

جامعة الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

السيدة: س. دريوش، أستاذة محاضرة "ب"

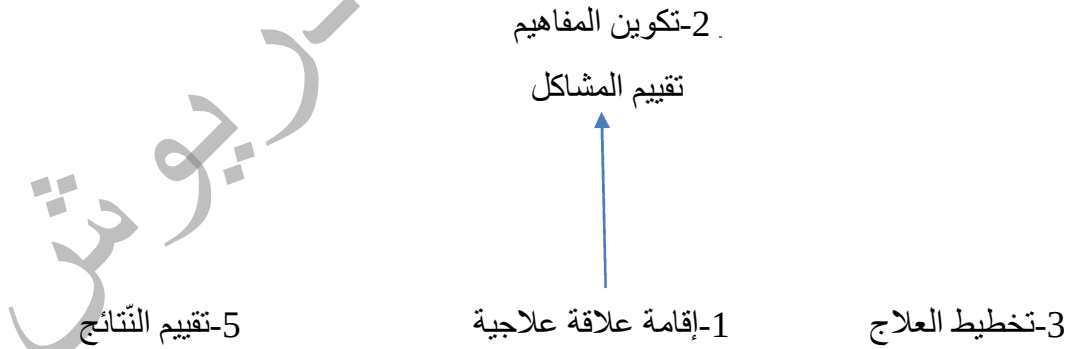
تخصص: علم النفس العيادي

-دروس الأستاذة دريوش لطلبة السنة الثالثة عيادي، وحدة العلاجات ذات المنحى التحليلي-

العلاج النفسي (Psychothérapie) (تابع)

3-مراحل العلاج النفسي: (les phases de la psychothérapie)

حتى ولو تنوّعت طرق التدخّل، الخلفيات النظرية، التقنيات وأهداف المعالجين النفسيين، يقسّم مسار أيّ علاج نفسي إلى مراحل مختلفة تتابع فيما بينها وفق ترتيب ثابت نسبياً ولكن، بأهمية قابلة للتغيّر تمنح لكلّ مرحلة من تلك المراحل وحسب توجه المعالج. ذكر (Young,1992) خمس مراحل أساسية للعلاج النفسي نقدّمها من خلال المخطّط الموالي:



4-وضع (تنفيذ) تقنيات علاجية

يبدأ العلاج وفق المخطط السابق، بإقامة علاقة علاجية مسبقة ضرورية بل هي أيضا وسيلة للفعل العلاجي (l'action thérapeutique)، ثم الوصول إلى تكوين مفاهيم وتقييم المشاكل قبل أي تدخل تقني نوعي. يتبع المعالج المسار التالي:

علاقة معالج - مريض ← فهم للمشكل (أو للمشاكل) ← تدخل.

بشكل آخر مبسط، يمكن القول أنه لا يتحقق التدخل العلاجي من خلال تقنيات نوعية إلا إذا كان:

- المريض متحفزا للعلاج،
- التحالف العلاجي جيد بقدر كاف،
- كانت المظاهر التحويلية والتحويلية المضادة المبكرة مضبوطة،
- فهم لإشكالية المريض ومفاهيمها واضحة،
- تم إيجاد اتفاق مشترك حول الهدف العلاجي.

3-1- إقامة علاقة علاجية:

تتمثل المرحلة الأولى لعلاج نفسي في إقامة تحالف علاجي مع المريض. يكمن الهدف من التفاعل الأولي في تطوير انجذاب، أو إحساس إيجابي لدى المريض من خلال: التقمص الشعوري، الدفء والانشغال الحقيقي، وفي تطوير نظرة إيجابية غير مشروطة اتّجاه المريض.

أما الهدف الثاني، فيتمثل في نقل المعالج للمريض الإحساس بالكفاءة، بالثقة وبإمكانية الكشف عن نفسه وتكوين علاقة في أمن تام.

يتضمن التحالف العلاجي عاملين هما:

- عامل عاطفي، أو الرباط العلائقي (un facteur affectif): حيث يعيش المريض معالجه كشخص يقدم له الدعم والمساعدة.
- عامل معرفي وتحفيزي (un facteur cognitif et de motivation): حيث يشعر المريض بعمل مشترك ويتعاون معه.

تعتبر كفاءات الإصغاء الأساسية المرتبطة بالانتباه والملاحظة الأسس الرئيسية لإنشاء علاقة علاجية. تفترض إغارة الانتباه لما يقوله المريض، الإصغاء من خلال توظيف المعالج لجسده كذلك ونقل حالة انتباهه له، وهذا ما سمّاه (Chambon, 2010) بـ "الإصغاء غير اللفظي" (L'écoute non verbale).

أما الإصغاء التفهّمي (l'écoute compréhensive)، فلا يتمّ إلا من خلال توظيف المعالج لكفاءات ومهارات أكثر تعقيدا تسمّى بكفاءات البعث والاسترسال (les aptitudes de relance)، وكفاءات الانعكاس (les aptitudes de reflet)، والتي سنتناولها لاحقا.

3-1-1- الخصائص النفعية للمعالج:

لخص (Orlinsky & Howard, 1986) خصائص المعالج الميسرة لتطوير علاقة إيجابية مع مريضه في النقاط التالية:

- غياب مشاكل انفعالية،
- توفر الثقة،
- الكفاءة والمعرفة بكيفية العمل،
- الاهتمام بمساعدة المرضى، احترامهم والإشراك في العلاقة (l'engagement)،
- القدرة على خلق علاقة دعم ودفء،
- الرفق واللطف (la bienveillance)، (Luborsky, 1994)
- وأهمّ مما سبق، هو التصرّ الذي يكوّنه المريض عن معالجه وإدراكه كشخص حريص على راحته كفاء وجدير بالثقة.

تزيد الخصائص السابقة التي يجب أن تتوفر في المعالج من فرص التقدّم مهما كان التناول العلاجي (تحليلي سلوكي معرفي، إنساني ونسقي).

تعدّ قدرة المعالج النفسي على تقبّل مسؤولية تحويله المضاد السلبي حسب (Safran, Muran-Wallner & Sams-Rag, 1994)، عنصرا ممهّدا أو منبئا لتحسّن التحالف في حصّة من حصص العلاج.

3-1-2- خصائص تحالف علاجي جيّد:

تظهر النّوعية الجيّدة للتحالف العلاجي على مستوى العلاقة مريض-معالج من خلال:

- التحالف في العمل الذي يظهر لدى المعالج في انتظام موعد وسير المقابلات العيادية، التزامه بتوضيح قواعد وخطة العلاج وإشراكه فيهما (engagement)

• الصدى التقمصي (أي وجود صدى لدى المريض بالتقمص الشعوري) (la résonnance empathique).

- الإثبات المتبادل من حيث طريقة التدخل، الإشراك في العمل،
- التعاون في مشاطرة المبادرة والمسؤولية بين المريض والمعالج.

تساهم العناصر السابقة في إنجاح العلاج بشكل إيجابي.

التحالف العلاجي إذاً هو علاقة يثق فيها المريض والمعالج ببعضهما البعض، ويشعر كلاهما بأنه مفهوم من قبل الآخر، وبالاهتمام والإرادة في التعاون ما يؤدي إلى النجاح كما ذكر (Huber,1993).

يتشكل التحالف العلاجي حسب اقتراح (Bordin) من ثلاث عناصر أساسية هي:

- وجود أهداف مشتركة،
- اتفاق الطرفين حول أنماط العمل النفسي العلاجي،
- وأخيراً، تطوير علاقة ثقة توافق الأهداف المرجوة وعمل العلاج النفسي.

أوضح المؤلف أنّ التعاون مريض-معالج، هو العنصر الأساسي لهذا التحالف.

وهكذا، يعدّ التحالف العلاجي مفهوماً أساسياً يستوقفنا للحديث عنه بقليل من الإسهاب.

يتواجد هذا المفهوم بشكل أكثر فأكثر تواتراً في أدب الطب العقلي، لكنّه متجذّر في التحليل النفسي لشمال أمريكا منذ الثلاثينيات حتّى ولو ورد اسم فرويد كمؤلف أولي (أصلي) له. بالفعل، أكّد فرويد في المقال المعنون "بداية العلاج" سنة 1913 أنّه من غير الممكن تقديم تفسير قبل أن ينشأ تحويل مؤكّد وعلاقة مناسبة ومشجّعة لدى المريض. يكمن الهدف الأول للتحليل في ربط المحلّل (l'analysé) بعلاجه وبشخص المعالج.

ارتكز التمييز الأساسي الذي أوجده فرويد في تلك الفترة، على قدرة المريض على إقامة علاقة عمل مع الطبيب وظهور مجدد، ضمن العلاج، لأحاسيس وسلوك (وهذا ما يسمّى بالتحويل) يمكن أن يشكّل عائقاً لتقدّم العلاج.

أدّى تطوّر البحث في مجال العلاجات النفسية التحليلية في سنوات السبعينات إلى تجديد مفهوم التحالف العلاجي نسبة إلى تطوّر الأدوات الموجهة لتقييمه. وهكذا، وعلى إثر بحوث كثيرة، ظهرت تعاريف جديدة للمفهوم فقد أشار Bordin من قبل بتكوّن التحالف من ثلاثة عناصر أساسية وهي:

1. أهداف مشتركة،
2. اتفاق حول أنماط العمل العلاجي،
3. وأخيراً، تطوّر علاقة ثقة مطابقة للأهداف ولعمل العلاج النفسي.

وبهذا، يكون المؤلف قد عرّف بما سمّاه بمفهوم "تحالف العمل" (*alliance de travail*)، موضحاً أنّ التعاون مريض-معالج هو العنصر الأساسي لهذا التحالف الذي يُبنى حسب (Gaston,1990) على قدرة المريض على العمل أثناء العلاج. يعدّ هذا النوع من التحالف أحد العوامل الأربعة المستقلة عن بعضها البعض التي بني عليها التناول متعدّد الأبعاد الذي اقترحه Gaston. أمّا الثلاثة المتبقية، فتتمثّل في:

- التحالف العلاجي (*Alliance thérapeutique*): المعرّف كالرابط العاطفي للمريض بالعلاج.
- الفهم والتعهد (الالتزام) من المعالج للمريض.
- والتفاهم بين المريض والمعالج على الأعمال المعيّنة المرتبطة بسير العلاج، وعلى الأهداف العامة لهذا الأخير.

بشكل عام، تتفق كلّ التعاريف على إدراج العناصر التالية للتحالف العلاجي وهي: أبعاد الاشتراك في العمل، التعاون والتفاوض. من جهة أخرى، طرحت تساؤلات عدّة حول ما سمّاه الباحثون وأشرنا إليه سابقاً (ص.2) بتطوّر التحالف خلال الزمن، أي بوجود مرحلتين مختلفتين في تطوّر التحالف طيلة العلاج، هما:

