

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر * بسكرة *



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

محاضرات في مقياس

العلاجات النفسية

مقدمة لطلبة السنة الأولى ماستر
تخصص علم النفس العيادي

إعداد وتقديم : **خياط خالد**

أستاذ محاضر "أ"

2021-2020

الفهرست

الصفحة	عنوان المحاضرة	المحاضرة
04	مقدمة	
05	العلاجات النفسية في العصور القديمة	الأولى
08	العلاجات النفسية في العصر الحديث	الثانية
11	مدخل إلى العلاج النفسي	الثالثة
14	العلاج النفسي والإرشاد النفسي	الرابعة
17	أهمية المقاربة النظرية في العلاج النفسي	الخامسة
19	التيارات الأساسية في العلاج النفسي	السادسة
23	مهام العملية العلاجية مهام العملية العلاجية	السابعة
28	ظروف وتسيير العملية العلاجية	الثامنة
32	العلاج الجمعي	التاسعة
36	العلاج الأسري وعلاج النظم الأسرية	العاشرة
41	العلاجات التعبيرية	الحادية عشر
46	العلاج المختصر	الثانية عشر
50	خاتمة	

مقدمة

إن ظهور السلوكات الشاذة والاضطرابات النفسية والأمراض العقلية قديم قدم البشرية، رغم أننا لا نعرف تاريخاً محدداً يؤرخ لهذه الحقيقة. تبعاً لذلك، اهتم الإنسان القديم بفهم وإدراك طبيعة هذه الظواهر الغريبة، فباشراً محاولات دراسة وتفسير المشكلات النفسية والعقلية والسلوكية التي ظهرت في تلك العصور، وتحديد الأسباب التي قادت إليها. والمتعارف عليه عليه في الأوساط العلمية المؤرخة للعلوم أن المفاهيم والمنظومات الفكرية التي اعتمدت في تفسير المشكلات النفسية كانت تتبع دوماً تتبعاً للتصورات وأساليب التفكير ومنظومة المعتقدات التي كانت سائدة في كل عصر من العصور. ولأن العلاج يرتبط دوماً بما تم التوصل إليه من تفسيرات للمشكلة وأسباب كامنّة وراءها، فإن القدماء قدموا مختلف الإجراءات العلاجية التي آمنوا بأنها كفيلة بالقضاء على مسببات المشكلات النفسية.

سلسلة المحاضرات التي سنقدمها في هذا المقياس سوف تسعى لتغطية أهم التوجهات القديمة والحديثة في العلاجات النفسية. وسنعمد على الإيجاز النظري في العرض، لإفساح المجال للتركيز على الطرائق العلاجية المتنوعة.

المحاضرة الأولى

العلاجات النفسية في العصور القديمة

منظور القدامى للأمراض النفسية

عرفت البشرية تطور العديد من الحضارات القديمة خلال سيرورة تطورها، منها الآشورية والبابلية والصينية والمصرية والفينيقية. ورغم وجود بعض الآثار التي تدل على قيام بعض علماء تلك العصور بتقديم تشخيصات نفسية وإجراءات علاجية نفسية، إلا أن السائد أن إنسان العصور القديمة كان ينظر ويدرك المرض النفسي والسلوك المضطرب بتصورات ومفاهيم تنسب ظهورها وحدثها إلى عوامل غيبية تؤثر في نفس الإنسان وتصرفاته. وقد تمثلت هذه العوامل عموماً في أرواح أو شياطين تسكن الكائن البشري أو أجزاء منه فتسيطر عليه وتتحكم في سلوكاته وتملي عليه ما يقول ويفعل، وكذلك في تائم وأعمال سحر وشعوذة تؤثر في سلوكات الإنسان وسلامته النفسية والعقلية.

لم يقف الإنسان القديم مكتوف الأيدي أمام الأرواح الشريرة والشياطين أو السحور بل حاول أن يبدع أساليباً لطردتها وتخليص المصابين منها وإعادة توازنهم النفسي. وكانت التائم والتعويدات والتعذيب والعديد من الإجراءات المشابهة تطبق على الشخص المصاب لطرد هذه المخلوقات منه، وكان الموت حلاً نهائياً لمن تحل به الأرواح العنيدة.

في العصر الحالي، لم يعد المريض النفسي يعالج بتلك الأساليب الوحشية أو يقتل، غير أن التفكير القديم لا يزال راسخاً في مختلف المجتمعات، مثل الإيمان بالحظ ومس الجن والمفعول السحري وغيرها. ولا تزال تمارس أساليب مواجهة تلك الاضطرابات بوسائل الشعوب القديمة، فالحجاب والحروز والطقوس والأضرحة وبعض خرافات الطب الشعبي وغيرها نماذج موهلة في القدم، لازالت تستخدم إلى يومنا هذا.

الأمراض النفسية في العصر الإسلامي

في العصر الإسلامي تطور المنظور تجاه الأشخاص ذوي المشكلات النفسية، حيث ظهرت كوكبة من الفلاسفة الأطباء الذين أدركوا وفهموا المرض النفسي بمنظور علمي تراوح بين النظرة الطبية والتفسير النفسي. فكان الطبيب أبو زيد البلخي قد وضعت تشخيصات

وعلاجات عقلانية لمشكلات الاكتئاب، وأسس الطبيب أبو بكر الرازي مستشفى للأمراض النفسية، واشتهر ابن سينا وأبو البركات البغدادي بعلاجاتهما النفسية الإبداعية. وعموما انتشرت المشافي النفسية في بلاد المسلمين ابتداء من القرن الثالث للهجرة. وازدهرت العلوم النفسية في الأندلس، على يد الأطباء الفلاسفة مثل ابن الطفيل وابن باجة وابن رشد وابن عربي. وقد أخذ الأوربيون عن علماء الأندلس مختلف العلوم المزدهرة في عصرهم ونقلوها إلى بلدانهم.

تطور الطب العقلي في أوروبا

شهد القرن التاسع عشر تطورا للتفكير الوضعي والطبيعي الذي أفرز تطورا كبيرا للعلوم الطبية. صار المرضى العقليون خلال هذه الحقبة يتلقون العلاج في المستشفيات الطبية ثم أنشئت مستشفيات خاصة للأمراض العقلية، حيث أضحت الأمراض العقلية فرعا من فروع العلوم الطبية. وصار الأطباء هم المكفون بعلاج ودراسة المشكلات النفسية بمختلف أنواعها وأشكالها ومستوياتها، وظهر الأطباء العقليون المتخصصون.

وهكذا، تشكل تيار علمي جديد ذو نظرة طبية عضوية بحتة إلى المشكلات النفسية والعقلية، يتعامل ويدرس الظواهر والمشكلات النفسية بإخضاعها للبحث العلمي التجريبي، كما تجرى الأبحاث حول الأمراض العضوية. هذا التيار الطبي ينظر للمشكلات النفسية أنها أمراض عقلية ذات أسباب مثلها مثل أي مرض جسمي، وأنها إن عرفنا هذه الأسباب بالفحص العضوي والتجريب العلمي فإننا سنصل في الغالب إلى استنباط العلاجات الطبية المناسبة، كالأدوية والصعقات الكهربائية. وهذا التطور ما زلنا نشهد آثاره فيما يسمى بالطب العقلي والنفسي الحديث. ولأن الأطباء احتكروا عمليات العلاج الجسمي والنفسي معا، فقد انتقل المفهوم الطبي والجسمي انتقالا آليا إلى تفسير المشكلات النفسية. فأصبحت الأعراض النفسية من اكتئاب وقلق وهلاوس وعدوان ومخاوف وهواجس ينظر إليها نظرة عضوية على أنها أعراض سطحية تخفي وراءها اضطرابات جسمية تتمثل في وجود اختلالات كيميائية في المخ أو تلف في الأنسجة نتيجة لعيوب وراثية أو اختلال في وظائف الجهاز العصبي أو الغدد وغيرها من عوامل عضوية (إبراهيم عبد الستار. 1980. ص ص 10-11). ويتم علاجها بالأدوية المختلفة والصدمات الكهربائية والجراحات.

ورغم أن النظرة العضوية للأمراض النفسية والعقلية أثبتت قصورها وحدوديتها وعلاجاتها أثبتت عجزها بل وضررها البالغ بمتعاليها، إلا أنها لا تزال قائمة، فما تزال جمعية الطب النفسي الأمريكية تصرف ملايين الدولارات كل عام لكي تؤكد بأن المشكلات النفسية هي اختلالات عضوية وراثية وبيوكيميائية في طبيعتها إلى حد كبير (إبراهيم عبد الستار. 1980. ص14).

العلاجات النفسية في العصر الحديث

موازة مع النموذج الطبي نشأ تدريجي توجه نحو البحث عن تفسيرات نفسية مع كوكبة من الباحثين منهم مسمر وبيبل وشاركو. ويعد فلهايم فونت مؤسس علم النفس التجريبي وأب علم النفس المستقل عن مختلف ضروب التفكير والعلوم الأخرى، سواء الفلسفية والدينية والطبية. ثم خلال القرن العشرين عرفت الدراسات على الأمراض النفسية والعقلية قفزة نوعية على يد جيل جديد من الأطباء، منهم فرنسيس كالتن وجوزيف بروير وبيار جاني وسيقموند فرويد وألفرد بينيه وألفرد أدلر وجون واتسن، الذين نظروا إلى المشكلات النفسية بمنظور جديد، يركز على العوامل الداخلية والخارجية غير العضوية. واقترح علاجات نفسية وسلوكية لهذه المشكلات، بدلا من العلاجات الطبية الخالصة أو موازة معها. وقد عرفت هذه الحقبة تطور المقاربات النفسية الدينامية والمقاربة السلوكية الواتسنية في صورة مسودة نظرية غير مكتملة. وهكذا سيطرت

منذ الحرب العالمية الثانية، وعقبها مباشرة، عرفت الدراسات النفسية تطورات وتجديدات هائلة بظهور قوى جديدة في الفكر العلمي النفسي، تمثلت في التيارات الإنسانية الظواهرية والمقاربات المعرفية. وقد اشتهر في هذه الحقبة بالخصوص كارل غوستاف يونغ، أحد الأقطاب الثلاثة لعلم نفس الأعماق ومؤسس العلاج النفسي التحليلي، وكارل روجرس مؤسس العلاج المتمركز على العميل والإرشاد النفسي، وألبرت إيليس مؤسس العلاج العقلاني الانفعالي، وآرون بك وماكنبوم مؤسسي العلاج المعرفي.

عرف هذا العصر أيضا ظهور موجة من التعديلات والتحديثات في المدارس النفسية الأولى، منها العلاجات النفسية المشتقة من التحليل النفسي مثل طريقة ميلاني كلاين وإيريك فروم وأنا فرويد، والعلاجات المطورة من السلوكية الواتسنية مثل طرائق ب.ف.سكينر وجوزيف وولبي وألبرت باندورا. وبزغت تطبيقات مبدعة للمدارس الفلسفية الحديثة في فهم

النفس البشرية ومشكلاتها، واشتقت منها مدارس نفسية علاجية منها العلاج النفسي القشطاتي والعلاج النفسي الوجودي. وتوجت هذه المحاولات التجديدية بالتطور التدريجي لذلك التيار الذي نشأ عفويا ورويدا رويدا حتى صار هو في حد ذاته مقارنة مستقلة تتضمن العديد من الاتجاهات الفرعية، وهي المقاربة التكاملية. هذه الأخيرة سعت إلى التخلص من الانحياز النظري وتجاوز محدوديات وضيق المقاربات وتصارعها، وحاولت الوقوف في الوسط على نفس المسافة من كل المقاربات الموجودة في الساحة، ومن ثم الاستفادة منها جميعا. هذه المقاربة أفرزت توجهات فرعية تشمل التوجه التكاملي الشامل، والتوجه الانتقائي والتوجه الإدراجي.

