



العلاج النفسي الديناميكي  
قصير الأمد

هذه ترجمة عربية مصرح بها لكتاب

# **Psychodynamische Kurztherapie**

*By*

**Helmut Kulawik**



# العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد

تأليف

Helmut Kulawik

ترجمة

د. سامر جميل رضوان

أستاذ في علم النفس الإكلينيكي

الناشر

دار الكتاب الجامعي

غزة - فلسطين

2010

## الحقوق جميعها محفوظة للناشر

حقوق الملكية الأدبية والفنية جميعها محفوظة لدار الكتاب الجامعي  
غزة - فلسطين. ويحظر طبع أو تصوير أو ترجمة أو إعادة تنضيد  
الكتاب كاملاً أو مجزأً أو تسجيله على أشرطة تسجيل أو إدخاله على  
الكمبيوتر أو برمجته على أسطوانات ضوئية إلا بموافقة الناشر خطياً.

Copyright ©  
All rights reserved

📖 الطبعة الأولى 📖

1430 هـ - 2010 م



الموزع الوحيد

دار الكتاب الجامعي

عضو اتحاد الناشرين العرب

عضو المجلس العربي للموهوبين والمتفوقين

العين - الإمارات العربية المتحدة

ص.ب. 16983

هاتف 00971-3-7554845

فاكس 00971-3-7542102

E-mail:bookhous@emirates.net.ae

جمع وتنفيذ وإخراج: كمبيوترايتز Compu\_Writer لخدمات دور النشر «عادل ندا» القاهرة

(002-0100390516) ☎

## المحتويات

الصفحة	الموضوع
7	كلمة المترجم
9	مدخل
10	1- مدخل تاريخي
12	2- تصور العلاج النفسي قصير الأمد
18	3- تقنيات وطرق العلاج المختصر
19	3.1- البحث عن البؤرة
24	3.2- تقنية الوميض كوسيلة تشخيصية في العلاج
26	3.3- التفسير والعلاج
29	4- فاعلية العلاج قصير الأمد
34	5- التطبيق العلاجي
36	6- العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد للعصابات
36	6.1- الصراعات في البنى العصابية الفصامية
38	6.2- الصراعات في البنى الاكتئابية
40	6.3- الصراعات في بنى الشخصية القسرية
44	6.4- الصراعات في اضطرابات الشخصية الهستيرية
47	7- مبادئ علاج الشخصية الحدودية
50	8- علاج اضطرابات الشخصية النرجسية
56	9- التأثير في الأزمات
62	10- العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد للاضطرابات الجنسية

- 11- استخدام مبادئ العلاج قصير الأمد في الأمراض المستعصية ..... 66
- 12- التوليف بين العلاج في المجموعة والعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد ..... 69
- 12.1- فرضيات وفرضيات مضادة ..... 69
- 12.2- المعالج ..... 70
- 12.3- سمات التعامل مع المجموعة وأشكال العلاج الدينامي في المجموعة ..... 71
- 12.4- العلاج النفسي الدينامي الفردي مقارنة بالعلاج النفسي الدينامي في المجموعة ..... 72
- 12.5- فاعلية العلاج التوليقي ..... 73
- 12.5.1- اضطرابات الشخصية النرجسية ..... 74
- 12.5.2- العصابات التي تتصف بدفاعات متسقة مع الأنا ..... 74
- 12.5.3- الشخصيات الحدودية ..... 75
- 12.5.4- «اختبار» الانتماء للمجموعة ..... 76
- 12.6- تقنية التفسير ..... 76
- 13- ملاحظات ختامية: النجاح وضبطه ..... 80
- خلاصة ..... 82

## كلمة المترجم

ربما يكون هذا الكتاب حول العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد هو الأول من نوعه في اللغة العربية. فالمعلومات المتوفرة حول الموضوع ليست إلا شذرات متناثرة هنا وهناك، وهي تصف في الغالب الإطار الخارجي والسمات العامة للعلاج النفسي قصير الأمد دون التطرق للتقنيات والإجراءات العيادية.

كما يسود سوء الفهم لهذا الشكل من العلاج الذي يترجم إلى العلاج النفسي المختصر، مما يوحي بوجود علاج نفسي مختصر (سريع) وعلاج آخر غير ذلك. ويعطي الانطباع وكأنه نوع من حبة الصداع التي يتم تناولها لتسكين الألم، دون مس الجذور العميقة للألم. وهذا غير صحيح. فالعلاج النفسي قصير الأمد شكل من أشكال العلاج النفسي له حدوده وإمكانياته بالمقدار نفسه التي تمتلكها الأشكال العلاجية الأخرى. أما تسمية قصير الأمد فقد أطلقت للتفريق بينه وبين العلاج النفسي التحليلي التقليدي الذي يستمر لسنوات عدة، وهو من هذه الناحية قصير الأمد بالفعل، في حين أنه مقارنة بالأشكال العلاجية الأخرى كالأطر الاستعرافية السلوكية والعلاج النفسي المتمركز حول المتعالج... الخ فإنه يستغرق المدة الزمنية نفسها تقريباً، فهل يمكن وصف هذه الأشكال بأنها «مختصرة» أو «قصيرة الأمد»، اللهم إلا من خلال المقارنة بالتحليل النفسي التقليدي.

ومما لاشك فيه فإن هذا الكتاب لا يقدم إجابة عن كل الأسئلة التي تواجه المعالج الممارس في الحالة الفردية، سواء كان طبيباً أم معالماً نفسياً إكلينيكياً، إلا أنه يقدم أطراً يمكنها أن تساعد في التوجه.

وربما يكون أسلوب العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد واحداً من الأساليب والإمكانات العلاجية الملائمة للاستخدام في البيئة العربية وذلك للأسباب الثلاثة التالية:

السبب الأول: هو النقص الشديد جداً في عدد المعالجين النفسيين المؤهلين بالفعل في البلدان العربية مما يستلزم الإشراف على عدد كبير من محتاجي المساعدة من عدد محدود من المتخصصين.

والسبب الثاني يتمثل في كثرة الأزمات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والسياسية الوجودية التي يتعرض لها المجتمع العربي مما يستوجب التدخل السريع في الأزمات من أجل منع تفاقم العمليات المرضية.

أما السبب الثالث فيتمثل في أن الخبرة العيادية قد أظهرت أنه من النادر أن يلتزم الفرد في علاج نفسي طويل الأمد لأسباب مختلفة، والرغبة الملحة في أن يكون العلاج النفسي بأقل قدر ممكن من الجلسات، مع تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية. وهي معادلة صعبة إذا ما أخذنا الطبيعة المركبة للاضطرابات والمشكلات النفسية وديناميكياتها الصراعية الفاعلة فيها.

يأمل المترجم أن يكون قد أسهم في خدمة الثقافة النفسية العربية العامة منها والمتخصصة.

والله ولي التوفيق.....

## مدخل

بداية قد يثير مفهوم «العلاج النفسي قصير الأمد» المستخدم في ميدان الاضطرابات النفسية الأولية والثانوية ذات القيمة المرضية السؤال، فيما إذا كان بالإمكان عموماً تحقيق تصحيح دائم للصراعات ذات الشكل العصبي في وقت قصير.

ومن البديهي أن تكون الإجابة عن هذا السؤال هي النفي. إلا أن العلاج النفسي للتطورات المرضية يمكن في كل الأحوال أن «يمهد الطريق» وأن يجعل المريض يفهم الأسباب اللاشعورية، ويقربه من إمكانات تعديل اتجاهاته. أما إتمام هذا التصحيح فهو متروك للزمن. أما العلاج فهو يسعى نحو هذا التصحيح. ويؤيد مفهومنا للإنسان مثل هذه الفرضية. ذلك أن اتجاهات وتوقعات وأنماط ردود أفعال الفرد تتشكل وتتبلور وتتثبت خلال الطفولة المبكرة بصورة خاصة، وفي المراهقة وما بعدها أيضاً. ومن ثم فإن «إعادة تحويل» «بنية» تم اكتسابها بهذا الشكل من خلال عمل علاجي محدود الوقت يظل محض خيال.

ومع ذلك فإنه مما لا شك فيه فإن تصميم أسلوب العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد مبرر منطقياً. فعندما يدرك المعالج حدود عمله فإنه يوفر على نفسه وعلى المريض خيبة الأمل ويحرك التعديلات المرغوبة بحذر. إنه سوف ينظر للفرد كعضو في مجموعة يفترض لها أن تيسر التحقيق طويل الأمد للتعديلات المرغوبة وتثبيتها. ومن أجل تحقيق هذا الهدف لابد من أن يشرك الإطار المرجعي الاجتماعي المباشر للمريض.

## مدخل تاريخي

تم تطوير مفهوم «العلاج النفسي قصير الأمد» أو «العلاج قصير الأمد» في التحليل النفسي كمفهوم عام لوصف إجراءات نفسية علاجية مختلفة. وكان تطوير العلاج النفسي قصير الأمد ضرورة ملحة في معقل التحليل النفسي. فالعلاج النفسي بالتحليل النفسي اليوم يحتاج إلى ألف جلسة أو أكثر ويستغرق في المتوسط 500 ساعة موزعة على مدة تتراوح بين ثلاث إلى أربع سنين، في حين أنه يمكن للمعالج خلال هذا الوقت أن يعالج بين 20-30 مريض بالطريقة قصيرة الأمد.

وكان هناك مجموعة من التطورات التي أكدت على ضرورة تطوير أسلوب ملائم من العلاج منها ضغط الحاجة للعلاج والنقص في عدد المعالجين المؤهلين وضرورة البدء بالعلاج عند بدء الحدث العصبي الحاد لتجنب استفحال الاضطراب. وكان من البديهي أن تنبع المساهمات المهمة للعلاج قصير الأمد من المعالجين النفسيين العاملين في المستشفيات، حيث لم يكن العدد الكبير من المرضى المحتاجين للمساعدة يتيح استخدام التحليل النفسي طويل الأمد. ومن الأمثلة على ذلك نذكر بيك في مشفى جامعة بازل Basel والمجموعة البرلينية الباكرا بقيادة ألكسندر وهورني وشولتز-هينيكه، ومن مجموعة فينا بيكر ورايتر ومجموعة العمل اللندنية بالينت. هذا عدا عن الجانب الاقتصادي: فقد ذكر بيلاك وسمال على سبيل المثال أن إدارة التجنيد قد وافقت في الوقت بعد العام 1945 على ثلاث أو أربع جلسات علاجية نفسية فقط، بحيث وجد الأطباء أنفسهم مجبرين على ملائمة مدة العلاج مع التقييد التأميني المفروض عليهم.

كما أن بالينت قد اهتم بمطالب الطبيب العام وطور ما أطلق عليه تسمية «عشر دقائق من العلاج النفسي».

وفي العقود الأخيرة تطور شكل خاص من العلاج قصير الأمد يتمثل في «التدخل في الأزمات» في سياق المساعي نحو تطوير نماذج علاجية باكرة والوقاية من الأمراض والاضطرابات النفسية.

ضرورة أخرى نبعت من الدراسات الجائجة (دراسات الانتشار) المتعلقة بالانتحار. فقد أكدت هذه الدراسات وجود فرق بين الانتحار Suicide وشبه الانتحار Para suicide. فكلا الشكلين يشكلا متلازمتين مختلفتين عن بعضهما تكمن خلفهما أهداف شديدة الاختلاف. فقد أثبتت مجموعة من الدراسات في هذا المجال من ناحية أن أعضاء مجموعة شبه الانتحاريين قلما يميلون إلى إتمام عملية الانتحار، ومن ناحية أخرى فقد تراكمت الدلائل على ارتفاع معدل نسبة الانتحار بين الذين كانوا قد حاولوا في حياتهم القيام بعمل شبه انتحاري. ومن هنا انبثقت ضرورة التدخل في الأزمات أو التأثير فيها.

## 2

### تصور العلاج النفسي قصير الأمد

تتبع مسلمات العلاج النفسي قصير الأمد عادة من المفهوم المعمول به حول الاضطرابات العصابية. فنحن نركز هنا على شدة الصراع النفسي الداخلي المتخفي، أي اللاشعوري بالأساس، بوصفه السمة الأساسية للاضطرابات العصابية للصحة مع الأخذ بعين الاعتبار أن طرق العلاج النفسي المختصر ليست هي التقنيات المستخدمة في علاج العصابات. والمعيار الفاصل هنا يتمثل في وجود صراع بين نفسي متخفي أو كامن Latent، مع الإشارة إلى أنه ليس بالضرورة لهذا الصراع أن يرتبط بمعاناة ذات قيمة مرضية.

ويمكن تبرير مجالات الفاعلية (الاستطباب)<sup>(١)</sup> الواسعة هذا بأن الصراعات البين نفسية موجودة عند كل إنسان بدرجة شديدة أو قليلة الوضوح، ولهذا فهي على علاقة كبيرة إلى حد ما بالاضطرابات ذات القيمة المرضية. هذا بالإضافة إلى أن للأمراض الجسمية وجوه نفسية يعيشها المريض، ويفترض أن يتم تمثيل هذه الأمراض نفسياً كذلك، وهو أمر يغلب أن يمتنى بالفشل مما يستوجب ضرورة مواجهة التمثل الخطأ للمرض الجسدي بطريقة ملائمة، أي من خلال العلاج الروحي للمرضى. وفي هذا السياق لابد من التذكير بوجود وحدة جدلية بين النفسي والجسدي. فإذا اعتبرنا الأعراض النفسية والجسمية أنها ردود أفعال عضوية فسيقود ذلك بالضرورة إلى أن لردود الأفعال هذه وجه نفسي وآخر جسدي في الوقت نفسه. ولو أن التركيز يكون في مرة على هذا الجانب أكثر وفي مرة أخرى على ذلك الجانب. ولعل تجاوز أو عدم رؤية هذه العلاقة قد قاد إلى صعوبة تحديد وقياس العلاقة الجسمية والنفسية.

---

(١) الدلائل أو المبررات التي تبيح استخدام نوع ما من العلاج في علاج شكل محدد من الأمراض أو الاضطرابات (الترجم).

لقد فتحت طرق الإرجاع الحيوي البيولوجي Biofeedback-Methods لتحديد العمليات النفسية الجسمية، وحتى المتخفية منها الطريق. ومن هذه الناحية يوجد أمل؛ بغض النظر عن الرواج السريع للطب التقني apparatus Medicine في إعادة دمج المظهر النفسي في علم الأمراض الجسمية «الصرف» المغيب في الوقت الراهن عن الجانب النفسي كلية.

تظهر اضطرابات الصحة ذات القيمة المرضية على شكل اضطرابات ذات شكل عصابي وأمراض جسمية نفسية عندما يفشل التعويض والتكيف وعندما تخفق آليات الدفاع الأولية.

ومن هنا فإنه عندما يتعلق ظهور اضطراب في الصحة على شكل مرض وظيفي بالمعنى الواسع أو على شكل تضرر عصابي أو مرض نفسي جسدي بكمية شدة الصراع بين نفسي وليس بنوعية الصراع، فإنه لا بد من استخدام طرق العلاج النفسي قصير الأمد.

وينبغي النظر للتوجيه الخارجي للمريض وتشجيعه على القيام بنشاطات ذاتية بوصفها قطبان متناقضان من زاوية الطرق المستخدمة لحل الصراع. فالأسلوب القيادي من خلال المعالج قد يكون مدفوعاً بدافعين: الأول من التفضيل الشخصي ومن اعتبارات منطقية متعلقة بالمريض. والتوجه القائم على المريض يمكن تبريره ضمن شروط محددة على نحو التدخل في الأزمة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن الحلول التي يتم تقديمها من الخارج تهدئ الميول المتناقضة الأعمق لفترة عابرة، إلا أنه لا يمكن دائماً منع ظهورها المقوى لاحقاً. ومقابل طرق التوجيه الخارجي هناك الطرق التي تهدف إلى تشجيع المريض للقيام بنشاطات ذاتية يتم من خلالها حل المشكلة.

تجسد تصورات العلاج النفسي الدينامي أساليب العلاج المناسبة للتغلب على التنافرات المنتجة للتوتر ولصراعات الدوافع. ويهدف العلاج النفسي الدينامي إلى جعل العلاقات بين الصراعات الكامنة مدركة، ومن ثم يهدف إلى تحقيق شروط «النشاط الذاتي الحال للمشكلة».

ويمكن الاقتصار في النظر للصراعات على الرؤية العَرَضية كما هو الحال في العلاج المتمركز حول المتعالج لروجرز أو يمكن لهذه الرؤية أن تتناول البعد الطولي حيث يتم الاهتمام بمعنى الحاضر من خلال الماضي. ويعد العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج لكارل روجرز «تقنية محادثة نفسية». ويحدث الشفاء في هذا الأسلوب من خلال الاطلاع على حدة الصراع البين نفسي اللاشعوري بصورة قصيرة جداً. أما طرق الاسترخاء الذاتي والتنويم وخبرة الصورة بالتخيل *Katathemes Bilderleben* وطرق أخرى فهي لا تصنف ضمن العلاج قصير الأمد، طالما لا تهدف إلى جعل الصراعات البين شخصية شعورية ولا إلى تمثيلها العلاجي بصورة أساسية، بل يتم تصنيفها ضمن الطرق الذرائعية (البراغماتية).

تسعى أساليب العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد بادئ ذي بدء إلى تحويل الصراعات المتخفية إلى صراعات شعورية واضحة، مع العلم أنه ينبغي على كل علاج نفسي دينامي قصير الأمد أن يقتصر على وجوه محدودة، سواء فيما يتعلق بتاريخ الحياة أو فيما يتعلق بتحويل الصراعات المتخفية إلى صراعات واضحة. ويهدف العلاج عندئذ إلى خفض الكف والمقاومة والتضييق.

ويعد التحديد والبويرة *Focusing* والفعالية والتخطيط من المبادئ الأساسية للعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد. وفيما يتعلق بالتحديد يرى لوينر أنه ينبغي في البداية تحديد مدة وفترة العلاج. وعموماً يتم إجراء بين 10 إلى 30 جلسة، بتكرار أسبوعي بين المرة والمرة. ويمكن جعل الفواصل الزمنية أبعد في فترة اقتراب العلاج من نهايته. ويشير هايغل إلى تحديد شبيهه، حيث يتم الاتفاق على حصول جلستين إلى ثلاثة في الأسبوع وبمقدار ما يظهر التحسن يمكن تحديد تباعد أكبر بين الجلسات.

عموماً يقتضي العلاج فترة زمنية تتراوح بين السنة والستين ويستغرق العدد المتوسط للجلسات بين 50 إلى 60 جلسة ومن النادر أن تكون أكثر من مائة. ويقيد كلوفر مدة العلاج وتواتره أكثر، فهو يكتفي بعشرين جلسة علاجية موزعة على نصف

سنة بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع. ويشير فوغت إلى مدة علاجية تتراوح بين الجلسة الواحدة إلى أربعين جلسة، وتتراوح الفواصل بين الجلسات بين بضعة أيام إلى أسابيع.

ومن الأفضل تحديد مدة وإنهاء العلاج وحجم الفواصل الزمنية تبعاً للضرورات الذاتية للمريض. كما ينبغي تحديد الهدف من العلاج، على ألا يتصدر تعديل الطبع Character مركز الصدارة بل أن يكون في الخلفية. وليس المقصود بهذا الاستغناء عن التعديلات المتمركزة حول الشخصية، إذ أن شفاء الأعراض يقود في كل الأحوال إلى التشجيع وبالتالي إلى الشجاعة على الحياة وعلى تعديل وإنضاج الشخصية.

وفي إطار العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد لا يتم العمل على العرض بصورة مباشرة، كالتقنيات العلاجية السلوكية، وإنما هو عبارة عن طريقة متمركزة حول الشخصية، أما مواجهة الأعراض فيتم السعي إليه بصورة غير مباشرة. أما تعديل الاتجاهات والتصورات الشخصية فيتم السعي إليها بمساعدة تقنية التفسير والمعالجة .treatment

ومن الطبيعي أن يركز العلاج على العَرَض، إلا أن الأمر الفاصل هنا يتمثل في الهدف، ألا وهو جعل المعنى اللاشعوري للعرض مفهوماً بمساعدة البؤرة والعناصر الداخلية.

ومن هذا التحديد لهدف العلاج الذي يسعى نحو تحسن الأعراض تنبع ضرورة توضيق موضوع الديناميكية النفسية الذي ينبغي طرحه والاقتصار على مادة صراعية راهنة. ويتم في الوقت نفسه الاستغناء عن التطرق للتفسيرات النشوئية من خلال التعرض بصورة غالبية للشذوذ العصابي الذي يتجلى في هنا والآن.

ويرى لوينر أن التركيز على بؤرة يعد من ضمن مبادئ التحديد مستنداً في ذلك إلى شروحات بالينت الذي أوضح أن المشاعر الناشئة لدى معالج ما أثناء علاج مريض ما

ينبغي تقييمها على أنها عَرَض لمرض هذا المريض، دون وجوب استخدام هذه المشاعر كنقطة انطلاق للإجراء العلاجي. بل يفترض للمريض أن يقوم بفحص الأعراض بنفسه. ومن المهم أن يتم التعرف على التصور الذاتي عن المرض والتصور العلاجي النفسي وتفسيرهما من خلال إدراك المتعالج للدوافع الكامنة خلف لجوءه للعلاج وماهية الصورة التي يحملها عن مرضه. ومن أجل تحديد التصور العلاجي النفسي حول المريض على المعالج وضع تصور عن المرض وعليه أن يعرف ما الذي فهمه من حالة المريض. فإذا كان الأمر غير واضح فعليه الحديث حول ذلك وينبغي أن يتحقق أن التصور الذاتي عند المريض عن المرض متشابه مع التصور العلاجي النفسي وأن المعالج قد كون تصوراً حول نوع المساعدة اللازمة، وأن يشعر أنه كفاء لتحقيق المساعدة اللازمة، كما لا بد من مراعاة موقف المحيط الانفعالي للمريض من التغيرات المرغوبة.