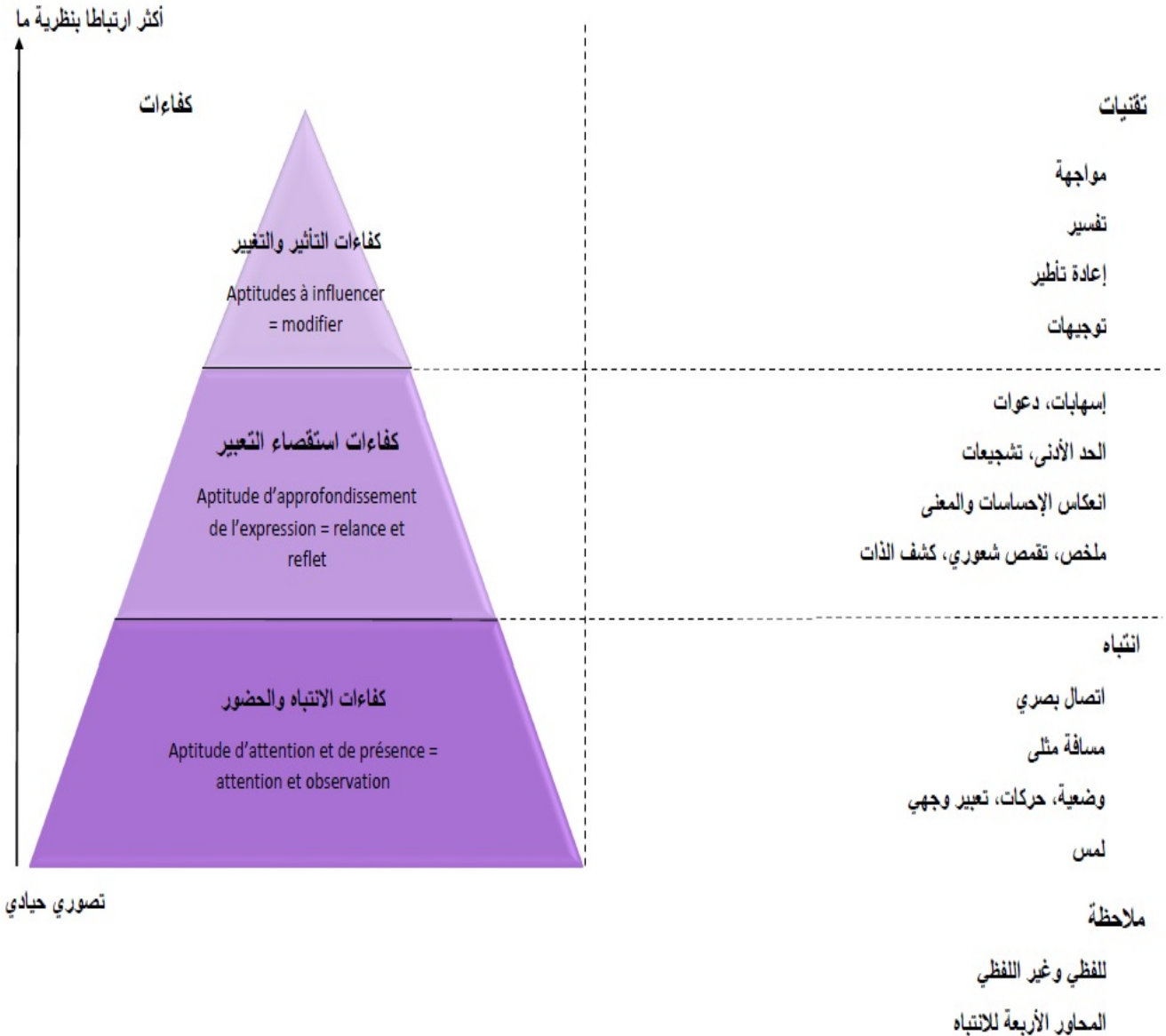
- التحالف الابتدائي (*alliance initiale*)، المرتبط بمناخ عاطفي للعلاقة معالج-مريض والموافق لما سمّاه (Luborsky,1994) بالتحالف من النمط الأوّل والذي يسمح بتنبؤ أفضل لنتائج العلاج.
- التحالف خلال العلاج (*alliance en cours de traitement*)، المرتبط أكثر بعلاقة العمل لكن يبدو أنّه يتعلّق بشكل خاص ووثيق بالسياق العلاجي في حدّ ذاته. يوافق هذا النمط الثاني الإحساس الذي يملكه المريض عن العمل المشترك من أجل مقاومة صعوباته. يتأكّد في الظاهر أنّ التحالف خلال العلاج ليس ظاهرة سلبية أو ثانوية، بل تخضع لمراحل أو لدورات ديناميكية. هجوم ثمّ إصلاح بفضل العمل العلاجي. يعطي هذا الإقرار الذي توصلّ إليه الباحثون وتحدّث عنه (Chambon,2012) للتحالف رؤية أكثر ديناميكية وتطابقاً مع نظرية التحليل النفسي.

3-1-3- كفاءات المعالج وتصرفاته أثناء العلاج: (les aptitudes et les attitudes)

أشرنا في عنصر سابق إلى طريقة إصغاء المعالج لأقوال المريض بتوظيفه لكفاءات أكثر تعقيدا من الملاحظة، وإظهاره لتصرفات مهنية واحترافية يستعملها بشكل آلي إلى حدّ ما خلال أولى اللقاءات. على المعالج أن يحسن تكييفها بعد ذلك وفق أسلوبه العلائقي وتدخلاته تبعا لخصائص مريضه.

أمّا التصرفات، فهي تلك التي تتشكّل أحكاما علائقية، أنماط الحضور وطرق التّواجد مع المريض. تحدّث (Chambon, 2010) عمّا سمّاه بالتصرّف الروجيري (attitude Rogérienne)، أي التقمّص الشعوري.

وأما عن الكفاءات، فتتمثّل في مهارات التدخّل وهي ثلاثة أنواع تقابلها تقنيات مختلفة نمثلها في الشكل الهرمي الموالي، والتي تزداد في "تخصّصها" كلّما توجّهنا نحو القمة:



مخطط رقم 01: نموذج تدريجي لتطور الكفاءات النفسية العلاجية (Chambon 2010, P.64)

1-3-1-3-كفاءات الانتباه والحضور: وتظهر من خلال الانتباه ذي المظهر غير اللفظي أساسا من خلال التّواصل البصري الذي يعدّ أوّل وأهمّ مؤشر للإصغاء وللإشراك في العلاقة، مسافة الجلوس القصوى الوضعيات، الحركات والتّعبير الوجهي.

أمّا الملاحظة، فتشمل ماهو لفظي وغير لفظي. يهدف النّوع الأوّل من الكفاءات وخلال المقابلة العلاجية إلى ظهور فترات عديدة من وعي المعالج بنشاطه العيادي الفوري والتي يعيد خلالها وبشكل إرادي وشعوري تموقع المقابلة حول أحد محاور الملاحظة الأربعة وهي: النّظر إلى المريض، النّظر مع المريض النّظر إلى ذاته كعيادي، وأخيرا، النّظر بداخل ذاته. (*) وأمّا النّوع الثاني، ولأنّ «الجسد لا يكذب» فإنّ الملاحظة تسمح، في بعض الأحيان، بالكشف عن: انفعالات، تغيّرات مفاجئة للمزاج، ظهور انشغالات أو ضيق أو مقاومة.

2-3-1-3-كفاءات استقصاء التّعبير: وهي نوعان:

• كفاءات البعث: (les relances)

تساعد كفاءات البعث المريض على الشعور بحريّة التّعبير عن نفسه في جوّ غير قهري، دون تلاعب وتنمّ من خلال استعمال تقنيّات:

- الدّعوة إلى التّعبير والكلام،

-إرسال حدّ أدنى من إشارات التّشجيع من خلال أجوبة لفظية قصيرة جدّا كقول المعالج: "أرى ذلك، نعم صحيح، حسنا، أفهم ذلك"،

- طرح أسئلة مفتوحة،

- توظيف قدرات التّقمّص الشّعوري وإظهار الصّمت بشكل صائب، أي في محلّه.

(*): راجع ص.38

3-3-1-3-كفاءات الانعكاس: (Aptitudes de reflet)

تعني كلمة انعكاس، تكرار المعالج أفكار المريض أو أحاسيسه بكلمات مختلفة، وبطريقة ينقل من خلالها فهمه لها (أي للأفكار والأحاسيس) مشيراً إلى المعنى العميق الذي يحاول المريض التعبير عنه، أو تلخيصه لها. وهكذا، تنقل هذه الكفاءات إحساس المعالج بفهم مريضه، لكن على مستوى أعمق.

يملك الانعكاس أربع وظائف في العلاج، هي:

- يعدّ وسيلة لفظية لنقل وتوصيل التقمّص الشعوري للمريض،
- يعمل كمرآة تسمح للشخص بتأكيد أو بإلغاء التعبير الذي يعطيه،
- يحفّز استكشافاً معمّقا لما يختبره المريض، يشعر به ويعاني منه،
- وأخيراً، يحافظ على التّواصل في اتّجاه صحيح بتناول جوهر انشغالات المريض والذي قد يكون ممّوها بشكل آخر.

من أنواع كفاءات الانعكاس نذكر: الاسهابات أو الشّروح (les paraphrases)، انعكاس الأحاسيس (reflet des sentiments)، انعكاس المعاني (reflet des significations)، الملخص (le résumé) ونهاية الحصة (terminaison de la séance).

ملاحظة: تعطى أمثلة توضيحية عن كلّ كفاءة تدخّل أثناء الحصة.

3-3-5-كفاءات التأثير والتّغيير: (Aptitudes à influencer, modifier) ومن تقنيّاتها:

- المواجهة (la confrontation)،
- التفسير (l'interprétation)،
- إعادة تأطير المريض (le recadrage)،
- والتوجيهات (les directives).

ملاحظة: تشرح للطالب كلّ كفاءة من كفاءات التدخّل السابقة مع إعطاء أمثلة لصياغات مختلفة.

2-3- تقييم المشاكل وتكوين المفاهيم:

يقصد بالتقييم تكوين تصوّر دقيق بقدر الإمكان عن وضعية المريض، تعيين (indication) العلاج النفسي التقنية أو استخدام الوسائل التقنية. تعدّ هذه المرحلة فترة تكوين فرضيات حول أسباب صعوبات ومتاعب المريض، الحكم مثلا على خطر الانتحار أو العنف الكامن لديه، ووضع أسس تخطيط العلاج بضبط النقاط الحرجة والحاسمة الأكثر أهمية. يتمّ التقييم الشامل بتوظيف المعالج لوسيلتين هما:

- الملاحظة العيادية للتصرّف العام للمريض، لأنماط تعبيره اللفظية وغير اللفظية، سلوكاته أو تصرّفاته المختلفة (الزيّ الخارجي، الثياب، الإيماءات) خلال المقابلات التمهيدية (الابتدائية) (les entretiens préliminaires). تفرض الملاحظة أيضا توجيه المعالج النّظر نحو الذات واختبار استجابات انفعالية على وجه الخصوص حتّى الخفيفة منها المثارة لديه.
- الأسئلة وذلك للبحث عن الصعوبات ولاستقصاء وفحص (الكشف عن) الصّعوبات، أو لإعادة البحث فيها وحث المريض على التفاعل.

ملاحظة: يقترح كلّ تناول منهجه الخاص به لتقييم المشاكل.

للتقييم إذا منافع عدّة نذكرها في النقاط التالية:

1. يساعد التقييم على معاينة ووضع فرضيات حول الأنماط المختلفة للعوامل المتسببة في ظهور الصّعوبات والمتاعب. يمكن أن يستهدف العلاج النفسي التخفيف أو للتخلص منها. مثال: التناول المفرط للتبغ، القهوة أو للكحول.
2. قد يساعد التقييم على التنبؤ بالسلوكات المستقبلية للمريض. يتعلّق التنبؤ بوجه خاص بالنّوايا الانتحارية وبإشراك المريض في علاجه واحتمال التمسك به، توافق سلوكه وأنماط علاقته مع تلك الظاهرة لدى معالجه.
3. يساعد المريض على فهم صعوباته ونفسه بشكل كامل، كما يمكن أن يكشف عن العلاقات الموجودة بين شكواه الحالية وميادين أخرى من حياته تطرح مشكلا لديه.
4. يقدّم التقييم معلومات ضرورية وأساسية عن تاريخ المريض الشّخصي الذي يكشف مثلا أو يفسّر استراتيجياته التكيفية غير الفعّالة التي تعلّمها خلال المراقبة أو مرحلة أخرى من حياته، والتي ما هي إلاّ تكرار ذو معنى يحمله سلوكه.

5. إظهار قوى المريض وكلّ ما يمكن أن ينمي تقديره لذاته بمعنى، كلّ قدراته ومهاراته ومظاهر القوة في نفسيّته (le psychisme).

6. من المحتمل أن يمكن التّقييم المريض من الوعي الكامل تقريبا بالصعوبات التي كان يجهلها في السابق إذ من الصّعب جدّا، في أغلب الأحيان، أن يحمله المعالج على تقبّلها والاعتراف بها عندما يلاحظها ويتحدّث عنها لوحده (أي أن تكشف الصعوبات من طرف واحد وهو المعالج، دون أن يعي بها المريض شخصيا ويتقبّلها).

يشكّل الوعي بالمشاكل والصعوبات، ثمّ الشّعور بالمعاناة بداية السّياق العلاجي.

أمّا عن تكوين المفاهيم، فيتمّ باستعمال نموذج متعدّد الأبعاد مثل: BASIC ID الذي أنشأه أرنولد لازاروس Arnold Lazarus و يقترح تحليل كلّ المعاناة من وجهة نظر متغيّرات سبعة أساسية يرتبط الواحد منها بالآخر و يتفاعل معه وهي: السلوك (B: Behavior)، استجابات عاطفية (A: affect)، إحساسات (I: images)، صور عقلية (S: sensations et impressions corporelles ou physiques) و معارف (C : cognitions, pensées, croyances). تظهر الأنماط الخمسة السابقة (BASIC) فجأة (la survenue) في سياق علائقي (I: interpersonnel) و بيولوجي (D : drug, biologie, état physique, habitudes hygiéniques, prise de drogues ou de médicaments)، أو نموذج بنيوي (un modèle structural) مرتبط بنظرية علاقات الموضوع المستدخلة (les relations d'objet internalisées)، وهي تكوين لمفاهيم بنيوية للاضطرابات النفسيّة (Conceptualisation structurale des troubles psychiques) معترف به كمرجع نظري ضروري سواء من الجاشطلت (Gestaltistes) (Delisle, 1990)، من المعالجين النّسقيين المختصين بالعائلة (Thérapeutes familiaux systémiques) (Framo, 1992)، المعالجين النّفسانيين المعرفيين (Ryle, 1990 ; Chambon et Marie-Cardine, 1994)، أو محلّلين نفسيين (Kernberg, 1989,1995).

