة، تضعهم في حالة من التعذيب الذاتي الذي يمتد إلى محيطهم. هذا السلوك الرتيب والمستمر يمكن أن يكون مرهقًا للغاية لهم وللأشخاص المحيطين بهم، مما يزيد من حدة التوتر النفسي والاجتماعي في بيئتهم.

الهوس المقترن بالفقر الفكري

Mania with Poverty of Thought

مرة أخرى تتطور صورة أخري عندما يتحول الاكتئاب إلى حالة المرح والسعادة، وأمامنا إذن حالة هوسية بدون تسلسل للأفكار، هوس غير منتج مع الفقر الفكري. هذه الحالة شائعة جدًا، فالمرضى يدركون ببطء وبشكل غير دقيق، وغالبًا ما يفهمون الأسئلة فقط عند تكرارها بشكل متكرر وجذاب. لا يعيرون أيَّ اهتمام على الإطلاق وغالبًا ما يقدّمون إجاباتٍ غير ملتوية ومراوغة ولا يستطيعون استدعاء الإجابات على الفور. لا يتبادر إلى أذهانهم أي شيء على الإطلاق؛ لذلك فإن حديثهم يكون رتيبًا وفارغًا للغاية؛ نفس العبارات سواء كانت فكاهية أو قوية، تُعاد مرارًا وتكرارًا مع ضحكات مكتومة. لذلك، فإن المرضى يتركون انطباع واضح عن ضعف الفكر والعقل، بينما قد يثبتون لاحقًا أنهم موهوبون بشكل خاص. تلك الحالات تخضع لتقلبات كبيرة، بحيث يكون المرضى في بعض الأحيان سريعون وأذكياء في ردودهم، بينما في أوقات أخرى يكونون غير قادرين على قول أي شيء على الإطلاق.

المزاج المرح والسعيد راضٍ وغير مقيد؛ فيضحك المرضى بمناسبة وبدون مناسبة، ويشعرون بالفرح بأي شيء تافه. بين الحين والآخر، يكونون منزعجين قليلًا، أو منفّرين، أو فظين عن عمد، ثم ينفجرون في ضحك مرح بعد ذلك مباشرة. غالبًا ما يقتصر الحماس على الرقص ورمي الأشياء هنا وهناك بشكل عشوائي، وتغيير الملابس دون أي مظهر من مظاهر اللهو كما هو الحال في حالات الهوس. ومع ذلك، فإن المرضى يكونون سريعي الانفعال، وسرعان ما يصبحون صاخبين بمجرد أن يجدوا أنفسهم في بيئة غير مريحة. وعلى الرغم من أنهم لا يتكلمون بصفة عامة أو

كثيرًا، وغالبًا ما يتصرفون بهدوء تام لفترة طويلة، قد يحدث أنه خلال محادثة أن يإسترسال الحديث وتطول المحاداثات لمدة طويلة.

الكثير من هؤلاء المرضى يتصرفون بشكل عام بهدوء ومنهجية، لدرجة أن الإثارة لا تظهر عليهم على الإطلاق في حالة المراقبة السطحية. آخرون يجلسون بلا عمل، وعندما يُخاطبون ينفجرون بالضحك، لكنهم لا ينطقون بشيء سوى تعليقات وقحة. ودائمًا ما يُلاحظ أيضًا أنهم غير قادرين على القيام بعمل منتظم، بل يظهرون ميلًا إلى جميع أنواع الحيل الماكرة والنكات السخيفة؛ يجمعون الأشياء، يسرقون ويمزقون الأشياء، يربطون العقد، يسدون ثقوب المفاتيح، يلصقون قصاصات الورق على الجدران، ويكونون مدمّرين بلا سبب. في بعض الأحيان، يحدث أيضًا انفجارات مفاجئة، قصيرة الأمد، وعفوية من العنف الشديد، مثل مريض قفز فجأة من الحمام دون سبب، وضرب المساعد بكرسي، وحطم عدة نوافذ، ونزل عاريًا تمامًا إلى الحديقة المغطاة بالثلج، ثم استسلم بهدوء كما لو لم يحدث شيء على الإطلاق، ولم يكن قادرًا أيضًا على إعطاء أي دافع لفعلته.

.

الاكتئاب المقترن بهروب الأفكار

Depression with Flight of Ideas

في الصورة المعتادة للاكتئاب، قد يتم استبدال كبح الأفكار باسترسال للأفكار. فتحفز الأوهام هؤلاء المرضى على تشكيل ارتباطات حية بين الأفكار، فيقرأون كثيرًا ويظهرون اهتمامًا وفهمًا لما يحدث في محيطهم، بل وربما يشعرون بفضول شديد على الرغم من أنهم تقريبًا صامتون ومتجمدون في سلوكهم ويعانون من حالات مزاجية بائسة وفاقدين للأمل. وعندما يبدأون في التحدث عن حالتهم، يقولون أنهم لا يستطيعون التحكم بأفكارهم وأن الأفكار تأتي إلى رؤوسهم باستمرار، أفكار لم تخطر ببالهم من قبل. وبالنظر إلى الأعراض المرضية المختلطة الأخرى، يمكن الافتراض بسهولة أن ما يحدث في مثل هذه الحالات هو ظهور لاسترسال الأفكار والذي يُلاحظ بسبب كبح للقدرة على للكلام. إحدى المريضات ربطت بين الكلمات التي سمعتها ولعبت على معانيها. فعندما قُدِّمت لها وردة، قالت إن ذلك يعني أنها "مذنبة".

أحيانًا، يقوم المرضى الذين لا يستطيعون التعبير اللغوي بالكتابة، فيكتبون وثائق شاملة مدهشة وغالبًا ما تكون غير مترابطة ومليئة بأفكار عن الأخطاء ومخاوف وهمية غير حقيقية. أحد المرضى كان حزينًا، متقلب المزاج وصامتًا ويعاني من كبح واضح للإرادة، شعر بالإهانة من قِبل مريض آخر كان يعتقد أنه أساء إليه من قبل فكتب ما يلي:

"قد يعتبر المرء هذا السلوك انتقامًا، أو انتقامًا معقولًا ولكن الرجل المتدين يسامح ولا يحمل ضغينة وينسى الإساءة التي تعرض لها ولا يرد بالإساءة عندما يُساء إليه. إذا ضربك أحدهم على خدك الأيمن، فأدر له الخد الآخر".

تزاحم العبارات المترادفة، والقفز إلى الأفكار **ال**جانبية يُظهر هنا بوضوح استرسال الأفكار، الذي كان لا يمكن التعرف عليه إلا في كتابات المرضى. شعر مريض بذلك أثناء الكتابة فكتب "لقد عدت مرة أخرى إلى الإطالة، لذا من الأفضل الإسراع في إنهاء ما أكتبه لأن الشرح المطول يرهق القارئ ويجعله يمل. كما أنني أكرر في الكتابة كلمات تحمل نفس المعانى، مثل نقص الطاقة ونقص

الإرادة؛ فكلا التعبيرين يحملان المعنى نفسه". وهنا تحدث المريض عن "قلقه الشديد، ونقص طاقته".

يمكن اعتبار هذا النوع من الحالات التي يظهر فيها المرضى الحزينين والمتقلبين المزاج ميلًا إلى الكتابة الخيالية. ربما يمكن تسمية هذا المشهد "الاكتئاب المقترن باسترسال الأفكار". وكما تُظهر الرسومات البيانية الأولى، فإن الإثارة الهوسية قد تتطور في بعض الأحيان مع زوال كبح وتثبيط الإرادة وتحول المزاج.

الهوس المثبط Inhibited Mania

لقد صادفت مرارًا وتكرارًا حالات تتوافق مع آخر مجموعة من المرضى التي تم دراسة حالاتهم، وهي حالات استرسال الأفكار المقترن بالمزاج الفرح والكبت النفسي الحركي. المرضى من هذا النوع يكونون في مزاج أكثر بهجة، ميالين إلى المزاح وعندما يتم التحدث معهم، يقومون بالثرثرة لمدد طويلة، لكنهم يظلون هادئين ومحافظين على مظهرهم الخارجي أمام الناس. وبين الحين والآخر يطلق المرضى تعليقات لاذعة أو يضحكون على أنفسهم بسخرية ومع ذلك، يبدو أنهم يعانون من توتر داخلي كبير، وقد يصبح المرضى فجأة عنيفين جدًا. سابقًا كنت أصنّف هذا النوع المرضى "بالهوس المثبَّط" ضمن الهوس الخامل أو الهوس السباتي، ولكنني أعتقد أنه يمكن فصله بناءً على تدفق واسترسال الأفكار الظاهر بوضوح هنا. سأقدم فقط تجربة واحدة وهي التناقض المتكرر بين محتوى الأوهام للمرضى وتغيُّر المزاج. أخبرني مريض وهو يضحك أن أعصابه قد أصابها الجفاف وأن دمه يتدفق فقط حتى رقبته. ومريضة مكتئبة تحدَّثت عن الصوت الداخلي الذي كانت تسمعه، وكأنه "نعمة"؛ وآخرون يذكرون بسرية أنهم يعتقدون أنهم يستطيعون إحداث المعجزات، وصنع الذهب، وشفاء جميع الأمراض. يتحدث العديد من المرضى أيضًا بمرح عن اقتراب موتهم حيث في هذا الحالات هناك أمزجة لا تتوافق مع السلوك العادي. علاوة على ذلك، هناك مرضى هوسيون، كما تم الإشارة إليهم جزئيًا سابقًا، لا يمكن تشتيت انتباههم، ومرضى اكتئابيون يمكن إثارة انتباههم بسهولة غير عادية.

من المحتمل أن يكون ما هو أكثر أهمية من هذه الظواهر، والتي قد تكون غير جوهرية، هو حقيقة أن المجالات الثلاثة الكبرى للحياة النفسية، التي اعتمدناها كأساس لمناقشتنا هي في الواقع ليست وحدات متكاملة. التثبيط والإثارة قد يهاجمان المجالين الجزئيين كل على حدة، أو يتواجدان بجانب بعضهما البعض في نفس الإطار. لذا فإن الأزواج المتضادة التي أخذناها هي صالحة فقط للتصنيف العام للحالات، لكنها غالبًا ما تكون غير كافية عند النظر بالتفصيل. فعلى سبيل المثال، قد يكون هناك انفصال ظاهري بين التفكير التصويري وظهور صور الذاكرة الحسية ووجود المضمون اللغوي. وكما ذكرنا سابقًا، هناك مرضى يستطيعون التفكير بشكل مفاهيمي دون أي صعوبة تُذكر، لكنهم يشعرون بألم بالغ بسبب عدم وجود لون أو حياة في الصور التي تظهر لهم.

في الواقع يمكننا أن ننتج بالمثل عن طريق المجهود البدني أو عن طريق استعمال الكحول حالات تقترن فيها صعوبة التفكير باضطراب الأفكار. ولعلنا نستطيع أن نفترض أن هناك أشكالًا مختلفة من تثبيط الأفكار، وذلك بحسب ما إذا كان الفكر التصوري والحسي واللغوي مضطربًا في وقت واحد أو مضطربًا جزئيًا فقط. فإن هروب الأفكار قد يتواجد مع صعوبة في التفكير. وعندما لا يتأثر

مجال النشاط اللغوي بالمنع أو حتى يكون في حالة من الإثارة، قد يوجد استرسال للأفكار جنبًا إلى جنب مع صعوبة في التفكير.

أود فقط أن أشير إلى أنه ربما ينبغي علينا أيضًا التمييز بين تثبيط الفكر ورتابة الفكر؛ وكذلك النشاط المتزايد للخيال، كما نلاحظ في أشكال خفيفة من الإثارة الهوسية، لذالك يجب أن يُفصل عن استرسال الأفكار.

يبدو أن لون الأوهام يرتبط بشكل عام ارتباطًا وثيقًا بالمزاج، بالرغم من ذلك التناقضات تحدث، والتي قد تكون مرتبطة بوجود خليط من الأمزجة المختلفة. لكن يُلاحظ أيضًا وجود مزيج ملحوظ من الأفكار الاكتئابية والمبتهجة. والذي قد يُفسر عدم قابلية قياس الاضطهادات التي يتعرض لها المرضى في هذا السياق. أحد المرضى زعم أنه حصل على مادة كيميائية تسمي ''الكانثاريد'' بكميات كبيرة. آخر أعلن أن أقاربه اضطروا للعيش بين اللصوص لعدة تريليونات من السنين. اعتقد أيضًا المريض أن كل ما في داخله قد دُمّر وتمزق وقال إن الطبيب قد يفخر بعلاجه فلم تأتي له حالة كحالته منذ ستمائة عام. آخرون يُؤخذون بعيدًا بواسطة ''ملايين من الشياطين''، يُسحبون إلى ''مشنقة إضافية''، يُضطهدون من قبل القيصر والملك، يُؤخذون إلى أمريكا بواسطة القيصر ليُطلق عليهم النار هناك. تنتمي هنا أيضًا بعض السمات المسرحية في الأفكار الاكتئابية. مريضة يائسة وصفت إنها سوف يتم إعدامها قريبًا، أخرى تمنت أن تموت ''موتًا رومانسيًا''، وتمنت أن تعترف بخطاياها علنًا. رغبت مريضة ثالثة في أن يُسمح لها كشهيدة باحتضان الأُسُود والفهود في قفاصهم.

ولعل حقيقة الموانع والإثارات المحدودة تظهر بوضوح في مجال العمليات الإرادية. فقد سبق أن أظهرت التجارب التي أجريت على الآلة الكتابة أن قوة وسرعة الحركة قد تتغير في اتجاهات مختلفة في الفعل البسيط للكتابة. ويجب أن يكون ذلك صحيحًا بدرجة أكبر بكثير بالنسبة للعمليات المعقدة التي يتألف منها الفعل الإرادي المستقل. فالقرار والاندفاع وقوته وسرعة تحوله إلى نشاط فعلي قد يتعرض كل منها بالتبعية للاضطرابات. وقد تمتد هذه الاضطرابات مرة أخرى إلى مسافات مختلفة على مجالات النشاطات الفردية. والواقع أننا نعرف بعض التجارب التي تثبت أن تعبيري ''التثبيط الإرادي'' و''الإثارة الإرادية'' يمثلان مفهومين عامين كبيرين يجب أن يحلل كل منهما في كثير من الأحيان. فقد توجد سرعة أو تباطؤ في اتخاذ القرار دون أن يكون الفعل الإرادي الخارجي متغيرًا بشكل واضح. وقد وجه ''دريفوس'' الانتباه إلى حقيقة أن الشعور بالتثبيط أو ''التثبيط الذاتي'' قد يكون موجودًا حتى بدون إعادة إدراك تباطؤ الفعل نفسه، ومن المؤكد أن الحالة هنا ستكون حالة من الاضطرابات الدقيقة التي لا تؤدي إلى نتائج محددة. وقد وصف ''وليوس برجر'' حالات ذات تثبيط ذاتي بشعور حي بفقدان الشخصية تحت مسمى ''الاكتئاب الزائف''.

نلاحظ أيضًا اضطراب داخلي الكبير وبالتالي إثارة إرادية بينما يكون اتخاذ القرارات وتنفيذ الأفعال الإرادية صعبًا. في الواقع إن هذا الاضطراب قد يفرغ نفسه في حركات تعبيرية حيوية دون أن تختفي المثبطات الإرادية.

وهنا ندرك أن التفريغات الاندفاعية لحالات التوتر الداخلي قد تتأثر بالعملية المرضية بطريقة مختلفة عن الإرادة والنشاط الهادفين.

كما تحتل حركات التعبير اللغوي مكانة خاصة. فالانفعال والتثبيط في مجال الكلام والكتابة مستقلان إلى درجة معينة عن سلوك باقي الأنشطة الإرادية. فهناك مرضى يظهرون ضغطًا كبيرًا

من النشاط، ولكنهم في الوقت نفسه يكونون في حالة خرس شبه تام، ومن ناحية أخرى هناك حالات يقترن عجزهم عن اتخاذ القرار بضغط كبير في الكلام وببعض الاضطراب. علاوة على ذلك، علينا أن نميز بين الكلام الخارجي والداخلي. فالملاحظ أن المرضى الذين يعانون من قلة الكلام والمصاحبة لضغط الكلام مع هروب الأفكار، تسمح لنا بالتخمين الذي تؤيده الملاحظة الذاتية للمرضى بأن الكلام الداخلي (داخل رأس المرضي) هنا يكون ميسورًا بينما يبدو أن تحويل الأفكار إلى حركات الكلام يكون مثبطًا أو في حالة كبح لا إرادية. ولكن أخيرًا، وكما سبقت الإشارة، فإن الكتابة قد تكون ميسرة والكلام صعبًا والعكس بالعكس.

وإذا أخذنا في الحسبان حقيقة أن تطور الاضطرابات الجزئية المشار إليها هنا قد تمر بدرجات مختلفة في أكثر من مجال من مجالات الحياة النفسية، فإن أمامنا تعدد لا حصر له من الحالات السريرية وغير القابلة للقياس التي قد تتضاعف بزيادة أو نقصان في إثارة أو تثبيط لإحدى القدرات النفسية الأخرى. سيكون من المغري بالتأكيد متابعة هذه المراحل بالتفصيل. ولكن أود أن أؤكد على حقيقة أن مثل هذا التحليل لا ينبغي أن يعطى أهمية كبيرة جدًّا للاعتبار السريري. فالغالبية العظمى من الحالات المرضية الفعلية تظهر تركيبة بسيطة نسبيًا واضطرابات مماثلة في المجالات الأوسع من الحياة النفسية، ويمكن بالتالي أن تندرج تقريبًا تحت الأشكال المحددة هنا.

لذلك، سيكون من المفيد في تفسير هذه الحالات أن نتذكر أنه في الهوس الاكتئابي هناك عدد كبير من الاحتمالات الأخرى دون أن نضطر إلى افتراض وجود حالات مرضية من أنواع أخرى. قد يكون الأمر هنا ليس حالة مرضية بقدر ما هو حالة من الخصائص الشخصية.

الحالات المختلطة الموصوفة هنا هي في الغالب ظواهر مؤقتة تحدث بشكل متكرر في مسار المرض وتنتقل بسهولة من حالة إلى أخرى، كما يتم استبدال اضطراب جزئي بآخر. غالبًا ما نلتقي بها، كما ذُكر سابقًا في فترات الانتقال بين الشكلين الرئيسيين للمرض في الواقع فقط من تاريخ تطورها وتحولاتها من وإلى الحالات المرضية المعروفة، نستمد التبرير لتفسيرها كأشكال مختلطة وكحالات من الهوس الاكتئابي.

علاوة على ذلك، قد تظهر الحالات المختلطة كأزمات مرضية مستقلة. ونلاحظ في سياق نوبة من الهوس الاكتئابي أن هناك، إلى جانب الحالات البسيطة، حالات تتطور أحيانًا بشكل كامل أو على الأقل بشكل يغلب عليه الطابع المختلط في مسارها.

الفصل السابع

الحـــــالات الأســاسيـــــة

يأخذ الهوس الاكتئابي شكل نوبات لا يرتبط ظهورها بشكل عام بأية مؤثرات خارجية. وترجح هذه الحقيقة افتراضية ارتباط السبب الحقيقي الأعمق للمرض بوجود حالة مرضية دائمة مستمرة لدى المريض حتى خلال الفترات الفاصلة بين النوبات. وتتضح صحة هذا الافتراض بشكل خاص في الحالات التي تتميز بحدوث نوبات متكررة على فترات منتظمة تقريبًا.

أما في الحالات التي لا تظهرفيها الأعراض المرضية إلا مرات قليلة أو حتى مرة واحدة فقط في العمر، فينبغي البحث عن جذورالمرض كنتيجة لتغير ما في طبيعة الحياة النفسية للمريض، وعادة

ما يتسم هذا التغير بتأثيراته طويلة الأمد أو بكونه كامنًا منذ الصغر. ولا يستثنى من ذلك للوهلة الأولى إلا الحالات التي تنشأ فيها النوبة كنتيجة لمسبب خارجي؛ وسنضطر فيما بعد إلى مناقشة كيف يكون هذا الاستثناء ظاهرًا ولماذا وإلى أي مدى.

و يتضح من دراسة الاختلافات في مقدار تواتر النوبات ومدى قوتها وعنفها اتساع مدى التغيُّرات في الحياة النفسية للمريض، التي نفترض أنها أساس الحالة المرضية بأكملها. وتؤكد الملاحظة السريرية نفس الاستنتاج.

إن الغالبية العظمى من مرضى الهوس الاكتئابي، وخاصة أولئك الذين يعانون من نوبات أقل، لا يظهرون في الفترات الفاصلة بين النوبات أية أعراض مرضية؛ على الرغم من أنه من المؤكد أنهم قد يظهرون بعض التصرفات الغريبة التي يكون من الصعب ملاحظتها من قِبل الأشخاص العاديين من حولهم، بينما يمكن للمتخصصين ملاحظة ارتباطها بالمرض، على الرغم من عدم إمكانية تصنيفها كتصرفات مرضية تمامًا.

بينما يكون من الواضح للعامة وللمريض نفسه، في عدد كبير من الحالات، ارتباط الاضطرابات الخفيفة المستمرة في الحالة النفسية العامة بمؤشرات الظواهر المرضية للهوس الاكتئابي، حيث تم الإبلاغ عن مثل هذه الخصائص الدائمة في حوالي 37 في المئة من بين ما يقرب من ألف حالة تم ملاحظتها في ميونيخ. وفي بعض الأحيان، تظهر الهجمات المرضية المتطورة على شكل زيادة في الاضطرابات التي كانت موجودة بالفعل في الحياة السابقة بأكملها.

ويتبين كذلك أن التغيُّرات المذكورة، والتي تتكون أساسًا من خصوصيات الحياة العاطفية لدى المريض، لا تقتصر على الأفراد الذين يعانون من نوبات الهوس الاكتئابي. إذ أن الأهمية السريرية المفترضة لهذه التغيُّرات كمسبب للمرض سوف تتضاءل بشكل كبير، إذا لم يمكننا التأكد من خلال التجربة أنه يمكن ملاحظة تغيرات متكررة في الخصائص الشخصية لأفراد عائلات مرضى الهوس الاكتئابي.

وحتى لو لم يكن من الممكن ملاحظة هذه التغيُّرات المتكررة في عائلات مرضى الهوس الاكتئابي في جميع الحالات بشكل حصري، فإن هذه العلاقات متكررة جدًا، بحيث لا يمكن أن يكون هناك أي شك حول أهميتها الأكيدة وارتباطها بالمرض. ولذلك، فقد توصلنا إلى استنتاج مفاده أن هناك بعض الطباع التي يمكن اعتبارها بوادر للهوس الاكتئابي. وقد تتواجد هذه الطباع طوال الحياة كأشكال غريبة من الشخصية النفسية دون مزيد من التطور؛ لكنها قد تتطور أيضًا لتصبح نقطة انطلاق لعملية مرضية تتطور في ظل ظروف خاصة ينتج عنها نوبات مرضية غير متكرره. وفي كثير من الأحيان، فإن هذه التغيُّرات الدائمة تكون في حد ذاتها كبيرة جدًا بحيث تمتد أيضًا إلى مجال الاعتلال دون ظهور نوبات أكثر حدة.

التصنيف Classification

وبناءً على الأسس التي ذكرناها، فإنه يمكن الربط بين "الحالات الأساسية" للهوس الاكتئابي التي وصفناها، والظواهر المرضية التي تظهر في النوبات، واضافتها ضمن نفس المجموعة مع الاضطرابات التي تظهر في كثير من الأحيان خلال الفترات الخالية من النوبات والتي تميز المزاج الهوسي الاكتئابي حتى في الحالات التي يغيب فيها التطور الكامل للمرض.

الأشكال السريرية المرتبطة بهذه الحالات تتضمن الطبع الاكتئابي، الذي يتميز بحالة من الحزن المزمن أو الكآبة المستمرة خارج نوبات الاكتئاب الحادة، والطبع الهوسي الذي يتميز بالإثارة أو النشاط الزائد دون أن يصل إلى الهوس الكامل. بالإضافة إلى ذلك، هناك الطبع المتهيج الذي يظهر فيه الشخص سمات التوتر أو الانفعال المزمن، والطبع الدوري، الذي يتميز بتناوب المزاج بين الحزن والإثارة بشكل متكرر ومفاجئ، والمعروف بالاضطراب المزاجي الدوري. تساعد هذه الأنماط في فهم طبيعة الطبع المرضى للهوس الاكتئابي، حتى في الحالات التي لا يظهر فيها المرض بشكل كامل، مما يسهم في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر فاعلية.

المزاج يغلب عليه الاكتئاب واليأس. فقد صرَّح أحد المرضى قائلًا: "لقد كنت على نطاق ضيق كئيبًا دائمًا"، بينما قالت إحدى المريضات "لقد جلبت الكآبة معي إلى العالم". فمنذ الصغر توجد لدى المرضى قابلية خاصة للهموم والصعوبات وخيبات الأمل في الحياة، فهم يأخذون كل شيء على محمل الجد، وفي كل حادثة من الحوادث، يغلب على تقييمهم إعطاء تغليب أهمية الجوانب السلبية بشكل أكبر بكثير من الجوانب الإيجابية الممتعة والمبهجة. تنغص عليهم الذكريات الكئيبة وإحساس الخوف المبالغ فيه من المستقبل كل لحظة من لحظات السعادة. قال أحد المرضى"لم يكن لدى أي شيء جميل في العالم، لقد كنت دائمًا طفلًا سيئ الحظ".

ولذلك، في كثير من الأحيان، يتطور لدى هؤلاء سلوك متقلب، سريع الانفعال، غير ودود وطارد. ولا ينشغل هؤلاء المرضى إلا بأنفسهم، ولا يزعجون أنفسهم بما يحيط بهم. وقد يكون المرضى الآخرون في مظهرهم الخارجي معتدلي المزاج وقد لا يكشفون عن تكوينهم الانفعالي التعيس أو عن تعذيبهم الذاتي إلا لأقرب أقربائهم أو للطبيب؛ وعندما تحفزهم الظروف الخارجية، ربما يكونون مبتهجين وساحرين وودودين، ولكنهم عندما يتركون لأنفسهم يعودون مرة أخرى بشيء من الرضا إلى تأملاتهم في بؤس الحياة.

تقف كل مهمة أمامهم مثل جبل وتبدو لهم الحياة بكل نشاطها كعبء تعودوا على تحمله، حيث الانكار للذات والتضحية الواجبة بالنفس دون التمتع بمتعة الوجود. يقول أحد المرضى"لطالما كان على أن أعاني من أجل الحفاظ على تماسكي الداخلي ودائمًا ما تزداد هذه المعاناة". ويتصف المرضى بانعدام الثقة في قوتهم الخاصة والضعف الشديد لمعدلات طاقتهم الحيوية. يشعرون باليأس من كل عمل، ويصبحون قلقين وقانطين بسهولة بالغة ويحسون بأنهم أناس بلا فائدة للعالم ولا يصلحون لأي شيء، عصبيوالمزاج، ومعتلون، ودائمًا ما يخشون من الاصابة بمرض خطيروخاصة الاضطراب العقلي أو أمراض المخ. يعاني هؤلاء المرضى من انعدام الثقة بالنفس، حيث ينظرون لأنفسهم كأبناء غير شرعيين، لا يفهمهم من يحيطون بهم، ويحبون أن يشغلوا أنفسهم بأفكار عن الموت حتى في سنوات الطفولة.

كثير من هؤلاء المرضى يعذبهم باستمرار "شعور معين بالذنب" كما لو أنهم قد ارتكبوا خطًا ما أو أن لديهم ما يلومون أنفسهم عليه. وأحيانًا ما تكون بعض هذه المخاوف حقيقيةً، ولكنها في الواقع تكون تعبّر عن أخطاءً تافهةً لا تستحق عناء تحمل هذا الشك المعذب. لم يستطع أحد مرضاي أن يتخلص من فكرة إرتكاب خطيئة ارتكبها قبل سنوات. مريض آخر لم يتمكن من تجاوز ذكرى قول صاحبة المنزل له إنه لن ينجح في امتحانه. وعلى الرغم من أنه اجتاز الامتحان دون صعوبة تُذكر، إلا أن الفكرة ظلت تطارده. كان يعذبه التفكير بأنه كان أحمق لسماحه بقول مثل هذا الكلام له. وفي

مخيلته، كان يعتقد أن الجميع يستطيعون رؤية ضعفه من مجرد النظر إليه لأنه تقبل هذا التعليق دون أن يدافع عن نفسه. تلاحقه دائمًا فكرة أنه كان أحمقًا سخيفًا بدرجة كبيرة للسماح لها أن توجه له هذه. ومثلا هذه الفكرة كانت حافزًا دائمًا له حتى بعد مرور سنوات عديدة، لاتخاذ خطوات بطريقة أو بأخرى لاستعادة شرفة الذي افترض أنه قد تعرض لإهانة كبيرة.

بينما يشعر مرضى آخرون بالإثارة الجنسية التي تفرض نفسها عليهم في صور شهوانية بصورة مؤلمة جدًا، ويزداد هذا الشعور ألمًا إذا منعهم العجز النفسي أو الخجل أو الاعتبارات الأخلاقية من إشباع هذه الإثارة. وهنا تتطور لديهم وسائل فريدة لمواجهة هذه الصعوبة. لقد رأيت عدة مرات آباء يعتمدون تدابير لتقييد الاتصال الجنسي أو لمنع الحمل، لخشيتهم أن يؤذوا أنفسهم أو في محاولة لتجنب مسؤولية جلب المزيد من الأطفال العصبيين إلى العالم.

في بعض الحالات المرضية، تكون الحياة العاطفية مهيمنة على مشاعر ضعيفة ومفرطة في الحساسية، وغالبًا ما تكون مصحوبة بميول ومواهب بارزة في المجالات الفنية والأدبية. على سبيل المثال، كان أحد مرضاي لا يحتمل قراءة أي شيء عن دورة الدم. دفعه هذا الحس المرهف إلى زيارة مسلخ لمواجهة حقيقة تناول اللحوم. وبعد هذه التجربة، اختار تبني نظام غذائي نباتي كأسلوب حياة مفضل له.

السلوك Conduct

يؤثر المرض بشكل كبير على كامل سلوك المرضى وحياتهم. قال أحد المرضى "يمكنني القول بإنني قد ولدت في قلق". يعاني هؤلاء المرضى من انعدام القدرة على المبادرة وضعف الثقة بالذات؛ فهم يطلبون المشورة من الغير في أقل الاشياء، ويتهربون من كل مسؤولية، ويخافون من أبعد الاحتمالات، ويركزون في كل التفاصيل والعواقب بدقة، ويتجنبون بصرامة مواجهة كل الأمورغير العادية أوالصعبة. يعتقدون أن عليهم أن يقوموا بكل شيء بأنفسهم، لأنهم إن لم يفعلوا ذلك فلا يمكنهم تحمل مسؤوليتها. كما أنهم يرهقون أنفسهم طوال الوقت في أداء أنشطة تافهة بشكل مبالغ فيه، وينفذون كل شيء بدقة معذبة. امرأة تدير منزلًا صغيرًا جدًّا كانت تستخدم الوقت بين الساعة العاشرة والحادية عشرة والنصف مساءً لترتيب حساباتها اليومية القليلة، معتقدة أن ذلك يفي بواجباتها كربة منزل. الخوف من عدم القدرة على كسب العيش أو الوقوع في الفقر يدفع العديد من المرضى إلى ممارسة اقتصاد مفرط فيقتصرون احتياجاتهم إلى الحد الأدنى، لا يأكلون ما يكفي، ويتركون ملابسهم تتدهور وتصبح في حالة سيئة.

ونتيجة لقلقهم لا يستطيع هؤلاء المرضى أبدًا اتخاذ قرار سريع، ويستغرقون في التفكيرإلى ما لا نهاية دون تنفيذ أي شيء. وعلى سبيل المثال، فقد قامت إحدى السيدات من المرضى باستدعاء مجلس من جميع أفراد أسرتها لحثها لتتخذ قرارًا بزيارة الطبيب، على الرغم من رغبتها هي نفسها في فعل ذلك بشدة، وحتى بعد ذلك لم تستطع أن تتخذ قرارًا فعليًا باتباع النصيحة والقيام بزيارة الطبيب. وهكذا، يتسم تعامل المرضى مع كل قرار أو فعل عليهم اتخاذه بالتردد الشديد، مما يصل بهم تدريجيًّا إلى حدود غياب القدرة على الفعل. فهم يتخلون عن القراءة والموسيقى، وركوب الدراجات والتدخين، ويمتنعون عن الذهاب إلى التسوق ولا يستطيعون السفر لأنهم لا يستطيعون الاختيار،فاتخاذ قرار وجهة السفرصعب جدًّا بالنسبة لهم.

وفي النهاية حتى حساب الفواتير أوالإشراف على الخدم أو التأكد من أن يكون كل شيء في المنزل جاهزًا في الوقت المناسب، كل ذلك يمثل مشكلة كبيرة جدًّا لهم. كثيرات من النساء لا يتحملن وجهًا غريبًا عنهن، ويحاولن أن يقللن أكثر فأكثر من عدد الخدم ويحملن أنفسهن المتاعب إلى أقصى حد. وأخيرًا، يضطر البعض الآخر أن يترك كل شيء يسير كما يشاء.

وتشكل الامتحانات على وجه الخصوص عقبةً لا يمكن التغلب عليها بالنسبة لمرضانا. وعلى الرغم من المؤهلات الوافرة جدًّا فإن كثيرًا منهم يتخلى عن الوظيفة العليا التي تغريه ويكتفي بمكان متواضع صغير في الحياة، نتيجة لغياب الثقة بالنفس وعدم القدرة على الحسم واتخاذ القرار،فهذه الصفات تمثل عائقًا للمريض فيمنعه مثلًا من إجراء الامتحانات اللازمه لشغل الوظائف العليا.

وغالبًا ما تنشأ رغبات وخصائص لها عادة علاقة ما بالأحوال المزاجية وتؤدي إلى اتخاذ تدابير يحاول بها المريض أن يساعد نفسه على التغلب على الصعوبات الداخلية. فيتولد لدى المرضى دائمًا ميل إلى الانسحاب من مخالطة الآخرين، فهم لا يجدون متعة في ممارسة الحياة الاجتماعية والملذات، ويشعرون بأكبر قدر من الراحة عندما يستطيعون أن يتواصلوا مع أفكارهم الخاصة بأنفسهم أو يمارسوا ميولهم الفنية.

وعلى وجه الخصوص، يمثل افتقاد هؤلاء المرضى إلى الثقة بالنفس عائقًا يمنعهم من تنمية العلاقات الشخصية. وبالمقارنة مع أشخاص آخرين ربما يكونون أقل منهم شأنًا، فإنهم يبدون لأنفسهم محرجين وفظين وحمقى؛ ولا يتخلصون من الشعور المعذب بأنهم يكشفون باستمرار عن نقطة ضعفهم، وأن الناس من حولهم ينظرون إليهم من وراء ظهرهم، وأن وجودهم غير مرغوب فيه. قالت إحدى المريضات إنها لم تجد الوقت الكافي لمواصلة تعليمها وبالتالي تعتقد أن تبدو غبية أمام الجميع. ونتيجة لذلك يصبحون صامتين وخجولين، ويتجنبون معارفهم في الشارع، ويعيشون حياة انعزالية ومنعزلة.

الانتحار Suicide

كثير من المرضى تتلاعب بهم أفكار الانتحار بشكل مستمر، فهم مستعدون للتخلص من حياتهم في أول مناسبة. وعلى الرغم من أنه لا يمكن اعتبار مثل هذه الأقوال قاعدة عامة تؤخذ على محمل الجد، إلا أن كثيرًا من حالات الانتحار المفاجئة لا تزال تسجل بين هؤلاء المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية خطيرة.

فقد حاول أحد المرضى وهو في العاشرة من عمره أن يأكل مادة كيميائية سامة، وحاول مرتين شنق نفسه في الثالثة عشرة من عمره، وتناول مادة الاستركنين في الرابعة عشرة، وعندما بلغ الرابعة والعشرين أطلق النار على نفسه. وفي الحقيقة كل محاولات الانتحار تلك كانت لأسباب تافهة جدًا.

الشكاوى العصبية

Nervous Complaints

كثيرًا ما يعاني المرضى من جميع أنواع الشكاوى العصبية. فهم يشعرون بالتعب والإرهاق ويشتكون من ثقل وضغط خفيف في رؤوسهم ومن أحاسيس مزعجة في معظم أجزاء جسمهم، بالاضافة إلى معاناتهم من الضيق والخفقان والاحتقان والنبض والتشنجات، كما أنه من غير المألوف أن يصابوا بنوبات من الصداع النصفي.

أما فيما يتعلق بالنواحي الجنسية، فانهم غالبًا ما يعانون عجزًا جنسيًا ناتجًا عن مسببات نفسية، كما يعانون من تكرار الإفرازات ليلًا. وعادة ما تتميز عملية الهضم لديهم بالبطء وتتكرر ظواهر عسر الهضم العصبي. أما بالنسبة للنوم وعلى الرغم من حاجتهم الماسّة إليه، إلا أن نومهم يتميز بشكل عام بعدم الانتظام، ويعانون من الصعوبة في الخلود إلى النوم كما يعانون من الأحلام المرعبة مما يشعرهم بالتعب وعدم اللياقة صباحًا، ولا يبدأون في التخلص من احساس الانزعاج إلا في أثناء النهارو بشكل تدريجي.

المزاج الهوسي

Manic Temperament

يشكل ‘‘المزاج الهوسي’’ الذي وصفته سابقًا بـالإثارة الدستورية نقيضًا للمزاج الاكتئابي، وقد تم وصفه بمزيد من التفصيل مؤخرًا، خاصة من قبل الدكتور ‘‘شبيخت’’ و ‘‘نيتشه’’.

وتتراوح الموهبة الفكرية للمرضى الذين يعانون من هذا المرض ما بين المستوى المتوسط في أغلب الأحيان إلى المستوى الجيد نسبيًا أحيانًا، وفي حالات نادرة تصل موهبتهم الفكرية إلى المستوى الممتاز. ونتيجة لحالة التشتت المصاحبة لمرضهم ولعدم مثابرتهم في التعلم وعدم رغبتهم في بذل الجهد لاكتساب المعرفة وسعيهم الدائم للهروب من قيود برامج التدريب العقلي المنهجية ورضاهم بالحصول على وظائف جانبية غير مؤثرة، فنجد أن هؤلاء المرضى يتصفون بمستوى ضئيل وغير مكتمل من المعرفة بشكل عام.

وكما أوضح أقارب أحد المرضى ‘‘يمكنها أن تفعل كل شيء بشكل جيد عندما ترغب في ذلك’’. فعلى الرغم من امتلاك هؤلاء المرضى في كثير من الحالات لقدرات ادراكية متميزة وذاكرة جيدة، إلا أن فهمهم للحياة والعالم يبقى سطحيًا، فالقدرة على اعمال عقولهم لفهم والاستفادة من تجاربهم تبقى محدودة وذاكرة الأحداث السابقة لديهم تبقى محدودة ومليئة بالانطباعات الشخصية غير الموضوعية، كما أن قدراتهم الذهنية على خلق تسلسل منطقي للأفكار وتصور عام للاستنتاجات تكون سطحية وغير مترابطة، فهؤلاء المرضى لا يهتمون بماضيهم، أو محيطهم، أو وضعهم، أو مستقبلهم، ولا يحتاجون عمومًا إلى تفسير ظروف الحياة أو تشكيل نظرة عامة عنها.

كما يتسم مزاج هؤلاء المرضى بالاستعلاء الدائم، واللامبالاة، والثقة الملحوظة بالنفس، حيث يتسمون بتعظيم نظرتهم الذاتية لقدراتهم والتباهي والتفاخرالمبالغ فيه. فبدلًا من ادراك العيوب المرضية لمزاجهم هذا، تجدهم مقتنعون بتفوقهم على من يحيطون بهم وبعمق احساسيهم ومثالية مشاعرهم ورقي لهجتهم في الحديث ويتوقعون بثقة أن تمكنهم قدراتهم الاستثنائية تلك كما يعتقدون من جني المال والثروة.

أما تجاه الآخرين، فتجدهم متغطرسين وعصبيين ومتعجرفين وعنيدين، يظهرون القليل من التعاطف مع أحزانهم ويستمتعون بالسخرية ممن يعتقدون أنهم أقل شأنا منهم. وقد يكونون في غاية الفظاظة والخشونة عند الاختلاف معهم، ولكنهم في ظروف معينة يتقبلون التوبيخ والإهانة الكبيرة باتزان مدهش. وغالبًا ما يكون هؤلاء المرضى مستعدين للمزاح الذي يصل حتى إلى حد السخرية من أنفسهم وهم محِبُّون للمحادثات وممارسة الهوايات من جميع الأنواع،بينما تنتابهم بين الحين والآخرحالات مؤقتة من مشاعر القلق أو الحزن.

ويظهر في سلوك هؤلاء المرضى نوع من عدم الاستقرار والقلق قبل القيام بأي عمل. وعلى الرغم من قدرتهم الجيدة على التواصل والتكيف بسهولة مع أي ظروف جديدة، إلا أنهم سرعان ما يشتاقون مرة أخرى للتغيير. ويتميز كثيرمنهم بقدرات وميول أدبية وفنية في كتابة الشعرو الرسم والموسيقى، فقد تحدث أحد المرضى مثلًا عن كتابة قصص روائية عن زملائه المرضى. كما أنهم يحبون ارتداء الملابس الزاهية والبارزة، أوأنهم يهملون مظهرهم ويتجولون بملابس رثة.

أما فيما يتعلق بأسلوبهم في التعبير فيتميز بالذكاء والحيوية، فهم يستطيعون التحدث بسهولة وانطلاق باستخدام طريقة سهلة وحرة وفظة في بعض الأحيان. فهم لا يفتقرون إلى ايجاد الرد السريع على ما يوجه لهم من حديث وتكون أجوبتهم وردودهم ذات طابع تهكمي ساخر مصحوبة بنكات رديئة وضحكات صاخبة. وقد قيل عن إحدى الفتيات الشابات من المرضى ‘‘إنها تستطيع أن تتحدث وتقرأ كالمحامية عندما تريد’’. أما عند احساسهم بالغضب، فإنهم وكما قال الدكتور ‘‘شبيخت’’ عادةً ما يستخدمون ‘‘قاموسًا من الإساءات’’، وقد وصفت إحدى المريضات مثلًا بان ‘‘لديها فم بذيء بشكل غير عادي’’. وبالنظر إلى كتاباتهم، فهي تتميز باستخدام الأسلوب المنمق المليء بالانطباعات والملاحظات الشخصية والتهكمات المهينة.

وكثيرًا ما يقوم هؤلاء المرضى بأفعال غريبة بشكل ملفت، فقد طبع أحد المرضى مثلًا على بطاقة الزيارة الخاصة به عبارة ‘‘صلوا واعملوا’’ بعد اسمه، فيما كان آخر يلاحق الناس في الشارع ويسألهم إن كان هناك إله، وإن كانوا قد فكروا في الموت.

كما يتسم المرضى بالتردد عند اتخاذ القرارات، وينعكس ذلك على حياتهم التي دائمًا ما تكون عبارة عن سلسلة من الأنشطة غير المدروسة بل والغير منطقية في بعض الأحيان. فبسبب نفورهم من الدراسة المنهجية وعدم قدرتهم على المثابرة وبذل الجهد، تتسم مراحل دراستهم في المدارس بالتمرد وعدم الانضباط والشغب، فيتغيبون عن المدرسة، ويهربون منها، ويضطرون إلى تغيير مدرستهم، ويفشلون في الامتحانات.

أما إذا انخرطوا في الجيوش أو التشكيلات العسكرية النظامية، فتكون درجة الانضباط العسكري لديهم متدنية جدًا، فيهملون النظافة والنظام، ويطيلون في إجازاتهم، ويتهاونون في الخدمة، ويقاومون السلطات، وكثيرًا ما يتعرضون للعقوبات، إذا لم يتم تصنيفهم كمرضى.

وفي الوقت نفسه كثيرًا ما تلعب الغريزة الجنسية دورًا هامًا حيث تستيقظ الغريزة الجنسية لديهم في وقت مبكروتنشط بشكل كبير وتقودهم إلى الفجور. فالنساء المريضات بتحولن إلى ممارسة الدعارة والبغاء في غالبية الحالات. ويزيد استهلاك المشروبات الكحولية من سوء حالتهم، حيث يستسلمون له بشكل عام دون مقاومة وينفقون كل ما يمكنهم اكتسابه في الشرب والاحتفالات. فقد

أصبح أحد مرضاي مثلًا مدمنًا على المورفين؛ بينما الآخرون هم متعاطون للمخدرات ومدخنون شرهون.

وتقف الحالة المرضية التي يعاني منها هؤلاء المرضى حائلًا دون تمكنهم من الوصول إلى طموحاتهم، فغالبًا ما يفتقر المرضى إلى المثابرة في سعيهم للوصول إلى رغباتهم وطموحهم، على الرغم من امتلاكهم للقدرات التي قد تؤهلهم للوصول إلى تلك الأهداف والمناصب. فتجد أنهم كثرًا ما يغيرون وظفائهم بدون أسباب كافية، وكثيرون ما يبدأون أنشطة جديدة ويضعون خططًا كبيرة لها ولكن وبعد وقت قصير يتركونها مرة أخرى، كما وأنهم كثيرًا ما يقعون في شراك الصحبة السيئة.

فنجد مثلًا أحد رجال الدين وقد أغرق رؤساءه باقتراحات لتحسينات في الكنيسة، وبدلًا من التركيز في هذا المجال، نجده وقد اخترع لعبة ورق جديدة وقضى وقته في أنشطة مثل صيد السمك والتصوير. وتجد أمثلةً لمرضى آخرين يرغبون في أن يصبحوا مبشرين، أو أن ينضموا إلى حركات جديدة بحماسة شديدة مثل أن يصبحوا نباتيين أو مناهضين للقاحات أو مناهضين للسامية، ثم سرعان ما تخبو حماستهم ويتحولون إلى أهداف ورغبات جديدة.

وغالبًا ما يحاول المرضى القيام بمهام ليسوا أهلًا لها بأي حال من الأحوال، فيقومون بمشتريات تفوق قدراتهم المادية بكثير، ويزينون أنفسهم بألقاب رنانة لا يستحقونها على الاطلاق، ويحاولون كسب الاحترام عن طريق التفاخر والتباهي والتبجح، فقد قام أحد المرضى مثلًا بطباعة تاج على بطاقة الزيارة الخاصة به.

وتنعكس هذه الأعراض المتمثلة في التردد وعدم القدرة على تحديد الهدف أواتباع التفكير العقلاني لدى المرضى في طبيعة تصرفاتهم بشكل كبير، فقد يقوموا بتصرفات غريبة جدًّا في بعض الأحيان. وعلى سبيل المثال، قام أحد مرضاي بطباعة إعلانات ضخمة لمختلف المنتجات الكيميائية بتكلفة كبيرة وأرسلها إلى جميع أنحاء العالم ودخل في عقود لتسليم البضائع، على الرغم من أنه كتاجر سابق في السلع الفاخرة، لم يكن يعرف شيئًا عن المنتجات الكيميائية ولم تكن له قدرات تصنيعية وانتاجية كافية لتصنيع الكميات الكبيرة المتعاقد عليها. فقد كان يخلط مواده على موقد مطبخ عادي، وعند سؤاله عن سبب فعله هذا، قال إنه كان يريد أولًا أن يرى ما إذا كان قادرًا على جذب المشترين إلى منتجاته قبل أن يقوم بترتيبات الإنتاج. بعض المرضى كانت لديهم أفكار جيدة حقًا، ويصنعون اختراعات مفيدة، ويظهرون قدرة تجارية كبيرة ولكن بسبب عدم استقرارهم وعدم موثوقيتهم وبسبب تشتت مواردهم في مشاريع عدة، لم يحققوا أي نجاح.

و نتيجةً لفشلهم في تحقيق النجاح في أي مضمار، دائمًا ما يقع المرضى في صعوبات مالية. فعندما تستنفذ إمكانياتهم المادية، يبدأون في الاقتراض وجمع المال عن طريق الائتمان وتبدأ الفواتير المستحقة عليهم في التراكم، كما أنهم يبدأون في اللجوء لممارسات الغش والاحتيال.

ولزيادة قدرتهم على الاقتراض، يحاولون إقناع مقرضيهم بادعاءات مثل امتلاكهم اختراعًا شبه مكتمل أوتأكيدهم على قدرتهم على الحصول على وظيفة تنتظرهم أواتكالهم على مساعدة سيحصلون عليها من معارفهم من الأشخاص ذوي المكانة العالية أو ارتباطهم بزواج وشيك أو لقب مفترض سيجلب لهم المال. وعندما يتم توبيخهم، يؤكدون بسخط أنهم على حق تمامًا، وأنهم لم يكن لديهم أدنى نية للاحتيال، وأنهم في وقت قصير سيكونون قادرين على الوفاء بجميع التزاماتهم.

ومباشرة بعد التوبيخ تبدأ ممارساتهم السابقة من جديد، حتى يتم في النهاية بعد عشرات السنين اكتشاف السبب المرضى لهذا السلوك غير السوي.