أما مبدأ الاقتراب من الواقع الذي يتم تحقيقه في هذه الحالة من خلال تنظيم سير الجلسة العلاجية بوضعية التقابل Vis-à-Vis Position فيقود إلى تجنب الميول النكوصية البارزة.

أما المبدأ الثالث والقائل بتجنب تشكل التحويل فنذكره هنا من أجل تمييزه عن العلاج بالتحليل النفسي فقط. ويقول هذا المبدأ أنه يجب عدم مواصلة العلاج إلى أن يتجسد العصاب في علاقة المتعالج بالمعالج عبر ظاهرة عصاب التحويل. وهذا يتحقق في على سبيل المثال من خلال التطرق المباشر لظهور ظاهرة التحويل. وفيما يتعلق بالمبدأ الرابع، مبدأ الفاعلية في حالة الموقف السلبي علاجياً للمعالج فيشير لونه إلى أن الفاعلية تقتصر على تخطيط العلاج وعلى صياغة البؤرة (مع إهمال عناصر أخرى) ومعالجة أو تفسير المقاومة والتحويل وعلى استخدام الدعم والتشجيع بالإضافة إلى المواجهة اللازمة وتوجيه التحويل بوساطة «الخبرات الانفعالية التصحيحية» كما يرى ألكسندر. ويمكن اعتبار ذلك معلومات جديدة بالنسبة للمريض وذلك من خلال عدم ظهور

ردة الفعل التي يتوقعها المتعالج من المعالج بفضل حيادية هذا الأخير.  
إن فاعلية المعالج يجب أن تتجه دائماً نحو الاحتفاظ بالعلاقة في الموقف الراهن  
وإلا سوف يحدث نكوص شديد العمق.  
وبعد أن قمنا بعرض تصور العلاج النفسي قصير الأمد من خلال وصف طبيعة  
التخطيط والفاعلية والبؤرة وتنظيم العلاج بصورة عامة سنقدم عرضاً تفصيلياً لتقنيات  
وطرق العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد.

# 3

## تقنيات وطرق العلاج المختصر

يمكن استخدام العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد في العيادة الداخلية والخارجية وفي إطار العلاج في المجموعة والعلاج الفردي. كما يمكن استخدام أسلوب العلاج المتقطع Intermittent سواء بالنسبة للعلاج في العيادة الداخلية أم الخارجية، حيث يتم تنظيم «سلسلة علاجية». ويمتاز المريض هنا المرحلة العلاجية المعينة ضمن مجالات محددة بدقة في نظام علاجي متدرج. وقد أشار كل من بيلاك وسمال إلى أن هذا المظهر ليس إلا مظهر «التسلسل Spacing» المعروف في نظرية التعلم، المتضمن التدرج الصحيح لعملية التعلم، حيث يلاحظ ظهور النجد Plateau بعد ذلك في كل منحنيات التعلم. فعندما يتم الوصول إلى مستوى محدد فإن مجرى التعلم يثبت، ويصبح راکداً. وهذا الركود يؤثر على مجرى العلاج بصورة معيقة retardant.

وتقود هذه الحقيقة إلى ضرورة استخدام علاج محدود أو إيقاف العلاج واستخدام علاج متقطع، يتجنب حدوث تعلق كبير.

ويكمن الفارق الأساسي بين الإطار الفردي والإطار الجمعي للعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد في استخدام تقنية التفسير (التبيين): ففي التحليل الجماعي لا بد من مراعاة أن الفرد يعتبر حاملاً «لعرض» صورة جماعية محددة من التحويل والمقاومة وأن نشاط الفرد - ممثلاً لمطلب المجموعة - يمكن أن يعبر عن نمط أولي للدور الذي يعكسه «تاريخ المجموعة» الفردي لهذا المريض.

وينبغي كذلك في العلاج النفسي قصير الأمد استخدام تقنيات التعلم من خلال التبصر والإشراف. ويعتبر في هذا السياق كفاً أنماط السلوك غير المرغوبة الهدف الأساس لكل علاج نفسي وينبغي تدعيم إمكانات الإشباع من خلال الخبرات في الحياة الواقعية.

واستناداً إلى فرضيات علم النفس الجشطلطي يضيف كل من بيلاك وسمال التعلم بالمحاولة والخطأ أو التعلم بالإشراف من خلال التعلم بمساعدة تحديد الهيئة «التبصر بالشكل». وهنا من الضروري ألا يصبح عدد المثيرات كبيراً جداً وإبراز السمات الأساسية المهمة وسمات الشكل «الجشطلط»، بحيث يعقب ردة فعل موجهة وانتقائية ومتكاملة. وبناء على ذلك فإن الأمر يتوقف على التنظيم الملائم للمادة من أجل التسهيل على المريض التخلي عن السلوك الشاذ والتخفيف من الروتين الحلي المثبط من خلال تشجيع التبصر. وأخيراً فإن فهم مشكلة أو موقف ما يعد أهم من التكرار المستمر.

### 3.1 البحث عن البؤرة

يشير بالينت في كتابه الذي يحمل عنوان «خمسة دقائق لكل مريض» بأن طريقة ما يسمى «بتقنية التحري» Detective Technique طريقة غير ملائمة. في هذه التقنية يتم تجاهل علاقة المريض بالمعالج. فتحديد نوعية هذه العلاقة يقود إلى «تشخيص متبادل Interrelation Diagnoses». ومن ثم فإن هذا الإهمال سيقود بالنتيجة إلى عدم استطاعة المريض والمعالج التواصل على موجة مشتركة أثناء المعالجة العيادية. ولعل الاعتماد المتطرف على طرح الأسئلة من إحدى أهم سيئات «تقنية التحري». فالأسئلة غالباً ما تدفع الناس لاتخاذ موقف دفاعي، والحقائق وحدها لا تضمن للإنسان فهم الآخر.

في المقابلة الأولى ينبغي أن تتبلور بعض وجهات النظر الأساسية. وتهدف المقابلة الأولى إلى بناء فرضية نفسية ديناميكية حول المنشأ الممكن للأعراض. ويؤكد مالاند على شيء مشابه لفكرة بالينت، وذلك بضرورة التفاعل الناجح بين المريض والمعالج وهو يقسم هذا التفاعل إلى أربع خطوات:

1- يقدم المريض مادة،

2- وتمكن هذه المادة المعالج من صياغة البؤرة،

3- يقدم المعالج البؤرة للمريض

4- يقبل المريض هذه البؤرة ويعمل معه.

وقد ظهر مفهوم الصراع البؤري للمرة الأولى في عام 1985 من فرينش، حيث وصف الصراع البؤري بأنه قريب من الشعور، ويعبر عن نفسه في تعابير وأنماط سلوك المريض وهو ينشأ عندما يتم صد الرغبات والدوافع مما يقود إلى ضرورة التشويه. وينشأ الصراع البؤري عن الصراعات الأساسية الكامنة والمكتسبة باكراً. ومن خلال البؤرة أو الصراع البؤري «الصيغة الداخلية للفرضية الديناميكية النفسية» وينبغي تفسير الأهمية اللاشعورية للأعراض (أو جعلها مفهومة). ويوضح بيك الصيغة الديناميكية من خلال مثال جيد لمتعالج يبلغ من العمر 38 سنة يعاني من اضطرابات في القدرة الجنسية: «إني أهتم بشدة لرغبات النساء (الأم)، بحيث أني لا أحصل على حقي أبداً، وكذلك في الممارسة الجنسية، فإني أهتم بإرضاء زوجتي أكثر من إرضاء ذاتي. وبما أني أشعر بالإحباط جراء ذلك فإني أخذل زوجتي في الحصول على المتعة عبر عجزى (via Impotence)».

وفي الأعراض النفسية الجسدية بالتحديد يغلب للموقف المثير أن يكون هو المعبر الوحيد للفهم الديناميكي للمرض. وصياغة البؤرة لا تعني التفسير بعد أو تقديم المعلومات للمريض.

ويعتبر مالان أن تقنية كارل روجرز المسماة «التقنية التفكيرية (reflective Technique)» مناسبة من أجل إيجاد الحد الأدنى من الفرضية الدينامية النفسية، حيث يتوصل المريض للاستبصار من خلال البحث الذاتي. فلبؤرة إذا علاقة بالشكاوى الراهنة وبإشكالية المريض، وينبغي أن تكون قد تحددت بين المريض والمعالج خلال الجلسات الأربعة الأولى من العلاج على الأقل.

ويرى كلوفر أن العلاج البؤري شكل من أشكال العلاج قصير الأمد. وهو يأخذ

بعين الاعتبار أثناء طور الفحص الهادف لصياغة البؤرة مدى الأوجاع ومدى التحويل ومدى المحاولات غير المجدية في حل الصراع. وينصح بتحديد أساس للبؤرة يتضمن ثلاث أو أربع عناصر. وقد اتضح أن هذه العناصر مهمة. ومن المفيد هنا لو تم التمكن من خلال عنصر البؤرة من تحديد أو إقامة علاقة بالجسد. ويمكن للبؤرة أن تتجه نحو العواقب «الخارجية» بشدة الصراع البين نفسي التي تعبر عن نفسها من خلال السلوك، إلا أنها يمكن أيضاً - طبقاً لفرضية مالان- أن تكون موجهة نحو تفسير الأعراض. ومن أجل توضيح ذلك نسوق المثال التالي:

أمكن مع مريض يعاني من ضعف القدرة على توكيد الذات اختيار هذا السلوك كبؤرة. ومن خلال إدراك المكبوت، على شكل ضعف القدرة على التوكيد من خلال التماهي مع أب يعيشه المريض على أنه عديم القيمة، أو على شكل ضعف التوكيد نتيجة الاحتقار المستمر للأب بشكل مُقَنَّع مترافق مع العجز المتتابع عن الظهور الاجتماعي بصورة أفضل من هذا الأب يمكن فهم البؤرة بمعنى التعديل.

وينبغي في العمل العلاجي اختيار البؤرة بشكل تكون فيه قابلة للصياغة في صورة بعد قريب من الخبرة بالنسبة للمريض. وبناء عليه ينبغي على المعالج أن يختبر عند تحديد البؤرة فيما إذا كان المريض يستطيع تحقيق تحويل للصراع الكامن إلى صراع شعوري. ومع ذلك ينبغي أن تكون البؤرة مختارة بحيث يكون لها وزناً كافياً لتتيح تحقيق تغيير إيجابي لوضع إيجابي. ويتحدث بيك في هذا السياق عن استعراض للسيرة المرضية يتراوح بين الجلسة والثلاث جلسات، إلا أن ريشينبيرغ الذي يقترح مدة المقابلة الأولى بين 30 إلى 50 دقيقة لا يهدف إلى صياغة البؤرة بنتيجة الجلسة الأولى بل يرى أنه من الأفضل أن تتحدد الجلسة الأولى موقفياً من قبل المريض. أما سلوك المعالج فيبقى هنا غير فعال. ويظهر هنا جو عاطفي محدد يتسم بأهداف شعورية، وأكثر بأهداف لا شعورية بالنسبة للمريض. وطبقاً لقسر التكرار يتم في كل مرة بناء مواقف محددة معتدلة التصميم بطريقة فردية. وقد وصف أرغالاند هذه المواقف على أنها «وظيفة مسرحية للأنا». إذ أنه يطلب من المريض وصف الآلام والشكاوى، وعلى

المعالج الانتباه بصورة خاصة إلى «الإشارات الانفعالية» الموجودة في الجو الخاص للمقابلة الأولى، التي تنعكس على سبيل المثال على شكل عدواني أو قلقي أو حزين أو بشكل طالب للعطف أو العارف. وعند نهاية المقابلة الأولى يمكن للمعالج أن يقول للمريض أنه قد لاحظ إلى جانب السرد الوصفي حالة محددة، ويمكن أن يتبع ذلك سؤال فيما إذا كان المريض قد لاحظ ذلك أيضاً. وفي حال أكد المريض على ذلك يمكن سؤاله فيما إذا كان قد لاحظ في السابق كذلك أنه في مواقف محددة قد انتشر مثل ذلك المزاج بشكل لا إرادي. وينبغي إنهاء المقابلة الأولى بإشارة المعالج إلى أهمية مثل تلك الإشارات الانفعالية التي تساعد في بعض الأحيان على تفسير المحتوى.

وبسبب الأهمية الكبيرة للمواقف المثيرة فيما يتعلق ببناء البؤرة نشير إلى تلخيص للعوامل المثيرة من أربعة وجهات نظر ديناميكية نفسية نقتبسها عن كالنر:

- 1- فقدان الموضوع،
- 2- ارتباط مخيب للآمال بمصادر مساعدة باكرة،
- 3- التماهي بشخص آخر،
- 4- انفجار لدوافع غير قابلة للضبط.

ويشكل تاريخ الحياة المصدر الثالث للمعلومات. وهنا تترك الحرية للمريض في سرد تاريخ حياته بشكل كامل دون سؤاله. وقد أشار بالينت بهذا الخصوص «بأن من يطرح الأسئلة يحصل على الأجوبة، ولكن غير ذلك لا شيء». وإذا ظهر على المريض أثناء عرضه للموقف المثير رد فعل قَلِق في السلوك والتعبير فينبغي تقييم ذلك على أنه إشارة ملائمة من الناحية التنبؤية. وينبغي أن يشرح المعالج للمريض أنه قد يزداد العرض سوءاً أثناء ملامسة الصراع المشحون انفعالياً. كما ينبغي تقييم هذا الازدياد سوءاً على أنه مهم. وعند استعراض السيرة الذاتية للمريض ليس من المهم الاستيفاء بل على المعالج الانتباه فيما إذا كان يركز على بعض النقاط وأين يتم هذا التركيز. وفي حالة ترك بعض النقاط يمكن مناقشتها في النهاية. ويمكن للصراع المخمن في الموقف المثير بنتيجة استقصاء السيرة المرضية أن يكون مرتبطاً بخبرات محددة من السوابق

التاريخ حياتية. وبهذه الطريقة يستطيع المريض والمعالج تحقيق هدف البحث المشترك عن البؤرة. ومن أجل إيجاد البؤرة ينصح ريشينبيرغر «بالتأرجح بين المستويات الأربعة: صورة الأم، الموقف المثير، المنشأ النفسي، وموقف المعالج-المريض الراهن». ويؤكد على أن استمرار الصراع يجب أن يتم دائماً من خلال تحليل النقل وذلك بأن يتبع المعالج جذور علاقة النقل.

ويرى بيك أن مجرى العلاج غالباً ما يتعلق بموضع التأكيد في صياغة البؤرة. ويمكن القول بشكل عام بأن صياغة البؤرة المتمركزة حول الدفاع تكون أكثر إنصافاً لأنها ومقبولة أكثر من المريض. ويمكن توضيح كلا الإجراءين من خلال مثال حول حالة المريض الذي عرضنا له في السابق الذي يعاني من العجز الجنسي:

هنا يمكن صياغة بؤرة متمركزة حول الدفاع على النحو التالي: «أنا أخاف من غرق قضيبتي في المرأة عندما تتلقفه بداخلها»، كما يمكن صياغة بؤرة متمركزة حول الدافع «أريد للمرأة أن تصطادني مع قضيبتي وأن تتلقفني وأن أتبخر فيها». وأخيراً ينبغي إكمال البؤرة وتوسيعها في مجرى العلاج وأن يتم تحديدها أكثر.

تهدف الجلسة الأولى للتشخيص، ويهدف التشخيص إلى تهدئة قلق المعالج وذلك بأن يشعر أنه سيد الموقف. وتعد ثقة المعالج أساساً طيباً للعلاج. ولا يجوز للتشخيص أن يصف بقعة مشوهة ومظلمة من الإنسان بل عليه أن يفهم الإنسان في معاناته وإلا ستكون ثقة المعالج على حساب انقسام المريض. وليس من المستحسن استقصاء المريض بشكل مباشرة وبصورة آلية، وينبغي أن تكون وظيفة الاستقصاء وفق المبدأ الأساسي للتشخيص المتمثل في التعرف شيئاً فشيئاً على شيء ما، مستمد من هذا الإنسان الذي يعاني. ومن ناحية أخرى يصف التشخيص التقليدي المرض وليس المريض، وهو في هذا الجانب يحمل في طياته خطر أن يستخدم كل من المعالج والمريض التشخيص لبناء المرض، أي أن يستخدمه لأغراض دفاعية كي لا تتم ملامسة الصراعات الروحية الكامنة خلف ذلك. لهذا تنصح مجموعة بالينت إجراء «تشخيص كلي» يحيط بالأوضاع الجسمية والانفعالية للمريض وبعلاقاته بنفسه وبالآخرين بمن

فيهم المعالج.

وبسبب الأهمية العملية للتشخيص الكلي الذي يستند إلى علاقة المعالج بالمتعالج فقد اعتبر التشخيص الكلي «تشخيص علاقة متبادلة (Interrelation Diagnosis)».

ينبغي للتشخيص الكلي أن يحقق الفرضية المتعلقة بالسؤال حول ماهية المشكلات التي قادت المريض للمعالج. ويتفق كثيرون من ممارسي المهنة على أنه من الممكن للمعالج أن يخبر المريض في نهاية المقابلة الأولى عن برنامج العلاج والموعد المتوقع لنهاية العلاج إلا أنه يفترض ألا يتم القيام بذلك بشكل شديد الجمود. وأخيراً تأتي في نهاية التشخيص صياغة هدف العلاج والمآل. وينبغي للأهداف القريبة دائماً أن تراعي ما يُطمح إليه كنتيجة نهائية.

ويوجد في الأمراض النفسية الجسدية تقييد فيما يتعلق بالبحث عن البؤرة: ففي مثل هذه الأمراض يصعب في البداية تحديد البؤرة، أو حتى لا يمكن تحديدها على الإطلاق. فوعي الصراع وضغط المعاناة لا يكونان موجودان هنا على الأغلب، وعلى هذا الأساس فإنه يمكن هنا إما استخدام سمة الطبع العصابي أو نمط رد الفعل العصابي كخط توجه مبدئي أو اختيار بؤرة جانبية. ومن أجل فهم الاضطراب الأساس يحتل الموقف المثير أهمية خاصة. وفي أغلب الحالات تلاحظ في الاضطرابات النفسية الجسدية سمات طبع اكتئابية-قهريّة. ويمكن لسمات الطبع هذه أن تفيد كخط موجه. ويجب الانتباه إلى مضاد الفاعلية (مضاد الاستطباب) التالي: إذا أدى الأمر عند تشكل العرض النفسي الجسدي إلى ضرر عضوي ذو قانونية خاصة معينة، على نحو حدوث تقرح في الاثني عشري أو الربو الشُعبي، فإن العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد لا يكون كافياً هنا.

### 3.2 تقنية الوميض كوسيلة تشخيصية في العلاج

تحتل «تقنية الوميض» (أو البارقة) Flash Technique في التشخيص والعلاج دور

الوسيط. ويعني «الوميض» بشكل تقريبي الإدراك اللامع كالبرق أو الإدراك البارق. وقد تم تطوير هذه الطريقة من قبل مجموعة بالينت M. Balint لأن التعامل مع «صراع بؤري» للمريض يستغرق 15-20 دقيقة لا يتلائم مع موقف العلاج في المراجعة الطبية. ومن أجل توضيح هذه التقنية نسوق المثال التالي: حضرت مريضة بالربو للجلسة الثانية لاهثة ومتكدرة لأن الطبيب لم يصف لها الدواء المضاد للربو على ما يبدو. وعندما قال لها أنه يعتقد أنها غاضبة منه أكدت ذلك وأجابت أنه لا يفعل لها شيئاً، وتحدثت عن سخطها من مديرها الذي وضع آلة تصوير ذات رائحة مزعجة في الغرفة التي تعمل بها مما يجعل حالتها تزداد سوءاً. وفي ومضة كالبرق وفي إحساسه أنه فهمها قال المعالج ربما كان المدير وهو نفسه (أي المعالج) ليسا وحشين. ما عليهما إلا أن يعرفا ذلك كي يقوما بشيء مناسب لها. وقد وضعت ي. بالينت I. Balint ثلاث خطوات موجهة لتقنية الوميض:

أولاً: على المعالج ألا يقيد نفسه كثيراً في علاجه بنظريات ومسائل محددة متعلقة بالنظريات. وتحذر ي. بالينت من أن الحرية تكون مفيدة عندما ترتبط بالنظام. وهذا يعني في حالة «تقنية الوميض»: تنظيم الملاحظات الدقيقة واليقظة والاختبار الدقيق لكم مما تمت ملاحظته نشأ من المريض وكم منه أسهم فيه المعالج.

ثانياً: ويتعلق الشرط الثاني بالاستنتاجات التي يستخلصها المعالج من ملاحظاته، والتي عليه أن يجربها بينه وبين نفسه. عليه أن يتماهى مع المتعالج وأن يبني تصورات حوله وأن يكون فاعلاً من خلال إعطائه تعليق أو تفسير ليختبر فيما إذا كان على الأثر الصحيح، ومن المهم هنا بشكل خاص إدراك ما ينزعج المريض منه أثناء الجلسة.

ثالثاً: وتقوم قاعدة العمل الثالثة على حق المريض بالاحتفاظ بحياته الخاصة لنفسه، وأنه ليس عليه أن يكشف عن أسراره. وعندما يجيب المريض أمراً ما فليختبر المعالج يحذر فيما إذا كانت توقعاته صحيحة. ويتعلق الأمر هنا بالإفساح للمريض إمكانية الإفضاء، فإذا تقبل المريض العرض الذي يعرضه عليه المعالج وظهر عنده «بارقة flash» استجاب له المعالج من ناحيته فعلية الانتباه للمساهمات الذاتية للمريض في العملية

العلاجية وبضبط شديد للذات من قبل المعالج.