تُظهر نظرية علاقات الموضوع المستدخلة التّصورات الدّاخلية للذات (le self) وتلك للآخرين، أي للأشخاص المهمّين، مواضيع لاستثمار ذي معنى.

ملاحظة: تذكير الطلبة بمفاهيم: الذات، العلاقة بالموضوع، الموضوع، والعلاقة.

3-3- تخطيط العلاج:

يتطلب العلاج النفسي إقامة عقد واضح وصريح بين المريض والمعالج، يعبر بصراحة عن توقعات الطرفين المشتركة، ويسمح بتركيز الاهتمام على الحصص وبتنمية إشراك المريض فيها.

من الضروري والواجب أن تكون الأهداف العلاجية محدّدة بين الطرفين بإشراك ومواجهة وجهتي نظرهما المختلفتين، تلك للمريض في فريدته الذاتية، وأخرى لكفاءة، خبرة وموضوعية المعالج. من المهم أيضا أن تصاغ العقود في شكل غايات (objectifs) واضحة ومفهومة لدى الطرفين، أو إعادة صياغة إيجابية للمشاكل.

من المعروف والمألوف أن تبسّط الأهداف أو تُفكّك إلى أهداف قابلة للتحقيق، يتوجّب عندئذ ترتيبها حسب الأولوية قبل ختم مناقشة العقد مع المريض. يجب أن يستهدف التدخل العلاجي إدراج نوعين من الأهداف: يتعلّق الأوّل بالتغيّر العرضي (le changement symptomatique) (تغيّر الأعراض)، والثاني بتطوّر للشخص (le développement de la personne).

بمجرّد أن يقام العقد، يتوجّب على المعالج أن يختار استراتيجيات علاجية، أو تقنيات تسمح للمريض لاحقا على تحقيق أهدافه بشكل أفضل.

يمكن أن تتحقّق صياغة الأهداف العلاجية، محصّلة نقاش ومفاوضة بين المريض والمعالج خلال سياق ذي طبيعة موجّهة نوعا ما، نشطة ومنظمة حسب التناول العلاجي، أي حسب نوع العلاج النفسي المتّبع.

في النهاية وحتى يتوقّع المعالج أيّ التقنيات العلاجية ستكون الأكثر استعمالا مع المريض، وحتى يحدّد أولى التغيّرات التي يسعى للحصول عليها، ويحاول ترتيب تدخّلاته بطريقة استراتيجية، يمكن أن يركّز على العناصر التالية حسبما ذكرها (Chambon, 2010):

- تقييم وتكوين مفاهيم حول المشكل المطروح وفق نموذج خطي (القيام بتحليل حسب نموذج (BASIC ID)، و، أو نموذج بنيوي (أنماط علاقات الموضوع المستدخلة R.O.I)،
- وجود أهداف علاجية متفاوض فيها ومحدّدة بشكل واضح،
- اختيار لعامل شفائي مشترك، أو لعوامل شفائية (les facteurs curatifs) مشتركة والتي تبدو الأكثر نفعا في الوضع الحاضر للمريض، والأكثر تكيّفا مع احتياجاته.

هام: توضيح للطلبة معنى العوامل الشفائية الأكثر نفعا وإفادة للمريض لإحداث التغيّر خلال السياق العلاجي، وإعطاء أمثلة عن تلك التي قدّمها (Grencavage et Norcross, 1990) و (Young, 1992).

3-4- وضع تقنيات علاجية:

لكلّ تناول نفسي علاجي، كما هو معروف، طريقته الخاصّة لتقييم الحالة النفسيّة، أو الصعوبات والمشاكل التي يعاني منها المريض والتي من خلالها يأخذ المعالج النفسي الأعراض الظاهرة، سمات الشخصية المظاهر المميّزة للمحيط ومعطيات تاريخ حياة المريض، وتفاعلها مع بعضها البعض بعين الاعتبار.

انطلاقاً إذا من الخلفية النظريّة، العوامل الشفائيّة المميّزة والأكثر تكيفاً وحاجيات المريض، الأهداف والتوقّعات المشتركة بين المريض والمعالج، يقرّر هذا الأخير نوع التّقنية (أو التّقنيات) النفسيّة العلاجيّة النّوعية التي يستعملها لتنفيذ العامل الشفائي المتطلّع إليه.

ملاحظة: التعريف أثناء الدّرس بمختلف التّقنيات العلاجيّة المعروفة بين التّناولات العلاجيّة المعروفة.

3-5- تقييم النتائج:

هي آخر مرحلة من مراحل العلاج النفسي يتمّ فيها تقييم النّتائج التي توصّل إليها كلّ من المعالج و المريض طيلة السياق العلاجي.

4- الخصائص غير النّوعية للعلاجات النفسيّة:

حدّد (Pancheri & Brugnoli, 1992) عوامل غير نوعية تؤثر على مستقبل ومآل أيّ علاج نفسي جمعاها في أربعة أصناف هي:

- خصائص المريض كالتّحفيز وتوقّعات التّحسن،
- خصائص المعالج كتوازنه النفسي وكفاءته في إرساء علاقة علاجيّة موثوقة،
- خصائص العلاقة مريض-معالج سواء أكانت الأخيرة مقيّمة من قبل المريض (الإحساس بالثقة اتّجاه المعالج مثلاً)، أو من قبل المعالج (تقبّل المريض من بين عوامل أخرى)، أو من قبل مقيّم خارجي (يحكم على مظاهر التّفقّص الشّعوري للمعالج مثلاً).
- وأخيراً، وجود متغيّرات أخرى مرتبطة بالسياق العلاجي مثل مستوى التّنشيط العاطفي (le niveau d'activation émotionnelle).

الملف الثاني: التحليل النفسي

مقدمة

يعتبر التحليل النفسي أحد الاتجاهات في علم النفس المرضي وفي العلاج النفسي، أسسه الطبيب المختص في الأعصاب وفي النفس، النمساوي سيجموند فرويد (Sigmund Freud) في نهايات القرن العشرين وطُوّر من خلال إسهامات تلامذته وأتباعه بهدف تفسير وفهم الحدث النفسي ونشوء الاضطرابات النفسية ومعالجتها.

يعدّ التحليل النفسي نظرية حول النفس البشرية وممارسة علاجية في الوقت ذاته، ويمكن تطبيقه في أربعة مجالات رئيسية باعتباره:

- نظرية حول طريقة عمل النفس،
- نهجا علاجيا للمشاكل النفسية،
- نهجا للبحث،
- وطريقة للنظر في الظواهر الثقافية والاجتماعية مثل: الأدب، الفن، الأفلام والعروض الفنية، السياسات والجماعات.

حققت نظرية التحليل النفسي تقدما كبيرا جدا في معرفة النفس ومعالجتها وبخاصة لدى فئة الأطفال، فقد ترك فرويد منهجا أكيدا (méthode sûre) وتقنية علمية للوصول إلى النفس لا يمكن تفنيدها حتى ولو انتقدت مرارا وأحيانا بشكل منطقي.

1-نظرية التحليل النفسي:

استغرق بناء وتطوير نظرية التحليل النفسي سنوات طويلة ناهزت 50 عاما، حيث طوّر فرويد أفكارا كثيرة وتنازل عن بعضها، بينما أكد بعضها الآخر وتأكد البعض الأخير في فترات لاحقة.

يمكن تلخيص التطوّر التاريخي للنظرية كما يلي:

1-1-مرحلة التفكير والإعداد للنظرية: (دامت 9 سنوات من 1886 إلى 1895)

- كانت خلفية فرويد الطبية، وتأثره بالاتجاه الفلسفي العقلي من العوامل المؤثرة في تفكيره.

- ميّزت هذه المرحلة، عمله مع المعالجين النفسانيين آنذاك ومنهم: بروير (Breuer) وشاركو (Charcot)، واكتشافه لأهميّة الخبرات الجنسية المؤلمة في ظهور الاضطرابات والأمراض النفسية وكانت أبرزها الهستيريا.
- أدّى تعامله مع المرضى الذين كانوا يعانون من الهستيريا إلى إدراك أنّ الأعراض الظاهرة تجسّد معنى خفيًا وواضحًا في ذات الوقت، واكتشف مع مرور الوقت أنّ جميع الأعراض العصبية تحمل محتوا نفسيًا مكبوتًا وبالتالي لاشعوري.
- تأثّر كثيرًا باعتقاد بروير أنّ الاضطرابات الانفعالية المؤلمة هي أساس الاضطرابات الهستيرية.
- ميّزت هذه المرحلة أيضًا، استخدامه للتّنويم المغناطيسي ونجاحه المحدود فيه وارتباطه بكثير من المشكلات.
- اكتشافه لأهميّة التّنفيس الانفعالي (l'abréaction) وتطويره كبديل للتّنويم المغناطيسي وذلك من خلال العلاج بالكلام وتشجيع المرضى على التعبير عن كلّ ما يفكّرون فيه. كان ترابط الكلام يوصل المرضى إلى تجارب الطّفولة المكبوتة فضلًا عن الرّغبات والهومات التي أدّت إلى صراعات لاشعورية، وبوصول تلك الصّراعات إلى مستوى الوعي، بات من الممكن تحليلها وحلّها.
- وهكذا، ومن خلال علاج بعض الحالات الهستيرية، وصل فرويد إلى قناعة بأنّ الخبرات الانفعالية المؤلمة المؤدّية إلى الاضطرابات الهستيرية، ترتبط بخبرات جنسية مؤلمة في الطّفولة، كما وصل إلى فكرة الإغواء الجنسي (la séduction sexuelle) التي عدّل عنها فيما بعد ومهدّت تلك الأفكار لظهور نظرية في الجنس في المراحل التالية.

1-2- مرحلة التّحليل النفسي لذاته: (4 سنوات من 1895 إلى 1889)

- من أهمّ ما توصّل إليه فرويد نظريًا في هذه المرحلة:
- قناعة تامّة بنظرية الجنسية الطفولية.
 - تحديده لمراحل النّمو النفسي الجنسي.
 - تحديده لعقدتي أوديب وإكثرا في مرحلة الطّفولة المبكّرة، أي المرحلة الأوديبيّة.
 - وصوله إلى فكرة اضطراب النّمو بالتّثبيت أو النّكوص.

3-1-مرحلة اهتمامه بتفسير الأحلام والوصول إلى نظرية جديدة: (14 سنة من 1900 إلى

(1914)

- اهتمّ بالأحلام، بمضمونها وبتفسيرها.
- أكّد على وظيفتها الديناميكية المتمثلة في:

← التنفيس الانفعالي

← خفض درجة القلق الناتج عن الصّراعات اللاشعورية المترتبة عن إبقاء الأنا للخبرات المؤلمة في حيز اللاشعور.

تضمّ الأحلام محتويين:

← ظاهر: وهو ما يمكن استرجاعه شعورياً، حيث يكون متضارباً، غير منطقي ومشوّه أحياناً.

← كامن: يشير إلى الرغبات اللاشعورية.

يتدخل نظام الرقابة من خلال بعض الآليات الدفاعية كالتكثيف والإزاحة في تشويه محتويات الحلم، إذ تعمل على منع خروج الرغبات المكبوتة إلى الوعي بعد اليقظة.

- ظهرت قناعة فرويد بأنّ للأحلام وظيفة إشباعيّة وتنفيسيّة وهي ذات طبيعة نكوصية، أي أنّها ترتبط بخبرات الطفولة والرغبات المكبوتة والمؤلمة، بالجنس وبالعدوان، لكنّ الإشباع يكون محدوداً بسبب نظام الرقابة.

ملاحظة:

لا ترتبط وظيفة الأحلام الإشباعية أو التنفيسية باللذة (الجنس) بالضرورة، إذ ترتبط تلك التي لا تؤدي إلى اللذة بغريزة العدوان.