موازة مع الطرائق ذات الخلفيات النظرية المحددة، ظهرت طرق علاجية خالصة لا تستند إلى خلفية نظرية كاملة، بل إلى مفاهيم معينة مثل العلاج الديني والعلاج البيئي العلاج النسقي والعلاج الواقعي والعلاج الأنثوي؛ وطرق تستند إلى مفاهيم عملية محدودة، منها العلاجات الجمعية والعلاجات الأسرية وعلاجات الأزواج، والعلاجات الفنية كالعلاج بالموسيقى والرقص والغناء والتمثيل والرسم والتشكيل، والعلاجات بالعمل، والعلاجات بالرياضة، والعلاجات الخاصة للأطفال كالعلاج باللعب والأشغال والنشاطات المتنوعة، وغيرها.

العلاج النفسي في القرن الواحد والعشرين:

في الوقت الحالي أصبحت طرق العلاجات تعد بالمئات. ففي مطلع القرن الواحد والعشرين قامت دراسة إحصائية بعدّ العمليات العلاجية الموجودة فأحصت ما لا يقل عن 250 طريقة علاجية رسمية معترف بها (كورسيني).

هذا العدد التقريبي، لم يحصي كل الطرق العلاجية عبر العالم، بل ركز على أشهرها وعلى المنتشرة في العالم لغربي خصوصا. وهذا العدد الهائل يعيدنا إلى مقولة ألفرد أدلر بأن "عدد الطرق العلاجية هو بعدد البشر". وكذلك قوله أيضا بأن "عدد الطرق العلاجية هو بعدد المعالجين"، لأن كل معالج سوف يقوم تدريجيا بتطوير طريقة علاجية خاصة به.

فحسب أدلر العملية العلاجية النفسية تتميز بالانفرادية التامة، لأن المعالج ذو شخصية فريدة من نوعها والمتعالج أيضا ذو شخصية فريدة من نوعها، ثم تم فإن التفاعل بينهما يفرز طريقة فريدة من نوعها تختلف عن تفاعل كل واحد منهما مع شخصية أخرى غيرهما.

في بدايات نشأة وتطور علم النفس الحديث كان هناك صراع محتدم بين المدارس النفسية المختلفة حول الطرق العلاجية الأنسب والأنجع، لكن مع التطور الحالي للعلوم النفسية بدأ يسود التفتح والمرونة والتقارب بين أتباع مختلف المقاربات النفسية القديمة والحديثة.

مدخل إلى العلاج النفسي

1- تعريف العلاج النفسي: هو عملية تفاعل منظمة، مبنية على أسس وقواعد علمية، تتم بين طرفين أحدهما الطرف المعالج والآخر الطرف المتعالج. يسعى خلالها الطرف المعالج إلى إحداث تغييرات (تعديلات وتحسنات) في الطرف المتعالج، حسب أهداف العملية العلاجية ومقتضياتها.

من خلال تعريفنا للعملية العلاجية إلى أنها عملية منظمة أي أنها قصدية، لأن هناك مفاعيلا علاجية يمكن أن تكون عن غير قصد لذلك لا تسمى عملية علاجية لأنها عفوية.

والعملية العلاجية هي تفاعل هادف أي أن المطلوب هو أن يؤثر المعالج النفسي بشكل إيجابي على المتعاج مما يؤدي للتخلص من المشكلة التي يعاني منها المتعالج.

وتتضمن هذه العملية تأثيرا متبادلا بين المعالج والمتعالج، لكن على المعالج أن يحرص على عدم التأثير السلبي بالمتعالج لكي لا يؤدي وظيفته، لذلك يجب أن يكون المعالج محضرا وسليما نفسيا أي ليس لديه مشكلات نفسية تذكر (اضطرابات، حالات انفعالية متأزمة...).

إن الطرف المعالج يمكن أن يكون معالجا واحدا أو اثنين، والطرف المتعالج يمكن أن يتكون من متعالج واحد أو أكثر. في الممارسة العادية نجد معالج واحدا، كما يمكن أن يستعين بمعالج أو أكثر، مثلما هو الحال في علاج الأزواج حيث يمكن أن يعمل معالجين من الجنسين وكذلك في العلاج الأسري والمسرح النفسي وغيرهم. الطرف المتعالج بدوره يكون مفردا في الممارسة العادية، ويكون اثنان في علاج الأزواج وعدة متعالجين في العلاج الجمعي والأسري والعلاجات الفنية والعلاج باللعب وغيرهم.

وتهدف العملية العلاجية إلى إحداث تغييرات محددة، قد تكون مستهدفة من قبل المتعالج مثل التخلص من الخجل، كما يمكن أن تكون مستهدفة من قبل المعالج مثل تحقيق الاستبصار.

2- تعريف المعالج النفسي :

تتطلب مهنة المعالج النفسي توفر اثنين من الشروط وهما:

- **الشق الموضوعي:** هو شخص ذو تكوين علمي متخصص في العلاج النفسي، وذو اعتماد مهني يخصص له بإجراء العمليات العلاجية.

- **الشق الذاتي:** هو الشخص المؤهل نفسيا ومهاريا لمساعدة الأشخاص وإحداث التغييرات الإيجابية في حياتهم مما يسمح لهم بالتخلص من اضطراباتهم أو التغلب على مشكلاتهم النفسية.

3- العوامل المؤثرة في العملية العلاجية:

أهم العوامل المؤثرة في العملية العلاجية هي وجهتي نظر المعالج والمتعالج:

- **وجهة نظر المتعالج:** يجب أن تكون وجهة نظره موضوعية وواقعية وشاملة ودقيقة ومنطقية. فالمعالج ينظر إلى المتعالج بعمق وإلى المشكلة بدقة ومن زوايا أخرى من خارج المشكلة، وتكون نظره أكثر دقة نظرا لارتياحه "نظرة متأنية" وموضوعيته وامتلاكه أدوات وتقنيات وقدرات النظرة العميقة للمفحوص ومشكلته.

والمعالج المتمكن هو الذي درب نفسه على الانطلاق في فحص متعالجيه من مبدأ الجهل التام بالحالة، أي جمع البيانات من الصفر وبدون خلفيات وأحكام مسبقة.

- **وجهة نظر المتعالج:** بحكم معاناته من مشكلة فإن نظره تكون حاضرة ومتأثرة بهذه المشكلة، حيث ينظر إلى ذاته ومشكلته من داخلهما فتكون نظره ذاتية منحازة وبالتالي غير سليمة وغير موضوعية.

كما أن نظرة المفحوص تكون محدودة لأنه ينظر للمشكلة من ناحية محدودة أو بطريقة مشوهة لأن معاناته تجعل تفكيره أقل دقة وموضوعية وفاعلية، وتجعله متسرعاً في اندفاعه نحو إيجاد حل لمشكلته والتخلص من معاناته.

المحاضرة الرابعة

العلاج النفسي والإرشاد النفسي

يستخدم العديد من الباحثين والمؤلفين كلا من مصطلح "الإرشاد النفسي" و "العلاج النفسي" بشكل متلازم، فهناك الكثير من المؤلفات الشهيرة في المجال جاءت بعنوان "الإرشاد والعلاج النفسي"، و "الإرشاد والعلاج الجمعي" و "الإرشاد والعلاج الأسري" وغيرها من العناوين التي تجمع المصطلحين معا. وهو ما يعني العلاقة الوطيدة بين المصطلحين والتقارب الكبير بينهما، مع تباينات معينة أدت إلى ضرورة استخدام المصطلحين معا دون الاكتفاء بأحدهما.

من المعروف أن العلاج النفسي أقدم من الإرشاد النفسي، وهو يعتبر الدعامة الرئيسة التي قام عليها الإرشاد. ورغم أن المتخصصين في الإرشاد حاولوا في وقت مبكر تحديد مجال الإرشاد في الاهتمام بالأسوياء، إلا أن محاولات المزج بين الإرشاد والعلاج لا زالت قائمة. وقد أوضح لويس أن مجال عمل الإرشاد في الثلاثينات كان مساعدة الأفراد في تخطيط مستقبلهم التعليمي أو المهني والتغلب على الصعوبات التي يجدونها في العلاقات الزوجية. وكان الإرشاد يركز دوما على المشكلة التي تحتاج إلى حل. بيد أن تطور عمل الإرشاد جعله يتوصل إلى أن بعض مشكلات الأفراد التي كانت تبدو للوهلة الأولى بسيطة لم تجدي معها أساليب الإرشاد المألوفة. ومن ثم وجد المرشد نفسه يقتحم مجال العلاج النفسي لمعالجة مثل هذه المشكلات. وكان يبدو للمرشد أن الفجوة بين تكوينه ومهاراته الإرشادية والتكوين والمهارات اللازمة لممارسة العلاج النفسي لا يمكن تجاوزها. ومع ذلك كان الواجب المهني يلح عليه بأن يقدم لمسترشديه مساعدة تتجاوز مجرد إجراء وتفسير الاختبارات وتقديم المعلومات والإرشادات، لأنهم كانوا يحتاجون إلى أنواع أخرى من التدخلات. ثم جاء كارل روجرس بكتابه الشهير "الإرشاد والعلاج النفسي" عام 1942. كان روجرس معالجا نفسيا ولم يكن طبيبا، وقد حاول تحطيم الفجوة بين الإرشاد والعلاج النفسيين حينما أنكر وجود أية فروق بينهما ومن ثم بإمكان المرشد في إطار نظرية روجرس يستطيع أن يمارس العلاج النفسي دون قيود خاصة (علي سليمان. 2010. ص ص 70-75).

الاختلافات بين العلاج والإرشاد النفسيين

لقد أدى منظور روجرس المنادي بترادف الإرشاد والعلاج إلى خطأ الخلط بينهما، في الوقت الذي نعلم فيه جيدا بوجود تباينات عديدة بين الإرشاد والعلاج النفسي. وقد حاول بعض الباحثين تحديد الفروق بينهما وحدود كل واحد منهما. ويمكن حوصلة الفروق بينهما فيما يلي:

- العلاج النفسي مباشرة يدل على وجود اضطراب نفسي، لذلك يتوجه العلاج نحو الشخصيات غير السوية، بينما يتوجه الإرشاد النفسي نحو الشخصيات السوية، حيث يقدم توجيهات لمساعدة الأشخاص العاديين على تجاوز صعوبات نفسية معينة. ورغم ذلك يمكن أن يتلقى المتعالج إرشادا نفسيا خلال العملية العلاجية، كما يمكن أن يتلقى المسترشد تدخلات ذات طابع علاجي خلال العملية الإرشادية.

- العلاج النفسي عمل معمق يتوجه نحو العمل على التخلص من الاضطراب النفسي بإحداث تعديلات في الشخصية المضطربة للمتعالج، بينما الإرشاد النفسي عمل سطحي يتوجه نحو المساعدة في حل المشكلة التي يعانيها المسترشد عن طريق إرشادات تسعى لتطوير ذاته وقدراته.

- يستخدم العلاج أساليب تشخيصية تسعى إلى الفحص المعمق للشخصية والعودة إلى التاريخ الطفولي للمتعالج لاكتشاف الديناميات النفسية الفاعلة في حدوث الاضطراب، بينما يستخدم الإرشاد تقنيات تفحص مشكلة المسترشد في الحاضر وتبحث عن نقاط الضعف لتجاوزها ونقاط القوة لاستغلالها في مساعدة المسترشد على حل مشكلته.

- يخضع العلاج النفسي لطبيعة التشخيص المتوصل إليه من خلال تحديد الأعراض الاضطرابية التي يتم كشفها بالأساليب الفحصية المباشرة أو الإسقاطية، بينما يخضع الإرشاد لنتائج التقييم المتوصل إليه حول مهارات وقدرات وميول ونقاط قوة وضعف وقصور المسترشد.

- يمارس العلاج غالبا في العيادات النفسية والمشافي المتخصصة، بينما يمارس الإرشاد في مراكز الإرشاد والاستشارات والتدريب وفي المؤسسات التربوية والتعليمية والصحية والصناعية المختلفة.

- يتخصص العلاج النفسي بالعمل مع المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية ويسعى إلى التخلص من مختلف العيوب والعوامل المرضية في السلوك أو الشخصية، أما موضوع الإرشاد النفسي فهو التركيز على الجوانب الإيجابية في شخصية وقدرات المسترشد ويسعى إلى اكتساب أو تطوير المهارات الشخصية اللازمة للتوافق وحل المشكلات وتطوير الذات.