ووفقاً لشروح ي. بالينت فإن «البارقة flash» نفسها ليست تشخيصاً، وإنما هي حدث تحقق جواً خاصاً يمكن من خلاله للتشخيص اللاحق والعمل العلاجي أن يمضيا نحو الهدف بدقة أكبر، وبكثافة أكبر مما هو ممكن في العادة. ويمكننا هنا الحديث عن «حدس مضبوط» يتم استخدامه بطريقة مهنية. والوميض أو البارقة لا تشبه ما يسمى «بالتشخيص الصاعق» Lighting Diagnoses والتفسير بالمعنى الضيق، ولكن يمكن أن تكون له مثل هذه العاقبة: فلدى المريضة المذكورة سابقاً تم استحضار الانفعال المثير للخوف، المتمثل في حنقها على الرجال، إلى ساحة الشعور، وأوضح لها المعالج أنه ليس هناك من داع للخوف من الرجال لدرجة كبيرة لأن الرجال وأولئك الذين يمتلكون مراكز قيادية ليسوا وحوشاً من جهة، ويمكن لهم أن يراعوها من خلال لفت بسيط للانتباه. وخلاصة القول يتم من خلال «الوميض» تركيب نوع من المجال البؤري يتصف بانسجام كبير بين المعالج والمريض.

### ٣,٣ التفسير والعلاج

المقصود بالتفسير هنا «التأثير الذي يعطي المريض رؤية جديدة في العلاقات حول نفسه». وبدء التفسير يكون في طور البحث عن البؤرة (أنظر الفقرة: 3.1) حيث يُنصح فيه بالتفسير المبكر في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد بهدف صياغة البؤرة من خلال تفسير اختباري. وقد اقترح لوخ Loch أن تكون البؤرة هي الصراع الذي يعبر المريض فيه عند التفسير الاختباري عن النتيجة المرعبة على شكل إجابة انفعالية. فإذا استجاب المريض لتفسير معتدل أي إلى تأويل متمركز حول الدفاع بتكدر واستياء فإن هذا إشارة إلى أنا ضعيفة نسبياً. وبعد صياغة البؤرة فإن التفسير الذي يجب أن يقدم مراراً هو التفسير المباشر للتحويل والمقاومة، وذلك بالقدر الذي تكونان فيه واقعتان في مجال البؤرة. وينبغي بصورة خاصة ملاحظة ردود الأفعال كالمخاوف والنفور والتحفظات وخيبات الأمل كظواهر مقاومة في العلاج باعتبارها تعيق التقدم الفاعل

للعلاج. وهنا تنطبق القاعدة القائلة: إن العمل في المقاومة يجب أن يكون في مقدمة كل التأويلات الأخرى. ومن المهم بالنسبة لتقنية التفسير أن التفسير يجب أن يتم أولاً عندما يقف المريض قريباً من صلة المعنى الجديد وعندما يدرك الرؤية الجديدة من تلقاء نفسه إلى حد ما. ويهدف التفسير إلى كسر الدفاع، ولا يهدف بالضرورة إلى كشف السر، إلا أنه على العلاج أن يسعى نحو تحقيق هدف استقرار وظائف الدفاع. وينبغي لآليات الدفاع أن تكون متوفرة بمرونة واستبدال غير الصالحة منها بآليات أكثر ملائمة. ومن ضمن آليات الدفاع الأخرى الأقل فائدة الإنكار والإسقاط والتبرير والإلغاء الهوامي. كما أن الأشكال الباكرة من آليات الدفاع أقل فاعلية لأنها تحتاج باستمرار إلى التجديد، ذلك أن العكس لما هو مصدود يعني دائماً الواقع.

وفيما يتعلق بالاستعانة بتأويل الأحلام يتحفظ بعض ممثلي المصدر التحليلي النفسي في الدراسات المتعلقة بالعلاج قصير الأمد. ولكن إذا علمنا بوجود بعض الخبرات، بل أقرب بعض النصائح في تحليل ومراعاة كل الأحلام خصوصاً تلك الواقعة قرب البؤرة فإن سبب وجهة النظر الغربية يكمن في أن تأويل الأحلام يعد مكوناً أساسياً للتحليل النفسي، ومن ثم فإن التقييد المتعلق بالعلاج النفسي المختصر هو تقييد نسبي. أما العمل مع الأحلام في المجرى التشخيصي والعلاجي فلا يعد بأي شكل من الأشكال عندنا قاعدة. ففي علاج في المجموعة لبنية عصابية انتحارية قمنا بعلاجها عند شابة لم تظهر في التقارير اليومية المكتوبة بشكل روتيني وقائع ودوافع عدوانية إلا في تلك المتعلقة بتدوين الأحلام، ومن خلال ذلك أمكننا العمل مع المريضة من خلال تفسير انقسام الدوافع العدوانية عند المريضة ومدى هذا الانقسام.

كما ينصح في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد باستخدام تأثيرات غير تأويلية، إلا أن ذلك لا يعد برنامجاً، بل أنه من الأفضل استخدامها هنا وهناك في مجرى العلاج. ويشير بيك لاستخدامه من أجل:

1- تحسين الإدراك الذاتي للمريض فيما يتعلق بنشوء العرض والموقف المثير،

- 2- تحسين اختبار الواقع لتقوية الثقة بالنفس من خلال تنمية قدرة المريض على الخيال الدقيق (على نحو تخيل الأحداث في سياق حدوث رهاب الأماكن العامة في الشارع)،
- 3- تشجيع وتثبيت قيمة الذات من خلال عرض أمثلة خارجية مشابهة أو حتى أسوأ،
- 4- معلومات جديدة للمريض من قبل المعالج من خلال تعليقات عملية بسيطة أو من خلال الخبرة الانفعالية التصحيحية المذكورة، بنتيجة الحيادية العلاجية للمعالج،
- 5- تأييد وتشجيع المريض (من الناحية الدينامية النفسية يعد ذلك تعبير عن أن المعالج يتماهي مع جزء من المريض).

على أية حال ينبغي التحفظ بصورة أساسية فيما يتعلق بالإجراءات الداعمة للتشجيع والتنشيط. فالنصائح لا لزوم لها بل وضارة. وتقديم إمكانات للسلوك هو وحده المبرر.

وفيما يتعلق بعمل التفسير يمكن التأكيد على نصيحة مبدئية قدمها ميتسل بناء على خبراته العلاجية الخاصة، خصوصاً في علاج الشبكات التوهم مرضية (المراقية hypochondria). فهو ينصح بكشف المنشأ النفسي بسلوك طريق غير مباشرة. وينبغي التأكيد للمريض أن الآلام الجسدية تظهر أيضاً عندما يتم صد مشاعر القلق اللاشعورية وسوف يقوم في المستقبل الحديث عن المخاوف عند المريض لأنها هي الأعراض المرضية الحقيقية بدلاً من الحديث عن آلام القلب. وحتى عندما لا يمكن تحقيق هذا الهدف في الواقع بصورة كاملة، ذلك أنه يتم تخفيف القلق في الواقع من خلال آليات الدفاع العاملة لا شعورياً.

غير أن الاستبعاد الحاسم للمُعَادِلَات الجسدية للقلق يثبت أنه مفيد. وينبغي التأكيد بشدة على التحذير من الانشغال الطويل بتاريخ النمو، لأن المريض يميل بسرعة لتطوير مقاومة «هكذا رُبيت». وأخيراً ينبغي تجنب تحقيق التوقعات السلبية بشكل قاطع وبصورة هادفة.

العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد

---

## فاعلية العلاج قصير الأمد

يجب ألا ينظر للعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد على أنه علاج مؤقت، بل أن الأمر يتعلق بطريقة اختبار الفاعلية المعنية الملائمة. ويمكن تعداد المعايير التالية التي تعد متغيرات غير مناسبة للمريض فيما يتعلق بتحديد الفاعلية:

- الطبيعة غير الملتزمة،
- الميل للإهمال،
- مواقف الأريحية،
- السلبية،
- الدافعية المنخفضة،
- التحمل الضعيف للقلق،
- الميل للتمسك بأشكال المشاعر وردود الأفعال القديمة (أي لزوجة الليبدو وفقاً لفرويد).

كما تعد الدرجة العالية من الاكتساب الثانوي للمرض من مضادات الفاعلية. وقد عالج بيك بصورة موسعة القوة النسبية المطلوبة للأنا عند المريض. وتظهر هذه القوة في القدرة على إدراك الواقع الخارجي بصورة منطقية ومطابقة وفي إمكانية التلاؤم مع المتطلبات الخارجية وفي القدرة على امتلاك علاقة ثابتة بشخص واحد على الأقل وفي التوجيه المضبوط للدافع وفي القدرة على تحمل الإحباطات وفي ثبات ردود أفعال الدفاع وفي سلامة الإدراك والفهم واللغة والإمكانات الإبداعية.

وتحدد دوافع العلاج عند المريض الاستعداد للتحويل والتغيير الداخلي معياراً مهماً للفاعلية. ويشير بيك في هذا السياق إلى مراحل الدافع التي حددها رادو على النحو التالي:

- 1- الموقف والتوقع السحري المتمثلان في أن المعالج يستطيع الشفاء بفضل قوى سحرية،
- 2- موقف-الطفل-والوالدين مع توقع تحقيق الرغبات نتيجة «للسلوك المؤدب».
- 3- استعداد المريض للتعلم بالتعامل مع ذاته بصورة أفضل،
- 4- استخدام المعالج كمساعد على المساعدة الذاتية.

ويرى بيك أن المرتبة الثالثة والرابعة من الدوافع مناسبتين من أجل استخدام العلاج النفسي. في حين يعتبر دورسين Dorsen المعايير التالية ملائمة للعلاج قصير الأمد:

- 1- الواقعية المشوبة بقليل من الحذر،
- 2- المقدار العالي من الحضور الداخلي (وهو القدرة على التركيز بصورة كاملة ومكثفة على مريض ما وإقامة رابط داخلي متوازن معه)،
- 3- غنى الخواطر والرؤى حول اتجاهات الحياة المتغيرة،
- 4- المعرفة الكافية
- 5- غياب «التحويل المضاد الفمي- المستقل» أو التحرر منه. (لا يجوز للمعالج أن يميل للرغبة في الاحتفاظ بالمريض لأسباب ليدوية وخصوصاً لأسباب فمية)،
- 6- عدم الصبر الفمي مع التدخل الباكر إلى حد ما والغالب في الحدث (لا يجوز للمعالج أن ينتظر مادة خبرة من المريض لفترة طويلة قبل أن يقدم التعليق المساعد في النهاية).

وقد نصح نونينس باختبار مسألة: أي معالج ملائم لهذا المريض. ينبغي لقيود المعالج أن تكون معروفة وينبغي التعرف عليها وينبغي للفاعلية أن تتوافق مع ذلك. ومن متغيرات المعالج المهمة لاختبار الفاعلية يسوق دورسين الأفكار التالية: يعد

تجديد مخاوف المريض من الجنسية المثلية الذاتية غير ملائم للعلاج قصير الأمد خصوصاً لأن هذه المخاوف تدعم المقاومة. والأفضل هو ميل المريض لبناء نقل أقرب لأن يكون مصبوغاً بالإيجابية ومليئاً بالثقة تجاه المعالج، وكذلك الميل إلى عدم تجديد الخوف من الجنسية المثلية الذاتية - حتى في حال كانت تلك موجودة - فوراً ومباشرة في شخصية المعالج. وعندما يتوافق كل من الجنس والسن بين المعالج والمتعالج يكون احتمال ظهور موقف التحويل الجنسي المثلي والمعيق مع كل المخاوف التابعة لذلك كعامل إزعاج أكثر احتمالاً. ومن الأفضل حسب رأي دورسن تطوير تحويل - أمومي - إيجابي مملوء بالثقة من المريض إلى المعالجة الأنثى وتحويل - أبوي - إيجابي مطابق للمعالج الذكر، إذ أنه من المهم هنا أن يعيش المريض نموذج الأم أو الأب بدور وبتوافق أفضل مما خبره المريض يوماً ما من أسرته الخاصة.

وتختلف الآراء حول الشك في فاعلية العلاج المختصر عند وجود تحويل سلبي: إذ يرى بيلاك وسمال أن التحويل الإيجابي ضروري جداً بشكل عام، ولكنها يقران أن المظاهر السلبية للعلاقة يمكن أن تكون مثمرة علاجياً وخصوصاً عندما يعيق العلاج أو عندما يشكل جزءاً أساسياً من المهمة العلاجية. وي طرح مالان إلى أي حد يمكن أن تحل محل المشاعر السلبية تجاه المعالج محل مثلته التي يغلب ملاحظتها في بداية العلاج وذلك عندما يتم في نهاية العلاج التخلي عن الرعاية. وبما أن تفسير التحويل السلبي الناجم هنا وعلاجه يعتبران مهمان من الناحية العلاجية، فإن ذلك يمثل سبب آخر لأهمية معرفة المريض بموعد إنهاء العلاج بشكل مبكر. فإذا لم يحدث ذلك فهناك خطر استمرار المثلية. عدا عن ذلك تجيز لنا ملاحظتنا الذاتية في العمل العلاجي الاستنتاج أن التحويل السلبي الذي يظهر باكراً والذي ليس له علاقة بإنهاء العلاج لاحقاً، وإنما يملك جذوره في مشاعر المريض تجاه أشخاص إطاره المرجعي في الطفولة ليس بالضرورة أن يستتبع تقييدات في الفاعلية العلاجية للعلاج قصير الأمد، في حال القيام بتفسير مثل هذا التحويل بصورة مكثفة وكافية.

وربما تكون الفروق في الحكم على هذه المسألة ناجمة عن الفهم المختلف لمفهوم

«التحويل». ويؤكد بيك أنه يجب التفريق بين الأجزاء اللاعقلانية (العصابية) والأجزاء العقلانية (غير العصابية إلى حد ما). فنمو التحويل الإيجابي المدفوع بصورة لاعقلانية غالباً ما يقود إلى المقاومة في العلاج، في حين تكون الأجزاء اللاعصابية للعلاقة الإيجابية مرغوبة. ويستخلص بيك كذلك أن علامات التحويل السلبي اللاعقلاني لا تعتبر سبباً معيقاً للعلاج المختصر بل أنها على العكس تشكل دعامة للتفسير وتقدم المساعدة للمريض. وعلى العكس من ذلك فإن الموقف المضاد للعقلاني الشعوري تجاه المعالج يجعل العمل الفعال في العلاج قصير الأمد غير ممكن. وهذا يثبت بأنه هنا لا يمكن أن تنشأ علاقة عمل على الإطلاق. وحسب فرضية مالان Malan المحافظة فإن المرضى الأكثر ملائمة للعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد هم أولئك الذين يعانون من شكل خفيف من المرض والقائم منذ مدة قصيرة إلى حد ما. وحسب فرضيته الديناميكية والمتطرفة فإن المرضى الذين يبدوون منذ البداية الإرادة والقدرة على العمل مع المعالج في المعالجة الكاشفة هم الذين يمتلكون تنبؤاً أفضل. عموماً يظهر أن قوة الدافع عند المريض أو مقدار القدرة على التبصر عند المعالج يشكلان الشرط الحاسم للحكم على الفاعلية والمآل.

وقد أشار فوغت إلى معيار من معايير الفاعلية قد يبدو للوهلة الأولى غير معقول، خلاصته أنه يمكن استخدام العلاج قصير الأمد حتى في حال وجود درجة عالية من الاضطراب وفي حالة وجود موقف حياتي غير ملائم على الإطلاق، حتى في حال كون العلاج النفسي طويل الأمد غير ممكن أو حتى عندما يمكن للعلاج طويل الأمد أن يسبب الأذى.

وفي حين أن لكل الأعراض ونوع البنية العصابية (هستيرية، قسرية - اكتئابية، فصامية... الخ) دور ثانوي فيما يتعلق بالفاعلية فإن قدرة المعالج على الانتباه الانتقائي ضرورية - بالإضافة للمعايير الأخرى. إذ أن الانتباه الانتقائي يركز على البؤرة أو الصراع الأساس للمجموعة المعنية أو للمريض المعني. كما ينبغي فحص فترة ما قبل العلاج وتأثيرها على موقف المريض من المعالج (يكمن في حالة ما قبل المعالجة غير

الناجحة خطر التشكيك، أو على العكس يكمن خطر التوقعات الكبيرة المبالغ بها من المعالج في صورة «شافي الأعاجيب» أو «صانع المعجزات» ونؤكد على ملاحظة عامة لكل ممثلي الاختصاص على اختلاف مشاربهم تتمثل في إن التحمس وقدرة الإيحاء هي المتغيرات الحاسمة بالنسبة لنجاح المعالجة النفسية، وإنه تكمن خلف تراجعها في مجرى العمل المهني للمعالج أسباب مختلفة. واستناداً لتقارير من معالجين عدة حول معالجات نفسية ناجحة قصيرة الأمد في بداية ممارستهم العيادية بالتحديد فإنه من المعتقد أن الخمود والتصرفات الروتينية مسؤولان عن عدم حصول نجاح في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد اللاحق على الرغم من الخبرة. وهذه الحقيقة يمكن أن تثير حماس ممثلي الاختصاص الشبان الذين ما زال الحماس متقدماً فيهم كدافع على استخدام العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد.

# 5

## التطبيق العلاجي

يتصف العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد بالمدة الزمنية للعلاج التي تمتد في المتوسط بين 10 إلى 50 جلسة، بتكرار أسبوعي بين الجلسة والجلستين، وبأسلوب العلاج المتمركز حول البؤرة، وبناء فرضية نفسية ديناميكية من خلال استخدام ما يسمى بتقنية «الوميض Flash»، وبالمعالجة Treatment الهادفة والمكثفة والمتكررة للفرضيات النفسية الدينامية.

وتنطلق فرضية الفهم الدينامي النفسي من أن الصراعات البين شخصية تصحح ابتداء من درجة معينة من الشدة ذات تأثير يقود للمعاناة.

ويصلح العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد لعلاج أمراض واضطرابات نفسية ونفسية جسدية مختلفة. وفي هذا السياق يبدو أن العلاج النفسي يمثل طريقة متخصصة لعلاج الاضطرابات ذات الشكل العصبي بالمعنى الدقيق، وله في الوقت نفسه مجالات استخدام في الطب ذو الاتجاه الجسدي. إذ يوجد عدد كبير من اضطرابات الصحة الجسدية الأولية التي يتم تمثيلها بصورة عصبية بصورة ثانوية. ويستخدم العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد أكثر ما يستخدم في الاكتئاب ذات الشكل العصبي وحالات القلق وفي الأمراض النفسية الجسدية، كما يستخدم بشكل ثانوي في الأمراض الجسدية.

ويكون الاستخدام إما حسب المتخصص الذي يستخدمه على سبيل المثال أو حسب الأعراض الأساسية. ومع أن الاستخدام القائم على أساس العرض أو المتلازمة قد يلبي حاجات العمل العيادي، إلا أنه قد يثير الغموض.

ومع أننا قد قمنا في هذا الكتاب بوصف العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد من خلال البنئ الأربعة للاضطرابات ذات الشكل العصبي بما فيها اضطرابات الشخصية

«الحدودية» والنرجسية المرضية بالإضافة إلى الأمراض الجسدية المستعصية والتدخل في العصابات، فإنه يجب ألا يتم استخلاص أننا سنقوم بوصف التقنيات بصورة مفصلة. لقد اخترنا أسلوباً يتميز بتوضيح المبادئ. وبغض النظر عن هذا فإنه لا بد في كل حالة فردية فحص ما تعبر الأعراض عنه، أي أن ذلك لا يتطلب فهم المنشأ المرضي فقط وإنما الفهم النفسي الديناميكي للأعراض.

ولن نتطرق هنا لمسألة الاستخدام الإضافي في الحالات لإجراءات أخرى كالإجراءات السلوكية أو الإجراءات التدريبية أثناء العلاج بالعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد.

وسوف نعتمد في عرض وشرح العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد على البنى العصابية المكفوفة بمعنى شفيدر الذي ميز بينها وبين بنى الميول العصابية.

ففي حالة البنى العصابية المكفوفة يتم التركيز على العواقب المباشرة للكف، في حين أنه في بنى الميول العصابية يكون التركيز أكثر على الدوافع النشطة والمشوهة وتمثلها القيمي، على نحو التوقعات الخاطئة أو الكبيرة المتضخمة والتبرير والأدلجة Ideologism والتربية المتخلفة والإشباع البديل غير المعترف فيه. ويغلب لهذا الأخير أن يبدي تثبيات أعراض جسمية وجسمية نفسية. ووفقاً لبيك فإن البنى المكفوفة تتلاءم مع العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد، وهو نفسه توصل بعد سنوات عدة إلى أن التثبيات العرضية النفسية الجسدية لم تكن أقل استجابة لتأثير العلاج قصير الأمد من الأعراض النفسية. وعموماً يتيح لنا تحليل الخبرات المعروفة فيما يتعلق بالعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد لتثبيات الأعراض النفسية الجسدية الاستنتاج أن المؤشرات indicators (التأثيرات العلاجية الفاعلة) في هذه التثبيات عندما يكون هناك تثبيات نسبية على العرض، وبناء عليه فقد رأى ريشنيرغر أن «عصابات العضو المستقلة» هي وحدها القابلة للتأثير بنجاح في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد.

# 6

## العلاج النفسي الدينامي

### قصير الأمد للعصابات

#### 6.1 الصراعات في البنى العصابية الفصامية

(اضطرابات الشخصية من النمط الفصامي Schizotypal Personality Disorders<sup>1</sup>)

من النادر ملاحظة البنى الفصامية الخالصة، وتنطبق قيود الفاعلية في البنى الفصامية على اضطرابات الشخصية النرجسية التي ستعرض لها لاحقاً.