أكدت النتائج التي توصّل إليها فرويد من خلال تفسيره للأحلام أهمية الخبرات الطفولية المرتبطة بالجنس وبالعدوان، كما تأكد الكبت كعملية أساسية لجعل تلك الخبرات لاشعورية.

معنى تجارب الطفولة:

هي مزيج من الواقع والهوامات، وهي أيضاً كلّ الرغبات، الدوافع والقلق (les angoisses) والمخاوف المبكرة التي تؤدي إلى صراعات يتمّ كبتها وتصبح جزءاً من اللاوعي.

مثال:

قد يولد الانفصال عن شخص ذي أهمية شعورا بالهشاشة، أو العجز والوحدة.

4-1-مرحلة تقييم الأفكار السابقة وافترض نظام لبناء الشخصية: (25 سنة من 1914 إلى 1939).

ميّز هذه الفترة ظهور أفكار جديدة عن بناء الشخصية، وتأكيد لأفكار سابقة هامة وهي:

- بداية الاهتمام بما سمّاه فرويد بمبدأ الواقع (Principe de réalité)، واعتبره الأساس في نموّ الأنا في مرحلة الرضاعة.
- اكتشاف نوعين من عمليات التفكير:
 - ← عمليات أولية (Processus primaires): وقد قصد بها الطاقة الكلية اللاشعورية التي تسعى إلى تحقيق الإشباع وتتركز حول غريزتي الجنس والعدوان.
 - ← عمليات ثانوية (Processus secondaires): وهي شعورية مرتبطة بالأنا الذي يرتبط بدوره بالواقع، وهي تعمل على تأجيل أو تنظيم إشباع الغرائز.
- أوجد نموذجا عن الشعور واللاشعور، وأكد على أهمية هذا الأخير.
- اهتم بالكبت ونظر إليه على أنه عملية توازن بين الألم واللذة، إذ يكبت الفرد الرغبات غير المقبولة والمحرمّة لتجنّب ألم أكبر.
- توصّل إلى وضع نموذج لبناء الشخصية وفق هيئات ثلاث أساسية سمّاها "الهو" (Le ça)، "الأنا" (Le Moi) والأنا الأعلى (Le surmoi).

2-أهمّ المفاهيم النفسية التحليلية: Les notions psychanalytiques de base

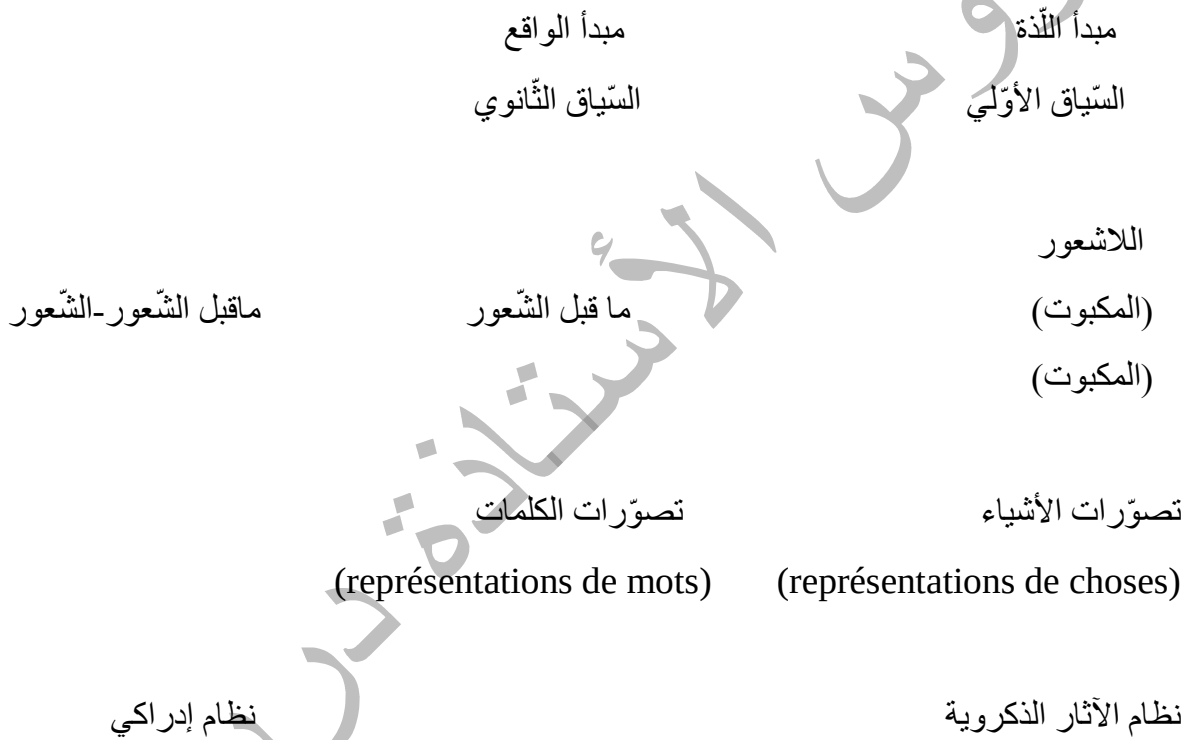
1-2-اللاشعور: (المكبوت، Le refoulé)

- يتكوّن اللاشعور كما وصفه نانبرغ (Nunberg, 1975) من محتويات مكبوتة من ميول، تصوّرات المواضيع أو الأشياء، وجدانات ومواضيع مرتبطة بها هوامات منعت من العبور إلى نظام ما قبل الشعور-الشعور بفعل الكبت.
- تحكم تلك المحتويات آليات خاصّة بالسياقات الأولية كالإزاحة، التكتيف والتّرميز وهي آليات تحولية تسمح بتفنيح شحنة تصوّر-عاطفة، حتّى لا يمكن التعرّف عليها ويمكن لها بالتّالي العبور إلى الحيز الشعوري.

- تبقى المادّة اللاشعورية نشطة وتسعى إلى التعبير عن محتوياتها تلك وتفرّغها، فتجد في الأحلام زلّات اللسان، الهفوات وكذا التّقنيات الإسقاطية منفذا لها.
- هناك دوافع أخرى مجهولة في أغلب الأحيان تحرّك أفعال وسلوكات الفرد.
- يعتبر التّنويم المغناطيسي (l'hypnose) ثمّ التّحليل النّفسي من وسائل استقصاء اللاشعور.

2-2- نظريّة اللاشعور:

يتكوّن الجهاز النّفسي من أنظمة مختلفة منظّمة تسعى إلى ضبط العلاقات بين الشّعور واللاشعور، كما يمثّله المخطّط التالي:



3-2- الهيئات الأساسية للشّخصية:

1-3-2- الهو:

يوافق الهو اللاشعور، وهو خزّان النّزوات ويكوّن القطب النّزوي للشّخصية وتكون محتوياته لاشعورية. يعدّ الهو بالنّسبة لفرويد المستودع الأوّل للطّاقة من وجهة نظر اقتصادية، كما يدخل في صراع مع الأنا والأنا الأعلى المنبثقان عنه من النّاحية التّكوينية، على المستوى الديناميكي.

2-3-2-الأنا:

كانت فكرة الأنا حاضرة عند فرويد على الدوام منذ بدايات أعماله، لكنّها لم تأخذ معنا تحليليّاً نفسيّاً مضبوطاً إلاّ بعد عام 1920.

يعتبر الأنا هيئةً وسطية تخضع لمطالب الهو، لأوامر الأنا الأعلى ولمتطلّبات الواقع في آن واحد، وهو مكلف بالحفاظ على مصالح الشّخص وحمايته من المخاطر، إذ يشكّل القطب الدّفاعي للشّخصية، ويتكفّل بتحقيق توازنها عند مواجهتها لأيّ تهديد خارجي كان أم داخلي (Perron,1985).

يضمن الأنا استقرار وهويّة الشّخصية.

2-3-1-الأنا الأعلى:

هو هيئة منفصلة تماماً عن الأنا، يضطلع بمهمّة النّقد والرّقابة تجاهه. يرى فرويد في الضّمير الخلقي وملاحظة الذات وتكوين المثل العليا بعضاً من وظائف الأنا الأعلى، كما يعتبره "كوريث" لعقده أوديب إذ يتشكّل من استدخال المتطلّبات والنّواهي الوالدية. في هذا الاتّجاه، يرتبط الأنا الأعلى بوضوح بسياقات التقمّص بحكم أنّ الطّفّل في تخليّه عن الرّغبات الأوديبية، يتقمّص المتطلّبات الوالدية ويستدخل نواهيها.

تذكير:

- يخضع الهو لمبدأ اللّذة، أي إشباع الغرائز الذي يعمل في خدمة مبدأ النّبات، ويهدف إلى خفض التوتر وتجنّب الألم والانزعاج.

يشكّل مبدأ النّبات أساس النّظرية الاقتصادية الفرويدية، عمله تحويل الطّاقة التي يتلقّاها سواء من الدّاخل أو من الخارج كي تصبح نفسيّاً مقبولة.

- يخضع الأنا لمبدأ الواقع الذي يعمل على تأجيل الحصول على اللّذة، أو الحصول عليها وفقاً لشروط يفرضها العالم الخارجي الموضوعي.

2-4-4- نظرية النزوات:

النزوة، طاقة ودفعة غريزية ذات طبيعة جنسية تهدف إلى الإشباع. تحدّث فرويد عن وجود ثنائية نزوية هي:

2-4-4-1- نزوة الحياة: (La pulsion de vie, Éros)

يرتبط الدافع إلى الحياة بالحبّ والجنس الذي يبدأ مع بدايات الحياة، ذلك لأنّه الأساس فيها، و "لا تقتصر نزوات الحياة على تغطية النزوات الجنسية الفعلية وحدها، بل تشمل أيضا نزوات حفظ الذات" (لابلانز وبونتاليس، 1985، ص.520)

2-4-4-2- نزوات الموت: (Les pulsions de mort, Tanatos)

هي فئة من النزوات تتعارض مع نزوات الحياة، وهي تنزع إلى الاختزال الكامل للتوترات أي إلى ردّ الكائن الحيّ إلى الحالة العضوية. تتوجّه نزوات الموت بادئ الأمر نحو الدّاخل، وتنزع نحو التّدمير الذاتي ثم تتوجّه فيما بعد ثانويّا نحو الخارج وتتجلّى عندها على شكل نزوة العدوان، أو نزوة التّدمير.

2-5- العلاقة بالموضوع: (La relation d'objet)

يقصد بها علاقة الأنا بالآخر (أي بالموضوع)، وكذا بالآليات الدّفاع اللاشعورية التي تنظّم هذه العلاقة. تعتبر الأمّ أوّل موضوع حب، كما يمكن أن يتعلّق الأمر بشخص آخر، بل وأيضا بموضوع جزئي (l'objet partiel).

موضوع جزئي: "يتعلّق الأمر أساسا بأجزاء من الجسد واقعية كانت أم هوائية من مثل الثدي، أو البراز أو العضو الذكري، أو بما يعادلها رمزيّا حتّى أنّه بإمكان شخص ما أن يتماهي أو يُماهي (من قبل الغير) بموضوع جزئي". (لابلانز وبونتاليس، 1985، ص.501)

يعتبر المحلّلون النّفسانيّون من أتباع ميلاني كلاين، هم الذين أدخلوا مصطلح الموضوع الجزئي وأعطوه دورا من المقام الأوّل في النّظرية التّحليلية النّفسية حول علاقة الموضوع، وقد كانت الفكرة موجودة من قبل عند فرويد حيث أشار إلى كيفية انتقال المرأة من الرّغبة في العضو الذكري إلى الرّغبة في الرّجل مع إمكانيّة نكوص عارض من الرّجل إلى العضو الذكري كموضوع لرغبتها.

2-6- التحويل: (Le transfert)

يعتبر التحويل الركيزة الثانية (un second pilier) في العلاج بعد الفكر (la pensée) والتصورات (les représentations)، إذ يُرسي ويضع ديناميكية يمكن للمعالج النفسي أن يستعملها حتى تصبح التفسيرات المقدمة أحداثا (des faits) يمكن أن تكون ذات فعالية في العلاج.

يعتبر التحويل أيضا مجموعة من المظاهر التي تؤسس علاقة المريض بالمحلل أو المعالج النفسي، وسياقا نفسيا لا شعوريا تُحيين (s'actualisent) من خلاله الرغبات اللاشعورية على بعض المواضيع (مثل المعالج) حيث يشعر المريض بأحاسيس اتجاهاه كان قد اختبرها (شعر بها) تجاه شخصية ذات معنى (une figure signifiante)، أي أنه إثارة لسلوكات، مشاعر و مواقف يشعر بها المريض اتجاها المعالج حيث يعبره خصائص لا يملكها إذ هي لأشخاص من محيطه الطفلي، و كذا لآليات دفاع ظهرت في علاقاته الطفولية السابقة.