أوجه الشبه والتداخل بين العلاج والإرشاد النفسيين

توجد أوجه شبه بين بعض جوانب العملية الإرشادية والعملية العلاجية، نذكر منها:

- بناء وطبيعة العلاقة بين الفاحص والمفحوص متشابهة إن لم نقل متطابقة، فكل من الإرشاد والعلاج يحتاج إلى بناء علاقة مهنية مع المتعالج والمسترشد أساسها السرية والموضوعية من قبل الأخصائي والثقة في الأخصائي من قبل المفحوص والشعور بالأمان والاطمئنان معه.

- يستخدم العلاج والإرشاد تقريبا نفس الأساليب الفحصية الأساسية في الغالب، مثل المقابلة والملاحظة والاختبارات النفسية ومختلف أساليب الفحص، مع تكيفها وفق متطلبات وأهداف كل منهما.

- يستخدم العلاج والإرشاد تقريبا نفس أساليب التدخل لإحداث التعديلات والتحسينات المطلوبة لدى المفحوص، مع استخدامها وتوظيفها وفق مقتضيات وأهداف كل منهما. على سبيل المثال، يشغل إصغاء الفاحص حيزا كبيرا من وقت العملية العلاجية، بينما يشغل الشرح والتفسير وقتا أطول في العملية الإرشادية.

إجمالا، نحن نتفق مع كورسيني و ودينيغ (2000) في قولهما أن: الإرشاد والعلاج النفسي هما نفس النوعية؛ ويختلفان فقط كميًا. لا يوجد فعل يقوم به المعالج النفسي ولا يقوم به المرشد. ويتشارك كل من المرشدين والمعالجين النفسيين في نفس السلوكيات: الإصغاء، والأسئلة والتفسير والشرح والتوجيه وهلم جرا. ومع ذلك، غالبا ما يفعلون ذلك بنسب متباينة عن بعضهما البعض (Sommers & Sommers. 2004. P7).

المحاضرة الخامسة

أهمية المقاربة النظرية في العلاج النفسي

"تعلم نظرياتك بقدر ما تستطيع،
ولكن ضعها جانبا عندما تلمس معجزة الروح الحية".
كارل جوستاف يونغ

لقد اتخذ الباحثون والممارسون مواقف متباينة حول مدى حاجة المعالج النفسي إلى نظرية في ممارسته العلاجية. ولا يزال النقاش مستمرا حول ما إذا كان العلاج النفسي ممكنا أو عسيرا بدون خلفية نظرية أو فلسفة أو نموذج مفاهيمي يبني عليه أو يستند إليه. والسائد في الوسط النفسي العالمي هو تكوين أخصائيين نفسيين في معاهد ومراكز تكوين تتبنى توجهات نظرية علاجية محددة، مثل معاهد علم النفس الفردي ومعاهد التحليل النفسي ومعاهد العاجات السلوكية والمعرفية والغشطالتيه وغيرها.

وقد أكدت جنتير (1988) بشكل قاطع أن "العلاج لا يمكن أن يوجد بدون نظرية". النظرية هي بمثابة خريطة مفاهيمية والأرضية الأساسية لممارسة العلاجات، ترتبط بشكل هادف بأغراض العلاج ونوايا المتعالج. وقد حددت للنظرية ست وظائف تجعل العملية العلاجية وفقها واقعية:

- تساعد المعالجين في العثور على الوحدة والترابط ضمن الزخم الهائل من الشخصيات والمشكلات والاضطرابات والسلوكيات.
- تجبر المعالجين على فحص الروابط التي قد يتجاهلونها.
- يعطي المرشدين مبادئ توجيهية تطبيقية يمكنهم العمل من خلالها وتساعدهم في تقييم تطورهم كمحترفين.
- تساعد المعالجين على التركيز على البيانات ذات الصلة وتوجههم نحو ما يجب فحصه.
- تساعد المعالجين على مساعدة المتعالجين في التعديل الفعال لشخصياتهم وسلوكياتهم.
- تساعد المعالجين على تقييم كل من الأساليب القديمة والجديدة للعملية العلاجية.

وشدد برامر وشوستورم (1977) كذلك على قيمة الإطار النظري للمعالج، حيث أكد أن:

- النظرية تساعد على تفسير ما يحدث في العلاقة العلاجية، وتساعد المعالج في التنبؤ والتقييم وتحسين النتائج.
- توفر النظرية إطارًا للقيام بالملاحظة العلمية للعملية العلاجية.
- التنظير يشجع على تماسك الأفكار حول العلاج وإنتاج الأفكار الجديدة.
- إن فصل النظرية عن سياق المنظر يمكن أن يشوه إدراكنا للنظرية وأيضًا تطبيقها على المفحوص ومشكلاته وحياته النفسية. وقد حدد هانسن وستيفيك ووارنر (1986) أربعة متطلبات في النظرية لتتسم بالفعالية ، وهي أن تكون:
- واضحة وسهلة الفهم وقابلة للنقل، ومتماسكة وغير متناقضة.
- شاملة، تقدم تفسيرات لمجموعة واسعة من الظواهر.
- فصاحتها وتصميمها يسمح بإعداد البحوث حولها.
- تتميز بأنها تربط المناهج بالنتائج.

(Thompson, R. 2003. P3)

ورغم الأهمية القصوى للمقاربة النظرية في الممارسة العلاجية، إلا أنه لا ينبغي أن يغيب عن ذهن المعالج حقيقة أن كل نظرية هي، في أفضل الأحوال، افراضات أو اقتراحات حول الحياة النفسية ونموها السوي واضطراباتها ومشكلاتها. إن النظريات النفسية ليست حقائقًا ثابتة أو مطلقة، بل يمكن أن تكون معتقدات دوغمائية أو قناعات تقليدية أو عقائد تبعية مال إليها المعالج في فهمه للاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية للأفراد. وسيستمر هذا المنظور الاعتباطي في السيطرة عليه طالما لم يتمكن من إخضاع هذه النظرية لاختبارات الممارسة العلاجية والتطبيقية على المتعالجين وتقييم نتائجها.

المحاضرة السادسة

التيارات الأساسية في العلاج النفسي

إن عدد الطرق العلاجية المتوفرة في ميدان الممارسة العلاجية والإرشادية النفسية يعد بالمئات كما سبق أن أشرنا. وعلى سبيل الذكر وليس الحصر، سوف نذكر أبرز التيارات العلاجية المعروفة في العالم الغربي والولايات المتحدة الأمريكية بالخصوص، والتي استطاعت أن تجد لها مكانا في ميدان الممارسة العلاجية في الجزائر والعالم العربي الإسلامي إجمالا.

التيارات الدينامية النفسية

مصطلح الدينامية النفسية يشير إلى نشاط الطاقة النفسية داخل وجدان الفرد. وعادة ما تسمى هذه المقاربات بعلم النفس الأعماق. تؤكد المدارس الدينامية على أهمية العالم الداخلي الوجداني في حياة الفرد واضطراباته النفسية. يهدف العلاج إلى زيادة قدرات العملاء على ممارسة قدر أكبر من التحكم في حياتهم. تحليل أو تأويل خبرات الطفولة وذكراياتها والأحلام عادة ما يكون جزءا مركزيا من العلاج. برزت في هذا التوجه طرق علاجية عدة أبرزها :

التحليل النفسي الكلاسيكي : رائده سيغموند فرويد (1856-1939). تولي اهتماما كبيرا للغرائز الجنسية اللاواعية المرتبطة بمراحل النمو النفسي الجنسي الطفولي في نشأة العصاب. يدوم العلاج بالتحليل النفسي سنوات، ويتم العمل من خلال التحويل، حيث يقوم المتعالج بتحويل شحناته الانفعالية من الموضوع الأصلي الطفولي نحو المحلل النفسي، ويعيد معايشة صراعه الطفولي المكبوت مع المحلل بطريقة هوائية. ويقوم هذا الأخير بحل التحويل وإخراج الصراع إلى مستوى الوعي، ومن ثم حله بطريقة واعية وعقلانية.

العلاج النفسي الفردي : رائده ألفرد أدلر (1870-1937). يرى أن حياة الفرد مبنية على سعيه إلى الاكتمال. وهذا يخضع لمقدار النزعة الاجتماعية لديه. فإن كانت نزعته عالية وكافية اتسمت أفكاره ومشاعره وتصرفاته بالسواء والمنفعة له ولجماعته. وإن كانت نزعته

متدنية كان الفرد متمركزا على ذاته ومال نحو الاضطراب والمشكلات النفسية أو السلوكية. واعتبر علم النفس الفردي أن الفرد يضطرب نتيجة نقص شجاعته وتدهورها إلى درجة تجعله غير قادر على الثقة في قدرته على التصرف أو النجاح في مواجهة المواقف بالأساليب السوية. من ثم يركز العلاج النفسي الفردي على ترميم النزعة للاجتماعية للفرد ورفع مقدار شجاعته وثقته بنفسه.

العلاج النفسي التحليلي : رائده كارل غوستاف يونغ (1875-1961) وأطلق عليه اصطلاح علم النفس التحليلي إشارة منه إلى التقارب بين نظريته والتحليل النفسي الفرويدي. يضيف اللاوعي الجمعي إلى الجهاز النفسي الفرويدي. وهذا اللاوعي الجمعي هو حاوية النماذج والصور البدائية العالمية المشتركة بين البشر والمتوارثة عبر العصور من جيل لآخر. يشمل العلاج اليونغي تحليل التحويل والخيال الفعال وتحليل الأحلام.

التيارات الإنسانية

تستند على المنظور الإنساني، وهو نظام من القيم والمعتقدات التي تركز على الصفات الأفضل للبشر وقدراتهم على تطوير إمكاناتهم البشرية. يؤكد المعالجون الإنسانيون على تعزيز قدرات العملاء على تجريب مشاعرهم والتفكير والتصرف في انسجام مع ميولهم الكامنة لتحقيق أنفسهم كأفراد متميزين. ومن أبرز علاجات هذا التيار نذكر:

العلاج المتمركز حول العميل: رائده كارل روجرس (1902-1987). وضع تشديداً كبيراً على أولوية الخبرة الذاتية وكيف يمكن للعملاء أن يصبحوا غير ملمين بمعايشتهم العضوية من خلال استدخال تقييمات الآخرين ومعالجتها كما لو أنها كانت تقييماتهم الخاصة. يؤكد العلاج الروجرسي على ضرورة بناء علاقة تتميز بالتعاطف والاحترام والدفء غير الحيازي، وأن يفسح المجال للمفحوص لاكتشاف حقيقة خبراته ودينامياته، دون تقديم توجيهات أو تدخل في خيارات وتوجهات المفحوص، لذلك توصف هذه الطريقة بأنها معالجة لاتوجيهية.

العلاج القشطاتي: طوره فريتز بيرلز (1893-1970) انطلاقاً من النظرية القشطاتية. وفق هذا التوجه يصبح الأفراد عصابيين من خلال فقدان صلّتهم مع حواسهم وتعطل قدرتهم على إجراء اتصال قوي مع بيئاتهم. يركز العلاج على ضبط عملية الإدراك زيادة الوعي عند

العملاء وحيويتهم من خلال تقنيات التوعية، والخبرة، والتعاطف والإحباط، والحلم. كما يشدد على ضرورة تحمل العميل مسؤوليته في حياته واضطرابه.

(Nelson-Jones, Richard. 2010. Pp2-3)

التيارات المعرفية السلوكية

يركز العلاج السلوكي التقليدي بشكل أساسي على تغيير السلوكيات القابلة للرصد من خلال توفير نتائج مختلفة أو مجزية. تقوم المقاربة المعرفية السلوكية بتوسيع نطاق العلاج السلوكي لتضمين مساهمة الجوانب المعرفية في خلق مشاكلهم واستمراريتها وتغييرها. في الطرق المعرفية السلوكية، يقوم المعالجون بتقييم المتعالجين ثم يتدخلون لمساعدتهم على تغيير طرق التفكير والتصرف التي تحافظ على مشاكلهم النفسية والسلوكية.

