الطبنفسى التطورى الإيقاعحيوى (46)
Biorhythmic Psychiatry
المقابلة الإكلينيكية (12)
التاريخ العائلى (7)
موقع الوراثة فى الطبنفسى الإيقاعحيوى (التطورى)

http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD160516.pdf

بروفيســـور يحيـــى الرخـــاوي

mokattampsych2002@hotmail.com - rakhawy@rakhawy.org

نشرة "الإنسان والتطور"2016/05/16

السنة التاسعة - العدد: 3181

بينت بوضوح أن الصرْع قد خرج من الأمراض النفسية عموما منذ عقود طويلة، ومع محاولاتى أن أعيد للعلاقة الوراثية بين الصرع وبين الأمراض النفسية أهميتها، وخصوصا الامراض النوابية الدورية، والنوبات النزوية

طرحت جانبا من فروضى عن أن الوراثة فى الأمراض النفسية عموما لا تدل بالضرورة على أن جينات معينة تحمل مرضا بذاته، وإنما هى وراثة "جاهزية للتفكيك فالتشكيل"، باستمرار بغض النظر عن المآل، جنبا إلى جنب مع "كم مختلف من الطاقة" (لم يمكن تصريفه فى المجال الطبيعى)

هذا الطبنفسى الايقاعحيوى (التطورى) مبنى على نظرية رفِضَتْ بكل إنكار واستهانة وهى نظرية الاستعادة (القانون الحيوى: إرنست هيكل) التى تقول أن الأنتوجينيا تكرر الفيلوجينا

إذن فكل البشر مثل كل البشر طالما أن كل واحد

مقدمة عامة:

وأنا أُبْدِى كل هذا الاهتمام بالوراثة، ثم بالوراثة المتعلقة بالصرْع بوجه خاص، بعد أن بينت بوضوح أن الصرْع قد خرج من الأمراض النفسية عموما منذ عقود طويلة، ومع محاولاتى أن أعيد للعلاقة الوراثية بين الصرع وبين الأمراض النفسية أهميتها، وخصوصا الامراض النوابية الدورية، والنوبات النزوية، وبعد أن طرحت جانبا من فروضى عن أن الوراثة فى الأمراض النفسية عموما لا تدل بالضرورة على أن جينات معينة تحمل مرضا بذاته، وإنما هى وراثة "جاهزية للتفكيك فالتشكيل"، باستمرار بغض النظر عن المآل، جنبا إلى جنب مع "كم مختلف من الطاقة" (لم يمكن تصريفه فى المجال الطبيعى)، بعد كل ذلك قفز إلى بؤرة انتباهى تناقضٌ آخر يحتاج إلى توضيح ويدعو للمناقشة فى نفس الوقت وهذا موجزه:

إذا كان هذا الطبنفسى الايقاعحيوى (التطورى) مبنى على نظرية رفِضَتْ بكل إنكار واستهانة وهى نظرية الاستعادة (القانون الحيوى: إرنست هيكل) التى تقول أن الأنتوجينيا تكرر الفيلوجينا (وذلك قبل أن أعمم هذه النظرية وبالذات بعد تبنى مفاهيم الطبنفسى الايقاعحيوى[1]) وهو ما يستجلب طعنا أسهل ورفضا أجهز، إذا كان ذلك كذلك، فإن الاستنتاج (المتسرع المباشر غالبا) يقول: إذن فكل البشر مثل كل البشر طالما أن كل واحد منهم يكرر تاريخ الحياة، وأنهم نتاج برامج البقاء نفسها – بفضل الله –.

فأين تقع الوراثة من هذا التعميم؟

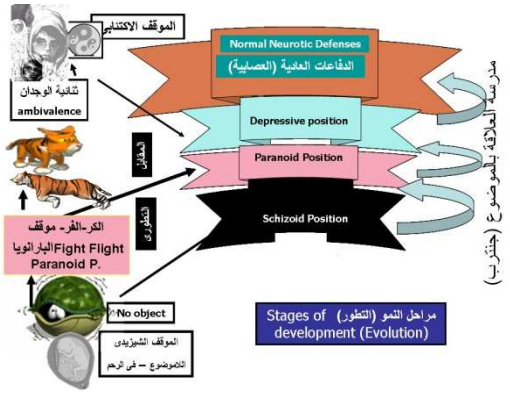
أليس هذا أولى أن يجعلنى أتراجع عن الحماس لنظرية الاستعادة، ولكل ما ترتب عليها بما ذلك أغلب منطلقات الطبنفسى الايقاعحيوى؟ أليس هذا أيضا أدعى أن يزعم أحدهم أنه لا دور للوراثة فى المقابلة الاكلينيكية ولافى التكهن بسير المرض ولا بمآله متأثرا بوراثة معينة مادام **كله قد ورث كله؟**

