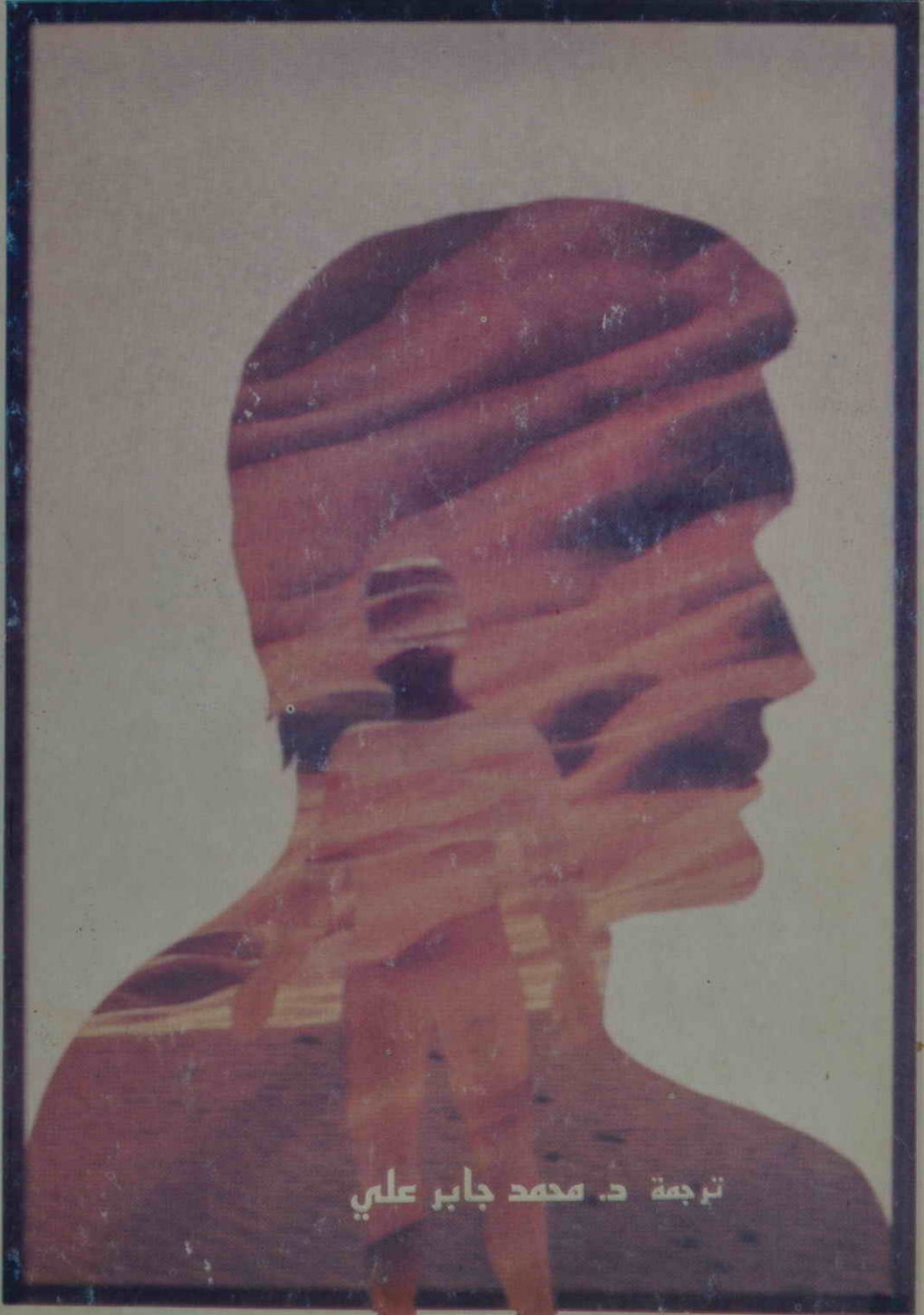


هربرت بنلسن

# العقل والجسم



ترجمة د. محمد جابر علي



دار المأمون

# العقل والجسم

دراسة نفسية فيولوجية



دار العلم

هربرت بنسن

# العقل والجسم

## دراسة نفسية فيسيولوجية

ترجمة

د. محمد جابر علي

دار المأمون للترجمة والنشر  
بغداد ١٩٨٩

# The Mind / Body Effect

Herbert Benson

# العقل والجسم

هربرت بنسن

دار المأمون للترجمة والنشر

وزارة الثقافة والاعلام

حقوق الطبع والنشر محفوظة

رقم الايداع في دار الكتب والوثائق ببغداد (.....) لسنة ١٩٨٩

توجه المراسلات الى :

دار المأمون للترجمة والنشر

وزارة الثقافة والاعلام

بغداد - الجمهورية العراقية

ص . ب : ٨٠١٨

تلکس : ٢١٢٩٨٤

طبع بمطابع دار الحرية للطباعة - بغداد

ترجم عن الانكليزية

# المحتويات

٩	مقدمة المترجم
١١	مقدمة المؤلف
١٣	الفصل الاول
١٩	الفصل الثاني (عقلك وجسمك)
٢٦	الودونية
٢٨	مرادفات معاصرة للموت الودوني
٣٣	الميكانيكية الفلسفية المتوقعة في الموت الودوني
٤٠	تجارب الحيوانات والموت المفاجيء
٤٣	الحالات المرضية والعوامل النفسية
٥١	الفصل الثالث
٦١	الفصل الرابع
٧١	الفصل الخامس
٧٥	التدريب الطبي
٧٩	التقنيات - التكنولوجيا - الحديثة
٨١	التخصص
٨٣	الفصل السادس
٨٥	المخاطرة مقابل المنفعة
٨٨	المبتدعات الطبية
٩٢	سبيل الحذر وسبيل الوقاية
٩٤	الانشغال بالصحة
٩٩	الفصل السابع
١٠٤	الالهم الوهمي
١٠٥	تخفيف الالهم
١١٦	المصالح التجارية في الالهم
١١٧	الفصل الثامن
١٢٧	الفصل التاسع
١٣٧	مراجع تمت الاستفادة منها في الترجمة
١٣٩	المصادر



## مقدمة المترجم

.. في عيادة صغيرة لاتخلو من أناقة وذوق، دار حديث بيني وبين الدكتور نيومن M.Neuman في زيارتي له في عيادته بمدينة واشنطن العاصمة. وقُدِّر للحديث أن يطول ولم يلبث الدكتور نيومن ان استلَّ بخفة الطبيب الماهر كتاباً القاه على الطاولة وقال: «اقرأ».. كان ذلك كتاب الدكتور هربرت بنسن (H. Benson). قرأت... واعجبت... واشترت الى الكتاب حين مناقشة مواضيعه مع طلبتي، واشدت به امام زملائي، حتى شاءت الاستعارات التي انهالت عليه ان توحى الي بترجمته. وها هو ذا «الاثر العقلي الجسمي».

وها هو ذا (د. هربرت بنسن) باسلوبه السلس الى حد البساطة، المعقد الى حد الإبداع. ففي استعراضه المتسلسل للأفكار سيجد القارئ الكريم كيف أن المؤلف يستطرد من الأوليات والبديهيات البسيطة حتى يصل الى ما يريد إثباته بطريقة مقنعة وعلمية. ولم تبعده الروح العلمية عن تساؤل طريف بين آونه وأخرى، يستثير به القارئ او عبارة لطيفة تسهل على القارئ الاستمرار. فمن جملة دلائل علمية الكتاب ذكر المؤلف ان جميع الحالات التي درست ووثقت في الكتاب كان المؤلف قد أخذ إذناً بنشرها ممن تعينهم هذه الحالات. ولم يغب عن ثقافته الواسعة ان يحيط بخبرات الحضارات السابقة في هذا المضمار. ففي حديثه عن الالم، اشار الى الآشوريين - مثلاً - وكيف استخدموا طريقة العصر الجزئي لتخفيف ألم عمليات الختان التي كانوا يجرونها. وفي عرضه للتأثيرات النفسية في العلاج استشهد - فيما استشهد - بالطبيب والفيلسوف العربي ابن سينا الذي استخدم الموسيقى في تهدئة بعض الآلام واعتبره واحداً من رواد علم السايكوسوماتيك.

ولحفظ هذا التراث الفكري، حرص المترجم على ان يحافظ على اسلوب الكاتب في تسلسل الأفكار وأن يضع أحياناً شيئاً من الاطار الحضاري لبعض النقاشات المطروحة فيه. فلا يغيب عن القارئ الكريم كيف أن المحيط الثقافي والحضاري يؤثر على أسلوب عرض الأفكار وأن إنارة جزء مما يتعلق بالمجتمع الذي ألف فيه الكتاب (المجتمع الأميركي) تصبح ضرورة لامناص منها. ولذا جاءت الهوامش التوضيحية التي أضافها المترجم، وأدرجت مصادرها في نهاية الكتاب. فعذراً للقارئ إن أحدثت تلك الهوامش إرباكاً أو كبسا غير مقصودين. أما الاصطلاحات والأسماء فقد تم الحرص على ذكرها باللغتين (العربية والانجليزية) حفظاً لمفاهيمها الحقيقية، التي قد تختلف معانيها وتفسيراتها بين العلم، والممارسة، والمعجم المعروفة. فقد ذكر المصطلح بلغته الأصلية وترجم بما تيسر للمترجم من علم متواضع في هذا الباب.

وكما تحقق المؤلف من أن العلاقة الوثيقة بين الطبيب والمريض تُعتبر من صميم العمل الطبي، فإن الكتاب قد يخدم العاملين في الحقل، وبخاصة طلبة الطب. فهو يعرض نظرة فريدة نحو الطب وتدريسه ودراسته وتصميم مناهجه وممارسته. فدونك «الاثر العقلي الجسمي»، ولتبدأ - عزيزي القارئ - أولى خطوات إقامة علاقة ودية بينك وبين سطور هذا الكتاب الذي إن وجدت فيه ما يمتع وما يفيد، فبفضل د. هربرت بنسن، وإن وجدت فيه شيئاً من القصور فإن عذر المترجم ان الكمال لله وحده.

- المترجم -

بغداد - ١٩٨٧



## مقدمة

لقد كانت ميولي البحثية - لأكثر من عقد من السنين - متركزة حول الربط بين علوم الطب والفلسفة (علم وظائف الاعضاء) وعلم النفس، والطب النفسي. ونتيجة لتلك الميول فقد اقتنعت بأن من الممكن تحويل الكثير من الممارسات الطبية والتدريسية والبحثية لكي تعطيك رعاية صحية أفضل. ولأجل تيسير تدريس هذه المفاهيم فقد صمم في كلية طب جامعة هارفرد درس مقرر لهذا الغرض. وكذلك فقد أنشئ قسم للطب السلوكي في أحد مستشفيات بوسطن للاستمرار على البحوث المشتركة في هذا الحقل ولأجل تطبيق تلك المبادئ في رعاية المرضى. إن إحدى مسلمات تدريس وممارسة الطب السلوكي، أن يتولى الأفراد مسؤولية أكبر تجاه صحتهم. فصحتك هي مسؤوليتك ومسؤولية طبيبك معاً إنها مشروع متبادل. *it is a two - way proposition*.

املي أن يقدم هذا الكتاب رؤية جديدة تتيح لك ولأعضاء المهنة الطبية فرصة لتفاعل أفضل، فإنه لم يكتب ليعطي نصائح طبية تخص الصحة الشخصية. ومع ذلك فينبغي أن تعرف ما يمكن توقعه من حقل الطب. حيث يمكنك تبني مدخل للرعاية الصحية أكثر فاعلية، بتبني بعد تاريخي. إن الموازنة المعقولة بين الممارسة الطبية التقليدية والحديثة، ضرورية لكي يبقى الناس أصحاء لأطول فترة ممكنة، ويحصلوا على أفضل علاج عند مرضهم. فبدون تلك الموازنة قد يصبح الكثير من الناس كتلك المرأة التي أشارت إليها التراتيل حسب مقولة القديس مارك (St. Mark) «إنها عانت كثيراً من الأطباء، وانفقت كل ما تملك، ولم تتحسن بل ساءت وضعيتها بشكل أكثر».

وبما أن الطب السلوكي ما يزال في نمو مطرد، فقد ينظر اليه بصور مختلفة. فلاولئك الزملاء الذين يعملون حالياً في حقل الطب السلوكي، أتعهد واثق بأن هذا الكتاب سيعتبر محاولة لتطوير ظاهرة طبيعية مهمة. ومن الممكن

استخدامه لغرض آخر غير «الطب السلوكي» (Behavioural Medicine) وهو «الصحة الكلية» (Holistic Health) او «الطب الكلي» (Holistic Medicine) او «الطب المتكامل» (Integral Medicine) او «الطب الانساني» (Humanistic Medicine) فكلها تعتبر مداخل متشابهة.

ان كل الحالات الدراسية المعروضة في هذا الكتاب - تقريباً - كانت قد عرضت في أدبيات طبية من قبل. ولم يتم الاستشهاد بآية حالة من حالات مرضاي الا بعد اخذ موافقتهم التحريرية.

لم استبعد كلياً استخدام صيغة المذكر للدلالة على الافراد، وذلك لكي لاتحدث حالة من الاربك نتيجة استخدام التعبير «هو / هي» او «له / لها». واعتذر لأولئك الذين قد يتأثرون لهذا الاستخدام.

اني مدين للمراقبين والباحثين الكثيرين الذين أسهموا بأدبيات المرض والصحة. وقد أشرت إلى اسهاماتهم كلما أمكن ذلك.

اشكر بامتنان كبير الدكتورة كارن كراسولر (Karen D. Crasswellee)

وجيمي كوج (Jamie B. Kotch) وپاتريشيا آرنز (Patricia A. Arns)

لمساعدتهم الرائعة في البحث وإخراج هذا الكتاب وعرضه. وكذلك أشكر

نانسي ماكينون (Nancy E. Mackinnon) لمساعدتها من خلال أعمال

السكرتارية. كما انظر بعين التقدير الى مساهمات مارك اپستين (Mark D. Eps-

tein) ومارثا گرینود (Martha M. Greenwood) اللذين أسهما في هذا الكتاب

من خلال عملهما في مشاريع بحث مقاربة. وللتوجيه الذي ابداه ديفد روسمان

(David M. Rosman) وكارل كروس (Carl R. Croce). كما اني مدين الى الابد

الى زوجتي مريلين (Marilyn) لأحكامها الرصينة وصبرها ودعمها.

لقد أنجزت جوانب مهمة من الكتاب عن طريق التبرعات التي قدمها السيد

والسيدة فرانك برينان (Frank M. Brennan) لذكرى جول جني الأخير (Joel

Chenney) وكذلك أتقدم بالشكر والتقدير لدعم روبرت الن (Robert L. Allen)

ووليم كوورز (William K. Coors). آملاً أن يساعد هذا الكتاب على تعميق

إيمانهم بمستقبل الطب السلوكي. لقد مؤل بحث هذا الكتاب وإخراجه -

بصورة جزئية - من قبل الجهات التالية: دائرة الصحة العامة في الولايات

المتحدة: برنامج مركز البحوث الطبية العامة (MH) (HL10539) (RR- 01032).

(MH25101).

# الفصل الأول



يبدو أن كل عصر ينظر الى العصور السابقة باعجاب كبير. فمنذ اكثر من ٤٦٠٠ عام سأل امبراطور الصين الأسطوري أستاذه الملهم (چي يو):

«لقد سمعت أن الناس في العصور القديمة كانوا يعمرن أكثر من مئة عام، ومع ذلك فإنهم احتفظوا بفعاليتهم ولم تتحلل تلك الفاعلية. ولكن الناس في أيامنا هذه لا يصلون الى اكثر من نصف ذلك العمر، ومع ذلك فانهم يعجزون ويسقطون. هل سبب ذلك أن العالم يتغير من جيل الى جيل؟ أو أن العنصر البشري أصبح يتجاهل (قوانين الطبيعة)!»

فأجاب معلمه:

«في العصور القديمة عاش أولئك الناس الذين فهموا (اسلوب التنمية الذاتية) عاشوا بانسجام مع فنون التنبؤ.

لقد كان هناك اعتدال في الأكل والشرب.. كانت ساعات استيقاظهم ونومهم منتظمة وغير مربكة. فبهذه الاساليب ابقى القدماء أجسامهم متوحدة مع ارواحهم، وذلك ليوزعوا فترتهم كلها لتبلغ مئة سنة قبل أن يموتوا».

إن بياناتنا الحاضرة الدقيقة تثبت عدم صحة الاعتقاد بأن الأجيال الماضية عمرت أزماناً أطول. فنحن نعيش الآن لا لفترة أطول من ذي قبل فحسب، بل نتمتع أيضاً بحياة أصح وذلك بفضل منافع الطب الحديث. ومع ذلك فهناك الكثير الذي لايرضى عن حالته الصحية. فالناس-نتيجة لعدم اقتناعهم بالمهنة الطبية-يطلبون المساعدة من منظمات وطقوس متعددة تعدهم بالخلاص من مشكلاتهم. وكذلك فالناس يطلبون العون من كتب لاتحصى، ترشدهم الى ما يأكلون أو مالا يأكلون، كيف يتمرنون أو يرتاحون وكيف يتصرفون. فلماذا لا يؤمن الناس بالنظام الطبي الحاضر، ويتجهون اليه لطلب النصح، ولاسيما أن الطب قد توصل الى تطورات هائلة وكثيرة؟

ان التطورات العلمية والطبية الحاضرة ذاتها تدفع بالطب بعيداً عن أهم احتياجاتك الأساسية. فكلما تطور مجتمعنا التكنولوجي الحديث، اعتبرت المداخل التي تم اختبارها على مدى الزمن غير علمية، وقديمة. وسأبين - من خلال استخدام بُعدٍ تاريخي - أن الطبّ استثمر مبادئٍ جديدة بالاهتمام احتفظ بها عبر العصور. ولأن فهم تلك المبادئ كان فهماً ساذجاً فانها لم تؤخذ مأخذ الاهتمام. وعلى كل حال فان الممارسات القديمة تسير سُبُلنا العلمية الحديثة، وينبغي أن يتم تبنيها في الطب. فينبغي أن لا نبدل مداخلنا القديمة الناجحة. بل يجب ان يتم التنسيق بينها وبين ممارساتنا الحاضرة. فبدون هذا التنسيق يبقى الطب بعيداً جداً عما نحتاج. فالطب - كما ينمو الآن - يزيد من إمكانيته لاحداث الضرر. فانا قلق من أن المنافع التجارية - التي تدفع الى الربح المادي - ستستغل حاجتك غير الملباة لغرض الربح المادي. بصورة مستمرة، وسينتج من ذلك المرض والعلل وعدم الرضى.

ففي الماضي - حينما كان الناس يُعدّون أفراداً متكاملين - كان مفهوم الصحة الجيدة يسيراً. ومنذ بدأت هذه المداخل التقليدية تستبدل بالعلاجات «العلمية الجديدة»، أخذت الرعاية الصحية تتدهور بصورة مستمرة.

يجب أن لا نحتجز في الأنظمة العضوية، أو المناهج العلمية أو التخصصات الطبية فان محتجزات من هذا النوع مناسبة لاكتساب المعرفة من جهة والى مداخل فعالة للمرض من جهة أخرى. فان حقيقة كونك فرداً متكاملًا كانت قد أهملت بصورة اكثر مما ينبغي. حيث ينبغي أن لا يُنظر الى جسمك وعقلك كأنهما منفصلان. وعلى الرغم من أن هذه التفرقة تسير الفكر الطبي المعاصر، فإنّ العقل والجسم لا يمكن فصلهما.

فالكثير يمكن كسبه من ربط القديم بالحديث. فمدخل التكامل هذا - بكل بساطة - ممارسة طبية جيدة. وبما أن عرض اي مفهوم يقتضي تعريفه أولاً، فإنّ مفهوم «الطب السلوكي» سيتم استخدامه لتمييز ما أريد عرضه. حيث يمكن أن تدرّس هذه المبادئ للأطباء، ولطلبة الطب، دون التخلي التام عن المقاييس الطبية الحاضرة. وبما أن الصحة الجيدة هي مسؤولية الطبيب والمريض معاً، فيجب إذاً أن تُحاط علماً بهذه المفاهيم.

ان الحلقة المفرغة المتمثلة في البحث عن الصحة والوقوع في المرض يمكن ان تكسر

بتبني مبادئ الطب السلوكي. ويمكنك اكتساب توقعات حقيقية عن صحتك. فضلاً عن ذلك فإن وعيك للاستغلال التجاري للاحتياجات الصحية سيضاعف إحساسك بالاعتماد على موارد التنبؤ والتقليل من الاعتماد على الأدوية. وعن طريق مقارنة المخاطر المتوقعة للممارسات الطبية بمنافعها ستكون أكثر تمكناً عند تناولك المشكلات الصحية. إن فهمك لمبادئ الطب السلوكي سيقود إلى عمق جديد في ممارسة الطب. ومن خلال هذا العمق فقد تصل إلى فهم أعمق لما تتضمنه الصحة الجيدة والسبيل إلى الحصول عليها.





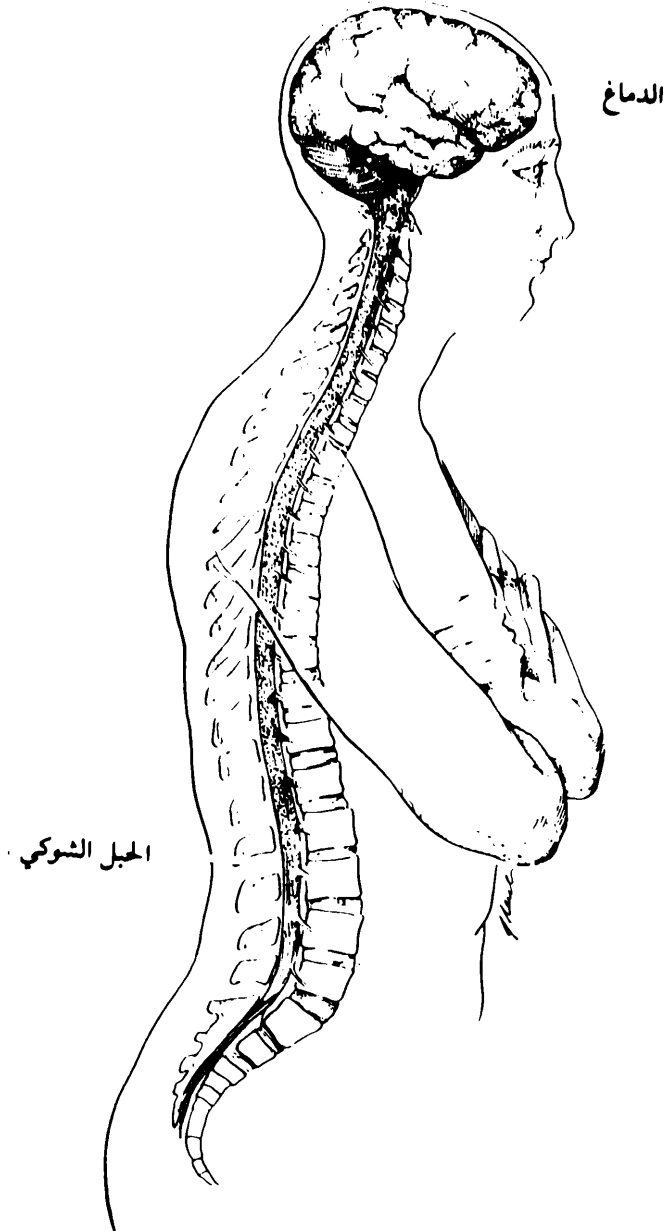
## **الفصل الثاني**

### **عقلک و جسمک**



لو قيل لك ان عقلك وجسمك لا يتفاعلان، فستتردد في قبول ذلك. ولعلك تتذكر حوادث الخوف او القلق التي كانت تصاحبها اعراض جسمية كالغثيان او التعرق او الوهن او تسارع ضربات القلب. فقد اصبحنا - لسوء الحظ - نعتقد بأن العقل والجسم ينبغي أن ينظر اليهما بصورة منفصلة. ان أمراض العقل تحظى باهتمام الأطباء النفسانيين، وعلماء النفس الذين يستخدمون - في الغالب - علاجات كلامية لفظية (لغوية) إضافة الى الأدوية. أما أمراض الجسم، فانها تعالج من قبل الأطباء الجسمانيين الذين يستخدمون الأدوية وأساليب العمليات ويوجهونها نحو العلاج. وبما أن أجسامنا مكونة من أجهزة عضوية مختلفة، فان الأطباء والجراحين يعالجون أجسامنا تبعاً لذلك. ولا يفترض «أطباء العقل» و «أطباء الجسم» دائماً أننا أحياء متكاملون بوحدة واحدة. وهناك محاولة لردم الهوية التقليدية بين الطب النفسي والجسماني. فالطب السلوكي يمثل مدخلاً مزدوجاً للرعاية الصحية، حيث يتضمن الطب والفلسفة والعلاج النفسي وعلم النفس. فهو يجعل من الممكن أن ينظر إليك باعتبارك فرداً متكاملاً. وهو يأخذ بالحسبان ان سلوكك له علاقة بصحتك ومرضك. ان جسمك وجودٌ معقد تعقيداً كبيراً، وهو متكون من الكثير من الأنظمة التي تسمح بالتفاعل بين المحيطين الداخلي والخارجي. فوظيفة الجهاز الهضمي إنجاز العمليات الغذائية وطرح الفضلات. ويؤدي الجهاز التنفسي وظيفة الحصول على الاوكسجين اللازم لتحويل الغذاء الى طاقة؛ ان هذا الجهاز يطرح كذلك اوكسيد الكربون والماء، تلك الأجزاء غير المستغلة من الطاقة. ويساهم الجهاز البولي والكلية في التخلص من المنتجات الزائدة. وجهاز الدوران يوزع الدم باستمرار من خلال (٥٠٠٠٠) خمسين ألف ميل من الشرايين والأوردة - تقريباً - ليجهز كل واحدة من بلايين الخلايا بالوقود اللازم لتأدية وظائفها. إن هذا الجهاز يحمل بعدئذٍ الوقود غير المستعمل الى مواقع أخرى لتحويله أو طرحه الى الخارج. فالدم ذاته وباحتوائه على الكريات الحمراء يمثل نظاماً آخر. فكريات الدم الحمراء تنقل الاوكسجين وأوكسيد

الكاربون، وكريات الدم البيضاء تهاجم الاصابات، وهي جزء لا يتجزأ من النظام المناعي للجسم. اما الحركة والمواقع فيولدها الجهاز العظمي / العضلي. وينظم نظام الغدة الدرقية (Endocrine) البيئة الداخلية لاجسامنا من خلال توزيع الهورمونات



- شكل رقم ١ - الجهاز العصبي المركزي -  
(يتألف الجهاز العصبي المركزي من الدماغ والحبل الشوكي)

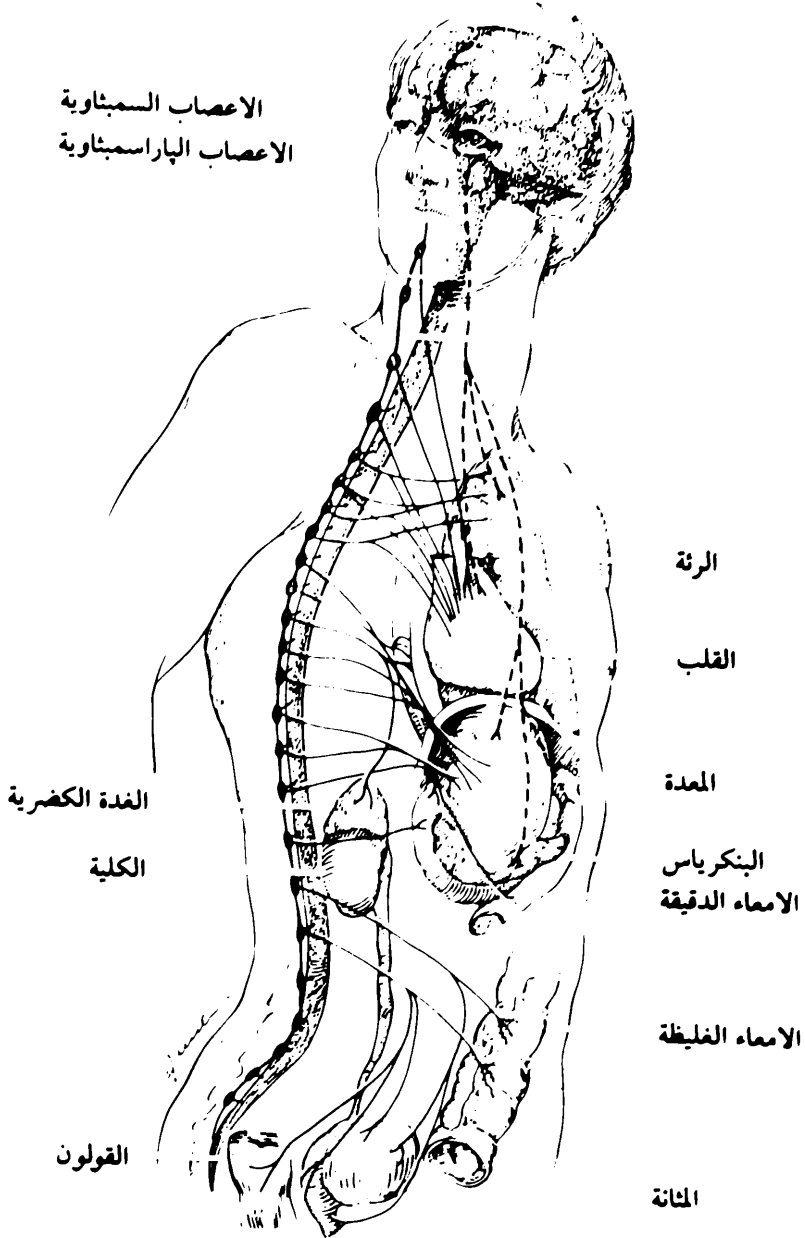
كالانسولين والثايروكسين والادرنالين . وجهاز التناسل يضمن استمرارية الجنس البشري من خلال عمليات حياتية وسلوكية معقدة. وتتربط هذه الانظمة - المختلفة اختلافا تاما - بواسطة الجهاز العصبي. انها مقسمة بصورة ذاتية (اوتوماتيكية) بين الجهاز العصبي المركزي والمحيطي. اما الجهاز العصبي المركزي فيتكون من الدماغ والحبل الشوكي. (انظر شكل رقم ١).

اما الجهاز المحيطي فانه يتكون من شبكة من الأعصاب تربط الأعضاء والأجهزة المختلفة في الجسم بالجهاز العصبي المحيطي. (انظر شكل رقم ٢).

فالجهاز العصبي المركزي يسمح بالتفكير والذاكرة. اما باقي الجهاز العصبي فانه يتيح لأجسامنا تفسير محيطنا الداخلي والخارجي - بصورة شعورية أو لاشعورية. اما نهايات الأعصاب المتخصصة بالنظر والشم والسمع والتذوق والأحاساس باللمس والحرارة، والضغط والالم، فإنها تقدم المعلومات. وينظم الجهاز العصبي كله الأحداث الجسمية، كحركة الدم وهضم الطعام أو التنفس. والجهاز العصبي ينظم استجابات الجسم للمحيط الخارجي. وغالبا ما تكون هذه الاستجابات مزيجا من ردود الفعل، يصل بعضها الى الشعور ولا يوفق بعضها الآخر في الوصول اليه. فحينما نرى أن حالة من الحالات صارت خطرة الى حد يتطلب هروبا جسديا، فنحن نقرر - بوعي - القتال أو الركض، ولكننا لاندرک ردود الفعل الفسيولوجية، كارتفاع التبادل الغذائي وارتفاع ضغط الدم، وازدياد سريان الدم الى الأعضاء الهضمية. إن أجهزتنا الجسمية ترتبط كلها ارتباطا متشابكا لغايات وظيفية مهمة. فكيف اذا يمكن أن نفصل بين العقل والجسم فصلا عمليا؟ وكيف ظهر مثل هذا الفصل المصطنع؟.

فمنذ أيام أفلاطون وطلبة العلم يعتقدون أن العقل والجسم متكونان من طبيعتين مختلفتين. فالعقل يمكنه أن يؤثر على الجسم، وكأنه مسيطر عليه. أما في القرن السابع عشر، فقد أوكل الرياضي الفيلسوف رينيه ديكارت (**René Descartes**) للجسم دورا اهم بكثير مما أوكله كثيرون من قبله. فلم يعد الدماغ سيد الاثنين. وباعطاء الجسم تأثيرا مساويا، أصبح من السهل النظر الى العقل والجسم على أنهما منفصلان. فالفصل المعاصر بين العقل والجسم مردّه الواضح الى ديكارت. فقد أكد

على ان الجسم ليس سوى ماكنة «بنيت من الأعصاب والعضلات والعروق (الأوردة) والدم والجلد، بحيث لايتوقف أداؤها لفعاليتها حتى لو لم يكن فيها عقل». ان



- شكل رقم ٢ - الجهازين العصبين المركزي والمحيطي -  
(يتألف الجهاز العصبي المحيطي من شبكة من الأعصاب التي تربط الاجهزة والاعضاء الاخرى في الجسم  
بالجهاز العصبي المركزي)

التفاعل بين العقل والجسم يظهر من خلال جملة فعاليات كحركة العضلات «التي مرجعها الإرادة». وعلى كل حال فما كان ينظر اليه بصفته وظيفه دماغية - كالحركات الموضوعية والتناسل على سبيل المثال - أصبح وظائف جسمانية. فالعقل قد يريد (من الإرادة) من الجسم أن يتحرك أو يهرب مما هو خطر، ويبحث عما يرغب فيه. ولكن الفعل ينفذ من قبل ميكانيكية العضلات والأعصاب الكائنة في الجسم. لقد كان العقل مسؤولاً عن التفكير والشعور - الذي يتضمن الإرادة أيضاً - وتركيب الأفكار والمشاعر والفهم، وما دعاه ديكارت بالعواطف (الرغبة والحب، والكرهية، والأمل).  
لقد اعتبر ديكارت العقل شيئاً مجرداً وغير مادي، والجسم محسوساً ومادياً. فالعقل كان موضوعاً للسببية ولوجود الله، والجسم للقوانين الميكانيكية. فالاثنتان منفصلان، كل مسؤول عن وظائفه الخاصة، ومع ذلك يتفاعلان بأسلوب يكاد يكون ميكانيكياً بحتاً. ورغم أن حجة ديكارت في الفصل بين العقل والجسم تبدو قديمة بشكل من الأشكال، لم يستطع أحد منذ ذلك الحين أن ينجح في دحض فكرة أن العقل والجسم لهما خصوصية مختلفة وواضحة.

ولتقليل هذا الاختلاف بينهما فقد ظهرت حقول كالطب النفسي / البدني (السايكوسوماتي). حيث يعطينا مفهومه خلفية ذهنية يرتبط بها العقل والجسم (\*)  
إن أحد أهم الدروس التي يقدمها هي أن أساليب التفكير ربما تقود إلى أمراض معينة. فعلى سبيل المثال، قد تترجم المشاعر التي لايتاح لها التعبير مراراً، ومشاعر الغضب والعدوانية، قد تترجم إلى اختلالات مختلفة كارتفاع ضغط الدم أو عدم انتظام ضربات القلب. ولعدم تمكن الطب النفسي / البدني من تقديم علاجات أكيدة لتلك الاختلالات، فإن الاعتقاد بأن العقل والجسم منفصلان لا زال سائداً. فالعلاقة التبادلية الوثيقة بين عقلك وجسمك لا يمكن إنكارها بنظر المعرفة العلمية الحديثة. ويظهر هذا الاحتمال في عمليات التفكير التي تقود إلى المرض وإلى الصحة في ذات الوقت. فهل بإمكان الأحداث النفسية - على سبيل المثال - أن تقود إلى الموت؟ إن

ليس الاهتمام بهذا الطب جديداً. فقد سبق ماتوصل إليه عالم الفسلجة (هانز ميلر) علماء واطباء عرب. كالشيخ ابن سينا ومحمد بن زكريا الرازي وابن بختيشوع. (المترجم)

مفهوم الموت الودوني **Voodoo Death** هو أحد الامثلة المتطرفة على التأثيرات السلبية التي يحدثها العقل على الجسم.

## - الودّونيه Voodoo -

ان الودّونيه تشكيلة من الممارسات الدينية يعتقد أنها تأصلت في إفريقيا كاسلوب لتقديس القدماء. وغالباً ما دعيت بالسحر الأسود، حيث يمكن النظر اليها على انها ارضاءً لحقوق الآلهة. فالذين يعتقدون الودونيه غالباً ما يعتمدون وسائل الغشيان والاغفاءات للاتصال بالآلهة. وعلى العموم فإن هذه العبادات تصور وكأن أرواحاً تمارس تأثيرات سلبية، أو ايجابية على الفرد. وتمارس الودونيه بصورة رئيسة بين جماعات إفريقية، وفي هايتي، وأميركا الجنوبية والجزر الكاريبية، في حين وجدت مذاهب أخرى مشابهة في استراليا ونيوزيلاندا وجزر مختلفة في المحيط الهادي. ومن بين القبائل الاسترالية قبائل يمارس فيها الأطباء الروحانيون (السحرة) عادة «الإشارة بالعظم»، حيث تنفذ بذلك قوة سحرية في روح الضحية. إن الغرض من تلك القوة هو إرباك روح الضحية إلى درجة إحداث الموت او المرض. فقد وثقت حالات كثيرة من الموت تعزى الى الودونيه. ففي عام ١٩٢٥ وصف الدكتور هربرت باسيديو (Herbert Basedow) إحدى هذه الحوادث:

«ان منظر الرجل الذي يتعرض الى «الإشارة بالعظم» من قبل الأعداء منظر يثير الاشفاق - في الواقع. فإنه يقف مذعوراً، عيناه تحدقان «بالمؤثر»، وبأيدي مرفوعة كأنها تنادي واسطة الموت يتخيلها تنصب في جسده. خداه أبيضان، وعيناه تتزججان ويصبح تعبير وجهه شائهاً **distorted** فظيلاً... يحاول ان يصرخ، ولكن الصوت يحتبس عادة في حنجرتة، وكل ما يستطيع المرء أن يراه هو الزبد في فمه. جسمه يبدأ بالارتجاج والعضلات تتلوى بصورة غير طوعية. يتمايل الى الخلف ويسقط على الأرض، وبعد برهة وجيزة يظهر وكأنه مغشى عليه. ولكنه



سرعان ما يتلوى وكأنه في نزعات الموت، ويبدأ بالأنين مغطياً وجهه بيديه، ويصبح موته قضية وقت قصير.

وتنتج حالات موت من هذا النوع بكثرة (وتتصف بتغيرات فسيولوجية معينة) من «تأشير العظام» وممارسات أخرى مشابهة. أن نجاح مثل هذه الممارسات يعتمد على وعي الضحية بدخول الروح وارتباطه بمعتقدات مجتمعه وإيمانه بها. لقد قادت هذه العوامل الى الاعتقاد بأن أي أمل في الهرب يصبح مستحيلًا. فلقد ناقش هذه القوة الروحية الدكتور والتركانون (Walter B. Cannon) (وهو الفسيولوجي الشهير من كلية طب هارفرد الذي عاش في بدايات هذا القرن) ناقشها بين مواطني نيوزيلاندا الأصليين «المواري» (Maori) حيث تفرض معتقداتهم الروحية المرتبطة بزعمائهم الروحيين حواجز قوية جداً مع كونها خيالية محضة.

«إن أي خرق لتلك الحواجز يحتمّ الموت على المنتهك، متى ما أصبح واعياً لما اقتترف. إنها قوة هائلة من الخيال، من خلال رعب مركز».

لقد تحدث «كانون» عن حادثة شاب من السكان الأصليين نام خلال سفرة في بيت أحد أصدقائه. فقام الصديق بتحضير وجبة فطور من الدجاج البري (الذي يحرم أكل فراخه تحريماً جازماً). سأل الشاب عما إذا كانت الوجبة تحتوي على الدجاج البري، فقال المضيف: «لا». عند ذلك أكل الضيف وجبته وغادر صديقه. التقى الصديقان بعد عدة سنوات فسأل الرجل الكبير صديقه هل يأكل الدجاج البري الآن. أجاب الشاب إنه لم يأكله منذ أن أمر بذلك. فضحك عندها الرجل الأكبر وأخبره بأنه خُدع مرة وأكل ذلك الطعام المحرم. زعر عندها الشاب وارتجف. وخلال ٢٤ ساعة قضى نحبه.

لقد أعرب كانون عن حقيقة ظاهرة الموت الودوني التي يمكن أن تعزى إلى هزة انفعالية تقود الى رعب مكبوت. لقد لاحظ أن هذه الظاهرة تظهر بصورة طبيعية بين الأشخاص الموسوسين الى درجة يصبحون معها «غرباء مذهولين في عالم متوحش». ان البيئة الاجتماعية ذات أهمية كبيرة في إبقائها للقيم الاجتماعية في عالم مبهم. فالانسان المحروم من دعم الجماعة هدف لرعب يفوق الخيال. ويكمل كانون حديثه قائلاً:

«في عزلته تقدر الأرواح الخبيثة التي يؤمن بها والمحيطه به من كل جانب على إيذائه إيذاءً فاجعاً يفوق قدرته على المقاومة، وتقدر على تنفيذ قوتها الشريرة فيه بتسلط. وفي خضم هذا المصير المشؤوم المروع (الذي دعي يوماً بأنه أعظم رعب متطرف معروف) يمتلئ الضحية المذعور بشقاء ووهن كبيرين، حيث التهديد المباشر بالموت».

## - مرادفات معاصرة للموت الودوني -

لقد وثقت مرادفات للموت الودوني في العالم الغربي من خلال حالات دراسية. ولأسباب واضحة لا يمكن أن تجرى البحوث المختبرية المنظمة على الموت كنتيجة للعوامل الانفعالية. ومع كل ذلك فقد زودتنا الحالات الدراسية بأساس لتحليل الحالات النفسية التي يتكرر ارتباطها بحالات الموت الناتج عن ترسب عوامل انفعالية. ويمكن وصف إحدى تلك الحالات النفسية بأنها حالة من الاحساس بالوهن واليأس. ويعتقد الدكتور جورج أنجل **George L. Engel** استاذ الطب والطب النفسي في المركز الصحي في جامعة روجستر بأن اعراض اليأس والوهن هي المكونات الأساسية لما سمّاه بعقدة « اليأس والخلص» - **Giving - up Given** ) **up Complex** فقد جمع انجل مئة فقرة من صحف مختلفة من مختلف أصقاع العالم، ركزت على ظهور الموت المفاجيء تحت ظروف غير طبيعية. لقد أشارت تحليلات الجوانب النفسية للحالات الحياتية المختلفة، الى ان العامل المهم هو كيفية استجابة الفرد وليس ظاهر الحدث او الظروف المحيطة به. فالعامل الغالب هو الاحساس بفقدان القوة اللازمة للتصرف والتكيف لمتغيرات البيئة.