وفي البنى الفصامية يحتل «النقص في مشاعر الاعتبار والثقة» في التعامل مع الواقع مركز الصدارة، بحيث يبدو الأمر للخارج وكأنه نقص في التواصل. وتدعم هذه المقولة فرضية ميلاني كلاين التي تقول: بدأ الأمر في الطفولة الأولى من خلال انقسام الموضوع الطفلي الأول إلى ثدي طيب (مشبع) وشرير (عاجز). هذا الانقسام يقود إلى فصل حاد بين الحب الكره. وفي حال الفشل أثناء التطور اللاحق في تحقيق إعادة التوحيد (الاندماج)، ينبثق خطر أن تسبب فيما بعد الدوافع العدوانية القلق، مما يؤدي إلى تشكل الأعراض الفصامية، مما يقود بدوره إلى الارتباب من القرب والتواصل والتوقعات الانفعالية الضخمة. ويمتلك المريض الرغبة في التقارب إلا أنه يخاف منه في الوقت نفسه.

وتلاحظ الأعراض الجسدية في البنى الفصامية أكثر من الأعراض النفسية. وتتنوع الأعراض العيادية على نحو اضطرابات التواصل واضطرابات التركيز والأعراض القسرية والتعب والإرهاق والأعراض القلقية والرهابية والشعور بالدوار وأعراض الاغتراب والمواقف والزورية<sup>(2)</sup> (البارانويا) المراقية (توهم المرض)، ويغلب إلى حد ما

<sup>1</sup> المترجم

(2) مشاعر العظمة والاضطهاد

أن يحصل تعلق بالمدمنات وميول الإهمال. ومن الأعراض الجسمية غالباً ما يلاحظ الصداع واضطرابات الإحساس التي يغلب لها أن تتجلى على صورة نوبات مترافقة بأعراض حركية كالارتعاش والعرات في الوجه وعدم الاستقرار الحركي والارتجاف العضلي على سبيل المثال، بالإضافة لاضطرابات الشهوة واضطرابات في القلب والدورة الدموية. وتحتل الأعراض الجسدية هنا مركز الصدارة.

ومن حيث المبدأ ينبغي في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد تجنب حشد النكوص وتجنب خطر دعم الهوامات اللاشعورية الكبيرة، لهذا فإنه من المفيد هنا استخدام التأثيرات اللاتفسيرية على نحو استثارة الثقة من خلال الإشارة للتفاصيل أو من خلال الشرح والتوضيح بالاستعانة بأمثلة خارجية وإجراءات تنمية ودعم الثقة بالنفس. وفي كل هذه الإجراءات ينبغي مخاطبة المشاعر والفهم كوحدة متكاملة، إذ أن تطور التفهم الجيد في هذه البنى يتناقض مع غياب أو نقص الصدى الانفعالي. أما العدوانيات المنقسمة التي تظهر في الأحلام على سبيل المثال فيجب معالجتها خطوة فخطوة، إذ يجب أن يعيش المريض بصورة خاصة عدم خطورة الدوافع العدوانية الذاتية التي يخاف منها. ولا بد لعلاج البنى الفصامية أن يأخذ بعين الاعتبار المنشأ والتطور المرضي: ففي البنى الفصامية الأولية التي يلاحظ فيها اضطراب في الروابط الانفعالية من خلال ظروف الانفصال الطفولية أو من خلال خبرات فقدان أو الإقامة في الملاجئ يتم التركيز على التعويض والتنمية اللاحقة. وينصح هنا تنفيذ سلسلة متتابعة من الجلسات المتقاربة لفترة زمنية طويلة. أما في البنى الفصامية الثانوية أو الرجعية التي كان الارتباط الأولي فيها قد حدث، غير أنه تمت خبرته على أنه مُهدد ومُحِبٌّ مما أدى لاختيار التراجع عن هذا الارتباط، فعلى المعالج هنا التقدم بحذر شديد لأن الاقتراب الكبير سوف يثير القلق.

وفي الأشكال الثلاثة الغالبة للبنى الفصامية التي نمت فيها البحث عن الحماية والأمن مع تشكل أنماط السلوك وسمات الطبع الرجعية - وذلك بسبب الاضطراب الباكر للقدرة على الارتباط - تحتل بنية الميول الفصامية مركز الصدارة. وهذه يصعب

علاجها بالعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد. ومثل هذا النوع من الاضطرابات تعد اضطرابات متأخرة أو لا يتم اعتبارها اضطرابات في الشخصية على الإطلاق وتعالج كعلاج الفصامات الرجعية مع الأخذ بعين الاعتبار أن العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد قد لا يكون ملائماً هنا.

## ٦,٢ الصراعات في البنى الاكثنايية

تحتل في البنى الاكثنايية المعالجة Treatment العلاجية Therapeutic للصراع بين رغبات التعلق والاستقلال مركز الصدارة. في هذا الشكل من الاضطراب يكون تمثل الأم قد فشل، ومن ثم فإن المريض يبقى معتمداً على علاقة تعايشية مرتبطة بصورة واقعية للأم Real Mother Figure، وعند الانفصال عنها ينشأ على الأغلب عدوان موجه ضد الأنا الخاصة. ومن هنا يمكن أن تنشأ مشاعر الذنب. أما الأسباب الكامنة خلف التمثل الفاشل لصورة الأم فتتمثل في النقص المتمثل في القسوة أو الدلال، الذي يسبب إعاقة الاختيار السليم وإرادة التملك والعزم والقدرة على النمو. كما يمكن أن يكون الخوف من القسوة قد أعاق منذ البداية هذا الطموح ويمكن كذلك لدلال أولي في هذا الطور من النمو أن يضر بالتفتح السليم «الخبرة الدافع الفمي»، وذلك من خلال الإحباط الشديد للشخص المعني في حاجاته المطابقة، التي لا تكون في هذه الحال مستعدة لمواصلة الدلال الأساسي، من خلال «عالم الإنسان المستقبلي».

ولا تُنتج العدوانيات المتراكمة مشاعر الذنب فحسب، وإنما يتم إسقاطها كذلك على العالم الذي يبدو بهذه الصورة شريراً. ويمكن أيضاً أن يصل الأمر إلى تراكم خطير للعدوانيات من خلال استجابة العالم الخارجي بشكل شرير بالفعل على إسقاط الميول العدوانية الفمية على سبيل المثال. ومن هنا يمكن أن يتضح لنا لماذا تطلق على البنية الاكثنايية تسمية «اللص القاتل المقنع».

أما نحو الخارج فيظهر الاستعداد للتلاؤم والإرادة في التضحية مع خطر تحميل الذات أكثر من طاقتها. ويبحث المريض في المعالج عن «بديل للأم». ومن خلال

استخدام العدوانيات ضد الذات عند خسارة الموضوع أو عند الإخفاق يمكن أن يتفاقم الأمر إلى تصعيد انتحاري للأزمة الاكتئابية. أما التمثل الملائم للعدوانيات فتتم إعاقته من خلال الضمير المتزمت.

ويهدف العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد للبنى الاكتئابية إلى جعل الصراعات المرضية المذكورة شعورية، وينبغي أن يتعرف المريض في مجرى العلاج عدم الاستجابة للألم والمعاناة بالدفاع والنكوص لأن مثل هذا النوع من ردود الفعل غالباً ما يؤثران بصورة مضادة لمواجهة المعاناة والتغلب عليها. ومن المهم إلى حين تطوير علاقة مريض-معالج مثمرة، ويجب أن يصبح المعالج «موضوعاً طيباً» بعد أن عانى المريض باستمرار من تكرار فقدان الموضوع (يغلب لمواقف الإغواء-الحرمان بوصفها مواقف مثيرة من فقدان الأمن الذي يصبح فاعلاً عند فقدان العلاقة بالناس أو عند فقدان التكامل الجسدي في سياق الأمراض الجسدية أو عند فقدان النشاط المهني المعتاد أو عند فقدان «الوطن»).

إن أنماط الخبرة الاكتئابية الغالبة عيادياً الناتجة عن الأمراض النفسية والجسدية تجعل من الضروري أن يساعد المعالج المريض على «اتخاذ موقف شخصي من الحدث المرضي العضوي» وذلك أجل أن يهتم المريض بالمعاناة الجسدية المنشأ بدلاً من أن يقول: إنه هنا فقط من أجل أن يصبح أكثر سعادة. ويمكن أن تكون عاقبة البنية الاكتئابية المكتسبة باكراً استثارة الاكتئاب من الشكل العصابي من خلال إحباط المطالب والحاجات في مجال الشريك والمظهر الاجتماعي أو في مجال الإنجاز. فتنتقل من خلال ذلك عدوانيات الفشل الذي لا يمكن تعويضه ثانية فتتجه هذه العدوانيات بعد النكوص إلى ذات الشخص. ويشكل تمثل العدوانيات هذه الموضوع المهم للعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد. ويمكن أن يحدث ذلك وفق مراحل ثلاث:

أولاً: ينبغي تحديد الخلفيات ومدى الفشل. وليس من النادر أن ينشأ الفشل نتيجة فقدان التوقعات الوهمية،

ثانياً: يمكن ملاحظة الاستياء الراهن للمريض. ويمكن الحديث هنا بصراحة عن العدوانية،

ثالثاً: ينبغي علاج مشاعر الذنب التي يغلب أن تكون شعورية عند المريض ويمكن أن يكون مصدر مشاعر الذنب هذه ناجم عن العدوانيات تجاه الشريك، الذي يشعر المريض تجاهه بالارتباط والواجب كما يمكن لها أن تكون قد نشأت على أرضية الخبرات التي أُبقيت سرية حتى الآن، والتي (أي الخبرات) جَرَحَت الذات على نحو العلاقات خارج الزواج وما يشبه ذلك على سبيل المثال.

وينبغي معالجة مشاعر الذنب تلك برقة وبشكل خالٍ من التقييم. ومن المهم بالنسبة للمعالج ألا يخاف من مثل تلك العدوانيات التي غالباً ما تكون شديدة، وألا يصد مثل تلك المشاعر بكلمات مخففة أو مواسية. وفي مجرى العلاج قصير الأمد يجب كذلك اتخاذ إجراءات لاستثارة القدرة على الاستمتاع مع العلم أنه يجب استشارة المريض في الجلسة على إطلاق خيالاته كي يستطيع تنمية قدراته الذاتية. وبسبب رغبات التعلق الواضحة للبنى الاكتئابية فلا بد من مراعاة أن تكون الفترات الزمنية بين الجلسات متباعدة وخصوصاً في طور العلاج اللاحق، بعد أن تكون قد نمت علاقة مثمرة بين المعالج والمريض.

### 6.3 الصراعات في بنى الشخصية القسرية

تتصف البنية القسرية بثلاثية التقتير والتنظيم والعدا. وأكد ريهان Rehman على سمات الخوف من الفناء والطموح للاستمرار والأمن مع غلبة الميول «التمركزية» والطموح للأمان و«السيطرة». ويستمد الإحساس بقيمة الذات حرفياً من العناد.

فإذا ما نظرنا للشذوذ المذكور في سياق التطور الطفولي فإننا نجد إعاقة في التفتح

الحركي الأصلي، مما ينتج عنه كمون شديد للعدوانية الحركية. وهنا يمكن أن يشمل الكف خبرة الدافع الشرجي الاحتباسي وخبرة الدافع العدواني-الطامح للتوكيد بالإضافة إلى مطامح الدافع القضيبى. وبهذه الطريقة تظهر خصائص كالأستعداد العالى للتضحية والعطاء وعدم القدرة على الرفض أو خصائص كالتحفظ الغريب للشخص المعنى الذى يتكون جوهره من أن الإنسان يملك علاقات بالمحيط، غير أنه لا يقوم بتوسيع مثل هذه العلاقات.

وفى حالة كف خبرات الدافع العدوانية الساعية للتوكيد تظهر «بنية تواضعية» تأخذ عدوانيتها المكفوفة شكل كامل ومحدد من «التواضع الشرير». كما يلاحظ فقدان الدافعية بدرجات مختلفة، أما التسلط والتفوق فيبقيان متخفيان.

وما يميز التصرفات القسرية بصورة خاصة وجود الكف والتصرف إلى جانب بعضهما البعض. ومن خلال آلية التكوين العكسي تتكون سمات طبع مليئة بالتناقض، على نحو الميل للتفكير والشك وخليط غريب من المنطق وعدم المنطق فى التفكير (على نحو الاعتقادات الخرافية بالرغم من وجود ذكاء جيد)، والأخلاق الصلبة وفى الوقت نفسه سمات المرتشي والميل للمبالغة بضبط الذات وإن كان ليس بشكل منتظم. وتعد التصرفات المتناقضة هذه تعبير عن التأثير المتزامن للاستشارات الدافعية ولصد تلك الدوافع فى الخبرة والسلوك. وتلاحظ السمات المذكورة أعلاه أعراضاً نموذجية سواء فى البنئ القسرية بدون الأعراض الأساسية أو فى اضطرابات القسر.

يغلب أن يكون قد وجد عند المعنيين فى الطفولة تطويع حيوي مع حاجات حركية شديدة، تم «تدريبها» فى وقت مبكر جداً، مما أدى لأن ترتبط هذه الحاجات باكراً مع مشاعر الذنب، وبهذا نمى السلوك المذعن جداً والميال للتردد، المختلط باحتياجات كامنة للعناد وعدم الرغبة فى العطاء. والكف ليس عاماً ولا مطلقاً ومن هنا فإننا يمكن أن نعتبر العناد أنه اتجاهات عدوانية، وأن ميول للتقتير والجمع عبارة عن اتجاهات احتباسية.

وإلى جانب الكف الحركي يكون هنا إشباع الدوافع الفمية مكفوفاً مما يدفع للاستجابة لهذا الكف بتقوية الميول الاحتجاجية (البخل).

وفي حال وجود الكف الشديد يلاحظ الإذعان الشديد للسلطة والدقة والمبالغة والميل إلى سمات تتراوح بين العناد والجموح والمكابرة والاحتجاج ضد السلطة وإرادة امتلاك الحق باستمرار و «التذمر» أو «الطعن».

في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد ينصح إلى جانب مراعاة البؤرة الفردية بضرورة علاج المشاعر الواضحة جداً من الذنب، وعلاج علاقة التحويل المزدوجة ومنع الانفعال و «ميول التجنب» الانفعالي.

ويمكن الاعتماد على السمات المرغوبة اجتماعياً كالثابرة والاجتهاد والواجب. ويحتل التفسير المبكر للأجزاء السلبية للتحويل التي تظهر على سبيل المثال في النقد أو ميول العرقلة أهمية خاصة في أسلوب التعامل. وينبغي باستمرار تفسير المظهر المزدوج للعلاقة عند المريض ومن ضمنها التوقعات الخاطئة السحرية من المعالج. أما فيما يتعلق بالعزل النمطي للمشاعر وتعطلها وميول التجنب الانفعالي فينبغي عدم تجاهل لأن هذه الآليات تطرح خطراً جدياً أمام آلية التفسير ومن هنا يمكن تفسير الملاحظة أن الأشخاص ذوي البنية القسرية معرضون في نهاية العلاج لخطر الاستنتاج أنهم لم يأخذوا حقهم كاملاً. كما ينبغي كذلك في وقت مبكر تفسير ميول المريض في إسقاط مشاعره في الذنب على المعالج ويجب فحص الاستعداد للعطاء باستمرار وإذا اقتضى الأمر الشرح للمريض أن التزامه الفعال سوف يقود إلى نتيجة مثمرة. وعند معالجة مشاعر الذنب يجب مراعاة أنه يجب على المعالج أن يسمح لهذه المشاعر بالظهور وإلا مال المريض إلى تقوية هذه المشاعر من خلال الاحتجاج دون جدوى لتقدم باستمرار النتيجة المحزنة للمعالج بأسلوب سادي مازوخي. وهنا يمكن أن يكون استخدام صيغة «السماح بكل شيء» في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد مفيداً.

في العلاج المختصر للبنى القسرية ينبغي بصورة خاصة استقصاء معادلات

العدوانية aggressively equivalent التي يمكن ملاحظتها بأثواب مختلفة جداً: في السمو الأخلاقي في صيغة «تصعيد للعدوانية»، وفي الميل إلى الفضيلة التي تعاش من جانب واحد، وفي نوع غالب من «العدوان الاكتئابي» وفي المبالغة بالدقة والميل للمواقف المراقية (توهم المرض) التي غالباً ما يتم من خلالها تعذيب المحيط بطريقة سيئة بالإضافة إلى ظهورها في ميول التكلف والتردد وفي الطاقة الواضحة و «المعممة» التي تمثل أسوأ مكافئات العدوان، ذلك أنه تصعب مواجهة هذا النمط من السلوك.

على أية حال من الممكن أن يصعب تفسير مكافئات العدوان تلك على أنها عدوان. على المعالج أن يكون حاد البصيرة بالنسبة للوظيفة المكافئة. ففي البنية القسرية يحاول المريض عبر آلية التحويل العكسي تخفيف توكيد الذات-العدواني حيث تتجلى تلك الاستشارات العدوانية من خلال الاستشارات الحنوننة (الرقيقة)، مما يقود لصراع نموذجي من الميول المزدوجة، إلا أن الطبيعة القسرية للرققة تكشف أن هذا الاتجاه ليس هو الوحيد الموجود.

من الناحية العملية يمكن أن تقدم نصيحة بالينت هنا والمتمثلة في أن يتم تقييم المشاعر الناشئة عن المعالج أثناء الجلسة على أنها أعراض مرض المريض خدمة مفيدة.

في علاج البنى القسرية ينبغي الأخذ بعين الاعتبار أنه إلى جانب الكف الموصوف لخبرة الدافع العدواني والطامح للتوكيد غالباً ما يكون إشباع الحاجة الجنسية متضرراً. ومن الواضح جداً أن المكونات اللوائية والرقابية قلما تقتصر على منع الميول العدوانية والطامحة للتوكيد بل أنها أكثر من ذلك، إذ أنها تسعى للإبقاء على الدوافع العدوانية الجنسية تحت السيطرة. في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد ينبغي السعي نحو جعل آليات الدفاع المتخفية عند المريض شعورية كي يتم بعد ذلك الحصول على ميول ثابتة وتوسيع للجهد. ويتم في البنى القسرية بشكل خاص حشد آليات الإزاحة والعزل والإنكار والنكوص والتكوين العكسي. وتشير آلية الإزاحة إلى تموضع الصراع الأساسي على تصورات بعيدة نوعاً ما أما في العزل فهي تخفف الانزعاج عبر فك (عزل) الخبرات الصادمة عن الانفعالات التابعة لها.

وتظهر من خلال فك علاقات الانفعال المترابطة أو من خلال الإنكار طقوس قسرية، يحقق فيها الترتيب أو الغسيل على سبيل المثال وظيفة الشعور بالترتيب والنظافة بالمعنى الأوسع. أما النكوص فهو يعيق استمرار التطور إلى أشكال أنضج لإشباع الحاجات وذلك من خلال اكتساب اللذة الجنسية عبر العودة إلى المجالات الفمية والاحتباسية من الدافع. وعليه فالرابطة بين الكف الجنسي والعدواني في البنى القسرية تتجلى من تحليل آليات الدافع المستخدمة. وعند العلاج يمكن أن يتم السعي إلى تبديل آلية الدفاع النكوصية من خلال آلية أفضل، أي من خلال محاولة استشارة التصعيد على سبيل المثال. بالإضافة إلى ذلك لا يهدف العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد إلى مساعدة الكف العصابي على التفتح المطابق لخبرة الدافع.

وعند وضع برنامج العلاج لابد من مراعاة أن الكف العصابي يميل إلى الإزمان أكثر من غيره لهذا يجب أن تتلاءم أهداف العلاج مع الإمكانيات الواقعية. هنا يجب علاج المواقف الحياتية المباشرة وتعزيز النجاحات البسيطة من خلال التشجيع واستخدام تقنيات داعمة ومقوية. وغالباً ما يبرهن إشراف الشريك في العلاج فائدته وضرورته.

#### 6.4 الصراعات في اضطرابات الشخصية الهستيرية

يؤكد ريمان على أن هذه البنية تتصف بالخوف من حتمية النهاية، وأكد على أن دافع التغيير يُعاش من جانب واحد، ويكون الإشباع الناقص «لمبدأ الواقع» والإصرار غير المناسب «على مبدأ اللذة» واضحين. وغالباً ما يلاحظ وجود تثبيات متبقية على الأشخاص المرجعيين من الجنس الآخر في الطفولة.

ينمو الاضطراب على الأغلب على أرضية من التعايش الهش والمتزامن للدلال والفشل ومن التمثل الناقص للخية والكره تجاه الأشخاص المرجعيين في الطفولة. ويتم نقل الخبرات السلبية للشريك، ومن جانب آخر يتم تكرار الموقف المُمثلن تجاه الجنس الآخر من الوالدين («الشريك الحلم»)، ولا يُستمد الإحساس بقيمة الذات إلا من براهين الحب إلى حد ما، أما السببية فيتم القفز فوقها (مما يؤدي إلى اتجاهات غرضية

وذا (هدف). ويتم «نسيان» بعض مشاعر الحب، ولا يُحِبُّ سوى الحب. وما يلفت النظر عند هذا النمط هو نقص الأصالة.