دعونى أقر وأعترف أننى مازلت متمسكا بكل يقين ممارستى ونتائجى بنظرية الاستعادة وما خرج منها وما ترتب عليها، وفى نفس الوقت فأنا مازلت من أشد الناس حرصا على بيان أهمية الوراثة، وهو ما يبدو متناقضا مع بداهة السخرية، صحيح أننا لسنا إلا نتاج تاريخنا الحيوى وقوانين

وبرامج البقاء التى الهمها الله كل الأحياء لتبقى وتعمر الأرض، وصحيح أنه "كله ورث كله"، **ومع ذلك فلا يوجد فرد واحد مثل غيره لو كان توأما متماثلا، كما لا يوجد مريض واحد مثل غيره حتى ولو حمل نفس التشخيص ووضع فى نفس الفئة**، ولا يوجد حلم – ولو مكرر – مثل حلم آخر سابق أو لاحق، ما دامت الحياة تعنى النبض المستمر، والنبض المستمر يعنى التغير الوارد مهما ضؤُل حجمه.

قيل وكيف كان ذلك؟

هذا ما سوف أحاول أن أبدأ فى بيانه اليوم



إليكم الحكاية من أولها

جاء فى مقدمة نشرة أول أمس هذا التساؤل: "لماذا عرجتُ إلى كل هذه التفاصيل، ونحن لم نبرح "المقابلة الإكلينيكية"، وذلك فيما يتعلق بوجود الصرْع بالذات فى التاريخ الوراثى؟"، وقد وعدت بالإجابة على هذا التساؤل فى نشرة اليوم، وأضيف الآن: خاصة فيما يتعلق بالفكر التطورى (والطب النفسى الإيقاعحيوى).

تطور الفكرة أساس الفروض:

تطور الفرض معى على الوجه التالى:

أولاً : قرأت كتاب جانترب عن الظاهرة الشيزيدية والعلاقة بالموضوع ([2]) النفسى فى فرصة نادرة اختليت بها مع نفسى فى الخارج دون واجبات قهرية، كان ذلك سنة 1969/1968([3])

ثانياً: وصلنى هذا التتابع النمائى من "الموقع الشيزيدى" Schizoid Position إلى "الموقع البارانوى" Paranoid Position إلى "الموقع الاكتئابى" Depressive Position فوجدته يلتقى بتناغم مع ملاحظاتى الإكلينيكية حتى ذلك الحين (1957 – 1969).

ثالثاً: قبلتُ تعديل "جانترب" لهذه المواقع عن ما وضعته المدرسة مسبقا (مدرسة العلاقة بالموضوع مسبقا) حين وضع الموضع البارانوى سابقا للموضع الاكتئابى، وقد أقره فى ذلك استاذه (ومحلله) "فيربيرن"، فى حين اعترضت استاذة فيربيرن ميلانى كلاين (ومؤسسة المدرسة) على ذلك.

رابعاً قبلت أكثر أن تكون الظاهرة الشيزيدية قابعة فى عمق أصل الوجود البشرى كله فى المرض (وأضفت إليها: وفى السواء)، وبالتالى وصلنى كيف أراد المؤلف أن يبين أن الظاهرة الشيزيدية تكمن وراء كل نفسمراضية (سيكوباثولوجية) من العصاب إلى اضطرابات الوجدان بما فى ذلك الهوس إلى الاكتئاب والاضطرابات البارانوية وطبعا الفصام، واضطرابات الشخصية، علما بأن

منهم يكرر تاريخ الحياة، وأنهم نتاج برامج البقاء نفسها – بفضل الله

مازلت متمسكا بكل يقين ممارستى ونتائجى بنظرية الاستعادة وما خرج منها وما ترتب عليها، وفى نفس الوقت فأنا مازلت من أشد الناس حرصا على بيان أهمية الوراثة، وهو ما يبدو متناقضا مع بداهة السخرية