وتكشف الدراسات التالية مواصفات مدهشة لحالات من الموت المفاجيء وهي الاحساس باليأس والحكم الذي يسبق النهاية. فقد ناقش الدكتور ليون شاول - **(Leon J. Saul)** من بنسلفينيا - حالة دراسية لرجل في الخامسة والأربعين. فقد وجد نفسه في ورطة اضطرته الى الانتقال الى مدينة اخرى. وقبل رحيله مباشرة ظهرت

صعوبات جعلت من انتقاله أمراً مستحيلاً. وبألم شديد ومعاناة استمر في خطة الانتقال. لم يستطع تقبل حياته قبل هذه الحالة ولا الآن. ولم ير أي خيار آخر. وفي حوالي منتصف الطريق الى المكان المنشود، توقف قطاره في مدينة ما. فترجل الرجل ليتمشى على الرصيف. وحينما نادى مسؤول الخطوط على الركاب ليصعدوا كان اقتناع الرجل بعدم استطاعته على الاستمرار عالياً وكذلك احساسه بعدم القدرة على العودة. لم يبدُ حينها اي حل ظاهر لمشكلته. عند ذلك سقط ميتاً بصورة مفاجئة دون ان يكون هناك سبب ظاهر للموت. لم يكن يشكو أية مشكلة طبية سابقة. وتظهر لنا هذه الحالة كيف تكون الحياة بحالة فوق طاقة التحمل، حالة من الاختناق وعدم القدرة على الهرب. ولربما يحدث الموت على المستوى النفسي أولاً في حالة اليأس القصوى.

لقد أفاد شاول أيضاً عن حالة امرأة في الثالثة والثلاثين، متزوجة ولديها أربعة أطفال. كان تاريخها الطبي سليماً، رغم معاناتها من ربو خفيف بين آونة وأخرى. لم يكن زواجها مستقراً وذلك لعصبية زوجها الذي كان يضربها احياناً. فقد كان يكسر الأثاث حينما يثور في بعض الأحيان. كانت تخافه، وغالباً ما شكت من سلوكه. فتزايدت تعاستها رغم تكيفه لنزعاته وتحسينه لسلوكه. تطور أمرها الى حالات من أوهام الارتياب والذهان (پارانويا) مدعية أن زوجها يتآمر عليها وعلى أطفالها. لقد كانت كذلك تعاني من علاقتها بأبويها. ولم تنجح محاولات علاجها. فلقد أحست بعدم القدرة على العيش مع زوجها خوفاً من مؤامراته.. ومع ذلك فقد شعرت بعدم قدرتها على تركه. وتمثل هذه الحالة انعدام القدرة على الهرب. وفي هذه الأثناء بدأت لديها صعوبات في التنفس، وبعد رعاية صحية فائقة في مستشفى راق توفيت فجأة.

كما عرض شاول حالة رجل في الأربعين انحدر من عائلة مرفهة غنية. فلم يفتقر الرجل الى الامور المادية، ولكنه افتقر الى القدرة على الاستقلال وتحمل المسؤولية. وقد حصل له ابواه على مناصب مرموقة املاً في مساعدته على النضج نتيجة تحميله المسؤولية. ورغم تمتعه بالسلطة والثروة التي وفرتها له تلك المناصب فإنه أهمل العمل. فتركته زوجته وسرعان ما أصبح عاطلاً. ولم يكن بوسعه الحصول على عمل آخر. تحسر على المال والنجاح الذي كان يوفر له اعتزازه بنفسه. وفوق ذلك فقد عانت عائلته خسائر مادية. فساءت حاله اكثر حينما عاقر القمار ورفضت عائلته مساعدته

قطعياً. كان الرجل خائفاً من الضرب لولم يسدد ديونه، وحين انعدمت مساعدة أهله لم يكن لديه منفذ للهرب. وبعد مكالمة قصيرة مع أمه طلباً للمال، سمع رفضها فتوفي بصورة مباشرة ومفاجئة.

وكذلك فقد اورد الدكتور جون كولج (John C. Coolidge) من كامبرج ماساشوستز حالة دراسية أخرى للموت المفاجيء تميزت بالاحساس الشامل باليأس والعجز. فقد وصف مامرت به امرأة متوسطة العمر كانت تحت التحليل النفسي (\*). لقد عبرت عن مشاعر بعدم الفائدة واقتنعت بان الموت هو الحل الوحيد لتلك الحالة غير المحتملة. احست بتورطها في زواجها التعيس وفي ذات الوقت بعجزها عن الخلاص منه. كانت حساسة بأفراط تجاه الاهمال. وبعد معاناة لسلسلة من حالات الرفض والاهمال من قبل زوجها وطفلها الوحيد وكذلك طبييها، انهارت بصورة غير متوقعة وتوقف قلبها تماماً، بعد فترة من النبض غير المنتظم الخطير «الرجفان الليفي البطيني» Ventricular Fibrillation. ولم تعط النتائج التشريحية بعد ذلك أية اشارة لمرض قلبي. فقد بين كولج أن فهم الديناميكية النفسية للمريض من شأنه ان يوضح الحالة.

فمنذ نعومة أظفارها والمريضة تتعلم ضبط سلوكها التلقائي وتعبيراتها الانفعالية. لقد أدى الماضي النفسي للمريضة خلال فترات الضغط النفسي بالمؤلف الى القول: «بأن الطريق النفسي الوحيد المتاح للتنفيس عن التوتر الانفعالي كان داخلياً وجسدياً».

ان وقع حالة اليأس على الصحة واضح في حالة ناقشها الدكتور جيمس ماثيس (James L. Mathis) - من المركز الصحي في جامعة اوكلاهوما - في مقالة له بعنوان: «الجزء المعقد من الموت الودوني». فقد تعرض رجل متزوج في الثالثة والخمسين إلى ازمت من نوبات الربو نسبت الى تأثير أمه عليه. ومع أن العلاج الطبي لكل نوبة كان يؤدي الى شيء من التقدم، لكن المريض أصبح كئيباً بصورة متصاعدة، وكان يعبر عن مشاعر اليأس. وفي يوم من الايام كان الرجل يزعم إبرام صفقة عمل بدون موافقا

---

\* التحليل النفسي Psychoanalysis اسلوب متقدم في الكشف عن دواخل النفس البشرية واعماقها ويرجع الفضل في اكتشافه الى العلامة الطبيب سكموند فرويد. ويفوق هذا الاسلوب التقليدي في التنويم المغناطيسي (Hypnotism) الذي كان يستخدم في بدايات تطور علم النفس السريري (المترجم)

امه . فتنبأت له أمه بكارثة - ان لم يطعها . لقد سبب تكرارها لذلك التنبؤ وتذكرتها إياه بأن « شيئاً ما سيقع عليك » نوبات ربو متكررة وتشنجات عضلية تطلبت تطبيقاً كثيراً . وفي هذا الصدد لم تستبعد الارشادات النفسية كمحاولة لرفع كآبة الرجل وادعائه مراراً أن حالته ميئوس منها . لقد أجرى قبل موته - بعد سبعة شهور من العلاج - مكالمة لأمه أخبرها فيها بخططه لاستثمار أمواله في عمل آخر . وقال لها انه لن يحتاج لمساعدتها فأعادت له امه عباراتها المعهودة « نتائج رهيبية » . وبعد ساعة وجد الرجل ميتاً . لقد لاحظ مايثز ان تأريخ مرض هذا الرجل يتماشى بشكل كبير مع مواصفات الموت الودوني . فالموت النفسي الذي سببه دعاء الأم الحاقدة ليس سوى صورة عصرية للموت الذي يسببه طيب ساحر بدائي .

إن الخوف المفرط حالة نفسية مرتبطة بالموت المفاجيء ، وهناك حالتان يمكن العثور عليهما في كتاب العهد الجديد (الانجيل) :

«ورجل اسمه حنانيا وامراته سفيرة باع ملكاً واختلس من الثمن وامراته لهاخبر بذلك . واتى بجزء ووضع عند أرجل الرُّسُل فقال بطرس ياحنانيا لماذا ملاً الشيطان قلبك لتكذب على الروح القدس وتختلس من ثمن الحقل . اليس وهو باقٍ كان يبقى لك . ولما بيع ، ألم يكن في سلطانك . فما بالك وضعت في قلبك هذا الامر . انت لم تكذب على الناس بل على الله . فلما سمع حنانيا هذا الكلام وقع ومات .. ثم حدث بعد مدة نحو ثلاث ساعات ان امرأته دخلت وليس لهاخبر ماجرى فأجابها بطرس قولي لي أبهذا المقدار بعتما الحقل؟ فقالت نعم بهذا المقدار . فقال لها بطرس: ما بالكما اتفقتما على تجربة روح الرب . هوذا أرجل الذين دفنوا رجلك على الباب وسيحملونك خارجاً . فوقعت في الحال عند رجله وماتت»<sup>(\*)</sup>

لقد كتب في الدورية الطبية البريطانية عام ١٨٦٠ عن موت مفاجيء سببه الخوف . فقد ضبطت خادمة صحيحة البنية وهي تسرق الطعام ، فسقطت ميتة حالاً .

\* حفاظاً على دقة النص الاصيل وخوفاً من ان تحرف الترجمة ايا من الكلمات فقد نقل النص من الكتاب المقدس - اعمال الرسل ، الاصحاح الخامس (المترجم)

ولم يكشف التشريح اي تغييرات مرضية تذكر.

كما وصف لنا الدكتور باركر (J. C. Barker) من شروز بري في انكلترا حالة رجل في الاربعينات أدخل المستشفى في حالة يرثى لها، وكان تنفسه سريعاً بإفراط. لم يكن لديه أي تاريخ طبي يذكر. وفجأة تشبث بالموظفة الصحية باكياً «دكتورة، دكتورة اني سأموت، اني سأموت... لاتدعيني أموت أرجوك.. أرجوك» أعطى الأوكسجين ومواد من شأنها أن تسهل تنفسه. صرخ ثانية ثم سقط في سريريه بصورة حادة. وبعد نصف ساعة من دخوله المستشفى كان قد توفي. ولم يكشف التشريح الدقيق عن أية أعراض مرضية، فقيدت الحالة بأن الرجل «مات خوفاً».

لقد عرض الدكتور أرك مننجرثون لرجنثال (Erich Menninger Von Ierc-henthal) عدة حالات للموت المفاجيء الذي سببه الخوف. وقد أخذت إحدى هذه الحالات من مذكرات جوزف هايدن (Joseph Hayden) الذي كتب في ٢٥ نيسان من عام ١٧٩٢م:

«في السادس والعشرين من آذار وفي سمفونية السيد بارثولسن في لندن كان هناك ذلك الرجل الذي حالما سمع حركتي البسيطة البطيئة، سقط في هوة من الكآبة الانفعالية سببها حلم رآه في الليلة السابقة سمع فيه نفس المعزوفة ترتل في جنازته، وسرعان ما ترك المجموعة ذاهباً الى فراشه. واليوم سمعت من السيد بارثولسن أن ذلك الرجل المتدين قد توفي».

كما تحدث لرجنثال أيضاً عن حالة رهيبة لمدرس مساعد بغيض في كليته. وفي تمثيلية مفتعلة حكم عليه بالموت، ورتبت له تمثيلية جنازية بشكل يكاد يكون جدياً. أمسك بالمدرس بحيث يكون رأسه على قاعدة قطع الرأس وربطت عيناه برباط. عند ذاك قلد أحد الطلبة صوت فأس في نفس الوقت الذي رمى فيه طالب آخر قطعة قماش مبللة دافئة على رقبة المساعد، فتوفي الرجل مباشرة.

لقد تعرضت للتحليل كثير من حوادث الموت المفاجيء الذي يسببه الخوف، والانفعالات المركزة الاخرى من جملة حالات الجنود الذين تعرضوا الى الضغط النفسي في الحرب العالمية الثانية. حيث أجريت بحوث واسعة ودقيقة لأربعين الف (٤٠٠٠٠) حالة تشريح استلمها المعهد العسكري للأمراض في عام ١٩٤٦

وبواسطة الدكتور الان موريتز (Alan P. Moritz) والدكتور نورمن زامجك (Nor-man Zamcheck) وفي الوقت الذي كانت حوالي (١٠٠٠) حالة من حالات الموت المفاجيء تعزى الى اسباب محددة بقيت حوالي ١٤٠ حالة تم بحثها بدقة ووصفت (بعد الموت) بانها وفاة اعتيادية. غالباً ما تستبدل الفحوصات المرضية الدقيقة بالدراسات السميّة (Taxicological) - اي التحاليل الكيماوية للسموم. لذلك فان نتيجة الفحص بعد الوفاة ليست كافية لوصف فشل الدورة الدموية او التنفسية غير المتوقع، أو أي سبب مباشر للموت. ولذلك فإن عدد حالات الموت من الخوف يشكل ١٤٪ من حالات الموت المفاجيء في هذا البحث.

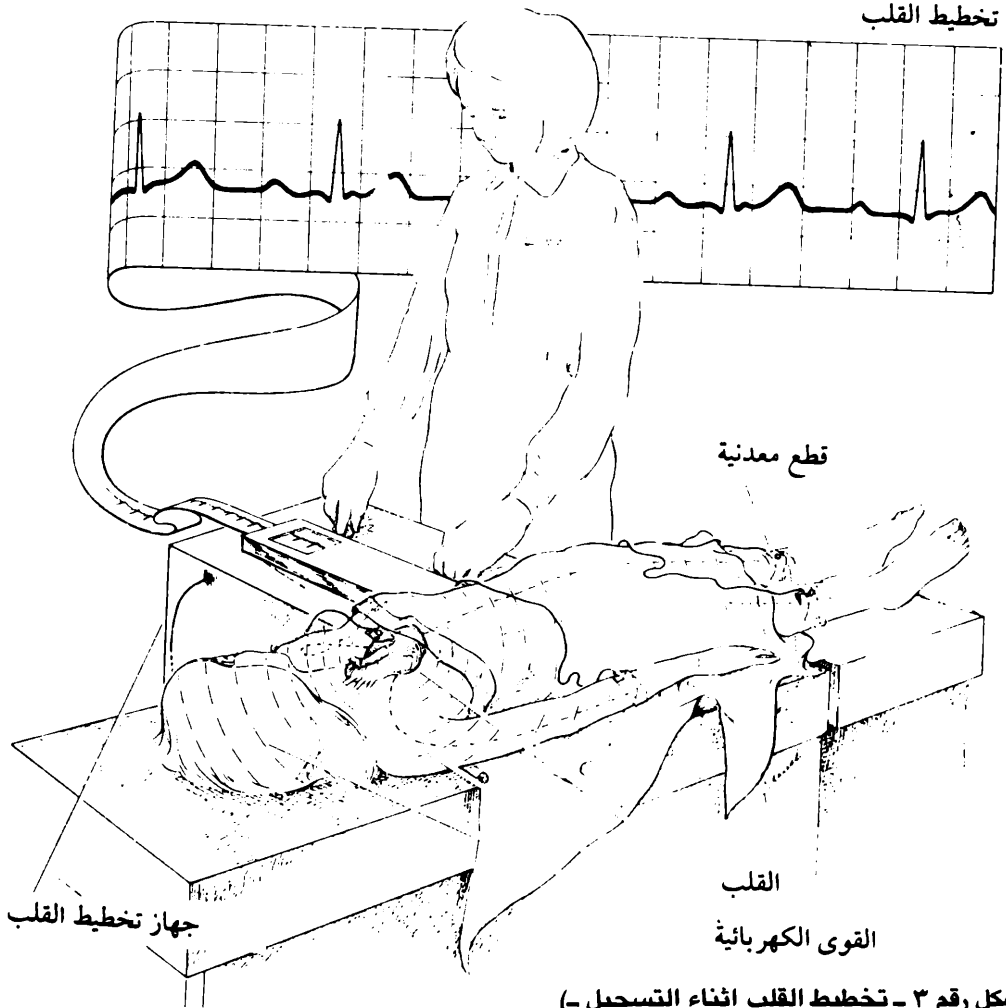
## - الميكانيكية الفسلجية المتوقعة في الموت الودوني -

إن ما يمكن توقعه من ميكانيكية فسلجية للموت المفاجيء هو اضطراب وظيفة القلب الاعتيادية. فالموت الذي يظهر فجأة، أو بصورة غير متوقعة، خلال فترة دقائق معدودات في شخص ذي صحة مستقرة، يمكن أن يعزى الى انقطاع دوران الدم. فإن الموت المفاجيء، كما أوضح، مرجعه إخفاق في جهاز الدوران. أما الموت الذي سببه توقف أداء الأعضاء والأجهزة الطبيعي، فيسبقه عادة توقع صحي، ويظهر بشكل أبطأ بكثير جداً. لذا فان حالات الموت المفاجيء المرتبطة بحالة نفسية متوترة، كاليأس والوحداية والخوف فوق الطاقة، وانفعالات شديدة أخرى... لها علاقة شبه أكيدة بظروف جهاز الدوران. ولكي نحسن استيعاب ميكانيكية هذه الحالات، يصبح ضرورياً شرح جهاز الدوران شرحاً أكثر تفصيلاً.

يوزع جهاز الدوران وقوداً مهماً إلى كل الوحدات العاملة في الجسم. وتعتبر أنواع الوقود تلك - كالغذاء والأكسجين - ضرورية لانتاج الطاقة اللازمة لتشغيل الأجهزة الأخرى في الجسم تشغيلاً فعالاً. فالدم ينقل الوقود في الأوعية الدموية والشرايين والأوردة. القلب هو المضخة. فحركة الضخ فيه تحدث بواسطة الانقباض (التقلص الذي يحدث في عضلة القلب دافعاً الدم من القلب الى الأوعية الدموية المختلفة).

فحينما يحدث أن يرتاح القلب بين التقلصات، فإنه يكون مملوءاً بالدم القادم من الأوعية الدموية المتفرقة. فضربة قلب واحدة تحتوي مرحلتي تقلص وانقباض. لذلك فاستمرار سريان الدم في الجسم يديمه الانقباض والتقلص المتبادلان. أما السيطرة على درجة هذه الفعالية الميكانيكية للقلب وإيقاعها فهي كهربائية. فهناك اقتران وثيق بين الحوادث الميكانيكية والحوادث الكهربائية.

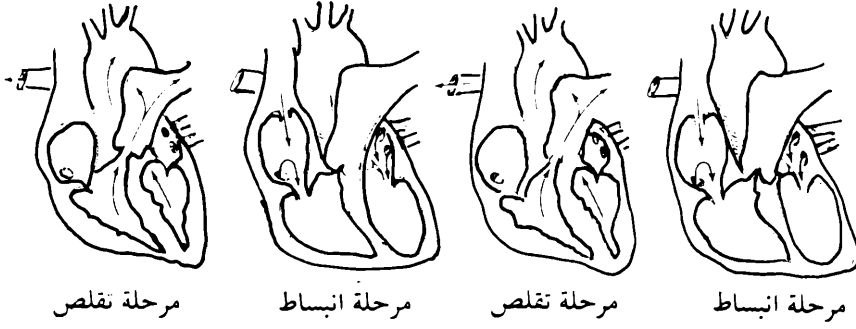
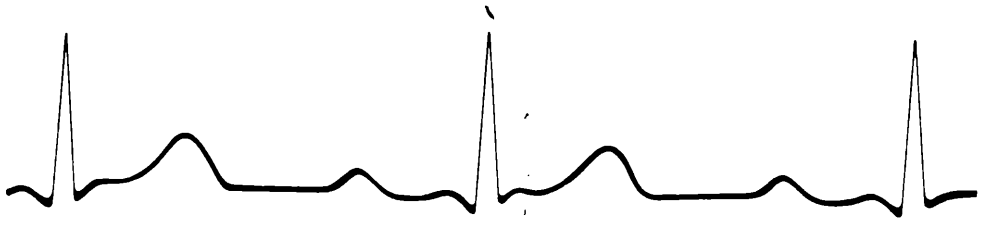
للقلب قابلية كهربائية طبيعية تقود إلى تفريغ بين آونة وأخرى. فتتغير هذه التفريغات الخلايا العضلية للقلب بشكل متقن اتقاناً دقيقاً فتنتج ضخاً دموياً



(- شكل رقم ٣ - تخطيط القلب أثناء التسجيل -)

(تسجل قطع معدنية صغيرة موضوعة على الجلد القوى الكهربائية الصادرة عن القلب. وتنقل الاسلاك تلك النبضات إلى جهاز تخطيط القلب. ومن خلال تخطيط القلب يمكن تحويل النبضات إلى شكل مرسوم. بعد ذلك تسجل النبضات على ورق تخطيط القلب. ويبدو تخطيط القلب مكبراً في الصورة خلف الممرضة)





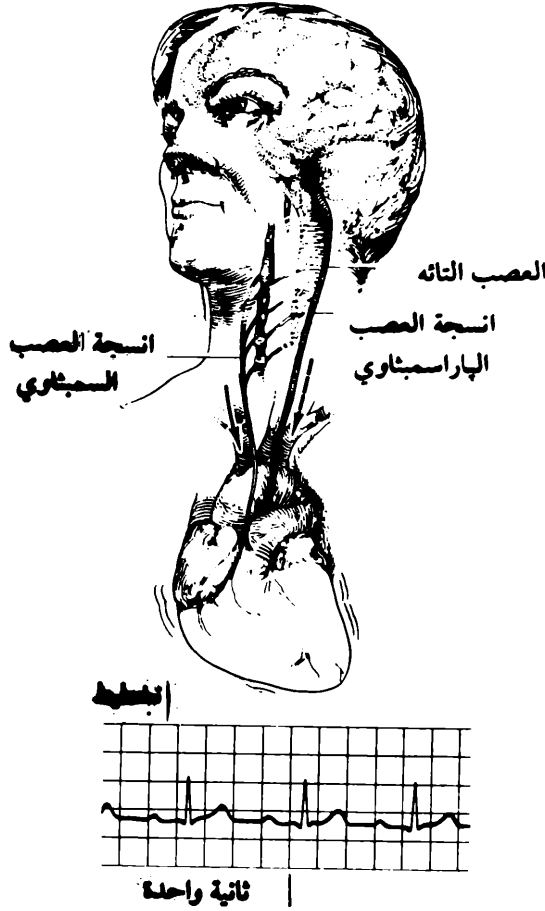
(-شكل رقم ٤ - العلاقة بين تخطيط القلب وفعاليات الضخ الميكانيكي المحددة للقلب -)

( ان الحركات الكهربائية والميكانيكية لنبضة القلب متناسقة الى حد كبير. فخلال الفعاليات الكهربائية المعينة المسجلة يبدو تقلص ميكانيكي. يتبع هذا التقلص استرخاء ميكانيكي للقلب، ويرتبط بدوره بفعاليات كهربائية معينة. فمن خلال مرحلة التقلص يضخ الدم من القلب في شرايين كبيرة. أما في مرحلة الاسترخاء، فالقلب يملأ بالدم بواسطة أوردة كبيرة. وتمثل ضربات القلب المرسوم في هذا الشكل ٧٥ ضربة في الدقيقة).

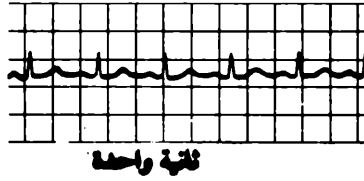
فعالاً. وتظهر هذه التفريغات بصورة طبيعية في القلب الصحيح كل ٦٠ - ١٠٠ مرة في الدقيقة. وتقاس فعالية القلب الكهربائية بصورة بيانية كهربائية نسميها (تخطيط القلب) (Electrocardiogram). فتسجل مجموعة القوى الكهربائية الصادرة عن القلب. حيث تنقل هذه القوى عبر قطع معدنية صغيرة توضع على سطح الجسم. وبعد ذلك تنقل الضربات الكهربائية خلال أسلاك من تلك القطع إلى جهاز تخطيط القلب الكهربائي (Electrocardiograph). لقد تطورت هذه التسجيلات بشكل يمكن ان يتم تسجيلها على ورقة اعتيادية. [انظر الشكل رقم ٣]

ليس المخطط القلبي قياساً لميكانيكية حركة الضخ في القلب، ولكنه يؤشر إيقاع الضربات وسلامة القلب الكهربائية. ويمكن أن ترتبط محتويات التخطيط الكهربائي للقلب ببعض الفعاليات الميكانيكية [انظر الشكل رقم ٤]

ان الايقاع الكهربائي للقلب لاتقرره مراكز السيطرة فيه فحسب، بل يتأثر ايضاً بالضربات العصبية الناشئة في الدماغ. وتنقل هذه النبضات الى القلب بواسطة الاعصاب (الودية) السمپثاوية (وفوق الودية) الباراسمپثاوية [انظر الشكل رقم ٥] ان الارتفاع في عدد النبضات في الاعصاب السمپثاوية الى القلب يسبب ارتفاعاً



(- شكل رقم ٥ - تأثير فعاليات الجهازين العصبيين السمپثاوي والباراسمپثاوي على القلب -)  
 ان النسيج العصبي السمپثاوي والباراسمپثاوي جزء من الجهاز العصبي المحيطي. وان قسما من الاعصاب الودية وفوق الودية (السمپثاوية والباراسمپثاوية) يرتبط بالقلب، كما ان اكثر الاعصاب السمپثاوية تحمل بواسطة عصب واحد هو العصب الرئوي المعدي (العصب التائه). وتظهر النبضات في العصب السمپثاوي في الرسم بصورة اسهم غامقة، كما تبدو نبضات الاعصاب الباراسمپثاوية بشك اسهم متقطعة. ويظهر في الشكل توازن بين النبضات السمپثاوية والباراسمپثاوية. ولذلك فان نبض هذا القلب يقع ضمن الحدود الطبيعية. ان تلك الحدود تقع بين ٦٠ - ١٠٠ ضربة في الدقيقة وضربات هذا القلب (٧٥)



(- شكل رقم ٦ - تأثير الاعصاب السمبثاوية على القلب -)

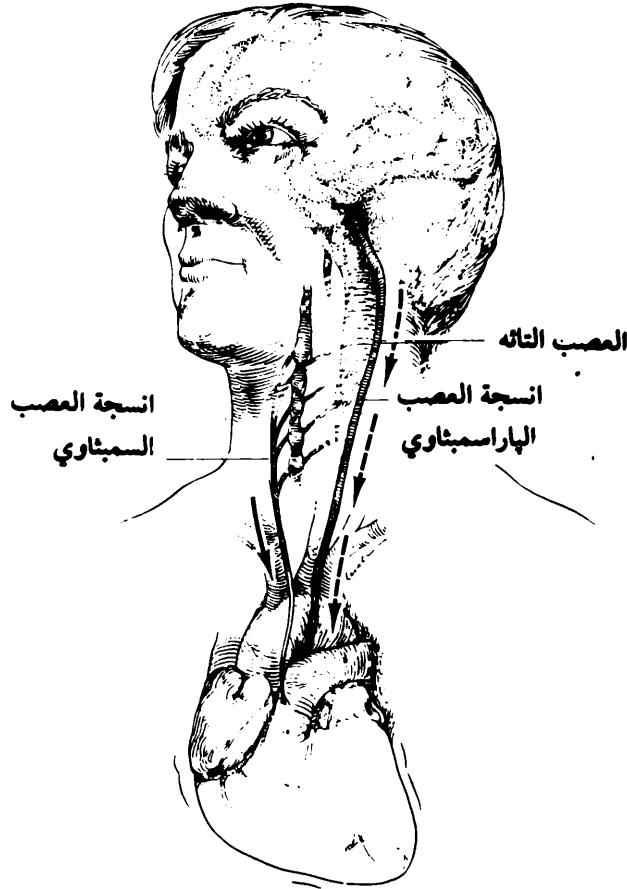
(تظهر في الشكل نبضات متزايدة في الاعصاب السمبثاوية - مؤشر عليها بالاسهم الغامقة - فترتفع ضربات القلب الى ١٢٥ ضربة بالدقيقة. ورغم تسارع ضربات القلب فان الجوانب الاخرى في تخطيط القلب طبيعية)

في ضربات القلب. [ انظر الشكل رقم ٦ ]

كما أن الارتفاع في عدد النبض في الأعصاب السمبثاوية الى القلب والتي تحمل خلال العصب الرئوي المعدي «العصب التائه» (**Vagus**) تسبب عادة انخفاضاً في نبضات القلب [ انظر الشكل رقم ٧ ] وتقرر احنباجات الجسم للطاقة عدد نبضات القلب بصورة أولية. فخلال التمارين - مثلاً - تتطلب خلايا الجسم وأعضاؤه طاقة أكبر فترتفع ضربات القلب. وخلال الراحة، فان الطاقة التي يحتاجها الجسم تكون أقل، ولذلك فان نبضات القلب تتناقص. فهناك تعديلات مستمرة تتواءم مع متطلبات الجسم. فعلى سبيل المثال، اذا كان هناك انخفاض في ضغط الدم (وهي القوة التي

تضخ الدم) فان ضربات القلب ترتفع لتعويض الضغط المنخفض، واذا ارتفع ضغط الدم فستتناقص ضربات القلب.

تحتاج أعضاؤنا الى امداد مستمر من الدم النقي، لذلك فقد كان على القلب ان



ثانية واحدة

(- شكل رقم ٧ - (تأثير الاعصاب الباراسمبثاوية على القلب)

هناك نبضات مرتفعة خلال الاعصاب فوق الودية (الباراسمبثاوية) باتجاه القلب - في هذا الشكل - وقد ات باسهم متقاطعة حيث تنتقل خلال العصب الرئوي المعدي (التائه) وقد انخفضت ضربات القلب في الشكل ٥٨ ضربة في الدقيقة ورغم ذلك التباطؤ فان الظواهر الاخرى في القلب تبدو طبيعية).

يضخ دون انقطاع لادامة سير الدم وإبقاء الحياة. لذا فان التوظيف الصحيح للفعاليات الكهربائية والميكانيكية في القلب وتكاملها يضمن ذلك الضخ الفعال، وحينما يتعرقل الأداء الكهربائي أو الميكانيكي أو كلاهما فان سريان الدم سيتعطل. وللأعضاء درجة مقاومة مختلفة لانقطاع الدم. فالدماغ اكثر الاعضاء حساسية. انه لا يستطيع تحمل انقطاع سير الدم لأكثر من ٥ - ٦ ثوان. وان فشل الدماغ في تسلم الدم النقي لأكثر من هذا الوقت، فستنتج الغيبوبة والضعف الشديد. يمكن النظر للغيبوبة بوصفها ظاهرة فسيولوجية غرضها رفع درجة سريان الدم الى الدماغ. فالفرد - عادة - يكون مضطجعاَ عندها، فيسير الدم بسهولة اكثر، الى الدماغ. ما دام لا يحتاج الى مقاومة قوة الجاذبية الموجودة عند وضع الاستقامة (الوقوف) المعتاد (\*). اما اذا بقي سير الدم الى الدماغ غير مناسب، فإن ضرراً زمنياً قد يحدث في الدماغ، وتتضرر مباشرة بعض الأعضاء ضرراً ثابتاً ودائماً. ويمكن تحديد مقدار ذلك الضرر من فترة انقطاع سير الدم. وقد تتعطل الوظائف الجسمية الى درجة حدوث الموت. يمكن أن يتأثر التكوين الكهربائي لنبضات القلب بالانفعالات، بشكل كبير. فعندما تكون منزعجاً ترتفع ضربات قلبك وذلك لزيادة إثارة الاعصاب الودية (السمپثاوية). أما الغيبوبة (التي ترتبط بالخوف أو الكآبة غالباً، كرؤية الدم مثلاً) فسيبها عدم توازن استجابة الجهاز العصبي السمپثاوي والپاراسمپثاوي. ويحدث قبيل الغيبوبة ارتفاع مفاجيء في ضغط الدم، وتباطؤ غير مناسب في ضربات القلب وتختفي الميكانيكية المعتادة التي ترفع ضغط الدم بزيادة ضربات القلب. فيتعرقل سير الدم الى الدماغ وتنشأ الغيبوبة عند ذلك. عند ذلك، مادام الشخص مضطجعاَ يزداد سريان الدم الى الدماغ - بشكل أكيد - وخلال عدة ثوان، يستعيد الشخص وعيه تدريجياً. ومع أن الغيبوبة قد تنشأ من أثر السقوط نفسه، فهي ليست حادثاً خطراً - في العادة - الا اذا تكررت.

فحينما يكون سبب الغيبوبة ارتباك مفاجيء في ضربات القلب، لا يمكن للدم أن يسير بشكل جيد حتى لو كان الشخص مضطجعاَ، عند ذلك يظهر الضرر الدائم أو

\* عند غياب الشخص عن الوعي، من غير الصحيح اجلسه ووضعه بوضع الوقوف مباشرة. فوضع الاضطجاع مهم لزيادة سريان الدم الى الدماغ. بل ان زيادة سير الدم الى الدماغ يمكن ان نحصل عليها برفع سيقان الفرد الى الاعلى - بعض الاحيان - (المؤلف)

الموت. إن الارتباك الانفعالي الحاد الذي سبق وصفه في حالات الموت المفاجيء، ربما كان سببه عدم انتظام التشكيل الكهربائي لضربات القلب. فسريان الدم غير المنتظم هو المسؤول عن كثير من حوادث الموت المفاجيء تلك.

## - تجارب الحيوانات والموت المفاجيء -

تؤيد البيانات المستخرجة من التجارب التي أجريت على الحيوانات، الاستنتاجات التي تم التوصل اليها من الحالات الدراسية الكثيرة. لقد حاكت تجارب الحيوانات حالات اليأس والجزع. فالموت يحدث كنتيجة لايقاع القلب المضطرب، اي الاختلال الكهربائي في القلب. لقد درس الدكتور كرت رختر **Curt P. Richter** من جامعة جون هوبكنز في تجاربه الموت المفاجيء لدى الفئران. فقد قاس فترة حياة الفئران الأليفة في اسطوانات زجاجية مليئة بالماء. مات عدد قليل منها خلال ٥ - ١٠ دقائق بعد التجربة، في حين بقيت الأخرى الى فترة قاربت ٨١ ساعة قبل الغرق. بعد ذلك أجرى التجربة نفسها مستخدماً فيراناً وحشية. فوجد أن تلك الحيوانات «العدوانية» «الصلبة» ماتت خلال دقيقة - خمس عشرة دقيقة بعد وضعها في الماء. وأفادت بحوث لاحقة أن الموت في حالة الفئران الوحشية ارتبط بشكل كبير بعوامل حدثت من ظهور أي أمل في الهرب. ولم تكن العوامل ذات علاقة بالانهاك. حيث كانت الحالتان المهمتان اللتان ادتا الى تلك النهاية السريعة هما: الاستسلام الكامل ليد المجرّب (حيث لايمكن العض أو الهرب) وكذلك مواجهة الماء في الاسطوانة الزجاجية. فقد عجلّ هذان العاملان بقدوم الموت. لقد تمكن رختر من تأخير الموت المفاجيء بوضع الفئران الوحشية في أوعية التجربة لفترات قصيرة جداً ثم اطلاقها بعد ذلك. وكان بإمكانه تجنبها الموت - أيضاً - بوضعها في الماء عدة دقائق قبل إغراقها. فقد أوضح اسبابه بأن الفئران تعلمت بسرعة بأن الحالة ليست ميئوساً منها. بعد ذلك واصلت تلك الفئران سلوكها العدواني محاولة الهرب. ولم تظهر أية علامة

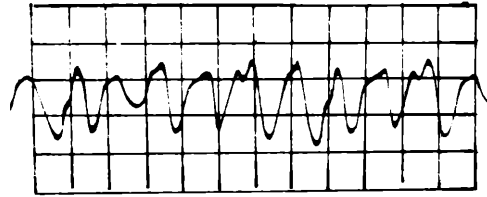
للاستسلام. لقد كان من المفروض ان الفئران الوحشية تسبح بقدر الفئران الاليفة أو أكثر.

بينت بحوث حديثة، استخدمت فئران المختبرات، أهمية العوامل النفسية والبيئية المتعلقة بالموت المفاجيء. فقد وضع كل من الدكاترة روبرت روزاليني واسحاق بينيك ومارتن سليمان

(Robert A. Roselline, Yitzcha k.m. Binik, Martin E. P. Seliyman) من جامعة بنسلفينيا فئراناً في وضع سباحي استغرق في الحد الاقصى ساعة كاملة. فالفئران الاليفة التي ربيت بمعزل عن الانواع الاخرى ماتت فجأة حينما وضعت في بيئة سباحية. أما الفئران التي ربيت مع ثلاثة أو أربعة أنواع من الفئران في نفس القفص فانها لم تمت بعدد مماثل حينما وضعت في ظرف السباحة العصيب. واكثر من ذلك فان استخدام الحيوانات المرباة جماعياً لم يرفع نسبة الحيوانات الميتة بنسبة كبيرة. اما استخدام الحيوانات المرباة بعزلة فقد رفع نسبة الموت المفاجيء. إن الضعف أمام الموت المفاجيء كان يتأثر بالخبرات السابقة من حيث المعيشة على انفراد أو بصورة جماعية.

لقد وثق رختر اسلوب موت الفئران المُجبرة على السباحة. حيث استخدم أسواطاً كهربائية ربطت بالفئران قبل وضعها في الماء ليتمكن من تخطيط القلب أثناء السباحة. فظهر في البداية تباطؤ واضح في ضربات القلب، أعقبه توقف في الفعالية الكهربائية. فأدى ذلك التوقف الى قطع الضخ الميكانيكي للدم فسبب الموت المتسارع.

يمكن تشبيه الموت المفاجيء للحيوانات بالموت الودوني. فالموت الودوني قد يكون موتاً قلبياً مرتبطاً بارتباك كهربائي في ضربات القلب. حيث يتضمن ايحاء القلب غير الطبيعي ضربات متسارعة جداً (**Ventricular Fibrillation Or Ventricular Tachycardia**) أو ضربات بطيئة جداً أو التوقف الكامل لضربات القلب. وترتبط ضربات القلب السريعة التي تتجاوز مئة ضربة في الدقيقة، بعملية الضخ غير الفعال. فليس هناك وقت مناسب ليمتلئ فيه القلب بالدم في مرحلة الاسترخاء. [انظر الشكل رقم ٨]. فالمضخة لم تكن مؤقتة توقيتاً جيداً. الضرب البطيء هو أيضاً رهين بانخفاض الضخ. وتظهر هذه الضربات غير الطبيعية خلال اختلال توازن الجهازين



ثانية واحدة

(- شكل رقم ٨ - الانقباض العضلي البطيني -)

(يتضح اختلال وتقطع في النبضات الاعتيادية خلال الانسجة العصبية للجهاز السمبثاوي والپاراسمپثاوي. فقد طغت الفوضى على فعالية الايقاع الكهربائي للقلب حيث يبدو التخطيط الكهربائي في هذا الشكل شاذًا تمامًا. انها علامة من علامات التشنج العصبي العضلي البطيني. حيث لا تظهر المراحل المعتادة من التقلص والاسترخاء. فالقلب يرتجف بصورة غير منتظمة فيظهر كعلبة مليئة بالديدان الحية. ليس هناك سريان فعال للدم لعدم امكانية امتلاء القلب بالدم وبالتالي عدم قدرته على ضخ الدم. فحرم الاعضاء من كمية الدم النقي، فان لم تعد ضربات القلب الى وضعها الطبيعي فللوقت لا محالة واقع)

العصبين «الوَدِّي وفوق الودي» (السمبثاوي والپاراسمپثاوي). إذ إنهما يتأثران بأجزاء من الدماغ ترتبط بالعمليات الانفعالية والفكرية.



## - الحالات المرضية والعوامل النفسية -

ليس الموت المرتبط بالانفعالات أمراً مألوفاً. ولكن الحالات الدراسية الموثقة تشكل جزءاً كبيراً من الأدبيات المتعلقة بهذا الموضوع. فما دام الموت يربط بالعوامل النفسية، فمن المعقول التوقع أن أمراضاً معينة يمكن ان تنشأ نتيجة لهذه العوامل. ويحمل لنا جهاز الدوران ثانية أمثلة متعددة. فأغلب الاضطرابات القلبية لاتسبب الموت وحتى بعض الاضطرابات الخطيرة كتسارع النبض او تباطئه «الرجفان الليفي البطيني والخفقان القلبي» (Ventricular Tachycardia / Ventricular Fibrillation) يمكن السيطرة عليها، ان لم يطل ذلك.

هناك مَعين رحب من الشواهد التي تربط بدايات أغلب حوادث تغيير إيقاع القلب هذه بالأحداث الانفعالية. وقد أصبح من الممكن - بفضل التكنولوجيا الحديثة - رصد كل ضربة قلب وتسجيلها حيث ان متابعة ذلك غالباً ما تجرى في وحدات الرعاية القلبية في المستشفيات. وقد اعطت مقارنة نتائج مثل هذه المتابعات وغيرها، رؤية واضحة في العلاقة بين العوامل النفسية والاضطرابات القلبية. ولا مفر من ذكر أحد أهم الامثلة لمثل هذه التحليلات. فهناك وصف مسهب لحالة قدمه الدكتور برنارد لاون (Bernard Lown) وجون تمت (John V. Temte) وبيتر ريخ (Peter Reich) وشارلز كوكان (Charles Gaughan) وكوينتين رجستين (Quentin Re-gestein) وحميد حي (Hamid Hai) - من جامعة هارفرد - فقد وصفوا العلاقة الوثقى بين اضطراب ايقاع القلب الذي يهدد الحياة، والعوامل النفسية لدى تربوي عمره ٣٩ عاماً. لقد كان المريض رجلاً رياضياً صحيح الجسم، لايمتلك اي مرض خطير سابق. وفي يوم من الايام، بعد مشاجرة عائلية مع ابنتيه المراهقتين، انهار فجأة. ازرق لونه (Cyanotic) واصبح تنفسه ثقيلاً بالشدة التي غالباً ما نشاهدها قبيل الوفاة. واصبح يتحرك حركات نوبية. ولحسن الحظ كانت زوجته ممرضة ماذونة فأسرعت لتجري له تنفساً صناعياً أنعش على اثره. وحينما وصل المستشفى لوحظ أن ايقاعه القلبي كان مضطرباً ولديه الارتجاج البطيني (Ventricular Fibrillation). فتم تحسين ضربات قلبه الى ايقاع اكثر طبيعية من قبل فريق طبي استخدم

معه تقنيات علاجية متطورة. وبينت الفحوصات اللاحقة أن قلبه كان صحيحاً من حيث البناء والوظائف، حيث لم يكن هناك أي مرض قلبي يذكر. ولكن المتابعة كشفت أن هناك عدة ايقاعات غير طبيعية تتكرر لديه، بضمنها سرعة خفقان القلب (Ventricular Tackycardia).