توضح هذه الصورة المرضية بشكل لا لبس فيه الحالات الخفيفة من "الهوس". أما ما يتعلق بالانفعالات فهي أقل وضوحًا. فهذه الانفعالات لا تتخذ شكل نوبات محددة، ولكنها تكون جزءًا دائمًا في شخصية المريض. ومن المؤكد أن الصورة السريرية للمرض غالبًا ما تتطور بشكل يختلف من مريض لآخر خلال سنوات النمو وتظهر في شكل تحول مع حلول فترة الشباب وتتخذ أشكالًا يغلب عليها الطابع الاكتئابي بشكل أوضح.

مع ذلك، فإنه ليس من النادر أن يظهر تطور تدريجي معين للأعراض المرضية. فقد وصف نيتشه تلك الحالات بـ" الهوس التدريجي"، حيث يتطور الاستعداد الهوسي الخفيف تدريجيًّا نحو الخمسين من العمر إلى هوس خفيف واضح. وكثيرًا ما تلاحظ أيضًا تقلبات في الحالة وفي ظروف معينة قد تتطور إلى حدوث نوبات هوس أخف أو أكثر حدة. كما أنه من الطبيعي أيضًا أن تتطور الحالة إلى ظهور نوبات هوس اكتئابي، وفي حالات أكثر ندرة تتخللها حالات اكتئاب خالص.

وتبقى حالات التحول الطفيف والسريع في المزاج متكررةً إلى حد ما وقد يصل الأمر أحيانًا إلى محاولة الانتحار. و تبين من متابعة حالات المرضى بميونخ أن تسعة بالمائة من بين المرضى المصابين "بالهوس الاكتئابي" الذين تمت ملاحظتهم أظهروا استعدادًا للهوس.

ويمكن أن يتخذ هذا المرض أشكالًا اقل اضطرابًا لدرجة تعتبر فيها هذه الاضطرابات ضمن النطاق الطبيعي المألوف، ويمكن ملاحظة هذا في بعض الشخصيات الفنية اللامعة. فهؤلاء لديهم القدرة أن يسحرونا بحركتهم الفكرية وتنوعهم وغزارة أفكارهم وسهولة وصولهم إلى ما يريدون وحبهم للمغامرة وقدراتهم الفنية وطيب طباعهم المرحة والمشرقة. ولكنهم وفي ذات الوقت نفسه يضعوننا في حالة من الارتباك والدهشة عندما نرى بعض سلوكياتهم المزعجة مثل كثرة الثرثرة والاستهتار في الحديث، والحاجة المفرطة إلى الظهور الاجتماعي، والمزاج المتقلب، وعدم الثبات والمثابرة في أعمالهم والميل إلى الأوهام وعمل المكائد، وبعض النشاطات والأفعال غير العادية أحيانًا.

ويبدو لي أنه يمكن ملاحظة نوع من الربط المحتمل بين المزاج شديد التفاؤل وبين الاستعداد لحدوث أعراض الهوس الاكتئابي. فمن المحتمل أن يمر المرء بين الحين والآخر بفترات اكتئاب أو قلق ليس لها سبب محدد وتعود عادةً إلى ظروف خارجية، أو الإفراط في العمل، أو حالات خيبة الأمل، وقد تؤدي هذه الصدمات في بعض الأحيان إلى تطور فترات الاكتئاب والقلق الناتجة عنها إلى مزاجية كئيبة أو إلى الإصابة بالهوس الاكتئابي الواضح أو حتى إلى الانتحار.

المزاج الانفعالي

Irritable Temperament

ربما يكون من الأفضل تصور "المزاج الانفعالي" وهو شكل آخر من أشكال الاستعداد "للهوس الاكتئابي" على أنه مزيج من الحالات الأساسية التي تم وصفها سابقًا، ترتبط به سمات الهوس والاكتئاب. ويبدو "المزاج الانفعالي" اكثر شيوعًا من الاستعداد الاكتئابي لدى 12. 4 في المائة من المرضى الذين خضعت حالاتهم للدراسة. ويظهر المرضى الذين يعانون من هذا الداء تقلبات كبيرة

غير عادية في توازنهم الانفعالي منذ الصغر ويتأثرون بشكل سلبي واضح بما يتعرضون له من تجارب حياتية. كما يتسم المرضى بدرجة كبيرة من العاطفية والاندفاع والحساسية المفرطة تجاه الأحداث التي يمرون بها فهم سريعو الانزعاج وسريعو الغضب ويثورون لأتفه الأسباب لدرجة وقوعهم في نوبات غضب لا حدود لها. وقد قيل عن إحدى المريضات "كانت تنتابها حالات تكاد تهذي فيها"، وقيل عن أخرى: "إن غضبها يفوق كل الحدود". ثم يصل بها الأمر إلى مشاهد عنيفة مع الإساءة والصراخ والسلوك الخشن. وفي نوبة من نوبات الغضب تلك، ألقت إحدى المريضات كومة كاملة من الأطباق على الأرض وقذفت بمصباح مضاء على زوجها وحاولت أن تهاجمه بالمقص.

ويتسم المرضى بالمزاج المتقلب والاستعداد الدائم للمواجهة والشجار، عدم القدرة على تحمل أي خلاف، ولذلك فهم دائمو النزاع والانفعال الشديد على المحيطين بهم. وعلى سبيل المثال، فقد هددت إحدى المريضات التي ظنت أنها تعرضت لشيء من الغش في شراء منزل خصمها بمسدس، ولحسن الحظ فإن المسدس كان فارغًا من الطلقات. ونتيجة لمشاكستهم وشجاراتهم المستمرة، يكون المرضى في الغالب مكروهون جدًّا وكثيرًا ما يضطرون إلى تغييرأماكن إقامتهم وأوضاع حياتهم ويعانون من الفشل المستمر. وحتى في نطاق أسرهم، يكون هؤلاء المرضى صعبي المراس، كثيري التقلب، يهددون زوجاتهم ويضربون أولادهم وتنتابهم نوبات من الغيرة.

المزاج Mood

يتميز مزاج المرضى بالتقلب وعدم الاستقرار، فقد يكون المريض مبتهجًا ومسرورًا ثم يتخلل ذلك فترات يكونون فيها سريعو الانفعال وسيئو المزاج، يشعرون بالحزن والقلق وخواء الروح ويذرفون الدموع بدون سبب، بل ويعبرون عن أفكارالانتحار. وعادةً ما تزداد درجة التهيج في وقت الحيض لدى المرضى من النساء.

وغالبًا ما يتميز المرضى بدرجة عالية من الموهبة الفكرية، فكثير من المرضى يظهرون نشاطًا ذهنيًا عظيمًا ويحرصون على الحصول على درجة أعلى من الثقافة. ولكنهم في الغالب مشتتون جدًّا وغير مستقرين في مساعيهم. وينظر إليهم أحيانًا على أنهم كاذبون ومفترون وذلك نظرًا لتأثرخيالاتهم الشديد بالحالة المزاجية والشعورية التي يمرون بها، ولذلك يسهل عليهم الوقوع في تأويلات وهمية لما يحدث حولهم، فقد يظنون أن الناس من حولهم يخدعونهم وويستغلونهم، وقد يتخيلون أحيانًا أن شخص ما قد وضع سمًا لهم في الطعام. كما أن تلك الخيالات والأوهام تدفع بهم عادةً إلى تبني خططًا وهميةً لا يمكن تحقيقها.

أما بالنسبة للقدرة على العمل فلا يظهر المرضى أي نواح سلبية أو اضطرابات تستحق الذكر، فكثير من المرضى مجتهدون جدًا، بل مشغولون جدًا، ومفرطون في الحماسة، ولكنهم مع ذلك لا ينجزون إلا القليل نسبيًا، بينما تجدهم في مناقشات واجتماعات العمل ثرثارين وسريعي البديهة وسريعي الكلام. ونتيجة لسرعة انفعالهم وتغير أمزجتهم فإن سلوكهم في الحياة يخضع بدوره لكثير من التقلبات، فهم يتخذون قرارات مفاجئة وينفذونها في الحال، ويهربون فجأة، ويقررون السفر بدون مقدمات، فهذه المريضة مثلا وافقت على خطبتها بشكل مفاجئ وبدون ادراك لما يحدث حولها

أو تفكير كافٍ. وغالبًا ما تكون الاضطرابات النفسية الجسدية لدى المرضى واضحةَ للعيان، فيصابون بحالات من الإغماء والتشنجات وحالات من البكاء المتشنج.

المزاج المتقلب الدوار (السيكلوثيمي)

Cyclothymic Temperament

يجب أن يتم النظر في المزاج السيكلوثيمي بإيجاز. يتميز هذا المزاج بتقلبات متكررة شديدة وشبه منتظمة للحالة النفسية اما بالاتجاه الهوسي أو بالاتجاه الاكتئابي. وعلى الرغم من ملاحظة هذه الحالة في 3 إلى 4 في المئة فقط من مرضانا، ولكنها بلا شك هي في الواقع أكثر شيوعًا من ذلك بكثير، حيث تمثل هذه الحالة المقدمة الثابتة لأقل أشكال الهوس الاكتئابي وغالبًا ما تؤدي إليها تدريجيًا.

هؤلاء هم الأشخاص الذين يتأرجحون باستمرار بين القطبين المتضادين للمزاج، أحيانًا ‘‘يفرحون كأنهم في الجنة’’، وأحيانًا’’ حزينون كالموت’’. تجدهم اليوم نشيطين متألقين، مشرقين، مليئين بالفرح والنشاط، بينما وبعد فترة ينقلبون إلى حالة من الاكتئاب والإنهاك والمزاج السيء ويبدون في حاجة إلى الراحة. ثم ومرة أخرى بعد بضعة أشهر يظهرون نفس الحالة من الانتعاش التي بدوا عليها سابقًا. وكما أوضحت إحدى المريضات بقولها ‘‘لطالما تخيلت طوال حياتي شيئًا ما’’ واضافت بعض الأحيان كنت أعتقد أن كل شيء في تحسن، وفي مرات أخرى بدا لي كما لو أن السماء تكاد تسقط’’. وذكرَتْ أخرى إنها كانت تمر بأوقات ‘‘كان كل شيء فيها يسير بشكل رائع’’، وفي أوقات أخرى ‘‘كان كل شيء فيها صعبًا بشكل مرعب’’. وقالت ثالثة إنها كانت ‘‘مثل البارومتر كل مرة مختلف في درجته’’.

الفصل الثامن

تواتر الأشكال الفردية ـ المسار العام

التكرار الذي تحدث به النماذج المرضية السريرية المختلفة للهوس الاكتئابي المذكورة هنا متنوع للغاية. الأشكال الطفيفة مستبعدة من مثل هذا التحليل، حيث أنها نادرًا ما تأتي إلى المستشفيات أو المصحات العلاجية ولكن عادةً تُعالج في الأسرة أو في المصحات العادية. عددهم كبير بشكل غير عادي ولا يوجد ‘‘دار رعاية للحالات العصبية’’ تستقبل مرضى كمقيمين باستخدام مصطلحات مثل ‘‘العصبية، الإرهاق العصبي، الهستيريا’’

من بين المرضى الذين جاءوا إلى مستشفانا: قدم 48. 9 في المئة حالات اكتئاب فقط، و16. 6 في المئة نوبات هوس فقط، و34. 5 في المئة مزيج من الظواهر المرضية الهوسية والاكتئابية، أحيانًا واحدة بعد الأخرى وأحيانًا بجانب بعضها البعض. ثم يجب بالطبع ألاخذ في الاعتبار أن مسار المرض في الغالبية العظمى من الحالات لم يكن بالتأكيد في نهايته. إذا تم أخذ الحالات التي توفيت في سن متقدمة فقط في الاعتبار، فإن عدد الأشكال المركبة سيزداد بلا شك بشكل كبير.

من بين الحالات المرضية البسيطة، كانت حالات الإكتئاب في ما بين ‘‘الكآبة البسيطة’’ و ‘‘الكآبة الشديدة’’ المجموعة الأكبر بنسبة 23. 5 في المائة من الحالات. نسبة 13. 5 في المائة كان

المرضى يعانون من أوهام إستثنائية، و6. 1 في المائة من المرضى كانت بسبب القلق. كان هناك إثارة هوسية طفيفة في 4 في المائة من الحالات، وهوس حاد في 9. 8 في المائة. وظهرت حالات من الارتباك والخمول بدرجات مختلفة بنسبة 8. 2 في المائة، وأفكار قهرية بنسبة 1 في المائة.

من بين الحالات المرضية المركبة، كانت هناك حالات خفيفة بنسبة 10. 6 في المائة مقابل الأشكال الأشد بنسبة 9. 1 في المائة. حالات الخمول وعدم الوعي كانت حاضرة بنسبة 4. 9 في المائة، وكذلك الأوهام الأكثر وضوحًا بنسبة 4. 9 في المائة. يقدم "والكر" مقارنة وهي معدة بالفعل من وجهات نظر أخرى، ولكنها بشكل أساسي لا تختلف كثيرًا. وجد من بين 674 حالة في الرجال: 55. 7 في المائة يعانون من الاكتئاب، و11 في المائة يعانون من الهوس، و33. 3 في المائة يعانون من الحالات الدائرية، بينما في النساء كانت النسب 70. 2 في المائة، و6. 2 في المائة، و23. 6 في المائة على التوالي.

النوبات الفردية، اضطراب الهوس الاكتئابي، كما يتضح من التشخيص السريري، ليست جميعها متشابهة، بل يمكن أن تأخذ أشكالًا مختلفة جدًا. إذا أراد المرء أن يصنفها، فيمكنه أولًا أن يفصل تلك الحالات التي تكون جميع نوباتها متشابهًا، وتلك الحلات المختلطة حيث أنها تظهر غالبًا أثناء تلك الانتقالات. ومع ذلك، يجب التأكيد على أن هذا التصنيف الذي يبدو بسيطًا جدًّا يواجه في الواقع صعوبات متعددة. أولًا، سيكون من الصعب دائمًا في حالة المرضى الذين لا يزالون على قيد الحياة التأكد مما إذا كانت سلسلة من النوبات المتشابهة ستظل مستمرة بنفس النمط، حتى بعد مرور عقود، أو ستتغير فجأة إلى حالة مختلفة تمامًا. وثانيًا، فإن وصف النوبات الفردية ليس بالأمر السهل في كثير من الأحيان. ففي الغالبية العظمى من حالات الهوس، بمجرد التركيز عليها، تظهر حالات من الاكتئاب إما في البداية أو النهاية، والتي تستمر عادة لبضعة أيام فقط وقد تكون غير واضحة بشكل كبير. أيضًا، خلال فترة الإثارة، يتم إدخال ساعات أو أيام من التلوين المعاكس بشكل متكرر، وأخيرًا، يتبين في كثير من الأحيان أن هناك تغييرات طفيفة في المزاج كانت حاضرة في الفترات بين نوبات الهوس.

من ناحية أخرى، فإن حالات الاكتئاب التي تنتمي إلى هذه الفئة غالبًا ما تتبعها بهجة "تفاعلية" ملحوظة، والتي يعتبرها الأطباء والمرضى عمومًا تعبيرًا عن الفرح بالشفاء، كما يُعتبر "الاكتئاب التفاعلي" بعد الهوس تعبًا أو حزنًا على المرض العقلي الذي تم المرور به. وخلال الاكتئاب، نلاحظ حالات من الإثارة المفاجئة والبهجة العابرة أو نتعلم أن المرضى قد زينوا أنفسهم بطريقة بارزة إما سابقًا أو لاحقًا، وزاروا أماكن الترفيه خلافًا لعادتهم المعتادة، وكانوا سريعو الانفعال والحماس.

يظهر الاكتئاب كحلقة منفردة ومهيمنة بشكل متكرر. هنا يجب ملاحظة أن الغالبية العظمى من حالات الهوس الاكتئابي حوالي 60 إلى 70 بالمئة تبدأ بحالة من الاكتئاب. هذا الهجوم الأول الذي يسير عادةً بشكل خفيف، يتبعه في حوالي ثلثي الحالات فترة خالية من المرض والتي في ظروف معينة قد تستمر طوال الحياة. في حوالي ثلث المرضى، يتبع ذلك مباشرةً هياج هوسي، وفي معظم الحالات يؤدي إلى تعافي مؤقت. فقط في عدد قليل من الحالات يبدأ الاكتئاب مرة أخرى على الفور ويعود ليحل محله الحماس وهكذا يتواصل التناوب بين الحالتين.

عدد الهجمات التي تتكرر بنفس الشكل في المجموعة الأولى صغير نسبيًا؛ كانت الهجمات الاكتئابية التي تحدث ثلاث مرات أو أكثر نادرة حوالي أربع إلى خمس مرات مقارنة بالهجمات

الفردية. السبب في ذلك هو أن عددًا كبيرًا من المرضى أصيبوا بالمرض مرة واحدة فقط أو في وقت الملاحظة السريرية. ومع ذلك، من المحتمل أن العديد من النوبات الفردية للاكتئاب ستتحول مع مرور الوقت إلى مقدمة لأشكال مركبة من الاضطراب. المرضى الذين تم تسجيل ثلاث هجمات مرضية أو أكثر لديهم كانوا غالبًا ما يظهرون الأشكال المركبة من الاضطراب بشكل أكبر.

عندما يبدأ المرض بنوبة الهوس، يظهر تراجع لاحق في حوالي ثلثي الحالات، بينما في الحالات المتبقية، يتبع نوبة الهياج حالات من تقلب المزاج أو الذهول. هنا يبدو تكرار النوبة في البداية أقل شيوعًا من حالات الاكتئاب؛ ولكن في حال تكررت النوبة المرضية، يكون من الأرجح مقارنةً الاكتئاب بأن يتبعها نوبات مشابهة أخرى. لكن وبشكل عام، مع ازدياد عدد النوبات، يزداد الميل إلى إحداث تغيير في طبيعتها أو إلى مزيج من ظواهر مرضية أخرى. وعادةً ما يُلاحظ أن النوبات الفردية لدى المريض تقدم نوعًا من التشابه المتبادل، وقد يرتقي هذا التشابه في بعض الأحيان إلى مستوى "التطابق الفوتوغرافي".

وفي كثير من الأحيان، تتوفر فرصة خلال مسار نفس المرض لرؤية عدد كبير من الحالات التي تم وصفها هنا والتي تظهر واحدة تلو الأخرى، بدءًا من الاكتئاب الطفيف والذهول، مرورًا بالحالات المختلطة المتنوعة وصولًا إلى الهوس الخفيف وحتى الهوس الحاد. حتى الآن، لم أنجح في العثور على أي قاعدة ثابتة لهذه الحالات، ولكن التناوب المنتظم بين فترات المرض الهوسي والاكتئابي، وهو النوع الذي جذب انتباه الأطباء النفسيين بشكل أساسي والذي يعتبر استثناءً نادرًا. فغالبًا ما تكون الأنماط المرضية غير منتظمة، كما سنرى لاحقًا بمزيد من التفصيل في بعض الأمثلة. وكثيرًا ما يحدث أيضًا أن تتخلل سلسلة كاملة من النوبات المتشابهة نوبة واحدة ذات طابع مختلف. يُلاحظ في بعض الأحيان أيضًا أن التناوب الأكثر انتظامًا يتطور بعد مرور فترة طويلة من المرض، خاصةً عندما يهيمن نوع معين من النوبات. كما أن الأشكال المختلطة، مثل الذهول الهوسي غالبًا ما تظهر بعد عدة نوبات متكررة.

مدة الهجمات الفردية متباينة للغاية. فهناك بعضها قد يستمر من ثمانية إلى أربعة عشر يومًا، بل إننا أحيانًا نرى أن حالات التقلبات المزاجية أو الإثارة المرضية لا تستمر في هؤلاء المرضى لأكثر من يوم أو يومين أو حتى بضع ساعات فقط. ومع ذلك، فإن الهجمة البسيطة تستمر عادةً من ستة إلى ثمانية أشهر. من ناحية أخرى، فإن الحالات التي تستمر فيها نوبة لمدة سنتين أو ثلاث أو أربع سنوات، والنوبة المزدوجة تستمر ضعف ذلك الوقت، ليست نادرة على الإطلاق. لقد رأيت حالات هوس حتى بعد سبع سنوات بل حتى بعد أكثر من عشر سنوات، تعافت، وحالة اكتئاب تعافت بعد أربعة عشرة سنة. أبلغ "ألبرخت" عن حالة مرضية مصابة بالاكتئاب تحولت بعد ثمانية عشر عامًا إلى هوس. مدة الهجمات الأولى عادة لا تتجاوز بضعة أشهر بينما في وقت لاحق عادة ما تمتد أكثر فأكثر في ظروف معينة بسبب تداخل عدة هجمات.

دائمًا توجد فترات خالية من النوبات بين كل هجومين بسيطين أو مزدوجين. هذه الفترات تتسم بتفاوت كبير فقد تمتد من بضعة أسابيع أو أشهر إلى عدة سنوات وحتى عدة عقود. من بين 703 فترة للنوبات التي قمت بمقارنتها، كانت هناك 96 فترة استمرت من 10 إلى 19 سنة، و34 فترة استمرت من 20 إلى 29 سنة و8 فترات من 30 إلى 39 سنة و44 سنة. لاحظ الدكتور "دوبوي" فترات زمنية خالية من النوبات تبلغ 25 و30 عامًا.

كما جمع الدكتور "فيدراني" سلسلة من الحالات ذات الفترات الطويلة. مثل حالة هوس تلتها بعد 26 عامًا ثلاث نوبات هوس قصيرة أخرى ونوبة من الاكتئاب المختلط والذهول والهوس تبعها هوس آخر بعد 27 عامًا، وحالة مشابهة من الاكتئاب بعد 42 عامًا. كما ذكر أيضًا حالة من الهوس والاكتئاب مع حالة مختلطة بعد 27 عامًا، وحالتين من الاكتئاب خالية من النوبات بفواصل زمنية تبلغ 32 و35 عامًا، وحالتين من الهوس خالية أيضًا من النوبات بفواصل زمنية تبلغ 21، 30، 35 و44 عامًا، وأخيرًا تسلسل الهوس والاكتئاب أو العكس مع فترات خالية بفواصل زمنية تبلغ 33 و36 عامًا.

قام "هيبنر" بالتبليغ عن حالة من الهوس حيث تكررت النوبات بانتظام بعد فترة توقف أولى دامت 41 عامًا؛ وفي حالة أخرى، كانت الفترة بين النوبة الثانية والثالثة 44 عامًا. ويبدو أنه لا يوجد ارتباط محدد بين مدة النوبات والفترات الفاصلة بينها. قد تتكرر النوبات القصيرة بسرعة متتالية، ولكن قد تتخلل أيضًا فترات طويلة من الهدوء. النوبات الطويلة والشديدة قد تترك وراءها ميلًا أكبر لنوبات جديدة؛ ولكن من ناحية أخرى، غالبًا ما نشاهد أن هذه النوبات الطويلة تتبعها فترة توقف أطول. أحيانًا تكون مدة الفترات الفاصلة ثابتة لدرجة أن المرضى يعودون إلى المصحات في الموعد المعتاد بدقة. ولكن في معظم الأحيان يظهر المرض ميلًا لاحقًا لأن يكون مساره أسرع وتقل الفترات الفاصلة حتى تتلاشى بالكامل.

وفي الوقت نفسه تزداد مدة النوبات تدريجيًا. فقد شاهدت في إحدى الحالات خلال 13 نوبة زيادة مدة النوبات من ثلاثة أو أربعة أشهر إلى ستة أو سبعة بينما تقلصت الفترات الفاصلة من سنة إلى ستة أو سبعة أشهر. ولكن حتى مع طول مدة المرض قد تحدث نوبة مرة واحدة بوتيرة سريعة غير متوقعة خاصة في الحالات ذات الفترات الفاصلة الطويلة. أما في سنوات الشيخوخة، تميل الفترات الفاصلة إلى التقلص وقد تعود أحيانًا إلى التمدد لاحقًا.

لذلك من المتوقع إذن أن تعود نوبة الاكتئاب الأولى بعد فترة زمنية أطول بكثير من نوبة الهوس أو النوبة المختلطة. هذا النمط يتأثر بالتأكيد بالحالات غير النادرة حيث يظهر الاكتئاب في مرحلة الشباب ثم يعود لأول مرة في سنوات الشيخوخة، أحيانًا بشكل متكرر أو بالتناوب مع نوبات الهوس. كما أن الانتكاسات المتأخرة تبدو أنها تسير بوتيرة أبطأ بعض الشيء مقارنة بالنوبات المختلطة أما التناقض في عدد الحالات التي تقع ضمن النوبة الثانية في حالات الهوس، فقد يكون ناتجًا عن خطأ عرضي نظرًا لقلة عدد الملاحظات المتاحة للدراسة.

في الحالات المتبقية، يظهر بوضوح قُصر الفترات الفاصلة مع تكرار النوبات. أحيانًا، يبدأ المرض بسلسلة مغلقة من نوبات قصيرة جدًا متتالية بسرعة كبيرة تتبعها نوبات من الهوس أو الهوس الذهولي، يتبعها بعد ذلك فترة هدنة أطول تستمر لعدة سنوات. ويكون هذا بشكل خاص في مجموعة صغيرة من المرضى الشباب، وخاصة من النساء. تكون حالات الإثارة الفردية في هذه الحالة قصيرة، أحيانًا تستمر لبضعة أيام فقط، لكنها قد تكون شديدة ومصحوبة بحالة من الارتباك الشديد.

يشكّل نسبة صغيرة فقط، ربما لا تتجاوز أربعة إلى خمسة في المئة، الحالات التي يسيطر فيها المرض بشكل مستمر وكامل على حياة المريض منذ النوبة الأولى بتناوب منتظم بين حالتي المزاج. كما رأيت مرارًا في هذه الحالات ظهور الاكتئاب في فصل الخريف ليتحول في الربيع إلى حالة من

الإثارة على نحوٍ يتوافق إلى حد ما مع التغيُّرات العاطفية التي تحدث حتى للأشخاص الأصحاء مع تغير الفصول. غالبًا ما تكون هذه الحالات خفيفة مثل حالات الهوس الخفيف والكبت البسيط. ومع ذلك، حتى بعد مسار طويل مستمر من النوبات قد تظهر أحيانًا فترة هدنة طويلة.

وقد تم تحليل الأنواع المختلفة التي يأخذها مسار مرض الهوس الاكتئابي والتي تتحدد بالسلوك المتغير في مدة وتنوع النوبات وكذلك في طول الفترات الفاصلة بين النوبات إلى سلسلة من الأنواع الفرعية السريرية. قام "فالريت" و"بيالاجير"، اللذان عرفانا لأول مرة بشكل أكثر تفصيلًا على هذا المرض، بوضع هذه الأنواع الفرعية، وتشمل الهوس والاكتئاب المتقطع، والنوع المنتظم وغير المنتظم، الجنون المتغير، الجنون المزدوج التكوين، والجنون الدائري المستمر. أعتقد أنني مقتنع بأن هذا النوع من التصنيف محكوم عليه بالفشل بسبب عدم انتظام المرض. حيث أن نوع ومدة النوبات والفترات الفاصلة لا تبقى ثابتة في الحالة الفردية، بل قد تتغير كثيرًا، بحيث يُنظر إلى الحالة دائمًا على أنها تتبع أشكالًا جديدة.

في الفترات الفاصلة بين نوبات الاكتئاب، يبدو المرضى في البداية، بحالة جيدة تمامًا. ربما بعد نوبة اكتئاب يلاحظ عليهم مظهر مبهج واستمتاع ملحوظ بالحياة، في حين أن الاكتئاب والتوتر الذي يعقب نوبة الهوس يكون صعب التغلب عليه لفترة طويلة. وعندما تستمر الحالة لفترة طويلة وتتكرر النوبات بشكل متكرر وتصبح التغيُّرات النفسية أكثر وضوحًا حتى خلال الفترات الفاصلة بين نوبات المرض. وعلى الرغم من أن الأعراض المرضية اللافتة للنظر لم تعد ظاهرة للعيان، إلا أن الاكتئاب والسلوك المكتئب والخجل والفتور والحاجة الشديدة إلى النوم والتراجع في القدرة على العمل، تكون هذه التغيُّرات واضحة لا لبس فيها. وقد قيل عن إحدى المريضات "في أوقاتها الجيدة، تبدو كأنها شخص يعاني من مشكلة ما". على النقيض من ذلك، تُظهر مريضة أخرى سرعة الانفعال ووعيًا ذاتيًا مبالغًا فيه جدًا، ومزاجًا هجوميًا، وهياجًا. وتحدثت إحدى المريضات عن الأوقات التي كان "لها شخصية مختلفة تمامًا، وكانت تظهر اعتزازًا مبالغًا فيه بالملابس، وكانت تميل نحو الأمور الدنيوية". "

غالبًا لا يستوعب المرضى المرض الذي أصابهم وخطورته. ربما يعترفون بأنهم كانوا مضطربين أو مكتئبين، ولكنهم يلقون اللوم في معظم الأحيان على الظروف التي أحاطت بهم أو على البيئة المحيطة بهم أو على إحضارهم إلى المصحة. ولذلك فهم لا يحبون أن يذكرهم أحد بالوقت الذي كانوا فيه مرضى، ويتهربون من كل نقاش حوله ويهربون من الكلام مع الطبيب إذا ما صادف أن قابلوه فيما بعد. وقليل من المرضى الذين لا يزال عندهم شيء من التهيج يشتكون من الحرمان من الحرية والتي عانوا منه أثناء النوبة ويقولون إنه غير قانوني أو يكتبون وصفًا لتجاربهم بأسلوب نصف ساخر ونصف غاضب، ولكن دائمًا بنظرة شخصية جدًا.

خلال الفترات الفاصلة للمرض، تكون هناك نوبات طفيفة للغاية لا يمكن تحديد طبيعتها المرضية إلا من خلال معرفة دقيقة بتفاصيل الأعراض بالكامل، مثل حيوية مفاجئة، نشاط غير معتاد، التخلص من الهموم اليومية، كثرة الكلام، المرح، التهيج، أو القلق دون سبب واضح، السلوك التأملي، الخمول وعدم الاكتراث الذي قد يستمر لأسابيع، والذي يؤدي لاحقًا إلى الإرهاق أو بعض الضغوط، لكنه يختفي بسرعة كما ظهر. وتحدث للنساء نوبات قصيرة من النشاط الزائد بالتزامن مع الحيض.

يشعر المرضى أحيانًا باقتراب نوبة جديدة قبل أيام أو حتى أسابيع من حدوثها، دون أن يتمكنوا من توضيح السبب لأنفسهم. إحدى مريضاتي كانت تقوم بزيارة غير مبررة للمصحة قبل اندلاع النوبة بوقت ما؛ وفي تلك الزيارة، لم تظهر أي أثر للأعراض المرضية.

هناك مرضى آخرون لديهم الوقت ليرتبوا أمورهم قبل أن تبدأ نوبة الهياج، ثم يذهبون طواعية للمصحة أو المستشفي لتلقي العلاج. أحد المرضى من هذا النوع قفز ذات مرة في منتصف الليل فوق صور المستشفي العالي لتلقي العلاج.

والانتقال بين النوبات من نوع إلى آخر يحدث فجأة ودائمًا أثناء الليل. فيستيقظ المريض المكتئب في وقت مبكر جدًّا على غير عاداته فيجد نفسه في حالة الهوس. مريض كان مكتئبًا بشدة وكان يعتقد أنه تسبب في وباء، ظهر في صباح أحد الأيام مرتديًا قرنفلًا أحمر في جيب سترته. مريض محبط ومكتئب أعلن فجأة أن السعادة قد حلّت عليه وأصبح شخصًا سعيدًا ومبتهجًا. المريض المندفع يشعر في صباح يوم ما بالتعب، والإنهاك، والجمود؛ فقد كان "مبتهجًا للغاية، ومبتهجًا أكثر من اللازم، والآن تلاحقه النتائج".

أكثر من مرة، يُلاحظ أن التغير في الحالة المرضية يتم التحضير له لفترة طويلة قبل حدوثه. تعابير وجه المريض، الذي كان مكتئبًا حتى تلك اللحظة، يصبح تدريجيًا أكثر سعادة، وعينيه أكثر إشراقًا؛ تتحسن شهيته فيأكل أكثر من ذي قبل. قالت مريضة: "أشعر بالأمل بدلًا من اليأس. "مريضة أخرى تذكرت محاولة انتحارها وقالت: "انكسر الحبل، الحمد لله. " ومريض آخر كان قد ادعى أن رئتيه قد تآكلتا تمامًا، قال: "إنهما تنموان مجددًا. "

تستعيد بشرة المرضى نضارتها السابقة، ويستعيد الجسم مرونته. تدريجيًا، ويصبح المريض أكثر انفتاحًا للتعامل مع الناس، ويظهرالاهتمام بمحيطه، يبدأ في العمل بشكل أكثر استمرارية، يشعر بتحسن وراحة، ويعبّر عن رغبة في الحرية وعمله الخاص. ويظل المريض لفترة طويلة يُعطي انطباعًا إنه في مرحلة التعافي. كتبت مريضة خرجت من المستشفى عندما كانت في هذه الحالة أنها تتمنى أن تأتي إلى المستشفي كممرضة "ولكن فقط في الأجنحة الهادئة". قدم لنا أحد المرضى المعلومات التالية عن حالته: -

"إن الإعياء قد خفَّ بعض الشيء، ولم يعد المشي صعبًا جدًّا بالنسبة لي، ولكن لا يزال هناك ثقل مزعج في جميع أطرافي ولا يزال جسدي يجرني إلى الكرسي أو إلى السرير. ولكني أعتقد أن الله تعالى يقويني مرة أخرى بقوته ويعينني، ولذلك فأنا الآن أكثر سعادة مرة أخرى، وأنا أحمده وأعبده وهو السميع العليم الذي أعانني بشكل رائع. روحي، تشرق لي مثل الظهيرة، والظلام أصبح صباحًا مشرقًا بالنسبة لي. روحي تعيش وتأمل وترتاح مجددًا".

غالبًا ما تشير الطبيعة المرضية للتحسن الظاهري إلى وجود شيء غير طبيعي. قالت مريضة لي ذات مرة: "أشعر أنني في أحسن حال "ثم قامت بالانتحار فيما بعد؛ كانت تشعر بأنها أصغر من عمرها، وتنام لفترات قصيرة جدًا، لكنها كانت دائمًا في حالة نشاط. قالت: "لا يمكن أن يستمر هذا الوضع". كانت بعض أفعالها تحمل لمسات من الهوس، بينما كانت أعراض التثبيط لا تزال تسود بشكل عام.

قد عالجت مريضة كانت بعد نوبة اكتئاب شديدة، لا تكاد تستطيع أن تنطق بكلمة واحدة، ولكن كانت صحتها البدنية جيدة جدًا، وكثيرًا ما كانت تبتسم. ولكنها فاجأت الجميع عندما وجهت صفعة

سريعة على أذن أحدهم بسرعة البرق. سيدة كانت لا تزال مضطربة بأفكار الاضطهاد، أمسكت فجأة بفلاحة لترقص معها حول المائدة. وأخرى، بينما كانت تمر من أمام متجر الأقمشة في حالة يأس شديدة، انتابتها نزوة مفاجئة لشراء فستان رقص، وظهرت به بعد يومين في حفلة راقصة كانت قد رفضت أن تذهب إليها من قبل مما أثار دهشة أقاربها.

ومع مرور الوقت يكون للمزاج المبتهج السعيد اليد العليا كتبت مريضة في مذكرتها. ‘‘اليوم هو الجمعة العظيمة، لكن في داخلي هو بالفعل عيد الفصح’’. إن بزوغ صور أكثر متعة يتم تصويره بشكل مميز جدًّا في الرسالة التالية :

كتبت مريضة كانت ما تزال تعاني من اكتئاب شديد على الرغم من تحسن ملحوظ في حالتها تلك الرسالة كتبتها إلى والدتها ؛وقد توفيت منتحرة بعد كتاباها تلك الرسالة بفترة قصيرة ‘‘كم أشتاق اشتياقًا شديدًا إليكم وإلى الحياة، ومع ذلك أشعر أنني يجب أن أموت. أنا أحبك أنت وإخوتي أكثر من الحياة الغنية الجميلة النقية التي أحب أن أشارككم فيها كما ينبغي؛ وبدلًا من هذا أسبب لكم الحزن. لا تلعنوني يا إخوتي فأنا في الحقيقة مريضة ولا أستحق أن أكون معكم؛ سامحوني على ما سبق، فأنا اليوم في غاية الراحة حتى أني أشعر أني سأغفو الآن. كل شيء جميل ورائع في هذه الحياة وكل شيء يبدو الآن مشرقًا، حبكم، العمل،الحديقة والزهور والغابة. ساحة الزيزفون كما كانت عندما كان عملك ويدك القوية وعينك المحبة للجمال تزينها تظهر لي الآن في أحلام حية لم يسبق لها مثيل. هل لا تزالين تذكرين كم كانت الأمسيات الصيفية الجميلة الرائعة في الشرفة؛ حيث كانت شجرتا الصنوبر الطويلتان النحيفتان تقفان في سماء المساء الصافية، وكانت الكرمة البرية تمتد كستارة شفافة من بيت الغسيل إلى شجرة الصنوبر وكانت الريح تحركها بلطف. كان القمر الصافي والمضيء يطل من بين الأشجار الصنوبرية. وكنا نجلس حولك على الشرفة وقرب الشلال كان صوت عجلة الطاحونة يهمس. وعندما كان الجرذ في المساء يمشي على السلك من المخزن إلى حوض الماء وكنا نراقبه، وعندما أطلق فريتز عليه النار بدقة، كان ذلك هو الواقع القوي. كانت جميلة جدًّا عندما تفتحت الورود والزنابق ثم خلف الحديقة كانت المروج العطرة وعند طرفها غابتنا الصغيرة حيث كنا نلعب ألعابنا كأطفال وكان فريتز دائمًا هو اللصّ الفارس الرهيب! وعندما كان النحل يطن في أشجار الكستناء المزينة بالشموع، كان ذلك أجمل من أن نكون جالسين تحتها ونحلم...’’

يجب ملاحظة إمتزاج اليأس مع العاطفة الشديدة، وكذلك البوح الكلامي بإستخدام صور شعرية من الذاكرة والتي توحي بتحليق الأفكار وإلاستخدام المستمر ‘‘يشير إلى أن الصور الجديدة تتزاحم دائمًا. وبطريقة مماثلة يحدث التغيير المعاكس. فيبدأ وزن الجسم، الذي كان قد ازداد في الآونة الأخيرة بالانخفاض ببطء مرة أخرى. ثم يقل الانشغال الزائد عن الحد تدريجيًّا؛ وتقل خطط عمل الأنشطة ‘‘لم يعد لدى المريض أي من تلك الروح’’. ‘‘فيرغب في الراحة’’،’’ تتوقف قدرته على التفكير، فقد كانت القدرة على التفكير تسارع عن القيام بالعمل ‘‘كما صرح أحد المرضى. يصبح المزاج أكثر هدوءًا وجدية وكآبة. ومثال على ذلك، محام شاب كان قد ألّف مقالًا وهو تحت تأثير نوبة الحماس بغاية الفوز بجائزة. ولكن عند نوبة الإكتئاب التالية لم يكن لديه الشجاعة ليقدمه. ولكن ولحسن الحظ عادت الحماسة في الوقت المناسب وفاز بالجائزة.

تظهر أحيانًا تعليقات منفصلة للمرضي حول الآمال المخيبة، المحاولات الفاشلة، التجارب الصعبة؛ وتصبح الحركات أبطأ، أكثر استرخاءً، أضعف؛ تبدو التعابير لديهم باهتة، متعبة، والمظهر مرهقًا، وتظهر جميع ظواهر الاكتئاب السابق واحدة تلو الأخرى، وتصبح الحركات أبطأ وأكثر استرخاءً وأضعف ويصبح التعبير باهتًا مرهقًا، والمظهر متعبًا، والآن تعود كل الظواهر الباقية من الاكتئاب السابق إلى الظهور واحدة بعد الأخرى.

ولتفسير جميع هذه الحالات النفسية البالغة الغرابة، أعرض هنا جزءًا من الوصف الشامل الذي كتبه خياط عن نفسه حيث قام والده بالانتحار بينما بدأ هو يعاني من أولى النوبات المزاجية في سن الرابعة عشرة والتي تكررت عدة مرات لكنها لم تدم أكثر من بضعة أسابيع، حينها شعر بأنه يعاني من "مرض خلقي".

"كان أخي الأكبر يقول لي كثيرًا: "أنت تجلس هناك وكأنك في حلم". وكان محقًا، لأن مرضي يشبه إلى حد كبير حلمًا مضطربًا في حالة اليقظة. بالفعل عندما كنت صبيًا في الرابعة عشرة من عمري، وجدت الحياة لا تُطاق وكانت لدى أفكار إنتحارية. كنت مرحًا من قبل ثم بعد ذلك أصبحت حزينًا إلى حد أثار انتباه أقاربي. كانوا دائمًا يسألونني: "ما الذي يجري؟" كنت أقول "هناك شيء في رأسي وفي قلبي لأن ما أشعر به كنت لا أستطيع وصفه أو التعبير عنه".كنت أعلم منذ أول ظهور لهذا المرض أنه اضطراب عقلي، لأنني لم أكن أستطيع الاحتفاظ بأي شيء، وأصبحت أدمر كل شيء، ولم أعد أشعر بأي متعة في أي شيء حتى متعة المال؛ وأخيرًا كان الناس يسخرون مني لأنني كنت أتصرف وكأنني سأموت الآن. في كل مرة أشعر وكأنني لا أستطيع النجاة من هذه النوبات. كنت أحسد الآخرين عندما كانوا فرحين. كنت دائمًا أبتعد عن أي تسلية وإذا اضطررت إلى الذهاب مع رفاقي، كنت أجلس هناك كالأبكم لأنني لم أكن أستطيع الكلام. في هذه الحالة، لم أتخاصم أبدًا مع أي شخص. كان ينظر لي "كالصبي العاقل المطيع" لأنني حينها لم أملك إرادة ولا عقل. وعلى قدر ما أكون حاد الطباع في الأوقات الأخرى، أكون باردًا عند المرض. في كل مرة يحدث تغيير ما بداخلي وكأنني شخص مختلف تمامًا عن الأوقات الأخرى، وأنا مقتنع بأن الأمر كذلك".

"تجتاح الأفكار من الماضي رأسي؛ كل خطأ ارتكبته في حالتي الطبيعية يثقل كاهلي. عندما كنت مريضًا، لم أكن أستطيع الكذب... في البداية كنت أعمل في مهنة صنع المعاطف، ثم مع تفاقم المرض تدريجيًا، اضطررت إلى التحول إلى صنع السترات... وأصبحت مرة أخرى شخصًا خائبًا، لم أعد خياطًا... ثم في سن الرابعة والعشرين بعد عدة نوبات اكتئاب شعرت بحالة غريبة تنتابني، لكنها لم تكن اكتئابًا أو فراغًا فكريًا، بل كانت العكس. كنت مبتهجًا، متوترًا للغاية؛ وعلى الرغم من شرب الكثير من النبيذ في أي وقت، لم أكن أثمل، لأنه في هذه الحالة من الإثارة لم يكن أي شراب يؤذيني بأي شكل؛ وعلى العكس من ذلك، كنت أتحمل القليل منه في حالتي الطبيعية. سواء شربت قليلًا أو كثيرًا، كنت أظل كما أنا، وعندما شربت أكثر بكثير من المعتاد، لم أصب بصداع أو غثيان في اليوم التالي. لم أكن أهتم بالمال على الإطلاق في هذه الحالة من الإثارة، إذ كنت أعتبر نفسي كأنني كونت، ممثل، شاعر، وهكذا..."

بعد بضعة أسابيع أخذني أخي إلى المستشفى، لأنني كنت أقوم بارتكاب حماقات مثل الذهاب إلى الفنادق دون مال. العمل بالنسبة لي مثل لعب الأطفال، كان رأسي يتوهج بالحرارة عندما أجلس لعدة ساعات. تم وضعي في زنزانة مخصصة للمصابين بجنون الهياج، تشبه زريبة الخنازير، وبقيت

هناك لمدة ثلاثة أسابيع؛ كنت قد فقدت ذاكرتي لأسبوعين، ثم نقلت إلى المستشفى، حيث بقيت حوالي أربعة أسابيع. لقد حطمت كل شيء هناك. وقبل زواجي بوقت قصير، عادت إليّ هذه الحالة الغامضة. كانوا يصفونني في كل مكان بأنني رجل هادئ ومحترم ولم أكن أتكلم كثيرًا. كان لي حفل زفاف حزين. في السابق كنت أعطي دروسًا في الخياطة، وعندما كنت مريضًا كنت بالكاد أستطيع صنع أبسط سترة. ذاكرتي سيئة في تلك الحالة وضعيف جدًّا في تذكر الأسماء. قد يُقال لي اسم بسيط وفي الدقيقة التالية أكون قد نسيته. كثيرًا ما أتمنى أن أكون مجرد مزارع بسيط في حالتي الحالية. إنه لأمر غريب، لكن على أي حال الفلاح لا يهتم كثيرًا من أين يأتي العشب أو الحبوب.

عندما أكون مريضًا تطرأ لي هذه الأمور؛ أرغب في الوصول إلى عمق كل شيء دون أن أتمناه. ليس لدى أي إرادة؛ لا أستطيع أن أبدأ أي شيء، ولا أستطيع أن أنجز أي شيء.''

ربما يصف البيت التالي بشكل أكثر وضوحًا التباين بين هذه الحالات؛ فقد كتبه مريض آخر في فترة الانتقال من نوبة الاكتئاب الشديد إلى نوبة الهوس، عندما بدأت أولى علامات الإفاقة من تلك النوبات تظهر عليه الاتي:

''إن العقل مريض وهو في وادي الدموع الأسود محاطًا بجثث همومه المقلقة، آه! حتى القلب المحب يصبح مخفيًا، حطام روحي كئيب من عذاب مدمر.

وعلى الجانب الآخر، متألقًا بالبهجة دون أن يسأل أين أو كيف.

يطلق العنان للوجود الأرضي ويرفرف بجناحيه، يرفع أجنحته،

مبتهجًا بالفرح، مسرورًا لدخول الجنة.''

المسار التقليدي للانتقال التدريجي من حالة إلى أخرى غالبًا ما يكون لافتًا للغاية. فالاختلاف الجذري بين الحالتين يمتد عادةً إلى أدق تفاصيل السلوك اليومي مثل الملابس وتصفيف الشعر وكل ما يحبه المرء أو يكرهه، بحيث يمكن أن يتخيل للمرء وكأنهما شخصان مختلفان تمامًا. يظهر هذا التباين بوضوح عند مقارنة الرسوم التوضيحية التالية.

الأشكال 15و16. يظهر الشكلان لنفس المريضة، مرة في حالة ذهول مع تشوش عميق في الوعي، ثم بعد بضعة أسابيع تظهر المريضة في نوبة خفيفة من الهوس مع ابتسامة مصطنعة بعض الشيء وحاملة باقة من الزهور.

أما الصورتان الأخريان فتمثلان نفس المريض في حالة هوس، ثم في حالة ذهول اكتئابي شديد جاء بعد ذلك مباشرة في المرة الأولى بملامح مبهجة وجاهز للمبادرة، زهرة في عروة سترته، وعصا في يده، ويدخن سيجارين في نفس الوقت، وفي المرة الأخرى في السرير بملامح متيبسة متوترة.

كما تظهر عينات الكتابة بشكل واضح التغير في الحالات. فالأولى، التي تتميز بخط مهمل وغير متصل ومختصر للغاية، كُتبت في حالة من الإثارة بعد خلاف مع الممرضة؛ في حين أن الثانية التي تظهر فيها الكتابة بخط صغير ومضغوط ومائل بشكل كبير، تدل على الاكتئاب الذي حل وقد كُتبت في صباح اليوم التالي. إن الفرق في النبرة ومحتوى الملاحظات أيضًا هو أمر مميز للغاية.

الفصل التاسع

الأسبـــــاب

الهوس الاكتئابي بالمعنى المحدد هنا هو مرض شائع جدًا. حوالي 10 إلى 15 في المئة من حالات الدخول إلى مستشفانا تنتمي إليه لذلك، يجب أن نبحث بإستفاضة عن الإستعداد المرضى عند المرضي.

العيوب الوراثية Hereditary Taint

يمكنني إثبات وجود مسببات وراثية لهذا المرض في حوالي 80 بالمئة من الحالات التي تم ملاحظتها في هايدلبرغ، بينما وجد ‘‘ووكر’’ وبحسب الدراسات التي قام بها هذه النسبة في حدود 73. 4 بالمئة، ووجدها ‘‘سايس’’ في حدود 84. 7 بالمئة، و‘‘ويغان’’ في 90 بالمئة، أما ‘‘ألبريشت’’ فيقدرها بنسبة 80. 6 في المئة، كما أثبتت الدراسات وجود العوامل الوراثية في الأشكال المرضية التي تظهر على شكل نوبات عديدة متكررة.

وأوضحت الدراسات أنه يمكن تتبع هذه المسببات الوراثية إلى الوالدين في 36 في المئة من الحالات، كما ويمكن تتبعها إلى الوالدين في 45 في المئة من الحالات التي تتميزبحدوث نوبات عديدة ومتكررة. وعلى الرغم من تدني هذه النسب بشكل كبير في الدراسات التي تمت في ميونخ، ويعزى ذلك بشكل رئيسي إلى قلة المعلومات عن التاريخ المرضى للحالات، ولكن مع ذلك فإنه مازال من الممكن إثبات وجود مرض عقلي أو حالات إدمان للكحول لدى الوالدين في ثلث الحالات التي خضعت للدراسة، وتم اثبات حالات ادمان الكحول بشكل منفصل لدى الوالدين في أكثر من 10 في المئة من هذه الحالات.