صحيح أننا لسنا إلا نتاج تاريخنا الحيوى وقوانين وبرامج البقاء التى الهمها الله كل الأحياء لتبقى وتعمر الأرض، وصحيح أنه "كله ورث كله"، ومع ذلك فلا يوجد فرد واحد مثل غيره لو كان توأما متماثلا، كما لا يوجد مريض واحد مثل غيره حتى ولو حمل نفس التشخيص ووضع فى نفس الفئة،

قبلت أكثر أن تكون الظاهرة الشيزيدية قابعة فى عمق أصل الوجود البشرى كله فى المرض (وأضفت إليها: وفى السواء)

وصلنى كيف أراد المؤلف أن يبين أن الظاهرة الشيزيدية تكمن وراء كل نفسمراضية (سيكوباثولوجية) من العصاب إلى اضطرابات الوجدان بما فى ذلك الهوس إلى الاكتئاب والاضطرابات البارانوية وطبعا الفصام، واضطرابات الشخصية

أن الظاهرة الشيزيدية

الظاهرة الشيزيدية كما بينها جانترب هى غير "الشخصية الشيزيدية" Schizoid personality وطبعا غير الفصام (Schizophrenia).

وليس معنى ذلك أن كل هذه الأمراض هى ظواهر شيزيدية، وإنما المقصود هو أن الحياة كلها هى محاولات بالآليات والدفاعات الصحية وأيضا بالتجليات والاضطرابات المرضية النفسية محاولات لمواجهة هذه الظاهرة الشيزيدية حتى لا تنتكس الحياة لما لم (تخلف له) وهو النزوع إلى الانسحاب والتراجع بإلغاء "الموضوع" بإنكاره أو التنكر له).

خامساً : فى كتابى الأم "دراسة فى علم السيكوباثولوجى" قمت بتعديل الموقف الاكتئابى ورفضت أن يكون معبرا عن شعور الطفل بالذنب نتيجة قتل مصدر الحب (الأم) المهدد بالترك فى نفس الوقت وقدمت تفسيرا إيجابيا للوجه الآخر لثنائية الوجدان ambivalence التى يتصف بها هذا الموقف ([4])

سادساً: استبعدت أن يكون هذا التسلسل لهذه المراحل، ومن ثَـمَّ احتمال التثبيت Fixation عند أى منها، للنكوص إليها عند الضغوط فالمرض، استبعدت أن يكون كل ذلك هو نتيجة نوع التعامل مع الأم وتطور علاقتها بطفلها أساسا (أو فقط).

سابعاً : مع نضج فكرى التطورى، من خلال تعمق علاقتى بالمخ وقدراته لإعادة بناء نفسه، والنيوروبيولوجى وعلوم التطور، ومع اضطراد ممارستى الإكلينيكية عامة وللعلاج الجمعى خاصة استطعت أن أضع فروضا تربط بين تتابع هذه المواقع (المراحل) فى النمو وبين ما يمكن أن يقابلها من مراحل تطور الحياة برغم ما فى ذلك من اختزال غير مقبول إلا فى حدود هذا القياس.

وبناء على ذلك يصبح ثالوث مراحل النمو هو الموازى لثالوث مراحل التطور على الوجه التالى:

الطور الأول فى التطور (ما يقابل الموضع الشيزيدى): هو طول التناسل بالانقسام (فى الأحياء الأولى دون حاجة إلى آخر) وهو ما يقابل الموقف الشيزيدى الذى يلغى الآخر أو ينكره أو ينسحب منه وهو يشمل ما يقابل فى التطور دور التناسل، الانقسام، ثم بالاتحاد المؤقت بين اثنين من البرتوزوا(مثلا). ثم التناسل بالالتحام مثل مستعمرة البرتوزوا المسماة بالأديورزبيا، حيث لا يتكون كائن جديد إلا عندما تنفذ جرثومة صغيرة فى داخل جرثومة كبيرة، إذن هذه المرحلة فى التطور لا تحتاج إلى "آخر" للبقاء، وهى مرحلة اعتبرتها أنها تقابل مرحلة الجنين البشرى فى بطن أمه، وفى الأيام (أو الأسابيع الأولى) من ولادته وهى ما يمثله الموقع الشيزيدى.