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي: طوره ألبرت إليس (1913-2007). يركز على أهمية الأفكار والمعتقدات في تحديد استجابات الأفراد للمثيرات والمواقف. واعتبر أن أصل الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية هو كون الفرد يحمل في ذهنه أفكارا أو معتقدات خاطئة تجعل إدراكه للمواقف والأحداث خاطئا أو مشوها. من ثم يحدد لها استجابات انفعالية وسلوكية غير مناسبة أو مضطربة. وقد حدد ألبرت إليس 12 فكرة ومعتقدا خاطئا اعتبرها الأساس لكل الاضطرابات العصابية. واقترح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ضرورة تصحيح الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى المتعالج من أجل أن يدرك المثيرات بشكل صحيح وبالتالي يستجيب لها بطريقة سوية.

العلاج المعرفي: طوره آرون بيك (1921). شدد على الدور الحاسم الذي تلعبه أساليب التفكير والإدراك في تحديد سلوكيات الأفراد. ويصبح الفرد منزعجا لأنه يقوم بمعالجات خاطئة للمعلومات مع ميل للقفز إلى استنتاجات غير مبررة. يقترح العلاج المعرفي ضرورة تصحيح تفكير وإدراك المتعالج من أجل تصحيح سلوكياته غير السوية، ويتم ذلك عبر تنفيذ المتعالجين بكيفية اختبار واقع تفكيرهم من خلال تدخلات مثل النقاش السقراطي وإجراء تجارب واقعية.

المقاربات المعاصرة

تتبنى علاجات ما بعد الحداثة وجهة نظر البنائية الاجتماعية، بافتراض أن كيفية معالجة الناس وبناءهم المعلومات حول أنفسهم وعالمهم أمر محوري في وجودهم. بدلا من تصور التقدم على أنه مغادرة للماضي ورفض له، ترسم المقاربات المعاصرة على الماضي لخدمة الحاضر. تعتمد خبرة الناس في العواطف على التسميات التي يطلقونها على العواطف. تؤثر معتقدات الناس حول علاقاتهم في كيفية تفسيرهم لردود أفعال الآخرين وكيفية استجاباتهم لها. وينتج السلوك الشخصي عن هذه العمليات المعرفية، ومن ثم فهو قابل للتغيير.

العلاج المرتكز على الحل: من رواده ستيف دي شازر (1940-2005) و إينسو كيم بيرغ (1934-2007). يعتبر هذا التوجه أن نظريات السببية لا علاقة لها بعملية تحقيق الأهداف وحل المشكلات. والمعالج هو المسؤول عن توجيه المحادثة نحو أهداف المتعالج والاعتراف بصعوباتهم. يتم تطبيق استخدامات خصوصية اللغة وأساليب طرح الأسئلة لتشجيع الإبداع والتفكير المرن حول القضايا ذات الصلة بالصعوبات التي يعانيها المتعالج. (Nelson-Jones, Richard. 2010. Pp2-3)

مهام العملية العلاجية

1- مستويات العلاج النفسي:

عموماً، تستهدف العملية العلاجية المستويات التالية: المستوى النفسي (الانفعالي)، والمستوى العقلي (المعرفي)، والمستوى السلوكي، والمستوى العلائقي. ولتحديد مستويات التدخل العلاجي يمكن أن تتدخل الخلفية النظرية التي يتبناها المعالج والتكوين العلاجي الذي تلقاه، فإن كان المعالج ذو اتجاه وتكوين سلوكي فإنه سوف يستهدف المستوى السلوكي، وإن كان معرفي التوجه والتكوين فإنه سيستهدف المستوى المعرفي، وهكذا.

حسب كورسيني (1994. ص)، العملية العلاجية هي بالأساس عملية تعلم وتعليم، يتعلم من خلالها المفحوص أمور جديدة حول ذاته وحول الحياة الفردية والاجتماعية إجمالاً.

أ- المستوى العقلي (المعرفي) : ويتم من خلال التعلم بأسلوبين هما :

- التعلم المباشر: ويتم عن طريق التجربة، ويدعى بالتعلم النشط. وهو يكون أعمق وأكثر فاعلية (داخلي).

- التعلم غير المباشر: يحدث عن طريق اللغة أو الرموز اللغوية (التلقي)، حيث يتلقى المفحوص العناصر التي ينبغي تعلمها من خلال التواصل.

ب- المستوى النفسي (الانفعالي) : يسعى المعالج إلى تعليم المتعالج التحكم في انفعالاته وضبطها، والتعامل بالانفعالات والمضامين بالموقف وبالدرجة المناسبة.

ج- المستوى السلوكي : نحن بحاجة إلى نقطة حاسمة وهي أن العملية العلاجية تتم داخل العيادة والتحسينات التي تم تحقيقها لا بد أن تظهر نتائجها في الحياة العامة للمتعالج، لذلك

يتم تكليف المتعالج بمهام يقوم بها بين الجلسات وتخضع إلى طبيعة وحجم التقدم الذي أحرزته العملية العلاجية في كل جلسة.

2- أهداف العملية العلاجية: هي الصورة التي نسعى لأن نقود المتعالج إليها. والأهداف في العادة يحددها المعالج النفسي بناء على تحديده للمشكلة التي تستدعي العلاج. لكن تطور المعارف وانتشارها وسط المجتمعات أصبح بعض المتعالجين يدركون مشكلاتهم فيأتون للعلاج بمشكلة محددة ويسطرون هدف المعالجة منذ البداية. وعموماً، تتمحور أهداف العمليات العلاجية حول التخلص أو التخفيف من المشكلة أو أعراضها المتنوعة، وتحقيق التوافق النفسي والعلائقي والاجتماعي والدراسي أو المهني للمتعالج.

3- مركبات العملية العلاجية:

3-1- التشخيص:

تختلف المقاربات النفسية في نظرتها لعملية الفحص النفسي. هناك من يرى أن التشخيص عملية ضرورية في العملية العلاجية ولا يمكن القيام بأي تدخلات علاجية دون تحديد تشخيص دقيق للمشكلة، وهذه نظرة متأثرة بالمقاربة الطبية.

في المقابل، هناك من لا يهتم بالتشخيص ويعتبره مهمة ثانوية. وخلال عملية الفحص يمكن أن يقوم بالتشخيص عن غير قصد، حيث يتحصل على مجموعة بيانات (أعراض) تقوده إلى تشخيص المشكلة دون أن يسعى إرادياً إلى ذلك. ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن:

- في العملية العلاجية يبحث عن الأسباب وفي التشخيص لا تحدد الأسباب بل الأعراض.
- التشخيص يحتاجه الطبيب العقلي لوصف الأدوية أما المعالج النفسي فيبحث عن حل المشكلة.

3-2- التأويل النفسي :

هو تحويل المعلومات الخام إلى بيانات نفسية، من خلال اكتشاف ما تحتضنه الكلمات وتحتويه التعبيرات وتبثه أساليب الكلام من حقائق حول ما يجري في العالم الداخلي للمتعالج. وعملية التأويل تتطلب تكويناً ورصيداً معرفياً نظرياً وتقنياً كافياً ومهارة وقدرة وجهود كبيرة من طرف المعالج النفسي، من أجل الوصول إلى تفسيرات صحيحة. وهي خاضعة لمدى توفر البيانات للمعالج، فإن كانت البيانات غير كافية فمن العسير على المعالج أن يستنبط التأويلات المناسبة.

وهناك مدارس تعتمد أساساً في عملها الفحصي والعلاجي على عملية التأويل مثل المدارس النفسية الدينامية، حيث يقوم المعالج بواسطتها بتأويل أقوال وحركات وإيماءات وذكريات وأحلام المتعالج. وتختلف تأويلات نفس البيانات بين نظرية وأخرى. إحدى الخلافات التي فجرت الشقاق بين أدلر و فرويد كانت تأويلات الأحلام. ففي تأويل حلم رأى فيه المتعالج نفسه يطير، أوله فرويد كتسامي عن الغريزة الجنسية، بينما أوله أدلر على أنه رغبة في التفوق والسمو.

إن توصل المعالج إلى تأويل معين، يجب عليه أن يقدمه كافتراض أو اقتراح لمعنى البيانات، حتى يفسح المجال للمتعالج لمراجعة هذا التأويل وتقديم رأيه حول مدى انطباقه عليه. أحياناً، قد يكون التأويل المصاغ خاطئاً في محتواه، أو قد قدم في غير وقته المناسب. لذلك حين يتوصل المعالج إلى تأويل معين، يجب عليه أن يتريث في عرضه على المتعالج حتى يتأكد من صحته ودقته أولاً، وأن يتأكد من جاهزية المتعالج لقبول هذا التأويل. وعموماً، يكون الظرف مناسباً لإعلان التأويل عندما تكون البيانات التي قدمها المفحوص تتسجم وتساند هذا التفسير، ومن ثم يكون مقنعاً للمتعالج.

في التأويل، الأهم من صحة ودقة التأويلات هو مدى إدراك واقتناع المتعالج بمحتوى التأويلات المعروضة عليه. فإن لم يقتنع المتعالج بتأويل معين فإنه يغدو عديم الفائدة

والجدوى. أما إن تقبله واقتنع به فإن هذا التأويل يمكنه الاستبصار بعالمه الداخلي أو حقيقة مشكلاته.

3-3- المرافقة :

هي ليست عملية تقنية عقلية أو معرفية مثل العمليات الأخرى في العلاج، إنها عملية إنسانية وجدانية. إن أهم مهمة تنفذ أثناء المرافقة هي: الإصغاء. لا يكفي المعالج النفسي بالأعمال والمهام التقنية من تشخيص وتأويل وتحليل أو تركيب، بل يتوازي معها العمل الإنساني مع المتعالج المتمثل في مرافقة المتعالج. لذلك يجب أن يكون الإصغاء نشطا مفعما بالاهتمام والانشغال بما يصدر عن المتعالج، وأن يجعله المعالج عملية أساسية ومرافقة له طيلة أطوار العملية العلاجية. وهو يوسم بالنشط لأن فيه تفاعل وتركيز، يحاول فيه المعالج أن يفهم المتعالج ويفهم وضعيته. وخلال ذلك يتمكن كذلك من القيام بالعمليات التقنية الأخرى : التأويل والاستنباط وتوليد الأسئلة وفحص كل ذلك.

3-4- المفارقة :

هي حالة إستثنائية، حيث يحدث أحيانا أن ينفصل المعالج عن المتعالج لتحقيق فوائد علاجية لا يمكن تحقيقه بغير ذلك. وغالبا ما تكون المفارقة إرادية هادفة ليفسح المعالج لنفسه المجال للقيام بعمل فردي لا يمكن إشراك المتعالج فيه. مثلا، لما يدرك المعالج أن ما يقوله أو يقوم به المتعالج غير مثمر وغير مفيد فيغلق أذانه ويبتعد بفكره عن كلام المتعالج ليفتح أعينه ويراقب ما يصدر عنه من إشارات ذات دلالة نفسية. وأحيانا أخرى يضطر المتعالج لأن يتخلى عما يقدمه المتعالج من بيانات نظرا لغموضها أو عدم فصاحته، حيث يقترح أدلر أن يضع المعالج نفسه في مكان المتعالج ليتمكن من إدراك وضعيته وما يمكن أن يدور في وجدانه في مثل هذه الوضعية والظروف بناء على معطيات المتعالج، وبعد إتمام المهمة ينهي المفارقة.

3-5- الصمت:

قد يشكل الصمت مشكلة بالنسبة للمعالج المبتدئ ويتوهم أنه يعرقل سير العملية العلاجية فينظر إليه نظرة سلبية وهذا أمر خاطيء. إن الصمت هو مهمة من صميم العمل العلاجي، فأحيانا يصمت المتعالج وأحيانا يعتمد المعالج الصمت.

في الحقيقة، يتيح الصمت الفرصة لالتقاط الأنفاس كل من المعالج والمتعالج. لما يصمت المعالج فإنه يفسح لنفسه مجال ملاحظة المتعالج في سلوكاته وحركاته المتنوعة. أما صمت المتعالج فيسمح له بمراجعة نفسه والنظر إلى ذاته بشكل أعمق والبحث عن مزيد من المعلومات التي ينبغي تقديمها للمعالج. وفي لحظات الصمت لا يتوقف النشاط النفسي الداخلي للمتعالج، هذا النشاط يفرز تعابير جسمية وحركية يجب على المعالج ملاحظتها.