وتطابقت النتائج التي تم الحصول عليها هنا في التجارب السريرية مع نتائج الدراسات التي تمت في ‘‘هايدلبرغ’’، حيث لوحظ في كليهما إصابة آباء أو اخوة وأخوات المرضى بحالات الهوس الاكتئابي بشكل أكبر بكثير من أقارب الأشخاص غير المرضى. وعلاوة على ذلك، لوحظ نفس الاتجاه فيما يخص تكرار حالات الانتحار لدى أشخاص من نفس العائلة. كما لوحظ أيضًا وجود اضطرابات نفسية يمكن تشخصيها ضمن نطاق هذا المرض لدى شخصيات في نفس عائلة المرضى الخاضعين للدراسة.

ومن ناحية أخرى، فلم تثبت الدراسات وجود طابع وراثي لأمراض مثل الصرع وتصلب الشرايين والخرف المبكر. ويذكر ‘‘فوغت’’ أنه في 22. 2 في المائة من الحالات التي أخضعها للدراسة كان الأب أو الأم مصابًا بالمرض العقلي، بينما لوحظ إصابة الأخوة والأخوات في 35. 2 في المائة من الحالات. أما أشكال الجنون الأخرى فقد لوحظ اصابة أحد الأبوين في 12. 2 المائة من الحالات والاخوة والأخوات في 15. 3 في المائة منهم.

ويلاحظ أنه من بين عشرة أطفال من نفس الأبوين، الذين يتسمون بوجود الاستعداد للاصابة بالهوس الاكتئابي، أصيب ما لا يقل عن سبعة أطفال بنفس الطريقة، بينما اصيب أربعة أطفال من كل خمسة من الجيل الثاني.

وقد أجرى "ريليم" تحقيقات حول أطفال الآباء المصابين بالهوس الاكتئابي ووجد علامات التدهور النفسي فيما نسبته 52 في المائة من بين أربعة وأربعين طفلًا من تسع عشرة أسرة مختلفة كان قد أخضعهم لدراسته. كما وجد ميولًا انفعالية اكتئابية غير طبيعية في 29 في المائة منهم.

وأثبت بروفيسور "جاماسكو" أن من بين 157 مريضًا من تسع وخمسين عائلة كان 109 منهم ينتمون إلى الهوس الاكتئابي؛ أما الباقون فقد توزعوا بين الجنون البليغ، والخرف المبكر، وخرف الشيخوخة، والصرع، والشلل، والهستيريا.

أما مرض الزهري الوراثي، فانحصرت الأدلة على وجوده في حالات قليلة فقط. ولوحظ مستوىً جيد جدًّا من الموهبة الطبيعية في 62. 2 في المئة من الحالات المرضية التي توفرت معلومات عنها، وكان هناك 13 في المائة من الحالات التي تعتبر من الباحثين العلميين الجيدين و10. 7 في المائة فقط من الضعفاء في التحصيل العلمي. ولذلك فإنه على الرغم من وجود قلة من بين المرضى الذين يمكن اعتبارهم ضعاف العقول، إلا أن ذكاءهم بشكل عام يبدو أنه فوق المتوسط. وقد أشرنا سابقًا إلى ملاحظة وجود الموهبة الفنية بشكل متكررنسبيًا لدى المرضى، ومن المحتمل وجود رابط بين وجود هذه المواهب الفنية لدى المرضى وطبيعة عاطفتهم الجياشة.

وغالبًا ما تكون أعراض الضعف البدني ولا سيما ضعف البنية والتشوهات وصغر حجم الجمجمة أو وجود تشوهات أو انتفاخات بها في مرحلة الطفولة. وقد ذكر عن كثير من المرضى أنهم عانوا من تشنجات في مرحلة الطفولة ومن التبول الليلي اللا إرادي لفترة طويلة، وتعلموا المشي أو الكلام في وقت متأخر.

العمـرAge

أما بالنسبة لدراسة توزيع حدوث النوبات الأولى من المرض بالنسبه إلى عمر المريض، فإنه من الصعب تتبع البدايات الأولى لحدوث النوبات فيما قبل سن العاشرة من العمر، إلا في حالات نادرة. ويصف البروفيسور "فريدمان" نوبات الهوس أو الاكتئاب الخفيفة التي تصيب الشباب والتي غالبًا ما تنتج عن أسباب خارجية أو سلسلة من هذه الأسباب الخارجية، بـ "الأشكال الخفيفة". وتكثر في هذه النوبات حالات الذهول والهذيان والسير أثناء النوم. ويقال أن الشفاء التام والدائم من تلك الحالات يمكن أن يحدث والواقع أنه لا يمكن إثبات هذا الشفاء التام بشيء من اليقين إلا بعد مرورعشرات السنين.

وصف "ليبرس" حالة هوس استمرت ستة أشهر في صبي لم يبلغ الخامسة من عمره. ومع ذلك، فإن أكبر تكرار للنوبات الأولى يقع في فترة النمو التي تتميز بكثرة المؤثرات العاطفية ويحدث ذلك بين السنة الخامسة عشرة والعشرين من العمر. وتستمر النوبات في العقد التالي من العمر أيضًا بشكل كبير جدًا، ولا يبدأ عدد هذه النوبات في الانخفاض التدريجي إلا بعد سن الثلاثين. ويبدأ معدل حدوث النوبات في الارتفاع مجددًا بين السنة الخامسة والأربعين والخمسين، ثم يبدأ في التراجع حتى السنة الخامسة والخمسين. أما النوبات المعزولة غير المتكررة فتبدأ في سن متقدمة جدًا، فقد لاحظ البروفيسور "بيتري" حالة بدأت في سن الثمانين بالرغم من أن أعراض الخرف الشيخوخي لم تظهر بعد على هذه الحالة حتى عند بلوغ المريض سن الثامنة والثمانين.

الشكل رقم(19) توزيع أولى نوبات الهوس الاكتئابي (903 حالة) بالنسبة للعمر

تم الفصل بين الحالات الهوسية والاكتئابية البحتة، وكذلك الحالات التي تجتمع فيها الظواهر المرضية الهوسية والاكتئابية أو تندمج لتشكل حالات مختلطة مميزة. وتم أخذ الحالات المكتملة النمو من حيث الاتجاه الهوسي أو الاكتئابي، أو الحالات المختلطة فقط، دون النظر إلى الأعراض المرضية العابرة والمعزولة ذات الطابع المعاكس ضمن أعراض سريرية واضحة.

وبنائًا على هذه الاعتبارات، يظهر أمر جدير بالملاحظة وهو أن تغيير الأعراض السريرية للمرضي يتأثر بالعمر بشكل واضح. فتبدأ الحالات المرضية التي تتبع مسارًا هوسيًا في سن الشباب، قبل الخامسة والعشرين. إذا كانت الملاحظات وهي قليلة العدد لم تخدعنا، فإن مع بدء سنوات الانعكاس يزداد مرة أخرى الميل إلى النوبات الهوسية ثم تنخفض بسرعة وبدرجة كبيرة. أما الحالات التي تتبع مسارًا هوسيًا وتبدأ بعد سن الخامسة والخمسين تُعتبر استثناءً. كما أن تكرار الحالات الهوسية الاكتئابية بالمعنى الضيق، يتناقص بوضوح مع التقدم في العمر.

حقيقة أن حالات الاكتئاب تكون شائعة بشكل خاص في الأعمار المتقدمة قد أجبرتني بالفعل على افتراض أن عمليات الانكماش في الجسم مناسبة لإحداث مزاج حزين أو قلق؛ وكانت واحدة من الأسباب التي دفعتني إلى تخصيص مكان سريري خاص لبعض هذه الحالات تحت اسم الاكتئاب الحزين. وبعد أن اهتزت الأسس السريرية البحتة لهذا الرأي من خلال تجارب "دريفوس"، فإن التشخيص الآن يجعل الأهمية السببية للعمر تظهر في ضوء مختلف قليلًا عن رأيي السابق. من المؤكد أنه لا يمكن إنكار أنه بعد السنة الخامسة والأربعين أي مع بداية مرحلة سن اليأس عند النساء، تبدأ زيادة كبيرة في حالات الاكتئاب. من ناحية أخرى، فإن النظر في الرسم البياني بأكمله يجعل من المحتمل أن الأمر يتعلق هنا فقط بزيادة في تغيير السلوك السريري للنوبات المرضية التي كانت تحدث منذ وقت طويل.

إن زيادة نوبات الاكتئاب تصبح واضحة جدًّا في العقدين الثالث والرابع من العمر، وتتقدم نسبيًا بانتظام لدرجة أن فصل سنوات الارتداد عن الفترات السابقة من الحياة لا يمكن تحقيقه من هذا المنظور. لذلك، نحن مضطرون إلى الاستنتاج أن زيادة نوبات الاكتئاب لا تنجم عن الظروف الخاصة لسنوات الارتداد للمرض، بل إنها بشكل عام ترتبط بتطور الشخصية النفسية للمرضي. ويجب أن نتذكر أن ميل البشر إلى الانتحار يزداد أيضًا بشكل تدريجي خلال مسار الحياة، وأن الأطفال يمتلكون القدرة على إصلاح تأثير الخيبات العاطفية بدرجة أعلى بكثير من كبار السن. ويبدو أن الميل إلى معالجة مشاكل الحياة والحالات الاكتئابية يزداد تبعًا لنضوج الشخصية النفسية.

وقد يكون أنه بسبب فقدان القدرة التدريجية على التكيف المرن مع ظروف ومشاكل الحياة، تصبح الصراعات الداخلية والخارجية أكثر صعوبة، أو قد يكون أنه في الوعي المتطور بشكل أكبر، يصبح صدى المزاج الكئيب أقل سهولة للمحو. أو أخيرًا قد يكون أنه مع تزايد مطالب الصراع من أجل البقاء، تصبح الجروح التي تسببها الظروف أعمق.

عند هذه النقطة، ربما لا تكون الحالات التي مررت بها من حيث شكل الهوس الاكتئابي بين السكان الأصليين لجزيرة "جاوا" خالية من الدلالة. كان هناك سلسلة كاملة من الحالات التي اعتقدت أنه عليَّ أن أدرجها ضمن هذا الحالات؛ وكانت هذه الحالات نسبيًا ليست أقل عددًا من الحالات التي تم فحصها بين المرضى الأوروبيين في نفس الوقت. ومن ناحية أخرى، انحرفت

التجارب السريرية هناك بشكل كبير عن ملاحظاتنا، حيث كانت تتعلق تقريبًا بحالات التهيج، وغالبًا ما كانت مصحوبة بالارتباك. لم أتمكن من العثور على حالات واضحة من الاكتئاب تستمر لفترة من الزمن، مثل تلك التي تملأ المصحات في بلادنا؛ فهي نادرة جدا. يتوافق مع ذلك غياب أفكار الخطيئة والميل الانتحاري، وتؤكد هذه الملاحظات الرأي القائل بأن شخصية المريض النفسية تعتبر ذات أهمية كبيرة بالنسبة لشكل الحالات السريرية التي يسببها المرض. ويمكن إجراء مقارنة بين سلوك مرضى جزيرة "جاوا" وسلوك مرضانا الشباب، وهم فئة نفسية غير ناضجة مشابهة للشباب الأوروبيين غير الناضجين. يمكننا أيضًا تقديم اعتبارات مشابهة بشأن الحالات في الخرف المبكر، وسيتعين علينا العودة إليها لاحقًا في مناقشة الاضطرابات الهستيرية. من الأمور الجدير بالذكر أيضًا أن تكرار مرض الهوس الاكتئابي يبدو أنه يختلف بين الأعراق المختلفة.

يلاحظ أيضًا أن انتشار عدد كبير من الحالات الفردية للهوس الاكتئابي بالنسبة للعمر سيوفر لنا أيضًا معلومات حول الدور الذي يلعبه العمر في شكل المرض. هنا أقدِّم توزيع النسبة المئوية لـ 1704 نوبة مرضية لحالات الهوس الاكتئابي على فترة خمس سنوات. للأسف، لم يتم أخذ العديد من الحالات التي تحتوي على نوبات متعددة في الاعتبار هنا، لأنه لم يكن من الممكن تحديد وقت ظهورها بدقة.

ويُلاحظ الأطباء أن أكبر تكرار للنوبات يحدث بشكل طبيعي في وقت متأخر عن وقت ظهور النوبات الأولى أي حوالي عقد من الزمن. يمكن أيضًا ملاحظة أنه بين سن الخامسة والأربعين والخامسين يحدث زيادة في عدد الحالات. وبما أن هذه الزيادة أكبر نسبيًا من الزيادة المسجلة أعلاه للنوبات الأولى، يمكننا استنتاج أن عودة النوبات في الفترة المذكورة تكون أيضًا متعددة الأوجه؛ وإلا لكان الفرق بسبب العدد المتزايد للحالات بشكل كبير من الملاحظات قد تم محوه.

إن التباين في سلوك نوبات الهوس والاكتئاب واضح جدًا. يحدث أكبر انخفاض في النوبات الهوسية وأكبر زيادة في النوبات الاكتئابية بين سن الخمسين والستين، أي في وقت متأخر نوعًا ما عن النوبات الأولى؛ أما الاكتئاب الذي يظهر بأعداد كبيرة فيما بين السنة الخامسة والأربعين والخمسين فيميل إلى التكرار بنفس الشكل. وبصفة عامة، فإن النوبات التي تتألف من تتابع أو خليط من ظواهر الهوس والاكتئاب تقل مع التقدم في العمر، ومع ذلك فإنها تظهر بعد الخمسين من العمر لتحل جزئيًا محل نوبات الهوس التي تتناقص بقدر كبير غير متناسب. وللأسف، النوبات المختلطة لم يتم الفصل بينها وبين النوبات المركبة؛ ويمكن افتراض أن الأولى تحدث في الشباب والثانية عند الشيخوخة. وعلى أي حال يمكن القول على وجه اليقين أن نوبات الهوس الاكتئابي تحل محل النوبات الاكتئابية وتدريجيًا محل النوبات الهوسية التي كانت تقريبًا بنفس التكرار في البداية.

الحالات السريرية تتأثر بالعمر،ففي الحالات الاكتئابية التي تظهر فيها أوهام بسيطة عن الخطيئة وأفكار غير محددة عن الاضطهاد، لم يكن 6.37% منها قد تجاوز سن الثلاثين عند بداية المرض، بينما 3.35% فقط من الذين يعانون من أوهام واضحة، وغالبًا ما تكون غريبة، كانت أعمارهم أقل من هذا السن. ويبدو أن الأوهام تصبح أكثر نشاطًا في السنوات المتأخرة من العمر، كما رأينا في حالات الخرف المبكر. حتى في الحالات التي تتخذ مسارًا دائريًا، تُلاحظ أوهام معقدة حتى في مرحلة الشباب. أما الحالات التي تتضمن حالات من القلق العميق، فهي ترتبط بشكل ملحوظ

بسنوات الشباب؛ حيث كانت فقط 7.12% من الحالات أقل من سن الثلاثين. هذه الظاهرة عززت لدى سابقًا الرأي القائل بضرورة تخصيص مكان خاص لحالات ‘‘الكأبة الموسمية’’.

يبدو أن الأشكال الأخف من حالات الهوس تبدأ في سن مبكرة إذ أن 66 في المائة من هذا النوع من الحالات تبدأ قبل الثلاثين من العمر، مقابل 58. 4 من حالات الهياج الشديد. كذلك نجد في الشباب على وجه الخصوص الحالات الأكثر حدة من إضراب الوعي والارتباك وحالات الذهول؛ 67. 6 في المائة من هذه الحالات بدأت قبل الثلاثين من العمر. لا يُستبعد هنا أن يؤثر ميل الشباب إلى الاضطرابات الهستيرية وخاصة حالات الذهول على الحالات السريرية. جميع الحالات التي تضمنت أفكارًا قهرية بدأت قبل سن الثلاثين وقد يكون هناك استعدادات مرضية شديدة وراء هذه الحالات.

نوع الجنس Sex

تختلف نسبة الإصابة بالهوس الاكتئابي بين الجنسين بشكل كبير. بين المرضى الذين تم القيام بالتجارب عليهم، حوالي 70% منهم إناث، وذلك بسبب زيادة قابليتهن للتأثر العاطفي. فيُشير ‘‘بيكسوتو’’ إلى ملاحظة جديرة بالاهتمام، وهي أن نسبة الرجال المصابين بالهوس الاكتئابي في البرازيل تصل إلى 2.6%، بينما تبلغ النسبة بين النساء 8.6% .

الشكل رقم (20)
الجزء المظلل بالأسود نسبة الرجال والأبيض نسبة الإناث

بشكل عام، يظهر أن النساء يصبن بالمرض في سنٍّ أبكر من الرجال؛ إذ بلغت نسبة النساء اللاتي بدأت لديهن الأعراض قبل سن الثلاثين 7.49%، في حين كانت النسبة لدى الرجال 5.45%. يوضح الشكل رقم (19) توزيع الحالات حسب الجنس والعمر. تزداد نسبة النساء المصابات في فترة الشباب حتى سنوات النمو، وبين سن الخامسة والعشرين والثلاثين، وأيضًا في فترة انقطاع الطمث. ويبدو أن العمليات المرتبطة بالدورة الهرمونية، مثل بدء الدورة الشهرية (التي قد تكون بداية للنوبة الأولى)، والولادة، وفترة النفاس، وفترة الانقطاع تلعب دورًا مهمًا في هذا الصدد. أما في المراحل العمرية المتقدمة، فتزداد نسبة الرجال المصابين؛ وقد تكون الإصابات الناجمة عن ضغوط الحياةو مثل تصلب الشرايين، عوامل مسببة لذلك. ومع ذلك، قد يكون الانخفاض في عدد حالات النساء المصابات في العمر المتقدم هو العامل الأهم في تغيير نسبة الجنسين المصابين.

لتوضيح الصورة بشكل أفضل، قمتُ بملاحظة 1188 نوبة مرضية بين النساء على مدة زمنية قدرها خمس سنوات، ووفقًا للبيانات الأصلية، يظهر أن النوبات لدى النساء تبلغ ذروتها بين الخامسة والعشرين والثلاثين من العمر، بينما في حالة الرجال تحدث ذروة النوبات في سنٍّ متأخر قليلًا. يُلاحَظ انخفاض النوبات بين النساء قبل سن الخامسة والأربعين وزيادتها بعد ذلك وقد يُفسَّرُ ذلك بتوقف الوظائف التناسلية من جهة وظهور سن اليأس.

بالطبع فإن جزءًا كبيرًا من الانخفاض العام في تواتر الهجوم يرجع إلى معدل الوفيات مما يجعل الأمر يبدو أكثر لفتًا للانتباه. فحتى بين الرجال بعد سن الخامسة والأربعين، لا يظهر فقط تباطؤ في انخفاض حدوث النوبات المرضية، بل يحدث تزايد طفيف في الحالات، مما يُشير إلى أن تأثيراتٍ

غير مواتيةٍ ترتبط بسن التطور. يحدث الانخفاض في تواتر النوبات بعد ذلك بين الرجال بشكل أبطأ نسبيًا مما هو عليه بين النساء، رغم أن النساء يتمتعن بطول عمر نسبي.

وإذا أخذنا الآن في الاعتبار النوبات الأولى فقط، نجد أن حالات الاكتئاب بين النساء في سن الشباب أقل نسبيًا من مثيلاتها لدى الرجال، حيث تحل محلها الحالات المختلطة التي تظل أكثر شيوعًا بين النساء مقارنة بالرجال، باستثناء الأعمار المتقدمة جدًا. وتختفي الفروق في تكرار النوبات الأولى من الاكتئاب بشكل تدريجي بعد سن الخمسين وتصبح نوبات الهوس الأولى بعد ازديادها في البداية أكثر ندرة تدريجيًا وتختفي تمامًا تقريبًا في السن المتقدم وينطبق نفس الأمر على الحالات المختلطة.

تظهر الصورة العامة لتكرار النوبات صورة مغايرة. حيث أن زيادة حالات الاكتئاب مع تقدم العمر تكون أقل انتظامًا وأقل تكرارًا، مما يشير إلى أن هذه الحالات تميل إلى التكرار بدرجة أقل مقارنة بنوبات الهوس والنوبات المختلطة. من ناحية أخرى، يكون التناقص في نوبات الهوس المتكررة أقل بين الرجال مما يجعلها واضحة بسبب ميلها الكبير للانتكاس. بالنسبة للنساء، يظهر هذا بشكل أساسي على حساب النوبات المختلطة وبالنسبة للرجال على حساب الحالات الاكتئابية.

نتيجة لذلك، تختفي تقريبًا الفروقات بين الجنسين في تكرار النوبات الاكتئابية والمختلطة، بينما يبقى معدل نوبات الهوس بين النساء أقل بشكل ملحوظ بعد سن العشرين.

من الجدير بالذِّكر أن نسبة حالات الاكتئاب في جميع النوبات بين الرجال تظل منخفضة بشكل دائم، بينما تكون النسبة بين النساء في البداية أعلى من تلك التي تظهر في النوبات الأولى. وهذا يشير إلى أن هذه الحالات تميل بشكل قليل للتكرار بين الرجال ولكنها تظهر ميلًا كبيرًا للتكرار بين النساء خاصة في العقود الأولى من العمر.

أما في النوبات المختلطة، تظهر النساء ميلًا أقل لهذا التكرار؛ فبدلًا منها، تظهر نوبات الهوس في وقت لاحق بشكل متزايد. وكنتيجة عامة لهذه الملاحظات، يمكن القول إن الرجال غالبًا ما يعانون من نوبات اكتئاب تميل إلى التكرار بشكل طفيف، بينما تكون نوبات الهوس متكررة. من ناحية أخرى، تبدأ النساء في الغالب بنوبات مختلطة أو هوسية، وتشهد تكرارًا دوريًا للاكتئاب الذي يبدأ تدريجيًا في السنوات اللاحقة بالتحول إلى نوبات بسيطة.

فيما يتعلق بتكرار الحالات السريرية الفردية، أظهرت الدراسة أن حالات الاكتئاب البسيط تكون أكثر شيوعًا بين الرجال، بينما تكون الحالات التي تصاحبها أوهامًا غير عادية أو قلق أكثر شيوعًا بين النساء. كذلك، تظهر نوبات الهوس بشكل أكثر بين الرجال، في حين نجد بين النساء حالات مختلطة ونوبات تصاحبها حالات من الذهول أو الارتباك.

أما بالنسبة لطول الفترات الزمنية بين النوبات الفردية، فلا يبدو أن جنس المريض يؤثر بشكل كبير على هذه الفترات. وبحسب التصنيف الذي استخدمته الدراسة، بلغت الفترات الزمنية بين النوبات لكلا الجنسين بعد النوبة الأولى حوالي 4. 6 و4. 3 سنوات على التوالي، وبعد النوبة الثانية انخفضت إلى 2. 8 و0.2 سنة على التوالي، وبعد النوبة الثالثة وما بعدها بلغت الفترات 1. 2 و1. 4 سنة على التوالي.

وإذا كان هناك أي قيمة لهذه الاختلافات فيمكن أن يقال على الأكثر إن النساء في البداية عادة ما يكون ظهور المرض عندهن أسرع من الرجال. والاضطراب الشخصي كما أثبت "ريس" عامل

مؤثر للشكل السريرية للمرض. وعلى الرغم من أن نسبة الحالات الهوسية والاكتئابية والمختلطة في المرضى ذوي الميول المرضية المعترف بها تتوافق تمامًا مع التكرار العام لتلك الحالات، فقد أظهرت السلوكيات تفصيلًا بناءً على تلخيص لأنماط معينة من الطباع، ومنها: المزاج الاكتئابي والمزاج الهوسي سرعة الغضب والطبع الدوري.

سرعة الغضب

Irritable Temperament

والمزاج المتقلب الدوار

Cyclothymic Temperament

يبدو أن طبع سرعة الغضب يُظهر توزيعًا مرضيًا يقارب المعدل المتوسط، مع الميل إلى زيادة الحالات الهوسية وانخفاض في الحالات المختلطة. قد يكون هذا الطبع الأكثر عمومية والأكثر شيوعًا، وبالتالي الأقل تأثيرًا في تحديد الشكل الخاص للحالة السريرية. أما الطبع الدوري (الذهاني الدوري)، فهو يُظهر ميولًا دورية نحو كل من حالات الهوس والاكتئاب، حيث تتناوب بينهما دورات من المزاج. كما يلاحظ أن المزاج الهوسي ينتج حالات اكتئابية قليلة، حيث تشكل حوالي ثلث إجمالي الحالات فقط. ويظل الهوس مسيطرًا ولكنه ليس منتشرًا كالاكتئاب، مما قد يعكس زيادة حالات الاكتئاب بشكل عام بين مرضانا، بخلاف سلوك مرضى جزيرة "جاوا" المذكورة سابقًا.

وأخيرًا، يبدو أن الطبع الدوري، في حدود عدد الحالات القليلة المتاحة يميل إلى تفضيل تطور الحالات المختلطة وهو أمر واضح ومنطقي.

المؤثرات الخارجية

External Influences

في الآونة الأخيرة، أشار الدكتور "بيليتش" وآخرون إلى أن اضطراب الهوس الاكتئابي قد يرتبط أحيانًا بأمراض دماغية جسيمة. أفاد "بيليتش" عن سبع حالات من السكتة الدماغية بالإضافة إلى عشر حالات من ذوي أمراض دماغية ملموسة. وقد وجد "هوب" مرتين تكيسات في غشاء المخ ويعتقد أن تلك التكيسات وكذلك الجروح يكون تأثيرها كأجسام غريبة مثيرة بدرجة معينة مما يؤدي إلى تطور الاضطراب النفسي. وصف الدكتور "سايز" والدكتور "توبيرت" حالات تحتوي على جروح دماغية، بينما شاهد الدكتور نيسير ذهانًا دائريًا يظهر بعد نوبة من السكتة الدماغية المصحوبة بالشلل. أما بالنسبة لي، فقد راقبت مريضًا تطور لديه الاضطراب بشكل دائري بعد حالات اكتئاب دورية أعقبت مباشرة نوبة من السكتة الدماغية مع حدوث شلل.

رغم هذه التجارب الفردية، يجب أن نضع في الاعتبار أن العدد الهائل من الحالات يتطور دون سبب ملموس مما يثير الشك حول ما إذا كان الأمر مجرد صدفة. في أقصى تقدير، قد يُعتبر تهيج ندوب الدماغ سببًا محفزًا لنوبات منفصلة، أو قد يُفترض وجود نوع خاص من "ذهان مُركزي

دوري" يشبه الصرع الناجم عن الصدمات. لكن حتى الآن، لا توجد أدلة كافية لدعم هذا الرأي بشكل حاسم.

إن عدد الأسباب الأخرى المسؤولة عن ظهور النوبات وكذلك عن منشأ المرض كبير بشكل غير عادي، وهي علامة أكيدة على أنه لا يوجد سبب واحد فقط له أهمية حاسمة. أولًا، يمكن تسمية إصابات الرأس، والتي قد تؤدي في الواقع إلى حدوث ندوب أو تشوهات دماغية بالمعنى المشار إليه للتو. في التاريخ السابق لست وخمسين حالة من حالات الجنون الدوري، وجدت ثلاث عشرة حالة من الإصابات الدماغية. ولكن إصابات الرأس كانت قد حدثت قبل ظهور المرض بسنوات عديدة، وكانت غائبة تمامًا عند النساء اللاتي لديهن ميل خاص نحو اضطراب الهوس الاكتئابي، مما يُشير إلى عدم اعتبارها سببًا حقيقيًا لهذا المرض. ينطبق الأمر نفسه على الأمراض الجسدية التي غالبًا ما تسبق تطور اضطراب الهوس الاكتئابي.

تم ذكر التيفوئيد، والحميرة، والالتهاب الرئوي، وأمراض المعدة، وعمليات الأذن والكوليرا، والأنفلونزا، والتسمم الدموي، ونفث الدم، كأسباب. غير أنه من بين ثماني وعشرين حالة من هذا النوع، هناك سبع عشرة حالة إما أن تكون قد حدثت نوبات من نوع مماثل من قبل أو أنها جاءت بدون مناسبة.

نوبات اضطراب الهوس الاكتئابي تحدث بشكل متكرر بعد الولادة مباشرة، أو تبدأ أثناء الحمل. من بين 38 حالة من النوع الأول، ظهرت نوبات مشابهة 25 مرة، ومن بين 10 حالات من النوع الثاني ظهرت خمس مرات أيضًا تلقائيًا قبل أو بعد هذه الفترات. إحدى المريضات عانت من الهوس بعد ولادتين، لكنها عانت أيضًا من نوبات هوسية أو اكتئابية أخرى متكررة. مريضة أخرى أصيبت لأول مرة بعد الولادة؛ حدث ذلك ثلاث مرات، وظهرت النوبات فيما بعد تلقائيًا عدة مرات. أما الثالثة، فقد أصبحت هوسية بعد الولادة وأيضًا بعد وفاة طفلها وأصيبت بالاكتئاب بعد ترك عملها لكنها واجهت كذلك نوبات هوسية واكتئابية أخرى في أوقات مختلفة.

التأثيرات النفسية

Psychic Influences

يتم عادةً إرجاع دور كبير للتأثيرات النفسية كعامل مسبب لنوبات اضطراب الهوس الاكتئابي. تبدأ النوبات أحيانًا بعد مرض أو وفاة أقارب مقربين. من بين 49 حالة من هذا النوع، ظهرت النوبات 24 مرة دون وجود سبب محدد. إحدى النساء أصيبت بالاكتئاب ثلاث مرات بعد وفاة زوجها، ثم كلبها، ثم حمامتها. مريضة أخرى أصيبت بالاكتئاب بعد وفاة زوجها، وأصيبت بالهوس بعد الولادة وبعد عملية جراحية في الأسنان. حالة أخرى أصيبت بالاكتئاب أثناء الحمل وبالهوس بعد وفاة زوجها،وعانت في مناسبات أخرى من نوبات ذات طابع مختلف. حالة أخرى كانت مشابهة أصيبت بالاكتئاب بعد صدمة وبعد وفاة عمها، وبالهوس بعد وفاة والدتها. مريضة أخرى أصيبت بالهوس بعد الولادة وبعد وفاة طفلها، والاكتئاب عند ترك عملها.

في بعض الحالات، يبدو أن الحوادث غير المتوقعة تلعب دورًا في إثارة نوب**ات** اضطراب الهوس الاكتئابي، كما يظهر في حالة مريضة عانت بشكل متكرر من نوبات هوس واكتئاب؛ حيث أصيبت بالاكتئاب بعد عملية جراحية وبعد انتحار خطيبها، لكنها لم تمرض بعد وفاة والدتها.

وأصيبت مريضة أخرى بعد إجهاض أجرته بنفسها، ثم بعد ولادة طفلها، ولكنها أنجبت طفلًا آخر لاحقًا دون أن تعاني من أي اضطراب.

من بين العوامل الأخرى التي قد تكون مرتبطة ببدء النوبات، ذُكرت أحيانًا مشاحنات مع الجيران أو الأقارب، قضايا قانونية وشيكة أو مهددة، الخوف من كارثة، حب غير متبادل، القلق من الخيانة، المشاكل المالية، الخسائر، عمليات البيع والشراء، الانتقال من مكان إلى آخر، إرهاق العناية بالمرضى والارتباطات العاطفية. من بين 45 مريضًا رُبطت نوباتهم بتلك الأسباب، 27 منهم عانوا من نوبات مماثلة في أوقات أخرى.

الخلاصة المؤكدة التي يمكن استخلاصها من هذه الحالات المتكررة بشكل كبير هي أننا يجب أن نعتبر أن الأحداث والعوامل الخارجية هي كعوامل محتملة قد تثير نوبات مرضية فردية، لكن السبب الحقيقي للمرض يجب البحث عنه في تغيرات داخلية دائمة. في نفس الوقت، قد توحي كل حالة فردية بوجود علاقة سببية وثيقة بين الحدث الخارجي والنوبة. على سبيل المثال، أُصيب رجل بالاكتئاب لأول مرة بعد وفاة خطيبته، ثم بعد وفاة زوجته. كذلك، أصيبت امرأة بنوبات حزن مرتين، وفي كل مرة بعد وفاة أخ لها.

إذا بقيت مثل هذه النوبات في حياة الشخص الحزين بعد موت أمه مثلًا فلن يبدو شيء غريبًا أو غير طبيعي في ازدياد الحزن المشروع لديه ولكن الحزن ينقلب ويصبح مرضيًا. ومع ذلك، فإن هذه التفسيرات ليست دائمًا دقيقة كما يظهر في الحالات التي تختلف فيها الحالة المرضية تمامًا عن الصدمة العاطفية التي تسببت بها، حيث تتطور أحيانًا بأوهام أو بصبغة هوسية.

كذلك، تبين الملاحظات أن النوبات تتبع مسارها المستقل حتى بعد إزالة السبب الذي يُفترض أنه أثارها. وأخيرًا، فإن ظهور نوبات متشابهة تمامًا في ظروف مختلفة كليًا أو بدون سبب خارجي يدل على أنه حتى في الحالات التي يكون فيها تأثير خارجي، لا ينبغي اعتباره شرطًا ضروريًا لظهور النوبة.

من المؤكد أنه غالبًا ما تكون هناك نوبات مستقلة إضافية منسية أو يصعب إثباتها. فمثلًا من بين امرأتين عانتا من نوبات اكتئاب بعد وفاة أزواجهما، كانت إحداهما قد أصيبت بنوبة مماثلة قبل سبعة وثلاثين عامًا، بينما أصيبت الأخرى بالنوبة ذاتها بعد مرور واحد وعشرين عامًا من دون سبب واضح. ومع ذلك، عند النظر إلى الحالات بدقة، يمكن رؤية أن نفس الحالات السريرية تتطور بالارتباط الوثيق بالأحداث المذكورة سابقًا، وفي مرة أخرى بشكل مستقل تمامًا عنها، وأنه بين هاتين الحالتين المختلفتين، يمكن إثبات جميع حالات التحول بين النوبات، ليس فقط لدى مرضى مختلفين بل أيضًا لدى نفس المريض.

للأسف، غالبًا ما تؤكد لنا محاولاتنا غير المجدية في العلاج مدى استقلالية نوبات الهوس الاكتئابي عن التأثيرات الخارجية، حيث تبقى النوبات مستمرة رغم غياب العوامل المحفزة الواضحة.

طبيعة المرض

Nature of the Disease

ما زلنا في حالة عدم يقين كامل حول طبيعة اضطراب أو مسببات الهوس الاكتئابي. تظل العودة المتكررة للنوبات والتناوب الغريب بين حالات الإثارة والكبح ألغازًا غير مفهومة. يمكننا في البداية الإشارة إلى حقيقة أن نسيجنا العصبي يميل إلى مسار دوري من العمليات المثبطة والمثيرة في مجالات متنوعة.

بحث ‘‘ماينرت’’ عن تفسير لتناوب الحالات المتضادة من خلال اضطرابات دورية في الاعصاب الوعائية الحركية. وفقًا لهذا التفسير، يُقال إن التهيج الزائد في مركز الاعصاب الوعائي يسبب حالة من التوتر المتزايد في المجال الشرياني كله، مما يؤدي إلى فقر الدم في الدماغ وقلة الدم الموجه للدماغ كسبب للتقلب المزاجي الاكتئابي. كما يُقال أيضًا إن نقص تغذية مركز الاعصاب الوعائي يؤدي إلى شلل المركز ذاته وتمدد الأوعية الدموية واحتقان الدماغ. ويُنظر إلى تطور الإثارة الهوسية كنتاج لهذه العملية.

ومن المشكوك فيه أن التغيُّرات في سلوك النبض تتوافق مع الفترتين المختلفتين للنوبة؛ سيكون من الصعب أيضًا التوفيق بين هذا التفسير وحقيقة أن النوبات الفردية قد تستمر لسنوات وحتى لعقود، كما أنه يفشل تمامًا في تفسير حالات الاضطرابات المختلطة.

الحمية الغذائية والوزن

Body-weight and metabolic process

قد توحي التغيُّرات الكبيرة في وزن جسم المرضى بوجود تغييرات عامة في عمليات التمثيل الغذائي لديهم، لكن معرفتنا الحالية لا تكفي لتقديم نقاط مفيدة في هذا السياق. افترض دكتور ‘‘لانج’’ وجود ارتباط بين الحالات الاكتئابية الدورية التي تتسم بالكبح النفسي ونمط التطور لمرض النقرس، لكن هذا الرأي لم يثبت بعد ولم يصبح حتى الآن مرجعًا. وجد دكتور ‘‘ستجمان’’ في ما يُعرف بـ ‘‘الوهن العصبي الدوري’’ الذي يُعتبر جزءًا من اضطراب الهوس الاكتئابي انخفاضًا في إفراز حمض اليوريك خلال فترات التقلب المزاجي.

أجرى دكتور ‘‘باردو’’ أبحاثًا شاملة حول مرض ‘‘كوبرولوجيا’’، ويميل إلى اعتبار أن الأساس الرئيسي للمرض يكمن في تسمم الجسم بمنتجات التمثيل الغذائي الناتجة عن بكتيريا الأمعاء. ولاحظ أثناء النوبات قد زادت وتنوعت عند وجود البكتيريا المعوية وخاصة ظهور نوع معين من البكتيريا على شكل كوكو باسيلاس. ويعتقد أيضًا أن النوبات غالبًا ما تبدأ نتيجة أخطاء الحمية الغذائية وتنتهي بالإسهال رغم أن هذا التفسير يصعب تطبيقه بجدية. بالإضافة إلى ذلك، يُفترض أن الإمساك الذي يظهر في بداية النوبة يمثل وسيلة دفاعية للجسم، إذ يعمل على إبطاء عملية الهضم للتقليل من تأثير البكتيريا الضارة.

ويشير دكتور ‘‘بارهون’’ وماربي إلى قصور في نشاط الغدة الدرقية وإلى أهمية خاصة للغدة الكظرية في تطور المرض. من الواضح أن هذه الآراء تظل غير مثبتة وتعكس فقط تأثير الرأي السائد. ويبحث الدكتور ‘‘سترانسكي’’ أيضًا عن تفسير للهوس الاكتئابي من وجهة نظر اختلالات التمثيل الغذائي. فهو من ناحية يوجه الانتباه إلى العلاقة القريبة بين هذا المرض وبين أشكال الجنون الأخرى. ويدعم كذلك آراءه حول العلاقة بين مرض ‘‘باندو’’ والظواهر المرضية الهوسية الاكتئابية ويتوقع حدوث تسمم ذاتي من قبل المنتجات الغذائية التي تؤثر على الجهاز الوعائي بشكل خاص.

ويقال إن مرضانا مفرطي الحساسية يكونون بسبب استعدادهم المسبق الغريب لتلك السموم أو غير قادرين على مقاومتها بشكل كافٍ.

إن التغيُّرات الملحوظة في الحالات التي غالبًا ما تبدأ فجأة لدى المرضى، وصورة الحالات السريرية التي تذكرنا بحالات التسمم (الكحول) وأخيرًا، ظهور حالات مشابهة جدًّا في حالات الشلل، توحي بالفعل بفكرة وجود سموم داخلية. ولكن، من ناحية أخرى، تواجه هذه الفكرة صعوبات كبيرة. الانتظام في حدوث النوبات والذي يستمر لمدة كبيرة من الحياة، والطول شبه غير المحدود للحالات المرضية دون ضرر دائم للشخصية النفسية والتأثير المثير للمشاعر والذي غالبًا ما يكون واضحًا وأيضًا، وهو ما أكده "سترانسكي" في أن العلاقة السريرية والوراثية القريبة بين المرض وأشكال الجنون الأخرى، كل ذلك من شأنه أن يلائم بشكل أفضل تفسير العمليات المرضية التي تلقي بالمسؤولية الرئيسية على السلوك غير الطبيعي للنسيج العصبي نفسه.

العلاقة السريرية والوراثية القريبة للمرض مع أشكال أخرى من الجنون الناتج عن الانحلال قد يكون تفسيرًا أفضل للعمليات المرضية، والتي تضع المسؤولية الرئيسية على السلوك غير الطبيعي للنسيج العصبي ذاته. ربما يجدر أيضًا ذكر أن في الهوس الاكتئابي، يبدو أن الشكل الخاص للصورة يعتمد بشكل أكبر على الشخصية النفسية مما نعتاد رؤيته في التأثيرات النقية للتسمم.

في دراستهم للعلاقة بين الهوس الاكتئابي والصرع، أشار كل من "موريل "دوتريبينتي"، وكذلك "أنغليد" و "جاكين"، إلى وجود سمات مشتركة بين الحالتين فيما يتعلق بالأنسجة الدقيقة العصبية التي تظهر بمظهر طفولي في كلا المرضين؛ واستنتج الباحثون أن هذه السمة قد تشير إلى وجود خصائص وراثية غير طبيعية تمثل استعدادًا مرضيًا. وأوضحوا أن الاختلال في التوازن بين الأنسجة الدقيقة والخلايا العصبية قد يؤدي إلى اضطرابات كبيرة حتى بسبب أسباب طفيفة، وقد تظهر هذه الاضطرابات على شكل صرع أو في شكل أعراض أخرى مرتبطة بـ "الهوس الاكتئابي". ومع ذلك أشار بعض الباحثين إلى أن الربط بين هذين المرضين رغم الاختلافات الكبيرة بينهما، ليس بالضرورة خطوة تقدمية كما أن تفسير العلاقة بينهما كصراع بين نوعين من الأنسجة يشبه الصراع بين "شقيقتين عدوتين" قد لا يكون دقيقًا.

كذلك فإن الرأي الذي كوّنه الدكتور "ثالبيتزر" عن طبيعة مرض الهوس الاكتئابي مرتبط كذلك بالتشريح المرضي. فهو يعتبر أن أساس هذا المرض هو المسالك الوعائية الحركية المريضة لتغذية الدماغ، والتي يرجع مسارها إلى المسلك المثلث الذي وصفه "هيلويج" في النخاع الشوكي العنقي. ويقول أن دقة الألياف الغريبة التي تجعل المسالك تبرز بشكل أكثر وضوحًا هي التي تهيئ التربة لظهور الاضطرابات الحركية الوعائية ومعها الهوس الاكتئابي.

الفصـل العاشر

تحديد الأشكال المرضية

يتألف الشكل المرضى للهوس الاكتئابي كما تم تحديده ووصفه سابقًا من عدد كبير من الجوانب السريرية المكونة للمرض والتي كثيرًا ما يكون لها تفسيرات مختلفة. تتشكل نقطة الانطلاق لمفهوم المرض من مبدأ النوبات الدورية، أو كما سماها البروفيسور "ماجنان" بالاضطرابات النفسية

المتقطعة (intermittent psychic disorders). وقد وضع هذا المفهوم أساسًا على يد الأطباء النفسيين الفرنسيين. ثم اتجهت أنظار هؤلاء الباحثين إلى واحدة من أبرز خصائص هذه المجموعة المرضية وهي ميلها إلى التكرار المتعدد.

وفي الوقت ذاته لم يغِب عن ملاحظات هؤلاء الباحثين أن النوبات المتكررة تحدث أحيانًا بنفس الشكل وأحيانًا بأشكال متغيرة. وقد أدت هذه الملاحظات والتجارب لاحقًا إلى الفصل بين ‘‘الهوس الدوري’’ (periodic mania) و‘‘الاكتئاب’’ (melancholia). وكما ذكرنا سابقًا، تم تقسيم الأشكال المرضية المركبة مرة أخرى وفقًا للتغير في مسارها إلى سلسلة من الأنواع المختلفة حتى تم جمعها لاحقًا تحت اسم ‘‘الجنون الدائري’’ (circular in- sanity) والذي كان في الأصل يشير فقط إلى التناوب المستمر بين الهوس والاكتئاب.

كما قادتنا الملاحظات والتجارب الاضافية إلى عدم إمكانية اعتبارالأنواع المختلفة من ‘‘الجنون الدائري’’ أمراضًا منفصلة وأدت أيضًا إلى أن الفصل التام بين الأشكال الدورية البسيطة والأشكال المركبة غير ممكن.

وكما سبق أن ناقشنا بالتفصيل، فإن النوبات الهوسية الخالصة التي لا ترتبط بأي أعراض اكتئابية سواء كمقدمة أو خاتمة أو تداخل أو اختلاط، تعتبر في الأساس نادرة. وحتى عندما نصادف هذا النوع من النوبات نادرة الحدوث، نجد كما في حالاتنا 7، 8، 9، و10، أن هناك على الأقل فترات اكتئابية تتطور في وقت آخر. وفي كل الأحوال فإن الصور السريرية لنوبة الهوس نفسها تتشابه تمامًا سواء كانت تنتمي إلى ما يسمى بالهوس الدوري أو إلى الشكل الدائري. وحسب قناعتي، فإنه لا يوجد طبيب نفسي حاليًا أو مستقبلًا يمكنه من خلال الصورة السريرية للحالة وحدها أن يحدد ما إذا كانت نوبة هوسية معينة تنتمي إلى هذه المجموعة أو تلك. فعلى الرغم من أن نوبات الهوس قد تختلف عن بعضها البعض اختلافًا كبيرًا، إلا أن هذه الاختلافات لا يمكن أن تقدم لنا دليلًا أو معلومةً حاسمة حول ما إذا كنا نتعامل مع هوس دوري أو جنون دائري.

أما السؤال المتعلق بالاكتئاب الدوري فهو أكثر صعوبة. فإذا كنا مقتنعين بأننا في الهوس الدوري نتعامل إلى حد ما مع شكل من أشكال الجنون الدائري حيث تتحول جميع النوبات إلى الشكل الهوسي، فإن الفكرة التي تطرح نفسها بطبيعة الحال هي أنه قد توجد هنا أيضًا حالات تكون فيها النوبات الاكتئابية وحدها هي المسيطرة.

تكتسب هذه النظرة دعمًا إضافيًا من حقيقة أنه يمكن أن تقترن حالات الاكتئاب بعلامات طفيفة لتكرارملحوظ لأعراض هوسية، مثل أفكار العظمة، الضحك، الغناء، الرقص، والشعور بالسعادة أثناء فترة التعافي من النوبة. ليس هذا فقط، فإنه من الممكن أيضًا ملاحظة جميع أشكال التحولات الممكنة بين الاكتئاب الدوري الخالص والأشكال الدائرية. وأخيرًا، لا بُدَّ من لفت الانتباه إلى الحالات المختلطة التي لا يمكن فهم تقريبي لخصائصها وتعددها إلا عند اعتبار جميع الأعراض الهوسية والاكتئابية المتعارضة متكافئة بحيث يمكن أن تحل محل بعضها بعضًا وتظهر فعلًا بشكل متكرر للغاية كبدائل لبعضها.

وعلى الرغم من كل هذه الأسباب الجادة، فإن التكرار الاستثنائي للحالات التي تتخذ شكلًا اكتئابيًا خالصًا على مدى عدة فترات دون أي أثر لأعراض هوسية يقف عائقًا أمام إمكانية التفكيربدمج جميع حالات الاكتئاب الدوري دون تردد مع الجنون الدائري. إن عدد هذه الحالات من الاكتئاب

الخالص أكبر بما لا يقارن مع حالات الهوس الدوري الخالص، خاصة في الأعمار المتقدمة، حيث نجد العديد من المرضى الذين يعانون من نوبات اكتئابية متكررة بالشكل نفسه، لكن هناك أيضًا حقيقة أن الشكل السريري للاكتئاب بشكل عام أقل دلالة على مرض معين مقارنة بالنوع الهوسي.

وتبقى النقطة الجوهرية هي تحديد الفروق بين حالات الاكتئاب المختلفة، وفيما إذا كانت مرتبطة بالشلل الزهري والذي يسببه مرض الزهري أو الكاتاتونيا أو حتى البارافرينيا التوسعية في بعض الأحيان، وهي فروق يمكن تحقيقها بسرعة في الغالب أو ما إذا كانت حالة الاكتئاب ذات منشأ نفسي أو ناتجة عن تصلب الشرايين، مما يمثل بداية لأحد الذهانات القلقية أو الذهانات البرانوية الخاصة بالشيخوخة، التي لم نفهمها بعد بشكل كافٍ. وعلى الرغم من أن لدينا أسبابًا للافتراض بأن تكوين الصورة السريرية في كل هذه الحالات قد يظهر اختلافات معينة، إلا أنه حتى الآن لا يزال من الصعب، في كثير من الأحيان، اتخاذ قرار موثوق بناءً على الحالة النفسية وحدها.

بالتأكيد هناك ميزة إضافية تساعدنا في الفهم والتحديد في حالتنا وهي عودة وتكرار الهجمات. ولكن اولا يجب عدم تجاهل احتمالية أن الاشكال المرضية الأخرى قد يحدث لديها ذلك التكرار نفسه. من ناحية، قد تكون الحالات التي تظهر كزيادة بسيطة في الاستعداد المرضى للاكتئاب لها نفس الاتجاه دون أن تكون مرتبطة بالجنون الدائري، ومن ناحية أخرى، فإن النوبات الاكتئابية في سنوات الشيخوخة قد لا تتكرر كثيرًا، بل ربما تظهر مرة واحدة فقط. في الحالة الأولى، أظهرت التجارب الإضافية أن حالات الاكتئاب التي تنشأ من الاستعداد المرضى للاكتئاب تتطور في الغالب وتكون مصحوبة بحالات من الهوس الدوري.