الطور الثانى للتطور (ما يقابل الموضع البارنوى)

وهو الذى يشمل المرحلة التطورية للأحياء التى كان البقاء من خلالها وعبرها مرتبط ببرامج وآليات "الكر والفر" حتى ظهر تنظير يقول: "أن البقاء للأقوى، وهذه المرحلة، وأسميها أحيانا "مرحلة الغابة" هى التى تقابل الموقع البارنوى يعتبر الطفل فيها أن أى آخر هو تهديد مباشر لوجوده، واعتداء محتمل على كيانه حركته، وهو يواجه هذا الآخر بالتوجس والكر والفر كما كان الحال للبقاء فى الغابة.

الطور الثالث (ما يقابل الموضع الاكتئابى)

كما بينها جانترب هى غير "الشخصية الشيزيدية" Schizoid personality وطبعا غير الفصام (Schizophrenia).

أن الحياة كلها هى محاولات بالآليات والدفاعات الصحية وأيضا بالتجليات والاضطرابات المرضية النفسية محاولات لمواجهة هذه الظاهرة الشيزيدية حتى لا تنتكس الحياة لما لم (تخلف له) وهو النزوع إلى الانسحاب والتراجع بإلغاء "الموضوع" بإنكاره أو التنكر له)

استطعت أن أضع فروضا تربط بين تتابع هذه المواقع (المراحل) فى النمو وبين ما يمكن أن يقابلها من مراحل تطور الحياة برغم ما فى ذلك من اختزال غير مقبول إلا فى حدود هذا القياس

الطور الأول فى التطور (ما يقابل الموضع الشيزيدى): هو طول التناسل بالانقسام (فى الأحياء الأولى دون حاجة إلى آخر) وهو ما يقابل الموقف الشيزيدى الذى يلغى الآخر أو ينكره أو ينسحب منه وهو يشمل ما يقابل فى التطور دور التناسل، الانقسام، ثم بالاتحاد المؤقت بين اثنين من البرتوزوا(مثلا)

الطور الثانى للتطور (ما يقابل الموضع البارنوى) وهو الذى يشمل المرحلة التطورية للأحياء التى كان البقاء من خلالها وعبرها مرتبط ببرامج وآليات "الكر والفر" حتى ظهر تنظير يقول:

هذه المرحلة هى التى تقابل – فى رأيى – ما وصل إليه الإنسان بوجه خاص بعد أن أصبح يتمتع بما يسمى "الوعى والوعى بالوعى"، وإن كنت لا أستبعد مع متابعة الدراسات الأحدث لعواطف بعض الحيوانات أن يكون هناك من هو دون الإنسان قد يعيش مثل هذا الموقف بما يحمل من وعى وحركية الدخول والخروج...الخ،

وبالنسبة لتفاصيل هذا الموقف أود أن أبين كيف أنى اختلفت ميلانى كلاين فى اعتبار الاكتئاب فيه هو نتيجة للشعور بالذنب وأن الطفل يقتلها وهو يحبها، فى نفس الوقت ولكنه يتخلص منها لما يصله من احتمال التهديد بالترك، ومن ثم الشعور بالذنب بعد قتلها.

وأبين اختلافى فى أننى فى مقابل ذلك وضعت فروضا وصلتنى من واقع الممارسة حين تبين لى أن ما يسمى "تناقض الوجدان" – كعرض – هو الصورة السلبية لحضور التناقض الوجدانى حين يصبح هذا التناقض معجزا ومعيقا، لكننى حين اكتشفت خصوصية الإنسان به (غالبا) رأيت فيه نوعا إيجابيا من التناقض حين يتبدى فى صورة الحرص على احتواء النقيضين بما يصاحب ذلك من تحمل الغموض ومعاناة آلام ضرورة العلاقات واستمرارها دون شق الموضوع أو إلغائه أو احتوائه، فلا يعود التناقض بذلك تناقضا فى الوجدان ، بل يصبح مظهرا لجدل النمو: باحترام الاختلاف مع مواصلة العلاقة الصعبة الضرورية مما يدفع إلى مزيد من النضج والجدل الخلاق.