فإذا ما نظرنا لشذوذ البنية الهستيرية في سياق الخلفية التاريخية حياتية، فإنه يمكن التعرف على تركيبات تغلب ملاحظتها مراراً في مجالات العمل التحليلية. فعند نضج القدرات اللغوية والهوامات والحركات والقدرة على الحياة الاجتماعية، يتجلى في العادة ضغط حيوي من أجل التفتح يدفع للابتعاد عن التعلق الباكر. هنا يصل سن الشك إلى ذروته. فيتم اختبار الواقع وتتقدم المعرفة، ويتفاعل الطفل بحيوية مع محيطه. وفي هذه المرحلة يظل إتمام الفعل والاستغلال المنظم والهادف للتصرفات قابلاً للاضطراب بعد. فإذا ما أعيق الطفل في ذلك تتفكك وحدة الدوافع وأجزاؤها التصورية والرغبات وتصورات الهدف، مما يؤدي إلى أن يتصرف الطفل دون هدف وإلى فقدانه لثبات الهدف. وبهذه الطريقة ينشأ الميل إلى التمسك بمثل على حساب تحقيق الذات. وعلى هذه الأرضية ينمو الميل للعب الدور الذي يتم تحسينه باستمرار إلى أن تصبح في النهاية سمات عدم الأصالة والاستعراضية (التكلف المسرحي) من سمات الطبع. وفي نهاية هذه المرحلة من النمو ينمو من خلال الرفض والقسوة والتناقض أو من خلال عدم التوكيد النشاط غير الهادف ونوع من التذليل الوجودي غير الواثق، الذي تحركه المشاعر. وإذا ما تم في هذه المرحلة إحباط الحاجة للحنان بصورة مزمنة سيبدأ نوع من التطور يتم فيه كبت كل التصورات المتعلقة بمثل كل تلك الرغبات. وبهذه الطريقة يتشكل الموقف المعروف المشحون بالصراع عند الشخص المعني نحو الحنان والجنس. فمن جهة يتم صد المشاعر والرغبات ومن جهة أخرى يتم تغطيتها بشكل تنكري في الخيال. ويمكن لصعوبة تحقيق تمامه سليم مع أحد الوالدين من نفس الجنس - وهذا أول موضوع تمامه ونموذج تعلم حاسم فيما يتعلق بالدور الجنسي المعني - إلى عواقب شديدة لاحقاً، إذ يعيش الفتى المعني أو الفتاة المعنية فيما بعد منطقياً أقرب إلى دور الجنس الآخر، بحيث تكون العلاقة بالشريك في سن النضج مرهونة بالتنافس مع الشريك من الجنس الآخر.

كان فرويد قد درس هذه الارتباطات عندما اكتشف أنه هنا يتم التغلب على اختيار الموضوع الطفولي للموقف الأوديبى.

ويتمثل الهدف في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد في السعي نحو أن يطور المريض بادئ ذي بدء الإحساس بالواقع وحقائق الحياة الحتمية. ومن أجل تحقيق ذلك ينبغي تحديد الإطار الخارجي (عدد الجلسات، التواتر) منذ البداية. وينبغي شرح المظاهر المؤذية للذات من خلال عدم التخطيط وينبغي الانتباه بصورة خاصة للوقت الحرج الذي يتحول عند النقل النامي إيجابياً والسريع في البداية إلى مقاومة. وأخيراً لا بد من الأخذ بعين الاعتبار الجزء النرجسي القضيبى phallic narcissistic الذي يستلزم التفسير على دفعات حذرة (أو ناعمة). أما الهدف الذي يسعى التعديل العلاجي لتحقيقه فيتمثل في تحسين اختبار الواقع وتقبله، والتخلي عن عالم الرغبات السحري.

# 7

## مبادئ علاج الشخصية الحدودية

كان أول من نحت مصطلح «الحدودية Borderline» كل من غوليفر وشتيرن، إلا أنه حتى اليوم يوجد خلاف حول استخدامه كوحدة تصنيفية. فالحديث يدور هنا حول اضطرابات الشخصية تلك الواقعة بين العصابات والذهان والتي تتميز بالسّمات التالية:

- 1- النرجسية.
- 2- الميل للجمود immobility.
- 3- عدم الثقة.
- 4- فرط الحساسية.
- 5- التصلب Rigidity.
- 6- ردود الفعل الاكتئابية.
- 7- التهيجية والقلقية على المؤثرات المزعجة لقيمة الذات.
- 8- مشاعر النقص.
- 9- الرثاء للذات والقلق القابل باستمرار للحشد.
- 10- غلبة استخدام الإسقاط.
- 11- الصعوبة في اختبار الواقع.

على المعالج أن يتنبه للسّمات المذكورة أعلاه وعليها أن تساعد في عمله العلاجي في التفكير ببعض الفرضيات. وينبع تبرير هذا الأمر من حقيقة أن هؤلاء المرضى غالباً ما يشكلون «حالات مشكلة» بالنظر لميولهم الدافعية وميلهم للكحول والمواد المسببة للتعلق والاضطرابات الجنسية المنحرفة المتعددة الأشكال Polymorph Perverse.

وحتى عندما نرفض نموذج التحليل النفسي الذي يرى أن الاضطرابات النفسية تقع على متصل مؤلف من مقاطع يمتد من العصاب عبر «الحدودي» إلى الذهان، وهي بالأصل رؤية غير صحيحة بالأساس إلا أن الأفكار التي طورها التحليل النفسي المتعلقة بالعلاج تظل ذات قيمة.

ويؤكد مودستن أن علاج مرضى الشخصية الحدودية يركز على تشكيل البنية النفسية من خلال التماهي مع المعالج، إذ أن النقص الدائم في التماهي في صورة «شخصية - الكأن» مع الميل الواضح لتظاهر مصبوغ باستعداد للتكيف بلون حربائي، يعد اضطراباً مركزياً. ومن هنا على المعالج أن يكون متحرراً من ميول التظاهر بحيث يصبح بفضل ثبات شخصيته وأمانته الممتزجة بالتفهم والثبات نموذج تعلم مناسب.

وبناء على انطباعاتنا الخاصة يبدو هذا الأسلوب مناسباً على اعتبار أن ظهور النقل المنقسم المرتبط دائماً مع المثلثة الأولية ومع التماهي «الإسقاطي» والإنكار الكلي يعد من أهم الدلائل التشخيصية لوجود اضطراب «حدي». ففي النقل المنقسم يتم تحويل هومات «طيبة بشكل مطلق» و «شريرة بشكل مطلق» من مواضيع جزئية إلى الموضوع نفسه دون مراعاة السمات النوعية للشخصية. وعند التماهي الإسقاطي يتم عزو الدوافع السلبية للآخرين وبهذا يصبح المُسَقَطُ مُتَمَثَلٌ (يعاد تمثله من جديد) من جديد ويستخدمه الأنا من أجل التماهي. وهذه الآلية يمكن أن تتبعها بوساطة ملاحظة النقل الإيجابي والسلبى في الوقت نفسه أو من خلال تعاقبها السريع.

وتوجد وجهة نظر ترى أن العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد لا يناسب علاج الشخصية «الحدودية»، إلا أن هذه الرؤية تقابلها رؤية أخرى ناتجة عن الملاحظة أن هؤلاء الناس يميلون بشدة الميل للنكوص الذي يقوم العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد بالتأثير في عكسه.

يتمركز العمل في الطور الأول من العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد على التطرق لمشكلات الحياة اليومية وتشجيع المريض. وينبغي للمعالج أن يكون مرناً وواقعياً

وقادراً على الارتجال. ويمكن أن يشكل التصور حول منشأ الاضطراب الذي يرى أنه لم يتم التمكن أثناء التطور الطفولي عند هؤلاء المرضى من عزو سمات سلبية وإيجابية في الوقت نفسه للشخص المرجعي نفس، الأمر الذي يعيش فيه الطفل شخصاً ما على أنه إما طيب فقط أو شرير فقط، قاعدة العلاج. ووفقاً لذلك ينبغي في العلاج تجنب ظهور ردود أفعال عنيفة على خيبة الأمل، ويتم ذلك من خلال تحقيق الشروط من أجل العمل والمتمثلة في تشكيل مواقف ذات اتجاهات واقعية مع السعي المتدرج لتحقيق أهداف مصاغة بشكل جيد والتعامل المتعاطف مع الحاجات وهنا يجب الأخذ بعين الاعتبار أنه يجب احترام القدرات الجديدة النامية بالتدرج وينبغي بشكل خاص عدم الاستجابة للفشل والحلول الخاطئة بالرفض والاثام. وحسب انطباعاتنا يمكن العمل بشكل جيد عند مراعاة ظهور النقل المنقسم مع «التماهي إسقاطي». وعلى المعالج أن يختبر متى وبأي مقدار يتم نقل المشاعر السلبية والإيجابية إلى المعالج في الوقت نفسه، وينصح بأن تكون الجلسات متباعدة وإشراك أفراد الأسرة في العلاج، واختيار عدد كبير من الجلسات بشكل عام (حوالي 30 جلسة). والتركيب بين العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد

والعلاج الدينامي في المجموعة يكون ملائماً هنا. وستعرض لذلك في فقرة خاصة (الفقرة 12).

## 8

### علاج اضطرابات الشخصية النرجسية

برزت نظرية النرجسية إلى ميدان البحث العصابي النظري في العقود الأخيرة من القرن العشرين، أما المفهوم فقد أدخل في نهاية القرن التاسع عشر لوصف انحراف جنساني. وقد رأى فرويد في النرجسية طور انتقال ضروري بين مرحلة الإشباع الذاتي Autoerotism وحب الموضوع، وميز بين النرجسية الأولية والنرجسية الثانوية. وفسر النرجسية الثانوية من خلال تراجع الامتلاك الليدوي من المواضيع إلى الذات. ومنذ ذلك الحين ينظر لمنظومة الذات على أنها منظومة نرجسية، وتمت دراسة هذه المنظومة من زوايا متخصصة مختلفة.

وعلى الرغم من ذلك فما زال المفهوم يستخدم في الممارسة بالمعنى الأولي لوصف اضطراب. وهذا المفهوم يطابق الوصف الجديد المذكور إلا أنه يشمل كذلك صلادة الإحساس بالذات. وقد ترسخ استخدام الحديث حول نرجسية سليمة من جهة وحول اضطراب نظام التنظيم النرجسي من جهة أخرى.

ويمكن وصف اضطرابات الشخصية النرجسية على أنها اضطراب في علاقة الموضوع مع تراجع نكوصي لليبيدو إلى الذات، ولا يتم فسخ أي مجال لحقيقة الآخر، إلا أن الحاجة للآخر موجودة، بل ويتم السعي إليه. ومن أجل الحفاظ على الموضوع يتم التخلي عن «الذات الحقيقية». أما مفهوم الذات الخاص فيتشوه في الإدراك وتسيطر على التصورات الذاتية الكبيرة والتوقعات اللاواقعية المبالغ بها ويصعب الفصل الواضح بين مفهوم الذات والآخر. والشخص الآخر يخدم الإمداد النرجسي، أي يقوم بتقوية مشاعر الذات المزعزعة.

وتصف آ.ميللر منشأ الاضطراب النرجسي على النحو التالي: يمتلك كل طفل حاجة نرجسية مشروعة بأن يتم اعتباره وأن يؤخذ على مأخذ الجد وأن يتم احترامه من

أمه. إنه يعتمد على أن يتمكن من امتلاكها، من مثلثتها، ومن الانعكاس من قبلها. وتقتبس ميللر التصوير التالي لفينيكوت: حدقت الأم في وجه طفلها الذي تحمله بين ذراعيها، وحدق الطفل في وجه أمه فرأى نفسه فيها - شريطة أن تحدق الأم بالفعل في وجه المخلوق الصغير الفريد وألا تسقط اجتياقاتها الذاتية Introjection وتوقعاتها ومخاوفها على الطفل ومخططاتها التي وضعتها فيما يتعلق به. ففي هذه الحالة الأخيرة لا يجد الطفل نفسه في الأم وإنما في أزمة الأم ويظل هو نفسه دون مرآة وسوف يبحث في كل حياته اللاحقة عن هذه المرآة دون جدوى.

لقد أوضحت ميللر إعاقة تفتح الذات عند الطفل مستعينة بجزء من الحياة اليومية: ذهب طفل يبلغ من العمر الستين تقريباً مع أبويه في نزهة، وقام الوالدان بشراء قطعتين من الثلجات لهما. وهنا بدأ الطفل «بالنق»، إذ أنه يريد أن يشتري له والده قطعة مثلجات. قام الوالدان بالشرح للطفل أن قطعة كبيرة كهذه ستكون باردة جداً عليه، وقدما له قطعتيهما كي يلحق منها. فكان يبكي يائساً في كل مرة يتم فيها سحب قطعة الثلجات من فمه، وكان ينظر بحسد وحزن للكبار، يتعد عنهم كي يلهمي نفسه إلا أنه يعود ثانية. وكلما بكى الطفل أكثر استمتع الوالدان أكثر وكانا يضحكان ويأملان أن يجعلا طفلها يضحك. جلس الطفل على الأرض مدبراً ظهره لوالديه وأخذ يرمي الحجارة خلف ظهره تجاه الوالدين، إلا أنه نهض فجأة ونظر فيما إذا كان الوالدان ما زالوا موجودان هنا. وعندما أنهى الأب من قطعه أعطى الطفل قطعة الخشب حيث حاول الطفل يائساً لعق الخشبة ثم رماها وأجهش جهشة واحدة بصوت مسموع ومضئ متهكعاً بأدب خلف والديه.

ففي هذا المثال تم إحباط رغبات أخرى غير الرغبات الفمية. لقد كان بإمكان الطفل أن يعرض، إلا أنه تم إحباط حاجاته النرجسية باستمرار، لقد أراد مسك الثلجات بيده ولعقها كالأخرين، وهذا الأمر لم يتم تفهمه من الوالدين، بل أنه تعرض لسخريتها. لقد شعر الفتى بالذل. فإذا كان سلوك الوالدين هذا نابعاً من موقف أساسي، فلسوف تنشأ إحباطات نرجسية عبر طور أطول من النمو الطفولي. ومثل تلك

العلاقة المضطربة بالطفل يمكن أن تنشأ على سبيل المثال من خلال عدم الاستقرار الانفعالي للأُم التي تحتاج إلى نمط محدد جداً من سلوك الطفل. كما يمكن أن يكون عدم الاستقرار الانفعالي هذا متخفياً وراء واجهة تسلطية. ويمكن للطفل أن يتنازل بالحدس تجاه الرغبات الكامنة للأُم ويأمرس بهذا بشكل لا شعوري الدور الذي خُصص له، ذلك أنه بهذا السلوك يضمن «حب» الوالدين له. وهذا هو الامتلاك النرجسي. وبنتيجة مثل هذا التلاؤم يتم منع الخبرة الشعورية للمشاعر الذاتية كالغضب والغيرة والحسد والهجران والعجز والقلق. وينشأ الطفل هنا كما يرغب المرءون، مما ينجم عنه ألا يكتمل التفتح الطفلي. ومن أجل صد الدوافع المذكورة يتم حشد آليات النكوص والإنكار ومثمنة الذات والوالدين والتلاؤم مع الواقع، وتمثلُ الوجوه المثالية في الذات المثالية.

ويتبع تطور كل إنسان هذه القانونية من حيث المبدأ، ولكن إذا ما أعيق تطور الذات الطفلية بدرجة كبيرة تنتج اضطرابات الشخصية النرجسية. إن مثل هؤلاء الأشخاص يحتفظون في حياتهم اللاحقة بالميل الواضح إلى إقامة علاقة نرجسية بالموضوع (علاقة موضوع نرجسية)، والموضوع المعني يمكن أن يكون شخصاً أو شيئاً ما (حتى المهنة على سبيل المثال). وفي كل الأحوال فإن الأمر المميز يكمن في الأهمية التي يملكها الموضوع بالنسبة للشخص المعني، إذ أنه على الموضوع أن يقود إلى رفع قيمة الذات المضطربة وبهذا يتم إثبات هوامات «الذات المتذبذبة». وتتصف هذه الذات بقابليتها المرتفعة للانزعاج وللإحساس بالإهانة من خلال الخسارة المهددة الفعلية أو المتخيلة للعلاقات أو الأشخاص أو للعمل أو أيضاً الوظائف الجسدية. وهذا التذبذب المستمر بين الهوامات الكبيرة ومشاعر النقص السيئة غير الواقعية لا يرفع من قابلية الاستياء النرجسي فحسب بل ويستثيرها أيضاً عندما تؤدي التوقعات المرتفعة جداً من المواضيع الممثلة إلى الخيبة.

يهدف علاج اضطرابات الشخصية النرجسية إلى تعويض تفتح الذات الذي فشل في أثناء تفتح الشخصية الذي فشل في أثناء تطور الشخصية. ولتحقيق ذلك لا بد في

بداية العلاج من موقف متقبل تجاه المتطلبات النرجسية المعروضة والصاخبة أحياناً. وينبغي أن يسير العلاج بعد ذلك وفق مبدأ «الحرمان الأمثل» لأن الحرمان الصادم لرغبة ما سوف يؤدي إلى تقويتها المكثفة. وينصح لاحقاً بالمواجهة مع آليات الدفاع التي أعاقحت حتى ذلك الوقت تغذية الليبدو النرجسي. وعلى المريض أن يدرك أنه «في الواقع» في غنى عن مثلثة (تقديس) ذاته ومواضيعه المعنية. أما إيقاظ قدرة المريض كردة فعل على النقل الممثلن (التقديسي) في بداية العلاج فقد يكون ضاراً ويجب التوضيح للمريض أنه ربما كان لتصوراته الكبيرة وظيفة مطابقة للطور. ويختلف تصور كيرنبرغ للنقل السلبي الملاحظ في وقت قصير نسبياً في مجرى العلاج، الذي يساعد على الوقاية من الحسد، عن تصور كوت. ومن المهم الانتباه ببساطة إلى مثل تلك العدوانيات المحسوسة وفهمها وحلها أيضاً دون اعتراض إلى حد ما.

ويرى كيرنبرغ أن النرجسية السوية للبالغين والتثبيت على النرجسية الطفلية السوية أو النكوص إليها لا تقع على الامتداد نفسه مع النرجسية المرضية. والمقصود بالنرجسية المرضية الامتلاك الليدوي لذات مرضية. وتنبثق السمات البنيوية للشخصيات النرجسية من العلاقات المرضية بالموضوع، حيث يمكن تمييزه بين الشخصيات النرجسية ذات الطبيعة القسرية أو المازوخية-الاكتئابية أو الهستيرية. ومن هنا فإن الأمر يتعلق في النرجسية ببنية قبلية Prestructure تستتبع البنى الحاسدة والاكتئابية والقسرية والهستيرية الفعلية. وتلاحظ أعراض النرجسية المضطربة في البنى الفصامية أو الاكتئابية أو القسرية، إلا أن التطور النفسي هنا هو أقرب لاتباع مبادئ جدلية منه إلى الاختيارية. ولعل الدراسة التي أجراها هينسلير من الدراسات التي تستحق الاهتمام. فقد أجريت الدراسة على خمسين شخصية فصامية منتقا بصورة عشوائية. ووجد أن نمو النظام النرجسي لا يسير بصورة مستقلة عن النمو النفسي للطفل، وطبقاً لهذا يمكن تحديد صراعات نرجسية مختلفة على خلفيات تاريخ حياتية مختلفة وذات عواقب مختلفة. ففي أثناء الطور «الفمي» يقود العوز الأسري إلى إنتاج صراعات تتعلق بالتقبل فقط، ويمكن للأشخاص المعنيون أن يظلوا إذا فشل صد القلق والتعويض في

حالة بحث عن «أم بديلة» وهم يشعرون هنا بالوحدة والعزلة، في حين يمكن للطور «الشرجي - السادي» أن يُنتج زواجاً ممزقاً وعلاقة طفل - أم مزدوجة، وصراعات الأب المستبعد فيما يتعلق بالقيمة والسلطة، وعند فشل صد القلق والتعويض يتطور الميل إلى علاقة سادية مازوخية بالشريك. وفي أثناء الطور «القضيبي» وفي حال فشل التماهي مع أحد من الوالدين من الجنس نفسه ومن خلال التماهي مع أحد الوالدين من الجنس المعاكس ينمو الاستعداد للصراع المتعلق بالتماهي الجنسي النفسي ويميل الأشخاص المعنيون إلى منافسة شريكهم من الجنس الآخر. والمقصود هنا وصف أطوار النمو «الفمي» و «الشرجي - السادي» و «القضيبي» بالمعنى الأوسع والأشمل من التحليل النفسي. «الفمي» يعني هنا تعلق الفرد بأن «يُغذَّى»، و «الشرجي السادي» يطابق هنا تطور التحكم بالعضلة العاصرة حيث يحصل بعد ذلك المعنى الرمزي للعطاء والمنع، وتفهم المرحلة «القضيبيية» على أنها صفة الرجولة القوية التي تُبرز الحجم والقوة.

وهذا الفهم ممكن أيضاً حتى في حالة عدم الاعتراف بالمرحلة المعنية للتطور النفسي، باعتبارها مراحل تنظيم بدائية لليبدو بمعنى فرويد والذي وصف التنظيم الفمي والشرجي والقضيبي في علاقته بسيطرة «الدوافع الجزئية»<sup>(١)</sup> الملائمة، وتتصف بسيطرة «منطقة شهوية» وأسلوب معين لعلاقة الموضوع. وبالمقابل فإنه يمكن استنتاج السمات «فمي» و «شرجي» و «قضيبي» بصورة أقل تخميناً من النمو الطفولي: فإحساس الرضيع بالرضى أو التعكر متعلق «بالإرضاع». إن تعلم السيطرة على التبول والإفراغ في سن الطفولة يجلب للطفل الصغير خبرة جديدة، فهو عندما يفرغ برازه في الوقت غير المرغوب فإنه يثير الانزعاج لدى المربي، إذاً فهو يملك «السلطة» على إقلاق وإزعاج الكبار أو على إرضائهم. وأخيراً في مرحلة ما قبل المدرسة، وهو الوقت الذي يشهد فيه الطفل بأنه كبير وجميل و «قوي» بدرجات مختلفة، فإن هذه المرحلة تنطوي

(١) الدوافع الجزئية عبارة عن مركبات جزئية للتنظيم الجنسي المتطور. وكل جزء من هذه العناصر يكون على علاقة بمنطقة شهوية معينة وبشكل محدد من الإشباع (كالطور الفمي). والدوافع الجزئية تعمل في البداية مستقلة عن بعضها وتسعى بعد ذلك للتوحد في المراهقة إلى تنظيم جنسي تناسلي في سن البلوغ (الترجم).