لا يوجد إذًا سبب كافٍ للفصل بين تلك الحالات الأولى. ولكن لفهم الحالات الأخيرة، تعتبر الملاحظات مثل الحالات 16 و17 لدينا مفيدة، حيث يُلاحظ أنه في ظروف معينة، بعد فترات من الاكتئاب المتكرر أو الطويل لعدة سنوات، قد تتطور فترات هوسية أيضًا. علاوةً على ذلك، تبيّن أن الطابع الاكتئابي الغالب للحالات في سنوات الشيخوخة يمثل فقط الجزء الأخير من تغير عام في الصورة المرضية مع التقدم في السن، وهو تغير قد بدأ قبل ذلك بوقت طويل، ولذلك، لا يسمح على الإطلاق بالفصل بين حالات الاكتئاب في سنوات الشيخوخة.

وبناءً على كل هذه الاعتبارات، نصل إلى استنتاج أن الاكتئاب الدوري(periodic melancholy) ليس مرضًا مستقلًا، بل هو شكل من أشكال الهوس الاكتئابي (manic-depressive insanity). وتكمن ميزته فقط في أنه يتطور، مع مدلولات سريرية مختلفة قليلًا بتفضيل خاص على الميل والإستعداد الاكتئابي للمرضي وفي العمر الكبير.

نظرًا لأن الدورية اعتُبرت من الخصائص المهمة جدًّا للمرض، فقد وُضعت الاضطرابات النفسية الدورية (periodic psychoses) منذ البداية في مقابل تلك التي تظهر مرة واحدة فقط في العمر. وبدأت ملاحظة تلك الحالات التي شهدت على مدى فترة زمنية طويلة تكرارًا منتظمًا لنوبات مشابهة بالفعل. وكان هذا النوع من الأمثلة هو الذي أدى إلى إنشاء تقسيمات فرعية تميزت فقط بالعلاقات المختلفة بين النوبات والفترات الحرة بينها. ولكن الفحص الدقيق لسلسلة شاملة من الحالات يُعلّمنا سريعًا، كما يظهر من هذا الاختيار المحدود من أمثلتنا أن انتظام المسار المرضي حتى ولو كان تقريبيًا، يشكل استثناءً نادرًا نسبيًا بين الحالات المتكررة.

في معظم الحالات نتعامل مع أعداد غير قابلة للحساب من النوبات، تكون أحيانًا أكثر تكرارًا، وأحيانًا أقل تكرارًا، وأحيانًا أكثر انتظامًا، وأحيانًا متناوبة أو مجتمعة، يتخللها فترات راحة تتفاوت بشكل كبير في مدتها. يجب استبعاد العدد الأكبر من هذه الحالات من مجال الاضطرابات النفسية الدورية الحقيقية. كان يُعتقد أن الأمر يتعلق هنا بنوبات "انتكاسية" من الهوس أو الاكتئاب أو بنوبات معزولة مستقلة تمامًا عن بعضها البعض. وكان هذا ينطبق بالطبع بشكل خاص على الحالات التي تتضمن عددًا قليلًا من النوبات على مدار الحياة أو حتى نوبة واحدة فقط. وقد أظهرت التجارب في كل مكان أن عدد هذه الحالات يتقلص بشكل ملحوظ عند الفحص الدقيق، وأصبحت حالات الهوس البسيط على الأقل حالات نادرة دائمًا. لكن لا شك أن هناك حالات كافية يمكن أن تظهر نوبة واحدة فقط من الهوس.

ويجب أن نؤكد في الوقت نفسه أن هذه الحقيقة التي أجهدت سلسلة من الباحثين أنفسهم في إثباتها، لها أهمية ضئيلة جدًّا في حسم مسألة العلاقة بين الأشكال البسيطة والدورية للهوس والاكتئاب. ما يعتمد عليه الأمر بوضوح هو التأكد مما إذا كان تكرار النوبات في تلك الأشكال السريرية يمثل عَرَضًا أساسيًا أو عرضًا ثانويًا. ففي الحالة الأولى، سيتعين علينا تصنيف الأشكال "الدورية" بشكل منفصل عن الأشكال "البسيطة" كمجموعة خاصة، أما في الحالة الثانية فلن يكون ذلك ضروريًا.

حول هذه المسألة، يجب أولًا الإشارة إلى أنه لا يمكن رسم أي خط فاصل على الإطلاق بين الأشكال المرضية الدورية الصارمة وتلك التي تسير بطريقة غير منتظمة. ولأهمية هذه المسألة أن الدورية التي تكون مرضية بدرجة معينة، توجد في العديد من الحالات فقط في جزء معين من مسار المرض، وأنها تتطور أحيانًا خلال مسار المرض أو حتى تختفي مرة أخرى. هذا يثبت أن الأمر هنا لا يتعلق بخاصية أساسية وثابتة في العملية المرضية بل بخاصية متقلبة. علاوة على ذلك، نرى دورية مشابهة وإن كانت غير كاملة تتطور أيضًا في سلسلة من الأمراض الأخرى في الصرع، وأيضًا في الهستيريا، وفي بعض أشكال الخرف المبكر، خاصة في مراحلها النهائية.

نستنتج من هذا أيضًا أن التكرار الدوري للهجمات المرضية لا يمكن أن يكون هو المعيار الرئيسي الذي يحدد عملية مرضية معينة. إن الذي يقرر ما إذا كانت حالة مرضية تنتمي إلى مرض معين أم لا، هو في الواقع وضع التفاصيل السريرية التي لا تقبل الجدل في حدود الأشكال المعروفة. لكن لا أحد يرغب في إنكار أن هناك اتفاقًا كاملًا تقريبًا بين النوبات الفردية للأشكال الدورية الصارمة وتلك التي "تنتكس" فقط، سواء كانت هوسية أو اكتئابية. وكل المحاولات لإيجاد أي خصائص مميزة مفيدة هنا قد باءت بالفشل التام.

لذلك، سنكون قادرين على التخلي عن الحدود بين الأشكال الدورية الصارمة وتلك التي تتكرر بشكل غير منتظم وجمعها جميعًا في وحدة واحدة. لكن، تنطبق اعتبارات مشابهة تمامًا على عدد النوبات لدى كل مريض على حدة. نعرف حالات يحدث لها عشرات النوبات في تسلسل لا ينتهي. وهناك مرضى يعانون من ست، ثماني، أو عشر نوبات طوال حياتهم، تلي بعضها البعض بفواصل زمنية طويلة نسبيًا. وإذا اعترفنا بأن هذه الحالات تنتمي إلى الجنون الدوري، فلا يمكننا نفي ذلك عن الحالات التي ربما تحدث كل خمسة عشر أو عشرين عامًا، بدءًا من مرحلة التطور والتي يظهر فيها نوبة واحدة وبذلك يتعرض المريض لثلاث أو أربع نوبات طوال حياته. ولكن من سيؤكد أن هذا هو الحد الأقصى لـ"الجنون الدوري"؟ هناك، كما رأينا، حالات يمر فيها عشرون، ثلاثون

عاما، بل أكثر من أربعين عامًا بين النوبات؛ وبالطبع يكون عدد النوبات المحتملة هنا بشكل عام محدودًا إلى حد كبير باثنتين أو ثلاث نوبات فقط، خاصة عندما يبدأ المرض في سن متقدمة.

هناك صعوبات وقفت في طريق هذا التصور، وهي الشكل السريري الغريب للحالات الاكتئابية في سن متقدمة. بغض النظر عن الحقيقة التي تم مناقشتها بالفعل، وهي أن هناك في هذه الحالة بشكل عام ميلًا ملحوظًا جدًّا نحو النوبات الاكتئابية، والتي يجب أن تثير الشك في وجود عمليات مرضية من نوع خاص، وكثيرًا ما كان يغيب في هذه الأشكال أيضًا مثبيطات الإراده الذي هو من خصائص الاكتئاب في غير هذه الحالات، وغالبًا ما كان يغيب أيضًا مثبطات التفكير. وبدلًا من ذلك، ظهرت في مكانها الإثارة القلقة، وفي الغالب مع أوهام كثيرة. وكان مسار المرض مزمنًا إلى حد بعيد، حيث لم يحدث شفاء بعد عدة سنوات طويلة، بل بدأ تطور نحو حالة من الضعف العقلي. بعض المرضى أظهروا أيضًا دلائل واضحة على الخرف.

في ظِل هذه الظروف كنت قد فكرت في البداية أن أفصل هذا النوع من نوبات الاكتئاب في السنوات اللاإرادية كشكل سريري خاص "الكآبة" (melancholia) بالمعنى الأضيق، بعيدًا عن الهوس الاكتئابي (manic-depressive insanity) فيما يتعلق بتكوين الحالة والمسار والمشكلة وفيما يتعلق بتاريخ نشأت المرض، بدا لي أن هناك اختلافات جوهرية. حيث أن هناك سلسلة كاملة من حالات الاكتئاب في السنوات اللاإرادية لا يمكن الشك في حقيقة أنها تنتمي إلى الهوس الاكتئابي سواء من حيث شكلها السريري أو من حيث ارتباطها السابق أو اللاحق بظواهر هوسية. ولذلك، فقد سعيت جاهدًا لإيجاد بعض الخصائص المميزة المفيدة ولكن دون نتيجة مرضية.

ثم علمتنا المزيد من التجارب، كما تم شرحه في مناقشة الذهان النسبي، أن الحجج المؤيدة لفصل الاكتئاب لم تكن صحيحة. يمكن تفسير الخرف بظهور مرض شيخوخي أو تصلب الشرايين؛ حالات أخرى بعد مدة طويلة جدًّا من المرض تظهر أعراض هوسية، قد تعافت بعد ذلك. لقد أصبحنا ندرك أن تكرار النوبات الاكتئابية في سن متقدمة هو تعبير عن قانون عام يحكم تغيير شكل النوبة على مدار الحياة. أخيرًا، أثبت استبدال الإثارة القلقة بالكبح الإرادي وهو سلوك يظهر بشكل متكرر مع التقدم في العمر، حتى في الحالات التي ظهرت فيها الأعراض المرضية في مراحل الشباب بنفس الصورة المعتادة كما توضحه أمثلتنا الأولى والثانية.

أُضيف شكلُ مرضي آخر غير بسيط إلى هذا التصنيف من خلال الحالات المختلطة، والتي كانت تُصنَّف حتى الآن وفقًا لخصائصها بأسماء مختلفة، مثل "جمود الإرهاق"، "الخرف الحاد"، و"فقدان العقل". هنا وللوهلة الأولى يبدو أن المبدأ الذي وضعناه أعلاه قد فشل، وهو أن خصائص الحالة السريرية المرضية الكاملة يجب أن يكون موثوقًا به حتى يمكن إسنادها إلى مرض ما لأن الحالات المختلطة كثيرًا ما تخرج عن حدود الحالات العادية بطريقة واضحة جدًا. والتغيرات في تركيب الظواهر للحالات المرضية السريرية التي لوحظت في فترات الانتقال بين الهوس والاكتئاب عززت ذلك. كما علمتنا أن تقسيمنا المعتاد إلى نوبات هوسية واكتئابية لا يتناسب مع الحقائق، بل يتطلب توسيعًا كبيرًا إذا كان من المفترض أن يتطابق مع الطبيعة.

"الجنون المشوش أو الجنون الهذياني"

Confusional or delirious insanity

ليس في اتجاه تركيب أعراض مرضية جديدة بل في اتجاه تركيب مختلف من الأعراض المرضية المعروفة منذ زمن طويل. وعلاوة على ذلك فقد لوحظ أن الحالات المختلطة حتى عندما لا تظهر على أنها تداخلات بل على أنها نوبات مستقلة، فإنها تسير فيما يتعلق بمسارها بتصرفات مشابهة تمامًا للأشكال المعتادة من المرض. ومع كل هذه الحقائق الثابتة يبدو أن الدليل على أن الحالات المختلطة تنتمي إلى الهوس الاكتئابي يبدو مؤكدًا.

لا تزال الأشكال المرضية قد انجذبت إلى منطقة الهوس الاكتئابي. وقد أشار الدكتور "شبيخت" و "نيتشه" إلى أن عددًا من الأشخاص الذين كانوا يصنفون ضمن مرضى جنون الارتياب (البارانويا) ليسوا سوى أشخاص لديهم استعداد هوسي اكتئابي. قام دكتور "شبيخت" بمحاولة تذهب بالتأكيد إلى أبعد مما ينبغي، وهي أن يجعل جنون الارتياب كله مشمولًا في "الهوس المزمن" "chronic mania" الذي حدده هو نفسه والذي يشمله في جوهره الاستعداد الهوسي الموصوف هنا.

من ناحية أخرى، أكد "هيكر" و "ويلمانز" أن عددًا كبيرًا من المرضى الذين يوصفون بأنهم مرضى نفسيون "أو "neurasthenics" أو يعانون من الوهن العصبي "psychopaths يعانون من تقلبات مزاجية دورية، وبالتالي ينتمون أيضًا إلى نطاق "hysterics"، الهستيريا periodic" "الهوس الاكتئابي. هذا بالطبع ينطبق بشكل خاص على "الوهن العصبي الدوري ثم نسب "دريفوس" أثر "ويلمانز" بشكل خاص عسر الهضم "neurasthenia"، cyclothymic"إلى تقلبات المزاج الهستيري الدوري "nervous dyspepsia"العصبي moodiness".

تحدَّث "خان" عن "الدوار الحشوي الدائري""الذي يُقال إنه يتميز "circularize visceral بالتناوب بين الإسهال والإمساك. وهنا أخيرًا اتفق مع دكتور "لولر" في أنني أستطيع دون تردد أن التي يتميز بدوراته (periodic paranoia "أدرج في الهوس الاكتئابي جنون "الارتياب الدوري في نوبات معزولة ذات نتائج إيجابية حيث أنها مصحوبة دائمًا بتقلبات واضحة في المزاج وكذلك بحالات عابرة من الإثارة أو الارتباك أو الخمول، ولا يمكن تمييزها عن الحالات التي نلتقي بها من (manic-depressive psychoses)"حين لآخر في مسار ذهان الهوس الاكتئابي بلا شك.

لا يمكن إنكار أن نطاق الذهان الهوس الاكتئابي قد توسع بشكل كبير مع جميع هذه الإضافات الجديدة. بالطبع، هذا التوسع في حد ذاته ليس سببًا للتشكيك في وحدة هذا الاضطراب، تمامًا كما أن تعدد أشكال السل"syphilis"أو الزهري"tuberculosis" وتنوعهما لا يثير لدينا شكوكًا بشأن حالاتهما السريرية. وفي الوقت الحالي، لا أرى إمكانية لتقسيم أساسي في هذا المجال الواسع. ومع ذلك، يمكن محاولة تحديد مجموعات فرعية فردية بدقة أكبر من حيث خصائصها السريرية.

في هذا السياق، قام "رايس" بتجربة تتعلق بالأشكال التي تنشأ على أساس الاستعداد الواضح للإصابة بالذهان الهوس الاكتئابي، بينما وصف "هيكر"، "هوشه"، و "ولمانز" و "رومهيلد" بدقة الحالة المرضية المهمة لاضطراب الدورة المزاجية (Cyclothymia)، والتي ربما تنتمي في جوهرها إلى "الاكتئاب العصبي الوهمي melancholia (neurasthenic الذي وصفه "فريدمان". كذلك، قدم "دريفوس" لمحة وإن كانت غير مكتملة عن السمات الخاصة للأشكال التي تتطور في سن متقدمة. أما الدكتور "سبشت" و"نيتش"، فقد شرحا بالتفصيل سلوك الحالات الهوسية الدائمة.

على الرغم من أن نفس العملية المرضية تكمن في أساس كل هذه الأشكال، إلا أنها تختلف كثيرًا في السلوك السريري، ومسارها، وتوقعات سير المرض. لهذا السبب، قد يكون من الأنسب الحديث عن مجموعة مرضية تنشأ من جذر مشترك مع وجود انتقالات تدريجية بين الحالات الفردية، بدلًا من الحديث عن مرض موحد بالمعنى التقليدي.

وقد حاول "موغدان" فصل الحالات "المتناوبة" من الهجمات الدائرية ككيان سريري خاص. في هذه الحالات، التي لا تمثل سوى ثلث حالات "الهوس الاكتئابي" ، نجد حالات هوسية أو اكتئابية بحتة، في حين يتميز النوع الدائري بترافق الحالتين معًا. وتتميز الحالات المتناوبة عن الدائرية بتكرار أكبر للهلوسات والأوهام بهجمات أقل تواترًا، وباحتمالات شفاء أكثر إيجابية.

ومن تجربتي الشخصية، يمكنني تأكيد أن الحالات التي تترافق فيها الأعراض الهوسية والاكتئابية أو تختلط تكون بشكل عام أكثر حدة. ومع ذلك، لا أرى إمكانية لوضع حد فاصل هنا، نظرًا لوجود أشكال انتقالية عديدة تجعل من الصعب الفصل بينها بوضوح.

إنَّ التوسُّع الكبير في مفهومنا للمرض قد واجه قيودًا جديرة بالاعتبار. ينبغي أولًا أن نتذكر أن جزءًا فقط من الحالات التي كانت تُعرف سابقًا بـ "الهوس" و"الاكتئاب" قد تمَّ تضمينها في الهوس الاكتئابي. وتم إدراج عدد كبير من الحالات التي كانت تُجمع تحت هذه الأسماء سابقًا ضمن مرض الخرف المبكر، وأيضًا العديد منها ضمن اضطرابات التسمم أو مجموعات مرضية أخرى أصغر.

علاوةً على ذلك، تمَّ فصل بعض الأشكال من الحالات الدورية. بغض النظر عن الشلل الدوري، الذي يمكننا تحديده الآن بدقة، يجب أن نُذكِّر أيضًا "الجنون السام""toxic insanity" الذي كان يُصنَّف غالبًا ضمن الاكتئاب الدوري ولكنه اليوم يُدرج ضمن عدة مجموعات. كما أصبحنا مقتنعين بأن الخرف المبكر أيضًا يظهر حالات ذات مسار دوري، والتي يجب، بناءً على سلوكها الآخر عدم إدراجها في نطاق الهوس الاكتئابي.

أما ما يُعرف بالحالات الوهمية فما زالت تُشكّل مجالًا محلَّ خلاف. وحسب تقديري الحالي، لا أعتقد أن مفهوم المرض الوهمي يمكن اعتباره وحدة متجانسة. لن أتردد في تصنيفه ضمن الهوس الاكتئابي. كما أشرت سابقًا، توجد حالات تكون مشابهة جدًّا من الخارج، في بعض الأمراض المتعلقة بمرحلة التقدم الشيخوخة وهذه الحالات تسير في مسار غير مواتٍ، ومن الواضح أنها تعبير عن عمليات مدمرة واسعة في القشرة الدماغية"ومع ذلك، فإن الحالات ."cerebral cortex السريرية تذكرنا أكثر بالحالات المرضية الكاتاتونية أو الشلل التخشبي (catatonic morbid forms).

أما "الجنون الهوسي (Manic delusion) الذي يدافع عنه "ثالبتر"، قد يشمل أيضًا مكونات من أنواع مختلفة قد تتضمن حالات هوسية مزمنة مع هلوسات واضحة في وقت ما، وفي وقت آخر قد تشمل حالات من الفصام التوسعي"expansive paraphrenia"مع نتائج غير مواتية، كما تم وصفها في أماكن أخرى. ولا يمكن الحصول على اليقين بشأن هذه المسائل إلا بمزيد من البحث في هذا المجال وخاصة من الناحية التشريحية.

الفصـل الحادي عشر

التـشـخـيـص

يكون تشخيص اضطراب الهوس الاكتئابي سهلًا في تلك الحالات التي تكون فيها سلسلة من النوبات المتعاقبة أو المتشابهة قد ظهرت بالفعل، ومع ذلك، يجب ملاحظة أن في حالات الشلل والخرف المبكر، قد يحدث تناوب مشابه بين الإثارة والحالة المزاجية الكئيبة أو الذهول"Stupor"، تمامًا كما يحدث في حالة الهوس الاكتئابي. وفي مثل هذه الحالات، يجب أن يتم التمييز بناء على الأعراض السريرية المميزة للنوبات نفسها والتي سبق أن ناقشناها بالتفصيل.

أما الأشكال الأخف والأبسط من اضطراب الهوس الاكتئابي، فتتداخل مع الحالات التي لديها الاستعداد المرضى التي وصفناها من قبل بطريقة لا يمكن التمييز فيها بوضوح. ففي حالات "الاضطراب الدوري المزاج (Cyclothymic)، يمكن اعتبار فترات المزاج السيئ غير المبرر أو الفرح الجامح بمثابة نزوات شخصية مرتبطة بأحداث عارضة. هؤلاء المرضى الذين يعانون من أشكال خفيفة وبسيطة من المرض قد لا يصلون أبدًا إلى أيدي الأطباء النفسيين المتخصصين، وغالبًا ما يتم تشخيص أعراضهم من قبل الأطباء غير النفسيين، كما أكد "ليكر" بشكل صحيح على أنهم مرضى مصابين بالوسواس القهري أو الوهن العصبي"hypochondriacs or neurasthenics أو أنهم يتوهمون المرض وبالتالي يُعتبرون أصحاء في حين أنهم قد يكونوا يمرون فقط بحالة من الهوس. وكثيرًا ما ينتاب المرضى أنفسهم خلال فترة الاكتئاب شعور واضح باعتلال المزاج مما يشعرهم أحيانًا بالخوف الشديد. ولذلك فإنه من السهل في معظم الحالات معرفة تناوب الحالات وتكرار النوبات الفردية وبالتالي يسهل معرفة طبيعة المرض.

ويعتبر التردد البسيط الذي يظهر فجأة بدون سبب عند المرضى مؤشرًا واضحًا لدرجة أنه غالبًا ما يكون وحده كافيًا لفهم الحالة. ومثل هذه الحالات تكون شائعة للغاية، وتوجد في كل مكان في المصحات حيث يخضع المرضى لأشكال مختلفة من العلاج. وإذا صادف أن يتزامن "العلاج" تمامًا مع بداية التحول والتغير في المزاج فإنه يحقق نتيجة رائعة، ولكن للأسف، لا يظهرالعلاج نفس النجاح عند حدوث النوبة للمرة الثانية.

ويمكن أن يتفاجأ المحيطون بالمريض بحدوث نوبة شديدة في أي وقت على الرغم من أن حياة المريض بأكملها غالبًا ما تمر بتناوب بين قيامه بأفعال عشوائية يعقبها الشعوربالندم على تلك الأفعال، وبين اندفاعه المفرط في السعي وراء المشاريع التجارية وما يعقبه من ردود فعل سلبية نتيجة للإرهاق المفرط.

وغالبًا ما يكون من الصعب جدًّا تقييم حالات الهوس أو الاكتئاب الدائم فالأشخاص الذين يعانون من النوع الأول من الحالات، والذين يتورطون بشكل متكرر في نزاعات مع محيطهم ومع السلطات العامة، يُعتبرون غالبًا من المحتالين أوحتى من الفاسدين، وأحيانًا يُنظر إليهم على أنهم يعانون من "جنون أخلاقي". وبدون النظر إلى تقلبات الحالة، والتي قد تترافق أحيانًا مع تحول طفيف إلى حالة مزاجية اكتئابية، فإن الحالة السريرية يمكن أن تسهم أيضًا في تقديم وجهة نظر أكثر دقة؛ فتجد في هؤلاء المرضى شعورًا دائمًا بالثقة المفرطة والاعتداد بالنفس، كما تبدو عليهم روح

المرح وتسهل استثارة عاطفتهم ويعانون من انعدام الهدف أوالاستقرار. أنه يتميزون بالانشغال الدائم وعدم تقبل النصائح أو التوجيهات وتعدد التجارب السلبية وغياب النوايا الإجرامية.

وأحيانًا ما تمثل هذه التصرفات بالإضافة إلى حالات نوبات الهوس الخفيفة التي تأخذ مسارًا مزمنًا جدًا، صورة مشابهة لمتلازمة وهم الشكوي والتذمر "وسيناقش لاحقًا ما إذا كان ."Querulants Quenilant Delusion"يمكن تصور الوهم التظلمي"، كما اعتقد الدكتور "سبيخت" كشكل من أشكال الهوس الاكتئابي. يصف هذا النوع من الأوهام حالة نفسية يعاني فيها الشخص من اعتقاد ثابت وغير منطقي بأنه تعرض للظلم أو الاضطهاد، وغالبًا ما يكون هذا مصحوبًا بسلوك مفرط في المطالبة بالعدالة أو حقوق مزعومة، مثل تقديم شكاوى قانونية متكررة أو خوض نزاعات طويلة الأمد.

أود هنا أن أشير إلى أن الاندفاع الإرادي لدى الشخص المصاب بحالة الهوس وعلى عكس الشخص الذي يعاني من أوهام المتظلم، يبدو واضحًا بشكل مستمر في جميع جوانب حياته وليس فقط في المسائل القانونية العامة. وعلاوة على ذلك، يظهر مريض جنون التظلم" Manic عمومًا مزاجًا مرحًا ومبتهجًا، مع ميل إلى المزاح والحيل الفكاهية، على عكس"Querulant Quenilant Delusion"الغضب الشديد والعدائية التي تميز المريض المصاب بالوهم التظلمي". وأخيرًا، تكون التقلبات في حالة المريض المصاب بالجنون الهوسي ملحوظة في الغالب، مما قد يؤدي في بعض الحالات إلى تحول مفاجئ في موقفه، فمثلا كثيرًا ما يتراجع عن الصراع الذي كان يخوضه بحماس ويتبنى أسلوبًا نادمًا بشكل مفاجئ.

وقد لا تعتبر حالة الاكتئاب الدائم عن الاستعداد الهوسي الاكتئابي" Manic- depressive ومع ذلك، فعندما تلاحظ تقلبات واضحة في شدة الحالات أو تفاقم في طبيعة ."Predisposition النوبة أو حتى حدوث تحول عرضي إلى حالة من الابتهاج غير المبرر، فإن الارتباط يصبح واضحًا للعيان. ويتطلب الأمر حذرًا في التقييم فيما يتعلق بالأفكار القهرية والمخاوف الوسواسية التي لا تظهر إلا بشكل استثنائي في نوبات الهوس الاكتئابي. وبالإضافة إلى ذلك، يجدر ملاحظة الاستعداد الدائم، حيث يكون المزاج الاكتئابي مظلمًا ويائسًا بينما في اضطرابات الوسواس Compulsion Neuroses"القهري" يرتبط التغير في المزاج بشكل وثيق مع ظهور أعراض الوسواس القهري. وقد يكون المرضى في تلك الحالة الأخيرة هادئين بل وسعداء عند التحدث مع الطبيب أو عندما يكونوا في حالة إنشغال بشئ ما، في حين أن الكآبة النفسية التي ترافق الاستعداد الاكتئابي عادةً ما تكون أقل استجابة أو غير مستجيبة على الإطلاق للتأثيرات الخارجية المؤقتة.

قد يكون من الصعب تحديد ما إذا كانت حالة ما تنتمي إلى اضطراب الهوس الاكتئابي أم لا دون دراسة شاملة لمسار المرض بأكمله. وتنشأ الصعوبات الرئيسية بشكل عام في حالات الشلل والخرف المبكر. ففي حين أن التجارب قد جعلت التشخيص في حالة الشلل أكثر دقة، إلا أن التمييز بين حالات الهوس الاكتئابي والخرف المبكر على الرغم من كونه بسيطًا في الغالبية العظمى من الحالات قد يكون تحت ظروف معينة أمرًا شديد الصعوبة.

وجهات النظر التي تدخل في الاعتبار هنا قد تم شرحها من قبل بالتفصيل. يُضاف هنا فقط أن النظر في تاريخ نشأة المرض قد يكون له قيمة عند التمييز بين المرضين. نظرًا لأن الهوس الاكتئابي يبدأ عادةً في وقت أبكر نسبيًا، فإن احتمال هذا التشخيص يكون أكبر في النوبات التي

تحدث قبل العشرين عامًا. علاوة على ذلك، فإن حدوث النوبات في سن متقدمة يثير بشكل أكبر الشكوك حول اضطراب الهوس الاكتئابي.

الاستعداد الواضح للإصابة بالهوس أو اضطراب المزاج الدوري نادرًا ما يؤدي إلى الخرف المبكر؛ كما أن وجود حالات هوس أو اكتئاب بين الوالدين أو الأشقاء قد يشير في هذا الاتجاه ولكن ليس بشكل مطلق. تكون المسألة أكثر صعوبة عند الأشخاص الذين لديهم استعدادات اكتئابية أو سريعي الانفعا، لذلك يبدو أنه يجب علينا هنا التمييز بين عدة أشكال متشابهة ظاهريًا.

التاريخ السابق لاضطراب الهوس الاكتئابي يُظهر عادةً سمات مثل الحساسية، الحزن، انعدام الثقة بالنفس، والسهولة في التأثر العاطفي، بينما يظهر التاريخ السابق للخرف المبكر سلوكًا يتسم بالخجل، النزوات، والسلوك المنفر. علاوة على ذلك، يتسم النوع الأول (الهوس الاكتئابي) بطبيعة عاطفية سريعة الانفعال وعاطفية مفرطة، بينما يتسم النوع الثاني (الخرف المبكر) بطبيعة عنيدة، خشنة، وعنيفة.

نادرًا ما تحدث أخطاء تشخيصية عند التعامل مع الحالات الهوسية. إذا استثنينا حالات الهياج الناجمة عن الشلل أو الحالات التشنجية، فإن الالتباس يقتصر غالبًا على التشابه مع أعراض الزهري الدماغي (cerebral syphilis) حيث تُلاحظ أحيانًا حالات تشبه بشكل كبير الهوس. وتزداد الصعوبة، وأحيانًا تصل إلى استحالة اتخاذ قرار قاطع إذا تزامنت حالة الهوس مع الإصابة بالزهري أو إذا ظهرت أعراض أخرى تشير إلى تأثير المرض الزهري على الأنسجة العصبية مثل فقدان ردود الفعل الحدقية، اختلاف الانعكاسات العصبية أو أعراض الشلل التدريجي.

إذا ظهرت اضطرابات في الكلام والكتابة أو نوبات فقدان الوعي أو التشنجات، فمن المحتمل أن يكون للزهري دور في الحالة العامة. وينطبق ذلك أيضًا إذا أتي معها نوبة الهياج الخفيف مع الإحساس السليم باضطرابات كبيرة في الذاكرة، ضعف القدرة على إتخاذ القرارات أو الحكم على الأشياء وفقدان للمشاعر العاطفية.

أما إذا تبين أن الأعراض الجسدية المذكورة ظهرت منذ سنوات دون تغيير، وإذا كان المريض يتميز بزيادة قابلية التشتت لكنه ذكي وسريع البديهة، ويميل إلى الدعابة، ومزاجه مبهج، وأسلوبه في الحديث والتصرفات راقٍ وذكي، فترتفع احتمالية وجود هوس مرتبط بالزهري. وتصبح هذه الاحتمالية شبه مؤكدة إذا كانت هناك نوبات سابقة مشابهة أو نوبات اكتئاب. في بعض الحالات، قد يساعد إعطاء العلاج المضاد للزهري في توضيح الموقف. إذا كانت هناك استجابة سريعة وواضحة، فهذا يشير إلى مرض الزهري الدماغي لكن غياب هذه الاستجابة لا يعني بالضرورة استبعاده.

وقد يكون تشخيص حالات الاكتئاب، بخلاف الاختلافات التي تم مناقشتها سابقًا، صعبًا بشكل خاص عندما يتم النظر في إمكانية وجود تصلب الشرايين. قد يظهر تصلب الشرايين أحيانًا كظاهرة مرافقة للَطراب الاكتئابي الثنائي القطب، لكنه قد يكون أيضًا سببًا في حدوث حالات الاكتئاب بمفرده.

بشكل خاص، فإن الأعراض الجسدية لتصلب الشرايين مثل ارتفاع ضغط الدم وتورم وتصلب الأوعية الدموية والدوار، الشلل، واضطرابات الحبسة الكلامية يمكن أن تشير إلى هذه الإمكانية. إذا كانت حالات الاكتئاب أو الهوس قد حدثت في الماضي، فسيتم استبعاد المرض الجسدي كسبب

للاضطراب النفسي. ومع ذلك، في الحالات التي لا يوجد فيها تاريخ مشابه، قد يكون من الصعب التمييز بين المسببات. في هذه الحالة، يعتمد التقييم فقط على دراسة الأعراض النفسية.

كما تشير العلامات التي تدل على أن الاكتئاب قد يكون ناتجًا عن تصلب الشرايين إلى اضطراب شديد في الذاكرة والاحتفاظ بالمعلومات دون وجود تثبيط واضح في التفكير، وتجانس الفكرة وندرتها، وفقر الفكر، وندرة العاطفة المصحوبة بالبكاء أو الضحك المتشنج، وضعف الإرادة وزيادة القابلية للتأثير الخارجي.

كثيرًا ما تعتبر نوبات الهوس الاكتئابي المصحوب بمزيد من تشوش الوعي والهلوسة الحادة خرفًا غالبًا ما تُعتبر مرضًا عقليًا (amentia) والتي تشير إلى حالة من العجز العقلي الشديد أو التخلف الذهني، وقد تم أخذ وجهات النظر التي أراها مهمة للتحديد في الاعتبار أثناء مناقشة مرض الأمينسيا.

قد تابع "شميد" تطور عدد كبير من المرضى الذين ظهرت عليهم صورة من الارتباك الحاد، وكان يُعتقد في البداية أنهم يعانون من الخرف المبكر ولكنهم قد تعافوا تمامًا وبشكل دائم. وهنا ايصل إلى الاستنتاج الذي أراه صحيحًا وهو أن هذه الحالات من الارتباك، حتى وإن ظهرت عليها جميع أنواع الأعراض "الكاتاتونية"، تمثل أشكالًا من الجنون الاكتئابي أكثر بكثير مما يُفترض عادة. العديد من المرضى من هذا النوع، خاصة عندما تسير النوبة بسرعة تذكر حالات هستيرية شبه واعية؛ في الواقع لدى انطباع أنه في بعض الأحيان يدخل مزيج هستيري كبير في الاعتبار. ولكن، مع ذلك، فإن تسارع الأفكار، واللون المرح والمبتهج للمزاج، والتشتت الكبير غائبة عن الحالات الهستيرية البحتة عن الإثارة. وترتبط هذه الإثارة عادةً بمناسبات معينة وتظهر في شكل انفجارات غير محدودة من المشاعر؛ وتُفرغ من خلال أفعال فردية ذات هدف واعي على عكس الضغط الهوسي الدائم العام للنشاط. علاوة على ذلك، فإن الإثارة الهستيرية تختفي بسرعة وبشكل كامل بعد مدة قصيرة، بينما تستمر حتى أضعف أشكال الهجوم الهوسي لفترة أطول بكثير ولا تعود إلى حالة التوازن إلا بشكل تدريجي.

تحت ظروف معينة، قد يصبح من الصعب التمييز بين نوبة هجوم الهوس الاكتئابي وبين حالة اكتئاب نفسية عادية. لقد تم إحضار العديد من المرضى كان يعانون من حزن عميق إليّ عدم القدرة على التعبير، والقلق المفرط. كل ذلك يدفع للتفكير في وجود اكتئاب دائري، بينما تبين لاحقًا أنهم كانوا حالات مزاجية ناجمة عن مواقف معينة تهددهم بمسائلة قانونية. بما أن الاكتئابات الخفيفة في الهوس الاكتئابي قد تشبه تمامًا المزاجية الطبيعية ذات الأسباب الصحية مع الفرق الأساسي في أنها تنشأ دون سبب واضح، فإنه في بعض الأحيان قد لا يكون من الممكن التوصل إلى تفسير صحيح على الفور دون معرفة التاريخ السابق في الحالات من النوع المذكور. في الغالب، قد يتضح أن هؤلاء الاشخاص يظهرون توترًا وتشوشًا أكبر خلال زيارة الطبيب مقارنة بالفترات بين الزيارات.

غالبًا ما يُعتقد أن مرضى الهوس، وأحيانًا أيضًا المرضى المثبطين، ضعفاء العقل، حتى عندما يكون مرضهم قد تم تشخيصه بشكل صحيح. وهذا ينطبق بشكل خاص على الهوس مع الفقر في التفكير، الذي يُعتقد غالبًا أنه" غباء مع الإثارة". الحالات الحقيقية من الاكتئاب الدوري قد تنشأ أيضًا بسبب الإثارة العاطفية. هنا، تكمن الأهمية في أن مسار النوبة في الحالة الأخيرة يكون مستقلًا عن السبب المثير. المرضى في هذه الحالة يتأثرون بشكل قليل بتطور الأحداث المستقبلية خاصةً

أنهم لا يجدون أي راحة حتى مع تحول الأحداث لصالحهم؛ فهم يقدمون أوهامًا لم تعد مرتبطة بنقطة انطلاق مرضهم. على العكس من ذلك، في الاكتئاب النفسي المنشأ، نلاحظ أن كل مناقشة للنقطة الحساسة أو أي خبر يتعلق بالعمل، يؤدي إلى عواصف عاطفية حية وكذلك أن أي قرار في حالة من عدم اليقين حتى لو كان غير مواتٍ، سيكون له تأثير مهدئ. يمكن أن يُدعم الحكم من خلال ظهور ظواهر نفسية منشأ أخرى، مثل الرجفات، اضطرابات المشي، نوبات الإغماء، الضحك البكائي والتعبير عن البكاء، والتي قد تحدث أيضًا في الهوس الاكتئابي ولكنها لا ترتبط بشكل وثيق مع دائرة الأفكار المثيرة.

الفصل الثاني عشر

العلاج

لا يوجد علاج لاضطراب الهوس الاكتئابي الذي له جذور عميقة في أعماق شخصية المريض. وقد نجح" بنسوانجر" في إحدى الحالات التي ظهر له فيها موعد النوبة قد أعلن عن اقترابها باحتباس النيتروجين، وقد نجح نجاحًا أكيدًا في إجهاضها بتقليل إمداد النيتروجين. ولكن هذه التجربة ظلت حتى الآن وحيدة. وقد يكون من المحتمل أن لاعتدال وتيرة الحياة اليومية مع تجنب الكحول له تأثير وقائي معين مع الأفراد المعرَّضين للنوبات بالنظر إلى تأثير لإصابات الخارجية. كما أنه في الحياة الهادئة للمصحات تكون النوبات خفيفة نسبيًا.

لا نعلم بعد إلى أي مدى يمكن قمع النوبات الفردية التي تنذر المرضى بقدومها في بداياتها. لقد جرب" كوهين" مثل هذه التجارب خاصة على الحالات ذات النوبات القصيرة التي تتعاقب الواحدة بعد الأخرى بسرعة والتي يمكن فيها توقع ظهور تفاقم جديد بدقة أكبر. وأمر بجرعات كبيرة جدًّا من البروميدات "bromides". حيث تم إعطاء اثني عشر إلى خمسة عشر جرامًا يوميًا قبل عدة أيام من المتوقع حدوث النوبات مع ملاحظة الأعراض الأولى بدقة شديدة. في بعض الأحيان، ينجح في الواقع في منع ظهور الإثارة. وبعد مرور الأيام الخطرة بشكل خاص، يتم تقليل جرعة العلاج تدريجيًا وعند اقتراب النوبة المتوقعة التالية، يتم زيادة الجرعة بكميات كبيرة والمذكورة سابقًا.

ظهور النوبات أثناء فترة الحمل أو فترة النفاس أدى أحيانًا إلى محاولة الإجهاض الاصطناعي كوسيلة لتقصير مدة النوبة أو منع ظهورها. ومع ذلك، فإن الملاحظات التي تمكنت من إجرائها حول هذا الموضوع لم تكن مشجعة. فالمرض يظهر ويأخذ مجراه كما في الحالات الأخرى. وبالمثل، فإن الولادة الطبيعية لا تؤثر عادةً بشكل إيجابي على الحالة المرضية، بل على العكس قد تُلاحظ أحيانًا زيادة في شدة الأعراض.

لذلك، قد يتم التفكير في اتخاذ تدابير لمنع الحمل في حالة النساء المعرضات للنوبات، ولكن هذه التدابير نفسها ليست خالية تمامًا من المخاطر من الناحية النفسية. ومن ناحية أخرى، نجد غالبًا أن نفس المرأة قد تتعرض بشكل غير منتظم لنوبة من الهوس الاكتئابي خلال عملية الإنجاب بينما في أوقات أخرى لا تظهر أي نوبة. لذلك، لا نملك أي دليل قاطع على حجم الخطر بسبب مناسبات معينة.

علاج الإثارة الهوسية يعتمد بشكل أساسي على تقليل المحفزات الخارجية قدر الإمكان. ويتم تحقيق ذلك عادةً من خلال وضع المريض في مؤسسة متخصصة ويمكن تجنب هذا الخيار في الحالات الخفيفة جدًّا خاصة إذا كان المريض يعاني من قيود الحرية وكان المرض لا يؤدي إلى إصابات أو مشكلات خطيرة.

بالإضافة إلى ذلك، بما أننا نعلم أن النشاط يزيد دائمًا من حدة الإثارة، فمن الأفضل تقليل الضغوط المتعلقة بالأنشطة إلى أقصى حد ممكن. لهذا السبب، يُنصح بوضع المرضى الذين يعانون من عدم الاستقرار في الفراش وهو إجراء يُوصى به بشدة خاصةً في حالات الضعف الجسدي وفقر الدم. وفي حالات الإثارة الشديدة جدًا، يُوصى باستخدام الحمام المستمر كبديل للعلاج في السرير. ويمكن اعتبار أن الاستحمام المستمر هنا بمثابة وسيلة علاجية للتعامل مع هذه الحالات. وقد لوحظ أن تأثير الاستحمام المستمر في حالات الإثارة الهوسية مذهل ومهدئ للغاية، فيساعد هذا العلاج في تجنب العديد من المشكلات المزعجة التي تُخشى عادة، مثل العزلة، التخريب، والعنف إما بشكل كامل أو إلى حد كبير.

بالإضافة إلى ذلك، تصبح الأدوية المنومة والمهدئة الأخرى تقريبًا غير ضرورية إذا أمكن المرضى من الاستحمام طوال الليل. وإذا لم يكن ذلك ممكنًا، قد يتم اللجوء إلى استخدام أدوية مثل البارالدهيد، التريونال، الفيرونال أو اللومينال. وفي حالات ضعف القلب، قد يُوصى بجرعات صغيرة من الكافيين أو الديجيتاليس حسب الحاجة. وعندما تهدأ الإثارة، يمكن دمج بين علاج الاستحمام وعلاج الإقامة المؤقتة في الهواء الطلق لتحقيق تحسن إضافي للحالة المرضية.

اما بالنسبة للاصابات والخراجات الجلدية، يجب معالجتها فور حدوثها حيث تحتاج إلى عناية قصوى من البداية، خاصةً مع المرضى البدناء أو شديدي الحركة الذين يعانون من ضعف في القلب، حيث إن هذه الإصابات قد تؤدي إلى عدوى خطيرة قد تسبب خطرًا جسيمًا بسرعة.

تغذية المرضى تتطلب اهتمامًا خاصًا حيث قد تتأثر بسبب حالة القلق لديهم. ومن المهم تقديم طعام وفير وسهل الهضم بشكل متكرر مع كثير من الصبر عند تقديمه حسب ظروف كل مريض. في الحالات الأكثر خطورة، يُوصى بوزن المرضى يوميًا لتقييم حالتهم الغذائية بدقة، وفي حال الضرورة، يجب اللجوء إلى التغذية الأنبوبية في الوقت المناسب.

العلاج النفسي للهوس الحاد يجب أن يأخذ بعين الاعتبار حساسية المريض. التعامل بوداعة وهدوء، والدخول إلى حالة المريض المزاجية بطريقة مرحة في اللحظة المناسبة، واستخدام الحذر والصبر، يمكن أن يسهم بشكل كبير في تسهيل التفاعل مع المريض. هذه الطريقة قد تحول المريض، الذي يمكن أن يكون خطيرًا وعنيفًا إذا أسيء التعامل معه إلى شخص ودود وهادئ. وعندما تستقر الحالة ويهدأ المريض، ينبغي إيلاء اهتمام خاص لتجنب المثيرات الخارجية والإغراءات التي قد تعيد تفاقم الحالة.

هناك صعوبات إضافية قد تظهر عند تحديد موعد خروج المرضى من المستشفى، حيث يكون المرضى غالبًا غير صبورين ويحاولون بشتى الطرق الخروج. ومع ذلك، حتى المرضى الذين أصبحوا هادئين تمامًا قد يتعرضون للانتكاس بمجرد عودتهم إلى الحياة العادية خاصة تحت تأثير الكحول وقد يقومون بتصرفات خطيرة للغاية. ولتقييم حالة المرضى، يُعتبر وزن الجسم مؤشرًا حاسمًا وموثوقًا.

في حالات الاكتئاب، تُستخدم عادةً البروميدات إلى جانب منومات عرضية، وأيضًا حمامات مسائية والدوش الباردة. في حالات القلق الشديد، يُضاف الأفيون مع أو بدون البروميد. تبدأ الجرعة بـ10 قطرات وتزداد بسرعة لتصل إلى 30أو 40 قطرة ثلاث مرات يوميًا. لكن الجرعات الأكبر قد تكون غير مفيدة، وأحيانًا قد تسبب تأثيرًا مهيجًا في ظروف معينة. عندما تبدأ حالة المريض في الاستقرار، تُخفَّض الجرعة تدريجيًا، مع إمكانية زيادتها بسرعة إذا لزم الأمر. وانا لم أرَ أي فائدة إضافية من الجرعات الأكبر، في بعض الظروف يبدو أنها لها تأثير مثير. تشمل العناية بالمرضي أيضًا التغذية المُقوية، تنظيم الهضم، الراحة في السرير مع قضاء وقت منتظم في الهواء الطلق.

ونظرًا لأن المرضى في الغالب يكونون متأثرين بشدة بالأشخاص والأشياء التي تهمهم أكثر من غيرها، مثل أقاربهم، منازلهم، وأنشطتهم المهنية، فإنه سيكون من المرغوب فيه، كقاعدة عامة، إبعادهم عن بيئتهم المعتادة.

المرضى الذين يعانون من الميل للانتحار، لا ينبغي أبدًا علاجهم في المنزل أو في مستشفى يعتمد نظام الأبواب المفتوحة. يجب إدخالهم إلى مستشفيات مغلقة تحت مراقبة مستمرة ليلًا ونهارًا. اما في الحالات الحرجة، لا يكفي وجود مُراقِب ينام في نفس الغرفة أو في غرفة مجاورة؛ بل يتطلب الأمر إشرافًا دقيقًا ومباشرًا على مدار الساعة.

غالبًا ما تسبب التغذية صعوبة كبيرة لأن المرضى يقاومون بشدة بسبب نقص الشهية أو نتيجة الأوهام؛ فهم لا يعتبرون أنفسهم مستحقين للأكل، ويعتقدون أنهم لا يستطيعون الدفع، ويشتبهون في وجود سموم أو أشياء مثيرة للاشمئزاز في الطعام. الإقناع اللطيف، الانتظار بصبر للحظة المناسبة، الاختيار الدقيق لانواع الطعام، وفي معظم الحالات تنجح هذه الحالات؛وقد يتخلى بعض المرضى عن مقاومتهم للطعام عندما يدركون أن التغذية بالأنبوب ستكون وشيكة.

يصبح العلاج النفسي اضطراريًّا لأن يقتصر على إبقاء المحفزات العاطفية بعيدًا مثل المحادثات الطويلة، الرسائل والمعاملات التجارية، فيجب تجنبها قدر الإمكان. في الحالات المتعلقة بالحب والخطوبة، يجب وقف التواصل الشخصي وكذلك الكتابي مع الطرف الآخر في البداية، ولكن القرار النهائي للزفاف يجب تأجيله إلى وقت التعافي، إذا كان ذلك ممكنًا. زيارات الأقارب قد يكون لها أيضًا تأثير مثير جدًا، لكنني مقتنع بأن تأثيرها السلبي مبالغ فيه في الغالب، بقدر ما يتعلق الأمر بالأشخاص الأذكياء والمقابلات القصيرة فقط. العزل الطويل للمرضى عن أقاربهم كما كان يُعتبر سابقًا ضروريًا في كثير من الأحيان، له تأثير غير مواتٍ بشكل متكرر.

يجب التشجيع النفسي المريح لتشجيع المرضى أثناء فترات التقلب المزاجي. ولكن في ذروة التقلبات المزاجية يكون في الغالب غير فعال إلى حد كبير؛

ولكن لاحقًا عندما يبدأ مزاج المرضى في التحسن، يكون التشجيع النفسي فعالًا. لا يزال الوعي بقدرة الطبيب والثقة فيه وخاصة بترك جميع القرارات اليومية الصغيرة بين يديه هو أمر مريح للغاية للعديد من المرضى؛ كما أن التطمينات المتكررة بأن جميع أشكال الجلد الذاتي مرضية وأن هناك شفاءً كاملًا قادمًا. فيُشعر المرضى بالراحة من الشكوك والمخاوف. و في الحالات المرضية الطفيفة، قد يكون تأثير التنويم المغنطيسي له فائدة في مكافحة الأحاسيس غير السارة والأرق والاكتئاب.