لقد اختبر بعض الباحثين تأثير عقارات مختلفة على المريض وأجروا فحوصات نفسية ثبت من خلالها أن المريض حذر الى درجة مفرطة ودفاعي. لقد كان تنافسي النزعة. حصل على تعليمه العالي رغم صعوبات متعددة. وغالباً ما كان يشعر بالغضب الشديد الذي تعامل معه بالتمارين العنيفة التي كان يؤديها وحده. كانت موضوعات أحلامه تتصف بالعنف بصورة متكررة. وبينت الفحوصات النفسية أن عملية السيطرة على الاعصاب شكلت جانباً مهماً من حياته. فقبل ٦ أشهر من مرضه كان قد واجه أول إخفاق في العمل. ولم تكن زوجته تساعد وتلبي حاجاته النفسية حيث كانت كثيية بسبب وفاة والدها. اما ابنتاه المراهقتان فقد كانتا تصرفان وقتاً كبيراً بعيدتين عن البيت. وقد افترض الطبيب النفسي ان المريض يعاني من قيود جنسية قوية جداً. وقد سببت الخصومات العائلية مع ابنتيه، التي سبقت انهياره، اتجاهاً جنسياً عدوانياً. كانت البنتان ناضجتين جنسياً، وخلال حادثة لعب شعر المريض بمحفزات جنسية كثيرة. وحينما قوطع اللعب برنين جرس الباب ذهبت احدى البنتين لفتحه فانزلق ساقطاً على الارض وكانت آخر كلماته قبل أن يغيب عن الوعي «أنا آسف».

لقد تمت مراقبة إيقاع القلب بصورة مستمرة، قبل، واثناء، وبعد المقابلات النفسية، ورغم أن المريض شفي من النبض المتسارع لمدة اسبوع، فقد كانت بعض الاضطرابات تسجل مباشرة بعد دخول الطبيب النفسي للغرفة. فكانت نسبة الضربات غير المتكاملة والمضطربة تتزايد خلال المقابلات بشكل هائل. فكان الاحساس بأن هذه الميكانيكية للنبضات غير الطبيعية ترجع الى استثارة الجهاز العصبي السمپثاوي نتيجة للميول العدوانية التنافسية والغاضبة لدى المريض. [انظر شكل رقم ٦] (في آخر تقرير بعد ٩ أشهر من مغادرته المستشفى كان هذا المريض يستقبل علاجه الطبي والسلوكي بشكل جيد، ولم تكشف المراقبة المستمرة (التي كانت تجرى على مدى ٢٤ ساعة) عن اي شيء غير اعتيادي. كان يتناول

الادوية ويهرول عدة أميال في اليوم الواحد، وبانتظام. وأكثر من ذلك فقد شجع على الحديث عن أحلامه العنيفة).

ان الاستثارة الشديدة للجهاز العصبي الباراسمپثاوي يمكن أيضاً أن تنتج من الحوادث الانفعالية. فنوبات آدم (**Adams Stokes**) توصف بأنها نوبات مفاجئة تتصف بالوهن والغيوبة يُصاحبهما تشنج واضطراب عنيف. فتتوقف ضربات القلب أو تصبح بطيئة جداً لفترة عشر ثوان أو أكثر. ويصبح سريان الدم الى الدماغ والاعضاء الاخرى غير مناسب فتظهر عند ذلك الاعراض. وحينما لاترجع ضربة القلب ذاتياً تحدث الوفاة. فأن عاد النبض الطبيعي بصورة سريعة صباحا المريض. وتكون الحالة خطيرة خلال بضع سنوات تعقب بداية العلاج، وذلك لوجود احتمال كبير لتكرار الازمة. ويمكن أن تعزى نوبات آدم الى مرض قلبي مشخص. انها تختلف عن الازمة البسيطة، ذلك ان الازمة البسيطة ليس مرتبطة باضطراب سابق للقلب، وليس كذلك مرتبطة بالوقت.

درس الدكتور كينيث منهارت (**Kenneth Meinhardt**) في عام ١٩٦١، والدكتور هيربرت روبنسن (**Herbert A. Robinson**) - من كاليفورنيا - الحالة الدراسية لرجل في الثامنة والعشرين، شخصت لديه نوبات آدم. وقبل مستهل تلك الأزمات لم يكن لدى المريض أية أعراض قلبية أو دليل مرض قلبي. فقد سبقت ذلك الازمة لديه فعاليات شديدة للجهاز العصبي الباراسمپثاوي أدت الى تباطؤ نبض قلبه. [انظر الشكل رقم ٧] فأثرت الضراعات النفسية على ازدياد النبض العصبي في العصب المعدي الرئوي. وفي خلال هذه النوبات تباطأت ضربات قلبه حتى وصلت الى ٤٠ ضربة في الدقيقة. عندها أعطي الادوية الملائمة التي استتارت قلبه ليسرع بالضرب. وفي أثناء ثورة انفعالية في بيته اتهم زوجته بإهمالها له ولطفاله، تعرض الى نوبات إغماء متكررة لم يمكن السيطرة عليها بالادوية بل شفي منها بعد علاج طبي مستمر. وبقي صحيحاً ما لم يستثر انفعالياً. وقد ظهرت أعراض أحد إغماءاته عند زيارة حبيب زوجته السابق. كما عانى منها أيضاً خلال سلسلة من المقابلات النفسية.

لقد كشفت هذه المقابلات عن حاجة للاعتماد لم يتم تحقيقها. فقد مات والده بصورة غير متوقعة حينما كان في السادسة. فاصبح كل ذكر لوالده يسبب له احمراراً ونوبة من البكاء لايمكن السيطرة عليها. عاش حياة عائلية تعيسة وشعر أن أمه

**باردة، خالية من العواطف.** ولم يستطع تكوين علاقة جيدة مع زوج أمه. تركزت بيته في الخامسة عشرة ليعمل في مخيم للبناء. وفي الحادية والعشرين تزوج زوجاً زويبي عمره حد تعبيرة. افترق عن زوجته بعد خمس سنوات ثم التقاها بعد عدة أشهر. فقد كان يراها قبل الزواج جبانة ومنكمشة. ورغم ذلك أحبها واعتقد أنها ستكون زوجته وأما صالحة. أما بعد الزواج فقد وصفها بأنها «كانت نقيضاً لذلك تقريباً وتشبه المومس» كان جدالهما في البيت مستمرا فظهرت لدى الاطفال مشكلات سلوكية. وتشعر المريض أن زوجته لم تعد أما صالحة. وفي مرحلة ما تترطب بعلاقة غير شرعية مع امرأة متزوجة ولكنها لم تنته بالسعادة.

وكانت نوبات آدم تتابع في هذه المقابلات النفسية بشكل يمكن توقعه. وكان في شرحه لمشاعره يقول انه لم يكن محبوبا بل منبوذا من قبل امه وزوجته وأصدقائه ورؤسائه. وحينما تم التعقيب على ذلك أصبح غاضباً، وبعد الغضب يصبح مشدوداً ويمسك جسمه بشكل متشنج. ويسود وجهه الاحمرار ويجف فمه، وبعد ذلك ينفجر بنشيج قاس. وفي مرة من المرات صرخ «لورآني أحد لمت» وفي كل نوبة خلال المقابلات كان جسمه شديداً وهو يحاظر أسيرة على وضعه. أما التحليل النفسي فقد بين أنه كان - على العموم - شخصاً مطيعاً. ومن وراء هذا المظهر الهادئ كانت تبدو دلائل الغضب الشديد الذي لا يتمكن المريض من السيطرة عليه الا بجهد جهيد. وتبعاً لذلك فقد كان المريض خائفاً من اخفاقه في السيطرة على ثورته. ولهذا السبب فقد ظهرت عليه أعراض كان ينهاها بحالات الانغماء.

ان انفعالات الهيجان الشديد والخوف التي كان المريض يحسها سببت فعاليات مرتفعة للجهاز العصبي السمپثاوي [انظر شكل ٦]. اما فسلجة نوبات ادم لدى هذا المريض فتتكون من ارتفاع فعالية الجهاز العصبي الباراسمپثاوي او زيادة استجابات العصب الرئوي المعدي. وافترض منهارت وروبنس حين استخدمنا مداخل الطب السلوكي أن انتقالاً حصل من شحنات العصب السمپثاوي الى الباراسمپثاوي نتيجة لفعالية العصب السمپثاوي. فقد كان المريض عرضة لمشاعر الهيجان، ومع ذلك فان حاجاته للاعتماد كانت تمنعه من التعبير عن هذا الغضب. افترض المؤلفان ان الوحدة والحزن اللذين أحس بهما المريض كان من الممكن الاستدلال عليهما بانتقاله النفسي من التفريغات السمپثاوية الى الباراسمپثاوية.

وحيثما تحدث انتقالاً ناجحة إلى العصب الرئوي المعدي يتعرض المريض إلى نوبات آدم\*.

لقد كان العمل الرائد للدكتور توماس هولمز (Thomas H. Holmes) وريچارد ري (Richard H. Rahe) - الذي بدأه في كلية طب جامعة واشنطن - يؤيد مفهوم أن الأحداث النفسية الحزينة يمكن أن تظهر ضمناً في التطورات السريعة لمراحل مرضية أخرى. ففي عام ١٩٦٧ كتبنا عن نتائج مقابلات مركزة مع (٣٩٤) فرداً في أعمار مختلفة ومستويات اقتصادية واجتماعية متباينة. لقد تمكنا من أن يحددنا مخاطر نسبية تهدد الحياة ترتبط في الغالب بأمراض العمر المتقدم. وقد كان أكثر الحوادث إيلاًماً موت الزوج (أو الزوجة). أما الحوادث التي تغير الحياة وتعرض الفرد إلى المرض فكانت (مرتبة حسب الأهمية بصورة تنازلية): الطلاق، الفراق الزوجي، السجن، موت أحد أفراد العائلة، الإصابة والمرض، الزواج، الفصل من العمل، الصلح بين الزوجين، فالتقاعد. ومع ذلك فإن الحالات الحياتية الأخرى التي لها تأثير على الصحة فقد كانت: التغير الصحي لأفراد العائلة، الحمل، الصعوبات الجنسية، إضافة عضو جديد للعائلة، التكيف للعمل، التغير في الوضع المالي، وصحة صديق مقرب.

وعليه فيجب أن لا تفسر استنتاجات هولمز وري بأنها توقعات لمرض يعقب تغيراً حياتياً مجهداً. فإن فرصتك للإصابة بمرض قد ازدادت - بكل بساطة - فالحوادث التي تغير مجرى الحياة، والتي ترفع من احتمالية بدايات المرض، هي التي ترتبط عادة بالحزن والجزع. ومن الغريب - على كل حال - أن الحوادث الرئيسية التي تؤثر على مجرى الحياة والتي تعد سعيدة وسارة كان لها تأثير سلبي على الصحة.

وهنا يمكن الجدول حول ارتباط الحوادث النفسية الفاجعة بالأمراض التي تتميز

---

\* لا تتوفر معلومات بخصوص تاريخ المريض الطبي. فلم تكن هناك أجهزة قلبية مناسبة في عام ١٩٦١. ولذلك فإن هذا العلاج الأولي للعصب الرئوي المعدي لم يكن ممكناً. إن هذه العدادات الدائمة (التي توضع تحت الجلد جراحياً) تراقب القلب. فحينما تتباطأ ضرباته أو تقف فإن الجهاز يتحسس هذا الانقطاع. وهو مجهز ببرنامج يجعله يوصل تياراً كهربائياً على فترات. وتسبب هذه التيارات ضربات قلب اعتيادية. وحينما يعود النبض الطبيعي يتوقف الجهاز. ويمكن النظر إلى هذا الجهاز كمثير صناعي مخزون لإدامة النبض الطبيعي. إنها أجهزة تنفذ الحياة وتمثل تقدماً تكنولوجياً طبياً ملحوظاً. وغالباً ما تعمل بانتظام ولا تتطلب أكثر من بطارية كل بضعة سنوات (المؤلف)

ببطء ظهورها. فارتفاع ضغط الدم هو أحد هذه الأمراض. ان الحالات المجهدة مرتبطة بارتفاعات عابرة في ضغط الدم.. ولكن تكرار هذه الحالات يمكن ان يسبب ارتفاعاً مزمناً في ضغط الدم.

هناك اختلاف بسيط في الوسط الطبي حول اهمية الحوادث النفسية في تقاوم المرض الذي يشكو منه المريض آنياً. فقد وثق الدكتور لويس سيغر وهو طبيب قلب من نيويورك تغيرات في الخواص الكهربائية للقلب في تخطيط قلوب خمسة مرضى. اصيب المرضى بمرض قلبي أو بأعراض ترتبط بهذا النوع من الامراض واخذ لكل مريض وهو مسترخ بهدوء تخطيطاً للقلب لاستخدامه في المقارنات بعد ذلك، فيما يستمر تخطيط القلب ستعرض كل واحد فهم حالة انفعالية مؤلمة. فقد اعتبرت مريضة فهم عمرها ٥٨ عاما زوجها الجديد ومشياً، وحينما تحدثت عن خيبة أملها وتعاستها ظهرت لديها ارتباكات في تخطيط القلب. اما المريض الاخر ذو السبعة والسبعين فكان قد أنشأ عملاً ناجحاً بعد مضي سنين من العمل الشاق. وكان عليه بعد ذلك ان يبيع ما أنشأ بخسارة مادية كبيرة. وحينما كان يناقش هذه المشكلات ظهرت في تخطيط قلبه أيضاً ارتباكات واضحة. كما أبدت سيدة في الثامنة والستين من العمر تغيرات غير طبيعته حينما عبرت عن قلقها بشأن اختها المبتلاة بمرض عضال. وقد سجلت ارتباكات مشابهة لرجل في الخامسة والستين حينما كان يشرح خبرته في المعسكرات النازية فقد شهد موت أفراد عدة من اسرته وكان نفسه مهددا بالموت ومع ذلك فهناك حالة دراسية اخرى قدمها سيكر لامرأة في التاسعة والستين اظهرت تغيرات في تخطيط القلب حينما تحدثت عن موت اخواتها الثلاث.

ان التهاب المفاصل الروماتزمي (**Rheumatoid arthritis**) والقرحة القولونية (**Ulcerative Colitis**) والربو هي أنواع ظاهرة أخرى للأمراض التي تسوء بسبب الضغط النفسي. ان فترة كثير من الأمراض يمكن ان تتغير عكسياً إن تعرض الشخص لضغط شديد او إن لم يندفع للشفاء.

فالاجسام المعدية تسببها أجسام مايكروبيه معرّفة كالبكتريا والفايروسات. فالتهاب الكبد المعدي - والذي يسببه فايروس - هو مثال ممتاز لهذه الحالة. والأمراض الزهرية كالسفلس أو السيلان ترتبط كذلك بالاجسام المايكروبية. ومع ذلك فان العوامل النفسية تؤثر فعلاً على بعض الأمراض المعدية. فالاصابات الظاهرة

للقوباء (**Herpes**) تولد بثرات حمية او حساسية باردة. ويمتلك أغلب الناضجين هذا الفيروس وهو في حالة سكون. حيث يسكن الفيروس عادة حول الفم او المنخرين. ولكن هناك دلائل قليلة تفيد بأن الاصابة بالقوباء هذه، يمكن ان تُعالج قطعياً. إن الاصابة بالقوباء تصبح حقيقة واقعة حينما تنخفض مقاومة الفرد للمرض، وذلك بظهور مرض آخر كالبرد المعتاد أو أي مرض يسبب الحمى. وقد تسبب هذه البثور في بعض الافراد حالات معينة كالتعرض لأشعة الشمس مثلاً - وعلى كل حال، فقد أورد كثير من الباحثين تكرار ظهورها بعد انزعاج انفعالي. فعلى سبيل المثال، تمكن الدكتور روبرت هليك (**Robert Heilig**) والدكتور هانزهوف (**Hanshoff**) - من جامعة فيينا - من العثور على اسباب ظهورها في ثلاثة مرضى. فقد ذكروا المرضى اثناء تنويمهم مغناطيسياً بحالة محزنة، كموت أحد الاحبة مثلاً. فقد وصف الدكتور جيروم شنيك (**Gerom M. Schneck**) اثناء خدمته كضابط عسكري في قلعة مك آرثر في كاليفورنيا جندياً استطاع توقع تلك البثور مباشرة بعد مروره بخبرات وانفعالات قاسية. فكان باستطاعته منع حصولها بتوجيهه لمشاعره باتجاه فعاليات كالقراءة أو السكر او الانغماس في عمل شاق. وكذلك وصف الدكتور مورس برودي (**Morris W. Brody**) من جامعة بنسلفانيا وجامعة تمبل تسعة مرضى لم تكن نوبات ظهور القوباء لديهم تستجيب الى العناية الطبية المعتادة. ومع ذلك فقد تم ايقاف تطورها بصورة فاعلة بعد علاج نفسي مقتضب. ولذلك فإذا كانت نوبات الاصابة بالقوباء يمكن استخدامها كنموذج فإن الأمراض التي تنشأ مباشرة عن فيروسات، ترتبط هي أيضاً بعوامل نفسية. وعلى كل حال فبالنسبة لبعض الأمراض، ليس هناك أي دليل يربطها بالحوادث الانفعالية فمن المستبعد أن العيوب الولادية المختلفة (التي لها علاقة بالقلب أو العظام او المفاصل) تتعلق مباشرة بالعوامل النفسية. وكذلك فمن المستبعد - أيضاً - أن أمراضاً سببها عجز فطري في العمليات الايضية - كالسكر مثلاً - ترتبط بالحوادث النفسية. لقد تبين في هذا الفصل أن مفهوم كون الدماغ جزءاً منفصلاً عن الجسم وهم لا يمكن الدفاع عنه. ونوقشت أيضاً احتمالات تسبب الحوادث النفسية للمرض أو حتى الموت أحياناً. وعلى كل حال فإن (أرخ لينچرثال) قد اشار في عام ١٩٢٦ «رغم أن الموت الذي أدت الظروف النفسية / الروحية الى احداثه كان واضحاً، فإن المرء يستطيع أن يرى التأثير الروحاني على إطالة العمر بمجرد أن

يرغب الانسان في ذلك» فهل يمكن استخدام فهمنا للعلاقة الجسمية العقلية في الحد من المرض وتقديم عطاء أكثر في سبيل صحة أفضل؟ إن كان ذلك ممكناً فما هي الميكانيكية التي يتطلبها ذلك؟ في الفصل القادم نتطرق الى كيفية التوصل الى صحة أفضل عن طريق رفض الفصل بين العقل والجسم.



## الفصل الثالث



لم يكن في مهنة الطب - حتى أواخر القرن التاسع عشر - نظام متكامل لمنح براءات الاختراع. فقبل هذا الوقت كل ما كنا معرضين له هو «الأسهال، والتقيؤ والتسمم والتثقيب والقطع والحجامة والتقرح والنزف واستخراج الدم والتسخين والتجميد والتعريق والصدمات» فقد عالج الأطباء جروح معاركنا بالزيت المغلي والمسعات الحارة الحمراء، وأطعمونا دم السحليات والعناكب المطحونة، ودواء التماسيح واللحم الفاسد وشحم الدببة ورثتي الثعلب ودهن الخصى والطحالب المسلوخة من جمجمة مجرم مشنوق.

ان اجراءات علاجية كهذه كانت عديمة الجدوى بمقياس الطب الحديث، بل مضره أحياناً. فكيف اذاً سيبقي الطبيب احترامه على مدى التاريخ وبخاصة في معالجة الأمراض؟ كان ذلك مرجعه التأثيرات النفسية الهائلة للطبيب على المريض والثقة التي غرسها، والعزاء والسلوان الذي يقدمه. فمنذ العصور السحيقة والى هذا العصر كان الطبيب نفسه عاملاً مهماً في علاج المريض. بل كان ذلك - الى وقت قريب أنجح أداة في الحفاظ على صحة المريض، بل كان في بعض الاحيان علاجه الوحيد. ولأجل ان نستوعب العناصر غير المحددة للعلاج الطبي (تدخلا سميت تلك العناصر او تعاوناً او تعاطفاً او سامريةً) فينبغي أن نأخذ بعين الاعتبار الممارسات العلاجية خلال العصور، وقبل ظهور الطب العلمي. ففي ما يدعى بالحضارات البدائية اعتمد المعالجون الدينيون المختلفون بصورة مركزة على عوامل علاجية غير محددة. ورغم الاختلافات الحضارية التاريخية الكبيرة فهناك تشابه كبير يبدو بين الأدوار المعطاة الى المعالجين المختلفين. فالمعالج والطبيب الأميركي الهندي الوحيد هو رجل الطب الذي دعاه المختصون بالأعراق البشرية مرارا باللفظة الآسيوية «شامان Shaman»<sup>(\*)</sup> ويمارس الدور العلاجي أحياناً «العشاب»<sup>(\*\*)</sup> وبغض النظر عن

---

\* الشامان Shaman كاهن يوظف السحر لمعالجة المرض وكشف المخبا والسيطرة على الاحداث (المترجم)  
\*\* العشاب هو الطبيب الذي يعتمد في ادويته وعلاجه على الاعشاب (المترجم)

اللفظة المستخدمة فان وظائف أولئك المعالجين لها تشابهها الأساسي .

عبرت الدكتورة جين مارتن چاركوت (Jean Martin Charcot) وهي طبيبة أعصاب فرنسية شهيرة في القرن التاسع عشر) بأن «أفضل ملهم للأمل هو الطبيب». فإن نجاح الكاهن الشامان في العديد من المجتمعات البدائية يعزى بصورة أولية الى العوامل النفسية اكثر من القيمة الحقيقية للعلاجات ذاتها. فيمكن في الحقيقة النظر الى الشامان أو لرجل الطب كعلاج نفسي قديم. فقد لوحظ منذ زمن بعيد أن إيمان المريض يؤثر بصورة هائلة على مثوله للشفاء. فالثقة الداخلية التي يضعها الهنود الاميركان (الهنود الحمر) في الكاهن الشامان فقد قورنت بالثقة التي يضعها المريض في طبيب اكثر تمكناً وتقنيةً. لقد كانت المهرجانات والصلوات - التي كانت تشكل جانباً من الحياة البدائية - تعمق ذلك الشعور بالثقة. وفي الثلاثينات من القرن الثامن عشر عقب هوازيه جريگ (Josiah Gregg) - وهو تاجر من سانتافي - على الايمان المتين الذي يؤمن به الهنود الكومونش (Comanche Indians) تجاه رجل الطب لديهم. فقال بأن الطقوس الغنائية المتكررة - التي كانت تجرى لطرد الأرواح الشريرة من المريض - قد قرّبت الشفاء من خلال تأثيرها على الخيال. وبغض النظر عن اعتماد الشامان على معينات طبية وفسولوجية متنوعة، فإن أقوى أدواته كان نفسياً، وتتضمن أدواته الايحاء والاقناع والتمويه والخوف والتنويم المغناطيسي. ومما عزز نجاحه إيمان الناس به وإيمانه بنفسه.

وبصرف النظر عن التأثيرات النفسية المفيدة للاحتفالات الكهنوتية والطقوس «الشامانية» فان استخدام الأعشاب أدوية كان منتشرأ أيضاً. بل أن الكهنة «الشامانيون» في بعض الحضارات كانوا في الحقيقة عشابين، ولربما كان عدد كبير من الأعشاب ذا تأثير علاجي سببه تغيرات نفسية فعلية. فقد قدّر الدكتور اروين اكرنخت (Erwin H. Aclærnecht) (وهو مؤرخ طبي معروف) أن حوالي ٢٥ - ٥٠٪ من الاعشاب المستخدمة كانت فعالة لأسباب عضوية أو في الحقيقة لأسباب صيدلانية.\* وبالرغم من القيمة الحقيقية لبعض الأعشاب، فان الأساس المنطقي

\* ان اقساماً لا بأس بها من المناقشات التالية تم استقاؤها من اعمال الدكتورة اروين اكرينخت وميخائيل كلفاند (Michael Gelfand) وكيفوتونتي (Kivuto Ndeti) وكاموتي كيتيمي (Kamuti Kiteme) وجيروم فرانك (Jerome D. Frank) (المؤلف)

وراء استخدامها كان ما يزال وهمياً. فقد كان من المعتقدات الشائعة لدى الهنود الحمر أن ما يجعل جذوراً أو نباتاتٍ معينةً نافعةً هو كونها غير مستساغة ومؤذية لتلك الأرواح المسببة للمرض داخل الجسم. لذلك كان استخدام أدوية غير مستساغة كالمقبيات والمسهلات شائعاً ومركزاً. فمن المحتمل أن تكون غالبية الأعشاب فعالة لمجرد كونها إضافة معينة لذخيرة الشامان

اعتمد الكهنة الشامانيون - بصورة واسعة - على الامتيازات المبالغ فيها التي ساعدت - بذاتها - على خلق بيئة يزدهر فيها الشامان. قال اندرياس لوميل **Andreas Lommel** - وهو خبير بالكهنوتية الشامانية - إن الكاهن الشامان كان بصورة أساسية رجلاً خلاقاً وفناناً. وأضاف لوميل أن الكهنوتية هذه تأصلت في حضارات الصيد الميكرة، وأن ممتلكات الشامان الخاصة كانت تتمثل ببذلة تنكر حيوانية

وقد وصف الدكتور ميخائيل كلفانت (**Michael Gelfand**) - الذي عاش ومارس الطب في جنوب إفريقيا لسنوات عديدة - وصف النگانگه (**Nganga**) في شعب الشونا (**Shona**) في روديسيا وفي حضارات إفريقية أخرى. وحسب وصفه فإنها البدين الإفريقي للشامان أو العشاب أو العراف أو المعالج. وقد دعي ضمناً بالضبيب الساحر. ووصفه بأنه: «فنان ممتاز. فهو يستخدم كل الوسائل، كالملابس والتعويذات والمسابح (جمع مسبحة) والطقوس، للتأثير على عملائه فيحضى بتقتهم وعليه فهو لا يستحق النجاح.» فالحجابات الملبوسة والمعلقة بخيط من الرقبة حتى الحزام يمكن مشاهدتها مرارا في الحضارات الإفريقية. فالحجاب يمكن أن يحتوي - بكل بساطة - على غصن صغير أو بذرة من نبتة معينة أو جزء من جذر. ويُعتقد أنها تُصدر تأثيرات علاجية محددة. وكذلك فهي تلبي لقيماتها الدفاعية، فهي إما أن تجلب الحظ السعيد لمرتديها أو أنها تحميه من دخول الشر. وهناك اختلاف كبير حول هذه المواضيع، يرتبط بالتأثيرات العلاجية. فهي توصف من قبل الأطباء الإفريقيين في بعض الحضارات - بكل حرية - لعلاج مشكلات صحية وشخصية متنوعة كالصداع والجماع والمغص والعمى والبحث عن الثروة.

لقد ناقش الدكتور كييتمي من جامعة ستي في نيويورك فاعلية جميع الاجراءات التي تعتمد على عمليات نفسية معقدة. فإن كلمة الطبيب اهم من الدواء وحده، وهذا

ما يمكن الطبيب من إعادة تنظيم القوة الشفائية لأي موضوع أو حجاب في معالجة أمراض مختلفة اختلافاً كلياً. وكذلك فقد عبر أيضاً عن وجهة نظر شاملة في وصفه لاستخدام رجل الطب الافريقي للعلاج الايحائي. فبينما يمكن أن تكتسب بعض الأعشاب شرعية علمية، فان غالبية العلاجات تأتي عن طريق الايحاء. فالوضع العام الذي اخترعه رجل الطب الافريقي (الزي المزخرف، التعزيم والرقي، والمعرفة بالأعشاب، وممارسته لبعض الطقوس) يحدث وقعاً على المريض. فالأدوية الخاصة والطقوس تضيف الى صفة الغموض والمهارة انطباع الحكمة التي تنتقل خلال الأجيال. فرجل الطب الذي تشرب بكل هذه الصفات يحظى بثقة مرضاه الذين تكون استجاباتهم للعلاج استجابة كبيرة.

وأخيراً فان مزايا العلاج النفسي يمكن أن تعزى الى العلاقة بين الطبيب والمريض. فالعلاقة بين النگانكا وشعب الشونا في روديسيا - على سبيل المثال - مرتكزة على الاعجاب، والتعاطف والمحبة. فهناك اختلاف نوعي بين هذا النمط من التعامل وأسلوب تعامل الطبيب الأوربي والغربي، والذي غالباً ما يكون أقل تدخلاً في الجانب الشخصي. ان لرقى الفهم النفسي الذي ارتقى اليه النگانكا - الذي غالباً ما ينكره أكثر الأطباء علمة - ينبغي ان يُحاكى بدلاً من إنكاره.

فقد حلل الدكتور جيروم فرانك (استاذ العلاج النفسي في جامعة جون هوبكنز صفات إجراءات العلاج في المجتمعات البدائية. فتوصل الى أن التأثيرات العلاجية لتلك الاجراءات تستخرج من المريض توقعه للمساعدة. وهذا التوقع للمساعدة - الذي يمكن أن يتخذ شكل قوة علاجية مؤثرة - وصف بالثقة التوقعية. وينشأ توقع المريض للمساعدة - بصورة جزئية - من المزايا الشخصية للمعالج او من مغناطيسيته. حيث انها تتولد بصورة اولية مما يمتلكه المعالج من مزايا يُقرر الوضع الحضاري مدى فاعليتها. وقد أحصى فرانك باختصار أيضاً أتباعاً كثيرين للطوائف سيئة السمعة، ملاحظاً بأن نجاح هذه الشعوزات مستند على قابليتها في استبثارة توقع المريض للمساعدة. فشخصية المعالج في هذه الجماعات والطوائف الدينية يمكن مقارنتها بالشامان حيث يمكن النظر إليه بصفته ناقلاً للقوى العلاجية المرعبة. وانتهى فرانك إلى أن «النجاح الظاهري لأساليب العلاج المستندة على كل أنواع الأيديولوجيات والطرائق يفرض علينا الاقتناع بأن قوة الايمان العلاجية تكمن في

ذهن المريض وليس في صدق موضوعها.»

ان الانقسام الأساسي بين العقل والجسم، (الذي يبدو أن الحضارة الغربية لا تتمكن من رفضه) لا يظهر في المجتمعات البدائية. فقد أوضح اكرنخت بأن قوة الطب البدائي تشتق من وحدة الحياة والفكر، وتطرق الى «الشخصية الكاملة للطب البدائي.. فالسحر والدين يقدمان الرضا، أفضل من أية تقنية أو روحانية خالدة، لحاجات الانسان المريض والصحيح الميتافيزيقية، وذلك للانسجام والتكامل» وكتب موضحاً أن واجبات الشامان تضمنت «فضلاً عن إدارته للعناصر العلاجية، وسائل متعددة للاعتراف والتكفير عن الذنوب وبقاء النعمة في العائلة او العشيرة والتعامل مع عالم الأرواح . إن دور الشامان يمكن أن يشمل جوانب من أدوار الطبيب والساحر والقسيس والحكيم الأخلاقي، ويمثل وجهة نظر الجماعة، وكذلك يظهر وكيلاً للسيطرة الاجتماعية». ولربما يمثل عمل الشامان نموذجاً مهماً لتعريف الوظائف المناسبة للطبيب العصري. وعلى كل حال، فيبدو وكأن الطب في العالم الغربي - الذي كان في يوم مزيجاً من العلم والفن - قد تحول ليركز على العلم، على حساب الفن. فقد أضاف اكرنخت: أن من الأمانة الاقرار بأن الصفات العامة الأخرى للطب البدائي كانت بصورة أولية دينية او سحرية، وتنتفع من بعض العناصر العقلانية القليلة، لكن طبنا طب عقلاني وعلمي - بصورة عامة - موظف لبعض العناصر السحرية. فقد تجرد الطب الحديث عن كثير من الممارسات الوهمية غير النافعة، بل الضارة أحياناً. اما المدخل المعاصر للعلاجات الطبية فقد قادنا - بتأكيد علي المواصفات العلمية - الى ازدياد مهني لكثير من عناصر العلاج المفيدة غير المحددة. فهذه العوامل غير المحددة تلعب - بالفعل - دوراً مهماً في العلاج. لقد تحرّى الدكتور راندال ميسون **Randal C. Mason** من شيكاغو. والدكتور گراهام كلارك (**Craham Clark**) والأب روبرت ريفز (**Robert Reeves**) - من جامعة كولومبيا - والأب بروس فاگنر (**Bruce Wagner**) - من نيويورك - مجمع الكنائس -.. تحرّوا عن «سرعة الشفاء» في ٤٦ مريضاً عانوا من الانفصال في الشبكية. فقد قيست لكل المرضى اتجاهاتهم من قبل قسيس قبل العمليات الجراحية التصحيحية للعين، ثم الحصول على تقييمات ما قبل العملية لكل مريض. وقد تضمنت التقييمات عوامل كرد الفعل للمرض، وثقة المريض بالجراح، والتفاؤل بشأن النتيجة، ورد الفعل للقسيس، والثقة

في القابلية على التحمل والقابلية على إنجاز الأشياء بصورة مستقلة، وكذلك عوامل مشابهة أخرى. لقد استخلص من تلك التقييمات «مدرّج للقبول». وبعد إجراء العملية سجل جرّاح سرعة الشفاء. لقد تجنب الجراح والقسيس، أثناء أدائهما للتقييم، الحديث حول مرضاهم كي لا يؤثر أحدهما على أحكام الآخر. وقد أظهرت النتائج بوضوح أن درجة «القبول» كانت مرتبطة بسرعة الشفاء، فاستخلص المؤلفون أن:

«الشفاء السريع والاستجابة النشطة يظهران بصرف النظر عن الوضع النفسي للفرد أو تركيز الخطر، حينما يمتلك المريض ايماناً بمعالجة (الطبيب) وبأساليبه العلاجية ويشعر أن أساليبه تلك لها علاقة بمسببات مرضه. اما الاستجابة الضعيفة والشفاء البطيء فأنهما يظهران حينما تتهدد هذه المشاعر. وبالإضافة الى ذلك فان الشخص الذي يرمي الى مساعدة الشخص الذي يتباطأ شفاؤه عليه ان لا يتدخل في الوضع النفسي الداخلي للمريض، (الذي قد يتطلب عدة سنوات لكي يتغير) ولا في العوامل البيئية، ولكن عليه التركيز بصورة أساسية على أي من المتغيرات التي قد تذكى أو تدمر اتجاهات المريض نحو الايمان المتوقع».

لست بأي حال من الأحوال أشجع على استخدام الأوهام أو الطقوس أو الروحانيات. ومع أن هذه المعتقدات أثرت على نواحٍ روحانية في حياة الانسان وأنها قد تحتوي على عناصر منطقية، لكنها وضعت عوائق في سبيل التطور العلمي للطب في أماكن عديدة من العالم - وعلى سبيل المثال- فقد كان الفضل للنكانكا في اكتشاف وصفات أعشابية مختلفة لها في الواقع قيمة طبية عالية. فينبغي ان لا يستهان بخبرته في معالجة الاضطرابات النفسية البسيطة من خلال الايحاء. وبغض النظر عن ذلك العطاء فان حضوره في الطب يعتبر معوقاً. فقد أضاف كلفاند أن النكانكا اليوم تشكل عقبة كبيرة امام التقدم العلمي وكان تقديره النهائي للنكانكا مدهشاً: «إن النكانكا هي المركز الذي يدور حول العالم الروحاني، ولطالما بقي صيدلاني لترياق السحر، فسيبقى ارتباط الأفارقة بالخوف مستمراً». فتبني ممارسات الطب البدائي اليوم -



في الواقع - لن يعمل غير ان يؤخذ التقدم الطبي. وبالعكس فأنا اشعر ان الطب البدائي في تقديمه نموذجاً للفهم العميق للعوامل المهمة غير المحددة في العلاج الطبي. فقد تستخدم المداخل المختلفة التي يتصف بها الطب المعاصر والطب البدائي ذاتها بصورة تكاملية. واذاف الدكتور نتي من جامعة نايروبي يقول:

«سيكون من الحكمة للطب العلمي أن يلتقي بالتقاليد في نصف الطريق... وهذا ينطبق أيضاً على العلاقة بين الطبيب الساحر وقرينه المعاصر. ان العلاجات التي يقوم بها الطبيب الساحر ينبغي أن تفحص بدقة لتضاف العناصر ذات العلاقة الى التربية المعاصرة. فانها تلمس كثيراً من المناطق الحساسة التي هي الآن فوق قدرة التعليم الطبي المعاصر على التخيل، علاوة على أنها متكاملة. فهذه نعمة لاتستطيع العلوم الطبية المعاصرة إنكارها.»

أما في الطب الحديث فقد استبعدت - بشكل واسع - كل تلك العوامل العلاجية غير المحددة للطب التقليدي.



## الفصل الرابع



إن جوانب العلاج غير المحددة في الطب التقليدي غالباً ما تدعى بالمهدئات (Placebos) أو التأثيرات المهدئة. فالتأثيرات المهدئة ينبغي أن تفصل عن المهدئات. فالتعريف الصحيح للمهدىء - كما أورده قاموس دورلاند الطبي (Dorland's Illustrated. Med Dic)

«هي مواد او مستحضرات غير فعالة، تعطى للمريض لأرضاء حاجته الرمزية للعلاج الدوائي. وتستخدم في دراسات محددة لاستشفاف فاعلية المواد الطبية. فهي عملية تفتقد الى القيمة العلاجية الحقيقية وتستخدم لتلك الأغراض».

لقد تناقصت أهمية المهدئات - على كل حال - بموجب هذا التعريف. ففي اعترافه بالفوائد الكامنة في العوامل غير المحددة في كثير من الاجراءات العلاجية، تمسك الدكتور آرثر شاپيرو (Arther K. Shapiro) - من عيادة بين وتني النفسية في مستشفى نيويورك - بمفهوم أوسع للمهدئات. حيث وصفها بأنها العلاج (اوجزاء منه) الذي لا يتضمن فعلاً محدداً على أعراض المريض او المرض، ولكنه قد يحتوي على تأثير معين على المريض نفسه - على أقل تقدير. فقد تعطى المهدئات من الطبيب بصورة مقصودة لاحداث تأثير كهذا. وقد ينظر الى تلك العناصر العلاجية غير المحددة (كالمحيط العلاجي وحضور الطبيب) كمهدئات. أما أنا فأفضل التعريف العام الأخير «للمهدئات». ولا ينبغي ان يمنعنا المضمون التقليدي السلبي لكلمة مهدئات من أن نرى المنافع الكامنة للعوامل غير المحددة المرتبطة بها.

ان تأثير المهدئات - اذاً - يمكن أن يعرف بأنه التغييرات أو الأعراض أو المرض الذي تحدثه المؤثرات المهدئة. «فالتأثير المهدىء» - كما يعرفه شاپيرو «قد يظهر، وقد لا يظهر، وقد يفضل أولاً يفضل» فلست أؤيد - بأي شكل من الأشكال - استخدام اي طبيب للمهدئات التقليدية، كحقن الماء والملح او العلاج بالأقراص

السكرية. اني اؤمن أن استخدامها عمل مضلل وغير أخلاقي.. وعليه فان مكانتها في مزاوله الطبيب ينبغي ان تكون قليلة. وفي رأيي، يعتبر استخدام الخداع في الطب السريري (الكلينيكي) والتجريبي غير مقبول. بل انني اشير الى المواصفات غير المحددة للعلاج، واقترح ان استخدامها الايجابي قد يكون ذا فائدة لمزاوله الطب الحديث.

فازدراء التأثيرات المهدئة يمكن أن يعود الى مداخل البحوث الصيدلانية المقننة في الخمسينات. وتلك البحوث كانت قد صممت لاختبار صلاحية الأدوية الجديدة. فعلى سبيل المثال، يسود اعتقاد بفاعلية دواء (أ) لعلاج مشكلة طبية كالصداع. فمن ناحية نظرية، فان أي دواء يمكن أن يزيل الصداع. ومع ذلك فإن التحسن في صداع المريض يمكن أن يعزى إلى زيادة الاهتمام الطبي المتمثل باجراء الفحص (كعامل غير محدد) ولا يعزى الى فاعلية الدواء الجديد (أ) المحددة.

وللتأكد من فاعلية دواء (أ) يصبح أمر العينة الضابطة ضروريا. حيث يجب أن تعطى المجموعة الضابطة معاملاً آخر (ولنسمه دواء (ب) الذي يعرف بعدم فاعليته لهذا الصداع). وكمثال لهذا حبوب السكر (ونسميها مهدئاً). فان أجريت التجربة بصورة صحيحة، يقسم المرضى الى مجموعتين متشابهتين من حيث عدد مرات الصداع وقسوته، والعمر، والجنس، واي عامل شخصي آخر. ثم تعطى إحدى المجموعتين الدواء الفعال (أ) وتستلم المجموعة الأخرى المهدىء (الدواء ب)، وتستلم كلتا المجموعتين نفس العدد من الحبوب يومياً. كما يجب أن يبدوا الدواء ان (أ) و(ب) متشابهين تماماً. كذلك يجب أن تسأل المجموعتان نفس الأسئلة وتعطى نفس المقدار من الرعاية. وهكذا لايعرف المريض إن كان هذا هو الدواء (أ) أو المهدىء (ب). المريض هنا «اعمى» حول ما يتعلق بالفاعلية الكيماوية المحتملة لأي من الدوائين. وبما ان توقعات الباحث يحتمل ان تلعب دوراً في النتائج، فينبغي أن لايعرف الباحث مَنْ مِنَ المرضى أخذ هذا الدواء او ذاك. كما يجب أن يعبأ كلا الدوائين قبل البحث فيخصص قسم الى مجموعة والآخر - المشابه - الى اخرى. ان التمييز الحقيقي للدوائين (أ) و(ب) يعرف فقط من قبل شخص ليس له دخل بإجراءات الأدوية او بتأثيراتها. ولذلك فسيكون الباحث «اعمى» أيضاً، فلن يعرف أي دواء أعطي لهذه المجموعة أو تلك.