على إمكانات متنوعة بذاتها، في الإبقاء على التوكيد على القوة والجمال والقيمة فوق المقدار المتوسط في الحياة اللاحقة وفقدان الوصول في ذلك إلى الهناء وسعادة المخلوق المحب.

ويبدو أن قصر أطوار النمو هذه على مراحل الطفولة الباكرة والذي قام به عدد كبير من المحللين النفسيين أمر آلي، ويمكن القول أن تفتح خبرة الدافع تبدأ في الطفولة وإن الإعاقات التي تبدأ بصورة مبكرة جداً هي من أصعب الإعاقات قابلية للتصحيح، إلا أن إلحاق الأذى بالحاجات الأولية والثانوية وبخبرة الدافع في الطفولة المتأخرة وفي المراهقة يترك لدى الشخص المعني بالتأكيد آثاراً، ويفترض أن نتوقع عواقب على شكل بنى عصابية كامنة، تميل إلى بناء أعراض عصابية في مواقف الفشل أو مواقف الإغواء.

## 9

### التأثير في الأزمات

يعد التأثير (التدخل Intervention) في الأزمات نموذجاً من العلاج المبكر للاضطرابات النفسية والوقاية منها. ويقوم هذا النموذج على المحاولة للاستفادة من الإمكانيات العلاجية أثناء أزمة حادة أو عند وجود تفاقم أزماتي في مجرى اضطراب أو مرض نفسي وذلك من خلال التدخل المباشر. وتنبع أهميته في التخطيط العلاجي النفسي من سعيه للإبقاء على الشدوذ النفسي في مراحله الأولية.

فالأزمة تتصف بالمجرى الحاد وبالتغيرات السلوكية الواضحة والخبرة الذاتية لليأس وعدم الفاعلية وبالتوتر الداخلي الشديد وخبرة الشعور بالتهديد والخطر. ويمكن تعريف الأزمة من وجهة نظر نفسية دينامية على أنها موقف تضليل. ومثل هذا الموقف يكتسب دوافعاً تلامس الحاجات الأولية والثانوية للفرد. وفي حال وجود بنى عصابية موجودة مسبقاً صورة كامنة يحاول الشخص المعني أن يعيش الدوافع التي أعيق تكاملها من خلال الدلال أو القسوة في بنية الدافع الناضجة في النمو الراهن. وطبقاً لذلك يتم في موقف أزمة التشكيك بإمكانية الإشباع الخالي من الإزعاج للدوافع. وهنا يمكن تمييز أزمات النمو أو أزمات تبدلات الحياة (كالزواج وتغيير مكان الإقامة والتقاعد) عن الأزمات الوجودية أو الصادمة (كموت أحد الأقارب أو خسارات أخرى شديدة) بالإضافة إلى الكوارث الخارجية في حالة الفشل في مواجهتها والتغلب عليها.

ومبدئياً يمكن القول أنه كلما كانت البنية النفسية عند الشخص المعني أكثر ثباتاً و «أكثر سلامة» كانت الإرهاقات الخارجية في الأزمة أكثر شدة. وتظهر الأزمة عبر حياة كل فرد. ويشكل مثل هذا الموقف «الموقع القريب بين المرض والسوء»، ويمكن فهم الأزمة على أنها عرض اجتماعي.

ويعتبر النموذج المتمركز حول المريض هو المقابل للنموذج المتمركز على المنظومة. وهذا النموذج يأخذ بعين الاعتبار وجود الإنسان في المحيط الاجتماعي. وتقدم الأبحاث المتخصصة الدلائل على أن الذين يستجيبون بأعراض عصابية هم ليسوا أولئك الأشخاص الذين عانوا من أزمة حادة مباشرة (كالفصل من العمل، تغيير أوقات العمل) وإنما أولئك الذين شعروا أن الحدث يمثل تهديداً مجهولاً لهم. وبناء على ذلك ينبغي البحث عن العلاقة بين الأعراض وحالة المجموعة ككل. وتعتبر عدم قدرة شخص ما على المعاوضة نتيجة لإرهاق ما مؤشراً على حالة المنظومة ككل.

ومن مبادئ التأثير (التدخل) في الأزمات التأثير المباشر وكفاءة المعالج فيما يتعلق بالكشف عن الصراع وفي الوقت نفسه الدعم وصياغة البؤرة فيما يتعلق بالإشكالية الراهنة والثبات في استخدام الطرائق العلاجية والامتداد إلى المحيط الاجتماعي. ويمكن تنظيم الإجراءات في إطار التأثير في الأزمات في الخطوات التالية:

- 1- تنمية الحاجة للتعديل،
- 2- بناء علاقة من أجل التعديل،
- 3- القيام بالتعديل الفعلي مع تفسير المشكلة والبحث عن إمكانات وأهداف بديلة، والانتقال إلى تحقيق التعديل،
- 4- إنهاء العلاقة.

وتتناسب أطوار عملية التفاعل هذه مع مبادئ العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد وتصلح للتأثير في الأزمات ولأشكال مختلفة من الإرشاد (إرشاد أسري، وتربوي، وزواجي، وحياتي عام...).

وقد تم في المشافي العامة في السنوات الأخيرة إنشاء مراكز تأثير (تدخل) في الأزمات. والمحدد الهام هنا هو إحساس المريض بوجوده في موقف حرج لا مخرج منه. ولا يتم قبول المرضى الذين يعانون من تضيق في الشعور. ولمراكز التأثير (التدخل) في الأزمات أهداف اجتماعية نفسية تتمثل في إعادة بناء القدرة على التكيف الاجتماعي

لل فرد. ومن هنا تنبع أهمية مشاركة الأهل الباكرة المذكورة سابقاً للأقارب والمقربين. ويتم حشد العوامل الذاتية المساعدة وطاقت المساعدة الذاتية في الأسرة والمجتمع بصورة قوية. ويرتبط بهذا الإطار كذلك السعي منذ البداية إلى تعاون المؤسسات خارج العيادة، كمكان العمل والمؤسسات الاجتماعية. ويتم تخريج المريض أو تحويله بعد ثلاثة إلى أربعة أيام وفي أقصى حد سبعة أيام. وتحتل إدارة الجلسة موقع الصدارة من الناحية العلاجية، وينبغي ترك المريض ليستريح في اليوم الأول وبعد ذلك يتم فحصه جسدياً ويحصل على إمكانية الجلسة الأولى. وفي اليوم التالي الجلسة الأولى الهادفة مع استقصاء التاريخ المرضي الاجتماعي النفسي الذاتي وغير الذاتي، وفي اليوم الثالث يتم بحث إمكانات مختلفة لحل الصراع مع المريض. وعند استخدام المساعدات الاجتماعية فإنه غالباً ما يكون نشاط الرعاية الاجتماعية ضرورياً. ويتم استخدام الأدوية في حالات متفرقة وعند وجود أسباب داعية لفترة قصيرة، وعند وجود أمراض نفسية يتم التحويل إلى قسم الطب النفسي أو العلاج النفسي (وهذا هو الحال في المتوسط عند ربع المرضى حتى ثلث المرضى المستقبلين). وفي حال عدم وجود مرض ذهاني فإن العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد يهدف إلى تقبل ودعم النكوص في خدمة الأنا من ناحية ومن ناحية أخرى ينبغي التأثير في النكوص الضار بالأنا بشكل معاكس.

ويأخذ المعالج وضعية «المعبر عن الأمل» ويقف في وجه ميول الهروب إلى الكحول والأدوية والعزلة الاجتماعية والمرارة، ويشجع المريض على التعبير عن مشاعر الحزن أو الأمل أو الذنب أو العدوانية، وفي الوقت نفسه يتم تشجيعه على مواجهة الواقع ويتم التصدي لميول إنكار وتشويه الواقع. وفي طور التخريج يقوم المركز يقوم مركز التأثير (التدخل) في الأزمات بأقسام الرعاية البعيدة ويتم إشراك الشريك في الجلسة الختامية.

وحتى فترة قريبة كان التأثير (التدخل) في الأزمات يتم فقط من خلال الخدمات الطبية المناوبة أو مراكز الإسعاف أو الأقسام النفسية المختصة. إلا أن لإلحاق مراكز التدخل في الأزمات ضمن المشفى العام فوائد متعددة تتمثل في تحسين علاج الحالات

الضرورية الطبية النفسية وتحسين علاج المرضى في الأزمات النفسية والاجتماعية عبر تخصيص مركز الأزمات وتجنب قبول عدد كبير من الحالات في مستشفيات الأعصاب المزدهمة وتجنب الشذوذ النفسي من خلال الاستخدام المبكر للعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد.

أما فيما يتعلق بالتأثير الأزماتي على الانتحارية فقد تم التوسع في التأثيرات الممكنة. وكان الأساس في ذلك قائماً على تفسير الميول والتصرفات الانتحارية و «شبه الانتحارية» على أنها «أزمة نرجسية». ومن العجيب أن تكون العلاقات النرجسية والانتحار أساس أسطورة نرجس الإغريقية القديمة، فنرجس الذي انعكست صورة وجهه على صفحة الماء وقع في حب وجهه الجميل. وقد استجابت الآلهة إشو لنداء الشاب نرجس الواقعة في حب جماله. نداءات إشو تضلل نرجس، ولكن صورته المنعكسة في الماء كذلك، فهي تعكس له الجزء الكامل الرائع منه ولكن ليس الجانب الآخر، فظهره وخياله مثلاً بقيا متخفيان عنه. إنهما ليسا جزءاً من صورة المرأة المحبوبة إنهما مستبعدان.

إن نرجس لا يريد أكثر من مجرد رؤية الشاب الجميل، وينكر ذاته الحقيقية ويريد الاتحاد مع الصورة الجميلة، مما أدى للاستسلام... إلى الموت، أو إلى أن يتحول إلى وردة حسب رواية أوفيد. وهذا الموت هو نتيجة حتمية لتثبيت على الذات الخطأ.

وفي المراجعة الشاملة التي أجراها هينسلر عرض المبدأ على النحو التالي:

عند نشوء منظومة تنظيم نرجسية غير مستقرة فإن الأمر يتعلق بالتعامل المنكر مع الواقع المهين بالفعل أو الذي يُعتقد أنه مهين ومع الموقف الممثلن من هذا الواقع. ويمس الموقف غير الواقعي بصورة خاصة الشخص نفسه. ويظهر الموقف في التذبذب بين الهوامات الكبيرة غير الواقعية (المحتفظ بها سريراً على الأغلب)، وبين مشاعر النقص المبالغ بها. ومثل هؤلاء الأشخاص يبحثون لتثبيت إحساسهم بذاتهم عن

علاقات بأشخاص ممثلين<sup>١</sup>، يتحولون (أي الأشخاص الممثلين) بهذا إلى مواضيع نرجسية أو إلى مواضيع ذاتية. ويعاش فشل هذه المواضيع وخيبة التوقعات الموضوعية فيها على أنه إهانة. وعندما تفشل وسائل الدفاع الأولية (الإنكار والمثلثة) في تمثل الإهانة الشديدة تحصل استثارة هوام استسلام الفردية لصالح الانصهار مع موضوع في حالة أولية متجانسة. ويعيش الشخص عدوانية الإحباط الناشئة على أنها مهددة، بحيث يحاول جعلها غير ضارة من خلال الانقلاب ضد الذات على الشخص نفسه. وبما أن الخسارة المهددة لموضوع مُتَمَلِّك نرجسياً تؤدي إلى حشد المحاولات لإنقاذ مشاعر القيمة الذاتية، تظهر أنماط سلوك تهدف إلى قتل الموضوع في الذات وإنقاذ علاقة الموضوع في الوقت نفسه. ومن هنا تتضح الكثرة الغالبة للتصرفات شبه الانتحارية غير التامة في النهاية، أو الميل المعروف عند مثل هؤلاء الأشخاص للكحول وعقاقير إدمانية أخرى، والتي يمكن فهمها بطريقة مماثلة على أنها «نكوص إلى حالة أولية متناسقة».

وتمثل النتائج العلاجية في التأثير في الأزمات إكمالاً لتصوراتنا الخاصة المنشورة حول علاج الانتحارية:

غالباً ما ترتبط إشكالية النرجسية بشريك ينطلق منه في الغالب الصراع الراهن. ومن المهم البحث عن الوظيفة النرجسية لهذا الشخص. وبما أن الانتحاري يسعى لاكتساب المعالج كبديل فإن المعالج يمكن أن يعيش الاضطراب النرجسي للمريض في علاقة النقل النرجسية. على المعالج محاولة فهم منشأ ومحتوى هذا النقل ولا يجوز له بأي حال من الأحوال أن يخيب هذا النقل، بل عليه تقبله دون شرط. ونظراً لأنه ينبغي افتراض وجود قدرة ضعيفة عند المريض على تحمل الإحباط فإنه ينصح بأن يقال للانتحاري أنه بالتأكيد سوف تكون هناك خيبات. وفي الخطوة الثانية يجب مناقشة منشأ النقل المفترض والواضح، والانتباه إلى أن الانتحاري يخاف من التقدير القليل

<sup>١</sup> أشخاص يتم تقديمهم كصورة مثالية أو مثل أعلى مقدس

وعدم الاهتمام بل وحتى من انسحاب المعالج، حيث يقوم بصد هذا الخوف من خلال مثلثة المعالج أو من خلال الانسحاب المفاجئ للمريض (تراجع إلى الذات على شكل إنكار أو تجنب الواقع أو القيام بمحاولة انتحار جديدة بمعنى النكوص).

ومن أجل الحفاظ على وحدة العمل في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد للانتحاري ينبغي أخذ استيائه بصورة جدية وحساسة والتطرق إليها مبكراً أو أن يتم الحديث عنها قبل ذلك.

ومن أجل التطبيق العملي لنظرية الأزمة النرجسية في عيادات الإشراف على اليائسين من الحياة قام ريبيل بعمل مميز، حيث يستخدم مظاهر علاجية أسرية ومركزية في تصوره العلاجي. والجديد في هذا السياق هو «العدونة المصطنعة» التي قام بتجريبها «كند عدواني» لتضخمت العدوانية الذاتية. ويذكر الباحث حدوث تحييد تجريبي سريع بشكل مثير للدهشة للاستشارات المبالغ فيها وللعذوانيات عديمة الموضوع. ويرى ريبيل أنه تكفي جلستان لدى 70 إلى 80٪ من الانتحاريين. وبلغت الجلسات خمسة على الأكثر عند وجود توترات في البنية التحتية الشديدة. وما يميز هذا المبدأ هو إجراء العلاج في العيادة الخارجية.

ومن الأهمية بمكان أن نشير إلى أمر شديد الأهمية بالنسبة للتدخل في الأزمات ويتمثل في أن الأشخاص الذين يمتلكون استعدادات ضئيلة لتغيير نمط حياتهم يتغير لديهم هذا الاستعداد الضئيل نحو الاستعداد الأفضل إذا مروا بحالة مفاجئة من المعاناة، أي من أزمة. وهنا ينبغي للتأثير في الأزمات أن يبدأ في كل الأحوال بشكل مباشر وبصورة مرتبطة زمنياً بالأزمة.

# 10

## العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد

### للاضطرابات الجنسية

يتم استخدام العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد لعلاج الانحرافات الجنسية والاضطرابات الجنسية الوظيفية. وفيما يتعلق بالتأثير على الانحرافات الجنسية فإن العلاج قصير الأمد يكون أكثر فاعلية كلما كانت بنية الشخصية عند المريض تمتلك أجزاء عصابية أكثر. ويجب الانتباه إلى أنه يغلب لضغط المعاناة ألا يكون موجوداً، ويرى بيتري أنه كلما كان العرض أكثر غرابة عن الأنا وكلما كانت الحاجات الجنسية الغيرية أكثر قوة، وكانت إمكانات الاتصال الجنسية الغيرية أكثر توفراً كان التنبؤ ملائماً بشكل أكبر. ويغلب لهذه التركيبة أن تكون موجودة بصورة خاصة في الاستعراضية وفي الاعتداء الجنسي على الأطفال. أما القاعدة التي تقول أن التنبؤ يكون غير ملائم كلما كان السلوك الجنسي المنحرف أكثر تخفياً، فهي ليست صحيحة بشكل مطلق. وتعد تركيبة المتغيرات التالية فاعلة: بنية الشخصية، المرونة النفسية، درجة التمايز differentiation، إزمانية الاضطراب وعواقبه بين إنسانية والاجتماعية. ويتعلق بهذه التركيبة نوعية العلاج قصير الأمد، أي فيما إذا كان العلاج يتم بطريقة المتمركز حول الصراع أو على الكف أو فيما إذا كان العلاج سيتم بالطريقة الكاشفة، أم المعززة لأشكال الدفاع، وفيما إذا كانت ستستخدم تاريخ الحياة الفردي والنقل أم أنها ستقتصر على المواقف الحياتية الراهنة.

ويرى برويتغام أن بناء الثقة في المعالج الذكر أو المعالجة الأنثى هي الشرط القبلي الأول والإجراء العلاجي الأول («طور التعامل مع الاتصال»). أما في التطور اللاحق والمسمى طور «تدعيم الأنا» فيتمثل الهدف في السعي نحو تحسين تحمل الواقع والدعم من خلال الإجراءات الاجتماعية. وينبغي توجيه نصائح وتوصيات معينة على نحو

الحفاظ المنتظم على مواعيد العلاج... الخ). أما في الطور الثالث فيتم استخدام إجراءات كاشفة تفسيرية ومتمركزة حول الصراع، وينبغي هنا تحليل النقل والنقل المضاد، وعلاج النكوص إلى مواقع نرجسية والسلبية والأريحية بشكل مختصر قبل معالجة المطالب الكبيرة وأطر الواقع الوهمية.

ويُنصح باستخدام التقنية التالية: بعد سبر السيرة المرضية يختبر المعالج مع المريض مجالات الحياة التي يتصرف فيها الشخص بطريقة مكفوفة والمجالات التي استقر عليها هذا الكف، مع إيضاح الطبيعة البديلة للإشباع التي يمتلكها الموقف الجنسي الشاذ والذي تموضعت فيه أجزاء كبيرة من النشاط غير المستفاد منه عادة على مجال جنسي شاذ من مجالات الحياة. وهنا غالباً ما يتم بلوغ حد العلاج قصير الأمد. والطور الأخير هو الطور الأصعب، وهو طور حشد النشاط المكفوف أو الموجه بصورة شاذة وقيادته الذاتية السليمة مع اكتساب إشباع حقيقي للحاجات. إن الحقيقة القائلة: إن العمليات الأولية من التعلم عند المرضى تكون ضعيفة بسبب إلحاحات الدافع المكفوف، تقود إلى أن التعويض غير ممكن إلا بالانتكاسات والخيبات. ولعل المجال العدواني والتوكيدي هما أكثر المجالات كفاً.

ومن هنا فإن العلاج قصير الأمد للانحرافات الجنسية يعتمد على إجراءات داعمة، على نحو الاسترخاء الذاتي وتمارين الاسترخاء والعلاج الدوائي والعلاج بالعمل وبالانشغال وتحقيق الاتصالات خارج نطاق الأسرة والإرشاد الأسري أو الزوجي، والإرشاد المهني والدعم المهني بالإضافة إلى تنظيم مسألة السكن.

ومن المهم جداً في معالجة الشذوذات الجنسية بصورة خاصة مراعاة الأعراض المتنوعة Poly symptomatic كالقلق وعدم الاستقرار القسري والتوتر الداخلي والعصبية وعدم الاستقرار والقابلية للاستشارة والاكئاب ومشاعر الذنب واضطرابات التواصل والأعراض النفسية الجسدية. إذ أنه يمكننا أن نرى في الفعل المنحرف إشباع Gratification محدود زمنياً لهذه المعاناة. إن الإشارة إلى أنماط سلوكية مشابهة عند الأطفال تؤثر بصورة مخففة. أما مبدأ العلاج قصير الأمد للاضطرابات الجنسية الوظيفية فنعرضه من

خلال مثال حول اضطرابات الانتصاب النفسية الرجعية الذي قدمه ريشنيرغر في عرض بناءً:

من حيث المبدأ يعتبر الاضطراب على انه عرض عند شخصين، الأمر الذي يلزم بإشراك الشريك في العلاج، وفي حال استمرار الاضطراب فإن الشريكين هما المسؤولان. أما عملية البحث عن المذنب فإنها طريقة غير مجدية ومثلها كذلك محاولة تنويع تقنيات الممارسة الجنسية. في البداية لا بد من الاتفاق على الامتناع عن الممارسة لفترة ثلاثة أشهر، كي يتم اختراق الدائرة المفرغة التي يستمر الحفاظ عليها من خلال التوقعات السلبية، كما أن الهدف من وراء ذلك التخفيف من قسر أو ضغط الإنجاز الممكن أيضاً. وبعد تحقيق الاتفاق بين الأشخاص الثلاثة المشاركين يمكن أن يبدأ «علاج معياري يسير على سكتين».

ففي المتوسط تحدث الجلسات بفواصل زمنية تبلغ الأسبوعين بين الجلسة والأخرى لمدة نصف ساعة ويبلغ عدد الجلسات بين 9 و 12 جلسة وسطياً. وفي نهاية كل جلسة يحصل الزوجين على تعليمات لتصرفات ملموسة. وينبغي إعطاء هذه التعليمات بالتدرج أو على دفعات. وتتمثل هذه التعليمات في التلامس الجسدي بين الزوجين. والهدف من جراء ذلك توسيع مدارك الزوجين. ومن الضروري أن يكون أحد الزوجين نشطاً والآخر يعطي إرجاعات. وينبغي في البداية عدم التعرض للمناطق التناسلية. وعندما تحقق هذه الطريقة الإشباع لكلا الجنسين يمكن أن يتم إعطاء تعليمات بضم الأعضاء التناسلية للملامسة. وفي الجلسات السابقة يتم التوجيه نحو تحقيق الإشباع من خلال الملامسة. وأخيراً يتم إعطاء تعليمات بالإيلاج، مع التأكيد على عدم القيام بحركات الاحتكاك الجسدي. في اضطرابات الانتصاب فإن وضعية «التبشير Missionary Position» (المرأة في وضعية الاستلقاء على الظهر) تكون ضرورية لأن المخاوف اللاشعورية من المرأة تستحوذ على الرجل بدرجات مختلفة، وعلى المعالج هنا عدم التعرض لذلك. بالإضافة إلى ذلك على المعالج أن يكون متحرراً من الميول الفضولية-الاختلاسية.