يجب الحذر الشديد عند تسريح المرضى المصابين بالاكتئاب من المصحات حيث أن خطر الانتحار يكون غالبًا كبيرًا بشكل خاص في فترة النقاهة حيث يظهر المرضى رغبة قوية في العودة إلى منازلهم، وأحيانًا ضد نصيحة الأطباء ويتسبب في دفع الأقارب لإتمام عملية الخروج رغم تحذيرات الطبيب. فالنتيجة الحتمية هنا هو حدوث نوبات مفاجئة، تدهور في الحالة ومحاولات الانتحار.

قد يرغب العديد من المرضى في مغادرة المصحات والمستشفيات فقط ليتمكنوا من تنفيذ نواياهم الانتحارية في الخارج. في مثل هذه الحالات، غالبًا ما يتمكنون من إخفاء مزاجهم الحقيقي بمهارة كبيرة عن الطبيب وعن أقاربهم. لا يمكن اعتبار الشفاء تامًا إلا عند ملاحظة مؤشرات إيجابية محددة بشكل مستمر. تشمل هذه المؤشرات اختفاء الإلحاح أو الإصرار على المغادرة، وإظهار فهم واضح لحالتهم مصحوبًا بمزاج هادئ ومستقر، وعودة الشهية والوزن الطبيعي، واستعادة نمط نوم غير مضطرب. لذلك، ينبغي أن يتم الخروج فقط عندما تتحقق هذه الشروط بالكامل مما يضمن أن المريض جاهز بالفعل للاندماج مرة أخرى في الحياة اليومية.

وينبغي أن تكون الاستثناءات لهذه القواعد مقتصرة على الحالات التي تتوفر فيها ظروف استثنائية مواتية مع وجود نظام دعم قوي من الاهل والاقارب. حتى بعد الخروج، يظل من الضروري مراقبة المريض عن كثب من قبل مقدمي الرعاية الصحية وأفراد الأسرة لاكتشاف أي علامات على الانتكاس أو الخطر والتعامل معها بشكل مناسب.

جنون الارتياب Paranoia

الفصل الأول

المقـــدمـــة

البارانويا أو جنون الارتياب وهي حالة نفسية تتميز بشكوك ومخاوف غير منطقية أو مفرطة تجاه الآخرين. غالبًا ما يشعر الشخص المصاب بالبارانويا بأنه مستهدف أو معرض للأذى أو أن هناك مؤامرات تُحاك ضده دون وجود دليل حقيقي يدعم هذه الأفكار.

يرتبط تاريخ مفهوم جنون الارتياب "البارانويا" (paranoia) ارتباطًا وثيقًا بتطور نظرتنا السريرية في مجال الطب النفسي. فقد استخدم هذا المصطلح لأول مرة من قبل "كالبوم" عام 1863 بمعنى خاص، ثم اعتمده" فون كرافت إيبينج" و"مندل" ليحل محل المصطلح الأقدم"

Verrtickicktheit(الجنون) الذي كان يطلق على شكل من أشكال الجنون الذي يؤثر بشكل اساسي على النشاط الفكري.

ووفقًا لنظريات ‘‘غريزينغر’’ القديمة والتي كانت تفترض وجود نوع واحد فقط من الاضطرابات النفسية يسير بشكل منتظم عبر مراحل مختلفة، كان دائمًا ما ينظر إلى الجنون على أنه نتيجة لاضطراب سابق في الحياة العاطفية.

وكان الاعتقاد الشائع إن كل حالة نفسية تبدأ بمرحلة الكآبة (Melancholic Stage) يعقبها فترة من الهياج الهوسي ثم مرحلة من الجنون فالارتباك وأخيرًا مرحلة من ،((Manic Excitement) الخرف وذلك في حال عدم التعافي في أي مرحلة من المراحل. (Dementia)

وبالتالي فإنه في ذلك الوقت، كان ينظر حصريًا إلى الجنون على أنه ‘‘جنون ثانوي’’ ناتج عن اضطراب نفسي لم يتم علاجه. وعلاوة على ذلك، فقد أطلق أيضًا على الارتباك اسم الجنون العام (Allgemeine Verrücktheit) والذي كان يُعتبر امتدادًا للاضطراب النفسي الذي بدأ في البداية بشكل أكثر محدودية. وفي المقابل، بينما كان يُطلق على الهذيان المنظم والمقتصر على جوانب محددة من الحياة النفسية اسم الجنون الجزئي (Partielle Verrücktheit)..

وقد كانت التحقيقات التي أجراها ‘‘سنيل’’ و ‘‘ويستفال’’ و ‘‘ساندر’’ هي التي أدت في ستينات القرن التاسع عشر إلى حدوث تطور معترف به في مفهوم الجنون (Verrücktheit).

وكان من آثار هذا التقدم الذي لا يمكن إنكاره أن المفهوم الجديد المعترف به حديثًا اعتبر المرض بمثابة مرض أولي يصيب النشاط الفكري على عكس النظره السائدة سابقًا التي كانت تعتبر الهوس (Manic) والكآبة هي الاضطرابات المعتادة في الحياة العاطفية. وقد كان الاعتقاد السائد أن الانفعالات العاطفية التي كانت تلاحظ أحيانًا في الداء الأول تنشأ كظواهر ‘‘ثانوية’’ ناتجة عن الأوهام والهلوسة، كما كان يعتقد أن ظهور الاضطرابات الفكرية في حالات ‘‘ الأمراض العاطفية’’ يمكن تفسيره كنتيجة مباشرة للحالة المزاجية المبهجة أو الكئيبة الأولية. لذلك، كان من الأهمية البالغة للتوصل إلى التشخيص الصحيح لكل حالة مرضية معرفة ما إذا كانت الاضطرابات العاطفية أو الفكرية هي أولى الظواهر المرضية التي ظهرت على الحالة.

أصبح مفهوم جنون الارتياب الحاد (Acute Paranoia)، الذي أشار إليه ‘‘ويستفال’’ بإيجاز لأول مرة، ذو أهمية خاصة لمواصلة تطوير مفهوم جنون الارتياب بشكل أوسع، والذي تم فيما بعد ربطه بمفهوم البارانويا الدورية (Periodic Paranoia). ومع التغيير الذي طرأ على المفهوم الأصلي، والذي لم يكن يأخذ في الاعتبار سوى الحالات المزمنة وغير القابلة للشفاء، أصبح من السهل تحديد الحالة المرضية بناءً على الظواهر الخارجية.

وإذا لم يكن مسار المرض ومسبباته هما من يحدد طبيعة المرض بشكل أساسي، فقد أصبح الاضطراب الفكري، وظهور الأوهام أو الهلاوس هما السمة الملموسة الوحيدة للجنون وبذلك، تم دمج سلسلة من الأشكال المرضية تحت هذا المفهوم رغم أنها من الناحية السريرية لم تكن تمتلك أي قواسم مشتركة مع الجنون الأصلي. على سبيل المثال، تم تضمين حالات مثل الأمينتيا (Amentia) والجنون الكحولي والعديد من الحالات التي تنتمي إلى الخرف المبكر وإلى اضطراب الهوس الاكتئابي.

لقد تعلمنا من دراسة أمراض الشلل والخرف المبكر وإلى حد ما من اضطراب الهوس الاكتئابي أن المرض في حد ذاته قد يظهر في أشكال حادة ومزمنة. ومع ذلك، في هذه الحالات، تكون النوبات الحادة دائمًا جزءًا من مسار أساسي مزمن؛ ولهذا السبب، يظل التشخيص النهائي للحالة كما هو مبدئيًا لكل عملية مرضية. ولكن لا يمكن تطبيق هذه القاعدة على حالات ما يُسمى بجنون الارتياب الحاد (Acute Paranoia).

إن التدقيق في الحالات المرضية التي ينطبق عليها وصف هذا المرض وبعد مرور فترة مراقبة كافية، يظهر بشكل لا يمكن إنكاره أنه مع مرور السنين، تتدرج نسبة متزايدة من هذه الحالات ضمن أمراض أخرى معروفة ومميزة تمامًا. وفي الواقع، لا تُظهر معظم حالات ما يُسمى بجنون الارتياب الحاد سببًا فريدًا ولا مسارًا أو نتيجة خاصة ولا أية خصائص سريرية مميزة أخرى تسمح بفصلها عن حالات أخرى.

بل إنني شخصيًا أشك أنه مع مزيد من التحليل والفحص الدقيق قد لا يبقى أية أعراض سريرية محددة بهذا المرض. ومع ذلك، إذا كان لا بُدَّ من الاحتفاظ بهذا المصطلح، فمن الأجدى على أي حال عدم اطلاق مصطلح البارانويا لوصف هذه الحالات المرضية، لأن القيام بذلك يؤدي إلى طمس الخصائص الأساسية للأشكال المتعارف عليها لهذا المرض مثل: المسار التدريجي الخفي والتوقعات السلبية للشفاء والاستمرارية الدائمة لظهور الأوهام.

في وقت من الأوقات كان عدد المصابين بجنون الارتياب في مستشفياتنا العقلية قد ارتفع إلى ما بين 70 إلى 80 في المائة من جميع الحالات. وكان إثبات بعض الأوهام أو الهلوسة لدى المريض يكفي للتوصل لهذا التشخيص السريري. وكانت نقطة البداية هي التصور بأن لكل مصاب بالبارانويا وهمًا مُعقدًا أو" نظامًا" فكريًا يُعد أساسًا لحالاته من الاكتئاب أو الإثارة غيرها من الصور والأفعال المرضية.

ومن المؤكد أن الملاحظة نفسها قد أظهرت أنه في حالات كثيرة جدًّا لم يكن بالإمكان إثبات أي شيء حقيقي عن نظام وهمي، بل لم يكن هناك سوى بعض الأوهام الهزيلة أو المنفصلة أو المشوشة.

ومن أجل تفسير التناقض بين الفرضية والنتائج، كان من المعتاد أن يتم الاستناد إلى افتراض إما أن المريض كان لديه منظومة من الأوهام الذهنية ولكن لسبب أو لآخر لم يتحدث عنها، أو أن هذه المنظومة من الأوهام كانت موجودة بالفعل في ذهنه ولكنها لم تكن مكتملة. وقد علمتنا التجربة الإضافية أن كلا الافتراضين لا يمكن أن يفسر غياب هذه المنظومة من الأوهام الذهنية لدى عدد هائل من حالات البارانويا المفترضة. بل تبيَّن أن هذه الحالات تتعلق بحالات مرضية لا تُرافقها عادةً أوهام مُمنهجة، بل أوهام غير مترابطة، متناقضة، ومتغيرة. ووفقًا للتصنيف الحديث، فإن هذه الحالات تُدرج الآن تحت اسم الخرف المبكر، وربما تشمل أيضًا بعض الحالات الناتجة عن الأمراض الشيخوخية أو الصرع أو الزهري العصبي.

عندما بدأ التشخيص يركز على الحاجة إلى وهم ثابت تم تطويره عقليًا، أصبح من الواضح أن الحالات التي تقع ضمن هذه الفئة لم تكن متجانسة سريريًا. كانت الملاحظة الرئيسية هي أن تطور المرض كان غالبًا ما يصاحبه هلوسات واضحة أو ممتدة إلى حد ما. في المقابل، كان هناك عدد أقل من الحالات التي شهدت تطور الأوهام بشكل أساسي من خلال التفسير المرضي للأحداث الحقيقية

أو عبر الذكريات الزائفة. لمعالجة هذا الاختلاف، تم اقتراح تصنيف يميز بين البرانويا الهلوسية (hallucinatory paranoia) والبرانويا المنظمة أو البسيطة، كما تم ملاحظة أن العديد من الحالات وخاصة تلك التي تتميز بالهلوسات الواضحة، كانت تميل إلى الانتقال بسرعة نسبيًا إلى حالات من الضعف العقلي، وهو ما كان يظهر في غرابة الأوهام، وفقدان الحكم، والتشتت، والخمول العاطفي. في المقابل، كانت هناك حالات أخرى،خاصًا تلك التي تحتوي على أوهام منظمة بحتة، تظل مستقرة نسبيًا في كثير من الأحيان لعقود وفقدان جوهري للقدرة النفسية.

هذه التجارب بالضرورة اقترحت الافتراض بأن هناك فرقًا في طبيعة العملية المرضية يتوافق مع الفرق في المسار والنتيجة. لهذا السبب قررت أولًا فصل الحالات التي تتطور بشكل خبيث للغاية والتي لا تؤدي إلى حالات من الضعف النفسي الواضح مثل جنون العظمة بالمعنى الضيق. اما البقية من الحالات يمثلوا مرض البارانويا وهو مجموعة في حد ذاتها، لا تزال غير متجانسة بأي حال من الأحوال، ولكنها مكونة من أجزاء مختلفة تمامًا.

ونظرًا لأن العدد الأكبر من هذه الحالات كان يتكون من حالات تظهر في العديد من الخصائص السريرية كما في سير المرض ونتيجته، نقاط تتوافق مع الخَرَف المُبكر، فقد اعتقدت أنه يجب أن أدمجها مع هذا المرض على أنها حالات برانوية حتى يتم توضيح إجابات لهذه الأسئلة بشكل أوسع. ولكن الخبرة المكتسبة جعلتني أفصل بعض المجموعات الصغيرة من أشكال البارانويا في الخَرَف المبكر تحت اسم البارافرينيا (paraphrenias) بسبب الاختلاف في شكل حالاتهم النهائية.

إن النظر في الأسباب وتاريخ تطور الأمراض البرانوية يعلمهنا أن هناك تنوعًا كبيرًا في هذا الاتجاه. فسابقًا، عندما كانت الحالات المرضية هي الدليل الرئيسي لتحديد الأمراض، لم يكن يُعطى وزن خاص لهذه الظروف. ولكن مع التقدم في معرفة الأسباب الحقيقية للجنون، تصبح تبعية الحالة السريرية على ظروف تطورها أكثر وضوحًا، على الرغم من أن فهمنا لهذه الظروف لا يزال حتى الآن غير كافٍ بشكل. إذا تمت محاولة التصنيف وفقًا لهذا المنظور، فسيبدو أنه بين الأمراض البارانوية بالمعنى المحدد سابقًا يمكن إرجاعها إلى أسباب خارجية محددة.

هناك العديد من الذهان الكحولي والزهري، ولكن أيضًا وخاصة سلسلة من الحالات النفسية للجنون. لذلك، يُنصح، كما تم القيام به سابقًا بفصل الحالات من هذا النوع في البداية وجمعها في مجموعات خاصة. نحن بعد ذلك نحتفظ فقط بحالات" البارانويا الحقيقية" التي تشغلنا وحدها في الوقت الحاضر وهي تلك الحالات التي تتطور بأسباب داخلية بحتة.

تنشأ صعوبات خاصة فيما يتعلق بتصنيف الأوهام التظلمية، فقد اعتُبرت لفترة طويلة الشكل الأكثر تميزًا للبرانويا. على سبيل المثال، تتميز بالخصائص التالية: تنظيم الوهم واستقراره، بالإضافة إلى تقييد العملية المرضية إلى دوائر معينة من الأفكار، والحفاظ الدائم على الشخصية النفسية، وعدم ظهور ظواهر الخرف. هذه الخصائص لمرض الأوهام التظلمية قد خدمتني أيضًا كنموذج لتحديد مفهوم جنون الارتياب بصورة اوضح. ومع ذلك، لا يمكن إنكار أنه في جانب واحد يوجد فرق لافت بين الوهم التظلمي وأشكال البارانويا الأخرى المتشابهة في جميع الاتجاهات المذكورة.

في الحالة الأولى يرتبط الوهم بحدث خارجي محدد كخطأ قانوني حقيقي أو مزعوم يثير المشاعر بشكل كبير. من هذه الناحية، يشبه هذا النوع من الوهم إلى حد ما أمراضًا نفسية أخرى ذات منشأ

نفسي خاصة العديد من أشكال الذهان المرتبط بالسجن والإضطرابات العصبية الناتجة عن الصدمات. لذلك، ينبغي دراسة ما إذا كانت علاقة الوهم التظلّمي بهذه الحالات السريرية أقرب للأمراض البارانوية ام لا.

ومع ذلك، يجب التأكيد على أن هذا التغيير في التصنيف له أهمية ثانوية نسبيًا فقط. يمكن أيضًا أن يُنسب نمط تطور نفسي المنشأ إلى جنون الارتياب؛ ففيه يمكن أن تكتسب التجارب الفعلية المحددة تأثيرًا حاسمًا على تشكيل النظام الوهمي. الفرق يكمن فقط في أن القوى الدافعة الحقيقية لتطوير الأحداث المرضية للبرانويا تكمن فقط في المريض نفسه، بينما في الحالات المختلفة التظلمية، تكون الظروف الخارجية العامل الحاسم لبداية المرض.

ومع ذلك، يجب الإشارة إلى أن حتى في الحالة الأخيرة، يجب أن تكون هناك استعدادات خاصة تُشكل الأساس العام لتطور الظواهر التظلّمية عند المريض، حيث إنه حتى مع وجود نفس الظروف الخارجية، فقط نسبة صغيرة من الحالات تتبع هذا الاتجاه.

لذلك، فإن الاختلافات في تاريخ نشأة وهم المتظلِّم والبارانويا تقتصر على انحراف معين في العلاقة بين التأثيرات الخارجية ذات المنشأ النفسي والأسباب المرضية الداخلية. بالإضافة إلى ذلك، هناك خاصية فريدة تميّز شخصية المتظلّم وهي ميله للنزاع مع السلطة القانونية، مما يدفع تطور المرض بسبب العوامل الخارجية إلى اتجاه محدد للغاية يختلف بطرق متعددة عن سلوك مرضى جنون الاضطهاد.

إذا تمّ محاولة تعريف مفهوم جنون الاضطهاض باستخدام هذه التفسيرات كأساس للعرض التالي، يتم التركيز على هذه السمة الأساسية: التطور التدريجي لنظام أوهام دائم ناتج عن أسباب داخلية، والذي يصاحبه التفكير المنتظم والوضوح، وكذلك الإرادة للقيام بالعمل. وفي الوقت ذاته، يحدث تحول عميق في النظرة الشاملة للحياة أو ما يُعرف بالانقلاب الفكري (Verrücktheit) وهو تغيير في المنظور تجاه العالم المحيط.

كان تطور هذا المفهوم المرضى مختلفًا بشكل جوهري في الطب النفسي الفرنسي. ففي حين ركز في ألمانيا بشكل رئيسي على مسائل فصل وتصنيف الاضطرابات العقلية، ركز الباحثون الفرنسيون بشكل أكبر على وصف الحالات السريرية المنفردة بأكبر قدر من الوضوح. وقد تم أخذ المحتوى المتنوع للأوهام بعين الاعتبار سواء كان نابعًا من الهلوسة أو من التفسيرات الوهمية (interpretations délirantes)، والحالة النفسية العامة للمرضى (folie lucide، raisonnante) وكذلك تطويرها إلى نظام متكامل.

كانت أعمال "فالريت" و"لاسيغ" ذات أهمية خاصة في هذا النقاش، حيث وصف فالريت التطور التدريجي لتكوين الأوهام، بدءًا من الفترة التمهيدية ووصولًا إلى البناء المنهجي لها، وأخيرًا التثبيت الرتيب للأوهام، مما يميّز سمة من سمات المسار الذي نجده غالبًا في البارانويا الحقيقية، ولكن أيضًا في حالات الخرف البارانويدي (dementia paraphrenic disease. وأمراض البارافرينا paranoides)

قام "لاساغ" بوصف الحالة المرضية لما يُعرف بـ"المضطهِدين المضطهدين" أو" المضطهدين الذين يضطهدون غيرهم" والتي تشمل على وجه الخصوص المهووسين بالقضايا القانونية (المدعين الدائمين وهو مصطلح يستخدم للإشارة إلى الأشخاص الذين يكونون مهووسين بشكل

مفرط بالتصدي لما يعتبرونه مظالم أو انتهاكات لحقوقهم يصبحون مفرطين في تقديم الشكاوى أو الدعاوى القضائية سعيًا وراء تحقيق العدالة كما يرونها)، بالإضافة إلى أشكال أخرى من وهم الاضطهاد (delusion of persecution)، حيث يصل المرضى في النهاية إلى تنفيذ هجمات خطيرة على أعدائهم المزعومين بسبب أوهام ليست حقيقية.

من منظور مختلف تمامًا، اقترب "مانيان" من حل مسألة البارانويا. كانت رؤيته السريرية تركز على محاولة فصل الاضطرابات العقلية الناتجة عن التدهور العقلي (degeneration) عن الأشكال التي تنشأ على أساس نفسي سليم. فيشير" مانيان" إلى أن مرض البارانويا المميز في المجموعة الأخيرة هو الاضطراب المزمن ذو التطور المنتظم (délire chronique à évolution systématiqu) الذي سبق لنا مناقشته. أما المجموعة الأولى، فتشمل المضطهِدين المضطهدين والمهووسين بالقضايا القانونية، بالإضافة إلى تلك الأشكال المرضية الوهمية التي تختلف عن نمط "الاضطراب المزمن" (delire chronique) بسبب تكوينها غير النمطي وسرعة تطورها واحتوائها على أوهام متعددة الأنواع واختلاف مسارها.

وعلى الرغم من أن الأساس الذي اعتمده "مانيان" لتصنيفه قد لا يُعتبر مبررًا بشكل كامل اليوم، إلا أن تصنيفه الذي فصل بدرجة معينة بين المهووسين بالقضايا القانونية والمصابين بالبارانويا الحقيقية عن الأمراض البارانويدية الأخرى يُمثل خطوة متقدمة ومهمة في هذا المجال.

شهدت التطورات الأخيرة في الطب النفسي الفرنسي مفاهيم جديدة حول نظريات البارانويا والتي تسير بشكل عام في مسارات مشابهة للمناقشات المطروحة هنا. اقترح "ريجي" مفهوم الأوهام المنتظمة المتقدمة (psychoses systématisées progressives) التي تتميز بتطور مزمن لنظام وهمي دون هلاوس وهو ما يمكن أن يتطابق إلى حد كبير مع مفهوم" البارانويا الحقيقية. أما "سيربيه" الذي كتب كثيرًا حول هذه المسائل، فقد ميّز بوضوح بين "وهم التفسير" délire d'interprétation "ووهم المطالبة délire de revendication" حيث يتطابق الأول بدقة مع مفهومنا للبارانويا، بينما يتوافق الأخير مع وهم المهووسون بالقضايا القانونية (المتظلمين). وقد تم توضيح أسباب اعتباري لهذا التمييز مبررًا سابقًا.

أخيرًا، وصف العديد من الباحثين، وخصوصًا "دوبريه" ما يُسمى "بوهم الخيال" délire d'imagination"، حيث تكون التصورات الخيالية النقية، أو الذكريات الزائفة النسبية، دون ارتباط بالإدراك الحقيقي هي القوة الدافعة لتكوين الوهم. كما أشار "نيسر" إلى بارانويا استرسالية (confabulating paranoia). وإذا استثنينا البارافرينيا التخيلية التي تم وصفها سابقًا، التي تم وصفها سابقًا، يبدو لي أنه لا يمكن فصل أي حالة حقيقية من حالات جنون الارتياب عن وجهة النظر المذكورة. بالطبع، تلعب الاختراعات الخيالية والذكريات الزائفة دورًا مهمًا في تشكيل نشأة الأوهام، لكنها دائمًا ما تكون مصحوبة بظواهر وهمية أخرى. وعندما تسيطر هذه الذكريات الزائفة والاختراعات بالكامل على الحالة، فقد يكون الأمر متعلقًا بالكذب المرضي والمحتالين وهو ما أطلق (mythomania) عليه دوبريه مصطلح الهوس الأسطوري.

الفصل الثاني

الأعراض المرضية العامة

الصورة المرضية للبارانويا فقيرة نسبيًا في التفاصيل، حيث أن الاضطرابات الأكثر لفتًا للانتباه تمتد فقط في مجالات محدودة من الحياة النفسية، وتترك المجالات ألاخرى غير متأثرة تمامًا أو بالكاد تتأثر. تظل الملاحظة والإدراك بشكل عام عند المرضى بدون عائق، على الرغم من أن الانطباعات غالبًا ما تُفسر بشكل مرضي. يظل المرضى حساسين وواضحين وعقلانيين بشكل دائم ولا تحدث الهلوسات الحقيقية.

في إحدى الحالات التي درستها، والتي استمر لديها المرض لعدة سنوات وظهرت خلالها العديد من الهلوسات السمعية، تبين لاحقًا أنه ربما كان هناك مرض دماغي ناتج عن مرض الزهري.

الرؤي Vision

لا يفتقر المرضى في كثير من الأحيان إلى سرد تجارب بصرية (رؤي) منفصلة أو متكررة، والتي غالبًا ما تحدث في الليل، ولكن في بعض الأحيان يُقال إنها حدثت أيضًا خلال النهار في مناسبات خاصة. فيرون النجوم، الأشكال المتوهجة، التجليات الإلهية. من الممكن أن تتعلق هذه الحالات في كثير من الأحيان بحالات من النشوة الحالمة. وفي حالات أخرى، يتم تفسير الحوادث الطبيعية بشكل خاطئ؛ فيظهر في ضوء القمر ملاكًا؛ أو تأخذ سحابة شكل حيوان.

لكن أحيانًا، تثير أوصاف المرضى التي غالبًا ما ترتبط بأحداث وقعت منذ زمن بعيد، شكوكًا حول الذاكرة الزائفة؛ على سبيل المثال، ادعت مريضة أنها رأت السماء مفتوحة في سن الرابعة. وفي تلك الحالات، يتلقى المرضى أوامر أو تأكيدات من الله. آخرون مهددون من قبل الشيطان، يُخنقون، ويتعرضون للصراعات.

تُعتبر هذه التجارب في نظر المرضى أحداثًا خارقة للطبيعة لا تنتمي إلى الخبرات العادية. بعض المرضى ربما يزعمون أيضًا أنهم في اتصال مستمر مع الله، وأنهم يتلقون الوحي منه لكن لا يوجد أبدًا حالة من الهلوسات السمعية الحقيقية، بل دائمًا ما تظهر فقط أفكار تحذيرية أو مشجعة أو مطمئنة، والتي على غرار" صوت الضمير"، تُنسب إلى تأثيرات ما وراء الطبيعة.

الذاكرة والاحتباس (الاحتفاظ) لا يظهر فيهما أي اضطراب في المجالات التي تقع خارج نطاق الوهم. ومع ذلك، فإن الذكريات الزائفة شائعة للغاية؛ فهي عادةً ما تكون مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بدائرة الأفكار المريضة. في بعض الأحيان، تكون مجرد تقييم خاطئ وتحويل لتجارب بعد وقوعها، وأحيانًا أخرى تكون بسبب تصريحات أو أحداث مختلقة تمامًا على شكل صور ذهنية. فيروي المريض عن اتصالات تم إجراؤها معه بطريقة غامضة، واجتماعات مع شخصيات بارزة، وهجمات غريبة تعرض لها. الثقة العمياء دائمًا ما تكون لافتة في هذه الحالات وغالبًا ما تُروى تجارب معقدة للغاية بكل تفاصيلها. الرجل الغيور رأى وسمع زوجته وهي ترتكب أبشع الأفعال مع منافسه في العمل؛ سقطت رصاصة على المريض تمزق قبعته وتلقيه على الأرض؛ وفي الوقت نفسه ظهر شخص ما ومعه سكين ليشوه وجهه حتى لا يُتعرف عليه احد.

في بعض الأحيان يمكن تتبع كيفية ظهور هذه الذكريات مباشرة لدى المريض وكيف تصبح ثابتة. يدعي بعض المرضى أنهم كانوا يعلمون مسبقًا بحدوث هذا الحدث أو ذاك، مثل قدومهم إلى المصحة؛ قال أحد المرضى إن كل ما كان يريده قد تحقق بالفعل من قبل؛ وآخرون يزعمون أنهم يستطيعون التنبؤ بأشياء مستقبلية. غرابة الروايات وعدم احتمالية حدوثها يجعل من السهل التعرف عليها كذكريات زائفة (pseudo-memories).

في حالات أخرى، عندما يُبلغ المرضى عن ملاحظات يقينية جدًّا تكون ضمن حدود الممكن أو حتى المحتمل، قد يصبح من الصعب للغاية اكتشاف التاريخ المرضى للذكريات الزائفة. على سبيل المثال، في الهلاوس الناتجة عن الغيرة، غالبًا ما يكون المرء في شك بشأن مدى صحة الأحداث الواقعية أو الوهمية التي هي أساس ما يقوله المرضى حول الأحداث المشبوهة والمزعومة. بخلاف الأسباب العامة، يكون الافتراض الأخير مبررًا إذا كان المرضى يزينون رواياتهم بتفاصيل دقيقة جدًّا تزداد مع التكرار، وإذا قدموا ملاحظاتهم المزعومة بعد فترة طويلة من الحدث، وأيضًا عندما لم يتوافق سلوكهم في وقت الأحداث وبعده مع ما كان من المتوقع أن يحدث في الواقع.

الحالات قد تعود إلى الطفولة المبكرة، وهي حالة قد تم اعتبارها حجة قوية لصالح فكرة أن منشأ المرض هو اضطراب مرضي. على الرغم من أنه يمكن الاعتراف بصحة هذا الرأي دون تحفظ، إلا أنني أرى أن دعم هذا الرأي من خلال تصريحات المرضى حول التجارب الوهمية في الطفولة ليس صحيحًا. من الواضح أن هذه هي طريقة التعبير عن الذكريات الزائفة تمامًا كما هو الحال في حالات الخرف المبكر والبارافرينيا.

أوهام الإشارة

Delusions of Reference

تشير أوهام الإشارة إلى نوع من الأوهام حيث يفسر الفرد الأحداث اليومية أو تصرفات الآخرين أو الملاحظات العادية على أنها تحمل دلالات خاصة ومباشرة متعلقة به شخصيًا. وغالبًا ما تكون هذه التفسيرات خاطئة وغير قائمة على أي أساس واقعي بدرجة أكبر بكثير من ذكريات الماضي. ويتأثر التقدير النفسي للتجارب الحالية بأحداث وهمية. يمكن أن يتميز الاضطراب السائد في هذه الحالة المرضية على الأرجح بالتعبير عن أوهام الإشارة. العديد من الانطباعات والأحداث لا يتم قبولها في شكلها الواقعي اليومي، ولكنها تدخل في علاقة ما مع نكبات المرضي. وفوق كل شيء، فإن تصرفات البشر من حوله تتعرض لهذا التفسير المنحرف ايضًا.

سلوكيات ونظرات المارة، حركة اليد، هزة الكتفين، تحمل معاني غامضة للمرضى؛ فهي أحيانًا مؤلمة، وأحيانًا مفيدة. يرغب الناس بهذه الطريقة في إهانته، لومه، جعله موضع ازدراء، تحذيره، تشجيعه، أو إبلاغه بمعلومات مهمة من هنا أو هناك. عبارة تم التقاطها بالصدفة، ملاحظة على الطاولة المجاورة تحتوي على تلميح خفي؛ قال مريض "إنها لغة الصور المعتادة، ظنوا أنني لم أفهمها".

هنا المريض يلاحظ أن هناك شيئًا ما، لكنه لا يعرف ما هو.

تُكرر العبارات نفسها بشكل متعمد في مناسبات محددة، بعض الأغاني تصفر بطريقة غريبة لتسليط الضوء على أحداث تافهة من ماضي المريض أو لإعطائه تلميحات تتعلق بعمله. في المسرحيات أو أحدث الروايات أو الصحف، تظهر إشارات إلى أفعاله. الخطيب في المنبر أو المتحدث في التجمعات يشير إلى شخصه بإيماءات لا يمكن إساءة فهمها. فجأة، يلاحظ أنه يلتقي باستمرار نفس الأشخاص الذين يبدون وكأنهم يراقبونه ويتبعونه كما لو كان ذلك بمحض الصدفة. الناس يحدقون فيه، يسعلون أو يتنحنحون بسببه، يبصقون أمامه أو يتجنبونه. في المطاعم العامة، يتحرك الناس بعيدًا عنه أو يغادرون بمجرد ظهوره، ينظرون إليه بنظرات خفية وينتقدونه. سائقو العربات، حراس السكك الحديدية، العمال يتحدثون عنه. في كل مكان، يلاحظ أن الاهتمام موجه إليه هو فقط؛ ملابسه، رغم غرابتها، يتم تقليدها من قِبَل أشخاص مجهولين. التعليقات التي يلقيها بشكل عارض تتحول فورًا إلى عبارات شائعة. أحد مرضاي وصف اللون الأصفر بأنه لون الذكاء؛ في اليوم التالي، كان الجميع يرتدون وردًا صفراء كرمز للصمت، وكأنهم يقولون له إنه ذكي وعليه أن يصمت وصرح المريض: "من سيحصي كل ما يخاطبني هنا!"

كل هذه التجارب في حد ذاتها ذات مضمون عديم الأهمية تمامًا؛ تبدو" طبيعية تمامًا لكل من ليس مطَّلعا على التفاصيل"وكأنها مجرد مصادفات، لكن المريض يدرك بوضوح شديد أن كل شيء "مرتّب" بمهارة فائقة، وأنه يتعلق بـ "افتعال للمصادفات"، يخفي وراءه مؤامرة دنيئة أو قضية مهمة. بالتأكيد، يتم تدبير اللعبة بأكملها بذكاء شديد لخداعه أو لتجنب الكشف عن خطط كبيرة للمستقبل بشكل مبكر. وكلما طلب من أي شخص أن يشرح له بصراحة، معبِّرا عن أنه يدرك كل شيء، يتظاهر الشخص بالبراءة ويخترع جميع أنواع المراوغات؛ الناس لا يسيرون مباشرة نحو الهدف، بل عبر طرق ملتوية، بينما يتم الإشارة إلى الأهداف الحقيقية فقط بتلميحات مبطنة. يتظاهر الناس بمظاهر ودية لخداعه ويشوهون له الحقائق؛ ومع ذلك، فإنه يفهم المعنى الحقيقي لهذا على الفور.

الجزء التالي هي من مذكرات مريض كان يعتقد أنه مستهدف من قبل رابطة سرية لتعزيز سلوك ما منحرف، قد يعطي فكرة عن التشوه الغريب الذي يحدث في علاقة المريض بالعالم الخارجي.

"إنه اتحادا له أهداف، كما هو واضح من هذه السطور، يبذل كل جهد لكي لا تصبح هذه الأهداف علنية، ولذلك يحاول أن يقوم بالدعاية في شكل خفي أو رمزي. ومن المثير أن هذا التحالف، لعدم قدرته على التنبؤ بموقف الأفراد المتأثرين تجاه هذه القضية، يستخدم وسائل مبتكرة تسير بالتوازي مع جهوده الرئيسية، لكنها تبدو بريئة في ظاهرها، بهدف إرباكهم وحماية نفسه من أي إفشاءات غير مرغوب فيها. فعلى سبيل المثال، كنت قد اعتدتُ آنذاك، كما هو الحال مع معظم الناس، على استخدام عبارات نمطية مثل: "بالتأكيد!" و"يصعب تصديقه"، وفجأة، وها هو ذا! "ولكني جدتُ هاتين الجملتين، والعديد من الجمل الأخرى، تظهران بسرعة متتالية كعنوان لإعلان مكتوب بحروف كبيرة في صحيفة "جنرال انترناسيجر" ومن هذا، لم يكن بإمكاني إلا أن أستنتج أن الصدفة وحياتي أصبحتا يومًا بعد يوم مجرد سلسلة من الصدف، حتى يمكن القول إنها تحولت إلى حياة مزدوجة خيالية خالصة وذلك يصعب تصديقه!"

غالبًا ما يتم افتراض وجود روابط داخلية بين حدثين متتاليين يحدثان عن طريق الصدفة. فعلى سبيل المثال، قدّم مريض لرئيس وزراء بادن خريطة تم تحديد المناطق غير المستعمرة فيها؛ وبعد

ذلك مباشرة، بدأت السياسة الاستعمارية الألمانية.

في بعض الأحيان، تكتسب الظواهر الطبيعية معاني خاصة لدى المريض. قد يرى في وميض النجوم الغريب، أو تغيّرات الطقس، أو تحليق الطيور، أو صوت الأجراس رموزًا لأحداث في حياته أو مؤشرات على مستقبله. هذه الظواهر قد تُثير فيه الرعب أو قد تمنحه الأمل وقد تحمل له وعودًا أو تهديدات. وغالبًا ما ترتبط بمواقف معينة يكون فيها المريض في حالة من الحساسية المفرطة.

هذا يرتبط بشكل ما بالخرافات التقليدية، التي تنسب بدورها للأحداث العشوائية في طبيعة الارتباطات العميقة بمصير الإنسان. ويمكن ملاحظة ذلك بسهولة في الأسباب التي تدفع البعض لاختيار أرقام محددة لتجربة حظهم في مسابقات اليانصيب.

وتؤدي التفسيرات الوهمية أحيانًا إلى أخطاء غريبة عن الأشخاص لا تلعب فيها التشابهات الخارجية أي دور على الإطلاق. فالضابط الذي يمر أمام المريض هو الملك أو على الأقل مساعده الذي يريد أن يعطي المريض إشارة؛ والسيدة التي تركب عربة هي أميرة تحاول أن تتقرب منه. إن مضطهديه الذين يظهرون في كل مكان، يتعرف عليهم المريض في الحال على الرغم من تنكرهم.

ويمكننا أن نعتبر الميل إلى التخيلات المرضية مصدرًا مشتركًا للذكريات الزائفة والتفسيرات الوهمية فتظهر أمام الرؤية الذهنية للمرضى سلسلة من الصور، وأحيانًا شبكة من المكائد السرية التي يتورطون في شباكها بشكل ميؤوس منه وأحيانًا آمال مبهجة للمستقبل يتطلعون إلى تحقيقها بثقة.

ممكن أن يكون الافتراض بأن هذه التخيلات والمزاعم الوهمية للمرضي مبررًا إذا أضاف المرضى تفاصيل دقيقة جدًّا ومتزايدة مع كل مرة يروون فيها القصص أو إذا ظهرت هذه الادعاءات بعد مرور وقت طويل على الحدث، أو إذا كان سلوكهم في وقت الأحداث وبعدها لا يتناسب مع ما يُتوقع في الواقع.

في رأيي، غالبًا ما يتم التقليل من أهمية الذكريات الزائفة في حالات البارانويا. في بعض الأحيان، يُذكر أن الأوهام تعود إلى الطفولة المبكرة ويُعتبر هذا دليلًا قويًا على أن المرض ينشأ بسبب استعداد مرضي. وعلى الرغم من صحة هذا الرأي، أعتقد أن الاعتماد على تصريحات المرضى حول تجارب وهمية في الطفولة ليس دقيقًا. من الواضح أن هذه التصريحات هي تعبير عن ذكريات زائفة، مثلما هي الحال في حالات الخرف المبكر والبارافرينيا.

تكوين الأوهام

Delusion Formation

تكوين الأوهام يشير إلى العملية التي تتطور فيها المعتقدات الزائفة الثابتة التي تقاوم التفسيرات المنطقية أو الأدلة المناقضة عند المرضي. غالبًا ما تكون هذه المعتقدات مرتبطة بتصور أو تفسير مشوه للواقع، وتُلاحظ في العديد من الحالات النفسية مثل الفصام، اضطراب الأوهام، وبعض اضطرابات المزاج.

تؤدي هذه الاضطرابات إلى تكوين الأوهام والتي تميز مرض البارانويا، والذي قد يتطور في اتجاهين أساسيين: أوهام الأذى وأوهام العظمة. عادةً ما ينضج هذا الوهم ببطء شديد على مدى

سنوات عديدة. في البداية، يظل في إطار تكهنات مشبوهة، وغرور مبالغ فيه، وآمال سرية. لكن هذه الأفكار تستمد باستمرار تغذيتها من التفسير المتحيز لتجارب الحياة، مما يجعلها تزداد ثباتًا مع الوقت.

في بعض الأحيان وتحت تأثير ظروف معينة، يصبح الوهم شديد للغاية وفي لحظات معينة، يشعر المرضى كما لو أن "الحُجب قد سقطت عن أعينهم"، حيث تصبح الروابط الخفية واضحة لهم فجأة كوميض البرق، ويُكشف لهم الحاضر والمستقبل بطريقة أشبه بالإلهام.

أما في أحيان أخرى، فقد يبقى الوهم ثابتًا دون أي تطور لسنوات طويلة، حيث تظل الأفكار كما هي دون تغيير يُذكر، مع إضافة بعض الذكريات الزائفة التي لا تُغني التجربة أو تُضيف إليها أوهامًا جديدة. الوهم الذي يعاني منه الشخص المريض بالبارانويا يكون "منظمًا"، أي يتم تحليله عقليًا، ويرتبط بشكل متناسق بأحداث معينة دون تناقضات داخلية كبيرة. يربطون تجاربهم ببعضها البعض، يبحثون عن السبب والنتيجة، والدوافع والصلات.

النقاط الغامضة والتناقضات يتم تجاوزها قدر الإمكان وتُعالج بفكر مجتهد من قبل المرضي. المرضى أيضًا قد يستمعون إلى الاعتراضات على أوهامهم ويمكنهم في نفس الوقت دحضها بالإشارة إلى تجاربهم الداخلية والخارجية الخاصة ومع ذلك يقرون بضرورة تقديم الأدلة لدعم ادعاءاتهم والدفاع عنها أمام الشكوك.

إنَّ هذا الجهد الداخلي في تشكيل الوهم هو ما يجعله يتحول إلى جزء أساسي من التكوين النفسي للشخصية، حتى يصبح متجذرًا في أعماق المريض كأنه جزء من كيانه. ومن هنا تنبع صعوبة دحضه أو التشكيك فيه.

وعلى الرغم من أن المرضى قد يعترفون في حالات نادرة بعدم قدرتهم على تقديم دليل قاطع يدعم وجهة نظرهم، إلا أن أي محاولة للتشكيك في أوهامهم تُقابل بالرفض وكأنها تصطدم بجدار منيع. في أفضل الأحوال، قد يعترفون بأن الفهم الكامل للروابط الداخلية والظروف الظاهرة يعتمد على إيمان شخصي عميق،" لا يمكن دحضه، وقد كان دائمًا وسيظل دائمًا موجودًا. "كما قال أحد المرضى. " أنا أعيش في الخيال الذي ليس خيالًا".

لذلك، قد يشعر المريض أحيانًا أن الشخص غير الملم بهذه الأفكار لا يستطيع مواكبة تسلسل أفكاره في كل التفاصيل، مما يجعله يخشى أن يستغل مضطهدوه هذا الوضع لإثبات أنه يعاني من أوهام الاضطهاد. ومع ذلك، لا يظهر أي إدراك للمريض بشأن حالته. كما عبر أحد المرضى بقوله: "الآن أدرك أنني مريض نفسيًا. طالما أن الإنسان يشعر بأنه ما زال منفصلًا عن الله الحي والمقدس، خالقه ومرشده، بسبب الخطيئة أو الشعور بالذنب أو تلك الروح الشريرة التي تعيش داخله وتتغذى على وجوده، فإنه يدرك أنه لم يصل بعد إلى الاتحاد الكامل مع الله في روحه وضميره. ومن الطبيعي في هذه الحالة أن يشعر بأنه يعاني من مرض نفسي".

بالطبع، هذا ليس إدراكًا مرضيًا بل تفسيرًا بارانويريًا لمفهوم معين. يُعتبر الثبات الجوهري للأوهام سمة رئيسية لجنون الارتياب ومع ذلك، ظهرت مؤخرًا تساؤلات حول مدى توافق هذا المفهوم مع الواقع العملي والتجارب. فمن ناحية، وصف "فريدمان" "البارانويا الخفيفة"، حيث يتراجع الوهم لدى تلك الحالات بعد بضع سنوات تدريجيًا مرة أخرى. ومن ناحية أخرى لفت "غاوب" الانتباه إلى حالات "بارانويا غير المكتملة أو الفاشلة"(abortive paranoia)، حيث

تتطور تحت تأثير ظروف الحياة غير السارة والتي قد تختفي تدريجيًا دون تصحيح فعلي. سنحتاج لاحقًا إلى دراسة مدى ملاءمة وضع هذه الحالات ضمن مفهوم البارانويا كاضطراب. كما يجب ألاخذ في الاعتبار أن عدم قابلية التأثير على الأوهام البارانورية قد لا تكون موجودة بالضرورة في بداية تطورها.

وبدلًا من ذلك، يجب أن نفترض أن الأوهام تتطور تدريجيًا خلال فترة طويلة. في البداية، يقاوم المرضى الأفكار المقتحمة ويرفضونها بشكل قاطع. ولكن بعد صراعات داخلية طويلة، يستسلمون في النهاية لهذه الأفكار. لذلك، لا يمكن إنكار احتمال أن يتطور المرض من خلال مرحلة تحضيرية تتميز بأوهام متقلبة.

ويتناسب المزاج عمومًا مع طبيعة الأوهام نفسها. يظهر بعض المرضى على أنهم خجولون أو مرتابون أو مكتئبون أو غاضبون، في حين يظهر آخرون ثقة بالنفس وإحساسًا بالاعتداد. وغالبًا لا يظهر تغير عاطفي واضح إلا عند مناقشة الأفكار الوهمية بشكل مباشر. التقلبات الكبيرة في الاستقرار العاطفي ليست سمة نموذجية لهذا المرض. هذه الملاحظة تتعارض مع تأكيدات الدكتور "شبخت" ومع ذلك، كما أشار كل من "بلولر" والدكتور "شبخت"، من المحتمل أن التوتر العاطفي يلعب دورًا كبيرًا في نشأة الأوهام البارانوية. ومع ذلك، أجد أن وجهة نظر " بلولر"، التي تفترض أن "العقد" العاطفية المحددة هي السبب الأساسي لتكوين الأوهام البارانوية يتمادى كثيرًا.

الاتجاهان المتناقضان للأوهام، اللذان غالبًا ما يرتبطان ببعضهما البعض، يشيران إلى وجود علاقة وثيقة بالعواطف؛ حيث نتعامل مع ما وصفه "ماير بـ "تكوين الأوهام الكاتاثيمية" "katathymic". ويظهر محتواها، على الرغم من تطورها المرضي، توافقًا ملحوظًا مع المخاوف والرغبات والآمال التي تنشأ لدى الأفراد الطبيعيين من شعورهم بعدم اليقين وسعيهم للسعادة. ويدفع هذا التوافق إلى الاعتقاد بوجود أساس مشابه هنا. فمن جهه، نجد الخوف من الاحتقار والاستهزاء، والتهديد بالاضطهاد المنهجي، والخيانة الزوجية. ومن جهه أخري، نجد القناعة المبهجة بالانتماء إلى نسب أرستقراطي، أو كونه محبوبًا من شخصية رفيعة المستوى، أو مخترعًا ومحسنًا للبشرية، أو المختار من قبل الله.

أما النشاط والسلوك، فإنهما غالبًا ما يبقيان دون اضطراب واضح. يتمكن المرضى في معظم الأحيان من كسب رزقهم باستمرار دون أن يكونوا ملفتين للنظر بشكل خاص في بيئتهم. ومع ذلك، تظهر جميع أنواع الخصائص الغريبة في أسلوب حياتهم بشكل متكرر.

أحد المرضى كان يعبر عن نفسه قدر الإمكان فقط بالكتابة، لأنه كان بحاجة إلى الهدوء والتواصل مع الله؛ وكان يصوم غالبًا لعدة أيام، وقدم التفسير التالي لذلك: "الصوم والصلاة لا يضعفان الإنسان على الإطلاق، بل العكس تمامًا؛ إنهما يقويان الروح، وينقيان القلب، ويحرران الإنسان من طبيعته الخاطئة". العديد من المرضى ينعزلون، وينغمسون في الكتب، أو يكتبون وثائق طويلة؛ بينما يتجول آخرون بلا راحة، يغيرون مواقعهم بشكل متكرر، ويظهرون أحيانًا في مكان وأحيانًا في مكان آخر. يظهر لديهم ميل ضعيف نحو العمل المنتظم والمستمر.

أحد التجار، الذي كسب مبلغًا صغيرًا في أمريكا وعاد إلى وطنه مريضًا، أنفق ماله تدريجيًا حتى انتهى به الحال تحت وصاية آخرين، لأنه كان فخورًا جدًّا ليقبل عملًا لا يتناسب مع تقييمه العالي لنفسه. عندها فقط تكشفت حقيقة أنه كان يعاني منذ ما يقرب من عشرين عامًا من أفكار واضحة عن

الاضطهاد والتعالي. وغالبًا ما لا ينجز المرضى أي شيء بشكل صحيح، رغم تمتعهم بقدرات جيدة، ودائمًا ما يكونون غير ناجحين. ينفقون أكثر بكثير مما تسمح به ظروفهم، وينشغلون بأصعب المشكلات دون فهم كافٍ أو معرفة. ومع ذلك، فهم قادرون على ممارسة تأثير مهم في محيطهم، وعلى اكتساب قدر معين من الاحترام، وإقناع بعض الأشخاص بصحة أوهامهم. قد يصل الأمر إلى تحويل هؤلاء الأشخاص إلى أتباع متحمسين لهم.