التحويل إذا كما عرّفه (بونتاليس، 1979، ص. 547) هو: "تكرار نماذج أولية طفاية معاشة مع إحساس مفرط بواقعيّتها الرّاهنة"، أي تكرار لعلاقة موضوعية سابقة تجاه شخص في الحاضر كما ذكرنا آنفا.

يُستثمر المعالج النفسي (le psychothérapeute) ذي التوجّه التحليلي، أو المحلل النفسي (le psychanalyste)، كموضوع نزوي حيث ينقل المريض أو الشخص الخاضع للعلاج التحليلي مزايا و عيوب استخرجها أو سحبها من تلك التي في تصوّراته، خياله، أو الصّور الذهنية الطفلية (les imagos).

يعتبر التحويل أيضا طريقة أساسية لفهم عناصر الصّراع الطفلي في حال ظهوره و تجاوزه. للمظاهر التحويلية كفاءتان: إيجابية (valence positive)، أو سلبية (valence négative).

2-6-1- الكفاءة الإيجابية:

تميّز الكفاءة الإيجابية كلّ التّحيينات (les réactualisations) المرتبطة بالرغبات حيث يستثمر الأخصائي النفسي أو المحلل (l'analyste) كصورة والدية محبوبة والتي معها: يمكن أن نشعر بالثقة، نسعى لإرضاءها والحصول على إعجابها ونشعر بأنّها تستثمرنا (par qui on se sent investi). يدعّم هذا البعد إشراكا قويّا (une implication forte) للمريض أو للمحلل (l'analysant) أثناء المقابلة فنجد: يتحدث بسرور، يحاول فهم ما يحدث له وبدخله، ويستمتع للكلام الذي يسترسله (relancé) الفاحص أو المعالج.

لكن الخطر! قد يجامل المفحوص في هذه الوضعية راغبا في الحصول على إعجاب الفاحص الذي يقدره وبأيّ ثمن لدرجة أنّه يصبح غير صادق وحقيقي في كلامه خشية انزعاج الفاحص منه حينما يصرّح ويكشف عن عناصر من حياته، ومن أفكاره التي يحكم عنها أنّها غير لائقة.

(il ne sera plus authentique dans ses propos)

2-6-2-الكفاءة السلبية:

تظهر الكفاءة السلبية من خلال أنماط تحويلية يميّزها الحذر، عدم الثقة، الخوف، الغضب، خيبة أمل أو كره الانطواء أو التشكيك في صحّة الاسترسالات التي يقوم بها المعالج بل حتّى في كفاءته.

تظهر الكفاءة السلبية أيضا في الصّمت الطّويل، القناعة بأنّ الأخصائي لا يولي اهتماما لما يقول المفحوص تأخرات متكرّرة تكتسي مكانة هامّة في ديناميكية المقابلة وبخاصّة في إطار تكفّل نفسي طويل المدى.

2-6-3-التحويل المضاد: (le contre transfert)

هو مجموع الاستجابات (les réactions) اللاشعورية التي يثيرها المريض لدى المعالج.

ملاحظة: تقديم أمثلة عن التحويل بكفاءتيه والتحويل المضاد أثناء الحصة.

الملف الثالث: العلاج التحليلي (La cure analytique)

1- نظرة تاريخية وجيزة عن ظهور وتطور العلاج التحليلي:

يشير العلاج التحليلي إلى التطبيق النفسي العلاجي الذي أنشأه فرويد بداية وطوره تابعيه بعد ذلك. ارتكز فرويد في بدايات العلاج على تقنية العلاج بالكلام (Talking cure) وكان ذلك منذ منتصف سنوات 1880 وقد سجّل أولى مظاهر التحويل وأعطى نظرة عامّة عنه سنة 1912. سنة بعد ذلك، سجّل مظهر آخر تعلّق هذه المرّة به في حدّ ذاته، فتحدّث عن التحويل المضاد كما ذكرنا آنفاً.

لم يكن فرويد يرغب في إعداد تقنية علاجية في بداياته، ولم يكن ذلك هدفه الأوّل، بل كانت رغبته الشديدة في بناء نظريّة جديدة ألا وهي العصاب، ثمّ دراسة الميكانزمات المرضية للوصول تدريجيّاً إلى محتوى نشاط الحياة النفسية الداخليّة، أي الانتقال من المرضي إلى العادي. ولأنّ فرويد كان رجل مخبر، فقد كانت له طريقة خاصّة في التفكير وفي ملاحظة الأحداث المرضية، فقد كان يرى أنّه لا بدّ من ضبط مختلف العوامل الخاصّة بالوضعية حتّى نصل إلى الملاحظة المنطقية.

كانت اهتمامات فرويد تدور حول ما يجري في نفسيّة المحلّل مهماً بذلك تأثير بعض العوامل (تأثيراته هو كـمعالج)، وما ينتج عن التفاعل بين المحلّل والمحلّل. لهذا، لم نجد أيّ تحليل من قبل فرويد للسياق التبادلي ولا لسياق التغيّر العلاجي، بمعنى أنّه لم يهتم في البداية بتحليل الوضعية العلاجية وما يدور أثناءها. كان فرويد يتحدّث كثيراً عن التغيّر الفردي للشخصية، وقد ذكر بعض العوامل المشاركة في العلاج ومنها: الأريكة، الحياد والتحويل.

مرّت النّظرية التحليلية في تطبيقاتها بثلاث مراحل:

أ/ عصر فرويد أو سنوات قليلة بعد وفاته:

وهي مرحلة تطبيق المبادئ التحليلية الأصلية التي وضعها دون أيّة تساؤلات، وكانت متمركزة حول الواقع تاريخ الشخص، الكشف عن منبع الصّراعات، الحياة اللاشعورية ومراحل التّثبيت. عرفت المرحلة توسّعات للنّظرية حيث اتّجهت الاهتمامات إلى دراسة الأنا و ميكانزماته الدّفاعية، وقد قامت بذلك ابنته (Anna) وكانت تلك بداية تطوّر تطبيق التقنية حيث عرفت اتّجاهاً جديداً وهو "التّحليل النفسي للأنا" (La période de la psychanalyse du Moi).

ب/ تطوّر التقنية العلاجية:

سادت هذه المرحلة ظهور دراسات عديدة حول السياق العلاجي ومختلف التّعاملات، أو التّفاعلات التي تنتج عن المحلّ والمريض.

ج/ تحديد وظيفة الإطار التحليلي:

بمعنى الدّور الذي تلعبه الوضعية التحليلية، معاملات وتصرفات المحلّ ثم مدى تأثير هذا الإطار على النّشاط الفكري والنّفسي للمريض. ظهرت دراسات لأجل تحسين التقنية العلاجية ولتسدّد بعض النّقائص التي ميّزت الأسلوب العملي للتّحليلية، فلم يُبد فرويد أيّة أهميّة في بداية المعالجة للإطار الزّمني (الوقت الذي يأخذه العلاج للهستيريا مثلاً هو 3 إلى 4 أشهر)، حيث كان يأخذ مدّة أطول لدى بعض الحالات، ومنها حالة عصاب هجاسي (une névrose obsessionnelle) "رجل الذّئب" (l'homme aux loups) التي تجاوزت الأربع سنوات من التّحليل والعلاج ولم ينته لشدّة المقاومات، واستحالة التخلّص منها، ما جعل فرويد يفكّر في مخرج للوضعية من خلال تعديله لسلوكه مع المريض والتّخفيف من الحياء (il a modifié son comportement)، ثمّ وضع أجالا لنهاية التّحليل و كان الهدف من ذلك تنشيط السياق العلاجي.

كان فرويد أوّل من قام إذا بالتّعديل في طريقة التّدخل العلاجي، وكان فرنكزي أوّل من نادى بتقنية تحليلية نشيطة.

- توالى تدخّلات المختصّين والمحلّلين النّفسانيين من بعد فرويد لإدخال تغييرات لا سيما فيما يتعلّق بمدّة العلاج، وأخرى مسّت بعض الجوانب من الإطار التحليلي مثل:

← سلوكات المحلّ،

← استبدال الأريكة بالكرسي،

← إدراج وضعية "وجها لوجه"،

← وأخيراً، كيفة التّعامل مع المقاومات والتّحويل.

عرفت الآلية العلاجية التحليلية تطوّراً في زمن فرويد ومن بعده شمل:

- الوضعية العلاجية كما سنشرحها لاحقاً،

- التّحويل الذي كان بالنّسبة لفرويد في بداية الأمر عائفا للعلاج قبل أن يباشر في دراسته وفي

استعماله، وكذلك الأمر بالنّسبة للتّحويل المضاد الذي كان يبدو له سلبياً (négatif). غير أنّ

المحلّلين النفسيين يستعملونه في الوقت الحاضر كوسيلة لفهم تحويل المريض، وللوصول إلى استجاباته اللاشعورية الشخصية.

- **التعيينات (les indications):** كانت تعيينات التحليل النفسي ولا زالت موضوع نقاشات نظرية عديدة. أنشأ فرويد التحليل النفسي لراشدين عصابيين ولو أنه وصف حالة طفل منذ أولى منشوراته (الطفل هانس le petit Hans).

تفحص محلّلون نفسانيون آخرون تعيينات أخرى لتطبيق التحليل النفسي كحالات الذهان، الحالات الحدية، المرضى النفسجسديين أو الأطفال وبهذا، تطوّرت قائمة التعيينات بشكل ملحوظ خلال تاريخ التحليل النفسي.

لكن ما يجدر قوله أنّ أولى هذه التعيينات تنشأ عن رغبة المفحوص في التغلب على معاناته النفسية والتي قد تنشأ قبل أول لقاء مع المحلل النفسي، أو في لقاءات تمهيدية قد تأخذ أشكالاً مختلفة.

وهكذا، بدأت تظهر في الساحة علاجات أخرى انشقت عن العلاج التحليلي الكلاسيكي وذلك بفضل التغييرات والتعديلات المدرجة على التقنية الأصلية. إلى جانب ذلك، طرحت مسألة التحليل النفسي للأطفال، وكان ذلك سنة 1920 وكان الانفجار (le boum) في الستينات، أي اتساع المجال العلاجي بظهور مرضى جدد ومنهم الأطفال، ذلك ما أدّى إلى اتساع التقنية العلاجية وضرورة إدخال تغييرات عليها.

سلم فرويد بذاته أنّ التحليل النفسي يجب أن يتكيف مع معطيات الواقع، ولم يكن مرضاه الأوائل إلا خطوة أولى نحو تحليل نفسي شعبي. من بين العوامل التي أدّت إلى ظهور علاجات نفسية مشتقة من التحليل النفسي إذا نذكر: تطوّر الإطار، وبخاصّة تطبيق التحليل النفسي في المؤسسة.

لم يتوقّف فرويد عن ممارسة العلاج التحليلي التقليدي بالرغم من عزمه على تكييفه حسب عبارته الشهيرة: " يجب مزج نحاس العلاج النفسي بذهب التحليل النفسي"،

« Il faut mêler le cuivre de la psychothérapie à l'or de la psychanalyse »

2- العلاج التحليلي: (la cure analytique)

- ينظم العلاج التحليلي في حصص وفق بروتوكول علاجي معيّن، مدّة زمنية وتواتر محدّدين.

-يقوم العلاج التحليلي على فرضيّة قاعدية للحتمية النفسية (le déterminisme psychique)، إذ أنّ أيّ فكرة، أو حلم، أو فعل فاشل/ ناقص (un acte manqué)، أو زلّة لسان (un lapsus)، أو عرض بل حتّى عمل أو حركة لا تحدث أبدا بالصدفة إذ تعبّر كلّها وتترجم دائماً -وأحياناً بشكل رمزي-، صراعا نفسياً

لا شعوريًا. يُنظر إلى ذلك الصراع على أنه انبثاق لماضي بدائي (تقريبًا) لرغبة أو لاحتياج اصطدما من قبل باستحالة التحقيق (رقابة أنا أعلى أنا مثالي (Moi idéale)).

أمام ذلك المنع والتّحريم، تستلزم الديناميكية النزوية بروز مبدأ التّكرار (principe de répétition) الذي يجعل الرّغبة أو الحاجة تتكرّر على شكل عرضي، أو بشكل أطف وأخفّ من خلال الحلم، أو زلّة لسان. يتسبّب التّكرار إذا في ظهور مجدّد للصّراع أو للصّراعات في إطار الديناميكية "التّحويلية والتّحويلية المضادّة" ويعمل المحلّل على استيعابه، أي يتغلّب على ما يثيره من مقاومة.