ويخصص الجزء الأول من كل جلسة علاجية للحديث حول تعليمات التصرف، حيث يتحدث الزوجان في كل جلسة عن تحقيق التعليمات السابقة. أما الجزء التالي من الجلسة فيخصص لعلاج صراع ما بطريقة تحليلية. ويتمركز السعي نحو البحث عن الصراعات الخاصة بالزوجين. فيمكن مثلاً للمعالج أن يلاحظ أن أحد الزوجين يواجه الآخر باللوم، في حين أن الآخر يكون خاضعاً فيما يتعلق بذلك. ويمكن فهم هذا السلوك على أنه «عصاب الاثنين». ولا بد من البحث في الجلسة العلاجية عن أمثلة حول نمط التفاعل المشحون بالصراع إلى أن ينشأ الانطباع من جميع النواحي أنه قد اتضحت الرؤى المؤلمة بدرجة تكفي في تحريك المواجهة على نمط التفاعل المعني غير الملائم. وبسبب من ضيق الوقت فإنه لا بد من عدم إجراء علاج سببي. وتقتصر الجلسات على اللحظة الراهنة وبعد عدة مقابلات يمكن الطلب من الزوجين أن يتصوروا كيف يمكن لأزواج آخرين أن يواجهوا صعوبات مشابهة.

ويعمم ريشنيرغ ملاحظة لوخ القائلة أن الكفاءة العلاجية تمثل وظيفة النقل المعاكس، على العلاج الزوجي أيضاً.

# 11

## استخدام مبادئ العلاج قصير الأمد في الأمراض المستعصية

- يشير كل من بيلاك وسمال استناداً إلى المعلومات المتوفرة إلى خمسة نقاط من ردود الفعل على الأمراض والإعاقات الجسدية:
- 1- ردة الفعل «السوية»، التي تتألف من نوع من القلق والتعكر الذي سرعان ما ينقلب إلى مقدار مطابق لشدة الاضطراب؛
  - 2- ردة فعل التجنب والإنكار، وتتصف بعدم إرادة إدراك المرض مع الميل الناجم عن ذلك إلى مخالفة التعليمات الطبية،
  - 3- الاكتئاب الاستجابي<sup>١</sup>، ويستمر لفترة طويلة ويمكن له أن يستقر على شكل تطور توهم مرضي (مراقبي).
  - 4- إعادة تمركز القلق والصراعات الموجودة مسبقاً في أمراض تظهر بشكل جديد وبشكل خاص لدى المرضى المضطربون نسبياً الذين يفقدون مع ظهور المرض الجسدي الأعراض النفسية السابقة المنتشرة.
  - 5- ردة فعل ما يسمى بالفردية النفسية، أي التنافر الشاذ النامي بين الشفاء الجسدي المحقق والاضطراب النفسي الناشئ حديثاً المترافق بالقلق والأعراض النفسية الشاذة.

ومن الناحية النفسية الدينامية يمكن اعتبار أن خبرة مرض جدي أو إخبار الشخص بنتيجة تشخيص ما تمثل «صدمة أولية» تتصل بعملية «تنظيم المرض». إذ أن المريض

---

<sup>١</sup> الاكتئاب الارتكاسي: الناجم عن ردة الفعل على المرض أو الحدث الصادم.

يمكن أن يتعلم العيش مع المرض وتقبله إلا أنه يمكنه أيضاً أن يقوم بتنظيم مرضي متزايد مرتبط بتصورات لا عقلانية وانسحاب نرجسي من المحيط، عندئذ يمكن للمريض أن يعامل الجزء المريض من الجسد كمعاملة الأشخاص الآخرين. أما التجليات العيادية لمثل هذا النرجسي المرتبطة بهذا الأسلوب فتتمثل في المخاوف المراقية (توهم المرض) والتكدر والآلام الجسدية المتنوعة دون أساس عضوي والمراقبة المتزايدة للذات والقلق وارتفاع الحاجات الفمية السلبية. ويحصل التفسير الخاطئ للمرض من خلال نقص أو عدم دقة التصورات التشرّحية. كما يمكن أن تكون العدوانية هي التعبير عن الدفاع ضد القلق العميق من الانهزام الجسدي ويكون الاستعلاء نتيجة تعمق الهوامات اللاشعورية لمفهوم الذات المتضخم. فإذا ما تمت شخصنة Personalize العضو المريض، ينمي المريض علاقة مع هذا العضو شبيهة بعلاقة الأم بطفلها (معدتي لا تسمح لي)، كما يمكن لشخص طموح جداً أن يرحب بإصابته بمرض مزمن لأن المرض يجيز له العودة المشروعة إلى التعلق السلبي. فاكْتساب المرض الثانوي ظاهرة معروفة جداً في الحياة اليومية. والعبرة من ذلك أن المريض يحظى في العادة عبر معاناته بفوائد وتسهيلات يمكن أن تعترض إرادته في الشفاء بصورة جديدة (كالإجازة المرضية الطويلة أو التحويل إلى منتجعات الاستشفاء).

ويجب الانتباه في أمراض القلب إلى أن المرضى غالباً ما يشعرون أن هذه الأمراض تمثل تهديداً خطيراً للحياة وتمتدح بتصورات حول الموت المفاجئ. وبغض النظر عن ذلك يمكن أن يصل الأمر إلى تجديد لمخاوف قد تصل إلى مرحلة القلق المسيطر، الذي ينبعث من شدة صراعية بين نفسية. والأشخاص العدوانيون بوصفه دفاع ضد السلبية المفرطة اللاشعورية والمولعون بالإنجاز والميول التعويضية المفرطة هم أكثر الأشخاص المعرضون لهذا الخطر.

ولدى مرضى الديليزة الكلوية (غسيل الكلى) يغلب أن يكون هناك صراع بين التعلق الضروري بمركز الديليزة والرفض اللاشعوري بدرجات مختلفة لهذا التعلق.

وعلى العاملين في المركز أن يعرفوا صراع التعلق هذا وأن يفهموه كي يساء فهم موقف المريض من الديليزة ومن ثم يفسروه بأنه «تمرد على النظام».

ولدى مرضى السل يغلب أن يحصل في البداية إنكار للمرض، بالإضافة إلى ارتفاع التذمر النرجسي والسلبية كما هو الحال في الأمراض الأخرى.

في العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد للتمثلات الفاشلة للأمراض الجسدية المستعصية يجري في البدء تقديم تفسيرات بسيطة ومقنعة ثم تؤخذ التفسيرات العميقة بعين الاعتبار. ومن أجل ذلك صاغ كل من بيلاك وسمال خمسة قواعد:

- 1- على المعالج ألا يضخم المخاوف المحقة والأضرار الفعلية بل من الأفضل أن يقوم بتصحيح التصورات الخاطئة عند المريض.
- 2- ينبغي في البداية تحديد هوامات المريض الشعورية بدرجات مختلفة عن مرضه وتصحيحها بعد ذلك.
- 3- ينبغي لشرح أهمية المرض بالنسبة للمريض أن تساعد على تحقيق رؤية أفضل، أما تقوية علاقات الموضوع فينبغي أن تؤثر بشكل معاكس لخطر الاستسلام والرغبة في الموت.
- 4- علاج الصراعات القائمة بغض النظر عن المرض من أجل تثبيت الشعور بالذات.
- 5- من الممكن بين الحين والآخر تشجيع نوبات من «الإنكار النافع»، من خلال أن يسهل المعالج على سبيل المثال التماهي مع شخص مشهور عانى من هذا المرض ونجا منه.

# 12

## التوليف بين العلاج في المجموعة والعلاج النفسي الدينامي قصير الأمد

### ١٢،١ فرضيات وفرضيات مضادة

يرى فوكس أحد طلائعبي المعالجة التحليلية في المجموعة<sup>(١)</sup> فيما يتعلق بالتوليف بين العلاج الفردي والعلاج في المجموعة أن المعالجين «الذين يولفون كلتا الطريقتين لا يكونون متأكدين كفاية في التعامل مع المجموعة» وأنهم «يفتقرون إلى الاحتكاك الشخصي الحميم بالمتعالج». كما رأى شلافسون أن العلاج في المجموعة والعلاج الفردي عبارة عن شكلين من العلاج غير القابلين للتوليف. وأشار كيمبر إلى خطرين عند استخدام التوليف من معالجين مختلفين «العلاج المشترك». الخطر الأول هو خطر الاستحواذ على أحد المعالجين، وأن يتم تشجيع الميل اللاشعوري للمريض في الوقوف في وجه تأثير تحليل المعالج الآخر دون أن يشعر المعالج بذلك. والخطر الثاني من الممكن للمعالج نفسه، وفي منافسة لا شعورية مع زميله أن يشترك بشكل مُشْتَبِت في لعبة النقل ليصبح النقل ثلاثياً. ويشير كل من هايغل - إيفرست وهايغل لملاحظات أشد تقييداً، إذ يشير إلى أنه قد لوحظ في حالات الاستخدام غير المضبوط للعلاج التوليفي وجود اتجاه لدى المعالجين المعنيين يتمثل في عدم اعتبار المجموعة العلاجية الشكل الوحيد من العلاج لتحقيق أهداف علاجية. ويحذران فيما يخص العلاج

---

(١) درج في اللغة العربية استخدام مصطلح العلاج الجماعي للتعبير عن هذا النوع من العلاج. ونرى أن مصطلح العلاج في المجموعة أو العلاج ضمن المجموعة أو علاج المجموعة أدق من حيث التعبير. فمصطلح العلاج الجماعي قد يثير الغموض بحيث يفهم منه أن العلاج النفسي يتم دفعة واحدة دون مراعاة الخصائص الفردية للفرد في حين يتضمن المفهوم الثاني، أي العلاج النفسي في المجموعة أن هذا النوع من العلاج هو علاج لأفراد في إطار المجموعة كجماعة مرجعية للفرد، تساعد على النضج والتفتح والنمو، وأن هذا النمو هو عبارة عن عملية فردية تفاعلية بالدرجة الأولى وليس سيرورة جماعية تحدث ضمن أطر اجتماعية. (الترجم).

الفردى والعلاج فى المجموعة اللذان يتم إجراءهما بالتوازى من معالجن مختلفىن، من خطر انتقاء المرىض لمادة ما وتخصىصهما لواحد من أشكال العلاج المستخدمة مما يؤدى إلى التقليل من توتر المجموعة المثمر من خلال «صمام الانفعال».

وبما أن المقارنات المتوفرة تستند إلى تحليل المجموعات وإلى معالجات تحليلية طويلة فإنه لا يمكن تعميمها على ظروفنا دون تحفظات، بالإضافة إلى أنه هنا قد تمت الإشارة لصعوبات يجب أخذها بالاعتبار فىما يتعلق بالعلاج النفسى الدينامى.

## 12.2 المعالج

عند تقييم الاعتراضات على التولىف بين العلاج النفسى الدينامى فى المجموعة والعلاج النفسى الدينامى الفردى علينا أن نأخذ بعىن الاعتبار أن الاختلاف فى شخصىة المعالجن يحدد مىلهم فى التوجه بصورة أكثر نحو العلاج النفسى فى المجموعة فى حالة ما وفى حالة أخرى نحو العلاج النفسى الفردى. ونرى أن بنية شخصىة المعالج تؤثر فى اتجاهه الانتقائى نحو العلاج الفردى أم فى المجموعة، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن الدور العلاجى المعنى يمارس ثانوياً تأثيراً واضحاً على المعالجن نفسه.

فإذا أردنا استنتاج نتائج ذات قىمة فلا بد لنا من الاعتماد على الخلفية المختلفة بالأصل التى يقوم عليها كل شكل من هذين الشكلىن. فتأثير المعالج فى المجموعة تأثير محدود مقارنة بتأثيره فى العلاج الفردى. والخطر الكامن فى ذلك - حتى بالنسبة للعلاج الفردى - هو ىنساق هذا التأثير المحدود وراء نقل معاكس غير متسق. فالمعالج فى المجموعة يجب أن يكون مرناً وسرىع البدىة. وتتنوع إمكانات التأثير فى حدث المجموعة، وتكون قابلية ردود أفعال المرضى المتعالجن للتنبؤ أقل، وىمتلك النقل المعاكس غير المتسق تأثيرات غير التى ىمتلكها العلاج الفردى. فتقوىمه assessment يتم بصورة جماعىة الأمر الذى يؤدى للتخفىف من حدته المتمركزة على الفرد. كما أن المسؤولىة الفردىة الملقاة على عاتق الفرد هنا تكون أقل، ومن هنا نستطىع فهم لماذا ىقوىم المعالجون فى المجموعة نجاحهم بشكل أكثر تفاعلاً. فهم ىوجهون اهتمامهم وانتباههم على شكل

تأثير موجه ليس على الموضوع الفرد وإنما على المجموعة ككل، ومن ثم فهم يضعون في الفرد توقعات نجاح قليلة. وفي وجود المجموعة يكتشف المعالج هويته الاجتماعية، بغض النظر عن السعي للغفلية Anonymity ووالتكشف (الامتناع) Abstinence، أكثر مما هو الحال في العلاج الفردي، إذ يمكن لأفراد المجموعة لأن يدكوا ويراقبوا تدرك تراقب المعالج في المجموعة إلى درجة تلعب فيها الإشارات غير اللفظية لتعبير ما دوراً.

### 12.3 سمات التعامل مع المجموعة وأشكال العلاج الدينامي في المجموعة

تعد التعددية Plurality من صفات المجموعة التي تتضمن المعاني التالية: تعني التعددية الوجود ضمن المجموعة، والتعدد والاختلاف، وعدم الاستقلالية، والتنوع النسبي للفعل الذاتي.

وحسب طريقة فهمنا للمجموعة العلاجية، أي فيما إذا كنا نعتبرها تعددية أكثر منها نسخة عن فردانية وحيدة، أو فيما إذا كنا نعتبر كل فرد من أفرادها على أنه فرد فريد متميز أكثر من كونه يشبه الآخرين، تنتج تركيبات مختلفة للمجموعة العلاجية.

ففي العلاج الفردي يتمركز الجهد العلاجي على الفرد أما في العلاج ضمن المجموعة فإن النظرة للفرد تكون نظرة جمعية أو كلية، أي أن المعالج يتعامل مع المجموعة كمخلوق موحد ويتم تحويل علاقة متعددة الأشخاص بحد ذاتها إجرائياً إلى علاقة ثنائية. وبالمقابل يتم التأكيد في العلاج في المجموعة على سمة هيئة المجموعة. فالمجموعة تتكون من أفراد مميزين وتشكل في الوقت نفسه تنوعاً يمتلك صفة الهيئة ومن ثم فالهيئة هي المحصلة النهائية.

(١) الغفلية، أي أن يتمركز موضوع الجلسات العلاجية حول المريض المتعالج وليس على المعالج، وألا تكون أمور المعالج الشخصية موضوعاً للجلسة. أما الامتناع أو التكشف فهو ترفع المعالج عن أن يكون مشاركاً في اضطراب المريض، من خلال إقامته علاقة شخصية مع المتعالج والخضوع لرغبات وهوامات المتعالج. وعلى الرغم من أن هذا المبدأ يظل سارياً على المعالج، غير أنه لا ينطبق على أفراد المجموعة، حيث يتم تشجيع التفاعلات الاجتماعية بين أفراد المجموعة.

وتتجه الملاحظات والتأثيرات العلاجية على التفاعل بين الأفراد والمجموعة وكذلك التفاعل بين الأفراد ضمن المجموعة. وهنا تعد سيرورات (عمليات) المجموعة سيرورات نفسية تتشكل من التفاعل. ويشبه «العلاج الدينامي الهادف في المجموعة» عند هوك مفهوم المجموعة المتمركزة حول النشاط مع توزيع دينامي اجتماعي للوظائف عند هايغل - إيفرس التي كانت قد أوضحت مدى تشابه اتجاه عملها مع مفهوم «تفهم المجموعة» عند فولكس وآخرين، ومدى اختلاف أسلوب العلاج الفردي والعلاج في المجموعة من حيث الأساس. إلا أن هوك يقلل من دمج مفهوم هايغل - إيفرس في المنظومة التحليلية النفسية ويؤكد على وظيفة المجموعة كتعبير عن الشروط الاجتماعية المباشرة. فالفروق الأساسية إذاً بين العلاج الدينامي في المجموعة والعلاج الفردي الدينامي ناجمة عن مراعاة واقعية التعددية بشكل كاف في تصور العلاج في المجموعة.

#### 12.4 العلاج النفسي الدينامي الفردي مقارنةً بالعلاج النفسي الدينامي في المجموعة

في العلاج الفردي يقترب الموقف العلاجي من الموقف الفردي إلى حد كبير، ويتصف بالغفلية والامتناع التي تجعل من هوية المعالج محجوبة، وبقوة الاستبطان بسبب التداعي الحر، وقيام المعالج بدور حامل الإسقاط على الغالب. أما في العلاج في المجموعة فإن إمكانات استخدام تقنيات تشجيع الاستبطان تكون محدودة، ولا وجود للحصانة لأن التقشف هنا ينطبق على ردود الأفعال الشخصية للمعالج فقط، ويتم تشجيع، ويتم استخدامها لاستشارة سلوك الآخر. وبهذا يكون الإدراك من خلال الاستبطان في العلاج الفردي مرادفاً «للتعرف على الذات في الآخرين» في العلاج ضمن المجموعة.

والعلاقة الثنائية في العلاج الفردي لا تعبر عن الواقع الخارجي أو تعكسه بدرجة كبيرة، وتحشد الهوامات النكوصية، في حين المجموعة تضمن تمثلاً مباشراً للواقع الاجتماعي الخارجي. أما القلق فيتم تخفيفه في المجموعة من خلال آلية الإزاحة والأحادية Unification (أخطاء الحكم لتقوية الإحساس التي تهدف إلى اتساق القصد

والاستطاعة) ومن خلال التماهي مع المعتدي والصمت الانتقائي والثرثرة والنصح والضحك والسلوكيات والأفعال التعبيرية غير اللفظية وعبر الاندفاعات والتوترات الإيائية والتعبيرية اللاشعورية. وفي أثناء ذلك أو من خلال ذلك تفتح في المجموعة أنماط نوعية بنوية من صد القلق عبر الهوامات وميول التوقع. فيلاحظ هوام التقبل المطلق الانتحاري والرجسي وهوام منبع الغذاء (الأخذ) الاكثابي الذي لا ينضب، وهوام «القدرة الخارقة على التنظيم» العصابي القهري المبعّد لكل احتكاك، وهوام الزوج المُستقبل برودة، المستيري.

ويتيح التوليف بين العلاج الفردي والعلاج في المجموعة إمكانية خاصة في اختبار التنافر بين مفهوم الذات والتأثير الفعلي على الآخرين. كما يتيح التدريب على العلاقات التفاعلية.

وتعني خصوصية العلاج الفردي حماية المريض من الإهانة. وأمام المجموعة يملك المعالج إمكانية معايشة المريض وإمكانية ملاحظته، أما الموقف العلاجي الفردي فهو أكثر ملائمة في علاج محتوى الصراع، بالمقابل فإن خبرة «النحن» في المجموعة تسهم بشكل أكبر في إيقاظ الثقة ومشاعر الدعم.

## 12.5 فاعلية العلاج التوليفي

يتضح من خلال المقارنة بين خصائص العلاج النفسي الدينامي الفردي والعلاج الدينامي ضمن المجموعة أن التوليف يتضمن تأثيراً علاجياً أفضل من الاستخدام المنفرد لإجراء علاجي وحيد.

فالتوليف فعال سواء كان المريض يحتاج إلى الحماية من الإهانة في العلاج الفردي، أم كان يحتاج إلى مواجهة الإرجاعات من الآخرين في المجموعة.

وينبغي من حيث المبدأ مراعاة أشكال التوليفات التالية:

1- الاستخدام المتوازي للتوليف من المعالج نفسه لفترة زمنية طويلة (علاج توليفي).

- 2- التطبيق المتوازي لمعالجين نفسيين مختلفين (علاج مشترك).
- 3- العلاج التولييفي بالمعنى الأوسع (علاج مستمر في المجموعة مع إجراء علاج فردي في بعض الأحيان، على فترات منتظمة أو غير منتظمة).
- 4- الاستخدام المتتالي للعلاج الفردي والعلاج في المجموعة.

### 12.5.1 اضطرابات الشخصية النرجسية

يمكن ملاحظة فوائد العلاج التولييفي في النرجسية المضطربة. إلا أنه ينصح بإجراء العلاج في المجموعة في اضطرابات الشخصية النرجسية بالتوازي بعد طور أولي من العلاج الفردي. إذ أن النرجسية المضطربة والأنانية تحتاجان إلى الحماية الخاصة من الإهانة التي يوفرها العلاج الفردي كما تحتاج في الوقت نفسه إلى إرجاعات المجموعة. وفي العلاج الفردي تكون فاعلية التأثيرات العلاجية أفضل وإمكانات الاستبطان أكبر. وفي حال إجراء العلاج من معالجين مختلفين لا بد من التأكيد على التبادل المنتظم للمعلومات حول مستوى العلاج لكلا المعالجين. وينصح بالاستخدام المتوازي نظراً لعدم الإمكانية بالتنبؤ في ردود أفعال أفراد المجموعة تجاه الذات المتضخمة السريعة التأثير (الانجراف<sup>١</sup>). وفي حال استخدام العلاج الفردي لوحده لا بد من الانتباه لخطر توكيد النقل Transmission gratification الذي يعيق علاج النقل. وبعد علاج القلق المرتبط بالنقل النرجسي يمكن للإدراكات المشحونة بالصراع التي يعيشها المريض في المجموعة أن تظهر بوضوح في السيرورة العلاجية الفردية. كما ينبغي أن تعاش علاقات النقل الممثلن الاجتماعية النفسية في المجموعة وأن يتم علاجها. وأخيراً تتيح المجموعة من خلال عرضها التعليمي «محيط انتقال» يتضمن عناصر من الواقع الاجتماعي.