إن هذا النوع من التجارب هو نموذج للبحوث «مزدوجة الضبط» - (Double - Blind - Controlled) انها مزدوجة الضبط لان الباحث والمريض لايعرف أي الادوية هو الفعال. وهي ضابطة محكمة لأن تصميمها التجريبي يحتوي على مجموعة ضابطة. وفي نهاية البحث وجد أن كلا الدوائين (أ) و(ب) فعال بنسبة ٥٠ - ٦٠٪ لدى المرضى الذين عانوا من الصداع. ولعدم وجود فرق جدير بالذكر بين الدوائين في تخفيف الصداع فان (أ) لايعتبر - عادةً - مادة نافعة، لأنها لم تكن فعالة أكثر من المهدىء (الدواء ب). لقد نجحت هذه الطريقة في البحث عن الأدوية المؤثرة، وفي تقديم أدوية فعالة جديدة. فالتجارب الضابطة تسعى الى فحص الادعاءات غير الأكيدة للنجاح، والتي غالباً ما تكون ادعاءات خادعة. فأكثر الأدوية الموصوفة من الأطباء خضعت الى هذا النوع من الفحص. وتعتمد الممارسات الطبية الحاضرة الى حد كبير على فائدة الأدوية الفعالة. لاحظنا أن الدوائين (أ) و(ب) كانا فاعلين بمستوى متقارب، وتوصلنا إلى أن الدواء (أ) لم يكن أكثر فائدة من المهدىء. ولأجل الحصول على ارتياح من الصداع فالاجراء القياسي في اختبار أدوية جديدة، هو البدء بدواء جديد (ج)، وهكذا الى حين الحصول على دواء أكثر تأثيراً من المهدىء. وأخيراً إذا نجح دواء غير فعال - كالدوائين (أ) و(ب) في تخفيف ألم الصداع، فلا ينبغي أن نغير اهتماماً أكثر الى تلك العوامل التي ساعدت في ذلك التخفيف؟ وهل ننسى حقيقة أن الدواء هو ناجح بنسبة ٥٠ - ٦٠٪ في تقليل الصداع؟ فقد وصلنا - على أية حال - الى النتيجة المطلوبة: إزالة الألم. لماذا نبحت عن دواء آخر اذا كان تأثير المهدىء قد أحدث نتيجة مرغوبة بنسبة معقولة لدى المرضى؟ بل يجب التحري أكثر في مكونات المؤثرات المهدئة، لكي يقود استخدامها الى صحة أفضل. ويبدو أن التأثيرات المهدئة تنتج من عوامل مترابطة، تتضمن المريض والطبيب والعلاقة بين الاثنین\* وأن تلك الأهمية التي تعطى للتعامل المشترك بين الطبيب والمريض، والتي تسمح بنقل اهتمامات المريض الى عالم الوعي، أهمية عظيمة. فعلى سبيل المثال، فإن تأثيراً مهدئاً مرغوباً قد يبدأ قبل تناول الحبيبة للحبة. فإن كان رد الفعل لدى المريض سلبياً

---

• لقد استُكبت مقاطع لابس بها من نقاش التأثيرات المهدئة من الاعمال المشتركة مع مارك ابستين (Mark D. Epstein) وهو الان طالب في كلية طب جامعة هارفرد (المؤلف)

تجاه موقف علاجي، فقد تسوء الأعراض ويبدأ القلق.

إن فاعلية الأدوية الفعالة وكذلك غير الفعالة يمكن أن تتأثر بالوضع النفسي للمريض. فالمرضى القلقون على مرضهم الذين يتعرضون الى انزعاج كثير، يحسون بالراحة بصورة أكثر لأخذهم حبة أو مادة غير فعالة، مقارنة بالمرضى غير القلقين. وكذلك فالمرضى الذي يعتقد بأن العلاج سيكون فعالاً يكون أكثر فرصة للاستفادة منه.

لقد عرض الدكتور ستewart Wolf (Stewart Wolf) في عام ١٩٥٠ (حينما كان في مستشفى نيويورك) بوضوح إمكانية توقع المريض، في تجارب استخدم فيها عرق الذهب. ويسبب عرق الذهب الغثيان والتقيؤ وذلك بتأثيره على أجزاء معينة من الدماغ وتأثيره المخرش على المعدة. فهو يستخدم مراراً لاحداث التقيؤ في حالات الأفرط في تناول الأدوية. فحص ولف التقلصات المعدية من خلال استخدام بالون صغير يبتلعه المريض ويكون مربوطاً بآلة تسجيل. فحينما تتقلص المعدة تعصر البالون فيختلف الضغط فتتسجل اختلافات الضغط فيه حينئذ. وفي العادة فان للمعدة تقلصات مؤقتة، وتقليلها يرتبط بالغثيان والتقيؤ. إن تناول عرق الذهب يقود الى تقليل التقلصات. وكانت إحدى مريضات ولف تعاني من الغثيان والتقيؤ التي غالباً ما تمر بها الحامل فترة الحمل. فجعلها تبتلع بالوناً كهذا.. سجلت عندئذ تقلصات المعدة كما تم الاحساس بها. ثم أخبرت المريضة أنها ستتناول دواء يمنع غثيانها، واعطيت - في الواقع - عرق الذهب فرجعت حينذاك تقلصات معدتها الى وضعها الطبيعي بعد ابتلاعها مادة عرق الذهب. ولم يصبها الغثيان ثانية حتى صباح اليوم التالي. فقد قاد توقع المريضة لفاعلية الدواء المحددة، الى عكس فاعلية العقار الحقيقية.

ولا يقتصر إحداث التأثير على فاعلية العلاج على اتجاهات المريض وقلقه وتوقعاته حسب، بل إن افكار الطبيب وسلوكه لها تأثير على فاعلية العلاج كذلك. فالاطباء الواثقون بأنفسهم (والذين يستجيبون لمرضاهم مؤمنين بفاعلية علاجاتهم) يكونون أكثر فاعلية في احداث التغييرات الصحية الايجابية من خلال «التأثيرات المهدئة». ويحذلي بنفس الأهمية فهم الطبيب للمريض وتقبله، وكذلك الزيارات المتكررة. فالاطباء الذين يتعاملون مع مرضاهم بأسلوب دافئ ولطيف يقدمون تأثيرات مهدئة



ايجابية. لقد فهم هيپوقراط (الطبيب الاغريقي الذي عاش بين القرنين الخامس والرابع قبل الميلاد ويدعى أباً للطب الحديث) فهم بوضوح أهمية هذه الظاهرة. فقد قال «بالنسبة لبعض المرضى، وحتى أولئك الذين يشعرون بأن حالتهم خطيرة، يمثلون للشفاء من خلال رضاهم عن جودة الطبيب».

ان اتجاهات الطبيب والمريض عوامل مهمة تضاف الى التأثيرات المهدئة. وعلى كل حال فان التعامل بين الطبيب والمريض ربما يكون أهم عامل. ولربما تشتق التأثيرات المهدئة اكثر قوتها من الامكانية الهائلة للعلاقة الانفعالية بين الطبيب والمريض. فان توافرت العلاقة الجيدة، والانسجام بين توقعات المريض والطبيب حول العلاج، فان الفرص تتضاعف لتحسين صحة المريض بسبب تلك العناصر غير المحددة. أما حينما يكون مدخل الطبيب غير منسجم مع توقعات المريض لعلاجه واتجاهاته نحو مرضه - كما في حالة رفض المريض لحقيقة كونه مريضاً - فان «التأثير المهدىء الايجابي» يصبح بعيد المنال. ولكن حينما يُحس المريض بالراحة والاطمئنان في كشف نفسه للطبيب، وبخاصة خلال فترة أخذه للتاريخ الطبي، فإن الطبيب حينذاك يستطيع فهم التطورات المهمة والجوانب المتعلقة بحياة المريض. وهكذا فإن بناء علاقة مرضية ومساعدة بين الطبيب والمريض تصبح عملية سهلة وتعين بدورها العلاج الشامل. فالعلاقة الجيدة في الحقيقة هي واحدة من الجوانب الرئيسية «لفن الطب».

ان البيئة التي يستقبل فيها المريض علاجه يمكن ان تؤثر على نتائج العلاج. فان زيارة لمكتب الطبيب بنىة الحصول على العلاج يمكن ان تحسن الصحة بنفس الدرجة التي يحدثها انتقال مريض من بيئة المرض الى بيئة اخرى. واكثر من ذلك فان نوعية الوضع العلاجي تؤثر على العلاج. فالوضع البحثي قد يكون له تأثير مفيد على صحة المريض. فقد وجد في إحدى الدراسات الطبية ان الاهتمام الزائد الذي أعطاه فريق من الباحثين الى مرضى بالشيزوفرينيا، أدى الى تحسن ما يقارب ٨٠٪ منهم. وتشابه هذه النتائج ما يسمى «بتأثير هاوثورن» (Howthorne Effect). حيث تحسن أداء عمال مصنع ما نتيجة اهتمام مضاف قُدّم لهم.

ومن ناحية أخرى فالأدوية المعطاة في محيط يضايق المريض قد يؤدي الى تأثيرات عكسية او مضادة. فقد أعطي أفراد طبيعيين - في إحدى الدراسات - مسكنات أو مهدئات قبل مقابلة نفسية قاسية. ولم يكن الأشخاص يعرفون ما كانوا يتناولون. وتم

تفسير الأحاسيس النفسية التي سببها تناول المخدرات (وخاصة المورفين وكلويدروج مازين) بانها كانت خطيرة.

وهكذا اذاً فان الادوية التي تعطى في محيط تجريبي مجهد، تعطي اجساساً بالقلق بدلاً من تأثيرها المخدر المسكن المتوقع على الجهاز العصبى المركزي. فالتغيرات النفسية التي ترتبط عادة بانخفاض القلق رافقتها في الحقيقة إفادات شخصية بارتفاع نسبة القلق. لذلك فإن المحيط الذي يؤخذ فيه الدواء يعتبر مهماً للغاية لأنه قد يركز أو يقلل (أو ربما يناقض) فعالية الدواء المتوقعة. ان هذا يفسر سبب تحول الكحول المتناول بعزلة الى مسبب للكآبة، بينما قد يؤدي الكحول المتناول في جو اجتماعي إلى فاعلية مثيرة. لقد شاهدنا كيف ان الحبوب المخدرة والغذاء الوريدي وكثير من عناصر العلاج غير المحددة قد تعطي تأثيراً علاجياً قوياً. ولكن حينما نناقش دور المهدئات، والتأثيرات المهدئة في الطب فاننا يجب أن لانتهاون في وزن منافعها مقارنة بجوانبها السلبية. وكما في كل الوسائل الطبية فان كلا الجانبين: أنظمة المهدئات والعناصر غير المحددة للعلاج لهما معاً القابلية الكامنة على الاذى. فقد درس باحث وطبيب فريد هو الدكتور هنري بيچر (Henry K. Beecher) - من كلية طب هارفرد - سُمية حقن المهدئات اللقاحية والحبوب. فقد وصف بعض الأعراض التي عبر عنها مرضى أخذوا حبوباً مهدئة. ومن بين تلك الأعراض: الدوار، والصداع وصعوبة التركيز، والغثيان، وجفاف الفم وإحساس بالثقل والاسترخاء والاجهاد. بينما لاحظ آخرون طفحاً وحكة واوراماً في الشفاه، وخفقاناً في القلب، ومغصاً بطنياً، وامساكاً، واسهالاً بعد تناول المهدىء.

وقد عرض باحثون آخرون ان عناصر العلاج غير المحددة - كالمحيط العلاجي والتفاعل بين الطبيب والمريض - يمكن ان تكون لها تأثيرات سلبية. فالعلاقة غير الودية بين الطبيب والمريض قد تكون ضارة لكلا الطرفين. فالمرضى الذين لا يثق بطبيبه قد لا يكون صريحاً حول تاريخه الطبي، أو يخفق في اتباع نصائح الطبيب. وكذلك ينبغي للأطباء أن يتواءموا مع حاجات مرضاهم النفسية والاجتماعية ويفهموا المحيط الذي يعيش ويعمل فيه مرضاهم. اضافة الى ذلك فالطبيب الذي يشعر بالعدوانية او المقاومة نحو مريض، قد يجد مهاراته وامكاناته المهنية قاصرة. فالقصور في الاتصال بين الطبيب والمريض يكمن فيه الأذى أيضاً. فطبيب لايعطي

مريضاً ذلك الشرح الوافي إنما يدعو الى أساءة الفهم. وكذلك المريض الذي يشعر بأن الدكتور - بحذفه بعض التفاصيل - إنما يخفي حقائق رهيبة عنه لتجنبيه الحزن ربما. ومثال آخر لاساءة الاتصال يتضمن استجابات المريض الى أحاديث يسمعوها عن طريق الصدفة. فقد لاحظ الدكتور روبرت كورني (**Robert T. Corney**) - وهو طبيب نفساني من كلية طب جامعة فرجينيا - حالتين دراسيتين سمع فيهما المريضان - قبل فقدانهما الكامل للشعور أثناء التخدير - ملاحظات سلبية من قبل طبيبهما. فلم تلبث تلك الملاحظات أن سببت للمرضى كآبة نفسية.

هذه الأمثلة تعرض في الحقيقة كون أي جانب سلبي في العلاج - تدخلاً محدداً كان ام عناصر غير محددة - يمكن أن يخطأ بصحة المريض. فقد قال الدكتور ديفيدسن (**J. N. G. Davidson**) - وهو طبيب اسكتلندي - مرة: «دعونا نتذكر إذاً قوة الخير وقوة الشر. ليس مما نضعه في أجسام مرضانا فقط، ولكن أيضاً قوة الخير والشر في الأفكار والانفعالات التي نحدثها في عقول مرضانا - بتعمد أو بدون تعمد.» لقد فقد الطب الحديث - في إهماله للنواحي الايجابية للتأثيرات المهدئة - مصادر قوة قيمة، مصادر أبقتة لعدة قرون. فان عنصراً مفيداً كهذا كان ينبغي أن يوظف في الطب. وينبغي أن لا يستهان بقيمة العوامل غير المحددة، لابل ان يُعترف بها كأداة فاعلة متعددة المزايا. إن مزاوله الطب مزاوله فقيرة تتمثل - في الواقع - في رفض استخدام التأثيرات المهدئة الايجابية بأقصى فوائدها.

ففي الفصول اللاحقة سيعرض - بالتفصيل - كيف أن الطب الحديث - من خلال اهماله للعناصر الأساسية التي تتضمن التأثير المهدئ - إنما يفرط بمورد مهم من موارد علاج المرضى، وهذا يقودنا الى خسارة باهضة وصحة أسوأ.



## **الفصل الخامس**



أحرز الطب تقدماً هائلاً خلال العقود الأخيرة من الزمن. فالطب الحديث اختصر السياط العديدة التي كانت تقسو على الجنس البشري عبر التاريخ. ففي العالم الغربي اليوم تلاشت أمراض الطاعون والهيضة والجذري، والحصبة وشلل الاطفال. فالأطفال يمكن أن تتوقع لهم العيش فترة المراهقة. فمن النادر فقدان طفل نتيجة للمرض. ولم تعد الزائدة الدودية خطراً يهدد الحياة. وذات الرئة التي كانت في يوم كارثة من الكوارث، أصبحت اليوم ممكنة العلاج. والسفلس الذي قتل الملايين في الماضي، أصبح ممكن العلاج، والسكر يمكن السيطرة عليه بالأنسولين، وفقر الدم الخبيث (وهو مرض خطير يحاكي السرطان في الدم) يمكن إزالته بتناول فيتامين (ب١٢)، والحصاف - ذلك المرض الخطير الذي يصيب الجلد بالدرجة الأولى والجهازين العصبي والهضمي - أصبح ينظر اليه كمنقوص في التغذية، ويمكن علاجه برفع تناول فيتامينات معينة. ويمكن ان تجرى الجراحة بأمان وفاعلية كبيرتين على أي عضو من الجسم، مع أن القلب كان ينظر اليه - والى فترة الحرب العالمية الثانية - وكأنه جزء لا يمكن جراحته. فقد أمكن بالتقنيات الجراحية المعقدة تصليح اصابات شديدة كان من الممكن ان تكون خطيرة - لو تركت. ويمكن كذلك الاحتفاظ بالنظر والسمع عند اناس كان من الممكن ان يكون مصيرهم العمى والطرش.

كل هذه الفوائد في العلوم الطبية انعكست على الاحصائيات الصحية. فشخص ولد في اميركا عام ١٩٠٠ كان من الممكن ان يعيش معدلاً من السنين قدره (٤٩ر٢) سنة، بينما بلغ معدل الحياة في ١٩٧٥ (٧٢ر٥) سنة. ان هذا الارتفاع في توقع الحياة مرجعه انخفاض نسبة وفيات الأطفال. وكما ذكر في الجهاز الاحصائي الاميركي، فان (٦١ر٩) مولوداً من كل ألف مولود ذكر ولدوا أحياء في ١٩٤٠، كانوا يموتون قبل أن تبلغ أعمارهم سنة واحدة. اما في ١٩٧٥ فقد انخفض هذا الرقم الى (١٨ر٣) من كل ألف مولود ذكر. واكثر من ذلك فقد كان هناك انخفاض كبير في مستوى وفاة الأطفال

الذكور بين السنة والخمس سنوات، حيث ان (٢١٪) قد توفوا في عام ١٩٤٠، بينما كانت نسبة الوفيات في ١٩٧٤ هي (٧٪). لذلك فان ما يشبه ذلك من انخفاض في نسبة الوفيات، ظهر في المولودين الاناث والأطفال. ورغم التقدم الذي أحرزه الطب، فان كثيراً من الناس غيرراضين عن الرعاية الصحية اليوم. إنهم يشعرون بأن الطب لايلبي احتياجاتهم، وأنه باهض لدرجة تعجيزية. ولكن عدم الرضا هذا يمكن ان يحلل ويشرح ضمن الاطار الفكري للتأثيرات المهدئة. فالتأثيرات المهدئة - كما ذكرت سابقا - تعتمد على مزيج من العوامل، تتضمن المريض والطبيب، والعلاقة المتبادلة بينهما. فما يتوقعه المريض من الرعاية الصحية يحكم - الى درجة كبيرة - استجابته للخبرة الطبية. فالتوقعات تشكل عاملا إيجابيا بناء للتأثيرات المهدئة. ومع ذلك فان التقدم الطبي الهائل الذي أحرز من خلال تطبيق الطرائق العلمية مسؤول مباشر عن المبالغة في توقعات الناس لاكثر مما ينبغي. فقد تضاعفت هذه التطورات العلمية خلال ثلاثين السنة الماضية، بدءاً باكتشاف المضادات الحيوية - كالبنسليين. ولم يستطع الطب الحديث تقليل أمراض الشيخوخة والموت.

فالناس يميلون الى الاعتقاد بان كل مرض يمكن علاجه وقطع دابره. وليس هذا توقع واقعي. فاننا لن نستطيع ان نبقي شباباً أو أن نحس بالشباب دوماً، لأننا جميعاً سنموت وسنبتلى بالأمراض التي لم تكتب لها نهاية او يكتشف لها علاج. ويجب ان تقبل هذه كجزء من حياتنا. وبما أن الناس ليسوا مجبرين الآن على مجابهة كوارث أمراض الطاعون والجذري، والتايفوئيد والخناق، فانهم يشعرون بأنهم ليسوا مجبرين - كذلك - على التعامل مع آلام ومظاهر الشيخوخة. فالناس يؤمنون اليوم بان المسألة لاتعدو كونها مسألة وقت بقي للقضاء على كل أشكال السرطان وأمراض القلب والرئة، وأخيراً فالموت نفسه يمكن أن يستأصل تبعاً لذلك. هذا - طبعاً - توقع مجنون! وكما قال بيتر مير لاثان (**Peter Mere Lathan**) طبيب القرن التاسع عشر الانكليزي: «إن الأطباء الذين حصلوا على سمعة عظيمة لايكسبون غير التعاسة واليأس حينما يتوقع الناس أنهم قادرون على شفاء الأمراض غير القابلة على الشفاء». فلو لم نكن معرضين للمرض والموت، لم نكن بشرا. فالمرء يستطيع أن يتوقع بصورة معقولة أن على الطب أن يحفظ ما يستطيع للناس من صحتهم قدر الطاقة (قدر ما كان ذلك ممكنا).



فالطب الحديث يهمل - بسبب تقدمه العلمي الخاص - أحد أهم عناصره الرئيسية، وهو التأثيرات المهدئة. وكما ذكر من قبل، فالطب الحديث بدأ يسخر من التأثيرات المهدئة منذ قبوله التصاميم التجريبية كتلك التي توظف لاختبار الأدوية الجديدة. ونتيجة ولأنه المبرر للطريقة العلمية، فقد تناسى الطب الممارسات العلاجية غير المحددة التقليدية. فمن الصعب إثبات قيمة هذه الممارسات غير المحددة باستخدام طرائق حديثة مقبولة علمياً. وعلى كل حال فليس من الحكمة إهمال هذه العناصر العلاجية المفيدة، لمجرد صعوبة بحثها.

## - التدريب الطبي -

مطلوب من مدارس الطب تدريس كمية هائلة من المعرفة المستندة على المداخل العلمية، حتى لو كان أكثر هذه المعرفة في حالة غير متكاملة. فالحقائق العلمية الجديدة تتكاثر باطراد، وفي سبيل الاحاطة بتلك التطورات العلمية فان المطلوب من طلبة الطب ومن الأطباء تدريب هائل بحيث لايمكن ان تعطى العلاقة المهمة بين المريض والطبيب اكثر من جزء يسير جداً من الاهتمام. فالدكتور وليم مايو (Wil- liam J. Mayo) - أحد مؤسسي عيادة مايو في مينيسوتا - عقب قائلاً: «يلتقي الفرد منا بكثير من الناس الذين كانوا طلبة جيدين أو انهم قد أحرزوا درجات عالية أو ان لديهم معرفة عالية في الطب، ومع ذلك فإن حكمتهم ضئيلة جداً في تطبيقهم. فقد أتقنوا العلم وفشلوا في فهم حقيقة الكائن البشري».

فالناس الذين يبتدون مهنتهم الطبية غالباً ما تدفعهم لذلك أسباب إنسانية. إنهم يتمنون مساعدة الناس واكتساب الاهتمام والرضا الشخصي. وفي وقت مبكر من دراستهم تبقى هذه الاهتمامات بالمريض فعالة بصورة جيدة. ولا ريب ان الاهمية الكبيرة لاكتساب المهارة الطبية تتطلب تركيزاً على التقنيات الطبية على حساب تعلم كيفية التعامل مع المريض.

ورغم التأكيد الذي أورده بعض الأطباء للعلاقة التبادلية بين الطبيب والمريض،

لم يحدث سوى القليل في إعادة بناء التربية الطبية تبعاً لذلك. فقد عقد قليل من الدورات والحلقات الدراسية لتطوير فهم طلبة الطب لمشاعرهم الخاصة، ومشاعر المريض أيضاً. فالمحاولات التي تهدف الى تشجيع طلبة الطب على بذل وقت اكثر في الدروس التي تؤكد على المريض ككل، لم تنجح. وذلك لسبب اكده الدكتور برنارد باربر (**Bernard Barber**) - من جامعة كولومبيا - وهو ان هذه الدروس لا تؤخذ بجدية من قبل أعضاء الهيئة التدريسية ذوي الخلفية العلمية التقليدية.

واكثر من ذلك، ومع أن المعرفة الأساسية في الطب العام تكتسب في مدارس الطب، فان التحليلات والمناقشات والعلاجات المقصورة على فئة نادرة من الأمراض تعتبر أكثر إثارة من التحليل والتدابير المتخذة تجاه الأمراض والعلل المألوفة. حيث يعطى للطلبة الذين يشخصون ويعالجون مرضاً نادراً اهتماماً أكثر مما يعطى لمن يعالجون مرضاً مألوفاً. فيعتقد الدكتور ليون ازنبرك (**Leon Eisenberg**) - استاذ الطب النفسي في كلية طب هارفرد - بأن تدريب الأطباء يجري «في مستشفيات جامعية، حيث تنعكس نسبة الأمراض الخطيرة والنادرة» مع أن المرضى الذين يعالجونهم غالباً ما يشكون من أمراض بسيطة نسبياً.\*

ان هذه الملاحظة دعمها الدكتور جون دنيل (**John H. Dingle**) - من كلية طب جامعة وسترن رزرف في دراسته عن العائلة الكفلاندية، درس فيها عوائل منتقاة بعناية دقيقة ولفترة عشر سنوات من حيث ظهور الامراض. فمنذ كانون الثاني ١٩٤٨ الى مايس ١٩٥٧ سجلت حوادث المرض في (٨٦) عائلة كونت (٤٤٣) فرداً. كانت العوائل تنتمي الى طبقات اجتماعية واقتصادية وسطى وعليا. وكان متوسط عمر الامهات - عند إجراء التجربة - ٣٠ سنة والآباء ٣٣ سنة. وكانت الحالة الصحية لأعضاء العائلة تتقرر بالمقابلات الطبية (تاريخ)، وبالفحص الجسمي والأشعة واختبارات الدم والبول. لقد اعتبرت الصحة العامة لمجتمع البحث ممتازة في بداية الدراسة. فلم يعان أحد من أي اختلال مزمن. أجريت فحوصات لاحقة في فترات ستة أشهر للأطفال وسنوية للكبار. وكانت الأم في كل عائلة تسجل أعراض أي مرض يحدث لدى أفراد العائلة. وكان الميدانيون يزورون هذه البيوت اسبوعياً لمناقشة هذه

---

\* لقد استلّت مقاطع كثيرة من النقاشات التالية من مقالات حررها الدكتور جون نويلز (**John H. Knowles**) رئيس منظمة روكفلر **Rockefeller Foundation** (المؤلف)

التسجيلات. وحينما تُشاهد علة معقدة يجري طبيب من الأطباء زيارة الى ذلك البيت لعلاج المريض. كان الأطباء والميدانيون يحلون كل مرض يسجل من قبل الأمهات. وفي نهاية العام العاشر حل ما مجموعه (٢٥١٥٥) مرضاً، اي ما يعادل ٩ر٤ أمراض للفرد في السنة. وقد تأثر هذا العدد بارتفاع نسبة مرض الأطفال. «إذ أن أمراض الجهاز التنفسي المألوفة» والمتضمنة نزلات البرد - بصورة رئيسية - والتهاب الاغشية المخاطية، والتهاب الحنجرة والالتهاب الشعبي، قد شكلت ٦٠٪ من التحليلات المرضية. اما «أمراض الجهاز التنفسي المحددة» كالاصابات العقدية وذات الرئة، والانفلونزا، فقد شكلت فقط ٣٪ من كل الأمراض. إن هذه النسب مهمة، ذلك أن أغلب امراض الجهاز التنفسي المعروفة يجب أن تعالج باجراءات معينة، كالراحة، وزيادة السوائل والاسبرين، وعلى العكس من ذلك فان الامراض المحددة الأقل ظهوراً في الجهاز التنفسي تتطلب استخدام الأدوية الخاصة كالمضادات الحيوية.

وقد كتبت نتائج مشابهة من قبل أطباء انكليز. فالدكتور كيث هودكين

**(Keith Hodgkin)** - وهو طبيب عام من يوركشر - لاحظ ان كثرة من مرضاه عانوا من أمراض تنفسية وعقلية، وهي مشكلات قلما يواجهها في تدريسه في المستشفى. فأكثر المرضى الذين شاهدتهم بصفته طبيباً مقيماً وطالياً كانوا يشكون من آلام الغازات والقلب ومشكلات لايراهها عادة في عيادته الخاصة. وخلال فترة تربو على ١٥ سنة، لاحظ الدكتور جون فراي **(John Fry)** - وهو طبيب ممارس في لندن - ان ٦٨٪ من المرضى الذين شاهدتهم عانوا من أمراض معتادة وقد عرفها بأنها ظروف بسيطة غالباً لاتزيد فترتها على ٣ أشهر، ويستبعد أن تسبب مضاعفات مزمنة. اما الأمراض التي تزيد على ثلاث سنوات وتسبب عوقاً ثابتاً، فانها شكلت ٢٧٪ من مجتمع المرضى. اما نسبة ٥٪ المتبقية فقد كونتها أمراض كبيرة «قائلة».

إن أطول فترات اتصال الطبيب بالمرضى هي فترة سني إعداده الطبي واقامته وتقع أغلب الحالات بضمن محيط المستشفى. فالمرضى الذين يشاهدتهم، غالباً ما يكونون مريضين مرضاً شديداً، ومعتمدين اعتماداً كبيراً على خبرة الطبيب. فالمرضى غالباً ما يكون مريضاً بشكل لايسمح ان نجعله رفيقاً مسؤولاً عن عمليات الشفاء. ولذلك فقد تحتم ان الطبيب لايتعلم استثمار التأثيرات المهدئة الايجابية في تعامل مجد بينه وبين المريض.

يؤكد التدريب الحديث على أهمية معرفة اخر المطبوعات في النشريات الطبية.. ولاتكشف مثل هذه المقالات سوى تغيرات بسيطة في تحليل ومعالجة المشكلات الطبية المختلفة. «فقدان» تشخيص نادر أو نسيان قسم من العمليات الحديثة، غالباً ما ينظر إليه بصفته علامة المعرفة الضئيلة. فالاجراءات التشخيصية المركزة والاختبارات المختبرية تجري - اذاً - بغض النظر عن احتماليتها، وذلك لكي لا يتم تجاهل الأمراض - رغم أن ذلك غير محتمل جداً. ولايمنح لتدريب الأطباء غير وقت قليل جداً للتدريب على المكونات الاساسية للتعامل «وادارة» الشخص المريض. ان اكثر هذه المكونات هي عوامل علاجية غير محددة ترتبط بالتأثيرات المهدئة الايجابية. يظهر التقدم الطبي بصورة بطيئة عادة. فاي تطور جديد ينتقد ويتغير. ولذلك فليس من المضمون الافتراض بأن احداث المطبوعات تحتوي على أفضل المعلومات وأكثرها قابلية على التطبيق. فكثيراً ما يجري التركيز على آخر تغيرات معالجة الأمراض، حتى لو لم يتم التحقق من صحتها. فالاعتقاد بارجحية الابداع تعزز جزئياً بالمداخل الحديثة القاصرة، في كثير من المشكلات الطبية. ان التصدر في الادارة - ادارة المشكلات الطبية - يتطلب محاولة مداخل جديدة.

وعلى كل حال، فقد اجريت تحليلات قليلة للتأكد من القيمة النسبية للاجراءات الحاضرة والجديدة. واكثر من ذلك فان كثيراً من الاجراءات الجديدة لم يتم التحقق من مشروعيتها بعد. فالاجراءات غير المتحقق من صحتها وصدقها تسبب اهداراً في المال وفي المهارات، ويمكن ان يقود استخدامها الى خطأ تشخيصي حقيقي. فعلى سبيل المثال، كان تحليل واسرمان (Wassermann) لفحص الدم للسفلس شائع الاستخدام لأربعين سنة. ولم يتم التأكد من حساسيته المفرطة إلا حديثاً. فقد اعطى الاختبار نتائج ايجابية (Positive) كاذبة. فحوالي نصف الافراد الذين اخبروا بانهم يحملون السفلس لم يكن لديهم ذلك المرض. فاخذ هؤلاء العلاج دون حاجتهم اليه وتعرضوا الى مخاطر كثيرة، بضمنها احتمالية اصابتهم بالتهابات الكبد. وعانوا من المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالأمراض الزهرية بصورة غير عادية.

## . التقنيات . التكنولوجيا . الحديثة .

نوقش مؤخراً مفهوم «التقنية النهائية / الاكيدة» (Definitive Technology) و«التقنيات المتوسطة / الجزئية» (Half- Way Technology) فالتقنيات النهائية كالتلقيح واستخدام المضادات الحيوية وكثير من صيغ الجراحة التصحيحية، تستند الى بحث علمي ودقيق يتعلق بالتطورات المرضية، وتتعامل مع عملية الحد من المرض ومحاولة علاجه والسيطرة عليه. اما التقنية الجزئية - كجراحة انسداد الشرايين الكلي والجزئي (والتي تجهز عضلات القلب بالدم) والشرايين البطينية، والغشاء الكلوي والوسائل المفصلية التصحيحية - فيمكن ان تقدم علاجاً تصحيحياً جزئياً، ولكنها لا تقدم الشفاء. فقد اكد الدكتور لويس توماس (Lewis Thomas) - رئيس مركز موموريال سلاون - كيتيرنج للسرطان في نيويورك - حاجة الطب الى تقنيات (اكيدة) ثم التأكد من سلامتها وفعاليتها مسبقاً وقبل دخولها الممارسة الفعلية. فان لم تكن هناك تقنيات أكيدة للحد من المرض أو علاجه، فليس هناك ضمانة في توقع اكتمال فاعلية التقنيات الجزئية. فكثيراً ما يباشر ببحث عن أساليب أجود واكثر حداثة لا تقدم أية منافع إضافية، ولا تتعدى كونها تقنيات جزئية أخرى. فخيبة الأمل لامفر منها. فأفضل من البدء ببحث كهذا - بحث يمكن ان يسيء الى المرض او يخلق مرضاً آخر - هو ان يزن الطبيب والمريض معاً المخاطر المتوقعة والمنافع من كل خطوة علاجية. فالقرار ينبغي ان يكون قراراً مشتركاً حول البرنامج النهائي الذي يأخذ بالحسبان التأثير المحتمل للعلاج على حياة المريض كلها.

فقد تزايد الميل الى استخدام أحدث التقنيات وذلك بسبب المصالح التجارية. وكما جاء به دكتور پاتن (A. Paton) في مقالة له في مجلة ايثن إليخ الطبية «في مجتمع صناعي ينشد التقدم (بحرف P كبير)»<sup>(\*)</sup> لانعاني من نقص في الدعائين، داخل وخارج المهنة الطبية، الذين يصرخون من أعلى السطوح (معلقين بشرائط الورد من هوائيات التلفزيون) بمنافع وانتصارات التكنولوجيا الحديثة».

---

\* المقصود بتعبير حرف (P). الكبير هو تقدم حقيقي. حيث تبدأ كلمة (Progress) التقدم بحرف كبير وهذا اسلوب اميركي معروف في التعبير للتوكيد على الكلمة، كما جاء في النص. (المترجم).

لقد ارتفعت تخصيصات الرعاية الصحية في الولايات المتحدة بشكل واضح. ففي عام ١٩٢٩ انفق للرعاية الصحية في اميركا ما يقارب (٣٥) بليوناً من الدولارات وهو ما يشكل (٣٦٪) من الدخل القومي. وفي ١٩٤٠ انفق اكثر من (١٢) بليوناً او (٤٥٪) من الدخل القومي وفي ١٩٧٥ ارتفعت هذه التخصيصات الى ما يقارب (١١٨) بليوناً اي (٨٢٪) من الدخل القومي. وقد انفق على كل اميركي عام ١٩٢٩ ما متوسطه (٢٩١٦) دولاراً للخدمات والتجهيزات الصحية، بضمنها الأدوية وأجور المستشفى وخدمات الطبيب. في ١٩٥٠ ارتفعت هذه الكمية الى (٧٨٣٥) دولاراً بينما ارتفعت في ١٩٧٥ الى (٥٤٧٠٣) دولاراً. ومع انه ليس هناك سبب واحد لهذا الارتفاع فان التحويلات في التقنية الطبية قد شكلت عاملاً أساسياً. تحدث الدكتور إيڤان بينيه (Ivan L. Bennett) عميد كلية طب جامعة نيويورك قائلاً بان الكلفة الباهضة للرعاية الصحية سببها استخدام التقنيات غير الاكيدة. فالتقنيات الاكيدة أقل تعقيداً وأقل كلفة.

فغالبا ما نشترى أجهزة جديدة للتشخيص لمجرد قدرتها على إجراء قياسات بسرعة أكثر. أما فاعلية تلك الآلات الحديثة فتقرر حسب قدرتها على إجراء كثير من الاختبارات والفحوص في وقت واحد. ان القصور في منطق كهذا هو ان كثيراً من الفحوصات المستخرجة من هذه المكائن في وقت واحد لانحتاجها لحالة واحدة. فعلى سبيل المثال - ان الطبيب قد يطلب قياساً واحداً لواحد من مكونات كيمياوية الدم، لكن الحصول على هذا القياس وحده أصبح اكثر كلفة من الحصول على منظومة كاملة من القياسات. إن الدفاع عن هذه النقطة يستند إلى أن كل المعلومات التي يتم الحصول عليها مفيدة. ولكن هذه المعلومات الاضافية تقود الى فحوص لاحقة طالما بقيت هناك اختلافات تظهر باستمرار. وهكذا فان هذه الاختبارات تولد اختبارات اخرى. وهذا وضع مربح بشكل جيد، ليس للصناعة الطبية فحسب بل للمهنة الطبية على حد سواء.

ان الجانب المخادع من هذه العملية اللولبية هو ان شخصية المريض الفريدة تعطى أولوية متدنية. حيث يتركز الاهتمام الاكبر على نتائج المختبرات التقنية لا على المريض. وكما بين الدكتور مايو بوضوح في مطلع القرن العشرين «لربما قادنا التطور العلمي الكبير في هذا العصر الممكن الميكانيكي الى خسارة تقدير شخصية المريض والثقة الكبيرة بالمختبرات والدوائر الخارجية التي تميل الى عدم جعل المريض محور

العجلة بل اطارها». ففي السنوات الأخيرة استشرى هذا الميل. حيث يعرف المريض بمرضه، «انسداد العضلة القلبية في غرفة ١٢١، لايزال يعاني من الم في الصدر» وهكذا تتضرر العلاقة التبادلية بين الطبيب والمريض بشكل حاد. وكما كتب الدكتور الكس بركر (Alex M. Burgess) وابنه من يرو فيدنس في رود آيلاند في عام ١٩٦٦ «يبدو أن كثيراً من النعم قد فقدت. نتيجة لضخامة حجم المعلومات التقنية التي على الطالب ومسؤول البيت ان يستوعبها، ظهر جيل من الدكاترة المتقدمين علمياً، ولكنهم اطباء فقراء». ولا يمكن لطالب الطب والأطباء تحمّل مسؤولية كل هذه السلسلة من الأحداث السيئة وحدهم فان الحصول على معارف تقنية يستنفذ قدراً كبيراً من وقت الطالب والطبيب، كما أن التطورات التقنية ينبغي أن تتداخل مع الممارسات الطبية الحالية. والنتيجة هي ان الوقت الكافي للاتصال المباشر مع المريض او عائلته اصبح قليلاً.

## - التخصص -

النتيجة الأخرى للمعرفة المتراكمة المطلوبة من الأطباء، هي الميل للتخصص. ولما كان مستحيلاً أن يكون فرد واحد خبيراً في كل الحقول، فقد اصبح التخصص أمراً طبيعياً. ففي عام ١٩٦٦ قدر الدكتور وايت (K. L. White) - من جامعة جون هوبكنز ان هناك (٥٤) تخصصاً رئيسياً وفرعياً مختلفاً، ولربما ازداد هذا الرقم منذ ذلك الوقت. ففي ١٩٧٣ كان اكثر من (٧٦٪) من أطباء الولايات المتحدة الأمريكية اختصاصيين. وبينما كان هناك طبيب واحد لحوالي (٧٠٠) شخص تقريباً، كان هناك طبيب عام لكل (٤٠٠٠) شخص. لقد عرّف الدكتور هنري وچلر (Henry Wecholer) - من مؤسسة بوسطن الطبية - الطبيب العام بأنه فرد يتدخل في الممارسة العامة وطب الأطفال، وطب العائلة او الطب الباطني. وقد لاحظ ان واردات الاطباء العامين الحقيقية قد تناقصت، على الرغم من تزايد عدد الأطباء. ففي عام ١٩٧٤ انخفض عدد الأطباء العامين بمقدار ٨٥٩ طبيباً عما كان عليه في عام

١٩٦٤. وهو تناقص نسبية (١٪). وفي نفس القرن تزايد عدد الاختصاصيين بحوالي (٤٥٦٠٤) وهي زيادة نسبتها (٣٧٪).

ولسوء الحظ فالميل للتخصص يبعد المريض عن إقامة علاقة صحيحة مع الطبيب طالما ان كثيراً من الاطباء يعتنون بفرد واحد. وكما اعرب الدكتور كرين بلات (R. B. Greenblatt) من كلية طب جورجيا «ان التعارض الانفعالي بين الطبيب والمريض بدأ مع اختفاء «طبيب العائلة»، و«ظهور الاختصاصي». فعمق الفهم لشخصية المريض قد تحوّل الى عمق المعرفة الطبية.

وإثناء تتبّعه لتاريخ التخصص الطبي قال الدكتور روبرت ابرت (Robert H. Ebert) - العميد السابق لكلية طب هارفرد إن المنافع المكتسبة من المتخصصين الممارسين بضمن القوات المسلحة خلال الحرب العالمية الثانية جعل انخفاض عدد الأطباء العاميين امراً لا مئاض منه. ففي هذا الوقت أعطي المتخصصون رواتب أعلى. ومناصب أرفع وكذلك رتباً أعلى وأكثر من ذلك، فكلما أصبح التخصص أكثر ربحية، تغيرت طبيعة التدريس الطبي. حيث كان الأطباء في السابق يدخلون الممارسة العامة بعد تخرجهم، لعدد من السنين قبل البدء بالتخصص في حقل معين. لقد ألغيت هذه الفترة المعتادة من الانتظار وبدلاً من ذلك يدخل التدريب التخصصي خريجو كليات الطب مباشرة. وفي الوقت الحاضر، وللتطور الطبي والعوامل الاجتماعية والبرامج التدريسية الحكومية، فان التوجه الآن يزداد نحو «التخصص الدقيق» - كجراحة الجهاز العصبي، بدلاً من «الجراحة العامة» و«طب القلب» بدلاً من «الطب الباطني».

إن التخصص يؤكد مفهوم انفصال الجسم عن العقل لانه يفصل الجسم إلى أجهزة مختلفة. وكما لوحظ من قبل فأنت لايمكن ان تقسم في محاجر تلك التقسيمات الوضعية. فالتخصص الطبي الذي يوظف أحدث التقنيات يكون بالنسبة للمريض حالة مؤسفة، وهو الذي يحتاج الى أن يعامل كشخص متكامل. وبينما يستمر هذا الميل للتخصص نخسر نحن العلاقة بين الطبيب والمريض وهكذا بالنسبة للامكانيات الكامنة في التأثيرات المهدئة. فالتاريخ الصحي بدأ يستخرج بالحاسب (الكومبيوتر)، والطب أصبح اقل تدخلاً في الفحص الجسمي، وفي تحطيمنا هذا لعلاقة الطبيب بالمريض خلقنا رعاية طبية فاشلة. أفلم نخسر أكثر مما جنينا؟ فعلياً ان لانستغرب أن نجد أن الطبيب الحديث - مع توصلاته الهائلة - قد يساهم بأحداث صحة سيئة.



# الفصل السادس



إن القول المأثور المنسوب الى هيپوقراط «اولهم لايؤذي» يشكل حجر الاساس في الطب. فلا أسوأ من طبيب يجعل مريضه أكثر مرضاً؟ فالأطباء - كما تم شرحه مسبقاً- ليس لديهم الكثير يقدمونه للمريض قبل القرن الماضي غير فوائد التأثيرات المهدئة. فبالنسبة للمريض الذي لم يعتبر مرضه قاسياً، غالباً ما كان يعتبر ذلك كافياً ورغم استطاعة الطبيب أن يقدم تأثيرات مهدئة ايجابية للمرضى الذين يتميز مرضهم بالشدة، لم يكن كافياً تغيير سير المرض بدرجة كبيرة، ولم يقدم العلاج المحدد سوى فرق ضئيل فضلاً عن أنه جعل المرض أشد وطأة، أو سبب مرضاً آخر. وفي القرن العشرين - ولأول مرة - يمتلك المريض فرصة أفضل للاستفادة من زهابه للطبيب. وعلى كل فهل بإمكان طبنا الحديث أن يساعد مريضاً مرضه أقل وطأة، ولكن يصعب تعريفه؟ والى أية درجة تستطيع مدخلنا الطبية الحاضرة النجاح في الحد من المرض أو علاج الأمراض المعرّقة؟ هل يمكن لنسبة نجاحنا ان ترتفع ونسبة خلق مرض آخر ان تقل؟

## - المخاطرة مقابل المنفعة -

ان المبدأ الاساس الذي ينبغي ان يطبق هو نسبة المخاطرة ازاء المنفعة. فالمخاطرة في التشخيص والعلاج لمريض ما ينبغي ان توازن مقابل المنفعة المكتسبة من هذه الاجراءات. فإن كان وجود المرض مشكوكاً فيه أو أنه ضئيل وله اذى قليل، فمن السخف ان نعرض المريض الى إجراءات طبية تشكل خطراً. فخطر العلاج يفوق اذا المنافع المتوقعة. تحت مثل هذه الظروف لماذا يتعرض الفرد الى تلك المخاطر؟ يعتقد

الدكتور لويس لازانيا (Louis Lasagna) من جامعة جون هويكنز - ان «الخيار بين عدم العلاج والعلاج الفعال مع خطر التسمم، يحتم على الطبيب الحديث ان يختار عادة الخيار الثاني. ولتخريج ما قاله امرسون (Emerson) فان ما ينتج التماسيح والحمى والنمور والعقارب هي الارض الخصبة وليست القاحلة.