وبعد إفراح فترة للصمت أو بعد انقضاءه، يجب على المعالج أن يسأل المتعالج عما كان يدور بداخله من مشاعر وأفكار. ويمكن أن يربط أفكار وانفعالات المفحوص بإيماءات ووضعية جسمية معينة، فعند نشاط هذه العناصر في داخل المتعالج يمكن للمعالج أن يستبطنها من خلال الحركات والإيماءات والوضعية الملازمة لها عند المتعالج.

عموماً، خلال المراحل الأولى من العملية العلاجية يكون المعالج أكثر إصغاء وبالتالي صمتاً، لأنه لا زال لا يملك بيانات كافية عن المتعالج، تسمح له بالتحكم في الجلسات والنشاط بشكل أكثر كثافة.

ظروف وتسيير العملية العلاجية

1- فضاء العملية العلاجية:

ونقصد به المكان الذي تجرى فيه العملية العلاجية. إن العملية العلاجية بشكلها المثالي هي التي تجرى في العيادة النفسية أي في "مكان مغلق"، يتوفر على ظروف الراحة والأمان والارتياح ويضمن السرية للمفحوص. غير أن العملية العلاجية يمكن أن تجرى في فضاءات أخرى حسب الظروف، مثل بيت أو مقر عمل أو دراسة المفحوص إن تعذر انتقاله إلى العيادة أو في الحالات الطارئة. يمكن كذلك أن تصادف مفحوصا مشحونا انفعاليا ولديه حماسة للتفريغ فيبادر للحديث في مشكلته حتى في أماكن عامة أو مفتوحة أو وسط الناس، ولا يمكننا صده لأن ذلك يثبطه ويحبطه وقد يدفعه للتراجع والنفور من المعالج لأنه يشعر بأننا لم نتفهم معاناته، فينشأ حاجز بيننا وبينه.

عموما، ينبغي أن نسعى إلى توفير فضاء أو مكان يضمن للمفحوص الحد الأدنى على الأقل من الشرطين التاليين :

- الحفاظ على السرية: أهم شيء هو الحفاظ على سر المفحوص مهما كان، لذلك ينبغي أن نحرص على أن لا يتمكن أحد من الاطلاع على مجريات العملية العلاجية مهما كانت صفته. غير أن هناك استثناءات تحدث حين يحتاج المعالج استشارة من معالجين ذوي كفاءة وخبرة لما يجد صعوبات مع متعالج من المتعالجين.

- الراحة: السير الحسن والأداء الجيد للمتعالج خلال العملية العلاجية يقتضي توفر ظروف مريحة، حيث يجب أن يجد المتعالج جوا من الهدوء والطمأنينة والثقة لكي يجد راحته ويركز على أداء دوره على أكمل وجه.

2- وضعية الجلوس:

إن الطريقة التي يتبناها المعالج في العملية العلاجية هي التي تحدد وضعيات جلوس المعالج والمتعالج. مثلا في التحليل النفسي، الوضعية محددة مسبقا وهي استلقاء المحلل على الأريكة بينما يجلس المحلل النفسي على كرسي خلف رأس المحلل، بحيث يتمكن المحلل النفسي من ملاحظة المحلل دون أن يتمكن هذا الأخير من رؤيته. أما في العلاج النفسي الفردي لأفرد أدلر فإن المعالج والمتعالج يجلسان جنبا إلى جنب في وضعية متقابلة نسبيا، حيث تشكل وضعية جلوسهما زاوية قائمة أو منفرجة نسبيا. ولا يكون بينهما أي حاجز، لا مكتب ولا أي نوع من الحواجز الممكنة. كما يملك المتعالج الحرية التامة في تغيير وضعية الجلوس، أو اختيار أي وضعية تريحه. وعموما تتأرجح كافة الطرق الأخرى في الجلوس بين هاتين الوضعتين سواء باتباع إحدهما أو التوفيق بينهما.

3- ضبط الوقت:

إن أول ما ينبغي الحرص عليه فيما يخص الزمن هو أن تكون العلاجات منظمة زمنيا، من ناحية مدة الجلسة وبرنامج الجلسات. وهذا التنظيم يحدده المعالج بالاتفاق مع المتعالج. وكلما تمكن الفاحص من تنظيم الوقت بشكل أجود كلما سارت العملية العلاجية بوتيرة أحسن.

- **مدة الجلسة الواحدة:** تحدد بناء على التوفيق بين مقترحات المقاربة العلاجية التي يتبناها المعالج وتقديرات المعالج في حد ذاته وفق المشكلة النفسية وظروف وإمكانات المتعالج. مثلا، طريقة التداعي الحر في التحليل النفسي تتطلب جلسة بحوالي 50 دقيقة. بينما الجلسات الإرشادية المعرفية قد تكفي بحوالي 20-30 دقيقة. بينما تتسم جلسات العلاج النفسي الفردي بجلسات مرنة تتراوح بين 20-90 دقيقة، حسب خصوصيات المتعالج وخصائص مشكلته ومقتضيات ومستجدات كل جلسة.

عموماً، مهما كانت الطريقة العلاجية المتبناة، يتراوح المعدل المتوسط للجلسات العلاجية بين 30—50 دقيقة. هذا المعدل يسمح بعدم استنزاف طاقة المفحوص من خلال جلسات جد مطولة ويقي المعالج من الدوران في حلقة مفرغة ويجنب المتعالج الشعور بالملل. وعندما تكون الجلسة جد قصيرة فإنها لا تمكننا من الوصول إلى المعلومات الهامة أو تنتهي الجلسة عندما نصل إلى النقاط الحساسة.

- **رزمة الجلسات:** هذه الرزمة تخضع بدورها للمقاربة المتبناة من جهة ولطبيعة المشكلة من جهة ثانية ولرزمة المعالج وظروف المتعالج من جهة ثالثة.

طريقة التداعي الحر في التحليل النفسي تتطلب معدل ثلاث إلى أربع جلسات أسبوعياً. بينما يعمل المعالج النفسي الفردي عموماً بمعدل يتراوح بين جلستين في الأسبوع الواحد إلى جلسة واحدة في الأسبوعين. حيث نبدأ الرزمة بعلاج مكثف بمعدل جلستين أسبوعياً ثم نشرع في تخفيفها عبر الأسابيع كلما أحرز المتعالج تقدمات حسنة، إلى أن يستغني المتعالج عن الجلسات عند شعوره بتخلصه من المشكلة. ويكون هذا التنظيم حسب تقديراتنا للحالة لأن كل حالة فريدة من نوعها.

4- مدة العملية العلاجية:

إن أحد الانشغالات التي يعبر عنها المتعالجون عموماً في بداية العمليات العلاجية هي المدة الزمنية التي ستستغرقها هذه العملية حتى يتخلص من المشكلة. ويجب على المعالج النفسي أن لا يوهم المتعالج أو يعده بتخليصه من مشكلته في مدة محددة مسبقاً. لأن هذا الموعد ليس بيد المعالج بل يعتمد على مدى نجاح التفاعل بين المعالج والمتعالج، ومدى توفيق كل واحد منهما في القيام بدوره وواجباته على أكمل وجه. من ثم، فإن الوعد الذي يمكن إعطاؤه للمتعالج هو أننا سنبذل جهدنا لمساعدته على التخلص من المشكلة. في مقابل هذا الوعد، نطالب المتعالج بأن يبذل قصارى جهده للقيام بالمهام المطلوبة منه، ونبين له أن مدة العملية العلاجية تتقلص بمقدار الجهد الذي يبذله في العملية العلاجية.

5- الاستراحات والانقطاعات:

يمكن أن تحدث الاستراحات نتيجة الأعياد والعطل والمناسبات العامة والخاصة المختلفة، كما يمكن أن تحدث انقطاعات نتيجة ظروف المعالج أو المتعالج مثل المرض أو السفر وما شابه ذلك. هذه الظروف الاستثنائية تحدث ارتباكا وتعرقل سير العملية العلاجية، لأن العملية العلاجية تكون أنجح كلما ما كانت منتظمة. لذلك ينبغي على المعالج النفسي أن يأخذ في الحسبان المناسبات المعلومة خلال إعدادة لبرنامج الجلسات مع المتعالج. ويجعل الاستراحات المعلومة فرصة للمعالج لكي يجرب نفسه هل تحسن أم لا، كان يكلفه بمهام أو واجبات يؤديها في فترات الاستراحات. وعلى المعالج أن يدرب متعالجه على إدراك التحسنات والشعور بها، لأن المتعالجين عادة ما لا يدركون التحسنات التي يحرزونها لأنها تحدث تدريجيا بطريقة لا يشعرون بها، ولأن المتعالجين عادة ما يحملون في أذهانهم صورة نموذجية للذات التي يسعون إلى إحرازها، فيصبح كل تحسن لا يبلغهم تلك الصورة غير محسوس بالنسبة إليهم.

المحاضرة التاسعة

العلاج الجمعي

هناك العديد من الطرق التي تتبعها الأفراد لتحقيق أهدافهم. يختار البعض منهم العيش أو العمل على انفراد، ليؤدي دوره في هدوء وسلام، بينما يختار البعض العيش أو العمل في وسط جماعي، ومن خلال التفاعل المتكرر مع الآخرين، لينتعث وينشط طاقته ويزيد تركيزه ويتفعل أداءه. هذا الأمر ينطبق أيضا على العمل العلاجي.

في الحقيقة، يستطيع العديد من الأفراد تحقيق الكثير من الإنجازات والأهداف بمفردهم، ولكن بإمكانهم وسيتمكنون من تحقيقها بشكل أكثر كفاءة وفعالية بالتعاون مع الآخرين. لذلك عادة ما يكون من الأسهل إحراز نتائج علاجية على المتعالجين في جماعات أكثر منها عن طريق العلاج الفردي لكل عضو على حدى. ففي الوقت الذي يفضل فيه بعض المتعالجين العمل في جلسات علاجية فردية، هناك مفرحون يجدون راحتهم أو ينشط أداءهم وتفاعلهم في العملية العلاجية التي تجري في جماعة. هذه الأخيرة هي ما اصطلح عليه بالعلاج الجمعي.

الجماعة العلاجية

يشمل مصطلح "العلاج الجمعي" مجموعة واسعة من الجماعات. ضمن هذا التصنيف تتدرج كافة الجماعات التي أعدت لتقديم أو تعزيز التعليم ومهارات الحياة، وتقديم الإرشاد والعلاج النفسي، تحقيق النمو الشخصي، وإتاحة مجال المساعدة الذاتية.

تركز هذه الجماعات العلاجية على طرق لمساعدة أعضائها على زيادة معرفتهم بأنفسهم والآخرين. اثنين من الطرق الرئيسية المستخدمة في هذه الجماعات هي ردود الفعل والتفاعل. كما تساعد أعضائها في اكتساب أساليب ومواقف وسلوكيات جديدة (كوري

وكوري، 1992). كما تساعد على تعزيز التغيير الشخصي في حياة أعضائها، ولكنها تختلف في كيفية إحداث التغيير بشكل مميز.

(Gladding, Samuel. 1994. P16)

فوائد العلاج الجمعي

يعتبر الإرشاد الجمعي عملية شخصية حيث يقوم الأعضاء باكتشاف أنفسهم في علاقتهم مع الآخرين في محاولة لتعديل مواقفهم وسلوكهم. يعطي اختبار الواقع داخل مجموعة علاجية لكل فرد تجربة فريدة في تعديل السلوك. وهناك العديد من الأهداف العامة لمساعدة الأعضاء في جماعة علاجية فيما يلي:

- تعلم الإصغاء بشكل أفضل وتطوير الحس وقبول الآخرين.
- زيادة الوعي الذاتي وتطوير الشعور بالهوية.
- ترفع الشعور بالانتماء حيث تعزز الترابط الاجتماعي. لأنها تساعد المجموعات الناس على معرفة أن الآخرين يهتمون فتدفعهم لمقاومة والتغلب على مشاعر العزلة ؛ وتعزز بشكل مباشر أو غير مباشر المشاعر حول معنى وهدف الحياة.
- تنمية الشعور بالإيثار، فالمتعالم الذي جاء للحصول على مساعدة علاجية يكتشف ويرى نفسه قد تحول إلى مساعد نشط في علاج الآخرين.
- تعلم الثقة بالآخرين وبالنفس.
- الاعتراف والتصريح بمجالات الاعتقاد والقيم دون خوف من القمع.