1-2- الوضعية العلاجية:

تغيّرت وضعية جلوس فرويد من أمام المريض في بداية علاجاته إلى خلفه، أي الجلوس بطريقة لا يمكن للمريض أن يراه، وذلك حتّى يتجنّب تأثير مواقف المحلّل اللاشعورية على المريض.

تسمح وضعية التمدّد على الأريكة التي استعملها فرويد لأوّل مرّة بتثمين (valider) التّعبير اللفظي الذي يعدّ وسيلة ذات امتياز للوعي (prise de conscience) ولعمل الاستيعاب الملازمين للسياق التّحليلي. يسهّل الاسترخاء الجسدي الذي يقلّل من الاستثارات والإدراكات الجسدية أيضًا التّداوي الحرّ، ويشجّع بذلك المظاهر النّفسيّة.

إن كان التمدّد على الأريكة يطرح مشكلا عند بعض المرضى في بداية العلاج، فلا مانع من أن يبدأ المحلّل النّفسي العمل بوضعية وجه لوجه وينتظر أن يتأتّى الوقت المناسب لتحويل المريض إلى الأريكة.

لكن ما يجب معرفته أيضًا، أنّ المريض أو المحلّل لا يتمدّد على الأريكة منذ الموعد الأوّل، بل تتمّ المقابلات التّمهيدية وجها لوجه، وقد تدوم لوقت طويل. لكن ما إن يشعر المحلّل النّفسي بأنّ المريض مستعدّ، يدعوه للتمدّد على الأريكة.

3- الإطار:

انحدر هذا المفهوم من الممارسة التّحليلية، ثمّ طبّق بعد ذلك على كلّ التّطوّرات التي عرفها العلاج النّفسي. يعرف الإطار التّحليلي الكلاسيكي من خلال معايير محدّدة وهي:

-تواتر (fréquence)، مدّة وموقع التّدخل (localisation de l'intervention)،

- موضع الأشخاص (setting)،

- علاقة تعاقدية (مدفوعة الحصص، paiement des séances)،

- نمط التدخّل (لفظي حرّ أساسا)،

- خصوصية (confidentialité)، سرّية،

- قاعدة الامتناع (règle d'abstinence)،

- قاعدة الحياد (لا حكم، لا نصيحة، لا توجيه). (Martin,2001,p.107)

تمثّل العناصر السابقة إذا البعد الشكلي والصّريح لإطار المقابلة العيادية العلاجية، وكذا الأنماط التّطبيقية لكيفيّة إدارتها.

يتعلّق الأمر بوضعية مهنية تستلزم أنماط تفاعل نوعية وتتوقّف على نوعية حضور المعالج أو الأخصائي العيادي. يتجسّد الحضور من خلال الإصغاء الفردي، المنتبه والمنفتح، المساعد على التّداعي (écoute associative, attentive et ouverte) أي الذي لا يقيد المريض في وضعية المرض والسلبية بل على العكس، قابل للتعرف على ما يُعيقه و ما يجعله يقاوم ضدّ الواقع و ما يحدث له، أو على العكس، ما يجعله يستسلم، يعتزل و يتنازل.

من الضّروري أن يجد المريض ذلك النوع من الإصغاء لدى المعالج، بحيث يعطيه من جديد سواء أكان طفلا، مراهقا أم راشدا مكانة يتمكّن من خلالها من التعبير عن شكوكه، خيبات أمله، مقاوماته، آماله، مثله العليا وإنكاراته.

يسمح الإصغاء بمعاينة ما هو صراعي لدى المريض دون أن يكون هذا الأخير قادرا على التحدّث عنه وبصفة حتمية، أو على التعرف عليه. يجب أن نعلم أنّ وراء كلّ طلب شعوري وكلّ أعراض ظاهرة يتقدّم بها المريض، توقّعات (des attentes) لا شعورية. لذلك، ومن خلال الإصغاء، يميّز المعالج مستوى ظاهرا، واضحا في الخطاب أو في تقديم المفحوص، وآخر كامنا، مختفٍ وضمني هذا ما عاينه فرويد في دراسته حول تفسير الأحلام (المقال الذي صدر عام 1900)، حيث ميّز بين رواية الحلم مثلما ذكرها المريض والتي سمّاها بالمحتوى الظاهر، ومجموع المعاني التي أظهرتها تداعياته ابتداء من ذلك المحتوى وهي المحتوى الكامن.

ينظّم الوضعية التّحليلية إطار خاص قائم على قواعد أساسية هي:

3-1- التداعي الحرّ: (l'association libre)

تعني قاعدة التداعي الحرّ، أنّه بإمكان المريض بل يجب عليه أن يقول للمحلّل النفسي كلّ ما يجول بخاطره أثناء الحصة العلاجية بما في ذلك الأحلام، والكلمات التي ينطق بها دون اعتبارات أخلاقية، فلسفية، دينية أو غيرها.

يعدّ التداعي الحرّ من القواعد الأولى التي يطلب من المفحوص احترامها أي، مثلما ذكرنا، أن يقبل قول كلّ ما يوجد في ذهنه دون قيد أو رقابة، أو محاولة التحكّم فيما يريد قوله، أو إعداد كلمات أو جمل جميلة. بعبارة أخرى، أن يترك فكره يسافر بحريّة وأن يحاول أن يضع كلمات على ما ينبثق من فكره دون أن يصدر أيّ حكم.

ظهرت هذه القاعدة حينما تخلى فرويد عن التّنويم المغناطيسي لمريضة كانت قد طلبت منه آنذاك أن يستمع إليها ولا يقاطعها بأسئلته. يهدف التداعي الحرّ أولاً إلى إعادة بناء النماذج اللاشعورية، ويقوم قبل كلّ شيء على تحليل الأحلام إذ يسمح بإيجاد العناصر التي جمّعها عمل تكثيف الحلم القويّ. من الضّروري أن يتوصّل المحلّل (المريض) إلى فك عناصر الحلم الكثيرة المتداخلة والمتسترة الواحدة وراء الأخرى، والتعرّف عليها عنصراً بعنصر.

التّحليل النفسي إذاً هو علاج بالكلام (une cure par la parole)، ووحده المريض الذي يجد ثنائية معنى ويعطيه، أو المدلولات (الكلمات في حدّ ذاتها) كما ذكر (Lacan) التي تبني حياته النفسية.

3-2- الحياد واللّطف:

يقوم التزام المحلّل النفسي على مبدأ "مقدّس" ألا وهو "الحياد واللّطف". يتوجّب على المحلّل أن يترك جانباً آراءه السّياسية، الأخلاقية، الدّينية وغيرها. كلّ ما يفكر فيه المحلّل (الشخص الخاضع للتّحليل النفسي) يصلح للقول كشاهد على سياقاته النفسية.

ينبغي على المحلّل النفسي ألاّ يعطي نصائح إذ أنّ الهدف هو أن يكتشف الشخص بذاته حلوله للمشاكل. يجب أن يسمح الحياد للمحلّل النفسي بعدم وقوعه واحتباسه في السّير النفسي للمريض، بل أن يسمح بتطوّر الدّيناميكة بينهما.

3-3-السرية:

يجب على المحلل أن يحتفظ لنفسه كل ما يقال له أثناء الحصة ولا يدلي به لأي شخص كان حتى ولو كان شريك المريض. السرية ضرورية أيضا إذ تسمح بالتعبير الحر وهي جزء من الحياد.

3-4-قاعدة الامتناع:

تتضمن قاعدة الامتناع جانبان:

3-4-1-ضمن علاجي:

تمنع هذه القاعدة أي مرور إلى الفعل (passage à l'acte) يهدف إلى التفريغ النزوي، إذ يجب التعبير عن الرغبات الغرامية (désirs amoureux) و/أو العدوانية لا فعلها. تطبق القاعدة على المحلل والمحلل النفسي على حد سواء، هذا الأخير الذي لا يمكنه التدخل في واقع حياة المحلل (الشخص الخاضع للتحليل النفسي (l'analysant).

أي مخالفة لهذه القاعدة من قبل المحلل تعني فسخا للعقد التحليلي.

3-4-2-خارج العلاج:

توصي القاعدة بتوخي الحذر قبل اتخاذ أي قرارات هامة: تغييرات في الحياة الزوجية، المهنية أثناء فترة العلاج.

كان المحللون الأوائل حازمين جدًا بهذا الخصوص، غير أن هذه القاعدة تسعى إلى التوافق والتكيف باعتبار أنها لا تتضمن إلا المقاومات الناتجة عن التعبير المفاجئ عن العواطف المكبوتة التي تخص الشخص الخاضع للتحليل النفسي («acting out» (les résistances).

قد تجرّ التقلبات النزوية الناتجة عن العلاج الشخص الخاضع للعلاج إلى تصرفات دفاعية قد يندم عليها.

يكرّر الامتناع إذا (أي منع ارتكاب المحرم والقتل)، القاعدة الأساسية المؤسسة للبنية النفسية. تسمح هذه القاعدة بالسّير العملي للحصة العلاجية وذلك بكبح المرور إلى الفعل (le passage à l'acte) أي الإشباع النزوي الفعلي الذي يجعل السّير العملي مستحيلا، ويثبّت تطوّر العلاج.

3-5-الدوام أو البقاء: (la pérennité)

ويقصد به المحافظة على ثبات الإطار. يتعلّق الأمر بتقديم للشخص الخاضع للتّحليل، شيء من الثّبات الاستقرار والاستمرارية على مستوى المكان والاستقبال على حدّ سواء، وهو شرط التّحالف العلاجي الذي يقيم في إطار الأمن والحرية.

يعتبر الأمن ضروريًا للعمل التّحليلي، إذ يوافق الأمن الدّاخلي الأساسي الذي يسمح بنمو نفسي سعيد وموفّق.

- تشترط إمكانية العلاج استقرارا للإطار العلاجي.

3-6-قاعدة الانتباه العائم أو المرخي: (l'attention flottante)

إذا كانت قاعدة التّداعي الحرّ تخص الشخص الخاضع للعلاج، فإنّ تلك المرتبطة بالانتباه العائم تعود إلى المحلّل النفسي.

تتمثّل هذه القاعدة في عدم توجيه الانتباه نحو كلمة أو جملة من خطاب المريض، إذ كلّ ما يقوله يجب أن يدرك بنفس الاهتمام، أو يستوجب نفس الاهتمام.

- لا يأخذ خطاب المريض أهميّة إلاّ أثناء سير الحصّة العلاجية.

4-الإطار المكاني-الزّمني والوضعية العلاجية:

بعيدا عن القواعد سابقة الذّكر، يحدّد المحلّل النفسي الإطار الزّمني، المكاني وكذا المدفوعات (les paiements) ويعرضهم على الشخص الذي سيخضع إلى العلاج، ويناقشهم معه قبل بداية العلاج (début de la cure analytique).

4-1-المكان والمدة:

يعتبر مكان ومدة الحصص متغيّران ثابتان. أمّا عن الحصص، فتتراوح بين 3 و4 حصص في الأسبوع وقد ترتفع إلى 5 وذلك حسب المدارس، وحسب الاتّفاقات التي تمّت بين المحلّل النفسي والمحلّل خلال الحصص الأولى، وحسب إمكانياته الماديّة، ويتوجّب عليه دفع ثمن الحصص التي يتغيّب عنها التي تدوم بين 45 إلى 50 دقيقة.

أكد فرويد على ضرورة تعيين ساعة محدّدة لكل مريض، وذلك ما كان يفعله مع كلّ مرضاه. أمّا بالنسبة لتابعي Lacan، فيمكن للمحلّل النفسي أن يقاطع أيّ حصّة عندما يرتئي ذلك.

كانت هذه الوضعية ولا تزال موضوع نقاشات ومناظرات عنيفة بين المحلّلين النفسيين.

وأما عن المكان، فتتم الحصص بطبيعة الحال في عيادة المحلّل النفسي.

1-4-الأتعاب:

يجب أن يكون الدّفع نقداً وذلك لأغراض رمزية وعلاجية. يرتبط المظهر الملموس أو المادّي للسيولة (المال النّقدي) بشكل وثيق بالدّواعي أو بالأسباب اللاشعورية التي يسعى العلاج إلى جعلها شعورية من أجل إرسانها. (التفسير التحليلي للدّفع)

وحسب العادات، أو وجهات نظر المحلّلين النفسيين، فإنّما أن يدفع ثمن الحصّة خلال الحصّة الأخيرة من الشّهر، وإمّا، وهذا ضروري بالنسبة لتابعي "لاكان" (les lacaniens)، على الفور انطلاقاً من فكرة أنّ الشخص الخاضع للتّحليل حرّ في المجيء إلى الحصّة أو في عدم العودة.