وأبعد من ذلك فالمرضى مذنبون بتعريض أنفسهم الى مخاطر شديدة. ومثال هذه الحالة المدير ذو الخمس والثلاثين عاماً الذي احيل الى مستشفى - مع عدم معاناته من اي من الاعراض الطبية - لغرض اجراء تصوير الشرايين **Coronary Qrteriography** لاستكمال فحصه السنوي العام. ان تصوير الشرايين هي اجراءات اشعاعية تستخدم للتحقق فيما اذا كانت الشرايين، والاوعية الدموية الناقلة للدم الى القلب معطلة. حيث تحقن صبغة معينة في الشرايين القلبية لاظهارها في اشعة (x). ويعتبر هذا الاجراء ضرورياً لمعرفة ومعالجة المرضى الذين يعانون من الأمراض القلبية او الذين تبين أعراضهم وجود عوائق في الشرايين. وعلى كل فهذه الاجراءات قد تسبب تعقيدات مختلفة كالازمات والاضطرابات القلبية الكبيرة والجلطات الدموية التي يتطلب استئصالها عمليات جراحية، وكذلك النزف، في حوالي (٤٪) من الحالات. وهي ترتبط بالوفاة في حوالي (٥٠٪) من المرضى الذين يمرون بهذه الاجراءات.

لقد طلب تصوير الشريان التاجي لغرض ان يقدم لذلك المدير أفضل وأحدث ما يمكن ان يقدمه علم الطب، رغم حقيقة عدم وجود أية أعراض لديه. حيث كان قد انهى لتوه فحوصاته السنوية التي تضمنت تاريخه الطبي، والفحوصات الجسمية وتحليلات الدم والبول وتخطيط القلب وأشعة الصدر والمخرج. لقد تم تبرير ذلك للمدير بانه كان «يستحق» ان يعرف عن حالة شرايينه القلبية. يمتلك أغلب الذكور الاميركان بعض الحواجز في الاوعية الدموية في المرحلة العمرية الوسطى. ولا يمكن في حالة اختفاء الاعراض ان نفكر بالداخلية الجراحية. لقد كانت وراء أخذ هذا الاجراء التشخيصي البحث فائدة ضئيلة جداً حملت بين طياتها مخاطر قليلة - ولكنها واضحة ومضاعفات خطيرة او الموت. لم يكن ذلك المدير راضياً، فذهب الى مستشفيات أخرى الى أن اجري له الفحص اللازم فأخبر بانه لا يمتلك عوائق جديرة بالاهتمام. فتخلص

المدير - لحسن الحظ - من اي ضرر محتمل من تلك الاجراءات. واليوم وبعد عدة سنوات - وبدون أعراض تذكر يطلب أن يعاد له التصوير ليطمئن شخصياً، وسيجد من يجري له تلك الاجراءات، ويزيد بذلك من فرص اكتسابه لمضاعفات طبية.

ومن ناحية اخرى فان كانت لدى الشخص علامات او اعراض تشير الى وجود مرض خطير فان الاجراءات التي تحمل كل تلك المخاطر مبررة. أصاب رجل في الرابعة والخمسين ذو صحة جيدة ساقه حينما سقط وهو يهرول. ونتيجة لذلك احمرت ساقه وتورمت واخذت تؤله. فكان أن اجريت له فحوصات التهاب الوريد الحشري (Thrombophlebitis). ويعتبر هذا الالتهاب (أو تورم الأوردة) اختلالاً خطيراً طالما أمكن له أنه يقود إلى جلطات دموية. فالجلطات الدموية يمكن ان تهرب من الاوردة المتورمة. وتدعى الجلطات الدموية التي يحملها مجرى الدم سدادات (Em-boli). ويمكن للجلطات ان تسافر الى القلب ثم الى الرئتين. ويمكن لتلك الجلطات ان تسد الأوعية الرئوية - ان كانت كبيرة. ويظهر الموت السريع بسبب عدم استطاعة الدم ان يمر خلال الرئتين واكتساب الاوكسجين. وبينما هو في المستشفى ظهر لدى ذلك المريض ألم في الصدر، وضيق في التنفس، بعد ذلك بقليل فقد الشعور. وبعد استبعاد المسببات المحتملة الأخرى لهذه الاعراض شخصت سدادات رئوية كبيرة. وتحت ظروف طارئة كهذه تصبح الجراحة الفورية أمراً مبرراً، ورغم الخطورة القصوى للمداخلة الجراحية فإن لها القدرة على إنقاذ حياة المريض. نجحت العملية، وشفى المريض تدريجياً. ولو كانت المداخلة الجراحية تضيف فرصة الى احتمال موت المريض لبقيت تساوي المخاطرة، لأن المريض بدونها سيموت حتماً. في هذه الحالة تغلبت المنافع المحتملة على الخطر العظيم.

بين هذين المثالين المتطرفين اللذين أمكن فيهما تمييز المخاطرة مقابل المنفعة بسهولة، هناك العشرات من الآلاف من الحالات التي تتطلب قراراً حكيماً. فالقابلية على اتخاذ قرارات رصينة تتضمن جانباً من جوانب «فن الطب». فعلى الأطباء دوماً موازنة مخاطر تصرفاتهم ضد المنافع الكامنة.

فالمريض والطبيب كلاهما يحمل توقعاته ومعتقداته في تفاعلها مع بعضهما. فالمرضى يأملون لشكراهم أن تُسمع وأنزعاجاتهم وأمراضهم أن ترفع. وما يتمكن

الطب من فعله غالباً ما يكون محدوداً. ففي محاولته تلبية توقعات مريضه غير المنطقية، قد يجري فحوصات واجراءات، ويصف أدوية زائدة. فالطبيب الذي لا يكتب وصفات لمريض يعاني من علة، ولا يأمر بفحوصات غالباً ما يعتبر طبيياً غير ناجح من قبل المريض. وأكثر من ذلك فقد يثير قلق الطبيب ذاته ان لا يفعل شيئاً. ان «تفعل شيئاً» هو ماتدرسه كليات ومدارس الطب غالباً. وأن «تراقب وتنتظر في حالات لا تتطلب فعلاً سريعاً» فهو قلماً يدرّس، بل غالباً ما يدعى بأنه نقص في المعلومات. لقد لاحظ الدكتور لازانيا ان «هناك لسوء الحظ، المعالج الغاضب، في الكثير من الأطباء، والذي يملئ بان اي مرض يجب أن يعالج بالدواء، حتى ولو كان في مستوى رد الفعل العصبي - تقريباً». فغالباً ما استبدلت الجوانب المفيدة في العلاقة بين الطبيب والمريض، بالوصفات الطبية والفحوصات غير الضرورية. فالتفاعل بين المريض والطبيب يجب أن يمكن المريض من التعبير عن قلقه ومخاوفه، وكذلك من عرض الأسئلة عن حالته الصحية. هذا التفاعل استبدل إلى حد بعيد بالفحوصات والأجراءات. فالمهنيون المختصون والفنيون - الذين قد يكونون كفؤين - يجرون مجموعة كبيرة من الفحوصات ولكن ميلهم نحو المريض أقل بكثير منه نحو الطبيب. ليس هذا تقدماً بل اغراقاً في التأكيد على التكنولوجيا الحديثة على حساب مداخل تم اختبارها على مدى زمن طويل. وليس هذا التحول في التأكيد غير ضروري حسب، بل إنه يسبب كذلك أمراضاً تدعى مبتدع طبي (iatrogenic).

## - المبتدعات الطبية iatrogenesis -

ان المبتدعات الطبية (iatrogenesis) هي من الكلمات الاغريقية إياتروس (lat-ros) وتعني «الطبيب» وجنان «Gennan» وتعني «ينتج». ويمكن ان تُعرف بانها تنتج من فعاليات الطبيب. وكانت اللفظة أصلاً تشير الى الاضطرابات التي تتولد في المريض كنتيجة لفحوصات، أو أخلاق أو نقاشات الطبيب. أي أن علل المبتدعات

الطبية **iatrogenic** هي تلك التي يرسبها على المريض الطبيب الذي لا يعرف قلق مريضه معرفة جيدة او تأثير كلماته وأفعاله على المريض. وتستخدم الكلمة الآن للدلالة على أي ظرف او مرض معاكس يسببه الطبيب. وقد عرفت امكانية الطبيب على إحداث الأذى منذ قرون. فقد كان لاثام (**Latham**) يعرف امكانياته حين قال: «ان من بين أخطار المرض ان لأنرفض حساب الأخطاء التي يقترفها الطبيب».

ان تكرار هذا المرض في الطب الحديث يرتفع بصورة كبيرة. فعدد الأدوية المنتجة - اختيارية كانت أم علاجية - والمستخدمه في المهنة الطبية قد ازداد بشكل كبير. وكما نوقش من قبل فان هذا التزايد كانت له تبعاته الكبيرة. فحياة ملايين من الناس أنقذت أو أطيبت وأريح أولئك المصابون بأمراض مستعصية، راحة كبيرة. فنحن لانستطيع ان نقول ما قاله الدكتور اوليفر وندل هولمز (**Oliver Wendell Holmes**) في ١٨٦٠ إرموا الافيون، وارموا بعض المخدرات التي لم يكتشفها فننا بعد، وارموا الخمر. فأنا أعتقد بشدة أن كل المادة الطبية - كما تستخدم الان - يمكن اغراقها في البحر وسيكون ذلك كله أفضل للنوع البشري وأسوأ للسماك». ولسوء الحظ فقد ربطت التطورات الحديثة للطب بالارتفاع الفاحش في المضاعفات العكسية التي ترتبط مباشرة بالدواء والاجراءات التحليلية والعلاجية. فتمتلك الأدوية الفعالة والأجهزة الناجحة المستخدمة اليوم قدرة هائلة على الأذى.

فإن رد فعل المبتدعات الطبية **iatrogenic** كما لاحظ الدكتور كوين (**J. F. Gwynne**) - من جامعة اوتاغو في نيوزيلاندا «تختلف في قسوتها من البسيط الى الخطير» الذي لا يمكن علاجه» ينبغي أن يمارس تحفظ كبير من استخدام العقاقير لتفادي المخاطر المحتملة.

وبينما كان الجراحون عبر التاريخ مسؤولين بصورة كبيرة عن غالبية تعقيدات تلك المبتدعات **iatrogenic** فإن الدكتور الطبيب الذي يصف الأدوية أصبح اليوم محفزاً رئيساً للموت ومرض المبتدعات الطبية. فإن أكثر تأثيرات هذا المرض المألوفة هي تلك الناجمة عن استخدام الأدوية. فنحن في خضم «ثورة دوائية صيدلانية» أو «عصر كميائوي»، او حالة تسهي «الصيدلة المتعددة» (**Polypharmacy**). ففي التقويم المنضدي الطبي (**PDR**) لعام ١٩٧٨ هناك مايربو على (١٢٠٠) دواءً مسجلاً، وأكثر من (٥٠٠٠) اسماً تجارياً بواسطتها تسوق هذه الأدوية.

ان ردود فعل «المبتدعات» التي تقود الى الموت (خاصة تلك المرتبطة بالأدوية) وصلت مستوى محذوراً، ففي تقرير طبع في ١٩٧٥ قَدَّر الدكتور نلسن تري (**Nelson S. Trey**) من معهد القوات المسلحة للتمرير - ان هناك بين (٦٠٠٠) الى (١٢٠٠٠) حالة وفاة تظهر سنوياً في الولايات المتحدة من ردود فعل معاكس للأدوية. والمأساة في هذه الحالة هي ان اكثر هذه الحالات غير ضروري طيلة استخدامنا للأدوية. فلو استخدمنا مبدأ المخاطرة مقابل النفع بصورة صحيحة لهبطت نسبة استخدام الدواء.

ونحن لانسبب الاصابة لأنفسنا حسب، بل كذلك لنزيتنا. ان الجنين البشري بالذات حساس للأدوية. وان التأثيرات للمبتدعات الطبية على الجنين النامي تجعل عدداً كبيراً من الأدوية غير مأمون خلال فترة الحمل. وبما ان الحمل في مراحله الاولى لا يرى بوضوح، فالطبيب قد يصف أدوية ضارة للمرأة الحامل. وقد ارتفع احتمال حدوث ذلك بسبب المواد المستخدمة بهذه الكثرة.

هناك بين (٣-٥٪) من مرضى الأطباء الممارسين يزورونهم بسبب مضاعفات المبتدعات والتي تتطلب في النهاية دخول المستشفى. وتظهر أغلب التأثيرات العكسية في الجهاز الهضمي، مع أن أجزاء أخرى من الجسم يمكن ان تتأثر بها في الواقع. إن اكثر الاعراض وضوحاً هو الغثيان، والتقيؤ والاسهال والألم واليرقان والنزيف. ويمكن طبعاً التعرف على طبيعة هذه الانعكاسات عن طريق معرفة نوع الدواء المستخدم وطبيعة فعله.

تبين أكثر بحوث مشكلة المبتدعات الطبية ان من بين (١٠ - ٣٠٪) من المرضى الراقدين في المستشفى أظهر رد فعل عكسي لدواء تناوله. وفي إحدى الدراسات وجد الدكتور ليتون كلاف (**Leighton E. Cluff**) والدكتور جورج ثورنتن (**George F. Thornton**) والدكتور ليري سيدل (**Larry G. Seidl**) - من جامعة جون هوبكنز - وجدوا ان (١٥٪) من المرضى في ذلك المركز الطبي الرئيس قد مروا بتأثيرات المبتدعات من الادوية. وعرف هؤلاء الدكاترة التأثير العكسي للدواء بأنه «اي استجابة معكوسة للدواء، غير مقصودة او غير مرغوبة من قبل الطبيب». وفي دراسة اخرى كتب الدكتور اليهوشيميل (**Elihu M. Schmucl**) - من جامعة بيل - إن؛ اكثر من (١٠٪) من المرضى الراقدين في المستشفى مروا بتعقيدات مؤذية ارتبطت باستخدام الأدوية.



وبما ان الشفاء يتضمن عادة اكثر من عملية تناول الدواء، بل كذلك فحوصات واجراءات، فان ردود الفعل العكسية اكثر ظهوراً في المستشفى. وكذلك فقد وصل شيمل الى ان (٢٠٪) من المرضى المفحوصين مروا بتعقيدات مؤذية لها علاقة بالرعاية الصحية. اما المضاعفات المهددة للحياة فقد كانت حوالي (٥٪) من جميع مجتمع المستشفى. ان متوسط الشفاء لأولئك الذين يعانون من المبتدعات الطبية كان (٢٨٧) أيام في حين تكون المدة بالمقارنة (١١٤) يوماً بالنسبة للمرضى غير المتأثرين. فاذا قادت أمراض المبتدعات الى ارتفاع العلاج بالمستشفى أو إطالة فترة المكوث فيه فإن ذلك ذاته يقود الى تعقيدات المبتدعات الطبية. فالكثير يتفقون على أن مكث الفرد في المستشفى كلما زاد زادت فرصة ظهور حوادث المبتدعات الطبية. لقد وجد باحثون آخرون أن المريض اذا اصيب بحادثة واحدة، فان احتمال تعرضه الى أخرى سيزداد بشكل كبير. فعلى سبيل المثال - ظهر في دراستين أن (٣٠٪) من المرضى الذين دخلوا المستشفى بسبب ردود فعل عكسية للدواء قد مروا بحادثة معاكسة أخرى. فكل إجراء أوفحص يحمل مخاطره الأكيدة. فحينما تدخل الأنابيب والقسطر في الأوردة والشرايين أو في الأعضاء الأخرى فهناك خطر اكيد. فقد ينزف الفرد بشكل حاد أو يصاب بتلوث أو يصاب العضو نفسه. ان هذه المضاعفات تتطلب علاجات تحمل هي الأخرى بين طياتها مخاطرها الخاصة. فالحالة الحاضرة القائمة على استخدام الأدوية والفحوص التشخيصية بهذا التركيز ترجع الى عدة عوامل متفاعلة مع بعضها: التقدم التكنولوجي، المصالح التجارية، توقعات المريض غير الواقعية، والقضايا القانونية، والتكاليف الباهضة للمعاهد الطبية واجراءات التمويل للمهنيين الفنيين الصحيين.

ان الميل لاستخدام أحدث الادوية المتطورة - رغم عدم وضوح تأثيراتها المباشرة البعيدة المدى وضوحاً تاماً - ينفع بالتأكيد الصناعة الصيدلانية. فالدواء الجديد يسبب ارباحاً. وتهتم الصناعة الصيدلانية - في الحقيقه - بشفاء الناس وتحسين صحتهم. ولكن عملية تسويق دواء جديد تتجاوز فيه الاعتبارات المالية اي مدخل حذر في العلاج، وأي تقييم متزن للتأثيرات العكسية. واكثر من ذلك فالاطباء لم يثبتوا بعد انهم قوة ضد ظهور انتاج لم تثبت سلامته بصورة تامة. فالأطباء يجربون الأدوية الجديدة المعروضة بوصفهم تلك المواد، وهكذا يوفرون مستهلكين للشركات

الصيدلانية. وقد عقب گوین (Gwynue) على ذلك قائلاً «ان التأثير المقصود او غير المقصود الذي يمارسه المنتجون لبيع سلع جديدة يميل الى تأكيد الفوائد العلاجية والمنافع التجارية حينما يثار سؤال الأعراض الجانبية» وحين مناقشة العلم فان شلر (Schiller) - شاعر القرن الثامن عشر - قال «بالنسبة لقوم فهي آلهة السماء العليا، اما بالنسبة للآخرين فهي البقرة الحلوب».\*

ان الصناعة الصيدلانية مسؤولة بصورة كبيرة عن تشجيعها لاتجاه السخرية من التأثيرات المهدئة وذلك عن طريق إجراءات الفحص التي تجريها. وكما نوقش في الفصل الرابع، فان كان هناك دواء فعال وحبّة قاصرة ووجد أن كليهما فعال فان كليهما سيتركان. فالتأثير المهدىء او تأثير العوامل غير المحددة في العلاج لم تدرس بصورة جيدة، وذلك لعدم وجود أرباح فيها. ومع كل ذلك أليس التأثير المهدىء الايجابي مرغوباً اكثر من دواء له أعراض جانبية؟ في الواقع ان كان تأثير الدواء وتأثيرات العوامل العلاجية غير المحددة متساويين فلماذا المخاطرة بالتسمم بالدواء؟ ان كل الأدوية يكمن فيها احتمال التأثير المضاد. وقد قال بعض مدرسي الصيدلة «إن كل الأدوية سموم». فالأدوية تعمل غالباً على تغيير التركيب البايولوجي الكيماوي (البايوكمياوي) للجسم. واذا تمرض التركيب البايوكيماوي للجسم، فان التغيير يصبح مرغوباً. فالمنافع في الدواء ستفوق مخاطره، خاصة حينما لاتتوافر بدائل اخرى.

- سبيل الحذر - a conservative approach -

أو سبيل الوقاية

ان مدخل التحدث في الطب اكثر اماناً للمريض وذلك لأن الفحوصات والاجراءات

\* مترجمة عن الالمانية (المترجم)

المتخذة ستكون أقل. وإذا ظهرت الأعراض، تتخذ الاجراءات والفحوص الاضافية عندئذ. فالانتظار لم يفقدنا غير القليل. ومع ذلك فان سبيل الحذر في الطب مدخل يصعب أن نحفظ به في مجتمعنا. فحينما نواجه بحالة قانونية تشير الى عدم استخدامنا للتشخيص السريع، فقد يجد الطبيب صعوبة في الدفاع عن موقفه المتحفظ.<sup>(\*)</sup> فسيظهر الطبيب بمظهر المهمل المتخلف عن العصر، حتى لو انتفع من اسلوبه ذلك غالب مرضاه. ونتيجة لهذه الأعمال اصبحنا نرى ممارسة الأطباء لما يسمى «بالطب الدفاعي». فالطب الدفاعي يتضمن طلب مجموعة من الفحوصات بصرف النظر عن ضرورتها أو تكاليفها. وتبعاً لذلك لو أقيمت دعوى «التقصير في المهنة» لتعذر حينذاك أن يتهم الطبيب بالاخفاق في طلب كل المعلومات والفحوصات «ذات العلاقة». فالطب الدفاعي ممارسة فقيرة للطب، لانها مكلفة بشكل كبير وتدعو الى المبتدعات الطبية. وهكذا فان مهنة القانون تساعد بدورها على ارتكاب هذه الدائرة المغلقة وذلك بسبب دورها في المكسب المادي من قضايا «التقصير في المهنة». إن الطب الدفاعي تشجعه المصالح المادية للأطباء ذلك لأن الطرف الثالث في العملية - وهو شركات «الصليب الازرق / الدرع الازرق» وشركات التأمين الاخرى - يدفع للأطباء معتمداً على عدد الفحوصات والاختبارات والاجراءات الطبية المتخذة. فالطب الدفاعي هو كذلك في صالح كثير من المستشفيات. فأن الفحوصات المختلفة تدفع ثمن الأجهزة المشتراة لتأدية هذه الاختبارات والفحوص، وفي النهاية فالاختبارات والاجراءات مصدر للربح بالنسبة للمستشفيات والأطباء - على حد سواء: وهكذا لن يستطيع الفرد اتهام مديري المستشفيات، ذلك لأن لهم اولوياتهم المحددة.

---

\* قد يكون من المفيد ايضاح الاطار الحضاري لهذه الافكار. فالنظام الاقتصادي الرأسمالي في الولايات المتحدة يؤثر على مهنة الطب (شأنها شأن كل مرافق الحياة الاجتماعية والاقتصادية الاخرى). فهي بذلك خاضعة لقوانين دقيقة ومعقدة. فمن المألوف أن يقيم اي مريض دعوى قضائية ضد طبيب في اي لحظة. ويجبره - ان ربحها - على تحمل خسائر مادية. وليس من المستبعد ان نرى لكل طبيب محامياً مشهوراً خاصاً، او ربما اكثر لتناول القضايا الخطيرة والدفاع عن الطبيب. وللطبيب شركات تأمين تحميه، وللمريض شركات تأمين تدفع عنه.. وهكذا فان هناك اكثر من اشارة في الكتاب الى هذا النوع من العلاقات، التي يحسب لها اغلب الاطباء (المزاولين للمهنة في اميركا) حساباً. (المترجم)

## - الإنشغال بالصحة -

إن هناك نوعاً آخر أكثر عذراً من أمراض المبتدعات الطبية - يمكن أن يسببه - الاهتمام الزائد بالصحة. فالقلق والاهتمام لدى المريض يتربى بحسن نية من قبل المهنة الطبية أو المصالح التجارية أو كليهما. فضغط الدم العالي مثال جيد لكيفية حدوث مرض سببه الاهتمام الزائد بالصحة. فضغط الدم العالي مرض يرتفع فيه ضغط الدم في الشرايين. وهو في الغالب غير معروف الأسباب. فالمبتلى به لا يمتلك أعراضاً لسنوات عديدة. ومع ذلك فضغط الدم العالي يقود إلى ارتفاع في نسبة تصلب الشرايين (**Arteriosclerosis**) يتضمن تصلب الشرايين ترسيب الشحوم والجلطات الدموية والكالسيوم على جدران الشرايين. وقد يقود إلى حوادث النسيج الوعائي الدماغية الذي يسمى عادة بالصدمات أو السكتات (**Strokes**) أو انسداد العضلة القلبية الذي يدعى بالسكتة القلبية (**Heart Attacks**) أو موت خلايا الكليتين. وإذا شخص ارتفاع ضغط الدم بصورة مبكرة فالتداوي المناسب بالعقاقير يمكن له أن يخفض الضغط ويمنع كل التبعات القاسية: أن مرض تصلب الشرايين الذي يصيب القلب والدماغ والكليتين هو مسبب رئيس للموت في الولايات المتحدة اليوم. ولأن ارتفاع ضغط الدم يمكن له أن يعالج، ويمكن لهذه الأمراض أن تنتهي أو تتأخر، فقد بدأت حملات مركزة للتحري عن ارتفاع ضغط الدم. ولو اكتشف ضغط الدم بصورة واضحة فإن هذه الحملات تصبح جديرة بالاهتمام بالتأكيد. ولكن تلك البرامج قد تكون ذات أثر هدام. فهناك دلائل تتنامى مؤيدة حقيقة أن الانفعالات والعناصر النفسية تعتبر مهمة في اظهار ارتفاع في ضغط الدم. فإن كنت في وضع صعب، وضع مزعج انفعالياً أو وضع يتطلب تكييفاً سلوكياً، فإن رد فعل جسماني من نوع «حارب أو اهرب» سيبدأ بالظهور. إن رد فعل «حارب أو اهرب» يمكن توقعه من ارتفاع في ضغط الدم وفي ضربات القلب وفي مستوى التنفس وفي العمليات الأيضية ونسبة سريان الدم إلى العضلات. إن كل هذه التغيرات النفسية - كما يعتقد - تهيبك للركض أو القتال، وهكذا التسمية: «حارب أو اهرب». ولا بد لتكرار هذه الحالة أن يقود إلى ارتفاع مزمن في ضغط الدم - بعد أن كان وقتياً.

فأن قادت العوامل الانفعالية الى ارتفاع ضغط الدم، فهل من الممكن أن تبدأ بعض حملاتنا البحثية برنامجاً يسبب لنا ارتفاع ضغط دم من نوع المبتدعات الطبية. يتقلب ضغط الدم بصورة كبيرة خلال أجزاء الجسم وهو عادة ما يرتفع مع الشحنات الانفعالية او الحالات الشديدة .. كالجدل مثلاً - ولكن فحصه يجب ان يكون عندما يستمر مرتفعاً. فحينما يقاس ضغط الدم في محيط غير مستقر مثلاً، وفي المطارات والعمارات الشاهقة، والاسواق والصيدليات المزدهمة، فانه قد يبدو أعلى من الاعتيادي، ولكنه لايشير حقيقة الى ارتفاع في ضغط الدم.

فقد تكاثرت مؤخراً الأدوات التجارية التي تقيس ضغط الدم بصورة ذاتية (اوتوماتيكية) في أمكنة عامة كالتي ذكرت. حيث يوجه الناس الى الجلوس على كرسي ثم يضعون بضع قطع من النقود في تلك الآلات ثم يراقبون الأرقام التي تظهر على شاشة أمامهم. تشير الأرقام الى ضغط دمهم. فأن سجلت الآلة ضغط دم عالياً فأنهم يُنصحون حينها بمراجعة الطبيب. ولا يقتصر احتمال إحداث ارتفاع في ضغط الدم يزيد على المؤلف على البيئات الانفعالية، بل يتعداه الى أن هذه الآلات عموماً غير موثوق بها، وان عدم الوثوق ذلك يتضاعف لدى الناس الذين لا يستخدمونها بصورة صحيحة. فكثير منهم - على سبيل المثال - لا يرفعون الملابس عن أذرعهم. فالملابس تعوق الدقة - المحدودة أصلاً - في تلك المكائن.

ان المكائن الاوتوماتيكية واستخدامها الخاطيء ليس المصدر الوحيد لضغط الدم غير الحقيقي. فالناس قد تعلموا الأسباب الخطيرة وراء ارتفاع ضغط الدم غير المشخص حيث دعى المرض «بالقاتل الصامت» او «القنبلة الداخلية الموقوتة» وبسبب هذه المعلومات المنتشرة يصبح كثير من الناس قلقين حينما يقاس ضغط دمهم ثانية فالقلق قد يرفع ضغط الدم وسيساء تشخيص المرض. لقد تحدثت مؤخراً في صيدلية مع شخص اشترك في حملة البحث عن حالات ارتفاع ضغط الدم. سألته ان كان قد اكتشف أية حالات ارتفع فيها ضغط الدم. قال: إنه لم يكن ناجحاً في ذلك في البداية، ولكنه تعلم بالتدريب أن يقيس ضغط الدم برفع عدد الحالات بشكل هائل. ففي البداية كان يقيس ضغط الدم بنفخ وتنفيس كيس القماش في الجهاز بشكل اعتيادي دون اي تعليق. ولكنه غير هذه الطريقة وأصبح يبدي شيئاً من الاهتمام، هامساً «اوه، اوه!» بعد القياس الاول سيكشف القياس الثاني ارتفاعاً عالياً في ضغط الدم لدى الشخص! عند ذلك أصبح قادراً على احالة أناس اكثر الى الاطباء.

فحينما يستشّار الطبيب فمن المحتمل ان يقلق الشخص الذي يعرف مقدماً مخاطر ارتفاع ضغط الدم. عندها يسجل ضغطاً اعلى من الطبيعي. وفي هذه الحالة تبدأ حلقة مفرغة نتيجتها علاج دوائي لمرضى لاوجود له.

ان الالاح في التوعية عن أخطار ارتفاع ضغط الدم، قد يقود - كما تقود القياسات المتكررة للضغط - الى تشخيص ضغط دم عال. فقد حلل الدكتور وليم ارونو (William S. Aronow) الدكتور وليم آلن (William H. Allen) والدكتور دومنيك دي كريستوفارو. (Dominic De Cristofaro) والآنسة سوزين انكرمان (Suzanne Ungermann) من جامعة كاليفورنيا في ارلين ولوس انجلس.. حللوا عوامل الخطر القلبية لدى آناس لا يمتلكون تاريخاً مرضياً قلبياً. وقد قاموا عوامل الخطر الرئيسية لهذا المرض (ضغط الدم ومستوى الكولسترول في الدم وعادات التدخين، والبدانة، والميل الى السكر) في (٢٥٢٤) شخصاً. وبعد وجبة الاختبارات الاولى، أنقسم الافراد الى قسمين، المجموعة الاولى (١٢٥٠) شخصاً من المتبرعين اشتركوا في برنامج توعية يتعلق بالمخاطر القلبية. ارسل اليهم بريد اربع مرات مختلفة، ودعوا كذلك لحضور محاضرات مسائية اربع تتعلق بتقليل عوامل الخطر. وخلال المحاضرات قسم المشاركون الى مجموعات أجيبب فيها اسئلتهم الخاصة. اما افراد المجموعة الثانية فلم تتلق أي برنامج توجيهي كهذا. وبعد (١٠ - ١١) شهراً من الوجبة الاولى للقياسات، دعي المشاركون كافة للقياس. ومع أن بعضهم لم يستجب للدعوة، فان رقماً معقولاً قد حضر وهو (١٨١٧). بعد ذلك أجريت مقارنات بين المجموعة التي مرت بالبرنامج التوجيهي وأولئك الذين لم يمروا. كان هناك ارتفاع واضح في ضغط الدم في الوجبة الثانية من القياس عن المجموعة التي أخذت البرنامج التوجيهي. إن عدد أولئك الذين ارتفع ضغط الدم لديهم كان يزيد خمس مرات عما كان عليه خلال الفحص الاولى. فهل قاد البرنامج التعليمي الى رفع مستوى المعرفة بمخاطر ضغط الدم العالي، أو أدى الى ارتفاع القلق ومن ثم ارتفاع ضغط الدم؟

في السنوات السابقة كانت الاعراض العابرة لارتفاع ضغط الدم (المرتبط بالقلق والذي يقود الى تشخيص خاطيء) تشاهد بصورة أساسية لدى طلبة الطب، وذلك لفهمهم تبعات ضغط الدم. فان هذه الاعراض بدأت تظهر بنسبة اكبر بين أفراد

مجتمعنا المتعلمين. ويسجل ضغط الدم خلال كثير من فحوص التعيين. والناس عادة يقلقون خلال هذه الفحوص بسبب اهتمامهم بالوظيفة، ومعرفتهم بأن أي ارتفاع يمكن أن يحرمهم منها. فان رُفض قبول الشخص في الوظيفة بسبب ارتفاع ضغط الدم فان الضغوط الأخرى سترفع ضغط الدم - تبعاً لذلك.

ينبغي أن يؤخذ الفحص الأولي للضغط في ظروف هادئة واعتيادية في مكتب الطبيب. إن استراتيجية التوعية الصحية التي تفرع الناس قد تعطي نتائج مضادة لما يراد منها فقد خلقنا مرض المبتدعات الطبية الذي سببته الظروف التي تجري فيها الفحوصات وتفسر فيها نتائجها. فلهذه الأمراض القابلية على التعقيد طالما كانت للدواء الموصوف أعراض جانبية مضادة محتملة. فإن كان ضغط الدم العالي موجوداً مثلاً، فليس هناك من سؤال حول ان المخاطرة بحدوث فعل الدواء المضاد تفوقها - الى حد بعيد - منافع الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم. وعلى كل فالتشخيص الصحيح يجب ان يتم قبل بدء العلاج.

فعندما تشعر بصحة جيدة - بصورة عامة - فأنت بصحة جيدة. ينبغي ان لا تتعب نفسك في التأكد، كعادتك لقراءة ضغط الدم. فحينما لا تكون هناك شكوى طبية ينبغي ان لا تسمح للوساوس حول صحتك ان تظهر فالوساوس نفسها قد تسبب مرضاً.





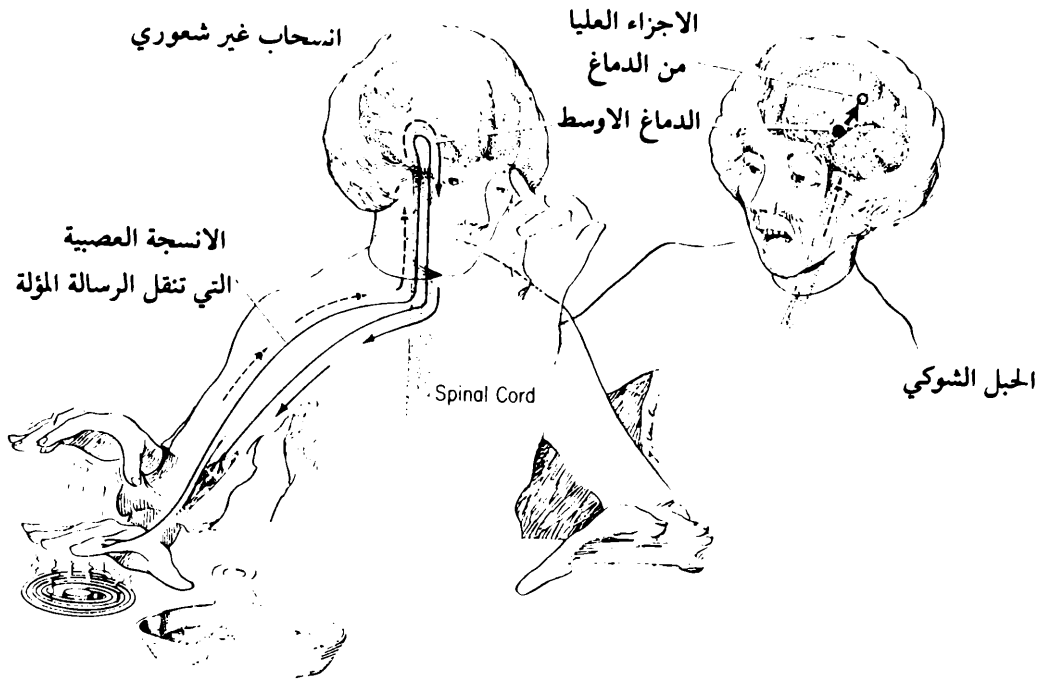
## الفصل السابع



إن وصف الاحساس بالألم قد سجل منذ بدايات كتابات الانسان المبكرة. فدراسة تاريخ الألم يصبح أمر إجراء مقارنات في مزاولة الطب خلال العصور المختلفة ممكناً. ذلك ان الاطباء والمعالجين كانوا دوماً يدعون لرفع الألم. فدراسة الألم تظهر كيف أن الطب الحديث - مع امكانيته في إزالة الألم بشكل لم يسبق له مثيل غير قادر (على الأغلب) على مساعدة كثير من اولئك الذين يعانون من هذا الاحساس. فان مزج التقنيات القديمة قدم الزمن، مع تقنيات الطب الحديثة لم يتم التوصل اليه بنجاح. سبب ذلك إنكار مبادئ الطب السلوكي. فقد أهملنا العناصر غير المحدثة للعلاج، التي تقود الى تأثير مهدىء إيجابي. فقصورنا في التعامل مع الألم خلق لنا مشاكل سببها اتجاهاتنا الحالية الذكر لتقدير مناسب للخطورة مقابل المنفعة. فالألم جيد لتعامل العقل والجسم بشكل غير قابل للفرقة. فالاحساس بالألم يظهر تعاملًا معقدًا بين العوامل الفسلجية والنفسية.

فان كل أجزاء الجسم تقريباً مجهزة بأنسجة عصبية محددة يمكن تشبيهها بأسلاك الهاتف. تنتقل هذه الاعصاب وسائل او نبضات من الألم. فحينما تضرب اصابة او مرض - او اي عامل آخر - في نهايات هذه الانسجة الخاصة، فان الرسائل تنتقل الى النخاع الشوكي، ومناطق من الدماغ الوسيط، فيتم تفسير هذه الرسالة أولاً، في الحبل الشوكي، وفي هذه الأجزاء الدماغية. وقد تنتج الرسالة رد فعل مباشر كالانسحاب الفوري لجزء من الجسم في حالة الاصابة. (انظر شكل ٩) إن رد، فعل الانسحاب في اليد من مادة مستعرة، الذي يظهر دون إدراك شعوري للرسالة الفورية، هو مثال حي لذلك. فرد الفعل يمكن أن يشبه برسائل سبق تسجيلها ونقلت خلال أسلاك الهاتف الى المنادي. وعلى كل فحينما تصل غالبية أحاسيس الألم مستوى الحبل الشوكي والدماغ الوسيط، فإنها تتحور قبل ان تفسر وقبل ان يبدأ الفعل الانعكاسي. ان ذلك التحوير يتم التوصل اليه بنبضات عصبية داخل الحبل الشوكي ذاته، وبواسطة نبضات من الدماغ الى ذلك الجزء من الحبل الشوكي الذي

تدخل تلك النبضات فيه. ويعمل الجهاز العصبي المركزي عمل البدالة، سامحاً لبعض الرسائل ان تعبر، محوراً الأخرى وقاطعاً كذلك أخرى. إن تلك البدالة مبرمجة جزئياً من قبل «المراكز العليا» في الجهاز العصبي، والتي هي مناطق أخرى من الدماغ. ان الميكانيكية النفسية، والتفسيرات الفسلجية للالم كليهما مرتبطان. (انظر شكل رقم ٩) فالمراكز العليا من الجهاز العصبي هي المناطق التشرحية من الدماغ المرتبطة بالشعور. وتقرر هذه المراكز - الى درجة كبرى - أي رسائل للالم تنقل الى الشعور - في النهاية. وتؤثر العوامل النفسية على الادراك الشعوري للالم والحساسية تجاهه.



(شكل رقم ٩ - الاحساس بالالم مع رد فعل انسحابي يعقبه الادراك.)

(رسائل الالم تنقل من اليد المحترقة) من خلال انسجة عصبية محددة، الى الحبل الشوكي، والى مناطق في الدماغ الاوسط. اما النبضات المؤلمة للاصابة، فانها اولا تقود الى رد فعل انسحابي غير ارادي لليد. ان هذا الفعل الانعكاسي الانسحابي يظهر دون وعي. وتتم السيطرة على هذا الفعل الانعكاسي من مراكز دنيا من الجهاز العصبي المركزي. وبعد اجزاء دقيقة من الثانية تنتقل رسائل الالم الى المناطق العليا من مناطق الدماغ، فالنبضات حينذاك تفسر بانها مؤلمة، فيميز الانسان الما فيتخذ عند ذاك رد فعله الشعوري (الارادي)

الاتجاه **Attitude** هو واحد من تلك العوامل النفسية التي قد تؤثر على رد فعل الفرد نحو الألم. ولرسم ذلك يمكننا تقدير خبرة الألم في مجموعات حضارية مختلفة. ففي ١٩٥٢ قدم الدكتور مارك زوروسكي (**Mark Zborowski**) فروقاً في الاتجاهات (او ردود الفعل) نحو الألم بين المرضى «الأميركان القدماء» واليهود الإيطاليين. فقد أجري المشروع في مستشفى كنجبرك في نيويورك. واحتوى على مقابلات مع مرضى من جماعات عرقية مختارة، وملاحظات عن سلوكهم أثناء الألم، ومناقشات حول المرضى أنفسهم مع الموظفين الصحيين الذين حضروا أثناء معاناة المرضى المؤلمة. لقد وجد زوروسكي أن أعضاء الثقافات الإيطالية واليهودية كانوا حساسين بشدة للألم أو كثيري الانفعال في ردود فعلهم تجاهه. وعلى كل حال فقد كانت اتجاهاتهم الرئيسية نحو الألم مختلفة جداً. فالإيطاليون كان يهتمهم إزالة الألم السريعة، أما المرضى من أصل يهودي فقد انصبَّ اهتمامهم على تبعات الألم، واثره على صحتهم ومستقبل عوائلهم. أما الأميركيان القدامى الذين عرفهم بالبيض المولودين في أميركا، وهم عادة من البروتستانت، الذين ولد أجدادهم (هنا الأقل) في أميركا<sup>(\*)</sup> فقد كانوا أقل بكثير من غيرهم ميلاً الى التعبير عن المهم. وكان لديهم العظيم من الثقة في قدرة أطبائهم على إزالته. لقد كان هذا البحث ذا طبيعة نوعية، والمعلومات المستحصلة لم تعط تحليلاً كمية.

وقد اكسب الدكتور رچارد سترنباخ (**Richard A. Sternback**) وبرنارد ترسكي (**Bernard Tursky**) - من كلية طب هارفرد - تلك الفروقات في الاتجاهات الطبيعية الكمية، وكذلك للأفراد من الأصل الأيرلندي. فقد تطوعت ربوات البيوت اللواتي كن عضوات في تلك المجموعات المختارة للمشاركة في الدراسة التي أجريت فيها محفزات كهربائية. ثم جمعت البيانات عن شدة المحفزات وكذلك عن استجابات الافراد النفسية للمحفزات الكهربائية المتكررة. فكانت الفروقات الحضارية في هذا البحث مشابهة في الاتجاه نحو الألم الذين شاهدتهم دوروسكي. واكثر من ذلك فقد كتم الأيرلنديون انطباع المعاناة وقنعوا اهتمامهم بتبعات الألم.