على أن هذا لا ينفى أنه إذا حدث توقف دائم فى هذه المرحلة وتضاعف ألم الصراع عند هذا الموقع، فإنه يصبح اجتراراً سلبيا للألم، مع السير فى المحل، فهو الاكتئاب السلبى أيضا.

ثامناً : مع انتقالى إلى فكر الإيقاع الحيوى، وبالذات امتداد نموذج نظرية الاستعادة إلى كل نبضات الحياة (المخ / الجسد) بما فى ذلك إيقاع النوم واليقظة والحلم واللا حلم اتسعت علىّ المسألة، وأصبحت لا أرى الوجود البشرى إلا حركة نابضة مستمرة، أقول الوجود البشرى دون استثناء، ودون توقف، بما فى ذلك النبضات السلبية فى المرضى النفسى. (أنظر بعد – وأيضا سبق ذكره)

****

موقع الوراثة من كل ذلك:

والآن: ما علاقة كل ذلك بالوراثة وبالذات وراثة "كم" و"نوعية" و"حركية" الطاقة المسئولة عن النمو، وفى نفس الوقت التى هى هى إذا انحرفت أو تعرقلت أو اجهضت أصبحت المسئولة عن "المرض" و"الاغتراب" و"التشويه" جميعا.

للرد على هذا التساؤل أتقدم بمزيد من الفروض كالتالى:

أولاً: الفروض المستحيلة التحقيق:

1- إن الكائن البشرى يرث كل البرامج البقائية السابقة. (يستعيد/يكرر: نظرية الاستعادة)

2- إن الاختلافات الفردية (والعرقية والأسرية) تبدأ من فرض أن هذه المراحل السالفة الذكر نحن لا نرثها متساوية مع بعضها البعض لا فى الزمن الذى تستغرقه ولا بالنسبة للاختلافات الثقافية التى مرت بها الأجيال السابقة التى خرجت منها هذه العائلات، فهذه العائلة، فهذا الفرد.

3- إن هذه الاختلافات تنتقل من القانون الحيوى العام (نظرية الاستعادة) إلى الثقافة الفرعية

"أن البقاء للأقوى، وهذه المرحلة، وأسميها أحيانا "مرحلة الغابة" هى التى تقابل الموقع البارنوى

الطور الثالث (ما يقابل الموضع الاكتئابى) هذه المرحلة هى التى تقابل – فى رأيى – ما وصل إليه الإنسان بوجه خاص بعد أن أصبح يتمتع بما يسمى "الوعى والوعى بالوعى"

اختلفت ميلانى كلاين فى اعتبار الاكتئاب فيه هو(الموضع الاكتئابى) نتيجة للشعور بالذنب وأن الطفل يقتلها وهو يحبها، فى نفس الوقت ولكنه يتخلص منها لما يصله من احتمال التهديد بالترك، ومن ثم الشعور بالذنب بعد قتلها

ما يسمى "تناقض الوجدان" – كعرض – هو الصورة السلبية لحضور التناقض الوجدانى حين يصبح هذا التناقض معجزا ومعيقا

حين اكتشفت خصوصية الإنسان به (غالبا) رأيت فيه نوعا إيجابيا من التناقض حين يتبدى فى صورة الحرص على احتواء النقيضين بما يصاحب ذلك من تحمل الغموض ومعاناة آلام ضرورة العلاقات واستمرارها دون شق الموضوع أو إلغائه أو احتوائه

أصبحت لا أرى الوجود البشرى إلا حركة نابضة مستمرة، أقول الوجود

إلى العائلات إلى الأفراد حسب ظروف بيئية وتربوية وطبيعية ومناخية، ويستمر إعادة التشكيل بالإيقاع الحيوى طول العمر (فى الأحوال السوية).

ثانياً: الفروض الداعمة لهذه الفروض العاملة، بالرغم من استحالة تحقيقها:

1) إن نوع التنشئة بكل ما بها من ظروف سبقت الإشارة إليها هى التى تدعم جاهزية أى من مراحل النمو (التطور) فتجعلها قادرة على إكمال الطريق أو مستهدَفَة للتثبيت، مع إضافة أنها لا ترتبط فقط بعلاقة الأم بطفلها بل تتأثر بتاريخها كله تطوريا وإثنيا وثقافيا بقدر ما تدعمت فى تنشئتها من كل ذلك.