أنواع المجموعات العلاجية:

بشكل عام، يمكن تحديد أربعة أنواع من المجموعات:

- **جماعات الدعم:** بما في ذلك مجموعات المساعدة الذاتية من جميع الأنواع، والتي تقدم الإغاثة بدلاً من التغيير.
- **جماعات التربية النفسية وبناء المهارات:** تهدف إلى إحداث تغيير في المهارات الاجتماعية والعاطفية والإدراكية.
- **جماعات بين الأشخاص:** التي تحاول تغيير الأنماط والاهتمامات الشخصية بين الشخصية أو طويلة الأمد.
- **جماعات العلاج النفسي:** التي تركز على اضطرابات أعمق في وظائف داخل و بين الأشخاص.

(Thompson, Rosemary. 2003. Pp35-36)

سيرورة العملية العلاجية الجماعية

- كشف شايدلينغر (1995، 1997) أنه داخل المجموعة العملية العلاجية تعمل جنباً إلى جنب كلا من الخبرات العاطفية التصحيحية والاستبصارات. ويتم تنظيم الجماعة العلاجية وفق إجراءات منهجية منظمة تتمثل فيما يلي:
- **هيكل الجماعة:** من حيث تشكيلتها والوقت ومكان الاجتماع، والمستحقات المالية.
- **تنظيم سير جلسات:** التشديد على السرية، وجدول الأعمال، والاتصال الجسدي، وتطبيق التقنيات العلاجية المختلفة (كتمارين القشطات، لعب الأدوار، التقنيات العاطفية العقلانية).
- **قبول والتعاطف مع كل عضو، مع الإيمان بإمكانيات المتعالج للتغيير والنمو.**
- **تشجيع التعبير المفتوح عن المشاعر والاهتمامات.**

- تعزيز مناخ التسامح وقبول الاختلاف في المشاعر والسلوكيات والمساعدة بين الأعضاء، إلى جانب تشجيع كافة الأعضاء على المشاركة في التركيز على الذات والتدقيق في الشخصية والوعي.

- السيطرة ضمن الحدود المقبولة على مستويات الدوافع والتعبير والتوتر والقلق لدى المتعالجين.

- السيطرة على تظاهرات مستوى-الجماعة (مثل كبش الفداء والعدوى غير اللاتقة) لأجل مصلحة كل عضو ولأجل معنويات الجماعة.

- باستخدام التدخلات اللفظية التي تتراوح من ملاحظات بسيطة من خلال المواجهة إلى التفسيرات التي تهدف إلى اختبار الواقع وإثارة المعاني والوصلات.

عقد الجماعة العلاجية

تؤكد دايس (1994) على إبرام "عقد" مع أعضاء الجماعة لوقف "مخاوف" التعرض للهجوم والحرج والعدوى العاطفية والآثار الضارة ". وتتضمن تفاصيل العقد مسائل السرية والتفاعل خارج الجماعة العلاجية وقضايا الحدود. إن المناقشة المبكرة لهذه الاحتياطات تعد بمثابة ترياق لتخوف أعضاء الجماعة وتزيد من تفاؤل المتعالج بالتحسن النفسي. كما تمكن أعضاء الجماعة من السيطرة على سلوكهم السلبي في العلاج الجمعي وتزيد الشعور بتماسك المجموعة وتعاونها.

(Thompson, Rosemary. 2003. Pp36-37)

المحاضرة العاشرة

العلاج الأسري وعلاج النظم الأسرية

العلاج الأسري هو المعالجة النفسية للأسرة لتحقيق أداء نفسي أفضل. أما علاج النظم الأسرية فهو نوع من العلاج الأسري الذي يركز على تفاعل أفراد العائلة وينظر إلى الأسرة بأكملها كوحدة أو نظام. وقد تم تصميم العلاج لفهم وإحداث التغيير داخل بنية الأسرة. الممارسة الحالية للعلاج الأسري لها جذور في مجموعة متنوعة من النظريات والممارسات العملية ومناهج البحث لمساعدة الأطفال والأزواج والأفراد الذين يعانون من مشاكل عائلية. لفهم العلاج الأسري من المفيد معرفة مساهمة عيادات إرشاد الأطفال وإرشاد الأزواج في مساعدة الأسر على التعامل مع المشاكل. لقد ساهمت نظريات علم نفس الأعماق وغيرها في فهم الأسر من خلال تركيزها على تأثير أحداث الطفولة المبكرة على مرحلة البلوغ وعبر العمل النفسي الخاص مع الأطفال. كما أدت الأبحاث المبكرة حول الأطفال والمراهقين المصابين بالفصام كجزء من أنظمة الأسرة إلى المفاهيم والأفكار التي صارت تستخدم على نطاق واسع في الممارسة الحالية للعلاج الأسري. أتت إضافة مهمة أخرى إلى العلاج الأسري من خارج العلوم الاجتماعية: النظرية العامة للنظم. وهي تدرس تفاعلات وعمليات أجزاء من الكل في مجالات مثل الهندسة وعلم الأحياء والاقتصاد والسياسة وعلم الاجتماع وعلم النفس والعلاج النفسي. إن الإلمام بهذه المناهج التطبيقية والنظرية المتنوعة مفيد في فهم تطور المقاربات النظرية للعلاج الأسري. (Sharf, R S. 2012. P534)

العدسات الثمانية في علاج النظم الأسرية

للتفكير والممارسة في وجهات النظر المتعددة تلك الأنظمة العائلية يتطلب العلاج ليست مهمة سهلة. في عام 1992، قدم برولين و شوارتز وماككون-كارر مفهوم الأطر التعريفية كوسيلة لتجاوز النهج المختلفة للعلاج الأسري، وحددوا ستة ميثا-أطر جوهرية

تعمل كعدسات علاجية. إن أخذت معا ، توفر هذه العدسات ستة منظورات مختلفة يمكن فحص نظام العائلة من خلالها ووضع مخطط للعلاج.

الأطر الستة الأولية هي الأنظمة الأسرية الداخلية (أو الفردية)، والنتابعات (أو أنماط التفاعل)، والتنظيم (أي تنظيم النظم)، والنمائية، والثقافية المتعددة، والجنس. أضيف لهذه الستة إطاران اثنان هما الغائية (أو الهدف) والعدسات العملية. قد تحتوي أي أو كل هذه العدسات الثمانية على تطبيقات ذات معنى مع زوجين أو أسرة. علاوة على ذلك ، كل واحد من المؤثرات يتأثر بالمنظورات السبع الأخرى، وهذه سمة مشتركة بين جميع نظريات النظم. باستخدام هذا الأسلوب، يمكن للمعالجين الاعتماد على وجهات نظر متعددة بدلاً من أن يتم حبسهم في وجهة نظر واحدة. يمكن أن تستخدم هذه العدسات للتقييم وكذلك لتكييف التدخلات العلاجية إلى الاحتياجات الخصوصية للأسرة (كارلسون ، سبيري ، لويس ، 2005 ؛ غولدنبرغ وغولدنبرغ ، 2008). وتوفر هذه العدسات الثمانية أساساً لدمج النماذج المختلفة للعلاج الأسري.

(Gerald Corey. 2009. Pp417-420)

تفترض العدسات الثمانية المذكورة أعلاه افتراضات معينة حول الأسر والمعالج والعلاج الأسري. إن الأسرة متعددة طبقات النظم، تؤثر وتتأثر بالنظم الأكبر التي تنتمي إليها. يمكن وصف الأسر من حيث أفرادها والأدوار المختلفة التي تلعبها، والعلاقات بين الأعضاء، والأنماط المتسلسلة للتفاعلات. بالإضافة إلى ذلك، الأسر النووية في المجتمع العالمي غالباً ما تكون جزءاً من الأسر الممتدة، إن كانت هذه الأخيرة بعيدة. والأسر المتعددة تشكل الجماعة؛ والجماعات المتعددة تشكل كلا من المناطق والثقافات، والتي بدورها تشكل الأمة (أو المجتمع). قوة هذه النظم الدقيقة معتبرة في التأثير على حياة الأسرة، لا سيما في مجالات الجنس والثقافة. بالنظر إلى افتراضاتنا المسبقة عن الأسر والنظم الأكبر التي تكون فيها الأسر جزءاً لا يتجزأ من المجتمع، فإن العلاج المتعدد العدسات للأسرة يغدو ضرورياً.

وقد اقترحت عدة أشكال وهياكل للنماذج التكاملية في الإرشاد والعلاج الأسري. على غرار قطعة من الموسيقى الكلاسيكية، يبدو لنا أن عملية العلاج الأسري لديها حركات. يمكن وصف هذه الحركات كتجارب منفصلة متضمنة في أكبر من العلاج. في هذا القسم، نصف أربع حركات عامة، لكل منها مهام مختلفة: تكوين علاقة، إجراء تقييم، الافتراض وتقاسم المعنى، وتيسير التغيير. في حالات نادرة، قد تحدث هذه الحركات الأربع في جلسة واحدة؛ في معظم الحالات، مع ذلك، كل حركة تتطلب جلسات متعددة.

(Gerald Corey. 2009. P428)

إنشاء العلاقة

يبدأ المعالجون بتشكيل علاقة مع أفراد الأسرة العلاجية منذ اللحظة الأولى للاتصال. في معظم الحالات، يجب أن يحدد المعالج مواعيد الجلسات، ويجب على الأسئلة الأولية التي قد يطرحها المتعالجون، وإعطاءهم فكرة عما يتوقع منهم عندما يأتون. هذا هو الوقت أيضاً الذي يمكن فيه للمعالجين السماح للأسر بمعرفة من ينبغي أن يحضر من أفراد الأسرة. سيعمل المعالج مع أي فرد من أفراد الأسرة يرغب في القدوم؛ وسوف تحضر الأسرة كاملة فقط إن كان الجميع جزءاً ضرورياً من جلسة العلاج.

منذ لحظة الاتصال المباشر لأول مرة، تنشأ علاقات علاجية جيدة تبدأ بالجهود المبذولة لإجراء اتصال مع كل شخص موجود، سواء كان ذلك يسمى الانضمام أو المشاركة أو الرعاية والانشغال البسيطين، فإنها تقع على عاتق المعالج مسؤولية مقابلة كل شخص بالانفتاح والدفء. بشكل عام، يساعد الاهتمام المركّز على كل فرد من أفراد الأسرة على تقليل القلق الذي قد ينتاب الأسرة.

إجراء الفحص

توفر العدسات الثمانية المذكورة هيكلًا لإجراء فحص وتقييم للأسرة، لكن إجراءات التقييم الأخرى، مثل الاستفسار الدائري أو الاختبارات النفسية ومقاييس التقييم مفيدة أيضاً.

خلال استماع المعالج لأفراد الأسرة يصفون آمالهم حول أسرته، غالبا ما يكون من الصعب الحفاظ على جميع وجهات النظر الثمانية في وقت واحد. من ثم، يكون التركيز على المسائل الموصوفة في محتوى الكلام إحدى الطرق للبدء في تحديد العدسات التي ستوفر معنى للمعالج والأسرة.

(Gerald Corey. 2009. P429)

صياغة الفرضيات ومشاركتها

الافتراض هو تشكيل مجموعة من الأفكار حول الأشخاص والأنظمة والحالات تعزز المعنى بطريقة مفيدة. في العلاج الأسري متعدد العدسات، تطفو الافتراضات من الأفهام الناتجة عن العمل من خلال العدسات الثمانية التي سبق ذكرها. من المهم أن يتم دعوة الأسرة إلى شكل احترامي تعاوني أساسا من الحوارات في العمل العلاجي. وجهات النظر المختلفة حول هذا العمل تميل إلى أن صياغة فرضيات ومشاركة هذه الأفكار يوفر للأسرة نافذة تطل على قلب وعقل المعالج فضلا عن أنفسهم. إن مشاركة الفرضيات على الفور يدعو ويستحضر ردود الفعل من مختلف أفراد الأسرة. وهذه الردود هي التي تسمح للمعالج والأسرة بتطوير ملتقى جيد مع بعضهم البعض، وتميل بدورها إلى ترسيخ العلاقة العلاجية.