\* غالباً ما يُدعون «بالواسب»، (**WASP**) وهي مختصر لتعبير **White - Anglo - Saxon - Protistant** (المترجم)

## - الألم الوهمي -

يشكل عرض الألم الوهمي ظاهرة مثيرة أخرى توضح أهمية الجوانب التفسيرية للألم. فأغلب المرضى الذين يمرون بقطع عضو من أعضائهم يستمرون - بعد الجراحة - بالشعور بالجزء المقتوع. ورغم ان هذا الشعور يظهر في الغالب لفقدان ذراع او ساق، فمن الممكن ظهوره بعد فقدان أنف أو أذن أو أي جزء آخر من الجسم. فالجراح العسكري الفرنسي الشهير امبروي باغي (Ambroise Paré) وصف هذه الظاهرة في (١٥٥١). ولكن تعبير «الذراع الوهمي» (Phantom Limb) لم يظهر حتى السبعينات من قبل الدكتور سيلاس وير ميشيل Silas Wier Mitchel وهو طبيب اعصاب اميركي. ليس هناك مرضى يحسون باقتطاع أجزاء من اجسامهم حسب، بل ان بعضهم أحس بالألم في الجزء الوهمي. فان ادراك شدة الألم الوهمي تتضاعف بدرجة ملحوظة بين الأفراد. وقد يختلف من يوم لآخر، لدى نفس الشخص. فالألم قد يسوء بالازمات الانفعالية والانهاك.

ففي إحدى حالات الألم الوهمي أظهر رجل في الحادية والخمسين اعراض الذبحة الصدرية. والذبحة الصدرية الم محدد يتم الاحساس به حينما لاتتسلم عضلة القلب الاوكسجين الكافي. وغالباً ما يتم الاحساس بهذا الألم في الجزء الامامي من الصدر، وفي بعض الأحيان يتم الاحساس بالألم في الاذرع والرقبة والفق. فقد انطلق هذا الاحساس لدى هذا المريض وبالتالي ظهر الاحساس بالألم في الذراع الوهمي لديه.\*

وتحاول عدة نظريات شرح ظاهرة الألم الوهمي، وواحدة من تلك النظريات هي ان

---

\* ورد في رواية عبر الخطوط (Across the Lines) التي كتبها الروائي الروسي فيكتور كين (Victor Kin) في ١٩٢٨ عند وصفه لمعاناة احد المقاتلين الذي اصيب بساقه فقطعت له تلك الساق. انه كان يحس بحكة قارصة فيها بين أوتة واخرى فيمدّ يده ليحكّها، فلا يجد هناك ساقاً. وظل على شعوره هذا فترة طويلة الى ان تعرّف وضعه. (المترجم)

الاثارة المستمرة للاعصاب في موقع القطع تفسر في الجهاز العصبي المركزي كالم في الجزء المفقود. وتنسب نظرية اخرى الى الدكتور برنارد فنسن (Bernard E. Finneson) حيث تستند الى مفهوم ان الشخص يحاول لاشعورياً الاحتفاظ بصورة سليمة للجسم حتى بعد فقدان عضو منه. وكذلك فان صورة الجسم تبدأ بالظهور في فترة الرضاعة، وبينما يكتسب الطفل شعوراً متزايداً في جسمه، فان هذه الانطباعات المختلفة تسهم في إرساء صورة ثابتة للجسم تقاوم التغيير. ويعتقد الآخرون كذلك ان استدامة صورة الجسم الكلية هي الجانب الحساس من ظاهرة الألم الوهمي. فالكبار الذين تعرضوا للقطع في فترة رضاعتهم، او الذين يفتقرون الى ذراع كنتيجة لأثر وراثي، لا يحسون بالألم الوهمي. ان فقدان أحد الاذرع يظهر قبل تكامل الصورة الثابتة للجسم. لقد لوحظ ان المتشردين الذين يعيشون في مقاطعة بلوري في نيويورك يظهرن أعراضاً وهمية بين آونة وأخرى. وقد عُزي هذا الى فقدان صورة الجسم بسبب حياتهم البائسة. إن ظاهرة الألم الوهمي تسند مبدأ: اعتماد حضور الألم او غيابه على الاعتبارات النفسية - جزئياً.

## - تخفيف الألم -

هناك جوانب بايولوجية ونفسية للألم مفسرة، ولا يمكن فصلها. ومع كل ذلك فان المدخل المعتاد الى علاج الألم في علم الطب الحديث يحتوي على تغيير الطرائق البايولوجية، دون اعتبار للجوانب النفسية. لقد نجح هذا المدخل العلاجي في إزالة الألم الذي لم يكن من قبل قابلاً للعلاج. فالجراحة بدون ألم لم تكن ممكنة، والاجراءات الجراحية المعقدة لم يمكن إجراؤها عند مسك المريض او ربطه فقط. ورغم استخدام المواد والاجراءات المخدرة - تلك المواد والتقنيات التي تلغي الاحساس بالألم واحاسيس اخرى - منذ القدم، فان تأثيرها كان محدوداً. فقد لاحظ الدكتور بيتر كوهن (Peter J. Cohen) - من جامعة كولورادو - والدكتور روبرت دريبز (Robert D. Dripps) - من جامعة بنسلفانيا - ان الصينيين القدماء

استخدموا الحشيشة للتأثيرات المخدرة. واستخدم بعض الاطباء الرومان «التبيروح» (**Mandragorn**) - وهو مستخرج من جذور نبات عشبي يحتوي على حشيشة ست الحسن (**Belladona**) - لاحداث الغياب عن الوعي. وقد جعل الآشوريون ختان الأطفال بعيداً عن الاحساس بالالم عن طريق العصر الجزئي الذي يؤدي الى غياب مؤقت عن الوعي ورجّات الدماغ هي اساليب اخرى بواسطتها يغيب الناس عن الوعي. وتجري بعض أنواع الرججات بوضع اناء خشبي فوق رأس المريض وضربه بقوة بألة حادة. كما استخدم الافيون والكحول باوسع شكل، لكن تأثيرهما المخدر لم يكن فعالاً في الحد من الالم. لاحظ السير همفري ديفي (**Sir Humphry Davy**) في عام ١٨٠٠ - وهو كميائي انكليزي - ان الاوكسيد النتري «الغاز المضحك» له القابلية على تحطيم الالم. وفي عام ١٨١٨ كتب ميخائيل فارادي (**Michael Faraday**) الكميائي والفزيائي الانكليزي - عن التأثيرات المخدرة للآثير. وعلى كل حال فقد اقترح الدكتور دانيال دي مولين (**Daniel De Moulin**) - من معهد التاريخ الطبي في جامعة جون هوبكنز سابقاً - أن غياب الالم التام قبل اربعينات القرن الثامن عشر يعتبر غير واقعي. ولذلك فلم يكن من المستغرب أن مهنة الطب كانت تعتبر توصلات فارادي غير ممكنة التصديق، أو هي نوع من الخداع.

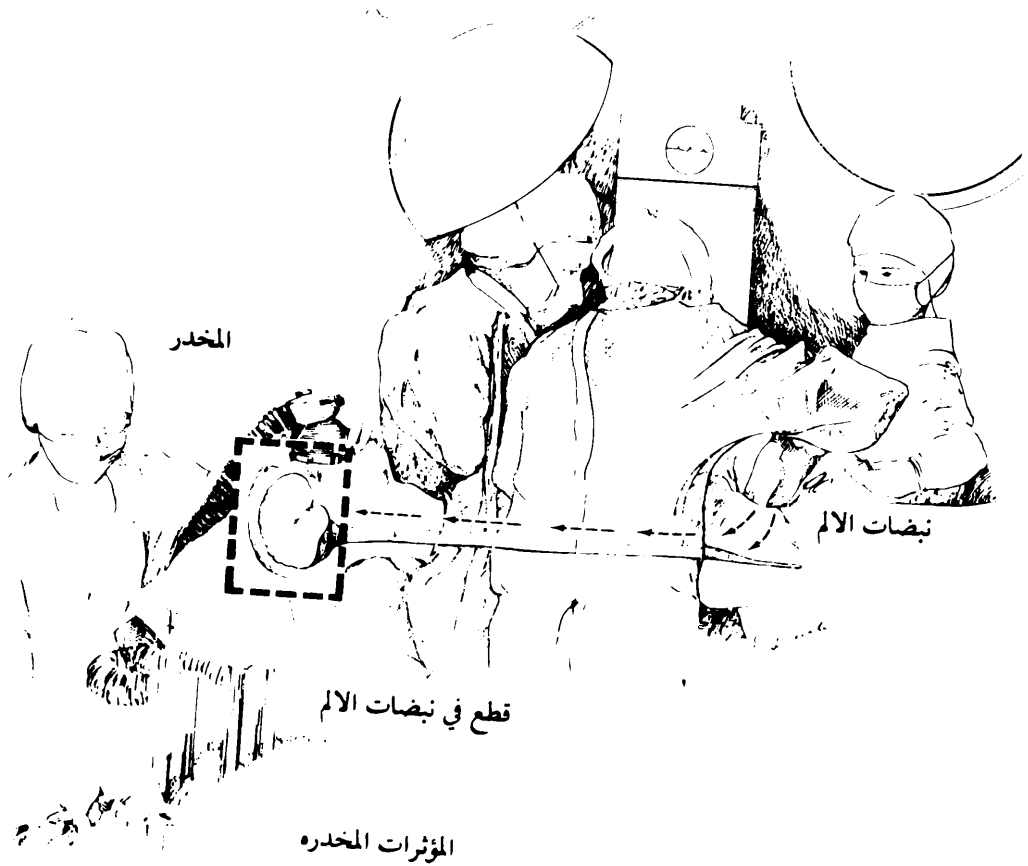
وفي ١٨٤٦، وحين حصل وليم مورتن (**William T. G. Morton**) - طبيب الأسنان من بوسطن الذي كان في حينها طالباً في الصف الثاني في كلية طب جامعة هارفرد - حين حصل على رخصة اقامة عرض عام لفاعلية الآثير خلال عملية جراحية، كان مستمعه غير مصدقين. فقد استغرب الدكتور جون وارن (**John Warren**) - من مستشفى ماساشوستز العام - ان المريض لم يشعر بالالم خلال العملية، وأن الرجل القوي المطلوب - عادة - لمسك المريض، لم تكن هناك حاجة اليه. بعد هذه التظاهرة الدرامية الجراحية الاولى بدون الم تحول الدكتور وارن الى مشاهديه المبهورين وقال «سادتي، هذه ليست خدعة».

إن المواد المخدرة العامة كالأثير، تعمل عملها على الجهاز العصبي المركزي لتنتج انعداماً في حساسية الألم والأحاسيس الأخرى (انظر شكل رقم ١٠).

ان الميكانيكية الدقيقة لهذا الفعل لم تفهم بعد فهماً متكاملًا. فهناك عوامل اخرى

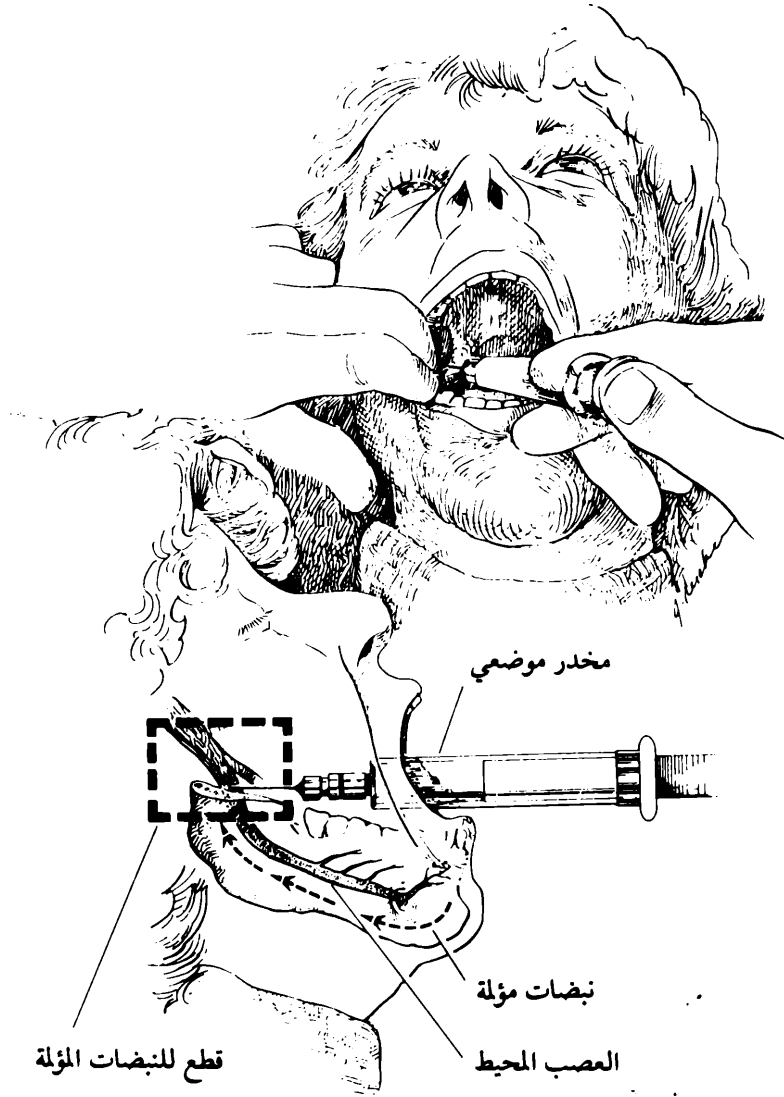


مخدرة تجعل المريض فاقداً للاحساس في مناطق جسمية معينة. فالتخدير الموضعي كالليدوكائين (Lidocaine) يمنع او يعطل نقل الرسائل في الانسجة العصبية. فرسائل الالم - اذا - لاتصل - مطلقاً - الحبل الشوكي. (انظر الشكل ١١). اما رسائل الالم الاخرى فقد تتعطل في الحبل الشوكي ذاته، باستخدام مخدر للحبل الشوكي (انظر الشكل ١٢). فرسائل الالم عند ذلك لاتصل الى المراكز العليا التي يهملها الوعي. لقد أجرى طبيب شاب اسمه الدكتور سكموند فرويد (Sigmund Freud) - الذي يعتبر اليوم اباً لمدرسة التحليل النفسي - اول دراسة تفصيلية عن



(- شكل رقم ١٠ - تخدير عام -)

(مخدر يستخدم معامل تخدير غازي كالانثير، لمريض اثناء الجراحة. ان النبضات المؤلمة للعملية (والمؤشر عليها بالاسهم) لاتصل الى وعي المريض، فهي توقف داخل الدماغ. ويؤثر على الجزء الذي يتم فيه الايقاف هذا بالمستطيل المنقَط)

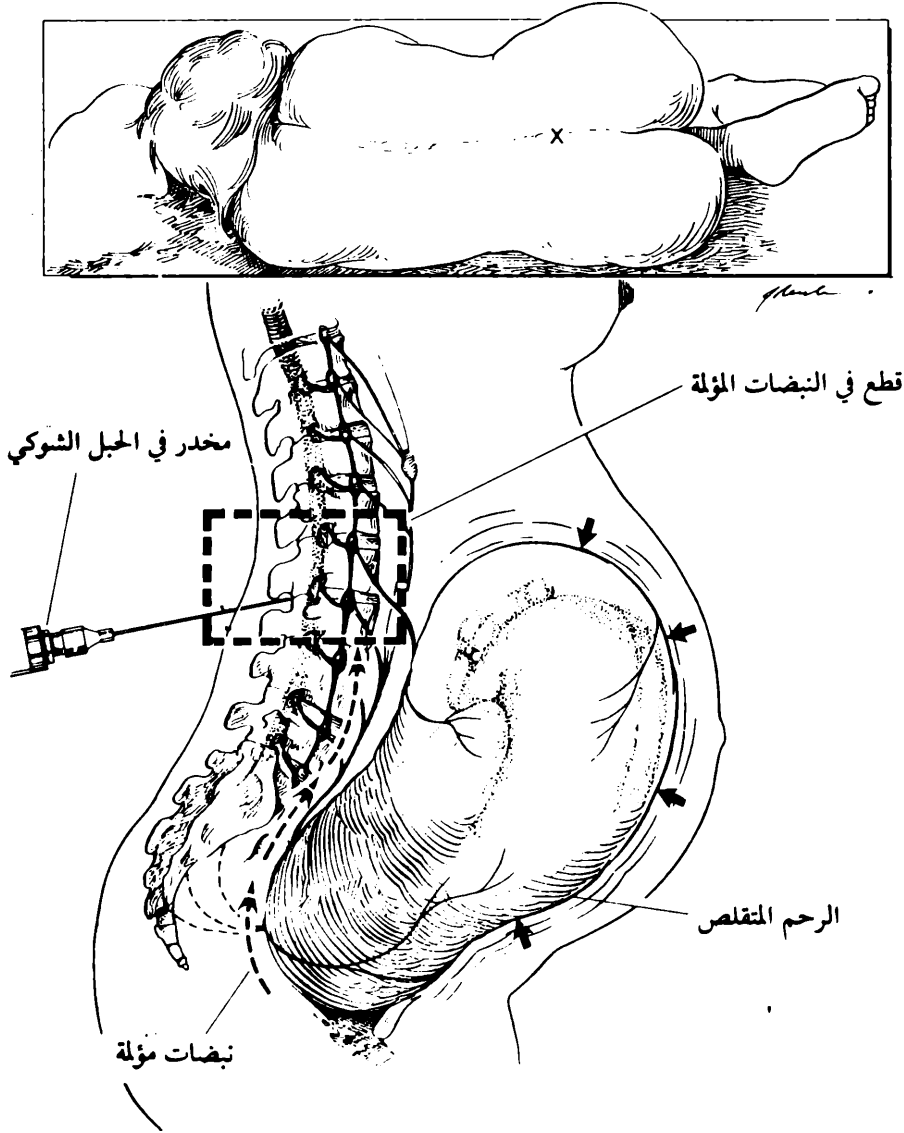


(- شكل رقم ٦١ - تخدير موضعي في العصب المحيطي -)

(يحقن طبيب الاسنان مخدرا موضعيا كالليدو كاين في منطقة من العصب. فالنبضات المؤلمة - المؤشر عليها بالاسهم - من مناطق السن والغم تعرقل في العصب المحيطي. هذه النبضات اذا لاتصل مناطق عليا من الجهاز العصبي المركزي، فيصبح المريض غير واع للالم. والمستطيل المرسوم يؤشر على هذا الجزء المحيطي المعطل)

تأثيرات الكوكائين النفسية، وهو مخدر موضعي آخر. استخدم فزويد الكوكائين ليقطم أحد زملائه من المورفين. وعلى الرغم من نجاحه في المحاولة اتهم باحداث اول

مدمن على الكوكائين في العصر الحاضر. لقد ميز الدكتور كارل كولر (Karl Köller) - وهو طبيب من القرن التاسع عشر - التأثيرات المخدرة للكوكائين - التي شرحها فرويد - واستخدمه كمخدر موضعي في طب العيون. بعد ذلك بوقت قصير قدم التخدير



(- شكل رقم ١٢ - التخدير في الحبل الشوكي)

(يحقن المخدر عاملاً مخدراً في منطقة من الحبل الشوكي في امرأة حامل أثناء الولادة. فنبضات الألم - المؤثر عليها بالاسم المتقطعة - في رحم المرأة المتقلص لاتصل الى الشعور، بما انها انقطعت في مستوى الحبل الشوكي. ان منطقة القطع مؤشرة بمستطيل)

الموضعي في حقول كالاسنان والجراحة .

لقد تقدمنا تقدماً كبيراً في التخفيف من الألم، ولكننا لانفهم بعد ميكانيكية الألم فهماً متكاملًا. فمفهوم فسلجة الألم الحديث - الذي شبهته ببداية هاتفية - كان قد وضع من قبل الدكتور رونالد ملزك (**Ronald Melzack**) - من جامعة مك كل في مونتريال - كندا - وپاترك وول (**Patrick D. Wall**) - من معهد ماساشوستز التكنولوجية - وسمي بنظرية «السيطرة على البوابة» (**Gate Control Theory**). ورغم أنها لا تشرح كل الظاهرة المتعلقة بالألم أو تخفيفه، لكنها فرضية يمكن العمل بها. فاستخدام غرس الابر لتخفيف الألم يمكن فهمه ضمن الاطار الذهني لهذه الفرضية. فغرس الابر ربما يعمل على تعطيل نقل نبضات الألم الى الدماغ او تبديل قابلية العصب الذي ينقل الرسائل الى الجهاز العصبي المركزي، او بواسطة تغيير البرمجة في الجهاز العصبي المركزي ذاته. ان نقل النبضات خلال الانسجة العصبية مشابه لنقل النبضات الكهربائية داخل الأسلاك. ومن الممكن أيضاً عرقلة نقل النبضات العصبية من خلال استخدام تيار خارجي لتغيير طبيعة الأنسجة العصبية. والحقيقة إن التيارات الكهربائية استخدمت خلال القرون لتخفيف الألم. فقد ناقش كل من الدكتور پيتر كلواي (**Peter Kallaway**) - من جامعة مك كل في كندا، والدكتور دنس ستيلينگز (**Dennis Stillings**) - مدير متحف الكهرباء في مينسوتا - الاستخدام الطبي للكهرباء في العصور الغابرة. فالمصدر القديم للتيار الكهربائي كان التفريغ الكهربائي لأنواع معينة من السمك - بضمنها سمك الانقليس (**EEL**) والرعّاد الكهربائي (توربيدو **Torpedo**) . فقد ميز الملاحظون الانكباء ان الكهربائية (التي لم تكن معرّفة بعد) لها القدرة على الانتقال بالماء. فالفيلسوف الاغريقي بلوتارخ (**Plutarch**) - بين القرن الاول والثاني - وصف هذه الكهربائية:

«انت تعرف بنفسك خاصية سمك الرعّاد والگرامپ - الذي لايشل كل من يلمسه حسب، بل يسبب خدراً في ذات الايدي التي تحاول مسكه. وبعض الذين كانت لديهم خبرات اكبر مع هذا السمك أفادوا بانه اذا سقط حياً على الارض فان اولئك الذين يصبّون عليه الماء يشعرون بالخدريسيطر على أيديهم، وتُذهل مشاعرهم خلال الماء المتأثر

بنوعية السمكة ولذلك فانه لن يواجه باية مقاومة من قبل اي كان وهو لا يقع في خطر بتاتا. فهو يسيح فقط دورانياً حول ضحيته ويرمي برائحته الخاصة بطبيعته كالاسهم المتعددة. فيلوث الماء اولاً ثم السمك في الماء، والذي لا يستطيع بدوره الدفاع عن نفسه ولا يقدر على الهرب، وذلك لوقوفه مقيداً متجمداً.»

ان واحدة من أوليات الوصفات العلاجية التي استخدمت هي الكهرباء. ويعود الفضل فيها الى الطبيب الصيدلاني الروماني سكريبونوس (Scribonius) - الذي عاش في القرن الاول:

«لاي نوع من «النقرس» توضع «رغادة» حية سوداء تحت الاقدام. وعلى المريض ان يقف على ساحل رطب غُسل بالبحر. وينبغي ان يقف هكذا الى ان تتخدر قدمه وساقه الى حد الركبة. ان هذا يمحو الالم الحاضر ويمنع الالم من الظهور - ان كان لم يظهر بعد. وهكذا عولج انتيروس الذي حرره تيريوس.»

لقد وجد كلاوديوس گالن (Claudius Galen) - الطبيب الاغريقي المعروف من القرن الاول - ان وضع سمكه رعادة حية على يد مريض يعاني من الصداع كان فعالاً في إزالة الالم: «فالصداع - حتى لو كان مزمناً وغير محتمل - يختفي ويعالج الى الأبد بسمكه رعادة سوداء حية توضع في مكان الالم الى ان يذهب الالم. واكثر من هذا فان عدة رعدادات من نفس النوع ينبغي ان تحضر، لان العلاج (اي الخدر الذي يشكل علامة التحسن) لا يتحقق في بعض الأحيان، الا بعد اثنتين او ثلاث.»

استمر استخدام السمك الرعاد خلال العصور الوسطى رغم تحديد بعض الأطباء لفاعليته في العلاج غير المريحة (اي التيار الكهربائي) وذلك بقتل السمكة اولاً. فقد كتب الطبيب البيزنطي الكسندر تراليز (Alexander Tralles) - في القرن السادس -:

«ارم سمكة رعادة في اناء نحاسي، ضع بعض الزيت ثم ضع كل ذلك في اناء فيه ماء لكي لايتبخر الزيت او يحترق، وأضف الى ذلك نبتة النرجس المقطوفة خلال الربع الاخير من الشهر القمري. واول ما تخلط

مع الحيوان تطبخ كلها الى حد الامتراج الكامل، وتصبح العظام عارية.  
بعد ذلك اسحب الزيت فقط بحذر شديد من اناء الماء، وكل هذه  
العمليات ينبغي ان تحدث في فترة القمر الشاحب. بعد ذلك استخدم  
الزيت لدهن المريض ٢ مرات يومياً. فاذا كان يعاني في تلك اللحظة من  
مفاصله. فان هذا سيعالجه، وان لم يشعر بشيء، فهذا سيحميه من  
الالام المقبلة. ويجب ان يطبق الفرد تلك الدهونات لثلاثة ايام، وحينما  
يكون القمر في المحاق تماما.. ذلك لانها لن تنجح في اي وقت اخر.

وان كان هذا العلاج فعالاً فذلك راجع - على اغلب الظن - الى التأثير المهدىء  
الاجابى.

وفي أوربا عوّض بشكل كبير استخدام التيارات الكهربائية الصناعية كعلاج للالام  
عن استخدام السمك في اواسط القرن الثامن عشر. فقد مكّن اختراع وعاء ليدن  
(Leyden Jar) في ١٧٤٥ من خزن الشحنات الكهربائية. وهذه الشحنات يمكن ان  
تكون اكثر شدة مما تعطيه السمكة الكهربائية، وكذلك يمكن توليدها عند رغبة  
الطبيب والمريض. لقد وظف جون وسلي (John Wesley) - طبيب القرن الثامن عشر  
الانكليزي - الكهرباء في علاج معظم الالام، والاوجاع فشرح قائلاً:

«لقد كهربت ميري بتلر ذات الست والثمانين سنة من شارع ايگل، في الشهر  
الماضي، عشر مرات او اثنتي عشرة، فشفيت تماماً من مرض عرق النسا (Sciatica)  
- الذي أصيبت به لاكثر من عام. وكذلك السيد جاشو من پرشور الذي كان يشكو  
لسبع أو ثمان سنين من ألم في إصبع قدمه الثانية. ومع عدم ملاحظة شيء مرئي لكنه  
كان دقيقاً الى درجة كبيرة حيث كان الألم فظيلاً - وبخاصة عند المشي - الى درجة قرر  
معها قطعها. وعند اعطائه شرارات شفي في غضون ساعة».

لازالت التيارات الكهربائية الصادرة اليوم من وسائل متنوعة تستخدم لانواع  
متعددة من الألم. فالنتائج تبشر بالخير، ولكنها ليست دقيقة بعد. إن توقع المريض  
للاشغال يمكن أن يسهم في فاعلية العلاج الكهربائي. فالتأثيرات الجوهرية التي  
يحدثها التيار الكهربائي لايمكن فصلها عن تلك التأثيرات في العناصر غير المحددة في  
التأثير المهدىء الاجابى.

لقد ظهر تركيز جديد على بحث الآلام يهتم بتحويل الآلام بواسطة المواد الكيميائية التي تنتج في الدم نفسه. فان هناك شواهد كثيرة تشير الى أن أجزاء معينة من الدماغ الأوسط للانسان والحيوان تساهم في عمليات فقدان الالم **Analgesia** او عدم الاحساس بالالم، من خلال إفراز المحاليل الكيميائية: الاندروفين (**En-drophins**) والانكفالين (**Enkephaline**). حيث تبدو البنية الكيميائية والانكفاليينات شبيهة الى حد كبير بتلك النسبة في المورفين ومشتقاته. وكما في المورفين فان تأثيرات إزالة الألم لهذه المكونات المكتشفة يمكن ان تنعكس بواسطة الدواء نالاكسون (**Nalaxone**). إن هذه النتائج مثيرة، حيث تشير الى امتلاك الانسان لمواد طبيعية مشابهة للمورفين يمكن لها أن تولد عدم الاحساس بالالم. ان هذه المحتويات الطبيعية التي تفرز في الدماغ قد تلعب دوراً رئيسياً في تحويل الاحساس بالالم. لذا فان التأثير المهدىء الايجابي - الذي يمكن له أن يخفف الالم - من الممكن ارتباطه بافرازها.

ومن خلال البحث المتواصل، نتوصل الى فهم أعمق للألم. فنحن نقدر اليوم على ازالة اغلب انواع الالم باستعمال المعاملات التخديرية. وعلى كل حال فالألم ما يزال هو الشكوى المألوفة التي يتقدم بها المريض للطباء. فهل فقدنا شيئاً؟ وكيف كان التعامل مع الالم في الاجيال السابقة التي عاشت قبل اكتشاف التخدير؟ فالاطباء - لقرون كثيرة - وصفوا قيمة السبل العلاجية غير المحددة والتي حددت مبادئ التأثير المهدىء الايجابي. فالطبيب والفيلسوف العربي ابن سينا - الذي عاش في القرن الحادي عشر - كان يعرف هذا التحويل، حيث كان للأغاني المفرحة المهدئة - على سبيل المثال - أثر في تهدئة الالم (\*) وقد كتب القديس توما الاكويني (**St. Thomas Aquinas**) فيلسوف وطبيب القرن الثالث عشر، «إن الالم يمكن أن يزال بالتأمل في القضايا المقدسة. وكما أصر كالسن فان الطبيب ينبغي ان يأخذ بالحسبان مخاوف المريض، لان المخاوف تؤثر على ردود فعل المريض. اما الفيلسوف الروماني سينيكا (**Seneca**) - الفيلسوف والكاتب الروماني الذي عاش ايام المسيح - فقد علم أن العوامل الانفعالية واثرت اتجاهات المريض تؤثر على خبرة الالم. وقد كتب: «ان الجنود

\* اقتبس قسم كبير من هذا النقاش من اعمال الدكتور دانيال دي مولين Daniel De Moulin (المؤلف)

الشبان - رغم إصاباتهم الطفيفة - يصرخون ويخافون يد الجراح، أكثر من سيف العدو، بينما يتحمل الجنود القدامى - حتى لو أجبروا على الجراحة - بصبر وبدون تدمر أن تنظف أجسادهم.. وكأنها أجساد اشخاص آخرين.» فقد قارن الدكتور بارون كيلوم دو يوترن (**Baron Guillaume Dupuytren**) - الجراح الفرنسي في القرن الثامن عشر / التاسع عشر - بين ردود أفعال اناس مختلفين تجاه نفس الاجراءات الجراحية.

«كم هو ذلك الفرق الخلقي بين اولئك الذين يعالجون في المستشفيات المدنية، واولئك الذين تضربهم النار القاتلة في ساحة المعركة! فرجل الجيش معتاد على نسيان نفسه وعائلته بل يتوقع قطع العلاقة. فهو يعتبر نفسه سعيداً إن انقذ حياته، وهكذا يفقد العذاب. ولطالما تضمن له سلامته، فإنه يواجه بجرأة - وربما بمتعة - مبضع الجراح. ولكن انظر الى العامل التعيس، او الفلاح او الحرفي الذي يعتبر عملهم ليس اكثر من مصدر لعائلة كبيرة. فهو يملكه الخوف، والتعاسة تنتظره، انه لأسف عظيم وبأس مظلّم.»

ان هذه الاعتبارات تظهر أن الاحساس بالالم يمكن أن يتقلص بتغيير اتجاه الفرد نحو الالم، وبتغيير وتحويل التوقعات. وحتى بعد حادثة التخدير فقد وصفت بعض الفروقات المشابهة في ردود الفعل للالم. فقد بحث بيچر تكرر ألم قاس الى حد يتطلب أخذ الدواء، في (١٥٠) مريضاً من الذكور المدنيين الذين لديهم عملية جراحية مقبلة. فقارن هذه النتائج مع بيانات مشابهة حصل عليها من (١٥٠) جندياً جريحاً في انزويو ببيچهد (**Ansio Beechhead**) في الحرب العالمية الثانية. ومع ان المجموعتين تمت دراستهما في فترات زمنية مختلفة، فان الجهود مبذولة لمقارنة المجموعات مع الأخذ بعين النظر الجزء الجسمي المتضرر، والعمر والتاريخ الطبي السابق. أصيب الجنود بجراح بليغة، ولكنهم كانوا يعون ذهنياً، ولديهم القابلية على اجابة الأسئلة. وقد قال (٣٢٪) منهم إن الالم كان قاسياً إلى درجة طلب الدواء. وعلى العكس من ذلك فإن (٨٣٪) من المدنيين طلبوا الدواء. ولخص بيچر ان «درجة المعاناة يقررها معنى الالم لدى الشخص الى درجة كبيرة.»

لقد خلقنا وعياً مرتفعاً بالالم. ففي مجتمعنا الحالي لا يتم تحمل الالم إلا بصورة



ضئيلة. فقد نقل ديمولين (De Moulin) عن الأستاذ الهولندي بايتنديك (F. JJ. Buytendijk) :

«ان الرجل المعاصر يستاء من أشياء كثيرة كانت مقبولة من قبل فهو يستاء من التقدم في العمر، ومن الرقود في فراش المرض لفترة طويلة وحتى من الموت، وكذلك - بكل تأكيد - من الألم. فظهور الألم غير مقبول فالطلب على إزالة الألم أصبح أقوى بشكل مطرد.. كما يعرف كل دكتور وطبيب أسنان وجراح، ويعرفه من الخبرات اليومية.»

لقد تتبع ديموليه الألم خلال التاريخ وافاد بأن الألم كان يحس نفسياً بصورة أشد في الماضي مما هو عليه اليوم. ونظراً لعدم وجود سبب يدعونا الى الافتراض بان الجهاز العصبي البشري قد طرأ عليه تغير هائل في بضعة آلاف سنة مضت فان افتراضه ذلك ليس مدهشاً فهو يشير الى أن الألم الذي يتم الاحساس به في كل عصر من عصور الانسان الغربي منذ هوميروس (Homer) وحتى يومنا الحاضر. وبأننا نعرزو الاستعداد لقبول المرض - الذي يتناقض باطراد - الى تغيير في اتجاهاتنا الذهنية» فعدم قدرتنا على قبول الألم قد يمكن إرجاعها الى فصل ديكارت للعقل والجسم. وبما ان الألم هو في الجسم يمكن تحويره؛ فهناك سبب ضئيل لتعريض الدماغ للألم. ان مداخلنا الحالية في الطب - والتي تتعامل مع الاحساس بالألم - تؤكد الفصل الجسمي العقلي. فالناس يؤمنون بأن الدواء المخفف للألام ينبغي ان تكون له القدرة على الحد من آلام الجسم دون الالتفات الى ما يحسّه الدماغ. لاحظ ليوناتو (Leonato) في احدى مسرحيات شكسبير «عدم وجود فيلسوف يستطيع ان يعالج ألم الانسان بصبر.. بعد» ان العوامل المخدرة قد وضعت رحمة للجنس البشري، ومع ذلك ولنجاحات في هذا المضمار - أصبحنا نعتقد بأن أي ألم هو غير محتمل وعلينا دوماً ان نبحث عن الخلاص منه.

## - المصالح التجارية في الألم -

لقد استغلت المصالح التجارية هذا الاتجاه في عدم تحمل الألم والتوقع غير المستند الى الواقع في حياة دون ألم، فقد انغمرنا بعقاقير «فوق الرف» لازالة الألم. فالاعلانات عنها تظهر في التلفزيون وعلى الراديو. وفي وسائل الاعلام الاخرى وتستخدم هذه الاعلانات ما تدعيه حقائق علمية وتخطيطات مصممة بصورة سخيفة. ومقابلات شخصية حول تفوق معقول مزيل للألام على آخر. ان اغلب هذه المهدئات تحتوي على الاسبرين كمادة فعالة والفرق بين هذه الادوية يكمن اساساً في كمية الاسبرين الموجود.

ان الاعلان الباهض من المحتمل ان يخلق المأ اكثر مما أزال فلقد جعلك واعياً للالم، الذي كان من الممكن نسيانه أو إهماله - دون ذلك الوعي لقد ولدت الروح التجارية اتجاهات بأن الألم - أيا كان - غير مقبول وينبغي الغاؤه، فالمصالح التجارية لم تزن بعد المخاطر النسبية لاعلانات كهذه، فالدافع أساساً هو زيادة بيع الأدوية، وأن المصلحة في الوعي المبالغ به للألم غير موجودة. أفلم نسمح لأنفسنا أن نؤمن بأننا اكثر مرضاً مما نحن عليه فعلاً؟ لقد تمت برمجتنا للاعتماد الشديد على عقاقير الألم. أنا أوكد بأن علينا أن لانتوقف عن أخذ الدواء الذي يخفف الألم فعلاً. واطلب منك إعادة النظر في اتجاهك نحو الألم. بعد ذلك - وبمعية طبيبك - قرر ما إذا كان الدواء الذي تأخذه ضرورياً بحق. وبتقنة طبيبك وبفهمك الذاتي ربما كان باستطاعتك تخفيف مقدار هذا المهديء وتصبح اكثر اعتماداً على مصادر الوراثة. عليك ان تتذكر دوماً أن الألم يقرره الى درجة كبيرة، الانتباه اليه وتفسيره، لاتسمح للمصالح التجارية ان تعرف لك وضعك الصحي عن طريق جعلك اكثر وعياً للاحساس بالالم.

وكما في الموت الودوني - الذي اعتمد على احساس الفرد بالودونية ولايمكن أن يتوقف إلا بالأساليب الودونية - فان الألم الذي يخلقه الاعتقاد بوجوده، يمكن أن يذهب بمجرد تغيير الفرد لنظام اعتقاداته للألم جوانب نفسية تفسيرية وبيولوجية في نفس الوقت اما المحتويات النفسية في ألمك ينبغي السيطرة عليها. بتغيير اتجاهاتك وليس بالدواء.

## الفصل الثامن



إن كل بحث يولف بين المفاهيم القديمة والحديثة ينبغي تشجيعه، وينبغي كذلك أن يكون هناك بحث مركز حول ممارسات العلاج والشفاء في الحضارات الأخرى. وعلى كل حال فإن هذا البحث يجب أن يعتمد على المبادئ العلمية الحديثة التي أثبتت نجاحها. وبدون الاستسلام للمداخل العلمية فيمكن أن تقع ضحية الاعتقاد بالمشعوذ الذي يبكي على مخاوفنا وقلقنا حول المرض والموت، علينا أن نبحث المشكلات الطبية كما تؤثر على الإنسان ككل لكي نفهم - بصورة أفضل - كيف يتفاعل الجسم والعقل.

لقد درست مختبراتنا علم النفس المرتبط بممارسات التأمل، فهذه الدراسات قادت إلى تعريف استجابات نفسية فظرية هي «استجابة الاسترخاء». إن هذا البحث متعدد المناهج يشمل دراسات للتفاعل بين الدماغ (علم النفس والعلاج النفسي) والجسم (الفسلجة والطب) إن الدمج بين هذه البحوث مواكب للطب السلوكي فاستخدام الاستجابات الاسترخائية يتضمن واحداً من استجابات الطب السلوكي. لقد استنبطت استجابة الاسترخاء من خلال ممارسات وتقنيات سلوكية محددة ظهرت منذ قرون، وبضمنها أنواع معينة من الصلاة والتأمل الشرقي وأساليب الاسترخاء الغربي. إن هذه الممارسات تشمل أربعة مضامين أساسية ضرورية لاستخراج الاستجابة الاسترخائية إن هذه المضامين هي: وضع مريح، ومحيط هادي، وإعادة لعبارة دعاء، أو عبارة أو صوت، وتبني اتجاه مستسلم حينما تأتي الأفكار إلى الشعور. إن الاستجابة الاسترخائية التي تستثار بهذه السلوكيات المحددة هي نظير لاستجابة «قاتل أو اهرب».

فاستجابة «قاتل أو اهرب» - التي نوقشت في الفصل السابق - استجابة فسيولوجية لحالة الضغط. وإن استثارتها المتكررة أظهرت أمراضاً مرتبطة بالضغط النفسي، كارتفاع ضغط الدم. حيث تتصف استجابة القتال أو الهرب بارتفاع فعالية

الجهاز العصبي السمپثاوي، أي ارتفاع افراز الادرينالين والنوراورينالين. وفي الجانب الآخر فان استجابة الاسترخاء مرتبطة بانخفاض فعالية هذا الجهاز. وبتقليل فعاليات الجهاز العصبي السمپثاوي، فان استجابة الاسترخاء تعتبر مفيدة علاجياً في الأمراض المرتبطة بالشد النفسي، وقد تكون مفيدة كذلك في الحد منها. إن المداخل السلوكية، كاستخراج الاستجابة الاسترخائية - وحين تزامنها مع الممارسات الطبية التقليدية - يمكن ان تكون دوائر أكثر فاعلية للأمراض المرتبطة بالضغط النفسي.

ان ارتفاع ضغط الدم واضطراب ضربات القلب وهي أعراض ترتبط بالقلق و الصداع هي أمثال جيدة للظروف المرتبطة بالضغط ولا تتفق مع فكرة الفصل بين الدماغ والجسم. فيرتبط جميعها مباشرة بفاعلية الجهاز العصبي السمپثاوي كما إن فاعلية الجهاز العصبي السمپثاوي - بالمماثل - ترتبط عادة بحالة الشخص الذهنية فحينما ننفعل ترتفع فاعلية الجهاز العصبي السمپثاوي وتصاحب الميل الى القلق والميل الى امتلاك ضربات قلب غير منتظمة ارتفاعات في ضغط الدم.

ولذلك فليس مدهشاً أن يظهر البحث الأخير فائدة الاستجابة الاسترخائية في علاج هذه الحالات. ان هذا المدخل السلوكي فعال في الحالات التي تكون فيها فاعلية الجهاز العصبي السمپثاوي غير مرغوبة.