عادةً ما يتواصل المرضى مع الأطباء النفسيين في وقت متأخر، إن حدث ذلك أصلًا، ويكون التواصل غالبًا لفترة وجيزة إذا كانوا قد أثاروا الانتباه أو تسببوا في إزعاج من خلال تصرفات متعلقة بأوهامهم. ويمتلك المرضى عادةً قدرًا كافيًا من ضبط النفس، مما يمكنهم من تجنب أي صدام مع القانون أو السلطات. إلى جانب ذلك، لا يعانون من ضغوط داخلية شديدة تدفعهم إلى ارتكاب أعمال عنف متهورة. لذلك تبقى تصرفاتهم في حدود استخدام ألفاظ مسيئة، توجيه تهديدات، تقديم شكاوى إلى الشرطة، محاولة دخول منازل شخصيات مرموقة، ممارسة طقوس دينية غير معقولة أو استغلال الناس بناءً على مزاعم وهمية، وفي بعض الأحيان، قد تحدث محاولات انتحار.

الأعراض الجسدية

Bodily Symptoms :

لا يوجد في المجال الجسدي أي اختلافات ملموسة عن المعاد؛ فالشهوة للطعام والنوم لا تتعرضان للاضطراب في العادة. ومع ذلك، يقدم العديد من المرضى شكاوى ذات طابع هيبوكوندرياسي (وساوس مرضية) "hypochondriacal"، مثل الشكوى من العصبية، الضغط في الرأس، أو ضعف الهضم، وغالبًا ما يحملون المسؤولية عن هذه الحالات للعلاج الطبي. قد يلجأ البعض منهم بعد ذلك إلى أنواع مختلفة من العلاجات الغريبة، وبعضها يكون من ابتكارهم الشخصي.

الفصل الثالث

الحالات السريرية

واجه تصنيف حالات البارانويا صعوبات خاصة نظرًا لاختلاف الأعراض المرضية من مريض لآخر، حيث يُقال إن هناك عددًا من الأشكال المرضية يساوي عدد المرضى. هذا الاختلاف يرجع إلى أن الخصائص الشخصية لكل مريض تؤثر بشكل كبير في تكوين الظواهر المرضية. وبالتالي، يكون التنوع في الأعراض الشخصية أكبر بكثير مقارنة بالأمراض التي تؤدي إلى تدهور كبير مثل الشلل أو الفصام. مع ذلك، توجد بعض الأنماط العامة لتكوين الأوهام التي تتكرر بشكل ثابت، مما يسمح بتقسيم الحالات المرضية إلى مجموعات فرعية أصغر. على سبيل المثال، يمكن تصنيف الحالات وفقًا لنوع الأوهام السائدة، مثل أوهام الاضطهاد حيث يشعر المرضى أنهم مستهدفون أو مهددون بالأذى، أو أوهام العظمة التي يعتقد فيها المرضى أنهم يمتلكون قدرات أو أهمية استثنائية. قد تظهر أنواع خاصة أخرى داخل هاتين المجموعتين، مما يساعد في فهم أعمق لهذه الحالات المرضية.

أوهام الاضطهاد

Delusions of Persecution

هذه هي أكثر أشكال البارانويا شيوعًا، فالمريض الذي ربما كان قد شعر لفترة طويلة بالإهمال من قبل المحيطين به وأنه لا يستحق المعاملة التي يتلقاها، أو أنه مضطهد ولا يحظى بالتقدير الكاف، يبدأ في الشعور بأن الناس أصبحوا في مناسبات معينة لا يحيونه بطريقة ودية كما كانوا يفعلون سابقًا، وأن الناس أصبحوا الآن أكثر تحفظًا تجاهه وتجنبًا للتواصل معه، وأنهم لا يريدون أن يكون لهم أي علاقة تجمعهم به بعد الآن على الرغم من الكثير من براهين الصداقة التي يبدأ في وصفها بـ "الصداقة المنافقة". و نتيجة لذلك، تزداد عصبيته وشكه فيمن حوله، فيبدأ في ملاحظة سلوكهم تجاهه ويزداد لديه الاعتقاد تدريجيًا بأن الناس يخططون بشكل منهجي لتقويض مكانته وإيذائه بشتى الطرق. قال أحد المرضى: "أنا أقرأ أفكار الجميع من وجوههم ولدي حاسة سمع جيدة". ويتطور هذا الأحساس لديه إلى شعور بأنه مراقب وخاضع للتجسس عليه، وأن عناصرًا من الشرطة السرية تتبعه وتجمع المعلومات لادانته. يشعر في الشارع كما لو أنه يجب أن يمر عبر اختبار صعب، فالناس ينظرون إليه باحتقار ويصفقون ويضحكون خلف ظهره ويتحدونه ويحاولون استفزازه.

ويشعر أن التعليقات البريئة من الناس هي في الحقيقة مليئة بالخبث، فالناس لا يتحدثون بصراحة ولا يقولون أي شيء محدد. ففي كل مكان هناك نميمة وسخرية ومكر. قال أحد المرضى: "كل شيء أكاذيب وخداع ونفاق، لم أعد أثق في أي أحد ولا أحد يتمنى لي الخير". وقال مريض آخر إنه: "يُعامل بأبشع الطرق فيقلد الناس صوته، وينادونه بألقاب، ويصفقون له كأنه كلب، ويرمون عليه كرات الثلج والحجارة. إنها لعبة منسقة؛ الجميع يعزف نفس اللحن". وفي بعض الأحيان يكون الوهم مدعومًا أيضًا بذكريات زائفة.

ويبدأ المرضى في الاعتقاد أن الاعيبًا ومكائد مستمرة ومتعددة تمارس عليهم. فالمستأجرون يعطونهم أسماء كاذبة، والرسائل الموجهة إليهم يتم فتحها وقراءتها وسرقتها، وشحناتهم التجارية الموجهه إلى عملائهم يتم افسادها وتلويثها حتى تتوالى الشكاوى باستمرار، ومدخنة الموقد الخاص بهم يتم سدها، وملابسهم الداخلية وبدلاتهم وأحذيتهم يتم إتلافها. أما في الدعاوى القضائية التي يرفعونها إلى المحاكم، فيتم التحريض عليهم ورشوة محاميهم وتدبير المكائد المعادية حتى يخسروها وتجري الدسائس المالية والنصب والاحتيال ضدهم ويتم تحريض مستأجريهم على التوقف عن دفع الإيجار المستحق لهم.

وتتطور الحالة لدى المريض ليبدأ في الاعتقاد أن الناس تنشر حوله الافتراءات كما لو كان قد جلب على نفسه مرضًا عصبيًا بسبب ممارساته المليئة بالفسق والفجور، كما لو كان مصابًا بالزهري أو مدمنًا على الشذوذ الجنسي، فيعتقد المريض مثلًا أن صوره قد أرسلت إلى بيوت الدعارة من أجل تصويره على أنه من مرتاديها وأن أحدهم قد نشر فواتير مزورةً لإثبات تعاطيه المفرط للكحول، وبمثل هذه الوسائل يُطرد المريض من عمله ويُدمر ويخسر ميراثه. وأخيرًا يتملكه الوهم بأن الناس يخططون لإغوائه بالفاحشة الجنسية أو لإصابته بالجنون أو حتى للتخلص منه

تمامًا وأن هناك من يقدم الرشوة للأطباء ليُعطونه أدوية مشكوك في صحتها ويتخيلون أن هناك سم في شرابه وأن طعم الطعام مريب للغاية ويسبب مغصًا ودوارًا وطنينًا في الأذنين.

وهكذا تتسع دائرة الأشخاص الذين يعتقد المريض أنهم يمارسون الاضهاد ضده تدريجيًا أكثر فأكثر. فإذا غيّر المريض مكان إقامته فإنه قد ينعم بالسلام في البداية ربما لبعض الوقت، ولكنه سرعان ما يبدأ في الاعتقاد أن الناس يقابلونه كشخصية معروفه وأن لديهم معلومات كاملة عنه وعن مجمل حياته السابقة وأن الخيوط السرية والمعلومات تتسرب من محيطه السابق إلى محيطه الحالي، فالناس يتتعقبونه ويتجسسون عليه في كل مكان. ويتملكه التوهم أن بعض الأفراد يتبعون كل خطواته، إلا أنه يستطيع تمييزهم رغم تنكرهم المفترض ولحاهم المزيفة أو شعرهم المصبوغ. حتى إن موقفه يكون في كثير من الأحيان "أسوأ من موقف رجل ملاحق بمذكرة توقيف".

وفي هذا السياق، غالبًا ما يكون لدى المريض أفكارغريبة للغاية حول مُدبري الاضطهادات الموجهة ضده وفي بعض الأحيان، يُنظر إلى شخص معين على أنه القوة الدافعة الحقيقية مثل حبيب خائن، خطيبة سابقة، أخت الزوج، زميل في العمل، أو حتى رئيس البلدية. وفي أحيان أخرى تُعزى المسؤولية إلى جماعات معينة مثل الماسونيين الأحرار أو الديمقراطيين الاجتماعيين، أو أي منظمة سرية أخرى. وبطبيعة الحال، فإن هؤلاء المتآمرون يمتلكون وسائل وموارد هائلة تحت تصرفهم، ولديهم أعوان ومساعدون في كل مكان. ولا يقتصر الأمر على أفراد عاديين فقط، بل يشمل أيضًا المسؤولين، المحاكم، الشرطة، رجال الدين، الأطباء، الصحفيين، والكتاب، الذين يشاركون جميعًا في المؤامرة العامة ضد المريض.

وفيما يلي مقتطفات من رسالة كتبتها إحدى المريضات، تعكس دائرة أفكارها: "خلال السنوات الأربع عشرة التي عشتها هنا، عشت حياة لا يمكن مقارنتها بشيء. الأمر يتعلق باختلاس أموال موروثة، وعلى إثر ذلك فقد تم استخدام كل الشرور والحيل الممكنة لإظهاري على أنني مجنونة أو لجعلي كذلك، ولإفقادي الوسائل الضرورية للعيش والكرامة والشرف. هذا السلوك المريع مستمر ليلًا ونهارًا من قِبل الشرطة السرية وأعوانهم، رجالًا ونساء، شبابًا وشيوخًا، فقراء وأغنياء. الجميع مجبرون على المشاركة، لأنه يتعلق بالشرطة! تم إصدار أوامر بمطاردتي في جميع منازل وإحياء المدينة دون أي اعتبار لكوني أرملة عجوزًا متقدمة في السن.

منذ أن أتيت إلى ميونيخ، تم احتجاز جميع رسائلي وفتحها وتسليمها بدون أختام، أما الرسائل المتعلقة بالميراث فقد تم اخفاءها ببساطة، حتى لا أتمكن من الحضور أثناء توزيع الإرث مثل الورثة الآخرين. تم بذل كل جهد حتى لا أرى ولا أحتك بأي شخص؛ إنه لأمر مروع وغير معقول أن تحدث مثل هذه الوقائع الشنيعة، وكل ذلك من تدبير محامين معينين اختلسوا أموالي؛ بالطبع لديهم صلاحيات شرطية معينة تسهل لهم تنفيذ أفعالهم الشيطانية لكيلا تُكشف. علاوة على ذلك، هم أثرياء، مما يمكِّنهم من التغطية على الكثير من الجرائم.

عندما وصلت إلى ميونيخ، وجدت منزلي في حالة من الفوضى العارمة، رغم أنني كنت قد تركت كل شيء منظمًا بعناية قبل مغادرتي. كانت الأثاث مغطاة بطبقة من الأوساخ والغبار، والفراش مبعثر بشكل عشوائي، وكل الأدراج والخزائن مفتوحة رغم أنني كنت قد أغلقتها بعناية وأخذت مفاتيحها معي. في المطبخ، وجدت المرآة الجميلة محطمة إلى شظايا. وصل الأمر إلى حد أنني ترددت في تناول الطعام، لأن من يقوم بمثل هذه الأفعال الدنيئة قد يكون قادرًا على أي شيء مرعب وخسيس.

وإلى جانب أوهام الاضطهاد تلك، تظهر بشكل دائم لدى المريض أنواع أخرى من الأوهام، التي تكون أقل بروزًا لكنها حاضرة. نجد غالبًا مخاوف مَرَضية ذات طابع وسواسي (Hypochondriacal). يتوهم المريض أنه يعاني من تراجع ذاكرته، يخشى الإصابة بضعف في الدماغ، يشتكي من آلام في الرأس والظهر، ضيق في الصدر، تقلصات في المعدة. ويشعربأن صحته قد تدهورت بشكل خطير وأن جسده بأكمله منهار. كما تظهر أحيانًا على المريض أحاسيس وأفكار عن الغيرة.

لكن في المقابل، كثيرًا ما يوجد لدى المريض إحساس مفرط بالثقة بالنفس، فيرى نفسه متدينًا للغاية، أذكى من الآخرين جميعًا، يفهم كل شيء أفضل منهم، ينجز -حرفيًا- ضعف كمية العمل المعتادة، وكان يطمح ليصبح شخصًا عظيمًا محترمًا ومقدرًا ومستحقًا لمكانة أعلى.

وغالبًا ما تكون الحالة المزاجية للمريض مفعمة بالانفعال، مشحونة بالتهيج والمرارة. قال أحد المرضى: "لم تشرق الشمس عليَّ أبدًا، ولن تشرق. الحياة بغيضة؛ بالنسبة لي تبقى خاوية من الحب. البشر أشرار؛ الشر والخداع موجودان حتى في الطفل، وكذلك السخرية والاستهزاء! لماذا يستمر الناس في الحديث عني والبصق أمامي؟ الناس لا يستطيعون النظر إليّ ولن ينظروا إليّ هذه هي الحقيقة."

وبالطبع، يحاول المريض بكل الطرق حماية نفسه من ما يراه اضطهادًا مستمرًا، فيقوم بتغييرمكان إقامته ووضعه المعيشي ويرفع دعاوى للمطالبة بالتعويضات ويشتري أسلحة وكلابًا للحماية الشخصية. كما يتقدم بشكاوى مطولة إلى السلطات والوزراء، وحتى الإمبراطور، مستخدمًا غالبًا لغة عنيفة مشتكيًا من "حكومة وحشية ودولة لصوصية" ومطالبًا بإبعاد خصومه ومعاقبتهم، وبتعويضات كبيرة عن الأضرار.

وعلاوة على ذلك، وفي محاولة لما يتصور أنه دفاع عن نفسه ضد الاتهامات المخفية، يلجأ المريض إلى الصحف أو المنشورات بشكل علني لإبطال "اللعبة المشينة" التي يديرها خصومه ضده بشكل علني. وقد يتجه أيضًا إلى القيام بأعمال ملفتة للنظر لجذب الانتباه العام إلى موقفه المهدد مثل التسبب في شغب بالشارع، أو إلقاء عريضة بين أعضاء البرلمان المجتمعين، أو محاولة اقتحام طريقه إلى الأمير الحاكم. بعض المرضى يقدمون على محاولات انتحار، بينما يتجه آخرون إلى مواجهة خصومهم المزعومين بشكل علني، ويطالبونهم بتوضيحات أو يسيئون إليهم أو يهددونهم بالعنف، مما يستدعي تدخل الشرطة.

في بعض الحالات، ونظرًا لأن الأساس المرضي لسلوك المريض لا يكون واضحًا دائمًا، فإن الإجراءات التي تُتخذ بعد ذلك تزيد من مرارة المريض. كما كتب أحد المرضى: "أولًا، يزعج شخص كهذا رجلًا مجتهدًا وقادرًا لسنوات، وعندما يجد هذا الأخير نفسه في حالة يأس دون أمل في المساعدة، ويتخذ إجراءات للدفاع عن نفسه، تأتي العقوبة... عقوبة قاسية!"

وبصرف النظر عن هذه النوعية من تصرفات المرضى والتي تنشأ عن أوهامهم، فإنهم عادةً ما يتصرفون بطريقة منظمة، ونادرًا ما يرتكبون أعمال عنف خطيرة. لذلك، لا يفقدون حريتهم عادةً إلا لفترات مؤقتة. في سلوكهم، قد يظهرون أحيانًا كشخصيات حماسية، مفعمة بالحيوية، كثيرة الكلام وذكية، وأحيانًا أخرى يبدون كأفراد متحفظين، كئيبين، أو نافرين من محيطهم. ويبدون تمسكًا شديدًا وإصرارًا على صحة أوهامهم، على الرغم من أنهم قد يمتنعون تمامًا في بعض الأحيان عن الحديث عنها. وفقط بعد أن تستمر الظواهر المرضية لعقود من الزمن، ربما تتراجع حدة التوتر الداخلي ويتلاشى جزء من الأوهام، لكن دون أن يؤدي ذلك إلى تصحيح النظرة البارانوية للحياة.

أوهام الغيرة

Delusions of Jealousy

تظهر أوهام الغيرة كأحد أشكال الوهم التي تتطور لدى المريض. فتبدأ الشكوك تساوره ويستولي عليه الوهم تدريجيًا متصورًا بأن زوجته تخونه. ويبدأ بملاحظة بعض الأشياء التي تعزز صحة هذه الفكرة في ذهنه، مثل برود زوجته تجاهه، رفضها تقبله، جدالها ومخاصمتها المستمرين معه، أو خروجها المتكرر في أي وقت تشاءه إلى المطاعم أو المسارح، أو زيارتها لأحد الأقارب أو الجيران في أوقات غير مناسبة ولفترات زيارة طويلة ومن ثم اختلاقها للأعذار الواهية والمراوغة لتغطية شعورها بالإحراج عند عودتها إلى المنزل. ومما يزيد من شكوكه، سماعه للتعليقات والإيماءات الغامضة من الآخرين والتي يعتبرها كـ ‘‘أدلة وقرائن روحية’’، وكما قال أحد المرضى: ‘‘هناك الكثير من الأمور التي عندما تُجتمع تشكل سلسلة كاملة من البراهين.

وتلعب الذكريات الكاذبة دورًا كبيرًا هنا، فيزعم المريض أن زوجته قد أدلت له باعترافات خطيرة أو أبدت سلوكيات مريبة. ويبدأ ذهن المريض في إنشاء ربط وهمي بين هذه الاعترافات التي يتوهمها وبعض الأحداث التي يتذكرها، مثل زيارة رجال غرباء لمنزلهم بحثًا عن زوجته لأسباب واهية، معتقدًا أنه هؤلاء الرجال كانوا في الواقع عشاقها. زعم أحد المرضى مثلًا أن زوجته كانت تخونه في الحمام مع عشيقها بعد أن أغلقت الباب ولكنه فشل في الامساك بهذا العشيق بعد هروبه خلسة، عندما شك المريض في الأمر وهدد بكسر أقفال الباب. ليس هذه فحسب، بل وأكد المريض وقوع نفس الحادثة بعد مرور عدة أسابيع وزعم أنه رأى زوجته تمارس الرذيله مع أحد أقاربه.

وروى ‘‘جاسبرز’’ قصة عن مريض آخر، كنت قد قمت بملاحظة حالته، حيث يحكي المريض كيف أن زوجته قد قامت بخيانته بعد أن ألقت على وجهه قطعًا من القماش خلال نومه ومارست الرذيلة مع عشيقها وهما نائمان ويتهامسان على نفس السرير بجانب المريض قبل أن يغادر العاشق المنزل. ونلاحظ هنا في قصة المريض الأول، تكرارحدوث الخيانة بنفس التفاصيل وتكرار رد فعله على الخيانة بنفس التفاصيل أيضًا، كما نلاحظ درجة التفاصيل المفرطة لكيفية حدوث الخيانة التي أوردها كلٌ من المريضين في القصتين الأولى والثانية، مما يؤكد وجود حالة من التوهم لذكريات وأحداث غير حقيقية.

وبناء على هذه التوهمات، يقدِّم المريض اتهامات خطيرة ضد زوجته، فيتهمها بأنها تخونه مع عديد من العشاق، بما في ذلك الغرباء أو حتى أفراد الأسرة. في حالات أخرى، تتوسع الأوهام لتشمل اتهامات شنيعة مثل سفاح الاقارب. وبناء على تلك الأوهام والاتهامات، يرفض المربض الاعتراف بأطفاله، مدعيًا أنهم ليسوا أبناءه لأنهم لا يشبهونه أوأنهم يشبهون اولئك العشاق، فيرفض الاعتراف بهم أوتحمل أي مسؤولية تجاههم.

دائمًا ما ينشأ غضب شديد تجاه الزوج أو الزوجة المفترض أنهما مذنبان في عيني المريض ويتطور الأمر إلى توجيه لوم عنيف ومشاجرات. فيسيء المريض إلى زوجته ويحاول إجبارها على الاعتراف بأوهامه، يهددها ويعاملها بعنف. كان أحد المرضى يحمل مسدسًا معه ويضعه تحت وسادته ليلًا لأنه اعتقد أنه يجب عليه إطلاق النار على زوجته أو طعنها. مريض آخر تحدَّث عن تمزيق بطن زوجته لكنه قال لاحقًا إن ذلك كان ‘‘مجرد تعبير لفظي’’. وقال: ‘‘هذا شيء لا يُفعل’’. ومع ذلك أصبح ذلك المريض في وقت لاحق عنيفًا جدًّا تجاه زوجته. حتى الأطفال يتعرضون للإساءة والضرب من ذلك الأب المريض. إحدى المريضات هددت الفتيات اللاتي رأتهن بصحبة زوجها.

وفي الوقت نفسه، غالبًا ما يتسم المرضى بشعوربالغرور، فيتفاخر المريض بـ ‘‘حس المسؤولية والاجتهاد الذي لا يكل لديه’’، ويعتبر نفسه مواطنًا محترمًا لايريد إلا ما هو صحيح، مساعدًا للجميع على قدر استطاعته في الحالات التي يكون تقديم العون فيها صائبًا.

وأورد ‘‘جاسبرز’’ حالة مريض آخر من مرضاه الذي كان صانعًا ماهرًا جدًّا للساعات وكان قد صنع ساعة كبيرة ومعقدة للغايه، فقد كان كثيرًا مع يتحدث عن النكران الذي يعامَل به مثله من أبناء الوطن العظماء. وفي حالات أخرى، فإن بعض المرضى يُظهرون أنفسهم بمظهر الأشخاص الطيبين، ضعيفي الإرادة ومهضومي الحقوق.

ولا يبدو أننا قد توصلنا إلى فهم واضح ودقيق للطبيعة المرضية لأفكار الغيرة تلك. فقد أبلغني أحد المرضى أنه كان دائمًا ما يشعر بالخوف من أن تكون أوهامه صحيحة بالفعل، مما قد يدل على أن هذا المريض قد مر بفترات سابقة افتقر فيها للبصيرة والتعقل نمت خلالها أحاسيس الشك؛ حتى أن هذا المريض مثلا أبلغني أنه قد قام بحفر ثقوب في الباب ليتمكن من مراقبة زوجته والتحقق من الأمر.

و دائمًا ما ينشأ شعور من الغضب الشديد تجاه الزوج أو الزوجة المتهمين، ويتطور الأمر إلى لوم عنيف ومشاجرات، يسيئ فيها المريض إلى زوجته ويحاول إجبارها على الاعتراف بالذنب ويهددها ويعاملها بشكل سيء. فقد كان أحد المرضى مثلًا يحمل مسدسًا معه ويضعه تحت وسادته ليلًا، لأنه كان يعتقد أنه يجب عليه إطلاق النار على زوجته أو طعنها. وتحدث آخرعن رغبته في تمزيق بطن زوجته. وعلى الرغم من أنه كان قد قال إن ذلك كان’’ مجرد تعبير شفهي’’ وأن’’ هذا شيء لا يُفعل؛ بل يُقال فقط، إلا أنه بالفعل قد أصبح فيما بعد عنيفًا جدًّا تجاه زوجته. وتتعدى الاساءة حدود الاساءات بين الزوجين، حتى أنها قد تشمل الاساءة إلى الأطفال بل وضربهم. وتمدد الاساءات إلى أناس آخرين ايضًا، فهذه مريضة قامت بتهديد الفتيات اللاتي رأتهن برفقة زوجها، وتلك أخرى قدمت شكوى ضد زوجها بتهمة الخيانة. بينما رفع مريض دعوى ضد عشيق زوجته المزعوم ورفع مريض آخر قضية ضد ثلاثة من زملائه في العمل بتهمة الخيانى مع زوجته. بشكل عام، يصل الأمر إلى الطلاق أو على الأقل إلى الانفصال، وعندها يهدأ المرضى عادة تدريجيًا، دون أن يتم تصحيح تلك الوهام.

الأوهام المرضية

Hypochondriacal Delusions

هي نوع من الاضطرابات النفسية التي يعتقد فيها الفرد بشكل مستمر أنه يعاني من مرض خطير رغم عدم وجود أدلة طبية تدعمه. هذه الهلاوس قد تسبب قلقًا شديدًا وتوترًا، مما يدفع الفرد للبحث المستمر عن المشورة الطبية أو الاعتقاد بأنه أصيب بأمراض مهددة للحياة. وتعتبر الأوهام المرضية نوعًا آخر من أنواع الأوهام البارانوية (Paranoic Delusion) تتميز بطابعها الاكتئابي. وتلاحظ هذه الأوهام بشكل متكرر لدى الأشخاص المصابين بالبارانويا، حيث يعبر المصابون بها عن تصورات غير واقعية متعلقة بحالتهم الصحية. ومن خلال خبراتي وتحليلي الدقيق، يمكنني القول أنني لم أجد حالة بارانويا مؤكدة تتسم فقط أو على الأقل يغلب عليها هذا النوع من التوهم.

لذلك أعتقد أنه ينبغي على الامتناع مؤقتًا عن تصنيف"الأوهام المرضية" Hypochondriacal Delusion) كحالة قائمة بذاتها.

أوهام العظمة، المخترعون

Delusions of Grandeur، Inventors

هي نوع من الأوهام التي يعتقد فيها الشخص اعتقادات غير واقعية أو مبالغ فيها بشأن مكانته أو قدراته أو إنجازاته في سياق "المخترعون". فتشير هذه الأوهام إلى اعتقاد الفرد بأنه مخترع عبقري أو أنه قدم اختراعات عظيمة لم يتم الاعتراف بها بالشكل المناسب وتتجلى الأوهام الطموحات الكبرى والاتجاهات الرئيسية التي تحفز النشاط البشري في هذا النمط من أنماط البارانويا. يُعد "المخترعون المتوهمون" مجموعة بارزة ضمن هذه الفئة. ويظهر هذا النمط عندما لا يشعر المريض بالرضا عن نشاطه المهني العادي، فينغمس في خطط وأفكار طموحة ومبالغ فيها تأخذ تدريجيًا مكانة أساسية في حياته. ويتصور المريض أنه سيحقق شهرة عالمية وثروة هائلة بين يوم وليلة من خلال اختراعاته المبتكرة والمدهشة وتصبح هذه الأفكار بمثابة المحور الرئيسي لاهتمامه، حيث يكرس وقته وجهوده لتحقيق هذه الرؤى العظيمة، حتى وإن كانت في الحقيقة غير واقعية أو مستحيلة التنفيذ.

ويندفع المريض الذي يعاني من هذا المرض محاولًا تحقيق الأفكار التي تخطر بباله، حتى مع غياب معرفته باساسيات المجال الذي يريد الابتكار فيه وضعف الموارد اللازمة لتحقق النجاح. فيبدأ برسم المخططات، وبناء النماذج، والبحث عن أشخاص لتمويل المشروع وبذل الجهود للحصول على براءات اختراع. أحيانًا تكون المشاريع متمحورة حول اختراع آلات عملية أو أشياء مفيدة مثل: نقاط السككك الحديدية، نعل حذاء مزود بمفصل، مكثف للثلاجات، صمام لجهاز هواء ساخن، محراث يعمل بالمحرك، أو تابوت مصنوع من الألمنيوم.

في بعض الحالات، قد تستند هذه الاختراعات إلى فكرة قابلة للتنفيذ، لكن المرضى يفتقرون تمامًا إلى القدرة على تحويلها إلى شكل مفيد وعملي، حيث لا يمتلكون الدراية الكافية بالجوانب التقنية أو التجارية لانشاء الشركات والمشاريع. وبسبب جهلهم المهني، كثيرًا ما ينشغلون بمحاولة ايجاد حلول لمشاكل قد تم حلها بنجاح منذ فترة طويلة من قبل آخرين.

إن هذا الجهل البريء هو ما يدفع المرضى في كثير من الأحيان إلى التوجه مباشرة نحو محاولة تنفيذ الأفكار والمشاريع الأكثر صعوبة، بل وحتى تلك التي يستحيل حلها. ومن بين المواضيع التي يفضلونها بشكل خاص: الطيران، الاستفادة من حرارة الشمس والكهرباء الطبيعية. وأكثر ما يفضلون محاولة تحقيقه فكرة "الحركة الدائمة"، والتي تتمثل في "اختراع آلة رخيصة لاستغلال الطاقة دون أي مصدر طاقة".

وبالرغم من كل المحاولات لإقناعهم بالعدول عن ذلك والسخرية التي يتعرضون لها، يواصل المرضى بجهد لا يكل رسم مخططات أكثر غرابة، معتقدين أنها ستقربهم من" هدفهم". يعملون لسنوات على نماذج غير قابلة للتطبيق، ويقومون بتعديل الأجزاء، كتغيير عجلة مسننة هنا، أو إضافة وزن أو دعامة هناك. ونتيجة لذلك، تنشأ هياكل غريبة مصنوعة من الخشب، والأسلاك، وكتل الرصاص، وأنابيب الغاز، وقطع النحاس القديمة. يكرس المرضى كل ساعة فراغ لديهم وكل قرش ادخروه لإتمام هذه المشاريع غير عابئين بمدى استحالة تحقيقها.

وتجمع بين هؤلاء"المخترعين الوهميين" خاصية مشتركة وهي الإيمان الراسخ بنجاحهم الموعود، وبموهبتهم الفريدة، ومستقبلهم الباهر. يقول أحد المرضى إنه توصل إلى اختراعاته بفضل مواهبه الفطرية، مشيرًا إلى أنه كما لا يمكن للمرء أن يغني دون صوت، لا يمكن لأحد أن يخترع شيئًا دون أن يمتلك القدرة الفطرية لذلك. مريض آخر، يعاني من إمكانيات محدودة للغاية، قارن نفسه بمخترع مشهور يحمل اسمًا مشابهًا لاسم والدته، وزار قبر ذلك المخترع في حالة من التقوى، مقتنعًا بأن هذا الشخص قد ترك له إرثًا فكريًا.

ويميل المرضى إلى المبالغة الشديدة في تقدير أهمية وقيمة اختراعاتهم، خاصة من الناحية الاقتصادية، معتقدين أنها تساوي الكثير جدًّا من المال. لهذا السبب، غالبًا ما يكونون شديدي السرية، يخشون أن تُسرق أفكارهم أو "كنوزهم الفكرية". يعتقدون أن مهمتهم تكتمل تمامًا بمجرد تقديم فكرة ما أو رسم بعض الرسومات البدائية لتوضيحها دون أي جهد حقيقي لتطوير خططهم بشكل دقيق ومفصل. وعادة ما يكونون راضين للغاية عن نماذجهم البدائية ويتغاضون ببساطة عن جميع الصعوبات والأخطاء الواضحة. وبالرغم من الإخفاقات المتكررة، يصرون بثقة على أن كل ما يتطلبه الأمر للوصول إلى الهدف المنشود في وقت قصير هو إجراء بعض التحسينات البسيطة غير المهمه.

وتظهر هذه المبالغة الكبيرة في تقدير الذات بشكل واضح في مجالات أخرى. فيقوم المرضى بوضع خطط كبيرة للزواج، ويزعجون سيدات لا يعرفونهن أوسيدات كن قد رفضن عروضهم للزواج مسبقًا وبشكل قاطع، فتجد المرضى يبدون دهشة شديدة عندما لا يتم قبول عروضهم بحفاوة. قال أحد المرضى: "ربما كان روكفلر سيقول لي: حسنًا، يا صديقي، كل الاحترام لك! ها هي ابنتي؛ سأكون مساعدك". كما يطالب المرضى بأموال بلا مبرر، ويطالبون الدولة بدعم جهودهم، ويتوقعون بثقة أن يتم تعيينهم في مناصب بارزة، حيث يشعرون أنهم مؤهلون تمامًا للتعامل مع أصعب التحديات. وقد يخلطون مزيجًا من الذكريات غير الحقيقية بأفكارالعظمة؛ فقد ذكر أحد المرضى أن الوزير أخبره بأن الأموال جاهزة لتطوير اختراعاته.

وغالبًا ما يظهر المرضى نوعًا من الوقار والتصرف الهادئ في سلوكياتهم. على سبيل المثال، ترك أحد المرضى لشعره ينمو طويلًا مثل الفنانين، في محاولة لتبني صورة تتماشى مع فكرته عن عظمته المزعومة.

وبالطبع، لا تتوافق النتائج الفعلية على الإطلاق مع الآمال العالية والطموحات الكبيرة التي يتوهمها المريض. أولًا، تفشل الجهود المبذولة للاستغلال العملي للاختراعات التي يُفترض أنها عبقرية، سواء من خلال بيعها أو الحصول على براءات اختراع. ربما ينجح المريض مرة واحدة بشكل جزئي، لكنه لا يحصل على الأموال الطائلة التي كان يأمل في جنيها. وتقع اللائمة في ذلك في رأي المريض على قلة الإمكانيات المتاحة له والتي تمنعه من تنفيذ خططه وعلى عدم فهم الناس لقيمة الاختراع وأهميته.

كما يعتقد المرضى في كثير من الأحيان أن المؤامرات والمكائد العدائية هي التي تسلبه ثمار عمله التي يستحقها عن جدارة، فهو عرضة للخداع حيث يعمل الناس ضده في كل مكان، ويمنعونه من التقدم، وتسرق اختراعاته وتستغلها. أحد المرضى الذي راودته فجأة فكرة يعتبرها جديدة تمامًا لتصميم محراث آلي، فوجئ لاحقًا برؤية إعلان عن نموذج مشابه في الصحف. وعلى الفور، اقتنع

بأن رسوماته الطفولية قد سرقت. لهذا السبب كان دائمًا ما يطلق على نفسه "المخترع المنهوب". وكان يقول إن فقره جعله الآن "أضحوكة"، مسلوب الحقوق، وربما أصبح مثيرًا للشفقة ومحتقرًا في نظر العالم بأسره. وكان يشتبه في أن فتاة شابة كانت قد رفضت عرضه للزواج هي من ساعدت في سرقة اختراعه. بينما كتب مريض آخر رسائل تهديد إلى مسؤول حكومي اعتبره المسؤول عن عدم حصوله على مبلغ مالي كبير كان قد طلبه من أموال عامة.

وبشكل عام، يعيش المرضى حياة هادئة ومليئة بالكآبة، لكنها مضيئة بأمل لا ينكسر في تحقيق النجاح النهائي. لا تثبط عزيمتهم بشكل دائم أي إخفاقات يواجهونها، ويستمرون في العمل بثبات على تنفيذ خططهم. وبما أنهم في الغالب يكسبون رزقهم بطرق أخرى، فإنهم لا يثيرون الكثير من المشكلات، إلا في بعض الأحيان حينما يدفعهم الصراع مع خصومهم أو محاولاتهم للحصول على موارد إضافية إلى اتخاذ خطوات غير مألوفة.

أوهام العظمة والنسب الرفيع

Delusions of Grandeur، High Descent

وتمثل أوهام العظمة ولنسب الرفيع صورة أخرى من صورالبارانويا (Paranoia). فيعتقد الشخص بشكل خاطئ أنه ينتمي إلى سلالة ملكية، أو أن له أصولًا نبيلة أو مكانة اجتماعية عالية جدًّا على الرغم من غياب أي دليل يدعم هذا الاعتقاد. هذه الأوهام قد تكون جزءًا من اضطرابات نفسية مثل الفصام أو اضطراب ثنائي القطب. وتنشأ من رغبة المريض القوية في القوة والثروة. ويشير الفرنسيون إلى هذه الحالة بمصطلحات مثل "Interpretateurs" أو"Genealogic Fabliaux".. تتولد لدى المريض بعد سنوات طويلة من التفكير المجهد والأحلام، قناعة راسخة بأنه ليس الابن الحقيقي لوالديه، بل إنه ينحدر من نسب أعلى وأكثر مجدًا.

غالبًا ما يكون حادث بسيط هو السبب الخارجي الذي يشعل شرارة هذه الفكرة الوهمية التي تتحول بسرعة إلى يقين لا يقبل الشك بالنسبة له. فربما كان تعبير حاد عنيف سمعه المريض من والده أثناء نزاع كان فد نشب بينهما هو المتسبب في نشوء الفكرة الوهمية لدى المريض، حيث كان هذا التعبير غير مقبول تمامًا من قبل المريض واعتبر أن تعبيرًا كهذا لا يمكن أن يقوله أب لأبنه الحقيقي. أو ربما يكون المريض فد سمع همسًا بين والديه في الغرفة المجاورة، أو لاحظ تغير لون وجهيهما عند دخوله، أو أنهما قاما بتحيته بطريقة جافة وبجدية غريبة. أو أنهما يقومان في وجوده، بذكر اسم شخص رفيع المكانة بطريقة ملحوظة.

قد تكون هناك أحداث أخرى تغذي هذا الوهم، مثل نظرة ودودة غيرعادية تلقاها المريض من سيدة أرستقراطية في الشارع أو المسرح، أو تشابه مدهش يلاحظه بينه وبين صورة لنبيل أو أمير أو تمثال نصفي لنابليون. وقد يتلقى رسالة يرى بين سطورها معلومات ذات أهمية كبيرة بالنسبة له. أحد المرضى أشار إلى "كشف غامض" زعم أنه لا يجرؤ على مشاركته مع أي شخص.

كما ينتاب المريض شعور مميز من الرضا والارتياح عندما يبدأ في توهم أن الناس في محيطه القريب والبعيد يعترفون، بشكل أو بآخر، بتفوقه الشخصي وبمكانته العالية. فأينما ذهب، يتم التعامل معه باحترام واضح لا لبس فيه. يرفع الغرباء قبعاتهم له بأدب عميق، ويسعى أفراد العائلة الملكية للقائه كلما أمكن ذلك. حتى الفرق الموسيقية في الاستعراضات أو المسارح تبدأ العزف فور ظهوره.

ويجد في الصحف التي يقدمها له النادل، أو في الكتب التي يرسلها له بائع الكتب، تلميحات مجازية، بطريقة أو بأخرى، تشير إلى مكانته وثروته. كما يتطلع إليه المارة في الشارع بعلامات التقدير والاستحسان المليئة بالدلالات التي تعزز شعوره بالتفوق والتميز.

وغالبًا ما تصاحب هذه الأوهام ذكريات زائفة. وعلى وجه الخصوص، يكون أصل هذه الأوهام عبارة عن تجارب مزعومة يزعم المريض أنها قد مر بها خاصة خلال طفولته. فيزعم المريض مثلًا أنه يتذكر كيف تم أخذه كطفل صغير من قصر جميل بعيدًا عن والديه الحقيقيين، وتم جره في أرجاء العالم، لينتهي في منزل مع والدين غير حقيقيين. وقد يكون قادرًا على وصف الأثاث الفخم وزخارف الغرف، وكذلك الحديقة الجميلة التي قضى فيها طفولته.

كما يتخيل المريض العديد من الأقوال والأفعال التي صدرت عن والديه بالتبني، ونوع المعاملة التي تلقاها في المدرسة، وحتى الأحلام الرائعه، وكل الأحداث الكبيرة والصغيرة في حياته منذ صغره، كلها عبارة عن إشارات على نسبه الرفيع ومستقبله الباهر. كما يزعم أنه قد تلقى تلميحات مباشرة من جهات متعددة حول أصله ونسبه في أوقات مختلفة. بل ويزعم أن وسطاء تم تكليفهم بتقديم مبالغ مالية كبيرة له للتوصل إلى تسوية، لكنه رفض قبولها.

ومع تطور الحالة، يبدأ المريض تدريجيًا بمحاولات لإعلان حقوقه المزعومة. فيتحدث بذلك مع صديق مقرب ويقدم طلبات للسلطات ويكتب رسائل إلى والديه ذوي المكانة العالية. ونظرًا لشعوره أنه لن يجد اعترافًا كاملًا بما يتصور أنها حقوقه، فإنه يسعى على الأقل للحصول على أكبر مبلغ ممكن يمكن الاتفاق عليه. ويرى المريض نفسه محقًا في تقديم مطالب خاصة تتناسب مع مكانته، ويولي أهمية كبيرة لمظهره ولا يقبل في العادة بوظيفة عادية قد يرى أنها ربما ما تقلل من شأنه ولا تناسب مكانته.

بسبب ثقته الكبيرة بنفسه وسعيه لتكييف سلوكه بما يتماشى مع أصله الأرستقراطي، يتخذ خطوات جادة لدعم قضيته. هذا السلوك يمكنه أحيانًا من العثور على أشخاص ساذجين يصدقونه ويقدمون له المساعدة على أمل تحقيق أرباح كبيرة في المستقبل بناءً على ادعاءاته التي يروج لها كفرصة واعدة.

واجه المريض بلا شك مقاومة كبيرة. يحاول أقاربه الأرستقراطيون منع الاعتراف بمزاعمه حفاظًا على مصالحهم الخاصة مما يؤدي إلى السعي بجميع الوسائل لجعله غير ضار. حتى الإيداع في مستشفى الأمراض العقلية والذي يحدث عندما يصبح المريض مزعجًا في مطالبه أو بسبب استغلال أتباعه له، يُعتبر في نظره خدعة ماكرة من خصومه والذين قد أشاروا إليه مسبقًا بأنه سينتهي به الامر إلى الجنون. في البداية، يخضع للوضع لأنه واثق من أن سلامته العقلية ستُظهر قريبًا، لكنه يتصرف بحذر في تصريحاته متجنبًا الأسئلة المباشرة ومخفيًا أفكاره الوهمية تحت سلوك لا غبار عليه إلى أن تكشفها ظروف خاصة أو إثارة عاطفية ما.

مع مرور الوقت يصبح المريض مقتنعًا بأن الأطباء مستأجرون بهدف تحجيمه وجعله غير ضار أو محاولة منهم لإثبات أنه مريض عقليًا لأن لا يمكن الوصول إليه بطرق أخرى غير تلك الادعاءات من وجهة نظره. المواقف المزعجة الصغيرة، التغييرات في ترتيبات من حوله، والتعليقات العرضية تُظهر له أن هناك خطط تُحاك ضده في بيئته الجديدة أيضًا. حتى زملاؤه

المرضى لا يعتبرهم مرضى حقيقيين، بل هم في الأصل جواسيس مستأجرون من الشرطة يسعون من خلال تصرفاتهم الغريبة إلى "إثبات" اضطرابه العقلي.

أحيانًا يدرك المريض أن وجوده في المستشفي لا يمثل سوى حلقة ضرورية في سلسلة الاختبارات التي يجب أن يمر بها ليصل في النهاية إلى هدفه السامي. وعند التأمل العميق، يصبح مقتنعًا بأن العديد من العلامات والإشارات في حياته السابقة كانت تمهيدًا لهذا "العقاب" في المصحة العقلية. لذلك فهو بعيد كل البعد عن اليأس والقنوط ويستمد أملًا جديدًا في تحقيق أهدافه من خلال التحقيق الدقيق لكل ما قدره له القدر سابقًا. ويجد تأكيدًا لرؤيته من خلال ملاحظاته بأن الإشارات الغامضة لمستقبله الباهر تستمر حتى داخل المستشفى. ويتم التعامل معه باهتمام خاص فيُضاف عطر الورد إلى ماء استحمامه وتصل إليه صحف وكتب تتناول مواضيع تهمه.

لا يخفى عليه أن الأطباء يحتجزونه بناءً على "أوامر عليا"، ولا يعتقدون على الإطلاق أنه مريض فعلي. ومن بين زملائه المرضى، يكتشف شخصيات رفيعة المستوى قد وُضعت في المستشفى بأسماء مستعارة كمرافقين له.

في بعض الأحيان، يخوض المرضى نضالات طويلة وغير عادية من أجل حريتهم والاعتراف بهم. بينما يستسلم آخرون لمصيرهم بكرامة مع يقين بأن وقتهم سيأتي يومًا ما. وقد أشار الباحثان "سيريُو" و "كابغرا" إلى سلسلة عن المطالبين التاريخيين بالعروش الذين كان من المحتمل أن يكون بعضهم من المرضى الذين وُصفوا بهذا الشكل.

أوهام العظمة والشهوانية

Delusions of Grandeur & Eroticism

هي أوهام تتعلق بحالات نفسية يكون فيها الشخص مقتنعًا بشكل مفرط بأهميته أو قدراته أو مكانته، أو أنه محط اهتمام وإعجاب عاطفي أو جنسي من قِبَل الآخرين. وأوهام العظمة المرتبطة بالشهوانية تمثل شكلًا آخر من جنون العظمة.

في هذا النوع، يقتنع المريض بأن شخصًا من الجنس الآخر، غالبًا ما يكون ذا مكانة عالية أو شهرة بارزة، يحمل له مشاعر خفية من الإعجاب أو الحب. قد تنشأ هذه القناعة نتيجة نظرة متبادلة، لقاء متصور أو حتى صدفة عابرة والتي يفسرها المريض كدليل لا يقبل الشك على هذا الحب المخفي.

على سبيل المثال، قد تفسر مريضة إيماءة احترام من ملك في المسرح كدليل على اهتمامه الخاص بها أو أن أطفاله حيوها عن قصد. وفي حالات أخرى يعتقد المرضى أنهم يتلقون إشارات رومانسية أو قبلات. بعض المرضى قد لا يقابلون مطلقًا الشخص المناسب لكنهم يظنون أنهم يتلقون رسائل أو تلميحات من خلال إشارات رمزية في محيطهم، مثل الإعلانات أو مقالات الصحف، مما يزيد من تعزيز أوهامهم.

شكل (1) صفحة العنوان البارانويا

تزداد علامات الفهم السري بسرعة. فكل حدث حتى لو عابر سواء كان في الملابس، اللقاءات، القراءات أو المحادثات، تجعل المريض يتخيل مغامرات تحدث في مخيلته فقط. ويصبح حبه سرًا علنيًا وموضوعًا ذو اهتمامًا عالميًا. فيُناقَش في كل مكان، وإن لم يكن بشكل صريح بل عبر

تلميحات طفيفة يدرك هو معناها العميق جيدًا. وغالبًا ما تتداخل هذه التصورات مع ذكريات وهمية حدثت في السابق

وبالطبع يجب أن يظل هذا الحب الاستثنائي مخفيًا في الوقت الحالي. لذلك، يتلقى المريض التلميحات بطرق غير مباشرة عبر وسطاء مثل الصحف أو الملاحظات المستترة. وبنفس الطريقة يمكنه التواصل مع محبوبه. فمثلًا، يرمز تحليق الحمام الذي يراه تمثيلًا رمزيًا لنفسه ولمحبوبه. كل شخص يتفاعل معه يبدو له أنه الشخص المختار المتنكر لإخفاء عواطفه عن العالم. كل أنثى يتعامل معها المريض تظهر له أنها هي المختارة التي تنكرت من أجل إخفاء حبها له عن العالم.

مريض كان يلح على سيدة غنية بعروض للزواج بعد أن قابلها مرتين بالصدفة، رآها مرة أخرى لاحقًا مستخدمة اسمًا آخر؛ كانت تنظر إليه، ثم قابلها مرة أخرى وقد تغيرت تماما وأصبحت مريضة في مستشفى للأمراض العقلية، وكممرضة في مستشفي آخري؛ وكان زملاؤه المرضى ورجال الدين يتحدثون عن علاقته بها في الخفاء بعد أن تلقى رسالة منها تم إعادتها مع إخطار بوفاتها كتبته هي بنفسها. ولكنه اكتشف أنها تزوجت ولم تمت.

قد تستمر هذه الأوهام الغريبة لفترة طويلة من عمر المرضى ويتم تطويرها كما تم شرحه سابقًا وتغذى بشكل خاص بواسطة إعلانات في الصحف، دون أن يظهر أي شيء خاطئ في أنشطة المريض الأخرى والذي يسعى جاهدًا للحفاظ على سرية علاقاته. وفي مراحل لاحقة، قد ترتبط بالوهم هلاوس حالمة مثل الشعور بالقبلة في النوم وما شابه. وتكون الصورة العامة للحب في نفس الوقت ذات طابع رومانسي؛ وغالبًا ما يكون للغريزة الجنسية الحقيقية للمريض ضعيفة أو متطورة بطريقة غير صحية.

ثم يقرر المريض اتخاذ خطوات أخرى، فيتجول أمام نافذة محبوبته، يرسل لها رسالة لطلب الزواج منها. قد يؤذيه الرفض في البداية بشكل عميق، لكنه سرعان ما يراه فقط كوسيلة لاختبار حبه وإصراره. في هذا السياق، يقوى إيمانه بتجربته التي تثبت أن العلاقات السابقة ما تزال مستمرة عبر الإعلانات في الصحف يُدعى إلى موعد؛ وتعليقات المارة تشير إلى أنه يجب أن يذهب إلى محبوبته؛ ويشعر كما لو أنه قد أهمل شيئًا إذا لم يفعل ذلك.