أمّا فرويد، فكان يرى أنّه من الواجب الرفع من ثمن الحصّة وبقدر كاف يجعل المريض يمنح قيمة شخصية لعلاجه.

تحدّد الأتعاب وفق الحالات (حالة بحالة) وبشكل يتناسب وإمكانيات المريض.

1-4-الوضعية العلاجية:

يتمدّد المريض على الأريكة (le divan) (مثلما ذكرنا سابقاً)، بينما يجلس المحلّل النفسي على الكرسي (le fauteuil) خارج مجال رؤية المريض حتّى "ينسى" بأنّه يتحدّث مع شخص (وهو المحلّل النفسي بطبيعة الحال)، وحتّى يمنعه هذا الأخير من "قراءة" رأيه فيما قاله المريض أثناء الحصّة، على وجهه.

(lire sur le visage de l'analyste ce qu'il pense de ce qui est dit)

5-إطار العمل أو العقد العلاجي:

يتكفّل المحلّل النفسي إذا بإعداد وتنظيم إطار عمل، ويسهر على أن يحترمه الشّخص الذي سيخضع للعلاج النفسي حيث يطلب منه أن:

- يحترم نَظم (ريتم، rythme) الحصص المترقّبة في الأسبوع،

- يدفع ثمن الحصة المتغيّب عنها وذلك مهما كان السبب،
- ألا يأخذ المريض إجازة دون أن يحدث بها معالجه أولاً،
- ألا يأخذ قرارات كبرى: زواج، طلاق، ترك العمل أو الاستقالة منه وغيرها، دون أن يتحدث عنها أولاً أثناء التحليل.

يحتاج الإطار والعقد العلاجي في بداية التحليل إلى صرامة في التطبيق، إذ يوافقان البنية النفسية للشخص الخاضع للتحليل النفسي. من أجل ذلك، يأخذ التحليل النفسي (l'analyse) وقتاً طويلاً جداً للشروع فيه بشكل حقيقي، كما أنّ أيّ تغيير في المواعيد قد يثير استجابات قويّة لدى المريض ومنها على سبيل المثال كما شرحته نظريّة التحليل النفسي:

- غالباً ما يعيش التأخر في بداية الحصة كتأخر في الدخول إلى الحياة عند الولادة (un retard dans l'entrée de la vie à la naissance)
- قد يرمز نقل وقت حصة علاجية إلى وقت آخر، إلى نقل (un déplacement) للإطار وللوظيفة الأبوية.
- قد تعادل حصة إضافية إشباعاً نرجسياً أمومياً، علامة لحب أمومي.

6- المحلل والمحلّل: (Analysant et analyste)

يسمّى المريض أحياناً بـ "المحلّل (analysant)"، والمعالج بـ "المحلّل" (analyste). يعتبر جاك لاكان (Jacques Lacan) من أدرج تلك التسمية على المريض ليشير إلى دوره المركزي والنشط في العلاج حيث يتوجّب عليه الكلام بخضوعه إلى قاعدة النداعي الحرّ. أمّا المحلل النفسي، فيستمع إلى ذلك الكلام الموجّه إليه والذي يمكن له تفسيره من خلال إعطاء معنى للأعراض انطلاقاً من نظريات التحليل النفسي للأحلام وللأفعال الناقصة (actes manqués) التي يرويها المريض خلال كلّ حصة علاجية.

غير أنّ المحللين النفسيين التابعين لـ "لاكان" لا يفسّرون خطاب المريض، بل يشيرون إلى ما يبدو هاماً مبهماً وسيء الفهم في أقوال المريض. تهدف هذه الطريقة إلى إظهار ما يمكن أن تشير إليه من اللاوعي.

العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي

(Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique)

مقدمة:

تعرض التحليل النفسي الفرويدي عموما والعلاج التحليلي بالخصوص إلى جملة من الأزمات والانشقاقات تفاوتت في شدتها ومدى ابتعادها عن مقوماته الأساسية، فظهر ما سمي بالعلاج المستوحى من التحليل النفسي أو النفسي الديناميكي وهي التسمية الحديثة المتفق عليها حاليا.

يغطي العلاج النفسي التحليلي مجالا واسعا من التطبيقات يمتد من بعض الممارسات التي يعرفها عديد من المؤلفين كمتغيرات للعلاج الكلاسيكي في حد ذاته، إلى الأشكال ذات طابع توجيهي. نشأت هذه العلاجات ابتداء من المتطلبات النوعية لمرضى مصابين بأشكال من الأمراض الخطيرة أو المحدودة (maladies circonscrites) و تضم: العلاجات طويلة المدى، قصيرة المدى(*) و كذا العلاجات التحليلية للأطفال. يرتبط هذا التمييز في المدة أيضا بالتمييز بين المجتمعات التي تخضع للعلاج مثلما يوضحه تحليل الدراسات العديدة التي أقيمت في هذا الشأن.

1- تعريف العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي:

تضم العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي، علاجات تستند إلى نظرية التحليل النفسي التي أسسها سيجموند فرويد ثم طورها وتعمق فيها عديد من المحللين النفسانيين عبر العالم خلال القرن العشرين، لكنها تختلف عن العلاج التحليلي الأصلي (la cure type) من حيث إطارها المرن.

يكن الهدف المسطر في هذه العلاجات في اكتساب المريض للوعي (الاستبصار، insight) و/أو في الحصول على تغيير في الشخصية، كما تشدد التقنيات النوعية المطبقة على التفسير وتحليل التحويل. (Svartberg et stiles,1991) و بهذا، يكون تناول ، توضيح و تفسير الصراعات، الدفاعات ، الحصر و الاندفاعات (impulsions) بشكل نشط.

(*) : يقدم للطالب تعريف بالنوعين وبتقنيات التدخل الموضحة فيهما.

يتركز العلاج النفسي الديناميكي على مواجهة السلوك الدفاعي و العاطفة في سياق بي شخصي يسمح للذكريات المكبوتة، والأفكار المصاحبة لها أن تعايش كلياً في إطار عمل متكامل عاطفي و معرفي (un cadre de travail intégré, affectif et cognitif)، كما ذكرنا في أول ملف من هذه الوحدة وتحديدًا في العنصر الخاص بالتحالف العلاجي.

يعرّف العلاج النفسي الديناميكي أيضا حسب فريق (Cochrane) كمجموعة من الحصص العلاجية المنتظمة التي يديرها معالج نفسي متدرّب أو خاضع لإشراف (une supervision)، تحدّد وفق نموذج نفسي ديناميكي أو تحليلي وقد يعتمد فيها على مجموعة من الاستراتيجيات من بينها: الاستكشاف والوعي (exploration avec prise de conscience)، نشاط الدعم وتطبيق نوع من المرونة. يمكن لهذه العلاجات أن تستعمل تقنية هي أقلّ تشدّدًا وصرامة من التحليل النفسي.

لكن وحتى يمكن اعتبار العلاج النفسي علاجًا ديناميكيًا (psychothérapie psychodynamique) معرّفًا بشكل محدّد وواضح، لا بدّ أن يُدرج التحوّل ضمن العمل العلاجي.

2- أنصار التناول النفسي الديناميكي:

أطلقت تسمية "الفرويديون الجدد" في أدبيات علم النفس، على أتباع المدرسة الفرويدية من علماء النفس الذين عاصروا مؤسّس نظرية التحليل النفسي والعلاج التحليلي، وأولئك الذين جاءوا من بعده و عارضوا بعضًا من أفكاره بينما احتفظوا بما وجدوه ملائمًا منها، و شقوا طريقهم في تنظيم علاج نفسي "تحليلي" حمل فيما بعد ملامح مميزة.

انقسم أولئك المحلّلون إلى مجموعتين متميزتين هما:

- الفرويديون الجدد المنشقون عن أب التحليل النفسي، ويعرفون كذلك بجماعة التحليل النفسي الرافضة للمبدأ الليبيدي في تفسيرها للأمراض النفسية ومن بينهم: ألفرد أدلر (Alfred Adler) كارل غوستاف يونج (Carl Gustav Jung) وأوتو رانك (Otto Rank).
- الفرويديون الجدد أيضا لكنهم أقلّ تباينا عن المجموعة الأولى، الذين وجّهوا تركيزهم نحو جوانب كان فرويد قد أهملها أو قلّ من قيمتها ارتبطت بالجانب الاجتماعي والعلائقي للفرد وبأهمية التفاعل وهم كثر من بينهم نذكر على سبيل المثال لا الحصر: كارين هورني (Karen Horney)، إريك فروم (Erich Fromm)، هاري ستاك سوليفان (Harry Stack Sullivan).

إلى جانب آخرين اهتموا بما سمّي بعلم نفس الأنا (la psychologie du Moi) والعلاقة بالموضوع مثل: أنا فرويد (Anna Freud)، ميلاني كلاين (Mélanie Klein)، وغيرهما ممن اهتموا بالعلاقة بين الأم والطفل، وبفعالية نمو الأنا في التفرد وبناء الشخصية مثل وينيكوت (Winnicott) والعلاقة بالموضوع اللاجنسي ومراحل نمو الأنا.

3- خصائص العلاجات النفسية الديناميكية ومميزاتها بالنسبة للعلاج التحليلي الكلاسيكي:

تتميّز العلاجات النفسية الديناميكية بمرونتها مقارنة بالعلاج التحليلي الأرثوذكسي (الفرويدي) ويمكن الاختلاف في:

3-1- التغييرات الشكلية الخاصة بالإطار: والتي تخصّ

- عدد الحصص الأسبوعية (بين حصة وحصتين)، وزمنها الذي يدوم 45 دقيقة.
- **الوضعية العلاجية:** وتكون أساساً وجها لوجه، حيث يدعو المعالج المفحوص إلى التعبير عما يجول في فكره (التداعي الحر)، والربط بكلّ حرية بين أفكاره.
- تكون المقابلة العلاجية نصف موجهة، بينما هي في العلاج النفسي التحليلي غير موجهة وتعتمد على الانتباه المرخي. ذلك يعني أنّ المعالج يكون فعّالاً أكثر (plus actif)، ويتكلّم أكثر من المحلّل النفسي.
- **مدّة العلاج:** التي تتراوح من 8، 9 أشهر إلى بضع سنين.

3-2- الهدف العلاجي:

يهدف العلاج إلى:

- الوصول إلى اللاشعور، لكنّه يتعامل أيضاً مع صراع حالي ومحدود في الزّمن، أو قصّة يرويها المفحوص في الحاضر.
- مساعدة المفحوص على حلّ مشاكله الراهنة والتخلّص من الصّراعات أو الاضطرابات دون تعمّق في العلاج وهذه صفة العلاج التحليلي الكلاسيكي.
- تملك المريض لحياته النفسية اللاشعورية بمعنى أن:
 - ← يتصالح مع نفسه،
 - ← يحرّر موارده الداخليّة المكبّوحة أحياناً، والمجهولة أحياناً أخرى،

← يصل بالمريض إلى إيجاد معنى لما يحدث له، أي المعنى الخفي للأعراض لأجل تكيف أفضل للسَّير النفسي.

بمعنى آخر، فهم أصل اضطراب معين من أجل مساعدة المريض على إيجاد أفضل نتيجة متكيفة باختفاء الصِّراعات. (aider le patient à trouver la meilleure solution adaptée)

3-3- التدخّل العلاجي: تكون تدخّلات المعالج:

- مبكّرة، نشيطة ومتكرّرة،
- أن يتجنّب المقاومات،
- أن يبتعد عن الحياد المتزايد وعن نكوص المريض بشكل عميق وبالتالي، احتمال الوصول إلى الإحباط وذلك بالتحكّم في الإطار المكاني والزّمني.
- يتجنّب التّحويل العميق والطّويل، ولا يشجّع العلاقة التّحويلية حتّى تصل إلى أقصاها أي إلى عصاب تحويلي (névrose de transfert).