2) تمثل تاريخ الثقافات التى دعمت هذه المواقع أو تلك دعما مختلفا عن بعضها البعض، وهكذا سمات الشعوب وسمات القوميات حتى تصل إلى سمات وثقافات فرعية إلى الأسرة إلى الأم فى الطفل إلى الكيان النابض طول العمر.

3) وبالتالى فإنه من الوراد أن تعدل التنشئة مدى جاهزية هذه المواقع إذا كان الشحن غير متوازن بما يمهد لتثبيت مرضى عند حدوث الضغوط الكافية.

4) إن ما يورث ليس فقط مدة ومدى شحن هذه المراحل الواحد تلوى الآخر، وإنما أيضا حركية تنشيطها من التفكيك إلى التركيب مع كل نبضة نمو، ثم مع كل نبضة الإيقاع الحيوى على مدى الحياة فى الصحة والمرض.

إشارات محدودة للاستفادة فى التطبيق (قبل مرحلة العلاج):

ينبغى ألا يقتصر سؤالنا عن التاريخ الأسرى على وجود المرض الفلانى أو العلانى وإنما ينبغى أن نستهدى أساسا بالخطوط العريضة ونحن نتساءل:

(1) هل يوجد فى الأسرة الصغيرة فالثقافة الخاصة، فالفرعية فالاثنية مرض نفسى أصلا (بغض النظر عن نوعه) بما فى ذلك الصرْع والأمراض الدورية والأمراض الذهانية المتدهورة؟ .

(2) هل كانت ثم **نقلات نوعية واضحة** قام بها بعض أفراد الأسرة بشكل نوعى جسيم وحاسم ؟.

(3) هل كانت ثمة نقلات غير متوقعة – دون ظهور علامات مرضية – إلى أعلى بالذات فى تاريخ أفراد الأسرة .

(4) هل كانت ثمة نقلات غير متوقعة إلى أدنى (سلبية) فى أفراد الأسرة (لم تصل إلى حد المرض).

(5) هل توجد انجازات إبداعية من أحد أفراد الأسرة ليس فقط فى صورة ناتج إبداعى مثل النثر أو الشعر أو التشكيل الإبداع العلمى، وإنما فى حضور أى تجديد فى طريقة الأيديولوجيا أو طريقة الحمد أو طريق التدين أو المسار الوظيفى أو العلاقات الاجتماعية والأسرية.

(6) ما هو مآل أى من هذا أو ذاك إن كان ذلك ممكن الحصول عليه بعلامات كافية، وما هو الزمن الذى مضى لحين ظهور هذا المآل المعين خاصة إذا تكرر؟.

(7) حتى لو كان المآل سلبيا غير متوقع، فهل كان فى نفس الأسرة بالذات مآل ايجابى غير

البشرى دون استثناء، ودون توقف، بما فى ذلك البنيات السلبية فى المرضى النفسى

إن الكائن البشرى يرث كل البرامج البقائية السابقة. (يستعيد/يكرر: نظرية الاستعادة)

إن الاختلافات الفردية (والعرقية والأسرية) تبدأ من فرض أن هذه المراحل السالفة الذكر نحن لا نرثها متساوية مع بعضها البعض

إن هذه الاختلافات تنتقل من القانون الحيوى العام (نظرية الاستعادة) إلى الثقافة الفرعية إلى العائلات إلى الأفراد حسب ظروف بيئية وتربوية وطبيعية ومناخية

إن نوع التنشئة بكل ما بها من ظروف سبقت الإشارة إليها هى التى تدعم جاهزية أى من مراحل النمو (التطور) فتجعلها قادرة على إكمال الطريق أو مستهدَفَة للتثبيت

من الوراد أن تعدل التنشئة مدى جاهزية هذه المواقع إذا كان الشحن غير متوازن بما يمهد لتثبيت مرضى عند حدوث الضغوط الكافية

إن ما يورث ليس فقط مدة ومدى شحن هذه المراحل الواحد تلوى الآخر، وإنما أيضا حركية تنشيطها من التفكيك إلى التركيب مع كل نبضة نمو، ثم مع كل نبضة الإيقاع الحيوى على

متوقع وبنفس النقلة النوعية، (حيث قد يفيد هذا فى العلاج).