مريضة أنثى تلقت أخبارًا لعدة عقود في زاوية الصحف من محبوبها ذو المكانة الرفيعة وكانت ترد عليه بالرسائل. ثم تعلم أنه قد أرسل لها عقد زواج واشترا لها منزلًا وخصص لها دخلًا سنويًا قدره 30،000 فرنك.

ثم تسير الأمور في منحى غي محبب في الحالة المذكورة، حيث أصبح المحبوب غير مخلص، حيث كانت أرملة قبطان قد جعلت المريض يحبها لمدة خمس عشرة سنة. حاول الناس منع الزواج وتم إخفاء عقد الزواج. قامت إحدى سيدات المحكمة بضرب المريض علنًا حتى تجعل الزواج غير ممكنًا؛ وحرضت أميرة غيورة الطباخ على تسميم محبوبة المريض الأخرى لأنها تحبه.

ترسل الجواسيس في كل مكان ليراقبوه وتقوم بفحص شؤونه سرًا وتمنعه من الحصول على وظيفة جيدة. يُكتب اسمه بشكل خاطئ في الرسائل، وفي النهاية تتركه وحيدًا ليدفعه الناس في الشوارع، يخرجون ألسنتهم في وجهه ويشتمونه أمامها. يسبب له الطعام مشاكل في المعدة وعسر الهضم حيث يبدو أن ذلك نتيجة لإضافات ضارة بالصحة مما يجبره على طهي طعامه بنفسه، وبسبب ذلك، يكتب رسائل تهديد ويطلب الحماية من الشرطة.

يمكن ملاحظة أن أنواع البرانويا التي تم التمييز بينها هنا ليست أشكالًا مرضية محددة، بل هي تجميع لانواع وحالات جنون الارتياب المختلفة بشكل شائع مع بعضها البعض لكن بطريقة غير منتظمة. ومع ذلك، كقاعدة عامة، لا توجد صعوبة كبيرة في تصنيف الحالات الفردية ضمن المجموعات المختلفة إذا تم أخذ الاتجاه الرئيسي لتطور المرض في الاعتبار.

بين الحين والآخر، هناك بالتأكيد حالات يصعب تصنيفها إلى حالات بعينها. من بين الحالات الفردية لجنون الارتياب، يبدو أن الوهم بالاضطهاد والغيرة هي الأكثر شيوعًا، وقد تحتاج هذه الحالات المرضية بشكل خاص إلى رعاية نفسية.

الفصل الرابع

مسار المرض ونتائجه

تمت الإشارة مرارًا إلى المسار العام للمرض في وصفنا السابق. فيتطورالمرض دائمًا بشكل تدريجي بحيث يصعب تحديد بداية الأعراض المرضية بدقة. لذلك يُشار إليه بالمرحلة التحضيرية حيث تظهر مقدمات وظواهر للأوهام الفعلية ثم تختفي مجددًا أو تُنسى أو ربما تُصحح. يعبر العديد من المرضى عن أفكارهم بتحفظ شديد حتى عندما يتضح من خلال سلوكهم الكامل أن نظامهم الفكري قد ثبت على شكل معين. على سبيل المثال، جاء مريض ليسأل ما إذا كانت أفكاره جنونًا أم حقيقة.

قد يكون الاتجاهان المتضادان للتكوين الوهمي معروفين منذ البداية جنبًا إلى جنب. قد يعتقد المريض أن والديه وإخوته وأخواته لا يحبونه بالقدر الكافي، وغالبًا ما يُساء فهمه؛ اما خصوصيته فلا يفهمها أحد. وهكذا يتطور تدريجيًا شعور بالمواجهة الهادئة والمتزايدة بينه وبين محيطه.

يصبح المريض غريبًا بالنسبة لأسرته كأنه كائن من عالم آخر. علاقته بهم تصبح باردة وغير طبيعية وعدائية أحيانًا. يبتعد المريض عن أسرته ويتصرف بطريقة فظة ومنفرة تجاههم ويبحث عن العزلة ليتمكن من التحدث إلى أفكاره دون إزعاج. يشغل نفسه بقراءة غير مناسبة قد لا يفهمها، ولكن في الوقت نفسه يثور في نفسه شوق عميق إلى شيء كبير وعظيم، دافع سري للمغامرة وأمل صامت في سعادة لا يمكن تصورها.

يزداد اقتناع المريض تدريجيًا بأنه ولد لشيء "خاص" وكبير وان لديه رسالة في الحياة يجب عليه إنجازها. فيصدق أوهامه في النهاية والتي غالبًا ما تكون شيئًا تافهًا.

حتى عندما يرتبط تكوين الوهم برؤى أو حالات النشوة، يمكن الافتراض أن الوهم ظهر فجأة. في حالات أخرى يبدأ التنوير الوهمي عند المريض من خلال ذكريات زائفة مميزة وعادة يتطور الوهم بشكل بطيء للغاية.

في حالات نادرة، كما أظهر "جاسبرز" يمكن أن تزاحم التجارب الوهمية في فترة قصيرة جدًّا من الزمن خاصة إذا كان المريض في حالة عزلة أو انطواء بحيث يتبعها عملية تحليلية بواسطة استنتاجات منطقية وتخيلية. وقد سبق أن ذكرنا أن التغيُّرات الهستيرية في الوعي أو النفسانية المنشأ قد تتخللها أحيانًا تغيرات في الوعي.

ويبدو أن لهذه التغيُّرات علاقة بحالات نراها في أوهام الاضطهاد لدى السجناء أو في انواع الجنون المُفتعل. في معظم الحالات، يتم تكوين الأوهام تدريجيًا وربما مع فترات تدهور أكبر أو أقل حدة. وتصبح دوائر الفكر القديمة أوسع وأغنى، وتضاف دوائر جديدة وتؤثر في الإدراك والتفسير والذاكرة وقوة التخيل بطريقتها الخاصة.

الإشكالية Issue

يمكن عادةً تمييز مرحلة معينة من المرض بعدها يصبح الوهم مكتملًا بشكل أساسي دون توسعات إضافية في سماته الأساسية. تتضاءل تدريجيًا إنتاجية الأوهام الجديدة سواءً سريعًا أو ببطء، لكن نظام الوهم الذي تم بناؤه يظل ثابتًا في خطوطه العريضة. قد تحدث توسعات صغيرة، وقد تُنسى بعض العناصر الثانوية أو تتغير عبر الذكريات الزائفة، لكن المحتوى الوهمي الجوهري يبقى ثابتًا.

تنخفض قوة التأثير العاطفي للوهم على المرضى بمرور الوقت، مما يؤدي إلى تقليل زخم المحرك لتطوره. ورغم أن المريض قد يطرح أفكاره الوهمية بالطريقة ذاتها ويظهر بعض الحماس، إلا أن هذه الأفكار لا تعود تشغل ذهنه بشكل مستمر كما في السابق.

نتيجة لذلك، يتضاءل تأثير الأوهام على أفعاله؛ حيث يتوقف عن مقاومة فكرة الاضطهاد، ولا يسعى بحماسة لتحقيق أهدافه السامية، بل يخضع لواقعه ويحاول التكيف مع الظروف التي تحاوطه. أرسل أحد المرضى الرسالة التالية:

"إذا التزمت الآن الصمت تجاه كل الإهانات، سيأتي يوم تُكشف فيه كل المؤامرات الحقيرة التي تم تنفيذها ضدي في ميونيخ. هناك الآلاف الذين يعرفون أنني لست مجنونًا، لكن على أن أكون مجنونًا لكي يتم حرماني من ميراثي.

لكن هؤلاء السادة المتعنتين سينتظرون طويلًا قبل أن أتخذ إجراءات ضد من ظلمني، كلا، لن أفعل ذلك في شيخوختي، بل سأنتظر بهدوء النهاية".

كتب مريض آخر : "نظرًا لحرماني من حقوقي القانونية من قِبل السلطات وإعلان عدم أهليتي العقلية، فإن من المبرر تمامًا أن أصرح بذلك كتابة. وبما أن تطبيق هذا الأمر في الحياة ليس ممكنًا بسهولة، فإنني لا أستخدمه إلا في الحالة التي يضطرني فيها الضمير إلى ذلك، وهو أمر مبرر تجاه من يعرفون ظروفي المحزنة".

لا يبدو أن ضعفًا عقليًا حقيقيًا يتطور حتى بعد استمرار المرض لفترة طويلة جدًا، رغم أن الأفكار الوهمية وأسسها قد تصبح غامضة وغير مترابطة إلى حد كبير. أتيحت لي الفرصة لمتابعة حالة مريضة في التسعين من عمرها وكانت قد أصيبت بالمرض في الثالثة والأربعين. وباستثناء بعض النسيان المرتبط بالشيخوخة، لم تظهر أي علامات على ضعف نفسي. وفي مظهرها وسلوكها أيضًا، لم يكن هناك أي اضطراب من أي نوع، بينما تمسكت بثبات بأوهامها القديمة طوال الوقت.

تحتاج الإشارة هنا إلى أن التطور الموصوف للشخصية المصابة بالبارانويا لا يمثل سوى صورة مشوهة مرضية للتغيرات العامة التي تمر بها أفكار الإنسان وظروفه عبر مراحل حياته. فاندفاع الشباب لتحقيق الإنجازات العظيمة وخوض التجارب يتضاءل تدريجيًا أمام مصاعب الحياة، أو يُوجَّه إلى مسارات منظمة بفعل نضج الإرادة التي تعلم أهدافها المحددة.

خيبات الأمل والعوائق تؤدي إلى المرارة وإلى صراعات حادة، أو إلى الاستسلام عن طريق الانشغال بتفاهات الحياة وخطط مستقبلية. لكن مع مرور الوقت، تختفي المرونة تدريجيًا؛ فالفكر والإرادة ينحصران في الدائرة الضيقة للحياة اليومية.

الفصل الخامس

الانتشار والأسباب

يتناول هذا الفصل دراسة مدى انتشار البارانويا وأسبابها المحتملة، مع تحليل العوامل البيئية، والوراثية، والنفسية التي قد تسهم في تطور هذا الاضطراب. من خلال تجربتي، لا تصل نسبة انتشار البارانويا بين المرضى الذين يتم إدخالهم إلى المؤسسات العلاجية إلى واحد بالمائة. ويُرجَّح أن السبب في ذلك يعود إلى أن غالبية المرضى لا يحتاجون إلى علاج مؤسسي طويل الأمد، بل قد يحتاجون إليه بشكل مؤقت فقط. في مركز "تربتاو" لاحظ الدكتور "ميركلين" حالة بارانويا واحدة من بين كل مئتي حالة مرضية تقريبًا.

لتوضيح هذه الملاحظات، أقدم نظرة عامة على مدة المرض قبل دخول المؤسسة بالنسبة لعدد صغير من الحالات التي يمكن تقديم حكم مؤكد نسبيًا بشأنها:

مدة سنوات المرض	3	4	5	6	9	10	12	14	17	21	26	41	44
عدد الحالات	6	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1

تشير هذه البيانات إلى أن العديد من المرضى يعانون من البارانويا لفترات طويلة قبل السعي للحصول على العلاج المؤسسي. ويتضح من هذه البيانات أن حوالي نصف المرضى عاشوا دون اضطرابات كبيرة لأكثر من تسع سنوات قبل أن يخضعوا لرعاية طبيب نفسي. وفي بعض الحالات، مرت أكثر من 20 سنة، وأحيانًا أكثر من 40 سنة قبل التدخل الطبي. وحتى بعد دخولهم المؤسسات العلاجية، كانت مدة إقامتهم عادة قصيرة حيث كان معظم المرضى مستعدين وقادرين على التكيف مع متطلبات الحياة الجماعية.

ومع ذلك، كانت هناك فئات معينة، مثل الأفراد الذين يزعجون الشخصيات البارزة أو السلطات بسلوكيات خاطئة أو استغلالية، يعانون عادة من فترات طويلة من الحرمان من الحرية. توضح هذه الملاحظات الصعوبات التي يواجهها الأطباء النفسيون في جمع بيانات شاملة عن مرضى جنون الارتياب. ولا شك أن هذه الصعوبة ساهمت في نقص الفهم الكامل لهذا المرض وتفاوت وجهات النظر المختلفة.

ومن خلال الملاحظات المحدودة المتاحة، يبدو أن البارانويا أكثر شيوعًا بشكل ملحوظ بين الرجال مقارنة بالنساء؛ حيث كان ما يقرب من 70% من المرضى في هذه الدراسة من الرجال.

إن الرجال يشكلون الغالبية في مرضى البارانويا، كما يمكن فهمه بسهولة خاصة بين المخترعين ومؤسسي الديانات، بينما النساء يمثلن نسبة معقولة ممن يعانون من الأوهام العاطفية وأوهام الاضطهاد. كان العمر عند بداية المرض في ثلثي الحالات يتجاوز الثلاثين عامًا وكان الأكثر شيوعًا بين الثلاثين والأربعين عامًا. وفي بعض الحالات المعزولة، أمكن تتبع آثار المرض إلى السنة السادسة عشرة أو الثامنة عشرة من العمر.

من ناحية أخرى، لم أتمكن أبدًا من التأكد من وجود بداية "أولية" حقيقية للأفكار الوهمية تعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة كما تصور "ساندر" في تصنيفه لجنون الارتياب مجهول السبب (idiopathic paranoia) كنوع منفصل حيث عند سرد المرضى لذكريات تكون دائمًا زائفة. الأحداث والتجارب الملحوظة التي تُسرد بتفاصيل دقيقة تظهر للمريض لاحقًا عندما يعيد يتذكر حياته كلها بدقة وكأنها كتاب مفتوح وقبل ذلك كانت منسية تمامًا.

علاوة على ذلك، فإن الحالات التي تُعتبر أولية بهذا المفهوم غالبًا ما تنتمي إلى مرض" الفصام المبكر وتتطور بسرعة إلى الخرف. حالات أخرى تظهر صورة مرض" بارافرينيا السردية (confabulating paraphrenia) وهو اضطراب نفسي يتميز بإنشاء ذكريات أو قصص زائفة من قبل المريض حيث يروي أحداثًا غير حقيقية كأنها وقائع حقيقية.

العلاقات الوراثية والاستعداد النفسي المرضى

Hereditary Relations and Psychopathic Predisposition

نادرًا ما أتحدث عن العلاقات الوراثية لدى المرضى، ليس فقط بسبب قلة الحالات التي تم ملاحظتها، ولكن لأن المعلومات حول التاريخ العائلي لهؤلاء المرضى الذين دخلوا إلى المستشفى لأول مرة بعد سن الأربعين غير مؤكدة بشكل كبير. العديد منهم عاشوا حياة متقلبة مما جعل الاعتماد على تصريحاتهم غير موثوقة. أكثر من نصف الحالات أظهرت خصائص شخصية سمحت لنا بالاستنتاج بوجود استعداد نفسي غير طبيعي. وكان السلوك الأكثر شيوعًا هو السلوك

العصبي والانفعالي والخشن والعنيف في بعض الأحيان. بينما أظهر بعض المرضى ميولًا عدوانية، إندفاعية وتشائمية. العديد من المرضى عانوا لفترة طويلة من التبول الليلي. وبالتالي، إذا كان من غير الممكن في الوقت الحالي الحديث عن استعداد موحد للبارانويا، يمكن القول إن المرضى غالبًا ما أظهروا من البداية خصائص شخصية مميزة جعلت اندماجهم في الحياة المجتمعية أكثر صعوبة. كما أن العوامل الخارجية لا تلعب أي دور على الإطلاق في تاريخ ظهور المرض أو على الأقل تلعب دورًا ثانويًا جدًا.

حتى التجارب غير السارة التي يتم الافصاح عنها بين الحين والآخر تبدو لي ذات أهمية قصوى فيما يتعلق بمحتوى الوهم وليس في نشأته؛ وغالبًا ما كانت هذه التجارب نتيجة لسلوك مَرَضي. قد يشير التطور التدريجي للمرض إلى حقيقة أن العملية المرضية ناتجة عن أسباب داخلية. ويتجه الرأي العام إلى افتراض أن ما نواجهه في جنون الارتياب يجب أن ينظر إليه على أنه تطور منطقي لشخصية مهيأة بشكل غير طبيعي أو على أنه عملية تحدث في وقت معين وتحدث تحولًا مرضيًا في فرد سليم. وإذا اتفقنا مع هذا الرأي فيما يتعلق بخصوصية المرض وتكرار السمات النفسية التمهيدية، فإننا نجد أمامنا سؤالًا آخر طُرح بوضوح من قبل" ياسبرز" وهو: هل يجب أن تُفهم البارانويا أو جنون الارتياب على أنه تطور منطقي لشخصية ذات استعداد غير طبيعي؟ أم كعملية تبدأ في وقت معين وتؤدي إلى تحوُّل مرضي في فرد كان يتمتع بصحة عقلية سليمة سابقًا؟

ربما يمكن النظر إلى أن العلاقة بين الوهم والسمات الشخصية في حالة جنون الارتياب تتسم بعمق أكبر مقارنةً بالأمراض الأخرى المذكورة. ودون الالتفات إلى حقيقة أن نشوة العظمة لدى مريض الشلل العام أو الفصام المبكر تتكرر بنمط أكثر انتظامًا، فإنه غالبًا ما يمكن تتبع جذور الوهم في البارانويا المتأخرة إلى سمات شخصية تمهيدية محددة.

ويبدو لي أن التأثير العاطفي القوي بسبب تجارب الحياة وما يرتبط به من صبغة شخصية في العلاقات مع العالم الخارجي سواء في الجوانب العدائية أو الودية يلعب دورًا رئيسيًا هنا. ويظهر الإحساس بعدم اليقين الشخصي إلى جانب الشك وأيضًا السعي الطموح والمُلح للثراء أو القوة، مع مبالغة هائلة في تقدير الذات.

أمامنا هنا إلى حد ما الأجزاء المكونة التي يمكن من خلالها تفسير تطور النظرة البارانوية هي تحمل في ذاتها الشروط الأولية ليس فقط لعدم التناسب الدائم بين الرغبة والواقع، بل أيضًا للتأثير على النظرة إلى الحياة كلها بسبب هذا التناقض الداخلي.

وقد أبدى الدكتور "سبيشت" رأيًا مفاده أن الظروف الحياتية التي تُحدث تزامنًا بين النظرة العالية لتقدير الذات وعدم كفاية الاعتراف الخارجي من الناس والمجتمع بهذا التقدير العالي للذات قد يمهد لتطور مرض جنون الارتياب؛ كمثال على ذلك، أشار "سبيثت" إلى معلمي المدارس الابتدائية.

إذا حاولنا استكشاف الظروف التي تؤدي إلى تطور أوهام الاضطهاد أو العظمة من النزعة البارانوية، يمكننا افتراض أن المزاج الأساسي للفرد سواء كان يميل إلى رؤية تجارب الحياة بمنظور أكثر تفاؤلًا أو تشاؤمًا يساهم في توجيه تشكيل الأوهام في هذا الاتجاه أو الآخر. وعند التدقيق في التاريخ المرضى للمرضى، نجد بعض المبررات لهذا الافتراض؛ حيث يبدو أن النظرة الحياتية المليئة بالمرارة والحقد تمهد غالبًا لتطور أوهام الاضطهاد، بينما الثقة الزائدة بالنفس تميل إلى تعزيز أوهام العظمة.

ومع ذلك، فإن هذا التفسير البسيط يتناقض مع ملاحظة شائعة وهي أن كلا الاتجاهين من الأوهام غالبًا ما يظهران معًا لدى نفس المريض.

يتم تفسير تلازم الأوهام غالبًا بأنه ناتج عن نوع من التفكير الواعي أو شبه الواعي. يُعتقد أن المريض المهووس بأفكار العظمة يُجبر على الاعتقاد بوجود مكائد معادية نتيجة للمقاومة التي يواجهها أثناء محاولة تحقيق طموحاته. ومع ذلك، يمكن الاعتراض على هذا التفسير بالإشارة إلى أنه لو كان هذا صحيحًا، لكان من المتوقع ظهور هذا النمط من التطور أيضًا في أمراض أخرى تتسم بالأوهام وهو ما يحدث في حالات محدودة فقط.

على أي حال، يمكن دعم الرأي الذي يفيد بأن الصعوبات والتحديات التي يواجهها المريض سواء كانت بسبب أوهامه أو نتيجة ظروف أخرى تلعب دورًا هامًا في تطور وهم الاضطهاد لديه. وحتى دون النظر إلى الأوهام المرتبطة بالسجن، التي تُظهر بشكل مباشر تطور وهم الاضطهاد تحت تأثير الظروف السلبية، نلاحظ أن أفكار الإيذاء كثيرًا ما تظهر إلى جانب أوهام العظمة عندما يواجه المرضى مواقف حياتية صعبة أو مقاومة شديدة.

قد يكون من الممكن الذهاب إلى أبعد من ذلك والافتراض أنه في بعض الحالات، يمكن اعتبار عدم قدرة الشخص على مواجهة تحديات الحياة بسبب مشاكل نفسية تعتبر أساسًا لأوهام الاضطهاد. فالشخص الذي يهيمن عليه شعور خفي بعدم الأمان ويرى في نقاط ضعفه عائقًا أمام تحقيق أهداف حياته، غالبًا ما يكون ميالًا إلى الاشتباه في وجود أخطار ويلقي باللوم على قوى خارجية هي السبب في فشله.

وليس من النادر أن نلاحظ أن مرضى البارانويا عندما تتاح لهم الفرصة، يميلون إلى الانسحاب من صراعات الحياة الجدية، لوعيهم التام بضعفهم. فهم يتجنبون الالتزام بمواقف محددة، ويعيشون حياة مضطربة وغير مستقرة، وينخرطون فقط في أنشطة سطحية أو هواياتية، ويتجنبون التعمق أو الاحتكاك المباشر مع الحياة.

إذا كان عدم القدرة للتغلب على صعوبات الحياة إلى جانب عدم القدرة للمقاومة تجاه المحيطين بهم في أي اختلافات سطحية أو عميقة، يشكل أساسًا جوهريًا لأوهام الاضطهاد لدى المرضي، فإن علاج مثل هذه الأوهام تصبح مفهومة بشكل أكبر. حيث أن هذا الخلل يستمر كحالة دائمة ومستديمة.

في الوقت نفسه، يظهر شعور مبالغ فيه بالاعتزاز بالنفس. يفتخر المريض بـ ‘‘إحساسه بالواجب واجتهاده المستمر ويعتبر نفسه مواطنًا محترمًا يريد فقط كل ما هو صحيح، ويساعد الآخرين قدر استطاعته. مريض وصفه ‘‘جاسبرز’’ أنه كان صانع ساعات ماهرًا للغاية وقد صنع ساعة كبيرة ومعقدة جدًّا وكان يتحدث عن النكران الذي يُعامله به ‘‘أبناء الوطن العظماء’’، بينما يظهر آخرون كشخصيات طيبة ولكن ضعيفة الإرادة.

لا يُظهر المرضى أي إدراك للطبيعة المرضية لأفكار الغيرة، على الرغم من أن أحدهم قال لي إنه كان دائمًا يشعر برعب داخلي من احتمال أن تكون أوهامه صحيحة. فيبدو أن فترة شك قد مرت بالمريض الذي كان يفتقر تمامًا للبصيرة حتى إنه قام بحفر ثقوب في الباب ليتمكن من مراقبة زوجته والتحقق إن كانت تقوم بخيانته والتي هي في الحقيقة أوهام.

وغالبًا ما تُفسر أوهام العظمة لدى مرضى البارانويا على أساس إدراكهم المبالغ فيه للقوة الكبيرة التي يعتقدون أن مضطهديهم يمتلكونها ويُعتقد أن ذلك يدفعهم إلى الشعور بأهمية استثنائية

لشخصياتهم. ومع ذلك، يبدو لي أن هذا التفسير غير واقعي، فلو كان صحيحًا، لظهرت أفكار مشابهة لدى مرضى الاكتئاب وهو ما لا يحدث إلا إذا كان هناك تأثير لعناصر هوسية مختلطة. لذلك، لا يمكن اعتبار التفكير المتمحور حول الذات سببًا مباشرًا لأوهام العظمة في جميع الحالات.

من جانب آخر، بالإضافة إلى الطموحات الكبيرة التي تبدأ في مرحلة الشباب وتستمر حتى مراحل النضج العمري، يمكن افتراض وجود مصدر آخر لأوهام العظمة لدى مرضى البارانويا وربما يكون هذا المصدر مرتبطًا بشكل وثيق بما شرحناه سابقا.

صراعات الحياة قد تعزز هذا الاتجاه الفكري بطريقتين. فالإهانات قد تثير شعورًا بالتحدي وتقديرًا مبالغًا للذات مما يخلق توازنًا مضادًا للإهمال الذي يواجهه الفرد من العالم الخارجي. أو على الجانب الآخر، قد تؤدي الهزائم وخيبات الأمل إلى الانغماس في عالم من الأوهام والأحلام.

إذا كانت أوهام العظمة والتي تتكون في سن الشباب المليء بالفرحة والأمل، يسيطر عليها الشعوربالقوة لأنها لا تدرك جدية الحياة وعقباتها، فإن التجارب المحبطة التي يواجهها المرضى في معركة الحياة تنحى هنا جانبًا لأن لا يمكن قهرها.

وعلى وجه الخصوص، عندما تنقص الأسلحة اللازمة للتغلب على العقبات والسيطرة عليها مثل المثابرة وقوة الإرادة، فإن النفس تضطر إلى الدفع لأحد هذين الطريقين. وكلاهما يؤدي إلى الوهم بالعظمة. قد يكون ذلك من خلال معارضة متغطرسة لآراء الآخرين أو من خلال الهروب إلى آمال في المستقبل يستحيل تحقيقها.

ربما سيكون من الممكن يومًا ما تتبع المسارات التطورية المختلفة لأوهام العظمة في مرض البارانويا بشكل سريري دقيق. عندما تسيطر هذه الأوهام على الحالة المرضية منذ الصغر، سنكون قادرين على التفكير في أصلها بشكل أوسع من أنه ينشئ بسبب التقدير العالي بالذات فقط. ولكن عندما تتطور هذه الأوهام بالاقتران مع أفكار الاضطهاد في سنوات النضج، فمن المحتمل أن يكون الإنسان أكثر دفاعية ضد التأثيرات المحبطة للحياة.

في الحالة الأولى نكتشف تاريخ نشأة الأوهام من خلال مخزون من الذكريات الزائفة والاختراعات الوهمية، اما في الحالة الثانية يقتصر بشكل أساسي على التقدير الامفرط وغير المحدود للقدرة الشخصية. وفي النهاية، قد تظهر أوهام العظمة أيضًا في وقت لاحق في الحياة مع أو دون ارتباط بأفكار الاضطهاد، خصوصًا في الشخصيات ضعيفة الإرادة أو غير المجهزة بشكل كافٍ للتعامل مع صعوبات الحياة حيث تصبح هذه الأوهام نوعًا من التعويض النفسي عن خيبات الامل والإخفاقات.

يجب أن نترك للمستقبل التحقيق فيما إذا كانت هذه الحالات التي تستند في المقام الأول إلى فرضيات معينة، يمكن العثور عليها بالفعل في التجارب السريسرة ام لا؛ من المحتمل أنها ستندمج غالبًا مع بعضها البعض.

إن الأسس العاطفية التي وصفت سابقًا قد تفسر تطور الأفكار الوهمية لدى المرضي، ولكنها لا تشرح شكلها البارانويدي المميز. في كل الأحوال، ليس كل من يظهر هذه الخصائص يصبح مريضًا بالبارانويا، فلا بُدَّ من وجود ظروف أخرى تجعل نشأة ومعالجة الأوهام نفسيًا أمرًا ممكنًا.

وكثيرًا ما أشير هنا إلى القصور المدهش في النقد تجاه الأفكار الوهمية الناشئة؛ إذ يستسلم المريض لتأثيرها دون إبداء أي مقاومة لتلك الأوهام. قد اعتبر هذا النقص في النقد في الغالب مؤشرًا على ضعف نفسي معين. وللرد على ذلك يجب أن نلاحظ أولًا أن أوهام البارانويا وفقًا للتفسيرات التي قدمناها ربما تعود جذورها إلى التوترات الانفعالية كما هو الحال في الأشخاص الطبيعيين الذين لديهم القدرة على تكوين أحكام موضوعية. يُظهر الإصرار القوي على القناعات السياسية والدينية مثالًا على ذلك؛ فهذه القناعات، في العادة، لا تُكتسب عبر مجهود نفسي شخصي، بل يتم غرسها بفعل التأثيرات العاطفية الناتجة عن التربية والقدوة للإنسان نفسه، لتصبح جزءًا راسخًا من وجدانه ومشاعره. وفي هذا السياق، غالبًا ما تفشل الاعتبارات الفكرية البحتة في التأثير، مما يبدو غير مفهوم في الحالات العادية.

ومع ذلك، إذا تجاهلنا الارتباط العاطفي لوهم البارانويا، فقد تساعد بعض أوجه القصور في الأداء الفكري لدى المرضى بشكل أساسي في تقليل قدرتهم على مقاومة ظهور الأفكار الوهمية وتأثيرها.

على ما يبدو لي، يظهر تكوين الأوهام لدى مرضى البارانويا العديد من نقاط التشابه مع التفكير غير الناضج. أولًا، الرغبة في تحقيق أهداف مستحيلة، والتي لا يتم كبحها عبر التفكير المتزن، والأفكار المثالية التي تبدو في كثير من الأحيان أساسًا لأوهام لجنون العظمة والتي تُلاحظ بشكل مشابه في مرحلة الشباب. لاحقًا، مع نضج الحكم وتراكم تجارب الحياة، تقود التجارب بلا شك الإنسان إلى تقييد اماله بموضوعية على ما يمكن تحقيقه فعليًا، بينما في البارانويا تترسخ القناعة بأن المريض يقترب من تحقيق أحلامه. حتى وإن كانت مستحيلة في الواقع.

حتى الطابع العاطفي الخاص ببنية أوهام البارانويا، مثل أوهام مظاهر العظمة الملكية، والأوهام العاطفية، والميل إلى أحلام اليقظة وإعادة تشكيل العالم وفقًا للرغبات الشخصية غير الناضجة وغير الواقعية، يذكرنا بقوة إبداعات مشابهة تنبع من خيال الشباب. الأمر ذاته ينطبق على المحاولات المرتبكة مماثلة لقوة الخيال في الشباب. ونفس الشيء ينطبق على تخبط وأخطاء المخترعين.

كذلك يجب أن نشير إلى أن الاتجاه الأناني في التفكير وتصور العالم الخارجي بقوى صديقة وبقوى معادية، والتفسير الخرافي الغير واقعي للأحداث هم باختصار الأساس الكامل لأوهام المرجعية وهي سمة مشتركة بين الشعوب والأفراد الذين لم يصلوا إلى النضج النفسي.

تحدث الدكتور "دورومارد" عن وجود سمات طفولية في طريقة تفكير المصابين بالبارانويا. فكلما ابتعد التفكير عن الاعتماد على التجارب الحسية المباشرة واتجه نحو تطوير الأفكار العامة، قلّت البصمة الشخصية في العمليات العقلية وأصبح الحكم أكثر موضوعية.

ومع ذلك، يجب التأكيد على أن ظهور قناعات راسخة وغير قابلة للشك هي أيضًا عملية نلاحظها في المراحل المبكرة من تطور التفكير. فاليقين هو الحالة الطبيعية والبديهية، بينما الشك هو نتيجة التجربة الناضجة والصعبة.

لذلك، نستنتج أن هناك خصائص معينة في تفكير المصابين بالبارانويا تشير إلى وجود عوائق في التطور النفسي. هذه الخصائص قد تؤدي إلى استمرار عادات في التفكير من المفترض أن تتلاشى مع نضج الشخصية النفسية لكنها تستمر هنا بشكل دائم. ومع وجود استعدادات عاطفية معينة، فتؤدي هذه العادات تدريجيًا إلى تشويه الرؤية العامة للحياة عند المرضى وهو ما يميز هذا المرض.

يمكن القول إن أفكار الشخص البدائي التي كان يعتقد أنه محاط بالأرواح الشريرة التي تتربص به ويرى إشارات لا حصر لها تنبئ بالخير أو الشر، أو استخدامه طقوسًا سحرية لإحداث تأثيرات خارقة، لا يختلف كثيرًا عن أنظمة الهلوسة لدى المصابين بالبارانويا. الفرق أن الحالة الأولى تعكس مراحل تطور ثقافي عام، بينما الحالة الثانية تعبر عن تطور مرضي شخصي.

يجب الإشارة إلى أننا لا يمكننا ببساطة اعتبار الشخص المصاب بجنون العظمة شخصًا بالغًا يتصرف كطفل. بل يمكن الافتراض أن نموه النفسي قد كان غير متوازن، مما أدى إلى بقاء بعض الجوانب من حياته النفسية غير الناضجة. وهذا يسبب نوعًا من التشويه في تركيبته النفسية، حيث تتطور الجوانب المختلفة بشكل غير متساوٍ ما يؤثر على بعضها البعض ويُحدث تداخلًا بينها.

قد يُفسر هذا الأمر الثبات القوي للأوهام في جنون العظمة، والذي يبدو في البداية متناقضًا مع قابلية التأثر بالأفكار الخيالية لدى الشباب. ففي الحالة الطبيعية، تنشأ أحلام اليقظة لدى الشخصية غير الناضجة في حياة نفسية مرنة وحيوية، لكن تلك الأحلام تقل وتختفي بنضوج الشخصية. أما في جنون العظمة، فإن القصور الفكري المذكور سابقًا يستمر داخل شخصية بدأت بالفعل في التبلور، مما يؤدي إلى تأثيرات مختلفة اختلافًا جوهريًا.

وأخيرًا، لا يمكن تجاهل تأثير صراع البقاء في ظل ظروف الحياة المعقدة في العصر الحديث. فالتوتر المستمر والصعوبات المتزايدة في الحياة تسهم في تكوين الخصائص الفريدة للحالة المرضية كما تم وصفها. وبينما يمكن ربط بعض سمات الأوهام في جنون العظمة بتأخر النمو النفسي وتظهر تشابهًا مع سلوك الأفراد أو المجتمعات غير الناضجة، إلا أن هناك اختلافات واسعة النطاق في جوانب أخرى.

الدكتور "بيرزي" أشار إلى وجود اضطرابات غريبة في التفكير كعلامة لبدء تكوّن الأوهام البارانوية. فهو يعتقد أن الأشخاص المصابين بالبارانويا يعانون من اضطراب في الإدراك النشط مما يجعل من الصعب عليهم استيعاب المحتوى النفسي في لحظات معينة من الوعي.

بسبب هذا الفشل في الإدراك النشط، يُقال إنه ينشأ شعور بـ "المعاناة"، الذي ربما يمهد الطريق لتطور أحاسيس الوهم بالاضطهاد. لكن من الصعب تقديم دليل قاطع على هذه التصريحات. فمن جهة، نلاحظ أن الإدراك النشط يصبح صعبًا أو يتوقف تمامًا في العديد من الحالات المرضية التي لا تصاحبها عادةً أوهام (مثل الهوس، الهذيان، الشلل، أو الخبل العقلي). ومن جهة أخرى، لا يمكن القول بوجود اضطراب عام في البارانويا مثلما يحدث في هذه الحالات؛ إذ إن التطور المنهجي للوهم هنا يفترض بشكل واضح أن هناك تمسكًا قويًا بتوجهات معينة من الفكر واختيار انتقائي للانطباعات والأفكار لدى المرضي.

الملخص Summary

إذا قمنا بتلخيص النقاش، فيمكن القول إن الوعي الذاتي المتزايد يظهر لي بأنه سمة أساسية للبارانويا. من هذا الوعي الذاتي الزائد تنشأ الخطط الطموحة وكذلك زيادة الحساسية تجاه صعوبات الصراع من أجل البقاء، وهي صعوبات كبيرة بشكل خاص للأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية. في نفس الوقت، من خلال التأكيد العاطفي القوي لتجارب الحياة، يتم تعزيز التفسير والتقييم

الشخصي لتلك التجارب، وبهذه الطريقة يتم توفير الظروف المبدئية لتطور أفكار العظمة والاضطهاد.

ولكن الوصول إلى تكوين أوهام البارانويا يعتمد على نقص الأداء العقلي نتيجة لوجود معوقات جزئية في النمو مما يؤدي إلى استمرار بعض العادات الفكرية البدائية أو غير الناضجة بشكل دائم مثل احلام اليقظة والنظرة الأنانية للحياة، والاستسلام غير النقدي لأي أفكار تأتي. وفقًا لهذا الرأي، يمكن أن تُعتبر البارانويا من وجهة النظر السريرية (الاكلينيكية) قريبة من الهستيريا التدهورية (degeneration hysteria) حيث تكون لدينا أيضًا صلة بالاستمرار وتباطًا بالاستمرار في مجالات نفسية محددة تتعلق بمراحل النمو التي تم تخطيها.

لقد بذلنا جهدنا حتى الآن لشرح وجهات النظر التي قد تجعل تطور البرانويا بسبب استعداد خاص عند المرضى قابلًا للفهم، فهناك أيضًا أسباب قد تدعم وجود عملية مرضية فعلية تتحول بسببها الشخصية المرضية من نقطة زمنية معينة. ونظرًا لأن الأسباب الخارجية الملموسة في الغالب لا يمكن إثباتها، يجب التفكير في الأمراض التي تتطور بأسباب داخلية. بالنسبة للعلاقة المؤكدة بين البارانويا والانتكاس، قد تكون الجراثيم المرضية موجودة بالفعل ولكنها تتطور لاحقًا بشكل مستقل، كما في بعض الأمراض العصبية العائلية مثل مرض هنتنغتون (Huntington's chorea) والذي سبب تدهور تدريجي للخلايا العصبية في الدماغ. ما هو ذو أهمية في هذا السياق هو أولًا حقيقة أنه لا يمكن دائمًا تتبع جذور أوهام البرانويا من الماضي البعيد؛ بل تظهر الأفكار غالبًا بشكل مفاجئ، وفقًا لتصورات المرضى. هنا يجب أن نأخذ في الاعتبار بالتأكيد أن المرضى عادة لا يتم معالجتهم في المصحات إلا بعد سنوات عديدة من بدء المرض، وأن تصريحاتهم غالبًا ما تكون مشوهة بدرجة ما بسبب الذكريات الزائفة.

علاوة على ذلك، من أجل افتراض وجود عملية مرضية، يمكن الإشارة إلى المسار الذي يتسم بالتفاقمات، وهو ما يُلاحظ بشكل واسع حيث تتجمع الأوهام في فترات زمنية قصيرة نسبيًا مع فترات فاصلة قد تستمر لسنوات. من الواضح أن هذه الحجة ستكون ذات دلالة فقط إذا تم تصور تطور الشخصية المَرَضية في حالة الارتياب كما لو كانت مستقلة تمامًا عن المؤثرات الخارجية. ولكن إذا أُقرّ كما فعلنا بأن صراعات الاشخاص مع الحياة لها أهمية حاسمة في ظهور الأوهام، فقد ينتج عن المؤثرات الخارجية مسار يتسم بتصاعد للاحداث والمصاعب. وللأسف، لا توجد حتى الآن دراسات كافية تتناول هذا السؤال وتعطينا أجوبة؛ وقد تواجه تلك الدراسات صعوبات كثيرة. ومع ذلك، يجب القول إنه عند تطور الشخصيات، وربما نتيجة أسباب نفسية قد تحدث تحولات أسرع حيث أن تجارب الحياة الطبيعية تُظهر دليلًا على ذلك.

من الجدير بالذكر بشكل كبير أن محتوى الأفكار الوهمية يكون في بعض الأحيان بعيدًا للغاية عن التفكير الطبيعي. لذلك، من الصعب في البداية افتراض أن هذا التطور ناتج ضمن الحدود الطبيعية. قد نحصل على بعض الأدلة من الذهانات التي تحدث في السجون، حيث نرى أوهامًا مشابهة تتطور بسبب الضغوط النفسية وفي بعض الحالات لا تختفي مرة أخرى. بناءً على ذلك، لا يمكن إنكار أن الوهم الارتيابي رغم لا معقوليته قد يظهر فقط من خلال التأثيرات العاطفية السلبية. ولكن بالطبع يجب أن نفترض في جميع الأحوال استعدادًا مَرَضِيًّا لهذا الوهم، لأنه في هذه الحالة لا نتعامل مع ظروف حياتية غير عادية كما في حالة السجناء بل مع تأثير صعوبات الحياة اليومية الخانقة.

لذلك، نصل إلى الاستنتاج أنه في الوقت الحالي لا توجد أدلة قاطعة لدعم افتراض وجود أسباب مرضية كسبب للبرانويا، ولكن يجب أن نأخذ في الاعتبار وجود شروط مرضية سابقة على شكل قصور محدد للاستعداد النفسي. ومن هنا تظهر نقاط التلاقي مع الرأي الذي تم مناقشته سابقًا. لا يتعلق مرض البرانويا بتطور الجراثيم إلى امراض مستقلة تمتد إلى الحياة النفسية للمرضي، بل يتعلق بالتحولات الطبيعية بسبب التشوهات النفسية التي تحدث للاشخاص تحت تأثير ضغوطات الحياة. وكان من المستحيل ألا تستحوذ نظريات ‘‘فرويد’’ على التساؤلات عن ماهية البرانويا.

إن تحديد حدود للبارانويا ليس أقل صعوبة من البحث في طبيعتها. لقد ذكرنا بالفعل في المقدمة التغييرات التي مرت بها مفاهيم البارانويا في العقود الأخيرة. إذا تم فصل الخرف الارتيابي، والبارافرينيا، والسلسلة من الأمراض الارتيابية الأخرى، كما تم هنا، ولا تزال هناك اتجاهات أخرى يتعين حل الأسئلة الهامة بشأنها.

ليتخذ القرار، لابد من التدقيق في جوانب مختلفة للبارانويا وأشكالها المتنوعة، خصوصًا فيما يتعلق بإمكانية وجود أشكال قابلة للشفاء. من المؤكد أننا لن نستطيع الآن أن نتفق مع وجهة نظر الأستاذ ‘‘وستفال’’ الذي كان يعتبر في عصره حالات الجنون القهري (compulsion insanity) وجنون الارتياب القهري (abortive paranoia) جنونًا فاشلًا، ولكن يبقى أن نبحث فيما إذا كان تكوين وهم البارانويا يجب أن يستمر بصورة دائمة في جميع الظروف ام لا. ولكن يبقى أن نبحث فيما إذا كان تكوين الوهم البارانوي يجب أن يستمر بصورة دائمة في جميع الظروف ام لا. مع معارضة الرؤية القديمة للدكتور’’ ويستفال’’ الذي اعتبر الجنون القسري نوعًا من الهوس المرضى قصير الأمد. كما يشير إلى المفهوم الفرنسي’’ البوفيه ديكلارانت’’ الذي يُعتبر مرتبطًا بحالات الهوس المرضي، ويناقش تكوين الأوهام لدى الأفراد ذوي الميول التنكسية في الطب النفسي الألماني، مما يشير إلى أوجه تشابه مع الهوس المرضى مع اختلافات في الأصل والطبيعة.

يعتقد للدكتور ‘‘ويرنيكه’’ ‘‘فكرة التقدير المفرط للذات’’ والتي تشير إلى اعتقاد مهيمن ومؤقت قد يؤدي إلى سلوك وهمي لفترة محدودة، بالإضافة إلى توثيق الدكتور ‘‘فريدمان’’ لحالات من ‘‘الأشكال الوهمية الخفيفة’’ الناتجة عن ضغوط عاطفية مثل خيبة الأمل في الحب، والتي غالبًا ما تتلاشى في غضون بضع سنوات، خاصة لدى النساء في منتصف العمر. كما يشير الدكتور’’ جاوب’’ إلى حالات رجال متعلمين لديهم استعداد للاكتئاب الهوسي، حيث تطورت لديهم أوهام مرتبطة بالشك تحت الضغط، لكنها بقيت مرنة وغير منظمة بشكل صارم. يبرز النص في مجمله أن التفكير الوهمي قد يكون عابرًا أحيانًا، ويتأثر بالضغوط الخارجية، مما يفتح آفاقًا لتدخلات علاجية وتوقعات أكثر تفاؤلًا لبعض المرضى.

ليس من السهل اتخاذ موقف فيما يتعلق بكل هذه التجارب. واحدة من الصعوبات الرئيسية في الوقت الحاضر، في رأيي، هي التشخيص. فقد أقنعت نفسي، على وجه التحديد، بأن هناك حالات من الهوس الاكتئابي، والتي قد تُفهم بسهولة كبيرة على أنها حالات مبتورة من جنون الارتياب (البارانويا) بسبب العديد من الأفكار الوهمية التي تظهر. وعلى الرغم من التركيز الخاص على هذه النقطة، فقد حدث لي حتى وقت قريب أنني اعتبرت مثل هذه النوبات تفاقمات بارانويدية. وبالتالي، سيتعين دائمًا أخذ إمكانية أن يُفسَّر أي حالة من أمراض البارانويا ذات المسار الإيجابي، حتى وإن لم تُكتسب بصيرة مرضية كاملة، بالمعنى المذكور. وسوف تحتاج إلى العودة إلى هذه المسألة.

تشكيلات الأوهام لدى المنحرفين، بقدر ما هو معروف حاليًا، هي دائمًا من أصل نفسي (psychogenic) وتكون مرتبطة بحدث محدد وملموس، بقدر ما تظهر على الإطلاق تشابهًا معينًا مع البارانويا في هذه النقطة، ويختلفون تمامًا عن التطور الخفي لتكوين الأوهام البارانوية. لذلك يبدو لي أنه من المناسب فصلهم عنها. لكن يجب الاعتراف بأنه قد تكون هناك تحولات إذا كانت الخصوصية الشخصية تلعب دورًا أكبر أو أصغر من جهة، أو العقبات الخارجية من جهة أخرى في تاريخ نشوء الظواهر المرضية. يمكن النظر إلى البارانويا وتكوين الوهم النفسي المنشأ كطرفي سلسلة تحتوي على روابط متعددة، حيث يتم تمثيل جميع الروابط الوسيطة الممكنة بين هذين الطرفين.

من هذا المنظور لا يمكن الاعتراض على حدوث أشكال 'خفيفة' من البارانويا نفسية المنشأ التي تنتهي بالشفاء. سيكون من المفترض فقط أن هناك بارانويا كامنة موجودة بشكل دائم والتي لا تظهر في جميع الظروف، بل فقط في مناسبات خاصة تؤدي إلى تكوين الأوهام. وبالتالي، سيكون من المفهوم أيضًا أن تكوين الأوهام قد يتوقف مرة أخرى عند إزالة المناسبة أو تعويض آثارها. قد يتسبب أي حدث آخر في الحياة لاحقًا بطريقة مشابهة في المرض. لذا، سنكون معنيين أكثر بالميل الدائم لتكوين الأوهام، مع الهجمات المعزولة للأوهام، وليس كما هو الحال في جنون العظمة المتطور، مع التحول الوهمي التدريجي الذي لا يمكن إيقافه لجميع وجهات النظر في الحياة في اتجاه محدد.

لا يمكن القول في الوقت الحاضر بشكل مؤكد ما إذا كان من الممكن أن تتفق الآراء التي تم بلورتها هنا مع التجارب السريرية وإلى أي مدى يمكن أن تتفق مع التجارب السريرية. لذلك يبدو لي أن هناك استعدادات تحمل في داخلها بذرة التطور المستمر في اتجاه جنون الارتياب ولكنها تتطور فقط إلى تكوين أوهام عابرة وغير واضحة. يتحدث الدكتور "ميركلين" عن شخصيات تكون طوال حياتها في طريقها إلى جنون الارتياب. حتى بين الحالات الأكثر وضوحًا لجنون الارتياب يمكن العثور على العديد منها حيث يظهر نظام الأوهام بشكل أقل صلابة واكتمالًا مما هو متوقع من منظور أكاديمي.

الشخصيات البارنودية

Paranoid Personalities

في أغلب الحالات التي تم دراستها، احتلت الأفكار الاضطهادية الصدارة في الصورة السريرية لهؤلاء المرضى، وربما تكون معاناة المريض مع تلك الأفكارهي السبب الأساسي الذي يدفعهم لطلب استشارة الأطباء النفسيين. ودائما ما تكون السمة الأكثر شيوعًا وبروزًا لدى المرضى هي شعورهم بعدم الأمان وعدم الثقة تجاه المحيطين، وهو ما يتجلى بأشكال متنوعة للغاية. فيشعر المريض دائمًا بأنه يُعامَل بظلم وعدائية من قبل الآخرين، وأنهم دائما ما يتدخلون في شؤونه ويعاملونه بقمع. وحتى عندما يتعلق الأمر بأفراد أسرته والدائرة المقربة منه، فإنه يشعر بأنهم يعاملونه بشكل سيئ، فزملاء العمل لا يحبونه ويستهزئون به ويعلقون عليه وينظرون إليه بازدراء ويضحكون عليه كما لو كان يعاني من اضطراب عقلي. يشعر المريض بأن كل شيء حوله يثقل كاهله حتى أن حياته تشهد مستوى من المعاناة أشبه ما يكون بما يعانيه الشهداء، ويشكو من أن

"حياته تُسحق وتُداس". فقد تحدث أحد المرضى مثلًا عن تعرضه لـ "إساءات مالية مستمرة لسنوات"، وذلك عندما لم يستطع الشخص الوصي عليه تلبية جميع مطالبه المالية المبالغ فيها بسبب ضيق إمكانياته المادية.