ليست اضطرابات خفقان القلب العرضية خطرة في شخص صحيح، وليست دالة على مرض مستقبلي. وعلى كل فبالنسبة للمريض الذي يشكو من انسداد الاوعية الدموية - التي تزود عضلة القلب بالوقود- فان اضطرابات ضربات القلب في بداياتها تحدث ايقاعات تهدد الحياة كماطراد ضربات القلب واضطراب القلب فمما ينصح به هو معالجة اضطرابات القلب الابتدائية في المرضى المصابين بانسداد الشرايين. لقد بحثت مع الدكتور سدني الكساندر (Sidney Alexander) من مؤسسة لاهي الصحية في بوسطن، والدكتور چارلس فلدمان (Charles L. Feldmann) من معهد رورشستر بحثنا تأثيرات الاستتارة المنظمة للاستجابة الاسترخائية على تكرار التقلصات القلبية. فقد تمت دراسة أحد عشر مريضاً يعانون من انسداد الشرايين. ولم يستجيب أغلبهم للأدوية التي توصف عادة لهذه الاضطرابات غير المعتادة في نبض القلب ولذلك لم يأخذوا أدوية يمكن أن تؤثر على نتائج البحث. وقد مر كل المرضى

بفترة ٤٨ ساعة من المراقبة المستمرة لضربات القلب، في الوقت الذي يمارسون فيه فعاليتهم اليومية المعتادة. ان هذه المراقبة امر اعتيادي وممكن، وذلك بفضل الانجازات الاولى للدكتور نورمان هولتر (**Norman J. Holter**) من هيلينا-مونتانا حيث يمكن ان يلبس الفرد الات تخطيط القلب طوال اليوم حاملا شريطا مسجلا ليسجل المحتويات الكهربائية لكل ضربة. وقد تم الحصول على التسجيلات الأساسية الابتدائية خلال الثمان والاربعين ساعة بطريقة هولتر. لقد ارشد كل المرضى في حوالي ٥ دقائق الى اسلوب استخراج الاستجابة الاسترخائية. وطلب منهم ان يمارسوا هذا الاسلوب لمدة عشر او عشرين دقيقة ومرتين في اليوم، وبعد (٤) أسابيع عاد المرضى لبرنامج أمده ٤٨ ساعة اخرى بطريقة هولتر. ثم اجريت المقارنات بين عدد التقلصات البطينية الاولى في برنامجي الثمان والأربعين ساعة. فانخفض تكرار هذه الضربات غير الطبيعية لدي ٨ من كل ١١ مريضاً في فترة ٤٨ ساعة الثانية وبعد ان اخذوا استثارة الاستجابة الاسترخائية بصورة منتظمة لاربعة اسابيع.

ان الدعم المقدم لهذه النتائج كان مستمراً من قبل باقي المختبرات وقد تم التطرق الى تقرير لاون وجماعته حول الرجل الذي سقط نتيجة التقلص العضلي القلبي بعد مشاجرة عائلية مع ابنتيه وذلك في الفصل الثاني حيث وجد بهذه البحوث ان استخراج الاستجابة الاسترخائية من خلال استخدام التأمل المتسامي، كان فعالاً في خفض تكرار التقلصات القلبية الاولى. فقد كتب الدكتور باتوس فاوكيديس (**Panos C. Voukydis**) والدكتور ستانلي فوروانت (**Stanley A. Forwant**) من مستشفى مونت اوبرت في كامبرج بان استنباط الاستجابة الاسترخائية كان علاجاً مفيداً للايقاعات القلبية الكهربائية الخطرة، في سبعة مرضى. ان هذه الايقاعات غير الطبيعية كانت من نفس طبيعة تلك التي وصفت في الفصل الثاني.. ايقاعات غالباً ما تسبق الموت.

لقد وجد الدكتور روين بيترز (**Ruanne K. Peters**) من كلية طب المجتمع في هارفر ان الاستثارة الاعتيادية للاستجابة الاسترخائية كانت مفيدة في رفع الاعراض المرتبطة بالقلق. وقد نشرت نتائج هذه الدراسة بالتعاون معي ومع الدكتور دوغلاس پورتر (**Douglas Porter**) والدكتور جون بيترز (**John M. Peters**). فقد

بحثت تأثيرات استراتيجيات الاستجابة الاسترخائية اليومية في مدينة ولنكنون في ماساشوستز في دائرة كونيقرس التعاونية (وهي فرع من شركة الترا). فقد تطوع (١٢٠) فرداً للمساهمة في الدراسة. وبعد ٤ اسابيع من القياسات الأساسية قسموا عشوائياً الى (٣) مجاميع. وقد وجهت احدى المجموعات الى استخراج الاستجابة الاسترخائية، ونفذت الاسلوب مرة، او مرتين في اليوم. والمجموعة الثانية جلست بهدوء مستخدمة اسلوب الاسترخاء اما المجموعة الثالثة والتي كانت تستخدم كمجموعة ضابطة فلم تغير سلوكها لقد كان لدى المشاركين في المجموعة (التي يستخرج أفرادها الاستجابة الاسترخائية بانتظام) ضغط دم منخفض و عدد قليل من ايام المرض، واداء عملي متقدم، عند مقارنة ذلك بالمشاركين في المجموعات الاخرى. وتمتلك المجموعة التي تستخرج الاستجابة الاسترخائية بانتظام - اعراضاً اقل ارتباطاً بالقلق والصداع والغثيان والطفح والاسهال وبثور الفم وصعوبة النوم والهموم والعداات العصبية لقضم الاقلام والاظافر. فقد رفعت هذه الاعراض التي ترتبط بالقلق باستخدام مدخل سلوكي.

ان التغييرات المفيدة الناتجة من استخراج الاستجابة الاسترخائية كانت في السابق ترجع الى التأثيرات المهدئة الايجابية. فقد كان من المعتقد ان صلاة التأمل نافعة في علاج امراض كثيرة، ولكن تأثيرات الصلاة احس بأنها غير محددة. ويجب ان تدلي البحوث اللاحقة متعددة المناهج عن الاثر المهديء بمعلومات اكثر. وعلى كل حال فتصميم التجارب العلمية التي تقبل الآن على صعيد واسع، ينبغي ان تتحور لتدريس التأثير المهديء. لقد نمت هذه التصميمات التجريبية من بحوث اختبرت كفاءة وتأثير الأدوية الجديدة. وقد صيغت هذه التصميمات للحد من التأثير المهديء كعامل معقد. فكيف تبحث تجربة ما، التأثير المهديء بكفاءة، بينما تسيطر المنهجية الحالية على التأثير المهديء؟ علينا أن نتبنى تصميماً جديداً يستمر في تلبية مقاييسنا العلمية العالمية، وفي الوقت ذاته يسمح بدراسة التأثير المهديء، فحينما نكسب معرفة أفضل لتأثير المهديء، سنتمكن من ترجمة هذه التأثيرات العامة غير المحددة في علاجات نافعة معرفة متوقعة أخرى. فالممارسات القديمة قدم الزمن كالصلاة ينبغي أن لاينظر اليها آلياً حيث ستكشف الدراسات المستقبلية - إن نجحت - عن فائدة هذه الممارسات.



وهكذا تتقدم سبل سلوكية أخرى في مزاولة الطب الحديث. فالاحتياجات الروحانية والانفعالية للمرضى المائتين وعوائلهم لاتلبي في الغالب\* فغالبا ما يمر الشخص المريض بمرض نهائي بعزلة واكتئاب، وتطرد العزلة وتتزايد كلما اقترب الموت. فقد كتبت الدكتورة اليزابث كبلر - روس (Elizabeth Kübler - Ross) كتاباً عديدة تهتم بالموت وبعملية الموت. وأكدت على ضرورة استبدال السبل الطبية الكئيبة الحالية بعلاقة معنوية بين المريض والطبيب. فهي تؤمن بأن الاطباء العصريين يتعاملون مع الموت بصورة أقل فاعلية بسبب التقنيات المتوافرة حالياً. اما الآخرون وبخاصة فنيي الرعاية الصحية الانكليز والكنديين الذين يعملون في التكيّات ووحدات الرعاية المسكنة - فقد نجحوا في تطبيق مبادئ الطب السلوكي لتلبية احتياجات المرضى المائتين، وتطوير نوعية ما بقي من حياتهم.

فان تكية القديس كرسستوفر في لندن معهد صغير للمرضى ذوي المرض النهائي وان اهم اهدافه هو تلبية حاجات المريض وعائلته، اجتماعية كانت تلك الاحتياجات. أو طبية أو نفسية أو روحانية. وتدرج الدكتورة سيسيلي ساندرز (Ciceley Saunders) المديرية الطبية للتكية المبادئ الاساسية لرعاية التكية، متضمنة الاهتمام بالمريض وعائلته كوحدة واحدة والرعاية البيئية الفاعلة، ومدخل فرقي متعدد المناهج للرعاية الفردية للمريض. اما وحدة الرعاية المسكنة في مستشفى رويال فكتوريا في مونتريال، فهي تؤكد ايضاً احتياجات المريض متعددة الابعاد. فالعاملون - متعدّدو المناهج - في هذا المعهد يساعدون المريض على التمسك «بنظرة ايجابية تستند على الحقيقة والثقة بالنفس وبالآخرين..» وكذلك يساعد العامل مريض المعهد حينما يفضل المريض البقاء في المنزل، ويشجع أفراد العائلة على الاسهام في الرعاية. لقد جعلت بيئة الوحدة مرة بعدم التوكيد على القواعد الثابتة، سامحين بذلك للأطفال بزيارة الاقارب والمبيت معهم. ولا تؤخذ فحوصات روتينية كضغط الدم والحرارة الا اذا «ارتبطت مباشرة بارتفاع الاعراض التي تسبب المشكلات، وكذلك تقدم الوحدة

---

\* قد تعني لفظة «ميت» في العربية «الحي»، فكما جاء في القرآن الكريم «انك ميت وانهم ميتون»، فالميت هو الحي الذي سيموت في المستقبل. وارتؤي استخدام لفظة مائت لترجمة لفظة (Dying) اي الشخص الذي في طريقه الى الموت. كان يكون مصابا بمرض لا امل في شفائه. (المترجم)

مساعدة لعائلة المريض بعد وفاته .

إن الحاجة الى التقنيات الحديثة لرعاية المرضى ذوي المرض العضال حاجة مستمرة. ومع ذلك فإن الممارسات السلوكية التقليدية كالاهتمام بمتطلبات المرض الانفعالية وعوائلهم يجب ان لاتنسى او تهمل.

لقد عرض التأثير المهدىء الايجابي على انه رصيد ثمين في علاج المرض. فقد كتب الدكتور لوانس اگبرت (Lawrence D. Egbert) وجورج باتيت (George E. Batlit) وكلاودولش (Claude E. Welch) ومارشال بارنلت (Marshaf K. Bartlett)

- من كلية طب هارفرد - عن فاعلية الأسلوب السلوكي الذي يظهر اهمية التأثير المهدىء الايجابي في معالجة الألم بعد الجراحة. لقد قسمت هذه البحوث مرضى مرشحين للجراحة الباطنية على مجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة الرعاية الخاصة. فتشكلت مجموعة الضبط من (٣٠) مريضاً، وكان هناك (٢٧) مريضاً في مجموعة الرعاية الخاصة. وقبل العملية لم يناقش المخدر الألام المتوقعة مع المريض من المجموعة الضابطة، بل حصل كل واحد منهم على العلاج الطبي القياسي المعتاد. وكان كل مريض في مجموعة الرعاية الخاصة يخبر من قبل المخدر قبل إجراء العملية اين سيشعر بالألم، والى متى سيستمر، وكيف ستكون قساوته . وقد طمئن هؤلاء المرضى بان اللهم يتوقع حدوثه عقب الجراحة الباطنية. ثم شرح الاساس النفساني للألم. ونصح هؤلاء المرضى بان في استطاعتهم رفع اكثر ذلك الألم باسترخاء شعوري في عضلات البطن مثلاً وكذلك عرض لهم كيفية الحركة براحة في السرير باستخدام قضيب فوق الرأس، ووجه مرضى الرعاية الخاصة لطلب سكن الألام لن لم يشعروا بدرجة معقولة من الراحة واعطيت الايضاحات من قبل المخدر «بطريقة تعبر عن الحماس والثقة».

اجريت العمليات من قبل جراحين لم يعلموا أياً من المرضى اعطي الاهتمام الخاص. وتمت زيارة المرضى في مجموعة الرعاية الصحية الخاصة من قبل المخدرين لعدة ايام بعد الجراحة وطمئنتوا ثانية اما الادوية المسكنة التي طلبها المرضى فقد طلبت لهم من قبل الاطباء المقيمين واعطيت من قبل الممرضات. ولم يكن احد من الاطباء او الممرضات على علم بان المرضى ميحوتون. لقد كانت كمية مسكنات الألم المطلوبة في مجموعة الرعاية الخاصة نصف تلك الكمية المطلوبة من قبل المجموعة

الضابطة، كما وَاخْرَجَ مَرْضَى الرِّعَايَةِ الصَّحِيَّةَ الْخَاصَّةَ مِنَ الْمَسْتَشْفَى بِمُتَوَسِّطِ (٢٧) يَوْمًا مِنْ قَبْلِ مَرْضَى الْجُمُوعَةِ الضَّابِطَةِ. وَكَانَ قَرَارَ طَوَّلِ فِتْرَةِ الْمَكُوثِ فِي الْمَسْتَشْفَى رَهْنًا بِجِرَاحِينَ لَمْ يَعْرِفُوا الرِّعَايَةَ الَّتِي اسْتَلَمَهَا أَيُّ مَرِيضٍ. تَعْتَبِرُ التَّوَقُّعَاتُ الْوَاقِعِيَّةُ لِلْمَرِيضِ، وَالطَّبِيبُ الْمُتَحَمِّسُ الْوَاثِقُ مِنْ نَفْسِهِ، وَالْعِلَاقَةُ الْقَوِيَّةُ بَيْنَ الطَّبِيبِ وَالْمَرِيضِ أَهْمُ الْمَكُونَاتِ لِلتَّأثيرِ الْمُهْدِيءِ الْإِيجَابِيِّ. وَفِي هَذَا الْبَحْثِ اسْتُخْدِمَتِ هَذِهِ الْمَكُونَاتُ بِصُورَةٍ فَاعِلَةٍ مَعَ التَّقْنِيَّاتِ الْجِرَاحِيَّةِ لِلْحَصُولِ عَلَى نَتَائِجٍ عِلَاجِيَّةٍ أَفْضَلِ.

أَنَّ الْأَسَالِيبَ السَّلُوكِيَّةَ، كَاسْتِخْدَامِ التَّأثيرِ الْمُهْدِيءِ الْإِيجَابِيِّ وَاسْتِخْرَاجِ الْاسْتِجَابَةِ الْاسْتِرْخَائِيَّةِ هِيَ أَسَالِيبُ مَأْمُونَةٌ وَمُؤَثِّرَةٌ. أَمَّا الْإِمَانُ فِي هَذِهِ الْمُدَاخِلِ فَيَجِبُ أَنْ يُقَارَنَ بِشَبِيهِهِ فِي الطَّبِّ الْحَدِيثِ (وَالَّذِي غَالِبًا مَا يَسْتُخْدَمُ مَوَادِّ عِقَاقِيرِيَّةٍ) وَإِذَا كَانَ لِكُلِّ مِنَ الْمُدْخَلِينَ السَّلُوكِيِّ وَالصِّيدَلَانِيِّ مَنَافِعُ عِلَاجِيَّةٌ مُتَشَابِهَةٌ فَانِ الْمَخَاطِرُ الْآقْلُ فِي الطَّرَائِقِ السَّلُوكِيَّةِ تَزِيدُ مِنْ قِيَمَتِهَا بِشَكْلِ عَظِيمٍ وَأَنَّ مَزِيجًا مِنَ الْمُدْخَلِينَ قَدْ يَشْكَلُ عِلَاجًا طَبِيبًا مَثَالِيًّا.



## الفصل التاسع



ان العودة الى الحالة «الطبيعية» التي كانت موجودة قبل ظهور الطب الحديث غير مقبولة. فقد كانت مقاييس صحة الناس اللذين عاشوا في العصور السابقة قاصرة اذا ما قورنت بمقاييس الصحة لدينا في امريكا اليوم. فان عدد حالات الموت في كل الاعمار كانت عالية. فالوفاة في الطفولة كانت مذهلة. حيث كان اكثر من ٥٠٪ من الأطفال يموت قبل وصوله سن الخامسة. فالافراد كانوا يموتون او يعوقون بسبب شلل الاطفال. اما اولئك اللذين يكتب لهم البقاء في فترة الطفولة، فغالباً ما يعانون من نواقص تستمر مدى الحياة، كالقدم الحنفاء (المشوهه) (**Club Foot**) او ضلع الحوض (**Dislocated Hips**) او الشق الخلفي في سقف الحلق (**Cleft Plates**) والتي يمكن اليوم تصحيحها. فاليوم تعالج أغلب الامراض القلبية الخلقية (منذ الولادة) والتي تسبب موتاً او عوقاً مبكرين وذلك بجراحة فتح القلب. فالجدري شوه كثيراً من الوجوه وقليل من الناس كانت لديهم اسنان صحية الى فترة النضج، ففي العصور الوسطى كانت هذه المشكلة الصحية مألوفة الى درجة ان اناساً لبسوا «الكرارة العصرية» (وهي مواد معطرة محتواة في علب) حول الرقبة للتغلب على رائحة الأسنان المسوسة.

ولذلك فان - صراحة - لا ادعو الى العودة الى هذه الحالة «الطبيعية» بل تهمني المشكلات الخاصة بالطب الحديث. فالتخصص قد قوى ومثّن الاعتقاد بان العقل والجسم يمكن (بل يجب) ان يفصلا عن بعضهما. وقد نشأت مشكلات من ازدياد التأثيرات المهدئة، وتولدت المبتدعات الطبية **iatrogenics** - مباشرة عن التقدم الطبي والمتاجرة باحتياجات الناس الطبية. ونشأت مشكلات أخرى بسبب نزعتنا الى تبني «احدث» الأساليب (دون سؤال) رغم ان شرعيتها لم تجرب بعد. نحن لانقسم بالمعرفة المنجزة في الماضي اهتماماً كافياً. فظهرت المشكلات بسبب اهمالنا المفاهيم الاساسية في الطب. انا ادعو لادخال المواصفات النافعة للرعاية الصحية المبكرة - القديمة - في ممارسة الطب الحديث. علينا ان نحور تفكيرنا الحالي بتبني منظور

تاريخي تُعدّ له التقديرات العلمية. وتطبيق مبدأ المخاطرة مقابل المنفعة. لقد اهلنا تلك الممارسات القديمة. اما التوصلات الطبية والتقنية الحديثة فقد كانت مؤثرة الى درجة انستنا المفاهيم القديمة. ان من التناقض أن يعتبر الطب السلوكي فرعاً آخر. فالطب السلوكي يستخرج من مناهج موجودة فعلا ويمزج مبادئها. وهكذا يكون الطب السلوكي عنصراً مؤلفاً أكثر من كونه مفزقاً. من سوء الحظ أن يوسم الطب السلوكي بعلامة، طالما اصبح يعتبر اختصاصاً آخر. فبدون تلك السمة لن تستلم القضايا التي تهمة الاهتمام الملائم في مدارس الطب وفي تدريب الأطباء وفي مزاوله الطب فما نحتاجه هو إعادة نظر في التدريب الذي يعرض مفاهيم الطب السلوكي. فالكثير من الأطباء القدامى يفهمون هذه المبادئ وما يزالون يطبقونها اما الاطباء المحدثون فلم يتدربوا على تبني هذه المبادئ لأنها لايمكن - جزئياً - ان تدرج بضمن المناهج الطبية الحاضرة، وعليه فلن يمارس هؤلاء الطلبة شكلاً من الطب يولن الجديد مع القديم. ان تكامل هذه المبادئ في مزاوله الطب ينبغي ان لاتكون صعبة فالأطباء لا يحتاجون غير ان يطبقوا المبادئ في مناهجهم المحددة. فطبيب الامراض الجلدية وطبيب القلب والجراح يمكنهم زيادة رعاية المرض باعترافهم بتفاعل العقل والجسم وبارسائهم قواعد ثابتة للعلاقة بين الطبيب والمريض، وبموازنة المخاطر مقابل المنفعة.

ان نظام الرعاية الطبية المتغير لدينا يجب ان يأخذ بالحسبان ضرورة العلاقة المهمة بين الطبيب والمريض. فاي نظام يسيء الى هذه العلاقة يصعب تبريره ولن يقدم ذلك النوع من الرعاية الطبية التي يتطلبها الناس.

وعلى كلٍ فالتطبيق المناسب لمبادئ الطب السلوكي يتضمن كذلك فهماً من جانبك - انت المريض - فيجب أن تساهم في تحسين رعايتك الصحية باستخدام تلك المبادئ. فالصحة مشروع ثنائي الاطراف. فهي مسؤوليتك ومسؤولية طبيبك. فالطبيب الجيد ينبغي ان يمتلك الجدارة والفهم والرعاية والوقت الكافي للمريض. فان أخفقت في الحصول على هذا النوع من الاهتمام فعليك ان تقصد طبيباً آخر. عليك ان لا تتوان في ان تسأل عما يعمل بك او لماذا يعمل ذلك. ان من حذك ان تعرف قدر الامكان ما يتخذ لعلاج صحتك. فباعطائك هذه المعلومات يرفع الطبيب من بناء تلك العلاقة المتينة المتبادلة.



ولربما تعد أهم الصفات التي عليك ان تلمسها في الطبيب كونه يهتم بك. فقد كتب الدكتور فرانسيس ولد پيبودي (**FrancesWeld Peabody**) اول مدير لمختبر تورندايك في كلية طب هارفرد في ١٩٢٧ في كتابه المعروف «رعاية المريض» «ان واحدة من مواصفات المعالج الأساسية هي رغبته في الانسان، حيث ان السر في رعاية المريض هو في الاهتمام به» اما كيلروس فقد نقل عن طالبة تمرىض لديها مرض عضال. فقد وصفت طالبة التمريض بطريقة صريحة اهمية نوعية الرعاية في الطبيب. فقد كتبت عن وعيها للصعوبات الانفعالية لدى الدكتور في تعامله مع موتها المقبل: «انا اعرف انك غير مطمئن لاتعرف ما تقول، ولا تعرف ما تفعل. ولكن أرجوك صدقني إذا أبدت عناية فإنك لن تقع في الخطأ. اعترف فقط بانك تهتم ذلك - حقاً - هو ما نبحت عنه.»

يدرك الاطباء الجيدون أن كثيراً من المخاطر غالباً ما تنجم عن إعطاء الدواء بأكثر مما نندمج عن عدم إعطائه لتبغى ان لا تتوقع دوماً وصفة طبية في نهاية كل زيارة. فقد قال السير وليم اوسلر (**Sir William Osler**) اول استاذ طب في كلية جامعة جون هوبكنز، والاستاذ والمعالج الفريد قال: «إن واحداً من أوائل واجبات الطبيب هو ان يعلم (الناس) ان لا يأخذوا دواءً». فيجب ان لا تفترض أن الطبيب. قاصر ان لم يعطك وصفة في نهاية زيارتك.

يجب ان تحذر من الأطباء الذين يعطون الحقن بصورة روتينية بدلاً من الأدوية الفمية. فان هناك بعض الظروف خارج وضع المستشفى يمكن فيها أن يعتبر حقن الدواء (الذي يمكن ان يستبدل بالفموي) مضمون النتائج. وهذا يتضمن اكثر التلقيحات وحقن الأنسولين او الحقن التي توجه مباشرة الى المناطق المتمرضة في الجسم. فالأطباء اللذين يعطون الحقن بدلاً من الأدوية (الفمية لا يستخدمون التأثير المهديء بصورة جيدة. فالتوقع ان الحقنة علاج مفيد وكفوء والدواء الموصوف بالحقن يكون مفعوله أسرع، كما أن التأثيرات ذات فترة أقصر من تلك التي تحدثها الأدوية الفموية. ان المخاطرة في رد الفعل المعاكس ترتفع في حالة الحقن، لان المادة المحقونة يمكن ان تدخل مجرى الدم مباشرة، دون ان تتحور أولاً من قبل الأعضاء المحورة. إن من المهم معرفة أن وجود الصحة والمرض ليس وجوداً متميزاً. فالصحة تمثل استمراراً لعدة تغيرات فحالة «الصحة المثالية» غير موجودة فحينما تعمل أجهزتك

الجسمية بطريقة جيدة عدت صحيحا فإن ظهرت تقلبات بايولوجية طبيعية فتلك إشارة الى صحة عليلة فان تغيراً بسيطاً في قابلية العين على ضبط المسافة (التي تتطلب عادة عدسات تصحيحية) هو قصور ولكنه لا يثير الى صحة عليلة. فان أجهزة جسمك المترابطة تتغير باستمرار مستجيبةً الى البيئات الداخلية والخارجية. وحينما تكون هذه التكيفات غير كفوءة، أو أنها تخفق في الظهور لدرجة هبوط قدراتك الاعتيادية على العمل، فانك لست صحيحاً. فان من مسؤوليتك ان تعرف أن صحتك مستمرة. ولذلك فليس من باب الحكمة توقع الاداء «المثالي» إنك ستشعر بخيبة الأمل وعلى كل حال فان الاعتراف بان التغيرات البسيطة في الصحة حالة متوقعة لاتتطلب اهتماماً طبياً معتاداً، سيعزز حالتك الصحية. وعليك أن لاتتوقع الاحتفاظ بالشعور بحيوية الشباب الصحية الى الأبد. ان اتجهاً من هذا القبيل هو اتجاه غير واقعي ومن المتوقع ان يخلق مشكلات عديدة.

ان المصالح التجارية تضخم توقع الناس للصحة المثالية. واستغلال هذه التوقعات يخلق سوقاً للمنتجات التي هي ليست عديمة الفائدة ومكلفة فحسب، بل تحمل المخاطر أيضاً إن معاناة الألم في مفصل الفرد أو عضلاته أو رأسه أصبح هدفاً لكثير من الأقراص المختلفة والناس أصبحوا ضحايا للحملات الاعلانية الى درجة جعلتهم متنبهين للأحاسين الجسمية الاعتيادية بحيث تشتري الادوية لازالة هذه «الاعراض» عليك أن لاتسمح للمصالح التجارية أن تبصرك بصحتك.

لقد أربع السرطان الناس منذ اكتشافه كمرض يرتبط بالألم والنشوة والموت هذا الخوف استغل من قبل مقدمي العلاجات الكاذبة المختلفة ومع اننا لانفهم جيد كيفية ظهور السرطان، فلدينا القدرة على تمييز بعض العوامل المسببة للسرطان. فقد جمعت شواهد كثيرة تربط تعاطي التبغ بالسرطان. ان مخاطر الاصابة بالسرطان من جراء التدخين تفوق مخاطر الاصابة به من تناول منتجات كالمحليات الصناعية أو أصباغ الطعام والمواد الكيماوية الحافظة. نحن نتجادل حول مقاطعة المواد ذات الخطر القليل في حين نستمر في السماح في تسويق منتج ذي مخاطر شديدة، إن الدعاية التجارية تستفيد من معرفة سلوك البشر لتبيع بنجاح مواد مؤذية للصحة. فان ذات الفهم لطبيعة الانسان ينبغي ان يوظف للتأثير على الناس ضد استخدامهم للمنتجات الخطرة.

ان الكثرة من مبادئ الطب السلوكي التي لم توظف في مزاولة الطب استخدمت ما يسمى اليوم بكتب «مساعدة الذات» فهذه الكتب ترشد الناس الى كيفية التعامل مع مشكلاتهم. فكتاب مساعدة الذات الذي يوظف العوامل الموجودة في التأثير المهديء الايجابي، هو في الاغلب كتاب ناجح جداً. فالمؤلفون يقومون بتفاعل مع التأريخ غارسين الاخلاص والثقة بنصائحهم. ان هذه الثقة قد تقود الى تغير السلوكيات المحددة واعطاء احساس بالشفاء. هناك ولادة لمذاهب مختلفة ومنظمات تقدم أساليب ومداخل للناس اللذين يطلبون النصيحة. فنجاح هذه الكتب والمذاهب والمنظمات يؤشر الى ان اهتمامات الصحة لدى الناس لم تلب في نظامنا الحالي للرعاية الصحية.

وبما ان الطب المنظم لايعطي انتباهاً كافياً لهذه الاهتمامات الصحية، فقد ظهر، رفض لذلك. فالناس يستمرون بطلب المساعدة من أماكن اخرى، وقد يقعون في ممارسات صحية مخطوءة وخطيرة. وسيكون الناس أبعد ما يكونون عن أطباءهم ويكونون اكثر استجابة لأولئك اللذين يبكون على مخاوفهم وتوقعاتهم التي ربما وجدت لكي تستغل.

ينبغي أن توظف المداخل السلوكية للاختلالات المتعلقة بالسلوك. فالشخص المحروم من النوم تظهر لديه عوارض أولية للتقلصات القلبية. ومع أن عدم الانتظام هذا لايعني مرضاً مهماً، لكن الحالة قد تكون مقلقة. ان العلاج الاولي لمثل هذه النبضات غير الاعتيادية يجب ان يكون سلوكياً. ينبغي ان ينام الشخص اكثر ويحاول التقليل من مقدار الشد النفسي الذي يمر به. ورغم ان المدخل الصيدلاني مفيد في تقليل هذه الظواهر فالاعتراف بالعوامل السلوكية المرافقة قد يقلل من المشكلة نفسها. وكثيراً ما تظهر هذه الحالة لدى الأطباء الشباب خلال سنة الإقامة الصعبة وحينما يطالبون بالعمل بين (٩٠ - ١٠٠) ساعة بالاسبوع. فهذه النبضات غير الطبيعية تختفي بصورة طبيعية حينما تتناقص ساعات العمل.

فحينما تعاني من مرض كان نشوؤه غير مرتبط بالعوامل السلوكية كالزائدة الدودية مثلاً، فان الاعتبارات السلوكية لها مردود ضئيل. ومع أن الجراح الجيد سيقوم علاقة رصينة بين المريض والطبيب من الممكن أن تسهم في الشفاء لكن إجراء الجراحة هو اهم بكثير من العوامل العلاجية غير المحددة. وبصورة مشابهة فان

تعرضت الى مرضٍ معدٍ كذات الرئة فان المضادات الحيوية تصبح مهمة للغاية. وان كان قلبك لايعمل بصورة مرضية - كما في حالة - عجز القلب - فلن يعوض علاج نفسي عن محتويات الدواء المناسب.

غالباً ما تكون الوسائل التقليدية في مواجهة المرض مفيدة، مادامت المخاطر المتوقعة ستكون قليلة فالاجراءات الجديدة والفحوصات يمكن أن تؤدي في بعض الاحيان الى تشخيص لايمكن التوصل اليه من قبل. وهذا قد يقود الى البدء المبكر بالعلاج المناسب. وعلى كل حال فمن السخف بمكان استخدام أكثر من وسيلة فحص إن لم يكن ذلك ضرورياً - فالاجراءات التشخيصية والجراحية المرتبطة بمخاطر كبيرة نسبياً يجب أن لا تجرى بسرعة، حينما يتوافر وقت للاستشارة. فالأطباء الناجحون يستجيبون لآراء الأطباء الآخرين.

ان العلاجات الجديدة المرغوبة أو الاجراءات التشخيصية يجب ان تفحص ان كان فيها شيء من المخاطر أو لا. فهناك تأثيرات مهدئة مع أغلب العلاجات والاجراءات الجديدة طالما كان هناك توقعات مرغوبة من قبل كلا الطرفين الطبيب والمريض. فلم يكشف في حالات عديدة عن المضاعفات العكسية بعد. لقد استوعب هذه المظاهر الطبيب الفرنسي ارماند تروشوا (**Armand Trousseau**) - الذي عاش في القرن التاسع عشر. والعبارة التالية تنسب اليه. «عليك أن تعالج اكبر عدد من المرضى تستطيع علاجهم بالأدوية الجديدة، طالما كانت لديهم القدرة على الشفاء».

فلا يستطيع الطب الحديث علاج كل الآلام والامراض. فعليك تقع مسؤولية عدم السماح للتوقعات غير المنطقية بالظهور. فلا تتوقع من طبيبك ان يعرف دوماً ما هو الخلل فيك. فغالباً ما لا تتواءم علة مع ما هو معروف في الوقت الحاضر.

فاذا شعرت بالصحة فليس من الضروري لك - بصورة عامة - ان ترى طبيباً. وفي الحقيقة فان قيمة الفحص السنوي مبعث كثير من التساؤلات. وعلى كل حال فان برنامج بعض الأمراض كارتفاع ضغط الدم والزرق (الماء الازرق في العين) (**Glaucoma**) ، وبعض أنواع السرطان يمكن مواجهتها إن اكتشفت مبكراً. فضلاً عن ذلك فان الاتصال الروتيني بالطبيب يزيد من تأثير المهدىء الايجابي فالطمأنينة ذاتها مهمة. فالطبيب لا يحتاج سوى ان يأخذ تأريخاً طبياً تفصيلياً ويجري اختباراً جسمانياً فصيراً ليصل الى هذه المنافع. ففحص الدم والأشعة ليست محبذة بمعدل

سنوي للشخص الصحيح. فهي ليست باهضة الثمن فحسب، بل إن مخاطرها تفوق منافعها. فيجب أن لاتعرض نفسك الى حالة تشخيصية وعلاجية تضطرك الى القيام بعدة إجراءات وفحوصات مختبرية قسرية قبل أخذ الطبيب لتاريخ طبي. ان الفحوصات المختبرية والاجراءات، ينبغي ان تستخدم بطريقة حكيمة. والا فان الاختبارات ستشبه محاولة للصيد.

واكثر من ذلك فان النتائج المستحصلة من هذه التقنيات الحديثة المعقدة، غالباً ما تصعب ترجمتها الى علاجات مناسبة. فاذا مررت بمراقبة (هولتر) او اختبار (غريني) كجزء من فحص فسيولوجي روتيني، ولوحظت نبضات قلبية غير طبيعية عارضة فهل تعالج؟ بما ان الحدود «الطبيعية» لم تُبن للنتائج التي تعطيها هذه التقنيات الحديثة بعد، فان المخاطر - النسبية - والمنافع للعلاج لايمكن تقديرهما. وغالباً ما تترك مع الفكرة المقلقة «هناك شيء ما خطأ» فيك، في حين ان عدم الانتظام قد يكون - بكل بساطة - تنوع طبيعي في فسلجتك اليومية. فان كنت مريضاً، فان التحاليل والاجراءات المركزة يمكن أن تطلب لتشخيص وعلاج علتك. ومع كل ذلك، وحتى حين ذلك فإن مبدأ المخاطر مقابل المنافع يجب أن يراعى.

ينبغي ان لاتسمح لنفسك ان تقتنع بأنك مريض أو أنك ستصبح مريضاً، أليس من الحمق أن تصرف سنوات صحيحة قلقاً حول مرض ليس له وجود وقد لا يظهر البتة؟ هناك الكثير من الاشخاص في الأجيال القديمة يبدو وكأن لديهم الثقة بصحتهم. يجب على الناس ان يناضلوا لكي يتبنوا هذا الاتجاه. فأن اصبحت مريضاً فمهنة الطب موجودة لمساعدتك. وسيكون هناك من الوقت ما فيه الكفاية لتعمل مع طبيبك وتتعلم كيف تتأقلم لمرض ان ظهر ذلك المرض.

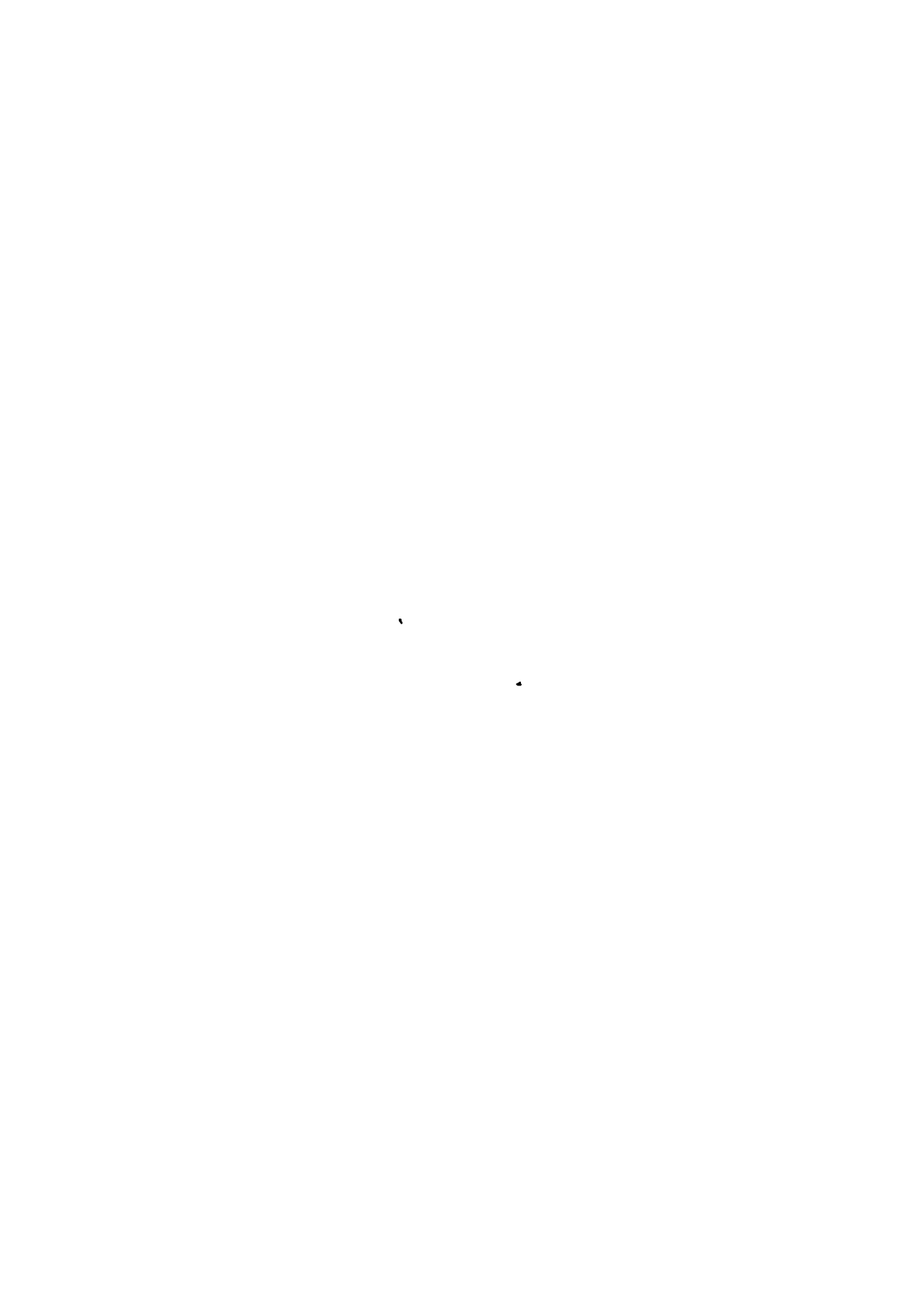
فان توقعت شباباً دائماً تحاول إبقائه، فيحتمل أن تسبب لنفسك قلقاً واذى جسمانياً، أنت محق في أن تأمل ان تكون في أحسن حال ممكن لأطول فترة ممكنة، فانت ومهنة الطب حينما تعملان سوية يمكن أن تصلا الى موازنة جيدة بين الممارسات الطبية القديمة والحديثة وتجعلها هذه التوقعات أقرب الى التحقيق.



## - مراجع تمت الاستفادة منها في الترجمة -

- ١ - القرآن الكريم
- ٢ - قاموس حتي الطبي - د. يوسف حتي، مكتبة لبنان - بيروت ١٩٦٧
- ٣ - الكتاب المقدس (العهد الجديد) اعمال الرسل / الاصحاح الخامس
- ٤ - معجم علم النفس د. فاخر عاقل - دار العلم للملايين ١٩٧٩ بيروت
- ٥ - النفس (انفعالاتها وامراضها وعلاجها) د. علي كمال دار واسط للدراسات بغداد ١٩٨٣
- ٦ - جريدة الثورة ٢٦ / ١٠ / ١٩٨٧
- ٧ - جريدة الجمهورية الثلاثاء ١ ايلول ١٩٨٧.
- ٨ - Scientific American «The Brain» The Freeman Co N. Y 979
- ٩ - Springer Deutsch «Left Brain Right Brain» Freeman Co San Fran-  
cisco U.S.A. 1981
- ١٠ - Victor Kin «Across the lines» Foreign Languages Publishing -  
House Moscow 1928

رقم الايداع في دار الكتب والوثائق ٧١٤ ببغداد لسنة ١٩٨٩





# SOURCES

## FOREWORD

May, H. G., and B. M. Metzger (eds.). *The New Oxford Annotated Bible*. New York: Oxford University Press, 1973.

Schwartz, G. E., and S. M. Weiss. What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine* 39:377-81, 1977.

## CHAPTER 1

Huang Ti Nei Ching Su Wen. *The Yellow Emperor's Classic of Internal Medicine*. Translated by Ilza Veith. Berkeley: University of California Press, 1966.

## CHAPTER 2

Barker, J. C. Angor Animi. *British Medical Journal* 2:688, 1964.

Basedow, H. *The Australian Aboriginal*. Cited by W. B. Cannon in "Voodoo" death.

- Blank, H., and M. W. Brody. Recurrent herpes simplex. *Psychosomatic Medicine* 12:254-60, 1950.
- Calder, N. *The Mind of Man*. New York: Viking Press, 1970.
- Cannon, W. B. "Voodoo" death. *American Anthropologist* 44:169-81, 1942.
- Coolidge, J. C. Unexpected death in a patient who wished to die. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 17:413-20, 1969.
- Descartes, R. *The Philosophical Works of Descartes*. Vol. 1. Translated by E. S. Haldane and G. R. T. Ross. New York: Cambridge University Press, 1972.
- Engel, G. L. A life setting conducive to illness. *Bulletin of the Menninger Clinic* 32:355-65, 1968.
- . Sudden and rapid death during psychological stress. *Annals of Internal Medicine* 74:771-82, 1971.
- Frank, J. D. Psychiatry, the healthy individual. *American Journal of Psychiatry* 134:1349-55, 1977.
- Gutmann, M. C., and H. Benson. Interaction of environmental factors and systemic arterial blood pressure: A review. *Medicine* 50:543-53, 1971.
- Heilig, R., and H. Hoff. Über psychogene Entstehung des Herpes labialis. *Medizinische Klinik* 24:1472, 1928.
- Holmes, T. H., and R. H. Rahe. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11:213-18, 1967.
- Laurence, J. Z. A case of sudden death without any adequate postmortem experience. *British Medical Journal* i:376, 1860. Cited by N. R. Shulack in Sudden "exhaustive" death in excited patients.
- Lown, B., J. V. Temte, P. Reich, C. Gaughan, Q. Regestein and H. Hai. Basis for recurring ventricular fibrillation in the absence of coronary heart disease and its management. *New England Journal of Medicine* 294:623-29, 1976.
- Lown, B., R. L. Verrier and S. H. Rabinowitz. Neural and psychologic mechanisms and the problem of

- sudden cardiac death. *American Journal of Cardiology* 39:890-901, 1977.
- Mathis, J. L. A sophisticated version of voodoo death: Report of a case. *Psychosomatic Medicine* 26:104-7, 1964.
- May, H. G., and B. M. Metzger (eds.). *The New Oxford Annotated Bible*. New York: Oxford University Press, 1973.
- Meinhardt, K., and H. A. Robinson. Stokes-Adams syndrome precipitated by emotional stress. *Psychosomatic Medicine* 24:325-30, 1962.
- Menninger von Lerchenthal, E. Death from psychic causes. *Bulletin of the Menninger Clinic* 12:31-36, 1948.
- Milton, G. W. Self-willed death or the bone-pointing syndrome. *Lancet* i:1435-36, 1973.
- Moritz, A. R., and N. Zamcheck. Sudden and unexpected deaths of young soldiers. *Archives of Pathology* 42:459-94, 1946.
- Richter, C. P. On the phenomenon of sudden death in animals and man. *Psychosomatic Medicine* 19:191-98, 1957.
- Rosellini, R. A., Y. M. Binik and M. E. P. Seligman. Sudden death in the laboratory rat. *Psychosomatic Medicine* 38:55-58, 1976.
- Saul, L. J. Sudden death at impasse. *Psychoanalytic Forum* 1:88-89, 1966.
- Schneck, J. M. The psychological component in a case of herpes simplex. *Psychosomatic Medicine* 9:62-64, 1947.
- Schultz, D. *A History of Modern Psychology*. New York: Academic Press, 1975.
- Shulack, N. R. Sudden "exhaustive" death in excited patients. *Psychiatric Quarterly* 18:3-12, 1944.
- Sigler, L. H. Emotion and atherosclerotic heart disease. I. Electrocardiographic changes observed on the

recall of past emotional disturbances. *British Journal of Medical Psychology* 40:55-64, 1967.