وبعد

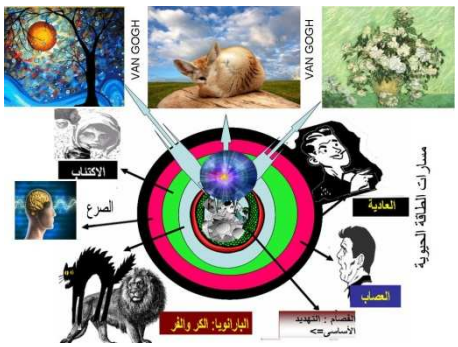
إن دراسة الطفل فى نموه، ودراسة المجنون فى نكوصه، ودراسة المكتئب فى حدة وعيه، ودراسة المريض فى خبرة علاجه الجمعى مارا بمأزق الذهان المصغر كل هذه فى رحاب الوعى البينتشخصى والوعى الجمعى (وياحبذا على اتصال ما بالوعى المطلق والوعى المتمد إلى الغيب، إن كل ذلك هو المجال الذى يسمح بإعادة النظر فى كل ما تقدم.

خلاصة القول أن وصف هذه الخبرات بهذه الصورة قد يشير إلى:

إن الوراثة لها أهمية قصوى، لكنها لا تقتصر على وراثة أمراض بذاتها، وإنما –كما ذكرنا– على وراثة برامج الحياة ذاتها ومراحلها وموقعها، بترتيب تطورى شامل، وفى نفس الوقت بفروق فردية حتمية وتفصيلية تدعمها مسئولية حدسية نقدية إبداعية محيطة .

علينا ونحن نبحث فى الوراثة أن نبحث عن العامل المشترك الأعظم، وعن علامات زخم الطاقة، وعن احتمالات مسارها المتنوعة بدءًا من المجالات الأبعد فالأقرب ما أمكن ذلك.

وبالتالى يكون التخطيط للعلاج هو العمل على: إعادة احتوائها، وحسن توجيهها، ولمّ شملها، وتشكيل ما يمكن من خلال حركيتها



مدى الحياة فى الصحة والمرض

ينبغى ألا يقتصر سؤالنا عن التاريخ الأسرى على وجود المرض الفلانى أو العلانى

هل كانت ثم نقلات نوعية واضحة قام بها بعض أفراد الأسرة بشكل نوعى جسيم وحاسم ؟.

هل كانت ثمة نقلات غير متوقعة – دون ظهور علامات مرضية – إلى أعلى بالذات فى تاريخ أفراد الأسرة

هل كانت ثمة نقلات غير متوقعة إلى أدنى (سلبية) فى أفراد الأسرة (لم تصل إلى حد المرض).

هل توجد انجازات إبداعية من أحد أفراد الأسرة ليس فقط فى صورة ناتج إبداعى

إن الوراثة لها أهمية قصوى، لكنها لا تقتصر على وراثة أمراض بذاتها، وإنما –كما ذكرنا– على وراثة برامج الحياة ذاتها ومراحلها وموقعها، بترتيب تطورى شامل، وفى نفس الوقت بفروق فردية حتمية وتفصيلية تدعمها مسئولية حدسية نقدية إبداعية محيطة

[1]- الذى تمادى إلى الزعم بأن الماكروجينى (أزمات النمو) تكرر الفيلوجينى، وأن الميكروجينى (ولادة الفكرة) تكرر الماكروجينى وأن السيكوباثوجينى هو نبضه نمو مجهضة أو مشوهة أو منحرفة.

[2]- Harry Guntrip, Schizoid phenomena, object-relations, and the self , Published 1969 by International Universities Press in New York.

[3]- فى باريس فى مهمة ثقافية لمدة عام أتاحت لى أن أجمع نفسى وأرتب خبرتى أكثر من أن أجمع رموز معلومات مستوردة مستهلكة كادت تطغى على حقيقة وروعة وإبداعات مهمتى الأصلية.

[4]- انظر هذا التطوير فى **دراسة فى علم السيكوباثولوجى** شرح: ديوان سر اللعبة، 1979، ص 194- 196، وقد تطور ذلك بعد ذلك إلى أننى اعتبرت الموقف الاكتئابى هو موقف ايجابى بالضرورة مالم يتضح فى اتجاه الغابة والسلبية انظر نشرة: 25-1-2015

مؤسسة العلوم النفسية العربية
معا ... نذهب أبعد
ArabPsyFound