كما يرى المريض أن الناس يتعمَّدون استهدافه ويرغبون في اضعاف مستواه الاجتماعي. فدائمًا ما يشير بتلميحات غير محددة إلى وجود علاقات سرية أو إلى تحريض أشخاص معينين ضده. يشعر بأن الأمور ليست كما ينبغي أن تكون ويشتم رائحة الدوافع المصلحية، والاختلاسات، والدسائس في كل مكان. ويعتقد أنه يعرف من يقف وراء كل تلك الدسائس والأضرار التي يعاني منها، لكنه يرفض الإفصاح عمن يكون هذا الشخص أو الأشخاص. أحد المرضى كان يقول إنه يستطيع قراءة الشر في وجوه الناس. حتى الأطباء المكلفون بفحصه والسلطات العامة في الدولة، يرى أنهم متحيزون ضده.

فهذا مريض زعم أن زوجته وضعت له فيروس السيلان في الحساء وأن الشرطة لا ترغب في التحقيق في القضية لأنه لا يملك المال للدفع. وذلك مريض آخر، شكا من أنه قد أُعلن زورًا بأنه يعاني من اضطراب عقلي، على الرغم من أن الحكم قد صدر لصالح سلامته العقلية.

ويعبّر بعض المرضى عن أفكار تتعلق بالغيرة أحيانًا. أحدهم لاحظ أن زوجته لم تهتم به، وأظهرت من خلال تصرفاتها مع الآخرين أنها "ربما تكون غير مخلصة له". أراد التخلص منها، ولكن عندما ابتعدت شعر باشتياق شديد لها، وعندما عادت استأنف فورًا اتهاماته القديمة.

وتكون مثل هذه الأفكار الوهمية، والتي تظهر لمناسبة أو لأخرى، مصحوبة بشكل وثيق بتهيج عاطفي شديد ومزاج كئيب يبدو عليه الامتعاض وعدم الرضا. ويصعب التعامل مع المريض من قبل المحيطين به، فهودائم الانتقاد، يثير المشكلات في كل مكان، ويعيش باستمرار في حالة خلاف مع زملائه في العمل ويسقط في نوبات من الإثارة الشديدة لأسباب تافهة، يوبخ، يصرخ، ويقسم. كما يكتب وثائق مطولة مليئة بالشكوى، يهدد زوجته، يسيء معاملة أطفاله، يطالب بالطلاق، ويتحدث عن إطلاق النار على رؤسائه. أما البعض الآخر من المرضى، فيفضل الانعزال ويرفض التعامل مع من حوله. فقد كان أحد المرضى مثلًا يتواصل مع زوجته من خلال الكتابة فقط، بينما رفض آخر بشدة الامتثال للاستدعاءات القضائية.

ولا يدرك المرضى أوجه القصور الواضحة في شخصياتهم وسلوكهم. فهم غير صبورين وعنيدين ومتمسكين بأفكارهم بحزم، ويعتقدون أنهم دائمًا على حق، وأن تصرفاتهم غير العادية طبيعية تمامًا. ومن ناحية أخرى، وعندما تكون الأحداث والمعلومات التي يتلقونها تتوافق مع اتجهات أفكارهم، فغالبًا ما يصدقون تلك المعلومات بسذاجة شديدة ويقبلون أي إشاعة باعتبارها حقيقة دون تردد، مما يسبب لهم الكثير من المشكلات ويجعلهم ضحية للاستغلال من الأخرين.

وكقاعدة عامة، يمكن بسهولة ملاحظة ارتفاع درجة الثقة بالنفس لدى المرضى. فهم يتفاخرون بإنجازاتهم، يعتبرون أنفسهم متفوقين على من حولهم، يطالبون بمطالب خاصة تتوافق مع هذا التفوق الذي يدعونه، ويلقون اللوم على العقبات الخارجية فقط لفشلهم ويؤكدون أنه لولا هذه العقبات، لكانوا بلا شك قادرين على القيام بـ "أعمال مفيدة ومثمرة".

لقد صادفت أيضًا بعض الحالات التي يمكن اعتبارها في المراحل الأولية للأوهام العظَمي في أشكاله المختلفة "Paranoiac Delusion". رأيت بعض من يعتبرون أنفسهم من المخترعين

المشتغلين على تنفيذ تطبيقات تتعلق بمفاهيم علمية معقدة مثل "الحركة الدائمة"، آملين في تحقيق نجاحات مستقبلية تكسبهم المال والشهرة على نطاق واسع. مرضى آخرون عملوا على تحقيق خططهم وأفكارهم الطموحة لتحسين العالم، على الرغم من عدم تناسب تلك الخطط الطموحة مع معرفتهم وقدراتهم المحدودة. رأى هؤلاء أنفسهم أصحاب رسالة يجب عليهم تنفيذها، على الرغم من أنهم لم يتمكنوا حتى من تلبية أبسط متطلبات الحياة اليومية.

كما لاحظت مرضى بدت عليهم دلائل وجود أوهام عاطفية، حيث طارد بعضهم من يعتقدون أنها الحبيبة المزعومة، رغم رفضها الواضح لهم، واستمروا في محاولاتهم من خلال التوسل أو التهديد لجعلها تستجيب لهم.

ومما يدعو إلى الدهشة، أن المستوى الفكري العام للمرضى الذين تمت مناقشتهم هنا يعتبر مستوىً جيدًا إلى حد ما، مما جعل فشلهم في الحكم على أفكارهم الوهمية أكثر لفتًا للنظر.

وبشكل عام، يعاني هؤلاء المرضى من نمط حياة مضطرب غير مستقرة كنتيجة للسلوك المتقلب والتغييرات المتكررة في المزاج.

"في بعض الأحيان ظهرت شكاوى وسواسية مرضية، مثل وخزات الألم في الظهر أو الشعور وضيق في الصدر. تم الإبلاغ عدة مرات عن إثارة جنسية شديدة كما حاول بعض المرضى الانتحار بشكل متكرر. في حالات معزولة ظهرت اضطرابات هستيرية، مثل نوبات بكاء تشنجية، حالات إغماء، تضييق مركز في مجال الرؤية. العديد من المرضى تناولوا الكحول بشكل مفرط كما عاش معظمهم بشكل دائم بحرية دون أي صعوبات؛ فقط في مناسبات خاصة تم إدخالهم إلى المستشفى مؤقتًا بين الحين والآخر".

ما يميز الأوهام لدى هؤلاء المرضى عن تلك المرتبطة بالبارانويا الواضحة هو غموضها وافتقارها إلى التنظيم المنهجي. حيث كانت مخاوفهم وآمالهم من نوع أكثر غموضًا، تُطرح كمؤشرات وتخمينات، أو تتجلى في تقييم شخصي قوي للأحداث الواقعية، وهو تقييم لا يبتعد كثيرًا عن التحيز الأحادي الذي يظهر عند الأفراد العاديين. لم يكن هناك، وفقًا لما هو معروف، أي ارتباط داخلي بين الأجزاء الفردية لهذه الأوهام ونظرة بارانويا منهجية للحياة. لم تبدُ هذه الأوهام وكأنها أصبحت جزءًا أساسيًا من تكوين شخصية المرضى؛ بل ظهرت ثم اختفت مجددًا ولكن دون أن تختفي تمامًا.

قد يتم الاعتراض بأن المرضى ربما احتفظوا بأفكارهم الداخلية سرًا أو أن تطور النظام الوهمي سيظل يحدث فيما بعد لديهم. ومع ذلك، فإن التجربة المستقبلية هي التي ستحدد مدى صحة هذه الاحتمالات. في الوقت الراهن يبدو أن الافتراض بأن حالات البارانويا غير المتطورة أو ما يُطلق عليها "البارانويا البدائية" لا تتوافق فقط مع فهمنا لطبيعة المرض بل يمكن ملاحظتها فعليًا سريريًا.

سيكون من المؤكد أنه سيكون من المشكوك فيه كثيرًا في كل حالة فردية ما إذا كنا على حق في وصف شخصية مريضة، بالمعنى المحدد هنا، بأنها "بارانويدية" ومتى يكون ذلك صحيحًا. يبدو لي أنه في الأساس مزيج من عدم اليقين مع تقدير مفرط للذات، مما يؤدي إلى إجبار المريض على معارضة عدائية لتأثيرات الصراع من اجل الحياة وسعيه للانسحاب منها من خلال تعظيم داخلي للذات. بالإضافة إلى ذلك، قد يكون للتلوين الشخصي القوي للفكر من خلال مشاعر حية، ونشاط

ونشاط قوي للخيال والثقة بالنفس، أهمية. إذا أدت هذه السمات إلى أوهام معزولة أو عامة دون أن تكون منظمة، فإن المريض البارانويدي يمكن أن يُوصف تقريبًا من خلال ذلك.

لقد أدى التقييد الكبير الذي عانى منه مفهوم البارانويا على مدار العقود القليلة الماضية، ادي إلى التنبؤ بشكل متكرر بأن هذا المفهوم سيختفي قريبًا تمامًا.

في الواقع، لقد حاول الدكتور "شبيخت" حل الحالة المرضية الكاملة للبارانويا. كان يعتقد أنه الوهم الشكائي أولًا ولكن بعد ذلك اعتقد أن مرض البارانويا يحتوي في حد ذاته على "مكونات الهوس" مثل الضغط على الكلام والكتابة، القلق، التملل، التشتت، والاستعداد للرد السريع. بالنسبة له، فإن المرض لا يعني سوى رد فعل لاستعداد(ثنائي القطب) الهوسي-الاكتئابي تجاه حدث يثير الانفعال. يجب الاعتراف بأن بعض السمات المذكورة تُوجد بين الحين والآخر في المصابين بالبرانويا، وعلاوة على ذلك، هناك مرضى هوسيين لديهم أوهام وفيرة تم معالجتها ذهنيًا، والذين بسبب خفة إلاثارة لديهم قد يُعتقد لفترة طويلة أنهم مصابون بالبرانويا. من ناحية أخرى، يبدو لي أن وجهة نظر الدكتور "شبيخت" تذهب بعيدًا. فهناك العديد من المصابين بالبارانويا الذين تفتقر خصائصهم إلى تلك التي تشبه خصائص المرضى الهوسيين.

ولكن عندما تكون هذه الخصائص موجودة، فإنها دائمًا ما تكون لها تاريخ نشأة وأهمية تختلف تمامًا عن الظواهر الهوسية المشابهة. يتم تفسير الضغط في الكلام والكتابة بالسعي النشط للدفاع عن أنفسهم ضد الاضطهاد أو لتعزيز مطالبهم المبالغ فيها. يتم تفسير التململ بعدم القدرة على القيام بعمل مثمر ومستمر نتيجة الاضطرابات الوهمية، والتشتت بالنشاط المفرط بسبب قوة الخيال والاستعداد للردود السريعة بزيادة الوعي الذاتي وبالمعالجة الذهنية لمحتوى الأوهام التي قد حلت منذ فترة طويلة جميع الصعوبات، وإن كان ذلك غالبًا بطريقة غير كافية للغاية.

الفصل السادس

التشخيص والعلاج

لا يمثل تشخيص حالات البارانويا أي صعوبة تذكر عند النظر بعناية في خصائصه المتمثله في تطوره البطيء، وفي تكون الأوهام المتصلة به والمميزة له، وفي طبيعته التي تنطوي على قدرة المريض على الحفاظ على مستوى ذكاءه وتنظيم سير أفكاره وضبط سلوكياته والحفاظ على نشاطه.

من المؤكد أنه يوجد عدد من الأمراض التي قد تظهر صورًا مرضية مؤقتةً مشابهة للصور المرضية التي تصاحب حالات جنون الإرتياب. وقد تناولنا بالشرح والتوضيح سابقا التمييز بين هذا المرض وبين الاضطرابات العقلية "البارانويا" المختلفة.

ولا يحتاج الأمر إلى مناقشة خاصة لدحض الفكرة التي طرحها بعض المراقبين والباحثين، والتي تفترض أن البارانويا كما تم تعريفها هنا، قد تتحول إلى الخرف المبكر.

الفصام Schizophrenia

ومن ناحية أخرى، يمكننا هنا تقديم مناقشة مختصرة حول فكرة أن العديد من الحالات التي تبدو كحالات بارانويا واضحه قد تكون في الواقع حالات فصام (Schizophrenia) غير مكتمل التطور. وفي الواقع، إنه ليس من السهل دائمًا اتخاذ قرار بشأن هذا الأمر عند محاولة تشخيص كل حالة مرضية على حدة. فبينما يكون النظام الوهمي لدى مرضى البارانويا أكثر تماسكًا واكتمالًا، يتسم النظام الوهمي لدى مرضى الفصام بمجموعة من الأفكار المفاجئة والمتغيرة بشكل متكرر والمتناقضة في بعض الأحيان.

وعلاوة على ذلك، فإن مرضى الفصام يتميزون بتأثر سلوكهم بالمؤثرات العاطفية بشكل أكبر وهو ما يؤدي في الغالب إلى تعرضهم لانفجارات عاطفية عرضية، مما لا يوفر لهم دوافع دائمة لممارسة نشاط معين. أما في حالة مرضى البارانويا، فعلى الرغم من سلوكهم المتحفظ والمنفر أحيانًا، إلا أن سلوكهم وبالرغم من خصائصه المرضية، غالبًا ما يكون أكثر تأثرًا بالتفكير أو العمليات العاطفية مقارنة بالخصائص الاندفاعية لدى مرضى الفصام. وعلى الرغم من صفاتها المرضية، فإن شخصية مريض البارانويا تبدو بشكل عام أكثر قابلية للفهم وأكثر طبيعية وأكثر استعدادًا للتأثربمحيطها، فمن الأسهل كثيرًا التفاعل معها من خلال العلاج الذكي مقارنة بمرضى الفصام الذين يتسمون بتقلب المزاج وصعوبة التواصل.

وصف "سكلايندر" حالة لمريض بأنها حالة بارانوية ناتجة عن الخرف المبكر وأنا أرى أن هذا الوصف يفتقر إلى الأساس الكافي، حيث في رأيي أن تلك الحالة هي مثالًا حقيقيًا على اضطراب جنون الإرتياب.

البارافرينيا Paraphrenia

لا يزال علينا مناقشة الفرق بين البارانويا وأمراض البارافرينيا (Paraphrenia)، خاصةً من الناحية المنهجية. ولكن أولًا لا بُدَّ من تعريف ماهية مرض البارافرينيا. البارافرينيا هي مصطلح يشير إلى نوع من الأمراض العقلية المرتبطة بشكل وثيق بالفصام (الشيزوفرينيا)، لكنها تتميز بوجود أوهام بارانويت بارزة (خاصةً أوهام العظمة) وغالبًا هلوسات. يظهر هذا المرض عادة في وقت متأخر من العمر ويتميز بالحفاظ على وظائف معرفية أفضل مقارنة بالفصام.

في الواقع، يكون التشابه بين الحالتين السريريتين لمرضى البارافرينيا ومرضي البارانويا كبيرًا جدًّا في المراحل الأولى من المرض، مما يجعل التمييز بينهما أمرًا صعبًا للغاية. يبدو لي أن هناك أهمية كبيرة لحقيقة أن تعظيم الذات والتقدير الزائد للنفس يظهران بشكل أكثر وضوحًا في حالات البارانويا منذ البداية؛ فإذا كان اضطراب جنون العظمة يسيطر على الحالة المرضية منذ البداية، أو على الأقل في وقت مبكر جدًا، فمن المرجح أن تكون الحالة قيد الفحص هي من حالات البارانويا.

ويرتبط بهذا الاختلاف حقيقة أن مريض جنون العظمة عادةً ما يكون أقل تأثرًا بأوهام الاضطهاد في أفعاله مقارنةً بمريض البارافرينيا، فالمريض الذي يعاني من البارافرينيا عادةً ما يتصرف بشكل أكثر تهورًا تجاه مضطهديه المفترضين، ويلجأ سريعًا إلى الدفاع عن نفسه بكل الوسائل الممكنة، مما يؤدي في الغالب إلى إدخاله إلى المؤسسات الطبية في وقت مبكر نسبيًا، وغالبًا ما يحتاج إلى البقاء هناك بشكل دائم.

وفي حين يتمتع مريض البارانويا بضبط نفس أكبر، حيث يقتصرفي صراعاته على استخدام الوسائل القانونية، ويعرف كيف يتجنب فقدان حريته بشكل دائم من خلال السلوك الحذر والتنازلات المناسبة، فعلى النقيض تمامًا، نجد أن مريض البارافرينيا يخوض صراعاته بكثير من العدوانية والقسوة. كما أن تأثير التغيُّرات المرضية لا يهيمن على شخصية مريض البارانويا بنفس الدرجة التي يحدث ذلك بها في حالة مريض البارافرينيا.

علاوة على ذلك، يتميز تطور مرض البارافرينيا بمسار تدريجي مستمر، وإن كان بطيئًا، بينما قد يظهر مريض البارانويا حالة مستقرة نسبيًا لعقود، وغالبًا ما يتعلم التعايش العملي مع الصعوبات الناتجة عن أوهامه. بالإضافة إلى ذلك، تصبح الأوهام في البارافرينيا أكثر غرابة تدريجيًا، حيث تنضم إليها الهلوسات وأفكار العظمة المفرطة، وتصبح تصرفات المرضى في مجملها خاضعة بشدة للظواهر المرضية، بحيث يسهل تمييزهم عن مرضى البارانويا الذين غالبًا ما يحتفظون بنظامهم الاجتماعي وقدرتهم على العمل وكسب المال.

هذيان الخيال (Delire d'imagination) والهذيان الاستعدادي (Retrospective)هما مصطلحان يرتبطان باضطرابات نفسية تُدرجها المدرسة الفرنسية النفسية معًا تحت تصنيف باسم هذيان التفسير (Delire d'interpretation) والمعروف في التصنيفات الحديثة باسم البارانويا.

"هذيان الخيال" هي حالة نفسية أو مرضية يتميز فيها الفرد بأوهام مبالغ فيها وخيالية نابعة من خياله تتضمن سيناريوهات معقدة، إبداعية، أو مستحيلة ويعتقد الشخص أنها حقيقية. أما حالات" الهذيان الإستعدادي" يُفسَّر على أنه حالة تتعلق باسترجاع الماضي بطريقة مضطربة أو مليئة بالأوهام، حيث يكون الفرد مهووسًا بتفسير الأحداث الماضية بشكل غير واقعي أو مضلل.

العديد من هذه الحالات قد تكون مرتبطة بما يُسمى بـالبارافرينيا التخيلية (Confabulating Paraphrenia) أو البارافينيا الكاذبة. ويتميز هذا المرض بالوفرة الاستثنائية للذكريات الكاذبة، ولا تكون هذه الذكريات الكاذبة جزءًا من تطور متكامل الأبعاد لوهم محدد كما في البارانويا، ولكنها تشتمل على كثيرمن التفاهات والثرثرات الوهمية والتي كثيرًا ما تكون غير مهمة على الإطلاق.

في البارانويا، تكون التوهمات الهذيانية والتخمينات دائمًا هي العنصر الأساسي في المرض، وتُعززها الذكريات الكاذبة. أما البارافينيا الكاذبة، فإنها تتميز بهذا النوع من الثرثرة الوهمية والهذيان اللامبالي. وعادة ما يتم تتطور البارافينيا الكاذبة لدى المريض المصاب بسرعة أكبر بكثير مما يحدث في البارانويا، فتظهر مؤشرات الضعف النفسي، والافتقار الواضح للقدرة على الحكم على الأشياء، والبلادة العاطفية، وعدم التماسك بشكل سريع إلى حد ما على المريض بطريقة لا تخطئها العين.

الهوس الاكتئابي

Manic-Depressive Insanity

قد تنشأ صعوبات جوهرية أحيانًا في التمييز بين البارانويا وحالات الوهم المرتبطة باضطراب الهوس الاكتئابي"Manic-depressive Insanity"، حيث تتخذ النوبات المرتبطة بالبارانويا مسارًا "ممتدًا" نسبيًا مع قلة الاضطرابات العاطفية اللافتة للنظر، بالاضافة إلى ظهور الأعراض

نتيجة لعوامل خارجية، أو حدوث لمزيج من الظواهر المرضية لأنواع مختلفة من الأمراض أو تبادل بين ظواهرمرضية مرتبطة بأمراض مختلقة، أو تعافٍ بطيء دون إدراك حقيقي للحالة.

وتجدر الإشارة إلى أنه في الأشكال المرضية المصحوبة بصبغة اكتئابية، يمكن من خلال الملاحظة الدقيقة التعرف بوضوح على الحالة المزاجية الكئيبة أو دائمة القلق التي تميز هذه الحالات. وعلى النقيض من ذلك، يظهر مريض البارانويا عادة درجة أقل من الانفعالات العاطفية، حيث لا يصبح غاضبًا أو ممتعضًا إلا عند الحديث عن المظالم التي تعرض لها. أما التقلبات الحادة في المزاج، مثل نوبات مفاجئة من المرح أو النشاط، والاندفاع نحو القيام بمشاريع، أو مؤشرات استرسال الأفكار، إلى جانب ظهور أفكار متعلقة بالذنب أو فقدان الأمل أو اليأس، فإنها تعد أدلة واضحة على اضطراب الهوس الاكتئابي.

الهوس الخفيف Hypomania

يتسم مرضى الهوس الخفيف "Hypomania" بنشاطهم الإرادي المستمر، حيث يتنقلون باستمرار بين خطط جديدة، على عكس السعي الثابت والمنتظم نحو هدف محدد الذي يميز حالة مريض البارانويا بالإضافة إلى ذلك، فإن التشتت الواضح وسهولة التأثر بالمحيط يعتبران من المظاهر المهمة التي تميز مرضى الهوس الخفيف. كما تتسم أوهام المرضى المصابين بالهوس الخفيف بطابع المرح أو التفاخر، مع احتمالية تغيُّر محتوى تلك الأوهام، بينما يحتفظ مريض البارانويا بقوة بقناعاته وأوهامه بنفس الأفكار.

وأخيرًا، يكون المزاج الهوسي المائل إلى نوبات غضب أو السخرية الذاتية من السمات المميزة لمرضى الهوس الخفيف وهو مختلف تمامًا عن الوقار والتحفظ أو الثقة الساذجة التي يظهرها المصاب بالبارانويا.

وبغض النظر عن طبيعة الصورة السريرية الفعلية، فإن وجود نوبات أخرى سابقة يعتبر أمرًا بالغ الأهمية بالنسبة لافتراض الإصابة باضطراب الهوس الاكتئابي ومن ناحية أخرى، فإن غياب نوبات أخرى سابقة أو لاحقة لا يمكن اعتباره دليلًا لتشخيص البارانويا حتى عند تتبع تاريخ المريض كما فعل "تومسن" لسنوات عديدة.

لقد رأينا بالفعل أن الفترات الخالية من الأعراض في اضطراب الهوس الاكتئابي قد تمتد لثلاثة أو أربعة عقود، والأهم من ذلك أن الحالات المميزة التي تظهر فيها نوبة واحدة فقط من المرض خلال الحياة ليست نادرة. وهذا هو السبب الذي يجعلني، مع "كلايست"، أشك بشدة في صحة وجود ما يسمى بالأشكال "الحادة" "التي تم علاجها من البارانويا، إلا إذا كانت هذه الأشكال تتدرج "Acute Abortive Paranoia" "تحت ما يسمى "البارانويا المتقطعة" الموضحة أعلاه.

الكاذبون والمحتالون

Liars and Swindlers

قد يبدو أن هناك تشابهًا خارجيًّا معينًا بين مرضى البارانويا والمرضى المصابين بأوهام مشابهة أوحتى المحتالين، نظرًا لظهور أفكار العظمة بشكل متشابه بينهم.

في حالة المحتالين، لا يتعلق الأمر بأوهام حقيقية، بل بـ "تخيلات وهمية"، وهي أفكار مفاجئة تُطرح بطريقة مرحة إلى حد ما، وتظهر وتختفي دون أن تكتسب تأثيرًا قويًا على الجانب الداخلي لشخصية الفرد. عادةً ما يكون محتوى هذه التخيلات أكثر تنوعًا وغرابة مقارنة بالأوهام المتشابهه التي تميز المصاب بالبارانويا، والتي تميل إلى أن تكون متسقة أكثر مع الظروف الفعلية للحياة. أما فيما يتعلق بالمطالبين الكاذبين بالعروش، أو مدعي الحقوق المالية، أو أولئك الذين يقدمون أنفسهم كمنقذين للبشرية، قد يُطرح أحيانًا السؤال حول ما إذا كان الأمر يتعلق بمصابين بالبارانويا أو بمحتالين واعين بأفعالهم.

والعامل الحاسم هنا هو ما إذا كان الأفراد المعنيون يعتقدون حقًا بعدالة مطالبهم أو بمهمتهم. ويمكن عادةً التحقق من ذلك من خلال المراقبة الطويلة نوعًا ما لمعرفة ما إذا كانوا يستغلون تصرفاتهم فقط لتحقيق أهداف أنانية، أو إذا كان الأمر ذاته بالفعل يشغلهم بصدق. يمكن أيضًا ملاحظة ما إذا كانوا يظلون متمسكين بمعتقداتهم حتى عندما لا يجلب لهم ذلك سوى المعاناة ام لا.

العلاج Treatment

وبطبيعة الحال، لا يمكن الحديث عن علاج فعلي للمصابين بالبارانويا، ومع ذلك، الأمل بحياة تخلو من ضغوط عاطفية قوية، محمية من التجاوزات، ومليئة بالنشاط المنتظم، قد تُسهم في منع تطور بذور البارانويا الكامنة وتساعد في تقليل حدة تفاقم المرض إذا ظهر.

وربما لا يمكن توقع علاج البارانويا الواضحه عن طريق العلاج النفسي المباشر إلا على يد محلل نفسي. وقد نشر "بيير" حالة من هذا النوع، حيث تمكن، دون استخدام التحليل النفسي الفعلي، ولكن عبر نوع من الإقناع الحذر من علاج وهم اضطهاد استمر لأكثر من عقد. ومع ذلك، فإن تشخيص البارانويا في تلك الحالة يثير شكوكًا جدية.

لذلك، سنقتصر في الوقت الحالي على محاولة إبعاد مرضانا قدر الإمكان عن الانغماس في أفكارهم الوهمية من خلال تشتيت انتباههم وإبقائهم مشغولين. وغالبًا ما تنجح هذه الاستراتيجية، وفي ظل ظروف مناسبة، قد يستمر هذا النجاح لعقود، لدرجة أن المرضى، رغم أوهامهم الواضحة، يمكنهم العيش بحرية دون صعوبة كبيرة. لذا، فسوف يتم بذل كل جهد ممكن لتجنيب هؤلاء المرضى العزلة في المصحات النفسية.

قائمة المصطلحات

- الاضطراب الدائري : Folic Circular
- الاكتئاب : Melancholia
- والخرف المبكر : Dementia Praecox
- البارانويا (جنون الارتياب): Paranoia
- البارافرينيا : Paraphrenia
- العته : amentia
- الهوس الحاد: Acute Mania

- السكري الغذائي: Alimentary Glycosuria
- مرض السكري الكاذب: Diabetes Insipidus
- ظواهر باندو :Basedow’s phenomena
- الهوس الخفيف :Hypomania
- الجنون العقلاني: Folie raisonnante
- الهوس الوهمي: Delusional Mania
- الهوس الهذياني: Delirious Mania
- الاكتئاب البسيط : Melancholia Simplex
- الذهول: Stupor
- الاكتئاب الوهمي الاضطهادي:Paranoid Melancholia
- الاكتئاب الخيالي: Fantastic Melancholia
- أوهام الوسواس القهري: Hypochondriacally delusions
- الاكتئاب الهذياني: Delirious Melancholia
- الهوس الاكتئابي القلق: Depressive or Anxious Mania
- الاكتئاب الحماسي (المثار): Excited Depression
- الهوس المقترن بالفقر الفكري: Mania with Poverty of Thought
- الاكتئاب المقترن بهروب الأفكار : Depression with Flight of Ideas
- الهوس المثبط Inhibited Mania
- التأثيرات النفسية : Psychic Influences
- سرعة الغضب: Irritable Temperament
- ذهان الهوس الاكتئابي: Manic-depressive psychoses
- مرض الزهري: Syphilis
- مرض السل : Tuberculosis
- الاكتئاب العصبي الوهمي: Neurasthenic melancholia
- الجنون السام: Toxic insanity
- القشرة الدماغية: Cerebral cortex
- التأثيرات النفسية Psychic Influences
- الفصام التوسعي : Expansive paraphrenia
- الشلل التخشبي: Catatonic morbid forms
- جنون الارتياب الحاد : Acute Paranoia
- البارانويا الدورية :Periodic Paranoia
- البرانويا الهلوسية :Hallucinatory paranoia

- بالانقلاب الفكري :Verrücktheit

- التفسيرات الوهمية Interpretations délirantes:

- وهم الاضطهاد :Delusion of persecution

- التدهور العقلي Degeneration:

- الاضطراب المزمن ذو التطور المنتظم Délire chronique à évolution: systématiqu

- أوهام الغيرة: Delusions of Jealousy

- أوهام العظمة والشهوانية: Delusions of Grandeur & Eroticism

- أوهام العظمة، المخترعون: Delusions of Grandeur، Inventors

- أوهام العظمة والنسب الرفيع: Delusions of Grandeur، High Descent

- الأوهام المرضية :Hypochondriacal Delusions

- الأوهام المنتظمة المتقدمة :Psychoses systématisées progressives

- الاضطرابات النفسية الدورية : Periodic psychoses

- بارانويا إسترسالية :Confabulating paranoia

- الهوس الأسطوري: Mythomania

- جنون الارتياب مجهول السبب: Idiopathic paranoia

- الجنون الهذياني: Confusional or delirious insanity

- الهوس المزمن: Chronic mania

- مرضى نفسيون : Psychopaths

- الوهن العصبي : Neurasthenics

- الهستيريا : Hysterics

- العلاقات الوراثية والاستعداد النفسي المرضي: Hereditary Relations and Psychopathic Predisposition

- الدوار الحشوي الدائري: Circularize visceral

- الوهم التظلمي : Quenilant Delusion Apperception

- مريض جنون التظلم: Manic Querulant

- الزهري الدماغي: Cerebral syphilis

- الفصام : Schizophrenia

- البارافرينيا: Paraphrenia

- هذيان الخيال: Delire D’imagination

- المزاج المتقلب الدوار (السيكلوثيمي) Cyclothymic Temperament

- العيوب الوراثية: Hereditary Taint

- الهوس الخفيف: Hypomania

- الهذيان الإستعدادي :Retrospective

- البارافينيا الكاذبة: Confabulating Paraphrenia
- هذيان التفسير: Delire d’interpretation
- الاضطرابات النفسية المتقطعة: Intermittent psychic disorders
- الهوس الدوري: Periodic Mania
- الهوس المعتدل :Mania Sine Deliria
- المزاج الهوسي :Manic Temperament
- الجنون الدائري Circular in- sanity
- المزاج الانفعالي: Irritable Temperament
- جنون الارتياب القهري: Abortive Paranoia
- الجنون الإختياري: Compulsion Insanity
- الجنون الجزئي : Partielle Verrücktheit
- كذكريات زائفة : Pseudo-memories
- بارانويا غير المكتملة أو الفاشلة: Abortive paranoia
- وساوس مرضية: Hypochondriacal
- الجنون :Verrtickicktheit
- الجنون العام: Allgemeine Verrücktheit
- الهياج الهوسي :Manic Excitement
- مرض هنتنغتون: Huntington’s chorea
- هيبوكوندرياسي (وساوس مرضية): Hypochondriacal
- مرض البارانويا: Paranoia
- الخرف المبكر : Dementia Praecox
- الأوهام المرضية Hypochondriacal Delusions
- أوهام العظمة والنسب الرفيع : Delusions of Grandeur، High Descent
- الارتياب مجهول السبب : Idiopathic paranoia
- مرض بارافرينيا السردية :Confabulating paraphrenia
- اضطراب في الإدراك النشط : Apperception
- الهستيريا التدهورية: Degeneration hysteria

الهوس الاكتئابي

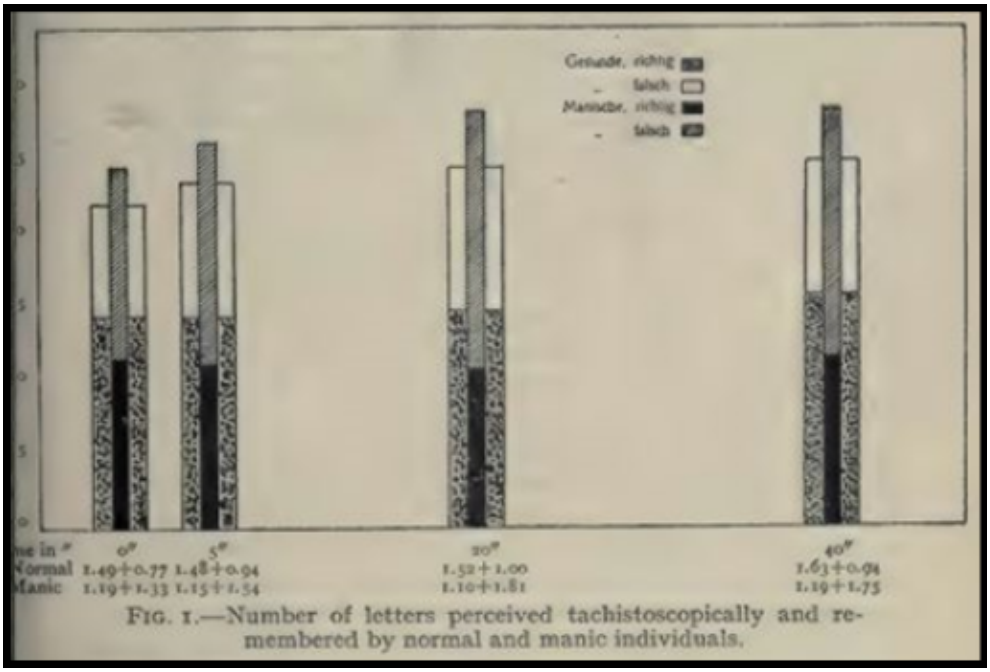
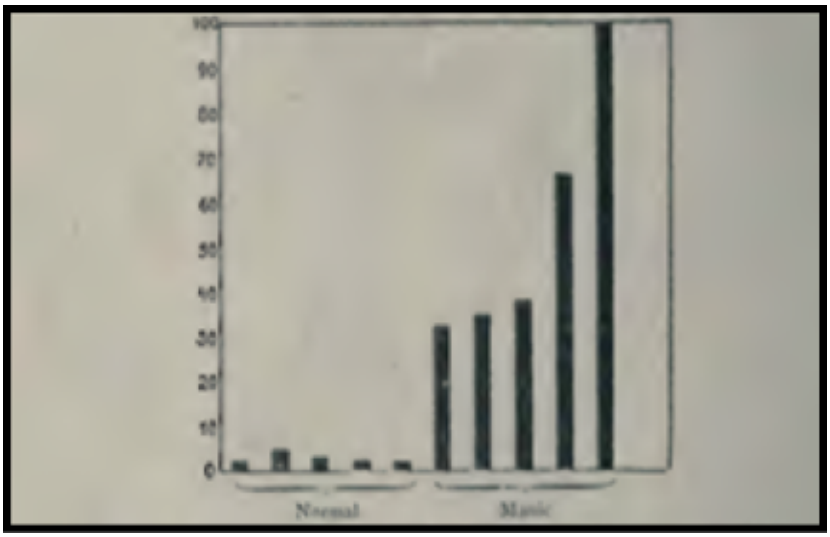
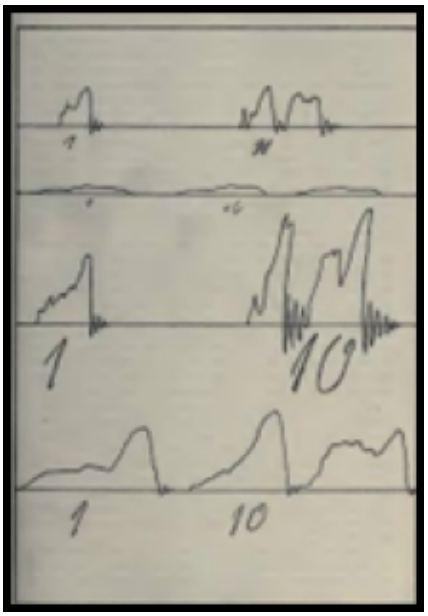


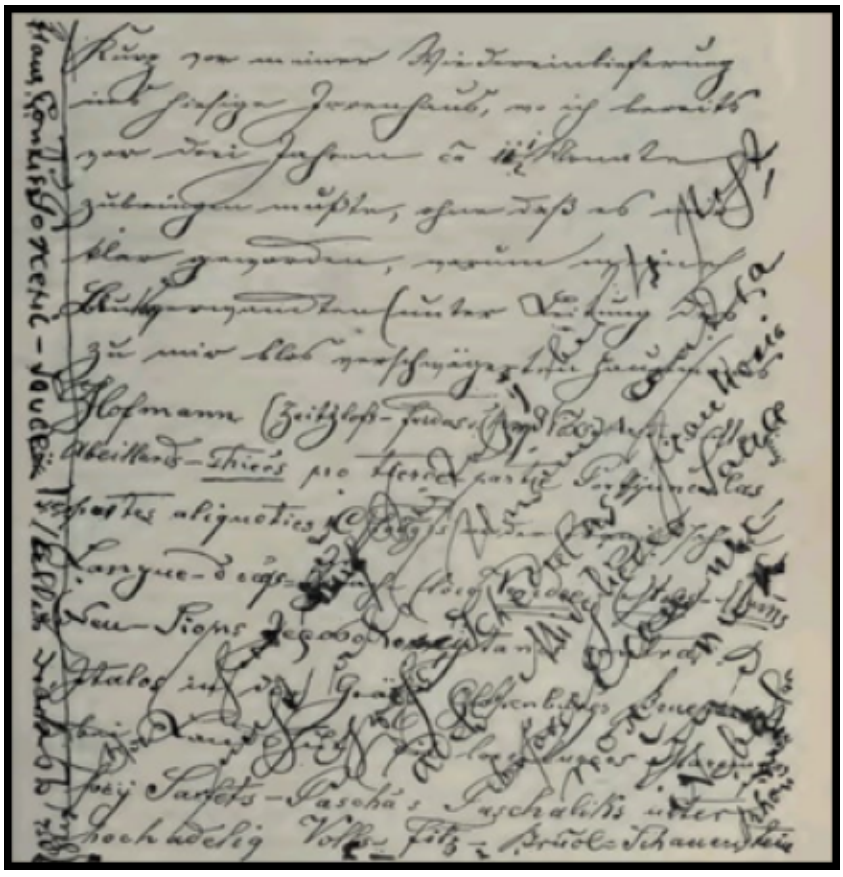
FIG. 1.—Number of letters perceived tachistoscopically and remembered by normal and manic individuals.

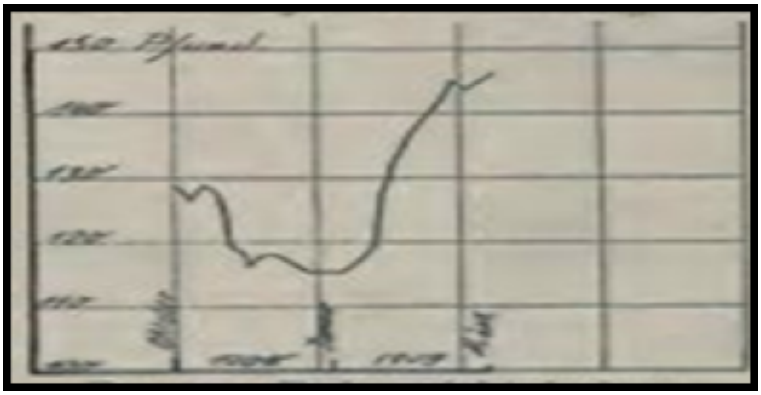
(شکل 4)

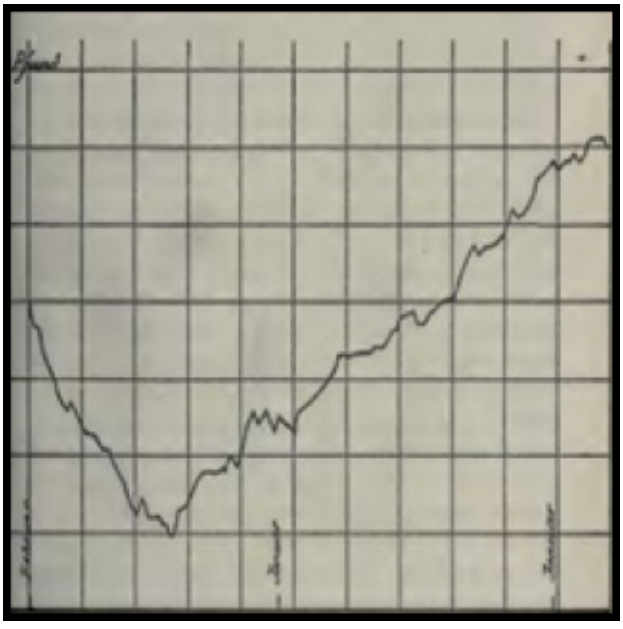
(شکل 5)

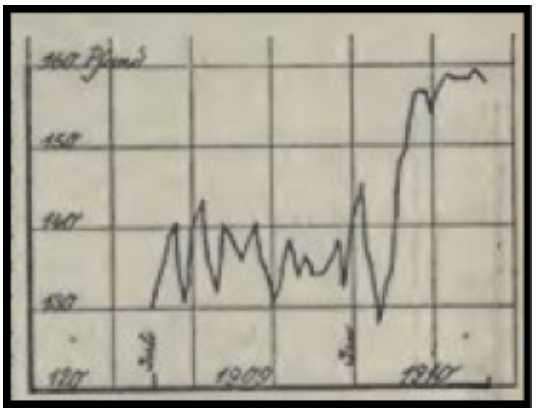

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
Normal
Manic


1
10
1
10









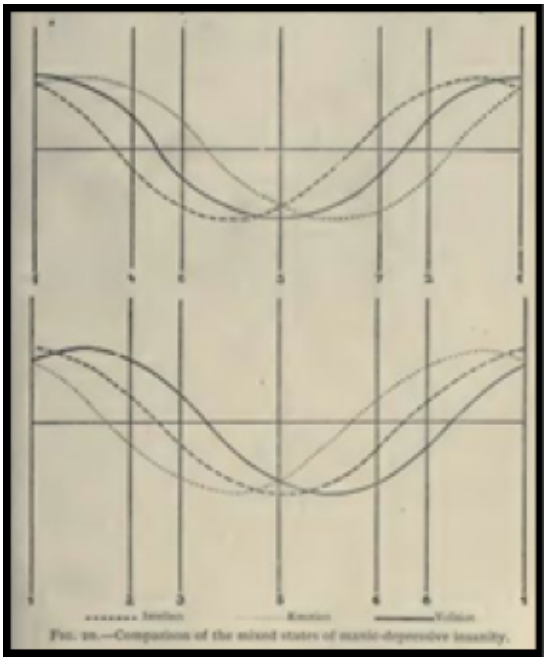


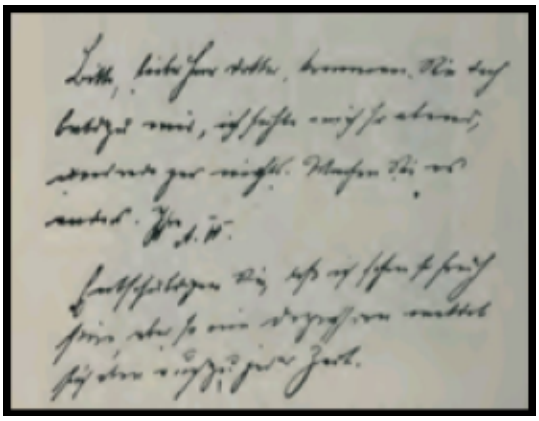
FIG. 10.—Comparison of the mixed states of manic-depressive insanity.

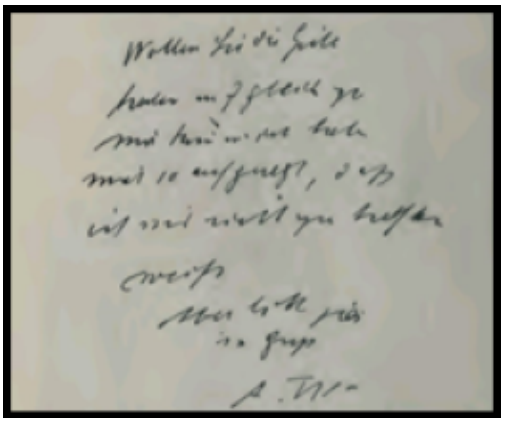
الشكل رقم (16)

الشكل رقم (15)

الشكل رقم (17)

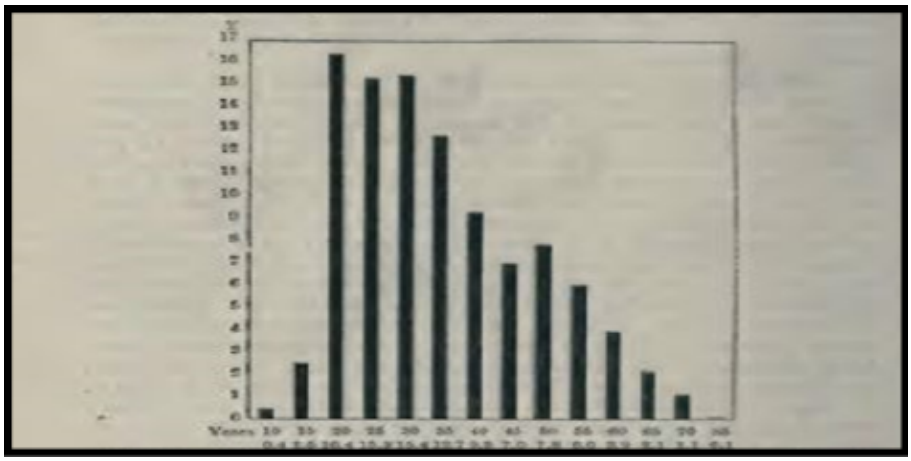
الشكل رقم (18)

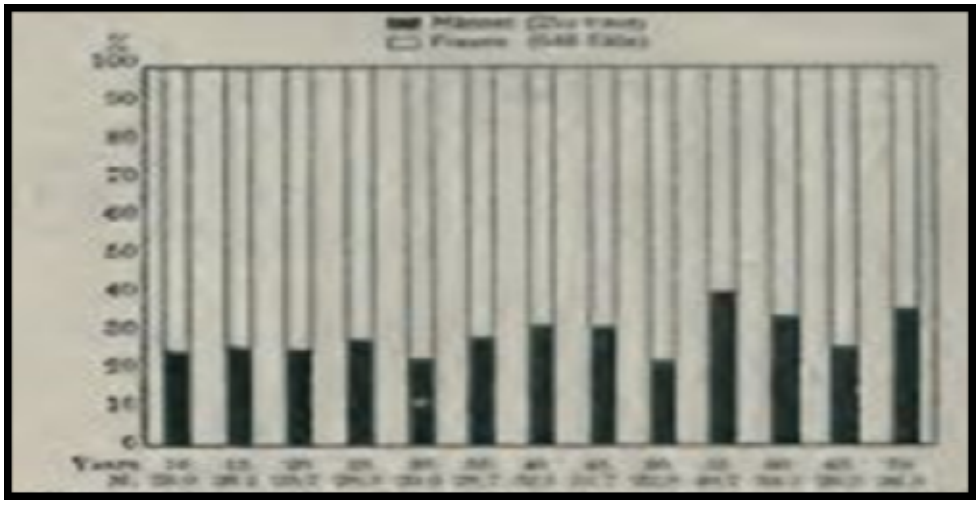




العينة رقم (1)

العينة رقم (2)





الفهرس

الهوس الاكتئابي 13
الفصل الأول 15
التعريف
الفصل الثاني 19

الأعراض النفسية
الفصل الثالث 55
الأعراض الجسدية لمرضى الهوس
الفصل الرابع 65
الحالات الهوسية
الفصل الخامس 79
حالات الاكتئاب
الفصل السادس 93
حالات مختلطة
الفصل السابع 109
الحـــــالات الأســـاسيـــــة
الفصل الثامن 127
تواتر الأشكال الفردية - المسار العام
الفصل التاسع 145
الأسبـــــاب
الفصـــل العاشر 167
تحديد الأشكال المرضية
الفصل الحادي عشر.....179
التشخيص
الفصل الثاني عشر 187
العلاج
جنون الارتياب 193 Paranoia
الفصل الأول 195
المقـــدمـــــة
الفصل الثاني 205
الأعراض المرضية العامة
الفصل الثالث 219
الحالات السريرية
الفصل الرابع 241
مسار المرض ونتائجه
الفصل الخامس 245
الانتشار والأسباب
الفصل السادس 269
التشخيص والعلاج
قائمة المصطلحات 277

www.darak-egy.com
01027251915 - 01098952125
51 ب، شارع النزهة من شارع رمسيس، القاهرة
info@darak-egy.com
darak_publishing
darakpublishing