إن الفرضية المؤقتة ومشاركتها هي عملية تم تطويرها بشكل جيد لهذا النوع من العمل التعاوني المتوخى هنا. استخدم دريكورس اهتماما كبيرا وفضولا لطرح الأسئلة وجمع وجهات النظر الذاتية لأفراد الأسرة. وكان يعتني بتكريم الأفكار التي يجلبها الأفراد إلى فهمهم المشترك. وعندما تكون لديه فكرة يريد أن يشاركها مع الأسرة العلاجية، فإنه كثيرا ما يسعى للحصول على إذن منهم لتقديمها، حيث يقول لهم: "لدي فكرة أود مشاركتها معكم. هل أنتم على استعداد لسماعها؟" أو "ألا يمكن أن يكون ذلك هو ... ؟".

(Gerald Corey. 2009. Pp432-433)

قيمة هذه الطريقة في تقديم الفرضيات هي أنها تدعو الأسر وأفراد الأسرة للنظر والانخراط دون التخلي عن حقهم في رفض أي شيء غير صائب. عندما لا تكون الفكرة المقترحة صائبة، من الواضح بالنسبة للمعالج أن يتخلى عن هذه الفكرة ويفسح للأسرة إعادة توجيه المحادثة نحو مفاهيم أكثر فائدة.

تسهيل التغيير

تسهيل التغيير هو ما يحدث عندما ينظر إلى العلاج الأسري على أنه مشترك أو عملية تعاونية. التقنيات تكون أكثر أهمية بالنسبة للنماذج التي ترى المعالج ، كخبير ومسؤول عن جعل التغيير يحدث. أما النهج التعاونية فتتطلب التخطيط. لا يزال التخطيط يشمل ما هو يطلق عليه العلاج الأسري بالتقنيات أو التدخلات، ولكن بمشاركة الأسرة. اثنان من أكثر الأشكال شيوعاً لتسهيل التغيير هما تشريع وتخصيص المهمات. كل من هذه العمليات تعمل بشكل أفضل عندما تشارك فيها الأسرة مع المعالج - أو على الأقل تقبل الأساس المنطقي لاستخدامها.

(Gerald Corey. 2009. P433)

العلاجات التعبيرية

إن القدرات التعبيرية للإنسان غير محدودة، ولا يقتصر الفرد على طريقة وحيدة في التعبير. ورغم أن الحديث لا يزال هو الطريقة التقليدية للتبادل بين الناس، إلا أن الأساليب التعبيرية الأخرى تملك حيزاً معتبراً لدى الناس، حيث يتواصلون فيما بينهم بأساليب تعبيرية شتى، وتطغى بعض الأساليب لدى فرد ما على الأساليب الأخرى، كأن يكون فرد معين بصري النمط وآخر حركي النمط وما إلى ذلك. من ثم، ظهرت العلاجات التعبيرية التي تسعى لتمكين المعالجين من توفيق وتضمين هذه القدرات التعبيرية المختلفة في عملهم مع المتعالجين، لتمكينهم من رفع وتعزيز قدرات المتعالجين على التواصل بفعالية وعمق. ثم مع ظهور العلاجات المختصرة، وجد العديد من المعالجين أن العلاجات التعبيرية تساعد الأفراد على التعبير وتوصيل مواضيع حساسة بطرق لا تستطيعها العلاجات الكلامية. بالتالي، يحتاج المعالجون والمرشدون النفسانيون أن يتبنوا أو يقتبسوا الأساليب التعبيرية في عملهم مع المتعالجين الذين يجدون صعوبة في التواصل الكلامي.

ظهر مصطلح العلاجات الفنية (أكبر فروع العلاجات التعبيرية) لأول مرة في أواخر أربعينات القرن العشرين. في المملكة المتحدة، أكد الفنان أدريان هيل أنه كان أول من استخدم مصطلح "العلاج بالفن" لوصف التطبيق العلاجي لتصوير الصورة. بالنسبة لهيل، الذي اكتشف الفوائد العلاجية للرسم والرسم الفني خلال تعافيه من مرض السل، تكمن قيمة العلاج بالفن تماماً في تحريكه الكامل للعقل (وكذلك الأصابع) ... [وفي] إطلاق الطاقة الإبداعية للمعالج المثبته في كثير من الأحيان. اقترح هيل أن هذا مكن المتعالج من بناء دفاع قوي ضده قصوراته.

(Edwards, David. 2004. P1)

تعريف العلاجات التعبيرية

هي مجموعة واسعة من العلاجات المتنوعة الوسائل. يعرفها الائتلاف الوطني (الأمريكي) لجمعيات العلاج بالفنون الإبداعية بأنها استخدام الفن والموسيقى والرقص والحركة والدراما والشعر والكتابة الإبداعية المكتباتية واللعب وعلبة الرمل في سياق العلاج النفسي أو الإرشاد أو إعادة التأهيل أو الرعاية الصحية. ويشار إلى العلاجات التعبيرية في بعض الأحيان باسم "الأساليب الإدراجية" عند استخدامها بشكل مقصود في المعالجة التنسيقية. وأغلب العلاجات التعبيرية تندرج ضمن ما يطلق عليه العلاجات الفنية.

(Malchiodi, Cathy A. 2005. P2)

وهذا النوع من العلاجات يكون مفضلاً وفعالاً مع الأفراد غير القادرين على التواصل اللفظي، والذين لديهم صعوبات في التعبير عن أنفسهم بالكلام، حيث يتيح لهم وسيلة ليستخرجوا بها أفكارهم وانفعالاتهم وخيالاتهم، من خلال النشاط الفني.

خلال جلسات العلاجات التعبيرية، يعبر المتعالج عن نفسه وعن تجاربه وخبراته بأساليب إبداعية. هذه العمليات الإبداعية تعد مصدراً للمعلومات لكل من المتعالج والمعالج. وهذا ما يساعد المتعالج على بناء ورفع الثقة ويشعره بالاطمئنان الكبير في عملية العلاج، وبذلك يصبح أكثر استعداداً للتعبير عن الذات بشكل مكشوف، ويساعده كذلك على تنفيس الانفعالات.

والعلاجات التعبيرية تحسن الحالة البدنية والعقلية والانفعالية للمتعالج، ويطور وينمي مهارات التفاعل بين الأشخاص ويقلل الضغوط والمشكلات السلوكية، ويزيد تقدير الذات والوعي بالذات ويحقق الاستبصار ويحسن العلاقات بين أفراد الأسرة. كما يؤكد براون وآخرون أن الصراعات الداخلية والمكبوتات تُخرج بسرعة أكبر في الفن عنها في الوسائل اللفظية. مثلاً، عندما تُرسم فإنها تصبح في المتناول ويراها المتعالج ويتعامل معها ويسهل عليه حلها. وهذا ينمي الشعور بالثقة لدى الأفراد بأن لديهم قدرات تمكنهم من مواجهة مشكلاتهم وحلها وتسطير أهداف جديدة (سامية عبد النبي. ص ص 7-8).

أنواع العلاجات التعبيرية

تدرج ضمن العلاجات التعبيرية مجموعة من الأساليب المنفردة من العلاجات، والتي تعرف على النحو التالي:

- العلاج الفني: يستخدم العلاج بالفن كلا من وسائل الإعلام الفنية والصور والنشاط الإبداعي. وهذا العلاج يحترم استجابات المتعالج للمنتجات التي تم إنشاؤها كإعكاسات للنمو والقدرات والشخصية والاهتمامات والانشغالات والصراعات. إنها وسيلة علاجية للتوفيق بين الصراعات العاطفية، وتعزيز الوعي الذاتي، وتطوير المهارات الاجتماعية، وإدارة السلوك، وحل المشكلات، والحد من القلق، وتوجيه الواقع، وزيادة الاستقلالية الذاتية (الرابطة الأمريكية للعلاج بالفن ، 2004).

- العلاج بالموسيقى: يستخدم الموسيقى لإحداث تغييرات إيجابية في النفسية، والأداء البدني أو المعرفي أو الاجتماعي للأفراد الذين يعانون من مشاكل صحية أو تعليمية **(جمعية العلاج بالموسيقى الأمريكية ، 2004)**.

- العلاج بالمرح: هو الاستخدام المنتظم والمتعمد للعمليات التمثيلية والمسرحية ومنتجاتها والتداعيات لتحقيق الأهداف العلاجية من تخفيف الأعراض والدمج العاطفي والجسدي والنمو الشخصي. إنه نهج نشط يساعد المتعالج على إخبار قصته لحل المشكلة، وتحقيق التنفيس، وتوسيع عمق التجربة الداخلية واتساعها، وفهم معنى الصور، وتعزيز القدرة على مراقبة الأدوار الشخصية مع زيادة المرونة بين الأدوار **(الرابطة الوطنية للعلاج بالدراما ، 2004)**
(Malchiodi ،Cathy A. 2005. Pp2-3)

- العلاج بالرقص والحركة: يقوم على افتراض أن الجسد والعقل مترابطان. ويعرفان على أنهما الاستخدام النفسي للحركة كعملية تزيد من الاندماج العاطفي والمعرفي والجسدي للفرد. يؤثر تأثير العلاج بالرقص والحركة في المشاعر والإدراك والأداء الجسدي والسلوك **(الائتلاف الوطني لجمعيات العلاج بالفنون الإبداعية ، 2004)**.

- العلاج بالشعر والعلاج المكتباتي: مصطلحان يستخدمان بشكل مترادف لوصف الاستخدام المتعمد للشعر والأشكال الأخرى للأدب للشفاء والنمو الشخصي (الرابطة الوطنية للعلاج بالدراما ، 2004).

- العلاج باللعب: هو الاستخدام المنتظم للنموذج النظري لإنشاء عملية علائقية حيث يستخدم المعالجون باللعب القدرات العلاجية للعب لمساعدة المتعالجون على الوقاية من الصعوبات النفسية والاجتماعية أو حلها، وتحقيق النمو والتطور الأمثل.

- العلاج بالرمل: هو شكل مبدع من العلاج النفسي الذي يستخدم الرمل ومجموعة كبيرة من المنمنمات لتمكين المتعالج من استكشاف الطبقات الأعمق من النفس في شكل جديد تماما. من خلال بناء سلسلة من "الصور الرمزية"، يتم مساعدة المتعالج على توضيح ودمج حالته النفسية.

- العلاج بالفنون المتكاملة: ويطلق عليه أيضا المتعدد النماذج. يعتمد على معالجين معبرين أو أكثر لتعزيز الوعي، وتشجيع النمو العاطفي، وتعزيز العلاقات مع الآخرين. يميز العلاج الفني المتعدد النماذج بينه وبين تخصصاته المتقاربة في العلاج الفني والعلاج بالموسيقى والرقص والعلاج بالحركة والعلاج التمثيلي من خلال كونه يتأسس على ترابط الفنون. ويستند إلى مجموعة متنوعة من التوجهات، بما في ذلك الفنون كعلاجات والعلاج النفسي بالفنون واستخدام الفنون كعلاج تقليدي.

لاحظ كنييل ومعاونوه (1995) أنه في حين أن جميع العلاجات التعبيرية تنطوي على نشاط ما، فإن لكل منها أيضا اختلافات متأصلة. على سبيل المثال، يؤدي التعبير المرئي إلى مزيد من العمل الخاص والانعزالي وقد يفضي إلى تعزيز عملية التفرد؛ بينما غالبا ما تتفرد الموسيقى بالشعور وقد تفيد في التنشئة الاجتماعية عندما يتعاون الأشخاص في الأغنية أو في أدوات اللعب في وقت واحد؛ والرقص والحركة يقدمان فرصا للتفاعل وتكوين العلاقات. وبعبارة أخرى، فإن كل شكل من أشكال العلاج التعبيري له خصائصه وأدواره الفريدة في العمل العلاجي، ويخضع ذلك لتطبيقه، وللمعالج والمتعالج، والإعداد، والأهداف.