### CHAPTER 3

- Ackerknecht, E. H. *Medicine and Ethnology*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1971.
- . Problems of primitive medicine. *Bulletin of the History of Medicine* 11:503-21, 1942.
- Benson, H., and M. D. Epstein. The placebo effect. *Journal of the American Medical Association* 232:1225-27, 1975.
- Burgess, A. M., and A. M. Burgess, Jr. Caring for the patient—a thrice-told tale. *New England Journal of Medicine* 274:1241-44, 1966.
- Charcot, J. M. Cited by E. H. Ackerknecht, *Medicine and Ethnology*.
- Frank, J. D. Foreword. In A. Kiev (ed.), *Magic, Faith and Healing*, pp. vii-xii.
- . *Persuasion and Healing*. New York: Schocken Books, 1963.
- Gelfand, M. *The African Witch*. London: E. and S. Livingstone, 1967.
- . *Medicine and Custom in Africa*. London: E. and S. Livingstone, 1964.
- . *Witch Doctor*. London: Harvill Press, 1964.
- Gregg, J. Commerce of the prairies, or the journal of a Santa Fe trader. In R. G. Thwaites (ed.), *Early Western Travels, 1748-1846*, Vol. 20. Cited by V. J. Vogel in *American Indian Medicine*.
- Grollig, F. X., and H. B. Haley (eds.). *Medical Anthropology*. The Hague: Mouton, 1976.
- Gunn, S. W. H. Totemic medicine and shamanism among the northwest American Indians. *Journal of the American Medical Association* 196:700-6, 1966.
- Harbison, S. P. Routinism, iatrogenics, and surgical care. *Journal of the Kentucky Medical Association* 63:334-37, 392, 1965.

- Kiev, A. (ed.). *Magic, Faith and Healing*. London: Collier-Macmillan, 1964.
- Kiteme, K. Traditional African medicine. In F. X. Grollig and H. B. Haley (eds.), *Medical Anthropology*, pp. 413-17.
- Knowles, J. H. *Doing Better and Feeling Worse*. New York: W. W. Norton, 1977.
- Lesse, S. Placebo reactions in psychotherapy. *Diseases of the Nervous System* 23:313-19, 1962.
- Liberman, R. An analysis of the placebo phenomenon. *Journal of Chronic Diseases* 15:761-83, 1962.
- Lippman, L. Let's use the placebo. *Mental Retardation* 14:25, 1976.
- Lommel, A. *Shamanism: The Beginning of Art*. New York: McGraw-Hill, 1967.
- McDermott, W. Evaluating the physician and his technology. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 135-57.
- Mason, R. C., Jr., G. Clark, R. B. Reeves, Jr., and S. B. Wagner. Acceptance and healing. *Journal of Religion and Health* 8:123-42, 1969.
- Moertel, C. G., W. F. Taylor, A. Roth and F. A. J. Tyce. Who responds to sugar pills? *Mayo Clinic Proceedings* 51:96-100, 1976.
- Ndeti, K. The relevance of African traditional medicine in modern medical training and practice. In F. X. Grollig and H. B. Haley (eds.), *Medical Anthropology*, pp. 11-26.
- Shapiro, A. K. Factors contributing to the placebo effect: Their implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 18:73-88, 1964.
- . The placebo effect in the history of medical treatment—implications for psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 116:298-304, 1959.
- Vogel, V. J. *American Indian Medicine*. Norman: University of Oklahoma Press, 1970.
- Weatherhead, L. D. *Psychology, Religion and Healing*. New York: Abingdon-Cokesbury Press, 1951.

#### CHAPTER 4

- Amery, W., and J. Dony. A clinical trial design avoiding undue placebo treatment. *Journal of Clinical Pharmacology* 15:674-79, 1975.
- Beecher, H. K. Evidence for increased effectiveness of placebos with increased stress. *American Journal of Physiology* 187:163-69, 1956.
- . Increased stress and effectiveness of placebos and "active" drugs. *Science* 132:91-92, 1960.
- . The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association* 159:1602-6, 1955.
- Benson, H., and M. D. Epstein. The placebo effect. *Journal of the American Medical Association* 232:1225-27, 1975.
- Bogdanoff, M. D., C. R. Nichols, R. F. Klein and C. Eisdorfer. The doctor-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 192:45-48, 1965.
- Burgess, A. M., and A. M. Burgess, Jr. Caring for the patient—a thrice-told tale. *New England Journal of Medicine* 274:1241-44, 1966.
- Cheek, D. B. What does the surgically anesthetized patient hear? *Rocky Mountain Medical Journal* 57:49-53, 1960.
- Chessick, R. D., R. L. McFarland, R. K. Clark, M. Hammer and M. I. Bassan. The effect of morphine, chlorpromazine, pentobarbital, and placebo on anxiety. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 141:540-48, 1966.
- Corney, R. T. Iatrogenic emotional reactions. *Virginia Medical Monthly* 96:666-69, 1969.
- Davidson, J. N. G. Iatrogenic psychosomatic illness or neuroses of our own doing. *New Zealand Medical Journal* 66:98-102, 1967.
- Dinnerstein, A. J., and J. Halm. Modification of placebo effects by means of drugs: Effects of aspirin and

- placebos on self-rated moods. *Journal of Abnormal Psychology* 75:308-14, 1970.
- Dorland's Illustrated Medical Dictionary*. 25th ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1974.
- Fischer, H. K., and B. M. Dlin. The dynamics of placebo therapy: A clinical study. *American Journal of Medical Science* 232:504-12, 1956.
- Forrer, G. R. Psychoanalytic theory of placebo. *Diseases of the Nervous System* 25:655-61, 1964.
- Freedman, N., D. M. Engelhardt, L. D. Hankoff, B. S. Glick, H. Kaye, J. Buchwald and P. Stark. Drop-out from outpatient psychiatric treatment. *Archives of Neurology and Psychiatry* 80:657-66, 1958.
- Gliedman, L. H., W. H. Gantt and H. A. Teitelbaum. Some implications of conditional reflex studies for placebo research. *American Journal of Psychiatry* 113:1103-7, 1954.
- Hankoff, L. D., D. M. Engelhardt and N. Freedman. Placebo response in schizophrenic outpatients. *Archives of General Psychiatry* 2:43-52, 1960.
- Hippocrates, *Precepts*, Chap. 6. Cited by A. M. Burgess and A. M. Burgess, Jr., in *Caring for the patient—a thrice-told tale*.
- Kast, E. C., and J. Loesch. A contribution to the methodology of clinical appraisal of drug action. *Psychosomatic Medicine* 21:228-34, 1959.
- Kelman, H. C. Human use of human subjects: The problem of deception in social psychological experiments. *Psychological Bulletin* 67:1-11, 1967.
- Klerman, G. L. Assessing the influence of the hospital milieu upon the effectiveness of psychiatric drug therapy: Problems of conceptualization and of research methodology. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 137:143-54, 1963.
- Lesse, S. Placebo reactions in psychotherapy. *Diseases of the Nervous System* 23:313-19, 1962.
- Liberman, R. An analysis of the placebo phenomenon. *Journal of Chronic Diseases* 15:761-83, 1962.

- Moertel, C. G., W. F. Taylor, A. Roth and F. A. J. Tyce. Who responds to sugar pills? *Mayo Clinic Proceedings* 51:96-100, 1976.
- Nash, E. H., J. D. Frank, S. D. Imber and A. R. Stone. Selected effects of inert medication on psychiatric outpatients. *American Journal of Psychotherapy* 18:33-48, 1964.
- Rashkis, H. A., and E. R. Smarr. Psychopharmacotherapeutic research: A triadistic approach. *Archives of Neurology and Psychiatry* 77:202-9, 1957.
- Roethlisberger, F. J., and W. J. Dickson. *Management and the Worker*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1961.
- Rosenthal, D., and J. D. Frank. Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin* 53:294-301, 1956.
- Shapiro, A. K. Factors contributing to the placebo effect: Their implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 18:73-88, 1964.
- . Placebo effects in psychotherapy and psychoanalysis. *Journal of Clinical Pharmacology* 10:73-78, 1970.
- Spain, D. M. (ed.). *The Complications of Modern Medical Practices*. New York: Grune and Stratton, 1963.
- Tamerin, J. S., and J. F. Scavetta. Iatrogenic depression. *Journal of the American Medical Association* 219:375-76, 1972.
- Von Felsinger, J. M., L. Lasagna and H. K. Beecher. Drug-induced mood changes in man: 2. Personality and reactions to drugs. *Journal of the American Medical Association* 157:1113-19, 1955.
- Warshaw, L. J. Toxicity following the use of placebos. In D. M. Spain (ed.), *The Complications of Modern Medical Practices*, pp. 300-13.
- Wheatley, D. Influence of doctors' and patients' attitudes in the treatment of neurotic illness. *Lancet* ii:1133-35, 1967.



- Wolf, S. Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects: The pharmacology of placebos. *Journal of Clinical Investigation* 29:100-9, 1950.
- Wolf, S., and R. H. Pinsky. Effects of placebo administration and occurrence of toxic reactions. *Journal of the American Medical Association* 155:339-41, 1954.

## CHAPTER 5

- Artiss, K. L., and A. S. Levine. Doctor-patient relation in severe illness. *New England Journal of Medicine* 288:1210-14, 1973.
- Barber, B. Compassion in medicine: Toward new definitions and new institutions. *Seminars in Medicine of the Beth Israel Hospital, Boston* 295:939-43, 1976.
- Bean, W. B. *Aphorisms from Latham*. Iowa City: Prairie Press, 1962.
- Bennett, I. L., Jr. Technology as a shaping force. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 125-33.
- Burgess, A. M., and A. M. Burgess, Jr. Caring for the patient—a thrice-told tale. *New England Journal of Medicine* 274:1241-44, 1966.
- Clark, D. W., and B. MacMahon (eds.). *Preventive Medicine*. Boston: Little, Brown, 1967.
- Crawshaw, R. Humanism in medicine—the rudimentary process. *New England Journal of Medicine* 293:1320-22, 1975.
- Dingle, J. H. An epidemiological study of illness in families. *The Harvey Lecture Series LIII, 1957-1958*. New York: Academic Press, 1959.
- . The ills of man. *Scientific American* 229:76-89, 1973.
- Duval, M. K. The provider, the government, and the consumer. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 185-92.

- Ebert, R. H. Medical education in the United States. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 171-84.
- Eisenberg, L. The search for care. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 235-46.
- Fry, J. *Profiles of Disease*. London: E. and S. Livingstone, 1966.
- Garrison, F. H. *History of Medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1924.
- Ginzberg, E. Health services, power centers, and decision-making mechanisms. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 203-13.
- Greenblatt, R. B. *Search the Scriptures*. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1963.
- Harbison, S. P. Routinism, iatrogenics, and surgical care. *Journal of the Kentucky Medical Association* 63:334-37, 392, 1965.
- Hodgkin, K. *Towards Earlier Diagnosis*. London: E. and S. Livingstone, 1963.
- Klarman, H. E. The financing of health care. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 215-34.
- Knowles, J. H. *Doing Better and Feeling Worse*. New York: W. W. Norton, 1977.
- McDermott, W. Evaluating the physician and his technology. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 135-57.
- Moore, A. R. Medical humanities—a new medical adventure. *New England Journal of Medicine* 295:1479-80, 1976.
- Mueller, M. S., and R. M. Gibson. National health expenditures, fiscal year 1975. *Social Security Bulletin* 39:3-20, 48, 1976.
- Paton, A. "Medicalization" of health. *British Medical Journal* 4:573-74, 1974.
- Rogers, D. E. The challenge of primary care. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 81-103.

- Scientific and Educational Basis for Improving Health Care: Report of the Panel on Biological and Medical Science of the President's Science Advisory Committee. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1972. Cited by I. L. Bennett, Jr., in J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*.
- Thomas, L. Aspects of biomedical science policy: An occasional paper. Cited by I. L. Bennett, Jr., in J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*.
- . Biostatistics in medicine. *Science* 198:675, 1977.
- . *The Lives of a Cell*. New York: Viking Press, 1974.
- . On the science and technology of medicine. In J. H. Knowles (ed.), *Doing Better and Feeling Worse*, pp. 35–46.
- U.S. Bureau of the Census, *Statistical Abstract of the United States: 1977* (98th ed.). Washington, D.C., 1977.
- Wechsler, H. *Handbook of Medical Specialties*. New York: Human Sciences Press, 1976.
- Werner, A., and J. M. Schneider. Teaching medical students interactional skills. *New England Journal of Medicine* 290:1232–37, 1974.
- White, K. L. Patterns of medical practice. In D. W. Clark and B. MacMahon (eds.), *Preventive Medicine*, pp. 849–70.
- Willius, F. A. *Aphorisms of Dr. Charles Horace Mayo and Dr. William James Mayo*. Rochester, Minn.: Whiting Press, 1951.

## CHAPTER 6

- Adams, D. F., D. B. Fraser and H. L. Abrams. The complications of coronary arteriography. *Circulation* 48:609–18, 1973.
- Almy, T. P. Meditation on a forest path. *New England Journal of Medicine* 297:165–67, 1977.
- Anonymous. Who and what. *Pediatrics* 55:753–55, 1975.

- Aronow, W. S., W. H. Allen, D. De Cristofaro and S. Ungeermann. Follow-up of mass screening for coronary risk factors in 1817 adults. *Circulation* 51:1038-45 1975.
- Barnes, M. L. Commentary on iatrogenic disease. *Annals of Clinical and Laboratory Science* 6:278-82, 1976.
- Bean, W. B. *Aphorisms from Latham*. Iowa City: Prairie Press, 1962.
- Beaty, H. N., and R. G. Petersdorf. Iatrogenic factors in infectious disease. *Annals of Internal Medicine* 65: 641-56, 1966.
- Benson, H. Systemic hypertension and the relaxation response. *New England Journal of Medicine* 296:1152-56, 1977.
- Benson, H., J. B. Kotch and K. D. Crassweller. Stress and hypertension: Interrelations and management. In G. Onesti and A. M. Brest (eds.), *Hypertension: Mechanisms, Diagnosis and Treatment*, pp. 113-24.
- Burgess, A. M. and A. M. Burgess, Jr. Caring for the patient—a thrice-told tale. *New England Journal of Medicine* 274:1241-44, 1966.
- Camilleri, A. P. Iatrogenic disease in obstetrics and gynaecology. *Practitioner* 204:406-11, 1970.
- Cluff, L. E., G. F. Thornton and L. G. Seidl. Studies on the epidemiology of adverse drug reactions. I. Method of surveillance. *Journal of the American Medical Association* 188:976-83, 1964.
- Dorland's Illustrated Medical Dictionary*. 25th ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1974.
- Duma, R. J. First of all do no harm. *New England Journal of Medicine* 285:1258-59, 1971.
- Editorial. Diseases of medical progress. *Southern Medical Journal* 59:871-72, 1966.
- . A cure for iatrogenic disease: Look before you leap. *Geriatrics* 28:56, 58, 60, 62, 1973.
- Gunderson, E. K. E., and R. H. Rahe (eds.). *Life Stress and Illness*. Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1974.

- Gutmann, M. C., and H. Benson. Interaction of environmental factors and systemic arterial blood pressure: A review. *Medicine* 50:543-53, 1971.
- Gwynne, J. F. Iatrogenic drug damage: A review. *New Zealand Medical Journal* 75:211-14, 1972.
- Hansing, C. E., K. Hammermeister, K. Prindle, R. Twiss, R. R. Schwindt, B. Gowing, L. Crecelaius and W. Robinson. Cardiac catheterization experience in hospitals without cardiovascular surgery programs. *Catheterization and Cardiovascular Diagnosis* 3:207-14, 1977.
- Harbison, S. P. Routinism, iatrogenics, and surgical care. *Journal of the Kentucky Medical Association* 63:334-37, 392, 1965.
- Hoddinott, B. C., C. W. Gowdey, W. K. Coulter and J. M. Parker. Drug reactions and errors in administration on a medical ward. *Canadian Medical Association Journal* 97:1001-6, 1967.
- Holmes, O. W. *The Works of Oliver Wendell Holmes*. Vol. 9. *Medical Essays*. Boston: Houghton, Mifflin, 1892.
- Hurwitz, N. Admissions to hospital due to drugs. *British Medical Journal* 1:539-40, 1969.
- . Predisposing factors in adverse reactions to drugs. *British Medical Journal* 1:536-39, 1969.
- Hurwitz, N., and O. L. Wade. Intensive hospital monitoring of adverse reactions to drugs. *British Medical Journal* 1:531-36, 1969.
- Illich, I. *Medical Nemesis*. London: Calder and Boyars, 1975.
- Ingelfinger, F. J. The handbook of nonprescription drugs. *New England Journal of Medicine* 297:48-49, 1977.
- Irey, N. S. Deaths due to adverse drug reactions. *Journal of the American Medical Association* 231:22-23, 1975.
- Lasagna, L. The diseases drugs cause. *Perspectives in Biology and Medicine* 7:457-70, 1964.

- Lucia, S. P. The iatrogenic diseases. *Northwest Medicine* 68:1129-32, 1969.
- McLamb, J. T., and R. R. Huntley. The hazards of hospitalization. *Southern Medical Journal* 60:469-72, 1967.
- Marmer, M. J. Iatrogenic complications. *International Anesthesiology Clinics* 10:51-65, 1972.
- Modell, W. (ed.). *Drugs of Choice, 1966-1967*. St. Louis: C. V. Mosby, 1966.
- Moser, R. H. (ed.). *Diseases of Medical Progress: A Study of Iatrogenic Disease*. 3rd ed. Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1969.
- Mulroy, R. Iatrogenic disease in general practice: Its incidence and effects. *British Medical Journal* 2:407-10, 1973.
- Norman, P. S. and L. E. Cluff. Adverse drug reactions and alternative drugs of choice. In W. Modell (ed.), *Drugs of Choice, 1966-1967*, pp. 30-47.
- Onesti, G., and A. M. Brest (eds.). *Hypertension: Mechanisms, Diagnosis and Treatment*. Philadelphia: Davis, 1978.
- Petersen, J., and F. Beissner (eds.). *Schillers Werke*. Nationalausgabe, Band I. Weimar: Hermann Böhlau, 1943.
- Physician's Desk Reference*. 32nd ed. Oradell, New Jersey: Medical Economics Company, 1978.
- Rich, N. M., R. W. Hobson and C. W. Fedde. Vascular trauma secondary to diagnostic and therapeutic procedures. *American Journal of Surgery* 128:715-21, 1974.
- Rowe, W. S. Iatrogenic disease. *Medical Journal of Australia* 2:560-62, 1969.
- Rudd, T. N. Prescribing methods and iatrogenic situations in old age. *Gerontologia Clinica* 14:123-28, 1972.
- Schimmel, E. M. The hazards of hospitalization. *Annals of Internal Medicine* 60:100-10, 1964.

- Seckler, J. G., and R. C. Spritzer. Disseminated disease of medical progress. *Archives of Internal Medicine* 117:447-50, 1966.
- Seidl, L. G., G. F. Thornton and L. E. Cluff. Epidemiological studies of adverse drug reactions. *American Journal of Public Health* 55:1170-75, 1965.
- Seidl, L. G., G. F. Thornton, J. W. Smith and L. E. Cluff. Studies on the epidemiology of adverse drug reactions. III. Reactions in patients on a general medical service. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 119:299-315, 1966.
- Singh, M. Iatrogenic disorders of the fetus and newborn as a result of maternal medications. *Indian Pediatrics* 12:603-8, 1975.
- Special Commission on Internal Pollution. Toward assessing the chemical age. *Journal of the American Medical Association* 234:507-9, 1975.
- Spiro, H. M. Pain and perfectionism—the physician and the “pain patient.” *New England Journal of Medicine* 294:829-30, 1976.
- Steering committee approves statement on coin-operated blood pressure machines. *American Heart News* 5:3, 1978.

## CHAPTER 7

- Adams, J. E. Naloxone reversal of analgesia produced by brain stimulation in the human. *Pain* 2:161-66, 1976.
- Anderson, D. G., J. L. Jamieson and S. C. Man. Analgesic effects of acupuncture on the pain of ice water: A double-blind study. *Canadian Journal of Psychology* 28:239-44, 1974.
- Andersson, S. A., and E. Holmgren. On acupuncture analgesia and the mechanism of pain. *American Journal of Chinese Medicine* 3:311-34, 1975.
- Anonymous. The jubilee of anesthesia. Cited by D. De Moulin in A historical-phenomenological study of bodily pain in Western man.

- Arias, A. (ed.). *Recent Progress in Anaesthesiology and Resuscitation*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1975.
- Barber, T. X. The effects of "hypnosis" on pain. *Psychosomatic Medicine* 25:303-33, 1963.
- Beecher, H. K. Relationship of significance of wound to pain experienced. *Journal of the American Medical Association* 161:1609-13, 1956.
- Belluzzi, J. D., N. Grant, V. Garsky, D. Sarantakis, C. D. Wise and L. Stein. Analgesia induced *in vivo* by central administration of enkephalin in rat. *Nature* 260:625-26, 1976.
- Berlin, F. S., R. L. Bartlett and J. D. Black. Acupuncture and placebo: Effects on delaying the terminating response to a painful stimulus. *Anesthesiology* 42: 527-31, 1975.
- Brunet, F. *Oeuvres médicales d'Alexandre de Tralles*. Vol. 4. Paris: Librairie Orientaliste Paul Geuthner, 1937.
- Buytendijk, F. J. J. *Over de pijn*. Cited by D. De Moulin in A historical-phenomenological study of bodily pain in Western man.
- Castiglioni, C. *A History of Medicine*. E. B. Krumbhaar (ed.). New York: Alfred A. Knopf, 1941.
- Cattell, M. The action and use of analgesics. Cited by T. X. Barber in The effects of "hypnosis" on pain.
- Chapman, C. R. Psychophysical evaluation of acupuncture analgesia: Some issues and considerations. *Anesthesiology* 43:501-6, 1975.
- Cohen, P. J., and R. D. Dripps. Histories and theories of general anesthesia. In L. S. Goodman and A. Gilman (eds.), *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, pp. 42-45.
- Deenadayalan, C. V. Anginal pain in a phantom limb. *British Medical Journal* 2:238, 1976.
- De Moulin, D. A historical-phenomenological study of bodily pain in Western man. *Bulletin of the History of Medicine* 48:540-70, 1974.



- Dioscorides. *Materia medica*, Lib. IV, cap. 75. Cited by D. De Moulin in A historical-phenomenological study of bodily pain in Western man.
- Dupuytren, G. Cited by H. K. Beecher in Relationship of significance of wound to pain experienced.
- E1-Sobky, A., J. O. Dostrovsky and P. D. Wall. Lack of effect of naloxone on pain perception in humans. *Nature* 263:783-84, 1976.
- Finneson, B. E. *Diagnosis and Management of Pain Syndromes*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1969.
- Galen, C. *Compositiones Medicae*, XI. Cited by P. Kellaway in The part played by electric fish in the early history of bioelectricity and electrotherapy.
- Goodman, L. S., and A. Gilman (eds.). *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. New York: Macmillan, 1970.
- Graf, I., J. I. Szekely, A. Z. Ronai, Z. Dunai-Kovacs and S. Bajusz. B-endorphin as a potent analgesic by intravenous injection. *Nature* 263:239-41, 1976.
- Hill, R. G., C. M. Pepper and J. F. Mitchell. Depression of nociceptive and other neurones in the brain by iontophoretically applied met-enkephalin. *Nature* 262:604-6, 1976.
- Hughes, J., T. W. Smith, H. W. Kosterlitz, L. A. Fothergill, B. A. Morgan and H. R. Morris. Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity. *Nature* 258:577-79, 1975.
- Kellaway, P. The part played by electric fish in the early history of bioelectricity and electrotherapy. *Bulletin of the History of Medicine* 20:112-37, 1946.
- Kolb, L. C. *Modern Clinical Psychiatry*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1973.
- Kornetsky, C. Effects of anxiety and morphine on the anticipation and perception of painful radiant thermal stimuli. *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 47:130-32, 1954.

- Lepanto, R., W. Moroney and R. Zenhausern. The contribution of anxiety to the laboratory investigation of pain. *Psychonomic Science* 3:475, 1965.
- Melzack, R. Acupuncture and pain mechanisms. In A. Arias (ed.), *Recent Progress in Anaesthesiology and Resuscitation*, pp. 27-30.
- Melzack, R., and P. D. Wall. Pain mechanisms: A new theory. *Science* 150:971-79, 1965.
- Plutarch. *Morals*, 978B. Cited by P. Kellaway in The part played by electric fish in the early history of bioelectricity and electrotherapy.
- Scribonius. Cited by P. Kellaway in The part played by electric fish in the early history of bioelectricity and electrotherapy.
- Secundus, C. Plinius. *Historiae naturalis lib. XXXVII*, Lib. 25, cap. 94. Cited by D. De Moulin in A historical-phenomenological study of bodily pain in Western man.
- Seneca. *Dialogorum*, Lib. XII. Cited by D. De Moulin in A historical-phenomenological study of bodily pain in Western man.
- Shakespeare, W. *Much Ado about Nothing*. G. L. Kittridge (ed.). Boston: Ginn and Company, 1941.
- Sjolund, B., and M. Eriksson. Electro-acupuncture and endogenous morphines. *Lancet* ii:1085, 1976.
- Snyder, S. H. Opiate receptors in the brain. *New England Journal of Medicine* 296:266-71, 1977.
- Sternbach, R. A., and B. Tursky. Ethnic differences among housewives in psychological and skin potential responses to electric shock. *Psychophysiology* 1:241-46, 1965.
- Stillings, D. A survey of the history of electrical stimulation for pain to 1900. *Medical Instrumentation* 9:255-59, 1975.
- Toellner, R. Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Voraussetzungen und Folgen. Cited by D. De Moulin in A historical-phenomenological study of bodily pain in Western man.

- Walker, J. M., G. G. Berntson and C. A. Sandman. An analog of enkephalin having prolonged opiate-like effects in vivo. *Science* 196:85-87, 1977.
- Wesley, J. *The Desideratum: or, Electricity Made Plain and Useful*. London: W. Flexney, 1760. Cited by D. Stillings in A survey of the history of electrical stimulation for pain to 1900.
- . *Primitive Physic*. London: John Mason, 1836.
- Zborowski, M. Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues* 8:16-30, 1952.

#### CHAPTER 8

- Benson, H. *The Relaxation Response*. New York: William Morrow, 1975.
- . Systemic hypertension and the relaxation response. *New England Journal of Medicine* 296:1152-56, 1977.
- . Your innate asset for combatting stress. *Harvard Business Review* 52:49-60, 1974.
- Benson, H., S. Alexander and C. L. Feldman. Decreased premature ventricular contractions through the use of the relaxation response in patients with stable ischemic heart disease. *Lancet* ii:380-82, 1975.
- Benson, H., J. F. Beary and M. P. Carol. The relaxation response. *Psychiatry* 37:37-46, 1974.
- Benson, H. and M. D. Epstein. The placebo effect—a neglected asset in the care of patients. *Journal of the American Medical Association* 232:1225-27, 1975.
- Benson, H., J. B. Kotch and K. D. Crassweller. The usefulness of the relaxation response in the treatment of stress-related cardiovascular diseases. *Journal of the South Carolina Medical Association* 72:50-56, 1976.
- . The relaxation response: A bridge between psychiatry and medicine. *Medical Clinics of North America* 61:929-38, 1977.
- Benson, H., B. R. Marzetta and B. A. Rosner. Decreased blood pressure associated with the regular elicitation

- of the relaxation response: A study of hypertensive subjects. In R. S. Eliot (ed.), *Contemporary Problems in Cardiology*. Vol. 1. *Stress and the Heart*, pp. 293–302.
- Benson, H. B., A. Rosner, B. R. Marzetta and H. Klemchuk. Decreased blood pressure in borderline hypertensive subjects who practiced meditation. *Journal of Chronic Diseases* 27:163–69, 1974.
- . Decreased blood pressure in pharmacologically treated hypertensive patients who regularly elicited the relaxation response. *Lancet* i:289–91, 1974.
- Egbert, L. D., G. E. Battit, C. E. Welch and M. K. Bartlett. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of Medicine* 270:825–27, 1964.
- Eliot, R. S. (ed.). *Contemporary Problems in Cardiology*. Vol. 1. *Stress and the Heart*. Mount Kisco, N.Y.: Futura, 1974.
- Gutmann, M. C., and H. Benson. Interaction of environmental factors and systemic arterial blood pressure: A review. *Medicine* 50:543–53, 1971.
- Hinton, J. *Dying*. Harmondsworth, England: Penguin Books, 1972.
- Holter, N. J. New method for heart studies. *Science* 134: 1214–20, 1961.
- Kübler-Ross, E. *Death: The Final Stage of Growth*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1975.
- . *On Death and Dying*. New York: Macmillan, 1969.
- Mount, B. M. The problem of caring for the dying in a general hospital: The palliative care unit as a possible solution. *Canadian Medical Association Journal* 115:119–21, 1976.
- Peters, R. K., H. Benson and D. Porter. Daily relaxation response breaks in a working population: I. Effects on self-reported measures of health, performance, and well-being. *American Journal of Public Health* 67:946–53, 1977.

- Peters, R. K., H. Benson and J. M. Peters. Daily relaxation response breaks in a working population: II. Effects on blood pressure. *American Journal of Public Health* 67:954-59, 1977.
- Shephard, D. A. E. Principles and practice of palliative care. *Canadian Medical Association Journal* 116: 522-26, 1977.
- Saunders, C. Cited by D. A. E. Shephard in Principles and practice of palliative care.
- Voukydis, P. C., and S. A. Forward. The effect of elicitation of the relaxation response in patients with intractable ventricular arrhythmias. *Circulation* 56:57, 1977 (Suppl. III).
- Wallace, R. K., and H. Benson. The physiology of meditation. *Scientific American* 226:84-90, 1972.
- Wallace, R. K., H. Benson and A. F. Wilson. A wakeful hypometabolic physiologic state. *American Journal of Physiology* 221:795-99, 1971.
- Warner, G., and J. W. Lance. Relaxation therapy in migraine and chronic tension headache. *Medical Journal of Australia* 1:298-301, 1975.

## CHAPTER 9

- Flesch, R. (ed.). *The Book of Unusual Quotations*. London: Cassell, 1959.
- Kübler-Ross, E. *Death: The Final Stage of Growth*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1975.
- Osler, W. Cited by R. Flesch (ed.) in *The Book of Unusual Quotations*.
- Peabody, F. W. *The Care of the Patient*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1927.
- Shapiro, A. K. A contribution to a history of the placebo effect. *Behavioral Science* 5:109-35, 1960.
- Spark, R. The case against regular physicals. *New York Times Magazine* 125:10-11, 38-41, July 25, 1976.
- Trousseau, A. Cited by A. K. Shapiro in A contribution to a history of the placebo effect.

-

10/1/2024

## - نبذة عن المترجم -

الدكتور محمد جابر علي الزبيدي

حصل على البكالوريوس في علم النفس من جامعة بغداد .

نال شهادة الماجستير في التربية الدولية المقارنة من جامعة جنوب كاليفورنيا في اميركا  
واكمل الدكتوراه في تخطيط السياسات التعليمية من جامعة مرييلند في اميركا .

عمل مرشدا نفسيا في جامعة جنوب كاليفورنيا في لوس انجلس  
درس في قسم التربية وعلم النفس في جامعة صلاح الدين  
عمل اختصاصيا في المركز القومي للاستشارات والتطوير الاداري  
يحاضر في مادة علم النفس الجنائي في كلية الشرطة  
ويعمل حاليا استاذا مساعدا في مركز تطوير الكوادر

نشرت له المجالات العلمية العراقية والعربية والاجنبية عددا من المقالات العلمية ونشر  
مايربو على واحد وعشرين بحثا علميا، القى منها في مؤتمرات عربية ودولية ..  
ونال تكريم جامعة كاليفورنيا للمساهمات والمآثر التربوية .





## دار المأمون للترجمة والنشر

تأسست في منتصف عام ١٩٨٠ لتتولى مسؤولية الترجمة ونشر المطبوعات الدورية الناطقة باللغات الاجنبية والمطبوعات المترجمة من والى اللغة العربية وبما يؤمن الاسهام الفعال في عملية التواصل والتفاعل الحضاريين بين العراق والعالم.

تصدر دار المأمون الصحف التالية: -

- ١ - جريدة بغداد اوبزرفر - يومية سياسية ناطقة باللغة الانكليزية.
- ٢ - مجلة بغداد - شهرية سياسية عامة ناطقة باللغة الفرنسية.
- ٣ - مجلة كلكاش - مجلة الثقافة العراقية الحديثة - فصلية ثقافية ناطقة باللغة الانكليزية.

وتترجم الدار كتباً من اللغات الاجنبية الى اللغة العربية واخرى من اللغات العربية الى اللغات الاجنبية وتصدرها.  
كما تقدم خدمات الترجمة الفورية والتحريرية للمؤتمرات والندوات الدولية داخل العراق وخارجه.



# صدر عن دار المأمون الكتب الآتية المترجمة الى العربية حسب تاريخ نشرها

العنوان	السنة	تأليف	ترجمة
١ - دليل مترجم المؤتمرات	١٩٨١	جان هيربرت	سمير عبد الرحيم الجلبي
٢ - رباعية الحرب (قصص الادب الانكليزي)	١٩٨٥	جورج ماكبث	ياسين طه حافظ
٣ - فن الرواية (دراسة نقدية)	١٩٨٦	كولن ولسن	محمد درويش
٤ - العاصفة (مسرحية من الادب الانكليزي)	١٩٨٦	وليم شكسبير	جبرا ابراهيم جبرا
٥ - كلب الصيد الابيض ذوالاذن السوداء (رواية من الادب الروسي)	١٩٨٦	جافريل تروبيولسكي	عبد الواحد محمد
٦ - مكبث (مسرحية من الادب الانكليزي)	١٩٨٦	وليم شكسبير	جبرا ابراهيم جبرا
٧ - الملك لير (مسرحية من الادب الانكليزي)	١٩٨٦	وليم شكسبير	جبرا ابراهيم جبرا
٨ - بين الفن والعلم (دراسة نقدية)	١٩٨٦	دولف رايسر	د. سلمان الواسطي
٩ - بلاد الثلوج (رواية من الادب الياباني)	١٩٨٦	يوسوناري كاواباتا	لطيفة الدليمي
١٠ - مدن لا مرئية (رواية من الادب الايطالي)	١٩٨٦	ايتالوكالفيينو	ياسين طه حافظ
١١ - السيدة دالاواي (رواية من الادب الانكليزي)	١٩٨٦	فرجينيا وولف	عطا عبد الوهاب
١٢ - جن (رواية من الادب الفرنسي)	١٩٨٦	الان روب غرييه	د. سعيد علوش وخديجة بناني

- ١٢ - عطيل (مسرحة من الادب ١٩٨٦ وليم شكسبير جبرا ابراهيم جبرا  
الانكليزي)
- ١٤ - هاملت (مسرحة من الادب ١٩٨٦ وليم شكسبير جبرا ابراهيم جبرا  
الانكليزي)
- ١٥ - شكسبير والانسان المستوحى ١٩٨٧ جانيت ديلون جبرا ابراهيم جبرا  
(دراسة نقدية)
- ١٦ - الحداثة (الجزء الاول) (دراسة ١٩٨٧ مالكم برادبري مؤيد حسن فوزي  
نقدية) وجيمس ماكفرلن
- ١٧ - صناعة المسرحية (دراسة نقدية) ١٩٨٧ ستيوارت عبد الله الدباغ  
غريفتش
- ١٨ - القطار السريع (رواية من الادب ١٩٨٧ ارمگارد كوين اقبال ايوب  
الالمانى)
- ١٩ - الازهار البرية (مجموعة قصص ١٩٨٧ ارسكين كالدويل علي الحلي  
قصيرة من الادب الامريكى)
- ٢٠ - حبة قمح (رواية من الادب الافريقي) ١٩٨٧ نغوي واثيرونفو سلمان حسن ابراهيم
- ٢١ - قبو البصل (قصص قصيرة من ١٩٨٧ د. سامي حسين  
الادب الالمانى)
- ٢٢ - معجم التعابير الاجنبية في اللغة ١٩٨٧ ب. ا. فثيان سمير عبد الرحيم  
الانكليزية الجلبى
- ٢٣ - مصطلحات المؤتمرات ١٩٨٧ جان هيربرت سمير عبد الرحيم  
الجلبى
- ٢٤ - الثعلب (رواية من الادب الانكليزي) ١٩٨٧ د. هـ لورنس نمير عباس مظفر
- ٢٥ - مذكرات مالوان عالم الاثار وزوج ١٩٨٧ ماكس مالوان سمير عبد الرحيم  
اجاڤا كريستي الجلبى
- ٢٦ - الرجل العاشر (رواية من الادب ١٩٨٧ غريم غرين هادي عبد الله الطائي  
الانكليزي)
- ٢٧ - النفق (رواية من الادب الاسبانى) ١٩٨٧ ارنستو ساباتو مروان ابراهيم صديق

فخري خليل	نathan نوبلر	١٩٨٧	٢٨ - حوار الرؤية (دراسة فنية)
د. جوزيف نادر بولس	ر.ك. نارايان	١٩٨٧	٢٩ - ملحمة رامايانا (من الادب الهندي)
عبد الوهاب الوكيل	جون كروس	١٩٨٧	٣٠ - جويس (دراسة نقدية)
د. عباس خلف	ايغور يريماكوف	١٩٨٧	٣١ - الورقة الخضراء (مختارات شعرية من الادب السوفييتي المعاصر)
سالم شمعون	اليخو كاربنثير	١٩٨٧	٣٢ - الخطوات الضائعة (رواية من ادب امريكا اللاتينية)
فخري خليل	جان ليماري	١٩٨٨	٣٣ - الانطباعية (دراسة فنية)
جبرا ابراهيم جبرا		١٩٨٨	٣٤ - ايلول بلا مطر (قصص قصيرة من الادبين الانكليزي والامريكي)
د. سامي حسين الاحمدي	انا زيجزز	١٩٨٨	٣٥ - الازرق ... الازرق
فلاح رحيم	جين ريز	١٩٨٨	٣٦ - بحر ساركاسو الواسع
د. يوثيل يوسف عزيز	وليم راي	١٩٨٨	٣٧ - المعنى الادبي
مي مظفر	نيكولاس ويد	١٩٨٨	٣٨ - الاوهام البصرية
رعد اسكندر	موريس بونس	١٩٨٨	٣٩ - الحلو - المر
باسيل قوزي	كلود سيمون	١٩٨٨	٤٠ - طريق فلاندر
محمد درويش	سيتين لويد	١٩٨٨	٤١ - فن الشرق الادنى القديم
د. عبد الواحد لؤلؤة	د. سي. ميويك	١٩٨٨	٤٢ - موسوعة المصطلح النقدي
سامي مهدي	(قصائد مختارة)	١٩٨٨	٤٣ - جاك پريفيير
فخري خليل	جي. إي مولر	١٩٨٨	٤٤ - مئة عام من الرسم الحديث
عبد الواحد محمد	فرانك ايلغر		
	ناتسومي سوسكي	١٩٨٨	٤٥ - كوكورو
جبرا ابراهيم جبرا	وليم شكسبير	١٩٨٩	٤٦ - الليلة الثانية عشرة
سمير عبدالرحيم الجليبي	براين بوند	١٩٨٩	٤٧ - الحرب والمجتمع في اوربا (١٨٧٠ - ١٩٧٠)
د. حسن البياتي	إيقان اوخانوف	١٩٨٩	٤٨ - زبد الحديد
محمد درويش	كولن ولسن	١٩٨٩	٤٩ - طفيليات العقل
ناصر السعدون	جيمس بالدوين	١٩٨٩	٥٠ - أحزان سوني

## العقل والجسم

عالباً ما اعتبر العقل والجسم في الطب الحديث امرين منفصلين. وليس ذلك الفصل في صالحنا - بكل تأكيد - كما يرى الطبيب الدكتور هربرت بنسن.

فقد افتقد الأطباء بعدهم الحقيقي نتيجة لظاهرة التخصص. فتناقص الاطباء العامون مما سبب عدم معاملتنا كمرضى متكامل الشخصية. فقد قسم الواحد منا الى مجموعات من الاجهزة المجردة، او الأعراض المحددة ثم توصف لنا الأدوية - التي غالباً ما تكون عديمة الفائدة، بل مضرّة أحياناً - توصف بكل ارتجال. ودون موازنة بين المخاطرة فيها والمنفعة.

استعرض الدكتور بنسن في كتابه «الآثر العقلي الجسمي» ممارسة الطب السلوكي. ذلك المفهوم الفريد للرعاية الصحية وناقشه نقاشاً مقنعاً حيث يتضمن الطب السلوكي مبادئ الطب والفلسفة والعلاج النفسي وعلم النفس. ووسط كل هذه المفاهيم يقع مفهوم العلاقة الوثقى بين الطبيب والمريض.

وبأسلوب مباشر صريح ومثير ومقنع زاوج الدكتور بنسن بين القديم والحديث. مشيداً بالتقدم الذي أحرزه الطب الحديث في ذات الوقت الذي يذكرنا فيه بأن الإجراءات الطبية الرصينة التي تم اختبارها على مدى الزمن ينبغي أن لاتهمل ببساطة باسم «التقدم».

الدكتور هربرت بنسن استاذ مشارك في كلية الطب في جامعة هارفرد ومدير قسم الطب السلوكي في مستشفى بوسطن.

السعر: دينار واحد

دار المأمون للترجمة والنشر

بغداد - ١٩٨٩