### 12.5.2 العصابات التي تتصف بدفاعات متسقة مع الأنا

في حال وجود دفاعات متسقة مع الأنا يفيد العلاج التولييفي، حيث يحتاج المريض

<sup>١</sup> الحساسية الزائدة، الأذى النفسي

إلى نوعين من العلاج بسبب نوعية الدفاع. فهو يحتاج إلى المثيرات البين شخصية الشديدة للمجموعة وإلى العلاقة الحميمة للعلاج الفردي. فهو لا يستطيع إطلاق دفاعاته إلا في العلاج الفردي، لأنه لن يخشى هنا فقدان ماء وجهه. «الدفاعات المتسقة مع الأنا» تكون غير متناقضة مع مثل الأنا التي يعبر عنها المريض شعورياً (أي مع الأنا الشعورية)، وهي تلاحظ على الأغلب وبشكل نسبي في اضطرابات البنى القسرية النفسية الجسدية إلى جانب آليات الدفاع الغالبة المتمثلة في العزلة والتكوين العكسي والتبرير (العقلنة). ويعد ظهور النقل المنقسم من مميزات «الدفاع المتسق مع الأنا». إذ يتم هنا نقل الجزء المتسق مع الأنا إلى المعالج بينما يتم نقل الجزء الغريب عن الأنا إلى شخص خارجي. ويتعلق الأمر هنا «بانقسام نقل علاقة موضوع متناقضة»، أي بنوع خاص من التصرف. فالمعنيون يحاولون عرض نوع من العالم الخالي من الصراعات ويتعاونون بشكل جيد إلا أن ذلك يحدث دون مشاركة انفعالية واضحة، وبنسبة متوسطة من النجاح علاجي. وبناء على هذا ينصح بإجراء علاج مركب لدى المرضى الذين يبدون دفاعات متسقة مع الأنا مع انقسام النقل المميز لهذا النوع وآليات الدفاع المذكورة. فالمجموعة تقدم عدد كبير من المثيرات البين شخصية مع إمكانية زعزعة هذا الدفاع فيما يمكن علاج المخاوف المنبعثة عبر ذلك تحت حماية العلاج الفردي.

### 12.5.3 الشخصيات الحدودية

في العلاج التوليقي للشخصيات «الحدودية» ينبغي التطرق في البداية في الجلسات الفردية إلى مشكلات الحياة اليومية للمريض وينبغي دعمه وتوقع ردود فعل عنيفة في حال الفشل. وبما أنه يمكننا افتراض أنه في أثناء النمو الطفولي لم يتم تحقيق منح الشخص المرجعي سمات سلبية وإيجابية معاً، فلا بد من أن يكون الهدف العلاجي ككل تحقيق تلك القدرة أو إتاحة تلك الإمكانية. وهنا ينبغي السعي للوصول التدريجي للمواقف القائمة على الواقع وصياغة الأهداف بصورة جيدة والتطرق لحاجات المريض بصورة تعاطفية وعدم الاستجابة للإخفاقات والحلول الخاطئة بالرفض

### العلاج النفسي الديناميكي قصير الأمد

واللوم. ويهدف العلاج الفردي إلى حماية المريض بينما يهدف العلاج في المجموعة إلى تحقيق التكامل الاجتماعي من خلال إرجاعات الآخرين.

#### 12.5.4 «اختبار» الانتماء للمجموعة

يرى هايغل وهايغل-إيفرس أن دراسة انتماء المريض الحقيقي للمجموعة يعد مقياساً مهماً حول فائدة العلاج التوليقي، ويشيران إلى تشكيلات المجموعات التالية والتي ينبغي التفريق بينها بصورة أساسية:

- مجموعة المواجهة (شخصان أو أكثر يتعاملان مع بعضهما وجهاً لوجه)،
- المجموعة الأساسية (مجموعة المواجهة الحميمة) التي يسعى أعضاؤها لأهداف مشتركة كما هو الحال في الأسرة أو النادي الرياضي)،
- المجموعة المرجعية (شخص يتماهى مع سمات مجموعة ما، كالمجموعة المهنية، حيث يتقمص سلوكها).

وينصح باستخدام إجراءات العلاج التوليقي عند أولئك المرضى الذين ينتمون لمجموعات مرجعية، فهؤلاء يسعون لتحقيق الانتماء إلى المجموعة من خلال الإنجاز فقط، مع غياب العلاقات البين إنسانية. ففي المجموعة يمكن لهؤلاء أن يعيشوا بأنهم قد تجنبوا حتى الآن إقامة علاقات انفعالية، ولماذا كانوا يتجنبون ذلك، في حين أنهم يستطيعون في العلاج الفردي فهم مخاوفهم، التي لم يستطيعوا التعبير عنها في المجموعة، والتعبير عنها.

#### 12.6 تقنية التفسير

تختلف تقنية التفسير في العلاج الفردي عن تقنية التفسير في العلاج ضمن المجموعة. وتعد تقنية التفسير في العلاج التوليقي واحدة من المميزات الخاصة لهذا العلاج. ففي المجموعة يمكن للمرء أن يركز على تفسير ما يشغل المجموعة في هنا والآن. ويمكن فهم تعبيرات أحد أفراد المجموعة على أنها عرض «لأشكال جماعية من النقل والمقاومة».

ونحن نستخدم تقنية التفسير في المجموعة بمرونة. إذ يقوم هذا الإجراء بالدرجة الأولى على ديناميكية المجموعة، أي أن التأثيرات والملاحظات العلاجية تركز على علاقة الفرد بالمجموعة وعلى العلاقة بين الأفراد في المجموعة. ويتمحور سلوك المعالجين في الحالات المتفرقة على الطور المعني من سيرورة المجموعة. حيث يتم التركيز بصورة خاصة في طور ما قبل المجموعة على هدف المجموعة وفي أطوار العمل تأتي التأثيرات الخاصة بأعضاء المجموعة الأفراد. وغالباً ما لا يعقب ذلك أي تفسير يستند إلى الخلفية التاريخية حياتية طالما أن المريض لم يتعرض إلى ذلك بنفسه في المجموعة. وكذلك فإن تفسير نمط الدور الذي يمكن أن يعيشه الفرد في المجموعة قلما يحدث في المجموعة، فذلك يحدث مثلما هو الحال في التفسير المتمركز حول المجموعة، في المحادثة الفردية، هذا في حال كون العلاج التوليقي مفيداً عموماً. فتقييم سلوك المريض في الجلسة الفردية يتم إذاً من زاوية وظيفة هذه الجلسة بالنسبة للمجموعة. ويتطلب هذا الإجراء بعض الخبرة ويوحى بأن التحفظات التي ناقشناها تجاه التوليف قد انبثقت من خبرات تقنيات التفسير المختلفة المتجمعة في الممارسة العملية. ففي حين أن المسألة في المجموعة تدور حول «ما الذي يحدث؟» ينبغي في الجلسة الفردية وبالاعتماد على الخلفية التاريخية حياتية البحث عن إجابة عن السؤال «لماذا يحدث ذلك؟».

لقد قدم كل من الزوجين بالينت الملاحظة المتمثلة في أن المريض يصبح بعد علاج تحليلي ناجح أقل عصابية بشكل واضح ولكن ليس بالضرورة أن يصبح ناضجاً بالفعل، وأنه بعد علاج تحليلي بالطرائق الجمعية لا يصبح المريض أقل عصابية بالضرورة ولكنه يصبح أكثر نضجاً بصورة واضحة. وقاما بربط الاستنتاجات المتباينة في مواقف الأطر المختلفة: ففي العلاج الفردي يتم في البداية تسهيل النكوص، في حين أنه على المريض في المجموعة أن يتأقلم في مجرى العلاج ككل وعليه أن يتشارك مع الآخرين. وبغض النظر عن أن المجموعة كلها قد تنكص في علاقتها بالمعالج فإنه يتم تحفيز المريض الفرد على الاعتراف بالناس الآخرين كمساوين له ومن ثم يصبح أكثر نضجاً من خلال ذلك. ومن هنا يمكننا الاستنتاج أنه قد يكون من الأفضل التوليف

بين كلا الشكلين من العلاج، إلا أنه عند التحليل الدقيق لما يلزم من زاوية صور الأمراض المختلفة يتضح أن ذلك غير مناسب. ففي عدد كبير من أشكال الاضطرابات العصابية يكون استخدام العلاج النفسي الدينامي في المجموعة مبرراً وذو فائدة. ويغلب نسبياً كذلك أن الاقتصار على استخدام العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد مفيداً. ويمكن التأكيد على فاعلية العلاج - التوليقي عند وجود الاضطرابات العصابية الموصوفة في الفقرة السابقة بالإضافة إلى اضطرابات الشخصية طويلة الأمد. أما كثافة العمل العلاجي فيمكن هنا أن تتناوب بين كلا الشكلين العلاجين. ففي البدء يمكن أن يتم التعرض للمادة الانفعالية التي استثيرت في المجموعة في العلاج الفردي وبعد ذلك يتم الحديث حول تلك المادة في المجموعة أيضاً.

وبالمقابل هناك اضطرابات من الشكل العصابي أخرى معروفة يكون العلاج التوليقي فيها غير مفيد: فالمرضى ذوي الإشكالية السلطوية الواضحة التي يلاحظ لديهم «النزعة ضد التبعية» (وهذه النزعة عبارة عن مجموعة من آليات الدفاع الموجهة ضد رغبات التعلق الكامنة)، يكفي معهم العلاج النفسي في المجموعة، حيث لا يقدم المعالج في المجموعة إلا القليل من الإغراءات فيما يتعلق برغبات التعلق التي يمتلكها المريض، مما يؤدي لديه إلى حشد أقل للقلق من خلال ذلك ومن ثم أيضاً إلى القليل من قلق التعلق. وعندما يتم حماية نزعة المريض المضادة للتعلق، فإنه يكون أقرب للاعتراف بتعلقه الذي يمكن أن يتم تخفيفه بالتدرج، وذلك عندما يعيش المريض المساندة عبر مساواته بالمجموعة بصورة مطردة.

ففاعلية العلاج ينبغي أن تتحدد إذاً حسب الحالة بالإضافة إلى أنه ينبغي تنويع البناء الخاص لطريقة العلاج لتتلاءم مع الحالة. إن العلاج التوليقي الذي يجريه معالجان اثنان في بعض الأماكن - والذي له مخاطره - يمكن أن يكون فاعلاً مثلاً مع المرضى الفصامين - الاكتئابيين الذين لا يستطيعون في البدء التعبير أمام المعالج عن عدوانياتهم النقدية وإحباطاتهم الموجهة ضد المعالج. إذ أن هؤلاء غير قادرين على انتقاد الأشخاص الذين يشعرون أنهم محتاجين لهم بسبب المخاوف الشديدة المحشودة

من خلال ذلك. ومن أجل التخلص من المخاوف فإنه يفضل أن يكون العلاج الفردي وفي المجموعة على يد أطراف مختلفة. فإذا ما تذكرنا أن فاعلية العلاج الفردي تتأثر بشخصية المعالج بشكل أساسي، إلا أن تعاون معالج ثان في العلاج المركب في حالة التأثيرات المذكورة أعلاه يكون مبرراً.

أما فيما يتعلق بالتوافق الزمني عند استخدام كلتا الطريقتين فإنه يغلب أن يتم البدء بالعلاج الفردي ومن ثم يعقبه علاج مواز. وبالنسبة لمعالجة التعلق بالمواد المسببة للتعلق (المُدمنات) فإنه ينصح بالبدء في العلاج في المجموعة يتبعه العلاج الفردي. وأثناء سير العلاج المتوازي زمنياً يمكن أن يتم تنظيم فترات العلاج الفردي بصورة منتظمة أو غير منتظمة. وفي بعض الجلسات الفردية فقط لا بد من أن تتم مراعاة مبدأ التفسير المتمركز حول المجموعة بدقة. وعندما يبدي مريض في المجموعة رغبته في جلسة فردية، فإنه يجب بادئ ذي بدء إجراء تحليل لدوافع هذا المطلب.

ومبدئياً يمكن القول أن العلاج النفسي في المجموعة والعلاج النفسي الفردي المؤلفان هما طريقتان علاجيتان خاصتان تمتلكان تأثيرات خاصة. فمن خلال التوليف بين كلا الشكلين يتعدل كل شكل من الشكلين بذاته. واستخدامهما ليس واجباً ضرورياً، وإنما يجب أن يكون دائماً حسب نوعية المرض المختلفة في أماكن العلاج المختلفة. والزيادة الملحوظة في كثير من الأماكن لاضطرابات الشخصية النرجسية والتحديد التفريقي «للشخصيات الحدودية» الذي أصبح ممكناً في الوقت الراهن يبشر في المستقبل باستخدام واسع للعلاج التولييفي.

# 13

## ملاحظات ختامية: النجاح وضبطه

يقترح بيك وجوب مراعاة ثلاثة مسائل فيما يتعلق بضبط النجاح، تتمثل في مسألة الشفاء العفوي ومسألة مجموعات الضبط ومسألة تحول العرض.

بالنسبة لمسألة الشفاء العفوي فما زال هناك خلاف حتى الآن حول هذه المسألة. وعلى أية حال فإن الشفاء العفوي يبدو ممكناً في ردود الأفعال الشاذة وربما كذلك في التطورات العصابية الخفيفة. وقد أظهرت دراسات متعددة أن الصراعات العصابية واستمرارية العرض لفترة زمنية طويلة لا تتبدل مع الزمن.

أما مسألة استخدام المجموعات الضابطة في العلاج النفسي فما زالت حتى اليوم مسألة صعبة والأبحاث المتوفرة لم تراع هذا المطلب بصورة تامة. ويرى غراوه أن المجموعات الضابطة المقبولة هي مجموعات الدواء الكاذب، والمرضى الذين هم على قائمة الانتظار للعلاج أو المرضى غير المعالجين لأسباب أخرى. وهنا لا بد من التأكيد على أن هذه المسألة ليست على علاقة بأي سياق علاجي مهم.

أما المسألة الثالثة التي أدخلها بيك فتقوم على مركب تحول العرض. ويذكر الباحث بهذا الخصوص أنه قد ظهر أن اختفاء العرض يفترض ألا يكون بحد ذاته كاشفاً لتحسن أو شفاء مرض نفسي ويشير إلى ما يسمى «شفاءات النقل السطحية». التي تختفي فيها الأعراض بصورة عابرة في طور علاقة المريض العميقة بالمعالج. ونضيف إلى تعداده لردود أفعال عودة ظهور الأعراض الملاحقة وتحول العرض إمكانية ظهور الأعراض من جديد عند عضو آخر من مجموعة الدعم الاجتماعي.

ونظراً لصعوبة الاختبار الدقيق للنجاح في العلاج النفسي يرى بيك فيما يتعلق بقياس نجاح العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد بأن طريقة التقويم الفردية الخاصة التي ينادي بها فيدوك تعد طريقة «مساعدة ومفيدة»، وهنا يراعي فيدوك أن الثقل

الرئيس عند اختبار العلاج المختصر في الحالة المحددة يتمحور حول مسألة فيما إذا كان الصراع البين نفسي أو الصراع المركزي قد تعدل في مجرى العلاج إلى الأبد أم لا. ومع مراعاة المعايير المذكورة يستخلص بيك أن العلاج التحليلي قصير الأمد يحقق نسبة شفاء أو تحسن عند الثلثين وأن نسبة الفشل تبلغ الثلث. وقد أشار إلى نسب مشابهة كل من بيلاك وسمال، حيث حقق التحسن أو النجاح نسبة مقدارها 82% من أصل 1414 مريض تم علاجه بطريقة العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد. وعلى هذه النتيجة ألا تشجع على التفكير النقدي فيما يتعلق بقابلية استخدام الإجراءات المذكورة فحسب وإنما عليها أن تحفز المعالج فيما يتعلق بتوقعات النجاح من أجل أن يتجنب الإحباطات لديه والتي يمكن أن تكون سبباً في تقييد لاحق لفاعليته العلاجية.

## خلاصة

يقوم العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد الذي تم عرضه على أساس مسلمة شدة الصراع بين نفسي اللاشعوري بالأصل. ويتصف هذا النوع من العلاج بالمدة والتكرار والعلاج المتمركز على البؤرة للصراع النفسي، وبناء الفرضيات النفسية الدينامية والاستبطان المستخدم بصورة مضبوطة («الوميض») أو («الفاش»). كما يتصف هذا النوع من العلاج بالمعالجة الهادفة والمتكررة والمكثفة للصراع. ويسير العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد في الصراعات النفسية وفي البنى العصابية القسرية والفصامية والاكثائية والهستيرية حسب نوعية اضطراب أساس البنى الجوهرية لهذه الاضطرابات. وعلى الرغم من أن العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد للشخصية «الحدودية» يعد إشكالياً إلا أنه يستخدم مع مراعاة بعض الضرورات الخاصة عند تنظيم قائمة الفاعلية. وتنطبق هذه التقييدات إلى حد ما على الاضطرابات النرجسية أيضاً. ويعد التأثير (التدخل) في الأزمات شكل خاص من العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد. وتكمن ميزاته في ضرورة التدخل المتقن وكفاءة المعالج في الدعم المتزامن وفي المرونة الضرورية للمعالج في تسخير المحيط الاجتماعي.

أما علاج أنماط السلوك الانتحاري وأنماط المواقف الانتحارية فيقوم على نظرية النرجسية. ويفضل استخدام العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد في الاضطرابات الجنسية وبشكل خاص في الانحرافات Deviation والاستعراضية Exhibitionism واشتهاء الأطفال Pedophilia. أما العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد للاضطرابات الوظيفية الجنسية والتي عرضنا لها بمثال حول اضطرابات الانتصاب الوظيفية فيركز إما على علاج البنية المكفوفة أو البؤرة المعنية. وعند استخدام مبادئ العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد في إطار علاج الأمراض الجسدية لا بد هنا من مراعاة أنماط ردود الأفعال النفسية المختلفة التي تظهر هنا، وهنا نؤكد على ضرورة علاج ميول الإنكار والجرح النرجسي بصورة خاصة.

والتوليف بين العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد مع العلاج الدينامي في المجموعة الذي يقود إلى طريقة تأثير للإجراءات المركبة يعتبر أسلوباً خاصاً ذو تأثيرات خاصة.

وتتيح لنا الاعتبارات النظرية والخبرات العملية بالتوصية بالتوليف بين العمل الجمعي والعلاج النفسي الدينامي في اضطرابات الشخصية النرجسية والعصابات التي تتصف بدفاعات متسقة مع الأنا وفي الشخصيات «الحدودية» ومع المرضى دون ارتباط انفعالي في المحيط الاجتماعي. كما يفضل استخدام هذا التوليف في اضطرابات الطبع (الشخصية) المزمنة ومن المهم في هذا التوليف النظر لسلوك المريض في الجلسة الفردية من منظور وظيفة هذه الجلسة بالنسبة لعمل المجموعة. وينصح في الجلسة الفردية القيام بتفسير متمركز على المجموعة لنمط الأدوار المعاشة في المجموعة مع استخدام الخلفية التاريخ حياتية.

كان الهدف من عرض العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد بهذا الشكل المضغوط التعبير عن حاجة عملية. فمن الممكن أن يكون هذا العرض معيناً للعاملين في المؤسسات العلاجية النفسية المتخصصة وفي المرجعات العلاجية النفسية التي يتم فيها استخدام العلاج الفردي دون أن يتوفر فيها الإحاطة بمبادئ وطرائق وفوائد العلاج النفسي الفردي.

ومن الطبيعي ألا يكون هذا العرض كافياً للممارسة العملية ومن هنا ينصح بالعودة للمراجع الأساسية الموسعة والالتحاق بالدورات التأهيلية المتخصصة لاكتساب المهارات الضرورية للممارسة العملية في هذا المجال.

كما يمكن لهذا الكتاب أن يجد استخداماته في إطار التكامل الذي نطمح إليه للعلاج النفسي مع التخصصات العيادية المختلفة للطب، من خلال قيام المعالجين النفسيين المتخصصين بمساعدة زملاء الأطباء من اختصاصات أخرى على استخدام العلاج النفسي الدينامي قصير الأمد.

## المترجم في سطور:

- أ.د. سامر جميل رضوان Samer J. Rudwan، من مواليد 1961 سوريا.
- بكالوريوس في علم النفس كلية التربية، جامعة دمشق 1983.
- معيد في قسم الصحة النفسية-كلية التربية جامعة دمشق 1983-1984 >
- حاصل على الدكتوراه في علم النفس-تخصص علم النفس الإكلينيكي (الشذوذ النفسي) في عام 1989، من شعبة علم النفس الإكلينيكي، قسم علم النفس، جامعة ليزغ Leipzig، ألمانيا Germany.
- 1990-2000 قسم الصحة النفسية كلية التربية جامعة دمشق.
- 2000-2008 كلية التربية (كلية العلوم التطبيقية) عبري-سلطنة عمان
- 2009 كلية التربية-جامعة دمشق
- مؤهل في العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج.
- مجالات العمل والبحث: الصحة النفسية، علم النفس الإكلينيكي علم نفس الصحة، العلاج والإرشاد النفسي (بشكل خاص العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج). محرر في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة: طرابلس، لبنان.
- الصفحة النفسية: [www.de.geocities.com/Psychoarab](http://www.de.geocities.com/Psychoarab).