(Malchiodi, Cathy A. 2005. P3)

استخدمت هذه العلاجات التعبيرية في العيادات النفسية والمؤسسات التربوية ومؤسسات رعاية الأطفال المختلفة. وقد استخدمها المعالجون والمرشدون والأطباء النفسيون والمساعدون الاجتماعيون، والمربون والمعلمون مع الأطفال والمراهقين ومع الراشدين والأسر. وقد أثبتت الدراسات فعالية هذه العلاجات مع فئات مختلفة من الأفراد منهم: المضطربون نفسياً وعقلياً، وضحايا الاعتداءات والحوادث الصدمية المختلفة، ومع المجرمين، ومع الأطفال ذوي المشكلات السلوكية والتلاميذ ذوي الصعوبات الدراسية، وغيرها من المشكلات.

المحاضرة الثانية عشر

العلاج المختصر

إن التطورات التقنية السريعة التي عرفتها الحضارة الغربية والعالمية إجمالاً، تبعتها تغيرات اجتماعية وثقافية مست مختلف جوانب حياة الأفراد، حتى سمي هذا العصر بعصر السرعة. وقد صارت ظروف الفرد في هذا العصر لا تسمح له بالدخول في أي مشاريع أو مهمات بعيدة المدى طويلة الأمد، بما في ذلك العلاجات النفسية. كانت بعض الطرق العلاجية الكلاسيكية تتسم بالقصر في مدتها، مثل العلاجات السلوكية؛ وبعضها تتسم بالمدة القصيرة نسبياً، مثل العلاج النفسي الفردي والعلاجات المعرفية؛ وهناك علاجات تتسم بالطول النسبي مثل العلاج المتمركز على العميل؛ ونوع أخير يتسم بالطول الزمني وهو التحليل النفسي. واستجابة لتغيرات العصر ومتطلبات المتعالجين صار من الضروري لأصحاب العلاجات المطولة -نسبياً أو كلياً- التقليل والاختصار في مدة العملية العلاجية دون الإخلال بنتائجها. من جهة أخرى، لاحظ أصحاب العلاجات النفسية الدينامية أن ليس كل المتعالجين يحتاجون تدخلات عميقة أو مطولة، بل هناك العديد من المتعالجين تكفيهم تدخلات إرشادية أو عمل قصير المدى لإحراز التحسن المنشود. من ثم جاءت فكرة إنشاء العلاجات المختصرة لفائدة الجميع.

تحديد العلاج المختصر :

يقصد به العلاج قصير المدة إجمالاً. في الحقيقة، من الصعب تقديم تعريف يصف العلاج المختصر أي يحدد ما هي المدة القصيرة. عموماً، يتم تحديد مدة العملية العلاجية بالوحدات الزمنية الأساسية، أي الأيام والأسابيع والأعوام. ولأن هذه المدة تتأثر بالفاصل الزمني بين الجلسات، فإن الوحدة الحقيقية لقياس مدة العملية العلاجية هي الجلسة، أي أن مدة المعالجة تحسب بعدد الجلسات. بيد أن عدد الجلسات في حد ذاته يخضع للعديد من العوامل المؤثرة، أهمها مدة الجلسة الواحدة.

بغض النظر عن التقديرات الكمية لمدة العملية العلاجية، يعتبر وصف المعالجة بأنها مختصرة أو قصير المدى وصفا نسبيا، يخضع للعديد من المتغيرات، مثل الطريقة العلاجية المتبعة وطبيعة المشكلة. هكذا، ما يمكن اعتباره علاجا مختصرا وفق الطرق العلاجية الدينامية نجد يعد علاجا مطولا وفق الطرائق العلاجية السلوكية. لذلك، إجمالا، ينبغي الأخذ بعين الاعتبار هذا المتغير النظري في تحديدنا لقصر واختصار العملية العلاجية. فالعلاج المختصر هو مقارنة بالطريقة الاعتيادية وفق المقاربة العلاجية المتبعة من قبل المعالج، لذلك عموما نجد العلاج النفسي الفردي المختصر والتحليل النفسي المختصر والعلاج المعرفي السلوكي المختصر والغشطالتي المختصر وما إلى ذلك.

الفروق بين العلاج المطول والعلاج المختصر

هناك العديد من التباينات الجوهرية والتطبيقية بين هذا النوعين من العلاج، رغم أن العلاج المختصر هو في الأصل اختزال للعلاج المطول. ويمكن جرد أبرز التباينات في النقاط التالية:

- يسعى العلاج النفسي المطول لإحداث تغيير جذري في الشخصية، بينما يفضل المختصر البراغماتية والتقتير والتدخل الأقل جذرية ولا يؤمن بمفهوم "الشفاء".
- يعتقد أن العلاج المطول أن التغيير النفسي المهم غير محتمل في الحياة اليومية، في حين يحافظ المختصر على منظور نمائي تجاه الكبار يرى أن حدوث تغيير نفسي كبير أمر لا مفر منه.
- يرى العلاج المطول أن أعراض المشكلات تعكس اضطرابات أساسية أكبر، بينما المختصر يشدد على قوة وموارد المتعالج ويأخذ المشكلات المعروضة على محمل الجد (على الرغم من أنها ليس بالضرورة بالقيمة الظاهرة).
- يريد المعالج المطول أن "يكون موجودا هناك" حيث تحدث للمتعالج تغييرات هامة، أما المختصر فيقبل أن العديد من التغييرات ستحدث "بعد العلاج" ولن تكون قابلة للملاحظة من قبل المعالج.
- يرى العلاج المطول أنه يتمتع بجودة "خالدة" وأنه صبور وراغب في انتظار التغيير، بينما المختصر لا يقبل طول مدة بعض نماذج العلاج.

- المطول لا يهتم كثيراً للراحة المالية للمتعالجين رغم تكاليفها الباهظة، بينما المختصر غالباً ما يتجاهل القضايا المالية بسبب انخفاض تكاليفها.
 - ينظر للعلاج النفسي المطول في كثير من الأحيان على أنها حميدة ومفيدة، أما المختصر فينظر إليه بأنه مفيد أحياناً وأحياناً أخرى ضار.
 - يعتبر المطول أن وجود المتعالج في العلاج بمثابة الجزء الأكثر أهمية في حياته، في حين يرى المختصر أن وجوده في الحياة خارج العيادة أكثر أهمية من العلاج.
- (BUDMAN & GURMAN. 1988. P11)

فعالية العلاج المختصر

بالتأكيد، العلاجات المحدودة زمنياً الأقصر من العلاجات التقليدية لا يمكن إنكار أنها مؤهلة. هناك ميل عام للاعتقاد بأن كلما طالت مدة المعالجة النفسية كلما زاد مفعولها، أي أن العلاج الأطول هو العلاج الأفضل. في الواقع، أظهرت الدراسات الأخيرة أن العلاقة الطردية بين عدد الجلسات العلاجية النفسية وتأثيراتها، لها أساس تجريبي من حيث النوعية المعتمدة. قد يبدو أن هذه النتائج تحتاج ضد الاختصار في العلاج النفسي. أي أن هذه البيانات تشير إلى أن المتعالجين الذين يحصلون على المزيد من التدخل العلاجي ينالون مزيداً من الاستفادة منها. مما يعني أن التحسين هو معادلة خطية ذات لوغاريتم عدد الجلسات. وبالتالي فإن وجهة النظر "العلاج الأطول هو العلاج الأفضل" تلقت دعماً مبدئياً في مراجعات أخرى لنتائج العلاج النفسي الفردي.

في المقابل، نجد "النوعية المعتمدة" التي لمحا إليها أعلاه تفيد بأن التحسن يكون أكبر بالتناسب في الجلسات المبكرة ويزداد ببطء مع زيادة عدد الجلسات. هذا التحليل يكشف أن عائدات العلاج تتناقص مع بذل المزيد والمزيد من الجهد المطلوب لتحقيق فرق ملحوظ في تحسن المتعالج. وأشار التحليل المذكور أعلاه إلى وجود أثر إيجابي رئيسي للعلاج النفسي الفردي يحدث في الجلسات (6-8) الأولى، تليها استمرارية ولكن بانخفاض الأثر الإيجابي خلال حوالي جلسات 10 المقبلة. من المثير للاهتمام أن نلاحظ أن أكبر نسبة من التغيير الإيجابي في العلاج النفسي الفردي تحدث في مجال (6-8) جلسات أي في وقت يوازي تقريباً مقدار الوقت المتوقع لبقاء المتعالجين مواظبين على العلاج. وأسباب توقف المتعالجين

عن العلاج عديدة؛ تتراوح من تلك العلاقات بين الأشخاص، مثل عدم الرضا أو الصراع مع المعالجين، إلى دنيوية وعملية، مثل انتهاء تعويضات التأمين أو نفاذ ميزانية المتعالج؛ وهناك سبب آخر لمثل هذا الإنهاء "المبكر" لكثير من المتعالجين وهو أنهم قد تحصلوا على ما أتوا من أجله، أو على الأقل قدرا كبيرا منه.

هذا يمكن أن يعزى إلى أن المتعالجين في العلاج المختصر (ما بين 20-25 جلسة) في بعض الأحيان يتلقون تدخلات علاجية أزيد مقارنة بالمتعالجين في العلاج المطول. هذا يثبت أن جوهر العلاج النفسي المختصر لا يكمن في قصر مدته بل في القيم العلاجية والمواقف والأهداف التي لدى المعالج.

(BUDMAN & GURMAN. 1988. Pp 6-9)

خاتمة

تعد العلاجات النفسية الموضوع الرئيس الذي تؤول إليه كافة مواضيع علم النفس العيادي. إن الغاية من دراسة علم النفس العام وعلم النفس المرضي وعلم النفس النمو والقياسات النفسية وكافة المواضيع التي يتم تناولها في التكوين الأكاديمي والبحث العلمي هو توفير أو تحصيل المعارف العلمية اللازمة التي تفيد في معرفة الحياة النفسية للمتعالجين وبالتالي التمكن من إبداع الأساليب والتقنيات التي تساعد على التخلص من مشكلاتهم وتجاوز عقباتهم التي يأتون للعيادات النفسية وهيئات المساعدة والاستشارة النفسية المختلفة. عبر العصور والعقود، تطورت العلاجات النفسية وازدادت عددا وتنوعا، حتى صارت تعد بالمئات وربما بالآلاف. وقد تنوعت الطرق العلاجية التي أبدعها العلماء والمعالجون بين الطرق الكلاسيكية التي اشتقت من المقاربات النفسية التي أبدعتها، كما ظهرت العديد من الأساليب العلاجية المعيارية التي تطبق بغض النظر عن المقاربات الكلاسيكية. وقد حاولنا في هذه المطبوعة تقديم أهم النماذج العلاجية المطبقة بشكل واسع في الممارسة العلاجية، في العالم عموما، والعالم العربي بالخصوص.

قائمة المراجع

- 1 - إبراهيم عبد الستار (1980). العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان. عالم المعرفة. الكويت.
- 2 - علي سليمان (2010). علم النفس الإرشادي والعلاج النفسي. مركز إبداع للتطوير والتدريب. مصر.
- 3 - نهلة شجاع الدين وآخرون (2009). الكامل - دليل الطب النفسي العام وطب نفس الأطفال. الصندوق الاجتماعي للتنمية. صنعاء. اليمن.
- 4 - BUDMAN, Simon H. & GURMAN, Alan S. (1988). Theory & Practice of Brief Therapy. The Guilford Press. New York. USA.
- 5 - COREY, Gerald (2009). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. 8th Ed. Brooks/Cole. California. USA.
- 6 - EDWARDS, David (2004). Art Therapy. Sage Publications. London. UK.
- 7- GLADDING, Samuel T (1994). Effective Group Counseling . ERIC. Washington. USA.
- 8 - MALCHIODI, Cathy A. (2005). Expressive Therapies. Guilford Publications. New York. USA.
- 9 - SHARF, Richard S. (2012). Theories of Psychotherapy and Counseling Concepts and Cases. 5th Ed. Brooks Cole. California. USA.
- 10 - Sommers-Flanagan, John & Sommers-Flanagan, Rita (2004). Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques. Wiley & Sons. New Jersey. USA.
- 11 - THOMPSON, ROSEMARY A (2003). Counseling Techniques. 2nd Ed. Routledge. New York. USA.