عدا ذلك كلّه، يلتزم المعالج النفسي بنفس قواعد العلاج التّحليلي الكلاسيكي التي تنظّم الإطار وهي:

- الحياد اللّطفي: في غالب الأحيان، ولأنّ المريض يستثمر المعالج النفسي أو الأخصائي العيادي كقوة مطلقة، أو يضعه في موضع القوة المطلقة، فإنّه ينتظر منه أجوبة سريعة على الأسئلة التي يطرحها على نفسه، أو تلك التي ساهمت المقابلة العيادية في إظهارها. باختصار، ينتظر المريض من معالجه أن يقدّم له الحلول لمشاكله. غير أنّ مفتاح حلّ المشاكل وإرصان الصِّراعات يتعلّق بقدرة المريض على إيجاد ما هو معقود، مُثبّت وصلب بداخله، على قدرته على إشراك نفسه في العلاقة العلاجية التي قد تكون مشجّعة ومثيرة في جزء منها، ولكنّها مؤلمة ومحبطة أيضا بفعل التّموضع (le positionnement) الفردي للمعالج الذي يسمّى بـ "الحياد اللّطفي".
- شبّه فرويد حياد وظيفة المحلّل النفسي بتلك التي يقوم بها الجراح الذي: "يضع كلّ عواطفه وحتّى رأفته جانبا، و يحدّد هدفا واحدا و هو القيام بالعملية ممثّلا ما أمكنه للقواعد المهنية" (Freud, 1912a, p.149). أدّت تلك الوضعية المتشدّدة نوعا ما ببعض من تابعي فرويد إلى التحدّث عمّا يسمّى حاليا بـ "الحياد اللّطفي" (la neutralité bienveillante) للتخفيف من فكرة إبعاد التّعاطف (la sympathie). وهكذا، لا يرتبط الحياد اللّطفي بشخص المعالج بل بوظيفته.
- لا يتعلّق الأمر في الواقع بالتّعاطف (أي لا ننتظر من المعالج أن يكون لطيفا وحنونا) بقدر ما يتعلّق الأمر بـ "التقمّص الشّعوري" (l'empathie)، أي بقدرته على الحلول محلّ المريض لتفهّم مشاعره.

الحياد اللطفي إذاً هو ذلك التحالف الدقيق و المعقد الذي يُبقي على بعد بين المعالج و المريض مقترحا في نفس الوقت قربا منه (écart-proximité) حتّى يتمكّن من إظهار إسقاطاته و هواماته هذا لا يعني أنّ المعالج لا يشعر بشيء اتجاه مريضه، بل يحرص على ألاّ ييوح بما يحركه داخليا أثناء المقابلة كالاختلاف مثلا، العدوانية الحزن،... يستلزم الحياد اللطفي عدم تبني المعالج للبرودة والألفة في اتصاله.

ملاحظة: يقدم مزيد من الشروحات حول كيفية اقتراب وابتعاد المعالج أثناء الحصة العلاجية.

- يمنع عن المعالج إذاً، مثلما ذكرنا سابقا، أن يعلن عن ملاحظات شخصية أثناء المقابلة، أو أن يبدي حكما، أو أن يقدم نصيحة حول كيفية التصرف.
- الامتناع
- السريّة التامة،
- تجنّب تقديم النصائح والتشجيعات المباشرة،
- الامتناع عن إصدار أحكام، أو تقديم اقتراحات، إيجابيات أو الحلول،
- الاعتماد على الدّاعي الحرّ.

أما الإطار النظري، فهو ذاته المتبع في العلاج التحليلي بمعنى تطبيق المفاهيم الأساسية التي جاءت بها نظرية التحليل النفسي التي أسسها فرويد، وكذا تلك التي طوّرها وتعمّق فيها عديد من المحلّلين النفسانيين في العالم خلال القرن العشرين وهي كما لخّصها (Silke Schauder, 2012, p.257):

- اللاشعور الذي هو هيئة افتراضية للنفسية (le psychisme) والتي لا نعلم عنها شيئا، بمعنى أنّنا لسنا واعون بها، لها سلطة كبيرة إذ أنّها أساس كلّ أقوالنا وأفعالنا ونشاطنا العقلي. اللاشعور هو مجموعة قوى فعّالة (forces puissantes) تتعارض مع رغباتنا، وهي التي تجعلنا أحيانا غير ليقين، طائشين (maladroits) لكن يمكن أن تجعل منا أيضا مثالا للتأدّب وللايثار ويظهر بمظاهر مختلفة منها زلات اللسان، النسيان، الأفعال الفاشلة أو الناقصة (les actes manqués)، الأحلام الأعراض العصابية والأمراض النفسجسدية.
- الجنسية: الطفولية منها والمتعلّقة بالراشد والتي تكتسي أهميّة أولى في فهم الإنسان.
- تاريخ المريض، تجربته الشخصية وطفولته بوجه خاص، وهي عناصر أساسيّة لفك رموز المشاكل الحالية.

• **العرض، الذي يعتبر محاولة فاشلة للشفاء الذاتي.**

• **تعدّ عقدة أوديب حجر الزاوية في النظرية الفرويدية والتي إليها تعود الأهمية الأساسية للنمو الليبيدي الذي قسمه فرويد إلى المراحل النفسية الجنسية التالية: الفمية، الشرجية، القضيبيّة والجنسية.**

4-مراحل العلاج:

4-1-التحقّق من استقلالية الطّلب:

أي أن يدرس المعالج مع المفحوص طلب الاستشارة النفسية حتّى يتعرّف على من تقدّم به: هو بذاته الوالدان، مدير أو رئيس المؤسسة.

4-2-التعريف بوضعية العلاج النفسي:

وذلك من خلال وصف الإطار الزمني (الموعد، عدد الحصص، مدّة الحصّة)، والمكاني، وبطريقة العمل أي مرافقة المريض في مساره حتّى تتّضح له مشكلته، ومساعدته على القيام بالربط (un travail de liaison)، أي التعرّف على العلاقات بين مشكلته الظاهرة وأسبابها حتّى يتقدّم في فهم ذاته، مساعدته على حلّ صراعاته النفسية وإيجاد بداخله الحلول والموارد الذاتية لتحسين حياته بل ولتحويلها. بتعبير آخر، التعريف بالأهداف التي نريد الوصول إليها.

تسمح الحصص الأولى أو ما يسمّى بالمقابلات الأولية (les entretiens préliminaires) للمعالج بأن يتبيّن الوضعية (faire le point sur la situation) ويحدد الاحتياجات وكذا أنماط العلاج بمعنى الإطار تواتر الحصص والأهداف المرجوة. تسمح هذه الفترة بإقامة علاقة ذات نوعية (التّحالف العلاجي) الضرورية لنجاعة العلاج النفسي.

4-3-التّحالف العلاجي:

ونقصد به التّعاون والثّقة الضرورية المتبادلة بين المريض والمعالج. يعتبر التّحالف العلاجي أحد النّقاط الأساسية لنجاح أيّ عمل علاجي.

من الضروري أن يشعر المريض بالثّقة مع معالجه الذي يسعى من جهته إلى تنمية إحساس إيجابي لديه من خلال: التّفكّص الشّعوري (l'empathie)، الدّفء (la chaleur)، الانشغال الحقيقي والصّادق للمشكلة (la préoccupation authentique).

يشعر المريض أنّه بإمكانه أن يكشف عن نفسه بكلّ أمان، وأنّه أمام معالج كفء، يدعّمه ويساعده.

4-4- العلاقة العلاجية وسير العلاج: حتّى تنجح العلاقة العلاجية ويتطوّر سير العلاج للوصول إلى الأهداف المرجوة، لابدّ من توقّر ما يلي:

- أن يكون جوّ الفحص النفسي خالٍ من أيّ سبب للتسلية أو الإزعاج، بل آمناً وهادئاً.
- أن يحسن المعالج الإصغاء والانتباه وملاحظة المريض بشكل جيّد في كلامه، إيماءاته، طريقة دخوله المكتب، طريقة جلوسه، هيئته، سلوكه غير اللفظي، وأن ينقل الكفاءات السابقة إلى المريض.
- (shea,1988) طريقة مميزة للملاحظة المنتبهة (l'observation attentive) تقوم على 4 محاور للانتباه وهي:

1- النظر إلى المريض (regarder le patient): وصف السلوكات، الأفكار والإدراك أثناء المقابلة.

2- النظر مع المريض (regarder avec le patient): من خلال الإصغاء التقمّصي، رؤية تجربة المريض بمحاولة رؤية العالم من خلال نظراته الشخصية. (voir l'expérience du patient en tentant de voir le monde à travers ses yeux à lui)

3- نظر المعالج إلى ذاته باعتباره عيادي (se regarder en tant que clinicien): أيّ النظر إلى طريقة التدخّل.

4- النظر بداخل ذاته (regarder à l'intérieur de soi-même): من أجل تسجيل الانفعالات أو الهوامات التي تجتاحه أثناء الحصّة العلاجية.

- أن يمنح المريض الحرية التامة للتعبير عن كلّ ما يجول بخاطرّه، عن عواطفه، مشاكله وأحلامه دون قيود أو رقابة، ثمّ يربط بين ملّ يُدلي به وبين هواماته.
- الهوامات: هي سيناريوهات خيالية تضع الشّخص بصورة مجازية في مشهد محقّق لرغبة لاشعورية.

يشجّع المعالج إذا المريض على التّعبير اللفظي وعلى الكلام كي يصل به إلى اللاّشعور الذي يحاول أن يبرزه له من خلال تفسيراته، وقبل ذلك لتناول مشاكله. يعتبر التّعبير اللفظي في حدّ ذاته علاجاً وذلك من خلال العمل الذي يتضمّنه والتفسير الذي يقدّمه المعالج.

- يجب أن يكون الهدف من المقابلات العيادية التّخفيف من انفعالات ومعاناة المريض، ومساعدته على فهم أفضل لما يحدث له، بل وأيضاً على معاينة وكشف أصل ومصدر المعاناة والصّعوبات وعلى إيجاد الحلول الخاصّة به وبنفسه أمام تلك الوضعية.

(et repartir sur de nouvelles façons d'être et d'agir)

- ضرورة التقيّد بالقواعد الأساسية التي تنظّم الإطار.

- يتدخل المعالج بشكل فعال أثناء الحصص العلاجية بطرح أسئلة، أو يبعث الخطاب (la relance du discours)، أو بتشجيعات قليلة في حال توقّفه عن الكلام أو شعوره بضيق أو أحيانا بصمت متيقظ (un silence attentif) لحث المريض على أن يكشف عن نفسه. ومثلما يطرح المعالج الأسئلة، فإنّه يستمع لما يقوله المريض.
- ولأنّ العلاج مستوحى من التحليل النفسي، فإنّ العمل العلاجي يدور حول اللاشعور ببنيات الماضي، وتفسير المادّة العيادية اللفظية التي يقدّمها المريض. نذكر أيضا بأنّ المعالج يهتمّ بالشخص في كليته، بتاريخه وبخاصّة ذلك المرتبط بالماضي، ولا يهتمّ بالعرض فقط.
- يستند المعالج إذا ومثلما ذكرنا سابقا، إلى مفهوم اللاشعور، ويعتبر أنّ أكبر عدد من المعاناة يمكن أن يعود أصله إلى ماضي المريض، علاقاته العائلية، معاش طفولته، وإلى الصّراعات النفسيّة غير المنحلّة.
- يبحث المعالج وفقا لوتيرة المريض (son rythme) عن صعوباته ومعاناته، وينظر الاثنان معا في كيفيّة عرفلتها للحاضر، أو تأثيرها فيه.
- تعتبر الشّروحات التي يقدّمها المعالج في فترة لاحقة، والصّورة التي يعكسها للمريض، الأدوات الأساسية للتّطبيق العلاجي أثناء الحصّة العلاجية.
- يلجأ المعالج إلى تحليل العلاقة التي بينه وبين المريض، وكذا المشاعر التي تلزم المريض، أي إلى تحليل التّحويل (le transfert) والتّحويل المضاد (le contre-transfert).

يشكّل التّحويل مثلما ذكرنا في الملف الثاني، محرّك العلاج التحليلي الكلاسيكي وهدف كلّ التّفسيرات. تكمن تدخّلات المعالج المؤدّية إلى تغييرات في النفسيّة، في كيفيّة إدارة (le maniement) التّحويل، وفي التّفسيرات اللفظية التي تكون لها آثارا تصوّرية.

يتوجّب على المحلّل النفسي أن يحلّل التّحويل ليسمح للمحلّل بعقد روابط أكثر واقعية بمواضيعه النّزوية وبمواضيعه الحقيقيّة الحالية بطبيعة الحال. أمّا في العلاجات المستوحاة من التّحليل النفسي فعلى المعالج أن يتجنّب التّحليل العميق للتّحويل بمعنى أن يقتصر على استعماله أو إدارته (manipuler) بشكل سطحي ولا يسعى إلى تفسيره دائما، ولا بشكل معقّد.